



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة غرداية

مخبر الجنوب الجزائري للبحث
في التاريخ والحضارة الإسلامية

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

فاعلية برنامج معرفي سلوكي في التخفيف من مستوى القلق النفسي
لدى عينة من تلاميذ الثالثة ثانوي

دراسة ميدانية بثانوية مصطفى بن بولعيد بمدينة مسعد

أطروحة دكتوراه الطور الثالث في علم النفس تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

سعدية لبيض

لجنة المناقشة:

رقم	الاسم واللقب	الرتبة	مؤسسة الإنتماء	الصفة
1	عبد الحميد جديد	أستاذ محاضر أ	جامعة غرداية	رئيسا
2	أمال بن عبد الرحمان	أستاذ التعليم العالي	جامعة غرداية	مشرفا و مقررا
3	ياسمينه تشعبت	أستاذ محاضر أ	جامعة غرداية	مقرر ثاني
4	حنان بلعباس	أستاذ التعليم العالي	جامعة غرداية	ممتحننا
5	سليم خميس	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	ممتحننا
6	حنان طالب	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	ممتحننا

السنة الجامعية: 2025/2024



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة غرداية

مخبر الجنوب الجزائري للبحث
في التاريخ والحضارة الإسلامية

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

فاعلية برنامج معرفي سلوكي في التخفيف من مستوى القلق النفسي
لدى عينة من تلاميذ الثالثة ثانوي

دراسة ميدانية بثانوية مصطفى بن بولعيد بمدينة مسعد

أطروحة دكتوراه الطور الثالث في علم النفس تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

سعدية لبيض

لجنة المناقشة:

رقم	الاسم واللقب	الرتبة	مؤسسة الإنتماء	الصفة
1	عبد الحميد جديد	أستاذ محاضر أ	جامعة غرداية	رئيسا
2	أمال بن عبد الرحمان	أستاذ التعليم العالي	جامعة غرداية	مشرفا و مقررا
3	ياسمينه تشعبت	أستاذ محاضر أ	جامعة غرداية	مقرر ثاني
4	حنان بلعباس	أستاذ التعليم العالي	جامعة غرداية	ممتحنا
5	سليم خميس	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	ممتحنا
6	حنان طالب	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	ممتحنا

السنة الجامعية: 2025/2024

شكر وعرفان

من لم يشكر الله لن يشكر الناس نشكره سبحانه جل في علاه على جزيل
عطاءه بلسان كل من شكره فله الحمد والشكر وعندما يكون للشكر
والتقدير معنى وللثناء فائدة ندعوا الله أن يبارك مسعاكم بالأجر والثواب
ومنه نتقدم بأسمى عبارات الشكر والإمتنان والعرفان للأستاذة الدكتورة
الفاضلة المشرفة

أمال بن عبد الرحمان

تقديرا منا لمجهوداتها المتكاثفة وتوجيهها لنا وحرصها على تفوقنا وتوفير كل
ما يخلصنا من تأطير لازم.

وشكر خاص للمشرفة المساعدة الدكتورة ياسمينه تشعبت لنصائحها
وتوجيهاتها

شكر خاص لمدير ثانوية مصطفى بن بولعيد ولمستشار التوجيه والإرشاد
الدكتور قزيم محمد وللطاقم التربوي كل باسمه ولتلاميذ السنة الثالثة ثانوي
وبالأخص المشاركين في البرنامج دفعة 2022/2021، كما أشكر الأخت
والزميلة الأخصائية النفسانية خديجة سعيدي

جزاكم الله خيرا ورزقكم من خيري الدارين

ملخص الدراسة:

تهدف دراستنا للكشف عن مدى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في التخفيف من مستوى القلق النفسي لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي بثنائية مصطفى بن بولعيد بمدينة مسعد، اعتمدنا المنهج التجريبي القائم على تصميم مجموعتين متكافئتين، بحيث تم تطبيق مقياس القلق النفسي "لتايلور جانيت"، وتطبيق شبكة المقابلة العيادية والبرنامج المعرفي السلوكي من إعداد الباحثة، قد بلغت عينة الدراسة 40 تلميذ وتلميذة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين متكافئتين، المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية تم اختيارهم عن طريق العينة القصدية كما تمت معالجة البيانات باستخدام برنامج الحزم الإحصائية 21، واستخدمت الأساليب الإحصائية المتمثلة في النسب المئوية والتكرارات، المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، معامل ارتباط بيرسون، معامل الفا كرونباخ مربع ايتا، اختبار ت، معادلة ماك جيوجان، معادلة جاكسون، وكانت النتائج كالتالي:

1. مستوى القلق النفسي مرتفع لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة لصالح القياس البعدي.
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.
6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس التتبعي لصالح المجموعة التجريبية.
7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى القلق لدى المجموعة التجريبية من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في القياس البعدي تعزى لمتغير الجنس.
8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى القلق النفسي لدى المجموعة التجريبية من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في القياس التتبعي تعزى لمتغير الجنس.
9. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية لصالح القياس التتبعي.

الكلمات المفتاحية: فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي، القلق النفسي، تلاميذ السنة الثالثة ثانوي.

Summary:

Our study aims to reveal the effectiveness of the cognitive behavioral program in reducing the level of psychological anxiety among a sample of third year secondary school students at Mostafa Ben Boulaid secondary school in the city of Messaad. we adopted the experimental approach based on designing tow equivalent groups, where by the scale was applied psychological anxiety scale "Taylor Janet", and the clinical interview network and the cognitive behavioral program prepared by the researcher. the study sample amounted to 40 Male and female students, who were divided into tow equivalent groups, the control group and experimental group. They were selected through the intentional sample. The data were processed using the statistical package 21 program, statistical methods were used including percentages, frequencies, arithmetic means, standard deviation, pearson correlation coefficient, Cronbach's alpha coefficient, Eta- squared, T-test, Mc Geoghan equation, and Jackson's equation. the results were as follows:

1. The level of psychological anxiety is high among a sample of third year secondary school students.
2. there are no statistically significant differences at the significance level (0.05) between the scores of the control and experimental groups in the pre- test.
3. There are statistically significant difference at the significance level (0.05) between the pre- and post-measurements of the experimental group in favor of the post measurement.
4. There are statistically significant difference at the significance level (0.05) between the pre –and post- measurements of the control group in favor of the post measurement.
5. There are statistically significant difference at the significance level (0.05) between the scores of the control and experimental groups in the post- test in favor of the experimental group.
6. There are statistically significant differences at the significance level (0.05) between the scores of the control group and experimental groups in the follow- up measurement in favor of the experimental group.
7. There are no statistically significant differences at the significance level (0.05) in the level of anxiety among of third-year secondary school students in the pre-and post measurement attributable to the gender variable .
8. There are no statistically significant difference at the significance level (0.05) in the level of anxiety among the experimental group of third-year secondary school students in the follow- up measurement attributed to the gender variable.
9. There are statistically significant differences at the significance level (0.05) between the post and follow- up measurements of the experimental group in favor of the follow up measurement.

Key words: The effectiveness of Behavioral cognitive program, Psychological anxiety, Third year secondary students.

فهرس المحتويات

أ	شكر وعرفان.....
ب	ملخص الدراسة.....
II	فهرس المحتويات.....
1	مقدمة.....
4	الفصل الأول: الإطار التمهيدي للدراسة
5	1. إشكالية الدراسة.....
10	2. فرضيات الدراسة
11	3. أهمية الدراسة.....
12	4. أهداف الدراسة.....
12	5. التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة.....
13	6. الدراسات السابقة.....
37	7. التعقيب على الدراسات السابقة.....
47	خلاصة الفصل.....
48	الفصل الثاني: القلق النفسي
49	تمهيد الفصل.....
50	1. تعريف القلق النفسي.....
51	2. الفرق بين القلق والمفاهيم الأخرى.....
55	3. التناولات النظرية القلق النفسي.....
64	4. أسباب القلق النفسي
75	5. أعراض القلق النفسي
78	6. أنواع القلق النفسي.....
84	7. مستويات القلق النفسي.....
85	8. مركبات القلق النفسي.....
85	9. مراحل القلق النفسي.....
86	10. آلية عمل القلق النفسي.....
87	11. أساليب التفكير عند الشخص القلق.....

88	12. اختلاف الثقافة وتأثيرها على القلق.....
89	13. الانعكاسات السلبية للقلق.....
91	14. تشخيص القلق.....
95	15. مقاييس للقلق.....
97	16. علاج القلق.....
104	17. المشكلات التي يتعرض لها المعالج عند التعامل مع مرضى القلق.....
105	18. مآل القلق.....
105	19. الوقاية من القلق.....
108	خلاصة الفصل.....
109	الفصل الثالث: العلاج المعرفي السلوكي
110	تمهيد الفصل.....
111	1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي.....
112	2. التطور التاريخي للعلاج المعرفي السلوكي.....
117	3. بعض المفاهيم المتعلقة بالعلاج المعرفي السلوكي.....
124	4. نماذج العلاج المعرفي السلوكي.....
124	5. أنواع العلاج المعرفي السلوكي.....
130	6. أهداف العلاج المعرفي السلوكي.....
131	7. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي.....
132	8. خصائص العلاج المعرفي السلوكي.....
134	9. مراحل وسير العلاج المعرفي السلوكي.....
137	10. الفنيات والتقنيات المستخدمة في التخفيف من القلق.....
153	11. استخدامات العلاج المعرفي السلوكي.....
154	12. عملية الإشراف في العلاج المعرفي السلوكي.....
156	13. المشكلات التي تواجه المعالج في العلاج المعرفي السلوكي.....
158	14. تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي.....
160	15. مزايا وعيوب العلاج المعرفي السلوكي.....
161	16. أوجه التشابه والاختلاف بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاجات الأخرى.....

163	خلاصة الفصل
164	الفصل الرابع: إجراءات منهجية الدراسة
165	تمهيد الفصل
165	1. منهج الدراسة الأساسية
166	2. حدود الدراسة
167	3. الدراسة الاستطلاعية
167	1.3. منهج الدراسة الاستطلاعية
168	2.3. إجراءات الدراسة الاستطلاعية
168	3.3. عينة الدراسة الاستطلاعية
170	4.3. نتائج الدراسة الاستطلاعية
170	4. الدراسة الأساسية
170	1.4. مجتمع الدراسة
174	2.4. عينة الدراسة الأساسية
177	3.4. أدوات الدراسة
231	4.4. إجراءات الدراسة الأساسية
232	5.4. ضبط متغيرات الدراسة قبل التجريب
234	5. الأساليب الإحصائية
235	خلاصة الفصل
236	الفصل الخامس: عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضيات
237	تمهيد الفصل
237	1. عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى
240	2. عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية
241	3. عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
251	4. عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الرابعة
253	5. عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الخامسة
257	6. عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الجزئية السادسة

260	7. عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الجزئية السابعة
262	8. عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثامنة
263	9. عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية الجزئية التاسعة
266	الإستنتاج العام
272	الخاتمة
274	التوصيات والإقتراحات
276	المراجع
299	الملاحق

قائمة الجداول:

52	الجدول رقم (01): الفرق بين الخوف والقلق.
74	الجدول رقم (02): الارتباطات وعوامل الخطر لاضطراب القلق.
80	الجدول رقم (03): الفروقات التشخيصية بين الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع والخامس لاضطرابات القلق.
92	الجدول رقم (04): القلق والمخاوف المعيارية في الطفولة والمراهقة.
99	الجدول رقم (05): العلاجات المناسبة لاضطرابات القلق.
100	الجدول رقم (06): الآثار الجانبية لمضادات القلق مع الجرعات المسموحة بها والاستخدامات.
119	الجدول رقم (07): المخططات المبكرة غير السوية حسب يونج.
154	الجدول رقم (08): مزايا وعيوب أساليب الإشراف.
169	الجدول رقم (09): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية للتلاميذ حسب الجنس.
169	الجدول رقم (10): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية للتلاميذ حسب التخصص.
171	الجدول رقم (11): توزيع مجتمع عينة الدراسة للتلاميذ حسب الجنس.
171	الجدول رقم (12): توزيع مجتمع عينة الدراسة للتلاميذ حسب التخصص.
172	الجدول رقم (13): توزيع مجتمع عينة الدراسة للتلاميذ حسب الإعادة.
173	الجدول رقم (14): توزيع مجتمع عينة الدراسة للتلاميذ حسب العمر الزمني.
174	الجدول رقم (15): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس.
175	الجدول رقم (16): خصائص عينة الدراسة الأساسية من حيث التخصص.
176	الجدول رقم (17): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب العمر الزمني.

179	الجدول رقم (18): توزيع الدرجات على المقياس.
179	الجدول رقم (19): طريقة تصحيح مقياس القلق النفسي.
181	الجدول رقم (20): معاملات ارتباط فقرات مقياس القلق النفسي لتايلور بالدرجة الكلية.
183	الجدول رقم (21): نتائج حساب ثبات مقياس القلق النفسي عن طريق التجزئة النصفية.
183	الجدول رقم (22): نتائج ثبات مقياس القلق النفسي عن طريق معادلة ألفا لكرونباخ.
189	الجدول رقم (23): الصورة الأولية لجلسات البرنامج.
202	الجدول رقم (24): الصورة النهائية لجلسات البرنامج.
218	الجدول رقم (25): تصميم البروتوكول للبرنامج المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة.
219	الجدول رقم (26): مراحل سير البرنامج.
232	الجدول رقم (27): الفرق بين المجموعة التجريبية والضابطة في مستوى القلق النفسي.
232	الجدول رقم (28): الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية حسب العمر الزمني.
233	الجدول رقم (29): الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية حسب متغير الإعادة.
233	الجدول رقم (30): الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية حسب متغير الجنس.
234	الجدول رقم (31): الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية حسب متغير التخصص.
237	الجدول رقم (32): مستوى القلق النفسي لدى عينة الدراسة.
240	الجدول رقم (33): الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية لمستوى القلق النفسي في القياس القبلي.
242	الجدول رقم (34): الفروق بين القياس القبلي والبعدي لمستوى القلق النفسي للمجموعة التجريبية.
242	الجدول رقم (35): نتائج اختبار (ت) للعينات المترابطة.
243	الجدول رقم (36): نتائج الدلالة الإكلينيكية لأفراد المجموعة التجريبية.
245	الجدول رقم (37): قيم مؤشر (RCI) لأفراد العينة.
246	الجدول رقم (38): تصنيف المشاركين المستفيدين من البرنامج.
252	الجدول رقم (39): الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لمستوى القلق النفسي للمجموعة الضابطة.
253	الجدول رقم (40): الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي.
254	الجدول رقم (41): قيمة مربع إيتا للدرجة الكلية في القياس البعدي.
255	الجدول رقم (42): حجم الأثر حسب قيمة مربع إيتا لمقياس القلق والدرجة الكلية.
257	الجدول رقم (43): الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في مستوى القلق النفسي في القياس التتبعي.
258	الجدول رقم (44): قيمة مربع إيتا للدرجة الكلية في القياس القبلي والبعدي.

258	الجدول رقم (45): حجم الأثر حسب قيمة مربع إيتا لمقياس القلق لتايلور .
260	الجدول رقم (46): الفروق حسب متغير الجنس لمستوى القلق النفسي في المقياس البعدي.
262	الجدول رقم (47): الفروق في مستوى القلق النفسي للمجموعة التجريبية في القياس التتبعي حسب متغير الجنس.
263	الجدول رقم (48): الفروق بين القياس البعدي والتتبعي لمستوى القلق النفسي للمجموعة التجريبية.

قائمة الأشكال:

166	الشكل رقم (01): التصميم التجريبي للاختبار القبلي والبعدي والتتبعي للمجموعتين الضابطة والتجريبية.
169	الشكل رقم (02): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس.
170	الشكل رقم (03): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب التخصص.
171	الشكل رقم (04): توزيع مجتمع عينة الدراسة للتلاميذ حسب الجنس.
172	الشكل رقم (05): توزيع مجتمع عينة الدراسة للتلاميذ حسب التخصص.
173	الشكل رقم (06): توزيع مجتمع عينة الدراسة للتلاميذ حسب الإعادة.
174	الشكل رقم (07): توزيع مجتمع عينة الدراسة للتلاميذ حسب العمر الزمني.
175	الشكل رقم (08): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس.
176	الشكل رقم (09): توزيع عينة الدراسة الأساسية للتلاميذ حسب التخصص.
177	الشكل رقم (10): توزيع عينة الدراسة الأساسية للتلاميذ حسب العمر الزمني.

قائمة الملاحق:

300	الملحق رقم (01): قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين.
301	الملحق رقم (02): تصريح الدخول من طرف مديرية التربية لولاية الجلفة.

مقدمة

مقدمة:

يتعرض الفرد إلى العديد من المشاكل المتنوعة سواء المهنية، الدراسية، الأسرية أو الاقتصادية، وعادة ما يرجع هذا إلى زيادة متطلبات الحياة المتنوعة والمعقدة، بالإضافة إلى كثرة الصراعات والإحباطات التي يعيشها، مما قد يصل إلى عدم القدرة على التحمل، فيصبح من السهل الوقوع في الاضطرابات النفسية التي تتنوع، ويعتبر اضطراب القلق النفسي في مقدمتها، هذا الذي أثبتته الإحصائيات على مر السنين، فعادة ما يكتسب القلق أهمية كبيرة بين الباحثين والعلماء ليست فقط من ناحية انتشاره وإنما من ناحية انعكاساته السلبية الكثيرة على حياة الفرد وبالأخص مرحلة المراهقة التي تعتبر من أهم المراحل النمائية التي يتعرض فيها المراهق إلى جملة من التغيرات في جميع نواحي النمو سواء النفسي، المعرفي، الاجتماعي أو البيولوجي... الخ، مما يؤثر بالسلب على سلوكياته ونفسيته ففي هذه المرحلة العمرية يتعرض المراهق إلى العديد من المشكلات المتعلقة بحياته الشخصية، التعليمية والمستقبلية، مما يزيد الطين بلة أنه لا يمتلك البصيرة الكافية التي تساعد على مواجهة المواقف المقلقة والأزمات وبالتالي يقع فريسة سهلة للإصابة باضطراب القلق.

يرى عطية (2010) أن المدرسة الثانوية تستقبل الطلاب وهم في مرحلة المراهقة وهم يعانون من عدة أزمات مرتبطة بنموهم ودراساتهم وتفكيرهم في المستقبل ومواقفهم من حياتهم الحاضرة، وقد يتغلبون على كل أزماتهم، كما قد يلاقون بعض الصعوبات في حل بعضها، لذلك ينتشر بين تلاميذ المدرسة الثانوية الكثير من القلق والصراعات والسلوك العدواني. (ص10)

كما توصلت بعض الدراسات العربية والأجنبية إلى أن العديد من المراهقين وبالأخص المتدربين في المرحلة الثانوية يعانون من القلق النفسي، ومن بين الدراسات نذكر دراسة عبد الخالق وإبراهيم (2003) كما أشار الشطي (2015) التي تم إجراؤها على طلاب المدارس الثانوية لعينة تقدر بـ1055، وتوصلا في الأخير إلى وجود قلق مرتفع لدى التلاميذ المتدربين بالمرحلة الثانوية، وبالنسبة للدراسات الأجنبية فقد توصل كل من (Tramonte & Willems, 2010) حسب الشطي في دراستهما التي أجريت على عينة قدرت بـ 6274 من تلاميذ المدارس الثانوية بكندا إلى وجود قلق لدى الذكور بنسبة 10% والإناث بنسبة 12%، ومع حجم هذه الأرقام فإنها تظهر مدى خطورة انتشار القلق لدى هذه الفئة، بالإضافة إلى عدم وجود إحصائيات دقيقة حول مدى انتشار القلق بين المراهقين في المجتمع الجزائري.

بالرغم من اهتمام وزارتي الصحة والتربية والتعليم بالصحة النفسية للتلاميذ خاصة في الآونة الأخيرة إلا أن هناك نقص في أعداد الأخصائيين النفسيين في بعض المناطق خاصة مناطق الظل مما يحول من عملية التكفل النفسي بالتلاميذ، بالإضافة إلى الشعور بالخزي لدى البعض والخوف الذي يطالهم عند زيارة المختص النفسي بسبب النظرة السلبية للأخصائي النفسي ودوره في المجتمع، مما يبقى الكثير يعانون في صمت ولا يلجؤون إلى

الطبيب أو المختص النفسي ولاحتي مستشاري التوجيه والتربية، وبالتالي ينعكس سلبا على أدائهم في الدراسة وحياتهم اليومية وصحتهم الجسدية ومستقبلهم.

ويزداد القلق لدى التلاميذ الذين هم على أعتاب اجتياز الامتحان المصري الخاص بشهادة البكالوريا بحيث أن مجرد التفكير في الفشل والنجاح يشعره بالقلق، ويحدد مستقبل التلميذ المراهق، لذا يكون محط أنظار الوالدين والمدرسين، ويزيد العبء عليهم وكذلك يزيد من ارتفاع القلق لديهم، فنفرا لخطورة اضطراب القلق النفسي اجتهد العلماء والباحثون في تفسير نشأة القلق، محاولين بذلك التوصل إلى الأسباب الكامنة وراء حدوثه من أجل التخفيف منه أو القضاء عليه، وتحديد العلاج المناسب له، بحيث نتج عنه العديد من النظريات التي تختلف في وجهات نظرها حول تفسيره، بالإضافة إلى اختلاف فلسفات العلاجات النفسية المبنية عليها، ومن بين النظريات التي قدمت تفسيراً مختلفاً لمنشأ القلق النفسي عن النظريات الأخرى النظرية البيولوجية، النظرية التحليلية والمعرفية السلوكية... الخ، فهذه الأخيرة تعتبر من أهم النظريات الحديثة التي أعطت أهمية للعوامل المعرفية الإدراكية ومدى تأثيرها على سلوك الفرد، لذا يعتمد المعالجون، المرشدون والأخصائيون النفسيون الذين يتبنون هذه النظرية سواء في إعداد الخطط العلاجية أو البرامج العلاجية والإرشادية وحتى الوقائية منها في تغيير الإدراكات المعرفية والسلوكية لدى الفرد من أجل إحداث تغيير جذري في شخصيته ومساعدته على تخطي مشكلاته وتحقيق التكيف والتوافق مع محيطه، فالعلاج المعرفي السلوكي TCC يعتبر من العلاجات المثلى التي تستخدم في علاج اضطرابات عدة وهو مناسب لكل الفئات العمرية المختلفة ومنها التلاميذ المراهقين المتمدرسين بالسنة الثالثة ثانوي.

ونظراً لأهمية موضوع دراستنا ارتأينا إلى التركيز في بحثنا هذا على بناء برنامج قائم على النظرية المعرفية السلوكية بهدف التخفيف من حدة القلق النفسي لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، ولهذا سنحاول التطرق في بحثنا إلى الجانبين النظري والتطبيقي: **الجانب النظري**: والذي يحتوي على أربع فصول: **الفصل الأول**: تم فيه تقديم الدراسة من حيث تحديد إشكالية البحث، أهمية وأهداف الدراسة، التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة، الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة، بحيث ركزنا على الدراسات التي تناولت متغير القلق النفسي والدراسات التي تناولت متغير البرنامج المعرفي السلوكي، والدراسات التي تناولت المتغيرين معاً، بالإضافة إلى التعقيب على الدراسات السابقة من حيث نقاط الاختلاف والتشابه بين الدراسة الحالية والدراسات السابقة كما تم التطرق إلى مميزات الدراسة الحالية وموقعها من الدراسات السابقة. أما **الفصل الثاني**: فتطرقنا فيه إلى القلق النفسي حيث قمنا أولاً بتعريفه، عرض الفرق بين القلق والمفاهيم الأخرى، أعراضه، أسبابه، التناولات النظرية التي فسرت القلق، أنواعه، مستوياته، مركباته، مراحل وسير القلق، آلية عمله، أساليب التفكير عند الشخص القلق، اختلاف الثقافة وتأثيرها على القلق، تشخيصه، مقاييسه، الإنعكاسات السلبية للقلق، وعلاجه المشكلات التي يتعرض لها المعالج عند التعامل مع مرضى القلق، مآله، وكيفية الوقاية منه، أما في **الفصل الثالث**: تناولنا فيه العلاج المعرفي السلوكي حيث قمنا بتعريفه، والتطرق إلى التطور التاريخي الذي مر به هذا العلاج، مع ذكر بعض

المفاهيم المتعلقة به، بالإضافة إلى نماذجه، وأهدافه، مبادئه، خصائصه، مراحل سيره، أهم الفنيات والتقنيات العلاجية المعرفية السلوكية المستخدمة في التخفيف من القلق النفسي، أهم استخداماته، عملية الإشراف في العلاج، المشكلات التي تواجه المعالج أثناء استخدامه، تقييم فعالية العلاج، مزاياه وعيوبه، أوجه التشابه والاختلاف بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاجات الأخرى.

أما الجانب التطبيقي: فقد احتوى على فصلين هما: **الفصل الرابع**: بعنوان الإجراءات المنهجية للدراسة حيث تطرقنا فيه إلى منهج الدراسة الأساسية، حدود الدراسة، الدراسة الإستطلاعية والتي تطرقنا فيها إلى تعريف المنهج المستخدم فيها وإجراءاتها وأهم نتائجها، ثم تطرقنا إلى الدراسة الأساسية، حيث تناولنا فيها مجتمع الدراسة وخصائصه وصولاً إلى عينة الدراسة الأساسية وخصائصها، أدوات الدراسة مع ذكر كيفية تطبيقها وخصائصها إجراءات الدراسة الأساسية، ضبط متغيرات الدراسة الأساسية قبل التجريب، تناولنا أيضاً الأساليب الإحصائية في معالجة البيانات، وفي **الفصل الخامس**: تناولنا فيه "عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضيات"، حيث تطرقنا فيه إلى عرض وتحليل وتفسير نتائج فرضيات الدراسة الجزئية، مع تقديم الإستنتاج العام، ثم اختتمنا الدراسة بخاتمة قدمنا فيها حوصلة حول الدراسة بشكل عام، مع تقديم مجموعة من التوصيات والمقترحات التي نرى بأنها ضرورية من وجهة نظرنا، مع ذكر قائمة المراجع المعتمد عليها في الدراسة، وقائمة الملاحق.

الفصل الأول:

الإطار التمهيدي للدراسة

1. إشكالية الدراسة
 2. الفرضيات
 3. أهمية الدراسة
 4. أهداف الدراسة
 5. التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة
 6. الدراسات السابقة
 7. التعقيب على الدراسات السابقة
- خلاصة الفصل

1. إشكالية الدراسة:

تعتبر المراهقة مرحلة من مراحل النمو الإنساني وهي مرحلة نمائية هامة وحساسة في نفس الوقت نتيجة التغيرات التي تمس جميع جوانب النمو، وهذا لب ما اختلف عليه العلماء في تحديد ما إذا كانت مرحلة المراهقة أزمة أم مرحلة نمو عادية كسائر مراحل النمو الإنساني، إلا أنه لا يمكن أن ننكر أن هناك الكثير من المراهقين من يقعون فريسة سهلة للوقوع في العديد من المشكلات النفسية والسلوكية خاصة وأن مرحلة المراهقة تتميز ببحث المراهق عن الهوية. فتحقيق الهوية وتكوينها حسب كوبر وآخرون (1996) "تعني شعوره بالاندماج والتماصك وفهم الشخص لعلاقته مع الآخرين، وفهمه للقيم والأدوار في المجتمع" (ملباني والشهابي، 2021، ص 234).

فعملية تشكيل الأنا لدى المراهق تبدأ بأزمة البحث عن الذات والتي تظهر من خلال التساؤلات التي يطرحها المراهق من أنا؟؛ طفل أم راشد؟؛ وغيرها من الأسئلة التي تدور حول موضوع الذات والهوية، وإن لم تجد التساؤلات حلا فإنها تسبب أزمة وبالرغم من أنها أزمة نمائية؛ إلا أن مدتها وحدتها تسبب اضطرابات لدى المراهق. (بوتنفونشات وبركو، 2017، ص 670)

وعادة ما تقابل المراهقة المرحلة الإعدادية والثانوية في التعليم حيث تساعد المراهق على اكتساب المعارف وتكوين علاقات اجتماعية واكتشاف ذاته والمشاركة الفعالة في المجتمع وترسيخ القيم والمبادئ الدينية، إذ تعتبر مرحلة الثانوية مرحلة انتقالية من التعليم الأساسي إلى التعليم الثانوي، فالمدرسة الثانوية تستقبل التلاميذ الذين يتراوح أعمارهم ما بين 15 إلى غاية 19 سنة، وتكمن أهمية هذه المرحلة في إعداد المراهق من جميع الجوانب التعليمية والاجتماعية والنفسية والسلوكية من أجل تهيئته على الانتقال إلى الحياة الجامعية والعملية، وعادة ما يواجه المربون في هذه المرحلة تحديات متعلقة بإعداد المراهق وضبطه خاصة وأن الكثير منهم يعانون من المشكلات النفسية والسلوكية وقد يرجع هذا إلى خصوصية المرحلة النمائية.

فالمدرسة تهدف إلى التعليم والتربية والإعداد للتعليم المتخصص من أجل أن يصبح المراهق مواطناً صالحاً مفكراً قيادياً صانعاً لمستقبله، وحرفياً متخصصاً في عمل معين (ماسترز وسييتز، رزوق، 1998، ص 42). فهي من أهم عوامل التأثير في الحاجات النفسية لدى المراهق ولا تقل أهمية عن عامل الأسرة، حيث تهيئ للفرد الإمكانيات والوسائل التي تجعله يتوجه نحو الاعتماد على ذاته وتحمل المسؤولية واحترام القوانين ومزاولة النشاطات المختلفة والمشاركة أو على العكس، فتضع العراقيل والعوائق أمام تطلعاته وتحفيزاته الذاتية فيشعر بالإحباط والصد والمرارة. (سليم، 2002، ص ص 389-390)

كما تعتبر السنة الثالثة ثانوي مهمة لدى التلاميذ ليس لكونها السنة النهائية في التعليم الثانوي وإنما راجع إلى أهمية الشهادة التي تتوج بها، فمرحلة البكالوريا تعتبر مصيرية بالنسبة لهم ليس فقط من ناحية النجاح في الدراسة والانتقال إلى المرحلة الجامعية، وإنما هي مهمة أيضاً لإثبات ذواتهم ووسيلة من أجل الحصول على حب

وتقدير الآخرين لهم وبالأخص والديهم، وهذه الأسباب تزداد حدة القلق عند التلاميذ، مما تؤثر سلباً على حياتهم ومهاراتهم الدراسية، وعلى أدائهم مما ينجم عنه ظهور مشكلات نفسية وسلوكية وحتى جسدية، فهناك الكثير من التلاميذ ممن يمتلكون مؤهلات النجاح إلا أنهم يفشلون بسبب عدم تحكمهم في القلق والذي يعد في الكثير من الأحيان عائقاً بينهم وبين الارتقاء للسنة الموالية، فمن شدة القلق والخوف نجد بعض التلاميذ يلجؤون إلى الهروب من الموقف الاختباري أو الغياب عنه، وجميعها وسائل دفاعية تهدف إلى حماية الذات. (أبو عزب، 2008، ص 3)

كما يرى تلاميذ الثالثة ثانوي بأن مستقبلهم مرهون بالنجاح أو الفشل في امتحان البكالوريا، ذلك أن المعدلات التي يتحصلون عليها تحدد التخصص الذي سيدرسونه في الجامعة (أبو غالي، 2011، ص 61). خاصة وأن هناك الكثير من التلاميذ ينجحون في اجتياز مرحلة البكالوريا والحصول على الشهادة، إلا أنهم لا يحصلون على المعدلات اللازمة التي تؤهلهم لدراسة التخصص الذي يرغبون فيه، وبالتالي ينعكس سلباً عليهم.

إن النجاح في شهادة البكالوريا لم يعد مقتصرًا فقط على طموح الطالب وإنما أصبح مطمح الأسر وحتى الأساتذة والعاملين في القطاع التربوي، لأن ارتفاع نسبة الناجحين في شهادة البكالوريا دليل على نجاح المؤسسة التربوية ويكون العكس في حالة الرسوب، بحيث تنعكس سلباً على سمعة المدرس المهنية فيتلقى اللوم والتأنيب من طرف المدرسة والإدارة وكذلك المجتمع (مجادى، 2014، ص 176)، ولهذا يزداد القلق لدى التلاميذ المقبلين على اجتياز شهادة البكالوريا.

كما يرى "برزونسكي (Berzonsky, 1981)": "أنه خلال مرحلة المراهقة يتعرض الفرد للعديد من الضغوط التي تجعله مستهدفاً للعديد من المشكلات والاضطرابات النفسية ومن أهمها القلق" (نقلاً عن الدسوقي، 1997، ص 23).

ونظراً لأهمية تناول موضوع اضطراب القلق اهتم العديد من الباحثين بإجراء دراسات مسحية حول مدى انتشاره في بيئاتهم وحول العالم ككل، ولقد توصلت دراسة أمريكية إلى أن نسبة انتشار اضطراب القلق النفسي حوالي 8% إلى 14% أما بالنسبة للقلق النفسي العام فتصل من 1% إلى 3%، أما عكاشة (2018) فقد وجد أن حوالي 20% من مجموع المرضى المترددين على عيادة الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس يعانون من القلق النفسي. (ص 138)

كما أشارت دراسة مسحية أخرى إلى أن القلق يعتبر من الاضطرابات النفسية التي تأتي دوماً بالمقدمة وتختلف نسبة انتشاره من منطقة لأخرى، وهو ينتشر بنسبة 16%، فمعدل الإصابة أعلى من المتوسط لدى النساء أكثر من الرجال، ويشير بعض العلماء إلى أن هذه النسب لا تعبر عن الواقع خاصة وأن هناك تدني في الخدمات الصحية النفسية خاصة في الدول النامية، بالإضافة إلى شبه غياب استخدام أدوات القياس النفسي والإعتماد السائد على بيانات التقرير الذاتي. (خضر، 2022، ص 20-21)

وأشارت منظمة الصحة العالمية (2021) إلى أن المراهقين الأكبر سنا يعانون من القلق مقارنة بمن هم أصغر سنا بحيث تتراوح نسبة الإصابة بـ 3.6% للمراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 10 إلى 14 سنة و 4.6% بالنسبة للمراهقين الذين تتراوح أعمارهم من 15 إلى 19 سنة.

وفيما يخص مدى انتشار اضطرابات القلق النفسي في المجتمع الجزائري فلا توجد دراسات مسحية على حد علمنا مثل الدراسات العربية والأجنبية خاصة، إلا أن هناك بعض الباحثين الجزائريين سعوا في دراساتهم إلى تحديد نسبة انتشار الاضطرابات النفسية في مجتمعنا، ومن بين هذه الدراسات نذكر كل من العقون وسلطانية (2021) اللذان توصلا إلى أن أكثر من 23% من عينة دراستهما والتي بلغت 962 شاب وشابة يعانون من درجات عالية في الشدة النفسية التي تعتبر كمؤشر لاختلال الصحة النفسية، وكذلك المؤشر المنبئ للإصابة باضطرابي القلق والاكتئاب (ص 135).

ذكر العقون (2010) إلى أنه توصل إلى توزيع اضطرابات الصحة النفسية على عينة الدراسة التي بلغت 511 طالب وطالبة موزعة على الشكل التالي اضطرابات الهوية 17.2%، القلق النفسي 20.7%، الاكتئاب 21%، اضطرابات سلوكية 11.2%، الشدة النفسية 21.1% (العقون، 2010، كما أشار العقون وسلطانية، 2021، ص 139).

إن مصطلح القلق النفسي يحتل مكانة هامة في علم النفس الحديث، فهو يمثل العرض الجوهرى المشترك في الاضطرابات النفسية بل حتى في الأمراض العضوية المختلفة كما أنه السمة المميزة للعديد من الاضطرابات السلوكية (أرحومة، 2012، ص 286).

ويرى "جوزف ولي" بأن القلق النفسي من أهم الاستجابات الفطرية لدى الكائن الحي، والصادرة عن الجملة العصبية اللاإرادية بسبب منبه أو مثير يهدد حياة الفرد، ويحتوي القلق على عناصر معرفية، حركية، عصبية وسلوكية... الخ، ويعتبر القلق رد فعل طبيعي لإستجابة الفرد نحو الإثارة الضارة التي تدفع به نحو تشكيل الإستجابة التجنبية. (الزرد، 2008، ص 37)

ولقد اختلف العلماء في تحديد ما إذا كان القلق وليد العصر الحالي أم أنه ظهر في المجتمعات القديمة بسبب انتشار الأمراض والحروب التي ما زالت موجودة إلى حد الآن خاصة في بعض البلدان النامية، إلا أن هناك الكثير من العلماء والباحثين من يسمون العصر الحالي بعصر القلق، كيف لا خاصة مع التطورات السريعة التي تحدث من جميع النواحي التكنولوجية، الاجتماعية، الثقافية، الاقتصادية والإعلامية... الخ، بالإضافة إلى كثرة ضغوطات الحياة وزيادة متطلباتها وانتشار الأمراض والفيروسات الفتاكة والأوبئة، فقد ذكر عبد الخالق (1991) أن القلق النفسي حقيقة من حقائق الوجود الإنساني، وجانب دينامي مهم في بناء شخصية الفرد بالإضافة إلى أنه متغير من متغيرات السلوك البشري" (عبد الخالق، 1991، كما أشارت البطينجي، 2015، ص 2).

فهو كان وما زال وسيبقى كجزء هام من حياتنا، وبالرغم من أهمية القلق في حياة الفرد لكونه يساعد على التحفيز والتطور إلا أنه في الكثير من الأحيان يكون مصدر معاناة للفرد في حالة ما إذا زاد عن مستواه الطبيعي.

ويرى "(Salkovskis, 1996)" بأن القلق يحدث عندما يعتقد الفرد أن حجم الخطر المتوقع يفوق قدرته المدركة على التعامل مع الموقف بنجاح" (المحارب، 2000، ص 252).

فالقلق يمثل حالة من الترقب أو توقع الشر أو الشعور بالخوف (نجد، 2018، ص 6). فهو حالة انفعالية يتداخل فيها الخوف، مشاعر الرهبة، الحذر، الرعب والتحفيز موجهة نحو المستقبل أو الظروف المحيطة، كما يعد القلق أيضا من المشاعر الطبيعية العامة التي يمر بها الإنسان (سرحان، النكريتي، وجباشنة، 2013، ص 11)، أما العالم الأمريكي "كاتل" فيرى: "أن الناس يربطون دوما بين القلق والمرض، وهذا غير صحيح في كل الأحوال لأن القلق قد يكون أحيانا دلالة على الصحة والنضوج (عبد الستار، 2002، ص 11)".

إن القلق النفسي يعتبر المحرك الأساسي للسلوك سواء كان طبيعيا أو مرضيا، فهو يصيب جميع الأفراد سواء كانوا أطفالا أو كبارا ويؤثر في شخصية الفرد، وبالأخص المراهق مما تؤثر على سلوكه وعلى تحصيله الدراسي أيضا؛ فالتحول في الوضع البيولوجي، وزيادة تركيز المراهق على نفسه وانشغاله بذاته، وزيادة حساسيته لنقد الآخرين، ربما تشكل هذه العوامل ضغوطا عليه أكبر من قدرته على التحمل وخاصة أنه قد لا يمتلك المهارات الضرورية والمناسبة للتعامل معها، ليصل إلى حد التكيف. (برهان، 2017، ص ص 119-120)

فالقلق النفسي يصيب جميع الأفراد في المجتمعات سواء المتقدمة أو المتخلفة وكل الفئات العمرية منذ الطفولة المبكرة حيث يختبرون قلق الانفصال وقلق التقطع في مرحلة الرشد، ولهذا السبب زاد اهتمام الباحثون وعلماء النفس والمختصون في علاج الاضطرابات النفسية بدراسة القلق النفسي، والبحث عن سبل علاجه والوقاية منه؛ فالتعرض المستمر للقلق يؤدي إلى زيادة إفراز بعض الهرمونات التي ينجم عنها الإرتفاع في ضغط الدم والإصابة بنقص الدورة الدموية للأعضاء الحيوية في الجسم والمخ، وحدوث جلطات، بالإضافة إلى إصابة الفرد ببعض الاضطرابات الهضمية كأمراض المعدة، والقولون العصبي، والاضطرابات النفسية المتعلقة بالنوم والاكتئاب، وفقدان الرغبة في الدراسة أو العمل وفي الحياة أيضا. (القربي، 2012، ص 1)

انطلاقا مما سبق ظهرت الحاجة إلى إنشاء خطط أو برامج علاجية أو إرشادية للتخفيف من حدة القلق النفسي عند تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، وعادة ما تقوم هذه البرامج على أسس نظرية متعددة، ومن أهم هذه النظريات النظرية المعرفية السلوكية، والتي أثبتت نجاعتها في علاج العديد من الاضطرابات النفسية مثل: "الاكتئاب اضطراب الوسواس القهري، ونخص بالذكر القلق النفسي المرضي أو أحد أشكاله مثل القلق الاجتماعي، قلق المستقبل، قلق الامتحان... الخ". فهذا النوع من العلاجات يعمل على دمج الفنيات المستخدمة في العلاج

السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك، ومع الجوانب المعرفية للتلميذ بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه، بالإضافة إلى أنه يهتم بالجانب الوجداني له، وبالسياق الاجتماعي مع من حوله من خلال استخدام تقنيات معرفية سلوكية ونافعالية واجتماعية وبيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه. (المحارب، 2000، ص 1)

كما توصلت بعض الدراسات إلى أن فعالية هذا النوع من العلاجات تضاهي فعالية العلاج الدوائي وهو أقل تكلفة من الناحية المادية ومن حيث الوقت مقارنة بالعلاج التحليلي، بالإضافة إلى أنه ليست لديه آثار سلبية مقارنة بالعلاج الدوائي، إضافة إلى ذلك لديه العديد من الميزات المتعددة، ومن بين هذه الدراسات نذكر دراسة "بجاج وماهوترا" (Bajaj & Malhotra, 2014) اللذان قاما بالمقارنة بين فعالية الثلاث أنواع من العلاجات وهي المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي، والعلاج المعرفي السلوكي والدوائي معا في التخفيف من حدة اضطراب القلق العام وتوصلا في الأخير إلى فعالية كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي معا مقارنة بالعلاج الدوائي لوحده. (p 24)

مما شجع المعالجون والمرشدون باستخدام هذا النوع من العلاج. وعند التتبع للدراسات السابقة والتراث النفسي نجد أن هناك الكثير من العلماء والباحثين سواء الأجانب أو العرب وحتى الجزائريين، قد اهتموا بإنشاء برامج إرشادية وعلاجية قائمة على النظرية المعرفية السلوكية لخفض القلق النفسي، ومن بين هذه الدراسات نجد دراسة "معالي" (2014) التي هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج علاجي في خفض القلق النفسي وتنمية مفهوم الذات لدى الطلبة المتميزين، وتكون مجتمع الدراسة من جميع طلبة شعب الصف الحادي عشر من الطلبة المتميزين في مدارس الملك عبد الله للتميز، وأظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية في خفض القلق، وتنمية مفهوم الذات لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، مع عدم التفاعل بين البرنامج العلاجي والجنس على كل من القلق النفسي ومفهوم الذات. (ص 139)

توصل "الغامدي" (2010) في دراسته التي هدفت إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق العام لدى المرضى المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف إلى وجود فروق بين متوسطات درجات القلق للقياس القبلي والبعدي، مع عدم وجود فروق دالة بين متوسطات درجات القياس البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية. (ص 12)

توصل "العمرى" (2011) أيضا في دراسته التي هدفت إلى إعداد برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى القلق لدى التلاميذ الأيتام بمدينة الطائف، وذلك في ضوء النظرية المعرفية السلوكية، بالإضافة إلى التعرف على الفروق بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في مستوى القلق بعد تطبيق البرنامج، والكشف على فعالية البرنامج الإرشادي في خفض مستوى القلق لدى التلاميذ الأيتام بمدينة الطائف، وفي النهاية توصل الباحث إلى وجود فروق بين المجموعة الضابطة والتجريبية في مستوى القلق بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح

المجموعة التجريبية، بالإضافة إلى فعالية للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض مستوى القلق لدى التلاميذ الأيتام بالطائف. (ص ص 06-56)

كما قامت "بلميهوب" (2011) بدراسة حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق المعمم وبعد أربعة أشهر من تطبيق مهارات العلاج السلوكي المعرفي تحسنت حالة العميلة من خلال تعلمها وتطبيقها للمهارات والفنيات العلاجية التي تعلمتها في الجلسات والمتمثلة في مناقشة الأفكار السلبية مع البحث عن بدائل إيجابية بالإضافة إلى مهارة تأكيد الذات ومهارة حل المشكلات. (ص 156)

وانطلاقاً مما سبق ارتأينا في دراستنا الحالية الكشف عن مدى فاعلية برنامج علاجي قائم على النظرية المعرفية السلوكية في التخفيف من حدة القلق النفسي لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي مستنديين إلى التساؤل العام:

- ما مدى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة القلق النفسي لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي؟.

ومنه تنبثق التساؤلات الفرعية للدراسة التالية:

1. ما مستوى القلق النفسي لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي؟
2. هل توجد فروق بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي ؟
3. هل توجد فروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية ؟
4. هل توجد فروق بين درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة ؟
5. هل توجد فروق بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي ؟
6. هل توجد فروق بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس التبعي ؟
7. هل توجد فروق في مستوى القلق لدى المجموعة التجريبية من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في القياس البعدي تعزى لمتغير الجنس ؟
8. هل توجد فروق في مستوى القلق النفسي لدى المجموعة التجريبية من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في القياس التبعي تعزى لمتغير الجنس ؟
9. هل توجد فروق بين القياسين البعدي والتبعي للمجموعة التجريبية ؟

2. فرضيات الدراسة:

1.2. الفرضية العامة:

توجد فاعلية للبرنامج المعرفي السلوكي في التخفيف من مستوى القلق النفسي لدى عينة من تلاميذ

السنة الثالثة ثانوي.

2.2. الفرضيات الجزئية:.

1. مستوى القلق النفسي مرتفع لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.
4. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة.
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي.
6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس التتبعي.
7. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى القلق لدى المجموعة التجريبية من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في القياس البعدي تعزى لمتغير الجنس.
8. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى القلق النفسي لدى المجموعة التجريبية من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في القياس التتبعي تعزى لمتغير الجنس.
9. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية.

3. أهمية الدراسة:

1.3. الأهمية النظرية:

1. هذه المرحلة النمائية لها أهمية وهي تنتمي إليها عينة الدراسة وهي مرحلة المراهقة باعتبارها مرحلة حرجة بالإضافة إلى الضغوطات التي يعاني منها المراهق في هذه الفترة.
2. من أجل المساهمة في توفير تراث نظري للباحثين والعاملين حول البرامج العلاجية.
3. فتح المجال لعمل دراسات وبحوث في هذا المجال وهذا حسب ما تتوصل إليه هذه الدراسة من نتائج.
4. أهمية المرحلة الثانوية في حياة التلميذ وبالأخص السنة الثالثة ثانوي والتي تعتبر مصيرية له في تحديد مستقبله.

5. دراسة اضطراب القلق النفسي باعتباره من أهم الاضطرابات النفسية انتشارا.
6. أهمية اضطراب القلق من حيث تأثيره السلبي على التلاميذ المتدربين وبالأخص المقبلين على اجتياز شهادة البكالوريا.

2.3. الأهمية التطبيقية:

1. تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي باعتباره أحد التيارات العلاجية الحديثة، والذي وجد اهتمام كبير من طرف الباحثين والمعالجين وهذا راجع للقدرة على تطبيقه وقياسه على أرض الواقع.
2. تعود هذه الدراسة بالفائدة على أفراد المجموعة التجريبية وذلك بالاستفادة من تطبيق البرنامج العلاجي المصمم من أجل تخفيف مستوى القلق لديهم.
3. توفر هذه الدراسة للعاملين في مجال الصحة النفسية المدرسية برنامج علاجي يستفيدون منه في التخفيف من حدة القلق لدى التلاميذ.

4. أهداف الدراسة:

1. معرفة مدى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في التخفيف من مستوى القلق النفسي لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي.
2. معرفة مستوى القلق النفسي لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي.
3. الكشف عن الفروق بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي.
4. الكشف عن الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية.
5. الكشف عن الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة.
6. الكشف عن الفروق بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي .
7. الكشف عن الفروق بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس التبعي.
8. الكشف عن الفروق في مستوى القلق لدى المجموعة التجريبية من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في القياس البعدي تعزى لمتغير الجنس.
9. الكشف عن الفروق في مستوى القلق النفسي لدى المجموعة التجريبية من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في القياس التبعي تعزى لمتغير الجنس.
10. الكشف عن الفروق بين القياسين البعدي والتبعي للمجموعة التجريبية.

5. التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة:

1.5. البرنامج المعرفي السلوكي:

يعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه: "أساليب والطرق العلاجية المكثفة والتي تطبق في مدة قصيرة تتراوح

ما بين 6 إلى 20 جلسة، يركز فيها المعالج على حل المشكلات، ويعتبر هذا العلاج سريع وعملي موجه نحو المفحوصين بهدف تطوير المهارات اللازمة على المدى الطويل، إذ يركز على اللحظة الحالية والقضايا التي تحدث بشكل يومي، بحيث يساعد المفحوص على التفكير في كيفية القيام بذلك، فيفسرون ويقيمون ما يحدث حولهم وآثار هذا التصور على تجربتهم العاطفية". (Rector, 2010, p 2)

ويعرف البرنامج المعرفي السلوكي إجرائياً: "بأنه مجموعة من الجلسات العلاجية المخطط لها من طرف الباحثة والذي يحتوي على عدد من التقنيات والفنيات المستمدة من النظرية المعرفية السلوكية التي تهدف إلى التخفيف من حدة القلق النفسي لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، بالإضافة إلى تعديل الأفكار اللاواقفية وغير المنطقية وتنمية الثقة بالنفس لديهم، ومن أهم الفنيات نذكر: "التنفس البطني، الإسترخاء العضلي، أسلوب حل المشكلات التحصين التدريجي، المراقبة الذاتية، تعديل الأفكار اللاواقفية، تأكيد الذات، التخيل، الواجبات المنزلية".

2.5. القلق النفسي:

يعرف على أنه: "شعور غير مرغوب بعدم الارتياح مصحوب بالخوف وبعض المظاهر البدنية مثل التوتر الانقباض، ضيق الصدر، خفقان القلب، تصبب العرق ويصاحب ذلك بعض العجز عن أداء الأعمال اليومية بالصورة المعتادة، كما يؤثر القلق على قدرة الفرد على التكيف والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين". (الشربيني، 2015، ص 11)

ويعرف القلق إجرائياً بأنه: "شعور غير سار ويصاحبه مجموعة من الأعراض النفسية والجسدية والمعرفية التي تؤثر على حياة التلميذ وتنعكس سلباً على أدائه ودراسته ومستقبله، كما أنه لا يتناسب مع الخطر الفعلي ويقاس بالدرجة الكلية التي يتحصل عليها التلميذ على مقياس القلق لتايلور".

6. الدراسات السابقة:

1.6. الدراسات التي تناولت متغير القلق النفسي:

1.1.6. الدراسات المحلية:

1.1.1.6. دراسة صرداوي (2010) تهدف هذه الدراسة للكشف عن "القلق وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى التلاميذ السنة الثالثة ثانوي"، بلغت عينة الدراسة 300 تلميذ منهم 142 تلميذاً متفوقاً و158 تلميذاً متأخراً تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، وبالنسبة للمقياس استخدم الباحث مقياس قلق الحالة والسمة لسيبلر جرجورسش ولوشين (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970) وتمت ترجمة الاختبار وتكييفه من طرف أحمد البحيري (1980)، وكانت النتائج كالتالي: وجود علاقة عكسية دالة إحصائياً بين قلق

الحالة والسمة والتحصيل الدراسي، وجود فروق دالة إحصائية في مستوى القلق بين المتفوقين والمتفوقات وبين المتأخرين والمتأخرات من الذكور والإناث، عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى القلق تعزى لمتغير الجنس سواء كان بين المتفوقين والمتفوقات أو بين المتأخرين والمتأخرات دراسياً. (ص ص 19-39)

2.1.1.6. دراسة قريشي وقريشي (2013) تهدف هذه الدراسة للكشف عن "مستوى القلق لدى تلاميذ المرحلة الثانوية: دراسة ميدانية بمدينة ورقلة"، بلغت عينة الدراسة 200 تلميذ وتلميذة، وتم الاعتماد على المنهج الوصفي، كما تم تطبيق مقياس جامعة الكويت للقلق من إعداد "أحمد عبد الخالق"، وقد أشارت نتائج البحث إلى وجود قلق في حدود العادي لديهم، وجود فروق دالة إحصائية بين الجنسين لصالح الإناث، عدم وجود فروق دالة إحصائية بين تلاميذ الشعب المختلفة في درجة القلق. (ص ص 57-63)

3.1.1.6. دراسة حمزاوي (2018) تهدف الدراسة إلى الكشف عن "فاعلية الاسترخاء التصاعدي لجاكبسون في التخفيف من قلق الامتحان لدى الطالبات المقبلات على امتحان البكالوريا"، وبلغت عينة الدراسة أربع طالبات تخصص آداب فلسفة، واعتمدت الباحثة على المنهج العيادي التجريبي، كما تم تطبيق مقياس قلق الامتحان "لسارسون"، استخدمت الباحثة التقنية العلاجية المتمثلة في الاسترخاء التصاعدي "لجكبسون Jacobson" وبينت نتائج الدراسة فاعلية العلاج بالاسترخاء التصاعدي لجاكبسون في التخفيف من قلق الامتحان لدى الطالبات المقبلات على امتحان البكالوريا، مع وجود اختلاف في فاعلية العلاج بالاسترخاء التصاعدي "لجكبسون (Jacobson)" على مستوى أبعاد قلق الامتحان "لسارسون (Sarson)" للطالبات لصالح مستوى البعد السلوكي، يليه كل من البعد المعرفي والجسمي بنسب متقاربة. (ص 182)

4.1.1.6. دراسة علي وغريب (2018) تهدف الدراسة إلى التعرف على "العلاقة بين قلق الامتحان وتقدير الذات لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في ضوء متغيري الجنس والتخصص العلمي"، تألفت عينة الدراسة من 86 تلميذا وتلميذة بثانوية لعروسي العربي بولاية تيارت، ولتحقيق هذا الهدف اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي وتم تطبيق مقياس قلق الامتحان من إعداد حامد زهران (1999) ومقياس تقدير الذات من تصميم "كوبر سميث"، وأظهرت الدراسة النتائج التالية: وجود علاقة ارتباطية عكسية بين قلق الامتحان وتقدير الذات لدى التلاميذ عينة الدراسة، وجود فروق في مستوى قلق الامتحان يعزى لمتغير الجنس والتخصص العلمي، عدم وجود فروق في مستوى تقدير الذات يعزى لمتغير الجنس والتخصص العلمي. (ص ص 76-88)

5.1.1.6. دراسة قوراري، بوراس وتقيق (2018) تهدف الدراسة إلى "بناء وتصميم برنامج ترويجي رياضي يعمل على خفض مستوى القلق لدى كبار السن المتقاعدين"، مع إبراز مدى أهمية ممارسة النشاط الرياضي الترويجي ودوره في المحافظة على الاستقرار النفسي والاجتماعي والتوازن العقلي والبدني عند المسنين والمتقاعدين بشكل خاص، استخدم الباحثون عينتين متجانستين ضابطة وتجريبية بلغت كل منهما 120 فرداً، اعتمد الباحثون على

اختبار "تايلور" لقياس درجة القلق، وتوصلوا في الأخير إلى أن البرنامج الترويجي الرياضي المقترح عمل على التخفيف من درجة القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية، مع رصد ردود أفعال إيجابية لديهم خلال مراحل التجربة والمتمثلة في الارتياح النفسي والبدني، وإيجابية التصرف مع الآخرين، كما أن الاحتكاك المتواصل بينهم أدى إلى خلق نوع من السعادة والفرحة. (ص 217)

6.1.1.6. دراسة بوترة والأسود (2020) تهدف الدراسة للتعرف على "مستوى قلق الامتحان لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي بمقنة كركوبية خليفة الرباح الوادي في ضوء متغيرات الجنس، التخصص الدراسي، الإعادة" وقد تكونت عينة الدراسة من 200 تلميذ وتلميذة، ولتحقيق هذا الهدف تم الاعتماد على المنهج الوصفي وبالنسبة للمقياس تم تطبيق مقياس قلق الامتحان من إعداد دبار (2018)، وأظهرت النتائج أن مستوى قلق الامتحان مرتفع لدى عينة الدراسة وجود فروق في مستوى قلق الامتحان لصالح الإناث، وجود فروق في مستوى قلق الامتحان لصالح التخصص الدراسي الأدبي، مع عدم وجود فروق في مستوى قلق الامتحان تعزى لمتغير الإعادة. (ص 242)

7.1.1.6. دراسة بوقفة وجبالي (2020) تهدف الدراسة إلى الكشف عن "مستوى كل من القلق والمرونة النفسية لدى الطلبة الجامعيين، بالإضافة إلى التعرف على الفروق بين أفراد العينة في المرونة النفسية"، وبلغت عينة الدراسة 80 طالبا، واعتمد الباحثان على مقياس التقبل والعمل النسخة الثانية (AAQ- II) من إعداد "بوند وآخرون"، ومقياس مصداقية الأفكار ومشاعر القلق (BAFT) من إعداد "هيربارغ وآخرون"، وتوصل الباحثان في الأخير إلى وجود مستوى منخفض من المرونة النفسية لدى عينة الدراسة بمتوسط قدره 42.27%، مستوى مرتفع من القلق يقدر بـ 87.25%، وجود علاقة ارتباطية عكسية بين المرونة النفسية والقلق.

(ص ص 465 - 475)

8.1.1.6. دراسة بن عمور وبوجلal (2021) تهدف الدراسة إلى التعرف على "مستوى القلق لدى المراهق المدمن على المخدرات في ضوء متغيرين نوع المخدر ومدة العلاج"، بلغت عينة الدراسة ستة مراهقين يخضعون للعلاج بالمركز الوسيط لعلاج الإدمان على المخدرات بولاية الشلف، اعتمدت الباحثتان في الدراسة على المنهج العيادي، وباستخدام المقابلة الموجهة، والمقابلة نصف الموجهة، والملاحظة، واختبار "تايلور" للقلق، وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى القلق لدى المراهق المدمن على المخدرات يتراوح ما بين متوسط إلى مرتفع، تأثر مستوى القلق بنوع المخدر المستخدم ومدة العلاج. (ص 1)

2.1.6. الدراسات العربية:

1.2.1.6. دراسة غريب (1993) تهدف إلى "دراسة القلق لدى عينة من الشباب في دولة الإمارات العربية المتحدة، ومعرفة كذلك انتشاره وعلاقته بالعمر والفروق بين الجنسين وبين شباب مرحلي التعليم قبل الجامعي

والتعليم الجامعي، والكشف كذلك عن مدى صلاحية مقياس القلق (A) للاستخدام مع الشباب"، ولقد تكونت العينة النهائية للبحث من 450 مواطناً و200 مواطنة، تم استخدام المنهج المسحي، وأظهرت نتائج البحث إلى ثبات المقياس وصدقه، ظهور سمة القلق بمستويات منخفضة لدى عينة الشباب في دولة الإمارات العربية، وأن وجود القلق لديهم في الحدود العادية، وجود فروق في سمة القلق ترجع إلى الجنس لصالح الإناث وجود فروق في مستوى سمة القلق بين طلبة مرحلة التعليم قبل الجامعي وطلبة مرحلة التعليم الجامعي لصالح طلبة مرحلة التعليم قبل الجامعي، أن هناك علاقة سالبة بين العمر والقلق لدى الإناث في العينة دون الذكور.

(ص ص 1-16)

2.2.1.6. دراسة الزراد (1997) تهدف الدراسة إلى "معرفة مدى فاعلية العلاج السلوكي متعدد الأوجه في علاج حالات قلق الامتحان"، وذلك عن طريق اختبار مدى فاعلية ثلاث طرائق أو تقنيات سلوكية معرفية علاجية، وهي طريقة العلاج الاستبصاري، وطريقة التدريب على تأكيد الذات، وطريقة الاسترخاء الذاتي بطريقة جماعية، حيث تم تطبيق هذه الطرائق على ثلاث مجموعات تجريبية ومجموعة رابعة ضابطة، وتم اختيار العينة باستخدام مقياسي "سبيلرجر" و"سارسون" لقلق الامتحان من طالبات المرحلة الثانوية، ومن الصفوف والأقسام العلمية والأدبية كافة في مدينة بنغازي، وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية على اختباري "سبيلرجر" و"سارسون" لصالح المجموعات التجريبية في خفض قلق الامتحان بعد مقارنة درجات الطالبات القبلية والبعدية.

(نقلا عن ناصر، 2012، ص 28)

3.2.1.6. دراسة الزعبي (1997) تهدف الدراسة إلى "معرفة مستوى القلق كحالة وكسمة لدى طلبة جامعة صنعاء، والكشف عن الفروق في القلق كحالة وكسمة بين الجنسين"، تكونت عينة الدراسة من 200 طالب من جامعة صنعاء، واعتمد الباحث على مقياس قلق الحالة، ومقياس قلق السمة الذي أعده للعربية البحيري (1984)، ومن أهم النتائج المتوصل إليها وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين الذكور والإناث في درجات مقياس القلق كحالة لصالح الإناث، عدم وجود فروق في مستوى القلق كسمة تعزى لمتغير الجنس. (ص ص 105-121)

4.2.1.6. دراسة غراب (2000) تهدف الدراسة إلى التعرف على "الفروق في القلق تبعاً لمتغير الجنس والتخصص والمنطقة التعليمية لدى طلبة الثانوية العامة بمدارس محافظات غزة، بالإضافة إلى الكشف عن العوامل التي تقف وراء القلق لدى الطلبة"، تم الاعتماد على المنهج المسحي، وتكونت العينة من 743 من طلبة المدارس الثانوية بمحافظة غزة، وتم تطبيق 03 مقاييس وهي مقياس حالة القلق، مقياس سمة القلق، اختبار عوامل القلق وتوصل الباحث في الأخير إلى وجود فروق دالة عند مستوى الدلالة (0.01) لصالح الطالبات عدم وجود فروق دالة في حالة القلق تبعاً لمتغير التخصص، وجود فروق دالة في سمة القلق تبعاً لمتغير التخصص لصالح التخصص

الأدبي، وجود فروق دالة في حالة وسمة القلق لدى الطلبة تبعاً للمنطقة التعليمية، وجود فروق دالة عند مستوى الدلالة (0.05) في القلق كحالة وسمة لصالح منطقة غزة، والعامل الذي يقف وراء حالة القلق لدى طلبة الثانوية العامة هو العامل الذاتي ويليه عامل المستقبل. (ص ص ح-16)

5.2.1.6. دراسة الحويلة وعبد الخالق (2010) تهدف إلى التعرف على "فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي في التقليل من مستوى القلق لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية"، وتكونت العينة من 80 طالبة تراوحت أعمارهن بين (13-19 سنة)، وقسموا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وتمثلت أدوات البحث في مقياس جامعة الكويت للقلق، وقائمة القلق كسمة، ومقياس الاسترخاء، وشريط صوتي لتدريبات الاسترخاء مدته 30 دقيقة، وأسفرت نتائج البحث عن وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للقلق لدى المجموعة التجريبية بحيث كان القياس القبلي أعلى، وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للقلق على مقياس جامعة الكويت للقلق وقائمة الاسترخاء بعد تطبيق تدريبات الاسترخاء على المجموعة التجريبية، حيث كان متوسط المجموعة الضابطة أعلى في القلق، ومتوسط المجموعة التجريبية أعلى في الاسترخاء، فاعلية تمرينات الاسترخاء العضلي في خفض القلق. (ص 127)

6.2.1.6. دراسة خميس (2011) تهدف الدراسة إلى "معرفة مدى فاعلية تقنية الاسترخاء في التخفيف من حدة القلق النفسي لدى المصابين بالربو"، بلغت عينة الدراسة 11 مريضاً مصاباً بالربو، كما استخدم الباحث المنهج التجريبي، وبالنسبة لمقاييس الدراسة تم الاعتماد على مقياس القلق "لجانيت تايلور"، وتوصل في الأخير إلى فاعلية تقنية الاسترخاء في التخفيف من حدة القلق النفسي، فاعلية تقنية الاسترخاء في التخفيف من حدة القلق النفسي وذلك باختلاف مدة الإصابة بالمرض، عدم وجود فروق في فاعلية تقنية الاسترخاء بين القياس البعدي والتبقي. (ص ص 247-266)

7.2.1.6. دراسة القرني (2012) تهدف الدراسة إلى "معرفة مدى فاعلية برنامج علاجي سلوكي قائم على تدريبات الاسترخاء في التخفيف من مرضى القلق العام لدى عينة مرضى ضغط الدم المرتفع وقرحة المعدة والقولون العصبي"، أما العينة فقد بلغت 72 مريضاً منهم 24 مريضاً بضغط الدم المرتفع، و24 مريضاً بقرحة المعدة، و24 مريضاً بالقولون العصبي، وتم تقسيمهم إلى 03 مجموعات تجريبية و03 مجموعات ضابطة بحيث تضم كلا منها 12 مريضاً، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الشبه التجريبي، وتمثلت أدوات في مقياس القلق العام للراشدين لجمل الليل (1995) والبرنامج العلاجي السلوكي القائم على تدريبات الاسترخاء، ومن أهم نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات رتب درجات المجموعات التجريبية الثلاث ومتوسطات رتب درجات المجموعات الضابطة الثلاث في التخفيف من القلق العام وذلك في القياس البعدي، وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية الثلاث والقياس القبلي ومتوسطات رتب درجات المجموعات التجريبية الثلاث نفسها في التخفيف من القلق العام في القياس البعدي

فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي القائم على تدريبات الاسترخاء في التخفيف من القلق العام في القياس التتبعي.
(ص ص 10- 46)

8.2.1.6. دراسة أرحومة (2012) هدفت إلى الكشف عن "مستوى القلق لدى عينة من طالبات الجامعة والتحقق من مدى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض القلق"، وبلغ حجم العينة 10 طالبات، ولقد استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، وبالنسبة للأدوات فقد اعتمدت الباحثة مقياس القلق من إعداد "أحمد عبد الخالق" والبرنامج الإرشادي من إعداد الباحثة، ومن أهم نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين درجات القلق في القياس البعدي والقبلي لصالح القياس البعدي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين درجات القياس البعدي والتتبعي أي أن البرنامج الإرشادي المصمم له فاعلية في التخفيف من مستوى القلق النفسي. (ص ص 285-302)

9.2.1.6. دراسة الشحات والبلاخ (2013) هدفت إلى الكشف عن "فاعلية برنامج إرشادي لخفض قلق الاختبار، وأثره في الثقة بالنفس، ودافعية الإنجاز لدى طلاب الجامعة"، ولقد أجريت الدراسة في المملكة العربية السعودية، وتكونت عينة الدراسة من 100 طالب تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، اعتمد الباحثان في جمع البيانات على قائمة قلق الاختبار، ومقياس الثقة بالنفس، ومقياس دافعية الإنجاز للأطفال والراشدين وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فاعلية للبرنامج الإرشادي في خفض قلق الاختبار لدى أفراد المجموعة التجريبية. (نقلا عن برهان، 2017، ص 122)

10.2.1.6. دراسة حمودي (2015) هدفت الدراسة إلى "معرفة مستوى القلق النفسي لدى طلبة الجامعة من ذوي الشهداء، والكشف عن دلالة الفروق في مستوى القلق النفسي لدى طلبة الجامعة من ذوي الشهداء وفقا لمتغيرات الدراسة النوع والاختصاص"، تكونت عينة البحث من 298 طالبا وطالبة موزعين على كليتين في جامعة واسط بواقع كلية علمية وهي العلوم وكلية إنسانية هي الآداب، أما الأدوات فتمثلت في الأداة التي أعدها الخرزجي (2016)، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود مستوى عال من الاستقرار النفسي لدى الطلبة، عدم وجود قلق نفسي لدى الطلبة، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الاستقرار النفسي وفق متغير النوع من ذوي الشهداء. (ص ص 359-379)

11.2.1.6. دراسة محمد (2018) تهدف الدراسة إلى "معرفة درجة القلق لدى بعض طالبات كلية التربية بالزلفي وعلاقته بمتغيرين التحصيل الدراسي والتخصص"، وتمثلت عينة الدراسة من طالبات كلية التربية بالزلفي قسمي الدراسات الإسلامية والتربية الخاصة، وبلغ حجم العينة النهائي 72 طالبة، وقد تم اختيارهن بالطريقة الطبقية العشوائية، اتبعت الباحثة المنهج الوصفي، كما استخدمت مقياس "تايلور" للقلق واستمارة معلومات أولية وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن درجة القلق لدى طالبات كلية التربية مجتمع الدراسة الحالية دون الوسط، عدم

وجود فروق في القلق تبعاً لمتغير مستوى التحصيل الدراسي، عدم وجود فروق في القلق تبعاً لمتغير التخصص الدراسي. (ص 1)

12.2.1.6. دراسة أبو خزام ودندي (2020) تهدف الدراسة إلى "التعرف على مستويات القلق لدى طلاب السنة الثانية ثانوي بمدينة جنزور والكشف عن الفروق في القلق وفقاً لمتغيري الجنس والتخصص"، وبلغت عينة الدراسة من 150 طالبا وطالبة، ولقد تم الاعتماد على المنهج الوصفي، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس مظاهر القلق لدى المراهقين من إعداد مجدي الدسوقي (ب.ت)، توصلت نتائج الدراسة إلى وجود مستوى متوسط من القلق لدى أفراد العينة، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القلق لدى عينة الدراسة وفقاً لمتغير الجنس، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القلق لدى عينة الدراسة وفقاً لمتغير التخصص. (ص ص 58-69)

3.1.6. الدراسات الأجنبية:

1.3.1.6. دراسة جارسيا وبديرا (Garcia & Pedreira, 1996) هدفت الدراسة إلى الكشف عن "فاعلية الاسترخاء في خفض القلق واضطراب صورة الجسم لدى المراهقين الإسبان"، حيث استخدم الباحثان أسلوب الإسترخاء العضلي بوصفه جزءاً من العلاج للمرضى النفسيين، وتكونت عينة الدراسة من 9 ذكور وإناث من مراهقي الأسبان تراوحت أعمارهم ما بين (17-23 سنة) عانوا من قلق واضطراب في صورة الجسم، أجريت المقابلات معهم من أجل الحصول على معلومات حول مرضهم، بعدها تم تدريبهم على أسلوب الاسترخاء العضلي، ومن ثم أجري التقييم السلوكي بعد شهر واحد، شهرين، وثلاثة أشهر من التدريبات ومن المتابعة المستمرة، وأسفرت نتيجة هذه الدراسة عن وجود انخفاض في حدة نوبات القلق وقلّة الاضطراب في صورة الجسم حيث بدأ يظهر لديهم صورة جسم معتدلة. (نقلاً عن الحويلة وعبد الخالق، 2010، ص ص 109-110)

2.3.1.6. دراسة ويلسون وستيلز (Wilson & Stelzer, 2004) هدفت إلى "التعرف على العلاقة الإرتباطية بين حل المشكلات والقلق النفسي لدى عينة من الطلبة المتميزين"، وتكونت العينة من 20 طالبا تعرضوا لبرنامج تدريبي على حل المشكلات، و20 طالباً لم يتعرضوا للبرنامج، واستخدم الباحثان مقياس الذكاء ومقياس الخصائص الديمغرافية، ولقد أشارت النتائج إلى انخفاض القلق لدى الطلبة المتميزين الذين تعرضوا لبرنامج تدريبي على حل المشكلات. (نقلاً عن معالي، 2014، ص 147)

3.3.1.6. دراسة ثومبسون (Thompson, 2009) هدفت الدراسة إلى الكشف عن "فاعلية العلاج بالقراءة في الحد من مستوى القلق"، وتمثلت العينة في تلاميذ الصف الخامس بمدرسة تقع في الولايات المتحدة الأمريكية استخدم الباحث مقياس القلق "بليك"، تم تقسيم عينة البحث إلى مجموعتين مجموعة ضابطة والأخرى تجريبية، تم استخدام العلاج بالقراءة للمجموعة التجريبية لمدة أسبوعين بواقع 3 جلسات في الأسبوع، أما المجموعة الضابطة

لم تتعرض للعلاج، بعدها تمت مقارنة القياسات بين المجموعتين، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج بالقراءة في خفض القلق لدى أفراد عينة الدراسة، يمكن للآباء والمعلمين استخدام هذا النوع من العلاج. (p3)

4.3.1.6. دراسة تاتي (Taty, 2020) تهدف الدراسة إلى "مساعدة الطلاب في التقليل من قلق التعلم لديهم من خلال تطبيق النموذج السلوكي التطوري"، ولقد بلغ مجتمع الدراسة 192 طالب، وبعد تطبيق مقياس التقرير الذاتي بلغت عينة الدراسة 30 طالبا تم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية وتحتوي على 15 طالبا تم تطبيق الإرشاد السلوكي عليهم، أما المجموعة الضابطة فقد بلغ عددها 15 طالبا لم يتعرضوا للإرشاد السلوكي، ولقد توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية ($T = -27.65$, $P < 0.05$)، فاعلية الإرشاد السلوكي في التقليل من قلق التعلم. (p 122)

2.6. الدراسات التي تناولت متغير البرنامج المعرفي السلوكي:

1.2.6. الدراسات المحلية:

1.1.2.6. دراسة بلميهوب وزناد (2012) هدفت إلى التعرف على "مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الضغط التالي للصدمة"، حيث قامت بدراسة حالة لطالبة عشرينية من عمرها تعاني من اضطراب الكرب التالي للرض PTSD نتيجة لتعرضها مرتين لحادث صدمي، ولقد تم تطبيق فنيات العلاج السلوكي المعرفي والمتمثلة في فنية مراقبة الذات ومناقشة الأفكار السلبية مع تطبيق فنية التعرض التدريجي، وتوصلت الدراسة في الأخير إلى تحسن الحالة من الاضطراب بعد أربعة أشهر من التكفل النفسي. (ص 9)

2.1.2.6. دراسة مهمل (2014) هدفت الدراسة إلى "معرفة فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التقليل من اضطراب الهلع والسلوك التجنبي والأعراض المرضية لدى هؤلاء المصابين"، أما العينة فقد بلغ قوامها 04 ولقد اختيرت بطريقة قصدية، واستخدمت الباحثة المنهج العيادي الذي يتخذ التصميم التجريبي ذو المفحوص الواحد أما بالنسبة للأدوات فتمثلت في المقابلة العيادية والمراقبة الذاتية واستبيان المخاوف "لماركوس وماتيسوس" وسلم تقييم الرهابات نوبات الهلع والقلق المعمم "لكورتو Cottraux" ومقياس الرائز السلوكي التجنبي واستبيان المعارف الاقورافوبيا "لشامبلس Chambless" واستبيان الأحاسيس البدنية، ولقد توصلت الباحثة إلى وجود تفسيرات خاطئة لدى المصابين باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان، تتميز نوبات الهلع بطابع مهدد وكارثي مما ينتج عنه تعرضهم لنوبات هلع إضافية غير متوقعة تسبب القلق والخوف، وينتج عنها أيضا تجنب كافة الوضعيات التي يمكن أن يتعرضوا فيها لهذه النوبات مما يؤدي إلى ظهور الأعراض المرضية المتمثلة في أعراض القلق والاكتئاب وأعراض الرهاب الاجتماعي ورهاب الدم والجروح، كما أن هذه التفسيرات الخاطئة الخاصة بهذه الفئة من المرضى هي السبب الرئيسي لتجنب المرضى لوضعيات عديدة تشترك جميعها، وتوصلت الباحثة أيضا إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التقليل من نوبات الهلع وسلوك التجنب والأعراض المرضية. (ص ص 23-267)

3.1.2.6. دراسة إجحاد حمان (2016) تهدف إلى الوقوف على "طريقة تشخيص الاكتئاب والعمل على التكفل العلاجي المعرفي السلوكي لكي يتمكن الطفل من التكيف مع محيطه الدراسي ومواصلة دراسته بصفة عادية مع مساعدة المعلم من اكتشاف عوامل التأخر الدراسي ومعرفة أعراض الاكتئاب لدى الأطفال"، وبلغ حجم العينة 08 حالات من الطور الأول بالجزائر العاصمة، استخدمت الباحثة التصميم العيادي ذو المفحوص الواحد، أما أدوات القياس فتمثلت في المقابلة العيادية، واختبار اكتئاب CDI "لماريا كوفاكس"، اختبار تقدير الذات "لكوبر سميث Cooper Smith"، ومن أهم النتائج هي: فعالية البرنامج المصمم من طرف الباحثة في القضاء على الاكتئاب لدى أفراد مجموعة البحث. (ص ص 11-215)

4.1.2.6. دراسة بن صالح (2016) تهدف الدراسة إلى التقصي من "فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح في خفض حدة الضغوط النفسية لدى المراهق المتمدرس وأثره على مستوى التوافق المدرسي والتحصيل الدراسي"، تكونت عينة الدراسة من 22 تلميذا وتلميذة من المرحلة الثانوية، تراوحت أعمارهم ما بين 15 - 17 سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، وتحقيقاً لأهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج التجريبي واستخدمت الباحثة مقياس الضغط النفسي لدى المراهق، ومقياس التوافق المدرسي من إعدادها، كما قامت ببناء برنامج علاجي معرفي سلوكي، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس الضغط النفسي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس التوافق المدرسي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على التحصيل الدراسي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس الضغط النفسي. (ص ت)

5.1.2.6. دراسة بلغالم (2017) تهدف الدراسة إلى "التعرف على مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في خفض شدة نوبات الهلع عند المصابين بخوف الأماكن العمومية، والتقليل من درجة السلوكيات التجنبية والتقليل من شدة الأفكار الخوفية أو التعديل منها لدى عينة الدراسة"، وتكونت عينة الدراسة من 08 طلاب جامعيين من جامعة تلمسان قسموا إلى مجموعتين مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية، استخدم الباحث المنهج التجريبي، أما مقاييس الدراسة فتمثلت في مقياس الهلع وخوف الأماكن العمومية، واستبيان الأفكار الخوفية، وفي الأخير توصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي الجماعي في التخفيف من شدة نوبات الهلع والتقليل من السلوكيات التجنبية عند الحالات التي يعاني منها رهاب الأماكن المفتوحة، إن البرنامج العلاجي المقترح فعال في التعديل من الأفكار الخوفية لدى أفراد المجموعة التجريبية، العلاج المعرفي السلوكي خفض وعدل

الأفكار الخوافية عند المصابين برهاب الأماكن المفتوحة. (ص ج)

6.1.2.6. دراسة مقاوسي (2017) تهدف الدراسة إلى "الكشف عن فعالية برنامج نفسي معرفي سلوكي لدى عينة من المراهقين"، وتكونت العينة من 20 مراهقا من كلا الجنسين موزعين إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية اعتمدت الباحثة على المنهج التجريبي، كما قامت بتطبيق مجموعة من الأدوات والمتمثلة في قائمة المكونات النفسية المعرفية السلوكية والبرنامج النفسي المعرفي السلوكي، وقد خلصت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية للمجموعة التجريبية في زيادة الدافعية للإنخراط في برنامج تخفيض الوزن لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج النفسي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في تغيير الأفكار السلبية المؤدية إلى البدانة لدى المراهقين بعد تطبيق البرنامج، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في تعديل السلوكات السلبية المؤدية إلى البدانة لدى فئة المراهقين بعد تطبيق البرنامج، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي للمجموعة الضابطة والتجريبية في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين كلا الجنسين، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين كلا الجنسين، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين كلا الجنسين. (ص ص 3-4)

7.1.2.6. دراسة طوبال (2017) تهدف الدراسة إلى "معرفة فعالية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في خفض أعراض الضغط النفسي لدى عينة من المراهقين المتدربين بالثانوية"، واستخدمت الباحثة المنهج الشبه التجريبي بتصميم المجموعتين المتكافئتين الضابطة والتجريبية باختبار قبلي وبعدي، تكونت عينة الدراسة من 26 تلميذة من المرحلة الثانوية تراوحت أعمارهن ما بين 16-19 سنة، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس الضغط النفسي من إعداد الباحثة، المقابلة التشخيصية الموجهة، استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة "العبد الكريم القرشي" البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي من إعداد الباحثة، أسفرت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج الإرشادي المقترح في خفض أعراض الضغط النفسي لدى عينة الدراسة، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تنفيذ البرنامج الإرشادي على مقياس الضغط النفسي لصالح القياس البعدي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس القبلي والبعدي على مقياس الضغط النفسي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الضغط النفسي لصالح المجموعة التجريبية، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبعي على مقياس الضغط النفسي. (ص ص 1-2)

8.1.2.6. دراسة دايلي (2019) تهدف الدراسة إلى "تصميم برنامج يساعد المعلمات على التخلص من الضغط النفسي والقلق والاكتئاب، ومساعدتهم على الاستبصار ومعرفة العلاقة بين الأفكار والانفعالات والسلوك، وتغيير الجوانب العقلية المعرفية المرتكزة على الخبرات الصادمة، مع استعادة حيويتهن والتفاعل الإيجابي وتقييم المواقف الحياتية بعقلانية، وبلغت عينة الدراسة من 29 معلمة، واستخدمت الباحثة المنهج الشبه التجريبي القائم على التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة، وتمثلت الأدوات في المقابلة العلاجية ومقياس الاكتئاب من إعداد "آرون بيك" ومقياس القلق "لجانيت تايلور" ومقياس الضغط النفسي من إعداد الباحثة، ومن أهم نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في درجة الضغط النفسي بين متوسطات درجات الأفراد في القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في القياس البعدي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات الأفراد في أبعاد الضغط النفسي في مرحلة القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في مرحلة القياس البعدي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات الأفراد في درجة الضغط النفسي في مرحلة القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في مرحلة القياس البعدي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات الأفراد في أبعاد الضغط النفسي، توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات الأفراد في درجة القلق النفسي في مرحلة القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في مرحلة القياس البعدي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات الأفراد في درجة القلق النفسي في مرحلة القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في مرحلة القياس البعدي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات الأفراد في درجة الاكتئاب النفسي في مرحلة القياس القبلي ومتوسطات درجاتهم في مرحلة القياس البعدي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات درجات الأفراد في درجة الاكتئاب النفسي في مرحلة القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في مرحلة القياس البعدي. (ص ص 7-482)

2.2.6. الدراسات العربية:

1.2.2.6. دراسة القرني (2016) تهدف الدراسة إلى "التعرف على حدة انفعال الغضب ومستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري، مع تصميم برنامج معرفي سلوكي لتقليل انفعال الغضب وزيادة جودة الحياة لدى مرضى السكري، ومعرفة مدى فاعليته"، وبلغ حجم العينة 60 مريضاً من الراشدين الذكور، تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث المنهج الشبه التجريبي، أما أدوات الدراسة فاستخدم الباحث مقياس الغضب وجودة الحياة من إعداده، وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي في كل من انفعال الغضب وأبعاد جودة الحياة لدى المجموعتين التجريبية والضابطة، وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات القياس البعدي في كل من انفعال الغضب وأبعاد جودة الحياة لدى المجموعتين الضابطة والتجريبية، وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس القبلي والبعدي في كل من انفعال الغضب وأبعاد جودة الحياة، عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القياس البعدي والتبعي في كل من انفعال الغضب وجودة الحياة لدى المجموعة التجريبية. (ص ص 115-143)

2.2.2.6. دراسة شويديح (2016) تهدف هذه الدراسة إلى "معرفة مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتنمية المسؤولية الاجتماعية لدى الأيتام"، وقد بلغت عينة الدراسة 30 يتيماً من نزلاء معهد الأيتام بغزة وتم تقسيمهم إلى مجموعتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة، كما استخدم الباحث المنهج التجريبي، أما المقاييس فتمثلت في مقياس المسؤولية الاجتماعية من إعداده، كما قام بإعداد برنامج خاص بتنمية المسؤولية الاجتماعية لدى الأيتام وقد أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس مفهوم المسؤولية الاجتماعية قبل وبعد تطبيق البرنامج، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية على مقياس مفهوم المسؤولية الاجتماعية بعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس مفهوم المسؤولية الاجتماعية في القياس التبعي بعد مرور 45 يوم من تطبيق البرنامج. (ص ج)

3.2.2.6. دراسة الشريدة (2016) تهدف الدراسة إلى "الكشف عن مدى فاعلية برنامج معرفي انفعالي سلوكي في التخفيف حدة الضغوط النفسية لدى عينة من طالبات كلية التربية"، وبلغت عينة الدراسة 40 طالبة تم تقسيمهن إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية، وقد اعتمدت الباحثة على المنهج الشبه التجريبي، أما الأدوات فتمثلت في مقياس الضغوط النفسية من إعداد زينب شقير (2003)، والبرنامج المعرفي الانفعالي السلوكي من إعداد الباحثة، وتوصلت الباحثة في الأخير إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الطالبات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الطالبات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات الطالبات بالمجموعة الضابطة في القياس البعدي، عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الطالبات في المجموعة التجريبية بالقياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في القياس التبعي. (ص ص 289-311)

4.2.2.6. دراسة إبراهيم (2016) تهدف الدراسة إلى التحقق من "فاعلية استخدام برنامج تدريبي قائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من المراهقين الموهوبين"، تكونت عينة الدراسة 11 مراهق من أصل 53 مراهق مصابين باضطراب الفوبيا الاجتماعية تراوحت أعمارهم ما بين 13-17 سنة، وبالنسبة للمقاييس قام الباحث ببناء مقياس الفوبيا الاجتماعية، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمد الباحث على المنهج التجريبي، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات القياس القبلي والبعدي للمراهقين بعد تطبيق مقياس الدراسة لصالح القياس البعدي، وجود فروق دالة إحصائية بين درجات القياس البعدي والتبعي للمراهقين بعد تطبيق مقياس الدراسة. (ص 374)

5.2.2.6. دراسة عبد الله (2018) تهدف الدراسة إلى "تقييم فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي في معالجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن بمركز أمراض وجراحة الكلى بمستشفى ابن سينا بولاية الخرطوم"، أما بالنسبة للعينة فتم اختيارها باستخدام الطريقة المسحية لعدد 66 مريضاً، كما تم الاعتماد على المنهج التجريبي وبالنسبة للأدوات فتمثلت باستخدام اختبار "بيك" المعدل للاكتئاب واستمارة استبيان وبرنامج علاجي معرفي سلوكي من تصميم الباحث، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في معالجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي لصالح القياس البعدي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي تبعاً لمتغيرات الدراسة (السكن، العمر، النوع، المستوى التعليمي، المهنة، ترك العمل، تأثير الأداء المهني بالمرض، الحالة الزوجية مستوى الدخل الشهري، فترة الإصابة بالمرض، عدد سنوات الغسيل)، فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في معالجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن. (ص ص 98-99)

3.2.6. الدراسات الأجنبية:

1.3.2.6. دراسة جرانت (Grant,1985) هدفت الدراسة إلى "التعرف على فعالية العلاج المعرفي السلوكي لتعديل نمط السلوك (أ) وتخفيض التوتر لدى الطلبة"، وتكونت العينة من 30 طالباً بالمدارس الثانوية للمتفوقين أكاديمياً، بمتوسط عمر 17 سنة وتشمل 3 طلاب في السنة قبل الأخيرة من المدارس المتقدمة، وطبق عليهم برنامج معرفي سلوكي، برنامج التدريب على خفض التوتر ويشتمل على تقنية الاسترخاء والواجبات المنزلية، قائمة "جينكز Jenkins" للنشاط الشامل، وأظهرت الدراسة النتائج التالية انتشار خصائص النمط السلوكي (أ) المتمثل في إلحاح الوقت، السرعة الزائدة، الدافعية العالية للإنجاز، بجانب التوتر والقلق، أظهر البرنامج فعالية دالة في تعديل خصائص النمط السلوكي (أ) وتخفيض التوتر لدى الطلبة، حيث أكد جرانت أن ذوي نمط سلوك (أ) يستجيبون للقلق وينشط لديهم مما يؤدي لزيادة توترهم، وزيادة ارتفاع ضغط الدم والأمراض الجسمية لديهم، وهذا

يتطلب الاهتمام بتعديل نمط سلوك (أ) في سن مبكرة وتطوير وسائل ناجعة لتخفيفهم، وخاصة لدى الذكور فهم أكثر تعرضاً للإصابة بتبعاته من الإناث مما يكون تأثيره ضاراً على صحتهم. (نقلاً عن عبدوني وصباد، 2013، ص ص 252-253)

2.3.2.6. دراسة (Andersson & al, 2012) هدفت الدراسة إلى "الكشف عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب الوسواس القهري عن طريق الإنترنت مع دعم المعالج (ICBT)"، بحيث تكونت عينة الدراسة من 101 مشارك تم اختيارهم بشكل عشوائي، كما شخصوا باضطراب الوسواس القهري، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس ييل براون للوسواس القهري، تم تطبيق العلاج لمدة 10 أسابيع، وبحساب حجم التأثير لكوهين توصل الباحثون إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي عن طريق الإنترنت في خفض أعراض الوسواس القهري لدى أفراد عينة البحث بنسبة 60%. (P 2193)

3.3.2.6. دراسة (Oud & al, 2019) هدفت الدراسة إلى "تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي للشباب المصابين بالاكتئاب مع الكشف عن المكونات والعوامل التي يمكن أن تحسن من تأثيرات العلاج"، قام الباحثون بإجراء 31 تجربة مع 4335 مشاركاً وأجريت عمليات البحث في EMBASE, CENTRAL, CINAHL MEDLINE/PubMed, PsycINFO، وتوصل الباحثون إلى وجود فاعلية متوسطة الجودة على العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض الاكتئاب في نهاية العلاج والمتابعة حيث أدى إلى تقليل خطر الإصابة بالاكتئاب عند المتابعة بنسبة 63%، ويكون العلاج المعرفي السلوكي فعالاً عندما تحتوي السلوكيات على عنصر التنشيط وتحدي الأفكار كجزء من إعادة الهيكلة المعرفية. (p 33)

4.3.2.6. دراسة (Lee & Lee, 2020) هدفت هذه الدراسة إلى "معرفة أثر البرنامج المعرفي السلوكي الجماعي على الاكتئاب وتقدير الذات والعلاقات الشخصية بين طلاب المرحلة الجامعية"، ولقد استخدم الباحثان العينة البسيطة المكونة من 37 طالب وتم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية تحتوي على 18 طالب أما المجموعة الضابطة فتحتوي على 19 طالب من جامعة K الواقعة في تشانغون بكوريا الجنوبية، تلقت المجموعة التجريبية برنامج علاجي مكون من 08 جلسات بواقع جلسيتين في الأسبوع ومدة كل جلسة 90 دقيقة وبالنسبة لأدوات الدراسة فتمثلت في 03 مقياس هي مقياس الاكتئاب "البك" (BDI) ومقياس تقدير الذات بالنسخة الكورية من إعداد "جون Jon"، مقياس تغيير العلاقة الذي طوره "شلين Shlein"، ولقد توصلت الدراسة إلى وجود تحسن في المجموعة التجريبية من حيث الاكتئاب وتقدير الذات والعلاقات الشخصية مقارنة بالمجموعة الضابطة، لذا يمكن استخدام البرنامج المعرفي السلوكي الجماعي في تعزيز الصحة العقلية للطلاب وكذلك لمنع الاكتئاب. (pp 1-6)

3.6. الدراسات التي تناولت المتغيرين معا:

1.3.6. الدراسات المحلية:

1.1.3.6. دراسة روبنة (2015) تهدف الدراسة إلى "معرفة فعالية البرنامج الإرشادي المقترح في رفع درجة تقدير الذات وخفض درجة القلق لدى الأطفال المتدربين الذين يعانون من آثار طلاق الوالدين"، تكونت عينة البحث من 20 تلميذاً قسموا بالتساوي إلى مجموعتين، كما استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، وطبقت مقاييس متنوعة منها مقياس تقدير الذات "لكوبر سميث" ومقياس القلق "الفيولا الببلاوي"، وقد أسفرت نتائج الدراسة على أن البرنامج الإرشادي ساهم في التخفيف من درجة القلق والرفع من درجة تقدير الذات، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس القلق ومقياس تقدير الذات، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي على مقياس القلق ومقياس تقدير الذات، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس القلق، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس القلق، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس القلق، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس الذات. (ص 4)

2.1.3.6. دراسة بومصباح، شريفي، ومهمل (2017) تهدف الدراسة إلى "الكشف عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي في الوسط الاستشفائي في علاج الحمل العنقودي من خلال حالة تبلغ من العمر 23 سنة تعاني من الحمل العنقودي"، أما بالنسبة للمنهج تم استخدام المنهج شبه تجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة، وعلى هذا الأساس تم تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي معتمد على تقنية حل المشكل، وبالنسبة للمقاييس فتمثلت في قلق الموت واستبيان إدراك الضغط النفسي، ومن النتائج المتوصل إليها انخفاض حدة الضغط النفسي المدرك وحدة قلق الموت لدى هذه الحالة. (ص 55-63)

3.1.3.6. دراسة بولكويرات، شريفي، وبرزوان (2018) تهدف إلى إظهار "مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من استجابة القلق والاكتئاب لدى المرضى المصابين بالتصلب اللويحي"، وشملت العينة حالتين من مرضى التصلب اللويحي تم اختيارهم بطريقة قصدية، استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي، حيث قمن بقياس قبلي وبعدي، وتمثلت أدوات الدراسة في الملاحظة، المقابلة النصف الموجهة، شبكة التحليل الوظيفي BASICADEA، مقياس القلق "السيلبرجر" ومقياس الاكتئاب "لبيك"، بالإضافة إلى الدليل التشخيصي DSM4، البرنامج العلاجي، خلصت الدراسة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق والاكتئاب لدى مرضى التصلب اللويحي. (ص 64)

4.1.3.6. دراسة سلطاني ومكي (2019) تهدف إلى "معرفة أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من أعراض اضطراب الحصر المعمم لدى المرأة المصابة بارتفاع ضغط الدم الحولي"، بحيث تم تقديم الحالة "ع" البالغة

من العمر 43 سنة، مدة حملها ستة أشهر وتعاني من اضطراب الحصر المعمم، حيث خضعت لبرنامج علاجي معرفي سلوكي تضمن 16 جلسة علاجية بواقع جلستين في الأسبوع، وجلسة تتبعه بعد مرور ثلاثة أشهر، وتم تقييم البرنامج العلاجي باستخدام مقياس سلم "هاميلتون" للحصر، وأسفرت النتائج المتحصل عليها على انخفاض في أعراض اضطراب الحصر المعمم الجسمية، النفسية، المعرفية، السلوكية لدى الحال. (ص 139)

