

مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق
لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية
بمستشفى الصحة النفسية بالطائف

إعداد

د. حامد أحمد الفامي

أخصائي استشاري

مستشفى الصحة النفسية بالطائف

مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق العام. لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالبطائف

ملخص البحث:

الهدف : تهدف هذه الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق العام لدى المرضى المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية .

العينة: تكونت عينة الدراسة من عشرين مريضاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين : المجموعة الأولى : وتضم عشرة مرضى من المراجعين للعيادات النفسية الذين تم تطبيق البرنامج العلاجي عليهم وهي العينة التجريبية . المجموعة الثانية : وتضم عشرة مرضى من المراجعين للعيادات النفسية وهي العينة الضابطة .

الأدوات المستخدمة :

- مقياس مستشفى الصحة النفسية للقلق ، إعداد فهد الدليم وآخرون.
- البرنامج العلاجي من إعداد الباحث
- استمارة دراسة الحالة.

النتائج : من أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة :

- 1- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القلق للقياس القبلي والبعدي لدى مجموعته العلاج المعرفي السلوكي في اتجاه القياس القبلي .
- 2- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القلق للقياس البعدي والتبعي لدى مجموعته العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية) .

Effectiveness of cognitive behavioral therapy in the reduction of generalized anxiety disorder

Dr. Hamed Ahmed Al-Ghamdi

Taif, mental health hospital

Abstract:

Aim : the aim of this study is to verify the effectiveness in the reduction of G.A.D among patients attending outpatient clinics in Taif mental health hospital.

Sample.. twenty patients attending out patient clinics. devised into tow group .

First group .ten patient receiving C.B.T only.

Second group. Ten patient receiving only medication which is this control group

Tools used ..mental health hospital scale, prepared by Dr. Fahad Aldeleem.

The therapeutic program prepared by researcher

Case study form prepared by the researcher

Results:

- 1- There are differences ,which are statistically significant , between the average of anxiety scale before and after the treatment by C.B.T.
- 2- No statistical in differences in the average anxiety scale after C.B.T. and follow up C.B.T. among first group.
- 3- No statistical in differences in the average anxiety scale between C.B.T. group and control group.

مقدمة :

يبدو أن الاضطرابات النفسية ليست وليدة العصر الحديث بمدنيته المعقدة، وإنما توجد أدلة كثيرة تعكس معاناة الناس من تلك الاضطرابات منذ العصور الأولى للتاريخ غير أن النظرة إلى الاضطرابات النفسية وأسبابها وطرق علاجها كانت تختلف عما هي عليه الآن. "فقد كان تفسير حدوث هذه الاضطرابات يقوم علي أساس وجود أرواح شريرة تدخل الجسم وتسبب اضطراب وظائفه النفسية والعقلية، وكان المرضى المضطربون يودعون السجون، ويتعرضون للاضطهاد والتعذيب، وأحياناً يعالجون علي أيدي رجال الدين بالصلوات والأدعية والأمور السحرية" (حسين فايد ٢٠٠٠ : ٥). وقد رأى جالينوس قبل حوالي الألفي عام بأن الاضطرابات النفسية الناتجة عن عوامل عاطفية "نفسية" تزيد عن نصف الحالات المرضية كلها، وفي عصرنا الحالي تشير الإحصائيات إلى أن نسبة كبيرة من أفراد المجتمع تعاني من الاضطرابات النفسية، وهي في تزايد مستمر في جميع المجتمعات وخاصة المجتمعات المتقدمة، فالإنسان يواجه أنماطاً من الحياة والتعامل مع الوسط المحيط ما لم يعرفه في الماضي، ولم تتوفر لديه الخبرة علي مواجهتها والتوصل إلى التوافق مع مقتضياتها بدون اضطراب أو معاناة نفسية . (علي كمال ١٩٩٤ : ٢٦) ومما لا شك فيه أن اضطرابات القلق أصبحت تواجهنا بمشكلة صحية عامة، ذ أن مدى انتشارها يفوق انتشار الأمراض العقلية والعضوية . (أحمد عكاشة ١٩٩٨ : ٩٣)

ولقد زاد الاهتمام باضطرابات القلق بشكل كبير في السنوات القليلة الماضية، مع ملاحظة أن اضطرابات القلق من أكثر الاضطرابات النفسية السائدة، حيث أن هذه الاضطرابات تسبب خللاً كبيراً لدى الفرد المصاب بهذا الاضطراب، كما أنها تسبب له شعور بالضيق والكدر، فمشكلة القلق تمتد إلى أبعد من مجرد تشخيص اضطرابات القلق (Freeman, et al. 1993: 120)

ويذكر فريمان وآخرون (Freeman, et al. 1993: 130) أن القلق يعتبر جزءاً من الحياة اليومية ويمكن أن يكون فعالاً في كثير من المواقف، ويعتبر القلق بصفة عامة رد فعل طبيعي لو أثير بخطر موجود ويسمى هذا القلق بالقلق الموضوعي، أما إذا كان الخطر غير موجود، وإنما هو خوف من المستقبل فهذا القلق غير طبيعي.

ويمكن القول بأن درجة بسيطة من القلق قد تكون صحية وإيجابية عند كثير من الأشخاص، حيث تعمل على تحفيز الفرد وتنشيطه نحو الأداء الجيد، والعمل على درء الأخطار المحتملة التي يتعرض لها الفرد في حياته. فبعض الأشخاص يكون أدائهم جيد عندما تكون درجة القلق مرتفعة، وهذا الارتفاع يحفز الفرد لبذل المزيد من الجهد، ولكن عندما يكون القلق مرتفع بشكل كبير فإنه في هذه الحالة يضعف الفرد ويسبب له الإزعاج النفسي والجسدي وبالتالي يصبح القلق مشكلة تعيق الفرد في تحقيق أهدافه. (Freeman, et al. 1993: 120)

ومن المعلوم أن اضطرابات القلق لها أعراضها المختلفة وأسبابها المتنوعة، لذلك فقد اختلف العلماء في مجال علم النفس حول تفسيرهم لها، وذلك حسب اختلاف نظرياتهم التي يستندون إليها، وأساليبهم في التشخيص والعلاج، ولكل اتجاه تفسيره ومنهجه ووسائله الخاصة، ما أن لكل اتجاه مشكلاته الخاصة، ومن الأساليب العلاجية التي تناولت اضطرابات القلق كموضوع لها: العلاج النفسي التحليلي، العلاج السلوكي، العلاج المتمركز حول العميل، العلاج المعرفي، والعلاجات الدوائية، وغيرها.

Cognitive Behavior Therapy ويعد العلاج المعرفي السلوكي

علاج تعليمي يقوم بحل المشكلات النفسية على المدى القصير، وترجع نشأة هذا الأسلوب العلاجي إلى بداية الستينات على يد العالم أرون بيك Beck, A في علاج مرضى الاكتئاب، وفي وقت لاحق استخدم بيك وزملاؤه هذا الأسلوب

العلاجي مع مرضى اضطراب القلق ومرضى اضطراب الرهاب الاجتماعي، وقد أثبت هذا الأسلوب العلاجي على مدار العقدين الماضيين فاعليته مع جميع اضطرابات القلق، بل تعدى الأمر ذلك، واستخدم في علاج بعض الاضطرابات النفسية والعقلية الأخرى. (Christine, E. et . al, 1999: 16)

ويرى جلاس وشيا (١٩٨٦) Glass & Shea أن العلاج المعرفي السلوكي هو أحد التيارات العلاجية الحديثة والتي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية، ويهدف هذا الأسلوب من العلاج إلى إقناع المريض بأن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية، وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف، ويهدف بذلك إلى تعديل إدراكات المريض المشوهة، ويعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملائمة للتفكير، وذلك من أجل إحداث تغيرات معرفية وسلوكية، وانفعالية لدى المريض.

