

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض كلٍ من القلق العام والاكتئاب
" دراسة حالة "

د. هند السليمان

قسم علم النفس - جامعة الملك عبدالعزيز

**The effectiveness of a cognitive behavioral therapy program in
reducing both generalized anxiety and depression
"Case Study"**

Dr.. Hind Al-Sulaiman

Department of Psychology - King Abdulaziz University

Abstract

This study aimed to identify the effectiveness of a cognitive-behavioral treatment program, which aims to reduce the level of general anxiety and depression "case study". The case is a 32-year-old woman with severe depression on Beck Depression Scale, and very severe generalized anxiety on Taylor Anxiety Scale as well, before starting the treatment program. The case was subjected 18 treatment sessions, aimed at acquiring some skills that reduce anxiety and depression, as well as to deal with episodes of anxiety and depression, by the end of the sessions, post-measurements were taken of the level of anxiety and depression to indicate a medium level of anxiety and low level of depression. This reveals a difference in performance on the two scales pre and post measurement, which proves the effectiveness of the treatment program in reducing both anxiety and depression.

Keywords: anxiety, depression, cognitive behavioral therapy program.

ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي، يهدف لخفض مستوى القلق العام والاكتئاب "دراسة حالة". الحالة: امرأة في الثانية والثلاثين من عمرها، تعاني من اكتئاب حاد حسب مقياس بيك للاكتئاب، وكذلك تعاني من قلق عام شديد جداً حسب مقياس تايلور للقلق، -وذلك قبل البدء في البرنامج العلاجي-. خضعت الحالة لجلسات علاجية مدتها 18 جلسة، تهدف لإكسابها بعض المهارات التي تخفف من القلق والاكتئاب، ومهارات للتعامل مع نوبات القلق والاكتئاب، وبعد نهاية الجلسات أجريت قياسات بعدية لمستوى القلق والاكتئاب لدى الحالة، فأظهرت النتائج مستوى متوسطاً للقلق، ومستوى منخفضاً للاكتئاب، وهذا يكشف عن فرقٍ في الأداء على المقياسين في القياس القبلي والبعدي، بما يُثبت فعالية البرنامج العلاجي في خفض كلٍ من القلق والاكتئاب.

الكلمات المفتاحية: القلق، الاكتئاب، برنامج علاجي معرفي سلوكي.

مقدمة:

وفقاً للإحصائيات الحديثة فإن 50% ممن يراجعون الأطباء بسبب مشاكل صحية، يعانون بالدرجة الأولى من اضطراب القلق العام دون أن يعوا بذلك (الإسبي، 2014)، كما أشارت الدراسات المسحية في الولايات الأمريكية إلى أن انتشار القلق يصل إلى ما نسبته 8-14% من السكان، فيما تصل النسبة مع اضطراب القلق العام إلى 3%، هذه النسبة تتزايد في الفترات الانتقالية في حياة الفرد، مثل: الانتقال من مرحلة عمرية إلى أخرى كما في فترة

المراهقة، أو انتقال في أحداث الحياة كما في فقدان العمل مثلاً. (إبراهيم، 2010). وقد أشارت تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن ما يقارب 5% من سكان العالم مصابون بالاكتئاب، مما يجعل الاكتئاب والقلق أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً (Pamela et al, 2010).

يعرف القلق وفقاً ل(شيفر) و(مليمان) أنه "حالة من عدم الارتياح والهم المتعلق بحوادث المستقبل، ويتضمن شعوراً بالضيق، وانشغال الفكر، وترقب الشر، وعدم الارتياح حيال ألم ما أو مشكلة وشيكة متوقعة الحدوث" (الإسبي، 2014) ويعرفه (تايلور) بأنه حالة من توتر شامل ومستمر ناتج من توقع تهديد أو خطر فعلي أو رمزي ممكن الحدوث، دون وجود مؤشرات تعزز احتمالية حدوثه، ويصاحب هذا التوتر خوف عام، وبعض الأعراض النفسية والعضوية غير المريحة (ابن حالة، 2017). أما الاكتئاب فيعرفه (بيك) بأنه: استجابة لا تكفيها مبالغ فيها، تتم عبر وضع نتيجة منطقية لمجموعة من التصورات أو الإدراكات السلبية للذات، أو للموقف الخارجي، أو للأحداث المستقبلية، أو لهذه العناصر الثلاثة مجتمعة (بيك، 2000).

بناءً على ما سبق، فإن كان القلق والاكتئاب بهذا الانتشار وهذا التأثير -خاصة مع طبيعة هذا العصر بضغوطه الحياتية المتعددة- فلنا أن نتخيل حجم المعاناة حين يجتمعان لدى فرد واحد، فيدعمان وجود بعضهما، في هذه الحالة يصبح من الضرورة الالتجاء إلى العلاج النفسي لمجابهة هذه المعاناة. من هنا تسعى هذه الدراسة -عبر دراسة الحالة- إلى تقصي مدى فعالية برنامج علاج سلوكي معرفي في تخفيض مستوى كلٍ من القلق والاكتئاب.

مشكلة الدراسة:

تتصدر مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن السؤال الآتي: ما مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض مستوى كلٍ من القلق العام والاكتئاب، عبر دراسة إحدى الحالات.

هدف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض مستوى كلٍ من القلق العام والاكتئاب، باستخدام منهج دراسة حالة.

أهمية الدراسة:

- للدراسة أهمية نظرية وتطبيقية، وذلك على النحو الآتي:
1. أهمية نظرية تكمن في عرض إطار نظري يسهم في فهم القلق العام والاكتئاب، أملاً بأن يخدم الباحثين في هذا المجال مستقبلاً.
 2. أهمية تطبيقية تكمن في تقديم برنامج تطبيقي يمكن المعالجين من فهم الآليات التي يعمل بها كلاً من القلق والاكتئاب أثناء الجلسات العلاجية، وبالتالي استخدام هذه المعرفة في تطبيقاتهم العلاجية مستقبلاً.

مصطلحات الدراسة:

القلق النفسي العام:

يعرف (سببمجر) القلق بأنه "توتر وانشغال البال لأحداث عديدة لأغلب اليوم، ويكون مصاحب بأعراض جسمية كآلام العضلات، والشعور بعدم الطمأنينة وعدم الاستقرار، وضعف التركيز، والشعور بالإعياء، وهذه الأحاسيس

كثيراً ما تؤثر على حياة الفرد الأسرية، والاجتماعية، والعملية، وغالباً ما يصيب الأعمار الأولى من الشباب، ولكنه يحدث لجميع الأعمار، وهذا النوع من القلق والتعلق بالوضع الشخصي يؤثر في الكثير من الناس من وقت لآخر، وفي معظم الحالات يزول هذا القلق تلقائياً عند زوال الظروف التي نشأ بسببه" (Spielberger, 1976)).
ويُعرف القلق إجرائياً: الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة في اختبار (تايلور) للقلق.

الاكتئاب:

يعرّف (كولز) الاكتئاب باعتباره "خبرة وجدانية ذاتية، تتسم أعراضها بالتشاؤم، وفقدان الاهتمام، واللامبالاة، والشعور بالفشل وعدم الرضا، والرغبة في إيذاء الذات، والتردد وعدم البت في الأمور، والإرهاق، وفقدان الشهية، والشعور بالذنب، واحتقار الذات، وبطء الاستجابة، وعدم القدرة على بذل أي جهد" (Coles, 1982).
ويُعرف الاكتئاب إجرائياً: الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة في اختبار (بيك) للاكتئاب.

العلاج المعرفي السلوكي :

أحد أشكال العلاج النفسي، والذي يقوم على وضع برنامج علاجي يستند على أساس نظري موثق علمياً. يتضمن البرنامج العلاجي تحديد أهداف الجلسات ووضع خطة علاجية مقترحة تتضمن أساليباً علاجية وفقاً لمفاهيم نظريات العلاج المعرفي السلوكي.
ويُعرف العلاج النفسي إجرائياً: البرنامج العلاجي الذي قامت الباحثة بتصميمه، والمكون من 18 جلسة، والمستند على نظريات العلاج المعرفي السلوكي CBT.

الإطار النظري:

أولاً: القلق.

تعريف:

القلق أحد حقائق الوجود الإنساني التي يختبرها الجميع، فالقلق أحد ديناميات الشخصية الأساسية، وبذات الوقت يعد قاسماً مشتركاً في أغلب الاضطرابات النفسية. وتعريف القلق -حسب راجح نقلاً عن (البيومي، 2020)- "انفعال قوامه الخوف، حيث يتجلى في هذا العصاب المظاهر النفسية والجسمية لانفعال الخوف، ويعد حالة دائمة من الضيق والتوجس الهائم الطليق، ومن أعراض القلق الجسمية انقباض القلب، وخفقانه، وفقدان الشهية للطعام، وارتفاع ضغط الدم."

لغويًا يُعرف القلق باعتباره انزعاجًا. والقلق هو الانزعاج وعدم الثبات، وأقلق الشيء من مكانه أو قلقه، حركه، والقلق ألا يستقر الفرد في مكان واحد، فهو الاضطراب (ابن منظور، 2003). فكأن التعريف اللغوي للمفردة يركز على الحراك وعدم الثبات، لكنه حراك غير مريح؛ لأن الحراك يأتي نتيجة لفقدان الشعور بالأمان. فالقلق بمعناه النفسي: "الحالة التي يشعر بها الفرد إذا تهدد أمنه، أو تعرض للإهانة أو الخطر، أو أحبط مسعاه، أو وجد نفسه في موقف صراعي حاد" (البيومي، 2020)، وفي تعريف آخر: "حالة من التوتر الشامل المستمر نتيجة لتوقع خطي فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحب هذه الحالة شعور عام بالخوف. وغالباً ما يكون القلق عرضاً لكثير من الاضطرابات النفسية، وفي بعض الحالات قد تغلب حالة القلق، فتصبح هي نفسها اضطراباً نفسياً أساسياً" (علي وفرح، 2019).

