



جامعة بلحاج بوشعيب - عين تموشنت
كلية الآداب واللغات و العلوم الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس
تخصص: علم النفس العيادي

فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي في التخفيف من حدة القلق لدى مدمن الكحول.
دراسة عيادية لأربع حالات بالمركز الوسيط للمدمنين ومستشفى أحمد مدغري بعين تموشنت

تحت إشراف الأستاذ:

د. قلعي تسورية أمال

من إعداد وتقديم الطالبتين:

- نقيطة شيما

- ضلعة هبية فريال

تاريخ المناقشة: 17/06/2023

تمت المناقشة علنا أمام اللجنة المكونة من:

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
د.بن عيسى رحال نوال	أستاذ محاضر - أ -	رئيسا
د. قلعي تسورية أمال	أستاذ محاضر - أ -	مشرفا ومقررا
د. بن رجبل محمد	أستاذ محاضر - أ -	مناقشا

السنة الجامعية 2022 - 2023

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي في التخفيف من حدة القلق لدى مدمن الكحول ، وقد إعتمدنا في دراستنا على المنهج العيادي ، وقد تكونت عينة الدراسة من أربع حالات مدمني على الكحول تتراوح أعمارهم بين (26-38 سنة) تعاني من درجة مرتفعة من القلق ، وتمثلت أدوات الدراسة في الملاحظة العيادية ، المقابلة العيادية نصف موجهة ، مقياس تايلور للقلق الصريح ، برنامج علاجي معرفي سلوكي من إعداد الباحثين ، وقد اسفرت النتائج على وجود فاعلية للبرنامج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة القلق لدى مدمني الكحول.

الكلمات المفتاحية: البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ، القلق ، إدمان الكحول.

Résumé de l'étude :

Cette étude visait à déterminer l'efficacité d'un programme thérapeutique cognitivo-comportemental pour réduire l'anxiété chez les personnes dépendantes à l'alcool. Nous avons utilisé une approche clinique et notre échantillon était composé de quatre cas d'individus âgés de 26 à 38 ans, souffrant d'un niveau élevé d'anxiété. Les outils utilisés comprenaient l'observation clinique, une entrevue clinique semi-dirigée, l'échelle d'anxiété de Taylor et un programme thérapeutique cognitivo-comportemental développé par les chercheuses. Les résultats ont montré que le programme thérapeutique cognitivo-comportemental était efficace pour réduire l'anxiété chez les personnes dépendantes à l'alcool.

Mots-clés:Programmet Therapeutique Cognitivo-comportemental, Anxiété, Dépendance à l'alcool.

الإهداء

إلى ملاكي في الحياة إلى معنى الحب والحنان ، إلى بسمة الحياة وسر الوجود إليك وحدك يا
أغلى من روحي وقلبي 'أمي حفظها الله ورعاها.'
إلى من أفنى حياته من أجل إسعادي وإرضائي ، إلى الذي علمني العطاء دون إنتظار ، إلى
الذي أحمل إسمه بكل إفتخار ، إليك وحدك يا أغلى من عيني 'أبي حفظه الله ورعاه.'
أسئلهما الله لهما طول العمر ودوام الصحة والعافية.

كشيماء

الإهداء

اهدي تخرجي الى ماما الحبيبة منبع الحب و الحنان و الحياة ، من كانت سند لا يميل طيلة مشواري الدراسي ، ادامها الله بجانبني .
الى ابي الغالي والذي لم يتهاون يوم في توفير سبيل الخير و السعادة لي اطال الله في عمرك .
الى نفسي التي دعمتني اوقات الضعف ، الى جسدي الذي ارهقته بسهر الليالي و انا اكتب هذه الكلمات ، لطالما كانت هذه المرحلة حلم بالنسبة لي ها انا احققها اليوم ، اردت ان اهدي تخرجي و تعبني الى نفسي فهي الوحيدة التي تعرف ما مررت به .

هفريال

شكر وتقدير

بداية نشكر الله عز وجل الذي أعاننا على إتمام هذه المذكرة ، وتحمل المصاعب في سبيل ذلك وتفضل علينا بإتمام هذا العمل.

وبعد:

نتقدم بالشكر والتقدير والعرفان إلى الأستاذة الفاضلة قلعي تسورية أمال' على نصائحها القيمة وعلى مابذلته من جهد وسعة صدر إرشادا وتسديدا لأفكارنا ، بدءا بتدريسنا في السنة النظرية وإنهاءا بإتمام رسالتنا على يديها إشرافا.

كما لايسعنا إلا التوجه بالشكر والتقدير إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على تكرمهم الفاضل بقبول مناقشة دراستنا.

كما نتقدم بالشكر الجزيل للأساتذة المحكمين الذين قاموا بتحكيم برنامجنا العلاجي وأسئلة المقابلة

وأخيرا الشكر موصول إلى أفراد عينة الدراسة على تعاونهم ، وكل العاملين بالمركز والمؤسسات التي قمنا بها بالتربص فيها.

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	ملخص الدراسة.....
د	الإهداء.....
هـ	كلمة شكر.....
ط	قائمة الجداول.....
ي	قائمة الملاحق.....
1	المقدمة.....
الفصل الاول: مدخل تمهيدي للدراسة	
03	1. اشكالية الدراسة.....
04	2. فرضية الدراسة.....
04	3. أهداف الدراسة.....
04	4. اهمية الدراسة.....
05	5. التعاريف الاجرائية.....
06	6. دوافع اختيار الموضوع.....
06	7. صعوبات الدراسة.....
06	8. حدود الدراسة.....
06	9. الدراسات السابقة.....
الفصل الثاني: العلاج المعرفي السلوكي	
08	تمهيد.....
08	1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي.....
09	2. اهداف العلاج المعرفي السلوكي.....
10	3. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي.....
12	4. فنيات العلاج المعرفي السلوكي.....
14	5. الاساس النظري للعلاج المعرفي السلوكي.....
17	خلاصة.....
الفصل الثالث: القلق	

18	تمهيد.....
18	1. تعريف القلق.....
20	2. انواع القلق.....
22	3. اسباب القلق.....
24	4. اعراض القلق.....
27	5. النظريات المفسرة للقلق.....
30	خلاصة.....
الفصل الرابع: ادمان الكحول	
31	تمهيد.....
31	1. الادمان.....
31	1.1 مفهوم الادمان.....
32	2.1 مراحل الادمان.....
33	3.1 النظريات المفسرة للإدمان.....
36	4.1 انواع الادمان.....
39	2. ادمان الكحول.....
39	2.2 تعريف الكحول.....
40	3.2 انواع الكحول.....
41	4.2 اعراض ادمان الكحول.....
42	5.2 اسباب ادمان الكحول.....
43	خلاصة.....
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة	
44	تمهيد.....
44	1. الدراسة الاستطلاعية.....
45	2. منهج الدراسة.....
45	3. تحديد عينة الدراسة وخصائصها.....
45	4. مكان وزمان إجراء الدراسة.....
46	5. أدوات الدراسة.....
57	خلاصة.....

الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

58	1. تحليل نتائج الحالة الاولى.....
70	2. تحليل نتائج الحالة الثانية.....
82	3. تحليل نتائج الحالة الثالثة.....
94	4. تحليل نتائج الحالة الرابعة.....
106	5. تفسير ومناقشة نتائج الدراسة.....
107	6. الاستنتاج العام.....
108	7. توصيات و اقتراحات.....
110	الخاتمة.....
111	المراجع.....
115	الملاحق.....

قائمة الجداول

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
51	عينة الدراسة	01
53	جدول يوضح درجة و مستوى القلق	02
61	جدول البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي	03
65	المقابلة العيادية للحالة الاولى	04
69	تطبيق المقياس القبلي للقلق الحالة الاولى	05
76	تطبيق المقياس البعدي للقلق الحالة الاولى	06
79	نتائج مقياس القلق للحالة الأولى	07
80	المقابلة العيادية للحالة الثانية	08
84	تطبيق المقياس القبلي للقلق الحالة الثانية	09
91	تطبيق المقياس البعدي للقلق الحالة الثانية	10
94	نتائج مقياس القلق للحالة الثانية	11
95	المقابلة العيادية للحالة الثالثة	12
99	تطبيق المقياس القبلي للقلق الحالة الثالثة	13
106	تطبيق المقياس البعدي للقلق الحالة الثالثة	14
109	نتائج مقياس القلق للحالة الثالثة	15
110	المقابلة العيادية للحالة الرابعة	16
114	تطبيق المقياس القبلي للقلق الحالة الرابعة	17
121	تطبيق المقياس البعدي للقلق الحالة الرابعة	18
124	نتائج مقياس القلق للحالة الرابعة	19

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
115	البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتخفيف القلق	01
118	مقياس القلق لتايلور	02
120	جدول مراقبة الافكار	03
121	دليل المقابلة نصف موجهة	04

المقدمة

المقدمة

تعتبر ظاهرة تعاطي الكحول والإدمان عليها من أخطر المشاكل النفسية الإجتماعية التي عرفها الإنسان لما تسببت من خسائر بشرية ومادية ، وقد ظهرت في جميع المجتمعات وعرفتها مختلف الحضارات (قماز ، 2009، ص6).

يعتبر الكحول مادة نفسانية التأثير وذات خصائص مسببة للإدمان ، ولطالما تم تعاطيه على نطاق واسع في العديد من الثقافات على مدى قرون ، ويتسبب تعاطي الكحول على نحو ضار في عبئ ثقيل من المرض وله عواقب إجتماعية وإقتصادية كبيرة. ويمثل تعاطي الكحول عاملا مسببا للإضطرابات النفسية والسلوكية وإعتلالات صحية أخرى وبالتالي يؤدي إلى الإدمان . يعتبر الإدمان على الكحول ظاهرة عالمية متعددة الأبعاد وهي نتيجة لعوامل متعددة وسبب لجملة من الأضرار الصحية والإجتماعية والإقتصادية .

و من بين الإضطرابات النفسية التي تصاحب إدمان الكحول هي القلق النفسي ، فالقلق شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع أو تهديدا غير معلوم المصدر مع الشعور بالتوتر والشدة ، أو خوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية وغالبا مايتعلق هذا الخوف بالمستقبل المجهول ، كما يتضمن القلق إستجابة مفرطة مبالغا فيها لمواقف لا تمثل خطرا حقيقيا وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية ، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبا كما لو كانت تمثل خطرا ملحا ومواقف تصعب مواجهتها (وردة، 2014، ص 18).

و عليه فقد إقترحت الباحثتين برنامج علاجي معرفي سلوكي ، مبني بطريقة علمية متسلسلة ومنظمة وبإستخدام تقنيات معرفية سلوكية للتخفيف من حدة القلق لدى مدمن الكحول . ولغرض تحقيق هذا الهدف فإن الدراسة الحالية تحتوي على جانبين أحدهما الجانب النظري والثاني الجانب التطبيقي.

- ١ الجانب النظري: تناولنا اربع فصول
- في الفصل الاول: فصل تمهيدي تطرقنا فيه إلى الإشكالية،فرضية الدراسة ، أهداف الدراسة ، أهمية الدراسة ،دوافع إختيار الموضوع ، صعوبات الدراسة، حدود الدراسة،التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة، الدراسات السابقة، التعقيب على الدراسات السابقة
- في الفصل الثاني: تطرقنا فيه إلى العلاج المعرفي السلوكي من حيث المفهوم ، الأساس النظري، الأهداف، المبادئ، الفنيات.
- في الفصل الثالث: تطرقنا إلى القلق من حيث المفهوم، الأنواع، الأسباب، الأعراض، النظريات المفسرة للقلق.
- في الفصل الرابع: تطرقنا إلى إدمان الكحول:

أولاً: الإدمان من حيث المفهوم، المراحل، النظريات المفسرة للإدمان، الأنواع، أسباب الإدمان.

ثانياً: إدمان الكحول: تعريف الكحول، أنواع الكحول، أعراض إدمان الكحول، أسباب إدمان الكحول.

- أما الجانب التطبيقي: فاقصر هو الآخر على فصلين.
- الفصل الرابع: تطرقنا فيه إلى الإجراءات المنهجية للدراسة وتمثلت في الدراسة الإستطلاعية، منهج الدراسة، تحديد عينة الدراسة وخصائصها، مكان وزمان إجراء الدراسة ثم أدوات الدراسة المتمثلة في الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية نصف موجهة ومقياس القلق الصريح لتايلور وأخيراً البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح والذي تضمن تقديم البرنامج، عنوان البرنامج، مفهوم البرنامج، أهمية البرنامج، مراحله، إجراءات تطبيقه، حدوده، أهدافه، الفنيات المستخدمة في البرنامج، سير الجلسات، جدول الجلسات، المحكمين.
- الفصل الخامس: تطرقنا فيه إلى تقديم الحالات ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات، مع إعطاء إستنتاج عام للدراسة ثم الخاتمة والاقتراحات والتوصيات ثم المراجع ثم الملاحق المستخدمة في الدراسة.

الجانب النظري

الفصل الاول: الفصل التمهيدي

1. اشكالية الدراسة
2. فرضية الدراسة
3. اهداف الدراسة
4. اهمية الدراسة
5. التعاريف الاجرائية
6. دوافع اختيار الموضوع
7. صعوبات الدراسة
8. حدود الدراسة
9. الدراسات السابقة

1. الإشكالية:

عرف الإنسان منذ أقدم العصور بعض المواد الطبيعية التي إستعملها لعدة أغراض منها علاجية لتخفيف الآلام أو كوسيلة للإسترخاء وجلب البهجة والسرور لنفسه وللتنشيط أو لتجربة المتعة ، ومع تطور العلوم طور الإنسان هذه المواد وأخرج منها مشتقاتها التي أصبحت أكثر قوة من أصلها الطبيعي ، وكان هذا التطور في البداية لأغراض طبية وعلمية ، إلا أنه سرعان ما إنحرف عن مساره لتتغير دواعي استهلاكها و تتحول الى استخدامات غير عقلانية .

لا أحد يختار ليكون مدمنا لكن البعض من وقعوا في فخ الادمان يكون عندهم اعتقاد بانهم يتحكمون جيدا في تعاطيهم للكحول و لكن و بمجرد محاولتهم التقليل من استهلاكه او التوقف عنه نهائيا،يكتشفون مدى صعوبة الخروج من هذه الدوامة و بالتالي اكتشاف حقيقة ادمانهم على الكحول .

وهذا وقد اظهرت تقارير منظمة الصحة العالمية(احصائيات 2018) أن الكحول هو السبب في 15,2 في المائة من الوفيات في صفوف الرجال و 15,8 بالمائة بين النساء ، كما أن 1 بالمائة من الوفيات تتم جراء حوادث السير المرتبطة بالإفراط في الشرب ، وتحمل المنظمة الأممية المسؤولية للحكومات مسؤولية وضع خطة للحد من الإدمان على الخمر ، لأنه لحدود الساعة ليس هناك أي سياسة حكومية واضحة لمحاربة الإدمان على الكحول وفق ما جاء في التقرير الأخير . (حامد ،2021،ص68).

أما بخصوص الجزائر ، فقد أظهرت الإحصائيات التي قامت بها منظمة الصحة العالمية عام 2016 أن معدل الإستهلاك الفردي للكحول من طرف المواطن الجزائري يقدر بما يعادل 29,5 لترا سنويا ، حيث يستهلك الرجل في المتوسط ما يعادل 34,5 لتر من الكحول ، والمرأة 12,4 لترا من الكحول. وارتفع عدد مستهلكي الخمر في الجزائر مقارنة بعدد السكان في السنوات الأخيرة ، من 0,7 لترا للفرد في 2010 حتى 0,9 لترا للفرد في عام 2016 (<https://www.elbilad.net>) .

تعد مشكلة الإدمان من المشاكل المعقدة التي تواجه العالم دون إستثناء ، زيادة على ذلك فهي ظاهرة تتعلق بفئة حساسة في المجتمع وهي فئة الشباب التي تمثل أساس التنمية البشرية حيث تعود اسباب الادمان الى عوامل اجتماعية وإقتصادية والتنشئة الإجتماعية اضافة الى بعض الاسباب النفسية .

واضافة الى هذه التأثيرات السلبية فان القلق من الاضطرابات النفسية الشائعة المصاحبة للادمان على الكحول و الذي بدوره قد عرف اهتماما كبيرا من طرف الباحثين في اطار العلاج السلوكي المعرفي للادمان على الكحول. ففي دراسة شبلي أسامة (2016) تحت عنوان فعالية العلاج المعرفي السلوكي في الحد من اضطرابات القلق لدى مدمن الكحول ، والتي قام بها في إطار دراسة عيادية مع حالة واحدة و قد إستعمل فيها سلم هاملتون لتقدير القلق وشبكة الملاحظة الذاتية لنوبات الهلع (GAAP) ، مع تدعيمه بالدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض العقلية الخامس (DSM5) ، و قد توصل الباحث من خلال دراسته إلى إثبات فعالية برنامجه العلاجي السلوكي المعرفي في الحد من اضطراب القلق لدى مدمن الكحول .

وهذا ما دفع الطالبتين إلى إقتراح برنامج علاجي سلوكي معرفي يساعدهم على تخطي قلقهم، ومن هنا يمكن طرح التساؤل التالي: مامدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة القلق لدى مدمن الكحول ؟

2. فرضية الدراسة:

يساهم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة القلق لدى مدمن الكحول.

3. أهداف الدراسة:

- تحاول الدراسة الحالية أن تبين فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من حدة القلق عند مدمن الكحول ويمكن إختصار وإيجاز أهداف الدراسة كما يلي :
- إقتراح برنامج علاجي معرفي سلوكي مبني على أساس تقنيات متنوعة والتعرف على مدى فاعليتها في التخفيف من حدة القلق لدى مدمن الكحول.
 - التدريب اكثر على تقنيات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

4. أهمية الدراسة:

- توجيه الانظار على موضوع القلق المصاحب لادمان الكحول و طرق التخفيف من حدته عن طريق اقتراح برنامج علاجي سلوكي معرفي.
- إضافة دراسة حول موضوع فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي في التخفيف من حدة القلق لدى مدمن الكحول وهذا راجع إلى نقص الدراسات حول هذا الموضوع.
- تؤدي نتائج هذه الدراسة إلى معرفة أكثر بالتقنيات العلاجية ودورها في التخفيف من حدة القلق لدى مدمن الكحول.

5. التعاريف الإجرائية :

1.5 إدمان الكحول: هو حرص الانسان الشديد على تناول الكحول برغبة شديدة وشراهة كبيرة رغم ما قد يعانیه من مخاطر وأضرار صحية وإجتماعية. وهو حالة طبية مرضية تؤثر على وظائف المخ نتيجة الإفراط في شرب الكحول ، كما يساهم في ضمور فص الأمامي للمخ.

2.5 البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي : هو مجموعة من الخطوات التي تسير وفق تسلسل منطقي ينطبق على الحالة المرغوب تطبيقه عليها ، يعمل على دمج فنيات معرفية وسلوكية .

3.5 القلق : هو استجابة قد تكون ناجمة عن بعض الطرق السيئة و غالبا ما يجهل الانسان طبيعة هذا الشعور ، و هو درجة مقياس القلق لتايلور .

6. دوافع إختيار الموضوع :

- عدم وجود دراسات في المجتمع الجزائري والعربي حسب حد علم الطالبين اللتان إهتمتا ببناء برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من حدة القلق لدى مدمن الكحول .
 - إهتمام الطالبين بموضوع العلاجات المعرفية السلوكية الحديثة للإدمان .
- 7. صعوبات الدراسة :**

عدم وجود دراسات تناولت هذا الموضوع على حد علم الطالبين .

8. حدود الدراسة:

1.8 الحدود الموضوعية: تقتصر هذه الدراسة في تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من حدة القلق لدى مدمنين الكحول ، بالإعتماد على تقنيات معرفية وسلوكية. وفق المنهج العيادي ، وبإستخدام البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي من تصميم الطالبين ، ومقياس القلق لتايلور والملاحظة العيادية والمقابلة نصف موجهة.

2.8 الحدود البشرية: تكونت عينة الدراسة التطبيقية من 4 مدمنين (ذكور فقط) يبلغون من العمر (26-38 سنة).

3.8 الحدود المكانية: تم اجراء هذه الدراسة في المركز الوسيط لعلاج المدمنين و مصلحة الامراض العقلية بمستشفى احمد مدغري.

4.8 الحدود الزمانية: تم البدء في تطبيق ادوات الدراسة من 20 فيفري 2023 الى 10 افريل 2023.

9. الدراسات السابقة:

1.9. الدراسات المحلية:

دراسة شبلي أسامة (2016) هدفت الدراسة إلى معرفة فعالية العلاج المعرفي السلوكي في الحد من اضطرابات القلق لدى مدمن الكحول ، حيث تكونت عينة الدراسة من حالة واحدة ، و قد استعمل الباحث المنهج العيادي لأنه الأنسب لهذه الدراسة ، كما اعتمد على سلم هاملتون لتقدير القلق وشبكة الملاحظة الذاتية لنوبات الهلع (GAAP) مع تدعيمه بالدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض العقلية الخامس DSM5 ، وقد توصلت الدراسة إلى اثبات فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في الحد من اضطراب القلق لدى مدمن الكحول.

2.9. الدراسات العربية :

دراسة آدم ، غادة متوكل محمد (2010): هدفت الدراسة إلى التأكد من فعالية العلاج السلوكي المعرفي مع المدمنين على الكحول ومدى إستجابة المدمن لهذا العلاج ، حيث تكونت عينة الدراسة من 20 مريضاً بإدمان الكحول حيث تتراوح أعمارهم ما بين (18-55) سنة ولقد إتبعته الباحثة المنهج التجريبي لمعرفة تأثيره على المتغيرات الأخرى ، ولقد تمثلت أدوات الدراسة في دراسة الحالة الأولية إستبيان ومقياسي تايلور للقلق وبك للإكتئاب ، وتم تحليل البيانات عن طريق مجموعة من الإختبارات وهي متمثلة في إختبار (ت) للعينة الواحدة ، وإختبار (ف) التباين الأحادي ، توصلت الباحثة إلى النتائج التالية :

لا توجد فروق ذات في تطبيق العلاج السلوكي المطبق في علاج حالات إدمان الخمر .

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية العلاج السلوكي المعرفي تعزى لمتغير العمر .

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تطبيق فاعلية العلاج المعرفي السلوكي ومتغير المستوى التعليمي.

10. التعقيب على الدراسات السابقة :**• من حيث هدف الدراسة :**

إنفقت كلا الدراستان في الهدف ، حيث سعت إلى معرفة فعالية البرامج القائمة على التدخل المعرفي السلوكي في خفض القلق ، حيث هدفت دراسة أسامة شبلي (2016) إلى معرفة فعالية العلاج السلوكي المعرفي في الحد من اضطراب القلق لدى مدمن الكحول. كما هدفت دراسة آدم ، غادة متوكل محمد (2010) إلى فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج القلق والإكتئاب لمدمني الكحول.

• من حيث عينة الدراسة :

تنوعت عينة الدراسة بالنسبة لدراسة أسامة شبلي (2016) دراسة عيادية حيث تكونت عينة الدراسة من حالة واحدة. بينما دراسة آدم ، غادة متوكل محمد (2010) دراسة إحصائية حيث تكونت عينة الدراسة من 20 مريضا بإدمان الكحول حيث تتراوح أعمارهم ما بين (18-55) سنة.

من حيث منهج الدراسة:

لقد إعتمدت دراسة أسامة شبلي (2016) على المنهج العيادي. بينما دراسة آدم ، غادة متوكل محمد (2010) إتبعته الباحثة المنهج التجريبي.

• من حيث أدوات الدراسة :

تنوعت الأدوات المستخدمة في الدراستان ،حيث إستخدمت دراسة أسامة شبلي (2016) سلم هاملتون لتقدير القلق وشبكة الملاحظة الذاتية لنوبات الهلع (GAAP) مع تدعيمه بالدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض العقلية الخامس DSM5 .

بينما استخدم آدم ، غادة متوكل محمد (2010) استبيان ومقياسي تايلور للقلق وبك للإكتئاب ومجموعة من الإختبارات متمثلة في إختبار (ت) للعينة الواحدة وإختبار (ف) التباين الأحادي.

• من حيث نتائج الدراسة :

توصلت دراسة أسامة شبلي (2016) إلى أن العلاج السلوكي المعرفي فعال في الحد من إضطراب القلق لدى مدمن الكحول .

اما دراسة آدم ، غادة متوكل محمد (2010) توصلت إلى ان العلاج المعرفي السلوكي لم يثبت فعاليته مع المدمنين على الكحول عدم إستجابة المدمن لهذا العلاج.

الفصل الثاني: العلاج المعرفي السلوكي

➤ تمهيد

1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي
2. اهداف العلاج المعرفي السلوكي
3. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
4. فنيات العلاج المعرفي السلوكي
5. الاساس النظري للعلاج المعرفي السلوكي

➤ خلاصة

تمهيد :

العلاج المعرفي السلوكي هو علاج يجمع بين الفنيات السلوكية ، والفنيات المعرفية للوصول إلى علاج متكامل ، وهو من العلاجات الحديثة والمختصرة نظرا لإختصاره الجهد والوقت .

1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي :

نجد تعريفات عدة ، فكل تعريف يعكس خبرة وتجارب وخلفية نظرية لكل باحث .

1.1 العلاج السلوكي:

يتم التدريب خلال هذا الأسلوب العلاجي على مواجهة السلوكيات المشكلة التي تعرض على انها أعراض مستهدفة، والتدريب على السلوكيات التي تستهدف مخالفة تلك الأعراض، ويهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى تعلم سلوكيات جديدة من خلال التدريب المباشر وذلك عن طريق النمذجة والتعزيز والممارسة ولعب الدور (المحادين ، 2009، ص155) .

2.1 العلاج المعرفي :

فحسب المحادين(2009، ص155)، يركز هذا الأسلوب العلاجي على العمليات المعرفية المختلفة اللازمة لحل المشكلات الشخصية التي تركز على السلوك الإجتماعي، ويهدف هذا النمط أيضا على إستخدام النمذجة والممارسة والإعادة والتجربة ولعب الدور وذلك بغرض تنمية المهارات وتنمية الحوار لتحديد الحلول الإجتماعية للمشكلات المختلفة التي قد يتعرض لها الفرد.

كما يعرف سي وود (2020، ص 67) العلاج المعرفي السلوكي هو شكل من أشكال العلاج الذي يجمع بين مكونات كل من العلاجات المعرفية والسلوكية ، تساعدك مكونات العلاج المستمدة من العلاج المعرفي على فحص الطريقة التي تؤثر بها أفكارك في صحتك النفسية ، وعلى الجانب الآخر تساعدك المكونات المستمدة من العلاج السلوكي على استكشاف الطريقة التي تؤثر بها أفعالك في حياتك ، وتفاعلاتك مع الآخرين ، عند استخدامهما كعلاج واحد لإضطرابات الشخصية ، يفحص العلاج المعرفي السلوكي الطريقة التي يمكنك بها تغيير أفكارك وسلوكياتك من أجل تحسين حياتك .

وفي تعريف آخر يعرف المحادين (2009، ص154)، العلاج المعرفي السلوكي على أنه علاج نفسي يركز على الاستجابات المشروطة وغيرها من مفاهيم المذهب السلوكي في علم النفس ، ويتجه هذا العلاج في المقام الأول نحو تغيير العادات واستبدالها في سلوك المرء وتصرفاته ، وتعريف آخر يتم علاج المشكلات السلوكية والإنفعالية إستنادا إلى مبادئ نظرية التعلم أو الإشرط إلى تعديل ما يعاني منه الفرد من مشكلات سلوكية تستلزم العلاج، والهدف من نظرية التعلم تعديل ما يعاني منه الفرد من مشكلات سلوكية تستلزم العلاج ، تعتمد على مبدأ

أساسي ماداه أن السلوكيات غير المرغوبة تعتبر عادات سيئة ، وإذا تم تغييرها فإنه يمكن التخلص من المشكلات السلوكية التي يعنى منها الفرد لأنه قد يكون تعلم الكف عن ممارسة هذه السلوكيات أو قد يكون تعلم سلوكيات أخرى مرغوبة بدلا منها .

إذ يشير بيك في تعريفه (فضل ، 2008، ص99)، العلاج المعرفي السلوكي بأنه مجموعة من المبادئ التي تؤثر في السلوك وهذه المبادئ: العوامل المعرفية (تفكير ، تخيل ، تذكر) ذات العلاقة بالسلوك المختل وظيفيا، تعديل هذه العوامل يكون ميكانيزما هاما لإنتاج تغير في السلوك المختل والذي ينتج بسبب أشكال منحرفة من التفكير وتتم عملية الفهم لهذه النماذج من خلال الأحداث المعرفية (cognitive events) والعمليات المعرفية (cognitive processus) والتركيبات المعرفية (cognitive restructures) .

إذ يشير "ستيفن وكراسك" (فضل ، 2008، ص99)، في تعريفهما للعلاج المعرفي السلوكي هو مجموعة من التقنيات المعرفية السلوكية التي تم تطويرها لتوضيح أشكال مختلفة من الإضطرابات السريرية المحددة التي تعتمد على المفاهيم والإفتراضات الأساسية مثل آليات التعلم ومعالجة المعلومات .

فحسب "ميوزينا و سيج" (فضل ، 2008، ص99)، يعرفه على أنه تغيير التأويلات الخاطئة لدى الفرد والتي تستند على أن مواقف معينة سوف تقوده إلى الفشل بينما تكمن المشكلة في معتقداته أن مخرجات تلك الحالات سوف تجلب له الحرج أو الإهمال ومن الأساليب المتبعة لتحقيق تلك الأهداف إخضاع الفرد إلى تدريب إجتماعي قاسي يشمل التعرض لمواقف مثيرة لقلقه ويتم ذلك بعد عزل الأفكار الخاطئة .

وفي تعبير آخر للياصجين (2018، ص74)، العلاج المعرفي يعتمد في تناوله للسلوك المضطرب بأن الأحداث الداخلية مهم في تغيير السلوك ، فالعلاج السلوكي المعرفي يؤكد على الضبط الداخلي والمشاركة الفاعلة النشطة من خلال استخدام التعزيز الذاتي يؤدي إلى ما يسمى بالضبط الداخلي الذي يعمل على زيادة التعميم والمحافظة عليه.

من خلال التعريفات السابقة يمكن القول بأن العلاج المعرفي السلوكي يجمع بين مكونات كل من العلاجات المعرفية والسلوكية ، وهو مجموعة من المبادئ التي تؤثر في السلوك.

2. أهداف العلاج المعرفي السلوكي :

يهدف العلاج المعرفي إلى :

1- إدراك العلاقة بين المشاعر والأفكار والسلوك وبالتالي يمكن بتعديل أحد أركان هذا الثلاثي يتعدل الطرفان الآخران.

2- تعليم المسترشدين أن يحددوا وقيموا أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة.

3- تعليم المسترشدين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة أو تشوهات فكرية (الأزايذة ، 2015، ص 172).

4- تدريب المسترشدين على إستراتيجيات وتقنيات معرفية وسلوكية لتطبيق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة أو عند مواجهة مشكلات مستقبلية

5- تحسين المهارات الإجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات

6- تدريب المسترشدين على توجيه التعليمات للذات ، ومن ثم تعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة في التفكير باستخدام خلال الحوار الداخلي (الأزايذة ، 2015، ص 172).

يمكن القول إنطلاقاً مما سبق ذكره يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى مساعدة العميل على معالجة الأنماط السلوكية التي تعزز التفكير المشوه.

3. المبادئ الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي :

- يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على صياغة مشكلة المسترشد وتلقيحها بصورة مستمرة ضمن الإطار المعرفي ويعتمد المرشد في صياغة مشكلة المسترشد على عوامل متعددة مثل تحديد الأفكار الحالية للمسترشد (أنا فاشل لا أستطيع عمل أي شيء كما ينبغي)، الأفكار التي تساهم في استمرار الوضع الإنفعالي للمسترشد والتعرف على السلوكيات الغير مرغوب فيها ، ثم التعرف على العوامل المرسبة التي أثرت على أفكار المسترشد عند ظهور المرض مثل (حادثة محزنة ، تغير شيء مألوف) وبعد ذلك التعرف على الأسلوب المعرفي الذي يفسر من خلاله المسترشد الحوادث التي يتعرض لها مثلاً (عزو النجاح للحظ ولوم النفس على الفشل). ثم يقوم المرشد بصياغة المشكلة في الجلسات الأولى ولكنه يستمر في إجراء تعديلات عليها كلما حصل على معلومات جديدة (الأزايذة ، 2015، ص 173).

- يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق في المرشد ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والإهتمام بالمريض وكذلك على الإحترام الصادق وحسن الإستماع

- يشدد العلاج المعرفي السلوكي على أهمية التعاون والمشاركة النشطة . العمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وفي إعداد الواجبات التي يقوم بها المريض بين الجلسات (جاد الرب ، 2015، ص 157).

- يسعى المرشد إلى تحديد أهداف معينة يسعى لتحقيقها ، وحل مشكلات محددة.

- يركز العلاج المعرفي السلوكي على الحاضر ، حيث يتم التركيز على المشكلات الحالية وعلى مواقف معينة تثير القلق لدى المسترشد ، ومع ذلك فقد يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضي في حالة:
 - أ- رغبة المسترشد الشديدة في القيام بذلك
 - ب- عدم حدوث تغير يذكر في الجوانب السلوكية والمعرفية والإنفعالية .
 - ت- عندما يشعر المرشد بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار الغير فعالة لدى المسترشد(الأزيدة، 2015، ص 173).
 - العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي ، يهدف إلى جعل المسترشد معالجا لنفسه كما أنه يهتم كثيرا بتزويد المسترشد بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض بعد التحسن (الإنكاس)
 - العلاج المعرفي السلوكي علاج مكثف قصير المدى ، يتم علاج معظم الحالات في مدة تتراوح ما بين 4-12 جلسة ، وقد يستمر إلى فترة أطول من ذلك.
 - تتم الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي وفق جدول عمل محدد يحاول المرشد تنفيذه ، للتعرف على الوضع الإنفعالي للمسترشد ، ويطلب من المسترشد تقديم ملخص لما حدث خلال الأسبوع الماضي ، إعداد جدول أعمال الجلسة (بالتعاون مع المسترشد)، التعرف على رد فعل المسترشد حول الجلسة السابقة ، مراجعة الواجبات المنزلية ، تقديم ملخصات لما تم في الجلسة بين الحين والآخر ، ثم أخذ رأي المسترشد فيما تم في نهاية الجلسة .
 - يعلم العلاج المعرفي السلوكي المسترشد كيف يتعرف على الأفكار والإعتقادات غير الفعالة وكيف يقومها ويستجيب لها.
 - يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات متعددة لإحداث تغييرات في التفكير ، المزاج والسلوك ، يستخدم في العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى الفنيات المعرفية الأساسية مثل الأسئلة الجدلية (السقراطية) والفنيات السلوكية .
 - يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المرشد صريحا مع المسترشد وبنقاش معه وجهة نظره (المرشد) حول المشكلة (الصياغة) ويعترف بأخطائه ويسمح للمسترشد بمعارضته، وعدم القيام بذلك يتعارض مع الطبيعة التعاونية بين المرشد والمسترشد التي يركز عليها العلاج المعرفي السلوكي.
 - يركز المرشد المعرفي السلوكي بصورة عامة على التعامل مع أعراض الإضطراب النفسي الذي يعاني منه المسترشد أكثر من تركيزه على العوامل التي تعزي إليها هذه الأعراض (الأزيدة ، 2015 ، ص 173).
- يمكن القول إنطلاقا مما سبق ذكره أن العلاج المعرفي السلوكي هو بناء علاقة علاجية بين الفاحص والمفحوص وذلك بهدف التغلب على المشاكل عن طريق تغيير طريقة التفكير.

4. فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

1.4 فنية إعادة البناء المعرفي:

تركز هذه الطريقة على تعديل تفكير المسترشد وإفترضاته ، وإلتجاهات التي تقف وراء التفكير ، يشتمل على عمليات التفكير محرفة ، تؤدي إلى نظرة محرفة للعالم ، وإلى إنفعالات غير سارة وصعوبات ومشكلات سلوكية ، وتمثل هذه الطرق ما يعرف عادة باسم الموجه بالإستبصار ، وفي الواقع فإن هذه المجموعة الواسعة من الطرق لا تمثل طريقة أو نظرية واحدة للعلاج وإنما علاجات مختلفة، ورغم كونها تهتم بالجوانب المعرفية لدى المسترشدين ، فإن المعالجين يصورون هذه الجوانب المعرفية للمسترشدين بطرق تختلف من معالج لآخر مما يؤدي إلى أساليب علاجية متنوعة (بوسبي ، 2017 ، ص63).

2.4 فنية الحوار السقراطي:

يسمى أيضا التساؤل السقراطي ، ويتمثل في حوار يقود خلاله المعالج المريض إلى الشك في أفكاره المختلة ثم إلى بناء أفكار جديدة ، لا يتمثل الأمر في كسر الأفكار المختلة وإقتراح أفكار أخرى معدة مسبقا من طرف المعالج وإقناع المريض بصحتها ، بل يتمثل في أن يسلك المعالج سلوكا عقلانيا ، يقظا ، متدرجا ، غير متعصب ، والأهم أن يكون متسائلا وذلك لخلق دينامية من التساؤل العقلاني حول هذه المعتقدات التي لدى المريض ، ليتمكن المريض من فهم العالم المحيط به بكيفية أكثر واقعية ، أكثر تفتحا ، وخاصة أقل تسببا في الأمراض النفسية. يتمثل الأمر إذن في تطبيق عمل معرفي سيقود المريض إلى إحداث تغيير ناتج من الداخل وليس مفروضا من الخارج ، إنها إذن تقنية تتطلب الكثير من المهارة ومن الحس الإكلينيكي لدى المعالج (بوفيه ، 2019، ص 110)

3.4 فنية حل المشكلات:

تعرف بأنها قدرة الفرد على تحديد المشكلات التي تواجهه مع إتخاذ السلوك المناسب منها ، ويرى محمود التميمي (2014 ، 54-55)، بأنها عملية سيكولوجية تعني بصورة أساسية بالسلوك في موقف فيه مشكلة ، وعملية سيكولوجية إفتراضية ذات نشاط معرفي لفهم الأفكار والموضوعات وإدراك العلاقة الموضوعية والعضوية والترابطية بين السبب والنتيجة (إبراهيم ، 2018 ، ص 186)

4.4 فنية لعب الدور:

يمثل لعب الدور فنية سلوكية فعالة في تعلم المهارات الإجتماعية حيث يتدرب بمقتضاه الشخص على تمثيل جوانب من المهارات الإجتماعية كما لو أنها تحدث بالفعل حتى يتقنها ، وهي أداة علاجية تكشف من خلالها جوانب هامة من شخصية الفرد ، ودوافعه وحاجاته وصراعاته وهي تركز على تقمص الفرد لشخصية تتصل بمشكلة ما يؤدي إلى التنفيس الإنفعالي والتحرر من التوتر النفسي والقدرة على التغيير عن طريق الإستبصار بالذات وفهم الآخرين وشعوره بأن الآخرين يشتركون معه بقصد مساعدته (إبراهيم ، 2018، ص193)

5.4 فنية النمذجة:

قدم هذه الفنية ألبرت باندورا 1977 bandoura ، في نظريته المعرفية الاجتماعية حيث يرى أن معظم الناس يتعلمون السلوك الجديد من خلال ملاحظة الآخرين ، من حيث طبيعة وشكل السلوك الجديد كما يجري في المناسبات المختلفة ، والنموذج يؤثر في تقوية أو إضعاف العادات السلوكية التي تلاحظ ، ويتعلم بوضوح فالناس يتأثرون بما يلاحظونه بطرق مختارة ، ويتوقف السلوك الذي يقلد على العواقب الملحوظة للنموذج (إبراهيم ، 2018، ص194)

6.4 فنية التعزيز الإيجابي:

عبارة عن تقديم مدعمات ثناء مدح على الإجابات الصحيحة والإستجابات الملائمة أثناء النقاش ، والهدف من استخدام هذا الأسلوب هو حث الأفراد خاصة في العلاج الجمعي على التفكير السليم والسلوك المرغوب بحيث يكون جزء من حياتهم (إبراهيم ، 2018، ص196)

7.4 فنية الإسترخاء:

فنية الإسترخاء تقوم على أساس فيزيولوجي حيث وجد ذبذبات المخ أثناء حالات القلق والألم والخوف والكآبة والحزن تكون من نوع ذبذبات وموجات بيتا ، و الإسترخاء يمكن أن يحول تلك الذبذبات إلى موجات ألفا وبيتا التي يكون فيهما المخ مرتاحا ومسترخيا ، وكما إرتاح المخ والجهاز العصبي تخلص الإنسان من حالات القلق والألم والخوف والكآبة والحزن ولهذا السبب بعد الإسترخاء الذي عرفه معظم الشعور منذ وقت طويل وتقوم أساليب الإسترخاء الحديثة علة جملة من التمارين والتدريبات البسيطة التي تهدف إلى إراحة الجسم والنفس وذلك عن طريق التنفس العميق وتمارين الجسم كله على الإرتخاء وزوال الشد العضلي ، بحيث ساعد الإسترخاء على خفض نسبة التوتر وحدته ، وهناك ثلاث أنواع من الإسترخاء:

- إسترخاء التنفس العميق.

- الإسترخاء العضلي.

- الإسترخاء الذهني (قطراني ، 2020، ص30)

8.4 فنية الواجب المنزلي:

تهدف هذه الفنية إلى مشاركة الفرد في تصميم الخطة العلاجية المتبعة وما يناسبها من أنشطة لتحقيق الأهداف العلاجية ، إذ لابد من توجيه الفرد لتوظيف ما تعلمه من معتقدات ومفاهيم صحيحة من خلال المرور بعدة مواقف سلوكية يقوم الفرد بأدائها لكي يتمكن من تدعيم التغيرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها في الجلسات العلاجية ولكي تساعد على أن ينقل خبراته الجديدة إلى المواقف الحية (بوسبي ، 2017، ص65).

يمكن القول مما سبق ذكره أن فنيات العلاج المعرفي السلوكي هي الوسيلة العلاجية الأفضل في التعافي أو القضاء على الآثار السلبية للإضطرابات النفسية.

5. الأساس النظري للعلاج المعرفي السلوكي:

1.5. نظرية ميكينبوم :

ينطلق ميكينبوم من الفرضية التي تقول بأن الأشياء التي يقولها الأفراد لأنفسهم تلعب دوراً في السلوكيات التي يقومون بها، ومن خلال هذا الاتجاه يركز الفرد على كيفية تقييمه لأسباب إنفعالاته وعزو الاسباب لنفسه أم الى الآخرين، ويرى ميكينبوم ان ادراك الفرد يؤثر بشكل كبير على فسيولوجيته وانفعالاته ، وان الإنفعال الفسيولوجي ليس معيقاً بحد ذاته امام تكيف الفرد بل ما يقوله لنفسه حول المثير هو الذي يحدد إنفعالاته الحالية ، حيث ركز ميكينبوم على الحديث الداخلي او الحوار الداخلي مع الذات والتخيلات والبناءات المعرفية في محاولة لتغيير السلوك والتفكير والشعور (خطاب، 2020، ص300).

كما يرى ميكينبوم بأن عملية التغيير تتطلب أن يقوم الفرد بعملية امتصاص السلوك البديل الجديد بدلاً من السلوك القديم ، وأن يقوم بعملية التكامل اي ابقاء بعض بناءاته المعرفية القديمة الى جانب تكوين بناءات معرفية جديدة لديه، ويشير ميكينبوم بأن البناء المعرفي يحدد طبيعة الحوار الداخلي والذي بدوره يغير في البناء المعرفي بطريقة يسميها ميكينبوم بـ الدائرة الخيرة كما يقوم الحوار الداخلي بالتأثير على الأبنية المعرفية وتغييرها، والبنية المعرفية تعطي نسق المعاني أو المفاهيم التي تمهد لظهور الجمل أو العبارات الذاتية ويقصد ميكينبوم بالبنية المعرفية بأنها الجانب التنظيمي من التفكير الذي يراقب ويوجه الاستراتيجية والطريق والاختيار للأفكار والاستفادة من المشغل التنفيذي الذي يمسك بخراط التفكير ويحدد متى تقاطع أو نوصل أو تغير التفكير بدون تغيير في البنية المعرفية، ولكن تعلم المهارة الجديدة يتطلب تغيير في هذه البنية، وتحدث التغييرات البنائية عن طريق التشرب حيث تندمج الأبنية الجديدة في القديمة، وكذلك عن طريق الازاحة أو الإحلال حيث تواصل الأبنية القديمة مع الجديدة ، وكذلك عن طريق الاندماج

او التكامل حيث يستمر تواجد أجزاء من البناء القديم في بنية جديدة أكثر شمولاً، وتقوم هذه الفكرة اساساً على آراء نيسر في متابعته لتصورات بياجيه حول التمثل والتوافق (خطاب، 2020، ص 300).

2.5. نظرية بيك Beck المعرفية:

رأى بيك أن الخبرات الحياتية التي يمر بها الفرد تستمد دلالاتها الضاغطة أو المكتتبية أو الانهزامية من خلال علاقتها بأفكارنا أي من خلال إدراك الفرد لها أو للواقع بشكل سلبي. وبناءً على هذه الأفكار يبدأ الفرد في مشاعر انفعالية تتفق معها وسلوكيات تدعمها. أو بعبارة أخرى أن هناك ثلاث حلقات في سلسلة مترابطة (طلعت، 2016، ص 68).

الأفكار تؤثر في المشاعر، والمشاعر توجه السلوك بناءً على الأفكار والعلاقة بينها هي متبادلة. ويرى بيك أن المعنى الذي يضيفه الفرد على الأحداث وكذلك طريقة تفكيره وإدراكه وتفسيره لمعنى الحدث يؤثر على انفعال الفرد وسلوكه وتفسيره لتلك الأحداث ويحدد مدى تأثره بالأحداث التي يواجهها. وبذلك فإن طبيعة الاستجابة الانفعالية لدى شخص ما يتوقف على إدراكه للحدث بالنسبة لمجاله الشخصي الذي يتألف من جملة الأشياء التي يعطيها أهمية خاصة ومن بينها رؤيته لذاته وعالمه ومستقبله. ويذكر بيك أن ردود الفعل الانفعالية ليست استجابات مباشرة ولا تلقائية بالنسبة للمثير الخارجي و إنما يجري تحليل المثيرات وتفسيرها من خلال النظام المعرفي الداخلي. وقد ينتج من عدم الاتفاق بين النظام الداخلي وبين المثيرات الخارجية وجود الاضطرابات النفسية (طلعت، 2016، ص 68).

3.5. النظرية العقلانية الانفعالية:

ويعتبر البرت إليس El Albot هو مؤسس هذه النظرية : التي تقوم على عدة فروض هي
- الإنسان حيوان عاقل: فحين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية ، فإنه يصبح ذا فاعلية و يشعر بالسعادة

الاضطراب الانفعالي والسلوك غير السوي هما نتيجة التفكير غير المنطقي فالتفكير والانفعال ليسا منفصلين عن بعضهما ، بل إن الانفعال يصاحب التفكير ينشأ التفكير غير العقلاني - أصلاً من التعلم المبكر غير المنطقي.

يتم التفكير خلال استخدام الرموز الكلامية. وحيث يصاحب التفكير الانفعال والاضطراب الانفعالي فإن التفكير غير المنطقي يستمر ماستمر الاضطراب الانفعالي لذا فالشخص المضطرب يحتفظ بسلوكه غير المنطقي بسبب الحديث الداخلي ، أو الذاتي الذي يتكون بدون

تفكير عقلائي فالجمل والعبارات التي تحدث بها أنفسنا عند الاسترسال في التفكير الحرّ، تشكل دائماً أفكارنا وانفعالاتنا.

تستمر حالة الاضطراب الانفعالي نتيجة لحديث الذات الذي يتم ليس بسبب الظروف الخارجية فقط ولكن كذلك بإدراك الفرد ، واتجاهاته نحو هذه الأحداث التي تتجمع على صورة جمل يتم استدخالها أو تمثلها يجب مهاجمة الأفكار والانفعالات السلبية بإعادة تنظيم الإدراك ، والتفكير بدرجة يصبح معها الفرد منطقياً ومتعلقاً (الطويرقي ، 1437، ص 4) .

4.5. نظرية التعلم :

تشمل نظريات الإشراف الكلاسيكي والإجرائي والتعلم الإجتماعي ، والتي تقوم على تعديل السلوك الملاحظ المحرك أو اللفظي .

لقد تطورت النظريات السلوكية عند نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين وانتقل ذلك من التجريب على الحيوانات وصولاً إلى الإنسان وذلك ضمن نظرية الإشراف والمثير والإستجابة وصولاً إلى النظريات المعرفية (شيماء وسميحة ، 2019، ص32).

5.5. نظرية الإشراف الإستجابي الكلاسيكي بافلوف:

نظريات التعلم الكلاسيكي إنبثقت مباشرة من الدراسات العلمية التي أنجزها العالم إيفان بافلوف في بداية القرن العشرين وفي تجربته المشهورة عن الكلاب ، بين بافلوف بأنه يمكن جعل الكلاب تفرز اللعاب مباشرة حين تسمع صوت الجرس ، وتتضمن هذه التجربة المزوجة بين المثير المحايد الجرس ، مع المثير الطبيعي الطعام ، ذلك المثير الطبيعي الذي يستدعي حصيلة إستجابة في إسالة اللعاب ، وهذا ما يسمى بالإستجابة الشرطية ، يصبح اللعاب يسيل كلما سمع صوت الجرس بدلاً من رؤية الطعام ومنه ظهرت أساليب تهدف عند تطبيقها إلى زيادة معدل تكرار السلوك المرغوب فيه (شيماء وسميحة ، 2019، ص32) .

لقد عمد بافلوف في تفسير عملية التعلم بدلالة العمليات الفيزيولوجية التي تحدث في الجهاز العصبي ممثلاً ذلك في عمليتين رئيسيتين هما :

الإثارة (Excitation) والكبح الكف (inhibition)، لبعض المناطق العصبية في الدماغ من خلال التعرض لمثيرات طبيعية بعضها جاذبا والبعض الآخر منفرا وما يترتب عن ذلك من إشراف مثيرات محايدة أخرى مع تلك المثيرات ، وتحديدًا فقد سعى إلى الكشف عن تلك العمليات التي تحدث في القشرة الدماغية (ceberal cortex) نتيجة للتعرض للمثيرات المختلفة (الزغول ، 2010، ص49)،

6.5. نظرية الإشراف الإجرائي سكينر:

يقوم الإشراف الإيجابي الكلاسيكي على أساس الارتباط بين المنبهات ، وعلى العكس منه يتناول الإشراف الإجرائي التعلم والتغيرات الدافعية التي تقوم على أساس الأحداث التي تلي السلوك وتكون بصفة عامة نتيجة للسلوك ، مثال على ذلك طالب يتحصل على درجة في إختبار نتيجة إنجاز في مستوى معين ، الإشراف الإجرائي هو نموذج التعلم القائم على أساس تأثيرات السلوك لأحداث مشروطة وتعلم طبيعة العلاقة المشروطة ، فإذا ما أدى الحدث المشروط إلى أن يزيد احتمال أن يسلك الشخص بطريقة مشابهة في موقف مشابه فإن الحدث يسمى مدعما فمثلا قراءة الوالدين قصة للطفل حين يرفض الذهاب لفرشه والنوم قد تصبح مدعما لبقاء الطفل (مليكة ،1990،ص70)

7.5. نظرية التعلم الإجتماعي باندورا:

ويطلق على هذا النوع من التعلم، التعلم بالملاحظة والتعلم بالنمذجة Modeling ، أو بالقدوة والمحاكاة ، وقد رأى ألبرت باندورا A.Bandoura ، وأضع نظرية التعلم الإجتماعي أن التعلم يحدث نتيجة التفاعلات المتبادلة بين بيئتين الداخلية والخارجية ، وان السلوك وظيفه تفاعلية للمتغيرات الشخصية (الجوانب العقلية والسمات المزاجية والحالة الفيزيولوجية) والمثيرات الخارجية في البيئة المحيطة (القريطي ،2014،ص67). كما رأى أن التعلم يحدث عن طريق ملاحظة نماذج القدوة كالأباء والمعلمين وأنه يشتمل على أربع عمليات هي: الإنتباه لخصائص النموذج ، الإحتفاظ بالأحداث الملاحظة على شكل رمزي لإسترجاعها مستقبلا ، القدرة على إعادة توليد السلوك أو إصدار المعلومات المحفوظة ، الدافعية أو الحافز لأداء سلوك النموذج، وقد ميز باندورا بين إكتساب الإستجابة وتأديتها ،فإكتساب الإستجابة قد لايعني بالضرورة تأديتها ، كما أشار إلى أن المقدرة على التعلم الإجتماعي تزداد كلما إرتفع مستوى الذكاء ومقدرة الفرد على تنظيم ذاته وبيئته (القريطي ،2014،ص67)

يمكن القول إنطلاقا مما سبق ذكره لقد ظهرت أسس واتجاهات نظرية عديدة ساهمت في تطور هذا المجال مفادها أن العمليات المعرفية تؤثر على السلوك.

خلاصة

تناولنا في هذا الفصل العلاج المعرفي السلوكي ، إنطلاقا من ماهيته ، مبادئه ، أهدافه ، مرورا إلى أهم فنيات العلاج المعرفي السلوكي.

الفصل الثالث : القلق

➤ تمهيد

1. تعريف القلق

2. انواع القلق

3. اسباب القلق

4. اعراض القلق

5. النظريات المفسرة للقلق

➤ خلاصة الفصل

➤ تمهيد:

يعتبر القلق حالة إنفعالية، من الممكن أن تصيب أي شخص من حين لآخر ولكن إن زادت حدته ومدته وتكرر ، فلا بد من توجيه إهتمامنا إلى هذه المشكلة ، وماقد يصاب من أعراض نفسية أو جسدية ،والإحاطة بجميع جوانب هذا الإضطراب.

1. تعريف القلق :

1.1. **القلق لغة:** يعرف القلق لغوياً بأنه: القلق من قلق، والقلق الانزعاج، ويقال بات قلقاً وأقلق غيره، والقلق لا يستقر في مكان واحد.(حجازي، 2013، ص11)

ورد في المعجم الوسيط:

قلق - قلقاً: لم يستقر في مكان واحد وقلق لم يستقر على حال، وقلق اضطرب وانزعج فهو قلق.

وأقلق الهم فا أزعجه . وقد أقر المجمع استخدام القلق بوصفه حالة انفعالية تتميز بالخو مما قد يحدث .

والمقلاق: الشديد القلق. يقال : رجل مقلاق وامرأة مغلاق (احمد، 2000، ص14)

القلق شعور عام بالخشية او ان هناك مصيبة وشيكة الوقوع او تهديدا غيرمعلوم المصدر مع شعور بالتوتر و الشدة او الخوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية ، غالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل و المجهول ، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغ فيها لمواقف لا تمثل خطرا حقيقيا و قد لا تخرج في الواقع عن اطار الحياة العادية ، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبا منا لو كانت تمثل خطرا ملحا و مواقف اصعب مواجهتها . (غانم،2018، ص23)

القلق حالة مرضية تتسم بالشعور بالتوجس المصحوب بعلامات جسمية تشير الى فرط نشاط الجهاز العصبي الذاتي ، و يختلف القلق عن الخوف بان الاخير (اي الخوف) يمثل استجابة لسبب معروف.

(غانم، 2019، ص65)

القلق هو شعور عام غامض غير سار بالتوجس و الخوف و التحفز و التوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة النشاط العصبي اللارادي ياتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد ، و ذلك مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة او السحبة في الصدر و ضيق في التنفس او الشعور بنبضات القلب او الصداع او كثرة الحركة (غانم، 2019، ص 65)

كما يعرفه ايرون بيك بانه : انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيراً معبراً عن تقويم او تقريراً لخطر محتمل (عبد اللطيف، 200، ص9، 128).

في حين يعرف عبد السلام عبد الغفار القلق بأنه خبرة انفعالية غير سارة يعانى منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده تحديداً واضحاً , وغالباً ما تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفسيولوجية"

أما علاء الدين كفاقي فيعرف القلق بأنه "خبرة انفعالية غير سارة , يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد وكثيراً ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية الشعورية بعض المظاهر الفسيولوجية (العطية, 2008,ص12).

كما عرفه شافر ودوكس تعريفا سلوكيا حيث هو : استجابة مكتسبة تحدث تحت ظروف او مواقف معينة ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك (عبد اللطيف, 200,9ص128).

كما يعرف الهيتي القلق بانه : حالة من التوتر الشامل ينشأ خلال صراعات الدوافع و محاولات الفرد للتكيف (عبد اللطيف, 200,9ص128).

أما راجح أحمد عزت فيعرفه : القلق حالة من الانفعال يشير إلى وجود خطر داخلي أو خارجي شعوري أو لاشعوري يهدد الذات وجوهره فيه , الانتظار والتوقع و العجز عن الهرب, والقلق انفعال مركب من الخوف والألم وتوقع الشر (زعتري, 2010,ص10).

يتم تعريف القلق من خلال الشعور بالضيق النفسي والجسدي الناجم عن الشعور باقترب خطر ويتسم بالخوف المنتشر , والذي يمكن أن يصل إلى حالة من الذعر. هذا الشعور مصحوب بأعراض جسدية عصبية نباتية مميزة (تشنجات , تعرق , صعوبة في التنفس , سرعة ضربات القلب , دوخة , إلخ)(Jeheber, 2021,p20) .

أما زهران حامد عبد السلام فيرى أن القلق : حالة توتر شامل ومستمر نتيجة تحديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث, ويصطحبها خوف وأعراض تنفسية وجسمية متنوعه (زعتري, 2010,ص10).

و هناك من عرف القلق عن طريق تحديد مظاهره وليس عن طريق الحديث عن اسبابه , وذلك كما في تعريف الزراد للقلق بانه : شعور غامض غير سار بالتوقع و الخوف و التحفز و التوتر , مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية و ياتي في نوبات تتكرر لدى الفرد (عبد اللطيف, 2009, ص812) .

تعريف(DSM5) للقلق هو شعور غامض ملىء بالتوجس و التوتر مصحوب ببعض الاحساسيس الجسمية , و انه قلق لا يقتصر على موقف و انما يمتد الى سائر المواقف و مناحي الحياة و غالبا ما يكون مجهول المصدر و الشخص يكون لديه استعداد دائم للقلق و يستمر لمدة ٦ اشهر (عبد مرزوك,2019,ص114).

القلق هو حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يهدده , و القلق هو مشاعر غير سارة التي تتميز بالهموم و الخشية و الفزع و الرهبة التي يستشعرها الفرد في وقت ما في حياته و بدرجات مختلفة (مروان, 2002 ,ص225).

القلق هو اضطراب جسدي ينتج عنه الشعور بالتضييق والاختناق , والقلق هو اضطراب نفسي ينتج عنه شعور لا يمكن تحديده بعدم الأمان (Benmeziane, 2013, p27) .

يعتبر القلق ظاهرة طبيعية لدى الاسوياء من الناس حيث يصبح حافز للعمل و حاجزا ضد اللامبالاة و الجمود في الاداء و محرما للطاقة المخزونة في الاتجاه الصحيح, و لكن يصبح القلق كما يشرح علاء الدين فرغلي - بانه ظاهرة غير طبيعية او حالة مرضية عندما يتجاوز الحد المعقول و عندما يدور الفرد في حلقة مفرغة من التفكير و الخوف (مدحت, 2005, ص 157).

يمكن تعريف القلق بانه حالة غامضة من الشعور بالتهديد للترتبط بواقعة بيئية محددة او موقف ملموس و انما يعاني منه الشخص دون معرفة بالاسباب و في مواقف متعددة و بشكل متكرر, بمعنى ان القلق حالة انفعالية غير سارة تشعر الفرد بالهم و الحزن و الخوف و التهديد (مدحت, 2005, ص157).

القلق هو القاسم المشترك الاعظم في جميع الاضطرابات النفسية حيث يشعر الفرد بمظاهر القلق المختلفة , و القلق يعني اشارة للكائن بان خطر يهدده حتى يتخذ الخطوات اللازمة للتعامل مع الخطر (غانم, 2015, ص98).

ويعرف القلق بأنه حالة انفعالية غير سارة يستثيرها وجود الخطر وترتبط بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والتغيرات الفسيولوجية الناتجة عن القلق. كما تتضمن اتساع الحدقة وازدياد العرق في الكفين وازدياد نبضات القلب, والتنفس السريع, والحالة هذه تسمى ب"قلق الحالة" أو "حالة القلق". وهي خبرة عابرة تتفاوت من حيث الشدة وتتذبذب من وقت لآخر (رحاب, 2016, ص22).

و من خلال التعريفات السابقة استنتجنا ان القلق هو مجموعة من الأعراض النفسية المتمثلة في الخوف و التوتر و الانزعاج مصحوبة بأعراض فيزيولوجية تجعل الفرد في حالة مرضية.

2. أنواع القلق:

تقسيم فرويد للقلق هو

1.2 القلق الموضوعي:

وهذا النوع من القلق يكون الفرد فيه مدركاً لمصدره, ويكون خارجي, فيسبب له الخوف والقلق والاضطراب, ويكون مدركا لنوع الخوف, والخطر الذي يقدم عليه كشعور الفرد بالقلق حيال انتظار قريب قادم من الخارج, أو حيال الانتقال من منزل إلى منزل آخر, أو من بيئة إلى بيئة أخرى أو كشعور الفرد حيال موقف الامتحان أو الإقدام على الزواج أو الانتقال الفرد من البيت إلى المدرسة

في حالة الأطفال أو من المدرسة إلى الجامعة ومن الجامعة إلى شغل منصب أو مهنة أو وظيفة أو من انتقاله من المهنة إلى المعاش وبالتالي إلى البيت ليواجه حياة جديدة أخرى، يقل فيها الاحتكاك بالمجتمع والواقع والتفاعل الاجتماعي (عمارة 2018، ص2).

ومثل انتقال الفرد من مراحل حياته كانتقاله من مرحلة الشباب ومنها إلى مرحلة الرجولة والنضج ومنها إلى مرحلة الشيخوخة المشوبة بالحكمة وخبرة السنين. وقد أطلق فرويد على هذا النوع من القلق «القلق السوي» فالفرد هنا يكون مدرِّكاً للمثيرات الخارجية والمواقف التي تؤدي به إلى الخوف الشديد وما يتسبب له من قلق موضعي يخرج من حياته الطبيعية إلى حياة مضطربة متصادمة (عمارة 2018، ص2).

2.2 القلق العصابي:

مثل الشعور بالخوف من الأشياء الخارجية ومصدر هذا النوع خارجي كالخوف من رؤية الدم أو الجروح أو نوع من الحشرات مثل الفئران والثعابين والصراصير وغيرها وهذا الخوف لا يتناسب مع الخوف المتوقع من مثل هذه الأشياء. وقد يحدث نوع من عصاب الهسوس نتيجة القلق الشديد؛ حيث يُظهر الفرد المصاب من القلق سلوكاً لا مبرر له، ويُحدث ضجة لا أساس لها من الخطر الذي يتوقعه؛ لأنها أشياء بسيطة في حد ذاتها لا تستدعي كل هذا القلق الدائم والتهديد المستمر من مصدر مجهول أو توقع الشر والأذى من أشياء بسيطة تبدو للفرد المصاب كأنها أشياء مهولة مخيفة للغاية (عمارة 2018، ص 2).

3.2 القلق الخلفي:

وهو يتمثل في صورة الشعور بالذنب تجاه الوالدين، وما ينشأ أساساً من الخوف من الوالدين وعقابهما، وما يصيب الأنا الأعلى من إحباط؛ وبالتالي يظهر في صورة مخاوف مرضية خلقية، وهذا النوع قلق داخلي من الفرد فيه دون وعي بالظروف التي أنت إلى هذا القلق الخلفي (عمارة 2018، ص 2).

4.2 القلق الوجودي:

و في هذه النوع من القلق تمتلك الشخص مشاعر بأن الحياة لا قيمة لها و يفقد إحساسه بقيمة كل ما يفعله، و هو اضطراب انفعالي تميزه خصائص وجدانية كالإحساس بالملل و الفراغ و مشاعر الاكتئاب، فمن الناحية الفكرية تسيطر على الفرد أفكار بأن الحياة لا معنى لها و ليس لها أهمية، أما من الناحية السلوكية يصبح الأشخاص غير مكترئين للقيام بأي نشاط كما يبرز فيه الفرد تعايشه في أداء نشاطاته المعتادة و يغلب على القلق الوجودي هذا: الاكتراث و غياب

المشاعر القوية، و فقدان الإحساس بوجود أي معنى للحياة و من أهم العلماء الذين تكلموا عن القلق الوجودي " جان بول سارتر " و " آرثر ميلر (زاوي، 2012، ص16).

يمكن القول إنطلاقاً مما سبق ذكره تتجلى أنواع القلق كالتالي :القلق الموضوعي وهذا النوع يكون الفرد فيه مدركاً لمصدره ، أما القلق العصابي مصدره خارجي ، أما النوع الثالث هو القلق الخلفي يتمثل في صورة الشعور بالذنب إتجاه الوالدين ، أما النوع الأخير هو القلق الوجودي هنا يفقد الإنسان إحساسه أي الإحساس بالملل والفراغ ومشاعر الاكتئاب.

3. أسباب القلق:

تتنوع أسباب القلق بين وراثية وعضوية واجتماعية عامة ونفسية، فالقلق الاستعدادات بيولوجية عند الفرد تكون وراثية مكتسبة من شخصية أحد الوالدين أو كليهما. ولا بد من ذكر دور الأمراض العضوية المزمنة والحادة وما تسببه من قلق عند الفرد. ولعل الحياة العامة ومشاكلها من عائلية ومهنية واقتصادية، والمسؤوليات الضخمة الملقاة على كاهل الفرد، أظنها أسباباً كافية لتعريض الشخص لكل عوارض القلق ومظاهره. وتأتيك العوامل النفسية كفقدان الأمن والإستقرار وعدم الإطمئنان النفسي أو حتى فقدان المشجعات المعنوية والإسناد الداعم كلها عناصر إذا غابت قد تسبب حالة من القلق العام (صندقلي، 2016، ص 98).

تتعدد أنواع نوبات القلق التي قد تظهر بشكل مفاجئ ودون إنذار مسبق أو سبب ظاهر. وتتنوع هذه النوبات كما يلي:

1.3. القلق الإعياني:

وهو إعياء ناتج عن القلق الذي يستمر الأيام عديدة حينها يشعر المصاب بإرهاق عام وبرود في التعبير وتبدل في العواطف وبطء في التفكير مع سلوك الي ثقيل.

نوبة الإنهيار الحاد وهي حالة من القلق والخوف الحاد مع توتر شديد واضطراب حركي عضلي وتوسع في حدقة العين مع شحوب في الوجه وارتجاف للشفاه والأطراف والام في الصدر حتى أن المريض قد يسقط على الأرض مغمياً عليه (صندقلي ، 2016، ص 99).

حالة الرعب تتصف بزيادة التوتر الحركي وقد تصل إلى شبه جمود مع عدم قدرة على الوقوف وعدم قابلية على الكلام ولكن الرعب هذا قد يدفع بالمصاب إلى الهرب والجري بدون هدف.

عدم التكيف مع المحيط أحوال مادية متدهورة.

ظروف نفسية متراكمة، كالإصابة بمرض مزمن، أو ازيمات حياتية.

عوامل وراثية كالإستعداد التكويني للكابة يسبب ضعفاً في نمو شخصية الفرد فيظهر الخوف والخجل وعدم التواصل السليم مع الآخر.

كل هذه العوامل تعرض المصاب للحزن والياس فتدخله في مرحلة من الإكتئاب كرد فعل نفسي يقوم به المصاب ليقى ذاته من الشدائد النفسية (صندقلي , 2016, ص 99).

يرجع كثير من المجتمعات تقريباً , حيث يصيب القلق جميع الطبقات والفئات صغارا وكبارا, نساءً ورجالاً , الأغنياء منهم و الفقراء مما يدل على أن أسباب القلق وعوامله متنوعة و فيما يلي ستحاول عرض أهمها:

علماء النفس خاصة أصحاب مدرسة التحليل النفسي , قسموا أصل نشوء القلق إلى حالات أربع عاشها حسبهم كل فرد في ماضيه , وهي:

- **صدمة الميلاد:** الذي هو النموذج البدائي للقلق وهو صراع من أجل البقاء وهو التجربة الأولى التي يوضع فيه الإنسان فجأة أمام تغيير أساسي غيظه, تتوقف فيه مسألة حياته على جملة من ردود أفعال حيوية متصلة بهذه الوظيفة وبهذه التجربة الأولى تتكون المخاوف الأولى (زعتز , 2010, ص 29).

- **صدمة الفصام:** انه حصر ,الفصام وهو الخوف الذي يستدعيه الانفصال عن الموضوعات التي يرى المرء أنها جوهرية لحياته , يعيش الطفل بعد صدمة الميلاد بقليل أي الفترة التقليدية للرضاعة في حال الانفصال عنها خوفا من عدم استطاعته على إبقاء السعادة والاطمئنان والأمن , والمتمثل في الالتحام بأمه (زعتز , 2010, ص 29).

- **عقدة الاخصاء:** ويرى أصحاب الدراسة التحليلية أنها تأتي فيما بعد مع الانفعالات الجنسية الطفلية وهو خوف من عقاب الوالدين بسبب التفكير الجنسي انه الشعور بالألم نتيجة التفكير في تملك أحد الأبوين من الجنس الآخر وهذه العقدة هي المسئولة عن كثير من الذنب اللاشعوري

- **التنشئة الاجتماعية:** إن القلق الناشئ عن التنشئة الاجتماعية هو خوف من النبذ من طرف المجتمع انه قلق الأنا الأعلى, بسبب الخوف من عدم القدرة على الاستجابة للمتطلبات الثقافية للأبوين والمجتمع (زعتز , 2010, ص 29).

أما أصحاب مدرسة السلوكية أمثال بافلوف . ميلر , باندورا .. الخ, فانهم يلخصون اسباب القلق في :

- أ- ينتج القلق من الاحباط أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد.
- ب- بمجرد المرور بخبره (ساره أو مؤلة) فانها تتحول إلى إستجابة مشروطة ترتبط عن طريق التعميم بمواقف أخرى أقل شدة واحباطا واحداثا للضغط النفسي
- ت- يتم تعلم القلق من خلال التوحد بالوالدين, أو تقليد أنماط القلق الخاصة بهما (علي سبيل المثال نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا) (غانم , 2018, ص 77).

ث-يرتبط القلق بالمؤثرات (المثيرات) الطبيعية الخارجية المخيفة مثل الخوف من الحوادث أو التعرض لها ثم ينقل من خلال مثير آخر من خلال الفعل الشرطي فيؤدي ذلك إلي ظهور الفوبيا لذا لا عجب أن تجد (القلق) هو المركز والمنطلق الاساسي خلف كافة أنواع الإضطرابات العصابية .

