

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة



الكلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية
القسم: علم النفس
الاختصاص: علم النفس العيادي

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر

مدى فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الرجوعية لدى
الأطفال المصابين بداء السكري (النوع الأول)
دراسة ميدانية بمتوسطة "دهان ساعد" و"المركز الوسيط للإدمان" بقالمة.

من إعداد:

- خمار إيمان
- نابتي فضيلة

أمام لجنة المناقشة المكونة من:

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
السيد: بهتان عبد القادر	أستاذ محاضر أ	جامعة 8 ماي 45 قالمة	رئيسا
السيد: بودودة نجم الدين	أستاذ محاضر ب	جامعة 8 ماي 45 قالمة	مشرفا
السيد(ة): دشاش نادية	أستاذ محاضر أ	جامعة 8 ماي 45 قالمة	ممتحنا

السنة الجامعية: 2018/2019.

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بحمده تتم النعم، والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه

أجمعين

أولا نود التقدم بالشكر والامتنان بشكل خاص للأستاذ المشرف الدكتور

"بودودة نجم الدين" الذي منحنا من علمه ووجهنا بعناية في عملنا ومنحنا ثقته التامة، نقدر له اهتمامه.

نتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى الأستاذين الفاضلين ومضوي لجنة المناقشة:

الأستاذ الدكتور "عبد القادر بهتان" رئيسا والأستاذة الدكتورة "نادية دماش" ممتحننا على التكرم بالاطلاع على عملنا وقبول تقييمه.

خالص الشكر موصول إلى جميع أساتذة قسم علم النفس.

والشكر الجميل إلى كل من رافقنا ودعمنا في هذه اللحظات الهامة من مشوارنا الدراسي: العائلة، الأصدقاء والزملاء....

شكرا للجميع



الإهداء

الحمد لله على توفيقه لنا وسداد خطانا

لم نكن لنصل إلى إنجاز هذا العمل إلا بوجودكم:

والدينا في المقام الأول.

العائلتين الكريمتين: العائلة "نايتي" والعائلة "خمار".

كل من دعمنا، كل من ساهم معنا، كل من طمأننا وشجعنا وكل من سهل طريقنا في هذا

العمل.

إهداء خاص لهذا الجهد المتواضع إلى كل أطفال السكري.



الفهرس

الصفحة	العنوان
	الإهداء
	شكر وتقدير
	الفهرس
1	ملخص
الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة	
5	أ- مقدمة
7	ب- الإشكالية
8	ت- الفرضيات
8	ث- أهمية الدراسة
9	ج- أهداف الدراسة
9	ح- تحديد المفاهيم
9	خ- حدود الدراسة
10	د- الدراسات السابقة
الفصل الأول: الطفل والسكري	
16	تمهيد
17	I- الجانب الطبي
17	1. التاريخ الخاص بالسكري
17	2. إحصائيات مرض السكري
18	3. تعريف مرض السكري
18	4. أنواع السكري
18	1.4. السكري النوع الأول
18	2.4. السكري النوع الثاني
19	3.4. أنواع أخرى من السكري
19	1.3.4. السكري المرتبط بسوء التغذية
19	2.3.4. السكري السكري من النوع Mody
19	3.3.4. سكري الحمل

19	5. أعراض وتشخيص مرض السكري
19	1.5. أعراض نقص السكر في الدم
20	2.5. أعراض ارتفاع السكر في الدم
20	6. مضاعفات مرض السكري
20	II- الجانب النفسي
20	1. البروفيل الخاص بالشخصية السكرية
21	2. التفسير السيكوسوماتي
21	1.2. التنظيمات العقلية
22	2.2. النظرية العلائقية
23	3. الصدمة الخاصة بالمرض
23	1.3. صدمة الإعلان عن المرض
24	4. التمثلات الخاصة بالمرض
26	5. الآثار النفسية الخاصة بمرض السكري
27	6. الصدمة التعقيل والتشوهات المعرفية
27	1.6. المقاربة التحليلية
29	2.6. المقاربة المعرفية
32	الخلاصة
الفصل الثاني: الرجوعية.	
35	تمهيد
35	1. مفهوم الرجوعية
38	2. المصطلحات المتقاربة مع الرجوعية
40	3. المقاربات المفسرة للرجوعية
40	1.3. المقاربة السيكودينامية
42	2.3. المقاربة المعرفية السلوكية
44	3.3. المقاربة النسقية
44	4.3. نظرية التعلق
45	5.3. مقارنة عوامل الحماية وعوامل الخطورة
46	4. بناء وتطوير الرجوعية
46	1.4. نموذج روتر
47	2.4. النموذج العرضي لجيليغان (Gilligan)

48	3.4. نموذج كازيتا (casita)
49	4.4. أوصياء الرجوعية
50	5. تطبيق الرجوعية في مجال الإكلينيكي
52	الخلاصة
الفصل الثالث: العلاج بالتقبل والالتزام	
55	تمهيد:
55	1. مفهوم العلاجات المعرفية السلوكية
56	2. نشأة وتطور العلاجات المعرفية السلوكية
56	1.2. العلاجات السلوكية
59	2.2. العلاجات المعرفية
60	3.2. العلاجات الخاصة بالانفعال
61	3. العلاج بالتقبل والالتزام
61	4. أسس القاعدية للعلاج بالتقبل والالتزام
61	1.4. الجذور الفلسفية: السياقية الوظيفية
62	2.4. الجذور النظرية: نظرية الأطر العلائقية
63	3.4. اللغة والنفوس
63	5. أهداف العلاج بالتقبل والالتزام
64	6. العمليات المرضية والعلاجية في العلاج بالتقبل والالتزام
64	1.6. نموذج ACT المرضي
67	2.6. نموذج ACT العلاجي
70	7. التقنيات المستخدمة في العلاج بالتقبل والالتزام
74	الخلاصة
الجانب الميداني: الاطار المنهجي والامبريقي	
78	تمهيد
78	1- الدراسة الاستطلاعية
78	1. المنهج
78	1.1. المشاركون
78	2.1. الإجراءات
78	3.1. الأدوات
80	2. النتائج

81	II-الدراسة الامبريقية
83	1. المنهج:
83	1.1. المشاركون
83	2.1. الإجراءات
84	3.1. الأدوات
98	2. النتائج
107	3. مناقشة
111	خاتمة
114	قائمة المراجع
-	الملاحق

ملخص الدراسة:

سعت هذه الدراسة للكشف عن فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الرجوعية لدى الأطفال المصابين بالسكري، تكونت العينة من 3 مشاركين (ذكر، 2 أنثى)، متوسط العمر 13 سنة، مسجلون في سنة 1 متوسط، تم اختيارهم قصدياً عبر وحدات الكشف والمتابعة التابعة للطب المدرسي بولاية قالمة.

ولتحقيق أهداف دراستنا هذه استخدمنا المنهج الإكلينيكي، ولهذا وضعنا بروتوكولا قائما على العلاج بالتقبل والالتزام يتكون من (12 جلسة) مدة كل جلسة (60 دقيقة). كما مررنا مقياس الاليكسيثيميا ومقياس الرجوعية.

تشير نتائج هذه الدراسة إلى وجود نوع من التحسن في الرجوعية لدى كل المشاركين ومنه نستخلص أن العلاج يبدو فعالاً في تحسين الرجوعية لدى الأطفال المصابين بداء السكري، ولكن تبقى الحاجة إلى إجراء دراسات تجريبية مضبوطة مع عينة كبيرة للتأكد من فعالية هذا العلاج الجديد.

الكلمات المفتاحية: السكري-الطفل-الرجوعية-العلاج بالتقبل والالتزام.

Résumé

La présente étude a pour objet d'expérimenter l'efficacité de La thérapie d'Acceptation et d'Engagement, dans l'amélioration de la résilience chez des enfants atteints de diabète. Notre échantillon d'étude était composé de trois participants scolarisés au collège (garçon = 1, filles = 2), âge moyen 13 ans, inscrits en 1^{ère} année moyenne. Les participants ont été sélectionnés auprès des unités de dépistage clinique et de suivi de la médecine scolaire au niveau de la wilaya de Guelma.

Pour atteindre les objectifs de notre étude, nous avons utilisé la méthode clinique. Dans ce sens nous avons mis en place un protocole basé sur La thérapie d'Acceptation et d'Engagement, comprenant 12 séances de 60 minutes. Nous avons également fait passer l'échelle Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) et l'échelle Toronto Alexithymia Scale avant et à la fin du protocole ACT.

Les résultats de la présente étude dévoilent une forme d'amélioration au niveau de la résilience chez tous les participants. En conclusion nous pensons que ce modèle de thérapie paraît efficace dans l'amélioration de la résilience chez les enfants atteints de diabète. Néanmoins, des recherches auprès d'échantillons plus large restent nécessaires, pour permettre de conclure à l'efficacité de ce modèle de suivi thérapeutique.

Mots clés : Diabète, l'enfant, résilience, La thérapie d'Acceptation et d'Engagement

Liste des abréviations

قائمة المختصرات:

DT1 : diabète type 1	السكري من النوع الأول.
DT2 : diabète type 2	السكري من النوع الثاني.
MODY : Maturity-onset diabetes the Young	سكري بداية النضج أو ارتفاع السكري غير المعتمد على الأنسولين لدى الأطفال.
HbA1C	فحص الهيموغلوبين السكري.
TCC : thérapie cognitivo-comportementale	العلاج المعرفي السلوكي.
ACT : thérapie d'acceptation et d'engagement	العلاج بالتقبل والالتزام.
CF : functional contextualism	السياقية الوظيفية.
TCR : théorie des cadres relationnels	نظرية الأطر العلائقية.
TAS-20: Toronto Alexithymia Scale	سلم تورنتو للالكسيتيميا.
CD-RISC : Connor-Davidson Resilience Scale	سلم كونور دافيدسون للرجوعية.

الجانب النظري

الفصل التمهيدي

الإطار العام

للدراسة

أ. مقدمة:

مثل كل موقف أو وضعية تبدأ في حياة الإنسان فإن اللحظة التي نتلقى فيها التشخيص تمثل قطعة هامة بين ما قبل وما بعد التشخيص والتي تستدعي إعادة تنظيم الوجود (Ferragut, 2007, p162). و يشير كانغيلهام (C.Canguilhem) (2009) في هذا الصدد إلى أن: "المرض لا يعتبر تغيّر في البعد الصحي فقط بل هو بذاته بعد جديد في الحياة" (Passeggi & al, 2014). فالمرض حين يطرأ على الفرد خاصة إذا تعلق الأمر بالطفل وكان المرض مزمنًا كمرض السكري فإنه يأخذ مكان أو مساحة في مختلف جوانب حياته محدثًا فيها تغيرات، تستدعي التكيف وفقًا لها مشكّلة بذلك معنى أو بعد جديد في الحياة.

فخلال مواجهة هذه الأحداث الصدمية، يصبح الفرد مجبرًا على تنظيم التهديد الناتج عن عدم التنظيم النفسي وإيجاد الطاقة للبناء بالرغم من الجروح وبالتالي نعتبر أنه استخدم عملية الرجوعية (Anaut, 2009).

وبما أن المريض يعيش بالتزامن مع مرضه أحداث ضاغطة وأخرى صدمية، فذلك يضعه في حالة من الضعف والتي لا تسمح له التعامل مع ما يواجهه على الأقل بإمكاناته (Ferragut, 2007, p164).

لذلك فإنه عند وجود أمراض خطيرة، تستدعي وجود أشخاص حول المريض يقدمون له الدعم والمساندة هؤلاء الأشخاص الذي يطلق عليهم بوريس سيرولنيك (Boris Cyrulnik) (1991)، أوصياء الرجوعية، ووصي الرجوعية يمكن أن يكون أحد أفراد العائلة القريبين، الوالدين، زوج، جار، معلم، طبيب، مختص نفسي ... الخ.

والرجوعية هي قدرة موجودة لدى جميع الأفراد غالبًا ما تكون كامنة أو تظهر في أشكال جزئية غير مكتملة عند العديد من الأفراد إن لم تكن الظروف متوفرة حتى تتمكن عملية الرجوعية من التحقق، ومن خلال هذا المنظور فالموارد الكامنة يمكن تحفيزها وإثارتها.

وتظهر الرجوعية عندما يتكيف الأطفال بشكل ناجح مع عوامل الخطر التي يتعرضون لها، فهي القدرة على التكيف الناجح رغم التحديات أو الظروف المهددة، وقد أظهرت العديد من الدراسات التي أجريت على الأطفال في ظروف شاقة أن هناك عدة عوامل تساعد على بناء وتشكيل هذه القدرة، منها ما يتعلق بالأسرة ومنها ما يتعلق بالمجتمع ومنها ما يتعلق بالمدرسة (Masten, 2001).

ويمكن مساعدة الأطفال على تجاوز المحنة ومن خلال تطوير قواهم ومهاراتهم، وتعليمهم لاستراتيجيات يستعملونها في وضعيات الكرب أو الوضعيات الصدمية، خاصة على المستوى العاطفي والانفعالي (Mateu-Pérez & al, 2014;) (p116).

وبالحديث عن الجانب الانفعالي يتبادر إلى أذهاننا العلاجات المعرفية السلوكية خاصة تلك المتعلقة بالموجة الثالثة التي أولت دور هام للانفعالات في العلاج، ويعتبر العلاج بالتقبل والالتزام من أهم العلاجات التي ظهرت في هذه الموجة فهو علاج تكاملي ونقطة التقاء بين هذه العلاجات، يستخدم أدوات سهلة وفعّالة من أجل مساعدة أفراد يعانون من خبرات مؤلمة في أي جانب من جوانب الحياة، يقوم على تقبل الأحداث والخبرات النفسية المؤلمة والالتزام بالسلوكيات في اتجاه القيم التي تعطي معنى لحياة الفرد.

وعليه فدراستنا هذه تنقسم إلى جانبين الأول يضم الجانب النظري والثاني يضم الجانب المنهجي والتطبيقي. أما الجانب الأول فقد قسمناه إلى أربع فصول:

الفصل التمهيدي: يتضمن الإطار العام للدراسة، يكون فيه نوع من التقديم للموضوع بشكل عام تدرج بعده الإشكالية كطرح شامل للموضوع يتضمن أهم التساؤلات المطروحة في صدد الموضوع ووضع فرضيات لها، ننتهي إلى ذكر أهمية الدراسة والأهداف البحثية المراد الوصول إليها إضافة إلى الدراسات السابقة.

الفصل الأول: فيتضمن موضوع السكري كمرض مزمن في مرحلة الطفولة، والذي تم تناوله من جانبين طبي ونفسي مع التعمق في الجانب النفسي كونه الموضوع الخاص بدراستنا نسعى فيه إلى بيان المنشأ النفسي لمرض السكري وخصائص مرضاه ووقوع هذا الأخير على نفسية المصاب ومعاشه لحظة الإعلان عنه وبعدها وكيفية تلقي الصدمة انطلاقاً من التمثلات الخاصة بكل فرد وأخيراً الآثار النفسية المترتبة وقدرة الشخص على تعقيل الأحداث.

الفصل الثاني: ينطوي على موضوع الرجوعية وهو موضوع داعم للفصل الرابع المتضمن للعلاج بالتقبل والالتزام، يتحدث عن مصطلح الرجوعية وتاريخ نشوئه وعلاقته بالمرض المزمن والقدرة على تجاوز الضغوط المرتبطة به والقدرة على استخدام أساليب مواجهة فعالة وأخيراً استدخال الرجوعية كعنصر مساعد في العلاج لاستخراج قدرات المريض.

الفصل الثالث: يخص العلاجات السلوكية المعرفية والأمواج الخاصة بها، وبالتحديد العلاج بالتقبل والالتزام وأسس الفلسفية والنظرية الممهدة لنشأته، الأهداف التي يرمي إليها العلاج، العمليات المرضية المسببة للمعاناة من وجهة نظر هذا العلاج والعمليات العلاجية المقابلة لها، وأخيراً أهم التقنيات المستخدمة فيه.

الجانب الميداني: والذي يحوي الجانب المنهجي والميداني للدراسة ويشتمل على عينة الدراسة والمنهج والأدوات المستخدمة وحالات البحث والتحليل وأهم النتائج المتوصل إليها.

ب. الإشكالية:

إن السكري خبرة مؤلمة للطفل وعائلته، حيث أنه يخل بتوازنهم ويغير مجرى حياتهم، وله دلالات ومعاني خاصة فهو مرض مزمن وحالة طويلة الأمد، ومصدر خطر يهدد حياة الطفل وكيانه ومصدر لضغوط يومية ومستمرة تتعلق بالأعراض الفيزيولوجية كارتفاع أو انخفاض مستويات السكر في الدم، الصداع، الرجفة، كثرة التبول، التوتر، التعب، عدم القدرة على التركيز... والقيود المفروضة على المريض كنظام التغذية والفحوصات الدورية، بالإضافة إلى هذا يؤثر السكري على الأطفال من الجانب النفسي حيث تشير الكثير من الدراسات إلى انخفاض تقدير الذات، القلق، الاكتئاب...، ومن الجانب الاجتماعي حيث يكون الأطفال المصابون بمرض السكري أكثر عرضة للانسحاب والعزلة والشعور بالاختلاف عن أقرانهم الذين لا يتفهمون مرضهم فيكونون عرضة للسخرية والازدراء.

والسكري كمرض مزمن يؤثر على مسار النمو النفسي للطفل، خاصة عند المرور للمراهقة أين يبحث المراهق على هويته ويحدد اتجاهاته ويشعر بفردانيته، واستقلاليته، فقد تزداد معاناة الطفل عند المرور لهذه المرحلة وهو حامل لمرض مزمن الذي يؤثر على الهوية لأنه يمس صورة الجسد والتي تشكل المنطلق الأول لتشكيل الهوية، إذا لم يتم إدماج الإصابة العضوية ضمن المجال النفسي ولم يتم تقبلها. فحسب ليبيانسكي (lipiansky) (1992): "الجسد هو الأساس والداعم المفضل للشعور بالهوية" (Liarte & Brocq, 2014).

فقد يطوّر الطفل أو المراهق استراتيجيات تكيفية غير فعالة، فيستنزف الكثير من طاقته النفسية في محاولات غير مجدية كتجنب الأفكار والمشاعر المؤلمة وعدم التعبير عنها وقمعها كوسيلة للهروب وإنكار المرض خاصة وأن المرضى المزمّنين لديهم مشاكل في العاطفة أو العجز في التعبير الانفعالي.

وبما أن التطوّر النفسي الأمثل يتطلب إدماج المعلومة وليس حذفها، التعرف على المعاناة، القلق، الخوف وليس إنكارها، تقبل الحداد وليس التثبيت بإنكار الحقيقة، والشجاعة لمواجهة المستقبل وبالتالي يجد الفرد نفسه أمام ضرورة بناء معالم جديدة، تحريك موارده، وتقوية قيمه القاعدية وتقديره لذاته، وهذا ما يتطلب تفعيل عملية الرجوعية التي تظهر كقوة كامنة يستوجب تحفيزها لدى الفرد ليسترجع نفسه ويتخطى معاناته، ويتقبل مرضه ويعيش معه وليس بدونه.

ولقد لاقى نموذج الرجوعية في الآونة الأخيرة اهتمامات العديد من الإكلينيكين في الميدان التطبيقي للأمراض النفسية والمسائل الصحية بالعمل على تحريك قدرات الفرد لمواجهة الوضعيات الصعبة من خلال اكتشاف التقنيات التي تهدف إلى تحفيز الموارد النفسية للفرد باستخدام طرق مختلفة للتدخل والتي تساعد الأفراد على استغلال مواردهم الداخلية والخارجية ودفعم للتطور.

ومن جهة أخرى فإن العلاج بالتقبل والالتزام يسعى إلى مساعدة المرضى على الانفتاح على خبراتهم الداخلية (أفكار، مشاعر، أحاسيس...) المؤلمة وتقبلها والسير نحو القيم التي تحمل معنى لحياتهم، وبالتالي فهو يقترح أو يقدم بديل يساعد المريض على الاتصال مع الخبرة السلبية وتقبلها والتخلي عن استراتيجيات التحكم التي تعمل على تجنب الخبرات وكذلك الابتعاد عن أسلوب بذل جهود متصلبة لتحويل الخبرة لأمر آخر عما هي عليه والتي تزيد من المعاناة.

من هذا المنطلق جاءت هذه الدراسة لمساعدة الأطفال المصابين بداء السكري خاصة الفئة العمرية من 11 إلى 14 سنة وهم في مرحلة الانتقال إلى المراهقة على مواجهة المرض وتقبله والنمو والتطور بشكل إيجابي من خلال تفعيل قدرات الرجوعية لديهم عن طريق استخدام بروتوكول قائم على العلاج بالتقبل والالتزام. وللكشف على مدى فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الرجوعية لدى أطفال السكري تسعى هذه الدراسة للإجابة على التساؤل الرئيسي التالي:

ما مدى فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الرجوعية لدى الأطفال المصابين بداء السكري؟

التساؤلات الفرعية:

- هل يساعد العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين قدرة التحكم في الانفعالات لدى الأطفال المصابين بداء السكري؟
- هل يساعد العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الكفاءة الذاتية لدى الأطفال المصابين بداء السكري؟
- هل يساعد العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين قدرة التعرف على المشاعر لدى الأطفال المصابين بداء السكري؟
- هل يساعد العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين قدرة التعبير على المشاعر لدى الأطفال المصابين بداء السكري؟

ت. الفرضيات:

- الفرضية العامة: يساعد العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الرجوعية لدى الأطفال المصابين بداء السكري.
- الفرضيات الجزئية:
- يساعد العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين القدرة على التحكم في الانفعالات لدى الأطفال المصابين بداء السكري.
- يساعد العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الكفاءة الذاتية لدى الأطفال المصابين بداء السكري.
- يساعد العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين قدرة التعرف على المشاعر لدى الأطفال المصابين بداء السكري.
- يساعد العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين قدرة التعبير على المشاعر لدى الأطفال المصابين بداء السكري.

ث. أهمية الدراسة:

- ندرة الدراسات العربية في العلاج بالتقبل والالتزام.
- توفر هذه الدراسة في مجال الصحة دليل مبدئي لمساعدة الأطفال المصابين بداء السكري (المرض المزمن) على تقبل المرض وتهيئتهم للاستقلالية في إدارة المرض (خاصة في مرحلة الانتقال إلى المراهقة) سواء كان على مستوى المستشفيات أو وحدات الكشف والمتابعة للطب المدرسي.

- فتح المجال أمام الباحثين والمختصين للعمل على تطوير برامج تخص العلاج بالتقبل والالتزام وعلى الرجوعية في إطار التكفل الخاص بالمرضى المزمنين وشكل خاص مرضى السكري.
- تعتبر هذه الدراسة إسهام لنقص المادة العلمية باللغة العربية في هذا الموضوع.
- تقترح هذه الدراسة أساليب جديدة للتعامل مع الأمراض النفسية.

ج. أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

- تصميم بروتوكولا قائما على العلاج بالتقبل والالتزام موجه للأطفال المصابين بداء السكري.
- الكشف عن مدى فعالية العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الرجوعية لدى الأطفال المصابين بداء السكري.
- مساعدة الأطفال المصابين بداء السكري على التعرف على مشاعرهم وأحاسيسهم.
- مساعدة الأطفال المصابين بداء السكري على التعبير على مشاعرهم وأحاسيسهم.
- تدريب الأطفال المصابين بداء السكري على تقبل المرض واكتساب السلوك الصحي (قياس مستويات السكر، حقن الأنسولين، الحمية الغذائية، ممارسة الرياضة).

ح. التعاريف الإجرائية لمصطلحات الدراسة:

1.5.الرجوعية: مجموعة من القدرات الكامنة التي تستثار في حالات التعرض للضغوط والصدمات النفسية، تعمل على استعادة وضعية التوازن بعد الاضطراب وتزيد من التطور نحو الإيجاب، وهي الدرجة التي يتحصل عليها طفل المصاب بمرض السكري في مقياس الرجوعية

2.5. العلاج بالتقبل والالتزام: أحد العلاجات النفسية المعرفية السلوكية الحديثة، يعتبر اللغة كمصدر مرضي وعلاجي في نفس الوقت، ويعمل على تحريك الفرد من التصلب النفسي نحو المرونة النفسية من أجل التعايش مع المرض والتركيز بدلا من ذلك على ما هو مهم حقا في حياة الفرد.

2.5. الطفل المصاب بداء السكري: هو طفل يعاني من مرض مزمن يتسم بارتفاع أو انخفاض نسبة السكر في الدم، يحدث بسبب وجود خلل في البنكرياس أو في وظيفته، يدعم من خلال الأدوية، حقن الأنسولين، والالتزام بالحميات الغذائية تعود أسبابه إلى عامل الوراثة أو اختلال في النظام المناعي، يظهر في عدة أنواع من بينها النوع الأول من السكري والذي يصيب عادة الأطفال.

خ. حدود الدراسة:

1.6. المجال المكاني للدراسة: تم إجراء الدراسة الحالية على مستوى وحدة الطب المدرسي متوسطة "دهان ساعد" بعين مخلوف والمركز الوسيط للإدمان بقالة (كمكان لإجراء البحث).

2.6. المجال الزمني: تم إجراء الجانب التطبيقي لهاته الدراسة في الفترة الممتدة من 13-02-2019 إلى غاية 30-05-2019.

د. الدراسات السابقة:

1. دراسات على السكري:

1.1. دراسة (Ph. Bastin, O & Al,2004) تحت عنوان التحكم في السكري والالكسيثيميا:

Contrôle du diabète et alexithymie : le rôle de l'identification et de la verbalisation des émotions

هدفت هذه إلى الدراسة إلى التعرف على خصائص الالكسيثيميا عند مرضى السكري و مدى علاقتها بالتحكم في نسبة السكر في الدم تمت الدراسة على عينة تتكون من 64 فرد (35رجل، 29 امرأة) من مرضى السكري أقل من 60 سنة يتحدثون الفرنسية ، متوسط العمر 42 سنة ، استخدم الباحثون مقياس الالكسيثيميا (TAS20) ، مقياس قلق سمة و حالة، مقياس بيك للاكتئاب، قياس نسبة السكر في الدم ، توصلت الدراسة إلى أن 10.2% من الأفراد تحصلوا على درجة عالية من الالكسيثيميا (أكبر من 61) و 9.5% تحصلوا على درجة منخفضة من الالكسيثيميا (أقل من 61) كما لوحظ أنه لا يوجد فرق بين المجموعتين بالمقارنة مع نسبة السكر في الدم ولكن لوحظ عند المرضى مرتفعي الالكسيثيميا ارتباط بين ارتفاع نسبة السكر في الدم و عاملين من عوامل الالكسيثيميا وهما صعوبة التعرف على المشاعر و صعوبة التعبير عنها.

2.1. دراسة (Gregg, 2007) حول أثر ACT في التربية العلاجية للمرضى:

تمت الدراسة في سان خوسيه (San José) بالولايات المتحدة الأمريكية دراسة تدخلية عشوائية لـ 81 مريض سكري من النوع 2. الذي يظهر أن ارتباط ACT بالتربية العلاجية للمريض يؤدي إلى تحسين الإدارة الذاتية لمرض السكر وتحسين مستويات السكر في الدم لدى المرضى الذين يعانون من تدني الحالة الاجتماعية – التعليمية والذين يعانون من داء السكري من النوع 2. ممارسة ACT في هذه الدراسة تتمحور حول الأفكار والمشاعر والتي تتعلق تحديدا بمرض السكري. فأهمية هذه الدراسة إظهار أثر ACT على المدى القصير من التطبيق (يوم واحد)، مع تحديد مستوى HbA1C أقل من 7.7٪، كمييار للسيطرة على مرض السكري، وقد تمت إزالة الهدف من التوصيات منذ عام 2013 في فرنسا أمام زيادة خطر حدوث نقص السكر في الدم.

3.1. دراسة (Shayeghian,2015) أثر استراتيجيات المواجهة وACT في الإدارة الذاتية للسكري:

كانت دراسة شايغيان (Shayeghian) لعام 2016 في طهران، إيران عبارة عن دراسة تدخلية عشوائية تضمنت 106 مريض. أشارت هذه الدراسة إلى أن استراتيجيات المواجهة لها دور في تأثير ACT على الإدارة الذاتية لداء السكري من النوع 2. وركزت ممارسة ACT في هذه الدراسة أيضا على الأفكار والمشاعر التي تتعلق تحديدا بمرض السكري. فالمجموعة التجريبية ACT (10 جلسات) حصلت على مستوى HbA1C منخفض، أنشطة رعاية ذاتية أفضل ودرجات تقبل أفضل من المجموعة الضابطة، وهذا ثلاثة أشهر بعد العلاج. أظهرت هذه الدراسة أن استراتيجيات المواجهة كان لها دور في آثار ACT الجماعي على أنشطة الرعاية الذاتية. قدمت هذه الدراسة نتائج مماثلة لتلك التي قام بها

جريج في 2007 فيما يتعلق بتأثير ACT (الذي يركز على الأفكار والمشاعر المرتبطة بمرض السكري) على مستوى HbA1C، بناءً على متوسط HbA1C في كل مجموعة وليس على عدد المرضى في كل مجموعة مع مستوى HbA1C أقل من 7٪. ومع ذلك كان يعتبر مستوى HbA1C خاصة حكم أساسية بينما كان الغرض من الدراسة إظهار الارتباط بين استراتيجيات المواجهة وACT.

4.1. دراسة (Mousa moazzezi & Al, 2015) حول أثر العلاج بالتقبل والالتزام في إدراك الضغط والفعالية الذاتية للصحة لدى الأطفال من سن السابعة إلى الخامسة عشر المصابين بداء السكري.

قام بالدراسة كل من Mousa moazzezi و زملاءه حيث كان الهدف منها تحديد أثر التقبل والالتزام على إدراك الضغط، الفعالية الذاتية في الصحة لدى الأطفال المصابين بالسكري من سن السابعة إلى سن الخامسة عشر. تعتبر هذه الدراسة تجربة إكلينيكية مع تصميم مجموعة ضابطة قبلية وبعديّة، شمل مجتمع الدراسة جميع المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين سبعة إلى خمسة عشرة سنة والذين أحيلوا إلى جمعية السكري في تبريز، إيران تم اختيار 40 مشارك منهم باستخدام عينات ملائمة وتم تصنيفهم بشكل عشوائي لمجموعتين متطابقتين (الضابطة والتجريبية). المجموعة التجريبية شاركت في جلسات العلاج بينما المجموعة الضابطة لم تتلق أي تدخلات وتمثلت أدوات البحث في استبيان الضغط المدرك والفعالية الذاتية في الصحة الخاصة.

التحليل المتعدد لنتائج المتغير (mancova) أظهر أن العلاج كان فعالاً على متغير إدراك الضغط والفعالية الذاتية للصحة الخاصة ($p < 0.001$). وبالتالي فالعلاج بالتقبل والالتزام فعال في تخفيض الضغط المدرك وزيادة الفعالية الذاتية للصحة الخاصة لدى الأطفال المرضى بالسكري.

2. دراسات على الرجوعية (la résilience):

إن موضوع الرجوعية موضوع واسع ولقد تعددت فيه الأبحاث والدراسات حيث تم تناوله من عدة جوانب ولقد ركزنا على الدراسات التي تناولت تحسين وتطوير الرجوعية من خلال وضع برامج علاجية وإرشادية:

1.2. دراسة (Robert & Lori, Esther, 2001) حول أثر العلاج المعرفي السلوكي على الرجوعية لدى فئة المساء لهم:

هدفت إلى التعرف على فاعلية الدعم والمعالجة الجماعية السلوكية المعرفية على الرجوعية لدى المراهقين المساء لهم، أجريت هذه الدراسة في المدرسة الأساسية العليا في ولاية فيرجينا الأمريكية. تكونت عينة الدراسة من (9) مراهقين، استخدم في هذه الدراسة مناقشة العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، ولعب الدور، وأسلوب توكيد الذات، وقد أظهرت النتائج فاعلية الأساليب المستخدمة في تحسين مستوى الرجوعية للأفراد عينة الدراسة.

2.2. دراسة (Siobhan & Emma, Dorota, 2005) والتي هدفت إلى التعرف على فاعلية الإرشاد الجماعي باستخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي لدى طالبات المرحلة الثانوية في تحسين الرجوعية (la résilience) وجودة الحياة للمساء لهم عاطفياً، أجريت هذه الدراسة في ولاية إنديانا في الولايات المتحدة الأمريكية. تكونت عينة الدراسة من (20) طالبة، تم تقسيم عينة الدراسة عشوائياً إلى مجموعتين: تجريبية ضمت (10) طالبات، ومجموعة ضابطة ضمت (10) طالبات. أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية، بين المجموعتين تعزى للبرنامج الإرشادي

ولصالح المجموعة التجريبية، مما يدل على أثر العلاج المعرفي السلوكي في تحسين المرونة النفسية، وجودة الحياة لدى الطالبات.

