

بسم الله الرحمن الرحيم

المملكة العربية السعودية
جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
كلية الدراسات العليا
قسم العلوم الاجتماعية

تقييم فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات

" دراسة شبة تجريبية على النزلاء المدمنين بمستشفى الملك فهد
بالقصيم "

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول
على درجة الماجستير في الرعاية والصحة النفسية

إشراف الأستاذ الدكتور
عبد الحفيظ سعيد مقدم

إعداد الطالب
ناصر بن عبد العزيز بن عمر الصقهان
4220409

1426 هـ - 2005 م

قسم :- العلوم الاجتماعية

تخصص :- الرعاية والصحة النفسية

عنوان الرسالة :-

تقييم فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات

إعداد الطالب : ناصر بن عبد العزيز الصقهان

إشراف :- الأستاذ الدكتور عبد الحفيظ سعيد مقدم

لجنة المناقشة الرسالة :-

- 1- أ . د . عبد الحفيظ سعيد مقدم . مشرفاً ومقرراً
- 2- أ . د . سعيد ديبس عضواً
- 3- د . أحسن طالب عضواً

تاريخ المناقشة :- 1427/1/13 هـ الموافق 2006/6/12م

مشكلة الدراسة: يمكن تحديد مشكلة الدراسة في الإجابة على التساؤل التالي: هل تؤدي طريقة العلاج العقلائي الانفعالي إلى خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات عند نزلاء مركز التأهيل النفسي بمستشفى الملك فهد بالقصيم؟

- أهمية الدراسة: تعتبر هذه الدراسة – حسب علم الباحث – أول دراسة في البيئة العربية تستخدم العلاج العقلائي الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى عينة من مدمني المخدرات. وقد تكمن أهميتها أيضاً في إمكانية التوصل إلى نتائج تكمن فائدتها في تطبيق فنيات العلاج العقلائي الانفعالي في مراكز التأهيل النفسي. وتكمن أهميتها كذلك في دراسة برامج العلاج العقلائي الانفعالي واستخدامه في الجانب الوقائي وعدم قصره على الجانب العلاجي فقط. وقد تكمن أهميتها أيضاً في الحد من الانتكاسة التي تصيب المدمنين بعد العلاج من الإدمان. وقد تكمن أهميتها أيضاً في الاستفادة من برنامج العلاج العقلائي الانفعالي لخفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية المرتفعة لدى غير مدمني المخدرات.

أهداف الدراسة:

1. معرفة مدى فعالية العلاج العقلائي الانفعالي لخفض درجة القلق لدى عينة من مدمني المخدرات.
2. معرفة مدى فعالية العلاج العقلائي الانفعالي لخفض درجة الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من مدمني المخدرات.

تساؤلات الدراسة:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التفكير اللاعقلاني وذلك للقياس القبلي.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس القلق وذلك للقياس القبلي.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة في التفكير اللاعقلاني وذلك لصالح المجموعة التجريبية،
4. أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في القلق وذلك لصالح المجموعة التجريبية.
5. أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مقياس التفكير اللاعقلاني لصالح القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية.
6. أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس التفكير اللاعقلاني لدى المجموعة الضابطة.
7. أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مقياس القلق لصالح القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية.
8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مقياس القلق لدى المجموعة الضابطة.

منهج الدراسة:

استخدام الباحث المنهج شبه التجريبي

أهم نتائج الدراسة

1. أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التفكير اللاعقلاني وذلك للقياس القبلي.
2. أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس القلق وذلك للقياس القبلي.
3. أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التفكير اللاعقلاني وذلك للقياس البعدي.
4. أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس القلق وذلك للقياس البعدي.
5. أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مقياس التفكير اللاعقلاني لصالح القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية.
6. أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس التفكير اللاعقلاني لدى المجموعة الضابطة.
7. أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مقياس القلق لصالح القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية.
8. أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي ولكن مقدار الفروق في المتوسطات بين أزواج البيانات (قبلي وبعدي) لدى المجموعة التجريبية اكبر من الفروق في المتوسطات بين أزواج البيانات (قبلي وبعدي) لدى المجموعة الضابطة.

الفهرس

رقم الصفحة	الموضوع
	الفصل الأول : مدخل الدراسة
2	أولاً : المقدمة .
5	ثانياً : مشكلة الدراسة .
7	رابعاً : أهداف الدراسة .
7	خامساً : أهمية الدراسة .
8	سادساً : حدود الدراسة .
9	سابعاً : مفاهيم مصطلحات الدراسة .
	الفصل الثاني : أولاً الإطار النظري
	العلاج العقلاني الانفعالي .
11	- مدخل
12	- نبذة تاريخية
13	- مفهوم نظرية A - B - C
16	- المفاهيم الفلسفية الأساسية للعلاج العقلاني الانفعالي
19	- أهداف العلاج العقلاني الانفعالي
20	- المعتقدات العقلانية واللاعقلانية
25	- بعض أساليب المعتقدات اللاعقلانية
27	- فروض نظرية العلاج العقلاني الانفعالي
37	- علاقة العلاج العقلاني الانفعالي بطرق علاجية أخرى
40	- الفرق بين العلاج العقلاني الانفعالي والطرق المعرفية الأخرى
42	- نظرية العلاج العقلاني الانفعالي
46	- التقنيات السلوكية المساعدة في العلاج العقلاني الانفعالي .
	القلق .
	الموضوع
49	- أنواع أو طرق العلاج العقلاني الانفعالي
51	- حدود نسبة نجاح العلاج العقلاني الانفعالي
	القلق .
52	- مدخل .
52	- مفهوم القلق .
55	- الفرق بين القلق والخوف .
57	- أعراض القلق .

58	- أسباب القلق .
60	- أنواع القلق .
62	- القلق كحاله - القلق كسمة
65	- النظريات المفسرة للقلق .
	إدمان المخدرات .
69	- مدخل .
71	- ماهي المخدرات .
71	- الإدمان .
71	- مفهوم الإدمان وأهم خصائصه .
72	- التفسيرات النفسية لإدمان المخدرات .
	ثانياً: الدراسات السابقة
76	أولاً / الدراسات العربية .
82	ثانياً / الدراسات الأجنبية .
85	التعقيب على الدراسات السابقة
	الفصل الثالث: تصميم إجراءات الدراسة
89	- منهج الدراسة .
89	- فروض الدراسة .
90	- مجتمع الدراسة .
94	- أدوات الدراسة .
رقم الصفحة	الموضوع
97	- طريقة إجراء الدراسة .
97	- الأساليب الإحصائية المستخدمة .
	الفصل الرابع: نتائج الدراسة وتفسيرها
99	- نتائج الفرض الأول.
100	- نتائج الفرض الثاني.
100	- نتائج الفرض الثالث.
101	- نتائج الفرض الرابع.
102	- نتائج الفرض الخامس.
103	- نتائج الفرض السادس.
103	- نتائج الفرض السابع.
104	- نتائج الفرض الثامن.
105	- تفسير ومناقشة النتائج الكمية.

الفصل الخامس: ملخص الدراسة والتوصيات

109

- توصيات الدراسة.

110

- الدراسات المقترحة.

مراجع الدراسة

111

- المراجع العربية .

118

- المراجع الأجنبية .

121

الملاحق

فهرس الجداول

رقم الصفحة	الموضوع	رقم الصفحة
92	توزيع أفراد العينة حسب المجموعة	1
93	توزيع أفراد العينة حسب العمر	2
93	توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية	3
94	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	4
94	توزيع أفراد العينة حسب المهنة	5
100	فرق المتوسطات في التفكير اللاعقلاني بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة للقياس القبلي	6
101	فرق المتوسطات في القلق بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة للقياس القبلي	7
101	فرق المتوسطات في التفكير اللاعقلاني بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة للقياس البعدي	8
102	فرق المتوسطات في القلق بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة للقياس القبلي	9
103	فرق المتوسطات في التفكير اللاعقلاني بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية	10
104	فرق المتوسطات في التفكير اللاعقلاني بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الضابطة	11
104	فرق المتوسطات في مقياس القلق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية	12
105	فرق المتوسطات في مقياس القلق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الضابطة	13

المخلص

تقييم فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار
اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات، دراسة شبة تجريبية على النزلاء
المدمنين بمستشفى الملك فهد بالقصيم

هدفت الدراسة لمعرفة مدى فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في خفض درجة
القلق والأفكار اللاعقلانية لدى عينة من مدمني المخدرات وهم نزلاء التأهيل النفسي
بمستشفى الملك فهد بالقصيم، وطبق العلاج العقلائي الانفعالي على عينة مكونة من
20 فرداً من أفراد مدمني المخدرات ممن لديهم درجة القلق والأفكار اللاعقلانية
مرتفعة من نزلاء مركز التأهيل النفسي بمستشفى الملك فهد بالقصيم خلال شهر شوال
1425هـ الموافق 2004م، حيث طبق البرنامج لمدة أربعة أسابيع موزعة على أربع
عشرة جلسة ومدة كل جلسة تتراوح بين ستين دقيقة إلى تسعين دقيقة.

تم استخدام التكرارات، والنسب المئوية، واختبار "ت"؛ للإجابة على تساؤلات
الدراسة، وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين
التجريبية والضابطة في القياس القبلي وإيضاً أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة
إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي سواء في درجة
التفكير اللاعقلاني أو في درجة القلق مما يشير إلى أن البرنامج المطبق على
المجموعة التجريبية أدى إلى خفض درجة القلق وإلى خفض درجة التفكير اللاعقلاني
إذا ما قورن بنظيرة المجموعة الضابطة. وفي ضوء النتائج الأخرى تبين إنه توجد
فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي سواء في التفكير
اللاعقلاني أو في القلق لصالح المجموعة التجريبية.

يوصي الباحث بضرورة الاهتمام باستخدام العلاج العقلائي الانفعالي على
نطاق واسع داخل مستشفيات الصحة النفسية عموماً والمراكز المختصة في علاج
الإدمان خصوصاً. وعمل دورات تدريبية للأخصائيين النفسيين والعاملين مع
المرضى على كيفية استخدام فنيات العلاج العقلائي الانفعالي نظراً لما يحققه من
نتائج إيجابية في التعامل مع الكثير من المشكلات والاضطرابات النفسية.

Summary

Evaluation of rational and emotive therapy efficiency in decreasing anxiety and irrational thoughts degree concerning addicts slept in King fahad hospital in qassim

The study aimed at knowing the efficiency of rational and emotive therapy in decreasing anxiety and irrational thinking degree on a group of addicts slept in rehabilitation department in king fahad hospital in Qassim, the rational and emotive therapy has been applied on a group of 20 addicts having a high degree of anxiety and irrational thinking, during shawal, 1425, corresponding to 2004. the program continued for 4 weeks, distributed to 14 sessions, every session varied from 60 to 90 minutes.

Frequencies, percentages, and T test have been used for answering questions of the study. The results showed that there is a significance between experimental group and control group in the post-measurement and the pre-measurement of irrational thinking and anxiety degree, If compared with control group.

According to the other results, there were significant differences between pre-measurement and post- measurement in irrational thinking and anxiety degree to experimental group.

The researcher recommends the necessity of using rational and emotive therapy in mental hospital, and centers specialized in addiction, and also to train psychologists, and others who deal with patients, how to use techniques of rational and emotive therapy, as it achieves positive results in dealing with different problems and mental disorders.

الفصل الأول

مدخل الدراسة

1-المقدمة

2-مشكلة الدراسة

3- أهداف الدراسة

4-أهمية الدراسة

5-حدود الدراسة

6-مفاهيم ومصطلحات الدراسة

الفصل الأول

المدخل إلى مشكلة الدراسة

أولاً: مقدمة الدراسة:-

قام إيليس Ellis بتطوير النموذج العقلاني - الانفعالي الذي كان له أثر على ممارسة العلاج النفسي حتى فاق عدد المعالجين الذين التزموا بالعلاج العقلاني - الانفعالي في السنوات الماضية أولئك الذين يستخدمون أسلوب العلاج الممرکز حول العميل. (Rebecca .1987:22).

يشترك العلاج العقلاني الانفعالي في كثير من الجوانب مع العلاج السلوكي وخاصة مع أساليب العلاج السلوكي المتعدد والذي يهتم بالعمليات المعرفية. (Elli،1989:200).

ويتميز العلاج العقلاني الانفعالي بأنه يتناول كل المشكلات الانفعالية التي تولدها أفكارنا، وهي طريقة من طرق العلاج النفسي تتسم بأنها نشطة ومباشرة من كلا الطرفين المعالج والعميل. حيث يبين المعالج للمريض أساس اضطرابه وأنه قادر على مناهضته وتغيير أفكاره غير العقلانية المسببة للاضطراب، كما تأخذ بأسلوب التعليم للمريض ليصبح في النهاية قادراً على التعامل مع مشكلاته. (Ellis،1990: 114).

وفي ضوء الدراسات السابقة؛ زاد الاهتمام في السنوات الأخيرة بدراسة العلاقة بين تعاطي المخدرات والاضطرابات النفسية، ومن خلال الاطلاع الذي قام به الباحث على معظم الدراسات النفسية والاجتماعية فقد اتضح بأن الكثير من الباحثين وعلماء النفس والاجتماع توصلوا إلى العديد من العوامل والأسباب الدافعة لإدمان المخدرات بمختلف أنواعها. ومن هذه العوامل ما يسيطر على القلق النفسي للمدمن سواء كان هذا القلق محركاً أو باعثاً على تعاطي المخدرات أو يكون القلق عاملاً ناتجاً عن الاعتماد عليه، أو يكون القلق حافزاً للانتكاس في حالة التوقف عن التعاطي، وأيضاً يصاحب القلق غالباً العديد من الأعراض خلال الفترة الإنسحابية، ويرى الباحث أن هناك قلة في الدراسات المحلية حول العلاج الذي لا يعتمد على العقاقير، وأنها شحيحة في مجال القلق المصاحب والاعتماد على المخدر بشكل خاص، وأغلب الدراسات تتناول استخدام برامج طبية أو برامج علاجية متعددة مثل العائد الحيوي مع ملاحظة أنها ركزت للمعتمدين على الكحول وبالرغم من نجاح هذه البرامج في المجتمعات الغربية، فإنه ليس بالضرورة أن تكون جميع الفنيات العلاجية الفعالة والناجحة في المجتمعات الغربية ذات فعالية وناجحة بنفس الدرجة في مجتمعاتنا.

وحول ندرة البحوث في موضوع الاعتماد على المخدر بشكل عام يذكر سوييف أنه إذا أضفنا مجموع ما نشر حول المخدر حتى نهاية سنة 1994م، وما نشر طوال الفترة نفسها عن المخدرات الأخرى وعن الكحوليات، فبالإمكان أن نتصور أن المجموع يحصى بعشرات الآلاف من المؤلفات ذات الطابع العلمي، أما بالنسبة لما هو منشور باللغة

العربية ، مما يدخل في فئة المؤلفات ذات الطابع العلمي فلا يزال المتاح محدوداً جداً لا تزيد مدخلات على بضع عشرات. (سوييف ، 1996م: 14).

و تعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات سواء كان على المستوى الشخصي أو على المستوى الاجتماعي من أخطر المشكلات التي تهدد سلامة المجتمع والأفراد على حد سواء كما أنها تعيق ازدهار المجتمع ونموه الإنتاجي حيث تستنفذ الكثير من موارد المجتمع وتقضي على الكثير من طاقاته وتعطل الكثير من قدرات أفرادها. و يقدر البعض أن حوالي نصف ما يرتكب من جرائم في المجتمع يقوم بها الأفراد في حالة تعاطيهم المخدرات أو من أجل الحصول على المال اللازم للإنفاق على تعاطي المخدرات. (المرزوقي وآخرون، 1990م: 27).

وعلى المستوى الدولي تشير الإحصائيات في سنة 1938م إلى أن 58% من التعداد العام للمجتمع الأمريكي يتعاطون الكحوليات وقد زادت هذه النسبة سنة 1969م إلى 61% وقفزت في عام 1978م إلى نسبة 71% أما اليوم فإن أكثر من 100 مليون أمريكي يعانون من مشاكل تتعلق بالكحوليات ، وتصل الأزمة إلى ذروتها عندما نعلم أن تعاطي الكحول يأتي في المرتبة الثالثة لأسباب الوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية. (Giraulo & Renner, 1991:3)

ولا يقتصر الأمر على الولايات المتحدة الأمريكية بل امتد الأمر إلى باقي الدول الغربية والتي تورقها مشكلة الاعتماد على المخدرات، فمثلاً نجد أن كلاً من المنشطات والمنبهات العصبية مثل الامفيتامينات Amphetamine والمهدئات مثل الباربيتوريت Parbiterates أصبحت أكثر انتشاراً في الشوارع العامة في معظم الدول الأوروبية بعد أن كان انتشارها يقتصر على فئات الطبقة المتوسطة فقط ، وما زال يتزايد كل يوم عدد معتمدي الهيروين بصورة مستمرة. (Musto , 1992:10).

وتشير إحصائيات وثائق مؤتمر الأمم المتحدة لمنع الجريمة ومعاملة المذنبين (1975م) إلى " أن أعداد من يتعاطوا الحشيش في العالم يتراوح بين 40- 50 مليون نسمة ومعتمدي الهيروين حوالي مليوني نسمة. ومعتمدي الكوكايين نصف مليون نسمة ". (عن وزارة الداخلية ، 1985م: 202).

أما في عالمنا العربي فقد أكدت بعض الدراسات العربية الحديثة هذا التزايد. ففي مصر أظهرت دراسة البحث القومي للإدمان لسنة 1996م، تزايد أعداد تعاطي المخدرات بين فئات الشباب. (عويضة وآخرون، 1996: 56).

أما في السعودية فعلى الرغم من عدم وجود معلومات كافية حول هذا الموضوع إلا أن دراسة (إيلاردي) Illardi أظهرت أن نسبة متعاطي المخدرات من الذكور حديثي التعاطي الراغبين في العلاج بالمنطقة الشرقية قد زادت، ففي عام 1992م كانت النسبة 31% وزادت لتصل عام 1996م إلى 34%. (Illardi ,1997:9).

و يدل استعراضنا لهذه الإحصائيات على أن مشكلة المخدرات مشكلة عالمية ذات جوانب متعددة لا تختلف في ذلك عن أية دولة في العالم سواء كانت تنتمي إلى الدول النامية أو المتقدمة، وبالرغم من الجهود المحلية والعالمية المبذولة في مواجهة هذه المشكلة ضمن الاهتمام العام بصحة الفرد والمجتمع، فإن الإدمان في تفاقم متزايد حتى بلغ عدد المدمنين كما ورد في بيان لهيئة الصحة العالمية 1990م حوالي 162 مليوناً في كافة أنحاء المعمورة. (عن عويضة وآخرون ، 1996: 34).

وحول طبيعة المشكلة نجد أن المشكلة ليست مشكلة طبية بحتة ولا هي نفسية خالصة، ولا هي مشكلة اجتماعية من أولها إلى آخرها، ولا هي أمنية فقط، ولا هي

قانونية فحسب، ولا اقتصادية تماماً ولا أخلاقية تربوية، بل هي أكثر من ذلك. (سويف ، 1996: 30).

ومما أعطى لظاهرة المخدرات أبعاداً ذات أهمية أيضاً. إنها ظاهرة إنسانية عامة فهي ظاهرة قديمة جداً تمتد جذورها منذ قدم التاريخ الإنساني ولا تقتصر على مجتمع بعينه أو شريحة اجتماعية محددة شأنها شأن العديد من الظواهر التي تتطلب الفهم والتفسير للحد من انتشارها ووجودها، كما تعتبر مشكلة المخدرات تدميراً للوجود البشري بدءاً من الناحية النفسية والسيولوجية ومروراً بالناحية الاجتماعية. (النابلسي ، 1991م: 25).

ويذكر "وسليني" وزملاؤه إن تلك المخاوف وأعظمها عند المعتمدين على المخدرات هي التعافي نفسها بعد العلاج، إذ أن التعافي ليس بنعمة بقدر ما هو خطر يهدده، فالتعافي يعني التغيير، ومواجهة المجهول الذي يسبب القلق لمعظم الناس. (Rosellini et al. 1990:5).

ويرى إبراهيم أن من الخطأ أن نتعامل مع بعض الفنيات العلاجية التي ثبت نجاحها لعلاج مشكلة معينة - كالقلق مثلاً على أنها ستحقق نفس النجاح ونفس الفاعلية إذا استخدمت في بيئة عربية، والعكس صحيح فقد تكشف أساليب عربية تصلح لمعالجة بعض المشكلات الشائعة في الوطن العربي دون أن تحقق نفس النجاح إذا ما استخدمناها في أمريكا أو اليابان مثلاً. (إبراهيم ، 1996: 79).

ثانياً: مشكلة الدراسة:

لقد أثارت مشاكل علاج مدمني المخدرات على المستوى العالمي اهتمام الكثير من الباحثين مما جعلها من البحوث التي تلقى اهتماماً منقطع النظير على المستوى العالمي، ومناقشتها في العالم. (الجوهي ، 1419هـ: 12).

ولقد زاد الاهتمام في السنوات الأخيرة بدراسة العلاقة المتبادلة بين الاعتماد على المخدرات، والاضطرابات النفسية، وقد قام العديد من المختصين بدراسة معتمدي المخدرات الذين يعانون من اضطرابات نفسية مثل اضطرابات القلق أو الاضطرابات الوجدانية كالإكتئاب والهوس أو الاضطرابات العضوية أو الذهانية أو اضطرابات الشخصية، وقد تبين من معظم الدراسات أن من بين كل ثلاثة مرضى يعانون من اضطرابات نفسية يوجد مريض يعاني من مشكلة اعتماد على المخدرات. (رشاد ، 1997 م: 160).

ولعل من أبرز تلك المعوقات مشكلة القلق التي تؤثر على ما يقدم من برامج علاجية للمريض (المدمن)، إذ أنه من المتوقع أن المريض (المدمن) الذي يعاني من القلق يكون متوتراً لدرجة لا تسمح له باستيعاب مشكلته الأساسية وما يقدم له من خدمات علاجية. وفي دراسة على عينة تتكون من 311 فرد من المدمنين ذوي السلوكيات الإدمانية المختلفة (Comings et al, 1980). وجدت جماعة مارلات ثلاثة مواقف عالية الخطورة: فالمجالات الانفعالية السالبة مثل: القلق أو الإحباط أو الغضب أو الإكتئاب مسؤولة عن 35% من حالات العودة للإدمان. (عبد المعطي، 2002م: 254).

وهناك عدة طرق لعلاج القلق منها العلاج السلوكي، والعلاج المعرفي، إلى جانب العلاج العقلاني الانفعالي الذي سوف يكون محور اهتمام الباحث، ومن خلال المسح

الذي قام به الباحث على معظم الدراسات النفسية والاجتماعية، و يرى الباحث نقصاً في استخدام العلاج العقلاني الانفعالي في علاج المدمنين في المملكة العربية السعودية.

وللأسف حتى هذا اليوم يتم التركيز في علاج الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية بالطرق الدوائية والطبية سواء في المشافي النفسية أو المتخصصة في الإدمان، و يحقق هذا العلاج المنقوص هدفاً واحداً وهو إزالة التسمم الحاد بالمخدر أو المسكر، أو حماية المدمن من أعراض انسحاب المخدر أو المسكر الطبية فقط وليس تبديل سلوكه الادماني، لذا تحدث الانتكاس بنسبة تقارب 90% في علاج الإدمان بالطرق الدوائية. (حجار، 1412هـ: 11).

ونظراً للمتغيرات الحضارية والثقافية التي تلعب دوراً مهماً في علاقتها بهذا النوع من الاضطرابات، فإنه من الضروري الاستفادة من نتائج الدراسات والمفاهيم العلاجية الحديثة ومحاولة تطبيقها لمعرفة مدى ملاءمتها للمجتمع السعودي. وقد طرح أليس Ellis تعبيراً جديداً أسماه قلق الانزعاج أو اضطراب الانزعاج في وصفه للحالة النفسية الجديدة التي تعترى المدمن نتيجة تفكيره اللاعقلاني في موضوع إدمانه وهواه بفعل التحمل المنخفض للإحباط الناجم عن امتناعه عن الشرب أو تناول المخدر. ويتصف هذا القلق المزعج في توقع المدمن للألم والانزعاج وعدم المسرة والكدر. (حجار، 1412:52).

وعلى هذا الأساس فإن أهمية البحث تكمن في تخفيض مستوى القلق لدى مدمني المخدرات وهذا بالتعامل معه بتطبيق العلاج العقلاني الانفعالي. وقد أكدت بعض الدراسات التجريبية أن العلاج العقلاني الانفعالي فعالاً في علاج الكثير من اضطرابات القلق، ومن هنا سعى الباحث للكشف عن فعالية هذه الطريقة في خفض القلق لدى المدمنين. ومما سبق يمكن صياغة المشكلة في هذا التساؤل:
(هل تؤدي طريقة العلاج العقلاني الانفعالي إلى خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات عند نزلاء مركز التأهيل النفسي بمستشفى الملك فهد بالقصيم؟)

ثالثاً: أهداف الدراسة:

1) معرفة مدى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي لخفض درجة القلق لدى عينة من مدمني المخدرات.

2) معرفة مدى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي لخفض درجة الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من مدمني المخدرات.

رابعاً : أهمية الدراسة:

يمكن إبراز أهمية الدراسة من خلال جانبين هما :
1-الأهمية النظرية.

تعتبر هذه الدراسة حسب علم الباحث أول دراسة في البيئة العربية تستخدم العلاج العقلاني الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى عينة من مدمني المخدرات، مع العلم بأن هناك قلة في الدراسات المحلية حول البرامج التجريبية الخاصة بالمدمنين على المخدرات. أما بالنسبة للدراسات الأجنبية فإن هناك الكثير من الدراسات التي تطرقت لهذا الموضوع، لكن أغلب الدراسات التي حصل عليها الباحث تتناول استخدام برامج متعددة مع الملاحظة أنها ركزت على معتمدي الكحول، وعلى الرغم من نجاح هذه البرامج في علاج مثل هذه الحالات في الدراسات الغربية فإنه ليس بالضرورة أن تكون الفنيات العلاجية الفعالة والناجحة في المجتمعات الغربية فعالة وناجحة بنفس الدرجة في مجتمعاتنا المحلية مما يتطلب دراستها على البيئة المحلية للتأكد من فاعليتها.

2-الأهمية التطبيقية.

ويمكن تحديد الأهمية التطبيقية من خلال النقاط التالية:

- إمكانية التوصل إلى نتائج تكمن فائدتها في تطبيق فنيات العلاج العقلاني الانفعالي في مراكز التأهيل النفسي.
- دراسة برامج العلاج العقلاني الانفعالي واستخدامه في الجانب الوقائي وعدم قصره على الجانب العلاجي فقط.
- الإسهام في درء هذه الآفة التي تفشت في هذا المجتمع المحافظ وتقديم المساعدة لمن ابتلوا بها.
- الاستفادة من برنامج العلاج العقلاني الانفعالي لخفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية المرتفعة لدى غير مدمني المخدرات.

خامساً:حدود الدراسة:

تقتصر الدراسة على المجالات التالية:

(أ) المجال البشري:

يتكون مجتمع الدراسة من الأفراد مدمني المخدرات ممن لديهم درجة مرتفعة من القلق من نزلاء التأهيل النفسي بالمستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية.

(ب) المجال المكاني:

يتمثل في مركز التأهيل النفسي في مستشفى الملك فهد بالقصيم بالمملكة العربية السعودية.

(ج) المجال الزمني:

يتمثل المجال الزمني خلال عام 1425هـ- 2005م.

سادساً: مفاهيم و مصطلحات الدراسة:

فعالية: Effectiveness

" القدرة على تحقيق النتيجة طبقاً لمعايير محددة مسبقاً. وتزداد الكفاية كلما أمكن تحقيق النتيجة تحقيقاً كاملاً " (بدوي، 1977: 127).

و تعرف الفعالية إجرائياً في هذه الدراسة، على أنها مدى قدرة البرنامج العقلاني الانفعالي في تخفيض مستوى درجة القلق لدى مدمني المخدرات في مستشفى الملك فهد بالقصيم، مركز التأهيل النفسي.

العلاج العقلاني الانفعالي:

أسلوب من أساليب العلاج النفسي ورائده هو البرت اليس Ellis وهو علاج مباشر وتوجيهي يستخدم فنيات معرفية وانفعالية لمساعدة المريض لتصحيح معتقداته اللاعقلانية وتحويلها ليصاحبها اضطراب انفعالي وسلوكي في المعتقدات العقلانية ليصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي (Corey,1991:325).

وفي هذه الدراسة يعرف إجرائياً على أنه برنامج علاجي يتكون من أربع عشرة جلسة تتضمن كل جلسة مجموعة من النشاطات المباشرة التي يقوم بها المعالج مع العميل والتي تتضمن مجموعة من الفنيات. والواجبات التي يطلبها المعالج من العميل في نهاية كل جلسة، وفق ما ورد في البرنامج العلاجي. وتهدف هذه الجلسات إلى محاولة تغيير الأفكار غير عقلانية المسببة للاضطراب. والتي تبين للمريض أساساً اضطرابه حيث تساعده على تخفيض القلق إلى أقل قدر ممكن.

القلق Anxiety:

يستخدم القلق للدلالة على مفهومين أساسيين أولهما لوصف حالة انفعالية غير سارة وهي من الناحية العملية الأكثر تكرار في حالات القلق، وثانيهما لوصف الفروق الفردية في حدوث القلق بوصفه سمة ثابتة ثباتاً نسبياً في الشخص، و هو شعور عام غامض غير سار بالتوجس و الخوف و التحفز و التوتر مصحوب عادةً ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد. (عكاشة، 1998 : 107).

وإجرائياً هو الدرجة التي يحصل عليها المدمن على مقياس القلق للدكتور فهد الدليم والتي تتراوح هذه الدرجة من سبعين فأكثر. والتي تعني أن الفرد يعاني من القلق باعتباره مرضاً أو عرضاً لأمراض أخرى.

المخدرات Drugs:

هي (كل مادة خام أو مستحضرة، تحتوي على عناصر مسكنة أو منبهة، من شأنها إذا استخدمت في الأغراض الطبية المخصصة لها، وبقدر الحاجة إليها، ودون مشورة طبية أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها ، مما يضر بالفرد والمجتمع). (الرشيد ، 1412هـ: 11).

الإدمان Addiction

عبارة عن مجموعة من الظواهر الفسيولوجية و السلوكية و المعرفية تأتي بعد استخدام متكرر لمادة ما و تتضمن بشكل محوري الرغبة الشديدة في تناول العقار و اختفاء السيطرة على استخدامه و الاستمرار في ذلك بالرغم من التبعات الضارة و يكون تعاطيها ذا أولوية تفوق أي سلوكيات أو التزامات أخرى زيادة في احتمال المادة و أحياناً وجود حالات انسحاب. (عكاشة، 1998: 480)

الفصل الثاني

أولاً: الإطار النظري:

- المبحث الأول: العلاج العقلائي الانفعالي.
- المبحث الثاني: القلق.
- المبحث الثالث المخدرات

ثانياً: الدراسات السابقة:

- المبحث الأول: الدراسات العربية.
- المبحث الثاني: الدراسات الأجنبية.
- تعقيب على الدراسات السابقة.

العلاج العقلاني الانفعالي

مدخل

تختلف أساليب تعديل السلوك بحسب اختلاف المدارس النفسية المختلفة من حيث اختلاف تفسيراتها للسلوك ومن حيث طرق ترتيب أولوياتها في تفسيرها للسلوك وبناءً على ذلك تختلف توجهاتهم في العلاج. ويعتبر أسلوب تعديل السلوك المعرفي بمثابة رد فعل على المعالجين النفسيين الذين بالغوا في تغاضيهم عن الاعتبارات الذاتية للمريض ، وعلى رأسها الجوانب الوجدانية والمعرفية التي تكمن وراء السلوك المعين واكتفوا بمحاولة تغيير السلوك الخارجي على مبدأ مثير واستجابة وبطريقة ميكانيكية. ويرى البعض أن هذه الطريقة لا يقدم تفسيراً شاملاً للظواهر السلوكية وأن قوانين التعلم أكثر تعقيداً من تلك الظواهر السلوكية الظاهرة التي تتناولها هذه الطريقة. ويعتبر حجر الأساس في تعديل السلوك المعرفي في أهمية على أن العمليات المعرفية تلعب دوراً هاماً في تشكيل السلوك الظاهر ولذلك ينبغي أخذها في الحسبان حتى ولو لم تكن قابلة للملاحظة المباشرة أو الدراسة الموضوعية. ويقوم تعديل السلوك المعرفي على افتراض أن الإنسان ليس سلبياً فهو لاستجيب للمثيرات البيئية فحسب ولكنة يتفاعل معها ويكون مفاهيم حولها وهذه المفاهيم تؤثر في سلوكه. بمعنى يعتقد معدلو السلوك المعرفيون أن هناك تفاعلاً متواصلاً بين المؤثرات البيئية والعمليات المعرفية والسلوك. (الخطيب، 1990: 373).

ويتفق معظم المعالجين على اختلاف اتجاهاتهم أن الاضطرابات النفسية لا يمكن عزلها عن طريقة تفكير المريض عن نفسه وعن العالم أو اتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين.

و يحدث تفكير الإنسان أو انفعاله أو سلوكه في آن واحد، حيث من النادر أن ننفعل بدون تفكير فعندما ينفعل الفرد فإنه يفكر ويتصرف. وعندما يتصرف فإنه ينفعل، وعندما يفكر فإنه ينفعل ويتصرف. (كوري ، 1405هـ: 249).

ويذكر باترسون أن العلاج العقلاني الانفعالي ربما يكون أكبر محاولة لإدخال العقل والمنطق في عملية الإرشاد والعلاج النفسي. (باترسون ، 1401هـ: 185).

ويعلم المعالج العقلاني الانفعالي المريض كيف يتغلب على اضطراباته الانفعالية السالبة مثل الاكتئاب والغضب والقلق والشعور بالذنب في صورها الحادة، وأنها لا ضرورة لها في حياة الإنسان. وأنه يمكن للفرد القضاء عليها إذا تعلم أن يفكر ويتصرف بطريقة سليمة. (الطيب ، 1981م: 249).

نبذة تاريخية:

تعود جذور فلسفة العلاج العقلاني الانفعالي إلى الفلسفة الرواقية القديمة وخاصة ما جاء عن ابكوريوس، Epicurus، الذي فسّر الاضطراب النفسي بأنه ليس بسبب المواقف والأحداث ولكن بسبب طريقة التفكير حول تلك الحوادث. (Ellis, 1989:202).

و ترى المدرسة الابيكورية أننا نضطرب لا من الأشياء ولكن من آرائنا عنها، فالفلسفة الرواقية مثلاً ترى ما لا يمكن تعديله يجب إما تقبله أو طرحه جانباً.

فقد لا يقبل الفرد بعضاً من وقائع الحياة التي لا أمل في تغييرها أو إصلاحها (كوفاة شخص عزيز أو وفاة قريب ، أو وجود جوانب نقص فينا، عجزنا عن تحقيق الكمال، اختلاف الناس عنا، وإن عدم تقبل الفرد لهذه الحقائق الحتمية يجعل الفرد فريسة سهلة للوقوع لكثير من أنواع التعاسة والاضطرابات، بمعنى أنه إذا واجه مشكلة ما أو موقف حتمياً معيناً لا يمكن تعديله، فإن تبديده لطاقته في التفكير في هذه المشكلة لن يعود عليه بفائدة. بل سيؤدي استمرار التفكير بهذه المشكلة إلى تضخيم التوتر النفسي والانفعالي منتهياً به إلى مضاعفات من الشقاء أكبر بكثير من المشكلة أو الموقف ذاته. والحقيقة أن معظم مشكلات العصابيين وغيرهم تنتج بسبب المحن والأوجاع التي تمتلكهم في التعامل مع المشكلات والمواقف المستحيلة، فالعصابي يبحث دائماً في المستحيل أو المتعذر متجاهلاً التعامل مع الممكن وتنميته ويؤدي به في النهاية إلى الإجهاد النفسي والشك في إمكانياته، وبالتالي التفكير في البيئة على أنها مصدر للمتاعب والتهديد والمصاعب والتوترات.

ويرى اليس أن فرويد قد أشار إلى ذلك المبدأ حيث لاحظ أن هناك أعراضاً هستيرية ذات أصل معرفي إلا أنه في أعماله الأخيرة يقرر أن الاضطرابات الانفعالية منفصلة تماماً عن التفكير. (محمد ، 1411 :15).

ويقدر أدلر Adler بأن الطفل حين ينشأ ولديه مرضاً نفسياً يكون ذلك نتيجة لتفسير الخاطئ للبيئة التي يعيش فيها، مثل الطفل الذي يرى والديه في عراك مستمر ويكتشف أن الذي يكون صوته عالياً هو الذي ينتصر. فيتربسح لدى الطفل أن يجادل ويرفع صوته في سبيل الحصول على الأشياء، أو عندما يشعر الطفل بالغيرة بسبب أخ له حل محله ولكنه يشعر بأنه كلما مرض عاد إليه إلية كل اهتمام والديه فيقدمان له الرعاية والاهتمام مرة أخرى، ونتيجة لذلك تظهر عليه الشكاوى الجسمية، ويعتمد أدلر في العلاج على المعايير الاجتماعية أو التفكير السليم حتى يرى المريض وجهة نظرة، ويميل إلى الاعتماد على العقل واستخدام التشجيع وتقوية الثقة بالنفس. (روتر، 1989 :143).

وقد اكتشف أن التخيل في أسلوب التطمين التدريجي في العلاج السلوكي وهو ذهني ويتم بالتعاون مع المريض، وهذا يعني تأثر المريض بعوامل معرفية وفكرية كالتوقع، وطريقة التنبؤ بحدوث أشياء معينة من خلال عملية العلاج فتعدل من سلوكه. (إبراهيم ، 1408هـ:223).

وقد أطلق إليس Ellis على طريقته في العلاج في البداية "العلاج العقلاني" Rational Therapy، وأوضح أن الاضطرابات العاطفية تحدث نتيجة الافتراضات الخاطئة التي يفرضها المريض على نفسه، ثم عدل التسمية إلى العلاج العقلاني الانفعالي Rational Emotive Therapy. (Dryden , 1987 :1).

نظرية: A - B - C

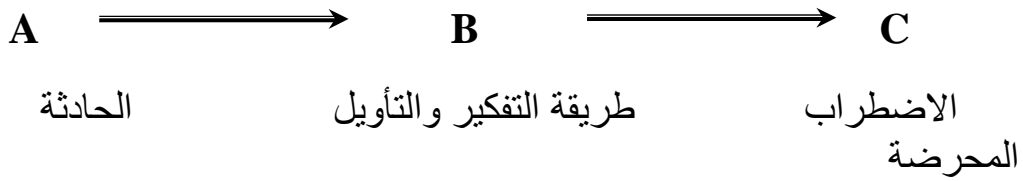
يفترض أن ألم الكائن الحي يصدر عن مصدرين، الأول وهو المحيط الخارجي الذي يؤثر على الجسد كل ألم طبيعي يقع على الجسد من جوع ومرض، فتكون هناك علاقة مولده مع للألم. وفي هذه الحالة عندها يكون العامل الخارجي هو ضربة حجر على أي جزء من أجزاء الرأس (A). تؤدي إلى جرح وألم

ونزيف(C). ولكن هناك فرق عندما يتم التعامل مع الألم النفسي مثل القلق والاكئاب والغضب وما إلى ذلك والذي سوف يرمز بحرف(C) ، وهي لا تسببه الحوادث المفترضة(A) مثل أي تصرف يصدر من أي شخص كالشخص الذي يصاب بضربة حجر على أحد أجزاء جسمه كما في المثل السابق. ولكن تأويلاتنا وتفسيراتنا والذي نرمز إليه بالحرف(B) هو الوسيط بين(C) و(A). (الحجار ، 1414: 15-16).

A: تعني الحادثة المحرصة أو الخبرة أو النشاط.

B: تعني التفكير وطريقة التأويل.

C: تعني النتيجة الانفعالية.



ولو أن حادثة معينة(A) مثل رسوب في الامتحان أو طلاق قد أثار استجابة انفعالية (C) كالغضب أو اكتئاب ، قد يبدو أن هذه الاستجابة جاءت نتيجة للموقف المحرض (A)، ولكنه في الواقع لا يكون هو السبب الرئيسي لأن الاستجابة الانفعالية تختلف باختلاف طريقة إدراك وتفسير وفهم الموقف أي (B) التي تعتبر مسئولة عن ذلك الانفعال مثل القلق المرتفع الذي يرجع بالدرجة الأولى إلى الأفكار الغير المنطقية لدى الشخص، وعند مواجهه الأفكار غير المنطقية ودحضها بشكل فعال فإن الاضطراب يصل إلى أقل مستوى أو يختفي.(Ellis,1989).

ويورد الحجار(1412) مثلاً ظريفاً، فيفترض أن فرداً ما يركب المصعد الكهربائي ويكون المصعد مكتظاً بالناس، وأحد الأشخاص في الخلف يدفع ذلك الفرد من ظهره بأداة حادة. الشخص في هذه الحالة لا يستطيع الالتفات إلى الوراء للتعرف على الأداة والشخص الذي يزعجه بسبب الزحام الكثيف في المصعد، وبدأ الفرد يشعر بالغضب والتوتر من هذا السلوك غير المؤدب الذي يصدر عن الشخص الذي خلفه وكأن ينتظر الفرصة لخروج بعض الناس من المصعد لكي يستعيد قدرته على التحرك ويفرغ غضبه على هذا الرجل الذي يضغط عليه بهذه الأداة على ظهره. ما أن توقف المصعد وخرج الناس والتفت إليه ليرشقه بسيل من الكلمات اللاذعة حتى وجده رجلاً كفيفاً يمسك بعصاه ، وهذه العصا هي مصدر الإزعاج له. ماذا يحدث لغضب ذلك الشخص بعدما أدرك أن مصدر مضايقته كانت من ذلك الشخص الكفيف وإدراكه لعجزه وفقدان بصره ؟ سيتحول ذلك الغضب إلى عاطفة الشفقة والرحمة، وربما سيساعده ويمسك بيده لتوجيهه للطريق الذي يريده. فما هو السبب في تحول المشاعر من الغضب إلى الشفقة ؟ إنها الأفكار الجديدة التي فسر بها الفرد تفسيراً مختلفاً عن الأول.

ويعرض الحجار (1412) مثلاً آخر لتوضيح نظرية ABC، فيفترض أن طفلان يلعبان ويتسلبان على شاطئ البحر، وجاءت موجة كبيرة غير متوقعة

فضربت الاثنتين جميعاً معاً ، فطرحتهما أرضاً وانغمرا بالماء، بفعل هذه المفاجأة غير المتوقعة، أحدهما خاف وفر إلى أمة يبكي ويرتعد خوفاً، والآخر كان مسروراً وقرر البقاء على الشاطئ ينتظر موجة أخرى. يلاحظ في هذا المثال أن الموقف واحد إلا أن الاستجابة اختلفت للطفلين فالأول هرب خائفاً أما الآخر فبقي ينتظر موجة أخرى. فالأول فسر الموجة على أساس عنصر مخيف وخطر. بينما الآخر فسر الموجه على أساس مداعبة وسرور. وعلى هذا الأساس يتبين أن عنصر التفكير أو المعتقد هما الوسيط في عملية رد الفعل والانفعال فخلق الخوف عند الطفل الأول والسرور عند الآخر. ومن هذان المثالين يتبين أن الحوادث الخارجية لا تسبب الاضطراب الانفعالي ولكن ما نعطيه من تفسيرات وتوقعات هما اللذان يخلقان الانفعال.

وقد بلور إليس Ellis هذه النظرية التي تقوم على العلاج العقلاني الانفعالي وأطلق عليها ABC ولكن المتتبع لكتابات إليس Ellis وكذلك ما كتبه الآخرون عن هذه النظرية مثل بوردين (Bordin , 1974) يجد أن هذه النظرية لم تتوقف عند الخطوة (C) ولكن تتعداها إلى الخطوتين (E) (D).
وقدمها إليس على النحو التالي:

(A) Activating Experience

ويقصد بها الخبرة المنشطة أو الحادثة الصادمة مثل الطلاق أو الرسوب أو الوفاة.... الخ، ويتم إدراكها بطريقة غير عقلانية.

(B) Belief System

وتعني المعتقدات الغير عقلانية المدمرة للذات وهي تتوسط بين الخبرة المنشطة وبين النتيجة الانفعالية.

(C) Consequence

ويقصد بها النتيجة الانفعالية، وتكون متوافقة لنظام المعتقدات، فإذا كان نظام المعتقدات عقلانياً كانت النتيجة ملائمة للحدث ولا تسبب الاضطراب الانفعالي. وإذا كانت المعتقدات غير عقلانية كانت النتيجة اضطراب انفعالي وخلل سلوكي كما في حالات القلق والاكتئاب.

(D) Dispute

وتعني المناهضة والمناقشة والتساؤل والتحدي والتشكيك بصحة المعتقدات اللاعقلانية، وهذا التعامل يكون بأن نسأل أنفسنا لماذا؟

(E) Effects

وتعني بؤرة ولب وجوهر الإرشاد العقلاني العلاجي، أنه النقطة المنطقية العقلانية والحساسة التي أجبب فيها عل التساؤلات السابقة لماذا؟ والإجابة على التساؤلات اللاعقلانية بالدحض المنطقي والمناقشة المنطقية للأفكار السلبية، فيظهر معتقد وفكر جديد أكثر عقلانية ويقلل معه الاضطراب.(سري، 1990: 170). (Corey, 1991:331) و(الحجار، 1414: 25).

المفاهيم الفلسفية الأساسية للعلاج العقلاني الانفعالي

1- الأهداف والغايات العقلانية:

طبقاً لهذه النظرية يكون البشر سعداء عندما يحددون أهدافاً وغايات في حياتهم ويسعون إلى تحقيقها. وهذه الأهداف تمنحهم حياة نفسية أفضل وخاصة إذا حقق مصلحتهم الخاصة أولاً ثم مصلحة الغير ثانياً. والتفكير السليم يدفع الفرد إلى تحقيق أهدافه بينما التفكير اللاعقلاني يمنعه من تحقيق أهدافه.

2- التأكيد على النظرية الإنسانية:

لا تدعي نظرية العلاج العقلاني الانفعالي أنها تأخذ بالموضوعية والعملية والفتيات على النحو صرف تجاه مشكلات البشر، لذا فإن هذه النظرية تتعامل تعاملًا رئيسياً مع طريقة تفكيرهم وإدراكهم الخاطئ عند تعاملهم مع مشكلتهم الحياتية ومع الانفعالات والسلوك. وهي على درجة كبيرة من الأهمية العلمية والمنطقية والعملية في خدمة البشر لتمكينهم من العيش بسعادة وصحة نفسية كما تشجع على الاستمتاع بمتع الحياة ومساراتها الحالية والمستقبلية. كما تفترض أن لا وجود لبشر خارقين Superman في قدراتهم. ذلك أن الشعور بالخنوع وتحقير الذات أمام القدرات الإنسانية من شأنه تأكيد الارتباط بهذه القدرات والخنوع لها وهذا مما يزيد الاضطراب النفسي ويجعل الأفراد غير قابلين لذواتهم واحترامهم، كما تفترض أن ما يصدر عن البشر من صفات وسلوك مضاد للمجتمع لا يستحقون الازدراء والرفض بسببه، وينبغي النظر إليهم على أنهم أناس مرضى. كما تفترض أن للبشر إرادة في تدبير شؤونهم وعدم الاستسلام للعوامل الاجتماعية والبيولوجية والعوامل الأخرى.