5.1.3.6. دراسة بودالي، بلاش، وأيت حبوش (2019) تهدف الدراسة إلى الكشف عن "قلق الامتحان وتحديد مستوياته لدى عينة من تلاميذ السنة الرابعة متوسط، فحص أثر البرنامج السلوكي المعرفي المعد في هذه الدراسة لدى عينة من تلميذات السنة الرابعة متوسط"، وبلغ حجم مجتمع الدراسة 169 تلميذا اختير منهم 12 تلميذة تحصلن على قلق مرتفع على مقياس "سبيلبرجر" وتم توزيعهن إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية وزعن بالطريقة العشوائية البسيطة عن طريق القرعة، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثون المنهج الشبه التجريبي، حيث تلقى أفراد المجموعة التجريبية برنامجا علاجيا معرفيا سلوكيا تكون من 12 جلسة، بعدها تمت المقارنة بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي لدى كلا المجموعتين على مقياس "سبيلبرجر"، توصلت نتائج الدراسة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة قلق الامتحان لدى أفراد المجموعة التجريبية. (ص 29-35)

2.3.6. الدراسات العربية:

1.2.3.6. دراسة العطية (2002) هدفت الدراسة إلى التحقق من "فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض بعض اضطرابات القلق لدى عينة الأطفال بمرحلة الطفولة المتأخرة بدولة قطر"، ولقد بلغت العينة 40 طفلة تم تقسيمهن إلى مجموعتين إحداها ضابطة والأخرى تجريبية، وبالنسبة لمقاييس الدراسة فلقد اعتمدت الباحثة على استمارة البيانات الأولية من إعدادها، واختبار رسم الرجل تقنين أبو حطب (1979)، مقياس اضطرابات القلق من إعداد الباحثة، واختبار كات الاسقاطي "البلاك وبيلاك Bellak & Bellak"، بالإضافة إلى البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي من إعداد الباحثة، وفي النهاية توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي، عدم وجود فروق بين درجات القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة الضابطة، وجود فروق بين درجات القياس القبلي والبعدي لصالح المجموعة التجريبية على مقياس القلق، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي والتتبعي لصالح المجموعة التجريبية على مقياس القلق، عدم وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجات القياس البعدي والتتبعي على مقياس اضطرابات القلق مما يشير إلى فاعلية البرنامج المصمم، تعتبر الضغوط النفسية والمشكلات الأسرية هي السبب في ارتفاع القلق لدى عينة البحث. (ص 221-228)

2.2.3.6. دراسة عطا الله (2010) تهدف الدراسة إلى التعرف على "فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية بعض مهارات إدارة قلق الامتحان لدى عينة من طلاب الجامعة، والتعرف على الفروق في مهارات إدارة قلق

الامتحان تعزى لمتغير الجنس، التعرف على مدى استمرارية فعالية البرنامج في تنمية وتدعيم مهارات إدارة القلق بعد تطبيقه بفترة زمنية شهر ونصف"، وبلغ حجم العينة 28 طالبا وطالبة، ومن أهم النتائج المتوصل إليها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس مهارات إدارة قلق الامتحان وذلك في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات الذكور والإناث من أفراد المجموعة التجريبية على مقياس قلق الامتحان في القياس البعدي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس البعدي والتتبعي على أبعاد مقياس إدارة مهارة القلق. (نقلا عن بدوي، 2018، ص 736)

3.2.3.6. دراسة أبو غالي (2011) تهدف الدراسة إلى الكشف عن "فاعلية البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي في خفض قلق الامتحان لدى عينة من طالبات الصف الثاني عشر ممن حصلن على درجة عالية في مقياس قلق الامتحان"، أما العينة فقد بلغت 24 طالبة تم تقسيمهن إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية وتم الاعتماد على المنهج التجريبي، وبالنسبة للأدوات فتمثلت في مقياس قلق الاتجاه نحو الامتحان من إعداد "سبيلرجر وآخرون" بالإضافة إلى البرنامج الإرشادي الذي تم بناؤه من طرف الباحث، ولقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات طالبات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس قلق الامتحان لصالح المجموعة التجريبية، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لدى طالبات المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياسين البعدي والتتبعي لدى طالبات المجموعة التجريبية. (ص 50-69)

4.2.3.6. دراسة حجازي (2012) تهدف الدراسة إلى التحقق من "فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي لخفض مستوى القلق لدى طلاب الثانوية العامة بمحافظة شمال سيناء"، ولقد تكونت العينة من 15 طالبا وطالبة بالثانوية العامة، واعتمدت الباحثة على المنهج الشبه التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة، أما أدوات الدراسة فتمثلت في مقياس القلق لمحمد جعفر (1995)، ومقياس الأفكار اللاعقلانية من إعداد معتز سيد عبد الله ومُجد السيد عبد الرحمن (2002)، والبرنامج العلاجي من إعداد الباحثة واستمارة تقييم الجلسات من إعداد الباحثة، وتوصلت في الأخير إلى وجود ارتفاع القلق لدى الطلاب، ارتباط القلق بأفكار لاعقلانية، انخفاض نسبة القلق لدى أفراد العينة بعد تطبيق البرنامج، انخفاض مستوى القلق لدى الإناث أكثر من الذكور والذي أعزته الباحثة إلى طبيعة الذكور المتمردة على عكس الإناث. (نقلا عن الإسي، 2014، ص 111-112)

5.2.3.6. دراسة بابكر (2012) تهدف الدراسة إلى "اختبار فاعلية علاج معرفي سلوكي في علاج مرضى القلق العام بمستشفى التجاني الماحي التعليمي للطب النفسي، ومعرفة الفروق في فاعلية البرنامج تعزى لبعض المتغيرات" وتكونت عينة البحث من 20 مريضا تم اختيارهم بالطريقة القصدية، تراوحت أعمارهم ما بين 16 - 35 سنة كما استخدمت الباحثة مقياس القلق من إعداد "تايلور"، تكون البرنامج من 8 جلسات علاجية، استخدمت الباحثة

المنهج التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة بقياس قبلي وبعدي، ومن أهم النتائج المتوصل إليها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي، عدم وجود فروق تعزى لمتغير النوع في فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج القلق العام، عدم وجود علاقة ارتباطية بين المستوى التعليمي وفاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى القلق العام، وجود علاقة ارتباطية سالبة بين العمر وفاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى القلق العام، عدم وجود فروق تعزى لمتغير المهنة في فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى القلق العام. (ص ص 68-ح)

6.2.3.6. دراسة مقداد واليامي (2012) تهدف الدراسة إلى "قياس أثر برنامج تدريبي جمعي في خفض قلق الحديث أمام الآخرين لدى طلاب الصفوف الأولى والثانية والثالثة إعدادي بمدرسة عسكر الإعدادية في مملكة البحرين"، تكون مجتمع البحث من 50 طالبا، ثم تم اختيار عينة بلغ عدد أفرادها 40 طالبا، تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية حيث تضم كل منهما 20 طالبا تتراوح أعمارهم ما بين 12-16 سنة، اعتمد الباحثان على المنهج المختلط خاصة التصميم التفسيري، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس قلق التحدث من إعداد "هيفاء الأشقر"، واستبانتين تم بناؤهما من طرف الباحثين من أجل قياس المحكين الذاتي والمرجعي، وتوصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج في خفض قلق التحدث أمام الآخرين لدى طلاب الصفوف الأولى والثانية والثالثة، تأثير فنيات الإرشاد المتعددة المستخدمة في البرنامج في خفض قلق التحدث مثل فنيتي النمذجة والإفاضة بالواقع تأثيرا واضحا في خفض قلق الحديث أمام الآخرين مقارنة بفنية التدريب على التعلم الذاتي التي كانت ذات تأثير أقل في خفض القلق. (ص ص 45-52)

7.2.3.6. دراسة الإسي (2014) تهدف الدراسة إلى "التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض القلق العام لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية بمنطقة الوسطى في قطاع غزة" وتكونت عينة الدراسة من 15 فردا من المرضى يعانون من اضطراب القلق العام، تم اختيارهم بطريقة قصدية واتبعت الباحثة المنهج الشبه التجريبي القائم على المجموعة الواحدة، وتحددت أدوات الدراسة في مقياس "تايلور" للقلق وبرنامج علاجي معرفي سلوكي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات متوسطات القياس القبلي والنصفي والبعدي والتتبعي في درجات اضطراب القلق العام، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات متوسطات القياس القبلي والنصفي في درجات اضطراب القلق العام لدى أفراد العينة لصالح القياس النصفي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات متوسطات القياس القبلي والبعدي في درجات اضطراب القلق العام لدى أفراد العينة لصالح القياس البعدي، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات متوسطات القياس البعدي والتتبعي في درجات اضطراب القلق العام لصالح التطبيق التتبعي. (ص ص ز-و)

8.2.3.6. البطنجي (2015) تهدف الدراسة إلى التعرف على "فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض مستوى القلق النفسي لدى طلاب المدارس في المناطق الحدودية بشرق غزة"، حيث بلغ عددهم 20 طالبا من طلاب الصف التاسع الأساسي وقد تم اختيارهم بشكل عشوائي، واتبعت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي والمنهج التجريبي القائم على المجموعة الواحدة، كما استخدمت الباحثة مقياس القلق النفسي إعداد "جانيت تايلور" والبرنامج المعرفي السلوكي المتضمن مهارات العقل والجسم، وقد أظهرت نتائج الدراسة إلى وجود القلق النفسي لدى طلاب المدارس في المناطق الحدودية بنسبة وصلت إلى 52.75%، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط الرتب لدرجات أفراد المجموعة في القياس القبلي والبعدي للدرجة الكلية لمقياس القلق النفسي وذلك لصالح التطبيق البعدي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد مجموعة الدراسة في القياس البعدي لمقياس القلق النفسي تعزى إلى متغير حجم الأسرة، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد مجموعة الدراسة في القياس البعدي لمقياس القلق النفسي تعزى إلى متغير المستوى الاقتصادي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد مجموعة الدراسة في القياس البعدي لمقياس القلق النفسي تعزى إلى متغير المستوى الثقافي. (ص ٣)

9.2.3.6. دراسة القعدان وداود (2015) تهدف الدراسة إلى "معرفة أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض مستوى القلق وتحسين تقدير الذات لدى عينة من طلبة الصفين التاسع والعاشر الأساسي من ذوي اضطراب التصرف"، ولقد تكونت عينة الدراسة من 34 طالبا من الصفين التاسع والعاشر من طلاب مدارس جرش تم تشخيصهم باضطراب التصرف، وقد تم توزيعهم عشوائيا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة تضم كلا منهما 17 طالبا خضع أفراد المجموعة التجريبية للبرنامج الإرشادي دون المجموعة الضابطة، وقد تم تطبيق مقياسي القلق "الجانيت تايلور"، وتقدير الذات من إعداد الباحث وقائمة الشطب لتشخيص اضطراب التصرف حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-IV، أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياسين البعدي والتبقي على مقياسي القلق وتقدير الذات، حيث أظهر أفراد المجموعة التجريبية انخفاضاً في الدرجة على مقياس القلق وارتفاعاً في الدرجة على مقياس تقدير الذات بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة. (ص 693-698)

10.2.3.6. دراسة عبادسة (Abadsa, 2017) تهدف الدراسة إلى "معرفة فعالية العلاج المعرفي السلوكي على مرضى القلق العام"، لدى عينة من الحالات المترددة على مركز الإرشاد النفسي بالجامعة الإسلامية غزة، تكونت العينة من 14 حالة بحيث تم تشخيصهم باضطراب القلق العام وهم بعمر 24.8 عاماً، اعتمد الباحث على التصميم التجريبي بعينة واحدة، وبالنسبة للمقياس تم استخدام مقياس "هاملتون" لتقدير القلق، وتوصل الباحث في الأخير إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض القلق العام، استمرار تأثير البرنامج بعد شهرين من انتهائه. (p1)

11.2.3.6. دراسة بديوي (2018) تهدف الدراسة إلى التعرف على "فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في خفض قلق الامتحان لدى طالبات جامعة البصرة"، وتكونت عينة الدراسة من 30 طالبة، وتم توزيعهن على مجموعتين متساويتين، ولتحقيق أهداف الدراسة اعتمدت الباحثة المنهج التجريبي، أما الأدوات فقد استخدمت الباحثة البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي من إعدادها ومقياس قلق الامتحان من إعداد ريتشارد دريسكول (Richard Driscoll, 2000)، ومن أهم النتائج المتوصل إليها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس قلق الامتحان قبل تطبيق البرنامج وبعده، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة الضابطة على مقياس قلق الامتحان قبل تطبيق البرنامج وبعده، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس قلق الامتحان بعد تطبيق البرنامج الإرشادي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس قلق الامتحان في القياسين البعدي والتتبعي، وجود فاعلية للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض قلق الامتحان لدى طالبات كلية التربية للعلوم الإنسانية. (ص ص 731-757)

12.2.3.6. دراسة أخرس (2020) تهدف الدراسة إلى "فحص فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح في خفض قلق الاختبار لدى عينة من طلاب جامعة الجوف"، بلغت عينة الدراسة 80 طالبا، تم تقسيمهم عشوائيا إلى مجموعتين متساويتين ضابطة وتجريبية، تم الاعتماد على المنهج التجريبي القائم على مجموعتين وبالنسبة للمقاييس تم الاعتماد على مقياس قلق الاختبار من إعداد محمد حامد زهران (2000)، وبعدها تم تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي على العينة التجريبية فقط، ومن ثم تم تطبيق أدوات الدراسة بعديا، وبعد مرور شهرين من المتابعة تمت إعادة تطبيق أدوات الدراسة مرة أخرى، وأشارت النتائج إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض قلق الاختبار لدى العينة التجريبية، مع استمرارية فاعلية البرنامج في خفض قلق الاختبار إلى ما بعد فترة المتابعة. (ص ص 123-131)

13.2.3.6. دراسة بخاري (2020) تهدف الدراسة إلى الكشف على "فعالية البرنامج العلاجي في التخفيف من اضطراب القلق لدى عينة من طلاب الجامعة وأثره على التفاعل الاجتماعي لديهم"، تكونت عينة الدراسة من 15 طالبا من جامعة الملك عبد العزيز بجدة، واستخدم الباحث المنهج الشبه التجريبي القائم على المجموعة الواحدة واعتمد الباحث مقياس القلق من إعداد زينب شقير (2005) ومقياس التفاعل الاجتماعي من إعداد الباحث بالإضافة إلى برنامج علاجي معرفي سلوكي من إعداد الباحث، وأسفرت نتائج الدراسة على فاعلية البرنامج العلاجي في الحد من اضطراب القلق والتفاعل الاجتماعي لدى عينة من طلاب الجامعة، وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لاضطراب القلق لصالح القياس البعدي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لاضطراب القلق، وجود فروق ذات دلالة

إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للتفاعل الاجتماعي لصالح القياس البعدي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس التفاعل الاجتماعي في القياسين البعدي والتبقي. (ص ص 1-29)

14.2.3.6. دراسة علي (2021) تهدف الدراسة إلى "التعرف على فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض القلق لدى عينة من المدمنين المتعافين"، تكونت عينة الدراسة من 50 مدمنًا متعافياً تراوحت أعمارهم بين 18-25 سنة، وقد استخدمت الباحثة مقياس ستانفورد بينيه الصورة الخامسة ترجمة صفوت فرج ومقياس القلق من إعداد الباحثة وبرنامج إرشادي معرفي سلوكي من إعداد الباحثة، وقد أسفر البحث على وجود فروق دالة بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس القلق لصالح القياس القبلي، فاعلية البرنامج الإرشادي بشكل كبير في خفض القلق لدى أفراد العينة، ارتفاع درجة القلق لدى أفراد العينة. (ص 534)

15.2.3.6. دراسة أبو زيتون، ابداح، وأبو زيتون (2021) تهدف الدراسة إلى "معرفة فاعلية برنامج مستند إلى العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض القلق وتحسين تنظيم الانفعالات لدى عينة من المراهقين الناطقين ذوي اضطراب طيف التوحد بالأردن"، وتكونت عينة الدراسة من 16 طالباً اختبروا بطريقة قصدية، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الشبه التجريبي القائم على تصميم المجموعة الواحدة تطبيق مقياسي أعراض القلق التنظيم الانفعالي والذي أعده الباحثان كما تم بناء البرنامج التدريبي، وأظهرت النتائج وجود فاعلية للبرنامج التدريبي المستند إلى العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض القلق وتحسين تنظيم الانفعالات لدى عينة من المراهقين الناطقين ذوي اضطراب طيف التوحد بالأردن. (ص ص 82-96)

16.2.3.6. دراسة علاء الدين وبركات (2021) تهدف الدراسة إلى "فحص تأثير برنامج إرشاد جمعي يدمج بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج القصصي في التقليل من القلق والاكتئاب لدى عينة من النساء السوريات المطلقات والأرامل"، وقد اختيرت المجموعة التجريبية 20 والمجموعة الضابطة 20، وتم بناء برنامج إرشاد جمعي تألف من 14 جلسة بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً، استناداً إلى منظوري العلاج المعرفي السلوكي والعلاج القصصي، وتمثلت مقياس الدراسة في مقياس القلق "لتايلور" ومقياس "بيك" في صورته المعربة من إعداد "حمدي وأبو حجلة وأبو طالب" والبرنامج الإرشادي الجمعي، وأشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة على مقياسي القلق والاكتئاب في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية. (ص ص 261-269)

17.2.3.6. دراسة أحمد (2021) تهدف إلى التعرف على "أثر برنامج سلوكي معرفي مقترح لخفض القلق والسلوك العدواني لدى طلاب جامعة بخت الرضا"، ولقد بلغت عينة الدراسة من 34 طالب تم اختيارهم بالطريقة

القصدية، أما بالنسبة للأدوات فتمثلت في مقياسي القلق "لجانيت تايلور" والسلوك العدواني من إعداد الباحثة وتوصلت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في خفض القلق والسلوك العدواني لدى طلاب جامعة بخت الرضا، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في خفض القلق والسلوك العدواني لدى طلاب جامعة بخت الرضا تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في خفض القلق والسلوك العدواني لدى طلاب جامعة بخت الرضا تبعا لمتغير النوع لصالح الذكور، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في خفض القلق والسلوك العدواني لدى طلاب جامعة بخت الرضا تبعا لمتغير الصف الدراسي لصالح الصف الدراسي الأول، وجود فروق ذات دلالة إحصائية في خفض القلق والسلوك العدواني لدى طلاب جامعة بخت الرضا تبعا لمتغير السكن لصالح السكن الخارجي. (ص د)

3.3.6. الدراسات الأجنبية:

1.3.3.6. دراسة كورلي (Corley, 1980) تهدف الدراسة إلى "معرفة فاعلية كل من برنامج التخييل العقلائي وبرنامج إعادة البناء المعرفي وبرنامج الاسترخاء العضلي في خفض القلق النفسي"، ولقد تكونت عينة الدراسة من 100 طالب من جامعة ولاية أوهايو بحيث وزعوا عشوائيا إلى أربع مجموعات تم تدريبهم على الأساليب السابقة كما تم استخدام مقياس الإعتقادات الشخصية ومقياس مفهوم الذات ومقياس قلق الحالة والسمة، ولقد أشارت النتائج إلى أن أسلوب إعادة البناء المعرفي كان فعالا في زيادة التفكير العقلائي في حين أن التدريب على الاسترخاء كان فعالا في خفض القلق. (نقلا عن خميس، 2011، ص 253)

2.3.3.6. دراسة كينث ودينر (Diener & Kenneth, 1986) هدفت الدراسة إلى الكشف عن "فاعلية كل من العلاج المعرفي والعلاج بالاسترخاء العضلي والتدريب على مهارات الدراسة في خفض مستوى القلق وفي تحسين الأداء الأكاديمي لدى مجموعة من الطلاب ممن يعانون من قلق الامتحان"، وتكونت عينة الدراسة من 20 طالبا و 25 طالبة، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس "سيبلبرجر" لقياس القلق، وتم توزيع أفراد العينة بشكل عشوائي إلى أربع مجموعات بحيث تلقى تدريب المجموعة الأولى على العلاج المعرفي والاسترخاء العضلي، أما المجموعة الثانية فتلقى أفرادها التدريب على المهارات الدراسية، أما المجموعة الثالثة تلقت تدريباً على العلاج المعرفي والاسترخاء العضلي والمهارات الدراسية والمجموعة الرابعة كانت ضابطة ولم تتلق أي علاج، ولقد أظهرت النتائج انخفاض في مستوى القلق لدى أفراد المجموعة الأولى لكن فشلوا في تحسن مستوى أدائهم في الاختبارات الصفية عدم انخفاض القلق أو تحسين الأداء على الاختبارات الصفية لدى أفراد المجموعة الثانية الذين تلقوا التدريب على المهارات الدراسية، كما أظهر أفراد المجموعة الثالثة الذين تلقوا التدريب على برنامج الاسترخاء العضلي والمهارات الدراسية وبرنامج العلاج المعرفي انخفاضاً دالاً في مستوى القلق، وتحسناً في أدائهم على الاختبارات الصفية مقارنة بأفراد المجموعتين. (نقلا عن ناصر، 2012، ص 30)

3.3.3.6. دراسة بوركوفيتش وآخرون (1991) تهدف الدراسة إلى "المقارنة بين العلاج غير التوجيهي والاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي لعلاج القلق العام"، حيث تضمنت عينة الدراسة 55 مريضا تم تقسيمهم عشوائيا إلى أربع مجموعات إحداهم ضابطة والمجموعات الثلاث الأخريات فكانت تجريبية، وتلقت الأولى منها العلاج غير التوجيهي بينما تلقت الثانية التدريب على الاسترخاء، وتلقت الثالثة برنامجا للعلاج المعرفي السلوكي كما تلقت كل مجموعة اثنتا عشر جلسة علاجية بواقع جلستين كل أسبوع، وفي الأخير توصل الباحثون إلى أن العلاج غير التوجيهي قد هيا مستويات عليا من الخبرات انعكست في النمو الانفعالي، إلا أن الاسترخاء والعلاج المعرفي قد أحدث تحسن بدرجة أكثر وضوح في ضوء القياس البعدي، فعالية العلاج المعرفي السلوكي على المدى الطويل وهذا ما أظهرته نتائج القياس التتبعي حيث كان أقل انتكاسة إذا ما تم مقارنته بالعلاجات الأخرى. (نقلا عن سرور، 2013، ص 88)

4.3.3.6. دراسة لادوسور وآخرون (Ladouceur & al, 2000) هدفت الدراسة إلى "معرفة مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق العام، وبالتحديد مدى فعاليته في خفض مؤشرات القلق العام (عدم تحمل الشك، المعتقدات الخاطئة، الإنزعاج، فقر التوجه نحو المشكلات، التجنب المعرفي)"، وأجريت الدراسة على عينة مكونة من 26 مريضا، قسمت العينة عشوائيا إلى مجموعة تجريبية تضم 14 مريضا، ومجموعة ضابطة تضم 12 مريضا، واستخدمت الدراسة عدة مقاييس تمثلت في ADIS-IV، مقياس "بيك" للقلق (BAI)، مقياس القلق والإنزعاج (WAQ)، مقياس بنسلفيا للإنزعاج (PSWQ)، مقياس "بيك" (BDI) مقياس عدم تحمل الشك (IUS)، وتكون العلاج من 16 جلسة بمعدل ساعة كل أسبوع، وأظهرت نتائج الدراسة وجود تحسن على المرضى المطبق عليهم العلاج واستمرار فعاليته في فترة المتابعة بعد ستة أشهر ثم بعد 12 شهرا. (نقلا عن دابلي، 2019، ص ص 32-33)

5.3.3.6. دراسة لندن وآخرون (Linden & al, 2003) هدفت هذه الدراسة إلى "التعرف على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق"، واتبع الباحثون المنهج التجريبي، وقد تكونت عينة الدراسة من 72 مريضا شخصوا باضطراب القلق حسب دليل تشخيص الإضطرابات النفسية، وقد قسمت إلى مجموعتين هما مجموعة تجريبية عددها 36 مريضا، والمجموعة الضابطة 36 مريضا لم يتلقوا العلاج، وتحددت أداة الدراسة في مقياس "هاملتون" للقلق، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك تحسنا ملحوظا بعد الإنتهاء من البرنامج العلاجي لعينة الدراسة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطة، إظهار التحسن خلال فترة المتابعة التي استمرت لمدة ثمانية أشهر. (نقلا عن البطنجي، 2015، ص 62)

6.3.3.6. دراسة أشتاني، سليمي وغوليفاند (Ashtani, Salimi, & Gholivand, 2006) تهدف الدراسة إلى "علاج قلق الاختبار بأسلوب العلاج المعرفي مقابل تقليل الحساسية المنتظم"، بحيث تكونت العينة من 65 طالبا إيرانيا ممن لديهم أعلى الدرجات على استبيان قلق الاختبار، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات بحيث

تلقت المجموعة الأولى العلاج المعرفي، والمجموعة الثانية تلقت أسلوب تقليل الحساسية المنتظم، والمجموعة الثالثة لم تتلق أي تدريب، وتوصلت الدراسة في الأخير إلى تسجيل مستوى منخفض من القلق لدى أفراد المجموعتين التجريبتين مقارنة بالمجموعة الضابطة، عدم وجود اختلاف بين الأساليب المعرفية وتقليل الحساسية المنتظم.

(نقلا عن عبود وجردات، 2014، ص 2196)

7.3.3.6. دراسة لكرست وتولين (Laquerste & Tulen, 2010) هدفت الدراسة التعرف إلى "فاعلية برنامج إرشادي للعلاج المعرفي السلوكي وذلك لخفض الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب) لدى عينة من الأطفال"، وتكونت عينة الدراسة من عينة كبيرة من الأطفال وبلغت 91 طفلا وقسمت إلى ثلاث مجموعات المجموعة التجريبية الأولى على الأطفال، والمجموعة التجريبية الثانية ركزت على الآباء وأطفالهم، ومجموعة ضابطة اتبع الباحثان المنهج التجريبي، وتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي للآباء والأطفال في خفض اضطرابات القلق والاكتئاب. (نقلا عن البطنجي، 2015، ص 61)

8.3.3.6. دراسة (Aydin, SÜTÇÜ& Sorias, 2010) تهدف الدراسة إلى الكشف عن "أثر العلاج السلوكي المعرفي الجماعي على المراهقين الذين يعانون من أعراض القلق الاجتماعي"، وبالنسبة للأدوات فتمثلت في البرنامج السلوكي المعرفي من إعداد الباحثات والذي تكون من 13 جلسة احتوت على فنيات متعددة مثل الإسترخاء وإعادة الهيكلة المعرفية والتعرض، كما استخدمت الباحثات عدة مقاييس منها ما هو موجه للطالب والذي تمثل في استبيان التشوهات المعرفية السلبية (CNCEQ) ومقياس الرهاب الاجتماعي (CSPSCA) ومقياس القلق الاجتماعي للمراهقين (SAS-A) وبالنسبة للآباء تم استخدام مقياس (SAS-P)، وتوصلت الدراسة إلى خفض القلق الاجتماعي والتشوهات المعرفية ذات الصلة لدى المراهقين بعد تطبيق البرنامج. (p 1)

9.3.3.6. دراسة (Saravanan & Rajiah, 2014) تهدف الدراسة إلى "التعرف على مدى فعالية التخيل النفسي والتربية النفسية في خفض قلق الامتحان ورفع الدافعية لدى طلبة المرحلة الأولى من طلبة الصيدلية في ماليزيا"، وتكونت المجموعة التجريبية من 21 طالبا وطالبة، أما الضابطة فبلغ حجمها 21 طالبا وطالبة واستمرت مدة التدريب النفسي لمدة من 5-7 أسابيع، وطبقت عليهم 03 مقاييس تمثلت في مقياس قلق ومقياس الدافعية الأكاديمية ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة، وتوصلت نتائج الدراسة إلى انخفاض درجات القلق مع تحسن المعدل التراكمي للطلاب. (نقلا عن بديوي، 2018، ص 735)

10.3.3.6. دراسة (Manassis & al, 2014) تهدف الدراسة إلى "معرفة مدى فائدة إشراك الوالدين في العلاج المعرفي السلوكي مفيدا خاصة وأن هناك عدم تجانس في نوع المشاركة الوالدية والتي تركز على إدارة الطوارئ وتحويل المراقبة"، بحيث تم التحقق منها من طرف الباحثين باعتبارها متغير وسيطيا وذلك باستخدام التحليل التلوي مع بيانات المريض الفردية، ولقد بلغت عينة الدراسة 894 من أصل 1618، وفي الأخير توصلت

الدراسة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي للأطفال القلقين سواء مع أو بدون والدين نشطين. (p 1163)

11.3.3.6. (van Steensel & Bögels, 2015) تهدف الدراسة إلى الكشف عن "فعالية العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد"، حيث بلغ عددهم 79 من بينهم 58 ولدا ومتوسط العمر 11.76، أما بالنسبة لعدد الأطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق فقد بلغوا 95 من بينهم 46 ولدا، متوسط العمر 12.85، وكذلك أولياء أمورهم، تمت إحالة جميع العائلات إلى 7 مراكز رعاية صحية نفسية وتلقوا نفس العلاج المعرفي السلوكي، أجرى الباحثون القياسين القبلي والبعدي، وكذلك القياس التتبعي بعد 3 أشهر، سنة واحدة، وستتان بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي، ومن أهم النتائج المتوصل إليها فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من اضطرابات القلق بنسبة 61% للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد و64% للأطفال غير المصابين باضطراب طيف التوحد، العلاج المعرفي السلوكي فعال للأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، وقد تكون مكاسب العلاج أقل إلى حد ما إذا ما تمت مقارنته بالأطفال غير المصابين باضطراب طيف التوحد. (p512)

7. التعقيب على الدراسات السابقة:

1.7. من حيث الهدف: اتفقت دراستنا من حيث الهدف والذي تمثل في معرفة مستوى القلق لدى أفراد عينة الدراسة مع كل من دراسة الزعبي (1997)، قريشي وقريشي (2013)، بوترة والأسود (2020)، غراب (2000)، المحارب (2005)، ارحومة (2012)، بن عمور وبوجلal (2021)، غريب (1993)، نجادات (2018)، أبو خزام ودندي (2020)، ومُجد (2018).

واتفقت دراستنا مع محور الدراسات السابقة التي تناولت متغيري الدراسة معا حيث اهتمت جميعها ببناء وتصميم برامج معرفية سلوكية سواء ارشادية أو علاجية تهدف إلى التخفيف من حدة القلق النفسي مثل البطنجي (2015)، والإسي (2014).

كما اختلفت دراستنا مع بعض الدراسات التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين القلق ومتغيرات أخرى مثل دراسة صرداوي (2010) التي اهتمت بدراسة العلاقة بين القلق والتحصيل الدراسي، علي وغريب (2018) التي هدفت إلى دراسة العلاقة بين قلق الامتحان وتقدير الذات، أما بوقفة وجبالي (2020) هدفت دراستهما إلى التعرف على مستوى القلق والمرونة النفسية حسب منحى العلاج بالتقبل والالتزام، ودراسة هدفت دراستهما إلى التعرف على مستوى القلق والمرونة النفسية حسب منحى العلاج بالتقبل والالتزام، ودراسة ويلسون وستيلزر (2004) فهدف إلى الكشف عن العلاقة بين أسلوب حل المشكلات والقلق.

واختلفت دراستنا كذلك مع بعض الدراسات التي هدفت إلى التخفيف من القلق من خلال تطبيق أساليب علاجية مختلفة عن الأسلوب العلاجي المستخدم في الدراسة ومن بين هذه الدراسات نذكر دراسة كل من

الحويطة وعبد الخالق (2010) وخميس (2011)، حمزاوي (2018)، وجارسيا وبديرا (1996) التي هدفت إلى الكشف على فاعلية الاسترخاء، وهدفت دراسة الزراد (1997) إلى الكشف عن مدى فاعلية العلاج السلوكي متعدد الأوجه، أما دراسة (Taty, 2020) فهدفت إلى التخفيف من قلق التعلم من خلال تطبيق الإرشاد السلوكي وبالنسبة لدراسة ثومبسون (2009) فقد استعمل العلاج بالقراءة، وهدفت كذلك دراسة الشحات والبلاخ (2013) إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي للتخفيف من قلق الاختبار وأثره على الثقة في النفس والدافعية إلى الإنجاز، أما دراسة قوراري وآخرون (2018) فهدفت إلى الكشف على مدى أثر برنامج ترويجي رياضي مقترح للتخفيف من حدة القلق عند كبار السن.

كما اختلفت دراستنا مع بعض الدراسات التي هدفت إلى اختبار فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات النفسية ما عدا القلق مثل دراسة كل من بلميهوب وزناد (2012)، مهمل (2014) اجحادن حماني (2016)، بلغالم (2017)، مقاوسي (2017)، أرحومة (2012)، القرني (2016)، عبد الله (2018)، جرانت (1985)، (Andersson & al, 2012)، (Oud & al, 2019)، عشاشة وبلميهوب (2020)، إبراهيم (2016) و (Lee & Lee, 2020)، أما شويده (2016) فهدفت إلى تنمية المسؤولية الاجتماعية لدى الأيتام بن صالح (2016)، وطوبال (2017) فهدفتنا إلى خفض الضغوط النفسية.

اختلفت دراستنا كذلك مع بعض الدراسات التي هدفت إلى المقارنة بين فعالية العلاج المعرفي السلوكي وبعض العلاجات النفسية الأخرى مثل دراسة كل من كورلي (Corley, 1980)، كينث ودينر (Keneth & Diener, 1986)، وبوركوفيتش وآخرون (1991)، (Lindon & al, 2003)، لادوسور وآخرون (Ladouceur & al, 2000)، واشتاني وآخرون (Ashtani & al, 2006).

2.7. من حيث المتغيرات: اتفقت دراستنا من حيث متغير القلق مع دراسة كل من قوراري وآخرون (2018) بن عمور وبوجللال (2021)، مُجَّد (2018)، أبو خزام ودندي (2000)، جارسيا وبديرا (1996)، ويلسون وستيلز (2004)، (Thompson, 2009)، (Lee & Lee, 2020)، حجازي (2012)، مقداد واليامي (2012)، ليكرست وتولين (2010)، (Manassis & al, 2014)، البطنجي (2015)، أحمد (2021) القعدان وداود (2015)، علي (2021)، كورلي (1980).

اختلفت دراستنا جزئياً مع بعض الدراسات التي تناولت قلق الامتحان وهي دراسة كل من الزراد (1997)، قريشي وقريشي (2013)، (Saravanan & Rajiah, 2014)، حمزاوي (2018)، بوترة والأسود (2020) علي وغريب (2018)، بودالي وآخرون (2019)، الشحات والبلاخ (2013)، عطا الله (2010) أبو غالي (2011)، بولكويرات وآخرون (2018)، بديوي (2018)، أخرس (2020)، كينث ودينر (1986) وأشتاني وآخرون (2006).

أما صرداوي (2010)، الزغبي (1997)، غراب (2000)، والحويلة وعبد الخالق (2010) تناولوا قلق الحالة والسمة، وتناول كل من الإسي (2014)، القرني (2012)، عبادسة (2017)، سلطاني ومكي (2019)، بابكر (2012)، وبوركوفيتش وآخرون (1991) القلق العام، وتناول كل من العطية (2002)، بخاري (2020) و (Aydin & al, 2011) اضطراب القلق الاجتماعي، وتناولت دراسة مقدار واليامي (2012) قلق التحدث، أما بومصباح وآخرون (2017) تناولوا قلق الموت، بوقفة وجبالي (2020) القلق حسب العلاج بالتقبل والالتزام (Taty, 2020) قلق التعلم.

اختلفت دراستنا كذلك مع بعض الدراسات التي تناولت متغيرات أخرى غير القلق مثل دراسة بلغالم (2017) ومهمل (2014) اللذان تناولوا نوبات الهلع، بن صالح (2016)، طوبال (2017)، الشريدة (2016) وبومصباح وآخرون (2017) تناولوا الضغوط النفسية، بلميهوب وزناد (2012) اضطراب الضغط التالي للصدمة دايلي (2019) الصحة النفسية، اجحادن حماني (2016)، عبد الله (2018) عشاشة وبلميهوب (2020) و (Out & al, 2019) تناولوا الاكتئاب، مقاوسي (2017) البدانة، القرني (2016) الغضب وجودة الحياة شويديح (2016) المسؤولية الاجتماعية، إبراهيم (2016) الفوبيا الاجتماعية، (Andersson & al, 2012) الوسواس القهري، (Lee & Lee, 2020) الصحة العقلية.

كما تناولت بعض الدراسات القلق مع متغيرات أخرى مثل رويبة (2015) والقعدان ووداد (2015) تقدير الذات والقلق، بومصباح وآخرون (2017) الضغط النفسي المدرك وقلق الموت، بولكويرات وآخرون (2018)، ليكرست جروين وتولين (2010)، وعلاء الدين وبركات (2021) القلق والاكتئاب، أبو زيتون وآخرون (2021) القلق وتنظيم الانفعالات، أحمد (2021) القلق والسلوك العدواني، (Saravanan & Rajiah, 2014) قلق الامتحان ورفع الدافعية.

واتفقت دراستنا من حيث متغير البرنامج المعرفي السلوكي مع المحور الخاص بالدراسات السابقة التي تناولت البرامج القائمة على النظرية المعرفية السلوكية والمحور الخاص الذي تناول متغيري الدراسة معا وهما القلق والبرنامج المعرفي السلوكي، إلا أن هناك بعض الدراسات اعتمدت على تقنية معينة من العلاج مثل دراسة بومصباح وآخرون (2017) الذين تناولوا تقنية الحل، (Saravanan & Rajiah, 2011) تناولوا فنيي التخيل النفسي والتربية النفسية، أما جارسيا وبديرا (1996)، الحويلة وعبد الخالق (2010)، خميس (2011)، حمزاوي (2018) تناولوا الاسترخاء، ويلسون وستيلزر (2004) برنامج تدريبي قائم على حل المشكلات، حجازي (2012) العلاج العقلاني الانفعالي، وهناك بعض الدراسات التي دمجت العلاج المعرفي السلوكي مع علاجات أخرى مثل علاء الدين وبركات (2021).

واختلفت دراستنا مع بعض الدراسات التي تناولت برامج مختلفة عن متغير الدراسة مثل دراسة قوراري

وآخرون (2018) الذين تناولوا برنامج رياضي تروبيجي، أما ارحومة (2012) والشتاح والبلاح (2013) تناولوا برنامج إرشادي، (Thompson, 2009) العلاج بالقراءة، (Taty, 2020) الإرشاد السلوكي.

3.7. من حيث المنهج: كان هناك تنوع من حيث نوع المنهج في الدراسات السابقة حيث اتفقت دراستنا الحالية مع بعض الدراسات التي اعتمدت المنهج التجريبي مثل دراسة قوراري وآخرون (2018)، خميس (2011) بلغالم (2016)، مقاوسي (2017)، عبد الله (2018)، رويبة (2015)، أبو غالي (2011)، بابكر (2012) بديوي (2018)، شويده (2016)، إبراهيم (2016)، بن صالح (2016)، عبد الله (2018)، حجازي (2012) أخرس (2020)، ولندن وآخرون (2003).

اختلفت دراستنا مع بعض الدراسات التي اعتمدت على المنهج الشبه التجريبي مثل دراسة القرني (2012)، طوبال (2017)، ناجية (2019)، القرني (2016)، بولكويرات وآخرون (2018)، بودالي وآخرون (2019)، الإسي (2014)، أبو زيتون وآخرون (2021)، بومصباح وآخرون (2017)، بخاري (2020).

اختلفت دراستنا مع كل من حمزوي (2018) التي استخدمت المنهج العيادي التجريبي، أما مهمل (2014) فقد استخدمت المنهج التجريبي ذو المفحوص الواحد، كما أن هناك دراسات استخدمت أكثر من منهج وهي دراسة البطنجي (2015) التي اعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي والمنهج التجريبي القائم على المجموعة الواحدة، ودراسة مقداد واليامي (2012) اللذان استخدمتا المنهج المختلط خاصة التصميم التفسيري.

وبالنسبة للدراسات التي اعتمدت المنهج العيادي هي كل من دراسة بن عمور وبوجلal (2021) واجحادن حماني (2015)، وهناك بعض الدراسات اعتمدت على المنهج المسحي وهي دراسة كل من غريب (2000) وغراب (2000).

كما أن هناك من اتجه إلى استعمال المنهج الوصفي وهي دراسة كل من دراسة صرداوي (2010) قريشي وقريشي (2013)، علي وغريب (2018)، بوترة والأسود (2020)، مُجد (2018)، أبو خزام ودندي (2020)، أما باقي الدراسات السابقة فلم يتم ذكر نوع المنهج الذي استخدمته.

كما اختلفت الدراسات التجريبية والشبه التجريبية من حيث نوع تصميم الدراسة حيث اتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات التي اعتمدت على التصميم ذو المجموعتين المتكافئتين ومن بينها نذكر دراسة كل من قوراري وآخرون (2018)، الشتاح والبلاح (2013)، ويلسون وستيلزر (2004)، (Thompson, 2009)، (Taty, 2020)، بن صالح (2016)، طوبال (2017)، بلغالم (2017)، القرني (2016)، شويده (2016)، رويبة (2015)، (Lee & Lee, 2020)، بودالي وآخرون (2019)، العطية (2002)، أبو غالي (2011)، علي (2014)، علاء الدين ويركات (2021)، القعدان وداود (2015)، أخرس (2020)، ولندن وآخرون (2003).

واختلفت دراستنا مع بعض الدراسات التي اعتمدت على تصميم المجموعة الواحدة وهي دراسة كل من دايلي (2019)، عشاشة وبلميهور (2020)، حجازي (2012)، بابكر (2012)، الإسي (2014) البطنجي (2015)، أبو زيتون وآخرون (2021)، عبادسة (2017)، بومصباح وآخرون (2017)، وبخاري (2020).

وهناك بعض الدراسات التي اعتمدت على ثلاث مجموعات وهي دراسة كل من أشتاني وآخرون (2006) وليكرست وتولين (2010)، وبالنسبة للدراسات التي اعتمدت على تصميم ذو أربع مجموعات هي دراسة كل من الزراد (1997) وكورلي (1980) وكينث ودينر (1986) وبوركوفيتش وآخرون (1991)، وبعض الدراسات اعتمدت على تصميم يحتوي على ستة مجموعات منهم ثلاثة مجموعات ضابطة وثلاثة مجموعات تجريبية وهي دراسة القرني (2016).

4.7. من حيث أدوات الدراسة:

اتفقت دراستنا من حيث الأدوات مع كل من قوراري وآخرون (2018)، مُجّد (2018)، بابكر (2012)، الإسي (2014)، بن عمور وبوجلّال (2021)، خميس (2011)، البطنجي (2015)، دايلي (2019)، علاء الدين وبركات (2021)، القعدان وداود (2015) وأحمد (2021) حيث اعتمدت هذه الدراسات على مقياس القلق "لجانيت تايلور".

كما اتفقت دراستنا مع كل من مهمل (2014)، اجحادن حماني (2016)، طوبال (2017) بولكويرات وآخرون (2018) من حيث استخدام أداة المقابلة العيادية، وبالنسبة لاستخدام البرنامج المعرفي السلوكي كأداة للدراسة فقد اتفقت دراستنا مع محوري الدراسات السابقة الذي تناول البرنامج المعرفي السلوكي والمحور الذي تناول متغيري الدراسة معا.

واختلفت دراستنا مع كل من صرداوي (2010)، الزراد (1997)، الزعي (1997)، غراب (2000) الحويلة وعبد الخالق (2010)، ارحومة (2012)، كورلي (1980) حيث استخدموا مقياس سمة وحالة القلق. كما لجأت بعض الدراسات إلى استخدام مقاييس قلق الامتحان منها قريشي وقريشي (2013) علي وغريب (2018) حمزاوي (2018)، الشتاح والبلاخ (2013)، بوترة والأسود (2020)، الزراد (1997) بودالي وآخرون (2019)، أبو غالي (2011)، بديوي (2018)، أخرس (2020)، واشتاني وآخرون (2006).

كما تعددت المقاييس في الدراسات الأخرى حيث استخدم المحارب (2005) مقياس القلق والاكتئاب من إعداد Derogatis & al، القرني (2012) مقياس القلق العام للراشدين لجمال الليل (1995)، نجادات (2018) مقياس القلق المعد من طرف الصمادي والشبول، أبو حزام ودندي (2020) اللتان استخدمتا مقياس مظاهر القلق لدى المراهقين من إعداد مجدي الدسوقي (د.ت)، رويّنة (2015) مقياس القلق لفيولا الببلاوي حجازي (2012) مقياس القلق من إعداد مُجّد جعفر، مهمل (2014) فقد اعتمدت على مقياس القلق المعم

لكورتو، عطا الله (2010) مقياس إدارة القلق، مقداد واليامي (2012) مقياس قلق التحدث من إعداد هيفاء الأشقر، بومصباح وآخرون (2017) مقياس قلق الموت، بوقفة وجبالي (2020) مقياس مصداقية الأفكار ومشاعر القلق (BAFT) من إعداد "هيربارغ وآخرون"، الحويلة وعبد الخالق (2005) مقياس جامعة الكويت للقلق وقائمة القلق كسمة، القرني (2012) مقياس القلق العام للراشدين لجمال الليل (1995)، نجادات (2018) مقياس القلق المعد من طرف "الصمادي والشبول"، أما لندن وآخرون (2003)، سلطاني ومكي (2019)، عبادسة (2017) استخدموا مقياس "هاملتون"، وبعض الدراسات استخدمت مقياس "بيك" منها دراسة (Thompson, 2009)، علاء الدين وبركات (2021)، لادوسور (2000)، وعشاشة وبلميهوب (2020)، وتوجد دراسات أخرى تم بناء مقاييس فيها للقلق من طرف الباحثين أنفسهم نذكر من بينهم العطية (2002) وعلي (2021).

كما اختلفت دراستنا مع بعض الدراسات التي استخدمت أكثر من برنامج أو قامت بمزج كل من العلاج المعرفي السلوكي بعلاج آخر مثل دراسة كل من بوركوفيتش وآخرون (1991)، علاء الدين وبركات (2021) كينث ودينر (1986)، (Saravanan & Rajiah, 2014)، وهناك بعض الدراسات التي اعتمدت في دراستها على برامج غير مبنية على النظرية المعرفية السلوكية مثل دراسة كل من قوراري وآخرون (2018) والقرني (2012).

كما اختلفت دراستنا مع بعض الدراسات التي استخدمت مقاييس أخرى ومتعددة نذكر من بينها دراسة ويلسون وستيلزر (2004) اللذان استخدمتا مقياسي الذكاء والخصائص الديمغرافية، مهمل (2014) اعتمدت هي كذلك على عدة مقاييس من بينها استبيان المخاوف لماركوس وماتيويس سلم تقييم الرهابات نوبات الهلع والقلق المعمم لكورتو ومقياس الرائن السلوكي التجنبي واستبيان المعارف الاقورافوبيا "لشامبلز" واستبيان الأحاسيس البدنية، اجحادن حماني (2016) اختبار اكتئاب (CDI) "مارياكوفاكس" واختبار تقدير الذات "كوبر سميث"، بن صالح (2016) مقياسي الضغط النفسي والتوافق المدرسي، بلغالم (2017) مقياس الهلع وخوف الأماكن الخوافية، مقاوسي (2017) قائمة المكونات النفسية المعرفية السلوكية، طوبال (2017) مقياس الضغط النفسي واستمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة لعبد الكريم قريشي، دايلي (2019) مقياس "بيك" للاكتئاب ومقياس الضغط النفسي من إعداد الباحثة، القرني (2016) مقياس الغضب وجودة الحياة من إعداد الباحث، شويده (2016) مقياس المسؤولية الاجتماعية، إبراهيم (2016) مقياس الفويا الاجتماعية من إعداد الباحث، عبد الله (2018) اختبار بيك المعدل للاكتئاب واستمارة استبيان، جرانت (1985) قائمة "جينكيز" للنشاط الشامل، (Andersson & al, 2012) مقياس ييل براون للوسواس القهري (Lee & Lee, 2020) مقياس الاكتئاب "لبيك" ومقياس تقدير الذات ومقياس تغيير العلاقة "لشليين"، العطية (2002) اختبار كات الإسقاطي "لبيلاك وبيلاك" واختبار رسم الرجل، روينة (2015) مقياس تقدير الذات

"لكوبر سميث"، بومصباح وآخرون (2017) استبيان إدراك الضغط النفسي، بولكويرات وآخرون (2018) مقياس بيك للاكتئاب، حجازي (2012) مقياس الأفكار اللاعقلانية، القعدان وداود (2015) مقياس تقدير الذات، بخاري (2020) مقياس التفاعل الاجتماعي، علي (2021) مقياس "ستانفورد بينيه"، علاء الدين وبركات (2021) مقياس "بيك"، أحمد (2021) مقياس السلوك العدواني من إعداد الباحثة، كورلي (1980) مقياس الإعتقادات الشخصية ومقياس مفهوم الذات، (Aydin & al, 2010) استبيان التشوهات المعرفية السلبية ومقياس الرهاب الاجتماعي ومقياس القلق الاجتماعي للمراهقين ولآباء (Saravanan & Rajiah, 2014) مقياس الدافعية الأكاديمية ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

5.7. من حيث العينة:

اتفقت دراستنا من حيث عينة الدراسة والتي تتمثل في تلاميذ السنة الثالثة ثانوي مع كل من دراسة صرداوي (2010)، قريشي وقريشي (2013)، علي وغريب (2018)، بوترة والأسود (2020)، غراب (2000)، حجازي (2012)، أبو غالي (2011)، وحمزاوي (2018).

كما أن هناك دراسات ركزت فقط على التلميذات أو الطالبات مثل دراسة كل من الحويلة وعبد الخالق (2010)، حمزاوي التي ركزت على تلميذات الثالثة ثانوي، بومصباح (2012)، ومُجَد (2018) فتناولنا طالبات وتناولت بعض الدراسات مرحلة المراهقة وهي دراسة كل من بن عمور وبوجللال (2021)، جارسيا وبديرا (1990)، مقاوسي (2017)، بن صالح (2016)، طوبال (2017)، أبو خزام ودندي (2020)

(Aydin & al, 2010)، بالإضافة إلى أن هناك بعض الدراسات ركزت على المرحلة الثانوية بصفة عامة وهي دراسة كل من بن صالح (2016)، طوبال (2017)، جرانت (1985)، الزراد (1997)، وأبو خزام ودندي (2020).

واختلفت دراستنا كذلك مع بعض الدراسات التي تناولت المرحلة الإعدادية وهي دراسة كل من مقداد واليامي (2012)، القعدان وداود (2015)، بودالي وآخرون (2019)، معالي (2014)، عمور وبوجللال (2021) والبطينجي (2015).

وبعض الدراسات تناولت الطلبة الجامعيين وهي دراسة كل من بوقفة وجبالي (2020)، والزعبي (1997)، بومصباح (2012)، الشحات والبلاخ (2013)، حمودي (2015)، مُجَد (2018) (Lee & Lee, 2020)، عطا الله (2010)، بديوي (2018)، أخرس (2020)، نجم الدين وبخاري (2020)، أحمد (2021)، كورلي (1980)، و (Saravanan & Rajiah, 2014)، وهناك دراسات تناولت مراحل عمرية مختلفة للعينة مثل دراسة كل من غريب (1991) الذي تناول الطلبة في التعليم ما قبل الجامعي والتعليم الجامعي، وتناول كل من (Oud & al, 2019) الأطفال والمراهقين.

وانتهت بعض الدراسات إلى الأطفال منها ثومبسون (Thompson, 2009)، اجحادن (2015) رويئة (2015)، العطية (2020)، ليكرست وتولين (2010)، و (Ven Streensed & Bögels, 2015). وهناك بعض الدراسات ركزت في عينتها على مرضى مصابين بأمراض عضوية مثل دراسة كل من دراسة خميس (2011) الذي تناول مرض الربو، القرني (2012) مرضى ضغط الدم المرتفع وقرحة المعدة والقولون العصبي، عبد الله (2018) مرضى الفشل الكلوي، سلطاني ومكي (2019) ارتفاع ضغط الدم الحولي، القرني (2016) مرضى السكري، بومصباح وآخرون (2017) الحمل العنقودي، بولكويرات وآخرون (2018) مرضى التصلب اللويحي، عشاشة ويلميهوب (2020) مرضى السيدا.

وبالنسبة للدراسات التي كانت عينتها مصابة باضطرابات نفسية فهي كل من مهممل (2013) التي تناولت اضطراب الهلع المصحوب برهاب الأماكن، بلغالم (2016) مصابين بفوبيا الأماكن (Andersson & al, 2018) مصابين باضطراب الوسواس القهري، أما دراسات كل من بابكر (2012) الإسي (2014)، لندن وآخرون (2003)، لادوسو وآخرون (2000) تناولوا جميعا مرضى اضطراب القلق العام. (van Steensel & Bögels, 2015) وأبو سليمان وآخرون (2021) فتناولوا فئة المصابين باضطراب طيف التوحد، وتناولت كل من علي (2021) وبن عمور وبوجلal (2021) الإدمان.

وبالنسبة لبقية الدراسات فقد تنوعت عيناتها حيث تناولت دراسة شويده (2016) الأيتام، أما دايلي (2018) فتناولت دراستها عينة المعلمات المتزوجات، علاء الدين وبركات (2021) المطلقات والأرامل أما دراسة قوراري وآخرون (2018) فتناول عينة كبار السن.

وبالنسبة لحجم العينة فأغلبها كانت صغيرة باستثناء بعض الدراسات مثل دراسة كل من غريب (1993) غراب (2000)، (Oud & al, 2019)، و (Manassis & al, 2014).

6.7. من حيث نتائج الدراسة:

اتفقت بعض الدراسات من حيث نتائج الدراسة والمتمثلة في وجود قلق مرتفع لدى أفراد العينة ومن بين هذه الدراسات نذكر دراسة كل من بوقفة وجبالي (2020)، بوترة والأسود (2020)، حجازي (2012) وتوصلت بن عمور وبوجلal (2015) إلى وجود قلق يتراوح بين المستوى المتوسط إلى المرتفع، كما توصلت بعض الدراسات إلى وجود قلق متوسط لدى عينة الدراسات ومن بين هذه الدراسات دراسة كل من البطنجي (2015)، نجادات (2018)، أبو خزام ودندي (2020)، أما دراسة حمودي (2015)، غريب (1993) فقد اختلفت عن الدراسات السابقة والتي توصلت إلى وجود قلق عادي.

اتفقت بعض الدراسات من حيث وجود فروق دالة في مستوى القلق تعزى لمتغير الجنس، ومن بين هذه الدراسات نذكر دراسة كل من قريشي وقريشي (2013)، بوترة والأسود (2020)، علي وغريب (2018)

الرعي (1997)، غراب (2000)، كما اختلفت بعض الدراسات من حيث النتائج التي توصلت إلى عدم وجود قلق يعزى لمتغير الجنس ومن بين هذه الدراسات نجد دراسة كل من صرداوي (2010)، مُجد (2018)، نجادات (2018)، أبو خزام ودندي (2020).

كما اختلفت الدراسات السابقة من حيث وجود فروق في مستوى القلق تعزى لمتغير التخصص، حيث توصلت بعضها إلى وجود فروق تعزى لمتغير التخصص ومن بين هذه الدراسات نجد دراسة كل من علي وغريب (2018)، بوترة والأسود (2020). وبعض الدراسات توصلت إلى عدم وجود فروق في مستوى القلق تعزى لمتغير التخصص ومن بينها دراسة كل من قريشي وقريشي (2013)، غراب (2000)، وأبو خزام ودندي (2020).

وبالنسبة لمحور الدراسات السابقة التي تناولت متغير فاعلية العلاج المعرفي السلوكي فقد توصلت إلى مدى فاعليته في علاج الاكتئاب، الوسواس القهري، الضغوط النفسية، الصحة النفسية، البدانة... الخ، مع استمرار تأثيره، أما المحور الذي تناول متغير العلاج المعرفي السلوكي والقلق فقد توصلت إلى وجود فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من القلق النفسي واستمرار تأثيره كذلك.

7.7. استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة: ساعدت الدراسات السابقة الباحثة في العديد من الجوانب وهي:

1. صياغة مشكلة الدراسة وتحديدتها بشكل دقيق.
2. المساهمة في صياغة الفروض وتحديدتها وتوجيهها بدقة.
3. تحديد المنهج المناسب للدراسة والتصميم الذي اعتمدته الباحثة في الدراسة الحالية.
4. الإطلاع على مقاييس الدراسة التي استخدمها الباحثون في دراستهم مما ساعد الباحثة في تحديد وتبني المقياس الأنسب للدراسة.
5. صياغة وتحديد أهداف الدراسة.
6. تحديد الأساليب الإحصائية المناسبة لمعالجة فرضيات الدراسة.
7. الإطلاع على أهم الفنيات العلاجية المستخدمة في البرامج المعرفية السلوكية مما ساهم في بناء البرنامج العلاجي الحالي.

8.7. مميزات الدراسة الحالية:

من خلال الدراسات السابقة لاحظنا الإهتمام الكبير بدراسة القلق النفسي لكن هناك اختلاف من حيث نوع القلق، فمنها من تناولت قلق الامتحان خاصة الدراسات التي اهتمت بتلاميذ السنة الثالثة ثانوي المقبلين على اجتياز البكالوريا؛ وهذا النوع من القلق موجود بكثرة لدى التلاميذ، لهذا قمنا بدراسة القلق النفسي مع التركيز على قلق الامتحان باعتباره أحد أهم المواقف المقلقة التي يتعرض لها التلاميذ في هذه المرحلة الحاسمة.

تعتبر هذه الدراسة تراكمية وامتداد للدراسات السابقة إلا أن ما يميزها هو توفير برنامج علاجي محكم يشتمل على أهم التقنيات المعرفية السلوكية التي اتفق عليها المعالجين والباحثين في التخفيف من حدة القلق، كما لاحظنا اقتصار عينة بعض الدراسات السابقة خاصة المحلية التي تناولت البرامج العلاجية على الإناث أكثر من الذكور لذا ركزنا في الدراسة الحالية على الذكور والإناث معا.

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى الدراسات السابقة التي تعتبر من أهم الخطوات الأساسية لأي باحث مهما كان تخصصه، لكونها تساعد على تمحيص أبحاث ودراسات الآخرين ومن خلالها مكنتنا من توجيه بحثنا من حيث صياغة الإشكالية والفرضيات والمفاهيم الإجرائية بالإضافة إلى تحديد المنهج والأدوات المناسبة والأساليب الإحصائية التي تساعدنا في معالجة بيانات الدراسة مع تحديد الفجوة العلمية التي انطلقنا منها في هذه الدراسة لهذا قمنا بعرض مجموعة من الدراسات السابقة المحلية والعربية والأجنبية التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية سواء بشكل جزئي أو كلي التي ساهمت في صياغة وتوجيه الدراسة الحالية.

الفصل الثاني:

القلق النفسي

تمهيد الفصل

1. تعريف القلق النفسي
2. الفرق بين القلق والمفاهيم الأخرى
3. التناولات النظرية للقلق النفسي
4. أسباب القلق النفسي
5. أعراض القلق النفسي
6. أنواع القلق النفسي
7. مستويات القلق النفسي
8. مركبات القلق النفسي
9. مراحل القلق النفسي
10. آلية عمل القلق النفسي
11. أساليب التفكير عند الشخص القلق
12. اختلاف الثقافة وتأثيرها على القلق
13. الانعكاسات السلبية للقلق النفسي
14. تشخيص القلق النفسي
15. مقاييس القلق النفسي
16. علاج القلق
17. المشكلات التي يتعرض لها المعالج عند العمل مع مرضى القلق
18. مآل القلق
19. الوقاية من القلق

خلاصة الفصل

تمهيد الفصل:

يعتبر القلق النفسي من أهم الاضطرابات النفسية التي اهتم بها الباحثون والعلماء والممارسون في الصحة النفسية، وهذا الاهتمام ليس وليد العصر الحالي وإنما تناوله الباحثون والعلماء من قبل ويرجع لانتشاره وتفحله في المجتمعات، كما أنه مصطلح معقد يتداخل مع العديد من المفاهيم والاضطرابات النفسية لذا يتطلب تشخيصه أطباء ومختصين أكفاء ويزداد الأمر صعوبة عند الطفل والمراهق مقارنة بالراشد.

لذا سنتناول في هذا الفصل مفهوم القلق وأهم الفروقات بينه وبين المفاهيم المتشابهة معه، بالإضافة إلى أهم الأعراض النفسية والجسدية والمعرفية والاجتماعية التي تظهر على الشخص القلق، مع التطرق لأسبابه خاصة أنها متعددة ومعقدة، بالإضافة إلى أهم التناولات النظرية التي قامت بتفسيره كل على حسب توجهه، كما سيتم التطرق إلى أهم أنواع القلق المنتشرة والمهمة خاصة التي تطرق إليها الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس والتصنيف الدولي للأمراض 11، بالإضافة إلى مستويات القلق ومركباته، مراحل تطوره، آلية عمله، أساليب التفكير عند الشخص القلق، اختلاف الثقافات وانعكاسها في ظهور وانتشار القلق، كيفية تشخيص القلق، وأهم معايير DSM5 وأهم المقاييس المستخدمة في قياسه، الانعكاسات السلبية للقلق على الفرد والمجتمع، أهم العلاجات المتنوعة والفعالة للقلق، مشكلات المعالج النفسي التي تعترض طريقه عند التعامل مع مرضى القلق مآل القلق، وكيفية الوقاية منه والحد من ظهوره.

1. تعريف القلق النفسي:

1.1. لغة:

ذكر (الكعي، 1997) بأن القلق لغة "من قلق وقلق قلقاً في مكان واحد أو لم يستقر على حال واضطرب وانزعج فهو قلق، والقلق حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث والمقلق شديد القلق، ويقال رجل مقلق وامرأة مقلقة" (الكعي، 1997، كما أشارت البطنجي، 2015، ص 30).

وتأتي كلمة قلق في أصلها من Angustia، وهي تعني الضيق الذي يحصل في القفص الصدري لا إرادياً نتيجة عدم قدرة الجسد على الحصول على كمية كافية من الأوكسجين (بن علو، 2002، ص 81).

أما في اللغة الإنجليزية يقابل مصطلح القلق Anxiety، ويعرف معجم أكسفورد (1989) القلق النفسي على أنه "إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل"، أما معجم وبستر (1991) فيعرف القلق على أنه "إحساس غير عادي وقاهر من الخوف والخشية، وهو دائماً يتصف بعلامات فسيولوجية مثل التعرق والتوتر وزيادة نبضات القلب، وذلك بسبب الشك بشأن حقيقة طبيعة التهديد وبسبب شك الإنسان بنفسه حول قدرته على التعامل مع التهديد بنجاح". (فرج، 2009، ص 127)

2.1. اصطلاحاً:

القلق عبارة عن شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع أو تهديداً غير معلوم المصدر مع شعور بالتوتر والشدة أو الخوف لا مصوغ منه من الناحية الموضوعية، وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغاً فيها لمواقف لا تمثل خطراً حقيقياً، وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالباً كما لو كانت تمثل خطراً ملحاً ومواقف تصعب مواجهتها. (غام، 2005، ص 34-35)

ويعرف القلق أيضاً على أنه "مصطلح في علم النفس يشير إلى حالة انفعالية معقدة ومزمنة تعترى المرء وتنطوي على عنصر أساسي هو التوجس أو الخشية والفرع، والحصار مرادف للقلق النفسي أو إحساس الشخص بالضيق والعناء، ويستخدم كذلك للدلالة على عدم الرضا بالوضع الراهن والتطلع إلى ما هو غير ذلك".

(عواد، 2010، ص 261)

ويعرف "عبد السلام الغفار" القلق على أنه "خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بالخوف أو تهديد من شيء يستطيع تحديده تحديداً واضحاً، وغالباً ما تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفسيولوجية مثل ازدياد ضربات القلب، الشعور بالاختناق، وازدياد نشاط الغدة الدرقية، الإكثار من التبول، عدم القدرة على النوم العميق، وقد يصاحب القلق بتوتر عضلي بجانب شعور عام بعدم القدرة على التنظيم، وفقد

القدرة على السيطرة على ما يقوم به من عمل، وعدم القدرة على التفكير بصورة مناسبة".

(نقلا عن ارحومة، 2012، ص 286)

ويرى "زهران" القلق بأنه عبارة عن حالة توتر شامل نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية جسمية، ورغم أن القلق غالبا ما يكون عرضا لبعض الاضطرابات النفسية إلا أن حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطرابا نفسيا أساسيا وهذا هو ما يعرف باسم عصاب القلق، كما يمكن اعتبار القلق انفعالا مركبا من الخوف وتوقع التهديد والخطر". (ص 484)

أما "بيك Beack" فيرى القلق الذي يشعر به الفرد يستدعي زيادة المنبهات ولذلك فأى حركة أو أصوات أو تغيرات في الوسط الذي يعيش فيه تتم ترجمتها إلى نوع من الخطر المتوقع ويتركز عليها مما قد يفقده تحكمه الإرادي في المنبهات الخارجية وهذا ما يؤدي إلى ارتفاع القلق. (نقلا عن بن حالة، 2011، ص 70)

أما الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 1994) تعرف القلق بأنه "خوف أو توتر ينبع من توقع خطر ما، يكون مصدره مجهول إلى درجة كبيرة، ويعد مصدره كذلك غير واضح، ويصاحب كل من القلق والخوف عددا من التغيرات الفسيولوجية" (محمود، 2016، ص 91).

فمن الواضح أن تعريف القلق ليس مفهوما بسيطا، فهناك العديد من اضطرابات القلق ويمكن أن تتراوح أعراض القلق من الخفيف إلى الشديد، فالقلق هو بناء نفسي يصفه علماء النفس عادة على أنه حالة من الانقباض وهو خوف غامض لا يرتبط إلا بشكل غير مباشر بموضوع ما.

(Mashayekh & Hashemi, 2011, p 2150)

بالرغم من اختلاف العلماء والباحثين لتعريف القلق إلا أن هناك نقاط مشتركة اتفقوا عليها والمتمثلة في اعتبار القلق خبرة انفعالية غير سارة، مع عدم قدرة الفرد على التحكم في المواقف المقلقة مما ينجم عنه مجموعة من الأعراض ولعل من أهمها الأعراض الفسيولوجية، أما مصدر القلق فقد يكون مجهول أو موضوع لا يستدعي القلق وله تأثيرا سلبيا على حياة الفرد.

1. الفرق بين القلق والمفاهيم الأخرى:

يعتبر القلق مفهوم معقد تتداخل فيه العديد من المفاهيم التي قد يصعب أحيانا فصلها لكونها تتشابه في الأعراض والمظاهر، كما قد نجد للقلق أنواع عدة تتداخل فيما بينها، لهذا سنقوم بعرض مجموعة من المفاهيم التي تتشابه وتتداخل مع القلق من خلال ذكر التشابه والاختلاف فيما بينها.

1.2. الفرق بين القلق والخوف:

الجدول التالي يوضح الفرق بين القلق والخوف

الجدول رقم (01): الفرق بين الخوف والقلق

الحك	الخوف	القلق
طبيعة التهديد أو الخطر	خطر أو تهديد موضوعي قائم على الواقع أو الإدراك المبالغ فيه للحقيقة ويمكن التعرف على مصدره.	خطر ذاتي، رمزي، توقع عام بالتهديد أو خطر شائع وغير مؤكد أو عديم الشكل ولا يمكن تحديد مصدره.
التوجه الزمني	خطر حالي.	خطر مستقبلي.
الأسباب أو آليات الاستشارة	موضوعات أو أحداث محددة مثل الخوف من الحيوانات،... الخ، ويدركها الشخص على أنها خطيرة.	توقع عام كبير بأن شيئاً ما سيئ سوف يحدث، دون تحديد أو تعرف على أي تهديد أو خطر بعينه يصعب تحديد سبب التوتر أو طبيعة الحادثة الخطيرة فمصدر الخطر يستصعب معرفته.
حدود الخطر	المنطقة المحاطة بالخطر.	ليست له حدود واضحة.
ملائمة رد الفعل المؤثر	ملائم بوجه عام للخطر.	رد فعل مبالغ فيه بالنسبة إلى الخطر الفعلي.
الشدة	شديد، ويتصف بأنه طارئ، وترتفع الاستشارة فيه بشكل حاد.	استشارة متزايدة وتوجس، لكنه ليس طارئاً؛ وفي الكثير من الأحيان يكون في أدنى مستويات الاستشارة.
الحدوث	ينجم عن موضوعات أو أحداث نوعية.	بدايته غير واضحة ويصعب قياسه زمنياً.
درجة التأكد من الخطر	منخفضة.	عالية.
مدة الاستمرار	قصيرة وعابرة وعرضية ومنحسرة عندما يزول الخطر؛ الارتفاع والانخفاض	طويلة، وبطيئة وموجودة في الخلفية نقاط البدء والانهاء غير مؤكدة.

	محدود زمنيا.	
الشمولية	توتر محدد.	توتر أكثر شمولية.
السياق	قريب.	بعيد.
التحكم	عال، التأكد من الخطر المحدد ووقت المرور به.	منخفض، عدم التأكد من خطر معين أو ما إذا كان قد مر به.
الشعور الذاتي	مزعج وغير سار، و رد انفعالي غير متوتر.	توجس مزعج وغير سار، ويصعب تحمله عن الخوف.
العقلانية	عقلاني.	غير عقلاني في أغلب الأحيان.
الإستجابة	الميل إلى الفعل سواء بالهروب أو المواجهة أو الجمود.	حيرة الفرد حول كيفية الإستجابة.
التعامل	تحاول الكائنات الحية أن تتعامل مع مصدر الخوف وتستعين بالآليات السريعة المبكرة لمعالجة البيانات.	لا يسمح الموقف باستخدام الوسائل الفعالة للتعامل والتغلب عليه وبالتالي فإن الفرد يحشد الموارد لمواجهة خطر صعب التحديد وعندما تكون خيارات التعامل معه غير متاحة، فإن الانفعال قد يتحول إلى قلق.
ركيزة التشريح البصري	النواة المركزية للوزة.	النواة العميقة للحزام النهائي.

المصدر: زيدنر وماثيوس، 2016، ص ص 25- 26

من خلال الجدول نلاحظ أن الخوف شعور واقعي مؤقت، وهو ضروري لا يسبب الضرر للفرد فهو استجابة طبيعية لحماية الفرد من خطر فعلي يتصل باللحظة الحالية، على عكس القلق الذي يعتبر توجس مرضي غير واقعي ليست له مواضيع محددة أو واضحة يسبب العجز للفرد وهو غير ضروري في حياة الفرد.

2.2. الفرق بين القلق والضغط النفسية:

أشار جمعة (2007) إلى أن مصطلح القلق استخدم قديما للدلالة على الضغوط النفسية، وظهرت كلمة الضغط النفسي في المجالات السيكلوجية في عام (1949)، ويمكن التفريق بينهما من خلال بعض النقاط وهي:

1. أن القلق يعتبر كنتيجة لاستمرار تعرض الفرد للضغط.
 2. ارتباط القلق بالجانب السلبي للضغوط النفسية في حين لا يرتبط بجانبه الإيجابي.
- (بن صالح، 2016، ص 28)
- على الرغم من تشابه الضغوط والقلق النفسي في الكثير من الأعراض إلا أن كثرة الضغوط النفسية واستمرارها تعتبر أحد الأسباب المهمة للإصابة بالقلق.
- 3.2. الفرق بين قلق الحالة وقلق السمة:**

ذكر البحيري (1984) أن القلق كحالة يعتبر حالة انفعالية مؤقتة أو حالة الكائن الإنساني التي يتسم بها داخلياً، وذلك لمشاعر التوتر والخطر المدركة شعورياً، والتي تزيد من نشاط الجهاز العصبي الذاتي فتظهر علامات حالة القلق، وتختلف حالات القلق هذه في شدتها وتقلبها معظم الوقت.

(البحيري، 1984، كما أشارت نايت، 2018، ص 269)

فالقلق كحالة عابرة من الممكن أن تظهر عند أي فرد على عكس القلق كسمة التي لا يمكن أن يظهر عند كل فرد فهي ميزة فردية ويبدو أنها وراثية، ويرى سيلبرجر أن حالة القلق عبارة عن حالة انفعالية ذاتية موقعه وظرفية تقترب من الخوف الطبيعي يظهر لدى جميع الناس في الحالات المهددة لتنشيط الجهاز العصبي المستقل وبالتالي مواجهة مصدر الخطر، أما سمة القلق فهي عبارة عن استعداد سلوكي ثابت نسبياً تعود أصوله إلى الخبرات المؤلمة في مرحلة الطفولة وهي تتصل بشخصية الفرد أكثر مما تتصل بحجم التهديد الذي يثير القلق، فكلما كان الاستعداد للقلق مرتفعاً، كلما زاد الشعور بالتهديد وتوقع الشر حتى من الموضوعات التي لا تكون مصدراً للخطر.

كما يرى سيلبرجر (1972) أن الفرد ذو سمة القلق يظهر تفتنا ووعياً لشدة التهديد المثير للقلق مقارنة بغيره وبالتالي فإن كل الناس يشعرون بحالة القلق في وجود الخطر، غير أن البعض منهم فقط هم الذين يظهرون سمة القلق. (نقلاً عن سخوخ، 2007، ص ص 142-144)

يمكن القول بأن قلق الحالة هو شعور بعدم الارتياح تجاه مواقف معينة تسبب القلق إلا أنها ظرفية وتزول بزوال الموقف أو المثير على عكس سمة القلق التي تتشكل لدى الإنسان منذ الولادة نتيجة الخبرات التي يعيشها والتي تجعله يستثار لأي موقف حتى ولو لا يسبب القلق لدى الغير إلا أنه يستجيب له وتجعله في حالة كدر دائم.

4.2. الفرق بين القلق السوي والعصبي:

يتم التفريق بين القلق العصبي والسوي من خلال عدة محكات أو أسس وهي:

1. نوعية المواقف المسببة للقلق.
2. شدة الأعراض.

3. تكرار الأعراض أو مدى استمرارها.

فالقلق السوي عادة ما يرتبط بالمواضيع الخارجية أو الذاتية الداخلية بحيث يعزى إلى موقف محدد كما يحدث في زمن معين، كما أنه استجابة طبيعية تحدث لمعظم الناس، أما القلق العصبي فهو خوف مزمن من أشياء أو أشخاص أو مواقف لا تستدعي الخوف، ويرى السلوكيون أن القلق العصبي عبارة عن حافز واستعداد سلوكي يهيئ الفرد لإدراك عدد كبير من الظروف أو المواقف غير المخيفة والتي يراها الشخص القلق على أنها مهددة وخطرة. (عبد الخالق، 1998، ص ص 27-28)

القلق السوي يعتبر حالة دائمة يختبرها معظم الناس وهو مؤقت على نقيض القلق العصبي الذي يلزم صاحبه طوال الوقت ويحول دون توافقه مع المحيط وعادة ما يحتاج إلى علاج.

3. التناولات النظرية للقلق:

1.3. التناول البيولوجي:

توصلت الدراسات التي تناولت الأسر المصابة باضطرابات القلق والتي أجريت على التوائم المتماثلة وغير المتماثلة إلى احتمالية إصابة التوائم المتماثلة أكثر من غير المتماثلة حتى ولو تمت تربية الطفلين بشكل منفصل في أسرتين مختلفتين، ولم يكتشف إلى حد الآن المورث المسؤول عن توريث القلق.

كما توصلت بعض الأبحاث إلى أن القلق يحدث من خلال فرط نشاط النوربينفرين، وهو عبارة عن ناقل عصبي يحث وظائف معينة من الدماغ، ويتم إنتاج النوربينفرين في باحات معينة من الدماغ في الموضع الأزرق فعندما تتم إثارة هذه الباحة كهربائياً عند الحيوان فإنه يظهر عندئذ ردة فعل الخوف أو القلق، ويعتقد الباحثون أن الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق لديهم فرط إفراز النوربينفرين أو الكثير من الخلايا العصبية التي تستقبله أو أن هذه الخلايا العصبية مفرطة النشاط ومن الممكن أيضاً أن هذه الخلايا لا تنتج كفاية من المواد المهدئة للذات التي يعتقد العلماء أنها تساعد الدماغ في كبح تأثير النوربينفرين وأن تركيزها غير كاف.

(بارديس، أولدهام يوند، كاس، رضوان، 2009، ص ص 29-30)

يعتبر التناول البيولوجي من أهم التناولات النظرية لتفسير القلق، ويعتبر توجه حديث بعدما كانت التحليلية سائدة آنذاك، حيث يهتم العلماء في هذا المجال بدراسة الدماغ والسلوك والعوامل العصبية والفسيوولوجية والوراثية ودورها في نشوء القلق.

2.3. التناول التحليلي:

يرى "فرويد" بأن للقلق دوراً مهماً في إحداث الأعراض العصبية، واعتبر أن القلق مرض نفسي يتضمن مجموعة من الأعراض تتراوح بين البسيط والمركب، ويرى بأن القلق هو أساس العصاب وأن الأعراض العصبية ما هي إلا محاولة غير ناضجة يقوم بها الفرد للتكيف مع الواقع وليس الانفصال عنه. (أبو زعينة، 2010، ص 93)

كما أكد "فرويد" على وجود علاقة وطيدة بين الكبت الجنسي والقلق وكذلك الصراع بين الطفل وأحد والديه من الجنس الآخر، وربط أيضا بين القلق والحرمان أو التهديد به وبين خطر الإخصاء أيضا الذي يثير القلق في المرحلة الأوديبية، ويرى أيضا بأن هناك علاقة بين القلق وبين الخوف من الأنا الأعلى والخوف من نبذ المجتمع. (غانم، 2006، ص 46)

ويعتقد فرويد أن للقلق 03 أشكال مختلفة وهي:

1. القلق الموضوعي:

وهو ينتج عن إدراك الفرد لخطر ما في البيئة، وتكون وظيفة القلق دفاعية من أجل القضاء على الخطر أو تجنبه ويستثار هذا النوع من القلق بفعل مثير واقعي في البيئة الخارجية يدركه الأنا على نحو مهدد (كفاني، 1999، ص 236).

2. القلق العصبي:

يكون نتيجة محاولة المكبوتات الخروج من حيز اللاشعور أو إلى حيز الشعور والوعي، ويكون القلق بمثابة جهاز إنذار للأنا من أجل القيام بوظيفته الدفاعية حتى لا تخرج المكبوتات، ويرجع القلق العصبي إلى العوامل الداخلية وهي دفعات الهو الغريزية، والتي تكاد أن تغلب على دفعات الأنا، وللقلق العصبي صور كثيرة من بينها الشعور بالخوف الدائم في جميع المواقف حتى غير المخيف منها، وبالتالي يصبح الفرد يتجنب كثيرا المواقف ويصبح منطويا ومنعزلا، ويستنفذ طاقته في تعزيز دفاعاته، ويعتبر الخوف أيضا صورة من صور القلق. (كفاني، 1999، ص 237)

3. القلق الأخلاقي:

يكون نتيجة للصراع بين دوافع الهو ووظائف الأنا الأعلى عادة ما يصاحبها مشاعر قوية من الذنب وعادة ما يميز بين هذه الأنواع هو تعرض الأنا للتهديد سواء من قوى داخلية أو خارجية، ولكنها تختلف من حيث مصدر القلق، ففي القلق الواقعي يكون مصدره العالم الواقعي، على عكس القلق العصبي الذي يكون مصدره العالم اللاشعوري للهو، أما بالنسبة للقلق الأخلاقي فيكون مصدره الأوامر الوالدية للأنا الأعلى. ويرى فرويد أيضا أن القلق الواقعي ينتج عن غريزة المحافظة على النفس، أما القلق العصبي يحدث عندما تهدد النزعات الغريزية للكيان النفسي (بن علو، 2002، ص 82).

فالعصاب لا ينشأ فقط من حيث الفشل في حل الصراع؛ وإنما ينشأ أيضا من التوزيع الكمي للطاقات وعندما تتعرض الأنا للتهديد يلجأ لاستخدام إحدى هاتين الطريقتين للتعامل مع الأمر:

- استخدام الطرق الواقعية لحل المشكلات.

- استخدام طرق غير واقعية ولا شعورية لتشويه الواقع وإنكاره وذلك بواسطة الآليات الدفاعية.

(أبو زعينة، 2011، ص ص 37-38)

ترى ميلاني كلاين (Klein.M, 1979) أن الطفل تتكون لديه أنا قادرة على الإحساس بالقلق منذ الولادة، ويبدأ في تشكيل علاقات أولية مع كل الموضوعات التي يتفاعل معها سواء كانت حقيقية أو خيالية وعدم نضج الأنا لدى الوليد الصغير يجعله أكثر عرضة للقلق. (نقلا عن سعد الله، 2009، ص 254)

يرى "يونج Jung" أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي، أما "أوتورانك Otto Rank" يرى أن صدمة الميلاد تعتبر مصدرا للقلق الذي يشعر به الفرد في مستقبل حياته وعلى أساس التهديد بأنه منفصل عن مأوى الحب والأمن، ويرى "أوتورانك" أن الإرادة أهم قوة حيوية في تكامل الشخصية أو تفككها وأن العصبي شخص معتمد وغير ناضج انفعاليا وإمكانياته من الضبط وتأكيده الذات ما زالت لم تتطور. (غانم، 2006، ص 47)

ويرى "سوليفان Sullivan" أن للقلق دورا كبيرا وأثرا في تكوين الذات والنفس، وفي نفس الوقت تعتبر قوة معوقة إذ تقلل من قوة الملاحظة والقدرة على التمييز وتعيق الفهم والحصول على المعلومات، ويرى "سوليفان" أيضا أن نفسية الطفل تتكون من نظام خاص باستحسان الوالدين لأعمال الطفل التي تؤدي شعوره إلى الانسباط أما الأعمال التي تلقى استهجانا فإنها تولد مشاعر القلق، ويكتسب الطفل بذلك اتجاه سلوكي يحتفظ به طوال حياته، وأي خطر يهدد هذا النظام يؤدي به إلى القلق. (حجازي، 2013، ص ص 25-26)

فلطالما ركز "سوليفان" على أهمية العلاقات الشخصية المتبادلة بدءا من لحظة الميلاد، حيث قام بالتوسيع من مفهوم العلاقات الاجتماعية والتي تنمو وتتطور عبر مراحل النمو المختلفة من خلال ربطها بالخبرات المعرفية ويعتبر "سوليفان" أن القلق يبدأ مع بداية الحياة، ويعتبر قلق الأم أثناء رعايتها لابنها هو نفسه قلق الطفل لكونه ليست لديه قدرات معرفية تسمح له بالتمييز بين نفسه ووالدته، كما حدد "سوليفان" أربعة أنماط من الأمهات وهي: الأم الجيدة المشبعة، الأم الجيدة غير المشبعة، الأم غير الجيدة المشبعة، الأم الشريرة، وفي المرحلة الثانية يرتبط قلق الطفل بالنتائج السلبية للأحداث دون الأسباب، وفي المرحلة الثالثة تقترن النتائج بالأسباب.

(فج، 2009، ص ص 133-134)

وبالنسبة للعالم "آدلر Adler" فيرى أن القلق ينجم عن الشعور بالنقص سواء كان جسديا أو معنويا أو اجتماعيا، حيث يشعر الطفل الصغير بأنه ضعيف وعاجز مما يثير لديه إحساس بعدم الأمن، ويرى "آدلر" أيضا بأن الطفل الأول في العائلة يكون اتكاليا على والديه إلى حين ولادة طفل آخر مما يسبب له الشعور بالقلق. (الخلو، 2016، ص 127)

لطالما ركز "فرويد" على أهمية الأم فاعتبارها أول موضوع يتواصل معه الطفل كما أنها تعتبر همزة وصل

بينه وبين العالم الخارجي، فكلما كانت العلاقة جيدة ومصدر إشباع للطفل فيتكون لديه أنا قوي قادر على حل الصراعات النفسية سواء الداخلية أو الخارجية، إلا أن الإنقسام والإنشقاق الذي حدث في التحليل النفسي جعل منها اتجاهات مختلفة في عملية تفسير الاضطرابات النفسية، وهذا يبدو واضحاً من خلال تفسيرهم لمنشأ القلق حيث ركز كل عالم من العلماء التحليليين السابقين على جانب معين يراه مهماً مثل اهتمام "أتورانك" لصدمة الميلاد، و"آدلر" لعقدة النقص،... الخ.

3.3. التناول السلوكي:

يفسر أصحاب هذه المدرسة القلق بأنه نتاج التعلم الخاطئ من المحيط الذي يعيش فيه الفرد، حيث يعتبر القلق المرضي استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف ومواقف معينة، ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك وفقاً لقوانين التعلم الإشرطي، فالقلق يزودنا بأدلة تستثير آليات متعددة للتوافق، فالتعلم الشرطي الكلاسيكي عند "بافلوف" يوضح اكتساب القلق من خلال العصاب التجريبي. (زعر، 2010، ص 15)

فالنظرية السلوكية تقوم على تحليل السلوك إلى وحدات من المثير والاستجابة، وأي خفض للقلق ينظر إليه كهدف له أهمية، فالقلق يمدنا بأدلة تستثير آليات متعددة للتوافق، ويرى كل من "بافلوف" و"واطسون" بأن القلق له وظيفة مزدوجة حيث يعد حافظاً ومن جهة أخرى معزاً وذلك من خلال خفض القلق.

(التميمي، 2013، ص 136)

كما قام واطسون (Watson, 1930) بدراسة الخوف لدى الأطفال الذي اعتبره أحد الانفعالات البدائية وذلك بهدف تحديد مفهوم القلق، كما اعتبرت أبحاث كل من (Mowrer, 1939) و(Miller, 1948) امتداداً لأبحاث "واطسون" فالقلق ما هو إلا ناتج عن استجابة لوضعية مؤلمة، فالاستجابة الأولية لأي خطر هو التوتر، وهذا ما يطلق عليه بالقلق. (بن عبد الله، 2014، ص 46)

تركز النظرية السلوكية على التعلم، فالطفل يتعلم من المحيط ويقوم بتقليد الاستجابات حتى ولو كانت خاطئة لذلك فإن القلق عبارة عن سلوك واستجابة خاطئة تعلمها من المحيط، كما يقوم بتعميمها على المواقف المتشابهة.

4.3. التناول المعرفي:

تعتبر العوامل المعرفية من الأسباب المؤدية في حدوث القلق خاصة طريقة تفسير أو تفكير الناس في الأحداث الضاغطة، فإدراك الفرد هو العامل المهم الذي يمكن أن يكتف أو يثبط الاستجابة، ومن أهم الإدراكات السلبية في القلق هو الشعور بعدم القدرة على السيطرة، حيث يتسم بالعجز وعدم القدرة على التصور والتنبؤ والسيطرة وتحقيق النتائج المرجوة، فعادة ما يتميز الأفراد القلقون بالإدراكات السلبية، كما أن هناك أدلة علمية تشير إلى أن النساء قد يجترن العديد من أحداث الحياة الضاغطة والمؤلمة مقارنة بالرجال، ويدل هذا على

أن العامل المعرفي يعتبر عامل خطر قد يهيئ الفرد للإصابة بالقلق.

(Adwas, Jbria& Azab, 2019, p 582)

كما افترض "بيك Beack" نموذجاً معرفياً حول نشأة القلق، والذي ينقسم إلى ثلاث خطوات وهي كالتالي:

1. التقييم الأولي: هو الانطباع الأول الذي يقيم به الفرد الخطر، وما إذا كان له تأثير على ميوله واهتماماته اللازمة للحياة ونتيجة لذلك تتولد لديه الإستجابة الحرجة، والتي قد تتولد نتيجة لمدى معين من المواقف التي تتراوح بين كارثة مستقبلية وخطر حالي يهدد الحياة.

2. التقييم الثانوي: يحاول الفرد تقييم مصادره الداخلية ليحمي نفسه أو يتفادى الضرر الذي يمكن حدوثه نتيجة لذلك التهديد ويفترض "بيك" أن مستوى القلق الذي ينتاب الفرد يعتمد على التقييمين الأول والثانوي، وأن التقييم المعرفي لدى الفرد لا يحدث عن طريق الوعي بل يحدث بالتقييم، وإعادة التقييم بطريقة آلية.

3. إعادة التقييم: يقوم الفرد بتقييم حدة وشدة الخطر، ونتيجة لذلك قد تتولد لديه الإستجابة العدائية سواء كان رد الفعل الإستجابة بالهروب بسبب القلق أو بالمواجهة نتيجة الخطر. (الصفدي، 2013، ص ص 53-54)

ويرى (Ellis, 1979) أن هناك نوعين من القلق وهما:

1. قلق عدم الارتياح: ينتج عندما يشعر الفرد بأن راحته أو حياته مهددة، ولا بد من أن يحصل على ما يريد ومن السوء عدم الحصول على ما يريده.

2. قلق الأنا: ينتج عن شعور الفرد بأن قيمته الذاتية والشخصية مهددة، ويجب أن يقوم بالأداء الجيد وأن يستحسنه من هم حوله، يعتبر قلق عدم الارتياح أقل مأساوية من قلق الأنا ويظهر على شكل الخوف من الأماكن المرتفعة أو المفتوحة أو المصاعد أو القطارات، أما قلق الأنا يعتبر أكثر مأساوية، وعادة ما يكون مصحوباً بمشاعر إحباط شديدة أو الشعور بالذنب وعدم الكفاءة، وفي بعض الأحيان قد يؤدي إلى الانتحار، كما قد يأخذ قلق عدم الارتياح شكلاً آخر ويتمثل في شعور الأفراد القلقين بنوبة زعر قبل دخولهم في الموقف المقلق بسبب خوفهم من الإصابة بالقلق. (البلاوي، 2001، ص ص 47-48)

عادة ما يتعرض بعض الناس إلى مواقف متشابهة أو موقف واحد إلا أنهم لا يستجيبون جميعاً بنفس الطريقة فهناك من يستجيب بالقلق كرد فعل على الموقف الذي تعرض له، وآخر لا يستجيب بالقلق، وعادة ما يرجع هذا إلى الافتراضات الخاطئة والأفكار التلقائية التي تنشأ لدى الفرد حول الموقف، لذا فإن العوامل المعرفية تعتبر سبباً في سوء أو اضطراب الفرد.

5.3. تناول السلوكي المعرفي:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن القلق يتكون من ثلاثة أبعاد وهي:

1. **البعد الجسدي:** يقصد بها الأعراض الجسدية.
2. **البعد المعرفي:** هو إدراك الفرد لمدى خطورة الموقف والتي تتمثل لعملية داخلية تتكون من مجموعة من المعتقدات والأفكار غير المنطقية والتشويشات المعرفية.
3. **البعد السلوكي:** يظهر من خلال السلوك التجنبي للمواقف خاصة التي تثير القلق لديهم فتصبح عملية متعلمة تشبه وجود أصوات إنذار في عقل وجسد الفرد طوال الوقت، حيث تواصل هذه الأصوات في تحذيره من الخطر ويساعد هذا النظام الفرد في البقاء على قيد الحياة، وهناك أربع خطوات لاستجابة الإنذار وهي:
- 1.3. **إدراك التهديد:** وتشمل ثلاثة أنواع من التهديد وهي:

- 1.1.3. **التهديد الخارجي:** يتمثل في المواقف والمشكلات الخارجية مثل العمل، الأسرة... الخ.
- 2.1.3. **التهديد الداخلي:** الذي ينشأ من الإحساسات الجسدية ويعد أي نوع من الألم الجسدي مثالا على التهديد الداخلي.
- 3.1.3. **التهديد المشروط:** يعتمد على الإشرط الكلاسيكي حيث أن هناك مواقف أو تجارب لا تسبب القلق وليست خطيرة ولكنها أصبحت مرتبطة بوقع الضرر.
- 2.3. **تقييم التهديد:** عندما تنطلق أصوات الإنذار بسبب تعرض الفرد للقلق يبدأ تقييم التهديد كالتالي:

1. تقييم مستوى التهديد ومدى خطورته ومدى قرب موضوع التهديد، أما في حالة التهديد المشروط يبدأ الفرد في التقييم شبه الفردي وقد يشمل تقييم مستوى التهديد كافة الاحتمالات من الدقة إلى الخطأ التام، ويرجع هذا إلى عدم دقة التقييمات أو المشبوهة للخطر.
2. التنبؤ بالنتائج حول موضوع التهديد، فإذا كان التنبؤ يعتبر كاستجابة للتهديد يعد أمرا طبيعيا، إلا أن الفرد القلق يتمسك عقله بالتهديد ولا يتخلى عنه وعندما يتعب الفرد ولا يستطيع التوقف عن الإستعداد لأي موقف مقلق فإنه قد يصاب بمستويات عالية من القلق.
3. استجابة التهديد هو تقييم الفرد لقدرته على المواجهة فإذا كان التقييم إيجابيا فإن ذلك يؤدي إلى الكفاءة الذاتية والثقة بالنفس، أما إذا كان التقييم منخفضا فإن ذلك يؤدي إلى عدم القدرة على تحمل الكرب باعتباره المساهم الرئيسي في القلق.

3.3. **الاستجابات الفيزيولوجية والانفعالية:** هي عبارة عن الإحساسات الجسدية التي تظهر على الفرد أثناء

تعرضه للقلق.

4.3. الإستجابات السلوكية: مثل تجنب التهديدات أو تأجيله لبعض الوقت أو صرف الانتباه لبعض الوقت.

(ماكاي، سكين، وفانينج، عرفة، عكاشة، والرافعي، 2022، ص ص 15-19)

وهناك ثلاثة أنواع من سلوكيات التجنب التي يميل إليها الفرد القلق للتحكم في قلقه وهي:

1. التجنب الموقفي: هو من أكثر الأنواع انتشارا بحيث يبقى الفرد بعيدا عن النشاطات والأماكن والأشخاص والأشياء التي تسبب له القلق.

2. التجنب المعرفي: هذا النوع له علاقة بما يحدث في عقل الفرد، حيث يبذل الفرد جهدا كبيرا للتخلص من الأفكار القلقة أو الذكريات المزعجة عن طريق القيام بمحاولات واعية لكبحها، ويتضمن هذا تغييرها بمحتوى أكثر قبولاً أو محاولات صرف الانتباه من خلال التخيلات أو أحلام اليقظة أو الشعائر أو الصلوات أو أية طقوس ذهنية أخرى أو قد يلجأ الفرد إلى الإدمان على المخدرات وإيذاء الذات كوسيلة للسيطرة على القلق.

