

العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الأرق الأولي لدى الراشد دراسة حالة Cognitive Behavioral Therapy for Primary Insomnia Disorder in Adults - A Case Study

محرزي مليكة^{1*} ، لوجان العالية²

¹ جامعة محمد بن أحمد، وهران 2 (الجزائر)، meherzi.malika@univ-oran2.dz

² جامعة محمد بن أحمد، وهران 2 (الجزائر)، laoudjane.lalia@univ-oran2.dz

تاريخ النشر: 2023-05-05

تاريخ القبول: 2022-11-08

تاريخ الاستلام: 2022-01-05

ملخص:

هدفت الدراسة إلى معرفة اثر برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف الأرق الأولي لدى الراشد من خلال بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي طبق على حالتين (25 و33 سنة) تم تشخيصهما بالأرق الأولي وفقا لمعايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع والمعدل. ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة تم المزاوجة بين المنهج الشبه تجريبي والمنهج العيادي الذي يقوم على دراسة الحالة، حيث تم استخدام الملاحظة والمقابلة العياديتين، وبأخذ ثلاث قياسات لمؤشر شدة الأرق: قياس قبلي، بعدي وتتبعي. وجاءت نتائج الدراسة مؤكدة وجود اثر ايجابي لتطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي تخفيف حالة الأرق الأولي لدى الراشد، حيث ظهر تحسن في نوم الحالة من حيث نوعيته ومدته وكفائته، كما تقلص وقت الدخول في النوم، وتحسنت عادات النوم والأداء النهاري، وتعدلت الأفكار والمعتقدات اللاتكيفية، وكننتيجة لذلك اختفت الشكوى الليلية عن صعوبة النوم والمحافظة عليه والشكوى النهارية عن الأداء الاجتماعي والمهني.

كلمات مفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي: الأرق الأولي؛ الراشد.

Abstract:

The study aimed to explore the effect of a cognitive-behavioral treatment program in the relief of primary insomnia in an adult by constructing a cognitive-behavioral treatment program applied to two cases (25 and 33 years). diagnosed with primary insomnia according to DSM 4 - R criteria.

In order to achieve the objectives of the study, the clinical approach was based on the case study, where clinical observation and interview were used, and taking three measures of the severity of the disease. insomnia index: a pre, per, and post measure.

The results of the study confirmed the existence of a positive effect of applying a cognitive-behavioral treatment program to reduce the case of initial insomnia in adults, as there was an improvement in the case's sleep in terms of quality, duration and efficiency, and the time to fall asleep was reduced, sleep patterns and daytime performance improved, and thoughts and ideas were altered.

Keywords: Cognitive; behavioral therapy; Primary insomnia; Adult

* المؤلف المرسل.

مقدمة:

عرف القدماء أهمية وظيفة النوم، فقد ورد في معتقدات الأقوام البدائية أن النوم يمثل هجرة الروح من الجسد في بدايته ثم عودتها إليه في بداية اليقظة، وشبهوه أيضا بالموت لذا حرصوا على عدم محاولة إيقاظ النائم خشية عليه من الاستفاقة المفاجئة قبل عودة الروح (كاظم، 2014)، ولكن رغم أهميته إلا أن البحث العلمي الجاد والمنظم عن النوم واضطراباته لم يبدأ إلا مع النصف الثاني للقرن الماضي، ومن أقدم هذه الاضطرابات وأكثرها شيوعا الأرق (Pelchat, 2010, p. 05) بنوعيه الأول والثانوي.

ونظرا للوظيفة الحيوية للنوم فان للأرق انعكاسات سلبية وخطيرة على الإنسان، مما يستوجب معالجته والتخفيف من أعراضه وتداعياته، ومن العلاجات الغير دوائية للأرق نجد العلاج المعرفي السلوكي الذي يعمل على تعديل الانحرافات والتشوهات المعرفية وتحسين وتوفير الشروط المثلى للنوم انطلاقا من مبدأ أن الأفكار والوجدان والسلوك في علاقة تفاعل و تأثير متبادل فيما بينها.

1. مشكلة الدراسة:

يقضي الإنسان ثلث حياته نائما مما يدل على أهمية النوم، فهو آية من آيات الله عز وجل، وحاجة أساسية حيوية وضرورية للحفاظ على البقاء، ونظرا لوظائفه العديدة يمكن اعتباره صمام الأمان الذي يحافظ على الصحة النفسية والجسمية.

لكن النوم يمكن أن يضطرب كما وكيفا فلا تكتمل وظيفته مما يؤدي لاضطرابات مختلفة، كضعف التركيز والوعي والإدراك، العصبية، التعب والفتور، اضطراب الذاكرة، ضعف المناعة.. الخ، وقد يصل الحرمان من النوم إلى حد تقديم أعراض ذهانية أو حتى الموت، وهناك العشرات من صور الاضطراب في النوم نتيجة لعشرات الأسباب و أكثر هذه الاضطرابات شيوعا وانتشارا الأرق (كمال، 1994، ص.184)، الذي يعني صعوبة الدخول في النوم أو الاستمرار فيه أو الاستيقاظ المبكر.

يسعى الأفراد الذين يعانون من الأرق إلى طلب العلاج باستخدام وسائل وطرق علاجية مختلفة طبية أو نفسية، ومن العلاجات النفسية المستعملة في علاج الأرق: نجد العلاج المعرفي السلوكي، الذي يعتمد على تقنيات سلوكية معرفية يتم تصميمها لإحداث تغييرات في التفكير، السلوك والحالة المزاجية (الدسوقي، 2016، ص.125). حيث تقدم المقاربة المعرفية السلوكية عدة

نماذج تصورية لفهم أحسن للتوظيف المعرفي للإنسان الأرق، حيث يُسلط الضوء على الانحرافات المعرفية التي يجب تعديلها لمعالجة الاضطراب من مبدأ أن الأفكار والوجدان والسلوك والجوانب الفيزيولوجية كلها مكونات لنظام موحد، أي تغيير في أي مكون يغير في المكونات الأخرى، والأفكار هي الموجه لهذه المكونات الثلاث (صبوة، 2008، ص.29).

ومن هنا تطرح التساؤل التالي:

هل يمكن للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي التخفيف من حالة الأرق الأولي لدى الراشد ؟

2. الفرضية:

يمكن لتطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي التخفيف من حالة الأرق الأولي لدى الراشد.

3. هدف البحث:

نسعى من خلال هذه الدراسة إلى بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف حالة الأرق الأولي لدى الراشد واستكشاف اثر تطبيقه في تخفيف الأرق الأولي لدى حالتي الدراسة.

4. أهمية الموضوع:

يعتبر موضوع النوم واضطراباته تحديدا الأرق ذو أهمية كبيرة في علم النفس والصحة النفسية، وذلك نظرا لوظيفة النوم الحيوية وللآثار التي يخلفها الأرق على الفرد والمجتمع على جميع المستويات (نفسية، صحية، اجتماعية، اقتصادية... الخ)، وما يزيد من أهمية الموضوع هو نسبة انتشار هذا الاضطراب، وكثرة طلبات الفحص النفسي بسببه.

