



كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه LMD في علم النفس

تخصص: تقنيات وتطبيقات العلاج النفسي

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض درجات القلق المعم لدى عينة من الأطفال المتدربين

إشراف:

أ.د فقيه العيد

إعداد الطالبة:

عباس أسماء

أعضاء لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ.د مشريط علي
مشرفا ومقررا	جامعة تلمسان	أستاذ التعليم العالي	أ.د فقيه العيد
عضوا	جامعة وهران	أستاذ التعليم العالي	أ.د مزيان محمد
عضوا	جامعة وهران	أستاذ محاضر أ	د. هامل منصور
عضوا	جامعة تلمسان	أستاذ محاضر أ	د. بن عصمان جويدة
عضوا	جامعة مستغانم	أستاذ محاضر أ	د. بن أحمد قويدر

السنة الجامعية : 2014-2015

مقدمة:

مرحلة الطفولة هي القاعدة الأساسية لنشأة الطفل فهي بذلك الركيزة التي تبنى عليها شخصية الطفل هذه الشخصية التي تستمر معه حتى مرحلة الرشد، ويعتبر الاهتمام بالطفولة معياراً من المعايير التي يقاس بها تقدم المجتمع وتطوره، لذا قد حظيت الطفولة باهتمام ملحوظ من الأديان والشرائع السماوية، حيث أن الشريعة الإسلامية كفلت للطفل جميع حقوقه من لباس وغذاء ونفقة، وحق في التربية السليمة والتعليم وغيرها، كما حظيت الطفولة باهتمام الباحثين لكونها المرحلة الأساسية في اكتساب المعلومات، والمهارات، والقيم، والاتجاهات سواء نحو ذاته أو نحو مجتمعه.

فقد كشفت الدراسات أن توافق الفرد النفسي والاجتماعي في مرحلة المراهقة والرشد، يرجع إلى توافقه النفسي والاجتماعي أيضاً في مرحلة الطفولة، إلا أن شخصية الأطفال تتأثر أكثر من غيرها بالعوامل والظروف المحيطة بها وتتمثل في الأسرة والمدرسة والمجتمع ككل، فهذه العوامل لها التأثير البالغ والمستمر على شخصية الطفل في المستقبل، فلوحظ في السنوات الأخيرة تزايد المشكلات السلوكية، والانفعالية بين الأطفال مثل الغضب، والقلق، والإكتئاب، والعدوان، والعنف، والضغط، والخجل، والانطواء، والخوف الاجتماعي، والنشاط الزائد ونقص الانتباه، والعزف عن الدراسة، وتراجع مستوى التحصيل الدراسي والغياب عن المدرسة، أو الهروب منها، وغيرها من المشكلات التي أضحت حديث الأولياء من جهة والمدرسين من جهة أخرى، فأصبح بذلك من الضروريات الملحة التدخل للوقوف على ماهية هذه المشكلات، وإيجاد الطرق والأساليب المناسبة لحلها.

وتعد ظاهرة القلق من الظواهر الشائعة لدى الأطفال، بحيث تدخل في إطار النمو الانفعالي للطفل، فإذا كان الطفل يتمتع بالاستقرار الانفعالي الذي يتمثل في الهدوء، فسيؤدي به إلى حسن التصرف في مختلف المواقف الاجتماعية، وتعامله الجيد مع الآخرين، أما إذا كان هناك خلل انفعالي لديه فإن ذلك سيؤدي به إلى القلق والتوتر، فأصبح القلق النفسي يحتل المرتبة الأولى في الانتشار بين الأمراض النفسية، وقد وصفه الدليل الأمريكي للأمراض العقلية DSM4 على أنه من الاضطرابات انفعالية التي تبدأ منذ مرحلتها الطفولة والمراهقة.

فيعد مصطلح القلق عامة من المصطلحات المتداولة في علم النفس، فهو اضطراب جوهري ومشترك بين مختلف الاضطرابات النفسية، إلا أن مصطلح القلق لا يطلق دائماً على الاضطراب فقد يكون ذو جانب إيجابي إذ يساعد الفرد على نمو وتكوين شخصيته، وعامل مساعد على تنبيهه من المخاطر، لكن يجب أن يكون بدرجة مناسبة، لا تزيد عن المستوى الطبيعي، فيكون بذلك محفزاً على الأداء والنشاط

الفردية، ويدخل القلق حيز الاضطراب، إذا زاد مستواه عن المستوى الطبيعي، وأصبح يلزم الفرد لمدة من الزمن، وأصبح عائقا يمنع الفرد من ممارسة حياته بشكل عادي.

كما يعد اضطراب القلق من بين الاضطرابات النفسية الأكثر انتشارا، حيث يشير (Kendall, 2000) أن 10% إلى 20% من الأطفال والمراهقين شُخصوا تحت اضطرابات القلق.

إلا أن القلق عند الطفل يعتبر جزءا من النمو والتطور الطبيعي لديه عندما يكون بدرجة بسيطة وبشكل عابر، ويعد حالة مرضية تستدعي الاهتمام عندما تستمر لفترة طويلة أو تتكرر في ظهورها أو تصبح معيقة للنمو إلى درجة تكون فيها ذات أثر سلبي على الوظائف المتعلقة بالتكيف مع البيئة المحيطة بالطفل وبالتواصل الاجتماعي كأن تؤثر على حياته الاجتماعية اليومية، أو على مستوى أدائه في المدرسة، أو على مستوى صحته النفسية ككل فتسبب له الشعور الشديد بالضيق.

فمرحلة الطفولة بما تحتويه من أهمية من حيث بناء لشخصية الطفل ونموها تستوجب ألا يكون الطفل خلالها عرضة لاضطرابات تعيق هذا البناء، وهذا النمو فيجب أن نضمن للطفل جوا مستقرا يسوده الاستقرار والتوافق النفسي، الأمر الذي يتطلب تدخلا علاجيا مبكرا في هذه المرحلة أي مرحلة الطفولة بأساليب، وفنيات تتلاءم وأفكار الطفل وسلوكياته، وكذا عمره الزمني للخفض من درجات هذا النوع من القلق، فإذا ظهر القلق عند الأطفال لا بد من معالجته حالا، لأنه قد يتأزم ويتطور ويصبح حالة مزمنة تصاحب الفرد من طفولته إلى رشده، وتشير (العطية، 2002) أن مجال سيكولوجيا الطفل والصحة النفسية بوجه عام، والعلاج النفسي بوجه خاص يشهد في الآونة الأخيرة تركيزا ملحوظا، ومتزايدا في الجهود والاهتمامات الموجهة نحو الطفل وخصوصا بعد تأكيد البعض من الدراسات أن مصدر الاضطرابات النفسية في مرحلة الرشد ماهي إلا امتداد لاضطرابات نفسية في مرحلة الطفولة أو تطور لها.

لذا فإن العلاج النفسي في مرحلة الطفولة يعد ضرورة ملحة لأهمية هذه المرحلة العمرية، لما تتصف به من خصائص نمائية تميزها عن المراحل العمرية الأخرى، فإذا لم تعالج المشاكل النفسية عند الأطفال في مرحلة متقدمة، حتما ستستمر معهم إلى المراحل العمرية الموالية.

فبذلك تعد التدخلات العلاجية المعرفية السلوكية من أحدث التدخلات المستخدمة في علاج الاضطرابات النفسية بوجه عام واضطراب القلق المعم لدى الأطفال بوجه خاص.

فنظرا لتفشي هذا الاضطراب، وما يسببه من تأثيرات وانعكاسات على الصحة النفسية للطفل جاءت الدراسة الحالية لتقدم عرض شامل حول اضطراب القلق المعم عند الأطفال، وتتفحص أثر فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي متكامل في خفض درجات القلق المعم لدى عينة من الأطفال المتدرسين.

ينقسم البحث الحالي إلى جانبين جانب نظري ضم أربعة فصول، الفصل الأول عبارة عن مدخل عام للدراسة، وتضمن خلفية نظرية للدراسة من خلال عرض لمختلف الدراسات السابقة التي تناولت موضوع البحث المراد دراسته، يليه طرح عام لإشكالية الدراسة متبوعا بالأسئلة الفرعية، وفرضيات الدراسة، كما عرض هذا الفصل كل من الأهمية النظرية والتطبيقية للدراسة، والمفاهيم الإجرائية لها والمنهجية المتبعة في انجازها والحدود التي تقف عندها الدراسة.

الفصل الثاني عرضنا فيه مفهوم القلق المعم ومختلف النظريات المفسرة له، وكذا كيفية تشخيصه ومختلف الأسباب المؤدية له، وتناولنا مبحثا يخص القلق وعلاقته بالصحة النفسية للطفل.

وفي الفصل الثالث للدراسة تناولنا العلاج المعرفي السلوكي: تعريفه، نشأته، أهدافه، تقنياته وأساليبه. أما الفصل الرابع تطرقنا خلاله إلى تصميم وبناء البرنامج العلاجي المطبق في الدراسة الحالية، وتناولنا فيه أهمية البرنامج والأهداف التي يرمي إليها، ومراحل بنائه، والتقنيات المستخدمة فيه.

وفيما يتعلق بالجانب التطبيقي للبحث فضم الفصول التالية: الفصل الخامس عالج الجانب التطبيقي للبحث بداية من الدراسة الاستطلاعية إلى غاية النتائج المتوصل إليها، وفي الفصل السادس للدراسة تم عرض هذه النتائج وتحليلها ومناقشتها.

الفصل الأول:

مدخل منهجي للدراسة

1. مدخل عام للموضوع وطرح الإشكالية وصياغتها

2. فرضيات الدراسة

3. الهدف من الدراسة

4. المفاهيم الإجرائية للدراسة

5. منهجية الدراسة

6. حدود الدراسة

خلاصة عامة للفصل

1- مدخل عام للموضوع وطرح الإشكالية وصياغتها:

تشير الدراسات الأكاديمية إلى أن الأطفال المصابين بالقلق يتميزون عن غيرهم من الأطفال العاديين بصعوبة مواجهتهم للمواقف المقلقة، حيث أن توترهم يكون بصفة كبيرة، مبالغ فيها، فهم دائموا القلق من أدائهم الدراسي، ومن تنافسهم مع أقرانهم سواء دراسيا أو حتى في المجال الرياضي والثقافي، كما يقلقون على صحتهم، وعلى صحة أفراد أسرهم، فحسب (مخيمر عماد، ومحمد هبة، 2006) في (فاروق أسامة، 2001: 329) المستويات المعقولة من القلق لها قيمة بقائية، ووقائية تحمي الطفل من الخطر، بينما المستويات المرتفعة من القلق تؤدي إلى توقع مستمر للخطر مما يؤدي إلى خلل معرفي وانفعالي .

كما أشار "فارم وزملاءه" (Farne et al ,1988) في (9: 2008, Bisson) أن الطفل المصاب بالقلق يظهر لديه اضطرابات في علاقاته الاجتماعية، ووظائف التكيف مقارنة بالأطفال الآخرين، وأيضا اضطراب في تقدير الذات وتراجع كفاءاته المدرسية ، ويكون كثير التوقعات السلبية، ولديه استخفاف بمهاراته الاجتماعية .

هذا ما يخلق للطفل إعاقة في مواجهة حياته اليومية بمختلف مجالاتها، وإن لم يكن هناك تدخلا علاجيا مبكرا فإن حالة الطفل ستتأزم وتتطور نحو الأسوء، فإن تحديد الفنيات والتقنيات العلاجية الملائمة لسن الطفل واضطرابه هي من المشكلات التي تواجهنا على المستوى المعرفي والتطبيقي، وتستدعي بذلك الدراسة العلمية الأكاديمية، وهذا في نطاق بيئتنا وثقافة مجتمعنا، لاسيما وأن معظم الدراسات التي أجريت بخصوص تطوير برامج علاجية للخفض من درجات القلق بصفة عامة والقلق المعمم عند الأطفال بصفة خاصة هي دراسات أجنبية لا تتوافق مع البيئة والثقافة الجزائرية، إلا ما نذر من الدراسات العربية والتي سلطت الضوء في أغلبيتها على فئة الراشدين كدراسة بلميهوب كلثوم (بلميهوب، 2012) التي هدفت إلى التحقق من فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لدى حالة تمثلت في سيدة تبلغ من العمر 35 سنة، وبعد التحليل الوظيفي للمعلومات التي جمعت عن الحالة وضعت الباحثة خطة علاجية معرفية سلوكية تنوعت فيها عدة تقنيات كالاسترخاء ومهارة تأكيد الذات، وإعادة البناء المعرفي وحل المشكلات، والتدريب على كيفية اتخاذ القرارات بعد أربعة أشهر من العلاج كشفت النتائج عن تحسن الحالة وتحقيقها للاستقلالية.

كما قام حامد أحمد الغامدي (الغامدي، 2010) بدراسة هدفت إلى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض اضطرابات القلق والرهاب الاجتماعي لدى المرضى المترددين على العيادات النفسية

بمستشفى الصحة النفسية بالطائف، من خلال دراسته طبق برنامجا علاجيا على عينة مكونة من 40 مريض عشرون منهم يعاني من اضطرابات القلق المعمم والعشرون الباقون يعانون من الرهاب الإجتماعي تتراوح اعمارهم ما بين 18-45 سنة، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

أما عن فئة المراهقين نجد دراسة أمثال الحويلة وأحمد محمد عبد الخالق في (الغامدي، 2010) التي هدفت إلى التعرف على مدى فعالية التدريب على الاسترخاء في خفض مستوى القلق لدى عينة تكونت من 80 طالبة من طالبات المرحلة الثانوية واللواتي يعانين من اضطراب القلق وتراوحت أعمارهم بين 13-19 سنة، وقد تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعة تجريبية تكونت من 40 طالبة، ومجموعة ضابطة عدد أفرادها 40 طالبة أيضا واستمر البرنامج العلاجي لثلاث أسابيع كما احتوى على ستة جلسات علاجية بمعدل جلستين في الاسبوع لكل طالبة وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة احصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على القياس البعدي للقلق .

قام أيضا فيصل محمد خير الزاد (1997) في (العطية، 2001: 88) بدراسة هدفت إلى اختبار فعالية العلاج السلوكي المتعدد الأوجه في علاج مجموعة من الحالات لديها قلق الامتحان من طالبات المرحلة الثانوية اللواتي بلغ عددهن 28 طالبة، وبلغ متوسط أعمارهن 17.2 سنة، وقسم الباحث العينة الكلية إلى مجموعتين متجانستين ضابطة وتجريبية التي طبق عليها البرنامج العلاجي والذي تمثل في أساليب توكيد الذات وتقنيات الاسترخاء لمدة ثلاثة أشهر بواقع ثلاث جلسات أسبوعيا ولمدة 90 دقيقة وقد أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج العلاجي في تحسن مستوى قلق الطالبات .

أما فئة الاطفال نجد دراسة عزة عبد الجواد محمد عزاري (1990) في (العطية، 2001: 99-100) التي هدفت إلى استخدام فنيات السيكودراما في علاج بعض المشكلات النفسية (العدوان، التجنب، قلق الانفصال) على عينة مكونة من 30 طفل تراوحت أعمارهم ما بين 3-6 سنوات وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية السيكودراما في علاج العدوان، والتجنب بينما لم تثبت فعاليتها في علاج قلق الانفصال، لكن أسماء غريب إبراهيم (1994) في (المرجع السابق، 97-98) تبنت نفس التقنية حيث هدفت دراستها إلى التعرف على فنيات السيكودراما، وفعاليتها في خفض بعض الاضطرابات الانفعالية (القلق والخوف من الظلام، ونوبات الغضب والجمود الانفعالي) لدى عينة من الأطفال تكونت من 6 أطفال من أصل 200 طفل طبق عليهم مقياس الاضطرابات الانفعالية لدى الأطفال (من إعداد الباحثة) وتراوح سن الأطفال ما بين 6 و9 سنوات، حيث دام البرنامج العلاجي حوالي شهر ونصف وتكون من 20 جلسة علاجية

تنوعت فيها تقنيات السيكدوراما والمونولوج ولعب الأدوار وحل المشكلات لمدة 30-40 دقيقة في كل جلسة وكشفت النتائج عن فعالية بعض فنيات السيكدوراما في خفض بعض الاضطرابات الانفعالية بالإضافة تبين أن اضطرابات القلق هي الأكثر شيوعا بين الأطفال.

أيضا نجد دراسة عبد الغني عبود في نفس السنة في (العطية، 2001: 96) التي هدفت إلى التعرف على فعالية برنامج إرشادي جماعي تضمن تقنية لعب الأدوار، وحل المشكلات، والمناقشة في خفض اضطرابات القلق لدى الاطفال الذين آباءهم وأمهاتهم منفصلين حيث تكونت عينة الدراسة من 40 طفلا تراوحت أعمارهم بين 9-12 سنة، وكانت نتائج الدراسة هي انخفاض مستوى القلق لدى الأطفال بعد أربعة أشهر من العلاج .

كما تبني محمد غريب (1999) في (المرجع السابق: 92) تقنية السيكدوراما كأسلوب علاجي أيضا للتحقق من فعاليتها مثل عبد الجواد محمد عزاري (1990) وأسماء غريب ابراهيم (1994) حيث هدفت دراسته إلى التحقق من فعالية السيكدوراما في خفض القلق لدى أطفال المؤسسات الايوائية واختار الباحث 12 طفلا تراوح عمرهم بين 9 و12 سنة واستخدم الباحث مقياس القلق لفيولا البيلوي (1987) وبرنامجا إرشاديا من إعداده تكون من 21 جلسة بمعدل جلستين أسبوعيا وكشفت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج وعن عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الجنسين على مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج.

قام فوزي يوسف (1994) (العطية، 2001: 98) بدراسة هدفت إلى استخدام اللعب التمثيلي في خفض اضطرابات القلق لدى الأطفال في المدارس الابتدائية لدى عينة قوامها 60 طفلا (31 ذكور، و31 اناث) تراوح سنهم بين 10-11 سنة وأوضحت النتائج فعاليته.

كما قامت أسماء عبد الله العطية (العطية، 2001) بدراسة هدفت إلى التحقق من فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق الشائعة وسط الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة وتكونت عينة الدراسة من (746) طفلة من بعض المدارس الابتدائية للبنات (9-12) سنة أين طبق عليهم البرنامج وكشفت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج العلاجي.

أما الدراسات الأجنبية فقد تعددت وتنوعت عكس الدراسات العربية حيث نجد أن "كيندال Kendall" هو أول من طبق العلاج المعرفي السلوكي على الأطفال من خلال سلسلة من الدراسات التي خاضها إما بمفرده وإما برفقة باحثين آخرين فكانت دراسته في (1994) تهدف إلى التعرف على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق لدى الأطفال، حيث طبق العلاج على مجموعة تجريبية قوامها 27 طفل يعانون من القلق الزائد، وقلق الانفصال، والقلق الاجتماعي، فتنوعت جلساته ما بين

التدريب على التعرض للواقع، ولعب الأدوار، والاسترخاء، والتعزيز) وكشفت النتائج عن فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض درجات القلق لدى الأطفال. نفس الدراسة السابقة واصل فيها "كيندال وتريدول Kendall et Treadwell" سنة (1996) أين كشفت نتائج الدراسة عن فعالية استخدام الحوار الداخلي في معالجة الأفكار السلبية. بالمقابل قامت "باريت واخرين Barrett et al" بدراسة هدفت إلى التعرف على فعالية العلاج المعرفي السلوكي الذي يكون مرفقا بالعلاج المعرفي السلوكي للأولياء في خفض اضطرابات القلق لدى الأطفال على عينة تكونت من مجموعتين تجريبيتين، أولاهما خضعت للعلاج المعرفي السلوكي الفردي للأطفال وثانيهما خضعت للعلاج المعرفي السلوكي الفردي والعلاج الأسري أيضا، بالإضافة إلى مجموعة ضابطة لم تخضع إلى أي علاج، فأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي الذي يكون مرفقا بالعلاج الأسري. ثم جاءت دراسة "باريت Barrett" سنة (1998) امتدادا لدراستها الأولى حيث استعملت في هذه الدراسة علاجا جماعيا على عينة من الأطفال، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية هذا العلاج.

كما قام "داس وآخرون" (Dadds et al, 1997) بدراسة حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي على عينة من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق حيث كان عدد أفراد المجموعة التجريبية 19 طفلا والمجموعة الضابطة 14 طفلا، وتبين بعد 6 أشهر فعالية العلاج المعرفي السلوكي.

أما دراسة "لومكين" (Lumpkin, 1999) فهذفت إلى دراسة مدى فاعلية علاج سلوكي معرفي جماعي في خفض درجات أنواع مختلفة من اضطرابات القلق لدى عينة من الأطفال والمراهقين قوامها 12 طفلاً و 12 مراهقاً، تتراوح أعمارهم ما بين 6 إلى 17 سنة، شخّصت أنواع قلق المجموعتين وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM4، حيث قسمت أنواع القلق إلى اضطراب العصاب القهري، المخاوف البسيطة، اضطراب قلق الانفصال، الرهاب الاجتماعي، اضطراب القلق العمم، وقسمت المجموعتين إلى ثمان مجموعات، كل مجموعة تحتوي على 3 أطفال أو مراهقين، وطُبق عليهم العلاج السلوكي المعرفي، وقد أظهرت النتيجة المحورية للبحث مدى فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج اضطراب القلق.

قام "لومكين Lumpkin" في (Gendreau & Turgeon, 2007:110) أيضا بدراسة أخرى مع مجموعة من الباحثين وهم (Werns, Ginsburg, Silverman, Carmichail, 1999) على عينة من الأطفال تراوحت أعمارهم ما بين 6 إلى 12 سنة ويعانون من اضطرابات القلق، قسمت العينة إلى

مجموعتين، مجموعة تجريبية طبق عليها البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الجماعي، ومجموعة ضابطة لم يطبق عليها العلاج المعرفي السلوكي الجماعي.

أسفرت النتائج عن 64% من الأطفال اللذين انخفض مستوى القلق لديهم.

كما قامت دراسة "نوتا M.H.Naut" وآخرون (2001) بالتعرف إلى معرفة مدى فعالية علاج معرفي سلوكي في خفض درجات القلق لدى عينة من الأطفال المترددين على العيادات النفسية بالإضافة إلى تدخل علاجي معرفي موجه للأولياء، حيث تكونت عينة الدراسة من 10 ذكور و 8 إناث تراوحت أعمارهم من 8 إلى 15 سنة، وشُخصت أنواع القلق لديهم وفقاً لمعايير الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM4، خضعت العينة للبرنامج العلاجي المعرفي "لكيندال Kendall" والذي أطلق عليه « coping cat » كما خضع أولياء الاطفال لعلاج معرفي مكون من 7 جلسات، أسفرت نتائج الدراسة أن البرنامج السلوكي المعرفي ليس فعالاً لوحده في خفض درجات القلق المعمم إذا لم يرفق بتدخل علاجي معرفي للأولياء.

قام "شارت وآخريين" (Shortt et al , 2001) في (Gendreau & Turgeon, 2007 :110) باختبار فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي لعينة من الأطفال تكونت من 71 طفل تتراوح أعمارهم ما بين 6 إلى 10 سنوات وشخصوا على أنهم يعانون من اضطراب القلق المعمم، قلق الانفصال، والخوف الاجتماعي، قسمت العينة إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية، ومجموعة ضابطة، وكشفت نتائج الدراسة عن أن 69% من الأطفال اللذين خضعوا للعلاج لم تظهر عليهم الأعراض السابقة لاضطرابات القلق.

أيضا هناك دراسة قام بها "موريس وآخرون" (Muris, Mester et van Milick, 2002) في (Gendreau & Turgeon, 2007 :110) اختبروا فيها فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي على الأطفال المصابين باضطرابات القلق، وبلغت عينة الدراسة 38 طفل تتراوح أعمارهم ما بين 9 و 12 سنة قسموا إلى ثلاث مجموعات، المجموعة الأولى تقلت علاجاً معرفياً سلوكياً جماعياً، والمجموعة الثانية تلقت تدخلاً نفسياً عن طريق تقنية الـ "Placebo"، والمجموعة الثالثة لم تتلقى أي علاج.

أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي أكثر من فعالية التقنية العلاجية "Placebo" بحيث أن 80% من الأطفال اللذين خضعوا للعلاج المعرفي السلوكي الجماعي شهدوا تحسناً ملحوظاً.

أما بالنسبة للدراسات التي اعتمدت بروتوكول دراسة الحالة فهناك دراسة كل من "أيزن وسيلفرمان" (Eisen et Silverman, 1998) في (Turgeon & Parent, 2012 : 49)، حيث قاما بالكشف

عن نمطين من العلاج المعرفي السلوكي لدى أربع حالات يعانون من اضطراب القلق المعمم، وإتبعو في ذلك بروتوكول دراسة الحالة.

احتوت الحصص العلاجية على تقنيات، إعادة البناء المعرفي، والاسترخاء.

أسفرت النتائج عن تحسن طفلين واستجابتهما للعلاج مقارنة بالطفلين الآخرين اللذين لم يستجيبا للعلاج.

كما قام "ليجر" (Léger et al, 2003) بتطبيق بروتوكول دراسة الحالة لسبعة مراهقين يعانون من اضطراب القلق المعمم، بحيث احتوى العلاج على (14) جلسة تنوعت فيها التقنيات العلاجية، كشفت النتائج عن تحسن ثلاث حالات فقط.

قام أيضا كل من "ويتون ولويسلي ودونالدسون" (Whitton, Luiselli, Donaldson, 2006) في (49-50 : Turgeon & Parent, 2012) بدراسة حالة لطفل يبلغ من العمر سبع سنوات ويعاني من اضطراب القلق المعمم، استخدموا معه العلاج المعرفي السلوكي الذي احتوى على: التربية النفسية، استراتيجية إدارة القلق (من خلال تمارين الاسترخاء)، إعادة البناء المعرفي، لوحظ تحسن حالة الطفل، واستمر هذا التحسن بعد خمس أشهر من المتابعة.

دراسة أخرى قام بها "زيمر جمبك ودونالدسون" (Zimmer-Gembeck, Donaldson, 2008) في (49-50 : Turgeon & Parent, 2012) على أربع حالات من المراهقين اللذين يعانون من اضطراب القلق المعمم، فقدموا برنامجا علاجيا معرفيا سلوكيا احتوى على التربية النفسية، استراتيجيات إدارة القلق، إعادة البناء المعرفي، حل المشكلات، فكتشفت نتائج الدراسة عن تحسن الحالات الأربعة.

بالمقابل نجد هناك بعض الدراسات التي قامت بمقارنة العلاج المعرفي السلوكي مع أنواع أخرى من العلاج النفسي، للاستقصاء عن أكثر العلاجات فعالية في خفض درجات القلق لدى المرضى، ففي دراسة قام بها "بوركوفك وآخرون" (Borcovec et al, 1991) في (عادل عبد الله، 2000: 218) قام فيها بمقارنة عدة علاجات وهي: العلاج غير التوجيهي، والاسترخاء، والعلاج المعرفي السلوكي في علاج القلق المعمم.

طبقت الدراسة على عينة من (55) مريض تم تقسيمهم إلى أربع مجموعات إحداها مجموعة ضابطة، والمجموعات الثلاث الأخرى تجريبية، حيث تلقت المجموعة التجريبية الأولى علاج توجيهي، بينما تلقت المجموعة التجريبية الثانية تدريبا على الاسترخاء، وتلقت المجموعة التجريبية الثالثة برنامجا للعلاج المعرفي السلوكي، وتلقت كل مجموعة (12) جلسة علاجية بواقع جلستين في الأسبوع.

كشفت نتائج الدراسة على أن العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج بالاسترخاء كانت له فعالية كبيرة في تحسن أفراد المجموعة مقارنة بالعلاج غير التوجيهي.

دراسة أخرى مماثلة أجراها "بورنز ونولين، هوكسيما" (Burns et Nohen-Hoksema, 1993) في (عادل عبد الله، 2000: 218) ، قارنوا فيها بن العلاج المعرفي السلوكي، وبين العلاج المعرفي السلوكي مقترنا بالعلاج الدوائي، وذلك لعلاج اضطراب القلق المعمم، وبعد (12) أسبوعا من العلاج، كشفت النتائج عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج القلق، في حين لم توجد فروق دالة بين المجموعة التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي بمفرده، والمجموعة التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي مقترنا بالعلاج الدوائي.

كما هدفت الدراسة الميدانية التي قام بها "بوركوفك وكوستيلو" (Bocovec et costello, 1993) في (عادل عبد الله، 2000: 219) إلى المقارنة بين ثلاثة أساليب علاجية، وهي التدريب على الاسترخاء، والعلاج معرفي السلوكي، والعلاج غير التوجيهي في علاج اضطراب القلق المعمم، وتكونت عينة الدراسة من (37) مريض، حيث بلغ المتوسط العمري لديهم 59 سنة، قسموا إلى ثلاث مجموعات، بحيث تلقت المجموعة الأولى وعددها (12) فردا، العلاج غير التوجيهي، وتلقت المجموعة الثانية التي بلغ عددها (14) فردا العلاج المعرفي السلوكي، في حين تلقت المجموعة الثالثة وعددها (14) فردا أيضا العلاج بالاسترخاء.

احتوى البرنامج العلاجي على (12) جلسة لكل مجموعة بواقع جلستين أسبوعيا، فكشفت نتائج الدراسة عن فعالية كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالاسترخاء في خفض درجات القلق.

تعقيب على الدراسات السابقة وطرح الإشكالية:

من خلال عرضنا لمختلف الدراسات العربية، والأجنبية التي تناولت موضوع العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق لاحظت الباحثة أن معظم الدراسات أكدت على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطرابات القلق، كما أنها لم تقتصر على دراسة فعالية العلاج وإنما أخذت بعين الاعتبار التقليل من الأعراض، والعمل على الحد من الانتكاسة، هذا ما أظهرته نتائج القياسات التتبعية في الدراسات، كما لاحظت الباحثة وجود تشابه واختلاف أيضا في كل من الجانبين النظري والتطبيقي لهذه الدراسات، ويرجع ذلك إلى الأساس النظري الذي اعتمد عليه كل باحث في تناوله لهذا الاضطراب، فقد تعددت البحوث التي فسرت القلق، إلا أنها أجمعت أغلبها على أن القلق يعد اضطراب

انفعالي يعيق أداء الفرد، ويؤثر على صحته النفسية، لذا يعد جانباً مهماً في بناء شخصية الفرد، كما أن هناك تباين في اهتمامات الباحثين بهذا النوع من الاضطراب.

معظم الدراسات اعتمدت على المنهج التجريبي الذي يعتمد على المقارنة بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية، ويقوم على ضبط المتغيرات الخاصة بالدراسة.

هذا وقد لاحظت الباحثة افتقار الدراسات العربية التي تناولت هذا الموضوع على الرغم من تعدد الدراسات الأجنبية، حيث وجدنا أن الدراسات التي تبنت هذا النوع من العلاج استهدفت إما فئة الراشدين كدراسة الغامدي(2005)، ودراسة كلثوم بلميهوب (2012) أو فئة المراهقين كدراسة أمثال الحولية وأحمد محمد عبد الخالق (2002) فيصل محمد خير الزاد (1997)، وبالنسبة لفئة الأطفال فإن جل الدراسات اعتمدت على تقنيات منفردة في العلاج كدراسة فوزي يوسف (1994)، الذي اعتمد على أسلوب اللعب التمثيلي، ودراسة كل من عزة عبد الجواد محمد عزاري (1990)، وأسماء غريب (1995) ومحمد غريب (1999) أين اعتمد في كل هذه الدراسات على فنيات السيكودراما، أما دراسة عبد الغني عبود (1994) اعتمد فيها على تقنية لعب الأدوار.

أما عن الدراسات الأجنبية لاحظنا أن معظمها تبني أسلوباً واحداً في العلاج كدراسة "باريت وآخرون Barrett et al" سنة (1996)، ودراسة "توتا وآخرون M.H.Nauta" وآخرون سنة (2001) حيث استخدمت برنامج "Coping Cat" الذي أعده "كيندال Kendall" في أول دراسة استخدمت العلاج المعرفي السلوكي لعلاج اضطرابات القلق المختلفة، والملاحظ في هذه الدراسات وجل الدراسات الأجنبية هو استخدامها لبرنامج علاجي موجه لعلاج جميع اضطرابات القلق هذا ما أثار انتباهنا إذ أن لكل اضطراب وله خصوصيات معينة، وأعراض خاصة تميزه عن غيره من الاضطرابات مما يستدعي تدخلاً علاجياً يحتوي على تقنيات خاصة بالاضطراب وحده ولا يكون موجهاً لجميع أنواع اضطرابات القلق لأن الفعالية ستختلف من اضطراب لآخر، رغم ذلك أجريت دراسات حول العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق المعمم، لكنها تعد على الأصابع حيث معظمها انتهج بروتوكول دراسة الحالة، وأغلبها تناولت فئة المراهقين كدراسة "ليجر Léger" وآخرون (2003) ودراسة "زيمر جمبك ودونالدسون" (Donaldson, 2008) (Zimmer-Gembeck, أما فئة الأطفال نجد دراسة "أيزن وسيلفرمان" (Eisen et Silverman, 1998) ودراسة "ويتون، ولويسلي، ودونالدسون" (Whitton, Luiselli, Donaldson, 2006) أيضاً.

بالإضافة إلى دراسات قامت بمقارنة فعالية العلاج المعرفي السلوكي، وبعض الأنواع من العلاجات النفسية الأخرى، كدراسة "بوركوفك وآخرون" (Borcovec et al, 1991)، ودراسة "بورنز ونوهين هوكسيما"

(Burns et Nohen-Hoksema, 1993) ، ودراسة بوركوفك وكوستيلو (Bocovec et costello, 1993) ، وكلها كشفت عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بالأنواع الأخرى من العلاج.

كما نلاحظ في الدراسات الأجنبية أنها أعطت نتائج عامة عن فعالية البرنامج العلاجي ولم تحدد أي جانب من الجوانب الجسدية، أو المعرفية، أو السلوكية قد تحسن بشكل أكبر، كما لم تحدد هذه الدراسات أي من التقنيات العلاجية التي استخدمتها أعطت تجاوبا أكبر من أفراد عينة الدراسة وأي التقنيات سجلت فعالية أكثر من غيرها هل التقنيات السلوكية أم المعرفية؟

فمثلا في تقنية إعادة البناء المعرفي يجب إعادة النظر في ما إذا كان الأطفال الذين أبدوا تحسنا كبيرا من خلال هذه التقنية هم أنفسهم الأطفال الذين لديهم أفكار سلبية أكثر من غيرهم.

بالإضافة لهذه المبررات، يمكننا أن ندرج تغييب الاهتمام بالجانب المعرفي والانفعالي نوعا ما في البرامج العلاجية في أغلب الدراسات العربية كدراسة أسماء غريب (1994)، وفوزي يسف (1994)، ومحمد غريب (1999)، بحيث لم تخصص تقنيات تمس هذا الجانب كي تساعد الطفل في التقليل من انفعالاته المترتبة عن المواقف الفلقة، نظرا لأن اضطراب القلق المعمم يعد من الاضطرابات الانفعالية والتي تكون بصورة متزايدة عند الأطفال مما يتطلب تدخلا علاجيا مبكرا .

أما بالجزائر فعلى الرغم من استخدام البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على مستوى المراكز النفسية إلا ان تطبيقه اهتم فقط بفئة الراشدين، ولم يكن متناولا كموضوع بحث، أو دراسة أكاديمية خصوصا عند فئة الأطفال الذين لديهم اضطراب القلق المعمم، فرغم الاهتمام بمرحلة الطفولة إلا أن الرعاية النفسية لهم كتقديم الخدمات العلاجية وحتى الإرشادية، مازالت تعتمد على الاجتهادات الشخصية للأخصائيين النفسيين، والمدرسين، بالإضافة إلى عدم توفر إحصائيات دقيقة للاضطرابات العصائية لدى الأطفال بشكل عام، وعدم وجود اهتمام بهذا المجال، وبالتالي لم تكن هناك برامج علاجية ولا إرشادية تتناسب والمرحلة العمرية لهذه الفئة من الأطفال، فأصبح من الضرورة الملحة اهتمام دولة الجزائر إلى تقديم خدمات علاجية لهؤلاء الأطفال، وهذه الخدمات يجب أن تكون قائمة على الدراسة العلمية، وتستخدم أحدث النظريات في العلاج النفسي للأطفال.

بالتالي يتضح مما سبق أن هناك حاجة ماسة حاليا للقيام بمزيد من البحوث، والدراسات العربية، والجزائرية على وجه الخصوص للتحقق من أسباب وأعراض هذا الاضطراب النفسي المركب والمعقد، بهدف الكشف عن مدى فاعلية كل من التقنيات المعرفية، والسلوكية في خفض درجة هذا الاضطراب لدى عينة من الأطفال بالجزائر.

نلاحظ أن الإشكالية تكمن في بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي يمس كلا من الجانب المعرفي، والسلوكي، والانفعالي يتمشى ومتطلبات البيئة الجزائرية، ويكون موجها لفئة الأطفال الذين يعانون من اضطراب القلق المعمم بالجزائر، فإلى أي مدى يساهم هذا البرنامج في خفض درجات القلق المعمم لدى عينة من الأطفال المتمدرسين؟ وماهي الجوانب التي يمكن أن تتحسن من خلال هذا العلاج؟ وهل سيساهم هذا البرنامج في تحسين الصحة النفسية لهذه العينة؟ ولتوضيح مشكلة البحث أكثر نطرح التساؤلات التالية:

1- هل يوجد تأثير دال إحصائيا لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجات القلق المعمم لدى الأطفال المتمدرسين؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق لفيولا البيلاوي (1987) قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق لفيولا البيلاوي ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي؟

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج المعرفي السلوكي بين الجنسين؟

5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق لفيولا البيلاوي (1987)، ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد شهر من المتابعة العلاجية؟

6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة على مقياس أونتاريو المعدل للصحة النفسية للأطفال قبل تطبيق البرنامج؟

7- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة على مقياس أونتاريو المعدل للصحة النفسية للأطفال بعد تطبيق البرنامج العلاجي؟

2- فرضيات الدراسة:

في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة وإجابة على تساؤلات الدراسة قامت الباحثة بوضع الفرضيات التالية:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق لفيولا البيلاوي (1987) قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق لفيولا البيلاوي، ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة على مقياس القلق لفيولا البيلوي بين القياسين القبلي والبعدي.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين من حيث فعالية البرنامج المعرفي السلوكي.

5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق لفيولا البيلوي (1987) ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد شهر من المتابعة العلاجية لصالح القياس التتبعي.

6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية على مقياس أونتايريو المعدل للصحة النفسية للأطفال قبل وبعد تطبيق البرنامج.

7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس أونتايريو المعدل للصحة النفسية للأطفال بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

3- الهدف من الدراسة:

تتمثل أهداف الدراسة في ما يلي:

1- تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي مكون من عدة تقنيات على مجموعة من الأطفال الذين حصلوا على أعلى الدرجات في مقياس القلق لفيولا البيلوي (1987)، واختبار مدى فعالية هذا البرنامج في خفض درجات القلق المعم لديهم، والتقليل من الآثار النفسية، والفسولوجية الناتجة عن الاضطراب.

2- العمل على تزويد الأطفال بأساليب تفكير أكثر إيجابية عن طريق التحليل، والفهم الصحيح للأحداث في سبيل مواجهة ضغوط ومشاكل الحياة بصورة أفضل مما كانوا عليه في السابق.

3- العمل على تحسين حالة الأطفال عينة البحث الذين يعانون من اضطراب القلق المعم من خلال تدخل علاجي مبكر، متبوعاً بفترة متابعة لضمان عدم عودة الاضطراب، ورجوع الأطفال لحياتهم الطبيعية وممارسة نشاطهم المدرسي حتى يتحسن مستوى أدائهم وإنجازهم.

4- أهمية الدراسة:

تهتم هذه الدراسة بتسليط الضوء على فئة الأطفال، بحيث تعتبر مرحلة الطفولة مرحلة الأساس لبناء الشخصية وفيها تتولد الاضطرابات النفسية كما أنها مرحلة التشكيل والتكوين إذ أن الطفل يتعلم، ويكتسب المهارات، والخبرات الأساسية في هذه المرحلة، واضطراب القلق أحد الاضطرابات المنتشرة بنسب معتبرة عند هذه الفئة والتي تعتبر عائقاً يحيل دون النمو والتطور النفسي والمعرفي للطفل.

فالدراسة تقدم إطارا تصوريا من المفاهيم، والنظريات، والدراسات، والنتائج عن اضطراب القلق المعمم لدى الأطفال وعددا من التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية التي يمكن استخدامها في خفض درجات هذا الاضطراب. فهذه الدراسة قد تسهم في زيادة الرصيد المعلوماتي والبحث التجريبي عن القلق المعمم مع فئة الأطفال من خلال تناولها لتقنيات حديثة في العلاج المعرفي السلوكي لهذا الاضطراب. كما قد تفتح المجال أكثر أمام دراسات أخرى تحاول الاستفادة من العلاج المعرفي السلوكي في البيئة العربية بصفة عامة، والمجتمع الجزائري بصفة خاصة، وتفيد الأخصائيين النفسيين العاملين بالمدارس كونهم يتعاملون مع الأطفال، وبعد البحث محاولة لدراسة فعالية هذا النوع من العلاج في الجزائر لدى فئة الأطفال من خلال البرنامج المعد من طرف الباحثة.

5- المفاهيم الاجرائية للدراسة:

5-1 القلق المعمم:

يعرف هذا الاضطراب باسم اضطراب القلق الزائد لدى الأطفال في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات العقلية حيث يشير إلى حالة من التوتر والانزعاج المرتبط ببعض الأعراض كصعوبة التركيز، وحدة الطبع، والإعياء، والشد العضلي، واضطراب النوم، وتُعد الأحداث المؤلمة في حياة الطفل، واضطراب البيئة الأسرية، وأحداث الحياة التي يجد الطفل معها صعوبة في التوفيق كتغيير المدرسة، أو موت من يحب، أو رؤية الحوادث من العوامل الممكنة التي تكون سببا في الاضطراب، وفي استمراريته. (DSM4، 2004: 115).

بالإضافة إلى حصول الطفل على درجة مرتفعة على الأداة المستعملة في الدراسة، والمتمثلة في مقياس القلق للأطفال لفيولا البيلاوي (1987).

5-2 العلاج المعرفي السلوكي:

يعرف العلاج المعرفي السلوكي إجرائيا بأنه الأسلوب العلاجي الذي تم تطبيقه بهدف خفض درجات القلق المعمم لدى عينة من الأطفال المتمدرسين، من خلال التعرف على أفكارهم السلبية المؤدية للاضطراب وتغييرها، وخفض توقعاتهم السلبية وإكسابهم مهارات تساعد على مواجهة المواقف القلقة، وحل مشكلاتهم بطرق أنسب وفق مجموعة من الأساليب المعرفية، والسلوكية، بالإضافة إلى الطفل على الاندماج والتكيف مع بيئته، ومجتمعه، وتدريبه على أداء السلوك الصحيح.

5-3 البرنامج العلاجي:

هو برنامج مخطط ومتسلسل يركز على أسس نظرية، وأساليب علاجية محددة تستهدف الجوانب المعرفية، والسلوكية، والانفعالية للأطفال، يحتوي على مجموعة من الأنشطة، والمهارات التي يمارسها الأطفال وفق الخطة العلاجية المتفق عليها بهدف التخفيف من مستوى القلق، والتخلص من المشاعر المزعجة من توتر وضيق، ودعم الأطفال في عملية التفاعل الاجتماعي، ومواجهة مختلف المواقف المقلقة، والعمل معهم على منع حدوث الانتكاسة بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي.

يعرف البرنامج العلاجي إجرائياً: بأنه التدخل العلاجي الذي يستهدف عينة من الأطفال المصابين باضطراب القلق المعمم، لغرض قياس مدى فاعليته في خفض درجة هذا الاضطراب معتمدين فيه على تقنيات علاجية معرفية وسلوكية، وتتمثل هذه التقنيات في (التعرف إلى الأفكار التلقائية-المراقبة الذاتية - الحوار الداخلي - الاسترخاء -إعادة البناء المعرفي -المواجهة المتدرجة -حل المشكلات -الواجب المنزلي).

5-4 تعريف الأطفال المتمدرسين :

هم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (9-10) سنوات ويدرسون بالسنة الرابعة والخامسة من التعليم الابتدائي.

5-4 الصحة النفسية للطفل:

يقول (سامر رضوان، 2007: 30) "تحقق الصحة النفسية للفرد عندما يتمكن من بناء علاقاته الاجتماعية بشكل فعال ويتمكن من التوافق والاندماج مع أفراد مجتمعه، وعندما يستطيع تكييف حياته الخاصة مع الظروف المعقدة، والمتنوعة للمحيط، وعندما يتمكن كذلك من تقرير مصيره الفردي، وتحقيق التوازن بين إمكاناته البيولوجية، والوراثية، والنفسية، والجسدية".

هي الدرجة التي يحصل عليها الطفل على مقياس أونتاريو المعدل للصحة النفسية للأطفال (ترجمة وتكييف عبد العزيز موسى ثابت).

6-منهجية الدراسة:

اقتضت طبيعة البحث، وهدفه العلاجي استخدام مقاربة إكلينيكية تجريبية تأخذ من المنحى التجريبي، والإكلينيكي في دراسة القلق المعمم فالمنهج الإكلينيكي يعنى بدراسة هذا الاضطراب من ناحية منشئه، وأسباب ظهوره، والأساليب المستخدمة في علاجه والمنهج التجريبي يعنى باختبار مدى فعالية الأساليب، والتقنيات العلاجية الموجهة للاضطراب.

استخدمنا في إجراء هذا البحث مخطط المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة خضعتا لقياس قبلي ثم فترة علاج وبعدها قياس بعدي، وتلاه بعد ذلك قياس تتبعي.

قياس قبلي ← فترة علاج معرفي سلوكي ← قياس بعدي ← قياس تتبعي.

7- حدود الدراسة:

تحدد هذه الدراسة بموضوعها وهو "فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض إضطرابات القلق المعمم لدى عينة من الأطفال المتدرسين" والتي شملت عينة من ذكور وإناث تراوحت أعمارهم من 9-10 سنوات، قسموا على مجموعتين مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية طبق عليها البرنامج العلاجي، كما تتحدد بإطارها المكاني والذي تمثل في مجموعة من مدارس ولاية تلمسان، كما تتحدد بإطارها الزمني والذي خصص جزء منه للإطار النظري وتكوين الرصيد المعرفي للبحث من أجل وضع تصور عام للبحث وخطته المنهجية، والجزء الآخر خصص للجانب التطبيقي والذي ضم الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية، ومعالجة النتائج المتحصل عليها، ومناقشتها في ضوء الدراسات السابقة، كما تتحدد بالأدوات المستخدمة فيها، والأساليب الإحصائية المعتمد عليها.

خلاصة عامة للفصل:

تناول هذا الفصل مختلف الدراسات السابقة العربية منها والأجنبية التي اقيمت في موضوع الدراسة الحالية، ثم تم التطرق إلى إشكالية الدراسة متبوعة بالتساؤلات الفرعية، فالفرضيات المقترحة، ثم تطرقنا إلى الهدف من الدراسة، وأهميتها، وعرفنا المفاهيم الإجرائية المستخدمة في موضوع البحث، وتناولنا منهجية الدراسة، وفي الأخير عرضنا الحدود التي تقف عندها الدراسة.

الفصل الثاني :

إضطرابات القلق لدى الأطفال

تمهيد

1. مفهوم القلق

2. أنواع القلق

3. نسبة القلق المعم لدى الأطفال

4. أسباب ظهور القلق المعم لدى الأطفال

5. التشخيص والتشخيص التفريقي القلق المعم لدى الأطفال

6. أعراض القلق المعم لدى الأطفال

7. النظريات المفسرة للقلق

8. القلق وعلاقته بالصحة النفسية للطفل

خلاصة عامة للفصل

تمهيد :

مرحلة الطفولة هي مرحلة الأساس لبناء الشخصية لدى الفرد، حيث يتم فيها تعلم الاستجابات لمختلف المثيرات سواء كانت واقعية، أو افتراضية، كما يتم فيها تشكيل الخبرات إلا أن هذا الأساس قد يكون عرضة لعوامل تهدد بناءه على أسس سليمة، ومتوازنة، ومن بين هذه العوامل عامل القلق، الذي يتطور فيها، لهذا جميع الأطفال يكون لديهم القلق، فهو متوقع وطبيعي أثناء مراحل نمو الطفل، إلا أن هذا القلق قد يزيد ويرتفع لدرجة الاضطراب، فتكون تصرفات الطفل واستجاباته ليست كتصرفات واستجابات البالغين، وانما هي تتغير حسب مرحلته العمرية التي يمر بها، إلا أن تشخيص القلق عند الأطفال يكون صعبا وليس كالتشخيص عند الكبار لأن الأطفال قد لا يعبرون عن ما يشعرون به من أحاسيس فقد يتمظهر لديهم القلق على شكل إضطرابات جسمية فلا ينتبه الوالدين إلى ذلك، كما يمكن أن يظهر القلق لدى الأطفال على شكل انسحاب، وانعزال عن الآخرين، أو الهدوء والصمت، والخوف من الأداء الدراسي، كما أن القلق يكون نتيجة لحصيلة من الأسباب، فهناك العديد من النظريات التي حاولت تقديم تفسير ونماذج عن تشكل هذا الاضطراب، وكيف يؤثر على الحياة العامة للطفل، وفي هذا الفصل سنعرض المفاهيم الأساسية حول هذا الاضطراب، تشخيصه ونسبة انتشاره، أنواعه، وكذا مختلف النظريات المفسرة له، وعلاقته بالصحة النفسية.

1- مفهوم القلق:

1-1 التعريف اللغوي:

يعرف القلق لغويا في (المعجم الوسيط:785): "قَلِقَ، قَلَقًا: لم يستقر في مكان واحد، وقَلِقَ لم يستقر على حال، اضطرب، وانزعج فهو قَلِقٌ، وأَقْلَقَ الهم فلانا أزعجه، والمقلق: الشديد القلق، يقال رجل مقلق وامرأة مقلق".

1-2 التعريف الاصطلاحي:

تعددت التعاريف التي خصت القلق لاحتلاله مكانة بارزة في علم النفس الحديث، فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية، والعرض الجوهري المشترك بين مختلف الاضطرابات النفسية (أحمد عبد الخالق ومايسة النيبال، 1991) في (أسامة فاروق، 2011: 330).

فعرفه "فرويد Freud" في (عبد الرحمن العمري، 2002: 45) "بأنه حالة من الخوف الغامض والشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له الكثير من الضيق والانزعاج".

كما عرفته "هورني Horney" في (عبد الرحمن العمري، 2002: 45) "أنه استجابة انفعالية لخطر قد يكون موجها إلى المكونات الأساسية للشخصية، وقيمة حيوية بالنسبة للشخص".

عرفه "سبيلبرجر Spielberg" (عبد الرحمن العمري، 2002: 45) "بأنه حالة انفعالية نتيجة وجود مواقف كرب يمر بها الفرد، وتتسم هذه الحالة بمشاعر التوتر والعصبية، والانزعاج، وتزامن هذه الحالات الانفعالية الفرد عندما يمر بمواقف معينة تثير قلقه".

كما عرفه (أحمد عبد الخالق، 1994) في (أسامة فاروق، 2011: 329) "بأنه شعور عام بالخشية، أو أن هناك تهديدا غير معلوم المصدر، مع شعور بالتوتر والخوف من موضوع مجهول أو من المستقبل، كما يتضمن القلق استجابات مبالغ فيها لمواقف لا تمثل خطرا حقيقيا، ولا تخرج عن إطار الحياة العادية لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالبا كما لو كانت تمثل خطرا ملحا، أو مواقف تصعب مواجهتها".

أما (حامد زهران، 1997) فعرفه في (العطية، 2001: 16) على أنه "حالة توتر شاملة ومستمرة، نتيجة توقع خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية. وعرفه (أحمد عكاشة، 1998) في (أسامة فاروق، 2011: 329) على أنه "شعور غير سار وغامض يسوده الإحساس بالخوف والتوجس والتوتر ويكون مصحوبا بإحساسات جسدية خاصة بزيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة، كالشعور بالألم في المعدة، أو ضيق في التنفس، أو زيادة ضربات القلب... الخ

وحسب "باريت وتونار" (Barrett et tuner, 2001) في (2 : Bisson, 2008) إن حدة وانتشار أعراض القلق عند الأطفال تخلق اضطرابا في وظيفة النمو الكلي للطفل، والمعاناة تبدو واضحة إكلينيكيًا. وتعرفه "أسماء عبد الله العطية" (العطية، 2001: 17) "القلق حالة انفعالية غير سارة بها مزيج من مشاعر الخوف والتوتر والضييق والانزعاج يشعر بها الفرد عند التعرض لمثير مهدد غير واضح، أو عندما يكون في موقف صراعي داخلي ولديه أفكار مؤلمة، وعادة ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية بعض الأعراض الجسمية"

كما عرفه "أديب محمد الخالدي" (الخالدي، 2009: 126-127) "بأنه حالة انفعالية غير سارة لدى الفرد تؤثر في مستوى أدائه، وعلاقاته الاجتماعية، ومدى شعوره بالطمأنينة نتيجة تعرضه لمواقف نفسية ضاغطة خلال حياته".

وعرفه "ربيع محمد" (ربيع محمد، 2010: 474) "أنه اضطراب نفسي يتضمن شعور غير سار بالتوجس والخوف وتوقع الشر .

من خلال التعريفات السابقة نرى أنها كلها اتفقت على أن القلق هو حالة انفعالية أو شعور يحسه الفرد، وتتميز هذه الحالة أو هذا الشعور بالضيق، والخوف، والانزعاج، ويكون نتيجة لأسباب مثيرة له، ويتسبب في ظهور أعراض نفسية، وجسمية تؤثر على حياة الفرد.

من هنا نستخلص أن القلق هو اضطراب نفسي يتمثل في رد فعل نفسي، وجسدي زائد بحيث يصحب الفرد من الناحية النفسية شعورا بالتوتر الشديد، والانزعاج والضيق والخوف من موضوع مجهول عند تعرض الفرد لموقف مهدد وهذا الشعور يكون مصحوبا بصراع داخلي وموجة من الأفكار المؤلمة التي لا تتوقف ولا يتحكم فيها الفرد، أما من الناحية الجسمية يظهر ضيق في التنفس، زيادة ضربات القلب، الإعياء والتعب الشديدين، اضطراب في النوم والأكل، آلام في المعدة والأطراف، الشعور بالصداع وغيرها نتيجة لاستثارة الجهاز العصبي.

كما أن القلق ليس مفهوماً أحادياً، حيث أن أعراضه ومكوناته المختلفة (المعرفية، والسلوكية، والفيسيولوجية) غالباً ما تكون مستقلة عن بعضها البعض، فمثلاً قد يظهر لدى بعض الأطفال ضيق شديد وهم، لكن لا تظهر لديهم استثارة فيسيولوجية زائدة، كما أن بعض الأطفال قد يظهرون قلقاً خفيفاً إزاء بعض المواقف، لكنهم في حقيقة الأمر يتجنبونها لذا على الأخصائي أو المعالج أن يركز على الجوانب الثلاثة المكونة للقلق، بحيث لا يركز على جانب واحد، ويهمل الجوانب الأخرى.

2- أنواع القلق:

ميز "دافيد شيهان" (دافيد شيهان، 1988: 20) بين نوعين من القلق وهما "القلق الخارجي المنشأ" أو "القلق المستثار"، وهنا الفرد يستطيع معرفة وتمييز مصدر هذا النوع من القلق عند حدوثه. والقلق "الداخلي المنشأ": حيث أن الحالات المصابة بهذا النوع توحى بأنه مرض، حيث أنهم ولدوا باستعداد وراثي له وهو يبدأ عادة بنوبات من القلق تفاجئ المصابين، دون إنذار أو سبب ظاهر، ويكون مصحوباً بأعراض جسمية كزيادة ضربات القلب، الإحساس بالدوار أو الاختناق، والقلق الخارجي المنشأ والداخلي المنشأ مختلفان.

ويعتبر "كاتل" (Cattell , 1974) أول من ميز بين مفهومي القلق كحالة Anxiété- Etat والقلق كسمة Anxiété- Trait ، وقام سبيلبجر (Spielberger, 1966) بتطوير هذين المفهومين ، حيث ميز بين القلق كحالة والقلق كسمة، و يعرف "سبيلبجر" (Spielberger, 1992:178) قلق الحالة بأنه "حالة انفعالية

مؤقتة تتميز بمشاعر ذاتية بتوقع الخطر، يستثار فيها الجهاز العصبي اللاإرادي" وقلق السمة بأنه" استعداد سلوكي مكتسب يظل كامنا حتى ينتشط ويتنبه عن طريق منبهات داخلية وخارجية حتى تظهر حالة القلق التي لا تتناسب في شدتها مع حجم الخطر".

أما "فرويد Freud" فميز بين ثلاثة أنواع من القلق وهي القلق الواقعي (الموضوعي)، والقلق العصابي، والقلق الخلفي.

2-1 القلق الموضوعي:

يعرفه "محمد محمود محمد" في (بودي ابتسام ، 2013: 24) هو رد فعل لإدراك خطر خارجي وذلك عن خبرة انفعالية سابقة للفرد، وهو ناتج عن غريزة حفظ الذات، حيث يجعل الفرد مستعدا لمواجهة الخطر الذي يهدده، ومصدر القلق في هذا النوع يكون واضحا، وعادة ما يرتبط بالعالم الخارجي.

2-2 القلق العصابي:

يعرفه أيضا "محمد محمود محمد" في (بودي ابتسام، 2013: 24) هو رد فعل لإدراك خطر داخلي سببه الغرائز، وهذا القلق يكون أشد بكثير من القلق الموضوعي المألوف، الذي يمكن أن يوجد عند عامة الناس. وقسم فرويد القلق العصابي إلى ثلاثة أنواع:

2-2-1 القلق الهائم الطليق:

يتعلق بموضوع مناسب أو غير مناسب من موضوعات البيئة (العطية، 2001: 21).

2-2-3 قلق المخاوف المرضية:

يتعلق بمخاوف غير معقولة، ولا يستطيع الفرد ان يفسر معناها.

2-2-4 قلق الهستيريا:

يرى فرويد أن أعراض الهستيريا مثل الرعشة والإغماء تحل محل القلق وبذلك يصبح القلق غير واضح (فاروق عثمان، 2000: 21).

2-2-5 القلق الخلفي:

هذا النوع من القلق يكون رد فعل لإدراك خطر ناتج عن لوم الأنا الأعلى للفرد لقيامه أو تفكيره بفعل سلوك يتعارف مع القيم الكمالية للأنا الأعلى، وينتج عن هذا التعارض مشاعر الإثم والخجل ويمكن أن يصل هذا القلق إلى درجاته القصوى مثلا في عصاب الوسواس القهري.