3. تجنب الإحساسات الداخلية: تركز جهود الفرد على تجنب الإحساسات الداخلية مثل الشعور بالتعب وصعوبة التنفس أو سرعة ضربات القلب أو حتى تجنب الإحساسات السارة مثل الإثارة الجنسية أو الحماس بشأن حدث ما. (ماكاي وآخرون، عرفة وآخرون، 2022، ص ص 51-52)

6.3. التناول الاجتماعي: يرى أصحاب هذا الاتجاه أن المواقف الاجتماعية هي التي تهيئ الفرد للدخول إلى القلق فمثلا القلق الذي ينجم عن الموقف الامتحاني عادة ما يرجع هذا إلى الثقافة السائدة في المجتمع والمتمثلة في ضرورة النجاح لأنهم يرغبون في رؤية الفرد يحقق الأهداف ويتقلد مناصب عليا ولا يهتمون إذا كان الفرد لديه إمكانيات تؤهله للنجاح أم لا، ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن للأسرة دورا مهما في حياة الفرد، كما قد يكون لها تأثير سلبي عليه في حالة ما إذا كانت مضطربة ويكثر فيها الطلاق أو العنف... الخ، مما يهيئ الفرد للإصابة بالقلق مستقبلا. (غانم، 2005، ص ص 73-74)

من خلال ما سبق نلاحظ أن التناول الاجتماعي ركز بشكل أساسي على دور العوامل الاجتماعية في نشوء القلق حيث يعتبر الفرد كائن حي يؤثر ويتأثر بما يحيط به، كما ركز أصحاب هذا الاتجاه أيضا على دور الأسرة باعتبارها أول مؤسسة اجتماعية ينشأ فيها الطفل فكلما كانت الأسرة متماسكة وقوية لا تعاني من الاضطرابات فإن الطفل يصبح قادرا على مواجهة المواقف القلقة، وكلما كانت الأسرة هشة تعاني من مشاكل مثل التفكك الأسري، الطلاق... الخ، فيصبح الفرد فريسة سهلة للوقوع في اضطراب القلق.

7.3. التناول الإنساني:

يرى التناول الإنساني أن من أهم أسباب الاضطراب النفسي هو الإحباط حيث إنه يعوق مفهوم الذات ويهدد إشباع الحاجات الأساسية للفرد، كما أن انضمام خبرة جديدة لديه لا تتوافق مع الخبرات السابقة تجعله في حالة اضطراب نفسي، ويرى أصحاب هذا التناول أن القلق هو الخوف من المستقبل، وما قد يحمله من أحداث

قد تهدد وجود الإنسان أو إنسانيته، فالقلق ينشأ مما يتوقع الإنسان من أن شيئاً قد يحدث، وليس القلق ناتجاً من ماضي الفرد وبين أصحاب هذا التناول أن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية، وأن توقع الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان. (جبر، 2012، ص 38)

ويرى "روجرز" في نظريته المتمثلة في العلاج النفسي المتمركز حول العميل بأن القلق أحد الأبعاد الأساسية التي تشكل التوتر، بحيث يتضمن ثلاثة أنواع وهي:

1. التوتر الفسيولوجي.
2. عدم الارتياح النفسي.
3. القلق.

كما قام روجرز بتقسيم الانفعالات إلى قسمين:

1. المشاعر المؤلمة أو المقلقة.
2. المشاعر الهادئة أو السارة.

لا يرتبط ظهور القلق بالضرورة بحتمية الوعي الكامل بالتناقض بين الذات والخبرة، وإنما قيم انبعائه وبأقل درجة من الوعي، ويرى "روجرز" أيضاً أن الشخصية الإنسانية تتكون من الكيان العضوي ومفهوم الذات ولكل مكون حاجاته التي تتطلب الإشباع من أجل تحقيق نزع الفرد للنمو وتحقيق الذات، فالتوتر الفسيولوجي الذي ينتاب الفرد ينتج عن ضغوط الحاجات الخاصة بالعضوية، أما التوتر النفسي فيظهر كنتيجة لضغوط الحاجات بنيان الذات، فإذا حدث تعارض بين العضوية وبنيان الذات وإدراك الفرد يظهر القلق.

(قزيط، 2016، ص ص 16-17)

8.3. التناول الجشطالتي:

يرى أصحاب هذا التيار أن القلق عبارة عن الفجوة بين هنا والآن، ويرى "بيرلز" أن الأفراد الذين يختبرون القلق لأنهم يتركون أمان وأمن الحاضر ويصبحون مشغولين بالمستقبل، وكثيراً ما يتوقعون حدوث أشياء سيئة (جابر و خليل، 2019، ص 114).

كما أن للقلق ثلاثة مضامين هي:

1. المضمون السيكولوجي: حيث يفترض أن ثمة صراعا بين إقدام الفرد على الاتصال بالبيئة لإشباع حاجاته وبين إحجامه عن إتمام وإنجاز هذا الاتصال لأسباب اجتماعية واعية واشتراطية.
2. المضمون الفسيولوجي: ويعرف بإسم معادلات القلق ويكون ظاهر في ضيق التنفس ونقص الأوكسجين.

3. **المضمون المعرفي:** يتشكل المضمون المعرفي للقلق من خلال ترقب الفرد للعواقب الوخيمة لأفعاله، أي أن القلق لا يدور حول ما فعله الفرد حول العقاب المنتظر في المستقبل، ومن ثم يعيش الشخص في القلق في فجوة تفصل بين الحاضر والمستقبل ولا تتسلل الأحداث في حياته بشكل سليم، إذ يقلق الفرد حين يترك الآن والحقيقة الجارية ويقفز إلى المستقبل الذي لم يحدث بعد.

ولقد قدم "جولدشتن Goldshtin" تفسيراً للقلق حيث يرى أن كافة الدوافع تنبع من اتجاه الفرد لتحقيقه لذاته، ويحاول أن يجد تلاؤم بين إمكاناته ومتطلبات العالم الخارجي، وإذا لم تتحقق هذه الموائمة فإنه يصل لحالة من الاضطراب تسمى صدمة التهديد وعندها يكون الفرد غير قادر على عمل شيء ويصيب بالقلق الذي يمثل خبرة ذاتية من الاضطراب. (نقلا عن بنات، 2018، ص ص 29-30)

يركز أصحاب هذا التيار على ضرورة التوافق بين إمكانات الفرد والقدرة على إشباع حاجياته، فإذا لم يستطع الفرد إشباعها لأي سبب من الأسباب سواء كانت متعلقة بالفرد أو المحيط، فيحدث خلل في توازن الفرد مما يجعله يعيش خبرة القلق.

9.3. نظرية التعلق:

ركزت هذه النظرية على الارتباط العاطفي ذي المنشأ البيولوجي بين الوالدين وبين الطفل، وبحسب دراسة بولي (1969) فإن الحاجة الإنسانية إلى ارتباط عاطفي عميق ينشأ من اجتماع عوامل متعددة تشمل التنشئة الاجتماعية، والتركيب الوراثي، والمحتوى البيولوجي الذي يدفع الطفل إلى الارتباط العاطفي والارتباط بمقدمي الرعاية له، وذلك من أجل حمايته ووقايته إذ يمنح الوالدان إشارة السلامة والفرصة للطفل بأن يكتشف العالم المحيط به من دون الإصابة بأذى أو خوف، وعند تعرض الفرد إلى المواقف المحبطة أو الصدمات فإنها تعرض سلامته للخطر لهذا ينشأ صراع عاطفي يتطلب من الطفل أن يقوم بمناورات نفسية ليعيد تكوين إحساسه بالأمان والسلامة، وحين لا تنجز هذه العملية بسهولة فقد يتبع ذلك القلق والاكتئاب. (مسلم وجزاع، 2013، ص 258)

10.3. التفسير الديني للقلق:

يرى الإسلام أن مشكلة القلق تحدث نتيجة ضعف الوازع الديني لدى الفرد مما يؤدي إلى القلق، كما أن قلة الوعي الديني وعدم الإمام الكافي بالأحكام الدينية تجعل من الفرد فريسة سهلة للقلق، ويرى رجب (1412هـ) أن ضعف صلة الفرد بينه وبين حالته يكون سبب في الوقوع في المشكلات الشخصية والاجتماعية... الخ فالإسلام منهج متكامل يحقق للإنسان الأمن والأمان ويحمي جسده وعقله من الإصابة بالقلق.

(العتيبي، 2016، ص ص 24-25)

فالبعد عن الله سبحانه وتعالى وعدم الالتزام بتعاليم الدين الإسلامي الحنيف يعتبر السبب الأول في شقاء الفرد والإصابة بالقلق، فالإلتزام بتعاليم الدين الإسلامي يعتبر بمثابة وقاية من الاضطرابات النفسية، وسبب سعادة

الفرد والظفر بالآخرة.

من الملاحظ عدم اتفاق العلماء في وجهات نظرهم حول القلق وكيفية نشوءه وتفسيره، ويعود هذا إلى كون المفهوم معقد وشديد التركيب مع غيره من المفاهيم، وتتلخص آراء العلماء والباحثين حول القلق في النقاط التالية:

1. انفعال سلبي يرتبط بالخوف أو المخاوف الشاذة.
 2. زملة إكلينيكية تشتمل على عدد من الأعراض.
 3. استجابة انفعالية متعلمة على أساس مبادئ الإشرط.
 4. حافز يعرقل الأداء أو يسهله.
 5. القلق واحد من أكثر السمات المزاجية ذات أهمية.
 6. حالة تنبه شديد أو نشاطا فيزيولوجيا زائدا أو درجة مرتفعة على متصل التنشيط.
- (عبد الخالق، 1998، ص ص 26-27)

4. أسباب القلق النفسي:

على الرغم من اتفاق العلماء على أهمية القلق في حياة الإنسان ومدى خطورته في حالة تجاوزه الحدود الطبيعية، إلا أنهم اختلفوا في تحديد أسبابه ومن أهم الأسباب المؤدية إلى القلق نذكر:

1.4. الأسباب الوراثية:

كشفت بعض الدراسات عن وجود عوامل وراثية لها علاقة بالإصابة بالقلق أو تهيئ الفرد للإصابة به حيث أوضحت نتائج الأبحاث التي أجريت على التوائم المتماثلة وغير المتماثلة أن نسبة الإصابة بالقلق لدى التوائم المتماثلة تصل فيها من 15% إلى 50 %، ويكون القلق شديدا لدى نسبة 65 %، أما بالنسبة للتوائم غير المتماثلة فقد وصلت نسبة الإصابة إلى 4 %، ويكون القلق شديدا لدى نسبة 13 %، وفي دراسة تتبعية للتوائم القلقة الذين عاشوا في ظروف وبيئات مختلفة، تبين من خلالها بأن التوائم مصابة بالقلق على الرغم من اختلاف البيئة التي يعيشون فيها مما يدل على وجود مجموعة من العوامل الوراثية ذات الصفات النوعية التي تدخل في استعداد الفرد للإصابة بالقلق. (إبراهيم، 2010، ص ص 169-170)

2.4. الأسباب الفسيولوجية:

ترى النظريات الحديثة أن معظم الأمراض النفسية وخاصة القلق ناتجة عن خلل في توازن الوصلات العصبية كما أن القلق يتميز بدرجة عالية في الانتباه والتحفيز مع بطء التكيف مع المواقف ويعتبر الهيبوثلاموس المركز الأعلى لتنظيم الجهاز العصبي اللاإرادي بالإضافة إلى كونه مركز التعبير عن الانفعالات فهو على اتصال دائم بالمشحوي الذي هو مركز الإحساس بالانفعال وكذلك على اتصال بقشرة المخ لتلقى عمليات التكيف مع

المنبهات الخارجية، فهناك دائرة متصلة من خلالها نعبر ونحس بانفعالاتنا وهذه الدائرة تعمل من خلال شحنات كهربائية ومواد كيميائية. (علي، 2019، ص 40)

فأعراض القلق الفسيولوجية تؤدي إلى زيادة حساسية مستقبلات النورادرينالين من نوع بيتا والتي تكون موجودة في الجسم الأزرق الذي يضم حوالي 80 % من مستقبلات النورادرينالين، ويتصل هذا الجسم بالعديد من المناطق العصبية مثل الجهاز الطرقي وخاصة اللوزة والهيپوثلاموس والقشرة المخية، فعند التعرض للمواقف المقلقة تزداد النهايات العصبية المتواجدة في المشتبكات العصبية وتفرط في نشاطها الكهربائي ويزداد إنتاج أمينات الكاتيكول وخاصة النورادرينالين المعروف بنشاطه التنبهي. (عبد القوي، 2018، ص 117)

3.4. الأسباب النفسية:

1. تعرض الفرد لفقدان شخص عزيز عليه مثل فقدان أحد الوالدين أو كليهما.
2. وجود الفرد في الأماكن التي تتعرض للكوارث الطبيعية مثل الزلازل والبراكين والأعاصير.
3. تعرض الشخص للمصائب والأزمات الشديدة مثل الحرائق وفقدان الأهل والممتلكات وفقدان المال والوظيفة.
4. إصابة الفرد بمرض عضوي خطير.
5. الصراعات الداخلية بين قيم الفرد ونزعاته والواقع الذي يعيش فيه وصعوبة التوافق.
6. المعتقدات والأفكار الخاطئة لدى الفرد المتشائم حيث لا يتوقع أي شيء جيد من أي حدث ويغلب على تفكيره السلبية وتوقع الشر والتهويل لأي حدث.
7. الإصابة بالأمراض العضوية والعصبية حيث يكون القلق عرضاً لها. (إبراهيم، 2014، ص 124)
8. أحداث الحياة الضاغطة كالضغوط الثقافية والبيئية الحديثة ومتطلبات الحياة.
9. مشكلات الطفولة والمراهقة ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراع.
10. الضعف النفسي العام والشعور بالتهديد الداخلي والخارجي الذي تفرضه بعض الظروف المحيطة.
11. التفكير الدائم بالمستقبل. (قطيشات والتل، 2009، ص 120)

4.4. العمر:

يحدث القلق عند المراهقين وكبار السن، فكثيراً من الأحيان تكون مرحلة إجهاد نفسي ودوامات انفعالية فكبار السن قد يتعرضون للقلق بسهولة عندما يتم تهديم نظام حياتهم التي تعودوا عليها، كما أن الوحدة والخوف من الموت تعتبر من الأسباب المهمة التي تسبب للمسن القلق، أما في مرحلة المراهقة فتشار فيها المشاعر بكل سهولة، ويصبح المراهق في أغلب الأوقات سريع الاستشارة، ولهذا تجد أعراض القلق عند المراهق طريقها إلى التعبير عن طريق أعراضاً أشبه ما تكون بالانحياز الذهاني وهو ما يسمى بأزمة المراهقة، بالإضافة إلى أن مصادر القلق في

المراهقة شائعة ومتنوعة سواء شخصية أو اجتماعية أو ثقافية، كما أنها تحتاج إلى فحص وعلاج من أجل تفادي تطور الأعراض واستمرارها. (ويلس وماركس، فضلي، 1997، ص ص 81-82)

كما تم إجراء دراسة حول تطور أعراض القلق من مرحلة الطفولة المتأخرة إلى غاية المراهقة المتأخرة على عينة بلغ حجمها 2220 ولدا وبناتا في ثلاث نقاط زمنية على مدار 05 سنوات، حيث تم استخدام مقياس القلق والاكتئاب المنقح (RCADS) من أجل تقييم أعراض القلق، وأجريت أيضا التحليلات للمستويات العليا لمنحنيات النمو لاضطرابات القلق، وتوصلت الدراسة إلى أن القلق يظهر لدى عامة الناس إلا أن أعراض القلق تنخفض خلال فترة المراهقة المبكرة ثم تزداد من منتصفها إلى أواخرها.

(Van Oort, Greaves-Lord, Verhust, Ormel, & Huizink, 2009, p 1209)

لا يمكن دراسة الحالة الانفعالية للمراهق دون التعرض إلى القلق، الذي قد يرتبط بمشكلات الماضي التي لم تحل بعد، والتي تتمحور دوما حول الفجوة الموجودة بين المراهق ووالديه، لذا نجد الكثير من المراهقين يقولون أن آباءهم لا يفهمونهم؛ خاصة وأنهم في مرحلة يميلون إلى الإستقلالية وتأكيد ذواتهم؛ لذا قد يميل البعض إلى التمرد والعناد كوسيلة للتعبير عن أنفسهم مما يجعلهم في حالة اصطدام مع أهلهم، وحتى المجتمع وقد يتفاقم الأمر إلى غاية استعمال العنف وصولا إلى الجنوح، كما تعتبر الأمور الجنسية من بين الأسباب المؤدية كذلك إلى قلق المراهق التي قد تصل في بعض المرات إلى الممارسات الجنسية الشاذة خاصة في غياب الرقابة وقلة المعلومات لديه ومن بين الصفات المميزة للمراهق فرط حساسيته تجاه أي مشكل بسيط وخوفه الدائم من الفشل والتي تزيد من سوء الأمر ويجعله يقع في فخ القلق بكل سهولة؛ خاصة وأن التغيرات التي تحدث لديه سواء جسمية، نفسية اجتماعية... الخ، قد تكون مصحوبة ببعض الخلل في الإلتزان الانفعالي، مما يجعله عرضة للإصابة بالقلق أو الاضطرابات السلوكية والانحرافات، وكلما كانت الأسرة مضطربة والبيئة المحيطة بالمراهق سيئة فإن ذلك يزيد ويرفع من احتمال الإصابة بالاضطرابات النفسية والسلوكية. (مختار، 2019، ص ص 133-136)

وأجرى المحارب (2005) دراسة معنونة بـ "أعراض الاكتئاب والقلق لدى الطلاب والطالبات في المملكة العربية السعودية متى تبدأ الفروق؟"، هدفت هذه الدراسة إلى تحديد الأعمار التي تبدأ فيها الفروق في أعراض الاكتئاب والقلق لدى المراهقين والمراهقات في المملكة العربية السعودية، وقد تكونت عينة الدراسة من 12246 طالبا و11987 طالبة تراوحت أعمارهم ما بين 12 و18 سنة بمتوسط عمر قدره 15.50 سنة للذكور و15.57 سنة للإناث، تم استخدام مقياس القلق والاكتئاب وقد أعدت هذه القائمة من قبل "دروجيتس وآخرون Derogatis et al"، وتوصلت الدراسة إلى أن الفروق بين الجنسين في أعراض الاكتئاب تبدأ عند عمر 13 سنة إلى جانب البنات، كما تبدأ الفروق بين الجنسين في القلق عند عمر 14 سنة إلى جانب البنات وبقيت دالة في كلتا الحالتين حتى العمر 18 سنة. (المحارب، 2005، ص ص 111-114)

ومن بين الأسباب المؤدية إلى القلق لدى المراهق نذكر ما يلي:

1. التعرض لصدمة الفشل في الامتحانات.

2. المظهر الجسدي.

3. تقييم الآخرين للمراهق وإطلاق الأحكام عليه.

4. الإلتزامات الدراسية.

5. التفكير في المستقبل.

6. المشاكل مع الأصدقاء والأقران.

7. تعرض المراهق لمواقف تهدد تقديرهم لذواتهم.

8. الخلافات مع المدرسين أو الآباء أو غيرهم من الكبار. (فينشتاين، ثابت، 2007، ص 77)

كما يرى الشافعي (2009) أن الامتحانات تكون مصدراً أساسياً في ظهور القلق، بالإضافة إلى العلاقة بين الجنسين، صعوبة تكوين الصداقات، نقص الوسائل الملائمة، الاختيار التعليمي المهني، بعض الموضوعات الدينية والصحية، وبعض المشكلات الشخصية مثل عدم القدرة على الضبط الانفعالي والذي قد يدفع بالمراهق إلى اتخاذ أسلوب من الأساليب اللاتوافقية مثل المبالغة في المثالية، النشاط الزائد، الإسراف في أحلام اليقظة التقمص العزلة، الانطواء. (الشافعي، 2009، ص 31-32)

فعلى الرغم من أن القلق يصيب جميع الفئات العمرية إلا أن مرحلتى المراهقة والشيخوخة يكون فيها الاستعداد للإصابة بالقلق وهذا راجع للتغيرات الفيزيولوجية والنفسية والجسدية المهمة التي تحدث في هاتين المرحلتين حيث يكون فيها الفرد هشاً سهل الاستثارة والوقوع في القلق.

5.4. الجنس:

ذكر "ليف" أن انتشار الاضطرابات النفسية بما فيها اضطراب القلق يختلف باختلاف الجنس، فالنساء أكثر عرضة للإصابة بالقلق المرضي من الرجال، ولكن مستوى ما يحدثه القلق لديهن من آثار وعجز أعلى قليلاً من الرجال، خاصة وأن هناك أنواعاً من القلق مرتبطة بالحيض والحمل والولادة وسن اليأس، كما أن المجتمع فرض صراع الأدوار للمرأة، وعرضها كذلك للعديد من الضغوطات أكثر من الرجال. (عبيد، 2008، ص 187)

كما يعتقد العلماء أن الهرمونات الجنسية قد تلعب دوراً في سبب شعور الإناث بالقلق بشكل أكبر مقارنة مع الذكور، ومن المعروف أن هرمون الإستروجين يعتبر أحد الهرمونات الموجودة عند الإناث والذي يتعامل مع السيروتونين وهو إحدى المواد الكيميائية في المخ المتضمنة عند الإصابة بكل من اضطراب الاكتئاب والقلق المرضي، إضافة لذلك تسعى الإناث إلى طلب المساعدة مقارنة بالذكور، والذي يعكس بدوره حقيقة التقبل الاجتماعي لديهن. (ساداس وسياجل، العدل، 2010، ص 36)

إن اختلاف التكوين الجسدي والتشريحي والفيزيولوجي بين المرأة والرجل له دور مهم، ويجعل من المرأة

المرشح الأكبر للإصابة بالقلق النفسي خاصة تعرضها لخبرات الحمل والولادة والحيض مما يجعل لديها حساسية زائدة تجاه الأحداث، وبالرغم أن القلق يصيب النساء أكثر إلا أن هناك اضطرابات نفسية أخرى تصيب الرجال أكثر مقارنة بالنساء.

6.4. الشخصية القلقة:

لا يعاني الفرد من القلق فجأة أو بالصدفة، وإنما يصاب به بعد أن تتكون لديه الشخصية وتطغى عليه ويرى الأمانة (2006) إن بعض سمات الشخصية القلقة موجودة عند معظم الناس في سياقها الطبيعي، ذلك لأن الإحساس بالقلق ضرورة حياتية اقتضتها علاقة الفرد مع البيئة والمجتمع لتمكنه من الحذر والتهيؤ للدفاع عن النفس، أما إذا زاد الإحساس بالقلق سواء من داخل الذات أو بسبب عوامل من الإرهاق الخارجي فإن ذلك قد يؤدي إلى تهينة الفرد للإصابة بمرض القلق النفسي أو غيره من الأمراض المشابهة للقلق.

(غباري وأبو شعيرة، 2015، ص 70)

يعاني الشخص القلق من نقص مستوى تقدير الذات، ونقص بالمهارات التكيفية، وحساسية زائدة والاستعداد للإصابة بالقلق. (أبو فاختة، الحضري، هام، ورياض، 2021، ص 250)

فمعظم أصحاب الشخصية القلقة يعانون من نقص في التركيز أثناء تعرضهم للمواقف الضاغطة الصدمات، المواقف المقلقة أو حتى في الامتحانات لدى الطلبة، كما يفقد الطالب السيطرة على مجريات تفكيره وبالتالي تنخفض لديه الذاكرة، لهذا السبب قد نجد بعض الطلبة يجدون صعوبة حتى في الإجابة على الأسئلة البسيطة ويجدون صعوبة في استرجاع المعلومات التي يعرفونها؛ مما ينجم عنه تدني التحصيل الدراسي للطلبة بالرغم من امتلاكهم لقدرات تؤهلهم للنجاح. (نجد والحسيني، 2016، ص 87-88)

فالقلق يؤثر على عملية التعلم ويشوش الذاكرة ويؤثر على استقبال وتخزين المعلومات واسترجاعها عند الضرورة، وكما ذكرنا سابقاً فإن الشخصية القلقة ليست وليدة الصدفة بل تتكون أسسها منذ الصغر، ومن أهم تلك المصادر هي:

1. الإيحاء: إن الطفل الذي يكون سريع الإيحاء يكون لديه الاستعداد للإصابة بالقلق.

2. الحرمان والغيرة: إن الحرمان العاطفي للطفل ومن الاستجابة الوالدية المناسبة التي تدعم حياته، ينجم عنه الإحساس بعدم الأمان، وبالتالي تظهر اضطرابات سلوكية مثل العصبية والغضب تجاه الأطفال الآخرين.

3. التهديد والوعيد: قد يلجأ بعض الآباء إلى استخدام التهديد والوعيد والإيذاء لأي خطأ يرتكبه الطفل وبالتالي يؤثر هذا سلبي على الطفل ويصبح المنزل الذي من المفروض أن يكون مصدر أمان له مجرد مصدر قلق بالنسبة إليه.

4. مشاعر العجز: من الطبيعي أن يكون الطفل اتكالياً على والديه، لكن إذا لم يحقق الإستقلالية مع مرور الوقت فإن هذا يساهم في تكوين شخصية قلقة، فالشخص الاتكالي يلجأ إلى التخيل أو التمني أو النكوص عند التعرض للمواقف الحياتية وبالتالي تظهر أعراض القلق لديه.

5. المشكلات الأسرية: تعتبر المشكلات الأسرية وخلافات الوالدين من العوامل الرئيسية لتكوين شخصية قلقة حيث تترك آثاراً سلبية على شخصية الطفل التي تحمل في طياتها بذور اضطرابات القلق الناجمة عن الحياة الأسرية الصعبة. (ألبرت، حمزة، 2014، ص ص 88-89)

ويرى عبد الستار (2002) أن بعض الأسر ترتكب بعض السلوكيات الخاطئة أثناء تنشئة أطفالهم، مما يساهم في ظهور القلق وهي:

1. مقارنة الطفل دائماً بالآخرين.
2. تذكير الطفل باستمرار أخطائه ونقاط ضعفه.
3. تحسيس الطفل بالذنب أثناء عقابه.
4. التنقيص من الطفل ومن إمكانياته ومن قدرته على حل مشكلاته.
5. عدم إتاحة الفرصة للطفل لكي ينمو بشكل سليم وتحسيسه بأنه غير قادر على فعل أي شيء دون أسرته.
6. تقديم الأسرة نموذج لشخصية عصابية قلقة أثناء مواجهة المشكلات.
7. التدخل المستمر وعدم احترام خصوصية الطفل.
8. التركيز على الكمال المطلق.
9. التركيز المتعمد على المواقف والأمور المقلقة مثل الامتحانات.
10. شكوى الأسرة والتذمر أمام الطفل.
11. قبول أعذار الطفل حتى وإن كانت وسيلة للهروب من أداء واجباته.
12. الحديث الدائم عن المستقبل والمجهول.
13. دفع الطفل للمنافسة.
14. الحث الدائم على العجلة والسرعة وإتقان العمل.
15. وضع أهداف غير واقعية ولا تتناسب مع إمكانيات الطفل.
16. التخويف المستمر من الآخرين والعالم.
17. الإصرار على أن تكون تصرفات الطفل ناضجة.
18. استعمال العقاب بشكل مستمر عند ارتكاب الطفل للأخطاء.
19. عدم الحوار والمناقشة في الأمور الحياتية والإهتمامات مع التركيز على النقد.
20. التردد في اتخاذ القرارات. (عبد الستار، 2002، ص ص 104-106)

وتتميز الشخصية القلقة بمجموعة من الصفات التي تميزها عن غيرها ونذكر من أهمها:

1. الميل إلى اليأس والانقباض والانتقاد.
2. السعي إلى الكمال وسرعة الاستشارة.
3. الشعور بالفشل وعدم الإحساس بالسعادة على الرغم من وجود النجاح.
4. الشك الدائم والخوف من اتخاذ القرارات بسبب الخوف من الفشل.
5. كبت الانفعالات والخوف من التعبير عن المشاعر.
6. الشعور بالتوتر الدائم وصعوبة التنبؤ بردود أفعاله وسلوكه.
7. رقابة الشخص لنفسه ومحاسبتها والبحث دوماً عن النقائص في ذاته.
8. تجنب الشخص القلق المواقف المقلقة، والتي تجعله يقارن نفسه بالآخرين خشية من أن يكشف الناس نقاط ضعفه. (بن علو، 2002، ص ص 127-130)
9. الضعف النفسي العام.
10. الشعور بالتهديد الداخلي والخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية.

(فج، 2009، ص ص 151-152)

تعتبر الشخصية القلقة من الأسباب الرئيسية للإصابة بالقلق، فالفرد الذي يمتلك خصائص الشخصية القلقة تجعل منه فريسة سهلة لاضطرابات القلق، كما أن الشخصية القلقة لا تكون وليدة اللحظة بل تتكون منذ الصغر من خلال التنشئة الأسرية، فكلما كانت أساليب معاملة الوالدين غير سوية للتعامل مع الطفل ومشاكله كلما تكونت لديه شخصية قلقة.

إن الأطفال الذين ينشئون في بيئة تشعرهم بالحرمان والإحباط وعدم الأمن تكون لديهم الاستعداد والقدرة للإصابة باضطرابات القلق بسهولة، وهذا ما أظهرته الأدبيات النفسية حيث توصلت إلى أن الآباء القلقين يؤثرون في أطفالهم ويصبحون قلقين مثلهم.

7.4. الأسباب الاجتماعية والاقتصادية:

يرى سولفيان (Sullivan, 1953) أن الآثار الناجمة عن عقاب الوالدين وما ينجر عنه من ألم نفسي يساهم بدوره في نشوء القلق، كما أوضح كاغان (Kagan, 1956) بأن عدم وجود نموذج أبوي ذكري واضح يقتدي به الطفل يؤثر بالسلب على تقمص الدور الجنسي مما ينجم عنه القلق.

ومن بين الأسباب المؤدية كذلك إلى الإصابة بالقلق فشل الطفل في الوصول إلى الصورة المثالية التي رسمها الكبار والرغبة في وصول الطفل إلى الكمال. (الرعي، 2013، ص ص 52-53)

وفي دراسة أجراها مرسى (1981) والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين سمة القلق في المراهقة

والرشد بالخبرات المؤلمة في الطفولة والتي توصلت إلى وجود علاقة بين القلق والخبرات المؤلمة في البيت والمدرسة وجود متوسطات درجات المفحوصين الذين عاشوا طفولة قاسية في أسر متصدعة أعلى من متوسطات المفحوصين الذين عاشوا طفولة في أسر مستقرة على مقياس القلق الصريح والخبرات المؤلمة في البيت، وكانت متوسطات المفحوصين المتأخرين دراسيا أعلى من متوسطات المفحوصين غير المتأخرين على مقياسي القلق الصريح والخبرات المؤلمة في المدرسة. (علي، 2017، ص 260)

ولقد أظهرت بعض الدراسات وجود فروق في درجة القلق تعزى للمستوى الاقتصادي والاجتماعي فكلما انخفض المستوى الاجتماعي الاقتصادي يزداد القلق بصورة طفيفة، كما وجد بعض الباحثين ظهور العصاب وبالأخص القلق في الطبقات العليا مقارنة بالطبقات الدنيا، وفي دراسة أخرى كشفت أن انتشار الأعراض العصابية والنفسية والفيزيولوجية أكثر بين الطبقات الأدنى مقارنة بالأعلى، حيث أظهرت الدراسة أن القلق من أكثر الاضطرابات انتشارا وأن جزءا كبيرا من المجتمع لديهم قلق شديد قد يحتاج إلى العلاج. (عبد الخالق، 2015، ص 593)

فالسعي الدائم للفرد للحصول على الكماليات خاصة مع زيادة متطلبات الحياة واحتياجاتها يؤدي إلى استنزاف موارد الفرد وكل ما يكتسبه، وبالتالي يجعله فريسة سهلة للوقوع في القلق. (أبو فاخرة وآخرون، 2021، ص 250)

فالبرغم من اختلاف نتائج الدراسات السابقة إلا أنها تتفق على نقطة أساسية وهي أن المستوى الاقتصادي والاجتماعي له علاقة بظهور القلق، خاصة في الآونة الأخيرة ومع تدهور الأوضاع الاقتصادية في العالم وزيادة متطلبات الحياة مما يجعل الفرد دائما في سباق مع الزمن من أجل توفير حاجياته وتحقيق أحلامه وطموحاته. **8.4. التغذية:**

عندما يشعر الفرد بالقلق والغضب أو الانفعال فإن الجسم يفرز مادة الأدرينالين، مما قد يؤثر على مستوى السكر في الدم حيث تنخفض نسبة السكر بشكل لافت للإنتباه، لذلك يتوجب على الفرد أن يتناول الطعام بكميات قليلة عدة مرات في اليوم لكي يبقى السكر في المستوى الطبيعي. (مكمهون، الأرمنازي، 2007، ص 40)

وفي حالة ما إذا كان النظام الغذائي غنيا بالسكر والكافيين والمواد الإضافية، فمن الممكن أن يصاب الفرد بالقلق ومشاعر الذعر والأرق والكواييس (ساداس وسياجل، العدل، 2010، ص 47). لهذا ينصح بتجنبها، ومن بين الأغذية التي تساهم في القلق هي:

1. **الأطعمة الغنية بالسكريات:** يؤدي عدم انتظام مستوى السكر في الدم إلى زيادة إفراز هرمونات الكورتيزول والأدرينالين والتي ينجم عنها ارتفاع القلق، ومن أهم الأطعمة الغنية بالسكريات هي الحلويات والمشروبات الغازية... الخ.
2. **الملح:** هو عبارة عن خليط من الكلوريد والصوديوم، ويساهم هذا الأخير في رفع ضغط الدم مما يؤثر على القلب، ويرفع مستوى القلق.
3. **المشروبات التي تحتوي على الكافيين:** نذكر من أهمها القهوة والشاي، ولها آثار سلبية عند تناولها في النهار، وتظهر عليه الأعراض التالية:
 - ارتفاع دقات القلب.
 - ارتفاع ضغط الدم.
 - اضطرابات هضمية.
 - اضطرابات في النوم.
4. **الكحول:** يؤثر على الأعصاب وعمليات الأيض في الجسم مما ينتج عنه تقلب في المزاج، فالكحول يعيق عمليات إنتاج هرمون السعادة السيروتونين، كما يؤدي إلى ظهور القلق.
5. **الأطعمة التي تحتوي على الإضافات الغذائية:** إن الأغذية التي تحتوي على إضافات غذائية تؤدي إلى زيادة الفرصة في الإصابة بالقلق، وينجم عنها أيضا خلل في وظائف الجهاز العصبي.
6. **الأطعمة السريعة:** تتميز هذا النوع من الأغذية بمجموعة من الآثار السلبية والتي تتمثل فيما يلي:
 1. ارتفاع عدد السعرات الحرارية.
 2. انخفاض القيمة الغذائية.
 3. ارتفاع السكريات البسيطة والمكررة والدهون المهدرجة والمضرة والصوديوم.
 4. ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب. (المالكي، 2021)

أما الأطعمة التي تساهم في خفض القلق هي:
1. **الأفوكادو:** تحتوي ثمرة الأفوكادو على نسبة عالية من فيتامين ب، وتفرز هرموني السيروتونين والدوبامين ويعتبران من أهم الهرمونات المسؤولة على تحسن الحالة النفسية.
2. **الشوفان:** يحتوي الشوفان على هرمون السيروتونين ومضادات الأكسدة وهي عناصر ضرورية لتقوية الجهاز العصبي والعناية به، بالإضافة إلى مشكلات القلق والتوتر النفسي، لذلك يجب اختيار وجبة إفطار منخفضة الدهون وغنية بالألياف، وكذلك وجبة مكونة من الحبوب مثل الشوفان.

3. **السبانخ:** تحتوي السبانخ على الماغنيسيوم الذي يساعد في محاربة القلق والعصبية.
 4. **الحليب:** يرى الباحثون أن تناول الحليب قبل النوم يساعد على التخلص من الأرق والقلق لكونه يحتوي على مضادات الأكسدة والفيتامينات والبروتين والكالسيوم.
 5. **التفاح:** يحتوي على عناصر ضرورية للحفاظ على صحة الدماغ بحالة جيدة خاصة عندما يشعر الفرد بالقلق.
 6. **الأوميغا 3:** توجد أحماض الأوميغا 3 بالأسماك كالسالمون، وهي جيدة لمحاربة القلق والتحكم بالعصبية والاكتئاب.
 7. **بعض الأعشاب:** مثل الزعتر والقرنفل والبابونج واللافندر والجنجل.
 8. **اللوز:** له القدرة على تحسين صحة الدماغ والجهاز العصبي، بالإضافة إلى أنه غني بفيتامين ب2 وفيتامين E يقوي جهاز المناعة في أوقات العصبية والإجهاد.
 9. **الهلين:** يقلل من خطر نوبات القلق ومرض الزهايمر، الشلل الرعاش.
 10. **الزبادي:** يحسن من وظائف الدماغ والحالة المزاجية والوظائف المعرفية. (أبو جريدة، 2019)
- بالرغم من علاقة التغذية بالحالة النفسية للفرد إلا أن التغذية ضرورية لكل مرحلة نمائية من مراحل نمو الإنسان وبالأخص المراهقة، حيث تعتبر هذه المرحلة فترة النشاط والحيوية، وبما أن هذه المرحلة تتميز بمضاعفة متطلبات النمو فإن المراهق يحتاج إلى الطعام وهذا ما تم ملاحظته في هذه المرحلة خاصة وأنهم يتمتعون بشهية عالية اتجاه تناول الأطعمة ولهذا فهم يحتاجون إلى عناية وتوفير كمية من العناصر الغذائية اللازمة في هذه المرحلة. (الغزالي، 2014، ص 109)
- تعتبر التغذية ضرورية في حياة الفرد من ميلاده إلى غاية وفاته، إلا أنه من الملاحظ في فترة المراهقة تزداد الاحتياجات الغذائية وهذا راجع لسرعة النمو الجسدي والفسيولوجي، فتوفر الاحتياجات الغذائية اللازمة والمتنوعة من سعرات حرارية وبروتينات وفيتامينات وسكريات ونشويات ضرورية لكل من المراهق والمراهقة ولكن بمقدار معين حيث تناول بعض الأغذية دون الأخرى أو تناول الطعام بكميات كبيرة أو قليلة قد يؤدي إلى أمراض الغذاء عنصر أساسي في حياة الإنسان فهو ليس فقط وسيلة للبقاء على قيد الحياة وإنما هو مفتاح للصحة النفسية والجسدية السليمة، فلطالما ربط العلماء سابقا بين نمط التغذية والأمراض العضوية مثل السكري، وضغط الدم... الخ، إلا أن بعض الدراسات الحديثة وجدت أن نمط التغذية والسلوك غير الصحي يؤدي بالفرد للوقوع في الاضطرابات النفسية مثل القلق.

لطالما اهتم العلماء بدراسة أسباب القلق، وكل حسب توجهه واختصاصه، إلا أنه لا يمكن ترجيح عامل

معين على آخر للإصابة بالقلق، فالعوامل الوراثية والفيسيولوجية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية تتكامل وتتفاعل فيما بينها لتؤثر على الصحة النفسية للفرد.

كما ركز بعض العلماء على دراسة عوامل الوقاية والخطر ومن أهم هذه الدراسات نجد دراسة كل من (Beesdo, Knappe & Pine, 2011) في دراستهم على مجموعة من عوامل الخطر تسبب اضطرابات القلق وهي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (02): الارتباطات وعوامل الخطر لاضطرابات القلق

المتغيرات	ارتباط مع اضطراب القلق أ	الخصوصية لاضطراب القلق الخاص ب	عامل الخطر لدرجة الأهمية الزمنية ب	القلق الخاص والاضطرابات الاكتئابية ب
التركيبية السكانية				
جنس الإناث	+++	-	++	-
التعليم المنخفض	+	-	-	-
سوء الوضعية المادية / انخفاض دخل الأسرة المعيشية	+++	-	-	-
التمددن / التحضر	-/+	-	-/+	-/+
الفيزيولوجيا المرضية				
علم الوراثة / التجميع العائلي	+++	+	+	+
علم نفس الأحياء	+++	+	-/+	+
المزاج والشخصية				
العصبية / التأثير السلبي	+++	-/+	+	-/+
تنشيط السلوك	+++	+	+	+
العوامل البيئية	++	-	-	-

-	-	-	++	الأسلوب الوالدي / المناخ الأسري
-	+	-	+++	مشاكل الطفولة (سوء المعاملة، الإهمال، الانفصال عن الوالدين، وفاة الوالدين)
+	+	-/+	++	أحداث الحياة

المصدر: Beesdo & al, 2011, p 44

أ - ارتباط اضطرابات القلق : (+++) ارتباطات قوية في عدة دراسات، (++) ارتباطات في عدة دراسات، (+) اختلاف الدراسات فيما بينها، (-/+) لا توجد ارتباطات في العديد من الدراسات، نتائج مخالفة (-).

ب - اضطراب القلق الخاص /عامل الخطر (الأولية الزمنية) القلق الخاص مقابل اضطراب الاكتئاب: (++) أدلة قوية، (+) بعض الأدلة، (-/+) نتائج مخالفة، (-) لا يوجد دليل.

(Beesdo & al, 2011, p 44)

5. أعراض القلق:

عند إصابة الفرد بالقلق تظهر عليه مجموعة من الأعراض النفسية والجسدية والاجتماعية والمعرفية، كما قد تختلف ظهور الأعراض من فرد لآخر إلا أنها في نهاية المطاف تعتبر دلالات وعلامات ناجمة عن الشعور بالقلق كما أن هناك اختلافا بين العلماء من ناحية تقسيم أعراض القلق حيث نجد في التراث النظري من يقسم أعراض القلق إلى أعراض نفسية وجسدية، وهناك من يقسمها إلى أعراض نفسية جسدية معرفية، وهناك من يقسمها إلى أعراض نفسية جسدية سلوكية، وبشكل عام تتمثل أعراض القلق النفسي فيما يلي:

1.5. الأعراض النفسية:

1. التوتر والاهتياج العصبي والذي يتمثل في الحساسية الزائدة للضوضاء والضجيج والأضواء والتوتر العضلي وسرعة الاستشارة والتشاؤم وتوقع الشر وفقدان الأعصاب.
2. شرود الذهن وضعف القدرة على التركيز والنسيان.
3. تواتر الأفكار المزعجة.

4. الصعوبة في تنظيم المعلومات واستخدامها.
5. فقدان الشهية.
6. صعوبة النوم والأرق المستمر.
7. الأحلام والكوابيس المزعجة.
8. الشعور بالهم وعدم الاستقرار مما يؤدي إلى الإرهاق الشديد والإعياء النفسي الجسدي.
9. تناقص كل الاهتمامات الترويحية والإقبال على الحياة.
10. عدم الشعور بالأمن والاستقرار. (الحويلة وعبد الخالق، 2010، ص 60)

2.5. الأعراض الجسمية: تتمثل في الأعراض التالية:

1. الضعف العام ونقص الطاقة والنشاط.
 2. توتر العضلات والنشاط الحركي الزائد والزمات العصبية الحركية.
 3. سرعة التعب.
 4. الصداع المستمر.
 5. تصبب العرق.
 6. ارتعاش الأصابع.
 7. برودة الأطراف.
 8. شحوب الوجه.
 9. سرعة النبض والخفقان.
 10. الآلام على مستوى الصدر.
 11. ارتفاع ضغط الدم.
 12. اضطراب التنفس والشعور بالضييق في الصدر.
 13. الدوار والغثيان.
 14. القيء والإسهال والتجشؤ والغثيان واضطرابات هضمية.
 15. جفاف الفم والحلق.
 16. فقدان الوزن.
 17. إرهاق الحواس وشدة الحساسية للصوت والضوء.
 18. اضطراب الوظيفة الجنسية. (زهران، 2005، ص 486-487)
- إن أعراض القلق الجسمية تظهر بشكل واضح على الفرد، كما أن القلق يؤثر على أجهزة الجسم والتي تتمثل فيما يلي:

1. الجهاز القلبي الدوري: بحيث يشعر المريض بالآلم عضلية فوق القلب، والناحية اليسرى من الصدر بالنبضات.
 2. الجهاز الهضمي: صعوبة في البلع أو الشعور بغصة في الحلق أو سوء الهضم والانتفاخ وأحيانا الغثيان والقيء أو الإسهال أو الإمساك، مغص شديد بالإضافة إلى نوبات من التجشؤ متكررة كلما تعرض الفرد لانفعالات معينة.
 3. الجهاز التنفسي: يشكو المريض من سرعة التنفس والتهجان والتنهدات مع الشعور بالضيق، مما قد يؤدي في بعض المرات إلى طرد ثاني أكسيد الكربون، مع تغير في درجة الحموضة في الدم وقلة الكالسيوم مما يجعل الإنسان عرضة للتنميل في الأطراف وتقلص العضلات مع دوار وتشنجات عصبية وأحيانا الإغماء.
 4. الجهاز العصبي: اتساع حدقة العين وارتجاف الأطراف خاصة اليدين، مع الشعور بالدوار والصداع والدوخة.
 5. الجهاز البولي والتناسلي: كثرة التبول، اضطراب الوظيفة الجنسية والتي تتمثل في الضعف الجنسي عند الرجل والبرود الجنسي لدى الإناث، بالإضافة إلى عدم انتظام الطمث.
 6. الجهاز الحركي: الصداع والآلم في الرقبة والظهر، مع سرعة الإحساس بالتعب، الرعشة والآلم عند القيام بحركة ما، عدم الاستقرار والرعونة في الإتيان بالحركات الدقيقة وعدم الثبات، مع ظهور صوت مرتجف.
 7. الجلد والحساسية: من أهم الأمراض الجلدية التي يكون القلق عاملا مهما في ظهورها هي: حب الشباب الإكزيما، الصدفية، البهاق، وسقوط الشعر... الخ. (إبراهيم، 2014، ص ص 168-170)
- 3.5. الأعراض المعرفية: وتشمل الأعراض التالية:

1. التطرف في الحكم على الأشياء بحيث يميل الشخص القلق إلى رؤية المواقف والمواضيع من زاوية واحدة وهذا ما ينجم عنه الآلم والتعاسة.
2. التصلب في التفكير بحيث يقوم الفرد القلق بمواجهة المواقف المختلفة بطريقة واحدة.
3. تبني اتجاهات ومعتقدات غير منطقية.
4. الميل إلى نقد الذات.
5. ميل الشخص القلق إلى الاعتماد على الأفراد الذين يتميزون بشخصية قوية، ونماذج السلطة وأحكام التقاليد مما يحولهم إلى أشخاص عاجزين عن التصرف بحرية انفعالية. (المشيخي، 2009، ص ص 19-20)

4.5. الأعراض الاجتماعية:

1. سرعة اتخاذ القرار والتي لا تنفذ.
2. الميل إلى نقد الذات.
3. عدم القدرة على اتخاذ قرارات صارمة.
4. وضع متطلبات صارمة على ما يجب القيام به.

5. عدم التوافق مع الآخرين.

6. عدم القدرة على التكيف مع الظروف والأشخاص. (ابراهيم، 1994، ص 24)

7. تجنب المواقف الاجتماعية والميل إلى العزلة (الحويلة وعبد الخالق، 2010، ص 60).

6. أنواع القلق:

1.6. أنواع القلق حسب DSM5:

1.1.6. اضطراب القلق المعمم:

تعرفه الجمعية الأمريكية لعلم النفس (2013) بأنه "القلق الزائد الذي يظهر في الكثير من الأيام لفترات محددة يستمر لأكثر من 06 أشهر، ويرى الفرد أنه من الصعب السيطرة عليه، يمثل الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهلم المتعلقة بحوادث المستقبل وشعور بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر وعدم الارتياح حيال ألم أو مشكلة متوقعة أو وشيكة الوقوع". (نقلا عن الجنابي، 2019، ص 111)

ويرى ويلز (1995) أنه من المفيد أن يقسم القلق العام إلى نوعين هما:

1. قلق النوع الأول: وهو يشير إلى القلق حول الأحداث الخارجية والأحداث غير المعرفية لترتبط بها.

2. قلق النوع الثاني: يكون قلق الفرد ناتجا عن الأحداث والعمليات المعرفية، وبالتالي تتطور لديهم معتقدات سلبية معرفية. (نقلا عن الجنابي، 2019، ص ص 119 - 120)

2.1.6. نوبات الهلع panic disorders:

يتميز هذا الاضطراب بحدوث نوبات متكررة وغير متوقعة من الخوف الحاد والشديد التي قد تبقى ساعة أو أكثر، كما لا يوجد سبب عضوي للاضطراب، وقد تحدث نوبة واحدة يكتسب من خلالها الفرد الخوف من تكرار النوبة مرة أخرى، كما قد تتكرر عدة مرات سواء يوميا أو أسبوعيا وفي بعض المرات قد يستمر الاضطراب لسنوات عديدة حيث يتحسن من خلالها المريض بشكل جزئي أو كلي. (الحجاوي، 2004، ص 270)

3.1.6. اضطراب القلق الاجتماعي Social Anxiety Disorder:

هو عبارة عن خوف غير واقعي شديد ومتواصل من المواقف الاجتماعية التي يمكن مع أن يجد الفرد نفسه فيها أمام أفراد غرباء، كما أن المشكلات التي يسببها هذا الاضطراب تعيق الحياة الطبيعية إذا ما تمت مقارنته بالأنواع الأخرى من الرهابات، فالمصابون باضطراب القلق الاجتماعي يتجنبون المواقف الاجتماعية ويشعرون بعدم الراحة من الاختلاط بالمجتمع، وعادة ما يمتنعون وظائف لا تتفق أبدا مع ما يمتلكونه من مواهب وقدرات. (كرينج، جونسون، نبال، ودافيسون، الحويلة، عياد، شويخ، الرشيد، والحمدان، 2016، ص ص 351-352)

4.1.6. اضطراب الوسواس القهري:

هو عبارة عن تسلط أفكار مزعجة ثابتة أو نزعات أو خيالات بحيث لا يستطيع الشخص التخلص منها ويدرك المريض بأن أفكاره الوسواسية ناجمة من عقله، وليست مفروضة عليه من الخارج وهي غير منطقية ومن أكثر الأفكار الوسواسية شيوعاً مثل فكرة قتل الأم لابنها، فكرة الإصابة ببعض الأمراض المعدية أو الشك المتعلق بالقيام بالفعل أم لا، وبالنسبة للأفعال القسرية فهي سلوكيات متكررة غير هادفة وهذا من أجل تجنب الإحساس بالقلق، وعلى الرغم من هذا فإن المريض لا يشعر بالراحة، وأغلب الأفعال القهرية المتكررة تتمثل في غسل اليدين عد الأشياء... الخ. (الحجاوي، 2004، ص ص 281-282)

5.1.6. اضطراب قلق الانفصال:

تعرفه جمعية علم النفس الأمريكية قلق الانفصال بأنه "المبالغة في إظهار الخوف والضييق عند مواجهة حالات الانفصال عن العائلة أو شخص مقرب، ويصنف القلق هنا بأنه قلق غير اعتيادي في هذه المرحلة العمرية من النمو، إن شدة الأعراض تتراوح ما بين عدم الارتياح الذي يسبق الانفصال أو القلق التام من الانفصال، وقد يسبب هذا الاضطراب كذلك آثاراً سلبية في حياة الطفل اليومية، ويمكن ملاحظة هذه الآثار في مجال العمل الاجتماعي والعاطفي والحياة الأسرية والصحة البدنية وضمن الإطار الأكاديمي، وحتى يتم تشخيص الاضطراب على أنه مرض قلق الانفصال كما حدده الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع فإنه يجب أن تستمر المشكلة لمدة أربعة أسابيع على الأقل ويجب أن تظهر أعراضها قبل أن يبلغ الطفل 18 سنة". (دويدار، 2018، ص 65)

6.1.6. اضطراب القلق غير المصنف:

هو "اضطراب غير محدد بدلالات تشخيصية، يصف الاضطرابات التي تكون مصحوبة بقلق واضح أو أو تجنب رهابي غير مصنف كاضطراب قلق محدد أو اضطراب تأقلم مصاحب بوجود القلق" (الحجاوي، 2004، ص 294).

7.1.6. الرهاب المحدد:

هو خوف غير مبرر يرجع إلى وجود شيء محدد مثل الخوف من الطيران، الخوف من الثعابين، الخوف من المرتفعات... الخ، ومن أشهر الأنواع رهاب الأماكن المغلقة، رهاب الأماكن المرتفعة، ولقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي معايير تشخيصية للرهاب المحدد (كرينج وآخرون، الحويلة وآخرون، 2016، ص 349).

8.1.6. اضطراب ما بعد الصدمة:

ينتاب الفرد الإجهاد النفسي الذي يعقب الحادثة الصدمية، حيث يكون الفرد شاهداً أو ضحية لحادثة مروعة أو تجربة قاسية تعرض فيها للموت أو شخص عزيز تعرض فيها للموت، وينتاب الفرد الإحساس بالهلع

والعجز إلا أن كثيرا من الناس يتجاوزون هذه المحنة بعد أربع أو ستة أسابيع من وقوعها دون أن يساعدهم أحد لكن هناك فئة من الناس يصعب عليها نسيان الحدث فينتابهم الشعور بالخوف يدفعهم إلى تجنب مخالطة الناس والأمكنة التي تذكرهم بالحدث بالإضافة إلى ذلك تتجسد في مخيلتهم صورة الحدث أو مقاطع منه.

(ميكمهون، الأرمنازي، 2007، ص ص 30-31)

تعتبر اضطرابات القلق في تطور دائم حيث هناك فرقا بين الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع والخامس والجدول التالي يوضح أهم الفروقات التي جاءت في الدليل وهي كالتالي:

الجدول رقم (03): الفروقات التشخيصية بين الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع والخامس لاضطرابات القلق

التشخيصي الإحصائي الرابع	التشخيصي الإحصائي الخامس
الرهاب المحدد	الرهاب المحدد
الرهاب الاجتماعي	اضطراب القلق الاجتماعي
اضطراب الهلع بدون أو مع رهاب الأماكن المفتوحة	اضطراب الهلع رهاب الأماكن المفتوحة
اضطراب القلق العام	اضطراب القلق العام
اضطراب الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به	
اضطراب الوسواس القهري	اضطراب الوسواس القهري
اضطرابات المرتبطة بالكرب ومصادر المشقة	
اضطراب المشقة	اضطراب المشقة الحاد
اضطراب الكرب التالي للصدمة	اضطراب الكرب التالي للصدمة

المصدر: كرينج وآخرون، 2016، ص 347

من خلال الجدول رقم (03) نلاحظ تغير الرهاب الاجتماعي في التشخيص الإحصائي الرابع إلى القلق الاجتماعي في التشخيص الإحصائي الخامس، وتغيير اضطراب الهلع بدون أو مع رهاب الأماكن المفتوحة إلى اضطراب الهلع، ورهاب الأماكن المفتوحة، وتغيير اضطراب المشقة إلى اضطراب المشقة الحاد.

2.6. أنواع القلق حسب CIM11:

1. اضطراب القلق المعمم.
2. اضطراب الهلع.

- ### 3.6. أنواع أخرى من القلق:

1.3.6. القلق الموضوعي:

يعرف "فرويد" القلق الموضوعي بأنه "رد فعل لخطر خارجي معروف فمصدر الخطر في القلق الموضوعي يوجد في العالم الخارجي وهو محدد مثل القلق من امتحان اقترب موعده، ويعرف هذا النوع من القلق بالقلق الحقيقي أو الواقعي أو السوي" (عثمان، 2001، ص 20).

2.3.6. القلق العصبي:

يشعر المصاب بالخوف الغامض والمنتشر غير المحدد ولا يعرف مصدره، ويرى فرويد بأن هذا النوع من القلق هو خوف غامض من المجهول، ويبدو صاحبه قابلاً لأن يلقي اللوم فيه على أكثر من مشير واحد من غير أن

تكون الصلة واقعية أو واضحة بين القلق والمثير، كما أن التعبير عن القلق العصبي يتضمن عملية معقدة موضحة كالتالي:

نزعات داخلية ← خطر خارجي (عقاب) ← قلق موضوعي ← كبت ← انهيار جزئي للكبت ← مشتقات ← للنزعات الداخلية ← إدراك للخطر ← قلق عصبي.
(غراب، 2000، ص ص 18-19)

3.3.6. القلق الخلقي:

يعتبر الأنا الأعلى مصدر تهديد لأنا الفرد في حالة ما إذا قام بفعل غير مرغوب فيه، وينشأ عادة القلق الخلقي من الخوف من الوالدين وعقابهما (المطيري، 2005، ص 279).

4.3.6. القلق الظاهر:

هو القلق الذي يمكن للآخرين إدراكه وملاحظته من خلال وجود مظاهر فيزيولوجية بالإضافة إلى وجود السلوك التجنبي أو عدمه (كولز، الدماطي، حماد، حسن، 2011، ص 214).

5.3.6. القلق الكامن:

على الرغم من أنه قلق غير قائم بالفعل إلا أنه غير مرئي وموجود بالفعل، ويرجع أصل هذا النوع من القلق إلى نظرية التحليل النفسي (كولز، الدماطي وآخرون، 2011، ص 214).

6.3.6. قلق الامتحان:

يعرف جون (Gohn, 1985) قلق الاختبار "بأنه حالة يمر بها الطالب نتيجة الزيادة في درجة الخوف والتوتر أثناء المرور بموقف الاختبار وكذلك الاضطراب في النواحي الانفعالية والمعرفية والفيسيولوجية".
(قدوري وترزولت عمروني، 2015، ص 222)

يعرف سبيلبرجر (Spielberger, 1980) قلق الامتحان بأنه "سمة شخصية في موقف محدد يتكون من الانزعاج والانفعال، يطلق عليه في بعض الأحيان قلق التحصيل، وهو نوع من قلق الحالة المرتبط بمواقف الامتحان، بحيث تثير هذه المواقف إذا زادت درجته لدى الفرد ما أدت إلى شعور بالخوف والهم عند مواجهتها وإعاقة عن أداء الامتحان، وكانت استجابته غير متزنة". (سايحي، 2012، ص 76)

ومن أهم الأسباب المؤدية لقلق الامتحان هي:

1. نقص المعرفة بالمقررات الدراسية.
2. قلة الرغبة في النجاح والدراسة والتفوق الدراسي.
3. وجود مشكلات في تعلم المعلومات أو تنظيمها ومراجعتها واستدعائها.

4. ارتباط الامتحان بخبرات سيئة لدى الطالب ويرجع هذا لتعدد الفشل من قبل.
5. تدني في مهارات الاستعداد ومهارات الأداء في الامتحان.
6. نقص الثقة بالنفس والتمركز حول الذات.
7. الاتجاهات السلبية لدى الطالب نحو المادة الدراسية، نحو الامتحان والمعلم والوالدين.
8. صعوبة الامتحانات وإحساس الفرد بأن مستقبله متوقف على نتائجها.

(حسين، السيد، وعطيفي، 2019، ص 278)

كما يشعر الطلاب بالقلق من الامتحان بسبب الخوف من ضعف التقدير بنسبة 46.90%، ثم الخوف من الرسوب 36.29%، تليهما ردة فعل ولي الأمر 3.54% (العبيدي، 2013، ص 257).

7.3.6. قلق المستقبل:

تعرفه غالب الشميخي (2009) بأنه "شعور بعدم الارتياح للتفكير السلبي اتجاه المستقبل والنظرة السلبية للحياة وعدم القدرة على مواجهة الأحداث الحياتية الضاغطة وتدني اعتبار تأكيد الذات وفقدان الشعور بالأمن مع عدم الثقة بالنفس" (الشريف، فريز، ودسوقي، 2014، ص 613).

8.3.6. قلق الموت:

يعرف عودة علي (2014) قلق الموت بأنه "حالة توتر ناتجة عن الانشغال الفكري الزائد في حقيقة الموت وطبيعته وما سيؤول إليه الجسد بعد الموت، فضلا عما يتضمنه هذا التفكير من تقدير سلبي ومرعب لهذه الحقيقة فهو قلق بتفكير الفرد السلبي نحو مستقبل وجوده الشخصي". (بوفرة وشعني، 2017، ص 179)

ويرى "كارل يونج" أن قلق الموت مصدر أساسي للعصاب خاصة في النصف الثاني من حياة الانسان بينما يرى "ارنست بيكر" أن مشكلات التكيف والاضطرابات النفسية ترجع إلى الخوف من الموت، أما "الفرد آدلر" فيرى أن المرض العقلي يكون نتيجة لفشل تجاوز الخوف من الموت. (عثمان، 2001، ص 74)

9.3.6. قلق الرياضيات:

يعرف (Aslan & al, 2013) قلق الرياضيات بأنه "شعور الفرد بالتوتر والخوف العام من المواقف التي تتطلب فيها التعامل مع الرياضيات والأرقام، وتعني حالة من الذعر والتشتت العقلي الذي يبدو عليه الطلبة عندما يتعرضون للمسائل الحسابية وكذلك محاولة التهرب من المواقف التي تتطلب عمليات حسابية أو رياضية.

(عبد تلاحمة، 2019، ص 238)

10.3.6. قلق المدرسة:

يعتبر قلق المدرسة نوعا من المخاوف لدى التلميذ موجهة نحو المدرسة، وقد يكون سلوك المعلم أو

التلاميذ الآخرين عاملاً أساسياً في نشوء القلق، كما تكمن الأسباب في قلق الإنجاز مثل الخوف من عدم إنهاء الواجب أو التسميع... إلخ أو تكون هناك اضطرابات تعلم نفسية المنشأ. (رضوان، 2022، ص 105)

11.3.6. القلق الوجودي:

هو أحد أشكال الاضطرابات الانفعالية، ويتميز بفقدان الشخص لقيمة الحياة، ومن الناحية الوجدانية يحس الفرد بالملل والفراغ، أما من الناحية الفكرية يكون لدى الفرد أفكار تتمثل في عدم وجود لقيمة الحياة، ومن الناحية السلوكية يكون الشخص غير مهتم للقيام بأي نشاط، وعادة ما يتم الخلط بين القلق والاكتئاب لكونهما متشابهين من حيث مشاعر الحزن والاغتراب، إلا أنهما يختلفان حيث يسيطر على الشخص المصاب بالقلق الوجودي عدم الاهتمام والاكتراث بأي نشاط، أما المكتئب فيغلب عليه مشاعر الحزن والقنوط.

(قولي، 2006، ص 201)

12.3.6. قلق الحاسوب:

يطلق عليه رهاب الحاسوب أو رهاب التقنية أو الرهاب الإلكتروني، وهو يعد نوعاً جديداً نسبياً من أنواع القلق ولقد تطور سريعاً بعد أن أصبح استخدام الحاسوب جزءاً من الحياة اليومية في المجتمع الحديث، وقد يرتبط قلق الحاسوب بأوجه مختلفة وهي:

1. القلق بشأن التفاعلات الحاضرة أو المستقبلية مع الحواسيب أو التقنيات المتعلقة بها.
2. الانزعاج والتفكير السلبي عند التفاعل أو التأمل في التفاعل المستقبلي مع الحاسوب.
3. صعوبات استعمال جهاز الحاسوب.
4. الاتجاهات العالمية السلبية تجاه الحواسيب الآلية أو اتجاه عملها أو اتجاه تأثيرها الاجتماعي.
5. نقص الثقة في تعلم استخدام الحواسيب الآلية.
6. ضعف التحكم المعرفي والكفاءة والفعالية في استخدام الحواسيب الآلية.
7. ضعف التنبؤ بنجاح المهمة.
8. انخفاض دافعية الهدف الداخلي. (زيدنر وماثيوس، عبدالله وعبد المنعم، 2016، ص ص 48-49)

7. مستويات القلق النفسي: يحتوي القلق على ثلاثة مستويات وهي كما يلي:

1.7. المستوى المنخفض للقلق:

يساعد هذا النوع من القلق الفرد في مجابهة المواقف السلبية والأخطار وشبكة الوقوع بحيث يزداد تيقظه وتحفزه ويصبح حساساً لأي حدث خارجي ويكون الفرد في هذه الحالة لديه القدرة على مقاومته ومجابهته (فرج، 2009، ص 145).

يعتبر عادة هذا النوع من القلق عادياً وصحياً وضرورياً فهو يساعد على التطور الإيجابي والإنجاز.

2.7. المستوى المتوسط للقلق:

يصبح الفرد فاقدا للسيطرة نوعا ما على استجاباته، حيث يفقد السلوك مرونته في المواقف المختلفة ويحتاج إلى المزيد من الجهد للمحافظة على السلوك المناسب في المواقف المتعددة (نقلا عن بنات، 2018، ص 15).

3.7. المستوى المرتفع للقلق:

يتأثر التنظيم السلوكي للفرد بصورة سلبية أو يقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة للمواقف المختلفة، ولا يستطيع الفرد التمييز بين المثيرات الضارة وغير الضارة، ويرتبط ذلك بعدم القدرة على التركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي (نقلا عن بنات، 2018، ص 15).

8. مركبات القلق: يتكون القلق من ثلاثة مستويات وهي:

1.8. المستوى الجسدي: يظهر على شكل أعراض متنوعة منها الصداع والتوتر العضلي واضطرابات الدورة الشهرية، وآلام المعدة... الخ.

2.8. المستوى السلوكي: تغير سلوك الفرد بدرجات مختلفة وهذا راجع لنوع المواقف المسببة للقلق، ونوع القلق ومن بين هذه السلوكيات نذكر عدم خروج الفرد من المنزل إلا برفقة أحدهم، القيام بطقوس معينة... الخ.

3.8. المستوى النفسي: حيث يشعر المريض بالقلق ومشاعر أخرى غامضة.

إن للمركبات الثلاث دور مهم في نشوء واستمرار القلق وهذا باعتبار أن اضطراب القلق عبارة عن ازدياد لردود الفعل الطبيعية. (بارديس وآخرون، رضوان، 2009، ص ص 37-38)

9. مراحل القلق النفسي ووظائفه:

لا يقع الفرد فريسة لاضطراب القلق دفعة واحدة، وقد قام دافيد شيهان بتقسيم القلق إلى مراحل وهي:

1.9. مرحلة النوبات:

تكون بداية القلق عن طريق حدوث نوبات قصيرة تحدث فجأة دون سابق إنذار، ومن أهم هذه العلامات هي: الدوخة، الإغماء أو الدوار، الشعور بفقدان التوازن، صعوبة في التنفس، خفقان في القلب، آلام في الصدر أفعال قهرية، أفكار قهرية... الخ.

2.9. مرحلة الهلع:

تختلف هذه النوبة من شخص إلى آخر وقد تصل إلى أربع نوبات في الأسبوع أو تقل، وتبدأ موجة الهلع شديدة لدرجة أن الأشخاص الذين يمرون بها تظل عالقة في أذهانهم حتى بعد مرور فترة زمنية عن حدوث النوبة.

3.9. مرحلة توهم المرض:

تسيطر على الشخص فكرة أنه مريض، وبالتالي يقوم بزيارة الأطباء وإجراء التحاليل، وما يميز هذه المرحلة لدى مرض القلق أن المريض يظل مهتماً بسلامة عضو معين، وقد ينتقل تفكيره واهتمامه من عضو لآخر.

4.9. مرحلة المخاوف المرضية المحدودة:

يصاب مريض القلق في الغالب بنوبات متكررة من المخاوف، بحيث تكون هذه المخاوف غير متوقعة ومع كثرة الأشياء التي أصبح يخاف منها المريض ويتجنبها ويخشاه، تشتت قدرته الذاتية ويشعر أنه عاجز ويحاول إقناع نفسه بأن الشيء الذي يخشاه لن يضره، وتتعدد لديه المخاوف، وفي هذه المرحلة يحاول الشخص أن يجعل الالمحدود محدوداً، واللامعين معين، والهائم مقيد.

5.9. المرحلة المرضية الاجتماعية:

إن كثرة المخاوف والأفكار التي تراود المريض هي في الغالب أفكار متشائمة وتصور واقعي من وجهة نظر المريض كما أنها مدمرة للذات وللآخرين وللعالم.

6.9. مرحلة تجنب الشامل بسبب المخاوف المرضية:

تتزايد المخاوف ويصبح الفرد يخاف من كل شيء، وهذا لأن كل شيء أصبح خطراً ومهدداً وغير مأمون العواقب.

7.9. مرحلة الاكتئاب:

نتيجة لكثرة الأشياء التي يخشاه ويخاف منها الشخص، ونتيجة شلله الاجتماعي وانقطاع الاتصال بينه وبين الآخرين تنتابه موجة من الاكتئاب وتفكير في الانتحار.

فالقلق لا يصاب به الفرد مرة واحدة بل تظهر عليه الأعراض في مراوغة وصمت، ولذا فإن إدراك هذه العلامات قد يمنع من تفاقم الأمر. (شيهان، شعلان، 1988، ص 31-86)

10. آلية عمل القلق:

عند التعرض للفرد للمواقف المقلقة فإن القلق يظهر على شكل أعراض سلوكية وانفعالية وجسمانية ومعرفية، وعادة ما تختلف هاته الأعراض من فرد لآخر، ولا تكون جميعها متشابهة.

يعتبر القلق النفسي ميزة تطورية، لكونه نظاماً للحذر الشديد واليقظة، فيجعل أي شخص يتوقف ويتحقق ما يحيطه، فيبدأ بالبحث عن التهديدات الموجودة ومصادر الخطر.

وبالنسبة للشخص القلق فإن جهاز إنذاره ينطلق عادة عندما لا يكون هناك سبب حقيقي يستدعي توخي الحذر، ويرجع عادة هذا الأمر إلى كون أن أنظمة القلق تكون أكثر حساسية أو عدم إدارة القلق بشكل

جيد مثل تجنب الأشياء المقلقة؛ وبالتالي يساهم في استمرار القلق على المدى الطويل.

عادة ما يشعر الناس بالقلق عندما يخرجون من منطقة راحتهم، بينما تجنب الخروج من منطقة الراحة سيؤدي بهم في نهاية المطاف إلى حياة أقل اكتمالا، وتكمن المشكلة الحقيقية في وصول القلق إلى النقطة التي يسبب فيها الشلل في التفكير، وتكمن مصائد القلق الخمس فيما يلي:

1. التردد قبل اتخاذ القرار.

2. التفكير الطويل.

3. الانزعاج من التغذية الراجعة.

4. النقد.

5. التهرب والتسويف.

تعتبر مصائد القلق ذاتية الاستدامة وتولد المزيد من التوتر (بويس، 2017، ص ص 08-10)، فلكل منا منطقة راحة تجعل الفرد مرتاحا وهادئا لكن البقاء فيها مطولا تحد من قدرة الفرد على التطور والنجاح، وهذا ما ينطبق على الشخص القلق الذي يتجنب المواقف المقلقة مثل تغيب الطالب عن الدراسة بسبب القلق يجعله يحس بالراحة لفترة مؤقتة لكن تكراراتها تؤثر بالسلب عليه من خلال تأخره في الدراسة وكثرة غيابه، كما أن القلق يصل إلى ذروته.

11. أساليب التفكير عند الشخص القلق:

حدد المعالجون السلوكيون المعرفيون عددا من الأساليب الخاطئة في التفكير، كما أشاروا بأن هذه الأساليب تسبق ظهور الاضطرابات النفسية والعقلية المختلفة التي قد يعاني منها بعض الأفراد، ولقد أحصى (Mayer & Deitsch, 1996) ستة أساليب منها منتشرة في حالات القلق والتي تتمثل فيما يلي:

1.11. التفكير الكارثي:

يميل تفكير الفرد نحو افتراض بأن الموقف ينذر بكارثة أو خطر أو تهديد.

2.11. التأويل الشخصي لما هو سلبي:

يتصرف مرضى القلق في معظم الأحيان وكأن الأحداث الخارجية التي تجري من حولهم لها علاقة وطيدة بهم شخصيا، فيعتقدون أن ثمة خطرا كامنا لهم قد يصابون به، بالإضافة إلى أنهم يضعون أنفسهم موضع المسؤولية واللوم عندما تحدث بعض المشكلات اليومية بما فيها بعض الصراعات الاجتماعية مع زملاء العمل أو الأفراد أو الأسرة.

3.11. التهويل والتهوين:

يركز مرضى القلق على مثيرات معينة في الموقف مثل تركيز الأم على حدوث مكروه لابنها أثناء غيابها عن المنزل وفي نفس الوقت تستبعد المثيرات الإيجابية في الموقف مثل أن الابن بخير ومع أصدقائه.

4.11. تجاهل السياق والتجريد الانتقائي:

ينحصر اهتمام المرضى النفسيين غالباً بعناصر التهديد في الموقف، ولكنهم يتجاهلون السياق بأن التهديد المثير للتوتر والقلق قد حدث في سياق آخر وفي ظروف أخرى ومع أشخاص آخرين وفي أوقات مختلفة.

5.11. الاستنتاج المتعسف:

يميل القلقون إلى القفز من النتائج الموضوعية إلى النتائج الكارثية غير مؤكدة موضوعياً، وبالتالي يصلون لاستنتاج لا يتناسب مع هذه البيانات مثل إحساس مريض القلق بأنه سيصاب بنوبة قلبية بمجرد تسارع ضربات القلب.

6.11. المبالغة في التعميم:

يميل القلقون إلى الاعتقاد بأن ما حدث لهم من قبل سيحدث لهم في المستقبل، وهذا جزء من منظومتهم المعرفية التي تجعلهم في توقع دائم بحدوث الأسوأ لهم. (عبد الستار، 2008، ص 67-69)

يعتبر تفكير الفرد عاملاً أساسياً في تعامله مع المواقف سواء بشكل سوي أو مضطرب، فالشخص القلق لا يتعامل مع المثيرات المقلقة بحكمة وهذا راجع لأسلوب تفكيره غير السوي، وهذا ما توصلت إليه الدراسات والأبحاث والتي حاولوا من خلالها تحديد أهم أساليب التفكير المضطربة لدى الشخص القلق، لهذا يركز المعالجون المعروفون السلوكيون على تحديد أساليب التفكير من أجل تعديل الأفكار غير المنطقية فيما بعد.

12. اختلاف الثقافة وتأثيرها على اضطراب القلق:

تعتبر الأعراض الجسمية من أكثر الأعراض ظهوراً مقارنة بالأعراض النفسية، وعلى الرغم من هذا فإن هناك اختلافاً في وصف القلق في مختلف اللغات حيث تستخدم عبارة "القلب غير مرتاح" في لغة اليوروبا للدلالة على القلق.

كما ظهر الكورو في المناطق الآسيوية وخاصة الصين، بحيث يعتبر أكثر شيوعاً عند الرجال وهو يشبه اضطراب الهلع، ويطلق على الكانتونيون "سوك-دونغ" أي بمعنى انكماش القضيبي، فنوبات القلق الحاد تدوم من 30 دقيقة إلى يوم أو يومين عند حدوثها، ويشتكى المريض من أعراض خفقان القلب، التعرق، ألم وارتعاش ويكون المريض على اقتناع بأن قضيبي سينكمش.

انتشرت أشكال موازية للرهاب الاجتماعي في الشرق خاصة اليابان والذي عرف بـ "تايجين كيوفوشو"

أو رهاب العلاقات الشخصية. (خضر، 2022، ص 87-88)

أما في اليابان فانتشر اضطراب عرف بـ *Taijin Kyofusho* وهو يشبه اضطراب الهلع ونجمه عند السكان الأصليين في غرب جرينلاند. كما ظهر اضطراب معروف بـ *Shenkui* وهو ناجم عن القلق الشديد من فقدان الحيوانات المنوية وهي موجودة في الصين وهي تشابه مع أعراض أخرى موجودة في الهند وسريلانكا ومن أشكال اضطرابات القلق هناك أيضا *Susto* والمتعلقة بالخوف الشديد من خروج الروح من الجسد وتتواجد هذه المتلازمة في أمريكا اللاتينية، كما ذكر الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات النفسية أن نسبة انتشار القلق يختلف من مجتمع لآخر مثل تايوان واليابان تعتبران من البلدان التي تشهد معدلات منخفضة من القلق ويعود هذا لمستوى الضغط النفسي والعلاقات الاجتماعية وانتشار الفقر ناهيك عن عدم الإبلاغ بالإصابة بالمرض النفسي والذي يرجع إلى الخوف من وصمة العار التي قد تلحق بالمريض نتيجة طلبه الاستشارة والإفصاح عن اضطرابه. (كرينج وآخرون، الحويلة وآخرون، 2016، ص ص 360-361)

كما أن معدلات انتشار اضطراب القلق في أمريكا وأوروبا تتقارب بشكل عام، وأظهرت الدراسات التي أجريت بأن هناك تباين من حيث انتشار أنواع اضطرابات القلق، ففي الولايات المتحدة وأوروبا وجد ارتفاع لاضطراب الهلع واضطراب قلق الانفصال والرهاب المحدد خلال 12 شهرا مقارنة بالاستطلاعات التي أجرتها *AWOPD* مقارنة مع الوسواس القهري واضطراب القلق العام، كما تم تسجيل معدلات أدنى في آسيا وإفريقيا بشكل ثابت ولا تزال أسباب التباين غير واضحة على الرغم من وجود قيود على القياس، بالإضافة إلى الافتقار من صلاحية أو دقة معايير *DSM IV-R*، ووجد الباحثون عدم تطابق بين معايير الدليل التشخيصي الإحصائي والظواهر المحلية للاضطراب في سياق معين. (Férandez & al, 2011, P 366)

بالرغم من أن القلق ظهر منذ القدم، إلا أن هناك اختلافا واضحا من حيث تسميته لهذا حاول الأطباء النفسانيون توحيد أعمالهم من خلال وضع دليل تشخيصي إحصائي تحدد فيها المعايير التشخيصية لكل اضطراب، والمتتبع للتراث النفسي يجد أن هناك تطورا واضحا في اضطراب القلق سواء في معاييره أو أنواعه وبالرغم من هذا فإن للثقافة دور كبير في تحديد المعايير التشخيصية ونسبة انتشار اضطرابات القلق.

13. الانعكاسات السلبية للقلق:

إن القلق الشديد يعوق الفرد عن العمل والعكس صحيحا، فالقلق الخفيف في الواقع مفيد؛ حيث يؤدي إلى اتخاذ إجراءات سريعة في مواجهة التهديد ويساعد الفرد في أن يكون متيقظا في المواقف الخطرة، فالقلق مهم جدا في حياة الفرد إذ يساعده على تحقيق الجودة في أدائه، إلا أنه قد يضره في حالة انخفاضه كثيرا ويجعله يتعرض لخطر الإهمال، أما إذا ارتفع كثيرا يجعله مرتبكا وغير قادر على أداء عمله وواجبه.

وتوصلت دراسة أجريت على الجنود الأمريكيين أن الجنود غير المدربين أظهروا قليلا من الخوف وكانوا يهتملون إجراءات الأمان، وبعدها تعرضوا لموقعة حربية أصبحوا أكثر تيقظا وبدءوا في إظهار الخوف، وقاموا بعدد

أقل من الأخطاء. (ويليس وماركس، فضلي، 1997، ص ص 37-38)

كما يؤدي القلق المزمن إلى نتائج صحية سيئة وزيادة معدلات الإصابة بالأمراض والوفيات القلبية والوعائية ويؤثر القلق بشكل سلبي أيضا على الجانب الاقتصادي والشخصي مع زيادة الإصابة بالأمراض، وعادة ما تبدأ معظم اضطرابات القلق في مرحلتها الطفولة والمراهقة (Weinrmane & Wiens, 2011 , p05).

أشار كل من بيركس ودودسن (Yarkes & Dodson, 1908) إلى أن العلاقة بين القلق والأداء ليست علاقة مستقيمة أو بسيطة، وإنما هي علاقة منحنية تأخذ شكل N، ويعني هذا بأن القلق إلى حد معين يكون دافعا للأداء الجيد، لكن عندما يتجاوز هذا الحد المعين يكون له تأثير سلبي على الأداء.

(الكحيمي، حمام، ومصطفى، 2003، ص 332)

يرى سولفيان (Sillvian, 1953) أن القلق في أي سن يعد عاملا معوقا في التنظيم، كما وجد مكاند ليس وكاستنادا (1956) أن القلق يضعف من الوظائف العقلية للطفل، وكذلك من قدرته على الانتباه وأن جهوده تتحول نحو مواجهة مشكلاته بحيث يجد نفسه قاصرا على التعامل مع واجباته الأخرى بنجاح.

كما وجد (Cotler, 1969) أن تلاميذ الصف الرابع في السادس الابتدائي القلقين يجدون صعوبة بالقراءة الشفهية، ومن آثار القلق كذلك هو عدم القدرة على التكيف وهذا ما أثبتته الدراسات، حيث وجدت أن الأطفال القلقين لديهم صعوبة في التكيف مع زملائهم والذي يظهر في عدم الاستقرار ونقص الانتباه وعدم الجلوس بشكل هادئ كما يؤثر القلق أيضا على مفهوم الذات حيث وجدت ليزيت (Lipsitt, 1985) في دراستها التي أجرتها على 300 طفل في الصف الرابع والخامس والسادس الابتدائي أن الأطفال ذو مفهوم الذات الموجب أقل قلقا مقارنة بغيرهم. (الزعيبي، 2010، ص ص 49-50)

كما يؤدي القلق المرضي إلى:

1. ضعف القدرة على التحكم والانسجام.
2. اضطراب التفكير والشعور بالذنب والنقص والتشاؤم والسخط على العالم.
3. الإصابة بمرض السكري والاعتداء والانتحار والطلاق والعنف ضد الأطفال والضعفاء.
4. الهروب من الهموم والمخاوف من خلال اللجوء إلى وسائل التسلية واللهو.
5. الشعور بالضعف وحرصهم على حياة تتميز بالسلامة والانتظام والأمن مما يجعلهم فريسة سهلة للوقوع في المخاوف.
6. تبني فلسفة تشاؤمية، ويتنبأهم الخوف والشك عند الرغبة في القيام بأعمال مماثلة أو تواجههم في مواقف مشابهة.

7. الاستسلام للقلق والانطواء على النفس والعجز والتأثير على مجريات الأحداث وتختلف درجات الاستيعاب والانطواء من اللجوء إلى عالم الخيال والسلبية إلى عدم الاهتمام بأحوال الناس من حوله مما يجعله لا يرى مشاكله بطريقة صحيحة.
 8. لجوء بعض الأشخاص القلقين إلى الاعتماد على بعض الأفراد القويين ومن يثقون بهم، وبالتالي يخشى هذا النوع من الأشخاص القلقين الاستقلالية والاعتماد على نفسه لأنهم غير قادرين على اتخاذ القرار.
 9. يفقد الفرد السيطرة على نفسه ويصبح في حالة خوف.
 10. ضعف قدرة الإنسان على إدراك المواقف المعقدة والإحاطة بها والاستجابة لها بفعالية.
 11. إهمال فرص التطور والنمو الشخصي والانفتاح نحو الخارج والاندماج مع المحيط.
 12. تفكك الشخصية وتحللها؛ وبالتالي تضعف البصيرة وتشوه المعالم التي يهتدي بها الإنسان نحو أهدافه.
- (بن علو، 2002، ص ص 130-137)

يؤدي القلق إلى العديد من الآثار السلبية بالرغم من أنه قد يكون أحيانا مفيد في حياة الفرد؛ وهذا يتوقف على مستوى القلق فمثلا الطالب المقبل على الامتحان لا يمكن أن يحضر له بشكل جيد إلا إذا شعر بمستوى مقبول من القلق فيحفزه من أجل التحضير والحصول على علامات مرتفعة في الدراسة، ويحدث العكس في حالة ما إذا كان القلق المنخفض جدا فيؤدي إلى الإهمال واللامبالاة؛ أما إذا كان القلق مرتفع فينجم عنه العجز في التذكر وعدم القدرة على حل المشكلات، وللقلق انعكاسات عدة على شتى الميادين والمجالات، فالقلق لا يؤثر فقط على الدراسة وإنما حتى على الجانب الصحي والعقلي والاجتماعي والاقتصادي، كما يمس جميع شرائح المجتمع.

14. تشخيص القلق النفسي:

1.14. مفهوم التشخيص:

التشخيص عملية مهمة في العلاج النفسي، فهي عملية معقدة متشعبة تساهم في التعرف على شخصية المريض والكشف عن الأسباب والأعراض المرضية، ويهدف التشخيص إلى الحصول على التعرف على العمليات المرضية ونوعية الاضطراب العضوي أو الوظيفي، ويفيد التشخيص الدقيق في الاختيار السليم لطريقة العلاج التي تناسب مع الاضطراب، وقد يكون التشخيص سهلا في حالة خبرة المعالج، ويحتاج التشخيص خاصة التشخيص الفارقي إلى تدريب متخصص ذي مستوى عال، وكلما كان اكتشاف وتشخيص الاضطراب مبكرا كلما كانت هناك فرصة لنجاح العلاج. (الخواجة، 2010، ص ص 128-129)

فالطبيب يجب أن يحصل على وصف متكامل من المريض لحالته قبل نشأة الأعراض وقد يستلزم ذلك ذلك معرفة الظروف الاجتماعية وجو الأسرة، وطبيعة العمل والمضايقات المتعلقة به، وكذا طموحات المريض وبالدرجة الأولى من الأهمية وجبت معرفة حدوث أي إخفاق على صعيد الدراسة أو العمل أو العلاقات العاطفية

والاجتماعية والأسرية، وتتمثل الخطوة الثانية في التأكد من أن الأعراض التي يشكو منها المريض ناشئة عن القلق وليس من مرض عضوي، ويتم الكشف عن ذلك من خلال إجراء فحوصات طبية لإثبات عدم وجود أسباب عضوية للشكوى وعلى الطبيب أن يميز بين القلق والاكتئاب وسائر الأمراض التي تعطي أعراضاً وعلامات مشابهة. (مختار، 2019، ص 55)

ففي بعض المرات يكون القلق كأول عرض يشتكي منه المريض المصاب بمرض عضوي وهذا راجع للمخاوف المصاحبة للمرض فإذا كانت الأعراض الجسدية غير محددة قد يخطئ البعض ويعزوها إلى القلق، كما أن هناك بعض المرضى قد ينسون ذكر بعض الأعراض الجسدية إذالم يتم سؤالهم عنها من قبل الفاحص ويحدث ذلك عندما يكون لدى المريض سببا خاصا يجعله يخشى الإصابة بمرض خطير. (خضر، 2022، ص 17)

ويرى (Beesdo, Knappe & Pine, 2011) أن مرحلتي الطفولة والمراهقة هي الأخطر وهذا راجع لتطور أعراض ومتلازمات القلق التي قد تتراوح من الأعراض الخفيفة إلى القلق الكامل، كما أن التمييز بين القلق الطبيعي والمرضي صعب جدا لدى الأطفال لأنهم عادة ما يظهرون الكثير من المخاوف والقلق في فترة نمائهم لذلك فإن تشخيص القلق عند الأطفال خاصة الأصغر سنا ليس بالشئ السهل لأنهم يجدون صعوبة في الإدراك والتعبير في العواطف والتجنب لذلك يجب مراعاة المهارات اللغوية والإدراك والفهم العاطفي عند عملية التقييم. (Beesdo & al, 2011, P.P 1-2)

جدول رقم (04): القلق والمخاوف المعيارية في الطفولة والمراهقة

العمر	النمو المشروط في فترات الخوف والقلق	الأعراض النفسية المرضية ذات الصلة	اضطرابات القلق المقابلة في DSM-IV
في الأسابيع الأولى	الخوف من الخسارة مثل الاتصال الجسدي بمقدمي الرعاية		
0-6 أشهر	المحفزات الحسية البارزة		
06-08 أشهر	الخجل، قلق الغرباء		اضطراب قلق الانفصال
12-18 شهر	قلق الانفصال	اضطرابات النوم، الذعر الليلي، نوبات الهلع السلوك المنحرف المعارض.	اضطراب قلق الانفصال نوبات الهلع
02-03 سنوات	مخاوف من الرعد والبرق	البكاء، التشبث	الرهاب المحدد (النوع

والنار والماء، الظلام والكوابيس الليلية.	الانسحاب، التجمد الهروب للبحث عن الأمن والاتصال الجسدي، تجنب المحفزات البارزة مثل تشغيل الضوء.	البيئي)، اضطراب الهلع.	
05-04 سنوات	الخوف من الموت والموتى	اضطراب القلق العام نوبات الهلع.	
07-05 سنوات	الخوف من مواضيع معينة (الحيوانات، الوحوش الأشباح) الخوف من الجراثيم أو الإصابة بأمراض خطيرة. الخوف من الكوارث الطبيعية والخوف من الأحداث المؤلمة مثل التعرض للحرق أو الاصطدام بالسيارة أو الشاحنة. قلق المدرسة وقلق الأداء	الرهاب المحدد. اضطراب الوسواس القهري. الرهاب المحدد (النوع البيئي)، اضطراب الإجهاد الحاد، اضطراب ما بعد الصدمة، اضطراب الإجهاد، اضطراب القلق العام. اضطراب القلق الاجتماعي.	
18-12 سنة	الرفض من الأقران	اضطراب القلق الاجتماعي.	

المصدر: Beesdo & al, 2011, P29

2.14. التشخيص الفارقي:

لا بد من التفريق بين القلق كاضطراب حيث يعتبر القلق كعرض أساسي فيه وبين القلق كعرض ثانوي مصاحب للعديد من الاضطرابات النفسية ومن أهم هذه الاضطرابات نذكر:

1. اضطرابات عصبية: مثل الهستيريا بنوعيتها التحولية والانشقاقية، وكذلك الاكتئاب والوهن النفسي المزمن وعصاب الحوادث، والتوهم المرضي.

2. اضطرابات ذهانية:

1.2. اضطرابات الاكتئاب الجسيم: عادة ما يبدأ بأعراض قلق وتوتر ومخاوف وكثرة الحركة مما يجعل الطبيب يتجه في تشخيصه إلى القلق.

2.2. اضطراب مزاجي ثنائي القطب: سواء في نوبات المرح أو الاكتئاب ويكون مصحوبا بأعراض قلق واضحة وأحيانا تكون ظاهرة وواضحة أكثر من الأعراض الأخرى.

3.2. الفصام: خاصة فصام المراهقة، فهذه الأنواع تبدأ بأعراض قلق وأعراض عصبية وذهنية غامضة مما يجعل التشخيص صعبا إلى حد ما، وكثير من هؤلاء المرضى يعالجون لمدة طويلة على أنهم مصابون بقلق نفسي حتى تبدأ أعراض الفصام في الظهور، وهنا يتبين بأن أعراض القلق السابقة كانت بداية تمهيدية لظهور الفصام.

3. أمراض عضوية:

1.3. أورام الغدة الكظرية (ورم القواتم Pheochromocytoma): يكون المريض معرضا لنوبات عرضية من قلق حاد، ارتفاع ضغط الدم، شحوب في اللون، وزيادة السكر في الدم.

2.3. زيادة إفراز الغدة الدرقية: يظهر التوتر العصبي والقلق النفسي وسرعة التأثر والتهيج مع ارتجاف في الأطراف، ارتفاع ضغط الدم، التعرق الساخن، وجحوظ العينين.

3.3. تصلب شرايين المخ: يظهر عند المسنين من خلال سرعة التأثر والغضب لأتفه الأسباب، مع القلق الشديد، كثرة الحركة، اضطراب الذاكرة خصوصا للأحداث القريبة.

4.3. داء باركنسون.

5.3. نقص السكر في الدم.

6.3. الحميات.

7.3. ارتجاج المخ.

8.3. سن اليأس.

9.3. الفترة السابقة للطمث عادة ما تكون مصحوبة بأعراض قلق ظاهر.

10.3. مرض تدلي الصمام الميترالي في القلب Mitral valve prolapse حيث يصاحبه اضطراب القلق والهلع في حوالي 15-20 %.(عكاشة، المساري، نجم، والجدي، 2017)

كما وضعت الجمعية الأمريكية لعلم النفس معايير تشخيصية محددة لكل نوع من اضطرابات القلق التي تساهم في عملية التشخيص والتصنيف، بالإضافة إلى التشخيص الفاريقي لكل اضطراب من أجل التشخيص الدقيق ومنع أي التباس للمختصين أو الأطباء النفسيين.

15. مقاييس القلق النفسي:

1.15. الطرق الإسقاطية:

يقوم الفاحص بعرض مثيرا غامضا على المفحوص ويطلب منه تفسيره وهذا بعد إعطاء التعليمات بكل رائر ومن أهم الاختبارات الإسقاطية نجد:

1.1.15. اختبار رورشاخ:

نشأ هذا الاختبار في سنة (1920) من طرف العالم السيكتري السويسري هيرمان رورشاخ، وهو عبارة عن بقع حبر مختلفة الأشكال لعشرة ألواح، تقدم للمفحوص الواحدة تلو الأخرى، ومن خلال هذه الألواح تقدم له تعليمة خاصة.

2.1.15. اختبار تفهم الموضوع:

نشأ الاختبار سنة (1935) من طرف الدكتور الأمريكي "هنري موراي"، ويتكون هذا الاختبار من 31 لوحة تشمل مشاهدة وضعيات مختلفة وعلى ظهر كل لوحة رقم يشير إلى ترتيبها من ضمن اللوحات الأخرى للرائز وكذلك وجود أحرف باللغة الانجليزية تشير إلى الفئة التي تنتمي لها اللوحة، وتعطى للمفحوص الواحدة تلو الأخرى وتقدم له التعليمة، ويقوم المفحوص بنسج قصة حول اللوحة التي تقدم له ومن خلالها يسقط أحاسيسه ومخاوفه ومكبواته.

يعتبر هذان الاختباران من أهم الاختبارات الإسقاطية المستخدمة في الدراسات والبحوث الإكلينيكية فمن خلالها يمكن التعرف على العالم الداخلي للفرد من خلال استثارته باستعمال اللوحات الخاصة لكل اختبار فيسقط الفرد مخاوفه وقلقه ومشاكله، وعادة ما يتم استخدام الاختبارين معا إلا أنه يستلزم باحثا أو مختصا متمكنا ومتدربا لكي يستطيع تطبيق وتفسير الاختبار بشكل جيد.

2.15. الطرق الموضوعية:

في هذه الطريقة يتبع فيها مصمم الاختبارات بأسلوب الاستعانة بتقارير عن سلوكيات الفرد إذ يقوم

بوضع عبارات أو أسئلة تشمل الموضوع أو المظاهر المختلفة للسمة المراد قياسها منها الاستبيان، وهذه الطريقة قد اكتشفت خلال الحرب العالمية الأولى من طرف العالم "وود وارت Wood Wort" الذي وضع مجموعة من الأسئلة تشبه التي يضعها الأخصائيون النفسيون لفحصهم من الناحية الانفعالية.

(الطيب، 2015، ص ص 296-297)

ومن أهم الاختبارات الموضوعية نذكر:

1.2.15. قائمة بيك للقلق (BAI): يعتبر من أهم المقاييس الشائعة في الاستخدام بحيث يتكون من 21 بنداً بأسلوب التقرير الذاتي لقياس أعراض القلق، ويستغرق تطبيقه من 05 إلى 10 دقائق (دوريس ودويسن، عسكر، 2015، ص 96).

2.2.15. مقياس هاملتون لتقدير القلق: يعتبر من أكثر المقاييس شهرة واستعمالاً، لكونه يقيس شدة القلق بالإضافة إلى أنه مصمم على شكل مقابلة، ويستغرق عادة تطبيقه ما بين 15 إلى 20 دقيقة (دوريس ودويسن، عسكر، 2015، ص 97).