(Glass, Shea, 1986: 317)

كما أن هذا الأسلوب العلاجي يحاول دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك، ومع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه، بالإضافة إلى ذلك يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض وبالسياق الاجتماعي مع من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية وانفعالية واجتماعية وبيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه، وهكذا فإن الأسلوب المعرفي السلوكي يشتمل على علاقة المعرفة والسلوك بالحالة الوجدانية للفرد وبأداء الفرد في السياق الاجتماعي الذي يعيش فيه، فالعلاج المعرفي السلوكي استطاع من خلال اهتمامه بالأفكار والمشاعر تضيق الفجوة بين العلاج السلوكي والصرف وبين العلاجات الديناميكية وDynamic معتمداً في ذلك على فنيات مبنية على أسس علمية قابلة للتطبيق والتقويم. كما طوّر بيك Beck هذه النظرية من خلال تفحصه لما هو متوفر من

أنواع العلاجات النفسية باختلاف منطلقاتها النظرية، أخذ بعين الاعتبار الاستفادة من العديد من الأفكار والأساليب التي يرى أنها تساعد في نجاح أسلوبه دون الإخلال بالمسلمات التي بني عليها نظريته. (ناصر المحارب، ٢٠٠٠: ١-٣)
مشكلة الدراسة:

من الملاحظ في عصرنا الحاضر أن القلق يعتبر من المشكلات النفسية الشائعة التي يعاني منها البشر وذلك إلى الحد الذي جعل بعض الباحثين يطلقون على عصرنا الراهن عصر القلق، كما يعتبر من الاضطرابات النفسية التي تصيبهم في المراحل العمرية المختلفة، سواء كانوا داخل مؤسسات التعليم أم كانوا خارجها في ميدان الحياة الواسع . والظاهر في هذه المشكلات والاضطرابات أنها لا ترجع إلى نوع واحد، وأنها لا تقف عند حدود ضيقة من التعقيد والخطر. والظاهر كذلك أنها تتفاوت في الآثار التي تخلفها في حياة الأفراد الشخصية وحياة أسرهم ومجتمعهم، ومن الطبيعي في مثل هذه الحالات، أن يواكب تلك الزيادة في المشكلات المحيطة بالإنسان، والاضطرابات النفسية التي تصيبه، واتساع بالاهتمام بها. ويظهر ذلك بشكل خاص لدى الباحثين المعنيين بالإنسان وحياته النفسية والاجتماعية. (نعيم الرفاعي ٢٠٠١ : ٣)

فالمرض النفسي في أحد معانيه هو أن يجد المرء نفسه لا يستطيع أن يواجه مطالبه ومطالب الحياة المحيطة به، ويجد نفسه يستبدل بها أساليب لا معقولة ولا مقبولة، وبصعب التحكم فيها، ويشعر المريض بالمرض النفسي في صورة أشياء غريبة تحدث له، وقد تكون هذه الأشياء تغيرات في الوظائف البدنية وقد تكون حالة انفعالية أو مزاجية غامرة ليس لها ما يبررها، كما هو الحال في اضطرابات القلق. (علاء الدين كفا في ١٩٩٧ : ٣٩٧) .

وتعد اضطرابات القلق من الاضطرابات النفسية الشائعة في هذا العصر، مما قد يرجع إلى التغيرات الاجتماعية والتقدم التكنولوجي وتفشي الروح الانهزامية

لدى الأفراد، وذلك بسبب بعض الضغوط الاقتصادية وضعف القيم الدينية، وبما أن اضطراب القلق غالبًا ما يكون عَرَضًا لكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية، فقد تبلورت لدى الباحث دوافع لإجراء هذه الدراسة نتيجة إحساسه بالمشكلة من خلال ممارسة العمل بمستشفى الصحة النفسية بالطائف حيث اتضح له أن اضطراب القلق من أكثر الاضطرابات شيوعًا بين كثير من الحالات المترددة على العيادات النفسية.

ويذكر " روبنز وآخرون (Robins, L . et. al: 1984) أن اضطراب القلق تصل نسبته إلى ٥٪ من الناس. كما توجد إحصائيات عن اضطراب القلق توضح أن نسبة انتشاره ما بين ١٠-١٥٪ من المراجعين للعيادات النفسية. كما توضح دراسات أخرى أن ٢٥٪ من الأسوياء قد أخبروا عن القلق في يوم ما من حياتهم، وتراوح نسبة القلق في المجتمع بشكل عام ما بين ٣-٥٪ وهذا ما أوضحه دليل تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية. (Dubovsky, L.1996:101)

ومن خلال ما سبق رغب الباحث في دراسة اضطراب القلق والتعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض هذا الاضطراب، حيث أن هذا الاضطراب لم يلق اهتمامًا على مستوى البحوث العربية بصفة عامة والسعودية بصفة خاصة، وقد تبلورت مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:

١- ما مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق لدى عينة الدراسة؟

٢- هل تستمر فاعلية البرنامج العلاجي خلال فترة المتابعة

هدف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة اضطراب القلق لدى المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف.

أهمية الدراسة :

إن اضطرابات القلق لها آثار سلبية كبيرة علي الشخصية، وهي تؤثر تأثيراً شديداً على فعالية المرء وكفاءته، وتقيد وعيه عن ملاحظة دقائق ما يجري من حوله من ظروف وأحداث، وإذا طالت اضطرابات القلق فإنها قد تؤدي إلى تفكك الشخصية وانحلالها، فتضعف البصيرة، وتشوه المعالم التي يهتدي بها الإنسان نحو أهدافه. (الأزرق بوعلو ١٩٩٣ : ٩٣).

تحدد أهمية الدراسة الحالية في الجانب الذي تتصدى لدراسته، وهو الكشف عن مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض مستوى اضطراب القلق لدى عينة من مراجعي العيادات النفسية ويتحدد هذا من خلال جانبين مهمين هما:

الأهمية النظرية:

تهتم هذه الدراسة بموضوع له أهمية من الوجهة النظرية حيث أنها تلقي الضوء على طبيعة الاضطرابات النفسية، فعلى الرغم من تنوع حركة البحث العلمي والتجريبي في مجال اضطرابات القلق في المجتمعات الغربية، إلا أن البحوث والدراسات في المجتمعات العربية، نادرة في تناولها العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة اضطرابات القلق وخاصة في المجتمع السعودي، كما أن هذه الدراسة قد تسهم في زيادة رصيد المعلومات والحقائق المتوفرة عن اضطراب القلق ، كما تتناول هذه الدراسة أساليب العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق .

كما تبرز أهمية هذه الدراسة بتوجيه الأنظار نحو هذه الشريحة المهمة من المجتمع وهم الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق، وهذه الفئة تحتاج إلى الرعاية النفسية. بجانب الرعاية الطبية، مثلما تحتاج إليها الشرائح الأخرى المراجعة للمستشفيات العامة.

الأهمية التطبيقية:

تنبع أهمية هذه الدراسة تطبيقياً من أهمية الأسلوب العلاجي المستخدم وهو برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق للمرضى المراجعين للعيادات النفسية، والذي كشفت فيه الدراسات السابقة على أهمية هذا النوع من العلاج، وأنه ذو فعالية في علاج اضطرابات القلق، وبالتالي يؤثر بالإيجاب على اتجاهات المرضى نحو ذواتهم ونحو الآخرين ويساعدهم على النمو النفسي والاجتماعي السوي، وكذلك تعد هذه الدراسة من الدراسات العربية النادرة في هذا المجال،

كما أن هذه الدراسة قد تفتح المجال لدراسات أخرى تحاول الاستفادة من العلاج المعرفي السلوكي في البيئة العربية بصفة عامة، والمجتمع السعودي بصفة خاصة، كما قد تفيد الأخصائيين النفسيين العاملين في المستشفيات النفسية والعيادات النفسية والباحثين بأهمية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق وغيرها من الاضطرابات النفسية الأخرى.