3.2. دراسة (علا عبد الكريم الحويان، نسيمه علي داود، 2013):

هدفت هذه الدراسة إلى استقصاء فعالية برنامج إرشادي قائم على العلاج باللعب في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية، المرونة النفسية (la résilience)، لدى الأطفال المساء إليهم جسدياً. تكوّن أفراد الدراسة من (6) أطفال مساء إليهم جسدياً تتراوح أعمارهم ما بين 6-12 سنة (4 إناث، و 2 من الذكور) تم اختيارهم قصدياً من مؤسسة الحسين الاجتماعية في مدينة عمان. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام منهج دراسة الحالة الفردية The single case study تم استخدام مقياس المهارات الاجتماعية ومقياس الرجوعية. كما تم بناء برنامج إرشادي قائم على اللعب مكون من (10) جلسات لعب فردي و(5) جلسات إرشاد جمعي للأطفال الستة معاً، مدة الجلسة 45 دقيقة. تم التحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة وتطبيقها قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي. أظهرت النتائج أن هناك تحسناً ظهر على كل فرد من أفراد الدراسة، في مستوى المهارات الاجتماعية والرجوعية نتيجة المشاركة في البرنامج الإرشادي (الحويان، 2015، 405)

4.2. دراسة (صلاح الدين الضامن قاسم سمور، 2017) بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض العجز المتعلم وتحسين المرونة النفسية (la résilience) لدى الأطفال المساء إليهم في المدارس الحكومية في لواء بني كنانة"

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض العجز المتعلم وتحسين المرونة النفسية (la résilience) لدى الأطفال المساء إليهم في لواء بني كنانة. تكونت عينة الدراسة من (30) طالباً من الأطفال المساء إليهم الذكور، وتوزعوا بالتساوي إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية تكونت من 15 طالباً، ومجموعة ضابطة تكونت من (15 طالباً). وللتأكد من تحقيق الأهداف، تم بناء الأدوات التالية: مقياس للعجز المتعلم، ومقياس للمرونة النفسية، ومقياس للكشف عن الأطفال المساء إليهم، وبرنامج إرشادي معرفي سلوكي. أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية عند المستوى $\alpha = 0.05$ بين المجموعتين، ولصالح المجموعة التجريبية في خفض العجز المتعلم، وعلى الأبعاد الفرعية (الانفعالي والدافعية والمعرفي). كما كشفت النتائج وجود أثر دال إحصائياً للبرنامج الإرشادي في تحسين المرونة النفسية وأبعادها (الانفعالي والاجتماعي والعقلي) (الضامن وسمور، 2017).

*التعقيب على الدراسات السابقة:

لقد تناولت الدراسات السابقة موضوع السكري وموضوع الرجوعية من جوانب متعددة، كما اختلفت العينة ولكن تشابهت في المنهج ويمكن أن نستخلص النقاط التالية:

✓ أن استقرار نسبة السكري في الدم ترتبط بعاملين من عوامل الالكسيتيميا وهما صعوبة التعرف على المشاعر وصعوبة التعبير عنها.

✓ العلاج بالتقبل والالتزام له أثر في تحسين مستويات السكري في الدم ونوعية الحياة الفعالية الذاتية، وإدراك الضغط من خلال التحكم والإدارة الذاتية.

- ✓ التربية العلاجية القائمة على العلاج بالتقبل والالتزام فعالة في مساعدة مرضى السكري في التعامل مع مرضهم من تقبل المرض والصحة النفسية.
- ✓ البرامج القائمة على اللعب والعلاجات المعرفية السلوكية تعمل على تحسين الرجوعية (la résilience).

الفصل الأول

الطفل والسكري

تمهيد

I. الجانب الطبي

1. التاريخ الخاص بالسكري
2. إحصائيات مرض السكري
3. تعريف مرض السكري
4. أنواع السكري
5. أعراض وتشخيص مرض السكري
6. مضاعفات مرض السكري

II. الجانب النفسي

1. البروفيل الخاص بالشخصية السكرية
2. التفسير السيكوسوماتي
3. الصدمة الخاصة بالمرض
4. التمثلات الخاصة بالمرض
5. الآثار النفسية الخاصة بمرض السكري
6. الصدمة التعقيل والتشوهات المعرفية

الخلاصة

تمهيد:

إن العيش على المدى الطويل بوجود مرض يخلق لدى المرضى سلسلة من النتائج النفسية والمعرفية، فالمرض المزمن يتطلب علاج على المدى الطويل بحيث يكون له تأثيرات متغيرة والتي يمكن أن تحدد تطور المرض ومضاعفاته، فإدارة العلاج تستدعي بالتالي تعديل لأسلوب الحياة (Bruno,2012;p09-11). وظهر مرض كالسكري يعكس حياة الطفل وأيضاً تلك الخاصة بوالديه فهو يحدث تغيير عميق في الحياة اليومية وفي دينامية العائلة (Foubert ; 2008). ف "المعاناة النفسية المتشاركة" تصف فكرة أن المريض لا يعاني أبداً لوحده بل جميع المحيطين به (Hendrick & Denis ; 2014;p130)؛ في حين أن المريض يشعر غالباً بالإحباط بسبب اتباعه لحمية غذائية ومراقبة مستويات السكري والقيام برعاية خاصة والتي تعاش غالباً على أنها قيود (Bruno,2012;p09-11). ويمس السكري صورة الذات والهوية بشكل خاص، فالسكري يصل إلى جعل الطفل يُعرف ارتباطاً بمرضه (Foubert ; 2008). كما أنه يشكل خبرة حداد خاصة لدى المريض وإصابة نرجسية حيث يكون هناك أثر مرضي دائم يعاش كعيب أو شذوذ حاد إضافة إلى القيود التي تفرضها متطلبات الرعاية اليومية الأساسية لحياته (Engel-Zerbinati,2014;p37).

ومن خلال هذا الفصل سنتطرق إلى مفهوم مرض السكري أنواعه ومضاعفاته تفسيره من الجانب النفسي وتأثيراته النفسية.

1. الجانب الطبي:

1. التاريخ الخاص بالسكري:

مرض السكري معروف منذ القدم حيث لاحظ الطبيب الإغريقي Aretaeus في أوائل عام 200 قبل الميلاد أن بعض المرضى تظهر لديهم أعراض كثرة التبول والعطش الشديد.

وكلمة diabète (مأخوذة من اليونانية *diabaino* والتي تعني مرور المشروبات عبر الجسد دون توقفها) (Dupasquier ; 1955 ; p09) وحتى ذلك الحين لم يشهد مرض السكري والتعرف عليه أي تطور ملحوظ حتى نهاية القرن السابع عشر حيث توماس ويليس (Thomas Willis) وهو طبيب إنجليزي أول من قام بلفت الانتباه إلى طعم العسل في البول. حيث أضاف كلمة "Mellitus" وهي لاتينية وتعني "الحلو كالعسل" (Dupasquier ; 1955 ; p09).

إن أهم اكتشاف في فهم السكري تمثل في معرفة "أن التوظيف السيء للبنكرياس يسبب السكري" (Sachiko & Flavio, 2013, p18) وفي عام 1889 والتي كانت نقطة تحول في تاريخ نظرية مرض السكري نجح الألمانيان Von Minkowski و Mehring لأول مرة في التسبب بمرض السكري المستمر لدى الكلاب عن طريق الاستئصال الكلي للبنكرياس وهذا ما سمي في وقت لاحق مرض سكري البنكرياس (Dupasquier ; 1955 ; p09).

في 1869 بول لاينجرهانز (Paul Langerhans) " وصف الخلايا الصغيرة كجزر خفية غامضة سميت لاحقاً "جزر لاينجرهانز" وبعد ست سنوات باحث فرنسي ميّز نوعين من السكري النحافة والبدانة حيث وضع فرضية أن السكري النحافة هو نتيجة شذوذ في البنكرياس وقد وضع نيكولا بوليسكو (Nicolas Paulesco) دور الأنسولين وهو الهرمون الذي تنتجه جزر لاينجرهانز عن طريق حقن الأنسولين لدى كلب لديه انخفاض في مستوى السكري (Sachiko et Flavio, 2013, p18).

وقد تركزت البحوث بعدها على البنكرياس وفي عام 1922 قام مؤلفين كنديين باننتين وباست (Best & Banting) باستخراج الأنسولين والذي كان من أكبر الاكتشافات الخاصة بالغدد الصماء. إلا أنه اتضح فيما بعد أنه ليس بالعلاج الكافي لجميع أنواع السكري؛ وبالتالي فقد خلصوا إلى أن القصور في البنكرياس قد يعد السبب المباشر في السكري (Dupasquier ; 1955 ; p09,10).

لاحقاً تم فصل الأنسولين عن البنكرياس وأدى ذلك إلى توفر حقن الأنسولين والتي استخدمت لأول مرة على المرضى المصابين بداء السكري عام 1922 (بن سعد الحميد، 2008، ص13:14).

2. إحصائيات مرض السكري:

ارتفع عدد المصابين بالسكري من 108 ملايين شخص في عام 1980 إلى 422 مليون شخص عام 2014؛ كما ارتفع معدل انتشار السكري على الصعيد العالمي لدى البالغين الذين تزيد أعمارهم عن 18 سنة من 4.7% في عام 1980 إلى 8.5% في عام 2014؛ ويحدث حوالي نصف مجموع الوفاة الناجمة عن ارتفاع مستوى الغلوكوز في الدم قبل بلوغ

70 سنة من العمر. وتتوقع منظمة الصحة العالمية بأن داء السكري سيصبح سابع عامل مسبب للوفاة في عام 2030. (OMS; 2018).

1.8 مليون شخص مصاب بالسكري في الجزائر مع انتشار السكري على المستوى الوطني بنسبة 6.9٪ وفقا لتقرير الاتحاد الدولي للسكري (FID) "أطلس مرض السكري" وقد تم تشخيص 42500 حالة عند الأطفال والمراهقين في الجزائر لسنة 2017؛ 3800 حالة جديدة من النوع الأول من السكري ظهرت في الجزائر عام 2017 بين الأطفال والمراهقين الذين تقل أعمارهم عن 20 عام لكل 100000 نسمة (Babouche; 2017).

3. تعريف السكري:

1.3. لغة: كلمة diabetes مأخوذة من الفعل اليوناني (*diabaino*) والذي يعني أذهب أو أجري من خلال و (*diabetes*) والتي تعني الشيء الذي تمر عبره السوائل، لأن السوائل لا تبقى في الجسد بل تستعمله كوسيلة لمغادرته (Engelhardt, 1989; p120).

2.3. اصطلاحا: السكري هو مجموعة من الأمراض الأيضية (التمثيل الغذائي) التي تتميز بارتفاع السكر في الدم الناتج عن فشل في إفراز الأنسولين أو عمل الأنسولين أو كلاهما (Melin, 2014). بالتالي يظهر السكري على أنه مرض مزمن يحدث لأن مستوى الغلوكوز في الدم مرتفع حيث أن الجسم لا يمكنه إنتاج أنسولين كافي أو لا يستطيع استعماله بطريقة فعالة، فالأنسولين هو هرمون هام يتم إنتاجه في البنكرياس، وهو يضمن انتقال الغلوكوز من خلال الدورة الدموية نحو خلايا الجسم حيث تتحول إلى طاقة، ونقص الأنسولين أو عدم قدرة الخلايا على الاستجابة تترجم من خلال المستويات العالية من الغلوكوز في الدم (*hyperglycémie*) (زيادة السكر في الدم)، والتي تميّز السكري (FID, 2017; p16).

4. أنواع السكري:

1.4. سكري من النوع الأول: ويسمى أيضا السكري المعتمد على الأنسولين أو سكري الصغار، ويظهر بطريقة شديدة لدى الأطفال أو لدى الشباب اليافع، وهو ناتج عن مرض المناعة الذاتية والذي يؤدي إلى التدمير الكلي لخلايا البنكرياس التي تنتج الأنسولين؛ وبالتالي تحرم البنكرياس من المادة الوحيدة في الجسم القادرة على خفض السكر، ولهذا فمرضى السكري من النوع الأول يتوجب عليهم أخذ حقن الأنسولين عدد من المرات في اليوم (لهذا سمي المعتمد على الأنسولين) (Mikolajczak, 2013; p129).

2.4. السكري من النوع الثاني: السكري من النوع الثاني والذي سمي قديما السكري غير المعتمد على الأنسولين، السكري الشديد، سكري النضج. والبنكرياس الخاص بالسكريين من النوع الثاني ينتج الأنسولين لكن هذا الأنسولين يكون بكمية غير كافية ويتم استغلالها بشكل سيء من قبل الجسم بسبب مقاومة الأنسولين (عدم قدرة الجسم على استعمال الأنسولين بفعالية من أجل تحويل الغلوكوز في الدم إلى طاقة) وتطور السكري من النوع الثاني يزداد من خلال الاستعداد الوراثي، الزيادة في الوزن، ونقص التمارين الجسدية ومختلف عوامل الخطر مثل التدخين؛ الضغط الدموي. وهذا هذا النوع من السكري لا يتطور بشكل عام إلا في سن الأربعين لكنه يمس اليوم أيضا عدد متزايد من الأشخاص الصغار أيضا (ASD, 2013).

3.4. أنواع أخرى من السكري:

1.3.4. السكري المرتبط بسوء التغذية: فالوليد الأقل من 6 أشهر يمكن أيضا أن يطور شكل خاص من السكري يسمى "diabète néonatal" أي "سكر حديثي الولادة" وهذا الشكل نادر وهو يرتبط بشذوذ جيني خاص، فالسكري لدى حديثي الولادة قد يكون انتقالي أو دائم. فأغلب حالات سكري حديثي الولادة يتم التعامل معها عن طريق الأنسولين لكنه بفضل المعطيات الخاصة بالجينات فإن الكثير من الأطفال يتم التعامل معهم بطريقة فعالة بأدوية تؤخذ عن طريق الفم بالإضافة إلى sulfomides hypoglycémants حتى بمرور عدد من السنوات.

2.3.4. السكري من النوع Mody: ارتفاع السكري غير المعتمد على الأنسولين لدى الأطفال

(Hyperglycémie non-insulino-dépendante dujeune): وهو مجموعة من السكري سببها شذوذ جيني والذي يغير في إفراز الأنسولين، فالأطفال المصابين بهذا النوع من السكري هم بصفة عامة ليسوا من مقاومي الأنسولين ولا يوجد لديهم أجسام الكيتونية في البول؛ وهم يقومون بالاستشارة قبل سن 25 سنة ولديهم تاريخ عائلي على الأقل عبر ثلاثة أجيال، وعدد منهم لا يحتاجون إلى معالجتهم عبر الأنسولين أو يمكنهم أن يعالجوا بطريقة أخذ أدوية عن طريق الفم.

3.3.4. سكري الحمل: le diabète gestationnel: ويظهر أثناء الحمل وهو يزيد من خطر تضخم الجنين وبالتالي الولادة القيصرية؛ وينطوي أيضا على خطر تشوه المولود أو موته، بالإضافة إلى ذلك فإن الأم والطفل هم أكثر قابلية إلى تطوير السكري من النوع الثاني في حياتهم لاحقا (Stuart et al ; 2011 ; p22-25).

5. أعراض وتشخيص مرض السكري:

يمكن التعرف على الأعراض بسهولة، فالطفل يظهر كثرة التبول والعطش الشديد، وفقدان الوزن وغالبا ما يفتقر إلى الطاقة، وطبقا لهذه الأعراض وعن طريق فحص البول والدم من طرف الطبيب ما يكفي لتأكيد التشخيص، ففي معظم الحالات فإن الطفل المصاب بالسكري يأتي إلى المستشفى مع أعراض حادة لأن الوالدين يواجهان صعوبة في اكتشاف الأعراض المذكورة، فمن الصعب التفكير في مثل هذا المرض لدى طفل. وقد يتسبب أيضا الخوف من المرض أو حتى الإنكار بالتأخير في الاستشارة وإضافة إلى ذلك إذا كان الطفل صغيرا فهو لا يشتكي من العطش مما يجعل الكشف عن الأعراض أكثر صعوبة. فالمريض بالسكري لا بد له من اتباع علاج عند اكتشاف المرض من أجل تجنب المضاعفات؛ وفيما يلي نعرض مجموعة من الأعراض الهامة:

1.5. أعراض نقص السكر في الدم:

- أعراض خفيفة: تعرق، الجوع المفرط، الارتجاف، الخفقان، الشحوب.
- أعراض معتدلة: اضطرابات التركيز، الدوخة، تغيرات المزاج، اضطرابات بصرية، صداع ودوار.
- أعراض شديدة: النعاس، فقدان الوعي، التشنجات، الغيبوبة.

2.5. أعراض ارتفاع السكر في الدم:

- أعراض خفيفة: قد لا توجد أعراض أو تكون قليلة لكنها تبقى ضارة بالجسم.
- أعراض شديدة: عطش شديد، كثرة التبول، جفاف (جفاف الفم)، اضطرابات التركيز، التهيح، فقدان الوزن (Ferreira; 2017; p13-14).

6. مضاعفات مرض السكري:

إن المضاعفات الحادة هي سبب هام في الموت، فارتفاع الغلوكوز بطريقة غير عادية يمكن أن يضع الحياة في خطر فقد تحدث أمراض مثل الحمض الكيتوني السكري عند المصابين بالسكري من النوع الأول والثاني، وفرط غيبوبة لدى المصابين بالسكري من النوع الثاني، ومهما كان نوع السكري فإن ارتفاع السكر يمكن أن يحدث نوبة صرع أو فقدان للوعي ويحدث هذا في حالة أن المريض لم يتناول وجبته أو أنه مارس التمارين بشكل مجهد، أما السكري على المدى الطويل فيمكن له أن يؤثر على القلب والأوعية الدموية، العينين، الكلى، الأعصاب، وزيادة خطر الإصابة بأمراض القلب واحتشاء عضلة القلب.

هذه الإصابات يمكن أن تقلل من دوران الدم، ما قد يزيد خطر التقرحات، ما يتطلب بشكل مؤكد البتر، كما أن اعتلال شبكية مريض السكري هو سبب مهم للعمى يكون ناتجا عن تراكم السكري على المدى الطويل في الأوعية الدموية الصغيرة في الشبكية، كما يعتبر السكري من الأسباب الرئيسية للفشل الكلوي (OMS; 2016).

II. الجانب النفسي:

1. البروفيل الخاص بالشخصية السكرية:

إن خصائص الشخصية اعتبرت منذ القدم بأن لها تأثير على الصحة والمرض وتوجد مقاربات شاملة للشخصية والتي يمكن أن توضح بعض الأنماط التي لها علاقة مع بعض الأمراض (النمط A للأمراض القلبية؛ النمط C يخص السرطانات) فهي تجعل الشخص أكثر هشاشة مع مرضه، أما (النمط D لديه ارتباط مع الشكاوى الجسمية؛ الانفعالات السلبية؛ نقص السلوكيات الصحية وأقل التزام بالعلاج) (Engel-Zerbinati; 2014; p34).

ومن أهم النظريات التي عملت على تطوير مفهوم بروفييل الشخصية نجد المدرسة الأمريكية لألكسندر (Alexandar) والذي بدأ أعماله في سنوات الأربعينيات، مع زملاءه من مدرسة شيكاغو، وقد توصل إلى إنشاء بروفييل خاص بالشخصية ذو علاقة مع أمراض تعتبر سيكوسوماتية، ويعتقد ألكسندر أنه توجد هوية تطويرية بين العملية النفسية والفيسيولوجية وقد سعى إلى فهم التعبير العضوي للنفس وللجسد، فبالنسبة له فالأمراض السيكوسوماتية هي استجابة فيسيولوجية لتوتر عاطفي مفرط، وبالارتكاز على ملاحظاته أكد ألكسندر أن كل انفعال يشعر به الفرد له ارتباط على المستوى الفيسيولوجي، وهذا الارتباط يحدث من خلال تدخل النظام العصبي الحيوي (السمبثاوي والباراسمبثاوي)، فالعديد من الأعضاء مرتبطة بالنظام العصبي الحيوي إذن فهي تسمح بالاستجابة الجسدية للانفعال، أو الصدمة، ويضيف إلى النظام العصبي النظام الهرموني والذي ينشط في حالة الضغط وهو مسؤول عن التعديلات السوماتية. وقد حاول ألكسندر إنشاء ارتباطات بين نمط الشخصية والتنبؤات بعدد من الأمراض، ففي كتابه "la médecine psychosomatique" والذي ظهر سنة 1950، فقد فصل في فرضياته التي تخص العلاقة بين

مرض معين وبين نمط شخصية معين ويمكن الإشارة في ذلك إلى تأثيرات الغدد الصماء في مثل حالة السكري وحالة الإعياء (Schiele, 2009 ; p31-34).

دانبار (Dunbar) في 1936 كانت قد ذكرت "الشخصية السكرية" على أنها غير ناضجة، سلبية، مازوشية مع وجود الاعتماد الفموي، في 1946 وصفت المصابين بالسكري كأشخاص ضعفاء، سريري الانفعال، وسواسيين، وغير مستقرين في سلوكياتهم مع الميل إلى الاعتماد ومن ثم التمرد (Engel-Zerbinati ; 2014 ; p34). فالعديد من الباحثين أمثال دانبار 1948 أكدوا على وجود سمات خاصة مرضية لدى المصابين بالسكري، وقد وضعوا وصف للشخصية السكرية على أنها: تتسم بالانفعالية المرضية، القلق، العدوانية، ميولات برانويدية وانتحارية، وقد ذكرت أيضا دانبار (1954) وجود صراعات على مستوى التحكم الذاتي، الجنسية، القلق، والميولات الاكتئابية والبرانويدية، وذكر باحثون آخرون أمثال سويفت (Swift) (1967) وجود مشاكل تخص التحكم الذاتي، القلق، إدراك الذات، العدائية، تثبيت في المرحلة الفمية، أمراض جنسية والعلاقات مع الأزواج والعائلة تفتقر للانسجام (Vachon, 1984 ; p02-13). وفي 1981 تونترسال (tanttersall) ترى أنه من الخصائص الخاصة بالسكري سوء التحكم أو السيطرة. في 1996 يؤكد كل من فريدمان وفيللا وسيمون موران (Simeone Mouren, Vila, Friedman) ، بأنه لا يوجد نمط شخصية مشترك للسكريين لكن تنظيمات عقلية متنوعة. وقد تضمنت مقارنة أخرى تحديد سمات الشخصية أو أبعادها والتي تمثل عامل حماية أو ضعف والذي يختلف عن عامل خطورة تطوير مرض، ونميز هنا نوعين:

- أ- سمات صحية: التفاؤل، مشاعر التحكم، القدرة على التحمل، الفعالية الذاتية أو الرجوعية.
- ب- سمات مرضية: القلق، الاكتئاب، العصابية، العدوانية، الوجدانات السلبية، الألكسيثيميا (عجز التعبير الانفعالي) (Engel-Zerbinati, 2014 ; p34-35).

2. التفسير السيكوسوماتي للسكري:

إنه من أكبر اكتشافات فرويد (Freud) تتعلق بالميكانيزم الخاص بالهستيريا والذي يوضح جانب من المرور من النفس إلى الجسد في العملية السيكوسوماتية، فأعراض الهستيريا التحولية تنتج عن الإثارة المرضية لعضو ما والذي يرمز إلى صراع نفسي كامن.

بالنسبة لهذا التيار، فإن تطور بعض الأمراض تكون مقترنة ببعض العوامل النفسية، ويختلف ذلك من مدرسة إلى أخرى: فالصراع النفسي وبروفيل الشخصية يخص مدرسة شيكاغو والتي يمثلها ألكسندر (Alexander)، انسداد الطاقة الليبيدية حسب ريتش (Reich)، بناء نفسي خاص يتميز بنمط تفكير عملي حسب بيارمارتي (Pierre Marty) (Engel-Zerbinati, 2014 ; p35).

1.2. التنظيمات العقلية والتفكير العملي حسب بيارمارتي:

ديبراي (Rosine Debray) تقترح حسب وجهة نظر بيارمارتي في كتابه

"*organisation mentale des diabétique :l'équilibre psychosomatique*" رؤيته لمرض السكري المعتمد على الأنسولين فعمله لا يقدم تقريراً نفسياً مشتركاً في مرض السكري من النمط الأول لكن تنظيمات عقلية متنوعة. وبهذا فإن مرض السكري يصبح معتمد بشكل مختلف جداً طبقاً للمكانة التي يشغلها في الاقتصاد العام للأفراد، فإن كان التوظيف العقلي القاعدي متغيراً يصبح المرض من الصعب التكفل به ويصبح متعب ومن غير الممكن تقبله. فحسب ملاحظاتها فإنه توجد فترات حساسة والتي يكون للمرض خلالها فرص أكثر للحدوث والتي عرفها التحليل النفسي مسبقاً: سن الصراع الأوديبي، المراهقة، ولادة أطفال.

ديجور (Dejours) عمل كثيراً على مرض السكري، فقد ثبت أنه لدى هؤلاء المرضى حالات من الضيق أو الإثارة والقلق فهي قبل كل شيء جسمية ولم يتم تمثيلها ولا ترميزها، فهي تحدث أيضاً حالة من "الاكتئاب الهام" المتكرر والذي يتميز سلبياً من خلال عدم وجود أعراض ظاهرة. وقد أعطى ديجور تفسيراً نفسياً اقتصادياً لهذه الحقائق: أي أنه يرجع ذلك إلى وجود كبت والذي يركز على التمثلات في حين أن التأثير المرتبط به يحوّل إلى قلق غير قابل للإرضاء فيفرغ في الجسد وبذلك فهو يصنف السكريين من النمط 1 في الصنف العصبي سيء التعقيل ويعتبر أن هذا النوع من التوظيف العقلي تم الحصول عليه في وقت مبكر ويصعب تغييره (Engel-Zerbinati ; 2014 ; p35-36).

2.2. النظرية العلائقية لسامي علي (الانسداد العلائقي وكبت الخيال):

من ناحية أخرى في النظرية السيكوسوماتية، يرى سامي علي (Sami Ali) أن النشاط الخيالي المكبوت يلعب دور حاسم في التوظيف السيكوسوماتي، فحسبه الصراع الذي يتضمن تعارض من أجل إيجاد حل له يضع الفرد والذي يكون في حالة مواجهة في وضعية انسداد نفسي «*impasse relationnelle*». فإن اعتمد ميكانيزم الإسقاط واحتفظ به، فهذا يعني الدخول في ذهان من خلال "التغيير في البنية وحتى التغيير في التفكير والذي يصبح تفكير خاص بالخيال" وإن كان العكس فإن الكبت الناجح للخيال يمنع النشاط الإسقاطي فيكون خطر الذهان تقريباً معدوم بينما يكون خطر التجسيد كبير (Engel-Zerbinati ; 2014 ; p36).

ويختلف الصراع السيكوسوماتي عن الصراع العصبي والصراع الذهاني إلى صراع مازقي «*conflict insoluble*» حيث أن كل الطرق مسدودة لحله على أساس نفسي، وهذا يصل بالفرد إلى حالة اللامخرجية أو الإنسداد العلائقي «*impasse relationnelle*» وبالتالي يستعمل ميكانيزمات دفاع تتميز بكبت الوظيفة الهوامية والخيالية التي تحدث عنها سامي علي (فاسي؛ 2010). فالبنسبة لسامي علي ليس المريض هو الذي خلق هذه الوضعية بل أن أي حالة مرضية، وحتى إن كانت عضوية فهي علائقية ولهذا لا بد دائماً من اعتبار الصراع كوضعية علائقية، فمثلاً في وضعية القيد المزدوج «*double bind*» يجد الفرد نفسه داخل صراع مازقي لأنه متعارض: فكلاً من الرفض والقبول يعتبر سيء بالنسبة للمريض ولا يوجد خيار ثالث و ما يميز هذه الوضعية ليس فقط التعارض لكن أيضاً عدم القدرة على الخروج منها. وبالتالي هذا يمثل نوع من الانسداد المحكوم من خلال التعارض (Sami-Ali et al,2013 ; p06).

وقد أشارت إلى ذلك آن بارتان (Anne Bertran de Blanda) في كتابها

«Une approche Psychosomatique du diabète: l'identité en souffrance» التوظيف النفسي للعديد من المرضى الذين يعانون من السكري المعتمد على الأنسولين وقد رجعت في ذلك إلى نظرية سامي علي، فقد لاحظت أنه لدى الكثير من هؤلاء المرضى غياب للذكريات الخاصة بالحلم فبالنسبة لها فإن الوظيفة الخيالية مكبوتة والذي قد يؤدي إلى خطر جسدي متزايد: في وضعية الانسداد النفسي فإن الاستعداد الجيني للمرض الجسدي يتحول إلى مرض مؤكد. ففي تتكلم إذن عن: " صراع نفسي يبقى مستمرا" فقد ميزت هؤلاء المرضى بإشكالية الهوية وعدم القدرة على التمييز، وعدم القدرة على الاستقلالية وعلى تأكيد الذات في مقابل اللاذاتية *un non-soi*. فالظروف المحتملة للوقوع في حالة انسداد والتي تعتمد على هذا الوضع هي تلك التي تختفي فيها المعالم التي بنى على أساسها الفرد هويته، مثلا صدمة عاطفية أو الأوقات التي تكون فيها هوية الفرد محل شك وتساؤل (مثل السن الأوديبي، المراهقة...): فالوضعية تصبح حرجة في حالة أن مثل هذا الفرد يرى أنه مضطرب بشكل تطوري أو ظرفي إلى تأكيد هويته الخاصة. إذن فهذا الانسداد يمكن أن يشكل تجسيدا بالاعتماد على المعطيات البيولوجية الموجودة مسبقا (Engel-Zerbinati ; 2014 ; p36).

3. الصدمة الخاصة بالمرض:

1.3. صدمة الإعلان عن المرض:

إن الإعلان التشخيصي عن مرض خطير ليس مجرد تسليم للمعلومات فهي لحظة شديدة بشكل خاص وعادة ما تكون صدمة.

وبالتالي فهي تتطلب شروط لازمة من أجل أن يتقبل الطفل وعائلته المرض والرعاية الثقيلة المرتبطة به، فهذا التقبل لا يكون على الفور وبشكل مباشر، بل يفترض أن يدخل في التوظيف النفسي. ومن التقليدي أن نعتبر ذلك العمل النفسي متأصل في صدمة الإعلان مشابه لعمل الحداد، وتتكون خلال ثلاث مراحل: الانهيار، تركيب آليات الدفاع وقبول التشخيص.

ويمكننا هنا الاستشهاد بالنظريات التي تصف ردود الفعل الخاصة بالحداد عبر مراحل من بينها نظرية اليزابيث كيبيلروس (Elizabeth Kubler Ross) والتي قامت ببناء نموذج لفهم عملية الحداد بما في ذلك الخسارة المتعلقة بالإعلان عن مرض خطير وقد أنشئت في ذلك خمس مراحل للحداد: الإنكار، الغضب، التفاوض، الاكتئاب، التقبل (Rebière, 2014, p84 ; 85.86).

ويمثل مصطلح تقبل المرض عملية طويلة للنضج؛ تقترب من عمل الحداد وتسمح للمريض بتقبل زوال معنى كونه في صحة جيدة والاعتراف بالحالة الجديدة التي تخص المرض.

- فالمرحلة الأولى تتعلق بصدمة أولية والتي يمكن أن تعاش بشكل عنيف؛ وفقا للمفاهيم التي يكوّنها المريض حول المرض المعلن عنه.

- ثم تأتي فترة الإنكار والتي تتمثل في ردة فعل بعدم التصديق مع الميل إلى التقليل من أهمية المشكل.

- التمرد أو المقاومة يمكن أن تنجح مع المريض بحيث يصبح من الصعب إدارتها من قبل المعالجين؛ وتعتبر من العلامات الأولى للوعي بالمرض.
 - فترة المساومة أو المفاوضة وهي المرحلة التالية، تحفزها الرغبة في الابتعاد عن طريق البحث عن علاج أكثر ملاءمة وذلك بهدف التقليل من القيود والالتزامات.
 - مرحلة الرجوع إلى الذات، وهي حالة تأملية بدرجة كبيرة من الحزن، تعلن عن زيادة الوعي مصحوبة بعدم القدرة على توقع المستقبل أو تخيل القدرة على إدارة المرض.
 - ثم التقبل ويحدث من خلال العودة إلى توازن انفعالي يسمح بالنظر إلى الوضع بهدوء أكثر والقيود الجديدة (Fayon ; 2000 ; p36).
- فالإعلان عن مرض خطير من شأنه أن يثير في البداية الخوف مثلما حدده فرويد في 1920 "هي حالة تحدث عندما تقع في موقف خطير دون الاستعداد لذلك" ففكرة الموت الذي يلي اللحظات الأولى للإعلان يتوافق مع التوتر الشديد مع الدهشة وفقدان الاتصال بالواقع؛ فهي بالتالي المرحلة الحادة من الحداد والتي تحفز ردات فعل نفسية مختلفة. فقد يعبر الآباء عن مشاعر مختلفة كالغضب، الثورة، الكره، الخوف، والشعور بالانهيار والاكتئاب الشديد وعدم التصديق والاستغاثة والانعزال (Rebière, 2014, p87).