كما أكد البعض على أهمية ضرورة أخذ الضغوط البيئية في الإعتبار وهناك نوعين من الضغوط وهما :

أ- **الضغط المباشر:** الذي تسببه الأشياء التي تحدث اختلالاً للفرد في بيئته الخارجية طلاق، موت، رسوب ، مرض خطير ... الخ.

ب-**الضغط غير المباشر:** والذي يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضتين بيد أن الضغوط وحدها قد لا تسبب القلق واضطرابه بل أن اشتدادها واستمرارها. وتشابكها ، ونقص المقاومة وغياب التشجيع والمساندة من البيئة. ... كل ذلك وغيره قد يؤدي إلي فاعلية الضغوط على الشخص وبالتالي حدوث إضطرابات القلق (غانم، 2018، ص77).
يمكن القول إنطلاقاً مما سبق ذكره أن أسباب القلق تتنوع بين الوراثة والإجتماعية والنفسية ، إذ تتجلى في بيئة المريض وظروفه الإجتماعية ، الإحباط والضغوط النفسية ، المثيرات الخارجية.

4. الأعراض الاكلينيكية للقلق النفسي :

تستطيع حصر الأعراض الإكلينيكية للقلق النفسي في نوعين من القلق لكل منهما أعراضه الخاصة

1.4 القلق الحاد: وأعراضه النفسية تتلخص في:

أ- حالة الخوف الحاد Panic State : حيث يظهر التوتر الشديد والقلق. الحاد المصحوب بكثرة الحركة أو عدم القدرة على الإستقرار مع سرعة التنفس. والكلام السريع غير المترابط
ب- حالة الرعب الحادة Terror State : وأهم ما يميز هذه الحالة هو عدم الحركة والسكون المستمر مع تقلص العضلات والإرتجاف مع ظهور عرق بارد غزير . (احمد عكاشة، 2018، ص183)

ث-إعياء القلق الحاد Anxiety Exhaustion Syndrom : عندما يستمر القلق لمدة طويلة، يصيب الفرد إجهاد جسيم ويصاب بارق شديد لعدة أيام، ويظهر هذا الإعياء أثناء الانسحاب العسكري، والبراكين والزلازل والحرائق، والكوارث العامة، ويبدو الوجه جامداً دون عاطفة، شاحباً غير منفعلاً مع التبلد الذهني، والسير بطريقة أوتوماتيكية بطيئة دون معرفة اتجاهه، أما إجابته عن الأسئلة فتأخذ نمطاً واحداً مختصراً وأهم مميزات هذه الحالة هي الأرق الحاد

الذي لا يستجيب أحياناً للعقاقير المنومة، ولذا نلجأ في هذه الحالة إلى حقن وريدية، ويتعرض المريض أثناء شفائه لنوبات من الهياج والفرع والكوابيس، وقد شاهدنا ذلك في الجنود المصريين أثناء الانسحاب من سيناء في حرب ١٩٦٧ وعندما يستمر الفلق الحاد لمدة طويلة دون شفاء، أو عندما يكون الإجهاد بطيئاً بحيث لا يسبب أى نوع من أنواع القلق الحاد، فهنا يتعرض المريض لما يسمى بالقلق المزمن (احمد عكاشة، 2018، ص183).

2.4 القلق المزمن: وهو مرحلة ثالية من الاصابة تنتج من خلال استمرار القلق لمدة طويلة دون علاج وله العديد من الأعراض والعلامات (الكافي، 2012، ص11).

• **الأعراض الجسمية:** حيث تتأثر جميع أجهزة الجسم الحشوية ولذا من المتوقع أن يشكو الشخص من عديد من الأعراض الخارجية: بالجهاز القلبي الدوري، الجهاز الهضمي الجهاز التنفسي، الجهاز العصبي، الجهاز البولي والتناسلي، الجهاز العضلي، الجلد، جهاز الغدد الصماء (الكافي، 2012، ص 11).

• **الجهاز القلبي الدوراني:** هنا يشعر المريض بألام عضلية فوق القلب والناحية اليسرى من الصدر، مع سرعة دقات القلب، بل والإحساس بالنبضات في كل مكان، ويبدأ في عد سرعة النبض، وتكون الطامة الكبرى عندما يقيس ضغط الدم ويجده مرتفعاً بعض الشيء من جراء الانفعال، ويبدأ المريض المسكين في سلسلة من الفحوصات المختبرية، والدراسات الشعاعية، وتخطيط كهربية القلب، وهكذا يدخل في حلقة مفرغة، وبالطبع يتردد هؤلاء المرضى على أطباء القلب يومياً، ويحاول الطبيب تهدئتهم دون جدوى (الكافي، 2012، ص 11)

• **الأعراض النفسية:** الخوف، التوتر أو التهيج العصبي. ضعف القدرة على التركيز، فقدان الشهية للطعام. تناول الخمر أو العقاقير المنومة أو المهدئة الأمراض السيكوسوماتية (غانم، 2018، ص77).

• **عدم القدرة على التركيز:** قد تغير عن سابق عهده، وأن العالم قد تغير من حوله، ويبدأ في القلق على أتفه الأمور ويضخمها في رأسه.

فقدان الشهية للطعام والأرق. مع فقدان الوزن، والأرق الذي يتميز بالصعوبة في بداية النوم؛ أي يرقد الفرد على سريره، ويتقلب الساعة بعد الأخرى دون أن تغفل عيناه، وإن نام تصحب نومه أحلام وكوابيس مزعجة؛ مما يجعل حياته سلسلة من العذاب. شرب الخمر أو تناول العقاقير المنومة أو المهدئة. كمحاولة من المريض للتخفيف من أعراض القلق النفسي، مما يؤدي أحياناً إلى حالات الإدمان؛ ولذا وجب البحث عن القلق المختفي وراء الاعتماد على المواد في حالة أي مريض، يعاني إدمان الخمر أو عقارا خاصا (احمد عكاشة، 2018، ص 188).

• **الأمراض السيكوسوماتية (النفسجسمية):**

نعني بذلك الأمراض العضوية التي يسببها أو يلعب في نشأتها القلق النفسي دوراً مهماً، أو الأمراض العضوية التي تزيد أعراضها عند التعرض لانفعالات القلق النفسي، وبالطبع سيكون علاج القلق النفسي هنا علاجاً أساسياً لصحة المريض العامة (احمد عكاشة، 2018، ص 188).

● **الأعراض القلبية:** يشعر المريض بالام عضلية فوق القلب والناحية اليسرى من الصدر مع سرعة ضربات ودقات القلب، وأحياناً يشعر بأن دقات قلبه غير منتظمة، وتكون الطامة الكبرى عندما يقيس ضغط الدم ويجده مرتفعاً من جراء الانفعال، وإن أخطأ الطبيب وأخبره بأنه يعاني من الضغط المرتفع يبدأ المريض المسكين في سلسلة من التحاليل والفحوصات وهو ما ينعكس عليه ويزيد قلقه، وبالتالي تزداد أعراض الآلام والنبضات والضغط ويدخل في حلقة مفرغة تنتهي أخيراً بعلاجه النفسي والسبب في كل هذه الأعراض هو الانفعال الظاهر أو المكبوت والذي ينبه الأعصاب اللاإرادية للقلب (الكافي، 2012، ص 12).

● **الأعراض الباطنية:** إن الجهاز الهضمي من أهم الأجهزة التي يظهر فيها القلق النفسي، ويكون عادة في هيئة صعوبة في البلع أو الشعور بغصة في الحلق أو عسر في الهضم والتجشؤ والنفخة في البطن، وأحياناً الغثيان والقيء أو الإسهال أو الإمساك أو المغص الشديد، ويختار الأطباء في تشخيصه، وتتكرر هذه الأعراض كلما تعرض الفرد لانفعالات عاطفية أو مواقف اجتماعية متكررة. الأعراض العصبية يظهر القلق على شكل اشتداد في المنعكسان العصبية العميقة عند فحص المريض مع اتساع حدقة العين وارتجاف الأطراف خصوصاً الأيدي مع الشعور بالدوار والدوخة والصداع

● **الأعراض الغددية:** يسبب القلق الكثير من أمراض الغدد الصماء، ومن أهمها زيادة إفرازات الغدة الدرقية والداء السكري (الكافي، 2012، ص 12).

يتميز القلق بوجود أعراض نفسية اعراض وجسمانية، وتشمل المخاوف غير الحقيقية والذكريات التي تفرض نفسها على شكل صور مرئية تظهر وتختفي بسرعة للتجارب الصعبة في حياة الإنسان، وكذلك حدوث بعض الوسواس المرتبطة بالنظافة مثل التكرار الدائم لتصرفات تعتبر طقوس أكثر منها تصرفات معقولة مثل تكرار غسل الأيدي، وتشمل أيضاً الأعراض الجسمانية اضطرابات النوم وسرعة ضربات القلب، كأن المرء في سباق، وضيق النفس، والإحساس بالهياج والحركة الدائمة وجفاف الفم، والتتميل أو الإحساس بالخدر أو الوخز بالذراعين والقدمين. وكذلك من الأعراض الجسمانية للقلق المرضي المشكلات المعوية المعدية والشد العضلي. وبالإضافة إلى ذلك، قد يتزامن حدوث عرض من أعراض القلق المرضي مع أمراض القلق الأخرى مثل الاكتئاب والأمراض النفسية الأخرى أو الظروف الصحية الخاصة مثل إدمان الكحول (غانم، 2018، ص 77).

تتجلى أعراض القلق إلى نوعين : أعراض نفسية وتتمثل في الخوف والتوتر ، وأعراض نفسجسدية وتتمثل في تأثر جميع أجهزة الجسم .

5. النظريات المفسرة للقلق :

تتعدد النظريات والإجتهادات التي قدمت لتفسير كيفية نشوء القلق وربما كل نظرية لها وجهة نظر في القلق، وسوف نقتصر علي إبراز بعض النظريات:

1.5 فرويد والقلق:

نستطيع أن نلخص وجهة نظر فرويد مؤسس مدرسة التحليل النفسي في القلق في يري فرويد أن هناك ثلاثة أنواع للقلق هي : القلق الواقعي ، والقلق الأخلاقي، والقلق العصابي . . وإن الفرد حين يفشل في مواجهة القلق فإنه قد يلجأ إلي العديد من وسائل وآليات للدفاع ضد مخاطر القلق . وأكد علي وجود علاقة وثيقة بين الكبت الجنسي والقلق ، وكذلك الصراع الاول بين الطفل وأحد الوالدين من الجنس المخالف (حسن غانم، 2018، ص 76).

كما ربط فرويد بين القلق والحرمان أو التهديد به وبين خطر الاخصاء الذي يثير القلق في المرحلة الأوديبية (القضيبية) ، كما ربط بين القلق وبين الخوف من الانا الاعلي والخوف من نبذ المجتمع . كما فرق فرويد بين العصابي أو المرضي والقلق الموضوعي فالأول ينتج من خطر كامن في الدوافع الغريزية الفطرية في حين أن الثاني (أي القلق الموضوعي) يكون ناتجا أو كامنا في العالم الخارجي وحين يدرك الفرد أنه عاجز عن مواجهة أخطار العالم الخارجي فإنه يستشعر نوعا من القلق (حسن غانم، 2018، ص 76).

يميز التحليليون بين الشعور بالقلق الموضوعي الذي يعتبر هو ردة فعل معقولة المواقف مؤلمة والقلق السلبي يعتبر كمثير داخلي ناتج عن صراعات غير منطقية وغير محددة ومصحوب بالخطر الحقيقي وقد اعتقد فرويد بأن القلق السلبي يمكن إيقاظه بواسطة الصراعات غير الشعورية داخل الأفراد، وعلى الخصوص بين الذين يعانون من مشاكل جنسية وعدوانية وآلية التحكم بها وبما تصطدم بالأنأ والأنأ الأعلى والعديد من الرغبات تقف أمام تهديدات الآخرين، لأنها على نقيض من شخصيتهم أو قيمتهم الاجتماعية. ويذكر فرويد أن الليبيد ويصطدم بضغوط المجتمع، وهو مستعد من قبل الرقابة وكما هو مصدود وملغي في اللاوعي، ومن الممكن الحصول على حل للصراع بين القوى الكابتة والقوى المكبوتة بتحويل طاقة القوى المكبوتة نحو أهداف أخرى، عندما يتم التحويل بالتوافق مع متطلبات الواقع الخارجي والمثل الواعية (الفاخري، 2018، ص 201).

يعطي علماء التحليل النفسي أهمية للظروف الاجتماعية المحيطة بالفرد ويرون أن القلق ينشأ من اكتساب الفرد بدافع الخوف نتيجة لارتباط استجاباته للألم الناتج عن العقاب . ويرون أن الشعور بالذنب يؤدي إلى حالة صراع تنتهي بالإحساس بالقلق، وهم يغفلون مستقبل الفرد بما

يحتويه من توقعات فشل وإحباط وما لذلك من أثر كبير في نشأة حالات القلق النفسي (رحاب, 2016, ص 24).

نظرية يونج في القلق : أختلف يونج Jung مع فرويد فما يتعلق بمقوم الليبدو والجنس أساسا . وافترض أن هناك مستودعا كبيرا للطاقة عامة غير متميزة تنبثق منها القوي الدافعة للإنسان في حياته, وأدخل مفهوم اللاشعور الجمعي ويرى أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوي وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي (حسن غانم, 2018, ص 76).

نظرية الصراع النفسي : تبين لنا هذه النظرية بأن القلق هو النتيجة الطبيعية المنتظرة عند التعارض بين قوتين عاطفيتين. وهذا التعارض تجربة أساسية في الحياة الإنسانية ولا بد من قيام هذا التعارض بسبب نمو الإنسان والضرورة في أن يأخذ بعين الاعتبار النظم والمقاييس المرعبة في مجتمعه, وبالتالي يؤدي إلى صراع بين الدوافع الأساسية والغريزية في حياته وحاجاته لإرضائها, وبين القيم الاجتماعية والمثل الفردية التي اعتنقها واكتسبها من القيم والمجتمع والأسرة والثقافة والتعليم. وهذه النظرية تقريبا شبيهة لنظرية فرويد, إلا أنها لا تركز على الدوافع الجنسية كمحور أساسي لنشوء القلق, ولكنها تفتح الباب في الصراع النفسي ليس للربغبات اللاواعية (اللاشعورية فقط) (زغير, 2015, ص 139).

وضح منتجر (Menninger) أن أحد أسباب الصراع هو وجود قوتين أساسيتين في الإنسان زود بهما عند الولادة الأولى قوة التعدي, والثانية القوة الجنسية الأولى مؤذية محطمة في طبيعتها, والثانية بناءة وتدفع نحو الحب. وفي الطفولة يتعلم الطفل بالتهديد والتعليم أن يفيد من سلوكه, وبالتدريج يمثل في نفسه القوى الرادعة التي كانت تقيد من الخارج, وتكو هذا المثل بمثابة الضمير الأخلاقي له وعندما تتضح الشخصية ويعجز الفرد عن كبح قوة التعدي في نفسه يصاحبه دائما الشعور بالقلق والقلق في هذه الحالة يكون إشارة لوجود اضطراب (زغير, 2015, ص 139).

2.5 نظرية كارل يونج: يعتقد يونج أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو

عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي واللاشعور الجمعي من السمات المميزة لنظرية يونج. ففي اللاشعور الجمعي تختزن الخبرات الماضية المتراكمة عبر الأجيال والتي مرت بالأسلاف القدامى والعنصر البشري عامة فالقلق هو خوف من سيطرة اللاشعور الجمعي غير المعقولة التي مازالت باقية فيه من حياة الإنسان البدائية, كما يعتقد أن الإنسان يهتم عادة بتنظيم حياته على أسس معقولة منظمة وأن ظهور المادة غير المعقولة من اللاشعور الجمعي يعتبر تهديدا لوجوده (فاروق, 2001, ص 22).

3.5 نظرية أوتورانك: يري أوتورانك Otto Rank إن صدمة الميلاد (عملية الولادة) في حد ذاتها مصدرا لمعظم القلق الذي يشعر به الفرد في مقتبل حياته وعلي أساس التهديد بأنه منفصل عن مأوي الحب والأمن , ويرى (أوتورانك) أن الإرادة . اهم قوة حيوية في تكامل الشخصية أو تفككها , وأن العصابي شخص معتمد وغير ناضج انفعاليا ولم تتطور إمكانياته من الضبط ومن تأكيد الذات (حسن غانم, 2018, ص 76).

4.5 نظرية هورني في القلق:

القلق رد فعل انفعالي لخطر ذاتي ولكن هورني تميز القلق عن الخوف والخوف هو رد فعل الخطر خارجي. وهذا العامل الذاتي يتكون من شعور الفرد بتهديد لذاته المثالية. أي أن العوامل النفسية الداخلية هي التي تقوم بخلق الخطر وتعظيمه.

تعتقد هورني أن مصدر الخطر يكمن في الدوافع العدوانية, وتعتبر شدة هذه الدوافع أهم مصدر للخطر الذي يثير القلق في الأمراض العصابية. والخطر الذي يثير القلق يعود إلى خوف الفرد من توجيه العدوان إلى الأشخاص الذين يعتمد عليهم ويحبهم لأن ذلك يفقده حبهم واحترامهم وعطفهم ولذلك يكبت الشخص دوافعه العدوانية التي تأخذ في الظهور فيما بعد في الخيالات والأحلام وكثيراً ما يفضلها الفرد على أشياء خارجية (زغير , 2015, ص139).

إن القلق الذي يسبب العصاب هو قلق أساسي, إنه يعتبر أساس العصاب لأنه ينشأ في المرحلة الأولى من الحياة نتيجة اضطراب العلاقة بين الطفل والديه والشرط الأساسي للطفل هو الحرمان من الحب والعطف, والطفل الذي لا يشعر بالحب والإحترام والتقدير في سنواته الأولى يميل إلى الكره والعدوان نحو والديه ونحو الأشخاص الآخرين ويتوقع الضرر والأذى من كل إنسان (زغير , 2015, ص139).

ألا يجب أن نتذكر أن الطفل ضعيف يعتمد على والديه في كل شيء ولذلك لا يستطيع إظهار كرهه وشعوره العدواني نحوهما, وهذا هو الصراع الأساسي الذي يؤدي إلى القلق الأساسي في رأي هورني. هناك نوع من التفاعل بين العدوان والقلق, فالشعور العدواني نحو الوالدين يولد القلق وهذا يؤدي بالتالي إلى كبت الشعور العدواني وكبت الشعور هذا يجرّد الطفل من مقدرته على إدراك الخطر, كما يجعل الطفل يشعر بالعجز وعدم القدرة على الدفاع وهذا يؤدي إلى القلق, هناك إذن تفاعل بين العدوان والقلق, فكل منهما يقوي ويساعد الآخر (زغير , 2015, ص139).

إن الأفراد يكونون أثناء عملية التطبيع الإجتماعي بعض الدفاعات والإتجاهات المعينة نحو الأشخاص الآخرين بحيث تمكنهم من التخلص من القلق وتجلب لهم الأمن والطمأنينة, قد يتخذ الفرد دفاعات الخضوع أو دفاعات العدوان أو دفاعات الإنسحاب كلها عبارة عن وسائل لتحقيق الأمن والطمأنينة في حياته, والإتجاهات العصابية في رأي هورني هي حيل دفاعية يستخدمها

العقل البشري من أجل مصلحة أو منفعة، وأن أي شيء من هذا القبيل يهدد الإتجاهات والدفاعات يمكنه أن يثير القلق.

مصدر القلق ليس شيئاً معيناً كما تقول هورني بالذات كالذوافع الغريزية في نظرية فرويد بل إن هورني ترى أن الخطر قد يأتي من عوامل كثيرة خارجية وداخلية، فأى عامل داخلي سواء كان شعوري أو عدواني يمكن أن يكون مصدر الخطر إذا قام بتهديد الإتجاهات والوسائل التي تهدد ذات الفرد المثالية التي يتوقف عليها شعوره بالأمن والأمر المهم في نظر هورني هو الشعور بالأمن، وأي شيء يهدد هذا الأمن يثير القلق (زغير , 2015,ص139).

يمكن القول إنطلاقاً مما سبق ذكره تتعدد النظريات المفسرة للقلق حسب وجهة نظر كل رائد ، يمكن أن نلخص نظرة فرويد عندما يفشل الفرد في مواجهة القلق يلجأ إلى إستعمال الآليات الدفاعية ، أما كارل يونغ يرى أن رد فعل الفرد صادر عن اللاشعور ، بالنسبة ل أوتورانك هي صدمة الميلاد في حد ذاتها مصدراً للقلق ، اما وجهة نظر هورني يكمن في الذوافع العدوانية.

➤ خلاصة:

من خلال هذا الفصل تم التعرف على القلق من حيث المفهوم والأنواع والأسباب والأعراض وأهم النظريات المفسرة للقلق وأخيراً علاج اضطراب القلق.

الفصل الرابع: ادمان الكحول

➤ تمهيد

1. ادمان

1.1 مفهوم ادمان

2.1 مراحل ادمان

3.1 النظريات المفسرة للإدمان

4.1 انواع ادمان

5.1 اسباب ادمان

2. ادمان الكحول

1.2 تعريف الكحول

2.2 انواع الكحول

3.2 اعراض ادمان الكحول

4.2 اسباب ادمان الكحول

➤ خلاصة

تمهيد :

الإدمان أزمة في أسلوب الحياة , كما أنه قضية أمن قومي وتنمية , وتتطلب جهودا ومساهمة من كل الجهات الحكومية والدولية, لكونها قضية ذات تأثير هدام على مرافق الحياة الانسانية كافة.

1. الإدمان:**1.1 مفهوم الإدمان:**

حسب العباجي (2010, ص, 15), تعرض مفهوم الإدمان Addiction إلى بضعة تغييرات , خاصة بعد أن أسهمت منظمة الصحة العالمية ولجانها في دراسة ظاهرة الإدمان على نطاق واسع في كثير من بقاع العالم.

وهكذا نجد إصطلاح الإدمان يعني فيما يعينه: التعود , Habituation, والإعتماد Dépendance يشير المشاقبة (2007, ص, 22) في تعريفه حسب منظمة التصنيف العالمي للأمراض (international statistical classification of diseases who 1992) إذ تتبنى هذه المنظمة تعريف منظمة الصحة العالمية للإدمان , إذ تعرفه بأنه مجموعة من الظواهر النفسية والمعرفية والسلوكية التي تتطور بعد تكرار تعاطي المخدرات , وتتضمن رغبة قوية في إستهلاك المخدر والحصول عليه , إذ يجد صعوبة في التحكم في التعاطي , ويصر في الإستمرار , وبالتالي يصبح هناك زيادة في التحمل.

يشير أبو النصر (2004, ص, 216) في تعريف الإدمان حسب منظمة الصحة العالمية بأنه حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار , ومن خصائصها إستجابات وأنماط سلوك مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج عن عدم توفره.

كما إعتبر البولسي (2018, د, ص) الإدمان هو تعاطي الإنسان مادة مخدرة , توفر له نوعا من النشوة الوقتية , بكميات تتزايد باستمرار وتؤدي الإنسان أكثر فأكثر جسديا ونفسيا وروحيا, وقد ينطلق البعض , في تعريف الإدمان , من أحد أضراره , فيرى أنه تبعية جسدية لمادة ما, أو استعباد نفسي لها.

يعرف العباجي (2010, ص, 18), الإدمان على أنه حالة من السلوك الفعلي الذي يقوم به الفرد ويكرره , وينتج عن تكراره رغبة شديدة في استمرار هذا التكرار وعدم إنقطاعه , ويشمل ذلك السلوك تعاطي المواد المسكرة أو المخدرة التي توهم الفرد بتحقيق نوع من الراحة المؤقتة , التي تسيطر على من يتعاطها تدريجيا . على الرغم من أن الإدمان من المواضيع المهمة جدا في المجتمعات كافة سواء كانت غنية او فقيرة أو متدينة أو علمانية , إلا أنه من الملاحظ أن لا يتم

التطرق إليها كثير في العلقن , إذ بينت إحصائية بريطانية نشرت في (البي بي سي) أن مليوني شخص في بريطانيا مدمنون بشكل أو بآخر .

كما إعتبر أبو النصر (2004,ص216), في تعريفه للإدمان هو حالة تعود قهري على تعاطي مادة معينة من المواد المخدرة بصورة دورية متكررة بحيث يالتزم المدمن بضرورة الإستمرار في إستعمال هذه المادة , فإذا لم يستعملها في الموعد المحدد فلا بد أن تظهر عليه أعراض صحية ونفسية بحيث تجبره وتقهره للبحث عن هذه المادة وضرورة إستعمالها.

وفي تعريف آخر حسب المشاقبة (2007, ص 23), يعرف الإدمان بأنه التعاطي المتكرر لمادة , لدرجة أن المتعاطي يكشف عن رفض الإنقطاع , وكثيرا ما تظهر عليه أعراض الإنسحاب إذا ما إنقطع عن التعاطي وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي.

يعتبر العباقي (2010,ص18)الإدمان من الأمراض أو الحالات المعقدة التي تشمل على تغيرات فيزيولوجية ونفسية في الوقت ذاته, وهذه الحالة لا تؤثر فقط على المدمن فحسب بل إنها تشمل المحيطين به كافة من أقارب ومن أية درجة كانوا ومن معارف وغيرهم. من خلال التعريفات السابقة نستطيع القول بأن الإدمان هو حالة تعود قهري على تعاطي مادة معينة من المواد المخدرة توفر له نوع من النشوة وتؤدي الإنسان جسديا ونفسيا.

2.1 مراحل الإدمان:

توجد العديد من مراحل الوصول إلى الإدمان وهي كالتالي:

- 1- الشرب الإجتماعي: في المناسبات الإجتماعية , ومجارة الأصدقاء ,في الحفلات و التقليد وغيرها.
- 2- الشرب العرضي للتخفيف من التوتر .
- 3- مرحلة الإنذار: وهي الأخطر, ويكون الشرب خلالها كثيرا ومتكررا .
- 4- المرحلة الحرجة: وفيها الشرب على إنفراد والبحث عن المناسبات التي يوجد بها شراب .
- 5- مرحلة الإدمان: وهنا يكون متعاطي الخمر قد إعتاد على تناول الخمر يوميا وفقدانه القدرة على ضبط نفسه (شديفات , 2017,ص66).

وفي هذا الصدد يشير أبو النصر (2004,ص 217) إلى مراحل الإدمان وهي :

- المرحلة الأولى: حب الإستطلاع والمغامرة والتجريب مع الأقران.
- المرحلة الثانية: مرحلة التعود حيث يتعاطى الشخص المادة المخدرة بشكل يومي أو بصورة مستمرة ويصل إلى مرحلة لا يمكنه معها الإستغناء عنها , بل إن الشخص المدمن غالبا ما يبالغ في زيادة الكميات في كل جرعة تدريجيا , بفعل تكيف جسمه مع مفعول المخدر وزيادة مايسمى بإحتماله لدرجة أن أي إنقطاع فوري عن المخدر يولد لديه عوارض مؤلمة وخطيرة.

- **المرحلة الثالثة:** مرحلة الإدمان التي تحدث نتيجة لتكرار تعاطي أحد المخدرات حتى يصبح الشخص أسيرا للمادة المخدرة .
 - **المرحلة الرابعة:** مرحلة ظهور الآثار السلبية سواء كانت جسدية أو نفسية أو عقلية أو إجتماعية أو إقتصادية أو أمنية لمشكلة الإدمان.
- يمكن القول توجد العديد من مراحل الوصول إلى الإدمان وهي مرحلة حب الإستطلاع والمغامرة والشرب في المناسبات الاجتماعية ومجاراة الأصدقاء ، ثم مرحلة التعود حيث يتعاطى الشخص بصورة مستمرة ، ثم مرحلة الإدمان حيث يصبح الشخص أسيرا للمادة المخدرة.

3.1 النظريات المفسرة للإدمان :

1.4.1 النظرية الوراثية:

تفسر هذه النظرية فكرة الإدمان على أساس وراثي ، أي أن خاصية الإدمان تنتقل من الآباء إلى الأبناء كما هو الحال بالنسبة للصفات الوراثية الأخرى وقد إستمدت أدلتها إنطلاقا من دراسة الحيوانات في المختبر ، ودراسة التاريخ العائلي ودراسة التوائم ودراسة التبني ، ودراسة السمات السلوكية والنفصعصبية ، وتؤكد هذه النظرية أنه تم التمكن من ملاحظة أن الفئران التي تعلم أباؤها إدمان المخدرات ، كانت تدمن أيضا هذه المواد بدون تدريب وهو ما أوضحت دراسة وكر Walker, كما أكد وكر أن نسبة حدوث الإدمان لأبناء من آباء لايتعاطون المخدرات تتراوح بين 13-17 أمثال نسبة حدوث ذلك من أبناء لآباء لا يتعاطون المخدرات .

ومن بين الدراسات التي اثبتت دور عامل التاريخ العائلي في ظهور الإدمان دراسة أجراها

باحثون من معهد national Institute of drug abuse في جامعة Yela ب New haven وجامعة lousanne وجامعة Geneva على العائلات ، أن نسب متعاطي المخدرات الذين ينحدرون من أسر تعاني من مشاكل المخدرات ، تفوق ثمانية مرات في تعاطي المخدرات من نسب الأفراد الذين ينحدرون من أسر لا تتعاطى المخدرات ، وتشير هذه النتائج أن تاريخ العائلة في تعاطي المخدرات يشكل عامل خطر قوي لتعاطي المخدرات لدى الأبناء(رتاب ، 2017، ص84) .

اما دراسات التوائم التي أجريت على التوائمMurray عام 1991، فقد أسفرت نتائجها عن تشابه الشقيقين التوأمين في عاداتهما لتناول الكحول اكثر من الشقيقين غير التوأمين. كما أوضحت نتائج الدراسات التي إهتمت بالتبني ل Robert Dupont 1989 أن الأطفال الذين يولدون لوالدين مدمنين على الكحول ويتبنون من قبل آباء غير مدمنين ،فإن معدلات الإدمان تزيد من أربع الى خمس مرات عند الأطفال المولودين لوالدين غير مدمنين . كذلك وجد باحثون من

معهد Nida بجامعة Iowa، في دراسة أجريت على أفراد ذكور تبنتهم أسر ، نتائج مهمة تشير إلى أن الأفراد ذوي والدين بيولوجيين متعاطين للمخدرات هم أكثر عرضة لتعاطي المخدرات مقارنة بأفراد ذوي والدين بيولوجيين غير متعاطين للمخدرات ، هذا دليل على أن للمورثات دورا كبيرا في نمو سلوك تعاطي المخدرات عند هؤلاء. يعتبر كاسل Kessel 1962 من أوائل الباحثين المهتمين بدور الوراثة في حدوث الكحولية ، حيث توصل إلى تحديد دور الإستعداد البيولوجي الخلقي عند الكحولي ، فحسب أن الكحوليين يولدون كحوليين ، وهناك من يتساءل إذا كانت الكحولية مرض ام لا ؟ لأن بعض ملاحظاتهم بينت أن الكحوليين يتميزون ببعض الخصائص الفيزيائية التي لا نجدها عند غير الكحوليين (رتاب ، 2017، ص85).

وقد أكدت دراسات بوهمان 1978 وكودين 1976 على العنصر الوراثي أو التركيبي في الكحولية خاصة ، من خلال هذه النظرية تبين وجود تأثير وراثي يفسر عملية الإدمان ، وإن كان تحديد الميكانيزمات المسؤولة بشكل مباشر على كيفية حدوث عملية التأثير يبقى غير واضح ، إضافة إلى ذلك يمكن أن يكون إدمان الأبناء للمخدرات هو نتيجة للتقليد وليس للوراثة ، مما يفتح المجال للبحث في وجهات نظر أخرى لتفسير السلوك الإدماني (رتاب ، 2017، ص85).

2.4.1 النظرية البيولوجية :

- **التداخل الكيميائي العصبي:** لابد لنا قبل تناول هذه النظريات من شرح موجز للمواد الكيميائية الموجودة في المخ وكيفية تنبيه الخلية العصبية بواسطة هذه الوسائط الكيميائية ، يحتوي مخ الإنسان على مواد كيميائية تقوم بنقل الإشارات المنبهة من خلية إلى خلية أخرى ، واهم المواد الكيميائية في المخ هي: الدوبامين ونورأدرينالين والسيروتونين وأستيل كولين ، وتخزن هذه المواد في حويصلات موجودة في التشابك العصبي بين الخلايا العصبية ، وتقوم الخلايا العصبية بصنع الوسائط الكيميائية من المواد المشنقة من البروتينات التي نتناولها في الطعام ومعظمها أحماض أمينية وذلك بواسطة خمائر خاصة ثم يتم تخزينها في الحويصلات ، وتوجد أيضا خمائر تقوم بتكسير هذه المواد بعد أن تؤدي وظيفتها ، أو يعاد إمتصاصها مرة ثانية في منطقة التشابك العصبي . وتتفاعل الخمر والعقاقير مع هذه الموصلات بصورة أو بأخرى بحيث تختل وظائفها (ملوحي ، 2019، ص26).

- **نظرية المستقبلات الساكنة:** تفترض هذه النظرية وجود نوعين من المستقبلات على جدار غشاء الخلية العصبية بمستقبلات دوائية يؤدي تفاعلها مع العقار إلى المفعول الدوائي ، ومستقبلات أخرى ساكنة وغير نشطة لا تتفاعل مع العقاقير ويؤدي تناول الخمر والعقاقير المستمر إلى تنشيط المستقبلات الساكنة بحيث تتحول إلى مستقبلات دوائية ، ويؤدي تكاثر المستقبلات الدوائية إلى حاجة الشخص إلى جرعات متزايدة من الدواء من جهة لترتبط

بالمستقبلات الجديدة وتسبب نفس المفعول , وهي الظاهرة التي عرفناها سابقا بالإحتمال Tolérance, وهي من ضمن صفات الإدمان , ومن جهة أخرى عندما يقلع المتعاطي فجأة ذلك إلى ظواهر غير طبيعية كالأرق والقيء والهوسات .., التي سمينها أعراض الإمتناع والتي تستمر لفترات تختلف من عقار إلى آخر إلى أن تعود المستقبلات المنشطة إلى حالة سكونها الطبيعية مرة أخرى (ملوحي , 2019, ص27) .

- **نظرية الفائص الدوائي:** تفترض هذه النظرية وجود ممرين يؤثر بواسطتهما العقار على المخ , ممر أولي وهو الذي ينبهه العقار في الحالات العادية , وممر ثانوي لا ينشط إلا عند الإفراط في استخدام العقار , إلا أن هذا الممر الأخير يهبط نشاطه في الحالات العادية . أما في حالة الإدمان فيؤدي تشبع الممر الاولي إلى تنشيط الممر الثانوي أيضا فتزداد كميات العقار التي يحتاجها المدمن , كما أن الإقلاع الفجائي يؤدي إلى نشاط مكثف في المخ من ممرين بدلا من ممر واحد فتنشأ أعراض الإمتناع تفاعل المخدرات مع النواقل الكيميائية
- **العصبية:** ثبت من الدراسات التي أجريت على الحيوانات في المختبر أن الكحول ومنومات الباربيتيوريك ومنوم الكلورال بعد تمثيلها في الكبد تتحول إلى مواد أخرى تؤثر على تمثيل مادة الدوبامين ونورأدرينالين الموصلتين وتتفاعل مع مشتقاتهما الوسيطة لتكون مركبات شبه قلبية لها خواص الأفيون وتسمى تتراهيدرو أيزوكينولين . تؤدي الخمر والعقاقير أيضا إلى تغيرات في نشاط خلايا المخ الكهربائي ونشاط الهرمونات وتغيرات أخرى يعتقد أن لها علاقة بالإدمان (ملوحي , 2019, ص27) .