والقلق ما هو إلا حالة مزاجية تتسم بالسلبية، ويصاحبها أعراض جسدية ونفسية مع شعور بالخوف من المستقبل (ريحاني و طنوس، 2012)، وهذا يقترب من تعريف (سوین) -نقلًا عن (مقداد واليامي، 2022)- " حالة انفعالية غير سارة يستثيرها وجود الخطر، وترتبط بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية". فيما تعرف (هورني) القلق باعتباره "استجابة انفعالية لخطر يخشى من وقوعه، يكون موجهاً للمكونات الأساسية الشخصية" (قطراني، 2021). فيما يعرفه عبد الخالق باعتباره خوف غامض مزمّن دون مبرر موضوعي، فهو مجهول المصدر، ومصحوب بتوتر داخلي، وعدم القدرة على الاسترخاء والاستقرار، مع توافر أعراض نفسية وجسدية متنوعة ودائمة إلى حد كبير، مثل: صعوبة التركيز، وشعور بعدم الأمن، واستغراق في أحلام اليقظة (الإسي، 2014). والقلق حالة انفعالية نفسية، يتداخل فيها الخوف، والرغبة، والحذر، والرعب، والتحفيز، وهو حالة موجهة نحو المستقبل أو الظروف المحيطة، ويعد القلق من المشاعر الطبيعية العامة التي يمر بها كل إنسان، وهناك قلق طبيعي وقلق مرضي (قطراني، 2021).

لنخلص من هذه التعريفات إلى تعريف موسوعة علم النفس، فالقلق ما هو إلا "انفعال يتولد من استباق معين لخطر منتشر من الصعب توقعه والسيطرة عليه، و يترافق مع هذا الانفعال تغيرات فيسيولوجية وهرمونية مميزة له، كما ويرتبط غالبًا بسلوك البقاء أو الانسحاب أو تصرفات التجنب" (دورون وياور، 1997).
أعراض القلق:

للقلق أعراض متنوعة تظهر على جوانب متعددة، يمكن تقسيمها إلى الآتي:

- أعراض جسدية: وتشمل على ضعف عام، وبرودة الأطراف، وشحوب الوجه، وتوتر العضلات، ونقص الحيوية والنشاط، والصداع، والنشاط الحركي الزائد، وتصيب العرق، وارتعاش الأصابع مع سرعة النبض، وارتفاع ضغط الدم، واضطراب التنفس، ألم الصدر، وعسر الهضم مع زيادة مرات الإخراج، وفقدان الشهية، ونقص الوزن.

- أعراض نفسية: وتشمل التوتر العام، وضعف التركيز، وشروذ الذهن، والحساسية النفسية الزائدة، وسهولة الاستثارة، والتشاؤم، والشعور بعدم الراحة مع الهياج، وعدم الاستقرار، والشك والارتياب، والتردد في إتخاذ القرارات، وتوهم المرض، والشعور بقرب النهاية، والخوف من الموت.

- أعراض نفسجسمية: وتشمل ارتفاع ضغط الدم، وقرحة المعدة، والصداع النصفي، والذبحة الصدرية، وجلطة الشرايين التاجية بالقلب، ومرض السكر، والاكزيميا (علي وفرح، 2019).

- أعراض اجتماعية: وتشمل الشعور بالوحدة، والخوف من الآخرين، ومحاولة تجنب التواصل مع الآخرين، واضطراب العلاقات الاجتماعية (الإسي، 2014).

وفقاً للأعراض السابقة فإن الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين حددت المعايير التشخيصية الآتية لتشخيص اضطراب القلق العام، وهي:

1. الشعور القوي بالقلق على مدى أكثر من ستة أشهر؛ إذ يسيطر الشعور على الفرد معظم الوقت مهما اختلفت أنشطته.

2. العجز عن التحكم في هذه الأعراض.

3. على الأقل ثلاثة من الأعراض التالية تحدث لدى الفرد: (مع الأطفال: عنصر واحد فقط).

- ا. الأرق.

- ا. سرعة الإرهاق.

III. مشاكل التركيز.

IV. التهيج.

V. توتر العضلات.

VI. مشاكل النوم.

4. هذه الأعراض تؤدي إلى تأثير سلبي على أداء الفرد لمهامه الحياتية.

5. هذه الأعراض -وغيرها من مشاكل الصحة الجسدية- ليست بسبب الأدوية والمخدرات.

6. لا ترجع هذه الأعراض لاضطرابات نفسية أخرى، مثل: اضطراب الهلع (DSM-5, 2013).

هذه الأعراض تشمل أعراضاً للقلق العام، إلا أن القلق -بالإضافة إلى أنه يعد عرضاً في كثير من الاضطرابات النفسية- يظهر بصفته اضطراباً مستقلاً في أشكال متعددة للاضطراب، يمكن تقسيمها إلى الآتي: اضطراب القلق المعمم: أي غير المحدد -ويسمى أحياناً اضطراب القلق العام-، اضطراب الهلع، اضطراب القلق الاجتماعي أو الرهاب الاجتماعي، اضطراب قلق الانفصال، اضطراب كرب ما بعد الصدمة، اضطراب الوسواس القهري، اضطراب الضغط الحاد، اضطراب الرهاب المحدد، واضطراب الخوف من الأماكن المكشوفة، بالإضافة إلى اضطراب القلق غير المصنف في مكان آخر (الإسبي، 2014)

العلاج المعرفي السلوكي للقلق:

يعد نموذج (بيك) المعرفي أكثر النماذج استخداماً في معالجة القلق، وذلك انطلاقاً من أن القلق توقع دائم لوقوع خطر، وبالتالي يقوم على إدراكات الفرد، وكيف تؤثر فيها توقعاته (عباس، 2022). يرى (بيك) أن المصابين بالقلق غالباً ما يشعرون بعدم الكفاءة، وخلل في ضبط الذات، لينطلق في تفسيره لهذا من طريقة التفكير التي تحتاج إلى تعديل (بيك، 2000). من هنا، فإنه وفقاً لـ(بيك) فإن مريض القلق تتمركز أفكاره التلقائية حول شعور الغضب الناتج عن سوء تأويل خبراته الشعورية، والتي تنبئه باحتمالية الخطر مبالغ فيها، مما يجعله يعيش شعور التهديد بشكل متواصل، الذي يؤدي للشعور بالانزعاج، والخوف، والتيقظ الحذر، بما قد ينعكس على أدائه النفسي والجسدي. (السواط، 2010).

من هنا، فإن الافتراضات الأساسية التي يقوم عليها العلاج المعرفي السلوكي هي:

- أفكار الفرد وإدراكاته وتصوراتته الذهنية هي مؤشر لسلوك الفرد، وبالتالي أي رغبة بتغيير السلوك يجب أن تنطلق من تلك الأفكار وطبيعتها.
- الفرد عنصر فعال ومسؤول عما يحدث له، فهو ليس متلقٍ فقط، بل وفاعل أيضاً.
- السلوكيات غير التكيفية تقوم على بنية معرفية قابلة للقياس والملاحظة بالأساليب الموضوعية (الإسبي، 2014).

ثانياً: الاكتئاب.

تعريف:

إن كانت كلمة قلق تشير لغوياً إلى الحراك وعدم استقرار مزعج، فإن كلمة الاكتئاب تشير إلى اسم "الكآبة"، وهي تعني سوء الحال، والانكسار من الحزن والأسى (فايد، 2001). يعرف (ستور) الاكتئاب بأنه "حالة انفعالية، يعاني فيها الفرد من الحزن، وتأخر الاستجابة، وقد تصل الدرجة في حالة الاكتئاب إلى درجة الميول الانتحارية، وكذلك الميول التشاؤمية، وأحياناً تلو درجة الشعور بالذنب إلى درجة أن الفرد لا يذكر إلا أخطائه وذنوبه، وقد يصل إلى

درجة البكاء الحاد" (خليل، 2016). والاكئاب يختلف عن الحزن؛ وذلك لأنه شعور ملازم للفرد، بغض النظر عن المواقف الحياتية المحيطة به، وهذا الشعور يتضمن: التشاؤم، والإحساس بالعجز، وبطء العمليات المعرفية (كالتفكير والتذكر)، ولوم الذات المستمر وتستمر هذه الأعراض لفترة زمنية طويلة (إبراهيم، 1998).

ولإيضاح الفرق بين الاكتئاب والمشاعر السلبية الطارئة، فإن (أولري) و(ولسون) يقترحان أن الاكتئاب هو ما يشعر به الغالبية العظمى من الأفراد، باعتباره استجابة عادية تثيرها مواقف مؤلمة: كالفشل، أو الفقد، أو خيبة أمل، وهذا النوع العادي من الاكتئاب يتميز بأن مدته لا تزيد عن أسبوعين، كما أنه يرتبط بأحداث واقعية وملموسة. بالمقابل، الاكتئاب المرضي، يتميز بأربع خصائص أساسية: فيكون الشعور أكثر حدة، ويستمر لفترة زمنية أطول، ويعيق الفرد عن ممارسة نشاطاته المعتادة، وأخيراً، لا وجود لأسباب واضحة لتغير ملموس حدث في حياة الفرد (خليل، 2016). وقد يكون ما يميز الاكتئاب هو امتداد الفترة الزمنية للشعور السلبي، فوفقاً ل(وادي) (الاكتئاب "ينتج عن حالة حادة ممتدة من الحزن الشامل، مصحوبة بنوبات البكاء، وتناقص الطاقة، والأفكار الانتحارية، وتناقص الرغبة الجنسية، وفقدان القدرة على الاستمتاع، وعجز في القدرات المعرفية، واضطرابات النوم، واضطرابات الطعام. وهذه النوبة الاكتئابية تستمر من 6-9 شهور" (خطاب، 2010).