كما تكمن الأهمية التطبيقية في اقتراح برنامج علاجي انطلاقا من المقاربة المعرفية السلوكية، واكتشاف أثر استخدامه وفي حالة ما إذا كان ايجابيا يمكن تعميمه والاستفادة منه من قبل الأخصائيين النفسيين.

قد تتيح هذه الدراسة المجال لاستحداث برامج علاجية ذات فعالية في علاج الأرق.

5. تحديد مفاهيم الدراسة:

أولا/ العلاج المعرفي السلوكي: يشير جون كوترو jean cottraux إلى أهمية العلاج السلوكي المعرفي في تعديل الأفكار وأنظمة المعتقدات الشعورية والغير شعورية، وتوقعات الفرد كما يمثل

تطبيق الجانب العلمي على العلاج النفسي، ويستعمل المنهج التجريبي لفهم وتعديل الاضطراب النفسي الذي يخل بالمعاش النفسي للعميل، من خلال تعديل السلوكيات الظاهرة والسيورورات المعرفية، باستعمال تقنيات تمس ثلاث جوانب هي: السلوك، المعرفة، الانفعال (Cottraux J., 2001, p. 03).

أما إجرائيا فيعرف على أنه "مجموعة مخططة ومنظمة من الإجراءات والفنيات المعرفية والسلوكية المستخدمة في الدراسة (مذكرة النوم، التعليم النفسي، الاسترخاء، الواجبات المنزلية، قواعد النظافة للنوم، ضبط المثير، تقنية قيود النوم، إعادة البناء المعرفي) بهدف تخفيف الأرق الأولي لدى الراشد.

ثانيا/ الأرق: حاليا يتم اعتماد تعريف ذاتي للأرق يأخذ بعين الاعتبار الشكوى الذاتية للعميل، التي تختلف طبيعتها: نوم جيد لكن قصير، صعوبة الدخول في النوم، نوم سطحي، استيقاظات متكررة، انطباع بعدم النوم نهائيا (لم يغمض لي جفن)، إحساس بالتعب في الصباح، وبهذا يعرف الأرق بأنه "نوم يصعب الحصول عليه، أو غير كافي أو غير مريح كما يدركه العميل" (Beaulieu, 2006, p. 09) كما يعرف بأنه "شكوى ذاتية نتيجة صعوبة البدء في النوم وأو المحافظة عليه، إما بسبب الاستيقاظ الليلي المتكرر، أو الاستيقاظ في الصباح الباكر. ويكون لهذه الاضطرابات تداعيات أثناء النهار (تعب، ضعف الذاكرة والتركيز، وتغيير المزاج) مع تغيير التوظيف الاجتماعي-المهني، وتكرار الأعراض يحدد الأرق إلى حاد وتحت حاد أو مزمن" (Carine, 2013, p. 07)

ويعرف في هذه الدراسة بأنه شكوى ذاتية عن صعوبة النوم و نوم غير مريح تتمثل في صعوبة الدخول في النوم أو المحافظة عليه أو الاستيقاظ المبكر رغم محاولات الحالة ورغم الظروف الملائمة يؤثر على الأداء النهاري، يعد مزمنًا إذا ما استمر لمدة تزيد عن 03 مرات في الأسبوع خلال أكثر من 03 أشهر.

ثالثا/ الأرق الأولي: هو الأرق الذي لا يعود لسبب محدد سواءا نفسيا أو عضويا، هنا يبذل الفرد مجهودا مضنيا للدخول في النوم فيزداد توتره ويختفي النوم، لكنه ينام عندما لا يحاول ذلك مثل نومه أثناء مشاهدة برامج التلفاز.

ويعرفه هوفمان بأنه "صعوبة في الولوج إلى النوم وتعزيزه أو الحصول على نوم كاف، تستمر بشكل مستقل عن أي حالة مرضية مصاحبة، تسبب أسى وتداخل في حياة الفرد وتحدث على الرغم من فرصه الكافية للنوم" (هوفمان و عيسى، 2012، ص.231).

أما في هذه الدراسة فيعرف بأنه الأرق الذي ينشأ بشكل مستقل عن أي حالة مرضية مصاحبة سواء نفسية أو جسدية.

رابعاً/ الرشد: هو الفترة التي تمتد من 20 سنة فما فوق وفي الدراسة تم تحديد فترة الرشد من 20 سنة إلى 40 سنة.

6. المقاربة المعرفية السلوكية وإستراتيجية العلاج المعرفي السلوكي للأرق الأولي لدى الراشد:
على مستوى التصميم التصوري اقترحت هذه المقاربة عدة نماذج تصورية لفهم أحسن للتوظيف المعرفي للإنسان الأرق، حيث تسلط الضوء على عدد وافر من المعارف المختلة وظيفيا التي يجب تعديلها لمعالجة الاضطراب وفقا لهذه المقاربة هناك ظروف أو شروط مُثلى لتعزيز النوم. كما توجد عوامل نفسية تسبب وتحافظ على الأرق مثل التركيز على المشكلة والشخصية المندفعة أو القلق أو الاكتئاب وأيضا المؤثرات السلبية والاجترار عند تشابكها مع العوامل المفجرة يمكن أن تخل بنوم الفرد الذي لديه هشاشة في أنماط النوم وتسبب صعوبة في النوم (Pelachat, 2010, p. 81).

هذا الاتجاه يسلط الضوء على العادات السيئة لنوم الفرد الأرق والعمل عليها وبالتالي إدخال طريقة جديدة للتفكير حول النوم والأرق، حيث يُعَلِّم العميل ويُدرّب ليتبنى مجموعة من العادات والروتين الصحي الذي يعزز النوم الجيد، لذا فالعميل مدعو إلى إنهاء مذكرة النوم وتنظيم روتين نومه والتحكم الأقصى بالمثيرات أثناء الخلود للنوم انطلاقا من تمارين الاسترخاء ومن تعلم جديد حول اتصال "وضعية- أفكار أوتوماتيكية-انفعال- سلوك" فالمقاربة المعرفية السلوكية بنيوية ومنظمة جدا وتعليمية وبتكيفة ومرنة، كما أنها تأخذ البعد الفيزيولوجي للإضطراب بعين الإعتبار. (Beaulieu, 2006, p. 23)

7. الإجراءات المنهجية للدراسة:

1.7. منهج الدراسة:

نظرا لطبيعة الموضوع تم الاعتماد على كل من المنهج الشبه تجريبي و المنهج العيادي الذي يرتكز على دراسة الحالة بطريقة معمقة.

2.7. حدود الدراسة:

تم تطبيق الدراسة على حالتين أنثيين، الأولى تبلغ من العمر 32 سنة والثانية 21 سنة من المترددات على خلية الإصغاء ووقاية صحة الشباب بديوان مؤسسات الشباب لولاية وهران، التابعة لوزارة الشباب الكائنة بتعاونية المناخ HLM.USTO، في الفترة ما بين 03-02-2015 إلى 21-05-2015 والفترة ما بين 06-04-2017 إلى 06-09-2017.