4. التمثلات الخاصة بالمرض:

كل إنسان لديه تمثلاته الخاصة وتسمى أيضا المفاهيم المرتبطة بالمرض، فهذه المفاهيم التي يضعها المريض حول مرضه راجعة إلى السجل المعرفي: فهي تتضمن الطريقة التي تنظم بها المعارف وتفسر من قبل الفرد، والتي تحدث بطريقة لاإرادية ولاشعورية والتي يتم ارضائها تحت تأثير الوسط الثقافي والمسار الدراسي والنشاطات المهنية والاجتماعية. فهذه المفاهيم هي طريقة وسبب لإنتاج معنى، وهي منفذ لا بد منه لفهم وأخذ أو تغيير السلوك، وبالنسبة لأطفال السكري لا بد أيضا الاعتماد على مفاهيمهم حول المرض وكذلك الخاصة بالدهيم (Zennaki ; 2016 ; p42, 43).

في علم النفس التمثلات تعود على التصورات العقلية للعالم الخارجي، من خلال ربط التصور بفكرة ما، بصنف من الحقائق، بصورة ذهنية، برمز أو بنموذج توضيحي (Aljendi ; 2015 ; p92). أما بالنسبة لروني كايس (R. Kaës) فقد اعتبرها كنتاج ثقافي ونشاط خاص بالفرد (كعملية تنظيم للعلاقات النفسية الاجتماعية). فبالنسبة له "هي ليست انعكاس بل وساطة بين الفرد وبيئته؛ بين ماضيه وحاضره؛ هي بالتالي علاقة وتواصل (عملية ونتيجة)" (Aljendi ; 2015 ; p95, 96).

أما بحسب بوريس سيرولنيك فالإنسان لا يمكن أن يتواجد وحيدا، فالطريقة التي يواجه بها مرضه تعتمد على وسطه، نموه وتاريخه، فالبحث عن سبب وحيد لا يمكن أن يحدد هذا المشكل. ففي لحظة الإعلان عن المرض، الفرد لن يكون أبدا مثلما كان، فمعنى حياته يتغير، وبالتالي فإنه يبحث في نفسه وحوله عن مصادر تسمح له أخذ الحدث (ما يعرف بالمواجهة *le coping*) ثم استعادة نمو جديد (ما يعرف بالرجوعية *la résilience*) (Delage et al ; 2017 ;

(p7-9). ويمكن اعتبار المواجهة مكتملة للرجوعية أو أن الرجوعية تعتمد على المواجهة، وقد ميّز سيرولنيك (2012) بين المفهومين: فالمواجهة لا تعني الرجوعية، فالمواجهة تتضمن مواجهة الخبرة في اللحظة التي تحدث فيها، فالطفل يواجه الألم من خلال شخصيته الصغيرة المبنية مسبقاً، فهو يواجه ما هو موجود حوله بما هو موجود داخله، ويمكننا التحدث عن الرجوعية لاحقاً أي بعد التعرض للحدث وتلقي الصدمة، أي في الوقت الذي يصبح على الطفل مواجهة ذاكرته والتمثلات الخاصة بما تعرّض له، فالمواجهة تعتبر تزامنية بينما تعتبر الرجوعية تطويرية (Sachiko et Flavio, 2013, p44). فالفرد إذن يكون مريضاً في محيطه وفي نموه وفي تاريخه لأن الطريقة التي يتكلم بها والتي يسمع بها الكلام تغيّر الفكرة التي يكوّن حول مرضه. فكل مريض يفسّر ما حدث له اعتماداً على تاريخه الشخصي، والذي يأخذ دلالات مختلفة حسب السياق الثقافي (Delage et al ; 2017 ; p7-9). ويؤكد بوريس سيرولنيك (2001) على أهمية ومكانة الانفعالات في الشبكة العاطفية التي تربط بين المرضى ومحيطهم، وقد استرجع بشكل خاص افتراضات آنا فرويد (Anna Freud) التي تشرح أهمية الحدث الثاني بعد الصدمة: يجب أن يكون هناك حدثين حتى نقول أن هناك صدمة: فالأول يكون في الواقع ويمثل الجرح والثاني يكون في تمثيل الواقع وهو الفكرة التي نكوّن تحت نظرة الآخرين (Cyruunik et al ; 2010 ; p18). فهذه الأخيرة يمكن أن تتظاهر في التمثلات الموجودة في المحيط حول الصدمة المعاشة من قبل المريض، فليست الصدمة التي تسبب العجز لكن تمثيلها (Maestre ; 2002).

أما بحسب النظرية المعرفية: فعندما تنشط التمثلات حول المرض فإنها بذلك تبعث بمحاولات معرفية وسلوكية من أجل التقليل من التهديد وهي بالتالي تثير أيضاً ردات فعل انفعالية (Engel-Zerbinati; 2014;p92). حيث تعتبر النظرية المعرفية أن الأفراد يبنون تمثلاتهم من خلال العالم الخارجي والداخلي والشخصي والذي يعكس الفهم الذي يكتسبه الفرد من خبراته الماضية والذي سيستعمله لتفسير الخبرات الجديدة والذي يحدد كذلك سلوك استجابة الفرد. وقد وضع العديد من الباحثين نماذج بالاعتماد على هذه النظرية فيما يخص التصورات في مجال علم نفس الصحة، نأخذ من بينها نموذج التنظيم الذاتي (*autorégulation*) الخاص بليفوننتال (Leventhal)، حيث اقترح كل من Leventhal، Meyer وNerenz سنة 1980 نموذج التنظيم الذاتي "*SRM*" (*Self-regulation model*)، فحسب هذا النموذج فإن المرضى يبنون تمثلات معرفية وأخرى عاطفية حول مرضهم تركز على المعلومات التي وصلوا إليها من أجل إعطائها معنى وإدارتها بشكل أفضل؛ ونموذج التنظيم الذاتي مبني على ثلاثة افتراضات قاعدية هي:

- الافتراض الأول: يتضمن التفكير بأن الفرد يعتبر كعنوان ناشط في حل مشكلته، فهو يبحث عن فهم لمشكلته من أجل وضع الوسائل التي تقلص الفجوة الموجودة بين حالته الصحية الفعلية وتلك التي يطمح إليها.
- الافتراض الثاني: أن التمثلات الخاصة بالمرض التي قد بناها الفرد سوف توجه عملية التكيف الخاصة بالمرض، فالفرد سوف يجري تقييم لفعالية استراتيجيات التكيف التي وضعها. فميكانيزم التغذية الراجعة «*feed-back*» الدائم يعطي لهذا النموذج ديناميته. وبالتالي من خلال التغذية الراجعة فالمعلومات التي تم التوصل إليها من قبل المريض تكون في طور التحديث بشكل مستمر. ومن هنا نلاحظ أن التدخل من جهة المختص النفسي هنا ممكن من خلال العلاج المعرفي السلوكي، وبهذا نساعد المريض في عملية التغذية الراجعة.

- الافتراض الثالث: يشير إلى أن تمثلات المرض تخص كل فرد لوحده، ولا يمكن أن ترتبط بالواقع الطبي. فهي تعتبر تمثلات أولية، محددة اجتماعيا والتي يتم ارضائها من خلال القيم والثقافة الخاصة بالفرد. والتمثلات المعرفية تتكوّن من خمسة أبعاد التي ترتبط فيما بينها بشكل منطقي:
 - الهوية: وترتكز على اسم المرض والأعراض التي تقترن بالمريض، فهي إذن تحدد تصور شدة المرض.
 - المدة: فالمرض يمكن أن يكون حادا، يكشف عن خاصية مؤقتة وقابلة للشفاء، أو مزمن وفي هذه الحالة فهو غير قابل للعلاج ويمثل جزء اندماجي من حياة الفرد، وأيضا يمكن أن يأتي بطريقة دورية أو لا.
 - النتائج: يتضمن تصور النتائج الجسمية، الاجتماعية والاقتصادية للمرض.
 - الأسباب: تتضمن الأفكار الشخصية للمريض حول موضوع سببية المرض وأيضا العوامل المساهمة في تطوره.
 - التحكم: تتضمن رأي المريض المتعلق بإمكانية التحكم في المرض وإدارته؛ وهذا التحكم يمكن أن يتعلق بفاعلية العلاج أو أفعال المريض في حد ذاته تجاه المرض.
- أما التمثلات العاطفية فتتعلق بالعواطف التي يشعر بها المريض في مواجهة مرضه (Ferreira ; 2007 ; p4, 5).

5. الآثار النفسية لمرض السكري:

إن ظهور ووجود السكري لدى طفل أو مراهق لا يمكن أن يُعاش كوضعية عادية، فالتأثير على الحياة العائلية، الاجتماعية والنفسية يتطلب وبشكل ضروري تكيف. فالسكري في كثير من الأحيان يمكن أن يعاش كاضطراب. في 1919 قدّم فرويد مصطلح «*inquiétante étrangeté*» للدلالة على هذا الإحساس الغريب والمضطرب بعدم الراحة الذي نشعر به عندما يصبح ما نألفه غريبا تماما. فالإعلان عن مرض السكري يمكن أن يثير لدى الشخص الذي تم إعلامه، توقف والذي يسميه فينيكوت (Winnicott) توقف عن الشعور بالاستمرارية في الوجود، فجسدنا يعطينا الإحساس بالوجود، وهو بذلك يشكل هويتنا. فالجسم الصحي يكون صامتا: فعندما يكون كل شيء على ما يرام فهو دليل على الألفة بالأحاسيس الجسدية. وظهور مرض كالسكري هي لحظة يتوقف فيها الجسد عن كونه مألوفا أو أن يجعلنا غرباء، فكل ما كان مألوفا يتحول إلى قلق واضطراب، ولا بد أن يتطلب القلق لأنه يمكن أن نمر بلحظة حقيقية من تبدد الشخصية: "أنا لم أكن هكذا أبدا أو لم أعد كما كنت".

إن الإعلان عن المرض يمكن أن يُحدث لدى الطفل خوف أو حتى قلق من عدم التعرف عليه من قبل الآخر ومن قبل الوالدين: "لم أعد مثلما كنت قبلا في عيني والدي، هل سيحباني مجددا"، لذا لا بد من الأخذ بعين الاعتبار هذا القلق قبل البدء في القيام بعملية التكفل.

فالسكري إذن يمكن أن يعاش على أنه دخيل مهدد وغريب، فالدخيل هو ذلك الذي يدخل بقوة إلى مكان ما دون أن تتم دعوته ودون أن يكون له حق في ذلك، فمرض السكري يفعل نفس الشيء، يمكن أيضا أن يعاش كدخيل، لكنه يأتي من داخل الشخص (Hoffmeister;2018).

وبالتالي فإن المرض المزمن يخل بالتوازن الخاص بحياة الفرد ويخلق فرصة لظهور مشاعر العجز وفقدان السيطرة؛ فحسب أعمال À Deccache و l'aujoulat أنه يوجد "فقدان لمعنى الحياة" وانخفاض في صورة الذات وتوقف في الشعور بالاستمرارية، بالأمن وبالهوية بسبب وضعية العجز المعاشة (Bertrand, 2011; p33).

كما قد تظهر أحاسيس بالقلق، الخوف، الكره، الذنب كعوامل أو مؤشرات على التكيف لدى الطفل مع مرضه وعلاجه، أما الشعور بعدم الإنصاف والانشغالات المتعلقة بصورة الجسد أو الجنس، والأفكار الانتحارية قد تكون من المشاعر التي قد نجدها لدى الطفل أو المراهق الذين يعانون من أمراض مزمنة والتي قد تمنع عملية التقبل لديهم (L'aujoulat & al, 2003; p11).

ومما يبدو أن تقدير الذات الاجتماعية تتأثر جدا بمرض السكري، وبالتالي فإن الطفل بين مجموعة أقرانه تثار لديه مشاعر الخجل فيما يتعلق بمفهوم الاختلاف، هذا الاضطراب في تقدير الذات الاجتماعية يتضح من خلال الفرق الذي يتم الإحساس به مقارنة مع الآخرين في الوقت الذي تكون فيه الحاجة إلى الامتثال مهمة جدا والذي يندرج ضمن الشعور بالانتماء؛ وقد يحاول بعض الأطفال أن يُعزوا الاختلاف إلى كونه متأصل فيهم.

وكمواجهة لأثر السكري على الحياة النفسية وعلى تقدير الذات، فإن الطفل يستخدم آليات دفاعية مختلفة واعية أو لا واعية، فقبل كل شيء فإن هذه الآليات بالنسبة للوالدين أو بالنسبة للطفل تركز على تجنب التأثير بحيث تجعل من التأثيرات المؤلمة خارج مجال الوعي حتى لا تتم مواجهتها ومع ذلك فإن استخدام هذه الآليات يميل إلى إظهار الهشاشة في تقدير الذات؛ وكلما ازداد استخدامها للدفاع وحماية تقدير الذات فهي بذلك تعمل على تصفية المعلومات للاحتفاظ فقط بتلك التي تؤمنهم ولا تتطلب منهم التكيف (Foubert; 2008). وقد قام فوبرت Foubert (2008) بشرح ميكانيزمات الدفاع تلك حيث أن:

تجنب العواطف المؤلمة التي لها علاقة بالمرض يسمح للطفل بإخفائها في الجزء اللاشعوري للنفس، وعدم ضرورة مواجهتها؛ بينما في الاستثمار يركز الطفل على مجالات أخرى مثلا الرياضة، المدرسة أو النشاطات الفنية، ففعل القيام بالاستثمار والأداء في مجالات أخرى يسمح بإعادة تقييم صورة الذات الخاصة وزيادة تقدير الذات، وأيضا بالنسبة للوالدين عند رؤية أطفالهم ينجحون في مجالات أخرى " يمكن أن يكون كتعويض للجرح النرجسي الناتج عن ظهور المرض في الخيال المثالي الخاص بالوالدين" (Sachiko et Flavio, 2013, p55).

6. الصدمة: التعقيل والتشوّهات المعرفية:

1.6. المقاربة التحليلية:

إن فكرة المرض تعاش كأمر لا يحتمل، فالأنا يشعر بأنه في خطر ما يتطلب وضع آليات دفاعية من أجل الحماية من خطر التدمير، فهذه الميكانيزمات التي يتوجب أن تكون وقائية فإنها ستحوّل التأثير المؤلم (القلق) إلى النقيض. الإنكار، الرفض، وعزل الخطر يترجم من خلال تقليل من أهمية المرض والذي يؤدي إلى النسيان، الإهمال والتفسير السيء للأعراض وتصبح السيطرة على المرض عشوائية في مقابل تعزيز استثمارات أخرى أكثر قيمة. هذه السلوكيات تنتج

عنها إستراتيجيات تجنب المعاناة النفسية المرتبطة بمشكلة المرض وتؤدي بالتالي إلى تفاقم الحالة الصحية، في حين تكمن الصعوبة في حقيقة أنه من دون مساعدة خارجية، وبدون تدخل مناسب من قبل مقدمي الرعاية، تميل استراتيجيات التجنب إلى الاستمرار حتى اليوم الذي تنهار فيه آلية الحماية، فالموقف السلبي للمرضى المهارين يظهر بشكل ما يسمى ميلانخوليا بالمعنى الفرويدي، وبمصطلح آخر إلى الاكتئاب (Lacroix,2005).

من زاوية أخرى يرى كل من ألكسندر (Alexander) ومارتي (marty) أنه ليس المرض هو الذي يؤدي إلى الصدمة ولكن الصدمات السابقة هي التي تولد وتفجر المرض العضوي، حيث يرى مارتي أن مفهوم الصدمة هو جد أساسي في تفسير الاضطرابات الجسدية ذات المنشأ النفسي التي تغير التنظيم النفسي فهي تسبب خللا عقليا يصل إلى خلل جسدي أو ما يعرف بالجسدة (فاسي؛ 2010).

إن التعريف الصدمة الأولى لفرويد (1920) مهم فهو يفترض أنه ليس الحدث بحد ذاته الذي يعتبر صدمي ولكن عدم القدرة على إدماجه على المستوى الداخلي-الذاتي، في حين أن أنا فرويد تشير إلى أهمية ميكانيزمات الدفاع الخاصة بالأنا وهذا ما نجده أيضا عند يونسكو (Ionescu) (1999) والذي يقترح أن الصدمة حتمية في اللحظة التي تكون فيها الآليات الدفاعية غير قابلة للتحريك أو أنها غير كافية، وهي نفس وجهة النظر الموجودة أيضا عند مارتي (1991) وليماي (lemay) (1999)، فمن الناحية الاقتصادية فالصدمة ترتبط بشكل مباشر بفرط الإثارة غير المعالجة

(De tyhey, 2001). فحسب لابلانث وبونتاليس الصدمة هي عبارة عن فيض من الإثارات تكون مفرطة بالنسبة لطاقة الشخص على التحمل بمعنى أن هناك زيادة كبيرة في الإثارات لدرجة أن تصنيفها وارضائها بالوسائل السوية والمألوفة تنتهي بالفشل فيصبح هناك فيض من الإثارة وعلى هذا الأساس لابد أن تتدخل عمليات نفسية لحل هذه الطاقة وتصريفها (الارضان النفسي) أي مجمل عمليات الجهاز النفسي الذي يحول كميات الطاقة مما يتيح السيطرة عليها ما يسمى ب"التعقيل"؛ أما عند الشخص ذو التنظيم السيكوسوماتية والذي يتعرض لصدمة نفسية لا يكون هناك ارضان نفسي فتراكم الطاقة وعدم تصريفها راجع إلى خلل في الارضان العقلي الذي لديه علاقة مباشرة مع عمل ما قبل الشعور الذي يقوم بتمثيل تلك الشحنات التي أصبحت مهددة للجسم ففي الحالات التي تعاني من التنظيم السيكوسوماتي أو التعرض لصدمة انفعالية قوية لا يستطيع ما قبل الشعور القيام بعمله على أكمل وجه وهذا راجع إلى خلل في التمثيلات والذي يرتبط أساسا بخلل في الأنا وميكانيزمات الدفاع ما يؤدي إلى خلل في التعقيل ناتج عن غياب التمثيل الذي بدوره راجع إلى فقر ما قبل الشعور (فاسي؛ 2010).

وتعتمد سيميولوجية التعقيل على مفهومين أساسيين للدلالة عليه، فالأول هو مبدأ عدم التعقيل «La démentalisation» أما الثاني عجز التعبير الانفعالي أو ما سماه سيفنيوز (sifeneos) بالألكسيثيميا «L'alexithimie» ففي حالة أن الجهاز النفسي لا يعمل بصورة عادية وملائمة في أوقات معينة من أجل التكيف يحدث استنزاف فكري فيظهر عدم التعقيل أو التعقيل السيء؛ أما الالكسيثيميا فهي ناتجة عن عدم التعقيل وهي أيضا كدليل على عدم التعقيل أو التعقيل السيء (شرفي وفاسي؛ 2013؛ ص286).

يرى فان (fain) ودافيد (David) (1994) أنه في الحالات التي يكون فيها الهوام يكون هناك نشاط تمثيلات حيث تمتص الطاقة ويتحقق التعقيل بينما عند الأشخاص السيكوسوماتيين فإن نشاط العمل التمثيلي إما غائب أو ناقص فيغيب الهوام لغياب التمثيلات ويظهر النشاط والتفكير العملي وعلى هذا الأساس فسّر مارتني أن الفقر الهوامي يدل على اختلال للحياة العقلية ما يؤدي إلى الجسدنة، والتي يكون فيها كبت للوظيفة الخيالية والخيال ما يؤدي إلى غياب وفقر الهوام وهذا ما يؤكد عليه سامي علي الذي بنى نظريته تقريبا على هذا الأساس (فاسي:2010). فالتفكير العملي والالكسيثيميا هما مفهومان يصفان حقائق معينة من التوظيف النفسي والمعرفي، فالأول ينتهي إلى مقارنة (نوعية) للعلاقات بين العاطفة (الانفعال) والتمثيلات النفسية والثاني يحمل مقارنة (كمية) لهذه العلاقات، فكل منهما يعالجان الخصائص الفردية والاختلافات بين التوظيف النفسي والقدرات المعرفية. وتحمل الالكسيثيميا أربع سمات حسب (سافينوس: 1972):

- عدم القدرة على التعبير اللفظي عن العواطف والأحاسيس.
- محدودية الحياة الخيالية (غياب الأحلام، الهوامات، أحلام اليقظة).
- الميل واللجوء إلى العمل من أجل تجنب أو حل الصراعات.
- الوصف المفصل للحقائق، الأحداث والأعراض الجسمية.

فالأفراد الالكسيثيين يظهرون صعوبة في التعرف على أحاسيسهم الخاصة ووصفها (Pirlot, 2014). كما يقر فرايبرجر (Freyberger) (1977) أن الالكسيثيميا مرتبطة بصدمة انفعالية مصحوبة بميكانيزمات دفاع خاصة منها الإنكار والذي يحسن من المعاش الصعب للمريض (فاسي: 2016).

وبالتالي يظهر مفهوم الألكسيثيميا كاضطراب في التنظيم العاطفي ينعكس في الفشل في التنظيم المعرفي والشخصي، فالأفراد الألكسيثيين لديهم قدرات محدودة في استعمال الميكانيزمات المعرفية من أجل فهم وتنظيم الانفعالات ما ينتج عنه تضخيم أو تفسير سيئ للأحاسيس الجسدية مصحوبة باليقظة العاطفية أو الانفعالية (Guédénéy et al., 2010 ; p137).

في حين يرى مارتني (1963) التفكير العملي على أنه تنظيمة دفاعية قد تكون محدودة، ناتجة عن حقيقة كصدمة نفسية تدل على عدم القدرة على تصريف الانفعالات ونقص الخيال واستدخال الحياة اليومية، وهو يعتبر بذلك تفكير متعلق بالشعور أكثر منه من اللاشعور وهو يساعد في تطوير المرض، فهو يتميز باستثمار كبير للواقع والحياة اليومية حيث لا ينشغل الفرد إلا بالحاضر بطريقة آلية خالية من الجوانب العاطفية، بينما يشير بارجري (bergeret) (1987) إلى أن هذا التفكير العملي نوع من التكيّف الصلب مع الواقع، يتميز فيه الأشخاص بأنهم عاديّين هادئين ومتوازنين ولكن يفسّر هذا التفكير من خلال العرض الجسدي (فاسي: 2016؛ ص46-47). في 1990 سامي علي يرى أن غياب الخيال عبارة عن عجز حقيقي، فالتفكير العملي وعجز التعبير الانفعالي هو نتيجة كبت غير معروف مع رفض لكل الحياة الحلمية وهذا الكبت يؤدي إلى نقصان في الجانب العاطفي وقد فسّر سامي علي ذلك في باثولوجيا التكيف حيث لا يوجد أحلام ولا هوام ولا عواطف وحيث يكون الواقع ذو قيمة تكيفية (فاسي:2010).

2.6. المقاربة المعرفية:

إن مفهوم التعقيل يرجع إلى نوعية النشاط العقلي التخيلي الذي يسمح بفهم السلوكيات الخاصة بالفرد وبالآخر، وبناء نماذج تفسيرية لماذا يشعر الفرد والآخر ويفكر ويتصرف وفق طريقة معينة، وبالتالي فإنه من خلال التعقيل تصبح التجربة الذاتية المعاشة قابلة للفهم والإدراك وتصبح أقل تهديد حيث أن العواطف والانفعالات يمكن أن تكون أكثر تنظيماً بشكل صحيح، والاندفاعات أو النزوات يمكن التحكم فيها بشكل أفضل وبالتالي يمكن للفرد أن يستجيب بشكل أكثر مرونة وتكيفاً في تفاعله مع الآخر. ويعتمد التعقيل على الحالات العقلية التي هي عبارة عن مواقف عقلية شخصية مرتبطة بالتجربة الذاتية والمفعلة في سياق معين (في هنا والآن)، ففي بعض الوضعيات تكون لديها القدرة على تنشيط مناطق محددة من الدماغ وتوليد استجابة فيزيولوجية وهرمونية معينة وبالتالي فإن هذا التنشيط السوماتي الأولي يتطلب لاحقاً أن يتم التعرف عليه، إرضائه والتعبير عنه لفظياً، فالوضعية المعاشة تفعل في الذاكرة شبكة من التمثيلات المحددة وأيضاً المكونات العاطفية المرتبطة بها، هذه الشبكات الخاصة بالتمثيلات المفعلة تعمل من أجل تنظيم وإرضان التنشيط السوماتي الأولي، إن شبكة التمثيلات التي تم إرضائها تجعل في متناول الفرد أكبر عدد من التمثيلات العقلية والعاطفية في الذاكرة من أجل ربط التجربة الذاتية المعاشة في هنا و الآن، تنظيمها واعطائها معنى (Beaulieu-Pelletier & Philippe, 2016 ; p197-199). وبذلك يمكن اعتبار أن المعرفة تجمع وظائف العقلي البشري التي من خلالها يمكن بناء التمثيلات الخاصة بالواقع انطلاقاً من إدراكنا والتي تسمح لنا بتغذية تفكيرنا وسلوكنا (Rempp,2011 ; p02).

تعتمد نظرية بيك في تفسير التشوهات المعرفية على البنى المعرفية والتي يطلق عليها اسم "المخططات"، وتعرف المخططات بأنها مجموعة المعتقدات الخاصة بالفرد حول الأشياء والظواهر البيئية، والتي يفسر ويعالج الفرد في ضوءها المعلومات المتعلقة به وبالعالم من حوله، أو هي عبارة عن بنى معرفية لفحص وترميز وتقييم المنبهات التي على أساسها يواجه الفرد نفسه إلى الزمان والمكان ويصنّف ويفسّر الخبرات ويعطيها معاني وتفسيرات خاصة. وإذا كانت التشوهات المعرفية تظهر عندما تكون مخططات الفرد حول نفسه وحول العالم الخارجي سلبية، فإن هذا الأمر يجعل الأفراد المشوهين معرفياً يلاحظون الجوانب السلبية في الأحداث ومن الصعب عليهم ملاحظة الجوانب الإيجابية؛ وهذا ما يجعلهم يسيئون تفسير الأحداث ويعطونها معاني بعيدة عن الواقع والتي تنعكس في شكل أخطاء منطقية في التفكير وبصورة شديدة وجامدة وغير مرنة (محمد بدر: 2017؛ ص09).

إن المعتقدات الخاطئة ناتجة عن خلل في نظام معالجة المعلومة، فحسب كوترو (Cottreux)(2001) أن كل مشكل نفسي ينبع من نظام معتقدات معين والذي يقوم بتصفية المعلومة وتشويهها والمستمدة من البيئة، ونفس الشيء بالنسبة لبيك والذي اهتم بشكل خاص بالاكْتئاب وحيث أن هذا الأخير يشير إلى بعض التشوهات المعرفية المحددة ويضيف أيضاً بيك أن كل اضطراب عاطفي يمكن أن يكون مميزاً بمحتوى معرفي محدد (Lévesque,2002 ; p11-12).

تفترض النظرية المعرفية السلوكية أن الأفراد يستجيبون في المقام الأول إلى التمثيلات المعرفية الخاصة بالوضعية، بدلا من الوضعية في حد ذاتها، لذلك فالكيفية التي يفكر بها الفرد حول الوضعية تؤثر على عواطف الفرد وسلوكه،

ففي حالة أن تفكير المرء كان سلبيا ومشوّها، فالعواطف تكون أيضا سلبية بشكل أتوماتيكي وبالتالي فالسلوك الناتج سيتأثر وفقا لذلك. فعلى سبيل المثال المراهقين الذين يعانون من السكري من النوع الأول يصبحون بشكل متزايد متأثرين بما يدركونه وما يتوقعونه وتكون ردود الفعل سلبية أو الرفض من أقرانهم في المواقف الاجتماعية التي تتطلب السلوك الملتزم (Stephanie P. Farrell & Al, 2004 ; p462).

إن المعالجة الوظيفية للمعلومة ترتبط بوجود فكرة أو شخصية ناضجة، مرنة: حيث أن المعتقدات القاعدية غير قابلة للجدل، فالأفكار فيها تكون طوعية أكثر منها أتوماتيكية، تشوّهات قليلة إن لم تكن غائبة ومحتوى معرفي متنوع، فالاستجابات الناتجة عن التفسير المناسب للواقع هي في حد ذاتها وظيفية بمعنى أن المعارف والعواطف والسلوكيات المتولدة تكون متكيفة مع مختلف وضعيات الحياة وتساهم في تحقيق الأهداف والقيم والمواقف الواقعية. وقد لاحظ بيك (1967، 1976) أن كل مرض نفسي يكون مصحوب بخلل في معالجة المعلومة وبأسلوب تفكير غير ناضج أو بدائي. ويشير بيك أيضا (1967، 1976) إلى أن الحدث الضاغط المهديد للفرد في نقاط ضعفه (معتقدات قاعدية غير مناسبة) تطلق عمليات معرفية مختلة (التشوّهات المعرفية) والتي تؤدي إلى نتائج مرضية، فتحت تأثير الضغط فإنه يحدث تغير معرفي "التحول المعرفي" «*cognitive shift*»: فالمخططات الكامنة المرضية أو المعتقدات القاعدية غير المناسبة (بمعنى التي تتضمن التشوّهات المعرفية) تفعل وتتكاثر مما تتسبب في أفكار أتوماتيكية متكررة ولاعقلانية والتي تصبح معقولة بالنسبة للفرد. فالواقع تم تشويهه نظاميا ما يخلق حلقة مفرغة والتي تساهم في تطوير والحفاظ على الاضطراب النفسي المحدد. هذا ما يجعل التعرف على الاضطراب النفسي يتم من خلال محتواه المعرفي المحدد، ومن خلال التشوّهات المعرفية العديدة التي تحرف الواقع الخارجي، (الأحداث الخارجية)، والواقع الداخلي (الأحاسيس) الخاصة بالفرد. بالتالي فالحدث الضاغط (عامل مفجّر) يثير مجموعة معرفية هشة بشكل خاص عند هذا الفرد ما يفعل نظام معتقدات قاعدية وأفكار أتوماتيكية خاطئة محددة وجد مقاومة (Lagarde, 1997 ; p08-10).

الخلاصة:

ما يمكن استخلاصه مما تم عرضه في هذا الفصل، أنه بينما الإصابة بمرض مزمن كمرض السكري قد يبدو لدى الأصحاء كحدث عادي، فهو يظهر لدى المرضى كحدث صدمي عنيف يمس نرجسية الفرد ويغيّر حياته جذريا، وقد لا تكمن تأثيرات المرض فيه كمرض في حد ذاته بل في تمثلات المصاب به والتأثيرات الثقافية في كيفية التمثيل وطريقة الإدراك، وقد تظهر الالتزامات الخاصة بمرض السكري كعبء ثقيل يصعب على المريض التقيد بهذه الالتزامات مدى حياته، فيما تفرض الإصابة بالسكري منذ الطفولة نمط عيش خاص على الطفل وتؤزم في مرحلة المراهقة، وإحساسات بالاختلاف عن الآخر، وهذا يتطلب في الكثير من الأحيان مرونة وقدرة على التحمل من أجل التكيف مع الوضع كما قد يتطلب الأمر الوعي وتقبل الأفكار والأحاسيس المحيطة بالمرض كما هي، والتركيز على الاهتمامات والقيم الخاصة، هذا ما سنعمد إلى تقديمه في الفصلين التاليين فيما يخص الرجوعية و العلاج بالتقبل و الالتزام.

الفصل الثاني

الرجوعية

تمهيد

1. مفهوم الرجوعية

2. المصطلحات المتقاربة مع الرجوعية

3. المقاربات المفسرة للرجوعية

4. بناء وتطوير الرجوعية

5. تطبيق الرجوعية في مجال الإكلينيكي

الخلاصة

تمهيد:

« La faculté qu'a l'homme de se creuser un trou, de sécréter une coquille, de dresser autour de soi une fragile barrière de défense, même dans des circonstances apparemment désespérées, est un phénomène stupéfiant qui demanderait à être étudié de près. Il s'agit là d'un précieux travail d'adaptation, en partie passif et inconscient, en partie actif. »

PRIMO LEVI, Si c'est un homme

حقيقة لقد أتى مصطلح الرجوعية «*résilience*» كإجابة للتساؤلات القائمة حول الكيفية التي يتمكن من خلالها الأفراد مقاومة الوضعيات الضاغطة وتجاوز الصدمات ومتابعة أو استرجاع نموهم بطريقة منسجمة والتكيف مع مثل هذه الظروف إيجابيا، وفي مقابل ذلك يظهر البعض الآخر من الأفراد في حالة من الضعف في مواجهتهم لمواقف مماثلة بل ويطورون أعراض مرضية واضطرابات نفسية. وقد أحدثت هذه المفارقة انطلاقة لمفهوم الرجوعية في العديد من البحوث والدراسات الاجتماعية النفسية.