وأخيراً، لا يركز الباحثون على قضية المدة الزمنية، بل على اعتبار الاكتئاب استجابة تمتلك خصائص محددة؛ إذ يعرف جلال (جبر، 1994) الاكتئاب بأنه: "استجابة للإحساس بالضيق، تختلف أساساً في الدرجة والاستمرارية؛ إذ تتراوح من الاستجابة العصبية؛ حيث لا يوجد اضطراب في التفكير، إلى استجابات فاصمية؛ حيث يوجد هذات وعلامات أخرى تدل على عدم الاتصال بالواقع".

أغلب التعريفات السابقة قدمت وصفاً متقارباً لاضطراب الاكتئاب، والذي يمكن تلخيصه بالآتي: تقلب المزاج الواضح مع شعور بالذنب، وإحساس باليأس، واختلال الآنية، ووجود أفكار سوداوية قد تصل لأفكار انتحارية، وتقلبات نوم مزعجة، وفقدان أو زيادة الشهية، وبطء الحركة. وقد يمتد التأثير إلى علاقة الفرد بمن حوله من الافراد، وكذلك إلى ضعف في أداء مهامه المعتادة.

العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب:

وفقاً للافتراضات الأساسية التي يقوم عليها العلاج السلوكي المعرفي -والتي تم عرضها في الجزء السابق- فإن (بيك) ينطلق في تفسيره للاكتئاب من المحتوى الفكري لمرضى الاكتئاب؛ إذ أنه يركز على فكرة الفقد -حدث فقد كبير- فيشعر المريض أنه قد خسر شيئاً يراه ضرورياً لسعادته أو طمأنينته، ويتوقع الفشل في جميع خطواته ومشاريعه المستقبلية؛ إذ يرى نفسه مفتقداً للصفات اللازمة لتحقيق أهداف مهمة، فيختصر (بيك) مجمل هذه التصورات فيما يطلق عليه (الثلاثي المعرفي للاكتئاب): تصور سلبي للذات، تفسير سلبي لخبرات الحياة، ونظرة عدمية للمستقبل (بيك، 2000). تُحدث هذه التصورات انحرافات في التفكير، أبرزها بحسب (بيك):

1. التفكير الاكتئابي: تشوهات معرفية ينتج عنها التفكير الثنائي أو القطبي؛ إذ ينظر الفرد للأحداث والأفراد من حوله وفقاً لمبدأ الكل أو لا شيء.
2. التفكير الانتقائي: المتمثل بالحط من قيمة الإيجابيات، وإعلاء قيمة السلبيات، فيقوم الفرد بإعطاء قيمة كبيرة للإخفاقات أو الأحداث السلبية، والتقليل من قيمة النجاحات والأحداث الإيجابية.
3. التداخل العشوائي: يقوم الفرد بإقرار استنتاجات دون توفر أدلة كافية عليها.
4. المبالغة في التعميم: وفيها يقوم الفرد بتعميم تجربته على كافة المواقف والأشخاص، وهذا التعميم ينطلق من التجارب الفاشلة للفرد.

5. التجريد الانتقائي: يقوم الفرد بالتركيز على جزء خارج المضمون، بما يخدم تصورات السلبية عن المواقف أو الأفراد.
 6. العزو الشخصي: يعزو الفرد كل ما يمر به، أو ما يمر به الآخرين، أو الأحداث الخارجية إليه شخصياً؛ وكأنه وحده المسؤول عن ذلك (بيك، 2000).
- أعراض الاكتئاب بحسب (بيك) يمكن تصنيفها تبعاً لمظاهرها إلى ما يلي:
- أ. المظاهر الانفعالية: مثل: فقدان الفرد القدرة على الاستمتاع، والمرح، والضحك، مع تقليل قيمة الذات.
 - ب. المظاهر المعرفية: وتتمثل في: تكوين صورة سلبية عن الذات وتوجيه اللوم لها، تضخيم المشكلات، عدم القدرة على حسم القرارات -حتى البسيطة منها-، الحط من قيمة الذات.
 - ج. المظاهر المتعلقة بالدوافع: تتمثل في: شلل يصيب الإرادة، والاتكالية مع رغبة في الهروب والموت.
 - د. المظاهر الجسمية: تتمثل في: سرعة التعب من أقل مجهود، وفقدان الليبدو مع الأرق (بيك، 2000).

ثالثاً: العلاج المعرفي السلوكي:

يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى تعديل الانحرافات المعرفية لدى الفرد، والتي تشكل مصدراً أساسياً لمعاناته النفسية؛ لهذا، يقوم العلاج المعرفي السلوكي على مبادئ أساسية هي:

1. العميل والمعالج يعملان معاً على تقييم المشكلات بغرض التوصل إلى حلول ملائمة.
2. المعرفة والمشاعر والسلوك عناصر مترابطة في كل التجارب الإنسانية.
3. الاتجاهات والتوقعات وجميع الأنشطة المعرفية تؤدي دوراً في الفهم، والتنبؤ، والتأثير على السلوك.
4. التركيز في العلاج المعرفي السلوكي يكمن في التعامل مع أعراض الاضطراب النفسي أكثر من التركيز على تفسير أسباب السلوك.
5. العمليات المعرفية لا تنفصل عن بعضها، بل تندمج لتشكل نماذج سلوكية.
6. من أهداف العلاج المعرفي السلوكي اكساب العميل مهارة التعرف على الأفكار والمعتقدات غير الفعالة، وكيفية تعديلها.
7. يعتبر العلاج المعرفي السلوكي علاجاً مكثفاً وقصير المدى، إذ يتراوح عدد الجلسات ما بين 4- 18 جلسة، وقد تستمر إلى فترة أطول في حالات محدودة.
8. يقوم العلاج المعرفي السلوكي على عدد من الفنيات، لعل أهمها: فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها، فنية المراقبة الذاتية، فنية التعريض، فنية التخيل، فنية التكاليف المنزلية، فنية صرف الانتباه، فنية الأسئلة السقراطية والمواجهة، فنية النمذجة، الاسترخاء، إعادة التنظيم المعرفي (علي وفرح، 2019).

أهداف المعالج المعرفي السلوكي:

- تحديد المشكلات وفق مفاهيم ومصطلحات سلوكية.
- مساعدة العميل بتوعيته بمدى تأثير السلوك بإدراكاته الشخصية.
- الاشتغال على تقييم العمليات السلوكية والمعرفية بهدف إحداث تغيرات في البناء المعرفي، على أن تكون هذه التغييرات متناسبة مع الواقع المعيشي والاجتماعي للعميل (علي، 2019).

وقد أثبتت الدراسات الاكلينيكية والتجريبية فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التعامل مع عدد من الاضطرابات النفسية، مثل: الخجل، والقلق (خطاب، 2010)، والقلق العام (عباس، 2022) (و الإسي، 2014)، وقلق المستقبل (السواط، 2010)، وقلق التحدث أمام الآخرين (مقداد واليامي، 2022)، وقلق المرأة المعنفة (قطراني، 2021)، وكذلك في المشكلات الزوجية، واضطرابات الأكل، والإدمان، وإساءة استخدام المواد، وبعض الاضطرابات الذهنية، والعديد من مشكلات الأطفال (بولكويرات وآخرون، 2018). وكذلك يعمل على التخفيف من آثار بعض الاضطرابات الجسمية، مثل: روماتويد المفاصل (أحمد، 2013)، وداء الثعلبية (شويخ، 2013)، ومرضى القلب -قبل العمليات- (علي وفرح، 2019)، والإعاقات الحركية (الحمري، 2015)، والتصلب اللويحي (بولكويرات وآخرون، 2018).

فروض الدراسة:

1. يوجد فرق في الدرجة على مقياس القلق العام قبل البدء بالبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وبعد انتهاء البرنامج لصالح المقياس البعدي.
2. يوجد فرق في الدرجة على مقياس الاكتئاب قبل البدء بالبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، وبعد انتهاء البرنامج لصالح المقياس البعدي.

إجراءات الدراسة:

أولاً: المنهج :

استخدمت الدراسة الحالية منهج (دراسة الحالة) لاستقصاء النتائج. أجريت الدراسة في إحدى العيادات النفسية باستخدام العلاج المعرفي السلوكي (CBT) لمساعدة الحالة على التعرف على واقعها النفسي والاجتماعي، ومن ثم مساعدتها على اكتساب المهارات اللازمة لمواجهة المشكلة التي تعاني منها. استخدمت المقاييس الإكلينيكية المعتمدة لتحديد نوع الاضطراب النفسي، وذلك قبل البدء بالجلسات العلاجية، ثم حُدِّدَت الخطة العلاجية فُطِّبَت، ثم أعيد تطبيق المقاييس الإكلينيكية للتحقق من أي تغيير حدث في درجة الاضطراب لدى الحالة.

ثانياً: الحدود الإجرائية :

الحدود البشرية: حالة الدراسة هي امرأة في الثاني والثلاثين من عمرها، عاطلة عن العمل، متزوجة ولديها طفل واحد، تعيش مع زوجها وطفلها في بيت مستقل.

الحدود الزمانية: عقدت الجلسات مرة كل أسبوع لمدة ثلاثة أشهر ونصف، ثم تقل لتصبح مرة كل أسبوعين لمدة شهرين، بمجموع 18 جلسة خلال خمسة أشهر ونصف، تستغرق الجلسة الواحدة 50 دقيقة.

الحدود المكانية: عقدت الجلسات في عيادة نفسية خاصة في مدينة جدة.