3.7. أدوات الدراسة:

تم استخدام الأدوات التالية:

1.3.7. الملاحظة العيادية:

هي مشاهدة صحيحة تسجل الظواهر كما تقع في الطبيعة وذلك بأخذ الأسباب ونتائج العلاقات المتبادلة بعين الاعتبار (مزيان، 2006، ص.106)، في هذه الدراسة تمثلت الملاحظة العيادية في ملاحظة السلوك اللفظي والغير لفظي للحالتين أثناء المقابلات.

2.3.7. المقابلة العيادية البحثية:

عرفها "ماكوبي وماكوبي Maccoby & Maccoby" بأنها "تفاعل لفظي يتم بين شخصين في موقف مواجهة حيث يحاول احدهما وهو القائم بالمقابلة أن يستثير بعض المعلومات أو التعبيرات لدى المبحوث والتي تدور حول آرائه ومعتقداته" (العساف، 2006، ص.388)، وفي هذه الدراسة تم الاعتماد على المقابلة النصف موجهة تماشيا مع الأهداف المسطرة مسبقا لكل مقابلة. من أجل جمع المعلومات حول تاريخ الحالة، الاضطراب الذي تعاني منه و أيضا تتبع مدي تقدم المريض من خلال البرنامج العلاجي.

3.3.7. مؤشر شدة الأرق:

(ISI) هو استبيان موجز من 07 بنود لتقييم الأعراض الذاتية وآثار الأرق، وأيضا درجة القلق أو الضيق الناجم عن صعوبات النوم، وهو أداة مستخدمة على نطاق واسع في الدراسات السريرية على الأرق، طريقة تصحيحه تعتمد على إعطاء درجات لكل بند من 00 إلى 04 درجات ثم جمع مجموع الدرجات التي تتراوح بين (0-28)، فإذا كان المجموع من (0-7) فهذا يعني غياب أرق ذو دلالة

إكلينيكية، أما ما بين (8-14) فهو يعني أرق دون سريري أو تحت إكلينيكي، بينما (15-21) تعني وجود أرق إكلينيكي متوسط الشدة، في حين (22-28) تشير إلى وجود أرق إكلينيكي شديد.

4.7. البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

أعدت الباحثتان البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي بهدف التخفيف من الأرق الأولي لدى الحالتين بناء على مجموعة من الخطوات المنظمة المستمدة من المقاربة المعرفية السلوكية، يتضمن مجموعة من التقنيات: التعليم النفسي، الاسترخاء، مذكرة النوم، الواجب المنزلي، إعادة البناء المعرفي، ضبط المثير، نظافة النوم، تقييد النوم.

1.4.7. سيرورة البرنامج:

استغرق تطبيق البرنامج حوالي 03 أشهر، مع الحالة الأولى من 02-03 إلى 2015-04-21، ومع الحالة الثانية من 06-04-2017 إلى 2017-09-03، وبلغ عدد جلساته 09 جلسات، بمعدل جلسة كل أسبوع أو أسبوعين ويتراوح زمن كل جلسة حوالي 45 دقيقة إلى 60 دقيقة، على أربع مراحل:

- مرحلة ما قبل العلاج في جلسة واحدة تم فيها التعارف والقياس القبلي .
- مرحلة العلاج المعرفي السلوكي من الجلسة الثانية إلى الجلسة السابعة، تضمنت التقنيات العلاجية المحددة أسفله.
- مرحلة تقييم نتائج العلاج في الجلسة الثامنة (ما قبل الأخيرة) تم فيها القياس البعدي باستخدام مؤشر الأرق وتم مراجعة التطور الذي وصلت إليه الحالة تم فيه التأكيد على ضرورة المحافظة على السلوكيات والتغيرات الايجابية التي تم التوصل إليها لتجنب الانتكاس في المستقبل .
- مرحلة متابعة البرنامج: في الجلسة التاسعة بعد شهر من انتهاء الجلسات العلاجية.

2.4.7. التقنيات والفنيات المستعملة في البرنامج العلاجي:

أولا/ مذكرة النوم Agenda de sommeil: أداة ذاتية أساسية في التكفل العلاجي للأرق، تستخدم منذ بداية التكفل لتقييم فترات النوم واليقظة وتسمح بادراك ووعي العميل بنومه (<http://www.bichat-larib.com>) وبمعرفة عدة معلومات مثل وقت وعدد ساعات نومه، مدة الدخول فيه ومؤشر كفاءته، وقت البقاء في السرير، تكرار الاضطراب وتأثيره على اليوم، وجود استيقاظ مبكر، إستفاقات ليلية، تناول منومات أو أي علاجات ذات صلة، كما تسمح بمناقشة

عادات المريض، تحديد الأهداف والعلاج، ومتابعة تطور الاضطراب والتغيرات في عملية النوم من اجل ملاءمتها مع باقي التقنيات (www.has-sante.fr)، وفي هذه الدراسة تم تقديم وشرح مذكرة النوم للحالتين لملئها منذ الجلسة الأولى وكانت تتم مناقشتها والاضطلاع عليها بعد ذلك في كل جلسة لملاحظة سير الأعراض والعلاج، وقد أبدت الحالتين تجاوبهما مع هذه التقنية التي كان يتم ملؤها يوميا وملاحظة التغيرات التي كانت تطرأ على نومهما.

ثانيا/ التعليم النفسي: طبقت هذه التقنية في الجلستين الثانية والثالثة تم خلالها شرح وتوضيح وتقديم معلومات حول النوم: أنواعه ومراحله ومدته حسب العمر، اضطرابات النوم: أسبابها وعواملها وأنواعها بصفة عامة، ثم الأرق الأولي: أنواعه- أسبابه- آثاره النهارية على أداء الحالة ككل، وطرق التكفل والعلاج مع توضيح أهمية ودور تعاون الحالة في العلاج، كما تم فتح المجال أمام الحالتين لطرح تساؤلاتهما واستفساراتهما، أيضا تم تقديم دليل إرشادي للحالتين حول اضطرابات النوم وخصوصا الأرق الأولي تتضمن معلومات عن النوم، الساعة البيولوجية والأرق الأولي.

ثالثا/ الاسترخاء: تم استخدامه منذ الجلسة الثانية إلى الجلسة السابعة، حيث تم تطبيق الاسترخاء العضلي، التنفسي والذهني ويتم خلالها تدريب الحالتين لتمارسا تمارين الاسترخاء في البيت، وقد تفاعلتا مع هذه التقنية أكثر من باقي التقنيات، إذ كانتا تعبران عن ارتياحهما بعد كل ممارسة.

