

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

People's Democratic Republic of Algeria

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية
نيابة العمادة المكلفة بما بعد التدرج والبحث العلمي والعلاقات الخارجية



Ministry of Higher Education and Scientific Research
University of Ain Temouchent, Belhadj Bouchaib
Faculty of letters, languages and social sciences
Vice –Deanship in charge of Post-Graduation, Scientific
Research and External Relations

مطبوعة

العلاجات السلوكية المعرفية موجهة لطلبة السنة الثالثة علم النفس العيادي

الميدان: العلوم الإجتماعية

الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس العيادي

من إعداد الدكتور: قلعي تسورية أمال

السنة الجامعية: 2024/2025

قائمة المحتويات

| | |
|---|-----------|
| مدخل إلى العلاجات النفسية.....03: المحاضرة الأولى | |
| مدخل إلى العلاجات السلوكية المعرفية.....22: المحاضرة الثانية | |
| التقنيات المعرفية في العلاج السلوكي المعرفي.....32: المحاضرة الثالثة | |
| التقنيات السلوكية في العلاج السلوكي المعرفي40: المحاضرة الرابعة | |
| تقنية الإسترخاء.....53: المحاضرة الخامسة | |
| الموجة الثالثة في العلاجات السلوكية المعرفية.....57: المحاضرة السادسة | |
| العلاج الجدلي 1. | السلوكي |
| 57..... | |
| العلاج بالتقبل 2. | والإلتزام |
| 61..... | |
| العلاج السلوكي المعرفي لإضطراب الأكل.....63: المحاضرة السابعة | |
| العلاج السلوكي المعرفي لإضطراب توهم المرض.....69: المحاضرة الثامنة | |
| العلاج السلوكي المعرفي لإضطراب فرط الحركة وتشتت الإنتباه.....72: المحاضرة التاسعة | |
| العلاج السلوكي لإضطراب التبول الإرادي عند الطفل.....78: المحاضرة العاشرة | |
| المحاضرة الحادية عشر: العلاج السلوكي المعرفي للإضطرابات الجنسية.....82 | |



أهداف المقياس:

يهدف مقياس العلاجات السلوكية المعرفية إلى إلقاء الضوء على مجموعة من النظريات المفسرة للإضطرابات النفسية وكذا وصف طريقة تطبيق بعض التقنيات والتي تسمح للطالب بإستخدامها لاحقاً في ممارساته العيادية بعد تطوير معارفه ومسايرة التقدم العلمي في كل تيار علاجي .

المحاضرة الأولى

مدخل إلى العلاجات النفسية

تمهيد:

يمر عصرنا الراهن بالعديد من الأزمات والمشاكل الإقتصادية والطبيعية والإجتماعية والأمنية والصحية التي تترك أثرها الواضح على نفسيتنا، سواء من خلال المشاكل والإضطرابات النفسية أو عن طريق الضغوطات النفسية التي تسمم حياتنا اليومية وتؤثر على صحتنا العضوية وعلاقاتنا الإجتماعية وجودة حياتنا المهنية. وعليه فقد بات الإهتمام بالعلاجات النفسية والصحة النفسية ضرورة ملحة ومجال ينبغي إلقاء الضوء عليه وتطويره والتعريف به في مجتمعنا. وسنتطرق من خلال هذه المحاضرة الموسومة ب "مدخل إلى العلاجات النفسي" إلى التكلم عن كيفية ظهور وتطور العلاجات النفسية بمختلف تقنياتها وكذا المبادئ الأساسية في العلاج النفسي والمهارات الإكلينيكية التي يتوجب على المعالج النفسي أن يتقنها. وكذا التعرف على بنود أخلاقيات مهنة المختص النفسي والتي لها جانب



أخلاقي ولكن أيضاً عيادي لأنَّ إحترام ميثاق الأخلاقيات وتطبيقه سيكون عاملاً أساسياً في نجاح العلاقة العلاجية والعلاج النفسي.

لمحة تاريخية عن العلاج النفسي:

عرفت العلاجات النفسية تقدماً وتنوعاً عبر العصور وفي مختلف دول العالم، ولكن قبل وصولها الى الشكل التي هي عليه الآن، فقد شهدت تحولات كبيرة مسّت تفسيرات عديدة لأسباب الإضطرابات النفسية والعقلية وكذا الممارسات المهنية.

يشير محمد (2008) الى أنَّ الإضطرابات النفسية والعقلية في عصر الفراعنة قد شهدت تفسيرات ترتبط بأمور روحانية لها علاقة بالدين والسحر. فقد إعتبر الناس تلك الإضطرابات والأمراض بأنها تنشأ من غضب الآلهة أو من تأثير أرواح الموتى وتمصها لجسد المريض، وهنا يأتي دور الطلاس والسحر لطرد هذه الأرواح والقضاء عليها وإستعملت التعاويذ لعلاجها. هذا وكان الجنون في العصور القديمة بل وحتى في العصور الوسطى ظاهرة تجريبية دنيوية تقترن بحالة من الشذوذ والانحراف، وتستوجب العمل على إتخاذ إجراءات أمانة ضدّهم، وبالتالي التعامل مع المرضى الفعليين إما بالإقصاء أو الحبس أو تحديد الإقامة، وغير ذلك من أساليب الدفاع والتحصين. أما في الثقافة الإسلامية فقد كان هناك نمطين من العلاج وهما الطب النبوي والطب الإسلامي، فأما الطب النبوي فهو مجموعة من الأحاديث الشريفة الخاصة بالمرضى والتي تحتوي على وصفات لعلاج بعض العلل والأمراض. أما في عصر النهضة، فبالرغم من التقدم العلمي الذي تمّ إبان هذه الفترة إلا أنَّ الأمراض العقلية وعلاجها ظلت بعيدة عن مجال البحث والدراسة والإستطلاع، وظل المرضى بأمراض عقلية يعانون من الاضطهاد والقسوة. لكن نجد العديد من الذين تحدّوا هذه الأفكار مثل باراسيلسوس الذي نادى بضرورة التعامل مع المرضى العقليين ومارس علاجاً يعتمد على مغناطيسية الجسم عرف فيما بعد بالتنويم المغناطيسي. وفي ما يلي جدول يلخص تطور ظهور بعض التقنيات العلاجية في علم النفس. (قنون، 2014).

الجدول رقم (1): نظرة موجزة عن تطور العلاج النفسي.

| العالم المعالج | العالم | تطور العلاج إكلينيكياً |
|----------------|--------|--------------------------------------|
| | 1840 | أنشئت المصحة العقلية |
| برنهايم | 1891 | وصف العلاج كعملية التنويم المغناطيسي |



| | | |
|------|----------------|---|
| 1896 | ويتمر | أُتخذ منحى إستخدام العلاج التربوي في العيادات النفسية |
| 1900 | فرويد | إستخدام تفسير الأحلام والتدعي الحر في العلاج النفسي |
| 1905 | ورثسستر ، برات | بداية العمل في العلاج النفسي |
| 1905 | فرايز | تعليم المرضى التلث العضوي المصحوب بفقد الذاكرة على الكلام ، إستعادة قدراتهم اللغوية. |
| 1906 | جانيه | إخضاع المرضى السيكوسوباتيين لتعلم إستجابة المنافسة خلال المواقف الإجتماعية لضبط الأعراض الإندفاعية. |
| 1908 | ديبوا | إستخدام الكلام كأسلوب لإحداث التغير الإيجابي لدى المرضى. |
| 1922 | أدلى | بداية العلاج الأسري خلال المقابلات العلاجية. |
| 1928 | أنا فرويد | بداية العلاج باللعب لدى الأطفال |
| 1932 | مورينو | تحديد مفهوم العلاج الجمعي والسيكودراما |
| 1934 | ألن | تقديم أسلوب علاجي يعرف بالعلاج السمعي |
| 1942 | كارل روجرز | وضع قواعد العلاج النفسي المتمركز حول العميل |
| 1948 | ليفن ومساعدوه | وضع قواعد جماعات التدريب ضمن العلاج النفسي |
| 1950 | سالتر | إستخدام فعل المنعكس الشرطي |



| | | |
|------|----------------|---|
| | | في العلاج النفسي وتعزيز العلاج بالتطمين والتوكيد. |
| 1951 | دولارد ، ميللر | التوفيق بين التحليل النفسي ونظرية التعلم بمفهوم الشخصية والعلاج النفسي. |
| 1953 | سكينر | إستخدم نظرية الإشراف الإجرائي في العلاج النفسي. |
| 1953 | سولفيان | قدم نهجه في العلاج بين الأشخاص. |
| 1958 | ولبي | تحديد مفهوم العلاج النفسي من خلال الكف المتبادل. |
| 1960 | جاك لاكان | تبلور التحليل النفسي المعرفي. |
| 1963 | ماسترز | تبلور العلاج الجنسي. |
| 1964 | بيرن | ظهور العلاج النفسي وفق منهج التحليل التفاعلي التبادلي. |
| 1964 | بيك | ظهور العلاج المعرفي لمرضى الإكتئاب. |
| 1975 | جوندياندلر | ظهور أسلوب البرمجة اللغوية العصبية وفنيات الإتصال. |

المصدر: (قنون، 2014).

المهارات الإكلينيكية في العلاج النفسي:

يتطلب ممارسة العلاج النفسي وتطبيق تقنياته إمتلاك المعالج لمجموعة من المهارات الإكلينيكية التي تسمح له بإقامة علاقة علاجية ناجحة مع المريض وكذا فهمه لطبيعة المشكل وأسبابه، و تجهيز وتطبيق خطة علاجية مناسبة للحالة. وفي ما يلي بعضاً من هذه المهارات التي يجب أن يتدرب المختص النفسي عليها والتدريب ينطلق من الوعي. فمن المهم أن تكون للمعالج النفسي القدرة على مراقبة الذات والوعي بما ينقصه وكذا أخطائه التي لا يجب إرتكابها.



- **مهارات حسن الإصغاء :** أي قدرة المعالج النفسي على الإنصات الفعال لما يقوله المريض والتي تتضمن القدرة على إستقبال الرسالة و معالجتها وإرسالها للمستقبل. إضافة الى القدرة على الإستيضاح ونقصد بها مهرة طلب توضيح الأمور بعبارات مناسبة من خلال طرح الأسئلة (هل يمكن أن تصف...؟)، (هل يمكن توضيح...؟)، (هل تقصد أن تقول...؟).
- **مهارة التلخيص:** أي القدرة على تلخيص ما فهمه من كلام المريض بطريقة صحيحة وإنتقاء العبارات المناسبة.
- **مهارات سلوك الحضور الجسدي :** ونقصد بها إستعمال المعالج النفسي لغة جسده بطريقة صحيحة . وتهدف هذه المهارة الى تعزيز الإصغاء و تعزيز العلاقة العاجية مع المريض. وتشتمل هذه المهارة على الميل قليلا الى الأمام في وضعية الجلوس و ترك مسافة مناسبة مع المريض حتى لا يشعر بأنه قريب او بعيد أكثر من اللزوم ، إضافة الى إتقان إستعمال التواصل البصري بحيث يتجنب المعالج التحديق المستمر في عيني المريض ولا يكون بؤبؤ العين متسعا ولا ناعسا وإنما بوضع إسترخاء حتى يشعر المريض بأن المعالج النفسي مهتم به و بما يقوله ويرغب في مشاركته الحديث.
- **مهارة إعادة الصياغة:** من خلال صياغة ما فهمه من كلام الحالة بأسلوب يجعل المريض يتوسع أكثر في الكلام ويشعر بان المعالج النفسي قد فهمه، كما ستسمح هذه التقنية بالتأكد من أن المعلومات التي تم جمعها من خلال المقابلة صحيحة.
- **مهارة عكس المشاعر:** يركز المعالج النفسي على المحتوى الوجداني بهدف جعل المريض يشعر بأن المعالج يفهمه و يفهم مشكلته، وتشجيعه على التعبير عن مشاعره والتعامل معها بشكل افضل.
- **مهارة طرح الأسئلة:** اي قدرة المعالج النفسي على إختيار نوع الاسئلة المناسبة للهدف الذى يود الوصول إليه مثل الأسئلة المغلقة والتي تكون الإجابة عليها بنعم أو لا ، الاسئلة المفتوحة التي تعطي للحال الفرصة للحديث بشكل متوسع ن الامر الذى سوف يسمح للمعالج النفسي بفهم المشكلة وجمع أكبر قدر من المعلومات. إضافة الى الاسئلة المزدوجة والتي تتمثل في جعل المريض يحدد موقف محدد بخصوص موضوع معين بحيث يكون لديه خيارين لا ثالث لهما . كما ويجب على المعالج أن يتقن طرح الاسئلة المحددة والدقيقة بغرض الوصول لمعنى معين والذى قد يكون غامضاً في كلامه كإستعماله للتعميم مثلاً.



- مهارة التفسير: أي فهم الاستجابات الخاصة بالعميل والتي تتعلق بالجانب اللفظي وغير لفظي، ومن المهم هنا أن يكون للمعالج النفسي دراية بخصائص الثقافات الفردية للمجتمع الذي يعمل فيه. (يوسف، 2010).

أخلاقيات مهنة الأخصائي النفسي:

في هذا المبحث سوف نتطرق الى ميثاق أخلاقيات مهنة الأخصائي النفسي حسب مركز فلسطين للصحة النفسية المجتمعية (2007) للدراسات النفسية نظراً لشموليته ودقته وهو كالتالي:

1.المبادئ العامة:

1/1 يحافظ الأخصائي النفسي على مظهره العام ، متجنباً المبالغة أو الإغراب محترماً في هيئته، ملتزماً بحميد السلوك والآداب.

1/2 يلتزم الأخصائي النفسي بصالح العميل ورفاهيته، ويتجنب كل ما يتسبب، بصورة مباشرة أو غير مباشرة، في الإضرار به.

1/3 يسعى الأخصائي النفسي إلى إفادة المجتمع، ومراعاة الصالح العام، والشرائع السماوية، والدستور، والقانون.

1/4 على الأخصائي النفسي أن يكون متحرراً من كل أشكال وأنواع التعصب الديني أو الطائفي، وأشكال التعصب الأخرى، سواء للجنس، أو السن، أو العرق، أو اللون.

1/5 يحترم الأخصائي النفسي في عمله حقوق الآخرين في إعتناق القيم والإتجاهات والآراء التي تختلف عما يعتنقه، ولا يتورط في أية تفرقة على أساسها.

1/6 يقيم الأخصائي النفسي علاقة موضوعية متوازنة مع العميل، أساسها الصدق وعدم الخداع ، ولا يسعى لإستغلاله، أو الاستفادة من العميل بصورة مادية أو معنوية إلا في حدود الأجر المتفق عليه مقابل الخدمة المقدمة ، على أن يكون هذا الأجر معقولاً ومتفقاً مع القانون والأعراف السائدة، متجنباً شبهة الإستغلال أو الإبتزاز.

1/7 لا يقيم الأخصائي النفسي علاقات شخصية - خاصة مع العميل - يشوبها الإستغلال الجنسي، أو المادي، أو النفعي، أو الأناني.



- 1/8 على الأخصائي النفسي مصارحة العميل بحدود وإمكانات النشاط المهني دون مبالغة أو خداع.
- 1/9 لا يستخدم الأخصائي النفسي أدوات فنية، أو طرقاً أو أساليب مهنية لم يتدرب عليها أو لا يجيدها، أو لا يطمئن إلى صلاحيتها للإستخدام.
- 1/10 لا يستخدم الأخصائي النفسي أدوات أو أجهزة تسجيل إلا بعد إستئذان العميل وبموافقته.
- 1/11 الأخصائي النفسي مؤتمن على ما يقدم له من أسرار خاصة وبيانات شخصية، وهو مسئول عن تأمينها ضد إطلاع الغير، فيما عدا ما يقتضيه الموقف ولصالح العميل (كما هو الحال في إرشاد الآباء، وعلاج الأطفال، ومناقشة الحالات مع الفريق الكلينيكي أو مع رؤسائه من المتخصصين).
- 1/12 يوثق الأخصائي النفسي عمله المهني بأقصى قدر من الدقة، وبشكل يكفل لأي أخصائي آخر إستكماله في حالة العجز عن الإستمرار في المهمة لأي سبب من الأسباب.
- 1/13 لا يجوز نشر الحالات التي يدرسها الأخصائي النفسي، أو يبحثها، أو يعالجها، أو يوجهها، مقرونة بما يمكن الآخرين من كشف أصحابها كأسمائهم و/ أو أوصافهم) منعا للتسبب في أي حرج لهم، أو استغلال البيانات المنشورة ضدهم.
- 1/14 عندما يعجز العميل عن الوفاء بالتزاماته المادية من أجر، فعلى الأخصائي النفسي إتباع الطرق الإنسانية في المطالبة بهذه الإلتزامات، وتوجيه العميل إلى جهات قد تقدم الخدمة في الحدود التي تسمح بها ظروف العميل وإمكاناته.
- 1/15 يقوم الأخصائي النفسي بعمليات التقييم، أو التشخيص، أو التدخل العلاجي في إطار العلاقة المهنية فقط ، وتعتمد تقاريره على أدلة تدعم صحتها؛ كالمقاييس والمقابلات، على ألا يقدم هذه التقارير إلا للجهات المعنية بالعلاج، و عدا ذلك لا بد أن يكون بأمر قضائي صريح.
- 1/16 يسعى الأخصائي النفسي لأن تكون تصرفاته وأقواله في إتجاه ما يرفع من قيمة المهنة النفسية في نظر الآخرين، ويكسبها إحترام المجتمع وتقديره، بعيداً عن الإبتدال والتجريح.

2. الإختبارات والمقاييس:

- 2/1 يقتصر إعداد وتأليف الإختبارات النفسية أو إستخدامها على الأخصائي النفسي المؤهل ، والحاصل على درجة الماجستير على الأقل في علم النفس على وجه التحديد ، ويستثنى من هذه الإشتراطات أعداد المقاييس تحت إشراف أحد الأساتذة المتخصصين لأهداف البحث العلمي للرسائل الجامعية.



2/2 على الأخصائي النفسي أن يسعى لحظر تداول الإختبارات والمقاييس التي لا تستوفى هذا الشرط أو بيعها لغير الأخصائيين أو لغير الجهات المعنية بإستخدامها بواسطة أخصائيين نفسيين مؤهلين.

2/3 يتعين توثيق حجم ومواصفات العينات المستخدمة في تقنين الإختبار أو المقياس وكيفية سحبها وخصائص موقف التطبيق.

4 /2 لا يعدّ الإختبار أو المقياس أداة علمية ما لم توثق كافة بياناته من ثبات وصدق والأسس التي إعتد عليها في حساب هذا الصدق والثبات وتفسيرات النتائج المرتفعة أو المنخفضة التي يؤدي إليها إستخدام الإختبار سواء على مستوى الفرد أو الجماعة.

2/5 يتعين أن يذكر في المعلومات الموثقة عن الإختبار أو المقياس الجديد كافة التحفظات المتعلقة بإستخدامه ونوع العينات التي توفرت تفسيرات الأداء عليه من خلالها والحالات التي لا يصلح الإختبار للإستخدام فيها ، أو المراحل العمرية أو الفئات المعينة التي يستخدم معها المقياس .

2/6 دليل الإختبار جزء أساسي من الإختبار يتعين أن يتضمن كافة المعلومات السابقة وطريقة التطبيق والتصحيح ، وعمل البروفيل النفسي إذا كان الأداء على المقياس يتطلب ذلك.

2/7 يتطلب إعداد أو تحديث الإختبار أن يوضح المؤلف أو المعدّ في مقدمة الدليل العنوان أو الجهة التي تستقبل المعلومات والنتائج المختلفة التي يخرج بها الباحثون الآخرون من المقياس أو الإختبار، وعلى المؤلف أو المعدّ أن يشجع الباحثين المختلفين على إمداده بالمعلومات الأحدث الناتجة عن إستخدامهم للمقياس والتي قد تؤدي إلى تطوير أو تعديل المقياس أو إصدار صور جديدة منه مستقبلاً .

2/8 كلما توفر في المجال إختبار أو مقياس لخاصية معينة فالأفضل بإستمرار الإستعانة به أو تطويره أو تعديله بدلاً من تأليف إختبار جديد بهدف تنمية تراكمية العلم والإستفادة من النتائج المتوفرة من الإختبارات المختلفة ، مالم يجد الباحث مبرراً قوياً لتأليفه إختباراً جديداً .

2/9 عند إعداد إختبار للنشر أو البحث أو الإستخدام العملي يخص مؤلف آخر أو صادر بلغة أخرى يتعين إبراز أسم المؤلف الأصلي في الإختبار ودليل الإختبار ، وإشارة إلى كافة الإجراءات التي إستخدمت في تصميمه بالإضافة إلى إسم المعدّ وتاريخ الإعداد والإضافات التي أدخلت على الصورة الجديدة .

2/10 إجراء تعديلات في إختبار أو مقياس سواء في مضمون البنود أو طريقة التصحيح أو في بنية الإختبار الأساسية أو في المتغيرات التي تستخلص منه ، يُعطي الحق لصاحب التعديل في إضافة إسمه إلى أسم المؤلف الأصلي في الصورة الجديدة .



2/11 إعداد أي إختبار أجنبي للإستخدام المحلي يجب أن يكون بموافقة مؤلف الإختبار أو ناشره.

2/12 يمكن في حالة الضرورة القصوى نشر مقاييس أو إختبارات تحت التجربة وقبل إستيفاء خصائصها السيكومترية المشار إليها في البنود السابقة بشرط إبراز هذه المعلومات في مكان واضح مصحوباً بذكر محاذير الإستخدام.

2/13 يحظر نشر أسماء المفحوصين أو عرض نتائج إستجاباتهم مقترنة بأية بيانات تحدد هويتهم الفردية.

2/14 يحرص الأخصائي النفسي عند نشر مقياسه على جودة الطباعة ووضوح الكتابة ، كما يتعين أن يحرص الأخصائي الذي يستخدم إختباراً منشوراً على إستخدام الصور الأصلية المنشورة وليس نسخاً منتجة بأي من طرق التصوير أو النسخ أو إعادة الإنتاج.

2/15 يحظر نشر أي فقرات أو أجزاء من الإختبارات والمقاييس النفسية أو إذاعتها بأي صورة علنية سواء كأمثلة للإيضاح أو الشرح بإستثناء المواقف الأكاديمية أو التدريبية للمتخصصين.

2/16 عند إستخدام إختبار يحرص الأخصائي النفسي على مراجعته والتدريب عليه تحت إشراف من خبير متخصص ومؤهل، كما يتعين التدريب على الإستخدام وتجربته بطريق إستطلاعية قبل الشروع في إستخدامه لهدف علمي أو عملي، كما أنّ من مسؤوليته أن يتأكد من إنطباق كافة شروطه السيكومترية .

2/17 يجب الحصول على موافقة العميل أو ولي أمره (في حالة عدم الأهلية ، أو إذا كان العميل قاصراً) على تطبيق الإختبار ، كما يتعين عدم الضغط على العميل لإستكمال الإجابة إذا لم يرغب.

2/18 يتحمل الأخصائي النفسي المسؤولية عن حسن تطبيق وتفسير وإستخدام أدوات القياس ، ويلتزم بالتحقق من دلائل صحة برامج الكمبيوتر إذا كانت مستخدمة في أية معالجات تخص الإختبار والأداء عليه وإستخلاص نتائجه ، ويتحمل مسؤولية تقريره سواء إستعان في ذلك بمساعديه ، أو كان التقرير نتيجة لبرامج كمبيوتر جاهزة .

2/19 يصدر الأخصائي النفسي تقريره أو أحكامه على نتائج الإختبار في حدود خصائصه من حيث الصدق والثبات وعينة التقنين ، وفي حدود الفروق بين المستجيبين وبين عينة التقنين.



2/20 يتحمل الأخصائي النفسي أمانة إبلاغ العميل – عند طلبه – بنتائج ما طبق عليه من إختبارات لأي غرض من الأغراض وذلك في حدود عدم الإضرار بصحته النفسية أو تقديره لذاته كما يتحمل مسؤولية علاج أي أضرار قد تقع على العميل نتيجة تطبيق الإختبار عليه .

2/21 لا يجوز أن يطبق الإختبارات والمقاييس النفسية أو يصححها إلا المتخصص النفسي الحاصل على التدريب الكافي عليها.

3 - . نشر الإختبارات والمقاييس :

3/1 لا يجوز نشر مقياس لم تستوف له الإعتبارات المنهجية الأساسية من صدق وثبات ، ودلالات تفسيرية ، ولم تحدد الأغراض التي يستخدم فيها أو الفئات أو المراحل العمرية التي يلائمها.

3/2 يراعي أن تطبع المقاييس المعدة للإستخدام في أفضل صورة ممكنة من حيث سلامة وملائمة اللغة وجودة الطباعة والمواد المستخدمة في تصنيعها بحيث تكون مقبولة وجذابة للمفحوصين.

3/3 يتعين أن يرفق بالمقياس المنشور دليل إستخدامه على أن يتضمن هذا الدليل كافة المعلومات السيكومترية وكيفية تصميم الإختبار ومصادر بنوده وما إذا كانت هناك نظرية يقوم المقياس عليها، والمعايير المختلفة المستخدمة فيه ، والدلالات التفسيرية لنتائج الأداء عليه .

3/4 يجب أن يضع صاحب الإختبار في إعتباره أن نشر الإختبارات والمقاييس ليس عملاً يهدف إلى تحقيق ربح مادي بل أن النشر يهدف إلى دعم البحث العلمي والممارسة العملية والمهنية.

3/5 من الضروري أن يضع صاحب المقياس الترتيبات اللازمة مع الناشر التي تحدد شروط تداول الإختبار ومن يسمح له بشرائه أو إقتنائه، على أن يكون متخصصاً كما يجب وضع ترتيبات التحقق من حفظ الإختبار وصيانته في أيدي مستخدميه بما يمنع تعرضه للتداول العام وفقدانه الصدق .

3/6 على مصمم أو معد المقياس أن يضع إستمارة بيانات تتضمن إسم مشتري المقياس ومؤهله العلمي والتخصص في مجال علم النفس وخبراته في إستخدام الإختبارات والهدف من شراء الإختبار والعملاء الذين سيستخدم معهم والإجراءات التي سيتخذها لحماية سرية وصدق الأدوات، على أن يلتزم الناشر بالحصول على هذه البيانات واستيفاء متطلباتها من مشتري الإختبار.

3/7 عند التصريح ببيع الإختبارات والمقاييس لجهات أو هيئات مختلفة يجب الحصول منها على التعهد اللازم بحفظ سرية هذه الأدوات وعدم تداولها إلا بين المتخصصين وإيضاح إجراءات حمايتها وإسم



المتخصص المسئول عن إستخدامها والإشراف عليها على أن يكون هذا المتخصص مؤهلاً ومدرّباً ويستوفي الإشتراطات والبيانات المطلوبة في البند السابق .

8 /3 تعدّ عملية إعادة إنتاج إختبار أو مقياس منشور بواسطة أي شخص أو جهة وبأي صورة من صور إعادة الإنتاج مثل التصوير أو الطباعة أو النسخ أمراً غير مشروعاً كما لا يجوز إتاحة نسخ مصورة أو غير قانونية للتدريبات الطلابية أو غير ذلك ، وعلى كل أخصائي نفسي تصل إلى علمه أية تصرفات من هذا النوع أن يقوم بالتبنيه لخطئها أو الإتصال بالمؤلف أو المعد أو الناشر أو لجنة الإخلاقيات بالرابطة .

3/9 عند الإشارة إلى مواد أو بنود الإختبار في مواقف إعلامية أو عامة لا يجوز الإشارة إلى البنود الأصلية في المقياس ويفضل بالنسبة للكتب الأكاديمية الموجهة إلى المتخصصين في مواقف تعليمية إستخدام أمثلة محدودة أو بنود مشابهة للبنود الأصلية .

3/10 لا يجوز عرض أو نشر الأسس التي تؤدي إلى حصول المفحوص على درجات على المقاييس المختلفة كما لا يجوز تحديد طبيعة الوظائف أو السمات النفسية التي يقيسها الإختبار بصورة تقفده صدقة وتؤثر في إمكانات إستخدامه مستقبلاً .

3/11 يسمح بعرض الإختبار والتدريب عليه وتداوله في المواقف الأكاديمية تحت الإشراف وذلك بالنسبة لدارسي التخصص .

4 - . إستخدام الإختبارات والمقاييس:

4/1 يتعين أن يكون التدريب على إستخدام الإختبارات والمقاييس تحت إشراف متخصص قبل إستخدامها سواء لأغراض بحثية أو إكلينيكية.

4/2 لا يجوز إستخدام إختبار تحت التجربة أو لا يتوفر له دليل تفصيلي يتضمن كافة المعلومات المنهجية والإجرائية الخاصة بتصميمه ومواصفاته وإستخداماته ، وتفسر دلالاته العلمية.

4/3 يتعين إستخدام الإختبارات والمقاييس سواء لأغراض البحث أو الأغراض المهنية في مواقف مقننة ومضبوطة بصورة تحمي مصداقية البيانات التي تستخلص منها.

4/4 يجب الحصول على موافقة المفحوص أو العميل قبل إجراء الإختبار سواء للأهداف المهنية أو الإكلينيكية أو البحثية، وفي كل الحالات يجب أن يكون المفحوص أو العميل متطوعاً لتطبيق الإختبارات عليه ولا يجوز إرغامه تحت أي ظروف أو من خلال أي ضغط لكي يكون موضوعاً للإختبار .



4/5 يجب الحصول على موافقة ولي الأمر أو الوصي في حالة تطبيق إختبارات على الأطفال أو ناقصي الأهلية.

4/6 شرط الحصول على موافقة المفحوص أو العميل لتطبيق الإختبار عليه أساسي حتى ولو كان إخضاعه للإختبار بناءً على قرار سلطة أخرى سواء إدارية أو قانونية أو قضائية.

4/7 يحق للمشاركين في مواقف الإختبار التطوعية الحصول على فكرة عامة عن أهداف القياس بحيث لا يحل ذلك بصدق الإجابة أو كفاءة إستخدامها ، وذلك قبل بدء التطبيق ، ومن حق كل متطوع على حدة معرفة نتائج إختباره ودلالاتها في حدود عدم الإضرار بصحة المفحوص النفسية أو تقديره لذاته، كما يتحمل الفاحص مسؤولية تصحيح أو علاج أية أضرار تلحق بالمفحوص نتيجة تطبيق الإختبار .

4/8 لا يجوز الضغط على مفحوص يرغب في الإنسحاب من موقف الإختبار في أي لحظة دون إكمال الإختبار ، ولا يجوز ممارسة أي نوع من أنواع الضغوط عليه أو تعريضه لعقاب مباشر أو غير مباشر مادي أو أدبي. وعلى الباحث أن يوثق في تقريره عدد المنسحبين من موقف التطبيق مع الإشارة – إن أمكن – لسبب الإنسحاب ، لما لذلك من دلالات مهمة في تفسير نتائج الإختبار .

4/9 يجب على الفاحص كفاءة السرية الكاملة للمفحوص لحفظ هويته وتطبيق كافة الأساليب التي تحمي خصوصيته قبل تطبيق الإختبار.