3.4.1 نظرية التعلم:

تفترض هذه النظرية أن تعاطي الخمر والعقاقير وإدمانها سلوك يتعلمه الإنسان فالشخص الذي يشعر بالقلق أو التوتر و يتعاطى خمرا أو مخدرا يحس بالهدوء والسكينة ويعتبر الاحساس الأخير جزءا أو دعما لتناول لهذه المواد في المرات التالية ومع استمرار التعاطي يتعلم الشخص تناول المادة لتخفيف آثار الإمتناع المزعجة , وقد نتسائل كيف يتعلم الإنسان تعاطي مادة ضارة ويستمر في ذلك ؟ والجواب أن النتائج السلبية لتعاطي العقاقير لا تحدث في الحال ولكنها تظهر بعد فترات تتراوح في الطول , ومن المعروف في نظرية التعلم أنه كلما كان الفاصل الزمني بين سلوك معين ونتيجته السلبية صغيرا ضعف دعم السلوك , فلو أن المتعاطي شعر بالغثيان أو الهذيان فور تناوله أول جرعة من الخمر أو المخدر لشعر بالنفور في الحال ولما استمر في التعاطي , ولكنه في الواقع لايشعر بالنتائج السلبية والضارة إلا بعد مدة طويلة , ويرتبط الشعور بالراحة أو النشوة بعد تعاطي المادة بأشياء وأشخاص موجودين في البيئة بحيث تصبح منبهات تحث الإنسان على التعاطي , فالإعلانات ورائحة الخمر ورؤية رفاق التعاطي ومكانه مؤثرات تدفع

المدمن الممتع إلى الشعور بالرغبة الملحة والإنتكاس , وتلعب صياغة المسلك والمحاكاة دورا مهما في التعاطي الذي قد يؤدي إلى الإدمان. فالطفل الذي يرى أباه يشرب الخمر أو يتعاطي مخدرا وتبدو عليه النشوة يميل إلى تقليده بطبيعة الحال , لأن الأب والأم نموذج وقدوة تصوغ سلوك الطفل أو الطفلة (الدمرداش , 1982, ص38)

4.4.1 النظرية النفسية:

نظرية التحليل النفسي: يرى أصحاب هذه النظرية أن تعاطي المخدرات والكحول ناتج بسبب وجود إحباط خارجي أو كف داخلي , وتلك حالات لا يجزأ الفرد معها أن يواجه الانا العليا من دون تلك المساعدة المصطنعة وهي التعاطي ويصف علماء التحليل النفسي الإدمان على أنه عصاب إندفاعي ناشئ عن ظروف أسرية صعبة أدت إلى نشوء إحباطات فمية في الطفولة, لذا فإن المدمن هو في أساسه التكويني شخص يوصف بالنرجسية عشق الذات اللاشعوري والمطالبية كثيرة المطالب فالتعاطي يحقق للمدمن أدوار متعددة : كمسكنة مصاصة للإحباط والغضب ووسيط نشط للتفيس من خلاله عن العدائية الكامنة لدى المدمن كوسيلة للتخلص من إحتقار الذات المأسوشي , وإشباع رمزي لحاجة الحب والعطف (الجزازي والحري , 2011, ص289).

5.4.1 نظرية الحاجة للقوة:

تميز هذه النظرية بين القوة الشخصية التي يستشعرها الفرد في ذاته بين القوة الاجتماعية , حيث يؤدي الإخفاق في تحقيق القوة الاجتماعية إلى خلق حالة تشبه القلق الذي يدفع الفرد إلى التعاطي لتحقيق إحساس بدائي نرجسيا بالقوة الشخصية (الجزازي والحري , 2011, ص289).
يمكن القول إنطلاقا مما سبق ذكره أن العامل الوراثي والعامل البيولوجي والعامل النفسي , كل هذه العوامل تلعب دورا كبيرا في الإقبال على تعاطي الكحول , خاصة منها تلك الظروف النفسية التي تتمثل في الإحباط والقلق والتوتر , زيادة إلى دور عامل التاريخ العائلي في ظهور الإدمان.

4.1 أنواع الإدمان:

يمكن تصنيف الإدمان من حيث الإعتماد عليه إلى نوعين:

النوع الأول هو الإعتماد النفسي والنوع الثاني هو الإعتماد الجسدي.

1.4.1 الإعتماد النفسي psychological dépendance :

ويتعلق بالمشاعر والأحاسيس , ولا علاقة له بالجسد ويعني تعود الفرد على تناول عقار ما لما يسببه هذا العقار من الشعور بالإرتياح والإشباع للحاجات النفسية والفكرية والعاطفية , حيث يشعر الفرد بأن تعاطي العقار سيجعله أحسن حالا , لأنه يضعف مشاعر القلق والتوتر أو الرهبة لديه , وبإختصار فإن الفرد يتعاطى العقار من أجل الإبقاء على الراحة النفسية , ويصبح هذا

العقار ضروريا للفرد لأنه يولد لديه خبرة إن هذا العقار سيؤدي إلى التخلص من الخوف والتوتر والقلق , كما سيؤدي إلى الراحة النفسية , وإن الإنقطاع المفاجئ عن هذا العقار سيؤدي إلى عدم الراحة النفسية (المشاقبة , 2007, ص 24) .

إذ هو حال تنتج عن تعاطي المادة وتسبب الشعور بالإرتياح والإشباع وتولد الدافع النفسي لتناول العقار بصورة متصلة أو دورية لتحقيق اللذة أو لتجنب الشعور بالقلق , كالإعتماد على الأدوية المنشطة أو المسكنة أو القهوة (ملوحي , 2019, ص15).

يتعلق الإعتماد النفسي بالشعور والأحاسيس ولا علاقة له بالجسد, وهو تعود الشخص على الإستمرار في تعاطي عقار ما , لما يسببه من الشعور بالإرتياح والإشباع دون أن يعتمد عليه في إستمرار حياته , وتعبير آخر هو ظاهرة نفسية إعتاد فيها عقل الشخص , وتكيف على تكرار أخذ الجرعة من العقار بصورة متصلة , لتحقيق الراحة واللذة والنشوة ولتجنب الشعور بالقلق والتوتر , فالإعتياد على شيء يجعل الترابط متينا مع هذا الشيء , ويجعل الإبتعاد عنه من الأمور الصعبة , بل شبه مستحيلة أحيانا. ويتصف الإعتماد النفسي أو (التعود) بشكل عام بالصفات الشاملة التالية:

- وجود رغبة مستمرة في أخذ جرعات دائمة من العقار لما يحدثه من راحة.
- عدم وجود ظاهرة التحمل , أي عدم وجود حاجة لزيادة الجرعة.
- يحدث التعود على عقار معين إعتمادا نفسيا فقط ولا يحدث إعتمادا جسديا (شديفات , 2017, ص88).

2.4.1 الإعتماد الجسدي **physical dépendance**: هو حالة تصبح فيها المادة المخدرة

ضرورية لإستمرار وظائف الجسم بشكل عادي , بحيث يصبح منع هذه المادة عن الجسم مضرا بالجسم وبالوظائف الحيوية , ويعرض الفرد المدمن إلى أعراض ومخاطر كبيرة قد تدفعه إلى إرتكاب جريمة للحصول على العقار المنشود أو ربما يسبب له الموت المفاجئ (المشاقبة, 2007, ص25) .

هو ظاهرة إضطرت فيها الأعمال الوظيفية الطبيعية لجسم المدمن بسبب إستمراره في أخذ عقار مخدر , بحيث أصبح تناول هذا العقار بشكل طبيعي دائم ضرورة ملحة لإستمرار حياة الإنسان المدمن , وتوازنه بشكل طبيعي , ويصبح العقار المخدر ضروريا له كالأطعام والشراب والماء , بل أهم من ذلك , حيث يحدث منعه عنه مصاعب كبيرة جدا , وأعراضا خطيرة , قد تدفعه إلى إرتكاب أية جريمة للحصول على العقار المنشود (شديفات, 2017, ص89).

هو حالة تكيف وتعود الجسم على المادة بحيث تظهر على المتعاطي إضطرابات نفسية وعضوية شديدة على تناول العقار فجأة , وهذه الإضطرابات أو حالة الإمتناع تظهر على صورة

أنماط من الظواهر والأعراض النفسية والجسمية المميزة لكل فئة من العقاقير كالإعتماد على الخمر والكحوليات والمنومات والمهدئات والتدخين والأفيون ومشاقاته , وجدير بالذكر أنه لا توجد عقاقير تسبب الإعتماد العضوي فقط بدون أن يسبقه الإعتماد النفسي (ملوحي, 2019,ص15). إذا يعتبر أشد خطورة من الإعتماد النفسي , إذ أن التوقف المفاجئ عند تعاطي المخدر المسبب للإعتماد الجسدي يؤدي إلى علامات سحب العقار والتي قد تؤدي إلى الوفاة (المشاقبة, 2007,ص25).

يمكن القول مما سبق ذكره يوجد نوعين من الإدمان , الإدمان النفسي فمن خلاله يتعاطى الفرد العقار من أجل الإبقاء على الراحة النفسية , أما الإدمان الجسدي لإستمرار وظائف الجسم بشكل عادي.

5.1 أسباب الإدمان:

الإدمان ظاهرة معقدة ومتعددة الأسباب , مهما كان رأي المرء في الإدمان , فهو ظاهرة متنامية في المجتمع تؤثر على جميع الفئات العمرية (Geunffisi, 2020,P 20) . ولتبسيط الموضوع وتقريبه لذهن القارئ , نشبه الإدمان بمرض معد كمرض السل , فمرض السل يعتمد على ثلاثة عوامل تتفاعل مع بعضها لتؤدي في النهاية إلى أعراض جسدية معينة تصيب الرئتين أساسا ثم أعضاء أخرى , وتعتمد أعراض السل على نوع الجرثومة وتأثيرها على الجسم وعلى حالة المريض الصحية قبل الإصابة وعند الإصابة , كما تعتمد أيضا على بيئة المريض وظروفه الإجتماعية , والإدمان أيضا يعتمد على خواص العقار , وطبيعة المدمن وخواص بيئته (الدين ملوحي, 2019,ص16) .

ومن أسباب الإدمان معرفة الأسرة للعوامل المؤدية للإدمان لتجنبها , ومنها عدم صلاحية الأسرة للتربية , لأن التربية علم وفن ومهارة فإذا إفتقد الوالدان الفهم الصحيح للتربية فإنهما يتخبطان في أساليب خاطئة تجعل الأبناء منحرفين , وكذلك التفكك الأسري , ومن أسبابه الطلاق أو الشجار والعنف اللفظي والبدني , وقد تتحول بعض البيوت إلى حلبة للمصارعة (سرور باسلوم, 2017,ص126) .

ومن أسباب الإدمان ضعف الوازع الديني في النفس البشرية حين أقدمت على اقرار مانهى الله عنه بلا خوف أو حياء , والسبب الثاني هو وجود المال بكثرة في أيدي بعض الطوائف الجاهلة التي لم تشكر الله تعالى على نعمة المال , ولم تستعمله في وجوهه المشروعة , إذ يقول عبد الله إن كل هذه المشكلات انما تتبع أساسا من بعد المجتمع المعاصر عن هدي الإسلام وعن منهج القرآن , فالعودة إلى كتاب الله وسنة رسوله هي الحل الأمثل والوحيد للخروج من دنيا الضياع التي تعيشها أمتنا الإسلامية وخاصة شبابها (سرور باسلوم, 2017,ص126).

إنخفاض مستوى التعليم: ليس هناك من شك في أن الأشخاص الذين لم ينالوا قسطا وافرا من التعليم لا يدركون الأضرار الناتجة عن تعاطي المخدرات أو المسكرات فقد ينساقوا وراء شياطين الإنس من المروجين والمهريين للحصول على تلك المادة (الجزازي و الحربي, 2011, ص284).

وبصرف النظر عن التأثيرات الحضارية والبيئية فإن كثرة النوع الإرثي للكحوليات في تركيب الفرد تشير إلى وجود استعداد مسبق (وفقا لعمليات بيولوجية غير محددة) نحو تطور الموقف والمشكلات الكحولية مع تقدم العمر ونبه إلى أنه من الأهمية بمكان الإستعلام عن القصة الكحولية في الأسرة عند إتخاذ القرار التشخيصي وبغرض الخطة العلاجية والوقاية المبكرة , وكلما كان تاريخ الأسرة مليئا بالمدمنين , كان الإدمان مترقيا وخطرا في الفرد المدمن في العائلة نفسها , وأقل قدرة في السيطرة على مقدار شربه , وما من شك أن الفروق العرقية في مشكلات الكحول هي معروفة منذ حقبة غير قصيرة , وهذا مايدل على وجود نماذج أسرية وحضارية في تعاطي الكحول ومايترتب عنه من مشكلات صحية وإجتماعية وسيكولوجية (حمدي حجار, 1992, ص34).

- **حب التقليد:** ويرجع ذلك إلى ما يقوم به بعض المراهقين من محاولة إثبات ذاتهم وتناولهم إلى الرجولة قبل أوانها عن طريق تقليد الكبار في أفعالهم وخاصة تلك الافعال المتعلقة بالتعاطي من أجل إطفاء طابع الرجولة عليهم أمام الزملاء والجنس الآخر.
- **الإعتقاد بزيادة القدرة الجنسية:** يعتقد بعض الشباب أن هناك علاقة وثيقة بين تعاطي المخدرات وزيادة القدرة الجنسية من حيث تحقيق أقصى إشباع جنسي وإطالة فترة الجماع بالنسبة للمتزوجين وكثيرا من المتعاطين يقدمون على تعاطي المخدرات سعيا وراء تحقيق اللذة الجنسية والواقع أن المخدرات لا علاقة لها بالجنس بل تعمل على عكس ما هو شائع (الجزازي و الحربي, 2011, ص283).

من خلال ما سبق ذكره يمكن القول أن أسباب الإدمان تتجلى في بيئة العميل وظروفه الاجتماعية , الأساليب الخاطئة في التربية , التفكك الأسري , ضعف الوازع الديني , انخفاض مستوى التعليم , حب التقليد وغيرها من الأسباب.

2 إدمان الكحول:

1.2 تعريف الكحول:

يعود أصل كلمة كحول إلى مادة الكحل التي تعرف في البلاد العربية باستخدامها من قبل النساء لتزيين العين , وهو مسحوق أسود دقيق مستخرج من مادة كبريتيد الأنتمون , والخمور تعرف بعدة أسماء منها الكحول أو الكحول الأثيلي أو الإيثانول كما يعرف في اللغة العربية بكلمة غول التي وردت في القرآن الكريم 'يطاف عليهم بكأس من معين ' بيضاء لذة للشاربين لا فيها

غول ولا هم ينزفون . والغول معناه إغتيال العقل بالسكر والصداع وعدم الإدراك لماهية مايقوم به شارب الخمر , فنزع الله عز وجل هذه الصفة من خمور الجنة , وأبقى اللذة والإستمتاع لشاربيها من أهل الصلاح . الكحول كيميائيا: هي مجموعة من المركبات العضوية الاليفاتية , لها خواص متشابهة مكونة من ذرات الهيدروجين وذرات الكربون ومجموعة هيدروكسيلييه أكسجين+هيدروجين (شديفات , 2017,ص61).

إن الكحول مادة طبيعية تتشكل نتيجة تفاعل السكر المتخمر مع بذور الخميرة , وللكحول تأثير مسكر , فهي تؤثر على العقل وتحدث تباطؤ في أجزاء الجسم والحركة وتباطؤ في التفكير (الحوري , 2021,ص352).

أشار 'فيلانت' إلى الكحولية أنها تعد مرضا تماما مثل اعتبار ارتفاع ضغط الدم الأساسي مرضا , فإرتفاع الضغط الشرياني الأساسي أو الافة الوعائية الاكليلية القلبية هما مرضان دائمان مستمران , وان الكشف المبكر لهذين المرضين وعلاجهما يحتاج إلى تعديل في أسلوب الحياة وقلق عادات صحية من التفكير والمشاعر والسلوك وليس الإقتصار على العلاج الدوائي لوحده (حمدي حجار , 1992,ص29) .

تعرف الكحولية على أنها تعاطي يأخذ صفة التكرار للمشروبات الكحولية إلى الحد الذي معه يتضرر المتعاطي صحيا أو إجتماعيا أو إقتصاديا , يصاحب ذلك عدم القدرة على التحكم في مناسبة أو كمية الشرب أو هي المبالغة في تناول المشروبات الكحولية لدرجة الإعتياد عليها وتعذر الإستغناء عنها , أو تركها بصورة نهائية (الدخيل , 2013,ص20).

من خلال التعريفات السابقة يمكن القول بأن الكحول مادة طبيعية تتشكل نتيجة تفاعل السكر المتخمر مع بذور الخميرة , فهي تؤثر على العقل وتحدث تباطؤ في أجزاء الجسم والحركة وتباطؤ في التفكير.

2.2 أنواع الكحول: حسب الدمرداش (1982,ص9), تنقسم المشروبات الكحولية إلى نوعين :

- مشروبات غير مقطرة مثل: البيرة والنبيد.
 - مشروبات مقطرة (المشروبات الروحية) مثل: الويسكي , الجين , والفودكا , والعرق.
- ويحضر النوع الأول بتخمير مادة نشوية لمدد متفاوتة .
- أما النوع الثاني فيمر بعد التخمير بعمليات تخزين وتقطير ترفع نسبة الكحول فيه .
- حسب الدمرداش (1982, ص9), تحتوي الخمور على الكحول الأثيلي (ك 2 يد 5 أيد) والماء وبقايا نشوية لم يتم تخميرها , ومواد كحولية أخرى وشوائب تترسب من الأوعية التي تخزن فيها.
- الكحول المثل Méthyle Alcohol : السبيرتو ويحضر من تقطير الخشب , ويستخدم الكحول المثل في الصناعة: في مقاومات التجمد , والطلاء , والمذيبات والعطور والمراهم ,

أو كوقود , أو يلجأ المدمنون إلى تعاطيه عند عجزهم عن الحصول على الخمر , والكحول المثلي سام جدا ويسبب الخلط والهذيان والعمى.

يمكن القول يوجد نوعين من الكحول , مشروبات غير مقطرة مثل البيرة والنيبيذ , ومشروبات مقطرة مثل الويسكي , الجبن , الفودكا , العرق.

أعراض إدمان الكحول:

- زيادة الخطر بالإصابة بسرطان الثدي.
- يسبب الإصابة بسرطان الامعاء والفم بحسب دراسة أمريكية حديثة.
- يسبب إدمان الكحول إهتزازا نفسيا وسلوكيا
- يسبب إدمان الكحول تدمير كيان الإنسان ويجعله يفقد ذاته ويكون غير قادر على تحمل المسؤولية.
- يسبب إدمان الكحول تلف في خلايا المخ ويجب التحرك إلى علاج إدمان الكحول فور معرفة الشخص المدمن مباشرة
- يسبب الإصابة بجلطات الدماغ.
- يصاب مدمن الكحوليات بضعف حاد في البصر.
- يصاب مدمن الكحوليات بالإضطراب في الكلام. (محمد , 2020, ص 149)
- فقدان التحكم في الكمية التي يتعاطاها وعدم القدرة عن الإمتناع عن التعاطي لفترة طويلة , وقد أطلق جيلينيك عن النمط الأول نوع جاما , وعلى النمط الثاني نوع دلتا , وأضاف إلى ذلك الرغبة الملحة في شرب الخمر , زيادة تحمل جسم المتعاطي لمفعول الخمر Tolérance , أي أن المتعاطي يضطر إلى زيادة الكمية بشكل مطرد للحصول على نفس المفعول , ظهور أعراض الإمتناع عند الإنقطاع الفجائي عن تناول الخمر.(ملوحي , 2019, ص 16)
- ضعف الذاكرة والفهم.
- تأخر ردود الفعل.
- عدم وضوح الرؤية وضعف الحواس الأخرى.
- الدوران.
- التقيؤ.
- إرتباك .
- غيبوبة.
- ضعف حاسة السمع.
- تشمع الكبد.
- صعوبة تحقيق التوازن والمشي.

• ردود الفعل المتغيرة.

• إنخفاض بشكل ملحوظ بمعدل ضربات القلب.

• سلس البول.

• هفوات داخل وخارج وعيه.

• فقدان الألم.

• زيادة احتمالية التعرض للإصابة بالتهاب المعدة والبنكرياس والقرحة (الحموري
,2021,ص355).

تتجلى أعراض إدمان الكحول كالتالي ، زيادة الخطر بالإصابة بسرطان الثدي ، تلف خلايا
المخ ، تباطؤ في التفكير ، ضعف البصر ، ضعف الذاكرة.

3.2 أسباب إدمان الكحول: هناك العديد من الأسباب التي أدت إلى إنتشار تعاطي الخمر

بشكل وبائي ، وبات الكثيرون يبررون تناولهم للخمر للأسباب التي أجملها في :

• تزايد عدد الكبار الذين يتناولونها والذين يشكلون القدوة السيئة لمن هم أصغر منهم سنا. توفرها
وسهولة الحصول عليها في الأماكن المختلفة

• دور الإعلام السلبي ، والذي يركز على الترويج لها بتقوية حملات الدعاية والإعلان من أجل
المال.

• التصور الخاطيء بأنها من مظاهر الرقي والذكاء والمستوى الإقتصادي أو العلمي أو السياسي
المميز

• عدم المتابعة الجيدة من الآباء لأبنائهم.

• عدم وجود وسائل الترفيه والتسلية التي يقضي المراهقون فيها أوقات فراغهم فيلجؤون إلى
الحانات وأماكن اللهو المشبوهة ، مع عدم توفر شرط يحدد أعمار من يرتادون هذه الأماكن
في بعض الدول (شديفات ,2017,ص65)

• وفرة الخمر وسهولة الحصول عليها إذ تعتبر الخمر أولها إستهلاكا في العديد من البلدان
خاصة أوروبا وأمريكا ، أين يكون الخمر موجود وفي متناول أي شخص ومن المؤسف اننا
نجدها في معظم البلدان الاسلامية مع أن الإسلام يحرمها تحريما قاطعا, ذلك أن من الناس
من يظن أن تعاطي الخمر خير وأرحم من تعاطي المخدرات ونسي أن جرعة كبيرة من
الكحول قد تسبب التسمم ويؤدي إلى الهيجان أو الخمود ، ولما يصل شاربها الى مرتبة
الإدمان المزمّن فإنه يتعرض إلى التحلل الأخلاقي الكامل مع الجنون

• إن إضطراب الشخصية عامل إستعدادي ومرضي يسبب الإدمان الحتمي خاصة إذا كان هذا
الإضطراب ناجما عن عوامل وراثية أو بيئية فمثلا لوحظ أن أولاد المدمنين غالبا ما يكونون
هم كذلك كأبائهم (زردي ,2016,ص43).

- الأسباب الشخصية نقص في المهارات الإجتماعية مع الآخرين , تدني مفهوم الذات لدى الفرد , المشكلات مع الأشخاص عدم التوجيه عند وقوع المشاكل لذلك يلجأ المراهق لتناول الكحول , وعدم إمتلاك المراهق مهارات لحل المشكلات وسوء إدارة غضبه وانفعالاته .
 - الأسباب البيئية وهي ضغط الرفاق إذ يقول بعض المراهقين جميع أصدقائي يشربون لذلك أنا أشرب , أو أن ينظر المجتمع إلى الإكثار من المشروب كأمر شائع وموضوع فكاهاة , وللعائلة دور أيضا كأن يكون أحد الأبوين أو كلاهما يتناول الكحول , تهاون الوالدين عندما يأتي إبنهم إلى البيت وهو متناول الكحول , السماح للنوم عند أحد الرفاق دائما وعدم الإهتمام والسؤال عنه (الحوري , 2021,ص352).
- تتجلى أسباب إدمان الكحول في دور الإعلام السلبي الذي يروج لها ، التصور الخاطئ أنها من مظاهر الرقي ، الأسباب الشخصية ، الأسباب البيئية ، تدني مفهوم الذات، غياب الوازع الديني.

➤ خلاصة:

مما سبق وتطرقنا إليه في هذا الفصل والذي عالج موضوع الإدمان حيث هذا الأخير يعتبر ظاهرة سلبية لها نتائج جد وخيمة تعود بالضرر على الفرد والمجتمع ككل.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس :الإجراءات المنهجية للدراسة

- تمهيد
- الدراسة الاستطلاعية
- منهج الدراسة
- تحديد عينة الدراسة وخصائصها
- مكان وزمان إجراء الدراسة
- أدوات الدراسة

➤ تمهيد:

يعتبر الجانب التطبيقي مرحلة مهمة من مراحل البحث العلمي ، حيث تطرقنا في هذا الفصل للإجراءات الميدانية المتعلقة بالدراسة ، والتي تتمثل في تعريف شامل للمنهج المستخدم في هذه الدراسة بالإضافة إلى شرح الأدوات المستعملة والتي تشمل الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية نصف موجهة والمقياس المستخدم هو مقياس القلق الصريح لتايلور بالإضافة إلى البرنامج العلاجي من حيث أهدافه وأهميته ومراحله وإجراءات تطبيقه وفنياته وسير الجلسات.

1. الدراسة الاستطلاعية:

قبل اي دراسة ميدانية لابد على الباحث من القيام بدراسة استطلاعية للمكان الذي سيجرى فيه الدراسة الاساسية ، و ذلك من خلال ضبط المتغيرات و تحديد الخطوات العلمية و العملية لاجراء الدراسة.

و نقصد بالدراسة الاستطلاعية القيام بجمع المعلومات عن مشكلة ما محل الدراسة بهدف جمع المعلومات لفهم أفضل لمشكلة الدراسة لعدم وجود معلومات ودراسات كافية للمشكلة المدروسة (دلشي، 2016،ص80).

كما تعتبر الدراسة الاستطلاعية اول خطوة يقوم بها الباحث في البحث العلمي من اجل جمع اكبر قدر مستطاع من المعلومات عن العينة الخاصة بموضوع الدراسة و التي من خلالها يتم التأكد من توفر العينة المقصودة ايضا حيث قمنا بالذهاب إلى مستشفى أحمد مدغري بمصلحة الأمراض العقلية والمركز الوسيط للمدمنين بمدينة عين تموشنت وقد كانت هناك بعض الصعوبات في قبولنا من طرف الادارة لعدم وجود اتفاقية تعاون بين الجامعة و هذه المؤسسات بشهر ديسمبر 2022.

و عليه فقد انطلقنا في الدراسة بشهر فيفري 2023.

حيث تم تطبيق مقياس القلق القبلي لتايلور على عينة تكونت من 7 حالات بعد اجراء المقابلة النصف الموجهة معهم و بعد تحليل نتائج المقياس تم اختيار 4 حالات الذين يعانون من درجة بين قلق الى قلق شديد جدا.

كما هو معلوم ان الاهداف الاساسية للدراسة الاستطلاعية تتمثل فيما يلي :

أ- تعميق المعرفة بالموضوع المقترح للبحث سواء من الناحية النظرية أو التطبيقية

ب-تجميع ملاحظات ومشاهدات عن مجموعة الظواهر الخاصة بالبحث

ت-التعرف على أهمية البحث، وتجديد فروضه، والبدء في وضع النقاط الأولى لتخطيط البحث

الأهداف والإطار وطرق البحث، والصياغة المبدئية لموضوع البحث (العنوان)

(مختار، 1995،ص48).

2. منهج الدراسة الأساسية:

اعتمدنا على المنهج العيادي فانه الأسلوب الأكثر ملائمة لدراستنا العلمية تخدم موضوعها في مجال الإضطرابات النفسية.

تشير كلمة عيادي أصلا إلى شيء مرتبط بدراسة الظواهر غير العادية بشكل عام والمرضية بشكل خاص ، ثم إمتد هذا المعنى إلى تقييم الفرد وتوافقته ، وتختلف الطرق التي تستخدم في دراسة أية حالة إكلينيكية ، وتعتمد الطريقة الإكلينيكية في علم النفس على جمع معلومات تفصيلية عن سلوك الفرد بذاته أو حالة ، وقد تكون الحالة شخصا أو مدرسة أو أسرة أو مجتمعا محليا أو ثقافة كاملة ، وتهدف بذلك إلى وصف دقيق ومفصل للحالة موضوع الدراسة ، والمنهج الإكلينيكي يستخدمه المختص النفسي في دراسة المشكلات الشخصية للأفراد الذين يزورون العيادة النفسية، ويجمع بيانات تفصيلية عن تاريخ حياة الفرد وظروف تنشئته وعلاقاته عن طريق مقابلة الفرد أو من تربطهم علاقة به ومن خلال الإختبارات النفسية ومن خلال البيانات يتم تشخيص المشكلة ووضع البرنامج لعلاجها (الخاتمة والنواسة ، 2011،ص9).

ويطلق المنهج الإكلينيكي على الطرق والوسائل التي تستعمل في تشخيص وعلاج المشاكل السلوكية للفرد ، ويهدف إلى تشخيص وعلاج ذوي الإضطرابات النفسية أو المشكلات الدراسية حيث يستخدم وسائل لجمع البيانات اللازمة لتحقيق أهدافه مثل دراسة تاريخ الحالة عن المريض والتي تتمثل في تاريخه الصحي والعائلي والدراسي والمهني والإجتماعي والتي يمكن أن تساعد في تفسير إضطرابه ويتم ذلك بسؤال المريض نفسه أو أفراد أسرته أو أصدقائه (إنصورة،2015،ص68).

3. تحديد عينة الدراسة:

تتكون عينة الدراسة من اربع حالات تتراوح اعمارهم بين (26-38) تم اختيارهم بطريقة قصدية بعد تطبيق مقياس القلق لتايلور .

جدول رقم (01) عينة الدراسة

الحالة	الجنس	السن	درجة القلق
01	ذكر	26	33
02	ذكر	30	29
03	ذكر	32	34
04	ذكر	38	38

4. مكان وزمان إجراء الدراسة:

1.4 الحدود المكانية:

تم اجراء هذه الدراسة في المركز الوسيط لعلاج المدمنين و مصلحة الامراض العقلية بمستشفى احمد مدغري.

2.4 الحدود الزمانية:

تم البدء في تطبيق ادوات الدراسة من 20 فيفري 2023 الى 10 افريل 2023.

5. أدوات الدراسة:**1.5 الملاحظة العيادية:**

يقصد بالملاحظة العيادية أو الإكلينيكية تلك الملاحظة التي تستخدم في العيادات الطبية أو النفسية لمعالجة المرضى أو معالجة المفحوصين ، بمراقبة سلوك المبحوث ، والبحث عن الدوافع الذاتية والموضوعية التي تكون وراء هذا السلوك المرصود ، ويعني هذا أن ظروف البيئة تكون محددة من قبل الباحث (حمداوي ، 2014،ص64) .

حيث تكون ظروف البيئة محدودة من طرف الباحث. كما يفضل في الملاحظة أن يكون التسجيل فوراً حتى لا يعتمد على الذاكرة وحتى لا تتعرض المعلومات للنسيان ، بشرط ألا يؤثر التسجيل على سلوك الأفراد ، وألا يصرف الباحث عن متابعة الملاحظة ، وألا يكون حائلاً بين الملاحظ وموضوع ملاحظته ، أما إذا اضطر الباحث إلى تأجيل ملاحظاته ، فيجب أن يكون التسجيل بأسرع وقت ممكن حتى لا تفلت التفاصيل من الباحث ، ويجب على الباحث ألا يقوم بتفسير السلوك وقت التسجيل، حتى لا يؤثر ذلك على الموضوعية (دعس ، 2008،ص210).

2.5 المقابلة العيادية نصف موجهة:

وفيها تكون جميع الأسئلة محددة سلفاً في جدول للمقابلة ، يلتزم بتنفيذه القائم بالمقابلة ولا يخرج عنه ، ومن مميزات أنها سهلة التطبيق ، لا تستهلك كثيراً من الوقت والجهد ، وتتطلب قدراً بسيطاً من التدريب ، ويمكن مقارنة نتائجها نظراً لأن بنودها موحدة ، غير أن من عيوبها أنها تفتقر أي المرونة ، حيث أن القائم بالمقابلة مقيد بالأسئلة المحددة ، ولا يستطيع تكييف الأسئلة حسب ظروف الموقف الذي يواجهه ، وبالتالي لا يستطيع التعمق في الموضوع ، لذا تعرف بأنها التطبيق الشفهي للإستبيان على كل فرد من أفراد العينة (شويخ وإبراهيم ، 2023،ص61) .

3.5 مقياس القلق لتايلور :

يقيس هذا المقياس بدرجة كبيرة من الموضوعية مستوى القلق الذي يعانيه الأفراد عن طريق ما يشعرون به من أعراض ظاهرة صريحة و يصلح للاستعمال مع جميع الاعمار . والاختبار

مقتبس من مقياس القلق الصريح الذي استخدم وقنن من طرف الاخصائية والعالمة النفسية (J.A. Taylor) (قطراني ، 2021،ص50).

▪ **طريقة تصحيح المقياس:**

أ- تعطي درجة واحدة عن كل إجابة "نعم".

ب- يدرس مستوى القلق الذي يعانيه المفحوص من الجدول التالي:

جدول رقم(02) يوضح درجة و مستوى

الدرجة	مستوى القلق
0-16	خال من القلق
17-21	قلق بسيط
22-26	قلق نوعا ما
27-29	قلق شديد
31-51	قلق شديد جدا

- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح :

6. تقديم البرنامج:

قمنا بتصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من حدة القلق لدى مدمن الكحول بحيث يستند هذا البرنامج على مجموعة من الفنيات المعرفية السلوكية والهدف منه هو تدريب مدمن الكحول على مواجهة القلق والتخفيف من حدته .

1.6 عنوان البرنامج:

البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة القلق لدى مدمن الكحول.

2.6 مفهوم البرنامج:

يعرف البرنامج المقترح للدراسة بأنه مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة والتي تسير وفق تسلسل منطقي وتستند على أساس وفنيات العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز الأساس على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسير أنه أهل وهو برنامج قائم على عمل جماعي تنسيقي بين المعالج المعرفي السلوكي الكفئ والطبيب النفسي (بوسبسي ، 2017،ص58).

3.6 أهمية البرنامج:

يساعد البرنامج مدمني الكحول على مواجهة القلق النفسي والتغلب على التوتر التي يواجهونها خلال فترة الإدمان، يساعد هذا البرنامج في التعرف على طبيعة القلق وبالأخص قلق الإدمان على الكحول وأسبابه ومصادره والعمل على تخفيفه.

نتائج هذه الدراسة قد تفتح المجال أمام دراسات مستقبلية تقترح أساليب جديدة تمكن المعالجين النفسانيين من إستخدامها لمساعدة مدمني الكحول في التخفيف من حدة القلق لديهم.

6.4 مراحل العلاج:

- المرحلة الأولى: يتم من خلالها التعارف والترحيب بافراد العينة و التحصل على البيانات الشخصية الاولية الخاصة بالمفحوصين ، وتقديم الإطار العام للبرنامج وأهميته وأهدافه .
- المرحلة الثانية: شرح المفاهيم النظرية و تطبيق الخطوات العلاجية و تعليمهم و تدريبهم على المهارات المعرفية و السلوكية للتحكم في القلق .
- المرحلة الثالثة: مرحلة إنهاء البرنامج ، وهي مرحلة التقييم والمتابعة ، وغرضها تقييم التغيرات التي حدثت لدى مدمن الكحول ، ومدى تحقيق الاهداف العلاجية.

6.5 تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي :

تم تطبيق البرنامج في المركز الخاص بعلاج المدمنين الراغبين في العلاج و الموجودين بمركز الوسيط لعلاج المدمنين و مصلحة الامراض العقلية في اطار مقابلات فردية مع افراد العينة و ذلك من خلال القيام بالاجراءات تمهيدية للجلسات العلاجية التي كانت على النحو التالي:

- التحقق من رغبة العميل في تلقي برنامج الجلسات وإستعداده للتعاون والإلتزام بالعلاقة العلاجية.
- التأكيد على مبدأ السرية المطلقة.
- الإتفاق على نظام الجلسات ، وأسلوب العمل وتوقيت الجلسات.
- تطبيق برنامج التدخل في المكتب الخاص بالأخصائية النفسانية في مركز الإدمان.