وصنف الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للأمراض النفسية DSM4 سبعة أنواع من اضطرابات القلق وهي: قلق الانفصال l'anxiété de séparation، الخوف البسيط la phobie spécifique،

الخوف الاجتماعي la phobie social، القلق المعمم l'anxiété généralisée، اضطراب الوسواس القهري le trouble obsessionnelle compulsif، اضطراب الهلع le trouble panique، اضطراب ما بعد الصدمة l'état post-traumatique.

وحسب CIM10 هناك ثلاث اضطرابات للقلق تخص فترة الطفولة وتكون هي الأكثر ظهورا وهي: قلق الانفصال l'anxiété de séparation، والخوف الاجتماعي la phobie social، القلق المعمم l'anxiété généralisée، وهو موضوع الدراسة الحالية. أما في الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM5 ظهرت هناك تعديلات حيث أن الأنواع السبعة التي ذكرها الدليل الرابع ذكرت في فصل واحد، بينما في الطبعة الخامسة ذكرت هذه الأنواع في ثلاث فصول مختلفة، فتضمن الفصل الأول قلق الانفصال، الخوف البسيط، والخوف الاجتماعي، اضطراب الهلع، والقلق المعمم. أما الفصل الثاني فاختص فقط باضطراب الوسواس القهري، بينما الفصل الثالث فتناول اضطرابات ما بعد الصدمة.

سنحاول التطرق إلى هذه الاضطرابات بشيء من التفصيل:

قلق الانفصال l'anxiété de séparation، الخوف البسيط la phobie spécifique، الخوف الاجتماعي la phobie social، اضطراب الوسواس القهري le trouble obsessionnelle compulsif، اضطراب الهلع le trouble panique، اضطراب ما بعد الصدمة l'état post-traumatique.

2-3 قلق الانفصال le trouble obsessionnelle compulsif:

يتمثل في خوف شديد من الابتعاد، والانفصال عن البيت، وعن الأشخاص القريبين جدا من الطفل، والذين يتعلق بهم فحسب "داماس" (Dumas, 2002) في (Bourget, 2009: 5) هذا الاضطراب ينتشر بنسبة (4-5)% وهذا النوع من القلق يصيب الطفل في طفولته المبكرة ويمتد حتى فترة المراهقة. ويذكر "داماس" أيضا (Dumas, 2013: 480) أن قلق الانفصال يبدأ أقل من 6 سنوات، بينما الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية يذكر أن التشخيص يكون حتى نهاية سن المراهقة.

الطفل في هذا الاضطراب يكون قلقا تجاه ما قد يصيب والديه من أذى فيخاف من موتها أو تعرضها لحادث فيلاحظ على الطفل ملازمته الشديدة لوالديه وإصراره على مراقبتها إلى أي مكان، كما يحب الطفل النوم بجانب والديه ليلا هذا بالنسبة للأطفال اللذين هم في مرحلة الطفولة المبكرة، أما الأكبر سنا

فيلاحظ عليهم تجنبهم لبقائهم منفردين لوحدهم في المنزل، كما يتهربون من الذهاب إلى المدرسة، ويشكون كثيرا من الأمراض.

بالإضافة إلى هذه السلوكيات يظهر على الأطفال المصابين بقلق الانفصال أعراض جسدية تتمثل في نوبات الغضب والبكاء واضطرابات الأكل والصداع.

ويرى "ولب Wolp" في (ملحم سامي، 2007: 91) احتمال تحول الانفصال الذي يستمر لمدة طويلة إلى حالة من الإنعزال الدائم، ويضيف أن ما يحدث للطفل أثناء الانفصال يشبه ما يحدث للراشد في حالة الحداد.

كما يلاحظ عند الأطفال الذين يمرون بتجربة الانفصال إتصافهم بالإنعزالية وعدم إستجابتهم، وتفاعلهم مع الحياة الإجتماعية.

عند تشخيص هذا الإضطراب يؤخذ بعين الإعتبار ملاحظة في ما إذا كان هذا القلق مستمرا وشديدا، مع الأخذ في عين الإعتبار أيضا مرحلة النمو التي يكون فيها الطفل، ومحيطه الإجتماعي والثقافي، إذا ما كان سببا في الانفصال، وفي أكثر من وضعية مختلفة، وإذا ما كان يعيق النمو الإجتماعي والمدرسي.

2-4 الخوف البسيط la phobie spécifique:

هو خوف غير عقلائي ملحوظ، ومستمر من أشياء خاصة ومعينة، أو من مكان منعزل والتي لا توحى أبدا بخوف حقيقي للطفل، أو المراهق (الخوف من الظلام، البرق، أو من خطر بعض الحيوانات) (Hervé christelle, 2008).

يشير "داماس" (Dumas, 2008: 30) أن الخوف البسيط يكون مصحوبا بأعراض فيسيولوجية تتمثل في (اهتياج، توتر، سرعة ضربات القلب).

كما يذكر "لادوسور وآخرون" (7: Ladouceur, Boisvert, & Marchand, 1999) أن الأطفال يعبرون عن هذا الاضطراب بالبكاء، ونوبات الغضب الجمود، أو التمسك بشخص معين، كما يحاولون تجنب الوضعيات القلقة.

قسم الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية إضطرابات الخوف البسيط إلى خمسة أصناف في (8: Ladouceur, Boisvert, & Marchand, 1999):

1-الخوف من الحيوانات أو الحشرات.

2-الخوف من المحيط البيئي(المرتفعات، الطقس، الماء).

3-الخوف من الدم العدوى الجروح.

4-الوضعيات(الطائرة، المصعد الكهربائي، الأماكن المغلقة).

5-المخاوف الأخرى مثلا الوضعيات المسببة للاختناق والتقيء، ويلاحظ عند الأطفال تجنبهم للضجيج العنيف(أصوات عالية).

2-5 الخوف الاجتماعي la phobie social:

يعرفه "طه عبد العظيم" (عبد العظيم طه، 2008: 362) "بأنه الخوف الشديد من أن يقوم الفرد بأشياء أمام الآخرين، ومن أن يكون محلا للمراقبة والملاحظة الدقيقة له من قبل الآخرين". كما يضيف أن المخاوف الاجتماعية هي خوف مستمر وملحوظ في المواقف التي تتطلب الأداء والمواقف الاجتماعية التي تسبب الارتباك والحرج لدى الفرد.

إن معنى مصطلح الخوف الاجتماعي مرادف لمعنى القلق الاجتماعي وأن كلا من المفهومين هما وجهان لخوف واحد وهو الخوف من المواقف الاجتماعية، فتشكل هذه المواقف مصدر تهديد، تصاحبه تغيرات فيسيولوجية حادة.

فحدد "اليري وميداوز" (Leary et Medous, 1999) في(بلحسيني وردة، 2011: 21) المواقف الاجتماعية بأنها المواقف التي يكون فيها الفرد مركزا حول انتباه الآخر له، كالمشاركة في حديث، أو مقابلة شخص ما، وهذه المواقف تكون مصحوبة بأحكام تقييمية، كالنقد، أو السخرية أو الاستنكار، وحتى الاستحسان إلا أن الخوف من التقييم السلبي يعد جوهر القلق الاجتماعي.

ويتجلى الخوف الاجتماعي في مجموعة واسعة من الأعراض، يمكن تصنيفها إلى أعراض جسدية فيسيولوجية والتي تتمثل في احمرار الوجه، والغثيان، والتعرق، سرعة ضربات القلب، ضيق في التنفس، إضطرابات في الأكل، ويذكر(عبد العظيم، 2008: 364) أن مرضى الخوف الاجتماعي يهتمون لهذه الأعراض لاعتقاد منهم أن الآخرين يلاحظون هذه الأعراض الجسدية عليهم، ويقومون بتفسيرها على أنها انعكاس لفشلهم في تحقيق مهامهم الاجتماعية، أما الأعراض المعرفية فتتمثل في التقييم السلبي للذات، والأحاديث السلبية الموجهة لها، والتي تكون مصحوبة بالأفكار، والاعتقادات الخاطئة، والتوقعات المسبقة للأحداث. أما عن الأعراض السلوكية فتتمظهر في الهروب من الآخرين، وتجنبهم، أو تجنب النظر إليهم أثناء الحديث، والتكلم بصوت منخفض متحريين في ذلك عدم لفت الإنتباه لديهم، أو يفضلون الصمت، وهكذا يكون مقترنا مع نقص المهارات الاجتماعية.

يرجع القلق الاجتماعي لأسباب عديدة فيرى السلوكيون أن الخوف الاجتماعي سلوك متعلم مثله مثل أي سلوك آخر، فذكر (محمد اللادقي، 1995) في (بلحسيني وردة، 2011: 44) أن أي مثير عادي

يمكنه أن يقوم بنفس عمل المثير المخيف، وذلك من خلال ارتباط المثير المحايد بالمثير المخيف عندها يصبح المثير الأول مثيرا للقلق، ويضيف "باندورا Bandorat" صاحب نظرية التعلم الاجتماعي في (بلحسيني وردة، 2011: 44) أن السلوك المرضي، وبالأخص الخوف عند الأطفال يمكن أن يكتسب، ويتعلم عن طريق أوليائهم، فالأطفال لا يولدون بالخوف بل إنهم يتعلمون سلوك الخوف من خلال البيئة المحيطة بهم، فهم بذلك لديهم استعداد قوي لاكتساب مخاوف والديهم إذا كان الآباء أنفسهم لديهم اضطراب الخوف الاجتماعي.

أما المدرسة المعرفية فترى أن سبب الخوف الاجتماعي يكون مرتبط بأحداث الحياة السلبية والمواقف الصادمة فتؤدي إلى ظهور هذا الاضطراب هذا ما أشار إليه (عبد العظيم طه، 2008: 366).

2-6 اضطراب الوسواس القهري *le trouble obsessionnelle compulsif* :

يعد أحد أخطر أنواع اضطرابات القلق، ويعرفه الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض العقلية (DSM4، 2004: 112) على أن الاضطراب تصاحبه إما وسواس، أو أفعال قهرية تتسبب في علامات من عدم الارتياح أو الإجهاد، وتستنفد الكثير من وقت المريض.

يذكر "بوفارد Bouvard" (2: 2006, Bouvard) أن اضطراب الوسواس القهري يحتل المرتبة الرابعة من حيث الانتشار بعد الخوف البسيط، واضطرابات المزاج.

فالطفل يقوم بسلوكات قهرية متكررة، لا يستطيع مقاومتها أو إيقافها، وتكون نتيجة لشعوره الشديد بالضيق.

يعرف "عادل عبد الله محمد" (عادل عبد الله، 2000: 239) الوسواس القهري أنها افتراضات لا منطقية وأفكار متسلطة، تقترن بتخيلات غير منطقية، ويشير "داماس Dumas" (33: 2008, Dumas) أن هذه الوسواس تتمثل في أفكار أو صور، أو حاجات ملحة تعكس خوف غير عقلائي، أو موضوع انفعالي يكون أحيانا عدواني، أو جنسي، أو ديني، مثلا كأن يخاف الطفل من مرض مميت، فيضل دائم التوتر، كما أنه لا يستطيع أن يخرجها من رأسه أما السلوك القهري فهو تكرار طقوسات بشكل متكرر وجبري خارج عن المألوف، كغسل الأيدي، الترتيب، تفحص الأشياء، وذلك من أجل تجنب أو التقليل من القلق.

اضطراب الوسواس القهري يخلق صعوبات كثيرة لدى الأطفال، فيتسمون بالبطء الشديد، ويستغرقون الوقت الكثير في التفكير، كما يستغرقون وقتا كبيرا في إنجازهم لأعمالهم اليومية: كاللبس، والأكل، والنظافة، وترتيب الأغراض الخاصة بهم، كل هذا يتم عن طريق التكرار، مع المراقبة الدائمة لغلق الأشياء، أو إحضار الأغراض.

2-7 اضطراب الهلع le trouble panique :

هو من الاضطرابات الشائعة يظهر في متلازمة من الأعراض كالخوف الشديد، والهلع، والسوك المضطرب، مع وجود صور ذهنية، أو أفكار أو ذكريات متكررة عن الصدمة ويكون مصحوبا بالاستثارة الزائدة، واضطرابات في النوم.

يشير "داماس Dumas" (342 : 2002) (Dumas, 2002) أن اضطرابات الهلع تكون مصحوبة بنوبات الذعر المفاجئة، الغير منتظرة، والمتكررة والتي تأتي في وضعيات مختلفة، وهذه النوبات تكون محدودة الوقت ومفزعة إلى حد كبير ثم تبدأ بالانخفاض في شدتها.

أما اضطرابات الهلع عند الأطفال، فاختلفت فيها وجات النظر بين مختلف الدراسات فهناك من يرى أن الأطفال والمراهقين ليس لديهم القدرات المعرفية الضرورية لتأويل الإحساسات الجسدية المصاحبة لهجمات الذعر كما جاء في دراسات (Kerney et Silverman 1999, Kelin et Kelin 1999, Nelles et al, 1994, Barluvo 1988, ollendikb et al, 1994) في حين هناك عدد معتبر من الدراسات أكدت أن المراهقين وحتى الأطفال بإمكانهم ملأ بنود مقاييس التشخيص الخاصة بالاضطراب (King et Al 1993, Last et al 1993, Strauss 1989, Morean et Follett 1993, Vitiello et al, 1990) ولديهم القدرات المعرفية الخاصة بهذا الاضطراب، (Dumas, 2002: 346).

2-8 اضطراب الضغط لما بعد الصدمة P'état de stress post-traumatique :

حالة الضغط لما بعد الصدمة تكون نتيجة لتطور الأعراض التي تلي حدث أو موقف صادم أثر في الشخص المضطرب.

الصدمة تؤثر على الطفل أو المراهق مباشرة مثل (حدث موت، اعتداء جنسي، أو سرقة) أو تصيب أحد الأشخاص المقربين منه كموت، أو اعتداء خطير على أحد أفراد العائلة، أو تكون الصدمة مرتبطة بظروف بيئية كالكوارث (الحروب، الزلازل، العنف).

يشير "داماس Dumas" (364 : 2002) (Dumas, 2002) أن عامل الضغط يسبب الأعراض التالية:

الإحساس الشديد بالخوف، الرعب والعجز، كما يقوم الطفل بتخزين الحدث الصادم بشكل دائم، ويتجنب كل مثير يكون مصاحب له، كما تصحب هذه الأعراض فرط في النشاط، اهتياج واضراب في السلوك.

2-9 القلق المعم لدى الاطفال:

مفهوم القلق المعم ولد مع الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الثالث للاضطرابات العقلية DSM3 سنة (1980)، لكنه كان يعرف باسم القلق الزائد trouble d'hyper anxiété

ولم يأخذ في هذه الطبعة الحظ الأوفر من حيث التعريف به، وذكر أعراضه، وخصائصه ومع ظهور الطبعة الرابعة DSM4 عرض بشكل أكثر تفصيلا وأخذ اسم اضطراب القلق المعمم، l'anxiété généralisée وعُرف هذا الاضطراب باسم اضطراب القلق الزائد لدى الأطفال حيث يشير إلى حالة من التوتر والانزعاج المرتبط ببعض الأعراض كصعوبة التركيز، وحدة الطبع والإعياء والشد العضلي واضطراب النوم وربما يكون سبب استمراره الأحداث المؤلمة في حياة الطفل واضطراب البيئة الأسرية وأحداث الحياة التي يجد الطفل معها صعوبة في التوفيق كتغيير المدرسة أو موت من يحب أو رؤية الحوادث.

حسب "ريب وآخرين" (Rapee et al , 2000) في (Bourget, 2009: 4) "يتمظهر القلق المعمم لدى الأطفال في التوتر، والخشية الزائدة تجاه عدة مجالات (الأداء المدرسي الأصدقاء العائلة،...) التي تقود الطفل إلى توقع أو تخيل ظهور أحداث أو نتائج سلبية".
عرفه "داماس Dumas" (Dumas, 2008 : 41) بأنه "ميل عام للتوتر الزائد والخوف من المواقف المهددة".

كما أضاف "داماس Dumas" (Dumas, 2013: 507) أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب القلق المعمم يقلقون من عدة مواقف وأحداث بدرجة شديدة، يصعب التحكم فيها، ويكون مستمرا، بحيث يسبب ضيقا واضحا، ويكون مصحوبا بأعراض جسمية، كما يسبب اضطرابا في نمو وظائف التكيف خصوصا لدى الأطفال الأصغر سنا، وعرفته "روسو Rosso" (Rosso, 2011: 2) بأنه "قلق وتوتر زائد لمدة طويلة من وضعيات غير محتملة الوقوع".

ويعرفه كل من "تيرجون وبارنت Turgeon et parent" (Turgeon & Parent, 2012 : 32) "أنه القلق المفرط من مختلف الأحداث أو النشاطات، التي تتركب العنصر الرئيسي للاضطراب، والذي يجب أن يستمر لستة أشهر، فيدخل الطفل في أزمة حادة، تتداخل مع الأداء الاجتماعي، والعائلي، والمدرسي للطفل".

من خلال مختلف الآراء والتعاريف السابقة نلاحظ أنها اتفقت على أن القلق المعمم لدى الأطفال هو رد فعل نفسي كالتوتر الشديد، انفعالي كال بكاء والغضب، معرفي كثرة التفكير وسيطرة الأفكار المؤلمة، سلوكي كتجنب المواجهة، وصعوبة التكيف عند تغيير الأحداث وجسدي كالتعب والإرهاق وزيادة ضربات القلب... وغيرها، يكون بشكل زائد ومعمم لمدة لا تقل عن ستة أشهر نتيجة لمواقف مهددة.

3- نسبة انتشار القلق المعمم لدى الأطفال:

إضطرابات القلق من بين الاضطرابات الأكثر انتشارا في مرحلة الطفولة حيث تنتشر بنسبة 10 % إلى 20% (Kendall, 2000) كما أن العمر المتوسط لظهور الأعراض يختلف حسب كل نوع من أنواع القلق، وتحدد نسبة الانتشار المشتركة بين جميع أنواع اضطرابات القلق ب 5 % ومتوسط عمري لظهور الأعراض من 7 سنوات ونصف إلى 8 سنوات ونصف.

حسب "ريب وآخرون" (repe et al, 2000) في (Bourget, 2009: 5) اضطرابات القلق تعد من الاضطرابات العقلية الأكثر انتشارا عند الأطفال مقارنة مع الراشدين.

كما سبق وأشرنا أنها في مرحلة الطفولة تكون أكثر ظهورا وانتشارا حيث أن قلق الانفصال

l'anxiété de séparation يكون بنسبة 4-5% بينما اضطراب القلق المعمم l'anxiété généralisée يكون بنسبة 3-6%، والخوف البسيط la phobie spécifique بنسبة 4-5% (Dumas, 2000) في (Bourget, 2009, p. 5). أما الأنواع الأخرى من اضطرابات القلق وهي الوسواس القهري le trouble obsessionnelle compulsif، اضطراب الهلع le trouble panique، اضطراب ما بعد الصدمة l'état post-traumatique تنتشر بنسبة 1% لكل نوع (Dumas, 2002) في (المرجع السابق) .

وحسب "أنطوني وسوينسون" (Antony et Swinson, 1996) في (Bourget, 2009 : 5) اضطرابات القلق تكون أكثر انتشارا عند الإناث مقارنة بالذكور باستثناء اضطراب الوسواس القهري أين يكون طلب العلاج متساويا عند الإناث والذكور.

كما يذكر "داماس" (Dumas, 2013 : 519) أن اضطرابات القلق المعمم تنتشر عند الأطفال بنسبة 3% و 6% عند المراهقين، ويمكن أن تظهر الأعراض خلال الطفولة الوسطى أو المتأخرة، عكس قلق الانفصال الذي يظهر في سن مبكرة، ففي دراسة قام بها "لاست وآخرين" (Iaste et al, 1992) في (Dumas, 2013 : 519) أن متوسط العمر الزمني الذي يظهر فيه اضطراب القلق المعمم يكون بين 8 إلى 9 سنوات.

4- أسباب ظهور القلق المعمم عند الأطفال:

شخصية الطفل هي حصلة التفاعل بين التكوين البيولوجي ونفسيته المتطورة وعوامل الثقافة المحلية والبيئة التي ينشأ فيها (فخري الدباغ، 1973: 36)، والقلق عند الأطفال ينشأ من هذه العوامل إذا صاحبها خلل، فهناك العامل البيولوجي والوراثي بحيث يفسر رواد النظرية البيولوجية أن العوامل الوراثية والعصبية والهرمونية من الأسباب المساهمة في ظهور الاضطراب، حيث أكدت الدراسات الحديثة تأثير

الجانب الوراثي في ظهور اضطراب القلق عند الأطفال، وحتى الاضطرابات النفسية الأخرى، فيشر "مدحت أبو زيد" (مدحت أبو زيد، 2003: 17) أن هناك احتمال كبير في إنجاب طفل قلق بالوراثة من أب قلق أو أم قلقة، هذا ما أكدته دراسة "إيلي" (Eley, 1999) في (Eric J.Mash, 2009: 231)، حيث أسفرت نتائج الدراسة عن تأثير العامل الجيني في ظهور اضطراب القلق لدى الأطفال كما أن للعمل الأسري تأثيرا بالغا، إذ تشير الأبحاث أن هناك علاقة بين الأولياء الذين يعانون من القلق وبين ظهور القلق عند أبنائهم، وهو ما يسمى بحدوى القلق إذ أن الكثير من الآباء والأمهات ما يزرعون القلق في أطفالهم من غير قصد نتيجة الحماية المفرطة لهم من الاخطار المهددة ، ويظهرون سلوكيات القلق امام ابنائهم فالطفل حتما سيقلد أفعال والديه ويتعود على ذلك حتى وإن لم يكن هناك خطر مهدد، كذلك يذكر كل من "دولن وبرزيل" (Dolan et Brazeal , 1993) في (العطية، 2001) أن الأم القلقة قد تنمي القلق لدى طفلها مقارنة بالأم العادية.

سبب آخر قد يؤدي إلى ظهور القلق عند الطفل، يتمثل في ولادة طفل آخر بالأسرة، فيشير في هذا الصدد (كمال حسن وهبي والخليدي، 1997 : 105) أن الطفل الأول يشعر بأن المولود الجديد أتى ليحل محله ويسلبه العطف والحنان، والاهتمام والذي كان يحصل عليه قبل ولادته من والديه.

هناك أيضا ما يدعى باللاأمان الأسري حيث أكدت دراسة "ماناسي وآخرون" (Manassis et al, 1994) في (مدحت أبو زيد، 2003: 22) أن الأسر التي تفتقد للأمان والاستقرار، ويسود فيها جو مليء بالتهديد والذعر، والخوف، وتفتقر إلى توفير جو آمن ومريح يحس فيه الأطفال بالحماية حتما سيكون فيها مستوى قلق الأبناء مرتفعا، كما أن عامل الاستعداد النفسي عامل مهم في ظهور القلق، نتيجة لما تفرضه العوامل البيئية من ضغوطات، وأزمات، وصدمات نفسية كتغيير المدرسة، أو موت أحد أفراد الأسرة، أو أحد الأصدقاء، أو رؤية حوادث مؤلمة، وتكرار تعرض الطفل لهذه العوامل يولد لديه التوقع الشديد للخطر، والمخاوف الزائدة تجاه التغييرات، والأحداث والمواقف إذ يصبح الخوف، والقلق من مكونات الشخصية (نبيلة عباس، 2003: 140)، فيخاف من العقاب، والاستهزاء إذا ما أخطأ ويلجأ إلى الكبت والانسحاب، أو اتخاذه لحلول خاطئة نظرا لقلّة ونقص تجاربه، وممارساته نتيجة الإهمال في التنشئة من الأسرة.

كما أن للمدرسة تأثيرا ملحوظا في ظهور القلق لدى الأطفال، إذ تشير الأبحاث إلى أن المدرسة تعد عاملا من عوامل القلق، وأحد المثيرات المسببة له، فالمدرسة تقيد الطفل وتحرمه من اللعب كما كان في السابق، كما أنها تبعده عن جو الأسرة لوقت أطول، ما يثير لديه قلق الانفصال، كما أن الفترة التي يقضيها الطفل في المدرسة كقيلة بخلق جو من التوتر والتهديد والقلق، لأن الطفل سيكون خاضعا لقوانين

المدرسة وأوامر معلميه، وهو لم يكن متعوداً على هذا الجو، فيجد الطفل نفسه أمام أناس آخرين يختلفون عنه، ويكون محاطاً بزملاء مجبر على التنافس معهم وعلى تلقي السخريات والتعليقات منهم، وإذا كان الطفل لا يملك الخبرة الكافية لمواجهة هذه التهكمات فإن ذلك سيؤثر عليه سلباً وتتشكل لديه عقدة الخوف من المواجهة، بحيث يقل تقديره لذاته وينغلق على نفسه ويلجأ إلى العزلة (طه عبد العظيم، 2008: 107).

إضافة إلى كل هذا يكون الطفل دائم الانشغال بتحصيله الدراسي، وخوفه من الفشل والرسوب. في الأخير واستناداً إلى ما تم عرضه من أسباب حول نشوء اضطراب القلق وتزايدده لدى الأطفال يمكننا القول أن هذا الاضطراب لا ينشأ عن سبب واحد من هذه الأسباب فقط، وإنما هو حصيلة لمجموعة من الأسباب الخاصة بالطفل، وبما يحيط به حيث أن تراكم هذه العوامل واحداً تلو الآخر، أو حدوثها في نفس الفترة كفيل بظهور الاضطراب خصوصاً إن لم يكن هناك تدخل علاجي مبكر.

5- التشخيص والتشخيص التفريقي للقلق المعمم لدى الأطفال:

5-1 تشخيص القلق المعمم لدى الأطفال:

عملية تشخيص القلق تأتي نتيجة إطلاع ودراسة بأعراض القلق من جهة ومن جهة أخرى بمصادر القلق، إلا أن مصدر القلق قد لا يتضح في كل حالة تعاني من الاضطراب وهنا يتوجب القيام باستقصاء لمعرفة هذا المصدر من خلال الطرق المختلفة كالتحليل، أو الإسقاط، فالتشخيص إذا لا يعتمد فقط على الأعراض الخاصة بالاضطراب لأن هذه الأعراض قد تتواجد عند الكثير من الحالات المرضية النفسية والجسمية أيضاً، كما لا يجب أيضاً استبعاد هذه الأعراض في عملية التشخيص.

ولأن الإحساس بالقلق يكون مشتركاً بين الحالات العادية والمرضية أين يكون الاختلاف في الشدة والدرجة، وجب معرفة إذا ما كان القلق يشكل الصورة الجوهرية أو الثانوية عند الحالة المرضية، لهذا إن وجود القلق كعرض رئيسي عند الحالة لا ينفي اشتراكه مع اضطراب آخر وارتباطه به.

ويشخص القلق المعمم حسب الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM4 (DSM4، 2004 : 115-116) وفقاً لظهور الأعراض التالية:

- قلق وانشغال زائد (توقع الخطر) يحدث أغلب الوقت ستة أشهر على الأقل، حول عدد من الحوادث، أو الأنشطة (مثل الإنجاز في العمل أو المدرسة).
- يجد الشخص صعوبة في السيطرة على الانشغال والقلق.

• يصاحب القلق والانشغال الزائد ثلاثة أو أكثر من الأعراض الستة التالية مع تواجد بعض الأعراض على الأقل معظم الوقت لمدة ستة أشهر.

1- ممل أو إحساس بالتوتر والضييق.

2- سهولة التعب.

3- صعوبة التركيز.

4- إستثارة.

5- توتر عصبي.

6- إضطراب النوم (صعوبة الولوج في النوم أو البقاء فيه أو النوم المتقطع والغير كافي).

5-2 التشخيص التفريقي للقلق المعمم لدى الأطفال:

لتشخيص القلق المعمم يجب استبعاد القلق الذي يرجع إلى حالات طبية عامة (كارتفاع نشاط الغدة الدرقية، أو انخفاض نشاطها، أو إصابات عصبية، أو قلبية، أو إضطرابات في الجهاز التنفسي، أو منبهات كالكافيين).

كما يجب التفريق بين إضطراب القلق المعمم، وبين إضطراب الصدمة ، ورهاب الساح، واضطراب الوسواس القهري.

فهناك العديد من الاضطرابات العضوية التي توحى باضطراب القلق المعمم، بحيث توجد بعض الاضطرابات التي لها نفس أعراض هذا الاضطراب كارتفاع نشاط الغدة الدرقية، والأورام الدماغية والتي تسبب حالة من الاهتياج (ارتفاع ضربات القلب، صعوبة في النوم، ارتفاع الضغط الدموي، وذلك حسب ما أشار إليه "براون وآخرون " (Brown et al, 1995) في (Bouvette, 2010: 227).

كما ذكرت الجمعية الأمريكية (APA, 2003) في (Bouvette, 2010: 227) أن القلق إذا كان متأتيا عن استجابة لعامل الضغط، ولم يدم ستة أشهر، فهو ناتج عن عامل الضغط ، ويعتبر إضطراب في التكيف مع مزاج قلق وليس قلق معمم.

كما ذكر "بوفات Bouvette" (Bouvette, 2010: 226) أيضا أنه للتفريق بين القلق المعمم، والوسواس القهري يجب تحليل بنية الأفكار، ففي إضطراب الوسواس القهري ترجع الوسواس إلى ومضة، أو صورة ذهنية، تكون مصحوبة بأفعال قهرية كوسيلة تعمل على خفض القلق، بينما يرجع القلق إلى نشاط لفظي داخلي، أما في إضطراب الضغوط التالية للصدمة، فإنه يوجد القلق لكن لا يشخص كقلق معمم في الحالة التي يحدث فيها القلق أثناء تطور إضطراب الضغوط التالية للصدمة.

أما الفرق بين القلق المعمم والأنواع الأخرى من القلق كالخوف الاجتماعي فإنه يرجع إلى خوف نحو شيء معين والقاء الأحكام على الذات في وسط اجتماعي، والخوف من المرض فإنه يتمركز حول الخوف من الإصابة بمرض خطير.

كما يجب التفريق بين اضطراب القلق المعمم، واضطراب التوافق الذي يكون فيه القلق استجابة إلى الأحداث المسببة للضغوط، ولا يستمر أكثر من ستة أشهر بعد انتهاء الضغوط .

بالإضافة إلى ما سبق إن اضطراب القلق المعمم يكون مصاحبا لحالات اضطراب المزاج والاضطرابات الذهانية، فلا يشخص منفصلا عنها، خاصة إذا كان هذا القلق يحدث أثناء تطور هذه الاضطرابات.

حسب التصنيف الأمريكي التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية في (Radat,

19-18: 1998 يجب أن نفرق بين القلق المعمم وبين ما يلي:

- القلق العادي الذي لا يسبب أي معاناة للفرد.
 - القلق الذي ينتج عن إصابة دوائية.
 - القلق الناتج عن مرض عضوي خطير كالسرطان.
 - القلق المرتبط بالأنواع الأخرى من القلق.
 - القلق المرتبط بفقدان الشهية العصبي، والاضطرابات النفسجسدية، وتوهم المرض، وقلق الانفصال.
- كما يجب التمييز بين اضطراب القلق المعمم والقلق الناتج عن تعاطي المخدرات، أو التدخين، أو العقاقير الطبية العلاجية.

في الأخير يجب التفريق أيضا بين القلق المعمم والقلق غير المرضي، حيث أنه في القلق المعمم تصحبه هموم يصعب التحكم فيها، وتعيق أداء الفرد لوظائفه بشكل واضح مقارنة بهوموم الحياة اليومية، فإن الفرد العادي يستطيع التحكم فيها، ويعالجها بمرور الوقت.

بالإضافة إن الهموم المصاحبة لاضطراب القلق المعمم تكون شاملة ومعقدة، وتتسم بالضيق، وتدوم لمدة طويلة، وتأتي مباغتة، فكلما اتسعت ظروف الحياة زاد قلق الفرد منها بشكل كبير، في حين أن هموموم الحياة اليومية لدى الأفراد العاديين لا تستدعي كل هذا القلق الزائد ولا تكون مصحوبة بأعراض جسمية (كالتعب الشديد، والضجر الدائم، والشعور بالغضب، والاستثارة الشديدة).

6- أعراض القلق المعمم لدى الأطفال:

يمكننا تقسيم أعراض القلق إلى ما يلي:

6-1 أعراض نفسية :

يظهر عند الطفل توتر وانزعاج شديدين، ألم وضيق نفسي مع خوف دائم لا يعرف مصدره، وتأخذ مظاهر الخوف لديه أشكال متعددة كما أشار إليها "الكعبي" (الكعبي، 1997) في (سعد العلوني، 2008-2009: 22) فيخاف من الأماكن المغلقة، ومن الأماكن المتسعة، ويخاف من الأمراض إذ أن الخوف من الأمراض يعتبر الأكثر شيوعاً (الخوف من أمراض القلب، والسرطان)، والخوف من الموت أيضاً حيث يأخذ مظاهر غريبة كالخوف من ابتلاع اللسان، أو توقف الطعام في الحلق)، ويضيف (أحمد عكاشة، 1998: 48) أن الطفل يخاف من أن تتوقف عملية التنفس لديه، أيضاً يلاحظ عليه التهيج العصبي، ويتمظهر في التيقظ الدائم لأي صوت، فيقفز الطفل مثلاً عند سماعه لطرق عال، كما يعاني الطفل من الأرق ليلاً وصعوبة الدخول في النوم، والنوم المتقطع الذي تصحبه نوبات الفزع الليلي حيث يستيقظ الطفل على الكوابيس المزعجة.

6-2 أعراض جسمية:

وتشمل ضعف عام ونقص في حيوية الطفل تعب وتوتر العضلات، سرعة نبضات القلب، سرعة التنفس مع نوبات التثهد والشعور بضيق الصدر، الإحساس بنقص الهواء، تتميل وبرودة في الأطراف، ارتعاش الأصابع وتعرق الكفين، شحوب الوجه، إرهاق الحواس، الشعور بالتعب والإعياء لأقل مجهود يقوم به، اضطرابات في النوم والأكل، جفاف الفم والحلق.

6-3 أعراض معرفية:

لاضطراب القلق المعمم أعراض معرفية تتمثل في الإدراك السيء للأحداث، اضطراب في الذاكرة، صعوبة في التركيز والانتباه، الإدراك السيئ للأحداث وتقييمها السلبي، يكثر لدى الأطفال التفكير السلبي، والمفاهيم الخاطئة عن المواقف، يخاف من الموت، ومن المرض، ويخاف من الانطباعات السلبية التي تكون من قبل الآخرين، أفكاره التي تراوده لا يطبقها في الواقع، ولا يعي بذاته (Beck et Emery, 1985) في (العتية، 2001: 42).

6-4 أعراض سلوكية:

يلاحظ على الطفل هدوء غير طبيعي، فيضرب عن اللعب ويبيدي سلوك التجنب والانعزال، والهروب، ويبدو مهموماً وغير مستمتع بالحياة، ولهذه الأعراض أو بالأحرى لهذا الاضطراب ككل تأثير سلبي واضح وجلي على حياة الطفل ويمس نواحي عديدة فيبدو الأطفال المصابين بالقلق المعمم غالباً مطيعين جداً ويسعون دائماً نحو الكمال، وهم في حالة نقد دائم لأنفسهم، كما أشار (Kendall, 1994) في

(العطية، 2001: 41) "يبدو تأثير القلق على الذات في تقييم الطفل لذاته، والتحدث إليها بطريقة أكثر سلبية ، والمتضمن استحواذ فكرة الخوف من الأذى وتوقعاته السلبية"، وغالبا ما يصر الأطفال على فعل الأشياء نفسها عدة مرات، مهما كانت هذه الأشياء بسيطة، لكي يتأكدوا أن عملهم قد أنجز على أكمل وجه، وهم يقومون بهذا الأداء التكراري لكي يتمكنوا من خلق خط دفاعي لأنفسهم لمواجهة التوتر، والقلق الدائم لديهم أثناء أدائهم لمهامهم أمام الآخرين (عوض، 2010).

بالإضافة يكون الطفل في حالة عصبية ويهتم بالأمر الصحية والعائلية دائم التوقع السيئ، ودائم الاستثارة من أقل المؤثرات الداخلية أو الخارجية، وله ردود أفعال عصبية عنيفة وغير متناسبة مع حجم الحدث والموقف المقلق، هذا ما يجعل هؤلاء الأطفال يمرون بأوقات صعبة في محاولة إيقاف أو تهدئة القلق بداخلهم، فيمكن أن يؤثر بالضرورة على أدائهم الدراسي أو سلوكهم العام بالإضافة إلى إحساسهم بعدم الأمان، فتتملكهم الرغبة دائما في الحصول على مشاعر الطمأنينة والأمان ، وهذا يؤثر على نمو شخصيتهم، وعلاقاتهم الاجتماعية فيظهر على الطفل الانطواء والانسحاب، تشتت الإنتباه وسرعة الاستثارة الانفعالية بالإضافة إلى الأعراض النفس جسدية فيؤثر على توافقه النفسي، والاجتماعي والمدرسي أيضا، فأسفرت بعض الدراسات المتعلقة بالأداء المدرسي، والقلق عن ارتفاع مستوى القلق والذي يرتبط عادة مع نقص الاداء في القاعات الدراسية (Hedl, Papay, Costello, 1975).
Sarason, 1972 et Spielberger, 1972, 1966) لأن الاطفال الذين لديهم مستوى عال من القلق من المرجح أنهم يواجهون صعوبات في المدرسة، يستلزم معهم عادة أنشطة تعليمية خاصة "سبييلبرجر (Spielberger, 1972) في (Hedl, 1978 : 115).

في دراسة قام بها "ماسي وزملاءه" (Masi et al, 2004) وزملاؤه في (Dumas, 2013: 509) على عينة من الأطفال الإيطاليين تكونت من (157) طفل ومراهق تتراوح أعمارهم ما بين 7 إلى 18 سنة. هؤلاء الأطفال أبدوا مجموعة من الأعراض حسب مراحلهم العمرية وحسب جنسهم أجملها في:

- توتر واهتياج، وعدم القدرة على الاسترخاء وتهدئة النفس، تكون مصحوبة بصعوبة في النوم، بالرغم من التعب الواضح.

- صعوبة في التركيز.

- الحاجة الشديدة إلى الاطمئنان.

- أعراض جسمية، تعب، وآلام مختلفة لا أساس لها من الصحة.

- انخفاض في تقدير الذات.

كما يضيف " تيرجون وبارنت" (Turgeon & Parent, 2012: 32) أن الأطفال الذين لديهم اضطراب قلق معمم يعتبرون أنفسهم غالبا أنهم أكثر نضجا، ووعيا، وكمالا، نظرا لانشغالهم المستمر، واستغراقهم الانفعالي.

كما أن لديهم صورة سلبية عن أنفسهم، وشك حول قدراتهم في مواجهة أثناء المواقف الصعبة. مما سبق نستنتج أن اضطراب القلق المعمم لدى الطفل له تأثير جلي وواسع على الحياة اليومية للطفل لما أثبتته الدراسات من وجود تأثير سلبي يمس الجانب النفسي والشخصي للطفل لما يسببه من آلام نفسية، واستثارة انفعالية لأقل المثيرات.

7- النظريات المفسرة للقلق:

تعددت النظريات التي فسرت موضوع القلق، فهناك من يرى أن القلق يعود لأسباب نيروولوجية، وهناك من يقول أنه نتيجة لما كبت في اللاشعور، واتجاه آخر يرى أنه تعلم خاطئ يظهر في سلوك مضطرب، بينما هناك من يرى رجوع القلق إلى تشويهه في معارف ومعتقدات الفرد، ومن هذا المنطلق سنعرض بعض النظريات البارزة التي اهتمت بتفسير هذا الاضطراب.

7-1 تفسير النظرية العصبية (النيروولوجية):

تقول هذه النظرية بأن هناك مراكز عصبية مشتركة على مستوى الدماغ مسؤولة عن الإحساس بالخوف والقلق، وهي محور HPA الهيپوتلاموس (تحت المهاد)، والغدة النخامية، والغدة الكظرية Axe le système hypothalamo, hypophyso, surrénalien ومحور الجهاز اللمبي، وقشرة الفص الجبهي le système limbique, cortex préfrontal، هذه المراكز هي على صلة بمراكز أخرى، وتشكل نظام التنشيط السلوكي le système d'activation comportemental، ونظام كف السلوك le système d'inhibition comportementale.

هذين النظامين يلعبان دورا مهما في إدارة السلوك، وبالأخص في التعبير والتأويل لمختلف الانفعالات، وأيضا في تخزين هذه الانفعالات، ففي اضطرابات القلق يكون هناك نشاط زائد وحساسية زائدة على مستوى محور HPA، وعلى مستوى الجهاز اللمبي وبالأخص (اللوزة l'amygdale)، كما يكون هناك خلل وظيفي على مستوى الناقلات الخاصة بالهرمونات التي تضمن التواصل في نظام الكف السلوكي مثل نوريبينيفرين norépinephrine وهرمون كوريكوتروب corticotrope.

هناك العديد من الباحثين أشاروا إلى وجود فرط في النشاط على مستوى اللوزة، عند بعض الأطفال القلقين، وتشوه على مستوى المحور HPA، والجهاز اللمبي أمثال "طوماس ودوبليس" (Thomas et De Bellis, 2004) في (Dumas, 201:540).

أيضا الأشخاص المصابين بالقلق لديهم مستوى عال من الناقل الهرموني نوريبينيفرين norépinephrine، فحقن هذا الناقل يجعل الفرد قلقا، وإن لم يكن يعاني من اضطراب في القلق هذا ما بينته دراسة " كريستال دوتش وشارني" (Krystal, Deutsch et Charney, 1996) في (Dumas, 201:541). العديد من الدراسات اهتمت بالمرحلة الجنينية التي تسبق الولادة، حيث ذكرت بأن هناك علاقة بين مستوى القلق والضغط الذي تواجهه الأم أثناء الحمل، وسلوك الجنين الذي يقاس بالموجات فوق الصوتية ابتداء من الأسبوع الثالث إلى الأسبوع السابع والعشرين من الحمل.

يذكر "داماس" (Dumas, 2013: 540) في هذا الصدد أن هذه العلاقة تنبئ عن ظهور مستوى عال من المشاكل على المستوى العاطفي الانفعالي، والمعرفي، والسلوكي لدى الطفل بعد الولادة، وذلك لأن قلق الأم يؤثر على نمو المحور HPA والجهاز اللمبي للطفل قبل الولادة.

7-2 مدرسة التحليل النفسي:

7-2-1 تفسير فرويد Freud للقلق:

كان "فرويد" من بين العلماء الذين استعملوا كثيرا مصطلح القلق، ووجهوا إليه الأبحاث ، حيث يشير (علاء الدين كفاي، 1999: 236) أن شيوع مصطلح القلق يعود في جزء كبير إلى فرويد، فحاول بذلك فرويد أن يجد تفسيراً لهذا الاضطراب وذلك لاهتمامه الكبير بدراسة ظاهرة القلق التي كثيرا ما لاحظها في أغلب الحالات التي كان يعالجها، وكما سبق وأشرنا أن فرويد ميز بين نوعين من القلق وهما القلق الموضوعي (الطبيعي) والقلق العصابي (المرضي) فإنه حاول أن يعرف القلق العصابي ويصل إلى تفسير معقول له.

يضيف "علاء الدين كفاي" (علاء الدين كفاي، 1999: 239) العصاب عند فرويد هو أن يجد المرء نفسه لا يستطيع مواجهة مطالب الحياة من حوله، ومطالبه الشخصية أيضا من خلال الأساليب العادية والمعقولة، فيتصرف بأساليب غير معقولة وغير مقبولة ويصعب التحكم فيها.

وفي هذا الصدد قدم "فرويد" (فرويد، 1989: 19) نظريتين أولهما مفادها أنه حينما تمنع الرغبة الجنسية من اتخاذ طريقها الطبيعي إلى التفريغ والإشباع فان الطاقة النفسية المتعلقة بالدافع الجنسي (الليبيدو) تتحول الى قلق.

أما النظرية الثانية فقد عدل فيها فرويد عن رأيه الأول والمتعلق بأن القلق هو تحول لليبيدو، وقال أن القلق العصابي هو رد فعل لخطر غريزي داخلي وما قد تؤدي إليه الرغبة الغريزية من أخطار خارجية (المرجع السابق: 26)، وينشئ من تهديد (الهو) ل(الانا) عند محاولة اشباع نزعاتها الغريزية التي لا يوافق عليها (الانا الأعلى) فالقلق هنا عبارة عن إنذار للأنا بأن النزعات الغريزية على وشك الوصول إلى الشعور لمنعها، وكتبها بعيدا إلى اللاشعور، إلا ان الكبت قد لا ينجح بمفرده في إعادة التوازن النفسي فتستخدم الأنا آليات أخرى (الحيل الدفاعية).

وأطلق فرويد على القلق المعمم اسم القلق الهائم الطليق وقال أنه خوف عام وشائع وظيفي، والأشخاص المصابون بهذا النوع من القلق يتوقعون دائما أسوأ النتائج (فرويد، 1989: 15)، ويتجنبون الكثير من المواقف ويتميز سلوكهم بالعزلة والانطواء ويستنفذ جزءا كبيرا من طاقاتهم.

كما يرى فرويد أن الأخطار التي تثير القلق تختلف باختلاف مراحل العمر لدى الفرد، ففي المرحلة الأولى يكون القلق عند الطفل وليد العجز النفسي وعدم قدرته على التحكم في مواقف القلق التي يواجهها. أما في الطفولة المبكرة فإن خطر فقدان الأم أو فقدان حبها هو سبب إثارة القلق لديه، وخطر الخصاص هو من يثير القلق في المرحلة القضيبيية، أما ما يثير القلق لديه في مرحلة الكمون هو الأنا (المرجع السابق: 29).

7-2-2 تفسير أوتورانك Ottorank للقلق :

فسر القلق على أساسين أولهما: صدمة الميلاد وتعتبر أول وأهم خبرة للانفصال يمر بها الإنسان وتسبب له صدمة قوية ومؤلمة، وتثير فيه قلقا شديدا نتيجة انتقاله من بيت اللذة والسعادة (الرحم) إلى عالم متوتر ومضطرب، فهذا الانتقال يشكل للفرد أول وأقصى خبرة انفصال يمر بها، وقد أطلق عليه "أوتورانك Ottorank" بالقلق الأولي (فرويد، 1989: 31-32).

أما الأساس الثاني حسب رانك هو سلسلة الانفصالات الموائية لصدمة الميلاد، فكل انفصال يمر به الفرد بعدها يثير القلق لديه وهذه الانفصالات تتمثل في الفطام، التهديد بالخصاء، دخول الطفل للمدرسة وانفصاله عن أمه، والزواج لأنه الخروج عن الوحدة وأساس هذه الانفصالات كلها هو صدمة الميلاد (فرويد، 1989: 32).

ويرى "أوتورانك Ottorank" أن القلق الأولي يتخذ صورتين تتمثلان في الخوف من الحياة والخوف من الموت وهما يستمران مع الفرد طيلة حياته، فخوف الحياة هو القلق من الاستقلال والتقدم الفردي، ويظهر عند مزاوله أي نشاط ذاتي للفرد، وخلق ابتكارات جديدة، أو العمل على تغيير جديد في

شخصيته أو عندما يريد الفرد تكوين علاقات جديدة مع الناس وتحقيق هذه الامكانيات يجعل من الفرد مهددا بالانفصال عن أحواله السابقة (الخطيب، 1989) في (سعد العلوني، 2008: 32).

وخوف الموت حسب رانك هو عكس خوف الحياة، وهو خوف الفرد من عودته إلى الاعتماد على غيره، وفقدانه للاستقلالية ويعتقد رانك أن كل فرد يشعر بهاذين النوعين من الخوف يكون دائم التردد بينهما، فيصبح شخصا عصائيا لعدم استطاعته حفظ التوازن بينهما (فرويد، 1989: 35-36).

7-2-3 تفسير هورني Karen Horney للقلق:

حسب "هورني Horney" يرجع القلق إلى الأسباب التالية:

1- الشعور بالعجز

2- الشعور بالعداوة

3- الشعور بالعزلة

ومفهوم القلق عند هورني أنه الإحساس الذي ينتاب الطفل لعزلته وقلة حيلته في عالم مليء بالتوتر والعدوانية، وهو ما أطلقت عليه بالقلق الأساسي Basick anxiety (العطية، 2001: 45)، وتتفق هورني مع فرويد بأن القلق يؤدي إلى كبت الرغبات، حيث أن هذه الرغبات في نظرها هي ميولات عدوانية يكتبها الطفل تجاه أبويه لخوفه من فقدان حبهما أو خوفه من العقاب إذا ما أظهر هاته الرغبات (سعد العلوني، 2008: 34)، إلا أن هورني اهتمت أكثر بالدوافع العدوانية عكس فرويد الذي صب جل اهتمامه على الدوافع الجنسية وتعتقد هورني أن للبيئة التي ينشأ فيها الطفل دورا مهما في تشكل القلق لديه، إذ أن سلوك الطفل السوي يكون نتيجة الشعور بالاطمئنان وأساس القلق يكون نتيجة عدم تمكن الفرد من الوصول إلى تحقيق الاطمئنان (فرويد، 1989: 39).

فتفسر "هورني Horney" ظهور القلق في (علاء الدين كفاي، 1990: 244) أنه ينشأ عندما لا يحصل الطفل من والديه على كفايته من الحب والحنان والرعاية والأمن، فالطفل القلق هو الطفل الذي ينعدم لديه الشعور بالأمن، فيلجأ للعدوان انتقاما لنفسه، ردا على من رفضوه، أو قد يستسلم، أو ينعزل من أجل إيصال رسالة للآخرين بتغيير معاملتهم له، أو يكون لنفسه صورة مثالية في حين فشل الطرق السابقة، بحيث تقوم هذه الصورة المزيفة بتعويض الطفل عما يشعر به من نقص. بعدها يقوم الطفل بتثبيت الطرق التي تحققت وتصبح سمة من سمات شخصيته.

7-2-4 تفسير ألفرد أدلر Adler Alfred للقلق:

من خلال كتابات "أدلر Adler" نلمس أن فكرة الشعور بالنقص ترتبط بمفهوم القلق والذي يحدث عندما لا يستطيع الفرد أن يحقق الانتماء إلى المجتمع. فالتفاعلات التي تحدث بين الفرد والمجتمع تنشئ القلق لديه لأن الفرد يقع في دائرة ما بين التخلص من انزاله، وانطوائه الذي أتى نتيجة شعوره بالدونية وولد لديه القلق وبين محاولة التخلص من هذا الشعور، ويرى "أدلر Adler" في (العطية، 2001: 44) بأن الطفل مثلا يشعر بضعف، وعجز أمام أشقائه الأكبر منه وأمام والديه، وهذا يعتبر الشعور الأولي بالنقص لديه، فيقوم بذلك الطفل بمحاولات للتغلب على هذا الشعور فإذا وفق في محاولاته إلى إنجازات تكون واقعية أي يجسدها في الواقع كان سلوكه سويا، أما إذا اقتصرته محاولاته على الذاتية والتخيل فسينتج العصاب.

كما يرى "أدلر Adler" في (علاء الدين كفاي، 1999: 243) أن للأب دورا كبيرا في تربية الطفل وتنشئته، فهي الأساس في نجاح الطفل في تشكيل علاقات ناجحة مع الآخرين أو فشله في ذلك.

7-2-5 تفسير هاري ستاك سوليفان Harry Stack Sullivan للقلق:

أولى "سوليفان Sullivan" أهمية كبيرة للعلاقات الاجتماعية مثله مثل أدلر، وخاصة علاقة الطفل بأمه، وحسب سوليفان، ينشأ القلق نتيجة عدم الاستحسان وعدم العطف الذي يلقاه من والديه خلال تأديته لأعماله فيركز بذلك الطفل على السلوكيات التي تتال الاستحسان والتي لا تتال الاستحسان حتى يتجنب العقاب والقلق معا، كما يضيف "سوليفان Sullivan" أن القلق الزائد لدى الأم ينعكس على الوليد من خلال الارتباط العاطفي بينهما.

فيوضح (علاء الدين كفاي، 1999: 247) قول "سوليفان Sullivan" بأن الأم القلقة تنقل قلقها إلى ابنها الذي يعمم هذا القلق على الموضوعات المرتبطة بالأم أيضا.

7-2-6 تفسير إيريك فروم Erick From للقلق :

"فروم From" أيضا أولى اهتماما بالعلاقات الاجتماعية، وأثرها في عملية التطبيع الاجتماعي للطفل، ويتفق في ذلك مع (هورني وسوليفان) في تأثير العلاقات الشخصية، وتقدير المحيطين به على تقديره لذاته كما أشار "محمد جواد الخطيب" (الخطيب، 1989: 42)، والقلق حسب فروم ينشأ نتيجة الصراع بين شعور الطفل باعتماده على والديه وبين رغبته في الاستقلال عنهما، وفي هذا الاستقلال يتشكل أيضا صراع آخر، وهو ما يريد إنجازه، وما يقابله من نقد من طرف الآخرين .

إن نظرية التحليل النفسي ساهمت بقدر كبير في إعطاء تفسير مفصل عن هذا الاضطراب من خلال تركيزها على مرحلة الطفولة، والدور الكبير الذي تلعبه خبراتها في نمو وتطور الفرد سواء كان نموا سويا أو مرضيا مبرزة بذلك تأثير اللاشعور على سلوكيات الفرد، وتأثير العوامل الوراثية، والبيئية أيضا. كما أن مرحلة الطفولة وأحداثها، والصراعات الداخلية، ونمط العلاقات الأسرية لها إسهام كبير في نشأة القلق.

لكن هذه النظرية كغيرها من النظريات وجهت لها مجموعة من الانتقادات بحيث أنها ركزت الاهتمام بشكل كبير على دوافع الجنس والعدوان وأهملت الجوانب الأخرى وبالأخص في نظرية "فرويد" حتى أن من أتى بعد "فرويد" من التحليليون قد انتقدوا فرويد في هذا الجانب، كما أن فرويد ركز على دراسة الحالات فقط ثم عممها على باقي الأفراد.

أما من ناحية العلاج فإن التحليل النفسي يستغرق وقتا طويلا، وجهدا كبيرا.

7-3 تفسير المدرسة السلوكية للقلق:

جزأت النظرية السلوكية السلوك الإنساني إلى وحدات، ويرى أصحابها حسب "علاء الدين كفاي" (كفاي، 1990: 575-578) أن القلق هو سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والسلبي، فيكون هناك ارتباط بين المنبه الجديد والمنبه الأصلي، فيصبح بذلك المنبه الجديد قادر على استدعاء المنبه الأصلي. فنجد أن المدرسة السلوكية تتفق مع مدرسة التحليل النفسي في كون القلق يرتبط بماضي الإنسان إلا أنهما يختلفان من حيث أن المدرسة السلوكية لا تؤمن بالدوافع اللاشعورية، فيعتبر السلوكيون القلق بمثابة استجابة خوف تستثار بمثيرات ليست من شأنها أن تثير هذه الاستجابة، غير أنها اكتسبت القدرة على إثارة هذه الاستجابة نتيجة لعملية تعلم سابقة تخضع لقوانين التعلم الاشتراطي. بحيث تعتبر الاستجابة الشرطية "قلق طبيعي" حينما تصدر عند أغلبية الناس، أما إذا حدثت في مواقف لا يستجيب فيها الآخرون باستجابة القلق فتعتبر وقتئذ "قلق غير عادي ومرض" والفرق بينهما يكمن في شدة الاستجابة، لكن لا يوجد هناك فرق بين استجابة القلق الطبيعي واستجابة القلق المرضي حسب ما أشار إليه (عبد السلام عبد الغفار، 1990) في (العطية، 2001: 46)، فالقلق هو استجابة خوف اشتراطيه والفرد غير واع بالمثير الطبيعي لها. كما يؤكد أصحاب نظرية التعلم أن أعراض القلق ما هي إلا استجابة تم تعلمها في مواقف مؤلمة ومزعجة وهذه الاستجابة يمكن إبطالها كما وسبق تعلمها في مواقف مؤلمة ومزعجة، فاستطاع "واطسون" أن يسبب مشاعر الخوف للطفل ألبرت ذو 11 شهرا، فهذا الطفل تعود للعب مع أحد الحيوانات، فقام واطسون باشتراط رؤية الطفل لهذا الحيوان

بمثير مخيف وهو سماع صوت مرتفع فجأة، وبعد حدوث الاشتراط أصبح الطفل يخاف من الحيوان الذي كان يلعب معه آنفاً، فأصبح بذلك الحيوان في هذه التجربة بمثابة موضوعات محايدة في الأصل، ولكنها ارتبطت بموضوعات تثير الخوف (علاء الدين كفاي، 1990: 349-350) أما "ولب wolpe" يرى في (الغامدي، 2005: 49) أن القلق هو المكون الأساسي للسلوك العصابي والذي يشير إلى أي عادة من السلوك غير التوافقي والتي يتم اكتسابها في كيان عضوي سوي من الناحية الفسيولوجية، ويعتبر أن القلق هو المكون المركزي لهذا السلوك.

قد تطور الفكر السلوكي بعد هذا بظهور نظرية التعلم الاجتماعي "لباندورا Bandura" حيث أكد على أهمية التفاعل بين المثيرات الاجتماعية والسلوك، وكذا العوامل العقلية والمعرفية، والانفعالية، والوجدانية فمظهر القلق يكون مرتبط بحدوث مثيرات غير مرغوبة، بالإضافة إلى وجود استعداد نفسي لدى الفرد لظهوره (القلق)، وهذا الاستعداد يتمثل في المفهوم السلبي للفرد عن قدراته، وعلى هذا الأساس فإن القلق وإن كان نتيجة لاستجابات سببها مثيرات خارجية فإن هذا السبب يعد سبباً جزئياً يضاف إليه السمات الشخصية العقلية، والوجدانية للفرد من أهمها مشاعر عدم الكفاية التي تعمل كمعزز ذاتي للقلق (الغامدي، 2011).

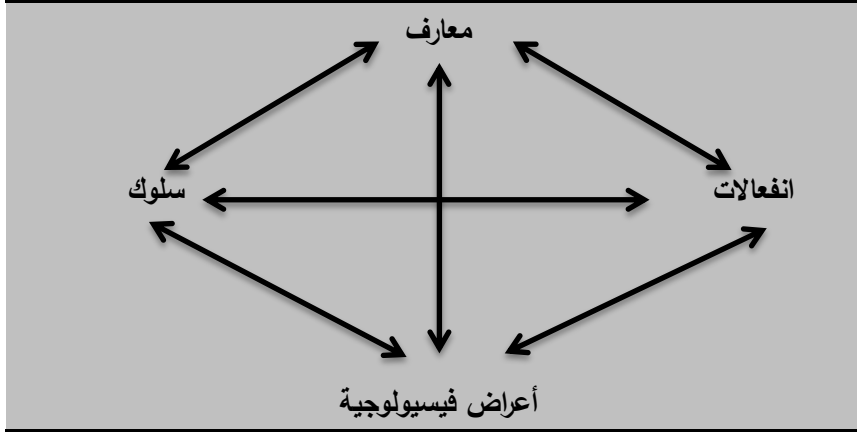
من هنا يتضح أن القلق عند السلوكيين عملية متعلمة، فكما يتعلم الفرد السلوك السوي يتعلم أيضاً السلوك المرضي، وهذا التعلم يرتبط بمبدأ التعميم، حيث أن المثيرات الشبيهة التي تعلمها الفرد تثيره. فالنظرية السلوكية جاءت مناقضة لما دعت إليه نظرية التحليل النفسي بحيث دعت إلى دراسة السلوك الملاحظ لا إلى اللاشعور، وفسرت القلق على أنه عادة متعلمة واستجابة شرطية لمثيرات لا يعيها الفرد.