3- التفاعل القائم بين العمليات النفسية والتركيب المعرفي:

تؤكد النظرية العلاج العقلاني الانفعالي على التفاعل القائم بين الأفكار والانفعالات والسلوك. وأنها لا تعمل بصورة منعزلة عن بعضها البعض، كما شددت على التفاعل بين الحوادث المنشطة للعمليات الفكرية حيث أظهرت هذه النظرية كيف أن الحوادث أو بالتحديد كيف تدرك وتفسر هذه الحوادث مع تقويماتنا المعرفية وانفعالاتنا، وسلوكياتنا، فهي قادرة على التمييز بين المعتقدات الصائبة والمعتقدات الخاطئة فالمعتقدات العقلانية يعبر عنها عادة (بالرغبات) و(التفضيلات) و(المستحبات) و(الأمان) و(المكروهات). يلاحظ هنا صيغة التفضيل التي لا تتضمن مطالب تفرض على الذات مثل (يجب أن أحصل على كذا... ولا بد أن أحقق كذا...) ففي هذه الحالة عندما لا تتحقق مطالب الفرد فإن المشاعر السلبية تكون هي المسيطر على شعور الفرد.

أما المعتقدات الخاطئة فتختلف عن المعتقدات الصائبة من ناحيتين:

الأولى: أنها مطلقة وتأخذ تعابير تفرض مطالب على الفرد مثل (يجب) (يتعين) (لا بد).

الثاني: أن هذه الأفكار الخاطئة تؤدي إلى إثارة الانفعالات السلبية التي تعيق الفرد في بلوغه مثل الاكتئاب، القلق، مشاعر الإثم، الغضب، وبهذا فإن الاعتقادات الصائبة تنشط السلوك الوظيفي بينما الاعتقادات الخاطئة تعزز السلوك المرضى.

4- الاتجاهان البيولوجيان الأساسيان:

خلافًا لجميع النظريات لعلاجية التي تؤكد على تأثير الحوادث الحياتية الهامة في حدوث الاضطراب النفسي فإن العلاج العقلاني الانفعالي يفترض أن الميل البيولوجي للكائنات الإنسانية التفكير الخاطئ، هو الذي يحدث الاضطراب النفسي وهذا نجده حتى عند البشر الذين ربوا تربية سليمة وصحيحة. ولا ينفي إليس (Ellis) دور العوامل الاجتماعية في هذا التفكير أن البشر يصل تفكيرهم اللاعقلاني في تفضيلاتهم الاجتماعية إلى مستوى المطالب المطلقة بالنسبة لذواتهم وللآخرين، للعالم المحيط بالبشر. ويقرر إليس (Ellis) أن البشر لديهم الاستعداد البيولوجي لاختراع المطالب الملحة على الذات وعلى أنفسهم وعلى الآخرين وعلى الكون ويتمسكوا بها بقوة مهما كانت غير منطقية، ومهما أدت إلى نتائج سلوكية وانفعالية، وتؤكد النظرية العقلانية الانفعالية شأنها شأن أغلب المدارس العلاجية بما في ذلك التحليل النفسي والمدرسة السلوكية والسلوكية المعرفية على دور التعليم والتأثير الاجتماعي في اللاعقلانية البشرية، والقلق، على أن لها جذور بيولوجية، ولدى الناس ميول فطرية قوية لأفكارهم اللاعقلانية.

5- العلاج العقلاني الانفعالي

يسعى العلاج إلى أن يحرز العملاء تغييراً فلسفياً كبيراً والذي من خلاله لا يتخلون عن أفكار اللاعقلانية فحسب، بل يتخلون عن المطالب الملحة والشعور بالرضا.

6- تركيز العلاج العقلاني:

يركز العلاج العقلاني الانفعالي على قلق الذات ولوم، ويركز على قلق الناتج عن الضيق.

7- فرضيات العلاج العقلاني الانفعالي:

يفترض العلاج العقلاني الانفعالي أنه عندما يكون لدى الناس مشكلات عاطفية شديدة ومزمنة مثل نوبات الهلع فإنهم يلاحظون بدقة ويفكرون حول هذه المشكلات ويلحون على ألا تكون لديهم مثل هذه المشاكل وأنه لأمر فظيع أن يصابوا بها. وتبعاً لهذا القلق والتضايق من المشكلات التي يواجهونها تظهر لديهم أعراض قلق ثانوية بسبب قلقهم. ويساعد المعالج العقلاني الانفعالي العملاء في التغلب على القلق الناتج عن الأعراض المسببة ومن ثم التغلب على القلق الأساسي.

8- يتميز العلاج العقلاني الانفعالي بشكل عام بأنها نشطة وتوجيهية:

وترى هذه النظرية بأن الناس الذين يختارون بفعالية ويتمسكون بإصرار بالمعتقدات التي تسبب انهزام الذات والإحباط يمكنهم أيضاً أن يختاروا أن يغيروا أفكارهم ومشاعرهم وسلوكهم إذ ما تم تعليمهم وتوجيههم للتصدي ومعارضة أفكارهم بطريق فعالة. (Ellis,1992:199-200; Ellis,1991:97-101; Dryden,1990:6) أورد(الحجار، 1412هـ) بعض النقاط التي تؤيد صحة الافتراضات للنظرية في كون التفكير الخاطئ له جذور إنسانية:

- أ- إن جميع الكائنات الإنسانية ومن ضمنها الأفراد اللامعين العباقرة يتميزون بوجود اللاعقلانية في تفكيرهم.
- ب- إن جميع الأفكار الخاطئة المحدثة للاضطراب الانفعالي أي الأفكار المتضمنة لغة المطالب والإلزام(يجب ، ينبغي...) نجدها حتى في المجتمعات المتقدمة، وأيضاً في المجتمعات الأخرى التي تم دراستها تاريخياً وأنثروبولوجياً.
- ت- إن كثير من السلوكيات اللاعقلانية غير المنطقية التي نمارسها في حياتنا اليومية مثل التسويف، والمماطلة وضعف الانضباط تكون متعارضة مع ما تعلمنا من قبل الأهل ووسائل الإعلام.
- ث- إن البشر والأذكىاء منهم، يتبنون غالباً مواقف غير منطقية في كثير من الظروف والمناسبات.
- ج- إن الأفراد الذين يناهضون السلوكيات اللاعقلانية غالباً ما يقعون بهذه السلوكيات مثل بعض الأطباء ينصحون مرضاهم بعدم التدخين وهم يتعاطون التدخين.
- ح- غالباً ما يعود الأفراد إلى عاداتهم غير المنطقية والأنماط السلوكية غير السليمة رغم أنهم عملوا كثيراً للتغلب عليها كالمدخنين.
- خ- غالباً ما يلاحظ أن الأفراد يجدون سهوله في تعليم السلوكيات التي تهزم الذات أكثر من تعلمهم لتلك التي تثري الذات.
- د- كثيراً ما يخدع الناس أنفسهم بالاعتقاد أن بعض المصائب والخبرات غير المستحبة. مثل(الطلاق ، القلق ، التوتر) لن تصيبهم.

أهداف العلاج العقلاني الانفعالي

يقرر أن الهدف من هذا الأسلوب في العلاج هو إزالة أو خفض الاضطرابات الانفعالية لدى العملاء ويشتمل على هدفين أساسيين:

- 1- تقليل القلق إلى أقل قدر ممكن وتخفيض العدوان أو الغضب أو إلقاء اللوم على الآخرين إلى أقل قدر ممكن.
- 2- تزويد العملاء بطريقة تمكنهم من أن يكون لديهم أقل مستوى من القلق ومن الغضب وذلك من خلال تحليل الأفكار والأحداث الذاتية ومهاجمتها.
- 3- حدد إيليس Ellis عدداً من أهداف العلاج العقلاني الانفعالي وهي تمثل اشباعاً لعدد من الحاجات وتتشابه إلى حد ما مع نظريات(فرويد – سكرنر – ماسلو – روجز) وتلك الأهداف هي:

- | | |
|--------------------|-----------------|
| 1- الاهتمام بالذات | Self-Interest |
| 2- توجيه الذات | Self- Directive |
| 3- التحمل | Tolerance |

- 4- تقبل المجهول(الغامض) Acceptance of Uncertainty

Flexibility	5- المرونة
Scientific Thinking	6- التفكير العلمي
Commitment	7- الالتزام
Risk-Acceptance	8- تقبل المخاطر
Self-Acceptance	9- تقبل الذات
	(هشام محمد ، 17:1411)

ويشير مليكه (1990م) أن العلاج العقلاني الانفعالي يهدف إلى إكساب العميل القدرة على فهم ثلاثة مراحل وهي:

- 1- فهم ارتباط الشخصية الهازمة لذاتها بأسباب سابقة في المعتقدات الشخص وليس في إطار أحداث منشطة حاضرة أو في الماضي.
- 2- أن يفهم المريض أنه بالرغم من أنه كن في الماضي مضطرب انفعالياً إلا أنه مضطرب الآن أيضاً لأنه لا يزال يفرض على نفسه نفس النوع من المعتقدات الخاطئة. وأنه لا يزال يدعمها في الحاضر عن طريق تفكيره المختلط وأفعاله اللاعقلانية فإذا لم يعترف المريض اعترافاً كاملاً في هذا النوع الثاني من الاعتقاد بمسئوليته عن استمرار هذه المعتقدات اللاعقلانية ومواجهتها، فإنه من غير المحتمل أنه يحاول الخلاص منها.
- 3- اعتراف العميل بوضوح تام أنه نظراً لأن نزعته لاستمرار فرضه هذه المعتقدات والعادات وهي التي تبقى على تفكيره اللاعقلاني، فإن تصحيح هذه المعتقدات اللاعقلانية والاستمرار في تصحيحها يتطلب عملاً صعباً ومراناً جاداً مستمراً عليه أن يعترف أن النوعين الأولين من الاعتقاد ليس كافيين وأن تأثيرهما سيكون وقتياً فقط. (مليكه ، 18:1990).

المعتقدات العقلانية و اللاعقلانية

يميز المعالجون السلوكيون المعرفيون بين نوعين من المعتقدات:

- 1- اعتقادات عقلانية، ويصحبها عادة حالات وجدانية طبيعية.
 - 2- اعتقادات لا عقلانية، ويصحبها عادة اضطرابات انفعالية.
- والأفكار العقلانية هي التي تنسجم مع الأهداف العامة والقيم الأساسية في الحياة وتحقيق السعادة والتفاعل الاجتماعي وتحقيق الذات وتعتبر المعتقدات غير منطقية عندما تتعارض مع تلك الأهداف وتؤدي بنا إلى السلبية والانسحاب والشعور بالضالة وعدم الفعالية، ويصنف إبراهيم (1401هـ) العوامل الفكرية المسببة للاضطراب النفسي إلى فئتين من العوامل هما:

أ- عوامل متعلقة بمحتوى الأفكار والمعتقدات غير العقلانية.

ب- عوامل متعلقة بأساليب التفكير والمعتقدات.

ومحتوى الأفكار أو المعتقدات فهي مجموعة من وجهات النظر والأفكار التي يتبناها الفرد عن نفسه والآخرين. (إبراهيم ، 296:1994).

وقد عرض باترسون (1981م) الأفكار التي وضعها إيليس Ellis وعددها إحدى عشر فكرة كما يلي:

الفكرة الأولى:

(من المفروض أن يكون الشخص محبوباً أو مرضياً عنه من كل المحيطين به) هذه الفكرة غير منطقية لأنها هدف يصعب تحقيقه، وإذا اجتهد الفرد للوصول إليه يصبح الفرد أقل شعوراً بالأمان وأكثر عرضة للإحباط. ومن المرغوب فيه أن يكون الإنسان محبوباً ولكن الشخص العاقل لا يضحى باهتماماته ورغباته في سبيل تحقيق هذه الغاية. ومن الطبيعي أن يعبر عن هذه الرغبات والاهتمامات ومن بينها رغبته في أن يكون محبوباً ومبتكراً ومنتجاً.

الفكرة الثانية:

(يجب على الفرد أن يكون على درجة عالية من الكفاءة والمنافسة وأن ينجز ما يمكن أن يعتبر نفسه بسببه ذا قيمة وأهمية). إن تحقيق ذلك من الأمور الصعبة ونضال الفرد لتحقيق ذلك قد يؤدي به إلى الأمراض الجسمية وإلى الشعور بالعجز وإلى فقدان الثقة بالنفس وإلى الحرمان من الاستماع بالحياة الخاصة، ويؤدي ذلك بالتالي إلى الشعور بالخوف من الفشل. أما الشخص العاقل هو الذي يجتهد في الوصول إلى الأفضل وليس من أجل أن يتفوق على الآخرين ويشعره بتحقيق ذاته.

الفكرة الثالثة:

(بعض الناس شر وأذى وعلى درجة عالية من الخسة والجبن والندالة وهم لذلك يستحقون العقاب والتوبيخ). وهذه الفكرة غير عقلانية لأنه ليس هناك معيار مطلق للصواب والخطأ. والأعمال الخاطئة قد تكون نتيجة للجهل أو الاضطراب الانفعالي وكل إنسان عرضة للخطأ، والعقاب لا يؤدي بالضرورة إلى تعديل السلوك، وقد يؤدي العقاب إلى سلوك أسوأ أو إلى اضطراب انفعالي أشد. والشخص العاقل لا يلوم نفسه ولا يلوم الآخرين وإذا لامه أحد أو أسدى إليه عيوبه فإنه يحاول أن يصحح سلوكه إذ كان خطأ. وعندما يخطئ فإنه يعترف بخطئه، ولا يعتبر ذلك كارثة ولا يؤدي به ذلك إلى الشعور بعدم الأهمية.

الفكرة الرابعة:

(إنه لمن المصائب الفادحة أن تسير الأمور بعكس ما يتمنى الفرد) وهذه الفكرة غير عقلانية حيث أن التعرض للإحباط يعتبر عادياً وكل إنسان معرض أن يواجه مثل هذه المواقف. ولكن من غير المنطقي أن يقابل الإحباط بالحزن الشديد والدائم لأسباب كثيرة منها:

- 1- أن الأشياء لا تختلف عما هي في الواقع.
- 2- أن الشعور بالهم والحزن لن يغير من الواقع.
- 3- إذا كان من المستحيل تغيير الموقف فالشيء الوحيد هو تقبل ذلك الموقف.
- 4- أن الإحباط لا يؤدي إلى الاضطراب إلا إذا صور الإنسان الموقف بصورة تجعل الحصول على الرغبات مطلب أساسي لتحقيق السعادة.

الفكرة الخامسة:

(المصائب والتعاسة تعود أسبابها إلى الظرف الخارجية والتي ليس للفرد التحكم بها)، وهذه الفكرة غير عقلانية لأن الظروف الخارجية وإن كانت عوامل محرضة وسيئة ليست هي السبب في التعاسة ، ولكنها تتأثر باتجاهات الفرد نحوها، وردود أفعاله نحوها هو الذي يجعلها تبدو كذلك من خلال تضخيم وتهويل الإثارة من الخارج إلا أنه يدرك أن من الممكن تغيير ردود أفعاله نحوها وذلك بإعادة النظر فيها وتحديدها والتعابير لفظياً عنها.

الفكرة السادسة:

(الأشياء الخطرة أو المخيفة هي أسباب الهم الكبير والانشغال الدائم للفكر، وينبغي أن يتوقعها الفرد دائماً وأن يكون على أهبة الاستعداد لمواجهتها والتعامل معها)

انشغال البال والقلق يؤدي إلى أضرار كثيرة منها:

- 1- أنه يحول دون التقويم الموضوعي لإمكانية وقوع الأحداث الخطيرة.
- 2- يحول دون التعامل معها ومواجهتها بفاعليه إذا وقعت.
- 3- قد يؤدي إلى وقوعها بالفعل.
- 4- قد يؤدي إلى وقوعها إذا كانت لابد منها.
- 5- لا يحول دون وقوعها إذا كانت لابد منها.
- 6- تضخيم الأحداث وخطورتها. والشخص العاقل يدرك أن الأخطاء الممكنة لا ينبغي إعطاءها أكبر من حجمها بحيث تؤدي إلى القلق وأن ذلك لا يمنع من وقوعها وقد أكبر من حجمها بحيث تؤدي إلى القلق وأن ذلك لا يمنع من وقوعها وقد يكون القلق إزاءها أشد خطراً من الأحداث نفسها.

الفكرة السابعة:

(الأسهل للفرد أن يتجنب بعض المسؤوليات وأن يتحاشى مواجهة الصعوبات بدلاً من مواجهتها) و هذه الفكرة خاطئة لأن تجنب إنجازات الواجبات والمسئوليات أكثر صعوبة وإيلاًماً للنفس من إنجازها فالهرب من المسئوليات يؤدي إلى ظهور مشكلات أخرى وإلى الشعور بعدم الرضى وقد يؤدي إلى الشعور بعدم الثقة بالنفس وليس بالضرورة أن تكون السعادة بالحياة السهلة، والشخص العاقل هو الذي يؤدي ما عليه من واجبات وحقوق دون شكوى أو ألم ويتجنب في نفس الوقت الأشياء المؤلمة غير الضرورية.

الفكرة الثامنة:

(يجب أن يعتمد الشخص على الآخرين، ويجب أن يكون هناك شخص أقوى منه لكي يعتمد عليه) و هذا فرض غير معقول لأننا جميعاً نعتمد على بعضنا البعض إلى حد ما ولكن ليس لدرجة المبالغة في الاعتمادية لأنها تضر وتفقد

الحرية وتحقيق الذات وتؤدي إلى الفشل في التعلم وفقد الأمان بسبب أنه يصبح تحت رحمة من يعتمد عليهم، والشخص العاقل هو الذي يسعى ويكافح بالقدرات التي يملكها ولا يرفض المساعدة عندما يحتاجها ، وإن الفشل في أمر ما شئ طبيعي.

الفكرة التاسعة:

(الخبرات والأحداث الماضية هي المحددات الأساسية للسلوك والمؤثرات الماضية لا يمكن استئصالها) وهذه الفكرة غير عقلانية لأن ما كان يعتبر سلوكاً ضرورياً في الماضي في ظروف معينة ليس من المحتم أن يكون ضرورياً في الحاضر. والحلول الماضية لمشكلات ماضية قد لا تكون ملائمة للمشكلات الحاضرة. والشخص العاقل يدرك أنه يمكن تعديل بعض التساؤلات وتحليل المواقف والمؤثرات الماضية وتغيير المعتقدات المرتبطة بها.

الفكرة العاشرة:

(ينبغي أن يحزن الفرد لما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات) هذا تفكير خاطئ لأن مشكلات الآخرين لا ينبغي أن تكون مصدر هم كبير لنا وأن تفسيرنا لهذه الأحداث هي التي تؤثر فينا وتسبب لنا الغم والحزن بمشاكل الآخرين، وذلك يشغلنا عن التفكير بمشاكلنا الخاصة، ولكن على الفرد أن يساعد في حدود إمكانياته وإذا لم يستطيع عليه أن يتقبل الموقف ويعمل على تحقيقه بقدر المستطاع.

الفكرة الحادية عشرة:

(هناك دائماً حل لكل مشكلة وهذا الحل يجب التواصل إليه وإلا فإن النتائج سوف تكون خطيرة)

وهذه الفكرة غير معقولة للأسباب التالية:

- 1- لا يوجد حل صحيح وكامل لأي مشكلة.
- 2- المخاطر المتخيلة بسبب الفشل في التوصل إلى الحل الصحيح غير واقعية، ولكن الإصرار على إيجاد حل هو الذي يسبب القلق أو الخوف.
- 3- الإصرار على الكمال قد يؤدي إلى حلول ضعيفة والعاقل هو الذي يأتي بحلول كثيرة ومتنوعة ويختار أحسنها وأكثرها قابلية للتنفيذ مدركاً أنه لا يوجد حل مطلق لأي مشكله. (باترستون ، 1981: 177-183).

ويرى الريحاني(1987م) من خلال ملاحظته الإكلينيكية في مركز الإرشاد في الجامعة الأردنية أن العديد من الطلبة الذين راجعوا مركز الإرشاد بشأن مشكلاتهم التكيفية ترتبط بأفكار ومعتقدات لا عقلانية، ومنها أن الطالب يعتقد أنه يجب أن يكون مقبولاً ومحبوباً من كل المحيطين به وأنه يجب أن يصل إلى المستوى المثالي الذي يتوقعه منه والداه والآخرين، وأن خبرات الماضي وأحداثه هي التي تقرر. وأنه ليس قادراً على التأثير في هذا المستقبل. كما أنه يؤمن بأنه لا يمكن أن يقبل بنتائج أعمال تأتي على غير ما يتوقع، وإلا فإن حياته تصبح لا قيمة لها وأنه هو

بذاته عديم الفائدة وعديم القيمة، فمثل هذه الأفكار والمعتقدات التي يتبناها التي تطالبهم بشكل مبالغ فيه، تجعلهم يشعرون بالتعاسة والشقاء وذلك نتيجة لفشلهم في تحقيق ما يريدون. وهذا ما تتحدث عنه نظرية إيليس Ellis حيث أن تلك الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية تؤدي بالفرد إلى العصاب لأن تحقيقها في الغالب شبه مستحيل. (الريحاني ، 1987 ، 43).

بعض أساليب المعتقدات غير العقلانية

عرض هشام محمد (1411هـ) بعض المميزات التي تتسم بها المعتقدات غير العقلانية التي عرضها إيليس Ellis وهي على النحو التالي:

1- المطالبة : Demanding ness

يرى إيليس Ellis وجود علاقة ارتباطية بين رغبات الفرد ومطالبة الدائمة واضطرابه الانفعالي، مثل أن يصر الفرد على إشباع مطالبة، وأن ينجح دائماً في عمل ما دون أي إخفاق ، ويحدث الاضطراب عندما يحدث الفرد نفسه بتلك المطالب ويفرضها على نفسه الحصول على درجة كاملة في الامتحان وعندما لا تتحقق يحدث لديه اضطراب انفعالي ويحكم على نفسه بأنه فاشل. ويقرر إيليس Ellis أنه ينبغي التقليل من ترديد لتلك الكلمات وخفض مستوى المطالب غير العقلانية.

2- التعميم الزائد: Over - Generalization

يرى إيليس Ellis أن الفرد قد يلجأ إلى تعميم النتائج التي لا تعتمد على تفكير دقيق والتي يقوم على الملاحظة الفورية مثل الطالب الذي فشل في اختبار ما فأنه يحكم على نفسه أنه لا يملك مقومات النجاح.

3- التقدير الذاتي : Self - Rating

يقرر إيليس Ellis أن التقدير الذاتي يعد من أشكال التعميم الزائد، وأن نمط التفكير الخاطئ يؤثر في تقدير الشخص لذاته ويتأثر بثلاث عوامل وهي:

أ- الميل إلى التركيبات الخاطئة.

ب- المطالب غير الواقعية.

ج- التعارض مع الأداء.

لذلك ينبغي للفرد أن يعدل من فلسفته نحو مشكله القيمة الشخصية من خلال تقبل الذات بدلاً من تقييم الذات.

4- أخطاء التفسير أو العزو: Attribution Errors

حيث يميل الفرد إلى أن ينسب أخطائه إلى الآخرين وهذا يؤثر على إدراكه للحوادث الخارجية وانفعاله وسلوكه وإلى اللوم المستمر للذات والآخرين.

5- بدون تجريب (اللاتجريب): Anti - Empiricism

أن الأفكار اللاعقلانية في الغالب لا تكون مستمدة من خلال الخبرة أو التجربة الشخصية للفرد، من حيث الدقة والصدق، ويحاول إيليس Ellis من خلال العلاج العقلاني الانفعالي أن يعلم العميل أن يستمد أفكاره من تجاربه الدقيقة، ورؤيته المنطقية وأن الأفكار التي لا تستند إلى خبرة منطقية تسبب السلوك المضطرب للفرد.

6- التريديد (التكرار) Repetition

يقرر إيليس أن لأفكار اللاعقلانية تكرر بأسلوب لا شعوري، وأن الضغوط الداخلية والخارجية تجعل لدى الفرد ميل تجاه الأفكار الخاذلة للذات.

7- التفكير المتطرف (كل شيء أو لا شيء) Absolutistic (All-or- Nothing Thinking)

يميل بعض الأفراد لإدراك الأشياء إما بيضاء أو سوداء أو حسنة أو سيئة أو صحيحة أو خاطئة، دون إدراك أن الشيء الواحد قد يبدو في ظاهر الأمر سيئاً لكن قد يكون فيه أشياء إيجابية ، أو قد يؤدي إلى نتائج إيجابية. والعكس صحيح. (محمد ، 1411هـ: 36 - 58).

فروض نظرية العلاج العقلاني الانفعالي

ويشير إيليس Ellis إلى وجود 32 فرضاً هاماً في نظريته في الشخصية وفي فنيات العلاج العقلاني الانفعالي كما يعرض العديد من الدراسات التجريبية والإكلينيكية التي تؤكد صحة تلك الفروض. وسوف يحاول الباحث أن يعرضها على النحو التالي:

أولاً- الفروض المتعلقة بنظرية (أ ب ج) (A B C) في العلاج العقلاني الانفعالي:

الفرض الأول: (التفكير يسبب الانفعال) Thinking Creates Emotion

التفكير والانفعال الإنساني ليسا عمليتين مختلفتين ، ولكن تأكد بالأدلة أن هناك عمليات معرفية وسيطة بين المثير والاستجابة. وما نطلق عليه أسم(الانفعالات والسلوكيات) لا يرتبط برد فعل الإنسان نحو بيئته فقط، ولكنه يتوقف أيضاً على أفكاره ومعتقداته واتجاهاته نحو هذه البيئة. ووفقاً لمصطلحات(أ ب ج) في الشخصية فإن " أ " (حادثة نشط أو خبرة) ليس بالضرورة يسبب " ج " (النتيجة الانفعالية) ولكن " ب " (اعتقاد الناس حول) " أ " تكون أكثر أهمية وإسهاماً بل وتسبب(ج). ويعتقد إيليس Ellis أن هذا الفرض يمثل المركز الرئيسي بالنسبة لمجال " أ " وأساليب العلاج المعرفي السلوكي الأخرى.

الفرض الثاني:(يتأثر الفرد بالأحاديث الذاتية ودلاله الألفاظ التي يرددها الفرد بينه

وبين نفسه عن الأشياء) Semantic Processes and Self-Statements

غالباً ما يتحدث الناس للآخرين ، ويفسرون الأشياء بالطريقة التي يحدثون أنفسهم عنها، مما يؤثر على انفعالاتهم وسلوكهم وأحياناً يؤدي إلى شعورهم

بالاضطراب الانفعالي. والعلاج النفسي الفعال يتضمن مساعدة العملاء على أن يتحدثوا لأنفسهم بأسلوب أكثر دقة وواقعية وعقلانية، أي إحلال حوار أكثر إيجابية مع الذات.

الفرض الثالث: (تتأثر الحالة بمعارفه ومدرجاته ومعتقداته) Mood Sates and Cognition

تعتمد الحالة المزاجية للأفراد على ما يعتقدونه، أو يتحدثوا به أنفسهم، فعندما يعتقدون ويحدثون أنفسهم بأفكار تبعث التفاؤل ولأمل والسرور فانهم غالباً ما يشعرون بالسعادة والمتعة والبهجة، بينما أنهم حين يعتقدون ويحدثون أنفسهم بأفكار تبعث التشاؤم وفقدان الأمل فانهم غالباً ما يميلون إلى الشعور بالحزن والنكد واليأس والاكتئاب. والعلاج النفسي الفعال ينبغي أن يساعد العميل على أن يكون لنفسه أفكاراً تبعث البهجة والسرور والتفاؤل، للتغلب أو التخلص من الأفكار التشاؤمية عن الحاضر والمستقبل والتي تؤدي إلى تعلم العجز.

الفرض الرابع: (يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بالوعي والبصيرة ومراقبة الذات) Awareness, Insight, Self Monitoring

لا يقتصر الأفراد على التفكير في أمورهم الخاصة ، ولكنهم أيضاً يفكرون في أسلوب تفكيرهم ، ويفكرون في أفكارهم. وهم غالباً ما يلاحظون ويعرفون سلوكهم، وبواسطة الملاحظة والمعرفة فانهم يعززون أو يغيرون سلوكهم ، وحين يشعرون بالاضطراب الانفعالي مثل(القلق ، الاكتئاب ، والعدوانية) فانهم يميلون إلى الإدراك والتفكير في اضطراباتهم، مما يجعلهم أكثر اضطراباً مثل(قلقهم بشأن شعورهم بالقلق، أو الاكتئاب بشأن شعورهم بالاكتئاب). ولذلك فإن من أهم العمليات المعرفية المؤثرة في السلوك وتغيره: الوعي والبصيرة، والفراسة، والفهم ومراقبة الذات. ويقوم المعالج النفسي بمساعدة العملاء على زيادة وعيهم بدقة وحرص وحذر من أجل خفض توترهم واستخدام ذلك الوعي في تغيير سلوكهم غير المناسب.

الفرض الخامس: (يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بتصوراته وتخيلاته) Imagining and fantasy

يذكر إيليس Ellis أن الفرد لا يفكرون فقط فيما يحدث لهم بالكلمات والمحادثة والجمال، وإنما أيضاً بأسلوب غير لفظي يعتمد على التخيل والتصور والأحلام والترميز التصوري Pictorial Representation، حيث يشمل التصور الوسائل الوسيطة بين الانفعال والسلوك، وتلك المعرفة ذات إسهام واضح في الانفعالات والسلوك والاضطرابات الانفعالية. أو في مساعدة أنفسهم لتغيير تلك الانفعالات والسلوكيات المضطربة.

الفرض السادس: (توجد علاقة متبادلة بين المعرفة والانفعال والسلوك)

Interrelation of Cognition , Emotion , and Behavior

يقرر إيليس Ellis أن معرفة الإنسان وانفعاله وسلوكه ليست موضوعات مستقلة عن بعضها البعض أو مفصولة عن بعضها لبعض، ولكن توجد علاقة

متبادلة بين كل منها، حيث يؤثر كل منها على الآخر بفاعلية، فالمعرفة تدعم الانفعال والفعل الخارجي ، وعندما يحاول الفرد تغيير أحد تلك العناصر الثلاثة (المعرفة والانفعال والسلوك) فإن عليه أن يغير العنصرين الآخرين. والعلاج النفسي الفعال يحاول مساعدة العملاء على أن يغيروا اضطرابهم الانفعالي وسلوكهم المختل، وذلك عن طريق تعليمهم أنماطاً عديدة من المعرفة والانفعال وفتيات سلوكية لتغيير الشخصية.

الفرض السابع: (يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بالتغذية الحيوية المرتدة ومستوى التحكم في العمليات الفسيولوجية) Biofeedback and Control of Physiological Processes

عندما يدرك الناس أن تفكيرهم وانفعالهم وعملياتهم الفسيولوجية توجد بينها علاقة ارتباطية، فأنهم غالباً ما يفكرون في تلك العمليات الفسيولوجية، مما يكون له أثر على سلوكهم في المستقبل، وبالتالي قد يتحقق لهم الصحة النفسية إذ ساعدوا أنفسهم في ذلك، وقد يتحقق لهم الاضطراب الانفعالي إذا شعروا بالانهزام وانكسار الذات.

الفرض الثامن: (يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بمؤثرات غريزية) Innate Influences on Emotions and Behavior

يظهر الناس لديهم ميولاً غريزية قوية مثل الميول المكتسبة في التفكير والانفعال والسلوك بطريقة مؤكدة، ولكن من الواضح أن السلوك لا تسببه الميول الفطرية فقط، ولكن تؤثر أيضاً عوامل أخرى مثل البيئة والتعليم، والتي تساهم في السببية، كما أن الميول البيولوجية الفطرية تساهم في خلق الانفعالات المضطربة وتدعيمها. وعلى المعالج النفسي أن يواجه تلك الحقائق لمساعدة العميل على أن يدرك الأسباب المعقدة لاضطرابه الانفعالي، وكيف يمكن التخلص من الاضطراب، وكيف يمكن أن ينتكسوا بسهولة إلى الاضطراب مما ينتج عنه السلوك المختل وظيفياً.

الفرض التاسع: (يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بتوقعه والمتغيرات المؤثرة في هذا الواقع) Expectancy Influences

عندما يتوقع الأفراد حدوث شيء ما، أو يتوقعون أن الأفراد الآخرين سيفعلون شيئاً، أو يدبرون لهم حدثاً ، فأنهم يتصرفون بناء على تلك التوقعات، ويعتبر التوقعات المعرفية ذات أثر كبير في اضطرابهم الانفعالي ومدى استجاباتهم للعلاج، ويمكن للمعالج العقلاني الانفعالي أن يستخدم توقع العملاء وتوظيفها إيجابياً تجاه الأفراد الآخرين ومساعدتهم في التخلص من اضطراباتهم.

الفرض العاشر: (تؤثر وجهة الضبط لدى الفرد في انفعاله وسلوكه) Locus of Control

وعندما يتطلع الناس إلى بعض المواقف، ونحو ردود أفعال الآخرين وسلوكهم وقدرتهم على التحكم الذاتي، فإنهم يتصرفون بطريقة مختلفة عما إذا كانت تلك المواقف والسلوكيات خارجية المصدر، وخارج نطاق تحكمهم الذاتي، ومن الممكن أن يحسنوا من درجة الاختلال الوظيفي لانفعالاتهم وسلوكهم إذا قام المعالج

النفسي بمساعدتهم في تعلم أساليب استخدام المصادر الخارجية للتفاعل. ويوضح لهم كيف تؤثر عليهم أفكارهم وانفعالاتهم على سلوكهم، مما يؤدي إلى خفض اضطرابهم الانفعالي.

الفرض الحادي عشرة: (يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بأخطائه في عمليات التفسير أو العزو) Attribution Errors

يتسم الإنسان بالدافعية والسببية و الفرضية تجاه الأفراد الآخرين، وأيضاً سلوك الفرد نحو الأحداث الخارجية، وأيضاً تؤثر فيه الحالة الطبيعية الداخلية. وهذا يعمل على تأثير فعال في انفعالاتهم وسلوكهم. وغالباً ما يبني الأفراد دوافعهم على مدركات ومفاهيم محرفة ومشوهة، مما يتسبب في حدوث الاضطراب الانفعالي ويدعمه. ويعمل المعالج العقلاني على مساعدة العملاء في فهم العناصر المختلفة في عملية العزو المعرفي. وتعلم أساليب السببية الصحيحة، وتمثل عملية العزو عامل وسيط بين المعرفة والسلوك.

ثانياً – الفروض المتعلقة بالعمليات الوسيطة في الاضطراب الانفعالي:

الفرض الثاني عشرة: (يتسبب التفكير غير العقلاني في نشأة للاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الفرد) Irrational Thinking

وتمثل تلك الأفكار غير العقلانية العامل المهم والأساسي في نشأة المزاج السلبي والاضطرابات الانفعالية. وحين يقوم الأفراد بتغيير تلك الأفكار، يتغير ذلك السلوك المختل وظيفياً. والمعالج العقلاني يعمل على إظهار أفكار لعميل غير العقلانية، ومساعدته بالطرق المعرفية الانفعالية والسلوكية على التخلص من تلك الأفكار الانهزامية المحببة للذات، وتغيرها بأفكار إيجابية.

الفرض الثالث عشرة: (تؤثر الأخطاء المرتبطة بتقدير الفرد لذاته على انفعاله وسلوكه) Self Rating

لدى الأفراد ميول فطرية ومكتسبة قوية ليس فقط لتقدير أفعالهم وسلوكهم وأدائهم وسماتهم حسنة أو سيئة ولكن أيضاً لتقدير ما بداخلهم من مشاعر وأحاسيس واتجاهات، وهذا التقييم للذات ذو أثر فعال على الاضطرابات الانفعالية والسلوكية للأفراد.

الفرض الرابع عشرة: (يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بأساليب الدفاعية) Defensiveness

عندما يدرك الأفراد أن سلوكهم خاطئ وسيئ وغير فعال وسلبي، فأنهم يرفضون الاعتراف بذلك التصرف الخاطئ سواء لأنفسهم أو للآخرين، لذا فهم يلجئون إلى بعض الأساليب لدفاعية لعدم إظهار تلك التصرفات الخاطئة. والدافع الأساسي لتلك الدفاعات اللاشعورية هو إحساسهم بتقديرهم المرتفع لذاتهم، والفنية العلاجية الفعالة في ذلك هي مساعدتهم على تعديل وتغيير سلوكهم المختل وظيفياً،

وإقناعهم في عدم استخدام تلك الدفاعات، ووقف مخاوفهم عن الإحباطات التي قد يواجهونها في المستقبل.

الفرض الخامس عشر: (يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بقدرته المحدودة على التحمل الإحباط) Low Frustration Tolerance

لدى الناس ميول فطرية ومكتسبة لتحمل الإحباط البسيط، لكن هناك من يلجأ إلى الأعمال المعقدة المشبعة لل رغبات وهي في ذات الوقت مليئة بالمخاطر، وقد يحدث نتيجة لذلك تعارض بين رغبات الفرد في الإشباع وعدم قدرته على تحمل الإحباط. مما يؤدي إلى مزيد من مشاعر القلق والاكتئاب. ومهمة المعالج العقلاني الانفعالي تهدف إلى مساعدة العملاء على تنمية القدرة على تحمل مزيد من الإحباط في سبيل تحقيق الإشباع، أي تحمل الإحباط في سبيل تحقيق اللذة والسعادة، وتلك هي الفلسفة البعيدة التي يرغب المعالج في توضيحها للعملاء.

الفرض السادس عشر: (يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بمدى ترقبه وتوقعه للتهديد) Anticipation of Threat

ويشعر الناس إلى جانب التهديد الحقيقي الناتج عن الخوف والقلق ، بتهديد آخر حيث يترقبون مواقف أخرى للتهديد، ويكون رد فعلهم هو المزيد من الاضطراب الانفعالي الناتج عن هذا الترقب وذلك التحليل لتهديدات جديده، والعلاج النفسي الفعال يهدف إلى مساعدة العميل على محاولة التخلص من أو التغلب على التوقعات السلبية غير المرغوبة.

ثالثاً – الفروض المتعلقة بفنيات العلاج العقلاني الانفعالي:

الفرض السابع عشر: (يعتبر العلاج النشط الموجه ، فنية من فنيات العلاج العقلاني الانفعالي) Active Directive Therapy

لدى الناس ميول فطرية قوية تجعلهم مضطربين وتجعل تصرفاتهم مختلفة وظيفياً. ونظراً لأنهم يفكرون ويشعرون ويتصرفون بطرق انهازامية تدميرية منذ مرحلة الطفولة، فأنهم يتجهون إلى تلقي مزيد من المساعدة الفعالة من العلاج النشط الموجه غير الملح.

الفرض الثامن عشر: (يعتبر الدحض والحث من فنيات العلاج العقلاني الانفعالي) Disputing and Persuasion

يتمسك بعض الناس غالباً بالمعتقدات غير العقلانية والأفكار غير المنطقية، وغير التجريبية مما يتسبب عنه المشاعر الانهازامية والدمرة للذات، مما يؤدي إلى عدم قدرتهم على التوافق مع الواقع، لذا ينبغي أن يقوم المعالج بتوضيح أفكارهم غير العقلانية ومعتقداتهم غير المنطقية وذلك عن الطريق الحوار المقنع، مع توضيح ما تلك الأفكار من آثار مؤلمة على النفس حيث يثبت السلوك المختل وظيفياً، والعلاج النفسي الفعال يستخدم الدحض النشط المباشر ، مع سؤال العملاء عن فلسفتهم عن العقلانية وإقناعهم على التخلص من تلك الأفكار غير العقلانية وإحلال أفكار أخرى أكثر إيجابية وأكثر واقعية.

الفرض التاسع عشر: (تمثل الواجبات المنزلية أحد فنيات العلاج العقلاني الانفعالي) Homework

والعلاج النفسي الفعال ينبغي أن يشمل برنامجاً دقيقاً من الواجبات المنزلية النشطة الموجهة حتى يتعود العميل على التخلص التدريجي من سلوكه المختل وظيفياً، مثل التمرينات والتدريبات المرتبطة بالتفكير والتخيل والتصوير وتكرار بعض المعلومات ومحاولة حل بعض التمرينات الهادفة إلى تنمية القدرة على التفكير العقلاني في المواقف المختلفة للحياة.

الفرض العشرون: (تبسيط أثر الإهانة ، فنية من فنيات العلاج العقلاني الانفعالي) Insult and Intent

يغيروا الأفراد سلوكهم بطريقة حادة حينما يعتقدون أو يفكرون في أن الآخرين يحتقرونهم ويقللون من أهميتهم وقيمتهم، كما أن إدراك الأفراد حول الأضرار التي يلحقها بهم الآخرون تضرهم أكثر من الفعل الضار الحقيقي الذي ينوي القيام به الآخرون. والعلاج الفعال ينبغي أن يعمل على مساعدة العملاء على ألا يضعوا إهانة الآخرين لهم في الاعتبار، وألا يأخذوا تلك الإهانة بحدة زائدة، وأن يتقبلوا الآخرين بطريقة إيجابية وبنوايا طيبة.

الفرض الحادي والعشرون: (التنفيس عن الانفعالات المخلفة وظيفياً فنية من فنيات العلاج العقلاني الانفعالي) Abreaction of Dysfunctional Emotions

يعتقد إليس Ellis أن تنفيس وتفريغ الانفعالات المختلفة وخاصة أشكال الغضب المختلفة مثل العدائية والرفض والغضب والعدوان الجسدي، هذا التعابير يكون له آثار طيبة على العمل على خفض وتصفية تلك الانفعالات، ولكن غالباً ما يستمر الأثر الذي غالباً ما يتجه نحو تدعيم الفلسفة التي يعتقدونها الفرد وتؤدي مشاعرهم، ويرى إليس Ellis أن فلسفة ما وراء الغضب تشمل الأفكار والمعتقدات العقلانية مثال على ذلك (أنا لا أحب ذلك السلوك وأتمنى التوقف عنه) أما المعتقدات غير العقلانية فالمثال عليها (لأنني لا أحب ذلك السلوك فيجب حتماً التوقف عنه. وسوف أكون أنساناً عديم القيمة إذا لم أتمكن من فعل ذلك). والعلاج النفسي الفعال يساعد العملاء على تنمية القدرة على ضبط الغضب والتحكم في الذات والتخلص من المشاعر التي قد تؤدي إلى الاستياء، وإحلال أفكار ومشاعر أخرى أكثر عقلانية سواء كانت تجاه الذات أو تجاه الآخرين بما يؤدي إلى تحسين الصحة النفسية والتقليل من درجة المشاعر الذاتية الانهزامية والتي قد تؤدي إلى الغضب في المستقبل.

الفرض الثاني والعشرون: (يعتبر تعليم الفرد واختيار الأسلوب والطرق الإيجابية لتعديل السلوك بنفسه فنية من فنيات العلاج العقلاني الانفعالي) Choice of Behavioral Change

تتدخل مجموعة من العوامل البيولوجية والبيئية في السلوك الإنساني. إلا أن الناس يمتلكون قدراً بسيطاً من التحكم والرغبة في عمل الأشياء. ولديهم القدرة على الاختيار وفقاً لتلك الرغبة والإرادة. ويهتم العلاج العقلاني الانفعالي بمساعدة العميل

على تنمية مهارات القدرة على انتقاء السلوك المرغوب فيه اجتماعياً، وذلك بواسطة توجيه الرغبة والإرادة.

الفرض الثالث والعشرون: (تنمية القدرة على ضبط النفس يعتبر فنية من فنيات العلاج العقلاني الانفعالي) Self Control

عندما يدرك الناس أن سلوكهم غير مرغوب فيه، حيث يشعرون بالاضطراب الانفعالي، فأنه تتولد لديهم القدرة على التغيير واستخدام طرق متعددة لضبط النفس أو إتباع طرق لإدارة الذات وتغييرها، وهم غالباً ما يقومون بتعديل انفعالاتهم وسلوكهم بطريقة أفضل وذلك بواسطة المبادئ الأساسية لضبط النفس مما لو كان التغيير موجه من الأفراد الآخرين، حيث تشمل عملية ضبط النفس على عوامل معرفية قوية. والعلاج النفسي الفعال يتضمن مساعدة العملاء على استخدام مستوى ملائم من المعارف المرتبطة بضبط وإدارة الذات.

الفرض الرابع والعشرون: (تنمية مهارات التعامل مع مصادر التهديد يعتبر فنية من فنيات العلاج العقلاني الانفعالي) Coping With Distress and Threat

تتأثر قدرة الناس على المواجهة رغم عوامل الاضطراب والضيق والتهديد، وذلك من حيث تفكيرهم ومفاهيمهم عن إمكانية المواجهة. وقد يتعلمون بعض المهارات غير الإيجابية والتي غالباً ما تسبب لهم الانزعاج. ومهمة المعالج العقلاني الانفعالي تتمثل في مساعدة العملاء على تعلم مهارات واستراتيجيات فعالة للمواجهة رغم قسوة الظروف وتزايد الأزمات وشدة التهديد، ومما يؤدي إلى تغيير السلوك.

الفرض الخامس والعشرون: (تحويل الانتباه أو الإلهاء) يعتبر فنية من فنيات العلاج الانفعالي) Diversion or Distraction

العلاج النفسي الفعال يتمثل في مساعدة العميل في تعلم مهارات التحويل المعرفي أو الإلهاء مما يؤدي إلى خفض الاضطراب.

الفرض السادس والعشرون: (استخدام الطرق التربوية وتعلم اكتساب المهارات يعتبر فنية من فنيات العلاج العقلاني الانفعالي) Education and Information

يتعلم الناس من الآخرين كما يتعلمون من أنفسهم أيضاً، وذلك بواسطة طرق معرفية وسلوكية غير ملائمة قد تؤدي إلى اضطرابهم الانفعالي، والعلاج النفسي الفعال ينبغي أن يتضمن تعليم وإعادة تعليم العملاء بأساليب متعددة وإعطاء المعلومات التي تساعدهم على زيادة فهمهم لأنفسهم ولسلوكهم وأسلوب خفض اضطرابهم.

الفرض السابع والعشرون: (خفض قابلية الفرد للاستثارة بإيحاءات من الآخرين ، فنية من فنيات العلاج العقلاني الانفعالي) Suggestion and Hypnotic Suggestion

يميل الناس بقوة للتفكير والانفعال والسلوك طبقاً لإيحاءات الآخرين، وغالباً ما تؤدي تلك الإيحاءات إلى نتائج غير طيبة للفرد أو للمجتمع، حيث أنهم يستقبلون تلك

الإيحاءات ويضعون منها لأنفسهم إيحاءات أخرى ذاتية مزعجة ومختلة. مما يؤثر على سلوكهم وانفعالاتهم. ويسبب المزيد من الاضطراب الانفعالي والسلوك المختل وظيفياً، وقد اهتمت معظم مدارس العلاج النفسي بالإيحاءات وأثرها القوي في عملية العلاج النفسي وبخاصة مدرسة التحليل النفسي الكلاسيكي والحديث، وكذلك بعض تيارات العلاج النفسي الإنساني. والعلاج النفسي الفعال يهدف إلى مساعدة العملاء على خفض التأثير تجاه إيحاءات الآخرين، وتأثرهم فقط بتجاربههم المؤكدة وخبراتهم الذاتية القائمة على التفكير الإيجابي الدقيق.