4/10 يحظر إطلاع غير المتخصصين على المعلومات أو النتائج التفصيلية الخاصة بمفحوص معين الناتجة عن إختباره لأي سبب من الأسباب ، وحتى في هذه الحالة يجب أن يكون هناك مبرر علمي أو مهني قوى لمشاركة المعلومات مع زميل آخر متخصص.

5 - البحوث والتجارب :

5/1 الهدف الأساسي من البحث النفسي هو تنمية المعرفة، والوصول إلى الحقائق العلمية، وخدمة المجتمع ورفاهية الإنسان.

5/2 يقوم الباحث بالبحث وينظم ويخطط وينفذ الإجراءات التفصيلية بموضوعية كاملة تحمي بحثه ونتائجه من ذاتيته ، مع تجنب أن يسعى من ورائها إلى تقديم خدمات عمدية لأهداف خاصة.

5/3 يجب وضوح أهداف وأغراض الدراسة ، ومراجعة أخلاقياتها وإحترامها لحقوق الإنسان والحيوان، وعدم الإضرار بالمفحوصين.



5/4 يتعين على الباحث طلب المشورة من زملائه أو من الخبراء في التخصص فيما يتعلق بما غمض عليه من نقاط أو إجراءات بحثية ربما تتعارض مع الأخلاقيات.

5/5 إذا ظهر احتمال تعرض المفحوصين لأضرار نفسية أو إجتماعية أو جسمية بسبب الدراسة التي يقوم بها الباحث (رغم التحوط الشديد) فعلى الباحث النفسي التوقف عن العمل لحين مراجعة خطته ، وإجراءاته ، لتصحيح هذه الإحتمالات وتصويب ما يجب عليه من إجراءات.

5/6 على الباحث النفسي- في حالة إدراكه لبعض الأضرار التي يمكن أن تؤدي إليها إجراءاته البحثية - أن يوازن بين هذه الإضرار وقيمة النتائج المتوقع الحصول عليها من بحثه ، وفي كل الحالات عليه معالجة الأضرار المتوقعة ، والحد منها إلى أقل درجة .

5/7 يجب الحصول على موافقة صريحة من المبحوثين أو أولياء أمورهم (بالنسبة للأطفال أو عديمي الأهلية) بعد إطلاعهم على أي إحتمالات للضرر يمكن أن يتعرضوا له ، إذا وجدت مثل هذه الإحتمالات.

5/8 الباحث النفسي مسئول مسئولية كاملة عن إختيار مساعديه ، ويتحمل مسئولية سلوكياتهم المهنية والإخلاقية.

5/9 يحرص الباحث النفسي على عدم إستخدام سلطاته الإدارية أو نفوذه الأدبي أو أساليب الإحراج أو الضغط على مرؤوسيه أو من لديه سلطة أكاديمية عليهم كالطلاب أو المعيديين أو المترددين للإرشاد أو العلاج ، بهدف دفعهم للمشاركة في البحوث ، أو الضغط عليهم للإستمرار في هذه البحوث عندما يرغبون في التوقف أو عدم الإستمرار .

5/10 إذا كانت مشاركة الطالب في البحث من متطلبات الدراسة فلا بد من إتاحة بديل آخر للوفاء بهذه المتطلبات ، إذا رغب الطالب في عدم المشاركة في البحث.

5/11 لا يمارس الباحث أي نوع من خداع المفحوصين ، سواء في أهداف البحث أو إجراءاته مالم يكن صلب الدراسة يتطلب ذلك ، ويتعين في كل الحالات ألا يؤدي هذا الخداع إلى أضرار بالمفحوض أو إيذائه ، كما يتعين على الباحث بعد إنتهاء الدراسة توضيح الهدف من إجراءاته للمفحوص ، وبيان أسباب ما لجأ إليه .

5/12 يحرص الباحث عند إجراء تجارب على الحيوانات على الإقلال من درجة الألم الذي قد يتعرض له الحيوان، إلى أقل درجة ممكنة.



5/13 يتخذ الباحث النفسي خطوات مناسبة لتكريم المبحوثين المشاركين في دراسته، بأن يوجه لهم الشكر مباشرة، بالإضافة إلى توثيق شكره في أحد هوامش تقريره البحثي.

5/14 يجب الحرص على توثيق المعلومات وكافة التفاصيل، في تقارير الدراسة وغيرها من المؤلفات النفسية، مع بيان دقيق بالمصادر التي رجع إليها، ولا يجوز أن ينسب لنفسه مادة علمية هي لباحث أو مؤلف آخر، مع الإشارة إلى كل ما نقله.

5/15 الباحث الرئيس في فريق البحث في البحوث المشتركة، هو المذكور اسمه أولاً كباحث أول، ولا يجوز أن تؤثر المكانة الوظيفية أو الأكاديمية للمشاركين في إجراء الدراسة على ترتيب أسمائهم على البحث.

5/16 سواء كان الباحث الرئيسي طالباً أو معيداً، مشاركاً مع من هم أعلى منه درجة أو مكانه يتعين أن يكون اسمه هو الأول على تقرير البحث.

5/17 عندما يكون البحث مستخلصاً من رسالة علمية سواء ماجستير أو دكتوراه يدرج إسم صاحب الرسالة على البحث بوصفه المؤلف الأول مهما كان عدد المشرفين على الرسالة والمشاركين له في تقديم البحث.

5/18 على الباحث أن يتيح البيانات الأصلية لدرسته لأي باحث آخر يطلبها لإعادة تحليلها، بهدف التأكد من صدق نتائجه، أو بهدف إجراء تحليلات تفصيلية أو متقدمة، مع عدم الإفصاح عن هويات المبحوثين المشاركين في الدراسة، وحذف أية إشارة تدل على شخصياتهم.

5/19 عندما يستعين باحث ببيانات باحث آخر لإعادة تحليلها، أو لإستخلاص نتائج إضافية منها، فعليه أن يشير بوضوح للباحث الأصلي الذي سمح له باستخدام هذه البيانات مع الإلتزام بحفظ سرية أصحابها وخصوصياتهم.

6 - . التشخيص والعلاج:

6 / 1 الاخصائي النفسي الإكلينيكي هو وحده الذي يحق له ممارسة مهنة العلاج النفسي، وهو من حصل على الترخيص اللازم لممارسة هذه المهنة حسب المعمول به قانوناً، ويتعين إستكمال المقننات لممارسة المهنة إستيفاء الأخصائي المعالج المؤهلات والإشترطات والتدريب الذي تضعه الرابطة للأخصائي النفسي المعالج.



6/2 يجب على المعالج تجديد ترخيصه من الرابطة ، لممارسة المهنة كل خمس سنوات ويخضع طالب التجديد لكل المعايير والإشترطات المطلوبة لتجديد الترخيص.

6/3 لا تسري البنود السابقة على ترخيص وزارة الصحة قبل صدور هذا الميثاق.

6/4 تتضمن إشرطات ممارسة المهنة التي تقرها الرابطة الحصول على درجة الماجستير على الأقل في علم النفس الإكلينيكي وتدريباً نظامياً في إحدى مستشفيات الطب النفسي المعتمدة من الرابطة، على أن يتم التدريب تحت إشراف خبراء وإستشاريين في الطب النفسي وعلم النفس، ولفترات محددة ينص عليها في بروتوكول الإعداد لممارسة مهنة المعالج النفسي .

6/5 بروتوكول إعداد المعالج النفسي ملحق أساسي من ملاحق هذا الميثاق وتقوم على تنفيذه لجنة خاصة تشكلها الرابطة ، ويكون نصف أعضائها على الأقل من أساتذة علم النفس بالجامعات المصرية، والنصف الآخر من أساتذة الطب النفسي أو إستشاري الطب النفسي.

6/6 يجب أن يعلن الأخصائي المعالج عن مؤهلاته وخبراته، وترخيصه في مكان ظاهر في المكان الملائم المعد لإستقبال عملاءه ، كما يجب أن يقدم لعملائه كافة البيانات المتعلقة بخبراته وتدريبه عندما يطلب العميل منه ذلك.

6/7 يتصدى المعالج النفسي لعلاج المشكلات التي تقع في تخصصه وتدريبه فقط ، ولا يتعرض للحالات التي تتضمن أعراضاً سيكياترية أو عضوية، وعليه أن يحيلها إلى زملائه المختصين ، ويمكنه مواصلة علاج هذه الحالات بناء على إحالة واضحة من طبيب نفسي أو عضوي ، وبالتشاور والتعاون معه .

6/8 يتقبل المعالج النفسي العميل كما هو دون إبداء نقد أو تقييم أو تعنيف أو إنفعال أو إنزعاج أو إبداء أي مشاعر سلبية، أو إستنكار لمشكلاته ، أو سلوكياته.

6/9 يجب على المعالج أن يتناقش العميل قبل بدء العلاج حول طبيعة البرنامج أو الإجراءات العلاجية ومتطلباتها المختلفة ، والأجر وطريقة الدفع ، مع المصارحة الكاشفة لحدود ما يمكن أن يتحقق من التدخل الإكلينيكي في حالته ، ودون أي قدر من المبالغة.

6/10 جزء جوهري من السلوك المهني الأخلاقي، هو إلتزام المعالج بالوفاء بمواعيده وإحترامه للعميل وإفساح صدره لتلقي تساؤلاته، وشكوكه ، وطلبه للعون في أي وقت.



6/11 عندما يشترك في البرنامج العلاجي مساعد أو متدرب فيجب إخطار العميل بذلك ، قبل بدء العلاج، ويوضح له الموقف، مع تحمل المعالج المرخص للمسئولية الكاملة عن البرنامج والإجراءات العلاجية ، وسلوك مساعديه.

6/12 من الضروري حصول المعالج على موافقة كتابية من العميل تتضمن الإجراءات التي سيخضع لها ومقابلها المادي، على أن تصاغ هذه الموافقة بطريقة مفهومة وواضحة وأن يعلن العميل فيها إحاطته علماً ، وموافقته على ما جاء فيها.

6/13 يجب على المعالج النفسي التأكد من خلو العميل من أي مرض جسدي قد يكون له علاقة أو تأثير في حالته المرضية، أو مرض ذهاني يتدخل في أساليبه العلاجية، وفي حالة الشك في ذلك عليه تحويله إلى المتخصص ، وبموافقة العميل الصريحة .

6/14 في حالة العلاج الأسري الجماعي على المعالج أن يحدد أي من أفراد الأسرة هو المريض وأيهم هو المعاون في العلاج، وعليه أن يحاول توفيق العلاقات الأسرية بما يعيدها إلى طبيعتها، وعليه أن لا ينصح بالإنفصال أو فصم العلاقات الزوجية إلا في حالة الضرورة القصوى التي لا يتحقق العلاج بدونها.

6/15 يعمل المعالج على إنهاء العلاقة العلاجية مع العميل بمجرد تأكده من تحقيق الشفاء أو التحسن الملحوظ، أو في حالة التيقن من أنّ إستمرار العلاج لن يفيد العميل، وفي هذه الحالة على المعالج أن ينصح العميل بطلب المساعدة من جهة أخرى ، ويتحمل المعالج المسؤولية كاملة في تقديم التسهيلات والمعاونة للجهة البديلة .

6/16 يتعاون الأخصائي المعالج بأقصى ما يستطيع مع زملائه من التخصصات العلاجية الأخرى في الفريق العلاجي – عندما يعمل مع فريق – لتحقيق أفضل ما يمكن تقديمه من خدمة للعميل.

6/17 يحصل المعالج النفسي من العميل على كل المعلومات الشخصية ذات الصلة بمشكلاته، والتي تخدم الهدف العلاجي، ولا يتجاوزها إلى معلومات أخرى لا تخص ولا تقيد الموقف العلاجي ، بهدف التقليل من إنتهاك الخصوصية.

6/18 الأخصائي النفسي المعالج مؤتمن على كافة المعلومات الشخصية والأسرار التي يبوح بها العميل في الموقف العلاجي، ولا يجوز له البوح بها تحت أي ظرف طالما تتعلق بأحداث سابقة أو خبرات سابقة في حياة العميل ولا تؤثر في سلامة وأمان أشخاص آخرين أو المجتمع .



6/19 يضع المعالج الترتيبات والتنظيمات المختلفة التي تحقق الإحتفاظ بسجلاته وأدواته والملفات الخاصة بعملائه، مؤمنة من أي تسريب أو تداول من طرف الآخرين.

6/20 لا يحق للمعالج إقامة علاقة جانبية أو الدخول في مصالح مشتركة مع أي من عملاءه تتجاوز العلاقة المهنية ، وفي حالة قيام نوع من العلاقات غير المهنية مع أحد العملاء فيجب أن تكون العلاقة المهنية قد إنتهت منذ فترة لا تقل عن ستة أشهر.

7 - . أخلاقيات التدريس والتدريب:

7/1 يبذل الأخصائي النفسي كل ما يستطيع لإعداد وتدريب المتخصصين الجدد في علم النفس، مع إسداء النصح والتوجيه المخلص لهم.

7/2 يحرص الأخصائي النفسي على تحديث مادته التدريسية وفق أحدث النظريات والأساليب التي توصل إليها العلم، وأن تكون المادة المقدمة متكاملة و مترابطة ونفس بأهداف المقرر.

7/3 يسعى الأخصائي النفسي إلى التأكد من صحة البيانات التي تتعلق بالمادة الدراسية، وكذلك إلى التأكد من مصداقية أساليب التقويم في الكشف عن طبيعة الخبرة التي يوفرها البرنامج.

7/4 يقدر الإخصائي النفسي الذي يعمل بالتدريس أو التدريب السلطة التي لديه على المتدربين أو الطلاب، و عليه القيام بجهد متزن لتجنب ممارسة سلوك ينتج عنه إهانة الطلاب أو الحط من قدرهم.

7/5 لا يجوز تدريب أشخاص على إستخدام أساليب أو إجراءات تحتاج إلى تدريب تخصصي أو ترخيص ، كالتنويم، والطرق الإسقاطية، والطرق السيكوفسيولوجية، ما لم يكن لدى المتدربين الإعداد والتأهيل الخاص بذلك.

7/6 يجب أن يترفع الأخصائي النفسي المشتغل بالتدريس عن التصرفات التي تسيء إليه أخلاقياً؛ مثل إجبار الطلاب على القيام بأعمال المنفعة الخاصة، أو التغيب، أو الإعتذار المتكرر عن الدروس، أو التدخين، أو تناول المشروبات أثناء التدريس، كما يجب عليه إحترام جدية المحاضرة وخصوصيتها.

7/7 يترفع الأخصائي النفسي المشتغل بتدريس علم النفس عن قبول أي مقابل مادي أو معنو لما يقدمه للطلاب من محاضرات، أو تدريبات، أو إشراف، بخلاف المرتب أو المكافأة التي تقدمها له جهة العمل.

7/8 يلتزم الأخصائي النفسي المشتغل بالتدريس في علم النفس بالإجابة عن أسئلة طلابه، وبالترحيب بمناقشاتهم وإستفساراتهم داخل أو خارج المحاضرة وإزالة أوجه الغموض في مادته.



7/9 يحرص الأخصائي النفسي المشتغل بتدريس علم النفس على مصلحة القسم الذي ينتمي إليه، وذلك بالإهتمام بضم أفضل العناصر على أسس موضوعية، ودون مراعاة لإعتبارات المنافسة على المناصب الإدارية، والتي قد تنتج عن هذا الإختيار.

7/10 يحرص الأخصائي النفسي المشتغل بتدريس علم النفس على عدم التعصب لمعهدة العلمي، أو لنوع من التعليم النفسي (تربوي - أكاديمي - إكلينيكي) دون آخر.

7/11 يحرص الأخصائي النفسي المشتغل بتدريس علم النفس على إيجاد التكامل في القسم الذي ينتمي إليه بين التخصصات الأكاديمية والتطبيقية، وعلى أن يرحب بأعضاء هيئة التدريس الجدد من تخصصات وخبرات مختلفة.

7/12 يحرص القائم على تدريس علم النفس على التنافس العلمي الشريف وعلى تطوير المعلومات النفسية من خلال الأبحاث والدراسات.

7/13 عند تحمل الأخصائي النفسي المشتغل بتدريس علم النفس لمسئولية تحكيم البحوث، عليه ألا يتأثر في أحكامه إلا بالمعايير العلمية الموضوعية، ولا تتدخل اعتبارات المجاملة، أو الوساطة، أو الإنتقام لنفسه أو لزميل له في أحكامه على الإنتاج العلمي المقدم للتحكيم.

7/14 أستاذ علم النفس، الذي يقوم بتحكيم بحث أو خطة لتقدير صلاحيتها للنشر أو للتنفيذ، عليه المحافظة على حقوق الملكية، وعلى إحترام السرية الخاصة بالبحث.

8 - . العمل في المؤسسات الإنتاجية والمهنية:

8/1 يعمل الأخصائي النفسي في المؤسسات الإنتاجية والمهنية، بالأسلوب العلمي، على وضع كل شخص في المكان المناسب من حيث إمكانياته، وإستعداداته ومؤهلاته، وخبراته، وسماته الشخصية، وأن يقنع المسؤولين فيها بأهمية ذلك مستعيناً بأساليب الإختيار والتوجيه، والتأهيل، والتدريب المهني. كما يجب عليه - أيضاً - أن يعمل على إقناع المسؤولين بأهمية التقييم العلمي لعمل العامل ولنشاطه.

8/2 على الأخصائي النفسي، الذي يمارس نشاطه مع الجماعات أو المؤسسات، أن يعمل بكل جهده على تدعيم إيجابياتها، والسعي لتحقيق صالحها، والحفاظ على أسرارها، بإعتبارها عميلاً أو مفحوصاً.

9 - . الإعلام والإعلان والشهادة :

9/1 يجب على الأخصائي النفسي أن يتجنب الوقوع أداة في يد الغير لتبرئة المدان، أو لإدانة البريء، أو للإيداع في مصحات نفسية، عندما يطلب رأيه في ذلك، سواء من السلطة أو من القضاء.



9/2 يتحمل الأخصائي النفسي مسؤوليته المهنية والأخلاقية فيما يتعلق بالبرامج الدعائية أو الإعلانية التي يقوم بها الآخرون عنه أو بمعاونته.

9/3 يقاوم الأخصائي النفسي ما ينشر أو يذاع من بيانات أو أفكار سيكولوجية غير دقيقة، وعليه في ذلك إستشارة زملائه والتعاون معهم في تدعيم هذه المقاومة، ومحاولة تصحيح هذه الأخطاء.

9/4 يبتعد الأخصائي النفسي عن كل ما يثير الشبهات الخاصة بوسائل الدعاية والإعلام، فيما يتعلق بشخصيته أو ممارساته.

9/5 أي إعلان مدفوع يتعلق بأحد أنشطة الأخصائي النفسي يتعين أن يوضح به أنه إعلان مدفوع، مالم يكن ذلك واضحاً من خلال السياق.

9/6 لا يشارك الأخصائي النفسي في أحاديث أو مناقشات عامة إلا في حدود تخصصه وأبحاثه وإهتماماته.

10- . حول تطبيق هذا الميثاق:

10/1 يجب على الأخصائي النفسي أن يكون ملماً بهذا الميثاق الأخلاقي، وأن ينشر الوعي به بين الأخصائيين النفسيين الجدد، وبين كافة المتعاملين بالخدمة النفسية من التخصصات الأخرى، ولا يعتبر الجهل بمواد هذا الميثاق مبرراً لإنتهاك مواده.

10/2 إذا حدث أي تناقض بين مواد هذا الميثاق وبين تعليمات المؤسسة التي ينتمي إليها الأخصائي النفسي، فالواجب عليه أن يوضح لإدارة المؤسسة، أو للمسؤولين الرسميين طبيعة هذا التناقض، وأن ينحاز إلى جانب هذا الميثاق الأخلاقي.

10/3 في حالة إنتهاك الأخصائي النفسي واحداً أو أكثر من بنود هذا الميثاق، فعلى الآخرين السعي للفت إنتباهه بشكل ودي، وبصورة تضمن حثه على علاج الآثار السلبية لهذا الإنتهاك الأخلاقي.

10/4 في حالة إستمرار الأخصائي النفسي في إنتهاكاته الأخلاقية، أو إرتكابه لفعل أخلاقي لا يمكن السكوت عليه، فعلى الآخرين إبلاغ لجنة المراقبة الأخلاقية في الرابطة للتحقيق، وذلك للتوصية بإتخاذ الإجراءات المناسبة، وتقدير مدى الضرر الناجم، وتوقيع ما تراه مناسباً من عقوبات معنوية، قد يصل بعضها إلى حد الفصل من عضوية الرابطة، أو الحرمان المؤقت منها، مع إبلاغ جهة عمله بنتائج هذا التحقيق.



10/5 ينشر هذا الميثاق في أول عدد يصدر من مجلة دراسات نفسية ، ويعمل به من الشهر التالي لإصداره.

10/6 تتم مراجعة بنود هذا الميثاق كلما دعت الضرورة لذلك، على ضوء ما يستجد من ظروف وممارسات تستوجب تعديل بنوده، ويتم إقراره من مجلس الإدارة والجمعية العمومية للرابطة.

(1) يقصد بالعميل في هذا الميثاق كل المستهدفين بعمل الأخصائي النفسي؛ مثل: المرضى النفسيين، طالبي الإستشارات النفسية، الطلاب، المبحوثين في الدراسات العلمية، والمرؤوسين أو الأشخاص الخاضعين للتدريب أو الإشراف أو التقييم من جانب الأخصائي.

المحاضرة الثانية

مدخل الى العلاج السلوكي المعرفي



تعود جذور العلاج السلوكي المعرفي إلى الخمسينات حيث ساهم عدد من علماء النفس في تطويره وإنتشاره أمثال آرون بيك Aron Beck و إليس Ellis بالرغم من أسلوبهما العلاجي. حيث ركز بيك على الأفكار اللاعقلانية، بينما ركز إليس على الأفكار التلقائية. إضافة الى أعمال الباحث باندورا Bandura من خلال إستعمال فنيات النمذجة و لعب الأدوار. (محمد، دت، ص22).

وفي 1970 نشر بيك كتاب بعنوان " العلاج المعرفي – طبيعته وعلاقته بالعلاج السلوكي " وقد أوضح في طريقة تغيير الأفكار من خلال نماذج إستراتيجية وهو بمثابة إستراتيجيات سلوكية. وخلال السبعينات تزايد الإهتمام بهذا التيار العلاجي من خلال أعمال عدة باحثين مثل لازاروس Lazarus، جولدفريد Goldfreid، ماهوني Mahoney. (المرجع نفسه، ص.24).

وفي السنوات الأخيرة ، أصبح العلاج السلوكي المعرفي هو النموذج السائد للعلاج النفسي في كل من الولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة، وأصبح استخدامه أكثر إنتشاراً. والدليل على فاعليته كافٍ ليكون تدخلاً موصى به في معظم مشكلات الصحة العقلية الشائعة. ومع ذلك فإنّ جزءاً من أسباب نجاح العلاج السلوكي المعرفي هو قدرته على التطور المستمر. (مكمانوس، 2017).

تعريف العلاج السلوكي المعرفي:

يعرف العلاج السلوكي المعرفي بأنه تلك المداخل التي تسعى الى تعديل أو التخفيف من الإضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية الخاطئة كذلك. (العناني، 2000، ص.285). ويعرفه جلاس وشيا بأنه أحد العلاجات التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للإضطرابات الإنفعالية، ويهدف هذا الأسلوب العلاجي الى إقناع الفرد بأن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية و عباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف ، وذلك بتعديل الجوانب المعرفية المشوهة لتحل محلها طرق تفكير ملائمة . (بوسبسي، 2018، ص.13).

نشأ العلاج السلوكي المعرفي من نظريات حول كيفية تعلمنا للسلوكيات وقد إهتم العديد من علماء النفس بدراسة العمليات المعرفية التي تكمن وراء كيفية إدراكنا للعالم، وكيف نفكر ونتذكر. فدرس المختصين في السلوك والتعلم الإرتباطات بين الأحداث التي يمكن ملاحظتها ولا سيما المثيرات (وهي جانب من جوانب البيئة)، والإستجابات (أي ردود الأفعال التي يمكن ملاحظتها أو قياسها). لفهم كيف يتعلم الناس



تكوين إرتباطات جديدة بين المثيرات والإستجابات. مثل كيفية تطور المخاوف لدى الناس من الأشياء الغير ضارة بغرض تعديل الإستجابات الإنفعالية السلوكية غير المرغوب فيها. فالرهابات مثلا هي مخاوف مكتسبة من خلال التجربة المباشرة أو عبر شكل من أشكال الملاحظة أو التوجيه. وإذا كان الرهاب إستجابة مكتسبة نتعلمها ، فمن المنطقي أنّ ما يمكن إكتسابه ويمكن تركه أيضاً. (مكمانوس،2017، ص.12).

الأسس النظرية للعلاج السلوكي المعرفي:

يستند العلاج المعرفي السلوكي على أرضية نظرية أخذت بناءها على كل من التيار السلوكي و التيار المعرفي و من بينها ما يلي:

• الاشرط الكلاسيكي حسب بافلوف:

لقد تأثر العلاج السلوكي بأعمال بافلوف خاصة تجربته الشهيرة مع الكلب والإستجابة الشرطية عند سماع رنة الجرس وعليه إستنتج أنّ سوك الإنسان يخضع إلى عوامل محيطة به حيث أنه عندما نتكلم عن الإشرط الكلاسيكي فإننا نتكلم عن قانون من قوانين التعلم الذي قد يأخذ شكل مرضيا في بعض الظروف حيث أنّ الاستجابة القلقة إتجاه موضوع ما أو موقف ما تقوم بالتطور بشكل ثانوي عند الربط بين

و مثير محايد. (Mirabel-Sarron, 2011).

وقد كانت المخاوف المرضية أول الإضطرابات التي تمّ علاجها عن طريق هذا التيار العلاجي وبعدها تمّ تطبيقه على الإضطرابات الأخرى وقد تمّ إعطاءها بعدة تفسيرات للخوف الذي أرجعه الباحث إلى نوعين من التعلم وهما الإستجابة الداخلية الناتجة عن الإشرط الكلاسيكي والإشرط الإجرائي، حيث أنه أثناء تجربة مؤلمة ، فإنّ المحفز الحيادي والذي قد يكون موقف أو شيء أو حيوان مرتبط بشدة المحفز المؤلم مما يؤدي الى الخوف وعليه فإنّ الفرد سيقوم بتجنب الموضوع يؤدي الى تقوية شعوره المخيف. (Musa, 2000).

• الاشرط الإجرائي:

الإشرط الإجرائي أو ما يسمى بإشرط سكينز والذي يقوم على فكرة أن الإستجابة تكون تابعة لنتيجة الأحداث عن طريق تجارب ماضية أو عن طريق ملاحظة الآخرين أو ما يتخيله الفرد إذن فهناك علاقة وظيفية بين السلوك والنتيجة و هو ما يسمى أيضاً ب "التدعيم" فمثلا إذا كان الشخص يجد صعوبة في



التكلم أمام عدد من الأفراد أثناء إجتماع عمل فيشعر بعدم الإرتياح والإرتعاش والتعرق و إلى غير ذلك. و عليه فانه قلقا منه سوف يتعلم أن يتجنب المواقف الاجتماعية و هذا السلوك ألتجنيبي سوف يدعم إيجابياً لأنه يشعر بانخفاض في مستوى القلق عنده. و بهذا فإن تكرار رد الفعل أو عدم القيام به مرتبط بالنتيجة و هذه الأخيرة هي بمثابة تدعيم لرد الفعل. (المرجع نفسه، ص.5).

وعليه فيجب على المعالج النفسي أن يعمل على محاولة التعرف على أسباب الإضطراب عند الحالة من خلال البحث عن المثيرات التي تدعّمه والعمل على إزالتها.

• التعلم الإجتماعي:

يعتبر باندورا Bandura مؤسس نظرية التعلم الإجتماعي ،حيث إعتبر أنّ الإنسان لا يستجيب فقط للمثيرات وإنما يقوم بتفسيرها . فالموقف لا يؤثر على السلوك بشكل فعال إلا عندما يكون الشخص واعيا لهذا التدعيم. كما أنّ المعتقدات التي يحملها الفرد حول قدراته في القيام بنشاط معين بنجاح تعتبر أمراً مهماً جداً، وأفضل الطرق لتطوير هذا الشعور بالفاعلية هو القيام بتجارب ننقنها وننجح فيها وهذه المعتقدات يمكن تطويرها عن طريق ما يسمى بالنمذجة عن طريق ملاحظة وتقليد أو محاكات تجارب الأفراد الآخرين.(François, 1966).

• النظرية السلوكية:

تعتبر النظرية السلوكية السلوك الإنساني مجموعة العادات التي تعلمها الفرد أو إكتسبها أثناء مراحل نموه المختلفة، وتتحكم في تكوينها قوانين الدماغ. وأنّ الإضطراب الإنفعالي والناجمة عن العوامل التالية:

- الفشل في إكتساب أو تعلم سلوك معين.
- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة أو مريضة.
- مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع معها إتخاذ القرار المناسب.
- ربط إستجابات الفرد بمنبهات جديدة لاستثارة الإستجابة . (الحريري، 2009، ص.138).

• نظرية ثورنديك (نظرية المحاولة والخطأ):

إهتم ثورنديك بالدراسة التجريبية المخبرية وساعد على كونه إختصاصياً في علم النفس الحيوان. وكانت إهتماماته تدور حول الأداء والجوانب العملية من السلوك مما جعله يهتم بسلوكية التعلم وتطبيقاته في التعلم المدرسي في إطار إهتماماته بعلم النفس والإستفادة منه في تعلم الأداء وحل المشكلات. وأهم



القوانين التي توصل إليها ثورنديك نذكر: قانون الأثر ، قانون الإستعداد، قانون التدريب والتكرار. (حلوان، 2019، ص.10).

- **قانون الأثر:** تنص هذه القاعدة على أنّ أي إرتباط بين المثير والإستجابة يزداد ويقوى إذا صاحبه الإشباع أو الإرتياح أو الأثر الطيب. ويضعف هذا الإرتباط إذا صاحبه الضيق أو عدم الإشباع أو عدم الإرتياح. بمعنى آخر، إنّ الأفعال السلوكية التي يؤديها الفرد ويعقبها إرتياح أو أثر طيب يميل الى تكرارها في مرات تالية أو إذا وضع في الموقف مرّة ثانية فإنه يميل الى تكرارها.

- **قانون الإستعداد:** يحدد هذا القانون الأسس الفسيولوجية لقانون الأثر، وينص على أنّ تعلم الكائن الحي يتأثر بجهازه العصبي كما يوضح الظروف التي يكون فيها الكائن الحي في حالة إرتياح أو في حالة ضيق ويحدد ثلاثة ظروف أساسية يمكن أن يعمل الكائن الحي تحت تأثيرها في مواقف التعلم وهي :

1. إذا كان الكائن الحي مستعداً ومهياً عصبياً وفسيولوجياً نتيجة حافز قوي مثل الطعام،

لأداء فعل ما وأتيحت له الفرصة لأدائها فإنّ ذلك يؤدي الى أداءها بإرتياح ويسير التعلم أكثر تقدماً وأكثر ميلاً للتعلم ونجدها في الفاعلية وإختصار الأخطاء.