7-4 تفسير المدرسة المعرفية للقلق:

تركز النظرية المعرفية على أن المعارف هي عامل وسيط بين الموقف، والاستجابة للموقف، فخبرة الإنسان تتشكل من خلال تفاعل أربعة أبعاد موضحة في الشكل التالي:

شكل رقم(1)

يوضح الأبعاد الأربعة المتفاعلة التي تشكل خبرة الإنسان من وجهة نظر الاتجاه المعرفي السلوكي
نقلا عن (Scott & Dryden , 1996) في (عطية محمود، بدون سنة)



من خلال الشكل نلاحظ أن هذه العناصر الأربعة دائما في تفاعل حيث أن كل عنصر منها يؤثر في الآخر، ونتيجة لهذا التفاعل تتشكل الخبرة الإنسانية.

يرى علماء النظرية المعرفية أن الاضطرابات النفسية عامة ترجع إلى الطريقة التي يفكر بها الفرد في نفسه، وفي العالم الخارجي بحيث يتشكل لديه نمط من الأفكار الخاطئة، أو غير المنطقية التي ينتج عنها استجابات سلوكية غير توافقية، ويعتبر نموذج "آرون بيك Beck" أكثر النماذج المعرفية تأثيرا حيث ركز على السيورورات المعرفية، فجميع الأفراد لديهم سيورورات معرفية تقوم باستبعاد معلومات معينة، وغير متعلقة ببيئتهم، وتحفظ بمعلومات أخرى إيجابية.

كما يرى "بيك Beck" في (محمد سعفان، 2003:53) أن الشخص العصابي عامة يتميز بتقيد الإنتباه، والتشويه، والتحريف حسب بيك أيضا في (المرجع السابق) الاضطرابات النفسية تنشأ نتيجة لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد، وبين المثيرات الخارجية التي يتعرض لها هذا الفرد. فالنظام المعرفي الداخلي يقوم بتحليل وتفسير كل المعلومات الواردة إليه، ومن ثم تأتي الاستجابة للمواقف والأحداث، وذلك انطلاقا من المعاني التي يعطيها لهذه المواقف، والأحداث.

وهذه الاستجابة هي عبارة عن ردود انفعالية تختلف من فرد إلى آخر لموقف واحد، بل حتى من الفرد نفسه وفي أوقات مختلفة، وتتوقف هذه الاستجابة الانفعالية لدى الفرد على كيفية إدراكه للمواقف

والأحداث، فمثلا عندما يفشل الفرد في تحقيق شيء ما فإنه يشعر بالحزن، وعندما يحقق نجاحا في مجال ما فإنه يشعر بالفرح ، أما عندما يتولد لديه شعور بالتهديد فإن ذلك يؤدي إلى القلق. فتفسر نظرية بيك القلق على أنه أنماط من التفكير الخاطيء يترتب عنه تكوين مركبات معرفية نشطة تحول المؤثرات البيئية إلى مصادر للقلق، وهذا ما يولد الشعور بالقلق، وتتجلى أعراضه . حسب "حامد أحمد الغامدي" (الغامدي، 2011) ركز "بيك Beck" على أن المشكلة تكمن في طريقة التفكير وليست في الانفعال، إذ أن المصاب باضطراب القلق يلاحظ وجود خلل في تفكيره بسهولة . كما أضاف علماء النفس المعرفي أن القلق هو إشارة الى وجود فكرة معينة تكون مشبعة بمشاعر الفشل لدى الفرد في مجال ذو أهمية بالنسبة له، بالإضافة إلى التوقع بحدوث كارثة أو مصيبة تقع له أو لأفراد أسرته أو للمقربين منه.

كما يرى (بيك، 2000) أن الشخص العصابي عامة يتميز بتقييد الانتباه، والتشويه والتحريف . حسب "بيك" أيضا أن الاضطرابات النفسية تنشأ نتيجة لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد وبين المثيرات الخارجية التي يتعرض لها هذا الفرد، وقد ذكر "بيك Beck" مظاهر الاضطراب الفكري المميزة لمريض القلق والتي تتمثل في:

1- تتابع الأفكار المهددة بالخطر:

المصاب بالقلق دائما مقيد بسلسلة من الأفكار المتتابعة والتي لا تتوقف حول حدوث وقائع كارثية.

2- عدم القدرة على مناقشة الأفكار المقلقة:

المصاب باضطراب القلق لديه شك في منطقية هذه الأفكار، وفي أنها مبالغ فيها لكن ليس لديه قدرة على إعادة تقييم، ومناقشة هذه الأفكار الخاطئة .

3- تعميم المؤثرات:

المصاب بالقلق يعمم أي مصدر للقلق على المصادر الأخرى، بحيث أنه أي صوت أو أي حركة أو تغيير يدرکه على أنه خطر.

فاضطراب السيوررات المعرفية إذا يكون سبب رئيسي في اضطرابات القلق، ومصطلح الخطر، يعد أحد مكونات المخططات المعرفية (الاتجاهات والمعتقدات) الخاصة بالقلق، وأحد مكونات الأفكار التلقائية السلبية التي تعطي إشارات للذات تنبئ عن وقوع كوارث (جسدية، نفسية، اجتماعية).

تعد نماذج "لانج، وبارلو، ووالس Lang, Barlow, Wells" من أكثر النماذج المعرفية التي حاولت توضيح وتفسير حدوث هذا الاضطراب، فـنموذج "لانج" يفترض وجود ذاكرة انفعالية تخزن المعلومات على شكل ثلاث تصنيفات: تنبيهات، استجابات، اقتراحات، ويذكر "لانج Lang" في (Sunderson & Jayne, 2004 : 12) أن الذاكرة الانفعالية تخزن معلوماتها في الذاكرة طويلة الأمد، ويمكنها أن تنشط إلى الذاكرة قصيرة الأمد، كما ان مختلف التنبيهات والاستجابات، أو تأويلات الاستجابات، يمكن أن تستدعي هذه البنية، وتنتج مختلف المعارف، والسلوكات، والمظاهر الجسمية للاستجابات الانفعالية. كما اقترح "لانج Lang" درجة الترابط والتناسق في ذاكرة الانفعالات، وقال بأنها تختلف لدى كل اضطراب من اضطرابات القلق.

أما نموذج "بارلو Barlow" فقد طوره من نموذج "لانج"، بالإضافة إلى اعتماده على المنهج الفيمينولوجي والإكلينيكي، ويقول "بارلو Barlow" في (Sunderson & Jayne, 2004 : 13) أن الخوف من خطر مرتقب يتميز بالإحساس بعدم القدرة على التنبؤ ومراقبة الأحداث المستقبلية، وأن الفهم والإدراك القلق يعد جوهر كل أنواع اضطرابات القلق، والذي يعتبر حالة مزاجية موجهة مستقبلا، يصبح الشخص وفقا لها مستعدا لمواجهة أية أحداث سلبية، ويرتبط الإدراك القلق بحالة انفعالية سيئة شديدة، وبحالة من الاستثارة المزمنة والمرتفعة، وبحالة الشعور بالعجز عن الضبط والتحكم، وبتركيز الانتباه على المنبهات المهددة.

كما يرى "بارلو" أن عملية الإدراك القلق عملية موجودة في كل اضطرابات القلق الأخرى إلا أن مضمونها يختلف من اضطراب إلى آخر، ويشير "بارلو Barlow" في (Bourget, 2009:8) أن عدم قدرة الطفل على المراقبة يعتبر كعامل أساسي في تطور القلق أثناء فترة الطفولة.

ففي دراسة أجراها "بارلو Barlow" مع "شاربيتا Charpita" (Barlow et Charpita, 1998) في (Bourget, 2009:8) ذكر بأن الإحساس بالمراقبة تجاه الوضعيات المسببة للقلق تُكتسب في المحيط العائلي أثناء مرحلة الطفولة، فالطفل الذي يمتلك مهارة المراقبة في محيطه وأثناء تجاربه الأولى مع الحياة، يستطيع أن يعمم مكتسباته، كما يمكنه إتقان الكثير من المهارات، على عكس الطفل الذي لا يستطيع أن يغير الوضعيات التي تجعله قلقا ومتوترا.

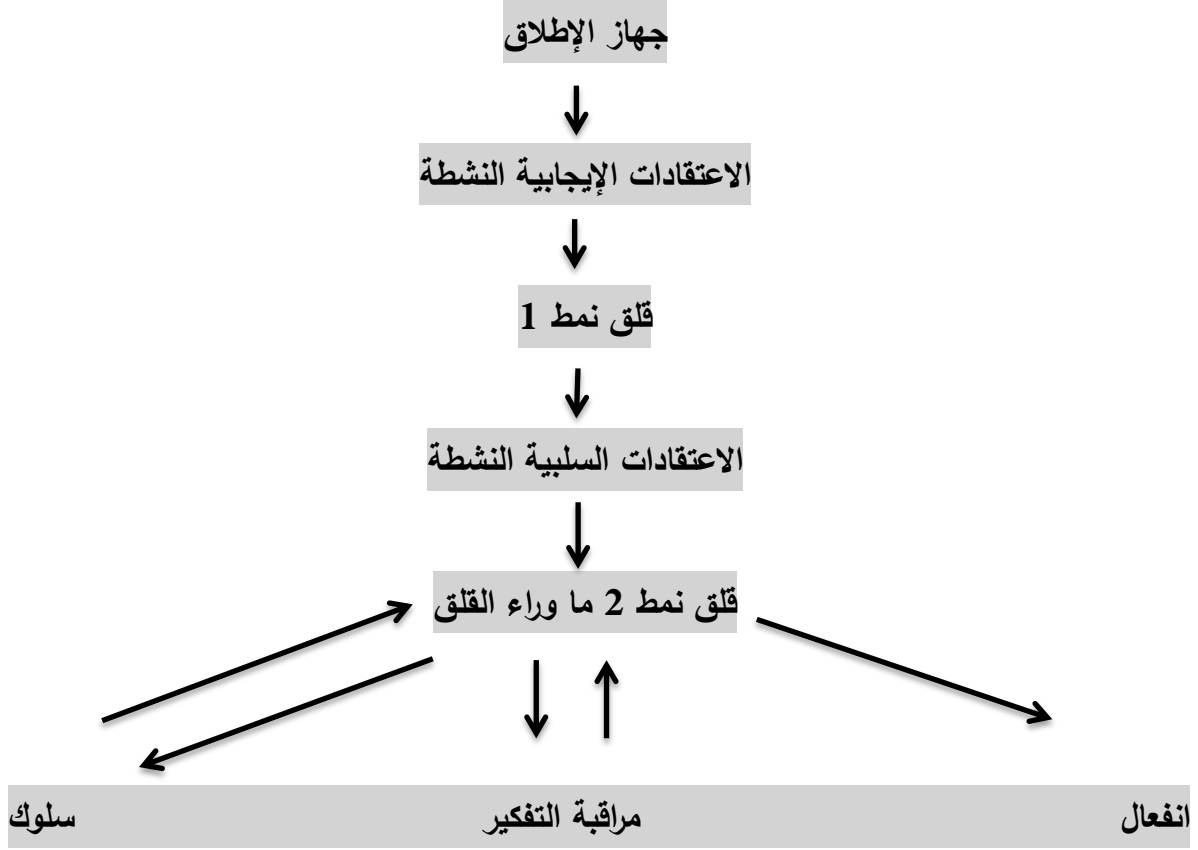
يضيف أيضا "بارلو وريب" (Barlow et Reep, 1991) في (Cottraux, 2011:85) أن الشخص المصاب باضطراب القلق المعمم يكون لديه انتباه انتقائي لإشارات الخطر مقارنة بإشارات الأمان.

كما يصحب هذا الاضطراب عدة أعراض جسدية ناتجة عن نظام حقيقي من التفاعلات النفسبيولوجية، حيث يكون هناك:

- حساسية فيسيولوجية، ونفسية لأحداث الحياة السلبية.
 - حساسية مدركة: تركيز منظم، ومزمن حول الإنتباه للأخطار الممكنة الحدوث.
 - عدم القدرة الإدراكية على المراقبة: بحيث تكون هناك استحالة المواجهة، مما يؤدي إلى مشاعر التشاؤم، والبحث عن تطمين النفس، أو التجنب لأكبر عدد من الوضعيات.
- هذا الخلل في معالجة المعلومة يكون مرتبطاً بأخطوطات خاصة بالخطر تكون مخزنة في الذاكرة طويلة المدى، والعوامل الاجتماعية تعمل على زيادة عددها.
- أما "والس" (Wells, 1997) فاقترح نموذجاً من مستويين، بحيث فرق بين قلق من نمط 1، الذي يتعلق بالمعتقدات "الإيجابية الثابتة"، فيكون القلق استراتيجياً للتكيف، وقلق من نمط 2 أو ما وراء القلق، ويعود إلى الإدراك للقلق و"المعتقدات السلبية"، فيكون القلق نتيجة لخطر غير مرتقب (Cottraux, 2011: 83).
- الشكل رقم (2) يوضح نموذج "ولس وكارتر" (Wells et Carter, 2001)، فحسب هذان الباحثان التفكير الدائم يعد مشكل مشترك بين اضطراب القلق المعمم والإكتئاب، فالمصابين بهذا الاضطراب يضمنون أن التفكير الدائم يعمل على مراقبة الأحداث المستقبلية، والأشخاص المكتئبين يكونون دائمي التفكير في الأحداث الماضية، وانعكاساتها على المستقبل (Cottraux, 2011: 83).

شكل رقم (2)

نموذج اضطراب القلق (Wells et Carter, 2001) نقلا عن (Cottraux, 2011 :84)



من خلال عرض النماذج يتبين لنا أنها لا تزال محدودة، ولا تغطي الاحتياج إلى معرفة التفسير الدقيق لاضطراب القلق المعمم، وبالأخص لدى الأطفال، إلا أن نموذجي "بارلو ووالس Barlow et Wells" قد ساهما في تفسير هذا الاضطراب معتمدين في ذلك على ما جاءت به النظرية المعرفية، والتي قامت بانتقاد النظرية السلوكية نظرا لتغيبها للجانب المعرفي، بحيث فسرت هذه الأخيرة اضطراب القلق على أنه خلل في النظام المعرفي، ونمط من التفكير الخاطيء.

يضيف "عبد الستار إبراهيم وآخرون" (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 2003: 111) في هذا الصدد وجود أربعة مصادر رئيسية من القصور المعرفي التي ترتبط في ظهورها باضطرابات الطفولة وهي:

1- نقص الخبرة والمعلومات:

حيث أن ما يصدر عن الطفل من مشكلات وأخطاء، هي ناتجة عن قصور في التعلم، وعدم معرفة الطفل الكافية بالطرق الصحيحة للتصرف، والتفكير، وعدم خبرته في التفاعل الاجتماعي، وممارسة مختلف جوانب الحياة.

لذا كمرحلة أولى من مراحل العلاج المعرفي السلوكي على المعالج أن يقوم ب"التربية النفسية"، حيث يعرفها "عادل محمد عبد الله" (عادل عبد الله، 2000: 213) أنها تستخدم لإعطاء المرضى المعلومات الكافية حول طبيعة الاضطراب، وأسبابه، وأعراضه، وكيفية المواجهة.

كما يذكر "عبد الستار إبراهيم وآخرون" (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 2003: 113) أن التربية النفسية تركز على إعطاء الطفل معلومات دقيقة، ومفصلة عن السلوك السوي، وكيفية مواجهة المخاوف، وكيفية التعامل مع الأخطاء.

بذلك تعد مشكلات الطفل الانفعالية كالقلق والإكتئاب، هي نتيجة لعجز الطفل عن اكتساب أساليب ملائمة لحل المشكلات.

2- أخطاء التفكير:

حيث أن بعض الاضطرابات النفسية تتطور لدى الطفل، بسبب طريقة تفكيره الخاطئة، ومعتقداته الغير منطقية، عن نفسه، وعن الآخرين، وعن الأحداث التي يعيشها.

3- التوقعات السلبية:

التوقعات السلبية تكون مصاحبة لعدة اضطرابات، أما في القلق المعم يتوقع الطفل حدوث شيء لا يمكنه تغييره، ولا تغيير نتائجه، فينخفض مستوى الدافعية لديه، ويقل النشاط الإيجابي الذي يعمل على حل المشكلات.

4- آراء الطفل حول نفسه وحول الآخرين وحول المواقف:

إن بعض أنواع الاضطراب النفسي تكون مصحوبة بخصائص فكرية في التشخيص كالمبالغة، والتعميم، والتوقع السيء.

كما يحصر (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 2003: 116) الأساليب المعرفية الخاطئة التي يمكنها أن تؤدي إلى الاضطراب في ما يلي:

4-1 التعميم السلبي الشديد: ويكون على جميع المواقف، والتصرفات.

4-2 التوقعات السلبية والكارثية: وينتج عنه التجنب، والهروب خوفا من وقوع كوارث.

4-3 الكل أو لا شيء: تقوم تصورات الطفل حول الأمور إما على النجاح الكامل، أو الفشل الكامل، وهذا ينجم عنه مشاعر الإحباط، والقلق الحاد.

4-4 قراءة أفكار الآخرين: كأن يردد الطفل بينه وبين نفسه قبل القيام بأي تفاعل اجتماعي "سيسخرون مني"، أو أنهم يظنون بأني أقل منهم"، "إنهم يضحكون علي الآن"، فيؤدي به إلى الانسحاب، أو القلق الاجتماعي

4-5 المقارنة: إذا استخدم الطفل أسلوب المقارنة، عند قيامه بأي شيء، فإن ذلك يضعف دافعيته على النشاط والعمل، فيكون عرضة للاضطرابات الانفعالية، وبالأخص القلق.

4-6 نقص تقدير الذات: كترديد الطفل لعبارات "أنا لا أستحق هذا المدح"، "أنا لا أستحق هذه العلامات المرتفعة"، "لا يوجد شيء في شخصيتي يستدعي المدح".

4-7 التفكير القائم على الاستنتاجات الانفعالية: هنا يفسر الطفل سلوك الآخرين تفسيراً انفعالياً، فيجد نفسه عاجزاً عن التفاعل الاجتماعي، وعرضة للكثير من المخاوف، والوساوس، والاضطرابات.

4-8 التحميل المبالغ للذات بالفشل: هنا يُرجع الطفل فشل مجموعة من الأطفال ينتمي إليهم إلى نفسه هو، مثلاً كأن يقول "إن فشل هذه المجموعة في المسابقة كان بسببي".

4-9 السعي نحو الكمال: هنا الطفل يجد نفسه يسعى إلى الكمال أثناء تأديته لأي عمل فمثلاً نجده يُردد العبارات التالية: "يجب أن لا أخطئ في عملي"، لكن كمال الطفل، وتأديته لعمله بأحسن وجه يكون بصورة مبالغ فيها، بحيث تكون مصدر للاضطراب.

4-10 الحتمية المطلقة: يستخدم الأطفال القلقين عبارات من نوع الحتميات، والاستعانة بها كأسلوب من أساليب التفكير مثلاً كقول الطفل "مستحيل أن أحتمل نقد ذلك الشخص"، "لن أسمح لنفسني بالاتصال به إن لم يتصل هو".

4-11 ربط الطفل لتقديره واحترامه بعوامل خارجية: هنا يربط الطفل دائماً عدة عوامل خارجية تكون سبباً في شعوره بقيمته، مثلاً كقوله "إذا لم يتصل بي زملائي، أو لم يتذكروني، فأنا شخص تافه".

لهذا أصبح في الآونة الأخيرة من الضروري محاولة علاج طريقة تفكير الطفل في الأمور، وتقديره لنفسه، وللمواقف التي يتفاعل معها، فوجهة النظر الحديثة للعلاج تركز على الطريقة التي يفكر بها الشخص، وما يحمله من معتقدات، وأفكار قبلية.

ومن خلال الملاحظة الدقيقة لهذه النظريات نستخلص بأن كل نظرية جاءت مكتملة لسابقتها، فالدارس لاضطراب القلق عليه أن لا يعزل كل نظرية على حدة لفهم هذا الاضطراب وإنما يفسره من خلال التكامل بين جميع النظريات.

8- القلق وعلاقته بالصحة النفسية للطفل:

يعرف "حامد زهران" (زهران حامد، 2005: 9) الصحة النفسية بأنها حالة دائمة نسبية، يكون فيها الفرد متوافقا (نفسيا، شخصيا، وانفعاليا، واجتماعيا) مع نفسه، ومع بيئته فيشعر بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عاديا.

كما يعرفها كل من "مروان أبو حويج وعصام الصفدي" (الصفدي وأبو حويج، 2009: 47) على أنها "حالة نفسية يشعر فيها الإنسان بالطمأنينة والرضا والارتياح، لكن العلماء اختلفوا في تحديد متى يشعر الإنسان بهذه الحالة، بعضهم اعتبرها خلو الإنسان من الألم والتوتر والصراع، بينما غيرهم اعتبرها في تحقيق التوافق النفسي مع المجتمع، وآخرون اعتبروها في تحقيق التوازن بداخل الإنسان، وهناك من اعتبرها في تحقيق الذات".

كما يضيف "جميل سامر رضوان" (سامر رضوان، 2007: 30) أن "مفهوم الصحة النفسية يشمل المظاهر الفيسيولوجية (الجسدية)، والنفسية الاجتماعية للفرد بالإضافة إلى توفر رصيد معرفي، وسلوكي يساهم في التصميم الصحي للفرد من أجل مواجهة المشاكل والأزمات، بذلك يكون مفهوم الصحة هو التكيف الناجح للفرد على كل من المستوى البيولوجي، والاجتماعي والثقافي للفرد".

فنجد بذلك أن اضطراب القلق المعمم لدى الطفل يشترك بانخفاض مستوى وظائف التكيف، فمقارنة مع الأطفال غير القلقين، الأطفال القلقين يتميزون بفقير في العلاقات الاجتماعية، نقص تقدير الذات، نقص في المهارات الدراسية والاجتماعية (Strauss, Farme et Forhand, 1987)، لديهم توقعات سلبية، انخفاض في المهارات الاجتماعية لديهم، تشير الدراسات إلى أن أولياء هؤلاء الأطفال ومدرسيهم يشهدون لهم بعدم الانسجام، والاندماج الاجتماعي (Chanskey et Kendall, 1997)، كما لاضطراب القلق تأثير على المدى الطويل: حيث أن الدراسات تشير إلى أن 50% من اضطرابات القلق في الرشد ترجع إلى اضطرابات القلق في الطفولة (Pollack, Sabatiano, et Majchar, 1996)، ودراسات تشير إلى احتمالية ظهور اضطرابات عقلية أخرى في سن الرشد (Last, Pevain, Hersen et Kasdin, 1996) كما أن اضطراب القلق يؤثر على وظائف التكيف لدى الطفل (Bergeron et al, 2007) في (Rosso, 2011: 4)، فهذا سيؤدي إلى التأثير على مهاراته الدراسية والفكرية كأن يلقي بحث، أو يقوم بقراءة جهرية، وذكرت دراسة (Van Ameriengen, Macimi et Farcolden, 2003) في (Rosso, 2011: 4) أن اضطراب القلق يمكن أن يسبب صعوبات التعلم وتأخر دراسي، وبمرور الوقت سيؤثر سلبا على وضعية الطفل

الاجتماعية ومهاراته حيث تصبح علاقاته ونشاطاته الاجتماعية أكثر صعوبة عندما يندمج مع أقرانه، فيصبح منعزلا اجتماعيا كما ذكر (Benjamin Castello et Warren,1990) في (Rosso, 2011:4)، وسيكون لديه نقص في تقديره لذاته.

يضيف "داماس" (Dumas, 2013 :515) أن علاقات الطفل بزملائه تتميز بمستوى عال من الانسحاب، وبمرور الوقت يتكرر انسحابه، ويصبح عرضا جليا يسبب له تفاعلات سلبية مع أصدقائه، ونقص في مهاراته الاجتماعية، التي تعزز عن طريق التفاعل، ويكون هذا العرض عند الذكور مثله عند الإناث، ففي دراسة قام بها "ألفانو، بيدل، وونغ" (Alfano, Beidel et Wong, 2012) في (Dumas, 2013:515) على مجموعة من الأطفال والمراهقين المصابين بقلق الانفصال أو القلق المعمم ومجموعة من الأطفال العاديين توصلوا إلى أن الأطفال المصابين باضطرابات القلق يملكون عددا محدودا من الأصدقاء مقارنة بالأطفال العاديين، وبالأخص الأطفال المصابين بقلق الانفصال.

خلاصة عامة للفصل:

يبقى اضطراب القلق بشكل عام، واضطراب القلق المعمم بشكل خاص من المواضيع المعقدة والتي لازالت تخفي وراءها الكثير من التعقيد والغموض، مما يستوجب إعادة النظر والبحث والتدقيق، لتفسير ما هو خفي، ومحير.

فهذا الفصل حاول عرض أهم المفاهيم الخاصة بهذا الاضطراب، وأعطى لمحة شاملة عن تاريخ الاضطراب، وأنواعه المختلفة، كما تناول مختلف النظريات التي حاولت تفسير هذه الظاهرة النفسية المعقدة، وبالأخص النظرية المعرفية، التي اعتمدنا عليها كأساس لهذه الدراسة، باعتبارها من النظريات الحديثة حاليا، كما تطرقنا إلى تأثيرات هذا الاضطراب على مختلف جوانب الصحة النفسية للطفل.

الفصل الثالث:

العلاج المعرفي السلوكي لإضطراب القلق المعمم لدى الأطفال

تمهيد

- 1.نشأة العلاج المعرفي السلوكي
- 2.مفهوم العلاج المعرفي السلوكي
- 3.أهداف ومبادئ العلاج المعرفي السلوكي
- 4.الأساليب العلاجية المعرفية السلوكية للقلق
- 5.مراحل العلاج المعرفي السلوكي
- 6.تقنيات العلاج المعرفي السلوكي
- 7.العلاج المعرفي السلوكي لإضطرابات القلق المعمم لدى الأطفال

خلاصة عامة للفصل

تمهيد:

هذا الفصل يعد الإطار الذي تم على أساسه إعداد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي للدراسة الحالية، حيث يتناول عرض لنشأة ومفهوم هذا العلاج وأهم الأساليب والفنيات التي يختص بها، ودور الأخصائي النفسي في هذا البرنامج، ودور هذا البرنامج في علاج اضطرابات القلق.

1- نشأة العلاج المعرفي السلوكي:

يذكر "غزوان ناصيف" (ناصر غزوان، 2012: 44-45) أن العلاج يمر بمرحلتين، في المرحلة الأولى تعامل العلاج مع السلوك الغير متوافق مباشرة، وتدعى هذه المرحلة بمرحلة "العلاج السلوكي الاشتراطي التقليدي"، أما في المرحلة المتأخرة من العلاج فإنه يتعامل مع السلوك إضافة إلى الجانب المعرفي وهذا ما يسمى "بالعلاج المعرفي السلوكي"، أي أن السلوك يمكن تغييره إذا تغير التفكير. فبدأ الاهتمام بالعلاج المعرفي السلوكي مع بداية النصف الأخير من القرن الماضي، ويشير بيك أن العلاج المعرفي السلوكي يقوم على دعائم فلسفية تعود تحديدا إلى زمن "الرواقيين stoics" حيث أشارت الفلسفة الرواقية إلى أن الأحداث، والمواقف التي تحصل للإنسان ليست وحدها المسؤولة عن تغيير مزاجه، بل هو راجع إلى فكرة الإنسان عن هذه الأحداث.

يقول "بيك Beck" (بيك، 2000: 60) "الفرد يقوم بتحريف الواقع بناء على افتراضات خاطئة، وتنشأ عن تعلم خاطئ خلال مراحل النمو المعرفي له".

في هذا يؤكد الفيلسوف "أبيكتيتيس Epictitus" (Epictitus, 1984) في (ألفت كحلة: 18) أنه في القرن الأول ميلادي كان الناس لا يبدون اضطرابا بسبب الأشياء من حولهم، ولكن بسبب وجهات نظرهم التي يتخذونها حول هذه الأشياء، كما تشير ألفت كحلة في (المرجع السابق: 18-19) أن الفلاسفة الطاويين والبوذيين « Taoist and Budist » يؤكدون على حقيقتين أساسيتين هما:

* أن الإنفعالات الإنسانية ذات أصل معرفي.

* وثانيا أننا عندما نضبط أو نغير مشاعر الفرد من الأفضل أن نغير أفكاره أولا.

أما في القرن العشرين ظهرت العديد من الأبحاث والتطورات في مجال العلاج النفسي بشكل عام والتي كانت قاعدة لظهور العلاج المعرفي، ومن ثمة العلاج المعرفي السلوكي، فقد ذكر "فرويد Freud" في أعماله في (بكري نجية، 2012: 110) "أن عددا كبيرا من الظواهر الهيسثيرية يحتمل أن تكون فكرية".

أما "أدلر Adler" الذي أتى بعد فرويد كان له دور واضح في تطور العلاج المعرفي حيث قال أن الخبرة ليست سبب النجاح أو الفشل، ونحن لا نعاني من صدمات خبراتنا ولكننا نستخدم منها ما يلائم أغراضنا، ونحن محدودون ذاتيا بواسطة المعاني التي نسقطها على خبراتنا".

كما أشار إلى ذلك "لويس كامل مليكة" (لويس كامل، 1990: 190) حيث ذكر أن "أليس Ellis" يعد المروج الرئيس للعلاج العقلاني-الانفعالي.

بالإضافة إلى مساهمة هؤلاء الباحثين هناك عوامل عديدة ساهمت أيضا في ظهور العلاج المعرفي السلوكي أشارت إليها ألفت كحلة في (المرجع السابق) أهمها:

1- جاء كرد فعل للإنتقادات التي وجهت للمدرسة السلوكية التي إهتمت بالجانب السلوكي فقط في العلاج.

2- تزايد الإهتمامات بالجانب المعرفي ودراسة العمليات المعرفية وعلاقتها بالوظائف النفسية.

3- كان "كيلي kelly" دورا مهما في توضيح دور كل من البيئة وتعديل البنية العقلية في تغيير السلوك. يشير "ولب wolpe" أيضا في (نفس المرجع: 18) أن التيارات المعرفية في العلاج تكاملت مع أساليب العلاج السلوكي بحيث أن المعرفيين قد أثروا في تفكير مرضاهم من خلال طريقة مدروسة.

كما ذكر "مفتاح محمد عبد العزيز" (مفتاح عبد العزيز، 2001: 69-70) أن بيك هو مؤسس العلاج المعرفي السلوكي، فقد درس العلاج السلوكي ومارسه لكنه شعر بأن الأساليب السلوكية لها فاعلية ولكن ليس نتيجة الأسباب التي يبديها المعالجون السلوكيون، وأنها لا تؤدي إلى تغيرات معرفية في المرضى فالعلاج المعرفي يرفض ما تنادي به مدرسة التحليل النفسي من أن اللاشعور هو مصدر الاضطراب النفسي، وكذلك ما تنادي به المدرسة السلوكية لما تعطيه للسلوك من أهمية.

نشر "بيك" أول مقال حول تطبيق العلاج المعرفي سنة 1952 على حالة تعاني من فصام مزمن، وفي سنة 1955 عرض كيلي أفكاره حول التصورات الشخصية، فيرى "كيلي Kelly" في نظريته أن الفرد يقوم بتصورات، وتوقعات لما يجري حوله.

تزامنا مع هذه الفترة ظهر العلاج العقلاني الانفعالي "لألبرت أليس Albert Ellis"، حيث كانت نظرية علاج الاكتئاب لبيك في مراحلها الأولى هنا كان "أليس" قد قرر التخلي عن التحليل النفسي، واتجه لتطوير نظريته التي أخذت المنحى المعرفي السلوكي الإنفعالي في نفس الوقت كان "بيك" أيضا يبتعد تدريجيا عن التحليل النفسي ويؤسس لنظريته في العلاج المعرفي .

فتوصل "أليس Ellis" في جانفي 1955 إلى العلاج العقلاني، وأسماه لاحقا سنة 1961 بالعلاج العقلاني الإنفعالي

إجمالا لما سبق هذا العلاج يعد الحصيلة العلمية للتطورات المنهجية التي حصلت في كلا المسارين، فالمسار السلوكي يهتم بتعديل السلوك من خلال ضبط المثيرات الخارجية، وتعديلها، والمسار المعرفي إضافة إلى إهتمامه بالسلوك الظاهري، فإنه يركز على العمليات المعرفية، والأفكار فبالنتالي هو يقوم بدمج التقنيات المعرفية والسلوكية في العلاج.

2- مفهوم العلاج المعرفي السلوكي:

مفهوم العلاج المعرفي السلوكي، هو مفهوم متعدد الأوجه، حيث يعرف حسب الطرق والأساليب المستعملة في تغيير الأفكار الخاطئة ليتغير السلوك، أو يستهدفهما معا أي الأفكار (الجانب المعرفي) والسلوك (الجانب السلوكي).

يعرفه "عادل محمد عبد الله" (عادل عبد الله، 2000: 17) "أنه إتجاه علاجي حديث نسبيا يقوم على الدمج بين العلاج المعرفي بفتياته المختلفة، والعلاج السلوكي، ويتعامل مع الإضطرابات المختلفة بمنظور ثلاثي الأبعاد، بحيث يتعامل معها معرفيا، وإنفعاليا، وسلوكيا".

فنجده حسب "أحمد حامد الغامدي" (الغامدي، 2010: 16) يعد علاجا تعليميا يعمل على حل المشكلات النفسية على المدى القصير، فيحاول دمج الفتيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي أثبتت نجاحا في التعامل مع السلوك، ومع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة بهدف إحداث تغييرات في السلوك، وحسب "ألفت كحلة" (ألفت كحلة: 21) يقوم العلاج المعرفي السلوكي على إعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض لأن العوامل المعرفية تؤثر في السلوك فتغييرها سينتج عنه حتما تغيير في سلوك المريض، وعرف "بيك Beck" في (ألفت كحلة: 21) العلاج بأنه "طريقة بنائية مركبة ذات أثر توجيهي فعال تستخدم في علاج بعض الإضطرابات النفسية وتكون محددة الزمن".

يركز العلاج المعرفي السلوكي في موضوعه على "الهنا والآن" ، وعلى ما يفعله المتعالج الآن للإبقاء على أفكار وأفعال العميل وعواطفه المختلة وظيفيا فهو يختلف عن التحليل النفسي في عدم خوضه لذكريات الطفولة وجانب اللاشعور، بالإضافة قد ذكرت "صباح السقا" (السقا، 2009: 5) أن هذا العلاج يختلف عن العلاج السلوكي الذي يهمل العمليات العقلية والعالم الخاص بالمريض.

بالإضافة تشير (بكري نجية، 2011-2012: 111) أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى التعرف على التفكير المختل وظيفيا (التحريفات، الأخطاء المعرفية) للمتعالج التي تعيق الأداء المعرفي، كما يهدف إلى إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والعميل.

من خلال ما سبق ذكره نخلص الى أن العلاج المعرفي السلوكي هو مزيج من الفنيات، والأساليب المعرفية، والسلوكية التي يشتمل عليها برنامج موجه لعلاج اضطراب معين، بهدف خفض من حدة هذا الاضطراب وإحداث التغيير المطلوب، وهو يهتم بالجانب الإنفعالي، والمعرفي، والإجتماعي للمريض حتى يتغير الجانب السلوكي.

بالإضافة يعمل على تعليم المتعالج إستجابات وسلوكات متكيفة أكثر مع الواقع، وتعليمه كيفية تصحيح أدائه المعرفية الخاطئة، والمشوهة، وتغيير معتقداته المختلة وظيفيا التي تجعله يتعرض لخبرات مؤلمة .

3- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

تضيف "ألفت كحلة" (كحلة، بدون سنة:21) أن العلاج المعرفي السلوكي يقوم على مجموعة من المبادئ كركيزة لتحقيق أهدافه العلاجية، والتي تركز على أن العوامل المعرفية تؤثر في سلوك الفرد، وبالتالي تغييرها سينتج عنه تغيير في سلوك المريض.

إن المبدأ الأساسي للعلاج المعرفي السلوكي هو الأفكار، والوجدان، والسلوك، والجوانب الفيسيولوجية حيث أنها كلها مكونات لنظام موحد، فأى تغيير يحدث في أحد هذه المكونات ينتج عنه حتما تغيير في المكونات الأخرى (بالمر، 2008: 29). كما تم تحديد مبادئ خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي وتتمثل في:

3-1 صياغة مشكلة المريض:

يقوم المعالج بصياغة مشكلة المريض في الجلسات الأولى، كما أنه يقوم بتعديلها كلما حصل على معلومات جديدة، ويعتمد في ذلك على تحديد الأفكار التي تساهم في الوضع الإنفعالي للمريض وإستمراره.

3-2 العلاقة العلاجية:

يجب أن تتوفر علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض يتولد عنها ثقة من المريض تجاه المعالج، وتُبنى هذه العلاقة من خلال حسن الإستماع والقدرة على التعاطف والإهتمام.

3-3 التعاون والمشاركة النشطة:

التعاون عملية مهمة بين المعالج والمريض بحيث يعملان كفريق لوضع جداول عمل للجلسات وهي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين كل جلسة وأخرى.

3-4 علاج تعليمي:

يجعل المريض معالجا لنفسه مستقلا عن المعالج إذ ليس بالضرورة أن يساعده في كل مشكلة تواجهه وتشير "بكييري نجية" (بكييري نجية، 2011-2012: 115) أن العلاج يزيل العوائق التي كانت تمنع المتعالج من الاستفادة من الخبرة، ويساعد المريض على تنمية طرق ناجحة للتعامل مع مشكلاته الداخلية والخارجية وذلك عن طريق حل المشكلات.

3-5 رسوخ العلاقة العلاجية:

يتحقق ذلك من خلال الصراحة والحرية في التعبير من قبل المعالج والذات يتأثيان من خلال الثقة والألفة.

3-6 العلاج المعرفي محدد بزمن:

تشير "جوديث بيك" (بيك جوديث، 2007: 28) أن أغلب المرضى ذوو الإكتئاب البسيط أو القلق النفسي يتطلب علاجهم من أربع إلى أربعة عشر جلسة، لكن بعض المرضى قد يتطلب علاجهم مدة أطول لتغيير المعتقدات السلبية الجامدة، وبعض الأنماط السلوكية التي زادت من تأزم حالتهم. كما يضيف "محمد روبي" (روبي محمد، 2013: 138-139) أن العلاج المعرفي السلوكي لا يستغرق فترة علاجية طويلة فهو يتطلب ما بين 15 إلى 20 جلسة، بحيث تركز في الحالات المتوسطة الإضطراب إلى الشديدة منها على جلستين أسبوعيا لمدة 10-15 أسبوع وغالبا ما يكون العلاج متبوعا بجلسات المتابعة، وزمن كل جلسة علاجية يكون في حدود 50 د بإستثناء الجلسة العلاجية الأولى.

3-7 جلسات العلاج المعرفي جلسات مقننة:

تذكر "جوديث بيك" (بيك جوديث، 2007: 28) أيضا أن المعالج المعرفي عليه أن يلتزم ببنية ثابتة في كل جلسات العلاج، بحيث يسأل المعالج العميل عن مزاجه، ويراجع معه في عجالة ما كان خلال الجلسة السابقة، ويعمل معه على إعداد خطة الجلسة، كما يستتبط منه خلاصة الجلسات السابقة "feedback"، كما يراجع الواجب المنزلي، ويعد واجبا منزليا جديدا، ويجب على المعالج أن يلخص ما دار في كل جلسة، ويستفسر عن مردود الجلسات من العميل، وذلك في نهاية كل جلسة، وهذه الوتيرة العلاجية تظل ثابتة طيلة فترة العلاج.

3-8 العلاج المعرفي يستخدم فنيات لتغيير التفكير والمزاج والسلوك:

تضيف "جوديث بيك" (بيك جوديث، 2007: 29) أن المعالج يختار تقنيات مبنية على صياغته للحالة وعلى الأهداف المرجوة في كل جلسة، كما يجب مراعات خصوصية المرض الذي يعاني منه العميل، فالعلاج المعرفي لإضطراب القلق المعمم يركز على إعادة تقدير الخطر في مواقف معينة، وإمكانيات الشخص في التعامل مع التهديد.

4- الأساليب العلاجية المعرفية السلوكية للقلق:

شهدت بدايات المسار العلاجي المعرفي السلوكي ظهور ثلاثة نماذج علاجية سميت نسبة لمؤسسها فكانت على التوالي "أرون بيك A.Beck"، "ألبرت أليس A.Ellis"، و"دونالد ميكنبوم D.Meichenbaum" في (عادل عبد الله ، 2000 : 11) وشهدت هذه الإتجاهات جملة من التطورات المستمرة إلى الآن، فقامت بإدخال العديد من التقنيات، والأساليب العلاجية بالإضافة إلى تزايد عدد الإضطرابات التي تناولتها، فظهر بعدها علاج حل المشكلات ل"غولد فريد Gold Fried"، والعلاج المتعدد المحاور وغيرها، ويرى "ماهوني وأرنكوف Mahoney et Arnkof" في (بكري نجية، 2011-2012: 117) أن أساليب العلاجات المعرفية السلوكية المعاصرة تنقسم إلى ثلاثة أقسام رئيسية وهي:

1- إعادة تكوين البنية المعرفية.

2- العلاج بالتدريب على مهارات المواجهة.

3- العلاج عن طريق حل المشكلات.

إلا أن المعالجين على إختلاف تقنياتهم وأساليبهم العلاجية يتفقون على أن الاضطرابات النفسية ترجع لوجود معتقدات فكرية وإفتراضات خاطئة يبنيها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به.

يشير الجدول التالي إلى التسلسل التاريخي للأساليب المعرفية السلوكية:

جدول رقم(1)

التسلسل التاريخي للأساليب المعرفية السلوكية نقلا عن (بكري نجية، 2012)

السنة	إسم العلاج	صاحب العلاج	نوع العلاج
1962	العلاج العقلاني -الانفعالي Rational-Emotive Therapy	إليس Ellis	CR
1963	العلاج المعرفي السلوكي cognitive therapy	بيك Beck	CR
1971	العلاج بالتدريب على التعليمات الذاتية Self- instructional training	ميكنباوم Meickenbaum	CS
1971	التدريب على تدبّر القلق Anxiety –management training	ريتشارد وسوين Richardson&Suinn	PS
1971	العلاج عن طريق حل المشكلات Problem – Solving Terapy	غولد فريد D'zurilla&Goldfried	PS
1973	التدريب التحصيني للإرهاق Stress inoculation training	ميكنباوم Meickenbaum	CS
1974	إعادة البنية العقلانية المنظومية Systematic rational Restructuring	فريد غولد Goldfried	CS
1974	الشفعية العلوم 1974 Rational science	ماهوني Mahoney	CR
1975	العلاج بالسلوك العقلاني Rational Behaviour Therapy	مولتسبي Maultsby	PS
1977	العلاج بضبط الذات 1977 Self-control therapy	ريم Rehm	
1983	العلاج النفسي البنوي Strucural Psychotherapy	جيودانو وليوتي & Loitti	

سنتطرق إلى عرض أكثر الأساليب شيوعا في علاج القلق.

4-1 العلاج العقلاني الإنفعالي لأليس:

"ألبرت أليس" عالم نفساني، ومعالج وممارس ذو اتجاه تحليلي لكنه لم يقتنع بهذا الاتجاه فسلك أسلوب منطقي عقلاني في العلاج وطور عملية العلاج العقلاني العاطفي كطريقة منفردة كما ذكر ذلك "تادر فهمي الزبود" (الزبود، 2008: 247).

يرى "أليس" أن هناك ترابطا بين العاطفة (المشاعر)، والعقل (التفكير)، والسلوك.

يقول أليس في (قاسم عبد الله، 2012: 165) "عندما يفعل الإنسان فإنه يفكر ويتصرف، وحين يتصرف فإنه يفكر وينفعل، وحين يفكر فإنه يفعل ويتصرف".

يتميز المعالج العقلاني بقدرته على الإقناع، وقوة تأثيره على المريض وعلى تغيير أفكاره الغير منطقية ويتبع في ذلك عدد من الأساليب لتغيير هذه الافكار الغير عقلانية.

وضع "أليس" نظرية إسمها (ABC) توضح كيف يؤثر التفكير على الإنفعالات وبالتالي على السلوك (الزيود، 2008: 250)، بحيث (A): هي الحادثة المنشطة، و(B): هي طريقة التفكير والتأويل (المعتقدات) و(C): النتائج السلوكية والانفعالية (الاضطراب).

فالإضطرابات الإنفعالية وفقا لأليس لا تنتج من (A) أي من الحدث المنشط وإنما تنتج من (B) أي من معتقدات الفرد وتفكيره.

فكما ذكر "محمد قاسم عبد الله" (قاسم عبد الله، 2012: 167) تشتمل هذه الأفكار والمعتقدات على رغبات وتفضيلات شخصية ومطالب شخصية وعلى أفكار غير عقلانية (لامنطقية).

ولقد صاغ "أليس" الأفكار اللامنطقية في ثلاث حتميات:

- 1- يجب وينبغي أن تعاملني برفق ومن المفزع ألا تفعل فإنني حينئذ لا أستطيع تحمل سلوكك، وستكون وقتها شخصا سيئا.
- 2- يجب وينبغي علي أن أقوم بأي عمل بشكل جيد حتى أكون محبوبا ومقبولا من الآخرين، ومن المخجل ألا أفعل ذلك.
- 3- يجب أن يتعامل الناس دائما بشكل طيب وأن يمنحوني كل شيء أريده فورا ومن المفزع ألا يتم ذلك حينئذ سيكون العالم سيئا.

يشير "نادر فهمي الزيود" (الزيود، 2008: 251) أن الأطفال على عكس الكبار تتقصم القدرة على التعامل مع أنفسهم والمناخ المحيط بهم لذا فهم يسلكون سلوك آبائهم ويتخذونه قدوة يقتدون بها، فالأطفال لا يصبحون مضطربين عاطفيا بسبب كلام آبائهم عنهم أنهم سيئون وإنما بسبب أن الطفل يأخذ هذا الكلام بجدية أكثر من اللازم ويجعله متصلا في داخله، فيتطور عبر السنوات.

وتؤكد نظرية "أليس" Ellis " حسب "محمد قاسم عبد الله" (قاسم عبد الله، 2012: 169) أنه كلما كبر الأطفال فإنهم يمارسون نوعا من التحدي لجزء من تفكيرهم اللاعقلاني والجزء المتبقي يظل طوال سنوات حياتهم وهذا هو الذي يؤدي إلى بقاء الأفكار اللاعقلانية مستمرة.

4-1-1 عملية العلاج العقلاني الإنفعالي :

يذكر "أليس" أن المرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق لديهم إعتقدات غير منطقية لا توجد لدى الناس الأسوياء حسب ما أشار إليه "حسين فايد (فايد حسين، 2006: 92)، فكان هدف العلاج لديه هو تحديد الاعتقادات اللاعقلانية وتعديلها كما أشار إلى ذلك "دوبسون (Dobson, 1988) في (العطية، 2001: 13)، فمهمة المعالج إذا تتمثل في مساعدة الفرد على التخلي عن أفكاره اللاعقلانية وتغيير إعتقداته المدمرة للذات، ويتضمن العلاج عدة وسائل يمكن تقسيمها إلى ثلاث مجموعات حسب "تادر فهمي الزبود" (الزبود، 2008: 204) المجموعة الأولى: يتم فيها التحليل المنطقي الإدراكي (المعرفي).

المجموعة الثانية: سماها "أليس" بالوسائل العاطفية المثيرة للذكريات، وتتم فيها تمارين التخيلات العقلية والإنفعالية.

أما المجموعة الثالثة: فتدعى بالوسائل السلوكية الفعالة الموجهة .

فالعلاج العقلاني الإنفعالي يركز حول دحض الأفكار الخاطئة، والوصول بالعميل إلى القدرة على تحليل هذه الأفكار وإستبدالها بأفكار منطقية، بالإضافة إلى إكتساب العميل للمهارات العقلية التي تمكنه من بناء تصورات عقلية إيجابية حول المعتقدات الخاطئة التي كانت من أسباب الإضطراب العاطفي والسلوكي.

إلا أن هذا العلاج تعرض لإنتقادات عديدة تمثلت في أن المعالج يلعب دور المتسلط من خلال فرض آرائه وأفكاره على المريض فالتغيير هنا يفرض عليهم. هذا من جهة من جهة أخرى هذا العلاج يبالغ في إهتمامه بالجانب العقلي الفلسفي، ويهمل الجانب الإنفعالي الوجداني.

يضيف "ويسلر وهانكين" في (لويس مليكة، 1990: 221) أن النموذج الذي إقترحه "أليس Ellis" لا يشكل نظرية كاملة للشخصية، حيث أنها لا تشمل كل مراحل النمو للفرد، ولم تقدم فروضا قابلة للتجريب. فضلا عن هذا فإن العلاج العقلاني الإنفعالي لا يتناسب مع جميع الإضطرابات، والحالات كالفصام والتخلف العقلي، مع هذا لايمكن أن نقلل من أهمية هذا العلاج إذ يعتبر الأساس الأول للأساليب، والتقنيات المعرفية والسلوكية بعده.

كخلاصة عن العلاج العقلاني الإنفعالي يمكن القول بأنه خرج عن الطابع التقليدي للعلاج، وحاول أن يأتي بالجديد، ويجد تفسيراً وحلاً للإضطرابات التي إستعصى العلاج التحليلي في شفاؤها فهناك العديد

من الإضطرابات، وإن شفيت يعاودها المرض بالرجوع، فالعلاج العقلاني توصل إلى أن الخلل يكمن في معتقدات المريض التي ترسخت لديه منذ الطفولة، فحقق بذلك نسبة معتبرة من تحسن الحالات التي خضعت لهذا الأسلوب من العلاج، وهذا الأسلوب العلاجي يعد ملائماً لبيئتنا العربية نظراً لكثرة المعتقدات الخاطئة فيها، والطقوس التقليدية اللامنطقية السائدة فيها، فيقوم بتغيير الأفكار اللاعقلانية بأفكار أكثر عقلانية.

هناك بعض الدراسات التي تقول أن هذا العلاج لا يصلح لفئة الأطفال، لكننا نطلب إعادة النظر في هذه النقطة لأنه حالياً هناك العديد من الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي لدى الأطفال، وحقت نجاحاً مميّزاً في نسبة الشفاء، فكما هو معلوم أن إضطراب القلق بالأخص ينشأ عن تشكل أفكار لا عقلانية وخاطئة عن تفسير المواقف لدى الطفل وبالتالي تصدر عنه سلوكيات غير ملائمة، هذا لعدم وضوح الفكرة لديه بشكل أفضل وخبرته الغير الكافية في حل المشاكل والتعامل مع الأحداث، فلو تدخل المعالج واستهدف الأفكار الخاطئة لدى الطفل وحاول التعرف عليها ثم مساعدة الطفل على تصحيحها، وذلك بأسلوب بسيط يلائم المرحلة العمرية التي يكون فيها الطفل، فحتماً ستتضح لديه الصورة أكثر وسيهدئ من روعه ويشعر بالإطمئنان ويزول عنه القلق.

4-2 العلاج المعرفي لبيك:

يعد العلاج المعرفي لبيك ونظريته من أكثر نظريات العلاج المعرفي شيوعاً كما يعد نسق علاجي يقوم على أساس نظريته في علم النفس المرضي "psychopathologie"، كما يرتبط البنين النظري لهذا المسار العلاجي حسب "محمد قاسم عبد الله" (قاسم عبد الله، 2012: 128) بعلم النفس المعرفي وخاصة نظرية معالجة المعلومات وعلم النفس الاجتماعي.

يعد المنهج الفيمينولوجي (الظاهراتي) في علم النفس وكذا النظرية البنوية "كانط kant" ونظرية الأعماق "فرويد Freud"، وما أتت به المدرسة السلوكية كلها مناهج نظرية إستمد منها "بيك Beck" نظريته في العلاج، بالإضافة إلى إسهامات علم النفس المعرفي خصوصاً مفهوم البنية المعرفية والعمليات المعرفية اللاشعورية، فكان أول من أسهم في هذا المجال من المعرفيين "جورج كيلي George Kelly" الذي أتى بمفهوم التراكيب، والتكوينات المعرفية كواحدة من محددات السلوك بالإضافة إلى النظريات المعرفية للإنفعالات "أرلوند" (Arfond, 1960) و"لازاروس" (Lazarus, 1966) أيضاً، حسبما أشارت إليه (بكييري نجية، 2012: 122).

أما "محمد قاسم عبد الله" (قاسم عبد الله، 2012:129) ذكر أن بيك إهتم بمنهج التحليل النفسي والنظرية السلوكية، كما إهتم بالتصورات والمعتقدات الفكرية فالفرد يكتسب مخزونا كبيرا من الأفكار والمعارف أثناء نموه، وذلك لإستخدامها في التعامل مع المشاكل النفسية، فالعلاج المعرفي لبيك يعمل على مساعدة المرضى على إستخدام طرق لحل المشكلات، يقول "بيك Beck" في (محمد قاسم ، 2012: 131): "يساعد المعالج المتعالج على التعرف على تفكيره الشخصي وتعليمه طرقا أكثر واقعية لصياغة خبراته".

من خلال ممارسة "بيك" للعلاج السلوكي تبين له أن التغييرات التي يحدثها هذا العلاج محدودة لأنه يهمل الجوانب الفكرية والعقلية للمرضى، فأحس بذلك "بيك" أن العلاج المعرفي يسهم في تفسير مشكلات المرضى بشكل بسيط ودقيق، فصاغ نظرية جديدة متكاملة تفسر حدوث الإضطرابات الإنفعالية بصفة عامة، وركز على الإكتئاب بصفة خاصة.

قدمت نظرية "بيك" تفسيرا للقلق أيضا، فذكر "محمد قاسم عبد الله" (قاسم عبد الله، 2012: 133) أن إضطراب القلق عبارة عن أنماط من التفكير الخاطئ حيث أن الميكانيزم الأساسي للتعامل مع التهديد هو نفسه عند جميع مرضى القلق وعند الأسوياء، والفرق بينهما أن إدراك الشخص القلق للخطر يختلف عن إدراك الشخص السوي بحيث يكون إدراكا غير صحيح، ومبالغ فيه ونتيجة لذلك قام بيك بتوضيح علاج معرفي للقلق، وكان توسعها لعلاج الإكتئاب، وتشمل عملية العلاج عند "بيك" على العلاقة العلاجية، وخفض المشكلات، وتصميم خطة علاجية، بحيث يهدف العلاج هنا حسب أسماء عبد الله العطية" (العطية، 2001: 53) إلى مساعدة الفرد على التعامل بواقعية مع خبراته، وتغيير أنماط تفكيره، وإدراكه للأمور .

يذكر "بيك Beck" في (لويس مليكة، 1990: 233) أن إضطرابات القلق هي التعبير عن الزيادة في الأداء الوظيفي، أو خلل في ميكانيزمات البقاء، ويضيف أن الميكانيزم الأساسي للتعامل مع الخطر والتهديد، هو نفسه عند الشخص القلق وعند الشخص السوي، لكن الفرق بينهما، هو أن إدراك الشخص المصاب بالقلق للخطر يكون إدراكا خاطئا، ومبالغا فيه، أو أنه يقوم على مسلمات خاطئة، بينما تكون الإستجابة عند الشخص السوي معقولة، وغير مبالغ فيها.

كما يتميز الشخص القلق بإستمراره في إدراكه الخاطئ للخطر، ويكون تفكيره مركزا على الخطر، وكيف يمكن التعامل معه، ونجده يضع أسوأ التنبؤات، والتوقعات التي من الممكن أن تحصل له.

يضيف "بيك Beck" في (لويس مليكة، 1990 : 241) أن كثيرا من المصابين بإضطرابات القلق يعتقدون أن قلقهم في مستوى مرتفع، إلا أن القلق عادة يحدث في فترات، فإذا أيقن المريض أن القلق له مستوى عال ويبدأ في التناقص فإن المريض يصبح لديه القدرة على التعامل مع القلق بطريقة ناجحة. ميز "بيك Beck" (36 : 1976, Beck) بين مستويين من المعارف المختلفة وظيفيا في نموذج المعرفي: أ-الأفكار التلقائية:

هي تيار من التفكير تتميز بالسرعة والقصر، ولا تكون عادة هذه الأفكار عرضة للتحليل العقلاني وترتكز في أغلبية الأحيان على منطق خاطئ، قام بيك بإعطائها مجموعة من الخصائص تتمثل في: أنها واضحة ومتميزة، بعيدة عن الغموض، مصاغة بطريقة مختصرة تشبه الرسائل البرقية، وليس فيها تسلسل منطقي في الخطوات كما عليه الحال في التفكير الموجه نحو هدف معين أو مشكلة ما، وتحدث تلقائيا دون بذل جهد من الفرد، حتى أنه يصعب إيقافها وخاصة في الحالات المرضية الشديدة، تقول "جوديث بيك" (بيك جوديث، 2007 : 37) حينما تصبح الأفكار المعطلة قابلة للتعديل المنطقي، تتحسن الحالة المزاجية للفرد. ب- المعتقدات:

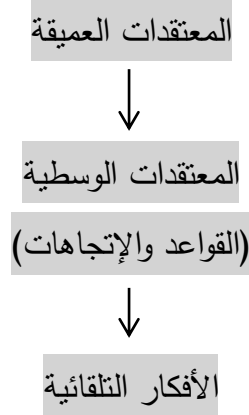
حسب (بالمر، 2008:31) المعتقدات هي من ينتج الأفكار والصور الذهنية التي بدورها تشكل مضمون الأفكار الآلية، وفهم العلاقة بين الأفكار الآلية والمعتقدات علينا أن ننظر إلى مصطلح المخططات التي هي عبارة عن خطوط عقلية مجردة تعمل كموجه لأداء الفرد، وتدخل في عملية تذكر المعلومات وتفسيرها، وتعمل أيضا كوسيلة منظمة لحل المشكلات، والتي يتم تطويرها عبر تجارب الطفولة المبكرة حيث أنها تراكم لتجارب الفرد وتعلمه ضمن مجال الأسرة والمجتمع، فتشير "جوديث بيك" في هذا الصدد (بيك جوديث ، 2007:38) أن المعتقدات تتكون في الطفولة إذ تنشأ لدى الفرد معتقدات عن نفسه وعن الآخرين وعن العالم، وأكثر المعتقدات عمقا هي عبارة عن تصورات ومفاهيم راسخة، وعميقة بحيث أن الافراد بحد ذاتهم لايعبرون عنها في كلمات لأنفسهم حتى، هذه الأفكار بالنسبة للأفراد تعتبر حقيقة مطلقة لا نقاش فيها، وهذا الاعتقاد حسب "جوديث بيك" لا ينشط إلا إذا كان الإنسان في حالة مزاجية كئيبة، أو يكون ناشطا طوال الوقت.