رابعا/ القواعد الصحية للنوم: تم اقتراحها سنة 1939، هي مجموعة تدابير تهدف لمعالجة مجموعة من السلوكيات أو الوضعيات التي لا تتوافق مع النوم الجيد، طبقت هذه التقنية في الجلسة الثالثة حيث تم تقديم مجموعة من النصائح والقواعد الرئيسية المتعلقة بالقواعد الصحية والعادات الجيدة للنوم مثل: ممارسة الرياضة، وتجنب مواد الاستثارة والأنشطة المحفزة على الأقل 3-4 ساعات قبل الذهاب إلى السرير، عدم مراقبة الساعة في حال الاستيقاظ ليلا، ممارسة الاسترخاء والمحافظة على الهدوء وعلى نظافة وتهوية الغرفة وترتيبها مع اختيار الفراش المريح، القيام بنفس الروتين كل يوم قبل الذهاب إلى السرير، تجنب القيلولة والتوقف عن الاستيقاظ المتأخر (Carine, 2013, p. 13).

خامسا/ ضبط المثير: تم تطبيق برنامج "تيرنر Turner وأشر Ascher" 1979 الذي تضمن ما يلي:

- تجنب الأنشطة الغير متوافقة مع النوم كسماع الراديو و الأكل في الفراش.
- استخدام حجرة النوم للنوم فقط وعدم دخول السرير إلا عند الشعور بالنعاس.

- ترك السرير في حال عدم النوم خلال 10 أو 15 دقيقة والتنقل إلى حجرة أخرى وعدم العودة إلا عند الاستعداد للنوم.
- تكرار نفس الشيء إذا لم يحدث النوم (ترك حجرة النوم..الخ).
- الاستيقاظ بمنبه في نفس الوقت كل يوم مهما كان وقت النوم أو الاستيقاظ الليلي.
- عدم نوم فترات قصيرة خلال النهار(قيلولة، مثلا في البداية عدم نوم لأكثر من 30 دقيقة)
(الخالدي، 2006، ص.457).

سادسا/ تقنية قيود النوم (تقييد الوقت في السرير Restriction du temps passé au lit): تم حساب متوسط نوم الحالتين من خلال مذكرتي النوم التي قدمت لهما سابقا في الجلسة الأولى، تم تطبيق هذه التقنية ابتداء من الجلسة الرابعة ثم تم تعديل البرنامج ابتداء من الجلسة السادسة للحالة الأولى حيث أصبحت تخذ للنوم على الساعة 23:30 مساء لتستيقظ على الساعة 07:30 صباحا، لكن الإستفاقات الليلية المتكررة في بداية العلاج صعبت من تنفيذ هذه التقنية، ثم تدريجيا بدأت الحالة في التحسن وانخفضت الإستفاقات الليلية بشكل هام.

سابعا/ الواجبات المنزلية: إبتداء من الجلسة الأولى تم تكليف الحالتين بالقيام ببعض الأعمال كممارسة الاسترخاء في البيت، وإتباع القواعد الصحية للنوم وملئ مذكرة النوم يوميا، والاطلاع على الدليل الإرشادي للتوعية بالنوم واضطراباته وبالأرق، تجنب القيلوللة، الخروج للتنزه مع الأهل أو الأصدقاء أو زيارتهم في بيوتهم، الانخراط في الأعمال التي تجلب لهما المتعة وتقضي على الفراغ والوحدة كالانخراط في الأعمال التطوعية.

ثامنا/ إعادة البناء المعرفي: حيث تم شرح العلاقة بين الأفكار- الانفعال- السلوك والمعتقدات حول النوم، التدريب على التعرف على التشوهات المعرفية لتعديلها ومناقشة الأفكار السلبية حول الأرق وآثاره من خلال الحوار السقراطي.

8. عرض الحالتين:

1.8. تقديم الحالة الأولى:

"زوليخة" أنثى تبلغ من العمر 32 سنة، عذباء، ذات مستوى جامعي، تعمل في إطار عقود ما قبل التشغيل، حالتها المادية متوسطة، يتيمة الأم تعيش مع والدها وأخوها في شقة متكونة من ثلاث غرف.

نوم الحالة مضطرب وغير ترميمي (non réparable)، ففي تعاني من الأرق خصوصا صعوبة الدخول في النوم والاستيقاظ في الثلث الأخير من الليل ثم معاودة النوم والاستيقاظ في وقت متأخر، نومها متقطع وغير عميق، ونتيجة لذلك أداؤها النهاري ضعيف، ففي تستيقظ في مزاج سيء وتشعر أنها لم تأخذ كفايتها من النوم، تعمل في الفترة المسائية فقط ويصعب عليها التركيز والانتباه في عملها، وتصبح أحيانا حساسة للضوضاء والأصوات المرتفعة، وتشعر بصداغ خصوصا عندما يكون نومها سيئا.

ظهر اضطراب الأرق عند الحالة لأول مرة عند اجتيازها لشهادة البكالوريا رغم أنها كانت تلميذة نجيبة ومجتهدة، وتفاقت بعد رسوبها في اجتياز البكالوريا لأول مرة ولكنه اختفى بعد نجاحها، ليعاود الظهور بعد مرض أمها، الذي تزامن مع تخرجها من الجامعة وبحثها عن منصب عمل، ومع زواج كل أخواتها، ثم اختفى مجددا ليعاود الظهور بعد وفاة الأم بعدة أشهر (تقريبا سنة)، لذا فاضطراب الأرق لدى الحالة يظهر ويختفي؛ لكنه مؤخرا ظهر تدريجيا (بدأ بأرق ليلة أو اثنتين في الأسبوع لكنه في ازدياد) واستمر لمدة تزيد عن السنة حتى الآن .

2.8. تقديم الحالة الثانية:

"أمال" طالبة جامعية تبلغ 22 سنة، تعيش مع عائلتها، مستواها المعيشي متوسط، مظهرها العام ملائم، نوم الحالة مضطرب وغير ترميمي (non réparable)، ففي تعاني من أرق: خصوصا صعوبة الدخول في النوم والاستيقاظ المبكر، كما أن نومها غير عميق، تقول الحالة أنها كانت تنام سابقا من التاسعة مساء إلى السابعة والنصف صباحا، وأن نومها ساعات أقل من ذلك يشعرها بالتعب والنعاس والإرهاق طيلة اليوم وعدم القدرة على التركيز.. "استلقي للنوم مبكرا لكني لا استطيع النوم وأبقى في فراشي أفكر وأفكر، أحيانا بالدراسة وأحيانا بلا شيء، وبعد ساعتين أو أكثر أنام نوما قلقا غير مريح، واستيقظ باكرا جدا من دون أي منبه، وأبقى في مكاني لفترة قبل أن استطيع النهوض من فراشي، منهكة ومزاجي سيء للغاية."

تشعر الحالة بالنعاس والإنهاك طوال اليوم، وتظل تفكر بالنوم وأنها لم تنم جيدا بالتالي لن تستطيع لا التركيز ولا الدراسة ولا تفكر طوال اليوم سوى بالنوم.