3.2.15.. قائمة هوبكنز للأعراض (HSCL-25): هي عبارة عن استبيان ذاتي يستغرق تطبيقه من 5 إلى 10 دقائق، يحتوي على 25 عبارة على مقياس ليكرت رباعي (لا على الإطلاق، قليلاً، قليلاً جداً، كثيراً)، ويتم تصحيحها عن طريق إعطاء درجات (1، 2، 3، 4) على التوالي، وتتكون القائمة من بعدين بحيث يحتوي البعد الأول على 10 عبارات وهي تقيس القلق، ويحتوي البعد الثاني على 15 عبارة تقيس الاكتئاب. (Barraganàn, Martin, Fortàn, Landesa, Closas, Llibera, & Blàzques, 2021, p 03)

4.2.15. مقياس القلق القائم على تقدير المريض لذاته (The patient Rated Anxiety Scale):

ينقسم المقياس إلى نصفين حيث يقيس النصف الأول شدة مرض القلق ومن خلاله يصف المريض مشاعره وأحاسيسه خلال الشهور الستة الأخيرة وخصوصاً حين كان في أسوأ حالاته، أما النصف الثاني فيستخدم لقياس مستوى القلق (شيهان، شعلان، 1988، ص ص 143-144).

5.2.15. مقياس خاصة - الحالة للقلق (STAI): يقيس الميل الداخلي للقلق مع الاستجابة الحالية له، تم تطوير هذا المقياس سنة 1960 وتمت مراجعته من طرف (Spielberger & al, 1983)، وهو يميز بين نوعين من القلق هما قلق الحالة وقلق الخاصة، يتكون المقياس من 20 فقرة يقيس قلق الحالة و 20 فقرة تقيس قلق الخاصة، ويستغرق تطبيقه أقل من 10 دقائق. (بولنج، حشمت، 2008، ص 250)

6.2.15. مقياس قلق الموت: هناك عدة مقاييس فيما يخص قلق الموت ومن أهمها:

1. مقياس الخوف من الموت كوليت ليستر (Collet Lester fear for death (1969) scale (FOPS)).

2. مقياس ليستر للاتجاه نحو الموت (1974) The Lester attitude toward death scale
 3. مقياس الانشغال بالموت لديكستان (1972) Death concern scale
 4. مقياس متعدد الأبعاد للخوف من الموت لهولتر (1979) Multidimensional Fear of Death Scale (MSFDS).
 5. اختبار قلق الموت لكونت (1982) (DAQ) Death Anxiety Questionnaire
 6. مقياس قلق الموت لدونالد تمبلر (1967) (DAS) Death Anxiety Scale
 7. مقياس قلق الموت (1982) (Hope Mercell & Robet, 1982) (DAS) Death Anxiety Scale
- (عثمان، 2001، ص 74-75)

7.2.15. قياس القلق الإكلينيكي (CAS) سنث وآخرون (1982): تم تطويره من طرف "HAS"، يركز بوضوح على أعراض القلق، ولا يقتصر استخدامه على المرضى الذين يعانون من تشخيص اضطراب القلق. (خضر، 2022، ص 106)

8.2.15. اختبار زونج للقلق: يقيس الاختبار الأعراض النفسية والجسدية للقلق ويتضمن 20 عبارة، ويحتوي على أربع بدائل (نادرا، يحدث أحيانا، يحدث كثيرا، يحدث دائما)، ويتكون الاختبار من عبارات إيجابية وعبارات معكوسة (ربيع، 2014، ص 576).

9.2.15. مقياس القلق والاكتئاب في المستشفى - القلق (HADS-A): Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety

تم تطوير المقياس بشكل موجز لقياس الأعراض العامة للقلق والخوف، ويهدف هذا المقياس إلى فحص القلق والاكتئاب لدى المرضى المصابين بأمراض عضوية، ويحتوي هذا المقياس على عناصر محددة لتقييم القلق العام بما في ذلك التوتر والقلق والخوف والذعر وصعوبات الاسترخاء والأرق، ويتكون المقياس من سبعة عناصر. (Julian, 2014, p 05)

تشهد المقاييس والاختبارات النفسية تطورا واضحا في مجال البحث والفحص والتشخيص النفسي وبالأخص اضطرابات القلق النفسي، بالإضافة إلى أنها تحتوي على العديد من الأنواع لهذا نجد العديد من مقاييس القلق التي تهتم بقياس نوع محدد من القلق مثل مقياس قلق الامتحان، مقياس قلق المستقبل،... الخ.

16. علاج القلق:

تنوع العلاجات الخاصة بالقلق حيث يتم تحديد العلاج الأنسب للمريض من خلال أخذ المعالج عدة اعتبارات في تحديد العلاج المناسب، ومن أهمها سن المريض والظروف المحيطة به بالإضافة إلى نوع القلق وشدة أو درجته، ومن أهم العلاجات المستخدمة في علاج القلق هي:

1.16. العلاج الجراحي:

نادرا ما يستخدم هذا النوع من العلاج ما عدا بعض حالات القلق النفسي المصحوبة بالتوتر الشديد والاكتئاب التي لا يستجيب فيها المريض للعلاج النفسي الدوائي أو السلوكي مما تنعكس سلبا على حياة المريض وهنا يستوجب التدخل الجراحي في المخ من أجل تقليل شدة القلق والتوتر، وفي هذه العملية تقطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والتلاموس أو تقطع الألياف الخاصة بالإنفعال الموجود في المخ الحشوي فتتوقف الدائرة الكهربائية الخاصة به ويصبح الفرد غير قابل على الانفعال.

توصلت الأبحاث إلى أن مرضى القلق النفسي الذين لديهم ضغط منخفض يتحسنون بالعلاج الكيميائي أما مرضى القلق ذووا ضغط الدم المرتفع يتحسنون من العلاج بالجراحة أكثر إذا ما تمت مقارنته بنتائج العلاج الكيميائي. (علي، 2010، ص 202)

2.16. العلاج الدوائي:

يعتبر العلاج الدوائي من أهم العلاجات النفسية للقلق خاصة وأن له فاعلية وتأثيرا ملحوظا وسريعا ولقد بينت الدراسات أن الأدوية تعمل على تنشيط الجسم الأزرق التي تزيد من ارتفاع القلق والعكس صحيح فالأدوية التي تعمل على تحفيز مستقبلات السيروتونين Serotonin Agonists تزيد من مستوى القلق بينما مضادات السيروتونين Serotonin Antagonists تقلل منه، ولقد أشارت النتائج إلى وجود أكثر من نوع من مستقبلات السيروتونين تعمل بطريقة مضادة للقلق، بينما يؤدي تنشيط البعض الآخر من المستقبلات إلى إزالة القلق مثل 5-HT_{1a}، وأشارت النتائج إلى أن عقار البوسبيرون Bupiron المعروف تجاريا باسم بوسبار Buspar بأنه يعمل على مستقبلات السيروتونين Antiseotnergic التي تؤثر على أعراض القلق وتقوم بإزالتها. (عبد القوي، 2018، ص 117)

وتختلف الأدوية النفسية من مريض لآخر وهذا راجع لاعتبارات عدة أهمها نوع الاضطراب، سن المريض الحالة الصحية... الخ، والجدول التالي يوضح أهم العلاجات الدوائية المناسبة لكل اضطراب.

الجدول رقم (05): العلاجات المناسبة لاضطرابات القلق

نوع الاضطراب	العلاج الدوائي المناسب
اضطراب الهلع مع أو بدون رهاب الساح	يستخدم في حالة الهجمة الحادة أو القلق المسبق لها بنزوديازين وخاصة Alprazolam(xanax) ويستمر العلاج الدوائي 08-12 شهرا مع انسحاب تدريجي. بعض المرضى يستجيبون جيدا للجرعات البدائية للصيانة مثبتات إعادة التقاط السيروتونين الانتقائية Ssris، ثلاثيات الحلقة، مثبتات Mao.
اضطراب الوسواس القهري	SSRIs، Clomiprammine (Anafranil) مضاد اكتئاب ثلاثي الحلقة الأقوى في تأثيره على السيروتونين، كما أن الجرعة تزداد تدريجيا للوصول للجرعة الفعالة.
الرهاب النوعي	لا علاج دوائي فعال، بنزوديازينات قصيرة الأمد وحاضرات β للسيطرة على الأعراض الذاتية وتساعد خصوصا عند استخدام إزالة التحسس.
الرهاب الاجتماعي	مضادات الاكتئاب وبشكل أساسي مثبتات Moa، حاضرات β للسيطرة على الأعراض الذاتية خصوصا في قلق الأداء أو الامتحان.
اضطراب القلق المعمم	البنزوديازيبينات خصوصا التي لها فترة تأثير متوسطة لأنها تعمل بسرعة وتدوم لفترة طويلة بشكل معقول ولها قوة إدمانية أقل من الأدوية قصيرة الأمد، Buspirone (Buspar) هو الأكثر فاعلية للمرضى الذين لم يتلقوا العلاج أبدا بالبنزوديازيبينات أو لا يستطيعون استخدامها، على الرغم من أنها تأخذ 2-3 أسابيع لكي تعمل مضادات الاكتئاب مثل Venlafaxine (Effexor) وDoxepin (Sinequan-Adepin) تستعمل حاضرات β للسيطرة على الأعراض الذاتية.
اضطراب الشدة ما بعد الرض	لا علاج دوائي فعال على الرغم من بعض النجاح في محاولة العلاج بالأدوية مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة مثل Sertraline (Zoloft) مضادات الاختلاج وخاصة في الارتجاجات والكوابيس الليلية، وتستخدم حاضرات β للسيطرة على الأعراض الذاتية.

المصدر: ويليام وويلكينس، 2008، ص ص 140-141

بالرغم من فعالية العلاج الدوائي إلا أن له أضرار كبيرة في حالة عدم احترام الشخص للجرعات الموصوفة وسوء استغلال الأدوية، بالإضافة إلى أن الأدوية لها آثار جانبية قد تظهر أثناء تناولها وهي تختلف من شخص لآخر، والجدول التالي يوضح أهم مضادات القلق وآثارها الجانبية:

الجدول رقم (06): الآثار الجانبية لمضادات القلق مع الجرعات المسموحة بها والاستخدامات

الاسم الطبي الكيميائي	الاسم التجاري	الجرعات	الاستخدامات	الآثار الجانبية
مضادات القلق Anxiolctics: Diazepam lorazepam Alprazolam Bromazepam	Valuim Ativan Xenax Lexotan	2-10 مغ من مرتين إلى أربع مرات يوميا. 1-2 مغ من مرتين إلى 03 مرات يوميا. 1.5-0.25 مغ ثلاث مرات يوميا. 1.5-6 مغ من مرتين إلى 03 مرات يوميا.	كل أنواع القلق الأرق، التوتر العضلي تستخدم أحيانا كعلاج التشنجات العصبية anti convulses سريع التأثير.	الدوخة، الاعتماد والإدمان ومخاطر التسمم.
مضادات الاكتئاب والتقلب المزاجي Antidepiessants Tricyclic Amitviptyline et inpiramine Doxepin Clomipramine	Elavil, Amitis Tofranil Sinequan	150 - 300 مغ يوميا مع البدء ب 75 مع 150- 300 مغ مع البدء ب75 مع	الاكتئاب، القلق الاستباقي، نوبات الذعر والقلق الاجتماعي الوسواس والاضطرابات القهرية.	قد يظهر تأثيرها بعد مدة طويلة ومن أهم آثارها العنة الجنسية في حالة سوء استخدامها.

معوقات بيتا Beta Blockers Atenolol Prndolol Propranolol	Tenormin Viskin Inderal	تتفاوت الجرعات	خفض ضغط الدم، آلام القلب وعدم انتظام دقات القلب حالات أمراض القلب المصحوبة بأعراض استثنائية كزيادة إفرازات العرق والتنفس والتوتر العضلي والقلق العام والذعر والقلق الاجتماعي.	انخفاض ضغط الدم مما ينجم عنه الشعور بالدوخة أو الإغماء وأحيانا تسبب الاكتئاب وصعوبات في التنفس واضطرابات المعدة والتعب السريع.
المنومات والمهدئات Sedatives Barbiturates Meprobamate	Phenobarbital Amytal	تتفاوت	مضادة للقلق وتستخدم للأرق وأحيانا يستخدم للتخدير.	الجرعات الزائدة تؤدي إلى الإغماء أو الوفاة النوم بالنهار - ثقل اللسان اضطرابات الكلام وبطء العمليات الذهنية.
مضادات الحساسية Anihistamines Dipheynhydramine Hydro Xyzine	Baydryl Vistaril Atarax Allerdy	تتفاوت	علاج أمراض الحساسية والتخفيف من أعراض القلق	الإرهاق واضطرابات ضغط الدم وجفاف الحلق

صعوبة التأزر.	خاصة اضطرابات الحركة ومخاوف السفر والطيران.			
---------------	---	--	--	--

المصدر: عبد الستار، 2002، ص ص 72-75

3.16. العلاج التحليلي:

يعتبر العلاج التحليلي من أقدم العلاجات النفسية، ويرتكز العلاج على إخراج المكبوتات من حيز اللاشعور إلى الشعور عن طريق التداعي الحر، ومساعدة المريض على حل الصراع النفسي.

ويبقى الهدف الأساسي لهذا النوع من العلاج هو إحداث تغيير في بنية الشخصية بشكل جذري من خلال العودة إلى خبرات الطفولة، إلا أن هذا النوع من العلاج تعرض لانتقادات عديدة من بينها أنه لا يمكن تطبيقه على جميع المرضى بل يجب توفر فيهم شروط علاج التحليل النفسي مثل السن والذكاء بالإضافة إلى وجود الوقت لديهم من أجل الحضور والمتابعة... الخ. (زعر، 2010، ص 42)

4.16. العلاج السلوكي:

يحتوي هذا النوع من العلاج على عدة أساليب سلوكية تهدف إلى التقليل من القلق، ومن بين هذه الطرق استغلال الاسترخاء مع تعويد الفرد على مواجهة المواقف المقلقة، والتدريب على حلها أو السيطرة عليها وتعتبر هذه الطريقة فعالة، وتتم عن طريق تدريب المريض على الاسترخاء ثم تقديم منه مثير للقلق بدرجة متفاوتة من الشدة، وفي النهاية ينطفئ السلوك غير المرغوب تدريجياً. (زغير، 2010، ص 163)

5.16. العلاج السلوكي المعرفي:

يعتبر هذا النوع من أحد العلاجات الناجعة لعلاج القلق، حيث يعمل على دمج نوعين من العلاجات وهما السلوكي والمعرفي، ويركز على معالجة الأفكار غير العقلانية التي تعد السبب الرئيسي للشعور بالقلق، وتكون هذه الأفكار في الغالب غير واضحة للمريض، ولا يستطيع تعديلها على الرغم من عدم منطقيتها، ويكون العلاج النفسي على شكل جلسات أسبوعية تدوم لعدة أسابيع، وتستغرق كل منها 30-50 دقيقة، ولا بد أن يأخذ المريض فيها دوراً فاعلاً لتعديل أفكار نفسه، والتدرب على المهارات التي يتعلمها وذلك من خلال واجبات منزلية يكلفه بها المعالج. (الحانوتي، 2016، ص 136)

6.16. العلاج الجشطالتي:

يتم التركيز فيه على الوعي المباشر لخبرة الشخص الذاتية مع عدم القيام بالتفسيرات العقلية أو المعرفية

لأسباب أو أعراض الاضطراب، فهو نظام إدراكي قائم على الوعي وعدم التفسير مع عدم الإهتمام بالجانب التاريخي للفرد (المطيري، 2005، ص 285).

7.16. العلاج البيئي للقلق:

يتم التركيز على العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ مثل تغيير العمل، وتخفيف أعباء المريض، وتخفيف الضغوط البيئية والمثيرات المسببة والمولدة للقلق، ويشمل العلاج البيئي على الرياضة والرحلات والصدقات والتسليّة والموسيقى والعلاج بالعمل (السيد، 1433، ص 171).

8.16. العلاج بالإعادة الحيوية Biofeedback:

تتم عن طريق ربط المريض بأجهزة إلكترونية خاصة بهدف مواجهة المريض لعملياته الفسيولوجية والحشوية الخاصة به والتعرف عليها، فيسمع تقلصات العضلات، نبضات القلب، مقياس ضغط الدم أو أي شذوذ كهربائي في رسم المخ، بل ويرى المؤشر أمامه منبأ بحالته المرضية، ومن خلال ادراك المريض لحالته يستطيع شعوريا التحكم الذاتي للوصول لحالة الاسترخاء اللازمة. (عكاشة وعكاشة، 2018، ص 193)

9.16. العلاج بين الشخصي:

يقوم هذا العلاج على أساس فكرة أن القلق مثلا يتسبب بصعوبات في المهارات بين شخصية، ويهدف هذا العلاج إلى تطوير المهارات، وتدوم جلسات هذا النوع من العلاج من 12 إلى 16 جلسة (ويليام وويلكينس، فضلي، 2008، ص 244).

10.16. العلاج الديني:

لقد تناول الدين الإسلامي القلق من خلال الامتثال لأوامر الله سبحانه وتعالى مما يساعد على الإحساس بالراحة والطمأنينة، كما حث الإسلام على ضرورة الصبر والرضا بالقدر خير أو شره، والإيمان بالله فيشعر الإنسان بالأمن وبأنه ليس وحيدا خاصة في وقت الشدة، فيشعر أن وقت الفرج قريب.

ومن القيم الإسلامية كذلك القناعة وغنى النفس والتي تحصن الإنسان من الصراعات النفسية، كما عالج الإسلام القلق من عدة جوانب أساسية وهي:

1. علاج القلق الناشئ من الخوف بكل أنواعه: ولعل من أهم مخاوف الإنسان الخوف من الموت ففي نهاية المطاف الموت حق على الإنسان ولكل بداية نهاية، ومن بين المخاوف التي عالجها الإسلام هو الخوف من فوات الرزق، ولقد أشار الله سبحانه وتعالى إلى أن الرزق بيده وهو يوزعه بعدل وحكمة.

2. علاج مساوئ الأخلاق والدعوة إلى مكارمها من خلال محاربة الموبقات وكل ما يعكر صفو البشرية والمتمثلة في رذائل الأخلاق والتي تساهم في نشر الحقد والكراهية. (فرج، 2009، ص 158-159)

17. المشكلات التي يتعرض لها المعالج النفسي عند العمل مع مرضى القلق:

1.17. الاتجاه نحو إشباع الذات معرفياً: من الملاحظ أن القلق له تأثير سلبي على التفكير، فهناك الكثير من

المرضى يشكون بأن عقلهم أصبح فارغاً أو يشكون من كثرة الهموم والتي تمنعهم من التفكير.

2.17. الاتجاه نحو إشباع الذات جسمياً أو سلوكياً: يعاني بعض المرضى من التأثيرات الجسمية للقلق والتي تعوق

أداءهم مثل المكافحة من أجل إيجاد الكلمات أثناء التحدث أمام الجمهور أو الرعدة أثناء الكتابة.

3.17. قوة التجنب: يعتبر التجنب بمثابة سلوك الأمان، حيث يمثل في الغالب مسار قلة المقاومة، ويقدم مكافأة

قصيرة المدى، ويعتبر التجنب سلبياً عند المرضى الذين لا ينخرطون في مخاوفهم مثل عدم ترك المنزل أو يمكن أن

يكون إيجابياً عندما يضع العميل مزيداً من الجهد النشط في تجنب مواجهة مخاوفه مثل الشخص الوسواسي الذي

ينفذ طقوساً مستهلكة للوقت لتجنب مواجهة الخوف، كما يمكن أن يكون التجنب أيضاً دقيقاً، ولكي يتم

مساعدة المرضى في إعادة تقييم فائدة التجنب يجب اتباع الخطوات التالية:

1. تشجيع المعالج المريض على المراقبة الذاتية.

2. توضيح مميزات اختيار المواجهة.

3. التفاوض مع المريض بشأن التقليل المتدرج في استخدام تجنب العميل المتكرر، كما أن التغذية الراجعة

الموجبة للنجاح سوف تدعم المزيد من التناقص.

4.17. الشعور بالقلق في كل الأوقات: يعتبر الشعور بالقلق مشكلة حقيقية تقف أمام المراقبة الذاتية، ومع ذلك

فإن سجل الأفكار اليومية وشبكة النشاط يمكن أن تعكس التباين في مستويات التوتر وعندما يكون

هذا التباين واضحاً فإنه من الممكن فهم الدورات وإدارتها في النهاية.

5.17. عدم انخفاض القلق لدى العميل على الرغم من تطبيق ما يطلب منه المعالج: إذا كان المريض ينفذ

ما يطلب منه ولا يقل لديه القلق فلا بد من البحث عن أشكال أخرى للتجنب وسلوكيات السعي في طلب

الأمان بما في ذلك السلوكيات الوهمية والذي قد يشتمل أيضاً على سوء استخدام فنية صرف الانتباه.

6.17. عدم الجرأة على مواجهة الخوف: على الرغم من أهمية تشجيع العملاء على الإنخراط في المهام المتحدية

إلا أنه لا ينبغي التوسع فيها بشكل كبير، حيث قد يؤدي هذا إلى الإنقطاع عن العلاج، وأحياناً تكون المهمة

مناسبة للمريض إلا أنه لا يمكنه القيام بها بسبب التردد والخوف من الفشل وهذا يرجع إلى المعتقدات الراسخة

لدى العميل بسبب القلق.

7.17. الاعتماد على العلاج الدوائي لاضطراب القلق: يجب على المعالج معرفة مدى قناعة المريض حول

العلاج النفسي لأن هناك بعض العملاء يؤمنون بمدى أهمية العلاج الدوائي وفعاليته على عكس العلاج المعرفي

السلوكي، وهذا من أجل قياس دافعية العميل ومدى استعداده للانخراط في العلاج النفسي. (كنرلي، كريك، و وستبروك، معالي وعبد الشريف، 2018، ص ص 329-330)

18. مآل القلق النفسي:

إن مسار القلق النفسي وتطوره يختلف من فرد لآخر، وهذا راجع لعدة أسباب تتحكم في مآل القلق منها شخصية المريض ففي الشخصية السوية قد يصاب الفرد بنوبة قلق وتختفي، أما الشخصية العصابية فيكون الاضطراب مزمنًا، كما أن هناك نوع من المرضى يصابون بالقلق في فترة يتخللها شيئًا من السواء.

كما أن هناك مجموعة من العوامل التي تساهم في تحسين أو تدهور مآل اضطراب القلق للأسوأ وهي:

1. السوابق المرضية للعائلة.
2. شخصية المريض قبل الإصابة.
3. السوابق المرضية للمريض.
4. حدة بدء المرض أي ظهور الأعراض بشكل مفاجئ.
5. ذكاء المريض فوق المتوسط. (عكاشة وعكاشة، 2018، ص ص 189-190)

يرى زهران (2005) أنه في حال ما إذا كانت الشخصية متوازنة قبل المرض والأنا قوية فسيكون مآل القلق جد حسن، وكلما كانت المكاسب الأولية والثانوية للفرد من المرض أقل كلما زادت دافعيته للعلاج وتعاون مع المعالج بشكل أفضل (زهران، 2005، ص 489).

يعتبر مآل القلق حسن إذا ما تمت مقارنته بالاضطرابات الأخرى وبالأخص الذهانية، كما أن مآل القلق يختلف من مريض لآخر، لأن هناك مجموعة من العوامل التي تتحكم فيه من بينها التشخيص المبكر وطلب المساعدة؛ فكلما كان الاضطراب في بدايته سهل التحكم في أعراضه وعلاجه، بالإضافة إلى سن المفحوص والظروف المحيطة به فكلما كان المحيط مستقرًا ومتفهمًا لاضطراب المريض كلما كان مآل القلق حسن، ولا ننسى كذلك السوابق المرضية للمريض وللعائلة فكلما كانت خالية من اضطراب نفسي كلما كان هناك أمل أكبر في الشفاء.

19. الوقاية من القلق:

ظهرت الوقاية في الصحة النفسية منذ أكثر من 100 عام، حيث اهتمت بالإستراتيجيات الممكنة للوقاية من المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية عند الأطفال والبالغين، وانتقلت تدريجياً إلى النشاطات التجريبية لرعاية الصحة الأولية ومدارس الصحة العمومية وممارستها، ومع ذلك فإن التطور المنهجي للبرامج الوقائية العلمية المرتكزة على الدراسات ذات الشواهد لاختبار الفعالية لم يتضح إلا في حوالي عام (1998).

ولقد نشرت منظمة الصحة العالمية وثيقة عن الوقاية الأولية من الاضطرابات النفسية والعصبية والفعالية

عام (1998)، كما خصصت معظم البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل أقل من 2% من ميزانياتها الصحية لعلاج المشاكل النفسية والوقاية منها.

وتهدف الوقاية إلى الإنقاذ من معدلات الإصابة بالاضطرابات النفسية والحد من انتشارها، والوقت الذي ينفذ مع الأعراض المرضية أو حالة الخطر بسبب المرض النفسي، وكذلك الوقاية أو تأجيل الانتكاسات وكذلك خفض أثر المرض على الشخص المصاب والعائلات والمجتمع.

تتضمن الوقاية من الدرجة الأولى التدخلات الوقائية المستتربة والانتقائية والشاملة وتهدف الوقاية من الدرجة الثانية أو الثانوية تخفيض معدل الاضطرابات أو الأمراض بين الناس من خلال التفصي المبكر ومعالجة الأمراض القابلة للتشخيص، أما الوقاية من الدرجة الثالثة فتتمثل في التدخلات التي تنقص من العجز وتحسن التأهيل وتقي من انتكاسة المرض. (إبراهيم، د.ت، ص ص 571-577)

وتسمى الوقاية أيضا بالتحصين النفسي وتتضمن الإجراءات الوقائية الحيوية الاهتمام بالصحة العامة والتركيز على رعاية الأم، تكوين عادات نظافة الجسم والعناية به، إعداد الوالدين لدور الوالدية، الفحص الطبي مقاومة ضغوط الحياة، العلاج النفسي والاجتماعي، والنواحي التناسلية والمتمثلة في الأمراض الوراثية للوالدين،... الخ.

إن الوقاية مسؤولية تقع على عاتق المؤسسات النفسية والاجتماعية والطبية والمعاهد العلمية المتخصصة في هذا المجال وبرامج الوقاية يجب أن تتناول ظروف الفرد والجماعة والمجتمع، ويجب أن يختلف بحسب عضو الأسرة الذي يوجه إليه، والمجتمع الذكي هو الذي يهيئ المناخ الاجتماعي والثقافي الذي يسير النمو السوي لأفراد وجماعته وتقوم بكل ما يكفل الوقاية من المرض النفسي ويجب أن يتعود المواطنون على إجراء الفحص النفسي الشامل دوريا من أجل الوقاية. (الخواجة، 2010، ص ص 45-47)

وللوالدين دور مهم في تنشئة الطفل تنشئة سليمة وسوية خالية من الاضطرابات النفسية، لذا لهم دور أساسي في الوقاية وحماية الطفل من القلق، وذلك عن طريق:

1. تدعيم الشعور بالأمن والثقة بالنفس، فيجب على الآباء والمربين تدريب الأطفال على مواجهة المواقف والمشكلات التي تواجههم.
2. تقبل مخاوف الأطفال وطمأننتهم وتقليل توترهم ودفعهم على تجاوزها وتعبيرهم عنها بحرية.
3. زيادة الفهم وحل المشكلات الخاصة بالطفل. (عبيد، 2008، ص 196)

لقد قدرت التكاليف السنوية لاضطراب القلق في الولايات المتحدة الأمريكية في عام (1990) بحوالي 64 مليار دولار تقريبا، وتظهر معظم اضطرابات القلق في خلال الطفولة والمراهقة ويجعل من هذه الفئات العمرية أهم هدف للوقاية الأولية، وتمثل اضطرابات القلق بين الأطفال الأكثر انتشارا مقارنة بالاضطرابات الأخرى، وتبلغ

معدلات انتشارها السنوية من 5.7 إلى 17.7% وفي معظم الأحيان تكون أكثر من 10 %، وأظهر البرهان بأن نسبة من الأطفال لا يمكنهم النمو بسبب اضطرابات القلق التي تصيبهم خلال المراهقة أو الكهولة.

والمعرضون للخطر هم الأطفال المنحدرون من آباء قلقين، وضحايا انتهاك الأطفال، وضحايا العنف والحوادث والحروب والكوارث، واللاجئون، والمهنيون المخاطر الذين يسرقون أو يهددون الضحايا، تتضمن عوامل الخطورة وعوامل الوقاية الوراثية أو النوعية في القلق: الحوادث، والعمليات التعليمية في الطفولة مثل فرط المراقبة من قبل الآباء القلقين، ومشاعر نقص التحكم، وانخفاض الفعالية الذاتية، واستراتيجيات المقاومة، والدعم الاجتماعي حوادث الحياة الضارة المبكرة التي تمهد بدورها لاضطرابات القلق والاضطرابات العاطفية في الكهولة من خلال التغيرات الحياتية المبدلة لنظم الإستجابة العصبية للكرب والإجهاد. (منظمة الصحة العالمية، 2005، ص 50)

تعتبر الوقاية أهم من العلاج وغير مكلفة من حيث الجهد والوقت وتساعد في حماية الناشئة من الوقوع في القلق إلا أن الاهتمام بالوقاية يختلف من بلد لآخر خاصة وأن البلدان المتقدمة تضع خطط وبرامج وقائية تمنع الأشخاص من الوقوع في الاضطرابات النفسية، إلا أن البلدان النامية وذوي الدخل المنخفض تعطي أهمية أقل للتخطيط لمثل هاته البرامج الوقائية بل حتى العلاج هناك نقص فادح خاصة وأن المرض النفسي مازال يعتبر وصمة عار؛ لذا فإن هناك نقص في التبليغ عن الحالات المرضية أو حتى ذوي الخطر المعنوي المعرضين للقلق أو الاضطرابات النفسية والسلوكية، ودائما الأرقام والدراسات المسحية لا تعبر عن الواقع.

خلاصة الفصل:

لا يوجد شخص لم يختبر القلق في حياته، فالقلق مهم باعتباره موجه لسلوك الإنسان خاصة وأنه يؤثر على الأداء سواء بالإيجاب أو السلب وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات النفسية، إلا أن القلق لا يعود دائما بالفائدة على الإنسان فيصاب باضطراب القلق ولهذا اهتم العلماء بدراسته بشكل تفصيلي ليس فقط من ناحية الأسباب وإنما حتى الأنواع وأهم أعراضها، ونظرا لانتشاره الكبير الذي أثبتته العديد من الدراسات المسحية خاصة الأجنبية سواء كاضطراب قائم بذاته أو كعرض في الاضطرابات النفسية والعقلية أو الأمراض العضوية، لذا قامت الجمعية الأمريكية لعلم النفس بوضع محور خاص باضطرابات القلق قائم لوحده في الدليل التشخيصي الإحصائي خاصة الخامس الذي احتوى على العديد من التطورات الخاصة باضطرابات القلق، كما يترك القلق آثار سلبية على حياة الإنسان تعوق تقدمه وتطوره، ولهذا قدم العديد من العلماء والباحثين علاجات مختلفة كل حسب توجهه وتفسيره للقلق من حيث المنشأ ومع ذلك تبقى الوقاية أفضل بكثير من العلاج خاصة من هم في حالة خطر ولديهم الإستعداد للإصابة باضطرابات القلق.

الفصل الثالث:

العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد الفصل

1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي
2. التطور التاريخي للعلاج المعرفي السلوكي
3. بعض المفاهيم المتعلقة بالعلاج المعرفي السلوكي
4. نماذج العلاج المعرفي السلوكي
5. أنواع العلاج المعرفي السلوكي
6. أهداف العلاج المعرفي السلوكي
7. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
8. خصائص العلاج المعرفي السلوكي
9. مراحل وسير العلاج المعرفي السلوكي
10. الفنيات والتقنيات المستخدمة في التخفيف من القلق
11. استخدامات العلاج المعرفي السلوكي
12. عملية الاشراف في العلاج المعرفي السلوكي
13. المشكلات التي تواجه المعالج في العلاج المعرفي السلوكي
14. تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي
15. مزايا وعيوب العلاج المعرفي السلوكي
16. أوجه التشابه والاختلاف بين العلاج المعرفي السلوكي

والعلاجات الأخرى

خلاصة الفصل

تمهيد الفصل:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من أهم العلاجات النفسية الحديثة التي شهدت تطوراً سريعاً، خاصة وأنه يستخدم في علاج العديد من الاضطرابات النفسية بالإضافة إلى أنه يستخدم مع الأطفال والمراهقين والراشدين كما أن مجالات استخدامه واسعة، لذا سنتناول في هذا الفصل مفهوم العلاج المعرفي السلوكي، وأهم التطورات التي شهدتها؛ انطلاقاً من العلاجات السلوكية إلى الثورة المعرفية ووصولاً إلى الموجة الثالثة، كما سنتطرق إلى بعض المفاهيم المتعلقة به مثل الأفكار الالتيكيفية، المعتقدات، المخططات،... الخ، بالإضافة إلى أهم أنواعه ونماذجه، مع ذكر أهداف ومبادئ وخصائص العلاج، كما سيتم التطرق إلى أهم خطوات ومراحل سيره بالإضافة إلى أهم الفنيات والتقنيات المعرفية السلوكية المختلفة والتي استخدمها العلماء والباحثون في التخفيف من مستوى القلق ومجالات استخدامه سواء في الأمراض العضوية أو الاضطرابات النفسية التي تستجيب بشكل كبير له، وعملية الإشراف في العلاج المعرفي السلوكي، والمشكلات التي تواجه المعالج أثناء تطبيقه، وكيفية تقييم فعاليته، مزاياه وعيوبه، أوجه التشابه والاختلاف بينه وبين العلاجات الأخرى.

1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

اشتقت كلمة معرفي conitive من مصطلح cognition ولقد استخدمت بعض المصطلحات العربية كترجمة لهذا المصطلح منها على سبيل المثال استغراق، تعرف، ذهن، إلا أن كلمة معرفي تستخدم بكثرة في التراث النفسي، والكلمات الثلاث السابقة هي الترجمات المناسبة للكلمة cognition (عزاق ولموشي، 2018، ص 86).

ولقد عرف مليكة (1994) العلاج المعرفي السلوكي بأنه "منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى العميل" (نقلا عن الإسي، 2014، ص 28).

وتعرفه البطنجي (2015) بأنه "نوع من أنواع العلاج النفسي الذي يركز على الوقت الحالي، ذو وقت محدد ويهتم بحل المشكلات، ويتم تعلم مهارات محددة يتم استعمالها في بقية الحياة كما تهتم هذه المهارات في إبراز التفكير المشوه، وتعديل الإعتقادات الخاطئة، والتعامل مع الآخرين بطرق جديدة، وتعديل السلوك غير المرغوب فيه". (ص 16)

ويعرفه القشاعلة (2021) بأنه "نوع من العلاج يقوم على استخدام الطرق العلاجية القائمة على نظرية التعلم السلوكي من جهة، ومن جهة أخرى على طرق علاجية تعطي المعارف مركزا هاما في الاضطرابات الانفعالية، وتفترض النظرية المعرفية السلوكية في العلاج النفسي وجود ثلاثة عناصر أساسية وهي: الموقف أو الخبرة المرتبطة بالحالة النفسية، الجانب الوجداني والحالة الانفعالية موضوع الشكوى (بماذا أشعر الآن)، البناء المعرفي للخبرة (كيف أدرك الموقف وأفسره)". (ص 23)

ويعرفه أيضا كل من جلاس وشيا (Glass & Shea, 1986) بأنه "أحد التيارات العلاجية الحديثة التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية، ويهدف هذا الأسلوب من العلاج إلى إقناع المريض بأن معتقداته غير منطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف وتهدف بذلك إلى تعديل إدراكات المريض المشوهة ويعمل على أن يحل محلها طرقا أكثر ملائمة للتفكير وذلك من أجل إحداث تغيرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى المريض". (نقلا عن مقاوسي، 2017، ص 186)

ويرى "بيك" العلاج المعرفي السلوكي بأنه مجموعة من المبادئ والأسس التي تؤثر في السلوك وهذه المبادئ هي العمليات المعرفية وتعديل هذه العمليات يكون وسيطا هاما لتغيير السلوك المختل ونتائج التفكير السلبي. (شامخ وحسن، 2013، ص 589)

(Julie, 2003) "يعد العلاج المعرفي السلوكي أحد الطرق الأساسية المستخدمة حاليا، معالجة مختلف المشاكل النفسية والسلوكية حيث يعتبر مدخلا علاجيا مبنيا على مفاهيم أساسية وهي كيف نفكر ونؤثر ونستجيب حيث يقوم الفرد بتفسير المواقف التي تحدث في حياتهم ولكن بشكل مختلف مما يؤدي إلى العديد من النتائج السلوكية المتباينة". (حسين وآخرون، 2019، ص 276)

فالعلاج المعرفي السلوكي يعتبر أحد التدخلات العلاجية الحديثة الذي دمج العلاج السلوكي والعلاج المعرفي لكي يكملان بعضهما البعض ويقضي على جوانب القصور في كليهما، حيث ثبتت فعاليته في علاج العديد من الاضطرابات النفسية سواء لدى الكبار أو الصغار بالإضافة إلى أنه نهج علمي قائم على الأدلة يهدف إلى تغيير الجوانب المعرفية والسلوكية معا لدى الفرد، كما أنه يحتوي على العديد من الفنيات المعرفية والسلوكية.

2. التطور التاريخي للعلاج المعرفي السلوكي:

نشأ العلاج السلوكي المعرفي نتيجة الجمع بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي الانفعالي العقلاني، ويقوم على مبادئ النظرية المعرفية السلوكية التي تركز على ارتباط المعرفة والعاطفة والسلوك ببعضها البعض، والتفاعل فيما بينهم (بن عبد الرحمن، 2022، ص 125).

وفيما يلي عرض لأهم التطورات التاريخية التي مر بها العلاج المعرفي السلوكي انطلاقاً من الموجة الأولى إلى غاية الوصول إلى الموجة الثالثة والتي تتلخص فيما يلي:

1.2. الموجة الأولى:

بعد الإنتقادات التي وجهت للعلاج التحليلي ظهر العلاج السلوكي الذي أحدث ثورة في علم النفس من خلال القدرة على التجريب، وعلاج العديد من الاضطرابات النفسية، وبالرغم من هذا فإنه لم يسلم من الإنتقادات والتي تمثلت في التركيز على السلوكيات القابلة للقياس والضبط، وإهمال الجوانب الإدراكية واللغوية. (زوريق وبلميحوب، 2022، ص 681)

ترجع بدايات ظهور العلاج السلوكي في العشرينات من خلال بعض الكتب التي تكلمت عن تطبيق مبادئ التعلم في علاج الاضطرابات السلوكية، إلا أن الظهور الأساسي للعلاج السلوكي كان في الستينات من خلال ما يلي:

1. أعمال "جوزيف فولبي" التي استخدم فيها دراسات "بافلوف" لإحداث وإزالة العصاب التجريبي لدى الحيوان وبعدها ظهر أسلوب التخلص التدريجي من الحساسية.

2. أعمال "ايزنك وشاير" اللذان اهتمتا بالمدخل التجريبي الإمبريقي لفهم وعلاج المريض باستخدام نموذج الحالة الفردية الضابطة لنفسها ونظرية التعلم الحديثة في عملية العلاج.

3. الأعمال القائمة على بحوث "سكينر" من خلال تطبيق الإشراف الإجرائي على المرضى، وقد نشر "ماورار وماورار" (1988) نتائج تجربتهما في الإشراف الكلاسيكي الاستجابي في علاج التبول اللاإرادي، كما كانت لأبحاث كل من "دولارد وميللر وروتر وشوبين وباندورا" دور مهم في العلاج النفسي، ولم يتم صياغة مصطلح العلاج السلوكي إلا في بداية الخمسينات ويرجع هذا الفضل للعالمين "لندزلي وسكينر". (مليك، 1990، ص 10)

تقوم أسس العلاج السلوكي حول أربع نماذج أساسية للتعلم وهي:

1. نموذج الإشراف الكلاسيكي: يركز على تبديل المنبهات القديمة بمنبهات تثير سلوكا جديدا أو إلحاق منبهات جديدة إلى استجابات متوفرة سابقا.
2. نموذج الإشراف الإجرائي: يركز على دور عواقب معينة في تغيير قوة استجابة سابقة، ويتحقق تعديل السلوك إما عن طريق تغيير مباشر في عواقب السلوك أو عن طريق أساليب إضافية تخضع السلوك لضبط منبهات سبق أن تعرض لها العميل وهي مرتبطة بعواقب تدعيمية معينة.
3. نموذج التعليم عن طريق الملاحظة: يستخدم أساليب تسهل التعلم عن طريق التدريب على سلوكات جديدة بعد ملاحظة أدائه بواسطة أشخاص آخرين.
4. نموذج التنظيم الذاتي: تمثل الطرق التي يمكن أن يغير الفرد بها سلوكه بحيث تتناسب مع بعض المعايير التي سبق له أن حددها لنفسه، وتحدث في مواقف تتميز بالصراعات القوية. (مليكة، 1990، ص ص 29-30)

2.2. الموجة الثانية:

ظهرت الموجة الثانية في سبعينات القرن العشرين ولقد ركزت على الإدراك فقط سواء من ناحية المعتقدات غير العقلانية والحديث السلبي عن الذات أو المواقف المختلة وظيفيا أو الصفات الاكتئابية... الخ، ولهذا اهتمت الموجة الثانية من العلاجات على إعادة البناء المعرفي كإحدى الإستراتيجيات المهمة من أجل تغيير المعتقدات الخاطئة لدى الفرد. (زوريق ويلمهوب، 2022، ص 682)

يرى بعض العلماء أن إسهامات "بيك Beack" كان لها دورا هاما في تطور العلاج المعرفي، خاصة وأنه وضع البنية الأساسية لهذا الأسلوب العلاجي، إلا أن إسهامات "كيلي Kelly" حول التصورات الشخصية كانت مصدرا هاما في العلاج المعرفي، لكونه ركز على أهمية الطرق الذاتية التي ينظر ويفسر من خلالها الفرد ما يدور حوله، أما عالم النفس الشهير "إليس Ellis" فقد درس عددا كبيرا من الأساليب العلاجية، ثم توصل إلى ما أسماه بالعلاج العقلاني، والذي غير اسمه فيما بعد إلى العلاج العقلاني الانفعالي، ولقد اعتمد "إليس" في نظريته على دمج جوانب من العلاجات الإنسانية والسلوكية، كما اقترح عددا من الأفكار التي يعتقد أنها المسؤولة عن الاضطرابات العصائية. (المحارب، 2000، ص ص 6-10)

أما "بيك" فيرى بأن التقنيات السلوكية أكثر فاعلية، حيث تؤدي هذه الأساليب إلى تغييرات اتجاهية ومعرفية لدى المرضى، بالرغم من محدودية العلاج السلوكي، لكونه لا يعطي أهمية لأفكار المرضى حول أنفسهم والمعالج والعلاج، إلا أنه يهتم بالحصول على المادة الموضوعية من المرضى، كما يركز على التخطيط لعملية العلاج وتحديد التغيير السلوكي كميًا، كل هذا شجع "بيك" على استخدامه في العلاج المعرفي، وشجع مرضاه كي ينغمسوا في تحليل معرفي لتفكيرهم مما ساعده على إعادة تشكيل مفاهيمهم عن الاكتئاب، القلق، الخوف والأعصاب المتصلة بالأفكار والوسواس القهري؛ ولهذا طور أشكالا مختلفة من الأساليب لتصحيح التفكير الخاطئ الذي تبني

عليه تلك الاضطرابات بهدف التخفيف من حدتها. (أخرس وناصر، 2015، ص 237)

وتطرق "بيك" في كتابه العلاج المعرفي للاكتئاب سنة (1979) إلى التداخل والتفاعل بين الفنيات العلاجية المعرفية والسلوكية وذلك بهدف ما يلي:

1. ملاحظة وتحديد الأفكار الأوتوماتيكية السلبية.
 2. التعرف على العلاقة بين المعرفة والإنفعال والسلوك.
 3. التحقق من مدى صحة الأدلة المتاحة حول الأفكار الأوتوماتيكية المشوهة سواء كانت معها أو ضدها.
 4. وضع تفسيرات للمعارف المنحازة التي تتسم بتوجهها نحو الواقع.
 5. تعليم المريض كيف يقوم بتحديد الإعتقادات المختلة وظيفيا والتي تؤدي به إلى تشويه الخبرة.
- (نجد، 1999، ص 25)

تعتبر أعمال "بيك" هي الرائدة في تطور العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بإسهامات الباحثين الآخرين ويرجع ذلك لمحاولاته في ربط نظريته بالدراسات الحديثة في علم النفس المعرفي والعلوم الأخرى ذات العلاقة أكثر مما فعله "أليس" والذي ظهر جليا في كتابه حول "الاضطرابات النفسية المتنوعة". كما ساهمت أعمال "أليس" في تطور العلاج المعرفي السلوكي حيث عمل على الدمج بين الاتجاهين المعرفي والسلوكي الذي دفعه إلى إضافة مصطلح السلوكي إلى أسلوبه العلاجي سنة (1993)، ليصبح العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي.

(نقلا عن أخرس وناصر، 2015، ص 238)

ويرى "أليس" أن هناك تداخلا وتشابكا بين الانفعال والتفكير، وأن الفرد يفكر ويشعر ويتصرف في ذات الوقت ونادرا ما يحدث أحد هذه المكونات دون الآخر، وبناء على ذلك قام "أليس" بتقديم إحدى عشرة فكرة لا عقلانية مسؤولة عن حدوث الاضطرابات، والتخلص منها يكمن في تعديل هذا التفكير اللاعقلاني ولذلك قدم نموذج المعروف ABC، حيث يربط بين الحدث أو المنشط (A) بالنتائج الانفعالية (C) من خلال الإعتقادات والتفكير (B)، وهكذا فإن العلاج العقلاني الإنفعالي يهدف إلى جعل المريض واعيا بمعتقداته غير العقلانية والنتائج الانفعالية غير المناسبة لتلك المعتقدات.

ويرى كوري (Corey, 1991) أن "أليس" يعتبر من رواد العلاج المعرفي السلوكي، وهناك من يعتبر أن نظريته في العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي النظرية الأولى في العلاج المعرفي السلوكي وأن النظريات الأخرى في هذا المجال ليست سوى نظريات معدلة من نظرية "أليس" أو حتى مجرد امتداد لها.

(نقلا عن أخرس وناصر، 2015، ص 236-237)

3.2 الموجة الثالثة:

تميزت تسعينيات القرن الماضي بظهور الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي، ومن أهم أنواعه العلاج

بالتقبل والالتزام، والعلاج المعرفي القائم على التعقل، والعلاج السلوكي الجدلي، فعلى الرغم من وجود اختلافات فيما بينها إلا أنها تشترك جميعاً في الاهتمام باليقظة الذهنية. تهتم العلاجات المعرفية السلوكية الحديثة بتعليم المرضى بملاحظة أفكارهم ومشاعرهم وأعراضهم الجسمية في اللحظة الحالية دون الحكم عليها أو محاولة تغييرها على عكس العلاج التقليدي الذي يهتم بتعليم المرضى بفحص أفكارهم ومعتقداتهم من أجل تغييرها، ويرى كراسك (Craske, 2012) بأن الموجة الثالثة تهتم بملاحظة التأثير السلبي للتفكير السلبي على المشاعر، مع عدم محاولة فحص أو مناقشة هذه الأفكار مع ضرورة تقبل التجارب الداخلية التي يعيشها الفرد.

يتعلم المرضى أن يغيروا علاقاتهم بهذه الأفكار وليس تغيير هذه الأفكار في حد ذاتها، وقد تبدو الأفكار المقلقة أقوى مما هي عليه في الواقع، وذلك لأن المرضى يواصلون الجدل والمناقشة معها ومحاولة قمع أفكارهم أو السيطرة عليها، وبالتالي يصبحون غير قادرين على الاسترخاء أو التفكير بشكل إيجابي.

فالموجة الثالثة تهدف إلى قبول المريض لهذه الأفكار والمشاعر والإنخراط في أنشطة ذات قيمة دون استخدامها كوسيلة لصرف الانتباه، وقد يعتقد البعض أن العلاج المعرفي السلوكي التقليدي لم تعد له أي قيمة إلا أن البحوث النفسية الحديثة تؤكد عكس ذلك، حيث أكد (Twohig & al, 2013) بأن جميع مناهج العلاج المعرفي السلوكي في تطور، وهذا ما يراه كلارك وبيك (Clark & Beek, 2010) بحيث أن التطورات التي تحدث فيه تراكمية وتزيد وتضاعف من أدواته وتقنياته. (نينا ودرابدين، أبو زيد، 2019، ص ص 243-245)

أما (Lindan, 2022) فيرى أن هناك 12 موجة للعلاج المعرفي السلوكي وهي:

الموجة الأولى: بدأ تطور العلاج المعرفي السلوكي من خلال نظرية التعلم الكلاسيكي، بما في ذلك التكيف والتعود وإزالة الحساسية المنتظم، ومنذ ذلك الحين تم تطوير العشرات من التقنيات المختلفة في علاجات التعرض وذلك لأغراض التشخيص العيوي والتي تظهر تقريباً نفس الفعالية العلاجية، وتشكل جميعها جزءاً من هذا الإطار النظري الأول، والذي يمكن تلخيصه على أنه الموجة الأولى من العلاج المعرفي السلوكي.

الموجة الثانية: نظرية التعلم الإشراف الإجرائي، بناء على هذه النظرية فإنه يتم تشكيل السلوك من خلال المعززات، ولقد كانت مناهج العلاج الجديدة المقابلة هي جداول التعزيز والتفعيل السلوكي والتي تم استخدامها في التشخيص مع العديد من الاختلافات التقنية حتى اليوم.

الموجة الثالثة: نظرية التعلم الاجتماعي، تعتمد المعززات إلى حد ما على مهارات التكيف لدى الفرد، وهذا صحيح بشكل خاص في اللقاءات الاجتماعية، كما هو موصوف في نظريات التعلم والتكيف الاجتماعي بما في ذلك نظرية التعلم النموذجي، تشمل مناهج العلاج ذات الصلة على العديد من الاختلافات التقنية في المهارات الاجتماعية والتدريبات التوكيدية، تم تقييم العلاج النفسي التفاعلي والذي يشير أيضاً إلى نماذج التفاعل الاجتماعي في نفس الوقت.

الموجة الرابعة: ضبط النفس، يتطلب التأقلم والكفاءة الاجتماعية بأن يكون الشخص لديه القدرة الكافية على ضبط النفس، بما فيها السيطرة على الذات في وجود ظروف خارجية معاكسة تحت تأثير المعززات طويلة المدى ومن بين تقنيات العلاج هي المراقبة الذاتية والتعلم الذاتي، الحوار الداخلي، التخيل الذاتي، والتي تستخدم في التشخيص العام في حالة القلق أو الألم أو التدريب التحصيلي ضد الضغوط.

الموجة الخامسة: نظرية الإسناد والنظرية المعرفية، حتى إذا كان لدى الشخص القدرة على التحكم في نفسه فلا تزال هناك مشكلة في متى ولماذا يحدث هذا، فقد يكون لدى الأشخاص العديد من المهارات لكن لا يستخدمونها بسبب التوقعات المختلفة.

يمكن تفسير ذلك من خلال النماذج المعرفية ونظريات الإسناد التي تفترض أن البيئة في حد ذاتها هي التي تسبب المشاكل، ولكن تفسير الفرد للعالم قد يعتمد على المخططات المعرفية (المحتوى مثل الإيمان بعالم عادل) أو العمليات (نمط الإسناد مثل التعميم، التكبير، التقليل، التفكير العاطفي والقلق)، يشمل العلاج المعرفي مجموعة كبيرة ومتنوعة من التقنيات، ويهدف إلى تعزيز الإدراك الوظيفي والعمليات المعرفية.

الموجة السادسة: نظرية العاطفة، تتشكل المعرفة والسلوك بشكل عكسي بواسطة المشاعر، كما هو موضح في التجارب على الحافز والذاكرة المعتمدة للحالة، تهدف استراتيجيات العلاج إلى تعزيز تطوير مهارات تنظيم المشاعر المختلفة.

الموجة السابعة: العلاقة العلاجية، لم تعط أهمية كبرى للعلاقة العلاجية بين العميل والمعالج في بداية العلاج المعرفي السلوكي، إلا أنها أصبحت تلعب دوراً أساسياً في العلاج فيما بعد، كما أنه لا يوجد نوع واحد من العلاقة العلاجية بل هناك عدة أنواع وهذا يعتمد على احتياجات الشخص أي علاقة دافئة، عقلانية، متطلبة، متساهلة منظمة أو مرنة، لذلك تم إدخال التجربة الذاتية الإلزامية كجزء من التدريب على العلاج المعرفي السلوكي.

الموجة الثامنة: العلاج للاضطرابات النوعية، أصبح العلاج النفسي يستخدم على نطاق واسع واشتماله على التأمين الصحي، لهذا كانت هناك حاجة لإثبات فعالية فيما يتعلق بالاضطرابات النوعية، ولم يكن هذا مدعوماً فقط من قبل الأطباء بل طالب به أيضاً مكتب الكونجرس الأمريكي، ولقد ظهرت بعد ذلك موجة من الدراسات الحديثة التي تشير إلى معايير الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات واستخدمت كتيبات العلاج الخاصة بالاضطرابات، كما تم اقتراح العديد من العلاجات البديلة للاضطرابات معينة.

الموجة التاسعة: نظرية القبول، نظراً لعدم وجود تخفيف أو علاج بعض الاضطرابات، تمثلت أهداف العلاج الإضافية في مساعدة المريض على قبول ما لا يمكن تغييره وتحقيق أقصى أفضل ما في الموقف، ولقد تم تطوير العلاجات مثل العلاج القائم على اليقظة الذهنية أو العلاج المعرفي القائم على القبول والالتزام باستخدام استراتيجيات مثل الضمان المعرفي أو توجيه الانتباه إلى الحاضر أو توضيح القيمة أو اتجاه العمل.

الموجة العاشرة: علم النفس الإيجابي والعلاج التحليلي، جاءت هذه الخطوة من أجل التعامل مع الأمراض المزمنة وبالنسبة للمناهج ذات الصلة هي علاج المعاناة وعلاج الرفاهية والعلاج التحليلي، بحيث يتم تشجيع المريض على تحديد لحظات الرفاهية على عكس الحالات السلبية، خاصة وأن الرفاهية لا ترجع لعوامل خارجية وإنما يمكن للفرد التأثير فيها.

الموجة الحادية عشر: تنمية مدى الحياة والتكوين الفردي، أظهر نموذج الإستعداد والضغط أن الأفراد مختلفين ولديهم قابلية مختلفة للتأثيرات البيئية، وبالتالي أصبح التكوين الجسدي والنفسي موضوعا في العلاج المعرفي السلوكي، وهذا يشمل التقييم عن طريق التحليل الكلي للسلف والحالات الطارئة للاضطراب من الطفولة المبكرة عبر مدى الحياة.

الموجة الثانية عشر: العلاج النفسي لحساسية الثقافة، يرى المعالجون أن المرضى من لديهم خلفيات ثقافية ودينية مختلفة تؤثر على رؤيتهم للعالم ويتم التحكم بها من خلال التعبير عن مشاكلهم العقلية، وتشمل توصيات خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي المراعي للثقافة، والإعتراف صراحة بثقافة المريض وتطوير مفاهيم المرض التي تتناسب مع ثقافته، واستخدام الاستعارات من عالم المريض وإشراك الأقرب أو رجال الدين في أخذ القرار.

(Lindan, 2022, p p 316-319)

شهد العلاج المعرفي السلوكي تطورا سريعا خاصة أنه قائم على الأدلة العلمية مقارنة بالعلاج التحليلي النفسي الذي لاقى انتقادات كبيرة، حيث كانت بدايته مع العلاج السلوكي وكانت لأعمال "بافلوف ووطسون" دورا كبيرا في تطوره، واهتم العلاج السلوكي بعلاج الاضطرابات من خلال تعديل السلوك، وعلى الرغم من تطبيقاته ونجاحه إلا أنه لم يسلم من الانتقادات خاصة وأنه أهمل تفكير المرضى، لهذا جاء العلاج المعرفي كرد لنقص السلوكية وكانت أعمال "بيك" حول الاكتئاب بالإضافة إلى إنجازات "ألبرت أليس" حول ما يسمى بالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لها دورا كبيرا في إحداث ثورة كبيرة في العلاج المعرفي، وصولا إلى الموجة الثالثة والتي تركز على اليقظة الذهنية وعلى اللحظة الراهنة وتقبل المرضى لأفكارهم دون إحداث تغيير فيها.

إن التطور التاريخي للعلاج المعرفي السلوكي كان غنيا لأهم إسهامات العلماء والباحثين الذين كان لهم الفضل في إثراء هذا النوع من العلاج كما أنه غني بالعديد من النظريات والتقنيات العلاجية التي تساهم في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية.

3. بعض المفاهيم المتعلقة بالعلاج المعرفي السلوكي:

1.3. الأفكار اللاتكيفية:

هي ذلك التفكير الذي يعطي القدرة على التكيف مع خبرات الحياة، ويؤثر سلبا على التوافق الداخلي وينتج عنها استجابات انفعالية غير مناسبة أو مفرطة من الألم، فتلك الصور والأفكار التي تؤرقه وتسبب له ضيقا لا مبرر له أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهماجي، وفي العملية العلاجية لا بد على المعالج أن ينتبه عند استخدام

مصطلح "لا تكيفي"، فيجب أن يتوصل كل من المعالج والمريض إلى اتفاق على خطورة هذه الأفكار الأوتوماتيكية التي تعرقل حياته وتحول دون تحقيق أهدافه (بيك، مصطفى، 2000، ص 189)، ومن أهم الطرق التي تؤدي إلى اكتشاف الأفكار الآلية هي:

1. التخيل.

2. الأسئلة.

3. لعب الأدوار (عبد الله، 2018، ص 47).

تعتبر الأفكار اللاتكيفية التي تنجم عن المواقف التي يواجهها الفرد سبب كربه وتؤثر على تكيفه وتوافقه النفسي لذا وجب على المعالج والعميل العمل معا من أجل تحديدها والعمل على تغييرها بأفكار أكثر توافقية.

2.3. المعتقدات:

تنشأ المعتقدات منذ الطفولة وهي أكثر عمقا وتتمحور حول ذات الفرد وعن الآخرين والمحيط (بيك، مطر، 2007، ص 38)، وتنقسم إلى نوعين هما:

1.2.3. المعتقدات الوسيطة:

تتكون من القواعد والاتجاهات أو المواقف والإفتراضات وإذا كانت المعتقدات الوسيطة أكثر صعوبة في تعديلها مقارنة بالأفكار التلقائية إلا أنها أكثر قابلية للتطوير مقارنة بالمعتقدات الجوهرية، ويتعرف المعالج على المعتقدات الوسيطة وذلك بإتباع النقاط التالية:

1. التعرف على الاعتقاد حينما يظهر في فكرة تلقائية.
2. تقديم الجزء الأول من افتراض ما.
3. إظهار الاتجاهات والقواعد بطريقة مباشرة.
4. استخدام تقنية السهم الهابط.
5. اختبار الأفكار التلقائية للمريض والنظر إلى العامل المشترك بينهما.
6. مراجعة استبيان المعتقدات بعد أن يملاء المريض. (بيك، مطر، 2007، ص 38-222)

2.2.3. المعتقدات الجوهرية:

هي أفكار كلية مطلقة وجامدة عن الذات أو الآخرين (بيك، مطر، 2007، ص 38). تعتبر المعتقدات أكثر تعقيدا من الأفكار التلقائية لكونها راسخة في ذهن الفرد ويرجع هذا إلى تكوينها منذ الطفولة ويتطلب تغييرها جهدا ووقتا أكثر مقارنة بالأفكار التلقائية.

3.3. المخطط المعرفي:

"هي تلك التمثيلات العقلية المجردة التي تعمل بصفة آلية لتنظيم وتسيير الأحداث، المواقف أو التجارب المتشابهة، إنها مخزنة في الذاكرة طويلة المدى إذ تسمح بتحليل وتأويل الوضعيات الجديدة انطلاقاً من تلك السابقة، وبهذا تمثل نموذجاً لمعالجة المعلومة وتوجيه السلوك آلياً دون الحاجة لدراسة وتحليل كل وضعية على أنها جديدة". (بن سعيد، 2011، ص 49)

ولقد حدد يونج 16 مخطط مبكر غير متوافق في 06 مجالات أساسية، وهي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (07): المخططات المبكرة غير السوية حسب يونج

المجالات	عدم الاستقرار وانقطاع الصلات	استقلالية معطوبة	افتقاد المرغوبة	قصور التعبير الذاتي	قصور مشاعر البهجة	الحدود القاصرة
المخططات غير المتوافقة	1. الهجرة/عدم الاستقرار. 2. عدم الثقة/الإستغلال 3. الحرمان العاطفي.	1. الإعتماد الوظيفي/انعدام الكفاءة. 2. الإستهداف للأذى والمرض. 3. الإحتواء/الذات غير المتطورة.	1. النقص/الخزي 2. عدم المرغوبة الاجتماعية/ الاعتزاب. 3. الفشل في التحصيل.	1. خضوع 2. قمع الانفعالات	1. التضحية بالذات/ التحمل الزائد للمسؤولية. 2. عدم توازن المعايير. 3. السلبية/التشاؤم	1. التسلط/التمركز حول الذات. 2. القصور في التحكم الذاتي/الإنضباط

المصدر: عبد الله، 2018، ص ص 47-48

تتكون المخططات المعرفية من خلال مكتسبات الفرد السابقة حول ما تعلمه من خبرات، والتي من خلالها تساعد الفرد على مواجهة وحل مشاكله الحالية ويتعامل معها على أنها ليست جديدة انطلاقاً مما تعلمه سابقاً كما تتكون المخططات غير السوية في الطفولة والمراهقة نتيجة الخبرات السيئة والصدمات المبكرة حيث يكون فيها الفرد هشاً غير قادر على معالجة المواقف.

4.3. السلوك:

السلوك هو تسلسل منظم الأفعال يهدف إلى تكيف الفرد مع الموقف كما يدركه ويفسره، إن فكرة السلسلة تتوافق مع التسلسل السلوكي المعقد الذي له تنظيم وهدف، وتؤدي الأفعال الحركية أو اللفظية إلى تكيف الموضوع مع مجموعة من المثيرات البيئية التي يتم تفسيرها وفقاً للأنماط المعرفية المكتسبة والتي تكون مخزنة في الذاكرة طويلة المدى. (Cottraux, 2011, p 04)

يعتبر السلوك نشاط يقوم به الفرد نتيجة التفاعل مع المحيط، وعادة ما يهدف إلى إشباع رغبات الفرد وتحقيق التكيف مع المحيط.

5.3. المشاعر:

تتميز المشاعر بأحاسيس جسدية ممتعة أو غير مريحة تتوافق مع التغيرات الفسيولوجية استجابة للمثيرات البيئية ومع ذلك فإن الكائن الحي لا يستجيب بشكل محايد وفقاً لخصائص المثيرات التي يتعرض لها ويعتمد إدراكه للأحداث على تجاربه السابقة والحالة الجسدية التي يعيشها في تلك اللحظة بالذات، فالمشاعر تتحول إلى الظاهرة الجسدية (اللذة، الحزن، القلق، الاشتزاز، الخوف، الغضب) ويعتمد على تفسير الموقف ولكن ليس للموقف في حد ذاته، وبالتالي يعتمد التأثير على الإدراك. (Cottraux, 2011, p 05)

تعتبر المشاعر حالة معقدة تظهر على شكل تغيرات جسدية ونفسية، وهي طريقة يعبر بها الفرد عن نفسه نتيجة التعامل مع البيئة، وهي تؤثر على السلوك وتوجهه.

6.3. التحليل الوظيفي:

1.6.3. تعريف:

يعتبر مرحلة مهمة وأساسية في العلاج المعرفي السلوكي وهو عبارة عن دراسة العلاقة ما بين السلوك المضطرب والانفعالات والأفكار أي محاولة فهم السلوك المضطرب في سياقه التاريخي (ملان، 2010، ص 125).

3. 2.6. أنواع شبكات التحليل الوظيفي: وتتمثل فيما يلي:

1. شبكة سورك (SORC): والتي تتلخص في المخطط التالي:

(S) المنبه ← (O) عضوية ← (R) الاستجابة ← (C) النتائج (بودحوش، 2015، ص 100).

2. شبكة الفكرة الأساسية (Basic Idea): هذا النموذج في التحليل الوظيفي مشتق من أعمال لازريوس (Lazarus, 1977)، ويحتوي على العناصر التالية:

Behavior (B): السلوك.

Affect (A): العواطف والمشاعر التي تصاحب هذا السلوك.

Sensation (S) : الإحساسات أي الشدة العضلية بالخصوص التي تصاحب هذا السلوك.

Imagery (I): التصور الذهني في علاقته مع السلوك.

Cognition (C): المعرفة وتنطبق مع الأفكار والمعتقدات للمفحوص.

Interpersonal (I): البيئة وتنطبق على العلاقات البيئية المتصلة بالمشكل.

Droque (D): العقار أي الأدوية والحالة الجسدية.

Expectation (E): التوقعات أي ما ينتظره المريض ويأمله سواء من المعالج أو العلاج.

Attitude (A): اتجاه المعالج نحو المفحوص، وقد يكون اتجاهها إيجابيا أو حياديا أو سطوحيًا.

(نقلا عن بودحوش، 2015، ص ص 100-101)

3. شبكة سيكا (Secca): لكوترو (Cottraux, 1985) وهي تستخدم للحصول على تمثيل أكثر دقة لتحليل الوظيفي للرهاب، الاكتئاب، نوبات الهلع، المشاكل الجنسية، وتجمع هذه الشبكة بين العناصر المختلفة وتوضح العلاقات المتبادلة بين المثير، المشاعر، الفكرة، السلوك، والترقب، وتحتوي هذه الشبكة التي يكون هدفها تعليميا وعمليا على جزأين هما جزء تزامني يسمح بتحليل التسلسل السلوكي والعقلي والمثيرات والعاطفة والإدراك والسلوك والترقب وعلاقتها بالبيئة الاجتماعية، والجزء الآخر فهو تاريخي حيث يسمح بتنظيم التاريخ المرضي للمريض. (Cottraux, 2011, p112)

تعتبر شبكة سيكا من أكثر الشبكات استعمالا في فرنسا، ولقد دجت في هذه الشبكة أنظمة الإجابة لنظرية "لانغ Lang" حول الوضع في ذاكرة التعلّمات (ردود الفعل اللفظية، الحركية، النفس مرضية) المستعملة منذ سنة 1980، كما تم إرصان هذه الشبكة للإشكاليات الحصرية والاكتئابية والفوبيا، هجمات الهلع، خلل السير الجنسي. (سفاري، 2022، ص 168)

تعتبر مرحلة التحليل الوظيفي مهمة في العلاج السلوكي المعرفي حيث يقوم المعالج بدراسة الاضطراب النفسي في سياقه التاريخي والتي تساعد على تحديد العوامل المفجرة للاضطراب من خلال دراسة السلوك والانفعال والأفكار لدى العميل.

7.3. المعالج المعرفي السلوكي:

بالرغم من أنه لا يوجد دراسات تجريبية حول صفات المعالج، إلا أن هناك مجموعة من الصفات التي يجب أن يتمتع بها المعالج النفسي منها امتلاك معرفة واسعة حول أساليب العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى الفهم الكامل للتفسيرات النظرية خاصة الحديثة لنشأة الاضطراب، كما يجب أن تكون لديهم القدرة على الأساليب الفعالة للعلاج مثل استخدام الطرق السقراطية، جمع الأدلة الواقعية، مساعدة الحالة على تحديد وصياغة الأفكار السلبية، بالإضافة إلى الثقة بالنفس وقدرتهم على التخاطب مع العملاء، التعاطف معهم والدفع بلا

تورط انفعالي مع القدرة على تطويع وتطوير مبادئ أساليب العلاج بما يتناسب مع حاجات العملاء.

(براون، أوليري، وبارلو، الصبوة، 2002، ص 361)

كما تتعدد مهام الأخصائي النفسي في العلاج المعرفي السلوكي حيث يؤدي دور المرشد من خلال تنمية مهارات التفكير بشكل مستقل والتعاون مع العميل لحل مشكلته، ويؤدي أيضا دور المشخص من خلال جمع المعلومات عن العميل من أجل تحديد اضطرابه، وبالتالي يساعده في تحديد عملية التدخل العلاجي المناسب ويلعب أيضا دور المعلم من خلال تدريب العميل على المهارات الضرورية وتعليمه نماذج تكيفية بدل نماذج التفكير المشوهة. (السيد، 2009، ص ص 715-716)

كما يقوم المعالج المعرفي السلوكي بوضع أهداف معقولة وذات مغزى، ويلجأ كذلك إلى أفضل الأدلة العلمية في فهم المشكلة واختيار العلاج المناسب ومزج ذلك العلم بفن العلاج النفسي، وينظر أيضا إلى ما هو أبعد من التشخيص من خلال فهم سبب إصابة العميل، ويقوم أيضا بوضع أفكاره على أنها فرضيات ويكون على أتم الاستعداد لتقبل أخطائه. (Tolin, 2016, p 16)

يعتبر المعالج المعرفي السلوكي ضلعا أساسيا في العملية العلاجية ولا تتم بدونها لذا يتطلب أن يكون المعالج مؤهلا ومتدربا في العلاج المعرفي السلوكي، كما يجب أن يتصف بمجموعة من الصفات الإنسانية والعلمية التي تساعد على أداء وظيفته على أكمل وجه وكسب احترام العميل وثقته، وأن تهدف تدخلاته إلى التخفيف من معاناة مرضاه ومساعدتهم كما يتطلب الأمر.

8.3. العلاقة العلاجية:

تعتبر العلاقة مهمة لأنها تساعد في تعزيز تغيير المريض، ويرى بيك وآخرون (Beack & al, 1979) أن العلاقة العلاجية ليست كافية لإحداث التقييم لدى العميل لأن التقييم يحدث من خلال تطبيق الفنيات المعرفية السلوكية، وبالنسبة للاتجاه الحديث في العلاج المعرفي السلوكي يرى بأن العلاقة العلاجية تعتبر أداة تدخل علاجي ومثال على ذلك علاج اضطرابات الشخصية، وبالرغم من اختلاف المعالجين المعرفيين السلوكيين حول أهمية العلاقة العلاجية أو فنيات العلاج؛ إلا أن "ليهى Leahy" يرى أن ضمان استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي وتحسين التحالف العلاجي قد يوفران العلاج الأمثل. (نينادردادين، أبو زيد، 2019، ص ص 38-39)

تتميز العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي بجو آمن ومنفتح وتسوده الثقة، وتختلف العلاقة العلاجية عن التحالف العلاجي، حيث يبنى التحالف على أساس العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل، وتلعب مهارات المعالج ومعارفه ونوعية الرعاية التي يوفرها وشغفه في العمل دورا مهما بالإضافة إلى إرادة العميل ورغبته في التغيير. (عبد الخالق، 2016، ص 311)

إن طبيعة العلاقة العلاجية تعاونية، فالمعالج المعرفي السلوكي ليس موجها بدرجة كبيرة كالمعالج السلوكي

ولا هو غير موجه كما هو الحال في علاج "روجرز"، ولكن المعالج المعرفي السلوكي يعمل بطريقة فعالة، ويعمل مع العميل لفهم مشكلاته وعالمه، وفي حالة التعامل مع الأطفال وآبائهم يجب أن يشعروا بأن المعالج يقدر همومهم ووجهة نظرهم، وفي حالة شعور الآباء بأن المعالج لا يفهمهم فيعتبر هذا منبئ قوي لإنهاء العلاج قبل أن يكتمل ولهذا يجب أن يسأل المعالج الوالدين والطفل في نهاية الجلسة عما إذا كان هناك أي أمر مهم قد أغفله.

(نينيا ودرادين، أبو زيد، 2019، ص ص 38-39)

على الرغم من العلاج المعرفي السلوكي يعطي أهمية للتقنيات إلا أنه يؤكد أيضا على أهمية التحالف العلاجي باعتباره عامل مهم في هذا النهج العلاجي، ولقد أظهرت البحوث أن جودة التحالف العلاجي في العلاج المعرفي السلوكي له فعالية إيجابية لهذا يجب أن يتمتع المعالج بالأصالة والتعاطف والتعاون، وبممتلك أسلوب أكثر نشاطا وتوجيها، لذا وجب على المعالج توفير إطارا واضحا ومجموعة من التوقعات للعلاج وما سيحدث خلال الجلسات وغيرها، وأن يعمل كل من المعالج والعميل من أجل التعلم واكتساب الخبرة، فالمناهج العلاجية المعرفية السلوكية تؤكد على التعلم من خلال الخبرة وأعمال المعالج لخلق فرص التجارب التعلم الصحيحة.

(Boswell & Costantino, 2021, pp 10-11)

كما تتكون العلاقة العلاجية من ثلاثة مكونات أساسية هي:

1. الاتفاقات: تتمثل في التعهد على إقامة علاقة علاجية بين المعالج والمريض، وقد تختلف الاتفاقات والتعهدات إلا أنها تعمل على تحقيق الهدف النهائي من العملية العلاجية، وعلى المعالج أن يكون على قدر مستوى التوقعات لدى العميل كما يجب أن يتم العملية العلاجية بالنشاط والإيجابية وهذا يساعد المرضى خاصة الذين لديهم أسلوب سلبي وهوية في إقامة العلاقات الشخصية، ويساعد الأسلوب العلاجي أيضا إقناع المريض في القيام بفعل معين يتفق مع الأهداف العلاجية.

2. الأهداف: تشير إلى ما يصبو إليه كل من المعالج والعميل في ما يرغبان في تحقيقه في إطار العملية العلاجية ككل.

3. المهام: تشير إلى تلك الأنشطة التي يتم أدائها من جانب كل الطرفين، والتي تعمل على تحقيق الأهداف التي ينبغي أن يحققها المريض من خلال العلاقة العلاجية. (نجد، 1999، ص ص 37-39)

بالرغم من اختلاف العلماء حول مدى أهمية العلاقة العلاجية في نجاح العلاج المعرفي السلوكي، إلا أن من أهم خصائصه أن تكون العلاقة تعاونية أي أن لكل من المعالج المعرفي السلوكي والعميل لهما نفس الأهمية، لذا فطبيعة العلاقة لها دور في تحديد مسار العلاج النفسي سواء بالنجاح أو الفشل، لذا يؤكد العديد من الباحثين على أهمية التحالف العلاجي الذي يتم بناءه بناء على قوة العلاقة العلاجية.

4. نماذج العلاج المعرفي السلوكي:

أشار (Wenzel & al, 2016) إلى أن هناك نموذجين للعلاج المعرفي السلوكي وهما كالتالي:

1.4. النموذج المعرفي السلوكي الأولي Model Behavioral Cognitive Basic:

عندما يواجه العميل موقفا ما، فإن خبرته المعرفية للموقف ترتبط بردود أفعال جسمية وسلوكية وانفعالية فالمعرفة في هذا النموذج يقصد بها مزيج من الأفكار والتي تظهر في شكل صور عقلية، أحكام، تفسيرات اتجاهات، إدراكات أو معان، ووفقا لهذا النموذج فإن المواقف لا تسبب سلوك الأفراد بطريقة ما، ولكن توضح هذه المواقف ردود أفعالهم، ولذلك يعتقد المعالجون المعرفيون السلوكيون بأن العمليات المعرفية عبارة عن أفكار تلقائية تظهر بسرعة لدى العميل وغالبا لا يلاحظها. (حسن وجعفر، 2022، ص 287)

2.4. النموذج المعرفي السلوكي الممتد Expanded Behavioral Cognitive Model:

في هذا النموذج تكون الخبرة السابقة للعميل قد شكلت لديه معتقدات وأفكارا سلبية وإيجابية عن نفسه مثل (أنا فرد جيد، أنا فرد غير مؤهل)، والأفراد الآخرين (الناس لديها نوايا طيبة، لا أثق في الآخرين) والمجتمع من حوله (الأشياء الجيدة هي كل شيء من حولنا، العالم مكان غير آمن)، والمستقبل (الأشياء الجيدة سوف تأتي المواقف لن تتغير)، تلك المعتقدات قد تكون تكونت في الطفولة أو المراهقة أو حتى في مرحلة الرشد فبعض هذه الخبرات قد تتكون نتيجة الصدمة وقد تتشكل الخبرات نتيجة ظروف الحياة المتكررة... الخ. (حسن وجعفر، 2022، ص 287)

يهتم كل من النموذج الأولي والممتد للعلاج المعرفي السلوكي بالجوانب المعرفية للمريض إلا أن الفرق بينهما يكمن في أن الأول يهتم بالأفكار التلقائية لدى العميل والتي تتشكل غالبا حول المواقف التي تواجه الفرد ومن خلال تفسيره لهاته المواقف فإنها تؤثر على مشاعره وسلوكه بالسلب، وبالنسبة للنموذج المعرفي السلوكي الممتد فإنه يرى بأن المعتقدات لدى الفرد تكون مترسخة لديه وتكونت غالبا في مرحلتها الطفولة والمراهقة نتيجة الصدمات والحرمان.

5. أنواع العلاج المعرفي السلوكي:

1.5. العلاج المعرفي عند بيك:

يعد النموذج الذي قدمه "بيك" من أهم النماذج في هذا الاتجاه، حيث يهتم بمعارف ومعتقدات الفرد في هنا والآن كسبب في اضطراب الشخصية، ويستخدم بعض الفنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات اللازمة من أجل تغيير معارفه ومدركاته عن ذاته وعن العالم والمستقبل، ويرى "بيك" أن الشخصية تتكون من مخططات وأبنية معرفية تشتمل على المعلومات والمعتقدات والمفاهيم والافتراضات والصيغ الأساسية لدى الفرد والتي يكتسبها خلال مراحل النمو، ويرى أيضا بأن الأفكار التلقائية السلبية تؤدي إلى التشوهات المعرفية والتي ينتج عنها

الضغوط والصعوبة في مواجهتها، وتنقسم هذه التحريفات إلى أنواع وهي:

1. التفكير بطريقة الكل أو لا شيء.
2. التهويل والتضخيم.
3. القفز إلى الاستنتاجات.
4. التعميم الزائد.
5. التفكير الثنائي.
6. التجريد الانتقائي. (جابر وبويمان، 2013، ص ص 221-222)

ومن أهم أساليب العلاج المعرفي السلوكي عند "بيك":

1. إعادة البناء المعرفي الذي يهدف إلى تعديل وتصحيح الأفكار والاتجاهات المضطربة وظيفياً والتي ينجم عنها الاضطراب النفسي، ويحتوي هذا الأسلوب على ما يلي:
 - تحديد أنماط التفكير غير المنطقي.
 - مساعدة العميل على تفهم الآثار السلبية لأنماط التفكير غير المنطقي.
 - استبدال أنماط التفكير غير المنطقية بأخرى منطقية.
 - تدريب العميل من أجل تطوير استراتيجيات الضبط الذاتي.
2. التعرف على الأفكار التلقائية المشوهة والعمل على تصحيحها.
3. ملئ الفراغات: استخدمت "النهان" أساليب من أجل التعرف على الأفكار الآلية، ومن بينها ملاحظة الفرد للأحداث الخارجية وردود أفعاله حيالها، وبتكرار التدريب يدرك الفرد أن هناك فجوة ما بين الأحداث والاستجابة الانفعالية، وبالتالي يستطيع الفرد فهم شعوره إذا استطاع استرجاع الأفكار التي حدثت له خلال الفجوة، وتكمن مهمة المعالج مناقشة المتعالم من أجل ملئ الفراغ.
4. الأبعاد: تشمل اعتراف الفرد بأن أفكاره التلقائية ليست هي الواقع وتؤثر عليه سلبياً وتشمل على أحداث خارجة عن إطاره.
5. الوصول إلى دقة الاستنتاجات ويتم عن طريق تعليم وتدريب المتعالم كيفية الحصول على المعلومات الدقيقة وأن تتصف إستنتاجاته بالواقعية.
6. التخلص من المطالب: ابتعاد الفرد عن الواجبات المطلقة التي ينظر من خلالها إلى المواقف المختلفة والتي تسبب القلق والمخاوف.
7. التحويل: تحويل اهتمام المريض من التركيز على مجموعة من الواجبات المطلقة التي تسبب له الاضطراب إلى أوجه عديدة من النشاط مثل الألعاب الرياضية... الخ.
8. التحصين التدريجي. (شامخ وحسن، 2013، ص ص 592-595)

2.5. العلاج العقلاني الانفعالي عند ألبرت أليس:

يعد العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أحد المداخل المعرفية السلوكية الحديثة في العلاج النفسي، ويعود الفضل إلى تأسيس هذا النوع من العلاج إلى "ألبرت أليس Albert Ellis"، وتقوم هذه النظرية على افتراض رئيسي هو أن الاضطرابات النفسية هي نتاج للتفكير غير العقلاني الذي يتبناه الإنسان، لذا يهدف العلاج إلى التخلص من أنماط التفكير الخاطئة وغير العقلانية، فالمشكلات النفسية تنجم عن تفسير الإنسان وتقييمه لتلك الأحداث والظروف التي مر بها ولا تنجم عن الظروف بحد ذاتها. (أبو ستيت، 2017، ص ص 61-62)

وقد حدد "ألبرت أليس" 11 فكرة لا عقلانية وغير منطقية تؤدي إلى الاضطراب وهي:

1. لا بد من أن يكون الفرد محبوباً من الجميع ومؤيد من طرفهم في أي شيء يقوم به.
2. يقوم بعض الناس بتصرفات مجرمة وخاطئة، ولهذا يجب معاقبة الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات عقاباً شديداً.
3. إن لم تسر الأمور كما نرغب فإن الحياة تصبح لا تطاق.
4. الصعوبات التي يواجهها الإنسان سببها الظروف الخارجية، ولهذا فإنه لا يستطيع التحكم فيها.
5. لا بد من أن يهتم الفرد وينشغل بالأشياء الخطيرة والصعبة.
6. من الأحسن أن يتجنب الفرد مواجهة صعوبات الحياة والمسؤوليات الشخصية.
7. يجب على الفرد أن يعتمد على شخص أو أشخاص آخرين أكثر خبرة من أجل المساعدة على تحقيق أهدافه.
8. يجب أن يكون الفرد كاملاً وفعالاً ومنجزاً حتى تكون له قيمة.
9. إن الماضي لا يمكن محوه أو تجاهله، فالحبرات والأحداث التي مر بها الفرد تؤثر في سلوكه الحاضر.
10. يجب على الفرد أن يهتم وينزعج لما يصيب الآخرين من مشكلات.
11. لا بد من إيجاد حل مثالي لكل مشكلة تواجهنا. (أبو أسعد، 2014، ص ص 302-304)

ويتضمن العلاج العقلاني الانفعالي عناصر رئيسية تتمثل في:

(A): حدث محرك نشط.

(B): المعتقدات وتنقسم إلى نوعين معتقدات عقلانية ولا عقلانية.

(C): النتائج وتنقسم إلى نوعين نتائج عقلانية ولا عقلانية.

(D): الدحض والتفنيد.

(E): الأثر وينقسم إلى تأثير معرفي وتأثير سلوكي.

فالعلاج العقلاني الانفعالي يقوم بهجوم منسق على الأوضاع غير المنطقية للشخص المضطرب بطريقتين:

1. الطريقة الأولى:

يضطلع المعالج بمهمة الداعية المضاد، الذي يناقض وينكر الدعاية الإنهزامية والخرافات التي تعلمها المريض وغرسها في ذاته.

2. الطريقة الثانية:

- يقوم المعالج بتشجيع المريض وحته على العلاج وتتألف هذه العملية من أربع خطوات وهي:
- أن يوضح المعالج للمريض أن تفكيره لا عقلائي، ويوضح العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والاضطراب الانفعالي.
- أن يوضح المعالج للمريض أن استمرار الاضطراب يرجع إلى الإستمرار في التفكير بنفس الطريقة اللامنطقية، أي أن التفكير أو الإعتقاد في سبب الاضطراب وليس الأحداث.
- استبدال تلك الأفكار اللاعقلانية واللامنطقية بأفكار أكثر عقلانية ومنطقية.
- أن يساعد المريض على تبني فلسفة الحياة أكثر عقلانية بحيث يمكن له أن يتحاشى الوقوع ضحية أفكار أخرى غير منطقية. (ابريعم، 2016، ص ص 264-265)

ومن أهم الأساليب العلاجية عند ألبرت أليس هي:

1. **التفنيد والإقناع:** يحاول فيها المعالج إقناع المتعالج بالأمثلة المنطقية من أجل تفنيد الأفكار.
2. **الواجبات المنزلية:** يتم تنفيذها داخل الجلسات وخارجها، وتساعد المتعالج على التعرف على أفكاره ومشاعره.
3. **التقليد وأداء الوظيفة:** يتم إعادة البناء المعرفي للفرد من خلال المحاكاة والتقليد.
4. **التغذية الراجعة:** هو جزء أساسي في العلاج لدى "أليس" وبالأخص إذا كان جماعيا. (شامخ وحسن، 2013، ص ص 591-592)

3.5. التعديل المعرفي السلوكي:

ظهر هذا النوع من العلاج على يد "ميكنبوم" ويهدف إلى إعادة البناء المعرفي للفرد، ويؤكد هذا الاتجاه على التعليمات الذاتية أو أحاديث الذات لدى الفرد لأنها تؤثر على سلوكه ومشاعره.

فمستوى القلق ودرجته العالية مرتبط بتركيز الشخص على الذات وعدم كفاءتها وبالأفكار السلبية حولها أما انخفاض مستوى القلق لدى الفرد يرتبط بالتركيز على الموقف الخارجي مع القدرة على المواجهة فوظائف الحديث الذاتي يؤثر على الوجدان والتفكير والسلوك وعمليات التقويم والانتباه، أما الوظيفة الثانية للحديث الذاتي الداخلي هي التأثير في البنى المعرفية وتغييرها، وتتألف عملية العلاج عند "ميكنبوم" من ثلاث مراحل وهي:

1. مراقبة الذات: يجب على المتعالج أن يتعرف على طرائق العزو عند الأفراد وأفكارهم نحو ذواتهم وبالتالي يستطيع المتعالج أن يعبر عن سلوكه الذي يزيد من وعيه.
 2. السلوكيات والأفكار غير المتكافئة: على المتعالج أن يولد ما يقوله لنفسه مجموعة من السلوكيات الجديدة غير التكيفة مع سلوكياته الحالية، وبالتالي يستطيع أن يختار السلوكيات المناسبة وفقا لأفكاره الجديدة.
 3. المعرفة المرتبطة بالتغيير: وفيها يتعلم المتعالج مهارات تكيفية جديدة، ليكون التركيز على ما يقوله المتعالج لنفسه حول السلوكيات الجديدة التي اكتسبها والتي سيعممها عندما يواجه مواقف أخرى.
- (جابر وبويمان، 2013، ص ص 224-227)

4.5. طريقة حل المشكلات لزيبرا وجولفريد (D.Zurilla&Golfreid):

يتم التركيز فيه على تصحيح التعليل الخاطئ عن طريق تعليم الأفراد كيفية إجراء التعليل المنطقي للحلول للمشاكل الشخصية، وذلك من خلال ملاحظة المشكلة وتعريفها بدقة، ثم إيجاد البدائل الممكنة واتخاذ القرار وكتابة الإيجابيات والسلبيات لكل البدائل وتحديد خطة يتم إتباعها، وأخيرا التأكد من أن المشكلة على وشك الحل. (نادر، 2014، ص 97)

5.5. التصورات الشخصية لكيلى:

ذكر سيد عبد العظيم وآخرون (2010) أن نظرية "كيلى" توفر طرقا تشخيصية وبحثية وإرشادية وعلاجية، حيث تمتاز بالجمع بين عدة نظريات تتمثل في كل من الاتجاه التحليلي والمعرفي والسلوكي والإرشاد والعلاج النفسي، وفقا لها يساعد الفرد في فهم نفسه والآخرين من خلال دراسة البناءات الذاتية، وذلك من خلال التركيز على المشاعر والأفكار معا، ويركز العلاج على إيجاد طرق بديلة لرؤية الفرد لنفسه والحياة والمشكلة التي يعاني منها، وهذا هو الهدف الأساسي "لكيلى" في نظريته؛ حيث يسعى لبيان النظام البنائي النفسي الذاتي المتفرد للفرد. (سيد عبد العظيم وآخرون، 2010، كما أشار علي، 2021، ص ص 27-28)

6.5. العلاج النفسي بالالتزام والقبول: (Acceptance and commitent therapy, ACT)

يعرفه (Hayes & Srosahl, 2004) النوع من العلاج على أنه "منهج تدخل سياقي وظيفي يعتمد على نظرية الأطر العلائقية والذي لا ينظر إلى المعاناة البشرية على أنها نشأت في حالة من عدم المرونة النفسية التي يعززها الاندماج المعرفي والتجنب التجريبي" (زوريق ويلميهوب، 2022، ص 680).

ويرى هذا النوع من العلاج أن المعاناة النفسية غالبا ما تكون من خلال تجنب الخبرة، فيسبب انصهار معرفي أو تشابك، وما يترتب على ذلك من عدم مرونة نفسية أو جمود تجعل الفرد يتمسك بتصورات خاطئة ويسلك سلوكا لا يتناسب مع قيمه الخاصة.

وعلى الرغم من أن البحوث المتعلقة بهذا النوع من العلاج ما زال في بداياته إلا أن البحوث التي تناولته

أثبتت أن هذا النوع من العلاج له فاعليته في علاج بعض الاضطرابات مثل الاكتئاب، القلق، الألم المزمن الإدمان الإحتراق، مشكلات العمل... الخ. (رضوان، 2020، ص 3-10)

يقوم العلاج على التقبل والإلتزام على ست عمليات أساسية تساعد مع الفرد على اكتساب كفاية عقلية تسمى "بالمرونة النفسية Psychological Flexibility" وهي:

1. القبول Acceptance: يتمثل في الإعتناق الفعال والواعي للأحداث الداخلية المؤلمة وغير المرغوب فيها فمثلا في حالة مرضى القلق يقوم المعالج بتعليمهم الشعور الكامل بالقلق دون محاولة تغييره، والشعور بالإحباط ماهر إلا محاولة التغيير في التردد أو شكل الأحداث الداخلية غير المرغوب فيها

2. إزالة الإندماج المعرفي Cognitive Defusion: محاولة التغيير والتبديل في الوظائف غير المرغوب فيها للأفكار والأحداث الأخرى، بدل محاولة تغيير شكلها أو تكرارها أو تغيير حساسيتها الموقفية.

3. التواصل مع الحاضر Being Prsen: هي قدرة الفرد على الإتصال باللحظة الراهنة الآن وهنا، والتركيز على ما يدور من حوله، ويتم ذلك من خلال استخدام تقنيات الذهن.

4. الذات كسياق Self as context: هي شكل من أشكال التعبير أنا- أنت، الآن-آنذاك وغيرها وهو الذي يؤدي إلى فكرة المنظور والتي نشأت عنها العديد من المفاهيم مثل التعاطف، نظرية العقل، الإحساس بالذات... الخ، كما تتم عملية التفريغ المعرفي والقبول في ذات الوقت.

5. القيم Vailues: هي صفات مختارة لتصرفات هادفة.

6. الفعل الإلتزامي Committed Action: ينطوي على اختيار أنماط من السلوكيات الفعالة والمرتبطة بالقيم المختارة للفرد، وفي هذه النقطة فإنه يشبه العلاج السلوكي التقليدي. (البهناوي، الحديبي، ونجد، 2019، ص 7-8)

7.5. العلاج السلوكي الجدلي:

العلاج الجدلي السلوكي عبارة عن مدخل علاجي وضعته عاملة النفس الأمريكية "مارشا لينهان Marsha Linehan" قائم على نظرية العلاج المعرفي والسلوكي، يهدف إلى تعليم الفرد خفض أو تعديل الانفعالات الحادة أو المتطرفة، والعمل على خفض السلوك السلبي المرتبط بالانفعالات وزيادة الثقة في انفعالاته وأفكاره وسلوكه حيث يعتمد على ثلاثة أنماط رئيسة في العلاج وهي:

- العلاج الفردي.
- العلاج الجماعي من خلال مجموعة المهارات والذي يعرف بالتدريب المهاري (التدريب على اليقظة العقلية، وفاعلية التعامل مع الآخرين، وتنظيم الانفعالات، وتحمل الإحباط).
- التدريب عبر الهاتف. (محروم والخوالدة، 2021، ص 372)

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي مظلة تنطوي على العديد من أنواع العلاج التي تتشابه في جوهرها وتختلف في مدى تأكيدها على أنواع معينة من الفنيات، وعلى الرغم من أنه من الممكن رصد أكثر من عشرين نوعاً من هذه الأنواع إلا أن أشهرها ما يلي:

1. التصورات الشخصية "لكيلي Kelly".
2. العلاج العقلاني الإنفعالي "إليس Ellis".
3. العلاج المعرفي لبليك "Beack".
4. حل المشكلات عند "جولد فريد وجولد فريد Goldfred & Goldfred".
5. تعديل السلوك المعرفي عند "ميكنباوم Meichenbaum". (المحارب، 2000، ص 2)

بالرغم من اختلاف العلماء والباحثين في وجهات نظرهم سواء من حيث تفسير الاضطراب أو طرق علاجهم إلا أنهم ركزوا على دور العوامل المعرفية وتأثيرها في السلوك، بالإضافة إلى أن هناك تشابه في بعض الفنيات وبالرغم من اختلاف أنواع العلاجات المعرفية والسلوكية خاصة علاجات الموجة الثالثة التي تركز على تقبل الفرد لأفكاره وعدم محاولة تغييرها من أجل فك الإندماج إلا أن العلاج السلوكي المعرفي سواء التقليدي أو الحديث يهدف إلى التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية.

6. أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

1. التعامل مع تشويه الفرد للواقع والذي يستتج دون تمييز.
2. التعامل مع التفكير غير المنطقي للفرد، فقد لا يكون هناك تحريفاً للواقع، وإنما يكون أساس افتراضات خاطئة.
3. تحقيق تغيرات في سلوك الفرد، مما تغير حياته وحياة المحيطين به بشكل إيجابي.
4. مساعدة المريض للتوصل إلى منظور جديد لفهم مشكلته، وتعليمه كيفية مساهمة معارفه في تفسير أسباب الاستجابات الانفعالية السلوكية.
5. تصحيح التحريف في التفكير لدى المريض، والتعامل مع التفكير غير المنطقي بحيث يصحح صورة الواقع في نظره. (مقاوسي، 2016، ص 141)
6. تغيير وتفنيد المعتقدات اللاعقلانية لدى العميل.
7. التقليل من حدة الاضطرابات النفسية والسلوكيات الهازمة للذات، والتقليل من لوم الذات والآخرين.
8. إحداث التغيير لدى العميل وذلك من خلال إحداث تغيير في التفكير الخاطئ والتوضيح له كيفية التأثير على تصرفاته وشعوره من خلال التعرف على التشوهات المعرفية.
9. إطلاع العميل على قراءات معرفية لها علاقة بمشكلاته شريطة أن تحتوي هذه القراءات على أفكار عملية وعقلانية للتعامل مع المشكلات. (أبو زعيزع، 2010، ص 104-105)

10. إدراك العلاقة بين المشاعر والأفكار والسلوك وبالتالي إمكانية تعديل أحدها.
 11. تعليم المتعالجين أن يحددوا ويقيموا أفكارهم وتخيالاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة.
 12. تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات.
 13. تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات، ومن ثم تعديل سلوكهم وتفكيرهم وذلك من خلال تعلم فنية الحوار الداخلي. (أبو ستيت، 2017، ص 94)
 14. تغيير وجهة نظر العميل حول الحياة من خلال استخدام نماذج لأساليب جديدة من التفكير والفهم مع توضيح الارتباط بين تفكيرهم وما يدور به من أشياء.
 15. مساعدة العميل على تحقيق معنى لحياته يمكن من خلاله مواجهة الواقع والشعور بقيمة الذات.
 16. تحسين وظيفة العميل الاجتماعية من خلال مساعدته على تعلم طرق وأساليب أكثر واقعية وإيجابية في التفكير. (حجازي، د.ت، ص 513)
- وبشكل عام يمكن حصر أهداف العلاج المعرفي السلوكي في نقطتين أساسيتين هما:

1. التعرف على أنماط التفكير الخاطئة لدى العميل، والعمل على تصحيحها، وإبدالها بأفكار أكثر إيجابية.
2. تدريب العميل على حل مشكلاته من خلال التوصل إلى منظور جديد لفهم مشكلاته وتحديد لها والتعرف عليها مع تعليم العميل توليد البدائل والقدرة على التوصل إلى الحل المناسب لمشكلته.

7. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

1. يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على صياغة مشكلة المريض وتنقيحها بصورة مستمرة ضمن الإطار النظري الخاص به.
2. يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية بين المعالج والعميل التي تساهم في كسب ثقة المريض بالمعالج.
3. ضرورة التعاون بين المعالج والعميل؛ وذلك من خلال جداول العمل للجلسات والواجبات المنزلية.
4. ضرورة وضع المعالج أهداف معينة التي يسعى إلى تحقيقها.
5. الاهتمام بالحاضر من حيث التركيز على المشكلات الحاضرة لدى العميل، لكن أحيانا قد يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضي في حالة ما إذا كان المريض لديه رغبة شديدة في ذلك أو عدم حدوث تغير يذكر في الجوانب المعرفية السلوكية والانفعالية أو شعور المعالج بأن هناك حاجة لفهم كيفية تطور الأفكار اللاتوافقية لدى المريض.
6. تحقيق الوقاية من الانتكاس حيث يصبح المريض معالجا لذاته.
7. علاج مكثف وقصير المدى تتراوح عدد جلساته ما بين 04-12 جلسة وأحيانا يكون أكثر على حسب حالة المريض.

8. يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات متعددة لإحداث تغيير إيجابي في حياة المريض.
9. يركز العلاج المعرفي السلوكي على التعامل مع أعراض الاضطرابات النفسية التي يعاني منها المرضى أكثر من الإهتمام بالعوامل التي تسبب هذه الأعراض. (سالم، 2012، ص 318-319)
10. يعمل العميل والمعالج معا في تقييم المشكلات والتوصل إلى حلول.
11. المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الإنساني.
12. المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سبيبي.
13. إن الاتجاهات والتوقعات والعزو والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور أساسي في إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.
14. التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله في تفكيره.
15. تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة جوانبه المعرفية والانفعالية والسلوكية لكي يتم التأثير في سلوك الفرد. (البطينجي، 2015، ص 16)

ووفقا لدوبسون (Dobson, 2010) فإن العلاج المعرفي السلوكي بمختلف طرقه يتشارك في ثلاث مسلمات أساسية:

1. تأثير النشاط المعرفي في السلوك.
 2. مراقبة النشاط المعرفي وتغييره.
 3. إن التغيير المعرفي يؤدي إلى التغيير السلوكي المرغوب فيه (إبراهيم، 2018، ص 36).
- ترتكز مبادئ العلاج المعرفي السلوكي على أهمية دور كل من الأفكار والمشاعر والسلوك والتفاعل فيما بينهم مع التركيز على المشكلات الحاضرة والآنية، كما يلعب كل من العميل والمعالج دورا نشطا ويتعاون كل منهما في العملية العلاجية، ويحتوي العلاج على فنيات معرفية سلوكية متعددة تهدف إلى إحداث تغيير في السلوك والمعرفة معا.

8. خصائص العلاج المعرفي السلوكي:

1.8. الصفات التفاعلية:

على المعالج أن يكون قادرا على التواصل وأن يكتسب ثقة العميل مع تقبل وجهات نظره (البطينجي، 2015، ص 17)، فالمعالج يلعب دورا مهما لكونه عنصرا نشطا في العملية العلاجية.

2.8. العائد المنتظم:

يعتبر مكون أساسي في تطوير واستمرارية العلاقة العلاجية، فيتعرف المريض على جوانب العلاج المختلفة ويقوم المعالج بتبرير التدخل الذي يقوم به، ويسمح أيضا بالتحقق المنتظم والتأكد من فهم العميل للمعلومات أم

لا، ويبدأ المعالج مبكراً في إعداد مكونات العائد من العلاج، حيث يقوم المعالج بإعداد ملخص لما تم تقديمه في الجلسة ويطلب من المريض أن يستخلص النقاط الخاصة ويقوم بتسجيلها.

(يونج، بيك، وواينجر، فرج، 2002، ص 593-594)

3.8. بناء الجلسات:

يتم التخطيط للجلسات من خلال جدول أعمال يتم الإتفاق عليه بين المعالج والعميل، وهذا الجدول يسمح بالإستخدام الأمثل للوقت، ويساعد بناء الجلسات في توجيه المتعالج، كما يمدنا بإطار عمل محدود وملائم لرصد التقدم في العلاج ويكون كما يلي:

1. فحص مزاج المتعالج.
2. مراجعة موجزة للأسبوع المنقضى بين الجلسات.
3. وضع جدول أعمال للجلسة الحالية.
4. طلب عائد مع ضرورة الربط بين الجلسة الحالية والجلسات التي سبقتها.
5. تحديد الواجب المنزلي
6. تلخيص وإنهاء وتحديد موعد الجلسة القادمة.
7. يتم تعميق التقدم العلاجي عن طريق طرح مهام ومسؤوليات محددة للمعالج والعميل في مرحلة علاجية وثيقة بالموضوع. (كوروين، رودل، وبالمر، مصطفى، 2008، ص 43-44)

4.8. رصد وتعديل التفكير غير المنطقي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي أن الاضطراب النفسي هو اختلال في التفكير يتضمن عمليات معرفية تؤدي إلى رؤية مشوهة عن الذات والعالم والمستقبل، ويتم استخدام فنيات مختلفة لفحص وتحدي الأفكار غير المنطقية ويعلم المعالج المريض كيفية استخدام الأدلة من أجل فحصها وتفنيدها. (البطينجي، 2015، ص 18)

5.8. العلاج الموجه نحو الهدف:

يتم تحديد أهداف العلاج بشكل تعاوني بين المعالج والعميل، مع صياغة المشكلات التي يعاني منها العميل بدقة، والعمل على صياغة الفروض العاملة، فإذا افترض المعالج أن قلق مريضه سببه العجز في استعداده ومهاراته فإن خطة علاجه تتمحور حول بناء مهارات المواجهة من أجل تفادي التجنب والهروب، وإذا افترض المعالج فرضاً بديلاً بأن قلق مريضه ناجم عن اعتقاد لا تكفي لديه مضمونه أنه عاجز عن أداء مهمة من المهام فلا بد من أن تتضمن خطته العلاجية إعادة البناء المعرفي لهذا المعتقد المشوه. (الإسي، 2014، ص 32)

6.8. التكلفة والفاعلية:

يعتبر هذا العلاج أكثر فعالية إذا ما تمت مقارنته بالعلاجات الأخرى، حيث يركز على إعادة البناء

المعرفي للمريض مما يقلل من طول فترة العلاج، ويخفض من مخاطر الانتكاسة، ولقد ثبتت الأبحاث فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في العديد من الاضطرابات النفسية.

7.8. العلاج مبني على نموذج نفسي تعليمي:

يقوم المعالج بتعليم العميل أساليب تفكير منطقية، ويتم ذلك من خلال حث العميل على سماع شرائط الكاسيت المسجلة بها جلسات العلاج، وحضور محاضرات تعليمية، مما يساهم في تقديم معلومات حول الاضطراب الذي يعاني منه العميل وعن طبيعته وأسبابه وكيفية مواجهته، بالإضافة إلى استخدام بعض المواد مثل الكتيبات من أجل تزويد العميل بمعلومات عن نموذج العلاج، لكي يتم مناقشتها لاحقاً، وبناء على هذا العلاج فإن المعالج يساعد العميل على التعرف وفحص وتعديل أفكاره السلبية وإحلال محلها أفكار أكثر إيجابية.

(مقاوسي، 2017، ص ص 137-138)

أما بالنسبة للعلاج المعرفي السلوكي للأطفال والمراهقين فإنه يتميز بمجموعة من الخصائص هي:

1. محدد بالوقت، مختصر، وعادة ما يتم التحسن خلال الجلسات من 12-16 جلسة.
 2. موجه نحو المشكلة، مركز، استراتيجي.
 3. يعتمد على رابطة تعاونية ودية مع الحالة والوالدين.
 4. يعتمد على الدلائل العلمية الواقعية.
 5. محدد البناء وفعال يركز على المحتوى والعمليات المعرفية وتطوير المهارات الاجتماعية وتنظيم الانفعالات.
- (عبد الخالق، 2016، ص 308)

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي هادف مركز نحو المشكل كما أنه محدد بالوقت وقصير المدى وقليل التكلفة إذا ما تمت مقارنته بالعلاجات الأخرى، ويقوم على العلاقة العلاجية التي يتم بناءها بين المعالج والعميل والتي تساعد في تحديد أهداف وصياغة المشكلات والعمل معاً من أجل التغيير، ولكي تتحقق العلاقة العلاجية يجب أن يتحلى المعالج بمجموعة من الصفات المهنية والإنسانية، كما يعتبر العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي موجه نحو الهدف، يتم تزويد العميل بمعلومات حول الاضطراب والعلاج وذلك باستخدام مواد تعليمية مثل شرائط الكاسيت، كتيبات،... الخ.

9. مراحل سير العلاج المعرفي السلوكي:

1.9. مرحلة التعارف:

يقوم المعالج باستقبال المريض في مكتبه ويقدم نفسه، مع توضيح الإطار العلاجي (زمن الحصص، التكلفة... الخ) وخصائص العلاج السلوكي المعرفي (علاج علمي، مركز حول المشكل، نشيط، تعاوني،... الخ)، ولا يتردد في إعطاء أمثلة ملموسة حتى يحافظ على المريض مصغياً ومهتماً، ثم يشرح كيفية سير العلاج.

يجب أن يكون المعالج حريصا على جعل المريض طرفا فعالا، بالإضافة إلى تحفيزه، وهذا من أجل تكوين علاقة جيدة وفعالة بهدف تحقيق نتائج جيدة وهذا ما يسمى بالتحالف العلاجي.

2.9. مرحلة جمع المعلومات والتشخيص:

الهدف هنا مزدوج فمن جهة يقوم المعالج بتشكيل فكرة عامة حول وضعية المريض، ومن جهة أخرى تحديد ماهية ونوعية المشاكل التي سيعالجها وذلك من خلال اتباع سيرورة التشخيص الصارمة. ويتم تحقيق الهدف الأول من خلال البحث في تاريخ حالة المريض (العائلة، الدراسة، العمل، العلاقات الاجتماعية والعاطفية،... الخ)، مع تحديد المشكلة ومسبباتها وكيف أثرت على حياته، والمساعدات العلاجية التي تلقاها إن وجدت. أما الهدف الثاني المتعلق بالتشخيص فإنها تتم من خلال الوسائل التشخيصية الموضوعية المقننة مثل استبيانات الاكتئاب، القلق، تأكيد الذات،... الخ، مع إجراء المقابلات التشخيصية والتي تسمح بالتحديد السريع للأعراض الإكلينيكية والاضطرابات النفس مرضية.

3.9. مرحلة النتائج وشرح المشاكل والأهداف:

ترتكز على النتيجة التي قدمها المعالج للمريض حول مدى فهمه عن صعوباته والمشاكل التي تم تحديدها للعلاج مع تحديد التشخيص الإكلينيكي إذا كان المعالج متأكدا منه مع ضرورة الابتعاد عن المصطلحات الصعبة. بعد تحديد المشكل يجب أن يتفق المعالج والمريض حول أهم الوسائل التي ستستخدم ولو بشكل تقريبي بالإضافة إلى عدد الحصص ومراحل العلاج، وطبيعة التمارين المحتملة وغيرها، وهذا ما يسمى بالعقد العلاجي ويكون غالبا شفهيًا، وهو بمثابة تعهد معنوي، كما يمكن أن يكون التعهد مكتوبا وموقعا وهذا لتعزيز التزام المريض.

4.9. مرحلة التحليل الوظيفي:

يقوم المعالج بإجراء التحليل الوظيفي لكل مشكل على حدة (التاريخ، المدة، التكرار، الشدة، النتائج،... الخ) وتوضيح العناصر الفاعلة فيه أثناء حدوثه وخاصة الوضعيات التي يحدث فيها، والانفعالات المرتبطة به مع تحديد الأفكار الآلية والسلوكات التي يقوم بها المريض أثناء المشكل. ويتم فعل هذا عادة بالاستعانة بنوع من أنواع الجداول والشبكات التي يستخدمها المعالجون السلوكيون المعرفيون وتكمن فائدة التحليل الوظيفي لكونها تسمح للمريض بالاستبصار والوعي بعناصر مشكلته بدقة، فهذه الخطوة تعزز فهم المريض لمشكلته، وبالتالي تعزز قدرته على التحكم فيه، وتسمح أيضا للمعالج بالفهم الجيد للديناميكية الداخلية للمشكل، وتحديد كيفية حدوثه والعناصر التي تدعمه وتعمل على استمراره، وذلك من أجل تسيير أفضل للعلاج. بعد إجراء التحليل الوظيفي يجب على المعالج والمريض أن يحددا ما إذا كان من الأفضل العمل على الأفكار أو الانفعالات أو السلوكات وبأي واحدة سوف يتم البدء بها، ومن الممكن أن يستغرق التحليل الوظيفي من حصة إلى 3 حصص.

5.9. مرحلة تحديد وتطبيق الإستراتيجية العلاجية:

إن تطبيق الإستراتيجيات العلاجية مرتبطة بنوع المشكل، فالسيرورة العلاجية تسير خطوة بخطوة وفق التسلسل التالي:

1. الفرضية فمن الممكن أن يكون القلق الذي يشعر به الفرد مرتبطا بشكل كبير بفكرة آلية معينة.
 2. التحقق من الفرضية، بحيث يتم العمل على الفكرة الآلية لمعرفة ما إذا كانت واقعية خاصة أن العمل عليها يخفف من القلق لدى المريض.
 3. اختبار الفرضية ويتم ذلك من خلال تطبيق التقنية العلاجية.
 4. استخلاص أهم النتائج المتوصل إليها، مع معرفة انطباع المريض حول العلاج.
- ويستخدم في العلاج المعرفي السلوكي العديد من الفنيات المعرفية والسلوكية والجسدية والانفعالية، ونادرا ما يستخدم نوع واحد فقط من التقنيات، ويفضل كذلك البدء بالأساليب المعرفية بهدف تغيير الأفكار الالتيكيفية التي تساهم في تفاقم الاضطراب.

وعلى المعالج أن يقوم بتقييم منتظم من أجل مراقبة مدى تقدم المريض في العلاج ويتم ذلك من خلال ملئ المريض للإستبيانات التي تم ملؤها في بداية العلاج للقيام بالمقارنة، وفي حالة ظهور مشاكل أخرى لم تظهر في التشخيص الأولي يجب على المعالج تطبيق التحليل الوظيفي على المشكل الجديد ويستأنف سير العلاج من جديد.

6.9. مرحلة نهاية العلاج وتجنب الانتكاسات:

إنهاء العلاج يتضمن عادة استحضار كل ما تم القيام به خلال العلاج وتوضيح التطور بكيفية تجعله يفهم جيدا وضعيته الحالية، ومن المهم إلزام الدقة والصرامة في هذا التقييم، باستخدام نفس المقاييس التي تم استخدامها في القياس الأولي، وذلك لكي يدرك المريض بشكل واضح مقدار تقدمه ويدرك أيضا الجوانب التي ما زالت ضعيفة وهشة، كما يقترح المعالج على المريض مقابلات تهدف إلى المتابعة، لكي يتمكن كل من المعالج والمريض من معرفة ما إذا كان التحسن المحقق مستمرا، ومن الأهداف المهمة للعلاجات السلوكية المعرفية هي منح المريض القدرة على التحكم في اضطرابه بنفسه أي منحه الوسائل اللازمة لتسيير اضطراباته بنفسه في حالة الانتكاس وإذا لم يكن هذا كافيا يستطيع المريض طلب المساعدة من المختص. (بوفيه، بوزيان، 2019، ص ص 85-93)

ولقد نشأ مفهوم منع الانتكاس في إطار علاج إدمان المخدرات، ولكن أصبح يطبق هذا المفهوم بشكل عام ويعني الانتكاس هو عودة المشكلة كاملة لحالتها السابقة بينما تمثل الهفوة عودة جزئية للمشكلة إلى حالتها السابقة، ويعد تقليل الانتكاس استراتيجية واقعية لمواصلة التحسن من خلال تحديد المواقف المستقبلية التي يجب أن تؤدي إلى الانتكاس مثل الصراعات والمشاعر السلبية... الخ.

ويقوم المعالج بمساعدة المرضى على تطوير وحفظ المواجهة للتعامل مع المواقف المختلفة من خلال

الأدوات والتقنيات التي تم تعلمها أثناء فترة العلاج، ويتم ذلك من خلال تحيل المرضى أنفسهم في وضعية المواقف السلبية ويتدربون على إستراتيجية المواجهة الخاصة بهم، وتساعد إدارة الإبتكاس المرضى على تغيير نظرتهم نحو الأزمات باعتبارها فرص للتعلم بدلا من كونها علامة على عدم الكفاءة الشخصية، ويمكنهم الرجوع إلى المسار الصحيح ويقترح ليهي (leahy, 2003) إعادة صياغة الإبتكاس كتجربة تعليمية أو طبيعية وبمعنى آخر أن الإبتكاس هو ما يحدث عندما لا يلتزم المريض بالإرشادات التوجيهية للحفاظ على التحسن الذي وصل إليه بعد انتهاء العلاج. (نينا ودرايدن، أبو زيد، 2019، ص 222)

يمكن القول بأن العلاج المعرفي السلوكي علاج ممنهج مخطط له بشكل جيد من طرف المعالج، بدءا من مرحلة التعارف بين المعالج والعميل وعقد التحالف العلاجي إلى غاية التشخيص الدقيق والقيام بالتدخلات العلاجية من خلال اختيار الفنيات المعرفية السلوكية التي تتناسب مع العميل ومشكلته، وصولا إلى نهاية العلاج والعمل على تجنب الإبتكاسات لكي لا يعود الاضطراب مرة أخرى ويكون العميل قادرا على التحكم في مشكلاته من خلال تطبيق ما تعلمه سابقا في حياته اليومية.

10. الفنيات والتقنيات العلاجية المستخدمة في التخفيف من القلق:

1.10. الفنيات المعرفية:

1.1.10. التربية النفسية:

تسمى هذه الفنية أيضا بالتعليم النفسي وهذا راجع باعتبار العلاج المعرفي السلوكي هو علاج تعليمي حيث يهدف إلى إعطاء معلومات للعميل حول اضطرابه أو مشكلته خاصة عندما تكون الأفكار ومعتقداته هي المسؤولة عن الاضطراب، ولكي يتخلص الفرد من القلق غير الطبيعي لا بد على المعالج شرح وإعادة تفسير الأحاسيس التي يشعر بها العميل، مما ينتج عنه تكيف العميل والتخلص من مشكلته. (بلحسني، 2014، ص 98)

كما أنها تقنية معرفية تتمثل في تقديم معلومات موثوقة دقيقة للمريض حول الصعوبات التي يعاني منها وحول الأساليب المستخدمة في العلاج، ومن الممكن أيضا أن يطلب المعالج من المريض الإطلاع على بعض الكتب مثل كتب المساعدة الذاتية أو زيارة بعض المواقع الإلكترونية المختصة، والتي تم انشاؤها من طرف مختصين أو جمعيات ولهذه التقنية هدفين هما:

1. منح المريض الوسائل اللازمة التي تساعد على فهم الصعوبات التي يعاني منها مع الفهم للعلاج السلوكي المعرفي، وذلك ليكون المريض قادرا على التحكم في استخدام التقنيات العلاجية باستقلالية.

2. تعزيز التحالف العلاجي من خلال التعاون. (بوفيه، بوزيان، 2019، ص 121)

2.1.10. المناقشة وتبادل الحوار:

لهذه الفنية آثار إيجابية تتمثل في إثارة وزيادة اهتمام التلاميذ نحو المحاضر، وزيادة انتباههم وعدم تشتتهم

بالإضافة إلى الفهم العميق لدروسهم مع تنمية مهارات التفكير الإبتكاري لديهم، كما أنها تساعد على محاربة الملل لديهم، وتساعد هذه الفنية أيضا على التوجيه الصحيح للقيام بالنشاط المرغوب فيه من قبل التلاميذ. (مزيد والدبور، 2018، ص 285)

ولقد أجريت عدة دراسات تجريبية حول تأثير المحاضرات والقرارات الجماعية على تعديل الاتجاهات ومن بين هذه الدراسات دراسة كل من كوش وفرنش (Coch&French, 1948)، ولقد توصلت الدراسات إلى أن فنية المناقشة والقرار الجماعي يؤديان إلى تعديل الاتجاهات بشكل أفضل (زهران، 2005، ص 295).

وتساهم هذه الفنية على إتاحة الفرصة للأفراد على التعبير عن أفكارهم الإيجابية والسلبية على حد سواء مما يساعدهم على اكتشاف الخطأ في أفكارهم، كما تمكنهم من تعلم طرق جديدة تؤدي إلى تنمية القدرة على حل المشكلات لديهم واكتشاف طرق بديلة لتحقيق أهداف أكثر واقعية مما يساعدهم على تعديل سلوكياتهم غير المرغوبة (عجوة، أبو شنب، سعادة، والدسوقي، 2019، ص 23).

3.1.10. فنية صرف الإنتباه:

تعتمد هذه الإستراتيجية المعرفية على فكرة أن الفرد يستطيع التركيز على شيء واحد في مرة واحدة وهذه الفنية لها هدفين وهما:

1. كسر الدوائر غير المفيدة من الأفكار التي تؤدي إلى مزاج سلبي، وتؤدي إلى المزيد من الإنشغال.
2. تغيير الاتجاهات نحو الأفكار السالبة بدلا من أن تستحوذ على الفرد.

وتشير البحوث إلى أن فنية صرف الإنتباه أو الإلهاء تكون أكثر فعالية من كبح الأفكار في التقليل من الأفكار غير المرغوبة فيها، وأنه أكثر فعالية خاصة عندما يتكرر العملاء إلهاءا إيجابيا لا يرتبط بأفكارهم غير المرغوب فيها، وتشمل فنية صرف الإنتباه ما يلي:

1. التدريب الجسمي والذي يعتبر مفيدا عندما يكون العميل غير قادر على التحديات العقلية أو للأطفال والمراهقين الذين يكون لديهم استعداد جسمي أكثر من التفكير العقلي.
2. إعادة التركيز ويعني هذا الإنتباه إلى البيئة الخارجية وليس إلى العالم الداخلي مثل وصف خصائص البيئة المحيطة مثل الأشكال، الألوان... الخ، كما يجب أن يكون الوصف دقيقا.
3. التدريب العقلي والذي يشمل على عدة مهام مثل العد إلى الوراء أو قراءة قصيدة... الخ.

(كنرلي وآخرون، معالي والشريف، 2018، ص ص 205-206)

4.1.10. الحوار السقراطي والاكتشاف الموجه:

هي عبارة عن حوار بين المعالج والمريض ينتج عنه الشك في أفكاره المختلة ثم بناء أفكار جديدة، ولا

يقتصر الأمر في كسر الأفكار المختلة واقتراح أفكار أخرى معدة مسبقاً من طرف المعالج وإقناع المريض بصحتها بل يتمثل في أن يكون المعالج عقلانياً لكي يتمكن المريض من فهم العالم المحيط به، وتهدف هذه الفنية إلى إحداث تغيير لدى المريض من الداخل وليس من الخارج، فهذه التقنية تتطلب الكثير من المهارة ومن الحس الإكلينيكي لدى المعالج. (بوفيه، بوزيان، 2019، ص ص 110-111)

ويتم الإكتشاف الموجه باستخدام الأسئلة السقراطية عبر المراحل الآتية:

1. طرح عدد من الأسئلة بهدف اكتشاف معلومات ذات الصلة بمشكلة المريض، ولا يدركها في الوقت الراهن.
2. الإستماع الجيد وعكس ما يسمعه المعالج على المريض.
3. تقديم ملخصات متتالية للمعلومات المكتشفة.
4. طرح أسئلة تهدف إلى حث المريض على النظر في إعتقاداته الأصلية في ضوء المعلومات التي تمت مناقشتها. (المحارب، 2000، ص ص 137-138)

5.1.10. أسلوب السهم النازل:

يساعد هذا الأسلوب على التعرف واكتشاف التفكير الآلي للمريض، ويتم هذا عن طريق تشجيع المريض على استكشاف تفكيره من خلال طرح السؤال التالي: ماذا يعني لو أن هذا التفكير صحيح؟ وبالتالي ينتهي المطاف إلى قواعد شرطية تأخذ شكل لو، إذا... الخ (بلحسني، 2014، ص 113).

6.1.10. إعادة البناء المعرفي:

ساهم كل من "إليس" و"بيك" في تطوير هذه الفنية، ويتم من خلالها تعديل البنية المعرفية المشوهة للشخص وتقوم هذه الفنية على تفحص معتقدات العميل، وإقناعه بمدى تشوه أفكاره، ومسؤوليتها عن تفكيره السلبي حتى يتعاون العميل مع المعالج على تعديل هذه الأفكار والمعتقدات المشوهة، واستبدالها بمعتقدات وأفكار تكيفية. (عطا الله، 2021، ص 255)

تهدف هذه الفنية إلى مساعدة العميل على تغيير أفكاره السلبية بأفكار إيجابية معززة للذات، وتقوم هذه الفنية على افتراض أن السلوكيات الإنهزامية أو المعوقة تنتج إما عن نمو معارف أو تفكير مشوه، وإما عن عبارات داخلية للذات تعوق أداء الفرد، وأن تفكير الفرد الخاطئ أو غير العقلاني، ويتم تغيير العبارات الذاتية الإنهزامية من خلال تعديل معارف الشخص أو آرائه عنها، ويقدم المعالج نموذجاً للتفكير المعزز للذات وكذلك السلوكيات الملائمة للموقف الذي يمثل ضغطاً على العميل.

وتتكون هذه الفنية من المراحل الآتية:

1. مرحلة عرض المنطق: يقوم المعالج بالشرح للعميل عن الانفعالات غير السارة التي تكون ناتجة عن الأفكار السلبية وليس عن المواقف الضاغطة.
 2. مرحلة إعادة النظر في الافتراضات اللاعقلانية: يقوم المعالج بإعادة عرض المعتقدات الخاطئة على المريض من أجل إدراكها على أنها خاطئة وغير عقلانية، وبالتالي الموافقة على أنها غير عقلانية.
 3. مرحلة تحليل مشكلات المريض ووضعها في سياق عقلائي انفعالي: يقوم المعالج بالشرح للمريض على أن التوقعات السلبية والمعتقدات الخاطئة هي المسؤولة عن التوتر والقلق.
 4. مرحلة تعليم المريض تعديل الجمل الداخلية: يقوم المريض بتطبيق ما تعلمه من المراحل السابقة.
- (نجد والإنه، 2016، ص 242)

7.1.10. التخيل:

تتم هذه الفنية عن طريق التخيل لمشهد سار سواء كان حقيقة أو مشهدا يتصوره الفرد من وحي خياله وتكمن أهمية هذه الفنية في مساعدة الفرد على نقص التوتر وتثبيط القلق والشعور بالتفاؤل ويقضي على الملل والضجر، كما توصلت الأبحاث العلمية أن للتخيل مفيدا حتى للمرض الجسدي حيث يساعد المريض على التعامل الإيجابي مع الألم. (لازاروس، الحجار، 2002، ص 270)

يرى "بيك Beack" بأن فنية التخيل تستخدم في علاج اضطرابات القلق لتوضيح العلاقة بين التفكير والعواطف فيطلب المعالج من المفحوص أن يتخيل مشهدا أو منظرا غير سار ويلاحظ استجاباته، فإذا أظهر المفحوص استجابات انفعالية سلبية يتم البحث عن محتوى أفكاره، ثم يطلب من المفحوص أن يتخيل مشهدا سارا ويصف مشاعره، كي يستطيع المفحوص أن يدرك التغيير في محتوى أفكاره قد أثر في مشاعره.

(بن عبد الرحمان، 2022، ص 139)

8.1.10. فنية ABC:

تعتبر هذه الفنية من أهم الفنيات المعرفية حيث تشير (A) إلى الحدث المنشط أو الموقف الذي يتعرض له الفرد والذي يسبب له القلق، (B) فتعني الأفكار أو المعتقدات التي راودت الفرد عند حدوث الموقف، أما (C) فتشير إلى النتيجة أي المشاعر التي اختبرها الفرد نتيجة الأفكار والإعتقادات الخاطئة حول الحدث، فمثلا التلميذ الذي يصاب بالقلق بسبب إقباله على الامتحان فإن الحدث المنشط (A) هو الإقبال على الامتحان، أما (B) فهي الفكرة التي راودت التلميذ أنا غير مستعد للامتحان، وبالنسبة لـ (C) فهي مشاعر القلق التي تعترى التلميذ وينتج عن هذا السلوك (D) كثرة المراجعة. (ليهى، شواش، العرجان، وهاشم، 2020، ص 74)

يعتبر الفصل بين الأفكار والمشاعر صعب جدا للمتعالجين المبتدئين خاصة وأن هناك خلط في الحياة

اليومية في التعبير عنهما، فمثلا قد يقول الفرد أشعر أنه لا يحبني مع أنه في الحقيقة يعني أعتقد أنه لا يحبني فالمشاعر عادة يشار إليها في كلمة واحدة مثل حزين، قلق، سعيد... الخ، على عكس الأفكار التي يعبر عنها في جملة أو عبارة. (Josefowitz & Myran, 2017, p09)

9.1.10. الحوار الذاتي:

يتم الحوار مع النفس عند القيام بأي نشاط معين، وتهدف هذه الفنية إلى تنبيه الفرد إلى تأثير أفكاره السلبية على سلوكه، ويعتبر حديث الفرد لنفسه وما يحويه من انطباعات وتوقعات عن المواقف التي تواجهه هي السبب في الاضطراب، ولهذا يقوم المعالج المعرفي السلوكي بتحديد مضمون الحديث والعمل على تعديله باعتبارها خطوة أساسية في مساعدة الفرد على التغلب على اضطرابه، خاصة في المواقف التي تثير القلق والاكتئاب. (سكسوخ، 2014، ص 229)

يرى "ميكنباوم" أن الحديث الذاتي يؤثر في البنى المعرفية ويعمل على تغييرها، وهي تتم عن طريق تحديد العبارات السلبية التي يقولها المتعالج لذاته، ثم يتم تغييرها بعبارات إيجابية، ويتكون العلاج بالحديث الذاتي عند "ميكنباوم" من خلال 03 مراحل وهي:

1. زيادة وعي الفرد وتركيزه على أفكاره ومشاعره وسلوكاته وردود فعله الفيزيولوجية.
2. توليد حديث ذاتي يتعارض مع السلوكيات والأعراض اللاتوافقية لدى المتعالج.
3. تطوير الجوانب المعرفية لدى المتعالج التي تساعد على اكتساب سلوكيات توافقية بشكل مستمر وتعميم ذلك على المواقف التي يواجهها المتعالج. (نادر، 2014، ص 102)

10.1.10. تفحص الدليل:

تعتبر هذه الفنية من أهم الفنيات في تعديل البنى المعرفية وتعديل الأفكار والمعتقدات السلبية فمثلا قول الفرد لنفسه لاشيء يسير بشكل جيد؛ ويستدل ذلك من خلال قائمة خبرات الفشل في الماضي والحاضر لتدعيم هذه الفكرة، ولا يستطيع التفكير في أي دليل مناقض، وفي عقله أن هذا يثبت صحة ما يعتقد. (نينا ودرادين، أبو زيد، 2019، ص 117)

فتفحص الدليل يعتبر المكون الرئيسي للاختبار التجريبي التعاوني في العلاج المعرفي، فبعد كتابة الأفكار السلبية وتحديد التشوهات فيها، يتم اعتبار مجموعة الأفكار التلقائية فرضية يقوم المعالج والعميل بالبحث عن الدليل الذي يؤيد فرضيته أو يدحضها خاصة وأن العميل غالبا ما يقدم دليلا يدعم ويعزز اعتقاده متجاهلا المعلومات الرئيسية ويركز على معلومات قليلة تعزز أفكاره المختلة، فعند شعور الفرد بأنه ليس على ما يرام فإنه يشعر بأن الأشياء سيئة دون التقصي والتأكد من الحقائق، وعند إعادة النظر فيها والتأكد من مدى صدقها فإن وجهة نظره السلبية تتغير. (أبو أسعد والأزيدة، 2015، ص 212)

11.1.10. تقنية التعرف على أساليب التفكير الخاطئ غير الفعال:

من التشويهات المعرفية التي تحدث هي المبالغة أي إدراك الأشياء أو الخبرات الواقعية وإضفاء دلالات مبالغ فيها، ومن المعروف أن المبالغة في إدراك نتائج الأشياء هو ما يميز الأشخاص المصابين بالقلق، حيث يقومون بالمبالغة في تفسير المواقف، مما يؤدي إلى زيادة إثارة مشاعر الخوف من فقدان مركزهم أو وظيفتهم والأشخاص المهمين في حياتهم، لذا يستوجب على الفرد أن يراعي التوسط في التعامل مع الأمور والمشكلات، فلا يبالغ في تفسير الموقف فيزيد من شعوره بالخوف، وفي المقابل لا يقلل من أي موقف والمخاطر المترتبة عليه لكي لا يصبح الفرد اندفاعيا غير مبال بالفشل الذي قد يتعرض له. (بن عبد الرحمن، 2022، ص ص 146-147)

2.10. الأساليب السلوكية:

1.2.10. المراقبة الذاتية:

تعتبر هذه الفنية مهمة جدا في تعديل السلوك وهي تستند إلى منطق أن الفرد يدرك أبعاد السلوك المراد تعديله قبل البدء في عملية التغيير، فملاحظة ومراقبة الذات تقيمان مدى تكرار السلوك المقصود تغييره والأحداث التي تسبق حدوثه، والنتائج المترتبة عليه. إن هذه الفنية تساهم في إشراك العميل في عملية تعديل السلوك بحيث يجب أن تتضمن الخطوة الأولى معرفة كيفية تمييز السلوك المراد تعديله وتحديد بدقه، أما الخطوة الثانية فتتمثل في تسجيل السلوك، كما توجد العديد من الأساليب التي تتراوح بين البسيطة التي يكتفي فيها بتسجيل السلوك أثناء حدوثه إلى أساليب أكثر تعقيدا والتي تتمثل في توثيق الظروف التي حدث فيها السلوك مع تسجيل المشاعر المصاحبة أثناء ظهور السلوك. (تايلور، بريك وداود، 2008، ص 132)

يحرص المعالج في بداية العلاج على تطبيق هذه الفنية لكونها تعتبر خطوة ضرورية فهي تساعد على التعرف وتحديد مشكلة المريض مما يساهم في إعادة صياغة مشكلة العميل، كما تستخدم هذه الفنية في متابعة العملية العلاجية، وبالتالي تساهم هذه الفنية في خفض تكرار السلوكات غير المرغوب فيها.

(علي، 2021، ص 544)

2.1.10. الواجب المنزلي:

يعتبر من الأساليب التي تساهم في انحراط العميل في العملية العلاجية حيث يطلب منه القيام بممارسة نشاطات منزلية تعمل على مساندة اجراءات التدخل العلاجية (تايلور، بريك وداود، 2008، ص 140).

وهو جزءا مكملا وليس اختيار في العلاج، فالواجب المنزلي الجيد يعطي فرصة أكثر للعميل من أن يتعلم بنفسه، بالإضافة إلى أن الواجبات تعتبر وسيلة مهمة لجمع المعلومات من خلال رصد أفكار ومشاعر وتصرفات العميل، وكذلك لإختبار أفكاره ومعتقداته حتى يستطيع تغييرها.

- كما توصل الباحثون إلى أن المرضى الذين يقومون الواجب المنزلي يتقدمون أسرع من المرضى الذين لا يمارسونه (بيك، مطر، 2007، ص375)، ولكي تتحقق فاعلية هذه الفنية يجب التخطيط الجيد لها؛ فلا بد من أن تكون لها علاقة بمضمون الجلسات وسهلة الاستخدام مع مراعاة مبدأ التسلسل وتجزأ المهام، ولهذا يجب أن تكون الواجبات سهلة نسبيا وفي متناول العميل، وتكمن أهمية هذه الفنية بشكل عام فيما يلي:
1. تساعد على انخراط العملاء في الوقت الذي يقضونه في أنشطة خاصة بالعلاج.
 2. تساعد على اكتساب البصيرة والمهارات ويصبح العملاء كعامل تغيير في العلاج.
 3. تقييم مدى تقدم العلاج.
 4. بناء علاقة مهنية قوية.
 5. زيادة إحساس العميل بالإتقان والفعالية الذاتية والتفاؤل بشأن نجاح العلاج.
 6. تعزيز فعالية العلاج؛ فالعملاء الذين يكملون باستمرار الواجبات المنزلية يحصلون على نتائج أفضل للصحة العقلية. (جمعة، 2019)
 7. يصبح العميل طرفا مشتركا في العملية العلاجية.
 8. انتقال مسؤولية إحداث تغيير في السلوك تدريجيا إلى العميل.
 9. يصبح العميل ملتزما في العملية العلاجية من خلال عقد متفق عليه لتحمل مسؤوليات معينة.
- (تايلور، بريك وداود، 2008، ص 141)

3.2.10. التسجيل اليومي للأفكار الأوتوماتيكية:

يستخدم جدول تسجل فيه الحالة أفكارها الأوتوماتيكية، ويتكون الجدول من أربعة أعمدة مهمة تتوافق مع ثلاث نقاط في النموذج المعرفي العاطفي (الوضع، المعتقد، النتيجة الانفعالية)، بالإضافة إلى حلول بديلة أو مضادات للمعتقدات، ويتم تدريب الحالات على استخدام هذا السجل اليومي وذلك في الوقت الذي تسجل فيه الحالة حالة انفعالية غير سارة، وعلى المعالج أن يتأكد من أن العميل قد فهم ما طلب منه. (بلغام، 2017، ص72)

4.2.10. الاسترخاء:

يرى "جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاي" بأن الاسترخاء حالة خالية من التوتر تتوقف فيها الصراعات الداخلية، وكذلك مشاعر القلق والغضب والخوف المزعجة وتنتشر فيها حالة من الهدوء، والاسترخاء أيضا هو عودة العضلات إلى حالتها الطبيعية بعد فترة من التقلص (الحويلة وعبد الخالق، 2010، ص75).

يعتبر الاسترخاء العضلي الذي طوره جاكبسون (1838) من أهم أنواع الاسترخاء، ويهدف إلى التعلم التدريجي للسيطرة على التوتر والاسترخاء لمجموعات عضلية معينة، ويتم التدريب بداية وفق تعليمات المعالج حيث يتم التركيز على شد أعضاء الجسم لوقت قصير وبشكل متفرق، ثم يتم إرخاؤها بشكل كامل قدر المستطاع، ومع التقدم في استخدام الاسترخاء يستطيع المريض تطبيقها لوحده دون مساعدة المعالج، كما يمكن تطبيق هذه التقنية

بشكل فردي أو جماعي، كما يطلب من المريض القيام بالاسترخاء العضلي بين الجلسات العلاجية بشكل يومي وأحياناً يتم دعم هذه التمارين بواسطة شريط مسجل عليه تعليمات تمارين الإسترخاء، كما أن هذه الطريقة غير مرتبطة بأي اتجاه معين ويمكن لأي معالج مهما كانت خلفيته النظرية استخدامه.

(غراوه، دوناتي، وبيرنارو، رضوان، 1999، ص ص 203-204)

وعند تطبيق الاسترخاء يجب الإنتباه إلى بعض النقاط التالية:

1. أن يشعر العميل بالهدوء والراحة عند مواجهة المثير.
2. عدم تشتيت انتباه العميل أثناء الاسترخاء عن مواجهة المثير الخاص عند استخدام فنية المواجهة.
3. يستحسن تطبيق الاسترخاء على مدى جلستين أو ثلاث جلسات وتكون مدته 30 دقيقة.
- (أبو ستيت، 2017، ص 50)
4. عدم وجود مثيرات خارجية تعيق الاسترخاء.
5. أن يكون المكان هادئ.
6. موسيقى هادئة.
7. أن يكون الكرسي أو السرير مريحاً.
8. أن يكون المعالج هادئاً ورزينا وصوته يساعد على الاسترخاء.
9. الشرح المسبق للعميل عن الاسترخاء.
10. أن تتوفر لدى العميل الرغبة في الاسترخاء.
11. أن يكون العميل قادراً على التركيز الداخلي.
12. أن يكون العميل سليماً من الأمراض العقلية.
13. الهدوء والإمتناع عن الحركة. (نحوي، 2016، ص ص 61-62)

ويستخدم الاسترخاء في الحالات التالية:

1. الأمراض العضوية:

- أمراض القلب والأوعية وتشمل الضغط الدموي، أمراض القلب العصبية، الذبحة الصدرية.
- أمراض الجهاز التنفسي مثل حالات الزكام الموسمي، السعال العصبي، ضيق التنفس، أمراض الربو، مرض السل الرئوي.
- أمراض الغدد الصماء والأبيض مثل فرط نشاط الغدة الدرقية، فرط التنفس والتكزز، السكري.
- اضطرابات الجهاز الهضمي مثل صعوبة البلع الهستيري، تشنجات المرئ، التهاب المعدة، القرحة المعدة والتهاب القولون التقرحي.

- أمراض الجهاز البولي التناسلي مثل اضطرابات التبول، صعوبة التبول العصابي، التبول اللاإرادي، توتر ما قبل الدورة الشهرية عند المرأة، عسر الطمث.
- اضطراب الوظيفة الجنسية مثل البرود الجنسي، تشنج المهبل،... الخ.
- حالات التوليد غير المؤلمة.
- اضطرابات العين مثل إجهاد العين، الجلوкома، العمى،... الخ.
- الأمراض الجلدية مثل الصدفية، الإكزيما،... الخ.
- تناذرات المحرك الوعائي مثل مرض رينو، اضطرابات الشرايين، بعض حالات الصداع النصفي.
- الأمراض العصبية مثل الإختلاج أو الرعاش، التناذرات الذاتية للمصابين بالصدمات الدماغية، الصرع
- انخفاض الحساسية للألم.
- الأورام السرطانية.

2. الاضطرابات النفسية والذهانية:

- التوتر والقلق ونوبات الهلع.
- إدارة الألم.
- الاكتئاب.
- الإرهاق.
- الأرق.
- الهستيريا.
- اضطرابات ثنائي القطب.
- الحالات البينية.
- الفوبيا.
- حالات الإدمان.
- اضطراب الوسواس القهري.
- انخفاض تقدير الذات.
- عدم الاستقرار الحركي.
- الغضب.
- قلق الامتحان.

- التناذرات النفسية الحركية كاللزمات العصبية والتأثأة.

- بعض حالات الفصام والذهان الدوري. (بوروية، 2017، ص ص 176-180)

كما يجب على المعالج أن يكون حذرا عند تطبيق الاسترخاء خاصة وأن هناك بعض المشكلات التي قد تواجهه أثناء تطبيق الاسترخاء، ومن أهم هذه المشكلات نذكر:

1. شعور العميل بالرغبة في النوم أثناء جلسة الاسترخاء، لذا يجب التركيز على صوت المعالج طوال الجلسة كما يجب تحديد الجلسة في وقت يكون فيه العميل مرتاحا.
2. خوف العميل من سيطرة المعالج عليه، ولتفادي ذلك لابد شرح فنية الاسترخاء والهدف منها قبل تطبيقها.
3. قد يصاب المتعالج أحيانا ببعض الأفكار المقلقة أثناء تطبيق الاسترخاء، لذا وجب على المعالج تهيئة المتعالج من خلال عرض مشهد هادئ يحبه المتعالج لذا يجب وصف المشهد بشكل تفصيلي وبصوت هادئ وبطيء.
4. عدم التزام المتعالج أحيانا بتعليمات المعالج أثناء تطبيق الاسترخاء.
5. شعور بعض العملاء بالقلق على الرغم من استرخاء عضلاتهم.
6. عدم تحديد المتعالج منطقة التوتر أو الشد الموجودة في جسمه لكي يركز عليها المعالج أثناء تطبيق الاسترخاء. (الخواجه، 2010، ص ص 152-154)

5.2.10. التنفس البطني:

يعتبر جدار البطن من أهم العضلات التي تستجيب للقلق والضغط حيث يشتد، وبالتالي يضغط على الحجاب الحاجز، فعندما يتمدد إلى الأسفل لبدء التنفس تنقص كمية الهواء، ويبقى الهواء المستنشق في الجزء العلوي من الرئتين مما ينتج عنه ضغط فيتتنفس الفرد بشكل سريع، مما قد يؤدي إلى الإصابة بمتلازمة فرط التهوية. (ماكاي، ديفير، وفانينج، الغديان، 2012، ص 8)

فعملية التنفس عبارة عن غريزة طبيعية وهو من أهم الوظائف الحيوية التي يقوم بها الكائن الحي، ويعتمد الاسترخاء أساسا على التمارين التنفسية، ومن أهم فوائد التنفس البطني نذكر:

1. القدرة على تحديد الطاقة الداخلية وتوجيهها حسب الإحتياجات الخاصة.
2. القدرة على ضبط النفس والتصرف بحكمة في مواقف مختلفة.
3. تحسين الدورة الدموية.
4. التخلص الأنبوب الهضمي من الغازات، فيحسن الهضم وينعكس ذلك بحالة من الهدوء والتوازن الذي يظهر على الوجه.
5. التخلص من الرائحة الكريهة التي تنبعث من الفم والتي تنطلق أثناء الكلام أو عند الضحك.

6. التخفيف من الألم.
7. تحسين الصوت والنطق حيث يزيل توترات الجهاز الصوتي التي تسبب البحة أو الإرتجاف أو الخنة.
(بوروية، 2017، ص ص 183-187)
8. علاج نوبات الهلع والتحكم في الأعراض الجسمية للقلق.

أعد كلارك وآخرون (1985) طريقة إعادة التدريب على التنفس من خلال جعل المريض يتنفس بسرعة وعمق لثوان قليلة ملاحظة أثر ذلك من خلال تقدير درجة الشبه بينها وبين الإحساسات الناتجة عن نوبات الهلع أو الخوف أو القلق، فإذا تمت ملاحظة التشابه يصل العميل إلى إدراك أن التنفس السريع يسهم في ظهور الأعراض، وفي حالة فشل أسلوب زيادة سرعة التنفس يمكن إثارة الأحاسيس من خلال التركيز على صور عقلية أو الإهتزاز أثناء الجلوس أو النظر إلى صور مثيرة، وبعدها يتم تدريبهم على استراتيجية المواجهة. فالتنفس مهم جدا لدى الفرد وكلما تحكم الفرد في عملية التنفس أثناء المواقف المثيرة للقلق كلما تحكم الفرد في مستوى القلق. (بلحسيني، 2014، ص 103)

6.2.10. أسلوب تقليل الحساسية التدريجي:

يرى "وولبي (Wolpe)" أن هذا الأسلوب يزيل الخوف، ونزع الحساسية المنتظم يمكن تعديله ليستفيد على نحو جيد من معارف العميل، والعنصر الاسترخائي في نزع الحساسية المنتظم يمكن تبسيطه عن طريق جعل العميل يتبنى تهيئة عقلية من الاسترخاء عن طريق التعليمات الذاتية، ويمكن تعديل الجزء التخيلي من خلال جعل العميل يرى نفسه كيف يتعامل مع القلق عن طريق تخيل الموقف وتطبيق الاسترخاء، وفي هذه الحالة فإن الخبرة المسببة للقلق تصبح مؤشرا للمواجهة رغم وجود القلق. (بلان، 2015، ص ص 407-408)

ويتضمن الخطوات التالية:

1. التدريب على الاسترخاء.
 2. وضع هرم القلق من طرف العميل بالتعاون مع المعالج.
 3. تقليل الحساسية عن طريق تعريض العميل للمواقف المثيرة للقلق تدريجيا وعلى مستوى الخيال.
 4. اختبار أثر التعلم في الحياة الواقعية (الخواجه، 2010، ص 144).
- ويرى كل من "جوان وكارمان وبيدرو (Juan, Carman& Pedro)" إلى أن هناك مزايا لأسلوب تقليل الحساسية المنتظم وهي:

1. يساعد العميل في السيطرة على ذاته.
2. زيادة الفاعلية الذاتية للفرد أثناء تعرضه للمواقف المقلقة، وبالتالي تزداد ثقته بنفسه وبقدرته على تخطي قلقه.

3. يتم تنفيذ أسلوب تقليل الحساسية المنتظم بالتخيل على عكس المواجهة أو الغمر التي قد تنعكس سلباً على العميل.

4. تساعد هذه الفنية بالسيطرة على القلق بشكل تدريجي. (عبود وجرادات، 2014، ص2194)

7.2.10. توكيد الذات:

يعرف كلا من جاكوبوسكي وساكنتور (Sector & Jakubowski, 1973) توكيد الذات بأنه "التعبير عن الذات حيث يدافع الفرد عن حقوقه الإنسانية الأساسية دون التعدي على حقوق الآخرين".

(الخواجه، 2010، ص103)

إن التوكيد سمة يولد بها معظم الناس، إنها مهارة نحتاج جميعاً إلى تعلمها، ولا أحد مؤكد لذاته طوال الوقت ومن أحد العقبات التي تحول دون أن تصبح مؤكداً هي اعتقاد بعض الناس أنهم لا يحق لهم أن يطلبوا الأشياء التي يحتاجون إليها أو أن يضعوا أنفسهم أولاً قبل الآخرين في بعض الأحيان أو أن يزعموا الآخرين أحياناً أو أن يعبروا عن آرائهم.

تعتبر التوكيدية من أهم مهارات التواصل التي يجب تعلمها، ويساعد التدريب على التوكيدية في اكتساب ما يلي:

- اكتساب كيفية التواصل بشكل فعال مع الآخرين.
- التعبير عن الأفكار والمشاعر بكل سهولة.
- تلبية الفرد احتياجاته بطريقة مناسبة دون انتهاك حقوق الآخرين.
- توقف الفرد عن كونه سلبياً أو عدوانياً.
- التعامل مع النقد بطريقة صحيحة.
- تعلم كيفية وضع الحدود المناسبة مع الآخرين. (سي وود، أبو زيد، 2020، ص221)

تشير التوكيدية إلى القدرة على التعبير الملائم عن أي انفعال، ويشير المعالجون السلوكيون إلى أن الشخص التوكيدي ليس الذي يستطيع التحكم في العدوان والمشاعر السلبية، بل يستطيع التعبير عن المشاعر الإيجابية كالحب والود... الخ، ولهذا يتضمن العلاج السلوكي القائم على التوكيدية على تدريب الأشخاص على الاتجاهات الإيجابية الدالة على الاستحسان والتقبل وحب الاستطلاع وإظهار الحب وهي اتجاهات تتعارض جميعها مع العصاب والقلق. (محمود، 2016، ص191)

كما يتم تلخيص سلوك تأكيد الذات في أربعة نماذج سلوكية أساسية وهي كالتالي:

1. القدرة على الرفض والنطق بكلمة لا عندما تقتضي الحاجة لذلك.
2. القدرة على التعبير عن المشاعر السلبية التي تزعجه ومصارحة الناس التي تسبب له المشاعر السلبية.

3. القدرة على التصميم والبدء بالمناقشات والإستمرار بها وأيضا إنهاؤها عند الاجتماع بالناس مع عدم الخوف من الكلام والنقد أثناء النقاش. (لازاروس، الحجار، 2002، ص 274)

ومن أهم فنيات أسلوب تأكيد الذات نذكر:

1. **فنية تكرار السلوك:** يقوم المعالج بدور الشخص الهام في حياة العميل مثل دور مدير أو زميل،... الخ، ويقوم العميل بالدور المطلوب منه.

2. **فنية الإستجابة البسيطة الفعالة:** تستخدم هذه الفنية في التعبير عن مشاعر الضيق أو الغضب بأقل انفعال سلبي.

3. **أسلوب التصعيد:** تم اقتراحه من طرف "ماكفون مارستون" (1970) وهو يساعد على زيادة الثقة بالنفس لدى العميل وينتج عنه تعميم السلوك التوكيدي، لكن يجب على العميل أن يؤخر تصعيد الإستجابات إلا في الحالات والمواقف التي تستوجب ذلك.

4. **أسلوب مدرجات السلوك:** يقوم المعالج بإعداد فقرات التي تعبر عن المواقف التي يتعرض لها العميل ثم يطلب منه أن يضع بكل فقرة درجة تدل على مقدار ما تثير فيه من غضب أو قلق، ويقوم المعالج بتدريب العميل على حسب مدرجات السلوك من المواقف الأقل إثارة إلى المواقف أكثر إثارة.

5. **التدريب التوكيدي الجماعي:** يقوم المعالج بطلب من أحد الأعضاء أن يعرض مشكلته أمام المجموعة ويطلب منه أن يمثل أمامهم الإستجابة التي اعتاد أن يستجيب بها في هذا الموقف، حيث يتم تقويمها بعبارات ودية من طرف أعضاء المجموعة، ثم يبدأ المعالج بالبحث عن استجابة تكميلية لهذا الموقف مع أفراد المجموعة، وعندما يتفقون على إستجابة معينة يتم تطبيقها في الجلسة بمساعدة عضو من أعضاء المجموعة. (نقلا عن دايلي، 2019، ص 290-291)

8.2.10. **حل المشكلات:** تفيد هذه التقنية الأشخاص الذين يفتقرون للمهارات في حل مشكلتهم، عن طريق تعليمهم سلسلة من الخطوات التي تساعد على المضي في التفكير في المشكلات، ومساعدتهم بطريقة بناءة أكثر، حيث يشرح المعالج للمتعالج خطوات حل المشكلات، ويساعده في تنمية طرائق جديدة للتعلم من الخبرات مع تعلم وسائل جديدة لحل المشكلات، وقد أطلق "بيك" على هذه العملية اسم "التعلم الثاني".

(عشاشة ويلميهوب، 2020، ص 176)

كما أن هناك أنواع عديدة من أسلوب حل المشكلات ومن أهم هذه الأنواع نموذج "دي زوريلا وجولدفايد" (1971) والذي يحتوي على 05 مراحل وهي:

1. **التوجيه العام:** يقوم المعالج أو المرشد بتنمية الميل لدى العميل حول المشكلات التي يواجهها وذلك لتحقيق ما يلي:

- تقبل الفرد الواقع واعتبار المشكلات جزء من حياته.
- التعرف على نوعية المشكلات التي تحدث.
- كبح ميل الفرد للاستجابة للمشكلة.
- 2. تحديد المشكلة وصياغتها:
 - إعادة صياغة المشكلة من خلال تحديد صورة أو تعريف إجرائي.
 - صياغة وتصنيف عناصر المشكلة، وهذا من أجل تحديد أهداف ومشكلات الفرد الأساسية.
- 3. توليد البدائل: توضع قائمة بالحلول الممكنة الخاصة بالمشكلة المراد حلها.
- 4. اتخاذ القرارات: يتمثل ذلك في اختيار حل من الحلول التي تم تسجيلها من قبل، حيث يتم التركيز على النتائج القريبة والبعيدة المدى، مع التركيز على العائد الشخصي والاجتماعي لهذا البديل.
- 5. التحقق من الحل: يتم مقارنة النتائج الحقيقية بالنتائج المتوقعة بعد تطبيق الحل المختار والتأكد من مدى فاعلية البديل الذي يتم اختياره. (الفسفوس، 2011، ص ص 103-104)
- 9.2.10. النمذجة:** تشمل على عرض حقيقي أو رمزي لسلوكيات التعامل المرغوبة في المواقف المقلقة، بحيث يمكن للعميل تقليدها في وقت لاحق، فالتعرض لنماذج عرض السلوك التكيفي من شأنه أن يؤثر بشكل إيجابي في تسيير الآداء، ويطلب منه أن يتخيل بوضوح مشهداً مقلداً وأن يركز على الأعراض التي تظهر عليه، ثم يتدرب الشخص على الإستجابة من أجل الوصول إلى مهارات التعامل التكيفية للاسترخاء الفعلي بعيداً عن التوتر وخفض القلق قبل أن يرتفع مستواه. (زیدنر ومائوس، الحسين وعبد المنعم، 2016، ص 251)
- وتتم هذه الفنية عن طريق أربع عمليات وهي:
 1. الإلتباه Attention: يجب أن ينتبه العميل إلى السلوك المرغوب فيه مع التركيز على خصائصه.
 2. الإستيعاب والتذكر Rétenion: عن طريق التكرار والتدريب على السلوك المرغوب فيه.
 3. إعادة القيام بالسلوك التلقائي Motoric Reproduction: عن طريق مساعدة العميل لتقليد النموذج بشكل لفظي، رمزي أو تمثيلي في مواقف الحياة الفعلية والواقعية.
 4. التدعيم Reinforcement: تتم عن طريق تدعيم وتشجيع العميل على التقليد بحيث تساعد على ممارسة السلوك المطلوب، ويطلق عليها العملية الواقعية. (بن عبد الرحمان، 2022، ص ص 152-153)
- 10.2.10. التجارب السلوكية:** تعتبر من أهم الفنيات التي تستخدم من أجل اختبار والتأكد من صحة الإفتراضات والمعتقدات الجوهرية الكامنة من خلال اختبار صحتها تجريبياً، فمثلاً إذا كان لدى الفرد اعتقاد بأنه إذا ارتكب خطأ سيضحك عليه الجميع، يطلب المعالج من الفرد القيام بالتجربة لمعرفة ما إذا كان سيحدث ذلك بالفعل عند ارتكاب الخطأ أم لا، ولا يتم تنفيذ هذه الفنية إلا إذا كان العميل مستعداً لها ومدرباً عليها ومتعلماً لإستراتيجيات المواجهة لأي نتائج ممكنة. (ركتور، بوزيان، 2021، ص 25)

11.2.10. فنية التعرض:

هو عبارة عن تعريض المريض بشكل متكرر سواء واقعيًا أو باستخدام التخيل وذلك لمثيرات ليست مؤذية من الناحية الموضوعية لكنها تخيف العميل، ويساعد التعرض على إحداث التغيرات المعرفية للمعتقدات المشوهة لدى العميل، ويرى "كورتو" (J.Cottraux, 2001) بأن التعرض الحسي دون الغمر والإنغماس في الوضعية المثيرة للقلق وعدم اللجوء إلى إستجابة التجنب، وذلك بشكل متكرر سيكون فعالاً لدى العملاء المصابين بالوساوس والقلق ولكي تنجح هذه الفنية يجب أن تتوفر خصائص معينة وهي:

1. أن يكون التعرض لمدة طويلة.
2. أن يتكرر التعرض حتى تتم إزالة الخوف أو القلق.
3. أن ينتبه العميل للمثير الذي يسبب له الخوف.
4. يفضل البدء بالتعرض التخيلي ثم الميداني عند استخدامهما معاً في الجلسات.
5. عدم استخدام التعرض التخيلي في حالات معينة وهي: عجز العميل على تحديد الأفكار المثيرة للقلق معاناة العميل من اضطرابات في التخيل أو التذكر. (بلحسني، 2013، ص76)

12.2.10. مهارة إدارة الوقت:

1. تعريف مهارة إدارة الوقت:

تعرف مهارة إدارة الوقت على أنها "عملية الإستفادة من الوقت المتاح والمواهب والشخصية المتوفرة لدينا لتحقيق الأهداف المهمة التي نسعى إليها في حياتنا مع المحافظة على تحقيق التوازن بين متطلبات العمل والحياة الخاصة وبين حاجات الجسد والروح والعقل" (الغامدي، 2018، ص13).

2. أهمية إدارة الوقت: وتكمن أهمية إدارة الوقت فيما يلي:

1. تحقيق الأهداف.
2. الإستخدام الأمثل للموارد البشرية والمالية.
3. تخفيف التكلفة.
4. تحسين الإنتاجية.
5. تطوير القدرات الفردية والجماعية.
6. تخفيف القلق والضغط والتوتر الناجم عن تراكم الأعمال.
7. إدارة الوقت.
8. تخصيص وقت للعائلة أو الترفيه أو الراحة.
9. احترام قيمة الوقت. (الغامدي، 2018، ص ص 24-25)

3. مضيعات الوقت: في دراسة أجراها شحادة (2005) حول مضيعات الوقت لدى الأفراد توصل إلى ما يلي:

1. الشبكة الإعلامية 11.5%.
2. ضعف التخطيط 10.5%.
3. الفوضى 8.8%.
4. مقاطعة الغير 8.7%.
5. تأجيل عمل اليوم إلى الغد 8.6%.
6. كثرة اللقاءات الاجتماعية 7.1%.
7. عدم تعاون الآخرين 7.8%.
8. المواصلات 6.7%.
9. كثرة النوم 6.9%.
10. النزاعات الشخصية 5.4%.
11. كثرة الزوار 5.2%.
12. ضعف التكنولوجيا 4.6%.
13. الإجراءات الرسمية 4.4%.
14. لا يوجد شيء أقوم به 2.8%.
15. أسباب أخرى 0.7% (شحادة، 2005، ص ص 510-511)

4. استراتيجيات إدارة الوقت: حدد بنيستون (Penistone, 1994) في دراسته التي هدفت إلى تحديد استراتيجيات إدارة الوقت لدى طلاب الجامعة وهي:

1. تحديد الأولويات بحيث يجب على كل طالب وضع قائمة خاصة بأولوياته وهذا من أجل إنجاز المهام.
2. تحديد الوقت اللازم لكل مهمة موجودة في قائمة الأولويات.
3. تخفيض فترة المقاطعات أثناء تطبيق المهام من خلال الابتعاد عن مسببات ضياع الوقت والتقليل من شرود الذهن.
4. الجدولة وقائمة المهام والتي تعتبر أدوات جيدة وفعالة في مساعدة الطلاب على تنظيم الوقت.
5. التقييم بعد إنجاز الدراسة الأسبوعية حيث يجب على كل طالب أن يحدد المهام التي أنجزها وفي ماذا استخدم وقته. (الغراز، هاشم، وبدوي، 2009، ص 174)

تعتبر مشكلة استنزاف الوقت من أهم مشكلات المراهقين والتي يشكو منها الآباء والأمهات دائما بالنسبة لأبنائهم المراهقين وتلك المشكلة لها جانبين أولهما عدم استثمار الوقت فيما يفيد، وثانيهما استغلال وقت

الفراغ في أشياء تضر بالمراهق وربما تضر بالأسرة والمجتمع (النجار، 2021، ص 51).

11. استخدامات العلاج المعرفي السلوكي:

1. حالات الاكتئاب حيث أثبتت الدراسات أن من 70% إلى 80% من مرضى الاكتئاب يتحسنون على هذا النوع من العلاج لمدة لا تقل عن سنتين.
2. حالات العصاب (القلق، الخوف، الهلع، الهستيريا، الوسواس القهري، الكرب).
3. الاضطرابات السلوكية والانحرافات الاجتماعية.
4. حالات البارانونيا وبعض حالات الفصام المستقرة.
5. الاضطرابات الجنسية والاضطرابات النفسجسدية.
6. علاج الإدمان والتدخين.
7. اضطرابات الأكل.
8. الاضطرابات النفسية عند الأطفال.
9. بعض اضطرابات الشخصية خاصة البينية. (علي، 2021، ص 543-544)
10. اضطرابات الصورة الجسدية.
11. العادات السلوكية مثل نتف الشعر ووخز الجلد واللزمات.
12. المشاكل العلائقية والجنسية.
13. الأرق.
14. تناذر التعب المزمن.
15. الألم المزمن.
16. المشاكل الشخصية المستدبة (ركنور، بوزيان، 2021، ص 6).
17. الإصابات الدماغية.
18. أمراض القلب.
19. مرض السكري.
20. السرطان.
21. الزهايمر (بن زيد والفورية، 2018، ص 211).

يشهد استخدام العلاج السلوكي المعرفي مجالا واسعا حيث لا يستخدم فقط في مجال الاضطرابات النفسية والذهانية وإنما حتى في المجال الطبي من حيث التعامل مع الأمراض العضوية حيث يعمل العلاج المعرفي السلوكي في المجال الطبي على مساعدة المرضى على إدارة الألم وكذلك التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية التي قد تنشأ نتيجة للأثر السلبي الذي تخلفه الأمراض العضوية.

12. عملية الإشراف في العلاج المعرفي السلوكي:

تعتبر عمليتي الإشراف والتدريب مهمة في إعداد المعالجين في أي توجه علاجي، بما في ذلك العلاج المعرفي السلوكي، سواء في تدريبات الإعداد الأولية أو على مدى استمرار التخصص والممارسة، فمن خلال هذه العملية يتم التأكيد على جودة الممارسة لتقديم العلاج والأدلة المتوفرة حول كفاءتها، ومن الضروري التأكد من توفير إشراف جيد حتى تتحقق أهداف التدريب ويتم الحفاظ على كفاءة المعالج الذي سيقوم بمساعدة مرضاه في فهم مشكلاتهم النفسية والتغلب عليها، وبشكل عام يهدف الإشراف إلى تحقيق المهارات لدى المعالج ومن أهمها:

1. التمكن من تطبيق أساليب العلاج المعرفي السلوكي وبنياته.

2. فهم وصياغة الحالة.

3. القدرة على تكوين العلاقة العلاجية وإدارتها بشكل فعال.

4. تنمية المهارات بشكل مستمر. (إبراهيم، 2018، ص38)

5. تقديم ملاحظات حول أداء المعالج.

6. توفير التوجيه واكتساب وجهات النظر البديلة.

7. تكوين هوية المعالج.

8. تكوين جو آمن لاستكشاف التطبيقات والمبادئ العلاجية.

عادة ما يتم الإشراف بشكل منتظم ودوري، حيث يتم عقد اللقاءات بشكل أسبوعي أو كل أسبوعين بالنسبة لمقدمي العلاج المبتدئين، ويكون بشكل شهري بالنسبة للممارسين المرخصين في المرحلة الأكثر تقدماً. (الجمعية، د.ت، ص9)

ويتم الإشراف وفق خطة ممنهجة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (08): مزايا وعيوب أساليب الإشراف

الأسلوب	تعريف	المزايا	السلبيات
التقرير الشفهي	يقوم مقدم العلاج بتقديم التقرير حول الجلسة بشكل شفوي إلى المشرف حول الحالة التي يتم معالجتها.	- تبادل المناقشة والحوار بين المعالج والمشرف. - يعتبر هذا الأسلوب أقل تهديد لمقدمي العلاج.	- نسيان مقدمي العلاج لبعض التفاصيل المتعلقة بالجلسة. - عدم المراقبة الكافية لمقدمي العلاج مما يحول دون تقديم التغذية الراجعة

الملاحظات العلمية	يقوم مقدم العلاج بكتابة ملاحظاتهم حول القضايا التي تم تحديدها في الجلسة مع رصد كتابة مشاعرهم وردود أفعالهم في الجلسة.	- يعتبر أقل تهديد لمقدمي العلاج. - تسمح بتقديم معلومات مفصلة. - تحديد مشكلات المريض.	حول العلاج. - تحتاج إلى ذاكرة قوية وانتباه عالي. - عدم القدرة على المراقبة الكافية لمقدمي العلاج مما يحول دون تقديم تغذية راجعة حول العلاج.
تسجيل الصوت / فيديو	تسجيل الجلسات بالصوت والصورة من أجل مراجعتها مع المشرف.	- تعتبر أداة تعليمية مهمة. - تسمح بالوصول إلى محتوى الجلسات بشكل عملي وموضوعي.	- تتطلب توفير معدات من أجل التسجيل. - تتطلب موافقة العميل. - التصنع. - قد يكون الأمر مربيا للعملاء ولمقدمي العلاج.
الإشراف المباشر	يكون المشرف متواجد بشكل مباشر أثناء الجلسة من خلال تقنية سمعية بصرية أو المشاهدة من خلال نافذة مزدوجة.	- تساهم في تعلم الأساليب العلاجية البديلة أو تعزيزها. - التعرف على الوقت الحقيقي من أجل تنمية المهارات العيادية لمقدمي العلاج.	- فقدان المريض الثقة في مقدمي العلاج إذا لم يتم شرح هذه الطريقة بشكل جيد في البداية. - احتمالية تعرض مقدمي العلاج المبتدئين للتهديد أو القلق. - فقدان القدرة على التواصل غير اللفظي أثناء انعقاد الاستشارات الهاتفية.

- انزعاج العميل وعدم تقبله لهذا الأسلوب.			
- عدم وجود وقت كاف لكل معالج مشارك. - قلة التركيز لدى البعض.	- التعليم وانتقال الخبرة من معالج لآخر. - القدرة على استخدام جميع التقنيات السابقة بشكل جماعي.	يتم انعقاد الجلسات بشكل جماعي بين المشرف والمعالجين.	الإشراف الجماعي

المصدر: الجمعية، د.ت، ص ص 10- 11

قد يظهر للأخصائي النفسي المبتدئ سهولة تطبيق العلاج المعرفي السلوكي خصوصاً وأنه يسير وفق خطوات علمية واضحة، إلا أن تطبيقه سواء في العيادات النفسية أو مجال الإرشاد أو التدريب يتطلب من الأخصائي النفسي أن يكون متمرساً خاصة وأن مجال العلاقات الإنسانية معقد تتطلب كفاءة عالية للتعامل معها، وهذا ما يوفره الإشراف الذي يقدمه معالج معرفي سلوكي متدرب ومتمرس ومعتز به، حيث يوفر للأخصائي النفسي الإمكانيات اللازمة والمشورة الواضحة التي تساعد في كيفية تكوين العلاقة العلاجية مع التدريب اللازم والاختيار الأمثل للعمليات المعرفية السلوكية التي تناسب مع مشكلات العميل، والتطبيق الصحيح لها، بالإضافة إلى كيفية مواجهة المشكلات التي قد تطرأ في العملية العلاجية، فالإشراف والتدريب يختصر الوقت للأخصائي النفسي خاصة المبتدئ، مما يمكنه من مساعدة العملاء، ويساعده على زيادة ثقة المختص النفسي بنفسه مع كسب ثقة واحترام العملاء.

13. المشكلات التي تواجه المعالج المعرفي السلوكي في العلاج: من أهم المشكلات التي تواجه المعالج هي:

1.13. الحديث المفصل:

عدم قدرة المريض على تحديد المشكلة التي يعاني منها، فهناك مرضى يتكلمون بشكل مفصل جداً وغير منظم على أحداث الأسبوع.

2.13. تعبير المريض على الحالة المزاجية:

هناك بعض المرضى يجدون صعوبة في ملأ الاستمارات بسبب صعوبة تعبيرهم عن حالتهم المزاجية بصورة واقعية وهنا يجب على المعالج أن يسأل المريض ما إذا كان يتذكر أو يوافق على أهمية ملأ الاستمارات، وأن تحدد المشكلة بدقة والعمل على حلها مثل عدم وجود وقت كاف أو عدم النسيان أو عدم ترتيب المشاكل.

3.13. تنظيم جدول أعمال الجلسات:

فشل بعض المرضى في المشاركة في تنظيم الجلسات، وذلك بسبب يأس المريض في مناقشة مشاكله خلال جدول الجلسات، فيكون إما غير متألف تماماً أو يحمل معنى سيئاً للمشاركة في ذلك.

4.13. مراجعة الواجب المنزلي:

قد تحدث المشكلة عند استعجال المعالج أحياناً وانتقاله إلى أمر آخر دون مناقشة الواجب المنزلي الخاص بالجلسة السابقة.

5.13. مناقشة عناصر الجلسة:

تكون المناقشة سطحية عندما يفشل المعالج في ترتيب عناصر الجلسة بطريقة سليمة، ويفشل في التأكيد على الأفكار التلقائية الأساسية، المشاعر، المعتقدات، السلوك أو فشله في تلخيص الأحداث، ولهذا يتوجب على المعالج أن يكون فطنا ويقاطع المريض بطريقة لبقة ليعيده إلى موضوع المناقشة في حالة خروج المريض عن عناصر الجلسة.

6.13. تحديد الواجب المنزلي:

تعتبر الواجبات مهمة في العلاج المعرفي السلوكي ولكن أحياناً يجد المعالج صعوبة في تحديدها في الحالات التالية:

1. اقتراح مهمة صعبة لا تتوافق مع قدرات المريض.
2. عدم تقديم مبررات منطقية لأهمية الواجب.
3. عدم مراجعة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.
4. عدم الشرح الواضح للمريض عن طريقة عمل المهمة.
5. عدم المشاركة مع المريض في تحديد المهمات.

7.13. الإنهاء بالوقت المحدد:

يجب أن ينتبه المعالج لوقت الجلسة وأن لا تطول لكي لا يعمل المريض، ويستحسن أن تنتهي الجلسة قبل وقتها من أجل تحديد الواجب المنزلي الجديد. (السيد، 2019، ص 267-269)

أما (Rector, 2015) لخص عوائق العلاج المعرفي السلوكي في النقاط التالية:

1. وجود فكرة مسبقة لدى المتعالج المتمثلة في أن الخضوع للعلاج النفسي يعتبر وصمة عار في المجتمع.
2. صعوبة في تحديد وتمييز الانفعالات وتحديد شدتها.
3. وجود صعوبة في تحديد الأفكار.
4. صعوبة في التعامل مع الانفعالات العنيفة.

5. عدم القيام بالواجبات المنزلية.

6. ظهور مشاكل مادية.

7. اضطرابات مزمنة وظهور مشاكل جديدة.

8. قلة الأمل في التحسن.

9. تغيب المتعالج عن الحصص العلاجية. (ركنور، بوزيان، 2021، ص43)

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي مثل أي علاج نفسي لا يخلو من ظهور بعض المشكلات أثناء تطبيقه خاصة وأن مجال العلاقات الإنسانية معقد، بالإضافة إلى تفرد الحالات المرضية حتى وإن تشابهت في التشخيص ولكي يقلل المعالج المعرفي السلوكي من ظهور هذه المشكلات والتحكم فيها، لا بد من الإطلاع الدائم على أهم المستجدات الحديثة في العلاج، بالإضافة إلى الممارسة بالإشراف من طرف معالجين معرفيين سلوكيين ذوي خبرة في الميدان.

14. تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي:

تشير الفعالية إلى القدرة على إحداث التأثيرات المرغوبة، ففعالية العلاج تكون مرتبطة بالأهداف العامة للعلاج، ويتمثل الهدف الأساسي من العلاج تحقيق الصحة النفسية للمريض وتحسين الوضعية النفسية المتأزمة ولقد حددت منظمة الصحة العالمية للصحة معايير لفعالية العلاج والتي تمثلت فيما يلي:

1. أن يكون ذو فائدة: أي تحسن الأعراض، إنقاص حدة المشكلة، وتحسين جودة الحياة.

2. أن يكون آمناً: أي لا يضع كل من المريض والمعالج في حالة خطر.

3. أن لا يمتلك تأثيرات جانبية.

4. أن يحترم المبادئ الأخلاقية.

5. أن يكون اقتصادياً من حيث التكلفة و المادية والزمن، ...الخ.

6. أن يكون قابل للتطبيق في العديد من الوضعيات الاجتماعية.

7. خطر سوء الاستعمال صغير ومحدود. (بوفيه، بوزيان، 2019، ص 55)

كما يعتبر تقييم فعالية العلاج خطوة ضرورية لكل ممارسي العلاج المعرفي السلوكي وهذا يرجع للأسباب

التالية:

1. أن البحوث المضبوطة التي تجري في الجامعة تعتبر ضرورية من أجل التطور والتقدم، إلا أن البحوث التي

تجري في الممارسات الإكلينيكية ويقوم بها العياديون تسمح بالإجابة على بعض الأسئلة بشكل أفضل من

البحوث التقليدية أو الأكاديمية.

2. معرفة مدى تطور العلاج.

3. يعطي تقييم العلاج خطأ قاعدياً للبيانات يسمح من خلالها مقارنة التغيرات التي يقدمها الممارسون في إدارة الخدمات المقدمة من طرفهم.

وهناك نوعان من التقييم:

1. نتائج الحالة الإكلينيكية الفردية التي تحتوي أيضاً على تقييم الجماعة الواحدة وتهدف إلى:

- السماح للأخصائي والعميل برؤية التغيرات في العلاج.
- معرفة بشكل دقيق تأثيرات التدخل العيادي.

2. نتائج الخدمات الإكلينيكية ككل سواء المقدمة من طرف ممارس واحد أو أكثر، ويتم عن طريق جمع

البيانات من الخدمات ككل، وثم عدد كبير من العملاء، ويهدف هذا النوع من التقييم إلى ما يلي:

- وصف العملاء.
- وصف طبيعة الخدمات.
- تحقيق فعالية العلاجات باستخدام مقاييس النتائج.
- استخدام البيانات التي تم جمعها كخط قاعدي يسمح من خلاله تقييم تغييرات الخدمة.

كما أن هناك أدوات ومقاييس متعددة لتقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي نذكر من أهمها الاستبيانات وهي مهمة ومناسبة للعمل العيادي لأنها لا تأخذ وقت طويل من العميل في إنجازها، كما أنها شائعة الاستخدام بحيث يمكن إجراء مقارنات مع الخدمات الأخرى والتجارب البحثية الأخرى، وتقييم مظاهر الصحة العقلية الشائعة لدى معظم الناس، كما تستخدم الدلالة الإكلينيكية من أجل معرفة مدى فعالية العلاج والتي تهدف إلى التخلص من مشكلة القياس الإحصائي فأى تغيير في متوسط الدرجات حتى ولو كان بسيط يظهر دالاً إحصائياً حتى ولو كانت العينة كبيرة، لكن لا يعني أنه دالاً لدرجة مهمة فعلاً، ويعتبر اتجاه جاكسون من أهم الاتجاهات لقياس الدلالة الإكلينيكية حيث ينظر لكل مشارك بشكل فردي ويبحث عن مدى تغير الفرد على المقياس حيث يتم حساب مؤشر التغير الثابت بناء على ثبات المقياس وتباينه الطبيعي لدى الأفراد فإذا كانت درجة تغير الفرد أكبر من المعيار المحسوب يمكن اعتبار ذلك تحسن ثابت أو موثوق به على المقياس، أي أن التغير عبر نقطة القطع تذهب إلى المدى الاعتدالي لهذا المقياس، وبالتالي يمكن اعتبار الفرد قد شفي شفاء تاماً.

(كربلي وآخرون، معالي والشريف، 2018، ص 424-431)

بعد الإنتهاء من العلاج لا بد من ضرورة تقييمه والتأكد من مدى تحسن العميل حيث يقوم المختص

بتطبيق نفس المقاييس النفسية التي تم استخدامها في مرحلة التشخيص والتقييم، فعملية تقييم فعالية العلاج النفسي تعتبر ضرورية لأي مختص نفسي أو باحث أكاديمي، حيث تساهم عملية التقييم في الكشف على مدى إحداث التغيرات لدى العملاء أو المبحوثين سواء بالإيجاب أو السلب، وتعتبر الدلالة الإحصائية والدلالة الإكلينيكية ضروريتان في الكشف عن مدى فعالية العلاج المطبق، حيث تشير الدلالة الإحصائية إلى مدى تغير

متوسط درجات الأفراد بين مختلف القياسات سواء القبلية أو البعدية أو التتبعية، ويظهر حجم التأثير سواء بشكل صغير أو كبير لدى الأفراد المشاركين بشكل كلي على عكس الدلالة الإكلينيكية التي تساهم في الكشف عن مدى تغير كل فرد مشارك من خلال حساب قيمة مؤشر الثبات بالإضافة إلى نقطة القطع.

15. مزايا وعيوب العلاج المعرفي السلوكي:

1.15. مزايا العلاج المعرفي السلوكي: يرى سلامة (2006) على أن العلاج المعرفي السلوكي له عدة مميزات من أهمها:

1. يستخدم فنيات سهلة مبسطة مثل القدرة على الإقناع والاقتراح، بما يناسب عقل ومنطق المريض وثقافته.
2. يسعى للكشف عن الأفكار السلبية والمعتقدات اللاعقلانية التي تكمن وراء العصاب ومهاجمتها.
3. يسعى لتغيير فكرة المريض عن نفسه، ويعدله ويحل محله الفكرة الصحيحة.
4. يتعرض للأسئلة والجمل الموجودة داخل المريض، ويمكنه من التخلص منها.
5. تغيير المعتقدات غير العقلانية وغير المنطقية وإبدالها بأخرى عقلانية ومنطقية.
6. يحصن المريض ضد الأفكار غير العقلانية الأخرى التي يحتمل التعرض لها مستقبلاً، ويكسبه أفكاراً عقلانية ومهارات اجتماعية ونفسية جديدة.
7. يساهم العلاج المعرفي السلوكي من خلال اهتماماته بالأفكار والمشاعر في التقارب بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدينامي. (نقلا عن البطيحي، 2015، ص20)

2.15. عيوب العلاج المعرفي السلوكي:

وجه بعض من البنيويين مجموعة من الانتقادات للعلاج المعرفي السلوكي، ويرى "Neimeyer" أن هناك فروقا جوهرية في التقويم والعلاج، فالإتجاه التقليدي يركز على العبارات الذاتية المعزولة ويقصد بها الأفكار التلقائية عند "بيك" أو اعتقادات لاعقلانية عند "أليس" التي تظهر لدى المريض عندما يتعرض للضغوط النفسية.

يركز العلاج على تصحيح هذه الأفكار والإعتقادات غير الواقعية التي تؤدي إلى الضيق الانفعالي بأسلوب توجيهي مباشر بمعنى أن العلاج التقليدي يحدث تغييرات سطحية، ومن الإنتقادات الموجهة للمعالجين المعرفيين السلوكيين هو تأثير المريض بالمعالج وتقبله لوجهة نظره حتى ولو لم يفهمها أو عدم اقتناعه بها.

أما "يونغ" فيرى أن العلاج المعرفي السلوكي لا ينطبق مع اضطرابات الشخصية لأنه لا تتوفر فيهم الشروط الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي عند "بيك" وهي:

1. قدرة العميل على تحديد مشاعره وأفكاره.
2. أن يكون لدى العميل مشكلات حياته يمكن التركيز عليها.
3. أن يكون لدى العميل الدافعية والرغبة على القيام بالواجبات المنزلية.
4. أن يكون لدى العميل القدرة على تكوين علاقة تعاونية مع المعالج.

5. مرونة النظام المعرفي من أجل إحداث تغييرات فيه باستخدام الفنيات المعرفية السلوكية.
- وبشكل عام يمكن حصر الانتقادات الموجهة للعلاج المعرفي السلوكي فيما يلي:
 1. العقل البشري صانع معاني وليس مجرد انعكاس لما يحدث من حوله.
 2. صعوبة تعريف الأفكار الالاعقلانية.
 3. التكيف لا يعني بالضرورة عدم وجود أفكار لالاعقلانية.
 4. العلاقة بين الاعتقادات والانفعالات غير واضحة. (الحارب، 2000، ص ص 77- 80)
 5. تعقد السلوك الإنساني لدرجة الصعوبة في عزل العوامل وضبط المتغيرات التي تؤثر فيه.
 6. يركز العلاج المعرفي السلوكي على معالجة العرض وليس الاضطراب.
 7. يعطي المعالج دورا تسلطيا أثناء قيامه بعمليات ضبط والتحكم وإعطاء التعليمات للعميل.
8. المبالغة على مدى أهمية الأفكار الإيجابية وقوتها دون الأخذ بعين الاعتبار الظروف البيئية المحيطة التي تؤثر على أفكار وانفعالات العميل.
9. عدم الإهتمام بالحياة الماضية للعميل (أبو زعيع، 2010، ص 107).
- لكل علاج نفسي مزايا وعيوب وبالرغم من ميزات العلاج المعرفي السلوكي والمتمثلة في قصر المدة جلساته مكثفة وغير طويل إلا أنه نادرا وغير مكلف، كما يركز على أفكار المريض ويحاول تغييرها كما أنه غني بمختلف الفنيات التي تعتبر سهلة التطبيق وعملية، وبالرغم من هذا إلا أن لديه العديد من ثغرات التي انتقدها العديد من العلماء ولعل من أهمها عدم التركيز على ماضي العميل مع الإهتمام بمعالجة العرض وليس الاضطراب تأثر العميل بأفكار المعالج ولعب الأخير دور المتسلط.
16. أوجه التشابه والاختلاف بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاجات الأخرى:

العلاج المعرفي السلوكي هو جزء من العلاجات المركزة على المشكل مثل العلاج بالتنويم والمقاربات النسقية العائلية... الخ، وهذا يعني أن العلاج يبدأ بالتحديد الدقيق لأسباب مشكلة المريض، ثم يتبع ذلك تطبيق إستراتيجية لتعديل هذه المشاكل إلى أقصى حد ممكن، وينتهي العلاج عندما تحل مشاكل المريض.

وفي المقابل هناك علاجات مركزة على الشخص مثل التحليل النفسي والمقاربات الإنسانية الوجودية وهدفها يكون إما مساعدة الشخص على الوعي بصراعاته اللاشعورية انطلاقا من المسلمة القائلة أن هذا الوعي بالصراعات هو محرك للتغيير وهذا التحليل النفسي وإما مساعدة الشخص على استعادة قدرته على الإنجاز التي عرقلها الاضطراب النفسي وهذا في المقاربات الإنسانية، وفي العلاجات المركزة على الشخص ترى بأن المشكل هو عرضا للاختلال العام الذي يستوجب فهمه من أجل الوصول إلى الحل، ويرى فرويد بأن الشفاء يأتي من نجاح الفرد في حل الصراعات اللاشعورية، أما بالنسبة للعلاجات المعرفية السلوكية فإن الشفاء يكون الهدف الأول من

العلاج وذلك من خلال التركيز على حل المشكلة، وتخفيض الأعراض من أجل جعل المريض حراً وهذا ليتمكن من إيجاد مسار تطوره الشخصي في الاتجاهات التي يرغب فيها.

كما تعتبر العلاجات المعرفية السلوكية جزءاً من العلاجات المختصرة وهذا راجع لقصر مدة العلاج إذا ما تمت مقارنته بالعلاج التحليلي الكلاسيكي الذي قد يستغرق على الأقل 3 سنوات، ومع ذلك فإن هناك حالات استثنائية للعلاج المعرفي السلوكي الذي قد تستغرق مدة أطول في حالة ما إذا كانوا المرضى يعانون من اضطرابات مزمنة مثل الفصام، اضطرابات ثنائي القطب، الاكتئاب المزمن،... الخ، بالإضافة إلى اضطرابات الشخصية.

وهناك حالات استثنائية لاستغراق العلاج المعرفي السلوكي مدة أطول مثل وجود مشاكل في الدافعية صعوبات مرتبطة بالشخصية، أحداث الحياة، الأمراض، الحوادث، الانفصالات،... الخ.

(بوفيه، بوزيان، 2019، ص 43-47)

كما تتعدد الأساليب والفنيات في العلاج المعرفي السلوكي، ويعود الفضل إلى جهود العلماء، ومع ذلك فإن الكثير من الأخصائيين والمعالجين خاصة المبتدئين قد يجدون هناك نوع من اللبس في التشابه بين الأساليب المعرفية السلوكية، ويرى كيندال وكريس (Kendall & Kriss, 1983) إن التمييز بين مختلف أساليب العلاج المعرفي السلوكي مجرد وهم، وبالأخص أنها تشترك في العديد من النقاط وتهدف جميعاً إلى تغيير معارف المتعالج ومن الملاحظ في العلاج المعرفي السلوكي هو تنوع المصطلحات مثل معارف، أفكار، معتقدات، افتراضات... الخ مما يخلق نوع من اللبس وبالتالي يستدعي ضرورة تحديد التعريفات اللغوية بشكل دقيق، وضبط ترجمتها بشكل يساعد على توضيح مجال النظرية المعرفية السلوكية وخاصة التي تتعلق بالتقويم المعرفي خلال العلاج المعرفي السلوكي. (بكيري، 2012، ص 131-132)

كما يجدر بالإشارة إلى أن هناك حاجة ماسة للتمييز بين أنواع العلاجات المعرفية السلوكية نفسها خاصة وأن هناك تشابه وتداخل سواء من ناحية تفسير منشأ الاضطراب وكذلك طرق التدخل ناهيك عن الأساليب المعرفية السلوكية حيث يوجد عدداً هائلاً منها، خاصة وأن هناك صعوبة في التمييز بينها وهذا راجع للتداخل الكبير والشبه فيما بينها، وبالرغم من ذلك فإنها تشترك جميعاً في نفس الهدف والذي يتمثل في التخفيف من حدة الاضطراب النفسي لدى المريض.

خلاصة الفصل:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من أهم العلاجات النفسية التي تهدف إلى التخفيف من الاضطرابات النفسية خاصة مع ازديادها بسبب الضغوط النفسية ومطالب الحياة العصرية بالإضافة إلى انتشار الآفات والحروب حتى إلى غاية وقتنا هذا، كما أنه علاج يستوجب التخطيط المسبق لجلساته من طرف المعالج الذي يتطلب توفير شروط معينة في هذا الأخير لكي تؤهله لتطبيق هذا النوع من العلاجات، ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي علاجاً متميزاً خاصة وأنه يتوفر على العديد من الفنيات المعرفية السلوكية، بالإضافة إلى قصر مدة تطبيقه، وعادة ما يتم تطبيقه على جميع الفئات العمرية، وبالرغم من ميزات إلا أنه تعرض إلى العديد من الانتقادات من طرف الباحثين خاصة وأنه علاج يركز على المشكلات الحاضرة والآنية دون الأخذ بعين الاعتبار للحياة الماضية للفرد والتي لها تأثير على حاضره، وبالرغم من هذا يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من بين العلاجات القائمة على الأدلة العلمية.

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد الفصل

1. منهج الدراسة الأساسية
 2. حدود الدراسة
 3. الدراسة الاستطلاعية
 - 1.3. منهج الدراسة الاستطلاعية
 - 2.3. إجراءات الدراسة الاستطلاعية
 - 3.3. عينة الدراسة الاستطلاعية
 - 4.3. نتائج الدراسة الاستطلاعية
 4. الدراسة الأساسية
 - 1.4. مجتمع الدراسة الأساسية
 - 2.4. عينة الدراسة الأساسية
 - 3.4. أدوات الدراسة الأساسية
 - 4.4. إجراءات الدراسة الأساسية
 - 5.4. ضبط متغيرات الدراسة قبل التجريب
 5. الأساليب الإحصائية
- خلاصة الفصل

تمهيد الفصل:

نعرض في هذا الفصل أهم الإجراءات المنهجية للدراسة التي اتبعناها بدءاً بالدراسة الاستطلاعية وخصائصها وكيفية إجرائها، وصولاً إلى التعريف بأهم الأدوات التي استخدمت في الدراسة، والخطوات التي اتبعت للتأكد من مدى صلاحيتها بهدف تحقيق فروض الدراسة، وقد تم الإستعانة بجميع ما ورد في الفصول السابقة وفيما يلي عرض لمحتويات هذا الفصل:

1. منهج الدراسة الأساسية:

عند قيام الباحث بأي دراسة لا بد أن يختار منهج لدراسته، فتعتبر هذه الخطوة ضرورية في البحث العلمي ونجد أن "عبد الوهاب أبو سليمان" يعرفه على أنه "استعمال المعلومات استعمالاً صحيحاً في أسلوب علمي سليم يتمثل في أسلوب العرض، المناقشة الهادئة، التزام الموضوعية التامة، وتأييد القضايا المعروضة بالأمثلة والشواهد المقنعة دون إجحاف أو تحيز" (عناية، 2014، ص 19).

ويعرف أيضاً بأنه "تحليل منسق وتنظيم للمبادئ والعمليات العقلية والتجريبية التي توجه بالضرورة البحث العلمي أو ما تؤلفه بنية العلوم الخاصة" (العسكري، 2004، ص 1).

ونظراً لطبيعة البحث اعتمدت الباحثة على المنهج التجريبي، كونه الأمثل والأنسب لطبيعة البحث ويعرف المنهج التجريبي على أنه: "تغيير متعمد ومضبوط للشروط المحددة للواقعة أو الظاهرة التي تكون موضوع للدراسة أو محل التجربة؛ فملاحظة ما ينتج عن هذا التغيير من آثار في هذا الواقع والظاهرة أو ملاحظة تغيرات تتم تحت ظروف مضبوطة لإثبات الفروض مع معرفة العلاقة السببية؛ فيقصد بالظروف المضبوطة إدخال المتغير التجريبي إلى الواقع وضبط تأثير المتغيرات الأخرى". (البياتي، 2018، ص 130)

وهو المنهج الذي يحاول فيه الباحث اختبار أثر متغير في متغير أو متغيرات أخرى، مع ضبط أثر المتغيرات الأخرى ذات الصلة، مما لا يقع في مجال اهتمام البحث مثل: "التشابه في العمر، الجنس، الوضع الإقتصادي أو الاجتماعي للأفراد، والشكل المعروف للتصميم التجريبي هو اختيار الباحث لمجموعتين أو أكثر، بحيث يدخل التغيير على المجموعة الأولى وتسمى المجموعة التجريبية، ويبقى على المجموعة أو المجموعات الأخرى دون تغيير ويطلق عليها المجموعة الضابطة، ثم تتم المقارنة بين المجموعتين أو المجموعات، ومن بين التصميم كذلك المجموعة الواحدة التي يجري عليها القياس القبلي ثم يحدث فيها التغيير أو إدخال المتغير المستقل ومن ثم قياس بعدي.