2. إذا كان الكائن الحي مستعد فسيولوجياً وعصبياً ومهياً لأداء فعل ولم يؤديها أو لم تتح له الفرصة لأدائها فهذا يبعث على الضيق وعدم الإرتياح ويصعب تحقيق التعلم.

3. إذا كان الكائن الحي مستعد فسيولوجياً وعصبياً ومهياً لأداء أفعال ما أجبر على أداءها يبعث على الضيق ويصعب على الكائن التعلم.

- **قانون التدريب و التكرار:** إنّ الإرتباط بين المنبه أو المثير وإستجابة أو فعل سلوكي يقوي بالتدريب أو كثرة الإستعمال أو الممارسة ويضعف هذا الإرتباط بالإهمال أو عدم التدريب أو عدم الممارسة أو عدم الإستعمال. (المرجع نفسه، 2019، ص.11).

• النظرية العقلانية الانفعالية:

وتقوم على فكرة أنّ الإضطرابات النفسية هي نتاج عن Albert ELLIS أسسها العالم البرت اليس التفكير الغير العقلاني الذي يتبناه الفرد لذا يعتقد أنّ السبيل للحد من المعاناة النفسية والإنسانية هو التخلص من أنماط التفكير الخاطئة وغير العقلانية فهو يرى أنّ المشكلات النفسية لا تتجم عن الأحداث و الظروف بحد ذاتها وإنما تفسير الإنسان وتقييمه لتلك الأحداث و الظروف. (الآسي، 2014، ص.254).



• النظرية المعرفية عند بيك:

يعتبر آرون بيك Aron Beck العلاج المعرفي أسلوباً لتعديل السلوك من خلال عملية التأثير على التفكير. حيث يؤدي تغيير الأفكار الى تغيير السلوك وهذا يشير الى أنّ العلاج المعرفي عندما ركز على الدور السببي للإنفعالات والتفكير في تغيير السلوك. (المرجع نفسه، ص.21).

وقد ذهب بيك إلى أن الأفكار الأوتوماتيكية تؤدي إلى التشويه المعرفي الذي يعد نتيجة لها ومن أمثلته ما سمي بالتمثيل الشخصي، أي تفسير الأحداث من وجهة النظر الشخصية للمريض والتفكير المستقطب أي المتمركز عند أحد الطرفين المتناقضين إما أبيض إما أسود والإستنتاج التعسفي أي الإستدلال الغير منطقي والمبالغة في التعميم أي تعميم النتيجة على كل المواقف على أساس حدث منفرد والتضخيم و التحجيم وعليه فإنّ العلاج سيكون مرتكزاً على التعامل مع الأفكار المشوهة اللامنطقية. (محمد، دت، ص.61).

وعليه فمن المهم أن نتعرف على ماهية الأفكار الأوتوماتيكية (التلقائية) التي تشكل إحدى مكونات الإضطرابات النفسية ، حيث أنها تسيطر على المريض وتظهر عنده بشكل مفاجئ ولا يمكن التحكم فيها و تكون في الغالب افكار غير منطقية أو غير صحيحة وذات طابع سلبي.

وحسب إليس فإنّ الأفكار اللاتكيفية هو ذلك التفكير الذي يعطل القدرة على التكيف مع خبرات الحياة ويُفسد التوافق الداخلي بلا داع وتكون في شكل حديث ذاتي. ويولّد إستجابات إنفعالية غير مناسبة أو مفرطة حتى الألم . إننا نناشد المريض في العلاج المعرفي أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تورثه ضيقاً وألماً لا مبرر لهما أو تدفعه الى سلوك سلبي إنهمازي. و لكن يجب أن ينتبه المعالج النفسي من الوقوع في فخ فرض قيمه الخاصة على المريض. فمصطلح الأفكار الأوتوماتيكية لا يصح إستخدامه مالم يتمكن كل من المريض والمعالج من أن يصلا الى إتفاق على أنّ هذه الأفكار الأوتوماتيكية تعوق سعادة المريض أو تحول بينه وبين تحقيق أهدافه الكبرى، كما أنها تشتت تركيزه عن مهمته وربما تؤدي الى القلق المصاحب للشعور بالدوار والإرتعاش وفقدان التوازن وقد تُعرّض حياته للخطر. وهذه الأفكار تزيد قوة وبروزاً بزيادة شدة المرض. (أرون، 2017).

وعليه فإنّ الإضطرابات النفسية حسب نظرية إليس المعرفية سببها هو التفسيرات الخاطئة التي يقوم بها الفرد عندما يتعرض لأحداث معينة وكذا الأفكار اللاعقلانية التي تؤثر على سلوكياته التي تصبح غير متكيفة مع الواقع، فيعتقد بأن أفكاره تعبر عن حقيقة الواقع ويتصرف بالتالي على هذا الأساس. والأفكار اللاعقلانية تتميز بأنها أوتوماتيكية تكرارية لا يمكن التحكم فيها حتى ولو كانت منافية للمنطق والواقع



وهي خلاصة تجارب أو قد ترجع الى اساليب تربوية خاطئة أو الى أنماط تفكير خاطئة جعلت المريض ينجر وراءها . وأول خطوة للتخلص منها هي الوعي بها عن طريق تطبيق بعض التقنيات التي سوف نتطرق إليها في المحاضرة القادمة.

• نظرية ميكنبوم:

قام دونالد هيربرت ميكنبوم بتأسيس هذه النظرية في دراسته لمرضى الفصام وتدريبهم على تنمية نوع من الحديث الصحي ، وقد لاحظ أنّ البعض منهم كان يردد نفس العبارات أثناء المقابلات التبعية لتقويم فاعلية الطريقة إذ كان المرضى يقولون "تحدث حديثاً صحياً، كن متمسكاً وملائماً" وبذلك فقد كانوا منخرطين في نوع من الأحاديث الذاتية التلقائية، وقد إستعمل ميكنبوم التعليمات التجريبية المتمثلة بالحوار الذاتي وبذلك إبتعد عن الإشتراط الإجرائي المعروف إذ أنه أدخل عنصراً معرفياً في العلاج أثناء تدريبه للمرضى. فعمل الباحث على تدريبهم على أن يتحدثوا الى أنفسهم بطريقة تؤدي الى تغيير سلوكهم، وركز بذلك ميكنبوم على حديث الذات في محاولة لتغييرها وكذلك إهتم بالتخيلات لمعرفة إذا كانت مثل هذه التغييرات ستؤدي الى تغييرات في التفكير وفي الشعور والسلوك. وقد أدى إستعمال هذه الطريقة مع طرق الإشتراط الإجرائي الى إعطاء نتائج أفضل. وإستنتج ميكنبوم من هذه البحوث الى أن التدريب على التعليمات الذاتية يمكن أن يكون فعالاً في تغيير الانماط المعرفية، وكذلك الخاصة بعزو السلوك. (التميمي، عبد الكريم، 2018، ص. 42). وقد إستعمل ميكنبوم طريقة تعديل السلوك عن طريق تقديم التعليمات اللفظية التي يقولها المريض لنفسه مثل:

- إعادة صياغة مطالب المهمة أو الواجب.
- تعليمات (إرشادات) بأداء المهمة ببطء وأن يفكر قبل التصرف.
- أسلوب معرفي بإستخدام التخيل في البحث عن الحل.
- عبارات تقدير الذات.
- مثال لإستجابة ضعيفة أو خاطئة يتبعها سبب عدم ملائمتها. (المرجع نفسه، ص.43).

المسلّمات الأساسية في العلاج السلوكي المعرفي:

تتميز نظرة العلاج لسلوكي من غيره من أنواع العلاج لِنفسي بخصائص فريدة نذكر منها على سبيل

المثال ما يلي:



- لا يبذل المعالج لسلوكي مجهوداً كبيراً عكس ميله في لتحليل نفسي في لبحث عن تفسيرات لا شعورية للسلوك أو في محاولة رجاعه لى صراعات طفلية مبكرة أو غرائز أو عوامل فسيولوجية.

- إن عمليتي لتشخيص ولعلاج في طرق العلاج لسلوكي شيئان ملتحمان إذ إن تشخيص المشكلة لا يعدو كونه محاولة جاهدة لتحديد التصرفات أو الأخطاء لتي مرّ بها لطفل فجعلته يخاف أو يقلق. في تشخيصه للمشكلة يهتم المعالج لسلوكي برصد الإستجابات أو ردود الأفعال لبيئية (من قبل الأسرة أو المحيطة بالطفل) قبل ظهور السلوك المشكل بعد ظهوره هي الأسباب لتي يعرف المعالج أن تعديلها أو تغييرها سيؤدي لى لتخلي عن هذا السلوك.

- علاج العرض هو علاج للمرض كما أن العلاج الفعال هو الذي يمكننا من لتخلص من تلك الأعراض بنجاح .

- نظر المعالجون السلوكيون بشك شديد لى المسلمات لتقليدية في العلاج لنفسي التي ترى أن الأعراض المرضية قد تتحول أو تستبدل بأعراض أخرى إذا لم تعالج ما راءها من أمراض. فالموقف الذي يتبناها المعالج لسلوكي بصدده هذه لقضية أنّ علاج مشكلة كالخوف مثلا سيجعل لطفل قاداً على مواجهة مشكلته لراهنة من تم ستتسع مامه آفاق لصحة النمو لسليم: إذ سيكتسب ثقة بنفسه ستتغير أفكاره للانطقية عن طبيعة عرضه وستتاح له فرص إحتكاك جديدة كانت مستعصية عليه بسبب مخاوفه. كل لك سيؤدي لى تغيير شامل إيجابي في شخصيته.

- الأمراض لنفسية بصفقتها إستجابات أو عالت شاذة نكتسبها بفعل خبرات خاطئة يمكن أن نتعلم لتوقف عنها أو أن نستبدلها بتعلم سلوك فضل أنسب. (عويضة، دبت، ص. 5-60).

مزايا العلاج السلوكي المعرفي:

- نسبة الشفاء عالية جداً وقد تصل الى 90 بالمئة.
- يركز العلاج السلوكي المعرفي على المشكلة أو العرض، مما يسهل معرفة نتيجة العلاج.
- يستغرق وقتاً قصيراً مما يوفر الجهد والمال.
- يساعد المرضى على التكيف و البدء في حياة جديدة.



- يقوم على الفحص الدقيق للمشكلة، والتعرف على الظروف المحيطة مستنداً في ذلك على التحليل و تحديد مواضع القوة والضعف دون التغاضي عن تحليل العلاقات الإجتماعية. (الشربيني، 2003، ص.222).

أبرز العوائق في العلاج السلوكي المعرفي:

- وجود فكرة مسبقة تتضمن أنّ الخضوع للعلاج النفسي هو وصمة عار .
- صعوبة في تحديد وتمييز الإنفعالات وتحديد شدّتها.
- وجود صعوبة في تحديد الأفكار.
- وجود صعوبة في التعامل مع الإنفعالات العنيفة.
- عدم أداء الواجبات المنزلية.
- ظهور المشاكل المالية.
- إضطرابات مزمنة وظهور مشاكل جديدة كل مرة.
- التغيب عن الحصص العلاجية.
- قلة الأمل في التحسن. (ريكتور، د.ت.، ص.43).

التحالف العلاجي والعلاقة العلاجية:

كما هو معروف فإن العلاج النفسي لن ينجح دون وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج النفسي والحالة، ونقصد بالعلاقة العلاجية نجاح المعالج في جعل المريض يشعر بالراحة معه ، والثقة بكفاءته وإمكانياته العيادية وكذا الثقة به كشخص. وهذا الأمر يتحقق عندما ينجح المعالج في توفير الجو المناسب أثناء الحصص الأولى من خلال تهيئة المكان الذي يجب أن تكون فيه خصوصية و راحة ، والإنتباه الى لغة جسده و أسلوب كلامه والكلمات التي يستعملها ونبرة صوته وإيماءات وجهه وحركة جسده. دون أن ننسى ضرورة تأكيد المعالج النفسي على إحترامه لأخلاقيات المهنة التي تحتم عليه الحفاظ على سرية المعلومات التي يتلقاها في الجلسات العلاجية وإحترام الحالة وعدم إصدار أحكام مسبقة عليها وعدم إنتقادها أو السخرية منها. كل هذه الامور وغيرها تعتبر من أساسيات تكوين العلاقة العلاجية الناجحة مع المريض، حيث أنّ الفشل في إقامتها سيجعل الحالة غير راغبة في مواصلة الجلسات وبالتالي توقف العلاج أو فشله.



يعتبر التحالف العلاجي بمثابة العقد غير المكتوب بين المعالج والعميل، ويبدأ هذا التحالف منذ قبول المريض العلاج ويكون بالإتفاق بينهما، مثل الإتفاق على مواعيد الجلسات والإجازات، والمسؤولية العلاجية وكيفية سيرها وعدد الجلسات والإشارة الى الواجبات المنزلية والتأكيد على اهمية تطبيقها وغير ذلك. والتحالف العلاجي هو الأساس الذي تتشكل عليه العلاقة العلاجية الممتدة منذ بداية العلاج حتى نهايته. (مصطفى، 2015، ص.45).

هذه العناصر وغيرها يجب الإتفاق عليها بين المعالج النفسي والمريض منذ الجلسة الأولى ، حيث أنه من المهم أن يذكر المختص النفسي الحالة بأهمية الإلتزام بالمواعيد وعدد الحصص حتى يكون هناك تسلسل في الحصص العلاجية، والقيام بالواجبات المنزلية التي يطلبها منه ومناقشتها في الحصة الموالية، أما في حالة عدم تمكن المريض من القيام بها ، فيجب أن يعترف بهذا ويقوم بمناقشة الأسباب التي تجعله غير قادراً أو غير راغباً في تطبيقها والعمل على إيجاد الحلول المناسبة لتجاوز العراقيل والصعوبات التي تلاقي الحالة.

تقترح العلاجات السلوكية المعرفية نوعاً من التحالف العلاجي، حيث يتضمن من ناحية المعالج التقبل، المصادقية، الحماس، المشاركة الوجدانية، الحيوية، الإبداع، التشاور. ومن ناحية المريض، الإحترام، الثقة، الإلتزام، النشاط، تقديم رأيه. إنه عبارة عن علاقة تعاونية. فيطلب المعالج رأي المريض من خلال القول: " ما رأيك؟ " ، "هل أنت موافق على هذا الإقتراح؟"، "هل تفهم ما أقصده؟". كما لا يتوانى المعالج النفسي في مناقشة الفرضيات والإقتراحات مع المريض، وذلك لأخذ رأيه في العلاج الحالي والتقنيات المستخدمة، كالقول مثلاً: "هل يمكنك أن تخبرني ما الذي ساعدك أكثر في هذه الحصة؟"، "هل هناك أشياء أزعجتك؟". وهذا الأمر سوف يسمح بالتأكد من أنّ المعالج والمريض متفقان على الخطوات والأهداف العلاجية. (بوفيه، د.ت، ص.96).

إذا شعر المعالج النفسي بأنّ التحالف العلاجي بينه وبين المريض قد تضرر فمن المهم أن يتّخذ المعالج الخطوات التالية:

- تحديد ما إذا كان التحالف متضرراً.
- تحديد أسباب هذا التضرر مثل غياب الإلتزام، الوقت، التحسن، غياب الإتفاق حول الأهداف، وحول الخطوات، ردة فعل سيئة قام بها المعالج، مقاومة المريض.
- الحديث حول الموضوع مع المريض، كالقول مثلاً: " أشعر بأنك أقل إلتزاماً بالعلاج حالياً" ، "أشعر وكأنك متحفظ وتبقى دائماً مسافة بيننا..."، "في المرة السابقة، أظن بأنني أجبرتكم على



تطبيق تقنية معينة...". "لم أخذ بعين الإعتبار الصعوبات التي تعاني منها ، ما رأيك أنت؟".
(المرجع نفسه، ص.96).

من جهة أخرى قد يرجع سبب فشل العلاقة العلاجية والتحالف العلاجي الى عدم خبرة المعالج النفسي ، وإرتكابه بعض من الأخطاء المعروفة مثل التسرع في التشخيص أو إصدار الأحكام المسبقة ، عدم الإنتباه الى الكلمات و العبارات المستعملة في الحديث مع الحالة، أو عدم الإنتباه للغة جسده خاصة عندما يتعلق الأمر بمواضيع حساسة قد تمس الأعراف المجتمعية أو الدين. فكما هو معلوم في الممارسة العيادية ، فإنّ المريض سيحاول منذ اللقاء الأول تحليل شخصية المعالج النفسي كمحاولة منه للتأكد من إمكانية الثقة به وبكفاءته ، وعليه فقد يركز على إيماءات وجهه وتصرفاته أكثر من التركيز على مشكلته التي أتى من أجلها. وعليه فمن المهم أن تكون للمعالج النفسي القدرة على ملاحظة ذلك والإنتباه له وتجنبه ، وهذا الأمر يتعلق بنجاح العلاقة العلاجية بينهما. كما ويجب أن يهتم المعالج النفسي الى طريقة طرح الأسئلة وطبيعتها . فلا يجب أن تأخذ المقابلة العيادية شكل تحقيق بوليسي أو عمل إداري الهدف منه جمع أكبر قدر من المعلومات دون العمل على كسب ثقة العميل.



المحاضرة الثالثة

التقنيات المعرفية في العلاج السلوكي المعرفي:

- تقنية المراقبة الذاتية:

و يقصد بها قيام المريض بملاحظة و تسجيل ما يقوم به في مفكرة أو نماذج مُعدّة مسبقاً من المعالج وفقاً لطبيعة المشكلة مما تسمح بإنخفاض معدل تكرار السلوكيات الغير مرغوب فيها و تقديم أدلة تحد من ميل المريض إلى تذكر فشله بدلاً من تذكر نجاحاته بحيث يطلب المعالج من المريض تعبئة هذه الاستمارة بتسجيل وقت ومصدر المواقف التي تسبب القلق و الخوف و الأعراض الجسدية و الأفكار التي تصاحبه . (الآسي، 2014، ص.93).

ولتحقيق ذلك يستخدم المعالج النفسي جداول يومية يقوم المريض بإستعمالها من خلال كتابة طبيعة الأحداث التي قام بها وتسجيل أفكاره و إنفعالاته وسلوكياته وقتها. هذه العملية سوف تسمح له بالتعرف على ذاته وسوف تسمح للمعالج النفسي بفهم مشكلته وإختيار الخطة العلاجية المناسبة له. كما ستسمح هذه الجداول في وقت لاحق بتحفيز المريض للقيام بمجهودات أكثر عندما يلاحظ التطور الذي شهدته حالته مع الوقت وخاصة على المستوى الإنفعالي.

• التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية:

حسب إليس فليس هناك أي صعوبة في التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية مادامت سائدة ماثلة في مركز الوعي. ولكن الصعوبات تكون في الحالات الخفيفة والمتوسطة من العصاب، حيث يتوجب أن ندرّب المريض على تحديد تلك الأفكار خلال برنامج منظم من التعليمات وجلسات الممارسة. وفي بعض الأحيان يكون الموقف الصدمي كافياً لإثارة هذه الأفكار لدى الأفراد. ومن الإجراءات التي الأساسية لمساعدة المريض على تبين أفكاره الأوتوماتيكية أن ندرّبه على ملاحظة سلسلة الأحداث الخارجية وردود أفعاله حيالها. قد يذكر المريض عدداً من الظروف التي أحسّ فيها بكدر لا مبرر له. وفي هذه الحالة تكون هناك دائماً فجوة ما بين المثير (المنبه) والإستجابة الإنفعالية. ويكون باستطاعة المريض أن يفهم سرّ كدره الإنفعالي إذا أمكنه أن يتذكر ويسترجع الأفكار التي وقعت له خلال هذه الفجوة. (إليس، 1976 / 2017). و يوصي إليس بإستعمال شبكة ABC و التي سوف نتطرق إليها لاحقاً.

• تحدي الأفكار الالتيكيفية وإختبار صحة الأفكار:



يأخذ المريض دور الملاحظ أو المستكشف وليس دور الضحية، حيث يناقش المعالج النفسي والمريض الدليل على أو ضد إفتراض معين محل الخلاف وينخرطان معاً في تقنية الحوار السقراطي. ويمكن إستخدام ذلك بعدة طرق مثل إستخدام المعلومات من الخبرات الماضية للمريض، التقييم التجريبي للموقف ، تقييم نتائج الموقف وإعطاء المريض الفرصة لإختبار الفرضيات الممكنة بعرضها على الأنشطة أو المواقف المخيفة أو التي يجب تجنبها. ففي البداية يطلب من المريض في الغالب توليد بدائل عقلانية لإستجاباته اللاعقلانية للموقف ، وعندما يكتسب المريض هذه المهارة ، فإنه يتم تشجيعه على إستخدام مهارته قبل وأثناء المواقف الصعبة. ومتى يتم التعرف على الأفكار اللاعقلانية وتحديدها ، عندئذ يطلب من المريض إختبار المعتقدات الرئيسية اللاتكيفية الماضية ، ومن خلال مواجهة المثيرات (المواقف، الأحاسيس، الجسمية، الخيالات، الأنشطة) التي تستثير الإنفعالات السلبية (القلق، الخبرة، الإحساس بالذنب). والهدف من العلاج السلوكي المعرفي لا يتعلق بإظهار أن تلك الأفكار سخيفة أو تعليم المريض أساليب التفكير الإيجابي. وإنما يجب إختبار الفرضيات في شكل تجارب سلوكية تقدم التغذية الراجعة الضرورية لإستبدال الأفكار اللاعقلانية بأخرى عقلانية. (إليس، 1976 / 2017).

بعض نماذج الافكار اللامنطقية:

هناك من صنف الأفكار اللامنطقية كالتالي:

- **تفكير الكل أو اللاشيء (التفكير الثنائي):** حيث يدرك الشخص نفسه والآخرين والعالم وفقاً لفئات حادة متطرفة. فقد تعتقد الأم بأنها أم سيئة عندما تشعر بالإحباط من طفلها وترى أن الأمهات الأخريات يتمتعن بالصبر على أولادهن.
- **الشخصنة واللوم:** حيث يلوم الشخص نفسه على كل ما يحدث من أخطاء، ويربطها بعجزه وعدم كفاءته الشخصية، ويجعل الفرد نفسه مسؤولاً بصفة شخصية عن حدث قد يكون بعيداً عن سيطرته. وقد يحدث العكس أيضاً، وهو أن يلقي اللوم على الآخرين نتيجة ما تعانیه من مشكلات وظروف.
- **التفكير الكارثي (قراءة المستقبل):** حسب إليس (1962) يتوقع الفرد (سوء الحظ) وسلبية المستقبل ويعتقد في أشياء سوف تعود عليه بأمر سيئة. ويشيع هذا الخطأ في مشكلات القلق.
- **الإستنتاج الإنفعالي:** وهنا يرسم الفرد نهاية حدث ما بناءً على إحساسهم الداخلي متجاهلين أي دلائل على إمكانية حدوث العكس.
- **عبارات "يجب":** وهنا يكون للفرد فكرة ثابتة عن نفسه، أو عن الآخرين ، والعالم تترجمها أفعال ينبغي ، "يجب أن يكون" ، فالتفضيلات والتوقعات تم تحويلها الى طلبات جامدة متصلبة. وتتسبب في الشعور بالإحباط.



- **عدم النظر للإيجابيات:** حيث يتجاهل الفرد أي إيجابيات لأي موقف ويخبر نفسه أنّ هذه الخبرات الجيدة الإيجابية لا تحتسب.
- **التعميم الزائد:** يعتقد الفرد بأن مروره بخبرة سيئة سيجعله يعيشها دائماً.
- **التضخيم:** يميل الفرد الى تضخيم المواقف أو سلوكيات الآخرين وكذا أفكاره بخصوص ذاته ، وسيميل الى المبالغة في التركيز على المكونات السلبية والتقليل من الإيجابية فيها.
- **القفز الى النتائج:** الشخص ذو الأفكار المشوهة سوف يقوم بإستنتاج نتائج سلبية دون وجود دليل بالإعتماد على قراءة الأفكار أو التنبؤ بالمستقبل. (كورين، رودل، بالمر، 2008).

حسب إليس فإن الأفكار اللامنطقية قد تأخذ أحد الأشكال التالية:

- لكي أكون سعيداً يتحتم عليّ أن أكون ناجحاً في أي شيء أقوم به.
- لكي أكون ناجحاً يتحتم أن أكون مقبولاً (محبوباً، محطّ إعجاب) من كل الناس.
- إذا لم أكن في القمة فأنا فاشل ساقط.
- إنه لشيء رائع أن أكون غنياً شهيراً ذا شعبية ورواج، وشيء فظيع أن أكون مغمرأ محدوداً.
- إذا ما إرتكبت خطأ فهذا يعني أنني غشيم أخرق.
- إنّ قيمتي كشخص تتوقف على رأي الآخرين فيّ.
- يستحيل أن أعيش بلا حب، إذا لم تحبني زوجتي (حبيبتي، والدي، ولدي)، فأنا تافه لا قيمة لي.
- إذا إختلفت معي شخص ما في الرأي، فهذا يعني أنه لا يحبني.
- إذا لم أعتنم كل فرصة تسنح لي لكي أتقدم الى الأمام، فسوف أندم عليها فيما بعد. (إليس، 1976 /2017).

وقد تأخذ الافكار اللامنطقية شكل أفكار في صيغة (لا بد أن) وهي حسب ألبرت إليس تتمثل في ما يلي:

- لا بد أن أكون قمة في الكرم والرقّة والجلال والشجاعة والإيثار.
- لا بد أكون المحب المثالي والصديق المثالي والوالد والمعلم والطالب والزوج المثالي.
- لا بد أن أتحمّل أية مصاعب بثبات ورباطة جأش.
- لا بد أن أكون قادراً على إيجاد حل سريع لأي مشكل.
- لا بد ألا أستاء أو أتأذى، ولا بد أن أكون دائماً سعيداً صافي النفس.
- لا بد أن أعرف وأفهم وأنتبأ بكل شيء قبل حدوثه.
- لا بد أن أكون دائماً طبيعياً تلقائياً، وأن أتحمك دائماً في مشاعري.



- لا بد أن أؤكد ذاتي ، وألا أؤدي أي شخص آخر.
- لا بد ألا أتعب أو أمرض أبداً.
- لا بد أن أكون دائماً في أوج الكفاءة والفاعلية. (المرجع نفسه، ص. 203).

- الحوار السقراطي:

تعود تسمية هذه التقنية الى الفيلسوف سقراط وطريقته الفريدة في توجيه الكلام التي يمكن أن يجريها مع الآخرين. والتي تمّ الإبلاغ عنها بأمانة من خلال حوارات الفيلسوف أفلاطون وزينوفون. (Lefka, 2011).

وحسب Neenan (2008) فإنّ خصائص الحوار السقراطي تتمثل في التالي:

الجدول رقم (02): خصائص الحوار السقراطي.

| | |
|-----------------------|---|
| موجزة، واضحة وموجهة | يبقى التركيز على العميل ويجب تجنب المصطلحات وتقليل الإرتباك. |
| مفتوحة ولكن لغرض معين | العميل مدعوا للمشاركة بنشاط في الحوار، مع وجود أساس منطقي واضح وراء كل سؤال. |
| مركزة ولكن مؤقتة | ينصب التركيز على السؤال قيد المناقشة لكن لا يفترض أن يكون للعميل إجابة عليها. |
| محايدة | لا يشير السؤال الى وجود إجابة صحيحة أو مفضلة. |

وعليه وللقيام بالحوار السقراطي بشكل فعال، يجب أن ينتبه المعالج النفسي الى أن تكون الأسئلة محايدة و موجزة وواضحة ومركزة ، مع تحديد الهدف الذي نريد أ، نصل إليه من خلال هذا الحوار. إضافة الى طبيعة الأسئلة التي يجب أن يطرحها المعالج النفسي عند تلقي إجابة المريض والتي يجب أن تكون متسلسلة حسب المعلومات التي تلقاها المختص النفسي من الحالة.



- أداء الدور لتصحيح الأفكار اللاعقلانية:

يتم استخدام أداء الدور عند إحلال المعتقد الإيجابي الجديد محل المعتقد السلبي، حيث يساعد المعالج النفسي المريض على القيام بتحديد قائمة من الأفكار التي تدعم المعتقد السلبي، ويقوم المعالج مع العميل بشكل تعاوني بعمل قائمة مقابلة مضادة من الأفكار الإيجابية . ويبدأ أداء الدور بتبني العميل للأفكار غير المساعدة وهي التي يتبناها المريض حالياً . وقوم المعالج بتنفيذ كل من هذه الأفكار ودحضها باستخدام الأفكار المساعدة المقابلة لها، والتي تم توليدها سابقاً. ووفقاً لهذا الأسلوب يقوم المعالج بنمذجة الدور المقابل، حيث يقوم هو والعميل بتبادل الأدوار، ويبدوا وصف هذا الأسلوب كأصوات جوفاء ، ولكن عند الممارسة العملية يمكن أ، يصبح أسلوب أداء الأدوار أكثر سهولة بإسم "الجدال دفاعاً عن الشيطان". فيقوم العميل بتمثيل دور تبنيه للمعتقدات السلبية وتقبله لها، ثم بعد ذلك يقوم المعالج بأداء دور تبنيه للمعتقد الإيجابي لنقطة مقابل لها. ثم بعد ذلك يقوم العميل بأداء الدور الذى قام المعالج بنمذجته، ويتم استعمال تقنية الكرسي الفارغ من قبل العميل للتعامل مع بقية الأفكار مستقلاً عن المعالج. وهنا يقوم المعالج بأداء الدورين المتقابلين معاً بتحريكه من والى الكرسي الفارغ. (كوروين، رودل، بالمر، 2007).

- أسلوب تحليل المكسب والخسارة:

تساعد هذه التقنية في جعل العميل يقيم ما إذا كانت هناك قيمة من الإستمرارية في سلوك ما. حيث يتم التركيز أكثر على الفوائد الخاصة بكل من المعتقدات الإيجابية والسلبية (المساعدة و الغير مساعدة)، و عندما يتم تحديدها نطلب من العميل تدوينها في جدول، ثم يقوم المعالج والعميل بتدوين الفوائد أو المكاسب وكذا الخسائر ثم يتم تطوير معتقد أكثر إيجابية ويتم تسجيلها في الجدول أيضاً. (كوروين، رودل، بالمر، 2007).

- سجل الأفكار:

في بداية العلاج النفسي وبعد التعرف على الأفكار الآلية السلبية والتشوهات المعرفية، ومع التقدم في العلاج، يطلب المعالج النفسي من العميل تسجيل أفكاره بين الحصص كواجب منزلي. ومع الممارسة والوقت سوف يصبح ماهراً في استخدام هذه التقنية لتسجيل وإختبار وتقييم الأفكار الآلية وتقليل الإضطراب الإنفعالي. وأفضل وقت لتسجيل الأفكار هو بعد مرور الوضعية أو الحدث المحبط أو المسبب للإضطراب مباشرة، وذلك من خلال استعمال جدول يتكون من ثلاثة خانات وهو كالتالي:(ريكتور، دت، ص.22).



