

فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف قلق المستقبل
لدى عينة من المراهقين ذوي كف البصر

دكتور

محمد محمد السيد عبد الرحيم
مدرس الصحة النفسية
كلية التربية-جامعة بني سويف

قبول نشر



مقدمة:

يمثل مستقبل الفرد واستشرافه آفاقاً رحبة للرجاء ينطلق فيها متجاوزاً حدود "هنا والآن"، ومساحة للتخطيط ووضع الأهداف ومحاولة تحقيقها. وقد يأخذ هذا المستقبل معان إيجابية أو سلبية، ولكنه يرتبط في الحالتين بالقلق، الذي قد يكون دافعياً فيؤدي إلى بذل الجهد لتحقيق الأهداف، أو مرضياً فيؤدي إلى نتائج سلبية على المستويين الشخصي والاجتماعي، وذلك وفقاً للمنظور المستقبلي للفرد، والذي يتشكل في ضوء عمليات معرفية وانفعالية عديدة. ولا يعني هذا أن القلق الدافعي والقلق المرضي بديلان، فقد يخبرهما المرء في وقت واحد، ولكن إذا زادت الأفكار والصور الذهنية السلبية تجاه المستقبل، فإننا عندئذ أمام قلق المستقبل. حيث يعيش كثير من الناس المستقبل في الحاضر، ويحسون فقدان المرتقب كما لو كان واقعاً، ويطلق أرون بيك (٢٠٠٠، ٥٢) على هذه الحالة "مصطلح الفقدان الافتراضي" hypothetical loss، والذي يعني أن الفرد يعامل الخسارة الممكنة كما لو كانت حراماً حقيقياً.

وتشكل البيئة المحيطة بالشخص الذي لديه كف بصر - بشقيها المادي والاجتماعي - عديداً من التحديات، خاصة إذا كانت بيئة معقدة أو تتسم بالجدّة، ولا تراعي الحدود التي تفرضها الإعاقة. فالاهتداء إلى طريق سيسلكه يعد سلوكاً محفوفاً بالمخاطر، وكذلك فإن إقامة علاقة جديدة تمثل صعوبة بالنسبة إليه، لذلك فإن إدراكه للصعوبات التي تفرضها البيئة - التي أعدت في الأساس للشخص العادي - قد يستثير لديه قلق من المستقبل أكثر حدة من أقرانه المبصرين.

وفي هذا السياق يصبح من الضروري اكتشاف ما الذي يعنيه المستقبل للمراهق الذي لديه كف بصر، ورصد المتغيرات أو العوامل التي تشكل صوراً ذهنية أو أفكاراً سلبية والتي تؤدي بدورها إلى استجابات سلبية غير مرغوب فيها في الحاضر وتجاه المستقبل. فالرؤية المعرفية للمستقبل هي الحاسمة في هذا النوع من القلق، فالإدراكات المعرفية والعقلية المتعلقة بالمستقبل هي مثيرات قلق المستقبل، ويمكنها أن تكون أسباباً حقيقية لانفعالات معينة، ونتيجة لذلك فإنه يعد قلقاً واعياً يدرك فيه المرء بالفعل ما يخاف منه. ولذلك فإن العلاج المعرفي السلوكي هو من المداخل العلاجية المناسبة لهذا النوع من القلق نظراً لطبيعته المعرفية الواضحة.

ويحاول البحث الحالي استكشاف جوانب قلق المستقبل لدى المراهق الذي لديه كف بصر، ومحاولة تخفيف حدته باستخدام برنامج للتدخل قائم على العلاج المعرفي-السلوكي.

مشكلة البحث:

في تفاعل للباحث مع أبنائه من طلاب الجامعة، كان له حوار مع بعضهم ممن لديهم كف بصر، وقد تطرق الحديث إلى الحياة الجامعية والاستذكار والامتحانات. وقد تحدثوا عن أشياء كثيرة تورقهم، ولكن ما يؤرقهم بشدة هو الامتحانات، لأنه من غير المسموح الكتابة بطريقة برايل التي يتقنها، وعليهم أن يملوا إجاباتهم لشخص لا يعرفون عنه شيئاً، وتدور في ذهنهم أسئلة كثيرة تستثير القلق بداخلهم من قبيل: هل سيكون هذا الشخص أميناً في كتابة ما سيقولونه؟ وفي حالة توفر الأمانة، هل سيسمع كل ما يقال؟ وفي حالة سماعه، هل سيكتب ما يقال بطريقة صحيحة؟ وهل سيتوفر لهم الوقت الكافي للمراجعة، للتأكد من أن ما قالوه قد تم كتابته؟ وهل سيتذكروا ما قالوه مرة أخرى كي يعيدوه على من يكتب؟ ... الخ. وبالتأمل فيما قيل، يمكن استنتاج أن هناك قلقاً نوعياً من الامتحان لدى الشخص الذي لديه كف بصر.

ونظراً لقلّة أعداد الطلاب الذين لديهم كف بصر في الجامعة، توجه الباحث لإحدى مدارس النور للمكفوفين، وأجرى مقابلة مع بعض الأخصائيين والموجهين العاملين بالمدرسة، لسؤالهم عن الامتحانات، وحالة الطلاب قبلها وأثناءها. وقد كانت المفاجأة أنه لا يوجد لديهم في الغالب قلق امتحان، فهم لا يخافون من الرسوب، ولكنهم قد يخافون من النجاح، خاصة طلاب المرحلة الثانوية، فالنجاح يعني الخروج من المدرسة.

ومن خلال التفاعل المباشر مع مجموعة من الطلاب الذين لديهم كف بصر بالمرحلة الثانوية، ومع القائمين على رعايتهم، تبين أن لدى بعض المراهقين الذين لديهم كف بصر مخاوف محددة من المستقبل، منها ما هو متعلق بالحياة الجامعية، ومنها ما هو متعلق بالحصول على فرصة عمل مناسبة في المستقبل، وأخيراً ما هو متعلق بالزواج وتكوين أسرة، وأن هذه المخاوف من المستقبل قد أثرت سلباً - في رأي القائمين على الرعاية - في دافعيتهم للنجاح والانتقال للحياة الجامعية بشكل خاص أو الانتقال للمستقبل بشكل عام.

وتؤكد كثير من الدراسات (سيرد ذكرها في الإطار النظري والدراسات السابقة) أن القلق ينتشر بصورة أكبر بين المعاقين بصرياً بشكل عام مقارنة بأقرانهم المبصرين، وإنه كلما ارتفعت درجة القلق زادت المشكلات التي تواجه المعاقين بصرياً عند دمجهم مع العاديين (Agrawal, 1992). فقد أشارت دراسة كل من "موريس، وهيدين" (Muris & Heiden, 2006) إلى أن ذوي القلق المرتفع يتوقعون أحداثاً سلبية في المستقبل، وبشكل خاص تلك التي تتعلق بذواتهم، مقارنة بذوي القلق المنخفض. كما أكدت دراسة "تشابن" (Chapin, 2007) على

هذا المعنى، حيث توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين قلق المستقبل وقلق السمة لدى طلاب الجامعة.

ومن هنا يمكن ملاحظة أن قلق المراهق الذي لديه كف بصر المقيم في مدارس النور للمكفوفين يمكن أن ينتج عن سببين أساسيين الأول: لكونه مراهق، فالقلق بشكل عام سمة مميزة لهذه المرحلة النمائية، والثاني: لكونه أعمى مقيم في مؤسسة رعاية. فالإعاقة وأسلوب الرعاية والمرحلة العمرية تفرض عليه أنواعاً خاصة من القلق قد يكون من بينها قلق من المستقبل. وبالنظر في البحوث التي تناولت خصائص وحاجات ومشكلات الذين لديهم كف بصر، لم يتمكن الباحث من التوصل إلى أي بحث تناول قلق المستقبل أو الخوف من المستقبل لدى الذين لديهم كف بصر. والدراسات التي تناولت قلق المستقبل، كانت قاصرة على طلاب المرحلة الثانوية أو الجامعية من العاديين، وهي تعكس بشكل أو آخر الجوانب المميزة لقلق المستقبل لدى هذه العينات، خاصة وأن قلق المستقبل كما يشير زاليسكي (Zaleski, 1996) يستلزم حالة ذاتية يكون فيها المستقبل الشخصي في خطر، وهو لب مفهوم قلق المستقبل.

وتأسيساً على ما تقدم يمكن أن تتلخص مشكلة البحث في السؤالين التاليين:

- ١- ما مكونات قلق المستقبل لدى المراهقين ذوي كف البصر؟
- ٢- ما فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف قلق المستقبل لدى المراهقين ذوي كف البصر؟

أهداف البحث:

يهدف البحث إلى:

- ١- إعداد مقياس لقلق المستقبل لدى المراهقين ذوي كف البصر، وتحويله من صورة مبصر إلى طريقة برايل.
- ٢- إعداد برنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف حدة قلق المستقبل لدى المراهقين ذوي كف البصر بالمرحلة الثانوية، والتحقق من مدى فاعليته.

أهمية البحث:

ترجع أهمية البحث إلى أهمية موضوع قلق المستقبل لدى المراهق الذي لديه كف بصر، فلقلق في علم النفس الحديث - بشكل عام - مكانة بارزة، فهو المفهوم المركزي في علم الأمراض النفسية والعقلية، والعرض الجوهري المشترك في الاضطرابات النفسية، بل وفي أمراض عضوية شتى. كما يعد القلق محور العصاب وأبرز خصائصه، بل يعتبر أكثر فئاته شيوعاً وانتشاراً حيث يسهم في تكوين من ٣٠ إلى ٤٠% من الحالات التي تعاني من

الاضطرابات العصابية تقريباً. كما أنه السمة المميزة لعدد من الاضطرابات السلوكية والذهان (أحمد محمد عبد الخالق: ١٩٨٧، ٢٦).

كما يعد مفهوم قلق المستقبل توجهاً جديداً في بحوث القلق، فقد تناولت بحوث علم النفس - على نطاق واسع - قلق الماضي past anxiety أو توقع القلق anticipatory anxiety، وتناولت قليل من البحوث موضوع الخوف من زمن المستقبل distant future أو قلق المستقبل (Rappaport, 1991). ويشير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (A.P.A., 2005)، إلى أن هناك أنواعاً محددة للقلق وهي: اضطراب الهلع مع أو بدون مخاوف الأماكن المفتوحة، مخاوف من الأماكن المفتوحة مع أو بدون تاريخ لاضطراب الهلع، مخاوف نوعية بما فيها المخاوف الاجتماعية، اضطراب الوسواس القهري، اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، اضطراب الضغوط الحاد، اضطراب القلق العام، اضطراب القلق الناتج عن حالة طبية عامة، اضطراب القلق الناتج عن تعاطي مواد مخدرة، اضطراب قلق غير محدد. وبالنظر في هذه الأنواع المختلفة من القلق يتضح أن قلق المستقبل ليس من بينها، مما يشير إلى حداثة تناول هذا النوع من القلق في علم النفس، وبالتالي أهمية إلقاء الضوء على هذا التوجه الجديد من خلال هذا البحث.

وبالإضافة إلى ذلك فدراسة القلق عند المراهق الذي لديه كف بصر أهمية خاصة، حيث أشارت عدد من الدراسات إلى ارتفاع مستوى القلق لديه مقارنة بأقرانه المبصرين، كما ترجع أهمية الدراسة إلى تقديم مقياس لقلق المستقبل لدى المراهقين ذوي كف البصر، فضلاً عن تقديم برنامج علاجي معرفي سلوكي يمكن أن يساهم في تخفيف حدة قلق المستقبل لديهم.

مصطلحات البحث:

قلق المستقبل لدى المراهقين ذوي كف البصر:

هو نوع من القلق يتمثل في رؤية معرفية لمستقبل المراهقين ذوي كف البصر، تتمثل في حالة من الترقب وعدم اليقين والخوف وانشغال البال بتغيرات غير مستحبة في المستقبل تتعلق بالدراسة في الجامعة، والعمل، والزواج، وذلك كما يقاس بمقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر المستخدم في البحث.

المراهقون الذين لديهم كف بصر:

يقصد بالمراهقين ذوي كف البصر طلاب المرحلة الثانوية بمدارس النور للمكفوفين من الجنسين، ممن لديهم كف بصر وولادي، أو فقدوا البصر خلال السنوات الخمس الأولى من عمرهم، وممن تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٩ سنة.

البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

هو برنامج علاجي جماعي قائم على بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي وهي: الواجبات المنزلية، والرقابة الذاتية، ولعب الدور، وتحديد الأفكار السلبية، وفنية الإلهاء (تشتيت الانتباه)، وكتابة الفكرة ودحضها، والاسترخاء، بهدف تخفيف حدة قلق المستقبل لدى المراهقين ذوي كف البصر.

إطار نظري:

فيما يلي عرض لخصائص ذوي كف البصر، يليه عرض لمفهوم قلق المستقبل، وأخيراً عرض لمفهوم العلاج المعرفي السلوكي، وذلك على النحو التالي:

أولاً- خصائص ذوي كف البصر:

يقسم الأشخاص ذوي الإعاقة البصرية إلى مجموعتين فرعيتين أساسيتين، الأولى: هي مجموعة ضعاف البصر، ويطلق عليهم أيضاً حالات الإبصار الجزئي Partially Sighted. والثانية: هي مجموعة ذوي كف البصر، ويطلق عليهم أيضاً حالات العمى الكلي. ويستخدم الأشخاص المبصرين جزئياً حاسة البصر في التعلم، ولكن ربما يؤثر ضعف البصر في أنشطة حياتهم اليومية. أما الأشخاص ذوو كف البصر، فإنهم يعانون من قصور شديد في حدة أو مجال الرؤية، بحيث لا يمكنهم توظيف بقايا الإبصار - إن وجدت - في التعلم، وفي أداء دورهم، مقارنة بأقرانهم المبصرين (Smith, & Luckasson, 2002, 400).

ولا يقيم المبصرون والذين لديهم كف بصر عالمين متباينين كل التباين، بل هما متماثلين، فهما من حيث المبدأ نفس الشيء، كائن بشري يجيب على حاجاته توافقاً في حدود إمكانياته مع مقتضيات البيئة، ولكنهما من ثم ينتظمان على نحو متباين، بحيث يقوم انتظام المبصر على خمس حواس، بينما يقوم انتظام الأعمى على أربع حواس، وإن ظل الانتظامان في الحالتين مجرد إجابة على مطالب الحياة، فليس الأعمى بمبصر ينقصه البصر" (صلاح مخيمر: ١٩٧٧، ١٣).

وعلى الرغم من هذه الوجهة من النظر، والتي قد يفهم منها أن عقد المقارنات بين ذوي كف البصر وأقرانهم المبصرين هي مقارنات قد يجانبها الصواب، حيث أنهما متماثلان، وهما من حيث المبدأ نفس الشيء، وهذا صحيح، فإن البيئة الاجتماعية والفيزيائية لا تراعي غالباً الحدود التي تفرضها الإعاقة، ولذلك فإن هناك عدداً من الكتابات والبحوث التي أشارت إلى وجود فروق بينهما في كثير من خصائص الشخصية، فيشير عبد المطالب القريطي (٢٠٠١، ٣٦٥) إلى وجود صعوبات لدى الكفيف في التوجه الحركي في الفراغ، مما يدفعه إلى بذل

مزيد من الجهد الذي يعرضه للإجهاد العصبي والتوتر النفسي والشعور بانعدام الأمن عموماً، والارتباك تجاه المواقف الجديدة خصوصاً.

وتجدر الإشارة إلى أن الصعوبات التي يواجهها من لديه كف بصر في نموه ليست متصلة به فقط، بل متصلة أيضاً بتفاعله مع الأشخاص الآخرين، لذا فإن ردود فعل الآخرين تلعب دوراً بالغ الأهمية في هذه العملية. فبسبب فقدان البصر، يحتاج من لديه كف بصر إلى مساعدة الوالدين أكثر من المبصر. وقد لا تتم تلبية كثير من حاجاته، مما قد يجعله يشعر أن الآخرين لا يهتمون به، وهذا يؤثر على علاقة من لديه كف بصر بوالديه وبالأشخاص الآخرين المهمين في حياته. وقد يدفع فقدان البصر إلى الاستمرار في الاعتماد على الوالدين، وغالباً ما يصاحب هذا حماية زائدة منهما لأن لديه كف بصر. وبسبب ذلك قد لا يطور الكفيف أساليب فعالة للتعامل مع الأشياء من حوله بشكل مستقل (جمال الخطيب وآخرون: ٢٠٠٧، ٢٦٨-٢٦٩)، فيكون مقيداً في تفاعله مع البيئة المحيطة، حيث إنه لا يستطيع رؤية تعبيرات وجوه والديه أو معلميه، كما أنه لا يستطيع أن يشكل السلوكيات الاجتماعية عن طريق المحاكاة، وفي بعض الأحيان يكون غير مدرك لوجود الآخرين إلا من خلال إصدار الصوت، وقد يؤدي ذلك إلى ضعف ثقته بنفسه. ويغلب على موقف الآخرين تجاهه طابع الشفقة والرفق، وأحياناً يلاقي قبولاً اجتماعياً، وينجح في إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين (كمال عبد الحميد زيتون: ٢٠٠٣، ٢٩٩).

ومن المشكلات التي تعوق تكيف ذوي كف البصر مع أنفسهم ومع الآخرين مشكلة تقبلهم للإعاقة، فكثير منهم ينظر إلى كف البصر على أنه مصيبة كبيرة حلت به، وتبدأ مخاوفه من المجتمع، وتتشكل لديه مشكلات نفسية، وينعزل عن المجتمع، حتى إنه قد يتخيل أن جميع أفراد المجتمع يتخلون عنه (سيد صبحي: ١٩٩٩، ١٥).

وتؤثر الإعاقة البصرية بشكل غير مباشر على بعض مظاهر النمو الاجتماعي والانفعالي. فالأطفال الذين لديهم كف بصر الذين يواجهون بالرفض، أو يتم استثناؤهم من الأنشطة، قد يخفقون في بناء الثقة بالنفس. كذلك قد يتجنب الآخرون التفاعل مع الطفل المعوق بصرياً بسبب الاستجابات النمطية التي قد تصدر عنه، أو لأنهم لا يعرفون كيف يتفاعلون معه. وردود الفعل هذه قد تعيق قدرة الطفل المعوق بصرياً على تطوير الأنماط السلوكية الاجتماعية المناسبة، وبالتالي قد تؤدي إلى صعوبات اجتماعية وانفعالية. فقد تتطور أنماط من الاعتمادية والسلبية وهو ما يعرف باسم العجز المتعلم (Learned Helplessness). وعلى أي حال، ليس هناك خصائص اجتماعية أو انفعالية خاصة تميز الأطفال المعوقين بصرياً عن الأطفال

المبصرين، فثمة فروق فردية هائلة بين الأطفال المعوقين بصرياً (جمال الخطيب، منى الحديدي: ١٩٩٧، ٢٤١-٢٤٢).

ومع ذلك فقد أمكن رصد عدد كبير من الخصائص التي تميز الشخص الذي لديه كف بصر - وهي في مجملها خصائص سلبية - مقارنة بأقرانه المبصرين، ومن هذه الخصائص: تدني مفهوم الذات، وعدم الثقة بالنفس، وانخفاض تقدير الذات، واختلال صورة الجسم، والشعور بالإحباط والعجز والفشل والدونية والاكتئاب والحزن والاعتراب وانعدام الأمن، وضعف في الضبط الداخلي، ومستوى عال من الصراع والقلق. هذا بالإضافة إلى ضعف التواصل الاجتماعي مع الآخرين، والسلبية والاعتماد على الآخرين في قضاء حاجاته (النزعة الاتكالية)، وعدم الاستقرار النفسي والتكيف الاجتماعي، وضعف في اكتساب المهارات الاجتماعية، وسلوكيات غير ناضجة مثل التهريج، وصعوبة في تطور سلوك التعلق نتيجة الخوف من الغرباء. وهم أقل توافقاً شخصياً واجتماعياً، وتقبلاً من الآخرين، وشعوراً بالانتماء للمجتمع من المبصرين. كما أنهم أكثر انطواءً واستخداماً للحيل الدفاعية في سلوكهم، كما أنهم أكثر عرضة من المبصرين للاضطرابات الانفعالية، وللشعور باليأس نتيجة القلق من المستقبل، والنظرة السلبية نحو الذات، وتنتشر بينهم الأمراض العصابية أكثر من المبصرين، ومن تلك الأمراض القلق، والوسواس القهري، والرهاب (أحمد حسن الشافعي، ١٩٩٣، رشاد عبد العزيز موسى: ١٩٩٤، منى الحديدي: ١٩٩٦، ٣٥، ماجدة السيد عبيد: ٢٠٠٠، ١٥٧-١٥٨، سعيد عبد العزيز: ٢٠٠٥، ٣٦٣-٣٦٤، عبد المطلب القريطي، ٢٠٠١، ٣٩١).