ولقد برز هذا المصطلح مع ظهور وتطور علم النفس الإيجابي في الولايات المتحدة الأمريكية والدول الأنجلوسكسونية الذي يعتبر التفاؤل والأمل والاتجاهات الإيجابية مفاتيح الصحة وطول العمر (Ionescu, 2012, p27).

وهكذا فتح مفهوم الرجوعية الأفق أمام الممارسات العيادية ليأخذ بعين الاعتبار قدرات وإمكانات الفرد الداخلية والعائلية والبيئية في دعم ومرافقة والتكفل بالأفراد في مختلف مراحل العمر في مواجهة المواقف الضاغطة والحوادث الصدمية سواء كانت اجتماعية، مهنية، أو صحية ومساعدتهم على التطور والتقدم والعيش على أفضل وجه.

ولفهم هذا الموضوع والإلمام به ارتأينا أن نتطرق إلى العناصر التالية: مفهوم الرجوعية، بعض المقاربات النظرية المفسرة لها، كيفية بنائها وتطبيقاتها في العلاج.

1. مفهوم الرجوعية (*résilience*):

1.1. أصل كلمة الرجوعية:

لقد استعمل هذا المصطلح أولا في مجال فيزياء المواد ويعرف حسب القاموس الإنجليزي على أنه: "الخاصية الفيزيائية لمادة التي يمكن أن تعود إلى شكلها أو وضعيتها الأصلية بعد إحداث تشويه لها بحيث لا تتجاوز حدود مرونتها" (32, Theis, 2006, p).

ويتكون مصطلح (*résilience*) حسب القاموس الفرنسي (dictionnaire historique) من السابقة re والتي تشير إلى الحركة إلى الوراء، و salire والتي تعني الوثب أو القفز (Anaut, 2003, p35).

وتمت ترجمت هذا المصطلح إلى اللغة العربية بعدة مرادفات كالجلد، الاسترداد والرجوعية (طالب، 2014، ص 89). ولقد فضلنا استعمال كلمة الرجوعية لأننا نرى أنها تشير إلى معنى الرجوع والعودة من جديد فتكون معناها قريب من الكلمة الفرنسية.

واستعمال كلمة الرجوعية في الدراسات النفسية له جذور قديمة حيث وجد أقدم مثال باللغة الإنجليزية في كتاب الفيلسوف «Henry More» في 1668 بعنوان «Les dialogues divins» حيث أثار موضوع الرجوعية في مواجهة الشقاء والذنب. أما باللغة الفرنسية فقد ظهر أول مرة في 1952 في كتاب «Lélia ou la vie de George Sand» للكاتب «André Maurois» والذي يسرد فيه قصة وفاة حفيد «George Sand» وطريقة هذا الأخير في الحداد موضحا سلسلة من الاستراتيجيات التي استعملها «George Sand» طيلة 72 سنة من حياته في مواجهة الصعوبات كمثل للرجوعية ومن بين هذه الاستراتيجيات: التفاؤل، المرح، روح الدعابة، الالتزام الروحي والإيمان، الإبداع الأدبي، الهروب، الدعم الاجتماعي. (Ionescu, 2012, p22).

2.1. تطور المفهوم الرجوعية والمراحل التي مرت بها الدراسات حول هذا المفهوم:

بالرغم من حداثة هذا مفهوم الرجوعية فيرجع استخدامه إلى أعمال بولي (Bowlby) الأولى الخاصة بالتعلق حيث أنه استعمل مصطلح «resort moral» و الذي يقصد به "صفة الشخص الذي لا ييأس ولا يترك نفسه يهزم" فقد ذكر بولي قدرة الأفراد على مواجهة ألمهم والأخذ بالشجاعة، فهذه القدرة المعنوية قوة دافعة في الحياة، فهي تعطي للشخص نظرة إيجابية للتطور في المستقبل والقوة على المواصلة بالرغم من كل الشدائد؛ وهذا هو نفس معنى الرجوعية (Anaut, 2003, p37).

بدأت الدراسات النفسية تأخذ الرجوعية كموضوع لها في منتصف القرن 20 بالبحثن الذي قاما بهما كل من جاك بلوك (Jack Block) (1950) وجين بلوك (Jeanne Block) (1951) كأطروحة دكتوراه بجامعة ستانفورد وأسفرت أعمالهما على ظهور مصطلح رجوعية الأنا أو " مرونة الأنا" «Ego-resiliency» حيث حددا مفهومها في 1980 بأنها "عامل من العوامل الضمنية للتكيف" فرجوعية الأنا تعني القدرة على التكيف بطريقة مرنة وذكية مع العوامل الخارجية والداخلية المولدة للضغط". في حين أن الدراسة الفعلية للرجوعية فبدأت بسلسلة من ثلاثة أبحاث كبيرة استهدفت الأطفال الذين يعيشون أوضاعا يفترض أن تؤثر سلبيا على نموهم:

- الدراسة الطولية التي قامت بها ويرنر وسميث (Emmy Werner) و روث سميث (Ruth Smith) (1982) بجزيرة Kauai في أرخبيل Hawaii حول 837 طفل منذ ولادتهم إلى غاية 40 سنة (Ionescu, 2012, p30). حيث تمت متابعتهم على المستوى الجسدي، العقلي والنفس اجتماعي، والتعرف على عوامل الضغط قبل الولادة والمحيط بها وقد أوضحت النتائج أنه من بين 201 فرد تعرضوا للخطر، فإن 72 منهم تطورا عكس ما تصوره الجميع فقد كانوا أفرادا ذوي رجوعية، فهؤلاء الأطفال الذين تطورا بشكل إيجابي أصبحوا راشدين متوازنين وبدوا أن لهم سمات مشتركة مثل التحكم الذاتي وتقدير ذات جيد وسلوكات اجتماعية إيجابية. أيضا فان عوامل الخطورة يبدو أنها لم يكن لها نفس التأثير لكل فرد بحسب السن، الجنس وعدد من الخصائص الشخصية مثل الشعور بالتوازن والتحكم الداخلي، وأيضا الوسط العائلي والاجتماعي له. (Michallet, 2009, p10-11).

- الدراسات التي أجريت ما بين 1971 و1982 من طرف الأخصائي النفسي غارمزي (Norman Garmezzy) ومساعدته في إطار مشروع "خطر مينوسوتا" «Minnesota Risk» على الأطفال الذين شخص أولياءهم بالفصام.

- الدراسات الوبائية والإكلينيكية التي أجريت في أواخر السبعينات وبدايات الثمانينات من طرف الطبيب العقلي روتر (Michael Rutter) على الأطفال الذين يعيشون في الأحياء الفقيرة والهشة في لندن وفي منطقة ريفية من جزيرة «wight». هذه الدراسات سمحت من جهة جدول عوامل الخطورة وعوامل الحماية ومن جهة أخرى تعريف المعايير العملية للتكيف كما أنها بينت الحقيقة الواقعية للرجوعية من خلال اكتشاف الأطفال الذين تطوروا بصفة عادية وأظهروا تكيفا جيدا في النهاية بالرغم المحن والضغوط (Ionescu, 2012, p30-31). كما أنهما ساهمت في وضع القواعد النظرية والأسس المنهجية للأبحاث في هذا المجال (Anaut, 2003, p37).

- ثم جاءت نتائج الدراسات والأبحاث ذات المنحى النسقي البيئي والمهتمة بالنمو لتغيّر النظرة الأولى لثبات الرجوعية وتضع المفهوم الدينامي للرجوعية بحيث أنها: "سيرورة ناتجة عن تفاعل عدة عوامل داخلية خاصة بالفرد وعوامل ترجع للمحيط، هذه السيرورة تسمح للفرد بمواجهة المواقف الصدمية (بالنسبة للإكلينيكيين ذوي الاتجاه التحليلي) أو المواقف الضاغطة (بالنسبة للإكلينيكيين الذين يتبنون نظرية الضغط والإجهاد كمرجع نظري لها)"

تتميز هذه المرحلة الثانية من تطور البحوث حول الرجوعية بسلسلة من تغيرات أخرى:

- درست الرجوعية عبر كل مراحل الحياة ولم تبقى منحصرة عند الأطفال.
 - تعدت دراسة الرجوعية المستوى الفردي لتهتم بدراسة الجماعات -خاصة الأسرة- والمجتمع
 - اهتمام الباحثين بميكانيزمات عالمية (universelle) وميكانيزمات خاصة ترتبط بثقافة معينة.
 - وبداية من أعمال (Wagnild) ويونغ (Young) 1993 وضعت وسائل مختلفة لتقييم الرجوعية.
- في المرحلة الحالية من تطوّر مفهوم الرجوعية تجاوزت الأبحاث في السنوات الأخيرة من الجانب النظري إلى الاهتمام بالجانب التطبيقي وأخذت بذلك شكل الرجوعية المدعمة «résilience assistée» من خلال مرافقة الأفراد الذين يعيشون مواقف صدمية أو ضاغطة وتطوير قدراتهم ودعم عوامل الحماية (Ionescu, 2012, p31-32). فمما سبق نلاحظ أن هناك العديد من التأثيرات النظرية الأساسية التي ساعدت على بناء الأسس النظرية لمفهوم الرجوعية وهي:

- جون بولبي من خلال نظرية التعلق (1970-1970).
- الأعمال المكثفة حول الضغوط والمواجهة (عملية التكيف).
- تحليل عوامل الخطر والاختلافات بين الأفراد في مواجهة الضغوط والصدمات النفسية (Anthony).
- تحليل عمليات الحماية الفردية والاجتماعية البيئية.
- دراسات النمو على مدى الحياة (Anaut, 2005).

3.1. تعريف الرجوعية:

لقد تعددت التعريفات للرجوعية بتعدد وجهات النظر وتطور الأبحاث والدراسات في هذا المجال، يعرف سيرولنيك الذي يعتبر أكبر رواد الرجوعية في فرنسا يعرفها على أنها "القدرة على النجاح والعيش والتطور بشكل إيجابي وبطريقة مقبولة اجتماعيا، بالرغم من الضغط أو الشدة اللذان يحملان خطر شديد ذو أثر سلبي"

(Cyrułnik, 1999, p10). كما يعتبرها سيرورة بيولوجية، نفسوعاطفية، اجتماعية وثقافية تسمح بنمو جديد بعد صدمة نفسية (Cyrułnik, 2014 ; p10).

أما ماري أنو (MarieAnaut) وهي مختصة نفسية ولها أعمال عديدة في هذا المجال تعرف الرجوعية بأنها: "القدرة على الخروج بنجاح من خبرة يمكن أن تكون صدمية مع وجود قوة متجددة فالرجوعية تستخدم التكيف في مواجهة الخطر والنمو العادي بالرغم من الخطر واسترجاع الذات بعد الصدمة" (Anaut, 2003; p07). وتعتبر ماري أنو أن سيرورة الرجوعية هي بناء متعدد العوامل ناتج عن شبكة معقدة بين المهارات الفردية (النفسية، المعرفية، سلوكية) وكفاءات نفسوعاطفية أسرية التي تكملها موارد تستمد من البيئة أو المحيط الاجتماعي (Anaut, 2012, 65).

ويعرف روتر (M. Rutter) الرجوعية عند الطفل: "أنها ظاهرة تتجلى عند أفراد صغار الذين يتطورون بشكل إيجابي، على الرغم من أنهم تعرضوا لشكل من أشكال الضغوط التي تشكل خطراً كبيراً وتنتج عنها عواقب سلبية" (Manciaux, 2000, p1319).

مما سبق ومن خلال طرحنا لهذه التعريفات وسردنا لتطور مفهوم الرجوعية فنحن نتبنى التعريف الذي اقترحه لوكونت (Lecomte) (2002) والذي نراه شاملاً حيث تضمن أغلبية وجهات نظر الباحثين والدارسين لهذا الموضوع: "فالرجوعية هي سيرورة دينامية تتضمن التطور والنمو الجيد بالرغم من ظروف الحياة الصعبة والأحداث الصدمية وترتكز على التفاعل بين القدرات والإمكانات الداخلية للفرد والدعم المستمد من البيئة والمحيط. وهي قابلة لأن تشغل وتفعّل في أي وقت ومن خلال بعض النتائج النوعية حسب مجال التدخل" (Lecomte, 2002, p10).

2. المصطلحات القريبة من الرجوعية:

عند الحديث عن الرجوعية يجب الإشارة إلى العديد من المصطلحات التي اقترنت بها سواء ساهمت في فهمها أو سمحت بتمييزها (Anaut, 2005). ومن بين هذه المصطلحات نذكر:

1.2. شبه الرجوعية (pseudo résilience):

وهي كلمة استعملت لأول مرة في 1987 من طرف المحلل النفسي الأمريكي أنتوني (Anthony) وهي على عكس الرجوعية التي تشير إلى المرونة ونضج العمليات النفسية فإن شبه الرجوعية ترتبط بتنظيم صلب للشخصية وعدم المناعة ضد الضغوط (Ionescu, 2012, p23).

2.2. عدم الجروحية (invulnérabilité):

وظهر هذا المفهوم كذلك في أعمال أنتوني في 1972 حيث وصف "تناذر الطفل عديم الجروحية النفسية" «*syndrome de l'enfant psychologiquement invulnérable*»، فمن خلال استعماله الاستعارة المعروفة بالدمى الثلاث، فإن هذا الطفل يطابق الدمية من الفولاذ التي تحافظ على سلامتها عند تلقيها ضربة قوية بالمطرقة (Ionescu, 2012, p23). وحسب لوري فورتن «Laurier Fortin» ومارك بيغراس «Marc Bigras» (2000) فإن مصطلح عدم الجروحية أو عدم القابلية للانجراف يشير إلى "فكرة أن تركيبة بعض الأطفال قوية إلى حد أنها لا تهزم مقابل أي حوادث ضاغطة مهما كانت" (Theis, 2006, p23). وأصبح هذا المصطلح قليل الاستعمال لأنه يحمل معنى الثبات (وهذا بعيد عن الحقيقة الإكلينيكية) كما أنه قد يميز الأقوياء (Ionescu, 2012, p23).

3.2. التكيف (adaptation) :

استعير هذا المصطلح من العلوم البيولوجية والفيزيولوجية وترى ماستن «Masten» أن "الرجوعية تشير إلى التكيف الناجح بالرغم من الخطر والمحنة" (Ioneescu, 2012, p25). حيث يرى بعض الباحثين (Cyrulnik, 2005 ; Cyrulnik et Duval, 2006) أن الرجوعية لا تعني التكيف مع الموقف الصدمي فحسب حيث أنها لا تعني التعافي من الصدمة واستدخالها وتخطيها فقط ولكنها تشير إلى قدرة الإنسان على مواجهة الخبرات الصدمية واستدخالها والتغير من خلالها وهي كذلك لا تعني القدرة الفائقة على التكيف التي تميز بعض الأشخاص ومن الخطأ كذلك اعتبار الرجوعية كعودة الفرد إلى حالته الأولى دون أن يحدث له تغيير بسبب الصدمة ولهذا فالرجوعية تشير إلى وجود تطور أو نمو جديد عند الفرد المصدوم (Anaut, 2009, p71).

4.2. المواجهة (coping) :

في الوهلة الأولى يظهر أن المفهوم الرجوعية و المواجهة «coping» متقاربان جدا لأنهما ينطويان على مفهوم التكيف، ولكن يجب التفريق بينهما فالمواجهة تظهر كشكل من أشكال الرجوعية أو مقارنة سلوكية لوصف سيرورة الرجوعية فيمكن اعتبار أن استراتيجيات المواجهة تشارك في ظهور الرجوعية وبالتالي فإن مفهوم الرجوعية أشمل وأعم من مفهوم المواجهة، ويمكن التفريق بينهما من خلال أن الرجوعية تفترض حركتين الأولى تظهر في طريقة المقاومة للحدث الضاغط أو الصدمي أي القدرة على المواجهة والثانية ترتبط بالقدرة على الاستمرار في النمو وتطوير الإمكانيات في حالة الصدمة.

ويرى مونسيو (Manciaux) أن سلوكيات المواجهة تعني الاستجابة لموقف معين فهي تشير إلى كيفية استجابة الفرد أو الجماعة في وقت معين (استجابة آنية) أما الرجوعية -التي تتكون من جزء فطري و جزء مكتسب من خلال عمل تكيفي دقيق- فهي تطويرية مستمرة في الزمن (Anaut, 2003, p63-66).

5.2. القدرة و التمكين (capacitation, habilitation et empowerment) :

من بين المفاهيم المرتبطة بالرجوعية الموجودة في الأدبيات الأنجلوسكسونية مفهوم «empowerment» والذي يشير إلى شعور الفرد بإمكانية السيطرة والتحكم في البيئة من خلال التعرف على إمكانياته وقدراته بالنسبة لبوسي ولافالي (Bossé & Lavalée)

فالقدرة والتمكين عبارة عن "سيرورة من خلالها يطور الفرد الذي يتواجد في ظروف صعبة بواسطة التجسيد الفعلي للشعور بإمكانية التحكم بصفة كبيرة على واقعه النفسي والاجتماعي" و من خلال هذه المقاربة فإن المؤشرات التي تدل على هذا التمكين الشخصي تبنى أساسا على القدرة في التحكم الذاتي والاستقلالية و التقييم الذاتي للقدرة و التقدير الذاتي (Anaut, 2003, p61).

6.2. المرونة النفسية (flexibilité psychologique) :

رجع مصطلح المرونة إلى أعمال بلوك (Block) حيث وصف مرونة الأنا مثل الاستخدام المرن للموارد الاجتماعية والمعرفية والانفعالية (Christian & al, 2011, p02). فهي تعني حسب القدرة على التكيف بطريقة مرنة وذكية مع العوامل الخارجية والداخلية المؤلدة للضغط، فهي مورد شخصي يسمح للأفراد بتغيير مستوى التحكم في الأنا لديهم وفي طريقتهم المعتادة في التعبير على هذا التحكم (Ionescu, 2012, p30).

ولقد قام الباحثين مؤخرا بإدماج مفهوم المرونة مع عمليات التكيف الخاصة بالرجوعية مع اعتبار الاختلافات الهامة التي تم ملاحظتها تجريبيا في الأحداث المحتمل أن تكون صدمية، بقدر أكبر في خصائصهم وسلوكياتهم. فالمرونة النفسية تجعل الشخص قادر على استخدام عدد من الاستراتيجيات أو السلوكيات الضرورية للتكيف مع الضغط وأكثر من ذلك القدرة على اختيار الاستراتيجيات الأمثل للعيش بأفضل ما يمكن (Dubuc, 2017, p51). فالمرونة النفسية هي من العوامل الأساسية لقدرة الأشخاص الرجوعيين على التكيف مع التغيرات والمواقف الضاغطة. (Christian & al, 2011, p02).

3. المقاربات النظرية المفسرة للرجوعية النفسية:

لقد تناول العديد من المنظرين موضوع الرجوعية بالبحث والتفسير عن ماهيتها وعواملها وسوف نتعرض إلى بعض المقاربات:

1.3. المقاربة السيكودينامية:

ترتبط الرجوعية حسب المحللين النفسانيين بعدة مفاهيم كالصدمة، ميكانيزمات الدفاع، التعقيل.

1.1.3 الرجوعية والصدمة النفسية:

تعتبر الصدمة النفسية من المفاهيم الأساسية التي ظهرت مع بدايات التحليل النفسي في الدراسات الخاصة بالهستيريا أين حاول فرويد (1895) وضع الأسس النظرية للصدمة النفسية (Theis, 2006, p44). حيث يعرف لابلانث وبونتاليس (Laplanche et Pantalès) الصدمة على أنها "حدث من حياة الفرد يعرف من خلال شدته وعدم قدرة الفرد على الاستجابة التكيفية، عدم الاستقرار، النتائج المرضية المستمرة التي تثيرها في التنظيم النفسي" (Al jeundi, 2015, p15).

فحسب فرويد (1920) أنه ليس الحدث في ذاته هو الذي يشكل الصدمة لكن عدم القدرة على إدماجها على المستوى الداخلي-الذاتي؛ في حين أن أنا فرويد تشير إلى أهمية ميكانيزمات الدفاع الخاصة بالأنا وهذا ما نجده أيضا عند لونسكو (Lonescu 1999) والتي تقترح أن الصدمة حتمية في اللحظة التي تكون فيها الآليات الدفاعية لا يمكن تحريكها (De Tyhey, 2001).

ولقد اتفق الباحثون ذوو المنحى التحليلي على أن الصدمة عامل مفسر للرجوعية حيث أن الرجوعية تكون مسبقة بصدمة نفسية ولكن اختلفوا في طبيعة أو نوع الصدمة (De Tehey & Alnot, 2012, p87).

وترى Anaut أنه من الجانب النفسي لا يعتد بشدة الصدمة في حد ذاتها ولكن يعتد بشدة تأثيرها على الفرد فالصدمة تحدث صراع في الأنا، فتصبح قوة الأنا مرتبطة بقدرة الفرد على وضع آليات دفاعية في مواجهة الاقتحام الانفعالي، فكل من الصدمة أو الرجوعية النفسية تعتمدان على قدرة الفرد من عدمها على القيام بتربط للتمثلات والتي تسمح بتجاوز الصراع النفسي، وهذا ما يفسر أن العامل الخارجي المعزول يمكن أن يكون صدمي من خلال كثافته وشدته، ويمكن أيضا لمجموع الأحداث الطفيفة أن تحدث نفس النتائج، لأنها تتجاوز إمكانيات الارصان الدفاعية الخاصة بالفرد وفي هذه الحالة يمكن التحدث عن تأثيرات صدمية متراكمة عن عوامل مختلفة. ومن هنا

يمكن القول أنه ليس الحدث في حد ذاته ما يعتبر صدمي لكن عدم القدرة على إدماجه نفسياً، (Anaut, 2003, p79-81).

2.1.3 الرجوعية والآليات الدفاعية:

تعتبر ميكانيزمات الدفاع عنصر هام في الرجوعية حيث تعتمد فعاليتها على طبيعة وتنوع وليونة الآليات الدفاعية المحركة، ويؤخذ في الحسبان درجة الضغط المتعرض له، ففي الضغوطات الشديدة فإن ميكانيزمات الدفاع الأكثر استعمالاً هي الميكانيزمات غير الناضجة، غير السوية أو المرضية، والتي يمكن أن يكون لها وظيفة حماية، حيث يرى Cyrulnick (2014) وجود ميكانيزمان مقبولان مؤقتاً في أول الصدمة وهما: الإنكار والانشطار، الأول يسمح بتجنب الاجترار الفكري المؤلم -لكنه يمنع التعقيل-، والثاني يمثل الطريقة التكيفية المستخدمة في غالب الأحيان فالمصدوم يكون غير قادر على مشاركة محيطه جزء من معاناته الداخلية، ويصبح الفرد يعاني في صمت وهذا ما يفسر في بعض الأحيان الانهيار أو الاكتئاب الذي يتفاجأ به المحيط. كما أنه يرى أن بعض الميكانيزمات الدفاعية تعيق سيروية الرجوعية: كالتبلد، التي تهدف إلى تقليل الألم وعدم مواجهة المشكل. الغضب، العدوانية، البحث عن بديل من خلال إثارة المشاكل العلائقية التي تزيد من تعقيد الموقف، والتي تؤدي إلى العزلة التي تعتبر العامل الأساسي الذي يقف أمام الرجوعية (Cyrulnick, 2014, p14).

ويمكن تحديد ميكانيزمات دفاعية والتي يبدو أنها تساعد في عملية الرجوعية والتي تكون غالباً حاضرة في الملاحظات الإكلينيكية مثل: اللجوء إلى الخيال، الفكاهة، الانشطار، الإنكار، العقلنة (Anaut, 2003, p84-85). فعلى العموم يوجد خمس ميكانيزمات ذات مستوى تكيفي عالي وهي غالباً ما ذكرت في الكتابات العلمية: الإيثار، التوقع أو الاستباق، حس الفكاهة، اللامبالاة، التسامي (Dubuc, 2017, p119-121).

3.1.3 الرجوعية والتعقيل:

يتعلق التعقيل حسب (De Tychey, 2001) بـ"القدرة على الترجمة عبر كلمات وتمثيلات لغوية قابلة للمشاركة، الصور والانفعالات التي يتم الإحساس بها من أجل إعطائها معنى قابل للتواصل والفهم للآخر وللنفس أولاً". فهو إذن عمل فكري يسمح بترجمة الإثارات المتعلقة بالصدمة إلى تمثيلات قابلة للمشاركة من أجل الوصول إلى تحديد معنى لها وبالتالي التعبير عنها. (Anaut, 2003, P82).

يشير التعقيل حسب فوناجي (P.Fonagy) إلى قدرة الطفل على تسمية خبراته الخاصة إعطائها معنى هذه القدرة تساهم بصفة أساسية في تنظيم المشاعر والتحكم في الدوافع والسيطرة على الذات وتجربة التنظيم الذاتي (Theis, 2006, p75). في حين ترى أنو (2005) أن عملية التعقيل وغنى الفضاء الخيالي يساهمان بشكل كبير في سيروية الرجوعية على المدى الطويل، فالتوظيف النفسي للرجوعية يمر عبر عملية التعقيل والتي تقوم باستحضار التمثيلات النفسية والرميز الخاص بالتأثيرات أو العواطف فالتعقيل يسمح بوضع الإثارات الداخلية قيد التفكير بمعنى آخر فهو يعني وضع وتجميع معنى للجرح، هذه المرحلة من الارصان والتي تمر إلى إعطاء معنى للمعاش الصدمي وعملية التأريخ، يمكن أن تعطي مكان في قصص الحياة أو تترجم عبر الإبداع (Anaut, 2005).

كما يرى (Cyrulnick) أن عدم القدرة على إعطاء معنى للصدمة يجعل المصدوم غير قادر على مواجهتها ويتم إعطاء المعنى للصدمة من خلال إدماج معلومات الذاكرة مع أحلام المستقبل فالتعقيل يسمح بهذا العمل من الصور والكلمات ولكن بشرط وجود شريك لارصان هذه التمثلات و مشاركة المصدوم انفعالاته (Cyrulnick,2014,p204).

2.3. المقاربة السلوكية المعرفية:

ترتبط الرجوعية من منظور معرفي سلوكي بمفهومين أساسيين هما الضغط (*stress*) و المواجهة (*coping*). فلا مجال للصدمة في هذه المقاربة ولكن المواقف الضاغطة التي تفرض على الفرد مواجهتها بوضع استراتيجيات معرفية، واعية ويمكن التعرف على حالة الرجوعية من وجهة نظر معرفية سلوكية حسب (Joëlle Lighezzolo & Claude De Tychev) من خلال الميكانيزمات التي تكون بالأساس معرفية من جهة و الاستراتيجيات السلوكية الملاحظة من جهة أخرى (Theis,2006,p43). ويرى كل من ديمون وبلونشيرال (2001) (Dumont & Plancherel) بأنه توجد 4 مواقف أو حالات ضاغطة قد يمر بها الفرد و هي: المرض العضوي، الإعاقة الذهنية، عوامل الضغط الأسرية، الاندماج في جماعة الرفاق (Ansen-Zeder 2010,p63). وسنتناول فيما يلي مفهومي الضغط (*stress*) و المواجهة (*coping*):

1.2.3 الضغط (*stress*):

بنظرة معرفية سلوكية وضع كل من فولكمان ولازاروس (1984) (Lazarus et Folkman) نموذج للضغط والمواجهة وأطلق عليه نموذج المعاملات «*Modèle transactionnel*» الذي تجاوز نموذج الضغط لسيلي (Selye) الذي يعتبره مجرد استجابة فيزيولوجية، حيث أن نموذج المعاملات يرى بأن الضغط عملية دينامية يتعامل بواسطتها الفرد مع الوضعية المشككة. وقد تبني علم النفس الصحي هذا النموذج من أجل الوقاية ودعم السلوكات الصحية والتكفل بالمرضى (Moreau, p47).

و يعرف لازاروس وفولكمان (1984) الضغط بأنه: "معاملة خاصة بين الشخص والبيئة أين يقيم الموقف من طرف الفرد على أنه موقف شاق ويتجاوز إمكانياته ويمكن أن يهدد صفوح حياته (رفاهه)" (Grebo, 2009, p15-16). ولتقييم الموقف الضاغط يميز لازاروس بين شكلين من التقييم: التقييم الأولي، التقييم الثانوي فعند التقييم الأولي يقدّر الفرد فيما يتمثل الموقف الذي قد تكون فيه خسارة، تهديد أو تحدي (Sordes-Ader& al, 2009, P138). فتقييم الفرد للموقف الضاغط عملية ذاتية (الضغط المدرك) تتدخل فيها خصائص الفرد التي قد تشكل عوامل هشاشة ك بعض سمات الشخصية والاستعدادات النفسية: كالشخصية من نوع أ (type A) (غير صبورة، عدوانية، تحب المنافسة مع الرغبة في النجاح و الاعتراف الاجتماعي) و استعدادات نفسية مثل التفكير العملي (التفكير الواقعي الخالي من الهوامات)، الألكسيتيميا (عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات)، العصابية (القابلية للشعور بالانفعالات السلبية، تضخيم الأعراض، الانشغال بالصحة)، وفي المقابل قد نجد خصائص إيجابية تشكل عوامل حماية للصحة مثل: التفاؤل، التمكّن (الشعور بالقدرة على السيطرة و التحكم)، الفعالية الذاتية، الاهتمام، المشاعر الإيجابية. فالاستجابة للموقف الضاغط تكون حسب شخصية كل فرد وبيئته. لكن الضغط المدرك يعتمد أيضاً على العوامل الظرفية للسياق، مثل عدم القدرة على التنبؤ بكارثة طبيعية، وعدم القدرة على السيطرة على الموقف (Moreau, p47).

عند التقييم الثانوي يتساءل الفرد عما يمكن فعله من أجل تخطي الخسارة والوقاية من التهديد أو الحصول على منافع فالتساؤل إذن هو: "ما الذي أستطيع فعله؟" هذا التقييم يوجه استراتيجيات المقاومة التي ستستعمل من أجل مواجهة الموقف الضاغط. (Sordes-Ader & al, 2009, p138). بالتالي يدرك الفرد قدرته على التحكم في الوضعية المشكلة أو الضاغطة (التحكم المدرك): "هل لدي الإمكانيات الفردية لمواجهة هذا الموقف الآن؟"، كما يدرك الفرد الموارد الخارجية كالدمع الاجتماعي "من يستطيع مساعدتي؟" فالدمع الاجتماعي المدرك ينقص من الضغط المدرك ويزيد من التحكم المدرك ويتوقف إدراك وتلقي الدعم الاجتماعي على عوامل الهشاشة والحماية في شخصية الفرد (Moreau, p47).

2.2.3 المواجهة (coping):

يعرف لازاروس وفولكمان المواجهة (coping) بأنها: "مجموع الجهود المعرفية والسلوكية التي تهدف إلى تقليل أو تحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد أو تتجاوز إمكانيات الفرد" (Paulhan, 1992, p18). فالمواجهة سيرورة دينامية تتوقف على أفعال الفرد وأفكاره نحو موقف غير عادي ومعاملاته وتفاعله مع البيئة. والمواجهة عامل استقرار يسمح للشخص بالحفاظ على التوافق النفسي أثناء فترات الضغط (Florence & al, p140). وللتكيف مع المواقف ومواجهتها يميز لازاروس وفولكمان بين نوعين من استراتيجيات المواجهة:

1- أسلوب مواجهة متمركز حول المشكلة:

ويشير إلى مجموع الجهود المعرفية والسلوكية التي يقوم بها الفرد من أجل تغيير الوضعية أو الموقف الذي يوجد فيه، وهذا الشكل من الاستراتيجيات يشمل جانبين: المواجهة الحاسمة من أجل تغيير الموقف من جهة وحل المشكل والذي يترجم بالبحث عن كل الوسائل المتاحة من أجل تحقيق هذا الهدف من جهة ثانية، كما يطلق على هذا الأسلوب المواجهة الفعالة «*coping actif*» أو المواجهة الحذرة «*vigilant coping*» (Engel-Zerbinati, 2014, p76).