مصطلحات الدراسة:

العلاج المعرفي السلوكي : Cognitive Behavior therapy :

ويعد اتجاهًا علاجيًا حديثًا نسبيًا، يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة، والعلاج السلوكي بما يضمنه من فنيات، ويعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفيًا وانفعاليًا وسلوكيًا، بحيث يستخدم العديد من الفنيات، سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي. كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية بين المعالج والمريض، فتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما سيعتقد فيه من أفكار مشوهة، واعتقادات لا عقلانية مختلة وظيفيًا تعد المسؤولة عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض. (عادل عبد الله، ٢٠٠٠، ١٧)

ويعرف العلاج المعرفي السلوكي إجرائيًا: بأنه وسيلة من وسائل العلاج النفسي الحديث التي يمكن استخدامها في تخفيف اضطرابات القلق ومساعدة هؤلاء المرضى على التكيف داخل البيئة من خلال تصحيح المعتقدات الخاطئة، وتدريبهم على أداء السلوك الصحيح وذلك من خلال استخدام الأساليب المعرفية والسلوكية . وذلك من خلال استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي التالية: (المراقبة الذاتية - صرف الانتباه - التخيل - التعريض - الواجبات المنزلية - الاسترخاء)

اضطراب القلق : Anxiety Disorder :

ويعرف القلق: بأنه شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع أو تهديدًا غير معلوم المصدر مع شعور بالتوتر والشدة، وخوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية، وغالبًا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن القلق استجابة مفرطة مبالغاً فيها لمواقف تمثل خطرًا حقيقيًا، وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية . لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبًا كما لو كانت تمثل خطرًا ملحًا أو مواقف تصعب مواجهتها . (أحمد محمد عبد الخالق ٢٠٠٠: ١٤)

وقد ورد في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية للجمعية الأمريكية للطب النفسي (American Psychiatric Association, 2000: 472) أن القلق المرضي هو القلق الزائد، والذي يظهر في كثير من الأيام وليس لفترات محددة، ويستمر لأكثر من ستة أشهر، ويرى الفرد المصاب أنه من الصعب السيطرة على هذا القلق.

ويعرف القلق إجرائيًا في هذه الدراسة عن طريق: الدرجة المرتفعة التي يحصل عليها الفرد علي أداة القياس المستخدمة في هذه الدراسة، وهو مقياس مستشفى الطائف للقلق

الدراسات السابقة

من خلال البحث في هذا الموضوع وجد الباحث عدداً من الدراسات التي تناولت اضطرابات القلق، ولم يجد الباحث، حسب علمه، دراسات عربية قامت بتطبيق العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة اضطراب القلق، على الرغم من النجاح الذي حققه هذا الأسلوب العلاجي مع الاضطرابات النفسية بصفة عامة ومع اضطرابات القلق بصفة خاصة في المجتمعات الغربية . وكذلك وجد الباحث بعضاً من الدراسات العربية التي استخدمت أساليب أخرى غير أسلوب العلاج المعرفي السلوكي مع اضطراب القلق، أما الدراسات الأجنبية فقد وجد الباحث بعض من الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة اضطراب القلق Anxiety disorder

دراسة لندن وآخرين (٢٠٠٥) Linden, M. et. al

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق. وقد تكونت عينة الدراسة من ٧٢ مريضاً شخصوا باضطراب القلق حسب دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها الرابع، (D. S. M. IV: 1994) وقد تكونت عينة الدراسة من ٧٢ مريضاً، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين، المجموعة الأولى تم علاجها بالعلاج المعرفي السلوكي وكان عدد أفرادها ٣٦ مريضاً، أما المجموعة الثانية لم يتلقوا العلاج، وهي المجموعة الضابطة، وكان عدد الجلسات النفسية ٢٥ جلسة. أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فهي مقياس هاميلتون للقلق.

وأوضحت نتائج هذه الدراسة تحسناً ملحوظاً بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي لعينة الدراسة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطة كما أوضحت نتائج الدراسة تحسناً خلال فترة المتابعة التي استمرت لمدة ثمانية أشهر.

دراسة أرنتز (Arntz, A) (٢٠٠٣) :

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء في علاج مرضى اضطراب القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من ٤٥ مريضاً ممن يراجعون العيادات النفسية، حيث تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين، المجموعة الأولى تلقت العلاج المعرفي السلوكي والمجموعة الثانية تلقت التدريب على الاسترخاء. وتضمن البرنامج العلاجي ١٢ جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وأظهرت نتائج هذه الدراسة تحسناً ملحوظاً لأفراد المجموعتين بعد العلاج، كما أوضحت نتائج هذه الدراسة أيضاً تحسناً خلال فترة المتابعة. كما إن فنية التدريب على الاسترخاء أظهرت تحسناً أفضل من العلاج المعرفي السلوكي خلال فترة المتابعة والتي تمثلت بستة أشهر. وهذه النتائج تؤكد على أن طريقتي العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء فاعلتان في خفض مستوى اضطراب القلق.

دراسة ميلندا ستانلي، وآخرين (Stanley, Melinda, et . al) (٢٠٠٣) :

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق لدى كبار السن، وقد تكونت عينة الدراسة من اثنين عشر مريضاً من المرضى المنومين بدار الرعاية الاجتماعية، وهؤلاء المرضى يعانون من اضطراب القلق، حيث تراوحت أعمار هؤلاء المرضى ما بين ٦٢-٧٩ سنة. وأوضحت نتائج الدراسة تحسناً دالاً في خفض حدة القلق والاكئاب لدى هؤلاء المرضى بعد تطبيق البرنامج العلاجي عليهم.

دراسة ميكل وآخرين (Michel. D. et. al) (٢٠٠٣) :

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية العلاج المعرفي الجماعي في علاج مرضى القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من ٥٢ مريضاً، تم تقسيمهم إلى

مجموعات صغيرة، تشمل كل مجموعة ٤-٦ من المرضى، ويضمن البرنامج العلاجي ١٤ جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعيًا. أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فكانت على النحو التالي: استبيان التقدير الذاتي للقلق، التقويم الإكلينيكي من خلال المقابلة الشخصية، وأوضحت نتائج هذه الدراسة تحسن دالاً إحصائياً على استبيان التقدير الذاتي للقلق لدى أفراد تلك المجموعات على المقياس البعدي كما أوضحت نتائج الدراسة تحسناً دالاً خلال فترة المتابعة العلاجية.

دراسة أمثال الحويلة وأحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٢):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية التدريب على الاسترخاء العضلي في خفض مستوى القلق، لدى مرضى اضطراب القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من ٨٠ طالبة من طالبات المرحلة الثانوية، ومن اللاتي يعانين من اضطراب القلق وقد تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين مجموعة تجريبية وعدد أفرادها ٤٠ طالبة ومجموعة ضابطة وعدد أفرادها ٤٠ طالبة، كما تراوحت أعمار عينة الدراسة ما بين ١٣-١٩ سنة، وقد استخدم الباحثان في دراستهما عدداً من المقاييس وتشمل مقياس جامعة الكويت للقلق، وقائمة القلق (مقياس السمعة) ومقياس الاسترخاء، وشريط صوتي لتدريب الاسترخاء، وكانت مدة البرنامج العلاجي ست جلسات علاجية استمرت على مدى ثلاثة أسابيع بواقع جلستين أسبوعياً لكل طالبة، وأوضحت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبلي والبعدي للقلق لدى المجموعة التجريبية، كما أوضحت النتائج عن وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للقلق على مقياس جامعة الكويت وقائمة الاسترخاء.