ونتيجة للصعوبات التي يواجهها الذي لديه كف بصر في سبيله للتوافق مع البيئة، تنتابه بعض الصراعات التي تولد أنواعاً من القلق، فهو يخشى أن يُرفض ممن حوله، ومن أن يستهجن الآخرون سلوكه وأفعاله، وهو في خوف دائم من أن يفقد حب الأشخاص الذين يعتمد أمنه على وجودهم، ويخشى كذلك أن تقع له حوادث لا يمكنه تفاديها، ثم إنه يخشى الوحدة لأنها تشعره بفراغ فوق ما يعانيه، ثم إنه أيضاً يخشى اعتداء البعض عليه (لطفي بركات أحمد: ١٩٨١، ١٧٨-١٧٩).

ومن أبرز مظاهر السلوك العصابي الذي يعانيه الشخص الذي لديه كف بصر: القلق، والعجز عن العمل على مستوى القدرة الفعلية، وأشكال من السلوك جامدة ومتكررة، والتمركز حول الذات، والحساسية الزائدة، وعدم النضج، والشكاوى الجسمية، والتعاسة. وتنتشر المظاهر السابقة بين المعاقين بصرياً بدرجة أكبر من انتشارها بين المبصرين، كما أنها تنتشر بين الإناث

من المعاقين بصرياً بدرجة أكبر من انتشارها بين الذكور منهم، وأن أكثر الأمراض العصبية انتشاراً بين المعاقين بصرياً هو القلق (كمال سالم سيسالم: ١٩٩٧، ٧٢).

وقد تم تمييز قلق نوعي يعاني منه المعاق بصرياً وهو "قلق الانفصال" والذي يسببه الخوف من انقطاع العلاقة بينه وبين الأفراد الذين يعتمد عليهم في تدبير شؤون حياته، وفي إمداده بالمعلومات البصرية، ومن هؤلاء الأفراد الوالدان، والأخوة، والأصدقاء. كما يرجع قلق المعاق بصرياً - أيضاً - إلى نقص ثقته فيما يتعلق بكفاءته الاجتماعية، ومظهره الشخصي، وعدم قدرته على التكيف مع كف البصر، ويزداد القلق بشكل عام في مرحلة المراهقة (المرجع السابق، ٧٢). فمرحلة المراهقة تتميز بحساسية شديدة ومرهفة، حيث يتأثر المراهق بالنقد، ويتميز برقة المشاعر، وبالتالي فهو بحاجة إلى أن يعامل برفق بعيداً عن التدليل وصنوف الحماية الزائدة ففيها مثالب تزيد الحساسية وتقتل روح التحمل وتوظف الإرادة (سيد صبحي، ١٩٩٤، ١٠٤).

ثانياً- قلق المستقبل:

يعتبر القلق لب وصميم الصحة النفسية، فهو أساس جميع الأمراض النفسية، وهو أيضاً أساس جميع الإنجازات الإيجابية في الحياة. فهو باتفاق جميع مدارس علم النفس الأساس لكل اختلافات الشخصية واضطرابات السلوك، ولكنه في الوقت ذاته الركيزة الأولى لكل الإنجازات البشرية سواء المألوفة أو الابتكارية (رشاد عبد العزيز موسى: ٢٠٠١، ٣٧).

والقلق والسكينة حالتان أساسيتان متقابلتان لدى الإنسان في كل زمان ومكان، تعرضان له وتتناوبان معظم سني حياته. فهناك أحوال تتميز بالقلق والانقباض والضيق، وغير ذلك من الانفعالات الإنسانية السلبية، كما أن هناك حالات تتسم بالسكينة والهدوء والرضا وراحة البال والطمأنينة والاسترخاء. ولهاتين الحالتين (القلق والسكينة) مثيرات مختلفة وعديدة منها: الصحة والعمل والمال والمستقبل والأبناء. ولهذه المثيرات خواص فريدة، فقد ينتج عن كل منها دون استثناء - في ظروف معينة بطبيعة الحال - حالة قلق أو حالة سكينة (أحمد محمد عبد الخالق، ١٩٨٧، ١١-١٢).

وقد ميز فرويد بين نوعين أساسيين من القلق هما: القلق الموضوعي objective anxiety والقلق العصبي neurotic anxiety. في القلق الموضوعي (يطلق عليه أيضاً القلق الحقيقي أو الواقعي أو السوي) يكون مصدر القلق خارجي، فهو رد فعل لخطر خارجي معروف ومحدد (فاروق السيد عثمان، ٢٠٠١، ٢٠). أما القلق العصبي فهو "انفعال غير سار، وشعور مكرر بتهديد أو هم مقيم، وعدم راحة واستقرار، وهو كذلك إحساس بالتوتر 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، والتي قد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، لكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب غالباً كما لو كانت تلك المواقف ضرورات ملحة، أو مواقف تصعب مواجهتها" (أحمد محمد عبد الخالق، ١٩٨٧، ٢٧).

وقد أكد الاتجاه المعرفي على أهمية دور المعتقدات والآراء السلبية التي يحملها الفرد عن النفس والعالم والمستقبل في ظهور الاضطرابات الانفعالية ومنها القلق (عبد الستار إبراهيم، وآخرون، ١٩٩٣، ١٢١). ووفقاً لإيزينك (Eysenck, 1992) هناك افتراض أساسي في المدخل المعرفي للقلق مؤداه أن الوظيفة الأساسية للقلق هي تسهيل الاكتشاف المبكر لعلامات التهديد أو الخطر الكامن في الوقائع التي يمكن أن تمثل تهديداً. كما يرى أن انشغال البال يرتبط بصفة عامة بالقلق المتزايد، في حين يرتبط التجنب السلوكي بالقلق المنخفض.

ويرى جيرالد كوري (١٩٨٥، ٣١) أن القلق هو الفجوة بين الوقت الحاضر والمستقبل. فبدلاً من العيش في اللحظة الحالية، فإن الفرد القلق يستنزف طاقاته إما بالحنين على أخطاء الماضي، أو بالنظر إلى المستقبل وكأنه مملوء بالكوارث والأشياء غير الطبيعية. فهو يوجه طاقاته نحو ما حدث وما سيحدث، وبين هذا وذلك تضعيق قوة وأهمية الوقت الحاضر.

ويمكن التعبير عن قلق المستقبل بأنه حالة من الترقب، وعدم اليقين، والخوف، وانشغال البال بتغيرات غير مستحبة في المستقبل الشخصي البعيد للفرد. وقد يشير هذا الخوف إلى عدم جدوى الجهود المبذولة لتحقيق وضع مرغوب فيه، وهو ما يشبه فكرة الخوف من الفشل *Fear of Failure*. كما يمكن أن يشير هذا الخوف إلى توقع بأن شيئاً سيئاً سوف يحدث، بغض النظر عما يقوم به الشخص من جهود، فما سيحدث هو نتيجة تغير الحظ أو القدر. وهكذا فإن قلق المستقبل يستلزم حالة ذاتية يكون فيها المستقبل الشخصي في خطر، وهذا هو لب المفهوم (Zaleski, 1996).

وقد عرفته زينب محمود شقير (٢٠٠٥، ٥) بأنه "خلل نفسي المنشأ ينجم عن خبرات ماضية غير سارة، مع تشويه وتحريف إدراكي معرفي للواقع وللذات من خلال استحضار للذكريات والخبرات الماضية غير السارة، مع تضخيم للسلبات ودحض للإيجابيات الخاصة بالذات والواقع، تجعل صاحبها في حالة من التوتر وعدم الأمن، مما قد يدفعه لتدمير الذات، والعجز الواضح، وتعميم الفشل وتوقع الكوارث، وتؤدي به إلى حالة من التشاؤم من المستقبل، وقلق التفكير في المستقبل، والخوف من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية المستقبلية المتوقعة، والأفكار الوسواسية وقلق الموت واليأس".

كما عرف كل من محمد عبد التواب معوض، وسيد عبد العظيم محمد (٢٠٠٧) قلق المستقبل "بأنه الحالة النفسية الناشئة عن التفكير في المستقبل، والتي تتمثل في الخوف من المشكلات المستقبلية، والنظرة التشاؤمية للمستقبل، وقلق التفكير في المستقبل، وقلق الموت". وتتوقف شدة قلق المستقبل على أهمية الهدف المطلوب تحقيقه من وجهة نظر ذاتية، واحتمالية تحقيقه، وفاعلية الذات في تحقيقه. وترتبط الأهمية هنا ارتباطاً وثيقاً بالجهد المبذول، فكلما زادت أهمية الهدف زاد الجهد المبذول لتحقيقه. كما أن فرصة حدوث غير المتوقع ذات صلة وثيقة بقلق المستقبل، فكلما زادت احتمالية حدوث غير المتوقع زاد قلق المستقبل، ولأن تقدير ذلك أمر ذاتي إلى حد بعيد، فإن المسألة تختلف من شخص إلى آخر. فالذين لديهم قلق مستقبل مرتفع يعانون من زيادة احتمال حدوث وقائع مهددة، لأنهم لا يقدمون لأنفسهم بشكل تلقائي أسباباً لعدم حدوث تلك الوقائع. (MacLeod, et al., 1991).

وقد أشار بوركوفيتش وآخرون (Borkovec, et al., 1986) إلى أن انشغال البال worry يشكل مكوناً من مكونات قلق المستقبل، وأن المحدد الأساسي لانشغال البال والفترة الزمنية التي يستغرقها يتمثل في حجم التهديد الذي من المحتمل أن يتعرض له الشخص، فإذا كان حجم التهديد كبيراً - كاحتمال فقدان الوظيفة - فإنه قد يستغرق تماماً في الانشغال. فانشغال البال يتعلق بالإحباط المحتمل من عدم تحقيق الأهداف الهامة بالنسبة للفرد. ويحدد حجم التهديد - الذي يمكن تقديره على متصل يبدأ من غير الهام إلى الهام جداً - بأربع محددات: احتمال حدوث واقعة منفرة من وجهة نظر ذاتية، الحدوث الوشيك للواقعة، الآثار السلبية أو المنفرة المحتملة والمصاحبة للواقعة، وأخيراً استراتيجيات المواجهة المكتسبة من وقائع سابقة.

وعلى الرغم من أن استراتيجيات المواجهة والتحكم في البيئة المحيطة بالفرد بصفة عامة تؤدي إلى انخفاض الضغوط، فإنه لا يوجد أحد لديه استراتيجية جاهزة للتكيف مع الحوادث السلبية في المستقبل البعيد. ومع ذلك فقد يكون هناك شخص ما على ثقة من قدرته على التحكم في البيئة المحيطة به، بحيث يتمكن من تحقيق أهدافه الشخصية أو مواجهة الأحداث السلبية، حيث يتوقف ذلك على تقديره الذاتي لإمكاناته وقدراته. فدوي الثقة المنخفضة في قدرتهم على التحكم في البيئة المحيطة بهم لتحقيق أهدافهم، هم أكثر الفئات عرضة لقلق المستقبل، (Neufeld & Paterson, 1989).

ويمكن اقتفاء أصل قلق المستقبل في الاستعداد الشخصي لرد الفعل إزاء الخوف، وفي الخبرات الشخصية المتركمة عبر سنوات الحياة، فالأطفال الذين يتسم مستقبلهم بأنه أقل أمناً، قد

ينمو لديهم قلق أقوى من المستقبل. فالأطفال المقيمون في دور الرعاية، الذين يفتقدون إلى الشعور بالأمن، وبالتالي يعانون من عدم يقين في المستقبل، سيعانون من قلق مستقبل شديد، (Molin, 1990).

وقد صاغ زاليسكي (Zaleski, 1996) عدة افتراضات أساسية حول مكونات قلق المستقبل. فعلى المستوى المعرفي: يمكن أن يؤدي قلق المستقبل إلى توقف الفرد عن التفكير في المستقبل كمجال لتحقيق إنجازات جديدة، وقد يفضل الهروب من المستقبل ويركز على الماضي أو الحاضر، ويتمثل ذلك في خلل في توقع الفرد لنتائج إيجابية لسلوكه، مما يقلل من احتمالية النجاح. والتركيز على الوقت الراهن وأحداثه، أو الهروب إلى الماضي، آليتين تحدان من المساحة الزمنية التي يتحرك فيها الفرد. أما على المستوى السلوكي: يمكن أن يؤدي قلق المستقبل إلى الانتظار الاستسلامي لما قد يحدث. والانسحاب من الأنشطة التي تتسم بالخطورة والانفتاح والبناء. والتمسك بأساليب مألوفة وطرق مجربة من قبل، عند التعامل مع مواقف لأبد من مواجهتها في الحياة. والقيام بنشاطات للإبقاء على الوضع الراهن كما هو، بدلاً من القيام بنشاطات قد تؤدي إلى زيادة الفرص المتاحة أمام الفرد، حيث يعتبر ذلك تهديداً للذات. واستخدام حيل دفاعية مختلفة، مثل لوم الذات، والتبرير، والكبت، لخفض الحالة السلبية التي يستثيرها قلق المستقبل.

وبالنظر في تعريف كل من زينب محمود شقير (٢٠٠٥) ومحمد عبد الثواب معوض وسيد عبد العظيم محمد (٢٠٠٧) لقلق المستقبل يتضح أن قلق الموت مكوناً أساسياً في قلق المستقبل، ويبدو هذا غير منطقي كما أشار بذلك زاليسكي (Zaleski, 1996, p. 167) حيث يقول: "وفي مفهومي عن قلق المستقبل، أستبعد عن عمد العبارات المتعلقة بالخوف من الموت. فقلق المستقبل يشير إلى أننا سوف نحيا ونعمل، ونتكيف مع الحوادث المنفردة، ونتحمل مسئولية ما ينتج عنها. ومن هنا فليست نهاية الحياة هي التي تثير قلق المستقبل، بل بالأحرى ما يثيره هو الوعي بعجزنا عن التعامل مع المواقف المنفردة إذا وقعت، وأثرها علينا".

ويضيف الباحث أن قلق المستقبل ليس خوفاً من المستقبل، فلو كان خوفاً من المستقبل، فمعظم البشر يخافون من المستقبل بدرجة أو بأخرى، فالخوف هنا طبيعياً. وهو ليس خوفاً (فوبيا)، لأن الفوبيا ترتبط بتوقع الأذى الجسدي والنفسي من مواقف محددة يمكن تجنبها، فإذا أمكن تجنب تلك المواقف سيزول الشعور بالخطر، وربما يحس الفرد بالأمن والطمأنينة (تجنب الأماكن الفسيحة، أو الضيقة، أو المرتفعة...). أما قلق المستقبل (والمستقبل لا يمكن تجنبه إلا بالموت) - من وجهة نظر الباحث - فهو توقع خطر أو أذى بدني ونفسي يهدد النطاق الشخصي

للفرد في مواقف محددة لا يمكن تجنبها من وجهة نظره، وتختلف تلك المواقف من شخص لآخر، ومن فئة عمرية لأخرى، ومن جماعة لأخرى.

وتأسيساً على ما تقدم فإن المكون المعرفي في قلق المستقبل مكوناً أساسياً، ومن ثم فإن ارتباط قلق المستقبل بالجوانب الفسيولوجية يبدو ارتباطاً ضعيفاً، فهو معرفي أكثر منه وجداني.

ثالثاً- العلاج المعرفي السلوكي:

يمثل العلاج المعرفي السلوكي Cognitive-Behavioural Therapy نوعاً من التكامل بين العلاج السلوكي والعلاج المعرفي، ولذلك سمي بهذا الاسم. ويمكن استخدامه منفرداً أو ممزوجاً مع علاجات أخرى، ويمكن - أيضاً - إجراؤه فردياً وجماعياً. وقد أثبتت الدراسات فاعليته في علاج عديد من الاضطرابات منها: الهوس، والفصام، والاكتئاب، وفقدان الشهية العصبي، والوسواس القهري، والرهاب، والقلق (مدحت عبد الحميد أبو زيد: ٢٠٠٢، ٢٣٩، ٢٤٠-٢٦٤) كما أنه يعتبر الأفضل فيما يتعلق بالنتائج المرجوة على المدى الطويل، حيث تقل بدرجة كبيرة احتمالات حدوث انتكاسة بعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي (عادل عبد الله محمد: ٢٠٠٠، ١٥٣). فهو شكل من أشكال التدخلات العلاجية التي تركز على خفض السلوكيات غير التكيفية، من خلال تحديد وتعديل أنماط التفكير المحرفة أو المشوهة (Free, 1999, 15).

ويتعاون كل من المعالج والمريض في التركيز على الجوانب السلوكية والمعرفية والانفعالية التي تيسر إحداث التغييرات المطلوبة في السلوك. كما تهتم عملية العلاج بكل من البيئة الخارجية المحيطة بالمريض، وبعملياته الداخلية التي يتم في ضوءها تفسير العالم المحيط به (Schuyler, 2003, 167-168). وخلال عملية العلاج، يتعاون كل من المعالج والمريض في تحليل عمليات التفكير غير التكيفية، لمساعدة المريض في تحديد الأنماط الخاطئة من التفكير. كما يتم التعاون بينهما ليستبدل المريض بهذه الأنماط من التفكير، أنماط أخرى تركز على المنطق (White, 2000).

ويسلم العلاج المعرفي السلوكي بأن المريض يستحدث رأياً عن نفسه وعن العالم وعن الماضي والحاضر والمستقبل، ويجعل هذا الرأي عقله مغموراً بمعارف ومقدمات خاطئة، والنزوع إلى الخبرات الخيالية المشوهة، وبرز الانحراف الحاد في البناء المعرفي في حالة الاضطرابات النفسية. ويذهب بيك إلى أن الأفكار التلقائية التي ينتج عنها التشويه المعرفي تظهر في: التمثل الشخصي وتفسير الأحداث من وجهة نظر شخصية ذاتية {أو ما يطلق عليه مصطلح الشخصية personalization} ، والتفكير المستقطب؛ أي أن المرضى يفكرون بصورة متطرفة

بين طرفين متباعدين، والاستنتاج التعسفي (غير المنطقي)، والمبالغة في التعميم، والتضخيم والتجسيم، والعجز المعرفي (حسن مصطفى عبد المعطي: ١٩٩٨، ٣٧٩).

وخلافاً للاعتقادات غير العقلانية، فإن الاعتقادات العقلانية تتصف بأنها حقيقية، وغير مطلقة، ومعتدلة الانفعالات، ومحقة للأهداف. فهي حقيقية لارتباطها بالواقع الذي يعيشه الفرد، فلا يمكن وصفها بأنها منطقية بتعبيرات شفوية فقط دون تدعيمها بما يثبت منطقيتها في أرض الواقع. وهي غير مطلقة لأنها تتضمن مفاهيم التمني والرجاء لتحقيق ما يرغب في تحقيقه الإنسان، وما يريد الوصول إليه، وما يفضل وجوده وممارسته. فهي ليست أكيدة الحدوث، وليست مطلقة التحقق، لأنها تتوقف على ما يتاح للفرد من إمكانيات في البيئة التي يعيش فيها، وما يتمتع به من قدرات تؤهله لتحقيقها. ومن ثم فإن الاعتقادات العقلانية يجب أن تكون خالية من معاني التأكيد والوجوب والإلزام، وذلك لأنها محتملة التحقق. وهي معتدلة الانفعالات لأنها قد تسبب في حدوث انفعالات غير مؤلمة وغير مدمرة للذات، ولكنها انفعالات تعد بمثابة دوافع للفرد لمساعدته على حل مشكلاته. وهذه الاعتقادات العقلانية محقة للأهداف لأنها ترتبط بالقناعة والرضا عن المعيشة، والخلو من الصراعات النفسية الشديدة، وعدم الخوف من الحاضر والمستقبل، وكلها عوامل تشجع الفرد وتستثير دافعيته لتحقيق أهدافه بأقل قدر ممكن من العقبات والمخاطر (ماهر محمود عمر: ٢٠٠٣، ٨٠-٨١).

وينظر المدخل المعرفي السلوكي لكل أنواع العصاب - ومن بينها القلق - باعتبارها محدودة في التفكير، وتثبيت للانتباه، وتحريفات للواقع. وإن الفروق المحورية بين الأعصاب يجب تلمسها في مضمون الفكر الشاذ وليس في شكله. فالإكتئاب يرتبط بمخطط الفشل والضياع والفراغ، والبرانونيا بموضوعات تتعلق بالريبة والخوف من سيطرة وتلاعب ومؤامرة الآخرين (علاء فرغلي: ٢٠٠٥، ١٦). وتبرز هواجس الهروب والتجنب بشكل خاص في فكر مريض القلق، فهو إذ يدرك وجود خطر، بينما تعوزه الثقة بقدرته على التغلب عليه، تتملكه رغبات وأفكار الهروب والسلامة. والخطر الذي يحس به مريض القلق لا وجود له أو هو مبالغ فيه إلى حد كبير. وهو غير مشغول فحسب بفكرة الخطر بل هو دائماً وأبداً يفسر المؤثرات المأمونة كدلائل خطر. ويشكل التأويل السيء للمواقف تحريفاً معرفياً *cognitive distortion* (أرون بيك، ٢٠٠٠، ٣٥، ٦٩، ٧٠).