الفرض الثامن والعشرون: (تعليم الفرد واختيار نماذج السلوك الإيجابية وتقليدها

يعتبر فنية من فنيات العلاج العقلاني الانفعالي) Modeling and Imitation

لدى الأفراد ميول فطرية ومكتسبة لتقليد الآخرين ومحاكاتهم في أفكارهم وانفعالاتهم وتصرفاتهم. وذلك طبقاً لمدى إدراكهم لتلك النماذج وأسلوب تقليدها. وقد يؤدي ذلك إلى خفض أو زيادة اضطرابهم بواسطة المحاكاة، والتي تعد عملية معرفية وسيطة ذات أثر هام في وجود السلوك وتدعيمه. والمعالج العقلاني الانفعالي يهتم بتوضيح أسلوب التفكير الإيجابي والأمثل للعملاء، ومساعدتهم في توظيف التفكير للتخلص من اضطرابهم وزيادة فاعليتهم في الحياة. وذلك عن طريق التقليد للنماذج السلوكية الإيجابية ووقف تقليد النماذج السلبية.

الفرض التاسع والعشرون: (تعليم الأفراد مهارات أسلوب حل المشكلات يعتبر فنية

من فنيات العلاج العقلاني الانفعالي) Problem Solving

يميل الأفراد إلى حل مشكلاتهم عن طريق الأساليب المعرفية المتشابهة للتخلص من اضطرابهم الانفعالي. والأفراد الذين يملكون قدرات ومهارات حل المشكلة يكونون أسرع في خفض توترهم ممن ليس لديهم تلك القدرات أو المهارات.

الفرض الثلاثون: (تعليم مهارات لعب الدور والتدريب السلوكي يعتبر فنية من

فنيات العلاج العقلاني الانفعالي) Role Playing and Behavioral Rehearsal

عندما يختار الناس أدواراً معينة فإنه حدثاً افتراضياً هاماً يتكون لديهم. ويشتمل على خبرة مشاعر وأفكار وسلوك مختلف عن السابق. وبذلك قد يساعد أنفسهم على التخلص من اضطرابهم عن طريق خبرات القيام بالدور. والقيام بالدور بشبه التقليد والمحاكاة حيث يتضمن عوامل معرفية تساعد الأفراد على تغيير مشاعرهم المضطربة وسلوكهم المختل وظيفياً. والعلاج النفسي يعمل على تعليم العملاء مهارات القيام بالأدوار ومساعدتهم في اكتساب خبرات و مشاعر إيجابية عن تلك الأدوار التي يقومون بها، وخفض مستوى المعتقدات غير العقلانية تجاه بعض الأدوار الاجتماعية.

الفرض الحادي والثلاثون: (التدريب على المهارات يعتبر فنية من فنيات العلاج

العقلاني الانفعالي) Skill Training

عندما يتعلم الناس تدريبات فعالة في مهارات معينة مثل السيطرة أو التطبيع الاجتماعي أو الجنسي أو انتقاء القيم فأنهم بذلك يغيرون من تفكيرهم وانفعالاتهم وسلوكهم. وفي الغالب يكونون أقل اضطراباً انفعالياً، ويعتقد إليس Ellis أن هذا التغير ليس نتيجة زيادة المهارات فقط ولكن أيضاً زيادة إدراكهم لقدراتهم وتقديرهم لذاتهم. والعلاج النفسي الفعال يعمل على تنمية مهارات العميل عن طريق التدريبات المتعددة ومساعدته على إدراك قدراته وطاقاته الجديدة الناتجة عن تلك التدريبات. وبالتالي يغير العميل من أفكاره وانفعالاته وسلوكه.

الفرض الثاني والثلاثون: (توجد اختلافات بين فنيات العلاج العقلاني الانفعالي والأساليب العلاجية الأخرى) Differences between (R.E.T) and other Types of Therapy

على الرغم من أن العلاج العقلاني الانفعالي يستخدم العديد من الفنيات العلاجية التي تتشابه وتتداخل مع بعض الفنيات التي تستخدمها الأساليب العلاجية الأخرى، إلا أن هناك اختلاف له دلالة في الممارسة بين العلاج العقلاني الانفعالي والأساليب الأخرى. ويقرر إليس Ellis أن العلاج العقلاني الانفعالي يتشابه إلى حد ما مع العلاج المعرفي. ويتشابه أيضاً مع العلاج السلوكي فيصبح كأنه أحد فنيات العلاج المعرفي السلوكي، ويؤكد إليس Ellis أن العلاج العقلاني الانفعالي يختلف في جوانب كثيرة عن أنواع العلاج النفسي الأخرى. (الحجار، 1411هـ: 36 - 58).

علاقة العلاج العقلاني الانفعالي بطرق العلاج الأخرى
يختلف العلاج العقلاني الانفعالي عن كثير من طرق العلاج الأخرى ومن هذه الاختلافات ما يلي:

1- لا يهتم بالتداعي الحر، ولا يهتم بالتاريخ المرضي للعميل. ولا بتفسير الأحلام. وتعتبر مثل هذه الطرق جانبية وغير فعالة. كما لا يهتم بوجود جذور جنسية للاضطرابات النفسية ولا بعقدة أوديب كما في مدرسة التحليل النفسي. وعندما يحدث تحويل أثناء العلاج فإن المعالج يهاجم ذلك موضعاً للعميل أن هذا التحويل إنما هو نتيجة للتفكير غير المنطقي. وبالرغم من أن العلاج العقلاني الانفعالي أقرب إلى طريقة التحليل النفسي الجديدة ممثلة في كارن هورني Karen Horney، وإريك فروم Erich Fromm، وويليام ستيكل Wilhelm Stekel، وهاري ستاك Harry Stak، وفرانز الكساندر Franz Alexander، فإنه يستخدم بشكل واسع مزيداً من البحث ومن التحليل الفلسفي والواجبات المنزلية النشطة وغيرها من الأساليب والتي لا تستخدم في غيرها من المدارس.

2- يتوافق العلاج العقلاني الانفعالي كثيراً مع نظرية أدلر Adler. ولكن طريقة أدلر تركز على الذكريات المتعلقة بالطفولة المبكرة وتحليل الأحلام. ويعتبر الاهتمام الاجتماعي هو قلب العملية العلاجية الفعالة. والعلاج العقلاني الانفعالي أكثر تحديداً من العلاج النفسي الفردي لأدلر في تحديد وتحليل ومهاجمة الأفكار والمعتقدات والأحاديث الذاتية التي تسبب له

الاضطراب النفسي. وبالتالي فهو أقرب الى المنطق العام والتحليل الفلسفي عنها لعلم النفس الفردي. على حين يرى أدلر Adler أن الفرد لديه آراء وأهداف خرافية يسير معها بطريقة منطقية على أساس من الفروض الكاذبة فإن العلاج العقلاني الانفعالي في الجانب الآخر يرى أنه عندما يضطرب الفرد فإنه قد يكون لديه فروض غير منطقية واستنباطات غير منطقية ناتجة عن هذه الفروض. وفي علم النفس الفردي فإن الشخص الذي لديه فروض غير منطقية مثل أنه سوف يكون ذو شأن في العالم مع أنه في الواقع لديه قدرات متوسطة يوضح له منطقياً بأنه شخص أقل من ذلك تماماً.

أما في العلاج العقلاني الانفعالي فإن الفرد يحمل فكرة غير منطقية، يوضح له أنه بالإضافة إلى استنتاجه غير المنطقي فإنه قد يكون لديه العديد من الاستنتاجات غير المنطقية مثل:

- أنه سيصبح سيد العالم لأنه كان في وقت ما سيداً على أسرته.
- أن والديه سيسران منه إذا كان متميزاً في تحصيله ومن ثم فإن عالية تحقيق إنجاز كبير.
- إذا لم يستطيع أن يكون سيد العالم فإن عليه أن يفعل شيئاً وأن يقف حيث هو في الحياة.
- أنه يستحق أن يعاني من عدم كونه السيد الوحيد الذي ينبغي أن يكون.

3- يشترك العلاج العقلاني الانفعالي مع النظرية العلاجية ليونج Jungian في جوانب كثيرة وخاصة فيما يتعلق بنظرتها للعملاء نظرة كلية بدلاً من النظرة التحليلية وفي نظرتهم إلى هدف العلاج على أنه من الأفضل أن يكون نمو وتحقيق الطاقة إلى جانب التحرر من الأعراض المضطربة والتركيز على الفرد. وفي الممارسة فإن العلاج العقلاني الانفعالي يبتعد جذرياً عن طريقة يونج في العلاج. لأن المعالجين من إتباع مدرسة يونج هم من المحللين النفسيين الذين ينشغلون بالأحلام والتخيلات والحصيلة الرمزية والجوانب المتعلقة بالخرافة في تفكير عملائهم والتي ينظر إليها العلاج العقلاني الانفعالي على أنها في معظمها ضياع للوقت حيث أن هذه الأساليب ليست على درجة من الفعالية في إظهار الفروض الفلسفية للعملاء. وكيف أن هذه الفروض يمكن تنفيذها وتحديدها بطريقة جذرية وتغيرها عندما تكون هي سبب الاضطراب النفسي.

4- ويتفق العلاج العقلاني الانفعالي مع العلاج المتمركز حول العميل في الهدف العلاجي وهو مساعدة العملاء على رفض تدمير ولوم النفس. وبالتقبل غير المشروط للعميل. ويختلف العلاج العقلاني الانفعالي عن طريقة روجرز (المتمركز حول العميل) اختلافاً جوهرياً بتعليم العميل بطريقة نشطة ما يلي:

- أن لوم الذات هو الذي يحدث الاضطراب العاطفي.

• رغم الصعوبة إلا انه من الممكن أن يتعلم الناس تجنب لوم أو إصدار أحكام تقديرية عن أنفسهم حتى ولو كانوا سيستمرون في تقدير أدائهم.

• أن لديهم القدرة على إيقاف تقدير الذات ودحض الأفكار التي تسبب لهم الاضطراب العاطفي.

5- ويشترك العلاج العقلاني الانفعالي في كثير من الجوانب مع العلاج السلوكي الاشرطي وطرق تعديل السلوك. وكثير من المعالجين السلوكيين يولون اهتماما بإزالة الأعراض ويهملون الجوانب المعرفية للاشرطية. ويعتبر العلاج العقلاني الانفعالي أكثر قرباً من المعالجين السلوكيين الذين يستخدمون الأساليب المتعددة مثل بيك Beck 1976م، ولازورس A.lazaeus 1981م، وماهوني Mahaney 1985م، وميكينيوم Meichendaum 1977م، بالمقارنة مع المعالجين الذين يندرجون تحت الأنواع الكلاسيكية من الاشرط الإجراءي وإزالة التحسس المنهجي. (Ellis, 1989: 200)، (الحجار، 1411).

الفروق بين العلاج العقلاني الانفعالي والطرق المعرفية الأخرى:

يفرق إليس Ellis بين العلاج العقلاني الانفعالي العام الذي يعتبره مشابهاً للعلاج السلوكي بشكل عام وبين العلاج العقلاني الانفعالي المميز الذي ينظر إليه إليس Ellis كنوع فريد من العلاج المعرفي تتداخل بعض جوانبه مع العلاج المعرفي السلوكي العام ويميز إليس Ellis نظرتة هذه بالنقاط التالية:

1- تبعاً لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي يتعلم الناس في الأغلب أهدافهم وتفضيلهم للنجاح والاستحسان من أهلهم ومن الثقافة التي تحتويهم ويشعرون بالإحباط وخيبة الأمل عندما يفشلون أو لا يحصلون على استحسان الآخرين لهم. ويطورون بما لديهم من الاستعدادات الفطرية مقولات إلزامية مطلقة يصبحون على أساسها عصابين، وهذه الاضطرابات نتيجة لتأثيرات بيئية خارجة عن المؤلف. ولكنهم في الأغلب يجعلون من أنفسهم أناساً عاجزين عن التكيف الانفعالي والتكيف السلوكي.

2- عندما يضع الناس مطالب غير عقلانية محبطة للذات حول أنفسهم وحول الآخرين وحول الظروف المحيطة بهم فأنهم أيضاً يميلون إلى تكوين مشتقات من الالزاميات الموجودة لديهم. وإدراكات غير عقلانية مشوهة. واستنتاجات وإجراءات تساهم بشكل واضح في اضطراباتهم وهكذا إذا أصر أحد على اعتقاد(يجب أن يجيني فلان) وحدث وأن تجاهله هذا الشخص فعلاً فسرعان ما يقرر ويصدق بقوة أن(س) هذا يكرهني.(ف) كرهه لي شنيع.(ج) أنا شخص حقير لان فلان يكرهني.(د) لن يجيني أي شخص محترم.

3- لمساعدة الأفراد على التغلب على اعتقاداتهم الغير عقلانية وعلى الاضطرابات التي تصاحبها لا يكتفي العلاج العقلاني الانفعالي بأن يوضح

للعلماء الاستنتاجات والاعتقادات الغير عقلانية بل وكيفية مناهضتها ومواجهتها.

4- تفترض نظرية العلاج العقلاني الانفعالي نظرياً أن لدى الناس ميل للتعود على أفكارهم ومشاعرهم وتصرفاتهم المضطربة وتكرارها بسهولة وبشكل آلي حتى عندما يعرفون أن نتائجها سلبية. ومن أجل ذلك يلزمهم في الغالب لأحداث تغيير في أنفسهم. أن يجبروا أنفسهم بطريقة غير مريحة لهم على دفع أنفسهم لكسر العادات غير المجدية. ولكن في الغالب يكون مستوى تحمل الإحباط لدى الناس منخفضاً ويعتقدون بصورة غير عقلانية أنه لا يجب علي أن أبذل جهداً لتغيير نفسي وإنما يجب أن أبحث عن طريقة مريحة وسحرية لأحداث التغيير المطلوب لدى الناس أيضاً في معظم الأحيان اضطراب ثانوي حول الاضطراب الأولي وإصرار شعوري أو لا شعوري بالنسبة للفرد مثل اعتقاده لا يجب أن أزعج نفسي بهذه الطريقة السخيفة أنا شخص تافهة ومعنوه إذا فعلت ذلك. والعلاج العقلاني الانفعالي يبحث ويركز على اجتناب الاضطراب الأولي والثانوي من الجذور ويستخدم لذلك عدداً من الأساليب المعرفية والانفعالية. ويركز على الواجبات المنزلية والسلوكية التي تشمل على الثواب والعقاب. إزالة التحسس الواقعي، ومحاولة منع الاستجابة الغير عقلانية، لذا يبدو العلاج العقلاني الانفعالي أكثر سلوكية من معظم أنواع العلاج المعرفي السلوكي.

5- يعتبر العلاج العقلاني الانفعالي علاج نفسياً وتربوياً في نفس الوقت لأنه يستخدم كمأ كبيراً من العلاج بالقراءة والعلاج بالأشرطة والحلقات الدراسية وحلقات العمل والمحاضرات وطرق تعليمية أخرى. كما يعلم طرق حل المشكلات والتدريب على المهارات.

6- تفترض نظرية العلاج العقلاني الانفعالي أن لدى كل الناس ميلين خلافيين متضادين مثال:

ميل لتحقيق نفسه أو لتقديس أنفسهم والآخرين. وبالتالي يجلبون لأنفسهم الاضطراب وعدم الفعالية أو ميل للتغيير وتحقيق ذواتهم كأناس أكثر صحة وأقل اضطراباً. ويحاول العلاج العقلاني الانفعالي أن يوضح لهم الكيفية التي يستطيعون بها استخدام الميل إلى تحقيق الذات للحد من ميولهم التي تجلب الاضطراب لأنفسهم وبالتالي خلق حياة أكثر إمتاعاً لهم.

7- أنها تعارض التصلب، الإلزامية. والأحادية(التركيز على جوانب وتجاهل الجوانب الأخرى) وتفضل بقوة على الانفتاح على الخبرات الجديدة. البحث عن بدائل وتقبل الآخرين والمرونة.

8- مع أن العلاج العقلاني الانفعالي يفترض أن الأفراد لديهم القدرة على البناء بفطرتهم وأنهم قد يجلبون لأنفسهم الانزعاج بدون مبرر فأنه يفترض أيضاً أن لديهم ميل وقدرة على التأمل في أفكارهم ومشاعرهم وتصرفاتهم لكي يصححوا الطرق المحبطة للذات التي طورها بأنفسهم إلى حد كبير. كما

يفترض أن الناس عندما يغضبون أنفسهم تكون ردود أفعالهم الانفعالية وبخاصة للذات، الفزع، الاكتئاب، وكره الذات في الغالب تكون قويه ومرهقة إلى درجة أنها تتدخل في قدرتهم عند معالجة أنفسهم. وللتخلص بطريقة فعالة وجدوا أن أنسب طريقة هي تفضيل الدور المباشر التوجيهي أكثر من ميله إلى الأدوار السلبية غير المباشرة (Dryden, 1990: 2-7) Corey, 1991:328)

نظرية العلاج العقلاني الانفعالي

وفقاً لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي (Ellis, 1989) فإن الاضطراب الانفعالي يحدث عند إصرار الفرد للحصول رغبته وإشباع مطالبته. كأن يصر الفرد على أن يعامل الآخرين بطريقة عادلة. وأن يكون العالم أكثر سروراً. وإذا كانت طلبات الفرد ليست رغبته هي التي تجلب له المتاعب الانفعالية، فإنه يمكن التخفيف من الألم الناتج بعدة طرق بعضها ملائم في بعض المواقف والبعض الآخر غير ملائم في مواقف أخرى. ومن هذه الطرق كما أوردها إليس ما يلي:

1- تشتيت الذهن: Distraction

ويمكن تمثيله بالطفل الذي يتم تحويل اهتمامه بشيء عن طريق قطعة من الحلوى مثلاً، وكذلك يمكن تحويل اهتمامات من يطلبون بشيء تحويلاً مؤقتاً. فالمعالج مثلاً في تعامله مع العميل الذي يخاف من الرفض أو النبذ من الآخرين مثال أن يطلب الفرد أن يتقبله الآخرين، أن يتحول اهتمام عميلة إلى أنشطة العمل أو الرياضة أو العمل الفني أو القضايا السياسية أو تمارين اليوجا..... الخ. فإذا تحول اهتمام الفرد إلى بعض هذه الأمور. فإنه سوف لن يجد الوقت الكافي أو الطاقة الكافية أو الميل لأن يتطلب التقبل من الآخرين أو أن يجعل نفسه قلقاً. إلا أن مثل هذه التحولات لها تأثيرات مؤقتة، حيث أن الفرد لازال في باطنه متطلباً. والأغلب أنه بمجرد أن ينقطع اهتمامه بما تحول إليه، فإنه سوف يرجع إلى أملائه السابقة مرة أخرى.

2- إشباع المطالب: Satisfying Demands

إذا أشبعت طلبات الفرد فإنه سوف يشعر بأنه أحسن حالاً (مع ملاحظة أنه ليس بالضرورة يكون كذلك). ويتم ذلك بالنسبة للمعالج بأن يمنح للمعالج عملية الحب والتأييد وأن يمدّه بالإحساسات السارة. وغالب العملاء سوف يجدون مشاعر أطيبت نتيجة لمثل هذه المعاملة.

3- السحر: Magic

وهذا يمكن تمثيله بالطفل الذي يصر على أن يحصل ما يريد. وهو غير قادر في الواقع تحقيق مطالبه. على حد قول إليس يمكن إيهامه بأن أمماً جنية سوف تحقق له مطالبة أو مثل الشخص البالغ أن يتخيل قوة خارقة سوف تساعد ذلك بإيهامه بأن المعالج سوف يريجه من متاعبه عندما يخبره بمتاعبه. مثلاً هذه الحلول في

الغالب قد تؤدي فعلاً شعور بأنه أحسن حالاً والى التخفيف من متاعبه. مع ملاحظة أن فعاليتها لا تستمر لوقت طويلاً وقد تنتهي في بعض الأحيان بالارتباك والخلط.

4- التوقف عن المطالب: Giving Up Demands

أن أفضل الحلول لمشكلة الإصرار اللاعقلاني على تحقيق مطالب معينة وما ينتج عنها من اضطراب انفعالي هو محاولة إقناع الفرد بأن يكون أقل إصراراً أو إلحاحاً وذلك هو ما يحدث في الغالب للطفل السوي عند النضوج فيصبح مع النضوج أقل إلحاحاً وأقل إصراراً على إشباع رغباته بطريقة فورية. ومهمة المعالج العقلاني هو محاولة إقناع العميل بأن يكون أقل إصراراً على إشباع رغباته بطريقة فورية ويقلل من مطالبه. وأن يكون أقدر على تحمل الإحباطات وتحمل ذاته والآخرين. وفي العلاج العقلاني الانفعالي يتم مساعدة العملاء في خفض القلق والمعتقدات الدوغماتية (لا منطقية) المطلقة باستخدام ثلاثة أساليب معرفية وانفعالية وسلوكية وهي كما يلي:

أ- العلاج المعرفي: Cognitive Therapy

يهدف هذا الأسلوب أن يظهر للعملاء أنهم يكونون في وضع أفضل عند التخلي عن طلب الكمال. فإذا كانوا يرجون حياة سعيد وشعوراً أقل من القلق. وتعلم العملاء كيف يميزون بين المعتقدات اللامنطقية (يجب ، ينبغي ، لا بد) والمعتقدات المنطقية، وكيفية استخدام الأسلوب المنطقي في التفكير نحو ذاته ومشكلاته. وكيف يتقبل الواقع. حتى ولو كان محبطاً وكئيماً.

ب- العلاج العقلاني الإظهارى: Emotive Evocative Therapy

يستخدم هذا العلاج للمساعدة في تغيير قيم العميل ويستعين بوسائل مختلفة للمبالغة الدرامية في إظهار الحقائق والأكاذيب كي يستطيع العميل التمييز بينها بوضوح ويمكن للمعالج أن يستخدم الأساليب التالية:

- أسلوب لعب الأدوار: Role Playing
هذا الأسلوب يستخدم ليبين للعميل أن أفكاره غير صحيحة وكيف تؤثر هذه الأفكار في علاقاته مع الآخرين.
- الأنموذج: Modeling
هذا الأسلوب يستخدم ليظهر للعميل كيف يتبنى قيماً مختلفة أكثر عقلانية.
- الفكاهة (الدعابة): Hummer
هذا الأسلوب يستخدم لتخفيف اضطراب العميل ويشعر بتفاهة أفكاره الخاطئة.
- التقبل غير المشروط: Unconditional Acceptance
يظهر المعالج للعميل أنه مقبول بالرغم من سماته الحالية وأنه يمكن أن يتقبل ذاته كما يتقبله المعالج.

• تنفيذ أفكار العميل Strong disputing وحثه على التخلي عن أفكاره الجنونية Crazy Thinking وأستبدالها بأفكار أكثر جدوى:
ويمكن للمعالج إما بشكل فردي أو في موقف جماعي أن يشجع العميل على المخاطرة كأن يذكر لعضو آخر في الجماعة فكرته عنه فيتبين له أن ذلك لا يشكل مخاطرة كبرى. وقد يشجعه أيضاً على الكشف عن ذاته ويقنع نفسه بأن الآخرين يمكنهم تقبله بالرغم من عيوبه.

ج- العلاج السلوكي: Behavior Therapy

إن استخدام تقنيات العلاج السلوكي في العلاج العقلاني الانفعالي لا يهدف إلى التخلص من الأعراض المرضية فقط ولكن يساعد المريض أيضاً في تغيير المعتقدات ومعرفته عن ذاته وعن الآخرين. وللتخفيف من إصرار العميل على الأداء الكامل و عدم دعم الفشل وذلك عن طريق إعطائه واجبات يقوم بها بنفسه أو الاشتراك في مواقف اجتماعية وأن يعتمد الفشل في عمل ما. وأن يتخيل نفسه فاشلاً في عدد من المواقف. أو التحدث بطريقة سيئة كأن يتلعثم مثلاً. وأن يلقي بنفسه في مواقف غير مألوفة يعتبرها خطرة.

ويمكن للمعالج دحض إصرار العميل على أن يعامله الآخرون معاملة عادلة على تشجيعه على أن يبقى في ظروف سيئة وأن يعود نفسه على الأقل وقتياً على تقبل هذه الظروف السيئة وأن يقتحم المجالات الصعبة. وأن يتخيل نفسه في أزمة صعبة في عمله مثلاً، ولا يشعر بالاضطراب لذلك وأن يسمح لنفسه القيام بأعمال سارة مثل الذهاب إلى مطعم أو زيارة بعض الأصدقاء بعد أن يكون قد أنجز بعض الأعمال الصعبة كمكافأة لنفسه. كما يستخدم العلاج العقلاني الانفعالي طريقة الإشراف الإجرائي لتدعيم تغيير السلوك مثل الإقلاع عن التدخين والإسراف في الأكل أو تغيير الأفكار غير العقلانية مثل إدانة نفسه عند التدخين أو الإسراف في الأكل. (Ellis , 1989: 203).

عملية العلاج

يبدأ العلاج بشكل علاقة بين المعالج والعميل حيث تأخذ العلاقة في العلاج العقلاني الانفعالي شكلاً مختلفاً مما هو عليه في معظم الأساليب الأخرى حيث لا يعتقد إيليس Ellis بأهمية وجود علاقة دافئة عميقة ولكن تركز على الصلة الجيدة والقبول غير المشروط للعميل ويؤكد على أن يكون المعالج قادراً على التحمل والتقدير الإيجابي وتجنب لوم العميل والاستمرار في قبول العميل على أنه إنسان ذو قيمة كبيرة. (Corey , 1991: 331).

يستحسن أن يشعر المريض بالاطمئنان لكي يفضي بالمعلومات المهمة خلال المقابلة والعلاج. وحدث مثل هذا مرهون بقدرة المعالج على إقناع العميل بأن ما يقال يحاط بسرية تامة وأنة ملتزم بمساعدته في التخلص من الصعوبات التي يعاني منها. (Kirk , 1991: 13).

والهدف الرئيسي من كل طرق العلاج النفسي جعل المريض في نهاية العملية العلاجية أن يكون في أقل درجة من القلق والشعور بالذنب، والاكتئاب، والغضب،

ومن الأهمية تعليمهم مراقبة وتقييم أنفسهم لجعلهم يشعرون بالراحة في حياتهم وبالتالي يستطيعون الاستمرار في جعل أنفسهم بالحد الأدنى من الانزعاج (Ellis, 1991: 97).

و عملية العلاج حسب آراء إيليس Ellis هو علاج اللامعقول بالمعقول باستخدام العمليات العقلية. فالإنسان العاقل ككائن عاقل قادر على تجنب الاضطراب الانفعالي والتخلص منه وتجنب الشعور بالتعاسة بتعلم التفكير العقلاني المنطقي. وينحصر عمل المعالج في مساعدة العميل على التخلص من الأفكار والاتجاهات غير المعقولة واستبدالها بأفكار واتجاهات معقولة. وتأخذ العملية الخطوات التالية:

- 1- يثبت للعميل أنه غير منطقي ثم مساعدته لفهم لماذا هو غير منطقي.
- 2- توضيح العلاقة بين الأفكار غير المنطقية والاضطرابات.
- 3- جعل العميل يغير تفكيره. والعلاج العقلاني الانفعالي يدرك أن التفكير غير المنطقي يعتبر طبعاً من طبع العميل الثابتة التي يمكنه التخلص منها أو تغييرها معتمداً على نفسه.
- 4- يذهب العلاج العقلاني الانفعالي أبعد من مجرد التعامل مع مجموعة معينة من الأفكار غير المنطقية إلى التعامل مع الأفكار الأكثر عمومية ومع فلسفة العميل ونظرتة إلى الحياة وبذلك تعده لتجنب الوقوع ضحية لأفكاره الغير العقلانية وبالتالي يكتسب العميل فلسفة عقلانية عن الحياة ويستبدل الأفكار الغير عقلانية بأخرى عقلانية وعندما يحقق ذلك فإنه يتخلص من الانفعالات السلبية ومن السلوك المهدد للذات المبني على الانفعالات (باترسون ، 1401: 186).

التقنيات الإرشادية السلوكية المساعدة في العلاج العقلاني الانفعالي:
يذكر الحجار(1414هـ) أن العلاج العقلاني الانفعالي يأخذ بالأساليب والفنيات الإرادية العلاجية السلوكية المختلفة خلال العملية العلاجية حتى يمكن أن يطلق على هذا الأسلوب(بالنظام المتعدد الأساليب) ويشمل كافة الاضطرابات النفسية والعادات السيئة. واضطرابات السلوك. وقلق الأنا، وأهم هذه الطرق ما يلي:

1- تقنية تشتيت الانتباه والفكر:

يطلب المعالج من العميل ضمن الخطة الإرشادية والواجبات البيئية أن يطبق البرنامج اليومي الذي سوف يتم الاتفاق به مع المريض بحيث يكون البرنامج مليئاً بالنشاطات التي تخرجه من ذاته وتشتت انتباهه في موضوعات خارجية تستقطبه كلياً. وتهدف هذه النشاطات إلى إضعاف مراقبة الذات إلى حد كبير ، وهناك أيضاً أسلوب الاسترخاء الذي يتدرب عليه العميل من قبل المعالج من أجل خفض التوتر والقلق.

2- تقنية إعادة تأطير المشكلة: Reframing

ويقصد بها إعادة بناء المعتقد أو الفكرة المحرصة للتوتر والانزعاج بشكل تحول الفكرة إلى انفعال أكثر إيجابية. وفيما يلي بعض الأمثلة لتأطير المعتقد:

أ- إِبصار الشيء الحسن الجيد من خلال الشيء المزعج أو السيئ. بحيث ينظر العميل إلى الحوادث فيقبلها ومن ثم يركز على العناصر الجيدة التي تفرزها الحوادث السيئة ذاتها. مثال(رغم أنه من سوء الحظ أني طردت من عملي ولكن إذا ما أمعنت النظر في هذا العمل فقد لا أجد فيه ما يغريني بحيث أشعر بالخسارة إذا ما فقدته أو لا أعده كارثة إذا فقدته فالراتب قليل والترقيات نادرة لذا فإن خسارتي لهذا العمل ليس فيه ما يجعلني أتأسف كثيراً عليه). ويقاس على هذا أغلب أمور الحياة من الزواج أو النجاح في الدراسة. ويقول سبحانه وتعالى(وعسى أن تكرهوا شيئاً وهو خير لكم وعسى أن تحبوا شيئاً وهو شر لكم والله يعلم وأنتم لا تعلمون) (البقرة، آية: 216).

ب-التعامل مع الأمور السيئة مهما كانت هذه الأمور سيئة الوقع في انعكاساتها على المشاعر والسلوك ففي مقدور العميل أن يتبصر في التعامل مع المشكلة ويتصدى لها. وذلك عن طريق تبديل نظرة العميل لهذه الوقائع المثيرة لإزعاج. ويجعله عنيداً في رفض ما يزعجه. ومثال على ذلك(إن فقدان العمل أكثر من مرة قد تمنحك قوى التحدي والتصميم من أجل عقد النية على عمل ملائم يتناسب مع قدراتك).

3- تقنيات الهجوم على المشاعر المنافية السلبية:

تعد مشاعر الخجل والانزعاج أو الضيق وتحقير الذات جوهر الاضطراب الانفعالي. وغالباً ما يجد البشر في الأدوية النفسية والمخدرات والمشروبات الكحولية ضالتهم المنشودة من أجل التخفيف المؤقت العابر عن هذه المشاعر السلبية التي تنتابهم ويعد العلاج العقلاني الانفعالي من الطرق الفعالة في علاج اضطراب الخجل ومشاعر الدونية ومن هذه الطرق ما يلي:

أ- استخدام بعض التدريبات على المستوى التخيلي مثال يتخيل العميل موقفاً من المواقف الذي لا يميل إلى القيام به والمقبول اجتماعياً. ويعده أمراً مخجلاً أو يدعو للسخرية والاستهزاء ويشعر بالخجل إذا قام بهذا العمل أمام الناس. بعد أن يرصد المعالج بالتعاون مع العميل المواقف الاجتماعية التي يشعر بالخجل في تنفيذها وتدريبه على إزالة التحسس من هذه المشاعر. ويستمر العميل بممارسة هذه التقنية لكل موقف مرتين يومياً حتى يشعر أن خجلة قد تضاءل كثيراً ويمكنه بعد ذلك تطبيق هذه الطريقة في الواقع ليتم إطفائها تماماً.

ب-تمارين إزالة التحسس من المواقف المثيرة للخجل على المستوى الواقعي ميدانياً مثال ارتداء الملابس التي لا تتماشى مع الموضة بحيث لا يأبه الشخص لما يقوله الناس عنه. والاعتراف بالأخطاء والمخاوف لبعض الناس الذين عادة يخجل الفرد أن يعرف الناس عنها. مثال آخر الحديث بصوت مرتفع مرة أو مرتين يومياً عند ركوب حافلة مكتظة بالناس.

ت-تقنية لعب الدور في العلاج العقلاني الانفعالي. ويقصد بها هنا للتعبير عن المشاعر وتفريغها والكشف عنها. ويأخذ صورة تبديل المعتقدات الخاطئة التي هي سبب المتاعب في كل اضطراب. وهذا الأسلوب يساعد على التغلب على

المتاعب الحياتية التي يصادفها الفرد وعلى التصرف تصرفاً أكثر فاعلية وعقلانية وواقعية مع المشكلات. حيث فيها تكرار الأدوار لترسيخ السلوك لتكفي المرغوب.

ث- الحوار الفعال مع الذات ك وتقوم هذه التقنية على خلق حوار فعال مع الذات بهدف تبديل الأفكار وما يرافقها من انفعال وسلوك بحيث يكون النقاش بين الأفكار الخاطئة وعكسها من الأفكار الصائبة. ويمكن استخدام هذا الحوار لسماعة من قبل العميل لمعرفة مدى صواب وصحة هذا الحوار.

ج- تقنية الإغراق: ويكون بتعريض المريض إلى المواقف التي تثير فيه المخاوف تعريضاً غير متدرج فإذا كان المريض يعاني الخوف من التحدث أمام الآخرين فإنه يجبر على التحدث أمام جمع من الناس دون تدرج عدة مرات. (الحجار، 1414هـ: 170: 173).

أنواع أو طرق العلاج العقلاني الانفعالي
يشير إلى أن العلاج العقلاني الانفعالي يستخدم طرقاً متنوعة منها:

1- العلاج الفردي: Individual Therapy
يكون الأسلوب العلاجي بين المعالج والعميل فقط وذلك للذين ليس لديهم القدرة على مواجهة الآخرين ويفضلون العلاج الفردي. ويحاول المعالج تعليم العميل أساس اضطرابه وكيفية مهاجمة المصادر الأساسية لمشاكله وتتركز في توضيح نظرية A B C للعميل. وقد حدد إليس Ellis بأن معظم العملاء يأخذون من خمس إلى خمسين جلسة علاجية بواقع جلسة واحدة أسبوعياً. ويتخلل الجلسات إعطاء واجبات سلوكية وذلك حسب المشكلة التي يعاني منها المريض. (Corey, 1991: 342)

2- العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي: Group Rational Emotive Therapy
بدأ إليس Ellis ممارسة العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي عام 1959م واستخدام كل الطرق المعرفية السلوكية التي استخدمها في العلاج المعرفي. ويقرر إليس Ellis أنه من خلال الخمس والعشرين الماضية أجرى عدة دراسات حول العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي وأظهرت نتائج مشجعة. ويشمل هذا النوع من العلاج إلى أنواع متعددة أيضاً منها: المجموعات المفتوحة الصغيرة. ومجموعات ذات وقت محدد لأنواع معينة من المشكلات مثل (الشراهة أو التسويف). ومجموعات مواجهة عقلانية من يوم إلى يومان. ومجموعات كبيرة مكثفة لمدة 9 ساعات ومجموعات عروض عامة، وخلال الجلسات الجماعية يتم متابعة الواجبات المنزلية لأعضاء المجموعة. والمناقشة النشطة الفعالة للمعتقدات اللاعقلانية والنماذج الخاصة وكتابة التقارير والكتب والنشرات واستخدام القصص والفكاهة. كما يتم استخدام بعض الأساليب السلوكية مثل التطمين التدريجي، لعب الأدوار، التعزيزات والجزاءات، ومنع الاستجابة، والتدريب على المهارات الاجتماعية، وقبل كل ذلك يتم أشعار العميل بالقبول غير المشروط. (Ellis , 1992: 63).

3- العلاج العقلاني الانفعالي المختصر: Brief Therapy

تستخدم هذه الطريقة للأفراد الذين لا يستطيعون الاستمرار في العلاج إلا لفترة قصيرة. حيث يتعلم العميل طريقة A B C عن طريق المعالج وذلك خلال جلسة أو عدة جلسات ليتفهموا مشاكلهم الانفعالية. ومعرفة مشكلتهم الرئيسية وكيف يبدأ العمل في تغيير اتجاهاته الأساسية للاضطراب ويمكن استخدام هذا الأسلوب للشخص الذي يعاني من مشكلة معينة مثل العدائية ضد رئيسة أو الذين يعانون من الصعوبات في التكيف. ويقرر إليس Ellis أن هذا الأسلوب لا يؤدي إلى تحسن سريع فقط ولكن أيضاً قد تستمر فاعليته لمدة شهر بل قد تستمر لعدة لسنوات.

4- جماعات المواجهة المارثون: Marathon Encounter Groups

يعتبر العلاج العقلاني الانفعالي من أكثر الأساليب العلاجية تركيزاً على المحتوى المعرفي فقد حقق نجاحاً فيما يطلق عليه (المواجهة العقلانية في نهاية الأسبوع) A Weekend of Rational Encounter في هذا الأسلوب يعمل أفراد المجموعة في تدريبات هادفة وجادة للتعرف على مشكلات كل واحد من أفراد المجموعة وتكوين علاقات لفظية وغير لفظية فيما بينهم والتحدث عن بعض التجارب والخبرات المخجلة ويقوموا بمخاطرات غير مألوفة وتعلم المواجهة والصراحة وجهاً لوجه. وبعد التعرف على أعضاء المجموعة وبعد التخلص من بعض الدفاعات غير المرغوب فيها تقضي مدة من الزمن في التعمق في المشكلات العميقة. ويتعرف أفراد المجموعة على الأساس الفلسفي لسبب اضطرابهم وكيفية تغيير معتقداتهم. كما يتم التدريب على بعض التدريبات اللفظية وغير اللفظية. ويعطى بعض الواجبات المنزلية لكل فرد من أفراد المارثون (الجماعة). ويتدربون على أساليب حل المشكلات وعادة تستغرق المجموعات من يوم إلى يومان. ومجموعات كبيرة مكثفة لمدة تسع ساعات. (Ellis, 1989: 224).

5- العلاج الزوجي والعائلي: Marriage and Family Therapy

استخدم العلاج العقلاني الانفعالي منذ البدايات للعلاج الأسري. وعادة يقابل المعالج الزوج والزوجة معاً ويستمع إلى شكوى كل منهما من الآخر ثم يبين المعالج لكل منهما إذا كانت الشكوى لها ما يبررها. وإن انزعاجه ليس له ما يبرره. ويعمل المعالج مع كل منهما منفرداً أو معاً في محاولة للإقلال من القلق أو الاكتئاب أو الشعور بالذنب، وخاصة العداوة وذلك في عدة جلسات قصيرة. وعندما يبدأ كل من الطرفين تعلم مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي من المفترض أن يكون أقل انزعاجاً ويقل خلافاتهما ويزيد التقارب والتفاهم بينهما. وقد يقرر الطرفين الانفصال. ولكنهما يعملان على حل مشكلتهما الفردية والجماعية ومحاولة تحقيق حياة زوجية سعيدة، ويهتم المعالج بكل منهما كفرد يمكن مساعدته في مواجهة مشكلاته الانفعالية، وفي العلاج الجماعي يمكن للمعالج العقلاني الانفعالي أن يقابل جميع أفراد العائلة معاً. ويمكن أيضاً أن يقابل الأطفال في جلسة مستقلة أو يقابلهم كل واحد على حدة. ويوضح المعالج للوالدين أهمية تقبل الأطفال والتوقف عن أدانتهم

بصرف النظر عن سلوكهم وكذلك تعليم الأطفال تقبل الوالدين والأشقاء وتعلمهم كيفية التعايش مع الظروف وتقبل الذات (Ellis , 1989: 225).

حدود العلاج:

يعتقد إيليس Ellis أن نسبة النجاح بهذه الطريقة 90%. ولا يقصد بالنجاح الشفاء التام ولكنه يعني التحسن. ويحذر إيليس Ellis من التفاؤل الشديد بأي طريقة من طرق العلاج النفسي. ويعترف إيليس Ellis أيضاً بأوجه القصور في طريقته وبالفوائد الموجودة في الطرق الأخرى. فطريقته غير فعالة في حالات نقص الذكاء. وفي حالات الاضطراب الشديدة. والحالات الذهنية الشديدة. ولا يستفاد منها بشكل فعال مع الأطفال الصغار والكبار المسنين، وشديدي التأثر ذو الحساسية الزائدة. وغير المرنين(الجامدين). والمتعصبين الذين لا يؤمنون بالعقل والمنطق. والذين يعانون من عجز عضوي.(باترسون ، 1401هـ: 212).

المبحث الثاني: القلق Anxiety

تعد دراسة القلق من الموضوعات الهامة التي تحتل إلى حد كبير مكان الصدارة في البحوث النفسية والإكلينيكية، خاصة ونحن نعيش في عصر أصبح أكثر تعقيداً ، محفوف بالتغيرات الاجتماعية والاقتصادية. والملاحظ أن القلق ليست ميزة لعصرنا الحالي فقط. فالقلق قديم قدم الإنسانية. فالحياة البدائية لم تكن خالية من القلق ومصدر هذا القلق هو الحيوانات الضخمة التي كانت تشكل تهديداً حقيقياً للإنسان ، أما القلق في العصر الحديث أصبح إشارة لظاهرة مرضية يتعرض لها الأفراد بمستويات مختلفة. بسبب فقدان الاطمئنان وعدم الإحساس بالأمان النفسي. إضافة إلى أن حياة الإنسان المعاصر أصبحت لا تخلو من تلك العوائق البيئية والشخصية المتداخلة التي تحول دون إشباع حاجاته البيولوجية والنفسية وتحقيق أهدافه الأمر الذي يزيد من معدلات القلق لديه.

يعتبر القلق أساس الاضطرابات والأمراض النفسية ، فهو باتفاق جميع مدارس علم النفس الأساس لكل اختلالات الشخصية واضطرابات السلوك ولكنه في الوقت ذاته يعتبر الركيزة الأولى لكل الإنجازات البشرية سواء المألوفة أو الابتكارية. ولذا أصبح القلق النفسي مع تعقيد الحضارة. وسرعة التغير الاجتماعي وصعوبة التكيف مع التشكيل الحضاري السريع والتفكك العائلي وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية بالإضافة إلى إغراءات الحياة وضعف القيم الرئيسية والخلقية.(رشاد، د. ت: 273)

1- مفهوم القلق:

تمثل تعريفات القلق عموماً اتجاهين لكل منهما خط محدد:
الاتجاه الأول: يمثل المهتمين بالبحوث الإكلينيكية. ويعبر عن القلق فيه بأنه حالة وجدانية غير سارة قوامها الخوف الذي ليس له مبرر موضوعي من طبيعة الموقف الذي يواجهه الشخص مباشر وغالباً ما يتطبع هذا الخوف على الحاضر والمستقبل معاً. وتكون هذه الحالة عادة مصحوبة بعدد من مظاهر الاضطراب في السلوك.

الاتجاه الثاني: يمثل المهتمين بالبحوث التجريبية. ويعبر عن القلق فيه بأنه دافع أو حافز إذا ما استثير فإنه يؤدي إلى تنشيط الشخص في المواقف التي نطالبه فيها بأن يكتسب مهارة معينة. كما أنه يساعد على تدعيم هذا الاكتساب. ونظراً لأن الدراسة الحالية تتناول مستوى القلق لدى مدمني المخدرات لذلك فسوف نتناول تعريفات القلق التي تمثل اتجاه البحوث الإكلينيكية. (عكاشة، 1998 : 107).

وفي هذا الإطار يعرفه هليجار، (Hilgard, 1971: 346) القلق بأنه "حالة من ترقب أو توقع الشر أو عدم الراحة أو الاستقرار التي ترتبط بالشعور بالخوف ويؤكد أن موضوع القلق يكون أقل تحديداً من موضوع الخوف ومع ذلك فهو حالة توقع خطر غامض مبهم " وتعرفه انتصار يونس بأنه "عدم الارتياح. وعدم الاستقرار الذهني. والفرع الغامض. والتوترات الزائد. وهو كثير الحدوث في حياتنا اليومية" (يونس ، 1974م: 391)

بينما يعرفه وليم الخولي بأنه " خبرة وجدانية مكدره وأنه يمكن وصفها بأنها حالة التوتر. وعدم الاستقرار والاضطراب. والخوف. وتوقع الخطر " (الخولي 1976م: 47).

بينما يعرفه أحمد رفعت جبر بأنه " استجابة لخطر غامض وغير معروف. وسواء أكان هذا الخطر داخلياً في نفس الفرد أم خارجياً في بيئته الاجتماعية - الحضارية. فإن يهدد شعوره بالأمن والاستقرار " (جبر ، 1978: 57).

بينما يعرفه حامد زهران القلق بأنه " حالة توتر شامل ويستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلى أو رمزي قد يحدث ويصاحب هذه الحالة خوف غامض. وأعراض نفسية جسمية. ورغم أن القلق غالباً ما يكون عرض لبعض الاضطرابات النفسية إلا أن حالة القلق قد تغلب. وتفصح عن نفسها فتكون اضطراباً نفسياً أساسياً. وهذا هو ما يعرف باسم عصاب القلق Anxiety Reaction والقلق العصابي Anxiety Neurosis وهو أشيع حالات القلق. وهكذا يمكن اعتبار القلق انفعالاً مركباً من الخوف وتوقع التهديد والخطر " (زهران ، 1977م: 397).

أما أحمد عزت راجح فيعرف القلق بأنه " انفعال مكتسب مركب من الخوف والألم وتوقع الشر. ولكنه يختلف عنه في أن الخوف يثيره موقف خطر مباشر مائل أمام الفرد يضر بالفعل. ولهذا فالقلق حالة من التوتر الانفعالي تشير إلى وجود خطر خارجي أو داخلي شعوري أو لاشعوري يهدد الذات. وهو يتراوح بين القلق الخفيف والحاد الذي تصل شدته إلى حالة من الرعب والفرع. والقلق ينزع الأزومات فهو يبقى ويدوم أكثر من الخوف العادي لأن الخوف العادي متى انطلق من سلوك

مناسب استعاد الفرد توازنه وزوال خوفه ، أما القلق فيبقى لأنه خوف متعلل لا يجد منصرفاً " (راجع ، 1979م: 168).