2- أسلوب مواجهة متمركز حول الانفعال:

ويشير هذا الأسلوب إلى محاولة الفرد تعديل الشدة الانفعالية الناتجة عن الموقف الضاغط حيث يذكر كارفر (Carver) 14 استراتيجية من هذا النوع مثل: تهوين الخطر، إعادة التقييم الإيجابي، لوم الذات، التجنب والهروب، البحث عن السند الاجتماعي، التعبير على الانفعالات، الفكاهة، التقبل، عدم الالتزام السلوكي، انخفاض الحيوية واللامبالاة، التشوّه المعرفي، الإنكار، الدين، المخدرات (Moreau, p48). كما يطلق على هذا الأسلوب المواجهة السلبية «*coping passif*» أو المواجهة التجنبية «*avoidant coping*» (Engel-Zerbinati, 2014, p76).

وهذان الأسلوبان يمكن أن يتداخلا إذا سمحا للفرد بالسيطرة على الموقف الضاغط أو التقليل من أثره. وبالتالي فإن فعالية استراتيجيات المواجهة تتوقف على الموقف فإذا كان ممكن التحكم فيه فإن أسلوب المواجهة المتمركز حول المشكل يكون أكثر فعالية ولكن إن كان الموقف خارج عن السيطرة فإن أسلوب المواجهة المتمركز حول الانفعال يكون فعالا للحماية (Moreau, 2013, p48).

3.2.3 المواجهة والمرض المزمن:

يعتبر العديد من الباحثين أن نموذج المعاملات لازاروس وفولكمان السابق توضيحه أكثر نموذج يسمح بفهم كيف يواجه الفرد المرض المزمن ويتكيف مع هذه الوضعية أو الحالة وبصفة عامة تشير الأبحاث إلى أن أسلوب المواجهة

المتركز حول المشكل هو المستعمل عادة بالنسبة لأنواع الضغط المتعلقة بالحالة الطبية (الاستشفاء، التدخل الجراحي ، العلاج)، أما إذا تعلق الأمر بضغط نوعي أو خاص فإن أسلوب المواجهة المتركز حول الانفعال هو المستعمل ومن بين أشكاله الملاحظة : عدم القدرة، التشاؤم، لوم الذات، التجنب الانفعالي، التجنب السلوكي و المعرفي، إخراج الانفعالات، العدوانية(Engel-Zerbinati,p91).

3.3. النظرية النسقية:

إن ظهور النظرية النسقية غير بعض الشيء في مقارنة الرجوعية من خلال تقديمها لمفهوم: السياق، البيئة الاجتماعية العائلية، العلاقة، والتفاعل، فهي لم تعد تعتبر الفرد وحيدا في فردانيته بل داخل نظام من العلاقات والتفاعلات والتي من خلالها يكون للأعراض معنى ووظيفة فقد غيّرت هذه المقاربة النظرة ووجهت الاهتمام إلى مهارات الفرد وكذلك النظام العائلي، فالمعالج هنا لن يركز بشكل خاص على المشكل بل على الموارد العائلية والفردية كما أنه في بعض الأحيان لا يمكن للعائلة أداء دور "أوصياء المرونة" كونها أيضا ضعفت بسبب الصدمة التي تعرض لها أحد أفرادها، أي أنه لفهم عملية الرجوعية لا بد من التركيز على الموارد والقدرات والمهارات العائلية ولذلك لا يمكن أن تكون الرجوعية فردية فهي تعتمد أيضا على التقاء الفرد مع أوصياء المرونة كما يسميهم سيرولنيك B. (Vasseur, 2005 ; p43).

إن الدعم الخاص بالعائلة أو المجتمع معروف أيضا على أنه عامل حماية خارجي جد فعال ضد وضعيات الحياة الصعبة (Chouinard,2009;p90). كما يشير تيريس (Terrisse)(2002) إلى أهمية دور عناصر السياق العلائقي العائلي في التكيفات المستوحاة من نموذج الرجوعية، أما توزينون (Tousignant) (2001) فيدعو إلى تكثيف الأعمال المتعلقة بالسياق الاجتماعي البيئي لدعم الرجوعية(Anaut, 2004, p15). وفي هذا السياق يؤكد وولش (walsh) بأن العديد من العائلات ذات الرجوعية تتكيف بسرعة مع الوضعية، وتساعد طفلها على تقبل السكري بفضل التماسك العائلي فيما بينهم، مرونتهم وقدرتهم على التكيف مع التغيرات، وانفتاحهم فيما يخص التواصل العاطفي، وقدرتهم على مواجهة الأحداث الضاغطة وحل المشاكل إلى جانب قدرتهم على التطور والحفاظ على تواصل اجتماعي جيد، فالعائلة تثبت دورها في الدعم الاجتماعي والعاطفي (Azzam,2017;p51).

4.3. نظرية التعلق:

تستمد هذه النظرية مبادئها من أعمال بولبي (Bowlby) حول التعلق والذي يرى بأن بناء علاقة عاطفية مستقرة و دائمة بين الطفل و الراشد مركب هام في نمو الطفل، و التعلق هو حاجة اجتماعية أولية و التي تتطور من خلال العلاقات و التفاعلات (Anaut, 2012,p72). فالتعلق هو اكتساب عاطفي يتم تسجيله في الذاكرة منذ الأشهر الأولى، هذا التعلم يعطي أسلوب عاطفي يحكم العلاقات اللاحقة (cyrulnik,2014;p11)، فكل رضيع يستمد طبعه ونمط سلوكه تحت تأثير قيد مزدوج فالاندفاعات الجينية سوف تعطيه الاندفاع نحو الآخر لكن استجابة الآخر هي التي تقترح وصي النمو، فعندما يكون الوصي ثابتا فإن النمط العلائقي سوف يترسخ في ذاكرة الرضيع ويخلق نموذج عملي داخلي وفي حالة ظهور حدث جديد فإن الرضيع يتكيف ويستجيب وفقا للنموذج السلوكي المتحصل عليه مسبقا، إذن ففي كل لحظة من نموه النفسي فإن الوليد يصبح حساس للأشياء الجديدة التي لم يستطع مواجهتها سلفا (117 ; p116 ; 2001 ; Cyrulnik). وهذا الاهتمام والعناية وروابط التعلق يضمن للطفل البقاء على قيد الحياة

بيولوجيا ونفسيا. فالتعلق حسب بولبي له وظيفتين الأولى هي وظيفة التكيف و الحماية و الثانية الانفتاح على العالم (Anaut, 2012,p72). وفي ذات الحين يرى سيرولنيك أن أفضل ما يحيي الطفل هو النظام العائلي متعدد التعلق (Cyrułnik, 2014 ; p12). فعند الحصول على أمن داخلي والذي يبني على أساس التفاعلات المبكرة بين الطفل ومحيطه، هذا الأمن الداخلي يسمح للفرد على استخدام قدراته لتجاوز العوائق التي تعترضه خلال فترة وجوده، فكل مرة يتعرض فيها الفرد لضائقة فإن نظام التعلق الذي حصل عليه خلال فترة نموه يعاد تفعيله، وقاعدة الأمان الداخلية تسترجع، وما لم يستطع الفرد احتوائه في حياته النفسية يتوجب أن يتم معالجته مع بيئته بفضل نوعية حياته العلائقية (Delage, 2002 ; p274-275).

وحسب بينوني (Benony): "إن وجود قاعدة جيدة من الأمان تسمح بتطوير الوظائف المعرفية". وبذلك فالأمان يسمح باحتواء واستدخال معنى اللاستقرار «*déstabilisation*»، هذا الأخير يصبح أيضا جزءا مندمج من المكتسبات المعرفية ويوجه الأفراد نحو التطور والتحكم الذاتي". (Demogeot, 2014 ; p71). ويرى لوكونت (Jacques Lecomte) عند حديثه عن "السياق التعليمي الموثوق" من خلال الوصف الذي أدلى به بأن الطفل الخاص بالأباء الموثوقين، أنه أكثر ثقة وأكثر استقلالية وينظم مشاعره بشكل أفضل، وبالتالي فهذا السياق التعليمي الموثوق مساعد للغاية في نمو الطفل صاحب الرجوعية، فالأبحاث تشير إلى أهمية التعلق المبكر الآمن فهو يلعب دور كبير في التكيف النفسي مستقبلا لدى الطفل بشكل خاص كما أكد بولبي على دور التعلق في نشأة الرجوعية (Psiuk, 2005 ; p18 ; 19).

5.3. مقارنة عوامل الحماية وعوامل الخطورة:

إن الأفراد يمكن أن يكونوا ذوي رجوعية في فترات معينة من حياتهم بينما قد لا يكونون كذلك في فترات أخرى، وهذا لا يعتمد فقط على الحالة النفسية، المعرفية، العاطفية والنمو الخاص بالفرد، لكن أيضا على التأثيرات الخارجية التي يستمدّها من بيئته والتي تؤثر على موارده، وتتواجد هذه العوامل الداخلية والخارجية لدى الفرد أو داخل بيئته، والتي يمكن أن تمثل عوامل خطورة أو حماية بحيث يكون لها دور في التوازن الناتج عن التفاعل الديناميكي لهذه العوامل التي تبني الرجوعية (Bouzeriba,2013;p88).

ويرى مونسيو أن الرجوعية هي نتيجة تفاعل بين عوامل الخطورة وعوامل الحماية لكن الاختلاف بينهما مصطنع لأن نفس العامل يمكن أن يكون عامل خطورة أو حماية وذلك بحسب السياق، طبيعة وكثافة الضغط والأشخاص وفترات الحياة، فمثلا فإن تقدير الذات يمثل بناء أساسي في التوظيف الخاص الرجوعية كما يمكن أن يكون عامل خطورة حين تطوره نحو "سوء تقدير الذات" (Psiuk, 2005, p12). فالتفاعل بين عوامل الخطورة وعوامل الحماية يمكن إما أن يؤدي إلى الرجوعية «*la résilience*» أو أن يؤدي إلى الجروحية (الهشاشة) «*la vulnérabilité*» (Anaut, 2005 ; p07).

تعرف عوامل الخطورة على أنها وضعية أو ظرف بيئي والذي يزيد لدى الطفل احتمالية تطوير مشاكل عاطفية أو سلوكية، وحسب أغلبية الباحثين يوجد ثلاثة تصنيفات كبرى يمكن أن نستنتج منها: عوامل خطورة مرتبطة بالخصائص الطفل، عوامل خطورة مرتبطة بالعائلة، وعوامل خطورة سوسيوبيئية، فعوامل الخطورة والحماية يشكّلان ثنائي غير قابل للانفصال وبالتالي لا بد من دراستهما بشكل مرتبط من أجل فهم التأثير حدث ضاغط على التطور النفسي للطفل (Dubuc, 2017 ; p21 ; 22).

تختلف الرجوعية بحسب طبيعة وعدد عوامل الخطورة، لكنه لا يوجد مقياس مؤكد لاعتبار متغير ما على أنه عامل خطورة، ويبدو أنه يوجد نوعين من عوامل الخطورة، السمات الفردية والسياق البيئي، ويشير كابلان (Kaplan) (1999) أن حالة الخطر غالبا ما تتحدد من خلال المصطلحات الخاصة بخبرات الحياة ذات الأحداث الضارة، والتي تتضمن الأحداث الجسمية والنفوس اجتماعية مثل الضغوط النفسية التي تختلف ما بين المشقات اليومية إلى الخبرات الصدمية، وتركز أغلب الأبحاث في الرجوعية على الأحداث الصدمية، خاصة تلك التي حدثت أثناء الطفولة (Pan & Chan, 2007; p166). فالخطر يتطلب وجود خصائص مرتبطة بالشخص في حد ذاته وبيئته، ثقافته وأسلوب حياته وهو يظهر احتمالية مرتفعة في تطويع مرض أو التعرض لخسائر أو فقدان سواء على المستوى الجسدي أو النفسي أو الاجتماعي الاقتصادي.

وانطلاقا من دراسة ويرنر وسميث فإن الطفل الذي يتراكم لديه أكثر من أربعة عوامل خطورة في سن السنتين يصبح لديه صعوبات أكثر في التكيف لاحقا مقارنة مع الأطفال الآخرين، فهذا التراكم لعوامل الخطورة يصبح السبب في ظهور الضغط المرتفع لدى الفرد، فعوامل الخطورة في هذه الحالة لها تأثير تراكمي تفاعلي فالشخص الذي تعرض للعديد من عوامل الخطورة يصبح فرد متعرض للخطر أكثر وأكثر هشاشة *vulnérable* وأكثر ميل لتبني طريق حياة سلبية (Bouzeriba, 2013; p90-92).

4. بناء وتطوير الرجوعية:

لقد اهتم الباحثين والدارسين لمفهوم الرجوعية بكيفية بنائها وتطويرها ووضعوا بعض النماذج لبنائها ومن خلال مطالعتنا لفت انتباهنا بعض هذه النماذج والتي سنذكر منها:

1.4. نموذج روتر (Rutter (1985):

يرى روتر أن بناء الرجوعية يعتمد على بناء الموارد الداخلية للفرد وينطلق من مبدأ أنه بالرغم من أن الرجوعية ليست فطرية فهي تستدعي الموارد الداخلية للفرد ويرى روتر أنه يوجد ثلاثة سمات أو خصائص تمكن الفرد من تطوير إمكانياته الرجوعية وهي: 1- الوعي بالتقدير الذاتي والشعور بالذات، 2- الوعي بفعاليتها، 3- سجل المقاربات لحل المشكلات الاجتماعية (Lalonde, 2007, p73).

• الوعي بالتقدير الذاتي والشعور بالذات:

ويشير هذا المظهر إلى تقدير الذات وتعني الخصائص التي يمكن من خلالها أن يعرف بها الفرد ويكون له شعوره الخاص بقيمة ذاته، ويرى روتر أنه من الضروري وجود تطور إيجابي لتقدير الذات لدى الأشخاص ذوي الرجوعية، وتعرف ماري أنو تقدير الذات على أنه صورة الفرد التي يشكلها عن ذاته وشعوره الخاص بقيمته والتي تترجم من خلال مجموعة من المواقف ووجهات النظر التي يوظفها الأفراد في علاقاتهم مع العالم الخارجي، وحسب أندري و ليلورد (André & Lelord) فإن تقدير الذات يشمل ثلاثة أبعاد وهي: حب الذات، رؤية الذات، الثقة بالذات. وتقييم تقدير الذات يتأثر بحوادث الحياة والخبرات الفردية، فهو متعرض للتغير خلال مسار نمو الفرد. لكن حب الذات يساعد الفرد على إعادة بناء نفسه بعد الفشل (Anaut, 2003, p52).

- الوعي بفعاليتها أو الشعور بفعاليتها الذاتية:

الفعالية الذاتية أو الشخصية جاءت به نظرية الكفاءة الذاتية لباندورا وتشير إلى إيمان الفرد بما إذا كان بإمكانه القيام بمهمة في سياق معين أم لا، والشعور بأن أفعاله ستحقق النتائج المرجوة (Gaudreau, 2013, p17). فالأفراد ذوو الرجوعية يميلون إلى رؤية الجوانب الإيجابية للمحن التي يمرون بها في حياتهم، والثقة في قدراتهم على حل أغلب المشاكل التي تعترضهم في حياتهم. الشعور بفعالية الذاتية يسمح باستباق المشاريع وتشير إلى القناعة التي يمتلكها الفرد حول امتلاكه لقدرات النجاح في مهمة ما. وهذا الشعور يتبع الثقة بالذات (Anaut, 2003, p53).

- سجل المقاربات لحل المشكلات الاجتماعية:

وتشير هذه السمة إلى خبرة وقدرة الفرد الرجوعي على الاعتماد على خبراته الخاصة أو المستقاة من عائلته أو محيطه الاجتماعي والتي تكون إيجابية بصفة كافية أو تعرف كذلك (Anaut, 2003, p53). وحسب فانيستوندايل (Vanistendael) فهذه الخاصية تشير إلى قدرة الفرد على حل المشكلات وتعني الطريقة التي يستجيب بها في مواجهة المواقف الصعبة بالاعتماد على خبراته ومعارفه وتطوير حلول مقبولة اجتماعيا (Lalonde, 2007, p74). وهكذا يؤكد روتر على أن خاصية الرجوعية تسجل من خلال الطريقة التي يعيش بها الفرد التغيرات وكيف يتصرف وبالنسبة له فإن خاصية الرجوعية تستند على مجموع الحوادث المعاشة في الطفولة والرشد. فالرجوعية تعتمد على الإمكانيات الداخلية للفرد والتي تتغذى من لقاءاته وتفاعلاته وتجاربه (Lalonde, 2007, p75).

2.4. النموذج العرضي لـ جيليجان (Gilligan):

وضع جيليجان ثلاثة مجالات لبناء وتطوير الرجوعية وهي: الشعور بالتحلي بقاعدة من الأمان الداخلي، تقدير الذات، الفعالية الذاتية.

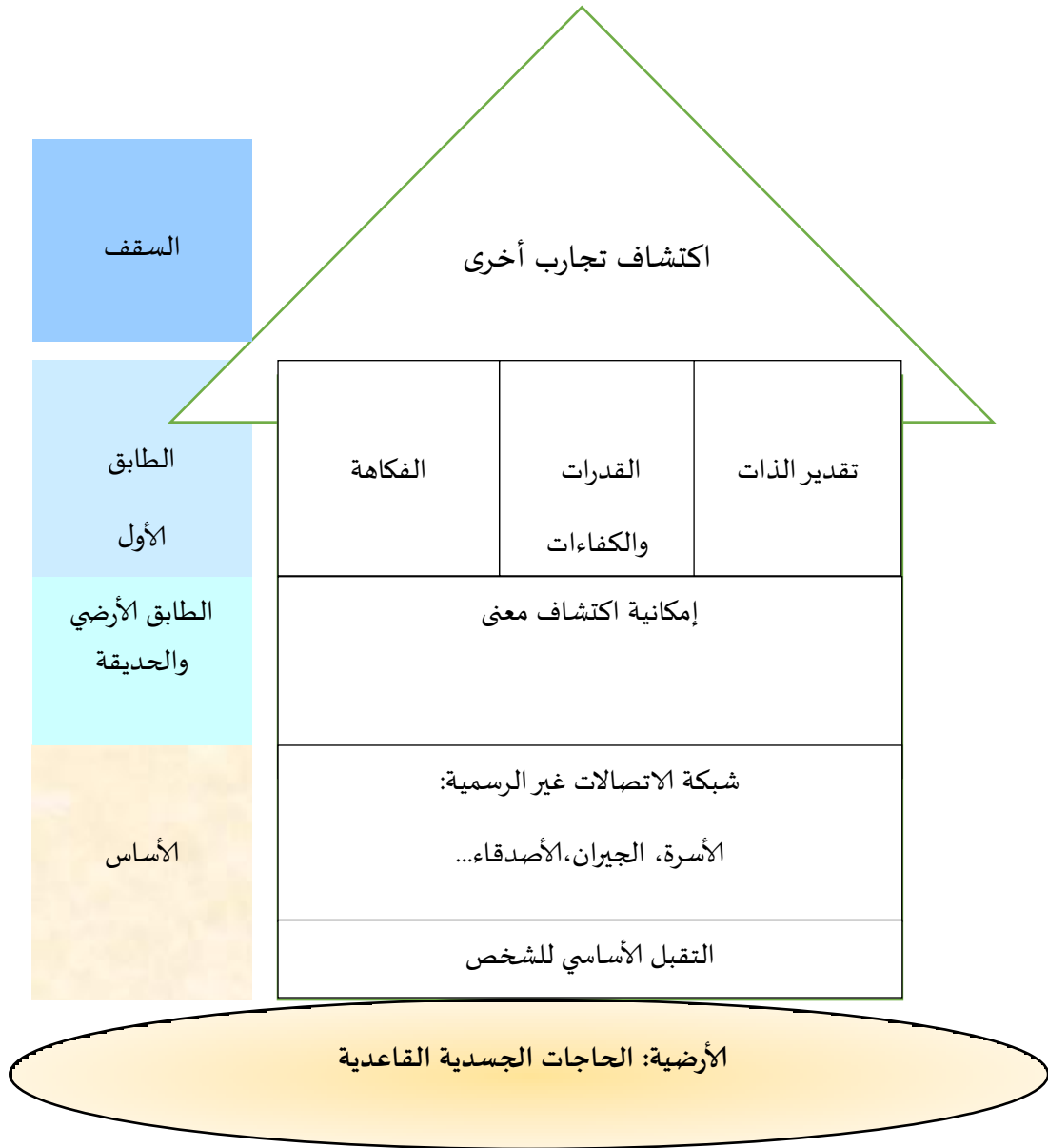
ويستمد جيليجان (1997) نموذجه من التوجه النظري لفوناجي بالاعتماد على نظريات التعلق من جهة وعلى أعمال روتر من جهة أخرى فهو يتفق مع هذا الأخير على موردين في عملية بناء وتطوير الرجوعية وهما تقدير الذات والفعالية الذاتية ويختلف معه في المورد الأول والأساسي في بناء الرجوعية وهو الشعور بالتحلي بقاعدة من الأمان الداخلي ويرتبط تكوين الفرد بشعوره بأن لديه قاعدة أمان داخلي حسب بولي (1969) بخبرات التعلق الأولى ولكن يرتبط أيضا بالشعور بالانتماء بشبكة اجتماعية وعلائقية، فالشعور بالانتماء إلى الأسرة وسلالة ونسب معين يمد الفرد بالشعور بالأمان، ويدعم ويطور الرجوعية لديه كما أن الاهتمام والحب الذي يتلقاه الفرد من الوالدين أو مقدم الرعاية يعزز الشعور بالأمان الداخلي وفي هذا الإطار فإن شعور التحلي بقاعدة الأمان يتطور مع مسار النمو في ظل تواجد أي شخص يساند الفرد ويقدم له المساعدة سواء كان من الأسرة أو من خارجها ولهذا فإن الدعم من الأقران يشكل عامل حماية مهم جدا ولكن معظم الأخصائيين النفسيين التربويين للأطفال الذين لديهم مشاكل أسرية تفاعلية للممارسات العيادية خاصة في التكفل النفسي والتربوي للأطفال الذين لديهم مشاكل أسرية (Anaut, 2003, p73-75).

مقاربة فانيستوندايل و لوكونت (2000): لقد عمل فانيستوندايل في أواخر التسعينات على تلخيص نتائج

الأبحاث والدراسات العلمية حول الرجوعية وعلى إثرها وضع مخطط لتمثيل الرجوعية تحت مسمى (casita)

(الشكل 1)

(Lalonde, 2007, p75)



الشكل 1: منزل: بناء الرجوعية Casita

« Casita » مصطلح إسباني يعني منزل صغير وهو مثال ممتاز يرمز إلى المكان العائلي والمنزل ومكان الحب والدفء والقوة والأمان الضروريين لمقاومة الشخص للمحن والعودة من جديد (Phaneuf, p9). وحسب لوكونت وفانيسونداييل (2000) فإن كل طابق وكل حجرة من المنزل تمثل مجال محتمل للتدخل لأولئك الذين يرغبون في المساهمة في بناء أو الحفاظ على أو استعادة الرجوعية.

« *La casita* » تلخص أفكار فانيستونداال فهو يرى في أول الأمر أهمية تلبية الحاجات الجسدية الأساسية قبل التفكير في قدرة الرجوعية (Lalonde, 2007, p75). فبالنسبة للأساسات يرى فانيستونداال أن هناك عاملان أساسيان يشكلان حجر الزاوية في بناء الرجوعية وهما: التقبل الأساسي للطفل، إمكانية إعطاء معنى للحياة.

• **التقبل الأساسي للطفل:** يعني تقبله كإنسان -بغض النظر عن السلوكيات - من طرف شخص على الأقل ففي هذا الإطار العلائقي تتشكل روابط أسرية، جوارية وصدقات التي من خلالها يمكن إيجاد النظرة الإيجابية على الآخر مما يسمح للفرد بتقييم هل هو مقبول اجتماعيا. وهذا التقبل يأخذ أشكال متغيرة: الآخر يحبني، يصغي إلي، يعطيني من وقته، لا يتركني في المحن، هو يؤمن بي (Vanistendael, 2002, p04).

• **إمكانية إعطاء معنى للحياة:** ويحدث غالبا وليس حصريا عبر الإيمان والدين، التعبير الفني أو عبر عمل يتعدى حدود الأنا كالاغتناء بحيوان، نبات، شخص، المشاركة في فريق رياضي، مشروع تكوين، التزام مهني، فبالنسبة للعديد من الأشخاص يجدون المعنى لحياتهم من خلال الشعور بحاجة الآخر لهم، وقد يوجد المعنى من خلال الإبداع، الفكاهاة، الحدس، الحياة العاطفية، إنجاب طفل ...

وتعلو هذه القاعدة عوامل أخرى مهمة جدا وهي:

- تقدير الذات ولكن ليس بصفة مفرطة.
- القدرات والكفاءات من مختلف الأنواع الإنسانية والاجتماعية والمهنية.
- الفكاهاة البناءة و التي تختلف عن السخرية و التهكم (Vanistendael , 2002, p5).

ويرى فانيستوندايل هذه العوامل الخمسة لبناء الرجوعية تتداخل فيما بينها، فعندما يشعر الفرد بأنه محبوب عند شخص، وإذا استطاع أن يشارك في مشروع يحمل له معنى في حياته تكون له فكرة جيدة عن نفسه ويشعر بالتقدير وهذا يدركه الكثير من المربين فالطفل الذي يشعر أنه محبوب يتعلم ويكتسب الكفاءات بسهولة (Vanistendael , 2002, p5). بالنسبة للجزء الأخير، السقف يمثل الانفتاح على كل الخبرات الجديدة التي تفرضاها العلاقة مع الآخرين وهذه الفكرة تتوافق مع الحاجة إلى النمو والتطور التي يحققها عن طريق الرجوعية (*la casita*) ليست هيكل ثابت تتطلب مسار معين، فبناء القدرة الرجوعية لا تتبع مسار نمطي فهي ليست مجموع صافي وبسيط لسلسلة من الخصائص ولكن العوامل التي تشكلها تتطور عبر التفاعلات واللقاءات وخبرات الحياة ونظرة الآخر للفرد مهمة في تطويرها (Lalonde2007, p80).

4.4. أوصياء الرجوعية:

إن عملية الرجوعية لا تتم عن طريق العمليات الداخلية فقط لكن أيضا بالتفاعل مع المحيط، فالأشخاص المعروفون على أنهم ذوي رجوعية أكدوا على أهمية الروابط العلائقية أو العاطفية التي تربطهم مع أشخاص يساهمون في دعمهم أثناء الفترات الصعبة. فأوصياء الرجوعية قد يتمثلون في شخص، أو مجموعة أشخاص، أو في عنصر أكثر رمزية، وهذا الشخص يتم اختياره بطريقة لأشعورية من قبل الفرد خلال عملية الرجوعية، وهذا الاختيار يتم وفقا لاحتياجات الفرد وبالاعتماد على الخصائص التي يحملها وصي الرجوعية.

وحسب رأي كل من كلود دي تيشاي وليغوزولو (Claude De Tyche & Lighozzolo) (2005) فإن أوصياء الرجوعية يلعبون دورا في بناء الأنا الأعلى ومثال الأنا، والتي كانت مصابة بسبب الحدث الصدمي وقد يتم ذلك من خلال عملية التقمص "فالشخص الذي يتعرض للصدمة يمكن أن يبني تقمصات جديدة والتي يدمجها ويجسدها من خلال هذه العملية، فالعديد من القيم أو طرق العيش، تنتج في حياتهم كل يوم من خلال هذه المعالم التقمصية" (Theis,2006;p87;88). يشير أيضا ميشال مونسيو (Michel Manciaux) (2003:2001) إلى أن أوصياء الرجوعية هم الأشخاص الذين يضعون الثقة في الطفل ويضع الطفل الثقة فيهم، فهم أولئك الأشخاص الذين في الوضعيات الصدمية أو الضاغطة يحملون الأمن للأطفال ويساعدونهم على تجاوز المحنة ويعلمونهم استراتيجيات لتطوير قواهم ومهاراتهم، فأوصياء أو مرشدي الرجوعية يمكن لهم أن يحملوا للأطفال أو للعائلات الإحساس بالأمن، المساعدة، النصح، وتعليمهم لاستراتيجيات يستعملونها في وضعيات الكرب أو الوضعيات الصدمية، خاصة على المستوى العاطفي والانفعالي (Mateu-Pérez& al, 2014, p116).

وقد يوجد عدد من أوصياء الرجوعية من هم ظاهرين مثل المختصين النفسيين، الأطباء، العاملين الاجتماعيين، والذين يكونون في مهن الدعم، فالمعالجين النفسيين يساعدون المصدومين على التعقيل وإعطاء معنى لتمثلاتهم الخاصة بالصدمة التي دمرتهم، ومشاركة أحاسيسهم المتصلبة أو المهمة، ويوجد أوصياء رجوعية آخرون متخفين، والذين يختارهم الفرد في بيئته العائلية أو الثقافية والذي يفهمهم بالقادرين على فهمه ودعمه، فهذا الوصي المجهول قد يكون: رياضي، موسيقار، كوميدي، كاتب، والذي يعوّض العلاقة التي يبحث عنها المصدوم، وتجدر الإشارة إلى أن التكوينات المهنية والثقافة اليومية تمدنا كثيرا بهؤلاء الأوصياء (Cyrułnik,2014;p14;15).

ويذكر جاك لوكونت (Jacques Lecompte) بعض الخصائص التي يمتاز بها أوصياء الرجوعية فيهم:

- ✓ يظهرون الإحساس بالآخر والعاطفة أو التعاطف.
- ✓ يهتمون وبشكل تفضيلي بالجوانب الإيجابية لدى الشخص.
- ✓ يتركون الحرية للآخر للتعبير والحديث، أو الامتناع عن الحديث.
- ✓ لا يحبطونهم عند فشلهم.
- ✓ يحترمون سيرورة الرجوعية الخاصة (Lecompte, 2005 ; p22-25).

5. تطبيق الرجوعية في مجال الإكلينيكي:

يستعمل نموذج الرجوعية في العديد من الممارسات الإكلينيكية، وهي تطبق في التدخلات التي تتضمن الوقاية وإعادة الإدماج أو الرعاية العلاجية، وقد تأخذ أشكالا مختلفة بحيث تطبق في سياقات مختلفة لدعم المرضى ذوي الأمراض العقلية والسيكوسوماتية، وتستخدم أيضا في التكفل الاضطرابات السلوكية (Anaut,2014,p15-16).

فمقاربة الرجوعية تدفع بالممارسين إلى تطوير أساليب مرافقة الأشخاص في وضعيات الخطر الشديد، عن طريق خلق إطار للتدخلات التي تهدف إلى الوقاية أو التخفيف من أثر الخطر، وعلى إثر ذلك يقترح ساربان يونيسكو (Serban Ionescu) مصطلحات "الرجوعية المساعدة أو المدعمة" «*La résilience assistée*» للإشارة إلى حقل الأبحاث والتطبيق

الذي يعيد البحث في الأنظمة التقليدية الخاصة بالتكفل بالأشخاص أو الجماعات المتعرضة للصدمة (Cyrulnik, 2014 ; p192).

فيمكن أن تعمل برامج المرافقة ودعم الرجوعية على المستوى الفردي على تنبيه وتطوير خصائص شخصية موجودة من قبل مثل، الكفاءة الفكرية، الاستقلالية والفعالية بالنسبة للمحيط، قدرات تكيف العلائقية والتعاطف، الاستباق والتخطيط، حس الفكاهة، كما يمكن أن يستهدف التكفل محاولة العمل على تقدير الذات، الثقة، التفاؤل، التحمل والقدرة على المواجهة ... (Marie Anaut, 2005, p10).

أما التدخل على المستوى العائلي والاجتماعي فيكون من خلال التعرف على إمكانات الرجوعية العائلية (القيم، المواقف، الممارسات التربوية، الشعور بالكفاءة، المعتقدات، التمثلات، شبكة الدعم الاجتماعي استغلال الموارد والقدرات في المحيط العائلي (الأصدقاء، الشبكات الاجتماعية، راشدين آخرين مؤثرين....) (Marie Anaut, 2009, p73).

إن نموذج الرجوعية وسع الأفق أمام المتدخلين مع الأطفال في ميدان التربية والصحة النفسية والجسدية فإن التعرف على الأطفال الرجوعيين وغير الرجوعيين توجه نوعية التدخل سواء كان من أجل تقدير أو تحريك الخصائص الرجوعية لدى الطفل أو نحو تطوير عوامل الحماية بالنسبة للأطفال غير رجوعيين ، فقد لاحظ مونسو أن الطفل الرجوعي يتميز بالاستقلالية ، تقدير الذات ، اتجاه إيجابي نحو المجتمع ، أما الطفل غير الرجوعي فيتسم بمزاج صعب مع مشاكل في التكيف الانفعالي، المزاج الصعب يعتبر عامل خطورة ، و الدعم الذي يقدم لهؤلاء الأطفال يمكن أن يكون مفيد في مواجهة المواقف الصعبة . إن ملاحظة الأطفال ذوو المزاج الذي يقال عليه "سهل" تبين بأنهم يتسمون بالاستقرار ويواجهون بارتياح المواقف والمواضيع الجديدة. وملاحظة الأطفال ذوو المزاج الذي يقال عليه "صعب"

تبين أنهم أطفال يستجيبون للمواضيع والمواقف الجديدة بالتجنب و عدم الارتياح الانفعالي أو هم أطفال غير مستقرين و عصبيون مع انخفاض القدرة على التكيف (Psiuk, 2005 , p18 - 19). فقد يكون العمل على تطوير القدرة على تسيير الانفعالات من أحد عوامل تطوير ودعم الرجوعية (Phaneuf, P13).