6.6 حدود البرنامج:

يتحدد برنامج التدخل المعرفي السلوكي زمنيا ب 6 إلى 7 أسابيع ، بمعدل جلستين في الأسبوع ، مدة كل جلسة تتراوح بين 35 إلى 60 دقيقة.

6.7 أهداف البرنامج:

- بيان فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي .
- تدريب مدمني المخدرات الكحول على تطبيق تقنية الاسترخاء.

- تدريب مدمني الكحول على المراقبة الذاتية للأفكار .

- تدريب مدمني الكحول من خلال تصحيح الافكار الخاطئة.

6.8 الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

▪ تقنية التحليل الوظيفي للسلوك:

تستعمل لتحديد المشكل لدى المدمن وتوضيح العناصر الفاعلة أثناء حدوث المشكل وخاصة الوضعيات التي يحدث فيها ، الإنفعالات المرتبطة به ، الأفكار خاصة الأفكار الآلية ، والسلوكيات التي يقوم بها المريض أثناء المشكل بحيث تسمح للمدمن بالإستبصار والوعي بعناصر مشكلته بدقة ، إنها خطوة تعزز فهم المريض لمشكلته ، وبالتالي تعزز قدرته على التحكم فيها (شيهان ، 2019، ص144).

▪ الحوار السقراطي:

و نقصد به الاكتشاف الموجه الذي يستخدم فيه التساؤل كجانب أساسي علاجي ، و الذي قد تصبح السمة الرسمية للعلاج المعرفي السلوكي، إذ يستخدم كأداة عامة خلال العلاج، وعند تعديل معتقد سلبي أساسي، يوجه المعالج العميل لأن يختبر معتقد على مواقف محددة ونوعية. وعبر هذه العملية يمكن للمعالج أن يقود العميل إلى دليل قيم حيث يمكن تنفيذ المعتقد في موقف بعينه ويمكن أن يمتد ذلك إلى مدى واسع من المواقف، ويتم تعميمه على أنه معتقد إيجابي بديل ويعتبر الاكتشاف الموجه عملية مستمرة من بداية العلاج إلى نهايته يتم من خلالها فحص الفروض باستخدام الأسئلة بدلا من التحدي المباشر لأفكار العميل واعتقاداته. ويوجد شكل خاص من منهجية الاكتشاف الموجه يسمى تقنية الأسئلة الثلاثة، حيث يتم طرح ثلاث أسئلة محددة تساعد العميل على مراجعة أفكاره السلبية وهذه الأسئلة هي:

أ- ما هي الدلائل على معتقدك؟

ب-كيف يمكن أن تفسر الوضعية أيضا ؟

ت-إذا كان ذلك صحيحا، ماذا يعني ذلك؟

حيث أن كل سؤال يقدم طريقة للبحث بشكل أعمق في المعتقدات السلبية واستحضار المزيد من الأفكار الموضوعية وهكذا يعمل الاكتشاف الموجه (الأسئلة السقراطية)على توجيه انتباه العميل إلى جوانب من تفكيره كانت غائبة عنه، والتقويم الموضوعي لاعتقاداته وأفكاره بدلا من التلقائية والاعتباطية في التفكير، والتي تمنع ظهور بدائل أخرى إلى حيز الإدراك (بلحسيني ، 2014، ص115).

▪ الحوار الذاتي :

يقصد بالحديث الذاتي هو ذلك النوع من حديث النفس الذي يأخذ الحث والتوجيهات والطلب وهو أسلوب يقوم به الفرد بنفسه لتعديل الفكر والسلوك ودور المعالج في استخدام هذه الفتية هو مساعدة المسترشد على استخدام الحوار الداخلي وتقديم التعليمات للذات قبل الاندفاع والإسراع في الأمور وتعد وسيلة للتخلص من المشكلات بالتحدث إلى الذات بطريقة أكثر إيجابية بدلا من الطريقة الانهزامية والسلبية للحديث النفسي للذات كما أن فكرة الحديث الذاتي تقوم على طريقة تحدثنا إلى أنفسنا يؤدي إلى تحكنا في سلوكنا بنفس الطريقة التي تستمع فيها لإناس آخرين يؤثران علينا، وبدلاً من التأثير الخارجي يؤثر الفرد بنفسه في ذاته ويقوم بعملية تفكير عقلانية حيث يتحدث هو مع نفسه وكان هذا الحديث يأتي من شخص (ابراهيم ، ، 2018، ص106) .

•المراقبة الذاتية:

تتطلب وهي من الفرد إجراء ملاحظات لسلوكياته، والمواقف التي تظهر فيها، و الأسباب التي تؤدي إليها، وكذا ملاحظة النتائج المترتبة على سلوكه ، و ملاحظة الأحداث الخارجية التي تأخذ صور تقبل ذاتي. و هي طريقة تُستخدم في قياس تفكير العميل و انفعالاته وسلوكه، سواء في الجلسات أو خارج مكتب المعالج، حيث يقوم العميل بتدوين الأحداث و الأفكار والمشاعر، و يتم ذلك في مفكرة يومية، يمكن من خلالها التعرف على الأفكار المشوهة لدى المفحوص ، يُعد سجل الأفكار المختلفة وظيفياً استراتيجية هامة في التعرف على الأفكار التلقائية التي تحدث لدى العملاء خارج و داخل جلسات العلاج ، و يتكون شكل سجل الأفكار المختلفة وظيفياً من عدة أعمدة، و التي من خلالها يُسجل العميل الأحداث أو المواقف المؤلمة التي تعرض لها، وكذلك الأفكار التلقائية و الإنفعالات الناتجة . الأفكار التلقائية، و بعد ذلك يقوم المعالج و المريض بمناقشة هذه الأفكار التلقائية و على المفحوص أن يُقدم الدليل الذي يُخالف و يتعارض معها و تشكيل أفكار متوازنة (دايلي ، 2020، ص284).

▪ سجل الأفكار :

يهدف سجل الأفكار إلى عزل المواقف المثيرة للقلق والانفعالات السلبية، والحوارات الداخلية التي ترافقها، ويتم التدريب عليه من قبل المعالج داخل الجلسات العلاجية قبل التسجيل الذاتي من قبل المريض، ويوفر لنا سجل الأفكار إمكانية الوصول إلى الأفكار الآلية للمريض، وتقييم قدرته على ذلك بمجرد تبسيط هذه الأفكار من قبل المعالج، وهو ما يسمح بتنمية الوعي بالانفعالات وتمييزها. ويطلب المعالج من المريض تعبئة سجل الأفكار بتسجيل وقت ومصدر المواقف التي تسبب القلق والخوف و الأعراض الجسدية والأفكار التي تصاحب كل ذلك. ومن الممكن أيضاً أن يقوم بتقييم قلقه بمقياس من (0 - 10) ليصف كيف يواجه الموقف. ونضع هذه المعلومات أساساً لتسجيل مدى تكرار نوبات التوتر، أو أي أعراض جسدية أخرى ويساعد المعالج على معرفة مصادر

ومظاهر القلق لدى المريض، كما تساعد هذه المراقبة الذاتية المريض على رؤية متابعه بشكل مختلف، وتحديد مشكلته بأسلوب معرفي سلوكي متعلم، ومن ثم نستخدم المعلومات من قوائم مراقبة الذات في الجلسة التالية كأساس للنقاش. وتعد هذه الوسيلة مقبولة تماماً، فتنزايد السلوكيات المرغوب فيها وتتناقص السلوكيات غير المقبولة عندما يتم مراقبتها (بلحسيني، 2014، ص112).

■ إعادة البناء المعرفي :

و نقصد بها تعديل اتجاهات العميل ومعتقداته وافتراضاته غير الدقيقة وغير الصحيحة، فحينما تكون هناك مراقبة ذاتية لأفكاره ومشاعره وسلوكه، عندئذ يتعلم العميل استبدال الأفكار اللاعقلانية المشوهة بأخرى أكثر عقلانية وأقل تشوهاً، ويكون في وضع أفضل لتعديل استجاباته السلوكية والمعرفية المعوقة للأداء والقاعدة المنطقية الأساسية التي تتطوي عليها هذه الفنية هي أنه إذا استطعنا تغيير بعض الأفكار السلبية، فإننا سوف نتمكن من تغيير السلوك غير المرغوب (محمود، 2021، ص255).

■ الإسترخاء :

يعتبر الإسترخاء من الاستجابات الأساسية التي تستخدم كاستجابات مضادة للقلق و الخوف و الغضب ، و كذلك في حالات الاختلالات العصبية العضلية مثل: حدوث تقلصات العضلات ، كما يستخدم الإسترخاء في علاج حالات سرعة الانفعال ، و الاستجابة للإجباط، ثم بعد ذلك تعطى الفرصة لحل المشكلة و قبل التدريب على الإسترخاء يجب إختيار الوقت المناسب و تهيئة المكان و الظروف المناسبة حتى لا تحدث أي تدخلات تعوق عملية الإسترخاء. و تعرف طريقة إدmond جاكبسون Edmund Jackobson في الاسترخاء بـ" الإسترخاء المتدرج Progressive Relaxation"، و هي تتطلب من المفحوص التوتير ثم تعلم إسترخاء المجموعات العضلية الرئيسية و تكون عملية الإسترخاء بدءاً من قمة الجسم إلى أسفله و بطريقة نظامية وثابتة (دايلي، 2020، ص265).

6.8 العلاج المعرفي السلوكي المطبق مع الحالات

■ **الجلسة التمهيديّة:** هي مقابلة تمهيديّة اجريت مع الحالة بهدف بناء علاقة علاجية مع الحالة وبتعريف الاخصائي النفساني بنفسه و البدء في التعرف على الحالة و سبب في تواجده. وقد بدء التعارف كالتالي : مرحبا انا الاخصائية النفسانية (...). انا هنا في اطار بحث علمي (التعريف بموضوع بحثي) ، اخترتك انت لانك من بين العينة التي انا مهتمة بدراستها و التعرف عليها و التعمق فيها ، هدفي هو ان تكون بيننا علاقة علاجية مبدئها الثقة و الصدق و اود إخبارك أن المعلومات الخاصة بك و ما سوف تقوله سيكون في سرية تامة ، لان

هدفي الوحيد من المقابلات القادمة هو مساعدتك ، ارجو منك ان تساعدني باتباع الخطة العلاجية التي سوف نتطرق لها لاحقا لان الالتزام بها سوف يساهم في نجاح العلاج. كم تم الاتفاق على توقيت الجلسات و عددها ، و تم شرح المفاهيم الاساسية بخصوص القلق و اعراضه ومخاطر الادمان و اضراره الجسدية و تاثيره على الصحة النفسية ، كما تم تطبيق مقياس القلق لتاييلور بعد ان تم شرح طريقة تطبيقه ، قد دامت هذه الجلسة 50دقيقة.

■ الجلسة الاولى :

هذه الجلسة كان هدفها جمع معلومات اكثر عن الحالة (البيانات الاولية ، علاقاته الاجتماعية ، حياته العاطفية و علاقته بعائلته) بهدف الحصول على معلومات اكثر عن الحالة لتحديد الاعراض بدقة، و قد دامت الجلسة 40دقيقة.

■ الجلسة الثانية:

بعد القاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و النفسية تم الاستفسار منها عن ما فعله في حياتها اليومية و التعرف على عاداتها بهدف تصحيح العادات السيئة او الاشياء التي تقوم بها و التي ربما تكون مصدر قلقها، ثم تم شرح للحالة فنية المراقبة الذاتية (تسجيل أحواله المزاجية) و يطلب منه تقييمه على سلم يتراوح بين 0الى 100 وكذا مدى إستمتاعه بهذا النشاط ومدى تمكنه من القيام به والتأكيد على ضرورة القيام بالواجب المنزلي المتمثل في المراقبة الذاتية و قد دامت الجلسة 50 دقيقة.

■ الجلسة الثالثة:

بعد القاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و النفسية ثم تخصيص 10دقائق لمناقشة الواجب المنزلي، ثم البدء في و فتح مجال لمناقشة الحالة و مشاركة تجاربها التي خاضتها و التي كانت مسببة للقلق و كذا التطرق الى بداية الكحول عندها والتعرف على الافكار و السلوكيات التي تساهم في ظهور القلق بهدف العمل على تصحيحها في الجلسات القادمة هذا يكون من خلال عمل تعاوني بين الحالة و معنا وقد دامت هذه الجلسة 60 دقيقة.

■ الجلسة الرابعة:

بعد القاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و النفسية ، وقبل البدء في الجلسة ثم تلخيص ما حصل في الجلسة السابقة باختصار و ذلك بخصوص تحديد الافكار اللاعقلانية ، كما قامت الباحثتين بتوضيح علاقة المشاكل النفسية بالادراك المشوه و التفكير الغير المنطقي. كما تم , تحديد اسباب القلق عند المدمن على الكحول و توضيح الانفعالات التي يقوم بها كردة فعل الناتج عن ذلك المشكل الامر الذي سوف يجعله مستبصرا و واعيا بعناصر مشكلته بدقة مما يجعله يفهم مشكلته بشكل جيد و بالتالي نعزز لديه القدرة

على التحكم فيه و ذلك يسمح للمريض باستبصار و الوعي بمشكلته و المواقف التي تسبب له القلق مما يجعله يفهم مشكلته و بالتالي تكون لديه القدرة على التحكم فيها. كما قد تساهم هذه الخطوات في فهم افضل للمواقف التي تسبب له القلق وقد توجهنا اليه بالاستئلة التالية : ماهي المواقف التي تشعر انها سببت لك القلق ؟ منذ متى يقلقك هذا الموقف ؟ هل هناك مواقف محددة؟ كم يدوم القلق عند حدوث هذا المشكل ؟ مع من تشعر بالقلق؟ ما الذي يزيد شعورك بالقلق ؟ قبل نهاية الجلسة نقدم للحالة الواجب المنزلي بعد شرحه لها و هو جدول يتكون من 3خانات (الوضعية التي يشعر فيها بالقلق ، الافكار ، الانفعالات) الذي يتم تطبيقه في المنزل و يحضره المريض في الحصة القادمة من اجل مناقشته و قد دامت هذه الجلسة 60 دقيقة.

■ الجلسة الخامسة:

بعد لقاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و النفسية ,تم تلخيص ماجاء في الجلسة السابقة و مراجعة الواجب المنزلي السابق و مناقشته مع الحالة ثم قمنا باعادة الهيكله المعرفية من خلال تحديد الافكار التلقائية و ذلك باضافة خانتين في جدول بيك الذي تطرقنا اليه كواجب منزلي في الحصة السابقة ، الخانة الاولى تكون لتصحيح الافكار و الخانة الثانية تضع الحالة فيه تقييم درجة قلقها من 0الى 10 بعد التفكير في تلك الافكار التلقائية و بعد تصحيحها بافكار بديلة . وقبل نهاية الجلسة نقدم للحالة واجب منزلي متمثل في اعادة تطبيق هذه التقنية في المنزل و احضارها في الحصة القادمة من اجل مناقشتها وقد دامت هذه الجلسة 60دقيقة.

■ الجلسة السادسة: بعد لقاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و

النفسية ، و قد البدء في تلخيص ما حصل في الجلسة السابقة باختصار ثم الانطلاق في شرح تقنية الاسترخاء العضلي للحالة و اهدافه و ايجابياته على الصحة النفسية و بعدها تم الشروع في تدريب الحالة على الاسترخاء العضلي بعد توضيح الحالة اجراءات التدريب من خلال مايلي : الاستلقاء على الظهر او الجلوس بشكل مريح و اغماض عينيه ثم البدء في التنفس بعمق و اخراج الزفير ببطء و نكرر هذه العملية لعدة ثواني مثال : "خذ نفس طويل شهيق من الانف احبسه .. احبسه اكثر ... اكثر ، قم الان باخراجه من فمك ببطء و هدوء " ، شد و ارخاء عضلات الجسم (القدم ، الساقين ، الفخذين ، البطن، الذراعين ، اليدين ، الكتفين ، عضلات الوجه ، الجبين ...الخ) و هنا تتعلم الحالة كيفية الشعور بكل عضلة و التمييز بينها و كيفية التحكم فيها عندما تكون في حالة توتر ثم تقوم الاخصائية بقول بعض العبارات المريحة للتعامل التي توحى له بالشعور بالراحة و الشعور بلذة الاسترخاء و التخلص من التوتر و القلق مثل : "انت الان في حالة استرخاء اي عواطف و انفعالات و توتر انت تحاول ان

تقمعها اسمح لنفسك الان ان تسترخي اكثر و اكثر اشعر بجسدك و هو في حالة استرخاء... الخ " و بعد الانتهاء من هذه العملية طلب من الحالة اعادة الاسترخاء كواجب منزلي في البيت وقد دامت هذه الجلسة 60د.

■ **الجلسة السابعة:**

بعد إلقاء التحية على الحالة والسؤال عن أحوالها وعن حالتها الصحية و النفسية لهذا اليوم ، شرع الباحثين في تلخيص ماجاء في الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي ، و التدريب على فنية الإسترخاء العضلي لمدة 15دقيقة ، و ذلك لتعليمها كيفية مواجهة مثيرات القلق من خلال التدريب على إستبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية ، إعطاء الحالة واجب منزلي المتمثل في التدريب على فنية الإسترخاء في البيت ، وإنهاء الجلسة بكلام تشجيعي و قد دامت هذه الجلسة 60دقيقة.

■ **الجلسة الثامنة:**

بعد إلقاء التحية على الحالة والسؤال عن أحواله وعن حالتها الصحية و النفسية لهذا اليوم ، شرعت الباحثين في تلخيص ماجاء في الجلسة السابقة و مناقشة الواجب المنزلي المتمثل في التدريب على فنية الإسترخاء في البيت ، تدريب الحالة مثل الجلسة السابقة على مواجهة مثيرات القلق من خلال التدريب على إستبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية ، والتدريب على فنية الإسترخاء العضلي لمدة 15د و تقديم للحالة الواجب المنزلي المتمثل في التدريب على فنية الإسترخاء في البيت و قد دامت هذه الجلسة 60دقيقة.

■ **الجلسة التاسعة:**

بعد إلقاء التحية على الحالة والسؤال عن أحواله وعن حالته الصحية و النفسية لهذا اليوم ، ثم في تلخيص ماجاء في الجلسة السابقة و مناقشة الواجب المنزلي ، و تدريب الحالة على إستبدال الأفكار السلبية و الافكار الخاطئة بالأفكار الإيجابية و افكار عقلانية من خلال فنية الحوار الذاتي ، وتدريب الحالة على فنية الإسترخاء العضلي لمدة 15د ، إعطاء للحالة الواجب المنزلي المتمثل في ما تم تطبيقه في الجلسة الا و هو الحوار الذاتي الذي يطبق في البيت وإحلال الافكار الإيجابية محل السلبية، كما تم تطبيق مقياس القلق البعدي لتايلور لتقييم الاعراض و قد دامت هذه الجلسة 60دقيقة.

■ **الجلسة العاشرة:**

بعد إلقاء التحية على الحالة والسؤال عن أحوالها وعن حالته الصحية و النفسية لهذا اليوم ، قامت الباحثين بشكر الحالة على الإلتزام بالبرنامج العلاجي ، ثم تلخيص مدار في الجلسات السابقة ، ومراجعة الأنشطة التي قامت بها، حث الحالة على الإستمرار في تطبيق التقنيات في حياتها اليومية ، ثم إنهاء الجلسة بكلام تشجيعي و تحفيزي ، وتعبير الباحثين عن

سرورهما بالنتائج الايجابية التي تم تحقيقها خلال البرنامج العلاجي وقد دامت هذه الجلسة 35 دقيقة.

• **تحكيم البرنامج العلاجي:**

قامت الباحثتان بعرض البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على مجموعة اساتذة و هم

الاسم	الدرجة العلمية	الجامعة
قورارة اسماعين	استاذ مساعد	بلحاج بوشعيب - عين تموشنت
بن عيسى رحال نوال	استاذ محاضر (١)	بلحاج بوشعيب - عين تموشنت
بن عمارة نضيرة	الاستاذ الدكتور	بلحاج بوشعيب - عين تموشنت
زاوي امال	استاذ محاضر (١)	بلحاج بوشعيب - عين تموشنت
بوعريشة الحاج	الاستاذ الدكتور	بلحاج بوشعيب - عين تموشنت

و كانت ملاحظاتهم كالتالي :

-الاتفاق على العلاقة العلاجية قبل البدء في الجلسات.

-المقياس يتم تطبيقه قبل اختيار العينة المعالجة.

-تقديم للحالة المفاهيم الاساسية للقلق و الادمان يكون قبل البدء في البرنامج العلاجي.

-نقول تطبيق الاسترخاء و ليس التدريب على فنية الاسترخاء.

-يجب اجراء المقياس البعدي و انطلاقا من النتائج المتوصل اليها اما يتم تحقيق النتيجة و

انهاء مراحل العلاج او المواصلة فيه.

-ذكر محتوى الواجب المنزلي باختصار.

جدول رقم (03) ملخص البرنامج العلاجي

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
الجلسة الأولى	سؤال المريض حول عدة أبعاد نفس إجتماعية (العمل، العائلة، العلاقات الاجتماعية ، الحياة	الحوار و المناقشة	50 د

		العاطفية ، الهوية)	
60د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ المناقشة ▪ المراقبة الذاتية ▪ الواجب المنزلي (المراقبة الذاتية) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ المواصلة في جمع المعلومات عن الحالة ▪ شرح للحالة فنية المراقبة الذاتية 	الجلسة الثانية
60د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ المناقشة. ▪ الحوار 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ مراجعة الواجب المنزلي والتعرف على الافكار و السلوكيات التي تساهم في ظهور القلق 	الجلسة الثالثة
60د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ الواجب المنزلي (جدول بيك) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تلخيص ما سبق في الجلسة السابقة ▪ التعرف على الافكار التلقائية السماح للمريض الاستبصار و الوعي بمشكلاته حتى يفهمها و تكون لديه القدرة على التحكم فيها طرح اسئلة مباشرة للحالة بهدف التعرف اكثر على المواقف التي تقلقه باستخدام جدول بيك 	الجلسة الرابعة
60د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ الحوار والمناقشة. ▪ التحليل الوظيفي للسلوك. ▪ الواجب المنزلي (جدول بيك) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ مراجعة الواجب المنزلي. ▪ اعادة الهيكلة المعرفية للحالة من خلال تصحيح الافكار التلقائية التي تم تحديدها سابقا و اضافة خانتين في جدول بيك السابق الخانة الاولى من اجل تصحيح الافكار التلقائية بافكار بديلة و الخانة الثانية من اجل تقييم الحالة درجة قلقها من 0 الى 10 ▪ قديم ملخص 	الجلسة الخامسة
60د	<ul style="list-style-type: none"> ▪ الإسترخاء. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ في شرح تقنية الاسترخاء العضلي للحالة 	الجلسة

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ الواجب المنزلي (اعادة الاسترخاء في البيت) ▪ الحوار 	<p>و اهدافه و ايجابياته على الصحة النفسية و بعدها تم الشروع في تدريب الحالة على الاسترخاء العضلي بعد توضيح للحالة اجراءات التدريب</p>	<p>السادسة</p>
<p>60د</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ الإسترخاء. ▪ الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تدريب الحالة على كيفية مواجهة القلق . ▪ مناقشة الواجب المنزلي ▪ تطبيق فنية الإسترخاء 	<p>الجلسة السابعة</p>
<p>60د</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ الإسترخاء. ▪ الحوار الذاتي. ▪ الواجب المنزلي. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تدريب الحالة على كيفية مواجهة القلق وكيفية إستبدال الأفكار اللامنطقية بالمنطقية. ▪ تطبيق فنية الإسترخاء ▪ مناقشة الواجب المنزلي. 	<p>الجلسة الثامنة</p>
<p>60د</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ الإسترخاء. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ مناقشة الواجب المنزلي. ▪ تطبيق فنية الإسترخاء. ▪ جلسة منع الانتكاسة ▪ تطبيق مقياس القلق البعدي لتقييم الاعراض 	<p>الجلسة التاسعة</p>
<p>60د</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ الحوار. ▪ التلخيص. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ تلخيص مدار في الجلسات السابقة ▪ توجيه الشكر للحالة على إنهاء البرنامج العلاجي وإنهاء الجلسة بكلام تشجيعي. 	<p>الجلسة العاشرة</p>

- **خلاصة:** بعد إتمامنا لهذا الفصل الخاص بعرض منهجية الدراسة والذي تم فيه تقديم خطوات إجراء الدراسة ، وكذا كيفية ومدة إجرائها والأدوات المستعملة فيها ، سننتقل للفصل الخاص بعرض وتحليل النتائج.

الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

- عرض نتائج الحالة الأولى
- عرض نتائج الحالة الثانية
- عرض نتائج الحالة الثالثة
- عرض نتائج الحالة الرابعة
- مناقشة وتحليل نتائج البحث
- -الفرضيات العامة
- الاستنتاج العام

1. عرض نتائج الحالة الأولى:

1.1 البيانات الأولية للحالة الأولى:

- الاسم: م.ن.
- الجنس: ذكر .
- السن:30.
- مكان الميلاد: بني صاف.
- المستوى التعليمي: سنة اولى ثانوي.
- عدد الإخوة: اخت واحدة.
- الرتبة في العائلة: الثاني.
- الحالة الاجتماعية : أعزب.
- الحالة الاقتصادية: متوسط.

2.1 معلومات عن العائلة:

- اسم الأب:س.
- العمر:53.
- المهنة: موظف في شركة نפטال.
- اسم الأم:ص.
- العمر : 48.
- المهنة : محامية.
- المظهر الخارجي للحالة : انيق ، ملابس متناسقة و نظيفة .
- ملامح الوجه : بشوش.
- الاتصال سليم .
- المظهر المورفولوجي: طويل القامة ، بشرة سمراء ، عيون بنية ، شعر طويل.

الجدول رقم (04) المقابلة العيادية للحالة الأولى

المقابلات	مكان المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	الهدف من المقابلة
المقابلة التمهيديّة	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	20 فيفري 2023	50د	بناء علاقة علاجية تقديم للحالة المفاهيم الاساسية للقلق و مخاطر

الادمان تطبيق على الحالة مقياس القلق لتايلور				
سؤال المريض حول عدة أبعاد نفس إجتماعية (العمل، العائلة، العلاقات الاجتماعية ، الحياة العاطفية ، الهوية)	50د	1مارس 2023	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	المقابلة الأولى
لمواصلة في جمع المعلومات عن الحالة شرح للحالة فنية المراقبة الذاتية	60د	5 مارس 2023	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	المقابلة الثانية
مراجعة الواجب المنزلي والتعرف على الافكار و السلوكات التي تساهم في ظهور القلق	60د	9 مارس 2023	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	المقابلة الثالثة
التعرف على الافكار التلقائية السماح للمريض الاستبصار والوعي بمشكلته حتى يفهمها و تكون لديه القدرة على التحكم فيها طرح اسئلة مباشرة للحالة بهدف التعرف اكثر على المواقف التي تقلقه	60د	14 مارس 2023	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	المقابلة الرابعة

باستخدام جدول بيك				
اعادة الهيكلة المعرفية للحالة من خلال تصحيح الافكار التلقائية التي تم تحديدها سابقا و اضافة خاننتين في جدول بيك السابق الخانة الاولى من اجل تصحيح الافكار التلقائية بافكار بديلة و الخانة الثانية من اجل تقييم الحالة درجة قلقها من 0 الى 10	60د	19 مارس 2023	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	المقابلة الخامسة
في شرح تقنية الاسترخاء العضلي للحالة و اهدافه و ايجابياته على الصحة النفسية و بعدها تم الشروع في تدريب الحالة على الاسترخاء العضلي بعد توضيح للحالة اجراءات التدريب	60د	22 مارس 2023	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	المقابلة السادسة
تدريب الحالة على كيفية مواجهة القلق .مناقشة الواجب المنزلي تطبيق فنية الإسترخاء	60د	26 مارس 2023	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	المقابلة السابعة
تدريب الحالة على كيفية	60د	30	المركز الوسيط	المقابلة الثامنة

مواجهة القلق وكيفية إستبدال الأفكار اللامنطقية بالمنطقية. تطبيق فنية الإسترخاء		مارس 2023	لعلاج المدمنين	
تطبيق فنية الإسترخاء. جلسة منع الانتكاسة تطبيق مقياس القلق البعدي لتقييم الاعراض	60د	6 افريل 2023	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	المقابلة التاسعة
تلخيص مادار في الجلسات السابقة توجيه الشكر للحالة على إنهاء البرنامج العلاجي وانهاء الجلسة بكلام تشجيعي.	35د	10 افريل 2023	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	المقابلة العاشرة

3.1 ملخص المقابلات:

من خلال المقابلات التي تمت مع الحالة تم استخلاص مايلي : تم اجراء عشرة مقابلات مع الحالة من تاريخ الى غاية. ، بمعدل مقابلتين في الاسبوع، لمتوسط زمني بين 35 د الى 50 د ، الحالة (ت) يبلغ من العمر 31 سنة ، يعتبر الولد المتوسط في العائلة ، من مواليد 1992, يعيش الحالة مع الجدة لكون والديه منفصلين ، يعاني حالة من القلق بسبب انفصال والديه في مرحلة المراهقة و اضطرار عيشه مع جدته تحت ظروف قاسية هذا ما دفعه الى ادمان الكحول و الذي ظهر عند تطبيق عليه مقياس القلق.

4.1 التاريخ النفسي و الاجتماعي للحالة :

نشأ الحالة في اسرة متكونة من اب و ام ، عاش طفولة عادية كونه كان الطفل الوحيد فكان مدلل من طرف والديه ، لكن في مرحلة المراهقة عندما بلغ 16عام وقع صراع بين والديه مما ادى الى طلاقهما و هذا بسبب خيانة الاب للام حسب قول الحالة : كنا غايا لوكان ما دخلتس

هذيك المرا بيناتنا ، بابا كان ديما حنين معا ما بصح مي دارت بيه هذيك المرا تبدل و لا مايدخلش للدار بكري للدار و تبدل من جيبتها " الحالة كان يعاني مشاكل اسرية منذ المراهقة ، علاقته بامه جيدة بالرغم من انها اعادت الزواج و تركته يعيش مع جدته التي تكفلت به منذ طلاق والديه حسب قوله : "ما خطرا على خطرا ترسلي الدراهم و تسقسي عليا مالغري سمحت فيا و حتاجيتها في حياتي بالصح تاني بغات تعاود حياتها" اما علاقته بالاب فهي جد مظطربة و كان هو العامل الذي تسبب في القلق لدى الحالة اذ يعتبر عامل ضاغط عليه لاحظت هذا عندما قال : "انا با كرهته نهار خدع ما و سمح فيا لوكان في جنازته و مانروحش عنده اصلا ماراهش يحوس عليا " ، فالنسق العائلي هنا يتميز بعدم الاستقرار و التوتر الشديد بين الاب و الام و الابن ، هذا ما نتج عنه سلوك منحرف دفع الحالة الى ادمان الكحول ، حيث كانت اول تجربة له مع الادمان عندما تطلق والديه و انتقل للعيش مع جدته في ظل غياب والديه و كونه وجد نفسه بدون عائلة تحتويه فجدته كانت كبيرة في السن و مريضة مما دفع الحالة الى شرب الكحول و ادمانه عليها حسب قوله : " بيها كنت ننسا الهم و الحالة لي وصلتلها انا كانت عندي دار و عايلة بين ليلة و نهار لقيت روعي وحدي عايش مع جداتي في دوار حتى اليزو مافيهش " ، هذا بسبب انعدام الوفاق بين الوالدين ، هذا المناخ الاسري المظطرب كان سبب في ادمان الحالة و تدهور حالته و سبب في ظهور القلق لديه.

5.1 الاعراض المستخلصة:

توتر و قلق شديد.

تعب و ارهاق يظهر في وجهه .

فقدان الشهية.

اضطرابات في النوم.

6.1 الأسباب المستخلصة:

التفكك الأسري مما نتج عنه الإدمان .

تمزق كيان الأسرة سبب في الإدمان .

صراع بين الوالدين .

توتر في العلاقة بين افراد الأسرة .

عدم استقرار النسق الأسري.

تطبيق المقياس القبلي للقلق (الحالة الاولى)

لا	نعم	العبارة	
	×	نومي مضطرب ومنتقطع.	01

02	مرت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق.	×
03	مخاوفي قليلة جدا مقارنة بأصدقائي.	
04	أعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس.	×
05	تنتابني أحلام مزعجة أو (كوابيس) كل عدة ليالي.	
06	لدي متاعب أحيانا في معدتي.	
07	غالبا ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما.	×
08	أعاني أحيانا من نوبات إسهال.	
09	تثير قلقي أمور العمل والمال.	×
10	تصيبني نوبات الغثيان (غمامات النفس).	
11	كثيرا ما أخشى أن يحمر وجهي خجلا.	×
12	أشعر بجوع في كل الأوقات تقريبا.	
13	أثق في نفسي كثيرا.	
14	أتعب بسرعة.	×
15	يجعلني الانتظار عصبي.	×
16	أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي.	×
17	عادة ما أكون هادئا.	
18	تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلا في مقعدي.	×
19	لا أشعر بالسعادة في معظم الوقت.	×
20	من السهل أن أركز ذهني في عمل ما.	×
21	أشعر بالقلق على شيء ما أو شخص ما طوال الوقت تقريبا.	×
22	لا أتهيب الأزمات والشدائد.	×
23	أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الآخرين.	×
24	كثيرا ما أجد نفسي قلقا على شيء ما.	×
25	أشعر أحيانا وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي.	×
26	أشعر أحيانا أنني أتمزق.	×
27	أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة.	×
28	الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات.	×
29	لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ	

30	إنتي حساس بدرجة غير عادية	×
31	لاحظت أن قلبي يخفق بشدة وأحيانا تنهيج أنفاسي.	
32	لا أبكي بسهولة.	
33	خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيذائي.	×
34	لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثر شديدا.	×
35	كثيرا ما أصاب بصداع.	
36	لا بد أن أعرف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها.	×
37	لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد.	
38	لا أرتبك بسهولة.	
39	أعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمرّة.	×
40	أنا شخص متوتر جدا.	×
41	أرتبك أحيانا لدرجة تجعل العرق يتساقط بصورة تضايقتني جدا.	×
42	يحمر وجهي خجلا بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين.	×
43	أنا أكثر حساسية من غالبية الناس.	
44	مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها.	×
45	كون متوترا للغاية أثناء القيام بعمل ما.	×
46	يادي وقدماي باردتان في العادة.	
47	أحيانا أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسني.	
48	لا تتقصني الثقة بالنفس.	
49	أصاب أحيانا بالإمساك.	
50	لا يحمر وجهي أبدا من الخجل.	

الجدول رقم (05) يوضح تطبيق المقياس القبلي للقلق (الحالة الاولى)

7.1 موضوع الجلسة:

- المقابلة الممهدة للعلاج: هي مقابلة تمهيدية اجريت مع الحالات بهدف بناء علاقة علاجية مع الحالة وبتعريف الاخصائي النفساني بنفسه و البدء في التعرف على الحالة و سبب تواجده . و قد بدء التعارف كالتالي : مرحبا انا الاخصائية النفسانية (...) انا هنا في اطار بحث علمي (التعريف بموضوع بحثي) ، اخترتك انت لانك من بين العينة التي انا مهتمة

بدراستها و التعرف عليها و التعمق فيها ، هدي هو ان تكون بيننا علاقة علاجية مبدئها الثقة و الصدق و اود إخبارك أن المعلومات الخاصة بك ستكون في سرية تامة ، لان هدي الوحيد من المقابلات القادمة هو مساعدتك ، ارجو منك ان تساعدني باتباع الخطة العلاجية التي سوف نتطرق لها لاحقا و تتعاون معي باتباعها ، لان الالتزام بها سوف يساهم في نجاح العلاج .