الجدول رقم (03): جدول تسجيل الأفكار.

| الإنفعالات | الأفكار الآلية | الوضعية |
|------------|----------------|---------|
| | | |

- طريقة مناقشة أحداث الخبرات الانفعالية:

يطلب المعالج من المريض تذكر آخر حادث أو موقف مرتبط بالموضوع الانفعالي لديه على أن يكون متذكرا له بشكل جيد بكافة تفاصيله و يحاول المعالج جعل المريض يتذكر الأفكار المرتبطة بظهور و استمرار رد الفعل الانفعالي باستخدام أسئلة مثل (ما هو أسوء ما توقعت حدوثه عندما كنت قلق جدا). (ما الذي خطر في ذهنك آنذاك) (هل تخيلت شيئا ما في تلك اللحظة). (Academia, n.d).

- أسلوب التشجيع بالفكرة الخاطئة:

تتم هذه التقنية بعد تحديد الأفكار المثيرة للاضطراب بحيث نطلب من المريض أن يعيش الحدث بكل جوارحه و أن يتصور أقصى ما يمكن أن تؤدي إليه من نتائج من اجل إدراك أن التفكير في الأشياء قد يكون أسوء من الأشياء ذاتها و أن الخوف من الأشياء و تجنبها قد يزيد من سوءها. (المرجع ، ص. 63-112).

- أسلوب السهم النازل:

يبدأ هذا الأسلوب بالتعرف على التفكير الآلي وبدلا من مناقشة هذا التفكير أو الفكرة يتم تشجيع المريض على مستوى التفكير عنده وإستكشافه عن طريق طرح مجموعة من الأسئلة مثل : (إذا إفترضنا أن هذا التفكير صحيح، ماذا يعني لك هذا؟)، الأمر الذي يؤدي بدوره الى ظهور إفتراض شرطي وقواعد شرطية تأخذ شكل جملة (لو... إذن). هذه القواعد تقوم بتحديد الظروف و النتائج الانفعالية المختلفة وظيفياً. كالتقول مثلا : إذا فقدت وظيفتي، سوف أفقد إحترام الآخرين لي). (بلحسيني، 2014).

- إستراتيجية التنظيم الإنفعالي:



يقصد بالتنظيم الإنفعالي العمليات التي تؤثر على تشكيل الإنفعالات التي لدينا من حيث نشأتها وكيفية التعبير عنها. ويمكن أن يشمل تنظيم الإنفعال أي أسلوب مواجهة (متكيفة ، غير متكيفة). ويستخدمها الفرد في مواجهة شدة الإنفعالات الغير مرغوب فيها. وتعرّف بأنها التغييرات التي ترتبط بإنفعالات الفرد والتي تنشأ من قبل الأحداث أو الموقف ، فهي جهد الفرد إتجاه إدارة الإنفعال بحيث يمكن إستخدام إنفعالات معينة تجاه موقف معين. ويؤدي التنظيم الإنفعالي الى العديد من المهام التي تسمح بوضع أهداف لتعديل عملية توليد المشاعر وتحديد الإستراتيجيات المسؤولة عن عمليات تغيير مسار الأفعال. (عباس، 2015، ص.369).

وحسب دخيل الله علي الحارثي (2021) فإن إستراتيجيات التنظيم الإنفعالي معرفياً له دور المعزز للصحة النفسية ودوراً وقائياً للعديد من المشكلات النفسية مثل القلق والإكتئاب والانتحار. كما تعمل على تسهيل دور التكيف للإنفعالات ويقصد به الطريقة التي يعدل بها الفرد إنفعالاته ليستجيب بطريقة متوافقة مع المحيط، و التنبؤ بالمشاكل الإنفعالية على المدى البعيد. وتتمثل الإستراتيجيات في ما يلي:

- **التقبل:** وهي الأفكار التي تؤدي الى قبول الوضع والاستسلام لما حدث والتعايش معه.
- **لوم الذات:** وهي الأفكار التي تشير أي إنتقاد الفرد لذاته وتأنيبه لها مثل محاسبة و معاتبة وتوبيخ النفس.
- **لوم الآخرين:** وهي الأفكار التي يلقي اللوم فيها على الآخرين من قبل الفرد في محاولة منه لعدم تعريض نفسه للوم الذات.
- **إعادة التركيز على التخطيط:** وهي التفكير في الخطوات الواجب اتخاذها للتعامل مع الحدث السلبي بشكل أفضل.
- **الإجتراء:** هو تكرار التفكير في المشاعر والأفكار المرتبطة بالحدث السلبي والأسباب والتبعات المتعلقة بهذا.
- **إعادة التقييم الإيجابي:** وهي توليد تفسيرات إيجابية تعطي الموقف السلبي معنى إيجابي للنمو الشخصي.
- **وضع الأمور في منظورها الصحيح:** وهي أفكار تقلل من أهمية الحدث عمد مقارنة بالأحداث الأخرى أو أحداث حصلت للآخرين.
- **التصور الكارثي:** وهي أفكار تتضخم من خطورة وأثر الحدث السلبي وتؤكد بوضوح هول ما مر به الفرد.



- التربية النفسية:

للتربية النفسية هدفان وهما: 1. منح المريض الوسائل اللازمة التي تمكنه من فهم أفضل للصعوبات التي يعاني منها وفهم أفضل للعلاج السلوكي المعرفي، وذلك ليكون قادراً على التحكم وقادراً حتى على استخدام التقنيات العلاجية باستقلالية (دون مساعدة). 2. تعزيز التحالف العلاجي بفضل علاقة التعاون التي تتميز بالمساواة بين المعالج والمريض (حين يعرف المريض نفس ما يعرفه المعالج ، فإنّ هذا يمكنهما من التعاون بشكل جيد.، على الوصول بالمريض الى التحسن). كما توجد هناك التربية النفسية المنظمة في شكل برنامج محدد ب 10 حصص، تستخدم فيه غالباً وسائل مكتوبة، أشرطة فيديو وغيرها، حيث يحضرها مجموعة من المرضى وأحياناً حتى عائلاتهم، وذلك لنلقي معلومات حول الإضطرابات ، العلاجات، والسلوكيات الأكثر نجاعة وغيرها. (بوفيه، دبت.، ص.122).

وعليه فمن المهم أن يدرج المعالج النفسي التربية النفسية في إطار الخطة العلاجية، حيث انها تقيد في تغيير الأفكار الخاطئة عند المريض وكذا تحسيسه بأهمية العلاج النفسي ومخاطر التأخر أو عدم إتباع العلاج والذي قد يؤدي الى تفاقم الحالة. ولتحقيق ذلك نستعمل الفيديو والصور والمحاضرات المختصرة المناسبة لعمر المريض و مستواه العلمي والثقافي وبشكل واضح ولغة سلسة. كما وقد نستعين في بعض الحالات الخاصة مثل الوسواس القهري المرتبط بالأفكار القهرية المتعلقة بالصحة بما يسمى ب "الخبير" والذي يكون في العادة طبيب ذو خبرة في مجال تخصصه، لأن المريض سيقنتع بكلامه أكثر من كلام المختص النفسي. كما وقد نستعمل تقنية التربية النفسية في إطار العلاج الزوجي و العلاج العائلي في شكل فردي أو جماعي، حسب كل حالة مرضية أو أي مشكل.



المحاضرة الرابعة

التقنيات السلوكية في العلاج السلوكي المعرفي

- التحليل الوظيفي:

يعتبر التحليل الوظيفي من الخطوات المهمة في العلاج السلوكي المعرفي يهدف إلى تحديد ظروف ظهور السلوك و كيفية انطلاقه فهو عبارة عن إيجاد أجوبة للأسئلة التالية (أين متى بأي درجة بأي وتيرة هل هناك عوامل تساهم في تواجدها في ظهور السلوكيات و ما هي نتائجها على الفرد و على الآخرين, بحيث يسعى التحليل الوظيفي إلى أخذ كل مشكل على حدا و محاولة إيجاد الحلول المناسبة التي سوف تساهم في تعديل السلوك و من شبكات التحليل الوظيفي نذكر شبكة SECCA و التي تمثل تسميتها مجموعة عناصر أساسية في تركيب الشبكة و هي الموقف Situation و الانفعال – Emo- tion و السلوك Comportement و الأفكار Cognition و المعتقدات القاعدية Anticipation. (6.De varies, 2010, p)

وفي هذا الصدد نستعمل ما يسمى بالشبكات Les grilles و سوف نتطرق هنا إلى إحدى نماذجها وهي شبكة ABC. والتي أتى بها الباحث إليس وقد إستعمل هذه النظرية التي تحمل إسم الشبكة في تحليل الإضطراب. حيث يشير الحرف A (Activating event) إلى أحداث الحياة الفعلية ، أي الأحداث النشطة التي قد تكون بمثابة شيء وقع بالفعل كتحطم علاقة عاطفية أو خسارة إقتصادية. يتعلق الأمر بالأحداث التي أثرت في الحالة. أما الحرف الثاني B (Belief system) فتعني التفسيرات اللامنطقية للفرد والخاصة بهذا الحدث كالإعتقاد بأنه شخص غير محبوب من الآخرين، الحوارات الداخلية السلبية ، الأمر الذي يجعل المريض يبالغ في حجم مشكلته. أما الحرف الثالث C (Emotional Behavioral Consequences أي رد الفعل السلوكي أو الإضطراب الإنفعالي لدى الشخص مثل القلق والاكنتاب و غيرها. حيث يرى إليس بأن الحدث ليس هو السبب الرئيسي والمباشر للنتيجة التي نشاهدها في الأفكار، وإنما ينتج الإضطراب عن نسق التفكير الموجود لدى الأفراد أي التفسيرات اللامنطقية المرتبطة بالحدث المؤثر. (بلان، 2015، ص.246).

- النمذجة:

تعتبر تقنية النمذجة من التقنيات المستنبطة من نظرية التعلم الاجتماعي، و هي تقوم على أساس أن السلوك يمكن تعديله عن طريق ملاحظة الآخرين وتقليدهم بحيث تتم عملية محاكاة للمواقف التي



نعتبرها نموذجية بالنسبة لمشكلة المريض و يكون هذا من خلال لعب الأدوار أو استخدام اللعب مع الأطفال.

تتم العملية عن طريق تعريف الفرد للنموذج بالملاحظة وذلك بصور منتظمة، حيث يعطى له الوقت الكافي لملاحظة تفاصيله و نطلب منه أداء نفس العمل الذي يقوم به النموذج. (لويس كامل، 2007، ص.103).

ولتطبيق تقنية النمذجة يمكن استعمال الصور أو الفيديو أو أشخاص كانوا يعانون من نفس المشكلة التي يعاني منها المريض. ويمكن لهذه التقنية أن تُستعمل في إطار التربية النفسية لتحسيس المريض حول حالته وإعطائه المعلومات اللازمة حول مشكلته، أو من أجل تحفيزه من خلال رؤية نماذج لأشخاص نجحوا في تجاوز المشكلة، أو من أجل الإستفادة من خبرتهم و الإستراتيجيات التي تمّ إستعمالها لتخطي المشكل. وعليه فإنّ طريقة تطبيق التقنية والأسلوب المتبع يتوقف على نوعية المشكل أو الإضطراب الذي نوّد علاجه وحسب حالة الفرد والأهداف التي نريد الوصول إليها.

وحسب باندورا فإن التعلم بالنمذجة يشترط فيه أربعة مراحل وهي كالتالي:

- **الانتباه:** إنّ مجرد وجود النموذج لا يؤثر على الشخص الملاحظ ولا يتضمن حدوث تعلم ما لم ينتبه له هذا الشخص بطريقة ما فقد يتجاهل الشخص النموذج تماماً ويغفل الخصائص الأساسية لسلوك النموذج وتتأثر عملية الانتباه للنموذج بعوامل كثيرة منها خصائص كل من النموذج والشخص القائم بالملاحظة ومستوى الدافعية لدى الأخير والجاذبية المتبادلة من النموذج والشخص وإدراك كفاءة النموذج وتقبله ومكانته وقوته الإجتماعية فضلاً عن التشابه في العمر والجنس والسلالة والمستوى الإجتماعي والإقتصادي بينها.
- **الإحتفاظ:** يتضمن الإحتفاظ إختزان إستجابات النموذج في ذاكرة المتعلم وذلك عن طريق عمليات الترميز أي على شكل رموز وبخاصة التدوين اللفظي ثم تكرار المعلومات بما يجعل الشخص يحتفظ بها ويستفيد منها فيما بعد.
- **الأداء:** عندما يتقبل سلوك النموذج على أنه ملائم بالنسبة له ويرى أنه من المحتمل أن يؤدي الى نتائج إيجابية فإن الشخص يميل الى تكرار سلوك النموذج وقد تعمل الصور العقلية والأفكار المكتسبة خلال التعلم بالملاحظة بوصفها منبهات داخلية شبيهة بالمنبهات الخارجية التي يقدمها النموذج.



- **الدافعية:** لابد من توافر الدافع لأداء الإستجابة المكتسبة وهذا شرط مهم لحدث التعلم بالملاحظة فقد تتوافر شروط: الإنتباه، الإحتفاظ، الأداء، ولا تصدر إستجابة التعلم نظراً لعدم وجود دافع أو سبب فلا تظهر إستجابة كافية لها . (محمد، 2007، ص. 235).

- طريقة التخيل لإعادة خبرة انفعالية:

عندما يعجز المعالج عن استعمال الأسئلة البسيطة المباشرة لإثارة الأفكار التلقائية، فمن الممكن أن يطلب من المريض أن يتخيل الموقف أو تمثيله وفي حالة كون الموقف عبارة عن تفاعل مع الآخرين فبالإمكان الإستعانة بعدد مناسب من الناس للعب الأدوار، و هذا سوف يسمح بالتعرف على الأفكار السلبية و تعديلها. (المرجع نفسه، د.ت.).

- التدعيم (التعزيز):

لتدعيم هو أي فعل يؤدي لى زيادة في حدوث و الثناء و إظهار الإهتمام والمديح أو إلى تكرار حدوثه فكلمات المديح و إظهار الاهتمام و الثناء على الشخص و الإثابة المادية أو المعنوية بالشكر. مثلا عند ظهور سلوك ايجابي و لكن قد يكون التدعيم ايجابيا, كما انه قد يكون سلبيا يقصد بالتدعيم لإيجابي أي فعل مرغوب فيه أو حادثة ترتبط يرتبط تقديمها للفرد بزيادة في السلوك المرغوب فيه ما لتدعيم لسلبى فيتمثل في توقف أو منع حدث كرهه أو منفر عند ظهور السلوك المرغوب فيه. (إبراهيم، 1993، ص.74).

ومن المهم أن ننبه الى توخي الحذر عند إختيار المعززات المادية مع الأطفال والتي يجب أن تكون ضمن قائمة الأمور التي يحبها الطفل، ويمكن الاستعانة بالأم أو مقدم الرعاية للإستفسار عن طبيعتها وترتيبها. ويمكن الإستعانة بالإستبيانات الخاصة بذلك مثل إستبيان Amy McGinnis, M.S .
OTR .

- التعريض التدريجي للمنبه المنفر:

و يتم من خلال تقسيم الموضوع أو الموقف المخيف المثير للاضطرابات إلى مواقف فرعية متدرجة بحسب الشدة بحيث نبدأ بأقلها إثارة لمخاوف المريض أو من خلال التدرج في المسافة التي تفصل



المريض عن الموضوع المخيف و يمكن التدرج زمنيا من خلال التشجيع على التعرض له لفترة زمنية قصيرة تطول تدريجيا.

يشير عدد من الباحثين بأنّ هناك خصائص معينة يجب توفرها في العلاج بالتعريض لكي ينجح الأمر و هي كالتالي:

- أن يكون التعريض لمدة طويلة وليست قصيرة.
- أن يتكرر التعريض حتى تتم إزالة الخوف و القلق.
- ينبغي أن ينتبه المريض للمثير الذي يخاف منه وأن يتفاعل معه بأكبر قدر ممكن. (Cer-ny, Barlow, 1988).

وحسب بلحسيني (2011) فإن مراحل التعريض التدريجي تكون كالتالي:

- الإنطلاقة تكون من خلال تحديد مواقف بسيطة تتطلب كلمات محدودة من المريض قبل الدخول في خطوة التعريض.
- دمج التقنيات المعرفية مع التعريض ، حيث يفترض أن المعالج النفسي قد قام بمساعدة الحالي على تحديد الافكار الأوتوماتيكية الخاطئة عنده والتعامل معها. فيقوم بكتابة الفكرة البديلة على السبورة البيضاء المعلقة على حائط غرفة العلاج حيث يطلب منه المعالج أن ينظر إليها خلال عملية التعرض الخيالي و الحقيقي.
- يطلب المعالج النفسي من المريض أثناء التعريض تقويم درجة القلق الذي يشعر به على سلم يتراوح بين 0 الى 10 بعد دقيقة من إنتهاء التمرين. وغالباً ما تنخفض درجة القلق كلما تكررت عملية التعريض.
- تنتهي عملية التعريض المتكرر بتمرين منزلي يقوم به المريض تتناسب مع حالته من خلال التعريض.
- يتم التعريض البديل لمواقف مختلفة تبعاً لطبيعة خوف المريض (السوق، البيت)، العمل...الخ).
- يناقش المعالج النفسي ما حدث في التعريض وما حققه من خلال الحصص العلاجية.
- يحدد عدد مرات التعريض وفقاً لتقدم الحالة والتي يمكن التعرف عليها من خلال درجة تصديق المريض للأفكار البديلة عن الأفكار التلقائية الخاطئة.

ومن المهم أن نشير هنا الى أن هناك انواع للعلاج التثفيري ونذكر منها التالي:



• التنفير اللفظي التخيلي:

العلاج بالتنفير التخيلي يكون عن طريق إقران التصور بتخيلات منفرة بهدف الكف عن السلوك الغير مرغوب فيه. بحيث يتم استخدام التنفير اللفظي أو التوعية السرية ، تخيل موقف منفر بشكل متكرر ثم يتم إقرانه بمثير يسبب له الغثيان أو النفور. يعتبر هذا العلاج فعالاً مع عدد من الإضطرابات مثل التدخين، السمنة، الإنحرافات الجنسية، الإدمان. (203.Tomkraft, Davidkraft, 2005, p).

فمثلاً قد نطلب من الحالة التي تعاني من الإدمان من الكحول أو المخدرات تخيل نفسه بعد تناول كمية كبيرة من موضوع الإدمان عنده وهو في حال يرثى لها ، لا يستطيع حتى الوقوف على رجليه أو التكلم بشكل صحيح ويقوم بالتقيؤ على ملابسه وهو أمام أكثر شخص يحترمه أو يخجل منه. وكيف أنّ صورته ومكانته الإجتماعية سوف تتأثر بهذا المنظر. أو نطلب من شخص مدمن على التدخين أ، يتخيل منظر أسنانه شديدة الإصفرار وهو يبتسم لإمرأة تهمة ويريد كسب إعجابها، أو تخيل منظر رثيته بعد سنين من التدخين، ويمكن الإستعانة بصور معينة لمساعدته على التخيل.

- لعب الأدوار:

تتمثل هذه التقنية في محاكاة الواقع من خلال القيام بتمارين سلوكية حيث يقوم المعالج النفسي بتعريض المريض لمواجهات ترتبط بمشكلته التي يعاني منها. (دايلي،2019).

وقد يكون لعب الأدوار في إطار تقنية التعريض أو النمذجة أو في إطار عملية تصحيح أ، تعديل الأفكار الخاطئة. فالطريقة التي يتبعها المعالج النفسي في تطبيق تقنية لعب الأدوار تتوقف على الهدف المنشود من العلاج وحسب حالة المريض.

- تقنية التشبع:

يطلب المعالج النفسي من الفرد أن يمارس السلوك الغير مرغوب فيه بشكل متكرر، فتؤدي هذه الممارسة الى نتائج سلبية مثل التعب، الملل، الى أن يصل الشخص الى درجة التشبع وحينها لا يستطيع ممارسة الأمر مجدداً. (الحجار،1990،ص.185).

فكما هو معروف في العلاج السلوكي المعرفي، فكلما زاد التعرض لموضوع معين، كلما اختلف تأثيره على الفرد بشكل تدريجي. سواء على المستوى المعرفي أي الافكار المرتبطة بموضوع المشكلة، أو الفلق والتوتر المصاحب أو الناتج عنه وبالتالي تعديل السلوك.

- تقنية تعديل السلوك عند الأطفال:



تعديل السلوك هو تقنية علاجية إستمدت أصولها من قوانين التعلم ويهدف الى تغيير السلوك نحو الأفضل أكاديمياً، نفسياً، تربوياً، وإجتماعياً. (يوسف، 2003، ص.21).

- **مرحلة ما قبل الخطأ:** وهي مرحلة تحديد السلوكيات التي تسبب مشكلة بالنسبة للطفل.
- **مرحلة تحديد الأولويات:** يجب إختيار المشكل الذي يشكل خطراً على الطفل والآخرين و عليه فيعتبر كأولوية .
- **مرحلة تحديد وظيفة السلوك:** يجب تحديد وظيفة السلوك من خلال التعرف على ما يسبق السلوك، ما هو السلوك؟ ماذا يحدث بعد السلوك؟ و من خلال هذه المراقبة وتدوينها نحدد حجم السلوك و تكراره ومدى شدته. ويجب إستبعاد إحتمال وجود أسباب طارئة مثل مشاكل النوم، التعب، المرض و غير ذلك. وعلينا تحديد البديل الذي يجب أن نضعه بدلا من السلوك الغير مرغوب به، وأن يستطيع الطفل أ، يقوم به وفي حدود قدراته. ويجب الأخذ بعين الإعتبار سن الطفل، قدراته، ويتوقف نجاحه على معرفتها بقدرات الطفل وإهتماماته. (الخطيب، 2003، ص.24).

ومن أهداف تعديل السلوك نذكر ما يلي:

- مساعدة الطفل على تعلم سلوكيات جديدة غير موجودة لديه.
- مساعدة الطفل على زيادة السلوكيات المقبولة إجتماعياً والتي يسعى الى تحقيقها.
- مساعدة الطفل على التقليل من السلوكيات غير المقبولة إجتماعياً.
- تعليم الطفل أسلوب حل لمشكلات. (بطرس، 2010، ص.64).
- مساعدته على التكيف مع محيطه المدرسي ومجتمعه.
- مساعدته على القيام بتقنية النمذجة.
- مساعدته على إيقاف السلوكات الغير مرغوب فيها . (أبو سعد، 2014، ص.39).

أما بخصوص التقنيات المستعملة في تعديل السلوك فنذكر ما يلي:

- **التلقين :** وهو المؤشر أو التلميح الذي يجعل إحتمال ظهور الإستجابة الصحيحة أكبر، وهو إجراء يشتمل على الإستخدام المؤقت للمثيرات الإضافية وذلك لتشجيع الحالة على إظهار السلوك المطلوب. وهناك عدد من أشكال التلقين مثل التلقين اللفظي ، أي تقديم تعليمات لفظية للحالة والتي يجب أن تكون واضحة. التلقين الإيمائي هو الآخر يمكن إستعماله مع بعض الحالات ، و يتمثل في إستخدام النظر والإشارات و تعابير الوجه . أما التلقين الجسدي فهو عبارة عن لمس الآخرين جسدياً بهدف مساعدة الحالة على تأدية السلوك.



• **التعزيز:** وهو إثابة الفرد على سلوكه المرغوب فيه وذلك بعدة أشكال نذكر منها ما يلي:

- ✓ **المعززات الأولية:** تعمل على تقوية السلوك دون خبرة مسبقة.
 - ✓ **المعززات الثانوية:** وهي التي تعمل على كسب خاصية التعزيز بعد الخبرة.
 - ✓ **المعززات الطبيعية:** وهي التوابع ذات العلاقة المنطقية بالسلوك مثل الإبتسامة، الشئاء.
- (أبو سعد، 2014، ص.60).

أما بخصوص أنواع المعززات فنذكر ما يلي:

- ✓ **المعززات المادية:** تشتمل على الأشياء التي يحبها الفرد كالألعاب والصور وغير ذلك.
- ✓ **المعززات الغذائية:** تعتبر ذات أثر فعال في تعديل السلوك ويتعلق الأمر بالمواد الغذائية كالطعام والشراب.
- ✓ **المعززات الرمزية:** وهي المعززات القابلة للإستبدال بمعززات أخرى. (أبو سعد، 2014، ص.61).
- ✓ **المعززات النشاطية:** تتمثل في جعل الحالة تقوم بنشاط محبب بالنسبة لها مثل مشاهدة برنامج تلفزيوني معين، لعبة معينة وغير ذلك.
- ✓ **المعززات الإجتماعية:** وتتمثل في الكلمات التشجيعية و التي تعبر على الإعجاب بسلوك الشخص، كالقول مثلاً "برافو"، "جيد جداً"...إلخ.

العوامل التي تؤثر في فاعلية التعزيز:

- ✓ **فورية التعزيز:** تقديم المعزز مباشرة بعد ظهور السلوك المرغوب فيه.
- ✓ **ثبات التعزيز:** يجب أن يكون منظم وفق قوانين معينة يتم تحديدها قبل البدء بتنفيذ البرنامج العلاجي.
- ✓ **كمية التعزيز:** يجب تحديد كمية التعزيز التي يوف تقدم للفرد، إلا أن كمية كبيرة جداً من لمعزز في فترة زمنية قصيرة سوف تؤدي الى الإشباع ، والإشباع يؤدي الى فقدان المعزز لقيمتة.
- ✓ **مستوى الحرمان / الإشباع:** كلما كانت الفترة التي حُرِم فيها الفرد من المعززات طويلة، كان المعزز أكثر فاعلية.
- ✓ **درجة صعوبة السلوك:** كلما ازدادت درجة تعقيد السلوك، اصبحت الحاجة الى كمية كبيرة من التعزيز أكثر.
- ✓ **التنوع:** يجب استخدام انواع مختلفة من المعزز أكثر فعالية من استخدام نوع واحد منه.
- ✓ **الحدثة:** كلما كان المعزز شيئاً جديداً كلما أكسبه خاصية مميزة. (الخطيب، 2003، ص.18).



- **العقاب:** وهو إخضاع الفرد الى نوع من العقاب بعد قيام الفرد بسلوك غير مرغوب فيه. كالحرمان من أمر معين، أو الدخول لغرفة أخرى وذلك لخمس دقائق وإعلام الطفل بأنه معاقب ويجب أن ينتظر إنتهاء فترة العقاب للخروج وكلما كرر السلوك نضيف دقيقتين على مدة العقاب. ولكن من المهم أن يتم شرح أسباب هذا العقاب، ولا نتكلم هنا عن الحبس وإنما البقاء معه في الغرفة.
- **الإطفاء:** وهو التوقف عن الإستجابة نتيجة لتوقف التدعيم. فمثلا قد نستعمل اسلوب التجاهل عند ظهور سلوك غير مرغوب فيه.
- **التعميم:** نستعمل التعميم عندما يمتد أثر تعزيز سلوك ما الى ظروف أخرى وغير التي حدث فيها التدريب ، أي أن يمتد على مواقف أو سلوكيات أخرى. وهنا نحدد نوعين من التعميم. تعميم المثير وهو إنتقال أثر التعلم من الوضع الذي تم تعديل أو تشكيل السلوك فيه الى أوضاع مشابهة. أما تعميم الإستجابة فهو إنتقال أثر التعلم الى إستجابة تم تعديلها أو تشكيلها الى إستجابات أخرى مماثلة. (جلال، دت، ص.90).
- **التعاقد السلوكي:** وهو وثيقة مكتوبة توضح المهمات التي على الفرد تأديتها. والمكافئات التي سيحصل عليها عند تأديته لتلك المهمات، وزيادة دافعية الفرد وتسهيل عملية الضبط الذاتي. (الخطيب، 2003، ص.19).

- التمارين المنزلية:

نقصد بالتمارين المنزلية مجموعة من النشاطات التي يطلبها المعالج النفسي من المريض لكي يقوم بها خارج إطار الجلسة العلاجية لغرض معين، ومناقشة طريقة تطبيقها والصعوبات التي لاقاها المريض في ممارستها وإيجابياتها. وقد تأخذ شكل نشاط أو تقنية تم تطبيقها في الحصة العلاجية، أو تغيير روتين حياتي أو قراءة فصل معين من كتاب مقترح من طرف المختص النفسي والذي له علاقة بمشكلة المريض وغير ذلك.

والآن سنذكر بعض الأمثلة عن بعض التمارين المنزلية التي يمكن للمعالج النفسي تكليف المريض بالقيام بها وهي:

- إكمال الاستبيانات لقياس الأعراض.
- الإستماع الى تسجيل صوتي للجلسة، وتلخيص ما جرى تناوله وكتابته.
- إستخدام ورقة عمل لتسجيل الأفكار والمشاعر في المواقف المزعجة.
- ممارسة مهارات الإسترخاء لمدة ثلاثين دقيقة يوميا.



- استخدام ورقة عمل لتقييم الأدلة المؤيدة والمعارضة لمعتقد معين.
- استخدام ورقة عمل لتسجيل الأنشطة ومعدل الشروط بالمتعة والإنجاز.
- استخدام ورقة عمل لتخطيط الأنشطة التي ستكون ممتعة و/ أو التي تعطي إحساساً بالإنجاز.
- تنفيذ مهمة التعرّض، فمثلاً إذا كان المريض يخاف من النحل ، فيمكن أن نطلب منه النظر الى صور للنحل في كتاب.
- التدريب على أن تكون حازماً ، بإخبار صديق بأنه غير قادر على مساعدته في الوقت الحالي.
- إعطاء الأولوية لتلبية الاحتياجات من خلال قضاء بعض الوقت في الإعتناء بنفسه. (مكمانوس، 2017، ص.60).

- العلاج بالقراءة Bibliotherapy :

كما هو معروف فإن للقراءة أهمية كبرى في تغيير افكارنا أو تصحيحها والتعرف على معلومات جديدة تغيير توجهاتنا و سلوكياتنا ومواقفنا إتجاه بعض الأحداث التي تؤثر في نفسيتنا أو التي تجعلنا نتخذ القرارات الغير مناسبة في حياتنا . وعليه فإن الكلمة المكتوبة التي تكون في شكل كتاب سيكون لها الأثر الإيجابي لتحقيق ذلك. وعليه فمن المهم أ، يستعمل المعالج النفسي قراءة بعض الفصول المهمة التي ترتبط بالمشكلة التي يعاني منها المريض سواء للتعرف على مشكلته وفهمها بشكل أفضل، أو من خلال تعلم إستراتيجيات علاجية جديدة يمكن تطبيقها على أرض الواقع، أو من خلال تصحيح الافكار الخاطئة التي تسيطر عليه. و من هذا المنطلق فيوصى بإستعمال العلاج بالقراءة في إطار العلاج السلوكي المعرفي ولكن يجب توخي الحذر في إختيار الكتب المناسبة والتي يجب أن يطلع عليها المعالج النفسي قبل تقديمها للعميل في شكل تمرين منزلي، حيث يطلب منه قراءة فصل معين من الكتاب ومناقشة محتواه في الجلسة الموالية. وننوه هنا الى أنه إذا كان العميل غير متعلم أو يجد أي صعوبة في القراءة فيمكن الإستعانة بالكتب المسموعة الجاهزة ، أو قيام المعالج النفسي بقراءة الفصول بصوته وتسجيلها عنده.