وقد اهتم العلاج المعرفي السلوكي منذ البداية بتعديل الأفكار اللااتواؤمية، التي أطلق عليها أرون بيك Aaron Beck الأفكار الأوتوماتيكية *automatic thoughts*، وأطلق عليها ألبيرت إليس Albert Ellis الأفكار اللاعقلانية، وإحلال الأفكار العقلانية المنطقية محلها (عادل

عبد الله محمد: ٢٠٠٠، ١٤٤). ويمكن النظر للأفكار الأوتوماتيكية باعتبارها تياراً من الأفكار المضمرة يجرى موازياً للأفكار المعلنة. وتتميز هذه الأفكار المضمرة في صورتها النموذجية بالانبثاق التلقائي والسرعة الخاطفة، وهي في ذلك تباين الأفكار المعلنة. ولكي يمكن استكشاف هذه الأفكار المضمرة واستخراجها، يتم توجيه اهتمام المريض إلى أفكار بعينها يفصح للمعالج عنها، فهو ضرب من تغيير بؤرة الانتباه ثبتت فعاليته. فهناك - دائماً - سلسلة من الأفكار تتوسط بين الحدث والاستجابة الانفعالية البغيضة التي تنجم عنه، وما أن يتمكن المريض من ملء هذه الفجوة الفاصلة بين الحدث المؤثر وبين نتائجه الانفعالية، حتى ينكشف مغزى هذه الاستجابة المحيرة ولا تعود لغزاً. وكلما اشتد المرض زادت الأفكار الأوتوماتيكية بروزاً، وكلما تحسنت حالة المريض خفتت هذه الأفكار وقل وضوحها (Curran, et al., 2006). وتتميز تلك الأفكار أيضاً بأنها تتطوي على تيمة theme واحدة وإن اختلف منظوقها في الظروف المختلفة. صحيح أن كثيراً من هذه الأفكار منطقية، ولكن الغريب في أمر المريض هو أنه كثيراً ما يعتقد في الأفكار الباطلة منها ويعتقها، حتى لو كان قد أقر ببطلاتها في مناقشات سابقة (أرون بيك، ٢٠٠٠، ٣٢).

ويشير ميكنبوم (Meichenbaum, 1996, 15-18) إلى أن المهام التي تقع على عاتق المعالج المعرفي السلوكي، وهي نفسها المهام المشتركة في العلاج النفسي بشكل عام، وتلك المهام هي: تنمية العلاقة المهنية ومساعدة المريض على التعبير عن مشكلته، وتبصيره بطبيعة مشكلته، ومساعدته على إعادة فهم مشكلته في إطار مفعم بالأمل، والتأكد من أنه قد اكتسب مهارات المواجهة، وتشجيعه على أن يجرب ما تم تعلمه في حياته الشخصية، والتأكد من استيعابه للتغيرات التي حدثت نتيجة للعلاج، وأخيراً، وهي المهمة النهائية لكل علاج نفسي وتتمثل في الحيلولة دون الانتكاس. وعلى الرغم من الترتيب السابق لهذه المهام، فإنه من الممكن استخدامها طوال فترة العلاج، والاستعانة بأي مهمة منها في أي مرحلة من مراحلها.

وقد عرض "هاوتون وآخرون" (Hawton, et al., 1999, 14, 16, 36-37) مجموعة من المبادئ الرئيسية، التي يجب أن تراعى في أي برنامج علاجي معرفي سلوكي والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:

١- فور الانتهاء من مرحلة القياس والتشخيص، يتم إعلام المريض في الجلسات الأولى أن الجانب الأكبر من العلاج يعتمد على مساعدة الذات، وأن المعالج يهدف إلى مساعدة المريض على تطوير مهاراته، ليس فقط للتغلب على المشاكل الآنية، ولكن على كل ما يتشابه معها في المستقبل.

٢- يؤكد المعالج على دور المريض في القيام بالأعمال أو الواجبات المنزلية التي يعطيها له، مشيراً إلى أن الجزء الرئيس في العلاج يأخذ مكانه من خلال أنشطة الحياة اليومية.

٣- يزود المعالج المريض بمعلومات عن بنية العملية العلاجية، كعدد جلسات العلاج، وزمن كل جلسة، وأين سيتم ذلك.

٤- يتفق المعالج مع المريض على صيغة وخطة العلاج، ويدربه على الأسلوب العلاجي المستخدم.

٥- تحتاج معظم أساليب العلاج المعرفي السلوكي إلى مستوى عالٍ من الالتزام Engagement أو التعهد من جانب المريض بالعلاج، وتفضل كثير من العلاجات لأن المريض لا يقوم بتطبيق الإجراءات التي تم الاتفاق عليها.

٦- صياغة المشكلة وتقديم تغذية مرتدة عنها للعميل: فمن المهم، بعد الانتهاء من القياس، مشاركة المعالج للعميل الأفكار حول المشكلة، والتوصل معاً لصياغة لها. وتتضمن الصياغة المعرفية السلوكية للمشكلة أن يخبر المعالج المريض برأيه عن المشكلة، والأسباب الممكنة التي أدت إليها، وخطة المقترحة للتعامل معها. وتوفر هذه الصياغة أساساً منطقياً للبدء في العلاج (Carr, 1999). ومن المفيد أن يستخدم المعالج لغة مشجعة ودودة، والتوقف بشكل دوري أثناء تقديم التغذية المرتدة للتأكد من فهم العميل لما يقول. وعلى المعالج أن يستعين في ذلك بأسئلة من قبيل: "هل أنا عندي حق؟ هل ما أقوله صحيح؟ ما أفكارك (أو رأيك) حول ذلك؟" (Cosgrave & Keating, 2006).

ويتعين على المعالج المعرفي السلوكي أن يكون قادراً على التواصل الدافئ الأصيل والمخلص، وأن يكون منفتحاً على الخبرة، ومدرباً تدريباً خاصاً على رؤية الأحداث من منظور المريض، وإرجاء فروضه الخاصة وتحيزاته أثناء إصغائه للمريض، وأثناء وصفه لردود أفعاله وتفسيراته. والمعالج الماهر يستطيع تقديم البراهين المنطقية وتخطيط الاستراتيجيات، واكتشاف الثغرات في منطق المريض (جيفري ي. بونج، وآخرون، ٢٠٠٢، ٥٩٠).

وقبل أن يستطيع المعالج والمريض العمل معاً على اختبار وتعديل الأفكار الأوتوماتيكية السلبية - وهو محور العملية العلاجية - على المعالج أن يقدم للمريض منطق العلاج، وذلك عن طريق إيضاح العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك. ويمكن عمل ذلك عن طريق استخدام مثال مجرد مثل ذلك الذي أعطاه "بيك" وآخرون (Beck, et al., 1979, 147-148)، ففي هذا المثال، يتم دعوة المريض لتخيل سماع أصوات تكسير ووضوء شديدة في الغرفة المجاورة له، وهو في المنزل وحده في منتصف الليل. ويتم إيضاح أنه إذا كانت الفكرة هي "هناك لص

في الغرفة"، فإنك ستشعر بالقلق، وستتصرف بطريقة قد تحد من خطورة الموقف (الاختفاء، أو الاتصال بالشرطة). أما إذا كانت الفكرة هي "النافذة مفتوحة، وقد حركت الرياح الشديدة شيئاً ما فكسرتة"، فإنك لن تشعر بالخوف، وسوف تتصرف بطريقة مختلفة (فقد تذهب بهدوء لإغلاق النافذة، ثم العودة لاستئناف النوم). وبالإضافة إلى هذا المثال المجرد، قد يكون من المفيد استخدام بعض الموضوعات أو الأفكار التي أثّرت أثناء عملية التقييم، وذلك لإيضاح العلاقة بين التفكير والانفعال.

وفي علاج القلق، من المفيد في بداية عملية العلاج تزويد المريض بقدر معقول من المعلومات عن طبيعة هذا المرض، تتضمن وصفاً لأعراضه، ومصادره، وضعف العلاقة بينه وبين المرض العقلي، وحقيقة أن التغيرات الفسيولوجية التي تظهر في القلق (مثل سرعة ضربات القلب) ليست خطيرة. ويتم تقديم المعلومات التي تقابل الحاجات الفريدة لدى كل عميل. وتستخدم تلك المعلومات للحد من تأثير المشكلة (مساعدة المريض على رؤية أن سلسلة من الصعوبات غير المرتبطة بشكل واضح مثل فقدان الذاكرة الجزئي، وصعوبة اتخاذ القرار، والإحساس السريع بالتعب، وعدم وضوح الرؤيا من آن لآخر، وكلها جوانب لحالة القلق)، ولمساعدة المريض على فهم النموذج المعرفي السلوكي للقلق، وتصحيح أية مفاهيم خاطئة عن طبيعة القلق (Haddad, et al., 2007).

وبالإضافة إلى المبادئ السابق الإشارة إليها، فإن للعلاج المعرفي السلوكي مجموعة من الفنيات العلاجية منها:

١- الواجبات المنزلية **The Homework Task**:

وهي مهام محددة وواضحة يحددها المعالج مع المريض في نهاية بعض الجلسات. وتساعد تلك الواجبات في أن يعمم المريض التغيرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها خلال الجلسات، وتقوي وتدعم أفكاره أو معتقداته الصحيحة الجديدة. ويجب أن تعد الواجبات بطريقة خاصة بحيث تكون مرتبطة بالأهداف العلاجية (عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣، ١٣٢). وعلى المعالج القيام بشكل روتيني بمراجعة الواجبات المنزلية في الجلسات التالية، حيث يتم مراجعتها عادة في بداية كل جلسة، فيطلب من المريض تلخيص الواجب المنزلي، حتى يمكن تحديد الفجوات وجوانب عدم الفهم، فمن شأن ذلك أن يجعل المريض مدركاً لأهمية الواجب المنزلي. وفي حالة عدم تنفيذها، أو تنفيذها بشكل غير صحيح، على المعالج والمريض التركيز على أسباب ذلك (Hawton, et al., 1999, 42-43).

٢- الرقابة الذاتية Self-monitoring:

تعتبر الرقابة الذاتية من أكثر الفنيات استخداماً في كل مراحل العلاج المعرفي السلوكي، حيث تستخدم في البداية في عملية القياس والتقييم، وأثناء العلاج في مراقبة التغييرات التي تحدث. فهي عملية مرنة يمكن تطبيقها على مجال واسع من الاضطرابات والمشكلات الصريحة والضمنية، ويمكن أن تعطي معلومات عن كثير من جوانب المشكلة. وهناك مرحلتان لعملية مراقبة الذات، الأولى: على الفرد أن يلاحظ أن السلوك والتفكير والانفعال هي أحداث وقعت بالفعل. والثانية، عليه أن يقوم بتسجيل حدوثها. ويجب أن تولد هاتان المرحلتان في عقل المريض بعناية عندما تبدأ عملية المراقبة الذاتية للحصول على التقدير الصحيح للموقف (Hawton, et al., 1999, 43).

٣- لعب الدور Role-Play:

تسمح فنية لعب الدور بالملاحظة المباشرة للسلوك المشكل، وذلك في حالة تعذر الملاحظة في الموقف الطبيعي، وذلك في المشكلات التي تتضمن التفاعل مع الآخرين. كما تسمح أيضاً بتقييم التغييرات التي حدثت في السلوك نتيجة للعلاج. فمن خلال لعب أدوار مختلفة تمثل المواقف التي يمكن أن تؤدي إلى الاضطراب، يتمكن المريض من أن يستيقظ - من خلال التفكير في هذه المواقف - التغيير أو السلوك الذي سيحدث. ومن ثم سيدخل المواقف الحية بثقة أكبر (عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣، ١٣٢).

٤- تحديد الأفكار السلبية Identifying negative thoughts:

من السهل على بعض المرضى تحديد الأفكار السلبية لديهم في بداية العلاج، ومع ذلك، فإن هناك آخرين يحتاجون إلى بعض التدريب قبل أن يستطيعوا تحديد الأفكار التي تسبب لهم القلق بشكل صحيح. وهناك عديد من الأسباب التي تجعل مريض القلق يواجه صعوبة في البداية في تحديد هذه الأفكار. أولاً، قد تكون الأفكار الآلية السلبية من النوع الذي تعود عليه المريض، وبالتالي قد يفشل في أن ينتبه إليها. ثانياً، تلعب الصور البصرية دوراً بارزاً في القلق، وهذه الصور قد تكون مختصرة تماماً (تستغرق الصورة أقل من ثانية واحدة)، ومن ثم يصبح من الصعب على المريض الوعي بها أو تذكرها. وبالإضافة لذلك، فإن الصور البصرية المصاحبة للقلق المرتفع قد تكون شاذة وعجيبة (رؤية المريض لنفسه وهو ملفوف بالكفن، أو وهو يصرخ بينما الآخرون ينظرون إليه في ذهول،... وغيرها). وهذا يجعل المريض متردداً في بعض الأحيان في مناقشة مثل هذه الصور مع المعالج أو تذكرها، على الأقل، إلى أن يتم إخباره بأن هذه الصور الشاذة أو العجيبة تصاحب حالات القلق بشكل عادي. وثالثاً، لأن الأفكار التي تتعلق

بالأخطار يمكن أن تولد القلق، فإن المريض يحاول التعلق بأشكال مختلفة من أساليب التجنب الظاهرة أو الضمنية. فالخبرة السابقة برؤية الصور البصرية، أو الأفكار المرتبطة بحدوث كوارث، فإن المريض يحاول بسرعة قمع تلك الصور أو الأفكار عن طريق تشتيت انتباهه عن تلك المواقف التي تستثير فيه هذه الصور والأفكار، ومن ثم تجعل من الصعب عليه أن يكون واعياً أو محيطاً بطبيعة ارتباط هذه الصور والأفكار بالقلق (Hawton, et al., 1999, 45). فعلى سبيل المثال يصف "بيك" وآخرون (Beck, et al., 1985) حالة مريض كان يقوم بمواجهة القلق بالصفير *whistling* لنفسه بمجرد أن يبدأ في رؤية الصور التي تستثير لديه القلق. فالصفير هنا يحد من القلق، ولكنه في الوقت نفسه يتداخل مع عملية استدعاء الأفكار التي تستثير القلق.

وكما أشار كل من "كلارك وبيك" (Clark and Beck, 1988) فإن القلق بما يتضمنه من تأثير للأفكار المرتبطة بتوقع الخطر، يعني أن بعض المرضى يترددون في استدعاء ومناقشة التفاصيل الفعلية للأفكار التي تأتي خلال فترات حدوث القلق. وبدلاً من ذلك، يفضلون الحديث باستخدام كلام عام عن الموضوعات التي تهمهم، أو التي تؤدي إلى التخفيف من صور وأفكار القلق لديهم. وفي مثل هذه الحالات، يجب على المعالج أن يواصل الاستمرار في سؤال المريض، حتى يبدأ في إظهار الأفكار المعرفية الصحيحة الملائمة للموقف. وهناك قاعدة مفيدة بالنسبة للمعالجين يمكن تطبيقها لاستئارة الأفكار وهي أن يسأل نفسه: "هل سأكون على نفس مستوى القلق الذي لدى المريض، إذا كانت لدي الأفكار التي لديه، وكنت أصدقها؟". فإذا كانت الإجابة عن هذا السؤال بلا، فإن الفكرة المستتارة هنا من المحتمل أن تكون غير دقيقة، أو تحتاج إلى مزيد من التفاصيل.

ولمساعدة المريض على الاستمرار في العمل ضد الفكرة الآلية السلبية، يمكن أن يطلب منه القيام بكتابتها، وكتابة الجدل والنفاش الذي يثبت عدم صحتها على بطاقة يحملها في جيبه هنا وهناك، وعندما يصيبه القلق يبدأ في قراءة البطاقة (Bieling, et al., 2006, 296).

٥- فنية الإلهاء (تشتيت الانتباه) *Distraction*:

وهي فنية يمكن استخدامها بشكل مباشر أو فوري في التحكم في الأعراض، والتدريب عليها يمكن أن يفيد في مقاومة أفكار ومعتقدات المريض الذي ليس لديه قدرة على التحكم في القلق الذي ينتابه. كما يمكن أن تستخدم أيضاً في تقديم الإيضاحات المقنعة للنموذج المعرفي في علاج القلق. فعندما يكون المريض في حالة قلق أثناء جلسات العلاج، يمكن أن يتم تدريبه على استخدام نبرة صوت مرتفعة في وصف محتويات الحجرة، وهذا من شأنه أن يحد من مستوى

القلق. ويمكن أن يستخدم توجيه الأسئلة حينئذ لمساعدته على رؤية أن ذلك يحدث له بسبب أنه الآن بعيد عن تلك الأفكار والمعتقدات التي تسبب له القلق، مقترحين عليه أن الأفكار تلعب دوراً مهماً في استمرار الأعراض التي يعاني منها (Bieling, et al., 2006, 285).

٦- الاسترخاء العضلي:

وفيه يتم تدريب المريض على إحداث توقف إرادي كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، وذلك بالتركيز على اللحظة الراهنة، وإحداث توتر وشد في عدد من عضلات الجسم، ثم استرخائها، ومقارنة حالة التوتر بحالة الاسترخاء (عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٣، ٨٩).

دراسات سابقة:

فيما يلي عرض لبحوث ودراسات سابقة ذات صلة بالبحث الحالي، والتي أمكن تصنيفها وفق ثلاثة محاور أساسية وهي: دراسات تناولت بعض خصائص ذوي كف البصر، ودراسات تناولت قلق المستقبل، وأخيراً دراسات تناولت برامج تدخل لتخفيف القلق، وذلك على النحو التالي:

١- دراسات تناولت بعض خصائص ذوي كف البصر:

رصدت عديد من الدراسات بعض الخصائص التي يمكن أن تميز فئة ذوي كف البصر سواء عند مقارنتهم بالمبصرين، أو عند المقارنة بين الجنسين، أو بين أسلوب الرعاية داخل هذه الفئة. فقد توصلت الدراسات إلى أن أكثر المخاوف شيوعاً لدى المعاقين بصرياً كانت من المواقف التي تحمل مخاطر جسمية محتملة، يليها المخاوف من المواقف التي تحمل أذى أو ضرراً نفسياً (Wiemer & Kratochwill, 1991)، وأن القلق لدى المراهقين الخاضعين لأسلوب الرعاية الداخلية من الجنسين أعلى مقارنة بالخاضعين لأسلوب الرعاية الخارجية (عبد العزيز السيد الشخص، ١٩٩٢)، كما ظهر لديهم نظرة تشاؤمية ومفهوم ذات منخفض (Hagemoser, 1996)، ويميلون إلى استخدام استراتيجيات تكيف سلبية كالخجل والعزلة، وارتبطت تلك الاستراتيجيات بتدني الاستقرار النفسي، وبصعوبات في أنشطة الحياة اليومية (Lindo & Nordholm, 1999)، كما أنهم يعانون من ضعف في المهارات الاجتماعية، والتوكيد غير الملائم للذات، والثقة الزائدة، والتهور (Sharma & Sigfoos, 2000)، ومن مشاعر وانفعالات مشوشة منها مشاعر الإحساس بالعجز والارتباك والإنكار والضعف والخوف والقلق (حسن أحمد الجبالي، ١٩٨٩). ويرون أنفسهم أدنى مرتبة من العاديين، حيث تكتفهم صور سلبية سائدة عن ذواتهم، ويرون أنفسهم مصدرراً للإزعاج (Thahane et al., 2005)،

وأن الإناث المعاقات بصرياً أكثر مخاوفاً (من المرض، والأماكن، والظواهر الطبيعية، والحيوان، والمجهول، والمخاوف الاجتماعية) من الذكور (أحمد على محمد إبراهيم الكبير، ورمضان محمود أحمد درويش ٢٠٠٦).

كما أشارت بعض الدراسات إلى عدم وجود فروق في عدد من الخصائص مثل احترام الذات (Taina, et al., 1999) والذهانية والانبساط والمراعاة (فتيبة محمد محمد، ٢٠٠٧). بل إن المبصرين أعلى في العصابية من أقرانهم المعاقين بصرياً (المرجع السابق).