3.8. سير جلسات البرنامج العلاجي:

أجريت الجلسات العلاجية للحالتين وفقا للمخطط التالي:

جدول 1 مخطط البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

| رقم الجلسة | زمن الجلسة | هدف الجلسة | الفنيات المستخدمة |
|------------|------------|--|---|
| 1 | 45 د | إقامة علاقة تحالف علاجي وتدعيم الدافعية نحو العلاج، عرض مختصر لمحتوى البرنامج، القياس القبلي، تقديم وشرح مذكرة النوم | الملاحظة، المقابلة، مؤشر شدة الأرق، مذكرة النوم |
| 2 | 50 د | تعزيز التحالف العلاجي، تحليل المشكل الحالي الذي تعاني منه الحالة، التوعية بالنوم و باضطراباته والأرق، مناقشة مذكرة النوم التدريب على الاسترخاء. | المقابلة، الملاحظة، التحليل الوظيفي، مذكرة النوم، التعليم النفسي، الواجب المنزلي، الاسترخاء |
| 3 | 50 د | التدريب على الاسترخاء، مناقشة الواجب المنزلي ومذكرة النوم، التوعية باضطرابات النوم والأرق، تعديل عادات النوم والتحكم في النوم | المقابلة، الملاحظة، الواجب المنزلي مذكرة النوم، الاسترخاء، التعليم النفسي ضبط المثير، قواعد صحة النوم |
| 4 | 60 د | التدريب على الاسترخاء، شرح العلاقة بين الأفكار-الانفعال- السلوك والمعتقدات حول النوم، التدريب على مناقشة الأفكار السلبية التعرف على التشوهات المعرفية لتعديلها، تقييد فترة النوم، مناقشة الواجب المنزلي ومذكرة النوم، ضبط المثير | المقابلة، الملاحظة، الاسترخاء، الحوار، السقراطي وإعادة البناء المعرفي، تقييد النوم، ضبط المثير، مذكرة النوم، الواجب المنزلي |
| 5 | 50 د | التدريب على الاسترخاء، مناقشة الواجب المنزلي ومذكرة النوم، مناقشة الأفكار السلبية وتعديلها | المقابلة، الملاحظة، الاسترخاء إعادة البناء المعرفي، مذكرة النوم، تقييد النوم، ضبط المثير، الواجب المنزلي |
| 6 | 50 د | التدريب على الاسترخاء ومراجعة الواجب المنزلي ومذكرة النوم متابعة تطورات تقييد النوم وضبط المثير والمحافظة على استقرار تحسن الحالة. | المقابلة، الملاحظة، الاسترخاء، تقييد النوم، مذكرة النوم، ضبط المثير الواجب المنزلي |
| 7 | 45 د | التدريب على الاسترخاء ومراجعة قواعد صحة النوم والاطلاع على تطور الحالة والتأكيد على العلاقة بين الأفكار-الانفعال-السلوك والمعتقدات حول النوم، مذكرة النوم. | المقابلة، الملاحظة، الاسترخاء، الحوار السقراطي وإعادة البناء المعرفي، قواعد النظافة، مذكرة النوم، الواجب المنزلي. |
| 8 | 45 د | تقييم العلاج من خلال القياس البعدي وإنهاء العلاج | المقابلة ومؤشر شدة الأرق، مذكرة النوم، ومراجعة تطور الحالة |
| 9 | 35 د | متابعة نتائج العلاج وتطورات الحالة. | المقابلة، الملاحظة، مؤشر شدة الأرق، مذكرة النوم، ومراجعة تطور الحالة |

المصدر: نتائج البحث الميداني

9. عرض النتائج و مناقشتها:

1.9. نتائج مؤشر شدة الأرق:

تم تطبيق مؤشر شدة الأرق في القياس القبلي وأعيد تمريره في القياس البعدي وقياس المتابعة وكانت النتائج كالتالي:

جدول 2

نتائج القياس القبلي والبعدي والمتابعة لمؤشر شدة الأرق

| قياس المتابعة | القياس البعدي | القياس القبلي | الحالة |
|---|---|--|--------|
| 03 | 04 | 19 | 1 |
| غياب ارق ذو دلالة إكلينيكية Absence d'insomnie cliniquement significative | غياب ارق ذو دلالة إكلينيكية Absence d'insomnie Cliniquement significative | يدل على ارق إكلينيكي (شدة متوسطة) Insomnie clinique (Sévérité moyenne) | |
| 06 | 11 | 25 | 2 |
| غياب ارق ذو دلالة إكلينيكية Absence d'insomnie Cliniquement significative | أرق دون سريري أو تحت إكلينيكي Insomnie subclinique; | يدل على أرق إكلينيكي شديد. Insomnie clinique | |

المصدر: نتائج البحث الميداني

يظهر من خلال النتائج تحسن نوم الحاليتين والأثر الايجابي للبرنامج العلاجي، حيث انتقل الأرق الأولي لدى الحالة الأولى من مستوى شدة متوسطة إلى غياب أرق ذو دلالة إكلينيكية، كما انتقل الأرق لدى الحالة الثانية من مستوى ارق إكلينيكي شديد إلى أرق دون سريري ثم إلى غياب ارق ذو دلالة إكلينيكية .

2.9. نتائج مذكرة النوم:

جدول 3

نتائج مذكرة النوم للحالة الأولى

| المؤشر | القياس القبلي | القياس البعدي |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| وقت الاستلقاء في السرير والاستيقاظ الصباحي | عدم انتظام | ثبات وانتظام |
| فترة الدخول في النوم | يصل حتى ساعتين | اقل من 30 د غالبا |
| المحافظة على النوم | استفاقة واحدة كل ليلة حتى استفاقتين | استفاقة واحدة فقط لأكثر من ثلاث ليال |
| مدة الاستفاقة | 30 د حتى 03 ساعات | 30 د إلى 45 د |

| غياب النوم المشوش | موجود | نوم مشوش |
|-------------------|----------------|-----------------------------|
| 9.33 | 4.93 | متوسط النوم |
| 8 ساعات | (7سا30) | عدد ساعات النوم |
| 8.86 | (4.53) | نوعية الاستيقاظ |
| 09 | 4.93 | الكفاءة و الفعالية في اليوم |
| تحسن | سيئة | نوعية النوم |
| 08 ساعات غالبا | 10 ساعات غالبا | متوسط البقاء في السرير |
| (7سا30) تقريبا | (7سا30) | وقت النوم الفعلي |
| %80 | %75 | معدل كفاءة النوم |

المصدر: نتائج البحث الميداني

تظهر نتائج مذكرة النوم وجود تغيرات ايجابية كبيرة على نوم الحالة بعد البرنامج العلاجي سواء من خلال:

- عدم انتظام في وقت الاستلقاء في السرير في القياس القبلي في حين أن القياس البعدي بعد الجلسات العلاجية يظهر ثبات وانتظام في وقتي الاستلقاء في السرير للنوم والاستيقاظ الصباحي.
- كما أظهر القياس البعدي ارتفاع واستمرار التحسن في كل من متوسطات:
 - فترة الدخول في النوم كان تقريبا ما بين 30 دقيقة إلى 1 ساعة وأحيانا يصل حتى ساعتين وأصبح في أقل من 30 دقيقة غالبا.
 - المحافظة على النوم: نقص في عدد ومدة الاستفاقة الليلية حيث انتقلت من استفاقة واحدة كل ليلة حتى استفاقتين لمدة 30 دقيقة حتى 03 ساعات في أواخر الليل مع وجود نوم مشوش (sommeil ½) لعدة ليال إلى استفاقة واحدة فقط لأكثر من ثلاث ليال ونقص كبير جدا في مدتها الذي أصبح لمدة حوالي 30 دقيقة إلى 45 دقيقة على الأكثر في أواخر الليل مع غياب النوم المشوش (sommeil ½) .
 - نوعية ومدة النوم: كان متوسط النوم هو (7سا30) ساعات ونصف في اليوم يضاف إليها ساعتين على الأقل لنوم القيلولة أيام عطلة الأسبوع لكن رغم ذلك متوسط نوعية النوم كان منخفضا (4,93 من 10) ما يعني أن نوم الحالة كان سيئا وغير مريح بالإضافة للنوم المشوش، ونجد في الملاحظات التي كتبتها الحالة أنها تشعر وكأنها لم تنم أبدا أو أن نومها كان سيئا، أما في نتائج الجلسة الأخيرة ارتفع متوسط ساعات النوم إلى ما يقارب 8 ساعات

في اليوم، وارتفع متوسط نوعية النوم واستمر في تحسن إذ بلغ (9,33 من 10، وهو تحسن ممتاز).

- نوعية الاستيقاظ في الصباح: كان ضعيفا أيضا (4,53 من 10) رغم استيقاظها بعد 09 صباحا غالبا لكن ذكرت الحالة في الملاحظات أنها تشعر بالنعاس والتعب والإرهاق (كما لو كانت قامت بتمارين رياضية أو أعمال شاقة لكثرة ثقلها في الفراش) وبعد الجلسات العلاجية نلاحظ ارتفاعا جيدا وتحسنا كبيرا في متوسط نوعية الاستيقاظ الصباحي (الذي أصبح 10/8.86) بسبب تحسن نوعية النوم.
- الكفاءة والفعالية في اليوم: كان ضعيفا أيضا إذ بلغ (4,93 من 10) واضطرت الحالة أحيانا لتناول أدوية للصداع (paracétamol) بسبب الصداع والثقل ولكنه تحسن بعد الجلسات العلاجية شيئا فشيئا واستمر بالتحسن حيث بلغ (09 من 10).
- متوسط البقاء في السرير: كان 10 ساعات غالبا في حين أن وقت النوم الفعلي كان (7سا30) تقريبا، لكن بعد الجلسات تغير ليصبح 08 ساعات غالبا، ووقت النوم الفعلي (7سا30) تقريبا وهذا تحسن ايجابي.
- وفي معدل كفاءة النوم كان 75% وبعد الجلسات أصبح ما يقارب 80%.
- كانت الحالة تأخذ قيلولة لمدة أكثر من ساعتين في عطلة نهاية الأسبوع لكن بعد الجلسات العلاجية استطاعت تجنب القيلولة بنجاح في نهاية عطلة الأسبوع.

جدول 4

نتائج مذكرة النوم للحالة الثانية

| المؤشر | القياس القبلي | القياس البعدي |
|--|-----------------|------------------------|
| وقت الاستلقاء في السرير والاستيقاظ الصباحي | متوسط الانتظام | متوسط الثبات والانتظام |
| فترة الدخول في النوم | يصل حتى ساعتين | اقل من 30 د غالبا |
| المحافظة على النوم | نادرة | لا يوجد استفاقة |
| متوسط النوم | 3.85 | 08 |
| عدد ساعات النوم | 6:30 سا | 08 |
| نوعية الاستيقاظ | 3,95 | 7,57 |
| الكفاءة و الفعالية في اليوم | 3,90 | 7,42 |
| نوعية النوم | سيئة | تحسن مستمر |
| متوسط البقاء في السرير | 10 ساعات تقريبا | 08 ساعات غالبا |

| | | |
|--------------|---------|------------------|
| 08 سا تقريبا | 6:30 سا | وقت النوم الفعلي |
| %80 | %65 | معدل كفاءة النوم |

المصدر: نتائج البحث الميداني

تظهر نتائج مذكرة النوم وجود تغيرات ايجابية كبيرة على نوم الحالة الثانية بعد البرنامج العلاجي سواء من خلال :

- انتظام وثبات وقت الاستلقاء في السرير للنوم والاستيقاظ الصباحي.
 - كما أظهر القياس البعدي تحسنا في كل من متوسطات :
 - فترة الدخول في النوم: كانت تصل إلى ساعتين وأصبح في أقل من 30 دقيقة غالبا.
 - نوعية ومدّة النوم: كان متوسط النوم (10/3,85) بمعدل ساعات ونصف في اليوم (6سا و30د) ، وأصبح (10/7,57) بمعدل (08) ساعات في اليوم وهو تحسن جيد.
 - نوعية الاستيقاظ في الصباح: كان ضعيفا قبل البرنامج العلاجي (10/3.95) وبعد الجلسات العلاجية نلاحظ ارتفاعا جيدا وتحسنا كبيرا في متوسط نوعية الاستيقاظ الصباحي(الذي أصبح 10/7.57) بسبب تحسن نوعية النوم من سيئة إلى تحسن مستمر.
 - الكفاءة و الفعالية في اليوم: كان ضعيفا أيضا إذ كان يبلغ (10/3.90) في القياس القبلي ليرتفع في القياس البعدي إلى (10/7.42).
 - متوسط البقاء في السرير: كان 10 ساعات غالبا في حين أن وقت النوم الفعلي كان (6سا و30د) تقريبا، لكن بعد الجلسات تغير ليصبح 08 ساعات غالبا، ووقت النوم الفعلي 08 ساعات تقريبا وهذا تحسن جد ايجابي.
 - وفي معدل كفاءة النوم كان 65% وبعد الجلسات أصبح ما يقارب 80%.
- إذن يظهر من مقارنة نتائج مذكرتي النوم لكلتا الحالتين في القياس القبلي والقياس البعدي في الجدولين (03) و(04): وجود تغيرات ايجابية في كل من وقت الاستلقاء في السرير والاستيقاظ الصباحي، فترة الدخول في النوم، المحافظة على النوم، مدة الاستفاقة الليلية، نوم مشوش (½ sommeil)، متوسط النوم، عدد ساعات النوم، نوعية الاستيقاظ، الكفاءة والفعالية في اليوم، نوعية النوم، متوسط البقاء في السرير، وقت النوم الفعلي، ومعدل كفاءة النوم.