- كتابة الخطابات:

بعض العملاء يجدون صعوبة في التعبير عن أفكارهم وعواطفهم وعليه فيمكن للمعالج النفسي أن يطلب من العميل أن يكتب خطاباً موجهاً لشخص ما (ما بين الجلسات كتمرين منزلي). مع توضيح أنه غير مجبر على إرسال الخطاب لذلك الشخص. ويمكن للمعالج أن يناقش محتوى الخطاب مع العميل في



الجلسة التالية، ويتم فحص المعتقدات غير المساعدة المتصلة به. ولكن في بعض الأحيان قد لا يرغب العميل في مشاركة محتواها مع المعالج النفسي، وفي هذه الحالة يجب على المعالج أن يستفسر منه عن الفائدة التي تحصل عليها من مروره بهذه التجربة. (كروين، رودل، بالمر، 2007).

- التدريب على التوكيدية:

حسب شليتون Shelton فإنّ التدريب على تأكيد الذات يهدف الى مساعدة الأفراد وحماية أنفسهم ورعاية حقوقهم دون الإساءة الى حقوق الآخرين.

ولا يقتصر التدريب على التأكيد الذاتي على تعلم التعبير عن الإحتياجات والحقوق بل ويتضمن الحب، والتعبير عن المودة والمشاركة الوجدانية والإتجاهات الإيجابية الدالة على الرضا والإستحسان والتدريب على الإستجابات الواثقة والإيجابية عند التفاعل مع المواقف والأشخاص الذين يثيرون القلق والتهديد. ويعتمد التدريب على التقنيات التالية:

1- **التعليمات الذاتية:** تهدف الى تعليم الفرد على التحدث الإيجابي حول الذات لغرض تغيير السلوك اللاتكفي، وإستبدال الحديث الذاتي السلبي والتعلم على التصرف بهدوء في المواقف التي تؤدي الى القلق.

2- **النمذجة:** تعد خطوة مهمة في عملية التدريب على أسلوب التعليمات الذاتية، إذ أنّ المتعالج بحاجة لمشاهدة كيفية إستعمال التعبيرات الذاتية المناسبة، حيث يقوم المعالج بتأدية السلوك المستهدف أمام أحج أفراد أسرة المتعالج وهي تتحدث مع نفسها بصوت مسموع ليقوم بدوره لتدريب المتعالج على ذلك.

3- **التغذية الرجعية:** وتعني التغذية الإخبارية والمعلوماتية أو التعليمية وتتحدد في ضوء محاور أساسية كونها توجيهية لأنها تجعل عملية التعلم مستمرة ومتواصلة، وتعزيزية لأنها تشكل تشجيعاً وإثابة وتثبيناً، وكذلك تقويمية لأنها تخبر أسرة المتعالج بموقعها الحالي ومدى تقدمها في العلاج.

4- **التدعيم الإيجابي:** ويشتمل على التدعيم المادي أي المكافأة، والتدعيم المعنوي مثل الإبتسامه والثناء والإنتباه والتقبل، أو هز الرأس أو ذكر إسم المتعالج.

5- **التدريب البيئي:** وهو تطبيق المهارات والمعلومات المتعلمة في المواقف والحياة العامة، فيسمح للحالة بأن تجرب السلوك المتعلم حديثاً في مواقف حياتية واقعية. (التميمي، عبد الكريم، 2018، ص.72).



- تصور إسقاط الوقت:

يرشد هذا الأسلوب العميل أن يعود بالوقت الى الوراء ، أو أن يمر به للأمام. لكي يعيش الأحداث الراهنة وقد تم التغلب عليها في وقت ما في المستقبل. (Lazarus, 1989).

حل المشكلات في العلاج السلوكي المعرفي:

تعريف تقنية حل المشكلات:

العلاج بحل المشكلات هو تدخل معرفي سلوكي فعال في علاج العديد من الإضطرابات النفسية، حيث بدأ الإهتمام باستخدام هذه التقنية كأسلوب علاجي أو تدريبي منذ بداية القرن العشرين بهدف الحد من الأعراض النفسية السلبية وتنمية السلوك التكيفي والوقاية من الإنكاس. (غراب، 2015، ص.13).

مراحل حل المشكلات:

1. المرحلة الأولى: شرح العلاج ومبرراته

- التعرف على الأعراض النفسية: الحصول على الوصف الكامل لأعراض المريض العاطفية والمعرفية والبدنية و فهم العلاقة التي تربط بين مشاكله وأعراضه.
- التعرف على المشكلات: وضع قائمة لمشكلات المريض ويمكن تجميع هذه القائمة للإستفسار عن المشكلات المحتملة مثل الطلاق، الوفاة و غير ذلك.
- الربط بين الأعراض والمشكلات: فهم المريض أنّ هذه الأعراض نتيجة للإستجابة العاطفية لمشكلاته. (غراب، 2015، ص.24).

2. المرحلة الثانية: إستيضاح وتعريف المشكلات

- يتم في هذه المرحلة تقسيم المشكلات الكبيرة الى مشكلات صغيرة أكثر قابلية للمعالجة ، ثم إختيار مشكلة المريض ووضع أهداف قابلة للتحقيق عن طريق الإجابة على الأسئلة التالية: ماهي المشكلة؟ متى حدثت؟ أين؟ كيف حدثت؟ فالهدف الرئيسي من هذه المرحلة هو تحديد المشكلة التي تسبب التوتر و القلق. (نوابسة، 2013، ص.42).

3. المرحلة الثالثة: وضع الأهداف القابلة للتحقيق

- تكون الأهداف القابلة للتحقيق و المتعلقة بالمشكلة و المرتبطة بالزمن.

4. المرحلة الرابعة: إيجاد الحلول



- نحدد الهدف المراد تحقيقه ونطلب من المريض القيام بالعصف الذهني لإيجاد الحلول لتحقيق الهدف. ويجب تقبل تلك الأهداف حتى وإن كانت تافهة. (غراب، 2015، ص.25).

5. المرحلة الخامسة: إختيار الحل الأفضل

- يقوم المعالج النفسي بوضع قائمة من الحلول المقترحة لكل هدف كواجب منزلي، ثم يقوم المريض بإختيار الحل المفضل والذي يكون قادرا على تحقيقه.

يمكن الإستعانة بجدول حل المشكلات وجدول الإيجابيات والسلبيات المقترح من طرف Goulet (2005) حيث نطلب من العميل أن يقوم بكتابة رأيه بخصوص كل حل مقترح.

الجدول رقم (03): جدول حل المشكلات في العلاج السلوكي المعرفي حسب جولي.

| <u>تعريف المشكل:</u> | | | |
|--------------------------|------|----------|--|
| <u>قائمة الحلول:</u> | | | |
| <u>الأساليب الممكنة:</u> | ممکن | غير ممکن | |
| | | | |



| | | |
|--|-----------------|--|
| | | |
| | النتائج: | |

| | الإيجابيات | السلبيات |
|-------------------|------------|----------|
| على المدى القصير | | |
| | | |
| على المدى المتوسط | | |
| | | |
| على المدى الطويل | | |
| | | |

المصدر: (2005, Goulet).

6. المرحلة السادسة: تطبيق الحل المفضل

- يقوم المريض بتطبيق الحل الذي يكون مقتنعاً به، ويجب على المريض القيام بمجموعة واضحة للمهام التي يجب أن يقوم بها كواجب منزلي بين الجلسات.

7. المرحلة السابعة: التقويم



- من المهم أن يكون هناك تقويم مفصل للتقدم الذي حققه المريض من خلال تلك التمارين المنزلية الخاصة بحل المشكلات. للتعرف على العقبات وأسباب فشل بعض الحلول والإستفادة منها. (غراب، 2015، ص.27).

أساليب إستخدام العلاج بحل المشكلات:

- أسلوب علاجي: هي طريقة علاجية معيارية ، حيث يتم إستخدام العلاج بحل المشكلات لعلاج المشكلات النفسية الناجمة عن التعرض للمواقف المسببة للمشاكل.
- أسلوب وقائي : وهو أسلوب يستخدم في تعليم الناس كيفية التعامل بشكل فعال مع المشاكل الحياتية اليومية. (أبو سعد، عبد اللطيف، 2008).

المحاضرة الخامسة

تقنيات الإسترخاء

تعريف الاسترخاء:

تعتبر تقنية الإسترخاء من التقنيات المستعملة في كل العلاجات النفسية بما فيها العلاج السلوكي المعرفي، حيث تسمح بالتخفيف من الضغط النفسي والقلق والتوتر الذي يشعر به المريض أثناء الجلسات العلاجية، وكذا تدريبه على تطبيقها في حياته اليومية وفي عدّة مواقف قد ترتبط بطبيعة إضطرابه أو مشكلته.

الإسترخاء هو الإنعدام التام لكافة الإنقباضات ، فلا تبدي العضلة أي مقاومة للشد وتبدو ساكنة ومسترخية. وعندما تكون العضلات مسترخية تماماً فإنّ الأعصاب الذاهبة إليها والآتية منها لا تحمل أي رسائل حركية أو حسية، بمعنى أنها تكون ساكنة كلياً، وينعدم النشاط الكهربائي بها. ولقد اثبتت التجربة أنّ الإثارة المزمّنة والقلق والغضب وغيرها من الإضطرابات الإنفعالية من الممكن أن تزول بالإسترخاء المتزايد. ويستطيع الشخص أن يخلد الى النوم في هدوء ، ويمكن قياس الآثار المهدئة حتى أثناء إستمرار الشخص في العمل أو أي نشاط آخر. إلا أنّ السيطرة على القلق لا تتم في لحظة، لكنها تحتاج إلى تدريب منتظم على الإسترخاء، وممارسته بأسلوب علمي حتى يتحقق القدر المطلوب والهدف المنشود، وقد يستغرق الشخص المتوتر وقتاً غير قصير ليترخى جزءاً واحداً من جسمه كالذراع مثلاً. (عثمان، 1973، ص.81).

شروط حصول الإسترخاء:



لتدريب المريض أن يخلص نفسه من لون معين من القلق أو أي اضطراب آخر فإن عليه أن يتعلم أولاً أن يلاحظ إحساساته ويعبر عنها بدقة. وعليه فيجب ان يمارس بعدها تمارين إرخاء التوترات العضلية التي تميز الحالة المضطربة في نفس الوقت مع الإستمرار في شئونه اليومية ، وهذا الأمر يعرف بإسم الإسترخاء التفاضلي. لقد أثبتت التجارب العلمية بأن الإنسان إذا تخيل أمراً أو تذكر حدثاً أو فكر ملياً في أي شيء فإنه يوتر العضلات في مكان ما من جسمه كما لو كان ينظر حقيقة أو يتكلم أو يفعل شيئاً ولكن بدرجة أقل من الواقع، فإذا أرخى تلك التوترات فإنه يتوقف عن التخيل أو التذكر أو التفكير في الأمر موضع الإنشغال ومصدر القلق. وهذا الإسترخاء لا يستلزم بالضرورة أن يرقد الشخص المتوتر في فراشه، لكنه من الممكن أن يتم بنجاح أثناء ممارسة شئون الحياة اليومية. (عثمان، 1993، ص.150).

التقنيات:

• الإسترخاء العضلي:

يتم تطبيقه من خلال الإستلقاء على الأرض ووضع الرأس على الوسادة في مكان هادئ ذو درجة حرارة مناسبة ، وإرتداء ملابس مريحة أي غير ضيقة بما في ذلك الحذاء . مع وجود إضاءة خافتة وغلق العينين مع الشهيق العميق مرتين. (شمعون، 1996).

• الإسترخاء العقلي:

يحاول الفرد التركيز على نقطة معينة والتفكير بها وتوجيه التفكير بالإتجاه الذي يريده الشخص. (الحوري، 2010، ص.192).

• الإسترخاء الذاتي لشولتز:

- تجلس الحالة على كرسي له ذراعين وتترك جسمها وذراعيها، وساقها... وتغمض عينيها.
- يمكنها الاسترخاء والشعور بالنسيج تحت راحة يديها.
- نطلب منها أن تغلق عينيها، مع التركيز على صورة هادئة، صورة مكان حيث تكون نائمة في أمان تام... ويمكن أن يكون مكاناً حقيقياً أو مكاناً تتخيله في الماضي أو المستقبل. مع التركيز على هذه الصورة... وهنا يمكن للمعالج أن يقول: " لقد تركته يأتي... كل شيء هادئ...) ثم يتوقف المعالج عن الحديث).
- الآن تركز الحالة على يدها اليمنى، ويقول: " يدك اليمنى ثقيلة كما لو كانت مصنوعة من الرصاص والجاذبية تصل إلى ساعدك".
- "ذراعك اليمنى، يدك اليسرى ، ساعدك الأيسر ، ذراعك اليسار.



- " كتفيك ثقلان الآن...سيصبح ظهرك ثقيلًا، الأرداف والخصدين والساقين تصبح ثقيلة. لم يعد بإمكانك تحريك جسمك كله فهو مصنوع من الرصاص .
- تنفسي ببطء.
- حاولي رفع ذراعك، هذا مستحيل، يدك اليمنى ثقيلة جداً وجسمك كله ثقيل. يمكنك الاستمرار في التركيز على ذلك الشعور بالثقل وأنت تتنفسين. (توقف المعالج عن الكلام).
- الآن ركزي على الحرارة داخل جسمك، في بطنك، سوف تشع هذه الحرارة في جسمك. سوف تتمدد الأوعية الخاصة بك.
- الآن أنت تشعرين بالثقل والحرارة في جسمك.
- جسمك دافئ وأنت تتنفسين . لقد غزت الجاذبية والحرارة جسمك.
- أنت الآن تركزين على صورة هادئة، جسمك الآن مرتاح تماماً. (توقف العملية).
- الآن ستركز على تنفسك. أنت تتنفس
- ببطء وتشعر بالمجيء والذهاب. الهواء البارد الذي يأتي، الهواء الدافئ الذي
- الآن تنفسي عن طريق نفخ بطنك قدر الإمكان، قومي بالتنفس ببطء قدر الإمكان. أنت الآن تستنشقين ،ثم قومين بالزفير.
- قومي بإستنشاق الهواء، قومي بالزفير. كل شيء ثقيل، دافئ، هادئ، أنت الآن تركزين على تنفسك. (توقف المعالج عن الكلام).
- تنفسي ، إستنشقي الهواء، قومي بالزفير. ركزي على صورة هادئة. جسمك الآن يشعر بالثقل والسخونة. أركزي على دورة التنفس.
- الآن ستركزين على نبضات قلبك وعلى الشريان. إنها تنبض ، قلبك ينبض ، شرايينك تنبض في رقبتك.
- الإبطين، الفخذ... أنت الآن تشعرين بهم ينبضون.
- قلبك يتباطأ ، أنت الآن تشعرين بالنبض الذي يبطن.
- جسمك مرتاح ودافئ وهادئ... تنفسك بطيء و الآن قلبك ينبض بهدوء ثم بقوة، بهدوء ثم بقوة. (وقفة).
- قلبي لنفسك: "جسدي ثقيل، دافئ، هادئ، أنتنفس ببطء "، "أنفخ بطني، كل شيء هادئ، أنا أركز الآن على صورة الهدوء، أنا في مكان آمن".
- "أنتنفس ببطء، قلبي ينبض بهدوء وبهوء وبهوء. (وقفة).
- الآن سوف تعدين إلى الرقم 10 في رأسك: " 1 , 2....10".
- إفتحي عينيك ببطء ، مدي ذراعيك مرتين أو ثلاث مرات.



- إجلسي ببطء ووقي ومدّدي ذراعيك. (1-2.Savy, 2017, PP)

• **تقنية هربت بنسون وميريام كليبر:**

حسب بنسون وكليبر (د.ت. / 1975) فإن الخطوتين الأساسيتين في إستحاثة الإسترخاء عند المريض هما:

- تكرار كلمة، أو صوت، أو عبارة، أو دعاء، أو نشاط عضلي.
 - تجاهل الأفكار اليومية التي لا بد أن ترد إلى الذهن والعودة الي تكرارك.
- واقترح الباحثان الخطوات التالية لتطبيق تمارين الإسترخاء مع المرضى والتي مارسها طيلة حياته المهنية وهي كالتالي:

- إختار كلمة ، أو عبارة قصيرة، أو دعاءاً يكون متجذراً بقوة في معتقدك.
- إجلس بهدوء في وضع مريح.
- أغمض عينيك.
- أرخ عضلاتك ، متقدماً بالتدرج من قدميك الى رجليتي ساقيك، ثم فخذيك، وبطنك، وكتفيك، وعنقك، ورأسك.
- تنفس ببطء وبشكل طبيعي، وبينما تفعل ذلك، كرّر الكلمة ، أو الصوت، أو العبارة ، أو الدعاء الذي إختارته بصمت الى نفسك بينما تزرر.
- إتخذ موقفاً سلبياً، لا تقلق بشأن مدى إتقانك لما تفعله. عندما ترد افكار اخرى الى ذهنك، قل لنفسك ببساطة : "أوه ، حسناً"، وعد بهدوء الى تكرارك.
- إستمر لعشر أو عشرين دقيقة.
- لا تقف على الفور، إستمر في الجلوس بهدوء لدقيقة أو نحوها، متيحاً للأفكار الأخرى أن تعود، ثم إفتح عينيك وإجلس لدقيقة أخرى قبل أن تنهض.
- مارس التقنية لمرة أو مرتين في اليوم. الأوقات الأفضل للممارسة هي قبل الفطور وقبل العشاء. (بنسون، كليبر، د.ت، ص. 21 – 22).

• **الإسترخاء حسب تقنية جاكوبسون:**

إستخدم جاكوبسون ومن بعده علماء العلاج السلوكي طريقة الإسترخاء التصاعدي، حيث يطلب من المريض أن يجلس في وضع مريح وأن يركز بصره على نقطة لامعة ثم يبدأ بتوجيه من المعالج بإرخاء



أعضاء جسده نحو عضو معين، بأن يطلب منه في البداية أن يغلق راحتي اليدين بكل قوة وإحكام، وأن يلاحظ التوترات والإنقباضات التي تحدث في مقدمة الذراع (كمقياس للتوتر) ثم يطلب منه فتحهما بعد ثوان معدودة واضعاً إياهما في مكان مريح ملاحظاً ما يحدث في عضلات مقدمة الذراعين من إسترخاء وراحة عامة في الجسم كله. وهكذا يتم التنقل الى مختلف أعضاء الجسم بدءاً من القدمين ومروراً بالساقين والفخذين ، وعضلات البطن والصدر والوجه والفم والرقبة (توتراً ثم إرخاء). (إبراهيم وآخرون، 1993، ص.65).

كانت هذه لمحة عن بعض التقنيات الخاصة بالاسترخاء والتي يمكن للمعالج النفسي تطبيقها في بداية كل جلسة علاجية لضمان أن يكون المريض في حالة تركيز تام ، فكما هو معلوم فإن الشخص عندما يكون في حالة توتر وقلق فإنه سيفقد القدرة على الإنتباه والتركيز على ما يدور حوله ويكون كل تفكيره موجه نحو موضوع القلق عنده.

المحاضرة السادسة

الموجة الثالثة في العلاجات السلوكية المعرفية

1. العلاج السلوكي الجدلي

تعريف العلاج السلوكي الجدلي:

يشير سليمان (2010) الى أنّ العلاج السلوكي الجدلي حسب مارثا لينهان Marsha Linehan والتي تعتبر مؤسس مبادئ هذا العلاج وإستراتيجياته، فإنّ المدرسة السلوكية الجدلية تعتبر من أحدث المدارس في علم النفس بصفة عامة وفي مجال العلاج النفسي بصفة خاصة، ويرتبط البناء النظري لهذا العلاج على مبادئ النظرية المعرفية السلوكية في الجدل والتفكير الجدلي لحل المشاكل والقضايا المتناقضة. وقد طورت لينهان هذا العلاج من خلال ممارساتها الإكلينيكية مع حالات نساء مصابات بإضطراب الشخصية الحدية.

مبادئ العلاج السلوكي الجدلي:

حسب Linehan (1993) يستند العلاج السلوكي الجدلي الى تعديل السلوك، دعم السلوكيات الحيوية الإجتماعية ، والتركيز على الممارسات التأملية ومهارات اليقظة العقلية وقبول الواقع. ويركز في المقام



الأول على دمج الذهن ومهارات اليقظة الذهنية بوصفها عناصر أساسية، وما يميز العلاج السلوكي الجدلي عن التدخلات السلوكية هو تركيزه على التناقضات مع محافظته على المرونة، ويمثل هذا العلاج أحد المكونات ذات الفعالية، حيث يعتمد بدرجة كبيرة على الإقناع المنطقي الذي يستطيع من خلال مساعدة المسترشد في التعرف على الدور التي تلعبه الأفكار اللاعقلانية والأفكار الآلية التلقائية النفسية في حدوث الضيق والكرب في تطوير المعتقدات اللاعقلانية ، وتغييرها وإستبدالها بأفكار ومعتقدات عقلانية تُساهم في خفض الإضطراب. (سليمان، 2022، ص.233).

أهداف العلاج السلوكي الجدلي:

- الحدّ من السلوكيات الإنتحارية.
- الحدّ من الأنماط السلوكية الخطيرة مثل إستعمال الأدوية النفسية بطريقة غير صحيحة.
- تدريب الحالة على إكتساب مهارات سلوكية مثل التحكم في الذات، تجاوز الأزمات و غير ذلك.
- علاج إضطراب ما بعد الصدمة.
- الحدّ من السلوكيات التي تعطل السير الحسن للحصص العلاجية مثل التأخر عن حضور المواعيد مع المعالج النفسي، رفض التعاون العلاجي...إلخ. (Linehan, 1993)

المهارات العلاجية في العلاج السلوكي الجدلي:

- **التدريب الذهني:** تركز على تحسين قدرة الفرد الذهنية ومساعدته على تحديد نقاط قوته مما يشعر الشخص بالتحسن وقبول نفسه.
- **تقليل الضغوط النفسية:** العمل على زيادة قدرة الشخص على تحمل العواطف السلبية بدلاً من محاولة الهروب منها.
- **التنظيم الإنفعالي:** وضع إستراتيجيات لتنظيم الإنفعالات وزيادة القدرة على إدارة وتغيير العواطف الشديدة التي تسبب مشكلات في حياة الشخص.
- **الإتصال التفاعلي:** وذلك من خلال وضع تقنيات تسمح للشخص بالتواصل مع الآخرين بفعالية والمساعدة على إحترام الذات وتقوية العلاقات. (حلوان، 2020، ص. 97).

التدريب على المهارات الأساسية:

حسب Jamphe (2014)، فقد أكّدت مارثا لينهين على ضرورة تدريب المريض على مجموعة مهارات مهمة في إطار العلاج السلوكي الجدلي وهي كالتالي:



● مهارات الوعي الذاتي:

- مهارات "ماذا": تعلم الملاحظة، الوصف، المشاركة في الوقت الحاضر.
- مهارات "كيف": دون إصدار أي أحكام، مع القيام بأمر معين في نفس الوقت، بطريقة فعالة، التركيز على الأمور التي تتم بشكل جيد، التركيز على ما تحصل عليه.
- خاصية الفكر المهدب.
- سلوكيات الطيبة / الشفقة.
- مهارات جدلية.

● الفعالية الشخصية:

- مهارات للتحصل على ما نريده (الهدف/ العلاقة/ الإحترام)، قول "لا" و القيام بطلب.
- مهارات لتعزيز الشعور بالرضا في العلاقات.
- مهارات المسار الأوسط في العلاقات: تحقيق التوازن في العلاقات والحفاظ عليه، وتحقيق التوازن بين القبول والتغيير في العلاقة.

● الفاعلية من أجل الوصول الى هدف معين:

- وصف الأحداث الخاصة بوضعية معينة.
- التعبير عن الرأي، والمشاعر.
- تأكيد الذات من خلال تقديم طلب واضح أو التكلم بوضوح.
- المكافأة / التعزيز في التعامل مع الآخرين لكي نحصل على ما نريده. وشرح نتائج حصولنا على ما نريده للطرف الآخر.
- التحفيز من خلال التركيز على أهدافنا.
- التفاوض: يجب أن يكون الشخص جاهزاً لكي يعطي حتى يتلقى. سؤال الطرف الآخر ما سيفعله لو كان مكانك.

● فاعلية في العلاقات وإحترام الذات:

- الطيبة و التهذيب في التعامل مع الآخرين.
- إظهار الإهتمام للآخر من خلال الإستماع لكلامه.
- تحقق من صحة وجهة نظر الشخص الآخر. قل بأنك تفهمه.
- التحمس. إستخدام الفكاهة ، إظهار الود والدفء.



- الإخلاص، صادق، التحقق من صحة كل من وجهة نظرك وكذا رأي الآخر. لا تكذب. لا تبالغ.
- لا تعتذر بشكل مفرط.
- كن عادلاً مع نفسك ومع الآخرين.
- تمسك بقيمتك ولا تتخلى عنها من أجل الآخرين.

● **العناية بالروح من خلال الإعتناء بالجسد:**

- خذ P : Prenez
- أخذ الوقت الكافي للنوم L: Le temps de bien dormir
- تجنب المخدرات والكحول E: Éviter drogue et alcool
- تغذية متوازنة A: Alimentation équilibrée
- معالجة الأمراض العضوية S: Soignez vos maladies physiques
- ممارسة التمارين الفيزيائية كالرياضة .E: Exercices physiques

● **بناء إتقان المرء (يصبح ليصبح خبيراً):**

- جعل العميل يقوم بأشياء تجعله يشعر بالكفاءة والفعالية كسلوك يبعد عنه اليأس والعجز.
- جعل العميل يخطط للقيام بشيء واحد على الأقل (كل يوم) لجعله يشعر بالإنجاز.
- التخطيط للنجاح وليس للفشل.
- القيام بشيء صعب ، ولكن ممكن.
- جعل العميل يقوم بزيادة مستوى صعوبة ما يحاول القيام به تدريجياً
- إذا كانت الخطوة الأولى صعبة للغاية بالنسبة له، نجعل العميل يقوم بشيء أسهل قليلاً (في الحصة القادمة).

● **العاطفة الحالية:**

- جرب مشاعرك كموجة.
- التركيز على الأحاسيس الجسدية للإنفعالات.
- نجعل العميل يتذكر بأنه ليس إنفعالاته.
- تدريبه على حب إنفعالاته.

الاستراتيجيات الجدلية:



نقصد بالإستراتيجيات الجدلية عملية التوفيق بين وجهات النظر المتعارضة للمريض والمعالج ، والاستعداد للاستراتيجيات الأساسية التي تؤدي إلى التحقق من صحة الافكار أو تغييرها. ولتحقيق ذلك يجب على المعالج النفسي أن يتحلى ببعض الصفات مثل: الإستقرار و المرونة، أن يكون شخصية مريحة ومؤثرة. شخص يأخذ بعين الإعتبار قدرات المريض وحدوده، أن يكون في حالة تأهب و متحمس و واثق من نفسه. إضافة الى إتقانه للإستراتيجيات الجدلية المتمثلة في ما يلي:

- الإستدلال الديالكتيكي: ضع في إعتبارك المنطق والتجربة. فمثلا إذا قال المريض "إذا رفضت طلب رب العمل، سيشعر بخيبة أمل ". وهنا يمكن للمعالج النفسي أن يقول: "دعنا نجرب، ربما لن يغضب رب عملك منك، أو ربما سيحترمك أو سنتعلم كيف تعبر عن ما تريده".
- هذا و ذلك، وليس " لا هذا أو هذا".
- الدخول في المفارقة: تسليط الضوء على الجوانب المختلفة للأفكار والسلوكيات من المريض، ومن المعالج، ومن العلاج، ومن الحياة لإظهار أن ما يبدو متناقضا يمكن أن يكون متوافقاً أيضاً.
- محامي الشيطان: أن أذكر بطريقة متطرفة (أنا بحاجة ماسة إلى أن أكون محبوب من الجميع) ، وإتخاذ موقف واحد من المريض و يتخذ المريض الموقف الآخر. (Thanh-Lan Ngô, 2014)

2. العلاج بالتقبل والإلتزام

تعريفه:

هو نهج معرف سلوكي عابر للتشخيص ويعرض العميل تقبل ما ليس له القدرة على التحكم فيه، والإلتزام بإتخاذ أفعال لازمة ومهمة للحصول على حياة غنية بالصدى مع قيمهم. فحسب العلاج بالتقبل والإلتزام المعاناة لا تصور على أنها مرضية بطبيعتها ، لكنها ناتجة عن موقف عالق يجد العميل نفسه فيه.

مبادئ العلاج بالتقبل والإلتزام:

• التقبل:

المبدأ الأساسي الأول هو ما يسمى "التقبل" من قبل معظم ممارسي وعلماء العلاج بالتقبل والإلتزام. بينما يطلق البعض على هذه القدرة "التوسع" لأن المفاهيم الأخرى مرتبطة بكلمة «قبول». بدلا من



محاولة دفعهم بعيداً وقمعهم.، فإنه يشير الى ممارسة إفساح المجال للمشاعر غير السارة ، والتصورات، والرغبات.

• اليقظة:

حسب Harris (2006) نقصد باليقظة الإتصال باللحظة الحالية أي العيش في الوقت الحاضر، والتفكير في ما نقوم به، وإضفاء الوعي الكامل على واقع هنا والآن بشفافية وفضول وتقبل. بدلاً من الخوض في الماضي أو القلق بشأن المستقبل، نحن مرتبطون إرتباطاً وثيقاً بما يحدث هنا والآن. (دافيدسون ميلر، د.ت).

• الإلتزام:

نقصد به أن يضع الشخص أهدافاً ويتصرف وفقاً لهذا المبدأ الأخير. وهنا يفهم الشخص أنه من خلال إتخاذ إجراءات فعالة، مدفوعة بالقيم المختارة، يتم تأسيس الحياة الغنية وذات المغزى الذي يرغب فيه. هل لدى المتابعين سجل مثالي في تحقيق أهدافهم؟ لا، بالطبع لا ، ولكن المبادئ موجودة لتذكير الشخص بالسلوكيات التي ستساعده على تحقيق الحياة المتخيلة. أخيراً، الأمر متروك لكل شخص لتوفير الإرادة والطاقة لإتخاذ الإجراءات اللازمة. . (دافيدسون ميلر، د.ت).

التقنيات:

• انفصال الظواهر عن الذات:

يتم تشجيع العميل على رؤية الظواهر على أنها منفصلة عن ذاته. فمثلاً قد يقول لنفسه: "أواجه الفكر أنني شخص سيء". بدلاً من القول : "أنا شخص سيء". كما تنص هذه التقنية على تجربة الأفكار والمشاعر عند ظهورها، دون الحكم، وتقييم، أو محاولة تغيير أو التجنب. (حلوان، 2019، ص.84).