٢- دراسات تناولت قلق المستقبل:

هناك عدد قليل من الدراسات التي تناولت مفهوم قلق المستقبل، سواء من حيث أساليب الفرد في التعامل مع هذا النوع من القلق، أم من حيث تأثير مخاوف المستقبل في الدرجة الكلية للقلق، أم من حيث التنظير لهذا المفهوم وطريقة قياسه، أم في علاقته ببعض المتغيرات. فقد قام "رابابورت" (Rappaport, 1991) بقياس الدفاعات النفسية في مواجهة قلق المستقبل، أو ما أطلق عليه الانضغاط عن بعد Telepression لدى عينة من طلاب الجامعة مقسمة إلى مجموعتين أحدهما تجريبية (تعرضت لمحاضرة تحمل تهديدات وتحذيرات من مخاطر بيئية متوقعة) والأخرى ضابطة (تلقت محاضرة محايدة عن البيئة). وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن المجموعة التجريبية قد حصرت اهتمامها بالماضي والحاضر دون المستقبل وذلك كما يقاس بمقياس خط الزمن لرابابورت Rappaport Time Line. كما قامت "سلوى عبد الباقي" (١٩٩٣) بدراسة مسببات القلق: خبرات الماضي والحاضر ومخاوف المستقبل. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن مخاوف المستقبل كان تأثيرها أكبر في الدرجة الكلية للقلق. كما أكدت دراسة "زاليسكي" (Zaleski, 1996) - وهي دراسة نظرية رائدة، في حدود علم الباحث - على الطبيعة المعرفية لمفهوم قلق المستقبل. فقد حاول فيها "زاليسكي" رصد نمو قلق المستقبل، والخصائص الدافعية لهذا النوع من القلق. واختتمت الدراسة بخطوات بناء مقياس قلق المستقبل من إعداد، والذي تضمنته ملاحق الدراسة. كما توصلت دراسة أحمد حسانين أحمد محمد (٢٠٠٠) إلى نتيجة مؤداها أنه كلما زاد قلق المستقبل قلت الدافعية للإنجاز، وانخفض مفهوم الذات لدى طلاب المرحلة الثانوية من العاديين. كما رصدت دراسة "محمود محيي الدين سعيد" (٢٠٠٤) العلاقة بين قلق المستقبل وبعض المتغيرات، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في قلق المستقبل لصالح الذكور في العينة المصرية. كما كانت الفروق في قلق المستقبل لصالح الأصغر سناً، حيث كان قلق المستقبل لدى طلاب الفرقة الثانية أعلى منه لدى طلاب الفرقة الرابعة. في حين توصلت دراسة محمود مرزوق محمد (٢٠٠٦) إلى نتيجة

مناقضة للنتيجة السابقة، حيث كان قلق المستقبل لدى طلاب الفرقتين الثالثة والرابعة أعلى منه لدى طلاب الفرقتين الأولى والثانية. كما أكدت النتائج على أن قلق المستقبل يؤثر في قدرة الفرد على توافقه الدراسي، ويؤدي إلى تشتت الانتباه والتفكير في أمور تتعلق بالمستقبل، ولا تخدم عملية التوافق الدراسي.

٢- دراسات تناولت برامج التدخل مع القلق:

هناك بعض الدراسات التي تصدت لاختبار فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة القلق، أو في تخفيف أنواع محددة من القلق أو المخاوف. فقد أشارت دراسة "جوليد وآخرون" (Gould, et al., 1997) بعد تحليل نتائج عديد من البحوث إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة اضطراب القلق العام. كما أشارت بعض الدراسات إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في الحد من اضطرابات المراهقين، وبشكل خاص الاكتئاب والقلق (Birmaher, et al., 1996; Brent, et al., 1997; Kazdin & Weisz, 1998) وفي تخفيف حدة القلق (أسماء عبد الله محمد، ٢٠٠١). كما أكدت دراسة كل من "ستانلي ونوفي" (Stanley & Novy, 2000) على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف اضطراب القلق العام لدى المراهقين والشباب. وفي تخفيف قلق الامتحان لدى طلاب كلية التربية (خلف احمد مبارك، ٢٠٠١). وفي تخفيف حدة الخوف الاجتماعي (بسمات محمد الحسين، ٢٠٠٣). كما توصلت دراسة "إريكسون" (Erickson, 2003) إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في خفض الفوري (أي بعد انتهاء البرنامج العلاجي) لجميع أشكال اضطرابات القلق خارجي المنشأ، واستمرار التحسن بعد انتهاء البرنامج بستة أشهر.

وقد وصفت دراسة كل من "كوسجراف وكيبنج" (Cosgrave & Keating, 2006) الجوانب العملية المتضمنة في العلاج المعرفي السلوكي للمراهقين، وقد ركزت على ثلاثة عناصر أساسية وهي: كيفية تقديم تغذية مرتدة عن المشكلة التي يعاني منها المراهق، وكيفية وصف المدخل المعرفي السلوكي للمراهقين بطريقة تجعله جذاباً بالنسبة إليهم. وأخيراً، الاعتبارات الخاصة بتهيئة المناخ العلاجي عند العمل مع هذه المرحلة العمرية.

أما عن محاولات التدخل لتخفيف القلق لدى ذوي كف البصر، فقد أيدت نتائج دراسة رضا محمد إبراهيم محمد (٢٠٠٥) فاعلية البرنامج الإرشادي في تحسين القلق لدى الأطفال المكفوفين (يقصد الباحث بالتحسين في هذه الدراسة انخفاض مستوى القلق بعد التعرض للبرنامج). كما أكدت دراسة إبراهيم محمود أبو الهدى (٢٠٠٦) على فاعلية الإرشاد الوجودي في خفض القلق وتحسين التوافق الشخصي والاجتماعي للمراهقين المعاقين بصرياً.

وبالنسبة للدراسات التي تناولت قلق المستقبل بالتدخل لتخفيف حدته، فلم يتوصل الباحث إلا إلى دراسة واحدة (محمد عبد التواب معوض، ١٩٩٦) أشارت نتائجها إلى فاعلية أسلوب العلاج المعرفي والنفسي الديني في تخفيف قلق المستقبل لدى طلاب الجامعة. كما أشارت عديد من الدراسات إلى أن العلاج الجماعي (مع اختلاف المداخل العلاجية) تدخل علاجي ناجح مع الأطفال والمراهقين (Hoag & Burlingame, 1997; Johnson et al., 1998; White, 2000)، وأنه يحدث تغييرات في الجوانب الخاصة بالوظائف الانفعالية والمعرفية والسلوكية للعميل (Stoiber & Kratochwill, 1998). فالميل الفطري للأطفال والمراهقين نحو إقامة علاقات اجتماعية مع آخرين، تجعل من العلاج الجماعي تدخلاً فعالاً مع هذه الفئة، حيث يمكن أن يستفيدوا نمائياً من العلاقات التي يمكن أن تنشأ مع جماعة الأقران أثناء العلاج (Mishna & Muskat, 1998) كما يمكن أن يدخل المراهق في خبرة خاصة يمكن أن تيسر له اختبار طبيعة مشكلاته الينشخصية (Kastner, 1998)

تعليق على الإطار النظري والدراسات السابقة:

بالنظر في الإطار النظري والدراسات السابقة يتضح ما يلي:

أولاً- فيما يتعلق بخصائص ذوي كف البصر:

- ١- وجود عديد من الخصائص (الانفعالية والاجتماعية) السلبية التي تميز ذوي كف البصر مقارنة بالمبصرين. وقد ترجع كثرة هذه الخصائص السلبية إلى أن النتائج التي تم التوصل إليها في هذا الصدد مستمدة من عينات من تلاميذ مدارس خاصة بالمعاقين بصرياً، وهي مدارس تقدم برنامج للإقامة الداخلية لتلاميذها، وما قد تفرضه هذه البيئة الخاصة من ظروف وتأثيرات خاصة على شخصية المعاق بصرياً. كما قد ترجع الخصائص السلبية - أيضاً - إلى تحيز الاختبارات والمقاييس المستخدمة في رصد الخصائص الشخصية والاجتماعية، وعقد المقارنات بين المعاقين بصرياً وأقرانهم المبصرين لصالح المبصرين.
- ٢- التحفظ على استخدام كلمة "عدم" التي سبقت عدد من الخصائص، حيث يفضل استخدام كلمتي "ضعف" أو "قليل" في هذا السياق. فالحديث عن عدم النضج، أو عدم الثقة بالنفس، وعدم الاستقرار النفسي، وانعدام الأمن، كخصائص للمكفوفين، يتناقض مع منطوق الأشياء.
- ٣- يعد القلق من أبرز الخصائص العصابية لدى ذوي كف البصر. ونظراً لأن المواقف والموضوعات التي تستثير القلق كثيرة ومتنوعة، فإن هناك ضرورة لتحديدها، حيث يفيد ذلك في عمليتي التشخيص والعلاج.

٤- أن الكتابات التي تناولت الخصائص السلبية التي تميز ذوي كف البصر مقارنة بالمبصرين لم تحدد في الغالب المتغيرات المرتبطة بهذه الخصائص - بل كان الحديث عن المعاقين بصرياً بشكل عام - حيث تتأثر خصائص ذوي كف البصر بمتغيرات كثيرة منها: العمر عند الإصابة، موقف الذي لديه كف بصر من العمى، هل العمى وراثي أم مكتسب، الخبرة بعالم الأشياء، شدة الإصابة، والعمر الزمني، وأساليب التنشئة الاجتماعية، وأسلوب الرعاية المدرسية، وغيرها.

ثانياً- فيما يتعلق بقلق المستقبل:

١- الرؤية المعرفية للمستقبل هي العامل الحاسم في قلق المستقبل، فالتمثيلات المعرفية والعقلية (الأفكار، والصور والذهنية) المتعلقة بالمستقبل، التي يكون الشخص على وعي كامل بها، هي مثيرات قلق المستقبل. ويمكن لتلك المثيرات أن تكون أسباباً حقيقية لانفعالات معينة. ونتيجة لذلك فإن قلق المستقبل يعد قلقاً واعياً، يدرك فيه الشخص بالفعل ما يخاف منه. وفي هذا الإطار يمكن القول إن الأفكار هي المقدمة الأساسية لقلق المستقبل.

٢- يمكن أن يستدعي المستقبل كمثير لدى ذوي كف البصر مجموعة من الأفكار الأوتوماتيكية، ورغم الاختلاف في منطوقها، فقد تنطوي على تيمة واحدة وهي الخوف والخشية والتجنب لمواقف بعينها في المستقبل. وتكون الاستجابة لتلك المواقف بأفكار التصل والتجنب. فكلما واجهت الفرد مهمة تبدو مرهقة تولدت لديه فكرة "لا تفعل هذا". فإذا توقع الإنسان التعرض للخطر من جراء فعل ما، فقد يصدر لنفسه إشارة داخلية بكف هذا الفعل وكبحه.

ثالثاً- فيما يتعلق بالعلاج المعرفي السلوكي:

١- العلاج المعرفي السلوكي نوع من التكامل بين الأساليب المعرفية والسلوكية في العلاج، فهو مازال اتجاه حديث قائم على التجربة العملية للمزاوجة بين فنيات العلاج السلوكي وفنيات العلاج المعرفي.

٢- يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على عدة أسس أو مبادئ عامة أهمها: المشاركة بين المعالج والمريض، والالتزام من قبل المريض بخطة العلاج، وأحياناً يأخذ هذا الالتزام شكل تعاقد مكتوب. وإخبار المريض بمشكلته، وبمنطق هذا النوع من العلاج، حيث يتم في إطار ذلك رصد عمليات التفكير غير السوية، وملء الفراغ المعرفي، وإيجاد تباعد بين الأفكار التلقائية السلبية لدى المريض، وحمل المريض على اختبار الواقع، والتدقيق في الاستنتاجات، وتغيير القواعد المعتمدة على أفعال مثل "يجب، ولا بد"، وصولاً إلى رؤية الواقع بصورة إيجابية.

- ٣- هناك مجموعة من الفنيات منها ما هو أقرب إلى المدرسة السلوكية كالاسترخاء، والواجبات المنزلية، ولعب الدور. ومنها ما هو أقرب إلى المدخل المعرفي في العلاج كالرقابة الذاتية، ودحض الأفكار الأوتوماتيكية السلبية، وتقديم معلومات عن المرض.
- ٤- أن العلاج المعرفي السلوكي قد أثبت فاعليته في علاج القلق بكل أنواعه، كما أثبت أنه أكثر بقاءً وأقل انتكاساً.
- ٥- على المعالج المعرفي السلوكي أن يؤجل اختبار فروضه وتحيزاته أثناء إصغائه للعميل وهو يصف ردود أفعاله وتصرفاته، وعليه أن يركز على اكتشاف الثغرات في منطق العميل.

فروض البحث:

- ١- توجد فرق دالة إحصائياً بين رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس الثاني (بعد تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد المجموعة التجريبية) على مقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر لصالح المتوسط الأقل (متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية).
- ٢- توجد فرق دالة إحصائياً بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين الأول (قبل تطبيق البرنامج العلاجي) والثاني (بعد تطبيق البرنامج العلاجي) على مقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر لصالح المتوسط الأقل (متوسط الدرجات في القياس الثاني).
- ٣- لا توجد فرق دالة إحصائياً بين رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين الأول والثاني على مقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر.
- ٤- لا توجد فرق دالة إحصائياً بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين الثاني (بعد انتهاء البرنامج العلاجي مباشرة) والتتبعي (بعد شهر من انتهاء البرنامج) على مقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر.

الطريقة والإجراءات:

منهج البحث:

يعتمد البحث على المنهج التجريبي، القائم على تصميم المجموعتين التجريبية والضابطة، حيث يمثل برنامج التدخل القائم على العلاج المعرفي-السلوكي المتغير المستقل، ويمثل قلق المستقبل المتغير التابع. مع مراعاة شروط التجانس بين المجموعتين.

عينة البحث:

بلغت عينة البحث عشرة مرافقين مكفوفين من الجنسين (٦ ذكور، ٤ إناث)، قسمت إلى مجموعتين متساويتين (٣ ذكور، ٢ إناث) أحدهما تجريبية والأخرى ضابطة، تراوحت أعمارهم الزمنية بين ١٥ و ١٩ عاماً. وقد تم اختيار العينة من طلاب مدرسة النور للمكفوفين ببني سويف، وذلك بناءً على مجموعة من المعايير، فجميعهم من ذوي كف البصر ولادياً، ومن المقيمين إقامة داخلية بمدرسة النور للمكفوفين، ومن الحاصلين على درجات مرتفعة في مقياس قلق المستقبل للمكفوفين.

وقد تم إجراء المجانسة بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في مستوى قلق المستقبل في القياس القبلي، وفي العمر الزمني كما هو موضح في جدول ١.

جدول ١

الفروق بين رتب درجات المجموعتين التجريبية (ن=٥) والضابطة (ن=٥)

في قلق المستقبل في القياس القبلي، والعمر الزمني

مستوى الدلالة	Z	U	الضابطة		التجريبية		المتغيرات
			متوسط الرتب	مجموع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	
غير دالة	٠,٥٣	١٠,٠٠	٢٥,٠٠	٥,٠٠	٣٠,٠٠	٦,٠٠	قلق الدراسة الجامعية
غير دالة	٠,٣٢	١١,٠٠	٢٩,٠٠	٥,٨٠	٢٦,٠٠	٥,٢٠	قلق العمل
غير دالة	٠,٢٢	١١,٥٠	٢٨,٥٠	٥,٧٠	٢٦,٥٠	٥,٣٠	قلق الزواج وتكوين أسرة
غير دالة	٠,٠٠	١٢,٥٠	٢٧,٥٠	٥,٥٠	٢٧,٥٠	٥,٥٠	الدرجة الكلية
غير دالة	٠,١٠	١٢,٠٠	٢٧,٠٠	٥,٤٠	٢٨,٠٠	٥,٦٠	العمر الزمني

يتضح من جدول ١ عدم وجود فروق دالة إحصائية بين رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في كل من العمر الزمني وقلق المستقبل قبل تطبيق البرنامج، مما يدل على تجانس أفراد المجموعتين.

أدوات البحث:

١- مقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر بطريقة برايل (من إعداد الباحث):

اعتمد بناء المقياس على مجموعة إجراءات وهي:

أ- الاطلاع على بعض المقاييس ذات الصلة، سواء تلك التي تقيس القلق العام، أو الأفكار اللاعقلانية لدى المكفوفين، أو التي وضعت لقياس قلق المستقبل لدى العاديين ومنها: مقياس القلق للمكفوفين (عادل عز الدين الأشول، عبد العزيز السيد الشخص، ١٩٨٤)، مقياس القلق للأطفال المكفوفين (رضا محمد إبراهيم محمد، ٢٠٠٥)، مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى

ذوي الإعاقة البصرية (إيهاب البيلوي، ٢٠٠١)، مقياس قلق المستقبل (Zaleski, 1996)، مقياس قلق المستقبل (محمود محيي الدين سعيد، ٢٠٠٤)، مقياس قلق المستقبل (زينب محمود شقير، ٢٠٠٥)، مقياس قلق المستقبل (محمد عبد التواب معوض، سيد عبد العظيم محمد، ٢٠٠٧).

وفي ضوء هذه الخطوة تم التوصل إلى أن مقاييس القلق لدى ذوي كف البصر تضمنت عبارات تشير إلى المستقبل مثل "أشعر بالحزن عندما أفكر في المستقبل"، "أشعر باليأس من المستقبل"، "أخشى الفشل في المستقبل"، "يجب أن يتزوج المكفوفين من المكفوفات"، "غالباً ما أشعر بالقلق على المستقبل"، "أعتقد أنه ليس أمام المكفوفين إلا الأعمال الصغيرة".

أما مقياس الأفكار اللاعقلانية فقد تضمن بعداً أطلق عليه "كآبة المستقبل"، والذي يعكس اعتقاد الذي لديه كف بصر في أن الحصول على مهنة مناسبة وذات عائد مرضي أمل لا يمكن تحقيقه، وأنه من العسير الارتباط بفتاة مبصرة (أو فتى مبصر)، هذا إلى جانب القلق بشأن القدرة على الوفاء بمتطلبات الحياة الزوجية بجميع أنواعها المادية والنفسية والاجتماعية.

أما عن مقاييس قلق المستقبل فقد عكست معظم عبارات مقياس زليسكي Zaleski (١٩٩٦) خوفاً أو خشية أو رعباً أو اعتقاداً في حدوث أشياء غير سارة في المستقبل، وهي أشياء غير محددة (مثل: مستقبلي غامض، أخشى من أن كارثة ستحدث قريباً، أرتجف خوفاً من التفكير فيما سيحمله لي الشهر أو العام القادم، ... وغيرها)، ولم يتضمن المقياس أبعاداً محددة لقلق المستقبل، وهو نفس النهج الذي سار عليه "محمود محيي الدين سعيد" (٢٠٠٤) حيث لم يتضمن المقياس الذي أعده أبعاداً محددة لقلق المستقبل، وعكست عباراته الخوف والقلق من المستقبل بشكل عام. أما عن مقياس قلق المستقبل لزينب محمود شقير (٢٠٠٥) فهو يعكس قلق المستقبل في خمسة أبعاد هي: القلق المتعلق بالمشكلات الحياتية المستقبلية، قلق الصحة وقلق الموت، القلق الذهني (أي قلق التفكير في المستقبل)، واليأس في المستقبل، وأخيراً الخوف والقلق من الفشل في المستقبل. وبالنسبة لمقياس محمد عبد التواب معوض، وسيد عبد العظيم محمد (٢٠٠٧) فهو يعكس قلق المستقبل من خلال أربعة أبعاد وهي: الخوف من المشكلات المستقبلية، النظرة التشاؤمية للمستقبل، التفكير أو الانشغال الزائد بالمستقبل، وقلق الموت.

ب- تم تصميم استبانة مفتوحة تضمنت السؤال التالي: ما هي الأشياء التي تخيفك أو تقلقك من المستقبل؟ وقد وجه هذا السؤال لمجموعة من المراهقين ذوي كف البصر بلغت ٢٥ طالباً وطالبة (١٥ ذكور، و ١٠ إناث) بمدرسة النور للمكفوفين ببني سويف، ومدرسة النور للمكفوفين بحمامات القبة بالقاهرة، تراوحت أعمارهم بين ١٤-١٩ سنة. حيث طلب منهم أن

يستجيبوا لهذا السؤال كتابة (بطريقة برايل) مع ذكر النوع والسن فقط في أعلى ورقة الإجابة. وقد تم تجميع الاستجابات وتحويلها إلى الكتابة العادية (مبصر) بمعرفة اثنين من المتخصصين في طريقة برايل. وقد تم عمل تحليل محتوى للاستجابات المختلفة، والتي أمكن تصنيفها وفق ثلاثة أبعاد أساسية وهي: قلق الدراسة الجامعية، وقلق العمل، وأخيراً قلق الزواج وتكوين أسرة (ملحق رقم ١ يوضح هذه الاستجابات كما جاءت على لسان المراهقين من الجنسين تقريباً، بعد حذف بعض الاستجابات المكررة).