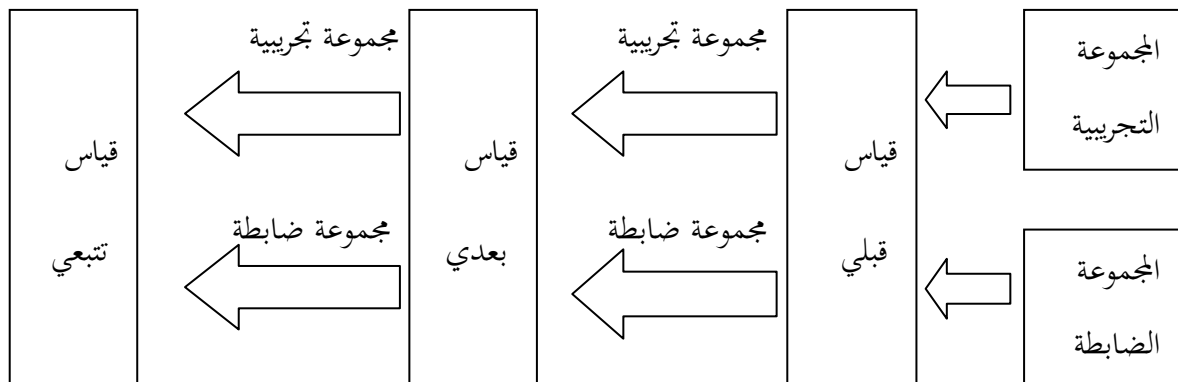
(القواسمة، 2012، ص 128)

فالمنهج التجريبي يتميز عن غيره من المناهج كون البحث التجريبي يتسم بالتصميمات التي تسمح بالضبط أي ضبط كل المتغيرات المتصلة بالظاهرة قيد الدراسة بحيث يصبح بإمكانه فحص الأثر النسبي للعوامل التي

يدخلها في حسابه كما بدت في فرضيته دونما خلط بينها وبين العوامل التي لا يضعها في المقام الأول.
(عمر، 2009، ص 81)

وبالنسبة لتصميم الدراسة اعتمدت الباحثة على تصميم مجموعتين متكافئتين بحيث يتم تقسيم أفراد مجموعة البحث إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية وهذا بعد قيام الباحثة بالحرص على التكافؤ والتجانس بينهما من خلال ضبط قدر الإمكان المتغيرات الوسيطة التي تعتقد أن لها تأثير على سير الدراسة، بعدها يتم تعريض المجموعة التجريبية إلى المتغير المستقل وهو البرنامج المعرفي السلوكي، وبعد الإنهاء منه تأخذ درجات القياس البعدي من خلال تطبيق مقياس القلق مرة أخرى، مع العلم أنه تم قياس المتغير التابع وهو القلق من خلال تطبيق أداة الدراسة وذلك قبل الإنطلاق في تطبيق البرنامج، وبعد شهر من انتهاء مدة البرنامج يتم تطبيق المقياس المستخدم في الدراسة مرة أخرى مع أخذ درجات القياس التتبعي، ثم تجرى المقارنة بين درجات متوسطات القياسات القبلية والبعدية والتتبعية من أجل التأكد من مدى صلاحية البرنامج، وتحقيق الأهداف المسطرة التي بنيت على أساسه ومدى فاعليته من خلال حساب حجم الأثر والدلالة الإكلينيكية.

الشكل رقم(01): التصميم التجريبي للاختبار القبلي والبعدي والتتبعي للمجموعتين الضابطة والتجريبية



المصدر: من إعداد الباحثة

2. حدود الدراسة:

1.2. الحدود الموضوعية: تناولت دراستنا متغيرين هما المتغير المستقل والمتمثل في البرنامج المعرفي السلوكي والمتغير التابع وهو القلق النفسي.

2.2. الحدود الزمانية: انطلقت الدراسة الميدانية خلال الموسم الدراسي 2022/2021 ابتداء من شهر سبتمبر إلى غاية ماي.

3.2. الحدود المكانية: أجريت الدراسة بثنائية مصطفى بن بولعيد ببلدية مسعد، التي تم إنشاءها سنة 2004 وهي تحمل الرقم التعريفي الوطني 17036، وتبلغ مساحتها الإجمالية 11772م²، كما تحتوي المؤسسة على عدد من المرافق والوسائل مثل المطعم، الملعب، قاعة علاج، مكتبة، قاعة اجتماعات، مدرج، مخبر علمية، وإعلام آلي... الخ، وبالنسبة لنظام الدراسة للمؤسسة فهو نصف داخلي.

4.2. الحدود البشرية: بلغت عينة الدراسة 40 تلميذ وتلميذة، متمدرسين بالسنة الثالثة ثانوي ويتراوح أعمارهم من 17-19 سنة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متكافئتين تحتوي كل منها على 20 مفردة، بحيث كانت إحداها مجموعة ضابطة والأخرى مجموعة تجريبية.

3. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية من أهم الخطوات الرئيسية لأي بحث علمي، ولا يمكن الإستغناء عنها خاصة وأنها تسبق الدراسة الأساسية، فمن خلالها تمكن الباحث من إدراك الصعوبات التي قد تعترضه في بحثه، والتي تحول بينه وبين تحقيق أهدافه، وبالتالي تساعد في تعديل الإجراءات المنهجية الخاصة بالدراسة الأساسية والمتعلقة بمدى ملائمة الأدوات والمنهج... الخ. ولقد أجريت الدراسة الاستطلاعية بهدف:

1. حساب الخصائص السيكومترية للأداة المستخدمة في الدراسة.
2. التحقق من فهم التلاميذ لبنود المقياس وعباراته.
3. التعرف على جوانب القصور في إجراءات تطبيق المقياس إذا كانت موجودة.
4. التمرن على تطبيق المقياس.
5. التعرف على الصعوبات التي قد تواجه الباحثة أثناء القيام بالدراسة الأساسية.
6. تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي بصورته الأولية من أجل التعرف على ثغرات البرنامج.
7. تمرن الباحثة على جلسات البرنامج والتحكم فيها.
8. تمرن الباحثة على فنيات البرنامج.
9. تدريب الباحثة في التحكم على زمن الجلسات.

1.3. منهج الدراسة الاستطلاعية:

نظرا لطبيعة الدراسة الاستطلاعية وأهدافها، تم الإعتماد على المنهج التجريبي ذو المجموعة الواحدة، وهذا من أجل الوقوف على الثغرات التي قد تكون موجودة في البرنامج، بالإضافة إلى مدى فهم عينة الدراسة الاستطلاعية لفنيات ومحتوى البرنامج، كما تعتبر مرحلة تدريبية للباحثة قبل تطبيق البرنامج في الدراسة الأساسية.

تم الاعتماد على المنهج السالف الذكر لكونهما ملائم للدراسة الاستطلاعية من أجل معرفة مدى انتشار ظاهرة القلق في الوسط المدرسي لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي مصطفى بن بولعيد بمسعد وكذلك الوقوف على ثغرات الدراسة الاستطلاعية ومحاولة تعديلها في الدراسة الأساسية من أجل الوصول إلى

نتائج صادقة.

2.3. إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

1. اختيار ثانوية مصطفى بن بولعيد بمدينة مسعد كمكان لإجراء الدراسة الميدانية.
2. قامت الباحثة بحصر عدد مجتمع عينة الدراسة والمتمثل في التلاميذ النظاميين المقبلين على اجتياز شهادة البكالوريا لسنة 2021-2022.
3. تحديد عينة الدراسة الاستطلاعية والتي تكونت من 50 تلميذا وتلميذة، وتم اختيارها بطريقة عشوائية منتظمة.
4. قامت الباحثة بتوزيع مقياس الدراسة على التلاميذ بشكل مباشر.
5. شرح الباحثة للتلاميذ الهدف من تطبيق المقياس مع التأكيد على ضرورة الإجابة على جميع البنود.
6. التأكد من استرداد جميع الإستمارات وملاً جميع البنود.
7. إجراء المقابلات مع التلاميذ الذين تحصلوا على قلق مرتفع.
8. تطبيق البرنامج على 04 تلاميذ بمعدل 03 جلسات في الأسبوع وهذا راجع للبرنامج الدراسية وطبيعة القيود المفروضة بسبب انتشار فيروس كورونا المستجد.

3.3. عينة الدراسة الاستطلاعية:

1.3.3. طريقة اختيار العينة الاستطلاعية:

تم اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية بطريقة العينة العشوائية المنتظمة، ويعني الانتظام أن العدد المتروك بين مفردة وأخرى متساوي، ويلجأ إليها الباحث عندما يكون مفردات المجتمع الأصلي متجانس. (الحريري، الوادي، وعبد الحميد، 2017، ص 199)

- وتم اللجوء إلى هذا النوع من العينة لأنها تتلائم مع طبيعة البحث الحالي خاصة، وأن مجتمع الدراسة متجانس بحيث تم اختيار عينة الدراسة الاستطلاعية من نفس الثانوية، بالإضافة إلى أهم ينتمون إلى نفس الفئة وهم مراهقون متمدرسون بالسنة الثالثة ثانوي، كما تم تحديد عينة الدراسة الاستطلاعية عن طريق الخطوات التالية:
1. حصر مجتمع الدراسة مع الحصول على قوائم التلاميذ من عند مستشار التربية.
 2. تحديد حجم عينة الدراسة الاستطلاعية، والتي تجاوزت نسبة 10% من المجتمع الأصلي للدراسة.
 3. تقسيم حجم مجتمع الدراسة على حجم عينة الدراسة الاستطلاعية.
 4. اختيار المفردة الأولى بشكل عشوائي، ثم إضافة حاصل القسمة الذي تحصلنا عليه للرقم الأول من أجل تحديد المفردة الثانية، وفي كل مرة يتم إضافة حاصل القسمة لرقم المفردة الذي تحصلنا عليه.

2.3.3. خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية:

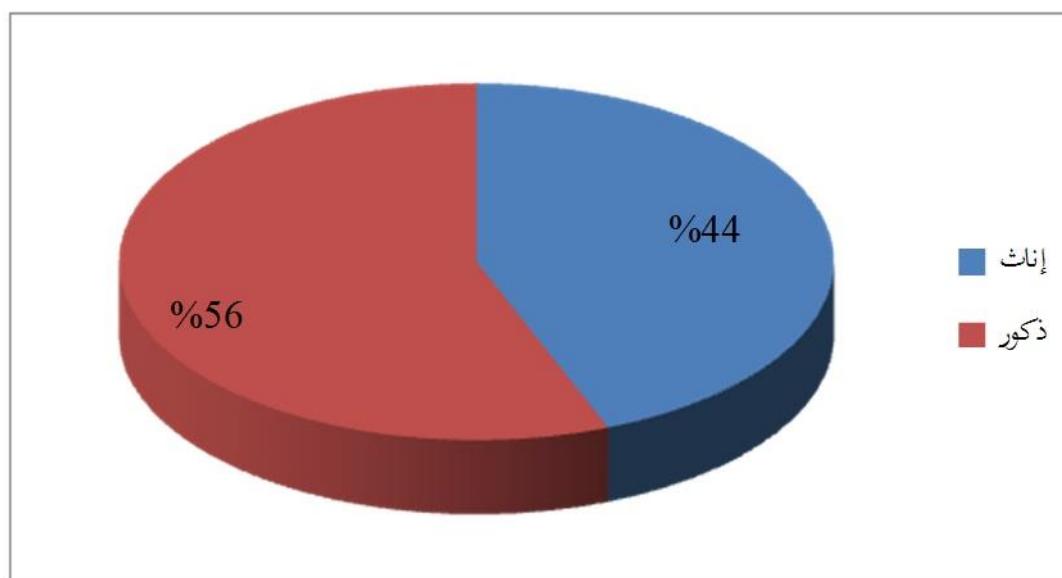
1.2.3.3. خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس:

الجدول رقم (09): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية للتلاميذ حسب الجنس

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
العدد	28	22	50
النسب المئوية	56%	44%	100%

التعليق على الجدول رقم (09): يتضح من الجدول أعلاه أن عدد الذكور بلغ 28 تلميذ بنسبة 56 %، وهي أكبر من عدد الإناث الذي بلغ 22 تلميذة بنسبة 44%.

الشكل رقم (02): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على Excel 2007

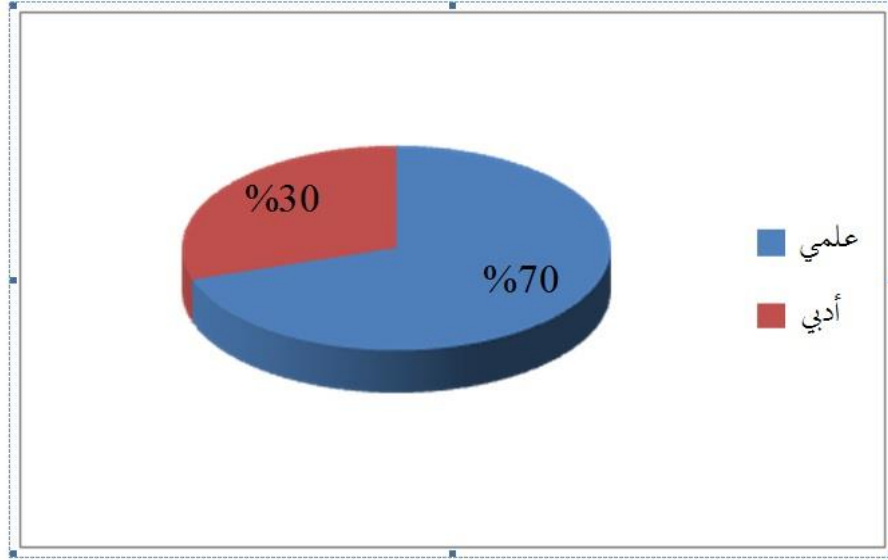
2.2.3.3. خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب التخصص:

الجدول رقم (10): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية للتلاميذ حسب التخصص

التخصص	علمي	أدبي	المجموع
العدد	35	15	50
النسب المئوية	70%	30%	100%

التعليق على الجدول رقم (10): يتضح من الجدول أعلاه أن عدد التلاميذ تخصص علمي بلغ 35 تلميذ وتلميذة بنسبة 70% وهو أكبر من عدد التلاميذ تخصص أدبي الذي بلغ 15 تلميذ وتلميذة بنسبة 30%.

الشكل رقم (03): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب التخصص



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على Excel 2007

4.3. نتائج الدراسة الاستطلاعية:

من خلال القيام بالدراسة الاستطلاعية توصلنا إلى النتائج التالية:

1. أخذ وقت طويل في مرحلة تفريغ النتائج نظرا لكثرة بنود المقياس.
2. أن مقياس القلق لتاييلور مناسباً للدراسة.
3. تمرن الباحثة على إدارة الجلسات والزمن المخصص لكل جلسة بشكل جيد.
4. إضافة بعض الوسائل التوضيحية والمتمثلة في المطويات في الجلسة الثالثة والمتمثلة في مهارة إدارة الوقت.

4. الدراسة الأساسية:

1.4. مجتمع الدراسة:

بلغ حجم عينة الدراسة 220 تلميذ وتلميذة بالسنة الثالثة ثانوي والمقبلين على اجتياز امتحان شهادة البكالوريا المسجلين خلال الموسم الدراسي 2021-2022 بثانوية مصطفى بن بولعيد بمسعد ولاية الجلفة.

1.1.4. خصائص مجتمع الدراسة:

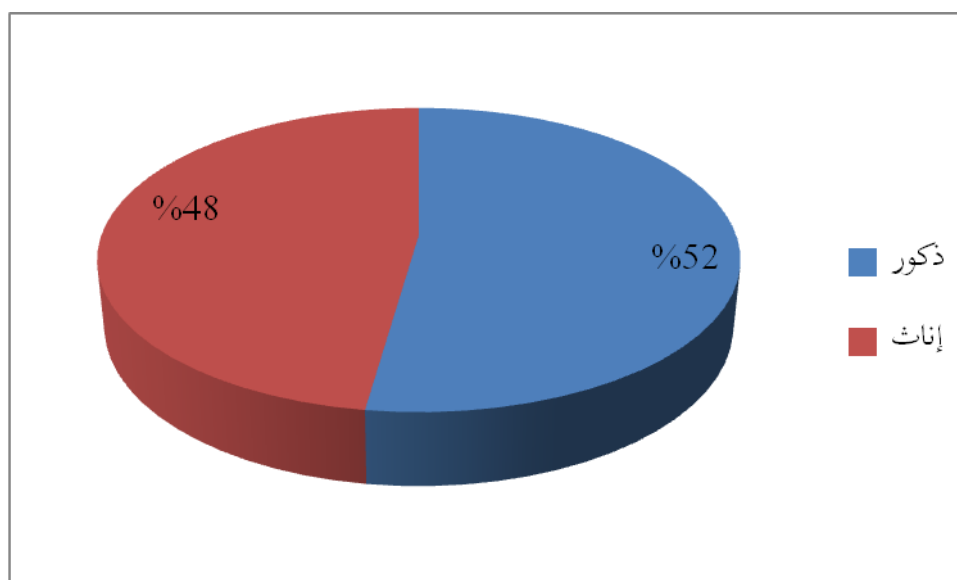
1.1.1.4. خصائص مجتمع الدراسة حسب متغير الجنس:

الجدول رقم (11): توزيع مجتمع عينة الدراسة للتلاميذ حسب الجنس

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
العدد	115	105	220
النسب المئوية	% 52	% 48	% 100

التعليق على الجدول: من خلال الجدول رقم (11) نلاحظ أن عدد الذكور قد بلغ 115 بنسبة 52 %، أما الإناث فقد بلغ عددهن 105 بنسبة 48%.

الشكل رقم (04): توزيع مجتمع عينة الدراسة للتلاميذ حسب الجنس



المصدر: من إعداد الباحثة بالإعتماد على Excel 2007

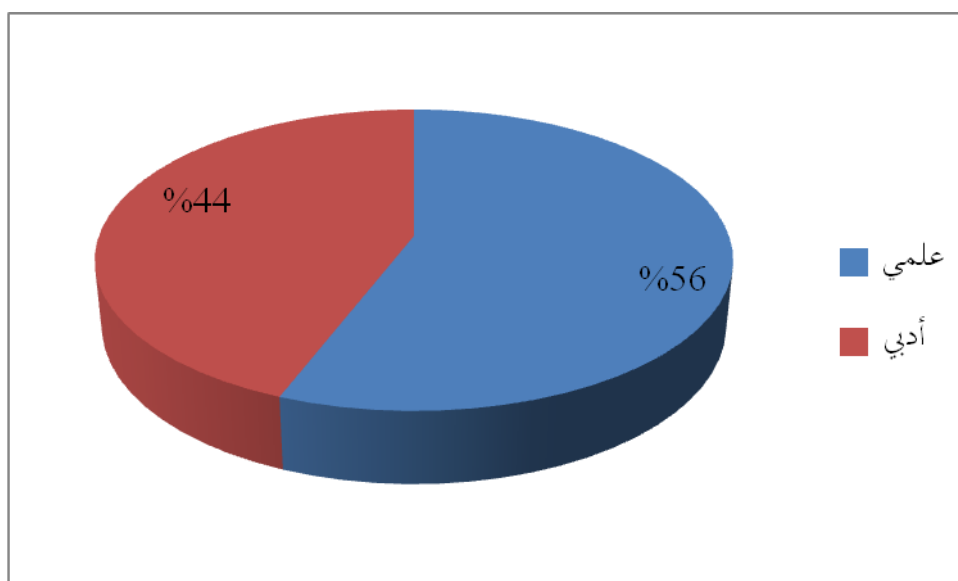
2.1.1.4. خصائص مجتمع عينة الدراسة حسب متغير التخصص:

الجدول رقم (12): توزيع مجتمع عينة الدراسة للتلاميذ حسب التخصص

التخصص	علمي	أدبي	المجموع
العدد	123	97	220
النسب المئوية	%56	% 44	% 100

التعليق على الجدول رقم (12): من خلال الجدول نلاحظ أن الغالبية العظمى للتخصص العلمي، حيث بلغ عدد التلاميذ المسجلين 123 تلميذ وتلميذة بنسبة تقدر بـ 56%، أما التلاميذ المسجلين في التخصص الأدبي فقد بلغ عددهم 97 تلميذ وتلميذة بنسبة تقدر بـ 44 %.

الشكل رقم (05): توزيع مجتمع عينة الدراسة للتلاميذ حسب التخصص



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على Excel 2007

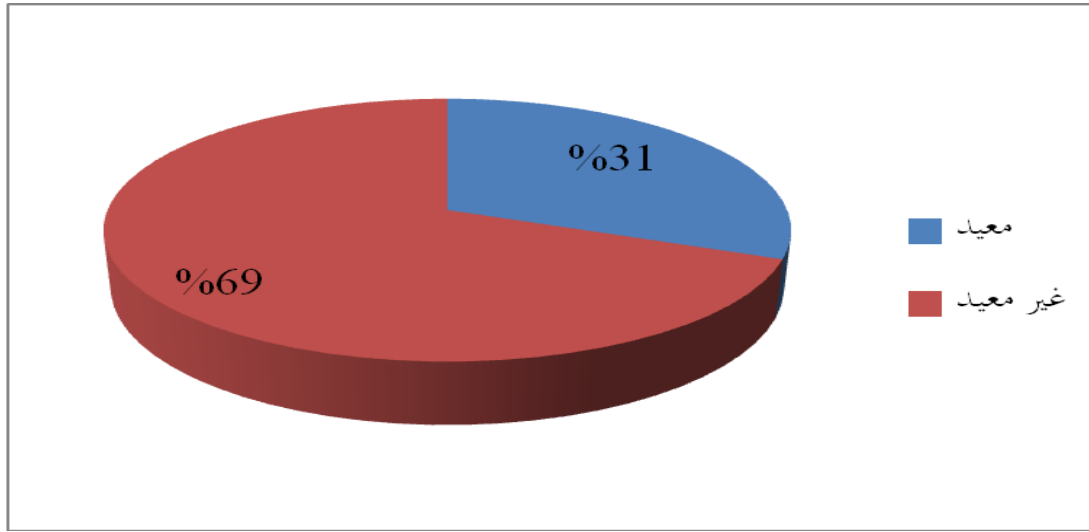
3.1.1.4. خصائص مجتمع عينة الدراسة حسب متغير الإعادة:

الجدول رقم (13): توزيع مجتمع عينة الدراسة للتلاميذ حسب الإعادة

الإعادة	معيد	غير معيد	المجموع
العدد	68	152	220
النسب المئوية	31 %	69 %	100 %

التعليق على الجدول رقم (13): من خلال الجدول نلاحظ أن عدد التلاميذ غير المعيدين يقدر بـ 152 تلميذ وتلميذة بنسبة 69 %، أما التلاميذ المعيدون فبلغ عددهم 68 معيد بنسبة 31 %.

الشكل رقم (06): توزيع مجتمع عينة الدراسة للتلاميذ حسب الإعادة



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على Excel 2007

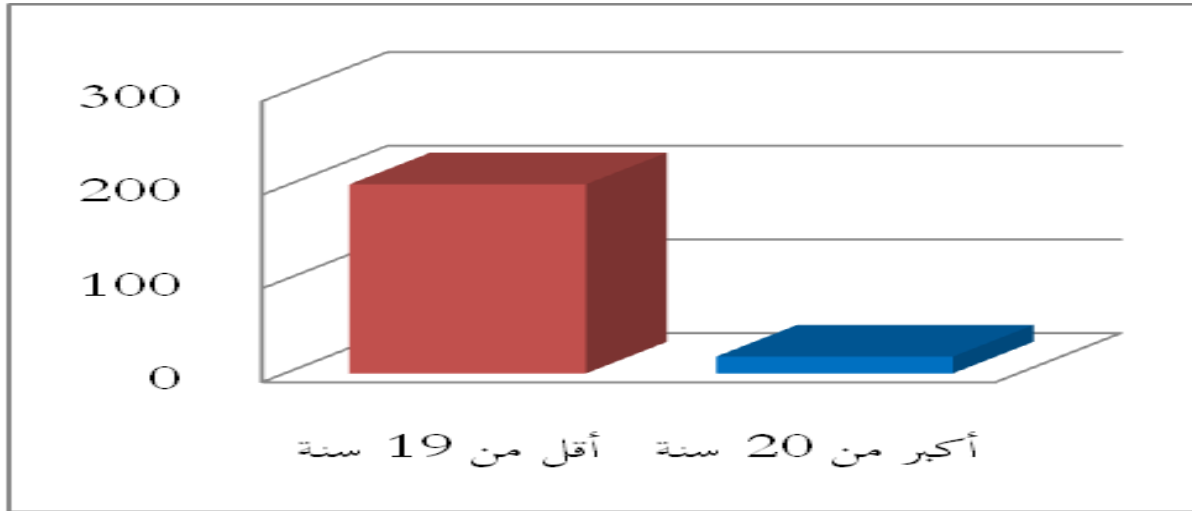
4.1.1.4. خصائص مجتمع عينة الدراسة حسب متغير العمر الزمني:

الجدول رقم (14): توزيع مجتمع عينة الدراسة للتلاميذ حسب العمر الزمني

العمر الزمني	أقل من 19 سنة	20 سنة فما فوق	المجموع
العدد	202	18	220
النسب المئوية	92%	8%	100%

التعليق على الجدول رقم (14): من خلال الجدول نلاحظ أن الغالبية العظمى للتلاميذ الذين تبلغ أعمارهم أقل من 19 سنة بعدد قدر بـ 202 تلميذ وتلميذة بنسبة 92 %، أما التلاميذ الذين هم أكبر من 20 سنة فقد بلغ عددهم تلميذ وتلميذة 18 بنسبة تقدر بـ 8 %.

الشكل رقم (07): توزيع مجتمع عينة الدراسة حسب العمر الزمني



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على Excel 2007

2.4. عينة الدراسة الأساسية:

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية لأنها تخدم أغراض البحث العلمي، وتتلاءم مع طبيعة الموضوع التي تستوجب توفير شروط معينة في عينة الدراسة. والعينة القصدية هي "العينات التي يتم انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث نظرا لعدم توفر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم، ولكن تلك الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة، كما يتم اللجوء إلى هذا النوع من العينات في حالة توافر البيانات اللازمة للدراسة لدى فئة محددة من مجتمع الدراسة الأصلي". (عبيدات، أبو نصار، ومبيضين، 1999، ص 96)

بعد تطبيق مقياس القلق تحصلنا على (63) تلميذ وتلميذة من مختلف الشعب يعانون من قلق مرتفع تم استبعاد التلاميذ المعيدين والتلاميذ الذين هم أكبر من 19 سنة، وبعد إجراء المقابلة العيادية تم استبعاد كذلك بعض المفردات من عينة الدراسة الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو أمراض عضوية من قبل، وكذلك الذين رفضوا العلاج الجماعي.

1.2.4. خصائص عينة الدراسة الأساسية:

1.1.2.4. خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس:

الجدول رقم (15): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس

الجنس		المجموعة
ذكور	إناث	

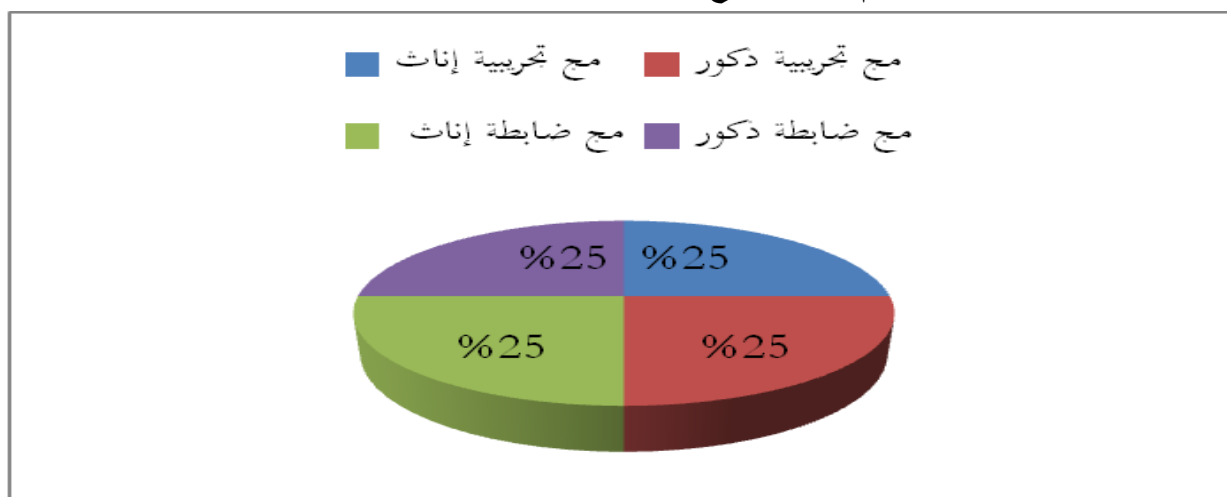
الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

10	10	الضابطة
10	10	التجريبية
20	20	المجموع
%50	%50	النسبة المئوية

التعليق على الجدول رقم (15): من خلال الجدول نلاحظ تكافؤ العينة من حيث الجنس، حيث بلغ عدد الإناث 20 في كلا المجموعتين الضابطة والتجريبية بنسبة تقدر بـ50%، أما الذكور فقد بلغ عددهم 20 في كلا المجموعتين بنسبة تقدر بـ50%.

الشكل رقم (08): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على Excel 2007

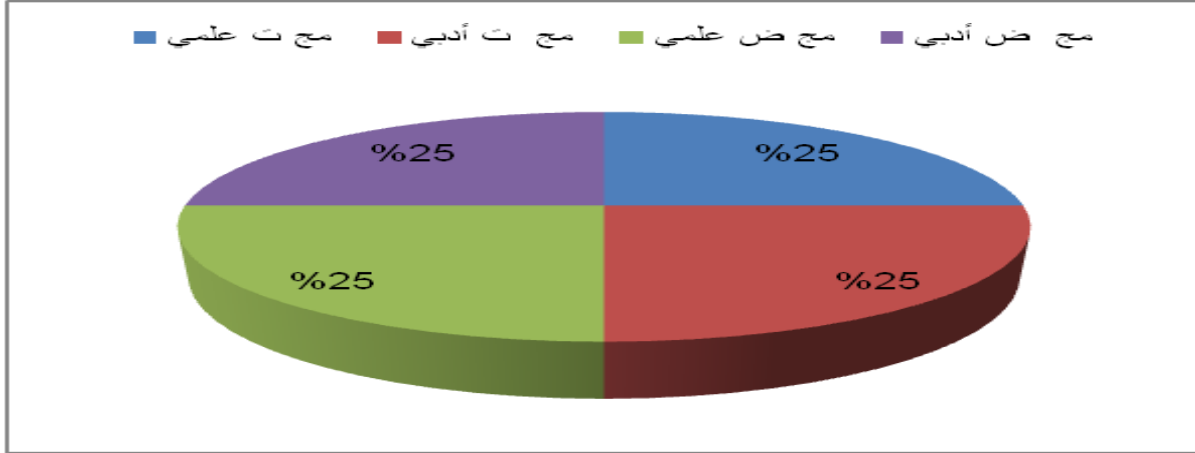
2.1.2.4. خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب التخصص:

الجدول رقم (16): خصائص عينة الدراسة الأساسية من حيث التخصص

التخصص		المجموعة
الأدبي	العلمي	
10	10	الضابطة
10	10	التجريبية
20	20	المجموع
%50	%50	النسبة المئوية

التعليق على الجدول (16): من خلال الجدول نلاحظ تكافؤ المجموعة التجريبية من حيث التخصص، حيث بلغ عدد التلاميذ تخصص علوم 20 في كلا المجموعتين الضابطة والتجريبية بنسبة تقدر بـ50%، ويقدر عدد التلاميذ الأدبيين 20 في كلا المجموعتين الضابطة والتجريبية بنسبة 50%.

الشكل رقم (09): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب التخصص



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على Excel 2007

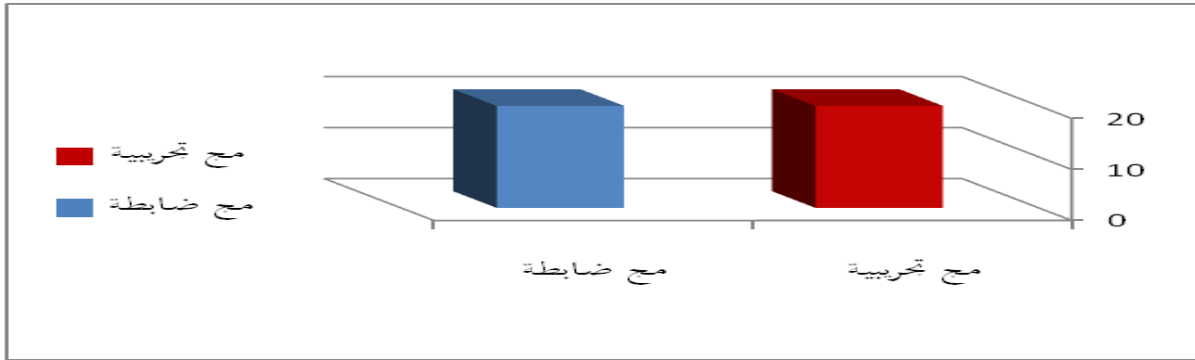
3.1.2.4. خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب العمر الزمني:

الجدول رقم (17): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب العمر الزمني

المجموعة	العمر الزمني	النسبة المئوية
	19 - 17	
الضابطة	20	50%
التجريبية	20	50%
المجموع	40	100%

التعليق على الجدول رقم (17): نلاحظ من خلال الجدول تكافؤ عينة الدراسة الأساسية، من حيث العمر الزمني حيث بلغ مجموع مفردات العينة في كل من المجموعة الضابطة والتجريبية 20 تلميذ وتلميذة.

الشكل رقم (10): توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب العمر الزمني



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على Excel 2007

3.4. أدوات الدراسة:

بعد الإطلاع على الأدبيات والدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة، قمنا باستخدام الأدوات التالية في الدراسة الحالية:

1. المقابلة العيادية من إعداد الباحثة.
2. مقياس القلق النفسي من إعداد جانيت تايلور.
3. برنامج معرفي سلوكي لخفض القلق النفسي لدى تلاميذ البكالوريا من إعداد الباحثة.

1.3.4. المقابلة العيادية:

1.1.3.4. مفهوم المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة العيادية من أهم الأدوات التي لا يمكن الإستغناء عنها خاصة فيما يتعلق بالعمل العيادي ويرى "سول جارفيلد" أنه: "نظرا للتطبيقات الواسعة التشخيصية والعلاجية للمقابلة فإن من الممكن اعتبارها أسلوبا أساسيا في العمل السيكولوجي مع الأشخاص الذين يعانون من الاضطراب النفسي". (فراج، 2019، ص 36) ويعرف "بينجام ومور" (Bingham&Moore,1959) المقابلة بأنها: "محادثة ومواجهة لتحقيق هدف محدد بدرجة أكبر من كونها كسبا للرضا العام من المحادثة ذاتها، وتتم المقابلة بين أطرافها في صورة عملية تتميز بالتفاعل بينهم، وقد تستخدم في الحصول على معلومات أو في إعطاء معلومات أو في التأثير على سلوك الأفراد بشكل معين أو في تحقيق الأهداف مجتمعة". (عمر، 2009، ص ص 53-54)

وتعرف أيضا المقابلة بأنها: "علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر ويمثل الشخص الأول الأخصائي النفسي أو الاجتماعي بين الشخص أو الأشخاص الآخرون هم من يتوقعون المساعدة، وتهدف المقابلة التشخيصية إلى تشخيص حالة العميل بتوجيه أسئلة هادفة، وملاحظة سلوكه ملاحظة دقيقة، يمكن من خلالها الحصول على المعلومات والدلالات والمؤشرات التي تساعد على دقة التشخيص". (سالم، 2012، ص 183)

ولقد اعتمدت الباحثة على المقابلة العيادية نصف الموجهة من أجل تحديد أفراد عينة الدراسة المناسبة لموضوع الدراسة، وذلك من خلال تحديد ما إذا كانوا يعانون من القلق فعلاً أم أن القلق مجرد عرض لأمراض عضوية أو اضطرابات نفسية، ومن خلال المقابلة يتم التمهيد للتلاميذ الذين تتوافر فيهم شروط الدراسة وتحفيزهم من أجل المشاركة في البرنامج.

ولقد قامت الباحثة ببناء دليل المقابلة العيادية نصف موجهة بعد الإطلاع على التراث النظري الخاص بالقلق من أجل تحديد أهم المحاور والأسئلة، وبعدها تمت استشارة طبيب مختص في الأمراض النفسية والعقلية وبعض الأخصائيين النفسيين العياديين الذين لديهم خبرة في الميدان، وتكونت المقابلة في النهاية من 07 محاور أساسية موزعة على الشكل التالي:

المحور الأول: البيانات العامة الشخصية للتلميذ وتحتوي على 11 سؤال.

المحور الثاني: التاريخ الصحي والنفسي للتلميذ وتحتوي على 07 أسئلة.

المحور الثالث: انعكاسات القلق على الجانب الفيزيولوجي وتحتوي على 08 أسئلة.

المحور الرابع: انعكاسات القلق على جانب الإدراك ويحتوي على 10 أسئلة.

المحور الخامس: انعكاسات القلق على الجانب الانفعالي وتحتوي على 05 أسئلة.

المحور السادس: انعكاسات القلق على الجانب السلوكي وتحتوي على 07 أسئلة.

المحور السابع: الحياة الحولية والمستقبلية وتحتوي على 04 أسئلة.

أجريت المقابلة بمكتب المشرف التربوي، واختلفت مدة المقابلة من تلميذ لآخر، بحيث استغرقت من 45 دقيقة إلى 50 دقيقة.

2.3.4. مقياس القلق:

1.2.3.4. تعريف المقياس:

تم بناء هذا الاختبار من طرف عالمة النفسانية J.A.Taylor، ولقد ترجم هذا المقياس إلى العديد من اللغات، حيث أجرت "تايلور" سلسلة من الدراسات التجريبية في عام (1950) لفحص النظرية حول آثار مستوى الحافز على الأداء الإنساني في المهام ذات المستويات المختلفة من التعقيد، افترض "تايلور" بأن مستوى الحافز ينعكس في الكثافة، والذي أطلقت عليه مصطلح القلق الصريح، أي ذلك القلق الواضح والذي تدركه الذات. ولقد نشأ القلق من فكرة "فرويد" (1947) عن القلق العصبي المشار إليه في علم النفس السلوكي أورده "كاميرون Cameron"، يشير إلى النزعة العامة للشعور بالقلق في مواجهة الضغوط والذي يظهر في بعض السمات مثل إظهار ردود أفعال لا تتناسب مع الإثارة التي يتعرض لها الشخص أو إظهار التعب أو الإحساس بالضيق بسهولة. (نجد، 2012، ص ص 118-119)

ويحتوي هذا المقياس على مجموعة من الميزات وهي:

1. احتواءه على كافة الأعراض الجسمية للقلق.

2. ارتفاع درجة الثبات المقياس.

3. احتواءه على الأعراض النفسية للقلق.

4. قدرة المقياس العالية على التمييز بين الأشخاص القلقين وغير القلقين.

5. استخدامه في العديد من الدراسات والأبحاث. (ياسين، 2015، ص 60)

من خلال ما سبق تم اعتماد مقياس القلق "لجانيت تايلور" نظرا لتطبيقه الواسع في العديد من الدراسات العربية والجزائرية، بالإضافة إلى تطبيقه على عينة المراهقين، وبينت الدراسات أن مقياس القلق "لجانيت تايلور" يتمتع بدرجة عالية من الثبات والصدق، ويقاس القلق الظاهر والصريح للفرد مما شجع الباحثة على استخدامه.

2.2.3.4. طريقة التطبيق: يطبق بشكل فردي أو جماعي.

3.2.3.4. طريقة تنقيط المقياس:

الجدول رقم (18): توزيع الدرجات على مقياس القلق النفسي

الإجابة	نعم	لا
الدرجة	01	00

التعليق على الجدول رقم (18): من خلال هذا الجدول الذي يوضح تنقيط إجابات مقياس القلق، حيث تعطى الدرجة (01) للإجابة بـ(نعم)، وتعطى الدرجة (00) للإجابة بـ(لا).

4.2.3.4. طريقة تصحيح المقياس:

الجدول رقم (19): طريقة تصحيح مقياس القلق النفسي

الدرجة	مستوى القلق
16-0	لا يوجد قلق
20 - 17	قلق بسيط
26 - 21	قلق متوسط
29-27	قلق شديد
50 - 30	قلق حاد

التعليق على الجدول: يوضح الجدول رقم (19) طريقة تصحيح مقياس القلق النفسي، حيث (0-16) تقابلها عدم وجود قلق، (17-20) قلق بسيط، (21-26) يقابلها قلق متوسط، (27-29) قلق شديد، (30-50) قلق حاد.

5.2.3.4. الخصائص السيكومترية لمقياس القلق:

1. الخصائص السيكومترية لمقياس القلق على البيئات الأجنبية والعربية:

تم تكييف المقياس على العديد من المجتمعات، ولقد قام كل من الدكتور مصطفى فهمي والدكتور محمد أحمد غالي بترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية، كما قاما بتكييفه على البيئة المصرية.

استنبط المقياس انطلاقاً من مقياس الشخصية متعدد الأوجه MMPI، حيث شمل في البداية على 200 بند وقد خضع لاختبار خمس عياديين بهدف الاحتفاظ بالبندود التي تصف بشكل جيد القلق المزمن، وبقي 50 بند، لم يظهر مقياس تايلور أي فروق بين الجنسين إلا باستثناء معدلات بسيطة، وقد قامت "تايلور" بمقارنة عينتين طيارين وطلبة علم النفس وحصلت على نتائج مماثلة. كما تم التأكد من ثبات المقياس من خلال دراسة أجريت على 59 طالب بفارق ثلاث أسابيع بين التطبيق الأول والثاني وقدر معامل الثبات بـ 0.89، وفي دراسة أخرى أجريت على 163 طالب تم الحصول فيها على معامل ثبات يقدر بـ 0.82 بفارق 05 أشهر، كما تم الحصول على معامل ثبات يقدر بـ 0.81 بعد 17 شهر.

أما بالنسبة لصدق المقياس فقد تم حساب الصدق التقاربي بين مقياسي القلق الصريح لتايلور واختبار MMPI حيث أجاب 282 طالب في السنة الأولى من مقياس تايلور، وبعد 18 أسبوع أجابوا عن MMPI وقدر معامل الارتباط بـ 0.68. (دايلي، 2019، ص ص 355-356)

كما قام "مصطفى سويف وآخرون" (1969) بدراسة تحليلية عاملية لمدى صلاحية المقياس، فتوصلوا إلى أن المقياس مشبع بدرجة عالية بعامل العصاب العام، كما توصلت تايلور إلى أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات تصل إلى 0.81 بعد إعادة تطبيقه بفواصل زمني يتراوح تسعة أشهر وسبعة عشر شهراً.

توصل كل من "سليمان وعبد الله" (1996) بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس، حيث قام بحساب بمعامل ارتباط درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمقياس، وذلك على عينة مكونة من 50 طالب وطالبة بالجامعة ولقد توصلوا إلى ارتفاع الإتساق الداخلي للعبارات، أما بالنسبة للثبات فقاما بحسابه بطريقة التجزئة النصفية من خلال تقسيم عبارات المقياس إلى جزأين أي عبارات فردية وزوجية وتم حساب معامل الارتباط بينهما فكان 0.804، وتم تصحيح معامل الثبات بطريقة سبيرمان براون فكان 0.891، وقد بلغ معامل الثبات الجزء الأول 0.773 والثاني 0.723، كما تم حساب ثبات مقياس بطريقة ألفا كرونباخ فكان 0.862.

(سليمان وعبد الله، 1996، ص ص 116-117)

2. الخصائص السيكمومترية للمقياس على البيئة الجزائرية:

بالنسبة للبيئة الجزائرية قام العديد من الباحثين الجزائريين بتطبيق مقياس القلق "لجانيت تايلور" في دراساتهم ومن أهم الدراسات نذكر دراسة عقون (2018) بحساب صدق وثبات مقياس القلق، حيث قامت بعرض المقياس على 10 أساتذة للتأكد من مناسبة بنود هذا المقياس للمجتمع الجزائري وخلوها من العناصر الثقافية الغربية ليستقر المقياس على 50 عبارة التي اتفق الخبراء، وقامت الباحثة كذلك بحساب الصدق الذاتي للمقياس من خلال الجذر التربيعي لمعامل الثبات، لتكون بذلك قيمته 0.99، وبالنسبة للثبات تم القيام بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق على عينة استطلاعية مكونة من 30 فرد وقدر بـ 0.94. (عقون، 2018، ص 438)

كما قامت دايلي (2019) بتقنين اختبار القلق من خلال عرضه على مجموعة من الأساتذة من جامعات الشرق الجزائري، بحيث أكد المحكمون على قدرة المقياس على قياس القلق وصلاحيته لعينة الدراسة والمتمثلة في المعلمات، بالإضافة إلى مدى ملائمة بنوده على الثقافة الجزائرية، كما تم حساب الصدق الذاتي من خلال حساب الجذر التربيعي والذي قدر بـ 0.82، أما بالنسبة لحساب الثبات قامت الباحثة بتطبيقه على عينة استطلاعية قدر حجمها بـ 60 معلمة وتم حساب الثبات بمعادلة جاتمان Guttman وقدر الثبات بـ 0.68. (دايلي، 2019، ص ص 357-360)

3. الخصائص السيكمومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

1.1. الصدق:

يعتبر الصدق خطوة هامة من أجل التأكد من مدى ملائمة الأداة المستخدمة في الدراسة ويعرف الصدق على أنه "صلاحية الأسلوب أو الأداة لقياس ما هو مراد قياسه أو بمعنى آخر صلاحية أداة البحث في تحقيق أهداف الدراسة، وبالتالي ارتفاع مستوى الثقة فيما توصل إليه الباحث من نتائج، بحيث يمكن الانتقال منها إلى التعميم". (بشنة وبوعموشة، 2020، ص 118)

للتأكد من صدق مقياس القلق تم الإعتماد على صدق الاتساق الداخلي، وكانت النتائج كالتالي:

الجدول رقم (20): معاملات ارتباط فقرات مقياس القلق النفسي لتايلور بالدرجة الكلية

رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
01	0.338	19	0.525	37	0.721
02	0.375	20	0.428	38	0.585
03	0.462	21	0.415	39	0.414
04	0.580	22	0.753	40	0.482
05	0.742	23	0.441	41	0.438
06	0.757	24	0.504	42	0.690

0.298	43	0.633	25	0.586	07
0.759	44	0.389	26	0.741	08
0.594	45	0.754	27	0.376	09
0.685	46	0.505	28	0.533	10
0.511	47	0.727	29	0.663	11
0.312	48	0.609	30	0.690	12
0.757	49	0.682	31	0.783	13
0.478	50	0.578	32	0.628	14
		0.783	33	0.315	15
		0.743	34	0.751	16
		0.645	35	0.651	17
		0.444	36	0.757	18

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات Spss v 21

التعليق على الجدول: يبين الجدول (20) أن قيم معاملات ارتباط الفقرات لمقياس القلق النفسي تراوحت بين (0.298-0.783) مع الدرجة الكلية للمقياس، وقد كانت جميع القيم مقبولة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)، وهذا يعني وجود درجة مقبولة من صدق الإتساق الداخلي في فقرات كل المقياس.

2.3. ثبات مقياس القلق النفسي:

"إن كلمة الثبات قد تعني الاستقرار بمعنى لو تكررت عمليات قياس الفرد الواحد لأظهرت درجته شيئاً من الاستقرار، كما أن الثبات قد يعني الموضوعية بمعنى أن يحصل على نفس الدرجة مهما اختلف الباحث الذي يطبق الاختبار أو الذي يصححه، وفي هذه الحالة يكون الاختبار الثابت اختبار يقدر الفرد تقديراً لا يختلف في حسابه اثنان". (بشّة وبوعموشة، 2020، ص ص 125-126)

وللتأكد من ثبات المقياس قمنا بحساب نوعين من الثبات وهما:

1.2.3. التجزئة النصفية:

قمنا بحساب ثبات المقياس عن طريق التجزئة النصفية، بحيث قسم المقياس إلى جزأين متساويين في كل جزء (25) بند، إذ احتوى الجزء الأول على البنود الفردية، والجزء الثاني على البنود الزوجية، وبعد ذلك تم حساب معامل الارتباط بين الجزأين، ثم صحح بمعادلة سبيرمان برون.

الجدول رقم (21): نتائج حساب ثبات مقياس القلق النفسي عن طريق التجزئة النصفية

الثبات	معامل الارتباط	تصحيح بمعادلة سبيرمان براون
التجزئة النصفية	0.909	0.952

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات Spss v21

التعليق على الجدول رقم (21): يتضح من الجدول أعلاه أن معامل الثبات يساوي (0.909) وبعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون أصبح يساوي (0.952)، مما يدل على ثبات المقياس.

2.2.3. معامل ألفا لكرونباخ:

الجدول رقم (22): نتائج حساب ثبات مقياس القلق النفسي عن طريق معادلة ألفا لكرونباخ

الفقرات	معامل ألفا لكرونباخ
50	0.960

المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات Spss v 21

التعليق على الجدول رقم (22): يتضح من خلال الجدول أن مقياس القلق النفسي يتسم بقدر من الإستقرار في نتائجه، فقد بلغ معامل الثبات (0.960) وبالتالي فهو ثابت. وعليه يمكن القول بأن مقياس القلق "لجانيت تايلور" المطبق في هذه الدراسة يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات، إذا فهو صالح لموضوع الدراسة الحالية.

3.3.4. البرنامج:

1.3.3.4. تعريف البرنامج:

يعرف البرنامج على أنه: "خطة محددة ودقيقة تشمل مجموعة من الأنشطة والمواقف والخبرات المترابطة والمتكاملة بهدف تنمية الأفراد الذين أعد البرنامج من أجلهم وإكسابهم مهارات معينة تتناسب وطبيعة نموهم الجسمي العقلي، الانفعالي، الاجتماعي والنفسي، وتشمل هذه الخطة أسلوب التنفيذ وأدوات التقييم والمدة الزمنية اللازمة للتطبيق". (السدحان، 2018، ص 11)

ويعرف أيضا بأنه: "عملية بناء تستهدف مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي إمكانياته ويواجه مشكلاته في حدود معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه ليصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه" (السدحان، 2018، ص 11).

ويعرف البرنامج المستخدم في الدراسة على أنه: "برنامج علاجي قائم على أهم فنيات العلاج المعرفي السلوكي بهدف التخفيف من حدة القلق النفسي لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، مكون من أربعة عشر جلسة

بواقع جلستين في الأسبوع، مدة كل جلسة 90 دقيقة، كما تم تعريف البرنامج إجرائيا في الفصل الأول من الدراسة الخاص بالإطار العام للدراسة".

2.3.3.4. أهمية البرنامج:

1. تكمن أهمية البرنامج من خلال الفئة المستهدفة والمتثلة في تلاميذ الثالثة ثانوي باعتبار أن هذه السنة من أهم السنوات في حياة أي تلميذ لكونها بوابة إلى مستقبله واستقلالته ويجتاز فيها بامتحان مصري وهو البكالوريا.
2. الإهتمام بمرحلة المراهقة بحيث تعتبر هذه المرحلة من أكثر المراحل نمائية جدلا بين العلماء، من حيث اعتبارها مرحلة نمائية يكتسب فيها الهوية الذاتية، وهي مرحلة تتميز بالعديد من الاختلالات أو الاضطرابات التي تصاحب المراهق في هذه الفترة سواء النفسية أو العقلية أو السلوكية.
3. تنبع أهمية البرنامج من خلال الخدمات المتنوعة التي يقدمها لأفراد عينة الدراسة تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، وتتمثل خدمات البرنامج في:

- 1.3. خدمات علاجية: بحيث تقوم الباحثة بتعليمهم وتدريبهم على أهم الفنيات والتقنيات المعرفية السلوكية التي تساعد على التحكم، وتدريبهم عليها من أجل تخطي القلق النفسي لديهم.
- 2.3. خدمات وقائية: تهدف إلى الوقاية ومنع الانتكاسة من الإصابة مرة أخرى بالقلق، ويتم ذلك من خلال تطبيق التلاميذ ما تعلموه من البرنامج المطبق عليهم في حياتهم اليومية، مما يسهل عليهم حياتهم ودراساتهم.

3.3.3.4. أهداف البرنامج:

1. الهدف العام: خفض مستوى القلق النفسي لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي.

2. الأهداف الخاصة:

1. تعريف أفراد العينة بالقلق النفسي.
2. تحسيس أفراد العينة وزيادة وعيهم حول الآثار السلبية للقلق النفسي.
3. تعريف التلاميذ بالبرنامج وأهدافه وأهم فنياته وعدد جلساته.
4. مساعدة أفراد العينة على دحض أفكارهم اللاعقلانية واللاتوافقية.
5. تغيير الأفكار السلبية لدى أفراد العينة وإحلال محلها أفكار أكثر إيجابية سواء نحو ذواتهم أو دراساتهم أو محيطهم أو مستقبلهم.
6. مساعدة أفراد العينة على تحصين أنفسهم من القلق من خلال تعلمهم واكتسابهم لفنيات معرفية سلوكية.
7. مساعدة أفراد العينة مستقبلا على التعامل السوي مع مصادر القلق.

8. قدرة أفراد العينة على تفسير وتقييم المواقف المقلقة بصورة إيجابية وواقعية ومنطقية.
9. تعرف التلاميذ على أهم الفنيات المعرفية السلوكية ودور كل فنية ومدى أهميتها في خفض القلق.
10. تحكم التلاميذ في مشاعرهم وانفعالاتهم عند التعرض للمواقف القلقة.
11. تدريب التلاميذ على الفنيات المعرفية السلوكية الواردة في البرنامج من أجل تطبيقها في حياتهم اليومية.
12. تنمية قدرة أفراد العينة على الإستبصار بمشكلاتهم وإيجاد حلول لها.
13. إدراك أهمية الوقت وكيفية استغلاله من خلال التخطيط وإتقان مهارة إدارة الوقت.
14. استبصار أفراد العينة حول التغذية ودورها في ظهور القلق.

4.3.3.4. الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

1. الأسس العامة:

اهتمت الباحثة بمساعدة أفراد عينة البحث من خلال تخفيف مستوى القلق لديهم، وهذا من خلال تدريبهم على أهم الفنيات المعرفية السلوكية التي تساعد على خفض القلق، مما يساعد التلاميذ على تحقيق توازن في الصحة النفسية، وبالتالي ينعكس عليهم إيجابيا على دراستهم وعلاقاتهم بالأهل والآخرين، بالإضافة إلى استثمار طاقاتهم واستغلال قدراتهم بشكل جيد، مع احترام حقهم في المشاركة والتعبير عن آرائهم والحفاظ على خصوصيتهم وعلى سريتهم.

2. الأسس الفلسفية:

اعتمدت الباحثة في بناء برنامجها على النظرية المعرفية السلوكية وعلى أهم ما توصل إليه العلماء والباحثون في هذا المجال من خلال تطوير الفنيات والأساليب المعرفية السلوكية التي ساهمت في خفض القلق، حيث تعتبر هذه النظرية من أهم النظريات في علم النفس من حيث تفسير منشأ القلق، وكذلك من حيث علاجه لكونها تركز على الجانبين معا أي المعرفي والسلوكي للفرد، كما شهدت هذه النظرية تطورا من خلال جهود العلماء والباحثين وذلك من خلال اجراءهم للعديد من التجارب بإستعمال العلاج المعرفي السلوكي الذي أثبت فاعليته في التخفيف من الاضطرابات النفسية والسلوكية، كما أنه مناسب للفئة العمرية المطبق عليها في الدراسة، مع احترام هويتهم وثقافتهم والمحيط الذي ينتمون إليه.

3. الأسس النفسية:

قامت الباحثة بأخذ بعين الاعتبار خصائص مرحلة المراهقة والتغيرات التي تحدث في هذه المرحلة على جميع النواحي الفسيولوجية، الاجتماعية، السلوكية والنفسية، خاصة أنهم يمرون بفترة جد مهمة وحاسمة والمتمثلة في اجتيازهم مرحلة شهادة البكالوريا، مما تزداد حدة الاضطرابات النفسية، بالإضافة إلى مراعاة الفروق الفردية بين أفراد عينة الدراسة من خلال اهتمام الباحثة بالعمر الزمني للتلاميذ وتقاربهم بالإضافة إلى أنهم يدرسون في نفس

السنة الدراسية.

4. الأسس الاجتماعية:

إن الكائن الإنساني يتأثر بمن حوله ويؤثر فيهم لذا كان على الباحثة الإهتمام بالجانب الاجتماعي للتلاميذ مع التركيز على طبيعة المحيط والمجتمع الذين ينتمون إليه، مع العمل على تحقيق التفاعل والتواصل بين أفراد العينة وبين محيطهم أيضاً، خاصة وأن مرحلة المراهقة تعتبر جد حساسة قد تصاحبها العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية بالإضافة إلى مشكلة التواصل بين المراهق والآخرين سواء والديه، إخوته، أصدقاءه، أساتذته أو حتى الطاقم التربوي.

3.3.4. 5. الفنيات والتقنيات العلاجية:

1. التقنيات السلوكية:

1. التنفس البطني.
2. الاسترخاء العضلي.
3. تأكيد الذات.
4. لعب الأدوار.
5. الواجب المنزلي.
6. التعريض.
7. أسلوب حل المشكلات
8. تفحص الدليل.
9. مهارة إدارة الوقت.

2. التقنيات المعرفية:

1. التربية النفسية.
2. الحوار والمناقشة.
3. تعديل الأفكار السلبية.
4. مراقبة الذات.

6.3.3.4. الوسائل المستخدمة في البرنامج:

1. جهاز الحاسوب.
2. جهاز العرض.
3. سبورة وقلم لباد.

4. أوراق وأقلام.

5. مطويات

6. استمارات التقويم المرحلي للبرنامج.

7. استمارات التقويم النهائي للبرنامج.

7.3.3.4. خطوات بناء البرنامج:

تم بناء البرنامج بعد القيام بالعديد من الخطوات وهي:

1. الإطلاع على التراث النظري الخاص بموضوع القلق النفسي.
2. الإطلاع على التراث النظري الخاص بالعلاج المعرفي السلوكي.
3. الإطلاع على التراث النظري الخاص بمرحلة المراهقة وأهم خصائصها.
4. الإطلاع على الدراسات السابقة سواء المحلية أو العربية أو الأجنبية والتي تناولت البرامج المعرفية السلوكية سواء الإرشادية أو العلاجية في خفض القلق النفسي.
5. الإطلاع على البحوث المتعلقة بالمناهج والتصاميم التجريبية في علم النفس.
6. إجراء مقابلات مع بعض مستشاري التوجيه والإرشاد ذوي الخبرة، ومختصين نفسانيين عياديين خاصة الذين عملوا في وحدات الكشف والمتابعة، وكذلك أساتذة وباحثين استخدموا البرامج العلاجية بالإضافة إلى طبيب مختص في الأمراض النفسية والعصبية.
7. تحكيم البرنامج بعد بناء الصورة الأولية وعرضه على مجموعة من الأساتذة والباحثين المتخصصين في علم النفس سواء داخل أو خارج الوطن بحيث تم تعديل ما أشار إليه السادة المحكمين.
8. تجريب النسخة الأولية من البرنامج على 04 تلاميذ من السنة الثالثة ثانوي في الدراسة الاستطلاعية.

8.3.3.4. تقويم البرنامج:

1. التقويم المبدئي:

تم إجراء القياس القبلي من خلال تطبيق مقياس الدراسة على عينة الدراسة بهدف تحديد مستوى القلق النفسي لديهم، وذلك قبل الانطلاق في جلسات البرنامج.

2. التقويم المرحلي:

تم القيام بالتقويم المرحلي أثناء تنفيذ الباحثة للبرنامج، والذي يهدف إلى التأكد من مدى فهم التلاميذ للعمليات العلاجية المستخدمة في البرنامج، ومدى فعاليتها بالإضافة إلى مدى تحقيق الأهداف المسطرة الخاصة لكل جلسة، حيث تم توزيع استمارات تقييمه مرحلية في نهاية كل جلسة للتلاميذ، بالإضافة إلى تقييم الباحثة لكل جلسة ومدى تحقيق الأهداف المسطرة لها.

3. التقييم النهائي:

يتم هذا التقييم بعد الإنتهاء من تنفيذ البرنامج العلاجي، ويكشف لنا مدى تحقيق الأهداف المسطرة للبرنامج وذلك من خلال توزيع استمارة التقييم النهائي للبرنامج على المشاركين، كما تم توزيع مقياس الدراسة مرة أخرى على أفراد المجموعة التجريبية والضابطة معا من أجل أخذ درجات القياس البعدي ومقارنتها بدرجات القياس القبلي.

4. التقييم التبعي:

يتم التقييم التبعي بعد الإنتهاء من مدة شهر من تطبيق البرنامج للتأكد من مدى استمرارية فاعلية العلاج ويتم ذلك من خلال أخذ درجات القياس التبعي عن طريق توزيع مقياس القلق على أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية، وبعدها يتم مقارنة درجات القياس التبعي بدرجات القياس البعدي لكلا المجموعتين الضابطة والتجريبية مع ملاحظة الفرق بينهما.

9.3.3.4. الصورة الأولية للبرنامج:

تكون البرنامج في صورته الأولية من 17 جلسة بالإضافة إلى جلسة تتبعية، تنوعت جلسات البرنامج واختلفت من حيث الأهداف إلا أنها هدفت بشكل عام إلى التخفيف من مستوى القلق النفسي لدى التلاميذ واحتوت على العديد من الفنيات المعرفية السلوكية والمتمثلة في المناقشة والحوار، التربية النفسية، الاسترخاء، مراقبة الذات، تفحص الدليل، التعرض، التخيل، لعب الأدوار، تعديل الأفكار اللاواقفية، أسلوب حل المشكلات تأكيد الذات... الخ، كما تنوعت أدواته ووسائله والتي تمثلت في جهاز كمبيوتر وشاشة العرض، أوراق وأقلام سبورة وقلم لباد... الخ، أما بالنسبة لمدة كل جلسة بلغت 60 دقيقة.

الجدول (23): الصورة الأولية لجلسات البرنامج

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	محتوى الجلسة	أهداف الجلسة	أدوات الجلسة	فنيات الجلسة	مدة الجلسة
01	تمهيد وتعارف	الترحيب بالتلاميذ المشاركين في البرنامج، تعريف الباحثة بنفسها، ثم التعارف بين التلاميذ المشاركين فيما بينهم، ثم يتم تطبيق مقياس القلق حتى لا يؤثر شرح البرنامج على الإجابات بعدها يتم التطرق إلى أهداف البرنامج العلاجي بصفة عامة ومدته، وما المتوقع منه من أجل كسب ثقة التلاميذ، ثم تختتم الجلسة.	الهدف العام: عقد التحالف العلاجي. الأهداف الخاصة: 1. التعرف بين الباحثة والتلاميذ. 2. تعارف التلاميذ فيما بينهم. 3. كسب ثقة التلاميذ. 4. التعرف على البرنامج العلاجي. 5. معرفة توقعات التلاميذ من المشاركة في البرنامج. 6. أخذ درجات القياس القبلي.	جهاز كمبيوتر شاشة العرض	الحوار والمناقشة	60 د
02	مدخل إلى القلق النفسي	الترحيب بالتلاميذ المشاركين، ثم تتكلم	الهدف العام: معرفة القلق	جهاز كمبيوتر	المناقشة والحوار	60د

			الباحثة عن القلق النفسي وأهم أعراضه وأسبابه وكيفية تأثير القلق على حياتهم اليومية والدراسية، بعدها يتم عرض فيلم قصير حول القلق وتتم مناقشة عامة حول الفيلم، ثم يطلب من التلاميذ كتابة الأعراض النفسية والجسدية التي يعانون منها.	النفسي. الأهداف الخاصة: 1.توعية التلاميذ بمدى خطورة القلق وتأثيراته السلبية على حياتهم. 2.معرفة الأعراض النفسية والجسدية التي يعانون منها بسبب القلق النفسي.	شاشة العرض أوراق أقلام	التربية النفسية
03	مصادر القلق	الترحيب بالتلاميذ والتطرق إلى أهم مصادر القلق لدى التلاميذ ومن أهمها ضغوط الدراسية والأسرية بالإضافة إلى التكلم عن مدى أهمية مرحلة البكالوريا ومعرفة مدى تأثيرها النفسي عليهم، ثم يطلب من التلاميذ ترتيب مصادر القلق التي يعانون منها	الهدف العام: الكشف عن مصادر القلق. الأهداف الخاصة: 1.مساعدة التلاميذ على التنفيس الانفعالي من خلال التكلم على مصادر الضغوط. 2. معرفة	سبورة قلم حبر أوراق أقلام	المناقشة والحوار التربية النفسية	60د

			التأثيرات النفسية الناجمة عن مرحلة البكالوريا.	حسب درجة تأثيرها بالنسبة إليهم.		
04	أهمية إدارة الوقت	الترحيب بالتلاميذ التطرق إلى التعريف بمهارة إدارة الوقت ومدى أهميتها، بعدها يتم التكلم عن كيفية تنظيم الوقت واستغلاله في حياتهم وبالأخص في الدراسة.	الهدف العام: التدريب على مهارة إدارة الوقت. الأهداف الخاصة: 1. إدراك أهمية الوقت. 2. كيفية الاستغلال المناسب وتعلم التخطيط للوقت.	سبورة قلم حبر	المناقشة والحوار	60د
05	التغذية الصحية	الترحيب بالتلاميذ، التكلم عن أهمية التغذية الصحية وعلاقتها بالحالة النفسية للفرد مع التركيز على القلق النفسي بعدها يتم التكلم عن أهم أنواع الأطعمة التي تسبب القلق ويتم التطرق إلى أنواع الأطعمة الضرورية	الهدف العام: إدراك العلاقة بين التغذية والقلق. الأهداف الخاصة: 1. معرفة أهمية التغذية الصحية. 2. معرفة الأغذية المسببة للقلق. 3. تشجيع	سبورة قلم حبر مطويات	المناقشة والحوار التربية النفسية	60د

			التلاميذ على التغذية الصحية والسليمة.	التي يحتاجونها.		
06	التوجيه إلى فهم الذات	الترحيب بالتلاميذ شرح الثالوث المعرفي أي العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك وكيفية التفريق بينهما مع إعطاء أمثلة. وفنية مراقبة الذات والهدف منها والتأكيد على التلاميذ بضرورة تطبيقها، تحتهم الجلسة بإعطاء واجب منزلي والمتمثل في ملئ جدول مراقبة الذات.	الهدف العام: إدراك العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك. الأهداف الخاصة: 1. التفريق بين الأفكار والمشاعر والسلوك. 2. إدراك المواقف التي تسبب لهم القلق.	سبورة قلم حبر جدول مراقبة الذات الواجب المنزلي	الحوار والمناقشة فنية مراقبة الذات الواجب المنزلي	60د
07	الاسترخاء وأهميته	الترحيب بالتلاميذ المشاركين، مراجعة الواجب المنزلي، بعدها يتم التعريف بفنية التنفس البطني والاسترخاء ومدى أهميتهما، ثم يتم تطبيق التنفس البطني وتليه الاسترخاء	الهدف العام: التدريب على الاسترخاء الأهداف الخاصة: 1. تحقيق الهدوء والتقليل من التوتر. 2. مساعدة	سبورة قلم حبر جهاز كمبيوتر شاشة العرض جدول مراقبة الذات	المناقشة والحوار الاسترخاء التنفس البطني الواجب المنزلي.	60د

		موسيقى	الجسم على التخلص من الانقباضات والتقلصات. 3. إفراغ الطاقة والمشاعر السلبية.	تختتم الجلسة بإعطاء واجب منزلي وهو تطبيق فنية مراقبة الذات.		
08	أثر التخيل على حياتنا	الترحيب بالتلاميذ مراجعة الواجب المنزلي شرح فنية التخيل ودورها في تخفيض القلق، ويطلب من المشاركين تخيل مواقف سارة ثم مواقف سلبية والتعرف على الفرق بينهما في الشعور وكيف يمكن لأفكارهم وتخيلاتهم أن تكون سببا في حدوث القلق بعدها يطبق التنفس البطني والاسترخاء العضلي وتختتم الجلسة بإعطاء واجب منزلي والمتمثل في تطبيق الاسترخاء وملئ جدول مراقبة الذات.	الهدف العام: التحكم في التخيلات والانفعالات الناجمة عنها. الأهداف الخاصة: 1. إدراك الفرق بين التخيل الإيجابي والتخيل السلي. 2. معرفة أثر التخيل الإيجابي ودوره في خفض القلق وتحسين الحالة المزاجية. 3. تشجيع التلاميذ على تطبيق الاسترخاء	الهدف العام: التحكم في التخيلات والانفعالات الناجمة عنها. الأهداف الخاصة: 1. إدراك الفرق بين التخيل الإيجابي والتخيل السلي. 2. معرفة أثر التخيل الإيجابي ودوره في خفض القلق وتحسين الحالة المزاجية. 3. تشجيع التلاميذ على تطبيق الاسترخاء	المنافشة والحوار الواجب المنزلي التخيل الاسترخاء	60د

			خارج الجلسات.			
09	الغوص في عمق الأفكار	الترحيب بالتلاميذ، مناقشة الواجب المنزلي، بعدها تطلب الباحثة من المشاركين تحديد الأفكار السلبية التي تم تسجيلها سابقا وتطلب منهم تقديم دليل يؤيد أو يعارض الفكرة، تختتم الجلسة بإعطاء واجب منزلي والمتمثل في ملئ سجل الأفكار وتفحص الدليل.	الهدف العام: تفحص الدليل المؤيد والمعارض للأفكار الأهداف الخاصة: 1. تحفيز التلاميذ على البحث على الأدلة المتعلقة بأفكارهم. 2. إدراك التلاميذ مدى منطقية أفكارهم أو عدم منطقيتها.	سجل الأفكار	الواجب المنزلي المناقشة والحوار تفحص الدليل	60د
10	تغيير الأفكار	الترحيب بالتلاميذ، مراجعة الواجب المنزلي بعدها يتم مناقشة الأفكار اللاتوافقية وكيفية تعديلها، ثم يطبق الاسترخاء، تختتم الجلسة بإعطاء واجب منزلي والمتمثل في تعديل الأفكار اللاتوافقية وتطبيق الاسترخاء.	الهدف العام: تعديل الأفكار الانهزامية لدى التلاميذ. الأهداف الخاصة: 1. تنمية القدرة على التفكير بإيجابية. 2. دحض	سبورة قلم حبر	واجب منزلي تعديل الأفكار اللاتوافقية الاسترخاء الحوار والمناقشة	60د

			الأفكار السلبية.			
11	التحضير للمواجهة	الترحيب بالتلاميذ مناقشة الواجب المنزلي يليهما شرح فنية التعريض عن طريق التخيل وأهميتها وكيفية تطبيقها، ثم بناء مدرج القلق من خلال ترتيب المواقف من الأقل إثارة إلى الأكثر إثارة والتي تم تسجيلها سابقا من طرف التلاميذ، ثم تحتهم الجلسة بواجب منزلي والمتمثل في تطبيق فنية الاسترخاء.	الهدف العام: التعرف إلى فنية التعريض. الأهداف الخاصة: 1. تحضير التلاميذ نفسيا من أجل مواجهة المواقف المقلقة. 2. ترتيب المواقف المقلقة وبناء مدرج القلق. 3. أخذ التلاميذ فكرة عن مراحل إجراء فنية التعريض بالتخيل للمخاوف حول امتحان البكالوريا.	1. أوراق 2. أقلام 3. سبورة 4. قلم حبر	الواجب المنزلي التعريض الحوار والمناقشة	60 د
12	بداية المواجهة	الترحيب بالتلاميذ، مناقشة الواجب المنزلي، البدء بتمارين الاسترخاء ثم تطلب الباحثة من التلاميذ	الهدف العام: مواجهة المواقف المقلقة. الأهداف الخاصة:	مدرج القلق.	الواجب المنزلي الاسترخاء التخيل التعريض	60 د

			1. كسر الدائرة بين المثير والاستجابة للقلق. 2. منع ظهور السلوكيات التجنبية.	تخيل الموقف المثير للقلق، بحيث يحترم ترتيب المواقف وفق مدرج القلق الذي تم إعداده سابقا. كما تتم المزوجة بين التعرض والاسترخاء عند ظهور استجابة القلق لدى المشاركين إلى أن تنتهي، بعدها تختتم الجلسة بإعطاء واجب منزلي والمتمثل في تطبيق الاسترخاء.		
13	تأكيد الذات	الترحيب بالتلاميذ المشاركين في البرنامج، مناقشة الواجب المنزلي، شرح الباحثة أهمية تأكيد الذات ودور الثقة بالنفس في حياتهم ثم تطلب الباحثة من التلاميذ تخيل موقف مقلق لم يستطيعوا مواجهته مع مناقشة الاستجابة الصحيحة لهذا الموقف.	الهدف العام: تعزيز ثقة التلاميذ بأنفسهم. الأهداف الخاصة: 1. تنمية القدرة على التعبير عن أنفسهم. 2. تعليم المشاركين كيفية التعامل مع المواقف المقلقة. 3. القدرة على	1. سبورة. 2. قلم حبر.	الواجب المنزلي. الحوار والمناقشة فنية التخيل لعب الأدوار	60د

			ضبط النفس.	تقوم الباحثة بتدريبهم على كيفية تأكيد ذواتهم والتعبير عن آرائهم من خلال لعب الأدوار، تختتم الجلسة بواجب منزلي آخر والمتمثل في الاسترخاء والحوار الذاتي.		
14	التعرف والتوجه نحو المشكلات	الترحيب بالتلاميذ مراجعة الواجب المنزلي التعريف بفنية أسلوب حل المشكلات ومدى أهميتها وشرح مراحلها مع إعطاء أمثلة توضيحية. مناقشة بعض المشكلات التي يواجهها التلاميذ في حياتهم، تختتم الجلسة بواجب منزلي والمتمثل في تحديد ووضع قائمة للمشكلات التي يعانون منها.	الهدف العام: التدريب على أسلوب حل المشكلات. الأهداف الخاصة: 1. التعرف على المشكلات التي يعاني منها التلاميذ ومدى تأثير ذلك عليهم. 2. القدرة على تحديد المشكلات بدقة وبشكل واضح ومفهوم.	سيورة وقلم حبر	الواجب المنزلي أسلوب حل المشكلات الحوار والمناقشة	60د
15	اتخاذ القرار	الترحيب بالتلاميذ،	الهدف العام:	سيورة	المناقشة	60 د

		مناقشة الواجب المنزلي، ثم يتم اختيار بعض المشكلات البسيطة التي تم تسجيلها وتقوم الباحثة ببحث التلاميذ على ضرورة وضع حلول بديلة للمشكلات وتسجيلها بعدها يتم مناقشة مواطن القوة والضعف لكل حل، تختتم الجلسة بإعطاء واجب منزلي والمتمثل في تطبيق الحلول التي تم اختيارها وملاحظة النتائج.	التدريب على حل المشكلات الأهداف الخاصة: القدرة على أخذ القرار. تحديد جوانب القوة والضعف في الحلول. تحمل التلاميذ مسؤولية اختياراتهم.	وقلم حبر أوراق وأقلام	والحوار الواجب المنزلي حل المشكلات التعزيز
16	المعالجة الذاتية	الترحيب بالتلاميذ مناقشة الواجب المنزلي التحضير وإعلام التلاميذ بأن البرنامج على وشك الانتهاء تذكير التلاميذ بأنهم قادرون على التحكم في المواقف المقلقة من خلال تطبيق الفنيات السابقة التي تم عرضها	الهدف العام: الوقاية من الانتكاسة. الأهداف الخاصة: 1. التحضير النفسي للتلاميذ لإنهاء البرنامج. 2. معالجة التلاميذ أنفسهم	سبورة قلم حبر	الواجب المنزلي الحوار والمناقشة

			دون اللجوء إلى طلب الاستشارة النفسية.	في البرنامج، إعادة شرح بعض الفنيات والتركيز على أهم الفنيات التي تساعدهم في الوقاية من القلق.		
17	الختام وإنهاء البرنامج	الترحيب بالتلاميذ التعرف على رأيهم في الجلسات ومدى استفادتهم من البرنامج مع تحديد نقاط القوة والضعف فيه. تختم الجلسة بشكر التلاميذ على المشاركة والمتابعة، مع تطبيق مقياس القلق.	الهدف العام: إنهاء البرنامج. الأهداف الخاصة: تقييم النهائي للبرنامج. معرفة نقاط القوة والضعف في البرنامج. أخذ درجات القياس البعدي.	استمارة تقييم البرنامج العلاجي مقياس القلق	الحوار والمناقشة	60د

المصدر: من إعداد الباحثة

10.3.3.4. تحكيم البرنامج:

بعد بناء البرنامج في صورته الأولية، تم عرضه على مجموعة من الأساتذة والباحثين من داخل وخارج الوطن من أجل تحكيمه والإستفادة من ملاحظاتهم وخبرتهم في هذا المجال (انظر الملحق رقم 01) ومعرفة آرائهم فيما يخص:

1. عدد الجلسات.
2. عنوان الجلسات.
3. محتوى الجلسات.
4. الأهداف العامة لكل جلسة.
5. الأهداف الخاصة لكل جلسة.

6. الفنيات المستخدمة في الجلسات.

7. الأدوات والوسائل المستخدمة في الجلسات.

8. الزمن المخصص لكل الجلسة.

وتم حصر ملاحظات الأساتذة في النقاط التالية:

1. عدد الجلسات:

كان هناك اختلاف بين الأساتذة فيما يخص عدد الجلسات، إلا أن معظم المحكمون أجمعوا على أن عدد الجلسات كثير وهذا لا يتناسب مع الضغط الدراسي والحجم الساعي لتلاميذ السنة الثالثة ثانوي، والذين هم مقبلين على إجتياز شهادة البكالوريا خاصة وأن الدخول الدراسي الجديد تم الإعتماد فيه على نظام التفويج والتخفيف من الحجم الساعي، وبعض المحكمون يرون بأن عدد الجلسات كاف ولا يمكن معرفة ذلك إلا بعد تطبيقه مع تحديد ما إذا كان سيطبق البرنامج بواقع جلسة أو جلستين في الأسبوع مع أخذ بعين الاعتبار رزنامة الدخول المدرسي مع ظروف انتشار فيروس كورونا المستجد.

2. عنوان الجلسات: تمت موافقة الأساتذة بالإجماع على عناوين الجلسات.

3. زمن الجلسات: معظم الأساتذة يرون ضرورة رفع الوقت إلى 90 دقيقة، وهناك من يرى ضرورة خفض الوقت إلى 45 دقيقة.

4. محتوى الجلسات: تمثلت أهم ملاحظات الأساتذة المحكمون فيما يخص محتوى الجلسات فيما يلي:

1. بالنسبة للجلسة الأولى هناك من يرى من الأساتذة بضرورة إجراء القياس القبلي خارج جلسات البرنامج العلاجي.

2. ذكر عقد مشاركة التلاميذ في البرنامج وتوضيح القوانين وتعليمات سير العمل الجماعي خلال الجلسات.

3. اقتراح وضع فيديو تحفيزي في الجلسة الأولى لإنجاز أشخاص تحطوا الصعاب ونجحوا في تحقيق أهدافهم.

4. في الجلسة الثانية ضرورة تأجيل طلب الباحثة من التلاميذ كتابة الأعراض التي يعانون منها.

5. دمج الجلسة الثالثة المعنونة بمصادر القلق مع الجلسة السابقة أي الثانية والمعنونة بمدخل إلى القلق النفسي.

6. في الجلسة الخامسة يجب تحديد الأغذية المسببة للقلق.

7. دمج الجلسة الثامنة المعنونة بـ "أثر التخيل على حياتنا" مع الجلسة السابعة المعنونة بـ "الاسترخاء وأهميته".

8. في الجلسة الثامنة يتم تطبيق التخيل في الاسترخاء تدريجياً.

9. تأجيل الجلسة الرابعة المعنونة بـ "أهمية إدارة الوقت"

10. في الجلسة السابعة غالباً ما تستخدم فنية الاسترخاء قبل فنيات أخرى كسلب الحساسية المنتظم.

11. في الجلسة الثامنة لا بد من استخدام فنية الاسترخاء قبل تخيل الخبرات السيئة المؤلمة من أجل تفادي

ردات فعل جسمية غير المرغوبة.

12. دمج الجلسة العاشرة مع الحادية عشر.
 13. دمج الجلسة الحادية عشر مع الثانية عشر.
 14. دمج الجلسة 14 بـ 15 لأنها تصب في موضوع واحد.
 15. في الجلسة السابعة عشر يجب تطبيق القياس البعدي أولاً لكي لا تؤثر الإنطباعات على الإجابات وصدق نتائج القياس.
 16. ضرورة إدراج القياس التبعي في الجلسات.
 17. ضرورة ذكر كيفية تقييم الجلسات من أجل كيفية معرفة مدى تحقيق الأهداف.
 18. ضرورة تحديد أسلوب إدارة البرنامج ومكان تطبيقه مع تحديد المساعدين في العمل.
 19. قياس مدى الدافعية للعلاج لدى المشاركين في بداية البرنامج مع وضع نموذج لتقييم مسار كل فرد في البرنامج ومستوى تطوره وحضوره وغيباه أو انتباهه من عدمه، والدعم الأسري والمدرسي للبرنامج، لأن كل هذه الأمور مهمة في نجاحه والخروج بنتائج صادقة.
 20. خلق تنوع في الجلسات من خلال دعوة أشخاص لحضور الجلسة ودعم الباحثة في تقديم محتواها مثلاً: الاستعانة بمستشار الإرشاد والتوجيه المدرسي أو استدعاء تلميذ كان يعاني من القلق، لكنه استطاع اجتياز شهادة البكالوريا ودخل الجامعة أو مختص في الاسترخاء أو مساعدة أحد الأساتذة في تقديم جلسة في موضوع متمكن منه جيداً مثل جلسة التغذية الصحية.
 21. تقديم إكراميات للتلاميذ في نهاية الجلسة حتى ولو كانت بسيطة ستدخل عليهم السرور.
 22. في الجلسة الرابعة المعنونة بـ "أهمية إدارة الوقت" ضرورة إضافة على الأقل ساعتين.
 23. في الجلسة السادسة المعنونة بـ "التوجيه إلى فهم الذات" لا بد من تخصيص وقت لمناقشة ملأ التلاميذ للجداول.
 24. في الجلسة السابعة تغيير الواجب المنزلي والمتمثل في تطبيق فنية مراقبة الذات إلى واجب يتعلق بالاسترخاء خاصة وأن محتوى الجلسة السابعة له علاقة بالاسترخاء.
 25. في الجلسة العاشرة لابد من إضافة وقت لتعديل الأفكار.
- 5. الفنيات المستخدمة في الجلسات:**
1. إضافة فنية التنفيس الانفعالي في الجلسة الثالثة مع إضافة فنية الملاحظة الذاتية في الجلسة الثالثة.
 2. إضافة تقنيات تعديل الأفكار السلبية في الجلسة العاشرة.
 3. الجلسة السادسة ليست فنية مراقبة الذات وإنما مراقبة الأفكار السلبية.
 4. إضافة فنيات أخرى مثل التغذية المرتدة والنمذجة والسيكودراما والتعزيز ولعب الأدوار.
 5. الموافقة على جميع الفنيات الموجودة في البرنامج.
 6. أهداف الجلسات: موافقة جميع الأساتذة على أهداف الجلسات سواء الخاصة أو العامة.

7. الوسائل:

1. موافقة الأساتذة على جميع الوسائل الموجودة في البرنامج.
 2. التركيز على أهمية جهاز العرض.
 3. إضافة استمارات تقييمية لمعرفة مدى تحقق أهداف الجلسات.
- بعد تحديد وحصر أهم الملاحظات الخاصة التي أعطاها الأساتذة والباحثون حول البرنامج، قامت الباحثة بالإعتماد على نسبة 80 % فما فوق كنسبة إتفاق المحكمين بمعنى تؤخذ بعين الاعتبار الملاحظات والآراء، كما تم التعديل بما أشار إليه السادة المحكمون، ومن أهم الملاحظات ما يلي:
1. تقليص عدد جلسات البرنامج من 17 جلسة إلى 14 جلسة.
 2. رفع مدة الجلسة من 60 دقيقة إلى 90 دقيقة.
 3. نزع القياس القبلي في الجلسة الأولى وإجراؤه قبل تطبيق البرنامج.
 4. دمج الجلسة الثانية مع الثالثة.
 5. دمج الجلسة الحادية عشر مع الجلسة الثانية عشر.
 6. دمج الجلسة الرابعة عشرة مع الخامسة عشر.
 7. تحديد الأغذية المسببة للقلق مع تحكيم محتوى الجلسة الخاصة بالتغذية الصحية وعلاقتها بالقلق من طرف طبيب مختص في الأمراض النفسية والعصبية وأخصائيين نفسانيين عياديين من أجل التأكد من نوع الأغذية خاصة وأن الفئة المستهدفة في البرنامج هم فئة مراهقة ما زالوا في طور نمائي يتميزون بالتطور السريع من الناحية الجسدية والفيسيولوجية لذا يعتبر الغذاء جد مهم في هذه الفترة.
 8. إضافة استمارات تقييمية مرحلية في كل جلسة واستمارة تقييمية نهائية للبرنامج لمعرفة مدى تحقق أهدافه.

11.3.3.4. الصورة النهائية للبرنامج:

الجدول رقم (24): الصورة النهائية لجلسات البرنامج

الرقم	تاريخ إجراء الجلسة	عنوان الجلسة	محتوى الجلسة	أهداف الجلسة	فنيات الجلسة	الوسائل المستخدمة في الجلسة	المدة
01	02/06/2022	تمهيد وتعريف	قامت الباحثة بالترحيب بالتلاميذ المشاركين في البرنامج، ثم عرفت عن نفسها	الهدف العام: عقد التحالف العلاجي. الأهداف	الحوار والمناقشة	1. جهاز كمبيوتر 2. شاشة العرض.	90 د

			وطلبت من التلاميذ التعريف عن أنفسهم، ثم تم التطرق إلى البرنامج العلاجي وأهدافه، محتواه، فنياته ومدته، وما المتوقع منه من أجل كسب ثقة التلاميذ. أكدت الباحثة على التلاميذ بضرورة الالتزام بالمواعيد، بعدها تمت الإجابة على بعض تساؤلات التلاميذ فيما يخص البرنامج. شكرت الباحثة التلاميذ وأعطتهم موعد للجلسة القادمة، ثم اختتمت الجلسة.	الخاصة: 1. التعرف بين الباحثة والتلاميذ. 2. تعارف التلاميذ فيما بينهم. 3. محاولة كسب ثقة التلاميذ. 4. التعرف على البرنامج العلاجي. 5. معرفة توقعات التلاميذ من المشاركة في البرنامج.	3. استمارة تقييم الجلسة	
02	02/10/2022	مدخل إلى القلق النفسي	قامت الباحثة بالترحيب بالتلاميذ المشاركين، ثم تطرقت إلى مضمون الجلسة المتمثلة في التعرف على القلق النفسي وأهم أعراضه وأسبابه وكيفية	الهدف العام: معرفة القلق النفسي. الأهداف الخاصة: 1. توعية التلاميذ بمدى	1. المناقشة والحوار 2. التربية النفسية	1. جهاز كمبيوتر 2. شاشة العرض 3. أوراق 4. أقلام 5. استمارة

	تقييم الجلسة.		خطورة القلق وتأثيراته السلبية على حياتهم. 2. مساعدة التلاميذ على التنفس الانفعالي من خلال التكلم على مصادر الضغط. 3. معرفة التأثيرات النفسية الناجمة عن مرحلة البكالوريا. 4. الكشف عن مصادر القلق لدى التلاميذ.	تأثيره على حياتهم اليومية والدراسية، مع التطرق إلى أهم مصادر القلق لدى التلاميذ ومن أهمها الضغط الدراسي والأسري بالإضافة إلى التكلم عن مدى أهمية مرحلة البكالوريا ومعرفة مدى تأثيرها النفسي عليهم، ثم طلبت الباحثة من التلاميذ ترتيب مصادر القلق التي يعانون منها حسب درجة تأثيرها بالنسبة إليهم. قامت الباحثة بالإجابة على تساؤلات التلاميذ، ثم شكرتهم على الحضور، مع إعطاء موعد آخر للجلسة الموالية، ثم اختتمت الجلسة.			
90 د	1. سبورة 2. قلم حبر 3. مطويات	الحوار والمناقشة	الهدف العام: التدريب على مهارة إدارة	قامت الباحثة بالترحيب بالتلاميذ ثم تم التطرق إلى	أهمية إدارة الوقت	02/13 2022	03

			التعريف بمهارة إدارة الوقت، ومدى أهميتها مراحلها، وكيفية تنظيم الوقت واستغلاله في حياتهم وبالأخص في الدراسة مع التطرق إلى مسببات ضياع الوقت وكيفية تجنبها. تمت الإجابة عن تساؤلات واستفسارات التلاميذ مع توزيع المطويات. شكرت الباحثة التلاميذ مع تحديد موعد للجلسة الموالية ثم اختتمت الجلسة.	الوقت. الأهداف الخاصة: 1. إدراك أهمية الوقت. 2. كيفية الاستغلال المناسب وتعلم التخطيط للوقت.		4. استمارة تقييم جلسة.	
04	02/17/2022	التغذية الصحية	قامت الباحثة بالترحيب بالتلاميذ، ثم تطرقت إلى موضوع الجلسة والمتمثل في التغذية الصحية ومدى أهميتها وعلاقتها بالحالة النفسية للفرد مع التركيز على القلق النفسي، بعدها يتم	الهدف العام: إدراك العلاقة بين التغذية والقلق. الأهداف الخاصة: 1. معرفة أهمية التغذية الصحية.	الحوار والمناقشة	1. سبورة 2. قلم حبر 3. مطويات 4. استمارة تقييم الجلسة.	90 د

			2. معرفة الأغذية المسببة للقلق. 3. تشجيع التلاميذ على التغذية الصحية والسليمة.	التكلم عن أهم أنواع الأطعمة التي تسبب القلق مع إعطاء أمثلة، تم ذكر كذلك الأطعمة الضرورية التي تساهم في خفض القلق مع إعطاء أمثلة. تقوم الباحثة بالإجابة عن تساؤلات التلاميذ، ثم يتم توزيع مطويات خاصة بالتغذية الصحية، ثم شكرت الباحثة التلاميذ وأعطتهم موعد آخر للجلسة الموالية، ثم تختتم الجلسة.			
90 د	1. سبورة 2. قلم حبر 3. جدول مراقبة الذات. 4. استمارة تقييم الجلسة.	1. الحوار والمناقشة 2. فنية مراقبة الذات 3. الواجب المنزلي.	الهدف العام: إدراك العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك. الأهداف الخاصة: 1. التفريق بين الأفكار	قامت الباحثة بالترحيب بالتلاميذ مع إعطاء ملخص سريع لأهم النقاط التي وردت في الجلسة السابقة. تم التطرق إلى موضوع الجلسة من خلال شرح الثالوث المعرفي	التوجيه إلى فهم الذات	02/20 2022	05

			والمشاعر والمشاعر والسلوك. وكيفية التفريق بينهما مع إعطاء بعض الأمثلة. بعدها تم شرح فنية مراقبة الذات والهدف منها، مع التأكيد على التلاميذ بضرورة تطبيقها من خلال ملأ جدول مراقبة الذات. أعطت الباحثة واجب منزلي للتلاميذ والمتمثل في ملأ جدول مراقبة الذات، ثم شكرتهم على الحضور مع إعطائهم موعد للجلسة الموالية ثم اختتمت الجلسة.				
06	02/23 2022	الاسترخاء وأهميته	قامت الباحثة بالترحيب بالتلاميذ المشاركين، ثم تمت مراجعة الواجب المنزلي والمتمثل في ملأ الجدول الخاص بفنية مراقبة	الهدف العام: التدريب على الاسترخاء الأهداف الخاصة: 1. تحقيق	1. المناقشة والحوار 2. الاسترخاء 3. التنفس البطني 4. الواجب	1. سبورة 2. قلم حبر 3. جهاز كمبيوتر 4. شاشة العرض	90د

			الذات. تطرقت الباحثة إلى موضوع الجلسة من حيث تعريف فنية التنفس البطني والاسترخاء ومدى أهميتهما في التخفيف من القلق والتعرف على كيفية تطبيقهما، بعدها تم تطبيق التنفس البطني وتليه الاسترخاء. أجابت الباحثة على تساؤلات واستفسارات التلاميذ فيما يخص الجلسة، وأعطتهم واجب منزلي والممثل في ملأ جدول فنية مراقبة الذات، ثم شكرتهم على الحضور والتفاعل مع إعطاءهم موعد للجلسة الموالية، وبعدها اختتمت الجلسة.	الهدوء والتقليل من التوتر. 2. مساعدة الجسم على التخلص من الانقباضات والتقلصات. 3. إفراغ الطاقة والمشاعر السلبية.	المنزلي	5. جدول مراقبة الذات 6. موسيقى. 7. استمارة تقييم الجلسة.	
07	/02/27	أثر التخيل على حياتنا	قامت الباحثة بالترحيب بالتلاميذ،	الهدف العام:	1. المناقشة والحوار	1. السبورة 2. قلم حبر	90د

			ثم تمت مراجعة الواجب المنزلي، بعدها شرحت الباحثة فنية التخييل ودورها في تخفيض القلق، ثم طلبت الباحثة من المشاركين تخيل مواقف سارة، ثم مواقف سلبية والتعرف على الفرق بينهما في الشعور وكيف يمكن لأفكارهم وتخييلاتهم أن تكون سببا في حدوث القلق، بعدها تم تطبيق التنفس البطني والاسترخاء العضلي. قامت الباحثة بالإجابة على تساؤلات واستفسارات التلاميذ، وأعطتهم واجب منزلي آخر والمتمثل في تطبيق فنية الاسترخاء وملاء الجدول الخاص بمراقبة الذات. شكرت الباحثة	التحكم في التخييلات والانفعالات الناجمة عنها. الأهداف الخاصة: 1. إدراك الفرق بين التخييل الإيجابي والتخييل السلبي. 2. معرفة أثر التخييل الإيجابي و دوره في خفض القلق وتحسين الحالة المزاجية. 4. تشجيع التلاميذ على تطبيق الاسترخاء خارج الجلسات.	2. الواجب المنزلي 3. التخييل 4. الاسترخاء	3. جدول مراقبة الذات 4. استمارة تقييم الجلسة
--	--	--	--	--	---	--

				التلاميذ على الحضور مع إعطائهم موعد آخر ثم اختتمت الجلسة.			
90 د	1. السبورة 2. قلم لباد 3. سجل الأفكار. 4. استمارة تقييم الجلسة.	1. الواجب المنزلي. 2. الحوار والمناقشة 3. تفحص الدليل.	الهدف العام: تفحص الدليل المؤيد والمعارض للأفكار الأهداف الخاصة: 1. تحفيز التلاميذ على البحث على الأدلة المتعلقة بأفكارهم. 2. إدراك التلاميذ لمدى منطقية أفكارهم أو عدم منطقيتها.	افتتحت الجلسة بالترحيب بالتلاميذ، بعدها تمت مناقشة الواجب المنزلي تلاها شرح فنية تفحص الدليل ودورها في خفض القلق، مع إعطاء بعض الأمثلة. طلبت الباحثة من التلاميذ تحديد الأفكار السلبية التي تم تسجيلها سابقا وطلبت منهم تقديم دليل يؤيد أو يعارض الفكرة. أجابت الباحثة على تساؤلات واستفسارات التلاميذ، ثم أعطتهم واجب منزلي والمتمثل في ملئ سجل الأفكار وتفحص الدليل. شكرت الباحثة	الغوص في عمق الأفكار	03/03 2022	08

				التلاميذ على الحضور وأعطتهم موعد آخر للجلسة الموالية، ثم اختتمت الجلسة.			
90د	1. سبورة 2. قلم حبر. 3. استمارة تقييم الجلسة.	1. واجب منزلي. 2. تعديل الأفكار الالتوافقية 3. الاسترخاء 4. الحوار والمناقشة.	الهدف العام: تعديل الأفكار الانهزامية لدى التلاميذ. الأهداف الخاصة: 1. تنمية القدرة على التفكير بإيجابية 2. دحض الأفكار السلبية.	قامت الباحثة بالترحيب بالتلاميذ بعدها تمت مناقشة الواجب المنزلي. تطوقت الباحثة إلى فنية مناقشة الأفكار الالتوافقية وكيفية تعديلها، ثم تم اختيار بعض الأفكار الالتوافقية التي تم تسجيلها سابقا من طرف التلاميذ، وشرح كيفية تعديلها، ثم تم تطبيق فنية الاسترخاء. أجابت الباحثة على تساؤلات التلاميذ، ثم أعطتهم واجب منزلي آخر والمتمثل في تطبيق فنيتي تعديل الأفكار الالتوافقية وتطبيق الاسترخاء.	تغيير الأفكار	/03/06 2022	09

				شكرت الباحثة التلاميذ، وأعطتهم موعد للجلسة الموالية وبعدها اختتمت الجلسة.			
90د	1. أوراق 2. أقلام 3. سبورة 4. قلم حبر 5. استمارة تقييم الجلسة.	1. الواجب المنزلي. 2. التعريض 3. الحوار والمناقشة 4. التخيل.	الهدف العام: التعرف إلى فنية التعريض الأهداف الخاصة: 1. تحضير التلاميذ نفسيا من أجل مواجهة المواقف المقلقة. 2. ترتيب المواقف المقلقة وبناء مدرج القلق. 3. أخذ التلاميذ فكرة عن مراحل إجراء فنية التعريض	قامت الباحثة بالترحيب بالتلاميذ بعدها تمت مناقشة الواجب المنزلي. شرحت الباحثة فنية التعريض عن طريق التخيل وأهميتها وكيفية تطبيقها. تم بناء مدرج القلق من خلال ترتيب المواقف من الأقل إثارة إلى الأكثر إثارة والتي تم تسجيلها سابقا من طرف التلاميذ. تم تطبيق الاسترخاء ثم طلبت الباحثة من التلاميذ تخيل الموقف المثير للقلق، بحيث يحترم ترتيب المواقف وفق مدرج القلق الذي	المواجهة	/03/10 2022	10

			بالتخيل للمخاوف حول امتحان البكالوريا. 4. كسر الدائرة بين المثير والاستجابة للقلق. 5. منع ظهور السلوكيات التجنبية.	تم إعدادده. كما تمت المزاوجة بين فنيي التعريض والاسترخاء عند ظهور استجابة القلق لدى المشاركين، وتكرر العملية وهكذا دواليك إلى غاية الوصول إلى الموقف الأخير. أجابت الباحثة على تساؤلات التلاميذ وأعطتهم واجب منزلي آخر والمتمثل في تطبيق فنية الاسترخاء ثم شكرتهم على الحضور بعدها اختتمت الجلسة.			
90د	1. أوراق 2. أقلام 3. سبورة 4. قلم حبر. 5. استمارة تقييم الجلسة.	1. الواجب المنزلي. 2. الحوار والمناقشة 3. فنية التخيل 4. لعب الأدوار	الهدف العام: تعزيز ثقة التلاميذ بأنفسهم. الأهداف الخاصة: 1. تنمية القدرة على	قامت الباحثة بالترحيب بالتلاميذ بعدها تمت مناقشة الواجب المنزلي. تطرقت الباحثة إلى موضوع الجلسة والمتمثل في شرح فنية تأكيد الذات ومدى	تأكيد الذات	03/13 2022	11

			أهميتها ودور الثقة بالنفس في حياتهم بالإضافة إلى كيفية قيام الفرد بتوكيد ذاته في المواقف المقلقة، طلبت الباحثة من التلاميذ تحليل موقف مقلق لم يستطيعوا مواجهته بعدها تتم مناقشة الاستجابة الصحيحة لهذا الموقف. تقوم الباحثة بتدريبهم على كيفية توكيد ذواتهم والتعبير عن آرائهم ومشاعرهم من خلال لعب الأدوار. أجابت الباحثة على تساؤلات التلاميذ وأعطتهم واجب منزلي المتمثل في تطبيق الاسترخاء بعدها شكرتهم وأعطتهم موعد للجلسة الموالية ثم اختتمت الجلسة.	التعبير عن أنفسهم. 2. تعليم المشاركين كيفية التعامل مع المواقف المقلقة. 3. القدرة على ضبط النفس.			
90د	1. سبورة.	1. الواجب	الهدف العام:	قامت الباحثة	القدرة على	12	03/17/2022

حل المشكلات	بالترحيب بالتلاميذ، ثم تمت مناقشة الواجب المنزلي. تطرقت الباحثة إلى التعريف بفنية أسلوب حل المشكلات ومدى أهميتها في خفض القلق مع شرح مراحلها وإعطاء بعض الأمثلة التوضيحية. ناقشت الباحثة مع التلاميذ بعض المشكلات التي يواجهونها، ثم طلبت منهم وضع قائمة للمشكلات التي يعانون منها، بعدها تم اختيار بعض المشكلات البسيطة التي تم تسجيلها، مع حثهم على ضرورة وضع حلول بديلة للمشكلات وتسجيلها، بعدها تمت مناقشة مواطن القوة	التدريب على أسلوب حل المشكلات الأهداف الخاصة: 1. التعرف على المشكلات التي يعاني منها التلاميذ ومدى تأثير ذلك عليهم. 2. القدرة على تحديد المشكلات بدقة وبشكل واضح ومفهوم. 3. القدرة على أخذ القرار. 4. تحديد جوانب القوة والضعف في الحلول. 5. تحمل	المنزلي. 2. المناقشة والحوار. 3. أسلوب حل المشكلات 4. التعزيز.	2. قلم حبر. 3. أوراق. 4. أقلام. 5. استمارة تقييم الجلسة.
----------------	---	---	--	--

			التلاميذ مسؤولية اختياراتهم.	والضعف لكل حل. أجابت الباحثة على تساؤلات التلاميذ وأعطتهم واجب منزلي والمتمثل في اختيار التلميذ مشكلة من المشكلات الأخرى مع تطبيق مراحل حل المشكلات عليها. شكرت الباحثة التلاميذ، وأعطتهم موعد آخر للجلسة الموالية، ثم اختتمت الجلسة.			
90 د	1. سبورة 2. قلم حبر. 3. استمارة تقييم الجلسة.	1. الواجب المنزلي 2. الحوار والمناقشة	الهدف العام: الوقاية من الانتكاسة الأهداف الخاصة: 1. التحضير النفسي للتلاميذ لإنهاء البرنامج. 2. معالجة	قامت الباحثة بالترحيب بالتلاميذ بعدها تمت مناقشة الواجب المنزلي. أعلمت الباحثة التلاميذ أن البرنامج على وشك الانتهاء ثم أكدت لهم بأنهم قادرون على التحكم في المواقف المقلقة من خلال تطبيق الفنيات	المعالجة الذاتية	/03/27 2022	13

			التلاميذ أنفسهم دون اللجوء إلى طلب الاستشارة النفسية.	السابقة التي تم عرضها في البرنامج. قامت الباحثة بإعادة شرح بعض الفنيات التي تم التطرق إليها في البرنامج، مع التركيز على أهم الفنيات التي تساعد في الوقاية من القلق. أجابت الباحثة على تساؤلات التلاميذ، ثم شكرتهم على الحضور مع إعطاءهم موعد آخر للجلسة الموالية ثم اختتمت الجلسة.			
90د	1. استمارة تقييم البرنامج العلاجي. 2. مقياس القلق.	الحوار والمناقشة	الهدف العام: إنهاء البرنامج. الأهداف الخاصة: 1. تقييم نهائي للبرنامج. 2. معرفة نقاط القوة والضعف في	قامت الباحثة بالترحيب بالتلاميذ قامت الباحثة بتوزيع استمارات تقييمية للبرنامج الكلي مع شرح أهم النقاط التي جاءت في الإستمارة ثم يطلب من التلاميذ ملأها من أجل التعرف على رأيهم، ومعرفة	الختام وإنهاء البرنامج	/03/31 2022	14

			البرنامج 3. أخذ درجات القياس البعدي.	مدى تحقق أهداف البرنامج مع تحديد نقاط القوة والضعف الموجودة فيه. شكرت الباحثة التلاميذ على الحضور والمتابعة مع التمني لهم بالتوفيق في حياتهم والنجاح في شهادة البكالوريا ثم تم تطبيق مقياس القلق.			
--	--	--	--	---	--	--	--

المصدر: من إعداد الباحثة

12.3.3.4. تصميم بروتوكول البرنامج:

الجدول رقم (25): تصميم البروتوكول للبرنامج المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة

الهدف	تخفيف مستوى القلق لدى تلاميذ الثالثة ثانوي باستخدام برنامج معرفي سلوكي.
مكان إجراء الدراسة	إحدى القاعات الشاغرة الموجودة على مستوى الثانوية.
الفئة المستهدفة	تلاميذ السنة الثالثة ثانوي الذين تتوفر فيهم شروط الدراسة.
تاريخ التطبيق	خلال الموسم الدراسي 2021-2022.
عدد الجلسات	14 جلسة بواقع جلستين في الأسبوع، بالإضافة إلى جلسة تتبعية بعد انقضاء مدة شهر.
عدد أفراد عينة الدراسة	40 تلميذا وتلميذة تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية.
إدارة جلسات البرنامج	الباحثة.
أسلوب تطبيق الجلسات	جماعي.
المساعدون	مستشار التوجيه. مستشار التربية.