وتشير أنو (2004) إلى إن نموذج الرجوعية لا يمثل تقنية للتدخل في حد ذاتها، لكنها تسمح ببناء طرق للدعم، فهي تزيد طرق الحماية وإعمال المهارات العائلية والفردية. (Anaut, 2009).

الخلاصة:

نستخلص مما سبق عرضه أن الرجوعية لا تختصر في مجرد سمة أو خاصية تميز بعض الأشخاص عن غيرهم وأنها لا ترتبط بمرحلة معينة من العمر كما أنها ليست ثابتة مع كل الظروف وفي كل المجالات، فقد يكون الفرد رجوعي في مواجهة موقف دون آخر ومجال دون آخر، فهي بذلك عملية دينامية تتفاعل فيها قدرات وإمكانات الفرد الداخلية والموارد التي يستمدّها من محيطه العائلي والاجتماعي وإن اختلفت وجهات النظر في تفسيرها فهي تصب كلها في تحريك وتفعيل هذه الموارد سواء بنظرة تحليلية من خلال العمل على الميكانيزمات الدفاعية وعملية التعقيل أو عن طريق استراتيجيات المواجهة الفعالة بنظرة معرفية سلوكية أو باللجوء إلى السند الاجتماعي والروابط العاطفية من خلال أوصياء الرجوعية الذين يلعبون دورا كبيرا في بناء ودعم وتطوير الرجوعية مع التركيز على الأخذ بعين الاعتبار عوامل الخطورة وعوامل الحماية، ولاحظنا أيضا أن من أهم التدخلات العلاجية والتكفل والمرافقة تلك التي تستهدف العمل على تعزيز: تقدير الذات، الثقة في النفس، التفاؤل، المشاعر الإيجابية كما أن العمل على تفعيل القدرة على التعبير عن المشاعر المتعلقة بالمواقف الضاغطة والصدمية والقدرة على إدراك وتسيير الانفعالات مفاتيح مهمة للرجوعية من خلال وضع طرق واستراتيجيات وبروتوكولات تدخل مناسبة لمساعدة الأفراد على التطور في الحياة، وهذا ما سنتطرق إليه في الفصل الموالي حول العلاج بالتقبل والالتزام وهو علاج معرفي سلوكي يركز على الانفعالات والذي قد يساعد في دعم وتطوير الرجوعية.

الفصل الثالث

العلاج بالتقبل

والالتزام

تمهيد

1. مفهوم العلاجات المعرفية السلوكية
2. نشأة وتطور العلاجات المعرفية السلوكية
3. العلاج بالتقبل والالتزام
4. الأسس القاعدية للعلاج بالتقبل والالتزام
5. أهداف العلاج بالتقبل والالتزام
6. العمليات المرضية والعلاجية في العلاج بالتقبل والالتزام
7. التقنيات المستخدمة في العلاج بالتقبل والالتزام

الخلاصة

تمهيد:

يمثل العلاج المعرفي السلوكي الجانب العلمي والتقني للعلاج النفسي وقد أظهر فعالية ونجاحا مرتفعا خاصة مع تطور نظريات التعلم السلوكية والنظريات المعرفية (بلغاليم، 2017؛ ص28). ويتعامل العلاج المعرفي السلوكي مع صعوبات المريض في " هنا والآن" عكس العلاج التحليلي، فمخطط التدخلات الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي يعمل على وضع الفرد في مواجهة مع الوضعيات والمشاعر التي تطرح المشكل بدلا من استعمال التبادل اللفظي (Cuvillier-Remacle, 2014 ; p25 ; 26). ولقد تطور العلاج المعرفي السلوكي عبر ثلاثة مراحل أو أمواج حيث ركزت الموجة الأولى على الجانب السلوكي والموجة الثانية أولت اهتمام أكبر للعمليات المعرفية أما الموجة الثالثة فأخذت فيها الانفعالات دور كبير في العلاج ومن بين العلاجات التي ظهرت في الموجة الثالثة نجد العلاج بالتقبل والالتزام والذي يعتبر أحد مداخل العلاج السلوكي الوظيفي الموقفي، والذي يعتبر مشكلات الإنسان ناتجة عن عدم المرونة النفسية والتي تسببها التعبئة المعرفية وتجنب الخبرات (إبراهيم عثمان والشريبي؛ 2015؛ ص85). ومن وجهة نظر العلاج بالتقبل والالتزام فالمصدر الأول للأمراض النفسية وتعاसे الإنسان هي الطريقة التي تتفاعل بها اللغة والمعرفة مع ظروف حياتنا (Luoma et al, 2007 ; p02). وبالتالي فهذا العلاج يقترح طريقة جديدة للعيش مع المعاناة والذكريات السيئة فهو يعمل على وقف التأثير المفرط للانفعالات واللغة على أفعالنا، ووفقا لذلك فقد أظهر العلاج بالتقبل والالتزام فعاليته في العديد من الأمراض المزمنة (Leroy, 2017 ; p3-5). حيث تركزت الجهود البحثية في تطوير نماذج للتدخل والتي تهدف إلى مساعدة المرضى المزمنين (Prevedini et al, 2011 ; p54).

سيتضمن هذا الفصل نبذة تاريخية عن نشأة العلاجات المعرفية السلوكية والموجات الناتجة عنها، نخص في ذلك الموجة الثالثة وبالتحديد العلاج بالتقبل والالتزام؛ ركائزه وأهم منطلقاته وأهدافه وتقنياته وآليات استخدامها.

❖ العلاجات السلوكية المعرفية:

1. مفهوم العلاجات السلوكية المعرفية:

العلاج المعرفي السلوكي «*Thérapie cognitivo-comportementale*» (TCC) يمثل تطبيق المبادئ المشتقة من علم النفس التجريبي في الممارسة الإكلينيكية (Canceilo et al, 2003 ; p169). ويشمل في ذلك المقاربات أو المعالجات التي يهتمون بتطبيق علم النفس التجريبي في العلاج النفسي؛ ويعتمد هؤلاء المعالجين على منهجية تجريبية من أجل فهم وتعديل الاضطرابات النفسية التي تعكر حياة الشخص؛ مستخدمين في مرجعهم نماذج مستنبطة من نظريات التعلم (الإشراف الكلاسيكي والإجرائي، ونظرية التعلم الاجتماعي) (Lafrance, 2011 ; p28). والتي تؤكد على تعديل السلوكات الملاحظة وهي السلوكات الحركية واللفظية كأساس لفاعلية العلاج النفسي (Cottreaux. J, 2011 ; p03). ونماذج معرفية مبنية على دراسة معالجة المعلومة (Lafrance, 2011 ; p28). وهي عملية تفكير واعية أو لا واعية والتي تقوم على تصفية وتنظيم إدراك الأحداث التي تحدث في حياة الفرد (Cottreaux. J, 2011 ; p03). فالمعالجين المهتمين بمقاربة (TCC) يستخدمون تقنيات علاجية تتدخل على المستوى السلوكي و المعرفي وعلى مستوى الانفعالي، وهذه الأبعاد الثلاثة تعتبر متداخلة بطريقة تفترض أن التدخل الذي يستهدف بعد واحد من هذه الأبعاد يكون له انعكاس

على البعدين الآخرين، وتجدر الإشارة أيضا أن العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على مفهوم بيئي حيث أن الوسط يُنظر إليه على أنه يساهم في تشكيل ردات الفعل الخاصة بالفرد (Lafrance, 2011, p28). والسلوك والعمليات المعرفية ليسا النقاط الوحيدة للتدخل العلاجي: فهذان الاثنان في تفاعل مع الانفعالات؛ والتي تعتبر انعكاس فيزيولوجي وعاطفي للخبرات السارة وغير السارة (Cottreaux, J., 2011 ; p03).

2. نشأة وتطور العلاجات المعرفية السلوكية:

حسب هايز Hayes (2004) فإنه يمكننا أن نستخرج ثلاث حركات كبرى في تاريخ العلاج السلوكي المعرفي

(Dionne, 2009 ; p20). والتي حددت على أنها تحمل ثلاث مراحل أو أمواج:

الموجة الأولى: والتي مثلتها المقاربة السلوكية وقد تمحورت حول الجوانب السلوكية في الاضطرابات النفسية وقد اقترحت استراتيجيات علاجية سلوكية بشكل أساسي.

الموجة الثانية: حملت فهم مفصل للعمليات المعرفية (الأفكار والانفعالات) المشوّهة أو غير السوية والتي طبقت على الاضطرابات النفسية استراتيجيات علاجية مثل إعادة البناء المعرفي وإدارة الانفعالات.

الموجة الثالثة: أدمجت أبحاث حديثة حول دور الانفعالات كهدف علاجي، وذلك دون أن تحدث قطيعة مع الموجتين السابقتين، وقد حملت هذه الموجة إدماج لاستراتيجيات مستنبطة من تقنيات تأملية.

(Tennessee, 2015 ; p136). وفيما يلي سنوضح أكثر هذه الموجات من خلال التطرق إلى كل من العلاجات السلوكية والمعرفية والعلاجات الخاصة بالانفعالات.

• العلاجات السلوكية:

تطور العلاج السلوكي منذ بداية القرن الـ 19 بفضل انتشار علم النفس التجريبي والذي يدرس القوانين التي تحكم أو تنظم السلوك والتعلم: ففي 1898 ثوروندايك (Thorndike) صاغ قانون التأثيرات: فنتائج سلوك ما تحدد احتمالية ما إذا كان هذا السلوك سيتكرر؛ فكان ثوروندايك هو الأول الذي تحدث عن أن التعلم يعطي نتائج أفضل إن تم تحقيقه من خلال النتائج الإيجابية (المكافآت والتعزيزات الاجتماعية) أو السلبية مثل (العقاب أو الحرمان). وفي 1904 قام بافلوف (Pavlov) بوضع قانون الاشراف الكلاسيكي (Tennessee, 2015 ; p137). فالعلاجات الأولى كانت حول «*déconditionnement*» (العلاج التحويلي) والتي تم تعريفها من خلال الاستجابة الشرطية التي وصفها بافلوف (أو الاشراف الكلاسيكي من النوع 1) حيث افترض أن استجابة الخوف نحو شيء أو وضعية ما تتطور بشكل ثانوي بالاقتران ما بين الخوف وظرف (مثير) حيادي، فالعديد من النماذج العلاجية ركزت على الرابط الموجود ما بين القلق والمثير مصدر الفوبيا وهذه الاستراتيجيات تخص "التعريض" «*exposition*» ويمكن تحقيق " التعريض " أيضا من خلال التصور العقلي فيما يسمى بـ «*Désensibilisation systématique*» والتي تمارس في حضور المعالج في وضعية

حقيقية تسمى "in vivo" وقد استعملت بشكل واسع في اضطرابات الفوبيا الخاصة بالراشد والطفل وقد حققت نتائج جيدة (Mirabel-Sarron, 2010 ; p04).

في 1913 واتسون (J. Watson) أسس تيار علم النفس التجريبي والذي سمي: "behaviorisme" فبالنسبة لواتسون فإن علم النفس التجريبي لا بد له من دراسة الحقائق النفسية بالتجربة العلمية ومن خلال الملاحظة؛ فالسلوك الملاحظ كان المعطيات الوحيدة الموضوعية المتاحة للدراسة العلمية للعمليات النفسية (Tennessel, 2015 ; p138).

في لندن وفي سنوات 1940 ألكسندر ارزبرغ (Alexandre Herzberg) من بين المحللين النفسانيين القلة الذين طوروا مبادئ نجدها اليوم في العلاج السلوكي: والتي تتطلب الملاحظة بعناية قبل البدء في التفسير، والأخذ بعين الاعتبار التأثيرات الخاصة بالمحيط والعمليات الجسدية، ارزبرغ لاحظ أن تشجيع المفحوص على مواجهة التدريجية للوضعيات المقلقة؛ تعطي نتائج أفضل من "العلاج عبر الكلام" وقد لاحظ تحسنات مرضية في المتوسط بعد 20 جلسة (Meyer & al, 2005 ; p729-730).

في نهاية سنوات 1950 في جامعة لندن اهتم هانز ايزنك (Hans Eysenck) بالبحث عن إيجاد شكل من العلاج النفسي مبني على أساس علم النفس التجريبي، وقد استعاد بذلك أعمال ارزبرغ حيث استوحى منها علاج الفوبيا من خلال المواجهة التدريجية لما يثير الخوف، في 1960 نشر ايزنك في لندن الكتاب الأول حيث ذكر في عنوانه عبارة "العلاج السلوكي بعنوان: "Behaviour Therapy and the Neuroses" وقد وصف العلاج السلوكي على أنه استعمال النظرية المعاصرة للتعلم من أجل تفسير ومعالجة الاضطرابات النفسية، وقد جمع العمل 36 منشور يخص العلاجات النفسية في إطار علم النفس التجريبي ومن بين الاضطرابات المعالجة نجد الفوبيا، الوسواس، القهري، التأتأة، التحويلات السوماتية (Meyer & al, 2005 ; p). وبالتزامن مع أيزنك، قام جوزف فولب (Joseph Wolpe) بتجربة نفس المبادئ، وفي 1950 أنشأ علاج للفوبيا أطلق عليه «*désensibilisation systématique*» ويتضمن هذا العلاج تعلم سلوكيات تقلل من القلق وتساعد الشخص على مواجهة الوضعيات المقلقة عبر مراحل (Meyer & al, 2005 ; p730-731). ومعبداية الستينات قام فولب بتسليط الضوء على أثر تقنية الكف بالنقيض «*l'inhibition réciproque*» وفائدتها في العلاج النفسي، خاصة فائدة الاسترخاء في علاج القلق حيث أن حالة الضغط وحالة الاسترخاء لا تلتقيان معاً، فإذا تعلم الشخص استجابة الاسترخاء في حضور منبه يثير القلق فإن الرابط بين المثير والقلق سوف تتناقص وتتناقص بذلك تكرر استجابة القلق (Tennessel, 2015 ; p138).

ومن بين الرواد المهمين للعلاج السلوكي: سكينر (Skinner) فخلال فترة ظهور التحليل النفسي في الولايات المتحدة الأمريكية كعلاج نفسي بامتياز، سكينر فهم بسرعة أنه لا يوجد لدى العلاج التحليلي أساس علمية وأنه غير فعال في المشكلات الشديدة (Meyer et al, 2005 ; p731). فالإسهام الرئيسي لسكينر في تطوير العلاج المعرفي السلوكي يكمن في البحوث حول تحليل وتعديل السلوكيات، فقد حلل بصفة حاسمة كيف أن سلوك محدد مرتبط بالتأثيرات التي ينتجها (تأثيرات التي قمنا مسبقاً بتجربتها أو تخيلها أو ملاحظتها لدى الآخرين)، فالصيغة التي تلخص هذه الأعمال الأولى تسمى: «S-R-C» (Stimulus-Réponse-Conséquence) (مثير-استجابة-نتيجة)

(Meyer & al, 2005 ; p731-732).

فسكينز توسع في نموذج مثير-استجابة الخاص بثورنديك وقام بصياغة نموذج الاشراف الإجرائي ويتضمن هذا النموذج التأثيرات أو النتائج الفعل الصادر عن الشخص في عمليات التعلم: فنتائج فعل ما؛ أو تعزيزات ما تؤثر على الاختيارات السلوكية اللاحقة للفرد؛ فالسلوك هنا لم يعرف على أنه الاستجابة الفيزيولوجية الأتوماتيكية للمثيرات البيئية مثلما تضمنه الاشراف البافلوفي الكلاسيكي بل هو نتيجة التفاعل بين فرد وبيئته (Tennessee, 2015 ; p139). وبالتالي فالسلوك يتعدل من خلال نتائجه؛ وقد أنشأ أيضا علاقة وظيفية بين السلوك والمثير أو المثيرات التي تتبع هذا السلوك: وتسمى التعزيزات؛ فالتعزيز الإيجابي يزيد احتمالية ظهور سلوك ما؛ والتعزيز السلبي (وهو مكروه من قبل الفرد) يزيد أيضا احتمالية ظهور سلوك ما لكن فيما يمكن تصنيفه على أنه تجنيب أو تهرب (Vera & al, 2009 ; p06). وقد أكد سكينز على دراسة السلوك من خلال الشروط أو الظروف التي تزيد أو تطفئه أو تؤدي إلى اختفائه تدريجيا وهذه الأعمال سجلت بداية التحليل الوظيفي والذي يسمح بفهم السلوكات المسببة للإشكال (Tennessee, 2015 ; p139).

في سنوات 1970 صاغ بانديرا (Bandura) مفهوم التعلم الاجتماعي في أعماله حول عمليات التعلم السلوكية وقد أكد بانديرا على الدور الهام للملاحظة والتقليد لنماذج معينة، فالفرد لا يتعلم فقط من خلال نشاطاته الخاصة لكن أيضا من خلال ملاحظة أفعال الآخرين ونتائجهم وتقليد هذه الأفعال ما يسمى بالتعلم عبر النمذجة "modeling" فالفرد ومن خلال هذا التعلم داخل السياق الاجتماعي يقيم ويتوقع فاعلية أفعاله الخاصة ويتوصل إلى ما سماه بانديرا بالإحساس بالفاعلية الذاتية؛ (Tennessee, 2015 ; p140). وهي النظرية العامة التي طورها بانديرا (1977) والتي تخص التغيير العلاجي النفسي مفترضا بعدا خاصا للتوظيف العقلي: الفاعلية الشخصية المدركة (Canceil et al, 2003 ; p176). والتي تعتبر عنصر رئيسي في ظهور العديد من الاضطرابات العقلية والتي تلعب أيضا دور هام في العلاج (Tennessee, 2015 ; p14).

هذه المبادئ أجابت على العديد من المشكلات الإكلينيكية، فالتقنية المسماة «modeling» استخدمت بشكل خاص في تطوير مهارات اجتماعية من خلال لعب الأدوار حيث يقوم المفحوص بعد لعب نوع من التفاعل الاجتماعي وملاحظة نماذج ذات مهارة والذين يعطون نسختهم للوضعية، فالمفحوص يستوحى من النموذج نسخة خاصة به، والنموذج يمكن أن يتمثل في المعالج الذي يلعب المشهد أمام المفحوص مع معالج آخر أو وفقا لبرنامج تعلم مسجل مسبقا في فيديو بعد دراسة علاجية والتكيف مع مشاكل التفاعل الاجتماعي التي تخص كل مفحوص. (Canceil et al, 2003 ; p176) فالأعمال الخاصة ببانديرا مهمة لفهم الدور الذي تلعبه البيئة الاجتماعية والعلائقية وكذلك أهمية التعزيزات الاجتماعية في التعلم والسلوك (Tennessee, 2015 ; p140).

فالتغيير العلاجي النفسي له مكان في القياس حيث يمكن اعتبار الفرد من جديد كشخص قادر على القيام بسلوك وأن هذا السلوك يؤدي إلى نتيجة. وتعديل النتائج المتحصل عليها والفاعلية هي مبدأ عام للتغيير المستخدم في العلاج

النفسي وبشكل خاص في الاكتئاب؛ فهو يتضمن إذن تفسير معرفي لنظريات التعلم؛ وأعمال كل من بونديرا وسليجمان تعتبر انتقال ما بين نظريات التعلم والنظريات المعرفية (Canceil & al, 2003 ;p176).

لم يهمل رواد السلوكية العواطف ولا المعارف ولكنهم ركزوا انتباههم على المثيرات الخارجية، الأفعال والتأثيرات الملاحظة (Meyer & al,2005 ;p732).

• العلاجات المعرفية:

بالموازاة مع تقدم الأعمال الخاصة بالعلاج السلوكي في سنوات 1960، تطور في نفس الفترة وبشكل مستقل تيار من "العلاج المعرفي"، وكانت المبادرة الأولى تعود بشكل رئيسي إلى ألبرت إليس (Albert Ellis) وأرون بيك (Aaron Beck) اثنين من المحللين النفسانيين الأمريكيين اللذان لم يرضهما نقص العلمية الخاصة بالفرويدية وضعف فعاليتها، وقد طورا فكرة أنه يتوجب تحديد مخططات التفكير والمعتقدات الخاطئة من أجل تعديلها بطريقة فعالة ومنهجية (Meyer & al, 2005 ; p733).

وابتداء من سنوات 1960 حيث كانت العمليات النفسية الداخلية مثل الأفكار، المعتقدات، الدوافع، الأحاسيس، العواطف، غير متاحة للملاحظة من قبل الباحثين السلوكيين، أصبحت تدريجيا متاحة للدراسة العلمية بفضل التقدم في علم الأعصاب، تصوير الدماغ والتقدم في علم النفس المعرفي. فوجه علم النفس المعرفي الاهتمام إلى عمليات معالجة المعلومة – واعية أو لا واعية، سوية أو مرضية، بدائية أو متطورة-فالباحثين والإكلينيكين في الموجة المعرفية اهتموا بدور المعرفة في تنظيم السلوك (Tennessel, 2015 ; p152).

فعلم النفس المعرفي وصف العلاقات بين " الوعي " و " اللاوعي " و ميز بين نوعين من العمليات المعرفية: العمليات الأوتوماتيكية والعمليات المتحكم فيها، فالعمليات المعرفية الأتوماتيكية تكون لا واعية، سريعة، لا تتطلب جهد، أو حتى الانتباه ويصعب تعديلها، فهي مرتبطة بالمخطط المعرفي: فالباحثين في بداية الموجة المعرفية أمثال بيك، أيزنك، تيسدال (Teasdale)، كلارك (Clark)، عرفوا المخططات المعرفية كبناءات نفسية دائمة تمثل بصمة الخبرات على الكائن الحي، فالمخططات المعرفية تفعّل عن طريق بعض المثيرات المتعلقة بالخبرات الماضية الخاصة بالشخص (مثير بيئي، أو مثير داخلي) ففي لحظة تفعيلها فإنه تتدخل في سلسلة معالجة المعلومة كلها، وتأثيراتها يمكن أن تظهر على مستوى الإدراك، الذاكرة، الانتباه، الاستدلال، فنتائج هذه المعالجة المعرفية اللاواعية هي الأفكار الأوتوماتيكية، والتي تظهر على مستوى قريب من الوعي تحت شكل صور عقلية، التعبير اللفظي التلقائي وبالنسبة للمعرفين فالمعاش العاطفي أو الانفعالي السلبي موجود في الأفكار الأوتوماتيكية الخاطئة، والتي تتميز بـ "أخطاء" في معالجة المعلومة تسمى "التشوهات المعرفية".

فقد لاحظ "بيك" من خلال أعماله المكثفة حول الاكتئاب إلى وجود حديث داخلي عند كل المكتئبين يحمل دلالة سلبية ويكون بطريقة تلقائية وآلية ويؤثر على اتجاهاتهم ونظرتهم نحو ذواتهم ونحو الآخرين ونحو المستقبل، ومن خلال مساعدة هؤلاء المرضى على التعرف والتساؤل عن هذه الأفكار الآلية استنتج أنهم يستطيعون أن يتوصلوا إلى تطوير أفكار أكثر واقعية والتحسن على المستوى الانفعالي وأداء جيد في حياتهم اليومية. وقد وضع بيك اسم " العلاج

المعرفي" لهذه المقاربة والتي أصبحت سريعا علاج نفسي للاكتئاب الحاد والمزمن والتي أثبتت فعاليتها منذ الدراسة الإكلينيكية الأولى سنة 1977 (Tennessel, 2015 ; p 153-155).

أما "اليس" طور في نفس الفترة العلاج العاطفي العقلاني «*la thérapie comportementale motionnelle-rationnelle*» من خلال دراسة أنظمة المعتقدات اللاعقلانية الواعية أو ما قبل الشعورية للمريض من أجل تعديلها، وقد اقترح "اليس" مقاربة براغماتية حول إعادة البناء المعرفي والذي حقق نجاحا في العديد من الأعمال الإكلينيكية وفي البحث. "اليس" اقترح معالجة التشوهات المعرفية عبر مراحل وفقا لنظام والذي يتلخص في الحروف: A;B;C;D;E

A : تفعيل نمط من المعتقدات غير المنطقية عن طريق الحدث.

B : تحديد هذا المخطط خلال الدورة العلاجية.

C : تحديد عواقب هذا النمط ، على السلوك والأفكار.

D : التغيير في المعتقدات غير المنطقية.

E : النتيجة: التأسيس التدريجي لوجهة نظر أكثر عقلانية وواقعية نحو العالم.

وكان هذا العلاج موجه مبدئيا بشكل خاص لمساعدة الأشخاص المثبطين اجتماعيا على إعادة وضع قيد التساؤل معتقدات لا واعية خاطئة أو غير سوية والتي تمنعهم من أخذ المبادرة في الوضعيات الاجتماعية (Tennessel, 2015 ; p155-156).

في بداية سنوات 1970 ظهر الاهتمام بالعمليات العاطفية (Beck. 1979) وزملاءه ووصف بطريقة واضحة الأسلوب الذي يسمح له ببناء نظامه العلاجي النفسي من خلال دراسة الأفكار الأتوماتيكية ما قبل الشعورية والتي ترتبط بالمشاعر السلبية: "فالعاطفة هي الطريق الملكي نحو المعرفة" (Cottraux, 2014, p09). وساهم بعض السلوكيين مثل باندورا بشكل حاسم في التطور التيار المعرفي. وقد أثرى النموذج المعرفي النهج السلوكي إلى حد كبير، وهكذا تشكلت الموجة الثانية من T.C.C (Tennessel, 2015 ; p155-156).

وتم خلال سنوات 1970 دمج التياران السلوكي والمعرفي فيما يسمى بـ «العلاجات المعرفية السلوكية» *thérapies cognitivo-comportementales* (Meyer & al, 2005 ; p734).

• العلاجات الخاصة بالانفعالات:

لقد ظهرت العلاجات المعرفية على أنها مكمل ضروري للمقاربة السلوكية خاصة بعد أعمال بيك (Beck). وقد استمرت نماذج جديدة بالظهور و احتوت هذه الأشكال الجديدة من العلاج على علاقات أكثر بين الانفعالات والمعارف مقارنة بالعلاج المعرفي وقد بدأت هذه العلاجات في سنوات 1990 وقد ارتبطت بشكل رئيسي بالعلاج الجدلي السلوكي الخاص بلينهان (Linehan) (2000) كما ارتبطت أيضا بالعلاج الخاص بالوعي أو اليقظة التامة «*Mindfulness Training*»، علاج المخططات الخاص بيونغ (Young) والذي يضع قدرا كبيرا من التركيز على

العواطف والتعديلات الخاصة بالانفعالات أو المشاعر غير المنظمة في العلاج المعرفي لاضطرابات الشخصية، و العلاج الخاص بالتقبل والالتزام والذي يمثل ملخص للعلاج السلوكي والإنساني والعلاج المعرفي (Cottraux, 2014 ; p10).

إن الموجة الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي حساسة بشكل خاص للسياق والوظائف الخاصة بالظاهرة النفسية وليس فقط بشكلها وبذلك فهي تميل إلى التركيز على استراتيجيات التغيير السياقية والتجريبية بالإضافة إلى المزيد من الاستراتيجيات التوجيهية والتعليمية (Hayes & al, 2004 ; p05-06).

ولقد أعادت هذه النماذج الجديدة من العلاجات تأكيد التقنيات السلوكية القاعدية متضمنة التحليل الوظيفي، بناء المهارات، التشكيل المباشر، وتعمل على تغيير السلوك من خلال تغيير السياق بدلا من تغيير المحتوى الخاص بالأفكار والأحاسيس، فهابز (Hayes) وزملاءه لاحظوا أن أغلب علاجات الموجة الثالثة لا تتضمن تقنيات الوعي التام فقط بل التقنيات التي تشتمل على التقبل، التفكيك المعرفي، الجدليات، والقيم.

و الهدف من هذه التقنيات ليس تغيير الأفكار أو الأحاسيس الخاصة بالمشكلة لكن بدلا من ذلك تقبلها على ما هي عليه - فقط خبرات خاصة ومعينة وليس الواقع حرفيا-، فمن وجهة النظر هذه فالتقبل يكون مصحوب بالتغيير لكن تغيير من نوع مختلف عن ذلك الذي نراه في العلاجات المعرفية السلوكية التقليدية: فبدلا من تغيير محتوى الأفكار فالعمل يغير علاقته مع أفكاره، وحين يكون العميل قادر على الموازنة بين التقبل والتغيير ويتمكن من تقبل أفكاره كأفكار وبذلك تغيير علاقته بها، يتحصل على المرونة للتحرك في اتجاه القيم (Greco & Hayes, 2008 ; p16).

3. العلاج بالتقبل والالتزام: «*thérapie d'acceptation et d'engagement*»

العلاج بالتقبل والالتزام «*Acceptance and Commitment Therapy*» بالإنجليزية والذي يلفظ بكلمة «*acte*» وهو يسجل ضمن تيار الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي، وقد تم بناءه من قبل ستيفن هايز (Steven C. Hayes) وروبرت زيتل (Robert D. Zettle) في سنوات 1980، وقد أخذ في البداية اسم «*distension compréhensive*»، لكن هايز قام بتعديله مع كل من كيرك ستروسال (Kirk D. Strosahl) وكيلي ويلسون (Kelly G. Wilson) في نهاية سنوات 1990 لجعله أكثر براغماتية وإعطائه بنيته الحالية (Cuvillier-Remacle, 2014 ; p30).

4. الأسس القاعدية للعلاج بالتقبل والالتزام:

يعتمد العلاج بالتقبل والالتزام على فلسفة خاصة بعلم يعرف بالسياقية الوظيفية «*functional contextualism*» والتي تطلبت ممارسين لتحليل السلوكات انطلاقا من وظيفتها في سياق خاص أو معين، فالسياق الاجتماعي اللفظي له اهتمام خاص من قبل الممارسين للعلاج بالتقبل والالتزام وبالتالي فهو يرتكز كذلك على نظرية اللغة والمعرفة: نظرية الإطار العلائقي، فالعلاج بالتقبل والالتزام يذهب ما وراء التركيز المتمحور حول "الشذوذات" الملاحظة أو الملموسة ومجموعة الأعراض، فهو يركز على العمليات النفسية العادية، خاصة تلك التي تشتمل على لغة الإنسان. ومن خلال جذوره الفلسفية والنظرية يقترح ACT أن المعاناة النفسية تنبثق أو تتولد من العمليات اللغوية التي تنشأ عنها عدم المرونة النفسية، فهو يهدف إلى زيادة المرونة النفسية والتي يتحصل عليها من خلال استخدام الاستعارات، التناقض،

تمارين تجريبية لمساعدة العملاء على تطوير المقدرة على الاتصال في اللحظة الحالية بطريقة تمكنهم من أن يقرروا فيما إذا كان السلوك يعتبر متوافقا مع القيم (Greco & Hayes, 2008 ; p17).

1.4. الجذور الفلسفية: السياقية الوظيفية «le contextualisme fonctionnel»

إن العلاج بالتقبل والالتزام مبني على فلسفة براغماتية تسمى السياقية الوظيفية، فالسياقية ترى الأحداث النفسية على أنها أحداث متنامية أو متواصلة لدى الكائن الحي بأكمله تتفاعل داخله مع سياقات محددة تاريخيا وظرفيا، فمن وجهة النظر هذه فالأفكار والمشاعر لا تتسبب بأفعال أخرى إلا من خلال تنظيمها من خلال السياق ولهذا من الممكن الذهاب ما وراء محاولة تغيير الأفكار أو المشاعر، بمعنى تغيير السلوك الظاهر بتغيير السياق والذي عادة يربط هذه المجالات النفسية (Hayes, 2016 , p252).

فمن وجهة النظر الخاصة بالسياق الوظيفي فالأفكار والمشاعر ليست بالطبيعة مسببة للإشكال أو غير سوية و مرضية، ففي السياق الذي يتضمن الاندماج المعرفي «*la fusion cognitive*» والتجنب الخبراتي «*l'évitement expérientiel*» فإن أفكارنا ومشاعرنا وذكرياتنا تعمل غالبا بشكل ضار أو مؤذي وتغير حياتنا، بينما في سياق التفكير «*défusion*» والتقبل «*l'acceptation*» (بمعنى الوعي التام *la pleine conscience*) فنفس هذه الأفكار بالتحديد ونفس هذه المشاعر أو الذكريات تعمل بشكل مختلف جدا ويصبح لها أقل أثر أو تأثير علينا وبالرغم من أنه يمكن لها أن تكون أيضا مؤلمة لكنها لن تكون مؤذية أو مشوهة وأيضا فهي لا تبعدها عن قيمنا (Harris, 2009 ; p63).