• اليأس الإبداعي:

يعتبر اليأس الإبداعي أسلوب علاجي إختياري في العلاج بالتقبل والإلتزام ، يلجأ إليه المعالج عندما يلاحظ بأن المفحوص متعلق بشكل مفرط بإستراتيجيات التحكم العاطفي . نطلب من المفحوص أن يتقن بشكل صريح كيف تعمل هذه الإستراتيجيات : هل يقوده ذلك الى حياة ثرية ، تامة وملئية بالمعنى، أو تقوده الى المكافحة والمعاناة ؟ بإمكاننا فعل ذلك على شكل تدخل علاجي مطول على مدار الجلسة العلاجية ، أو على شكل تدخل علاجي مختصر لا يتطلب سوى بعض الدقائق ويعتمد



هذا التدخل على ثلاثة أسئلة بسيطة: ما الذي حاولت فعله؟ كيف كان عمل وأداء ما فعلته؟ ما الذي نتج عن ذلك أو التكاليف الناتجة عما فعلته؟ ويجب الإنتباه الى أننا لا نسعى الى إقناع المفحوص بعدم فاعلية تصرفاته أو أفعاله، وإنما نريده أن يفهم بأن من خلال البرنامج العلاجي ، فإنه هو من يحكم على نفسه، حسب تجاربه الخاصة، إن كان التحكم يثري حياته أم لا. (هاريس،2009،ص.18).

• **صرف الإنتباه:**

بعد تقبلنا للمشاعر الغير مرغوب فيها، نركز إهتمامنا على شيء أكثر أهمية ونو مغزى من المشاعر نفسها ، على سبيل المثال قد نختار التركيز على النشاط الذى نقوم به ، أو العثور على نشاط جديد والتركيز على ذلك. (هاريس، 2009).

• **التحكم والصراع مع الأفكار هو المشكلة وليس الحل:**

يجب مساعدة المفحوص على التفريق بين التالي: أذكر الفرق بين ما هو موجود وما هو غير خاضع للتحكم، التوقف عن محاولة التحكم في ما لا يمكنه التحكم فيه، ممارسة التحكم بنشاط على ما يمكنه التحكم فيه، إذا كان ذلك مفيداً طبعاً. (هاريس،2020).

المحاضرة السابعة

العلاج السلوكي المعرفي لإضطرابات الأكل

تعريف إضطرابات الأكل:

إضطرابات الأكل تعبر عن إختلال في سلوك تناول الطعام وعدم الإنتظام في تناول الوجبات ما بين الإمتناع القهري أو التكرار القهري لتناول الأكل في غير مواعيدها وبكميات تزيد أو تنقص عن ما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد وما يحتاجه الجسم. (مصطفى،2019).

في هذه المحاضرة سوف نكتفي بإضطراب الشره العصبي (البوليميا) وفقدان الشهية العصبية (الأنوريكسيا)، ولن نتطرق الى الإضطرابات الأخرى لأنها تتطلب برنامجاً علاجياً مركباً و أكثر تعقيداً. ولكن قبل كل شيء يجب أن نعطي لمحة عن ماهية الاضطرابين.

وحسب معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للإضطرابات النفسية DSM5 فإن الاعراض تتمثل في ما يلي:

A. نوبات معاودة من الشره عند الأكل وتتصف النوبات بما يلي:



1. أكل مقدار من الطعام أكبر بشكل كبير مما يأكله معظم الناس أثناء نفس الفترة من الوقت وتحت نفس الظروف وذلك في فترة منفصلة من الوقت.
2. إحساس بإنعدام السيطرة على الأكل أثناء النوبة (مثل الإحساس بأن المرء لا يستطيع التوقف عن الأكل أو السيطرة على ما هيبة أو مقدار ما يأكل).
- B. تتوافق النوبات بشراهة مع ثلاثة أو أكثر مما يلي:
 1. الأكل بسرعة أكثر بكثير من المعتاد.
 2. تناول الطعام حتى الشعور غير المريح بالإمتلاء.
 3. تناول كميات كبيرة من الطعام عند عدم الشعور بالجوع فيزيائياً.
 4. تناول الطعام على إنفراد بسبب الشعور بإحراج من كمية الطعام المتناولة.
 5. الشعور بالإشمئزاز من الذات، والإكتئاب، أو الذنب الشديد بعد ذلك.
- C. تواجد إحباط ملحوظ إتجاه الأكل بشراهة.
- D. تحدث الشراهة عند الأكل، كمعدل وسطي مرة أسبوعياً على الأقل لمدة 3 أشهر.
- E. لا يتوافق الشره عند الأكل مع سلوكيات تعويضية غير مناسبة من النهم العصبي أو فقدان الشهية العصبي. (مصطفى، 2011، ص.209).

أما اضطراب فقدان الشهية العصبي فهو اضطراب نفسي شائع ويمس النساء خاصة. ويعد الطبيب الإنجليزي وليام ويزي جيل أول من إستعمل هذا المصطلح في عام 1868 وذلك ليميز شكلاً خاصاً من أشكال الإضطراب النفسي، حيث أنّ السمة الرئيسية فيه هو الدافع أو السعي الى النحافة وإعتقاد الشخص بأنه سمين وبالتالي الإنشغال بهذا الأمر والشعور بالقلق من شكل الجسم. (الدسوقي، 2006).

الدخول للمستشفى:

يرى موس (1998) أنّ الحالات الحادة لفقدان الشهية العصبي تتطلب الدخول للمستشفى لتلقي العلاج المتضمن التغذية الصناعية عن طريق الأنابيب، ويعتبر الخطوة العلاجية الأولى. وحسب Neuman & Halvorson (1983) فإنّ الحالات التي يجب أن يتم إدخالها للمستشفى هي:

- حالات الهزال الشديد أو الضعف البدني التي تتضمن فقد في الوزن أكثر من 30 بالمئة لمدة تزيد على ثلاثة أشهر.
- حالات الإكتئاب المزمن والتفكير في الإنتحار.



- حالات إساءة استخدام المشروبات الكحولية وتناول المخدرات، وعدم القدرة على مواجهة ضغوط الحياة.
- الحالات التي تتضح فيها أو تظهر عليها الآثار الجانبية الجسمية التي تتمثل في انخفاض درجة الحرارة الجسم الى أقل من 36 درجة ، وانخفاض دقات القلب الى أقل من 40 دقة في الدقيقة، و انخفاض ضغط الدم الإنقباضي الى أقل من 70 ميليمتر زئبق، وانخفاض نسبة البوتاسيوم الى أقل من 2.5. (الدسوقي،2006،ص.126).

التربية النفسية:

من المهم أن يشتمل العلاج النفسي على المكون التعليمي الذي يأخذ شكل التربية النفسية من خلال التكلم عن مخاطر التجويع الذاتي ومناقشة المريض بخصوص القضايا التي تتعلق بالغذاء وعادات تناول الطعام، والقضايا التي تتعلق بشكل الجسم. وذلك بغرض تحدي المعتقدات الغير واقعية والتي يؤمن بها المريض وإزالة الأنماط الغذائية الغير صحيحة وتقوية وتدعيم أنماط الأكل الصحيحة وتعديل السلوك. (الدسوقي،2006).

ويمكن الإستعانة هنا بمختص في التغذية كخبير لمساعدة المريض على التعرف أكثر على حالته وإتباع النظام الغذائي أو الحمية المناسبة لوضعه الصحي، هذا إضافة الى الإستعانة بطبيب مختص لأن بعض من الحالات قد تصاب بأمراض معينة بسبب اضطرابات الأكل.

الإجراءات العلاجية:

حسب دليل المعلومات الخاص باضطرابات الأكل والموجه الى المرضى للباحث جولي Goulet و شالولت Chaloult و نجو Ngo (2015) فيجب إتباع الخطوات التالية :

- أولاً وقبل كل شيء يجب أن يفهم المريض بشكل جيد اضطرابات الأكل وذلك بمساعدة العالج النفسي وكذا فهم عواقبها على الصحة وعلى الجانب النفسي للمريض.
- تحديد الأهداف العلاجية بمساعدة المعالج النفسي من أجل وضع خطة علاجية مناسبة لحالته.
- يمكن للمريض أن يقوم بمراجعة طبيبه لمساعدته ببعض الأدوية أيضاً.
- الملاحظة الذاتية : ونعني بها مراقبة العوامل التي تؤثر على التغذية عند المريض والعلاقة بين الأكل والأحداث والأفكار والعواطف والانفعالات. وذلك من أجل فهم جيد للأعراض وتتبع تطورها. كما سوف تساهم هذه التقنية في تعزيز التحفيز عند المريض . (سوف نضع في متناول القارئ نموذج عن جدول الملاحظة الذاتية في الصفحات القادمة).



- قياس الوزن بشكل منتظم: من المهم أن يقوم المريض بوزن جسمه بشكل أسبوعي (في نفس اليوم من كل أسبوع) ومن خلال إستعمال نفس الميزان . ويمكن أن يكون ذلك خلال الحصة العلاجية مما سيسمح للمريض بالتخلص من ميزانه الشخصي وتجنب وزن نفسه بشكل مستمر في المنزل. الهدف من قياس الوزن هو التقييم التدريجي لتطور الوزن، كما سيقوم المعالج النفسي بتحويل قياس الوزن بشكل مخططات بيانية تسهل ملاحظة التطورات بشكل واضح. كما يجب أن يناقش المريض مخاوفه مع المعالج، و تعلم كيفية التقريب بين التغييرات التي لها دلالة والتغييرات التي ليس لها دلالة. المنحنى البياني رقم (01): تقييم الوزن عبر الزمن.

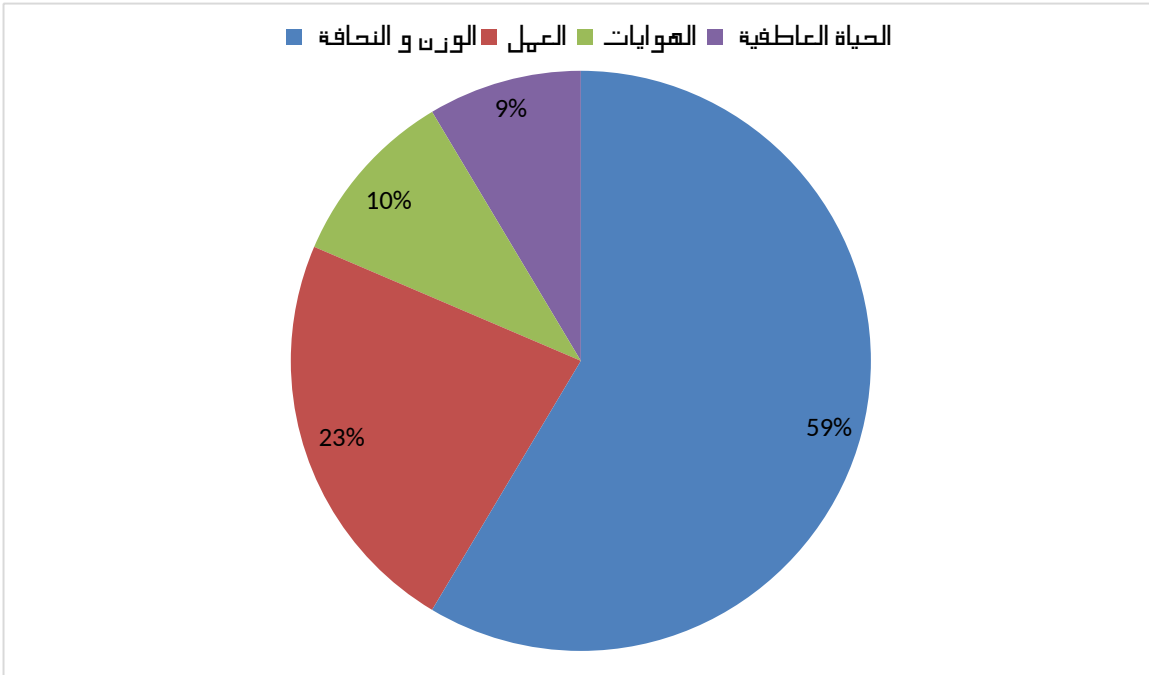
| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

- بحيث يعبر الخط الأفقي على عدد الأسابيع أما الخط العمودي فعلي تطور وزن الحالة، ومن المهم وضع تاريخ أخذ الوزن في كل ورقة خاصة بالمخطط البياني لترفق مع ملف الحالة.
- تحديد وقت مخصص للأكل: ولا نقصد هنا التحكم في نوعية أو كمية الأكل التي يستعملها المريض وإنما الهدف هنا تقليل فترات الصيام. وتتم العملية في اليوم الذي يسبق يوم التطبيق في الورقة المحددة للمراقبة الذاتية. بحيث يتكون من ثلاثة وجبات إضافة الى وجبتين خفيفتان أو ثلاثة. وفي بعض الحالات يجب الإنطلاق بأهداف صغيرة وتطويرها بشكل تدريجي. مثلاً: 8سا00 وجبة , 10سا 30 وجبة خفيفة, 12سا 15 وجبة, 15سا وجبة خفيفة, 18سا 30 وجبة العشاء, 21سا وجبة خفيفة للأمسية. فالهدف هو أن لا يبقى المريض بدون أكل لأكثر من 4 ساعات (طبعاً لا نتكلم هنا عن الليل). كما يجب التخطيط لعملية شراء الأكل وعدم تناول الأغذية التي تشكل خطراً على الصحة.
- نستعمل جدول مراقبة الذات للتعرف على العوامل المطلقة للأعراض المرضية، مثل بعض الأحداث أو السياقات. فمثلاً : ينصح للحالات التي تعاني من البوليميا بتناول الوجبات على



الطاوله في المطبخ أو المكان المخصص لذلك. والتركيز على الأكل فقط، وتجنب التركيز على كتاب أو الموسيقى أو التلفزة أو العمل أثناء الأكل وغير ذلك. كما ينصح بالأكل ببطء ومحاولة الإستمتاع بمذاق الأكل مما يسمح أيضا بالتعرف على العلامات التي تدل على الوصول للشبع و بالتالي التوقف. كما نصح أيضا بوضع الأكل في الصحن وعدم الأكل مباشرة من إناء الطبخ بالنسبة لحالات البوليميا. (اضطراب الشراهة المفرطة).

- يجب على المعالج النفسي وضع قائمة خاصة بالأغذية التي يجب تجنبها لأنها تشكل خطراً على صحة المريض.
 - هناك عوامل أخرى تجعل الأعراض تظهر مثل الشعور بالوحدة أو الملل أو عدم النشاط. وفي هذه الحالة يجب تحضير قائمة للنشاطات التي يمكن القيام بها عندما يشعر المريض بهذا الأمر. و من المهم ان تكون نشاطات ممتعة ، علائقية، جسدية كالرياضة أو الألعاب مثلاً. و يمكن وضعها في ورقة يحتفظ بها المريض ويستعملها عندما يلزم الأمر ذلك.
 - تقييم مدى المبالغة في إعطاء الأهمية للنحافة والوزن : لقد أظهرت الدراسات الإكلينيكية بأن هناك خطر حدوث إنتكاس الحالة وخاصة عند المراهقين إذا لم تم معالجة الإفراط في التركيز على النحافة والوزن. وجعل المريض يرى المكانة التي تأخذها هذه الانشغالات في حياته مقارنة بأمور أخرى كالعمل، الحياة العاطفية، الرياضة، الأسرة... وغير ذلك.
- مثل: الشكل رقم (01): تقييم الإنشغالات اليومية.



المصدر: (2015, Ngo, Chaloult, Goulet).

- جعل المريض يفكر في الامور التي تعتبر أكثر أهمية في حياته إنطلاقاً من هذه البيانات. وإعادة ترتيب حياته والأولويات.



- مراقبة شكل الجسم والصورة الجسدية بإفراط : هي من الأمور التي يقوم بها المريض بإضطرابات الأكل. مثل النظر الى أجزاء معينة في الجسم في المرأة وقياسها باستمرار. مما يساهم في زيادة الشعور بالتوتر والقلق، وينصح بتسجيل هذه السلوكيات ودرجة تكرارها اليومي في جدول مراقبة الذات.
- هناك حالات أخرى تقوم بتجنب الخروج أو تجنب إرتداء ملابس معينة أو تجنب إظهار الجسد امام الزوج . يمكن للمعالج في هذه الحالة أن يساعد المريض ان يضع قائمة للألبسة التي تعجبه و لكن لا يقوم بإرتدائها بسبب إنشغاله بفكرة الوزن أو أفكاره الأوتوماتيكية حيال ذلك. وينصح بالقيام بذلك بشكل تدريجي بحيث تزداد درجة الصعوبة أكثر فاكثراً.
- هناك حالات تقوم بمقارنة نفسها بأشخاص آخرين مثل عارضات الازياء والممثلات وغير ذلك. ويمكن في هذه الحالة القيام بتمرين بسيط يتمثل في ملاحظة أشخاص (من نفس الجنس ومن نفس العمر) في الشارع بشكل عشوائي. هذا التمرين سوف يجعل المريض يلاحظ أنّ هناك تنوع كبير في أشكال الاجساد البشرية.
- يشعر الشخص بانه سمين من خلال القول : "اشعر بأنني سمين , فهذا يعني انني سمين فعلاً". مع أنّ هناك أناس يعتقدون بأنهم فعلاً يعانون من السمنة ولكن لا يتجهون الى البوليميا . ننصح المريض الذي تراوده هذه المشاعر والأفكار بأن يراقب متى وأين يشعر بهذا الأمر ومدى تكرارها وذلك من خلال إستعمال جدول مراقبة الذات. فليس هناك أي علاقة بين الشعور بأنني سمين وبين أن أكون سمين فعلاً. فحتى الأشخاص الذين يعانون من الأثوريكسيا يعتقدون بأنهم يعانون من السمنة مع أن وزنهم أقل من النحافة العادية.
- التركيز المفرط على الوزن يجعل الفرد يركز كل إهتمامه على الأمور التي تثبت إعتقاداته ولا يركز على الامور التي تنفيها.
- يمكن للحالة القيام بالتمرين التالي: مراقبة الشعور بأنه سمين لعدة أيام وتقييم حدتها بشكل يومي على سلم يتراوح بين 0 الى 10 . وتسجيل الأوقات والأحداث التي تجعل حدتها تزيد.
- الخطوات القادمة الخاصة بالانوريكسيا هي الرجوع بشكل تدريجي بتناول الاغذية التي تتجنبها الحالة (الأغذية التي تحتوي على سرعات حرارية كبيرة)، ولتحقيق هذا يمكن للحالة أن تحدد من 5 الى 10 أغذية لشرائها والبداية تكون مع ما هو سهل الى ما هو صعب وتسجيل درجة صعوبة الفعل ومن الأفضل أن يكون إستهلاكها بكميات قليلة والزيادة منها تدريجياً. وتناولها ببطئ شديد. يمكن أيضاً إدراج التمارين الخاصة بتناول الأكل في بعض الأماكن أو مع بعض الأشخاص (الأمر الذي كان يتجنبه العميل سابقاً).



- المحافظة على تحفيز الحالة أمر ضروري جداً يجب على المعالج النفسي العمل عليه مع الحالة بشكل مستمر لتجنب الانتكاس. كما يجب أن يشرح المعالج مسألة إنتفاخ البطن بعد تناول الطعام والراجع الى أن المعدة تأخذ وقتاً طويلاً قبل تفريغها. لأن هذا الأمر قد يساهم في شعور الحالة بالتوتر وعدم التحفيز. مع التركيز على الإختيار الجيد للمأكولات وتجنب تناول الأغذية الغنية بالألياف أو المياه الغازية. كما يجب تجنب الألبسة الجذ ضيقة والتي يمكن لها أن تعزز الشعور بالإنتفاخ.
- عندما يتم الوصول الى الوزن المرغوب به، فيجب السعي الى المحافظة عليه من خلال الإستمرار على العادات الصحية في الأكل. ومواصلة التمرينات العلاجية ومراقبة علامات الإنتكاس وما يمكن القيام به في هذه الحالة من خلال جدول مراقبة الذات.

المحاضرة الثامنة

العلاج السلوكي المعرفي لإضطراب توهم المرض

تعريف إضطراب توهم المرض:

إضطراب توهم المرض هو حالة عصابية متمثلة في إعتقاد الحالة بإصابتها بمرض معين دون وجود أي دليل طبي على ذلك، ودون وجود أي أساس عضوي بهذا المرض المزعوم. فينتج عن ذلك زيادة إهتمام المريض بنفسه مع الشعور بالضيق وعدم الثقة والشعور بالنقص. كما ومن شأنه أن يعيق ذلك قدرة الفرد على مواجهة أقل الحاجات اللازمة لأداء وظيفة مناسبة والإنشغال الدائم بإحتمال الإصابة بإحدى الأمراض العضوية الخطيرة والسعي الى القيام بالفحص الطبي المستمر. (الخليل، 2001).

العملية التقييمية:

يساهم التقييم في وصف مشاكل المريض بدقة والتعرف على مصدرها والعوامل المساهمة في إستمراريتها من خلال التعرف على الأعراض التي يعاني منها . ومن أهدافها :

- التحليل المعرفي السلوكي لمشاكل المريض (الأعراض والمعتقدات والأفكار والعواطف).
- التعرف على العميات النفسية التي تساهم في الإضطراب.



- التأكد من التشخيص .
- فهم مشاعر المريض.
- تغيير نظرتة لمشاكله والتي تتسم بالشتائم والدراماتيكية وجعلها أكثر واقعية.

مجرياتها:

- البحث الدقيق في تفاصيل المشكلة وكيفية تأثيرها على الحالة الإجتماعية للمريض.
- تحديد الحدث المفجر و العوامل المساهمة في زيادة الأعراض.
- التعرف على الحالة الصحية للمريض بدقة.
- طرح الأسئلة التي تساعد في التعرف على تأويلات المريض السلبية وإستجاباته بخصوص وضع صحته مثل:
- " إذن فأول شيء لاحظته فهو وخز في الأصبع "بماذا أحسست عندما شعرت بذلك الوخز؟ هل كان الوخز بداية إشارة تدل على وجود شيء خطير؟ "
- "عندما إعتقدت بأنّ الوخز يعني أنّ لديك مرض التصلب العصبي المتعدد"، "كيف أثر ذلك عليك في تلك اللحظة؟".
- "كيف جعلك هذا تشعر ب...؟ "
- " ما الذي فعلته ؟ ...ما الذي دفعك للاهتمام ب.....؟"
- "كيف حاولت التعامل معه...؟"

في ظل 30 د الى 1 سا يتم وضع صياغة أولية للعوامل المطلقة لجعل المريض يفهم بأن المشكلة متعلقة بالقلق و ليس بوجود مرض جسدي فعلاً.

2. عرض برنامج علاجي وجيز على المريض بشكل منظم وسلس وتحديد الأهداف العلاجية ووضع خطة للإنتكاس.

3. المراقبة الذاتية : وضع سجل موجز للأنشطة خلال الاسبوع كاملا من خلال التركيز على حدوث الاعراض الجسدية و قلق الصحة : الأنشطة التي يتقادها المريض و الأنشطة التي قام بها من اجل الانشغال الطبي بحالته مثل الاحساس بالنبض بشكل مفرط او الذهاب للطبيب بكثرة. تسمح هذه الخطوة لمريض بالتعرف على الوقت و الجهد الضائعين في الانشغال بقلق الصحة.



يطلب من المريض تسجيل الاعراض و الاحداث المرتبطة بقلق الصحة والأفكار أيضا وكذا الإجراءات المتخذة حيالها (الأفكار الأتوماتيكية).

تسجل الملاحظات عندما يشعر بالقلق و يسأل نفسه السؤال التالي: "ما الذي خطر على بالي الان؟"

4. مناقشة المعتقدات:

تفسير المريض لأحاسيسه الجسدية على انها اكثر تهديدا مما هي عليه في الواقع , و هنا يجب على المعالج أن يقوم بالتخفيف من هذه التفسيرات وبناء فهم بديل للمشكلة من خلال مناقشة الاحتمالات الممكنة. فمثلاً: ألم المعدة قد يكون سببه التوتر وليس عرضاً لمرض خطير . (Warwick, Sal-1990,kovskis).

5. تقنية الهرم المقلوب: نكذب من المريض ادراك المخاطر بشكل متزايد اي تقدير العدد الحالي من الافراد الذين يشعرون بنفس شعور ألم المعدة في محيطه و ما هي التفسيرات التي يعطونها لهذا. (تدريب منزلي). (2004,Taylor, Asmundson)

6. تقنية إعادة التوزيع: من خلال توليد تفسيرات بديلة أقل تهديداً للأحاسيس الجسدية التي يشعر بها من خلال طرح الأسئلة التالية: ما هي مزايا و عيوب التفكير بهذه الطريقة؟ ما هو الدليل الذي يدعم تفسيرك؟

7. التجارب السلوكية : الهدف منها ما يلي:

- إثبات أن الكارثة التي يخافها لن تحدث.
- إكتشاف أهمية سلبية التفكير في مشكلته.
- معرفة ما اذا كانت الاستراتيجيات البديلة قيمة.
- إيجاد دليل على فشل التفسير القائم على المرض.

8. تجربة الإنتباه الإنتقائي :

نطلب من العميل التركيز على جزء من جسده لعدّة دقائق (عضو لا يشتكي منه) ونطلب منه وصف الأحاسيس الجسدية التي لاحظها. مثل الضيق في الحنجرة، وخز في القدمين وغير ذلك. (Taylor, 2004, Asmundson)

9. تجربة التوقعات و التكهّنات :



يقوم المعالج بإنتاج أحاسيس مماثلة لتلك التي يشتمكي منها المريض مثل تسارع نبضات القلب كجعله يجري في السلام لفترة محددة أو قطع تنفسه لبعض من الثواني لتجربة إحساس ضيق التنفس...إلخ و التشكيك في التفسيرات الكارثية التي يقدمها المريض لتلك الأعراض.(Salkorskis, Warwick, 2021)

10. تجربة التعامل مع الاستشارات الطبية :

نطلب من المريض التقليل من زيارة الطبيب (تقنية تأجيل الزيارة للمدة معين فاصلة بين الشعور بالعرض والزيارة) : مثلاً 10 ايام . (Warwick, Salkovskis, 1992).

منع الإنتكاس:

من خلال جعل المريض يحدد الإفتراضات الخاطئة التي يمكن أن تفعل الأعراض الجسدية ونوبات القلق، أي وضع قائمة للإحتمالات الممكنة لتفسيرها بشكل عقلائي . (المرجع نفسه، 1992).

المحاضرة التاسعة

العلاج السلوكي المعرفي لإضطراب فرط الحركة و نقص الإنتباه

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

تعريف اضطراب فرط الحركة و تشتت الإنتباه:

يعتبر إضطراب فرط الحركة و تشتت الإنتباه من الإضطرابات الشائعة في العالم وقد لاقت إهتماماً كبيراً من طرف الباحثين في علم النفس سواء على المستوى الإكلينيكي لمعرفة أسبابه وأعراضه ، أو على المستوى الميداني التطبيقي والذي يُعنى بدراسة وتطوير الطرق العلاجية والتدخلات النفسية. وقد كان هناك عدد هائل من الأبحاث التي تناولت علاج إضطراب فرط الحركة و تشتت الإنتباه حسب مختلف المدارس النفسية ، ولكن ما يهمننا في هذه المحاضرة هو التطرق الى كيفية علاج هذا الاضطراب حسب المدرسة السلوكية المعرفية. وقبل الدخول في صلب الموضوع من المهم أن نذكر بماهية هذا الإضطراب ووصف أعراضه بشكل مختصر.



حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية والنفسية في نسخته الخامسة فإن أعراض اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تتمثل في التالي:

A نمط مستمر من عدم الانتباه و/ أو فرط الحركة ~ الإندفاعية يتداخل مع الأداء أو التطور ، كما يتظاهر ب (1) و/ أو (2).

1. عدم الانتباه: ستة من الأعراض التالية أو أكثر إستمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرة على النشاطات الإجتماعية والمهنية / الأكاديمية.

ملاحظة: إنّ الأعراض ليست فقط مظهراً من مظاهر السلوك الإعتراضي والعدائية ، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات بالنسبة للمراهقين الأكبر سناً وبالغين (سن 17 فما فوق)، فيلزم خمسة أعراض على الأقل.

(a). غالباً ما يخفق في إعارة الإنتباه الدقيق التفصيلي أو يرتكب أخطاء دون مبالاة في الواجبات المدرسية أو في العمل أو في النشاطات الأخرى (مثلاً إغفال أو تفويت التفاصيل، العمل غير الدقيق).

(b). غالباً ما يصعب عليه المحافظة على الإنتباه في أداء العمل أو في ممارسة النشاطات (مثلاً صعوبة المحافظة على التركيز خلال المحاضرات، المحادثات أو القراءة المطولة).

(c). غالباً ما يبدو غير مصغ عند توجيه الحديث إليه مباشرة. (عقله يبدو في مكان آخر مثلاً، حتى عند غياب أي ملهي واضح).

(d). غالباً لا يتبع التعليمات و يخفق في إنهاء الواجب المنزلي أو الأعمال الروتينية اليومية أو الواجبات العملية (يبدأ المهام مثلاً ولكنه يفقد التركيز بسرعة كما يلتهي بسهولة).

(e). غالباً ما يكون لديه صعوبة في تنظيم الهام والأنشطة (الصعوبة في إدارة المهام المتتابعة مثلاً ، صعوبة في الحفاظ على الأشياء والمتعلقات الشخصية بانتظام، فوضوي ، غير منظم العمل، يفقد لحسن إدارة الوقت ، والفشل في الإلتزام بالمواعيد).

(f). غالباً ما يتجنب أو يكره أو يتردد في الإنخراط في مهام تتطلب منه جهداً عقلياً متواصلاً (كالعمل المدرسي أو الواجبات المنزلية ، للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين إعداد التقارير وملئ النماذج ، مراجعة الأوراق الطويلة).



(g). غالباً ما يضيع أغراضاً ضرورية لممارسة مهامه وأشطته (كالمواد الدراسية والأقلام والكتب والأدوات والمحافظ والمفاتيح والأوراق والنظارات والهواتف النقالة).

(h). غالباً ما يسهل تشتيت إنتباهه بمنبه خارجي (للمراهقين الأكبر سناً وعند البالغين قد تتضمن أفكاراً غير ذات صلة).

(i). كثير النسيان في النشاطات اليومية (مثل الأعمال الروتينية ، إنجاز المهام ، للمراهقين الاكبار سناً وعند البالغين ، إعادة طلب المكالمات ، دفع الفواتير، والمحافظة على المواعيد).

2. فرط الحركة ~ الإندفاعية : ستة من الأعراض التالية إستمرت لستة أشهر على الأقل لدرجة لا تتوافق مع المستوى التطوري والتي تؤثر سلباً ومباشرة على النشاطات الإجتماعية و المهنية / الأكاديمية.