دراسة بزواز وآخرين (٢٠٠١) **Biswas, A. et. al**:

هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة العلاج المعرفي السلوكي والتغذية المرتدة في علاج مرضى اضطراب القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من (٣٠) مريضاً من

الأفراد الذين تم تشخيصهم باضطراب القلق ، وتراوحت أعمار هذه العينة ما بين (٢٥-٤٠) سنة أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فكانت مقياس هاميلتون للقلق ومقياس بيك للاكتئاب ومقياس قوة السيطرة ودراسة الحالة. وأظهرت نتائج هذه الدراسة تحسناً دالاً لصالح أفراد العينة التي تلقت برنامج العلاج المعرفي السلوكي بينما الأفراد الذين تلقوا برنامج التغذية المرتدة لم تكن درجة التحسن دالة.

دراسة روبرت وآخرين (٢٠٠٠) Robert, L. et. al:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق . وقد تكونت عينة الدراسة من (٢٦) مريضاً من الذين يعانون من اضطراب القلق ، وتم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين، والمجموعة الأولى وهي المجموعة التجريبية وكان عدد أفرادها (١٤) مريضاً. بينما كانت المجموعة الثانية وهي المجموعة الضابطة وكان عدد أفرادها (١٢) مريضاً. وأظهرت نتائج هذه الدراسة تحسناً ملحوظاً بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي. كما أوضحت نتائج الدراسة تحسناً لسته من المرضى خلال فترة المتابعة، بينما كان ٢٠ مريضاً لم يستطيع الباحث متابعتهم.

دراسة أوست وآخرين (٢٠٠٠) Oest, L. et. al:

هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين التدريب على الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق . وقد تكونت عينة الدراسة من (٣٣) مريضاً من المرضى المراجعين للعيادات الخارجية وتراوح أعمارهم ما بين (٢٠-٦٠) سنة. وهؤلاء المرضى تم تشخيصهم باضطراب القلق حسب دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها الثالث المعدل (١٩٨٧). D. S: M III. R). وقد قسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين، المجموعة الأولى التدريب على

الاسترخاء وتلقى أفراد هذه المجموعة برنامجاً علاجياً مكون من (١٢) جلسة، أمّا المجموعة الثانية فهي مجموعة العلاج المعرفي السلوك وتلقى أفراد هذه المجموعة برنامجاً علاجياً مكون من (١٢) جلسة مع فترة متابعة لمدة سنة واحدة. أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فهي مقياس التقدير الذاتي للقلق.

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

فروض الدراسة :

في ضوء الإطار النظري ونتائج الدراسات السابقة يفترض الباحث الفروض التالية لدراسته:

- ١- توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القلق للقياسين القبلي والبعدي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي في اتجاه القياس القبلي^(*) (المجموعة التجريبية).
- ٢- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القلق للقياسين البعدي والتبقي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية).
- ٣- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القلق لدى مجموعتي العلاج المعرفي .
- ٤- السلوكي (للمجموعة التجريبية) والعلاج الدوائي (المجموعة الضابطة) في مرحلة القياس البعدي.

(*) تشير الدرجة المرتفعة على مقياس القلق المستخدم إلى زيادة نسبة القلق، والدرجة المنخفضة على مقياس القلق تشير إلى انخفاض القلق،

منهج الدراسة: وهو المنهج التجريبي الذي يتضمن المتغيرات التالية:

١- المتغير المستقل **Independent variable**: الذي يتمثل في برنامج العلاج المعرفي السلوكي والذي تسعى الدراسة لمعرفة تأثيره على اضطراب القلق لدى المراجعين للعيادات النفسية بمحافظة الطائف بالمملكة العربية السعودية وفاعليته في خفض اضطراب القلق لديهم كمتغير تابع.

٢- المتغيرات التابعة **Dependent variables**: وهى التغيرات السلوكية والنفسية الناتجة لدى المرضى الذين يعانون من بعض اضطراب القلق بعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة.

عينة الدراسة :

تتكون عينة الدراسة الحالية من (٢٠) فرداً من المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الطائف، والذين يعانون من اضطراب القلق وفقاً للتشخيص الطبي والنفسي، بحيث ينقسمون إلى مجموعتين:

المجموعة التجريبية :

وتضم (١٠) أفراد ممن يعانون من اضطراب القلق، والمترددين على العيادات النفسية وممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (١٨ - ٤٥) سنة .

المجموعة الضابطة :

وتضم (١٠) أفراد ممن يعانون من اضطراب القلق والمترددين على العيادات النفسية ويعالجون بالعقاقير الطبية ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (١٨ - ٤٥) سنة ..

الأدوات المستخدمة بالدراسة وهي:

- مقياس مستشفى الطائف للقلق، إعداد فهد الدليم وآخرون، (١٩٩٣م).

صدق المقياس :

لقد تم حساب صدق المقياس بأكثر من طريقة ومنها :-

أ- صدق المحكمين (صدق المحتوى) .

وقد أثبتت النتائج درجة عالية من الاتفاق بين المحكمين وعددهم (٢٥)

طبيياً نفسياً بمستشفى الصحة النفسية بالطائف .

ب- الصدق العملي :

حيث تمت عملية التحليل العملي للمقياس . وقد بينت النتائج صدق

المقياس العملي والجدول رقم (١) يبين قيمة معاملات الشيوع لكل فقرة في

المقياس.

جدول رقم (١)

قيمة تشبعات الفقرات على عملي مقياس القلق بعد التدوير

رقم الفقرة	العامل الأول	العامل الثاني
١	٠.٢٢١٨٠	٠.٥٠٦٢٣
٢	٠.٥٠٩٨٣	٠.٢٨٣٤٦
٣	٠.٥٤٣٤٨	٠.٢٨٠٥٧
٤	٠.٥٧٠٦٤	٠.١٦٩١٢
٥	٠.٥٥٤٠١	٠.١٦٦٨٠
٦	٠.٥١٩٢٨	٠.١٨٥٠٤
٧	٠.٤٧١٦٠	٠.٠١٢٨٤
٨	٠.٣٣٧٧٢	٠.٣٦٤٠٤
٩	٠.٤٣٨٩٧	٠.١١٠٢٨

د. حامد أحمد الغامدي

رقم الفقرة	العامل الأول	العامل الثاني
١٠	٠.٥١١٢٩	٠.٠٦٠٤٧
١١	٠.٤٩١٦٥	٠.١٣٦٨٥
١٢	٠.٥٥٣٧٩	٠.١٥٦١٦
١٣	٠.٥٤٥٧٦	٠.١٥٢٩١
١٤	٠.٤٧٧٥٥	٠.٠٨٠٣٤
١٥	٠.٤٤٧٩٧	٠.٠٣٠٥٠
١٦	٠.٥٢٧٩٠	٠.١١٢٠٥
١٧	٠.٥١٥٣٣	٠.٢٦٧٥٥
١٨	٠.٤٥٢٤٢	٠.١٦٣٦٤
١٩	٠.٣٧٠٢٩	٠.٢٦١٩٧
٢٠	٠.٤٦٨٠٦	٠.٢٥٧٩٩
٢١	٠.٥١٧٢٤	٠.٢٧٤٣٤
٢٢	٠.٤١٤٦٤	٠.٣٠٦٩٢
٢٣	٠.٣٨٩٧٣	٠.٣٨٥٩٩
٢٤	٠.٤٧٤٥٩	٠.١٣٦٩٧
٢٥	٠.١٧٧١٩	٠.٦٢٦٢١
٢٦	٠.٥٠٩٩٤	٠.٣٢٤٩٥
٢٧	٠.٥٠٩٨٢	٠.٣٨٢٢٨
٢٨	٠.٤١٦٣٦	٠.٣٨٧٨٠
٢٩	٠.٥١٣٣٩	٠.١٢٨٩٤

مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق العام لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية

رقم الفقرة	العامل الأول	العامل الثاني
٣٠	٠.٠٥٥٩٠	٠.٦٢٢٦٠
٣١	٠.٠٠٦٨٣	٠.٥٥٩١٤
٣٢	٠.٤٨٩٧٥	٠.١٤٨٠٠
٣٣	٠.٠٤١٠٦	٠.٦٥٢٥٧
٣٤	٠.٤٩١٧٨	٠.٠٣٠٢٤
٣٥	٠.٩٢١٥	٠.٤٤٩٤٠
٣٦	٠.٠٦٨٢٣	٠.٦٠٧٠٩
٣٧	٠.٠٤٩٥٥	٠.٥٢٩٨٦
٣٨	٠.٣٤٧٩١	٠.٢٣٠٨١
٣٩	٠.٥١٧٨٩	٠.٢٥٥٠٥
٤٠	٠.١٠٣٤٦	٠.٤٦٠١١
٤١	٠.٣٧٤٨٩	٠.٢٤٨٥٩
٤٢	٠.٥٠٤٢٦	٠.١٤٦٨١
٤٣	٠.٤٩١٥٢	٠.٠٠٣٥٠
٤٤	٠.٣١٤٥٦	٠.١٧١٢٦
٤٥	٠.١٣٢٦٢	٠.٥٨٣٨٥
٤٦	٠.٥١٣٦٩	٠.٣٣١٨٢
٤٧	٠.٤٧٩٧٤	٠.٢٣٢٥٧

ثبات المقياس :

لقد تم حساب ثبات المقياس بأكثر من طريقة ومنها :-

١- معامل (الفاكرونباخ) وبلغت قيمته (٠.٩١.٨) وهو معامل مرتفع .

٢- معامل الاتساق الداخلي :-

وكانت قيمة معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات المقياس وبين مجموع العبارات داخل البعد الواحد دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠٥) وهذا يؤكد ثبات المقياس كما يدل أيضاً على صدقه وعلى صلاحيته للاستخدام في البيئة السعودية .

وقد تم إلغاء الفقرات أرقام ٧، ٨، ٢٤، ٤٧، من المقياس على الرغم من دلالتها الإحصائية وذلك لصغر قيمة معاملات الارتباط الخاصة بها مما يدل على عدم قوتها أو مساهمتها في تفسير العوامل.

جدول رقم (٢)

معاملات الارتباط بين كل فقرة ومجموع الفقرات في مقياس القلق
(معامل الاتساق الداخلي)

رقم الفقرة	قيمة ر	رقم الفقرة	قيمة ر	رقم الفقرة	قيمة ر
١	٠.٤٧٠	١٨	٠.٤٩٠	٣٥	٠.٤٩٦
٢	٠.٥٦٥	١٩	٠.٥٥٧	٣٦	٠.٣٩٩
٣	٠.٥٨٩	٢٠	٠.٤٥٣	٣٧	٠.٤٠٧
٤	٠.٥٥١	٢١	٠.٤٢٩	٣٨	٠.٣٤٩
٥	٠.٥٤٦	٢٢	٠.٥١١	٣٩	٠.٣٩٦
٦	٠.٥٢١	٢٣	٠.٥٦٩	٤٠	٠.٣٥١
٧	٠.٢٣٣	٢٤	٠.١٥١	٤١	٠.٤٢٣
٨	٠.٢٢٢	٢٥	٠.٤٩٥	٤٢	٠.٥٦٨
٩	٠.٤١٥	٢٦	٠.٥١٧	٤٣	٠.٣٥٦

مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق العام لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية

رقم الفقرة	قيمة ر	رقم الفقرة	قيمة ر	رقم الفقرة	قيمة ر
١٠	٠.٤٦٩	٢٧	٠.٤٧٠	٤٤	٠.٤٥٥
١١	٠.٤٢٥	٢٨	٠.٤٩٦	٤٥	٠.٣٥٩
١٢	٠.٤٠٨	٢٩	٠.٥٩٥	٤٦	٠.٤١٩
١٣	٠.٤٨٢	٣٠	٠.٦١٠	٤٧	٠.١٥٥
١٤	٠.٥٣٥	٣١	٠.٥٤٢	٤٨	٠.٣٦٧
١٥	٠.٥٤٠	٣٢	٠.٤٩٩	٤٩	٠.٤٤٦
١٦	٠.٣٧٠	٣٣	٠.٤٠٦	٥٠	٠.٦٠٢
١٧	٠.٣٩٨	٣٤	٠.٣٢١	٥١	٠.٥٢٦

- استمارة دراسة الحالة إعداد (الباحث).
- برنامج العلاج المعرفي السلوكي إعداد (الباحث).
- بطاقة التسجيل اليومي لمراقبة الذات، إعداد آرون بيك وترجمة رثيفة عوض.
- سجل الأفكار البديلة، إعداد ناصر المحارب.
- تتحدد الدراسة بالعينة المستخدمة من المرضى الذكور المراجعين للعيادات النفسية، وتتكون من ٢٠ فردًا ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ١٨ - ٤٥ سنة. بواقع ١٠ أفراد تمثل المجموعة التجريبية و ١٠ أفراد تمثل المجموعة الضابطة.
- كما تتحدد هذه الدراسة بمكان إجرائها في مستشفى الصحة النفسية بالطائف .

الأساليب الإحصائية:

استخدم الباحث اختبار (ت) T.test للمقارنة بين أفراد عينة الدراسة في القياس القبلي والقياس البعدي والقياس التبعي.

البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي :

يعد البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة من الأدوات الأساسية التي تم

إعدادها لتحقيق أهداف الدراسة، وهو برنامج علاجي يشتمل على العديد من الأساليب والفنيات المنتقاة بما يتناسب مع الجلسات النفسية ومع طبيعة الاضطراب الذي يعاني منه المريض.

هدف البرنامج العلاجي:

يهدف البرنامج العلاجي إلي خفض درجة القلق لدى عينه من المرضى المراجعين للعيادة النفسية.

حدود الدراسة:

تحدد الدراسة بالعينة التي تم اختيارها من مرضى القلق العام المترددين على العيادة النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف

مدة البرنامج :

استمر البرنامج العلاجي ثلاثة عشر جلسة مدة كل جلسه منها خمسون دقيقة بواقع جلستين أسبوعيا ، وطبق البرنامج بطريق فرديه على أفراد العينة

محتويات البرنامج:

يحتوي البرنامج العلاجي على ثلاثة عشر (١٣) جلسة علاجية قائمة على فنيات العلاج المعرفي السلوكي عند بيك Beck ، ويوضح الجدول مخطط البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، ويتضمن أهداف الجلسة والفنيات المستخدمة وزمن الجلسة ونوع الجلسة، عدد الجلسات وهو كالتالي:

برنامج العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة	نوع الجلسة
الجلسة الأولى	التعارف مع المرضى وعرض محتوى البرنامج، وتطبيق المقياس.	الحوار والمناقشة.	٥٠ دقيقة	فردية
الجلسة الثانية	شرح المفاهيم الأساسية للقلق وأنواعه وأسبابه وتعريف المريض بآثار القلق، وإكمال استمارة دراسة الحالة "تحديد المشكلة".	المحاضــرة، المناقشة، مراقبة الذات، الواجب المنزلي.	٥٠ دقيقة	فردية
الجلسة الثالثة	شرح فنية الاسترخاء وتدريب المريض عليها، ومراجعة الواجب المنزلي.	المحاضــرة والمناقشة، والاسترخاء، مراقبة الذات، الواجب المنزلي.	٥٠ دقيقة	فردية