وتفترض هذه الفلسفة أن السلوك هو نتاج العديد من التأثيرات الداخلية (التاريخ الشخصي، الأفكار، المشاعر، الأحاسيس) وخارجية (المعايير الاجتماعية و الثقافية و السياسية) فبدلا من تحليل السلوكيات من خلال أصلها المفترض فالسياقية الوظيفية تقترح تحليل السلوكيات من خلال نتائجها، وبالتالي فالخبرة لا تعتبر صحيحة أو خاطئة بل هل هي نافعة أم لا في جعل الفرد يتحرك وفقا لقيمه، فالعلاج بالتقبل والالتزام يسأل الفرد حول ما هو مهم في نظره في حين أن مسألة الأعراض والتخلص منها تصبح عنصر ثانوي (Cuvillier-Remacle, 2014 ; p31).

2.4. الجذور النظرية: نظرية الأطر العلائقية: «*théorie des cadres relationnels*»

هي النظرية القاعدية للغة الإنسانية والمعرفة والتي تعد الجوهر الضمني للعلاج بالتقبل والالتزام، فنظرية الإطار العلائقي تطورت إلى برنامج بحثي تجريبي قاعدي شامل استخدم لتوجيه تطور العلاج بالتقبل والالتزام في حد ذاته. ووفقا لنظرية الإطار العلائقي فإن جوهر أو لب لغة الإنسان والمعرفة هي القدرة المتعلمة بشكل اعتباطي الأحداث المرتبطة؛ المشتركة والمندمجة؛ ولتغير وظائف الأحداث المبنية على هذه العلاقات (Hayes, 2016 ; p252-253).

وبالتالي فالعلاج بالتقبل والالتزام يعتمد على نظرية كامنة للغة والمعرفة تسمى نظرية الأطر العلائقية (Harris, 2009 ; p17).

3.4. اللغة والنفوس: Le langage et l'esprit

إن لغة الإنسان هي نظام معقد من الرموز التي تتضمن الكلمات؛ الصور؛ الأصوات؛ تعابير الوجه والإيماءات؛ ويستخدم الإنسان اللغة في مجالين: العام والخاص: فالاستخدام العام للغة يتضمن فعل الكلام أو التحدث؛ التقليد؛ القيام بإشارات؛ الكتابة؛ الرسم؛ النحت؛ الغناء؛ الرقص؛ اللعب... أما الاستخدام الخاص باللغة يتضمن فعل التفكير؛ التخيل؛ الحلم؛ التخطيط؛ التصور؛ التحليل؛ الهوام؛ وغالبا ما يستخدم مصطلح المعرفة للحديث عن اللغة الخاصة.

أما النفس فتستخدم لوصف مجموع العمليات المعرفية التفاعلية المعقدة مثل التحليل؛ المقارنة؛ التقييم؛ التخطيط؛ الذاكرة؛ التصور... وكل هذه العمليات تعتمد على نظام راقٍ للرموز والتي نسميها اللغة الإنسانية؛ ففي العلاج بالتقبل والالتزام عند استخدام كلمة «*esprit*» فإننا نستخدمها كاستعارة " للغة الإنسان " (Harris, 2009 ; p24).

تشير الأبحاث إلى أنه يمكن للإنسان أن يتعلم الأشياء من خلال الأطر العلائقية والوظائف الجوهرية للغة والمعرفة وليس بالضرورة أن يكون الإنسان قد اختبر هذه الأحداث بشكل مباشر، فعبر الأطر العلائقية يمكن للإنسان أن يستحضر سلوكيات تحت تأثير وتحكم القواعد اللغوية (الاجتماعية، الثقافية، العادات المتعارف عليها والمتشابهة)، فنظرية الأطر العلائقية يترتب عنها أن العمليات اللغوية العادية التي تسمح للإنسان بالتحكم والسيطرة هي نفسها العمليات التي تجعل سلوكه ضيقا وصلبا ومحكوما من قبل القواعد اللغوية المبنية اجتماعيا بدلا من نتائجها المباشرة؛ مثال: عبارة: " بسبب مرضي المزمّن إن ذهبت خارجا سأشعر بالألم وسأكون عبئا على أصدقائي وعائلي " والتي تأخذ المكان الحقيقي لعبارة: " أنا = عبي على الأصدقاء والعائلة " (Prevedini & al, 2011 , p56).

5. أهداف العلاج بالتقبل والالتزام:

يهدف كل علاج نفسي إلى التغيير بينما يبحث العلاج بالتقبل والالتزام عن زيادة تقبل الأحداث الخاصة (الأفكار، الصور، الإحساسات الجسدية) غير المرغوبة والتي يؤدي تجنبها إلى التخلي عن الأفعال التي تتجه نحو القيم المختارة. القيام بالالتزام هو اختيار حالي لقدرة أو عادة مستقبلية والتي يمكن أن تنسب بعدم الراحة على المدى القصير لكنها تساهم في التوجه الذي يرغب أن يعطيه الفرد لحياته، فالعلاج لا يهدف إلى تغيير محتوى الأحداث الخاصة لكنه يهدف إلى تعديل السياق لاسيما في السياق الحرفي حيث أن الأصوات التي تشكل الكلمة أو الجملة تكتسب الوظائف الإدراكية للحقائق التي تشير إليها، وفي حالة نجاح هذه الحركة فهي تسمح بتقبل الأحداث الخاصة غير المرغوبة بشكل أسهل وبالتالي فالتجنب لم يعد الحل الوحيد والالتزام بالأفعال في خدمة القيم المختارة يصبح ممكنا (Cottraux, 2014; p86). وبالتالي فالعلاج بالتقبل والالتزام يهدف إلى تعديل علاقة الفرد مع خبرته الداخلية: أفكار، عواطف، ذكريات أو أحاسيس - عندما تتميز هذه العلاقة بالصراع غير الفعال من أجل تغيير الشكل، التكرار أو الشدة - بدلا من اقتراح استراتيجيات جديدة للتحكم في هذه الخبرة، فالعلاج بالتقبل والالتزام يعمل على زيادة

الانفصال عن محتوى الخبرة، وهذه المسافة تسمح بالتقبل الأفضل لخبرته الداخلية وتوجيه انتباهه وطاقته للالتزام بالأفعال تماشياً مع قيمه الشخصية، فالهدف من العلاج بالتقبل والالتزام مساعدة الفرد على العمل بانسجام مع قيمه حتى بوجود الخبرات الداخلية غير المريحة أو المؤلمة وهذا ما يسميه العلاج بالتقبل والالتزام بـ "المرونة النفسية" (Putois & al, 2011). وتعرف المرونة النفسية على أنها " القدرة على الحضور في وعي تام والانفتاح على الخبرة الذاتية وعلى المحيط والالتزام بالأفعال في اتجاه القيم" (Harris, 2017, p31).

فالهدف من هذا العلاج إذن هو الخروج من حالة الانسداد بقبول الانفعالات بدلا من الهروب منها أو تجنبها ومن جهة أخرى تحديد القيم التي تسمح بالالتزام بحياة مُرضية أكثر (Cottraux, 2014; p85). وبالتالي إضعاف هيمنة السلوك اللفظي بدلا من الاسترشاد الأعمى بمحتوى الأفكار لإدراك العالم (Neuveu , N.D).

6. العمليات المرضية والعلاجية في العلاج بالتقبل والالتزام:

يعتبر العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) أن العديد من الاضطرابات النفسية سببها فقدان المرونة النفسية (Monestès & Villatte, 2011, p15). والتي تنتج عن ثلاث صعوبات:

- الجهود المرضية للتحكم والسيطرة في الأحاسيس أو الانفعالات، الأفكار والخبرات الذاتية.
 - سيطرة أو هيمنة الوظائف المعرفية والتفكيرية على المعاش العاطفي.
 - غياب التحكم في القيم الأساسية وعدم القدرة على التصرف وفقا لهذه القيم (Cottreaux, 2011 ; p32)
- وتظهر هذه الصعوبات في المحاور الستة التي تبين التصلب أو الجمود النفسي التي سنوضحها في نموذج ACT المرضي، ويضع العلاج بالتقبل والالتزام نفس الخطوات الاكلينيكية على العموم لكل التناذرات المجدولة في DSM وCIM، وهذه المقاربة منظمة في ستة محاور تهدف أساسا إلى تطوير المرونة النفسية وسنوضحها في نموذج ACT العلاجي.

1-6. نموذج ACT المرضي:

على العموم فإن نموذج ACT المرضي يمكن أن يتم توضيحه من خلال *Hexaflex* (الشكل 1) من خلال كل من النقاط في *Hexaflex* والمتعلقة بالعمليات الست والتي يفترض أنها تساهم في إحداث أو التسبب بمعاناة الإنسان والمرضى النفسي؛ وفي مركز هذا الشكل الهندسي نجد الصلابة أو التصلب النفسي؛ وهو ببساطة مصطلح يستخدم للدلالة على التفاعل بين كل هذه العمليات (Luoma & al, 2007 ; p11).

1.1.6. التجنب الخبراتي: *L'évitement expérimental*

إن التجنب الخبراتي يعني محاولة رفض، تجنب أو الهروب من الخبرات الخاصة غير المرغوبة مثل الأفكار، المشاعر، أو الذكريات، فهي النقيض المثالي للتقبل أو "التقبل الخبراتي" «*Acceptation expérimental*» (Harris, 2009 ; p53). ويعتبر من بين المكونات المفتاحية التي تسمح بالتحقيق في السلوك الخاص بالإشكال من وجهة النظر الخاصة بـ ACT باحثة عما ينبغي أن يكون كنعقوض للتقبل نجد التجنب الخبراتي. فالتجنب الخبراتي هو " الظاهرة التي تحدث عندما لا يرغب الشخص في البقاء في اتصال مع خبرات خاصة (مثلا: أحاسيس جسمية، أحاسيس، أفكار، ذكريات، نزعات

استعدادات سلوكية)، والتي تأخذ خطوات لتغيير شكل أو تواتر هذه الأحداث والسياقات التي تسببها"، فالتجنب الخبراتي إذن ينطوي على نقص في التقبل لأحداث خاصة مثلما تحدث؛ والتي تكون غير منظمة ولا يمكن التحكم فيها (Greco & Hayes, 2008 ; p04-17).

فالطاقة المستثمرة في التجنب الخبراتي تعد ضائعة بالنسبة للفرد وبالتالي يصبح غير قادر على التحرك نحو القيم المختارة (Cuveillier-Remacle, 2014 ; p31). فالبرغم من أن تجنب الخبرات هي استراتيجية تكيفية تسمح بالتخفيف المباشر للتوترات الداخلية المرتبطة بالأحداث المؤلمة لكنها تصبح مؤذية على المدى البعيد لأن تعزيز هذه الاستراتيجية يمكن أن يؤدي إلى منع الفرد من الالتزام بالنشاطات المتعلقة بالقيم والتي تعتبر حسب ACT كموجهات للحياة المختارة والتي تمنح معنى لأفعالنا في اللحظة الحالية (Rollet, 2013, p174).

ويعتبر المختصون في العلاج بالتقبل والالتزام أن الاضطرابات النفسية تجد في التجنب الخبراتي أصولها وعوامل استمرارها، إن الأحداث التي نعيشها هي مصادر للإحباط، الغضب، الحزن، الخوف والشعور بالذنب... ولكن الاضطرابات النفسية تظهر فقط عندما ينصب الاهتمام على عدم معايشة هذه المشاعر فعندما يصبح التجنب الطريقة الوحيدة للاستجابة لتفقد المرونة في مواجهة الأحداث النفسية، فالمرور من الألم إلى المعاناة يركز إذا على الالتزام بالجمود أو الصلابة المتكررة في محاولات التجنب والتحكم (Monestès & Villatte, 2011, p25).

2.1.6. الاندماج المعرفي: *fusion cognitive*

إن معاناة الناس تحدث لأنهم يؤمنون بشدة بالمحتويات الحرفية لعقولهم وبالتالي فهم يصبحون منصهرين أو مندمجين تماما مع معارفهم، وبالتالي فالشخص يصبح غير قادر على التمييز بين الوعي والسرد المعرفي فالشخص يميل إلى الاتباع الأعمى للتعليمات المتناقلة اجتماعيا عبر اللغة (Hayes & al, 2012 ; p20).

الاندماج المعرفي هو ميل الشخص إلى اعتبار محتوى أفكاره كما لو أنها انعكاس للواقع، وهي تترجم من خلال الالتزام بالمحتوى الحرفي لأفكاره، فغالبا ما يقدم المجتمع محتوى الأفكار كنموذج للتنظيم السلوكي مما قد يؤدي إلى خلط الفكر بالواقع، فسلوكيات الشخص تصبح إذن نتاج علاقات مستمدة من المثبرات والقواعد اللفظية والتي تستند بشكل أقل إلى الخبرة المباشرة والفائدة.

ومن السيء أن الاندماج المعرفي يشجع في أغلب الأوقات على تجنب الخبرات غير السارة في حين أن هذه الأخيرة يمكن أن تقرب القيم معا ومن أمثلة الاندماج المعرفي: التعلق بالمبادئ والتوقعات والتقييمات "صحيحة/خاطئة"، "جيدة/سيئة" وعلى سبيل المثال فإن الشخص الذي يرغب بشدة أن يكون محقا في مناقشة بدلا من الاعتراف بوجهة نظر الآخرين يتم عن طريق الاندماج المعرفي، أيضا كمثال آخر الانصهار مع " قصة الحياة" أو مع ذكريات الماضي الصادمة من خلال التفكير أو استحضار اللفظي لصدمة ماضية فتعود نفس المشاعر الموجودة في الحدث الصادم إلى الظهور ثم يفقد الشخص الاتصال ببيئته الحالية (Neuveu, N.D).

3.1.6. سيطرة تصورات الماضي والمستقبل: المعرفة الضيقة أو المحدودة بالذات:

إن الاندماج والتجنب يؤديان بسهولة إلى فقدان الاتصال باللحظة الراهنة ويكون الفرد أسير ذكريات الماضي المؤلمة ودوامه اجترار الأفكار المتعلقة بأسباب الأحداث الماضية، أو الانشغال بالمستقبل فيغرق الفرد في هوامات المستقبل، والقلق المستمر حول أشياء لم تحدث بعد وبذلك يفقد فرصة الحياة الحاضرة في – هنا والآن-.

الاتصال باللحظة الراهنة يتضمن العالم الخارجي والداخلي حيث أنه إذا فقدنا الاتصال بعالمنا الداخلي أي الاتصال بانفعالنا وأفكارنا الخاصة بنا نفقد بذلك معرفتنا بذواتنا، وبذلك يصعب علينا تغيير سلوكياتنا بطريقة تكيفية (Harris, 2017, p52).

4.1.6. التعلق بالذات المدركة:

الذات المدركة هي النتاج الثانوي المباشر للتدريب على التسمية والتصنيف والتقييم (Hayes et al, 2012; p20). أما هاريس (2017) يرى أن الذات المدركة هي طريقتنا في وصف ذواتنا أو أنفسنا وعندما نندمج مع وصفنا الذاتي تصبح وكأنها هي الذات الحقيقية وليست مجرد وصف لها.

ففي حالة الاكتئاب مثلا يندمج المريض مع الوصف الذاتي السلبي: «أنا سيئ، لا أساوي شيء، أنا فاشل...» كما قد يوجد الوصف الذاتي إيجابي من شكل: "أنا قوي لماذا أتصرف هكذا"، أنا إنسان جيد، لماذا يحدث لي هذا...»، " لست بحاجة للمساعدة، أستطيع فعل ذلك بمفردي...» (Harris, 2017, p56).

من هنا نلاحظ أن التقييم غير الموضوعي للفرد لذاته سواء أكان بالسلب أو بالإيجاب يجعله يكوّن صورة عن ذاته واندماجه مع هذه الصورة بحيث تصبح وكأنها هي الذات الحقيقية هذا ما يكون مصدر للعديد من الأمراض النفسية

5.1.6. نقص وضوح القيم/الاتصال:

إن القيم تشير إلى كل ما يعطي معنى للحياة وما ينظمها فهي كل الأفعال المريحة التي تجعلنا على توافق مع أنفسنا (Monestès & Villatte, 2011, p55). ونفقد غالبا قيمنا في الحياة أو قد نتجاهلها أو نتناساها إذا ما كانت سلوكياتنا تسير بصفة كبيرة من خلال الاندماج مع الأفكار غير المجدية ومن خلال تجنب الخبرات غير المريحة؛ فإذا لم تكن قيمنا واضحة ولم نكن على اتصال نفسي بها لا تكون هي الدليل الفعال لأفعالنا (Harris, 2017, p52).

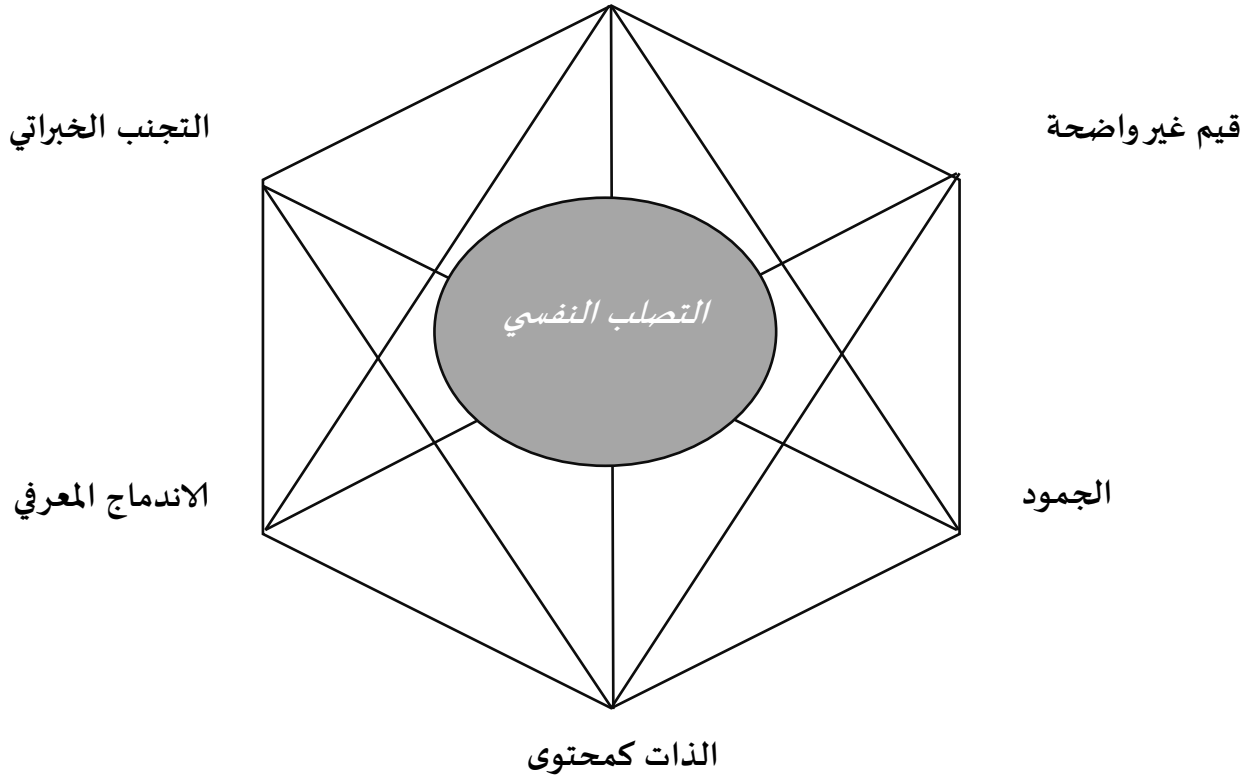
فمرضى الاكتئاب غالبا ما يغيب عن نظرهم قيمهم في الحياة كالمساعدة، تكوين علاقات مع الآخرين، الرعاية الصحية، المشاركة في النشاطات الرياضية... فههدف العلاج بالتقبل والالتزام الوصول إلى تحسين السلوكيات تحت تأثير القيم (Harris, 2017, p53). فتصبح هذه الأخيرة هي محرك للأفعال (Monestès & Villatte, 2011, p56).

6.1.6. الجمود: الاندفاعية؛ استمرارية التجنب:

الأفعال غير المجدية هي طرق سلوكية تبعدها عن الوعي التام والقيم وهي التي تجعل حياتنا فقيرة وبدون معنى وهي التي تزيد من مشاكلنا، وتتضمن الأفعال غير المجدية "الأفعال الاندفاعية، الانفعالية والآلية -عكس الأفعال التي

تكون عن وعي تام وتفكير والأفعال الهادفة-، الأفعال التي يكون وراءها أساسا دافع التجنب الخبراتي وليست بدافع القيم، أو بدافع السلبية والمماثلة.ومن أمثلة الأفعال غير المجدية التي نجدها عند مرضى الاكتئاب: إدمان الكحول، الانسحاب الاجتماعي، عدم النشاط الرياضي، وقف كل النشاطات الممتعة، تجنب العمل، كثرة النوم، محاولات الانتحار، والمماثلة في أداء الأعمال المهمة (Harris, 2017, p54-55).

الاتصال بالماضي/ المستقبل



الشكل 1: النموذج المرضي للعلاج بالتقبل والالتزام

2.6. نموذج ACT العلاجي:

تقليديا فالعلاج بالتقبل والالتزام يركز على ست عمليات والتي تجتمع من أجل زيادة المرونة النفسية: التفكيك المعرفي، التقبل، الالتزام بالفعل، القيم، الاتصال باللحظة الراهنة والذات كسياق (polk & al, 2017; p21). والتي تقارب نحو ثلاث قدرات رئيسية لتطويرها لدى الفرد والتي تضم: الانفتاح على الأحداث الداخلية دون محاولة تجنبها، فصل اللغة الداخلية عن الهوية والسلوك وأيضا الحفاظ على سلوك محدد والموجه نحو قيمة معينة (Béland, 2015; p40). هذه المقاربة منظمة في ست نقاط والتي يمكن أن تجمع في حد ذاتها في ثلاث محاور رئيسية في شكل يسمى " Hexaflex " (الشكل 2) والذي يطبقه المعالج بالاعتماد على مقاربة خبراتية (بمعنى استخدام العديد من

التمارين الملموسة مستحضرا خبرات المريض بدلا من التعليمات) وذلك من أجل الإحاطة بالتأثيرات المؤدية للغة حيث أن المحور الأول يطور التقبل والتفكيك المعرفي للأحداث النفسية من أجل التقليل من التجنب والصلابة المتولدة عن اللغة؛ أما المحور الثاني يزيد الاتصال باللحظة الراهنة وتغيير وجهة النظر حول الأحداث النفسية الخاصة؛ من أجل التقليل من عدم الحساسية بالبيئة والتعلق المفرط بمفهوم الذات والتي تسببه اللغة أيضا؛ أما المحور الثالث يهدف إلى بناء وتوضيح مجالات الحياة ذات القيمة مستخدمين التأثيرات الإيجابية للغة؛ وبالتالي فإن جمعنا هذه المبادئ بهذه الطريقة فإننا نلاحظ النوعية الاندماجية للعلاج بالتقبل والالتزام والتي تشمل أغلب العناصر المقترحة في المقاربات المختلفة الخاصة بالموجة الثالثة (Monestès & Villatte, 2011 ; p15-16).

1.2.6. التقبل *L'acceptation*: ويسمى أيضا "expansion" وهو يمثل خطوة نشطة لوضع مكان للأفكار، العواطف، الأحاسيس، الدوافع، الذكريات والصور كما تظهر، دون البحث عن تعديلهما أو التقليل منها، فهو يتضمن أولا الكشف عما إذا كانت استراتيجيات التجنب والتحكم تكلف الفرد أو تنفعه (تسمى أيضا «*désespoir créatif*») ويعمل أيضا من أجل خلق القدرة على الانفتاح في مواجهة الضائقة، فاستعارة "الرمال المتحركة" (كلما يقاوم، كلما يغرق) هي مثال عن التدخلات التي تزيد التقبل اللامشروط للأفكار، العواطف، وظواهر أخرى غير مرغوبة.

2.2.6. التفكيك المعرفي *La défusion cognitive*: وهو الإجراء الذي يسمح للفرد التحرر من المحتوى الحرفي لأفكاره أي اعتبارها كظواهر نفسية لا تمثل بالضرورة خبرات حقيقية. فالعمل أكثر وعي بأن لديه أفكار لكنها ليست أفكاره (متداخلة في محتوياتها). فالتفكيك يستخدم بشكل خاص من أجل التقليل من مواجهة الأفكار (تبريرات، أحكام، مفهوم الذات) والتي تحصر الفرد وتمنعه من التحرك في اتجاه المعنى الذي يعطيه لحياته، ومن بين التمارين النموذجية تلك التي تتضمن القيام بتكرار محتوى فكرة ما بسرعة من أجل جذب انتباه الفرد إلى الخصائص الصوتية الخاصة بالكلمات وتقليل الارتباطات بمعنى معين.

3.2.6. الذات كسياق *Le soi comme contexte*: ويمثل الذات الحاضرة بشكل دائم عبر مختلف المراحل العمرية، المكان والأحداث، بحيث تكون الذات هنا مشابهة للخلفيات البعيدة والتي فوقها تظهر الظواهر النفسية العابرة (الأفكار؛ العواطف...) الخاصة بالفرد. فمثال السماء الذي يمر بحالة طقس متغير هي طريقة مثالية لوصف ذلك. أيضا فاستعارة "المحطة" تسمح بتوضيح وجود الذات؛ فالمحطة تعبر عن "الذات كسياق" تحتوي العديد من القطارات التي تأتي وتذهب والتي تمثل الخبرات الداخلية العابرة والتي تعبر على الفرد خلال حياته اليومية؛ والتي تتموقع على منصة المحطة وبهذا يمكن للعمل ملاحظة مختلف القطارات (المحتوى الداخلي الخاص به) التي تمر ويختار التي يتركها تمر أو التي يتم توقيفها حسب فائدتها أو نفعها؛ ولهذا الذات هنا تسمى أيضا "الذات الملاحظة". هذا التمرين التجريبي الخاص بملاحظة الظواهر الداخلية تمثل واحدة من بين الوسائل التي تزيد الوعي.

4.2.6. الاتصال باللحظة الراهنة *Le contact avec le moment présent*:

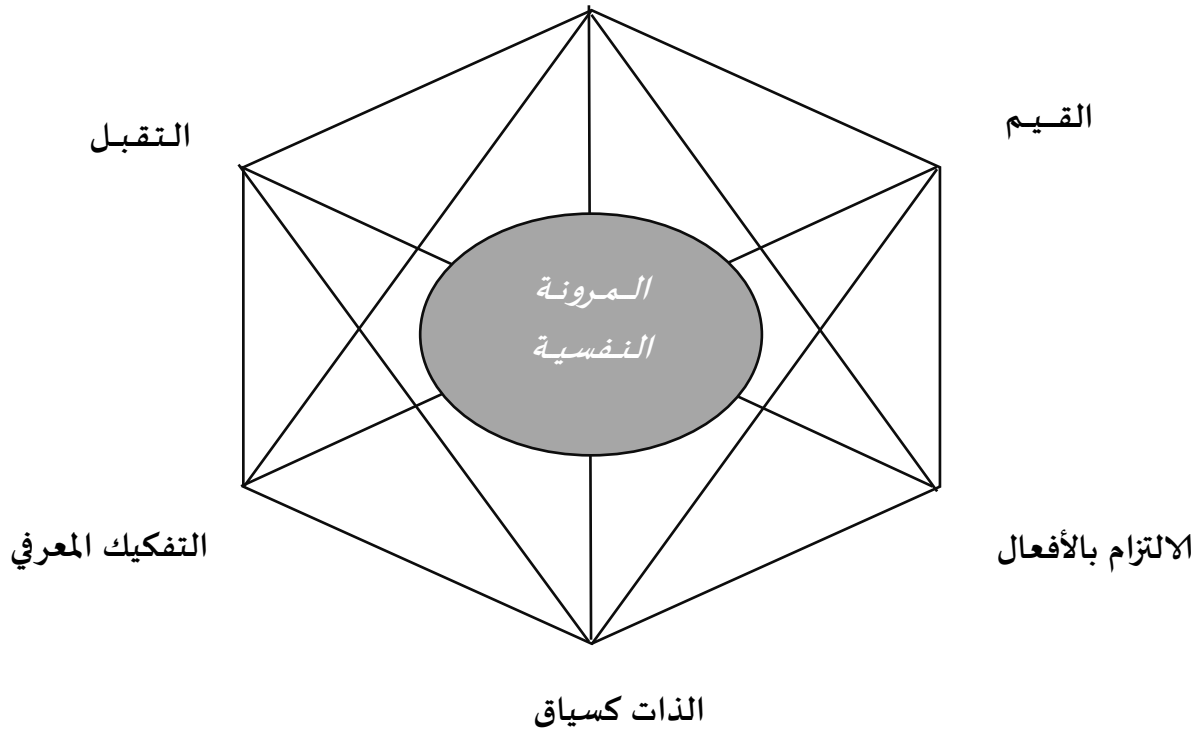
وتتضمن توجيه انتباه العميل حول ما يحدث في قلب اللحظة الراهنة وداخله هو في حد ذاته؛ وداخل محيطه. والهدف منها هو جذب العميل إلى لحظة هنا والآن والتقليل من تأثير القواعد اللغوية والمفاهيم الخاصة بالماضي

(اجترار): أو الخاصة بالمستقبل (التوقعات): فالعميل إذن يصبح أكثر حساسية للتأثيرات الخاصة بسلوكاته وفعاليتها؛ وتسمح تقنيات الوعي التام بتطوير هذه المهارة.

5.2.6. القيم *Les valeurs*: وتعرف على أنها مجالات الحياة المعروفة (العلائقية، المهنية، الشخصية...) الخاصة بالعميل وتشبه في ذلك عقارب البوصلة، وهي تمثل توجهات لأفعاله، وهذه التوجهات تكون أكثر فاعلية على المدى البعيد عن تلك المحاولات من أجل السيطرة على الخبرات الداخلية غير المرغوبة، وأكثر من ذلك فهي تزيد فرصة تعزيز سلوكيات الفرد في أفعاله اليومية. فالصعوبات التي يواجهها في طريقه يتم تقبلها دائما تبعا لقيم الفرد. ويوجد العديد من التمارين الاختبارية والاستمارات التي تستعمل لشرحها وتوضيحها.

6.2.6. الالتزام بالفعل *L'action engagée*: وتتضمن دفع العميل إلى القيام بأفعال في اتجاه المجالات ذات القيمة، فالالتزام يتضمن استمرار التحرك نحو القيم من خلال مجموعة من الأفعال مصحوبة بالانفتاح على الخبرات الداخلية غير المرغوبة. وبهذه الطريقة، المعاناة تأخذ معنى خاص لأنها خضعت لفعل ذو قيمة. وتشبيه "المسافرين في الحافلة" هي من بين التدخلات التي غالبا ما تستخدم لتوضيح الالتزام والتقدم في اتجاه القيم بالرغم من العوائق (Neveu & Dionne, 2009; p30-31).