ثالثاً: أدوات الدراسة:

المقابلة العيادية: يعرف (ألن روس) المقابلة العيادية بأنها "علاقة ديناميكية بين طرفين أو أكثر، بحيث يكون أحدهما الأخصائي النفسي، والطرف الآخر هو المفحوص، طلباً للمساعدة الفنية المتميزة من جانب الأخصائي النفسي للمفحوصين، في إطار علاقة إنسانية ناجحة بينهم" (زرور ونوري، 2020). استخدمت (المقابلة) في

الدراسة الحالية أداة لجمع المعلومات عن الحالة، وذلك عبر إجاباتها على الأسئلة المطروحة، وما لوحظ من تعابير وحركات أثناء الجلسات العلاجية. هذه المقابلات كانت تهدف -إضافة لجمع معلومات كافية عن الحالة- إلى التحقق من مدى فعالية البرنامج العلاجي في خفض كلٍ من القلق والاكتئاب.

مقياس (تايلور) للقلق: يقيس مستوى القلق برصد ما يشعر به المفحوص من أعراض ظاهرة صريحة، والاختبار مترجم ومقتن من المقياس الأصلي؛ إذ قام (البيومي، 2020) بتقنيته على المجتمع السعودي عبر حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (0.85) وكذلك باستخدام معادلة ألفا كرونباخ (0.87) وكلاهما دالة إحصائياً عند مستوى 0.01.

يُجاب على أسئلة المقياس إما بـ (لا) أو (نعم)، ليحصل المفحوص على درجة واحدة على كل إجابة بـ (نعم)، ولا يحصل على درجة على كل إجابة بـ (لا)، ومن خلالها يحدد مستوى القلق؛ إذ تفسر النتائج وفق الآتي:

من 16 إلى 17	لا يعاني من القلق
من 17 إلى 20	قلق بسيط.
من 21 إلى 26	قلق متوسط.
من 27 إلى 29	قلق شديد.
من 30 إلى 50	قلق شديد جدًا.

مقياس (بيك) للاكتئاب:

يتكون المقياس بصورة أصلية من قائمة تحتوي 21 فقرة لقياس درجة الاكتئاب. تتراوح درجة كل فقرة من صفر إلى 3، ويتراوح مجموع الدرجات الكلي بين (0 و 63). يهدف المقياس إلى تمييز المكتئبين عن غير المكتئبين؛ إذ أن درجة (10) هي الدرجة الفاصلة بين الحالتين (حمدي وآخرون، 1988). لحساب ثبات المقياس، فُتن المقياس على المجتمع السعودي من قبل (حسين، 2008)؛ إذ بلغ معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (0.92)، أما ثبات إعادة التطبيق فكان (0.62). إضافة لهذا، فقد بلغ معامل (كرونباخ ألفا) لقياس ثبات الاتساق الداخلي على العينة السعودية (0.82).

وللتعرف على مستوى الاكتئاب، تجمع الدرجات التي حصل عليها المفحوص من كافة الفقرات، ثم تفسر الدرجات وفق الآتي:

من 9 إلى 10	غير مكتئب.
من 10 إلى 15	اكتئاب خفيف.
من 16 إلى 23	اكتئاب متوسط.
من 24 إلى 63	اكتئاب حاد.

رابعاً: البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

وصف تصميم البرنامج:

يتكون البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي من 18 جلسة، مدة كل منها 50 دقيقة. وقد صُمم البرنامج بالاعتماد على النظريات العلاجية المعتمدة إكلينيكياً، وهنا تم استخدام العلاج المعرفي السلوكي (Padesky and) (CBT)

Greenberger, 1995) و (Hill, 2009) و (McKay, Davis and Fanning, 2007) ، ثم عُرض البرنامج على عدد من المحكمين من ذوي الاختصاص لاعتماده، وذلك بعد إجراء التعديلات المقترحة من قبلهم. عرض الحالة:

"ت. ص" امرأة في الثاني والثلاثين من عمرها، تخرجت من الجامعة منذ 8 سنوات بتخصص إدارة أعمال، وبعدها تفرغت للاهتمام بزوجها وطفلها الذي يبلغ من العمر تسع سنوات. زوجها يعمل طيارًا، فهو كثير السفر؛ لذلك معدل اجتماعهم على وجبة عائلية مشتركة 3 مرات أسبوعياً، وبقيّة الأيام تعيش في البيت وحدها مع طفلها. "ت. ص" تطلق والديها وهي بسن الرابعة، فذهبت لتقيم في مدينة الدمام مع والدتها وأختين وأخ، وهي أصغر إخوتها. كانت أمها شديدة الخوف عليها وعلى إخوتها؛ فكانت تحذرهم مرارًا من الغرباء، والأمراض، ومفاجآت المستقبل. بحسب وصف "ت. ص": "كنا خمسة في البيت، والقلق سادسنا"؛ إذ تحيل "ت. ص" القلق الذي تعاني منه إلى أنه مُتعلّم منذ الطفولة، خاصة أن التشخيص أثبت أن أمها تعاني من القلق والوسواس القهري، إلا أنها غير منتظمة على العلاج، مما جعل حالتها النفسية متذبذبة. في المقابل، لا تعرف "ت. ص" كثيراً عن والدها، فهي تزوره في الأعياد، ويعاملهم معاملة جيدة في تلك الزيارة، إلا أنه لا يبادر أبداً بالتواصل أو السؤال عنهم في باقي الأوقات؛ فقد أنشأ أسرة أخرى مع زوجة وأبناء ويظهر فيها "كزوج وأب سعيد لعائلة سعيدة" بحسب عبارة "ت. ص".

كان ل"ت. ص" طموح في إكمال دراستها لتفتتح شركتها الخاصة، لكنها تزوجت وهي طالبة جامعية لتقرر تركيز جهدها على أسرتها، وتحديدًا طفلها. بعد تخرجها انتقلت للعيش مع زوجها في مدينة جدة، حيث لا تعرف أحدًا في المدينة، وزوجها كثير السفر، مما يجعلها تمكث أشهرًا في البيت، لا ترى أو تحدث أحدًا غير زوجها وطفلها. تتابها شكوك بأن زوجها غير مخلص لها، ولكن لا تريد أن تفكر بهذا، فقد قررت ألا تكون مثل أمها وتعرض طفلها لتجربة الطلاق التي عانتها وهي طفلة.

حين بدأ طفلها بالذهاب إلى المدرسة قررت البحث عن عمل، ولكن كانت مقابلات العمل عائقاً أمامها؛ إذ تتابها نوبات قلق تظهر على شكل توتر، وانزعاج، وشعور بالخوف، وتصورات بالفشل، والإحراج، ويصاحب هذه النوبات آلام في المعدة، ورجفان في اليد، وصعوبة في التنفس. تكرر هذه الحالة جعلها تمتنع عن البحث عن وظيفة، لكن هذا لم يمنع تكرار ظهور الأعراض، فأصبحت تشعر بالقلق طوال الوقت، وتخشى مواجهة الآخرين حتى من كانت تعرفهم مسبقاً. استمرار هذا الأمر لفترة طويلة أدخلها في حالة من البكاء والحزن الشديد، وعدم الثقة بالنفس، والرغبة في الهروب وفي الموت أحياناً أخرى.

تطبيق البرنامج:

الجلسة الأولى:

- هدف الجلسة: إجراء المقابلة التشخيصية شبه المقننة، والبدء ببناء العلاقة العلاجية مع الحالة.
- المهارات والفنيات المستخدمة: طرح الأسئلة والاستماع.
- مضمون الجلسة: بدأت الجلسة بتعريف الباحثة/المعالجة بنفسها وبخبرتها، ومن ثم التعريف بطبيعة الجلسات النفسية ونتائجها المتوقعة، ثم تطرح أسئلة المقابلة شبه المفتوحة على الحالة؛ بغرض التعرف على الحالة من جانب سبب الزيارة، وطبيعة وتاريخ المشكلة، وللحصول على فكرة شاملة عن تاريخ الحالة العائلي والاجتماعي والنفسي.

الجلسة الثانية:

- هدف الجلسة: استيفاء معلومات المقابلة الشخصية شبه المقننة، نقاش الخطة العلاجية، وتطبيق المقاييس.
- المهارات والفنيات المستخدمة: الحوار والمناقشة.
- مضمون الجلسة: بدأت الجلسة بسؤال "ت.ص" عن حالها، وكيف كان أسبوعها، ثم تنتقل الجلسة إلى استكمال بقية أسئلة المقابلة لتحديد بداية ظهور أعراض القلق والاكتئاب لديها، ومعرفة الطرق المجدية وغير المجدية التي استخدمها في تخفيف الأعراض. بعد ذلك طُبق كل من مقياس (تايلور) للقلق، ومقياس (بيك) للاكتئاب. وأخيراً، تم عرض الخطة العلاجية المقترحة، بما فيها من عدد جلسات وفنيات ومهارات من المتوقع تحقيقها، ثم يُوقع على عقد مع "ت.ص" يتضمن موافقتها على بدء الجلسات العلاجية، وتعهّداً بالمحافظة على سرية هويتها حتى في حالة النشر الأكاديمي.

الجلسة الثالثة:

- هدف الجلسة: عرض المفاهيم الأساسية المتعلقة بالقلق والاكتئاب، والعلاقة بينهما.
- المهارات والفنيات المستخدمة: الحوار البناء، وفهم طبيعة السلوك البشري مع تكليف منزلي.
- مضمون الجلسة: بناءً على نتائج المقياس التي أشارت إلى أن الحالة تعاني من ارتفاع شديد جداً في مستوى القلق وكذلك الاكتئاب، فقد بدأت الجلسة بتناول مفهوم القلق، ومسبباته، وأنواعه المتعددة، وكذلك آثار القلق على علاقاتها بمن حولها وعلى جسدها. ثم تناول مفهوم الاكتئاب، وتعريفه لا باعتباره مجرد شعور بالحزن، ولكن كبنية ذهنية نعيد من خلالها تشكيل واقعنا. وأخيراً، بيان العلاقة بين الاكتئاب والقلق، وكيف تعمل آلياتهما على مستوى السلوك الإنساني. وبعد ذلك شرح فكرة التكليف المنزلي، وهو تسجيل حالات الضيق التي تنتابها، والمواقف التي شعرت فيها بهذا الشعور، وقد أعطيت ترتيباً بمقياس من (1-100)؛ إذ يشير الرقم 100 إلى درجة الضيق العليا.