ويعرف أحمد عكاشة القلق بأنه " شعور عام غامض غير سار بالتوقع والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد. وذلك مثل الشعور بفراغ في فم المعدة أو السحبة في الصدر أو الضيق في التنفس أو الشعور بنبضات القلب أو الصداغ. " (عكاشة ، 1992م: 38).

ويرى طلعت منصور أن القلق " حاله انفعالية واقعية مركبة نستدل عليها من عدد الاستجابات المختلفة. وقد يكون القلق موضوعياً كرد فعل طبيعي لمواقف ضاغطة أو يكون مرضياً كحالة مستمرة ومنتشرة غامضة ومهددة " (منصور ، 1981م: 450).

أما عبدالرحمن العيسوي فيعرف القلق " بأنه حالة انفعالية تنسم بالخوف. وترقب الخطر وتوقعه " (العيسوي ، 1984م: 73).

أما أحمد عبد الخالق فيعرف القلق بأنه " انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد أو وهم مقيم. وعدم الراحة. وعدم الاستقرار. وهو كذلك أساس التوتر والشد وخوف دائم لا مبرر له من الناحية الموضوعية. وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول كما يتضمن القلق استجابة مفرطة لمواقف لا تعني خطراً حقيقياً والذي قد لا يخرج في الواقع عن إطار الحياة اليومية. ولكن الفرد يستجيب لها كما لو كانت ضرورات ملحة أو مواقف يصعب مواجهتها " (عبد الخالق ، 1986م: 27).

ويستطرد علاء الدين كفاقي في نفس الخط السابق ويعرف القلق بأنه " خبرة انفعالية مكدره أو غير سارة ، يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد. وكثير ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية الشعورية بعض المظاهر الفسيولوجية ، خاصة عندما تكون نوبة القلق حادة ، مثل زيادة إفراز العرق. والارتعاش في الأيدي والأرجل " (كفاقي ، 1990م: 342).

أما التصنيف الأمريكي الإحصائي الرابع فقد تناول مفهوم القلق من خلال تصنيف لعدد من الاضطرابات وهي:

- اضطرابات الهلع.
- أ- اضطراب الهلع المصحوب برهاب الأماكن المتسعة.
- ب- اضطراب الهلع غير المصحوب برهاب الأماكن المتسعة.
- رُهاب الأماكن المتسعة غير المصحوب بنوبات الهلع.
- الرُهاب البسيط.
- الرُهاب الاجتماعي.
- اضطراب الوسواس القهري.
- الانعصاب ما بعد حادثة.
- اضطراب القلق العام.

• اضطراب القلق غير المصنف. (DSM-IV, 1994:199 - 218)

أما حسن مصطفى فيعرف القلق بأنه " إحساس شعوري غامض وتوقع السوء. وتكون الحالة مزمنة ومستمرة مع توتر دائم وعدم ارتياح وانشغال بكوارث المستقبل وأخطاء الماضي. والقلق ربما يكون خبرة عامة تماماً أو ربما يثار على وجه الخصوص بواسطة التفاعل الاجتماعي أو الاهتمام بالذات الجسمية " (مصطفى ، 1998م: 352).

وباستعراض الآراء السابقة لتعريف القلق وجد أنها تتفق على اعتبار القلق:

- خبرة انفعالية غير سارة.
- تنتاب الكائن الحي عموماً والإنسان بصفة خاصة.
- ينتج عن توقع الفرد لتهديد غير محدد المصدر.
- له عدة مظاهر نفسية انفعالية وفسولوجية.

2- الفرق بين القلق والخوف.

لقد تعددت آراء العلماء حينما تناولوا مفهومي القلق والخوف... فالبعض منهم يرى أنه ليس هناك اختلاف واضح بين المفهومين بينما يؤكد البعض الآخر على وجود فروق جوهرية واضحة بين مفهومي القلق والخوف.

ومن مؤيدي الاتجاه الأول نجد فوليه (Wolpe, J., 1958:34)، الذي يرى عدم وجود اختلاف بين القلق والخوف وقد عبر ذلك بقوله " أنه ليس هناك أي سبب يدعوني للاعتقاد بأن هناك أي اختلاف فسيولوجي بين القلق المثار عن طريق محفز مرتبط بتهديد موضوعي كالثعبان ؟ والخوف غير المتكيف والذي يثار من قطة صغيرة.

بينما نجد أن أصحاب الاتجاه الآخر ومن مؤيديه ب. وولمان حيث يرى أن كلمتي القلق والخوف والقلق على الرغم من أنه يتم استخدامها بصورة تبادلية إلا أن هناك اختلافاً واضحاً حيث يرى أن القلق يعد استجابة انفعالية إزاء خطر نوعي حقيقي (في الحالة القلق العادي) أو غير حقيقي (في حالة القلق المرضي)، بينما يكشف القلق عن شعور تشاؤمي عام بهلاك محقق وشيك الوقوع ، ويعتبر القلق استجابة انفعالية وقتية إزاء خطر يقوم على أساس تقدير المرء لقوته تقديراً منخفضاً بالقياس إلى قوة الخطر الذي يهدده ، أما القلق على العكس من ذلك فهو عام ودائم ويتسم القلق بشعور ليس ذي هدف أو موضوع نوعي بعينه وإنما يعكس ضعفاً عاماً وشعوراً بعدم الكفاءة والعجز (Wolman, 1989:27).

وأكدت ممدوحة سلامة على ذلك المعنى ، فالخوف في رأيها هو حالة من التوجس تتبلور حول خطر محدد يمكن التحقق منه في عالم الواقع بحيث يمكن تقدير أهميته ومواجهته بشكل واقعي. بينما يشير القلق إلى حاله من التوجس والتوتر غير المحدد تبالغ في حجم وأهمية خطر ما بل وقد ينشأ توهم هذا الخطر. (سلامة ، 1987م: 54).

ويرى يوسف عبد الفتاح أن القلق دافع انفعال يتضمن حاله من حالات التوتر التي تدفع الشخص الخائف إلى الهرب من المواقف الذي أدى إلى استشارة

خوفه حتى يزاول التوتر أما القلق فهو حالة تماثل الخوف تماماً. فالقلق قبل كل شئ هو حاله خوف واضطراب بل هو نوع خاص من الخوف. فإذا كان الخوف العادي ينصب على موضوع أو شئ واقعي دائماً. فإن القلق خوف غامض لا محل له يجعل الفرد متشائماً يتوقع الشر دون سبب محدد. فهي مخاوف غير منطقية. (عبدالفتاح ، 1992م: 62).

ويعتبر أحمد عكاشة أن شعور الفرد بالخوف عندما يجد سيارة مسرعة ناحيته في وسط الطريق مثلاً يختلف تماماً عن شعوره بالخوف والقلق عندما يقابل بعض الغرباء الذين لا يستريح لصحبتهم، كذلك من الناحية الفسيولوجية. فالخوف الشديد يصاحبه نقص في ضغط الدم وضربات القلب وارتخاء في العضلات، أما القلق الشديد فيصاحبه زيادة في ضغط الدم وضربات القلب وتوتر في العضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة في الحركة. (عكاشة ، 1992م: 38).

3- أعراض القلق:

يعاني الشخص القلق من مجموعة من الأعراض الفسيولوجية والسيكوباتولوجية. ومن بين الأعراض السمية التي تصاب بها الشخص القلق ما يلي:

- اضطراب نشاط القناة الهضمية.
- زيادة سرعة ضربات القلب وضخ الدم بعنف.
- قلة إفراز للعاب.
- قلة الدم المندفح من الجلد مما يسبب الشحوب.
- زيادة احتمال تجلط الدم.
- اتساع حدقة العين.
- زيادة نشاط الغدة الأدرينالية.
- زيادة نشاط الغدد العرقية.

وهناك عدداً آخر من الاضطرابات الفسيولوجية والتي من بينها برودة الأطراف وارتجافها وخصوصاً الأيدي. واضطرابات النوم. واضطرابات التنفس. فقدان الشهية. والصداع الشعور بالدوار والدوخة. كما يشاع أيضاً آلام الرقبة والظهر. وحدوث الرعشة والألم عند القيام بأي حركة. وفي بعض الأحيان يظهر عدم الاستقرار في الإتيان بالحركة الدقيقة. وحدث أيضاً الرجفة للصوت. (ياسين ، 1981م: 218).

يضاف إلى ذلك حدوث اضطرابات في الوظائف الجنسية عند الرجل والذي يظهر في شكل تأخر في القذف أو العجز عن البقاء منتصباً لبعض الوقت. أو عدم القدرة على الانتصاب نهائياً. بينما يظهر عند الأنثى في صورة أعراض عن الفعل الجنسي وتقلص المهبل. (كوفيل وآخرون ، 1986م: 218).

أما الاضطرابات السيكوباتولوجية فتظهر في الشعور بالخوف الشديد. وتوقع الأذى والمصائب. وعدم القدرة على التركيز الانتباه. والإحساس الدائم بتوقع

الهزيمة والعجز. وعدم الثقة والطمأنينة والرغبة في الهروب من الواقع عند مواجهه أي موقف من مواقف الحياة. (ياسين، 1981م: 218).

4 - أسباب القلق:

أ- أسباب وراثية (الاستعداد الوراثي):

ويقصد بالاستعداد الوراثي أن الفرد يرث الجينات المسؤولة عن الاضطراب الكيميائي الذي يحدث القلق. ويكون مسؤولاً عن طبيعة الأعراض وعن العوامل الكيميائية المسؤولة عن القلق. ولتي ربما تتمثل في زيادة استثارة نهايات الأعصاب (Nerve Endings) الموجودة في المشتبكات العصبية في النظام الإدريناليني. والتي تسرف في إنتاج أمينات الكاتيكول (Catecholamines) مع زيادة نشاط المستقبلات. مع وجود نقص في الموصلات الكيميائية المانعة. ونتيجة هذا النقص تستثار أجزاء المخ بشكل زائد وينتج من هذه الزيادة أعراض القلق. (الأنصاري، 1999م: 317).

ب- أسباب بيئية:

وقد أوضح السباعي وعبدالرحيم أن الظروف السائدة في البيئة الطبيعية والاجتماعية المحيطة بالفرد تلعب دوراً في نشأة القلق النفسي. لأن الإنسان يكون عرضة للقلق النفسي عند حدوث تغيرات كبيرة وهامة، لذلك تعد كل تجربة جديدة مدعاة للقلق. (السباعي، وعبد الرحيم، 1417هـ: 30).

ويرى زهران أن الضعف النفسي العام والشعور بالتهديد الداخلي والخارجي لمكانه الفرد وأهدافه والتوتر النفسي الشديد والأزمات أو المتاعب أو الخسائر المفاجئة والصدمات النفسية والشعور بالذنب والخوف من العقاب وتوقعه. والشعور بالنقص والعجز وتعود الكبت بدلاً من التقدير الواعي حيث إن الفشل في الكبت ينقلب إلى قلق. (زهران، 1994م: 398).

ويرى كلاً من شيفر وميلمان أن عدم الشعور بالأمن يعد سبباً رئيسياً للقلق، فالقلق المزمن هو نتيجة لانعدام الشعور بالأمن والشكوك حول الذات. وهناك عوامل كثيرة تسهم في فقدان الشعور بالأمن مثل: عدم ثبات الوالدين في التربية. التسبب والإهمال. والثقة الزائدة. وتحميل المسؤولية على عاتق الأشخاص الآخرين. (شيفر وميلمان، 1989م: 114).

ج- الشعور بالذنب:

يشعر الأشخاص بالقلق عندما يعتقدون بأنهم تصرفوا على نحو سيئ. وأنهم سوف يتعرضون للعقاب. فهم لم يتعلموا أن من الطبيعي أن تكون لدى كل فرد أفكار سلبية. وأن هناك فرقاً بين التفكير بالشيء وعمله. (منصور، 1986م: 103).

د- الإحباط المستمر:

يرى شيفر وميلمان أن الإحباط الزائد يؤدي إلى مشاعر القلق ولا يتمكن الأشخاص في كثير من الأحيان من التعبير عن غضبهم. وقد يكون الإحباط ناتجاً عن ارتفاع مستوى الأهداف. أو تدني مستوى التقييم الذاتي. ويؤدي الشعور المستمر بضعف الأداء إلى درجة عالية من القلق. (شيفر وميلمان ، 1989م: 116).

وقد أوضح السباعي وعبد الرحيم أن هناك اختلافات بين الأفراد بالنسبة للإحباط أو قدرة الفرد على المقاومة الظروف الضاغطة تتمثل في:

- الاختلاف بين الأفراد في المورثات الحيوية: فهذا الاختلاف ينتج عنه تباين في القوة الجسدية. ومعدل الذكاء الفطري. ومدى توازن الجهاز العصبي والغدد الصماء والوظائف الحيوية الداخلية.
- الجنس: لا يستجيب الرجال والنساء لمؤثرات القلق بنفس القدر ليس بسبب القوة أو الضعف. ولكن لأن التكوين العضوي لكل منهما يختلف عن الآخر فضلاً عن أثر المؤثرات الاجتماعية من تربية وعادات وتقاليد وقيم وأعراف وأدوار حياتية في تهيئة الجنسين لاستجابات متباينة.
- العمر: من المعروف أن التأثيرات تختلف من مرحلة عمرية إلى مرحلة عمرية أخرى، ففي مرحلة الطفولة يتأثر الطفل بالأسرة والجو العائلي. أما في مرحلة المراهقة فيتأثر الفرد بجماعة الرفاق، إما في مرحلة الشباب فيهتم الأفراد بإبراز الشخصية وبالعلاقات الثنائية، أما في سن النضوج فيفكر الإنسان في تدعيم وضعه الاجتماعي والمهني والاقتصادي وتأمين المستقبل ، بينما في خريف العمر يتجه الاهتمام إلى الذرية وصلات الأرحام وصالح الأعمال.
- أنماط الشخصية وسماتها الأساسية: يعد التكوين النفسي للفرد وخصائص الشخصية التي يتميز بها من أهم العوامل المسببة للقلق فبعض الناس بحكم تكوينهم لديهم استعداد للإصابة بالقلق أو الاكتئاب أو غيره من الاضطرابات النفسية عند التعرض لأي ضغط خارجي طفيف يمكن لغيره تحمله.
- الحالة الصحية: تتدنى الحالة النفسية والمعنوية للفرد في حالة المرض. لأن المرض يضعف القدرات الدفاعية للجسم ويقيد حركته ويسبب له مناخاً نفسياً سيئاً.
- نوع ومستوى التعليم: اتضح أن أعلى المعدلات القلق كانت بين مجموعات المتعلمين. وليس السبب في التعليم بل في محتوى التعليم التربوي السائد من مناهج وطرق تدريس وتقويم وإعداد معلمين وإشراف تربوي. ومدى ارتباطها بالمنهج الديني والإنساني والقيم الاجتماعية النبيلة والفهم السليم لطبيعة الحياة ودور الفرد فيها.
- التجارب السابقة مع المؤثرات التي تسبب القلق النفسي: فتأثير التجارب السابقة للفرد تلعب دوراً هاماً وبارزاً في تكوين الخبرات السلبية التي تكون

من مسببات القلق عند التعرض لمواقف مشابهة. (السباعي و عبدالرحيم ، 1991م: 32-35).

فمشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة ومشكلات الحاضر التي تنشط من ذكريات وصراعات الماضي والظروف الخاطئة في تنشئة الأطفال كالقسوة والتسلط والحماية الزائدة والحرمان أو التدليل المفرط وغيرها من العوامل التي تسبب القلق، كما أن التعرض للخبرات والحوادث الحادة اقتصادياً أو عاطفياً أو تربوياً والخبرات الجنسية الصادمة والتعب والإرهاق من العوامل التي تزيد من حدة لقلق. (زهران، 1994م: 299).

5- أنواع القلق:

هناك خمسة أنواع رئيسية للقلق تتمثل في:

أ- القلق الموضوعي:

هو عبارة عن رد فعل لإدراك خطر خارجي يتوقعه الفرد أو يشعر به أو يراه مقدماً كما هو الحال في قلق التلميذ المتعلق بالتحصيل مثلاً. أو قلق الفرد المتعلق بالنجاح في عمل جديد. (محمد ، 1978م: 388).

والقلق الموضوعي خبرة انفعالية مؤلمة تنتج عن إدراك مصدر خطر في البيئة التي يعيش فيها الفرد. إذا أن إدراك الفرد لوجود الخطر هو مما يثير القلق لدى الفرد. (عبد الغفار ، عبدالسلام ، 1976م: 121).

ب- القلق العُصابي:

هو القلق الذي يكون مصدره داخلي ذو أسباب لاشعورية مجهولة بدون وجود مبرر لها. (محمد ، 1993م: 388).

ويتسم القلق العصابي بأنه قلق شديد لا تتضح معالم المثيرات التي ينشأ عنها ويظهر على شكل خوف من المجهول. ويلجأ صاحبة لإلقاء اللوم على أكثر من مؤثر بدون وجود صلة واضحة أو واقعية بين القلق والمثير. والقلق العصابي يمكن أن تكون حالة عامة يتكرر حدوثها كما هو الحال في القلق الطافي. ويمكن أن يأخذ ردود خوف مرضي. ويمكن أن تكون في حالة من الشعور بالتهديد المرافق للاضطرابات النفسية كالهستيريا مثلاً. (الرفاعي ، 1987م: 210).

ويرى أصحاب مدرسة التحليل النفسي أن القلق العصابي ينشأ عندما يهدد(الهو) بالتغلب على دفاعات(الأنا) وإشباع تلك الغرائز التي لا يوافق المجتمع على إشباعها والتي جاهدت الأنا في سبيل إخمادها. ولذلك تلجأ الأنا إلى الحيل الدفاعية في سبيل كبت رغبات(الهو). وعندما تفقد الحيل الدفاعية وظيفتها في التموية يشتد القلق. والقلق العصابي يتخذ ثلاثة صور هي: انفعال خوف أو مخاوف مرضية أو هوس. (عبد الغفار، 1976م: 123).

ج- القلق الخلقي:

مصدر القلق كما يراه الرفاعي هو نتيجة حكم الأنا الأعلى بارتكاب ذنباً أو احتمال أن يكون نتيجة لإحباط أمر موجود بين مكونات الأنا الأعلى. (الرفاعي ، 1987م: 210-211).

اعتقد عبد الغفار وعبدالسلام أن القلق الخلقى عادة ما ينشأ من الخوف من الوالدين وعقابهما لأن الأنا الأعلى يهدد الأنا أن فكر الأنا في ارتكاب فعل معين يتعارض مع معايير الوالدين ويظهر العقاب في صورته مشاعر الإثم والخجل. (عبد الغفار وعبدالسلام ، 1976م: 123).

د- القلق العام:

يرى أحمد عكاشة أن هناك اختلافات كثيرة في تعريفات القلق النفسي كمرض مستقل ويعرفه بأنه " شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة أو السحبة في الصدر أو ضيق في التنفس أو الشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة. " (عكاشة ، 1998م: 110).

هـ- القلق الثانوي:

وهو القلق المصاحب للأعراض المرضية الشديدة كالهستيريا والفصام وغيرها من الأمراض النفسية. (محمد ، 1993م: 388).

و- القلق كحاله - القلق كسمة:

ميز سبيلبرجر Spielberg بين القلق الذي نشعر به موقف التهديد وبين الاستعداد للقلق في مواقف التهديد. وأطلق على الجانب الأول: حاله القلق وعلى الثاني: سمة القلق.

وعرف سبيلبرجر Spielberg حاله القلق State Anxiety بأنها: " حاله انفعالية مؤقتة تتغير شدتها وتتقلب مع مرور الوقت. وهذه الحالة تتميز بأنها ذاتية. ويكون فيها الفرد واع لشعوره بالتوتر والخشية. وتخفي هذه الحالة بقدر زوال مصدر التهديد "، أما سمه القلق Trait Anxiety فتمثل سمة من سمات الشخصية. أي أنه تشير إلى استعداد ثابت نسبياً لدى الفرد من حيث ميله إلى إدراك المواقف المهددة المثيرة كمواقف التهديد، أيضاً تشير سمه القلق إلى الفروق الفردية المستقرة نسبياً بين الأفراد في استعدادهم لإدراك المواقف المثيرة أو الجديدة منها كمواقف التهديد أو الخطرة مثلاً. أو لميل للاستجابة لمثل هذه التهديدات كرد فعل لحالة القلق. ويمكن اعتبارها انعكاساً للفروق الفردية في الشدة التي تظهر في حالة القلق. واحتمالية هذه الحالات أن تمارس مستقبلاً. وقد زودتنا هذه النظرة للقلق (الحالة والسمة) بإطار لتحديد وتصنيف المتغيرات الأساسية. والتي يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند دراسة القلق. مثل الضغط انفسى. والتقدير المعرفى للتهديد. والدفاعات النفسية. فالأفراد الذين لديهم سمة القلق عالية يكون إدراكهم للمواقف المثيرة كتهديد أعلى من الذين لديهم سمة القلق منخفضة. ويتميز القلق كسمة بالثبات النسبى. (الساعاتى ، 1420هـ: 236). والسمة (سمة القلق) لا يختلف مستواها عند الشخص الواحد من موقف لآخر. في حين يختلف مستواها من فرد إلى آخر، بحسب ما اكتسبه كل منهم من خبرات في طفولته، تلك الخبرات التي تنمي الاستعداد بالقلق. (حجازي ، 1423هـ: 18).

وقد ميز كاتل Cattell بنفس الطريقة السابقة بين " حالة القلق وسمة القلق " على أساس أن مستوى الأولى يتغير بحسب المواقف. ومستوى الثانية يتغير بحسب الأفراد. وأشار إلى أن التباين بين المواقف أعلى من التباين بين الأفراد في (حالة القلق). والتباين بين الأفراد أعلى من التباين بين المواقف في (سمة القلق). وبعبارة أخرى فإن استخدام مصطلح القلق في وصف الشخصية الأساسية للفرد. يعني أننا نشير إلى " سمة القلق " أي الناس جميعاً يخبرون " حالة القلق " في المواقف الخطرة. ولكن قليلاً منهم هم الذين يخبرون القلق بصورة مزمنة ، تسمح بأن يقال عنهم أن لديهم " سمة القلق " أي أن الأفراد جميعاً يخبرون " حالة القلق " في المواقف الخطرة. ولكن قليلاً منهم هم الذين يخبرون القلق بصورة مزمنة، تسمح بأن يقال عنهم أن لديهم " سمة القلق " كسمة ثابتة نسبياً لديهم. (الساعاتي ، 1420هـ: 236).

وتشير الدراسات التي أجريت على سمة القلق. إلى أنها تتصف بأنها من سمات الشخصية المزاجية، أحادية البعد، وعلى خط متصل، وهي موجودة عند جميع الناس بمستويات مختلفة. وتمتد من المستوى المنخفض إلى المستوى المرتفع. وهي أيضاً استعداد سلوكي يكتسب في الطفولة المبكرة والمتوسطة. ومن ثم يظل ثابتاً نسبياً عند الأفراد في مراحل الحياة التالية. وهذا وقد اختلف العلماء حول دور البيئة والوراثة في القلق. فبعضهم أرجعه إلى الوراثة. وبعضهم أرجعه إلى البيئة، لكن معظم الدراسات أشارت إلى أن الاستعداد للقلق كأى استعداد في الشخصية له جانبان: جانب فطري يكمن في الخصائص التكوينية والفسولوجية للكائن، وجانب مكتسب من البيئة التي يعيش فيها الإنسان مرحلة الطفولة. ومن التفاعل بين هذين الجانبين تنمو " سمة القلق ". ومهما كان مستوى المعطيات الفطرية للقلق إلا أنه إذا عاش الفرد في بيئة تبعث فيه عدم الطمأنينة، سوف تنمو عنده " سمة القلق " العالية، حيث أشارت دراسات عديدة إلى ارتباط " سمة القلق " لدى الأفراد بالخبرات المؤلمة في مرحلة الطفولة المبكرة. وفي هذا الصدد فقد اتفق علماء النفس على أن الخبرات المؤلمة في الطفولة تكتسب من مواقف يدرك فيها الطفل عدم تقبل والديه أو رفضهما له. مما يشعره بعدم الطمأنينة. وهذا يعني أن " سمة القلق " العالية تنمو من خلال اضطراب علاقته بالراشدين الآخرين المهمين في حياته سواء أكان من داخل أسرته أو من خارجها. ونستخلص مما أنه يمكن أن نفرق بين حالة وسمة القلق على الرغم من أنهما مترابطتان إلا أن لكل منهما طرف مستقل عن الآخر، فالقلق كحالة توصف بأنها حالة شعورية ذاتية من التوجس والتوتر مصحوبة باستشارة الجهاز العصبي اللاإرادي. أما القلق كسمة للشخصية فتشير إلى أن هناك اتجاهها سلوكياً مكتسباً يدفع الفرد إلى إدراك موقف غير مهدد كشيء خطر. والاستجابة لهذه المواقف بقلق لا يتناسب في حدته وشدته مع حجم الخطر الموضوعي. ويتضح من العرض السابق أن القلق حالة نفسية مؤلمة. تنتج عن شعور الفرد بعجز في المواقف الإحباط والصراع. وتؤدي إلى الحيل النفسية الدفاعية المختلفة التي تحول دون توافق الفرد مع نفسه. وقد اتفق علماء النفس على أن القلق هو عرض رئيسي في أغلب الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية. ولكن الاختلاف الذي حدث بين العلماء وخاصة بين علماء المدرسة

التحليل النفسي. وعلماء المدرسة السلوكية هو في نشأة القلق. فعلماء المدرسة السلوكية اعتبروا القلق سلوكاً مكتسباً ومتعلماً. فالطفل يدرك التهديد في أشياء معينة. فيتعلم منها الخوف. أما علماء التحليل النفسي وعلى رأسهم " فرويد " فأرجعه إلى رد فعل خطر غريزي يشعر أمامه الإنسان بالعجز والخوف من العقاب. (الساعاتي، 1420هـ: 237).

والقلق حالة وقتية ذات خصائص محددة وتغيرات تحفز عملية القلق وهناك ستة مصادر يمكن تحديد القلق الوقتي من خلالها هي:

- 1- التقارير الاستبطانية.
- 2- العلامات الجسمية.
- 3- السلوك الجزئي كوضع قامة الجسم والخلجات والخصائص عند الحديث.
- 4- الأداء المعملّي لتجريبي.
- 5- البداهة الإكلينيكية عند الفحص.
- 6- الاستجابة للضغوط.

والقلق الوقتي غالباً ما ينشأ كاستجابة للضغوط. ولذلك تختلف درجات القلق من فرد إلى آخر نتيجة الاختلافات في المثيرات المرتبطة بهذه الضغوط. أما القلق كسمة فهو القلق المزمّن الذي تتسم تصرفات جميع المصابين به بالقلق وتكون سرعة استجابتهم للمثيرات والضغوط أكثر من غيرهم. وتتأثر سمة القلق بالاستعدادات السلوكية المكتسبة أي الدوافع التي تمثل الاتجاهات الاجتماعية التي تدفع الفرد إلى النظر إلى العالم بطريقة خاصة وإصدار استجابة خاصة تجاه مختلف المواقف والتي تختلف باختلاف درجة المثير. فحالات القلق حالات شعورية ذاتية من التوجس والترقب والتوتر مصحوبة باستشارة الجهاز العصبي اللاإرادي، أما القلق كسمة للشخصية فهو الدافع أو الاتجاه يكتسبه الفرد إلي إدراك ظروف غير خطيرة موضوعياً ويستجيب لها بقلق لا يتناسب في حدته مع حجم الخطر الحقيقي. (غالي وأبو علام، 1977م: 94-99).

7- النظريات المفسرة للقلق:

يعتبر القلق ظاهرة نفسية تثير اهتمام العديد من العلماء النفسيين نظراً لكونه قاسم مشترك في جميع الاضطرابات والأمراض النفسية. حيث أن له تأثير واضح جداً على الإنسان سواء من الناحية النفسية أو الجسمية، وانطلاقاً من ذلك فقد قدم العديد من العلماء دراسات عديدة عن القلق والعديد من النظريات المفسرة للقلق منها ما يلي:

(أ) نظرية التحليل النفسي :

تعرض المحللون النفسيون الأوائل لمسألة الإدمان، و قد نظروا إليها كبقية الأعراض العصابية المرضية. فاعتبروا السلوك أو الأعراض الإدمانية تعبيراً عن النكوص إلى مراحل أولى في النمو النفسي الجنسي، بعبارة أخرى فإن الحصول على اللذة من جراء إشباع تلك الغرائز وإتباع أنواع السلوك المؤدية إلى ذلك كان أمراً معتاداً ومقبولاً في المراحل المبكرة من النمو النفسي الجنسي.

ومن المعروف أن هذا الاتجاه يستند على الأفكار والمبادئ لرائد مدرسة التحليل النفسي سيجموند فرويد Sigmund Freud، حيث يرى أن الاعتماد على الكحول أو المخدرات يعتبر بديلاً لآلية النكوص. فالاعتماد ينظر إليه على أنه حتمية نفسية يدفع الفرد إليه محاولاً التكيف، وسلوكاً متواصلًا من الطفولة حتى الرشد. ويقرر إبراهيم Abraham أهمية الدور الذي يلعبه الكحول أو المخدر في التقليل من الطاقة الجنسية لدى الذكور معتمداً في نظريته التحليلية على معتمدين ذكور.. (Brehm & Khantzian , 1992:106)

- ويمكن تلخيص التصورات النظرية العامة للمدرسة التحليلية الكلاسيكية في عدة النقاط هي:
- إن السلوك اللاعتمادي ما هو إلا نكوص إلى المرحلة الفمية خلال مراحل التطور النفسي الجنسي.
 - إن السلوك اللاعتمادي محاولة فاشلة للتكيف ضد متطلبات الواقع.
 - إن السلوك اللاعتمادي محاولة لحل الصراع الجنسي النفسي المكبوت في اللاشعور.

(ب) النظرية السلوكية:

تعتبر هذه النظرية أن القلق استجابة مشروطة متعلمة لمؤثرات معينة ، مثل الشعور بالغثيان بعد وجبة معينة من أكلة بحرية كالسمك مثلاً ثم تكرر هذا الشعور مع القلق عند رؤية السمك(فعل مشروط). أو تقليد استجابات أشخاص آخرين يرتبط بهم العميل(تعلم اجتماعي). وتفسر النظرية السلوكية بأن أنماط التفكير المشوهة الخاطئة في تقييم المواقف من ناحية خطورتها يترتب على ذلك تكوين مركبات نشطة تحول مؤثرات البيئة إلى مصادر للقلق فتؤدي بالتالي إلى الشعور بالقلق وظهور أعراضه.(Ibid, 1997: 27-30).

ويرى مورر وهو من علماء المدرسة السلوكية عن القلق والتي سميت بنظرية القلق الناتج عن الشعور بالذنب. يذكر بأن الإنسان يقوم بارتكاب بعض الأفعال الممنوعة أو المحرمة بعيداً عن أعين الناس حيث يخفي أخطأه. ومن ثم ينكر قيامه بها. ولم يكن في حقيقة الأمر يدرك تماماً بأنه سينكشف أمره يوماً ما فيشعر نتيجة ذلك بالقلق.(الشويعر، 1408هـ: 32).

ومما سبق نستطيع القول بأن العلماء السلوكيين يعتقدون بأن القلق هو عبارة عن استجابة متعلمة ومشروطة لمؤثرات معينة. وهذا يدل على أنهم يتفقون مع علماء المدرسة التحليلية في أن القلق يرتبط بماضي الإنسان وخبراته.

(ج) النظرية الفسيولوجية:

ويعتقد(داروين) أن للخوف والقلق دوراً توافقياً يحافظ على الكائن ويعده لمواجهة الخطر. فسرعة النبض. واتساع حدقة العين. وسرعة التنفس. وتغيير

الوجه والصوت. تنبه الإنسان أو الكائن إلى وجود الخطر وتمثل حشداً لطاقاته الجسمية لمواجهة هذا الخطر، ويرى (كانون) أن مصاحبات القلق البيولوجية والنشاط العضلي الذي قد يستمر لمدة طويلة تؤهل الكائن للهروب أو القتال. ويقوم الجهاز السيمبثاوي بإعداد الإنسان لهذا النوع من الطوارئ. وذلك بتنشيط وإطلاق الأدرينالين في الدم وإعادة توزيع تدفق الدم من الجلد للعضلات. وتخفيض زمن تخثر الدم. وتوسيع الشعب الهوائية. وتخفيض إفراز اللعاب وزيادة مستوى السكر بالدم. وهذه التغيرات ترفع من قدرة الإنسان أو الحيوان على الهروب أو القتال. (الجوهي ، 1419هـ: 52).

ويلاحظ من هذه النظرية على الرغم من تركيزها على الجوانب الفسيولوجية لدى الإنسان إلا أنها لم تهمل العوامل الخارجية المؤثرة ودورها في التأثير على الجهاز العصبي اللاإرادي لدى الفرد.

د) النظرية المعرفية:

تقوم النظرية المعرفية على افتراض يتمثل في أن الاضطرابات النفسية التي تصيب الإنسان مرتبطة بشكل رئيسي في عدم قدرته على معالجة المعلومات لديه ، كما تسيطر على المريض أفكار مصاحبة للاضطراب. وترى النظرية المعرفية الإنسان على انه لديه القدرة في تكوين واقعة الخاص به. (المحارب ، 2000م: 35).

فالمعرفة من وجهه نظر النظرية المعرفية مصطلح يشير إلى العمليات العقلية كالإدراك والانتباه والتذكر. وتجهيز المعلومات. وهذه العمليات هي التي تساعد الإنسان على اكتساب المعلومات، مما يترتب على ذلك إيجاد الحلول المناسبة للمشكلات. والتخطيط السليم للمستقبل ، لذا فإن علماء المدرسة المعرفية يؤكدون على أن الإنسان ليس مجرد كائن حي فقط يقوم بعملية الاستقبال السلبي للمنبهات. وإنما هو يملك العقل الذي يقوم بتجهيز المعلومات التي يستقبلها بطريقة فعالة. ومن ثم تحويلها إلى سلوك إيجابي جديد. (عبد الخالق ، 1997م: 78- 79).

ويعتبر (جان بياجيه Jean Piaget 1958م) المؤسس الحقيقي لنظرية النمو المعرفي حيث أن مفهومه في هذه النظرية يقوم على أساس ما يسمى (بالأبنية العقلية) لاهتمامه بالعمليات العقلية المميزة للنمو من الطفولة حتى الرشد. (غيم ، 1993م: 87- 88).

ويتضح مما سبق بأن النظرية المعرفية تركز على العمليات العقلية والذهنية لدى الفرد. حيث تفترض بأن السلوك الإنساني يرتبط بشكل مباشر مع قدراته العقلية. وأن اعتقاداته وأفكاره تستطيع أن تحدث التغييرات الإيجابية والجزرية على انفعالاته وسلوكياته متى ما استخدم العقل بشكل سليم.

المبحث الثالث : المخدرات

تعد المخدرات من أهم المشكلات التي تهدد الإنسان وأخطرها على مستقبل الإنسان لما يترتب عليها من أضرار بالغة ينعكس أثرها على الفرد والمجتمع. ويعتبر الإدمان على المخدرات بأنواعها المختلفة والمتعددة وطرق استخدامها يدفع الفرد المدمن على ارتكاب السلوك السلبي والحماقات التي تعرض جسمه وعقله ونفسه للموت البطيء ، لأن لمخدرات بشكل عام هي نوع من السموم التي ينتج من استعمالها آثار خطيرة لا على متعاطيها فقط بل تمتد خطورتها على الأسرة والمجتمع أيضاً. ولا تقتصر مشكلات المخدرات على نوع واحد من المخدرات. أو على قطر معين. أو طبقة محددة من الناس. فبعد أن كان استهلاك هذه السموم يقتصر في الماضي على الطبقات الراقية المترفة. أصبحت اليوم جميع الطبقات فريسة لهذا الإدمان الجنوني ، بل أصبحنا نرى المجتمعات الصناعية الحديثة تطرح لنا كل يوم عقاراً أو دواء جديداً يأخذ بالعقل ويوقع البلاء والخبل. ثم تعاقب تعاطي المخدرات في كافة الأقطاب على حد سواء. ومن العجيب أن ترى جميع الناس يعتقدون أن الأطباء هم أفضل من يعرف التعامل مع الدواء واستعماله ووصفة بلا منازع. بيد أنه استقر في عقلية الناس عامة. وعلى مستوياتهم كافة أن الأطباء لا يصلحون إلا لمعالجة المرضى. وليس من شأنهم أبداً الحفاظ على الصحة. ووضع القواعد الأساسية لحمايتهم من كل داء. وهذا يبدو واضحاً في عدم استشارة الأطباء والإذعان إلى نصائحهم إلا بعد أن تكون هذه الصحة قد وقعت تحت تأثير عقار أو أكثر من ذلك فأدى إلى أذية بدنية أو عقلية متفاقمة. ومن الجدير بالذكر أن كثيراً من المواد قد ألفتها بعض الشعوب فأصبحت جزءاً من حياتها اليومية بل أن كثيراً من الناس يقدمونها على حاجتهم الأساسية كالغذاء والدواء وكساء. وقد أدى تعودت هذه الشعوب على هذه المواد المخدرة إلى أن تتراجع هذه الشعوب إلى مؤخرة الأمم من

حيث التنمية والإنتاج ناهيك عن التخلف العقلي. والبدني. وزيادة الجريمة. ولقد أورد المكتب العربي لشؤون المخدرات في أحد تقاريره (أن جمهورية العربية اليمنية تخسر سنوياً ما يزيد على ثلاثة آلاف وخمسمائة مليون ساعة عمل هو الوقت الهائل الذي أبناء اليمن بسبب مضغ أوراق القات وتخزينه). وهو وقت تتبين قيمته في التنمية المطلوبة لهذا البلد الإسلامي. فيصيب اقتصادها بخسائر فادحة ، فضلاً عن ألف مليون ريال ثمناً للقات الذي يستهلكه المواطنون. (الهوري ، 1407هـ: 16).

والإنسان في بحثه عن السكينة واللذة. وفي مكافحته للألم تعامل مع عدد من النباتات المتميزة بخواص وصفية. ومن هذه النباتات ما هو شاف من الداء العضال. ومنها ما هو سم قاتل. وبين هاتين الصفتين نجمت العلاقة الجدلية. ما بين الدواء والسم. فهناك فرق عظيم بين تناول الدواء بقصد الشفاء وبين تناوله بحثاً عن الهدوء والسكينة واللذة ففي الحالة الأولى يؤخذ الدواء بمقادير محددة وفي أوقات وأشكال موصوفة. أما في الحالة الثانية فليس للمقدار من حدود ، بل يزداد الشر يوماً بعد يوم. ويتناول المدمن العقار دونما حاجة للدواء. (الهوري ، 1407هـ: 21).

ومع التغير في السياق الاجتماعي والمجتمعي الذي يقدم فيه العلاج الإكلينيكي للكحوليين ومدمني المخدرات بشكل مثير نتج عن هذه التغيرات تغيرات في التركيبة الإكلينيكي للجمهور إلى يطلب العلاج النفسي، كما أنه سبب الحاجة لجود معالجين يأخذون في اعتبارهم عند الممارسة توظيف عدد من المفاهيم العملية الجديدة. وتمثل الثمانينات القرن العشرين نقطة الانطلاق لشن حرب على المخدرات. مع إعلان صريح مفاده (لا حملات إعلانية) ولكن ملاحقة ومطاردة للقبض على متعاطي المخدرات أو مروجيها. وزيادة في إعداد المسجونين، مع تحول في الاتجاهات الاجتماعية إزاء مشكلة تعاطي المخدرات. كما شهد سميات جديدة لأسماء بعض المواد المخدرة. فمن الشائع أن نجد أنواع جديدة من المخدرات أصبحت أكثر شيوعاً مثل الكوكايين (الساحق)، كذلك شهد المجتمع تغيراً تدريجياً في الطبقات التي يتعاطى أبنائها المخدرات فقد أبح تركيزها يتزايد بشكل مستمر بين الطبقات الاجتماعية الفقيرة اقتصادياً.

واستكمالاً لهذه الرؤى التوجيهية أو الإرشادية والعقابية المتصلة بشرب الكحوليات وتعاطي المخدرات فلا بد من بذل جهود مضاعفة لمنع تعاطي الأدوية والعقاقير المخلفة. ومن أهم هذه الجهود ظهور أنواع من برامج المساعدة لمتعاطي المخدرات والكحول لتغالب على مشكلاتهم مثل بعض البرامج التدخل الجزئي. أيضاً ظهور اتجاه جديد ذاع صيته في الثمانينات وهو (حركة المساعدة الذاتية المتخفية أو المجهولة) وهي حركة قامت على أنقاض طريقة علاجية للمدمنين تسمى (الكحوليين المجهولين أو الكحوليين مجهولي الأسماء). (الوايلي ، 2003م: 72).

1- ماهي المخدرات:

المخدرات لغة يقال (تخدر - واختر) أي استتر. والخادر هو الفاتر الكسلان. والخدر هو تشنج يصيب العضو فلا يستطيع الحركة. وعليه فإن المخدر والمسكر

والخمر هو: التغطية والستر والتظليم والتعتيم والغموض والفتور والكسل.(الرشيد، 1412هـ:11).

والمخدرات والمسكرات تنطبق عليها هذه المعاني تماماً فهي تغطي صاحبها عن الحقيقة وتستر على عقله وتحجبه عن كل فضيلة وتدفعه على كل رذيلة فتجعل صاحبها يعيش في غموض وظلام وكسل وفتور.(الرشيد ، 1412هـ:11).

والخدر: هو فقد الإحساس وضعف الوعي وقد يكون عاملاً فيشمل جميع أجزاء الجسم. وقد يكون جزئياً أو موضعياً فينحصر في عضو معين من الجسم الإنسان ولفظ الخدر هو أصل اشتقاق المخدرات.(وزارة الداخلية ، 1985م:17).

وتعرف المخدرات من الناحية القانونية: "بأنها مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تداولها أو زراعتها أو تصنيعها. إلا لأغراض يحددها القانون. ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك".(وزارة الداخلية ، 1985م:17).

وتعرف المخدرات بأنها(كل مادة خام أو مستحضر ، تحتوي على عناصر مسكنة أو منبهة. من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية المخصصة لها. وبقدر الحاجة إليها. ودون مشورة طبية أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها، مما يضر بالفرد والمجتمع).(الرشيد ، 1412هـ:11).

2- الإدمان:

إدمان المخدرات أو الكحول. ويقصد به التعاطي المتكرر لمادة معينة لدرجة أن المتعاطي(المدمن) يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي ، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع أو تعديل تعاطيه. وكثير ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطي. وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى الاستعباد.

3- مفهوم الإدمان وأهم خصائصه:

ظهرت محاولات عديدة لتعريف مفهوم الإدمان والمفاهيم الرئيسية المتعلقة به وهذه المحاولات قام بها المهتمون بدراسة تعاطي المخدرات. هذا فضلاً عن المحاولات التي قامت بها الهيئات العلمية المحلية والعالمية لتعريف الإدمان ووصف طبيعته. وتشير موسوعة إيدلبرج Eidelberg إلى أن التعاطي هو التعود على مادة معينة تؤدي إلى الشعور بالنشوة عند التعاطي. ويرتبط مفهوم التعاطي بالإفراط في الاستعمال بصورة متصلة أو دورية بإرادة الفرد حتى يصل إلى مرحلة الإدمان.(مرعي ، 1989م:1).

ويرى سويف أن التعاطي هو تناول المتكرر لمادة نفسية بحيث تؤدي آثارها إلى الإضرار بمتعاطيها أو ينجم الضرر عن النتائج الاجتماعية والاقتصادية المترتبة عليها. وقد أوضح سويف أن خصائص الإدمان تتمثل في:

- ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاه وهو ما يعرف بالتحمل أو الإطاقة.
- اعتماد له مظاهر فسيولوجية واضحة.
- حالة تسمم عابرة أو مزمنة.

- رغبة قهرية قد ترغم المدمن للحصول على المادة المطلوبة بأية وسيلة.
 - تأثير ظاهر على الفرد والمجتمع. (يوسف ، 1996م: 17- 18).
- ويرى فطائر أن تعريف الإدمان يجب أن يكون منطلقاً من إدراكه لحقيقة ما يراه ولذلك يعرفه فطائر على: (أنه رغبة جامحة (ولع) من الإنسان نحو الموضوع لأدماني. وقد يكون هذا الموضوع لأدماني موضوعاً مادياً كالمواد المخدرة والخمر والحبوب والسجائر وغيره. وقد يكون حدثاً كالقمار والجنس والحب والعمل والكمبيوتر والتليفون المحمول والإنترنت... الخ. وهنا نشير إلى مسألة الرغبة المرضية على أنها رغبة قهرية ومدمرة). (فطائر ، 2001م: 33- 34).

التعريف الإجرائي لمدمن المخدرات:

يمكن تعريف مدمن المخدرات في ضوء هذه الدراسة على أنه أحد نزلاء مستشفى الملك فهد مركز التأهيل النفسي بالقصيم أثناء فترة تطبيق الدراسة وأنه من مستخدمي نوع أو أكثر من أنواع المخدرات.

4- التفسيرات النفسية لإدمان المخدرات:

1- تفسير مدرسة التحليل لإدمان المخدرات:

تتفاوت الأمراض النفسية من وجهة نظر تلك المدرسة (التحليل النفسي) بين سن الرشد وصراعاته ونزعاته الطفولية. ولذلك فإن المريض يعمد إلى ميكانزمات دفاعية يحارب بها نزعاته الطفولية ويخفيها عن إدراكه الشعوري من ناحية ويشبعها من ناحية أخرى. (الحازمي ، 1422هـ: 37).

ويرى هذا الاتجاه أنه من الأهمية القصوى أن تحدد في البداية ما إذا كان الشخصي يلجأ إلى المخدرات بسبب:

- شقاء خارجي أو داخلي (اكتئاب). بحيث يتخلى عنها متى توقف حاجته إليها لهذا الغرض.
- ما إذا كان الشخص تحكم نفس جنسيته كلها وتقديرها لذاته رغبة في نشوة المخدر.
- إذا كان الشخص قد غدت رغبته هذه في نشوة المخدر مهددة بالانهيار فيحاول في عجزه بالاستعانة بتأثير العقاقير للمخدر الذي تعقبه سعادة يستحيل بلوغها. (أوتوفينخل ، 1969م: 718).

وترتبط نظرية التحليل النفسي والإدمان على المخدرات بدورية الجوع والعطش عند الطفل في مرحلة الطفولة. فغياب المخدر معناه حرمان من الطعام. وبالتالي يؤدي إلى ضيق واكتئاب. وليست المسألة قاصرة على الطعام فقط. وإنما يتعدى الأمر ذلك إلى أشياء أخرى، فالطفل يدرك العقاب وفقدان حب الوالدين وإهمالهما له على أنها حالات أو مواقف موازية للجوع أي فقدان الطعام. والعكس هنا في حالة الحب والاهتمام. وحيث إن الطفل يتقمص والديه في تكوين الذات العليا. فإن نفس هذا النموذج يتكرر سيكولوجياً في علاقة الأنا بالأنا الأعلى. فإن رضى الأنا الأعلى بالنسبة للطفل عن الأنا أحدثت حالة من اللذة والراحة والسرور وهذه يمثلها في ابتلاع أو تعاطي المخدر. ومعنى ذلك أن الرغبات الفميه قد تحققت،

وأما في حالة الاكتئاب فإن الأنا يشعر بأنه غير محبوب ومهجور من الأنا الأعلى. وهذا يفسر لنا ألم المدمن من غياب المخدر لذا يحرص المدمن على حفظ المخدر في جيوبه. وهذا يعني تحقيق الشعور بالأمن. وغياب المخدر يعرض المدمن للشعور بالخطر. وبالتالي يزيد شعور شديد بالقلق. وهذا هو شعور الطفل إزاء أمه حيث تكون بجواره. فوجودها يعني الطمأنينة والأمن. وغيابها يعني القلق والخطر والحرمان من إشباع الحاجات. (المغربي ، 1984م: 271).