3.9. عرض ومناقشة النتائج:

ونأتي الآن لعرض النتائج ومناقشتها على ضوء التراث العلمي ونبدأها بالتذكير بنص الفرضية والتي هي كالآتي : يوجد اثر ايجابي لتطبيق برنامج معرفي سلوكي لعلاج الأرق الأولي لدى الراشد.

من خلال دراستنا تبين أن للجلسات العلاجية أثر في التحسن التدريجي للنوم عند الحالتين، وهذا ما أكدته نتائج مذكرة النوم لكليهما، إذ تفاعلت الحالتين ايجابيا مع تقنية الاسترخاء ولم تهمل القيام بها، كما التزمتا بتقنيات قواعد صحة النوم، وضبط المثير وتقييد النوم، مما حسن من نوعية نومهما، كما قلص من عدد ساعات البقاء في السرير من دون نوم، أما من خلال تقنية إعادة البناء المعرفي تعرفت الحالتين على دور الأفكار والتصورات المعرفية في التأثير على السلوكيات والاتجاهات، وأنها تدفع للتفكير بطريقة سلبية تؤثر سلبا على النوم، بالتالي تم العمل على تغيير المعتقدات والاتجاهات السلبية اتجاه النوم، أما تقنية التعليم النفسي سمحت بتعرف الحالتين على معلومات مهمة عن النوم واضطراباته، ومع تقدم الجلسات العلاجية لاحظنا تحسنا في الحالة النفسية للحالتين وانعكاسا ايجابيا على ملامحهما ومحياهما والأهم على نومهما، وكانت نتائج قياس المتابعة جيدة وأظهرت استقرارا ايجابيا في نوم الحالتين، والتزامهما بالتقنيات حتى بعد شهر من انتهاء البرنامج العلاجي.

أما بالنسبة للنتائج على المدى الطويل فإنه من الصعب التكهن بها، ما نتمناه هو أن تواصل الحالتين مزاوله التقنيات المعرفية السلوكية التي تدربتا عليها أثناء العلاج من اجل تجنب الانتكاس خاصة وأن تاريخ الأرق لدى الحالة الأولى يظهر انه كان يعاود الظهور بعد فترة لا بأس بها.

كما تخلص أ نتائج الدراسة من خلال المنهج الشبه تجريبي والإكلينيكية عن تحقق الفرضية من خلال توظيف نتائج الملاحظة والمقابلة ومذكرة النوم، واعتمادا على التقارير الذاتية للحالتين (انطلاقا من أن الأرق هو شكوى ذاتية)، واعتمادا على التغيرات التي ظهرت من خلال القياس القبلي والبعدي وقياس المتابعة لمؤشر شدة الأرق، والتي أوضحت وجود تأثير ايجابي للجلسات العلاجية والتقنيات المعرفية السلوكية المطبقة في البرنامج العلاجي، بحيث ظهر تحسن تدريجي ملحوظ في نوم الحالتين أثناء وبعد الجلسات العلاجية من حيث:

- نقص مدة الدخول في النوم وزيادة ساعات النوم وتحسن نوعيته إلى مريح ومرمم.
- التناقص الكبير لتكرار ومدة الإستفاقات الليلية ما يعني المحافظة على نوم الحالة.

- ثبات وانتظام وقي الاستلقاء في السرير والاستيقاظ الصباحي وتحسن نوعيته.
 - تحسن نوعية الأداء النهاري.
 - تحسن عادات النوم كتجنب القيلولة للحالة الأولى وتقارب الوقت الذي تقضيه الحاليتين في الفراش بوقت النوم الفعلي.
- بالتالي غياب الأعراض الإكلينيكية الدالة على الأرق الأولي لدى الحاليتين والذي كان متوسط الشدة في القياس القبلي للحالة الأولى، و أرق إكلينيكي شديد للحالة الثانية، مما يعني وجود أثر إيجابي لتطبيق البرنامج العلاجي السلوكي في علاج الأرق الأولي لدى الحاليتين.
- وهذه النتيجة بالرغم من محددات الدراسة البشرية المتمثلة في نقص الحالات المدروسة، إلا أنها لا تختلف عن نتائج العديد من الدراسات السابقة في الموضوع، والتي أثبتت كلها فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الأرق، نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر دراسة (مايكل إروين وآخرون IRWIN & AL; 2020) بجامعة "ديفيد جيفين" الأمريكية التي أوصت باستخدام العلاج السلوكي المعرفي باعتباره خط علاج أولي لاضطراب الأرق" ودراسات كل من (دنيوز وآخرون Denis, D، 2020)، (مانبر وآخرون Manber, R، 2019)، (زكاري وآخرون Zaccaro, A، 2018)، (لويك وكيل واسبي (Johnson, J، 2016)، (تراور Luik, A. Kyle, S. D., & Espie, C. A، 2017)، (تالبوت وآخرون Talbot, L، 2014) (بش، PUECH Carine، 2013)، (بيلشات Trauer, J، 2015)، (مورين وآخرون mylène pelchat، 2010)، (إدينغر ومينز Edinger & Means، 2005)، (جاكوب وآخرون، 2004)، و (Morin & Lacks، 1992)، ومن الدراسات العربية دراسة (قطب حنور، 2004) والتي اختلفت معها في متغير عينة الدراسة (طلاب وطالبات الجامعة)، كما أن هذه النتائج تتفق مع توصيات الجمعية الأمريكية لطب النوم التي تنصح بالعلاج المعرفي السلوكي في علاج الأرق، ومركز مايو كلينيك لطب النوم، ومع برنامج كيبك لعلاج الأرق الذي يتم استخدامه منذ سنة 2004.

خاتمة:

ختاما الأرق بصفة عامة هو شكوى ذاتية عن صعوبة النوم، والأرق الأولي هو أرق لا يترافق مع اعتلال مشترك سواء نفسي أو جسدي، فإن أي اختلال لهذه الوظيفة الحيوية يؤدي إلى اختلال الأداء العام للفرد لذلك لا بد من علاجها سواءا طبيا أو نفسيا، ولهذا سعت الدراسة الحالية إلى معرفة أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي على الأرق الأولي لدى الراشد من خلال بناء

برنامج علاجي معرفي سلوكي اشتمل على التقنيات التالية: التربية النفسية، الاسترخاء، مذكرة النوم، نظافة النوم أو تسيير عادات النوم، إعادة البناء المعرفي، ضبط المثير، تقنية تقييد النوم، الواجبات المنزلية.

ثم تطبيقه على حالتين أنثيين (25 و 33 سنة) تم تشخيصهما بالأرق الأولي وفقا لمعايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع والمعدل، فدللت النتائج على وجود اثر ايجابي للتقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي، لغياب الأعراض الإكلينيكية الدالة على الأرق لدى الحالتين والذي اتضح من خلال: زيادة عدد ساعات النوم وتحسن نوعيته، ومن خلال التناقص الكبير لتكرار ومدة الإستفاقات الليلية، وأيضا ثبات وانتظام وقي الاستلقاء في السرير والاستيقاظ الصباحي وتحسن نوعيته، مع تحسن نوعية الأداء النهاري، وهذا أيضا ما أظهرته نتائج قياس المتابعة بعد شهر من انتهاء العلاج.