المصدر: من إعداد الباحثة

13.3.3.4. مراحل سير البرنامج:

الجدول رقم (26): مراحل سير البرنامج

المرحلة	الجلسات	الفنيات	الوسائل	الأهداف	المدة	التقييم
الأولى	أجريت قبل تطبيق البرنامج حيث كانت مرحلة تشخيصية للإصابة بالقلق من خلال تطبيق مقياس القلق لتايلور وإجراء المقابلات الفردية مع التلاميذ الذين تحصلوا على قلق مرتفع على المقياس.		1. مقياس القلق.	1. الكشف عن التلاميذ القلقين والتعرف عليهم. 2. أخذ درجات القياس القبلي من خلال تطبيق مقياس القلق. 3. إقناع التلاميذ بالمشاركة في البرنامج. 4. محاولة	استغرقت مدة المقابلة الفردية من 45 إلى 50 دقيقة.	بعد حصر عدد التلاميذ الذين تحصلوا على درجات عالية للقلق، وتم التعرف على التلاميذ الذين تتوفر فيهم شروط الدراسة أكثر من خلال إجراء المقابلات العيادية.

		كسب ثقة التلاميذ.				
الجلسة 01: تعتبر الجلسة الأولى من أهم الجلسات خاصة من حيث تعرف المشاركين على بعضهم البعض وأخذ فكرة واضحة عن موضوع الدراسة حيث تتقف التلاميذ فيما يخص البرنامج المعرفي السلوكي كما تكونت لهم رؤية أكثر وضوح فيما يتعلق بالجلسات المقبلة بالإضافة إلى تكوين علاقة بين بعضهم البعض وبين الباحثة.	360 دقيقة	1. عقد التحالف العلاجي 2. التعرف على القلق 3. التعرف على البرنامج المستخدم. 4. تدريب التلاميذ على كيفية استغلال الوقت. 5. تحكم التلاميذ في غذائهم والتعرف على أهم الأغذية الصحية وكذلك المسببة	1. كمبيوتر 2. جهاز العرض 3. مطويات 4. سبورة 5. قلم لباد 6. استمارة تقييم مرحلي للجلسات.	المنافشة والحوار التربية النفسية	المرحلة التمهيديّة وهي تحتوي على الجلسات الأولى من البرنامج والمتمثلة في الجلسات الأولى والثانية والثالثة والرابعة	الثانية

تتعلق بمهارة إدارة الوقت واستغلالها في التخطيط لحياتهم ومستقبلهم خاصة وأن أغلب التلاميذ المشاركون يعانون من مشكلة استثمار الوقت وكيفية التخطيط له بالإضافة إلى ضياع أغلب وقتهم في وسائل التواصل الاجتماعي حيث قال أحدهم "منعرفش الوقت كيفاه يفوت سيرتو كي ندخل فايس". الجلسة 04: تعرف التلاميذ على أنواع الأغذية المناسبة لحالتهم النفسية والأغذية الممنوعة التي تزيد من مستوى القلق لديهم خاصة في غياب الاهتمام الواضح من طرفهم فيما يتعلق بالتغذية الصحية من قبل بالإضافة إلى جهلهم بعلاقة التغذية والجانب النفسي للفرد حيث قال		للقلق.				
---	--	--------	--	--	--	--

أحد المشاركين "مكتشش عارف بلي الأكل عندو علاقة بحالتنا النفسية كنت نسخيو عندو برك علاقة بالسمنة والأمراض".						
الجلسة 05: ساهمت الجلسة في ادراك التلاميذ على العلاقة بين أفكارهم ومشاعرهم وسلوكاتهم، خاصة أنهم كانوا يجهلون التفريق فيما بينهم، بالإضافة إلى كيفية مراقبة ذواتهم. حيث قالت إحداهن "عمري ماتخيلت أي نقدر نفرق بين أفكاري ومشاعري وتصرفاتي كانوا يبانولي صعب"	720 دقيقة	1. التحكم في المواقف المقلقة وخفض القلق. 2. تعلم أهم التقنيات المعرفية والسلوكية. 3. التعرف على المواقف والأفكار والمشاعر والسلوك المصاحبة لها والتفريق بينهم. 4. القدرة	1. جهاز كمبيوتر 2. شاشة العرض 3. سبورة 4. قلم لباد 5. أوراق 6. أقلام 7. استمارة التقييم المرحلي للجلسات. 3. التعرف على المواقف والأفكار والمشاعر والسلوك المصاحبة لها والتفريق بينهم. 4. القدرة	1. المناقشة والحوار 2. الواجب المنزلي 3. مراقبة الذات 4. الاسترخاء 5. التنفس البطني 6. تعديل الأفكار الالاتوافقية. 7. تأكيد الذات أسلوب حل المشكلات 9. التعريض 10. التخيل	المرحلة العلاجية والتدريبية على أهم الفنيات المعرفية السلوكية وتحتوي على 8 جلسات ابتداء من الجلسة 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12.	الثالثة

السلبية المسببة للقلق. ساهمت الجلسة في تعرف التلاميذ على علاقة كل من التنفس البطني والاسترخاء بالقلق، وكيف يؤدي تطبيقهما إلى خفض القلق، كما أحسوا بالهدوء بعد تجربة تطبيقه لأول مرة حيث قال أحد المشاركين "أول مرة نجرب الاسترخاء وحسيت براحة وهدوء". الجلسة 07: تعرف التلاميذ على المزيد من مشكلاتهم وأصبحوا أكثر دقة في تحديدها من خلال الواجب المنزلي الذي أنجزوه، كما تعرف التلاميذ على أهمية التخيل ودوره في الاحساس بالقلق مع ضرورة التحكم في تخيلاتهم السلبية حيث قال أحد المشاركين "مكنتش نتخيل	على تحقيق الاسترخاء والهدوء. 5. استغلال التلاميذ لإمكانياتهم وتحقيق النجاح والتطور. 6. القدرة على التعامل مع المشكلات بعقلانية وارياحية. 7. التحكم في الأفكار السلبية وإحلال محلها أفكار عقلانية وإيجابية وتوافقية.	11. لعب الأدوار.		
---	--	---------------------	--	--

بإيجابية دائما تجبني تخيلات سلبية وتخيلني متقلق لكن حسيت روحي مرتاح وفرحان كي تخيلت حاجة مليحة. الجلسة 08: أنجز التلاميذ الواجب المنزلي الذي كلفتهم به الباحثة حيث قاموا بتطبيق الاسترخاء في حياتهم اليومية، كما أصبحوا أكثر سلاسة في تحديد مشكلاتهم وتعريفها بشكل دقيق. تعرف التلاميذ على فنية تفحص الدليل والتي تسمح بادراك عدم منطقية أفكارهم السلبية حيث قال أحد المشاركين "في حياتي ما ناقشت أفكارني ولا نخمم فيها إذا كانت صحيحة ولا غالطة وضرك حسيت بلي كنت نفكر في حوايج تافهة ومهيش منطقية"						
---	--	--	--	--	--	--

الجلسة 09: مناقشة الواجب المنزلي المتعلق بالجلسة السابقة حيث قام التلاميذ بملئ سجل الأفكار بالإضافة إلى وضع ما يؤيد صحة أو دحض أفكارهم حيث اكتشفوا عدم منطقيتها وتعرفوا أيضا على كيفية تعديل أفكارهم السلبية واحلالها بأفكار أكثر إيجابية حيث قالت أحد المشاركات "كانت دائما أفكاري سلبية ونفكر طول في الحوايج اللي ماشي ملاح مكنتش عارفة بلي نقدر نتحكم فيها ونقدر نفكر في حوايج إيجابية". الجلسة 10: تمت مناقشة الواجب المنزلي المتعلق بالجلسة الماضية حيث استطاع التلاميذ تطبيق فنية تعديل الأفكار اللاتوافقية حيث طبقوها						
---	--	--	--	--	--	--

على بعض الأفكار السلبية وعدلوها بالنسبة للواجب المنزلي المتعلق بالاسترخاء كان هناك مواظبة من طرف جميع أفراد المجموعة التجريبية على تطبيقه حيث كانت نتائجه واضحة وأصبحوا أكثر استرخاءاً، وبالنسبة للجلسة استطاعوا مواجهة المواقف المقلقة التي تم تسجيلها على مدرج القلق حيث قاموا بالتحكم في مشاعر القلق بفضل المزاوجة بين الاسترخاء والتعريض وأصبحوا أكثر راحة بعد الإنهاء من الجلسة حيث قال أحد المشاركين "حسيت روعي مقلق كي نتفكر بصح مع الاسترخاء نحس روعي لباس" الجلسة 11: مناقشة الواجب المنزلي						
---	--	--	--	--	--	--

المتعلق بالجلسة 10 والمتمثل في تطبيق فنية الاسترخاء، حيث اتضح مواظبة التلاميذ على تطبيقه والإستفادة منه بشكل أكبر. من خلال الجلسة استطاع التلاميذ تعليم توكيد ذواتهم من خلال تعليمهم التعبير عن مشاعر الحب والكره كما تخلصوا من القلق المصاحب لمشاعرهم والإفصاح عنه حيث قال أحد المشاركين "كنت نحشم ونتقلق ومنهدرش كي يقلقني كش واحد لكن إن شاء الله منا وجاي نعود نعبر على مشاعري". الجلسة 12: تمت مناقشة الواجب المنزلي المتعلق بالجلسة 11 حيث أصبح التلاميذ أكثر قدرة على الاسترخاء وأكثر تحكما في عضلاتهم خاصة بعد						
--	--	--	--	--	--	--

تطبيق التعليمات من خلال الجلسة اكتسب التلاميذ مفهوم جديد للمشكلات التي يعانون منها، كما أصبحوا أكثر قدرة على تحديد مفهوم وتعريف المشكلات بدقة خاصة أنهم كانوا أقل قدرة على حل المشكلات بالإضافة إلى القدرة على اتخاذ القرارات وتحمل مسؤوليتها حيث قال أحد المشاركين "كنت دائما مشاكلي نشوفهم صعب ومعهدهم حلل حتى نحس روي في دوامة لكن إن شاء الله نحاول نطبق وش تعلمت".						
الجلسة 13: استطاع التلاميذ تطبيق الفنية بشكل واضح حيث اختار كل تلميذ مشكلة من مشكلاته المدونة كما تم تطبيق مراحل حل المشكلات بسهولة	180 دقيقة	1. الوقاية من الانتكاسة. 2. التعرف على مواطن القوة	1. سبورة 2. قلم لباد 3. استمارة التقييم المرحلي للبرنامج. 4. مقياس القلق. 5. استمارة	المناقشة والحوار	مرحلة الوقاية من الانتكاسة وإنهاء البرنامج وتحتوي على الجلستين 13، 14.	المرحلة الرابعة

وأصبحت لديهم رؤية ومنظور مختلف لمشكلاتهم واكتشاف القدرة على حلها. مع الحرص على تطبيقها بشكل دائم على جميع مشكلاتهم الحالية وحتى المستقبلية. ومن أهم الفنيات التي استفاد منها التلاميذ هي الاسترخاء ومراقبة الذات ومهارة تأكيد الذات بالإضافة إلى مهارة إدارة الوقت، التغذية الصحية تعديل الأفكار اللاتوافقية تم شرح بشكل سريع لأهم الفنيات التي تم استخدامها في البرنامج. الجلسة 14: في الجلسة النهائية استفاد التلاميذ من أهم الفنيات المعرفية السلوكية وتدربوا عليها في حياتهم اليومية لكي يستخدمونها لاحقاً في المواقف المقلقة وكانت التجربة مختلفة بالنسبة		والضعف في البرنامج. 3.أخذ درجات القياس البعدي.	التقييم الكلي للبرنامج.			
--	--	--	----------------------------	--	--	--

						للتلاميذ خاصة لبعضهم الذين كانوا يفضلون العلاج الفردي ولكنهم شاركوا بعد اقناع الباحثة لهم، ولم يجدوا صعوبة في الجلسات وسارت بشكل جيد. كما تأقلم التلاميذ فيما بينهم واستطاعوا أن يعبروا عن آرائهم من خلال المناقشة والحوار، تم حضور جميع أفراد المجموعة التجريبية في كل الجلسات ولم يكن هناك غياب.
المرحلة الخامسة	مرحلة المتابعة وهي الجلسة 15	المناقشة والحوار	مقياس القلق	1. أخذ درجات القياس التتبعي. 2. التعرف على مدى استفادة التلاميذ خارج جلسات		

		البرنامج.				
--	--	-----------	--	--	--	--

المصدر: من إعداد الباحثة

4.4. إجراءات الدراسة الأساسية:

من أجل الإجابة على تساؤلات الدراسة، قامت بالباحثة بالالتزام بحدود الدراسة، واتبعت الخطوات

التالية:

1. الإطلاع على التراث النظري وعلى العديد من الدراسات والبحوث السابقة في هذا المجال سواء كانت محلية أو عربية أو أجنبية.
2. إجراء مقابلات مع العديد من مستشاري التوجيه والأخصائيين النفسيين العياديين ذوي الخبرة وطبيب مختص في الأمراض النفسية والعصبية.
3. تحديد وإعداد أدوات الدراسة وتجهيزها وهي (المقابلة العيادية، مقياس القلق لجانيت تايلور، برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من القلق النفسي).
4. عرض أداة الدراسة على مجموعة من الخبراء والمحكمين للتأكد من صلاحيتها ومناسبتها للدراسة الحالية ومن ثم القيام بإجراء ما يلزم من حذف وتعديل الجلسات في ضوء مقترحاتهم.
5. الحصول على الموافقة الرسمية لتطبيق الدراسة بدءاً من رئيس قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا ثم توجهت الباحثة إلى مديرية التربية لولاية الجلفة حيث تم استخراج جواب تسهيل مهمة الباحث.
6. اختيار مكان التطبيق الدراسة ونظراً لبعدها عن بعض صعوبة تنقل أفراد عينة البحث، تم تحديد ثانوية مصطفى بن بولعيد مكان التطبيق وتم اختيارها نظراً لتوفر الظروف الملائمة لتطبيق الدراسة مثل توفر القاعات، انضباط المؤسسة التربوية، بالإضافة إلى أسباب ذاتية متعلقة بالباحثة.
7. تطبيق أدوات الدراسة على عينة استطلاعية بهدف التحقق من الخصائص السيكومترية ومدى ملائمة الأدوات، مع رصد لأهم الثغرات التي قد تكون موجودة بهدف تعديلها قبل البدء في الدراسة الأساسية.
8. تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي على عينة استطلاعية من أجل التحكم فيه ورصد الثغرات الموجودة فيه وتعديلها.
9. توزيع أداة الدراسة على عينة الدراسة خلال الموسم الدراسي 2021/2022 عن طريق التوزيع المباشر من خلال الزيارات الشخصية وذلك لضمان دقة الإجابات واسترداد النسخ.
10. تفريغ المقياس وتحديد عدد التلاميذ الذين تحصلوا على قلق مرتفع.
11. إجراء المقابلات العيادية مع التلاميذ الذين تحصلوا على قلق مرتفع وهذا من أجل حذف بعض مفردات العينة التي لا تتلاءم مع خصائص عينة الدراسة الأساسية.

12. تحديد أفراد عينة الدراسة الأساسية وتقسيمها إلى مجموعتين متكافئتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة وذلك بعد ضبط المتغيرات الوسيطة مثل مستوى القلق، العمر الزمني، الجنس، التخصص، الإعادة.

13. تطبيق البرنامج العلاجي على عينة الدراسة.

14. رصد النتائج وتفسيرها.

15. المعالجة الإحصائية لفرضيات الدراسة وتفسيرها.

16. الخروج بمجموعة من التوصيات والمقترحات.

5.4. ضبط متغيرات الوسيطة قبل التجريب بين المجموعتين:

تم ضبط متغيرات الدراسة بين المجموعة التجريبية والضابطة بهدف الحصول على نتائج دقيقة من خلال:

1.5.4. ضبط مستوى القلق النفسي بين المجموعتين:

جدول رقم (27): الفرق بين المجموعة التجريبية والضابطة في مستوى القلق النفسي

المتغيرات	المجموعة	العدد	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
مستوى القلق النفسي	الضابطة	20	-0.471	Sig=0.641 غير دال
	التجريبية	20		

التعليق على الجدول رقم (27): يتضح من خلال الجدول أن قيمة (ت) غير دالة عند مستوى دلالة (0.05) في القلق النفسي، مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة وهذا يدل على تكافؤ المجموعتين في مستوى قلق النفسي.

2.5.4. ضبط متغير العمر الزمني:

الجدول رقم (28): الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية حسب العمر الزمني.

المتغير	المجموعة	المتوسط للعمر الزمني	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
العمر الزمني للتلاميذ	الضابطة	18	0.000	Sig= 1.000 غير دال
	التجريبية	18		

التعليق على الجدول رقم (28): يتضح من خلال الجدول أن قيمة (ت) غير دالة عند مستوى دلالة (0.05) في العمر الزمني لتلاميذ عينة الدراسة، مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني حيث بلغ متوسط العمر الزمني لكليهما (18 سنة)، مما يدل على تكافؤ المجموعتين في متغير العمر الزمني.

3.5.4. ضبط متغير الإعادة:

الجدول رقم (29): الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية حسب متغير الإعادة

المتغير	المجموعة	الإعادة	العدد	المجموع
الإعادة	الضابطة	معيد	00	00
		غير معيد	20	20
	التجريبية	معيد	00	00
		غير معيد	20	20

التعليق على الجدول: يتضح من خلال الجدول رقم (29) الخاص بالفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية من حيث متغير الإعادة أن كل التلاميذ في المجموعتين التجريبية والضابطة لم تسبق لهم إعادة سنة ثالثة ثانوي، مما يعني تكافؤ المجموعتين في متغير الإعادة.

4.5.4. ضبط متغير الجنس:

جدول رقم (30): الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية حسب متغير الجنس

المتغير	المجموعة	الجنس	العدد	المجموع
الجنس	الضابطة	الذكور	10	20
		الإناث	10	
	التجريبية	الذكور	10	20
		الإناث	10	

التعليق على الجدول: من خلال الجدول رقم (30) نلاحظ تجانس المجموعتين من حيث توزيع الأفراد حسب الجنس وهذا ما يؤكد تكافؤ بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في التوزيع حسب الجنس (10 ذكور و(10) إناث في كل من المجموعتين الضابطة والتجريبية.

5.5.4. ضبط متغير التخصص:

الجدول رقم (31): الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية حسب متغير التخصص

المتغير	المجموعة	التخصص	العدد	المجموع
التخصص	الضابطة	علمي	10	20
		أدبي	10	
	التجريبية	علمي	10	20
		أدبي	10	

التعليق على الجدول: من خلال الجدول رقم (31) نلاحظ تقارب المجموعتين من حيث توزيع الأفراد حسب التخصص وهذا ما يؤكد تكافؤ بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في التوزيع حسب التخصص 10 علمي و10 أدبي في المجموعة التجريبية، و10 علمي و10 أدبي في المجموعة الضابطة.

5. الأساليب الإحصائية:

بناء على طبيعة الدراسة والأهداف التي سعت الباحثة إلى تحقيقها، تم تحليل البيانات باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) إصدار 21، واستخراج النتائج وفقا للأساليب الإحصائية التالية:

1. التكرارات والنسب المئوية: للتعرف على خصائص أفراد عينة البحث وفقا للبيانات الشخصية.
2. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية: لحساب متوسطات عبارات المقياس.
3. معامل ارتباط بيرسون: لحساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس.
4. معامل ألفا كرونباخ: لحساب ثبات عبارات المقياس.
5. اختبار (T-test) للعينات المستقلة للكشف عن الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي والبعدي لأفراد عينة المجموعة التجريبية، وللتحقق أيضا من تكافؤ أفراد المجموعتين الضابطة والتجريبية في التطبيق القبلي.
6. مربع إيتا (Eta): لحساب حجم فاعلية البرنامج.
7. معادلة جاكسون: لحساب الدلالة الإكلينيكية وهذا من أجل التأكد من فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض القلق النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية.
8. معادلة "ماك جيوجان Mcguigan": لحساب نسبة الكسب (G).

خلاصة الفصل:

ركزنا في هذا الفصل على الخطوات والإجراءات المنهجية للدراسة بدءاً من الدراسة الاستطلاعية التي هدفت إلى التأكد من سلامة الأدوات المستعملة في الدراسة والتي مكنتنا من تقويم وضبط الأدوات بالإضافة إلى حصر الصعوبات التي واجهتنا والتي قمنا بتفاديها في الدراسة الأساسية، كما تطرقنا في الدراسة الأساسية لأهم الخطوات من خلال ضبط مجتمع وعينة الدراسة الأساسية التي طبقت عليها البرنامج، مع ذكر خصائص الأدوات المستعملة وكيفية تطبيقها وصولاً إلى أهم الأساليب الإحصائية التي سنعالج بها فرضيات الدراسة والتي تهدف إلى التعرف على مدى تحقق الفرضيات، وبالتالي تساعدنا في استخدام نتائج الدراسة والإستفادة منها في أرض الواقع.

الفصل الخامس:

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تمهيد الفصل

1. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى
2. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية
3. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
4. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة
5. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة
6. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة
7. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية السابعة
8. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثامنة
9. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية التاسعة

تمهيد الفصل:

يتم في هذا الفصل عرض النتائج التي تم التوصل إليها لاختبار فرضيات الدراسة باستخدام برنامج الحزم الإحصائية Spss v21، حيث تم تطبيق القياس القبلي قبل تنفيذ البرنامج المعرفي السلوكي المقترح على عينة دراسية بلغت 40 تلميذ وتلميذة ثم تطبيق كل من القياس البعدي والتتبعي بعد تطبيق البرنامج على العينة التجريبية دون العينة الضابطة، وبهذا نكون قد تحصلنا على درجات أفراد العينة في مختلف القياسات القبلي والبعدي والتتبعي، بعدها تمت بالمعالجة الإحصائية للبيانات قصد التحقق من تأكيد الفرضيات أو نفيها مستخدمين بذلك الأساليب الإحصائية التي ذكرناها سابقا في الفصل الخاص بالإجراءات المنهجية للدراسة، وهذا بهدف الوصول إلى مجموعة من المقترحات والتوصيات، وأسفرت الدراسة على النتائج المبينة كما يلي:

1. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه: "مستوى القلق النفسي مرتفع لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي". وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب متوسط الدرجات المتحصل عليها من المجموعتين التجريبية والضابطة ومقارنته بالمتوسط الافتراضي، وباستخدام اختبار "ت" لعينة واحدة "T.test one sample" في درجات القلق النفسي، وذلك من أجل التعرف على الفروق بين متوسط درجات التلاميذ في كل من المجموعتين والجدول التالي يوضح نتائج هذه الفرضية.

جدول رقم (32): مستوى القلق النفسي لدى عينة الدراسة

الأبعاد	المتوسط Mean	المتوسط الفرضي	قيمة ت T	مستوى الدلالة Sig
الدرجة الكلية	36.35	30.00	8.627	0.000

التعليق على الجدول: من خلال الجدول رقم (32) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للمقياس ككل قد بلغ (36.35) وهو أكبر من المتوسط الفرضي المقدر بـ (30.00)، علما أن مقياس مستوى القلق النفسي لتايلور يحتوي على (50) بندا حسب درجات البدائل (1،0) بدرجة دنيا مقدرة بـ (16) وأقل ودرجة عليا مقدرة بـ (50-30)، كما أن درجات المقياس ككل لدى العينة تقع عند مستوى مرتفع جدا، وهذا يعني أن الدرجة الكلية للمقياس في مستوى القلق لتايلور مرتفعة جدا، وبالتالي يكون مستوى القلق النفسي لدى عينة تلاميذ الثالثة ثانوي مرتفع أيضا، أي أن فرضية الدراسة التي نصت على أن مستوى القلق النفسي مرتفع لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي قد تحققت.

وبهذا تكون نتائج الفرض الأول اتفقت مع كل من بوقفة وجبالي (2020) اللذان توصلا إلى وجود

نسبة من القلق تقدر بـ 87% لدى أفراد عينة الدراسة، وكذلك اتفقت مع حجازي (2012)، علي (2021) بوتره والأسود (2020) اللذين توصلوا إلى وجود قلق مرتفع لدى أفراد عينة دراستهما. كما لم تتفق نتائج دراستنا مع دراسة كل من قريشي وقريشي (2013) اللذين توصلوا إلى وجود قلق في حدود العادي لدى تلاميذ المرحلة النهائية للثانوية، وغريب (1993) توصل كذلك إلى وجود قلق في حدود العادي لدى أفراد العينة، حمودي (2015) توصل إلى عدم وجود قلق نفسي لدى الطلبة، مُجد (2018) وجد قلق دون الوسط لدى طالبات كلية التربية، أبو حزام ودندي (2020) توصلوا إلى مستوى متوسط من القلق لدى أفراد عينة الدراسة، بن عمور وبوجلال (2021) وجدا قلق يتراوح ما بين المتوسط إلى المرتفع لدى المراهقين، أما البطنجي (2015) فتوصلت إلى وجود قلق بنسبة 52.75%.

وتعزى الباحثة سبب إرتفاع القلق لدى أفراد العينة إلى الضغوط الدراسية التي يعاني منها التلاميذ الذين يدرسون الثالثة ثانوي خاصة وأنهم على أبواب اجتياز أهم امتحان من أجل الحصول على شهادة البكالوريا، والتي من خلالها يتم الانتقال إلى الجامعة مع تحديد مستقبلهم من خلال المعدل الذين يتحصلون عليه، والذي يسمح لهم بمزاولة التخصص الذي يرغبون به في حالة ما إذا كان المعدل ممتاز، بالإضافة إلى ضغط الوالدين والرغبة الجارحة في نجاح أبناءهم من خلال حصولهم على أعلى المعدلات التي تعتبر من أهم مصادر القلق، كما أن عدم قدرة التلميذ على تحمل المواقف المقلقة ومواجهتها بشكل عقلائي يساهم في نشوء القلق واستمراره، بالإضافة إلى رغبته في الوصول إلى الكمال في حياته وتحقيق طموحاته والفشل في تحقيقها ينجم عنها الشعور بالإحباط والتوتر والقلق، كذلك في المغالاة في التفكير في المستقبل المجهول خاصة وأن التلميذ على أبواب خطوة هامة ومجهولة بالنسبة لهم امتحان مصيري وهذا ملمسناه في المقابلة العيادية مع أفراد العينة حيث عانوا من الافتقار إلى التفكير بطريقة عقلانية، بالإضافة إلى وجود نظرة سلبية وتشاؤمية فيما يتعلق بمستقبلهم فهناك من يتوقع النجاح إلا أنهم لا يتوقعون الحصول على معدل عالي يؤهلهم الالتحاق بالتخصص المرغوب حيث يقول أحدهم "حاس روعي نجيب الباك بصح مشكيتش نجيبو بمعدل مليح نقدر ندخل بيه مدرسة عليا"، والبعض الآخر يتوقع الفشل وعدم الظفر بشهادة البكالوريا، بالإضافة إلى تأثير القلق على نتائج دراستهم لقول أحدهم "أو كان مجيتش نتقلق أوكراه معدلي أحسن من هاك".

كما أن استمرار الفرد في التمسك بالأفكار اللاعقلانية حسب "أليس" ينجم عنها الشعور بالدونية وعدم الكفاية والخوف المستمر من الفشل، بحيث يعتقد الفرد بأن هناك أمورا خطيرة تثير الخوف وتسبب الإنزعاج فتوقع الفرد للمخاطر والكوارث وشعوره المستمر بالتهديد النفسي والجسمي والاجتماعي، يعتبر من أهم أعراض القلق، لأنه يرتبط بالمبالغة في تقدير الأخطار الكامنة في المواقف المستقبلية وبالتالي يصبح الفرد غير قادر على مواجهتها، فينعكس سلبا على نظرتة لذاته ويشعر بأن مستقبله محفوف بالمخاطر. (حافظ، 2019، ص 140)

كما لدى أفراد العينة التوقع بحدوث شيء سيء فمثلا لدى بعض التلاميذ توقعات بحدوث مكروه

لأحد أفراد أسرهم حيث يقول أحدهم "وليت نخاف من أي حاجة تصرا للدار لو كان قيطولو مايفتحولي الباب نقول كشما صرات فيهم حاجة".

ومن أهم الأفكار التي تراود التلاميذ عند التعرض للقلق فهي متعددة إلا أنها تركز على الفشل والإحساس بالعجز مثل "منقدرش ندي نقطة مليحة حتى ونراجع"، "عارف روحي منديش نقطة حتى ونخدم" "ضرك دارنا يتنواو مني أوكان مننجحش"

كما تعتبر المرحلة العمرية والنمائية التي تنتمي إليها عينة الدراسة تكون من أهم مصادر القلق فالتغيرات النفسية والفيزيولوجية الناجمة عن مرحلة المراهقة تجعل المراهق فريسة سهلة للقلق، حيث يصبح في صراع دائم مع نفسه والمحيطين به، ويكون غير قادر على مواجهة الضغوط بطريقة سوية، بالإضافة إلى أن مرحلة المراهقة حسب اريكسون مرحلة البحث عن الهوية ومحاولة تحقيق هويتها مقابل اضطرابها خاصة وأن هناك الكثيرين من المراهقين يجدون صعوبة في إيجاد أجوبة متعلقة بكيونتهم وهويتهم مما يكون عرضة للإصابة بالاضطرابات، تعد اضطرابات القلق من أهم الاضطرابات التي يصاب بها المراهقين حول العالم، وهذا ما أكدته العديد من الإحصائيات التي تجريها منظمة الصحة العالمية في كل مرة.

ترى الباحثة أيضا أن الظروف الاستثنائية التي مر التلاميذ بها الناجمة عن تفشي فيروس كورونا المستجد 19 والذي نجم عنه إجراءات الحجر الصحي والقيود التي فرضتها كل من الوزارة الوصية ووزارة الصحة فيما يتعلق بالإجراءات الوقائية المتعلقة بالنظافة وإرتداء الكمامة والتباعد بين الأفراد، بالإضافة إلى تقليص الحجم الساعي للدراسة ونظام التدريس بالأفواج مع عدم تقليص حجم الدروس، بالإضافة إلى تعليق الدراسة لعدة أيام بسبب تفشي جائحة كورونا مما قد يؤثر على أدائهم الأكاديمي، كل هذا جعل من التلاميذ عرضة للإصابة بالقلق.

ولقد توصلت دراسة كل من (Rantanen&Mattunen, 2009) إلى أن اضطراب القلق قد يؤثر على الأداء الأكاديمي بالسلب والذي له علاقة بصعوبة الانتظام في المدرسة، ويؤدي إلى انخفاض التحصيل الدراسي (حسين وآخران، 2019، ص274).

كما يرى غراب (2000) أن هناك عوامل تسبب القلق والمتمثلة في العوامل الذاتية يليها عامل المستقبل أما حجازي (2012) فيرى أن ارتفاع القلق له علاقة وطيدة بالأفكار اللاعقلانية، علي وغريب (2018) وجدا أن هناك علاقة إرتباطية عكسية بين قلق الامتحان وتقدير الذات لدى التلاميذ، بوقفة وجبالي (2020) وجود علاقة إرتباطية عكسية بين المرونة النفسية والقلق، أما العطية فقد وجد أن من أهم الأسباب المسؤولة في ارتفاع القلق لدى عينة البحث هي الضغوط النفسية والمشكلات الأسرية.

وتوصل جرانت (1985) أيضا إلى أن ذوي نمط السلوك (أ) يستجيبون للقلق وينشط القلق لديهم مما يؤدي إلى زيادة توترهم وارتفاع ضغط الدم والأمراض الجسمية لديهم، وهذا ما يستوجب الإهتمام بتعديل نمط

سلوك (أ) في سن مبكرة مع ضرورة تطوير وسائل ناجعة لتخفيفه خاصة لدى الذكور لأنهم أكثر عرضة للإصابة بالقلق مما ينعكس سلباً على صحتهم.

وعلى الرغم من تعرض التلاميذ للضغط سواء الناجمة عن الدراسة أو الأسرة أو المحيط إلا أنهم لا يستجيبون بنفس الطريقة فهناك من يتكيف بسرعة وتكون لديه القدرة على المواجهة وهناك من يجد صعوبة في التأقلم والتعامل مع الموقف، فطريقة تفكير المراهق وتفسيره للمواقف القلقة عادة ما تكون مسؤولة عن الاضطراب حيث تظهر الأفكار التلقائية السلبية التي تجعله يشعر بالتوتر والقلق وبالتالي ينجم عنها سلوكيات تجنبية، مما تعزز القلق لديه بصورة مرضية؛ خاصة وأن الأشخاص القلقين يتميزون بإدراكات سلبية حول المواقف، كما أنهم يتميزون بأنماط خاصة في التفكير والتي تكون خاطئة، مما تساهم في نشوء القلق واستمراره، ويعتبر القلق استجابة مرضية خاطئة يكتسبها الفرد من خلال موقف معين ويقوم بتعميمها على المواقف الأخرى.

وما يزيد من الأمر سوءاً أن هناك بعض التلاميذ لا يطلبون الاستشارة النفسية مما يؤثر بالسلب عليهم ويصبح اضطراب القلق مزمناً لديهم؛ مما يعيق من تقدمهم وتطورهم.

2. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي"، لاختبار صحة الفرض الثاني تم استخدام اختبار "ت" للمجموعات المستقلة Two independent – sample T Test بين العينتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي، والجدول التالي يوضح نتائج التحليل الإحصائي:

جدول رقم (33): الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية لمستوى القلق النفسي في القياس القبلي

القياس	المجموعة	العدد N	المتوسط Mean	الانحراف المعياري SD	قيمة ت T	درجات الحرية DF	مستوى الدلالة Sig
القياس القبلي	المجموعة الضابطة	20	36.00	4.77	- 0.471	38	0.641
	المجموعة التجريبية	20	36.70	4.62			

التعليق على الجدول: يتضح من خلال الجدول رقم (33) أعلاه أن المتوسط الحسابي بلغ في الدرجة الكلية لمقياس القلق النفسي للمجموعة الضابطة (36.00) وبانحراف معياري (4.77)، والمتوسط الحسابي للمجموعة

التجريبية قدر بـ (36.70)، وبانحراف معياري (4.62) وبلغت قيمة "ت" (-0.471)، بينما بلغت قيمة مستوى الإحصائية (0.641=Sig) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، وبالتالي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، بحيث نقبل الفرضية الصفرية التي تنفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى درجات متوسطات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي على مقياس القلق لتايلور.

وبالتالي لدى المجموعتين الضابطة والتجريبية نفس المستوى من القلق النفسي حسب مقياس تايلور للقلق حيث تحصل كلاهما على مستوى قلق مرتفع، وبهذه النتيجة فإن دراستنا اتفقت مع دراسة القرني (2016) الذي توصل في دراسته إلى عدم وجود فروق بين متوسطات درجات القياس القبلي لكلا المجموعتين التجريبية والضابطة في كل من انفعال الغضب وأبعاد جودة الحياة، وإتفقت دراستنا كذلك مع دراسة رويبة (2015) التي توصلت كذلك إلى عدم وجود فروق بين درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس القبلي على مقياس القلق وتقدير الذات.

وتعزي الباحثة عدم وجود فروق في القياس القبلي بين المجموعتين الضابطة والتجريبية إلى تكافؤ العينتين من حيث مستوى القلق، قامت الباحثة بضبط القياس القبلي قبل المرحلة التجريبية بإعتبار ضبط القياس في المنهج التجريبي مهم من أجل الوصول إلى نتائج صادقة من خلال التحكم في المتغيرات الوسيطة، والتي من الممكن أن تؤثر على نتائج الدراسة، حيث اختارت الباحثة عينة تتوفر على شروط معينة ملائمة لأهداف الدراسة، ومن بينها أن يكون مستوى القلق مرتفع حسب مقياس الدراسة، كما أن أفراد كلا المجموعتين الضابطة والتجريبية لم يتعرضوا لأي تدخل إرشادي أو علاجي؛ ولم يتم التكفل بهما لهذا فإن مستوى القلق مرتفع لديهما، كما أنهم يعيشون في نفس الظروف تقريباً خاصة وأنهم ممتدسون في نفس السنة الدراسية وهي السنة الثالثة ثانوي وهم مقبلون على اجتياز امتحان شهادة التعليم الثانوي وممتدسون في نفس الثانوية، لهذا فهم يتعرضون لنفس الضغوط خاصة الدراسية التي تعتبر من أهم مسببات القلق لدى المراهق.

3. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية"، لاختبار صحة الفرض الثالث تم استخدام اختبار "ت" للمجموعات المتصلة Two Paired – sample T Test بين القياسين القبلي والبعدي للعينة التجريبية والجدول التالي يوضح نتائج التحليل الإحصائي:

جدول رقم (34): الفروق بين القياس القبلي والبعدي لمستوى القلق النفسي للمجموعة التجريبية

المجموعة	القياس	العدد	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	درجات	مستوى الدلالة
التجريبية	القياس القبلي	20	36.70	4.62	12.80	19	0.000
	القياس البعدي	20	25.05	1.50			

التعليق على الجدول: يتضح من خلال الجدول رقم (34) أن المتوسط الحسابي في الدرجة الكلية لمقياس القلق النفسي في القياس البعدي بلغ (25.05) وبانحراف معياري (1.50)، وهو أقل من المتوسط الحسابي في القياس القبلي المقدر بـ (36.70) وبانحراف معياري (4.62)، كما بلغت قيمة "ت" (12.80) ومستوى الاحتمالية (Sig = 0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) ولصالح القياس البعدي، ومنه نقبل الفرضية التي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي لأن مستوى القلق النفسي انخفض من (36.70) إلى (25.05).

جدول رقم (35): نتائج اختبار (ت) للعينات المترابطة

القيمة	الفروق بين القياسين
11.65	المتوسط
4.068	الانحراف المعياري
0.909	الخطأ المعياري
13.554	مجال الثقة 95 % الأعلى
9.745	الأدنى
12.805	ت
19	درجة الحرية

التعليق على الجدول: يظهر من الجدول رقم (35) أن متوسط الفروق بين القياسين بلغت (11.65) بإنحراف معياري (4.068) وأن قيمة ت قدرت بـ (12.805) عند مستوى الدلالة (0.05) وهو ما يدل على أن الفروق بين متوسطات درجات القلق في القياس القبلي والبعدي كانت معنوية.

حساب حجم التأثير: تم استخدام معادلة "ماك جيوجان Mcguigan" لحساب نسبة الكسب التي يرمز لها بالرمز G وكانت النتائج كما يلي:

$$G = (\text{متوسط القياس البعدي} - \text{متوسط القياس القبلي}) / ((\text{الدرجة العظمى للمقياس} - \text{متوسط القياس القبلي}))$$

$$0.875 = 13.30 / 11.65 = (36.70 - 50) / (25.05 - 36.70) = G$$

أظهرت نتائج المعادلة أن قيمة الكسب كانت 0.87 ما يعني أن نسبة التأثير كانت 87%، وهي نسبة مقبولة لأنها تجاوزت 60%، وبهذا يمكن القول أن برنامج خفض القلق مقبول وفعال.

حساب الدلالة الإكلينيكية: جاء في (Jacobson, N.S, 2002) كما أشار "درياس وبركو" (2022) أن الدلالة الإكلينيكية "يقصد بها القيمة العملية أو التطبيقية أو أهمية تأثير التدخل، والذي يؤدي إلى فرق حقيقي في حياة العملاء وتقاس عن طريق حساب مؤشر ثبات التغير (RCI) الذي يساوي الفرق بين درجات القياس القبلي والبعدي مقسوماً على الخطأ المعياري للفرق، وبعد ذلك تحدد درجات القطع ليصنف المريض مثلاً في إحدى المجموعات الأربع (تعافى، تحسن، بدون تغيير، تدهور)". (درياس وبركو، 2022، ص 621)

تم استخدام طريقة جاكبسون وترواكس Jacobson – Turax، وكانت النتائج كما يلي:

1.3. حساب مؤشر ثبات التغير (RCI):

تم استخدام المعادلة التالية:

$$RCI = (\text{متوسط القياس القبلي} - \text{متوسط القياس البعدي}) / (\text{الخطأ المعياري للفرق})$$

مؤشر ثبات التغير يعبر عن الفرق بين درجات القياس القبلي والبعدي لأفراد العينة مقسوم على الخطأ المعياري للفرق، وكانت النتائج كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (36): نتائج الدلالة الإكلينيكية لأفراد المجموعة التجريبية

حالات الدراسة	القياس القبلي	القياس البعدي	معامل الثبات	الخطأ المعياري للفرق	الفارق (قبلي/بعدي)	مؤشر ثبات التغير (قبلي/بعدي) (RCI)	القيمة الحرجة	التصنيف (قبلي/بعدي)
---------------	---------------	---------------	--------------	----------------------	--------------------	------------------------------------	---------------	---------------------

1	38	27	0.51	0.909	11	12.10	1.96	تغير موثوق
2	40	23	0.51	0.909	17	18.70	1.96	تغير موثوق
3	34	23	0.51	0.909	11	12.10	1.96	تغير موثوق
4	42	25	0.51	0.909	17	18.70	1.96	تغير موثوق
5	46	26	0.51	0.909	20	22.00	1.96	تغير موثوق
6	35	23	0.51	0.909	12	13.20	1.96	تغير موثوق
7	30	24	0.51	0.909	6	6.60	1.96	تغير موثوق
8	32	24	0.51	0.909	8	8.80	1.96	تغير موثوق
9	32	23	0.51	0.909	9	9.90	1.96	تغير موثوق
10	41	27	0.51	0.909	14	15.40	1.96	تغير موثوق
11	30	24	0.51	0.909	6	6.60	1.96	تغير موثوق
12	38	26	0.51	0.909	12	13.20	1.96	تغير موثوق
13	36	25	0.51	0.909	11	12.10	1.96	تغير موثوق
14	35	25	0.51	0.909	10	11.00	1.96	تغير موثوق
15	33	27	0.51	0.909	6	6.60	1.96	تغير موثوق
16	42	27	0.51	0.909	15	16.50	1.96	تغير موثوق
17	41	27	0.51	0.909	14	15.40	1.96	تغير موثوق
18	37	24	0.51	0.909	13	14.30	1.96	تغير موثوق
19	41	26	0.51	0.909	15	16.50	1.96	تغير موثوق
20	31	25	0.51	0.909	6	6.60	1.96	تغير موثوق

التعليق على الجدول: من خلال الجدول رقم (36) نلاحظ أن مستوى القلق في القياس القبلي لأفراد المجموعة التجريبية يتراوح ما بين 30-46، وتراوح مستوى القلق في القياس البعدي ما بين 23-27، وقدر معامل الثبات بـ 0.909، أما الخطأ المعياري 0.51، وبالنسبة للفارق بين القياس القبلي والبعدي 06-17، أما القيمة الحرجة فقد بلغت 1.96، كما أن التصنيف لجميع المشاركين بالنسبة للقياس القبلي والبعدي فهو يدل على تغير موثوق.

جدول رقم (37): قيم مؤشر (RCI) لأفراد العينة

المشارك	قيمة RCI	المشارك	قيمة RCI	المشارك	قيمة RCI	المشارك	قيمة RCI
01	12.10	06	13.20	11	6.60	16	16.50
02	18.70	07	6.60	12	13.20	17	15.40
03	12.10	08	8.80	13	12.10	18	14.30
04	18.70	09	9.90	14	11.00	19	16.50
05	22.00	10	15.40	15	6.60	20	6.60

التعليق على الجدول: يتضح من نتائج الجدولين (36) و(37) أن قيمة مؤشر ثبات التغير (RCI) Reliable Change Index لجميع الحالات المشاركة في البرنامج الإرشادي قد بلغت مستويات أكبر من القيمة الحرجة الدالة إحصائياً 1.96، وعليه يمكننا القول أنه هناك تغير موثوق في جميع الحالات على مستوى القلق لدى أفراد العينة التجريبية.

2.3. حساب نقطة القطع:

تم استخدام المعادلة (A) لحساب نقطة القطع.

$$A = \text{متوسط الدرجات القبلية (لعينة المشاركين في البرنامج)} + 2 * \text{الانحراف المعياري لدرجاتهم القبلية.}$$

$$45.94 = (4.62) * 2 + 36.70 = A$$

من خلال مؤشر ثبات التغير ودرجة القطع يمكن تصنيف المشاركين إلى أربعة فئات: فئة المشاركين الذين إنخفض لديهم القلق وتحسنوا ولم يعودوا بحاجة للتدخل وهم من تجاوزوا نقطة القطع وكان (RCI) موجبا وفئة المشاركين الذين لم يتجاوزوا نقطة القطع المحددة وتحسنوا فهم مازالوا بحاجة للتدخل، وفئة من المشاركين بدون تغيير والفئة الأخيرة من المشاركين من تدهورت حالتهم وازدادوا قلقا، والجدول الموالي يوضح تصنيف المشاركين بعد الاستفادة من البرنامج المعرفي السلوكي الموجه لخفض القلق:

جدول رقم (38): تصنيف المشاركين المستفيدين من البرنامج

الحالة	القياس البعدي	قيمة RCI	التصنيف	الحالة	القياس البعدي	قيمة RCI	التصنيف
01	20	12.10	لم يعد بحاجة للتدخل	11	24	6.60	لم يعد بحاجة للتدخل
02	20	18.70	لم يعد بحاجة للتدخل	12	26	13.20	لم يعد بحاجة للتدخل
03	18	12.10	لم يعد بحاجة للتدخل	13	25	12.10	لم يعد بحاجة للتدخل
04	21	18.70	لم يعد بحاجة للتدخل	14	25	11.00	لم يعد بحاجة للتدخل
05	23	22.00	لم يعد بحاجة للتدخل	15	27	6.60	لم يعد بحاجة للتدخل
06	18	13.20	لم يعد بحاجة للتدخل	16	27	16.50	لم يعد بحاجة للتدخل
07	21	6.60	لم يعد بحاجة للتدخل	17	27	15.40	لم يعد بحاجة للتدخل
08	21	8.80	لم يعد بحاجة للتدخل	18	24	14.30	لم يعد بحاجة للتدخل
09	19	9.90	لم يعد بحاجة للتدخل	19	26	16.50	لم يعد بحاجة للتدخل
10	20	15.40	لم يعد بحاجة للتدخل	20	25	6.60	لم يعد بحاجة للتدخل

التعليق على الجدول: من خلال الجدول (38) نلاحظ أن قيم مؤشر ثبات التغير لأفراد المجموعة التجريبية يتراوح ما بين (6.60-22)، وهذا يعني أن المشاركين في البرنامج لم يعودوا بحاجة للتدخل ولم يعودوا بحاجة للعلاج وهذا راجع لإنخفاض القلق لديهم بشكل واضح.

من خلال نتائج الفروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، حيث بلغت قيمة "ت" (12.19) ومستوى الاحتمالية ($\text{Sig} = 0.000$)، وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) ولصالح القياس البعدي، وباستخدام معادلة "ماك جيوغان Mcguigan" لحساب نسبة الكسب أظهرت نتائج المعادلة أن قيمة الكسب كانت 0.87، ما يعني أن نسبة التأثير كانت 87% بالإضافة إلى قيم مؤشر ثبات التغير لأفراد المجموعة التجريبية يتراوح ما بين (6.60-22)، وهي أكبر من القيمة الحرجة 1.96، وهذا يعني أن للبرنامج المعرفي السلوكي له فاعلية في خفض القلق.

بهذه النتيجة فإن دراستنا تتفق مع كل من الزراد (1997) الذي توصل إلى وجود فروق دالة إحصائية على اختباري "سبيليرجر وسارسون" لصالح المجموعات التجريبية في خفض قلق الامتحان بعد مقارنة درجات الطالبات القبلي والبعدي، أبو غالي (2011) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لدى طالبات المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي، أرحومة (2012) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين درجات القلق في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، الحويلة وعبد الخالق (2010) وجود فروق دالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للقلق لدى المجموعة التجريبية بحيث كان القياس القبلي أعلى، العطية (2002) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي، بابكر (2012) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي، وهذا يشير إلى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في علاج مرضى القلق العام، الإسي (2014) وجود فروق ذات درجات القياس القبلي والبعدي في درجة اضطراب القلق العام لدى أفراد العينة لصالح القياس البعدي، البطنجي (2015) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة في القياس القبلي والبعدي للدرجة الكلية لمقياس القلق وذلك لصالح التطبيق البعدي، بديوي (2018) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس قلق الامتحان قبل تطبيق البرنامج وبعده، بخاري (2020) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لاضطراب القلق لصالح القياس البعدي، عبادسة (2017) فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض القلق العام، علي (2021) فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض القلق لدى أفراد العينة، أبو زيتون وآخرون (2021) فاعلية البرنامج التدريبي المستند إلى العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض القلق وتحسين تنظيم الانفعالات لدى عينة من المراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد بالأردن، أحمد (2021) فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في خفض القلق والسلوك العدواني لدى طلاب جامعة بخت الرضا، دايلي (2019) وجود فروق ذات

دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تنفيذ البرنامج الإرشادي، بودالي وآخرون (2019) فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة قلق الامتحان لدى أفراد المجموعة التجريبية، سلطاني ومكي (2019) انخفاض في أعراض الحصر المعمم لدى الحالة، وكذلك القرني (2012) توصل إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية الثلاث للقياس القبلي ومتوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية الثلاث في التخفيف من القلق العام في القياس البعدي، بن صالح (2016) التي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الدراسة، طوبال (2017) وجود فروق عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الضغط النفسي لصالح القياس البعدي، مقاسي (2017) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في تغيير الأفكار السلبية المؤدية إلى البدانة وكذلك تعديل السلوكات السلبية مع خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين بعد تطبيق البرنامج، شويده (2016) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس مفهوم المسؤولية الاجتماعية قبل تطبيق البرنامج وبعد تطبيقه، الشريدة (2016) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الضغوط النفسية في القياسين القبلي والبعدي للمراهقين بعد تطبيق مقياس الدراسة لصالح القياس البعدي، إبراهيم (2016) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات القياس القبلي والبعدي للمراهقين بعد تطبيق مقياس الدراسة لصالح القياس البعدي، عبد الله (2018) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في معالجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي لصالح القياس البعدي، روية (2015) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس تقدير الذات ومقياس القلق، بومصباح وآخرون (2017) فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعتمد على تقنية الحل في خفض أعراض الضغط النفسي المدرك وقلق الموت لدى حالة مصابة بالحمل العنقودي، بولكويرات وآخرون (2018) فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض أعراض اضطراب القلق والاكتئاب لدى مرضى التصلب اللويحي، مقداد واليامي (2012) فعالية البرنامج في خفض قلق التحدث أمام الآخرين لدى طلاب الصفوف الأولى والثانية والثالثة، كوري (1980) فعالية أسلوب إعادة البناء المعرفي في زيادة التفكير العقلاني في حين أن التدريب على الاسترخاء كان فعالاً في خفض القلق، كينث ودينر (1986) انخفاض مستوى القلق لدى أفراد المجموعة الأولى الذين تلقوا العلاج المعرفي والاسترخاء العضلي وأظهرت أفراد المجموعة الثالثة الذين تلقوا التدريب على برنامج الاسترخاء العضلي والمهارات الدراسية وبرنامج العلاج المعرفي انخفاضاً دالاً في تحسن مستوى القلق وتحسن أدائهم في الاختبارات الصفية، بوركوفيتش وآخرون (1991) الذين توصلوا إلى فعالية الاسترخاء والعلاج المعرفي لدى أفراد عينة الدراسة بعد القياس البعدي.

توصلت دراستنا إلى فعالية البرنامج لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث بلغت نسبة حجم التأثير 87%

وبهذه النتيجة اتفقت مع دراسة (Andersson & al, 2012) الذين توصلوا إلى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي عن طريق الإنترنت في خفض أعراض الوسواس القهري لدى أفراد عينة البحث بنسبة 60%، وتوصل كذلك (Oued & al, 2019) إلى وجود فاعلية متوسطة الجودة على العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض الاكتئاب في نهاية العلاج والمتابعة حيث أدى إلى التقليل من خطر الإصابة بالاكتئاب عند المتابعة بنسبة 63%.

تعزي الباحثة تحقق الفرضية وإنخفاض درجات القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي للمجموعة التجريبية إلى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي؛ خاصة وأنه يحتوي على العديد من الفنيات المعرفية السلوكية التي لها دور في خفض القلق مثل التربية النفسية التي ساهمت في تعرف التلاميذ على اضطراب القلق ومسبباته وأنواعه وأهم أعراضه بالإضافة إلى التعرف على البرنامج وأهم فنياته ومدته وأهدافه.

كما سمحت فنية الحوار والمناقشة للتلاميذ بالفهم والتعبير عن آرائهم بالإضافة إلى تعزيز التواصل بينهم وبين الباحثة وبين التلاميذ أنفسهم، وساهمت هذه الفنية في إثراء جلسات البرنامج من خلال المناقشة الجماعية وإزالة الغموض لدى التلاميذ فيما يتعلق بمحتوى الجلسات، وفي المقابلة العيادية كانت الإناث أكثر تعبيراً عن أنفسهن مقارنة بالذكور، ومع ذلك لا يستطعن الإفصاح والتعبير عن ما يجول بخاطرهن في أي مكان، حيث لاحظنا أن بعض التلاميذ والتلميذات يخافون من المشاركة في القسم بسبب أفكارهم السلبية المتعلقة برد فعل الأساتذة أو الزملاء عندما تكون الإجابة خاطئة مثلاً قالت إحدى التلميذات "سعاتش تكون عندي إجابة صحيحة منشيتش نقولها نخاف لا تعود إجابة خاطئة ويحشميني الأستاذ"، لذا فإن فنية الحوار والمناقشة ساعدت التلاميذ على كسر حاجز الخوف والتوقعات السلبية من ردة فعل الآخرين وأصبحوا أكثر قدرة على التعبير عن أنفسهم ومشاركة أفكارهم مع الآخرين.

كما ساهمت الجلسة الخاصة بالتغذية الصحية بتعرف التلاميذ على أهم أنواع الأغذية المسببة للقلق والأغذية التي تساهم في خفض القلق من أجل تجنب ما يضرهم بإعتبار الغذاء لا يؤثر على الصحة الجسمية وإنما حتى على الصحة النفسية خاصة وأن العلماء أكدوا على العلاقة بين نوعية الغذاء والإصابة بالقلق، وبالتالي تساعد الجلسة الخاصة بالتغذية الصحية على تبني نمط حياة صحي من خلال الإهتمام بالتغذية السليمة.

ولفنية مراقبة الأفكار دور كبير في خفض القلق، حيث ساعدت التلاميذ في التعرف على أفكارهم ومشاعرهم التي تصاحب المواقف المقلقة، بالإضافة إلى التفريق بين المشاعر والأفكار والسلوك؛ وبالتالي يصبح الفرد أكثر إدراكاً لمحيطه ولنفسه، ويصبح أكثر سيطرة على المواقف المقلقة من خلال التحكم في أفكاره السلبية والتي ينجم عنها المشاعر السلبية المؤدية لاضطراب القلق.

وبالنسبة لفنية الاسترخاء فكانت لها دور من خلال المساهمة في التخلص من التوتر العضلي وإرخاء العضلات أثناء القلق، بالإضافة إلى التحكم في عملية التنفس من خلال فنية التنفس البطيء التي ساهمت في تحسين عملية التنفس وتنظيمه، خاصة وأن من أهم أعراض القلق ضيق التنفس، ولقد توصل العديد من الباحثين

إلى مدى فاعلية الاسترخاء في خفض القلق مثل دراسة خميس (2011) الذي توصل إلى فاعلية الاسترخاء في خفض القلق لدى مرضى الربو، حمزاوي (2018) توصلت إلى فاعلية العلاج بالاسترخاء التصاعدي لجاكسون في التخفيف من قلق الامتحان لدى الطالبات المقبلات على امتحان البكالوريا، القرني (2012) الذي توصل إلى فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي القائم على تدريبات الاسترخاء في التخفيف من القلق العام لدى عينة من مرضى ضغط الدم المرتفع وقرحة المعدة والقولون العصبي، الحويلة وعبد الخالق (2010) فاعلية تمارينات الاسترخاء العضلي في خفض القلق، بالإضافة إلى دراسة كل من كينث ودينر (1986)، بوركوفيتش وآخرون (1991)، كما أن معظم البرامج المعرفية السلوكية سواء العلاجية أو الإرشادية التي قام الباحثون بنائها اعتمدوا على فنية الاسترخاء باعتبارها أهم الفنيات المعرفية السلوكية، كما لمسنا في المقابلة العيادية أن بعض أفراد العينة يعانون من ضيق التنفس خاصة عند بداية التعرض للمواقف المقلقة، ولدى أغلبهم الشعور بالتوتر العضلي، كما يجدون صعوبة في الجلوس حيث يقول أحدهم "كي نتقلق منقدرش نقعد نبدا نمشي وندور"، كما لا يشعر التلاميذ بالقدرة على الاسترخاء، لذا فإن فنيتي الاسترخاء والتنفس البطني تعتبران من أهم الفنيات التي ساعدت التلاميذ على التخفيف بشكل كبير من الأعراض السابقة.

ومن بين الفنيات كذلك مهارة تأكيد الذات باعتبار المراهق لديه صعوبة في التعبير عن نفسه بالإضافة إلى الصراعات التي يعيشها سواء في الأسرة أو المحيط، لذا فإن اكتساب هذه المهارة مهم جدا لدى أفراد العينة التجريبية التي ساهمت في التعبير عن مشاعرهم سواء بالحب أو الكره بالإضافة إلى التعلم كيفية تأكيد ذواتهم بطريقة صحيحة، مما ساعدتهم على مطالبة حقوقهم والأشياء التي يحتاجونها، فكلما حقق المراهق ذاته وعبر عنها وأكدها في مختلف المواقف فإن القلق ينخفض تلقائيا.

كما ساعدت فنية التعرض على فك الإشارات بين استجابة القلق والمواقف المقلقة فتدريب الباحثة التلاميذ عن طريق التعرض التخيلي في كيفية التحكم في مشاعر القلق من خلال المزاوجة بين الاسترخاء والتعرض للمواقف المقلقة عن طريق التخيل ينجم انخفاض التلقائي للقلق، وبالتالي تهيؤ التلميذ ويصبح أكثر قدرة على مواجهة المواقف المقلقة الفعلية عند حدوثها، لذا تعتبر هذه الفنية من أهم الفنيات التي في خفض القلق، حيث تساعد هذه الفنية من منع استجابة التجنب التي عادة ما تكون مصاحبة لأعراض القلق بالرغم من محاولة بعض أفراد العينة مواجهة المواقف المقلقة حيث تقول إحداهن "مش دائما نتهرب نحاول نواجه بصح نحس روعي ضعيفة ومنواجهش كما لازم".

سمحت فنية التخيل بإدراك التلاميذ مدى تأثير تخيلاتهم على انفعالاتهم سواء بالإيجاب أو السلب فكلما كانت التخيلات سلبية فإنها تؤثر على التلميذ ويصاب بالقلق، فمن خلال هذه الفنية تمكن أفراد المجموعة التجريبية من التحكم في تخيلاتهم السلبية خاصة، وأن مرحلة المراهقة تتميز بأحلام اليقظة وكثرة التخيلات والتصورات.

لعبت فنية تعديل الأفكار اللاتوافقية دورا كبيرا في خفض القلق والتحكم فيه، فمن خلالها تسمح بالتلاميذ بإبدال أفكارهم السلبية بأفكار أكثر إيجابية، فيصبح مضمون الحديث الذاتي أكثر إيجابية ويتعدون عن التفسير السلبي عند حدوث المواقف المقلقة، ويتحولون من خلال هذه الفنية من أشخاص سلبيين إلى أشخاص أكثر إيجابية، ويتم ذلك من خلال التحكم في أفكارهم السلبية وإحلال محلها أفكار أكثر إيجابية، وبالتالي تؤثر بالإيجاب على مشاعرهم، مما يساعد على السيطرة على مشاعر القلق.

ساعد أسلوب حل المشكلات على إكتساب أفراد المجموعة التجريبية القدرة على التعامل مع مشكلاتهم وإيجاد حلول لها عن طريق إتباع الخطوات اللازمة والتدريبية، فتصبح لديهم القدرة على إتخاذ القرار المناسب وإختيار حل من الحلول من التي يضعونها عند التعرض لأي مشكلة، كما يكتسبون القدرة على تقييم تلك القرارات التي إتخذت سواء بالإيجاب أو السلب مع تحمل نتائجها، وتعتبر مهارة حل المشكلات للأفراد الذين يعانون من القلق باعتبار أن المواقف المقلقة مشكلات في حد ذاتها يكون الفرد غير قادر على حلها بسبب اضطراب التفكير وعدم القدرة على رؤية الأمور بعقلانية، ويصبحون يرون مشاكلهم بدون حل أو غير قادرين على وضع بدائل كحلول لمشاكلهم.

أما فنية فحص الدليل تعتبر من أهم الفنيات التي تساعد أفراد المجموعة التجريبية في التأكد من مدى صحة أفكارهم من خلال التقصي والتأكد من الحقائق عن طريق تقديم ما يؤيد أو يعارض أفكارهم، وبالتالي تساهم هذه الفنية في دحض أفكارهم اللاعقلانية عند التأكد من عدم وجود أدلة مؤيدة لها.

كما أن إنضباط أفراد المجموعة التجريبية ودافعيتهم نحو التغير والعلاج كان له أثر في إنخفاض درجات مستوى القلق على مقياس القلق لصالح القياس البعدي، وهذا من خلال تطبيق ما يطلب منهم أثناء جلسات البرنامج وخارجها والمتمثلة في تنفيذ الواجبات المنزلية، مما ساهم في تغيير أفكارهم السلبية وطريقة تفكيرهم نحو المواقف المقلقة وأصبحت رؤيتهم أكثر إيجابية أثناء تعرضهم لمواقف مهددة من خلال تطبيق مختلف الفنيات المعرفية السلوكية ولعبت العلاقة العلاجية بين الباحثة والتلاميذ دورا هاما في زيادة دافعية التلاميذ نحو التغير والعلاج والذي إنعكس في سلوكياتهم من خلال الإنضباط والحضور.

4. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين

القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة"، لإختبار صحة الفرض الرابع تم استخدام اختبار "ت"

للمجموعات المتصلة Two Paired – sample T Test بين القياسين القبلي والبعدي للعينة الضابطة والجدول التالي يوضح نتائج التحليل الإحصائي:

جدول رقم (39): الفروق بين القياس القبلي والبعدي لمستوى القلق النفسي للمجموعة الضابطة

مستوى الدلالة sig	درجات الحرية DF	قيمة T	الانحراف المعياري SD	المتوسط Mean	العدد N	القياس	المجموعة
0.000	19	-6.826	4.77	36.00	20	القياس القبلي	المجموعة الضابطة
			4.29	38.45	20	القياس البعدي	

التعليق على الجدول: يتضح من خلال الجدول رقم (39) أن المتوسط الحسابي بلغ في الدرجة الكلية لمقياس القلق النفسي في القياس البعدي للمجموعة الضابطة (38.45) وبانحراف معياري (4.29)، وهو أكبر من المتوسط الحسابي في القياس القبلي لنفس المجموعة والمقدر بـ (36.00) وبانحراف معياري (4.77)، كما بلغت قيمة "ت" (-6.826) ومستوى الإحصائية (Sig = 0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)، ومنه يمكن القول أن الفرضية لم تتحقق؛ وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية التي تنفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة، ونقبل الفرضية البديلة التي تقرر وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي، لأن مستوى القلق النفسي ارتفع من (36.00) إلى (38.45) وهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)، حيث زاد مستوى القلق النفسي قليلاً في مجموع درجات المقياس، وذلك لأن المجموعة الضابطة لم تستفد من البرنامج المعرفي السلوكي.

ودراستنا الحالية تختلف نتائجها مع نتائج كل من دراسة مقاوسي (2017) التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين وتوصلت نتائج دراسة طوبال (2017) كذلك إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الضغط النفسي، العطية (2002) عدم وجود فروق بين درجات القياس القبلي والبعدي لأفراد المجموعة الضابطة ونتائج دراسة بديوي (2018) التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعة

الضابطة على مقياس قلق الامتحان قبل تطبيق البرنامج وبعده، ولم تتفق دراستنا كذلك مع رويبة (2015) التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس تقدير الذات ومقياس القلق.

تعزي الباحثة سبب وجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي في مستوى القلق للمجموعة الضابطة لصالح القياس البعدي إلى عدم تعرض المجموعة الضابطة لأي نوع من التدخل الإرشادي أو العلاجي، مما يساعدهم على خفض القلق لديهم، كما أن طول الفترة التي تمر على التلاميذ بدون أي علاج يؤثر سلباً عليهم خاصة أنهم لا يمتلكون القدرة على مواجهة المواقف المقلقة بعقلانية عن طريق التحكم في مشاعرهم وانفعالاتهم وبالتالي ينعكس سلباً على سلوكياتهم، كما أنهم غير قادرين على التعامل مع مشاكلهم لأنهم يفتقرون لمهارة حل المشكلات، ومع مرور الوقت وإقتراب الموعد الرسمي لامتحان شهادة البكالوريا، وعدم تحضيرهم الجيد للمراجعة وعدم القدرة على إدارة مهارة الوقت تسبب في زيادة مشاعر الإحباط والخوف من الفشل في البكالوريا، مما زاد مستوى القلق لدى أفراد المجموعة الضابطة.

5. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي"، لاختبار صحة الفرض الخامس تم استخدام اختبار "ت" للمجموعات المستقلة Two independent – sample T. Test بين العينتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي، والجدول التالي يوضح نتائج التحليل الإحصائي:

جدول رقم (40): الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي

القياس	المجموعة	العدد N	Mean المتوسط	SD المعياري الانحراف	T قيمة ت	DF الحرية	درجات	الدلالة مستوى
القياس البعدي	الضابطة	20	38.45	4.29	13.161	38		0.000
	التجريبية	20	25.05	1.50				

التعليق على الجدول: من خلال نتائج الجدول رقم (40) نلاحظ أن قيمة (ت) بلغت (13.161) ومستوى الاحتمالية ($Sig = 0.000$) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وبالتالي هي دالة إحصائية، أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، ومنه يمكن القول بأن الفرضية قد تحققت التي تتضمن وجود فروق في مستوى القلق النفسي بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس القلق لصالح المجموعة التجريبية.

حساب حجم التأثير:

مربع معامل إيتا (η^2) لعينتين مستقلتين:

يحدد (η^2) حجم تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع تحديداً كمياً، لأن (η^2) يدل على نسبة من التباين الكلي للمتغير التابع (التباين المفسر) في العينات موضوع البحث التي ترجع إلى تأثير المتغير المستقل؛ بمعنى أن (η^2) يحدد نسبة التباين في المتغير التابع التي يمكن تفسيرها، والتي تعزى إلى تأثير المتغير المستقل، ويمكن حساب (η^2) من المعادلة الآتية:

$$\eta^2 = \frac{t^2}{t^2 + df}$$

حيث " t^2 " مربع قيمة (ت)، " df " درجات الحرية.

وتدل إيتا (η) على الارتباط الثنائي بين المجموعات والمتغير التابع. (الدريد، 2006، ص77)

$\eta^2 = 0.01$ small effect

$\eta^2 = 0.06$ medium effect

$\eta^2 = 0.15$ large effect

حيث أنه إذا كانت قيمة مربع إيتا تساوي 0.01 أو أقل يعتبر حجم التأثير صغيراً، وإذا كانت هذه القيمة أكبر أو تساوي 0.06 وأقل من 0.15، فيعتبر حجم التأثير متوسطاً، أما إذا كانت 0.15 فأكثر فإنه يعتبر حجم التأثير كبيراً. (الدريد، 2006، ص79)

قمنا باستخدام مقياس مربع إيتا (η^2) لتحديد حجم تأثير المتغير المستقل وهو: البرنامج المعرفي السلوكي على المتغير التابع وهو: القلق النفسي، والجدولين (41-42) يوضحان ذلك :

جدول رقم (41): قيمة مربع إيتا " η^2 " للدرجة الكلية في القياس البعدي

Measures of Association		
	Eta	Eta Squared

القياس البعدي في مقياس القلق لتايلور * المجموعة	906,	820,
---	------	------

التعليق على الجدول: من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة مربع ايتا قد بلغت 820, للقياس البعدي على مقياس القلق.

جدول رقم (42): حجم الأثر حسب قيمة مربع إيتا " η^2 " لمقياس القلق والدرجة الكلية

الأبعاد	درجات الحرية	قيمة "ت"	قيمة مربع إيتا " η^2 "	حجم التأثير
الدرجة الكلية	38	13.161	0.820	كبير

التعليق على الجدول: من خلال الجدول رقم (42) نلاحظ أن قيمة مربع إيتا " η^2 " لمقياس القلق النفسي بلغت (0.820)، وهي أكبر بكثير من (0.15) لذلك يعتبر حجم التأثير كبير جدا.

من خلال الجدولين (40-42) يتضح لنا أن النتائج المتحصل عليها والمتمثلة في وجود فروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، حيث بلغت قيمة (ت): (13.161) ومستوى الاحتمالية: (Sig = 0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي هي دالة إحصائية، أي أن الفرضية التي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس القلق لتايلور لصالح المجموعة التجريبية قد تحققت.

كما تحصلنا على قيمة مربع إيتا " η^2 " لمقياس القلق النفسي بلغت (0.820) وهي أكبر بكثير من (0.15) وخلاصة القول أن للبرنامج المعرفي السلوكي له فاعلية وتأثير على المجموعة التجريبية التي خضعت له وساهم في خفض القلق النفسي.

بهذه النتيجة المتوصل إليها إتفقت نتائج هذا الفرض مع نتائج كل من دراسة الحويلة وعبد الخالق (2010) التي توصلت إلى وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة، حيث كان متوسط المجموعة الضابطة أعلى في القلق ومتوسط المجموعة التجريبية أعلى في الاسترخاء، ونتائج دراسة القرني (2012) التي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسطات رتب درجات المجموعات التجريبية الثلاث ومتوسطات رتب درجات المجموعات الضابطة الثلاث في التخفيف من القلق العام وذلك في القياس البعدي ونتائج دراسة بن صالح (2016) التي توصلت إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس الضغط النفسي، ودراسة مقاسوي (2017) التي توصلت إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي للمجموعة الضابطة والتجريبية في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين كلا

الجنسين، ونتائج دراسة طوبال (2017) التي أسفرت نتائجها عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الضغط النفسي لصالح المجموعة التجريبية، وأيضاً دراسة القرني (2016) التي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات القياس البعدي في كل من انفعال الغضب وأبعاد جودة الحياة لدى المجموعتين الضابطة والتجريبية ودراسة شويده (2016) التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس مفهوم المسؤولية الاجتماعية بعد تطبيق البرنامج لصالح القياس البعدي، والشريدة (2016) التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات طالبات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات الطالبات بالمجموعة الضابطة في القياس البعدي، ودراسة (Lee & Lee, 2020) التي توصلت إلى وجود تحسن في المجموعة التجريبية من حيث الاكتئاب وتقدير الذات والعلاقات الشخصية مقارنة بالمجموعة الضابطة، لذا يمكن استخدام البرنامج المعرفي السلوكي الجماعي في تعزيز الصحة العقلية للطلاب وروينة (2015) التي أسفرت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياسي القلق وتقدير الذات، وعطا الله (2010) التي توصلت نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس مهارات إدارة قلق الامتحان، وذلك في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، وأبو غالي (2011) التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات طالبات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس قلق الامتحان لصالح المجموعة التجريبية، وبديوي (2018) التي توصلت إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس قلق الامتحان بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وعلاء الدين وبركات (2021) توصلوا إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية ودرجات المجموعة الضابطة على مقياسي القلق والاكتئاب في الاختبار البعدي لصالح المجموعة التجريبية، واشتاني وآخرون (2006) إنخفاض مستوى القلق لدى أفراد المجموعتين التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، تاتي (Taty, 2012) التي توصلت إلى وجود فروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية، علاء الدين وبركات (2021) فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في خفض القلق والسلوك العدواني لدى طلاب جامعة بخت الرضا، بوركوفيتش وآخرون (1991) فاعلية الاسترخاء والعلاج المعرفي في خفض القلق العام في القياس البعدي، لندن وآخرون (Lindon, 2003) تحسن ملحوظ لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي، كورلي (Corley, 2003) وجد أن أسلوب إعادة البناء المعرفي كان له فاعلية في زيادة التفكير العقلاني في حين أثر الاسترخاء في مستوى القلق وخفضه.

وتعزي الباحثة سبب التحسن الملحوظ الذي طرأ على المجموعة التجريبية دون المجموعة الضابطة في

القياس البعدي في إنخفاض مستوى القلق النفسي يعود للبرنامج الذي تعرض له أفراد المجموعة التجريبية، بالرغم من أن البرنامج كان مكثفاً واستغرق تطبيقه مدة قصيرة، إلا أنه أثبت فاعليته في خفض مستوى القلق النفسي في

حين زاد مستواه في المجموعة الضابطة بسبب عدم تعرضه للبرنامج المعرفي السلوكي، وهذا ما يدل على فاعليته. ونفسر إتفاق هذه النتيجة مع نتائج البحوث والدراسات السابقة لكون البرنامج عمل على تنمية وإكتساب الفنيات والمهارات المطلوبة، والتي من شأنها أن ساهمت في خفض مستوى القلق النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية، والبرنامج كان متنوع أيضا وغني حيث احتوى على العديد من الفنيات المعرفية السلوكية وهي: " فنية حل المشكلات، التخيل، فنية تفحص الدليل، فنية الاسترخاء، تأكيد الذات، مراقبة الذات، التربية النفسية الحوار والمناقشة، بالإضافة إلى التعرف على التغذية الصحية، ومهارة إدارة الوقت"، حيث حرصت الباحثة على تطبيقها وتدريب التلاميذ عليها عند تطبيق البرنامج الإرشادي من أجل تحقيق الأهداف المرجوة من البرنامج حيث كان لكل فنية من الفنيات دور مهم في خفض القلق.

ومن بين عوامل نجاح البرنامج أيضا انضباط أفراد المجموعة التجريبية ودافعيتهم ورغبتهم نحو التغير والتحسين نحو الأفضل، حيث كانوا يطبقون ما يطلبون منهم خاصة في فنية الواجبات المنزلية والحرص على إنجازها، حرص الباحثة على الإستماع لكل ما يقوله أفراد المجموعة وترك الفرصة لهم للتعبير عن آرائهم وأفكارهم بحرية تامة وتحليل كل ما يقولونه ويشعرون به من قلق تجاه الدراسة والمحيط والأسرة والأساتذة والمستقبل، أيضا الثقة التي تم بناءها بين الباحثة وأفراد المجموعة التجريبية ساهم بشكل كبير في نجاح البرنامج، وهذا ما أكد عليه أغلب المعالجون المعرفيون السلوكيون في دور العلاقة العلاجية في التخفيف من حدة الاضطراب، مما إنعكس بالإيجاب في تقديم الخدمات العلاجية والوقائية التي ساعدت في خفض مستوى القلق النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي مقارنة بالمجموعة الضابطة الذي كان أعلى، وهذا راجع لعدم تعرض هذه المجموعة إلى البرنامج الذي تم بناؤه بهدف خفض القلق لدى التلاميذ السنة الثالثة ثانوي.

6. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة:

تنص الفرضية السادسة على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس التتبعي"، لاختبار صحة الفرض السادس تم استخدام اختبار " ت " للمجموعات المستقلة Two independent – sample T Test بين العينتين الضابطة والتجريبية في القياس التتبعي، والجدول التالي يوضح نتائج التحليل الإحصائي:

جدول رقم (43): الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في مستوى القلق النفسي في القياس التتبعي

القياس	المجموعة	العدد	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	درجات	مستوى الدلالة
		N	Mean	SD المعيارى	T	الحرية DF	Sig
القياس	الضابطة	20	40.50	3.95	21.193	38	0.000

التتبعي	التجريبية	20	20.40	1.53		
---------	-----------	----	-------	------	--	--

التعليق على الجدول رقم (43): وقد اتضح من نتائج الجدول أن قيمة (ت) قدرت بـ(21.193) ومستوى الاحتمالية ($0.000 = \text{Sig}$) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وبالتالي دالة إحصائياً بالنسبة لمقياس القلق النفسي ككل، أي أن الفرضية قد تحققت حيث نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس التتبعي، بحيث إنخفض مستوى القلق النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس التتبعي مقارنة بـدرجات أفراد المجموعة الضابطة التي زاد فيها مستوى القلق النفسي حدة مقارنة بالقياس القبلي والبعدي، وبالتالي فالتحسن الملحوظ الذي طرأ على المجموعة التجريبية في مستوى القلق النفسي نرجعه للبرنامج المعرفي السلوكي الذي تعرض له أفراد المجموعة التجريبية مما يؤكد فعاليته مع مرور الوقت عكس المجموعة الضابطة.

حساب حجم التأثير: قمنا باستخدام مقياس مربع إيتا (η^2) لتحديد حجم تأثير المتغير المستقل وهو: البرنامج المعرفي السلوكي على المتغير التابع وهو: القلق النفسي. والجدولين (44-45) يوضحان ذلك:

جدول رقم (44): قيمة مربع إيتا η^2 للدرجة الكلية في القياس التتبعي

Measures of Association		
القياس التتبعي في قياس القلق لتايلور * المجموعة	Eta	Eta Squared
	,960	,922

التعليق على الجدول: من خلال الجدول رقم (44) نلاحظ أن قيمة مربع إيتا η^2 للدرجة الكلية للمقياس في القياس التتبعي قد بلغت 922،

جدول رقم (45): حجم الأثر حسب قيمة مربع إيتا η^2 لمقياس القلق لتايلور

الدرجة الكلية	درجات الحرية	قيمة "ت"	قيمة مربع إيتا η^2	حجم التأثير
	38	21.193	0.922	كبير

التعليق على الجدول: من خلال الجدولين (44-45) يتضح لنا أن قيمة مربع إيتا η^2 لمقياس القلق بلغت (0.922) وهي أكبر بكثير من (0.150) لذلك يعتبر حجم التأثير كبير جداً.

فمن خلال نتيجة الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في مستوى القلق النفسي في القياس التتبعي حيث تحصلنا على قيمة (ت) التي قدرت بـ (21.193) ومستوى الاحتمالية ($0.000 = \text{Sig}$)، وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، وبحساب حجم التأثير أن قيمة مربع إيتا η^2 لمقياس القلق التي بلغت (0.922) وهي

أكبر بكثير من (0.150) لذلك يعتبر حجم التأثير كبير جدا، أي أن الفرضية قد تحققت والتي نصت على وجود فروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس التتبعي لصالح المجموعة التجريبية.

اتفقت نتائج الفرض مع كل من القرني (2012) الذي توصل إلى فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي القائم على تدريبات الاسترخاء في خفض مستوى القلق النفسي، أرحومة (2012) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين درجات القياس البعدي والتتبعي أي أن البرنامج الإرشادي المصمم له فاعلية في التخفيف من مستوى القلق النفسي، القعدان وداد (2015) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي والتتبعي على مقياس القلق وتقدير الذات حيث أظهر أفراد المجموعة التجريبية انخفاضا على مقياس القلق وارتفاعا في الدرجة على مقياس تقدير الذات بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة، أخرس (2020) استمرارية فاعلية البرنامج في خفض قلق الاختبار إلى ما بعد فترة المتابعة، بديوي (2018) توجد فاعلية للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض قلق الامتحان لدى طالبات كلية التربية للعلوم الإنسانية، دراسة بوركوفيتش وآخرون (1991) فاعلية العلاج المعرفي السلوكي على المدى الطويل وهذا ما أظهرته نتائج القياس التتبعي حيث كان أقل إنتكاسة إذا ما تمت مقارنته بالعلاجات الأخرى، وتوصل لادوسور وآخرون (Ladoceur & al, 2000) إلى وجود تحسن على المرضى المطبق عليهم العلاج وإستمرار فاعليته في فترة المتابعة بعد ستة أشهر ثم 12 شهرا، أما لندن وآخرون (Linden & al, 2003) فوجدوا تحسن ملحوظ بعد الإنتهاء من البرنامج العلاجي لعينة الدراسة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطة مع وجود تحسن خلال فترة المتابعة التي استمرت لمدة 08 أشهر.

كما لم تتفق نتائج الفرض واختلفت مع دراسة خميس (2011) الذي توصل إلى عدم وجود فروق في فاعلية تقنية الاسترخاء بين القياس البعدي والتتبعي، كما توصل شويديح (2016) كذلك إلى عدم وجود ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس مفهوم المسؤولية الاجتماعية في القياس التتبعي بعد مرور 45 يوم من تطبيق البرنامج.

ومن الملاحظ أن نتيجة الدراسة قد اتفقت مع معظم الدراسات السابقة، وتعزي الباحثة اتفاق هذه النتيجة مع نتائج البحوث والدراسات السابقة إلى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي الذي تحققت أهدافه، ومن بين عوامل نجاح البرنامج أيضا حرص أفراد العينة على تطبيق ما تعلموه من الفنيات المعرفية والسلوكية في البرنامج في حياتهم اليومية، مما ساهم في خفض القلق لديهم في القياس التتبعي الذي تم إجراؤه بعد شهر من إنتهاء البرنامج وهذا يعني أن البرنامج ساهم في الوقاية من الإنتكاسة ومنع الإصابة بالقلق مرة أخرى، ولقد إتفقت معظم الدراسات بالإضافة إلى التراث النظري إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي ليس فقط من ناحية تخفيف الإضطراب وإنما أيضا في دوره في الوقاية من الإنتكاسة لهذا غالبا ما تتم مقارنة نتائج فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بالعلاج الدوائي الذي غالبا ما تكون لديه فاعلية كبرى في التخفيف من الاضطرابات، إلا أن هذا الأخير عادة ما تكون

لديه بعض الآثار الجانبية لدى بعض الأفراد.

خلاصة القول أن البرنامج المعرفي السلوكي له فاعلية وأثر على العينة التجريبية التي خضعت له دون المجموعة الضابطة في القياس التبعي، وهذا يعني أن أفراد المجموعة التجريبية قد حافظوا على المكاسب من العلاج المعرفي السلوكي، حيث ازداد انخفاض القلق في القياس التبعي على عكس المجموعة الضابطة التي كان لديها ارتفاع في كل من المستوى القبلي والبعدي ونظرا لعدم تعرضها للبرنامج بقي مستوى القلق النفسي مرتفعا خاصة مع زيادة حجم الدروس وبداية العد التنازلي للموعد الرسمي لامتحان شهادة البكالوريا مع احساسهم بالعجز في عدم القدرة على التحكم في الأمور، بالإضافة إلى المواقف المقلقة التي يتعرضون لها سواء في حياتهم الدراسية أو الدراسية مع عدم القدرة على التعامل معها بعقلانية كل هذا يجعلهم يعيشون تحت وطأة اضطراب القلق النفسي.

7. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية السابعة:

تنص الفرضية السابعة على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى القلق لدى المجموعة التجريبية من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في القياس البعدي تعزى لمتغير الجنس".
لاختبار صحة الفرض السابع تم استخدام اختبار "ت" للمجموعات المستقلة - Two independent sample T. Test بين الجنسين للمجموعة التجريبية، والجدول التالي يوضح نتائج التحليل الإحصائي:

جدول رقم (46): الفروق حسب متغير الجنس لمستوى القلق النفسي في القياس البعدي

المجموعة	القياس البعدي	العدد N	المتوسط Mean	الانحراف المعياري SD	قيمة T	درجات الحرية DF	مستوى الدلالة Sig
المجموعة التجريبية حسب الجنس	ذكر	10	25.60	1.17	1.718	18	0.103
	أنثى	10	24.50	1.64			

التعليق على الجدول رقم (46): يتضح من خلال الجدول أن المتوسط الحسابي قد بلغ في القياس البعدي للمجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس القلق النفسي للذكور (25.60) وبانحراف معياري (1.17)، وهو أكبر من المتوسط الحسابي للإناث المقدّر بـ (24.50) وبانحراف معياري (1.64)، كما بلغت قيمة "ت" (1.718) ومستوى الاحتمالية (Sig=0.103) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وهي غير دالة إحصائيا حيث أن مستوى القلق النفسي متساوي بين الذكور والإناث، ومنه نرفض الفرضية البديلة التي تقر وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق النفسي لتاييلور بين الجنسين لصالح الإناث، ومنه نقبل الفرضية الصفرية التي تنفي وجود الفروق بين درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي حسب متغير الجنس.

وبهذا فإن نتائج الفرض السابع لا تتفق مع كل من دراسة مقاوسي (2017) التي أفرت بوجود فروق

ذات وبهذا فإن نتائج الفرض السابع لا تتفق مع كل من دراسة مقاوسي (2017) التي أقرت بوجود فروق ذات دلالة إحصائية للمجموعة التجريبية في زيادة الدافعية للإنخراط في برنامج تخفيض الوزن لدى فئة المراهقين كلا الجنسين بعد تطبيق البرنامج النفسي، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في خفض مؤشر كتلة الجسم لدى المراهقين كلا الجنسين، وحجازي (2012) الذي توصل إلى وجود إنخفاض في مستوى القلق لدى الإناث أكثر من الذكور والذي أعزته الباحثة إلى طبيعة الذكور المتمردة على عكس الإناث، أحمد (2021) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في خفض القلق والسلوك العدواني لدى طلاب جامعة بخت الرضا تبعا لمتغير النوع لصالح الذكور.