لذا نجد أن أو توفينخل يذكر أن المدمنين هم أشخاص لديهم استعداد للاستجابة لتأثير المخدرات نتيجة التثبيت عند المرحلة الفميه الأولية. والحاجة إلى الأمن. والحاجة إلى البقاء على الذات في النفس الوقت. وهكذا فإن نشأة لإدمان وطبيعته لا يحددها التأثير الكيميائي للمخدر بل البيئة السيكولوجية للمرضى. (أو توفينخل، 1969م : 716).

لذا نجد أن أصحاب مدرسة التحليل النفسي يؤكدون على مدمني المخدرات شخصيات فموية نرجسية سلبية استقبليه. مما أدى إلى إحباط فميه في الطفولة. وبالتالي تثبيبات فميه أرست التبعية تجاه الموضوعات كمورد لإمدادات نرجسية ليس غير. والعشقية الفميه هذه تميزها أخليه ثلاثة. أطلق عليها برترام ليفينط الثلاثية الفميه وهي:

- الرغبة في الالتهام الإيجابي(الأخر).
- الرغبة في الالتهام الإيجابي(من قبل الآخر).
- الرغبة في الاستغراق في النوم والاستسلام له.

ومدمن المخدرات شخص يعيش في حالته العادية هذه الثلاثية في شقها السالب ويعني أن المدمن يعيش الحالة الأكتئابية والانسحابية. وأثناء التخدير تنقلب الثلاثية السالبة إلى نقيضها الموجب. فتغدوا الأكتئابية انفراجا ومرحبا دافقا والانسحابية إقبالا. والانطوائية انبساطا، ذلك المخدر يحدث له حاله من الزهو والمرح السلطنة يلتهم فيها موضوع إشباعه، ثم يتمكن في زهو المرح من الانغماس في الشعور الجديد بحيث يلتهم التخدير إلى النوم والثبات مما يحقق اتحاداً بثدي الأم وتحل الأنا العليا محل ثدي الأم المحبوب دامت الأنا العليا تتصف بالخلود، فاندماجها يحقق خلود الذات كما أن الاندماج فيها يعني الاستسلام إلى الكائن مطلق القدرة واسترخاء بين جوانحه. وفي النهاية الفناء نوم سعيد لا نهائي، فنشأة الإدمان وطبيعته لا يرجعان إلى مواقف خارجية ضاغطة ينتهي بانتهائها تعاطي المخدر. ولا يرجعان إلى التأثير الكيميائي للمخدر. بل يرجعان بالأحرى على البنيان السيكولوجي للمريض بمعنى أن الشخصية التي لديها الاستعداد للإدمان هي العامل الحاسم ، فالمخدر تكون له عند المدمنين دلالة نوعية تنحصر في تحقيق أو الأمل في تحقيق إشباعات فميه تعزي إليها عبر نشوة السلطنة أحاسيس التقدير للذات في صورة متضخمة قد تبلغ القدرة المطلقة والألوهية. (الحازمي ، 1422هـ: 40).

وهناك أيضاً الاتجاه الثاني لنظرية القوة Power Theory لمكلياند والتي تشير إلى أن الرجال الذين لديهم حاجات شخصية وغير اجتماعية وقوة بارزة يشربون

يتناولون المخدرات بإفراط. ومثل هؤلاء الرجال لديهم قوة متخلية أثناء الشرب أو تناول المخدرات. والتي تعبر عن طلب الإثارة أو العدوانية. فالقوة الشخصية المتخلية تزداد كلما ازداد مستوى استهلاك المخدر ، فمدمنو الكحول مثلاً يريدون القوة. ولكنهم يشعرون بالضعف فيشربون لكي يشعروا بالقوة. (الوايلي ، 2003م: 78).

وقد ذهب كل من أدلر وإدلر Adler and Edler إلى أن كثير من المدمنين يحاولون علاج أنفسهم من القلق الشديد. والاكئاب أو الجرح النرجسي بواسطة العلاج الذاتي. حيث يقدم لهم الاسترخاء مدعم بالتغذية الحيوية الراجعة كوسيلة متناوبة من أجل المواجهة. فيتعلم المريض وسيلة يستطيع بواسطتها تهدئة نفسه. وبذلك يستبدل جزئياً الراحة التي تمنح له بواسطة المادة المخدرة. (الحازمي، 1422هـ: 42).

الدراسات العربية:

قامت فادية شربتجي (1407هـ) بدراسة فعالية العلاج السلوكي المعرفي لحالات الاكتئاب العصابي. وهدفت الباحثة إلى تقييم فعالية العلاج السلوكي المعرفي لحالات الاكتئاب العصابي لدى الإناث في المملكة العربية السعودية. على عينة من (23) مريضة قسمت إلى ثلاث مجموعات عشوائياً كالتالي:

- مجموعة الأولى مكونة من 8 مريضات طبق عليهن العلاج السلوكي المعرفي.
 - المجموعة الثانية مكونة من 8 مريضات طبق عليهن العلاج السلوكي المعرفي بالإضافة إلى العلاج الدوائي.
 - المجموعة الثالثة مكونة من 7 مريضات طبق عليهن العلاج الدوائي فقط.
- واستخدمت الباحثة في هذه الدراسة ثلاثة مقاييس لقياس الاكتئاب والقلق قبل وبعد العلاج وهذه المقاييس هي:

- مقياس بيك.
- مقياس هاملتون للاكتئاب.
- مقياس تيلور للقلق.

واستغرق العلاج مابين 12 - إلى 17 أسبوعاً و أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة بين درجات المقاييس قبل وبعد العلاج على فئات البحث الثلاثة وقد حققت مجموعة العلاج المعرفي المصاحبة للعلاج الدوائي أفضل تحسن، تلتها العلاج المعرفي ثم مجموعة العلاج الدوائي.

1. وقد قام الشيخ (1986) بدراسة أثر كل من العلاج العقلاني الانفعالي والتحصين المنهجي في تخفيف قلق الامتحان. وقد أجريت الدراسة على عينة من (40) طالب وطالبة بكلية التربية في جامعة طنطا. قسمت إلى مجموعتين بالتساوي، واستخدمت المقاييس التالية:

- مقياس قلق الامتحان.
- مقياس الانزعاج.
- استبيان قلق الامتحان.

وأظهرت النتائج فعالية العلاج العقلاني الانفعالي والتحصين المنهجي في تخفيف قلق الامتحان لدى أفراد العينة ذكور وإناث. كما أظهرت النتائج أن العلاج العقلاني الانفعالي أفضل من العلاج بالتحصين المنهجي في خفض مستوى الانزعاج. وكذلك أظهرت النتائج كذلك أن العلاج العقلاني الانفعالي أفضل من استخدام الطريقتين معاً في خفض مستوى الانزعاج. وأن النتائج متقاربة بين الجنسين.

كما قام كل من عبدالله معتز، وعبدالرحمن السيد (1994م) بدراسة على الأفكار اللاعقلانية لدى المراهقين. وهدف الباحثان إلى التعرف على أهم الأفكار اللاعقلانية في مرحلتي الطفولة والمراهقة وعلاقة هذه الأفكار بكل من القلق كحالة، وكسمة، ومركز التحكم، وكذلك دراسة أثرها على الجنس والتفاعل بينهما، إضافة

إلى تقنين مقياس الأفكار اللاعقلانية للصغار على البيئة العربية. وقد تكونت العينة من (428) تلميذاً وتلميذة تم اختيارهم بطريقة عشوائية في بعض المدارس الحكومية بمحافظة الجيزة مع مراعاة تجانسهم في المستوى الاقتصادي والاجتماعي موزعين كالتالي:

- وقد استخدم الباحثان مجموعة من الأدوات وهي:
- مقياس التحكم للأطفال لناويكي (Nawiki) ترجمة فاروق عبد الفتاح (1981م).
 - مقياس الأفكار اللاعقلانية للأطفال من إعداد هوبر ولاين (Hoper & Layne). ترجمة مجموعة من الباحثين.
 - مقياس قائمة القلق "الحالة والسمة": للأطفال مقتبس من سبيلبرجر (Spielberge).

وقد توصلت الدراسة إلى نتائج كان من أهمها:

انخفاض درجة معظم الأفكار اللاعقلانية مع تقدم السن، وتوقع الكوارث والقلق الزائد والسعي وراء الكمال. هي أهم الأفكار الخاطئة في مرحلتي المراهقة المبكرة والمتوسطة، أما بالنسبة لحالة القلق في الطفولة فهي تدور عل فكرة طلب الاستحسان. أما في المراهقة المبكرة فتنبئ عن الشعور بالعجز والاعتمادية والانزعاج لمشاكل الآخرين. ولوم الذات. ولوم الآخرين، أما بالنسبة للمراهقة المتوسطة فتدور حول طلب الاستحسان والشعور بالعجز والانزعاج بحاله القلق، أما بالنسبة لسمة القلق وتوقع الكوارث واللوم القاسي وابتغاء الحلول الكاملة فهي أفكار مرتبطة بالطفولة المتأخرة. أما في المراهقة المبكرة فهي الاعتمادية وابتغاء إكمال والشعور بالعجز والحلول الكاملة، أما في المراهقة المتوسطة فهي طلب الاستحسان والسعي للكمال والقلق الزائد، أما بالنسبة للأفكار غير العقلانية فلا توجد أفكار غير عقلانية تنبئ بمركز الحكم في مرحلتي الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة، أما في المراهقة المتوسطة فإن فكرة الاعتمادية وابتغاء الحلول تنبئ بذلك.

كما قام الفخراني (1993م) بدراسة لمعرفة مدى ملائمة العلاج العقلائي الانفعالي في تعديل السلوك عن طريق تصحيح الأفكار الخاطئة ومدى ملائمتها لخفض حدة الأعراض النفسية المصاحبة.

واستخدم الباحث الأدوات التالية:

- المقابلات الإكلينيكية الحرة.
 - تاريخ الحالة.
 - اختبار وكسلر لذكاء البالغين.
 - اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية.
- وقد توصلت الدراسة إلى فعالية البرنامج العقلائي والانفعالي في خفض درجة القلق والاكتئاب عند مقارنة القياسين القبلي والبعدي قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي.

كما قامت عزة الغامدي (1999م) بدراسة فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض القلق الاختبار لدى عينة من طالبات جامعة الملك سعود بالرياض. وقد تكونت العينة من (30) طالبة من اللاتي يعانين من قلق الاختبار. وقد تم اختيارهم بطريقة عمدية. وقد قسمن إلى مجموعتين تجريبية وضابطة متكافئتين من حيث العمر والتحصيل الدراسي ودرجة القلق ودرجة الأفكار غير العقلانية. وقد استخدمت الباحثة مجموعة من الأدوات وهي:

- مقياس لقلق الاختبار.
 - مقياس الأفكار اللاعقلانية من إعداد الريحاني (1985م). وتعديل منيرة الشمسان (1417هـ) وهي معدلة على طالبات جامعة الملك سعود.
 - برنامج للعلاج العقلاني الانفعالي من إعداد الباحثة.
- تم تطبيق برنامج العلاج العقلاني الانفعالي في خفض القلق الاختبار لدى عينة تجريبية. وقد أظهرت النتائج فعالية البرنامج في خفض قلق الاختبار عن طريق تخفيض الأفكار السلبية المصاحبة له.

كما قام البكر (1423هـ) بدراسة لبرنامج إرشادي مقترح لتعديل الأفكار غير العقلانية لدى مرتفعي القلق والاكتئاب. وكان الهدف من هذه الدراسة هو تصميم برنامج إرشادي لتعديل الأفكار غير العقلانية لدى مرتفعي درجة القلق والاكتئاب وذلك حسب نظرية إليس للعلاج العقلاني والانفعالي. وينبثق من الهدف العام كما يذكر الباحث أهداف فرعية وهي على النحو التالي:

- التعرف على درجة الأفكار غير العقلانية لدى حالات من القلقين.
- التعرف على درجة الأفكار غير العقلانية لدى حالات من المكتئبين.
- تطبيق برنامج إرشادي لتعديل الأفكار غير العقلانية لدى حالات من القلقين والمكتئبين.
- التعرف على فاعلية برنامج إرشادي عقلاي انفعالي في خفض درجة القلق.
- التعرف على فاعلية برنامج إرشادي عقلاي انفعالي في خفض درجة الاكتئاب.

وقد استخدم الباحث عدداً من المقاييس وهي كالتالي:

- مقياس الأفكار اللاعقلانية.
- مقياس القلق.

وقد استخدم الباحث أيضاً عدداً من الأدوات وهي كالتالي:

- نموذج لرصد الأفكار ولمواقف.
- نموذج لتصحيح الأفكار ولمواقف.
- استمارة للمعلومات العامة.
- معلومات توضيحية.
- أشرطة تسجيل.
- نماذج تقويم.
- جهاز فيديو لعرض الأفلام التعليمية.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين درجة الأفكار اللاعقلانية ودرجة القلق والاكتئاب، فاعلية البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي في هذه الدراسة في خفض درجة القلق لدى المجموعة التجريبية القلقة بعد تطبيق البرنامج عليهم ، كما أن البرنامج ذو فاعلية في خفض درجة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية المكتئبة بعد تطبيق البرنامج عليهم، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأفكار غير العقلانية ودرجة القلق بين عيني المصابين بالقلق التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وعند المتابعة لصالح العينة الضابطة. وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأفكار غير العقلانية ودرجة القلق بين التطبيقين قبل البرنامج الإرشادي وبعده وبين التطبيقين قبل البرنامج الإرشادي وعند المتابعة لدى عينة ذو القلق التجريبية لصالح القياس قبل البرنامج الإرشادي. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأفكار غير العقلانية ودرجة القلق بين التطبيقين بعد البرنامج الإرشادي وعند متابعة لدى عينة القلقين التجريبية، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأفكار غير العقلانية ودرجة القلق بين التطبيقين قبل البرنامج الإرشادي وبعده وبين التطبيقين بعد البرنامج الإرشادي وعند المتابعة وكذلك بين التطبيقين بعد لبرنامج الإرشادي وعند المتابعة لدى عينة القلقين الضابطة، توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسات المتكررة لدرجة الأفكار غير العقلانية ودرجة القلق لدى عينة القلقين التجريبية لصالح القياس قبل البرنامج الإرشادي، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسات المتكررة لدرجة الأفكار غير العقلانية ودرجة القلق لدى عينة القلقين الضابطة، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأفكار غير العقلانية ودرجة الاكتئاب بين عيني المكتئبين التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج الإرشادي، توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأفكار غير العقلانية ودرجة الاكتئاب بين عيني المكتئبين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وعند المتابعة لصالح العينة الضابطة، توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات العينة التجريبية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي وبعده على مقياس الأفكار العقلانية، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأفكار غير العقلانية ودرجة الاكتئاب بين التطبيقين بعد البرنامج الإرشادي وعند المتابعة لدى عينة المكتئبين التجريبية، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الأفكار غير العقلانية ودرجة الاكتئاب بين التطبيقين قبل البرنامج الإرشادي وبعده وبين التطبيقين قبل البرنامج الإرشادي وعند المتابعة وكذلك بين التطبيقين بعد البرنامج الإرشادي وعند المتابعة لدى عينة المكتئبين الضابطة، توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسات المتكررة لدرجة الأفكار غير العقلانية ودرجة الاكتئاب لدى عينة المكتئبين التجريبية لصالح القياس قبل البرنامج الإرشادي. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسات

المتكررة لدرجة الأفكار غير العقلانية ودرجة الاكتئاب لدى عينة المكتئبين الضابطة، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة فاعلية البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي بين عينة القلقين وعينة المكتئبين التجريبية.

وفي البيئة العربية قام إبراهيم (1990 م) بدراسة التفكير اللاعقلاني من حيث علاقته بالقلق والتوجه الشخصي لدى عينة من الشباب الجامعي. وقد هدفت الدراسة إلى التعرف على التفكير اللاعقلاني بالقلق وكذلك التوجه الشخصي لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة الزقازيق بالفرقة الثالثة والرابعة بكليتي الآداب والتربية. وقد تكونت العينة من (213) طالباً وطالبة. وقد استخدم الباحث مجموعة من الأدوات هي:

- مقياس للتفكير اللاعقلاني.
 - مقياس القلق كحاله القلق كسمة لسبيلبرجر وزملاؤه.
 - اختبار التوجه الشخصي.
 - مقياس التحقيق الذات لشو ستروم.
- وقد خلصت الدراسة إلى نتائج من أهمها:
- وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين التفكير اللاعقلاني والقلق كحالة والقلق كسمة، ووجود علاقة ارتباطيه سالبة بين التفكير اللاعقلاني وتحقيق الشخصية.

أما في البيئة السعودية فقد قام الجوهي (1419هـ) بدراسة أثر برنامج التدريب على التعامل مع القلق لدى عينة من معتمدي الهيروين. وقد هدفت الدراسة إلى بيان مدى فاعلية برنامج للتدريب على خفض القلق من خلال برنامج سلوكي فعال يهدف إلى خفض القلق لدى عينة من معتمدي الهيروين المنومين بمستشفى الأمل بالدمام. وقد بلغت عينة الدراسة 30 مريضاً منوماً بمستشفى الأمل بالدمام مقسم إلى مجموعتين ، مجموعة تجريبية وعددها 15. وأخرى ضابطة عددها 15 مريضاً. وقد استخدم الباحث عدداً من الأدوات وهي كالتالي:

- برنامج التدريب على التعامل مع القلق.
- قائمة القلق والحالة وقلق السمة لـ " سبيلرجر " .
- قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والكحول.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق الحالة لدى المجموعة التجريبية قبل تطبيق برنامج التدريب على التعامل مع القلق وبعده لصالح الاختبار القبلي، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة قلق السمة لدى المجموعة التجريبية قبل تطبيق برنامج التدريب على التعامل مع القلق وبعده لصالح الاختبار القبلي، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى قلق السمة قبل التعرض للبرنامج العلاجي التقليدي وبعده لصالح الاختبار البعدي، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في اختبار قلق الحالة البعدي ما بين المجموعة التجريبية و الضابطة لصالح المجموعة الضابطة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة سمة القلق بين المجموعة التجريبية و الضابطة في الاختبار البعدي لصالح المجموعة الضابطة.

الدراسات الأجنبية:

قام ديفنباشر وزملاؤه (Deffenbacher, et al, 1986) بدراسة الأفكار لغير عقلانية والقلق. وقد هدفت الدراسة إلى تحديد أثر التفكير اللاعقلاني في نشوء القلق في بعض أشكاله المتمثلة في سمة القلق. والقلق اللفظي والخوف من التقييم السلبي. ولتجنب الاجتماعي والضجر. وقد استخدم ديفنباشر وزملاؤه لذلك عدد من الأدوات هي:

- قائمة سمة القلق.
 - القلق اللفظي.
 - الخوف من التقييم السلبي.
 - التجنب الاجتماعي والضجر.
 - اختبار جونز للمعتقدات اللاعقلانية.
- وقد خلصت الدراسة إلى نتائج من أهمها:

وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين جميع أشكال القلق عموماً والمعتقدات اللاعقلانية، وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين جميع أشكال القلق عموماً وبين كل محور من محاور مقياس المعتقدات، لا توجد فروق بين الذكور والإناث في مستوى التفكير اللاعقلاني.

كما قام كل من ماكسويل وويلكرسون (Maxweill & Wilkerson, 1982) بدراسة أثر التعلم الجماعي لمبادئ العلاج العقلاني الانفعالي وفتياته على خفض القلق لدى طلاب الجامعة. حيث هدفت الدراسة إلى الوقوف على أثر العلاج العقلاني الانفعالي من خلال تعلم مبادئه بشكل جماعي في خفض درجة القلق. وذلك من خلال التحكم وضبط الذات للانفعالات. وقد تكونت عينة الدراسة من (24) طالبة جامعية وقد قسمن إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. وقد استخدم كل من ماكسويل وويلكرسون لذلك عدد من الأدوات هي:

- استبيان العوامل الشخصية الستة عشر لقياس القلق والعصابية.
 - برنامج جماعي في العلاج العقلاني الانفعالي.
- وقد خلصت الدراسة إلى نتائج من أهمها:

ازدياد الثقة بالنفس والاتزان الانفعالي والقدرة على مواجهة وتحمل الإحباط وإمكانية حل المشكلات لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، فاعلية البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي وفتياته على خفض القلق لدى طلاب الجامعة وكذلك الاضطرابات الانفعالية والعصابية الأخرى.

كما قام ريكس (Ricks , 1984) بدراسة العلاج العقلاني الانفعالي وتقليل القلق بينشخصي لدى طلاب المدارس الثانوية. وقد هدفت دراسته إلى تقييم فعالية العلاج العقلاني الانفعالي التخيلي لعلاج القلق بينشخصي لدى طلاب المرحلة الثانوية وقد تكونت عينة الدراسة من (59) طالباً من مدرسة ثانوية في مدينة أوجين بولاية أوريغون وتشتمل على مجموعة من الطلاب والطالبات تراوحت أعمارهم بين (12-)

16) مقسمين إلى ثلاث مجموعات تجريبية ومجموعة ضابطة واحدة. وذلك بطريقة عشوائية.

واستخدم الباحث مجموعة من المقاييس هي كالتالي:

- مقياس الانطواء لواطسون وفريند Watson & Friend, 1969
- مقياس هافينجست للعلاقات الاجتماعية Havinghust, 1967
- مقياس الخوف من التقييم.
- مقياس التقييم الذاتي لإليس.

وقد خلصت الدراسة إلى نتائج من أهمها:

أن العلاج العقلاني الانفعالي يتفوق على طريقة الإرشاد الموجه في علاج القلق الشخصي لطلاب الصفوف الثانوية وذلك بعد العلاج والمتابعة حيث تبين أنه أكثر فاعلية، أن مجموعتي العلاج العقلاني الانفعالي و العلاج العقلاني الانفعالي التخيلي حققت انخفاضاً أعلى في التفكير اللاعقلاني.

كما قام كلاً من وارن و سميث و فلتين (Warren ,Smith ,Velten,1984) بدراسة لتقييم فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض القلق درجة القلق لدى طلاب المرحلة الثانوية، حيث أجريت الدراسة على عينة من الطلاب مكونة من (95) طالباً متوسط أعمارهم في حدود (14) سنة ، مقسمين إلى أربع مجموعات ثلاث منها تجريبية والرابعة ضابطة أحد المجموعات طبق عليها برنامج العلاج العقلاني الانفعالي التخيلي. والثالث برنامج الإرشاد الموجه، بينما لم يطبق على المجموعة لضابطة أي برنامج. وقد اشتمل البرنامج الإرشادي لكل مجموعة على (7) جلسات إرشادية مدة كلاً منها (50) دقيقة بواقع جالستين أسبوعياً. وقد استخدم روان و فلتين لذلك عدد من الأدوات هي:

- مقياس الخوف من التقييم السلبي لواطسون وفريندن.
- مقياس الانطواء والضيق لواطسون.
- مقياس لعلاقات الاجتماعية لهارن هيرست وزملاؤه.
- قائمة الأفكار لكاسينوف وزملاءه.
- بالإضافة إلى رصد الأفكار التي يحدثون بها أنفسهم وتقييم انفعالاتهم أثناء ذلك على مقياس مدرج من (1 - 7) نقاط.

وقد خلصت نتائج الدراسة إلى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي و العلاج العقلاني الانفعالي التخيلي في خفض القلق درجة القلق مقارنة بمجموعة الإرشاد الموجه نحو العلاقة والمجموعة الضابطة.

فقد قام جاكبسون وزملاؤه (Jacobson, et al, 1987) بدراسة فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في معالجة المرضى النفسيين الذين يعانون من القلق. وقد افترض جاكبسون وزملاؤه أن العلاج العقلاني الانفعالي بالمقارنة مع الظروف تحكم المعالجات الاستشفائية العادية سوف ينتج آثار معالجة أكبر كما يشير إلى ذلك التغيير في المعتقدات اللاعقلانية. وقد تم تطبيق الدراسة على عينة بلغت (61) مريضاً من الرجال مقسمين إلى مجموعتين تجريبية وضابطة حيث تبلغ المجموعة

الأولى التجريبية (34) مريضاً. و المجموعة الثانية الضابطة. وعدد أفرادها (27) مريضاً. وهؤلاء جميعهم يتلقون علاجاً نفسياً مكثفاً يشمل العلاج الجماعي والعلاج التروحي وبرامج توكيد الذات. والتدريب على حل المشكلات بالإضافة إلى العلاج الدوائي ، إما المجموعة الثانية الضابطة لم يتلقوا أي علاج عقلائي انفعالي.

وقد استخدم جاكبسون وزملاؤه لذلك أداتين هي:

- قائمة الأفكار غير العقلانية عند إليس.
- قائمة كورنيل للأعراض النفسية والجسدية.

وقد خلصت الدراسة إلى نتائج من أهمها:

أن القلق ينشأ من الأفكار غير العقلانية، أظهرت المجموعة التجريبية إمكانية الخروج من المستشفى أكثر من المجموعة الضابطة وذلك أثناء المتابعة، فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في تصحيح الأفكار الغير عقلانية وخفض درجة القلق لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة.

التعقيب على الدراسات السابقة:

- أن هناك علاقة بين الأفكار غير العقلانية وبعض الأعراض المرضية كالقلق والقلق اللفظي والخوف من التقييم السلبي والتجنب الاجتماعي والضجر (Deffenbacher, et al, 1986)

- في البيئة العربية درست العلاقة بين التفكير اللاعقلاني من حيث علاقته بالقلق والتوجه الشخصي لدى عينة من الشباب الجامعي. (إبراهيم، 1990م).
- كذلك كان هناك دراسة على أهم الأفكار اللاعقلانية في مرحلتي الطفولة والمراهقة وعلاقة هذه الأفكار بكل من القلق كحالة. وكسمة. (عبدالرحمن وعبدالله ، 1994م).

- أن العلاج العقلائي الانفعالي له فعالية أكبر في علاج كثير من الاضطرابات النفسية المختلفة مقارنة بأساليب علاجية أخرى وخاصة في خفض مستوى القلق حيث أثبت أن العلاج العقلائي الانفعالي أكثر فعالية من الطرق العلاجية الأخرى بمفرده في تخفيف قلق الامتحان. (الشيخ ، 1986م)

- أن التعلم الجماعي لمبادئ العلاج العقلائي الانفعالي وفنياته أثر على خفض القلق والاضطرابات الانفعالية و العصائية الأخرى لدى طلاب الجامعة (Maxweill & Wilkerson, 1982).

- فاعلية العلاج العقلائي الانفعالي وفنياته أثر على خفض القلق لدى طلاب المدارس الثانوية من الجنسين. (Ricks , 1984); Warren ,Smith , Velten , (1984)

- فاعلية العلاج العقلائي الانفعالي وفنياته أثر على خفض قلق الامتحان لدى عينة من طالبات جامعة الملك سعود بالرياض. (عزة الغامدي ، 1999م)

- في البيئة العربية مع قلة الدراسات العربية في فاعلية العلاج العقلائي الانفعالي إلى أنه ثبت فاعليته في تخفيف القلق وخاصة في تخفيف قلق الامتحان. وتعديل السلوك عن طريق تصحيح الأفكار الخاطئة لخفض حدة

الأعراض النفسية المصاحبة.(الشيخ ، 1986م ، الفخراي ، 1993م عزة الغامدي ، 1999م).

- فاعلية برنامج سلوكي فعال للتدريب على خفض القلق لدى عينة من معتمدي الهيروين المنومين بمستشفى الأمل بالدمام.(الجوهي، 1419هـ)
- أثبتت فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في معالجة المرضى النفسيين الذين يعانون من القلق. جاكبسون وزملاؤه (Jacobson, et al, 1987).
- تراوحت العينات المستخدمة في الدراسات السابقة بالنسبة للدراسات العربية بين (428) حالة كما في دراسة عبدالرحمن وعبدالله (1994م). وبين (23) حالة كما في دراسة فادية شربتجي (1407هـ).
- بالنسبة للدراسات العربية هناك دراستين تجريبيتين تحتوي على (40) حالة كما في دراسة.(الشيخ ، 1986م ، عزة الغامدي ، 1999م).
- تراوحت العينات المستخدمة في الدراسات السابقة بالنسبة للدراسات الأجنبية بين (95) حالة كما في دراسة. (Warren & Smith & Velten, 1984). وبين (24) حالة كما في دراسة (Maxweill & Wilkerson, 1982)
- شح الدراسات العربية-حسب علم الباحث - خاصة فيما يتعلق بعلاج الاضطرابات النفسية المختلفة بأسلوب العلاج العقلاني الانفعالي بشكل عام. أما فيما يتعلق بعلاج القلق لدى مدمني المخدرات بأسلوب العلاج العقلاني الانفعالي فلم يجد الباحث أي دراسة عربية في هذا المجال. وهذا ما شجع الباحث على اختيار فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض القلق لدى عينة من مدمني المخدرات في البيئة السعودية، أيضاً ملاحظة الباحث من حيث وجوده الميداني في مستشفيات الإدمان عدم وجود منهج واضح لدى الأخصائي الإكلينيكي العاملون في مستشفيات الإدمان. وإنما تعتمد على الجهود الشخصية لدى الأخصائي الإكلينيكي .

الفصل الثالث

إجراءات الدراسة

1. منهج الدراسة.

2. فروض الدراسة.

3. مجتمع الدراسة.

4. عينة الدراسة.

5. أدوات الدراسة.

6. طريقة إجراء الدراسة.

7. الأساليب الإحصائية المستخدمة.

يتناول هذا الفصل منهج الدراسة وفروض الدراسة وعينتها وأدواتها المتمثلة في مقياس القلق و مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية إضافة إلى البرنامج التدريبي وهو من إعداد الباحث. كما يتناول في هذا الفصل إجراءات الدراسة والأساليب الإحصائية المستخدمة للتحقق من فروض البحث.

أولاً : منهج الدراسة:

إن الأمل المنشود لأي باحث هو أن يتمكن من ضبط ظروف التجربة بأفضل شكل ممكن، بالتحكم في المتغيرات الدخيلة للتحقق من أن التغيير في النتائج يرجع فعلاً إلى المعالجة التجريبية، وليس إلى متغير آخر غير مقصود بالدراسة. ورغم حرص الباحث على الالتزام بالطريقة العلمية إلا أنه لم يتمكن من ضبط بعض المتغيرات الدخيلة دون غيرها، لأن الظروف المحيطة قد لا تتيح للباحث الفرصة الكاملة لتحقيق المستوى المطلوب من التحكم.

ولهذا تم استخدام المنهج شبه التجريبي الذي يعتبر أنسب طرق البحث لهذه الدراسة. حيث تهدف هذه الدراسة إلى الوقوف على فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي (متغير مستقل) في خفض القلق لدى مدمني المخدرات (متغير القلق لدى مدمني المخدرات) (متغير تابع) لدى عينة الدراسة.

ثانياً: فروض الدراسة:

من خلال الدراسات السابقة والإطار النظري والنتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة قام الباحث بصياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التفكير اللاعقلاني وذلك للقياس القبلي.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس القلق وذلك للقياس القبلي.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التفكير اللاعقلاني وذلك للقياس البعدي.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس القلق وذلك للقياس البعدي.
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مقياس التفكير اللاعقلاني لصالح القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية.
6. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس التفكير اللاعقلاني لدى المجموعة الضابطة.
7. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مقياس القلق لصالح القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية.
8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مقياس القلق لدى المجموعة الضابطة.

ثالثاً: مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع مدمني المخدرات من النزلاء بمركز التأهيل في المستشفيات الحكومية بالقصيم، بالمملكة العربية السعودية، والتي تتراوح أعمارهم ما بين (20-45) سنة ولا يقل تعليمهم عن المرحلة المتوسطة.

رابعاً: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة في البداية من (22) مدمن على المخدرات من نزلاء مركز التأهيل النفسي بمستشفى الملك فهد بالقصيم، وقد استبعد الباحث حالة لعدم تعاونه في أداء الواجب، وخروج حالة أخرى من البرنامج وذلك لوجود قضايا أمنية على الحالة (مطلوب أمني). وبذلك اقتضت عينة الدراسة على العدد المتبقي والبالغ (20) فرداً. وقد تم الاعتماد في اختيار هؤلاء المرضى على التشخيص الطبي (السيكاتري) بالإضافة إلى مستوى درجاتهم على مقياس القلق المستخدم في الدراسة الحالية بالإضافة إلى مستوى درجاتهم على مقياس الأفكار اللاعقلانية. حيث تم اختيار المرضى الحاصلين على درجات مرتفعة في مقياس القلق ومقياس الأفكار اللاعقلانية. وفقاً لمعايير الاختبار. وقام الباحث بتوزيع أفراد العينة على مجموعتين إحداهما تجريبية (10) أفراد. والأخرى ضابطة (10) أفراد مراعيًا تحقيق التجانس قدر الإمكان بين كلتا المجموعتين من حيث العمر والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي و المهنة.

خصائص العينة:

من الأمور التي يجب توفرها في الدراسة التجريبية هو تثبيت بعض المتغيرات حتى يتم التجانس بين أفراد العينة. وفيما يلي سوف يقوم الباحث بعرض خصائص عينة الدراسة من حيث المتغيرات السابقة الذكر وهي: (العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، المهنة). والجدول التالية توضح النتائج المتعلقة بذلك.

جدول رقم (1): يبين توزيع أفراد العينة حسب المجموعة

المجموعة	عدد أفراد العينة	النسبة المئوية
التجريبية	10	50 %
الضابطة	10	50 %
المجموع	20	100 %

يتضح من الجدول السابق أنه تم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة بطريقة متساوية في العدد.

جدول رقم (2): يبين توزيع أفراد العينة حسب العمر

النسبة المئوية	عدد أفراد العينة			العمر
	المجموع	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	
5%	1	00	1	20
5%	1	1	00	23
10%	2	1	1	26
5%	1	00	1	27
5%	1	1	00	28
20%	4	2	2	29
5%	1	1	00	30
10%	2	1	1	31
5%	1	00	1	33
10%	2	1	1	34
5%	1	1	00	36
10%	2	1	1	37
5%	1	00	1	40
100%	20	10	10	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن عدد أفراد العينة التي سجلت أعلى نسبة من إجمالي الأعمار بلغ 4 أفراد تحت 29 سنة حيث بلغت النسبة المئوية 20% وهي تمثل أعلى نسبة ، وأقل نسبة بلغت 5% حيث بلغ عدد أفرادها 8 أفراد من مختلف الأعمار.

جدول رقم (3): يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية	عدد أفراد العينة			الحالة الاجتماعية
	المجموع	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	
70%	14	7	7	أعزب
30%	6	3	3	متزوج
100%	20	10	10	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن عدد أفراد العينة التي سجلت أعلى نسبة حسب الحالة الاجتماعية كان في صالح العزاب حيث بلغت النسبة المئوية 70%. وأقل نسبة بلغ وكانت 30% من نصيب المتزوجين.

جدول رقم (4): يبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

النسبة المئوية	عدد أفراد العينة			المستوى التعليمي
	المجموع	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	
35 %	7	3	4	ثانوي
45 %	9	5	4	متوسط
5 %	1	00	1	دبلوم
5 %	1	1	00	جامعي
10 %	2	1	1	ابتدائي
100 %	20	10	10	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن عدد أفراد العينة التي سجلت أعلى نسبة من إجمالي المستوى التعليمي كانت في المرحلة المتوسطة حيث بلغ عدد أفرادها 9 أفراد وبلغت النسبة المئوية 45,0% وهي تمثل أعلى نسبة ، وأقل نسبة بلغت 5,0% حيث بلغ عدد أفرادها 2 أفراد ويتراوح بين التعليم الجامعي والدبلوم.

جدول رقم (5): يبين توزيع أفراد العينة حسب المهنة

النسبة المئوية	عدد أفراد العينة			المهنة
	المجموع	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	
70 %	14	7	7	لا يعمل
10 %	2	1	1	موظف
5 %	1	00	1	معلم
5 %	1	1	00	متسبب
5 %	1	00	1	مهني
5 %	1	1	00	عسكري
100 %	20	10	10	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن عدد أفراد العينة التي سجلت أعلى نسبة من إجمالي المهن هم من لا يعملون حيث بلغ عدد أفرادها 14 فراد وبلغت نسبتهم المئوية 70% وهي تمثل أعلى نسبة، وأقل نسبة بلغت 5% حيث بلغ عدد أفرادها 4 أفراد ويتراوح بين معلم و متسبب و مهني وعسكري مفصول.

أدوات الدراسة:

اعتمد الباحث في دراسته على مجموعة من الأدوات يمكن عرضها على النحو

التالي:

1. مقياس القلق:

وهو سلسلة مقاييس الصحة النفسية الطائف أعده فريق من الباحثين (الدليم وزملاؤه ، 1993م) ويتكون من (47) عبارة تمثل المحاور الرئيسية لأعراض القلق (التوتر العصبي - زيادة النشاط الاتومي - التوقعات التشاؤمية - التوتر النفسي) ، وتعكس في مجموعها أمراض القلق العام وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-IV, 1994) وقد صيغت هذه العبارات بشكل إيجابي وسلبي حتى لا يدرك المريض طبيعة التسلسل المنطقي للاستجابات (37) عبارة بصورة إيجابية تعكس مظاهر القلق العام (10) عبارات بصورة سلبية لانعكس أي مظهر من مظاهر القلق العام وأرقام هذه العبارات هي: (1، 25، 30، 31، 33، 35، 36، 37، 40، 45). ويتم الاستجابة على هذا المقياس من خلال اختيار المفحوص إجابة واحدة من أربعة استجابات على متصل وفقاً لطريقة ليكرت في المقياس (دائماً ، أحياناً ، نادراً ، أبداً).

ويتم تصحيح المقياس كما يلي:

أ- بالنسبة للعبارات الإيجابية (أي التي تعكس درجة القلق) تكون الدرجات كما

يلي: دائماً (4)، أحياناً (3)، نادراً (2)، أبداً (1).

ب- بالنسبة للعبارات السلبية (أي التي لا تعكس درجة القلق) تكون الدرجات كما

يلي: دائماً (1)، أحياناً (2)، نادراً (3)، أبداً (4).

وعلى هذا الأساس فإن أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص في هذا المقياس هي 188 درجة في حين أن أقل درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص في هذا المقياس هي (47) درجة، وقد تم تصميم وتقنين هذا المقياس لي يخدم أغراض التشخيص الإكلينيكي للحالات المرضية وتحديد درجة القلق، كما أنه يخدم البحوث العلمية والدراسات التي تصل بالقلق سواء في صورته المرضية أم السوية. ويفيد هذا المقياس في الاختيار المهني للمهن التي تتطلب حد أدنى من الاضطرابات أدنى من الاضطرابات والقلق أثناء أدائها. وفيما يلي سوف يعرض الباحث إجراءات بناء المقياس وكذلك المعايير التي تعتبر مؤشرات للحكم على ما إذا كان الفرد مصاباً أم لا. وقد قام الباحثون معدو المقياس بتقنيه على عينة من 4500 فرد تم اختيارهم عشوائياً من خمسة مناطق رئيسية بالمملكة العربية السعودية وتتراوح أعمار العينة 25-65 سنة من الذكور والإناث ومن شرائح اجتماعية مختلفة. وقد قام بحساب صدق المقياس باستخدام صدق المحكمين. وقد أثبتت النتائج أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق. كما تم أيضاً حساب الصدق العامي والصدق التلازمي وقد أشارت جميع النتائج أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق. وقد كان معامل الاتفاق بين التشخيص الإكلينيكي والمقياس [0,69] وهو معامل اتفاق جيد. كذلك تم حساب ثبات المقياس بطريقة ألفا لكر ونباخ وتم الحصول على معامل ثبات قدره [0,918] وهو معامل ثبات مرتفع. وتم حساب المقياس

بطريقة الاتساق الداخلي للمقياس ، وقد أشارت قيم معامل الارتباط بين كل عبارات المقياس وبين مجموع العبارات إلى أنها دالة إحصائياً. وهذا يدل على ثبات وصدق الاختبار.

وحيث أن مقياس القلق قد تحقق له معاملات صدق وثبات جيدة وتم تقنيه على عينة كبيرة تمثل مختلف شرائح المجتمع السعودي مما يسمح باستخدامه والاطمئنان إلى نتائجها فقد استخدم الباحث المقياس دون إجراء تعديلات عليه.

2. مقياس الأفكار اللاعقلانية (الريحاني 1985م):

أعد هذا الاختبار في البيئة العربية سليمان الريحاني (1985م) ويتكون هذا الاختبار من (25) عبارة تعبر عن ثلاثة عشر فكرة لا عقلانية منها (11) فكرة لا عقلانية قدمها البرت اليس في نظرية بالإضافة إلى فكرتين تم صياغتها لتعبران عن خصائص المجتمع العربي. ويتم التعبير عن كل فكرة من خلال أربعة فقرات نصفها ايجابي (أي في اتجاه الفكرة). ونصفها الآخر سلبي (في الاتجاه المعاكس للفكرة).

ويتم الإجابة على فقرات المقياس بالاختيار من بين (نعم / لا) بحيث تكون (نعم) معبرة عن تمسك المفحوص بالفكرة اللاعقلانية وتأخذ درجتان أما (لا) هي تعبر عن رفض المفحوص للفكرة وتأخذ درجة واحدة. إلا في العبارات التالية وهي: (8، 10، 12، 13، 15، 17، 20، 25، 27، 31، 33، 35، 36، 38، 39، 43، 45، 46، 47). في حالة العبارات السلبية تكون الدرجات بالعكس بحيث تأخذ (نعم) درجة واحدة أما (لا) فتأخذ درجتان. وتتراوح درجات المقياس بين (52) درجة في حدها الأدنى و(104) درجة في حدها الأقصى. وتعتبر الدرجة المرتفعة على المقياس دليلاً للتفكير اللاعقلاني، أما الدرجة المنخفضة فتعتبر دليل للتفكير العقلاني.

وقد قام الريحاني بالتأكد من صدق المقياس من خلال:

1. الصدق التمييزي: تمكن المقياس من التمييز بين الأسوياء والعصابين.
2. صدق المحك: كان معامل الارتباط بين هذا المقياس. واختبار ماسلو للشعور بالأمن (0,61) وهو معامل دال إحصائياً.

وقد تم حساب الثبات من خلال إعادة التطبيق وحيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بالنسبة للأبعاد الفرعية للمقياس بين (0,45) و(0,83). وهذا دال على ثبات الاختبار، وفي البيئة السعودية قامت منيرة الشمسان (1417هـ) بتعديل عبارات المقياس لكي تتناسب مع عينة دراستها المكونة من (399) طالبة. ومن خلال صدق المحكمين تم استبعاد فكرة لا عقلانية من أفكار المقياس الثلاثة عشر وبذلك أصبحت بنود المقياس (48) بنوداً فقط. كذلك قامت منيرة الشمسان بحساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية وكذلك درجة كل بعد فرعي والدرجة الكلية للمقياس وقد كانت جميع معاملات الارتباط دالة عند مستوى [0,01]. وكذلك حصلت الباحثة على نسبة عامليه قدرها [53%] وتعد هذه النسبة مقبولة حيث تعد مؤشراً من مؤشرات الصدق.

كما قامت الباحثة بحساب ثبات الاختبار من خلال طريقة إعادة التطبيق وكان معامل الارتباط بين التطبيقين [0,60]. وكذلك تم الحصول على حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية حيث بلغت قيمة الارتباط [0,61]. وقد تم استخدام المقياس في البيئة السعودية من العديد من الباحثين على عينات متنوعة مثل (الشبانات، 1416هـ، الغامدي 1419هـ) وفي ضوء ذلك فقد اكتفى الباحث بما تم أجرأه سابقاً دون إجراء أي تعديل.

سادساً: الخطوات الإجرائية للبرنامج:

- الخطوة الأولى: تم تطبيق مقياس القلق ومقياس الأفكار اللاعقلانية (قياس قبلي) على مجموعة من مدمني المخدرات بمستشفى الملك فهد قسم التأهيل النفسي بمنطقة القصيم حيث طبق هذا برنامج العلاج العقلاني الانفعالي على عينة لديهم القلق المرتفع خلال المدة من 1425/10/29 هـ حتى نهاية يوم 1425/11/25 هـ.
- الخطوة الثانية: تقسيم المجموعة إلى مجموعتين بحيث يشمل كل مجموعة (10) أفراد.
- الخطوة الثالثة: تطبيق البرنامج العلاجي الإرشادي على المجموعة التجريبية. وقد استغرق تطبيق البرنامج مدة (4 أسابيع) بمعدل خمس جلسات في الأسبوع الأول ثم ثلاث جلسات في باقي الأسابيع بمعدل يوم بعد يوم.
- الخطوة الرابعة: بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج تم تطبيق مقياس القلق ومقياس الأفكار اللاعقلانية (قياس بعدي) على المجموعتين التجريبية والضابطة.

الأساليب الإحصائية المستخدمة.

استخدم الباحث مجموعة من الأساليب الإحصائية هي كالتالي:

1. التكرارات والنسب المئوية.
2. اختبار " ت " لمجموعتين المستقلة.
3. اختبار " ت " لمجموعة الواحدة. وغير المستقلة.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة وتفسيرها:

1. نتائج الفرض الأول.
2. نتائج الفرض الثاني.
3. نتائج الفرض الثالث.
4. نتائج الفرض الرابع.
5. نتائج الفرض الخامس.
6. نتائج الفرض السادس.
7. نتائج الفرض السابع.
8. نتائج الفرض الثامن.
9. تفسير ومناقشة النتائج.

			0,075	,295 1	بعدي	
--	--	--	-------	-----------	------	--

دال عندما تكون قيمة P أقل من 0,05
 (*) تتراوح قيمة التفكير اللاعقلاني بين "1" و "2".
 يتضح من الجدول رقم (10) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في التفكير اللاعقلاني لصالح القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية.

الفرض السادس:

وينص الفرض على ما يلي:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس التفكير اللاعقلاني لصالح القياس البعدي لدى المجموعة الضابطة."

جدول رقم (11)

فرق المتوسطات في التفكير اللاعقلاني بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الضابطة.

المجموعة	القياس	المتوسط *	الانحراف المعياري	ن	قيمة ت	قيمة P
الضابطة	قبلي	,660 1	0,069	10	0,96-	0,36
	بعدي	,687 1	0,051			

دال عندما تكون قيمة P أقل من 0,05
 (*) تتراوح قيمة التفكير اللاعقلاني بين "1" و "2".
 يتضح من الجدول رقم (11) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في التفكير اللاعقلاني لدى المجموعة الضابطة.