ج- تم وضع الصورة الأولية للمقياس، حيث تم صياغة مجموعة من البنود التي تندرج تحت كل بعد من الأبعاد (في ضوء استجابات ذوي كف البصر، وما تم الاطلاع عليه من مقاييس)، حيث بلغ مجموع العبارات ٢٨ عبارة.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

الصدق:

الصدق المنطقي:

تم عرض المقياس على مجموعة من أساتذة الصحة النفسية والتربية الخاصة^(١)، للحكم على مدى مناسبة المقياس لما وضع لقياسه، وكذلك البنود ومناسبتها للبعد الذي تنتمي إليه. وفي ضوء آراء السادة المحكمين تم حذف عبارتين قلت نسبة الاتفاق عليهما عن ٨٠% وهما: "أخشى أن تكون المصاريف في الجامعة فوق طاقتي"، "ستتحطم نفسي إذا تقدمت للزواج وتم رفضي"، كما تم تعديل بعض العبارات كما هو موضح بجدول ٢

جدول ٢

بعض عبارات مقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر قبل وبعد التعديل

العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
أتوقع أن يتهزني الطلاب المبصرون في الجامعة.	أتوقع أن يتجنبي الطلاب المبصرون في الجامعة.
أخشى أن ينظر إلى الأستاذ في الجامعة على أنني عاجز.	يؤلمني توقع أن يسيء أساتذتي معاملتي في الجامعة.
تزعجني فكرة أن زملائي في العمل سيفرقون بيني وبينهم في المعاملة.	تزعجني فكرة أن زملائي في العمل سيعاملونني معاملة خاصة.
تزعجني فكرة عدم زواج المبصرين من المكفوفين.	تزعجني فكرة رفض المبصرين الزواج من المكفوفين.
أخشى مستقبلاً من عدم تقدير حماتي لظروفي.	أخشى مستقبلاً من عدم تقدير أهل شريك حياتي لظروفي وإعاقتي.

(١) أسماء السادة المحكمين: أ.د/ طلعت منصور غيريال، أ.د/ رشاد على عبد العزيز، أ.د/ محمد بيومي خليل، أ.د/ محمد إبراهيم عبد، أ.د/ ناريمان محمد رفاعي، أ.د/ عبد الرحمن سيد سليمان، أ.د/ أشرف أحمد عبد القادر، أ.د/ إسماعيل إبراهيم بدر.

تكون المقياس في صورته النهائية (ملحق ٢) من ٢٦ عبارة تقيس ثلاثة أبعاد لقلق المستقبل لدى المراهقين ذوي كف البصر، وفيما يلي التعريف الإجرائي لتلك الأبعاد، وأرقام العبارات التي تنتمي لكل بعد:

البعد الأول - قلق الدراسة الجامعية: ويقيس هذا البعد قلق طالب المرحلة الثانوية الذي لديه كف بصر من أفكار ترتبط بالحياة الجامعية، وذلك كما ينعكس في خشبيته من عدم وجود شخص مناسب يساعده في تحصيل دروسه، أو من صعوبة توفير وسائل ومعينات تساعده على ذلك مستقبلاً، وانزعاجه من فكرة أن ما سيكتبه المرافق في الامتحانات سيكون غير صحيح، وتوقعه أن يتجنبه الطلاب المبصرين، وتوقعه أن يسئ أساتذته في الجامعة معاملته، وتوقعه وجود صعوبات في التحرك داخل الجامعة، وشعوره بالخوف الشديد من التفكير فيما تحمله الحياة الجامعية من مشكلات، وخوفه من التعامل في الجامعة مع زملائه المبصرين من الجنس الآخر. وتمثل هذا البعد العبارات أرقام ١، ٤، ٧، ١٠، ١٣، ١٦، ١٩، ٢١، ٢٣، ٢٦.

البعد الثاني - قلق العمل والمهنة: ويقيس هذا البعد قلق طالب المرحلة الثانوية الذي لديه كف بصر من أفكار تتعلق بمجال العمل، والتي تنعكس في خوفه من الفشل في الحصول على فرصة عمل في المستقبل، ومن عدم تناسب عمله إن وجد مع ظروف إعاقته، وخشبيته من أن يساء تقدير إمكانياته ومهاراته المهنية، وكذلك خشبيته من أن يكون مقر العمل بعيداً عن مكان إقامته، وانزعاجه من فكرة أن زملائه في العمل سيعاملونه معاملة خاصة مستقبلاً بخلاف معاملتهم لبعضهم بعضاً. وتمثل هذا البعد العبارات أرقام ٢، ٥، ٨، ١١، ١٤، ١٧، ٢٢، ٢٤.

البعد الثالث - قلق الزواج وتكوين أسرة: ويقيس هذا البعد قلق طالب المرحلة الثانوية الذي لديه كف بصر من أفكار تتعلق بمجال الزواج وتكوين أسرة، وذلك كما ينعكس في الانزعاج من فكرة رفض المبصرين الزواج من المكفوفين، وخشبيته إذا تزوج/تزوجت من كفيف/كفيفة أن تزداد أعبائه، ومن تحطم نفسيته إذا فشلت إجراءات الزواج نتيجة ظروف الإعاقة، والشعور بالتوتر والارتباك عند التفكير في أمور تتعلق بالزواج مستقبلاً، ومن عدم تقدير أهل شريك الحياة لظروف الإعاقة، والخوف إذا تزوج أن يرزق بأبناء معاقين، ومن أنه لن يتمكن من توفير حياة كريمة لأسرته. وتمثل هذا البعد العبارات أرقام ٣، ٦، ٩، ١٢، ١٥، ١٨، ٢٠، ٢٥.

وقد تم تحويل تعليمات المقياس وبنوده (كراسة التعليمات والأسئلة) إلى طريقة برايل. وبعد مراجعة المقياس بمعرفة اثنين من المتخصصين في طريقة برايل (حيث قام كل واحد منهما بقراءة المکتوب بطريقة برايل، وراجع الباحث ما قرأه على نسخة المبصر)، وتصويب بعض الأخطاء، تم طباعة عدد ١٥ نسخة من المقياس للتطبيق.

صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه، وكانت على النحو الذي يوضحه جدول ٣، وكذلك معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس وذلك كما هو واضح في جدول ٤.

جدول ٣

معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه

لمقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر (ن=٣٦)

معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة
**٠,٧٠٨	١٤	*٠,٤٠٤	١
*٠,٣٦٣	١٥	*٠,٣٣٩	٢
*٠,٣٥٧	١٦	*٠,٣٥٣	٣
**٠,٦٥١	١٧	*٠,٣٦٤	٤
*٠,٣٤٩	١٨	**٠,٥٩٩	٥
*٠,٣٥٣	١٩	**٠,٦٦٤	٦
**٠,٥٣٢	٢٠	**٠,٤٤٦	٧
**٠,٤٩٠	٢١	*٠,٣٨٢	٨
*٠,٤١٨	٢٢	*٠,٣٥٥	٩
**٠,٥٠٢	٢٣	**٠,٦٨٠	١٠
**٠,٥٠٧	٢٤	**٠,٥٨٦	١١
**٠,٥٢٥	٢٥	*٠,٣٤١	١٢
**٠,٥٠٣	٢٦	**٠,٦٣٦	١٣

* دال عند مستوى ٠,٠٥ ، ** دال عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول ٣ أن قيم معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه دالة عند مستوى ٠,٠٥ ، للعبارات أرقام ١، ٢، ٣، ٤، ٨، ٩، ١٢، ١٥، ١٦، ١٨، ١٩، ٢٢. ودالة عند مستوى ٠,٠١ في باقي العبارات.

جدول ٤

معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل (ن=٣٦)

الأبعاد	الجامعة	العمل والمهنة	الزواج وتكوين أسرة
الجامعة	-		
العمل والمهنة	**٠,٧٢٥	-	
الزواج وتكوين أسرة	**٠,٦٦٩	**٠,٦٢١	-
الدرجة الكلية	**٠,٨٧١	**٠,٨٨٢	**٠,٥٢٥

** دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من جدول ٤ أن جميع قيم معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد والدرجة الكلية

لمقياس قلق المستقبل دالة عند مستوى ٠,٠١

صدق المحك:

تم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر، والدرجة الكلية لمقياس القلق للمكفوفين (عادل عز الدين الأشول، عبد العزيز السيد الشخص، ١٩٨٤) وقد بلغت قيمته ٠,٨٩، وهو دال عند مستوى دلالة ٠,٠١، مما يدل على تمتع مقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر بدرجة عالية من الصدق.

النتائج:**طريقة إعادة الاختبار:**

تم حساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار بفاصل زمني ثلاثة أسابيع، ويوضع جدول ٥ معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل في التطبيقين الأول والثاني.

جدول ٥

معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل في التطبيقين الأول والثاني

الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الجامعة	٠,٩٨	٠,٠١
العمل والمهنة	٠,٩٧	٠,٠١
الزواج وتكوين أسرة	٠,٩٤	٠,٠١
الدرجة الكلية	٠,٩٨	٠,٠١

وينضح من جدول ٥ أن جميع قيم معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس قلق المستقبل في التطبيقين الأول والثاني دالة عند مستوى ٠,٠١ مما يدل على تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات.

طريقة حساب الدرجات:

تم حساب درجات المقياس وفق تقدير ثلاثي حيث تأخذ الاستجابة موافق ثلاث درجات، والاستجابة موافق إلى حد ما درجتين، والاستجابة أرفض درجة واحدة، وذلك بالنسبة لكل عبارات المقياس، باستثناء العبارات الإيجابية فيتم عكس هذا التقدير وهي العبارات أرقام ٤، ٨، ١٢، ١٦. وبذلك تراوحت درجات المقياس بين ست وعشرين درجة وثمانين وسبعين درجة. وكلما ارتفعت الدرجة كان ذلك مؤشراً على ارتفاع قلق المستقبل.

البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي (إعداد الباحث):**مصادر إعداد البرنامج:**

في سبيل إعداد البرنامج، تم الرجوع إلى عدد من المصادر الأولية منها: العلاج المعرفي السلوكي والاضطرابات الانفعالية (أرون بيك، ٢٠٠٠)، العلاج المعرفي للاكتئاب (Beck, et. Al., 1979)، القلق والاكتئاب المختلط - منحى معرفي سلوكي

(Meichenbaum, 1996)، العلاج المعرفي السلوكي للمشكلات النفسية - دليل عملي (Hawton, et. Al., 1999). كما تم الرجوع إلى بعض المراجع العربية في مجال العلاج والإرشاد المعرفي السلوكي (على سبيل المثال: عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٤، عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٠، علاء فرغلي، ٢٠٠٥).

الإطار العام للبرنامج:

اسم البرنامج: برنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف قلق المستقبل لدى المراهقين ذوي كف البصر بالمرحلة الثانوية.

المنحى العلاجي: العلاج المعرفي السلوكي.

الهدف العام للبرنامج: تخفيف قلق المستقبل لدى المراهقين ذوي كف البصر بالمرحلة الثانوية.

الأهداف الإجرائية:

١- تبصير أفراد المجموعة التجريبية بطبيعة اضطراب القلق: تعريفه وأنواعه، وذلك بتقديم معلومات مكتوبة عن هذا الموضوع بطريقة برايل، ومناقشتها مع أفراد المجموعة.

٢- تبصير أفراد المجموعة التجريبية بطبيعة العلاقة بين التفكير والانفعال، وذلك بتقديم معلومات مكتوبة بطريقة برايل عن هذه العلاقة، ومناقشتها مع أفراد المجموعة.

٣- التدريب على مراقبة الذات لرصد الأفكار الأوتوماتيكية السلبية المرتبطة بالمستقبل.

٤- دحض الأفكار الأوتوماتيكية السلبية المرتبطة بالقلق من المستقبل.

٥- التدريب على الاسترخاء العضلي، للتحكم في التوتر المصاحب للقلق.

مراحل البرنامج: ثلاث مراحل (التهيئة، التدخل الأساسي، التقويم والإنهاء)

عدد الجلسات: ١٢ جلسة.

تكرار الجلسات: جلستان أسبوعياً.

زمن الجلسة: ساعتين.

الفنيات المستخدمة: الواجبات المنزلية، والرقابة الذاتية، ولعب الدور، وتحديد الأفكار

السلبية ودحضها، وفنية الإلهاء (تشتيت الانتباه)، والاسترخاء.

الفئة المستهدفة: طلاب المرحلة الثانوية من ذوي كف البصر المقيمين إقامة داخلية

بمدارس النور للمكفوفين، وممن لديهم قلق مرتفع من المستقبل.

الجماعة العلاجية: خمسة طلاب من الجنسين (٣ ذكور، و٢ إناث).

مكان تنفيذ البرنامج: حجرة الحاسب الآلي بمدرسة النور للمكفوفين ببني سويف.
 معاونون: موجهة الإعاقة البصرية ببني سويف، الأخصائية النفسية بالمدرسة.
 التصور الهيكلي لجلسات البرنامج: يوضح جدول ٦ التصور الهيكلي لجلسات البرنامج.
 تفصيل الجلسات: يوضح ملحق ٣ تفاصيل جلسات البرنامج.

جدول ٦

التصور الهيكلي لجلسات البرنامج

المرحلة	رقم الجلسة	محتوى الجلسة
الأولى	١	تعارف: - تعارف. - شرح الهدف من البرنامج بشكل عام، والاتفاق على المواعيد المناسبة للجلسات. - واجب منزلي: توزيع مادة ميسطة مكتوبة بطريقة برايل عن القلق: تعريفه وبعض أنواعه (ملحق ٤).
	٢	تعاقد واستيصار باضطراب قلق: - الاتفاق على قواعد التفاعل بين أفراد الجماعة العلاجية (التعاقد). - مناقشة الواجب المنزلي السابق: اضطراب القلق. - واجب منزلي: تقديم معلومات مكتوبة بطريقة برايل عن طبيعة العلاقة بين التفكير والانفعال (ملحق ٥).
الثانية	٣	العلاقة بين التفكير والانفعال: - مناقشة الواجب المنزلي السابق: العلاقة بين التفكير والانفعال. - فنية الإلهاء. - واجب منزلي: فنية مراقبة لذات لأي أحداث غير سارة.
	٤	فنية مراقبة الذات: - مناقشة الواجب المنزلي السابق: فنية مراقبة الذات. - واجب منزلي: فنية مراقبة الذات (إحساس أو شعور بغيبض خاص بالمستقبل).
التدخل الأساسي	٥	دحض الفكرة السلبية (فكرة خاصة بالجامعة): - مناقشة الواجب المنزلي السابق: استعراض الأفكار السلبية المتعلقة بالمستقبل، ومناقشة فكرة مرتبطة بالجامعة ودحضها. - واجب منزلي: عندما ينتابك إحساس أو شعور بغيبض خاص بمستقبلك، حاول أن تستدعي الأفكار التي كانت لديك قبل وأثناء هذا الشعور، وحاول كتابتها، وكتابة الدليل على أنها صحيحة.
	٦	دحض الفكرة السلبية (فكرة خاصة بالجامعة): - مناقشة الواجب المنزلي السابق: فكرة "المرافق في الامتحان غير أمين، أو غير كفاء". - واجب منزلي: دحض فكرة "عندما أتقدم لخطبة فتاة في المستقبل سيتم رفضي".
	٧	دحض الفكرة السلبية (فكرة خاصة بالزوج): - مناقشة الواجب المنزلي السابق: دحض فكرة "عندما أتقدم لخطبة فتاة في المستقبل سيتم رفضي" باستخدام فنية لعب الدور، وعكس الدور. - واجب منزلي: محولة دحض فكرة "مش حلاقي شغل لأنني كفيف".
	٨	دحض الفكرة السلبية (فكرة خاصة بالعمل): - مناقشة الواجب المنزلي السابق: فكرة "مش حلاقي شغل لأنني كفيف" ودحضها. - واجب منزلي: مراقبة الذات (مراقبة أجسامهم هذه المرة وهم في لحظة توتر ما).
	٩	التدريب على الاسترخاء:

المرحلة	رقم الجلسة	محتوى الجلسة
الثالثة الإتهاء		- مناقشة التوترات الجسمية المصاحبة للقلق. - التدريب على الاسترخاء العضلي. - واجب منزلي: توزيع شريط كاسيت للتدريب على الاسترخاء العضلي، ومحاولة تنفيذ ما جاء فيه.
	١٠	التدريب على الاسترخاء: - مراجعة الواجب المنزلي السابق. - إجراء جلسة استرخاء بسماع الشريط. - واجب منزلي: محاولة استرجاع ما تم في الجلسات السابقة، وتجهيز أي أسئلة للجلسة القادمة.
	١١	الاستبصار: - مراجعة لكل ما تم في الجلسات السابقة. - تقويم لما تم، والرد على الاستفسارات. - الإعلان عن أن الجلسة القادمة هي الجلسة الأخيرة، وسيتم فيها الاتفاق على لقاءات متباعدة.
	١٢	التقويم والإنهاء: - تطبيق مقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر. - توجيه الشكر لأعضاء الجماعة، كما تم الاتفاق على لقاء شهري معهم ومع زملائهم بالمدرسة.

الأسلوب الإحصائي:

تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية: معامل الارتباط لبيرسون، الإحصاء اللابارامتري باستخدام اختبار "مان وتني" للمجموعتين المستقلتين، واختبار "ويلكوكسون" للمجموعة الواحدة⁽²⁾.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

فيما يتعلق بالفرض الأول:

ينص الفرض الأول على: "توجد فرق دالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس الثاني (بعد تطبيق البرنامج العلاجي على أفراد المجموعة التجريبية) على مقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر لصالح المتوسط الأقل (متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية)". وللتحقق من صحة الفرض، تم استخدام اختبار "مان وتيني" كما يتضح من جدول ٧

(2) أجريت كافة التحليلات الإحصائية بواسطة برنامج المعالجات الإحصائية SPSS V.12.

جدول ٧

الفروق بين رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية (ن=٥) والضابطة (ن=٥) في القياس الثاني على مقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر

مستوى الدلالة	Z	U	الضابطة		التجريبية		قلق المستقبل
			متوسط الرتب	مج الرتب	متوسط الرتب	مج الرتب	
٠,٠١	٢,٦٢	٠,٠٠	٨,٠٠	٤٠,٠٠	٣,٠٠	١٥,٠٠	قلق الدراسة الجامعية
٠,٠١	٢,٦٣	٠,٠٠	٨,٠٠	٤٠,٠٠	٣,٠٠	١٥,٠٠	قلق العمل
غير دالة	١,٩١	٣,٥٠	٧,٣٠	٣٦,٥٠	٣,٧٠	١٨,٥٠	قلق الزواج وتكوين أسرة
٠,٠١	٢,٦١	٠,٠٠	٨,٠٠	٤٠,٠٠	٣,٠٠	١٥,٠٠	الدرجة الكلية

يتضح من جدول ٧ وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠١ بين رتب درجات أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية للمجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المتوسط الأقل (متوسط درجات المجموعة التجريبية)، وذلك باستثناء البعد الخاص بالزواج وتكوين أسرة، فقد كانت الفروق غير دالة. ويوضح جدول ٨ متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس الثاني على مقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر

جدول ٨

متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس الثاني على مقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر

الضابطة	التجريبية	قلق المستقبل
٢٤	١٧	قلق الدراسة الجامعية
٢٠,٦	١٣,٨	قلق العمل
٢١,٤	١٨,٢	قلق الزواج وتكوين أسرة
٦٦	٤٩	الدرجة الكلية

نيمًا يتعلق بالفرض الثاني:

ينص الفرض الثاني على: "توجد فرق دالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين الأول (قبل تطبيق البرنامج العلاجي) والثاني (بعد تطبيق البرنامج العلاجي) على مقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر لصالح المتوسط الأقل (متوسط الدرجات في القياس الثاني)". وللتحقق من صحة الفرض، تم استخدام اختبار "ويلكوكسون" كما يتضح من جدول ٩

الفروق بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين الأول والثاني
على مقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر (ن = ٥)

الأبعاد	نوع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة
قلق الدراسة الجامعية	سالِب	٥	٣	١٥	٢,٠٤	٠,٠٥
	موجب	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	محايد	٠,٠٠				
قلق العمل	سالِب	٥	٣	١٥	٢,٠٦	٠,٠٥
	موجب	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	محايد	٠,٠٠				
قلق الزواج وتكوين أسرة	سالِب	٥	٣	١٥	٢,٠٣	٠,٠٥
	موجب	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	محايد	٠,٠٠				
الدرجة الكلية	سالِب	٥	٣	١٥	٢,٠٢	٠,٠٥
	موجب	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	محايد	٠,٠٠				

يتضح من جدول ٩ وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين رتب درجات
أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية في القياسين الأول والثاني لصالح
المتوسط الأقل وهو متوسط الدرجات في القياس الثاني، والذي يتضح في جدول ١٠

جدول ١٠

متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياسين الأول والثاني

على مقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر

قلق المستقبل	قياس أول	قياس ثان
قلق الدراسة الجامعية	٢٥	١٧
قلق العمل	١٩,٨	١٣,٨
قلق الزواج وتكوين أسرة	٢١	١٨,٢
الدرجة الكلية	٦٥,٨	٤٩

فيما يتعلق بالفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث على: "لا توجد فرق دالة إحصائية بين رتب درجات أفراد المجموعة
الضابطة في القياسين الأول والثاني على مقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر".
وللتحقق من صحة الفرض، تم استخدام اختبار "ويلكوكسون" كما يتضح من جدول ١١

جدول ١١

الفروق بين رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين الأول والثاني

على مقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر (ن = ٥)

الأبعاد	نوع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة
قلق الدراسة الجامعية	سالب	٢	١,٥٠	٣,٠٠	١,٤١	غير دالة
	موجب	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	محايد	٣				
قلق العمل	سالب	١	٢,٥٠	٢,٥٠	١,٠٠	غير دالة
	موجب	٣	٢,٥٠	٧,٥٠		
	محايد	١				
قلق الزواج وتكوين أسرة	سالب	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	غير دالة
	موجب	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	محايد	٥				
الدرجة الكلية	سالب	٢	٣,٧٥	١٧,٥٠	٠,٠٠	غير دالة
	موجب	٣	٢,٥٠	٧,٥٠		
	محايد	١				

يتضح من جدول ١١ عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات أبعاد مقياس قلق

المستقبل والدرجة الكلية للمجموعة الضابطة في القياسين الأول والثاني.