ومن بين الدراسات التي توصلت كذلك إلى وجود فروق في القلق تعزى لمتغير الجنس نجد دراسة كل من علي وغريب (2018) وبوترة والأسود (2020) الذين توصلوا إلى وجود فروق في مستوى القلق الامتحان تعزى لمتغير الجنس، الزعي (1997) توصل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين الذكور والإناث في درجات مقياس القلق كحالة تعزى لصالح الإناث على عكس القلق كسمة.

واتفقت دراستنا مع كل من عبد الله (2018) الذي توصل إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي تبعا لمتغيرات الدراسة منها الجنس عطا الله (2010) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات الذكور والإناث من أفراد المجموعة التجريبية على مقياس قلق الامتحان في القياس البعدي، بابكر (2012) عدم وجود فروق تعزى لمتغير النوع في فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى القلق العام، وتوصل أيضا كل من صرداوي (2020) قريشي وقريشي (2013)، أبو خزام ودندي (2020) إلى عدم وجود فروق في القلق تعزى لمتغير الجنس.

تعزى الباحثة نتيجة الدراسة الحالية بالرغم من إتفاق العديد من العلماء والباحثين على أن الإناث أكثر عرضة للإصابة بالقلق وهذا راجع أكثر لحساسية وطبيعتهم التكوينية المختلفة.

كما تلعب الهرمونات الجنسية دورا في سبب شعور الإناث بالقلق، فهرمون الإستروجين يعتبر أحد الهرمونات الموجودة عند الإناث والذي يتعامل مع السيروتونين، وهو إحدى المواد الكيميائية في المخ المتضمنة عند الإصابة بكل من اضطراب الاكتئاب والقلق المرضي (ساداس وسياجل، 2010، ص36).

كما تعزى الباحثة نتائج الدراسة الحالية والتي تمثلت في عدم وجود فروق في درجات مستوى القلق لأفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي تبعا لمتغير الجنس إلى حرص كلا الجنسين على تنفيذ الواجبات المنزلية حيث كانوا متفاعلين أثناء الجلسات من حيث طرح الأسئلة والمناقشة، وهذا ما ساعدهم في الاستفادة من الجلسات وبالتالي إنعكس على درجات القياس البعدي، كما أن لكليهما رغبة ودافعية في الاستفادة من العلاج وتحسن حالتهم النفسية بالإضافة إلى الرغبة في النجاح والظفر بشهادة البكالوريا وتحقيق ذواتهم وطموحاتهم، بالإضافة إلى

التطور الذي نعيشه في مجتمعنا أدى إلى تحرر الفتاة، مما ساعدها على إكمال دراستها والالتحاق بالوظيفة التي تسعى إليها، كما تعزو الباحثة عدم تأثر أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي تبعاً إلى متغير الجنس إلى أن المراهقين ما زالوا في طور نمائي، ولم يختبروا بعد بعض الخبرات التي تعتبر مهمة وتؤثر على حياتهم وصحتهم النفسية والعقلية بشكل أو بآخر، والتي يرى بعض العلماء أن لها دور في نشوء بعض الاضطرابات من بينها القلق مثل خبرة العمل، الزواج، الحمل، والولادة.

8. عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثامنة:

تنص الفرضية الثامنة على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى القلق النفسي لدى المجموعة التجريبية من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في القياس التبعي تعزى لمتغير الجنس". لإختبار صحة الفرض الثامن تم استخدام اختبار "ت" للمجموعات المستقلة - Two independent sample T Test بين الجنسين، والجدول التالي يوضح نتائج التحليل الإحصائي:

جدول رقم (47): الفروق في مستوى القلق النفسي للمجموعة التجريبية في القياس التبعي حسب متغير الجنس

المجموعة التجريبية حسب الجنس	القياس التبعي	العدد N	المتوسط Mean	الانحراف المعياري SD	قيمة ت T	درجات الحرية DF	مستوى الدلالة Sig
المجموعة التجريبية حسب الجنس	ذكر	10	20.70	1.56	0.868	18	0.397
	أنثى	10	20.10	1.52			

التعليق على الجدول: يتضح من خلال الجدول رقم (47) أعلاه أن المتوسط الحسابي بلغ في القياس التبعي للمجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس القلق النفسي للذكور (20.70) وبانحراف معياري (1.56) والمتوسط الحسابي للإناث قدر بـ (20.10) وبانحراف معياري (1.52)، كما بلغت قيمة "ت" (0.868) ومستوى الاحتمالية (Sig=0.397) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وهي غير دالة إحصائياً، حيث أن مستوي القلق النفسي لا يختلف بين درجات الإناث والذكور.

ومنه يمكن القول بأن الفرضية التي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى القلق النفسي لدى المجموعة التجريبية من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في القياس التبعي تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث لم تتحقق، وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية التي تنفي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مستوى القلق النفسي.

خلاصة هذه النتيجة أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى القلق النفسي بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس التبعي حسب متغير الجنس، وتعزي الباحثة سبب عدم تحقق الفرضية إلى تأثير كلا الجنسين بالبرنامج، حيث كان لكل منهما الدافع للمشاركة فيه والرغبة في التحسن بالإضافة إلى المشاركة في المناقشة والحوار، مما أضفى على البرنامج جو يسوده الإحترام والثقة المتبادلة بالإضافة إلى إثراء البرنامج من خلال مشاركتهما، ولتطور العصر الذي نعيش فيه أثر بشكل كبير على المجتمع العربي والجزائري بصفة خاصة، حيث تغيرت أدوار المرأة والفتاة، ولم يعد دورها مقتصر في تكوين الأسرة ورعاية النشء بل أصبح لديها طموح والرغبة في النجاح واكتساح جميع الميادين، كما أصبحت الأسر الجزائرية تشجع أبناءها سواء كانوا ذكورا أو إناثا في الدراسة والعمل، كما أن نتائج هذا الفرض جاء تأكيداً لنتائج الفرض السابق والذي تمثل في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى القلق لدى المجموعة التجريبية من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في القياس البعدي تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، وهذا ما يزيد من التأكيد من عدم تأثير متغير الجنس على مستوى القلق لأفراد المجموعة التجريبية سواء في القياس البعدي أو التبعي، والتي اتفقت مع بعض الدراسات التي توصلت إلى عدم وجود فروق تعزى لمتغير الجنس مثل دراسة عبد الله (2018) التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي تعزى لمتغير الجنس، عطا الله (2010) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات الذكور والإناث من أفراد المجموعة التجريبية على مقياس قلق الامتحان في القياس البعدي، بابكر (2012) عدم وجود فروق تعزى لمتغير النوع في فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى القلق العام.

9. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الجزئية التاسعة:

تنص الفرضية التاسعة على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين القياسين البعدي والتبعي للمجموعة التجريبية"، لاختبار صحة الفرض التاسع تم استخدام اختبار "ت" للمجموعات المتصلة Two Paired – sample T Test بين القياسين البعدي والتبعي للعينة التجريبية والجدول التالي يوضح نتائج التحليل الإحصائي:

جدول رقم (48): الفروق بين القياس البعدي والتبعي لمستوى القلق النفسي للمجموعة التجريبية

المجموعة	القياس	العدد	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	درجات	مستوى
التجريبية	القياس البعدي	20	25.05	1.50	12.504	19	الدلالة Sig
	القياس	20	20.40	1.53			

						التبعية	
--	--	--	--	--	--	---------	--

التعليق على الجدول: يتضح من خلال الجدول رقم (48) أعلاه أن المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس القلق النفسي في القياس التبعي بلغ (20.40) وبانحراف معياري (1.53)، وهو أقل من المتوسط الحسابي في القياس البعدي المقدر بـ (25.05) وبانحراف معياري (1.50)، كما بلغت قيمة "ت" (12.504) ومستوى الاحتمالية ($\text{Sig} = 0.000$)، وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) ولصالح القياس التبعي، ومنه نقبل الفرضية التي تقرر وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتبعي لصالح القياس التبعي، لأنه انخفض مستوى القلق النفسي من (25.05) إلى (20.40).

اتفقت دراستنا مع كل من القرني (2012) فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي القائم على تدريبات الاسترخاء في التخفيف من القلق العام في القياس التبعي، أرحومة (2012) وجود فروق ذات دلالة عند مستوى الدلالة (0.01) بين درجات القياس البعدي والتبعي، إبراهيم (2016) وجود فروق ذات دلالة بين درجات القياس البعدي والتبعي للمراهقين بعد تطبيق مقياس الدراسة، العطية (2002) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياس البعدي والتبعي لصالح المجموعة التجريبية على مقياس القلق، الإسي (2014) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات متوسطات التطبيق البعدي والتبعي في درجات اضطراب القلق العام لصالح التطبيق التبعي.

واختلفت دراستنا مع دراسة خميس (2011) الذي توصل إلى عدم وجود فروق في فاعلية تقنية الاسترخاء بين القياسين البعدي والتبعي، روبنة (2015) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين البعدي والتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس القلق، طوبال (2017) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية البعدي والتبعي على مقياس الضغط النفسي، دايلي (2019) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين متوسط درجات الأفراد في درجة القلق النفسي في مرحلة القياس البعدي ومتوسط درجاتهم في مرحلة القياس التبعي القرني (2016) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات القياسين البعدي والتبعي في كل من انفعال الغضب وجودة الحياة لدى المجموعة التجريبية، الشريدة (2016) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الطالبات في المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات درجاتهم في القياس التبعي، أبو غالي (2016) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياسين البعدي والتبعي لدى طالبات المجموعة التجريبية عطا الله (2010) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياس البعدي والتبعي على أبعاد مقياس مهارة القلق، بديوي (2018) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس قلق الامتحان في القياسين البعدي والتبعي، بخاري (2020)

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس التفاعل الاجتماعي في القياسين البعدي والتتبعي.

من خلال هذه النتيجة نجد أن البرنامج المعرفي السلوكي كان له أثر على التلاميذ والذي انعكس على درجات القياس، حيث انخفضت نتائج القياس التتبعي مقارنة بالبعدي، فأفراد العينة التجريبية إستفادوا قدر الإمكان من الفنيات المعرفية السلوكية مما ساهم في الوقاية من الإنتكاسة ومنع عودة القلق النفسي مرة أخرى، بحيث أصبحوا أكثر قدرة على التعامل مع المواقف المقلقة والضاغطة بالرغم من إقتراب موعد إجتياز امتحان شهادة البكالوريا والذي يعتبر امتحان مصيري بالنسبة لهم، فأصبحوا أكثر قدرة على التفكير بعقلانية مع التحكم في مشاعرهم فتدريب الباحثة لأفراد المجموعة التجريبية على الفنيات المعرفية السلوكية المطبقة في البرنامج وحرصها على تطبيق الفنيات خارج الجلسات من خلال حثها الدائم لأفراد المجموعة التجريبية على إستغلال الفنيات التي تعلموها وتطبيقها بحرص مما ساعدهم على تطوير ذواتهم وقدرتهم على معالجة أنفسهم، ومن بين هذه الفنيات نذكر فنية الاسترخاء والتخيل ومراقبة الذات.

الإستنتاج العام

الإستنتاج العام:

يعتبر القلق أحد أهم المواضيع في علم النفس نظرا لتشعبه كمصطلح وكإضطراب، بحيث يعد مظلة تندرج تحتها العديد من الإضطرابات النفسية، وهذا ما يظهر جليا في كتاب الدليل التشخيصي الإحصائي للإضطرابات النفسية الذي يجعل من اضطرابات القلق النفسي محورا قائما بذاته، وكذلك في التصنيف الدولي للأمراض، حيث يعتبر من أهم الاضطرابات المنتشرة خاصة عند المراهق، ونظرا لأهمية الموضوع تناولنا في بحثنا القلق لدى التلميذ المتمدرس بالسنة الثالثة ثانوي الذي يقف في بوابة مفترق الطرق بين الحياة الحالية والإعتماد على الآخرين إلى الحياة الجامعية وتحقيق الإستقلالية، ولهذا هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض القلق النفسي لدى عينة من تلاميذ الثالثة ثانوي، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة المنهج التجريبي القائم على تصميم مجموعتين متكافئتين إحداها ضابطة والأخرى تجريبية، وتمثلت أدوات الدراسة في المقابلة العيادية من إعداد الباحثة، مقياس القلق لجانيت تايلور، البرنامج المعرفي السلوكي من إعداد الباحثة وتمثلت الفرضية العامة في معرفة فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي المعد من طرف الباحثة في التخفيف من مستوى القلق النفسي لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، والتي تحققت من خلال الفرضيات الجزئية حيث توصلت إلى فاعلية البرنامج لدى أفراد المجموعة التجريبية والذي انخفض لديها مستوى القلق في القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي حيث انخفض من 36.70 إلى 25.05، وظهر ذلك جليا في نسبة حجم التأثير التي بلغت 87%، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق في مستوى القلق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس القلق لصالح المجموعة التجريبية حيث بلغ مستوى القلق لدى المجموعة الضابطة 38.45 مقابل 25.05 للمجموعة التجريبية، وبلغت قيمة مربع ايتا (η^2) لمقياس القلق 0.82 وهي أكبر بكثير من 0.15 وانخفض كذلك مستوى القلق في القياس التبعي لدى المجموعة التجريبية حيث بلغ 40.50 مقارنة بالمجموعة الضابطة 20.40 بالإضافة إلى أن قيمة مربع ايتا (η^2) 0.92 وهي أكبر من 0.15 ويدل هذا على فاعلية البرنامج، وبهذه النتيجة اتفقت مع دراسة كل من (Andersson & al, 2012) الذين توصلوا إلى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي عن طريق الإنترنت في خفض أعراض الوسواس القهري لدى أفراد عينة البحث بنسبة 60%، وتوصل كذلك (Oued & al, 2019) إلى وجود فاعلية متوسطة الجودة على العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض الاكتئاب في نهاية العلاج والمتابعة بنسبة 63%، وتوصلا (van Steensel & Bögers, 2015) إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة اضطرابات القلق بنسبة 61% للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد و64% للأطفال غير المصابين باضطراب طيف التوحد، بالإضافة إلى أن قيم مؤشر ثبات التغير لأفراد المجموعة التجريبية تراوحت مابين (22-6.60) وهي أكبر من القيمة الحرجة 1.96، وهذا يعني أن للبرنامج المعرفي السلوكي فاعلية في خفض القلق ولقد اتفقت نتائج الفرضية العامة مع كل من بولكويرات وآخرون (2018) الذين توصلوا إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض اضطراب القلق والاكتئاب لدى

مرضى التصلب اللويحي، أما سلطاني ومكي (2019) فتوصلا إلى انخفاض في أعراض اضطراب الحصر المعمم لدى الحالة، وتوصلا مقداد واليامي (2012) إلى فعالية البرنامج في خفض قلق التحدث أمام الآخرين لدى طلاب الصفوف الأولى والثانية والثالثة، وتوصل (Abadsa, 2017) إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض القلق العام، وبديوي (2018) وجد فاعلية للبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض قلق الامتحان لدى طالبات كلية التربية للعلوم الإنسانية وعلي (2021) التوصل إلى فاعلية البرنامج الإرشادي في خفض القلق لدى أفراد العينة، أبو زيتون وآخرون (2021) توصلوا إلى وجود فاعلية للبرنامج التدريبي المستند إلى العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض القلق وتحسين تنظيم الانفعالات لدى عينة من المراهقين الناطقين ذوي اضطراب طيف التوحد بالأردن، توصل أحمد (2021) إلى فعالية البرنامج السلوكي المعرفي في خفض القلق والسلوك العدواني لدى طلاب جامعة بخت الرضا، (Laquerste & Tulen, 2010) فاعلية العلاج المعرفي السلوكي للآباء والأطفال في خفض اضطرابات القلق والاكتئاب، دراسة (Aydin& al, 2012) خفض القلق الاجتماعي والتشوهات المعرفية ذات الصلة لدى المراهقين بعد تطبيق البرنامج،

(Saravanan&Rajiah, 2014) انخفاض درجات القلق مع تحسن المعدل التراكمي للطلاب
(Manassis & al, 2014) فعالية العلاج المعرفي السلوكي للأطفال القلقين سواء مع أو بدون والدين نشطين.

كما نجح أغلبية أفراد المجموعة التجريبية في امتحان شهادة البكالوريا حيث تمثل عددهم 15 تلميذ وتلميذة مقارنة بـ 03 تلاميذ من أفراد المجموعة الضابطة مما يدل أن البرنامج قد ساعدهم في التخفيف من حدة القلق النفسي مما انعكس بالإيجاب على أدائهم في نتائجهم الدراسية واستطاعوا التحكم في الموقف المقلق باعتبار أن امتحان البكالوريا أحد المواقف الهامة المقلقة التي يشترك فيها التلاميذ جميعا ويعتبر عقبة رئيسية في حياتهم.

وبالنسبة لنتائج الفرضيات الجزئية فقد توصلت الدراسة إلى تحقق الفرضية الجزئية الأولى، والتي نصت على أن مستوى القلق النفسي مرتفع لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي حيث بلغ المتوسط الحسابي للمقياس 36.35 وهو أكبر من المتوسط الفرضي المقدّر بـ 30، حيث اتفقت مع دراسة كل من بوقفة وجبالي (2020) اللذان توصلا إلى وجود نسبة من القلق تقدر بـ 87.25% لدى أفراد عينة الدراسة، وكذلك اتفقت مع دراسة علي (2021)، بوترة والأسود (2020) الذين توصلوا إلى وجود قلق مرتفع لدى أفراد عينة الدراسة.

كما لم تتفق نتائج الفرض الأول مع دراسة كل من قريشي وقريشي (2013) اللذان توصلا إلى وجود قلق في حدود العادي لدى التلاميذ المرحلة النهائية للثانوية، غريب (1993) توصل كذلك إلى وجود قلق في حدود العادي لدى أفراد العينة، وأعزت الباحثة هذه النتيجة إلى الضغوط الدراسية لدى التلاميذ خاصة وأنهم على موعد اجتياز إمتحان شهادة البكالوريا، مما يجعل المراهق يعيش في صراع دائم بين الطموح لتحقيق هدفه والمتمثل في النجاح في شهادة البكالوريا ومشاعر الإحباط والفشل والخوف من عدم النجاح، كما يلعب تفسير المراهق للمواقف القلقة دورا في ظهور الأفكار السلبية، مما ينجم عنها الشعور بالقلق وبالتالي ظهور السلوكات التجنبية

والتي تساهم في تعزيز القلق بصورة مرضية، وهذا ما لمسناه في تحليل المقابلة العيادية حيث عانى التلاميذ من نقص الثقة بالنفس فيما يخص بالظفر بشهادة البكالوريا أو حتى الحصول على المعدل المناسب لكي يستطيعون الالتحاق بالتخصص المرغوب، كما تميزت أفكارهم بالسلبية والتشاؤم بالإضافة الى الخوف من المستقبل المجهول.

كما تحققت الفرضية الثانية التي نصت على عدم وجود فروق إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي على مقياس القلق لتايلور، وبهذه النتيجة فإن دراستنا اتفقت مع دراسة كل من القرني (2016) وروينة (2015) اللذان توصلا إلى عدم وجود فروق بين درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس القبلي حيث لكل منها مستوى مرتفع من القلق النفسي حسب المقياس المستخدم في الدراسة، وأعزت الباحثة تحقق الفرضية الثانية إلى تكافؤ العينتين من حيث مستوى القلق، حيث تم ضبط القياس القبلي قبل المرحلة التجريبية، بالإضافة إلى اختيار عينة الدراسة بشكل قصدي حيث توفرت على شروط معينة ملائمة لأهداف الدراسة.

توصلت الدراسة أيضا إلى تحقق الفرضية الثالثة التي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس القلق لتايلور حيث انخفض القلق من 36.70 إلى 25.05 بالإضافة إلى حجم التأثير 87%، ولقد اتفقت نتائج الفرض الثالث مع كل من دراسة أحمد (2021)، بودالي وآخرون (2019)، كينث ودنير (1986)، بوركوفيتش وآخرون (1991) الذين توصلوا جميعا إلى وجود فروق بين درجات القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي وأعزت الباحثة تحقق الفرض الثالث إلى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي الذي احتوى على أهم الفنيات المعرفية السلوكية والتي حرصت الباحثة على تدريب أفراد المجموعة التجريبية عليها، بالإضافة إلى انضباطهم في الحضور وحرصهم الدائم على تطبيق ما يطلب منهم أثناء جلسات البرنامج أو خارجها، مما ساهم في تغير الأفكار السلبية وطريقة تفكيرهم نحو المواقف المقلقة، كما لعبت العلاقة العلاجية بين الباحثة والتلاميذ دورا هاما في التحسن.

وبالنسبة للفرضية الرابعة التي نصت على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس القلق لتايلور فإنها لم تتحقق، حيث تم قبول الفرضية البديلة التي أقرت بوجود فروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة حيث زاد مستوى القلق من 36 إلى 38.45، وبهذه النتيجة لم تتفق نتائج الفرض الرابع مع نتائج دراسة كل من طوبال (2017) العطية (2002)، بديوي (2018)، روينة (2015) الذين توصلوا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة.

ولقد أعزت الباحثة عدم تحقق الفرضية الرابعة إلى عدم تعرض المجموعة الضابطة لأي تدخل نفسي بالإضافة إلى مرور الوقت واقتراب الموعد الرسمي لامتحان شهادة البكالوريا، مما تسبب في زيادة مشاعر الإحباط والخوف من الفشل في البكالوريا وبالتالي زيادة ارتفاع في مستوى القلق لدى أفراد المجموعة الضابطة.

كما تحققت أيضا الفرضية الخامسة التي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس القلق لتابلور حيث بلغ مستوى القلق للمجموعة الضابطة 38.45 مقابل 25.05 للمجموعة التجريبية، وبهذه النتيجة اتفقت نتائج هذا الفرض مع نتائج كل من دراسة طوبال (2017)، القرني (2016)، (Lee & Lee, 2020)، علاء الدين وبركات (2021)، (Taty, 2012) الذين توصلوا إلى وجود فروق بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، وأعزت الباحثة سبب تحقق الفرضية الخامسة إلى فاعلية البرنامج المطبق في الدراسة الذي كان مكثفا وقصيرا ومع ذلك فإنه حقق هدفه العام والمتمثل في خفض القلق النفسي لدى التلاميذ على عكس المجموعة الضابطة التي زاد فيها مستوى القلق النفسي بسبب عدم تعرضها للبرنامج وهذا ما يدل على مدى فاعليته.

كما تحققت الفرضية السادسة التي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس التتبعي على مقياس القلق لتابلور حيث انخفض مستوى القلق لدى المجموعة التجريبية الذي بلغ 20.40 مقابل المجموعة الضابطة التي زاد فيها القلق 40.50 واتفقت نتائج الفرضية السادسة مع كل من القعدان وداود (2015)، أخرس (2020)، (Ladoceur & al, 2000) (Linden & al, 2003) حيث توصلوا إلى استمرار فاعلية برامجهم والذي ظهر في درجات القياس التتبعي لأفراد عينة دراساتهم، كما لم تتفق نتائج الفرضية السادسة مع دراسة كل من خميس (2011)، شويديح (2016) اللذان توصلوا إلى عدم وجود فروق بين درجات القياس البعدي والتتبعي، وأعزت الباحثة تحقق الفرضية إلى أن البرنامج المعرفي السلوكي له فاعلية وأثر والذي انعكست نتائجه في القياس التتبعي أي أن أفراد المجموعة التجريبية قد حافظوا على المكاسب من البرنامج المطبق عليهم من خلال حرصهم على تطبيق ما تعلموه من فنيات حتى بعد انتهاء البرنامج، حيث انخفضت درجات القلق في القياس التتبعي مقارنة بالقياس البعدي.

كما لم تتحقق نتائج الفرضية السابعة التي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى القلق لدى المجموعة التجريبية من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في القياس البعدي تعزى لمتغير الجنس، وبهذا فإن نتائج الفرضية السابعة قد اتفق مع دراسة كل من عبد الله (2018)، عطا الله (2010) اللذان توصلوا إلى عدم تأثر درجات القياس بمتغير الجنس، كما لم تتفق مع كل من دراسة حجازي (2012) أحمد (2021) اللذان توصلوا إلى وجود فروق في درجات القياس تعزى لمتغير الجنس، ولقد أعزت الباحثة سبب عدم تحقق الفرضية إلى أن لكلا الجنسين رغبة ودافعية في الاستفادة من العلاج وتحسن حالتهم النفسية، بالإضافة إلى الرغبة في النجاح والظفر بشهادة البكالوريا وتحقيق أهدافهم. كما لم تتحقق نتائج الفرضية الثامنة التي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى القلق النفسي لدى أفراد المجموعة التجريبية من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في القياس التتبعي تعزى لمتغير الجنس، وترى الباحثة بأن نتيجة هذا الفرض

جاءت تأكيداً لنتيجة الفرض السابع الذي توصل أيضاً إلى عدم وجود فروق بين القياس البعدي والتتبعي لأفراد المجموعة التجريبية تعزى لمتغير الجنس، وبالرغم من توصل العديد من الدراسات إلى أن الإناث أكثر هشاشة وعرضة للإصابة باضطرابات القلق وهذا يرجع إلى اختلاف طبيعة التكوين البيولوجي إلا أن نتيجة الفرضين السابع والثامن جاءت العكس، والذي أعزته الباحثة إلى حرص كلا الجنسين على الرغبة في التغيير والذي انعكس على تطبيق ما تعلموه من فنيات معرفية سلوكية خارج جلسات البرنامج، مما ساهم في الوقاية من الانتكاسة وتحقيق الأهداف التي سطرت من أجله.

كما تحققت الفرضية التاسعة التي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس القلق لتابلور حيث انخفض مستوى القلق من 25.05 في القياس البعدي إلى 20.40 في القياس التتبعي، وبهذه النتيجة اتفقت دراستنا مع كل من القرني (2012)، أرحومة (2012) اللذان توصلا إلى انخفاض درجات القياس التتبعي والذي يدل على فعالية برنامجهما، ولم تتفق نتائج الفرض التاسع مع دراسة كل من خميس (2011)، طوبال (2017) اللذان توصلا إلى عدم وجود فروق بين متوسطات درجات القياس البعدي والتتبعي لأفراد عينة الدراسة وأعزت الباحثة تحقق الفرضية التاسع إلى إستغلال أفراد المجموعة التجريبية الفنيات التي تم تدريبهم عليها، فحرصهم على تطبيقها الدائم ساعدهم على أن يصبحوا معالجين لأنفسهم من خلال التحكم في المواقف المقلقة.

ومنه نستنتج أن للبرنامج المعرفي السلوكي فاعلية في التخفيف من حدة القلق النفسي لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي بثنوية مصطفى بن بولعيد بمدينة مسعد، وهذا ما تبين من خلال حساب حجم الأثر الذي بلغ 87%، بالإضافة إلى الدلالة الإكلينيكية التي تم حسابها من خلال حساب قيم مؤشر ثبات التغير لكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية والتي تم تصنيف المشاركين من خلالها بأنهم لم يعودوا بحاجة للتدخل النفسي.

في الأخير يمكن القول أن نتائج الدراسة تنطبق على عينة الدراسة الحالية ولا يمكن تعميم نتائج الدراسة إلا في حالة تطبيقه في نفس الشروط وخصائص العينة، وبناء على نتائج الدراسة اقترحنا مجموعة من التوصيات والإقتراحات التي ارتأينا بأنها قد تكون ضرورية في المستقبل.

الخاتمة:

تعتبر المرحلة الثانوية من أهم المراحل الدراسية في حياة التلاميذ وبالأخص المقبلون على اجتياز امتحان شهادة البكالوريا خاصة أنهم على أعتاب انتقال إلى مرحلة جديدة في حياتهم والمتمثلة في الحياة الجامعية، فالنجاح في البكالوريا ليس فقط نجاح للتلميذ المراهق بل هو نجاح للأسرة وللمدرسة، وعادة ما نجد الكثير من المراهقين يسعون للنجاح ليس فقط لأنفسهم بل حتى من أجل الحصول على تقدير ذويهم وأساتذتهم، لذا يصبح المراهق فريسة سهلة للوقوع في القلق، الذي له انعكاسات سلبية في حالة عدم التكفل به وطلب العلاج ليس فقط من الناحية النفسية للمراهق بل يؤثر حتى على دراسته وتحصيله ومستقبله وعلى علاقاته بالآخرين، بالإضافة للقلق انعكاسات أيضا على الحالة الصحية، حيث وجدت بعض الدراسات علاقة بين القلق المزمن وبعض الاضطرابات السيكوسوماتية والأمراض العضوية.

نظرا لخطورة الوضع اهتم العلماء بتطوير البرامج والخطط العلاجية للتخفيف أو التخلص من حدة القلق وتعتبر البرامج القائمة على النظرية المعرفية السلوكية من أهم البرامج التي لاقت انتشارا واسعا بين الباحثين خاصة الجزائريين والذين استخدموها في التخفيف من القلق وحتى التخفيف من الاضطرابات النفسية الأخرى، فالعلاج المعرفي السلوكي له ميزات عدة إذا ما تمت مقارنته بالعلاجات الأخرى، حيث يعتبر عملي غير مكلف خطواته ومراحل تطبيقه واضحة إلا أنه يتطلب من الأخصائي النفسي أن يكون متدربا عليه من طرف معالجون وأساتذة مختصون في هذا المجال، بدءا من التشخيص إلى غاية العلاج والوقاية من الإبتكاسة ومنع العودة للإصابة بالاضطراب مرة أخرى.

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي فعال في التخفيف من حدة القلق النفسي لدى المراهقين وهذا ما توصلت إليه العديد من الدراسات التي اتفقت مع دراستنا الحالية، حيث توصلت إلى تحقق الفرضية الرئيسية والتي نصت على وجود فاعلية للبرنامج المعرفي السلوكي في التخفيف من مستوى القلق النفسي لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة بمدينة مسعد، حيث بلغت نسبة حجم التأثير 87% لدى أفراد المجموعة التجريبية، بالإضافة إلى حساب الدلالة الإكلينيكية حيث تبين أن قيم مؤشر ثبات التغير تراوحت ما بين 6.60-22 وهي أكبر من القيمة الحرجة الدالة احصائيا 1.96 وتمت مقارنتها بنقطة القطع حيث تبين تحسن أفراد المجموعة التجريبية ولم يعودوا بحاجة للتدخل مرة أخرى، كما تحققت كل من الفرضية الجزئية الأولى التي نصت على وجود مستوى مرتفع من القلق النفسي لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، وكذلك الفرضية الجزئية الثانية التي نصت على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي على مقياس القلق لتايلور، والفرضية الجزئية الثالثة التي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس القلق لتايلور، والفرضية الخامسة حيث وجدت فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية

في القياس البعدي على مقياس القلق لتابلور، والفرضية الجزئية السادسة من حيث عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى القلق بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس التبعي على مقياس القلق لتابلور، وتحققت كذلك الفرضية الجزئية التاسعة التي نصت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين القياسين البعدي والتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس القلق لتابلور، كما أن هناك فرضيات لم تتحقق من بينها الفرضية الجزئية الرابعة التي نصت على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس القلق لتابلور والفرضية الجزئية السابعة من حيث عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى القلق لدى المجموعة التجريبية من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في القياس البعدي تعزى لمتغير الجنس، ولم تتحقق الفرضية الجزئية الثامنة من حيث وجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في مستوى القلق النفسي لدى المجموعة التجريبية من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي في القياس التبعي تعزى لمتغير الجنس.

ورغم فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في التخفيف من القلق النفسي لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي المتدربين بثانوية مصطفى بن بولعيد بمدينة مسعد، إلا أن نتائج الدراسة الحالية تقتصر على عينة الدراسة الحالية ولا يمكن تعميمها ما عدا في حالة تطبيقه في نفس الشروط وخصائص العينة، ومع ذلك فإن الدراسة الحالية تفتح العديد من الآفاق والبحوث المستقبلية التي نراها ضرورية من وجهة نظر الباحث المتعلقة سواء ببناء البرامج المعرفية السلوكية ليس فقط الإرشادية أو العلاجية وإنما حتى الوقائية ومنع من ظهور الاضطرابات.

التوصيات والإقتراحات:

- من أهم التوصيات والإقتراحات التي نراها ضرورية من وجهة نظرنا نذكر:
1. إعداد برامج تدريبية في الثانويات المختلفة من أجل خفض مستوى القلق النفسي لدى التلاميذ، الأمر الذي ينعكس إيجاباً على أداء التلاميذ في كل الثانويات وكل السنوات كبرنامج إجباري.
 2. إجراء المزيد من البحوث النفسية حول أهم الأسباب المؤدية إلى القلق عند التلاميذ في كل المستويات.
 3. إعداد برامج إرشادية للأولياء حول كيفية التعامل مع أبنائهم المراهقين في حالة القلق ووقت الامتحانات المصرية.
 4. إجراء دراسات مسحية حول مدى إنتشار اضطرابات القلق في المجتمع الجزائري.
 5. إجراء دراسات حول العوامل المنبئة في ظهور القلق قبل تفشي أعراضه.
 6. الإهتمام بالصحة النفسية للتلاميذ من أجل تفادي الاضطرابات النفسية المستقبلية من أهمها القلق في فترة المراهقة.
 7. إنشاء مراكز بحث خاصة بالصحة النفسية للمراهقين.
 8. إجراء برامج إرشادية أو علاجية للآباء الذين يعانون من قلق مرتفع وهذا بإعتباره أحد العوامل المهمة في ظهور القلق لدى التلميذ المقبل على البكالوريا.
 9. إجراء المزيد من الدراسات التجريبية القائمة على أهم التطورات الحديثة في العلاج المعرفي السلوكي وفعاليتها في خفض القلق.
 10. إجراء دراسات تتبعية لمدة طويلة في المجتمع الجزائري حول تأثير العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق.
 11. تفعيل دور الأخصائيين النفسيين في وحدات الكشف والمتابعة من أجل التكفل بالتلاميذ.
 12. ضرورة التنسيق الإجباري بين الأخصائيين النفسيين ومستشاري التوجيه من أجل التكفل بالتلاميذ ذوي القلق المرتفع.
 13. تعريف التلاميذ بدور الأخصائي النفسي العيادي وتوعيتهم بأهمية العلاج النفسي من أجل تشجيعهم على طلب المساعدة النفسية عندما يستلزم الأمر.
 14. إجراء المزيد من الدراسات التجريبية حول فعالية العلاجات النفسية المختلفة في التخفيف من اضطرابات القلق لدى التلاميذ.
 15. محاولة التنسيق بين مراكز المساعدة النفسية الجامعية ووحدات الكشف والمتابعة من خلال إعداد برامج تخدم الحياة المدرسية وبالأخص التلاميذ المقبلين على إجتياز شهادة البكالوريا .
 16. تدريب الأخصائيين النفسيين خاصة العاملين بوحدات الكشف والمتابعة ومستشاري التوجيه على العلاجات المعرفية السلوكية وأهم مستجداتها.

17. ضرورة الممارسة بالإشراف للأخصائيين النفسيين أثناء تطبيقهم للعلاج المعرفي السلوكي من طرف معالجين معرفيين سلوكيين.
18. إعادة النظر في التكوينات الأكاديمية وضرورة إعداد معالجين معرفيين سلوكيين أو في المنهج التكاملية الحديث.
19. ضرورة إجراء بحوث مشتركة مع الجامعات الأجنبية من أجل الاستفادة من خبراتهم حول تطورات العلاجات المعرفية السلوكية.

المراجع

قائمة المراجع:

1. المراجع العربية:

- إبراهيم، زيزي السيد. (2018). مهارات العلاج المعرفي السلوكي في سياق الممارسة العلاجية والحياة اليومية. دراسات نفسية، 28(1)، 25-93.
- إبراهيم، سحر حسن. (د.ت.). الوقاية من المرض النفسي. دراسات عربية، 16(03)، 557-592.
- إبراهيم، سليمان عبد الواحد. (2014). الشخصية الإنسانية وإضطراباتها النفسية رؤية في إطار علم النفس الإيجابي. ط1. الوراق للنشر والتوزيع. عمان.
- إبراهيم، عبد الستار. (1994). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه ومبادئ تطبيقه. ط1. دار الفجر للنشر والتوزيع.
- إبراهيم، عبد الستار. (2002). القلق قيود من الوهم، مكتبة الإنجلو المصرية. القاهرة.
- إبراهيم، علا عبد الباقي. (2010). الخوف والقلق: التعرف على أوجه التشابه والإختلاف بينهما وعلاجها وإجراءات الوقاية منه. عالم الكتب. القاهرة.
- إبراهيم، علا عبد الباقي. (2014). الصحة النفسية وتنمية الإنسان. عالم الكتب.
- إبراهيم، محمد علي حسن. (2016). فاعلية برنامج تدريبي قائم على فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة القويما الاجتماعية لدى عينة من المراهقين الموهوبين. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، 04(13)، 373-415.
- ابريم، سامية. (2016). نقد نظرية ألبرت أليس (العلاج العقلاني الانفعالي). مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، 19(1)، 259-274.
- أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (2014). تعديل السلوك الإنساني: النظرية والتطبيق. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة. القاهرة.
- أبو أسعد، أحمد، والأزيدة، رياض. (2015). الأساليب الحديثة في الإرشاد النفسي والتربوي. مركز ديونو لتعليم التفكير.
- أبو جريدة، رضوى. (20 يونيو 2019). أطعمة تساعدك في مشاعر التوتر والقلق. موقع الكونسلتو. متاح على الرابط:

<https://www.elconsolto.com/psychiatric/psychiatric-news/details/2019/6/20/1584862/10-أطعمة-تساعدك-في-محااربة-مشاعر-القلق-والتوتر>

تم الإسترجاع 2020/04/03.

- أبو خزام، نعيمة علي، ودندي، أحلام أبو بكر. (2020). مستوى القلق لدى عينة من طلبة الثانوية بمدينة جنزور. مجلة كليات التربية، (18)، 58-76.
- أبو زعيزع، عبد الله يوسف. (2010). مبادئ العلاج النفسي. ط1. دار جليس الزمان للنشر والتوزيع الأردن.
- أبو زعيزع، عبد الله. (2011). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي: مدخل تحليلي. ط1. مركز ديونو لتعليم التفكير. عمان.
- أبو زيتون، موسى سليمان صالح، ابداح، روان عدنان، وأبو زيتون، سليمان موسى. (2021). أثر فاعلية برنامج مستند إلى العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض القلق وتحسين تنظيم الانفعالات لدى عينة من المراهقين الناطقين ذوي اضطراب طيف التوحد. مجلة العلوم القانونية والاجتماعي، 06(02)، جامعة زيان عاشور الجلفة، 82-102.
- أبو ستيت، رشا أحمد محمد أحمد. (2017). العلاج العقلاني لخفض اضطراب الوسواس القهري. ط1 المكتب العربي للمعارف. القاهرة.
- أبو عامر، فراس. (23 أبريل 2020). التغذية الصحية. حياتك.
- https://hyatok.com/%D8%A7%D9%84%D8%AA%D8%BA%D8%B0%D9%8A%D8%A9_%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D9%8A%D8%A9
- تم الاسترجاع 2020/05/01.
- أبو عزب، نائل إبراهيم. (2008). فعالية برنامج إرشادي مقترح لخفض قلق الاختبار لدى طلاب المرحلة الثانوية بمحافظات غزة. [رسالة ماجستير في علم النفس - إرشاد نفسي]. الجامعة الإسلامية. غزة.
- أبو غالي، عطا محمد. (2011). فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في خفض قلق الامتحان لدى عينة من طالبات الثانوية العامة بمحافظة رفح. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 12(03)، 49-78.
- أبو فاخرة، ياسمين جميل حافظ، الخضري، نجية، همام، وهمان، رياض، سارة عاصم. (2021). القلق وعلاقته بالطموح لدى طلاب المرحلة الثانوية. دراسات تربوية واجتماعية، 7(02)، 239-274.
- اجحادن حماني، ليلي. (2016). اختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب لدى عينة من الأطفال المتأخرين دراسيا. [رسالة ماجستير في علم النفس العيادي]. جامعة أبو القاسم سعد الله. جامعة الجزائر 02.
- أحمد، سيد أحمد محمد. (2021). أثر برنامج سلوكي معرفي مقترح لخفض القلق والسلوك العدواني لدى طلاب جامعة بخت الرضا. [رسالة دكتوراه في علم النفس تخصص الإرشاد النفسي]، جامعة النيلين.

- أخرس، نائل مُجَّد عبد الرحمن.(2020). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض قلق الاختبار لدى طالب جامعة الجوف بحث مدعوم من جامعة الجوف رقم 119. مجلة الخلدونية للعلوم الاجتماعية والإنسانية، 12(01)، 142-123.
- أخرس، نائل مُجَّد عبد الرحمن وناصر، محمود أمين.(2015).تعديل السلوك. ط1. مكتبة الرشد.
- ارحومة، صالحة مصباح.(2012). برنامج إرشادي لخفض القلق لدى طالبات الجامعة الليبية.مجلة البحث العلمي في الآداب، 2 (13)، 304-283.
- الإسي، هدير عز الدين صلاح.(2014).العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق: دراسة إكلينيكية [رسالة ماجستير في علم النفس].الجامعة الإسلامية.غزة.
- الأشوح، زينب صالح.(2014). طرق وأساليب البحث العلمي وأهم ركائزه. المجموعة العربية للتدريب والنشر.
- ألبرت، كارل.(2014). أنماط الشخصية أسرار وخفايا. (ترجمة: حسين حمزة). ط1. دار كنوز. عمان.
- بابكر، زهراء اسحاق أحمد.(2012). فاعلية علاج معرفي سلوكي على مرضى القلق العام المترددين على مستشفى التجاني الماحي للأمراض النفسية والعقلية بأم درمان. [رسالة ماجستير]. جامعة الخرطوم. السودان.
- بارديس، ش، أولدهام يوند، ج.م، وكاس، ف.م.(2009). في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي. (ترجمة: سامر جميل رضوان). ط1. دار الكتاب الجامعي. الإمارات العربية المتحدة.
- الببلاوي، إيهاب.(2001).قلق الكفيف تشخيصه وعلاجه، مكتبة زهراء الشرق.
- بخاري، مجدي نجم الدين جمال الدين.(2020). فاعلية برنامج علاجي لطلاب الجامعة ذوي اضطراب القلق وأثره على التفاعل الاجتماعي لديهم جامعة الملك عبد العزيز بجدة نموذجاً.المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية 04 (14)، 1-38.
- بدوي، زينب حياوي.(2018).فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في خفض قلق الامتحان لدى طالبات كلية التربية للعلوم الإنسانية في جامعة البصرة.مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية، (38)، 731-757.
- بثشة، حنان وبوعموشة، نعيم.(2020). الصديق والثبات في البحوث الاجتماعية. مجلة دراسات في علوم الإنسان والمجتمع، 03(02)، 133-117.
- برهان، حمادة.(2017).فاعلية برنامج إرشادي جماعي في خفض مستوى قلق الاختبار وتحسين عادات الاستدكار لدى عينة من الطلاب المتفوقين في كلية التربية بجامعة نجران. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 13(01) 131-119.

- برون تيموثي آ، أوليري، تريسي آ، و بارلو، ديفد هـ. (2002). اضطراب القلق العام. (ترجمة: محمد نجيب أحمد الصبوة) (ص 333-468). ديفد هـ ، بارلو. مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي. (ترجمة: صفوت فرج وآخرون). مكتبة الأنجلو المصرية.
- البطنجي، عائدة أحمد. (2015). فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض القلق النفسي لدى طلاب المدارس في المناطق الحدودية بشرق غزة. [رسالة ماجستير في علم النفس]. جامعة الأزهر. غزة.
- بكيري، نجية. (2012). أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكرين المراهقين [رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي]. جامعة الحاج لخضر. باتنة.
- بلان، كمال يوسف. (2015). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ط 1. دار الإصدار العلمي. عمان.
- بلحسيني، وردة. (2013). التدخل السلوكي وإستراتيجية التعرض (ET) في علاج القلق الاجتماعي. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (10)، 71-86.
- بلحسيني، وردة. (2014). اضطراب الهلع وثورة العلاج المعرفي السلوكي. دار الشروق للنشر والتوزيع. عمان.
- بلغالم، محمد. (2017). بناء برنامج معرفي سلوكي جماعي لخفض نوبات الهلع عند المصابين بفوبيا الأماكن المفتوحة: عينة من جامعة تلمسان. [رسالة دكتوراه في تقنيات وتطبيقات العلاج النفسي]. جامعة أبي بكر بلقايد. تلمسان.
- بلميهوب، كلثوم. (2011). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق المعمم. دراسات نفسية، 02 (05) 147-157.
- بلميهوب، كلثوم وزناد، دليلة. (2012). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الضغط التالي للصدمة. دراسات نفسية، 03 (07)، 20-09.
- بنات، صقر سعيد فؤاد. (2018). قلق الإنجاب وعلاقته بجودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة. [رسالة ماجستير في الصحة النفسية المجتمعية]. الجامعة الإسلامية. غزة.
- بن حالة، مريم. (2011). علاقة الطلاق بالقلق النفسي والاكتهاب عند النساء المطلقات: دراسة حالة على عينة من النساء بالجزائر. [رسالة ماجستير في الإرشاد والصحة النفسية]. جامعة الجزائر 2.
- بن زيد، جمال منصور، والفورية، تھاني عمر. (2018). برنامج معرفي سلوكي مقترح لخفض القلق لدى عينة من المراهقات. مجلة التربوي، (12)، 210-229.
- بن سعيد، زمعلاش واري عبد القادر. (2011). التكفل النفسي (المعرفي - السلوكي) باضطراب التكيف لدى نزلاء مراهقين ابتدائيين. [رسالة ماجستير في علم النفس الطفل والمراهق والإرشاد الأبوي]. جامعة وهران.

- بن صالح، هداية. (2016). فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض أعراض الضغط النفسي لدى المراهق المتمدرس. [رسالة دكتوراه في تقنيات وتطبيقات العلاج النفسي]. جامعة أبي بكر بلقايد. تلمسان.
- بن عبد الرحمان، أمال. (2022). العلاجات النفسية وأساليب تطبيق التقنيات العلاجية. دار الخيمة للطباعة والنشر والتوزيع. الجلفة.
- بن عبد الله، فوزية (2014). القلق العام الإشكالية والمفهوم. حوليات قلمة للعلوم الاجتماعية والإنسانية. (09)، 43-55.
- بن علو، الأزرق. (2002). كيف تتغلب على القلق وتنعم بالحياة. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة.
- بن عمور، جميلة، وبوجلal، سهيلة. (2021). القلق لدى المراهق المدمن على المخدرات في ضوء بعض المتغيرات الشخصية. مجلة الراصد لدراسات العلوم الاجتماعية، 01 (02)، 1-15.
- البهنساوي، أحمد كمال عبد الوهاب، الحديبي، مصطفى عبد المحسن، ومُجّد، آية اسماعيل مُجّد. (2019). مدى فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تحسين المرونة النفسية لدى ذوي الشعور بالوحدة النفسية من المعاقين بصريا، دراسات في مجال الإرشاد النفسي والتربوي، (06)، 1-24.
- بوترة، فايزة والأسود، الزهرة. (2020). قلق الامتحان وعلاقته ببعض المتغيرات دراسة ميدانية بمتقنة كركوبية خليفة الراجح الوادي. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 242-260.
- بوتفوشات، حميدة، وبركو، مزوز. (2017). أزمة الهوية لدى المراهق: مقارنة نفسية اجتماعية. حوليات جامعة قلمة للعلوم الاجتماعية والإنسانية، (20)، 663-691.
- بودالي، أمينة، بلاش، صليحة وأيت حبوش، سعاد. (2019). فعالية برنامج سلوكي معرفي في خفض درجة قلق الامتحان لدى عينة من تلاميذ السنة الرابعة متوسط: دراسة ميدانية بمتوسطة أحمد بن طلحة ببلدية خروبة. مجلة دراسات نفسية، 10 (16)، 29-46.
- بودحوش، نصر الدين. (2015). أثر برنامج علاجي في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى المصابين بالعقم: دراسة عيادية لعشر حالات. [رسالة ماجستير في علم النفس العيادي]. جامعة وهران 2.
- بوروبة، أمال. (2017). الاسترخاء العلاجي لإدارة الضغط النفسي لدى المراهق الجانح: اقتراح بروتوكول تشخيصي علاجي. [دكتوراه في علم النفس العيادي]. جامعة الحاج لخضر. باتنة 01.
- بوفرة، مختار وشعني نور الدين. (2017). قلق الموت وعلاقته ببعض المتغيرات: دراسة ميدانية بمدينة معسكر مختار. مجلة الرواق، (09)، 176-186.
- بوفيه، سيريل. (2019). مدخل إلى العلاجات السلوكية المعرفية. (ترجمة: فرحات بوزيان). دار المجدد. الجزائر.
- بوقفة، إيمان وجبالي، نور الدين. (2020). المرونة النفسية والقلق: دراسة ميدانية حسب منحى العلاج بالتقبل والالتزام على طلبة جامعة باتنة 1. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية باتنة، 21 (01). 465-488.

- بولكويرات، صليحة، شريفي، هناء وبرزوان، حسية. (2018). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من استجابة القلق والاكتئاب لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي (دراسة حالة). دراسات نفسية، 09(01)، 64-82.
- بومصباح، آسيا، شريفي، هناء، ومهمل، آسيا. (2017). فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعتمد على تقنية الحل في خفض ضغط النفسي المدرك وقلق الموت لدى حالة مصابة بالحمل العنقودي. دراسات نفسية، 08(14)، 64-55.
- بولنج، آن. (2008). قياس الصحة: عرض لمقاييس جودة الحياة. (ترجمة: حسين حشمت). مجموعة النيل العربية. القاهرة.
- بويس، أليس. (2017). حقبة أدوات علاج القلق: استراتيجيات لتصفية العقل وتجاوز العقبات الذهنية. ط1. مكتبة جرير. المملكة العربية السعودية.
- البياتي، فارس رشيد. (2018). الحاوي في مناهج البحث العلمي. ط1. دار السواقي العلمية. المملكة الأردنية الهاشمية.
- بيك، آرون. (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. (ترجمة: عادل مصطفى). دار الأفاق العربية. المملكة الأردنية الهاشمية.
- بيك، جوديث. (2007). العلاج المعرفي: الأسس والأبعاد. (ترجمة: طلعت مطر). الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية. القاهرة.
- تايلور، شيلي. (2008). علم النفس الصحي. (ترجمة: وسام درويش بريك وفوزي شاكرا طعيمة داود). دار حامد. عمان.
- التميمي، محمود كاظم محمود. (2013). الصحة النفسية مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية. ط1. دار صفاء للنشر والتوزيع. عمان.
- جابر، جابر عبد الحميد و خليل، نرمين محمود. (2019). الإرشاد النفسي النظرية والتطبيق. مكتبة الأنجلو المصرية.
- جابر، نصر الدين وبويمان، نادية. (2013). الاتجاهات الرائدة في الإرشاد المعرفي السلوكي. مجلة علوم الإنسان والمجتمع، 06(06)، 234-205.
- جامعة عبد الملك عبد العزيز (د.ت). إدارة الوقت.

<https://www.kau.edu.sa/GetFile.aspx?id=91402&fn=Time%20Management.ppt>

تم الاسترجاع 2021/12/23

- جبر، أحمد محمود. (2012). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة. [رسالة ماجستير في علم النفس]. جامعة الأزهر. غزة.
- الجنابي، صاحب عبد مرزوق. (2019). الأزمة النفسية: تشخيصها وأساليب التعامل معها. دار اليازوري العلمية.
- جمعة، ناصر سيد. (10-11 ديسمبر 2019). الواجبات المنزلية ودورها في نجاح جلسات الإرشاد النفسي. الملتقى البحثي الأول الواجبات المنزلية نحو ممارسات إيجابية وإبداعية، متاح على الرابط:
https://www.researchgate.net/publication/337873969_alwajbat_almnzlyt_wdwrha_fy_njah_jlsat_alارشad_wallaj_alnfsy
- الجمعية، عبد العزيز (د.ت). دليل العلاج المعرفي السلوكي الموجز BCBT. <https://2u.pw/4YODd4uU>. تم الإسترجاع 2022/12/11.
- حافظ، داليا نبيل (2019). فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي لخفض أعراض القلق وتحسين جودة الحياة لدى طلاب الجامعة ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية. مجلة الإرشاد النفسي، 1(58)، 124-186.
- الحانوتي، سعد موسى. (2016). الاضطرابات العصبية، العبيكان للنشر.
- حبيب، أحمد أمين مُجدد. (2015). فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج المعرفي السلوكي في خفض سلوك العنف لدى الأطفال الصم". مجلة كلية التربية، 18(1)، 455-492.
- حجازي، حمدي حامد (د.ت). العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركيا. مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الفيوم، 493-560.
- حجازي، علاء علي (2013). القلق الاجتماعي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى طلبة المرحلة الإعدادية بالمدارس الحكومية في محافظات غزة. [رسالة ماجستير علم النفس إرشاد نفسي]. الجامعة الإسلامية. غزة.
- الحجاوي، عبد الكريم. (2004). موسوعة الطب النفسي. ط1. دار أسامة للنشر والتوزيع. عمان.
- الحريزي، رافدة، الوادي، حسن، وعبد الحميد، فاتن. (2017). أساسيات ومهارات البحث التربوي والإجرائي. ط2. دار أمجد للنشر والتوزيع. عمان.
- حسن، محمود أبو المجد وجعفر، نورا تاج الدين. (2022). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب المزاج الدوري لدى طلاب كلية التربية بقنا. المجلة العلمية لكلية التربية، 38 (02)، 274-318.
- حسين، خيرى أحمد، السيد، منصور مُجدد، وعطيفي، سحر فرغلي مُجدد حسين. (2019). أثر فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض قلق الامتحانات لدى طلاب الصف الثالث ثانوي. المجلة العلمية لكلية التربية 35(04)، 269-289.
- الحلو، بثينة منصور. (2016). دراسات متنوعة في الشخصية. دار النهضة العربية.

- حمزاوي، زهية. (2018). فاعلية الاسترخاء التصاعدي لحاكسون في التخفيف من قلق الامتحان لدى الطالبات المقبلات على امتحان البكالوريا: دراسة ميدانية لأربع حالات بثنائية الأمير عبد القادر - مستغانم. دراسات نفسية وتربوية، 11 (02)، 182-198.
- حمودي، أسماء شاكرو. (2015). القلق النفسي لدى طلبة الجامعة ذوي الشهداء. لارك للفلسفة واللسانيات والعلوم الاجتماعية، 01 (19)، 382-359.
- الحويلة، أمثال هادي وعبد الخالق، أحمد محمد. (2010). القلق والاسترخاء العضلي المفاهيم والنظريات والعلاج. ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة.
- خضر، شيراز محمد. (2022). أمراض القلق والوسواس القهري. ط1. دار الأكاديمية.
- خضر، شيراز محمد. (2022). تقييم الأمراض النفسية. ط1. دار الأكاديمية.
- خضر، شيراز محمد. (2022). الطب والأمراض النفسية. دار الأكاديمية للطباعة والنشر والتوزيع.
- خميس، محمد سليم. (2011). الاسترخاء كآلية لاحتواء القلق النفسي لدى مرضى الربو. مجلة العلوم الإنسانية (35)، 268-247.
- الخواجة، عبد الفتاح. (2010). أساليب الإرشاد النفسي. ط1. دار البداية ناشرون وموزعون. عمان.
- الخواجة، عبد الفتاح. (2010). مفاهيم أساسية في الصحة النفسية والإرشاد النفسي. ط1. دار البداية ناشرون وموزعون. عمان.
- دايلي، ناجية. (2019). مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في التحسين من الصحة النفسية لدى المعلمات المتزوجات: دراسة ميدانية بالمدارس الابتدائية ببلدية الأوريسا-سطف. [رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي]. جامعة محمد لمين دباغين سطف. الجزائر.
- الدردير، عبد المنعم أحمد. (2006). الإحصاء البارامترى اللابارامترى: في اختبار فروض البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية. ط1. عالم الكتب. القاهرة.
- درياس، ليلي، وبركو، مازوز. (2022). فاعلية برنامج تعديل السلوكيات الغذائية للمراهقين. مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، 07 (01)، 634-611.
- الدسوقي، مجدي محمد. (1997). مقياس القلق للمراهقين. مجلة الإرشاد النفسي، 5 (7)، مصر، 52-21.
- دوزيس، ديفيد، جي. أ. ودوننس، كيث. إس. (2015). الوقاية من القلق والاكتئاب النظرية والبحث والممارسة، (ترجمة: عبد الله السيد عسكر). ط1. دار الكتاب. القاهرة.
- دويدار، إيمان. (2018). الصحة النفسية للأطفال والمراهقين. مؤسسة يسيطرون للطباعة والنشر.
- الدينه، دنيا، والزاهي، رانيا. (03 سبتمبر 2020). أسس التغذية السليمة للجسم. موقع سطور، <https://2u.pw/H2AEe1sr>، تم الاسترجاع 2020/11/10.

- راشد، علي (2005). كفايات الأداء التدريسي. ط1. دار الفكر العربي. القاهرة.
- ربيع، محمد شحاته. (2014). قياس الشخصية. ط5. دار المسيرة للنشر والتوزيع. عمان.
- رضوان، سامر جميل. (2020). علاج القبول والالتزام. Online Version <https://2u.pw/MOBqS5SC>، تم الاسترجاع 10/03/2023.
- رضوان، سامر جميل. (2022). الصحة النفسية في سن الطفولة والمراهقة. النشر نور.
- ركتور، نيل. (2021). العلاج المعرفي السلوكي: معلومات أساسية. (ترجمة: فرحات بوزيان). المركز الوطني للصحة النفسية. كندا.
- روبنة، سليمة. (2015). فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي يهدف لرفع تقدير الذات وخفض درجة القلق لدى الأطفال المتدربين الناجم عن طلاق الوالدين. [رسالة دكتوراه في الإرشاد والصحة النفسية]. جامعة الجزائر 02.
- الزراد، فيصل محمد خير. (2008). العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي والوسواس القهري بطريقة الكف بالنقيض. ط2. دار العلم للملايين. بيروت.
- الزعبي، أحمد محمد. (1997). مستوى القلق كحالة وكسمة لدى طلبة جامعة صنعاء. مجلة مركز البحوث التربوية، (12)، جامعة قطر، 105-128.
- الزعبي، أحمد محمد. (2010). سيكولوجية المراهقة: النظريات - جوانب النمو - المشكلات وسبل العلاج. ط1. دار زهراء للنشر والتوزيع. عمان.
- الزعبي، أحمد محمد. (2013). الأمراض النفسية المشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال. ط1. دار زهراء للنشر والتوزيع. عمان.
- زعتر، نور الدين. (2010). القلق. ط1. دار الأوراسية. الجلفة.
- زعتر، نور الدين. (2016). فعالية برنامج علاج سلوكي متعدد المحاور بمحتوى ديني في تخفيض الاكتئاب النفسي: دراسة تجريبية على عينية من التلاميذ المكتتبين بثانوية بلحشرش البشير حاسي بجبج ولاية الجلفة. [رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي]. جامعة أولاد لخضر باتنة 01.
- زغير، رشيد حميد. (2010). الصحة النفسية والمرض العقلي النفسي. ط1. دار الثقافة. عمان.
- زهران، حامد عبد السلام. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط4. عالم الكتب. عمان.
- زوريق، غنية وبلميهور، كلثوم. (2022). الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي: علاج التقبل والالتزام. مجلة دراسات إنسانية وإجتماعية، 11 (03)، 677-690.
- زيدندر، موشي وماثيوس، جيرالد. (2016). القلق. (ترجمة معتر سيد عبد الله والحسين محمد عبد المنعم). عالم المعرفة. الكويت.

- ساداس، ي.م.أ.ل.ب. ، وسياجل، ش.م.أ.ل.ب.(2010). كيف تتعامل مع شعور الأطفال بالقلق؟: نصيحة احترافية لمساعدة طفلك على الشعور بالثقة والسعادة والأمان. (ترجمة: بدر مُجد العدل). مكتبة الشقري. الرياض.
- سالم، محمود مندوه مُجد. (2012). علم النفس الإكلينيكي (العيادي) فنياته وتطبيقاته. ط1. دار الزهراء. الرياض.
- سايحي، سليمة. (2012). قلق الامتحان وبعض العوامل المساعدة لظهوره لدى التلاميذ. مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، (07)، 74-89.
- سخسوخ، حسان. (2007). أثر مستوى القلق العام على دافع الإنجاز لدى الطلاب المتفوقين عقليا بمرحلة التعليم الثانوي: مقارنة إرشادية نفس- مدرسية. [رسالة ماجستير في علم نفس المدرسي] جامعة باتنة. الجزائر.
- سخسوخ، حسان. (2014). فعالية برنامج إرشادي مصغر للتعامل مع بعض المشكلات النفسية لدى طلاب وطالبات الجامعة. [رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي]، جامعة سطيف 2. الجزائر.
- السدحان، عبد الله بن ناصر وآخرون (2018). دليل الإرشاد الأسري: تصميم البرامج الإرشادية. فهرسة مكتبة فهد الوطنية أثناء النشر.
- سرحان، وليد، التكريتي، عدنان، وحباشنة، مُجد. (2013). القلق. ط3. دار مجدلاوي للنشر والتوزيع. الأردن.
- سرور، عفاف مُجد عمر. (2013). فاعلية برنامج معرفي سلوكي مصمم لخفض مستوى الرهاب الاجتماعي: دراسة حالة المرضى المترددين على مستشفى الطب النفسي، بورتسودان ولاية البحر الأحمر، السودان. [رسالة دكتوراه فلسفة في علم النفس الصحي]. جامعة الجزيرة.
- سعد الله، الطاهر. (2009). الإطار النظري لظاهرة القلق: وجهة نظر التحليل النفسي. مجلة البحوث والدراسات، (07)، 235-256.
- سفاري، لبنى. (2022). دراسة الحالة في علم النفس العيادي: النموذج التحليلي والنموذج السلوكي المعرفي بين التعارض الاستمولوجي والتكامل الإنساني. مجلة الحكمة للدراسات الفلسفية، 159-171.
- سلطاني، عومرية، ومكي، مُجد. (2019). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الحصر المعم دراسة حالة لإمرأة مصابة بالضغط الدم الحلمي. دراسات نفسية وتربوية، 12 (02)، 140-156.
- سليم، مريم. (2002). علم نفس النمو". ط1. دار النهضة العربية. بيروت.
- سليمان، عبد الرحمن سيد وعبد الله، هشام إبراهيم. (1996). دراسة لموضع الضبط في علاقته لكل من قوة الأنا والقلق لدى عينة من طلبة وطالبات قطر. مجلة مركز البحوث بجامعة قطر (09)، 95-133.
- السيد، شيماء مُجد إبراهيم. (2019). العلاج المعرفي السلوكي لدى الأطفال. المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال، 05 (03)، 247-273.
- السيد، منى توكل. (1433). مفاهيم أساسية في الصحة النفسية. ط1. مكتبة الملك فهد الوطنية. الرياض.
- السيد، نفين صابر عبد الحكيم. (2009). ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك اللاتوافقي للأطفال المعرضين للانحراف. مجلة كلية الآداب بجامعة حلوان، (26)، 695-747.

- سي وود، جيفري. (2020). العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات الشخصية: دليل عملي برنامج خطوة بخطوة. (ترجمة: عبد الجواد خليفة أبو زيد). مكتبة الأنجلو المصرية.
- الشافعي، ناصر. (2009). فن التعامل مع المراهقين مشكلات وحلول. ط1. دار البيان.
- شامخ، بسمة كريم، وحسن، هدية جاسم. (2013). أثر العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب العناد الشارد لدى طالبات المرحلة الابتدائية. مجلة الأستاذ، 1 (204)، 583-626.
- شحادة، محمد أمين. (2005). إدارة الوقت بين التراث والمعاصرة: كيف تنجح في إدارة وقتك.. وبالتالي حياتك!. دار ابن الجوزي.
- الشرييني، لطفي. (2015). الدليل إلى فهم وعلاج القلق. دار العلم والإيمان.
- الشريدة، أمل صالح سليمان. (2016). فاعلية برنامج معرفي انفعالي سلوكي لتخفيف من حدة الضغوط النفسية لدى عينة من طالبات كلية التربية جامعة القصيم. العلوم التربوية، (04)، 289-313.
- الشريف، غادة عبد الباقي محمد مأمون، فريز، فاطمة حلمي، ودسوقي، شرين محمد (2014). تصور مقترح لخفض قلق المستقبل من وجهة نظر الطلاب والمعلمين بالمرحلة الثانوية. مجلة كلية التربية، 604-627.
- الشطبي، تغريد سليمان (2015). القلق لدى المراهقين الكويتيين في مرحلتَي التعليم قبل الجامعي والتعليم الجامعي. مجلة كلية التربية، 25 (06)، 341-396.
- شويده، أيوب دياب أحمد. (2016). فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تنمية المسؤولية الاجتماعية لدى الأيتام بمعهد الأمل بغزة. [رسالة ماجستير في الصحة النفسية والمجتمعية]. الجامعة الإسلامية، غزة.
- شيهان، دافيد. (1988). مرض القلق. (ترجمة: عزت شعلان، مراجعة: أحمد عبد العزيز سلامة) عالم المعرفة. الكويت.
- الصباغ، جمانة. (18 يناير 2018). أطمعة تسبب القلق والاكتئاب تجنبوها. هي HIA <https://2u.pw/t126dS8e> ، تم الاسترجاع 2019/12/3.
- صرداوي، نزيه (2010). القلق وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى تلاميذ السمة الثالثة ثانوي. دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية، (16)، 19-55.
- الصفدي، رولا محمد هاشم (2013). المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية وعلاقتهما بقلق المستقبل لدى زوجات الشهداء والأرامل بمحافظات غزة. [رسالة ماجستير في علم النفس]. جامعة الأزهر. غزة.
- طوبال فطيمة. (2017). فاعلية برنامج سلوكي معرفي في خفض أعراض الضغط النفسي لدى عينة من المراهقين المتمدرسين بالثانوية. [رسالة دكتوراه في علم نفس الصحة]. جامعة محمد لمين دباغين 02 سطيف.
- الطيب، محمد حيدر الخبر. (2015). أساليب قياس القلق النفسي وطرق علاجه. مجلة جامعة القرآن الكريم وتأسيس العلوم، (1)، 274-305.

- عبد تلاحمة، جبارة. (2019). فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض درجة قلق الرياضيات لدى عينة من طلبة الصف التاسع في مدارس دورا. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، 10 (27) 246-232.
- عبد الخالق، أحمد مُجَّد. (1998). قلق الموت. عالم المعرفة. الكويت.
- عبد الخالق، أحمد مُجَّد. (2015). علم نفس الشخصية. ط2. مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الخالق، أحمد مُجَّد. (2016). أكتئاب الطفولة والمراهقة: التشخيص والعلاج. مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الستار، إبراهيم. (2002). القلق قيود من الوهم. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
- عبد الستار، إبراهيم. (2008). عين العقل دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير الإيجابي العقلاني. ط1. دار الكاتب.
- عبد القوي، سامي. (2018). علم الأدوية النفسية الإكلينيكي. ط2. مكتبة الإنجلو المصرية.
- عبد الله، تجاني مُجَّد حسن (2018). فاعلية برنامج معرفي سلوكي في معالجة الاكتئاب لدى مرض الفشل الكلوي المزمن: دراسة تطبيقية على المرضى بمراكز أمراض وجراحة الكلى بمستشفى ابن سينا بولاية الخرطوم. [رسالة دكتوراه فلسفة في علم النفس الصحي]. جامعة الجزيرة.
- عبدووني، عبد الحميد، وصياد، نعيمة. (2013). برنامج إرشادي لتعديل خصائص نمط سلوك (أ) في تخفيض قلق الامتحان لدى عينة من طلاب البكالوريا. مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية، (10)، 259-245.
- عبيد، ماجدة بهاء الدين السيد. (2008). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية. ط1. دار صفاء للنشر والتوزيع. عمان.
- عبيدات، مُجَّد، أبو نصار، مُجَّد ومبويضين، عقلة. (1999). منهجية البحث العلمي: القواعد والمراحل والتطبيقات. ط2. الجامعة الأردنية. الأردن.
- العبيدي، مُجَّد جاسم. (2013). علم النفس الإكلينيكي. ط3. دار الثقافة للنشر والتوزيع. عمان.
- عبود، مُجَّد، وجرادات، عبد الكريم. (2014). فاعلية التدريب على مهارات الدراسة وتقليل الحساسية المنتظم في خفض قلق الاختبار وتحسين الفاعلية الذاتية الأكاديمية لدى عينة من طلبة الصف العاشر في محافظة عجلون. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، 28 (09) 2220-2187.
- العتيبي، رحاب. (2016). المعالج الشخصي. إصدارات إي كتب. لندن.
- عثمان، فاروق السيد. (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية. ط1. دار الفكر العربي. القاهرة.
- عجوة، عبد العال حامد، أبو شنب، منى عبد الرزاق، سعادة، مروة صلاح، والدسوقي، ياسمين صلاح الدين. (2019). فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تخفيف التمرد النفسي لدى طلاب كلية الاقتصاد المنزلي جامعة المنوفية. مجلة الاقتصاد المنزلي، 29 (04)، 34-1.

- عزاق، رقية، ولموشي، حياة. (2018). العلاج المعرفي السلوكي كتقنية علاجية للأفكار الانتحارية. دفاتر مخبر المسألة التربوية في ظل التحديات الراهنة، (19)، 79-94.
- العسكري، عبود عبد الله (2004). منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية. ط2. دار النمير. دمشق.
- عشاشة، حنان وبلميهور، كلثوم. (2020). فعالية برنامج معرفي سلوكي في التخفيف من حدة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالسيدا. مجلة دراسات نفسية، 11(01)، 165-188.
- عطا الله، مصطفى خليل محمود. (2021). العلاج المعرفي السلوكي وفقا لنموذج دونالد ميتشنيو: المفهوم، المبادئ الأساسية، الفنيات العلاجية. مجلة البحث في التربية وعلم النفس، 36(01)، 241-262.
- العطية، أسماء عبد الله محمد (2002). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق الشائعة لدى عينة من الأطفال بدولة قطر. مجلة مركز البحوث التربوية (21)، 221-228.
- عطية، محمود. (2010). ضغوط المراهقين والشباب وكيفية مواجهتها. مكتبة الإنجلو المصرية.
- عقون، آسيا (2018). الضغط المهني وعلاقته باستجابة القلق لدى معلمي التربية الخاصة دراسة ميدانية بمراكز التربية الخاصة لولايي سطيف و ب ب ع. مجلة العلوم الإنسانية للجامعة أم البواقي، (09)، 434-447.
- العقون، لحسن، وسلطانية، نسرین (2021). مستويات الصحة النفسية العامة لدى الشباب في المجتمع الجزائري. مجلة المقدمة للدراسات الإنسانية والاجتماعية، 06(01)، 135-150.
- عكاشة، أحمد وعكاشة طارق. (2018). الطب النفسي المعاصر. ط17. مكتبة الإنجلو المصرية.
- عكاشة، أحمد، المساري، ادريس، نجم الدين، سالم، والجدى، الصديق. (2017). الاضطرابات العصبية disorder والمرتبطة بالكرب Stress والاضطرابات الجسدية الشكل، نخبة من أساتذة الطب النفسي بالجامعات العربية، دليل الطب النفسي: شهادات من واقع التجربة. وكالة الصحافة العربية (ناشرون)، متاح على الرابط:
- https://books.google.dz/books?id=uBgxDwAAQBAJ&pg=PT2&hl=ar&source=gb_s_toc_r&cad=2#v=onepage&q&f=false
- علاء الدين، جهاد وبركات، سلسبيل. (2021). أثر الإرشاد الجمعي بالعلاج المعرفي السلوكي والعلاج القصصي في التقليل من القلق والاكتئاب لدى المطلقات والأرامل السوريات. دراسات نفسية وتربوية، 14(01)، 261-274.
- علي، حسام محمود زكي. (2021). فاعلية الارشاد البنائي الذاتي في تنمية المناعة النفسية لطلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي، 02 (68)، 1-53.
- علي، سعاد حسني سالم. (2021). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض القلق النفسي لدى عينة من المدمنين المتعافين. المجلة التربوية، 01 (08)، 533-576.

- علي، سماح حمزة شلالى. (2017). الشعور بالذنب وعلاقته بالقلق الصريح لدى طالبات كلية التربية للبنات/جامعة بغداد. حوليات آداب عين شمس، 46 (أكتوبر/ديسمبر)، 275-248.
- علي، السيد فهمي. (2010). علم النفس المرضي: نماذج لحالات اضطرابات نفسية وعلاجها الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.
- علي، عبلة سعيد قسم الله. (2019). التصميم والفاعلية لبرنامج سلوكي معرفي إرشادي لخفض القلق والخوف لدى مرض القلب قبل العمليات الجراحية بمستشفى أحمد قاسم ولاية الخرطوم. [رسالة دكتوراه في الإرشاد النفسي والتربوي]. جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
- علي، مُجّد وغريب، العربي. (2018). قلق الامتحان وعلاقته بتقدير الذات بأبعاده لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي. مجلة التنمية البشرية، (10)، 94-76.
- عمر، سيف الإسلام سعد. (2009). الموجز في منهج البحث العلمي. ط1. دار الفكر. دمشق.
- عمر، ماهر محمود. (2009). المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي. دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية:
- العمري، صالح ظافر. (2011). فعالية برنامج إرشادي معرفي السلوكي لخفض مستوى القلق لدى التلاميذ الأيتام بالطائف. [رسالة ماجستير في التوجيه والإرشاد التربوي]. جامعة الملك عبد العزيز المملكة العربية السعودية.
- عناية، غازي. (2014). منهجية إعداد البحوث والرسائل الجامعية: بكالوريوس، ماجستير دكتوراه، دار المناهج للنشر والتوزيع. الأردن.
- عواد، علي. (2010). معجم الطب النفسي والعقلي، دار أسامة للنشر والتوزيع. عمان.
- الغامدي، حامد أحمد. (2010). مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف. مجلة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، 02(01)، 51-11.
- الغامدي، مُجّد بن فوزي. (2018). إدارة الوقت. مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.
- غانم، مُجّد حسن. (2005). كيف تتعامل مع القلق النفسي. الكتب العربية. متاح على الرابط:
<https://www.noor-book.com/-pdf-كيف-تتعامل-مع-القلق-النفسي-كتاب->
- غانم، مُجّد حسن. (2006). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية. ط1. مكتبة الأنجلو المصرية.
- غباري، ثائر أحمد وأبو شعيرة، خالد مُجّد. (2015). سيكولوجيا الشخصية. دار الإحصاء العالمي للنشر والتوزيع ومكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع. عمان.
- غراب، هشام أحمد محمود. (2000). القلق وعلاقته ببعض المتغيرات الثانوية العامة بمدارس محافظات غزة. [رسالة ماجستير في التربية تخصص علم النفس]. الجامعة الإسلامية. غزة.

- قزيط، نورية عمر. (2016). قلق المستقبل وتقدير الذات وعلاقتهما بصورة الجسم لدى مبتوري الأطراف بعد ثورة 17. [رسالة ماجستير في علم النفس]. الأكاديمية الليبية. فرع مصراته.
- القشاعلة، بديع عبد العزيز. (2021). مختصر أساليب العلاج النفسي. مركز السيكلوجي للنشر الإلكتروني النقيب. فلسطين.
- قطيشات، نازك عبد الحليم، والتل، أمل يوسف. (2009). قضايا في الصحة النفسية. ط1. دار كنوز للمعرفة العلمية للنشر والتوزيع.
- القعدان، فارس ياسين وداود، نسيمه علي. (2015). أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى القلق وتحسين تقدير الذات لدى عينة من طلبة الصفين التاسع والعاشر الأساسي من ذوي اضطراب التصرف. دراسات العلوم التربوية، الأردن، 42(2)، 693-710.
- القواسمة، رشدي. (2012). مناهج البحث العلمي. منشورات جامعة القدس المفتوحة.
- قوراري، بن علي، بوراس، فاطمة الزهراء، وتقيق، جمال. (2018). أثر برنامج ترويجي رياضي مقترح للتخفيف من حدة القلق عند كبار السن (60-65): بحث تجريبي أجري على عينة من المسنين المتقاعدین ببعض المدن الغربية للجزائر. مجلة الباحث للعلوم الإنسانية والإجتماعية، 33(33)، 217-224.
- قولي، أسامة إسماعيل. (2006). العلاج النفسي بين الطب والإيمان. دار الكتب العلمية.
- الكحيمي، وجدان عبد العزيز، حمام، فادية كامل ومصطفى، على أحمد سيد. (2003). الصحة النفسية للطفل والمراهق. ط1. مكتبة الرشد ناشرون. الرياض.
- كرينج آن، م، جونسون شيري، ل، نيال، جون م، دافيسون، جيرالد، س. (2016). علم النفس المرضي (ترجمة: أمثال هادي الحويلة، فاطمة سلامة عياد، هناء شويخ، ملك جاسم الرشيد، نادية عبد الله الحمدان). ط2. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
- كفافي، علاء الدين. (1999). الإرشاد والعلاج النفسي الأسري: المنظور النسقي الاتصالي. ط1. دار الفكر العربي. القاهرة.
- كنزلي، هيلين، كيرك، جوان، وويستبروك، دافيد. (2018). مقدمة في العلاج المعرفي السلوكي: المهارات والتطبيقات. (ترجمة باجس معالي وبسمة عيد الشريف). ط1. دار الفكر العربي. عمان.
- كوروين، بيرني، رودل، بيتر، وبالمر، ستيفين. (2008). العلاج المعرفي- السلوكي المختصر. (محمود عيد مصطفى). ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- كولز، إ، م. (2011). المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي. (ترجمة: عبد الغفار عبد الحكيم الدماطي، ماجدة حامد حماد، حسن علي حسن، مراجعة: أحمد محمد عبد الخالق). دار المعرفة الجامعية. مصر.

- لازاروس، آرلوند. (2002). العلاج النفسي الشامل الحديث: الأسلوب المتعدد الأشكال والمختصر. (ترجمة: محمد حمدي الحجار). مؤسسة الرسالة.
- ليهي، ر.ل. (2020). فنيات العلاج المعرفي: دليل الممارسين. (ترجمة: تيسير إلياس شواش، سامي بن صالح العرجان، وأحمد إسماعيل هاشم). دار الفكر. عمان.
- ماسترز، وليم، وسيترز، رالف. (1998). المراهقة والبلوغ. (ترجمة: خليل رزوق). دار الحرف العربي للطباعة والنشر والتوزيع ودار المناهل للطباعة والنشر والتوزيع.
- ماكاي، ماثيو، ديفير، مارتن، وفانينج، باتريك. (2012). الأفكار والمشاعر: السيطرة على حالاتك المزاجية وعلى حياتك. (ترجمة: سليمان الغديان). ط2. مكتبة الكندل العربية ومكتبة جرير.
- ماكاي، ماثيو، سكين، ميشيل، وفانينج، باتريك. (2022). العلاج المعرفي السلوكي حل القلق: علاج غير مسبوق للتغلب على الخوف والهلع. (ترجمة: امارة يحيى عرفة، نسرين فكري عكاشة، ريم الرفاعي) مكتبة الأنجلو المصرية.
- المالكي، شروق. (8 آذار 2021). حمية ضد التوتر والقلق: قائمة بأهم الأطعمة. webteb، https://www.webteb.com/articles/كافح-القلق-والتوتر-بالغذاء_17264، تم الاسترجاع 2021/04/3.
- مجادي، حسية. (2014). ماهية البكالوريا وأهميتها. مجلة البدر، 06(08)، 186-165.
- المحارب، ناصر بن إبراهيم. (2000). المرشد في العلاج الإستعرافي السلوكي. دار الزهراء. الرياض.
- المحارب، ناصر بن إبراهيم. (2005). أعراض الاكتئاب والقلق لدى الطلاب والطالبات في المملكة العربية السعودية: متى تبدأ الفروق؟. دراسات العلوم التربوية، 32 (01)، 127-111.
- محروم، مريم حسني محمد والحوالدة، صالح سليم سويلم. (2021). العلاج السلوكي الجدلي: مدخل علاجي واعد. مجلة علوم الإنسان والمجتمع، 10(02)، 409-367.
- محمد، أحمد جاد المولى محمد والإنه، جلال علي إبراهيم. (2016). برنامج مقترح باستخدام العلاج المعرفي السلوكي لتنمية تقدير الذات لدى الموهوبين ذوي صعوبات التعلم. مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، (45)، 253-223.
- محمد، انتصار عبد القادر صالح، والحسيني، حسين محمد سعد الدين. (2016). الذكاء الوجداني لدى طلاب المرحلة الثانوية. المجلة العلمية لكلية رياض الاطفال، 02(04)، 108-83.
- محمد، عادل عبد الله. (1999). العلاج المعرفي السلوكي: الأسس والتطبيقات. دار الرشد.

- مُجَد، قمر الدين إبراهيم موسى. (2012). تقنين مقياس تايلور للقلق الصريح على البيئة السودانية. [رسالة ماجستير في الآداب تخصص القياس النفسي]. جامعة أم درمان الإسلامية.
- مُجَد، موهب الرشيد إبراهيم. (2018). القلق لدى طالبات كلية التربية بالزلفي وعلاقته ببعض المتغيرات: دراسة مقارنة بين قسمي الدراسات الإسلامية والتربية الخاصة. المجلة الإلكترونية الشاملة متعددة المعرفة لنشر الأبحاث العلمية والتربية (MECSI)، (05)، 1-23.
- محمود، نهاد عبد الوهاب. (2016). علم النفس الإكلينيكي بين النظرية والتطبيق. ط1. دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- مختار، رفيق صفوت. (2019). لا تدع القلق يسيطر على حياتك. أطلس للنشر والإنتاج الإعلامي.
- مزيد، مُجَد طاهر علي، والدبور، أحمد مُجَد. (2018). قراءات مختارة وموضوعات متنوعة في علم النفس. ط1. دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع. الجزائر.
- مسلم، سعدي جواد وجزاع، ناطق فحل. (2013). أثر موسيقى الاسترخاء في تخفيف بعض أعراض القلق لدى مراجعي طبيب الأسنان. مجلة البحوث التربوية والنفسية، (37)، 250-270.
- المشيخي، غالب بن مُجَد علي. (2009). قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف. [رسالة دكتوراه في الإرشاد النفسي]. جامعة أم القرى.
- المطيري، معصومة سهيل. (2005). الصحة النفسية مفهومها.. اضطراباتها. ط1. مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع. الكويت.
- معالي، إبراهيم باجس. (2014). فاعلية برنامج علاجي في خفض القلق النفسي وتنمية مفهوم الذات لدى الطلبة المتميزين. مجلة البلقاء للبحوث والدراسات، 17 (01)، 139-146.
- مقاسي، كريمة. (2017). فاعلية برنامج نفسي معرفي سلوكي للتخفيف من البدانة لدى فئة المراهقين. [رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي]. جامعة الحاج لخضر باتنة 01. الجزائر.
- مقداد، مُجَد واليامي، صالح. (2012). أثر برنامج إرشادي جمعي سلوكي معرفي في خفض قلق التحدث أمام الآخرين لدى عينة من طلاب المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين. دراسات نفسية. 03 (07)، 45-139.
- مكهمون، غلاديانا. (2007). لا قلق بعد اليوم: عالج نفسك وتخلص من القلق. (ترجمة: أيمن الأرمنازي). ط1. مكتبة العبيكان للنشر. الرياض.
- ملال، صافية. (2010). التكفل بحالات الرفض الوالدي لإعاقة الطفل الذهنية من خلال العلاج المعرفي السلوكي. [رسالة ماجستير في علم النفس العيادي للطفل والمراهق والإرشاد الأبوي]. جامعة وهران.
- مليكة، لويس كامل. (1990). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. ط1. دار القلم للنشر والتوزيع. الكويت.

- ملياني، زياد حسين والشهابي، عبد الله مُجَّد. (2021). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بأزمة الهوية لدى عينة من المراهقين مجهولي النسب بالمؤسسة الخيرية لرعاية الأيتام (إخاء) بمدينة جدة. المجلة العربية للنشر العلمي، (27)، 252-223.
- منظمة الصحة العالمية. (2005). الوقاية من الاضطرابات النفسية: التدخلات الفعالة والخيارات السياسية. المكتب الإقليمي للشرق الأوسط. القاهرة.
- منظمة الصحة العالمية. (2021/11/17). الصحة المراهقين النفسية، <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- تم الإسترجاع 2022/07/26
- منظمة الصحة العالمية. (2021). الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض 11. (ترجمة: أنور الحمادي). ط 11. متاح من خلال الرابط: <https://faculty.ksu.edu.sa/sites/default/files/icd-11.pdf>
- مهمل، آسيا. (2013). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تقليل من نوبات الهلع سلوك التجنب والأعراض المرضية لدى ذوي الإصابة باضطراب الهلع المصحوب برهاب الأماكن. [رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي]. جامعة الجزائر 02.
- نادر، علا هيثم. (2014). فاعلية برنامج تدريبي قائم على العلاج السلوكي المعرفي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم. [رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في التربية الخاصة] جامعة دمشق.
- ناصر، سرور فائق سليم. (2012). مدى فاعلية برنامج إرشادي جمعي لتخفيض ظاهرة قلق الامتحان لدى طلبة الصف الحادي عشر في مديرية جنوب نابلس. [رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي]. جامعة القدس.
- نايت، عبد السلام كريمة. (2018). دراسة الغضب والقلق واستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي المركزة حول الانفعال كعوامل استهدافية للإصابة بارتفاع ضغط الدم الشرياني الأساسي: دراسة ميدانية مقارنة بين المرضى وغير المرضى. مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، 09(02)، عدد خاص (الجزء الأول)، 291-262.
- النجار، مصطفى. (2021). مرهقون بلا مشاكل: برامج عملية في علاج المشكلات المعاصرة للمراهقين. دار البشير للثقافة والعلوم ودار حكاوي للنشر والتوزيع.
- نحوي، عائشة عبد العزيز. (2016). مبادئ العلاج النفسي واتجاهاته. دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- نينا، مايكل ودرابدين، يندي. (2019). العلاج المعرفي السلوكي 100 نقطة أساسية وتكنيك. (ترجمة: عبد الجواد خليفة أبو زيد). مكتبة الأنجلو المصرية.
- ويللس، جيمس، وماركس، ج. أ. (1997). الموجز الإرشادي في الاضطرابات النفسية. (ترجمة: مُجَّد عماد فضلي). المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية. الكويت.

- ويليام، ويلكينس.(2008).*المغني في الطب النفسي*. (ترجمة: عبد الرحمن إبراهيم). ط1. شعاع للنشر والعلوم. حلب.
- ياسين، سهى.(2015).*الكفاءة السيكموترية لمقياس بيك للقلق على عينات من الأسوياء والمرضى النفسيين*. [رسالة ماجستير في القياس والتقويم التربوي والنفسي]. جامعة دمشق.
- ياسين، نانسي.(2021/03/23).*مفهوم التغذية الصحية وفوائدها*.
- <https://mawdoo3.com/> مفهوم التغذية_الصحية_وفوائدها ، تم الاسترجاع 2021/03/25.
- يونج، جيفري ي، بيك، آرون ت، وواينبرجر، آرثر.(2002).*الاكتئاب*، (ترجمة: صفوت فرج) ديفيد ه بارلو. مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي. (ترجمة: صفوت فرج وآخرون). مكتبة الأنجلو المصرية.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

- Adwas.A.A, Jbria.A.M& Azab.A.E. (2019). *Anxiety: Insights into Signs, Symptoms, Etiology, Pathophysiology; and Treatment*. East African Scholars Journal of Medical Sciences, Kenya, 2 (10), pp 580-591.
- Anderson et al. (2012). *Internet-based cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial*. psychological medicine, Cambridge university press, pp2193-2203.
- Abadsa A.A. Anwar (2017): *Effectiveness of CBT therapy for Generalize Anxiety Disorder in an Outpatient Counseling Center*. IUG Journal of Educational and Psychological Sciences Peer-reviewed Journal of Islamic University-Gaza, Vol 25, No 2, 2017, pp 1-07.
- Aydin, A, SÜTÇÜ ,S, A&, Sorias, O. (2010).*Evaluation of the Effectiveness of a Cognitive-Behavioral Therapy Program for Alleviating the Symptoms of Social Anxiety in Adolescents*. Turkish Journal of Psychiatry, pp1-11.
- Bajaj, M.K& Malhotra, S. (2014). *Efficacy of Cognitive Behaviour Therapy in The Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Trial*. International Journal of Basic and Applied Medical Sciences, 4 (2), pp24-35.
- Barragàn.M.R, Martín.M.I.F.S, Fontà, A.C, Landesa, S.A, Closas, M.C, Llbera, Joan, Blàzquez, B.O, & Rodríguez.E.P.(2021) . *Validation and psychometric properties of the Spanish version of the Hopkins symptom checklist -25 Scale for Depression Detection in primary Care*. International Journal of Environmental Research and public Health, pp1-15.
- Beesdo.K, Knappe.S& Pine.D.S.(2011). *Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V*. Psychiatr Clin North Am. Author manuscript; available in PMC, P.P 01-44.

- Boswell.J&Constantino.M.J. (2021). *Deliberte Practice in Congitive Behavioral Therapy*. Library of Congress Cataloging in Publication Data.
- Cottraux.J .(2011).*Les Psychotherapies Comportementales et Cognitives*. 5 edition, Elseviern Masson.
- Férandez & al.(2011).*Culture and The Anxiety Disorders: Recommendations for DSM-V*. Focus, vol IX(03), PP351-368.
- Julian.J.L.(2014).*Measures of Anxiaty*.Arthritis Care Res (Hoboken)Author manuscript, available in PMC, PP 01-11.
- Josefowitz.N& Myran.D. (2017)._*CBT Made Simple A Step by Step to help you*.second edition, New Harbinger Publications, Inc.
- Lee, S & Lee, E(2020).*The Effects of Cognitive Behavioral Group Program for Mental Health Promotion of University Students*. International Journal of Environmental Research and Public Health, pp1-11.
- Linden, M.(2022).*Twelve rather than three waves of cognitive behavior therapy allow apersonalized treatment*. world psychiatry, pp 316-319.
- Manassis, K & al.(2014) .*Types of Parental involvement in CBT with Anxious youth: a preliminary Meta-Analysis*. Journal of consulting and clinical psychology, 28(06), pp 1163-1172.
- Mashayekh, M& Hashemi,M.(2011). *Recognizing, Reducing and copying with test anxiety: Causes, Solutions and Recommendations*. social and behavioral sciences 30,p.p 2149-2155.
- Oud, M & al.(2019).*Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis*. European Psychiatry ,57,pp33-45.
- Rector, A.N.(2010).*La therapie cognitiv-comportemental Guid d' information*. centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Taty, F (2020).*The Effectiveness of Behavioral Counseling to Reduce Student Learning Anxiety*. Islamic Guldance and counseling journal, 3(02), pp 122-130.
- Thompson ,C.(2009).*bibliotherapy and anxiety levels of 5th Graders*. doctoral study submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of doctor of education, Walden University.
- Tolin,D.V. (2016).*Doing CBT:A Comprehensive Guide to Working with Behaviors,Toughts, and Emotions*. Library of Congress Cataloging in Publication Data, New York.
- Van Oort.F.A.A, Greaves-Lord.K,Verhust.F.C, Ormel.J, and Huizink.A C. (2009). *The devlopment course of anxiety symptoms during adolescence: the trails study*. The Journal of Child psychology and psychiatry, p.p 1209-1217.
- van Steensel ,F. J. A. & Bögels S. M.(2015). *CBT for Anxiety Disorders in Children With and Without Autism Spectrum Disorders*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 83, No 3,p.p 512–523.

- Weinerman.R& Wiens,S.(2011).*Identification, Diagnosis& Treatment of Adolescent Anxiety Disorders: A Package For First Contact Health Providers*. Kutchar and MacCarthy.

الملاحق

الملحق رقم (01): قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين للبرنامج

الاسم واللقب	التخصص	الرتبة	مكان العمل
أ.د. عادل عبد الرحمن الصالحي	علوم العلاج النفسي والعصبي	أستاذ التعليم العالي	مركز البحوث النفسية ببغداد العراق
أ.د. عبد الله عسكر	علم النفس الإكلينيكي	أستاذ التعليم العالي	جامعة الزقازيق بمصر
د. أحمد بن دانية	علم النفس التربوي	أستاذ مساعد	جامعة الملك فهد الظهران بالسعودية
د. بومدين عاجب	علم النفس الإكلينيكي	أستاذ محاضر أ	جامعة عمار ثليجي بالأغواط
د. عبد الحميد جديد	الإرشاد الأسري	أستاذ محاضر ب	جامعة غرداية
د. سيرين هاجر زعابطة	علم النفس الإكلينيكي	أستاذ محاضر أ	جامعة عمار ثليجي بالأغواط
د. نور الدين زعتر	علم النفس الإكلينيكي	أستاذ محاضر أ	جامعة زيان عاشور بالجللفة
د. آسيا درماش	إرشاد وتوجيه	أستاذ محاضر ب	جامعة زيان عاشور بالجللفة
د. علي قويدري	علم النفس الإكلينيكي	أستاذ محاضر أ	جامعة عمار ثليجي بالأغواط

الملحق رقم (02): تصريح الدخول من طرف مديرية لولاية الجلفة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التربية الوطنية

مدير التربية لولاية الجلفة
إلى السيدات والسادة:
- مديرو المؤسسات التربوية - ثانوي -
بالولاية

مديرية التربية لولاية الجلفة
الأمانة الخاصة
رقم: 30 م.ت/ أ.خ / 2022

الموضوع: ترخيص لدخول المؤسسات التربوية
المرجع: طلب الطالبة: لبيض السعدية المؤرخ في 27 أكتوبر 2021

تبعاً لما ورد في المرجع المذكور أعلاه ، يشرفني أن
أعلمكم بالموافقة على الترخيص للطالبة : لبيض السعدية بالدخول إلى المؤسسات
التربوية للتعليم الثانوي بالولاية مع إفادتها بالمعلومات الممكنة من أجل القيام
بالدراسة الميدانية وذلك وفق الأطر القانونية وهذا ابتداء من شهر فيفري 2022 إلى غاية
شهر جوان 2022، مع احترام النظام الداخلي للمؤسسة و الالتزام بإجراءات البروتوكول
الصحي للوقاية من فيروس كورونا.

الجلفة في: 2022/01/19

مدير التربية

عن دكتور محمد عيسى
مدير التربية بالولاية بالتكليف
فيليل هاشور