فستنتج بذلك أن المعتقدات العميقة هي المستوى الأساسي من المعتقدات، فهي راسخة وجامدة ومعقدة ومعقدة أيضا، أما الأفكار التلقائية فهي متعلقة بالمواقف بحيث تتأتى على شكل أخيلة، وكلمات تدور في ذهن الفرد، فتعتبر بذلك أكثر المستويات المعرفية سطحية.

كما هناك مجموعة من المعتقدات تذكر (جوديث بيك، 2007:39) تقع بين الإثنين، وهي عبارة عن المواقف والقواعد والاتجاهات، وهي تتأثر بالمعتقدات العميقة، والمخطط التالي يوضح العلاقة بين المعتقدات العميقة، والمعتقدات الوسطى، والأفكار التلقائية.

شكل رقم (3)

يوضح العلاقة بين المعتقدات لدى الفرد



تشتمل عملية العلاج المعرفي عند "بيك Beck" (Beck, 1979:13) على العلاقة العلاجية وخفض المشكلات وتصميم خطة العلاج.

فيركز المعالج على الأفكار التلقائية، ويعلم العميل التعرف عليها وتحديدها ثم تغييرها لكي تزول الأعراض الناجمة عنها، بعدها ينتقل المعالج إلى المعتقدات الوسطية، فالمعتقدات العميقة التي يمكن أن تظهر في العديد من المواقف، بذلك يتغير إدراك العميل للأحداث، والتغيير الذي يمس المعتقدات العميقة يذكر "إفان وآخرون" (Evans et al, 1992) في (بيك جوديث، 2007:41) يجعل العميل أقل عرضة للإنتكاسات في المستقبل.

من خلال التمعن في نظرية "بيك Beck" وما جاءت به من مفاهيم نلاحظ أن بيك إستخدم مفاهيم خاصة به كالأفكار التلقائية، والمعتقدات والإختلالات الوظيفية، وهي مستويات من ما جاءت به النظرية المعرفية حول معالجة المعلومات، وتركيب الأبنية المعرفية، فبيك حاول تقديم تفسيراً دقيقاً حول الخلل اللذي يحدث أثناء معالجة المريض لأفكاره أثناء المواقف والأحداث، إلا أن بيك ركز أبحاثه كثيراً على الإكتئاب على غرار تناوله للإضطرابات الإنفعالية الأخرى.

4-3 العلاج المعرفي السلوكي عند ميكنباوم Meichenbaum:

ذكر "ميكنباوم Meichenbaum" أن الإتجاه الذي سار عليه "ألبرت أليس Albert Ellis" إعتبر أن السلوك هو حصيلة أفكار الشخص بدلا من تفاعل المثير، الإستجابة، وأن أفكار الشخص مسؤولة عن حدوث النتائج السلوكية.

فالتركيز على فهم الفرد كمسؤول عن إحداث سلوكياته يعتبر أساس نظرية ميكنباوم، مما دفع ميكنباوم إلى أن يستنتج أن للتفكير والمعتقدات والمشاعر والحديث الإيجابي مع النفس، وإعطاء الفرد لنفسه أوامر أي يوجه نفسه لها دور كبير في عملية التعلم.

فركز بذلك "ميكنباوم Meichenbaum" على الحديث الداخلي "Inner speech" أو المحادثة الداخلية "Inner dialogue" حديث الذات أو الحوار الداخلي "Self-talk" لتغيير الأفكار أثناء العلاج، كما إهتم بالتخيلات أو الصور الذهنية "images". (طه عبد العزيز، 2014).

تتضمن عملية العلاج عند ميكنباوم حسب ما أشارت إليه (الزغبى إبتسام، 2014) ثلاث مراحل أساسية:

المرحلة الأولى: أن يدرك المريض ويعي سلوكياته الغير ملائمة وذلك من خلال ملاحظة الذات ومراقبتها فكما أشار "محمد قاسم عبد الله" (قاسم عبد الله، 2012: 122) أن العميل يمتلك أحاديث ذاتية سلبية وتخيلات غير مناسبة، ويحاول المرشد أثناء العلاج أن يزيد من وعيه.

المرحلة الثانية: هذا الوعي يولد وعيا معيناً لدى العميل، فيتدرب بذلك على إستعمال حوار داخلي جديد (قاسم عبد الله، 2012: 122).

المرحلة الثالثة: وتدعى بالمعرفة المرتبطة بالتغيير بحيث يكون هناك تعميم للسلوك، والحديث المتغير على مواقف جديدة فالمتعالم يحدد السلوك المطلوب تغييره، والحديث السلبي الذي كان يدور بداخله ثم يقوم بإستبداله بحديث ذاتي إيجابي، ومتكيف ينتج عنه سلوكيات، وبناءات معرفية جديدة (قاسم عبد الله، 2012: 123).

كما أشار "لويس كامل مليكة" (لويس مليكة، 1990: 245) أن "ميكنباوم" جمع في منهجه الذي كان يتبعه مع زملائه بين فنيات سلوكية كالنمذجة والمهارات المتدرجة والتدعيم الذاتي، وقد إستطاع من خلال تقنية التعبيرات الذاتية أن يحدث تغييرا مرغوبا عند الأطفال ذوي فرط النشاط والحركة والمندفعين، ولدى الأفراد اللذين يعانون من قلق، أو من لديهم خوف تجاه الثعابين أو الإختبارات.

4-4 العلاج المعرفي السلوكي عند ريمي Remy:

إهتم "ريمي Remy" بمفهوم الذات وطبقه في العلاج ويعرف مفهوم الذات بأنه يتكون من الإنطباعات والمعتقدات المنظمة التي تشكل معرفة الفرد عن نفسه والتي تؤثر في علاقته بالآخرين، ذكر "محمد قاسم عبد الله" (قاسم عبد الله، 2012: 154) أن التصور الخاطئ عن الذات هو أحد الأسباب الرئيسية في الإضطرابات النفسية، والتدخل العلاجي يكون بهدف تغيير هذه التصورات لدى العميل وبذلك ستزول مظاهر سوء التوافق والمشكلات لديه.

4-5 العلاج المعرفي السلوكي عند جولدفريد Goldfried:

"مارفين غولدفريد Marvin Goldfried" يعد أحد كبار الأخصائيين النفسانيين الإكلينكيين، في 1970 طور طريقة ملائمة للتعليم وكان مؤيدا لإندماج السيرورات المعرفية لتكوين السلوك.

في سنة (1971) إقترح نموذجا لإزالة الحساسية هدفه هو تعليم المرضى مهارة الإسترخاء الذاتي، مع تقنية المواجهة "غولدفريد Goldfried"، حيث يقوم هذا النموذج على توجيه المريض نحو تنمية تقنيات إعادة البنية المعرفية، وهذا النموذج طوره "غولدفريد Goldfried" إنطلاقا من أعمال "دولار وميلر" (Dollard et Miller, 1950) حول نمو سيرورة التفكير الرمزي (16: Dobson & Dozois, 2010).

من خلال هذا الأسلوب يمكن للمرضى إكتساب مهارات أكثر عن طريق تعلم تغيير المركبات المعرفية اللاتكيفية التي تتشكل أثناء مواجهة المواقف القلقة، والهدف من العلاج هو إدراك المريض للوضعيات القلقة بشكل أكثر دقة، وذلك عبر خمسة مراحل متسلسلة ذكرها "دوبسون ودوزوا Dozois" (17: Dobson & Dozois, 2010) :

1-مواجهة الوضعيات المسببة للقلق بإستخدام التخيل أو لعب الأدوار.

2-التقييم الذاتي للمستوى القلق.

3-مراقبة المعارف المسببة للقلق.

4-التقييم العقلاني للمعارف اللاتكيفية.

5-ملاحظة مستوى القلق الذي يتلو التقييم العقلاني للمعارف.

يشتمل هذا الأسلوب العلاجي على تقنيات الإسترخاء، إعادة تعديل السلوك، والنمذجة.

هناك عدة نماذج إستندت على نظرية "غولدفريد Goldfried"، ومن بينها نموذج "سويني وريشارد" (Suinnet Richard, 1971) في (18: Dobson & Dozois, 2010) والذي أطلق عليه "برنامج التحكم في القلق"، بحيث يتم من خلاله تدريب الأطفال على مهارات التعامل مع مختلف المشكلات، وهذا التدريب

يقوم على أساس أن القلق يتميز بخاصية تعميم المثيرات، وكذا الإستجابات الأوتوماتيكية التي ترتبط معه، والتي تكون كإشارات مسهلة لسلوك التجنب، فيتعلم بذلك الأفراد تقنيات الإسترخاء، ومختلف المهارات التي تساعد في التحكم بالشعور بالقلق، بعدها قام كل من الباحثان "دوزيريل و غولدفريد" (D'Zurilla et Goldfried, 1979) في (Dobson & Dozois, 2010: 18) بنشر مقال حول إقتراحها لتطبيق نظرية حل المشكلات، وأبحاثها حول تعديل السلوك، بهدف تسهيل تعميم السلوك المعدل على السلوكات الأخرى.

هذان الباحثان قدما تصورا لمفهوم حل المشكلات في شكل التدريب على مراقبة الذات، وتقييمها، بحيث أكدا على أهمية تدريب الأفراد لتأدية وظيفتهم العلاجية، ويشير "محمد محروس الشناوي" في نفس السياق (الشناوي، 1997: 123-125) أن نظرية حل المشكلات تعد كاسلوب للتدريب على التحكم في الذات، وتعتبر هذه النظرية أن الإضطرابات السلوكية والإنفعالية تكون نتيجة للتعامل غير المنكف مع المواقف التي تخلق المشكلة فتمس الجوانب النفسية والإجتماعية، فتتطلب معالجة سيكولوجية، وذلك من خلال التدريب الفردي الذي يتيح للفرد التعامل بشكل مستقل مع هذه المواقف، ويمر حل المشكلة بخمسة مراحل وهي: التكيف العام، تعريف المشكلة والتشكيل، توليد البدائل وإتخاذ القرارات والإثبات.

كما جاء "سبيفارك وشور" (Spivart et Shure, 1974) في (Dobson & Dozois, 2010: 21) بإقتراحه المتمثل في النموذج البنشخصي المعرفي لحل المشكلات، إستنادا على نموذج الباحثين "دوزيريل و غولدفريد" (D'Zurilla et Goldfried, 1979) حيث تضمن هذا النموذج على التعرف على أكبر قدر من المشكلات في المحيط الإجتماعي، بعدها توليد مختلف الحلول البديلة للمشكلة، ثم وضع خطة متسلسلة المراحل لتحقيق الهدف وللتنبؤ بالأهداف القصيرة وطويلة الأمد، وفي الأخير تحديد العناصر الدافعية المرتبط بالشخص، وإستخدام هذا الأسلوب من العلاج عند الأطفال ما قبل المدرسة، ولعلاج الإضطرابات الإنفعالية لدى الأطفال بصفة عامة.

4-6 العلاج المعرفي السلوكي لدى غيدانو وليوتي (Guidano et liotti 1983) :

سمي أسلوب هذابين الباحثين بالعلاج البنائي، واستمدوا نظريتهم من خلال إطلاعهم على العلاج السلوكي، ونظرية التعلم الإجتماعي، وعلى العلاج المعرفي، والعلاج السيكودينامي، وعلم النفس المعرفي، كما إعتدوا على نظرية التعلق "البولي" (Bowlby, 1977) في (Dobson & Dozois, 2010: 4)، والذي رأى أن العلاقات مع الوالدين تُحدد نمو الصورة الذاتية للطفل، وتقوي هذه الصورة، فإذا إختل مفهوم الذات لدى الفرد يصعب عليه إستيعاب خبرات الحياة، فينتج عنه سوء التوافق، وضغوط إنفعالية مما يؤدي إلى

إختلال وظيفي معرفي، فيكون هدفالعلاج إذا تعديل البنية المعرفية، وتنمية قدرات ومهارات الفرد على إيقاف الإعتقادات الخاطئة.

5-مراحل العلاج المعرفي السلوكي:

يذكر "كامبتون وآخرون" (Campton et al, 2004) في (Gendreau & Turgeon, 2007:108) أن العلاجات المعرفية السلوكية تشترك في خمسة خصائص وهي:

1-القيام بتحليل وظيفي للسلوك المضطرب مع الأخذ بعين الإعتبار عوامل النمو، والحفاظ على هذه السلوكات، والأخذ بعين الإعتبار بالأحداث السابقة لظهور السلوك المضطرب والنتائج التي سببها.

2-التركيز على "التربية النفسية La psychoéducation"، وتتمثل في نقل المعلومات الخاصة بأعراض وأسباب الإضطراب عند الطفل.

3-إختيار العلاج المناسب حسب المنهج التجريبي، وتقييمه بهدف تحديد فعاليته.

4-تقليل الأعراض بفضل تدخل علاجي يركز على مشكل معين، ومحدد.

5-تعميم المكتسبات، ومنع الإنتكاسة.

بالتالي يمكننا أن نجمل مراحل العلاج المعرفي السلوكي في مايلي:

1-القيام بالمقابلة مع الحالات المكونة لعينة الدراسة والتي يتم فيها ملاحظة الحالات، والقيام بجمع معلومات كمية عن الحالة من خلال تقنية التحليل الوظيفي والتي سنتطرق إليها بالتفصيل، وذلك بغرض تحديد المثيرات القبلية التي سببت الإضطراب، وتحديد الاستجابات الناجمة عن الإضطراب من أجل التخطيط للعلاج.

2-تحديد التقنيات العلاجية الملائمة إستناد على المعلومات المحصل عليها من التحليل الوظيفي.

3-تطبيق البرنامج العلاجي وفق المخطط الذي وضع له.

4-القيام بعملية متابعة لأثر البرنامج العلاجي.

6-تقنيات العلاج المعرفي السلوكي:

هناك عدة تقنيات تستخدم في العلاج المعرفي السلوكي لتحقيق أهداف العلاج.

6-1 تقنية التحليل الوظيفي:

يعرفه "كوترو، وآخرون" (Cottraux, 2011:107) بأنه عملية الهدف منها هو جمع المعلومات الخاصة بالعمل، من أجل تحديد الأسباب المؤدية لظهور الإضطراب، والنتائج المترتبة عنه، فالتحليل الوظيفي

يسمح بتحديد الأسباب الماضية والحالية، والإنفعالات، والأفكار، والعوامل المتأتية عن المحيط، وإنطلاقاً من التحليل الوظيفي يتم تحديد التقنيات العلاجية الملائمة.

يضيف "ناصر ميزاب" (ميزاب ناصر، 2009: 5) أن التحليل الوظيفي الجيد يقوم بالإجابة عن الأسئلة التالية: أين؟ متى؟ بأي تكرار؟ بأي كثافة؟ بحضور من؟ بأي أثر على العميل وعلى المحيط؟ والتحليل الوظيفي يمر بأربعة مراحل وهي:

- ملاحظة السلوكيات التي يصدرها العميل لجمع المعلومات الكافية حول السلوك المضطرب.
- بيني المعالج بعد ذلك فرضيات إستناداً على المعلومات التي حصل عليها من خلال ملاحظاته.
- يختبر المعالج بعد ذلك صحة فرضياته، من خلال تطبيق برنامج علاجي يحتوي على تقنيات علاجية تستهدف الإضطراب.

- تفسير النتائج، بناء على ما يقيسه المعالج من أثر التدخل العلاجي. تعددت النماذج المعتمدة في التحليل الوظيفي، وذلك بتعدد الأساليب السلوكية المعرفية، إلا أنها لاقت إهتماماً وتركيزاً كبيراً على التحليل الوظيفي لدى الراشدين، أما لدى الأطفال فقد طبقت عليهم نماذج مكيمة مبنية على النماذج المستخدمة لدى الراشدين فقط، ومن النماذج الأكثر إعتاماداً:

6-1-1 نموذج كانفر وساسلو (Kanfer et Saslow(1969):

يعد أول نموذج مقترح في العلاج المعرفي السلوكي وهو كالتالي:

شكل رقم (4)

يمثل نموذج SORC (Kanfer et Saslow(1969 نقلاً عن (Cottraux, 2011 : 107)



S :stimulation المثيرات

O :organisme العضوية وما يتم فيها من (إنفعالات، معارف وأفكار، إستجابات فيسيولوجية)

R :réponse الإستجابات

C :conséquences النتائج

6-1-2 نموذج Basic IDEA :

إقترح من طرف "لازاروس Lazurus" سنة (1977) والنموذج كالاتي:

B:Behavior السلوك النشط

A:Affect الإنفعال المصاحب للسلوك

S:Sensation الإحساسات(بالأخص التوتر العضلي) التي تكون مصحوبة بالسلوك

I:Imagerie الصورة الذهنية التي لها علاقة بالسلوك

C:Cognitive المعارف التابعة لأفكار وإعتقادات الفرد والمتعلقة بسلوكه

I:Interpersonal تتعلق بالعلاقات الداخلية الذاتية التي في إتصال مع السلوك المضطرب

D:Drug تأثير الأدوية والمخدرات على الحالة الفيزيائية

قام بعدها "جون كوترو" Jean.Cotraux و "إيلين مولار" Evelyne Moulard (Cotraux, 2011 : 113)

بتطوير هذا النموذج وإضافة حرفين آخرين وهما **E,A** ومعناها:

E:Exeption وهو ما ينتظره المريض من المعالج أو من العملية العلاجية

A:Attitude مايراه المعالج حول المريض سلبي أو إيجابي

3-1-6 نموذج شبكة SECCA:

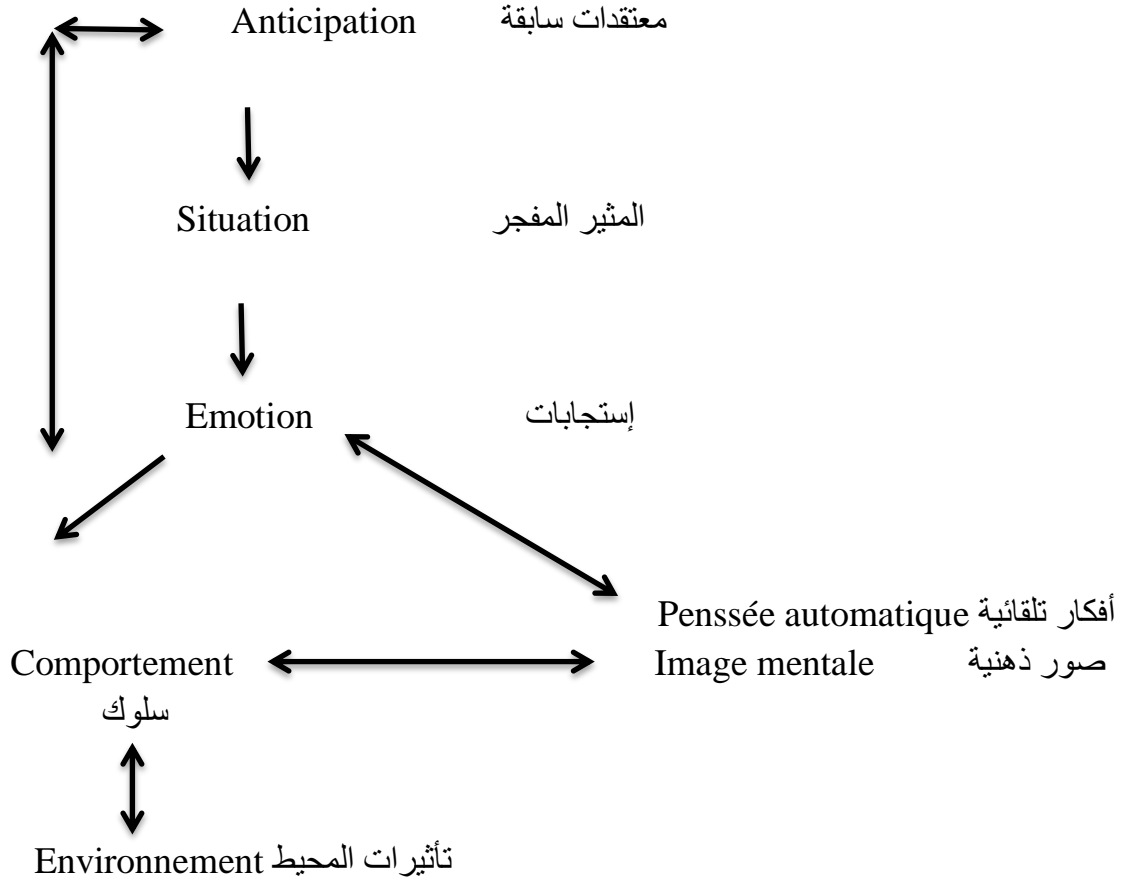
إقترح "كوترو Cottraux" (Cotraux, 2011:113) هذه الشبكة لإعطاء تحليل وظيفي دقيق للمخاوف

وإضطرابات الهلع، والإكتئاب، والمشاكل الجنسية.

هذه الشبكة كالاتي:

شكل رقم (5)

يمثل نموذج شبكة SECCA نقلا عن (Cottraux, 2011 :113)



2-6 تقنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها:

يقصد بمصطلح الأفكار التلقائية، تلك الأفكار التي تسبق إنفعال غير سار، وتكون هذه الأفكار متتالية ومتسارعة من دون أن يلاحظها الشخص، فالمعالج المعرفي السلوكي يعمل على مساعدة المتعالج للتعرف على هذه الأفكار، بحيث يبين المعالج للمتعالج أثر الأفكار التلقائية في الإستجابات الإنفعالية، أو يطلب المعالج من المتعالج أن يتذكر موقف من المواقف المقلقة، ويتذكر معه الأفكار التي كانت تدور في فكره قبل تغير حالته الإنفعالية.

يرى "بيك Beck" (بيك، 2000: 189) أن العميل من خلال التدريب يستطيع أن يدرك هذه الأفكار ويتعرف عليها بشكل أكبر، ويكون الوقت الأنسب لمعرفة أفكار المريض التلقائية حسب ما ذكرته "ألفت كحلة" (كحلة، 2009: 29-30) عندما يلاحظ المعالج تغيرا نفسيا يطرأ على المتعالج أثناء الجلسة،

فعلية أن يكون منتبها للسلوكات اللفظية وغير اللفظية التي يبديها المريض حتى يستخلص الأفكار التلقائية التي تصحب تغير أو زيادة في الانفعال. تشمل السلوكات غير اللفظية الايماءات والتغييرات في تعابير الوجه وحركات اليدين ومن الأساليب المساعدة على تحديد الأفكار التلقائية.

الاستدعاء:

يصف العميل موقف قلق مر به فيطلب المعالج منه أن يصف ما يدور في ذهنه.

التخيل:

إذا عجز المتعالج أن يعبر لفظيا عن المواقف القلقة يطلب المعالج منه أن يتخيل ذلك الموقف كما لو انه يحدث في هذه اللحظة، أو أن يقوم بتمثيله من خلال الاستعانة بعدد من الأفراد للعب الأدوار مع المريض.

6-3 إعادة البناء المعرفي:

تعد تقنية رئيسية في العلاج المعرفي السلوكي بحيث يتم فيها إعادة البناء المعرفي للمخططات، حسب "هوفمان" (هوفمان، 2012: 55) المخططات هي عبارة عن معتقدات الفرد حول العالم وحول ذاته ومستقبله، ومن خلالها يتم التقييم والحكم على موقف ما.

كما تدعى هذه التقنية أيضا بالعلاج بالدلالات اللفظية وتركز على تعديل تفكير العميل وإفتراضاته، والإتجاهات التي تقف وراء الجوانب المعرفية لديه كما أشار (الشناوي، 1998: 139)، وهذه التقنية كما ذكرت "زينب محمود شقير" (شقير زينب، 2002: 217) تهدف إلى جعل العميل قادرا على مراقبة أفكاره وأحاديثه الذاتية بصورة صحيحة عندما يشعر بإضطراب نفسي.

فيتعلم بذلك العميل مراقبة الأفكار التي ترتبط بالانفعالات القلقة ثم يقوم بتحديد استخدامها وإستخدام مجموعة من الأساليب التي تبين له طبيعة إنحرافها.

إن تقنية البناء المعرفي تتم من خلال ثلاثة مراحل أساسية حسب ما أشار إليه "ستار start" (start, 1990) في (هلال الحسيني) أول مرحلة يقوم بها المعالج النفسي هي تحديد الأفكار السلبية والبنية المعرفية التي تكمن ورائها، أما عند الأطفال فيتم تحديد الأفكار السلبية والخاطئة من خلال طلب المعالج منهم ان يكتبوا افكارهم التلقائية بالتفصيل وبدقة اثناء كل موقف انفعالي أما ثاني مرحلة فتنتمثل في المواجهة المعرفية وهي تغيير للبناء المعرفي للعميل بحيث يكون هناك تعاون بين المعالج والعميل في فحص الفكر التلقائية، ورفض الأفكار السلبية، وتدعيم الأفكار الإيجابية، فالمعالج يساعد الطفل على ايجاد بدائل، وتفسيرات أكثر عقلانية بحيث تكون متوافقة مع الأحداث.

يلخص "طه عبد العظيم" (عبد العظيم طه، 2008: 290) تقنية إعادة البناء المعرفي في أنها عملية تساعد الفرد في التغلب على الأفكار الخاطئة والغير منطقية وإستبدالها بأفكار أكثر عقلانية ومنطقية وإيجابية، فتتكون لديه أبنية معرفية جديدة الأمر الذي يجعل نظرته تختلف عما كانت عليه قبل العلاج، والأفكار الجديدة تختلف عن الأفكار القديمة، فتحدث عملية إحلال أفكار جديدة إيجابية مكان أفكار قديمة سلبية.

4-6 فنية إيقاف التفكير:

تتمثل هذه التقنية في التركيز على الفكرة الخاطئة والمزعجة التي تدور في ذهن العميل وتسبب له القلق، والعمل على إيقافها وإخراجها من ذهن العميل، وقد تم اقتراح هذه التقنية من قبل "بان Bain" (Bain, 1982) في (عبد العظيم طه، 2008: 294)، ويتم ذلك بعدة وسائل كإرسال إشارات إلى المخ تنبيهه بالتوقف "فكر قبل أن تجيب"، "ساعد عشرة قبل أن أستجيب" ويقوم العميل بتكرار هذه العملية حتى يكون قادرا على وقف الأفكار غير المرغوبة لديه، وتصبح العملية آلية مع مرور الوقت، فهذه التقنية تساعد العميل على إيقاف الأفكار الغير السارة والتي تكون سبب إنفعاله وقلقه، ويتم إكتساب هذه التقنية من خلال التدريب عليها ومداومة ممارستها .

5-6 تقنية الحوار مع النفس (المنولوج):

ركز "ميكنباوم Meichenbau" على الأهمية الكبيرة للحوار الداخلي لدى الفرد بحيث أنها تساعد على تغيير أفكاره ومعتقداته الخاطئة بحيث إقترح في (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1978: 232-233) أن من أنجح الوسائل للتغلب على التفكير السلبي للفرد في حالات القلق هي أن ننبهه إلى الأفكار التي يرددها بينه وبين نفسه (المنولوجات) عندما يكون في موقف قلق، فبرأيه أن القلق الذي ينتاب الفرد من الموقف المختلفة هو نتيجة مباشرة لما يقوله عن نفسه وما يقتنع به .

فإقترح بذلك ميكنباوم نموذجا يقوم على تعديل محتوى ما يقوله الفرد عن نفسه ويتم ذلك وفق ثلاثة قواعد :

1- إقناع الفرد بأن القلق والخوف الذي يأتي من خلال التفكير فيما سيحدث من أشياء سيئة هو أسوأ بكثير من الأشياء التي ستحدث فعلا.

2 - إقناع النفس أن المواقف التي تسبب المخاوف ستنتهي حتما.

3- حوار الفرد مع وإقناعها من أن التخلص من كل مشاعر التوتر المرتبطة بالقلق أمر صعب ، لا بد من التدرج في ذلك فالحوار المنطقي والمقنع مع النفس يدحض الأفكار السلبية والخاطئة التي تكون سبب

المخاوف والإنفعالات، كما يساعد على تجنب التفسير السلبي للأحداث، وتعويد النفس على التفكير في نقاط القوة.

يرى "هيربت" (Hirbet, 1987) في (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1978: 110) أن الحوار مع النفس أثناء أداء الطفل للنشاط معين ينجبه إلى تأثير أفكاره السلبية على سلوكه .

6-6 فنية المراقبة الذاتية :

يعرفها "طه عبد العظيم" (عبد العظيم طه، 2008: 309) بأنها عملية مراقبة الفرد لسلوكه المراد تغييره، و كذا النتائج المترتبة عن هذا السلوك، فيدون كل المشاعر والأفكار التي تنتابه أثناء صدور السلوك، وبالتالي إن هذه التقنية ستساعد الفرد في تحسين وعيه بذاته وتحديد مشكلته، فيتحسن سلوكه، فحسب (عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1978: 112)، هذه التقنية تطور قدرة الطفل على ضبط ذاته وسلوكاته من خلال مراقبته الدائمة لنفسه، فهي تؤدي إلى إنخفاض ظهور السلوكات الغير مرغوب فيها لدى العميل .

ومن وسائل مراقبة الذات هي توفر سجل المراقبة لدى الفرد، بحيث يدون فيه أغلب المواقف والأحداث والمشاعر والأفكار التي تنتابه أثناء تعرضه للمواقف القلقة.

6-7 فنية المواجهة:

يعرف عن الأطفال القلقين تجنبهم للمواقف الإجتماعية، وهذه التقنية تساعدهم على المواجهة ويتم ذلك بالتدريج، بحيث يتم تنظيم، وترتيب المواقف المثيرة للقلق من المواقف الأقل صعوبة إلى المواقف الأكثر صعوبة فبدأ الطفل بمواجهة هذه المواقف ابتداء من الأقل إثارة للقلق إلى أن يصل إلى المواقف الأشد قلقة، (عبد العظيم طه، 2007: 282).

أشار "محمد السيد عبد الرحمان" (الرحمان، 1998: 296) إلى أن التعريض الحي يمكن أن يجمع فيه المعالج الممارسة التي تتم في مكتبه، مع السلوكات المطلوبة من العميل كواجبات منزلية ليحولها إلى خبرة عملية واقعية .

6-8 فنيات حل المشكلات:

عرف "طه عبد العظيم" (عبد العظيم طه، 2008: 303) "المشكلة بأنها موقف يدركه الفرد تكون فيه فجوة بين ما هو موجود بالفعل، وما ينبغي أن يكون عليه، فيشعر الفرد بعدم التوازن بسبب وجود حاجة غير مشبعة لديه، ويعرف حل المشكلة بأنها عبارة عن مهارات يتعلمها الفرد من خلال الخروج من المشكلة، وإيجاد الحل الملائم والمناسب لها".

كما عرف "محمد عبد الرحمن، ومحروس الشناوي" (الرحمان والشناوي، 1998: 229) حل المشكلات بأنها عملية يحاول بها الشخص أن يخرج من مأزق، وذكر في هذا الصدد "عبد الستار إبراهيم وآخرون" (إبراهيم عبد الستار وآخرون، 1978: 113) أن الإستغراق الإنفعالي الشديد في المشكلة يؤدي بظن الطفل أنه لن يكون هناك بدائل لما سيخسره، ولما سيحدث من نتائج سيئة، لذا فإن هذه التقنية تشجع الطفل على إيجاد وخلق أكبر عدد ممكن من الحلول.

فالتدريب على حل المشكلات يعد فنية معرفية أثبتت فعاليتها في تنمية المهارات لدى الفرد لإيجاد الحلول المناسبة وللتعامل مع المواقف القلقة والمسببة للألم.

إن مهارة حل المشكلات تتضمن مجموعة من الخطوات ذكرها (نزيه حمدي وآخرون، 2004) في (عتروس نبيل، 2013: 88) وهي:

- * الوعي بوجود المشكلة: بحيث يدرك الفرد المشكلة ويكون على إستعداد للتعامل معها.
- * تحديد المشكلة، وجمع المعلومات حولها.
- * توليد إستجابات بديلة، أي أكبر قدر ممكن من الحلول الممكنة لحل المشكلة، وتعتمد هذه الخطوة على أسلوب العصف الذهني، إذ يتم توليد إستجابات بديلة لا يخضعها للتقويم في هذه المرحلة.
- * في هذه المرحلة يتم تقييم البدائل وموازنتها بحيث يتم حذف البدائل غير الملائمة، وتتم الموازنة بناء على ما يمكن أن يترتب عليها من نتائج إيجابية أو سلبية على المدى القريب والبعيد، فيتخذ بذلك القرار على ضوء هذه الموازنة.
- * وضع إستراتيجية التنفيذ، بحيث يتم وضع خطة محددة تبين كيفية تنفيذ القرار الذي تم الإتفاق عليه.
- * التقويم، بحيث يتم تقويم عملية حل المشكلة في كل خطوة من تحديد المشكلة وحتى التنفيذ، والهدف من التقويم هو متابعة الأخطاء، والعمل على مراجعة حل المشكلة.

6-9 فنية لعب الأدوار:

يعد أسلوب اللعب من الطرق الشائعة والمستخدمة في العلاج النفسي للأطفال، فحسب "طه عبد العظيم" (عبد العظيم طه، 2008: 198)، اللعب بالنسبة للطفل وسيلة للتعبير اللفظي، فالأطفال يعبرون عن أنفسهم، ومشاعرهم من خلال اللعب، كما هو لغة الطفل الرمزية للتعبير عن ذاته، ويختلف اللعب حسب مراحل النمو، كما يعد مطلب أساسي من مطالب النمو في مرحلة الطفولة، وهو يساهم في نمو شخصية الطفل، ويعد مجالاً للاكتشاف، والتعبير عن الأفكار والمشاعر.

فنظرا لأهمية اللعب في حياة الطفل إستخدم كأداة تشخيص، وتقنية علاجية، فهو يستخدم في العلاج كمتنفس إنفعالي، ووسيلة للتخلص من القلق والتوتر، كما يعد مصدر إشباع للكثير من الرغبات التي لا يستطيع الطفل إشباعها في حياته اليومية، فنقل لديه الإحباطات، ومشاعر الضيق والقلق.

كما يُعد اللعب وسيلة للتخلص من المواقف والأحداث التي تسبب له قلق وتوتر في محيطه الإجتماعي الذي يعيش فيه، كما يساعد الطفل على تنمية مهاراته ومعارفه كقدرته على حل المشكلات المختلفة وإِتخاذ القرار وتحمله للمسؤولية.

إذا باللعب يستطيع الطفل تطبيق ما تعلمه من مهارات في مختلف المواقف والأحداث الواقعية، ومن أشكال اللعب لعب الأدوار، فهي تُعد من التقنيات التي لها فاعلية في التعبير عن مخاوف الطفل، وإِحباطاته، وهي فنية سلوكية معرفية هدفها الرئيسي إكتساب الطفل مهارات لتجنب، ومواجهة المواقف القلقة، ويقوم فيها الطفل بتمثيل أدوار معينة أمام المعالج فيمثل دور المعلم، أو الأب، أو الأم، أو أحد زملائه، ويصرح بذلك الطفل عن إنفعالاته ومشاعره ويسقطها على الشخصيات التي يلعب دورها.

كما ذكر "طه عبد العظيم" (عبد العظيم طه، 2007: 280) أن الخبرات الجديدة التي يتعلمها الطفل تساهم في تغير أفكاره، فيستبصر ذاته من خلالها، ويعبر عن صراعاته، ودوافعه، فيستطيع بذلك تعلم أنماط جديدة من التفكير تكون أكثر منطقية ليستخدما في مواجهة المواقف القلقة بكل ثقة، أشار "عبد الستار إبراهيم وآخرون" (إبراهيم عبد الستار وآخرون، 1978: 113) أن التغير الناتج عن لعب الأدوار يرجع إلى إستباق حدوث الأشياء قبل وقوعها فيستبق بذلك الطفل من خلال تفكيره في هذه المواقف السلوك الذي سيحدث، فيدخل إلى المواقف الواقعية بثقة أكبر.

ويضيف "طه عبد العظيم" (عبد العظيم طه، 2008: 212-213) إعادة تنظيم وبناء المجال النفسي والإجتماعي الجديد ومن ثم تعلم سلوك جديد، كما تسهل هذه التقنية عملية تقبل المشاكل، والتدريب على الحلول الممكنة، فيصبح بذلك الطفل أكثر وعيا بإنفعالاته، وأسلوب تعامله لأن لعب الأدوار يتيح للفرد تمثيل الدور الذي يصعب عليه القيام به في الواقع، فيعتاد عليه ويألفه بعد ذلك أثناء المواقف الطبيعية الحية.

على المعالج ألا يتدخل في لعب الطفل، أو يشعره بأنه يراقبه حتى لا يفقد الطفل حريته في اللعب، فمشاركة المعالج في لعب الطفل يكون برغبته وبموافقته على ذلك.

6- 10 فنية الإسترخاء:

يذكر "عبد الستار إبراهيم" (إبراهيم عبد الستار، 1990: 104-106) أن أغلبية الناس تقريبا يستجيبون للإضطرابات الإنفعالية بتغييرات وزيادة في الأنشطة العضلية، كما تبين أيضا أن إثارة الإنفعالات تؤدي أيضا إلى توترات على مستوى الرقبة، والمفاصل، والذراعين، والركبتين، والعضلات، فعندما يتعرض الشخص لمنبهات إنفعالية شديدة تزداد الحركات اللاإرادية في اليدين والذراعين. لذا يعرف الإسترخاء بأنه العمل على التوقف الكامل لكل الإنقباضات والتقلصات العضلية التي تكون مصاحبة للتوتر، والإسترخاء هنا يختلف عن الهدوء والنوم، فالشخص الذي يكون لديه إضطراب إنفعالي بصفة عامة بالرغم من نومه لساعات، إلا أن أعراض الشد العضلي، والتوتر تبقى ظاهرة، ويلاحظ في حالات القلق أن أعراض القلق تكون مصحوبة بالتوتر العضلي، فالتوتر هو لازمة من لوازم القلق وليس نتيجة له.

إن فنية الإسترخاء غالبا ماتكون مصاحبة للعلاج أو تكون أسلوب علاجي في حد ذاته، ويرجع الفضل في إستخدام هذه التقنية حسب ما أشار إليه (عبد العظيم طه، 2008: 162) إلى العالم "جاكوبسون Jacobson" (Jacobson, 1983) وتهدف إلى الوصول بالعمل إلى حالة إسترخاء مضادة لحالة القلق والإنفعالات لديه، فماهو معروف أن إضطراب القلق له أعراض فيسيولوجية واضحة ناتجة عن تأثير الجهاز العصبي لذا نلاحظ أن الطفل في المواقف القلقة يحصل له شد عضلي، وتزداد ضربات قلبه ويجف ريقه، وتحدث له إضطرابات في الأكل بسبب تقلصات المعدة بفعل القلق، فجاكوبسون إستنتج أن الإسترخاء العضلي يكون مضادا لحالة القلق، أي هناك علاقة قوية بين درجة التوتر العضلي وبين الإضطرابات الإنفعالية لدى الفرد، فإذا زال التوتر إنخفض القلق، وقد ذكر "محمد السيد عبد الرحمان" (الرحمان، 1998: 73) أن عملية الإسترخاء تشتمل على تبادل الشد والإرخاء لعضلات الجسم مع تركيز الفرد في نفس الوقت على المشاعر التي يحس بها (مشاعر الإسرخاء).

ذكر "عبد الستار وآخرون" (إبراهيم عبد الستار وآخرون، 1978: 66) أن فاعلية الإسترخاء تزداد عندما يكون الإضطراب العضوي، والعضلي جزءا رئيسيا من مشكلات الطفل النفسية، فتزداد فاعليته في حالات الخوف والقلق أكثر من حالات الإكتئاب بسبب الإستثارة، والإستجابة المصاحبة لهما.

يقوم المعالج بتدريب الطفل على تمارين الإسترخاء، وعادة ما يستغرق التدريب على الإسترخاء ستة جلسات عيادية، كما يطلب المعالج من الطفل أن يتدرب على التمارين في المنزل كواجب منزلي.

تقنية الإسترخاء تساعد الفرد المصاب بالقلق بأن يفكر بطريقة مختلفة، وواقعية، فالمريض الذي كان يعتقد أن القلق يعود لأسباب فيسيولوجية عضوية، وبشكل سلوكه وفق هذا الإعتقاد، يصبح مشكلة يستطيع ضبطها والتحكم فيها ذاتيا.

6-11 فنية الواجبات المنزلية:

تعد تقنيات الواجبات المنزلية من التقنيات المهمة في العلاج المعرفي السلوكي فمن خلالها يمارس العميل ما تدرّب عليه أثناء الجلسات في المنزل، أو في حياته اليومية ، وقد أشار "عبد الستار وآخرون" (إبراهيم عبد الستار وآخرون، 1978: 144) أن هذه التقنية تمكن الطفل من أن يعمم التغييرات الإيجابية التي أنجزها مع معالجه، فينقل بذلك خبراته المنظمة إلى المواقف الحية في الواقع، وهذه الواجبات تكون مرتبطة بأهداف العلاج وعلى المعالج دائما مراجعة هذه الواجبات مع الطفل حتى لا يحس أنها ليست جزء من عملية العلاج، فهي وسيلة هامة لتحقيق الهدف من العلاج.

وقد ذكر "طه عبد العظيم" (عبد العظيم طه، 2007: 279) أن العميل إن لم يستطع أن يقوم بواجباته المنزلية، يتدخل المعالج ويساعده على تحديد الصعوبات التي تحول دون أدائه لها وهذه الواجبات قد تكون معرفية أو سلوكية.

ويقول "عبد الستار وآخرون" (إبراهيم عبد الستار وآخرون، 2007: 27) يستحسن أن يتم إنتقاء الواجبات المنزلية من موضوعات الجلسة العلاجية لكي تكون مناسبة لعلاج المشكلة، ولترتبط من جهة أخرى بالأهداف العلاجية.

فالواجبات المنزلية تضمن تعميم ممارسة الفرد لما تعلمه، كما تساعد المعالج في تقييم قدرة المريض على تعميم ما تعلمه أثناء مواجهته للمواقف الحياتية المختلفة، لان المريض قد يبدي أداءا جيدا أثناء جلسات العلاج لكن قد لا يكون بالمستوى المطلوب أثناء الممارسة الواقعية.

6-12 فنية التخلص المنظم من الحساسية:

يعرفها "محمد السيد عبد الرحمن" (الرحمان، 1998: 92) بأنها أسلوب علاجي سلوكي يستخدم في علاج حالات القلق والخوف ويرجع تطوير هذا الأسلوب في العلاج الى "جوزيف ولب Jozef wolpe" ويذكر "محمد السيد عبد الرحمن" (الرحمان، 1998: 105) أن هذه التقنية تتم إما في الواقع الملموس أو عن طريق التخيل.

8-العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق المعمم لدى الأطفال:

8-1 مفهوم البرنامج العلاجي:

هو مجموعة من الخطوات العلمية المتتابة، والمنظمة تهدف إلى تقديم خدمة علاجية بهدف مساعدة المريض، ويبني البرنامج على أساس نظري تابع لمدرسة علاجية يتبناها المعالج. عرفه "سامي ملحم" (ملحم، 2007: 241) بأنه عملية تعني مجموعة من الخطوات أو المراحل التي يتبعها المعالج النفسي من أجل تحقيق أهداف العلاج، وذكر "محمد المشاقبة" (المشاقبة، 2008: 27) أن العلاج النفسي يهدف إلى تغيير الشخصية ويهتم بتنمية إمكانيات الفرد وقدراته إلى أقصى حد ممكن وإستخدامها أكثر في حل المشكلات، فيركز العلاج على نقاط الضعف التي يجب التغلب عليها، وعرفه "حامد زهران" (زهران، 1999) في (ملحم، 2007: 55) بأنه علاج يستخدم فيه الطرق النفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صيغة إنفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه، ويقوم المعالج على إزالة هذه الأعراض وذلك بمساعدة المريض على حل مشكلاته، وتحقيق توافقه مع البيئة، وإستغلال قدراته ومساعدته على تنمية شخصيته.

البرنامج يقوم على مجموعة من الأسس التي يجب أن يأخذها المعالج وتتمثل في : العمر الزمني للأفراد المستهدفين من العلاج، والخصائص النمائية للمرحلة العمرية التي هم فيها، فالبرنامج العلاجي الذي يطبق على الكبار لا يصلح إستخدامه مع الأطفال، وهذا للإختلاف العمر الزمني وإختلاف خصائص النمو لكل مرحلة كما أشار إلى ذلك "محمد المشاقبة" (المشاقبة، 2008: 291)، كما يجب مراعات نوع وطبيعة المشكلات التي يعاني منها أفراد البرنامج.

8-2 فعالية العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق المعمم:

موضوع القلق من الموضوعات الهامة التي ما زالت تأخذ الحظ الأوفر في الدراسات الإكلينيكية، فبعد مرور عقود من عدم تناول القلق في الدراسات، والأبحاث حيث كان الإهتمام مركزا حول الفصام في الستينيات، والاضطرابات الوجدانية في السبعينيات رجع الإهتمام بشكل كبير باضطرابات القلق في الثمانينيات، وقد أشارت الأبحاث أن اضطرابات القلق بصفة عامة هي الأكثر إنتشارا عند الأطفال وبالأخص اضطرابات القلق المعمم (Cynthia suvey, 2009: 44)، ولهذا إتجهت الأبحاث حاليا لدراسة هذا الإضطراب لدى الأطفال بعدما كانت تسلط الضوء على الراشدين أكثر فإستخدمت عدة تقنيات وفنيات لخفض درجات هذا الإضطراب لدى الأطفال وتمثلت في تقنيات سلوكية كاللعب الذي إستخدمته (إيمان حسني حافظ، 2002) في دراستها بحيث كان كتقنية رئيسية في البرنامج العلاجي الذي إقترحته

لتخفيض حدة القلق لدى الأطفال المصابين بمرض السكر، واللعب التمثيلي في دراسة فوزي يوسف (1994)، وتقنية السيكودراما التي استخدمت لخفض درجات القلق في كل من دراسة عزة عبد الجواد (1990) ودراسة محمد غريب (1999) وأسماء غريب (1994) وقد أثبتت هذه التقنيات فعاليتها في خفض حدة الاضطراب.

كما يستخدم العلاج المعرفي السلوكي لعلاج هذا الاضطراب مع فئة الأطفال إذ يعد هذا العلاج من الأساليب العلاجية الحديثة والرائجة حالياً.

فيرى "كيندال وماهوني، Kendall et Mahoney" (Kendall.p & Mahoney, 1996: 235) أن العلاج المعرفي السلوكي هو محاولة دمج للنظرية السلوكية مع النظرية المعرفية، وتحديد التأثيرات الإيجابية لهما لإحداث تغيير علاجي كما أشار "كيندال Kendall" في (Weatherall, 2005: 02) أيضاً أن التقنيات المعرفية السلوكية تقوم بتغيير على مستوى التفكير، والإفعال والسلوك ومن خلال العلاج المعرفي السلوكي تساعد الطفل على تحديد التشوهات المعرفية، وتعليمه مهارات جديدة لإستبدال الأفكار اللاعقلانية بأفكار عقلانية، والتركيز على علاج أساليب إدراك الطفل وإتجاهه نحو المواقف التي أشار إليها "ميكنبوم" (Meichenbaum, 1997) في (إبراهيم عبد الستار وآخرون، 1978: 103) والذي بدوره يقول أن الأخطاء التي يرتكبها الطفل هي نتيجة لجهله كيفية التفكير والتصرف، فالمشكلات الصادرة من الطفل راجعة إلى قصور في التعلم والممارسة والخبرة والتفاعل.

إذا يكون دور المعالج المعرفي السلوكي، هو تعليم الطفل وإعطائه معلومات مفصلة ومبسطة عن كيفية التصرف، وكيفية مواجهة المواقف القلقة، والمؤلمة، فيقول "إليس Ellis" في هذا الصدد في (إبراهيم عبد الستار وآخرون، 1978: 104) يجب علينا أن نعلم الطفل كيفية التغلب على الأخطاء بدلا من إنتقاده والحكم على ما يصدره من مخاوف بأنها غير حقيقية ومبالغ فيها.

يذكر "غولدفريد ودرزيبلا" (D'Zurilla et Goldfried, 1971) في (إبراهيم عبد الستار وآخرون، 1978: 104) أن اضطرابات الطفل الإنفعالية كالقلق والإكتئاب هي نتيجة مباشرة للعجز عن الإكتساب والتعلم لأساليب ملائمة لحل المشكلات العاطفية، والإجتماعية، وقام "كيندال وماهوني" (Kendall.p & Mahoney, 1996: 236) بالتفريق بين ما يعرف بالقصور المعرفي "cognitive deficens" والتحريف المعرفي "cognitive distortions".

بحيث أن القصور المعرفي هو قصور في الوظائف المعرفية وناتج عن غياب التفكير، فالأطفال الذين لديهم قصور معرفي يفتقرون إلى تفسير ومعالجة المعلومات، أما التحريف المعرفي فيقوم فيه الأطفال بتفسير المعلومات لكن يتم ذلك بطريقة مختلة فيتصرفون دون تفكير .

أشار "كيندال Kendall" أيضا في نفس المرجع أن العلاج المعرفي السلوكي الموجه للأطفال والمراهقين طبق على مدى واسع من الإضطرابات كإضطراب نقص الإنتباه، وفرط الحركة، وإضطرابات القلق، والضغوط النفسية، والإكتئاب، الإندفاعية وحتى الإضطرابات المزمنة، وصعوبات التعلم، (Kendall.p & Mahoney, 1996: 237) بالإضافة إلى قلق الانفصال، والقلق العام لدى كل من الأطفال والأسر، ومخاوف الظلام كما أشارت إلى ذلك (العطية، 2001: 62)، وبذلك يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى مساعدة الطفل على تحديد القصور والتحريف المعرفي ، وتعليمه حل المشكلات الجديدة وتغيير الأفكار اللاعقلانية إلى أفكار عقلانية، كما يساعد الطفل على إدراك مشاعر القلق ، وتأثيراتها الجسدية، وتوضيح الأفكار المسببة لهذه المشاعر .

العلاج المعرفي السلوكي يستخدم العديد من التقنيات كالنمذجة، والمواجهة ولعب الأدوار والإسترخاء، والتي أثبتت فعاليتها من خلال ما بينته العديد من الدراسات الأجنبية، كدراسة "كيندال Kendall" (Kendall,1994)، ودراسة "كيندال وتريدول Kendall et Treadual" التي أثبتت فعالية إستخدام فنية الحوار الداخلي في العلاج المعرفي السلوكي، ودراسة "باريت واخرين Barrett et al" التي أرفق فيها العلاج المعرفي السلوكي للأطفال القلقين لعلاج الأولياء .

كما نجد دراسة "لومكين" (lumpkin, 1996) التي هدفت إلى علاج عدة أنواع من القلق لدى مجموعة من الأطفال بإستخدام العلاج الجماعي .

خلاصة عامة للفصل:

بعد تطرقنا في الفصل الأول عن عرض شامل لإضطرابات القلق، وبالأخص إضطراب القلق المعمم الذي هو موضوع الدراسة الحالية، وبعد تناولنا لمختلف تأثيراته على جوانب الصحة النفسية مما يستدعي التدخل العلاجي.

جاء هذا الفصل يحمل في طياته مختلف الأساليب العلاجية التي إستهدفت هذا الإضطراب، فعملية العلاج بدورها عملية معقدة لشدة تعقد الإضطراب، هذا ما تناوله هذا الفصل حيث تبيننا العلاج المعرفي السلوكي، وقمنا بعرض نشأته ومفهومه، ومبادئه وأهم الأساليب التي ضمها هذا العلاج، والتقنيات المتداولة بكثرة في هذا العلاج، ثم عرضنا فعالية وأثر هذا العلاج على إضطراب القلق المعمم لدى الأطفال.

الفصل الرابع:

تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي للخفض من درجات القلق المعمم

تمهيد

1. أهمية البرنامج العلاجي المقترح
2. أهداف البرنامج العلاجي المقترح
3. خطوات إعداد البرنامج العلاجي المقترح
4. مراحل تطبيق البرنامج العلاجي المقترح
5. التجريب الإستطلاعي للبرنامج
6. تقييم البرنامج
7. التقنيات المستخدمة في البرنامج
8. البرنامج في صورته النهائية

تمهيد:

يتناول هذا الفصل كل من أهمية البرنامج العلاجي المعد للدراسة الميدانية، وكذا مراحل إعداده بداية من الأساس النظري، فإختيار التقنيات الملائمة للفئة المستهدفة للبرنامج، فالتجريب الإستطلاعي للبرنامج، إلى غاية الصورة النهائية للبرنامج.

يعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي من الأدوات الأساسية التي تم إعدادها والتي يراد منها تحقيق أهداف الدراسة، وهذا البرنامج موجه لمخاطبة الأطفال إذ يمس مخاطبة أفكارهم بالدرجة الأولى ثم مخاطبة مشاعرهم فسلوكياتهم، مستندا في ذلك على التفسيرات النظرية لإضطراب القلق المعمم، ومدعما بأسس نظرية العلاج المعرفي السلوكي، فإعتمد على تقنيات متنوعة دمجت بين الجانب المعرفي، والإنفعالي، والسلوكي، وتمثلت في أسلوب المراقبة الذاتية، الحوار الداخلي، وقف التفكير، حل المشكلات، التحكم الذاتي، المواجهة، الإسترخاء، لعب الأدوار، كما طلب من الأطفال القيام ببعض الواجبات والأنشطة المنزلية.

1- أهمية البرنامج العلاجي المقترح:

أكدت بعض الدراسات السابقة على أن الأطفال في هذه المرحلة العمرية يعانون من بعض إضطرابات القلق، والتي تعتبر شائعة في مرحلة الطفولة، وهذه الإضطرابات لديها تبعات من كل النواحي فتؤثر على الحالة الجسمية للطفل لما يصاحبها من أعراض، كما تمس الجانب الإجتماعي للطفل والذي يظهر على شكل إنسحاب، وتجنب للمواقف الاجتماعية، والفشل الغالب في تحقيق علاقات إجتماعية مستمرة، كما تؤثر أيضا على الجانب الإنفعالي من خلال الشعور بعدم الثقة بالنفس، والشك والتردد الدائمين.

كما تمس الجانب المعرفي إذ تؤثر على مختلف القدرات المعرفية كالتفكير والذاكرة، وترسخ الإعتقادات الخاطئة في ذهن الطفل، وتسبب صعوبة في التركيز، لهذا أقيمت دراسات تسلط إهتمامها على مختلف الطرق والأساليب العلاجية، ومن أحدث هذ الأساليب البرامج العلاجية المعرفية السلوكية إذ أثبتت معظم الدراسات فاعلية هذا العلاج لمختلف الإضطرابات.

2-أهداف البرنامج العلاجي المقترح:

هناك أهداف عامة للبرنامج تشتمل على:

2-1 فهم الطفل لذاته وتقبلها:

إذ لا يتم فهم شخصية الفرد، وكل ما يصدر عنه من سلوكيات سوية أو مضطربة من دون فهمه لذاته، فالمعالج يسعى إلى مساعدة الطفل على فهم ذاته فهما صحيحا، وتقبلها، فيعطيه الفرصة للتعبير عن إنفعالاته، وأفكاره، ومشاعره، فيستطيع بذلك أن يعي ذاته ويستبصر مشكلاته.

2-2 تحقيق التوافق النفسي:

يهدف البرنامج العلاجي في صورته العامة إلى مساعدة الطفل على الوصول إلى درجة لا بأس بها من التوافق النفسي مع ذاته، والاجتماعي مع مجتمعه وبيئته.

فعلماء النفس يرون أن التوافق النفسي مع الذات يكون من خلال توفر الفرد على درجة مناسبة من المرونة، وبدرجة مناسبة من الإلتزان الإنفعالي، وتمتعه بدرجة مناسبة من الأمن والقدرة على مواجهة الضغوطات، وهذا ما يغيب عند الأطفال المصابين بالقلق.

أما التوافق الإجتماعي فيشمل القدرة على تحقيق علاقات إجتماعية جيدة وناجحة ومستمرة مع الآخرين، والتوافق الدراسي يشتمل على الإندماج ومسايرة البيئة الدراسية بكل ما تحتويه، لكن الأطفال المصابين بالقلق لديهم خلل في هذه المستويات من التوافق وهدف المعالج هو مساعدة الطفل على تحقيق التوافق الذاتي والاجتماعي والدراسي للطفل.

2-3 تحقيق الصحة النفسية:

يعرف "طه عبد العظيم" (عبد العظيم طه، 2008: 37) الصحة النفسية بأنها مجموعة الشروط اللازم توافرها حتى يتم تكيف الفرد مع نفسه، ومع بيئته يؤدي بالفرد إلى أقصى مستوى من الكفاية والسعادة.

فالمعالج هنا يعمل على مساعدة الطفل على حل مشكلاته بشكل أكثر مرونة وإيجابية، وتعليمه عدم الإنغمار في مشاعر القلق والحزن والتوتر والتغلب عليها.

أهداف خاصة للبرنامج تتمثل في:

- يساعد البرنامج على خفض مستوى القلق لدى الأطفال.
- يساعد في الرفع من مستوى الوظائف العضوية والاجتماعية والنفسية والمعرفية، وتحسين المستوى الدراسي، حيث أصبح من الملح القيام بالتدخل العلاجي لدى الأطفال المصابين بالقلق المعمم .
- يساعد الأطفال على التصدي والمواجهة للمواقف والأحداث المثيرة.

- يعد هذا البرنامج من البرامج المعرفية السلوكية الأولى التي يتم تطبيقها على عينة من أطفال بعض المدارس الابتدائية بالجزائر لكونه يقدم خدمات علاجية بأسلوب مبسط لمساعدة الأطفال على تخطي المشاكل التي تواجههم في هذا السن.

- من خلال الفنيات والأساليب المعرفية السلوكية التي يتضمنها البرنامج سيتم إكتشاف الأخطاء المعرفية والأفكار السلبية، ومساعدة الطفل على تغييرها وإستبدالها بأفكار أكثر منطقية وإيجابية عن طريق تعلمه لطرق التفكير الإيجابي، وأساليب حل بعض المشكلات التي تواجهه.

- يسهم البرنامج أيضا في خفض الأعراض الفيسيولوجية المصاحبة للقلق.