ملاحظة: إنّ الأعراض ليست فقط مظهراً من مظاهر السلوك الإعتراضي والعدائية ، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات . بالنسبة للمراهقين الاكبر سناً والبالغين (سن 17 فما فوق)، فيلزم خمسة أعراض على الأقل.

(a). غالباً ما يبدي حركات تمللمل في اليدين أو القدمين أو يتلوى في كرسيه.

(b). غالباً ما يغادر مقعده في الحالات التي يُنتظر فيها منه أن يلازم مقعده. (في صفوف الدراسة أو المكتب أو أماكن العمل الأخرى أو في الحالات التي تتطلب ملازمة المقعد.

(c). غالباً ما يركض أو يتسلق في مواقف غير مناسبة (قد يقتصر الأمر عند المراهقين أو البالغين على إحساسات الشعور بالإنزعاج).

(d). غالباً ما يكرن لديه صعوبات عند اللعب أو الإنخراط بهدوء ضمن نشاطات ترفيهية.

(e). غالباً ما يكون متحفزاً أو يتصرف كما لو أنه مدفوع بمحرك. (لا يرتاح للثبات في شيء معين لفترات مطولة كما في المطاعم أو الاجتماعات حيث قد يلاحظ الآخرون صعوبة التماشي معه).

(f). غالباً ما يتحدث بإفراط.

(g). غالباً ما يندفع للإجابة قبل إكمال الاسئلة (يكمل الجمل للآخرين مثلاً، لا ينتظر دوره عند الحديث).

(h). غالباً ما يجد صعوبة في إنتظار دوره. (عند الإنتظار في الطابور مثلاً).



(i). غالباً ما يقاطع الآخريين أ, يقحم نفسه في شؤونهم (مثلاً في المحادثات، والالعاب، أو الأنشطة ، قد يبدأ في إستخدام أشياء الآخريين دون أن يطلب أو يتلقى الإذن ، بالنسبة للمراهقين والبالغين ، قد يتدخل أو يستولي على ما يفعله الآخريين).

B. وجود بعض أعراض فرط الحركة ~ الإندفاعية أو أعراض عدم الإنتباه قبل عمر 12 عام.

C. وجود بعض أعراض فرط الحركة ~ الإندفاعية أو أعراض عدم الإنتباه في بيئتين أو أكثر (في المدرسة، مثلاً والعمل وفي المنزل ، مع الاصدقاء أو الأقارب أو غيرها من الأنشطة).

D. يوجد دليل صريح على تداخل الأعراض / أو إنقاصها لجودة ، الأداء الإجتماعي أو الأكاديمي أو المهني.

E. لا تحدث الأعراض حصراً في سياق الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر ولا تفسر بشكل أفضل بإضطراب عقلي آخر (مثل اضطراب القلق، اضطراب المزاج، اضطراب تقارقي أو اضطراب الشخصية، الإنسام أو سحب من مادة ما). (الحمادي، د.ت.).

الأسباب:

أولا وقبل كل شيء يجب على المعالج النفسي أن يتعرف على الأسباب الحقيقية وراء الاضطراب حتى يتمكن من وضع خطة علاجية متكيفة مع الحالة ، مع الاحد بعين الإعتبار طبيعة الأعراض وحدتها. فكما هو معروف قد تعود أسباب اضطراب فرط الحركة و تشتت الإنتباه الى عوامل وراثية جينية وقد تعود الى أسباب بيولوجية (وظائف الدماغ) أو الى أسباب نفسية.

التقنيات والإرشادات:

هذه التقنيات التي سوف نذكرها هنا تهدف الى تعديل السلوكيات الغير مرغوب فيها وهي كالتالي:

- التعزيز الإيجابي الفوري: لفظيا أو مادياً.
- التغذية الرجعية عن طريق تزويده بمعلومات حول أداءه بطريقة شفوية أو عن طريق الرسم.
- الاستحسان الإجتماعي : الإندماج والإهتمام والمصافحة والتقبيل واللمس للتعبير عن الرضا .
- قاعدة بريمارك: أي بعض الأنشطة المفضلة عند الطفل والتي يمكن إستخدامها كمعزز للسلوك المرغوب به .
- الاقتصاد الرمزي: إعطاء الطفل لصقات أو طوابع للتعبير عن الرضا بخصوص إختفاء سلوكيات معينة .



- إستبعاد أحداث إيجابية : يعرف باسم ثمن الخطأ أي العقاب السلبي عند ظهور سلوك خاطئ من خلال استبعاد شيء يحبه لفترة معينة.
- الوقت المستقطع: إبعاد الطفل عن المشاركة الاجتماعية و لتواصل لوقت محدد.
- النمذجة: ملاحظة نموذج معين عن طريق ملاحظة المعالج أو أحد الوالدين أو طفل آخر اثناء أداء سلوك محدد وإستعمال الصور والقصص والأفلام التعبيرية لتعليمه المهارات الإجتماعية.
- لعب الادوار للتدريب على سلوك معين .
- التعاقد السلوكي : وضع اتفاقية مع الوالدين اذا اكمل التمارين خلال الأسلوب يقومون بأخذه للحديقة مثلا.
- تدريب الأهل والمدرس على تطبيق خطة علاجية مناسبة لأداء المهام وتقديم تقرير يومي للمعالج.
- تعليم الطفل كيفية تحديد اهداف واقعية والعمل على تحسين مهاراته الاجتماعية.
- العلاج باللعب لجعل الطفل يعبر عن مكنوناته و جعله يفهم طريقة تحديد الصعوبات المرتبطة بالاضطراب و فهم طرق التحكم في الانفعالات والسلوكيات و ايجاد حلول و تصور للمواقف من خلال اللعب و سرد الاحداث وتنفيذها و معرفة نتائجها عبر اللعب و تعزيز السلوكيات المرغوبة ...
- إتباع حمية غذائية وإستبعاد المنكهات والمواد الحافظة والألوان والمشروبات الغازية من النظام الغذائي للحالة.
- تدريبات لتعزيز الإنتباه مثل تقديم صور لحيوانات وطلب تسميتها , طلب تجميع الصور التي تشترك في مواصفات معينة , ذكر ارقام معينة و يطلب منه ذكرها , التصفيق عند سماع حرفين أو رقمين...إلخ.

النشاطات التي تقدم في إطار الروضة:

سنتطرق هنا الى عدد من النشاطات المقترحة لعلاج فرط الحركة و تشتت الإنتباه عند أطفال الروضة وذلك حسب شريت (2009) وذلك بغرض تنمية المهارات الإجتماعية عند الطفل والتغلب على المشاكل التي يلاقونها في المدرسة وخارجها وكذا تحقيق وتطوير الإستقلال الذاتي والإعتماد على النفس.

• نشاط جمع الكرات:



يمارس هذا النشاط الذي يستغرق 15 دقيقة في فناء الروضة، حيث يطلب من الأطفال تكوين مجموعتين تتكونان من 3 أفراد، وتتعلق اللعب بتمارين الإحماء الخفيفة كالجري في المكان عينه مع رفع وإنزال الذراعين.

نطلب من الأطفال إختيار لون معين ثم جمع الكرات الموجودة أمامهم والتي تمثل اللون الذي يمثل فريقهم، ووضعها في الصندوق المخصص لذلك ولكن بشرط أن يذهبوا جرياً ويعودوا سيراً لوضع الكرات في الصندوق وذلك في وقت محدد، ثم نقدم هدية للأطفال الذين إنتموا بقواعد اللعبة، إضافة الى التعزيز الإجتماعي عن طريق تشجيعهم بكلمات تحفيزية مثل "برافو"، "جيد جداً".

• نشاط بناء الأهرامات:

نضع أمام كل مجموعة عدد من المكعبات التي تتنوع في اللون و الحجم ، و نطلب من كل فريق تكوين شكل هرمي انطلاقاً من الهرم الأكبر حجماً الى غاية الأصغر حجماً. والفائز هو من ينتهي من بناء الهرم في وقت قياسي وبجاح. وينتهي النشاط بتقديم هدية للأطفال.

• نشاط متاهة الأرنب والجزرة:

نطلب من الأطفال إختيار أرنب لكي قوم بالإنطلاق من نقطة البداية الى آخر نقطة في المتاهة والتي تمثل الجزرة، أي الوصول للهدف وذلك في وقت محدد. والمميز في هذا التمرين هو أننا نعلم الطفل إنتظار دوره بكل هدوء قبل أن يقوم بالعمل المطلوب منه. تنتهي اللعبة بتقديم هدية للفائز مع تحفيزه بكلمات تشجيعية.

• نشاط القفز:

نطلب من الأطفال ان يضع كل واحد منهم يديه على كتف زميله الذي أمامه ، و يقوم كل فريق بالقفز بنفس وضعيته للأمام الى غاية الوصول الى نهاية السباق دون أن ينفصلوا عن بعضهم البعض ، بمعنى أنّ النجاح مرهون بالمشاركة و التضامن. مدة هذا التمرين 10 دقائق.

• نشاط العقبات:

نطلب من الاطفال أن يقوموا بالسير وقف مسار معين و لكن مع تجاوز عدد من العقبات المتمثلة في القفز فوق صندوق معين، الدوران حول شيء ما ، المرور داخل برميل مفتوح من الجانبين وغير ذلك من العقبات الى غاية الوصول الى نقطة النهاية. يمارس هذا النشاط طفل واحد من كل فريق في حين أنّ البقية ينتظرون دورهم.

هذا التمرين يستغرق 15 دقيقة و سوف يساعد الأطفال في تعلم الصبر و التعاون لتحقيق هدف معين.

• حركات الحيوانات:



نختار عدد من الحيوانات حسب عدد الأطفال ونطلب منهم القيام بأداء حركي وإصدار أصوات تشبه حركات وأصوات تلك الحيوانات. مع تقديم تعزيز مادي (هدية، حلوة) للأطفال الذين قاموا بذلك بشكل صحيح، إضافة إلى التعزيز المعنوي بالتشجيع اللفظي.

• تنظيم وتنظيف حجرة النشاطات:

نطلب من الأطفال القيام بتنظيف حجرة النشاطات وذلك بجمع الأوراق والامور التي تكون مرمية على الارض، ووضع الاغراض في اماكنها المحددة كالصناديق أو الرفوف.

• لعبة الكراسي:

نضع 5 كراسي في وضع دائري ونطلب من الاطفال الدوران حول الكراسي والإنصات للموسيقى التي ستتوقف فجأة وعلى كل طفل حينها أن يقوم بالجلوس على المقعد الذي يكون بجانبه. و في كل مرة ننوع كرسي الى أن نصل الى كرسي واحد مع طفلين يتنافسان عليه. و كالعادة نقون بتشجيع الفائز و تهنئته على نجاحه و نقدم له هدية معينة كالحلوى مثلاً.

هذا التمرين سوف يعلم الاطفال إتباع القواعد وتعلم الإستماع بتركيز للمثير الخارجي والإستجابة برد فعل مناسب.

• نشاط القبعات:

نطلب من الأطفال الوقوف في صف واحد وعند الإستماع الى الموسيقى يبدأ كل واحد فيهم في نقل القبع من رأس الطفل الأول الى الطفل الثاني و هكذا تتابعاً، وعندما تتوقف الموسيقى والقبعة على رأس طفل معين ، نطلب منه الخروج من اللعبة. والطفل الفائز هو من يبقى حتى النهاية.

المحاضرة العاشرة

العلاج السلوكي لإضطراب التبول اللاإرادي عند الأطفال

تعريف إضطراب التبول اللاإرادي:

التبول اللاإرادية هو تكرار تصريف التبول لا إرادياً بعد سن الثالثة، وهو غالباً ما يكون تبولاً ليلياً وأحياناً أخرى يكون التبول في النهار (تبول نهاري). ويعرف بأنه تبول يحدث دون إرادة الطفل، كما يحدث على نحو متكرر أو في فترات متقطعة. وذلك بعد السن الذي يتحكم الطفل فيه بمثانته. (الزرد، 1991، ص.13).

الاستراتيجيات المستعملة :



تشمل الاستراتيجيات الموصى بها عموماً للآباء الذين يرغبون في مساعدة أطفالهم على أن يصبحوا قادرين على الوصول الى الاستقلالية المتعلقة بالتحكم في التبول كالتالي:

- وضح للطفل الغرض من الاستيقاظ ليلاً وإستخدام المراض.
- تسهيل وصول الطفل إلى المراض.
- تجنب تناول الأطعمة المحتوية على الكافيين أو تناول الكثير من السوائل قبل النوم.
- اطلب من الطفل إفراغ المثانة قبل النوم.
- استعمال السراويل الخاصة مقبول.
- اشرك الطفل في التنظيف الصباحي دون جعله عقابياً
- الحفاظ على تقدير الذات لدى الطفل.. (Shmitt, 1997)
- تدريب المصرة البولية: يتضمن التدريب إطلاق البول ثم إيقافه لعدة مرات. (Bennett, 1985).
- الإيقاظ الليلي: تتمثل هذه التقنية في إيقاظ الطفل في وقت محدد وثابت في الليل لكي يذهب للمرحاض للتبول . عملية الإيقاظ إما أن تكون من طرف الوالدين أو من خلال إستعمال المنبه. وغالباً ما يتم تعديل توقيت الإيقاظ بشكل منظم على اساس غياب أو حصول التبول الليلي. (National clinical center, 2000, p.156).

أسباب اضطراب التبول اللاإرادي:

هناك عدّة أسباب لظهور سلس البول أ الأطفال، والتي تسمى بعوامل الخطر الشائعة وهي كالتالي:

- عدم وجود تدريب على استخدام المراض. على الرغم من أن بعض الأطفال يتعلمون من تلقاء أنفسهم ، يحتاج الكثير منهم إلى تعليمهم كيفية استخدام المراض بوضوح.
- الإنطلاق في تدريب الطفل على استخدام المراض قبل أن يصبح جاهزاً لذلك.
- التوتر و القلق (على سبيل المثال: ولادة أخت أو أخ أصغر ، تغيير المنزل ، تغيير الحضانة الذي تعود عليها ... إلخ). مشاكل الإمساك، صعوبة في التبرز، أو ألم عند التبرز).
- الإستهلاك المفرط للوجبات السريعة والإستهلاك غير الكافي للألياف (مثل الفواكه، الحبوب).
- إستهلاك كمية غير مناسبة من الماء.
- وجود حالات سلس البول في الأسرة (خاصة في حالة سلس البول الليلي).
- الالتهابات المتعلقة بالمثانة.



- التشتت (قد لا يحسن الطفل عملية التعرف على الإشارات التي يرسلها له جسده والتي تخبره بأن وقت التبول أو التبرز قد حان).
- القلق من دورات المياه والجراثيم والحمامات أو الانفصال عن الأم أو أبي (Theule, Hen- (12.rikson, 2019,p

نصائح التحفيز:

بتعلق الأمر بمسألة إعادة تأطير مشكلة سلس البول في سياقها وهو سياق ظاهرة لا مرضية وليست بالخطيرة. الهدف الأول هو إزالة الدراما، من خلال إعلام الوالدين والطفل بالطبيعة الخاصة للظاهرة وتواترها وتكرارها وتطورها، لعدم جعل الطفل يشعر بالذنب، وكذا من باب الحاجة إلى التخلص من أي شكل من أشكال التتمر أو العقاب. الهدف الثاني هو جعل الطفل مسؤولاً للتعامل بنفسه مع مشكلته. قد يتضمن هذا العملية التكيفية بسلس البول (المراحيض ، الغسيل...الخ) ، من خلال الإستمرار على القيام بعملية تقويم ليلية (الليلي المبللة و الليلي الجافة) من خلال إستعمال جدول خاص لتسجيل ما يحدث في كل ليلة من خلال الإعتماد مثلاً على رسم وجه مبتسم إذا كانت الليلة جافة ووجه حزين إذا كانت الليلة مبللة وذلك لكل أيام الأسبوع، بحيث يتم تسلط الضوء على النجاحات وجعل الطفل واعياً بتطور حالته في الليل وكذا التحكم بالإفراغ النهاري (الشروع الطوعي في التفريغ خارج الحاجة ، منع الحاجة ، والإنقطاع الطوعي). نسبة نجاح التقنية يتراوح من 25 إلى 75٪، و يمكن الجمع بين طرق مختلفة في آن واحد. (19.Labat, 1996, p).

جدول النجوم وأنظمة الجائزة:

تقوم هذه الطريقة السلوكية على مبدأ التعليم الإجرائي الذي نادى به سكينر، والذي يقوم على أساس تدريب الطفل على عمليات ضبط المثانة بتعزيز السلوك المقبول وعدم تعزيز السلوك الغير مقبول، حتى يتعلم الإستجابة الصحيحة وتختفي المشكلة. ومن أجل تحقيق ذلك، نستخدم أنظمة الجائزة أي التعزيز الإيجابي بشكل خاص، حيث يتم تحديد الهدف من وراء الجائزة مثل ذهاب الطفل للمرحاض أو البقاء جافاً طوال الليل، ويتم منحه مكافأته عندما ينجز الهدف المنشود. و التعزيز الإيجابي لليالي الجافة قد يساعد على تقليل التأكيد السلبي على الليالي المبللة. ومن الضروري التركيز على السلوك الإيجابي بدلاً



من السلبي لأن الإنسان بطبعه يحب المديح ويكره التأنيب، والطفل ينجح بالتشجيع أكثر من التأنيب.
(3.Glazener, Evans, Peto, 2004, p).

والجدول التالي يمثل كنموذج لجدول تعزيزي يتم وضع ملصقات النجوم أو رسمها بشكل مباشر في الخانات عندما ينجح في الاستيقاظ أو حدوث الليالي الجافة. ويمكن إستعمال ملصقات لوجوه سعيدة عندما ينجح في الحفاظ على جفافه الليلي، و إصاق الوجوه الحزينة عندما يكون هناك ليالي مبللة.

هذا الجدول سوف يسمح بمراقبة وضع الطفل خلال العلاج النفسي وكذا تشجيع و تحفيز الطفل على مواصلة العلاج والقيام بمجهود أكثر عندما يرى النتائج الإيجابية و التقدم في حالته.

الجدول رقم (04): الليالي الجافة.

| اليوم | الأسبوع 1 | الأسبوع 2 | الأسبوع 3 | الأسبوع 4 |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| الجمعة | | | | |
| السبت | | | | |
| الأحد | | | | |
| الاثنين | | | | |
| الثلاثاء | | | | |
| الأربعاء | | | | |
| الخميس | | | | |

تقنية الاشراف باستعمال جهاز إنذار خاص:

الهدف من إستعمال الإشراف بالمنبه مع حالات اضطراب التبول اللاإرادي هو إنشاء رد فعل مشروط بمساعدة جهاز تحذير يثير الاستيقاظ الطفل وقت حدوث التبول ، وذلك لتدريب السيطرة العضلة العاصرة. تعود بدايات طريقة التغليف هذه إلى عام 1907 ، حيث إختراع Pfaundler أول جهاز إنذار لحل مشكلة التبول اللاإرادي . ومنذ ذلك الحين، أظهرت الدراسات فوائدها وفعاليتها. يجب أن تعلم أجهزة إنذار التبول اللاإرادي الطفل على الاستجابة لمثانة ممتلئة أثناء النوم. ينطلق التنبيه عندما يبدأ



الطفل في التبول. يمكنها أن تعلمه أن يستيقظ على صوت المنبه ومن ثم, عن طريق التقريب, ربط استيقاظه بإحساس امتلاء المثانة. . (Pédiatrie et santé de l'enfant, 2005)

هذه التقنية معروفة الآن باسم Pipi Stop® وهي عبارة عن علبة بلاستيكية تحتوي على الجرس والدوائر الإلكترونية (الترانزستورات)، ويجب أن يحتوي هذا الصندوق على بطارية 9 فولت صغيرة وغير ضارة وطبقة من القماش التي تحتوي على المسبار المتصل بالجهاز مرئي). عندما يبدأ الطفل النائم بعد التبول على نفسه في الفراش ، يكتشف المسبار أول قطرات من البول ويصدر صوت الجرس، الأمر الذي سيحفظه ويستيقظ ويذهب الى المرحاض.. (Sholtus, 2001, p 36) ولقد أثبتت دراسات عديدة أنّ تقدير الذات عند الطفل المصاب بإضطراب التبول اللاإرادي منخفض. (Van-Herzelele, Bruyne, Vande, Walle, 2015)

يعتمد نجاح تقنية جهاز الإنذار على مدى تحفيز ودافع الطفل وإستعداده ووالديه للإستيقاظ بشكل مستمر خلال الفترة العلاجية. ولكن على الرغم من فعاليتها في بعض الأحيان حتى سن الخامسة، إلا أنّ أجهزة الإنذار تعمل بشكل أفضل مع من هم أكبر من سبعة أو ثمانية سنوات. حيث قد يستمر الطفل في النوم لفترة طويلة على الرغم من سماع الرنين ليحجر الوالدين على إيقاظه لتحذيره بأنه قد بلل سريره. أما بخصوص مدة ظهور النتائج فقد يستغرق الأمر شهراً أو شهرين حتى نرى تحسناً ملحوظاً. وغالباً ما تكون علامة التحسن الأولى هي إنخفاض عدد مرات التبول فتكون هناك ليلة جافة تماماً. وعليه من المهم أن تستمر العائلة في إستخدام النظام حتى يصبح الطفل نظيفاً تماماً. كما يجب أيضاً إعلام الوالدين بأنّ العلاج بالإنذار يتطلب مشاركة من الإخوة لأنّ صوت المنبه مرتفع بدرجة كافية لإيقاظ جميع أفراد الأسرة.. (Pédiatrie et santé de l'enfant, 2005)

المحاضرة الحادي عشر

العلاج السلوكي المعرفي للاضطرابات الجنسية:



سننظر هنا الى بعض التوجيهات والتقنيات التي يتم إستعمالها في إطار علاج الإضطرابات الجنسية ، وننوه هنا الى أننا لا نتكلم هنا عن الشذوذ الجنسي وإنما الإضطرابات التي تمس الجانب العضوي والنفسي عند الفرد.

أنواع الإضطرابات الجنسية:

يمكن تلخيص المشاكل الجنسية التي يواجهها الرجال والنساء كالتالي:

1- عند الرجال:

- ضعف الانتصاب (الضعف الجنسي): صعوبة في الحفاظ على الانتصاب الكافي للايلاج أو لإكمال الفعل الجنسي.
- سرعة القذف
- عدم القذف: عدم القذف
- انخفاض الرغبة، انخفاض الرغبة الجنسية، قلة الرغبة
- ألم أثناء ممارسة الجنس
- عدم القدرة على الوصول إلى النشوة، لا النشوة
- رهبة الأداء.

2- عند النساء:

- انخفاض الرغبة، انخفاض الرغبة الجنسية، قلة الرغبة
- ألم أثناء ممارسة الجنس
- عدم القدرة على الوصول إلى النشوة (البرود الجنسي)
- التشنج المهبلي: عدم القدرة على اختراق المهبل عن طريق تقلص عضلات المهبل.
- ولكن هناك صعوبات أخرى تشكل أيضًا جزءًا من المشكلات الجنسية:
- إدمان المواد الإباحية
- الخلاف على مسار العلاقات الجنسية (التكرار ، الموقف ، السياق ، إلخ). يمكن أن تختلف التخييلات المتعلقة بالجماع اختلافًا كبيرًا. يمكن أن يؤدي الاتصال الجنسي في بعض الأزواج إلى حالات الصراع ، وبالتالي ، فإن القلق الإستباقي بمجرد التطرق إلى هذا الموضوع. (Neveux, n.d)



العوامل المؤثرة على العلاقة الجنسية:

- التمثل العقلي للشريك و للعلاقة.
- المعتقدات الدينية.
- القيم والمعايير الأخلاقية.
- السياق الإجتماعي – الثقافي.
- الحالة النفسية.
- الحالة الفيزيولوجية. (المرجع نفسه، دبت.).

أهداف العلاج:

- تسليط الضوء على المعتقدات والأهداف والقيود التي يفرضها الشخص على المستوى الجنسي
- التعرف على الرؤية التي يمتلكها الشخص بخصوص حياته الجنسية ، لتقدير عواقب الاضطراب الجنسي على حياة الموضوع
- التشكيك في هذه المعتقدات وهذه الأهداف إذا أصبحت طبيعتها المطلقة قيدًا على الموضوع (العمل المعرفي)
- مساعدة الشخص على عيش حياته الجنسية بشكل مختلف (عمل سلوكي). (Neveux, n.d).

الخطوات الاجرائية :

مرحلة جمع المعلومات: ويكون بشكل كامل ويخص الطرفين الرجل و المرأة وتخص المعلومات التالية:

- الأمراض العضوية (العمر الفيزيولوجي).
- الإضطرابات النفسية الأخرى .
- العلاج.
- السلوكيات ، السلوكيات الجنسية العرفية والسلوكيات المصحوبة بأعراض.
- ردود الأفعال العصبية.
- الأفكار وخاصة التي تتعلق بالجانب الحسي مثل الجسم التخيلي، مراكز المتعة، الجسم المثير، القدرة على التخلي او التوجه نحو السيطرة ...إلخ. إضافة الى الأفكار المتعلقة بالجنس مثل المعارف الخاصة بالجانب التشريحي الفيزيولوجي لجسم المرأة والرجل، مفهوم أدوار الجنسين،



الخيالات الجنسية، الإختلال المعرفي... إلخ. الأفكار المتعلقة بالعواطف ويمكن الإستعانة هنا بأنماط سوء التوافق العلائقي المبكر ليونج Young والذي وصف فيه 18 نمط وهي: التخلي/عدم الاستقرار، الحذر/ التعسف، الحرمان العاطفي، النقص / الخجل، العزلة / النفور، الأنماط المبكرة لنقص الاستقلالية والأداء، التبعية / عدم القدرة، الخوف من الأحداث التي لا مفر منها / لا يمكن السيطرة عليها، الحماية الزائدة / ضمور الشخصية ، الفشل، الأنماط المبكرة من عدم وجود الحدود، الحقوق الشخصية / التبعية، عدم القدرة على التحكم في الذات / التربية الشخصية... وغير ذلك.

- الانفعالات . (المرجع نفسه، دبت).

التحليل الوظيفي للإضطرابات النفسية- الجنسية:

يجب التركيز على العوامل التالية:

- العوامل القديمة للهشاشة النفسية مثل التعرض للإغتصاب في الطفولة، وفاة أحد الوالدين.
- العوامل المفجرة (الجديدة) مثل أسباب عضوية، حالة إكتئاب، تحرش جنسي، إضطرابات الشخصية، صعوبات إجتماعية كالبطالة أو التقاعد أو مشاكل أخرى . إضافة الى عوامل محيطية مثل المشاكل المهنية أو غير ذلك ، المشاكل الزوجية .
- عوامل معززة مثل ردود الأفعال السلبية للشريك، القلق المتعلق بالفشل أو القدرات وغير ذلك . و ننوه هنا بخصوص آخر نقطتين أنه من المهم إستعمال مخطط SORC وذلك بالتطرق الى النقاط التالية : الجسد، التصرفات، الإنفعالات، الأفكار، عوامل محيطية.

الأساليب العلاجية:

- الإسترخاء: وهنا يمكن استعمال تدريب التحفيز الذاتي لشولتز Shultz والذي يسمح بالعمل على صور الجسد والجسم المثير من خلال إستعمال الجسد. وكذا تحقيق شروط مناسبة لعمل المخيلة و جعل العميل يشعر بالراحة.
- الحساسية المنهجية للعملية التخيلية: وهي تشبه الى حد ما يمكن تطبيقه مع الحالات التي تعاني من الفوبيا.
- الحساسية في الجسد الحي: والتي تسعى الى إخراج شحنة القلق من الفشل أو القلق المتعلق بالقدرات، وتطوير الحميمية بين الشريكين وتطوير القدرات الحسية والمتعة .



- إعادة الصياغة المعرفية: وقد تمّ التطرق الى طريقة تطبيقها في الصفحات السابقة الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي.

الأفكار المختلة بخصوص القلق المتعلق بالفشل أو القدرات:

و هي مجموعة أفكار غير عقلانية يعاني منها الأشخاص الذين يعانون من الإضطرابات الجنسية وهي كالتالي:

- 1- **المثالية:** أي تلك المعتقدات التي تجعل الفرد يعتقد بأن لا قيمة لأي علاقة عاطفية بسبب الفشل في تفصيل معين بالعلاقة كالقول مثلاً: في النهاية لم تسر الامور بشكل جيد و عليه فقد تحطم كل شيء و هو الامر الذي يجعلني اشعر بخيبة أمل شديدة".
- 2- **التعميم المفرط:** مروراً بحدث ما في الماضي تكون هناك إستمرارية لنفس المعتقد كالقول مثلاً: " إذا لم ينجح الأمر في المرة السابقة فلن يتحسن الأمر في المرة القادمة."
- 3- **قراءة الأفكار:** الإعتقاد بأنه يملك القدرة على قراءة أفكار الآخر وتفسيرها كالقول مثلاً: " إنه يقول لي أنّ ما حدث ليس بالشيء الخطير و لكنني أعلم أنه يقول هذا فقط لكي لا يجعلني أحزن".
- 4- **التفكير العاطفي:** قد يعتقد الفرد أنّ ما يشعر به حالياً هو في الحقيقة ما يعبر عن واقع الأمور كالقول مثلاً: "لقد قال لي انه يجذني جذابة و لكن و لكنني أشعر جيداً بأنني فاشلة".
- 5- **رفض كل ما هو إيجابي:** وهو سلوك يجعل الفرد لا يتذكر أي أمر مرضي بالنسبة له والتركيز فقط على الأمور السلبية كالقول مثلاً: " لقد قال لي أنه قد كان راضياً ومكتئباً بعلاقتنا الجنسية و لكن هذا غير صحيح ، إنه يقول هذا فقط لكي يطمئنني".
- 6- **الضروريات القاطعة:** وهو سلوك عقلي يجعل الفرد متطلب لدرجة كبيرة بحيث تكون عنده آمال غير واقعية بخصوص العلاقة الجنسية.
- 7- **جعل من كل حدث جعله لا يشعر بالإكتفاء أو الرضا الجنسي وكأنه كارثة** والذي يكون عامة مصحوباً بالقلق والخوف من الفشل سواء على المستوى الجنسي أو العاطفي كالقول مثلاً: "لقد فشلت في هذه العلاقة، سوف أبقى لوحدي طيلة حياتي". (Dintrans, n.d).

الأفكار المختلة والتي تتعلق بأنماط العلاقة الغير متكيفة :

- 1- **الشعور بالتخلي:** بحيث يصبح الفرد غير قادراً على العيش دون الخوف من خسارة الشريك.
- 2- **التبعية:** يعتقد الفرد بأنه لا يستطيع العيش دون الآخر.



- 3- **الشعور بالحرمان العاطفي:** حيث يظن الفرد بأنه لن يجد أبداً صدى لحاجته للحب.
- 4- **الشعور بالحذر او التعسف:** الشعور بأنه مستغل من طرف شريكه بأنه مجروح أو شخص تعرض للإيذاء.
- 5- **الشعور بالنقص:** بحيث يشعر بأنه لا يستحق الحب والإهتمام والتقدير.
- 6- **الشعور بالقهر:** بحيث يحاول الفرد أن يلبي متطلبات الآخر فقط.
- 7- **الشعور بأنّ الآخر مطالب بتحقيق كل متطلباته وتوقعاته ورغباته.** (Young, 2003).