فيما يتعلق بالفرض الرابع:

ينص الفرض الرابع على: "لا توجد فرق دالة إحصائياً بين رتب درجات أفراد المجموعة

التجريبية في القياسين الثاني (بعد انتهاء البرنامج العلاجي مباشرة) والتتبعي (بعد شهر من انتهاء

البرنامج) على مقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر". وللتحقق من صحة الفرض،

استخدم الباحث اختبار "ويلكوكسون" كما يتضح من جدول ١٢

جدول ١٢

الفروق بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين الثاني والتتبعي

على مقياس قلق المستقبل للمراهقين ذوي كف البصر (ن = ٥)

الأبعاد	نوع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة
قلق الدراسة الجامعية	سلبية	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	١,٧٣	غير دالة
	موجبة	٣	٢,٠٠	٦,٠٠		
	محايدة	٢				
قلق العمل	سلبية	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	١,٠٠	غير دالة
	موجبة	١	١,٠٠	١,٠٠		
	محايدة	٤				
قلق الزواج وتكوين أسرة	سلبية	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	غير دالة
	موجبة	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠		
	محايدة	٥				

الأبعاد	نوع الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	مستوى الدلالة
الدرجة الكلية	سلبية	٠,٠٠	٠,٠٠	٠,٠٠	١,٦٣	غير دالة
	موجبة	٣	٢,٠٠	٦,٠٠		
	محايدة	٢				

يتضح من جدول ١٢ عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية في القياسين الثاني والتتبعي.

مناقشة النتائج:

أشارت نتائج الفرض الأول إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين رتب درجات أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية على المقياس، للمجموعتين التجريبية والضابطة في القياس الثاني لصالح المتوسط الأقل (متوسط درجات المجموعة التجريبية)، وذلك باستثناء البعد الخاص بالزواج وتكوين أسرة، فقد كانت الفروق غير دالة. كما أشارت نتائج الفرض الثاني إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥ بين رتب درجات أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية على المقياس للمجموعة التجريبية في القياسين الأول والثاني لصالح المتوسط الأقل (متوسط الدرجات في القياس الثاني). كما أشارت نتائج الفرض الثالث إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية على المقياس للمجموعة الضابطة في القياسين الأول والثاني. وأخيراً أشارت نتائج الفرض الرابع إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين رتب درجات أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية للمجموعة التجريبية في القياسين الثاني والتتبعي.

وبالنظر في النتائج السابقة يتضح أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي كان فعالاً في التخفيف من حدة قلق المستقبل لدى المراهقين ذوي كف البصر، وذلك باستثناء البعد الخاص بقلق الزواج وتكوين أسرة، فقد كانت فاعليته ضعيفة، حيث كانت الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة غير دالة، رغم أن الفروق بين القياسين الأول والثاني للمجموعة التجريبية كانت دالة في هذا البعد. وهذا يعني أن هناك تحسناً ولكنه لم يصل إلى مستوى التحسن الذي حدث في البعدين الآخرين (قلق الدراسة الجامعية، وقلق العمل) والذي أثر بدوره على التحسن المتمثل في انخفاض قلق المستقبل على مستوى الدرجة الكلية. وقد يرجع هذا الاستثناء - ضعف التحسن في البعد الخاص بالزواج وتكوين أسرة - إلى أن المجموعة التجريبية تضمنت أفراداً من الجنسين، والذي قد يكون له أثر سلبي في التوصل للمخططات والأفكار السلبية التي تقف وراء قلق المراهق الذي لديه كف بصر من الزواج وتكوين أسرة في المستقبل، أو إلى مناقشة الأفكار المرتبطة بهذا النوع من القلق مناقشة مفتوحة، فقد يكون للحرج دور في هذا السياق.

ويبدو أنه كان من المفروض أن يتم مناقشة الأفكار الخاصة بهذا البعد مع كل جنس على حدة في جلسات منفصلة، أو أن يتم إعطائه مزيداً من الاهتمام لتعديل الأفكار وبالتالي المشاعر السلبية المرتبطة به. كما كان من الممكن أن يتم إعداد مادة علمية تتعلق بهذا البعد من قلق المستقبل، وتدخل ضمن الواجبات المنزلية، أو القياس المرحلي أثناء تطبيق البرنامج، أو كل ما سبق. وهي اعتبارات يجب أن تراعى عند إعداد برامج تتناول موضوع الزواج وتكوين أسرة لدى المراهقين ذوي كف البصر باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مستقبلاً.

ويمكن تفسير التحسن المتمثل في انخفاض قلق المستقبل، والذي طرأ على أفراد المجموعة التجريبية نتيجة لتعرضهم لبرنامج علاجي معرفي سلوكي، في ضوء أن المكون المعرفي يعد مكوناً أساسياً في قلق المستقبل (Zaleski, 1996). وبالتالي فمن المتوقع أن تعديل الأفكار سيؤدي إلى انخفاض قلق المستقبل. وكذلك يبدو أنه من السهل دحض الأفكار المرتبطة بهذا النوع من القلق، خاصة أنه من الصعب، بل قد يكون من المستحيل أن يقدم أحد أفراد المجموعة التجريبية دليلاً واحداً على صحة أي فكرة مرتبطة بقلق المستقبل لديه.

كما يمكن تفسير التحسن - أيضاً - في إطار ما أشار إليه أرون بيك (٢٠٠٠، ٣٢) من أن الأفكار الأوتوماتيكية تتطوي على تيمة theme واحدة، وإن اختلف منطوقها في الظروف المختلفة. وقد توصل الباحث والمجموعة التجريبية إلى أن الأفكار الأوتوماتيكية السلبية المرتبطة بقلق المستقبل لديهم تتمثل في تيمة رئيسة وهي تيمة الرفض. فسيكون هناك رفض في الجامعة من زملائه وأساتذته، وفي العمل سيرفض من المجتمع في صورة عدم توفير فرصة عمل، ومن زملائه في حالة حصوله على فرصة عمل، والرفض في الزواج من الفتاة أو الفتى نفسه، وفي حالة الموافقة قد يأتي الرفض من أسرته أو أسرتها، والفكرة التي تقف وراء هذه التيمة هي: "سيتم رفضي لأنني كفيف". وقد لعب الوعي بهذه التيمة دوراً في دحض معظم الأفكار المرتبطة بها.

وعلى الرغم من صعوبة وجود أدبيات منشورة - في حدود علم الباحث - اختبرت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض قلق المستقبل لدى المراهقين ذوي كف البصر، فإن النتائج التي توصل إليها البحث تتسق مع نتائج العديد من الدراسات التي أكدت على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة القلق العام (Gould, et al., 1997; Stanley & Novy, 2000)، وفي الحد من اضطرابات المراهقين، وبشكل خاص الاكتئاب والقلق (Birmaher, et al., 1996; Brent, 1997; Kazdin & Weisz, 1998)، وفي تخفيف حدة

القلق (أسماء عبد الله محمد، ٢٠٠١)، وفي تخفيف قلق الامتحان لدى طلاب كلية التربية (خلف احمد مبارك، ٢٠٠١)، وفي تخفيف حدة الخوف الاجتماعي (بسمات محمد الحسين، ٢٠٠٣). كما تتسق نتائج البحث الحالي مع ما توصل إليه "إريكسون" (Erickson, 2003) من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في الخفض الفوري (أي بعد انتهاء البرنامج العلاجي) لجميع أشكال اضطرابات القلق خارجي المنشأ. ومع ما أشارت إليه عديد من الدراسات من أن العلاج الجماعي (مع اختلاف المداخل العلاجية) تدخل علاجي ناجح مع الأطفال والمراهقين (Hoag & Burlingame, 1997; Johnson et al., 1998; White, 2000)، وإنه يحدث تغييرات في الجوانب الخاصة بالوظائف الانفعالية والمعرفية والسلوكية للعميل (Stoiber & Kratochwill, 1998).

كما أشارت نتائج الفرض الرابع إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين رتب درجات أبعاد مقياس قلق المستقبل والدرجة الكلية على المقياس للمجموعة التجريبية في القياسين الثاني والتتبعي. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة "إريكسون" (Erickson, 2003) التي أكدت على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في الخفض الفوري لجميع أشكال اضطرابات القلق خارجي المنشأ، واستمرار التحسن بعد انتهاء البرنامج بستة أشهر. كما تتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠، ١٥٣) من أن العلاج المعرفي السلوكي يعد الأفضل فيما يتعلق بالنتائج المرجوة منه على المدى الطويل، حيث تقل بدرجة كبيرة احتمالات حدوث انتكاسة بعد انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي.

التوصيات:

- ١- ضرورة إجراء برامج علاجية وإرشادية (حسب الحاجة) لطلاب المرحلة الثانوية العامة من ذوي كف البصر المقيمين إقامة داخلية بمدارس النور للمكفوفين، تهدف إلى إعدادهم للانتقال إلى المرحلة الجامعية.
- ٢- يفضل عند تناول الأفكار التي تقف وراء القلق من الزواج وتكوين أسرة لدى المراهقين ذوي كف البصر، أن يتم ذلك مع كل جنس على حدة، وذلك لاعتبارات ثقافية، حيث يبسر ذلك تناول الأفكار ومناقشتها دون حساسية وجود الجنس الآخر، خاصة في مرحلة المراهقة.
- ٣- غالباً ما تنتهي علاقة الباحث بعينة بحثه بعد الانتهاء من البحث، مما يشعرهم بأنهم أشياء يتم الاستفادة منها وتركها، ولذلك فإن هناك ضرورة لاستمرار التواصل بينه وبينهم، وخاصة في الدراسات التجريبية التي تتضمن برامج علاجية وإرشادية.

قائمة المراجع

- إبراهيم محمود أبو الهدى (٢٠٠٦): فاعلية برنامج إرشادي لتخفيف مستوى القلق لدى عينة من المراهقين المعاقين بصرياً. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- أحمد حسنين أحمد محمد (٢٠٠٠): قلق المستقبل وقلق الامتحان في علاقتهما ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من طلاب الصف الثاني الثانوي. رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة المنيا.
- أحمد حسين الشافعي (١٩٩٣): القلق ووجهة الضبط لدى الأطفال المعاقين بصرياً والعاديين. رسالة ماجستير، كلية البنات، جامعة عين شمس.
- أحمد على محمد إبراهيم الكبير، ورمضان محمود أحمد درويش (٢٠٠٦): المخاوف المرضية ومفهوم الذات لدى عينة من التلاميذ ذوي الإعاقة البصرية. المجلة المصرية للدراسات النفسية، مجلد ١٦، العدد ٥٠، ص ص ٧٩-١.
- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٨٧): قلق الموت. الكويت: سلسلة عالم المعرفة، العدد ١١١.
- أرون بيك (٢٠٠٠): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية (ترجمة: عادل مصطفى). القاهرة: دار الآفاق العربية.
- أسماء عبد الله محمد (٢٠٠١): فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق الشائعة لدى عينة من الأطفال بدولة قطر. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- إيهاب البيلوي (٢٠٠١): قلق الكفيف - تشخيصه وعلاجه. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- بسمات محمد الحسين (٢٠٠٣): فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج الخوف الاجتماعي (دراسة تجريبية بمستشفيات ولاية الخرطوم للأمراض العصبية والنفسية). في: بحوث المؤتمر الأول للجمعية النفسية السودانية (علم النفس الوطني وقضايا السلام والتنمية)، ص ص ٦٦-٦٣.
- جمال الخطيب، فاروق الروسان، خولة يحيى، إبراهيم الزريقات، جميل الصاوي، منى الحديدي، ميادة الناطور، موسى العميرة، ناديا السرور (٢٠٠٧): تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.
- جمال الخطيب، منى الحديدي (١٩٩٧): المدخل إلى التربية الخاصة. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

جيرالد كوري (١٩٨٥): *الإرشاد والعلاج النفسي بين النظرية والتطبيق*، (ترجمة: طالب الخفاجي). أوبها: توزيع المكتبة الفيصلية.

جيفري ي. يونج، أرون بيك آرثر واينبرجر (٢٠٠٢): *الاكتئاب*. في: ديفيد هـ. بارلو (محرر)، *مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية- دليل علاجي تفصيلي* (ترجمة: صفوت فرج، محمد نجيب الصبوة، مصطفى أحمد تركي، جمعة سيد يوسف، هبة إبراهيم القشيشي، حصة عبد الرحمن الناصر، هدى حسن جعفر). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

حسن أحمد الجبالي (١٩٨٩): *دراسة مقارنة لمستوى القلق عند الأطفال المكفوفين والمبصرين. رسالة ماجستير*، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

حسن مصطفى عبد المعطي (١٩٩٨): *علم النفس الإكلينيكي*. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

خلف احمد مبارك (٢٠٠١): *فعالية العلاج السلوكي المعرفي والتدريب على مهارات التعلم في خفض قلق الامتحان وتحسين الأداء الأكاديمي - دراسة تجريبية. المجلة التربوية*، كلية التربية بسوهاج جامعة جنوب الوادي، (١٦)، ٢٠١-٣٠٢.

رشاد عبد العزيز موسى (١٩٩٤): *أثر الإعاقة البصرية والجنس على بعض الأعراض العصابية*. في: *بحوث في سيكولوجية المعاق*. القاهرة: دار النهضة العربية.

رشاد عبد العزيز موسى (٢٠٠١): *أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي*. القاهرة: مؤسسة المختار للنشر والتوزيع.

رضا محمد إبراهيم محمد (٢٠٠٥): *فاعلية برنامج إرشادي في تحسين مستوى القلق لدى الطفل الكفيف. رسالة دكتوراه*، كلية التربية ببها، جامعة الزقازيق.

زينب محمود شقير (٢٠٠٥): *مقياس قلق المستقبل- كراسة التعليمات*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

سعيد عبد العزيز (٢٠٠٥): *إرشاد ذوي الاحتياجات الخاصة*. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

سلوى عبد الباقي (١٩٩٣): *مسببات القلق: خبرات الماضي والحاضر ومخاوف المستقبل. دراسات نفسية تربوية*. القاهرة: عالم الكتب، ص ص ١٢٠-١٤٥.

سيد صبحي (١٩٩٤): *النمو النفسي للإنسان*. القاهرة: المؤلف.

- سيد صبحي (١٩٩٩): *الحياة الزوجية للكفيف*. القاهرة: المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين.
- صلاح مخيمر (١٩٧٧): *تناول جديد في تصنيف الأعصاب والعلاجات النفسية*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عادل عبد الله محمد (٢٠٠٠): *العلاج المعرفي السلوكي - أسس وتطبيقات*. القاهرة: دار الرشاد.
- عادل عز الدين الأشول، عبد العزيز السيد الشخص (١٩٨٤): *مقياس القلق للمكفوفين*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الستار إبراهيم (١٩٨٣): *العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان*. القاهرة: مكتبة مدبولي.
- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤): *العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه ومبادئ تطبيقه*. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- عبد الستار إبراهيم، عبد العزيز بن عبد الله الدخيل، رضوى إبراهيم (١٩٩٣): *العلاج السلوكي للطفل: أساليبه ونماذج من حالاته*. الكويت: سلسلة عالم المعرفة، العدد ١٨٠.
- عبد العزيز السيد الشخص (١٩٩٢): *اثر أسلوب الرعاية على مستوى القلق لدى المكفوفين واتجاهاتهم نحو الإعاقة البصرية*. مجلة مركز معوقات الطفولة، ١، ١٤٩-١٧٨.
- عبد المجيد سالمى، نور الدين خالد (١٩٩٨): *معجم مصطلحات علم النفس*. القاهرة: دار الكتاب المصري.
- عبد المطلب القرطبي (٢٠٠١): *سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم*، ط٣. القاهرة: دار الفكر العربي.
- علاء فرغلي (٢٠٠٥): *مهارات العلاج المعرفي السلوكي*. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- فاروق السيد عثمان (٢٠٠١): *القلق وإدارة الضغوط النفسية*. القاهرة: دار الفكر العربي.
- فرج عبد القادر طه، شاكر عطية قنديل، حسين عبد القادر محمد، مصطفى كامل عبد الفتاح (١٩٩٣): *موسوعة علم النفس والتحليل النفسي*. القاهرة: دار سعاد الصباح.
- قتيبة محمد محمد (٢٠٠٧): *الخصائص الشخصية لدى المراهقين المعاقين بصرياً في مراكز الإقامة الداخلية والنهارية والمراهقين المبصرين: دراسة مقارنة*. رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
- كمال سالم سيسالم (١٩٩٧): *المعاقون بصرياً (خصائصهم ومناهجهم)*. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

- كمال عبد الحميد زيتون (٢٠٠٣): *التدريس لذوي الاحتياجات الخاصة*. القاهرة: عالم الكتب.
- لطفى بركات أحمد (١٩٨١): *تربية المعوقين في الوطن العربي*. الرياض: دار المريخ.
- ماجدة السيد عبید (٢٠٠٠): *تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة*. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- ماهر محمود عمر (٢٠٠٣): *العلاج السلوكي الانفعالي العقلائي*. الإسكندرية: مركز الدلتا للطباعة.
- محمد عبد التواب معوض (١٩٩٦): أثر كل من العلاج المعرفي والعلاج النفسي الديني في تخفيف قلق المستقبل لدى عينة من طلبة الجامعة. *رسالة دكتوراه*، كلية التربية، جامعة المنيا.
- محمد عبد التواب معوض، سيد عبد العظيم محمد (٢٠٠٧): *مقياس قلق المستقبل*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- محمود محبي الدين سعيد (٢٠٠٤): قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات الثقافية-دراسة حضارية مقارنة بين طلاب كليات التربية بمصر وسلطنة عمان. في: *بحوث المؤتمر السنوي الحادي عشر لمركز الإرشاد النفسي*، جامعة عين شمس، ص ص ١٣٩-١٧٨.
- محمود مرزوق محمد (٢٠٠٦): قلق المستقبل وعلاقته ببعض مظاهر التوافق الدراسي لدى طلاب الجامعة. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، مجلد ١٦، العدد ٥٣، ص ص ٢٢٠-٢٧١.
- مدحت عبد الحميد أبو زيد (٢٠٠٢): *العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية*، ج ٢. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- مرفت عبد المنعم سلامة (٢٠٠٥): أبعاد مفهوم الذات وعلاقتها ببعض اضطرابات القلق لدى عينة من الأطفال المبصرين والمكفوفين. *رسالة ماجستير*، كلية الآداب، جامعة المنيا.
- منى الحديدي (١٩٩٦): *رعاية وتأهيل المكفوفين*. القاهرة: مطبوعات جامعة الدول العربية، سلسلة الدراسات الاجتماعية.

Agrawal, R. (1992). Psychosocial Factors in Mainstreaming Visually Impaired Adults. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 86, 2, 118-121.