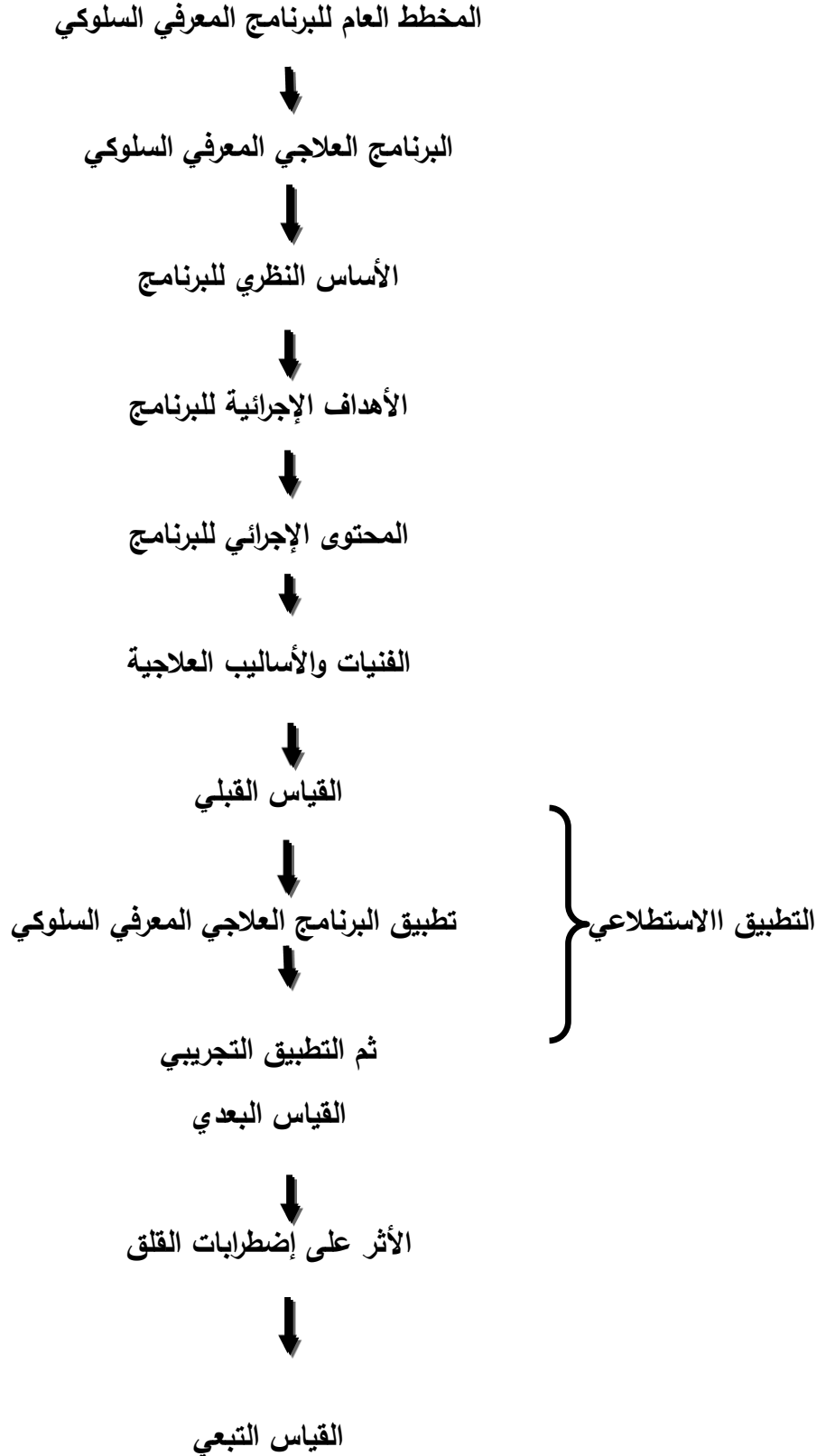
3-خطوات إعداد البرنامج العلاجي المقترح:

تشتمل عملية إعداد البرنامج على الإنطلاق من خلفية نظرية، ثم وضع الأهداف الإجرائية للبرنامج، والمحتوى التطبيقي للبرنامج، وتحديد الإستراتيجيات، والأساليب المتبعة في تنفيذه، بعدها القيام بتقديم الجلسات العلاجية، وضبط المدة الزمنية لتطبيق البرنامج وعدد جلساته ومدة كل جلسة، والإطار المكاني لتطبيق البرنامج، وفي الأخير تقييم البرنامج ككل.

الشكل التالي يعطي مخططا توضيحيا لذلك:

شكل رقم (6)

مخطط توضيحي لخطوات إعداد البرنامج العلاجي



وهذا عرض تسلسلي لخطوات البرنامج:

3-1 الأساس النظري للبرنامج:

تم الإعتماد في بناء البرنامج في شكله الأولي على خلفية نظرية حول العلاج المعرفي السلوكي عامة، والعلاج المعرفي السلوكي لعلاج اضطرابات القلق المعمم بشكل خاص. حيث أن العلاج المعرفي السلوكي يبحث عن الخلل الذي يحدث على مستوى الأفكار، ويتعرف إلى الطريقة التي يفكر بها الفرد، ثم يقوم بعملية تعديل هذا الخلل، وتغيير طريقة التفكير حتى يتغير السلوك، فهو يهدف إلى مساعدة الطفل على تحديد أكبر قدر من الصعوبات، والتشوهات المعرفية، وإختبارها في الواقع، وتعليم الطفل على مهارات جديدة، وتغيير الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية، وتعويضها بأفكار عقلانية.

كما تم الإعتماد على المقاربة المعرفية السلوكية "كيندال Kendall" (Kendall, 1994)، إذ يقول "كيندال وبيمونتال" (Kendall et Pimentel, 2003) أن الأطفال المصابين بالقلق المعمم يحصل لديهم تراجع في الاداء الدراسي، والرياضي، وتجدهم يتحرون عدم الوقوع في الأخطاء، بالإضافة إلى أنهم يعانون من صعوبة في الانتباه والتركيز، ومن اضطرابات في النوم، وتشنجات عضلية، ويضيف "كيندال Kendall" في (نيفين صابر، 2009: 712) أن التقنيات المعرفية هي دمج لما جاءت به النظرية السلوكية، والنظرية المعرفية من أجل إحداث تغيير علاجي.

فالمقاربة المعرفية السلوكية تعتبر أن الخوف والقلق هما ردود أفعال عادية في الأصل، لكن تصبح مرضية بسبب بعض المعارف التي يكونها الطفل، لذا هي تهدف الى تغيير السلوكات والمعارف المرتبطة بالقلق.

لذا فان العلاجات المعرفية تقوم بتغطية خمسة جوانب:المعلومة التعليمية، التدخل على مستوى إدارة وتسيير الإحساسات الجسدية،إعادة البناء المعرفي، التعريض، تعميم المكتسبات لمنع عودة الإضطراب (Rosso, 2011 :14).

كما يساعد العلاج المعرفي السلوكي الطفل على:

التعرف إلى مشاعر القلق وردود الفعل الجسمية الناجمة عنه، وتوضيح الأفكار والمعارف أثناء المواقف المسببة للقلق، كما يساعده على تطوير مهارات للمواجهة، وفي الأخير يكون هناك تقييم للنتائج.

قدم "كيندال Kendall" أول برنامج علاجي معرفي سلوكي لعلاج اضطرابات القلق أسماه برنامج "Coping Cat 1990"، وقدم بعدها في هذا البرنامج خطة يتعلمها الطفل للتخلص من القلق لخصها في كلمة FEAR (Campbell, 2003)

F: Feelings Frightened وتعني الشعور بالخوف، فيتعلم الطفل وقتها الأعراض الدالة على القلق ويدركها، E: Expectations Bad things to Happened وتعني التوقع الإيجابي تجاه الأحداث والمواقف السيئة، من خلال إستخدام الحديث الداخلي، أو الحوار الذاتي الإيجابي. A: Actions and Attitudes وتعني الإتجاهات والسلوكيات التي يستخدمها الطفل في خفض القلق أو التحكم فيه .

R: Reward Rate and Reward وتعني أن الطفل يقيم نتيجة عمله، ويقوم بمكافأة ذاته على المجهود الذي بذله في مواجهة القلق.

إختبر كيندال فعالية 16 جلسة من العلاج المعرفي السلوكي الموجه لفئة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق المعمم، قلق الانفصال، القلق الإجتماعي.

يقول "كيندال" (Kendall, 1994) في (James A;Soler Aweatherall R, 2007: 2) أن تطبيق العلاج المعرفي السلوكي يتطلب مستوى معين من النمو المعرفي حتى يمكن قياس الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية، ويمكن أيضا فهم الأفكار المسببة لإحساس القلق، حيث يقول بيجاجي أن الطفل الأقل من 6 سنوات يكون متمركزا حول ذاته، وقام بتسمية هذه المرحلة بمرحلة ما قبل العمليات، فيستحسن إستخدام القصص معه في العلاج.

كما إهتم كيندال كثيرا باضطراب القلق المعمم في مرحلة الطفولة.

هذا وإعتمد الكثير من الباحثين، والمعالجين بالبرنامج الذي قدمه "كيندال" والطرق والأساليب التي إستخدمها فيه والتي أثبتت فعاليتها في خفض اضطرابات القلق لدى الأطفال، وإستمرار تلك الفعالية لمدة سنة أو أكثر من المتابعة، فجاءت بعد هذا البرنامج نسخة أسترالية مرفوقة بتدخل علاجي عائلي في دراسة كل من "باريت، وداس، وريب" (Barett,Dadds et Reppe,1991) وسمي بـ "Coping Koala".

كما تم في إعداد البرنامج على العديد من المراجع العربية كالعلاج المعرفي السلوكي لحسن طه عبد العظيم(2007) والإرشاد النفسي للأطفال العاديين وذوي الإحتياجات الخاصة(2008) ، واستراتيجيات تعديل السلوك للعاديين وذوي الإحتياجات الخاصة (2008) لنفس الكاتب، والعلاج المعرفي السلوكي الحديث لعبد الستار إبراهيم .

كما تم الإعتماد على مراجع اجنبية : Philip.J.Graham 2005,Jonathan D.Huppert,William .C.Sanderson,Kendall,1993,Keith S.Dosbon2010

بالإضافة الى المراجع تم الاطلاع على العديد من الأبحاث والدراسات العربية والأجنبية التي سبق وذكرناها في الفصل الأول وبناء على ما تم ذكره، تم تصميم البرنامج بعد المتابعة أيضا مع الأستاذ المشرف.

الأهداف الإجرائية للبرنامج:

- تقوية مهارة الطفل على مواجهة الأحداث القلقة.
- أثناء الوضعية القلقة: الطفل يحدد ردود الفعل الجسدية التي تصدر عنه.
- أثناء الوضعية القلقة: يتنفس الطفل عن طريق بطنه، أو يقوم بالإسترخاء العضلي، أو يقوم بهما معا.

- الطفل أثناء الوضعية القلقة: الطفل يحدد الأفكار التلقائية.
- أثناء الوضعية القلقة:الطفل يستبدل تفكيره التلقائي بتفكير واقعي.
- الطفل يقوم بممارسة ما تعلمه، ويقوم بالمواجهة الحية للمواقف القلقة مع أوليائه.

3-2 الفئة المستهدفة وخصائصها:

البرنامج موجه إلى الأطفال اللذين حصلوا على درجات عالية على مقياس القلق المعمم واللذين يزاولون دراستهم في المدارس الابتدائية وتتراوح أعمارهم بين 9-10 سنوات.

3-3 المحتوى الإجرائي للبرنامج:

إستخدمت الباحثة أسلوب العلاج الفردي والجماعي في عملية تطبيق البرنامج، وكان لا يزيد عدد الأطفال في الجلسة الواحدة عن خمسة أطفال حتى تسهل طريقة العمل معهم ويتم التمكن من تقييم أنشطتهم، وضبطهم بشكل شامل.

تنوعت جلسات البرنامج بين فردية وجماعية عندما تكون خصائص الإضطراب مشتركة بين الأطفال، وفردية حينما تكون هناك أعراض خاصة بكل طفل.

3-4 الوسائل المستخدمة:

استخدمت الباحثة الوسائل التالية أثناء تطبيق البرنامج:

* صور عن أعراض الإضطراب: عبارة عن مجموعة من الصور التي توضح أعراض الإضطراب بشكل مبسط.

* ورقة أنشطة خاصة بالطفل من إعداد الباحثة : هي ورقة يتم فيها الاطفال بتسجيل الأفكار والمواقف المقفلة التي واجهوها،(تقدم في الحصة الأولى، وفي الحصة ما قبل الأخيرة)(الملحق رقم 5).

* سجل المراقبة اليومي للأفكار القلقة: هو عبارة عن جدول يتم في تسجيل أهم المواقف التي مر بها الطفل بين الجلستين العلاجيتين، ويسجل فيه أيضا مختلف الأفكار التي كانت تدور في رأسه (الملحق رقم 6).

* أوراق بيضاء: تتمثل في أوراق فارغة، تعطىها الباحثة للأطفال بغرض أن يكتبو قصة حول موقف قلق صادفهم بين الجلسات العلاجية، حيث يقومون بوصف شامل حول كل ما جرى معهم أثناء الموقف، وماهي الأحاسيس التي كانت تتناوبهم، وكيف كان تصرفهم آنذاك.

3-5 المدة الزمنية للجلسة:

دامت الفترة الزمنية لكل جلسة ما بين 50 د-1سا، وذلك بمعدل ثلاث جلسات في الأسبوع.
مكان تطبيق البرنامج:

طبق البرنامج بقاعة الأنشطة الخاصة بالمدرسة، وفي بعض المرات في أقسام التدريس(خلال أوقات الفراغ).

4- مراحل تطبيق البرنامج العلاجي المقترح:

طبق البرنامج العلاجي على مرحلتين وهما:

أول مرحلة: كانت في الدراسة الإستطلاعية، حيث قامت الباحثة بالتجريب الإستطلاعي للبرنامج، وذلك بعد عرضه على المحكمين، حتى تقوم بتقييم البرنامج ومدى ملائمة للأطفال، وفيما إذا أمكن تطبيقه في الدراسة الأساسية، ودامت في الفترة من 2012/11/09 إلى 2013/02/19.

ثاني مرحلة: كانت في الدراسة الأساسية وهي بدورها مرت بثلاث مراحل وهي كالتالي:

المرحلة الأولى: هي مرحلة تمهيدية يتم فيها التعارف مع الحالات، وتقديم الباحثة بنفسها والسماح للأطفال أن يقدموا أنفسهم أيضا، ثم يتم القيام بتقديم للبرنامج ، وذكر أهم محاوره وأهدافه وتبسيطها للأطفال، وهذا يتم في الجلسات الأولى.

المرحلة الثانية: وهي مرحلة العلاج السلوكي المعرفي يتم فيها وتقديم التقنيات المعرفية للتحكم في القلق وتقديم التقنيات السلوكية لخفض أعراض القلق.

المرحلة الثالثة: هي مرحلة تقييم البرنامج وإعداد الأطفال لإنهائه .

دامت الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة من 2013/02/28 إلى غاية 2013/06/17.

4-1 محتوى الجلسات:

الجدول رقم (2) يوضح محتوى جلسات البرنامج بالتفصيل وعددها ومدة كل جلسة والهدف منها والتقنيات المستعملة في كل منها، كما راعت الباحثة في اختيارها لمحتوى الجلسات مايلي:

- إستخدام أسلوب بسيط، وعبارات وألفاظ واضحة تتماشى والمرحلة العمرية التي يمر با الاطفال.
- مراعاة قدرة الأطفال بما يتناسب مع خصائصهم النمائية في هذه المرحلة.
- إستخدام الألعاب والأنشطة الترفيهية لجلب إنتباه الأطفال وتحفيزهم على الإنتظام في الجلسات وممارسة الواجبات المطلوبة منهم، وذلك من أجل تحقيق أهداف البرنامج.

جدول رقم(2)

يوضح الجلسات العلاجية

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة	نوع الجلسة
الجلسة الأولى	في الجلسة الاولى من العلاج تقوم الباحثة بالتعارف مع الطفل العميل ، ثم تخبره انها تريد منه مشاركتها في برنامج علاجي معرفي	الحوار ، والاستماع والمناقشة	50 د	جماعية
الجلسة الثانية	في هذه الجلسة نقوم بشرح مختلف المفاهيم الاساسية للاضطراب والآثار المترتبة عنه، ثم تطالبه بالواجب المنزلي.	المحاضرة، المناقشة، الواجب المنزلي.	45 د	جماعية
الجلسة الثالثة	مراجعة الواجب، مع تقديم تمارين للتعرف على الأفكار السلبية	الاستماع والمناقشة، الواجب المنزلي.	45 د	جماعية
الجلسة الرابعة	تدريب الطفل على توليد أفكار بديلة للأفكار السلبية، التدريب على كيفية التصدي لهذه الأفكار، والتقليل من سيطرتها، استعمال المهارات المتعلمة إلى غاية الجلسة المقبلة.	الاستماع المناقشة، الحوار الداخلي، وإعادة البناء المعرفي، الواجب المنزلي.	45 د	جماعية
الجلسة الخامسة	مراجعة الواجب المنزلي، تدريب الطفل على عبارات مضادة للفكرة الخاطئة مثلا "توقف". فكر قبل ان تجيب"، مع تعميم التعليمات.	الاستماع، المناقشة، المراقبة، والحوار الذاتيين، الواجب المنزلي.	45 د	جماعية

فردية، جماعية	45 د	الاستماع، المناقشة، الاسترخاء، التحكم بالتفكير، الواجب المنزلي.	مراجعة الواجب المنزلي ، تدريب الطفل على تمارين التنفس الصحيح والاسترخاء، وبعد الانتهاء نطلب منه أن يطبق هذه العملية في المنزل .	الجلسة السادسة تمارين التنفس
فردية، جماعية	45 د	الاستماع، المناقشة، الاسترخاء، التحكم بالتفكير، الواجب المنزلي.	مراجعة الواجب المنزلي، نواصل مع الطفل تمارين الاسترخاء، ثم نطلب في الأخير من الطفل ممارسة هذا النوع من الاسترخاء في المنزل.	الجلسة السابعة تمارين التنفس والاسترخاء
فردية، جماعية	45 د	الاستماع، المناقشة، الاسترخاء، الواجب المنزلي.	مراجعة الواجب المنزلي، نكرر مع الطفل تمارين التنفس الشهيق، والزفير، وتمارين شد العضلات مع بعض في هذه الجلسة.	الجلسة الثامنة
جماعية	45 د	الاستماع، المناقشة، الاسترخاء، التحكم بالتفكير.	مراجعة الواجب المنزلي مع الطفل ،كما يناقش مع الطفل ما سجله في سجل المراقبة الذاتية، وترتيب المواقف التي واجهها من الأسهل الى الأصعب، ونطلب منه تسجيل المواقف التي استطاع تجاوزها، والمواقف التي لا تزال صعبة لديه، وهذا لتحضير الطفل الى المرحلة الموالية وهي مرحلة المواجهة.	الجلسة التاسعة تقييم جلسات الاسترخاء
فردية، جماعية	45 د	الإستماع، المناقشة، المواجهة المتدرجة.	نشرح للطفل في هذه الجلسة تقنية المواجهة التدريجية للمواقف من المثير الأسهل فالأصعب، وندربه على ذلك بالتدرج.	الجلسة العاشرة المواجهة التدرجية
جماعية	45 د	الاستماع ، الحوار، المناقشة، الواجب المنزلي.	مراجعة الواجب المنزلي، مناقشة الصعوبات التي تعرض لها الطفل، و كذا الاستفسارات التي تكون لديه ،مع مواصلة تدريب الطفل على المواجهة التدريجية للمواقف المقلقة.	الجلسة الحادي عشر المواجهة التدرجية
جماعية	45 د	الاستماع، الحوار، إعادة البناء المعرفي.	مراجعة الواجب المنزلي، مناقشة المواقف التي لم يستطع فيها الطفل المواجهة.	الجلسة الثانية عشرة إعادة البناء المعرفي
فردية، جماعية	45 د	الاستماع، الحوار المراقبة الذاتية.	إعادة تقنية المراقبة الذاتية ، التدريب على الحد من الافكار التلقائية، مع اعطاء الطفل تعليمات أصعب الى ذهنه لكي يتمكن من التحكم في طريقة تفكيره.	الجلسة الثالثة عشرة المراقبة الذاتية
فردية، جماعية	45 د	الاستماع، المناقشة، حل المشكلات.	تدريب الطفل على التعامل مع مشكلاته .	الجلسة الرابعة عشرة حل المشكلات

الجلسة الخامسة عشرة تطبيق حل المشكلات	تطبيق ما تدرسه الطفل في الجلسة	الاستماع، المناقشة، الواجب المنزلي	45 د	فردية، جماعية
الجلسة السادسة عشر تعميم حل المشكلات	مراجعة الواجب المنزلي، ندرّب الطفل على تعميم ما تعلمه على المواقف المختلفة التي سيواجهها.	الاستماع، الحوار، التقييم	45 د	جماعية
الجلسة السابعة عشرة المواجهة بالتدرّج	نستمر مع الطفل في تدريبه على المواجهة بالتدرّج وفي هذه الجلسة نخضع الطفل لتجربة وموقف قلق لكن هذه المرة يكون الموقف اصعب من المرة السابقة.	الاستماع، المناقشة، المواجهة المتدرجة، الواجب المنزلي.	45 د	فردية
الثامنة عشرة تعميم المواجهة	مراجعة الواجب المنزلي، تدريب الطفل على تعميم المواجهة	الاستماع، المناقشة، الحوار.	45 د	فردية، جماعية
التاسعة عشرة الثقة بالنفس	تعزيز الثقة بالنفس لدى الطفل	الاستماع، المناقشة، المونولوج	45 د	فردية، جماعية
الجلسة العشرين خفض الحساسية تجاه الاشياء	تدريب الطفل على التخلص من الحساسية الشديدة تجاه مواجهة المواقف	الاستماع، المواجهة المتدرجة، خفض الحساسية تجاه الأشياء.	45 د	جماعية
الجلسة الحادية والعشرون مراجعة الجلسات	مراجعة المهارات المكتسبة أثناء العلاج خلال هذه الجلسة	الاستماع، والحوار	45 د	جماعية
الجلسة الثانية والعشرون التعامل مع النكسات	التدريب على التعامل مع النكسات، ومواجهة المواقف الجديدة.	الاستماع، الحوار، المناقشة	45 د	جماعية

5-التجريب الإستطلاعي للبرنامج:

الهدف من التجريب الإستطلاعي للبرنامج هو التعرف على مدى تحقيق البرنامج للأهداف التي سطر من أجلها، ومعرفة مدى ملائمة محتوى البرنامج للفئة المستهدفة ومدى استيعابهم وإدراكهم إياه، والوقوف على النقاط التي تستوجب التعديل والتطوير، كما تهدف إلى تحديد الصعوبات التي يمكن أن تواجه الباحثة أثناء تطبيق البرنامج وإستدراكها.

5-1 عرض البرنامج على المحكمين:

تم عرض البرنامج بصورته الأولية على مجموعة من الأساتذة والمحكمين (الملحق رقم 7) من ذوي الإختصاص لإبداء رأيهم في البرنامج من حيث مدى ملائمته للفئة المستهدفة ومدى تحقيقه للأهداف التي ينشد إليها، فأشاروا إلى تحديد الهدف أكثر من كل جلسة، وزيادة الوقت في بعض الجلسات، وإعطاء تفاصيل أكثر عن التقنيات المستخدمة في بعض الجلسات. ولقد تم الأخذ بعين الإعتبار لهذه الملاحظات وإجراء التعديلات اللازمة والمناسبة، ليأخذ بذلك البرنامج شكله النهائي وبصبح جاهزا للتطبيق في الدراسة الأساسية.

6- تقييم البرنامج:

6-1 تقييم بعدي:

تم تقييم البرنامج عن طريق تطبيق مقياس القلق لفيولا البيلاوي تطبيقا بعديا، وتم مقارنة نتائج أطفال المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي، ثم مقارنة كل مجموعة لوحدها في القياسين القبلي والبعدي، كما تم تقييمه عن طريق مقياس أونتاويو المعدل للصحة النفسية للأطفال وذلك في الدراسة الأساسية لمعرفة إذا ما ساهم البرنامج العلاجي أيضا في تحسين مستوى الصحة النفسية للأطفال عينة الدراسة.

6-2 تقييم تتبعي:

بحيث تم تطبيق نفس مقياس القلق وذلك بعد شهر من إنتهاء البرنامج بهدف معرفة مدى إستمرار فاعلية البرنامج، وتم مقارنة نتائج أطفال المجموعة التجريبية في القياس التتبعي.

7- التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي:

7-1 التعرف على الأفكار التلقائية وتسجيلها:

إستخدمت الباحثة تقنية تحديد الأفكار وتسجيلها والعمل على تصحيحها كأول تقنية معرفية، وذلك لمساعدة الأطفال على التعرف على الأفكار التلقائية التي تسيطر عليهم أثناء المواقف المسببة للقلق. فتقدم الباحثة ورقة أنشطة للطفل (أنظر الملاحق) ليسجل فيها حادثتين مر بهما، وتطلب منه سرد الأفكار التي كانت تدور في ذهنه آنذاك، وذكر الأعراض الفسيولوجية التي أحس بها، وتحديد مستوى القلق الذي وصل إليه، وذلك بهدف مساعدة الأطفال على التعرف إلى الأفكار التي كانت تسبب لهم انزعاجا وتوترا، وتدريبهم على القيام بذلك في كل موقف يمرون به.

7-2 تقنية إعادة البناء المعرفي:

بعد قيام الباحثة بتحديد الأفكار السلبية مع الأطفال، تقوم بتدريبهم على تقنية إيقاف هذه الأفكار، وإستبدالها بأفكار منطقية، بحيث تطلب المعالجة من الأطفال مراقبة أفكارهم وسلوكياتهم بشكل منظم، من أجل تطوير قدراتهم على ضبط ذواتهم، وتصرفاتهم. كما قامت الباحثة بتدريب الأطفال على توليد أفكار مضادة للفكرة الخاطئة، من خلال تقنية إعادة البناء المعرفي.

فتطلب الباحثة من الطفل ملاحظة أفكاره في المواقف المختلفة المثيرة للقلق، ثم تدريبه على تغيير هذه الأفكار، ويقدم مكانها أفكار منطقية وصحيحة.

إستمدت الباحثة هذه التقنية مما جاءت به مختلف النظريات المعرفية، ومما قام به كيندال وآخرون، بحيث إقترح كيندال في برنامجه حسب ما أشارت (العطية، 2001: 170) عدة أسئلة يمكن أن يطرحها الطفل على نفسه بصوت مرتفع مثلا: هل يمكن حدوث هذا؟ هل حدث هذا حقا؟ وماالدليل على حدوثه؟ مع تشجيع الطفل على ذلك.

7-3 حل المشكلات:

إعتمدت الباحثة على هذه التقنية المعرفية في بناء البرنامج العلاجي لما حققته من نتائج إيجابية في مختلف الدراسات، وتتضمن هذه التقنية مجموعة من الخطوات تتمثل في تعريف المشكلة وتحديدتها، ثم إقترح الحلول والوسائل اللازمة لحلها، وتوليد مختلف البدائل لحلها، ثم تقييم النتائج النهائية المتعلقة بها ، ويتدرب الأطفال على هذا الأسلوب في المنزل، حتى يستطيعون تطبيقها وتعميمها على مختلف المشاكل التي من الممكن أن تواجههم في حياتهم.

كما إعتمدت الباحثة على الأسلوب الذي قدمه "كيندال و براسوال" (Kendall et Braswell, 1985) في (Francis et Beidel, 1995: 1995)، والذي يركز على تعليم الطفل أن يسأل نفسه مجموعة من الأسئلة من أجل التوصل إلى حل المشكلة، فيطرح على نفسه الأسئلة التالية: ماهي المشكلة التي يواجهها؟ ماهي أنسب الحلول التي تلائم هذه المشكلة، والتي يمكنني أن أطبقها لحلها؟ ماذا يمكن أن يحدث إن أنا قمت بتطبيق هذه الحلول؟ هذا الأسلوب يساعد الطفل على إيجاد أكبر قدر من الحلول الممكنة، والمختلفة لحل المشكلة.

قامت الباحثة بتطبيق هذه التقنية من خلال تدريب الأطفال أثناء الحصص، وذلك بتقديم نماذج من المشكلات التي حدثت مع الأطفال، ومساعدتهم على كيفية حلها، وكيفية التصرف أثناء هذه المواقف، وذلك بتطبيق خطوات حل المشكلة.

7-4 فنية المواجهة:

قامت الباحثة بتطبيق هذه التقنية على مرحلتين، المرحلة الأولى أثناء الحصص بحيث تطلب الباحثة من الأطفال تخيل أحد المواقف التي كانوا يتجنبونها في الواقع، وذلك للتعود عليه حتى ينخفض مستوى التوتر، بعدها تطلب الباحثة من الأطفال مواجهة هذه المواقف بالتدرج من الموقف الأقل صعوبة إلى الموقف الأكثر صعوبة.

هنا إستمدت الباحثة هذه التقنية من خلال العمل الذي إقترحه "بيدال Beidel" (124: 2005, Beidel) حيث عرف المواجهة على انها تعريض الطفل للموقف الذي يسبب له القلق لمدة من الوقت بهدف تعويد الطفل في كل مرة على هذا الموقف، كما يذكر بيدال أن حصص المواجهة تتوقف إذا إنخفض القلق إلى 50% ، ويقوم المعالج بتقسيم القلق إلى 7 مستويات لتحديد أي مستوى يصل إليه الطفل في كل مرة، مع زيادة مدة التعريض للموقف في كل مرة.

قامت الباحثة بتطبيق هذه التقنية مع الأطفال وطلبت منهم أن يواجهوا موقف معين كأن يذهبوا إلى حديقة الحيوانات مثلا، ثم يقومون بتحديد المستوى الذي وصلوا إليه من القلق بعدها يقومون بكتابة ما حدث لهم على شكل قصة، ثم يقومون بسردها لأمهاتهم أو لأصدقائهم بصوت عال.

7-4 الإسترخاء العضلي:

إستخدمت هذه التقنية كثيرا مع الراشدين، وهي تستخدم حاليا مع الأطفال أيضا، وخصوصا أولئك الذين يعانون من مستوى عال من القلق، وعند تطبيق هذه التقنية يجب الأخذ بعين الإعتبار العمر الزمني للأطفال، ومدة الاسترخاء بحيث أن مدة الإسترخاء لدى الراشدين تتراوح ما بين 25 إلى 30د، وهذه المدة لا تتلاءم مع الأطفال، لأنها تتجاوز مدة الإنتباه والتركيز لديهم، لذا يجب أن تكون مدة الإسترخاء لديهم أقل، وإذا لم يستطع الطفل القيام بتمارين الإسترخاء أثناء الحصص، يُطلب من الوالدين أن يساعدوا إبنهم على القيام بها في المنزل.

إعتمدت الباحثة على تقنية الإسترخاء التي قام بإستخدامها "أولنديك" (Ollendik, 1983) في (123: 2005, Beidel)

والتي يطلب فيها من الطفل أن يتخيل أن في يده حبة ليمون، ويريد أن يصنع منها عصيرا، فيطلب المعالج من الطفل أن يضغط على الليمونة بأقصى جهد ممكن، وهذه التقنية مفيدة في تدريب الأطفال اللذين هم في مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة على تمارين الإسترخاء العميق للعضلات.

7-5 الواجبات المنزلية:

هي الأعمال التي طلبتها الباحثة من الأطفال للقيام بها في المنزل، والمتعلقة بتسجيل المواقف القلقة والأفكار المرتبطة بها، والأعراض المصاحبة لها، وتمارين الإسترخاء، ومختلف التقنيات الأخرى، وذلك بهدف تدريب الأطفال على التقنيات والمهارات التي تعلموها خلال الجلسات، بعدها يتم مناقشتها في الجلسات التالية، ومكافأة كل طفل على أدائه لها في كل مرة، وتشجيعه على الإستمرار.

7-6 لعب الأدوار:

تعد تقنية مهمة في العلاج المعرفي السلوكي وخصوصا لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق المعمم، بحيث هذه التقنية تسمح للأطفال بمعايشة المواقف القلقة، والبحث عن الحلول المناسبة. فتطلب الباحثة من كل طفلين تصميم حدث أو موقف مفتعل، وتساعدهم على كيفية التصرف أثناء هذه المواقف، وذلك بإستخدام الفنيات التي تعلموها طوال الجلسات.

7-7 التعزيز:

إعتمدت الباحثة على هذه التقنية السلوكية بهدف تشجيع الأطفال لأدائهم لكل تقنية، ونجاحهم في تطبيقها، ويكون ذلك إما ماديا أو معنويا، بالإضافة تقوم الباحثة بتدريب الأطفال على أسلوب التعزيز الذاتي، أي مكافأة الطفل لنفسه عند تغلبه على كل مستوى من مستويات القلق.

8- البرنامج في صورته النهائية:

تتكون الجلسات العلاجية في هذا البرنامج من عشرين جلسة ، بواقع ساعتين إلى ثلاث ساعات أسبوعيا حددت خلالها الباحثة قواعد وضوابط يلتزم بها الأطفال أثناء سير كل جلسة، ويكمن الهدف من هذه القواعد إنجاح العملية العلاجية وإكسابها طابع منظم مبني على حسن تخطيط وتنظيم، حتى يكتسب الأطفال هذا النظام ويتمشون معه خارج نطاق الجلسات.

كما تقوم الباحثة بإدارة جو علاجي يسوده التفاهم وبيعت في المجموعة العلاجية جو أسري مريح يساعد على التعبير بطلاقة، وتقوم الباحثة بتحديد الجلسات العلاجية في ضوء المشكلة التي تتعامل معها والتي يتشابه فيها أعضاء المجموعة العلاجية وهنا تعتبر مشكلة (إضطراب القلق المعمم) التي تواجه الأطفال

المتدرسين اللذين يبلغون 10 سنوات تقريبا ورأت المعالجة أن معالجة هذه المشكلة تستلزم عشرون جلسة علاجية والتي كانت على النحو التالي:

الجلسة الأولى: جلسة التعارف وكسب الثقة

أهداف الجلسة:

- التعرف على أطفال المجموعة ، وتعريف الباحثة بنفسها لهم.
- التعريف بالبرنامج العلاجي وتوضيح أهدافه، وما يمكن أن يحققه من نتائج علاجية.
- الاتفاق مع الأطفال على موعد الجلسات.
- توضيح دور كل من المعالجة، وأعضاء المجموعة التجريبية في البرنامج الحالي.
- التنبية إلى أهمية أداء الواجبات المنزلية، والانضباط أثناء حضور الجلسات.

التقنيات المستعملة: الحوار، الاستماع، المناقشة.

محتوى الجلسة:

دامت الجلسة حوالي 60 د تم فيها التعارف بين الأطفال والباحثة بحيث تضمن هذا التعارف الترحيب بالأطفال، وشكرهم على قبولهم المشاركة في هذا البرنامج، وعرفت الباحثة بنفسها هي الأخرى وأوضحت الدور الذي ستلعبه خلال الجلسات، ثم قامت بعدها الباحثة بتقديم شرح مبسط ومفهوم عن البرنامج العلاجي ومحتوياته، كما وضحت الهدف الرئيسي منه وهو مساعدة كل طفل في المجموعة التجريبية على تحسين إمكانياته وقدراته للتخلص من القلق من خلال مجموعة من التقنيات والأنشطة. في الأخير تفتح الباحثة مجالاً للنقاش بحيث تتعرف على توقعات الأطفال حول البرنامج العلاجي، وتجب على استفساراتهم وتنفق معهم على الجلسات المقبلة، وتنبههم إلى ضرورة الالتزام بالانضباط وحضور الجلسات.

الجلسة الثانية: تعريف الطفل باضطراب القلق المعمم

أهداف الجلسة: تهدف الجلسة إلى

-توضيح مفهوم اضطراب القلق المعمم للطفل، ما هي أعراضه، الالام التي يسببها، الاسباب المؤدية إليه.

-توضيح التأثيرات السلبية التي ستمس جميع النواحي لدى الأطفال.

التقنيات المستعملة:

المحاضرة، المناقشة، الاستماع، الواجب المنزلي.

الأدوات المستعملة:

صور، ورقة أنشطة خاصة بالطفل، سجل المراقبة اليومي.

محتوى الجلسة:

دامت الجلسة حوالي 50 د، تم فيها شرح مفصل للأطفال عن الاضطراب وبصورة مبسطة مع إعطاء أمثلة، حيث قدمت الباحثة أعراض الاضطراب مستعينة بصور، ومقاطع فيديو كي تصل بالطفل إلى أن يعيش آلامه ومعاناته ويعيها ولا يحس أنه يعاني وحده، ويدرك أن ما يحس به، يمكن أن يحدث لأي طفل في مثل سنه، هذا وقامت الباحثة بتقديم شروحات عن الأسباب الكامنة وراء تأزم هذا الاضطراب، وما يمكن أن يسببه من مشاكل في كل من الجانب النفسي والاجتماعي، والعائلي.

كما سمحت الباحثة للأطفال أن يبدوا تعليقاتهم على مقاطع الفيديو التي شاهدوها، وهل تنطبق عليهم الاعراض التي لاحظوها.

في الأخير تطلب الباحثة من الأطفال القيام بواجب منزلي، وتوزع عليهم ورقة أنشطة، وسجل المراقبة اليومي للأفكار السلبية بهدف ملئها في المنزل.

الجلسة الثالثة: التعرف إلى الأفكار السلبية.

أهداف الجلسة:

-التعرف إلى الأفكار السلبية المصاحبة للاضطراب، من خلال الاطلاع على الواجب المنزلي لكل طفل.

-توضيح للأطفال العلاقة بين الأفكار السلبية والاضطراب.

التقنيات المستخدمة: الاستماع، المناقشة، التعرف إلى الأفكار السلبية والعمل على تصحيحها.

محتوى الجلسة:

دامت الجلسة حوالي 50 د، تم فيها مراجعة الواجب المنزلي وتحديد الأفكار السلبية المصاحبة للوضعيتين القلقتين التي امرت الباحثة الأطفال بتدوينهما، بعدها طلبت الباحثة من كل طفل إعادة تخيل أحد المواقف المدونة في الواجب المنزلي، ووصف ما يراه من انطباعات وأفكار ذهنية، وما يصاحبه من مشاعر وانفعالات حتى تتيح لهم التحدث بحرية وطلاقة، ويقومون بالتنفيس عما يختلجهم من انفعالات ومشاعر.

ثم قامت الباحثة بتوضيح العلاقة بين الأفكار السلبية والاضطراب والدور الذي تلعبه في تأزيم الاعراض، و وفي نهاية الجلسة قامت الباحثة بالاتفاق مع الأطفال على موعد الجلسة المقبلة.

الجلسة الرابعة: مواجهة وتغيير الأفكار السلبية

أهداف الجلسة:

- التحكم في الافكار السلبية وإيقافها.
- الوصول بالأطفال إلى تعلم توليد أفكار بديلة عن الأفكار السلبية تكون أكثر منطقية.
- تعريف الأطفال بتقنية الحوار الداخلي وما لها من أهمية في تغيير الافكار السلبية
- التقنيات المستخدمة: الاستماع، المناقشة، الحوار، الحوار الداخلي، الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

دامت الجلسة حوالي 45 د، قامت فيها الباحثة بتدريب الأطفال على التحكم في الأفكار السلبية وإيقافها، ومحاولة توليد أفكار بديلة للأفكار السلبية التي قام الأطفال بتحديدتها في الجلسة السابقة. ثم قامت الباحثة في النصف المتبقي من زمن الجلسة بشرح تقنية الحوار الداخلي مع النفس وتوضيح أهمية هذه التقنية في تغيير الأفكار السلبية وإيقافها، كما أنها تساهم في التخفيف من التوتر وتبسيط حجم الموقف الانفعالي وتهدئة النفس.

في الأخير أنهت الباحثة الجلسة بشكر الأطفال على تعاونهم وتفاعلهم وقامت بتشجيعهم على القيام بالواجب المنزلي والذي يتمثل في تطبيق هذه التقنية الى غاية الجلسة المقبلة.

الجلسة الخامسة: تعريف الأطفال بقنية المراقبة الذاتية

أهداف الجلسة:

- مراجعة الواجب المنزلي.
- مواصلة تدريب الأطفال على دحض الأفكار السلبية.
- التعريف بتقنية المراقبة الذاتية وكيفية اسهامها في تحقيق اهداف العلاج.

محتوى الجلسة:

دامت الجلسة حوالي 45 د تم فيها مراجعة الواجب المنزلي والاستماع الى ما قام به الأطفال خلال الجلستين، بعدها تم تقديم تقنية المراقبة الذاتية وشرحت الباحثة للأطفال كيف يتم استخدام هذه التقنية وركزت على اهميتها في ايقاف الافكار السلبية ،ووضحت للأطفال كيف يتم توليد أفكار مضادة للفكرة الخاطئة مثلا "توقف"، "فكر قبل ان تتصرف"، وباستعمال التدرج توصل الاطفال الى ترديد تعليمات أكبر من هذه .

في ختما الجلسة طلبت الباحثة من الأطفال تطبيق ما تدربوا عليه خلال أثناء مواجهتهم للمواقف التي تسبب لهم قلق الى غاية الجلسة المقبلة .

الجلسة السادسة: تدريب الطفل على تمارين التنفس .

أهداف الجلسة:

-تعريف الطفل بتقنية الاسترخاء وما هو الغرض منها ، وكيف يتم القيام بها، وأبرز فعاليتها في خفض من القلق والتوتر.

التقنيات المستخدمة: الاستماع، المناقشة، الحوار، الاسترخاء.

محتوى الجلسة:

دامت حوالي 50 د قامت الباحثة خلالها بتعريف الأطفال على هذه التقنية، وتبيين أهميتها وفعاليتها في التخفيف من حدة القلق والتقليل من الأعراض الفسيولوجية التي يسببها القلق إذ أنها تصحح عملية التنفس، حيث طلبت من الأطفال الجلوس على كرسي مريح، ثم يقومون بعملية الشهيق وبعدها يحبسون أنفاسهم لمدة 5 ثواني، حتى يصلون الى درجة الشعور بالتوتر، بعدها تطلب منهم الباحثة القيام بعملية الزفير، والتي ينتج عنها راحة واسترخاء، فتبين الباحثة للأطفال الفرق بينما يحسون به في كلتا العمليتين وفي الأخير شكرت الباحثة تعاون الأطفال وتفاعلهم وطلبت منهم أن يطبقوا هذه التقنية في المنزل.

الجلسة السابعة: مواصلة تدريب الأطفال على تمارين التنفس والاسترخاء.

أهداف الجلسة:

-مواصلة تدريب الأطفال على تمارين التنفس والاسترخاء.

-العمل على الوصول بالأطفال الى اتقان هذه التقنية واستخدامها خارج نطاق الجلسات.

محتوى الجلسة:

دامت الجلسة حوالي 45 د تم فيها مراجعة الواجب المنزلي، ثم واصلت الباحثة مع الأطفال تمارين الاسترخاء

حيث طلبت من كل طفل في هذه المرة إغماض عينيه والتركيز على ذراعه الأيمن ثم طلبت منه قبض ليمونة بيده اليمنى مع شد ذراعه الأيمن لأقصى درجة وكأنه يضغط لينتج عصير ليمون حتى يلاحظ الطفل انقباض عضلاته.

كما طلبت منه التركيز على هذا التوتر الشديد لمدة 10 ثواني، بعدها طلبت منه ان يرخي يده اليمنى وبطلقها حتى تصل الى حالة استرخاء تام .كررت الباحثة هذه العملية 4 مرات تقريبا مع كل طفل ثم انتقلت بعدها لليد اليسرى ودرسته على نفس التمرين، ثم في الأخير عند ختام الجلسة طلبت الباحثة من الأطفال ممارسة هذا النوع من الاسترخاء في المنزل.

الجلسة الثامنة: دمج ما تعلمه الطفل في الجلستين السادسة والسابعة.

أهداف الجلسة:

-دمج ما تعلمه الطفل في الجلستين السادسة والسابعة وتعليم الأطفال ان يستخدموا كلتا التقنيتين مع بعض.

التقنيات المستعملة: الاستماع، المناقشة، الواجب المنزلي، الاسترخاء.

محتوى الجلسة:

دامت الجلسة حوالي 45 د تم فيها مراجعة الواجب المنزلي، وتدريب الطفل على ما تعلمه في الجلستين السادسة والسابعة من خلال دمجها مع بعض.

الجلسة التاسعة: تقييم جلسات الاسترخاء

أهداف الجلسة:

-تقييم جلسات الاسترخاء، ومعرفة إذا ما استفاد الأطفال من هذه التقنية.

التقنيات المستخدمة: الاستماع، المناقشة، الاسترخاء.

محتوى الجلسة:

دامت الجلسة حوالي 45 د قامت خلالها الباحثة بتقييم جلسات الاسترخاء ومعرفة مدى استفادة الأطفال من هذه التقنية، ومناقشة الاستفسارات التي لديهم.

كما تمت مراجعة ما كتبه الأطفال في سجل المراقبة الذاتية، وترتيب المواقف التي واجهتهم من الأسهل الى الأصعب ، ثم طلبت الباحثة من الأطفال تسجيل المواقف التي لا تزال صعبة لديهم وهذا لتحضيرهم لمرحلة المواجهة.

الجلسة العاشرة: المواجهة التدريجية للمواقف

أهداف الجلسة: تهدف الجلسة الى التعريف بتقنية المواجهة التدريجية للمواقف القلقة وتبسيطها للأطفال، وابرار مدى أهميتها في العلاج.

محتوى الجلسة:

دامت الجلسة 45 د تم فيها إخبار الأطفال أنهم انتقلوا إلى مرحلة ثانية من العلاج وهي مرحلة التنفيذ، ويتم ذلك بتنفيذ ما تعلموه وقيامهم بمواجهة كل موقف قلق يمر بهم ،فقامت الباحثة بشرح هذه التقنية، مع تعزيز ذلك بأمثلة وذلك بغرض تدريب الاطفال على مواجهة المثيرات بدءا من أسهل مثير إلى غاية

أصعب مثير، وفي الاخير نطلب من الطفل مواجهة المثيرات التي سيتعرض لها الى غاية الجلسة المقبلة.

الجلسة الحادي عشر: مواصلة تقنية المواجهة التدريجية

أهداف الجلسة:

-مواصلة تقنية المواجهة .

-التعرف على الصعوبات التي واجهت الأطفال أثناء تطبيقهم لهذه التقنية.

التقنيات المستخدمة: الاستماع، الحوار، المواجهة المتدرجة، الواجب المنزلي.

محتوى الجلسة:

دامت الجلسة حوالي 45 د قامت خلالها الباحثة بمراجعة الواجب المنزلي مع الأطفال، وتناقشت معهم حول الصعوبات التي واجهتهم أثناء تطبيق هذه التقنية، ثم واصلت الباحثة تدريب الأطفال على هذه التقنية مدعمة ذلك بأمثلة، كما أتاحت للأطفال إبداء رأيهم، وإعطاء أفكار جديدة يرونها مناسبة.

الجلسة الثانية عشر: إعادة البناء المعرفي

أهداف الجلسة:

تعريف الأطفال بتقنية إعادة البناء المعرفي وشرحها لهم بشكل مبسط.

-التنويه الى أهمية هذه التقنية، والعمل على تشجيع الاطفال لاستخدامها.

التقنيات المستخدمة: الاستماع، الحوار، المناقشة، إعادة البناء المعرفي.

محتوى الجلسة:

دامت الجلسة حوالي 45 د شرحت فيها الباحثة تقنية إعادة البناء المعرفي للأطفال مستعينة بمخططات

بسيطة وأمثلة حتى يتسنى للأطفال أن يدركوا معنى هذه التقنية وأهميتها.

ثم طلبت الباحثة من الأطفال أن يعطوا أمثلة عن المواقف التي صعب عليهم التغلب عليها ومواجهتها

وناقشت الباحثة مع الأطفال كل موقف من خلال استخراج السلبية وتغييرها بأفكار ايجابية وأكثر منطقية

تكون مشجعة للطفل.

الجلسة الثالثة عشر: تعليم الطفل تقنية حل المشكلات

أهداف الجلسة:

-تعريف الطفل بتقنية حل المشكلات، والعمل على اكسابه مهارات في التعامل مع مشكلاته التي تقلقه، فطلبت الباحثة من الأطفال أن يتخيلوا لجوء صديق لديهم يطلب نصيحة لحل مشكلة لديه (وتكون مشكلة الطفل نفسها)، والأطفال هنا يحاولون أن يقدموا أكبر عدد ممكن من الحلول وذلك بتدعيم من الباحثة.

الجلسة الرابعة عشر: تطبيق حل المشكلات

أهداف الجلسة:

-تكملة تدريب الأطفال على اكتساب مهارات في التعامل مع مشكلاتهم التي تقلقهم.

-تدريب الطفل على مشكلات أصعب.

التقنيات المستخدمة: الاستماع، المناقشة، الواجب المنزلي، حل المشكلات.

محتوى الجلسة:

دامت الجلسة حوالي 50 د تم فيها اكمال ما بدأتها الباحثة في الجلسة السابقة عن كيفية حل المشكلات، وتعليم الأطفال كيفية اختيار الحل الأمثل والمناسب، بحيث تتطرق الباحثة الى مشكلة أصعب من المشكلة التي كانت في الجلسة السابقة.

في الاخير تطلب الباحثة من الاطفال تطبيق ما تعلموه خلال الجلسة.

الجلسة الخامسة عشر: تعميم حل المشكلات

أهداف الجلسة:

-مراجعة الواجب المنزلي.

-التعرف الى المشكلات التي واجهت الاطفال.

-معرفة طرق الحل التي استخدمها الأطفال.

-تدريب الاطفال على تعميم ما اكتسبوه من طرق لحل المشكلات على مختلف المواقف الحياتية.

محتوى الجلسة:

دامت الجلسة حوالي 45 د، خصص الجزء الاول منها لمراجعة الواجب المنزلي مع الأطفال، تلاه

التعرف على المشكلات الصعبة التي واجهت الاطفال، ثم قامت الباحثة بتدريب الاطفال على تعميم حل المشكلات على مختلف المواقف القلق.

الجلسة السادسة عشر: تعزيز الثقة بالنفس

أهداف الجلسة:

-تقوية وتعزيز الثقة بالنفس لدى الأطفال.

-تدريب الاطفال على تقنية المونولوج، والعمل على جعل الاطفال يتمكنون من سرد مواقف قلقة صادفتهم بصوت مرتفع ويقومون بتجسيد قصة كاملة من خلال الكلام.

محتوى الجلسة:

دامت الجلسة حوالي 50 د، بحيث حاولت الباحثة أن تصل فيها بالأطفال إلى إدراك أن القلق والأعراض المصاحبة له تتولد من التفكير في الأمور أكثر مما يتولد من تلك الأمور ذاتها، فيكتسب الطفل الثقة بالنفس لمواجهة أي موقف، ثم قامت الباحثة بتقديم تقنية المونولوج للأطفال وشرح أهميته في التنفيس عن انفعالاتهم والتعبير عن ما بداخلهم، ثم نطلب من كل طفل ان يسرد موقف صعب تعرض له بكل تفاصيله بصوت مرتفع، ويمثل مختلف الادوار التي كانت خلال الموقف. هنا الطفل من خلال حديثه سيعبر بطلاقة عن ما واجهه من جهة ومن جهة اخرى هذه العملية تساعده على التفكير السليم تجاه المواقف فيوضح له بذلك طريقة تفكيره الخاطئة تجاه ذلك الموقف من خلال عملية الاسترجاع، فنحاول ان نوصل للطفل كيفية تجاوز المثيرات مع اكتسابه لثقة عالية بنفسه.

الجلسة السابعة عشر: خفض الحساسية تجاه الأشياء

أهداف الجلسة:

-تعريف الطفل بتقنية التخلص المنظم من الحساسية الشديدة تجاه المواقف، وشرحها لهم بشكل مبسط.

محتوى الجلسة:

دامت الجلسة حوالي 45 د تم خلالها تقديم شرح مبسط عن تقنية التخلص المنظم من الحساسية الشديدة تجاه المواقف من خلال توضيح لهم أن ذلك يتم من خلال صرف الانتباه والتركيز على الأفكار التلقائية واستبدال ذلك بالتفكير في شيء اخر ايجابي.

ثم تختتم الباحثة الجلسة وتطلب من الأطفال ممارسة التقنية خارج الجلسات وضمها الى التقنيات الأخرى المتعلمة.

الجلسة الثامنة عشر: مراجعة الجلسات السابقة والإعداد الى انهاء البرنامج

أهداف الجلسة:

-إعادة مراجعة ما تم تعلمه خلال جلسات البرنامج.

-إعداد الأطفال لإنهاء البرنامج وتشجيعهم على الاستمرار في الواجبات المنزلية لتجنب النكسات لاحقا.

التقنيات المستخدمة: الاستماع، الحوار، المناقشة، لعب الادوار.

محتوى الجلسة:

دامت الجلسة قرابة 50 د تم خلالها مراجعة جلسات البرنامج مع الأطفال، ثم طلبت الباحثة من كل طفل ان يلعب دور زميله، ويتقمص مشكلته، والطفل الاخر صاحب المشكلة يحاول مساعدته وتقديم النصح له، هذه التقنية تساعد الاطفال على استبصار مشكلتهم والنظر اليها من زاوية اخرى. في الاخير تعلم الباحثة الأطفال عن انتهاء البرنامج وتنفق مع الاطفال على موعد الجلسة المقبلة لتطبيق القياس البعدي.

جلسة تطبيق القياس البعدي:

تم خلالها الترحيب بالأطفال وابلاغهم انهم سيقومون بالإجابة على مقياس القلق المعمم ومقياس الصحة النفسية ثانية، بعد انتهائهم قامت الباحثة بالاتفاق معهم على موعد اخر بعد شهر للقيام بالقياس التتبعي.

جلسة القياس التتبعي:

رحبت الباحثة بالأطفال كالعادة ثم اعلمتهم بانهم مدعوون للقيام بالإجابة على مقياس القلق المعمم للمرة الثالثة لمتابعة أثر العلاج بعد شهر. عند الانتهاء من اجاباتهم قامت الباحثة بشكر الاطفال على تعاونهم وصبرهم وتفاعلهم خلال مشوار العلاج، وقامت بتوديعهم.

خلاصة عامة للفصل:

تناولت الباحثة في هذا الفصل كيفية التصميم والتخطيط للبرنامج المعتمد في الدراسة، فعرضت الإطار النظري الذي اعتمدت عليه في بناء البرنامج، ثم ذكرت مختلف مراحل إعداد البرنامج من تخطيط واختيار للتقنيات، ثم عرضه على المحكمين وتعديله والتجريب الاستطلاعي له، ثم عرضت الباحثة في الأخير البرنامج بصورته النهائية، والذي طبق في الدراسة الأساسية.

الفصل الخامس:

منهجية الدراسة الميدانية وإجراءاتها

تمهيد

1. منهج الدراسة

2. متغيرات الدراسة

3. فرضيات الدراسة

4. الدراسة الإستطلاعية

5. إجراءات الدراسة الإستطلاعية

6. أدوات الدراسة الإستطلاعية

7. نتائج الدراسة الإستطلاعية

8. الدراسة الأساسية

1.8 عينة الدراسة الأساسية

2.8 أدوات الدراسة الأساسية

تمهيد:

يتطرق هذا الفصل الى الإطار الميداني للدراسة للإجابة على تساؤلاتها، وللتحقق من الفروض التي وضعتها الباحثة، وذلك بداية من الدراسة الاستطلاعية على عينة لها نفس مواصفات العينة الأصلية للدراسة، ثم الدراسة التجريبية وعرض لخطواتها، والتي شملت على مرحلة القياس القبلي، ثم مرحلة تطبيق البرنامج، بعدها مرحلة القياس البعدي، وأخيرا مرحلة القياس التبعي بالإضافة الى عرض للأدوات المستعملة في الدراسة وكذا الأساليب الإحصائية المستخدمة.

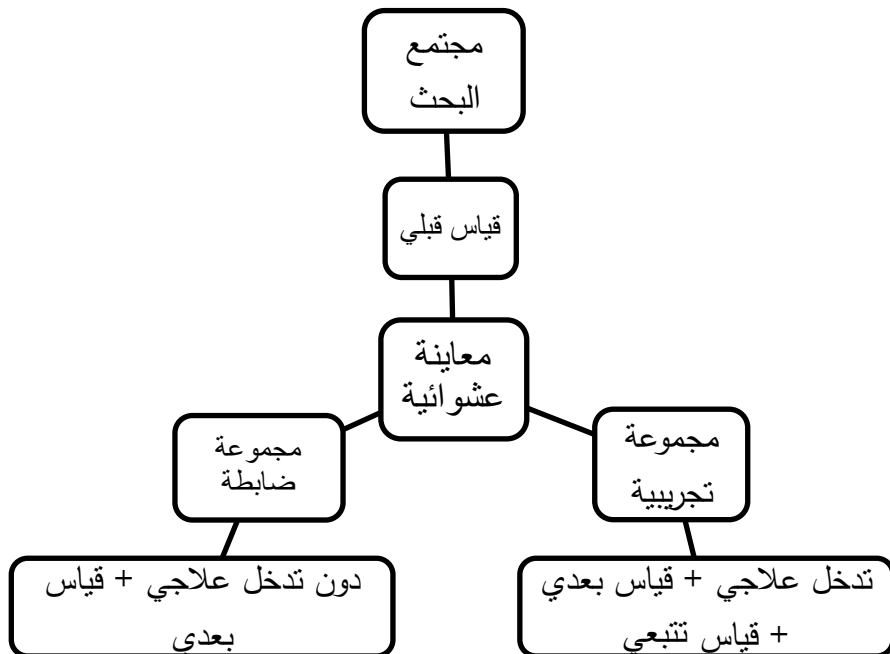
1- المنهج المستخدم في الدراسة:

من أجل تحقيق الهدف الأساسي من الدراسة، والذي يتمثل في معرفة أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض درجات القلق لدى عينة من الأطفال المتمدرسين اعتمدنا على المنهج التجريبي، متبعين في ذلك التصميم التجريبي التالي:

اعتمدت الباحثة على التصميم الذي يتضمن مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، حيث تم اختيارهما عن طريق المعاينة العشوائية، ثم تمت المجانسة بينهما للتحقق من تكافئهما في الخصائص المحددة. بعدها تم عرض البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية فقط، ثم إجراء القياسات البعدية للمجموعتين والقياس التبعي للمجموعة التجريبية والشكل الموالي يوضح التصميم التجريبي للدراسة.

شكل رقم (7)

التصميم التجريبي للدراسة



2- متغيرات الدراسة:

- 1-2 المتغير المستقل: يتمثل المتغير المستقل لهذه الدراسة في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.
- 2-2 المتغير التابع: يتمثل في الأثر الذي يتركه البرنامج العلاجي على أطفال المجموعة التجريبية، من تحسن وماهي الجوانب التي يستهدفها البرنامج.

3-فرضيات الدراسة:

- 1- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق لفيولا البيلاوي (1987) قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج .
- 2- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق لفيولا البيلاوي ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي.
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة على مقياس القلق لفيولا البيلاوي بين القياسين القبلي والبعدي.
- 4- توجد فروق ذات دلالة احصائية في فعالية البرنامج المعرفي السلوكي بين الجنسين.
- 5- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق لفيولا البيلاوي(1987) ومتوسطات درجات نفس المجموعة شهر من المتابعة العلاجية لصالح القياس التتبعي.
- 6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس اونتاريو المعدل للصحة النفسية للأطفال قبل وبعد تطبيق البرنامج.
- 7- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة على مقياس اونتاريو المعدل للصحة النفسية للأطفال بعد تطبيق البرنامج.