الجلسة الرابعة:

- هدف الجلسة: التعرف على العلاقة بين السلوك والمشاعر والأفكار، والتعرف على الأفكار التلقائية.
- المهارات والفنيات المستخدمة: تكليف منزلي يهدف إلى الكشف عن الأفكار التلقائية.
- مضمون الجلسة: بدأت الجلسة بمناقشة وتقييم أداء التكليف المنزلي، ومعرفة إن كانت الحالة قد واجهت أي صعوبات في عملية "المراقبة الذاتية" التي ستصبح مهارة تساعدها في تجاوز أزمته. بعد ذلك استُخدمت أمثلة التكليف لشرح العلاقة بين السلوك والمشاعر والأفكار، وكيف تؤدي التغذية الرجعية دوراً في ذلك. ثم تم عرض نموذج (ABC) لتعبير "ت.ص" عن فهمها لبعض المواقف التي مرت بها وفقاً لهذا النموذج.

الجلسة الخامسة:

- هدف الجلسة: التأكد من فهم "ت.ص" لخصائص الأفكار التلقائية.
- المهارات والفنيات المستخدمة: تسجيل الأفكار ومراقبة الذات عبر الاستمرار بالتكليف ذاته.
- مضمون الجلسة: اعتباراً من هذه الجلسة ستبدأ جميع الجلسات بسؤال "ت.ص" عن أسبوعها السابق، وهل لاحظت زيادةً أو نقصاناً في أعراض القلق، يهدف ذلك إلى تطوير مهارة مراقبة الذات والوعي بها؛ هذا يمكن الحالة من التدخل المبكر عند بداية ظهور الأعراض مستقبلاً، ويهدف أيضاً إلى التعرف على

أي أحداث في حياة الحالة قد تؤدي دوراً في مشكلتها. بعد ذلك تمت مراجعة التكليف المنزلي، ومناقشة الخصائص العشر للأفكار التلقائية وفقاً للنموذج المقدم. وقد تحدثت الحالة عن عدم قدرتها على تحديد إن كان ما يعنّ ببالها هو فكرة تلقائية أم شعوراً؛ لذا تجد صعوبة في أداء التكليف المنزلي؛ ومن هنا قمنا بالعودة إلى مثلث "السلوك-الأفكار-الشعور" وشرح التداخل بينهم؛ لمساعدة الحالة على استقصاء أفكارها بشكل أفضل.

الجلسة السادسة:

- هدف الجلسة: شرح فنية الاسترخاء والتدريب عليها.
- المهارات والفنيات المستخدمة: استرخاء العضلات التصاعدي (PMR).
- مضمون الجلسة: السؤال عن أحداث الأسبوع لتحقيق الوعي بالذات، وإدراك علاقة مشاعرنا بواقعنا وردّات أفعالنا، وللتأكد من الوضع النفسي للحالة. بعد ذلك نُوقش التكليف، وقد كانت الحالة قادرة على تحديد أفكارها التلقائية، مع تبيان طبيعة تلك الأفكار من جهة خصائصها. بعد ذلك عُرض مفهوم الاسترخاء، وكيفية تأثيره على الجسم -خاصة في حالة التغيرات الجسدية أثناء نوبة القلق- والتعرف على أنواعه، وأوقات وكيفية ممارسته والتدريب عليها.

الجلسة السابعة:

- هدف الجلسة: فهم الاسترخاء ودوره، والتمكن من ممارسة الاسترخاء المختصر.
- المهارات والفنيات المستخدمة: تكليف منزلي: الاسترخاء
- مضمون الجلسة: السؤال عن أحداث الأسبوع لتحقيق الوعي بالذات، وإدراك علاقة مشاعرنا بالواقع المعاش وردّات أفعالنا، وللتأكد من الوضع النفسي للحالة. بعد ذلك كان الحديث عن تجربة الحالة مع تمارين الاسترخاء، سواءً المختصر "التنفس البطني" أو استرخاء العضلات التصاعدي ((PMR)، وقد عبرت الحالة عن ارتياحها للمختصر باعتباره أسهل في التطبيق. بعد ذلك تحدثت الحالة عن المواقف التي استخدمت معها تقنية الاسترخاء، لتتعرف من خلالها على مصدر القلق في تلك المواقف، وعن إمكانية وجود مشترك بينها. لم تستطع الحالة التعرف على العلاقة بين مواقف القلق لديها في تلك الفترة. وتنتهي الجلسة بالتأكيد على ضرورة استكمال تمارين الاسترخاء، ثم تسجيل المواقف التي احتاجت فيها لممارستها.

الجلسة الثامنة:

- هدف الجلسة: التعامل مع القلق: كيفية تقدير المخاطر.
- المهارات والفنيات المستخدمة: تكليف منزلي: قائمة مصادر القلق
- مضمون الجلسة: السؤال عن أحداث الأسبوع لتحقيق الوعي بالذات، وللتأكد من الوضع النفسي للحالة. بعد ذلك تحدثت الحالة عن شعورها بتحسن نسبي نتيجة وضعها لروتين يومي للاسترخاء؛ بما يمنحها قوة وطاقة خلال اليوم، كما كشفت عن وعي أفضل في فهم العلاقة بين المواقف التي تتعرض لها، وردّات فعلها، ودرجة القلق التي تشعر به، وهذا يمكن اعتباره مؤشراً للانتقال إلى المرحلة الثانية من جلسات العلاج، والتي تتمثل بمجابهة القلق مباشرة. البداية كانت مع تعلم تقدير المخاطر، فلا مفر من مخاطر الحياة؛ لذا عليها أن تتعرف على المخاطر التي يجب ألا تقلق بشأنها. من هنا يأتي التعرف على درجة المبالغة لديها في تقدير المخاوف، ومن ثم مناقشة ما إن كانت هذه المخاوف بسبب خبرات

سابقة أو اعتقادات راسخة لديها. بعد ذلك تُعلم كيفية وضع قائمة مصادر القلق وترتيبها، ثم حساب درجتها.

الجلسة التاسعة:

- هدف الجلسة: التعامل مع القلق: التنبؤ بالعواقب.
- المهارات والفنيات المستخدمة: تكليف منزلي: قائمة مصادر القلق، ثم اختبار البدائل.
- مضمون الجلسة: سؤال عن أحداث الأسبوع لتحقيق الوعي بالذات، وللتأكد من الوضع النفسي للحالة. ثم أُخبرت الحالة عن استمرارها في ممارسة تمارين الاسترخاء، لكنها تجد صعوبة في تطبيقها عندما يكون مستوى القلق لديها أعلى من المتوسط، فصار الحديث حول التعرف على بوادر ومؤشرات ارتفاع القلق لديها. بعد ذلك قامت بعرض التكليف الخاص بعرض وترتيب مصادر القلق لديها، واتضح أن أكبر مصادر القلق لديها تتمحور حول سلامة ابنها النفسية وسعادته، وخوفها من أن يتركها زوجها وهي بلا مصدر دخل. بعد ذلك تم اختيار المصادر الثلاثة الأولى المسببة للقلق بحسب قائمة الحالة، ومحاولة التنبؤ بالعواقب الممكنة؛ إذ نشجع الحالة على تخيل إمكانيات متعددة وليست واحدة ومقلقة؛ وذلك من خلال اختيار البدائل الممكنة، وتقييم مدى ملاءمتها للظروف الحياتية، ثم إعادة تقييم الموقف ودرجة قلقه، لتنتهي الحالة إلى نتيجة أن لا وجود لتصورات حتمية للمستقبل، وإمكانية توفر بدائل. وللتأكد من مهارتها في استخدام هذه الآلية، طُلب منها تكليف منزلي بتطبيق الآلية على بقية مصادر القلق لديها، حتى تُناقش في الجلسة القادمة.

الجلسة العاشرة:

- هدف الجلسة: التعامل مع القلق: التعرض للقلق.
- المهارات والفنيات المستخدمة: أداء الأدوار.
- مضمون الجلسة: سؤال عن أحداث الأسبوع لتحقيق الوعي بالذات، وللتأكد من الوضع النفسي للحالة. بعد ذلك كان الاطلاع على تجربتها في محاولة إكمال مهارة الأسبوع الماضي -المتضمنة وضع احتمالات متعددة لعواقب مصادر القلق- وأثر تطبيق هذه المهارة على مزاجها العام، لكن الحالة صرحت بعدم شعورها بالارتياح أثناء تأديتها للتكليف، وأنها شعرت بالقلق لدرجة غير محتملة في بعض المواقف، هنا كان علينا الانتقال إلى مهارة التعرض للقلق ومواجهته. استُخدمت تقنية أداء الأدوار، فتخيلت الحالة موقف إجراء مقابلة عمل وتفشل في المقابلة، بل ويتم توبيخها على "قلة خبرتها وغباءها" بحسب وصفها، كانت الحالة تؤدي دور مجري المقابلة المهنية، والمعالج يؤدي دور الحالة في لحظة القلق تلك، المتمثلة بالشعور بالدونية والفشل. خلال ذلك تم عرض البدائل السلوكية الممكنة، مع تحديد درجة القلق لكل منها ودرجة إجابة الحالة استخدام هذه البدائل. بعد ذلك حاولت قياس درجة القلق بعد ممارسة السلوك البديل للتعرف على فعاليته. وتنتهي الجلسة بالتأكيد على ضرورة التمرن على هذا التكليف في البيت، مع عدم تشتيت نفسها، والاكتفاء بالتركيز على 3 مصادر فقط من مصادر القلق لديها للتمرن على تغيير إدارتها لها.