الفرض السابع:

وينص الفرض على أنه:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مقياس القلق لصالح القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية"

نتائج الدراسة

سيتم في هذا الفصل عرض نتائج هذه الدراسة وذلك في ضوء الهدف من هذه الدراسة، وهو معرفة فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض القلق لدى مدمني المخدرات.

ويتناول هذا الفصل عرض نتائج الدراسة وتفسيرها في ضوء المعالجات الإحصائية المستخدمة بواسطة البرنامج الإحصائي Spss، وقد جاءت مجموعة من النتائج والتي أمكن من خلالها التحقق من صحة فروض الدراسة والتي أسفرت عن النتائج الآتية:

التفسير الكيفي للفروض:

الفرض الأول:

وينص الفرض على مايلي:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التفكير اللاعقلاني وذلك للقياس القبلي "

جدول رقم (6)

فرق المتوسطات في التفكير اللاعقلاني بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة للقياس القبلي.

المجموعة	ن	المتوسط *	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجات الحرية	قيمة P
التجريبية	10	1,695	0,051	1,29	18	0,21
الضابطة	10	1,660	0,069			

دال عندما تكون قيمة P أقل من 0,05

(*) تتراوح قيمة التفكير اللاعقلاني بين "1" و "2"

يتضح من الجدول رقم (6) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في التفكير اللاعقلاني وذلك للقياس القبلي. مما يشير إلى تكافؤ مجموعتي الدراسة في مستوى التفكير اللاعقلاني قبل تطبيق البرنامج.

الفرض الثاني:

وينص الفرض على ما يلي:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس القلق في القياس القبلي "

جدول رقم (7)

فرق المتوسطات في القلق بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة للقياس القبلي

المجموعة	ن	المتوسط *	الانحراف المعياري	قيمة ت	قيمة P
التجريبية	10	3,121	0,236	0,107-	0,91
الضابطة	10	3,129	0,082		

دال عندما تكون قيمة P أقل من 0,05

(*) تتراوح قيمة التفكير اللاعقلاني بين "1" و "2"

يتضح من الجدول رقم (7) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في القلق وذلك للقياس القبلي. مما يشير إلى تكافؤ مجموعتي الدراسة في مستوى القلق قبل تطبيق البرنامج.

الفرض الثالث:

وينص الفرض على أنه:

" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية و الضابطة على مقياس التفكير اللاعقلاني وذلك لصالح المجموعة التجريبية "

جدول رقم (8)

فرق المتوسطات في التفكير اللاعقلاني بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة للقياس البعدي.

المجموعة	ن	المتوسط *	الانحراف المعياري	قيمة ت	قيمة P
التجريبية	10	1,295	0,075	13,61-	0,001
الضابطة	10	1,687	0,051		

دال عندما تكون قيمة P أقل من 0,05

(*) تتراوح قيمة التفكير اللاعقلاني بين "1" و "2"

يتضح من الجدول رقم (8) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة في التفكير اللاعقلاني وذلك لصالح المجموعة التجريبية، كما يتضح أن متوسط التفكير اللاعقلاني لدى المجموعة التجريبية التي طبق عليها البرنامج منخفض إذا ما قورن بنظيرة للمجموعة الضابطة.

الفرض الرابع:

وينص الفرض على ما يلي:

" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق لصالح المجموعة التجريبية "

جدول رقم (9)

فرق المتوسطات في القلق بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة للقياس القبلي

المجموعة	ن	المتوسط*	الانحراف المعياري	قيمة ت	قيمة P
التجريبية	10	2,161	0,102	11,73-	0,001
الضابطة	10	2,612	0,065		

دال عندما تكون قيمة P أقل من 0,05

(*) تتراوح قيمة التفكير اللاعقلاني بين "1" و "2"

يتضح من الجدول رقم (9) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القياس البعدي بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في القلق وذلك لصالح المجموعة التجريبية. كما يتضح أن متوسط القلق لدى المجموعة الضابطة أعلى من متوسط القلق لدى المجموعة التجريبية وهذا يشير إلى أن البرنامج المطبق على المجموعة التجريبية أدى إلى انخفاض القلق لديهم.

الفرض الخامس:

وينص الفرض على ما يلي:

"توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مقياس التفكير اللاعقلاني لصالح القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية."

جدول رقم (10)

فرق المتوسطات في التفكير اللاعقلاني بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية.

المجموعة	القياس	المتوسط* ط	الانحراف المعياري	ن	قيمة ت	قيمة P
التجريبية	قبلي	,695 1	0,051	10	14,5	,001 0

جدول رقم (12)

فرق المتوسطات في مقياس القلق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية.

المجموعة	القياس	المتوسط*	الانحراف المعياري	ن	قيمة ت	قيمة P
التجريبية	قبلي	3,121	0,236	10	11	,001 0
	بعدي	2,161	0,102			

دال عندما تكون قيمة P أقل من 0,05

(*) تتراوح قيمة التفكير اللاعقلاني بين "1" و "2"

يتضح من الجدول رقم (12) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في القلق لدى كل من: المجموعة التجريبية و الضابطة.

الفرض الثامن:

وينص الفرض على أنه:

" لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مقياس القلق لدى المجموعة الضابطة."

جدول رقم (13)

فرق المتوسطات في مقياس القلق بين القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة الضابطة.

المجموعة	القياس	المتوسط*	الانحراف المعياري	ن	قيمة ت	قيمة P
الضابطة	قبلي	3,129	0,082	10	14,9	,001 0
	بعدي	2,612	0,065			

دال عندما تكون قيمة P أقل من 0,05

(*) تتراوح قيمة التفكير اللاعقلاني بين "1" و "2"

يتضح من الجدول رقم (13) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في القلق لدى المجموعة الضابطة. وهذا يدل على أنه حدث انخفاض في القلق.

وبمقارنة نتائج الفرض السابع (للمجموعة التجريبية) ونتائج الفرض الثامن (للمجموعة الضابطة) فأننا نلاحظ أن كل من المجموعتين الضابطة والتجريبية توجد لديه

فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي ولكن مقدار الفروق في المتوسطات بين أزواج البيانات (قبلي وبعدي) لدى المجموعة التجريبية اكبر من الفروق في المتوسطات بين أزواج البيانات (قبلي وبعدي) لدى المجموعة الضابطة. أي أن البرنامج العلاج العقلائي الانفعالي المطبق على المجموعة التجريبية زاد من انخفاض القلق لدى المجموعة التجريبية.

تفسير ومناقشة النتائج الكمية:

- أثبتت الدراسات السابقة أن هناك علاقة بين الأفكار غير العقلانية والقلق، وهذا ما يراه ديفنباشر وزملاؤه (Deffenbacher, et al, 1986) بأن هدفت الدراسة إلى تحديد أثر التفكير اللاعقلاني في نشوء القلق في بعض أشكاله والأعراض المرضية المتمثلة في سمة القلق، كما اتضح من دراسة إبراهيم (1990م) من وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التفكير اللاعقلاني والقلق كحالة والقلق كسمة، وكذلك وجود علاقة ارتباطية سالبة بين التفكير اللاعقلاني وتحقيق الشخصية. كما أثبت البكر (2002م) بوجود علاقة إيجابية بين درجة الأفكار اللاعقلانية ودرجة القلق والاكتئاب، كما اتضح من دراسة جاكسون وزملاؤه Jacobson, et al, (1987) أن القلق ينشأ من الأفكار غير العقلانية.
- في ضوء نتائج الفرض الأول والثاني تبين إنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة وذلك للقياس القبلي سواء في التفكير اللاعقلاني أو في القلق مما يشير إلى تكافؤ مجموعتي الدراسة قبل تطبيق البرنامج. وتتفق هذه الدراسة مع ما قامت به عزة الغامدي (1999م) بفعالية العلاج العقلائي الانفعالي في خفض القلق الاختبار وقد راعت تجانس المجموعتين من حيث (العمر والتحصيل الدراسي ودرجة القلق ودرجة الأفكار غير العقلانية). وتتفق مع تجانس مجموعتي هذه الدراسة من ناحية (العمر والتحصيل الدراسي ودرجة القلق ودرجة الأفكار غير العقلانية) بالإضافة لذلك تم مراعاة الحالة الاجتماعية والمهنية في الدراسة الحالية. كما طبقت منيرة الشمسان (1417هـ) مقياس الأفكار اللاعقلانية من إعداد الريحاني (1985م) على البيئة السعودية، وجربته عزة الغامدي (1999م) في دراستها، واستخدمه الباحث لقياس الأفكار اللاعقلانية لدى مجموعتي هذه الدراسة.
- في ضوء نتائج الفرض الثالث والرابع تبين إنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة وذلك للقياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج) سواء في التفكير اللاعقلاني أو في القلق مما يشير إلى أن البرنامج المطبق أدى إلى خفض القلق وإلى خفض متوسط التفكير اللاعقلاني إذا ما قورن بنظيرة في المجموعة الضابطة، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما قامت به عزة الغامدي (1999م) من خلال تطبيق برنامج العلاج العقلائي الانفعالي في خفض درجة قلق الاختبار الذي أظهر فعالية في خفض قلق الاختبار، وهذا يؤكد أهمية البرنامج

العقلاني الانفعالي. وأيضاً تتفق نتائج هذه الدراسة ما أثبتته الفخراني (1993م) بفعالية البرنامج العقلاني والانفعالي في خفض درجة القلق والاكتئاب عند مقارنة القياسين القبلي والبعدي. كما توصل اليكر(2002م) إلى فاعلية البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي في خفض درجة القلق والاكتئاب، كما أثبت كل من ماكسويل وويلكرسون (Maxweill & Wilkerson, 1982) إلى أنبات فاعلية البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي وفتياته على خفض القلق لدى طلاب الجامعة. وهذا ما تتفق معه نتائج هذه الدراسة، مما يجعلها ذو أهمية بالغة. كما أثبت جاكبسون وزملاؤه (Jacobson, et al,1987) إلى فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في تصحيح الأفكار غير العقلانية وخفض درجة القلق. وهذا ما يدعم ما جاءت به هذه الدراسة ويعتبر أحد أهم نتائج هذه الدراسة.

- في ضوء نتائج الفرض الخامس والسادس تبين أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس التفكير اللاعقلاني لصالح القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية، بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في التفكير اللاعقلاني لدى المجموعة الضابطة. ولقد أثبتت عزة الغامدي (1999م) فاعلية البرنامج في خفض قلق الاختبار عن طريق تخفيض الأفكار السلبية المصاحبة له، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع الدراسة الحالية خاصة في الفرض الخامس. كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع ما توصل إليه جاكبسون وزملاؤه (Jacobson, et al,1987) إلى فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في تصحيح الأفكار غير العقلانية وخفض درجة القلق .
- في ضوء نتائج الفرض السابع توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس القلق لصالح القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية. وتتفق نتائج تلك الدراسة مع ما أثبتته جاكبسون وزملاؤه (Jacobson, et al,1987) بفعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تصحيح الأفكار غير العقلانية وخفض درجة القلق، كما أثبت كل من ماكسويل وويلكرسون (Maxweill & Wilkerson, 1982) بفاعلية البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي وفتياته على خفض القلق لدى طلاب الجامعة، وهذا ما تتفق معه نتائج هذه الدراسة وخاصة في الفرض السابع.

- في ضوء نتائج الفرض الثامن توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مقياس القلق لصالح القياس البعدي لدى المجموعة الضابطة. أي أن البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي المطبق على المجموعة التجريبية زاد من انخفاض القلق لدى المجموعة التجريبية. وتتفق نتائج هذه الدراسة الحالية مع ما قام به جاكبسون وزملاؤه (Jacobson, et al,1987) بفعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تصحيح الأفكار غير العقلانية وخفض درجة القلق. وتتفق نتائج هذه الدراسة الحالية أيضاً مع دراسة كل من ماكسويل

وويلكرسون (Maxweill & Wilkerson, 1982)، بفاعلية البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي وفنياته على خفض القلق لدى طلاب الجامعة، وهذا ما تتفق معه نتائج هذا الفرض.

الفصل الخامس

الاستنتاجات والتوصيات

1. التوصيات.

2. الدراسات المقترحة.

التوصيات:

بعد تحليل البيانات ومناقشة نتائج هذه الدراسة، وفي ضوء أهدافها يوصي الباحث بما يلي :

1. ضرورة الأهتمام باستخدام البرنامج العلاج العقلائي الانفعالي على نطاق واسع داخل مستشفيات الصحة النفسية.
2. ضرورة تدريب الأخصائيين النفسيين على كيفية استخدام فنيات العلاج العقلائي الانفعالي نظراً لما يحققه من نتائج إيجابية في التعامل مع كثير من المشكلات وخاصة القلق.
3. ضرورة اهتمام وسائل الإعلام بكل أنواعها المقروءة والسمعية والبصرية. وتوعية أفراد المجتمع من خلال تسليط الضوء على ظاهرة القلق كأحدى أمراض العصر.
4. ضرورة استخدام برنامج العلاج العقلائي الانفعالي للوقاية من أعراض القلق المرتفع لعلاجه ضمن برامج الوقاية الأولية بدلاً من الإفراط في استخدام العقاقير الطبية.
5. ضرورة توفير المراجع ودراسات التي تعنى بهذا النوع من العلاج بغرض اطلاع المهتمين والدارسين لهذا النوع الجديد من العلاج.

الدراسات المقترحة:

1. إجراء دراسة أخرى لمعرفة فعالية البرنامج العلاج العقلائي الانفعالي كأسلوب علاجي لخفض القلق والأفكار اللاعقلانية لدى المدمنات.

2. إجراء دراسات أخرى لمقارنة أثر العلاج الجمعي وأثر العلاج الفردي في حال تطبيق العلاج العقلاني الانفعالي.
3. إجراء مقارنة بين أثر البرنامج العلاج العقلاني الانفعالي كأسلوب علاجي لخفض القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات بنوعيه النفسي الفسيولوجي.
4. ضرورة القيام بدراسات أخرى لتأكد من جدوى اختبار فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في علاج اضطرابات نفسية أخرى.

المراجع

المراجع العربية:

إبراهيم، عبد الستار، وإبراهيم، رضوى. (1996م). الحضارة والعلاج النفسي خبرة سلوكية في إطار عربي. *مجلة العلوم الاجتماعية، الكويت*، 3. إبراهيم، عبد الستار. (1408هـ). *علم النفس الإكلينيكي*. دار المريخ، الرياض.

إبراهيم، محمد أحمد. (1990م): *دراسة التفكير اللاعقلاني من حيث علاقته بالقلق والتوجه الشخصي لدى عينة من الشباب الجامعي*. رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق، كلية الآداب.

أتوفينخل (1969م). *نظرية التحليل النفسي في الأعصاب*. ترجمة: صلاح مخيمر وآخرون، الجزء 2. مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة. الأنصاري، بدر محمد (1999م). *مقدمة لدراسة الشخصية*. ذات السلاسل، الكويت.

ب، وولمان (1991م). *مخاوف الأطفال*. ترجمة: محمد عبد الظاهر الطيب. ط2، مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة.

باترسون، س. (1401هـ). *نظريات الإرشاد والعلاج النفسي*. ترجمة: حامد الفقي، دار القلم، الكويت.

بدوي، أحمد (1977 م). *معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية*. مكتبة لبنان، بيروت.

البكر. علي بن عبدالله (1423هـ): *دراسة تجريبية على عينة من الطلاب الجامعين بالرياض عن برنامج إرشادي مقترح لتعديل الأفكار غير العقلانية لدى مرتفعي القلق والاكنتاب*. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية. كلية العلوم الاجتماعية. قسم علم النفس. الرياض.

جان سكوت و مارك وليامز وأرون بيك (2002م). *العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية*. ترجمة حسن عبد المعطى: مكتبة زهراء الشرق. القاهرة.

جبر، أحمد رفعت (1978م). *دراسة تجريبية مقارنة بين أثر إرشاد الآباء وأثر إرشاد الأبناء في تخفيف القلق لدى المراهقين*. رسالة دكتوراه (غير منشورة). كلية البنات. جامعة عين شمس. القاهرة.

الجوهي، عبد الله بن عمر سالم (1419هـ). *أثر برنامج التدريب على التعامل على القلق في تخفيض القلق لدى عينة من معتمدي الهروين*، رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الملك فيصل. الأحساء. المملكة العربية السعودية.

الحازمي، صالح بن عمر (1422هـ). *تعاطي المخدرات وعلاقته بأبعاد الشخصية وبعض المتغيرات الأسرية*، رسالة دكتوراه (غير منشورة) معهد الدراسات والبحوث التربوية. قسم الإرشاد النفسي. جامعة القاهرة.

- الحجار، محمد. (1412هـ). **العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات** والمؤثرات العقلية. الرياض، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
- الحجار، محمد. (1987م). **فن الإرشاد النفسي السريري (الإكلينيكي) الحديث المختصر**، مؤسسة الرسالة، لبنان، بيروت.
- الحجار، محمد. (1990م). **فن العلاج في الطب النفسي السلوكي**، دار العلم للملايين، لبنان، بيروت.
- الحجار، محمد، (1414). **فن الإرشاد النفسي السريري**. المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض.
- حجازي، عائشة بن علي (1423هـ). **فروق أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية لدى الأطفال العاديين والمصابين ببعض الأمراض النفسية**. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية قسم علم النفس. جامعة الملك سعود.
- الخطيب، جمال (1990م). **تعديل السلوك: القوانين والإجراءات**، مكتبة الصفحات الذهبية، ط2. الرياض.
- الخولي، وليم (1976م). **الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب النفسي**. دار المعارف. القاهرة.
- دمرداش، عادل (1982م). **الإدمان مظاهره وعلاجه**. عالم المعرفة. الكويت.
- راجح، أحمد عزت راجح (1979). **أصول علم النفس**. ط12. دار المعارف. القاهرة.
- رشاد، محمود (1997م). **ديناميات العلاقة بين الإدمان والمرض النفسي**، القاهرة، رسالة دكتوراه غير منشورة مقدمة لجامعة عين شمس.
- الرشيد، رشيد محمد بن إبراهيم. **أضرار المخدرات الاجتماعية**. طبعة الأولى. الرياض: طويق للخدمات الإعلامية والنشر والتوزيع.
- الرفاعي، نعيم (1987م). **الصحة النفسية**. دمشق. جامعة دمشق.
- روتر، جوليان (1989م). **علم النفس الإكلينيكي**. ترجمة: عيطة هنا. دار الشروق، ط2، القاهرة.
- الريحاني، سليمان (1987م). " **الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من طلبة الجامعة الأردنية** " مجلة الدراسات التربوية، 16، عمان، 36-56.
- زهران، حامد (1977م). **الصحة النفسية والعلاج النفسي**. ط2. علم الكتب، القاهرة.
- الساعاتي، بهيجة (1420هـ). **العلاقة بين الضغوط الولدية كما تدركها الأمهات العاملات وغير العاملات وسمتي القلق والاكتئاب عند الأطفال**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود. الرياض.
- السباعي، زهير أحمد و عبد الرحيم، شيخ إدريس (1417هـ). **القلق وكيف تتخلص منه**. دار القلم. بيروت.
- سري، اجلال (1990م). **علم النفس العلاجي**. عالم الكتب، القاهرة.

- السعدي، عبدالرحمن (1415هـ). *الوسائل المفيدة للحياة السعيدة*. دار ابن خزيمة. الرياض.
- سلامة، ممدوحة محمد (1987م). *مخاوف الأطفال وإدراكهم للقبول الرفض الوالدي*، مجلة علم النفس. القاهرة. الهيئة المصرية العامة للكتب. العدد (2). ص 54-61.
- شربتجي، فادية (1407هـ). " *تقييم فعالية العلاج السلوكي المعرفي لحالات الاكتئاب العصبي* ". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الملك سعود. الرياض.
- الشرقاوي، مصطفى (1987م). *علم الصحة النفسية*. دار النهضة العربية. بيروت.
- الشناوي، محروس (1413هـ). *موسوعة الإرشاد والعلاج النفسي (2)* ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة.
- الشويعر، طريفة سعود إبراهيم (1408هـ). *الإيمان بالقضاء والقدر وأثره على القلق النفسي* . دار البيان العربي للطباعة والنشر والتوزيع ، جدة.
- الشيخ، محمد (1986م) " *أثر كل من العلاج العقلاني الانفعالي والتحصين في تخفيف قلق الامتحان* ". رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة القاهرة ، القاهرة.
- شيفر، شارلز و ميلمان ، هوارد (1989م). *مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها*. ترجمة: نسيمه داؤد وآخرون. *منشورات الجامعة الأردنية. عمان*.
- الطيب ، محمد (1981م). *تيارات جديدة في العلاج النفسي* ، دار المعارف ، القاهرة.
- عبد الخالق، أحمد (1986م). *علم النفس الإكلينيكي*. دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية.
- عبد الخالق، أحمد (1986م). *علم النفس الإكلينيكي*. دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية.
- عبد الغفار، عبد السلام (1976م). *علم النفس النمو*. دار الفكر العربي. القاهرة.
- عبد الفتاح، يوسف (1992م). *بعض مخاوف الأطفال ومفهوم الذات لديهم دراسة مقارنة. مجلة علم النفس، العدد (21). القاهرة. الهيئة المصرية العامة للكتاب. ص 62-72*.
- عبد المعطى، حسن مصطفى (1998م). *علم النفس الإكلينيكي*. دار قباء للطباعة والنشر. القاهرة.
- عبد الواحد، محيي الدين (1413هـ). *دع القلق واستعن بالله*. دار أسامة للنشر والتوزيع. الرياض.
- عبدالله، معتز ؛ وعبدالرحمن، السيد (1994م): *إعداد مقياس الأفكار اللاعقلانية للأطفال والمراهقين* ، القاهرة ، مكتبة أنجلو المصرية.

- عكاشة، أحمد (1992م)، *الطب النفسي المعاصر*، مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
- عكاشة، أحمد (1998)، *الطب النفسي المعاصر*، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- عمارة ، عبد اللطيف (1985م). " *العلاج العقلاني الانفعالي لبعض الأفكار الخرافية لدى عينة من طلبة الجامعة* ". رسالة دكتوراه. جامعة القاهرة ، القاهرة.
- عويضة و آخرون (1996م). *البحث القومي للإدمان (الاستعمال - سوء الاستعمال - الاعتماد) التقرير المبني، جمهورية مصر العربية- وزارة الصحة*.
- العيسوي، عبد الرحمن (1984م). *أمراض العصر*. دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية.
- غالي، محمد أحمد و رجاء محمود أبو علام ، (1974م). *القلق وأمراض الجسم*. مطبعة الحلبوني. دمشق.
- الغامدي، عزة (1419هـ). *دراسة تجريبية لفعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض قلق الاختبار لدى عينة من طالبات جامعة الملك سعود*. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية. جامعة الملك سعود. الرياض.
- الغزالي، أبو حامد (1410هـ). *جدد حياتك*. دار الدعوة ، الإسكندرية.
- غنيم، سيد محمد (1993م). *الشخصية*. دار الشروق. الرياض.
- الفخراني، خالد إبراهيم (1993م): *مدى فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في مواجهة الاضطرابات النفسية لدى المتطرفين (دراسة حالة)*. *مجلة الإرشاد النفسي ، مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس*.
- فطائر، جواد (2001م). *الأدمان (أنواعه، مراحله، علاجه)*. دار الشرق. الرياض
- فطيم، لطفي (1995م). *العلاج النفسي الجماعي*. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
- كفافي، علاء الدين (1990م). *الصحة النفسية*. مكتبة هجر للطباعة والنشر. القاهرة.
- كوري، جيرالد (1405هـ). *الإرشاد والعلاج النفسي بين النظرية والتطبيق*. ترجمة: طالب الخفاجي ، المكتبة الفيصلية. مكة المكرمة.
- كوفيل وآخرون (1986م). *الأمراض النفسية*. ترجمة: محمود الزيايدي. ط2. مكتبة الفلاح. الكويت.
- المحارب، ناصر (1411هـ). *الضغوط النفسية*. مطابع الفرزدق التجارية. الرياض.
- محمد، هشام. *أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الشباب الجامعي*. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة الزقازيق _ الزقازيق، 1411هـ.

- المرزوقي، حمد، وآخرون (1414هـ)، إدمان المخدرات في أوساط الشباب: **سلسلة دراسات اجتماعية مقارنة، البحث الميداني الثاني: ظاهرة إدمان المخدرات في المجتمع العربي السعودي.**
- مرعي محمد (1989م). **تعاطي المشروبات الكحولية.** رسالة ماجستير. كلية الآداب. جامعة الزقازيق. القاهرة.
- المغربي، سعد (1984م). **ظاهرة تعاطي الحشيش دراسة نفسية اجتماعية.** دار الراتب الجامعي . بيروت.
- مليكة، الويس كامل(1990م). **العلاج السلوكي وتعديل السلوك.** الكويت، دار القلم.
- منصور، طلعت وآخرون (1981م). **أسس علم النفس العام.** مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
- منصور، عبد المجيد أحمد (1986م). **الإدمان أسبابه ومظاهره - الوقاية والعلاج. سلسلة كتب مكافحة الجريمة. الكتاب 5.**
- موسى، رشاد على عبد العزيز (د. ت). **سيكولوجية الفروق بين الجنسين.** مؤسسة المختار للنشر والتوزيع. القاهرة.
- النبلسي، محمد أحمد (1991م). **مبادئ العلاج النفسي ومدارسه.** بيروت. دار النهضة العربية.
- نجاتي، عثمان (1992م). " القرآن والصحة النفسية ". النفس المطمئنة ، مجلة **الطب النفسي الإسلامي. العدد: 31 يوليو ، القاهرة ص 21- 23.**
- النعيمشي، عبد العزيز (1415هـ). **العجلة ، دار المسلم ، ط1. الرياض.**
- النووي، يحيى (1416هـ). **رياض الصالحين. عالم الكتب ، ط5. الرياض.**
- الهوراري، محمد(1407هـ). **المخدرات من القلق إلى الاستعباد.** مطابع الدوحة الحديثة. ط1. قطر .
- الوايلي، عبدالله أحمد (1424هـ). **مدى فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض القلق لدى مدمني المخدرات.** رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الامير نايف. الرياض.
- وزارة الداخلية. (1985). **المخدرات والعقاقير المخدرة.** الرياض ، مركز أبحاث مكافحة الجريمة.
- ياسين، عطوف محمود (1981م). **علم النفس العيادي (الإكلينيكي).** الجزء الأول. دار القلم للملايين. بيروت.
- يوسف، مصطفى (1996م). **المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية.** عالم المعرفة. الرياض.
- يونس، انتصار (1974م). **دراسات في السلوك الإنساني.** دار المعارف. القاهرة.

المراجع الأجنبية:

- Brehm, N. M. & Khantzian, E. (1992) Psychodynamic Perspective pp. 106-117, *In substance Abuse-Comprehensive Textbook*, Lowinson, J. ,Ruiz, P., Millman, R., & Langrod, J., Williams & wilkins, 2nd ed,
Corey, G.*Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. California: Pacific Grove, 1991.
- Deffenbacher, J. L & Zwemer, W.A. Whisman, M, A. Hill, R.A., & Sloan, R.D. (1986): Irrational Beliefs and Anxiety.
- Dryden, W. *Current Issuess in Rational – Emotive Therapy*. London: Croom Helm, 1987.
- Dryden, W. *Rational – Emotive Counselling in Action* . London: Sage Publications ,1990. (B).
- Dryden, W. *The Essential Albert Ellis-sseminal- Writtings on Psychotherapy*. New York: Springer, Publishing Company, 1990. (A).
- DSM IV; *American Psychiatric Association* . Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders . (1994)

Ellis, A. *Current Psychotherapies*, 4th Edition. Ed. Raymond J. Corsini and Danny Wedding. U.S.A. F.E Peacock Publishers Inc. 1989.

Ellis, A. Group Rational-Emotive and cognitive Behavioural therapy. *International Journal of Group*, 1992.

Ellis, a. Is. Rational – Emotive therapy (rationalist) or (Constructivist)? *Journal of Rational – Emotive and Cognitive – Behaviour therapy*. Vol. 8 New York, Institute for Rational Emotive Therapy, 1990.pp 114 – 110.

Ellis, A. The philosophical Basis of Rational Emotive Therapy. *Psychotherapy in Private Practice*. Vol.8 No.4. The Haworth Press Inc: (1991) pp 97- 106.

Giraulo, A., & Renner, J. (1991): *Alcoholism in clinical manual of chemical dependence*, American Psychiatric Press, Inc.

Hilgard , E. (1971). *Introduction to psychology*, 5thed., New York: Harth Court Brace. Jovanoviche ,

Illardi, Frank. (1997). *Substance addiction in the eastern province*. An estimate of the problem, Al-Amal Hospital Dammam , Saudi Arabia, Unpublished .

Illardi, Frank. (1997). *Substance addiction in the eastern provinc*.An estimate of the problem, Al-Amal Hospital Dammam, Saudi Arabia, Unpublished.

Jacobson, R. & Tamkin, A. Blount, J. (1987): *The Efficacy of Rational Emotive Group Therapy in Psychiatric Inpatients*. Journal of Rational Emotive Therapy, (5), 1, 36-83.

Kirk, J. "Cognitive Behavioural Assessment". In K. Hawton et al (ed). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems* .Oxford University Press, 1991.

Maxwill, J. W. & Wilkerson, J. (1982): *Anxiety Reduction through Instruction in Rational Therapy*. Jpournal of Psychology, (112), 1, 135-140.

- Musto, F. (1992): *Historical perspective on alcohol and drug abuse in substance abuse*. A Comprehensive textbook, Lowinson, J.H; Ruiz, P; Millman, R. P & Longord, J. G. Williams & Wilkins , 2ed ed , 2 -14.
- Rebecca, H. and Others. The efficacy of Rational Emotive group Therapy in Psychiatric inpatients. *Journal of rational. Emotive Therapy*. Vol. 5 No. 1 PP 22-31, 1986.
- Ricks, W. (1984): *Rational-Emotive Therapy*, Adolescence, (XIX), No. 76, Libra Publishers, Inc.
- Vester, N. & Judj, J., (1989): Evaluation of Self Administered Rational Emotive Therapy Program for Interpersonal Anxiety. *Journal of Rational Emotive Therapy*. Vol. 7. No.3. pp 141- 153.
- Walpe, J. (1958): *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. California: Stanford University Press.
- Warren, R. Smith. G. & Velten. E. (1984): *Rational Emotive Therapy and the Reduction of Inter Personal Anxiety in Junior High School Students*, Adolescence, (XX). No, 76, 893-901.
- Wolman. B .(1989) : *Dictionary of Behavioral Science*. New York.

الملاحق

مقدمة:

تم تصميم برنامج علاجي لهذه الدراسة لمعرفة قدرته لخفض مستوى القلق المرتفع لدى مدمني المخدرات نزلاء التأهيل النفسي بالمستشفيات الحكومية بهدف توجية الاهتمام بأسلوب العلاج العقلاني الانفعالي من خلال استخدام المنهج شبه التجريبي. وتم عرض البرنامج على عدد من التخصصيين في علم النفس لتحكيم البرنامج المقترح. وعلى عدد من أعضاء هيئة التدريس في جامعة الملك سعود وجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ووكلية إعداد المعلمين بالرياض وجاءت ملاحظات خمسة منهم وقد تترتيبهم حسب تسليمهم للبرنامج وهم كل من :

- أ. د. سعيد دبيس.
- د. عادل عبد الجبار.
- د. فهد الربيعة.
- د. علي البكر.
- د. فهد الدليم.

وقد طبق البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي على نزلاء مركز التأهيل النفسي بمستشفى الملك فهد بالقصيم خلال فترة من 10/29 - 1425/11/27 هـ الموافق 11/30 - 2004/12/30م لمدة أربع أسابيع بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً ما عدا الأسبوع الأول حيث كانت خمس جلسات. وزمن كل جلسة يتراوح ما بين 60- 90 دقيقة، وطبق البرنامج على عينة تتكون من 20 فرداً. وقد تم الاعتماد في اختيار هؤلاء المرضى على التشخيص الطبي (السيكاتري) بالإضافة إلى مستوى دراجاتهم على مقياس القلق المستخدم في الدراسة الحالية، وتطبيق مقياس الأفكار اللاعقلانية في هذه الدراسة. ولم يتمكن الباحث من الحصول على عدد من المدمنين خلال هذه الفترة ممن تنطبق عليهم الشروط. وقد تم توزيع أفراد العينة على مجموعتين إحداهما تجريبية (10) أفراد. والأخرى ضابطة (10) أفراد. مراعيًا تحقيق التجانس قدر الأمكان بين المجموعتين حسب خصائص عينة الدراسة من حيث المتغيرات التالية:(العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، المهنة).

لتحديد مقدار الاستفادة تعطى هذه الاستبانة الأفراد العينة التجريبية بعد كل جلسة علاجية من أجل تحديد مقدار الاستفادة لكل فرد من أفراد العينة التجريبية والإجابة على الأسئلة التالية، وذلك بوضع علامة أمام العبارة التي يراه الفرد مناسبة مع ملاحظة أن هذه الاستبانة توزع بعد نهاية الجلسة مباشرة وتؤخذ قبل خروج أفراد العينة من الجلسة.

الأستبانة

تحديد مقدار الاستفادة

تعطى هذه لاستبانة الأفراد العينة التجريبية بعد كل جلسة علاجية من أجل تحديد مقدار الاستفادة لكل فرد من أفراد العينة التجريبية.

أرجو الإجابة على الأسئلة التالية وذلك بوضع علامة في الصندوق الفارغ:

تقييم الجلسة				الأسئلة
مقبول	جيد	جيد جداً	ممتاز	
				س- كيف كان أداء المعالج في الجلسة ؟
				س-كيف كان أدائك في هذه الجلسة ؟
				س-كيف كانت مشاركة أو تفاعل زملائك في هذه الجلسة ؟
				س-ما رأيك في موضوع الجلسة أو محتوى الجلسة ؟
				س-كيف كانت استفادتك من هذه الجلسة ؟

ملاحظة هامة: تعطى هذه لاستبانة إلى المعالج مباشر بعد الإجابة عليها وقبل خروج أفراد العينة من الجلسة التجريبية.

البرنامج العلاجي:

يمر البرنامج بأربعة مراحل هي:

1- مرحلة البدء:

هي المرحلة التي يتم من خلالها التعارف والتمهيد بين الباحث والمفحوصين وشرح أهداف البرنامج والإطار الذي ستكون عليه العلاقة العلاجية ويتم ذلك من خلال الجلسة التمهيديّة الأولى. أيضا سيتم في هذه المرحلة إجراء القياس القبلي للقلق. والأفكار اللاعقلانية.

2- مرحلة الانتقال:

تهدف هذه المرحلة إلى إلقاء الضوء على المشكلة الرئيسية وهي القلق وتوضح أسبابه وأثاره السلبية، وكذلك العلاقة بين القلق والتوتر العضلي. والعلاج بالتحصين التدريجي وأهميته ودور عملية الاسترخاء في خفض القلق في المواقف المختلفة..... الخ وسوف يتم إن شاء الله في أول جلستين (الثانية - الثالثة - الرابعة - الخامسة).

3- مرحلة العمل والبناء:

يتم في الجلسات التي بعد مرحلة الانتقال تدريب أفراد العينة على تبديل المشاعر عن طريق التخيل العقلاني الانفعالي. والتدريب أيضاً على مقاومة الخجل. أيضاً سوف يتم التطرق والوقوف على الأفكار اللاعقلانية التي يتمسك بها البعض ومحاولة دحض هذه الأفكار وإكسابهم أساليب معرفية وانفعالية وسلوكية جديدة تمكنهم من مواجهة القلق. وسوف يتم أيضاً تطبيق بعض تقنيات العلاج العقلاني الانفعالي ، منها على سبيل المثال التصدي إلى الذات والأحاديث غير العقلانية ، فتح سجل لرصد المشاعر من لذة وألم ، توزيع بعض التقنيات المستخدمة من أسطرة ونشرات وغيرها. ومن الأساليب المستخدمة تطبيق التخيل والتحويل وغيرها من الأساليب العلاجية الأخرى بالإضافة إلى الواجبات المنزلية. وسوف نحاول شرحه بالتفصيل قدر الإمكان في الفصول القادمة.

4- مرحلة الإنهاء:

وهي المرحلة التي تهدف إلى الوقوف على الأهداف التي حققها البرنامج وتهيئة الأفراد لإنهاء البرنامج الإرشادي وإعادة تطبيق مقياس بعدي للمقياس د. فهد الدليم وآخرون. وإعادة تطبيق مقياس بعدي للأفكار الغير عقلانية د. سليمان الريحاني لتقييم ومقارنة فاعلية البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي في خفض مستوى القلق لدى المجموعة التجريبية العلاجية.

الجلسة الأولى

أهداف الجلسة:

- إقامة علاقة إرشادية بين الباحث وأفراد العينة.
 - أن يتعرف أفراد العينة التجريبية على الغرض من انضمامهم للبرنامج ومدى أهميته وفائدته بالنسبة لهم.
 - أن يتعرفوا على الخطوط الرئيسية التي تتم في ضوئها الجلسات لإرشادية.
 - الاتفاق بين الباحث وأفراد العينة على الخطوط الرئيسية للجلسات.
- الفنيات المستخدمة:

- المحاضرات المبسطة.
- المناقشة والحوار.
- إشباع المطالب.
- زمن الجلسة:
- تتراوح ما بين 60- 90 دقيقة.
- محتوى الجلسة:

قيام الباحث بتقديم نفسه الأفراد المجموعة التجريبية حيث يتم التعارف بينهم. وتوضح أهمية البرنامج الإرشادي الذي انضموا إليه ومدى فائدته بالنسبة لهم في حياتهم الخاصة والعامة ينبغي بناء علاقة يسودها الدفاء والمودة والحب والثقة مع المفحوصين وتوضيح أسباب اختيارهم ضمن تلك المجموعة. ثم مناقشتهم حول توقعاتهم من العلاج ، والتأكيد على ضرورة الانتظام في البرنامج حتى تتحقق الفائدة المرجوة منه، بعد ذلك يتم الاتفاق على الخطوط الرئيسية للجلسات والتي تتضمن ما يلي :

- ضرورة المشاركة الفعالة في المناقشات والأنشطة لكل عضو من أعضاء المجموعة.
 - الالتزام بأداب الحديث أثناء المناقشة.
 - أهمية التعبير بما يجول بأنفسهم بصراحة ووضوح تام دون خجل أو رهبة.
 - تحديد موعد الجلسات وضرورة الالتزام بالحضور في الموعد المتفق عليه.
 - أهمية الالتزام بالأجابة على لاستبانة بكل صدق التي تعطى نهاية الجلسة والتي تقيس مقدار الاستفادة لكل فرد من أفراد العينة العلاجية.
- الجلسة الثانية

أهداف الجلسة:

- أن يتعرف أفراد العينة التجريبية على طبيعة القلق وأنواعه وأسبابه والفرق بين القلق والخوف.
- أن يتعرف أفراد العينة التجريبية على العلاقة بين القلق والتوتر العضلي.
- أن يتعرف أفراد العينة على الدور الذي يلعبه الاسترخاء في خفض القلق وخفض التوتر العضلي.
- أن يتعرف أفراد العينة على الدور الذي تلعبه الأفكار اللاعقلانية في إحداث القلق.
- أن يقوم الباحث بتعريف أفراد العينة على العلاج العقلاني الانفعالي وبخاصة مفهوم A.B.C لعلاج الاضطرابات الانفعالية.

الفنيات المستخدمة:

- المحاضرة البسيطة.
- المناقشة والحوار.
- إشباع المطالب.

- فنية ABC.
- العلاج التوجيهي الفعال.
- الواجبات المنزلية.
- الوسائل المستخدمة:
- السبورة وذلك من أجل شرح نظرية ABC.
- بطاقات يكتب عليها بعض الأفكار العقلانية وغير العقلانية.
- شرح تفصيلي يوضح النظرية.

زمن الجلسة:

يتراوح ما بين 60- 90 دقيقة.

محتوى الجلسة:

يقوم الباحث بتوضيح في هذه الجلسة أن الإنسان القلق هو الذي لا يتذوق طعم الاطمئنان والهدوء، ولا يستمتع بمباهج الحياة. وهو شخص عصبي يتوجس خيفة من أشياء لا تخيف الناس عامة، ويشعر بالرعب أحياناً أمام حوادث عادية، ولذلك فهو يبدو وكأنه في حالة من الخوف الغامض، ويشعر بالانزعاج والألم، ويبدو المستقبل أمامه شاحباً كثيباً وتزداد شكوكه وقلقة وكان الخطر يترقبه في كل مكان يذهب إليه. أن هناك نوعين من القلق أحدهما هو القلق العادي الموضوعي الذي ينبع من الواقع ومن ظروف الحياة اليومية ويمكن معرفة مصدره ومسبباته لأنه يكون غالباً محدوداً في الزمان والمكان وينتج عن أسباب خارجية وواقعية معقولة، أما الآخر فهو القلق المرضي العصابي الذي يلزم الفرد فترة طويلة من حياته وهو قلق داخلي غامض غير محدد المعالم يجهل الفرد مصدره وأسبابه. والقلق قديم قدم الإنسان وللقلق أسبابا عديدة، وحيث إن كثير من الناس لا يعرف أن ما يشعر به من عدم الارتياح والضيق هو نتيجة للقلق، فالقلق يصيب الكبار والصغار. الرجال والنساء. الأغنياء والفقراء. وأن الخوف من الفشل، وخيبة الأمل، والصراع، وفقدان الأمن، والشعور بالضعف والإهانة. وتوقع الفرد لمكروه، وعدم رضا الفرد عن نفسه وغيرها من المشاعر السلبية كلها تسبب القلق. يقوم المعالج بعد ذلك بإشراك أفراد العينة العلاجية في المناقشة والحوار ولأجابه على الاستفسارات حتى يستوعب أفراد العينة العلاجية.

أما عن الفرق بين الخوف والقلق. فسوف يتم طرح بعض الأمثلة لتوضيح هذا الفرق أحد الأمثلة التالية: (إذا هجم عليك شخص بسكين يريد طعنك، أو إذا كنت تسير وحدك بالليل وهاجمك كلباً ضخماً، أو كنت في طائرة وأخبرك قائدها أن بها عطل ما) فلا شك أنك مع هذه المواقف سوف تشعر بمشاعر غير ساره فهذا هو الخوف، ولا عجب أن تشعر بهذه المشاعر لأنك كغيرك من الناس الذين إذا مروا بهذه المواقف فسوف يشعرون بنفس مشاعرك. أما إذا شعرت بخطر يهددك وأنت تتحدث أمام الناس، أو إذا تناولت طعامك مع مبصرين في مكان عام أو عندما تسير بمفردك في الشارع فإن هذا يعني أنك مصاب بالقلق لأن هذه المواقف لا تخيف في الواقع ولكن تصورك لها بشكل ما هو الذي يجعلك تشعر (بالقلق). يقوم المعالج بعد

ذلك بإشراك أفراد العينة العلاجية في المناقشة والحوار ولأجابه على الاستفسارات حتى يستوعب أفراد العينة العلاجية هذه الجزئية.

وأخيراً سوف يتم إيضاح الآثار المترتبة على القلق سواء أكانت هذه الآثار نفسية أو جسمية أما عن الآثار النفسية فالإنسان القلق يعيش في دوامة الشكوك تجعله يحيا في حلقة مفزعة من القلق والتوتر فهو يخشى اتخاذ القرارات لأنه يخاف ارتكاب الأخطاء كما أنه شديد الحساسية لنفسه. ويفضل الاعتماد على الآخرين يضاف إلى ذلك أنه يتأثر بالمواقف العاطفية سريعاً ومن السهل تحويل سروره إلى حزن. وحزنه إلى مرح؟ إن الإنسان القلق يتصف بالتفكير المشوش، ويجد صعوبة في الحديث، إلى جانب شعوره بالذنب والنقص والسخط على العالم. كما انه يقع فريسة سهلة للهواجس والمخاوف الوهمية، ويرتاب في علاقاته مع الآخرين، يقوم الباحث بعد ذلك بإشراك أفراد العينة التجريبية في المناقشة والحوار ولأجابه على الاستفسارات حتى يستوعب أفراد العينة العلاجية هذه الجزئية.

أما الآثار الفسيولوجية فالشخص القلق يشكو من واحداً أو أكثر من الاضطرابات التالية ، اضطرابات معوية ومعدية ، وتوتر عضلي خاصة في البطن ومؤخرة الرقبة ، وبرودة في الأطراف ، زيادة في ضربات القلب. الشعور بالإرهاك والضعف. إلى جانب قيامة ببعض الحركات اللاإرادية كفرك اليدين أو تحريك الأصابع أو هز الأرجل. يقوم المعالج بعد ذلك بإشراك أفراد العينة التجريبية في المناقشة والحوار ولأجابه على الاستفسارات حتى يستوعب أفراد العينة العلاجية هذه الجزئية.

بعد ذلك يتم البدء بشرح نموذج ABC على النحو التالي:

A: تشير إلى الأحداث والمواقف التي تظهر فيها المشكلات النفسية وهي قد تكون أحداثاً داخلية أو خارجية والأحداث الخارجية هي التي يمكن أن يراها من المواقف وتحته على التصرف من أجل تحقيق هذه الأهداف. ثم طرح العديد من الأمثلة لتوضيح العلاقة بين التفكير والانفعال (الأفكار اللاعقلانية والقلق) حتى يتمكن أفراد العينة العلاجية من تحديد الحدث (A).

B: تعني أفكار ومعتقدات الفرد. وهي قد تكون مرنة أو جامدة وعندما تكون جامدة يطلق عليها المعتقدات وتكون في صيغ لغوية تبدأ غالباً ب(يجب - ينبغي - لابد) وعندما يتمسك الفرد بهذه المعتقدات فإنه يميل إلى استنتاج أفكار لا عقلانية. وعندما تكون المعتقدات مرنة نطلق عليها المعتقدات العقلانية وهي غالباً تأخذ شكل الرغبة أو الأمنية أو التفضيل إلا أنها تتحول إلى مطالب وشروط مطلقة لازمة، وعندما يتمسك الفرد بهذه المعتقدات المرنة فإنه يميل إلى استنتاج أفكار أكثر عقلانية.

C: تعني النتيجة الانفعالية. فالنتائج الانفعالية التي تنشأ من المعتقدات الجامدة اللاعقلانية هي نتائج تثير الاضطرابات ويطلق عليها النتائج السلبية غير المناسبة. أما النتائج التي تنشأ عن المعتقدات العقلانية المرنة فهي لا تؤدي إلى الاضطراب ويطلق عليها النتائج المناسبة حتى ولو كانت سلبية.