كم تم الاتفاق على توقيت الجلسات و عددها ، و تم شرح المفاهيم الاساسية بخصوص القلق و اعراضه و مخاطر الادمان و اضراره الجسدية و تأثيره على الصحة النفسية ، كما تم تطبيق مقياس القلق لتاييلور بعد ان تم شرح طريقة تطبيقه قد دامت هذه الجلسة 50 دقيقة.

موضوع الجلسة الاولى و الثانية:

جمع معلومات اكثر عن الحالة.

أهداف الجلسة: هذه الجلسة كان هدفها جمع معلومات اكثر عن الحالة (البيانات الاولية ، علاقاته الاجتماعية ، حياته العاطفية و علاقته بعائلته) بهدف الحصول على معلومات اكثر عن الحالة لتحديد الاعراض بدقة ,تم الاستفسار منها عن ما تفعله في حياتها اليومية و التعرف على عاداتها اكثر و ذلك بهدف تصحيح العادات السيئة او الاشياء التي تقوم بها و التي ربما تكون مصدر قلقها ثم تم شرح فنية المراقبة الذاتية (تسجيل أحواله المزاجية) و يطلب منها تقييمه على سلم يتراوح بين 0 الى 100 وكذا مدى إستمتاعها بهذا النشاط ومدى تمكنها من القيام به والتأكيد على ضرورة القيام بالواجب المنزلي المتمثل في المراقبة الذاتية وقد دامت الجلسة 50 دقيقة.

• موضوع الجلسة الثالثة:

التعرف على الافكار و السلوكات التي تساهم في ظهور القلق.

أهداف الجلسة: بعد لقاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و النفسية تم تخصيص 10 دقائق لمناقشة الواجب المنزلي ، ثم البدء في الجلسة و فتح مجال المناقشة للحالة و مشاركة تجاربها التي خاضتها و التي كانت مسببة للقلق و كذا التطرق الى بداية الكحول عندها و التعرف على الافكار و السلوكات التي تساهم في ظهور القلق بهدف العمل على تصحيحها في الجلسات القادمة من خلال عمل تعاوني بين الحالة و معنا و قد دامت هذه الجلسة 60 دقيقة .

• موضوع الجلسة الرابعة: تحديد المشكل الذي يسبب القلق لدى المدمن.

أهداف الجلسة: بعد لقاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و النفسية ، وقبل البدء في الجلسة ثم تلخيص ما حصل في الجلسة السابقة باختصار و ذلك بخصوص تحديد الافكار اللاعقلانية ، كما قامت الباحثتين بتوضيح علاقة المشاكل النفسية بالادراك المشوه و التفكير الغير المنطقي. كما تم , تحديد اسباب القلق عند المدمن على الكحول و توضيح الانفعالات التي يقوم بها كردة فعل الناتج عن ذلك المشكل الامر الذي سوف يجعله مستبصرا و

واعيا بعناصر مشكلته بدقة مما يجعله يفهم مشكلته بشكل جيد و بالتالي نعزز لديه القدرة على التحكم فيه و ذلك يسمح للمريض باستبصار و الوعي بمشكلته و المواقف التي تسبب له القلق مما يجعله يفهم مشكلته و بالتالي تكون لديه القدرة على التحكم فيها. كما قد تساهم هذه الخطوات في فهم افضل للمواقف التي تسبب له القلق وقد توجهنا اليه بالاسئلة التالية : ماهي المواقف التي تشعر انها سببت لك القلق ؟ منذ متى يقلقك هذا الموقف ؟ هل هناك مواقف محددة؟ كم يدوم القلق عند حدوث هذا المشكل ؟ مع من تشعر بالقلق؟ ما الذي يزيد شعورك بالقلق ؟ قبل نهاية الجلسة نقدم للحالة الواجب المنزلي بعد شرحه لها و هو جدول يتكون من 3 خانات (الوضعية التي يشعر فيها بالقلق ، الافكار ، الانفعالات) الذي يتم تطبيقه في المنزل و يحضره المريض في الحصة القادمة من اجل مناقشته و قد دامت هذه الجلسة 60 دقيقة.

• موضوع الجلسة الخامسة:

اعادة الهيكلة المعرفية للحالة.

أهداف الجلسة: بعد لقاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و النفسية يتم تلخيص ماجاء في الجلسة السابقة و مراجعة الواجب المنزلي السابق و مناقشته مع الحالة ثم قمنا باعادة الهيكلة المعرفية للحالة من خلال تحديد الافكار التلقائية و ذلك باضافة خانتين في جدول بيك التي تطرقنا له كواجب منزلي في الحصة السابقة ، الخانة الاولى تكون لتصحيح الافكار و الخانة الثانية تضع الحالة فيه تقييم درجة قلقها من 0 الى 10 بعد التفكير في تلك الافكار التلقائية و بعد تصحيحها بافكار بديلة. قبل ختام الحصة نقدم للحالة واجب منزلي متمثل في اعادة تطبيق هذه التقنية في المنزل و احضارها في الحصة القادمة من اجل مناقشتها و قد دامت هذه الجلسة 60 دقيقة.

• موضوع الجلسة السادسة:

تدريب الحالة على الاسترخاء العضلي .

أهداف الجلسة: بعد لقاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و النفسية ، و قد تم قبل البدء في تلخيص ما حصل في الجلسة السابقة باختصار ثم الانطلاق في شرح تقنية الاسترخاء العضلي بعد توضيح اجراءات التدريب من خلال مايلي : الاستلقاء على الظهر او الجلوس بشكل مريح و اغماض عينيه ثم البدء في التنفس بعمق و اخراج الزفير ببطء و نكرر هذه العملية لعدة ثواني مثال : "خذ نفس طويل شهيق من الانف احبسه .. احبسه اكثر ... اكثر ، قم الان باخراجه من فمك ببطء و هدوء "، شد و ارخاء عضلات الجسم (القدم ، الساقين ، الفخذين ، البطن، الذراعين ، اليدين ، الكتفين ، عضلات الوجه ، الجبين ...الخ) و هنا تتعلم الحالة كيفية الشعور بكل عضلة و التمييز بينها و كيفية التحكم فيها عندما تكون في حالة توتر ثم تقوم الاخصائية بقول بعض العبارات المريحة للعميل التي توحى له بالشعور بالراحة و

الشعور بلذة الاسترخاء و التخلص من التوتر و القلق مثل : "انت الان في حالة استرخاء اي عواطف و انفعالات و توتر انت تحاول ان تقمها اسمح لنفسك الان ان تسترخي اكثر و اكثر اشعر بجسدك و هو في حالة استرخاء... الخ" و بعد الانتهاء من هذه العملية طلب من الحالة اعادة الاسترخاء كواجب منزلي في البيت و قد دامت هذه الجلسة 60دقيقة.

• موضوع الجلسة السابعة والثامنة:

تدريب الحالة على مواجهة مثيرات القلق.

أهداف الجلسة: بعد إلقاء التحية على الحالة والسؤال عن أحوالها وعن حالتها الصحية و النفسية لهذا اليوم ، شرعت الباحثتين في تلخيص ماجاء في الجلسة السابقة و مناقشة الواجب المنزلي والتدريب على فنية الإسترخاء العضلي لمدة 15دقيقة و ذلك لتعليمها كيفية مواجهة مثيرات القلق من خلال التدريب على إستبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية ، إعطاء الحالة واجب منزلي المتمثل في التدريب على فنية الإسترخاء في البيت ، وإنهاء الجلسة بكلام تشجيعي و قد دامت هذه الجلسة 60دقيقة.

• موضوع الجلسة التاسعة:

تدريب الحالة على إستبدال الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية ثم تطبيق مقياس القلق البعدي لتايلور.

أهداف الجلسة: بعد إلقاء التحية على الحالة والسؤال عن أحواله وعن حالته الصحية و النفسية لهذا اليوم ، ثم في تلخيص ماجاء في الجلسة السابقة و مناقشة الواجب المنزلي ، و تدريب الحالة على إستبدال الأفكار السلبية و الافكار الخاطئة بالأفكار الإيجابية و افكار عقلانية من خلال فنية الحوار الذاتي ، وتدريب الحالة على فنية الإسترخاء العضلي لمدة 15 د ، إعطاء للحالة الواجب المنزلي المتمثل في ما تم تطبيقه في الجلسة الا و هو الحوار الذاتي الذي يطبق في البيت وإحلال الافكار الإيجابية محل السلبية، كما تم تطبيق مقياس القلق البعدي لتايلور لتقييم الاعراض و قد دامت هذه الجلسة 60د.

موضوع الجلسة العاشرة:

تقييم و ختام البرنامج

أهداف الجلسة: بعد إلقاء التحية على الحالة والسؤال عن أحوالها وعن حالتها الصحية و النفسية لهذا اليوم ، قامت الباحثتين بشكر الحالة على الإلتزام بالبرنامج العلاجي ، ثم تلخيص مدار في الجلسات السابقة ، ومراجعة الأنشطة التي قامت بها، و حث الحالة على الإستمرار في تطبيق التقنيات في حياتها اليومية ، ثم إنهاء الجلسة بكلام تشجيعي و تحفيزي ، وتعبير الباحثتين عن سرورها بالنتائج الايجابية التي تم تحقيقها خلال البرنامج العلاجي و قد دامت هذه الجلسة 35دقيقة.

تطبيق المقياس البعدي للقلق (الحالة الاولى)

لا	نعم	العبارة	
	×	نومي مضطرب ومتقطع.	01
		مرت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق.	02
		مخاوفي قليلة جدا مقارنة بأصدقائي.	03
		أعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس.	04
		تنتابني أحلام مزعجة أو (كوابيس) كل عدة ليالي.	05
		لدي متاعب أحيانا في معدتي.	06
		غالبا ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما.	07
		أعاني أحيانا من نوبات إسهال.	08
	×	تثير قلقي أمور العمل والمال.	09
		تصيبني نوبات الغثيان (غمامات النفس).	10
	×	كثيرا ما أخشى أن يحمر وجهي خجلا.	11
		أشعر بجوع في كل الأوقات تقريبا.	12
	×	أثق في نفسي كثيرا.	13
		أتعب بسرعة.	14
		يجعلني الانتظار عصبي.	15
		أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي.	16
	×	عادة ما أكون هادئا.	17
		تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلا في مقعدي.	18
	×	لا أشعر بالسعادة في معظم الوقت.	19
	×	من السهل أن أركز ذهني في عمل ما.	20
		أشعر بالقلق على شيء ما أو شخص ما طوال الوقت تقريبا	21
	×	لا أتهيب الأزمات والشدائد.	22
		أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الآخرين.	23
		كثيرا ما أجد نفسي قلقا على شيء ما.	24

		25	اشعر أحيانا وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي.
		26	أشعر أحيانا أنني أتمزق.
		27	أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة.
		28	الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات.
	×	29	لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ
	×	30	إنني حساس بدرجة غير عادية
	×	31	لاحظت أن قلبي يخفق بشدة وأحيانا تنهيج أنفاسي.
	×	32	لا أبكي بسهولة.
		33	خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيدائي.
		34	لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثر شديدا.
		35	كثيرا ما أصاب بصداع.
	×	36	لا بد أن أعرف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها.
		37	لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد.
	×	38	لا أرتبك بسهولة.
		39	أعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمرة.
		40	أنا شخص متوتر جدا.
		41	أرتبك أحيانا لدرجة تجعل العرق يتساقط بصورة تضايقتني جدا.
	×	42	يحمر وجهي خجلا بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين.
	×	43	أنا أكثر حساسية من غالبية الناس.
		44	مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها.
		45	كون متوترا للغاية أثناء القيام بعمل ما.
	×	46	يديا وقدماي باردتان في العادة.
		47	أحيانا أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسني.
	×	48	لا تتقضي الثقة بالنفس.
		49	أصاب أحيانا بالإمساك.
	×	50	لا يحمر وجهي أبدا من الخجل.

الجدول رقم (06) يوضح تطبيق المقياس البعدي للقلق

نتائج مقياس القلق للحالة الأولى

بعد تطبيق البرنامج		قبل تطبيق البرنامج	
مستوى القلق	درجة القلق	مستوى القلق	درجة القلق
قلق بسيط	19	قلق شديد	29 درجة

الجدول رقم (07) يوضح نتائج مقياس القلق للحالة الأولى

جدول يوضح نتائج تطبيق مقياس القلق القبلي والبعدي ، ومن خلاله يتضح أن نسبة القلق إنخفضت بشكل واضح بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

2. عرض نتائج الحالة الثانية:

1.2 البيانات الاولية للحالة الثانية

- الاسم: ب.س.
- الجنس: ذكر.
- السن: 26 سنة.
- مكان الميلاد: عين تموشنت.
- عدد الإخوة: 2.
- الرتبة في العائلة: 1.
- الحالة الاجتماعية: أعزب.
- الحالة الاقتصادية: متوسطة.

2.2 معلومات عن العائلة:

- اسم الأب: ب.ج.
- العمر: 60 سنة.
- المهنة: عاطل عن العمل.
- اسم الأم: ن.ف.
- العمر: 55 سنة.
- المهنة: ماکثة في البيت.
- المظهر الخارجي للحالة: الشكل نظيف وهندام مرتب.
- ملامح الوجه: بشوش.

- الاتصال سليم.
- المظهر المورفولوجي طويل القامة ذات بشرة بيضاء وعيون بنيتين شعر أسود.

الجدول (08) المقابلة العيادية للحالة الثانية

المقابلات	مكان المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	الهدف من المقابلة
المقابلة التمهيديّة	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	20 فيفري 2023	50د	بناء علاقة علاجية تقديم للحالة المفاهيم الاساسية للقلق و مخاطر الادمان تطبيق على الحالة مقياس القلق لتاييلور
المقابلة الأولى	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	1 مارس 2023	50د	سؤال المريض حول عدة أبعاد نفس إجتماعية (العمل، العائلة، العلاقات الاجتماعية، الحياة العاطفية، الهوية)
المقابلة الثانية	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	5 مارس 2023	60د	المواصلة في جمع المعلومات عن الحالة شرح للحالة فنية المراقبة الذاتية
المقابلة الثالثة	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	9 مارس 2023	60د	مراجعة الواجب المنزلي والتعرف على الافكار و السلوكات التي تساهم في ظهور القلق

<p>التعرف على الافكار التلقائية السماح للمريض الاستبصار و الوعي بمشكلاته حتى يفهمها و تكون لديه القدرة على التحكم فيها طرح اسئلة مباشرة للحالة بهدف التعرف اكثر على المواقف التي تقلقه باستخدام جدول بيك</p>	<p>60د</p>	<p>14 مارس 2023</p>	<p>المركز الوسيط لعلاج المدمنين</p>	<p>المقابلة الرابعة</p>
<p>اعادة الهيكلة المعرفية للحالة من خلال تصحيح الافكار التلقائية التي تم تحديدها سابقا و اضافة خانتين في جدول بيك السابق الخانة الاولى من اجل تصحيح الافكار التلقائية بافكار بديلة و الخانة الثانية من اجل تقييم الحالة درجة قلقها من 0 الى 10</p>	<p>60د</p>	<p>19 مارس 2023</p>	<p>المركز الوسيط لعلاج المدمنين</p>	<p>المقابلة الخامسة</p>
<p>في شرح تقنية الاسترخاء العضلي للحالة و اهدافه و ايجابياته على الصحة النفسية و بعدها تم الشروع في تدريب الحالة على</p>	<p>60د</p>	<p>22 مارس 2023</p>	<p>المركز الوسيط لعلاج المدمنين</p>	<p>المقابلة السادسة</p>

الاسترخاء العضلي بعد توضيح للحالة اجراءات التدريب				
تدريب الحالة على كيفية مواجهة القلق الواجب المنزلي تطبيق فنية الإسترخاء	60د	26 مارس 2023	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	المقابلة السابعة
تدريب الحالة على كيفية مواجهة القلق وكيفية إستبدال الأفكار اللامنطقية بالمنطقية. تطبيق فنية الإسترخاء	60د	30 مارس 2023	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	المقابلة الثامنة
تطبيق فنية الإسترخاء. جلسة منع الانتكاسة تطبيق مقياس القلق البعدي لتقييم الاعراض	60د	6 افريل 2023	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	المقابلة التاسعة
تلخيص مدار في الجلسات السابقة توجيه الشكر للحالة على إنهاء البرنامج العلاجي وإنهاء الجلسة بكلام تشجيعي.	35د	10 افريل 2023	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	المقابلة العاشرة

الجدول رقم (08) المقابلة العيادية للحالة الثانية

3.2 ملخص المقابلات:

من خلال المقابلات التي تمت مع الحالة تم إستخلاص مايلي:

تم إجراء 10 مقابلات مع الحالة من تاريخ 20 فيفري 2023 إلى غاية 07 أفريل 2023 ، بمعدل مقابلتين في الأسبوع ، لمتوسط زمني مابين 35 و 50 د ، الحالة (ب.س) يبلغ من العمر 26 سنة ، يعتبر الولد الأكبر في العائلة من مواليد 1996، يعيش الحالة مع الأب متقاعد والأم مأكثة في البيت ، يعاني حالة من القلق بسبب الإهمال والمناخ الأسري المضطرب الذي دفعه إلى إدمان الكحول والذي ظهر عند تطبيق عليه مقياس القلق.

4.2 التاريخ النفسي والاجتماعي:

نشأ الحالة في أسرة فقيرة المتكونة من أب وأم وأخت ، عاش طفولة قاسية ، لا يعاني من أي مشاكل صحية فقط عند الشرب تكون هناك آلام في رأسه وصداع ، الحالة يعاني من مشاكل أسرية وهذا مانتج عنه سلوك منحرف أدى به إلى إدمان الكحول ، علاقته مع أمه جيدة جدا فهي قريبة منه من خلال قوله أنا نبغي الأم نتاعي تفهمني تحس بيا حنينة معايا، معاملتها عكس الأب، في هذه النقطة بالذات توتر كثيرا بخصوص سيرة الأب تغير مزاجه سكت ثواني ثم قال لي تعرفي الأب نتاعي نكرهه كان يضرب الأم نتاعي قدامنا جامي كان حنين علينا مايصرفش في الدار، إذن علاقته بالأب مضطربة ومتوترة ، وجدت النسق الأسري يتميز بعدم الإستقرار ويظهر ذلك في العامل الذي سبب القلق ، فالسبب هنا الأب إذ يعتبر عامل ضاغط إذ إنتهج أساليب غير سليمة ، كان يقوم بتعنيف الأم وضربها والإبن يشاهد ، هذا ما ولد له كره الأب ، زيادة إلى التعاطي المتكرر والمستمر للأب ، أيضا إهماله لأبنائه ، غيابه المستمر وعدم إستثمار عواطفه ، هذا ما أدى إلى إنعدام الوفاق بين الوالدين وتآزم العلاقات بينهما وخلق صراعات وزيادة الخلافات والعيش في أجواء متوترة ، هذا ما أدى إلى مناخ أسري مضطرب وغير سوي وكان سبب في إدمان الإبن.

5.2 الأعراض المستخلصة:

- الشعور بالتوتر والقلق الشديد.
- إضطرابات في النوم.
- تلعثم في الكلام قليلا.
- الإرتباك.
- الحيرة.

6.2 الأسباب المستخلصة:

- علاقة مضطربة ومتوترة مع الأب.
- الإهمال من طرف الأب.

- تعنيف وضرب الأم من طرف الأب.
 المناخ الأسري المضطرب والغير سوي سبب في الإدمان.
 عدم الإستقرار في جو الأسرة.
 إنعدام الوفاق بين الوالدين.
 صراع بين الوالدين.

تطبيق المقياس القبلي للقلق (الحالة الثانية)

لا	نعم	العبارة
	×	01 نومي مضطرب ومتقطع.
	×	02 مرت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق.
		03 مخاوفي قليلة جدا مقارنة بأصدقائي.
	×	04 أعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس.
	×	05 تتتابني أحلام مزعجة أو (كوابيس) كل عدة ليالي.
	×	06 لدي متاعب أحيانا في معدتي.
		07 غالبا ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما.
	×	08 أعاني أحيانا من نوبات إسهال.
	×	09 تثير قلقي أمور العمل والمال.
	×	10 تصيبني نوبات الغثيان (غمامات النفس).
		11 كثيرا ما أخشى أن يحمر وجهي خجلا.
	×	12 أشعر بجوع في كل الأوقات تقريبا.
	×	13 أثق في نفسي كثيرا.
	×	14 أتعب بسرعة.
	×	15 يجعلني الانتظار عصبي.
	×	16 أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي.
	×	17 عادة ما أكون هادئا.
	×	18 تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلا في مقدي.
	×	19 لا أشعر بالسعادة في معظم الوقت.
		20 من السهل أن أركز ذهني في عمل ما.
	×	21 أشعر بالقلق على شيء ما أو شخص ما طوال الوقت تقريبا

		لا أتهيب الأزمات والشدائد.	22
	×	أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الآخريين.	23
	×	كثيرا ما أجد نفسي قلقا على شيء ما.	24
	×	اشعر أحيانا وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي.	25
	×	أشعر أحيانا أنني أتمزق.	26
		أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة.	27
	×	الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات.	28
	×	لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ	29
	×	إنني حساس بدرجة غير عادية	30
	×	لاحظت أن قلبي يخفق بشدة وأحيانا تتهيج أنفاسي.	31
		لا أبكي بسهولة.	32
	×	خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيذائي.	33
	×	لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثر شديدا.	34
		كثيرا ما أصاب بصداع.	35
	×	لا بد أن أعرف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها.	36
		لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد.	37
		لا أرتبك بسهولة.	38
	×	أعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمرّة.	39
	×	أنا شخص متوتر جدا.	40
	×	أرتبك أحيانا لدرجة تجعل العرق يتساقط بصورة تضايقتي جدا.	41
	×	يحمر وجهي خجلا بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين.	42
	×	أنا أكثر حساسية من غالبية الناس.	43
		مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها.	44
	×	كون متوترا للغاية أثناء القيام بعمل ما.	45
	×	يديا وقدماي باردتان في العادة.	46
	×	أحيانا أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسني.	47
		لا تتقصني الثقة بالنفس.	48
	×	أصاب أحيانا بالإمساك.	49

جدول رقم (09) يوضح تطبيق المقياس القبلي للقلق (الحالة الثانية)**2.4 موضوع الجلسة:**

• **المقابلة الممهدة للعلاج:** هي مقابلة تمهيدية اجريت مع الحالات بهدف بناء علاقة علاجية مع الحالة وبتعريف الاخصائي النفساني بنفسه و البدء في التعرف على الحالة و سبب تواجده . و قد بدء التعارف كالتالي : مرحبا انا الاخصائية النفسانية (...). انا هنا في اطار بحث علمي (التعريف بموضوع بحثي) ، اخترتك انت لانك من بين العينة التي انا مهتمة بدراستها و التعرف عليها و التعمق فيها ، هدفي هو ان تكون بيننا علاقة علاجية مبدئها الثقة و الصدق و اود إخبارك أن المعلومات الخاصة بك ستكون في سرية تامة ، لان هدفي الوحيد من المقابلات القادمة هو مساعدتك ، ارجو منك ان تساعدني باتباع الخطة العلاجية التي سوف نتطرق لها لاحقا و تتعاون معي باتباعها ، لان الالتزام بها سوف يساهم في نجاح العلاج .

كم تم الاتفاق على توقيت الجلسات و عددها ، و تم شرح المفاهيم الاساسية بخصوص القلق و اعراضه و مخاطر الادمان و اضراره الجسدية و تأثيره على الصحة النفسية ، كما تم تطبيق مقياس القلق لتاييلور بعد ان تم شرح طريقة تطبيقه قد دامت هذه الجلسة 50 دقيقة.

موضوع الجلسة الاولى و الثانية:

جمع معلومات اكثر عن الحالة.

أهداف الجلسة: هذه الجلسة كان هدفها جمع معلومات اكثر عن الحالة (البيانات الاولى ، علاقاته الاجتماعية ، حياته العاطفية و علاقته بعائلته) بهدف الحصول على معلومات اكثر عن الحالة لتحديد الاعراض بدقة ، تم الاستفسار منها عن ما تفعله في حياتها اليومية و التعرف على عاداتها اكثر و ذلك بهدف تصحيح العادات السيئة او الاشياء التي تقوم بها و التي ربما تكون مصدر قلقها ثم تم شرح فنية المراقبة الذاتية (تسجيل أحواله المزاجية) و يطلب منها تقييمه على سلم يتراوح بين 0 الى 100 وكذا مدى إستمتاعها بهذا النشاط ومدى تمكنها من القيام به والتأكيد على ضرورة القيام بالواجب المنزلي المتمثل في المراقبة الذاتية وقد دامت الجلسة 50 دقيقة.

• موضوع الجلسة الثالثة:

التعرف على الافكار و السلوكات التي تساهم في ظهور القلق.

أهداف الجلسة: بعد لقاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و النفسية تم تخصيص 10 دقائق لمناقشة الواجب المنزلي ، ثم البدء في الجلسة و فتح مجال المناقشة للحالة و مشاركة تجاربها التي خاضتها و التي كانت مسببة للقلق و كذا التطرق الى بداية الكحول عندها

والتعرف على الافكار و السلوكيات التي تساهم في ظهور القلق بهدف العمل على تصحيحها في الجلسات القادمة من خلال عمل تعاوني بين الحالة و معنا و قد دامت هذه الجلسة 60 دقيقة .

• موضوع الجلسة الرابعة: تحديد المشكل الذي يسبب القلق لدى المدمن.

أهداف الجلسة: بعد لقاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و النفسية ، وقبل البدء في الجلسة ثم تلخيص ما حصل في الجلسة السابقة باختصار و ذلك بخصوص تحديد الافكار اللاعقلانية ، كما قامت الباحثتين بتوضيح علاقة المشاكل النفسية بالادراك المشوه و التفكير الغير المنطقي. كما تم ، تحديد اسباب القلق عند المدمن على الكحول و توضيح الانفعالات التي يقوم بها كردة فعل الناتج عن ذلك المشكل الامر الذي سوف يجعله مستبصرا و واعيا بعناصر مشكلته بدقة مما يجعله يفهم مشكلته بشكل جيد و بالتالي نعزز لديه القدرة على التحكم فيه و ذلك يسمح للمريض باستبصار و الوعي بمشكلته و المواقف التي تسبب له القلق مما يجعله يفهم مشكلته و بالتالي تكون لديه القدرة على التحكم فيها. كما قد تساهم هذه الخطوات في فهم افضل للمواقف التي تسبب له القلق وقد توجهنا اليه بالاسئلة التالية : ماهي المواقف التي تشعر انها سببت لك القلق ؟ منذ متى يقلقك هذا الموقف ؟ هل هناك مواقف محددة؟ كم يدوم القلق عند حدوث هذا المشكل ؟ مع من تشعر بالقلق؟ ما الذي يزيد شعورك بالقلق ؟ قبل نهاية الجلسة نقدم للحالة الواجب المنزلي بعد شرحه لها و هو جدول يتكون من 3خانات (الوضعية التي يشعر فيها بالقلق ، الافكار ، الانفعالات) الذي يتم تطبيقه في المنزل و يحضره المريض في الحصة القادمة من اجل مناقشته و قد دامت هذه الجلسة 60 دقيقة.

• موضوع الجلسة الخامسة:

اعادة الهيكلة المعرفية للحالة.

أهداف الجلسة: بعد لقاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و النفسية ،تم تلخيص ماجاء في الجلسة السابقة و مراجعة الواجب المنزلي السابق و مناقشته مع الحالة ثم قمنا باعادة الهيكلة المعرفية للحالة من خلال تحديد الافكار التلقائية و ذلك باضافة خانتين في جدول بيك التي تطرقنا له كواجب منزلي في الحصة السابقة ، الخانة الاولى تكون لتصحيح الافكار و الخانة الثانية تضع الحالة فيه تقييم درجة قلقها من 0الى 10 بعد التفكير في تلك الافكار التلقائية و بعد تصحيحها بافكار بديلة .قبل ختام الحصة نقدم للحالة واجب منزلي متمثل في اعادة تطبيق هذه التقنية في المنزل و احضارها في الحصة القادمة من اجل مناقشتها و قد دامت هذه الجلسة 60دقيقة.

• موضوع الجلسة السادسة:

تدريب الحالة على الاسترخاء العضلي .

أهداف الجلسة: بعد إلقاء التحية على الحالة و السؤال عن أحوالها و صحتها الجسمية و النفسية ، و قد تم قبل البدء في تلخيص ما حصل في الجلسة السابقة باختصار ثم الانطلاق في شرح تقنية الاسترخاء العضلي بعد توضيح اجراءات التدريب من خلال مايلي : الاستلقاء على الظهر او الجلوس بشكل مريح و اغماض عينيه ثم البدء في التنفس بعمق و اخراج الزفير ببطء و تكرر هذه العملية لعدة ثواني مثال : "خذ نفس طويل شهيق من الانف احبسه .. احبسه اكثر ... اكثر ، قم الان باخراجه من فمك ببطء و هدوء "، شد و ارخاء عضلات الجسم (القدم ، الساقين ، الفخذين ، البطن، الذراعين ، اليدين ، الكتفين ، عضلات الوجه ، الجبين ...الخ) و هنا تتعلم الحالة كيفية الشعور بكل عضلة و التمييز بينها و كيفية التحكم فيها عندما تكون في حالة توتر ثم تقوم الاخصائية بقول بعض العبارات المريحة للعميل التي توحى له بالشعور بالراحة و الشعور بلذة الاسترخاء و التخلص من التوتر و القلق مثل : "انت الان في حالة استرخاء اي عواطف و انفعالات و توتر انت تحاول ان تقمها اسمح لنفسك الان ان تسترخي اكثر و اكثر اشعر بجسدك و هو في حالة استرخاء ...الخ" و بعد الانتهاء من هذه العملية طلب من الحالة اعادة الاسترخاء كواجب منزلي في البيت و قد دامت هذه الجلسة 60دقيقة.

• موضوع الجلسة السابعة والثامنة:

تدريب الحالة على مواجهة مثيرات القلق

أهداف الجلسة: بعد إلقاء التحية على الحالة والسؤال عن أحوالها وعن حالتها الصحية و النفسية لهذا اليوم ، شرعت الباحثتين في تلخيص ماجاء في الجلسة السابقة و مناقشة الواجب المنزلي والتدريب على فنية الإسترخاء العضلي لمدة 15دقيقة و ذلك لتعليمها كيفية مواجهة مثيرات القلق من خلال التدريب على إستبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية ، إعطاء الحالة واجب منزلي المتمثل في التدريب على فنية الإسترخاء في البيت ، وإنهاء الجلسة بكلام تشجيعي و قد دامت هذه الجلسة 60دقيقة.

• موضوع الجلسة التاسعة:

تدريب الحالة على إستبدال الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية ثم تطبيق مقياس القلق البعدي لتايلور.

أهداف الجلسة: بعد إلقاء التحية على الحالة والسؤال عن أحواله وعن حالته الصحية و النفسية لهذا اليوم ، ثم في تلخيص ماجاء في الجلسة السابقة و مناقشة الواجب المنزلي ، و تدريب الحالة على إستبدال الأفكار السلبية و الافكار الخاطئة بالأفكار الإيجابية و افكار عقلانية من خلال فنية الحوار الذاتي ، وتدريب الحالة على فنية الإسترخاء العضلي لمدة 15 د ، إعطاء للحالة الواجب المنزلي المتمثل في ما تم تطبيقه في الجلسة الا و هو الحوار الذاتي الذي يطبق في

البيت وإحلال الأفكار الإيجابية محل السلبية, كما تم تطبيق مقياس القلق البعدي لتاييلور لتقييم الاعراض و قد دامت هذه الجلسة 60د.

موضوع الجلسة العاشرة:

تقييم و ختام البرنامج.

الجلسة العاشرة: بعد إلقاء التحية على الحالة والسؤال عن أحوالها وعن حالتها الصحية و النفسية لهذا اليوم ، قامت الباحثتين بشكر الحالة على الإلتزام بالبرنامج العلاجي ، ثم تلخيص مدار في الجلسات السابقة ، ومراجعة الأنشطة التي قامت بها، و حدث الحالة على الإستمرار في تطبيق التقنيات في حياتها اليومية ، ثم إنهاء الجلسة بكلام تشجيعي و تحفيزي ، وتعبير الباحثتين عن سرورها بالنتائج الايجابية التي تم تحقيقها خلال البرنامج العلاجي و قد دامت هذه الجلسة 35دقيقة.

تطبيق المقياس البعدي للقلق (الحالة الثانية)

العبرة	نعم	لا
01		
02		
03	×	
04	×	
05		
06	×	
07	×	
08		
09	×	
10		
11	×	
12		
13	×	
14	×	
15	×	
16		

	×	عادة ما أكون هادئا.	17
	×	تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلا في مقعدي.	18
		لا أشعر بالسعادة في معظم الوقت.	19
		من السهل أن أركز ذهني في عمل ما.	20
		أشعر بالقلق على شيء ما أو شخص ما طوال الوقت تقريبا	21
	×	لا أتهيب الأزمات والشدائد.	22
		أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الآخريين.	23
	×	كثيرا ما أجد نفسي قلقا على شيء ما.	24
		اشعر أحيانا وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي.	25
	×	أشعر أحيانا أنني أتمزق.	26
		أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة.	27
		الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات.	28
		لا يقدني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ	29
		إنني حساس بدرجة غير عادية	30
		لاحظت أن قلبي يخفق بشدة وأحيانا تنهيج أنفاسي.	31
	×	لا أبكي بسهولة.	32
		خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيذائي.	33
		لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثر شديدا.	34
	×	كثيرا ما أصاب بصداع.	35
	×	لا بد أن أعرف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها.	36
	×	لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد.	37
		لا أرتبك بسهولة.	38
		أعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمره.	39
		أنا شخص متوتر جدا.	40
		أرتبك أحيانا لدرجة تجعل العرق يتساقط بصورة تضايقي جدا.	41
	×	يحمر وجهي خجلا بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين.	42
		أنا أكثر حساسية من غالبية الناس.	43
		مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب	44

		عليها.
45		كون متوترا للغاية أثناء القيام بعمل ما.
46		يادي وقدماي باردتان في العادة.
47		أحيانا أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسى.
48	×	لا تتقصرني الثقة بالنفس.
49		أصاب أحيانا بالإمساك.
50	×	لا يحمر وجهي أبدا من الخجل.

جدول رقم (10) يوضح تطبيق المقياس البعدي للقلق (الحالة الثانية)

نتائج مقياس القلق للحالة الثانية

بعد تطبيق البرنامج		قبل تطبيق البرنامج	
مستوى القلق	درجة القلق	مستوى القلق	درجة القلق
قلق بسيط	21	قلق شديد	33 درجة

جدول رقم (11) يوضح نتائج مقياس القلق للحالة الثانية

جدول يوضح نتائج تطبيق مقياس القلق القبلي والبعدي ، ومن خلاله يتضح أن نسبة القلق إنخفضت بشكل واضح بعد تطبيق البرنامج العلاجي .

3. عرض نتائج الحالة الثالثة:

1.3 البيانات الاولية للحالة الثالثة

- الاسم: س.ك.
- الجنس: ذكر.
- السن:38.
- مكان الميلاد: وهران.
- المستوى التعليمي: سنة اولى ثانوي.
- عدد الإخوة: 5.
- الرتبة في العائلة : 2.
- حاله الاجتماعية : أعزب.
- الحال الاقتصادية : متدهورة.