الجلسة الحادية عشر:

- هدف الجلسة: التعامل مع القلق: إكمال التعرض للقلق.
- المهارات والفنيات المستخدمة: تعلم صرف الانتباه، أداء الأدوار.

● مضمون الجلسة: سؤال عن أحداث الأسبوع لتحقيق الوعي بالذات، وللتأكد من الوضع النفسي للحالة. أكدت الحالة أنها لازالت تعاني من نوبات الصداع ورعشة في جسمها، وكذلك قرحة المعدة، وأنها تشعر بالإحباط؛ إذ أنها شعرت بأن كل الجلسات السابقة، والتزامها بأداء التكاليف لم يغير من وضعها الصحي. ولأجل التعامل مع إحباطها هذا؛ كان النقاش حول سقف التوقعات من هذه الجلسات والتمارين، ومدى واقعيتها، ومن ثم التعرف على العوامل المحيطة، مثل: سنوات معاناتها مع القلق ليصبح نمط استجابة لديها، مقابل جلسات علاج حديثة لازالت تحاول إتقان مهاراتها. وكان التوجيه بأن يكون هدفها الأول هو المحافظة على استمراريتها بتطبيق ما تعلمته، ثم تحقيق تقدم بسيط عن السابق؛ بما يضمن ثبات تقدمها. ثم انتقل الحديث إلى التعرف على سير مهارة مجابهة مصادر القلق؛ وذلك باختيار سلوك تمارسه بسبب لها القلق، واختيار سلوك آخر يكون أقل إقلاقاً لها، فتحدثت عن سماحها لابنها بزيارة أحد أصدقاء المدرسة، وأنها كانت ترفض ذلك خوفاً عليه، ثم ناقشت من هذه النقطة مخاوفها على ابنها، وخوفها من تكرار ما فعلته أمها معها؛ حين نقلت الأم مخاوفها إلى أبنائها، فأصبح جميع أبنائها يعانون من القلق، بما فيهم "ت.ص" نفسها، ولذلك ترغب الحالة في بكسر هذه الحلقة، ليصبح هذا هو دافعها لإكمال العلاج. بعد ذلك عُرضت مهارة صرف الانتباه، والتي تتضمن تشتيت الانتباه حين تداهما المشاعر المقلقة، ومحاولة تركيز فكرها على أمر واحد، فتستطيع التعامل معه. وللتحقق من إمكانية اكتسابها لهذه المهارة، استُخدمت تقنية (أداء الدور)، طُلب من الحالة أن تتخيل موقفاً مقلقاً يحدث لابنها مع التركيز على صرف الانتباه عن تلك الفكرة، والتركيز عما يحدث حقيقة في تلك اللحظة. انتهت الجلسة بحديثها عن وجود مقابلة عمل ستذهب إليها رغم قلقها الشديد من الفشل، فكان التكليف هو مراجعة المهارات السابقة المتعلمة مع تركيزها على موقف المقابلة، والتدرب عليها قبل الذهاب إلى المقابلة.

الجلسة الثانية عشر:

- هدف الجلسة: التعامل مع القلق: منع سلوك القلق واقعياً.
- المهارات والفنيات المستخدمة: تكليف منزلي: عيش تجربة مقلقة والتعامل معها.
- مضمون الجلسة: سؤال عن أحداث الأسبوع لتحقيق الوعي بالذات، وللتأكد من الوضع النفسي للحالة. بعد ذلك السؤال عن كيفية سير مقابلة العمل، وماهي الاستعدادات التي اتخذتها قبلها، فصرحت بأن قلقها يكمن في عدم وجود خبرة مسبقة، لكنها حاولت أن تقرأ كثيراً عن الشركة وعن مهام الوظيفة استعداداً للمقابلة، وكذلك وضعت في تصورها أن المقابلة ليست نهائية، والفشل فيها لا يعني الفشل تماماً، وأنها ستتعامل معها وكأنها تقنية أداء الأدوار التي تجربها في الجلسة، وستعتبرها تمريناً لمقابلات قادمة، وستحاول أن تصرف انتباهها عن الأفكار المقلقة التي تنتابها في تلك المواقف، مثل: رأي الآخرين بها. أشارت "ت.ص" إلى أن المقابلة سارت على نحو مرضي، وأنه كان من المتوقع عدم حصولها على وظيفة لديهم، ولكنها على الأقل أبدت أداءً أفضل بكثير من أدائها المعتاد. بعد ذلك شرح لكيفية نقل هذه التجربة لمواقف حياتية أخرى، وتحديد عواقب كل موقف من المواقف. ثم سُئلت الحالة عن علاقتها الزوجية، وعن حدوث أي تغيرات مؤخراً في العلاقة -مع الإشارة إلى أن ذكرها لزوجها كان طفيفاً-، فتصرحت بأن علاقتها بزوجها بمثابة "الفيل في الغرفة"؛ إذ لا تريد الحديث عنه خوفاً، فالتفكير في علاقتها بزوجها يقلقها لدرجة الشلل في تخيل مصير العلاقة، أو محاولة إيجاد حل لها، فهي تصرح

بعدم وجود مشاكل بينهما، وأنها زوجة مطيعة، وزوجها مسالم، ولكنها تشعر بأنهما غير سعيدين؛ فافتُراح عليها الذهاب لعلاج زواجي، فلعل هذا يكون أحد محفزات القلق لديها.

الجلسة الثالثة عشر:

- هدف الجلسة: التحقق من امتلاك الحالة للمهارات الكافية في التعامل مع القلق حاليًا، وتعزيز الثقة بالنفس.
- المهارات والفنيات المستخدمة: تكليف منزلي: إكمال تسجيل المواقف المقلقة وردّات فعلها، مع إضافة تسجيل المواقف المكدرّة بالنسبة لها.
- مضمون الجلسة: سؤال عن أحداث الأسبوع لتحقيق الوعي بالذات، وللتأكد من الوضع النفسي للحالة. بعد ذلك تحدثت الحالة عن تأثير انعدام ثقتها بنفسها في خوفها من التواصل الفعال مع زوجها. فهي تخاف الطلاق، وتخاف أن يهجرها؛ لذا تلتزم الصمت. في المقابل، زوجها يتمتع بشخصية اجتماعية ودودة -حسب وصفها-، وكثيراً ما كان ينتقد صمتها وجمودها، ومؤخراً، أصبح لا ينتقدها، ولكن لا يجلس في البيت وقتاً طويلاً مما يشعرها بالوحدة، خاصة مع عدم وجود معارف وأهل لها في مدينة جدة. ثم نوقشت طرق زيادة دائرة علاقاتها الاجتماعية عبر ابنها؛ بمحاولة التواصل مع أمهات أصدقاءه، أو محاولة التواصل مع جاراتها، أو اختيار نشاط تحب ممارسته، مثل: الذهاب لنادي رياضي؛ فذلك يمنحها مجالاً للتواصل الاجتماعي الأخيريات. بعد ذلك تحدثت عن انعدام الثقة بالنفس بأنه شعور قديم، تعاني منه من قبل الزوج؛ لذلك حاولنا تحديد أي الجوانب تهتز فيها ثقتها بنفسها، ومعرفة كيف يؤثر هذا الأمر على حياتها الحالية، وعلى شعوريّ الاكتئاب والقلق لديها.

الجلسة الرابعة عشر:

- هدف الجلسة: تحديد المعتقدات الأساسية حول الذات.
- المهارات والفنيات المستخدمة: القدرة على التعرف على الذات الواقعية لتعزيز الذات، تكليف منزلي للتعرف على المعتقدات الأساسية.
- مضمون الجلسة: سؤال عن أحداث الأسبوع لتحقيق الوعي بالذات، وللتأكد من الوضع النفسي للحالة، ثم التعرف على مفهوم الذات بأبعادها المختلفة: الواقعية، والمثالية، والمدرّكة. ومعرفة الفروقات بينهم، وأثر هذه الفروقات على الصحة النفسية للفرد، ومحاولة معرفة أثرها على نفسيّتها للاستبصار أفضل للذات. ثم عودة لموضوع الأفكار التلقائية الذي طُرح في أول الجلسات، ومعرفة أن هذه الأفكار التلقائية تتبع من المعتقدات الأساسية حول الذات وحول الحياة. وتبع ذلك عرض عدد من الأمثلة، وقد طُلب من "ت.ص" تكليف منزلي باستحضار الأفكار التلقائية التي كتبتها في تكليف سابق، ومحاولة استكشاف معتقداتها الأساسية.

الجلسة الخامسة عشر:

- هدف الجلسة: تعلم تقييم أثر المعتقدات الأساسية على السلوك.
- المهارات والفنيات المستخدمة: تعلم تقييم الأفكار ووضع بدائل ممكنة، تكليف منزلي.
- مضمون الجلسة: سؤال عن أحداث الأسبوع لتحقيق الوعي بالذات، وللتأكد من الوضع النفسي للحالة. بعد ذلك استعراض التكليف والأفكار والمعتقدات الأساسية التي تحملها الحالة. اتضح أن أحد معتقداتها الأساسية أنها لا تستحق السعادة، وأن عليها توقع حدوث أمور سيئة في حياتها دوماً، وأنها شخص لا

يستحق الحب؛ فأبوها تركها، وأمها لم تهتم بها، ولعل زوجها وابنها سيفعلون مثل ذلك. بعد ذلك قُيِّمت هذه الأفكار باختبارها؛ إذ طلب منها أن تذكر الحجج التي تدعم صحة هذه المعتقدات، والأدلة التي تنفي صحة هذه المعتقدات. وحين مالت كفة ما يثبت عدم صحة هذه المعتقدات، طلب منها التفكير ببدايل أكثر إقناعاً، مثل: كان أبوها يحبها، ولكن لا يعرف كيف يتعامل معها وكيف يظهر هذا الحب؛ لأنه لا يعرفها جيداً، وأنه اختار الابتعاد لأنه شعر بالشفقة على الأم؛ فلم يرد إيذائها بأخذ أبنائها منها، وأن أمها تحبها ولكن المرض يجعل جزء من طاقتها وتركيزها يذهب لمرضها؛ مما يحول دون إظهار الحب. وفي تلك اللحظات بدأت الحالة بالبكاء، وتحدثت عن شعورها بتأنيب الضمير؛ لأنها كانت دائماً تلوم أمها وأباها في داخلها؛ لأنهما لم يحبانها، ولم تفكر أن هذا من الممكن أن يكون مجرد تصور بداخلها. وتنتهي الجلسة بطلب محاولة اختبار بقية معتقداتها الأساسية، لاكتشاف بدائل ممكنة؛ مما يحررها من التصورات المسبقة.