4- الدراسة الاستطلاعية:

الهدف من القيام بالدراسة الاستطلاعية هو تدريب الباحثة على تطبيق البرنامج والتأكد أيضا من مدى صلاحية تطبيقه وتقبل أفراد العينة الاستطلاعية له، وتحديد الصعوبات، والمعوقات التي واجهت الباحثة أثناء القيام بالدراسة الاستطلاعية حتى يتم تجاوزها في الدراسة الأساسية، وأيضا التأكد من أن هذا التصميم الذي وضعته لسير الدراسة واقعي ويمكن تطبيقه حتى تستطيع تطبيقه بشكل أفضل على العينة الأساسية. كما يكمن الهدف من الدراسة الاستطلاعية في تكوين تصور عام للدراسة الأساسية، وتجريب أدوات البحث والتأكد من صلاحيتها للدراسة الأساسية، واختيار عينة مناسبة للدراسة الأساسية.

4-1 عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت العينة من (12) طفل تحصلوا على درجات عالية على مقياس القلق لفيولا البيلوي (1987) وتم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية ضمت (6) أطفال (3 إناث، و 3 ذكور)، ومجموعة ضابطة ضمت (6) أطفال أيضا (3 إناث، و 3 ذكور).

4-2 مكان الدراسة الاستطلاعية:

جرت الدراسة الاستطلاعية بإحدى مدارس تلمسان، وشملت عينة من تلاميذ السنة الخامسة ابتدائي.

5- إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

تم تقسيم العينة الاستطلاعية الى مجموعتين مجموعة تجريبية تضم (6) أطفال ومجموعة ضابطة تضم (6) أطفال أيضا وتمت المجانسة بين المجموعتين في السن، والتحصيل الدراسي، ودرجة الاضطراب.

5-1 تجانس العينة من حيث السن:

يوضح الجدول التالي الفروق بين متوسطات درجات العمر الزمني لأطفال المجموعتين التجريبية والضابطة.

جدول رقم (3)

قيمة "T" ودلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر الزمني بالأشهر

المجموعة التجريبية ن=6	المجموعة الضابطة ن=6	درجة الحرية	قيمة T المحسوبة	قيمة T الجدولية	مستوى الدلالة المعنوية
متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	10	0.759	2.228	غير دالة عند 0.05
126.17	1.835				
متوسط الدرجات	الانحراف المعياري				
125.33	1.966				

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة "T" المحسوبة أصغر من قيمة الجدولية (2.228) عند مستوى دلالة معنوية 0.05، هذا ما يدل على عدم وجود فرق دال إحصائيا بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في العمر الزمني وبالتالي المجموعتين متجانستين في العمر الزمني.

5-2 من حيث التحصيل الدراسي:

تمت المجانسة بين أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى التحصيل الدراسي اعتماداً على مجموع الدرجات في التحصيل الدراسي لهم نهاية الفصل الدراسي الأول، ويوضح الجدول التالي الفروق بين متوسطات درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى التحصيل الدراسي.

جدول رقم (4)

قيمة "T" ودلالة الفروق بين متوسطات درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى

التحصيل الدراسي

المجموعة التجريبية ن=6	المجموعة الضابطة ن=6		درجة الحرية	قيمة T المحسوبة	قيمة T الجدولية	مستوى الدلالة المعنوية
متوسط الدرجات	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	10	0.170	2.228	غير دالة عند 0.05
7.198	0.547	7.146				

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة "T" المحسوبة أصغر من قيمة التجريبية "T" (2.228) عند مستوى دلالة معنوية 0.05، ما يدل على عدم وجود فرق دال إحصائياً بين المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة في التحصيل الدراسي، وبالتالي المجموعتين متجانستين في التحصيل الدراسي.

5-3 من حيث درجة الاضطراب:

تمت المجانسة بين أطفال المجموعتين التجريبية، والضابطة في الدرجة الكلية لمقياس اضطراب القلق والجدول التالي يوضح قيمة "T" لدلالة الفروق بين متوسطات درجات أطفال المجموعتين في مقياس القلق.

جدول (5)

قيمة "T" ودلالة الفروق بين متوسطات درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس القلق

المجموعة التجريبية ن=6	المجموعة الضابطة ن=6		درجة الحرية	قيمة T المحسوبة	قيمة T الجدولية	مستوى الدلالة المعنوية
متوسط الدرجات	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	10	0.064	2.228	غير دالة عند 0.05
40.67	4.926	40.83				

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة "T" المحسوبة (0.064) أصغر من قيمة "T" الجدولية (2.228) عند مستوى دلالة معنوية 0.05، ما يدل على عدم وجود فرق دال إحصائياً بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجة الاضطراب وبالتالي المجموعتين متجانستين في درجة الاضطراب.

6- أدوات الدراسة الاستطلاعية:

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية عدة أدوات بغرض سير الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها وتمثلت في مايلي:

1- مقياس القلق المعمم للأطفال لفيولا البيلاوي (1987).

2- إستمارة البيانات الأولية.

3- المقابلة المفتوحة والتحليل الوظيفي للحالات.

4- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي إعداد الباحثة.

6-1 مقياس القلق المعمم للأطفال لفيولا البيلاوي:

هو مقياس من اقتراح وإعداد كل من "كاستانيدا ماك كاندلس وبالرمو Castaneda Mac Candless et Palermo سنة 1956 اختيرت بنوده بموافقة "Taylor" ثم قامت بترجمته وتكييفه الدكتورة فيولا البيلاوي (1987) يتكون المقياس من 53 بند، ويجب على الطفل على كل بند من البنود إجابة محددة (نعم أو لا) وتحسب درجة واحدة لكل إجابة بالموافقة (نعم) على فقرات القلق وعددها 42 فقرة، ويقاس مستوى القلق لدى الطفل على أساس مجموع درجات الاجابة بالموافقة على هذه البنود.

أما البنود 11 الباقية فهي تقيس الكذب وأخذت من اختبار (منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية M.M.P.I) وتحسب درجة واحدة لكل منها على الاجابة بالرفض (لا) وتمثل مجموع درجات الطفل على هذه البنود الإحدى عشرة دليلاً على مدى صدقه أو كذبه في استجاباته للمقياس، وإذا زاد تقدير الطفل على 3 درجات في مقياس الكذب يستبعد من قائمة المفحوصين. (Zlotowicz, 1963, p. 265).

6-1-2 الخصائص السيكومترية للمقياس:

اعتمدت فيولا البيلاوي في قياس الصدق على طريقتين:

الصدق الداخلي: حسبت معاملات الصدق الداخلي على أساس ارتباط كل بند من بنود المقياس بالدرجة الكلية على المقياس.

0.288	34	0.515**	12
0.472**	35	0.662**	13
0.036	36	0.628**	14
0.537**	37	0.549**	15
0.572**	38	0.599**	16
0.392*	39	0.399*	17
0.469**	40	0.486**	18
0.191	41	0.558**	19
0.760**	42	0.561**	20
0.685**	43	0.330*	21
0.599**	44	0.697**	22
0.577**	50	0.558**	45
0.634**	51	0.558**	46
0.278	52	000	47
0.468**	53	0.532**	48
*: دالة عند مستوى دلالة معنوية 0.05		0.466**	49

** : دالة عند مستوى دلالة معنوية 0.01

من خلال الجدول يتبين أن بعض الفقرات حققت ارتباطا دالا إحصائيا مع الدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة معنوية 0.01 وعددها (44 فقرة)، والبعض الآخر من الفقرات حقق ارتباطا دال إحصائيا مع الدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة معنوية 0.05 وعددها (3 فقرات) ما عدا بعض الفقرات التي تقيس الكذب لم تحقق ارتباط دال إحصائيا، وذلك راجع إلى اختلاف تقييم إجابات فقرات الكذب مقارنة بالفقرات الأخرى (راجع طريقة تصحيح المقياس).

6-1-2-3 صدق المقارنة الطرفية:

يتم فيها مقارنة الثلث الأعلى بالثلث الأدنى من الاختبار بحيث يتم ترتيب درجات الاختبار ترتيبا تصاعديا أو تنازليا ثم أخذ (27%) من طرفي العينة، ومقارنة درجات الفئة العليا مع درجات الفئة الدنيا عن طريق تطبيق مقياس "T" لدراسة الفروق، ويكون المقياس صادقا إذا كان قادرا على التمييز تمييزا دالا بين المجموعتين المتطرفتين (بشير معمري، 2007: 231).

قامت الباحثة من التحقق من صدق المقارنة الطرفية لكل فقرة من خلال تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (56) تلميذ، وبعد الحصول على درجاتهم في الاختبار تم ترتيبهم ترتيبا تنازليا، ثم تمت المقارنة بين المجموعتين المتطرفتين أي بين المجموعة التي تضم أعلى الدرجات، والمجموعة التي تضم أدنى الدرجات من خلال حساب مقياس "T"، حيث ضمت الفئة العليا 15 أفراد والفئة الدنيا 15 أفراد أيضا وتم حساب عدد الأفراد كمايلي: $27 = 56 \times 0.5$ أي 15 أفراد، أشار (بشير معمرية، 2007: 231) إلى حساب عدد الأفراد، والجدول التالي يوضح نتائج الصدق التمييزي.

جدول رقم (7)

نتائج الصدق التمييزي بين فقرات الفئة العليا وفقرات الفئة الدنيا لمقياس القلق المعمم

الفقرة	معامل التمييز	الفقرة	معامل التمييز
01	3.347**	16	2.824**
02	2.824**	17	1.890
03	4.025**	18	2.792**
04	3.630**	19	2.479*
05	1.890	20	2.824**
06	2.928**	21	1.468
07	2.366*	22	4.752**
08	2.479*	23	3.434**
09	2.942*	24	2.366*
10	1.560	25	3.969**
11	3.347**	26	2.824**
12	2.792**	27	2.824**
13	4.752**	28	3.434**
14	3.130**	29	2.366*
15	2.792**	30	0.357
31	5.708**	43	4.752**
32	3.347**	44	3.547**
33	3.434**	45	2.824*
34	1.122	46	3.347**

0.475	47	2.922**	35
2.792**	48	0.357	36
2.824**	49	2.928**	37
2.792**	50	2.928**	38
3.347**	51	2.316*	39
1.468	52	2.792**	40
2.316*	53	0.714	41
		3.969**	42

*:دالة عند مستوى دلالة معنوية 0.05

** :دالة عند مستوى دلالة معنوية 0.01

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة "T" دالة إحصائياً عند 0.05 في الفقرات (8، 7، 9، 19، 24، 29، 45، 39، 53)، ودالة إحصائياً عند 0.01 في الفقرات (1، 2، 3، 4، 11، 6، 12، 13، 14، 15، 16، 18، 20، 22، 23، 25، 26، 27، 28، 31، 35، 37، 38، 40، 42، 43، 44، 46، 48، 49، 50، 51)، ماعدا الفقرات التي تقيس الكذب لم تكن دالة إحصائياً، وهذا أمر منطقي، نظراً لاختلاف الإجابات بينها وبين الفقرات الأخرى (أنظر طريقة تصحيح المقياس).

جدول رقم (8)

يوضح قيمة "T" للدرجة الكلية للمقياس بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمقياس القلق المعمم

مستوى الدلالة المعنوية	درجة الحرية	قيمة "T" الجدولية	قيمة "T" المحسوبة	الفئة العليا ن=15		الفئة الدنيا ن=15	
				الانحراف المعياري	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	متوسط الدرجات
دالة عند 0.001	28	3.674	9.551	6.150	37.60	5.532	17.20

كما نلاحظ من الجدول رقم (7) أن قيمة "T" للدرجة الكلية (9.551)، وهي أكبر من قيمة "T" الجدولية (3.674) عند مستوى دلالة معنوية 0.001 مما يدل على أن للمقياس قدرة تمييزية بين

الحاصلين على درجة مرتفعة وبين الحاصلين على درجة منخفضة في مقياس القلق المعمم، وبالتالي يكون المقياس صادق.

6-1-2-2 الثبات:

تم حساب ثبات المقياس بإتباع طريقتين وهما:

6-1-2-2-1 حساب معامل ألفا لكرومباخ:

تم حساب معامل الثبات ألفا لكرومباخ للتأكد من ثبات مقياس القلق المعمم، حيث طبق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (30) تلميذا، وبغلت قيمة ألفا الكلية لفقرات المقياس 0.688، وهي قيمة تشير إلى درجة مقبولة من الثبات.

جدول رقم (9)

يوضح قيمة معامل ألفا لكرومباخ لمقياس القلق المعمم لفيولا البيلاوي

معامل ألفا لكرومباخ
0.688

بعدها تم حساب معامل ثبات كل بعد من أبعاد المقياس والجدول التالي يوضح قيم ألفا لكرومباخ لكل بعد من أبعاد المقياس:

جدول رقم (10)

يوضح قيمة ألفا لكرومباخ لكل بعد من أبعاد مقياس القلق المعمم لفيولا البيلاوي

أبعاد المقياس	معامل ثبات ألفا لكرومباخ
المظاهر الجسمية الفسيولوجية	0.739
المظاهر الانفعالية	0.651
المظاهر العقلية	0.614
المظاهر الاجتماعية	0.674
المظاهر السلوكية	0.600
التوقعات السلبية	0.687

من خلال الجدول نلاحظ أن أبعاد المقياس تتميز بدرجة مقبولة من الثبات مما يسمح بتطبيقه على عينة الدراسة.

6-1-2-2-2 طريقة التجزئة النصفية:

قامت الباحثة بتجزئة مقياس القلق المعمم إلى قسمين القسم الأول يضم العبارات الفردية (1، 3، 5،...،53)، والقسم الثاني يضم العبارات الزوجية (2، 4، 6،...،52)، ثم تم حساب معامل التجزئة النصفية عن طريق SPSS ، والجدول رقم (9) يوضح قيمة معامل التجزئة النصفية.

الجدول رقم (11)

يوضح قيمة معامل التجزئة النصفية لمقياس القلق المعمم

معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية	معامل الثبات بعد التصحيح
0.720	0.834

نلاحظ من خلال الجدول أن معامل الثبات بلغ 0.720، وبعد التصحيح عن طريق معادلة "جيثمان Guttman" وجدنا معامل الثبات أصبح، 0.834 وهي قيمة مرتفعة تعكس درجة عالية من الثبات.

6-1-3-1-3 تعليمية الاختبار وطريقة إجرائه:

بعد القيام بدراسة الخصائص السيكومترية للمقياس والتأكد من صلاحيته للتطبيق تم استخدامه كأداة لاختيار العينة في الدراسة الاستطلاعية، والدراسة الأساسية، وكأداة لتقييم البرنامج العلاجي. حيث تم توزيع الاختبار على الأطفال، وتحتوي صفحته الأولى على البيانات الأولية لكل طفل، وتتمثل في السن الجنس المستوى الدراسي، وأضافت الباحثة الترتيب بين الإخوة، مهنة كل من الأب والأم. ثم يطلب من الطفل أن يقلب الصفحة، ويقرأ كل سؤال بتمعن ويجيب عليه بحيث يضع دائرة حول الإجابة التي تناسبه سواء (نعم) أو (لا).

فإعطاء الطفل تعليمية الاختبار تساعده على التركيز أكثر والانتباه، وتوضيح كيفية الإجابة كإعطاء مثال عن الإجابة، كما تطلب الباحثة من الطفل أن يجيب على الأسئلة بصراحة، دون ترك أي سؤال دون إجابة، وعدم الاستعانة بزملائه أثناء الإجابة، والتوضيح للأطفال أن أسئلة المقياس ليست أسئلة تقييمية، وإنما هي أسئلة عادية تخص حالة كل طفل.

تم تطبيق الاختبار بطريقة فردية على عينة الدراسة، ولم تحدد المدة للإجابة على الأسئلة.

6-1-4-1-4 طريقة تصحيح الاختبار:

تم إعادة صياغة عبارات المقياس، وتقسيمها إلى ستة أبعاد وهي: المظاهر الفسيولوجية، المظاهر الاجتماعية، المظاهر السلوكية، المظاهر الانفعالية، المظاهر العقلية، التوقعات السلبية.

تم إعطاء (0) للإجابة على (لا)، وإعطاء (1) للإجابة على (نعم)، وتم عكس التقييم بالنسبة للأسئلة التي تقيس الكذب، كما تم استبعاد الأوراق التي لا تستوفي شروط الإجابة، والأوراق التي تزيد فيها درجات الكذب عن (3) تستبعد أيضا.

6-2 المقابلة المفتوحة والتحليل الوظيفي للحالات:

6-2-1 المقابلة المفتوحة:

تعد المقابلة أداة رئيسية يستخدمها المعالج المعرفي السلوكي في جمع المعلومات عن الحالات التي يدرسها، فيذكر "طه عبد العظيم" (عبد العظيم طه، 2007: 202) أن المعالج يقوم فيها ببناء علاقة جديدة مع العميل، وهي تتضمن المشكلة الحالية لدى العميل، والتاريخ النمائي للعميل ويحوي كل من (الأسرة، المدرسة، المهنة، العلاقات الاجتماعية).

كما أشار "كيندال Kendall" في (عبد العظيم طه، 2007: 202) أن أسئلة المقابلة يجب أن تكون واضحة ومباشرة ومحددة، ويجب الابتعاد عن الأسئلة الإستفزازية.

إستخدمت الباحثة المقابلة الشبه مفتوحة مع أطفال عينة الدراسة، كانت المقابلة الأولى من أجل تطبيق مقياس القلق المعمم واختيار الحالات بحيث تم إختيار ستة حالات للدراسة الإستطلاعية وعشر حالات للدراسة الأساسية.

بعدها أجرت الباحثة ثلاث مقابلات مع عينة الدراسة الإستطلاعية و الدراسة الأساسية بهدف القيام بتقنية التحليل الوظيفي للحالات، وذلك من خلال التحليل الماضي، والتحليل الحالي بهدف جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات التي على أساسها قامت الباحثة ببناء فرضيات، وإختيار العلاج بتقنياته المناسبة.

6-2-2 التحليل الوظيفي للحالات:

يشمل التحليل الوظيفي للسلوك على تحليل الجانب السلوكي والمعرفي (المثيرات، والمنبهات، والأفكار) وعلاقتها بالاستجابات ويركز التحليل الوظيفي على الدور الذي تقوم به الجوانب المعرفية في إصدار السلوك.

قامت الباحثة بالتحليل الوظيفي للحالات العشر، التي اختيرت في الدراسة الأساسية واستخلصت المثيرات القبلية المشتركة بين الحالات، والمعارف والأفكار المشتركة، وكذا الاستجابات السلوكية، والأعراض الجسمية واقترحت النموذج الآتي:

الجدول رقم (12)

يوضح التحليل الوظيفي المشترك لحالات عينة الدراسة

المثيرات القبلية	الأفكار والمعارف	الاستجابة الفسيولوجية	الاستجابات العامة	النتائج
- موت أحد الأقارب (رؤيته، أو خبر وفاته). - مرض الأم أو الأب، أو غيابهما لفترة طويلة. - ازدياد طفل آخر في العائلة. - وقوع حادث في المدرسة، أو أحد الأماكن التي يتردد إليها الأطفال	- عدم توقف الأفكار التلقائية حول حدوث خطر مرتقب. "لا أستطيع مراقبة تفكيري أو إيقافه" - عدم التركيز. - المبالغة في التعميم. "أحد الأطفال شعر ببرودة في قدميه فتوفي، سأموت أنا أيضا لأنني أشعر ببرودة في قدمي".	- ارتفاع في ضربات القلب. - ألم في المعدة، وصداع في الرأس. - توتر شديد في العضلات. - اضطرابات في التنفس (سرعة التنفس، ونوبات في التنفس). - صعوبة النوم ليلا. - اليقظة الشديدة. - الأحلام والكوابيس المزعجة. - الإحساس بالدوار.	- تجنب أغلب المواقف والأحداث. - الرغبة في الهروب "أشعر أنهم يضحكون على هيئتي سأغادر" - الخوف من الموت. - الخوف الشديد على صحة الوالدين.	- تراجع في الأداء المدرسي. - تأثر العلاقات الاجتماعية مع الزملاء . - فقدان الثقة بالنفس، ونقص تقدير الذات. - الإيتماد الزائد على الغير.

3-6 البرنامج العلاجي:

1-3-6 الخلفية النظرية للبرنامج:

اعتمدت الباحثة في إعداد البرنامج على مايلي:

- 1-الإيطار النظري للدراسة إذ من خلال معرفة طبيعة الاضطراب ومختلف النظريات المفسرة له، وكذا من خلال التطرق للنظرية المعرفية السلوكية في العلاج تم بناء البرنامج.
- 2-الدراسات السابقة سواء كانت عربية أو أجنبية والتي تناولتها الباحثة سابقا على كأساس لطرح إشكالية الدراسة.
- 3-الرجوع إلى العديد من المراجع والمصادر والمقالات التي تناولت موضوع علاج اضطراب القلق المعم لدى الأطفال.

4-الاطلاع على بعض البرامج العلاجية التي تناولت موضوع الدراسة الحالية، كالبرنامج الارشادي لأسماء عبد الله العطية (2001)، وكذلك البرنامج الارشادي الذي أعده "كيندال واخرون Kendall et all (1992) يعرف بالعلاج المعرفي السلوكي للأطفال الفلقين.

5-الاطلاع على الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي بشكل عام والعلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات الفلق المعمم لدى الاطفال بشكل خاص.

بناء على ما سبق ذكره تم بناء البرنامج العلاجي الحالي، بالمتابعة مع الأستاذ المشرف، تم عرضه في صورته الأولية (راجع الفصل السابق)، بعدها عرض البرنامج على مجموعة من الأساتذة المحكمين ممن لديهم الخبرة في هذا المجال الواردة أسماءهم في الملحق رقم (07)، وقد أجريت التعديلات المطلوبة، وقد عرضنا البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة في صورته النهائية في الفصل السابق الخاص بتصميم وبناء البرنامج العلاجي المعتمد في الدراسة.

6-3-2 إجراءات تطبيق البرنامج العلاجي:

تم الحصول على موافقة أفراد المجموعة التجريبية، ورغبتهم في المشاركة ، والالتزام بسير الجلسات، والأخذ بعين الاعتبار لكل ما يطلب منهم من أنشطة وتعليمات، وواجبات منزلية، كما تم الاتفاق معهم على جدول سير الجلسات، والتوقيت المخصص لها، وطريقة سير العمل، تماشياً مع توقيتهم الدراسي. تم تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية واستغرق (19) جلسة بمعدل ثلاث جلسات في الأسبوع وكل جلسة دامت حوالي 50 د.

استخدم في البرنامج تقنيات متعددة معرفية، وسلوكية (عرضت بالتفصيل في الفصل السابق). طبق البرنامج العلاجي أثناء أوقات الفراغ، وأحياناً أثناء حصص التربية البدنية، داخل قاعة الأنشطة الخاصة بالمدرسة، وأحياناً في أقسام التدريس (أثناء تطبيق مقاييس تقييم البرنامج العلاجي).

7- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

7-1 نتائج الفرضية الأولى :

لاختبار صدق هذه الفرضية تم معالجة البيانات المتعلقة بها بواسطة البرنامج الاحصائي لمعالجة البيانات Spss، وتحصلت الباحثة على النتائج الموضحة في الجدول.

جدول رقم (13)

قيمة "T" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمتغير القلق.

مستوى الدلالة المعنوية	قيمة T الجدولية	قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	القياس البعدي		القياس القبلي	
				متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري
دالة عند 0.001	5.893	6.197	5	متوسط	34.33	متوسط	40.67
				الانحراف المعياري	3.266	الانحراف المعياري	4.926

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة "T" المحسوبة أكبر من قيمة الجدولية "T" (5.893)، مما يدل على وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات القلق في القياس القبلي ومتوسطات درجات القلق في القياس البعدي لصالح القياس البعدي مما يعكس وجود أثر للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض درجات القلق المعم لدى الأطفال.

2-7 نتائج الفرضية الثانية:

لاختبار صدق هذه الفرضية تم معالجة البيانات المتعلقة بها بواسطة البرنامج الإحصائي لمعالجة البيانات Spss، وتحصلت الباحثة على النتائج الموضحة في الجدول.

جدول رقم (14)

قيمة "T" لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج.

مستوى الدلالة المعنوية	قيمة T الجدولية	قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	المجموعة الضابطة ن=6		المجموعة التجريبية ن=6	
				متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري
دالة عند 0.05	2.228	2.967	10	متوسط	40.82	متوسط	34.33
				الانحراف المعياري	4.67	الانحراف المعياري	3.266

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة "T" المحسوبة أكبر من قيمة "T" الجدولية (2.228) عند مستوى دلالة معنوية 0.05، مما يدل على وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية، ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة على مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج العلاجي مما يعكس وجود أثر للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض درجات القلق المعم لدى الأطفال.

7-3 نتائج الفرضية الثالثة:

لاختبار صدق هذه الفرضية تم معالجة البيانات المتعلقة بها بواسطة البرنامج الاحصائي لمعالجة البيانات Spss، وتحصلت الباحثة على النتائج الموضحة في الجدول.

جدول رقم (15)

قيمة "T" لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي لمتغير القلق.

مستوى الدلالة المعنوية	قيمة T الجدولية	قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	القياس البعدي ن=6		القياس القبلي ن=6	
				متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري
غير دالة عند 0.05	2.228	0.255	6	4.082	40.67	4.070	.40
							83

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة "T" التجريبية (0.255) أصغر من قيمة "T" الجدولية (2.228) عند مستوى دلالة معنوية 0.05 مما يدل على عدم وجود فرق دال احصائياً بين متوسطات درجات القلق المعم بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة .

7-4 نتائج الفرضية الرابعة:

تتص الفرضية على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج المعرفي السلوكي بين الجنسين، من أجل اختبار صدق الفرضية قامت الباحثة بحساب قيمة "T" لدراسة الفروق بين درجات الجنسين على مقياس القلق عن طريق استخدام البرنامج الاحصائي Spss، والنتائج موضحة في الجدول رقم (16).

جدول رقم (16)

قيمة "T" لدلالة الفروق بين متوسطات درجات الجنسين ذكور إناث في مقياس القلق

مستوى الدلالة المعنوية	قيمة T الجدولية	قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	إناث ن=3		ذكور ن=3	
				متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري
دالة عند 0.05	2.776	4.009	4	2.082	36.67	0.577	31.67

نلاحظ أن قيمة "T" المحسوبة أكبر من قيمة "T" الجدولية (2.776) عند مستوى دلالة معنوية 0.05، وبالتالي يوجد فرق دال إحصائياً في فعالية البرنامج بين الجنسين لصالح الذكور.

نلاحظ من خلال النتائج المتحصل عليها فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض درجات القلق لدى الأطفال إلى حد ما، وهذا راجع لاستخدام الأطفال للتقنيات التي تدربوا عليها، وحرصهم على حضور الجلسات، والتزامهم بالنشاطات التي تُطلب منهم سواء أثناء سير الجلسات أو خارج نطاقها. لذا فإنه استناداً إلى هاته النتائج التي أظهرت إمكانية استخدام البرنامج المقترح في خفض درجات القلق، والتقليل من الأعراض الفسيولوجية المصاحبة له، وكذا إمكانيةه في جعل الطفل يتحكم في انفعالاته ويغير من طريقة تفكيره وحكمه على المواقف، فإن الباحثة قامت بتطبيقه في الدراسة الأساسية التي سنعرضها في المبحث الموالي .

إلا أنه تبين لنا من خلال قيامنا بالدراسة الاستطلاعية أن نظيف إلى مقياس القلق المستخدم في تقييم البرنامج، مقياس الصحة النفسية حتى نرى إذا ما كان للبرنامج تأثير في تحسين مستوى الصحة النفسية للأطفال، فكما أشرنا أن اضطراب القلق يؤثر تأثيراً بالغاً على الصحة النفسية للطفل. وعلى أساس هذه الدراسة تم إعداد الأدوات والبرنامج والتصميم المنهجي للدراسة في صورته التجريبية من أجل تطبيق الدراسة الأساسية.

8- الدراسة الأساسية:

للإجابة على تساؤلات الدراسة ولكي تتحقق الباحثة من صحة فروضها قامت الباحثة بالدراسة الأساسية من خلال إجراء مجموعة من الخطوات والتي تمثلت في مايلي:

1- تطبيق مقياس القلق المعمم لفيولا البيلاوي (1987) على عينة من الأطفال المتمدرسين في بعض مدارس تلمسان الابتدائية.

2- تم اختيار الأطفال الذين حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس اضطراب القلق المعمم، وبذلك تم اختيار العينة النهائية للدراسة الأساسية (20) طفل، وتم تقسيم العينة إلى مجموعة تجريبية تكونت من 10 أطفال ومجموعة ضابطة تكونت من (10) أطفال أيضاً، وتم التجانس بينهم في العمر الزمني، والذكاء، والتحصيل الدراسي ودرجة الاضطراب.

3- تم تطبيق مقياس أونتاويو المعدل للصحة النفسية للأطفال على عينة الدراسة.

4- بعدها تم القيام بالتحليل الوظيفي للحالات.

5- تم تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على أطفال المجموعة التجريبية.

6- تم إعادة تطبيق مقياس اضطراب القلق على المجموعة التجريبية، بعد الانتهاء من البرنامج مباشرة، ثم بعد مرور شهر من تطبيق البرنامج كفترة متابعة.

7- تم إعادة تطبيق مقياس الصحة النفسية على المجموعتين التجريبية، والضابطة بعد الانتهاء من البرنامج مباشرة.

8- تمت معالجة البيانات إحصائياً، ثم تفسير ومناقشة النتائج المحصل عليها استناداً إلى الدراسات السابقة.

8-1 عينة الدراسة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة من (467) طفل وطفلة من بعض المدارس الابتدائية لمدينة تلمسان تراوحت أعمارهم ما بين (9-10) سنة طبق عليهم مقياس القلق، وتم اختيار (20) طفل من بين هؤلاء الأطفال اللذين طبق عليهم المقياس وحصلوا على درجات مرتفعة في المقياس، قسمت العينة إلى (10) أطفال يمثلون المجموعة التجريبية و(10) أطفال يمثلون المجموعة الضابطة.

جدول رقم(17)

يوضح توزيع أطفال عينة الدراسة من حيث الجنس

الجنس المجموعات	ذكور		إناث		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
المجموعة التجريبية	5	50	5	50	10	100
المجموعة الضابطة	5	50	5	50	10	100

تم المجانسة بين أطفال المجموعتين التجريبية، والضابطة من حيث السن ، ومستوى التحصيل الدراسي، ودرجة الاضطراب.

8-1-1 السن:

تتراوح أعمار الاطفال في كلا المجموعتين ما بين (9-10) سنوات ويوضح الجدول التالي الفرق بين متوسطات العمر الزمني لأطفال المجموعتين التجريبية والضابطة.

الجدول رقم (18)

الفرق بين متوسطات العمر الزمني بالأشهر لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة.

مستوى الدلالة المعنوية	قيمة T الجدولية	قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	المجموعة الضابطة ن=10		المجموعة التجريبية ن=10	
				الانحراف المعياري	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	متوسط الدرجات
غير دالة عند 0.05	2.101	0.181	18	15.549	111	14.022	112.20

يتضح من الجدول عدم وجود فرق بين متوسطات العمر الزمني بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة حيث أن متوسط درجات المجموعة التجريبية قدر ب: (112.20) وانحراف معياري قدره (14.022). أما متوسط درجات المجموعة الضابطة قدر ب: (111)، وانحراف معياري قدره (15.549)، وكانت قيمة "T" التجريبية أصغر من قيمة "T" الجدولية (2.101) عند مستوى دلالة معنوية 0.05، هذا ما يدل على عدم وجود فرق دال إحصائياً بين المجموعتين في العمر الزمني.

8-1-2 التحصيل الدراسي:

تمت المجانسة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى التحصيل الدراسي، حيث تم الاعتماد على درجات التحصيل الدراسي للأطفال خلال الفصل الأول، ويوضح الجدول التالي الفروق بين متوسطات درجات التحصيل الدراسي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

جدول رقم (19)

الفرق بين متوسطات درجات التحصيل الدراسي لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة

مستوى الدلالة المعنوية	قيمة T الجدولية	قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	المجموعة الضابطة ن=10		المجموعة التجريبية ن=10	
				الانحراف المعياري	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	متوسط الدرجات
غير دالة عند 0.05	2.101	0.378	18	0.544	7.74	0.589	7.64

يتضح من الجدول عدم وجود فرق بين متوسطات درجات التحصيل الدراسي للمجموعة التجريبية، ومتوسطات درجات التحصيل الدراسي للمجموعة الضابطة بحيث أن قيمة "T" التجريبية أصغر من قيمة

"T" الجدولية (2.101) عند مستوى دلالة معنوية 0.05، هذا ما يدل على عدم وجود فرق دال إحصائياً بين المجموعتين في درجات التحصيل الدراسي.

8-1-3 درجة إضطراب القلق:

تمت المجانسة بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الدرجة الكلية لمقياس إضطراب القلق المعمم، ويوضح الجدول رقم (20) الفرق بين متوسطات درجات أطفال المجموعتين على مقياس اضطراب القلق المعمم .

جدول (20)

الفرق بين متوسطات درجات أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق المعمم

مستوى الدلالة المعنوية	قيمة T الجدولية	قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	المجموعة الضابطة ن=10		المجموعة التجريبية ن=10	
				متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	الانحراف المعياري	متوسط الدرجات
غير دالة عند 0.05	2.101	000	18	4.033	42.40	4.248	42.40

يتضح من الجدول رقم (20) عدم وجود فرق بين متوسطات درجات الاضطراب للمجموعة التجريبية ومتوسطات درجات الاضطراب للمجموعة الضابطة بحيث أن قيمة "T" التجريبية أصغر من قيمة "T" الجدولية (2.101) عند مستوى دلالة معنوية 0.05، هذا ما يدل على عدم وجود فرق دال إحصائياً بين المجموعتين في درجات التحصيل الدراسي.

8-2 مكان الدراسة الأساسية:

أقيمت الدراسة الأساسية بمدريتين من مدارس تلمسان، حيث اختيرت المدرستين على أساس توفرهما على عينة الدراسة، أي الأطفال الذين حصلوا على أعلى الدرجات بمقياس القلق المعمم، قامت الباحثة بالتوزيع العشوائي لمجموعات الدراسة ورات أن تكون العينة التجريبية من مدرسة، والعينة الضابطة من مدرسة مغابرة حتى لا يتناقل الاطفال بينهم فكرة البرنامج العلاجي.

طبق البرنامج بجلساته (19) في قاعة الانشطة الخاصة بالمدرسة، وفي بعض الأوقات في أقسام التدريس.

3-8 أدوات الدراسة الأساسية:

تم استخدام الأدوات المجربة في الدراسة الاستطلاعية وهي مقياس القلق المعمم لفيولا البيلاوي (1987) بعد إعادة صياغة عباراته، وإعادة حساب خصائصه السيكمترية من صدق وثبات، كما تم استخدام البرنامج العلاجي (من إعداد الباحثة)، واقتضت طبيعة البحث أن تضيف الباحثة مقياس الصحة النفسية للأطفال كأداة من أدوات الدراسة الأساسية .

1-3-8 التعريف بالمقياس وذكر خصائصه السيكمترية:

مقياس أوناريو المعدل للصحة النفسية (OCHS) من إعداد (Bolye et al,1993) بغرض قياس عدد من الاضطرابات التي تخص الأطفال وفقا لمعايير التشخيص التي جاء بها الدليل الأمريكي الثالث للأمراض العقلية DSM3-R يضم ثلاث نسخ ، نسخة للآباء ونسخة للمعلمين ونسخة للأطفال والمراقبين . قام معد المقياس بحساب الخصائص السيكمترية للنسخ الثلاث على عينة قوامها (1751)، أين بلغ معامل الثبات ألفا 0.82، كما وجد معامل ارتباط قوي بين البنود والأبعاد حيث كانت معاملات الارتباط أكبر من 0.74 مما يدل على صدق المقياس .

قام بترجمة وتقنين المقياس عبد العزيز موسى ثابت (2009) في (Thabet et al,2014) على البيئة الفلسطينية(غزة)، يتكون المقياس من (75) بند مقسم الى 6 أبعاد وهي على التوالي(اضطرابات المسلك Conduct disorder، اضطراب المعارضة Oppositional disorder، تشتت الإنتباه مع فرط الحركة ADHD القلق Overanxious، قلق الانفصال Separation anxiety، الاكتئاب Depression.

قد تم حساب خصائصه السيكمترية حيث بلغت معاملات الارتباط للأبعاد كالتالي:
اضطرابات المسلك:0.80، تشتت الإنتباه مع فرط الحركة:0.89، اضطرابات المعارضة:0.85،
القلق:0.72، قلق الانفصال:0.85، الإكتئاب:0.74.

كما قامت الباحثة بحساب خصائصه السيكمترية على البيئة الجزائرية والتي كانت كالتالي:

2-3-8 الخصائص السيكمترية للمقياس:

1-2-3-8 الصدق:

1-1-2-3-8 الاتساق الداخلي:

تم حساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجات كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية.

جدول(21)

معاملات ارتباط درجات أبعاد مقياس الصحة النفسية مع الدرجة الكلية للمقياس

البعـد	معامل الارتباط بالنسبة للدرجة الكلية
اضطرابات المسلك	0.856**
اضطرابات المعارضة	0.882**
تششت الإنتباه مع فرط الحركة	0.912**
إضطراب القلق	0.739**
قلق الانفصال	0.959**
الاكتئاب	0.728**

**دالة عند مستوى دلالة معنوية 0.01

من خلال الجدول نلاحظ أن معاملات الارتباط لكل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية دالة إحصائيا عند 0.01 مما يدل على أن للمقياس درجة عالية من الصدق وبالتالي هو صالح لما استخدم له.

8-3-2-1-2 صدق المقارنة الطرفية:

قامت الباحثة من التحقق من صدق المقارنة الطرفية من خلال تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (37) تلميذ، وبعد الحصول على درجاتهم في الاختبار تم ترتيبهم ترتيبا تنازليا، ثم تمت المقارنة بين المجموعتين المتطرفتين أي بين المجموعة التي تضم أعلى الدرجات والمجموعة التي تضم أدنى الدرجات من خلال حساب مقياس "T"، والجدول التالي يوضح نتائج الصدق التمييزي .

جدول (22)

معاملات التمييز بين درجات فقرات مقياس الصحة النفسية للفئة العليا والفئة الدنيا

الفقرة	معامل التمييز	الفقرة	معامل التمييز	الفقرة	معامل التمييز	الفقرة	معامل التمييز
01	2.390*	21	2.449*	41	3.737**	61	2.116*
02	2.887**	22	3.796**	42	4.385**	62	2.617*
03	2.202*	23	2.592*	43	2.206*	63	3.143**
04	2.390*	24	2.290*	44	2.481*	64	3.051**
05	2.390*	25	2.475*	45	3.676**	65	2.360*
06	2.922**	26	2.689*	46	5.882**	66	2.116*
07	2.50*	27	3.130**	47	2.573*	67	3.134*
08	2.449*	28	3.953**	48	2.206*	68	2.618*
09	2.331*	29	2.928*	49	2.290*	69	3.015**
10	2.887**	30	3.464**	50	2.609*	70	2.335*
11	2.90*	31	3.796**	51	2.214*	71	2.365*
12	3.464**	32	3.796**	52	2.046*	72	2.992*
13	2.394*	33	2.928**	53	3.195**	73	2.375*
14	2.349*	34	2.331*	54	4.404**	74	3.537**
15	2.331*	35	3.078**	55	2.524*	75	2.932**
16	2.902*	36	2.764*	56	2.189*		
17	2.331*	37	2.516*	57	2.132*		
18	2.481*	38	2.279*	58	2.548*		
19	2.50*	39	2.617*	59	4.119**		

*دالة عند مستوى دلالة
معنوية 0.05
**دالة عند مستوى
دلالة معنوية 0.01

2.354*	60	2.774*	40	2.390*	20
--------	----	--------	----	--------	----

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة "T" دالة إحصائياً عند 0.05 في الفقرات (3، 1، 4، 5، 7، 8، 9، 11، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 23، 24، 25، 26، 29، 34، 36، 37، 38، 39، 40، 43، 44، 47، 48، 49، 50، 51، 52، 55، 56، 57، 58، 60، 61، 62، 65، 66، 67، 68، 70، 71، 72، 73)، ودالة إحصائياً عند 0.01 في الفقرات (2، 6، 10، 12، 22، 27، 28، 30، 31، 32، 33، 35، 41، 42، 45، 46، 53، 54، 59، 63، 64، 65، 65، 69). جدول

رقم (23)

يوضح قيمة "T" للدرجة الكلية لقياس الصحة النفسية بين الفئة العليا والفئة الدنيا

مستوى الدلالة المعنوية	درجة الحرية	قيمة "T" الجدولية	قيمة "T" المحسوبة	الفئة العليا ن=15		الفئة الدنيا ن=15	
				الانحراف المعياري	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	متوسط الدرجات
دالة عند 0.001	18	3.922	7.347	4.140	82.10	4.930	34.80

كما نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة "T" للدرجة الكلية للمقياس دالة إحصائياً عند 0.01، مما يدل على أن للمقياس قدرة تمييزية بين الحاصلين على درجة مرتفعة وبين الحاصلين على درجة منخفضة في مقياس أونتاريو المعدل للصحة النفسية للأطفال، وبالتالي المقياس صادق.

8-3-2-2 الثبات:

تم حساب ثبات المقياس باتباع طريقتين وهما

8-3-2-2-1 حساب معامل ألفا لكرومباخ:

تم حساب معامل الثبات ألفا لكرومباخ للتأكد من ثبات مقياس أونتاريو المعدل للصحة النفسية للأطفال، حيث طبق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (30) تلميذاً، وبغلت قيمة ألفا 0.738 وهي قيمة مرتفعة نوعاً ما تشير إلى درجة جيدة من الثبات.

جدول رقم (24)

يوضح قيمة معامل ألفا لكرومباخ لمقياس أونتاريو المعدل للصحة النفسية للأطفال

معامل ألفا لكرومباخ
0.738

8-3-2-2 طريقة التجزئة النصفية:

قامت الباحثة بتجزئة مقياس الصحة النفسية إلى قسمين القسم الأول يضم العبارات الفردية (1، 3، 5،...،75)، والقسم الثاني يضم العبارات الزوجية (2، 4، 6،...،72)، ثم تم حساب معامل التجزئة النصفية، وتم تصحيحه عن طرق معادلة Guttman والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (25)

يوضح قيمة معامل التجزئة النصفية لمقياس أونتاريو المعدل للصحة النفسية للأطفال

معامل التجزئة النصفية	معامل التجزئة النصفية بعد التصحيح
0.620	0.716

8-3-3 طريقة تصحيح المقياس:

تكون مقياس أونتاريو للصحة النفسية المعدل للأطفال في صورته النهائية بعد تعديل عبارات بعض الفقرات من 75 فقرة (الملحق رقم 4)، موزعة على ستة أبعاد ذكرناها في السابق، ويتم إعطاء نقطتين على الإجابة ب(صحيح تماما)، ونقطة واحدة على الإجابة ب(صحيح نوعا ما)، و 0 على الإجابة ب(ليس صحيحا)، وذلك لكل فقرات المقياس.

9- إجراءات الدراسة الأساسية:

دامت الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة من 2013/02/28 إلى غاية 2013/06/17

و تمثلت إجراءاتها في الخطوات التالية:

* تم تطبيق مقياس القلق المعمم لفيولا الببلاوي على تلاميذ السنة الخامسة والسنة الرابعة ابتدائي والذين بلغ عددهم (467) تلميذ.

* تم اختيار (20) تلميذا ممن حصلوا على أعلى الدرجات، وممن انطبقت عليهم الأعراض المذكورة في الدليل الإحصائي والتشخيصي الأمريكي الرابع للاضطرابات العقلية بعد إجراء المقابلة التشخيصية عليهم، وممن وافقوا على حضور جلسات البرنامج بانتظام.

- تم تقسيم العينة المختارة عشوائيا إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية، ومجموعة ضابطة، وتم المجانسة بينهما وفقا لما يفرضه المنهج التجريبي.
- تم تطبيق مقياس الصحة النفسية للأطفال على المجموعتين.
- تم القيام بالتحليل الوظيفي للحالات.
- بعدها تم تطبيق البرنامج العلاجي على المجموعة التجريبية فقط لمدة 6 أسابيع تقريبا، حيث تكون من (19) جلسة بواقع ثلاث جلسات في الأسبوع.
- طبقت الباحثة مقياس القلق المعمم للمرة الثانية (قياس بعدي)، ومقياس الصحة النفسية أيضا (قياس بعدي) لكلا المجموعتين، ثم أعادت تطبيق مقياس القلق المعمم بعد شهر.
- بعد الانتهاء من العمل الميداني قامت الباحثة بتفريغ النتائج، ومعالجتها إحصائيا، وتحليلها ومناقشتها، وهذا ما سيتم عرضه في الفصل الموالي.

10- الأساليب الإحصائية المستعملة:

اعتمدت الباحثة في معالجة البيانات

على حساب متوسطات الدرجات، والانحرافات المعيارية وعلى حساب قيمة "T" باستخدام مقياس "T" لدراسة الفروق وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي لمعالجة البيانات في العلوم الاجتماعية (Ver.17)Spss، كما استخدمت الباحثة مربع إيتا ومعامل حجم الأثر d لقياس قوة تأثير البرنامج العلاجي.

اعتمدت الباحثة أيضا على حساب معامل ألفا لكرومباخ، ومعامل التجزئة النصفية لحساب الثبات، ومعامل الارتباط بيرسون لحساب صدق الاتساق الداخلي.

خلاصة عامة للفصل:

تم في هذا الفصل عرض إجراءات الدراسة بدءاً من الدراسة الاستطلاعية، فالدراسة الأساسية، فقمننا بعرض المنهج المستخدم في الدراسة، والتصميم التجريبي للدراسة، ووصف شامل لعينة الدراسة وخصائصها، ثم ذكرنا الأدوات المستخدمة في الدراسة، والتجريب الإستطلاعي لها مع حساب خصائصها السيكومترية، حيث تبين صلاحيتها للتطبيق في الدراسة الأساسية، كما تم التطرق إلى البرنامج العلاجي بإعتباره أداة رئيسة في الدراسة الميدانية، فتناولنا بذلك الأطر النظرية له، والإجراءات المعتمدة في تطبيقه.

في الأخير أشرنا إلى الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة، والتي بواسطتها تحصلنا على نتائج الدراسة والتي سنعرضها مرتبة حسب الفرضيات في الفصل الموالي.

الفصل السادس :

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

1. عرض نتائج الفرضية الأولى
2. عرض نتائج الفرضية الثانية
3. عرض نتائج الفرضية الثالثة
4. عرض نتائج الفرضية الرابعة
5. عرض نتائج الفرضية الخامسة
6. عرض نتائج الفرضية السادسة
7. عرض نتائج الفرضية السادسة
8. مناقشة النتائج

- 1.8 مناقشة نتائج الفرضية الأولى
- 2.8 مناقشة نتائج الفرضية الثانية
- 3.8 مناقشة نتائج الفرضية الثالثة
- 4.8 مناقشة نتائج الفرضية الرابعة
- 5.8 مناقشة نتائج الفرضية الخامسة
- 6.8 مناقشة نتائج الفرضية السادسة
- 7.8 مناقشة نتائج الفرضية السابعة

خلاصة الدراسة والمقترحات

1- عرض نتائج الدراسة:

1-1 عرض نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق لفيولا البيلوي (1987) قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج "

لاختبار صدق هذه الفرضية تم معالجة البيانات المتعلقة بها بواسطة البرنامج الإحصائي لمعالجة البيانات Spss، كما تم حساب قيمة "T" لدراسة الفرق بين درجات نفس المجموعة في كل بعد من أبعاد مقياس القلق، في القياسين القبلي والبعدي. والجدول رقم (26) يبين قيمة "T" التجريبية.

جدول رقم (26)

قيمة "T" لدالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للدرجة الكلية للمجموعة التجريبية، ولكل بعد من أبعاد مقياس القلق المعمم

مستوى الدلالة المعنوية	قيمة T الجدولية	قيمة "T" التجريبية	درجة الحرية	قياس بعدي		قبلي		القياس أبعاد المقياس
				الانحراف المعياري	متوسطات الدرجات	الانحراف المعياري	متوسطات الدرجات	
دالة عند 0.01	3.250	3.857	9	1.647	6.60	1.581	7.50	المظاهر الفيسيولوجية
دالة عند 0.01	3.250	4.714	9	1.350	8.60	1.636	9.70	المظاهر الانفعالية
غير دالة عند 0.01	3.250	3.207	9	1.333	8.00	1.549	8.80	المظاهر الاجتماعية
دالة عند 0.001	4.297	4.811	9	0.675	8.70	0.994	9.90	المظاهر السلوكية
دالة عند 0.001	4.297	5.014	9	0.738	3.10	0.667	4	المظاهر العقلية
دالة عند 0.001	4.297	11.00	9	0.483	1.30	0.516	2.40	التوقعات السلبية
دالة عند 0.001	4.587	8.752	9	2.769	36.50	4.248	42.40	الدرجة الكلية

من خلال الجدول نلاحظ أن متوسط درجات القياس القبلي للمجموعة التجريبية قدر ب:(42.40) والانحراف المعياري قدره:(4.248)، في حين بلغ متوسط درجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية (36.50)، والانحراف المعياري (2.769)، وبعد المعالجة الإحصائية بتطبيق مقياس "T"، بلغت قيمة "T" التجريبية (8.752)، وهي أكبر من قيمة "T" الجدولية (4.587)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة معنوية 0.001، وبالتالي يوجد فرق دال إحصائياً بين القياس القبلي، والبعدي لصالح القياس البعدي، هذا ما يدل على وجود أثر إيجابي للبرنامج، في خفض درجات القلق المعمم لدى الأطفال.

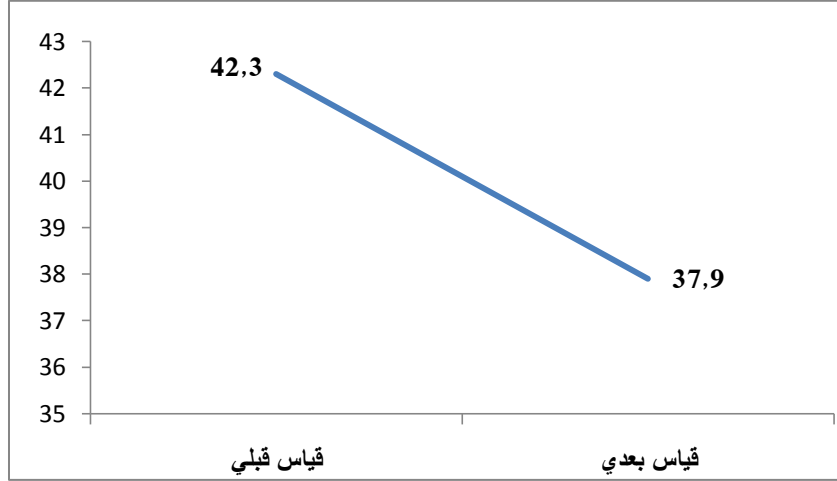
كما يتضح من الجدول السابق وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطات الدرجات التي تحصل عليها أطفال المجموعة التجريبية في كل أبعاد مقياس القلق، حيث قدر متوسط درجات بعد المظاهر الفسيولوجية ب: (7.5) في القياس القبلي، وانحراف معياري قدره (1.581) أما في القياس البعدي بلغ متوسط درجات نفس البعد (6.60)، وكانت قيمة "T" المحسوبة (3.857) أكبر من قيمة "T" الجدولية (3.250)، كما بلغ متوسط درجات بعد المظاهر الانفعالية في القياس القبلي للمجموعة التجريبية (9.70)، وبلغ الانحراف المعياري (1.636)، أما في القياس البعدي فقدر متوسط درجات نفس البعد ب:(8.60)، والانحراف المعياري (1.350)، وكانت قيمة "T" المحسوبة (4.714) أكبر من قيمة "T" الجدولية (3.250)، وفي بعد المظاهر الاجتماعية قدر متوسط الدرجات في القياس القبلي ب:(8.80)، وانحراف معياري قدره (1.549)، بينما قدر متوسط الدرجات في القياس البعدي ب:(8)، والانحراف المعياري (1.333)، وبلغت قيمة "T" المحسوبة (3.207)، وهي أصغر من قيمة "T" الجدولية (3.250)، أما في بعد المظاهر السلوكية فقدر متوسط الدرجات في القياس القبلي ب:(9.90)، وانحراف معياري قدره (0.994)، وفي القياس البعدي بلغ متوسط الدرجات (8.70)، وقدر الانحراف المعياري ب:(0.675)، وكانت قيمة "T" المحسوبة (4.811)، وهي أكبر من قيمة "T" الجدولية (4.297)، أما في بعد المظاهر العقلية قدر متوسط الدرجات في القياس القبلي للمجموعة التجريبية (4)، وانحراف معياري قدره (0.667)، وفي القياس البعدي قدر متوسط الدرجات ب(3.10)، والانحراف المعياري ب:(0.783)، وبلغت قيمة "T" (5.014)، وهي أكبر من قيمة "T" الجدولية (4.297)، وفي بعد التوقعات السلبية قدر متوسط الدرجات ب:(2.40) في القياس القبلي، وانحراف معياري قدره (0.516)، وفي القياس البعدي بلغ متوسط الدرجات (1.30)، والانحراف المعياري (0.483)، وكانت قيمة "T" (11.00)، وهي أكبر من قيمة "T" الجدولية (4.297)، هذا ما يعكس انخفاض درجات كل من المظاهر الفسيولوجية، والمظاهر الانفعالية، والمظاهر العقلية، والتوقعات السلبية، وبالتالي تأثير البرنامج العلاجي

على هذه الجوانب، أما بعد المظاهر الاجتماعية فبالرغم من وجود فرق بين المتوسطات في القياسين القبلي والبعدي إلا أنه لم يصل لمستوى الدلالة المعنوية.

حيث يوضح المنحنى التالي تغيرات درجات القلق الكلية في القياسين القبلي والبعدي.

شكل رقم (8)

يوضح تغيرات درجات القلق الكلية في القياسين القبلي والبعدي

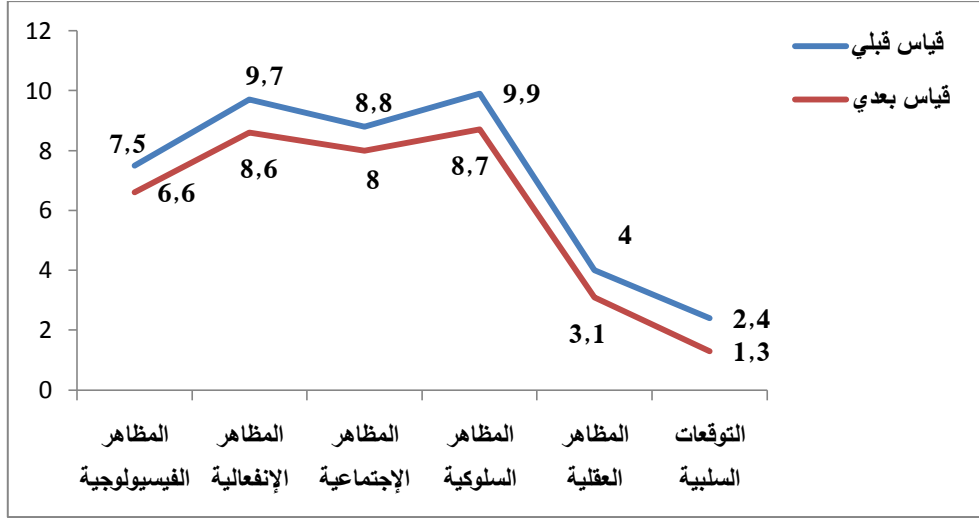


يتضح لنا من خلال المنحنى انخفاض درجات القلق الكلية بين القياسين القبلي وبعدي، هذا ما يفسر التأثير الذي لعبه البرنامج في خفض مستوى القلق لدى عينة الدراسة.

كما توضح المنحنيات التالية التغيرات التي طرأت على المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي في كل بعد من أبعاد القلق.

شكل رقم (9)

يوضح التغيرات التي طرأت على المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدى في كل بعد من أبعاد مقياس القلق المعمم لفيولا البيلاوى.



من خلال المنحنى نلاحظ التغيرات التي طرأت في كل بعد من أبعاد المقياس بين القياسين القبلي والبعدى، حيث يبين المنحنى انخفاض مستويات هذه الأبعاد في القياس البعدى أي بعد التدخل العلاجي، كما لفت انتباهنا أن المظاهر الانفعالية، والسلوكية كانت بدرجة عالية عند أفراد المجموعة التجريبية حيث بلغت متوسطات درجات هذين البعدين (9.90) للمظاهر السلوكية، و(9.70) للمظاهر الانفعالية في القياس القبلي، يليهما المظاهر الاجتماعية (8.80)، فالمظاهر الفسيولوجية (7.50)، ثم المظاهر العقلية (4)، وأخيرا التوقعات السلبية (2.40).

كما يتضح أن أكثر الجوانب استجابة للعلاج هي المظاهر السلوكية، حيث أصبح متوسط الدرجات بعد الاختبار البعدى (8.7)، ثم تليها المظاهر الانفعالية بمتوسط (8.6) فالتوقعات السلبية بمتوسط (1.3) ثم تأتي بعدها المظاهر العقلية بمتوسط (3.1)، ثم المظاهر الفسيولوجية (6.6)، وأخيرا المظاهر الاجتماعية (8.00).

كما تم حساب مربع إيتا η^2 وقيمة d لمعرفة قوة تأثير المتغير المستقل الذي هو البرنامج العلاجي على المتغير التابع الذي هو درجة القلق المعمم لدى الأطفال. تم حساب مربع إيتا η^2 أولا من خلال المعادلة التالية:

$$\eta^2 = \frac{T^2}{T^2 + df}$$

حيث:

T^2 : تمثل قيمة "T" مربع الناتجة عن اختبار "T" لدراسة الفروق بين مجموعتين

و df : تمثل درجة الحرية

$$\eta^2 = 0.89$$

ثم تم حساب قيمة d أي حجم الأثر كالتالي:

$$d = \frac{2\sqrt{\mu^2}}{\sqrt{1-\mu^2}}$$

$$d = 5.69$$

يحدد حجم الأثر كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (27)

يوضح تحديد حجم الأثر للمتغير المستقل (Kiess, 1989)

ضعيف	متوسط	فوق المتوسط	مرتفع	مرتفع جدا
0.20	0.50	0.60	0.80	1

جدول رقم (28)

يوضح حجم الأثر للبرنامج العلاجي في القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية

T	T ²	Df	η^2	D	قوة التأثير
8.752	76.59	9	0.89	5.69	مرتفع جدا

يتضح من الجدول أن قيمة η^2 بلغت (0.89)، وبلغ حجم الأثر d (5.69) وبمقارنة هذا الحجم مع القيم التي اقترحها (Kiess,1989) نلاحظ أن حجم الأثر مرتفع جدا مما يدل على التأثير الإيجابي للبرنامج العلاجي.

1-2 عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق لفيولا البيلاوي، ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية".