إن الأحداث (A) تسبب ظاهرياً الانفعالات (C) والحقيقة أن بينهما أفكار ومعتقدات (B) هي المسؤولة عن الانفعالات (C)، بمعنى أن الأحداث أو النشاطات (A)، ليست هي السبب في الانفعالات العاطفية (C)، لكن الأفكار والمعتقدات التي تكونها عن الأحداث أو النشاطات

(A) ، هي المسببة للانفعالات العاطفية (C). أي أن B هي السبب في (C) وليست (A) هي السبب في (C) ، بعد ذلك سوف يتم شرح مفهوم (ABC) بصورة أوسع في الجلسات القادمة حيث سوف يضاف إليه مفهوم (D) و (E) الذي يمثل تصويب الأفكار الخاطئة واستبدالها بأخرى أكثر منطقية وعقلانية. يقوم المعالج بعد ذلك بإشراك أفراد العينة العلاجية في المناقشة والحوار ولأجابه على الاستفسارات حتى يستوعب أفراد العينة العلاجية هذه الجزئية. بعد ذلك سوف يقوم الباحث بتوزيع ورقة توضح فيها مفهوم A.B.C حيث يطلب المعالج من أفراد العينة تعبئة النموذج التالي:

C	B	A
3- للإضطراب الانفعالي (رد فعلك عما تمخض عن تأويل المعتقد كالقلق أو الاكتئاب أو الغضب)	2- جهاز المعتقد الذي يتضمن الأفكار الخاطئة المولدة للإضطراب النفسي (الأفكار الآلية)	1- المواقف أو الحوادث المنشطة للإضطراب
حدد نوع الانفعال الذي تمخض عن هذا التأويل أو الاعتقاد	أرصد تأويلك ومعتقدك حيال هذا الموقف أو الحادثة	صف باختصار الحادثة المهمة التي أثارت فيك الاضطراب للانفعالي

نموذج لتوضيح مفهوم
A.B.C

مثال:

C	B	A
3- للإضطراب الانفعالي (رد فعلك عما تمخض عن تأويل المعتقد كالقلق أو الاكتئاب أو الغضب)	2- جهاز المعتقد الذي يتضمن الأفكار الخاطئة المولدة للإضطراب النفسي (الأفكار الآلية)	1- المواقف أو الحوادث المنشطة للإضطراب
حدد نوع الانفعال الذي تمخض عن هذا التأويل أو الاعتقاد.	أرصد تأويلك ومعتقدك حيال هذا الموقف أو الحادثة.	صف باختصار الحادثة المهمة التي أثارت فيك الاضطراب للانفعالي.

مثال	مثال	مثال
<ul style="list-style-type: none"> - الشعور بالإحباط والاكتئاب. - انتابه الاضطراب النفسي. - السلوك المضعف للذات. الخ 	<ul style="list-style-type: none"> يقول الموظف لذاته: - لا أستطيع تحمل هذا الانتقاد - الذي انتقدي هو إنسان ظالم غير محق - يتعين عليه إلا يوجه إلى هذا الانتقاد - أنا إنسان مرفوض أنا إنسان ضعيف..... الخ 	<ul style="list-style-type: none"> شخص موظف يتعرض للانتقاد لأذع من قبل والدية أو الأصدقاء.

نموذج لتوضيح مفهوم A.B.C

سوف يطلب الباحث من أفراد العينة تعبئة نموذج A.B.C كما في المثال السابق في الجلسة ثم بعد ذلك يطلب المعالج من أفراد العينة تعبئة عدة أمثاله من واقع تجاربهم الشخصية أو من واقع رؤيتهم للحياة كواجب منزلي.

بعد ذلك سوف يتم توزيع استبيانات تقيس مقدار الاستفادة لكل فرد من أفراد العينة. مع ملاحظة أن هذه لاستبانته تعطى إلى المعالج مباشر بعد الإجابة عليها، وقبل خروج أفراد العينة من الجلسة التجريبية.

الجلسة الثالثة

أهداف الجلسة:

- تدريب أفراد العينة على القيام باسترخاء بعض أجزاء الجسد (اليدين، الكتفين، الرأس، الرقبة) بشكل عملي.
 - إعطاء أمثلة والشرح بالتفصيل حيث يقدم الباحث نموذجا عمليا باستخدام أعضاء جسده.
- الفنيات المستخدمة:
- الشرح والتفسير.
 - التدريب على الاسترخاء.
 - التدريب على عمل التدريبات بعد الجلسة (واجب منزلي).
- الوسائل المستخدمة:

- سوف يحاول الباحث إيجاد شريط كاسيت للاسترخاء وتوزيعه على أفراد العينة.
- سوف يتم إن شاء الله توزيع بعض النشرات التعليمية عن الاسترخاء وكيفية القيام به.

زمن الجلسة:

سوف يتراوح ما بين 60- 90 دقيقة.

محتوى الجلسة:

يقوم الباحث بتطبيق جلسات الاسترخاء على أفراد العينة وهم جالسين في كراسي مريحة أو مستلقين على ظهورهم في كراسي بظهر متحرك. ويفضل أن تكون الإضاءة خافتة وإن كانت الإضاءة لا تمنع الاسترخاء. يطلب المعالج من أفراد العينة خلع نظاراتهم أو العدسات اللاصقة ويوجه المعالج تعليمات الاسترخاء للعملاء بصوت ونبرة عاديين أي أنه يتجنب الصوت المنخفض الذي يستخدم في جلسات التنويم. ويفضل عرض طريقة شد وإرخاء العضلات على العميل قبل التمرين. كما يجب عدم الإبطاء في توجيه التعليمات حتى لا يستمر العميل في شد عضلاته لفترة طويلة فيحس بالألم أو تقلص العضلة. كما لا ينبغي الإسراع فيها بصورة يصعب على العميل متابعتها. يضاف إلى الاسترخاء عنصر معرفي عندما يقوم الفرد بالتركيز على المجموعات العضلية حتى لا يتشتت انتباهه. ولتكثيف شعوره بالاسترخاء يطلب منه التنفس بعمق.

يطلب من كل فرد أن يغلق قبضه يده اليمنى بأحكام وقوة إلى أن يشعروا بالتوتر الشديد في أيديهم ، ويحاولوا زيادة شد قبضه أيديهم ويضعونها بإحكام وقوة إلى أن يشعروا بالتوتر الشديد فيها، بعد ذلك يطلب منه إرخاء يده بشكل تدريجي، ووضعها على مسند الكرسي. ويبين المعالج أن يلاحظ الفرق بين حالة التوتر والشد التي تحدث لأيديهم في الحالة الأولى، وبين حاله الاسترخاء في الحالة الثانية ، ثم يكرر التمرين مرتين. ثم يتم الانتقال إلى اليد اليسرى بنفس الطريقة السابقة ثم يطلب منهم أن يقوموا بتدريب كلا الذراعين معاً.

بعد ذلك يطلب من الأفراد أن يثني الواحد منهم معصم اليدين إلى الخلف بشده ثم إرخائهما ووضعهما على مسند الكرسي وأن يلاحظوا الفرق بين حالتها التوتر والاسترخاء التي تحدث لهما ثم يكرر التمرين مرتين. ثم يتم الانتقال إلى اليد اليسرى بنفس الطريقة السابقة ثم يطلب منهم أن يقوموا بتدريب كلا الذراعين معاً.

بعد ذلك يطلب المعالج من الأفراد أن يثني الواحد منهم الذراع من المرفق إلى أعلى كما لو كان الفرد منهم يلمس كتفيه ، ثم يطلب أن يستريحوا ويتركوا الذراع تسقط بشكل حر مع الاسترخاء ، ويتم تكرار هذا التمرين لكل يد على حده ثم باليدين معاً.

بعد ذلك يتم الانتقال إلى جزء آخر من الجسم وهو منطقة الرأس والرقبة، حيث يطلب من كل فرد أن يجعد جبهته وحاجبيه إلى أن يشعر أن عضلات الجبهة قد اشتدت وأن الجلد قد تجعد ، ثم يطلب منهم أن يعودوا بعضلاتهم إلى وضعها المريح ويتم تكرار التمرين أكثر من مرة حتى يشعرون بالفرق بين حالتها التوتر والاسترخاء.

بعد ذلك يطلب من كل فرد أن يغلق عينيه بإحكام وبقوه إلى أن يشعروا بتوتر في كل المنطقة المحيطة، وكذا العضلات التي تحكم العين، ثم يطلب منهم أن يتركوا أعينهم على سجيتها في وضعها المريح ويلاحظوا الفرق بين التوتر والاسترخاء، يتم تكرار التمرين أكثر من مره. ثم يطلب من أفراد العينة أن يطبقوا على الفكين والأسنان والشفيتين بقوه وأحكام كما لو كانوا يعضوا على شئ ما بقوه ، ثم يطلب من كل واحد منهم أن يدع فكيه وشفتيه مسترخيان

ويلاحظوا الفرق بين حالتي الشد والتوتر التي تسري حول الفم والاسترخاء الذي يحدث له بعد ذلك يتم تكرار التمرين أكثر من مرة. بعد ذلك يتم الانتقال بهم إلى تدريب منطقة الرقبة، حيث طلب من كل فرد أن يضغط برأسه إلى الخلف بأقصى ما يمكنه إلى أن يشعر بالتوتر خلف الرقبة والجزء الأعلى من الظهر ثم يعودوا بها إلى وضعها المريح ويلاحظوا الفرق بين حالتي التوتر والاسترخاء وتكرار ذلك مرة أخرى.

يطلب الباحث من كل فرد إعادة التمرين لكل منطقة الرأس والرقبة حتى ينمو لدى كل منهم الإحساس بالفرق بين التقلص والاسترخاء.

وأخيراً يطلب الباحث من كل فرد من أفراد العينة القيام بهذه التمرينات التالية كواجب منزلي. وتسميع الأفراد لشريط الاسترخاء. وتوزيع شريط الاسترخاء على كل فرد من أفراد العينة حتى يتم استخدامه مقروناً مع التمرينات.

بعد ذلك سوف يتم توزيع استبيانات تقيس مقدار الاستفادة لكل فرد من أفراد العينة. مع ملاحظة أن هذه الاستبانة تعطى إلى المعالج مباشرة بعد الإجابة عليها، وقبل خروج أفراد العينة من الجلسة التجريبية.

الجلسة الرابعة

أهداف الجلسة:

- مراجع تمارين الاسترخاء التي أعطيت لأفراد العينة في الجلسة السابقة.

- تدريب أفراد العينة على القيام بتمارين الاسترخاء لباقي المناطق الجسم المتبقي وهي (الساقين ، القدمين، الصدر ، البطن ، والظهر).
الفنيات المستخدمة:

- الشرح والتفسير.
- التدريب على الاسترخاء.
- التدريب على عمل التدريبات بعد الجلسة (واجب منزلي).

الوسائل المستخدمة:

- سوف يحاول الباحث إيجاد شريط فيديو أو كاسيت للاسترخاء وتوزيعه على أفراد العينة.
- توزيع بعض النشرات التعليمية التي توجد بها المعلومات التي تتعلق بعملية الاسترخاء.

زمن الجلسة:

سوف يتراوح ما بين 60- 90 دقيقة.

محتوى الجلسة:

بعد التأكد في بداية الجلسة من استيعاب أفراد العينة التجريبية للتمارين السابقة لليدين والكتفين والرأس والرقبة ، يتم تدريب أفراد العينة على القيام بتمارين الاسترخاء لباقي المناطق الجسم المتبقي وهي (الساقين، القدمين، الصدر، البطن، والظهر).

بعد ذلك يتم الانتقال إلى جزء آخر من الجسم وهو الظهر، حيث يطلب من كل فرد أن يقوس ظهره. ويلاحظ التوتر الذي بدأ يحدث للظهر ثم يطلب منه أن يعودوا بالظهر إلى وضعة الطبيعي ويلاحظوا الفرق بين حالتي التوتر والاسترخاء وتكرار ذلك أكثر من مرة.

بعد ذلك يتم الانتقال إلى الصدر وذلك بأخذ نفس عميق وكنمه لأطول فترة ممكنة وطلب منهم أن يلاحظوا التوتر الذي بدأ يسري في عضلات الصدر ثم يطلب منهم أن يقوموا بطرد الهواء (الزفير) ، يحاول الباحث أن يؤدي التمرين الأخير بطريقة عمل حركات ضغط داخلية على الطرف العلوي للأذرع والأكتاف مع تنفس عميق يؤدي إلى التوتر وزفير يؤدي إلى الاسترخاء وتكرار التمرين أكثر من مره.

بعد ذلك يتم الانتقال إلى البطن وذلك بسحبها إلى الداخل في اتجاه الظهر (أي شفت البطن للداخل) والبقاء على هذا الوضع قليلا ثم يدعها تسترخي ويتم تكرار هذا التمرين مع ملاحظة الفرق بين حالتي التوتر والاسترخاء وتكرار ذلك أكثر من مرة .

بعد ذلك يبدأ العمل بتدريب الساقين حيث يطلب من كل فرد من أفراد العينة أن يقوم بفرد ساقية وإبعادهما قدر استطاعته حتى يشعر بتوتر الفخذين ، ثم يدع ساقية يسترخيان ، ويلاحظ حالة الشد والتوتر التي حدثت للساقين والفخذين وحالة الاسترخاء التي أصبها عليها ، يكرر التمرين أكثر من مرة.

بعد ذلك يتم الانتقال إلى بطن الساق وذلك بأن يطلب المعالج من كل فرد من أفراد العينة أن يثنوا أقدامهم إلى الأمام في اتجاه الوجه إلى أن يشعر بالتقلص الشديد في بطن الساق

ولقصة الرجل ، ثم يعودوا بأرجلهم إلى وضعها المريح لي شعروا بالفرق بين التوتر والاسترخاء ثم يكرر التمرين بالساق الأخرى أكثر من مره ثم بالساقين معاً.
 بعد ذلك يطلب المعالج من كل فرد بثني القدم إلى الخلف في اتجاه رسغ القدم إلى أن يشعر بالشد في قصة الساقين وبتنهما ثم يسترخوا مرة أخرى ويكرر التمارين حتى يلاحظوا الفرق بين حالة التوتر وحالة الاسترخاء.
 وأخيراً يطلب منهم القيام بالتدريب على هذه التمرينات كواجب منزلي.
 بعد ذلك سوف يتم توزيع استبيانات تقيس مقدار الاستفادة لكل فرد من أفراد العينة. مع ملاحظة أن هذه لاستبانته تعطى إلى المعالج مباشر بعد الإجابة عليها، وقبل خروج أفراد العينة من الجلسة التجريبية.

الجلسة الخامسة

أهداف الجلسة:

- مراجعة تمارين الاسترخاء والرد علي أي استفسار وحث أفراد العينة على أداء تمارين الاسترخاء يومياً.
- تدريب أفراد العينة العلاجية على استرخاء الجسم ككل.
- شرح مفهوم (A. B. C) بشكل أوسع. وذلك بأن نضيف إلى المعادلة السابقة الحرفين (E , D) وبذلك تصبح المعادلة A-B-C-D-E.
- التدريب على رصد الأفكار والمواقف.

الفنيات المستخدمة:

- الشرح والتفسير.
- الاسترخاء.
- التخيل والرصد.
- الواجبات المنزلية.

الوسائل المستخدمة:

- سوف يحاول الباحث إيجاد شريط كاسيت للاسترخاء وتوزيعه على أفراد العينة.
- يوزع نموذج رصد الأفكار والمواقف المثيرة للاضطراب النفسي وتصحيح الأفكار.

زمن الجلسة:
يتراوح ما بين 60 - 90 دقيقة.

محتوى الجلسة:

في هذه الجلسة يتم عمل كل التمارين التي يتم التدريب عليها من الجلسة الثالثة إلى الرابعة. بصورة نظامية بدءاً من اليدين والكتفين والرقبة والوجه، والظهر والبطن، وأخيراً الساقين والقدمين وذلك للتأكد من استيعاب جميع أفراد العينة للتمرين بالكامل، وتنبيه على أفراد العينة على التدريب على تمارين الاسترخاء الكامل كواجب منزلي .

بعد ذلك سيقوم المعالج بإعادة شرح مفهوم A.B.C وذلك لترسيخ المعلومات السابقة ولمعرفة مدى استيعاب أفراد العينة العلاجية لهذا المفهوم ولتمهيد الطريق لشرح مفهوم E.D المضاف إلى المعادلة السابقة حيث سيبدأ المعالج كالتالي:

A = المنبه الخارجي الذي ينشط العمليات الإدراكية والفكرية وليكن مثلاً الانتقاد.

B = تأويلك وتفكيرك ومعتقدك حيال هذا الانتقاد.

C = رد فعالك عما تمخض عن التأويل المعتقد (الغضب أو التوتر أو القلق أو السلوك الدفاعي)

الآن لنعد إلى الصيغة السابقة وذلك بإدخال عنصر التأويل وكيف يتم على هذا المستوى:

A = (الحادثة المحرصة) الانتقاد والرفض.

B = (ترجم الحادثة من أولها فأخذت الصورة التالية في الحديث مع الذات):

- لا أستطيع تحمل هذا الانتقاد
- الذي انتقدي هو إنسان ظالم غير محق
- يتعين عليه إلا يوجه إلى هذا الانتقاد
- أنا إنسان مرفوض
- أنا إنسان ضعيف الحجة. لا قيمة لكلامي أمام الناس

C = (رد الفعل الذي نجم عن هذا التأويل للموقف) الشعور بالإحباط. والاكتئاب. والقلق.

إن هذا الاضطراب الانفعالي يؤدي إلى الأفكار غير المنطقية حيث يولد عنها العديد من الأفكار والأحاديث مع الذات التي تسبب الكدر والشقاء والتعاسة النفسية والاضطراب النفسي والكثير من الناس يلحون في تعزيزها في أنفسهم ومن هذه الأفكار أو الكلمات:

1. الأفكار أو المقولات الحتمية الذي يفرضها الفرد على الذات مثل: يجب علي كذا..... يجب أن أحصل على كذا..... لا بد أن أفعل كذا..... لزاماً علي أن أفعل كذا..... ينبغي أن أمتلك كذا..... الخ

2. المقولات التي تبالغ وصف الحوادث وتضخمها مثال: أنه لأمر مروع أن يحدث كذا....
إنه لشيء مخيف جداً... أنا لا أستطيع تحمل هذا الأمر المرعب.... أن هذا الأمر فوق طاقتي أو قدراتي على التحمل..... الخ

بعد ذلك سوف يشرح المعالج كيف يستطيع التغلب على هذه المعتقدات والأفكار غير اللاعقلانية. وذلك بأن نضيف إلى المعادلة السابقة التي شرحناها حرفين E.D وبذلك تصبح المعادلة العلاجية وفق الشكل التالي: A-B-C-D-E فالحرف D يعني المناهضة والتساؤل والتحدي، وعلينا إلا ننسى الخطوة الأولى في التعامل مع الموقف التي نفرضها على ذواتنا والتي شرحناها آنفاً. وهذا التعامل يكون بأن نسأل أنفسنا لماذا؟ فحرف D يترجم على النحو التالي:

- لماذا يعتبر هذا الأمر مخيف إذا ما ارتبكت خطيئة.

- لماذا يجب علي إلا أرتكب هذه خطيئة..... الخ

أما الحرف E فهو يعد بؤرة ولب وجوهر الإرشاد العقلاني العلاجي، انه النقطة المنطقية العقلانية والحساسة التي من المفترض أن تجيب فيها على التساؤلات السابقة لماذا؟ مثال:
D: لماذا يعتبر هذا الأمر مخيف إذا ما ارتبكت خطيئة.

E: أنه لأمر غير مخيف وليس بالشيء المزعج ولا المسبب للإحباط لان كل فرد لا يرغب أن يرتكب أخطاء، أن ما يترتب عن الخطأ يكون مؤسفاً ولكن لا يصل إلى درجة الأمر المخيف أو الكارثة.

D: لماذا يجب علي إلا أرتكب هذه خطيئة.

E: بالطبع من المفضل إلا يرتكب أي فرد خطيئة، ولكن لا يوجد أي ناموس أو قانون يفرض على المرء أن يكون معصوماً عن الخطأ. لأنه بكل بساطة لا يوجد أحد كامل... الخ يقوم المعالج بعد ذلك بإشراك أفراد العينة العلاجية في المناقشة والحوار ولأجابه على الاستفسارات حتى يستوعب أفراد العينة العلاجية هذا المفهوم.

بعد ذلك سوف يوزع على أفراد العينة ورقة تحوي على نموذج لرصد الأفكار والمواقف المثيرة للاضطراب النفسي، ويطلب من المفحوصين تعبئة النموذج وذلك باستخدام تجاربهم الشخصية في ملاءم الفراغات مع ملاحظة مهمة وهي التركيز في ما هي الأشياء التي تثير القلق لديهم.

<p>-7</p> <p>الانفعال الجديد ونسبته 1- %100</p>	<p>E</p> <p>-6</p> <p>الاستجابة العقلانية وهي المعتقدات الصائبة الواقعية المنطقية</p>	<p>D</p> <p>-5</p> <p>التصدي لكل فكرة أو معتقد سيئ أو غير منطقي</p>	<p>-4</p> <p>التشويش المعرفي وهو حدوث خلال في الأفكار والمعتقدات</p>	<p>B</p> <p>-3</p> <p>الأفكار والتأويل والمعتقدات الخاطئة</p>	<p>C</p> <p>-2</p> <p>رد الفعل الذي تمخض عن هذا الموقف أو المعتقد (الغضب أو القلق أو الاكتئاب.. الخ)</p>	<p>A</p> <p>-1</p> <p>الموقف أو المثير الخارجي الذي أثارك</p>
<p>حدد نسبة الانفعال الجديدة ونسبتها من 1- %100</p>	<p>اكتب التفكير المنطقي الفعال المناهض للمعتقدات الخاطئة B</p>	<p>يطلب من الفرد المناهضة وذلك عن طريق التساؤل والتحدي وذلك بأن نسأل أنفسنا (لماذا)</p>	<p>حدد نوع التشويه المعرفي الذي حدث في B</p>	<p>أرصد الأفكار الآلية الغير منطقية التي رافقت الانفعال C وعادة ما تكون سريعة جداً</p>	<p>أ- حدد نوع الانفعال الذي أثارته الحادثة A من (غضب أو قلق أو إحباط.. الخ) ب - حدد درجة الانفعال على مقياس 1- %100</p>	<p>صف باختصار الحادثة المهمة التي أثارته فيك الاضطراب الانفعالي</p>

مثال: شخص موظف في شركة تعرض للانتقاد لاذع من مديرة أو من شخص مسؤول بسبب سلوك غير مقصود.	كان المدير مزعوجاً فأبدى جفاء في وجه الموظف فانزعج الموظف وغضب وانتابه القلق أو الإحباط	قال الموظف لذاته (الأحاديث الذاتية): 1- لن أقوم بأي عمل حتى يأمرني المدير. 2- أرغب أن أقتص من المدير. 3- يبدو أنني قلت شيئاً خاطئاً.	نوع التشوية المعرفي عند الموظف: - فرط التعميم. - تضخيم لحادثة. - وسم للذات	- لماذا أرغب في أن أقتص من مديري. - لماذا اعتبر انه أمر خطير إذا ما ارتكبت خطئاً غير مقصود	بعد المساءلة عن صحة الأفكار الآلية قال الموظف لذاته: 1- يبدو أن طرحي كان في وقت غير ملائم. 2- ربما وقت الطرح غير مناسب 3- ربما لمدير في حالة غضب	انخفض لغضب إلى %50 انخفض الإحباط إلى %20 انخفض القلق إلى %25
---	---	---	---	---	--	--

نموذج لرصد للأفكار الخاطئة أو السيئة

سوف يطلب الباحث من أفراد العينة تعبئة نموذج A.B.C.D.E كما في المثال السابق في الجلسة ثم بعد ذلك يطلب المعالج من أفراد العينة تعبئة عدة أمثاله من واقع تجاربهم الشخصية أو من واقع رؤيتهم للحياة كواجب منزلي.

بعد ذلك سوف يتم توزيع استبيانات تقيس مقدار الاستفادة لكل فرد من أفراد العينة. مع ملاحظة أن هذه لاستبانته تعطى إلى المعالج مباشر بعد الإجابة عليها، وقبل خروج أفراد العينة من الجلسة التجريبية.

من الجلسة السادسة إلى الرابعة عشر

سوف تكون هذه الجلسات أقل تثقيفاً وأكثر استهدافاً لتطبيق العلاج العقلاني الانفعالي

وزيادة نشاط المجموعة التجريبية ، حيث سوف يطلب منهم تحليل المواقف المثيرة لمخاوفهم

حسب نموذج ABC و يحددوا العوامل المعرفية. ومساعدتهم في التوصل إلى بعض الحقائق الأكثر عقلانية التي يمكنهم التفكير فيها. والانخراط في المناقشات الجماعية. ومساعدة بعضهم بعضاً في تحديد المعتقدات غير العقلانية ومحاولة تصحيحها أو إلغائها أو استبدالها بمعتقدات أكثر عقلانية. وسوف يتم ذلك باستخدام نموذج لتصحيح الأفكار والمعتقدات ، ومحاولة إكساب الأفراد العينة العلاجية مهارات توكيد الذات. وتطبيق أساليب تعديل السلوك المناسبة مثل التعريض والتعزيز والدحض والتشجيع وغيرها من الأساليب أيضاً سوف يتم التطرق إلى أداء الواجبات المنزلية وكيفية أداءها مع بداية كل جلسة حيث سوف يخصص وقت قبل بداية الجلسة العلاجية للنظر في الواجبات التي يكلف بها المعالج أفراد العينة ويعمل المعالج على تصحيحها وثناء على من قام بأداء الواجب بشكل دقيق وتصحيح للمخطئ والنظر في استفسارات العينة العلاجية في صعوبة الواجب أو سهولته مع محاولة التوضيح لهم بالأمثلة. والتي سوف نتطرق إليها في السياق التالي من هذه الجلسات.

ومن خلال الجلسة السادسة إلى الجلسة الرابعة عشرة سوف يستخدم الباحث الفنيات

العلاجية التالية مستهدفاً الغاية من كل فنية في إسهامها في تحقيق هدف كل جلسة.

الجلسة السادسة

أهداف الجلسة:

- تدريب أفراد العينة على تبديل المشاعر عن طريق التخيل العقلاي الانفعالي.

الفنيات المستخدمة:

- الشرح والمناقشة والحوار.
- تبديل المشاعر اللاعقلانية بمشاعر عقلانية.
- التشجيع والحث (التعزيز).

- الواجبات المنزلية.

الوسائل المستخدمة:

توزيع مجموعة من الأوراق على أفراد العينة.

زمن الجلسة:

سوف يتراوح ما بين 30 - 60 دقيقة.

محتوى الجلسة:

هو التمرين الموجه للمشاعر بواسطة التخيل العقلاني- الانفعالي ، وهو من ابتداء ماكسي مولستبي Maxie Maulstby. ولقد تم تعديله ليكون أكثر تعبيراً وملاءمة للعلاج العقلاني – الانفعالي. وهذا التمرين يمكن استخدامه وتعليمه للمريض المدمن:

أغمضوا أعينكم (الكلام موجه للأفراد العينة المراد تعليمهم هذا التدريب) وتخيلوا وبأقصى ما تستطيعون من واقعية أسوأ شئ يمكن أن يصيبك. كالانتكاس ثانية نحو شرب الكحول أو المخدر. فتصبح مخموراً مدمناً على الكحول أو المخدر ثانية ، و يعكر صفو حياتك الزوجية ، ويسوء الوضع في عملك. تخيلوا هذا الموقف تخيلاً حياً. هل استطعتم تخيله بحيوية وكأنه شئ واقعي ؟ إذا كان الأمر كذلك كيف تشعر حقاً ؟ ما هي مشاعرك الحقيقية.

في هذه الحالة على المعالج أن ينتظر حتى يفضي أفراد العينة كل واحد على حده بالمشاعر التي انتابتهم مثل: القلق ، الكآبة ، الغضب ، الشعور بالذنب ، تحقير الذات ودمها ، بعد أن يحدد المعالج هذه المشاعر يقول لهم التالي:

الآن بدل مشاعرك وحولها لتكون مشاعر انزعاج ، أو تأسف أو إحباط ، بدل شعورك المنافية الخفية وجعله يأخذ شكل الانزعاج أو الإحباط أو خيبة الأمل. وليس شعور القلق والاكنتاب أو ذم الذات. في مقدورك التدريب على هذا التمرين بتغيير المشاعر المنافية القاسية إلى مشاعر مقبولة ، فيحول العواطف المنافية الكارثة إلى أخرى مقبولة بحيث تشعر فقط بمشاعر إحباط أو خيبة أمل وليس كآبة أو ذم الذات يستطيع أي فرد من أفراد العينة أن يالجا إلى أسلوب الإثابة والعقاب بحيث إذا ما نجح في تطبيق التمرين يعمد إلى إثابة نفسه بالشيء الذي يميل إليه مثل: أكل طبخة معينة ، سماع موسيقى خاصة أو ممارسة الجنس مع زوجته ، وان فشل في التطبيق يعاقب نفسه بحرمانه من أمور يرغبها.

مع ملاحظة هامة هو أن على المعالج أن يتأكد من أن المشاعر المنافية للمفحوص هي مشاعر منافية ، كالقلق ، وكآبة ، وتحقير الذات.... الخ وليست مشاعر انزعاج.

يطلب المعالج من أفراد العينة التدرّب على هذا التمرين التخيلي مرة واحدة يومياً على أقل تقدير. في بادئ الأمر تخيل بحيوية موقفاً أو شيئاً مثيراً للانزعاج حدث لك. ومن ثم تمارد بالقدر المستطاع مع انفعالاتك في التفاعل مع هذا الموقف المزعج. وتصعيد انفعالاتك وتوترك أي (القلق أو الكآبة أو الكراهية الذات ودمها الشفقة عليها أو الشعور بالذنب). بعد ذلك بدل هذه العواطف المنافية القوية المضعفة للذات. والمقوضة للمعنويات بأخرى تكون أكثر ملائمة وأقل إزعاجاً كالشعور بالإحباط. وخبية الأمل أو التأسف أو الانزعاج.

بعد ذلك سوف يتم توزيع استبيانات تقيس مقدار الاستفادة لكل فرد من أفراد العينة. مع ملاحظة أن هذه لاستبانته تعطى إلى المعالج مباشر بعد الإجابة عليها، وقبل خروج أفراد العينة من الجلسة التجريبية.

الجلسة السابعة

أهداف الجلسة:

- مراجعة الواجبات التي أعطيت في الجلسة السابقة ورد على استفسارات أفراد العينة.
- وتقديم التعزيز عن طريق الشكر والثناء والمديح لأفراد العينة عموماً.
- التدريب على مقاومة الخجل.
- محاول إدخال الجرأة إلى أفراد العينة.

الفنيات المستخدمة:

- الشرح والمناقشة والحوار.
- تبديل المشاعر للاعقلانية بمشاعر عقلانية.
- التشجيع والحث (التعزيز).
- الواجبات المنزلية.

الوسائل المستخدمة:

- توزيع مجموعة من الأوراق على أفراد العينة تحوي على جدول مقسم إلى ثلاثة أقسام.

زمن الجلسة:

سوف يتراوح ما بين 60- 90 دقيقة.

محتوى الجلسة:

في هذه الجلسة سوف يحاول الباحث أن يعطي مقدمه عن مشاعر الخجل ، والانزعاج أو الضيق ، والتحقير هذه المشاعر المنافية السلبية هي جوهر اضطراب النفس البشرية ، وهي غالباً ما تدفع البشر للتعاطي الأدوية النفسية أو المخدرات أو المشروبات الكحولية من أجل التخفيف المؤقت العابر عن هذه المشاعر السلبية التي تنتابهم أو يعيشون معها ولهذا فأن العلاج العقلاني الانفعالي يعد رائداً في ابتداء الطرق والتمارين المناهضة للخجل. والتي سوف يحاول الباحث استخدامها واستثمارها على أوسع نطاق في علاج اضطرابات الخجل (تحقير الذات) عند المدمنين ولتي تتأثر بالفشل وعدم القبول من قبل الناس المحيطين

بهم وأيضاً عن المشاعر الدونية الناجمة عن الفشل في التغلب على الإدمان على الكحول أو الأدوية المخدرة. وسوف يقوم المعالج بإبداء تمرين المناهضة الخجل والشعور بالدونية وهو كالتالي:

يطلب من الباحث من أفراد العينة أن يغمضوا أعينهم والتخيل عملاً تستطيع القيام به ويدعوا إلى السخرية والاستهزاء أو يعد أمر مخجلاً (أي أنك سوف تشعر بالخجل إن قمت بهذا العمل أمام الناس) بشرط ألا يزعج الناس كضرب أحد من الناس ، أو السير عارياً في الشارع لأنها أفعال تنافي الأعراف الاجتماعية. و يجلب لك متاعب حقيقية ، فالفعل المخجل الذي نتصوره ونقصه في هذا التمرين هو ذلك العمل الذي ترغب تنفيذه ولكن تمتع عنه توقعاً لنتائج وخيمة مثل سخرية الآخرين أو انتقادهم لك.

يطلب الباحث من أفراد العينة أن يفعل هذا السلوك وينفذه (تخيلياً) أمام الناس (أي يتخيل أفراد العينة أنهم سوف يقوموا بالعمل المخجل وهو مغمض العينين). ومن خلال الفعل لهذا العمل المخجل ، تعامل مع مشاعرك بحيث لا تشعر أنك خجول. أو شاعر بالإهانة رغم أنك ترى الناس يضحكون عليك بسبب شذوذ فعلك وتصرفك. تخيل هذا الفعل المخجل كأن تلبس ألبسة غريبة نظيفة لا تتماشى مع الموضة أو الاعتراف بالأخطاء والمخاوف لبعض الناس الذين عادة يخجل الفرد أن يعرف الناس عنها ، أو الحديث بصوت مرتفع مرة أو مرتين يومياً كاللقاء السلام على مجموعة من الناس مثلاً.....الخ.

بعد ذلك يقوم الباحث بتوزيع ورقة على أفراد العينة تحوي الورقة على جدول مقسم إلى ثلاثة أقسام هي:

النتائج	محاولة تخيله الفعل وأداءه تخيلياً كما في التمرين السابق	الفعل أو الأمر المخجل بالنسبة لك.
بعد عملية إعادة أدراك وصف للانفعال الجديد وتحديد نسبته من 1-100%		
- انخـفـض (القلق) - أصبح نسبته حوالي 20% - انخفاض مستوى اليأس 30%الخ	- أدبت التمرين السابق.	مثال: - لا أستطيع مواجهه أبي (أشعر بالخجل عندما أواجهه). - لا أستطيع ألبس الملابس المختلفة.... الخ

جدول لرصد ومناهضة مشاعر الخجل

سوف يقوم الباحث بأن يطلب من أفراد العينة العلاجية أن يختار كل فرد موقف من المواقف المخجلة لتكون هدف تعامله معها ، ويتمرن على إزالة التحسس منها تخلياً أو حتى ميدانياً في عالم الواقع . ووصف للانفعال الجديد مع محاولة رصده كما في الجدول السابق. والعمل عليه كإحدى الواجبات المنزلية.

بعد ذلك سوف يتم توزيع استبيانات تقيس مقدار الاستفادة لكل فرد من أفراد العينة. مع ملاحظة أن هذه لاستبانته تعطى إلى المعالج مباشر بعد الإجابة عليها، وقبل خروج أفراد العينة من الجلسة التجريبية.

الجلسة الثامنة

أهداف الجلسة:

- مراجعة الواجبات التي أعطيت في الجلسة السابقة ورد على استفسارات أفراد العينة وتقديم التعزيز عن طريق الشكر والثناء والمديح لأفضل أداء.
- تعريف أفراد العينة التجريبية على مناهضة المعتقدات والأفكار الخاطئة. ومنها:
 - أ - مناهضة لتعبير الإلزامية أو الجبرية أو المطالب.
 - ب- مناهضة تضخيم الحوادث وتهويلها.

- تدريب أفراد العينة على مناهضة الأفكار والمعتقدات. ومناهضة تضخيم الحوادث.

الفنيات المستخدمة:

- المناقشة والحوار.
- الإقناع المنطقي.
- التخلي عن المعتقدات اللاعقلانية.
- التشجيع والحث.
- الواجبات المنزلية.

الوسائل المستخدمة:

- السبورة وذلك من أجل الشرح والتبسيط.
- ورقة تحتوي على جدول مقسم إلى خمسة أقسام من أجل مناهضة التعابير الإلزامية أو الجبرية أو المطالب.
- ورقة تحتوي على جدول مقسم إلى خمسة أقسام من أجل مناهضة تضخيم الحوادث وتهويلها.
- مجموعة من أقلام الرصاص حتى يساعد أفراد العينة التجريبية التسجيل وتدوين.

زمن الجلسة:

سوف يتراوح ما بين 60- 90 دقيقة.

محتوى الجلسة:

أ - مناهضة التعابير الإلزامية أو الجبرية أو المطالب.
في هذه الجلسة يبدأ الباحث بالمناقشة والحوار على أن المعتقدات اللاعقلانية هي في الأصل رغبات ولكنها تأخذ طابع المطالب الإلزامية والجبرية. حيث سوف يتم تعليم أفراد العينة على التمييز بين المعتقدات (الدغماتية) اللامنطقية مثل (يجب ، ينبغي ، لابد) ، وبين المعتقدات المتضمنة الرغبات والأمانى مثل (أرغب ، وأتمنى).
فالمعتقدات أو الأفكار (المقولات الذاتية الحتمية) هي مقولات تأكديده جداً في وصف موقف خارجي حيث يتعرض هذا الموقف للتأويل مثال: يجب علي كذا..... ، يجب أن أحصل على كذا... ينبغي أن أعمل كذا.... ، لابد من أمتلك كذا.... الخ .
في هذه الحالة تفرض على ذاتك مطالب يتعين عليك تحقيقها بدون وجود خيارات فبقولك (يجب ، وينبغي ، ولابد...الخ من الأوامر التي فيها نوع من الإلزام) ومعناه أنك حولت الرغبة إلى مطلب. ويكون هذا المطلب غير واقعي فالشخص لا يستطيع التحكم بقوانين الاحتمالات في الحياة وغير قادر على السيطرة على الحوادث الخارجية ، مثال: فالشخص يستطيع النجاح في الامتحان وقد لا يستطيع وقد يستطيع الدخول في كلية معينة وقد لا يستطيع...الخ فكلمة (يجب): تعني القدرة التامة المقندرة المطلقة. وهذا هو جزء من القدرة لألهيته. وليس من قدرة العبد. وعندما تفرض على ذاتك ما قد تفشل في الوصول إليه وبدون وجود بدائل فمعناه أنك

انزلقت بدون شعور في الإحباط واليأس والقنوط وهنا تبدأ السيرة المرضية نحو المرض النفسي.

بعد ذلك يقوم الباحث بإشراك أفراد العينة العلاجية في المناقشة والحوار ولأجابه على الاستفسارات حتى يستوعب أفراد العينة العلاجية هذا المفهوم.

بعد ذلك يطلب الباحث في هذه الجلسة من كل فرد من أفراد العينة كل واحد على حدة ذكر واحدة من الرغبات التي تحولت إلى مطالب جبرية وذلك بطريقة شفوية.

سوف يقوم الباحث بعد ذلك بالتركيز على التعابير الإلزامية الجبرية التي تتعلق بالإدمان مثال: يتحتم علي أن أكون قادراً على شرب الكحول..... ينبغي أن أتعاظي.... الخ. يطلب المعالج من أفراد العينة شفوية كل واحد على حدة ذكر مطلب واحد من الرغبات التي تحولت إلى مطلب جبري له علاقة بإدمانه. ثم يقوم المعالج بمناقشة هذه التعابير الجبرية بكلمة (لماذا). ثم يطلب من أفراد العينة الإجابة شفوية سيتم استخدام تقنية الإقناع المنطقي ومحاولة التخلي عن الفكرة الجبرية.

بعد ذلك يقوم الباحث بتوزيع ورقة على أفراد العينة تحوي الورقة على جدول مقسم إلى خمسة أقسام وهي:

التعابير الإلزامية أو الجبرية في المطالب	مناهض هذه التعابير وذلك بإضافة كلمة (لماذا)	التشويش المعرفي	ما الدليل أو ما البرهان	النتائج بعد عملية المناهضة وصف للانفعال الجديد وتحديد نسبته من 1-100%
مثال: يتحتم علي أن أكون قادراً على شرب الكحول.	(لماذا) يتحتم علي أن أكون قادراً على شرب الكحول.	- الشعور بالراحة - النسيان -زيادة القدرة الجنسية. الخ	لا يوجد لا أدري الخ	الشعور بالراحة انخفاض مستوى التوتر (القلق) أصبح نسبته حوالي 40% ارتفاع المعنويات انخفاض مستوى الإحباط بنسبة 60% الخ

جدول لمناهضة التعابير الإلزامية والمطالب الجبرية

وسيطلب المعالج من أفراد العينة كتابة بعض الأشياء التي فيها مقولات حتمية من واقع حياتهم ومحاولات مناهضتها كما في الجدول السابق ويكون هذا واجب منزلي على أفراد العينة. مع التركيز على ما هو له علاقة بالإدمان.

ب- مناهضة تضخيم الحوادث وتهويلها.

سوف يقوم الباحث بتوضيح هذا المفهوم وذلك بإعطاء بعض الأمثلة المقربة لهذا المفهوم. مثال (أنه لأمر مريع أن أكون كذا.... ، أنه لشيء مخيف جداً أن أكون كذا... أنا لا أستطيع تحمل هذا الأمر غير المرغوب.... إنه لشيء فوق قدرتي على تحمله.....الخ). فهذه المواقف الانفعالية تبدو غير واقعية ومحض مبالغات وذلك لأنك تترجم الأمر المخيف وتحوله إلى كارثة.

وكأني بك تقول لذاتك $1 + 1 = 100$ بدلاً من 2. ومثل هذا التفكير الكارثي يسد في وجهك القدرة على التحمل ، فرد الفعل النفسي يختلف اختلافاً كلياً بين الاعتقاد إن هذا سوء حظ حدث لك أو أنه كارثة يصعب تحملها ، فالاعتقاد الأول يؤدي إلى الانزعاج. بينما الثاني يؤدي إلى اليأس والقنوط أن الهدف من العلاج العقلاني الانفعالي أن ترى الواقع واقعاً وليس الواقع المشوه المضخم من الحتميات والمبالغات الانفعالية للموقف.

بعد ذلك يقوم الباحث بإشراك أفراد العينة العلاجية في المناقشة والحوار ولأجابه على الاستفسارات حتى يستوعب أفراد العينة العلاجية هذا المفهوم. بعد ذلك يطلب الباحث في هذه الجلسة من كل فرد من أفراد العينة كل واحد على حدة ذكر واحدة من المواقف الانفعالية التي هي في أساسه مشكلة بسيطة ولكن حولته إلى كارثة وذلك بطريقة شفوية.

يقوم الباحث المعالج بعد ذلك بحث وتشجيع المجموعة على الحوار والمناقشة في ما هي المقولات الذاتية التي بالغت في وصف الحوادث وخاصة فيما يتعلق بالإدمان.

بعد ذلك يقوم الباحث بطرح سؤال على أفراد العينة العلاجية وهو:
س: من منكم اعتبر دخوله إلى المشفى كارثة في بداية الأمر ؟ سوف يأخذ المعالج لأجابه شفوية من كل أفراد من أفراد العينة كل واحد على حدة .

يقوم الباحث بمناهضة هذه المقولات المبالغة في الوصف بسؤال (لماذا) تعتبر أن ما حدث لك أمر مريع أو فوق طاقتك.

ثم يطلب المعالج من أفراد العينة الإجابة شفوية سيتم استخدام تقنية الإقناع المنطقي والمناهضة ومحاولة التخلي عن فكرة المبالغة وتهويل.

بعد ذلك يقوم الباحث بتوزيع ورقة على أفراد العينة تحوي الورقة جدول مقسم إلى ثلاثة أقسام وهي:

<p>النتائج بعد عملية المناهضة وصف للانفعال الجديد وتحديد نسبته من 1-100%</p>	<p>مناهض هذه التعابير وذلك بإضافة كلمة (لماذا)</p>	<p>المقولات التي تبالغ في وصف الحوادث</p>
--	--	---

<p>الشعور بالرضا - انخفاض (القلق) أصبح نسبته حوالي 40% - انخفاض مستوى للإحباط بنسبة 60%الخ</p>	<p>(لماذا) اعتبر دخولي إلى المشفى أمراً مخيفاً ومريعاً.</p>	<p>مثال: انه الأمر مريع ومخيف أن أدخل إلى المشفى للعلاج من الإدمان.</p>
--	---	---

جدول لرصد ومناهضة المقولات التي تبالغ في وصف الحوادث
سيطلب الباحث من أفراد العينة كتابة بعض المقولات التي تبالغ في وصف الحوادث
وتهولها من واقع حياتهم ومحاولات مناهضتها كما في الجدول السابق ويكون هذا واجب
على أفراد العينة (واجب منزلي). مع التركيز على ما هو له علاقة بالإدمان.
بعد ذلك سوف يتم توزيع استبيانات تقيس مقدار الاستفادة لكل فرد من أفراد العينة. مع
ملاحظة أن هذه لاستبانته تعطى إلى المعالج مباشرة بعد الإجابة عليها، وقبل خروج أفراد العينة
من الجلسة التجريبية.

الجلسة التاسعة

أهداف الجلسة:

- مراجعة الواجبات التي أعطيت في الجلسة السابقة والرد على استفسارات أفراد العينة.
وتقديم التعزيز عن طريق الشكر والثناء والمديح لأفضل أداء.
- تعريف أفراد العينة التجريبية على مناهضة المعتقدات والأفكار الخاطئة. ومنها:
أ - مناهضة الاعتقاد.
ب- مناهضة تحقير الذات وتصغيرها.
ج - مناهضة الحتمية واليأس.
- تدريب أفراد العينة على مناهضة الاعتقادات الخاطئة. والمعتقدات الخاصة بتحقير الذات
وتصغيرها. ومناهضة الحتمية واليأس.

الفنيات المستخدمة:

- الشرح والمناقشة والحوار.
- الإقناع المنطقي.

- التخلي عن المعتقدات اللاعقلانية.
- التشجيع والحث.
- الواجبات المنزلية.

الوسائل المستخدمة:

- السبورة وذلك من أجل الشرح والتبسيط.
- ورقة تحتوي على جدول مقسم إلى عدة أقسام من أجل مناهضة الاعتقاد.
- ورقة تحتوي على جدول مقسم إلى عدة أقسام من أجل مناهضة تحقير الذات وتصغيرها .
- ورقة تحتوي على جدول مقسم إلى عدة أقسام من أجل مناهضة الحتمية واليأس.
- مجموعة من أقلام الرصاص حتى يساعد أفراد العينة على التسجيل وتدوين ملاحظاتهم.

زمن الجلسة:

سوف يتراوح ما بين 60- 90 دقيقة.

محتوى الجلسة:

أ - مناهضة الاعتقاد:

يبدأ الباحث بالحوار والمناقشة مع أفراد المجموعة حول بعض المعتقدات التي يتبناها بعض الناس بصفة عامة مثال: أن صناعة بلد ما أفضل من صناعة أي بلد آخر على الإطلاق، أو أن العباقرة والأذكىاء تشتهر بها دولة معينة... الخ. والهدف من هذه الأمثلة تقريب الفكرة وتوضيح الصورة.

بعد ذلك يشرح الباحث لأفراد العينة بأن هناك بعض الأفكار التي تكون خاطئة. ولا يكتشف أنها خاطئة إلى في وقت متأخر سوف يطلب المعالج من كل فرد من أفراد العينة كل واحد على حدة أن يتحدث عن بعض هذه الأفكار أو المعتقدات التي اكتشفوا إنها خاطئة وذلك بشكل عام في مختلف جوانب الحياة.

مثال: قول أحد أفراد العينة العلاجية:

- اكتشفت أن أحد الأصدقاء كان يريد مصلحتي لأنه كان ينصحتني دائماً ولم أكن أتقبل منه النصيحة لأنني اعتقدت اعتقاداً خاطئاً أنه يكرهني.