وبما أن هذا البرنامج العلاجي اثبت فعاليته مع الحالتين نرجو أن يستفيد منه الأخصائيون ويجروا عليه المزيد من البحوث والتعديلات.

التوصيات والاقتراحات:

- زيادة البحوث والدراسات حول الأرق والبحث في أصل المشكلة.
- تطوير هذا البرنامج العلاجي وتحسينه
- الاستفادة من هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لمساعدة الأفراد الذين يعانون من الأرق
- محاولة معرفة اثر هذا البرنامج على حالات ومراحل عمرية مختلفة كالمراهقين أو المسنين مثلا مع دراسة الفرق بين الذكور والإناث .
- زيادة الوعي باضطرابات النوم وضرورة علاجها لما لها من آثار سلبية على الأداء العام ككل.
- زيادة الوعي بالعلاج النفسي لاضطرابات النوم وخصوصا الأرق وتجنب المنومات.
- زيادة الدراسات حول هذه المشكلة وعلاجها وآثارها وانعكاساتها على المدى البعيد.

الملاحق:

INDEX DE SEVERITE DE L'INSOMNIE :

Encercler le chiffre correspondant pour chacune des questions.

1. Merci d'estimer la SEVERITE actuelle de vos difficultés de sommeil :

Difficultés à s'endormir :

Aucun Léger Moyen Très Extrêmement

0 1 2 3 4

Réveils nocturnes fréquents ou prolongés :

Aucun Léger Moyen Très Extrêmement

0 1 2 3 4

Problème de réveils trop tôt le matin :

Aucun Léger Moyen Très Extrêmement

0 1 2 3 4

2. A quel point êtes-vous INSATISFAIT/ SATISFAIT de votre sommeil actuel ?

Très satisfait Modérément satisfait Très insatisfait

0 1 2 3 4

3. A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil INTERFERENT avec votre fonctionnement quotidien

(par exemple fatigue, concentration, mémoire, humeur...)?

Aucun Léger Moyen Très Extrêmement

0 1 2 3 4

4. A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont APPARENTES pour les autres en terme de détérioration de la qualité de votre vie ?

Aucun Léger Moyen Très Extrêmement

0 1 2 3 4

5. A quel point êtes vous INQUIET(E)/ PREOCCUPE(E) à propos de vos difficultés de sommeil ?

Aucun Léger Moyen Très Extrêmement

0 1 2 3 4

Réseau Morphée www.reseau-morphee.fr

مؤشر شدة الأرق:

ضع علامة على الإجابة المناسبة لكل سؤال:

1. نشكر تقديرك الشدة الحالية لصعوباتك في النوم؟

صعوبة الغفوة أو الدخول في النوم:

| أبدا | خفيف | متوسط | كثيرا | كثير للغاية |
|------|------|-------|-------|-------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

استيقاظ ليلي متكرر أو مطول (ممدد prolongés) ؟

| أبدا | خفيف | متوسط | كثيرا | كثير للغاية |
|------|------|-------|-------|-------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

مشكل الاستيقاظ المبكر جدا في الصباح:

| أبدا | خفيف | متوسط | كثيرا | كثير للغاية |
|------|------|-------|-------|-------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

2. إلى أي مدى أنت غير راض/راض عن نومك الحالي؟

| راض جدا | متوسط الرضى | غير راض جدا |
|---------|-------------|-------------|
| 0 | 1 | 2 |
| 3 | 4 | |

3. إلى أي مدى تعتبر أن صعوباتك في النوم تتداخل مع وظيفتك اليومية (مثال: التعب، التركيز، الذاكرة، المزاج...)?

| أبدا | خفيف | متوسط | كثيرا | كثير للغاية |
|------|------|-------|-------|-------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

4. إلى أي مدى تعتبر أن صعوباتك في النوم ظاهرة للأخريين بمعنى تفسد نوعية حياتك؟

| أيدا | خفيف | متوسط | كثيرا | كثير للغاية |
|--|------|-------|-------|-------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. إلى أي مدى أنت منشغل بخصوص صعوباتك في النوم ؟ | | | | |
| أيدا | خفيف | متوسط | كثيرا | كثير للغاية |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

قائمة المصادر والمراجع:

1. مجدي محمد الدسوقي. (2016). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج المسلك واضطراب العناد والتحدي لدى الأطفال والمراهقين المعرضين للخطر. مصر: المؤتمر العلمي الرابع، التربية وبناء الانسان في ظل التحولات الديمقراطية دار المنظومة، جامعة المنوفية - كلية التربية.
2. علي محمود كاظم. (2014). قياس اضطرابات النوم لدى طلبة مرحلة الإعدادية. مجلة كلية التربية الأساسية (12).
3. أس جي هوفمان، و ت: مراد عيسى. (2012). العلاج النفسي السلوكي المعرفي المعاصر الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية (الإصدار بدون طبعة). دار الفجر للنشر والتوزيع.
4. لويس كامل مليكه. (2010). علم النفس الإكلينيكي (الإصدار 01). عمان الأردن: دار الفكر.
5. روبرت ليهي، ت: جمعة يوسف و محمد نجيب احمد صبوة، وليهي. (2008). دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية. مصر القاهرة: ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
6. أديب محمد الخالدي. (2006). مرجع في علم النفس الإكلينيكي (المرضي) الفحص والعلاج (الإصدار 01). عمان/ الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
7. محمد مزيان. (2006). مبادئ البحث النفسي والتربوي (الإصدار 02). وهران، الجزائر: دار الغرب.
8. علي كمال. (1994). سلسلة أبواب العقل الموصدة باب النوم والتنويم (الإصدار 03). المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
9. PUECH Carine (2013). Mise en place de thérapies cognitivo-comportementales de groupe dans le traitement de l'insomnie chronique en cabinet libéral de ville: *THESE de Docteur en Médecine Générale*. Faculté de Médecine ,Université Toulouse III – Paul Sabatier
10. France BEAULIEU, P. (2006). Traitement Cognitivo-Comportementales de l'insomnie chronique. Dans P. BEAULIEU, *THESE de Docteur en Médecine* . Faculté de Médecine, Université PARIS VAL-DE-MARNE.
11. Pelchat, MYLÈNE. (2010). *compréhension et intervention de l'insomnie chez les adolescents: approche cognitive comportementale et psycho dynamique; doctorat en psychologie, université du Québec*.
12. COTTRAUX, j. (2001). *les thérapies comportementales et cognitive* (éd. 03). paris: Masson.
13. <http://www.bichat-larib.com>, g. i. (s.d.). Récupéré sur guide insomnie PDF : <http://www.bichat-larib.com>
14. www.has-sante.fr. (s.d.). *Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale*. Récupéré sur : <http://www.has-sante.fr> : <http://www.has-sante.fr>