من أجل اختبار صدق الفرضية قامت الباحثة بحساب قيمة "T" لدراسة الفروق، عن طريق استخدام البرنامج الاحصائي Spss، كما تم حساب قيمة "T" لدراسة الفرق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة في كل بعد من أبعاد مقياس القلق، فقامت الباحثة بحساب قيمة "T" بين متوسطات الدرجات التي تحصل عليها الأطفال في بعد المظاهر الجسمية والفيسيولوجية، وبعد المظاهر الانفعالية، وبعد المظاهر الاجتماعية، وبعد المظاهر السلوكية بين المجموعتين بعد تطبيق البرنامج، والجدول رقم (29) يبين قيمة "T" التجريبية.

جدول رقم (29)

قيمة "T" لدلالة الفروق بين متوسطات الدرجة الكلية و متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في كل بعد من أبعاد مقياس القلق

القياس أبعاد المقياس	مجموعة تجريبية		درجة الحرية	مجموعة ضابطة		قيمة "T" التجريبية	قيمة "T" الجدولية	مستوى الدالة
	متوسطات الدرجات	الانحراف المعياري		متوسطات الدرجات	الانحراف المعياري			
المظاهر الفيسيولوجية	7.80	1.578	18	6.60	1.751	0.878	2.101	غير دالة عند 0.05
المظاهر الانفعالية	10.20	1.019	18	8.80	1.229	2.178	2.101	دالة عند 0.05
المظاهر الاجتماعية	8.40	1.350	18	8.10	1.370	0.757	2.101	غير دالة عند 0.05
المظاهر السلوكية	10.20	1.476	18	8.70	1.252	2.451	2.101	دالة عند 0.05
المظاهر العقلية	4	0.943	18	3.00	0.943	2.372	2.101	دالة عند 0.05
التوقعات السلبية	1.90	0.316	18	1.40	0.516	2.611	2.101	دالة عند 0.05
الدرجة الكلية	36.50	2.799	18	42.50	4.089	3.829	2.878	دالة عند 0.01

من خلال تحليل القيم الإحصائية المعروضة في الجدول نلاحظ أن متوسط الدرجات الكلية للمجموعة التجريبية قدر ب:(36.50)، وانحراف معياري قدره (2.799)، في حين بلغ متوسط الدرجات الكلية

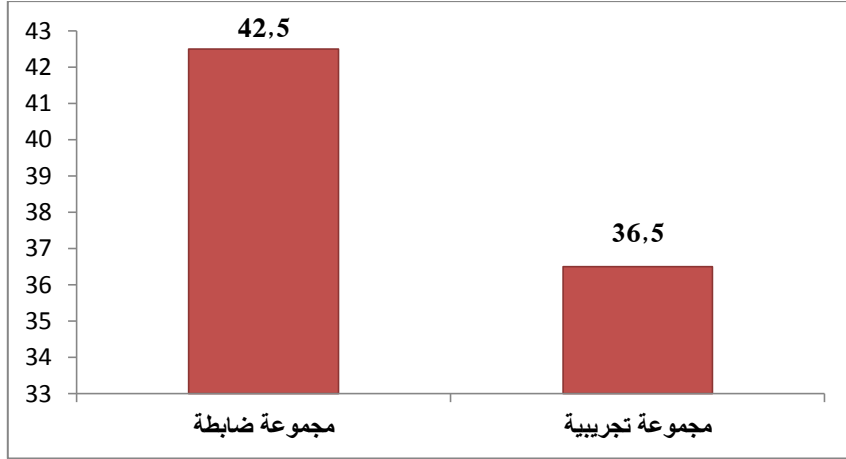
للمجموعة الضابطة (42.50)، وانحراف معياري قدره (4.089)، وكانت قيمة "T" المحسوبة للدرجة الكلية (3.829) أكبر من قيمة "T" الجدولية (2.878)، وهي دالة عند مستوى دلالة معنوية 0.01، هذا ما يدل على وجود فرق دال إحصائياً، وعلى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وبالتالي هذه النتيجة تؤكد نتيجة الفرضية الأولى.

كما يتضح من الجدول وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات ثلاث أبعاد من مقياس القلق للمجموعة التجريبية، ومتوسطات درجات نفس الأبعاد للمجموعة الضابطة، وهذه الأبعاد هي بعد المظاهر الانفعالية حيث بلغت قيمة "T" المحسوبة (2.178)، وهي أكبر من "T" الجدولية (2.101)، وبعد المظاهر السلوكية، حيث قدر متوسط الدرجات للمجموعة الضابطة ب: (10.20)، وانحراف معياري قدره (1.476)، في حين بلغ متوسط الدرجات للمجموعة التجريبية (8.70)، وانحراف معياري قدره (1.252)، ووصلت قيمة "T" المحسوبة (2.451)، وهي أكبر من قيمة "T" الجدولية (2.101)، وفي بعد المظاهر العقلية، قدر متوسط الدرجات للمجموعة الضابطة ب: (4)، وانحراف معياري قدره (0.943)، بينما بلغ متوسط الدرجات للمجموعة التجريبية (3)، وانحراف معياري قدره (0.943)، وكانت قيمة "T" المحسوبة (2.372)، وهي أكبر من قيمة "T" الجدولية (2.101)، أما بعد التوقعات السلبية بلغ متوسط الدرجات للمجموعة الضابطة (1.90)، وانحراف معياري قدره (0.316)، بينما قدر متوسط الدرجات للمجموعة التجريبية (1.40)، وانحراف معياري قدره (0.516)، وكانت قيمة "T" المحسوبة (2.611)، في حين نلاحظ عدم وجود فروق دالة إحصائياً في كل من بعد المظاهر الفسيولوجية حيث كانت قيمة "T" المحسوبة (0.878) وهي أصغر من قيمة "T" الجدولية (2.101)، بالرغم من وجود فرق في المتوسطات حيث قدر متوسط الدرجات للمجموعة الضابطة (7.80)، بينما بلغ متوسط الدرجات للمجموعة الضابطة (6.60)، وفي بعد المظاهر الاجتماعية قدر متوسط الدرجات للمجموعة التجريبية (4.80)، بينما بلغ متوسط الدرجات للمجموعة الضابطة (8.10)، وكانت بلغت قيمة "T" المحسوبة (0.757) وهي أصغر من قيمة "T" الجدولية (2.101).

من التحليل السابق نستنتج فعالية البرنامج العلاجي في الأربع أبعاد المذكورة حيث سجل فرق دال إحصائياً، وذلك لأن المجموعة التجريبية خضعت لتقنيات البرنامج بينما المجموعة الضابطة لم تتلقى أي تقنية، وحتى في بعدي المظاهر الاجتماعية والمظاهر الفسيولوجية بالرغم من عدم وجود فروق تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية إلا أنه لاحظنا فرقا في المتوسطات الحسابية، والشكل التالي يوضح الفرق في فعالية البرنامج العلاجي بين المجموعتين التجريبية، والضابطة.

شكل رقم (10)

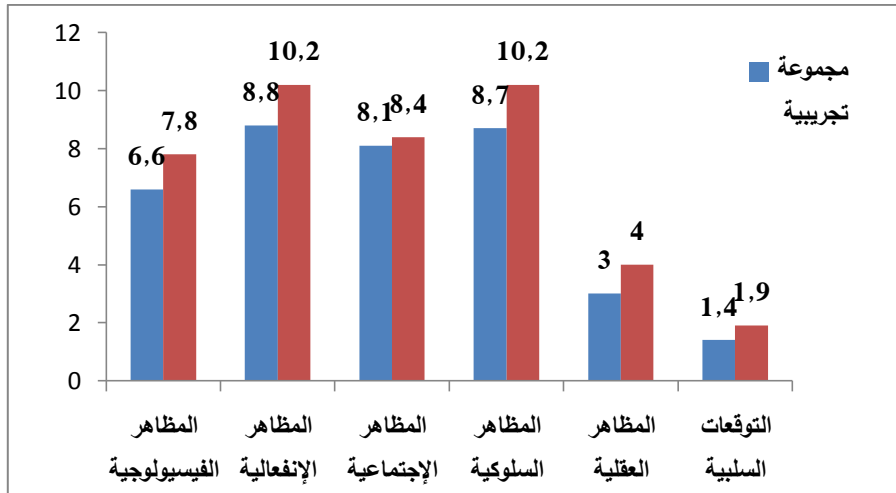
يوضح فعالية البرنامج بين المجموعتين التجريبية، والضابطة



من خلال الشكل نلاحظ وجود فرق واضح بين المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة في مستوى القلق المعمم، حيث أن مستوى القلق في المجموعة الضابطة لم يتغير وبقي كما كان، بينما مستوى القلق انخفض في المجموعة التجريبية، حيث كان متوسط الدرجات في المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج (42.40)، وانخفض المتوسط إلى (36.50)، ونفس ذلك بتأثير البرنامج العلاجي في خفض هذا المستوى، والشكل التالي يوضح الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في كل بعد من أبعاد مقياس القلق المعمم.

شكل رقم (11)

يوضح الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في كل بعد من أبعاد مقياس القلق المعمم



يتضح لنا من خلال الشكل وجود فروقات واضحة بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في كل من بعد المظاهر الانفعالية، والمظاهر السلوكية، والمظاهر العقلية، والتوقعات السلبية، وحتى في بعدي المظاهر الفسيولوجية والاجتماعية ، فبالرغم من عدم وجود فرق دال إحصائيا في هذين البعدين إلا أنه هناك فرق في المتوسطات، وهذا ما يؤكد نتائج الفرضية الأولى.

تم حساب مربع إيتا η^2 وقيمة d أيضا لمعرفة قوة تأثير البرنامج العلاجي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، والجدول التالي يوضح قوة التأثير.

جدول رقم(30)

يوضح قوة تأثير البرنامج العلاجي بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة

قوة التأثير	d	η^2	df	T ²	T
مرتفع	2.51	0.61	9	14.66	3.829

من خلال النتائج الموضحة في الجدول نلاحظ أن مربع إيتا بلغ (0.61)، وحجم الأثر بلغ (2.51) وهو حجم مرتفع ، مما يعكس وجود تأثير إيجابي للبرنامج العلاجي المقترح لخفض درجات القلق المعم لدى الأطفال، وهذه النتائج تؤكد ما توصلت إليه الباحثة في الفرضية الأولى عند حساب حجم الأثر.

1-3 عرض نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة على مقياس القلق لفيولا البيلوي بين القياسين القبلي والبعدي"، لاختبار صدق الفرضية قامت الباحثة بحساب قيمة "T"، والجدول رقم (27) يوضح قيمة "T" لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة على مقياس القلق لفيولا البيلوي في القياسين القبلي والبعدي.

جدول (31)

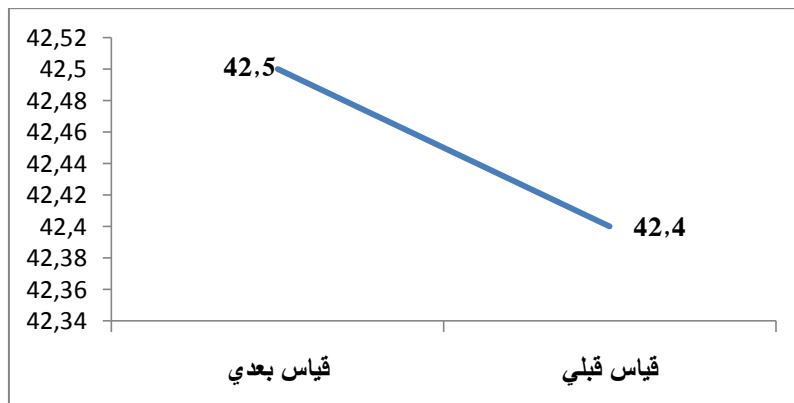
قيمة "T" لدلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة على مقياس القلق في القياسين القبلي والبعدي.

مستوى الدلالة المعنوية	قيمة T الجدولية	قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	قياس بعدي		قياس قبلي	
غير دالة عند 0.05	1.833	0.428	9	الانحراف	متوسط	الانحراف	متوسط
				المعياري	الدرجات	المعياري	الدرجات
				4.089	42.50	4.033	42.40

من خلال الجدول نلاحظ أن متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس القبلي بلغ (42.20)، وقدر الانحراف المعياري ب(4.033)، في حين بلغ متوسط الدرجات في القياس البعدي (42.50)، وقدر الانحراف المعياري ب (4.089)، بينما كانت قيمة "T" التجريبية، وهي أصغر من قيمة "T" الجدولية (1.833) عند مستوى دلالة معنوية 0.05 هذا ما يدل على عدم وجود فرق دال إحصائياً بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة. والمنحنى التالي يوضح تغيرات درجات القلق للمجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي.

شكل رقم (12)

يوضح تغيرات درجات القلق للمجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي



يتضح لنا من خلال المنحنى زيادة مستوى القلق المعمم لدى أفراد المجموعة الضابطة بين القياسين القبلي والبعدي، حيث كان متوسط درجات القلق في القياس القبلي (42.40)، وأصبح (42.40) في القياس البعدي، ونفس ذلك بعدم تلقي المجموعة الضابطة للبرنامج العلاجي.

4-1 عرض نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين من حيث فعالية البرنامج المعرفي السلوكي"

لاختبار صدق هذ الفرضية استخدمت الباحثة حساب قيمة "T" لدلالة الفروق باستعمال البرنامج الاحصائي Spss، والجدول رقم (28) يبين قيمة "T" التجريبية.

جدول رقم (32)

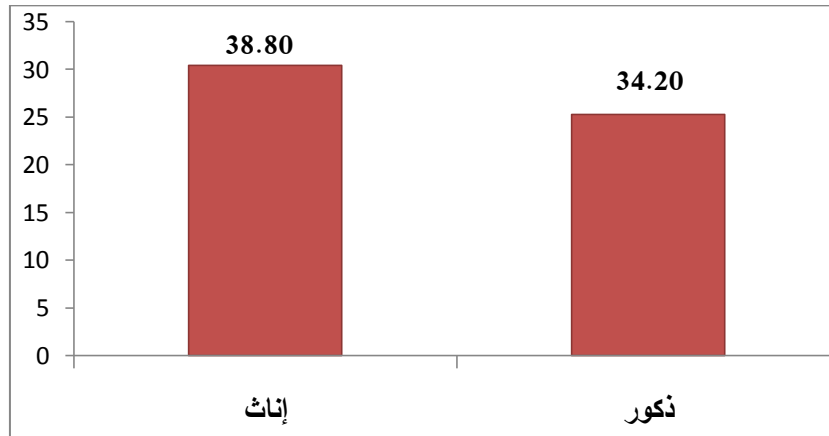
يوضح قيمة "T" لدالة الفروق بين الجنسين في فعالية البرنامج

مستوى الدلالة المعنوية	قيمة T الجدولية	قيمة T المحسوبة	درجة الحرية		إناث ن=5		ذكور ن=5
دالة 0.01	3.355	4.904	8	الانحراف المعياري	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	متوسط الدرجات
				1.304	38.80	1.643	34.20

نلاحظ من خلال الجدول أن متوسط درجات القلق للذكور في القياس البعدي بلغ (34.20)، وقدر الانحراف المعياري بـ: (1.634)، في حين بلغ متوسط درجات القلق لدى الإناث (38.80)، وقدر الانحراف المعياري بـ: (1.304)، وكانت قيمة "T" التجريبية (4.904) أكبر من قيمة "T" الجدولية (3.355) وهذا يدل على وجود فرق دال إحصائياً بين الجنسين في فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لصالح الذكور، والشكل التالي يوضح الفرق بين الذكور والإناث في فعالية البرنامج العلاجي.

شكل رقم (12)

يوضح الفرق بين الذكور والإناث في فعالية البرنامج العلاجي



يتضح لنا من خلال الشكل أن مستوى القلق انخفض عند الذكور بشكل ملحوظ مقارنة بالإناث حيث كان متوسط درجات القلق في القياس البعدي عند الذكور (34.20) بينما كان متوسط درجات القلق عند الإناث (38.80)، وهذا ما يعكس فرق واضح في استجابة الذكور للعلاج مقارنة بالإناث.

1-5 عرض نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق لفيولا البيللوي (1987)، ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد شهر من المتابعة العلاجية لصالح القياس التتبعي".

للتأكد من صحة الفرضية تم حساب قيمة "T" لدلالة الفروق باستخدام البرنامج الإحصائي Spss، والجدول رقم (29) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات درجات القلق المعم للمجموعة التجريبية بين القياس البعدي وبعد فترة المتابعة.

جدول رقم (33)

قيمة "T" لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي

مستوى الدلالة المعنوية	قيمة T الجدولية	قيمة T المحسوبة	درجة الحرية	القياس التتبعي		القياس البعدي	
				متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري
غير دالة عند 0.05	1.833	1.50	9	36.30	2.584	2.799	36.50

من خلال الجدول نلاحظ أن متوسط درجات القلق للمجموعة التجريبية في القياس البعدي بلغ (3.50)، في حين قدر الانحراف المعياري ب:(2.799)، وبلغ متوسط درجات القياس التتبعي (36.30)، بينما قدر الانحراف المعياري ب:(2.584)، وقدرت قيمة "T" المحسوبة (1.50)، وهي أصغر من قيمة "T" الجدولية (1.833) عند مستوى دلالة معنوية 0.05، وهذا يدل على عدم وجود فرق دال إحصائياً بين القياس البعدي والقياس التتبعي.

شكل رقم (13)

يوضح التغيرات في درجات القلق المعمم بين القياسين البعدي والتتبعي



الجدول التالي يبين هناك انخفاض في درجات القلق المعمم لدى أفراد المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي، والتتبعي لصالح القياس التتبعي، بالرغم من أن مقياس يثبت عكس ذلك هذا ما يدل على أنه هناك فرق بين القياسين لكن لا يصل لمستوى الدلالة المعنوية، وبالتالي لم نسجل عودة الاضطراب (الانتكاسة).

1-5 نتائج الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة على "وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في مقياس أونتااريو المعدل للصحة النفسية للأطفال قبل وبعد تطبيق البرنامج". للتأكد من صحة الفرضية تم حساب قيمة "T" لدلالة الفروق باستخدام البرنامج الإحصائي Spss بين الدرجة الكلية للمقياس وبين درجات كل بعد من أبعاد المقياس، والجدول رقم (30) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات الدرجة الكلية، وبين درجات كل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية للمجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي.

الجدول رقم (34)

قيمة "T" لدلالة الفروق بين متوسطات درجات ابعاد مقياس الصحة النفسية، والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية في

القياسين القبلي والبعدى

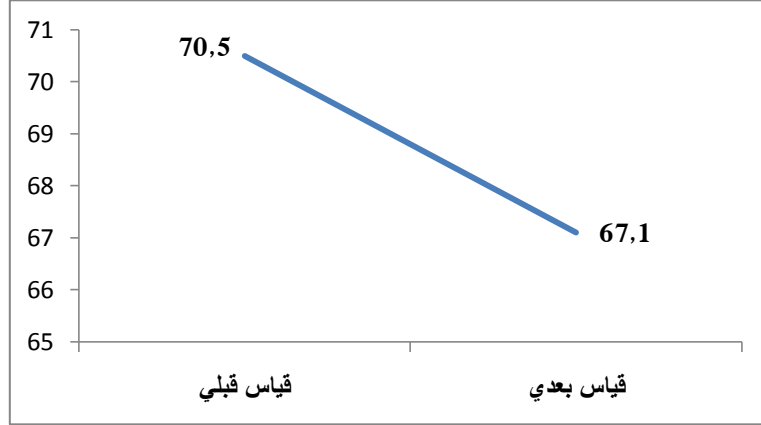
مستوى الدلالة المعنوية	قيمة T الجدولية	قيمة T التجريبية	درجة الحرية	القياس البعدي		القياس القبلي		القياس الأبعاد
				متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	
غير دالة عند 0.05	1.833	1	9	0.60	0.699	0.70	0.823	إضطرابات المسلك
غير دالة عند 0.05	1.833	1.5	9	2.70	1.059	2.90	0.876	إضطرابات المعارضة
دالة عند 0.05	1.833	2.449	9	13.80	1.317	14.20	1.619	تشئت الإنتباه مع فرط الحركة
دالة عند 0.001	4.297	9.00	9	19.20	3.20	20.40	1.35	القلق
دالة عند 0.001	4.297	2.714	9	6.40	1.430	7.00	1.633	قلق الانفصال
دالة عند 0.001	2.821	3.280	9	23.70	1.829	24.40	1.95	الإكتئاب
دالة عند 0.001	4.297	6.278	9	67.10	2.424	70.50	1.716	الدرجة الكلية للمقياس

من خلال الجدول نلاحظ أن متوسط الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية في القياس القبلي بلغ (70.50)، وقدر الانحراف المعياري ب:(1.716)، بينما بلغ متوسط الدرجات في القياس البعدي (67.10)، وقدر الانحراف المعياري ب:(2.424)، وبلغت قيمة "T" المحسوبة (6.278)، وهي أكبر من قيمة "T" الجدولية (4.297) عند مستوى دلالة معنوية 0.001، مما يدل على وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطات الدرجة الكلية للمقياس في القياسين القبلي والبعدى، وبالتالي نستنتج أن البرنامج العلاجي ترك أثراً من حيث تحسين الصحة النفسية للأطفال، وذلك ما وضحه أكثر كل من بعد القلق، حيث أن متوسط درجات القياس القبلي، قدر ب:(20.40)، وبلغ الانحراف المعياري (1.35)، بينما قدر متوسط الدرجات في القياس البعدي (19.20)، وبلغ الانحراف المعياري (1.135)، وكانت قيمة "T" المحسوبة (9)، وهي أكبر من قيمة "T" الجدولية (4.297)، وفي بعد قلق الانفصال قدر متوسط

درجات القياس القبلي (7)، وبلغ الانحراف المعياري (1.633)، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (6.40)، والانحراف المعياري (1.430)، وكانت قيمة "T" المحسوبة (2.714)، وهي أكبر من قيمة "T" الجدولية (1.833)، أما بعد الاكتئاب فبلغ متوسط درجات القياس القبلي لهذا البعد (24.40)، وقدر الانحراف المعياري ب: (1.955)، في حين بلغ متوسط درجات القياس البعدي (32.70)، وقدر الانحراف المعياري ب: (1.829)، وبلغت قيمة "T" المحسوبة (3.280)، وهي أكبر من قيمة "T" الجدولية (2.821)، وبالنسبة للأبعاد التالية لم تكن فيها فروق دالة إحصائية في القياسين القبلي والبعدي ففي بعد اضطرابات المسلك، قدر متوسط درجات القياس القبلي ب: (0.70)، وانحراف معياري مقدر ب: (0.823)، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي لنفس البعد (0.60)، وقدر الانحراف المعياري ب: (0.699)، وكانت قيمة "T" المحسوبة (1)، أصغر من قيمة "T" الجدولية (1.833)، أما بعد الاضطراب العدائية قدر متوسط درجات القياس القبلي ب: (2.90)، وانحراف معياري مقدر ب: (0.876)، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي لنفس البعد (2.70)، وقدر الانحراف المعياري ب: (1.059)، وكانت قيمة "T" المحسوبة (1.5)، أصغر من قيمة "T" الجدولية (1.833)، وفي بعد تشتت الإنتباه وفرط النشاط، فبلغ متوسط درجات القياس القبلي لهذا البعد (14.20)، وقدر الانحراف المعياري ب: (0.876)، في حين بلغ متوسط درجات القياس البعدي (13.80)، وقدر الانحراف المعياري ب: (1.317)، وبلغت قيمة "T" المحسوبة (2.449)، وهي أصغر من قيمة "T" الجدولية (1.833)، مما يدل على عدم وجود فروق دالة إحصائية بين القياس القبلي، والقياس البعدي للمجموعة التجريبية في هذه الأبعاد، وبالتالي نلاحظ أن أثر البرنامج العلاجي استهدف الجوانب الثلاثة الأولى السالفة الذكر، والمنحنى التالي يوضح تغير مستوى الصحة النفسية للأطفال في القياسين القبلي، والبعدي لأفراد المجموعة التجريبية.

شكل رقم (14)

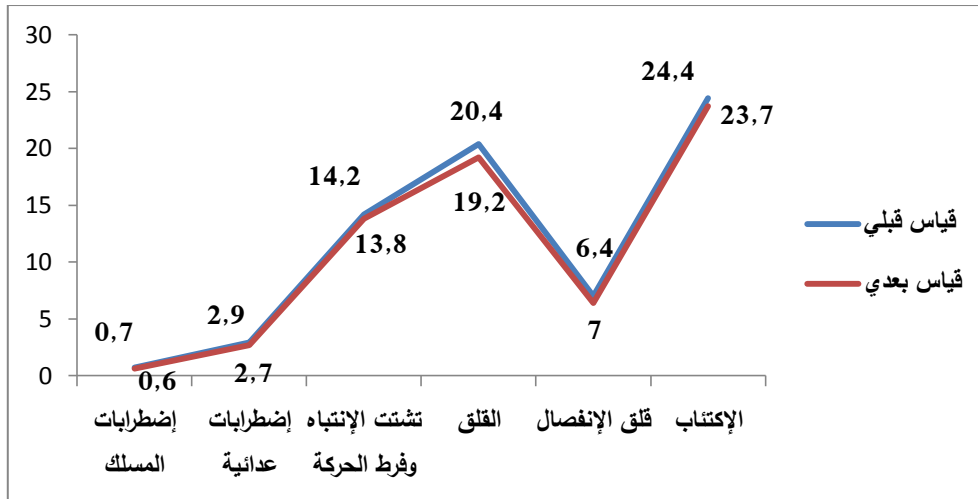
يوضح تغير مستوى الصحة النفسية للأطفال في القياسين القبلي والبعدى لأفراد المجموعة التجريبية



يتضح لنا من خلال المنحنى تغير واضح في مستوى الصحة النفسية بين القياسين القبلي والبعدى، من خلال تحسن الجوانب السالفة الذكر، حيث استجابت لتأثير البرنامج العلاجي. والمنحنى التالي يبين أيضا الفروق بين القياسين لكن في كل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية.

شكل رقم (15)

يوضح الفرق بين القياسين القبلي والبعد في كل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية



المنحنى التالي يوضح أن متوسطات درجات بعدي إضطرابات المسلك والاضطرابات العداثية لم تتغير، هذا ما يدل على عدم تأثير البرنامج العلاجي عليهما. بينما هناك فروق واضحة في تغيرات مستويات كل من بعد تشتت الإنتباه وفرط النشاط، وبعد القلق، وقلق الانفصال، وبعد الاكتئاب في القياسين القبلي والبعدي. كما تم حساب قيمة η^2 وحجم الأثر للبرنامج العلاجي d على مستوى الصحة النفسية للأطفال، والجدول التالي يوضح قيم كل من η^2 و d .

جدول رقم (35)

يوضح حجم الأثر للبرنامج العلاجي في تحسين مستوى الصحة النفسية للأطفال بين القياسين القبلي والبعدي

حجم الأثر	d	η^2	df	T ²	T
مرتفع جدا	4.18	0.81	9	39.41	6.278

نلاحظ من الجدول أن قيمة η^2 (0.81)، وقيمة d (4.18)، وهي قيمة مرتفعة هذا ما يدل على حجم أثر مرتفع جدا للبرنامج العلاجي المقترح في تحسين مستوى الصحة النفسية للأطفال.

1-7 الفرضية السابعة:

تنص الفرضية السابعة على "وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطات الدرجة الكلية للصحة النفسية على مقياس أوناريو المعدل للصحة النفسية للأطفال، ومتوسطات درجة كل بعد من أبعاد المقياس للمجموعتين التجريبية، والضابطة".

للتأكد من صحة الفرضية قامت الباحثة بحساب قيمة "T" لدلالة الفروق مستخدمة لذلك برنامج SPSS، والجدول رقم (32) يوضح قيمة "T" لدلالة الفروق بين متوسطات الدرجة الكلية، ومتوسطات درجات كل بعد من أبعاد المقياس للمجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة على مقياس الصحة النفسية بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

جدول رقم (36)

يوضح قيمة "T" لدلالة الفروق بين متوسطات الدرجة الكلية، ومتوسطات درجات كل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية للمجموعتين التجريبية، والضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

مستوى الدلالة معنوية	قيمة T الجدولية	قيمة T التجريبية	درجة الحرية	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		القياس الأبعاد
				الانحراف المعياري	متوسط الدرجات	الانحراف المعياري	متوسط الدرجات	
غير دالة عند 0.05	2.101	0.548	18	0.919	0.80	0.699	0.60	إضطرابات سلوكية
غير دالة عند 0.05	2.101	0.699	18	1.943	3.00	1.059	2.70	إضطرابات المعارضة
غير دالة عند 0.05	2.101	0.553	18	1.101	14.10	1.317	13.80	تششت الإنتباه مع فرط الحركة
دالة عند 0.05	2.101	2.248	18	1.434	20.50	1.135	19.20	القلق
غير دالة عند 0.05	2.101	0.738	18	1.595	6.40	1.430	6.90	قلق الأنفصال
غير دالة عند 0.05	2.101	1.009	18	1.716	24.50	1.829	23.70	الإكتئاب
دالة عند 0.01	2.878	3.260	18	1.716	70.50	2.424	67.10	الدرجة الكلية للمقياس

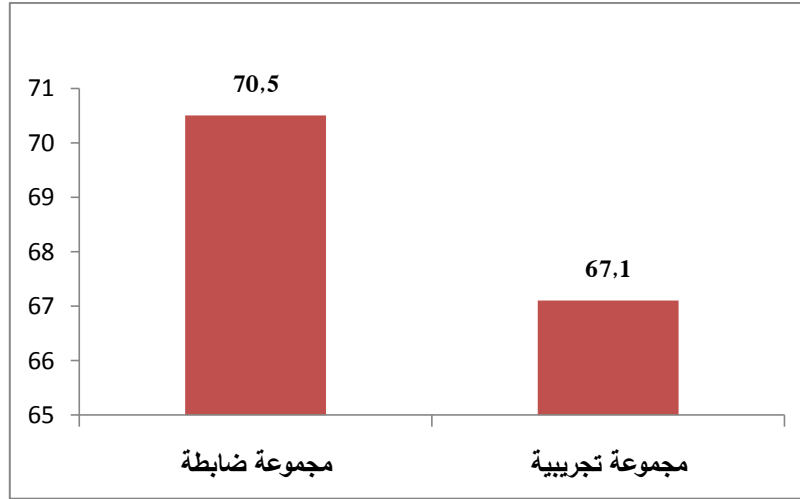
من خلال تحليل القيم الإحصائية المبينة في الجدول نلاحظ أن متوسط الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية للمجموعة الضابطة بلغ (70.50)، وقدّر الانحراف المعياري بـ (2.424)، بينما بلغ متوسط الدرجات للمجموعة التجريبية (67.10)، وقدّر الانحراف المعياري بـ (2.424)، وبلغت قيمة "T" المحسوبة (3.260)، وهي أكبر من قيمة "T" الجدولية (2.878) عند مستوى دلالة معنوية 0.01، مما يدل على وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطات الدرجة الكلية للمقياس للمجموعتين التجريبية والضابطة، وبالتالي نستنتج أن البرنامج العلاجي ترك أثراً من حيث تحسين الصحة النفسية للأطفال.

كما تم حساب الفروق بين الأبعاد، فلاحظنا وجود فرق دال إحصائياً في بعد واحد وهو بعد القلق، حيث بلغ متوسط درجات بعد القلق للمجموعة الضابطة (20.50)، وبلغ الانحراف المعياري (1.434)، بينما قدر متوسط الدرجات للمجموعة التجريبية (19.20)، وبلغ الانحراف المعياري (1.135)، وكانت

قيمة "T" المحسوبة (2.248)، وهي أكبر من قيمة "T" الجدولية (2.101)، أما في الأبعاد الأخرى لم يكن هناك فرق دال إحصائياً بالرغم من وجود فرق في المتوسطات في بعض الأبعاد، ففي بعد قلق الانفصال قدر متوسط درجات المجموعة الضابطة (6.90)، وبلغ الانحراف المعياري (1.430)، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (6.40)، والانحراف المعياري (1.595)، وكانت قيمة "T" المحسوبة (0.738)، وهي أصغر من قيمة "T" الجدولية (2.101)، أما بعد الاكتئاب فبلغ متوسط درجات المجموعة الضابطة لهذا البعد (24.50)، وقدر الانحراف المعياري ب: (1.716)، في حين بلغ متوسط درجات المجموعة التجريبية (23.70)، وقدر الانحراف المعياري ب: (1.829)، وبلغت قيمة "T" المحسوبة (1.009)، وهي أصغر من قيمة "T" الجدولية (2.101)، وبالنسبة لبعد اضطرابات المسلك، قدر متوسط درجات المجموعة الضابطة ب: (0.80)، وانحراف معياري مقدر ب (0.919)، بينما بلغ متوسط درجات المجموعة التجريبية لنفس البعد (0.60)، وقدر الانحراف المعياري ب: (0.699)، وكانت قيمة "T" المحسوبة (0.548)، أصغر من قيمة "T" الجدولية (2.101)، أما بعد الاضطراب العدائية قدر متوسط درجات المجموعة الضابطة ب: (3)، وانحراف معياري مقدر ب (0.943)، بينما بلغ متوسط درجات المجموعة التجريبية لنفس البعد (2.70)، وقدر الانحراف المعياري ب: (1.059)، وكانت قيمة "T" المحسوبة (0.669)، أصغر من قيمة "T" الجدولية (2.101)، وفي بعد تشتت الإنتباه وفرط النشاط، فبلغ متوسط درجات المجموعة التجريبية لهذا البعد (14.10)، وقدر الانحراف المعياري ب: (1.101)، في حين بلغ متوسط درجات القياس (13.80)، وقدر الانحراف المعياري ب: (1.317)، وبلغت قيمة "T" المحسوبة (0.553)، وهي أصغر من قيمة "T" الجدولية (2.101)، مما يدل على عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في هذه الأبعاد، وبالتالي نلاحظ أن أثر البرنامج العلاجي استهدف جانب القلق أكثر من الجوانب الأخرى، يليه جانب الاكتئاب فهناك فرق بين المتوسطات، والمنحنى التالي يوضح تغير مستوى الصحة النفسية للأطفال بين المجموعتين التجريبية والضابطة.

شكل رقم (16)

يوضح الفرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في فعالية البرنامج العلاجي في الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية

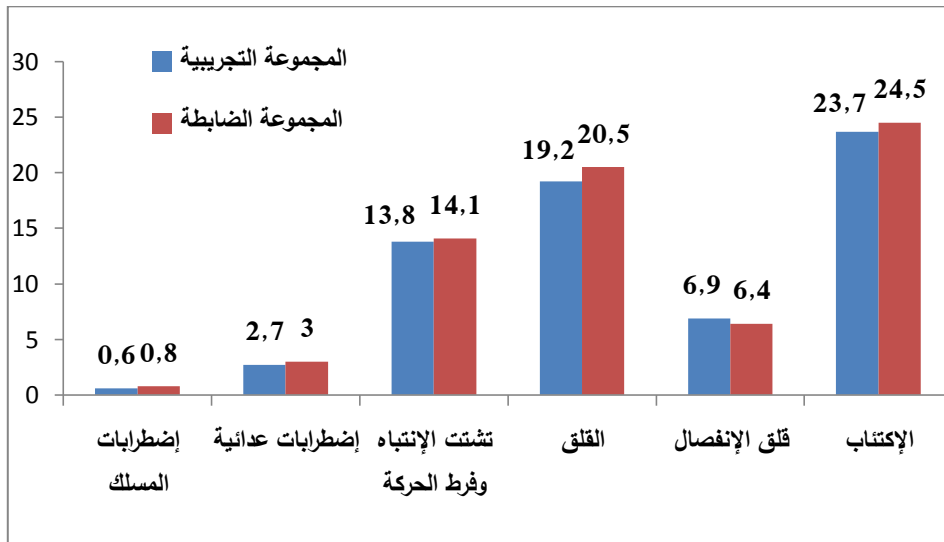


من خلال الشكل نلاحظ وجود فرق واضح بين المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى تحسن الصحة النفسية للأطفال، هذا ما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي في تحسين بعض جوانب الصحة النفسية للأطفال.

كما يوضح المنحنى التالي الفرق بين التغيرات التي طرأت على المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي في أبعاد مقياس الصحة النفسية.

شكل رقم (17)

يوضح الفرق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في كل بعد من أبعاد مقياس الصحة النفسية



من خلال الشكل نلاحظ عدم انخفاض متوسطات درجات المجموعة التجريبية في بعد إضطرابات المسلك مما يدل على عدم تأثير البرنامج العلاجي على هذا الجانب.

كما يتضح لنا من خلال الشكل وجود فرق طفيف في المتوسطات في بعد إضطرابات عدائية ولكن لا يصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية، وهذا لا يجزم فعالية البرنامج العلاجي في هذا الجانب.

كما نلاحظ وجود فرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في بعد تشتت الإنتباه وفرط النشاط، لكن لا يصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية مما يعكس تأثير البرنامج العلاجي على تحسين هذا الجانب نوعاً ما.

الشكل يوضح انخفاض درجات القلق وتحسن أفراد المجموعة التجريبية في هذا الجانب إذ بلغت متوسطات درجات بعد القلق لدى المجموعة التجريبية (19.20) في المقابل بلغت متوسطات درجات هذا البعد في المجموعة التجريبية (20.50)، هذا ما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي في تحسين هذا الجانب. يبين الجدول انخفاض طفيف في درجات بعد قلق الإنفصال في المجموعة التجريبية حيث بلغ متوسط الدرجات (6.90) مقارنة بمتوسط الدرجات في المجموعة التجريبية الذي بلغ (9.40)، وهذا يعكس فرق طفيف بين المجموعتين.

يوضح الشكل السابق الفرق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في بعد الاكتئاب بالرغم من عدم دلالاته الإحصائية، حيث انخفضت درجات الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية حيث بلغ متوسط الدرجات (23.70)، مقابل (24.50) لدى أفراد المجموعة الضابطة، هذا ما يعكس تأثير البرنامج العلاجي على هذا الجانب.

كما تم حساب قيمة η^2 وحجم الأثر للبرنامج العلاجي d على مستوى الصحة النفسية للأطفال، بين المجموعتين التجريبية والضابطة والجدول التالي يوضح قيم كل من η^2 و d .

جدول رقم (37)

يوضح حجم الأثر للبرنامج العلاجي في تحسين مستوى الصحة النفسية للأطفال بين المجموعتين التجريبية والضابطة

حجم الأثر	d	η^2	df	T ²	T
مرتفع جداً	1.53	0.37	18	10.62	3.260

نلاحظ من الجدول أن قيمة η^2 (0.81) وقيمة d (1.53)، وهي قيمة مرتفعة هذا ما يدل على حجم أثر مرتفع جدا للبرنامج العلاجي المقترح في تحسين مستوى الصحة النفسية للأطفال.

2- مناقشة النتائج:

بعد ما تم عرض نتائج الدراسة، في المبحث السابق، نتناول في هذا البحث مناقشة نتائج الفرضيات بالترتيب، معتمدين في ذلك على ما تم التوصل إليه من نتائج في الدراسات السابقة، ومبرزين لنقاط الاتفاق، والاختلاف مع الدراسة الحالية، مع تقديم تفسيرات للنتائج المتوصل إليها.

2-1 مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الدرجة الكلية لأفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق لفيولا البيلوي (1987) قبل تطبيق البرنامج ومتوسطات الدرجة الكلية لنفس المجموعة على نفس المقياس بعد تطبيق البرنامج".

أكدت نتائج تطبيق مقياس "T" لدراسة الفروق صحة الفرضية الأولى بحيث أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة معنوية 0.001 لصالح التطبيق البعدي في الدرجة الكلية للمقياس وفي الأبعاد أيضا حيث انخفضت كل من متوسطات درجات الأطفال في المظاهر الفسيولوجية، والمظاهر الاجتماعية والمظاهر السلوكية، والمظاهر الانفعالية، والمظاهر العقلية، والتوقعات السلبية، هذا ما يؤكد فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي المستخدم في تخفيض القلق المعمم عند الفئة المستهدفة ألا وهي الأطفال المتمدرسين، وتجلت فاعليته في خفض الاعراض الفسيولوجية للقلق من خلال تقنية الاسترخاء بالتحديد، كما انخفضت المظاهر الانفعالية المصاحبة للاضطراب كالاستغراق الانفعالي الشديد، وانخفضت درجات المظاهر العقلية إذ تحسن مستوى التركيز عند الأطفال، وقل تفكيرهم السلبي وتغير نحو التفكير الإيجابي من خلال تقنية تحديد الأفكار التلقائية وتصحيحها وتقنية إعادة البناء المعرفي، وتغير تفكيرهم في المواقف القلقة، أيضا كان هناك تحسن على المستوى الاجتماعي إذ بفضل تقنية لعب الأدوار وتقنية المواجهة أدرك الأطفال أن النشاطات الاجتماعية والاندماج مع أقرانهم يخفف من درجات القلق والتوتر لديهم، ويكسبهم مهارات وخبرات جديدة لمواجهة المواقف القلقة، وإدراك ما يدور حولهم من أحداث بشكل منطقي وسليم، عكس ما بنوه من معتقدات خاطئة جعلتهم يبقون حبيسين أفكارهم اللامنطقية مغلقين على ذاتهم، ويحلون مشاكلهم بالهروب، والتجنب، والانسحاب كما لمسنا تحسن على مستوى المظاهر السلوكية، وخفت التوقعات السلبية، وقد جاءت نتائج هذه الدراسة مؤكدة ومتفقة مع نتائج

العديد من الدراسات التي أجريت في هذا المجال مثل دراسة أسماء عبد الله العطية (العطية، 2002) والتي حاولت من خلال هذه الدراسة استقصاء مدى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق لدى عينة من الأطفال بدولة قطر، وأظهرت النتائج بعد الجلسات الإرشادية تحسنا ملحوظا في قدرة الأطفال على التعامل مع القلق وتطوير مهارات جديدة ملائمة لمواجهة المواقف القلقة والحد من مستوى الانفعال ، ودراسة "حامد أحمد الغامدي" (الغامدي، 2005) التي هدفت إلى دراسة فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض اضطرابات القلق والرهاب الاجتماعي لدى عينة من المرضى المترددين على العيادات النفسية حيث أظهرت نتائج الدراسة بعد 13 جلسة فعالية كل من تقنيات الاسترخاء، والمراقبة الذاتية، والحوار الداخلي في خفض درجات القلق المعمم لدى عينة الدراسة.

كما اتفقت النتيجة أيضا مع دراسة "عبد الغني عبود" (عبود، 1990) حيث دلت نتائج الدراسة على فعالية كل من تقنية حل المشكلات والمناقشة ولعب الأدوار في خفض اضطرابات القلق لدى الأطفال اللذين آبائهم منفصلين، وتتفق هذه الدراسة مع دراسة "كيندال Kendall" (Kendall, 1994) التي تهدف الى التعرف على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق لدى الاطفال حيث كشفت النتائج عن فعالية البرنامج وفعالية التقنيات المستعملة فيه والتي تنوعت ما بين التعرض للواقع، ولعب الادوار، والاسترخاء، وغيرها في خفض درجات القلق لدى الأطفال وتتفق مع دراسة "كيندال وتريدول" (Kendall et Treadaul, 1996) بحيث كشفت نتائج الدراسة عن فعالية استخدام الحوار الداخلي في معالجة الأفكار السلبية كما اتفقت مع نتائج دراسة "باريت وآخرين Barrett et Al" التي هدفت الى معرفة فعالية العلاج المعرفي السلوكي المرفق بالعلاج الاسري للأولياء والذي أثبتت فعاليته في خفض اضطرابات القلق، وتتفق مع دراسة "لومكين Lumpkin" (Lumpkin, 1999) ودراسة "سيلفرمان Silverman" (Silverman, 1999) ودراسة "سبنس Spence" (Spence, 2000) التي كشفت نتائج دراستها عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في خفض درجات أنواع مختلفة من اضطرابات القلق لدى الأطفال والمراهقين واتفقت مع نتائج دراسة "نوتا وآخرون" (Nutta et Al, 2001) التي استخدمت البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي "كيندال Kendall" (2003) Coping Cat بالإضافة للعلاج الأسري للأولياء وأسفرت النتائج عن فعالية هذا النوع من العلاج في خفض درجات القلق لدى الأطفال .

كما تتفق نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة "أيزنك وسيلفرمان" (Eisenk et Silverman, 1998) التي أسفرت عن فعالية كل من تقنيات الاسترخاء، وإعادة البناء المعرفي، في خفض حدة اضطراب القلق المعمم لدى طفلين، وتتفق أيضا مع نتائج دراسة كل من "دونالدسون، وويتون، ولويسلي (Donaldson,)

Witton, Luiselli, 2006) حيث أثبتت الدراسة فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي ركز على استراتيجية إدارة القلق من خلال "تمارين الاسترخاء"، وركز على تقنية إعادة البناء المعرفي في تحسن طفل لديه قلق معمم، واستمر التحسن حتى بعد خمسة أشهر من العلاج.

ويمكن تفسير هذه النتائج وفعالية البرنامج بالرجوع إلى عدة عوامل، وبشكل عام فإن نجاح أي برنامج علاجي يرجع إلى الإطار النظري، ونوعية المقاييس المستخدمة، وانتظام الفئة المستهدفة، ومحتوى البرنامج المستخدم، وكيفية تطبيقه، والظروف المحيطة أثناء تطبيقه.

وباعتقاد الباحثة أن للإطار النظري الذي اعتمد في بناء البرنامج العلاجي دور واضح في نجاحه في خفض درجات القلق المعمم لدى الأطفال، فالعلاج المعرفي السلوكي يجمع بين عدة أساليب، ويمس الجانب المعرفي، والسلوكي، والانفعالي للطفل فمن خلال تقنياته المتعددة، والتي كانت مستخدمة في إطار مواقف واقعية عاشها الأطفال وملائمة لطبيعة البيئة والثقافة الخاصة بهم، أسهمت (التقنيات) في زيادة قدرتهم على التعبير عن انفعالاتهم، وأحاسيسهم، دون خوف أو قلق من فعل ذلك، فيتعلم الأطفال من خلالها تحديد، ومعرفة أين يحسون بالقلق ويتقبلون ذلك، كما يتعلمون بعض الاستراتيجيات التي تجعلهم يسيطرون على انفعالاتهم، وتحد منها، بالإضافة إلى انتظام أفراد المجموعة التجريبية في جلسات البرنامج، وتطبيقهم لمختلف الواجبات المنزلية المطلوبة منهم، بحيث كانت هذه الواجبات والفنيات المستخدمة ذات معنى في حياة الأطفال.

2-2 مناقشة الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على "توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق لفيولا الببلاوي ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية"، وأكدت النتائج بعد حساب قيمة "T" لدلالة الفروق عن وجود فرق دال احصائيا بين متوسطات درجات القلق لكل من المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي هذا ما يؤكد صحة الفرضية الأولى، ويسفر عن فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض درجات القلق المعمم لدى المجموعة التجريبية، وهذه النتيجة تتفق مع الدراسات الآتية :

(Dads, 1998) , (Kendal1994,1997); (Silverman et al, 1999) ;(Barrett et al, 1994, 1996, 2000)

(James A;Soler Aweatherall R, 2007) في (Spence, 2003). (Shortt, 2001) ;(Nutta , 2003);

فبالتالي يمكن إرجاع هذه النتائج إلى تأثير البرنامج العلاجي وما سبقه من شروط لاختيار العينة والأدوات المستخدمة لذلك، وتحقيق تجانسها، وكما سبق وذكرنا الدور الذي لعبه الإطار النظري بحيث على أساسه تم تصميم البرنامج العلاجي، ويمكن إرجاع هذه النتائج أيضا إلى فنيات البرنامج العلاجي التي جمعت بين الجانب المعرفي، والسلوكي، والانفعالي، والواجبات المنزلية، وكذلك ترجع إلى حرص أطفال المجموعة التجريبية على حضور الجلسات بانتظام وتطبيق ما يطلب منهم سواء خلال الجلسات أو خارج الجلسات، وعملت الباحثة على تهيئة جو نفسي مريح ملائم لسير البرنامج، كما عملت على بناء علاقة مؤسسة على المودة، والثقة، والألفة بينها، وبين أطفال المجموعة.

فيظهر الفرق بين المجموعتين بحيث أن المجموعة الضابطة لم تتلقى أي علاج بينما المجموعة التجريبية خضعت ل(19) جلسة من العلاج المعرفي السلوكي، وظهر التحسن في هذه المجموعة في انخفاض درجات القلق لديهم وتتنوع جلسات البرنامج بين جلسات فردية وجماعية بحيث تساعد الأطفال على التنفيس من انفعالاتهم، بواسطة فنية لعب الأدوار، ودمج كل طفل وسط أقرانه بواسطة فنية التعريض والمواجهة ليخرج الطفل من دائرة الانعزال، والتمركز حول ذاته كما ساهمت فنية الحوار الداخلي، وفنية حل المشكلات من تدريب الأطفال على إيجاد مختلف الحلول للمشاكل التي تواجههم، بالإضافة إلى أنها خففت من الأعراض الفسيولوجية للأطفال بالرغم من عدم وجود فرق دال إحصائيا في هذا البعد بين المجموعتين الضابطة والتجريبية، في حين كان هناك فرق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، إلا أننا لاحظنا فرقا بين متوسطات الدرجات، وأرجعته الباحثة إلى تقنية الاسترخاء حيث سعت الباحثة على التعريف بهذه التقنية للأطفال، وتبسيطها لهم، وتدريبهم على القيام بها داخل وخارج الجلسات وحرصها على وصولهم لمستوى عال من القدرة على الاسترخاء، ونفس النتيجة كانت مع بعد المظاهر الاجتماعية إذ كان هناك فروق في المتوسطات لكن لم تصل إلى مستوى الدلالة المعنوية، فترى الباحثة أن هذه نتيجة طبيعية تفسرها انطلاقا من مضمون البعد في حد ذاته، والذي يحتوي على العلاقات مع الزملاء، واللعب معهم، والحرص على عدم التصادم معهم أو التشاجر معهم، حيث يتميز هؤلاء الأطفال بالهدوء، وحرصهم الشديد على تجنب أغلب المواقف، وعلى الوصول إلى الكمال في علاقاتهم مع الآخرين حتى لا يسببوا الأذى لهم، ولا يتأذون هم أنفسهم، فهم شديدوا الحساسية، فأغلب الحالات صرحوا بأن مشاعرهم تنجح بسهولة، وأنه في حالة ما إذا وجه لهم أحد ملاحظة ما فإنهم لا يتوقفون عن التفكير بها، وتدور في رأسهم مئات الأفكار عن الانطباعات التي من الممكن أن يحملها الآخرون عنهم، كما أنهم يتجنبون إقام علاقات جديدة مع الغرباء، أو حتى التحدث إليهم، لخوفهم من

الرأي الذي سيبدونهم عنهم، لهذا سعت الباحثة على تعليم الأطفال عدم التركيز على الأفكار السلبية التي تدور بداخلهم، فتم تدريبهم على الحوار الداخلي مع الذات وتصحيح تفكيرهم الخاطئ وإقناعهم بأن التفكير في القلق هو الذي يزيد من حدته لذا يتوجب عليهم أن يفكروا بطريقة إيجابية تحد من مستوى القلق لديهم، كما تم تدريبهم على تقنية وقف الأفكار السلبية في هذه المواقف، فقبل التصرف بأي سلوك عليهم التفكير أولاً، وتوجيه خطاب لأنفسهم "قف، اهدأ، فكر جيداً فيما ستقوله أو ستفعله" بالإضافة إلى تطمين الذات وتهديئتها، من أجل خفض حدة التوتر والقلق.

2-3 مناقشة الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة على مقياس القلق لفيولا البيلوي بين القياسين القبلي والبعدي ولمعرفة صحة الفرضية قامت الباحثة بقيمة "T" لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين وأظهرت النتائج عدم وجود فرق دال احصائياً بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة على مقياس القلق لفيولا البيلوي بين القياسين القبلي والبعدي وهذا ما يؤكد صحة الفرضية الثالثة .

تفسر الباحثة هذه النتيجة بعدم تعرض أطفال المجموعة الضابطة للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

2-4 مناقشة الفرضية الرابعة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فعالية البرنامج المعرفي السلوكي بين الجنسين لصالح الذكور. أظهرت نتائج الفرضية وجود فرق دال إحصائياً في فعالية البرنامج العلاجي بين الجنسين لصالح الذكور هذا ما يؤكد صحة الفرضية، وتفسر الباحثة النتيجة المتوصل إليها إلى أن الإناث حصلوا على درجات مرتفعة في مقياس القلق أكثر من درجات الذكور، وبالتالي كان انخفاض درجات القلق عند الذكور أكثر من الإناث لأنهم في الأصل حصلوا على درجات أقل من الإناث، وهذه النتيجة تؤكد ما توصلت إليه الدراسات من أن انتشار القلق يكون بنسبة عالية عند الإناث، مقارنة بالذكور فقد أشار "أونطوني وسوينسون" (Antony et Swinson, 1996) في (5: Bourget, 2009) أن اضطرابات القلق تكون أكثر انتشاراً عند الإناث مقارنة بالذكور، باستثناء اضطراب الوسواس القهري أين يكون العلاج متساوياً عند الإناث والذكور.

2-5 مناقشة الفرضية الخامسة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق لفيولا البيلوي ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد شهر من المتابعة العلاجية لصالح القياس التتبعي.

أظهرت النتائج عدم وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس القلق، ومتوسطات نفس المجموعة بعد القياس التتبعي (بعد شهر)، هذا ما يؤكد صحة الفرضية الخامسة. يمكن تفسير هذه النتائج في ضوء أن آثار التدخل العلاجي استمر حتى فترة المتابعة والتي دامت شهراً كاملاً حيث أن الأطفال اكتسبوا مهارات وتقنيات أثناء فترة العلاج تساعدهم على الحد من الانتكاسة، وعودة الاضطراب لأن العلاج يهدف بالأساس إلى التقليل من قابلية التعرض للقلق الذي يكون فيه الخلل المعرفي من الأسباب الرئيسية للاضطراب، كما يزيد من حدته فيعمل بذلك العلاج على تعديل الأفكار الخاطئة لدى الطفل المضطرب، فينعكس ذلك على السلوك وعلى الجانب الانفعالي للطفل.

اتفقت نتائج هذه الفرضية مع نتائج الفرضية الخاصة بالقياس التتبعي لدراسة أسماء عبد الله العطية والتي لم تجد فروق دالة إحصائياً بين القياس البعدي، والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية، هذا ما يفسر عدم عودة الاضطراب للأطفال، واستفادتهم من التقنيات التي تعلموها خلال البرنامج العلاجي، والتي تضمنت طرق وأساليب الحد من الانتكاسة، ومواجه أي موقف قلق قد يصادف الأطفال مهما كانت شدته ودرجته.

2-6 مناقشة الفرضية السادسة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الصحة النفسية للمجموعة التجريبية على مقياس أونتاريو المعدل للصحة النفسية للأطفال في القياسين القبلي والبعدي.

أسفرت النتائج عن وجود فرق دال إحصائياً بين متوسطات الدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية في التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي، هذا ما يدل على تحسن مستوى الصحة النفسية للأطفال بعد تلقيهم العلاج المعرفي السلوكي، حيث ظهر هذا التحسن في بعد القلق حيث أظهرت النتائج انخفاضاً في درجات القلق، كما انخفضت درجات كل من بعدي قلق الانفصال والإكتئاب، كما لوحظ انخفاضاً في درجات اضطراب النشاط الزائد ونقص الإنتباه، بينما لم يكن هناك أي انخفاض في درجات الاضطرابات السلوكية ودرجات الاضطرابات العدائية، وتفسر الباحثة هذه النتائج إلى تأثير البرنامج العلاجي في تحسين مستوى الصحة النفسية للأطفال الدراسة، ومس هذا التأثير خفض درجات القلق وقلق الانفصال والإكتئاب وكذا درجات اضطراب النشاط ونقص الإنتباه، وهو هدف الدراسة الحالية كما أثر في خفض درجات قلق الانفصال، ودرجات الاكتئاب لدى هذه العينة، وكما أشارت الدراسات أن للقلق تأثيرات سلبية ترجع على شخصية الطفل، وعلى صحته النفسية بشكل شامل فالقلق المزمن في الطفولة يؤدي

حسب (أحمد عبد الخالق، 2000: 66) إلى إضطرابات في العادات كقضم الأظافر والتبول اللاإرادي والمخاوف المرضية.

تنبه الباحثة إلى ملاحظة مهمة وهي أن درجات الأطفال في كل من بعد قلق الانفصال، ودرجات النشاط الزائد، ونقص الانتباه، وكذا درجات الاكتئاب لم تكن مرتفعة جدا في القياس القبلي حتى تصل إلى درجة الاضطراب الشديد، وإنما كانت في حدود العادي خصوصا في بعد النشاط الزائد، ونقص الانتباه، وربما يرجع التحسن إلى تحسن الأطفال في مستوى التركيز، والانتباه، حيث يعرف لدى الأطفال المصابين بالقلق المعم أن نسبة التركيز والانتباه لديهم منخفضة، حيث أن تركيزهم يكون بشكل أكبر على المثيرات القلقة، أما في قلق الانفصال فنرجع التحسن إلى تقليلهم من الخوف الزائد على أوليائهم، أو ان شيئا سيحدث، ويبعدهم عنهم.

أما في بعد الاكتئاب فلاحظت الباحثة أن قلق الأطفال الزائد، ولد لهم إحساسا بالملل والتشاؤم، واليأس، والتوقع الدائم للكوارث، فساهم بذلك البرنامج العلاجي في تغيير هذه الأفكار من خلال تقنية إعادة البناء المعرفي، وذلك بتدريب الأطفال على استبدال الأفكار السلبية والتشاؤمية، واللامنطقية، بأفكار إيجابية، تفاعلية، ومنطقية.

2-7 مناقشة الفرضية السابعة:

تنص الفرضية السابعة على "وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطات الدرجة الكلية للصحة النفسية على مقياس أوناريو المعدل للصحة النفسية للأطفال، ومتوسطات درجة كل بعد من أبعاد المقياس للمجموعتين التجريبية، والضابطة"

أسفرت النتائج عن وجود فرق دال إحصائيا في متوسطات الدرجة الكلية لمقياس أوناريو المعدل للصحة النفسية للأطفال، بين المجموعتين التجريبية، والضابطة، هذا ما يؤكد صحة الفرضية السادسة في أن البرنامج العلاجي ساهم في تحسين مستوى الصحة النفسية للأطفال، وتجلت في بعد القلق حيث انخفضت درجاته بشكل ملحوظ، فكان هناك فرق دال إحصائيا بين المجموعتين التجريبية والضابطة، لصالح المجموعة التجريبية، في حين لم يكن هناك تأثيرا للبرنامج العلاجي على بعد إضطراب المسلك، والاضطرابات العدائية، هذا ما يؤكد النتائج المتوصل إليها في الفرضية السادسة، وتفسر الباحثة ذلك بالاستناد إلى مضمون هذين البعدين، حيث أن إضطرابات المسلك تضم سلوكيات السرقة والهروب، والكذب والغش، أما إضطرابات المعارضة، فتتمثل في مختلف السلوكيات العدوانية ضد الآخر، كعدم احترام الآخرين، والاعتداء عليهم جسديا باستخدام وسائل خطيرة، فهذه السلوكيات لا تتواجد أصلا عند

الأطفال المصابين باضطراب القلق المعمم، وهذا ما اكدته الدرجات التي حصل عليها الأطفال، والتي لا تصل إلى حد الاضطراب.