- شخص آخر: اعتقدت أن نوعاً من السيارات هو أفضل السيارات على الإطلاق لقد اكتشفت أن هذا الاعتقاد كان خاطئاً بعدما جربت نوع آخر من السيارات.

- فرداً آخر: اعتقدت أن من أدخلني إلى هذا المشفى كان يريد التخلص مني. ولكن اعتقادي كان خاطئاً..... الخ

يقوم الباحث بعد ذلك ببحث وتشجيع المجموعة على الحوار والمناقشة في ما هي المعتقدات أو الأفكار التي كنت تعتقد أنها صحيحة وخاصة فيما يتعلق بالإدمان بعد ذلك يقوم المعالج بطرح سؤال على أفراد العينة التجريبية وهو:

س: ما هي الفكرة التي كنت تعتقد بها أنها صحيحة والتي أدت إلى إيمانك ؟

سوف يأخذ الباحث لأجابه شفويًا من كل أفراد من أفراد العينة كل واحد على حدة.

مثال: قول أحد أفراد العينة: كنت أتوقع أنه بإيماني سوف أتخلص من المشكلات التي أواجهها. ولكن اكتشفت أن هذا الاعتقاد كان خاطئاً.
 يرد المعالج: لماذا كان هذا الاعتقاد برأيك كان خاطئاً.
 العميل: لأن المشكلات لم تحل بل بالعكس زادت بعد إيماني.
 الخ. يعمد الباحث إلى مناهضة هذه الاعتقادات عن طريق الحوار المنطقي والتشجيع وحث المجموعة عن التخلي عن هذه الأفكار اللاعقلانية .
 مثال: مثال تخيلي من المعالج مع أحد أفراد المجموعة.
 المعتقد الخاطئ المراد دحضه لدى أحد أفراد العينة هو التالي:
 (لا أستطيع تحمل ذلك عندما أشعر بنزوع ملح لأخذ المخدر أو الكحول في حين لا أرغب في تناوله).

المناهضة : (أنت لا تحب الشراب ، إذن لم لا تستطيع البقاء بدونه؟).

- المعتقد الخاطئ: إنه لمؤلم أن أمتنع.
 - المناهضة: (إن الامتناع عن تناوله مؤلم ، ولكن لماذا الامتناع عنه أمر مؤلم جداً؟)

- المعتقد الخاطئ: لأن الأمر هكذا.
 - المناهضة: إلا تكون سعيداً عندما تمتنع عنه ؟ ألا يوجد شيء آخر تستطيع الاستمتاع به إذا لم تتعاطى الأدوية المخدرة أو الكحول ؟
 - المعتقد الخاطئ: بلا، ولكن لا أستطيع أن أتمتع بالسعادة بما يجب أن يكون ؟
 - المناهضة: من أين أتيت بكلمة (يجب) أن يكون ؟
 - جواب المتعالج: أنني في الحقيقة ، أنني اختلقت هذا التعابير عن ذاتي أو من نفسي.
 - المعالج: إذن إذا ابتغيت أن تكون أكثر سعادة في حياتك ما عليك إلا أن تتوقف عن هذا الابتداع.

- سوف يقوم المعالج بنفس الدور مع كل فرد من أفراد العينة كلاً حسب طبيعته.
 بعد ذلك يقوم الباحث بتوزيع ورقة على أفراد العينة تحوي الورقة على جدول مقسم إلى أربعة أقسام وهي:

النتائج بعد عملية المناهضة وصف للانفعال الجديد وتحديد نسبته من 1-100%	الاعتقادات الجديدة (الاعتقادات الصحيحة)	المناهضة لماذا كنت تعتقد أنها صحيحة مناهض هذه التعابير وذلك بإضافة كلمة (لماذا)	الفكرة أو المعتقد الاعتقادات التي كنت تعتقد أنها صحيحة (الاعتقادات الخاطئة) المرتبطة بالإيمان
--	---	--	---

<p>- اكتشفت حقيقة بعض الأصدقاء - انخفض (القلق) أصبح نسبته حوالي 20% - انخفاض مستوى الإحباط بنسبة 30% الخ.....</p>	<p>اكتشفت بعد تجربتي أن هذه الأمر محض افتراء وكذب بل على العكس ينقص من قدرتي الجنسية</p>	<p>لأن أصدقائي أقنعوني بذلك.</p>	<p>مثال: اعتقد أن المخدر أو شرب الكحول يزيد قدرتي الجنسية.</p>
---	--	----------------------------------	--

جدول لرصد ومناهضة الاعتقادات الخاطئة

وسيتطلب الباحث من أفراد العينة كتابة بعض الأفكار أو الاعتقادات الخاطئة التي كانوا يعتقدون بصحتها من واقع حياتهم ومحاولات مناهضتها كما في الجدول السابق ثم كتابة المعتقدات الصحيحة. ويكون هذا واجب على أفراد العينة (واجب منزلي) مع التركيز على ما هو له علاقة بالإدمان.

ب- مناهضة تحقير الذات وتصغيرها:

سوف يقوم الباحث بتوضيح بعض المعتقدات التي يتبناها بعض الأفراد. والتي تؤدي بطريقة مباشرة أو غير مباشرة إلى الانتكاسة (الرجوع إلى الإدمان مرة أخرى) مثال: شعور الشخص الذي ينتكس (الرجوع إلى الإدمان مرة أخرى) (شرب كحول أو تعاطي مخدرات) شعوره بالحقارة والضعف. مثال آخر: شعور المدمن الذي ينتكس ويرجع إلى الإدمان بعد أن شفي منه بأنه شخص فاسد وحقير وإحساسة أنه لا يملك إرادة.

يعمد الباحث إلى إشراك أفراد العينة في المناقشة والحوار وذلك بتوجيه سؤال لكل أفراد العينة:

سؤال: من منكم أحس انه إنسان تافه وحقير عندما بداء بتعاطي المخدر أو شرب الكحول أو الرجوع إليه بعد التعافي؟

سوف يطلب الباحث من كل فرد من أفراد العينة كل واحد على حدة أن يتحدث عن شعوره وإحساسه عند بداية تعاطيه أو حتى عند رجوعه إلى تعاطي المخدر مرة أخرى؟ بعد ذلك يقوم الباحث ببحث وتشجيع المجموعة على الحوار والمناقشة في التعابير عن شعورهم وإحساسهم بالدونية والحقارة.

سوف يعمد الباحث المعالج إلى مناهضة هذا الشعور وذلك عن طريق رفع روح المعنوية بأفراد العينة وذلك بتوضيح لهم بأنكم لستم فاسدين صحيح أنكم قمتم بأعمال جنونية. وصحيح أن هذا العمل المقصود (إدمان الفرد) هو الذي جعلكم في حالة سيئة ولكنكم في المقابل لا بد أنكم عملت بعض الأشياء الحميدة الجيدة الأخرى. فإذا كنت حقاً فاسداً غارقاً في الفساد فسوف تعمل دائماً الأشياء المنكرة السيئة. وهذا بالطبع لا يمكن على مستوى الواقع. بل حتى ولو كان ذلك واقعياً فليس هذا دليل على أنك شخص سيئ.

سوف يعتمد الباحث إلى إشراك أفراد العينة بالمناقشة والحوار وذلك بتوجيه سؤال آخر:

سؤال: عدد بعض الأشياء الحميدة التي عملتها في حياتك؟

سوف يطلب الباحث من كل فرد من أفراد العينة كل واحد على حدة أن يتحدث عن بعض الأعمال الحميدة أو الذي يرى أن له دور فيها حتى لو كان عمالاً بسيطاً. وسوف يبحث المعالج أفراد العينة على التحدث عن أبسط الأعمال التي يراها أفراد العينة أنها غير مهمة. و تشجيعهم على ذكر المواقف التي فيها فخر واعتزاز بالنفس (كالكرم ، ومساعد المحتاج ، بر الوالدين... الخ من الأعمال الحميدة).

يعتمد الباحث إلى مناهضة هذه الاعتقادات (تحقير الذات) بتساؤل عن السبب وراء هذا الاعتقاد (تحقير الذات). وسوف يقوم المعالج بحث أفراد العينة على الحوار المنطقي والمناقشة. واستخدام تقنية الإقناع المنطقي لتخلي عن هذه الفكرة أو الاعتقاد.

مع ملاحظة هامة وهي: على الباحث المعالج في هذه الجلسة (مناهضة تحقير الذات وتصغيرها) أن لا يتناول بالذم أو الإهانة للمريض ولكن ذم عمله وفعلة.

بعد ذلك يقوم الباحث بتوزيع ورقة على أفراد العينة تحوي الورقة على جدول مقسم إلى

خمسة أقسام وهي:

عدد أو اذكر الأعمال السيئة التي قمت بها.	ما السبب الذي دفعك للقيام بالأعمال السيئة	أذكر شعورك وأنت تقوم بالأعمال السيئة وخاصة فيما يتعلق بتعاطي الكحول أو المخدر أو رجوعك للتعاطي بعد شفائك منه	عدد أو أذكر الأعمال الحميدة أو الحسنة التي قمت بها.	النتائج بعد عملية المناهضة وصف للانفعال الجديد وتحديد نسبته من 1-100%
مثال: - الإسراف في تعاطي الكحول. - الإدمان على المخدر. - سرقة الأشياء.... ..الخ	- بسبب أصدقاء السوء - لإثبات الرجولة - بسبب وقوعي تحت تأثير المخدر.... الخ	- كنت أشعر بالحقارة والدونية - كنت أشعر أنني مسلوب الإرادة. - كنت أشعر بالضعف - الخ	- وقوفي مع صديقي في أزمتة المالية - وقوفي بجانب زوجتي أو أمي في وعكثها الصحية - تصدقي للفقراء قبل التعاطي....	- اكتشفت حقيقة بعض الأصدقاء - انخفض (القلق) أصبح نسبته حوالي 20% - انخفاض مستوى للإحباط بنسبة 30% الخ

	الخ			
--	-----	--	--	--

جدول لمناهضة الاعتقاد بتحقير الذات ورفع روح المعنوية

سيطلب الباحث من أفراد العينة كتابة بعض الأعمال السيئة التي كانوا يقومون فيها. وما هو السبب الذي دفعهم للقيام بها. وتسجيل شعورهم وهم يقومون بهذه الأعمال ثم مناهضتها كما في الجدول السابق. ويكون هذا واجب على أفراد العينة (واجب منزلي) مع التركيز على ما هو له علاقة بالإدمان.

ج- مناهضة الحتمية واليأس:

سوف يقوم الباحث بإعطاء مقدمة بسيطة أو فكرة عامة عن اليأس بحيث تكون هي المدخل لهذه الجلسة حيث سيقوم المعالج بإعطاء فكرة عامة عن اليأس وتعريفه وشرح أهم النتائج المترتبة من الشعور باليأس والأضرار الناجمة عنه وذلك بلغة بسيطة. بعد ذلك يقوم الباحث بربط الموضوع بمشكلة الإدمان. حيث يبدأ المعالج بطرح سؤالاً للأفراد العينة:

سؤال: من منكم أحس أنه عندما عاد مرة أخرى إلى التعاطي أو أنه عندما كان في مرحلة الإدمان أحس أن وضعة ميئوس منه ؟

سوف يطلب الباحث من كل فرد من أفراد العينة كل واحد على حدة أن يتحدث عن شعوره وإحساسه عند تعاطيه أو حتى عند رجوعه إلى تعاطي المخدر مرة أخرى مع التركيز على مشاعر اليأس ؟

يقوم الباحث المعالج بعد ذلك بحث وتشجيع المجموعة على الحوار والمناقشة في التعابير عن شعورهم وإحساسهم.

سوف يقوم الباحث بتركيز على مناهضة فكرة (الحتمية واليأس) وذلك برفع الروح المعنوية لأفراد العينة وذلك عن طريق الحوار والمناقشة ومناهضة هذا المعتقد عن طريق الإقناع المنطقي. وذلك بان يزرع فيهم الأمل فيهم وحثهم إلى عدم فقد الأمل وأن الأفراد الذين حاول الامتناع عن الكحول أو المخدر وفشلوا في هذه المحاولات ليس هذا دليل على العجز ؟ كلا أن هذا يدل ويبرهن انك حاولت أن تمتنع عن التعاطي بل أن الصعوبة أو المشكلة تكمن في الامتناع. والصعوبة لا تعني الاستحالة ما لم تعتقد بذلك. وبالتالي أنه عندما تعتقدون أنه يستحيل عليك الإقلاع عن الكحول أو تعاطي المخدر تجد أن هذه القناعة صارت حقيقة. مثال لتوضيح الفكرة وهذا المثال افتراضي من الباحث:

المعتقد الخاطئ المراد دحضه هو:

(بما أنه يتعين علي ألا أشرب الكحول ثانية أو تناول المخدر ثانية ، وفعلت ما يجب أن لا أفعله لذا فأنا وضعي ميئوس منه)

- المناهضة: (كيف بإمكانك أن تقدم البرهان على أن الأمور تظل ثابتة لا يطرأ

عليها أي تبديل ؟)

- المعتقد الخاطئ: أنظر كم مرة حاولت الامتناع عن الكحول أو المخدر ولكن فشلت هذه المحاولات ، أليس هذا هو الدليل على أنني عاجز عن ذلك ؟
- المناهضة: كلا ، إن هذا يدل ويبرهن أنك لم تمتنع عن تعاطي الكحول أو المخدر بل إن الصعوبة في الامتناع هي التي تعترض ذلك. والصعوبة الكبيرة التي تؤمن بها لا تعني الاستحالة ، ما لم تعتقد كذلك ، وبالتالي أي عندما تعتقد أنه يستحيل عليك الإقلاع عن الكحول أو تعاطي المخدر تجد هذه القناعة حقيقة.
- جواب أحد أفراد العينة: قد تكون على حق ، سأفكر بما قلته لي. سوف يقوم المعالج بنفس الدور الذي قام به في الجلسات السابقة.
- بعد ذلك يقوم الباحث بتوزيع ورقة على أفراد العينة تحوي الورقة على جدول مقسم إلى أربعة أقسام وهي:

الاعتقاد الخاطئ أو مناهضة الإحساس أن وضعة ميؤوس منه (هل تحس أن وضعك ميؤوس منه)	ماذا تحس أن وضعك ميؤوس منه.	ما لدليل أو البرهان على أن وضعك ميؤوس منه	النتائج بعد عملية المناهضة وصف للانفعال لجديد وتحديد نسبته من 1-100%
مثال: نعم أحس أن وضعي ميؤوس منه.	- لأنني لا أستطيع ترك المخدر - لأنني مدمن من 5 سنوات الخ....	لا أدري لا يوجد الخ...	- انخفض (القلق) أصبح نسبته حوالي 20% - انخفاض مستوى اللإحباط بنسبة 30% الخ.....

جدول لرصد ومناهضة الاعتقاد بالحتمية واليأس وسيطلب الباحث من أفراد العينة كتابة بعض الاعتقادات السيئة ومنها الإحساس بأنه ميؤوس منه. وتسجيل الأسباب التي أدت إلى هذا الإحساس. مع إعطاء الدليل على ذلك. ووصف للانفعال الجديد مع محاولة رصده كما في الجدول السابق. ويكون هذا واجب على أفراد العينة (واجب منزلي) مع التركيز على ما هو له علاقة بالإدمان.

بعد ذلك سوف يتم توزيع استبيانات تقيس مقدار الاستفادة لكل فرد من أفراد العينة. مع ملاحظة أن هذه الاستبانة تعطى إلى المعالج مباشر بعد الإجابة عليها، وقبل خروج أفراد العينة من الجلسة التجريبية.

الجلسة العاشرة

أهداف الجلسة:

- مراجعة الواجبات التي أعطيت في الجلسة السابقة والرد على استفسارات أفراد العينة. وتقديم التعزيز عن طريق الشكر والثناء والمدح لأفضل أداء .
- إعادة التفكير بالمشكلة وذلك عن طريق:
 - أ- رؤية الشيء الجيد الحسن من خلال الشيء المزعج السيئ.
 - ب- التعامل مع الأمور السيئة مهما كانت الحادثة سيئة الوقع في انعكاساتها على المشاعر والسلوك.
- فتح السجل لرصد المشاعر من لذة و ألم.

الفنيات المستخدمة:

- الشرح المناقشة والحوار.
- الإقناع المنطقي.
- التشجيع والحث.
- الواجبات المنزلية.

الوسائل المستخدمة:

- السبورة وذلك من أجل الشرح والتبسيط.
- ورقة تحتوي على جدول مقسم إلى عدة أقسام من أجل رصد الحوادث السيئة وتحويلها إلى انفعالات أكثر إيجابية.
- ورقة تحتوي على جدول مقسم إلى عدة أقسام من أجل التعامل مع الأمور السيئة مهما كانت الحادثة سيئة الوقع في انعكاساتها على المشاعر والسلوك.
- ورقة تحتوي على جدول مقسم إلى قسمين من أجل رصد المشاعر من لذة و ألم.
- مجموعة من أقلام الرصاص حتى يساعد أفراد العينة التجريبية التسجيل وتدوين.

زمن الجلسة:

يتراوح زمن الجلسة من 60- 90 دقيقة.

محتوى الجلسة:

إحدى التقنيات التي سوف يحاول الباحث الأخذ بها. وهذه التقنية خاصة بالبنية المعرفية (الفكرية) التي يأخذها العلاج العقلاني الانفعال. وهي إظهار المتعالج كيف بإمكانه إعادة إدراكه أو فكرة حيال معتقده بمسألة منافية (سيئة مزعجة) تعد حادثة محرضة للتوتر والانزعاج بشكل يحول هذه الفكرة أو المعتقد إلى انفعال أكثر إيجابية عن طريق:

أ- رؤية الشيء الجيد الحسن من خلال الشيء المزعج السيئ.

حيث يحاول المعالج أن يظهر لأفراد العينة العلاجية كيف بإمكانهم النظر إلى الحوادث السيئة (الشيطنانية) فيقبلها ، ومن ثم يركز على العناصر الجيدة تنتبثق. وخير دليل على هذا

الأمر قوله عز وجل في الآية القرآنية الكريمة (وعسى أن تكرهوا شيئاً وهو خير لكم وعسى أن تحبوا شيئاً وهو شر لكم والله يعلم وأنتم لا تعلمون) (البقرة آية 216). ومن الأمثلة:

- أنه من سوء حظي أن أكون مدمن على الكحول أو المخدر ولكن إذا ما أمعنت النظر في هذا العمل أجد نفسي محظوظاً لأنني لم أخسر عملي الذي أعمل فيه.
- أن أرفض من قبل أهل خطيبي. أو من قبل خطيبي ، هذا الرفض قد يجنبني المسير نحو زواج متعثر ظهرت بوادره منذ الآن.
- رغم أنه ومن سوء الحظ أن أفصل من عملي ولكن إذا أمعنت النظر فقد لا أجد ما يغريني في هذا العمل بحيث أشعر بالخسارة إذا فقدته ، أو يعد كارثة لي. فالراتب قليل والترقيات نادرة. ولذا فأن خسارتي لهذا العمل ليس ما يجعلني أتأسف عليه كثيراً..... الخ

بعد ذلك سوف يقوم الباحث بحث وتشجيع أفراد العينة على الحوار والمناقشة. ثم يطلب المعالج من أفراد العينة كل واحد على حده أن يتحدثوا بشفافية عن المواقف التي مرت في حياتهم وكانوا يعتقدون أنها شر وأصبحت خيراً عليهم في حياتهم مع التركيز على الإدمان . بعد ذلك يقوم الباحث بتوزيع ورقة على أفراد العينة تحوي الورقة على جدول مقسم إلى ثلاثة أقسام هي:

النتائج بعد عملية إعادة أدراك وصف للانفعال لجديد وتحديد نسبته من 1-100%	الأمر الإيجابي الذي ممكن أن تستخلصه من هذه الحادثة.	الحادثة أو الحدث الذي تعتقد أنه سوف يكون أمر سيئاً بالنسبة إليك.
- انخـفض (القلق) أصبح نسبته حوالي 20% - انخفاض مستوى الإحباط بنسبة 30% الخ.....	ولكن إذا ما أمعنت النظر أجد نفسي محظوظاً أنني اكتشفت زيف بعض الأصدقاء. ولكن ما يخفف علي مصيبيتي أنني لم أفقد وظيفتي. الخ	مثال: - أنه لأمر مؤسف أن أكون مدمن على الكحول. - أنه لأمر مؤسف أن أكون من متعاطي الحشيش. الخ

جدول لرصد الحوادث السيئة وتحويلها إلى انفعالات أكثر إيجابية وسيطلب الباحث من أفراد العينة كتابة بعض الحوادث أو الأحداث السيئة في اعتقادهم. ومحاولة استخلاص الأمور الإيجابية التي من الممكن الاستفادة منها. ووصف للانفعال الجديد مع محاولة رصده كما في الجدول السابق. ويكون هذا واجب على أفراد العينة (واجب منزلي) مع التركيز على ما هو له علاقة بالإدمان.

ب- التعامل مع الأمور السيئة مهما كانت الحادثة سيئة الوقع في انعكاساتها على المشاعر والسلوك:

سوف يقوم الباحث إلى تشجيع أفراد العينة العلاجية في التعامل مع الحوادث الواقعة مهما كانت سيئة حيث سيحاول المعالج عن طريق الحوار والمناقشة إلى استبصار أفراد العينة في التعامل مع المشكلة وتصدي لها ، وذلك عن طريق تبديل نظرة العميل لهذه الحادثة المثيرة والمزعجة ، ويجعله أكثر رفضاً في ما يزعجه. أمثله:

● أن فقدان العمل أكثر من مرة قد يمنحك قوى التحدي والتصميم من أجل عقد النية في البحث عن عمل ملائم مستمر ومثمر ويتوافق مع ميولك.

● الإحساس بأنك على درجة كبيرة من الاضطراب قد يقودك هذا الإحساس وتلك المتاعب إلى البحث عن أسباب هذا الاضطراب والتفتيش عن المعتقدات الخاطئة التي تؤدي إلى خلق هذا الانزعاج والأخذ بتقنيات العلاج العقلاني-الانفعالي لتبديل هذه المعتقدات وإزالة هذا الاضطراب.

بعد ذلك يقوم الباحث بتوزيع ورقة على أفراد العينة تحوي الورقة على جدول مقسم إلى أربعة أقسام هي:

النتائج بعد عملية إعادة أدراك وصف للانفعال لجديد وتحديد نسبته من 1-100%	التعامل مع هذه الواقعة بكل إصرار وشجاعة ومقاومتها	انعكاس هذه الواقعة على مشاعرك (إحساسك تجاه الواقعة)	الحادثة أو الواقعة السيئة بالنسبة لك
النسبة من 1-100%			مثال:
- انخفض (القلق) أصبح نسبته حوالي 20%	- علي ألا أفقد الأمل. - علي ألا أحس بالفشل. الخ	- إحساسي باليأس. - إحساس بالفشل الخ	- إدماني على تعاطي الكحول. - - طردي من البيت الخ

جدول لرصد التعامل مع الأمور السيئة مهما كانت الحادثة سيئة الوقع في انعكاساتها على المشاعر والسلوك

وسيتطلب الباحث من أفراد العينة كتابة بعض الحوادث أو الأحداث السيئة في بالنسبة للفرد في اعتقاده. وإحساس الفرد من هذه الحادثة أو الواقعة. محاولة مقاومة هذه الحادثة أو هذه الواقعة ومناهضتها. ووصف للانفعال الجديد مع محاولة رصده كما في الجدول السابق. ويكون هذا واجب على أفراد العينة (واجب منزلي) مع التركيز على ما هو له علاقة بالإدمان.

فتح السجل لرصد المشاعر من لذة و ألم.

يبدأ الباحث بشرح مختصر ما للمخدرات والمسكرات من آثار وأضرار على مستوى الفرد أو العائلة أو المجتمع.

بعد ذلك يقوم المعالج بحث وتشجيع أفراد العينة على الحوار والمناقشة ثم يطلب المعالج وبشكل شفوي من أفراد العينة كل واحد على حده أن يذكر بعض الآلام والمعاناة التي كان يعاني منها كل فرد من أفراد العينة من خلال التجربة الشخصية لكل فرد أو من خلال رؤيته للتجارب المدمنين الآخرين.

مثال:

قول أحد أفراد العينة:

- فقدان الزوجة والأهل والأصدقاء.

قول أخرى لأحد الأفراد:

- الآلام التي تحدث عند فقد المخدر.

قول أخرى:

- الأداء السيئ.

قول أخرى:

- التعرض للحوادث.الخ

بعد ذلك يقوم الباحث بحث وتشجيع أفراد العينة على الحوار والمناقشة ثم يطلب المعالج وبشكل شفوي من أفراد العينة كل واحد على حده أن يذكر بعض الحسنات أو المميزات التي نجمت عن الإقلاع عن التعاطي من خلال التجربة الشخصية لكل فرد أو من خلال رؤيته للتجارب المدمنين الآخرين.

مثال:

قول أحد أفراد العينة:

- التمتع بالصحة الجيدة.

قول أخرى لأحد الأفراد:

- التفكير العقلاني السليم.

قول أخرى لأحد الأفراد:

- توفير المال.....الخ

بعد ذلك يقوم الباحث بتوزيع ورقة على أفراد العينة تحوي الورقة على جدول مقسم

إلى قسمين هي:

مميزات الإقلاع عن الخمر والأدوية المخدرة	شُرور أو نتائج شرب الخمر أو تعاطي المخدر ، آلام ، المشاحنات.
<ul style="list-style-type: none"> - التمتع بالصحة والنشاط. - سلامة التفكير والمنطق. - توفير المال واكتسابه. - احترام الناس لك. - التكيف مع الآخرين. - الاستفادة من الوقت في أشياء مفيدة. - التمتع بالنوم العادي السوي. - السيطرة على الذات. - الإحساس بالسعادة. - الخ 	<p>مثال:</p> <ul style="list-style-type: none"> أتصرف تصرفاً أرعن أو مجنوناً. أدائي يكون سيئاً أو غير متوازن. فقدان الأصدقاء المخلصين أو الصالحين. خسارة الزوج أو الزوجة. خسارة العمل أو فقدان الترقية في العمل. ضياح الوقت. التعرض للحوادث. الدخول في المشاجرات والعداوات والخصومات. ما يترتب من إجراءات قانونية عند اقتضاح الأمر. تبديد المال على المخدر والكحول. - خسارة الصحة البدنية والنفسية. - الخ

جدول لرصد المشاعر من لذة وألم

وسيطلب الباحث من أفراد العينة كتابة بعض شرور أو نتائج شرب الخمر أو تعاطي المخدر ، آلام ، المشاحنات أو الحوادث أو الأحداث السيئة جراء تعاطيه. ثم كتابة مميزات الإقلاع عن الخمر أو المواد المخدرة. ويكون هذا واجب على أفراد العينة (واجب منزلي) مع التركيز على تدريب أفراد العينة العلاجية كيف يسجلون ويرصدون في دفتر يومي الآلام والمعاناة الناجمة عن إدمانهم والمسرات المترتبة عن الإقلاع عن الإدمان ، ومن ثم يطلب منهم قراءة هذه النقاط التفاضلية المقارنة عدة مرات يومياً. كما في المثال السابق.

بعد ذلك سوف يتم توزيع استبيانات تقيس مقدار الاستفادة لكل فرد من أفراد العينة. مع ملاحظة أن هذه لاستبانته تعطى إلى المعالج مباشر بعد الإجابة عليها، وقبل خروج أفراد العينة من الجلسة التجريبية.

الجلسة الحادية عشر

أهداف الجلسة:

- مراجعة الواجبات التي أعطيت في الجلسة السابقة والرد على استفسارات أفراد العينة. و تقديم التعزيز عن طريق الشكر والثناء والمديح لأفضل أداء.
- مساعدة أفراد العينة على التعبير عن المشاعر وتفريغها والكشف عنها وذلك بواسطة أداء الأدوار.

الفنيات المستخدمة:

- المحاضرة البسيطة.
- المناقشة والحوار.
- العلاج التوجيهي الفعال.
- التشجيع والحث.
- أداء الأدوار.
- الواجبات المنزلية.

الوسائل المستخدمة

- بعض السيناريوهات التي تكون جاهزة من أجل الشرح والتبسيط.
- ورقة تحتوي على جدول لرصد ومناهضة السلوك عن طريق لعب الأدوار.
- مجموعة من أقلام الرصاص حتى يساعد أفراد العينة العلاجية التسجيل وتدوين.

زمن الجلسة:

يتراوح زمن الجلسة من 60- 90 دقيقة.

محتوى الجلسة:

يقوم الباحث في هذه الجلسة بشرح المقصود بلعب الأدوار. وهي عبارة عن التعابير عن المشاعر وتفريغها والكشف عنها. ويأخذ صورة تبديل المعتقدات الخاطئة التي هي سبب المتاعب ويحاول تصحيحها. كما أن لعب الدور يساعد المريض على التصرف تصرفاً أكثر فعالية في الحياة الواقعية وبتكرار الأدوار من أجل ترسيخ السلوك التكيفي المطلوب أو المرغوب.

بعد ذلك يقوم الباحث بتوجيه سؤال إلى أفراد العينة وهو كالتالي:

س – من منكم يشعر أو يعاني من القلق مرتفع عند مواجهة فرداً معين أو شخصاً محدداً كمسئولك في العمل المدير مثلاً أو أحد الوالدين كأبيك مثلاً .. الخ ؟

سوف يطلب الباحث شفويًا من كل فرد من أفراد العينة الإجابة كل واحد على حدة. ثم يختار المعالج أحد أفراد العينة وليكن الفرد يعاني من القلق المرتفع لدى مقابته مع رب العمل (المدير) أو رئيس الشركة مثلاً. فأن على الباحث أن يلعب دور رئيس الشركة أو المدير. ويلعب المفحوص أو العميل دور طالب الخدمة ويبدأ الباحث بتوجيه الأسئلة للمفحوص كأنه المدير فعلاً. بعدها يبدأ الباحث بتوجيه ملاحظاته للمفحوص مثل التردد في الإجابة. تسلسل الحديث الاتساق في الإجابة... الخ. سوف يحاول الباحث إشراك أفراد العينة بتوجيه الملاحظات وإشراكهم في الحوار والمناقشة.

يرى الباحث معد البرنامج أن يتبادل الأدوار مع أفراد العينة كما في المثال السابق كأن يأخذ العميل أو المفحوص دور المدير والمعالج دور طالب العمل لكي تتيح له المشاركة الفعالة. بعد استيعاب المجموعة لأفكار هذه الجلسة سوف يقوم الباحث بتقسيم المجموعة إلى قسمين وسيطالب من كل مجموعة أداء دور تمثيلي (مسرحي) بحيث يكون من تأليفهم سوف يمهلون بعض الوقت ثم يؤدونه في نفس الجلسة بعد ذلك يقوم الباحث بعد انتهاء الدور التمثيلي بالتعليق على هذا المشهد من أخطاء من أن الإجابة أو الموقف لم يكن منطقيًا مثلاً أو أن أداء الدور لم يكن بذات الفعالية مثلاً.... الخ من الملاحظات التي يرى الباحث أنها تخدم العملية العلاجية ، سيتم الحوار والمناقشة على هذه الملاحظات بين المعالج وأفراد العينة ، يكرر المعالج نفس الشيء مع المجموعة الأخرى.

بعد ذلك يطلب الباحث من كل المجموعتين أن يقوموا بمشهد متكامل وذلك بعد أخذ الملاحظات التي وجهت لكل المجموعتين في الحسبان. ويطلب المعالج أيضاً من كلا المجموعتين أن يقوموا بمشهد كامل متكامل يكون كل فرد من أفراد العينة دوراً فيه (أي يشترك فيه جميع أفراد العينة) ويكون هذا المشهد أو الدور التمثيلي له علاقة بالإدمان مثال: كيفية مكافحة الإدمان أو مقاومته أو الأسباب التي تؤدي إليه..... الخ. ويكون هذا واجب للمجموعة ككل يحضرونه ويؤدون أدواره ويمثلونه قبل الجلسة القادمة كواجب منزلي.

يقوم الباحث بعد ذلك بتوزيع ورقة تحتوي على جدول مقسم إلى ثلاثة أقسام على أفراد المجموعة:

النتائج بعد عملية لعب الأدوار وصف للانفعال الجديد وتحديد نسبته من 1-100%	أداء لعب الأدوار كما في التمرين السابق	ما هو الشيء الذي تحس بالقلق مرتفع عند مواجهته
- إنخفاض (القلق) أصبح نسبته حوالي 20% - انخفاض مستوى اليأس بنسبة 30%الخ	أداء التمرين السابق بأن يعمل الدور المسرحي (أداء الأدوار) عند مواجه أحد الوالدين بالتعاون مع باقي أفراد المجموعة	مثال: شخص يعاني من القلق المرتفع عند مواجهت فرد معين وليكن مثلاً أحد الوالدين.

جدول لرصد ومناهضة السلوك عن طريق لعب الأدوار

سوف يقوم الباحث بأن يطلب من أفراد العينة العلاجية أن يختار كل فرد موقف من المواقف الذي يحس الفرد بأنها ترفع مستوى القلق بطريق تمنعه من أداء الشيء المطلوب (أي أنه تعيق تقدمه) لتكون هدف تعامله معه ، ويتمرن على أداء التمرين أي (أداء الأدوار) مع باقي المجموعة . بعد ذلك يتم وصف للانفعال الجديد مع محاولة رصده كما في الجدول السابق.

بعد ذلك سوف يتم توزيع استبيانات تقيس مقدار الاستفادة لكل فرد من أفراد العينة. مع ملاحظة أن هذه لاستبانته تعطى إلى المعالج مباشر بعد الإجابة عليها، وقبل خروج أفراد العينة من الجلسة التجريبية

الجلسة الثانية عشرة

أهداف الجلسة:

- 1) تحويل اهتمام أفراد العينة التجريبية وذلك عن طريق تشتيت الذهن.
- 2) اللجوء إلى التعامل والتصدي للأحاديث غير العقلانية وغير المنطقية بأحاديث ذاتية وعقلانية.

الفنيات المستخدمة:

- المحاضرة البسيطة.
- المناقشة والحوار.

- العلاج التوجيهي الفعال.
- التشجيع والحث.
- الواجبات المنزلية.

الوسائل المستخدمة:

- ورقة تحتوي على جدول لرصد ومناهضة السلوك عن طريق عملية تشتيت الذهن.
- مجموعة من أقلام الرصاص حتى يساعد أفراد العينة التجريبية للتسجيل وتدوين زمن الجلسة:

يتراوح زمن الجلسة من 60- 90 دقيقة.

محتوى الجلسة:

سيقوم الباحث بشرح الهدف عملية تشتيت الذهن وهي:

1) تحويل اهتمام أفراد العينة التجريبية الذين يخافون من الآخرين (أي يطلب أن يتقبله الآخرون) إلى اهتمامات أخرى كأنشطة العمل أو إكسابه هوايات جديدة أو تنمية بعض الهوايات التي يمتلكها الفرد. وتشتيت الذهن من العناصر المهمة حتى لا ينشغل الفرد (المفحوص) بتلك المطالب.

بعد ذلك سوف يعتمد الباحث إلى إشراك أفراد العينة بالمناقشة والحوار وذلك بتوجيه

سؤال:

س: دد بعض الهوايات التي تحب أن تمارسها في وقت الفراغ ؟

سوف يطلب من أفراد المجموعة الإجابة على السؤال كل واحد على حدة من أفراد العينة التجريبية.

بعد ذلك يقوم الباحث بتوزيع ورقة تحتوي على جدول مقسم إلى ثلاثة أقسام على أفراد

المجموعة:

النتائج	مارس عملية تشتيت الذهن مثل أن تمارس هواية من هواياتك	حدد وقت اشتياقك للمخدر أو المسكر بالتاريخ والساعة
بعد الانتهاء من ممارسة الهواية وصف للانفعال الجديد وتحديد نسبته من 1-100%		

اليوم	التاريخ	الساعة		
مثال: الاثنين	12/23	8:25	سوف أمارس هواية الخط	- إنخفاض (القلق) أصبح نسبته حوالي 20%
السبت	12/28	9:40	سوف أمارس هوايتي وهي الرسم....الخ	- انخفاض مستوى اليأس 30% .. الخ
...الخ	1425هـ	نهاراًالخ		

جدول لرصد ومناهضة السلوك عن طريق عملية تشتيت الذهن

سوف يطلب الباحث من أفراد العينة أن يحدد كل فرد وقت اشتياقه للمخدر أو المسكر وذلك باليوم والتاريخ ثم بعد ذلك يمارس الفرد عملية تشتيت الذهن مثل الهوايات أو التركيز باهتمامات محببة للفرد. وبعد الانتهاء من ممارسة الفرد لهذه الهواية سيقوم بوصف للانفعالات الجديدة للفرد الموضح كما في الجدول السابق. ويرى معد البرنامج أن يشجع أفراد العينة العلاجية على تنمية هواياتهم وتكون أحد الواجبات المنزلية.

(2) اللجوء إلى التعامل والتصدي للأحاديث غير العقلانية عن طريق الأحاديث مع الذات العقلانية المنطقية:

بعد ذلك يقوم الباحث بتوضيح أهمية التخلي عن المعتقدات الخاطئة ، أو التعامل مع تلك المعتقدات الخاطئة ، وذلك عن طريق تبديل الحديث مع الذات ، أي مناهضة المعتقد تخلياً، وهذا يساعد أفراد العينة على السيطرة على شرب الكحول أو المخدرات وعلى مشكلاته الانفعالية والسلوكية بدون اللجوء إلى تعاطي الكحول أو المخدر. فمثلاً سوف يطلب من أفراد العينة المدمنين محاكاة المناهضة للمعتقد الخاطئ بالأحاديث مع الذات المذكورة للشخص المدمن ، وإذا لم يفلحوا في ذلك أو لم يستوعبوا الهدف من ذلك. أو رأى بعضهم أن هناك خجل من القيام به ، فسوف يمكنك أن نقترح عليهم أمثاله خاصة بالأحاديث مع الذات حتى يستوعب أفراد العينة الهدف من ذلك.

بعد ذلك يقوم الباحث بتوزيع ورقة تحتوي على جدول مقسم إلى ثلاثة أقسام على أفراد المجموعة:

النتائج	الأفكار الصادرة أو المضادة للمعتقدات الخاطئة.	لأفكار الصادرة من الذات وتكون غير عقلانية أو مضادة للمعتقدات.
بعد عملية مناهضة الأفكار الخاطئة وصف للانفعال الجديد وتحديد نسبته من 1-100%		

<p>- انخفض (القلق) أصبح نسبته حوالي 20% انخفاض مستوى اليأس بنسبة 30%..... الخ</p>	<p>من صعب أن ارضي جميع الناس. من يحاسبني من أجل ماضي أو من أجل خطأ فإن هذا سوف يعطيني دافع أكبر من أجل أن أحاول تحسين صورتي. الخ</p>	<p>مثال: لماذا الناس يحاولون تجاهلي. الخ</p>
---	--	--

جدول لرصد ومناهضة السلوك عن طريق عملية التعامل والتصدي للأحداث ذات الغير العقلاني

حيث يطلب الباحث من أفراد العينة أن يكتب كل واحد منهم الأفكار الصادرة غير عقلانية والأفكار الصادرة أو المضادة للمعتقدات الخاطئة على هذا الجدول أو على بطاقات، أو يسجل هذه المقولات على شريط صوتي (كاسيت).

وسوف يطالب الباحث من أفراد العينة أن يقوموا بترديد الأفكار المضادة للمعتقد الخاطئ أو غير العقلاني حيث يقوم كل فرد من أفراد العينة بترديد هذه الاعتقادات المضادة المناهضة للأفكار الخاطئة على ذاته أو يتم ترديد هذه العبارات سواء كانت مسجلة على شريط صوتي أو المكتوبة على الجدول كما في الجدول السابق عدة مرات يومياً كواجب منزلي.

بعد ذلك سوف يتم توزيع استبيانات تقيس مقدار الاستفادة لكل فرد من أفراد العينة. مع ملاحظة أن هذه لاستبانه تعطى إلى المعالج مباشر بعد الإجابة عليها، وقبل خروج أفراد العينة من الجلسة التجريبية

الجلسة الثالثة عشرة

أهداف الجلسة:

- التدريب على أهمية استخدام النكته والمزاح.
- التدريب على التقنيات التنقيفية السيكولوجية المستخدمة في العلاج العقلاني- الانفعالي.

الفنيات المستخدمة

- المحاضرة البسيطة.
- المناقشة والحوار.
- العلاج التوجيهي الفعال.
- التشجيع والحث.
- الواجبات المنزلية.

الوسائل المستخدمة:

- سوف يتم توزيع بعض النشرات الإرشادية المتعلقة بالقلق.
- توزيع بعض الأشرطة الدينية أو التعليمية سواء كانت مرئية أو صوتية لكي يستفيد أفراد العينة.
- توزيع بعض الكتب التي يرى الباحث أنها تفيد أفراد العينة.

زمن الجلسة:

يتراوح زمن الجلسة من 60- 90 دقيقة.

محتوى الجلسة:

يبدأ الباحث بمقدمة وذلك بسرد نكتة أو طرفة على أفراد العينة ثم يبين المعالج لأفراد العينة أهمية استخدام النكتة والمزاح من أضعاف للمعتقدات الخاطئة عند المدمن وخاصة المدمن الجدي المفرط في حديثه وعبوسه. فالعلاج العقلاني الانفعالي من هذه الوجه يرى أن الاضطراب الانفعالي عند الناس يعود بجزء كبير منه إلى كونهم ينظرون إلى أفكارهم نظره صارمة ويبالغون في الجدية بحيث يفقدون الشعور بالمرح والمزاح والنكتة. ولأن الدعابة تعتبر مضاد للاضطراب السلوك نظراً لأن في الدعابة انفعالا قوياً إضافة إلى عنصر فكري و معرفي.

بعد ذلك سوف يطلب الباحث من أفراد العينة كل واحد عل حده بسرد نكتة أو طرفة أو موقف مضحك حصل له أو طرفة سمعها.

ثم يطلب الباحث من أفراد العينة أن يحضر كل شخص ثلاثة نكت أو طرائف كحد أدنى كواجب منزلي لكي يلقياها في الجلسة القادمة.

-التقنيات التنقيفية السيكولوجية المستخدمة في العلاج العقلاني- الانفعالي.

من المعلوم أن العلاج العقلاني – الانفعالي هو ملائم للعلاج الفردي والجماعي ، كما وأنه بدأ يأخذ طريقة ليكون أيضاً من وسائل التنقيف النفسي من الكتب والنشرات ، والأشرطة الصوتية عن هذا العلاج. ونجد أيضاً هذا النوع من العلاج يسوق في وسائل الأعلام المختلفة في الولايات المتحدة الأمريكية إن كانت تحت مسميات مختلفة مثل. كيف تعيش مع الشخص العصابي؟ (Ellis 1957) ، وممارسة الجنس دون شعور بالإثم (Ellis 1958) ، والدليل نحو السعادة الشخصية (Ellis , Barper 1982).

ومن الملاحظ أن الأسواق الغربية تعج بالأشرطة الصوتية العلاجية التي تساعد المدمنين على الكحول والمخدرات على التغلب على القلق والاكتئاب. وكيفية مقاومة الاضطرابات التي غالباً ما تؤدي إلى انتكاس المريض ورجوعه ، وسوف يحاول الباحث الحصول على بعض هذه الأشرطة الناطقة باللغة العربية أو المقننة على البيئة العربية، من أجل عرضها على إدارة المستشفى من أجل الموافقة، على إعطاءها الأفراد العينة العلاجية. أيضاً سوف يحاول المعالج أن يقوم بتوزيع بعض الإرشادات والكتب أو حتى توزيع بعض الأشرطة الكاسيت التي تعمل على تخفيض القلق مثال: كتاب (كيف تتغلب على القلق) (طرق مبتكرة للتخلص من القلق

فوراً في أقل من 60 ثانية) مع ملاحظة مهمة أن هذه الكتب سوف يتم عرضها على الدكتور المشرف وعلى إدارة المستشفى من أجل الموافقة عليها.
بعد ذلك سوف يتم توزيع استبيانات تقيس مقدار الاستفادة لكل فرد من أفراد العينة. مع ملاحظة أن هذه لاستبانه تعطى إلى المعالج مباشر بعد الإجابة عليها، وقبل خروج أفراد العينة من الجلسة التجريبية.

الجلسة الرابعة عشرة الختامية

أهداف الجلسة:

- تطبيق مقياس القلق على أفراد العينة التجريبية وكذلك على أفراد العينة الضابطة (القياس البعدي).
- تطبيق مقياس الأفكار غير العقلانية على أفراد العينة التجريبية وكذلك على أفراد العينة الضابطة (القياس البعدي).
- تقييم ما تم إنجازه خلال الجلسات السابقة.

الوسائل المستخدمة:

- مقياس القلق.
- مقياس الأفكار غير العقلانية
- استمارة لتقييم البرنامج.

زمن الجلسة:

تستغرق الجلسة ما بين 60- 90 دقيقة.

محتوى الجلسة:

يطلب الباحث من كل فرد من أفراد العينة كل واحد على حده أن يبدي رأيه في البرنامج بمنتهى الصراحة ، حتى يمكن الوقوف على نقاط القوة والضعف.
بعد ذلك يقوم الباحث بتطبيق مقياس القلق على أفراد العينة التجريبية وكذلك على أفراد العينة الضابطة (القياس البعدي). للتعرف على مدى فاعلية البرنامج في خفض مستوى القلق لديهم.
بعد ذلك يقوم الباحث بتطبيق مقياس الأفكار غير العقلانية على أفراد العينة التجريبية وكذلك على أفراد العينة الضابطة (القياس البعدي).
بعد ذلك يقوم الباحث بتوزيع ورقة تحتوي على جدول مقسم إلى عدة أقسام يوزع الجدول على أفراد العينة العلاجية:

هل حقق البرنامج من وجه نظرك أهدافه.		ماهي أفضل الجلسات بالنسبة لك.	ما هي نقاط ضعف البرنامج.	ما مدى استفادتك من البرنامج.	ما رأيك في البرنامج.	
نعم				ممتاز		ممتاز
لا				جيد جدا		جيد جدا
إذا كانت الإجابة (لا) فأرجو التوضيح لماذا.				جيد		جيد
				مقبول		مقبول
				ضعيف		ضعيف

استمارة تحتوي على جدول لتقييم البرنامج

يطلب الباحث من أفراد العينة أن يملوا الاستمارة حيث يحوي الجدول على آرائهم في البرنامج. وذلك بأن يضع علامة على الإجابة التي يراها أنها مناسبة له. وذلك في العمودين الأولين. وأيضا وضع علامة في العمود الأخير وفي حالة اختيار الإجابة با (لا) في العمود الأخير فأن على الفرد أن يوضح سبب هذا الاختيار. أما في العمود الثالث فعلى الفرد أن يوضح ما هي عيوب البرنامج من وجه نظرة أما في العمود الرابع يجيب الفرد عن أفضل الجلسات من وجه نظرة. مع ملاحظة أن هذا الإجابة على هذه الاستمارة ستكون في وقت الجلسة حيث سوف يعطى أفراد العينة الوقت للإجابة على هذه الاستمارة ولن يخرج أفراد العينة إلا بعد الإجابة على هذه الاستمارة.