A.P.A. (2005). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Hollon, S. D., Young, J. E., Bedrosian, R. C., & Budenz, D. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy. *Archives of General Psychology*, 42, 142-148.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E. & Antony, M. M., (2006). *Cognitive behavioural therapy in groups*. New York: Guilford Press.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., & Kaufman, J. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, Part II. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1575-1583.
- Borkovec, T. D., Metzger, R. L. & Pruzinsky, T. (1986). Anxiety, worry and the self. In: Hartman, L. M. & Blankstein, K. R. (Eds.), *Perception of self in emotional disorder and psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Brent, D. A., Holder, D., Kilko, D., Birmaher, B., Baugher, M. & Roth, C. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54, 877-885.
- Carr, A. (1999). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach*. London: Routledge.
- Clark, D. M. & Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches. In: C. Last & M. Hersen (Eds.), *Handbook of anxiety disorders*. New York: Pergamon, 362-385.
- Chapin, T. B. (2007) . The Relation Between Trait Anxiety and Future Anxiety. *Psi Chi Journal*, 5, 3, 123-129.
- Cosgrave, E. & Keating, V. (2006). After the Assessment: Introducing Adolescents to Cognitive-Behavioural Therapy. *Australian Journal of Guidance & Counselling*, 16, 2, 149-157.
- Curran, J., Machin, C. & Gournay, K. (2006). Cognitive behavioural therapy for patients with anxiety and depression. *Nursing Standard*. 21, 7, 44-52.
- Erickson, D. H.(2003). Group Cognitive Behavioural Therapy for Heterogeneous Anxiety Disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 4, 179-186.
- Eysenck. M. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. NJ: Erlbaum.
- Gould, R., Otto, M., Pollack, M., & Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: a preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, 28, 285-305.

- Free, M. L. (1999). *Cognitive therapy in groups: Guidelines and resources for practice*. New York: John Wiley.
- Haddad, M., Rogers, P. & Gournay, K. (2007). Cognitive behaviour therapy in primary care. *Primary Health Care*, 17, 10, 32-34.
- Hagemoser, S. D. (1996). The Relationship of Personality Traits to the Employment Status of Persons Who Are Blind. *Journal Of Visual Impairment & Blindness*. 90, 2, 134 – 144.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J. & Clark, D. M. (1999). *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. New York: Oxford University Press Inc.
- Hoag, M. J. & Burlingame, G. M. (1997). Child and adolescent group psychotherapy: A narrative review of effectiveness and the case for meta-analysis. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 7, 2, 51–68.
- Johnson, C. V., Riester, A. E., Corbett, C., Buehler, A., Huffaker, L. & Levich, K. (1998). Group activities for children and adolescents: An activity group therapy approach. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 8, 2, 71–88.
- Kastner, J. W. (1998). Clinical change in adolescent aggressive behavior: A group therapy approach. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 8, 1, 23–33.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19–36.
- Lindo, G. & Nordholm, L. (1999). adaptation strategies well – being and activities of daily living among people with low vision. *Journal Of Visual Impairment And Blindness*. 93, 434 – 446.
- MacLeod, A., Williams, J. M. & Bekerian, D. A. (1991). Worry is reasonable: The role of explanations in pessimism about future personal events. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 478-486.
- Meichenbaum, D. (1996). *Mixed Anxiety and Depression: A Cognitive Behavioral Approach*. New York: Newbridge Professional Programs.
- Mishna, F., & Muskat, B. (1998). Group therapy for boys with features of Asperger's syndrome and concurrent learning disabilities: Finding a peer group. *Journal of Child & Adolescent Group Therapy*, 8, 3, 97–113.
- Molin, R. (1990). Future anxiety: Clinical issues of children in the latter phases of foster care. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 7, 6, 233-245.

- Muris, P. & Heiden, S. (2006). Anxiety, depression, and judgments about the probability of future negative and positive events in children. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 2, 252-261.
- Neufeld, R. & Paterson, R. (1989). Issues concerning control and its implementation. In: Neufeld, R. (Ed.) *Advances in the investigations of psychological stress*. Chichester: Wiley.
- Rappaport, H. (1991). Measuring defensiveness against future anxiety: Telepression. *Current Psychology*; 10, 1, 65-77.
- Schuyler, D. (2003). *Cognitive therapy: A practical guide*. London: W.W. Norton.
- Sharma, S. & Sigfoos, J. (2000). Social skills assessment of Indian children with visual impairments. *Journal Of Visual Impairment And Blindness*. 78, 211-235.
- Smith, D. D. & Luckasson, R. (2002). *Introduction to special education: Teaching in an age of challenge* (2nd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Stanley, M. A. & Novy, D. M. (2000). Cognitive-Behavior Therapy for Generalized Anxiety in Late Life An Evaluative Overview. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 2, 191-207.
- Stoiber, K. C., & Kratochwill, T.R. (1998). *Handbook of group intervention for children and families*. Boston: Allyn and Bacon.
- Taina, H., Komulainen, E., & Aro, H. (1999). Social Support and Self-Esteem Among Adolescents With Visual Impairments. *Journal Of Visual Impairment and Blindness*. 93, 5, 243-262.
- Thahane, L. N.; Myburgh, Chris P. H. & Poggenpoel, M. (2005). The Life-World of Visually Impaired Adolescents: An Educational Guidance Perspective. *Education*, 125, 3, 393-399.
- White, J. R. (2000) Cognitive-behavioral group therapy for specific problems. In: J. R. White & A. S. Freeman (Eds.), *Cognitive-behavioral group therapy for specific problems and populations*. Washington, DC: American Psychological Association, 3-25.
- Wiemer, S. A., Kratochwill, T. R. (1991). Fears of Visually Impaired Children. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 85, 3, 118-124.
- Zaleski, Z. (1996). Future Anxiety: Concept, Measurement, and Preliminary Research. *Personality and Individual Differences*, 21, 2, 165-174.

بعض الأفكار السلبية المتعلقة بالمستقبل

كما وردت على لسان المراهقين ذوي كف البصر

تم تصنيف الاستجابات وفقاً للمجال الذي تنتمي إليه، وذلك على النحو التالي:

أولاً- مجال الدراسة الجامعية في المستقبل:

لن أستطيع إكمال تعليمي بسبب إرهاب ومضايقة من سيرافقني إلى الجامعة. في الجامعة لازم نصاب رفيق يكون أمين لأن الجامعة يكون فيها مشاكل كثيرة. عدم وجود وسائل تساعدنا على الاستذكار مثل أحد يقرأ لنا. عدم توفير الشرائط اللازمة. بعض الأساتذة لا يسمحون بتسجيل الشرائط أثناء المحاضرات. لا أتوقع وجود أحد يساعدني في الكتابة أو القراءة. دكتور الجامعة ممكن يتضايق ولا يسمح لي بأن أسجل محاضراتي. عند الامتحان ممكن أن يأتوا لنا بمراق لا يعرف الكتابة أو لا يعرف القراءة. اضطهادهم للطالب الكفيف وهذا يؤثر على مصيري. الطالب الكفيف يجد عوائق في الجامعة وهي عدم التعود على الطالب المبصر. مشكلة التحرك للكفيف بالنسبة للسير يجد عقبات كثيرة منها أنه عندما يسير يخطب في أي شخص بدون قصد فيسرع في توبيخ الكفيف، وهذا يتعبني نفسياً ويشتت تفكيري ويجعلني أفكر كثيراً قبل السير في أي مكان، وذلك يشعرني بالإحباط والعجز، ونكون بذلك قد همشنا ذلك الشخص الكفيف. تخصيص مكان للمكفوفين وسكن. الشباب في الجامعة معظمهم غير محترمين فكيف نتعامل معهم كمكفوفين. طبعاً إحنا محتاجين لأي شخص أو شخصاً حتى يسجل لنا المحاضرات. يحس الكفيف بأنه لا يتكيف مع المجتمع الخارجي في الجامعة، وأن بعض الزملاء ينظرون للكفيف بنظرة السخرية ولا يساعده، ويكون الشكل العام بين الناس قليل جداً عن الناس العاديين وإنهم يعاملوننا على أساس شفقة وعجز وليس على أساس تفوق ومكانة رفيعة حتى وإن كنا نفوق العاديين في التفوق.

ثانياً- مجال العمل في المستقبل:

عندما أتخصص في شئ ولا أجد له مجال عمل فلن أتعلم، وأنا أحب أن أعمل في مجالي وأتخصص فيه. مشكلة البطالة التي يعاني منها أكثر الخريجين. هل لدى فرصة عمل بعد انتهاء تعليمي؟. عدم وجود بديل للعمل في جالة عدم وجود الوظيفة المناسبة. المشكلة بالنسبة للعمل أرجو توفير فرص عمل في المدارس للتدريس. توفير فرصة عمل تساعدنا في الحياة.

مشكلة العمل عدم وجود فرص عمل. لماذا لا يوفرنا لنا فرص عمل. أريد أن أتعين في مدرستي لأنها هي الأمان لي هنا وهي المكان الذي أعرفه هنا. عدم توافر الوظيفة. الصعوبة أثناء الذهاب للعمل. وجود فرصة العمل المناسب للمكفوفين والوظيفة المناسبة لنا كمكفوفين. بالنسبة لنا كمكفوفين ماذا نعمل إذا لم نجد وظيفة؟ هل زملائي في العمل يعاملوني على أنني مثلهم أم يفرقوا بيني وبينهم في المعاملة؟ هل يعرف زملائي طريقة التعامل معي وطبيعة شخصيتي أم لا؟ الكفيف بعد تخرجه من الجامعة سيكون مصيره الجلوس وحيداً لا يهتم به أحد. عندما يأتي الكفيف يطلب فرصة عمل ينظر له الناس على أنه كفيف. لن أجد من يشجعني ويذهب معي لأطالب بعمل. أخشى أن يكون العمل في مكان بعيد عني. إن المكفوفين لن يأخذوا حقهم إلا بالواسطة أو بفاعلين خير فقط. من الصعب أن أجد وظيفة في يدي لعمد عليها في يوم من الأيام.

ثالثاً- مجال الزواج وتكوين أسرة في المستقبل:

عندما أتزوج، هل هو كفيف أم مبصر، وهل له دخل. تقابلي في المستقبل مشاكل لأن الرجل المبصر لا يتقدم لإبنة كفيفة لطلب الزواج ولكن لابد من أن تتزوج كفيف مثلها. لماذا لا يتزوج المبصرون بالمكفوفين؟ نحن مثل بعضنا في الحياة وأريد أن يكون الزوج ليس خلقه ضيق. مشكلة الزواج هي أن المبصرين لم يتزوجوا الكفيفات لماذا؟ نحن مثل بعضنا لماذا لا يتزوجنا المبصر؟ بالنسبة للزواج لا أرى أي مشكلة لأني لا أريد أن أتزوج. لا يوجد مشاكل بالنسبة للزواج لأني لا أريد الزواج. المشكلة التي تواجهني في الزواج أن يكون لي زوجاً لا يعايرني في يوم من الأيام لأني كفيفة. أن يكون لي حق مثل المعصرين في الزواج. الزواج حاجة بيد الله والله أعلم بالمكتوب. ولكن لو الإنسانية لها حماة طبعاً هي كفيفة وفي حاجات لا تقدر عليها الكفيفة ولكن مش عايزة تخرج نفسها ماذا تفعل؟ اختيار زوج مخلص لا يعيرني في يوم من الأيام على أنني من مجتمع المكفوفين بل يعاملني على أنني مثل باقي البشر العاديين. إن معظم الناس يظنون أن المكفوفين عاجزين ولا يتزوجهم أبداً ويحبطونا بما يقولون علينا، وينظرات الشفقة وإن كان فينا من بداخله مواهب جيدة وتدين عصيق والتزام. لو إذا توظفت سأعجب زوجي لأنه سيفرح بي لأني متعلمة ولدي وظيفة وأنا أكون متعلمة وإيجاد وظيفة لكي أساعد بها نفسي إذا تزوجت. لو زوجي فاتني أطلب بالنفقة والمؤخر. أنا لازم أكون أمام الزوج قوية ولا أكون ضعيفة أمام الزوج. والمشكلة الأخرى التي تواجهني في الزواج هي أن الزوج لا يكون له أم تتحكم فينا. ولو تزوجت سوف أحافظ على زوجي من الناس أن يأخذوه مني. بعض البنات يرفضن أن يتزوجن الشباب المكفوفين وليس من السهل أن يجد الشاب امرأة تقبل أن

تتزوج الكفيف. نظراً لأنني كفيف فسأجد صعوبة في الحصول على شريكة حياتي نظراً لأنني كفيف. عندما يأتي للتقدم لشريكة حياته يقول أهلها لا لأنه كفيف؟ وكيف بيني أسرة وهم لا يوافقون حتى إذا كان الطرفان متمسكين ببعضهما؟. إن شاء الله حين أريد أن أستعد للزواج أتوقع أن أواجه مشاكل منها أهل الزوجة لن يرضوا بي لأنني كفيف وسيسألون مثلاً كيف تصرف عليها؟ إلى آخر هذه الأشياء. المشكلة المادية صارت تواجه الشباب من جميع النواحي.

مقياس (ق.م)

للمراهقين المكفوفين

(كراسة التعليمات والعبارات)

عزيزي الطالب/الطالبة:

تتعلق العبارات التالية ببعض الأفكار والمشاعر حول بعض المواقف الحياتية التي يتعرض لها المراهق المكفوف، أقرأ كل عبارة بعناية ودقة، ثم تخير استجابة واحدة مما يأتي:

أ- إذا كنت توافق تماماً على العبارة، ضع رقم ٣ أمام رقم العبارة في ورقة الاستجابة.

ب- وإذا كنت توافق إلى حد ما، ضع رقم ٢ أمام رقم العبارة في ورقة الاستجابة.

ج- وإذا كنت رافض للعبارة، ضع رقم ١ أمام رقم العبارة في ورقة الاستجابة.

تذكر ما يلي:

- ١- لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، فجميع الإجابات لها قيمة، طالما تعبر عن رأيك ومشاعرك بصدق.
- ٢- لا بد من وجود رقم يعبر عن رأيك أمام رقم كل عبارة، فرقم ٣ يعني أنك موافق تماماً على العبارة، ورقم ٢ يعني أنك موافق إلى حد ما، ورقم ١ يعني أنك رافض للعبارة.
- ٣- لا تنسى أي رقم عبارة دون أن يكون أمامه الرقم الذي يعبر عن رأيك.
- ٤- لا تضع أي علامات في كراسة التعليمات والعبارات التي بين يديك.

من فضلك أكتب البيانات التالية أعلى ورقة الاستجابة: الاسم، السن، الجنس، السنة الدراسية، ثم ابدأ في قراءة العبارات، والاستجابة على كل عبارة.

رقم العبارة	نص العبارة
١	أخشى من افتقادي لشخص يساعدني في كتابة وقرائة المحاضرات في الجامعة.
٢	أخاف من الفشل في الحصول على فرصة عمل في المستقبل.
٣	تزعجني فكرة رفض المبصرين الزواج من المكفوفين.
٤	أشعر بالقدرة على تحقيق النجاح في الدراسة الجامعية.
٥	أخشى من حصولي على فرصة عمل في المستقبل لا تناسبني.
٦	أخشى إذا تزوجت من كفيف/كفيفة أن تزداد أعبائي.
٧	أرتجف خوفاً كلما تذكرت ما يمكن أن أتعرض له من مشكلات في الحياة الجامعية.
٨	سأحقق في المستقبل معظم أهدافي الخاصة بالعمل والمهنة.
٩	ينتابني شعور باليأس من التفكير في فشل مشروع زواجي.
١٠	أتألم من فكرة أن ما سيكتبه المرافق لي في امتحانات الجامعة سيكون غير صحيح.
١١	أضطرب عند التفكير فيما سيواجهني من صعاب في عملي مستقبلاً.
١٢	سأنتغلب على الكثير من الصعاب المتعلقة بالزواج وتكوين أسرة.
١٣	يؤلمني توقع أن يسيء أساتذتي معاملتي في الجامعة.
١٤	أخاف من أن يساء تقدير إمكانياتي المهنية.
١٥	أتوتر وأرتبك عندما أفكر في أمور تتعلق بالزواج مستقبلاً.
١٦	سأتمكن من تحقيق طموحاتي الدراسية.
١٧	أخشى أن أفشل في المهنة التي سأعمل بها مستقبلاً.
١٨	أخشى من أنني لن أتمكن من توفير حياة كريمة لأسرتي وأبنائي مستقبلاً.
١٩	تنتابني مشاعر الخوف من صعوبة تحركي بين زملائي بالجامعة مستقبلاً.
٢٠	أخشى إذا تزوجت أن أرزق بأبناء معاقين.
٢١	أخشى من صعوبة توفير معينات تساعدني على تحصيل دروسي مستقبلاً.
٢٢	تزعجني فكرة أن زملائي في العمل مستقبلاً سيعاملونني معاملة خاصة.
٢٣	أخاف من التعامل في الجامعة مع زملائي المبصرين من الجنس الآخر.
٢٤	أخشى أن يكون عملي مستقبلاً في مكان بعيد عن إقامتي.
٢٥	أخشى مستقبلاً من عدم تقدير أهل شريك حياتي لظروف إعاقتي.
٢٦	أتوقع أن يتجنبني الطلاب المبصرين في الجامعة.

تفصيلات بعض جلسات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

لتخفيف قلق المستقبل لدى المراهقين ذوي كف البصر

المرحلة الأولى- التهيئة:

الجلسة الأولى: تعارف

تعارف، وشرح الهدف من البرنامج بشكل عام، والاتفاق على المواعيد المناسبة للجلسات، بحيث لا تتعارض مع البرنامج اليومي داخل المدرسة، حيث تم الاتفاق على الساعة الثالثة والنصف ظهراً، وحتى الخامسة والنصف، يومي الأحد، والثلاثاء أسبوعياً. وقد بدأ الباحث بتعريف نفسه للجماعة، ثم طلب من كل عضو من أعضاء الجماعة أن يتحدث عن نفسه وهواياته، وأحلامه وطموحاته، وذلك بهدف زيادة التعارف والألفة بين الباحث والجماعة، وبين بعضهم بعضاً.

وقد سأل أحد أعضاء الجماعة عن جدوى هذه اللقاءات، واستطرد قائلاً إنهم يشعرون بأنهم حقل تجارب، وأن الباحثين يأتون ويأخذون ما يريدون وينصرفون، وهو ما يؤثر في نفسياتهم بشدة. وقد رد الباحث بأن من قال هذا لديه حق فيما يقوله، وأكد على أن معيار الاستمرار في الجلسات من عدمه هو الشعور الحقيقي بالاستفادة، وفي حالة شعورهم بأنه ليس هناك استفادة سيتم إيقاف الجلسات فوراً.

الواجب المنزلي: تم توزيع مادة مبسطة تتضمن فكرة عن القلق: تعريفه وبعض أنواعه مكتوبة بطريقة برايل.

الجلسة الثانية: تعاهد، واستبصار باضطراب القلق.

تم الاتفاق على قواعد التفاعل بين أفراد الجماعة العلاجية (التعاهد)، والتي تتلخص في: عدم مقاطعة المتحدث، واحترام الرأي الآخر، الالتزام بمواعيد الجلسات. كما تم الاتفاق على أن تكون لدى كل فرد رغبة حقيقية في أن يكون أفضل، وأن يتعاون مع زملائه ومع الباحث لتحقيق هذه الرغبة، وأن يحترم القواعد، ويلتزم بتنفيذ المطلوب منه بكل صدق.

مناقشة الواجب المنزلي: تم مناقشة الواجب المنزلي، وقد أثبتت بعض الأسئلة حول موضوع القلق مثل: كيف تكون الصحة والعمل والدراسة سبباً في القلق والسكينة؟ والفرق بين

القلق السوي وغير السوي؟ وقد دار نقاش، تم خلاله الإجابة عن هذين السؤالين بمساعدة الباحث.

الواجب المنزلي: تقديم معلومات مكتوبة بطريقة برايل عن طبيعة العلاقة بين التفكير والانفعال.

المرحلة الثانية-التدخل الأساسي:

الجلسة الثالثة: العلاقة بين التفكير والانفعال.

تم مناقشة الواجب المنزلي المتعلق بطبيعة العلاقة بين التفكير والانفعال، وتقديم مزيد من الأمثلة عن هذه العلاقة.

كما تم استخدام فنية الإلهاء، للتدليل على أن الانفعال غير السار مرتبط بالأفكار. وذلك على النحو التالي:

الباحث: واحد يتطوع ويقول موقف صعب كل ما يفتكره يشعر بالتوتر والضيق، ويمكن ألا يقوله، مجرد أن يتخيله ويقول لنا مشاعره.

الحالة "ع": يعني مش لازم أقول الموقف؟

الباحث: نعم.

الحالة "ع": أنا حتطوع.

الباحث: تخيل يا "ع" الموقف كأنه حصل الآن، وأوصف لنا مشاعرك.

الحالة "ع": أنا متضايق جداً، وحاسس إني عايز أبكي.

الباحث: تقدر دلوقتي تذكر أسماء زملائك الموجودين معنا بصوت عالي (قام بذلك).