2.3 معلومات عن العائلة:

- اسم الأب:س.ق.
- العمر:70.
- المهنة : متقاعد.
- الأم متوفية منذ كان في عمره 11 سنة.
- المظهر الخارجي للحالة : ذو بنية جسمية جيدة.
- ملامح الوجه : مبتسم.
- الاتصال سليم .
- المظهر المورفولوجي قامة متوسطة ، بشرة سمراء ،شعر أسود.

جدول المقابلة العيادية للحالة الثالثة:

المقابلات	مكان المقابلة	تاريخ المقابلة	مدة المقابلة	الهدف من المقابلة
المقابلة التمهيديّة	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	20 فيفري 2023	50د	بناء علاقة علاجية تقديم للحالة المفاهيم الاساسية للقلق و مخاطر الادمان تطبيق على الحالة مقياس القلق لتايلور
المقابلة الأولى	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	1مارس 2023	50د	سؤال المريض حول عدة أبعاد نفس إجتماعية (العمل، العائلة، العلاقات الاجتماعية ، الحياة العاطفية ، الهوية)
المقابلة الثانية	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	5 مارس 2023	60د	- المواصلة في جمع المعلومات عن الحالة - شرح للحالة فنية المراقبة الذاتية

المقابلة الثالثة	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	9 مارس 2023	60د	- مراجعة الواجب المنزلي والتعرف على الافكار و السلوكات التي تساهم في ظهور القلق
المقابلة الرابعة	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	14 مارس 2023	60د	- التعرف على الافكار التلقائية السماح للمريض الاستبصار و الوعي بمشكلته حتى يفهمها و تكون لديه القدرة على التحكم فيها طرح اسئلة مباشرة للحالة بهدف التعرف اكثر على المواقف التي تقلقه باستخدام جدول بيك
المقابلة الخامسة	المركز الوسيط لعلاج المدمنين	19 مارس 2023	60د	- اعادة الهيكلة المعرفية للحالة من خلال تصحيح الافكار التلقائية التي تم تحديدها سابقا و اضافة خانتين في جدول بيك السابق الخانة الاولى من اجل تصحيح الافكار التلقائية بافكار بديلة و الخانة الثانية من اجل تقييم الحالة درجة قلقها من 0 الى 10

<p>- في شرح تقنية الاسترخاء العضلي للحالة و اهدافه و ايجابياته على الصحة النفسية و بعدها تم الشروع في تدريب الحالة على الاسترخاء العضلي بعد توضيح للحالة اجراءات التدريب</p>	<p>60د</p>	<p>22 مارس 2023</p>	<p>المركز الوسيط لعلاج المدمنين</p>	<p>المقابلة السادسة</p>
<p>- تدريب الحالة على كيفية مواجهة القلق .مناقشة الواجب المنزلي</p> <p>- تطبيق فنية الإسترخاء</p>	<p>60د</p>	<p>26 مارس 2023</p>	<p>المركز الوسيط لعلاج المدمنين</p>	<p>المقابلة السابعة</p>
<p>- تدريب الحالة على كيفية مواجهة القلق وكيفية إسـتبدال الأفكار اللامنطقية بالمنطقية.</p> <p>- تطبيق فنية الإسترخاء</p>	<p>60د</p>	<p>30 مارس 2023</p>	<p>المركز الوسيط لعلاج المدمنين</p>	<p>المقابلة الثامنة</p>
<p>- تطبيق فنية الإسترخاء.</p> <p>- جلسة منع الانتكاسة</p> <p>- تطبيق مقياس القلق البعدي لتقييم الاعراض</p>	<p>60د</p>	<p>6 افريل 2023</p>	<p>المركز الوسيط لعلاج المدمنين</p>	<p>المقابلة التاسعة</p>
<p>- تلخيص ما دار في الجلسات السابقة</p> <p>- توجيه الشكر للحالة على</p>	<p>35د</p>	<p>10 افريل 2023</p>	<p>المركز الوسيط لعلاج المدمنين</p>	<p>المقابلة العاشرة</p>

إنهاء البرنامج العلاجي وإنهاء الجلسة بكلام تشجيعي.				
--	--	--	--	--

الجدول رقم (12) يوضح المقابلة العيادية للحالة الثالثة

3.3 ملخص المقابلات:

من خلال المقابلات التي تمت مع الحالة تم إستخلاص مايلي :

تم إجراء 10 مقابلات مع الحالة من تاريخ 20 فيفري 2023 إلى غاية 07 أفريل 2023، بمعدل مقابلتين في الأسبوع ، لمتوسط زمني مابين 35 و 50د، الحالة (س.ك)، يبلغ من العمر 38 سنة ، يعتبر الولد الأكبر في العائلة ، يعيش الحالة مع الأب وأخوته ذكور ، الأم متوفية ، يعاني حالة من القلق بسبب الفقر والبطالة وتوتر العلاقة بين إخوته مما دفعه إلى إدمان الكحول والذي ظهر عند تطبيق مقياس القلق.

4.3 التاريخ النفسي والإجتماعي:

نشأ الحالة في أسرة فقيرة المتكونة من أب وأم وأخت وثلاث إخوة ذكور ، لا يعاني من أي مشاكل صحية ، عاش طفولة مستقرة كون الأم كانت على قيد الحياة ، لكن عند وفاتها تدهورت حالة العائلة واصبحت الأجواء غير مستقرة ، لأنهم كانوا صغار ولا يوجد من يعتني بهم ، مع مرور الوقت وفي سن 13 سنة الحالة تخلى عن الدراسة بسبب الفقر وعدم توفير مصاريف ومستلزمات الدراسة كون الأب دخله ضعيف ، الحالة يعاني من قلق شديد بسبب ظروفه المعيشية البيئية وهذا ماينعكس عليه الإحساس بالقهر الإجتماعي ، وليس هذا فقط إنما وجود مشاكل مع إخوته مايفسر لنا عدم إرتياحه معهم وتدهور العلاقة فيما بينهم ، ودليل هذا في قوله (أنا كرهت من هاذ العيشة عييت بزاف ، الفقر من جهة وزادوني خوتي ماخدموا ، مايصرفوا ، غي المشاكل مع الناس والرقاد)، الحالة يعمل مرات يبيع الخضر ومرات في المقهى ، كل يوم في مكان ، ففي حديثي معه عن محيطه العائلي بدت لي العائلة بعيدة عن التفاهم والتقدير ، وهو غير مرتاح ويعيش في معاناة ، ومستاء من حالته المعيشية ويشعر دائما بأن محيطه الأسري ليس مناسباً له ، ربما ما أثر وزاد من حالته ، بدأ في إدمان الكحول من سن 14 سنة ، كان يشرب بعض الكؤوس فقط لكن مع تطور الوضع أصبح مواظباً على الشرب ، دخل في مرحلة عدم التخلي عنه ، ففي قوله (أنا نشرب غي زعاف باه ننسى ، شفتي راني في 38 سنة والفقر ومازال ماتزوجت مادرت دار ، شكون تقبل بيا)، ولعلى المشكل الأساسي الذي دفع به إلى شرب الكحول هو بسبب الفقر ومشاكله العائلية ومع إخوته ، كان شخصاً هادئاً طيلة فترة الجلسات ، حيث كان يتكلم

بهدهوء وبصوت خافت ، بالإضافة إلى هذا أبدى معاملة جيدة جدا وكأنه إنسان مثقف ومتفهم بشكل جيد مما لا يعكس مستواه التعليمي.

5.3 الأعراض المستخلصة:

هز الرجلين في بعض الأحيان.
توتر نوعا ما.

الشعور بالضيق.

6.3 الأسباب المستخلصة:

الفقر والبطالة.

علاقة متوترة مع الإخوة.

إنعدام علاقة التفاهم والمحبة بين إخوته.

تطبيق المقياس البعدي للقلق (الحالة الثالثة):

لا	نعم	العبرة	
	×	نومي مضطرب ومتقطع.	01
	×	مرت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق.	02
		مخاوفي قليلة جدا مقارنة بأصدقائي.	03
	×	أعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس.	04
	×	تتناوبني أحلام مزعجة أو (كوابيس) كل عدة ليالي.	05
	×	لدي متاعب أحيانا في معدتي.	06
	×	غالبا ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما.	07
		أعاني أحيانا من نوبات إسهال.	08
	×	تثير قلقي أمور العمل والمال.	09
	×	تصيبني نوبات الغثيان (غمامات النفس).	10
	×	كثيرا ما أخشى أن يحمر وجهي خجلا.	11
	×	أشعر بجوع في كل الأوقات تقريبا.	12
		أثق في نفسي كثيرا.	13
	×	أتعب بسرعة.	14
	×	يجعلني الانتظار عصبي.	15
	×	أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي.	16

×	17	عادة ما أكون هادئا.
×	18	تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلا في مقعدي.
×	19	لا أشعر بالسعادة في معظم الوقت.
×	20	من السهل أن أركز ذهني في عمل ما.
×	21	أشعر بالقلق على شيء ما أو شخص ما طوال الوقت تقريبا
	22	لا أتهيب الأزمات والشدائد.
×	23	أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الآخرين.
×	24	كثيرا ما أجد نفسي قلقا على شيء ما.
×	25	اشعر أحيانا وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي.
×	26	أشعر أحيانا أنني أتمزق.
×	27	أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة.
×	28	الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات.
	29	لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ
×	30	إنني حساس بدرجة غير عادية
×	31	لاحظت أن قلبي يخفق بشدة وأحيانا تنهيج أنفاسي.
	32	لا أبكي بسهولة.
×	33	خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيدائي.
×	34	لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثر شديدا.
×	35	كثيرا ما أصاب بصداع.
×	36	لا بد أن أعرف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها.
×	37	لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد.
	38	لا أرتبك بسهولة.
×	39	أعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمرّة.
×	40	أنا شخص متوتر جدا.
×	41	أرتبك أحيانا لدرجة تجعل العرق يتساقط بصورة تضايقني جدا.
×	42	يحمر وجهي خجلا بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين.
×	43	أنا أكثر حساسية من غالبية الناس.
×	44	مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب

		عليها.
45	×	كون متوترا للغاية أثناء القيام بعمل ما.
46	×	يדיاي وقدماي باردتان في العادة.
47	×	أحيانا أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسى.
48		لا تنقصني الثقة بالنفس.
49		أصاب أحيانا بالإمساك.
50		لا يحمر وجهي أبدا من الخجل.

جدول رقم (13) يوضح تطبيق المقياس البعدي للقلق (الحالة الثالثة)

4.3 موضوع الجلسة:

المقابلة الممهدة للعلاج: هي مقابلة تمهيدية اجريت مع الحالات بهدف بناء علاقة علاجية مع الحالة وبتعريف الاخصائي النفساني بنفسه و البدء في التعرف على الحالة و سبب تواجده . و قد بدء التعارف كالتالي : مرحبا انا الاخصائية النفسانية (...) انا هنا في اطار بحث علمي (التعريف بموضوع بحثي) ، اخترتك انت لانك من بين العينة التي انا مهتمة بدراستها و التعرف عليها و التعمق فيها ، هدفي هو ان تكون بيننا علاقة علاجية مبدئها الثقة و الصدق و اود إخبارك أن المعلومات الخاصة بك ستكون في سرية تامة ، لان هدفي الوحيد من المقابلات القادمة هو مساعدتك ، ارجو منك ان تساعدني باتباع الخطة العلاجية التي سوف نتطرق لها لاحقا و تتعاون معي باتباعها ، لان الالتزام بها سوف يساهم في نجاح العلاج .

كم تم الاتفاق على توقيت الجلسات و عددها ، و تم شرح المفاهيم الاساسية بخصوص القلق و اعراضه و مخاطر الادمان و اضراره الجسدية و تأثيره على الصحة النفسية ، كما تم تطبيق مقياس القلق لتايلور بعد ان تم شرح طريقة تطبيقه قد دامت هذه الجلسة 50 دقيقة.

موضوع الجلسة الاولى و الثانية:

جمع معلومات اكثر عن الحالة.

أهداف الجلسة: هذه الجلسة كان هدفها جمع معلومات اكثر عن الحالة (البيانات الاولى ، علاقاته الاجتماعية ، حياته العاطفية و علاقته بعائلته) بهدف الحصول على معلومات اكثر عن الحالة لتحديد الاعراض بدقة ، تم الاستفسار منها عن ما تفعله في حياتها اليومية و التعرف على عاداتها اكثر و ذلك بهدف تصحيح العادات السيئة او الاشياء التي تقوم بها و التي ربما تكون مصدر قلقها ثم تم شرح فنية المراقبة الذاتية (تسجيل أحواله المزاجية) و يطلب منها تقييمه على سلم يتراوح بين 0 الى 100 وكذا مدى إستمتاعها بهذا النشاط ومدى تمكنها من القيام به والتأكيد على ضرورة القيام بالواجب المنزلي المتمثل في المراقبة الذاتية وقد دامت الجلسة 50 دقيقة.

موضوع الجلسة الثالثة:

التعرف على الافكار و السلوكات التي تساهم في ظهور القلق.

أهداف الجلسة: بعد لقاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و النفسية تم تخصيص 10 دقائق لمناقشة الواجب المنزلي ، ثم البدء في الجلسة و فتح مجال المناقشة للحالة و مشاركة تجاربها التي خاضتها و التي كانت مسببة للقلق و كذا التطرق الى بداية الكحول عندها والتعرف على الافكار و السلوكات التي تساهم في ظهور القلق بهدف العمل على تصحيحها في الجلسات القادمة من خلال عمل تعاوني بين الحالة و معنا و قد دامت هذه الجلسة 60 دقيقة .

موضوع الجلسة الرابعة: تحديد المشكل الذي يسبب القلق لدى المدمن.

أهداف الجلسة: بعد لقاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و النفسية ، وقبل البدء في الجلسة ثم تلخيص ما حصل في الجلسة السابقة باختصار و ذلك بخصوص تحديد الافكار اللاعقلانية ، كما قامت الباحثتين بتوضيح علاقة المشاكل النفسية بالادراك المشوه و التفكير الغير المنطقي. كما تم ، تحديد اسباب القلق عند المدمن على الكحول و توضيح الانفعالات التي يقوم بها كردة فعل الناتج عن ذلك المشكل الامر الذي سوف يجعله مستبصرا و واعيا بعناصر مشكلته بدقة مما يجعله يفهم مشكلته بشكل جيد و بالتالي نعزز لديه القدرة على التحكم فيه و ذلك يسمح للمريض باستبصار و الوعي بمشكلته و المواقف التي تسبب له القلق مما يجعله يفهم مشكلته و بالتالي تكون لديه القدرة على التحكم فيها. كما قد تساهم هذه الخطوات في فهم افضل للمواقف التي تسبب له القلق وقد توجهنا اليه بالاسئلة التالية : ماهي المواقف التي تشعر انها سببت لك القلق ؟ منذ متى يقلقك هذا الموقف ؟ هل هناك مواقف محددة؟ كم يدوم القلق عند حدوث هذا المشكل ؟ مع من تشعر بالقلق؟ ما الذي يزيد شعورك بالقلق ؟ قبل نهاية الجلسة نقدم للحالة الواجب المنزلي بعد شرحه لها و هو جدول يتكون من 3 خانات (الوضعية التي يشعر فيها بالقلق ، الافكار ، الانفعالات) الذي يتم تطبيقه في المنزل و يحضره المريض في الحصة القادمة من اجل مناقشته و قد دامت هذه الجلسة 60 دقيقة.

موضوع الجلسة الخامسة:

اعادة الهيكلة المعرفية للحالة.

أهداف الجلسة: بعد لقاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و النفسية ،تم تلخيص ماجاء في الجلسة السابقة و مراجعة الواجب المنزلي السابق و مناقشته مع الحالة ثم قمنا باعادة الهيكلة المعرفية للحالة من خلال تحديد الافكار التلقائية و ذلك باضافة خانتين في جدول بيك التي تطرقنا له كواجب منزلي في الحصة السابقة ، الخانة الاولى تكون لتصحيح الافكار و الخانة الثانية تضع الحالة فيه تقييم درجة قلقها من 0 الى 10 بعد التفكير في تلك الافكار التلقائية و بعد تصحيحها بافكار بديلة .قبل ختام الحصة نقدم للحالة واجب منزلي متمثل

في اعادة تطبيق هذه التقنية في المنزل و احضارها في الحصة القادمة من اجل مناقشتها و قددامت هذه الجلسة 60دقيقة.

موضوع الجلسة السادسة:

تدريب الحالة على الاسترخاء العضلي .

أهداف الجلسة: بعد إلقاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و النفسية ، و قد تم قبل البدء في تلخيص ما حصل في الجلسة السابقة باختصار ثم الانطلاق في شرح تقنية الاسترخاء العضلي بعد توضيح اجراءات التدريب من خلال مايلي : الاستلقاء على الظهر او الجلوس بشكل مريح و اغماض عينيه ثم البدء في التنفس بعمق و اخراج الزفير ببطء و تكرر هذه العملية لعدة ثواني مثال : "خذ نفس طويل شهيق من الانف احبسه .. احبسه اكثر ... اكثر ، قم الان باخراجه من فمك ببطء و هدوء "، شد و ارخاء عضلات الجسم (القدم ، الساقين ، الفخذين ، البطن، الذراعين ، اليدين ، الكتفين ، عضلات الوجه ، الجبين ...الخ) و هنا تتعلم الحالة كيفية الشعور بكل عضلة و التمييز بينها و كيفية التحكم فيها عندما تكون في حالة توتر ثم تقوم الاخصائية بقول بعض العبارات المريحة للعميل التي توحى له بالشعور بالراحة و الشعور بلذة الاسترخاء و التخلص من التوتر و القلق مثل : "انت الان في حالة استرخاء اي عواطف و انفعالات و توتر انت تحاول ان تقمعهما اسمح لنفسك الان ان تسترخي اكثر و اكثر اشعر بجسدك و هو في حالة استرخاء ...الخ" و بعد الانتهاء من هذه العملية طلب من الحالة اعادة الاسترخاء كواجب منزلي في البيت و قد دامت هذه الجلسة 60دقيقة.

موضوع الجلسة السابعة والثامنة:

تدريب الحالة على مواجهة مثيرات القلق .

أهداف الجلسة: بعد إلقاء التحية على الحالة والسؤال عن أحوالها وعن حالتها الصحية و النفسية لهذا اليوم ، شرعت الباحثتين في تلخيص ماجاء في الجلسة السابقة و مناقشة الواجب المنزلي والتدريب على فنية الإسترخاء العضلي لمدة 15دقيقة و ذلك لتعليمها كيفية مواجهة مثيرات القلق من خلال التدريب على إستبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية ، إعطاء الحالة واجب منزلي المتمثل في التدريب على فنية الإسترخاء في البيت ، وإنهاء الجلسة بكلام تشجيعي و قد دامت هذه الجلسة 60دقيقة.

موضوع الجلسة التاسعة:

تدريب الحالة على إستبدال الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية ثم تطبيق مقياس القلق البعدي لتابلور .

أهداف الجلسة: بعد إلقاء التحية على الحالة والسؤال عن أحواله وعن حالته الصحية و النفسية لهذا اليوم ، ثم في تلخيص ماجاء في الجلسة السابقة و مناقشة الواجب المنزلي ، و تدريب الحالة

على إستبدال الأفكار السلبية و الافكار الخاطئة بالأفكار الإيجابية و افكار عقلانية من خلال فنية الحوار الذاتي ، وتدريب الحالة على فنية الإسترخاء العضلي لمدة 15 د ، إعطاء للحالة الواجب المنزلي المتمثل في ما تم تطبيقه في الجلسة الا و هو الحوار الذاتي الذي يطبق في البيت وإحلال الافكار الإيجابية محل السلبية، كما تم تطبيق مقياس القلق البعدي لتايلور لتقييم الاعراض و قد دامت هذه الجلسة 60د.

موضوع الجلسة العاشرة:

تقييم و ختام البرنامج.

أهداف الجلسة: بعد إلقاء التحية على الحالة والسؤال عن أحوالها وعن حالتها الصحية و النفسية لهذا اليوم ، قامت الباحثتين بشكر الحالة على الإلتزام بالبرنامج العلاجي ، ثم تلخيص مدار في الجلسات السابقة ، ومراجعة الأنشطة التي قامت بها، و حث الحالة على الإستمرار في تطبيق التقنيات في حياتها اليومية ، ثم إنهاء الجلسة بكلام تشجيعي و تحفيزي ، وتعبير الباحثتين عن سرورها بالنتائج الايجابية التي تم تحقيقها خلال البرنامج العلاجي و قد دامت هذه الجلسة 35دقيقة.

تطبيق المقياس البعدي للقلق (الحالة الثالثة):

العبارة	نعم	لا
01		
02		
03	×	
04	×	
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11	×	
12		

	×	أثق في نفسي كثيرا.	13
	×	أتعب بسرعة.	14
		يجعلني الانتظار عصبي.	15
		أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي.	16
	×	عادة ما أكون هادئا.	17
		تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلا في مقعدي.	18
	×	لا أشعر بالسعادة في معظم الوقت.	19
		من السهل أن أركز ذهني في عمل ما.	20
		أشعر بالقلق على شيء ما أو شخص ما طوال الوقت تقريبا	21
	×	لا أتهيب الأزمات والشدائد.	22
		أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الآخريين.	23
	×	كثيرا ما أجد نفسي قلقا على شيء ما.	24
	×	اشعر أحيانا وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي.	25
		أشعر أحيانا أنني أتمزق.	26
		أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة.	27
		الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات.	28
	×	لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ	29
	×	إنني حساس بدرجة غير عادية	30
		لاحظت أن قلبي يخفق بشدة وأحيانا تنهيج أنفاسي.	31
	×	لا أبكي بسهولة.	32
		خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيذائي.	33
		لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثر شديدا.	34
		كثيرا ما أصاب بصداع.	35
		لا بد أن أعرف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها.	36
		لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد.	37
	×	لا أرتبك بسهولة.	38
		أعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمره.	39
	×	أنا شخص متوتر جدا.	40

41		أرتبك أحيانا لدرجة تجعل العرق يتساقط بصورة تضايقتني جدا.
42		يحمر وجهي خجلا بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين.
43	×	أنا أكثر حساسية من غالبية الناس.
44		مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها.
45	×	كون متوترا للغاية أثناء القيام بعمل ما.
46	×	يديا وقدماي باردتان في العادة.
47	×	أحيانا أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسى.
48	×	لا تتقصني الثقة بالنفس.
49		أصاب أحيانا بالإمساك.
50		لا يحمر وجهي أبدا من الخجل.

جدول رقم (14) يوضح نتائج مقياس القلق البعدي للحالة الثالثة

نتائج مقياس القلق للحالة الثالثة

بعد تطبيق البرنامج		قبل تطبيق البرنامج	
مستوى القلق	درجة القلق	مستوى القلق	درجة القلق
قلق بسيط	20	قلق شديد	38 درجة

جدول رقم (15) يوضح نتائج مقياس القلق للحالة الثالثة

جدول يوضح نتائج تطبيق مقياس القلق القبلي والبعدي ، ومن خلاله يتضح أن نسبة القلق إنخفضت بشكل واضح بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

4. عرض نتائج الحالة الرابعة:

1.4 البيانات الاولية للحالة الرابعة

- الاسم: م.م.
- الجنس: ذكر.
- السن: 32.
- مكان الميلاد: عين تموشنت.

- المستوى التعليمي: ثانية ثانوي.
- عدد الإخوة: 1.
- الرتبة في العائلة : 2.
- حاله الاجتماعية : أعزب .
- الحال الاقتصادية : جيدة.

2.4 معلومات عن العائلة:

- اسم الأب:م.ي.
- العمر:66.
- المهنة : متقاعد .
- اسم الأم :م.ل.
- العمر:54.
- المهنة :رية بيت .
- المظهر الخارجي للحالة : ذو بنية جسمية ضعيفة.
- ملامح الوجه : مبتسم.
- الاتصال سليم.
- المظهر المورفولوجي قامة طويل، بشرة سمراء ،شعر أسود.

الجدول المقابلة العيادية للحالة الرابعة:

الهدف من المقابلة	مدة المقابلة	تاريخ المقابلة	مكان المقابلة	المقابلات
بناء علاقة علاجية تقديم للحالة المفاهيم الاساسية للقلق و مخاطر الادمان تطبيق على الحالة مقياس القلق لتايلور	50د	20 فيفري 2023	مصــــالحة الامراض العقلية	المقابــــلة التمهيدية
سؤال المريض حول عدة أبعاد نفس إجتماعية (العمل،	50د	1مارس 2023	مصــــالحة الامراض العقلية	المقابــــلة الأولى

العائلة، العلاقات الاجتماعية، الحياة العاطفية، الهوية)				
المواصلة في جمع المعلومات عن الحالة شرح للحالة فنية المراقبة الذاتية	60د	5 مارس 2023	مصاحبة الامراض العقلية	المقابلة الثانية
مراجعة الواجب المنزلي والتعرف على الافكار والسلوكيات التي تساهم في ظهور القلق	60د	9 مارس 2023	مصاحبة الامراض العقلية	المقابلة الثالثة
التعرف على الافكار التلقائية السماح للمريض الاستبصار و الوعي بمشاكلته حتى يفهمها وتكون لديه القدرة على التحكم فيها طرح اسئلة مباشرة للحالة بهدف التعرف اكثر على المواقف التي تقلقه باستخدام جدول بيك	60د	14 مارس 2023	مصاحبة الامراض العقلية	المقابلة الرابعة
اعادة الهيكلة المعرفية للحالة من خلال تصحيح الافكار التلقائية التي تم تحديدها سابقا و اضافة خانتين في	60د	19 مارس 2023	مصاحبة الامراض العقلية	المقابلة الخامسة

<p>جدول بيك السابق الخانة الاولى من اجل تصحيح الافكار التلقائية بافكار بديلة و الخانة الثانية من اجل تقييم الحالة درجة قلقها من 0 الى 10</p>				
<p>شرح تقنية الاسترخاء العضلي للحالة و اهدافه و ايجابياته على الصحة النفسية و بعدها تم الشروع في تدريب الحالة على الاسترخاء العضلي بعد توضيح للحالة اجراءات التدريب.</p>	<p>60د</p>	<p>22 مارس 2023</p>	<p>مصاحبة الامراض العقلية</p>	<p>المقابلة السادسة</p>
<p>تدريب الحالة على كيفية مواجهة القلق . مناقشة الواجب المنزلي. تطبيق فنية الإسترخاء.</p>	<p>60د</p>	<p>26 مارس 2023</p>	<p>مصاحبة الامراض العقلية</p>	<p>المقابلة السابعة</p>
<p>تدريب الحالة على كيفية مواجهة القلق وكيفية إستبدال الأفكار اللامنطقية بالمنطقية. تطبيق فنية</p>	<p>60د</p>	<p>30 مارس 2023</p>	<p>مصاحبة الامراض العقلية</p>	<p>المقابلة الثامنة</p>

الإسترخاء.				
تطبيق فنية الإسترخاء. جلسة منع الانتكاسة. تطبيق مقياس القلق البعدي لتقييم الاعراض.	60د	6 أفريل 2023	مصاحبة الامراض العقلية	المقابلة التاسعة
تلخيص مادار في الجلسات السابقة. توجيه الشكر للحالة على إنهاء البرنامج العلاجي وإنهاء الجلسة بكلام تشجيعي.	35د	10أفريل 2023	مصاحبة الامراض العقلية	المقابلة العاشرة

الجدول رقم (16) المقابلة العيادية للحالة الرابعة

3.4 ملخص المقابلات:

من خلال المقابلات التي تمت مع الحالة تم إستخلاص مايلي:

تم إجراء 10 مقابلات مع الحالة من تاريخ 20 فيفري 2023 إلى غاية 07 أفريل 2023، بمعدل مقابلتين في الأسبوع ، لمتوسط زمني ما بين 35د و 50د، الحالة (م) يبلغ من العمر 32سنة ، يعتبر الولد الاصغر في العائلة ، يعيش الحالة مع الاب و الام و اخته الاكبر منه ، يعاني العالم من القلق بسبب الإهمال من طرف الوالدين في مرحلة مرض أخته ،وقت الفراغ الذي كان يقضيه معظم وقته.

4.4 التاريخ النفسي والاجتماعي:

نشأ الحالة في اسرة متكونة من اب وام و اخت ، عاش طفولة عادية في جو عائلي متماسك و مترابط ، عانا الحالة من مشاكل صحية (الداء السكري) في مرحلة المراهقة ، في بداية العشرينات تعرض الى صدمة عاطفية حسب قوله : " انا جامي توشيت حاجة و لاحطيت في في حاجة بصح هذالك نهار بغيت ننسى " ، و بعد طرح عدة اسئلة على الحالة للتعرف اكثر عن ما عاناه بهذا القول تمثل ان الحالة عانى من حالة عاطفية فاشلة بقوله : " انا كنت نبغيها بصح

هي مادرتلي حتى قيمة قاع"، عانى الحالة من مرحلة احباط و عدم شعور بتقدير الذات بم ما تم رفضه ، كما بعدها تعرضت اخت الحالة لحادث ممى ادى الى قطع رجلها اليمنى ، مما اظطر الوالدين الى البقاء معها في المستشفى ، و اهمال الحالة نوعا ما ، ففي تلك المرحلة زاد قلق الحالة و توتره بسبب كل الاحداث التى عاشها في مرحلة قصيرة حسب قوله " وليت نوض الصباح نشوف الضلمة نحوس غير حاجة ننسا بيها و تقاجي عليا ، حتى دارنا كانوا مع ختي فالسيطار و ليت نجيب الشراب للدار و نشرب " فكل هذه الاحداث كانت عامل مسببة في ظهور القلق الشديد لدى الحالة.

5.4 الاعراض المستخلصة:

فقدان الشهية.

طرطقة الاصابع .

اظطرابات في النوم.

6.4 الأسباب المستخلصة:

الصدمة العاطفية سبب في الإدمان.

الإهمال من طرف الوالدين في مرحلة مرض أخته.

وقت الفراغ الذي كان يقضيه معظم وقته.

تطبيق المقياس القبلي للقلق (الحالة الرابعة)

لا	نعم	العبارة
	×	01 نومي مضطرب ومتقطع.
	×	02 مرت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق.
		03 مخاوفي قليلة جدا مقارنة بأصدقائي.
	×	04 أعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس.
	×	05 تتنابني أحلام مزعجة أو (كوابيس) كل عدة ليالي.
		06 لدي متاعب أحيانا في معدتي.
		07 غالبا ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما.
		08 أعاني أحيانا من نوبات إسهال.
	×	09 تثير قلقي أمور العمل والمال.
	×	10 تصيبني نوبات الغثيان (غمامات النفس).
		11 كثيرا ما أخشى أن يحمر وجهي خجلا.

	×	أشعر بجوع في كل الأوقات تقريبا.	12
		أثق في نفسي كثيرا.	13
	×	أتعب بسرعة.	14
		يجعلني الانتظار عصبي.	15
	×	أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي.	16
		عادة ما أكون هادئا.	17
	×	تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلا في مقعدي.	18
	×	لا أشعر بالسعادة في معظم الوقت.	19
	×	من السهل أن أركز ذهني في عمل ما.	20
	×	أشعر بالقلق على شيء ما أو شخص ما طوال الوقت تقريبا	21
		لا أتهيب الأزمات والشدائد.	22
	×	أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الآخريين.	23
	×	كثيرا ما أجد نفسي قلقا على شيء ما.	24
	×	اشعر أحيانا وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي.	25
	×	أشعر أحيانا أنني أتمزق.	26
	×	أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة.	27
	×	الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات.	28
	×	لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ	29
		إنني حساس بدرجة غير عادية	30
	×	لاحظت أن قلبي يخفق بشدة وأحيانا تنهيج أنفاسي.	31
	×	لا أبكي بسهولة.	32
	×	خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيذائي.	33
	×	لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثر شديدا.	34
	×	كثيرا ما أصاب بصداع.	35
	×	لا بد أن أعرف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها.	36
	×	لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد.	37
		لا أرتبك بسهولة.	38
	×	أعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمرّة.	39

40	أنا شخص متوتر جدا.	×
41	أرتبك أحيانا لدرجة تجعل العرق يتساقط بصورة تضايقتني جدا.	×
42	يحمر وجهي خجلا بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين.	×
43	أنا أكثر حساسية من غالبية الناس.	×
44	مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها.	×
45	كون متوترا للغاية أثناء القيام بعمل ما.	
46	يدي وقدمي باردتان في العادة.	×
47	أحيانا أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسني.	
48	لا تتقصني الثقة بالنفس.	
49	أصاب أحيانا بالإمساك.	×
50	لا يحمر وجهي أبدا من الخجل.	

جدول رقم (17) يوضح تطبيق المقياس القبلي للقلق (الحالة الرابعة)

7.4 موضوع الجلسة:

• **المقابلة الممهدة للعلاج:** هي مقابلة تمهيدية اجريت مع الحالات بهدف بناء علاقة علاجية مع الحالة وبتعريف الاخصائي النفساني بنفسه و البدء في التعرف على الحالة و سبب تواجده . و قد بدء التعارف كالتالي : مرحبا انا الاخصائية النفسانية (...) انا هنا في اطار بحث علمي (التعريف بموضوع بحثي) ، اخترتك انت لانك من بين العينة التي انا مهتمة بدراستها و التعرف عليها و التعمق فيها ، هدفي هو ان تكون بيننا علاقة علاجية مبدئها الثقة و الصدق و اود إخبارك أن المعلومات الخاصة بك ستكون في سرية تامة ، لان هدفي الوحيد من المقابلات القادمة هو مساعدتك ، ارجو منك ان تساعدني باتباع الخطة العلاجية التي سوف نتطرق لها لاحقا و تتعاون معي باتباعها ، لان الالتزام بها سوف يساهم في نجاح العلاج .

كم تم الاتفاق على توقيت الجلسات و عددها ، و تم شرح المفاهيم الاساسية بخصوص القلق و اعراضه و مخاطر الادمان و اضراره الجسدية و تأثيره على الصحة النفسية ، كما تم تطبيق مقياس القلق لتايلور بعد ان تم شرح طريقة تطبيقه قد دامت هذه الجلسة 50دقيقة.

موضوع الجلسة الاولى و الثانية:

جمع معلومات اكثر عن الحالة.

أهداف الجلسة: هذه الجلسة كان هدفها جمع معلومات أكثر عن الحالة (البيانات الاولية ، علاقاته الاجتماعية ، حياته العاطفية و علاقته بعائلته) بهدف الحصول على معلومات أكثر عن الحالة لتحديد الاعراض بدقة ,تم الاستفسار منها عن ما تفعله في حياتها اليومية و التعرف على عاداتها أكثر و ذلك بهدف تصحيح العادات السيئة او الاشياء التي تقوم بها و التي ربما تكون مصدر قلقها ثم تم شرح فنية المراقبة الذاتية (تسجيل أحواله المزاجية) و يطلب منها تقييمه على سلم يتراوح بين 0 الى 100 وكذا مدى إستمتاعها بهذا النشاط ومدى تمكنها من القيام به والتأكيد على ضرورة القيام بالواجب المنزلي المتمثل في المراقبة الذاتية وقد دامت الجلسة 50 دقيقة.

• موضوع الجلسة الثالثة:

التعرف على الافكار و السلوكات التي تساهم في ظهور القلق.