أما بعد إضطراب النشاط الزائد، وقلق الانفصال، وبعد الاكتئاب، فبالرغم من وجود فروق في المتوسطات إلا أنها لم تصل إلى مستوى الدلالة المعنوية، وتفسر الباحثة هذه النتيجة، من خلال مضمون هذه الأبعاد فأكما أشرنا في تفسير الفرضية السابقة، بأن درجات الأطفال في هذه الأبعاد لم تصل إلى حد الاضطراب، فالعلاج استهدف الأعراض المشتركة بين إضطراب القلق المعمم، واضطراب النشاط الزائد، ونقص الإنتباه، فكان التحسن على مستوى الإنتباه والتركيز، لأن معظم الحالات صرحت بأنها لا تستطيع التركيز أثناء القيام بواجباتها المدرسية، لاستغراقها الشديد بالهواجس، والأفكار التي تتتابها، وكأنها تحمل مشاكل العالم بأجمع على كتفيها.

كما استهدف العلاج الأعراض المشتركة بين إضطراب القلق المعمم، وبين قلق الانفصال، من خلال تقنية إعادة البناء المعرفي، وإقناع الاطفال بأن خوفهم الشديد على الأب أو الأم خوف مبالغ فيه، فأحد الحالات وكانت طفلة، كان لديها قلق شديد على أمها التي كانت في المستشفى، حيث كانت تأتيها أوهام بأن أمها ستموت، وأنها ستصبح يتيمة، ولا تجد من تلجأ، إليه، فتدخل في نوبات من البكاء، فحاولت الباحثة إقناعها بأن خوفها مبالغ فيه، وأن أمها دخلت المستشفى لتجرب أختها، وستحضر للمنزل قريباً، وهناك العديد من الأمهات اللواتي يدخلن للمستشفى، وبعد العلاج يشفون، فاقتنعت الطفلة بهذا الحوار، وخفت نوبات البكاء لديها.

استهدف العلاج أيضا الأعراض المشتركة بين إضطراب القلق المعمم، وبين الاكتئاب، حيث تدرّب الأطفال على إيقاف الأفكار التشاؤمية عن وقوع الكوارث، وعن الموت، حيث تم توضيح مفهوم الموت للأطفال، حيث صرح أغلب الحالات أن هذا المصطلح يعد من المصطلحات المخيفة، وذلك لارتباط هذا المفهوم بأفكار، وصور سلبية لديهم، كتوقف الحياة.

فأحد الحالات صرحت بانني أول مرة أسأل هذا السؤال ما هو الموت؟ كنت اعيش هائلة البال سعيدة فرحة لم أفكر يوماً بهذا الأمر، حتى سمعت بوفاة أحد أقربائي، وكنت أعرفه جيدا فتأثرت لذلك كثيرا، وبدأت تتتابني افكار عديدة منها سأموت أنا أيضا، ولماذا توفي ذلك الشخص، وغيرها من الأفكار، فحاولت الباحثة مع هذه الحالة، بتبسيط فكرة الموت، وان الموت ليس نهاية الحياة بل هو انتقال لحياة اخرى، ويجب أن تعيش حياتها الطبيعية، ولا تقلق من هذه الأفكار أبدا، وغيرها من الأحاديث، وطلبت

الباحثة من الحالة ترديد هذه الاحاديث يوميا عندما تتتابها هذه الأفكار، فتحسنت الحالة بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

كما تفسر الباحثة عدم تحسن أفراد المجموعة الضابطة إلى عدم تلقىهم للبرنامج العلاجي، وإلى أي برنامج علاجي آخر، حيث ظل مستوى القلق لديهم مرتفعا في القياسين القلبي، والبعدي، هذا ما يؤكد أن التغيير الذي حصل في أفراد المجموعة التجريبية كان من تأثير البرنامج العلاجي المعد.

خلاصة الدراسة والمقترحات:

لقد تبنت هذه الدراسة فئة الأطفال من تلامذة المدارس الابتدائية، حيث عمدت الباحثة إلى الكشف عن ظاهرة مرضية شدد انتباه الباحثين إليها في الآونة الأخيرة، والتي تمثل خطرا على الصحة النفسية لديهم، وعلى أدائهم الدراسي، وهي القلق المعم عند الأطفال، وذلك في محاولة منها للمساهمة في علاج الأطفال من ذوي القلق المعم، ومن هنا تكتسي هذه الدراسة أهميتها كونها تمثل جهدا علاجيا لا مجرد وصف للظاهرة، وهو الأمر الذي نحن في أمس الحاجة إليه، حيث يمكن لمثل هذه البرامج العلاجية أن تقدم خدمة فعالة لمن هم يعانون من هذا الاضطراب الذي يسبب للأطفال إعاقة لمجالات مختلفة في حياتهم الاجتماعية، والدراسية والأسرية.

هذا العجز الذي يؤدي عند الكثيرين من مرضى القلق المعم إلى اضطرابات نفسية أخرى كالاكتئاب، وتدهور مستوى الصحة النفسية لديهم، فعلاج الأطفال من هذا الاضطراب يساعدهم على تأكيد ذواتهم، ورفع مستوى ثقافتهم بأنفسهم، والنجاح في علاقاتهم الشخصية، وتحسين مستوى الصحة النفسية لديهم وتتلخص الأهداف المحققة من هذه الدراسة في ما يلي:

-إعادة حساب الخصائص السيكومترية لمقياس القلق المعم لفيولا البيلايوي(1987) بما يلائم البيئة الجزائرية.

-إعادة حساب الخصائص السيكومترية لمقياس أونتاريو المعدل للصحة النفسية للأطفال بما يلائم البيئة الجزائرية أيضا.

-بناء مقابلة تشخيصية مقننة، والتي يمكن أن تستخدم في التشخيص سواء في البحوث العلمية أو في العيادات النفسية.

-بناء برنامج معرفي سلوكي معتمد على أحدث الدراسات في مجال علاج القلق المعم للأطفال، وهو من أولى البرامج على مستوى الوطن، على حد علم الباحثة، والذي استخدمت فيه تقنيات معرفية، وأخرى سلوكية.

وعليه تقترح الباحثة زيادة دراسة مثل هذه الاضطرابات النفسية والإسهام الفعلي في علاجها باستخدام برامج علاجية مختلفة مسابرة.

وفي الأخير تبقى نتائج هذه الدراسة في إطار حدودها البشرية والمكانية والزمانية المشار إليها في الفصل الأول، إلا أنها تمثل نقطة عبور هامة، ورجعا أساسيا لمزيد من الأبحاث والدراسات، وباستخدام أدوات أخرى، وعلى عينات مختلفة في الجنس والعمر والتعليم.

واستكمالاً للجهد الذي بذلته الباحثة، ولنتائج هذه الدراسة، ترى الباحثة إمكانية القيام بدراسات أخرى في مجال اضطرابات القلق المعمم، حيث تقدم الباحثة مجموعة من المقترحات، وهي:

- إجراء دراسات مماثلة على فئة المراهقين.
- إجراء مسح عام لقياس مدى انتشار اضطراب القلق المعمم بين الأطفال وغيرهم.
- إجراء دراسات يتم من خلالها المقارنة بين أسلوبين أو أكثر من العلاجات.
- إجراء دراسات طويلة لتتبع تطور اضطراب القلق المعمم لدى عينة من الأطفال.
- دراسة العلاقة بين سمات الأولياء، وأطفالهم الذين يعانون من اضطراب القلق.
- دراسة فعالية البرامج العلاجية الموجهة للأولياء، من خلال استخدام تقنيات معرفية، سلوكية، من أجل التعامل مع الأطفال المصابين باضطراب القلق المعمم.

قائمة المراجع:

1- قائمة المراجع باللغة العربية:

- 1- إبراهيم عبد الستار وآخرون (1978) ، العلاج السلوكي للطفل، المجلس الوطني للثقافة والفنون، الكويت.
- 2- إبراهيم زيزي السيد (2006) .العلاج المعرفي للاكتئاب، القاهرة.
- 3- إبراهيم عبد الستار (1990) .العلاج النفسي الحديث، المجلس الوطني للثقافة والفنون والاداب، الكويت.
- 4- أحمد حامد الغامدي (25 08, 2011)، النظريات المفسرة للقلق. تاريخ الاسترداد 27 11, 2012، من [http://bafree.net/alhish/showthread.php?t=128558](http://bafree.net/alhish/showthread.php?t=128558&page=1)
- 5- أحمد عكاشة (1998)، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة.
- 6- أديب محمد الخالدي (2009)، المرجع في الصحة النفسية-نظرية جديدة، ط1، دار وائل للنشر، عمان.
- 7- أسامة فاروق مصطفى (2011)، مدخل إلى الإضطرابات السلوكية الانفعالية: الأسباب، التشخيص،العلاج، دار المسيرة، الأردن.
- 8- أسماء عبد الله محمد العطية (2001)، فعالية برنامج علاجي معرفي في خفض درجات القلق الشائعة لدى عينة من الاطفال بدولة قطر، أطروحة دكتوراه، قطر .
- 9- أحمد عبد الخالق(2000) ، الدراسة التطورية للقلق، دار المعرفة الجامعية.
- 10- إبتسام عبد الله الزغبى، علاج القلق، تاريخ الإسترداد 03 02, 2014 من أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة : http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_art&ArtCat=3&id=1435
- 11- الزيود نادر فهمي(2008) ، نظريات الارشاد والعلاج النفسي، ط2، دار الفكر، عمان.
- 12- صباح السقا(2009) ، العلاج المعرفي-السلوكي للاكتئاب .
- 13- الشناوي محمد محروس(1997) ، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي موسوعة الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للنشر والطباعة والتوزيع، القاهرة.
- 14- الشناوي محمد محروس (1998) .نظريات الارشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.
- 15- الشوريجي نبيلة عباس (2003) ، المشكلات النفسية للطفل أسبابها-علاجه، دار النهضة العربية، القاهرة.
- 16- الصفدي عصام ومروان أبو حويج (2009) المدخل إلى الصحة النفسية، ط1، دار المسيرة، القاهرة.
- 17- عبد العزيز مفتاح محمد (2001) .علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 18- العمري ، ع .ا (2002) الأفكار اللاعقلانية لدى عينتين من مرضى الإكتئاب، رسالة ماجستير .
- 19- الغامدي حامد أحمد جانفي (2010) ، مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف، مجلة جامعة ام القرى للعلوم التربوية والنفسية.2 ،
- 20- الغامدي حامد أحمد (25 08, 2011) ، تفسير النظرية المعرفية للقلق، تاريخ الإسترداد, 27 11, 2012 من <http://bafree.net/alhish/showthread.php?t=128558&page=1> : الحصن النفسي

- 21- الغامدي حامد أحمد (2010) ، مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الطائف، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية 12-51 .
- 22- ألفت كحلة (2009)، العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي لمرضى الاكتئاب، ايتراك.
- 23- عبد الله محمد قاسم (2012) ، نظريات الارشاد والعلاج النفسي، دار الفكر ، عمان.
- 24- المشاقبة محمد (2008) ، مبادئ الإرشاد النفسي، دار المناهج، الأردن .
- 25- المعطوي سارة محمد (2010) ، دور ممارسة الالعاب في خفض القلق لذوي الاعاقات الجسدية الحركية بمؤسسة رعاية الاطفال المشلولين بالطائف.
- 26- بالمر ستيفين وآخرون(2008) ، العلاج المعرفي السلوكي المختصر، ايتراك، القاهرة.
- 27- بشير معمريه (2012)، أساسيات القياس النفسي وتصميم أدواته للطلاب الباحثين في علم النفس والترقية، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الجزائر .
- 28- بكيري نجية (2012) ، أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الاعراض النفسية لدى السكرين، رسالة دكتوراه.
- 29- بلميهوب كلتوم(2012) ، العلاج المعرفي السلوكي لإضطرابات القلق المعمم-دراسة حالة، دراسات نفسية, 5 , 147-157.
- 30- بيك أرون (2000) ، العلاج المعرفي و الاضطرابات الانفعالية) ، تر: عادل مصطفى، دار النهضة العربية.
- 31- نيسير حسون (2004)، المرجع السريع الى المعايير التشخيصية من الدليل التشخيصي والاحصائي المعدل الرابع للامراض العقلية. دمشق.
- 32- خليل عبد الرحمن المعايطه مصطفى نوري القمش (2007)، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار الميسرة، الأردن.
- 33- دافيد شيهان(1988) ، مرض القلق ، تر: عزت شعلان، المجلس الوطني للثقافة والفنون والاداب، الكويت.
- 34- ربيع محمد شحاتة(2010) ، أصول علم النفس، ط1 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
- 35- رضوان سامر جميل (2007) ،الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن.
- 36- روبي محمد (2013)، الأفكار اللاعقلانية عند المراهقين، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الجزائر .
- 37- زهران حامد (2005) .الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط4، عالم الكتاب، القاهرة .
- 38- سعد مبارك سالم العلوني (2008-2009)، فاعلية تقنيات الإسترخاء العضلي في تخفيض درجات القلق لدى عينة من المرضى المدمنين في مستشفى الأمل بجدة، رسالة ماجستير.
- 39- شقير زينب محمود (2002) ، علم النفس العيادي والمرضى للأطفال والراشدين، دار الفكر طنطا ، .
- 40- طارق عبد الرؤوف عامر ربيع محمد (2008)، تدريب الاطفال ذوي الاضطرابات السلوكية ، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع. عمان، الاردن .
- 41- طه عبد العزيز، مبادئ الإرشاد والتوجيه النفسي، تاريخ الإصدار 03, 2014 من د.محمد أيمن طه عبد العزيز كلية التربية-جامعة الخرطوم/<http://aymantaha.files.wordpress.com> :

- 42- طه عبد العظيم (2007)، العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات، دار الوفاء.
- 43- طه عبد العظيم (2008) ، استراتيجيات تعديل السلوك للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة، ط1، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية.
- 44- طه عبد العظيم(2008) ، الارشاد النفسي للاطفال العاديين وذوي الإحتياجات الخاصة، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية.
- 45- عادل محمد عبد الله(2000) ، العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، دار الرشد، القاهرة.
- 46- عبد الرحمن عبد الله فرحان العمري (2002)، الأفكار اللاعقلانية لدى عينتين من مرضى الإكتئاب، ومرضى القلق مقارنة بالعاديين، ماجستير.
- 47- عبد الستار ابراهيم و اخرون. (1993). العلاج السلوكي للطفل اساليبه و نماذج من حالاته.
- 48- عتروس نبيل (2013) ، فاعلية برنامج إرشادي لتخفيف بعض لمشكلات السلوكية لدى أطفال ما قبل المدرسة، أطروحة دكتوراه.
- 49- عسكر عبد الله (2005) ، الاضطرابات النفسية للاطفال، مكتبة الانجلوسكسونية، القاهرة.
- 50- فاروق الروسان (2012)، تعديل و بناء السلوك الانساني، ط3، دار الفكر، عمان.
- 51- فايد حسن (2006) ، العلاج النفسي أصوله تطبيقاته اخلاقياته، طيبة، القاهرة.
- 52- فخري الدباغ (1973)، أصول الطب النفساني. دار الطليعة، بيروت.
- 53- فرج صفوت (2007) ، القياس النفسي، محمد عبدالكريم حسان، القاهرة.
- 54- فقيه العيد (2011)، نحو تأصيل مفهوم الصحة النفسية، ط1، كنوز للنشر والتوزيع، الجزائر.
- 55- فوقية حسن رضوان (2003)، دراسات في الاضطرابات النفسية :تشخيص-علاج، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
- 56- قاسم عبد الله(2012) ، نظريات الارشاد والعلاج النفسي، ط2 دار الفكر، عمان.
- 57- كامل لويس مليكة(1990) ، العلاج السلوكي والتعديل السلوكي، دار القلم للنشر والتوزيع.
- 58- كمال حسن وهبي، عبد المجيد الخليدي(1997) ، الامراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الاطفال، ط1، دار الفكر العربي، بيروت.
- 59- مدحت عبد الحميد أبو زيد(2003) ، علم النفس الطفل قلق الأطفال، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 60- محمد السيد عبد الرحمن محمد محروس الشناوي (1998)، العلاج السلوكي الحديث اسسه وتطبيقاته، دار قباء، القاهرة.
- 61- محمد حسن العمارة (2007)، المشكلات الصفية :السلوكية -التعليمية -الأكاديمية، دار الميسرة، الأردن.
- 62- محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمان (1998)، العلاج السلوكي الحديث، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

- 63- محمد إبتسام بودي (2013)، قلق الحالة والسمة دراسة مقارنة بين مرحلتي الجامعية الثانوية، أطروحة دكتوراه . ماليزيا.
- 64- ملحم محمد سامي(2007) ، مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، دار المسيرة، عمان.
- 65- ملحم محمد سامي(2007) ، المشكلات النفسية عند الأطفال، ط1، دار الفكر، عمان.
- 66- بكيري نجية (2011-2012) .أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأمراض النفسية للسكريين، رسالة دكتوراه.
- 67- نيفين صابر عبد الحكيم السيد (جويلية، 2009)، ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك اللاتوافقي للأطفال المعرضين للانحراف. مجلة كلية الآداب-جامعة حلوان-، 26.
- 68- هاني رمزي عوض، القلق المرضي عند الاطفال ...عواقب وخيمة و على المدى الطويل، تاريخ الإسترداد (31 12, 2010) من الشرق الاوسط جريدة العرب الدولية
<http://archive.aawsat.com/details.asp?section=15&article=601737&issueno=11721#>.
 . VR_scvyG8mY
- 69- هلال الحسيني، الفصل الثالث- الدراسات السابقة، وفروض الدراسة، تاريخ الإسترداد، 2012, 11, 1 ، من اطفال الخليج ذوي الإحتياجات الخاصة
http://www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_res&r_id=68&topic_id=931
- 70- هوفمان .(2012) .العلاج المعرفي السلوكي المعاصر(الحلول النفسية لمشكلات الصحة النفسية، تر: مراد علي عيسى، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 71- وردة بلحسيني(2011) ، أثر برنامج معرفي-سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة دراسة تجريبية بجامعة قاصدي مرياح بورقلة رسالة دكتوراه.

2- قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

- 72- Beauchamp, J. (2009). *Implantation et évaluation d'un traitement cognitivo-comportemental concernant le*.
- 73- Beck,A. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: international Universities Press.
- 74- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*,. New York.: international Universities Press,.
- 75- Beidel, D. C. (2005). *Childhood of anxiety disorder,a guide of research and traitement*. NewYourk: Routledge Taylor et Francis Group.
- 76- Bisson, M. (2008). *La prévention des troubles anxieux à l'enfance*.
- 77- Bourget, O. (2009). *Programme d'habHetés parentales implanté dans un groupe d'entraide pour la prévention de l'anxiété chez les enfants entre 3 à 7 ans*. Montréal.

- 78- Bouvard, M. (2006). *Les troubles obsessionnels compulsifs: principes, thérapies, applications*. Paris: Masson.
- 79- Bouvette, J. B. (2010). Trouble d'anxiété généralisée: Savoir le reconnaître et comprendre son impact sur le fonctionnement cognitif. *Santé mentale de Québec*, 221-245.
- 80- Campbell, M. (2003). Prevention and intervention disorders in children and adolescents: a whole school approach. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 47-62.
- 81- Cause, C. (2006). *Vivre avec un enfant hyperactif "comprendre la maladie et acquies les bons réflexes"*. Alpen.
- 82- Connolly, S., Simpson, D., & Petty, C. (2006). *Anxiety Disorder*. Shelsea Howse.
- 83- Cottraux, J. (2011). *La psychothérapie comportementale et cognitive* (éd. 5). Paris: Elsevier, Masson.
- 84- Cynthia suvey, M. L. (2009). Generalized anxiety disorder youth. *Behavioral psychology/Psychologia Conductual*, 17, 41-66.
- 85- Dobson, & Dozois. (2010). *Handbook of cognitive behavioral therapies* (éd. 3). New York: The Guilford Press.
- 86- Dumas, J. (2002). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (éd. 2). Bruxelles: de Boeck.
- 87- Dumas, J. (2008). *L'enfant anxieux: Comprendre la peur de la peur et redonner courage* (éd. 2). Bruxelles: de Boeck.
- 88- Dumas, J. (2013). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles: De Boeck.
- 89- Eric J. Mash, D. A. (2009). *Abnormal child psychology*. USA: Wadsworth.
- 90- Gendreau, P. L., & Turgeon, L. (2007). *Les troubles anxieux chez l'enfant et adolescent*. Marseille: Solal éditeur.
- 91- Hedl, J. P. (1978). *Psychometric Characteristics and norms for Disadvantaged and Norms for Disadvantaged Third and Fourth Grade Children on the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 115-120.
- 92- Hervé christelle, B. D. (2008). *Psychopathologie des affects et des conduites chez l'enfant et l'adolescent* (éd. 1). Bruxelles: De Boeck.
- 93- James A; Soler Aweatherall R. (2007). cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *(Review) Cochrane Collaboration*, 12-18.
- 94- Jonathan Huppert. (2002). *Psychotherapy for Generalized Anxiety*. Récupéré sur <https://www.google.dz/#q=11-%09Jonathan.D,+H.,+%26+William+C,+S.+Psychotherapy+for+generalized+anxiety+disorder&spell=1>
- 95- Jonathan D, H., & William C, S. (n.d.). *Psychotherapy for generalized anxiety disorder*.
- 96- Kendall, P., & Mahoney. (1996). *Cognitive behavioral therapies with youth*.
- 97- Kendall, P., Mahoney. (1996). *Cognitive behavioral therapies with youth guiding*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61.

- 98- Ladouceur, R., Boisvert, J. M., & Marchand, A. (1999). *Les troubles anxieux Approche cognitive et comportementale*. Paris: Masson.
- 99- Leblanc, R., Dugas, M.-J., GadT, A., & Turcotte, J. (2006). *Le traitement conitivo-comportementale d'une patiente atteinte du trouble d'anxiété généralisées*. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive.
- 100- NHS. (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults*.
- 101- Parent, L. T. (2012). *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents* (Vol. 1). Québec: Press université de Québec.
- 102- Psychiatric, A. A. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 ed.). Washington: DC: Author.
- 103- Radat, F. (1998). *les états anxieux*. France: Doin.
- 104- Rosso, M.-J. (2011). *Détective Cognitivo : Intervention cognitive-comportementale destinée à des enfants de 9 à 12 ans présentant une symptomatologie anxieuse*. Montréal.
- 105- Spielbeger, B. J. (1992). *Advances in personality assessment* (Vol. 9). United States of America: Lawernese Erlbaum Associates.Inc.
- 106- Sunderson, W., & Jayne, R. (2004). *Treating generalized anxiety disorder*. The Guilford Press: New York.
- 107- Thabet .A et al (2014). *Mental health an quality of disable Palestinian children in the Gaza Strip*. Al Quds University-School of public health, Gaza brunch.
- 107- Turgeon, L., & Parent, S. (2012). *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents*. Québec: Press del'université de Québec.
- 108- Weatherall, J. A. (2005). *cognitive behaviorel therapy for onxiety desorders in children and adolescents*. cochance database of sytematic review.
- 109- Zlotowicz, M. (1963). *La question de l'anxiété chez les enfants d'âge scolaire.Méthodologie et essai expérimental*. Enfance, 16(3), 263-276.

الملاحق :

- (1) الملحق رقم
- (2) الملحق رقم
- (3) الملحق رقم
- (4) الملحق رقم
- (5) الملحق رقم
- (6) الملحق رقم
- (7) الملحق رقم
- (8) الملحق رقم
- (9) الملحق رقم
- (10) الملحق رقم
- (11) الملحق رقم
- (12) الملحق رقم

الملحق رقم (1)

مقياس القلق المعمم للأطفال قبل التعديل
(كراسة الأسئلة والإجابة)

تأليف :

كاستانيدا ، ماك كاندلس ، بالرمو

إعداد :

دكتورة فيولا البيلوي

إعادة صياغة :

سارة محمد القحطاني

الناشر

مكتبة الانجلو المصرية

165 شارع محمد فريد - القاهرة

بيانات عامة

الاسم: _____ الصف الدراسي : _____

المدرسة : _____ الجنس : ولد / بنت

تاريخ الميلاد : _____

التعليمات :

أقرأ كل عبارة من العبارات التالية بعناية ، اعمل دائرة حول كلمة (نعم) إذا كنت تعتقد أن العبارة تنطبق عليك ، أو أعمل دائرة حول كلمة (لا) إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك . أي أنك تجيب على كل عبارة إجابة واحدة بعمل دائرة واحدة حول (نعم) أو (لا) .

لا	نعم	1- من الصعب علي أن أركز عقلي في أي شيء.
لا	نعم	2- أصبح عصبياً إذا لاحظتني أحد وأنا أعمل .
لا	نعم	3- أشعر أنني لازم أكون أحسن واحد في كل شيء .
لا	نعم	4- وجهي يحمر بسرعة .
لا	نعم	5- أنا أحب كل واحد أعرفه .
لا	نعم	6- أحياناً قلبي يدق بسرعة شديدة .
لا	نعم	7- أحياناً أشعر أنني أريد أن أصرخ .
لا	نعم	8- أتمنى لو أقدر أترك هذا المكان وابتعد عنه.
لا	نعم	9- يتهياً لي أن الأطفال الآخرين يقدروا يعملوا حاجات بسهولة أكثر مني .
لا	نعم	10- أنا دائماً أكسب في اللعب وما أخسر .
لا	نعم	11- أنا بيني وبين نفسي أخاف من حاجات كثيرة .

لا	نعم	12- أنا أشعر إن الأطفال الآخرين لا تعجبهم الطريقة التي أعمل بها الأشياء
لا	نعم	13- أنا أشعر أنني وحدي حتى عندما يكون الناس من حولي .
لا	نعم	14- عقلي لا يفكر جيداً .
لا	نعم	15- أصبح عصبياً عندما لا تكون الأمور مثل ما أريد .
لا	نعم	16- أشعر بالضيق والزهق معظم الوقت .
لا	نعم	17- أنا دائماً طيب .
لا	نعم	18 - أتضايق من كلام والديّ معي .
لا	نعم	19- أوقات كثيرة أشعر أنني لا أستطيع أن أتنفس جيداً .
لا	نعم	20 - أنا أغضب بسرعة .
لا	نعم	21 - أنا دائماً تصرفاتي صح .
لا	نعم	22- أشعر كثيراً أن يدي تعرق .
لا	نعم	23- أذهب إلى دورة المياه أكثر من الآخرين .
لا	نعم	24- أشعر أن الأطفال الآخرين أسعد مني .
لا	نعم	25- يقلقني رأي الناس فيني .
لا	نعم	26- أأقاي صعوبة في ابتلاع الطعام والشراب .
لا	نعم	27- أكون مشغول ومهموم بأشياء يتضح لي لاحقاً أن لا أهمية لها في الحقيقة
لا	نعم	28 - مشاعري تنجح بسهولة .
لا	نعم	29 - دائماً مشغول بأن كل حاجة أعملها تكون صح .
لا	نعم	30- أنا دائماً جيد .
لا	نعم	31- دائماً لدي قلق على الأشياء التي ستحصل لاحقاً .
لا	نعم	32- كثيراً لا أستطيع أن أذهب للنوم بالليل .
لا	نعم	33- يقلقني أنني كيف أكون جيداً في المدرسة .
لا	نعم	34 - أنا دائماً لطيف مع كل واحد .
لا	نعم	35 - مشاعري تنجح بسهولة إذا أحد وبخني أو أنبني .
لا	نعم	36 - أنا أقول الحقيقة في كل الأوقات .

لا	نعم	37 - غالباً أشعر بالعزلة لما أكون مع الناس .
لا	نعم	38 - أحياناً أشعر أن أحداً سيقول لي أنني أعمل أشياء بطريقة غلط .
لا	نعم	39- أنا أخاف من الظلام .
لا	نعم	40- لا أستطيع أن أركز في دراستي .
لا	نعم	41 - أنا عمري ما أغضب .
لا	نعم	42- كثيراً ما اشعر بوجع في معدتي .
لا	نعم	43- أنا أكون متضايق عندما أدخل أنام بالليل.
لا	نعم	44- في الغالب أعمل حاجات أتمنى أنني لم أعملها أبداً .
لا	نعم	45- كثيراً أشعر أن عندي صداع (رأسي يؤلموني) .
لا	نعم	46- أقلق كثيراً على ما يمكن أن يحصل لوالدي .
لا	نعم	47- أنا عمري ما أقول حاجة لا يمكن إنني أقولها
لا	نعم	48- أنا أتعب بسرعة .
لا	نعم	49- من الأشياء الجيدة أن الواحد يحصل على درجات عالية في المدرسة .
لا	نعم	50- كثيراً ما أحلم بأحلام مزعجة .
لا	نعم	51- أنا عصبي .
لا	نعم	52- أنا عمري ما أكذب.
لا	نعم	53- في الغالب أكون مشغول وقلق من أي شيء سيء سيحصل لي .

الملحق رقم (2)

مقياس القلق المعمم بعد التعديل

بيانات عامة:

الإسم: السنة الدراسية:

المدرسة: الجنس: ولد بنت

تاريخ الميلاد:

عدد الإخوة: الترتيب بين الإخوة:

مهنة الأب: مهنة الأم:

إقلب الورقة وأجب (ي) على الأسئلة

التعليمات :

أقرأ كل عبارة من العبارات التالية جيداً، إعمل دائرة حول كلمة (نعم) إذا كنت تعتقد أن العبارة تنطبق عليك، أو إعمل دائرة حول كلمة (لا) إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك . أي أنك تجيب على كل عبارة إجابة واحدة بعمل دائرة واحدة حول (نعم) أو (لا) .

لا	نعم	1- من الصعب علي أن أركز في أي شيء .
لا	نعم	2- أصبح عصبياً إذا لاحظتني أحد وأنا أعمل .
لا	نعم	3- أشعر أنني يجب أن أكون أحسن واحد في كل شيء .
لا	نعم	4- وجهي يحمر بسرعة .
لا	نعم	5- أنا أحب كل واحد أعرفه .
لا	نعم	6- أحياناً قلبي يدق بسرعة شديدة .
لا	نعم	7- أحياناً أشعر أنني أريد أن أصرخ .
لا	نعم	8- أتمنى لو أنني أستطيع ترك هذا المكان وابتعد عنه.
لا	نعم	9- يتهياً لي أن الأطفال الآخرين يقدروا فعل أشياء بسهولة أكثر مني .
لا	نعم	10- أنا دائماً أربح في اللعب ولا أخسر .
لا	نعم	11- أنا بيني وبين نفسي أخاف من أشياء كثيرة .
لا	نعم	12- أنا أشعر أن الأطفال الآخرين لا تعجبهم الطريقة التي أعمل بها الأشياء
لا	نعم	13- أنا أشعر أنني وحدي حتى عندما يكون الناس من حولي .
لا	نعم	14- عقلي لا يفكر جيداً .
لا	نعم	15- أصبح عصبياً عندما لا تكون الأمور مثل ما أريد .
لا	نعم	16- أشعر بالضيق والملل معظم الوقت .
لا	نعم	17- أنا دائماً طيب .
لا	نعم	18 - أتضايق من كلام والديّ معي .
لا	نعم	19- أوقات كثيرة أشعر أنني لا أستطيع أن أتففس جيداً .

لا	نعم	20 - أنا أغضب بسرعة .
لا	نعم	21 - أنا دائماً تصرفاتي صحيحة .
لا	نعم	22- أشعر كثيراً أن يدي تعرق .
لا	نعم	23- أذهب إلى دورة المياه أكثر من الآخرين .
لا	نعم	24- أشعر أن الأطفال الآخرين أسعد مني .
لا	نعم	25- يقلقني رأي الناس حولي.
لا	نعم	26- أجد صعوبة في ابتلاع الطعام والشراب .
لا	نعم	27- أكون مشغول ومهموم بأشياء يتضح لي لاحقاً أن لا أهمية لها في الحقيقة
لا	نعم	28 - مشاعري تتجرح بسهولة .
لا	نعم	29 - دائماً مشغول بأن أي شيء أقوم به يجب أن يكون صحيحاً .
لا	نعم	30- أنا دائماً جيد .
لا	نعم	31- دائماً لدي قلق على الأشياء التي ستحصل لاحقاً .
لا	نعم	32- كثيراً لا أستطيع أن أذهب إلى النوم في الليل .
لا	نعم	33- يقلقني أنني كيف أكون جيداً في المدرسة .
لا	نعم	34 - أنا دائماً لطيف مع كل شخص .
لا	نعم	35 - مشاعري تتجرح بسهولة إذا أحد وبخني أو أنبني .
لا	نعم	36 - أنا أقول الحقيقة في كل الأوقات .
لا	نعم	37 - غالباً أشعر بالعزلة عندما أكون مع الناس .
لا	نعم	38 - أحياناً أشعر أن أحداً سيقول لي أنني أعمل أشياء بطريقة غلط .
لا	نعم	39- أنا أخاف من الظلام .
لا	نعم	40- لا أستطيع أن أركز في دراستي .
لا	نعم	41 - أنا في حياتي لم أغضب .
لا	نعم	42- كثيراً ما اشعر بوجع في معدتي .
لا	نعم	43- أنا أتضايق عندما أدخل للنوم في الليل.
لا	نعم	44- في الغالب أعمل أشياء أتمنى أنني لم أعملها أبداً .

لا	نعم	45- كثيراً أشعر أن عندي صداع (رأسي يؤلموني) .
لا	نعم	46- أقلق كثيراً على ما يمكن أن يحصل لوالدي .
لا	نعم	47- أنا في حياتي لا أقول شيء لا يمكن إنني أقوله
لا	نعم	48- أنا أتعب بسرعة .
لا	نعم	49- من الأشياء الجيدة أن الفرد يحصل على درجات عالية في المدرسة .
لا	نعم	50- كثيراً ما أحلم بأحلام مزعجة .
لا	نعم	51- أنا عصبي .
لا	نعم	52- أنا في حياتي لم أكذب.
لا	نعم	53- في الغالب أكون مشغول وقلق من أي شيء سيء سيحصل لي .

الملحق رقم (3)

مقياس اونتاريو المعدل للصحة النفسية للطفل والمراهق- نسخة الطفل و المراهق OCHS

قبل التعديل

ترجمة و تقنين

د. عبد العزيز موسى ثابت

جامعة القدس-ابو ديس-كلية الصحة العامة-قسم الامراض النفسية

الاسم :----- الجنس ----- العمر -----

تجد/ تجدين أدناه قائمة تبين شعورك وسلوكك بشكل عام. الرجاء وضع دائرة حول كل واحدة من هذه الصفات في الخانة التي تكون هي أفضل وصف لشعورك أو سلوكك في الوقت الحاضر أو في أي وقت خلال الأشهر الستة الماضية (الرجاء وضع دائرة في خانة واحدة فقط من الخانات الثلاث الموجودة أمام كل صفة).

الرقم	نوع الشعور أو السلوك	ليس صحيحا (0)	صحيح نوعا ما (1)	صحيح تماما (2)
1	أسرق من البيت	0	1	2
2	أسرق من خارج البيت	0	1	2
3	أهرب من البيت	0	1	2
4	أكذب وأغش	0	1	2
5	أشعل الحرائق	0	1	2
6	أهرب من المدرسة	0	1	2
7	أدخل بالقوة لأحد بيوت الجيران أو أفتح سيارة ليست له	0	1	2
8	أخرب أغراض الآخرين	0	1	2
9	قاسي ومؤذي للحيوانات	0	1	2

2	1	0	أستعمل السلاح في القتال (سكين - شفرة)	10
2	1	0	أهاجم الآخرين جسدياً (بالضرب, و الركل)	11
2	1	0	قاس و مؤذى للآخرين	12
2	1	0	تنتابني نوبات غضب	13
2	1	0	أجادل كثيرا الأشخاص الأكبر مني	14
2	1	0	متمرد وأرد على الأكبر مني	15
2	1	0	أفعل أشياء تغضب الآخرين	16
2	1	0	ألوم الآخرين على أخطائهم	17
2	1	0	من السهل إغضابي من طرف الآخرين	18
2	1	0	دائماً متضايق وغضبان	19
2	1	0	أرد وأتناول على الآخرين	20
2	1	0	أشتم وأسب الآخرين بكلمات بذيئة	21
2	1	0	أشعر بالملل وعصبي	22
2	1	0	لا أجلس في الكرسي لفترة عندما يطلب مني ذلك	23
2	1	0	من السهل تشتيت انتباهي	24
2	1	0	لدي صعوبة في انتظار دوري في اللعب	25
2	1	0	أقاطع الآخرين وأجيب على الأسئلة قبل أن أسمع السؤال	26
2	1	0	عند ي صعوبة في إتباع التعليمات والأوامر	27
2	1	0	لا أستطيع التركيز والانتباه لفترة طويلة	28
2	1	0	غالباً ما أنتقل من نشاط إلى آخر دون أن أكمل النشاط	29
2	1	0	عندي صعوبة في اللعب بشكل هادئ	30
2	1	0	غالباً ما أتكلم بشكل كثير	31

2	1	0	أقاطع وأتطفل غالباً على الآخرين	32
2	1	0	غالباً لا يبدو علي أنني أستمع لما يطلب مني	33
2	1	0	غالباً ما أفقد الأشياء الضرورية لأداء الواجبات والمهمات	34
2	1	0	أنشغل غالباً في أداء النشاطات الخطرة بدون اعتبارللنتائج	35
2	1	0	أقلق على أشياء قد تحدث في المستقبل	36
2	1	0	أقلق على تصرفات قمت بها في الماضي	37
2	1	0	أقلق على فعل الأشياء بطريقة أحسن	38
2	1	0	أشكو من آلام وأوجاع في جسمي	39
2	1	0	أشكو من صداع	40
2	1	0	أشكو من غثيان وشعور بالدوار	41
2	1	0	أشكو من وجع في المعدة ومغص	42
2	1	0	من السهل إحراجي لأن نفسي عزيزة عليّ	43
2	1	0	أطلب وأقول للآخرين مرات عديدة بالقول لي أنني جيد	44
2	1	0	متوتر وعصبي	45
2	1	0	أقلق من أن بعض الأشياء السيئة سوف تحدث للناس القريبين مني	46
2	1	0	قلق من أن أبتعد أو أنفصل عنم يحبني	47
2	1	0	أتغيب ولا أذهب للمدرسة للبقاء مع أمي في البيت	48
2	1	0	أخاف بشدة من الذهاب للنوم لوحدي دون وجود والديّ	49
2	1	0	أحب أن أبقى بمفردي	50
2	1	0	ينتابني كوابيس محتواها أنه قد تم تركي من العائلة	51

2	1	0	ينتابني شعور بالمرض قبل الانفصال عن قريبي مني	52
2	1	0	أشعر بالسوء والقلق عندما أفارق شخص قريب مني	53
2	1	0	أشعر بالسوء عندما أكون بعيداً عن شخص يحبني وقريب مني	54
2	1	0	غير سعيد، حزين، مكتئب	55
2	1	0	لست سعيداً	56
2	1	0	فقدت الاهتمام بصورة كبيرة بالاستمتاع بكل الأنشطة التي أمارسها	57
2	1	0	ليس لديّ اهتمام بالأنشطة اليومية	58
2	1	0	لا أشعر بالاستمتاع بالأنشطة اليومية	59
2	1	0	لديّ فقدان ملحوظ في الوزن رغم أنني لا أعمل رجين	60
2	1	0	زاد وزني بشكل ملحوظ دون أن أرغب في ذلك	61
2	1	0	لديّ صعوبة في النوم	62
2	1	0	أنام أكثر من الأطفال الآخرين في الليل أو النهار	63
2	1	0	أنام في اقسام في المدرسة	64
2	1	0	لا أستطيع الجلوس في مكان واحد ولديّ زيادة في الحركة	65
2	1	0	فاقد الطاقة والمرونة ولديّ بطء في الحركة وكسول	66
2	1	0	أشعر بالتعب	67
2	1	0	لديّ شعور بعدم أهمية الحياة	68
2	1	0	أشعر بالدونية وبعدم القيمة	69
2	1	0	لديّ شعور شديد بالذنب	70

2	1	0	قدرتي علي التفكير والتركيز قليلة ولا يستطيع اخذ قرار	71
2	1	0	لا أستطيع أن أركز فيما أفعله أو الانتباه لما أقوم به لمدة طويلة	72
2	1	0	لدي صعوبة في اتخاذ قراراتي	73
2	1	0	أتكلم عن قتل نفسي	74
2	1	0	أؤذى نفسي و أحاول الانتحار	75

الملحق رقم (4)

مقياس اونتاريو المعدل للصحة النفسية للطفل والمراهق - نسخة
الطفل والمراهق OCHS بعد التعديل

بيانات عامة:

<input type="text"/>	الإسم:	<input type="text"/>	السنة الدراسية :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	المدرسة :	<input type="text"/>	الجنس : ولد	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			بنت	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	تاريخ الميلاد :	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	عدد الإخوة:	<input type="text"/>	الترتيب بين الإخوة:	<input type="text"/>
<input type="text"/>	مهنة الأب:	<input type="text"/>	مهنة الأم:	<input type="text"/>

إقلب الورقة وأجب (ي) على الأسئلة

تجد/ تجدين أدناه قائمة تبين شعورك، وسلوكك بشكل عام. الرجاء وضع دائرة حول كل واحدة من هذه الصفات في الخانة التي تكون هي أفضل وصف لشعورك أو سلوكك في الوقت الحاضر أو في أي وقت خلال الأشهر الستة الماضية (الرجاء وضع دائرة في خانة واحدة فقط من الخانات الثلاث الموجودة أمام كل صفة).

الرقم	نوع الشعور أو السلوك	ليس صحيحا (0)	صحيح نوعا ما (1)	صحيح تماما (2)
1	أسرق من البيت	0	1	2
2	أسرق من خارج البيت	0	1	2
3	أهرب من البيت	0	1	2
4	أكذب وأغش	0	1	2
5	أشعل الحرائق	0	1	2
6	أهرب من المدرسة	0	1	2
7	أدخل بالقوة لأحد بيوت الجيران أو أفتح سيارة ليست له	0	1	2
8	أخرب أغراض الآخرين	0	1	2
9	قاسي ومؤذي للحيوانات	0	1	2
10	أستعمل السلاح في القتال (سكين - شفرة)	0	1	2
11	أهاجم الآخرين جسديا (بالضرب, و الركل)	0	1	2
12	قاس و مؤذى للآخرين	0	1	2
13	تنتابني نوبات غضب	0	1	2
14	أجادل كثيرا الأشخاص الأكبر مني	0	1	2
15	متمرد وأرد على الأكبر مني	0	1	2
16	أفعل أشياء تغضب الآخرين	0	1	2
17	ألوم الآخرين على أخطائهم	0	1	2
18	من السهل إغضابي من الآخرين	0	1	2
19	دائما زعلان وغضبان	0	1	2

2	1	0	أرد وأتداول على الآخرين	20
2	1	0	أشتم وأسب الآخرين بكلمات بذيئة	21
2	1	0	متململ وعصبي	21
2	1	0	لا أجلس في الكرسي لفترة عندما يطلب مني ذلك	22
2	1	0	من السهل تشتيت انتباهي	24
2	1	0	لدي صعوبة في انتظار دوري في اللعب	25
2	1	0	أقاطع الآخرين وأجيب على الأسئلة قبل أن أسمع السؤال	26
2	1	0	عند ي صعوبة في إتباع التعليمات و الأوامر	27
2	1	0	لا أستطيع التركيز و الانتباه لفترة طويلة	28
2	1	0	غالباً ما أنتقل من نشاط إلى آخر دون أن أكمل النشاط	29
2	1	0	عندي صعوبة في اللعب بشكل هادئ	30
2	1	0	غالباً ما أتكلم بشكل كثير	31
2	1	0	أقاطع و أتطفل غالباً على الآخرين	32
2	1	0	غالباً لا يبدو علي أنني أستمع لما يطلب مني	33
2	1	0	غالباً ما أفقد الأشياء الضرورية لأداء الواجبات و المهمات	34
2	1	0	أنشغل غالباً في أداء النشاطات الخطرة بدون اعتبار للنتائج	35
2	1	0	أقلق على أشياء قد تحدث في المستقبل	36
2	1	0	أقلق على تصرفات قمت بها في الماضي	37
2	1	0	أقلق على فعل الأشياء بطريقة أحسن	38

2	1	0	أشكو من آلام وأوجاع في جسمي	39
2	1	0	أشكو من صداع	40
2	1	0	أشكو من غثيان وشعور بالدوار	41
2	1	0	أشكو من وجع في المعدة ومغص	42
2	1	0	من السهل إحراجي لأن نفسي عزيزة عليّ	43
2	1	0	أطلب و أقول للآخرين مرات عديدة بالقول لي أنني كويس	44
2	1	0	متوتر وعصبي	45
2	1	0	قلق من أن بعض الأشياء السيئة سوف تحدث للناس القريبين مني	46
2	1	0	قلق من أن يبتعد و يفصل عمن يحبني	47
2	1	0	أتغيب و لا أذهب للمدرسة للبقاء مع أمي في البيت	48
2	1	0	أخاف بشدة من الذهاب للنوم لوحدي دون وجود والديّ	49
2	1	0	أحب أن أبقى بمفردي	50
2	1	0	ينتابني كوابيس محتواها أنه قد تم تركي من العائلة	51
2	1	0	ينتابني شعور بالمرض قبل الانفصال عمن يكونوا قريبين مني	52
2	1	0	أشعر بالسوء والقلق عندما أفارق شخص قريب مني	53
2	1	0	أشعر بالسوء عندما أكون بعيداً عن شخص يحبني وقريب مني	54
2	1	0	غير سعيد ، حزين، مكتئب	55
2	1	0	مش مبسوط	56
2	1	0	فقدت الاهتمام بصورة كبيرة بالاستمتاع بكل الأنشطة	57

			التي أمارسها	
2	1	0	ليس لديّ اهتمام بالأنشطة اليومية	58
2	1	0	لا أشعر بالاستمتاع بالأنشطة اليومية	59
2	1	0	لديّ فقدان ملحوظ في الوزن رغم أنني لا أعمل رجيم	60
2	1	0	زاد وزني بشكل ملحوظ دون أن أرغب في ذلك	61
2	1	0	لديّ صعوبة في النوم	62
2	1	0	أنام أكثر من الأطفال الآخرين في الليل أو النهار	63
2	1	0	أنام في الفصل في المدرسة	64
2	1	0	لا أستطيع الجلوس في مكان واحد ولديّ زيادة في الحركة	65
2	1	0	فائد الطاقة والمرونة ولديّ بطء في الحركة وكسول	66
2	1	0	اشعر بالتعب	67
2	1	0	لديّ شعور بعدم أهمية الحياة	68
2	1	0	أشعر بالدونية و بعدم القيمة	69
2	1	0	لديّ شعور شديد بالذنب	70
2	1	0	قدرتي علي التفكير و التركيز قليلة و لا يستطيع اخذ قرار	71
2	1	0	لا أستطيع أن أركز فيما أفعله أو الانتباه لما أقوم به لمدة طويلة	72
2	1	0	لديّ صعوبة في اتخاذ قراراتي	73
2	1	0	أتكلم عن قتل نفسي	74
2	1	0	أؤذى نفسي و أحاول الانتحار	75

الملحق رقم (5)

ورقة أنشطة خاصة

الإسم:

السنة الدراسية:

الجنس:

1- أكتب (ي) لي وضعيتين قلقتين احسست (ي) بهما خلال هذا الاسبوع؟

الوضعية الأولى	الوضعية الثانية

2- في لحظات مرورك بهذه الوضعية هل من الممكن أن تحدد (ي) لي عرض أو عرضين احس بهما جسديك (ي)؟

* لا

* نعم

إذا اجبت (ي) بنعم أذكر (ي) هذه الأعراض:

.....

.....

.....

.....
.....

3- هل استعملت (ي) تقنية استرخاء؟

*نعم *لا

إذا أجبت (ي) بنعم ما هي التقنية التي استعملتها؟

.....
.....
.....
.....

4- هل حددت الأفكار التلقائية؟

*نعم *لا

إذا كانت الإجابة بنعم اذكر هذه الأفكار:

.....
.....
.....
.....

5- هل وجدت ان تفكيرك (ي) منطقي؟

*نعم *لا

6- إذا كان نعم أذكره (أذكره):

.....
.....
.....
.....

7- في هاتين الوضعيتين القلقتين حدد (ي) أقصى مستوى من القلق وصلته:

الوضعية الأولى:

الوضعية الثانية:

7	مستوى عال جدا
5	مستوى عال
3	مستوى متوسط
1	مستوى قليل
0	لم أشعر بقلق

7	مستوى عال جدا
5	مستوى عال
3	مستوى متوسط
1	مستوى قليل
0	لم أشعر بقلق

الملحق رقم (6)

سجل المراقبة اليومي للأفكار

الأفكار	درجة الإحساس	الأحاسيس	موقف قلق
	7-5-3-1-0		الموقف الأول
			الموقف الثاني
			الموقف الثالث
			...
			...
			...
			آخر موقف

الملحق رقم (7)

قائمة المحكمين للبرنامج العلاج المعرفي السلوكي

الجامعة	التخصص	الدرجة العلمية	اللقب والاسم	الرقم
جامعة تلمسان	علم النفس العيادي	أستاذ التعليم العالي	فقيه العيد	1
جامعة الجزائر 2	علم النفس العيادي	أستاذ التعليم العالي	كلثوم بلميهور	2
جامعة سطيف	علم النفس	أستاذ التعليم العالي	نادية بعين	3
جامعة تلمسان	علم النفس العيادي	أستاذة محاضرة (أ)	جريدة بن عصمان	4
جامعة تلمسان	علم النفس العيادي	أستاذة محاضرة	رشيدة براشد	5

الملحق رقم (8)

الدرجات الخام للأبعاد والدرجة الكلية لمقياس القلق المعمم للأطفال للمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى

الدرجة الكلية	التوقعات السلبية	المظاهر السلوكية	المظاهر الاجتماعية	المظاهر العقلية	المظاهر الانفعالية	المظاهر الفيسيولوجية	الأبعاد / القياس		الأفراد
							قياس قبلي	قياس بعدي	
38	2	9	8	4	10	5	قياس قبلي	1	
35	1	9	8	3	9	5	قياس بعدي		
43	2	10	10	4	10	7	قياس قبلي	2	
38	1	9	9	4	9	6	قياس بعدي		
47	2	11	11	5	11	7	قياس قبلي	3	
39	1	9	11	3	10	6	قياس بعدي		
37	2	9	8	4	8	6	قياس قبلي	4	
33	1	8	7	4	8	4	قياس بعدي		
39	3	10	6	4	8	8	قياس قبلي	5	
32	2	9	6	3	6	6	قياس بعدي		
48	3	11	9	3	12	10	قياس قبلي	6	
40	2	9	8	2	10	9	قياس بعدي		
38	3	8	7	5	8	7	قياس قبلي	7	
35	2	8	7	4	8	6	قياس بعدي		
44	2	10	10	4	10	8	قياس قبلي	8	
37	1	8	8	3	9	8	قياس بعدي		
41	2	10	10	4	8	7	قياس قبلي	9	
36	1	8	8	3	7	7	قياس بعدي		
48	3	11	9	3	12	10	قياس قبلي	10	
40	1	10	8	2	10	9	قياس بعدي		

الملحق رقم (9)

الدرجات الخام للقياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس القلق المعمم

الأفراد	مجموعة تجريبية قياس بعدي	مجموعة ضابطة قياس تتبعي
1	35	35
2	38	37
3	39	38
4	33	33
5	32	32
6	40	39
7	35	35
8	37	37
9	36	36
10	40	39

الملحق رقم (10)

الدرجات الخام للأبعاد والدرجة الكلية لمقياس القلق المعمم للأطفال للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي

الدرجة الكلية	التوقعات السلبية	المظاهر السلوكية	المظاهر الاجتماعية	المظاهر العقلية	المظاهر الانفعالية	المظاهر الفيسيولوجية	المجموعة التجريبية	الأفراد
35	1	1	8	3	9	5	تجريبية	1
39	1	1	9	4	11	5	ضابطة	
38	1	1	9	4	9	6	تجريبية	2
42	2	2	10	5	10	6	ضابطة	
39	1	1	8	3	10	5	تجريبية	3
48	2	2	11	4	12	8	ضابطة	
33	2	2	9	4	8	5	تجريبية	4
39	2	2	9	5	9	6	ضابطة	
32	1	1	10	2	7	6	تجريبية	5
40	2	2	11	4	9	9	ضابطة	
40	2	2	9	2	10	9	تجريبية	6
47	2	2	11	4	11	10	ضابطة	
35	2	2	7	4	8	7	تجريبية	7
37	2	2	8	5	8	7	ضابطة	
37	1	1	8	2	8	8	تجريبية	8
46	2	2	11	3	12	9	ضابطة	
36	2	2	7	4	8	6	تجريبية	9
40	2	2	9	4	8	8	ضابطة	
40	1	1	11	2	11	9	تجريبية	10
47	2	2	10	2	10	8	ضابطة	

الملحق رقم (11)

الدرجات الخام للأبعاد والدرجة الكلية لمقياس أونتاريو المعدل للصحة النفسية للأطفال للمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدى

الدرجة الكلية	الإكتئاب	قلق الانفصال	القلق	إضطراب الانتباه وفرط النشاط	إضطرابات عدائية	إضطرابات سلوكية	الأبعاد / القياس	الأفراد
69	25	7	20	14	3	0	قبلي	1
67	24	7	19	14	3	0	بعدي	
70	21	6	19	12	2	1	قبلي	2
68	21	5	18	12	2	1	بعدي	
77	26	10	22	15	2	2	قبلي	3
69	25	8	20	14	1	1	بعدي	
67	24	7	21	13	2	0	قبلي	4
64	25	6	20	13	2	0	بعدي	
70	26	5	22	12	4	1	قبلي	5
67	25	5	20	12	4	1	بعدي	
74	27	8	19	16	4	0	قبلي	6
70	26	7	18	15	4	0	بعدي	
68	24	7	21	13	3	0	قبلي	7
65	23	7	20	13	2	0	بعدي	
74	26	9	22	15	2	0	قبلي	8
71	25	9	21	14	2	0	بعدي	
69	23	6	19	16	4	1	قبلي	9
66	22	5	18	16	4	1	بعدي	
67	22	5	19	16	3	2	قبلي	10
64	21	5	18	15	3	2	بعدي	

الملحق رقم (12)

الدرجات الخام للأبعاد والدرجة الكلية لمقياس أونتاريو المعدل للصحة النفسية للأطفال للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي

الأفراد	الأبعاد المجموعة	إضطرابات سلوكية	إضطرابات عدائية	إضطراب الانتباه وفرط النشاط	القلق	قلق الإنفصال	الإكتئاب	الدرجة الكلية
1	تجريبية	0	3	14	19	7	24	67
	ضابطة	0	3	14	21	7	25	70
2	تجريبية	1	2	12	18	5	21	68
	ضابطة	1	2	12	19	5	21	69
3	تجريبية	1	1	14	20	8	25	69
	ضابطة	1	2	15	22	8	26	74
4	تجريبية	0	2	13	20	6	25	64
	ضابطة	0	2	13	22	7	25	68
5	تجريبية	1	4	12	20	5	25	67
	ضابطة	1	4	13	22	5	26	71
6	تجريبية	0	4	15	18	7	26	70
	ضابطة	0	4	15	19	7	26	71
7	تجريبية	0	2	13	20	7	23	65
	ضابطة	1	3	14	21	8	24	71
8	تجريبية	0	2	14	21	9	25	71
	ضابطة	0	2	15	21	9	25	70
9	تجريبية	1	4	16	18	5	22	66
	ضابطة	1	4	15	18	5	23	69
10	تجريبية	2	3	15	18	5	21	64
	ضابطة	3	4	17	20	6	22	72

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التربية الوطنية

تلمسان في: 10 جاني 13

مديرية التربية
لولاية تلمسان
الأمانة العامة

الرقم: ..ك.ب.أ.ع.م.ت/2012

مدير التربية
إلى
الانسة : عباس اسماء

الموضوع: ترخيص.

المرجع: مراسلتكم تحت رقم 491 والمؤرخة في 2012/11/05

بناء على طلبكم المنوه به في المرجع أعلاه، نعلمكم بموافقتنا وبترخيصنا لكم للقيام

بهذه الدراسة على مستوى مقاطعة سبدو "01" و "02".

الأمين العام



ملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض درجات القلق المعمم لدى عينة من الأطفال المتدرسين، بالمدارس الابتدائية بتلمسان، بالإضافة إلى معرفة الفروق بين الجنسين في فعالية البرنامج، وتأثير البرنامج على الصحة النفسية للأطفال، تكونت عينة الدراسة من (20) طفل قسموا إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية تأقت (19) جلسة علاجية، ومجموعة ضابطة لم تتلقى أي برنامج، أسفرت النتائج عن فعالية البرنامج العلاجي في خفض درجات القلق المعمم لدى الأطفال، وعن وجود فروق دالة إحصائية في فعالية البرنامج لصالح الذكور، وكذا تحسن مستوى الصحة النفسية لدى الأطفال.

الكلمات المفتاحية: القلق المعمم-البرنامج العلاجي-العلاج المعرفي السلوكي-الصحة النفسية-الأطفال.

Résumer :

Cette étude a pour objectif d'évaluer les effets d'un programme thérapeutique cognitif et comportemental sur la réduction de l'anxiété généralisée chez un échantillon des enfants scolarisée aux écoles primaires de la wilaya de Tlemcen, aussi de savoir la différence entre les garçon et les filles dans l'efficacité de ce programme, et leur effets sur la santé psychique des enfants, L'échantillon d'étude se compose de (20) enfants divisée par deux groupes : un groupes expérimentale qui fréquent de (19) séances thérapeutique, et groupe témoin qui n'a subi aucun thérapie, Les résultats montre d'une efficacité du programme thérapeutique sur la réduction de l'anxiété généralisée chez les enfants, et une amélioration à la santé psychique des enfants.

Mots clé: L'anxiété généralisée, programme thérapeutique, thérapie cognitive et comportementale, santé psychique, les enfants.

Abstract:

This study aims to evaluate the effects of a cognitive behavioral therapy program on reducing the of the degree of anxiety in a sample of schooled children at primary schools in the province of Tlemcen, also to know the difference between boy and girls in the effectiveness of the program, and their effects on the mental health of children. The study sample consisted of (20) children divided by two groups: an experimental group who frequent (19) therapy sessions and control group that did not suffer any therapy. The results show an effective treatment program on the reduction of generalized anxiety in children and an improvement to the mental health of children

Key words: Generalized anxiety treatment program, cognitive behavioral therapy, mental health, children