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة	نوع الجلسة
الجلسة الرابعة	مراجعة الواجب المنزلي، ممارسة التدريب على الاسترخاء وشرح فنية التخيل.	المحاضرة المبسطة، الواجب المنزلي، التدريب على الاسترخاء، فنية التخيل.	٥٠ دقيقة	فردية
الجلسة الخامسة	تدريب المريض على الاسترخاء، مراجعة الواجب المنزلي.	الواجب المنزلي، صرف الانتباه، التدريب على الحوار الذاتي.	٥٠ دقيقة	فردية
الجلسة السادسة	مناقشة الواجب المنزلي، التدريب على ممارسة الاسترخاء.	المناقشة، صرف الانتباه، التخيل، التدريب على الاسترخاء، الواجب المنزلي	٥٠ دقيقة	فردية
الجلسة السابعة	تدريب المريض على كيفية مواجهة القلق والخوف والتوتر، وكيفية استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية.	الواجبات المنزلية، ممارسة الاسترخاء، صرف الانتباه، اختبار الدليل، التخيل.	٥٠ دقيقة	فردية

مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق العام لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة	نوع الجلسة
الجلسة الثامنة	تدريب المريض على كيفية مواجهة القلق والخوف والتوتر، وكيفية استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية.	الواجبات المترتبة، ممارسة الاسترخاء، صرف الانتباه، اختبار الدليل، التخيل.	٥٠ دقيقة	فردية
الجلسة التاسعة	تدريب المريض على كيفية مواجهة القلق والخوف والتوتر، وكيفية استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية.	الواجبات المترتبة، ممارسة الاسترخاء، صرف الانتباه، اختبار الدليل، التخيل.	٥٠ دقيقة	فردية
الجلسة العاشرة	تدريب على تمارين الاسترخاء، تحديد الأفكار السلبية وإحلال الأفكار الإيجابية محلها.	الواجب المترتب، الحوار الذاتي، اختبار الدليل، ممارسة تمارين الاسترخاء.	٥٠ دقيقة	فردية
الجلسة الحادية عشر	تدريب على تمارين الاسترخاء، تحديد الأفكار السلبية وإحلال الأفكار الإيجابية محلها.	الواجب المترتب، الحوار الذاتي، اختبار الدليل، ممارسة تمارين الاسترخاء.	٥٠ دقيقة	فردية

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة	نوع الجلسة
الجلسة الثانية عشر	تدريب على تمارين الاسترخاء، تحديد الأفكار السلبية وإحلال الأفكار الإيجابية محلها.	الواجب المتزلي، الحوار الذاتي، اختبار الدليل، ممارسة تمارين الاسترخاء.	٥٠ دقيقة	فردية
الجلسة الثالثة عشر	مراجعة وتلخيص ما دار بالجلسات السابقة، تطبيق مقياس القلق.	الحوار والمناقشة.	٥٠ دقيقة	فردية

نتيجة الدراسة ومناقشتها

هدف الدراسة الحالية التحقق من مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق من خلال برنامج العلاج المعرفي السلوكي من إعداد (الباحث) لدى عينة من مراجعي العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف بالمملكة العربية السعودية، وإلى إي مدى يكون هذا البرنامج ذو فاعلية في صورة تتبعية لعينة الدراسة بعد تطبيق البرنامج لمدة شهر. وفي ضوء ذلك حدد الباحث ثلاثة فروض يسعى إلى التحقق منها، لذا قام الباحث بتطبيق أدوات الدراسة والبرنامج العلاجي على عينة الدراسة الحالية، ثم أخضعت البيانات للتحليلات الإحصائية، وفيما يلي نتائج الدراسة في ضوء فروضها، ويتبع ذلك مناقشة النتائج:

نتيجة الفرض الأول:

ينص هذا الفرض على أنه "توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القلق للقياس القبلي والبعدي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي في اتجاه القياس القبلي" (*). وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد العينة على مقياس القلق، ومن ثم حساب الفروق بين متوسطات الدرجات في القياس القبلي والبعدي باستخدام اختبار (ت) T: test

جدول (٣)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) ودالاتها الإحصائية لدرجات أفراد العينة على مقياس مستشفى الطائف للقلق قبل العلاج وبعده.

القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
القياس القبلي	٧١	٢.١٠	٩	٠.٠١
القياس البعدي	٦٢	٢.٥٨		

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي، والقياس البعدي على مقياس مستشفى الطائف للقلق، وقد جاءت الفروق باتجاه القياس القبلي بمتوسط قدره (٧١) درجة مقابل (٦٢) درجة، وأن قيمة "ت"

(*) يشير ارتفاع الدرجة على المقياسين المستخدمين على زيادة نسبة اضطراب القلق وانخفاض الدرجة على المقياس يدل على انخفاض نسبة اضطراب القلق.

(٩) وهذه القيمة دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) وهذا يحقق صحة الفرض الأول للدراسة.

نتيجة الفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القلق للقياس البعدي والتبقي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية)".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد العينة على مقياس مستشفى الطائف للقلق، ومن ثم حساب الفروق بين متوسطات الدرجات في القياس البعدي والتبقي باستخدام اختبار T. test، ويوضح الجدول التالي نتائج ذلك.

جدول (٤)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) ودالاتها الإحصائية لدرجات أفراد العينة على مقياس مستشفى الطائف للقلق للقياس البعدي والتبقي للعلاج

القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
القياس البعدي	٦٢	٢.٥٨	١.٥	٠.١٦٨
القياس التبقي	٦٣	٢.٥٨		

يتضح من الجدول السابق أنه لا يوجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في كل من القياسين البعدي والتبقي حيث بلغت قيمة ت (١.٥) وهذه القيمة غير دالة إحصائياً. وهذا يحقق صحة الفرض الثاني.

نتيجة الفرض الثالث:

ينص هذا الفرض على أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القلق لدى مجموعتي العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية) والعلاج الدوائي (المجموعة الضابطة) في مرحلة القياس البعدي. ولتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب متوسط درجات القلق لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية) وانحرافها المعياري ومتوسط درجات القلق وانحرافها المعياري لدي مجموعة العلاج الدوائي (المجموعة الضابطة) واختبار دلالتها (ت) لدلالة الفروق بين المجموعتين لمقياس مستشفى الطائف للقلق ويوضح الجدول التالي نتائج ذلك. جدول (٥) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) ودلالاتها الإحصائية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس مستشفى الطائف للقلق بعد العلاج لكلا المجموعتين

القياس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	١١٦	٦.٠٨	١.٣٨	٠.١٨٣
المجموعة الضابطة	١١٢	٦.١٨		

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة التجريبية وبين متوسطات درجات أفراد العينة الضابطة بعد العلاج حيث بلغت قيمة "ت" (١.٣٨) وهذه الدرجة غير دالة إحصائياً وهذا يحقق صحة الفرض الثالث.

وفي ضوء ما سبق يمكن القول بأن النتائج قد جاءت متسقة مع التراث النفسي، وهذا ما أوضحه علماء العلاج المعرفي السلوكي، حيث أكدوا على قدرة الإنسان على فهم ما يحدث له من الاضطراب وما يعانيه من مشكلات، إلا أن الاضطراب النفسي الذي يعاني منه الفرد ما هو إلا نتيجة سوء تفسيره وتأويله للموقف الذي يحدث له .