أهداف الجلسة: بعد لقاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و النفسية تم تخصيص 10 دقائق لمناقشة الواجب المنزلي ،ثم البدء في الجلسة وفتح مجال المناقشة للحالة و مشاركة تجاربها التي خاضتها و التي كانت مسببة للقلق و كذا التطرق الى بداية الكحول عندها والتعرف على الافكار و السلوكات التي تساهم في ظهور القلق بهدف العمل على تصحيحها في الجلسات القادمة من خلال عمل تعاوني بين الحالة و معنا و قد دامت هذه الجلسة 60 دقيقة .

• موضوع الجلسة الرابعة: تحديد المشكل الذي يسبب القلق لدى المدمن.

أهداف الجلسة: بعد لقاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و النفسية ، وقبل البدء في الجلسة ثم تلخيص ما حصل في الجلسة السابقة باختصار و ذلك بخصوص تحديد الافكار اللاعقلانية ، كما قامت الباحثتين بتوضيح علاقة المشاكل النفسية بالادراك المشوه و التفكير الغير المنطقي. كما تم , تحديد اسباب القلق عند المدمن على الكحول و توضيح الانفعالات التي يقوم بها كردة فعل الناتج عن ذلك المشكل الامر الذي سوف يجعله مستبصرا و واعيا بعناصر مشكلته بدقة مما يجعله يفهم مشكلته بشكل جيد و بالتالي نعزز لديه القدرة على التحكم فيه و ذلك يسمح للمريض باستبصار و الوعي بمشكلته و المواقف التي تسبب له القلق مما يجعله يفهم مشكلته و بالتالي تكون لديه القدرة على التحكم فيها. كما قد تساهم هذه الخطوات في فهم افضل للمواقف التي تسبب له القلق وقد توجهنا اليه بالاسئلة التالية : ماهي المواقف التي تشعر انها سببت لك القلق ؟ منذ متى يقلقك هذا الموقف ؟ هل هناك مواقف محددة؟ كم يدوم القلق عند حدوث هذا المشكل ؟ مع من تشعر بالقلق؟ ما الذي يزيد شعورك بالقلق ؟ قبل نهاية الجلسة نقدم للحالة الواجب المنزلي بعد شرحه لها و هو جدول يتكون من

3خانات (الوضعية التي يشعر فيها بالقلق ، الافكار ، الانفعالات) الذي يتم تطبيقه في المنزل و يحضره المريض في الحصة القادمة من اجل مناقشته و قد دامت هذه الجلسة 60 دقيقة.

• موضوع الجلسة الخامسة:

اعادة الهيكلة المعرفية للحالة.

أهداف الجلسة: بعد لقاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و النفسية ,تم تلخيص ماجاء في الجلسة السابقة و مراجعة الواجب المنزلي السابق و مناقشته مع الحالة ثم قمنا باعادة الهيكلة المعرفية للحالة من خلال تحديد الافكار التلقائية و ذلك باضافة خانتين في جدول بيك التي تطرقنا له كواجب منزلي في الحصة السابقة ، الخانة الاولى تكون لتصحيح الافكار و الخانة الثانية تضع الحالة فيه تقييم درجة قلقها من 0الى 10 بعد التفكير في تلك الافكار التلقائية و بعد تصحيحها بافكار بديلة .قبل ختام الحصة نقدم للحالة واجب منزلي متمثل في اعادة تطبيق هذه التقنية في المنزل و احضارها في الحصة القادمة من اجل مناقشتها و قد دامت هذه الجلسة 60دقيقة.

• موضوع الجلسة السادسة:

تدريب الحالة على الاسترخاء العضلي .

أهداف الجلسة: بعد لقاء التحية على الحالة و السؤال عن احوالها و صحتها الجسمية و النفسية ، و قد تم قبل البدء في تلخيص ما حصل في الجلسة السابقة باختصار ثم الانطلاق في شرح تقنية الاسترخاء العضلي بعد توضيح اجراءات التدريب من خلال مايلي : الاستلقاء على الظهر او الجلوس بشكل مريح و اغماض عينيه ثم البدء في التنفس بعمق و اخراج الزفير ببطء و تكرر هذه العملية لعدة ثواني مثال : "خذ نفس طويل شهيق من الانف احبسه .. احبسه اكثر ... اكثر ، قم الان باخراجه من فمك ببطء و هدوء "، شد و ارخاء عضلات الجسم (القدم ، الساقين ، الفخذين ، البطن، الذراعين ، اليدين ، الكتفين ، عضلات الوجه ، الجبين ...الخ) و هنا تتعلم الحالة كيفية الشعور بكل عضلة و التمييز بينها و كيفية التحكم فيها عندما تكون في حالة توتر ثم تقوم الاخصائية بقول بعض العبارات المريحة للعميل التي توجي له بالشعور بالراحة و الشعور بلذة الاسترخاء و التخلص من التوتر و القلق مثل : "انت الان في حالة استرخاء اي عواطف و انفعالات و توتر انت تحاول ان تقمعهما اسمح لنفسك الان ان تسترخي اكثر و اكثر اشعر بجسدك و هو في حالة استرخاء ...الخ" و بعد الانتهاء من هذه العملية طلب من الحالة اعادة الاسترخاء كواجب منزلي في البيت و قد دامت هذه الجلسة 60دقيقة.

• موضوع الجلسة السابعة والثامنة:

تدريب الحالة على مواجهة مثيرات القلق.

أهداف الجلسة: بعد إلقاء التحية على الحالة والسؤال عن أحوالها وعن حالتها الصحية و النفسية لهذا اليوم ، شرعت الباحثتين في تلخيص ماجاء في الجلسة السابقة و مناقشة الواجب المنزلي والتدريب على فنية الإسترخاء العضلي لمدة 15دقيقة و ذلك لتعليمها كيفية مواجهة مثيرات القلق من خلال التدريب على إستبدال الأفكار اللامنطقية بأفكار منطقية ، إعطاء الحالة واجب منزلي المتمثل في التدريب على فنية الإسترخاء في البيت ، وإنهاء الجلسة بكلام تشجيعي و قد دامت هذه الجلسة 60دقيقة.

• **موضوع الجلسة التاسعة:**

تدريب الحالة على إستبدال الأفكار السلبية بالأفكار الإيجابية ثم تطبيق مقياس القلق البعدي لتايلور.

أهداف الجلسة: بعد إلقاء التحية على الحالة والسؤال عن أحواله وعن حالته الصحية و النفسية لهذا اليوم ، ثم في تلخيص ماجاء في الجلسة السابقة و مناقشة الواجب المنزلي ، و تدريب الحالة على إستبدال الأفكار السلبية و الافكار الخاطئة بالأفكار الإيجابية و افكار عقلانية من خلال فنية الحوار الذاتي ، وتدريب الحالة على فنية الإسترخاء العضلي لمدة 15 د ، إعطاء للحالة الواجب المنزلي المتمثل في ما تم تطبيقه في الجلسة الا و هو الحوار الذاتي الذي يطبق في البيت وإحلال الافكار الإيجابية محل السلبية، كما تم تطبيق مقياس القلق البعدي لتايلور لتقييم الاعراض و قد دامت هذه الجلسة 60د.

موضوع الجلسة العاشرة:

تقييم و ختام البرنامج.

أهداف الجلسة: بعد إلقاء التحية على الحالة والسؤال عن أحوالها وعن حالتها الصحية و النفسية لهذا اليوم ، قامت الباحثتين بشكر الحالة على الإلتزام بالبرنامج العلاجي ، ثم تلخيص مدار في الجلسات السابقة ، ومراجعة الأنشطة التي قامت بها، و حث الحالة على الإستمرار في تطبيق التقنيات في حياتها اليومية ، ثم إنهاء الجلسة بكلام تشجيعي و تحفيزي ، وتعبير الباحثتين عن سرورها بالنتائج الايجابية التي تم تحقيقها خلال البرنامج العلاجي و قد دامت هذه الجلسة 35دقيقة.

تطبيق المقياس البعدي للقلق (الحالة الرابعة)

العبارة	نعم	لا
01 نومي مضطرب ومتقطع.	×	
02 مرت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق		
03 مخاوفي قليلة جدا مقارنة بأصدقائي.		

04	×	أعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس.	
05		تنتابني أحلام مزعجة أو (كوابيس) كل عدة ليالي.	
06		لدي متاعب أحيانا في معدتي.	
07		غالبا ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما.	
08		أعاني أحيانا من نوبات إسهال.	
09	×	تثير قلقي أمور العمل والمال.	
10		تصيبني نوبات الغثيان (غمامات النفس).	
11	×	كثيرا ما أخشى أن يحمر وجهي خجلا.	
12		أشعر بجوع في كل الأوقات تقريبا.	
13	×	أثق في نفسي كثيرا.	
14		أتعب بسرعة.	
15	×	يجعلني الانتظار عصبي.	
16		أشعر بالإثارة لدرجة أن النوم يتعذر علي.	
17	×	عادة ما أكون هادئا.	
18	×	تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلا في مقعدي.	
19		لا أشعر بالسعادة في معظم الوقت.	
20		من السهل أن أركز ذهني في عمل ما.	
21		أشعر بالقلق على شيء ما أو شخص ما طوال الوقت تقريبا	
22	×	لا أتهيب الأزمات والشدائد.	
23		أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الآخرين.	
24	×	كثيرا ما أجد نفسي قلقا على شيء ما.	
25		أشعر أحيانا وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي.	
26		أشعر أحيانا أنني أتمزق.	
27		أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة.	
28		الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات.	
29	×	لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ	
30	×	إنني حساس بدرجة غير عادية	

		لاحظت أن قلبي يخفق بشدة وأحيانا تنهيج أنفاسي.	31
	×	لا أبكي بسهولة.	32
		خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيدائي.	33
	×	لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثر شديدا.	34
		كثيرا ما أصاب بصداع.	35
	×	لا بد أن أعرف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها.	36
		لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد.	37
	×	لا أرتبك بسهولة.	38
	×	أعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمرّة.	39
		أنا شخص متوتر جدا.	40
		أرتبك أحيانا لدرجة تجعل العرق يتساقط بصورة تضايقني جدا.	41
		يحمّر وجهي خجلا بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين.	42
	×	أنا أكثر حساسية من غالبية الناس.	43
		مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها.	44
		كون متوترا للغاية أثناء القيام بعمل ما.	45
	×	يديا وقدماي باردتان في العادة.	46
		أحيانا أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسى.	47
	×	لا تنقصني الثقة بالنفس.	48
	×	أصاب أحيانا بالإمساك.	49
		لا يحمّر وجهي أبدا من الخجل.	50

جدول رقم (18) يوضح تطبيق المقياس البعدي للقلق (الحالة الرابعة)

بعد تطبيق البرنامج		قبل تطبيق البرنامج	
مستوى القلق	درجة القلق	مستوى القلق	درجة القلق
قلق نوعا ما	22	قلق شديد	34 درجة

جدول (19) يوضح نتائج تطبيق مقياس القلق للحالة الرابعة

جدول يوضح نتائج تطبيق مقياس القلق القبلي والبعدي ، ومن خلاله يتضح أن نسبة القلق إنخفضت بشكل واضح بعد تطبيق البرنامج العلاجي .

5 مناقشة و تفسير النتائج على ضوء الفرضية:

عرض ومناقشة الفرضية :

التي تنص على :

يساهم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة القلق لدى مدمن الكحول. من خلال المقابلات العيادية مع الحالات الاربعة وتطبيق مقياس القلق لتايلور قد أظهرت نتائج المقياس القبلي وجود مستوى مرتفع من القلق لكل الحالات حيث سجلت الحالة الأولى 33 درجة في القياس القبلي ، وسجلت الحالة الثانية 29 درجة في القياس القبلي ، وسجلت الحالة الثالثة 34 درجة في القياس القبلي ، وسجلت الحالة الرابعة 38 درجة في القياس القبلي ، وبعد تطبيق البرنامج العلاجي تم تسجيل إنخفاض في مستوى القلق لدى أربع حالات مدمني الكحول بدرجة 21 للحالة الأولى ، ودرجة 19 للحالة الثانية ، ودرجة 22 للحالة الثالثة ، ودرجة 20 للحالة الرابعة في القياس البعدي .

وتفسر الطالبتين انخفاض مستوى القلق الى رغبة الحالات وإرادتهم وتحفيزهم وإستعدادهم للخضوع للبرنامج ، إضافة فعالية الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي المعرفي و التي كان لها دور فعال في التعافي و القضاء على الاثار السلبية و الافكار اللامنطقية التي كان يعاني منها مدمن الكحول و التي تتمثل في الفنيات التالية :

الحوار والمناقشة ، إعادة البناء المعرفي ، الواجب المنزلي ، الإسترخاء ، المراقبة الذاتية ، التحليل الوظيفي للسلوك التي طبقت على الحالات من أجل التخفيف من مستوى القلق وهذا ما أكدته دراسة شبلي أسامة (2016) حيث خلصت النتائج إلى أن العلاج السلوكي المعرفي أثبتت فعاليته في الحد من اضطراب القلق لدى مدمن الكحول. وذلك مايتطابق مع التخمين العلمي الأولي وبالتالي تحققت الفرضية القائلة يساهم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي بفاعلية في التخفيف من حدة القلق لدى مدمن الكحول.

6 الاستنتاج العام:

هدفت الدراسة إلى التخفيف من حدة القلق لدى مدمن الكحول ، ولتحقيق هذا الهدف إعتد البحث على مجموعة من الأدوات تمثلت في الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية نصف موجهة ومقياس

القلق لتايلور ، اضافة الى البرنامج العلاجي المعد من طرف الباحثين و الذي تضمن فنية الحوار والمناقشة ، إعادة البناء المعرفي ، الواجب المنزلي ، الإسترخاء ، المراقبة الذاتية ، التحليل الوظيفي للسلوك .

و على ضوء النتائج المتحصل عليها على عينة دراستنا من خلال التطبيق القبلي والبعدي لمقياس القلق لتايلور ، توصلت الطالبتين إلى اثبات فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة القلق لدى مدمن الكحول.

توصيات واقتراحات

التوصيات:

- الحث على مشاركة الأهل في العملية العلاجية التي يخضع لها المدمن كون الأسرة تلعب دورا هاما في الحفاظ على إستمرار التعافي.
- ضرورة تدريب مدمن الكحول على مهارات المواجهة والتكيف والتعامل مع المواقف الضاغطة.
- تنمية مهارات تأكيد الذات والمهارات الإجتماعية.
- توعية المدمن للتعرف على مخاطر القلق النفسي المصاحب للإدمان.
- أهمية البرامج العلاجية المعرفية السلوكية في التخفيف من مستوى القلق عند كل فئات المجتمع.

الإقتراحات:

- إجراء المزيد من الدراسات النفسية حول الإدمان بإعتباره سبب لجملة من الأضرار الصحية والإجتماعية والإقتصادية ، وللاستفادة من نتائج هذه الدراسة في رسم خطط وقائية وعلاجية في مجال التعامل مع الإدمان.
- إجراء دراسات حول فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من حدة القلق لدى انواع اخرى من الادمان مثل الادمان على المخدرات، الالعاب الالكترونية ، القمار و غير ذلك.
- إجراء دراسات حول العلاج المعرفي السلوكي على عينة كبيرة من مدمني الكحول.

الختامة

الخاتمة

من الملاحظ أن إنتشار مشكلة الإدمان على الكحول في تزايد مستمر ، وأن الإحصائيات تشير إلى أن تعاطي الكحول من الأمور ذات الأثر الوخيم على الصحة العمومية ، فهو يحتل المركز الثالث في قائمة عوامل الأخطار الرئيسية التي تتسبب في حدوث الوفيات المبكرة وحالات العجز في جميع أنحاء العالم .و يعتبر القلق من المشاكل التي يعاني منها مدمن الكحول و هو عبارة عن شعور غير سار مصحوب بالخوف والجزع من أحداث متوقعة ولهذا جاءت الدراسة الحالية كمحاولة لإقتراح برنامج علاجي معرفي سلوكي يسعى إلى التخفيف من حدة القلق لدى مدمن الكحول.

حيث أسفرت النتائج على وجود فعالية للبرنامج المقترح من طرف الباحثين لدى عينة الدراسة، وقد إتضح ذلك من خلال انخفاض واضح في درجة القلق عند الحالات .

المراجع

● المراجع باللغة العربية:

- اسماعيل عبد الفتاح, 2012, القلق و الاكتئاب و كيفية التخلص منهما ط 1, الدار الثقافية للنشر.
- احمد عكاشة, 2018, الطب النفسي المعاصر, ط 17, مكتبة الانجلو المصرية.
- اسماعيل عبد الله, 2008, الارشاد السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق لدى الاطفال ط 1, مؤسسة حور الدولية للنشر و التوزيع, الاسكندرية.
- احمد محمد عبد الخالق, 2000, الدراسة التطورية للقلق ط 1, دار المعرفة الجامعية, الكويت.
- ابراهيم يونس, 2018, نمو مابعد الصدمة النظرية و القياس و الممارسة ط 1, مؤسسة يسطرون الاسكندرية.
- أحمد محمد جاد الرب, 2015, اضطرابات السلوك الفوضوي, مكتبة الأنجلو المصرية, مصر.
- بشرى خطاب عمر, اثر برنامج معرفي سلوكي قائم على نظرية ميكينبوم في خفض الحساسية الانفعالية السلبية لدى طالبات المرحلة المتوسطة, مجلة البحوث التربوية و النفسية, المجلد 17, العدد 67, 2020.
- بوسبسي أمال, 2017, فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف قلق الموت لدى مرضى السرطان, رسالة ماجستير, كلية العلوم الإجتماعية و الإنسانية, جامعة العربي بن مهدي, أم البواقي.
- جيفري سي وود, 2020, العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات الشخصية, مكتبة الأنجلو المصرية.
- جلال علي الجزازي و بسام هلال الحربي, 2011, الفئات الخاصة وطرق إرشادهم ط 2011, دار الراية للنشر و التوزيع, عمان الأردن.
- جميل حمداوي, 2014, البحث التربوي (مناهجه وتقنياته), ط 2013, دار الكتب العلمية, بيروت.
- حسين طه المحادين, 2009, تعديل السلوك نظريا وإرشاديا, ط 1, دار الشروق للنشر و التوزيع, عمان.
- حامد يحيى حسين, 2021, النظام الصحي في دولة الإمارات العربية المتحدة, الريادة في فكر وممارسات النخب الوطنية, دبي.
- رحاب العتيبي, 2016, المعالج الشخصي, الطبعة 1, شبكة بريطانية, لندن.
- رتاب وسيلة, 2017, فاعلية برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات, أطروحة دكتوراه, كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية, جامعة الدكتور محمد لمين دباغين, سطيف 2.
- زعتر نور الدين, 2010, سلسلة الامراض النفسية, ط 1, الجزائر.
- زواوي سليمان, 2012, القلق و الاستجابة الاكتئابية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن و الخاضعين للهيمودياليز, مذكرة لنيل شهادة الماستر, معهد العلوم الانسانية و الاجتماعية, جامعة العقيد اكلي محمد اولحاج, بويرة.
- زردى شهرزاد وحمليلى إنتصار, 2016, إدمان الآباء على الكحول وتأثيره في بروز السلوك الإنحرافي للمراهقات, رسالة مقدمة لنيل شهادة الماستر, كلية العلوم الإجتماعية و الإنسانية, جامعة الجيلالي, بونعامة.

- سالم عبد الله الفاخري ، 2018، علم النفس العام الجزء الثاني ، ط1، مركز الكتاب الاكاديمي، عمان.
- سامر نعمان البولسي ، 2018، الإدمان على المواد المخدرة ، ط1، المكتبة البولسية.
- سيد عبد النبي محمد ، 2020، حروب خفية المخدرات وتدمير الأمم ، ط1، دار الكتب المصرية ، وكالة الصحافة العربية ، جمهورية مصر العربية.
- سيريل بوفيه ، 2019، مدخل إلى العلاجات السلوكية المعرفية ، دار المجدد للنشر والتوزيع ، المكتبة الوطنية الجزائرية ، الجزائر.
- سيدي عيسى شيماء وبعليليش سميحة ، 2019، فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض قلق الإمتحان لدى طالب البكالوريا ، رسالة ماجستير ، المركز الجامعي بلحاج بوشعيب ، عين تموشنت.
- سامي محسن الختاتنة وفاطمة عبد الرحيم النوايسة ، 2011، علم النفس الإجتماعي ، دار الحامد للنشر والتوزيع ، عمان الأردن.
- شعبان أمحمد فضل ، 2008، العلاج المعرفي السلوكي الاستراتيجيات والتقنيات ، ط1، الدار الجامعية للنشر والتوزيع والطباعة غريان ، ليبيا.
- شيهان عبد المالك ، 2019، أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي في تنمية الدافعية للإمتناع عن المخدرات لدى المراهقين ، أطروحة دكتوراه ، كلية العلوم الإجتماعية ، جامعة وهران 2.
- صاحب عبد مرزوك الجنابي ، 2019، الازمة النفسية و تشخيصها و اساليب التعامل معها ، ط1، دار اليازوري العلمية ، عمان.
- طلعت حكيم ، 2016، التحليل النفسي لمرض السكر المعرفة و الشفاء ، ط1، روابط للنشر وتقنية المعلومات ، القاهرة.
- علاء علي حجازي ، 2013، القلق الاجتماعي و علاقته بالافكار اللاعقلانية لدى طلبة مرحلة الاعدادية ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، الجامعة الاسلامية ، فلسطين.
- عادل الدمرداش ، 1982، الإدمان مظاهره وعلاجه ، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، الكويت.
- عمر موفق العبايجي ، 2010، الإدمان والأنترنترنت ، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع ، الأردن.
- عكلة سليمان الحوري ، 2021، أسلوب حياة الرياضي الدليل إلى تكامل الإعداد وجودة الأداء ، ط1، دار الأكاديميون للنشر والتوزيع ، عمان الأردن.
- عبد العزيز عبد الله الدخيل ، 2013، معجم مصطلحات الخدمة الإجتماعية ، دار المناهج للنشر والتوزيع ، مملكة الكنتب الحصرية ، عمان الأردن.
- عبد المطلب أمين القريطي ، 2014، إرشاد ذوي الإحتياجات الخاصة وأسرههم ، الدار المصرية اللبنانية ، القاهرة مصر.
- عماد عبد الرحيم الزغول ، 2010، نظريات التعلم ، الطبعة العربية الأولى ، دار الشروق للنشر والتوزيع ، كلية العلوم التربوية ، عمان.
- فاروق السيد عثمان ، 2001، القلق و ادارة الضغوط النفسية ، ط1، دار الفكر العربي ، القاهرة.
- فرحان محمد الياصجين ، 2018، موضوعات في علم الخواص ، ط1 ، دار المعتز للنشر والتوزيع ، مملكة الكنتب الحصرية.

- قطراني هاجر ،2020، فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي للتخفيف من حدة القلق لدى المرأة المعنفة ، رسالة ماجستير ، كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية ، جامعة العربي بن مهدي ، أم البواقي.
- قماز فريدة ،2009، عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات ، رسالة ماجستير ، كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية ، جامعة منثوري ، قسنطينة.
- لويس كامل مليكة ، 1990 ،العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، ط 1410 ، دار القلم للنشر والتوزيع ، الكويت.
- محمد حسن غانم ، 2018، الاضطرابات النفسية و العقلية و السلوكية ، ط 1، مكتبة الانجلو المصرية ، مصر.
- مروان ابو حويح ، 2002 , مدخل الى علم النفس العام ، ط 1 ، دار ، دار اليازوري ، عمان.
- محمد حسن غانم ،2019 ، الدليل المختصر في الاضطرابات السيكوسوماتية ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة.
- محمد حسن غانم ، 2014، العلاج بالصوم لأمراض الجسدية و النفسية و العقلية و الانحرافات السلوكية ، مكتبة الانجلو المصرية ، مصر.
- محمد المشاقبة ، 2007، الإدمان على المخدرات الإرشاد والعلاج النفسي ، دار الشروق للنشر والتوزيع ، مكتبة الجنوب المركزية ، الأردن عمان.
- محمود موسى شديفات ، 2017، الإدمان وأثره على المجتمعات ، الأسباب ، الوقاية ، العلاج ، ط 1، دار الخليج للصحافة والنشر ، المملكة الأردنية الهاشمية ، عمان.
- مدحت أبو النصر ، 2004 ، الإعاقة الإجتماعية ، ط 1 ، مجموعة النيل العربية ، القاهرة.
- محمد حمدي حجار ، 1992، العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية ، ط 1412، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب ، الرياض.
- مجدي محمد سرور باسلوم ، 2017، نفحات المنبر المكي ، ط 1، دار الكتب العلمية.
- مصطفى نمر دعمس ، 2008، منهجية البحث العلمي في التربية والعلوم الاجتماعية ، دار غيداء للنشر ، عمان الأردن.
- ناصر محي الدين ملوحي ،2019، الإدمان مخاطره وعلاجه ، ط 1440 ، دار الغسق للنشر.
- نجاته عيسى حسين إنصورة ،2015، أساسيات وأصول علم النفس ، دار كنوز للنشر والتوزيع ، القاهرة.
- هناء ابراهيم صندقلي ، 2016، اضطراب ان مرض نفسي ، ط 1، النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع ، بيروت.
- هناء شويخ وإبراهيم حسن محمد ،2023، الفحوص والإختبارات الإكلينيكية ، مكتبة الأنجلو المصرية.
- وردة بلحسيني ، 2014، اضطراب الهلع و ثورة العلاج المعرفي السلوكي ، ط 1، دار الشروق ، الاردن.

● المراجع باللغة الأجنبية:

- Ariane zinder jeheber, 2021, l'angoisse et les troubles anxieux, genève.
- Benmeziane hanane,2013, l'anxiété en lien avec les accidents la circulation, mémoire de master, faculté des sciences humaine et sociales, université mira abderrahmane béjaia.

- Jacques Bertillon, 1904, l'alcoolisme et les moyens de la combattre jugés par l'expérience, harvard university, french.
- Guenfissi hayette,2020, état des lieux de l'addiction aux écrans dans le monde et en algerie, université de béjaïa.
- [Https://www.elbilad.net](https://www.elbilad.net)
- [Https://www.who.int](https://www.who.int)

الملاحق

ملحق رقم (1): البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لخفض القلق

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
الجلسة الأولى	- سؤال المريض حول عدة أبعاد نفس إجتماعية (العمل، العائلة، العلاقات الاجتماعية ، الحياة العاطفية ، الهوية)	- الحوار و المناقشة	50 د
الجلسة الثانية	- المواصلة في جمع المعلومات عن الحالة - شرح للحالة فنية المراقبة الذاتية	- المناقشة - المراقبة الذاتية - الواجب المنزلي (المراقبة الذاتية)	60د
الجلسة الثالثة	- مراجعة الواجب المنزلي والتعرف على الافكار والسلوكيات التي تساهم في ظهور القلق	- المناقشة - الحوار	60د
الجلسة الرابعة	- تلخيص ما سبق في الجلسة السابقة - التعرف على الافكار التلقائية السماح للمريض الاستبصار و الوعي بمشكلاته حتى يفهمها و تكون لديه القدرة على التحكم فيها طرح اسئلة مباشرة للحالة بهدف التعرف اكثر على المواقف التي تقلقه باستخدام جدول بيك	- الإسترخاء. - الواجب المنزلي (جدول بيك)	60د
الجلسة الخامسة	- مراجعة الواجب المنزلي. - اعادة الهيكلة المعرفية للحالة من خلال تصحيح الافكار التلقائية التي تم تحديدها سابقا و اضافة خانتين في جدول بيك السابق الخانة الاولى من اجل تصحيح الافكار التلقائية بافكار بديلة و الخانة	- الحوار و المناقشة. - التحليل الوظيفي للسلوك. - الواجب المنزلي (جدول بيك)	60د

		<p>الثانية من اجل تقييم الحالة درجة قلقها من 0 الى 10</p> <p>- تقديم ملخص</p>	
60د	<p>- الإسترخاء.</p> <p>- الواجب المنزلي (اعادة الإسترخاء في البيت)</p> <p>- الحوار</p>	<p>- في شرح تقنية الاسترخاء العضلي للحالة و اهدافه و ايجابياته على الصحة النفسية و بعدها تم الشروع في تدريب الحالة على الاسترخاء العضلي بعد توضيح للحالة اجراءات التدريب</p>	<p>الجلسة السادسة</p>
60د	<p>- الإسترخاء.</p> <p>- الواجب المنزلي.</p>	<p>- تدريب الحالة على كيفية مواجهة القلق .</p> <p>- مناقشة الواجب المنزلي</p> <p>- تطبيق فنية الإسترخاء</p>	<p>الجلسة السابعة</p>
60د	<p>- الإسترخاء.</p> <p>- الحوار الذاتي.</p> <p>- الواجب المنزلي.</p>	<p>- تدريب الحالة على كيفية مواجهة القلق وكيفية إستبدال الأفكار اللامنطقية بالمنطقية.</p> <p>- تطبيق فنية الإسترخاء</p> <p>- مناقشة الواجب المنزلي.</p>	<p>الجلسة الثامنة</p>
60د	<p>- الإسترخاء.</p>	<p>- مناقشة الواجب المنزلي.</p> <p>- تطبيق فنية الإسترخاء.</p> <p>- جلسة منع الانتكاسة</p> <p>- تطبيق مقياس القلق البعدي لتقييم</p>	<p>الجلسة التاسعة</p>

		الاعراض	
60د	- الحوار. - التلخيص.	- تلخيص مدار في الجلسات السابقة	الجلسة العاشرة

ملحق رقم (02) : مقياس القلق لتايلور

المطلوب منك أن تقرأ العبارات بتمعن وتضع دائرة حول كلمة (نعم) إذا كانت العبارة تناسبك وتضع دائرة حول كلمة (لا) إذا كانت العبارة لا تناسبك

العبارة	نعم	لا
01		
نومي مضطرب ومتقطع.		
02		
مرت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق.		
03		
مخاوفي قليلة جدا مقارنة بأصدقائي.		
04		
أعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس.		
05		
تنتابني أحلام مزعجة أو (كوابيس) كل عدة ليالي.		
06		
لدي متاعب أحيانا في معدتي.		
07		
غالبا ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما.		
08		
أعاني أحيانا من نوبات إسهال.		
09		
تثير قلقي أمور العمل والمال.		
10		
تصيبني نوبات الغثيان (غمامات النفس).		
11		
كثيرا ما أخشى أن يحمر وجهي خجلا.		
12		
أشعر بجوع في كل الأوقات تقريبا.		
13		
أثق في نفسي كثيرا.		
14		
أتعب بسرعة.		
15		
يجعلني الانتظار عصبي.		
16		
أشعر بالإنارة لدرجة أن النوم يتعذر علي.		
17		
عادة ما أكون هادئا.		
18		
تمر بي فترات من عدم الاستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس طويلا في مقعدي.		
19		
لا أشعر بالسعادة في معظم الوقت.		
20		
من السهل أن أركز ذهني في عمل ما.		
21		
أشعر بالقلق على شيء ما أو شخص ما طوال الوقت تقريبا		
22		
لا أتهيب الأزمات والشدائد.		
23		
أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الآخريين.		
24		
كثيرا ما أجد نفسي قلقا على شيء ما.		

		اشعر أحيانا وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي.	25
		أشعر أحيانا أنني أتمزق.	26
		أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة.	27
		الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات.	28
		لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ	29
		إنني حساس بدرجة غير عادية	30
		لاحظت أن قلبي يخفق بشدة وأحيانا تنهيج أنفاسي.	31
		لا أبكي بسهولة.	32
		خشيت أشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيذائي.	33
		لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثر شديدا.	34
		كثيرا ما أصاب بصداع.	35
		لا بد أن أعرف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها.	36
		لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد.	37
		لا أرتبك بسهولة.	38
		أعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمرة.	39
		أنا شخص متوتر جدا.	40
		أرتبك أحيانا لدرجة تجعل العرق يتساقط بصورة تضايقتني جدا.	41
		يحمر وجهي خجلا بدرجة أكبر عندما أتحدث للآخرين.	42
		أنا أكثر حساسية من غالبية الناس.	43
		مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها.	44
		كون متوترا للغاية أثناء القيام بعمل ما.	45
		يدي وقدمي باردتان في العادة.	46
		أحيانا أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسني.	47
		لا تتقصني الثقة بالنفس.	48
		أصاب أحيانا بالإمساك.	49
		لا يحمر وجهي أبدا من الخجل.	50

ملحق رقم (03) : الواجب المنزلي (جدول مراقبة الأفكار)

الانفعالات	الافكار التلقائية	الوضعية
حدد انفعالك اثناء تعرضك لذلك الموقف و قيم شدته من 0 الى 10	اكتب الفكرة الالية التي خطرت ببالك في تلك الوضعية	الوضعية التي شعرت فيها بالقلق

الواجب المنزلي (جدول بيك لمراقبة الأفكار)

الانفعالات	أفكار بديلة	الانفعالات	الافكار التلقائية	الوضعية
حدد انفعالك اثناء تعرضك لذلك الموقف بعد تعديل الافكار التلقائية و قيم شدته من 0 الى 10	حدد رد فعل بديل اكثر عقلانية و منطقية	حدد انفعالك اثناء تعرضك لذلك الموقف و قيم شدته من 0 الى 10	اكتب الفكرة الالية التي خطرت ببالك في تلك الوضعية	الوضعية التي شعرت فيها بالقلق

ملحق رقم (04) دليل المقابلة نصف موجهة

- محور البيانات الشخصية

- الاسم.
- الجنس.
- السن.
- المستوى التعليمي .
- السكن.
- طبيعة السكن.
- عدد افراد الاسرة.
- الرتبة في الاسرة.
- الحالة الاقتصادية.
- مدة الادمان.
- المادة المدمن عليها.

• محور المشكلة القلق:

- كيف بدأت في شرب الكحول ؟
- كيف ترى الكحول ؟
- ما السبب الذي دفعك إلى الشرب ؟
- ماشعورك أثناء إستهلاكك للكحول ؟
- هل يتعذر عليك ممارسة عملك عند إستهلاكك للكحول ؟
- هل تجد أن الكحول هو ملاذك الوحيد الذي تستعين به للهروب من مصاعب الحياة ؟
- هل تشعر بالقلق على شئ ما أو شخص ما طوال الوقت ؟
- تعتقد أنك شخص متوتر ؟
- كيف كان رد فعلك أثناء مواجهة ضغط تراكم المشاكل ؟
- ما المواقف التي تثير قلقك ؟
- عند شعورك بالقلق هل تجد نفسك أحيانا تضيع فرصة شرب الكحول ؟؟
- منذ متى بدأت أعراض القلق لديك ؟؟
- كيف تتعامل في حال ظهور هذه الأعراض ؟؟

- ما الأعراض الأكثر إنزعاجا ؟؟
- ما هي الأشياء التي تسبب لك القلق ؟؟
- **محور العلاقات الإجتماعية والأسرية:**
- مع من تعيش ؟؟
- هل لديك أصدقاء ؟ كيف تصف علاقتك مع الرفاق ؟
- من الأقرب إليك في الأسرة ؟
- كيف هي علاقتك بوالديك ؟
- كيف هي علاقتك بإخوتك
- **محور الجانب الصحي:**
- هل تعاني من أمراض عضوية ؟؟
- هل تعاني من أمراض نفسية ؟؟
- هل دخلت إلى المستشفى من قبل ؟؟ ما هو السبب ؟؟
- هل تتناول الأدوية ؟؟
- **محور الجانب المهني:**
- كيف هي علاقتك بزملائك في العمل ؟؟
- كيف هي علاقتك مع مدير العمل ؟؟
- انت مرتاح في عملك ؟؟؟
- **محور الآفاق المستقبلية:**
- ما الأهداف التي تود تحقيقها ؟؟
- مانظرتك للمستقبل ؟؟
- تخيل حياتك بلا كحول ؟؟