الجلسة السادسة عشر :

- هدف الجلسة: وضع قواعد سلوكية جديدة واختبارها.
- المهارات والفنيات المستخدمة: تكليف منزلي: اختبار القواعد الجديدة.
- مضمون الجلسة: سؤال عن أحداث الأسبوع لتحقيق الوعي بالذات، وللتأكد من الوضع النفسي للحالة. ثم استفسار عن كيفية سير التكليف المنزلي، وكيف وجدت عملية اختبار المعتقدات، فتصرح بأنها شعرت بالتشتت؛ فلم تعرف متى يكون ما يعنى على بالها معتقداً أساسياً، ومتى يكون شعوراً. وهذا تطلب شرحاً توضيحياً بالأمثلة؛ ليسهل أداء التكليف مستقبلاً. ثم استحضرت المعتقدات التي كشفت الجلسة الماضية عن عدم صحتها؛ للتعرف على قواعد سلوكية جيدة على الحالة لتعلمها وفقاً لتلك المعتقدات، فمثلاً: في السابق كانت لا تتبادر بالتواصل مع أمها وأبيها، ويحملها على هذا فكرة أنهما لا يحبانها، وبما أن هذا المعتقد لم يعد قائماً، فيجب أن تختبر سلوكاً جديداً في التواصل مع والديها، مع ضرورة وضع توقعات واقعية لردة فعلهما، وأن تستعد لأي تغيير في السلوك يستحضر قلقاً وارتباكاً. أُذيت الأدوار باعتبار المعالج أحد والديها، وتختبر هي الطريقة الجديدة في تواصلها معهما، دون أن تشعرهم بالقلق حول تيرها المفاجئ. وتنتهي الجلسة بمحاولة تجريب واختبار ذلك في الواقع، مع الحذر من الاندفاع والتفاؤل المبالغ.

الجلسة السابعة عشر

- هدف الجلسة: إعادة صياغة المعتقدات الأساسية بشكل صحي وفعال.
- المهارات والفنيات المستخدمة: تكليف منزلي يتضمن تليخيص للجلسات والمهارات المتعلمة.
- مضمون الجلسة: بعد سؤال "ت.ص" عن أحداث الأسبوع السابق، والتحقق من الوضع النفسي لها، سُئلت عن التكليف، لتذكر أنها تواصلت مع والديها، وأن أمها كانت في وضع نفسي سيء؛ لذا لم تلاحظ أمها أي تغيير، ولم تستطع الحالة التحدث مع أمها إلا بكلام سريع، وأن والدها بالمقابل تحدث معها، وقد شعرت بأن صوته هذه المرة كان أكثر سعادة من عاداته، وقد أخبرته برغبتها في زيارته مع ابنها؛ ليتعرف على حفيده بشكل جيد، فرحب والدها بذلك. بعد ذلك كان نقاش المعتقدات الأساسية، وكيف تؤدي دوراً في تشكيل الشخصية والسلوك. ثم شرح لفكرة أن أنواع المعتقدات الصحية وغير الصحية، وما ينبثق منها من أفكار عقلانية وغير عقلانية تؤثر في تقييمنا للأمور وللذات، وينعكس هذا

على سلوكنا، وعلى ردات فعلنا، وشعورنا. كانت "ت.ص" قادرة على استحضار بعض الأمثلة ل على ذلك؛ مما يكشف عن امتلاكها استبصاراً أفضل بذاتها. بعد ذلك أخبرت بأن الجلسة القادمة ستكون الأخيرة، وعليه فالتكليف سيكون تلخيصاً للجلسات والمهارات التي تعلمتها، والمهارات التي تشعر أنها ستتحسن مع الوقت.

الجلسة الثامنة عشر:

- هدف الجلسة: جلسة ختامية.
- المهارات والفنيات المستخدمة: القدرة على إنهاء الجلسة مع شعور ثقة بالنفس في قدرتها على مجابهة الأحداث القادمة لوحدها بطريقة أكثر صحية من السابق.
- مضمون الجلسة: لأنها الجلسة الأخيرة، فقد طلب من "ت.ص" أن تقدم تلخيصاً لمسار الجلسات - تكليف الجلسة الماضية-؛ للتأكد من انخفاض قلقها مقارنة بالسابق، وقد صرحت بأن شعورها بالثقة بالنفس تحسن -خاصة أمام زوجها-. وأبلغت بأن عليها تحسين مهاراتها الاجتماعية للتواصل بشكل أفضل مع المجتمع. وصرحت الحالة أيضاً بأن نوبات البكاء والصداع والرجفة خفت كثيراً في الفترة الأخيرة. بعد ذلك طُبِّقَ القياس البعدي لمقياسي القلق والاكتئاب.

عرض النتائج وتفسيرها:

بعد إجراء تطبيق القياس القبلي ثم البعدي لكل من مقياس (تايلور) للقلق العام، ومقياس (بيك) للاكتئاب، ظهرت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (1):

جدول رقم (1): نتائج مقياس (تايلور) للقلق العام ومقياس (بيك) للاكتئاب قبل وبعد الخضوع للبرنامج العلاجي.

درجة مقياس الاكتئاب	درجة مقياس القلق	
34	42	القياس القبلي
7	23	القياس البعدي

من الجدول أعلاه نجد أن الحالة كانت تعاني من قلق شديد جداً، وبعد الخضوع للجلسات الثمانية عشر للعلاج السلوكي المعرفي انخفض مستوى القلق إلى قلق متوسط. أما على صعيد الاكتئاب، نجد أن الحالة كانت تعاني من اكتئاب حاد، وبعد الخضوع للعلاج السلوكي، أشارت النتائج إلى أن الحالة تخلصت من الاكتئاب. مع الأخذ بالاعتبار أن عدداً من مسببات القلق والاكتئاب لم يحدث فيها أي تغيير على أرض الواقع. التغييرات التي حدثت كانت في علاقتها بأبها وزوجها، فقد أسهمت الجلسات -حسب تصريحها- في اكتساب فهم أفضل يساعدها على التعرف على ديناميات علاقاتها مع الأشخاص المهمين في حياتها، وأسهمت في كسر الحواجز التي كانت تضعها بينها وبين الآخرين؛ بسبب تصورات تحملها لم يكن لها دلائل واقعية لتأكيدتها. وأضافت أن عدم حصولها على وظيفة عقبة تحتاج إلى اجتيازها، لتكتسب ثقة بالنفس، وينخفض قلقها وتوترها. ومن هنا، فإننا نجزم بأن الجلسات العلاجية استطاعت أن تخفض من مستوى كل من القلق والاكتئاب لدى الحالة. هذه النتيجة تتوافق مع عدد من الدراسات التي أثبتت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق والاكتئاب؛ إذ أشارت دراسة

(خطاب، 2010) إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق، فيما أفادت دراسة (عباس، 2022) بفعاليتها في علاج القلق العام. أما (الإسي، 2014) فقد أفادت دراسته بفعالية العلاج المعرفي السلوكي مع قلق المستقبل (السواط، 2010)، وقلق التحدث أمام الآخرين (مقداد واليامي، 2022)، والقلق لدى المرأة المعنفة (قطراني، 2021). وكذلك اتفقت نتيجة الدراسة مع الدراسات التي أثبتت فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في خفض مستوى الاكتئاب لدى من يعانون من الإعاقات الحركية (الحمري، 2015)، أو التصلب اللوحي (بولكويرات وآخرون، 2018)، أو مرضى القلب قبل العمليات (علي وفرح، 2019). هذه النتائج تحضنا على استقصاء أشمل للكشف عن فعالية البرامج العلاجية في مجتمعنا مع بحوث تتطرق لاضطرابات نفسية أخرى، ومع فئات عمرية متنوعة.