ويذكر أرون بيك A. Beck, (٢٠٠٠: ١٧٢-١٧٤) أن الاضطرابات النفسية تتمركز حول انحرافات معينة في التفكير، فالعلاج المعرفي السلوكي يقوم بتقديم المساعدة للمريض بالتغلب على عجز المريض عن الفهم والتمييز، وعلى ادراكاته المشوهة، وطرائقه في خداع ذاته. فالعلاج المعرفي السلوكي يتألف من كل الاتجاهات أو المداخل التي تخفف الكرب النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة، والإشارات الذاتية المغلوطة، ولا يعني أن التأكيد على التفكير إهمال الاستجابات الانفعالية التي هي المصدر المباشر للضيق أو الكرب النفسي، وهناك أساليب عديدة لمساعدة المريض على أن يقيم نفسه وعالمه تقيماً أكثر واقعية، فالعلاج العقلاني يساعد على كشف المفاهيم الخاطئة واختبار صحتها وإحلال مفاهيم أكثر ملائمة، وعندما يعرف المريض أن القواعد التي استند إليها في توجيه فكره وسلوكه قد أضلته وخدعته، كما أن الاتجاه الخبراتي يعتمد إلى تعريض المريض لخبرات تكوّن في نفسه قوة كافية لتغيير مفاهيمها الخاطئة، فالتفاعل مع الآخرين في مواقف منظمة مثل جماعات المواجهة، أو العلاج النفسي التقليدي، قد يساعد المريض على أن يدرك الآخرين إدراكاً أكثر واقعية، ومن ثم يعدل المريض استجاباته غير التكيفية وغير الملائمة تجاههم، ففي جماعات المواجهة فإن الخبرات البين شخصية قد تخترق التوجهات غير التكيفية التي تعوق المريض عن

مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق العام لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية

المشاعر الصادقة، فكثيراً ما يستجيب المريض للدفع والقبول الذي يمنحه إياه المعالج بأن يعدل مفهومه الخاطيء. وأحياناً يمكن تحقيق فاعلية العلاج النفسي عن طريق حث المريض على أن يدخل في مواقف كان يتجنبها سابقاً بسبب مفاهيمه الخاطئة عنها كما أن هناك يوجد الاتجاه السلوكي الذي يحث المريض على تبني أنماط معينة من السلوك هدفها تغيير نظرتة إلى نفسه وإلى العالم الواقعي.

تفسير النتائج

تناولت هذه الدراسة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق (اضطراب القلق) لدى عينة من مراجعي العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف.

يتضح من نتائج الدراسة الحالية مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق ويرى الباحث الحالي أن التحسن الذي طرأ على أفراد العينة يرجع إلى فاعلية وجدوى البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة، حيث استهدف البرنامج العلاجي الجانب المعرفي والانفعالي والسلوكي للمريض، كما احتوى البرنامج العلاجي فنيات مختلفة وذلك من أجل تعديل أفكار ومعتقدات المريض الخاطئة.

ويتضح من خلال نتيجة الفرض الأول وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي في اتجاه القياس القبلي^(*)، وهذا يعني أنه قد حدث تحسن للمرضى بعد تطبيق البرنامج

(*) يشير ارتفاع الدرجة على المقياس المستخدم على زيادة نسبة اضطراب القلق وانخفاض الدرجة على المقياس يدل على انخفاض نسبة اضطراب القلق

العلاجي . ويرجع الباحث هذا التحسن إلى انتظام أفراد المجموعة التجريبية في جلسات البرنامج العلاجي ، حيث كانت الفنيات المستخدمة ذات معنى في حياة المريض، مما جعله أكثر وعياً وحرصاً على الاستفادة من البرنامج العلاجي. ونتيجة هذه الدراسة تتفق مع ما جاء بالدراسات السابقة ومن تلك الدراسات دراسة أنتز (Arntz ٢٠٠٣) والتي أوضحت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء في علاج مرضي اضطراب القلق، فقد أجرى الباحث دراسته على عيتين العينة الأولى تلقت العلاج المعرفي السلوكي والعيينة الثانية تلقت التدريب على الاسترخاء، وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامجين بعد الانتهاء من تطبيق، كما أن نتيجة تدريب الاسترخاء أظهرت تحسناً أفضل من العلاج المعرفي السلوكي خلال فترة المتابعة، ومن الجدير بالذكر أن الباحث الحالي قد استخدم العلاج المعرفي السلوكي وفنية التدريب على الاسترخاء لخفض اضطراب القلق واضطراب الرهاب الاجتماعي، وهذا ما يؤكد فاعلية العلاج المعرفي السلوكي المستخدم في هذه الدراسة.

كما تتفق أيضاً نتائج هذه الدراسة مع دراسة روبرت وآخرين (Robert, et.al ٢٠٠٠) من حيث فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة القلق لدي المرضى.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة أوست وآخرين (Oest, et.al ٢٠٠٠) والتي أجرت مقارنة بين التدريب على الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضي اضطراب القلق، فقد أثبتت هذه الدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي وفنية التدريب على الاسترخاء وأنه لا يوجد بينهما اختلافاً في درجة التحسن.

ومما سبق يتضح أن غالبية الدراسات السابقة قد اتفقت على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة اضطراب القلق، بينما رأى بعض الباحثين أن العلاج المعرفي السلوكي لا يتميز عن غيره من الأساليب العلاجية الأخرى من حيث الفاعلية أما بالنسبة للدراسة الحالية فقد زاوجت بين العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء بينما بعض الدراسات السابقة فصلت بينهما وجعلت العلاج المعرفي السلوكي برنامجاً مستقلاً لعلاج القلق والتدريب على الاسترخاء برنامجاً آخر لعلاج القلق.

وعلى ضوء الفرض الأول: وما وافقه من نتائج دراسات سابقة يؤكد الباحث أهمية التدخل العلاجي بهدف تصحيح وتعديل الأفكار الخاطئة، واستبدالها بأفكار إيجابية، فالعلاج المعرفي السلوكي يشير إلى أهمية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، ويقول أرون بيك في هذا الصدد أن النموذج العلاجي يقوم على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه وكذلك اتجاهاته وآرائه ومثله تعد جميعاً بمثابة أمور هامة، وذات صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو الخاطئ، فالأفكار السلبية تكون السبب في الانفعال غير الصحيح وبالتالي تؤدي هذه الأفكار السلبية إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية، ويرى الباحث الحالي أن العلاج المعرفي السلوكي غني بفنياته المتعددة التي يستطيع المعالج السلوكي المعرفي انتقاء ما يناسب طبيعة السلوك المطلوب تعديله.

وتشير نتيجة الفرض الثاني إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية (مجموعة العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق) في القياسين البعدي والتبعي، وهذا يعني استمرار التأثير الإيجابي والفعال للبرنامج العلاجي، وأن ثبات التحسن إلى حد ما بعد شهر من

انتهاء البرنامج العلاجي (فترة المتابعة) وعدم حدوث انتكاسة يؤكد فاعلية هذا الأسلوب العلاجي، حيث تتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسات سابقة مثل دراسة أرنتز (٢٠٠٣) Arntz وهذه الدراسة قامت بإجراء مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي، والتدريب على الاسترخاء ، وأظهرت نتيجة هذه الدراسة أن كلا الطريقتين أثبتتا فاعليتهما بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي، وبعد انتهاء فترة المتابعة التي تمثلت بستة أشهر، كما تتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسة ميكل وآخرين (٢٠٠٣) michel, et.al حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في علاج مرضى اضطراب القلق، وأظهرت نتيجة هذه الدراسة فاعلية هذا الأسلوب العلاجي بعد انتهاء البرنامج، وبعد الانتهاء من فترة المتابعة.

ومن خلال هذه الدراسة والدراسات السابقة يتضح مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة القلق للمرضى المراجعين للعيادات النفسية، فالعلاج المعرفي السلوكي يركز على إعادة البناء المعرفي والأطر التخطيطية لإكساب المريض البصيرة، وكيفية التفكير وتغيير الأفكار السلبية، فالنموذج المعرفي لا يتعامل مع الأعراض فقط، وإنما يتعامل مع الأفكار الأكثر عمومية، ومع نظرة المريض للحياة، وبذلك يعد المريض لتجنب الوقوع في الاضطراب الانفعالي مرة أخرى بسبب أفكاره الخاطئة ، وبالتالي يكون قادراً على التعامل مع الصعوبات التي تواجهه مستقبلاً نتيجة لعوامل داخلية أو خارجية، فكما يرى علماء المدرسة المعرفية بأن العلاج المعرفي السلوكي يحدث تغييرات معرفية وانفعالية وسلوكية تجعل الفرد أقل اضطراباً في الوقت الحاضر وأقل قابلية للاضطرابات في المستقبل.