الأفكار المتعلقة بالأدوار الجنسية:

- 1- **العامل النشط والعامل السلبي في العلاقة:** ونقصد هنا الافكار الخاطئة المتعلقة بالدور الذي يتمثله الفرد بخصوص نفسه والجنس الآخر في العلاقة الجنسية والتي بدورها تؤثر على السلوكيات الجنسية.
- 2- **السُّلطة:** وتعتبر أحد العوامل الأساسية المسببة للأزمات في العلاقة والتي تظهر أيضاً في العلاقة الجنسية. بحيث يمنع أحد الأطراف شريكه أن يعبر عن الدور الذي يتمثله عقلياً بخصوص الجنس. (Rosen, 1994).

التقنيات العلاجية المعرفية والسلوكية:

- **التعرف على تاريخ الحالة:** عن طريق التعرف على ظروف تربية المريض منذ فترة الطفولة و الأحداث التي عاشها في المراهقة والرشد على العموم، والأمور المتعلقة بالجانب العاطفي والعلائقي والجنسي عنده مثل العادة السرية والعلاقات الجنسية إن وجدت إضافة الى التعرف على أسباب وظروف بداية وإنهاء العلاقات السابقة وغير ذلك من المعلومات التي تسمح لنا بفهم الحالة بشكل جيد.
- **الغمر Flooding:** نقصد بالغمر جعل المريض يتجنب التجنب الذي تعود عليه كطريقة للهروب من مشكاله الجنسية وذلك عن طريق التعريض السريع وطويل الأمد لموضوع الخوف أو القلق عند الحالة والذي يرتبط بموضوع جنسي معين وذلك عن طريق إستعمال الصور، الرسم، التخيل. (باجلان، د.ت.).
- **تقنية مركز التحسس Sensate Focus:** يتعلم الزوجين من خلال هذه التقنية لمس جسم الشريك لتحقيق اللذة الجنسية وذلك بشكل تدريجي ومتكرر في ظروف مختلفة تماماً عن الظروف المقفلة بالنسبة لهما، مع منعها منعا باتا بإقامة أي علاقة جنسية فعلية. (المرجع نفسه، د.ت.).



- **تمارين الإسترخاء Relaxation:** كما هو معروف فإن كل الإضطرابات الجنسية تترافق بالشعور بالقلق والخوف والإنزعاج خاصة إذا كان المشكل مرتبط بعدم الرغبة في إقامة العلاقة أو عدم التمكن من ممارستها أو أن يعاني الشخص من مخاوف ترتبط بقدراته الجنسية، وعليه فمن المهم أن يقوم المعالج النفسي بتدريب الزوجين على ممارسة تمارين الإسترخاء العضلي و الإسترخاء بالتنفس كتقنية جاكوبسون مثلا والتي تطرقنا إليها في محاضرة طرق الإسترخاء والتي ننصح الطالب بالرجوع إليها.
- **تقنية المراقبة الذاتية:** والتي تم شرحها في المحاضرات الأولى، إلا أنّ الموضوع هنا يتعلق بمواضيع جنسية. حيث يجب على المريض أن يراقب ويسجل أفكاره وإنفعالاته وردود أفعاله عندما يكون في موقف جنسي. ويسجل ذلك في جدول المراقبة الذاتية بشكل يومي حتى يتعرف على الافكار المختلة عنده وبالتالي تصحيحها في إطار العلاج السلوكي المعرفي الجنسي. فالوعي بما يحدث في تفكيرنا هو بوابة التغيير الإيجابي.
- **التحليل الوظيفي للسلوك:** وهنا أيضا نتبع نفس الشبكات التي تم شرحها في المحاضرة الخاصة بمدخل الى العلاجات السلوكية المعرفية.
- **التربية النفسية الجنسية:** في بعض الحالات يكون الإضطراب الجنسي سببه هو نقص المعلومة أو المعلومات الخاطئة التي تكون عند المرأة والرجل بخصوص الجنس. وعليه فمن المهم أن يتم تصحيحها وتثقيف الزوجين بخصوص الأخطاء التي يتم إرتكابها في العلاقة الحميمية.
- **التعرف على الخيالات الجنسية:** تعتبر الخيالات الجنسية مكونا أساسيا في الحياة الجنسية العادية ومن العوامل التي تدخل التنويع في العلاقة. ومن المهم التعرف عليها و محاولة الزوجين تطبيقها (إذا كانت قابلة لذلك ولا تصب في إطار الشذوذ أو الأمور التي لا يحبها الطرف الأخر أو الخيالات التي تعرض أحد الطرفين للخطر أو الضرر، ولا تكون مخالفة للشرع والدين).

المحاضرة الثانية عشر:

العلاج المعرفي السلوكي لإضطراب الوسواس القهري

تعريف إضطراب الوسواس القهري:



حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للإضطرابات العقلية الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي فإنّ تشخيص إضطراب الوسواس القهري يتطلب وجود الأعراض التالية:

1. وسواس أو سلوكيات قهرية أو كلتاها.
2. هذه الوسواس أو السلوكيات القهرية تستهلك وقتاً طويلاً من حياة الإنسان، وتعرقل الروتين اليومي والقدرة على العمل أو الحياة الاجتماعية.

ولابد أن تتحقق المعايير التالية في ما يتعلق بالوسواس وهي:

- A. أن تتسبب الافكار القهرية في حالة من الضيق الشديد وعرقلة الحياة.
- B. أن يكون هناك محاولات لتجاهل هذه الأفكار ومحاولات لتثبيطها عن طريق السلوكيات القهرية.

ولابد أن تتحقق المعايير التالية في ما يتعلق بالسلوكيات القهرية:

1. سلوكيات تكرارية تشعر المريض بأنه مضطرب للقيام بها.
2. محاولة تحييد هذه الوسواس بفكرة أخرى أو بفعل آخر. الغرض من هذه السلوكيات أو الافعال الذهنية هو منع الضيق أو الحد منه، لكنها زائدة عن الحدّ أو غير مرتبطة واقعياً بالمشكلة التي يبتغى حلها.
3. أعراض الوسواس القهرية لا تعزى للتأثيرات الفسيولوجية لمادة ذات تأثير عقلي (مثل أساءة إستخدام أو إدمان عقار أو دواء) أو لحالة طبية أخرى.
4. ألا يفسر الإضطراب الوسواسي بشكل أوضح ومباشر بأعراض إضطراب عقلي آخر.
5. أحياناً يصعب تشخيص إضطراب الوسواس القهري، لأنّ أعراضه يمكن أن تتشابه مع أعراض إضطراب الشخصية الوسواسية أو إضطراب القلق أو الإكتئاب أو الفصام أو غير ذلك من الأمراض العقلية أو النفسية. (أبو عدس، 2024).

الأهداف العلاجية:

- مساعدة المريض على المراقبة الذاتية للوسواس، والأفعال القهرية ورصد العاطفة المرافقة لها، وتدوينها وتدوين ردود الأفعال المرافقة لذلك.
- شرح ماهية الوسواس القهرية وكيفية تطور الحالة إجمالاً.
- مساعدة المريض على تحديد المثبرات الداخلية والخارجية ورصدها.



- مساعدة المريض على التخلص، والتعامل مع الخوف المتعلم والخوف الكامن وراء الأفكار الوسواسية.
- مساعدة المريض على تعلم مهارات التعرض ومنع الإستجابة.
- مساعدة المريض على إستبدال المعتقدات الوسواسية.
- مساعدة المريض على تعلم إستراتيجيات القبول والإلتزام.
- مساعدة المريض على تعلم إستراتيجيات التأمل الذهني.
- مساعدة المريض على تعلم إستراتيجيات التعبير عن الأفكار والمشاعر.
- مساعدة المريض على تعلم محاولة حل الصراعات الداخلية التي تؤثر عليه إجمالاً.
- مساعدة المريض على تعلم إستراتيجيات منع الإنتكاسة، والرصد المبكر لها. (أبوعدس، 2024).

مجريات العلاج السلوكي المعرفي:

سنقدم هنا مجريات العلاج حسب الخطة العلاجية التي تمّ بناءها من طرف ,Chaloult, L., Goulet, J., Ngô (2014) وهي كالتالي:

المقابلات الأولى والثانية (أو أكثر): التقييم و تحديد الأهداف والعلاج الدوائي

1. تاريخ الحالة:

- التأكد من عدم وجود سبب عضوية للمشكل.
- إجراء التشخيص.
- استبعاد أو تأكيد وجود الاضطرابات المرافقة.

2. ملئ الاستبيانات مع المريض :

- مقياس بيك للاكتئاب
- إستبيان تقييم الخوف.
- مؤشر أعراض Y-BOCS.
- مقياس بيل براون Yale-Brown

3. القيام بجلسات مع أفراد الأسرة أو الأفراد المحيطين بالمريض إذا لزم الأمر ذلك.

4. شرح الإضطراب:

- شرح ما هو الوسواس القهري.



- شرح مراحل العلاج المختلفة.

- يمكن إقتراح قراءة كتاب عن الاضطراب, يحدد عنوانه المعالج النفسي مثل كتاب صوتيروا Sauteraud (2000) الموسوم ب: "لا أستطيع التوقف عن الغسيل، والتحقق، والعد".

5. التوجيه نحو طبيب للأعراض النفسية والعقلية لوصف الأدوية إذا لزم الأمر ذلك.

6. تحديد الأهداف.

7. الواجب المنزلي:

- ملئ الاستبيانات التقييمية بعد المقابلة الأولى والتي سوف يراجعها المعالج النفسي في الحصة القادمة.

- قراءة كتاب: "لا أستطيع التوقف عن الغسيل، الفحص، العد".

المقابلات الثالثة إلى السابعة (أو أكثر): إعادة الهيكلة المعرفية

1. المتابعة :

- البقاء على اطلاع دائم بتطور الوضع بشكل عام و كذا الأعراض خاصة. والتأكد من المراقبة الدوائية إذا لزم الأمر ذلك.

2. التأكد من قراءة المريض لكتاب "لا أستطيع التوقف عن الغسيل، الفحص، العد" (أو أي كتاب

آخر يرى المعالج النفسي بأنه مفيد لحالة مريضه). والتعرف على تعليقاته بخصوص ما قرأه، والتأكد من ما إذا كان لديه أي أسئلة.

3. القيام بإعادة الهيكلة المعرفية وإستكمالها.

- شرح ما هي إعادة الهيكلة المعرفية.

- إعادة الهيكلة على مستويات التدخل الثلاثة.

- الإقتصار على الأفكار والمعتقدات الخاصة باضطراب الوسواس القهري.

4. الواجب المنزلي:

- إكمال قراءة كتاب "لا أستطيع التوقف عن الغسيل، الفحص، العد".

- إعادة الهيكلة المعرفية اليومية لمدة نصف ساعة تقريباً.

المقابلات من السابعة إلى الثانية عشرة (أو أكثر): التعرض بالخيال

1. المتابعة.

2. القيام بالتعرض بالخيال بعد شرحها جيداً وتحديد أهدافها وفعاليتها.



- 3 . تحديد المحاور الرئيسية في أصل موضوع الوسواس والأفعال القهرية.
- 4 . كتابة وتسجيل السيناريو الأول.
- 5 . يطلب من المريض أن يستمع إليه كل يوم في المنزل لمدة 30 إلى 45 دقيقة.
- 6 . بعد كل إستماع ، يقوم بإتمام شبكة المراقبة الذاتية.
- 7 . عندما يقل القلق بدرجة كافية ، نقوم بإستئناف العملية مع موقف آخر أو موقفين.
- 8 . الواجب المنزلي: ممارسة تمارين التعرض بالخيال كل يوم.

▣ المقابلات من الثانية عشرة إلى الثامنة عشرة (أو أكثر): التعرض المتدرج الحي ومنع الإستجابة:

- 1 . المتابعة.
- 2 . الإنطلاق في التعرض المتدرج الحي:
 - شرح المعالج ما الذي نقصده بالتعرض المتدرج الحي.
 - وضع قائمة بالأماكن أو المواقف التي تظهر فيها الوسواس القهرية بشكل أكبر.
 - البدء بالتعريض بمكان أو موقف سهل.
 - كل جلسة تعريض يومية تستمر من 30 إلى 45 دقيقة.
 - ملئ شبكة المراقبة الذاتية من طرف المريض.
 - عندما ينخفض مستوى القلق بشكل كافٍ، يتم تكرار نفس النهج مع المواقف الأخرى بشكل تدريجي.
- 3 . الواجب المنزلي: تجربة يومية للتعرض المتدرج الحي بالمنزل.

▣ المقابلات رقم 19 و 20: الجوانب التكميلية

- 1 . المتابعة.
- 2 . استكمال التعرض المتدرج الحي إذا لم يكن قد تم انهاءه في الحصة السابقة.
- 3 . ملئ الاستبيانات التالية مرة أخرى:
 - مؤشر أعراض Y-BOCS.
 - مقياس بيل براون.
 - سجل الهواجس والطقوس. (النموذج موجود في الملاحق).
- 4 . في ضوء النتائج، يتم تعديل أو إكمال العلاج حسب الحاجة.
- 5 . إذا لزم الأمر وإذا كان المريض متحمسًا ، فقم بتوسيع نطاق التدخل:



- هل هناك أمراض ثانوية أخرى من المهم علاجها؟
- هل هناك جوانب أخرى من المهم أيضًا معالجتها: حل المشكلة ، تأكيد الذات ، تقدير الذات ، مشكلة علائقية ، وما إلى ذلك؟
- 6 . إذا لم تتم الانتقال إلى الخطوة السابقة ، فيتم توقيف الحصة العلاجية بعد الوصول إلى الأهداف المسطرة في أول حصة.
- 7 . معالجة مخاوف المريض من انتهاء العلاج.
- 8 . الواجب المنزلي: إذا كنا نتجه نحو إنهاء العلاج ، فيجب على المعالج ان يطلب من المريض مراجعة المراحل العلاجية الرئيسية التي سبق وأن يتم التطرق إليها في الحصة السابقة وإستعمال نفس الوسائل والأساليب الخاصة بالتحكم في الهواجس القهرية. مع مراعاة الأهداف الأولية التي بني عليها العلاج والإستفسار عن الوسائل الأكثر فعالية حسب وجهة نظر المريض.

المقابلة 21: نهاية العلاج

- 1 . المتابعة.
- 2 . إعادة النظر في المخاوف المتعلقة بنهاية العلاج إذا لزم الأمر.
- 3 . راجع مع المريض أهم خطوات العلاج والوسائل المستخدمة للسيطرة على الوسواس والدوافع. كيفية إعادة استخدامها في المستقبل إذا ظهرت الأعراض من جديد.
- 4 . إعداد متابعة طويلة الأجل إذا لزم الأمر ("جلسات تقوية").
- 5 . متابعة دوائية طويلة الأمد (طبيب الأسرة).
- 6 . الانتكاس:
- التكلم عن إمكانية الانتكاس.
- شرح الأعراض التي تدل على حدوث انتكاس.
- شرح كيفية إستخدام الأدوات التي تعلمتها أثناء العلاج في حالة الإنتكاس.
- متى ومن يستشير المريض إذا تطلب الأمر ذلك.

سجل الوسواس و الطقوس القهرية و التجنب

يطلب من المريض تسجيل درجة الوسواس و الطقوس و التجنب (حسب تقديره بالأرقام). حيث أن:

1-21: خفيف جدا

41-60: متوسط

81-100: عالي



0: غياب

21-40: خفيف

61-80: كبير

الجدول رقم (05): سجل الوسوس والطقوس القهرية والتجنب.

| التجنب (0-100%) | الطقوس السلوكية (0-100%) | الطقوس العقلية (0-100%) | الوسوس (%0-100) | |
|--------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------|----------|
| | | | | السبت |
| | | | | الأحد |
| | | | | الاثنين |
| | | | | الثلاثاء |
| | | | | الأربعاء |
| | | | | الخميس |
| | | | | الجمعة |

المصدر: Chaloult, L., Goulet, J., Ngô, T.L., 2014

التحليل الوظيفي وصياغة خطة علاجية:

بمجرد أن تبدأ الملاحظة الذاتية، صف العناصر التالية:

الجدول رقم (06): التحليل الوظيفي للسلوك.

| | |
|------------------------------------|--|
| المحفزات الخارجية: | |
| المحفزات الداخلية: | |
| الافكار المؤلمة | |
| النتائج المتوقعة على المدى القصير: | |



| | |
|--|--|
| | |
| النتائج المتوقعة على المدى الطويل: | |
| العواطف (القلق ، الذنب ، الخجل ، الاشمزاز ...) | |
| النتائج المتوقعة لهذه المشاعر: | |
| لتفاعلات الفسيولوجية | |
| النتائج المتوقعة لهذه التفاعلات الفسيولوجية: | |
| القهرية | |
| الطوقس العقلية: | |
| التجنب | |

المصدر: (2012) Goulet J. (07/2012) : adapté d'Edna B. Foa

سيناريو المعرض في الخيال

عنوان السيناريو :

رقم الإصدار: _____ التاريخ: _____



| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| اليوم: السيناريو: درجة القلق (0-60) | اليوم: السيناريو: درجة القلق (0-60) | اليوم: السيناريو: درجة القلق (0-10) | اليوم: السيناريو: درجة القلق (0-60) | اليوم: السيناريو: درجة القلق (0-60) |
| 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| 25 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| 30 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| 35 | 35 | 35 | 35 | 35 |
| 40 | 40 | 40 | 40 | 40 |
| 45 | 45 | 45 | 45 | 45 |
| 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| 55 | 55 | 55 | 55 | 55 |
| 60 | 60 | 60 | 60 | 60 |
| التعليقات: | التعليقات: | التعليقات: | التعليقات: | التعليقات: |

المصدر: Chaloult, L., Goulet, J., Ngô, T.L., 2014

الجدول رقم (06): مخطط سجل الأفكار المختلة

| الموقف/ الحدث | الانفعالات | الأفكار الاتوماتيكية | الأفكار المتكيفة | النتائج | السلوك |
|----------------------------------|---|---|--------------------------|---|---|
| صف باختصار الموقف او الحدث | حدد الانفعال و قيم درجته من 0 الى 100 | اكتب افكارك في اللحظة التي شعرت بالانفعال | اكتب الأفكار المتكيفة | أعد تقييم درجة انفعالك من 0 الى 100 | اكتب السلوكات الناجمة عن الأفكار المتكيفة |



| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

المصدر: Chaloult, L., Goulet, J., Ngô, T.L., 2014

شبكة المراقبة الذاتية

التعرض الحي:

الاسم: التاريخ:



| التاريخ | وصف الموقف الذي يمثل مشكلة بالنسبة لك | -هل واجهت الموقف؟ -هل تجنبته؟ | كم استغرقت من لوقت لمواجهته؟ | هل قمت بالتقليل او التخلص من وساوسك (الطقوس)؟ | درجة التوتر (0-10) ا. قبل ب. اثناء ج. بعد | في ماذا فكرت؟ ا. قبل ب. اثناء ج. بعد |
|---------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|---|--|---|
| | | | | | أ..... ب..... ج..... | أ. ب. ج. |
| | | | | | أ..... ب..... ج..... | أ. ب. ج. |
| | | | | | أ..... ب..... ج..... | أ. ب. ج. |

المصدر: (A ,Marchand, A. et Letarte, 1993)

هذه الجداول والتقنيات سوف تسمح لنا بالتعرف على الأفكار الخاطئة والعمل على تعديلها وتصحيحها وتغيير ما يجب تغييره في بيئة الفرد وسلوكياته بهدف التخلص من الوسواس القهري عند المريض. وتحفظ هذه الجداول كوثائق في الملف الخاص بكل حالة وسوف تكون أيضا كوسيلة لتحفيز المريض عندما يرى التحسن الملحوظ في حالته على مرّ الوقت.

قائمة المراجع:

المراجع العربية:



- إبراهيم، ع. بن عبد الله الدخيل، ع. إ. ر. (1993). العلاج السلوكي للطفل: أساليبه ونماذج من حالاته. الكويت: عالم المعرفة.
- أبو سعد، أ. أ. ن. وعبد اللطيف، أ. (2009). التعامل مع الضغوط النفسية. دار الشروق للنشر والتوزيع.
- أبو عدس، ع. ع. (2024). الوسواس القهري بإيجاز. مطبعة الشباب، شركة أبناء الحاج محمد شرارة.
- آرون، ب. (2017). العلاج المعرفي والإضطرابات الإنفعالية. (ترجمة: عادل مصطفى). دار هندراوي.
- إس جي، ه. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر. مصر: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- الاسي، ه. ع. ص. (د.ت.). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام.
- التميمي، م. ك. م. عبد الكريم، و. ش. (2018). العلاج السلوكي المعرفي: دراسة تطبيقية في التأهيل النفسي والاجتماعي لدى المرضى المصابين بالفصام المتبقي. الأردن: دار دجلة.
- الحمادي، أ. (د.ت.). معايير DSM5. مصر.
- الخطيب، ج. أ. (2003). تعديل السلوك الإنساني، الكويت: مكتبة الفلاح.
- الحريري، أ. (2009). العلاج النفسي الجنائي: نموذج علمي وعملي في الدراسات التجريبية الإكلينيكية، بيروت: دار الفرابي.
- الحوري، ع. وآخرون. (2010). أثر برنامج الإسترخاء التعاقبي على القلق الإمتحاني والتحصيل العملي في مادة الجمناستيك. مجلة الرافدين للعلوم الرياضية. 53 (16).
- الخليل، م. (2001). دليل الصحة النفسية للأطباء والعاملين في الرعاية الصحية الأولية من منظمة الصحة العالمية.
- الدسوقي، م. م. (2006). فقدان الشهية العصبي (سلسلة الإضطرابات). مكتبة الأنجلو المصرية.
- الشربيني، ل. (2003). الطب النفسي السلوكي ومشكلات الحياة. دار النهضة العربية.
- العناني، ح. (2000). الصحة النفسية. الأردن: دار الفكر للطباعة والنشر.
- باجلان، أ. ع. أ. (د.ت.). إرادة التكوين في الجنس البشري. دار الجنان للنشر والتوزيع.
- بلان، ك. ي. (2015). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. دار الإعصار العلمي.
- بلحسني، و. (2011). النماذج المعرفية لتفسير الرهاب الإجتماعي تضارب أم تكامل. مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية. جامعة قصادي رابح، ورقلة.
- بوعلام، ب. مقتطفات نفسية في العلاج بالتقبل والإلتزام. تجميع محمد عمرو. الجزائر.



- هربرت، ب. وكليير، م. ز. (د.ب.). فن الإسترخاء: لعلاج القلق، الإجهاد، الأرق، الإكتئاب، والتوتر من دون أوية أو عقاقير. (ترجمة: غدار رفيف). مكتبة الكندل العربية.
- بوسبسي، أ. (2017-2018). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف قلق الموت لدى مرضى السرطان : دراسة ميدانية لحالتين باستخدام مقياس قلق الموت في قسم العلوم الإجتماعية، جامعة العربي بن مهيدي ، أم البواقي، الجزائر.
- بوفيه، س. (د.ب./ 2019). مدخل الى العلاجات السلوكية المعرفية. (ترجمة بوزيان فرحات). الجزائر: دار المجدد للنشر والتوزيع.
- حلوان، ز. (2019). مطبوعة محاضرات في مقياس العلاجات النفسية : موجهة الى طلبة الماجستير ، تخصص علم النفس العيادي. جامعة ألكلي محند أولحاج. الجزائر.
- جلال، ج. أ. (د.ب.). مهارات تعديل السلوك، مركز هيلب وبوب وجمعية التوعية والتأهيل الإجتماعي.
- جودت، ع. وعمران، ف. (2014). أثر إستعمال إستراتيجية النمذجة المعرفية في التحصيل والتفكير الإبداعي لدى طالبات الصف الثاني المتوسط في مادة الكيمياء. مجلة كلية التربية الاساسية للعلوم التربوية والإنسانية. جامعة بابل، العراق.
- دافيدسون ميلري، ر. (د.ب./د.ب.). العلاج بالتقبل والإلتزام: تعلم الإزدهار من خلال منهج اليقظة والفعل أمراً بسيطاً. (ترجمة: عمرو محمد).
- دايلي، ن. (2019). مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تحسين الصحة النفسية لدى المعلمات المتزوجات ،دراسة ميدانية بالمدارس الإبتدائية. رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي. كلية علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف.
- دخيل الله علي الحارثي، ن. (2021). إستراتيجيات تنظيم الإنفعال معرفياً وعلاقتها بالصمود الأكاديمي لدى الطالبات الجامعية. جامعة الطائف، السعودية.
- ريكتور، ن. (د.ب./د.ب.). العلاج المعرفي السلوكي: معلومات أساسية. (ترجمة فرحات بوزيان). كندا: المركز الوطني للصحة النفسية.
- سليمان، م. ف. ع. (2022). الفروق بين العلاج السلوكي المعرفي والعلاج الجدلي السلوكي في تخفيف كل من أعراض اضطراب الوسواس القهري والشعور بالوصمة الاجتماعية الناجمة عنه لدى طالبات الجامعة. كلية الأدب، جامعة الفيوم. مصر.
- شريت، أ. م. (2009). برنامج العلاج السلوكي للأطفال ذوي النشاط الزائد. مصر: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
- شمعون، محمد العربي. (1996). التدريب العقلي في المجال الرياضي. مركز الكتاب للنشر.



- عبد الستار، إ. وآخرون. (1993). العلاج السلوكي للطفل اساليبه و نماذج من حالاته . ص.74.
- عثمان، ع. م. (1993). فن الإسترخاء. القاهرة: مطابع الزهراء للإعلام العربي.
- غراب، أ. أ. (2015). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوطات لدى زوجات مرضى الفصام العقلي. رسالة تكميلية لنيل درجة الماجستير في الصحة النفسي. الجامعة الإسلامية. غزة.
- قنون، خ. (2014). تاريخ العلاج النفسي وتطوره مع العصور. مطبوعة مقدمة لنيل شهادة التأهيل الجامعي. جامعة محمد بوضياف، المسيلة.
- كوروين، ب. و رودل ، ب. و بالمر، س. (2008). العلاج المعرفي السلوكي المختصر. مصر: دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- لويس كمال، م. (2007). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. الكويت: دار القلم للنشر.
- محمد، م. ج. (2007). نظريات التعلم. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- محمد ، ع. ع. أ. (د.ت.). العلاج المعرفي السلوكي أسس والتطبيقات، مصر: دار الرشاد، ص23-22.
- مصطفى، أ. ف. (2011). مدخل الى الإضطرابات السلوكية والإنفعالية. مصر.
- مصطفى، م. ع. (2015). العلاج النفسي: الأسس العلمية وفن الممارسة العلاجية. مصر: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- مكمانوس، ف. (2017). العلاج السلوكي العرفي. (ترجمة س. طه علام). المملكة المتحدة: هنداوي.
- هاريس، ر. (2009). صرف الإنتباه مقابل مرونة الإنتباه. (ترجمة: بوعلام قاصب).
- يوسف، أ. ز. ع. أ. (2010). تطبيقات العلاج النفسي. دار جليس الزمان.

المراجع الأجنبية:

- Aikaterini, L., & Rossetti, L. (2024). Le dialogue socratique : Études platoniciennes. Mis en ligne le 15 avril 2015, consulté le 26 novembre 2024.
- Chalout, L., & Goulet, J., & Ngô, T-L. (2014). Guide de pratique pour le traitement du Trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Canada.



- De Vries, H. (2010). Le Lien Psy, Revue de la Société Algérienne de Psychiatrie, N° 10, p. 5-10.
- Dintrans, J-R. (n.d.). Abord comportemental-cognitif des troubles.
- Goulet, J., & Chaloult, L., & Ngo, T.L. (2013). Guide de pratique pour le Trouble panique avec ou sans agoraphobie. Canada.
- Goulet, J. (2005). Technique de résolution de problème. Tccmonte-real. Canada.
- Glazener C-M., & Evans J-H., & Peto R-E. (2004). Complex behavioural and educational interventions for nocturnal enuresis in children. Cochrane Database.
- Jamphe, J. (2014). Aperçu de la Thérapie Dialectique Comportementale pour la personnalité limite de Marsha M. Linehan. CSSSSL et HSC. Canada.
- Linehan, M-M. Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. NIDA Res Monogr. 1993;137: 201-16. PMID: 8289922.
- Labat, J-J. (1996). Les thérapies comportementales dans l'énurésie. Constat.
- Mirabel-Sarron, M. (2011). Les thérapies comportementales et cognitives : bases théoriques et indications . Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique Elsevier Masson, 169 (6), p.4.
- Musa, C. (2000). Thérapies comportementales et cognitives dans les troubles anxieux (Ire partie), Psychiatrie (17) n° 10, p.357.
- Neveux, N. (2022). TCC et problèmes sexuels. Psychiatrie Paris TCC, TIP, EMDR. <https://e-psychiatrie.fr/tcc-psy-paris/tcc-paris-problemes-sexuels-psy-soigner-guerir-traiter/>.



- Neenan, M. (2008). Utiliser le questionnement socratique dans le coaching. *Journal de thérapie rationnelle et cognitivo-comportementale*. PP.249-264.
- François, P-H., & Botteman, A-E. (1996). Pertinence du modèle de l'auto-efficacité de Bandura pour le bilan de compétences. *Cardiologie*, vol. 6, no. 2, p.521-522.
- Savy, P (2017). La prise en charge de l'énurésie nocturne : Script du Training Autogène de Schultz. Utilisation de techniques de thérapie cognitive et comportementale en médecine générale : L'exemple de la prise en charge des troubles anxieux. Lyon.
- Schmitt, BD. (1997). Énurésie nocturne. *Pediatr Rev.* 18 :183–90.
- Sauteraud, A. (2005). Le Trouble obsessionnel compulsif. Le manuel du thérapeute. Paris : Odile Jacob.
- Salkorskis, P.H., & Warwick, H.M.C. (2001). Meaning misinterpretation and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding.
- Taylor, S., & Asmundsan, G.J.G. (2004). *Treating health anxiety: A cognitive behavioral approach*, New York: Guilford Press.
- Thanh-Lan Ngô, M.D. (2014). Atelier de révision du modèle de thérapie comportementale dialectique de Marsha Linehan. Chenelière Education.
- Van Herzeele, C., & Bruyne, P., & De Bruyne, E., & Vande Welle, J. (2015). Facteurs difficiles pour le traitement de l'énurésie : Problèmes psychologiques et non-observance. *Journal d'urologie pédiatrique*, volume 11, N 6, p.308-313.
- Warwick, H.H.C., & Salkovskis, P.H. (1990). *Hypochondriasis Behavior Research and Therapy*.



- Warwick, H.H.C., Salkovskis, P.H. (1992). Cognitive and behavioral characteristics of primary hypochondriasis.
- Young, J., & Klosko, J. & Weishaar, M. Schema Therapy: A Practitioner's Guide, The Guilford Press, 2003, p.436.