المراجع

- الإسي ه. (2014). العلاج المعرفي السلوكي لإضطراب القلق العام: دراسة إكلينيكية، دراسة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية بغزة.
- ابراهيم، ع. (1998). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه. الكويت: عالم المعرفة.
- إبراهيم ، ع. (2010). الخوف والقلق والتعرف على أوجه التشابه والاختلاف بينهما وعلاجهما واجراءات الوقاية منهما. القاهرة: عالم الكتب.
- ابن حالة، م. (2017). دراسة مستوى القلق والاكتئاب عند المرأة المطلقة الجزائرية: دراسة ميدانية لـ 15 حالة. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية: مؤسسة كنوز الحكمة للنشر والتوزيع، مج 12، ص 56-71
- أبن منظور (2003). لسان العرب. بيروت: دار صادر.
- أحمد، أ. (2013). العلاج المعرفي السلوكي لتحسين القلق والاكتئاب لدى عينة من مرضى الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل. المجلة العلمية لكلية الآداب، ع47، ص 508 - 483.
- بولكويرات، ص.، وشريفي، ه.، وبرزوان، ح. (2018). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من استجابة القلق والاكتئاب لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي. دراسات نفسية: مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية، ع 15، ص 76-94.
- البيومي ، س. (2020). الوعي بالذات والقلق لدى عينة من طلاب قسم علم النفس بجامعة الطائف، مجلة كلية الآداب: جامعة المنصورة، ع 66، ص 265-286
- بيك، آ. (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. بيروت: دار النهضة العربية للنشر.
- جبر، ج. (1994). التشخيص الفارق: دراسة حالة في الاكتئاب النفسي. علم النفس: الهيئة المصرية العامة، مج 8، ع 29، ص 98 - 77.
- حمدي، ن.، وأبو حجلة، ن.، وأبو طالب، ص. (1988). البناء المعرفي ودلالات صدق وثبات صورة معربة لقائمة بيك للاكتئاب. مجلة دراسات العلوم التربوية، مج 15، ع 1، ص 30-40.
- حسين، ع. (2008). العلاقة بين الاكتئاب بمقياس بيك والحالات الانفعالية بمقياس الانفعالات الفارق لدى عينة سعودية. الندوة الإقليمية لعلم النفس، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
- الحمري، م. (2015). فاعلية العلاج المعرفي في علاج الاكتئاب المصاحب للإعاقات الحركية: دراسة حالة. المجلة العلمية لكلية الآداب: جامعة أسيوط، ع 56، ص 345 - 306.

- خطاب، ك. (2010). العلاج المعرفي السلوكي لسيدة تعاني من اضطراب كرب ما بعد الصدمة: دراسة حالة علاجية. مجلة مركز الخدمة للإستشارات البحثية: جامعة المنوفية، ع 39، ص 250 - 234.
- خليل، ص. (2016). التدخل العلاجي باستخدام تقنية الحرية النفسية لدى مريض الاكتئاب: دراسة حالة. مجلة كلية التربية، مج 32، ع 1، ص 1-58.
- دورون ر. و باور ف. (1997). موسوعة علم النفس. تعريب فؤاد هاشم. بيروت: منشورات عويدات.
- ريحاني س و طنوس ع. (2012). العلاقة بين أساليب الحياة وكل من القلق والاكتئاب. المجلة الاردنية في العلوم التربوية، مج 8، ع 3، ص 183-194
- زورو إ. و نوري ش. (2020). أثار العنف اللفظي الزوجي على الصحة النفسية للمرأة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة العربي بن مهدي، الجزائر
- السواط و. (2010). فعالية برنامج يستند إلى الإرشاد المعرفي السلوكي في التخفيف من قلق المستقبل لدى طلاب المرحلة الثانوية. المجلة المصرية للدراسات النفسية. مج 20، ع 67، ص 436-482
- شويخ، ه. (2013). كفاءة بعض أساليب العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الأعراض المزاجية لدى حالة تعاني من داء الثعلبية. دراسات نفسية: مركز البصيرة للبحوث و الإستشارات والخدمات التعليمية، مج 23، ع 1، ص 113-143.
- عباس أ. (2014). علاج معرفي سلوكي لاضطراب القلق المعم لدى طفل: دراسة حالة. دراسات نفسية: مركز البصيرة للبحوث و الإستشارات والخدمات التعليمية، ع 11، ص 145-154
- علي ع. و فرح ع. (2019). التصميم والفاعلية لبرنامج سلوكي معرفي إرشادي لخفض القلق والخوف لدى مرضى القلب قبل العمليات الجراحية بمستشفى أحمد قاسم. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا كلية التربية
- فايد، ح. (2001). الاضطرابات السلوكية: تشخيصها، أسبابها، عالجه، حلوان: المنشورات الجامعية لجامعة حلوان.
- قطراني ه. (2021). فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي للتخفيف من حدة القلق لدى المرأة المعنفة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة العربي بن مهدي، الجزائر
- مقداد م. و اليامي ص. (2012). أثر برنامج إرشاد جمعي سلوكي معرفي في خفض قلق التحدث أمام الآخرين لدى عينة من طلاب المرحلة الإعدادية بمملكة البحرين. دراسات نفسية: مركز البصيرة للبحوث و الإستشارات و الخدمات التعليمية، ع 6، ص 45-72
- Essie H. (2014). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: a clinical study, an unpublished master's study, the Islamic University of Gaza.
- Ibrahim, A. (1998). Depression is a modern-day disorder: its understanding and treatment methods. Kuwait: the world of knowledge.
- Ibrahim, A. (2010). Fear and anxiety and recognizing the similarities and differences between them and their treatment and prevention measures. Cairo: The world of books.
- Ibn Hala, m. (2017). Studying the level of anxiety and depression among Algerian divorced women: a field study of 15 cases. Al-Hikma Journal for Educational and Psychological Studies: Treasures of Wisdom Foundation for Publishing and Distribution, Vol. 12, pp. 56-71

- Ibn Manzur (2003). Arabes Tong. Beirut: Dar Sader.
- Ahmed, A. (2013). Cognitive-behavioral therapy to improve anxiety and depression in a sample of patients with chronic rheumatoid arthritis pain. The Scientific Journal of the College of Arts, p. 47, pp. 508-483.
- Polquerat, p., Sharifi, H., and Berzouan, h. (2018). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in reducing anxiety and depression response in patients with multiple sclerosis. Psychological Studies: Al-Baseera Center for Research, Consultation and Learning Services, p. 15, pp. 76-94.
- Al-Bayoumi, S. (2020). Self-awareness and anxiety among a sample of students of the Department of Psychology at Taif University, Journal of the College of Arts: Mansoura University, p. 66, pp. 265-286
- Beck, A. (2000). Cognitive therapy and emotional disorders. Beirut: Arab Renaissance Publishing House.
- Gabr, c. (1994). Diagnostic difference: a case study in mental depression. Psychology: The Egyptian General Authority, Vol. 8, p. 29, pp. 98-77.
- Hamdi, N., Abu Hijleh, N., and Abu Talib, p. (1988). Cognitive construction and implications for validity and stability of an Arabized image of Beck's depression list. Journal of Educational Sciences Studies, Vol. 15, v. 1, pp. 30-40.
- Hussein, A. (2008). The relationship between depression on the Beck scale and emotional states on the difference emotion scale in a Saudi sample. Regional Psychology Symposium, College of Education, King Saud University.
- Al-Hamry, M. (2015). Effectiveness of cognitive therapy in treating depression associated with motor impairments: a case study. The Scientific Journal of the Faculty of Arts: Assiut University, p. 56, pp. 345-306.
- letter, K. (2010). Cognitive-behavioral therapy for a woman with post-traumatic stress disorder: a therapeutic case study. Service Center Journal for Research Consultations: Menoufia University, p. 39, pp. 250-234.
- Khalil, p. (2016). Therapeutic intervention using Emotional Freedom Technique in a depressed patient: a case study. Journal of the College of Education, Vol. 32, p.1, p. 1-58.
- Doron R. and Power F. (1997). Encyclopedia of Psychology. Arabization of Fouad Hashem. Beirut: Oweidat Publications.
- Rihani Q and Tannous p. (2012). The relationship between lifestyles and both anxiety and depression. The Jordanian Journal of Educational Sciences, Volume 8, v. 3, pp. 183-194
- Zoro E. and Nouri St. (2020). Effects of marital verbal violence on women's mental health, unpublished master's thesis, Larbi Ben M'hidi University, Algeria
- Whip and. (2010). The effectiveness of a program based on cognitive-behavioral counseling in alleviating future anxiety among secondary school students. The Egyptian Journal of Psychological Studies. Volume 20, v. 67, pg. 436-482
- Shuwaikh, H. (2013). Efficiency of some cognitive-behavioral therapy methods in improving mood symptoms in a case of alopecia areata. Psychological Studies: Al-Baseera Center for Research, Consultation and Learning Services, Vol. 23, No. 1, pp. 113-143.
- Abbas A. (2014). Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder in a child: a case study. Psychological Studies: Al-Baseera Center for Research, Consultation and Learning Services, p. 11, pp. 145-154
- Ali A. and Farah A. (2019). The design and effectiveness of a cognitive behavioral counseling program to reduce anxiety and fear among heart patients before

- surgery at Ahmed Qassem Hospital. Unpublished PhD thesis. Sudan University of Science and Technology College of Education
- Fayed, h. (2001). Behavioral Disorders: Diagnosis, Causes, and Treatment. Helwan: Helwan University Publications.
- Qatrani H. (2021). The effectiveness of a cognitive-behavioral program to reduce anxiety among battered women. Unpublished Master's Thesis, Larbi Ben M'hidi University, Algeria
- Miqdad M. and Yami p. (2012). The effect of a cognitive behavioral group counseling program in reducing public speaking anxiety among a sample of middle school students in the Kingdom of Bahrain. Psychological Studies: Al-Baseera Center for Research, Consultation and Learning Services, Vol. 6, pp. 45-72
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)
- Coles, M. E. (1982). Psychopathology Clinical. London: Routledge and Kegan Paul.
- Hill C. E.(2009). Heloing Skills: facilitating exploration, insight, and action, 3rd ed, American Psychological Association: Washington, DC.
- McKay M., Davis M., Fanning P.. (2007) Thoights and Feeling: taking control of your moods and your life, 3rd ed. New Harbinger Publications: Oakland
- Pamela, L. M., Michael, P. M., Na-Jin, P., Shelton, C., Brown C., and Michael, T. W., (2010). Work Environment Stressors, Social Support, Anxiety, and Depression Among Secondary School Teachers, AAOHN Journal, Vol. 58, No 5. pp.197-206
- Padesky C., Greenberger D..(1995) Clinician's Guide to Mind Over Mood. The Guilford Press: New York.
- Spielperger, C.D (1976): The nature and measurement of Anxiety. In Spielperger, C.D and Diaz-Guerrer (Eds), cross cultural research anxiety, Washington, hemisphere, Wiley.