وفيما يتعلق بنتيجة الفرض الثالث: يتضح أن هذا الفرض تحقق، فقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعتين (المجموعة التجريبية)، و(المجموعة الضابطة) في مرحلة القياس البعدي، وهذا يشير إلى عدم وجود فروق جوهرية بين متوسطي درجات القلق لدى مجموعتي الدراسة، وبذلك اتضح من خلال نتائج هذه الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي كلاهما ذو فاعلية في خفض درجة اضطراب القلق لدى مرضى عينة الدراسة. حيث يؤكد علماء العلاج المعرفي السلوكي أن الإنسان لديه القدرة على فهم ما يحدث له من اضطرابات وعلى ما يعانيه من مشكلات، وأن الاضطرابات النفسية ما هي إلا نتيجة تفسيره الخاطئ للأمور بطريقة خاطئة،

توصيات الدراسة

- ١- ضرورة إعداد برامج عن أساليب الإرشاد والعلاج النفسي المختلفة، ومن ضمنها برامج عن فنيات العلاج المعرفي السلوكي وذلك من أجل إعداد وتدريب الأخصائيين العاملين في العيادات النفسية والباحثين عليها، بحيث تتضمن هذه البرامج مفاهيم أساسية عن طبيعة كل برنامج مع أمثلة ونماذج حيه توضح سير البرنامج.
- ٢- الحاجة الماسة إلى مسح شامل ودقيق لتحديد حجم مشكلة اضطرابات القلق ولاضطرابات النفسية الأخرى في المجتمعات العربية والسعودية بوجه خاص.
- ٣- ضرورة وجود مراكز للعلاج النفسي بصفة عامة والعلاج المعرفي بصفة خاصة في المستشفيات النفسية، أو بإحدى مراكز الرعاية الأولية، حتى يكون المريض مهياً نفسياً للعلاج النفسي، حيث أن الفكرة السائدة لدى بعض المجتمعات أن الفرد الذي يراجع المستشفيات النفسية انه مريض عقلياً..

- ٤- ضرورة تقنين أدوات البحث والقياس بحيث تتلاءم مع الخلفية الثقافية والاجتماعية لكل مجتمع.
- ٥- يوصي الباحث بضرورة إعداد برامج تلفزيونية، وعبر وسائل الإعلام الأخرى لإرشاد الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات النفسية بمراجعة مراكز العلاج النفسي أو العيادات النفسية والبعد عن المشعوذين.
- ٦- كما يوصي الباحث ذوى المريض والأشخاص المحيطين به الاهتمام بالمريض وتهيئة الجو المناسب، وأبعاده عن الصراع النفسي وعن المثيرات المسببة لآلامه وانفعالاته.

المراجع

- ١- أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٢- أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٠) الدراسة التطورية للقلق، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، الطبعة الثانية.
- ٣- آرون بيك (٢٠٠٠) العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمه: عادل مصطفى، القاهرة، دار الأفق العربية.
- ٤- أمثال هادي الحويلة، أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٢) مدى فاعلية تمارين الاسترخاء العضلي في خفض القلق لدى طالبات الثانوي الكويتيات، دراسات نفسية، دورية علمية سيكولوجية ربع سنوية محكمة، المجلد الثاني عشر، لعدد الثاني، القاهرة، ص ص ٢٧٣-٢٩٤.
- ٥- الأزرق بوعلو (١٩٩٣) الإنسان والقلق، القاهرة، سينا للنشر.
- ٦- حسين فايد (٢٠٠٠) الاضطرابات السلوكية، القاهرة، طيبة للنشر والتوزيع.
- ٧- عادل عبد الله (٢٠٠٠) العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، القاهرة، دار الرشاد
- ٨- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) العلاج السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادينه التطبيقية، القاهرة، الدار العربية للنشر والتوزيع
- ٩- علاء الدين كفاقي (١٩٩٧) الصحة النفسية، الطبعة الرابعة، القاهرة، هجر للطباعة والنشر.
- ١٠- علي كمال (١٩٩٤) العلاج النفسي قديماً وحديثاً، بيروت، المؤسسة العربية للدراسات والنشر.

- ١١- فهد الدليم وآخرون (١٩٩٣) مقياس مستشفى الطائف للقلق، الطائف، مطابع المشهوري
- ١٢- ناصر المحارب (٢٠٠٠) المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي، الرياض، دار الزهراء
- ١٣- نعيم الرفاعي (٢٠٠١) الصحة النفسية، دراسة في سيكولوجية التكيف، دمشق الطبعة الرابعة.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

- 1 - American Psychiatric Association (2000) D.S.M IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Published by the American Psychiatric Association, Washington DC, PP 450-45
- 2- Arntz; A (2003) Cognitive Therapy Versus Applied Relaxation as Treatment of Generalized Anxiety Disorder, Behaviour Research and therapy vol 41 (6) 633-646
- 3- Christine, E. Reilly; Leslie Sokol; Andrew, C. Butler (1999) A Cognitive Approach to understanding and Treating Anxiety. Human Psychopharmacology.Clinical, John Wiley Sons. Vol (14), 16
- 4- Christine, E. Reilly; Leslie Sokol; Andrew, C. Butler (1999) A Cognitive Approach to understanding and Treating

- Anxiety. Human Psychopharmacology.Clinical, John Wiley Sons. Vol (14), 16
- 5- Dubovsky , L , S (1996) Anxiety Disorder in Psychiatry, Edity by : James .H Sully (3RD ED) Mss Publishing Co, Giza Egypt
- 6- Freeman, Arthur; Pretzer, James; Fleming, Barbara; Simon, Karen; (1993) Clinical Applications of Cognitive Therapy, Plenum, Press, New york
- 7- Glass; Shea (1986) Cognitive Therapy and Pharmacological Treatments for Shyness and Social Anxiety, In W. H. yens, Imcheak; S.R Briggs and Treatment, New York
- 8- Linden, M; Zubragegel, D; Baer, T; franke, U Schlattmann, (2005) Efficacy of Cognitive Behaviour Therapy in Generalized Anxiety disorder. Psychotherapy, and Psychosomatics. Vol 74 (1) 36 – 42.
- 9 - Michel, Dugas,J; Ladouceur, Robert; leger, Eliane; Freeston; Mark H; Langolis, Frederic; provencher, martin, D; Boisvert, Tean Marie.(2003): Group Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder Treatment Outcome and Long, Term Follow-up. Journal of Consulting and Clinical , Psychology Vol 71 (4) 821-825

- 10 - Oest, Iars, Goeran; Breithitz, W; Elisabeth, H(2000) Applied Relaxation vs. Cognitive Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety disorder. Behaviour, research and Therapy Vol, 38 (8) 777,790
- 11 - Robert, Laduceur; Dugas, Micel, J; Feeston, Mark, H; Leger, Elianc, Gagnon, Fabien, Thibodeau, Nicole (2000) Efficacy of A Cognitive Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Evaluation in a Controlled Clinical Trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol , 68 . (6) 957 - 964.
- 12 - Robins, L. N, Helzer, J. E; Weissman, M. M; Orvas, Chel, H; Greenberg, E, Burke, J.D (1984) Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Cities Archives of General Psychiatry. Vol (41) 949-958
- 13 - Stanley, Melinda, A; Hopko, Derek, R; Diefenbach, Gretchen, J; Bourland, Stacey, L; Robdriguez, Hector; Wagener, Paula(2003): Cognitive Behavior Therapy for Late, Life Generalized Anxiety disorder