الباحث: تقدر تقول لنا عن الحاجات اللي موجودة في حجرة الكمبيوتر اللي احنا قاعدين فيها

بس بصوت عالي (قام بذكر بعض الأشياء). وبعد الانتهاء من ذكرها سأله الباحث: يا

ترى الانفعال والتوتر والضيق اللي كان موجود مازال موجود؟

الحالة "ع": لا مش موجود.

وهنا أكد الباحث على أن هذا دليلاً على أن ما نفكر فيه هو الذي يسبب التوتر والضيق،

وإذا تمكنا من تغيير الأفكار، أو شغلنا أنفسنا بشكل متعمد بأي شيء آخر، فإن ذلك سيققل من

التوتر المصاحب للموقف.

الواجب المنزلي: عندما ينتابك إحساس أو شعور بغضب، حاول أن تستدعي الأفكار التي

كانت لديك قبل وأثناء هذا الشعور، وحاول كتابتها (فنية مراقبة الذات لأي أحداث غير سارة).

الجلسة الرابعة: فنية مراقبة الذات.

تم مناقشة فنية مراقبة الذات والتدريب عليها أثناء الجلسة، وذلك من خلال المواقف غير سارة التي ذكرها أفراد المجموعة، ومحاولة رصد الأفكار الأوتوماتيكية المصاحبة له. واجب منزلي: المطلوب في الفترة القادمة، وحتى نلتقي ما يلي: عندما ينتابك إحساس أو شعور بغيض خاص بمستقبلك، حاول أن تستدعي الأفكار التي كانت لديك قبل وأثناء هذا الشعور، وحاول كتابتها.

الجلسة الخامسة: دحض الفكرة السلبية (فكرة خاصة بالجامعة).

تم استعراض الأفكار السلبية المتعلقة بالمستقبل. كما تم اختيار فكرة واحدة متعلقة بالجامعة في المستقبل ومحاولة دحضها، وتتلخص الفكرة في الآتي: "زحمة الجامعة مكفوفين وغير مكفوفين، وحيتريقوا علينا، وهنلاقي الناس الحلوة قليلين".

الباحث: إيه دليلكم على كده؟

الحالة "أ": من اللي بنشوفه في الشارع، وكمان من الدفعات اللي قبلنا. حنمشي أنا و"ك" قدامك في الشارع وشوف إيه اللي يحصل؟

الباحث: إيه اللي يحصل؟

الحالة "أ" (ذكر): ممكن حد يتصعب علي، الحالة "ك" (ذكر): يا أبو عين ونص، الحالة "هـ" (أنثى): أنت ماشي مغمض ليه؟ الحالة "ث" (أنثى): مش تفتح، الحالة "ع": وديني باب الجامعة يوديني البوفيه.

الباحث: هل عندكم دليل على إن ده ممكن يحصل؟

الحالة "ع": ده حصل ست مرات، وبتبقى دايماً الشفقة من السناات، وبتبقى عابز أقول لها: أنت مالك خليك في حالك.

الباحث: أنا عابز دليل على التريفة اللي ممكن تحصلك مش الشفقة.

الحالة "أ": صعب أثبت ده، لأن المستقبل بيد الله.

الباحث: يعني نقدر نقول إن التريفة ممكن تحصل وممكن ما تحصلش.

المجموعة: ممكن نقول كده.

الباحث: طيب كام مرة حد اتريق عليك قبل كده؟

المجموعة: كثير.

الباحث: إزاي؟ (لحظة صمت طويلة).

الباحث: مفيش حد منكم فاكر حاجة؟

الحالة "ث": العيال ممكن يديقونا.

الباحث: العيال كلها؟

المجموعة: لا

الباحث: طيب حصل كإم مرة؟

المجموعة: مش كثير.

الباحث: واضح إن فيه خلط بين الشفقة والتريقة؟ ممكن حد يقولي الفرق؟

الحالة "ث": الشفقة يعني صعبان عليهم، أما التريقة يعني سخرية واستهزاء.

الباحث: الشفقة ممكن تحصل وممكن لا؟ ولا بتحصل على طول؟

المجموعة: ممكن تحصل وممكن لا.

الباحث: والتريقة؟

المجموعة: ممكن تحصل وممكن لا.

الباحث: العيال الصغار كلهم بيتريقوا عليكم؟

المجموعة: مش كلهم.

وهنا تم تلخيص ما دار في الحوار، وذلك من أفراد المجموعة (تغذية مرتدة)، وتم التأكيد على أن التعميم من قبيل "كل الناس" و"كل العيال" قد ثبت خطأه، وأنه من الصعب إقامة دليل على أشياء قد تحدث في المستقبل. ولذلك كان الواجب المنزلي مرتبط بهذا الموضوع. واجب منزلي: المطلوب في الفترة القادمة، وحتى نلتقي ما يلي: عندما ينتابك إحساس أو شعور بغضب خاص بمستقبلك، حاول أن تستدعي الأفكار التي كانت لديك قبل وأثناء هذا الشعور، وحاول كتابتها، وكتابة الدليل على أنها صحيحة.

الجلسة السادسة: دحض الفكرة السلبية (فكرة خاصة بالجامعة).

تم في هذه الجلسة مناقشة الواجب المنزلي، والذي تضمن أفكاراً سلبية خاصة بالمستقبل، وقد تم الاتفاق على اختيار ثلاث أفكار لمناقشة الأدلة التي قدمها أعضاء الجماعة على صحتها، على أن يتم مناقشة فكرة واحدة في هذه الجلسة، والفكرة الثانية في الجلسة القادمة، والفكرة الثالثة في الجلسة التي تليها.

وقد كانت الفكرة التي تم مناقشتها لدحضها في هذه الجلسة هي فكرة "المرافق في الامتحان غير أمين، أو غير كفاء". وقد دارت مناقشات حول الأدلة على صحة أو عدم صحة الفكرة، والتي أثبت أعضاء الجماعة أنفسهم عدم صحتها.

الواجب المنزلي: محاولة دحض فكرة "عندما أتقدم لخطبة فتاة في المستقبل سيتم رفضي".

الجلسة السابعة: دحض الفكرة السلبية (فكرة خاصة بالزواج).

تم في بداية الجلسة استعراض بعض السيناريوهات التي قدمها أعضاء الجماعة حول هذا الموقف الافتراضي. وبعد ذلك تم الاتفاق على قيام أحد أفراد الجماعة بدور والد العروس، وعضو آخر بدور المتقدم للخطوبة. كما تم عكس الدور بينهما ليحدث استبصار بالموقف والانفعالات المصاحبة له، واكتشاف البدائل المتعددة لهذا الموقف. كما قام الباحث بالمشاركة في بعض المواقف.

واجب منزلي: محاولة دحض فكرة "مش حلاقي شغل لأني كيف".

الجلسة الثامنة: دحض الفكرة السلبية (فكرة خاصة بالعمل).

تم في هذه الجلسة مناقشة فكرة "مش حلاقي شغل لأني كيف" ودحضها، ذلك لصعوبة إقامة الدليل على صحتها، وذلك على الرغم من تقديم أعضاء الجماعة أدلة واقعية منها أن أحد أخوة أحد أعضاء الجماعة كيف وخريج جامعة ولم يحصل على عمل مناسب.

واجب منزلي: طلب الباحث من أعضاء الجماعة مراقبة أجسامهم هذه المرة وهم في لحظة توتر ما، وما قد يحدث من انقباض عضلات الفك، واليدين، أو سرعة التنفس وضربات القلب، وغيرها، وتأمل هذه الحالة.

الجلسة التاسعة: التدريب على الاسترخاء.

تم في هذه الجلسة مناقشة فكرة أن توتر العضلات، وعدم انتظام التنفس وضربات القلب كلها أعراض لعدم الراحة والقلق، وأن المقابل للتغلب على هذا يكمن في التدريب على الاسترخاء. وقد تم تدريب أعضاء الجماعة على فنية الاسترخاء العضلي داخل الجلسة، بتعليمات من الباحث.

واجب منزلي: توزيع شريط كاسيت للتدريب على الاسترخاء العضلي، ومحاولة تنفيذ ما جاء فيه.

الجلسة العاشرة: التدريب على الاسترخاء.

تم في بداية الجلسة مراجعة الواجب المنزلي الخاص بالتدريب على الاسترخاء بسماع شريط الكاسيت الخاص بذلك، وأوجه الاستفادة من هذا التدريب، وأنه يمكن استخدامه في المواقف التي تستثير التوتر والقلق، أو عند حدوث أرق وصعوبات في النوم. كما تم إجراء جلسة استرخاء بسماع الشريط.

واجب منزلي: محاولة استرجاع ما تم في الجلسات السابقة، وتحضير أي استفسارات حول أي موضوع يودون الحديث فيه.

المرحلة الثالثة-التقويم والإنهاء:

الجلسة الحادية عشر: الاستبصار.

وفيها تم مراجعة وتقويم جوانب التغير الحادثة في فكر الجماعة وانفعالاتها، وكذلك كل ما سبق تعلمه والتدريب عليه، وتقويم مدى الاستفادة منه في مواجهة الأفكار والمشاعر السلبية بشكل عام، والمتعلقة بالمستقبل بشكل خاص.

- إخبار أفراد الجماعة بأن الجلسة القادمة ستكون الجلسة الأخيرة، وسيتم فيها الاتفاق على لقاءات متباعدة وفقاً للظروف المتاحة.

الجلسة الثانية عشر: التقويم والإنهاء.

تم تطبيق مقياس قلق المستقبل للمراقبين ذوي كف البصر.

وفي نهاية الجلسة، وجه الباحث الشكر لأعضاء الجماعة، كما تم الاتفاق على لقاء شهري معهم ومع زملائهم بالمدرسة (أول لقاء سيبدأ بتطبيق مقياس قلق المستقبل على أفراد الجماعة العلاجية كقياس تتبعي، يعقبه لقاء مفتوح) للحديث في أي موضوع يقترحونه بالتنسيق مع الأخصائية النفسية.

اضطراب القلق

القلق والسكينة حالتان، أعتقد أنك مررت في حياتك بكل منهما، وستمر بهما - إن شاء الله - في الحاضر والمستقبل. وكلما كنت قريباً من القلق ستكون حياتك صعبة، وستشعر بالضيق والانتقاض والتوتر، وغيرها من الانفعالات الإنسانية السلبية، أما إذا اقتربت من السكينة، فستكون حياتك هادئة ومريحة، وبعيدة عن التوتر، وستشعر بالرضا وراحة البال والطمأنينة والاسترخاء. ولعلك تعلم أن لكل من القلق والسكينة أسبابها، فالصحة، والدراسة، والعمل، والمال، والمستقبل، قد يكون كل منهم سبباً للسكينة أو سبباً للقلق.

وأعتقد أنك إذا عرفت ما هو القلق وما هي أسبابه، وكيف تتعامل معه وتتغلب عليه، ستكون حياتك أكثر هدوءاً وراحة وسكينة. ولكن أرجو ألا يفهم من ذلك أن هناك حياة بلا قلق، فالقلق موجود وسيظل في حياتك، ولكن كل ما نرجوه هو أن تجعل هذا القلق دافعاً للنجاح والتقدم، وصولاً إلى الراحة والسكينة والسعادة، وأن تتحكم فيه وتحد من آثاره السلبية.

والآن هيا بنا نعرف ما هو القلق؟

كلنا يعرف ما الذي يحدثه القلق من تأثيرات جسمية ونفسية، كسرعة النبض والتنفس، وبرودة الأطراف، ورعشة اليدين، فضلاً عن الشعور بالهم والغم، واضطرابات النوم، والأحلام المزعجة، وتغير الشهية، والنظرة المشائمة للمستقبل والحياة. وتصيب هذه الأعراض جميعها أو بعضها الفرد عندما يشعر بالخطر أو التهديد في بعض مواقف الحياة، وتزول هذه الأعراض حين تزول أسبابها المعروفة.

إن من يرى نفسه في خطر يستشعر قلقاً. وهناك أمثلة تقفز إلى الذهن كمنادج لتلك المواقف الباعثة على القلق، منها أن يتهدد الشخص أذى جسدي أو مرض خطير، أو توقع فقدان صديق أو قريب بالسفر أو المرض أو الموت، أو توقع الانتقاد أو المهانة أو الهجر.

لا شك أن الناس جميعاً قد يمرون بمثل هذه المواقف التي تمثل خطراً، ولكن الخطر الذي يحس به مريض القلق لا وجود له أو هو مبالغ فيه إلى حد كبير. وهو غير مشغول فحسب بفكرة الخطر بل هو غالباً ما يفسر المواقف المأمونة على أنها مواقف خطر. وقد يلوي الحقائق كي توافق التصورات التي تهيم على تفكيره. وعندما يسأل عن سبب توتره، غالباً لا يجد سبباً مباشراً للأعراض التي تنتابه، فقد يكون متوتراً دون سبب وجيه أو واضح، وغالباً ما توقعه هذه الحالة عن أداء أدواره في الحياة كطالب أو عامل، أو زوج، أو أخ،... الخ. ويتخطف مريض

القلق الهم والضيق بسبب مبالغته في تأويل خبراته كإشارات خطر وتهديد، لذلك ترتبط مشاعر القلق بفكرة الخطر. وعندئذ يخرج القلق عن النطاق السوي إلى النطاق المرضي.

ويمكن تعريف القلق المرضي أو غير السوي بأنه: انفعال غير سار، وشعور مؤلم بتهديد أو هم، وعدم راحة وعدم استقرار، وكذلك إحساس بالتوتر والشدة، وخوف دائم لا مبرر له. وغالباً ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول. كما يتضمن رد فعل مبالغ فيه لمواقف لا تعني خطراً حقيقياً، لكن الفرد الذي يعاني من هذا النوع من القلق يستجيب لها غالباً كما لو كانت ضرورات ملحة، أو مواقف تصعب مواجهتها.

وهناك أنواع كثيرة من القلق منها:

قلق الامتحان: وهو نوع من القلق المرتبط بمواقف الامتحان، بحيث تثير هذه المواقف في الفرد شعوراً بالخوف والهم عند مواجهة الامتحانات. وقد يكون هذا القلق كبيراً فيؤثر سلبياً في استعداد الفرد وفي حسن أدائه في الامتحان، أما المستوى المعتدل منه يدفع الفرد إلى بذل مزيد من الجهد في الدرس، وتحسين الأداء في الامتحان.

القلق الاجتماعي: ويقصد به قلق الحديث أمام الناس، ويتصل هذا النوع من القلق بالمواقف الاجتماعية الخاصة بإلقاء الأحاديث أمام جمهور عام من الناس.

قلق المستقبل: هو نوع من القلق يتمثل في رؤية الفرد للمستقبل وما سيحدث فيه بترقب وعدم يقين وخوف من تغيرات غير مستحبة في المستقبل تتعلق بجوانب محددة أو غير محددة من حياة الفرد كالقلق من الدراسة، أو عدم القدرة على الحصول على فرصة عمل مناسبة، أو عدم القدرة على الزواج وتكوين أسرة لأسباب مادية أو اجتماعية، أو غيرها من جوانب الحياة. هذا هو القلق، وهذه بعض أنواعه، فماذا عن أساليب التغلب عليه؟ والإجابة عن هذا السؤال ستكون في الواجبات المنزلية القادمة.

العلاقة بين التفكير والانفعال

حين ننظر إلى تعقيدات الحياة اليومية وضغوطها، لا نملك إلا الإعجاب بقدرة الإنسان على خوض هذه الحياة، فهو ليس قادراً فقط على مواجهة المحن ومسايرة التغيرات البيئية المفاجئة، بل إن باستطاعته أن يحقق التوازن بين رغباته وآماله وتوقعاته من جهة، وبين متطلبات البيئة وقيودها من جهة أخرى. وباستطاعته أن يمتص الإحباطات والانتقادات دون أن يصاب بخلل مستديم.

ما يدعو إلى الإعجاب حقاً تلك القدرة التي نتمتع بها نحن البشر على استيعاب أعداد هائلة من الأحداث البيئية والتفاعل معها بتوافق وتكيف. وأدعى منه إلى الإعجاب قدرتنا على التمييز بين أدق المشاعر وأخفاها أثناء تعاملنا مع بعضها بعضاً، ومرونتنا في مواجهة الخيبة والإحباط.

غير أن هذه الصورة المثالفة لا تخفي الوجه الآخر من الحقيقة. فمن الواضح أننا لا نستجيب لجميع التحديات استجابة صائبة دائماً. إن لدينا نقاط ضعف خاصة، قد تؤدي إلى ما يشبه الزلزال، أو الثوران البركاني. ذلك هو السلوك الذي يطلق عليه اسم الاستجابة المبالغ فيها، والذي تطغى فيها التقديرات الخيالية للأمور على التقديرات الواقعية. وقد يتبين لنا أن استجابتنا لا معقولة إلى حد بعيد. ومن أمثلة الاستجابات المفرطة: طالب يتعكر مزاجه ويسيطر عليه الغم، ويعتبر نفسه فاشلاً تماماً حين يعلم أنه حصل في الامتحان على درجة أقل من المتوقع.

وهناك دائماً سلسلة من الأفكار تتوسط بين الحدث والاستجابة الانفعالية الناتجة عنه في المواقف المختلفة، وما يهمننا هنا هو الاستجابة البغيضة التي تنجم عن بعض المواقف. وقد تكون الاستجابة لتلك المواقف بأفكار الابتعاد والتجنب. فكلما واجهت الفرد مهمة تبدو مرهقة تولدت لديه فكرة "لا تفعل هذا". إن قهر هذه المقاومة يتطلب أحياناً من قوة الإرادة أكثر مما يتطلبه الفعل المتجنب ذاته. وبالقياس، فإذا توقع الإنسان التعرض للخطر من جراء فعل ما، فقد يصدر لنفسه إشارة داخلية بكف هذا الفعل وكبحه.

وما أن يتمكن الفرد من ملء هذه الفجوة الفاصلة بين الحدث المؤثر وبين نتائج الانفعالية، حتى ينكشف له معنى هذه الاستجابة المحيرة التي قد تتمثل في التوتر والتجنب، ولا تصبح لغزاً بالنسبة له.

ولكي يمكن استكشاف هذه الأفكار التي لا نعيها واستخراجها، يتم توجيه اهتمام الفرد إلى أفكار بعينها، إنه شكل من أشكال تغيير بؤرة الانتباه، وكلنا قادر بالتدريب أن يمكك بهذه الشوارد من الأفكار والصور التي تتوسط بين الحدث والاستجابة الانفعالية.

مثال للعلاقة بين التفكير والانفعال:

ينفعل الناس في الظروف المتشابهة بطرق مختلفة. فمن الواضح أنهم يفسرون الموقف الواحد تفسيرات مختلفة، يترتب عليها أن يصدروا بشأنها تعليمات ذاتية متفاوتة (وتملي هذه التعليمات الأفكار التي تتوسط بين الحدث والاستجابة). ويكرر كل إنسان الاستجابة نفسها في كثير من المواقف المتشابهة، بحيث يمكننا أن نتنبأ باستجابته قبل حدوثها. وقد تتكرر هذه الاستجابة تكراراً يجعلها تلتصق به كسمة من سمات شخصيته، فيقال مثلاً إنه خجول، أو عدواني.

مثال:

فيما يلي مثال يوضح كيف يختلف شخصان في تأويل موقف ما باختلاف القواعد التي يطبقانها على نفس الموقف. ويوضح المثال أيضاً كيف يكون الموقف الواحد مولداً لانفعالات متباينة، وأشكال مختلفة من السلوك، وذلك وفقاً للقواعد التي تستخدم في فهم الموقف وتقييمه:

"هذا معلم يقول لطلاب الفصل إن إبراهيم (وهو طالب ذكي ومجتهد) قد حصل على درجة منخفضة في امتحان الشهر.

- يحس أحد الطلاب بالسرور ويقول لنفسه: "إن هذا دليل على أنني أذكى من إبراهيم".
 - ويحس أخلص أصدقاء إبراهيم بالحزن، شأنه شأن إبراهيم نفسه، وكأنما شاركه الخسارة.
 - ويحس طالب آخر بالخوف ويحدث نفسه: "إذا كان إبراهيم نفسه قد أخفق، فمن الجائز جداً أنني قد أخفقت أيضاً".
 - وهناك من أحس بالغضب من المعلم متفكراً: "مادام قد أعطى إبراهيم درجة منخفضة، فهناك احتمال أن يكون معلماً ظالماً. ومن يظلم طالب قد يظلم غيره.
 - هناك طالب زائر للفصل - لأي سبب - قد خلا باله من أي انفعال. ذلك لأن درجة إبراهيم لا تعنيه من قريب أو بعيد.
- يبين لنا المثال السابق أن تفسيراً معيناً للحدث يؤدي إلى استجابة انفعالية معينة، سواء بالفرح أو الحزن أو الخوف أو الغضب، أو الخلو من أي انفعال.