الاتصال باللحظة الراهنة

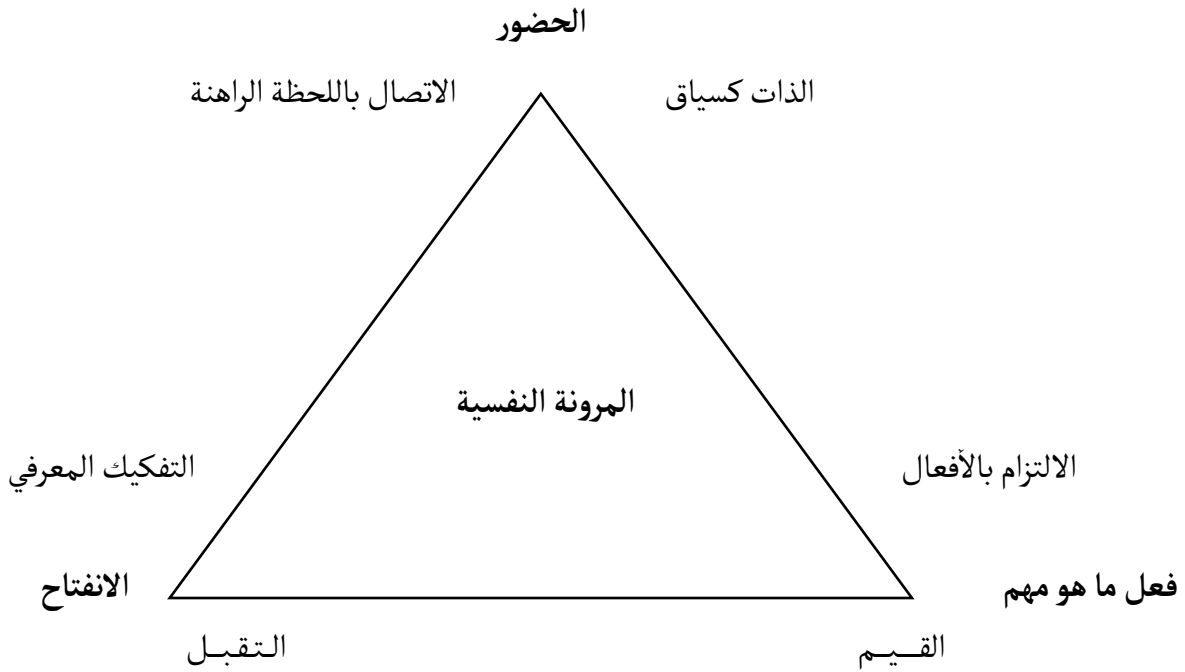


الشكل 2: العمليات الست العلاجية الأساسية في العلاج بالتقبل والالتزام

سداسي المرونة النفسية «Hexaflex»

ويمكن أن تجمع هذه العمليات الستة السابق ذكرها في ثلاثة وحدات وظيفية موضحة في شكل يطلق عليه «Triflex» أو مثلث المرونة النفسية (الشكل 3)، حيث أن التفكيك المعرفي والتقبل يهدفان معا إلى أخذ مسافة أو الابتعاد عن الأفكار والانفعالات والنظر إليها مثل ما هي عليه في الواقع والسماح لها بالذهاب والإياب كما تشاء وبمعنى آخر الانفتاح، الذات كسياق والاتصال باللحظة الراهنة يتطلبان أن يكون الفرد على اتصال بالجوانب اللفظية وغير اللفظية للتجربة الذاتية في الهنا والآن وبمعنى آخر "الحضور"

القيم والالتزام بالأفعال يتضمنان الاستعمال الفعال للغة لتسهيل الأفعال التي تثرى الحياة أي: فعل ما هو مهم.



الشكل 3: مثلث المرونة النفسية «Triflex»

2. التقنيات المستخدمة في العلاج بالتقبل والالتزام:

يوجد العديد من المجالات المحددة التي يتدخل فيها العلاج بالتقبل والالتزام وكل مجال لديه منهجيته الخاصة، التمارين، الواجبات المنزلية، والاستعارات، فالتقنيات تمثل الجزء المرن من العلاج بالتقبل والالتزام، فالبروتوكول ACT بالنسبة للأطفال يختلف عن ذلك الخاص بالراشدين كما يختلف ذلك الخاص بالمواجهة عند الذهانيين عن ذلك الخاص بالإقلاع عن التدخين (Hayes & al, 2004 ; p18).

ومن أجل أن يحقق العلاج بالتقبل والالتزام أهدافه فهو يقوم باستخدام التناقض، الاستعارة، والتمارين الاختبارية، فالتمارين الاختبارية والخاصة بالتعريض مهمة جدا في العلاج بالتقبل والالتزام، فهي تختلف عن تلك التي في الموجة الثانية، فتمارين التعريض مثلا تستخدم في العلاج بالتقبل والالتزام من أجل تدريب المرضى أن يكونوا حاضرين مع الأحداث المخيفة الخاصة بهم واختيارهم أن يسلكوا بطريقة ذات قيمة (Ruiz,2010; p128-129).

1.7. الاستعارة في العلاج بالتقبل والالتزام: *les métaphores*

يستخدم العلاج بالتقبل والالتزام الاستعارات والتمارين لمحاولة التقليل من تأثير العمليات اللغوية، فالحقائق التي نرغب في الوصول إليها غالبا ما يصعب فهمها من خلال الخطاب المنطقي والمباشر، ويكون من الأسهل توضيحها من خلال الصور، فالاستعارة لا تشتمل على وصفة لاتباعها وليست توجيهية فهي لا تقترح أية طرق جديدة ولا تشجع الالتزام الصارم بالقواعد اللفظية. وبالعودة إلى الجوانب المنطقية المتناقضة الخاصة بالنظرية والتي لا يمكن أن نشرحها إلا من خلال الخطابات الطويلة التي تجعلها تفقد جوهرها، فاللغة المجازية تسمح بالحصول على الالتزام الأفضل للمريض بالنموذج، والاستعارة يمكن أن تكون أكثر فائدة عند دعمها بتمارين بسيط يخصص الوعي التام (Cottraux,2014; p91-93). ففي العلاج بالتقبل والالتزام من الأفضل تقديم المفاهيم الجديدة من خلال الاستعارات أو التمارين الاختبارية بدلا من شرحها بالكلام أو الأوصاف الاصطلاحية (Harris,2013; p129).

إن مبدأ الاستعارة هي وضع شبكتين من العلاقات في وضعية مساواة: الوضعية المعاشة من قبل العميل والقصة التي نقوم بروايتها (Monestès & Villatte,2011; p180). ويوجد نوعين من الاستعارات: مثل الاستعارة أو المجاز الجسدي (والذي يتم تمثيلها) والاستعارات اللفظية (والتي يتم وصفها) (Harris,2013; p36).

إن استخدام الاستعارات تسمح بتصوير صور عقلية؛ بدون الاستخدام المباشر للغة؛ فمحتوى العلاج وتطوره ليس محدد بل يفتح المجال للإبداع من قبل كل معالج والذي يستخدم خياله في بناء الاستعارات (Rollet, 2013; p174). ومن المهم تكييف الاستعارات والتمارين مع خصوصيات وضع المريض وعدم إغفال سياق العلاقة العلاجية (Vuille, N.D).

2.7. الوعي التام: *La pleine conscience (Mindfulness)*

الوعي التام هو أحد الجوانب الموجودة في العديد من التقاليد الروحية القديمة، والذي نجده داخل التقاليد الخاصة بالبوذية؛ ويقصد بالوعي التام اليقظة التي تظهر عندما نركز انتباهنا على خبرة ما بشكل خاص: في الهدف، وفي اللحظة الحالية وبدون إبداء أي حكم، وبالتالي فهو ببساطة أن نكون واعين بما يحدث، ومرافقته بعمق ومباشرة وربطه بالتقبل (Crane,2009; p03-04).

ويعرف الوعي التام على أنه "حالة عقلية تنتج عن فعل تركيز انتباهنا إراديا على خبراتنا الموجودة بجوانبها الحسية والعقلية؛ المعرفية والانفعالية دون أن نحكم عليها" فالوعي التام لا يمثل إذن علاج في حد ذاته بل يتضمن مقاربة

خبراتية للمعاش؛ خارجة عن كل التفسيرات الذهنية؛ وهو يمر عبر التجربة التأملية المستمدة من الفلسفة البوذية والمحددة من خلال "هنا والآن" (Rollet, 2013 ; p173)

(Jon Kabat-Zinn) يعرف الوعي التام بأنه "تركيز الانتباه بطريقة خاصة: في الهدف؛ في اللحظة الحالية وبدون حكم". وتصفه لاينجر (Langer) على أنه "حالة عقلية مرنة نكون فيها منشغلين بطريقة نشطة في الحاضر، نلاحظ أشياء جديدة ونكون حساسين للسياق" (Greco & Hayes, 2008 ; p04-17).

ففي الحالة التي نكون فيها قصديا في حالة وعي تام باللحظة الحالية للخبرة هي النقيض التام لأن نكون في حالة التوجيه الآلي «*automatic pilot*»:

- فبدلا من أن يكون العقل محكوما بأيّ كان مما يقدمه هو في حد ذاته؛ فإنه يوجد وعي مقصود لتوجيه الانتباه للموضوع أو الهدف المحدد.
- بدلا من أن يكون الانتباه في البداية منشغل بالمفاهيم والأفكار فإنه ينشغل في الإحساس المباشر للخبرة في لحظتها المحسوسة أو الملموسة.
- بدلا من التحليل وإصدار أحكام حول الخبرة فإن الموقف السائد هو من بين مواقف الانفتاح والتقبل (Crane,2009 ; p24).

إن تعلم الوعي التام يشكل قبل كل شيء استراتيجية وقاية ثانوية، فهو يظهر بشكل واضح ليس كعلاج ولكن كمقاربة للتطور الشخصي مرتكز على قدرة إنسانية بشكل خاص "الوعي بالخبرات الشخصية"، فهو يقترح بأن هذه القدرة مفيدة في وضعيات متنوعة بما في ذلك إدارة الانفعالات الصعبة أو المزعجة.

فتمارين الوعي التام المقترحة على المشاركين يمكن تصنيفها إلى صنفين: فمن جهة توجد التمارين "الرسمية" والتي تكون منظمة والتي تتطلب وقت وفضاء خاص؛ ومن جهة أخرى التمارين "غير الرسمية" والتي تتضمن بشكل رئيسي ممارسات النشاطات اليومية بوعي كامل بدلا من الممارسة الأوتوماتيكية؛ فمثلا التمارين الرسمية هي بشكل رئيسي من نوع تأملي؛ ويمكن خلالها تعليم "المسح الجسدي" (*body scan*) في الأول؛ بعد الوعي بنقاط الاتصال بالأرض والتنفس؛ ويتم دعوة المشارك إلى تركيز الانتباه على جزء من الجسد والشعور بالأحاسيس الجسدية التي تظهر؛ أما التمارين غير الرسمية تتضمن بشكل رئيسي نشاطات يومية والتي تتم غالبا ممارستها بطريقة أوتوماتيكية وبدون وعي ولكنها تمارس بشكل واعي في إطار التمارين (Cottraux,2014 ; p73-75).

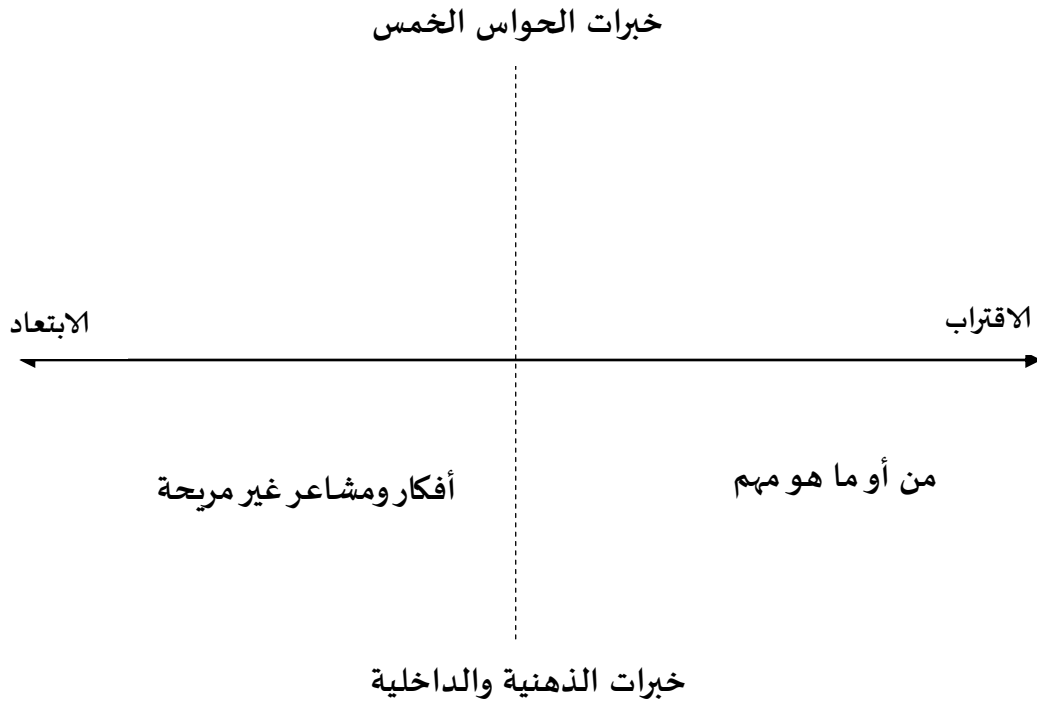
3.7. المصفوفة: *la matrice*

تستخدم المصفوفة للتدخل على كل المحاور، وهي عبارة عن مخطط (الشكل 1) يتكون من خطين متعامدين يسمح بالتمييز في اللحظة الراهنة بين نوع الخبرات التي تأتينا من الحواس الخمسة وبين جزء من خبراتنا الذي يظهر من العمليات الذهنية ومهاراتنا في الإدراك، فعند النظر في هذا المخطط في اللحظة الراهنة (هنا والآن) يسمح بالتعرف على إحساساتنا: رؤية لون الصفحة، نوع الخط وشكل الحروف...

يمثل المحور الأفقي: خط السلوك يهدف إلى التفريق أو التمييز بين الأفعال التي تعمل على إبعاد الفرد على الخبرات غير المرغوب فيها مثلا (الابتعاد من الخوف)، والأفعال التي تقرب الفرد من الأشخاص والأشياء المهمة في حياته مثلا (التقرب من شخص الذي يحبه) أما المحور العمودي فيشير من الأعلى إلى الإحساسات (الحواس الخمس) ومن الأسفل الخبرات المعرفية والداخلية.

تنطلق المصفوفة من منطلق أن مفتاح المرونة النفسية والحياة في اتجاه القيم تتمثل في القدرة على ملاحظة الفرق بين الخبرات الحسية والخبرات المعرفية أو الذهنية وهو الفرق إذن بين الاقتراب من الأشخاص والأشياء التي تهم الفرد أو الابتعاد عن الخبرات الداخلية السلبية.

تسمح المصفوفة بفرز وترتيب الخبرات، السلوكات، القصص في الأقسام الأربعة بحيث توضع الخبرات والمشاعر السلبية في القسم السفلي على اليسار وفي القسم العلوي تكتب السلوكات التي يقوم بها الفرد للابتعاد عن الخبرات الأفكار والانفعالات والمشاعر السلبية التي تبعد الفرد عن قيمه، وعلى اليمين في القسم السفلي توضع الأشخاص والأشياء المهمة بالنسبة للفرد والجانب العلوي تكتب الأفعال أو السلوكات التي تقرب الفرد عن قيمه (الأشخاص و الأشياء المهمة في حياته...) (jean-Christophe,2017,p15-16)



الشكل 3

الخلاصة:

حققت العلاجات السلوكية المعرفية نجاحا بفضل استنادها إلى العلمية والتجريب، مثبتة بذلك فعاليتها العلاجية، معتمدة في بداياتها على تحليل السلوكات والعمليات المعرفية إلا أنها لم تكن الجوانب الوحيدة التي تستهدفها تدخلات هذا العلاج بل استدخلت أيضا الانفعالات كطرف ثالث والذي مثل المحور الهام الذي تبنته الموجة الثالثة من هذا العلاج، بحيث اختلفت هذه الموجة عن الأمواج الأخرى كونها تتبنى وجهة نظر تختلف عن باقي العلاجات فيما يخص نظرتها نحو الاضطراب وطريقة تغيير السلوك غير السوي.

حاليا يُسجّل العلاج بالتقبل والالتزام ضمن النماذج العلاجية الواعدة نظرا لنتائجه التي أظهرت أهميته في أغلب الاضطرابات النفسية وهذا يؤكد على مبادئه وتوجهاته وتطبيقاته في مختلف المجالات ما يسمح بأخذ مشاكل الحياة اليومية بطريقة مختلفة.

فالعلاج بالتقبل والالتزام ببساطة يعمل على خلق حياة مليئة بالمعاني في وسط المعاناة من خلال تقبل الألم وتطوير مهارات نفسية للتعامل بفعالية مع الأفكار والأحاسيس المؤلمة بطريقة تصبح أقل تأثير وأيضاً توضيح ما هو مهم حقا وله معنى واستخدامه في الإرشاد والتحفيز على القيام بتغييرات في الحياة.

الجانب الميداني

الإطار المنهجي

والأمبريقي

الدراسة

الاستطلاعية

تمهيد

1. المنهج

1.1. المشاركون

2.1. الإجراءات

3.1. الأدوات

2. النتائج

خلاصة

تمهيد:

هي عبارة عن خطوة انتقالية ونوع من الربط ما بين الجانب النظري والجانب التطبيقي، فهي تسمح بالتحقق من توفر عينة البحث، القيام بتعديلات لدليل المقابلة وبناء إشكالية البحث والفرضيات. فكان لابد لنا من المرور بالدراسة الاستطلاعية قبل الانطلاق في الدراسة الميدانية من أجل ضبط موضوع دراستنا ووضعها في الإطار المنهجي السليم.

1. المنهج: تم اتباع المنهج الإكلينيكي في الدراسة.

1.1. المشاركون:

لقد استهدفت الدراسة الحالية أطفال يعانون من مرض السكري وهو مرض مزمن قد لا يسمح للطفل بالنمو بطريقة سوية، كما استهدفنا الفئة العمرية ما بين 11 و14 سنة وهي مرحلة انتقالية من مرحلة الطفولة (أين كان الطفل يعتمد بشكل كبير على والديه وأفراد عائلته في إدارة مرضه)، إلى المراهقة وهي فترة حرجة أين يبدأ الطفل يعي حقيقة المرض والآثار النفسية التي تنجم عنه كتدني تقدير الذات والإحساس بالنقص بالمقارنة مع أقرانه والحدود التي يضعها له المرض والبداية الدخول في مرحلة الاستقلالية وتحمل مسؤولية إدارة وتسيير مرضه.

التقينا في إطار دراستنا بـ 19 طفل مصاب بمرض السكري، حيث بلغ عدد الذكور 8 والإناث 11، متوسط العمر 13 سنة، في المرحلة المتوسطة من الدراسة والذين التحقوا بوحدة الكشف والمتابعة للطب المدرسي بمتوسطة "دهان ساعد" دائرة "عين مخلوف"، وابتدائية "مولود فرعون" وثانوية "محمود بن محمود" بقالة.

2.1. الإجراءات:

بدأت الدراسة الاستطلاعية بتاريخ 2019-02-13، وبما أن الدراسة الاستطلاعية تكشف عن مدى توفر عينة الدراسة فقد تطلب منا الأمر التنقل للعديد من المؤسسات التي تأوي عينة البحث والتي تتمثل في الأطفال المصابين بالسكري. اختلفت المؤسسات التي توجهنا إليها بداية ما بين جمعيات مرضى السكري والمؤسسات الاستشفائية ومؤسسات تربوية، حيث تتواجد على مستوى هذه الأخيرة وحدات الكشف والمتابعة حيث تم استدعاء الحالات التي تعاني من مرض السكري من طرف المصلحة المذكورة.

تم استدعاء الأطفال في أوقات متناسبة مع فترات الفراغ من الدراسة من أجل ضمان حضورهم دون المساس بساعات تدرّسهم التقينا في إطار دراستنا بـ 19 طفل برفقة أوليائهم تم استدعائهم على مستوى وحدات الطب المدرسي للمدارس التالية: وحدة الكشف والمتابعة بالمدرسة الابتدائية "مولود فرعون"، متوسطة "دهان ساعد" وثانوية "محمود بن محمود" والمتواجدة على مستوى ولاية "قالة".

خلال هذه المواعيد المحددة قمنا بإجراء مقابلات مع الأطفال وأولياء المرافقين لهم شرحنا فيها الهدف من استدعائهم، كمشاركين في إطار بحث علمي.

3.1. الأدوات: لقد استخدمنا في هذه الدراسة أدوات نعتبرها مناسبة لأهدافنا البحثية وطبيعة المشاركين في البحث والمتمثلة في:

- الملاحظة العيادية المباشرة.

- المقابلة الإكلينيكية: المقابلة نصف الموجهة.

1.3.1. الملاحظة: بالنسبة لـ pedinielli (1994) و Chahraoui و Bénony (2003) فالملاحظة الإكلينيكية تتمثل في "استخراج الظواهر السلوكية الدالة، إعطائها معنى من خلال وضعها في دينامية تاريخ الفرد ووضعها في السياق" وهي تتعلق بمجموع السلوكات اللفظية وغير اللفظية، التفاعلات في مرجعيتهم إلى الذاتية وما بين الذاتية & Fernandez (Pedinielli, 2006, p47). وطريقة الملاحظة، تسمح لنا بالتحقق من الفرضيات البحثية أو تفنيدها (Moget & Heenen-Wolff, 2013).

ولقد اعتمدنا الملاحظة العيادية المباشرة باعتبارها أساسية ومكمّلة للمقابلة العيادية، حيث تضمنت ملاحظة التظاهرات النفسية غير المباشرة والسلوكيات الضمنية ذات الدلالة والتي تجمع كل ما يصدر عن الطفل محل المتابعة أو عن والديه والمتمثلة في كل ما هو غير لفظي وغير مباشر، قمنا باستثمار تلك الملاحظات وتوظيفها في سياق الموضوع.

2.3.1. المقابلة: وفقاً لبينوني Bénony وشهراوي Chahraoui (1999)، فإن المقابلة الإكلينيكية هي تبادل للكلمات بين عدة أشخاص حول موضوع معين. "تهدف المقابلة الإكلينيكية التي يستخدمها علماء النفس الإكلينيكي [...] إلى فهم التوظيف النفسي للفرد من خلال التركيز على معاشه والتركيز على العلاقة". بالنسبة للمؤلفين، فإن الغرض الرئيسي من المقابلة السريرية هو فهم الفرد في كله وفي تفردده (Chillet & Cousin, 2011, p19). وبالتالي فإن المقابلة السريرية هي الأسلوب المفضل للوصول إلى المعلومات الشخصية (قصة الحياة، والتمثلات، والمشاعر، والعواطف، والخبرات) التي تشهد على تفرد وتعقيد الفرد (Fernandez & Pedinielli, 2006, p48).

إن إجراء مقابلة إكلينيكية بحثية يتضمن استخدام تقنية مقابلة بحثية (غير توجيهية أو نصف توجيهية) مع تبني موقف إكلينيكي في العلاقة مع الفرد. ففي المقابلة نصف توجيهية يتم دمج الموقف غير التوجيهي الذي يزيد من التعبير الشخصي للفرد مع مشروع استكشاف مواضيع معينة. لذلك يستخدم الباحث الإكلينيكي دليلاً ذو موضوع محدد، وبالتالي فالمقابلة شبه التوجيهية تتيح من خلال دليل المقابلة، جمع المعلومات ذات الصلة والمتعلقة بالفرضية (Fernandez & Pedinielli, 2006, p49).

يتم إجراء ما يسمى بالمقابلة "نصف توجيهية" بفضل مجموعة أو "شبكة" من الأسئلة تسمى أيضاً "دليل المقابلة" التي يضعها الباحث القائم بالمقابلة حيث يقوم بتكييفها وفقاً لمقدار الحرية التي يمنحها الباحث للعميل، ووفقاً لترتيبها وصياغتها (Duchesne, 2000, p10-11).

قمنا باستخدام أسلوب المقابلة نصف الموجهة حيث لا تكون المقابلة مفتوحة تماماً ولا مغلقة تماماً، تركنا فيها للأفراد إمكانية التحدث بشكل مفتوح بكلماتهم الخاصة وبالترتيب الذي يودونه، ومن أجل الفهم الدقيق للمشاركين وضع الخطة العلاجية وفق مبادئ العلاج بالتقبل والالتزام، قمنا ببناء مقابلتنا وفقاً لطبيعة المرض وسن المفحوص والحالة الجسدية والنفسية له، ومبادئ العلاج فالمقابلة هنا ذات قصد بحثي نهدف من خلالها التعرف على المعاش النفسي للمشاركين ارتباطاً بحالتهم الجسدية، والتمثلات الخاصة بمرضهم والأفكار والمشاعر المحيطة به، والاستراتيجيات التي تبناها كل من الطفل والوالدين في مواجهة متطلبات المرض ومدى تواجد دعم عائلي للمريض.

كل هذا يلقي الضوء على مدى تقبل الطفل السكري لمرضه ورجوعيته في التعامل مع المرض ومواجهة الضغوط المرتبطة به. هذا من أجل سيرورة جيدة للعلاج بالتقبل والالتزام الذي يركز على تلك الجوانب وبالتالي فقد استخدمنا المقابلة نصف الموجهة بالنسبة للأولياء التي تستهدف أسئلة تخدم أهداف البحث مرتكزة على المحاور التالية: (1) الناحية الجسمية وتتضمن بداية ظهور مرض السكري لدى الطفل وتسيير المرض في المرحلة الحالية. (2) الناحية النفسية. (3) الناحية الاجتماعية والعلائقية.

2. النتائج:

في إطار مقابلاتنا الأولية والملاحظات المستخرجة في سياقها استطعنا أن نحدد مجموعة من الإشكاليات المتقاربة عند أغلب المشاركين والتي توضح طبيعة المعاناة واختلافات أخرى توضح الفروقات في تلقي خبرة المرض والتكيف معها وفقا للعوامل الخاصة بكل مشارك والوسط العائلي، وعلى العموم تتراوح المشكلات الملحوظة ما بين عدم الرغبة في الحديث، الخجل من الموضوع وعدم الرغبة في الكشف عن خصوصياتهم مع المرض خاصة من قبل الأطفال حيث ينتهج البعض منهم أسلوب الصمت المرضي أو إعطاء إجابات محدودة ومختصرة مع صعوبة في وصف المشاعر والأفكار المحيطة بالمرض.

يمكن ملاحظة ظهور ملامح القلق، الانزعاج، الارتباك أو تظاهرات بتقبل المرض أو وجود تصلب وجمود في التعامل مع موضوع مرضهم وإنكار لحقيقته مع التمسك بأقوال التهوين للمرض في إطار المقاومة.

أغلب الأولياء المرافقون تمثلوا في الأمهات وعدد قليل من الآباء وفي الكثير من الأحيان ما يظهر الوالدين تأثر في سرد خبرة المرض واعتباره حدث صادم وصعب التقبل لهم أكثر من أطفالهم، وباستذكار حادث إصابة طفلهم تظهر ردات فعل: بكاء، عدم القدرة على استكمال الحديث.

ونواجه أحيانا أخرى وضعية سيطرة الطفل على الأم لا تتمكن فيها الأم الحديث في حضور الطفل يستدعي الأمر طلب مقابلات فردية.

ويمكن ملاحظة وجود مشكل هام ينبغي الإشارة إليه يتمثل نقص وعي الوالدين فيما يخص التأثيرات النفسية للمرض على أطفالهم ومن جانب آخر تأثير التصورات الاجتماعية حول مرض السكري وعلى صورة المريض بالسكري وهذا ما صرح به أغلبية المشاركين وأولياءهم أيضا مشيرين في ذلك إلى ضرورة التستر عن المرض وعدم الإعلان عنه كونه أمر مخجل.

خلاصة:

ما يمكن استخلاصه بشكل عام من سياق المقابلات والملاحظات أن المشاركين يجدون صعوبة في التكيف مع ضغوطات المرض ويعملون بشكل مزمن على تجنب خبرة المرض لأنها خبرة مؤلمة بالنسبة لهم ويصعب ادماجها في حياتهم ما يصعب أيضا قدرة التعبير لديهم. وبحكم سنهم أيضا تظهر إشكالية عدم الاستقلالية والاعتمادية في إدارة المرض وتسييره.

الدراسة الامبريقية

تمهيد

1. المنهج

1.1. المشاركون

2.1. الإجراءات

3.1. الأدوات

2. النتائج

3. المناقشة

خاتمة

التوصيات

تمهيد:

بعد الإلمام بموضوع الدراسة من الجانب النظري، يعتمد الباحث من أجل تحقيق أهداف دراسته إلى وضع الإجراءات العملية وتحديد الخطوات المنهجية وذلك من خلال اختيار المنهج والأدوات المناسبة للدراسة، تحديد مكان إجراء الدراسة، واختيار العينة المراد استهدافها، وهذا ما سنتطرق إليه فيما يلي:

1. المنهج: لقد اعتمدنا في بحثنا هذا على المنهج الإكلينيكي والذي يعرف على أنه " يتمثل في نشاط عملي يهدف إلى التعرف وتحديد أو تسمية العديد من الحالات، القدرات، والسلوكيات بهدف اقتراح علاج، وهو شكل من أشكال الاستشارة التي تسمح بالمساعدة أو التغيير الإيجابي للفرد" (Fernandez & Pedinielli, 2006, p48). والطريقة الإكلينيكية تعني التركيز على دراسة الحالة الفردية التي تمثل الظاهرة المراد دراستها فهي إجراء بحث تفصيلي شامل ومتعمق عن شخص واحد بحيث يتم جمع المعلومات عن تاريخ حياة الشخص، حاضره وطموحاته وأهدافه المستقبلية، كما تشمل جميع جوانب شخصيته الذهنية والوجدانية والاجتماعية (متولي وآخرون، 2014، ص143). إلى جانب المنهج الإكلينيكي تم استخدام المنهج التجريبي في إطار قياسات قبلية وبعديّة لكل من سلمي الالكسثيميا والرجوعية لتقييم التحسنات الحاصلة على مستوى قدرات كل مشارك بعد إجراء التدخلات العلاجية القائمة على العلاج بالتقبل والالتزام.

1.1. المشاركون:

شارك في إطار هذه الدراسة 3 أطفال (ذكر:1، أنثى:2)، قمنا باستدعائهم مسبقاً على مستوى وحدتي الكشف والمتابعة للطب المدرسي بمتوسطة "دهان ساعد" دائرة "عين مخلوف"، وابتدائية "مولود فرعون" بقالمة، وقد تمثل المشاركون في الدراسة في ثلاث أطفال 2 إناث 11 سنة وذكر 14 سنة مصابون بمرض السكري، متمدرسون في السنة 1 متوسط.

- سندس (11 سنة).

- سارة (11 سنة).

- علي (14 سنة).

اثنين من المشاركين تمت متابعتهم على مستوى متوسطة "دهان ساعد" عين مخلوف ومشاركة تابعة لوحدة الكشف والمتابعة المتواجدة على مستوى ابتدائية "مولود فرعون" بقالمة تدرس بمتوسطة "8 ماي 45" تم متابعتها على مستوى المركز الوسيط للإدمان بقالمة.

ملاحظة:

تم استخدام أسماء مستعارة للمشاركين حفاظاً على خصوصياتهم والتزاماً بالسرية.

2.1. الإجراءات:

إن سير العمل العلاجي لا بد أن ينطلق من بناء الثقة مع المشاركين وانطلاقاً من هذه الخطوة قمنا بإعلام المشاركين وأولياءهم على أن هذا العمل هو في إطار بحث علمي يتطلب الالتزام مع ضمان أن جميع المقابلات التي تجرى معهم

تتسم بالسرية ولن تخرج عن الإطار البحثي. ومن أجل أن نستطيع البدء في المقابلات في البداية قمنا بعرض طبيعة البحث وإعطاء صورة حوله من خلال شرح أهداف البحث والدافع لاختيار هذه الفئة العمرية (الأطفال في طور الانتقال إلى مرحلة المراهقة). وبالتالي كنا قمنا في إطار عملنا بشرح كل النقاط الخاصة ببحثنا الإكلينيكي حيث توصلنا بذلك إلى الحصول على الموافقة بالاندماج في العملية وقبول المشاركين شروط الالتزام والاتفاق على عدد الجلسات والتوقيت. واستطعنا أن نبدأ في وضع النموذج العلاجي ووضع خطوات وتصميم البرنامج المقترح وهيكله سير الجلسات العلاجية.

ولتقييم البرنامج المقترح استخدمنا قياس قبلي وقياس بعدي لمقياسين الذين اعتمدناهما في البحث (الالكسيثيميا والرجوعية).

3.1. الأدوات:

1.3.1. مقياس الالكسيثيميا TAS-20:

(Toronto alexithymia scale) هو مقياس خاص بتقييم الالكسيثيميا قام بتطويره كل من rayon, taylor, bagby وآخرون سنة 1994، كان يحتوي على 26 بند أما حالياً فيحتوي 20 بند موزعة على ثلاث محاور هامة:

صعوبة وصف المشاعر ويتكون هذا المحور من 5 بنود: 2-4-7-12-17.

صعوبة التعرف على المشاعر: يتكون هذا المحور من 7 بنود: 1-3-6-9-11-13-14.

التفكير الموجه نحو الخارج: يتكون هذا المحور من 8 بنود: 5-8-10-15-16-18-19-20.

يحتوي المقياس على خمس بدائل منقطة من 1-5.

أما مفتاح المقياس فقد حدد بما يلي: TAS-20 أكبر أو يساوي 56 يعني الكسيثيميا عالية، TAS-20 أكبر من 44 وأصغر من 56، الكسيثيميا متوسطة TAS-20 أصغر من أو يساوي 44 لا توجد الكسيثيميا.

يتمتع المقياس باتساق داخلي جيد حيث (ألفا كرونباخ أكبر من 0.70) كما يتمتع بالثبات حيث بلغ معامل الثبات بين تطبيقين $r = 0.982$ وهو معامل ثبات عالي (فاسي، 2016، ص 150-151).

ونهدف من خلال معرفة مدى قدرة الفرد على التعبير عن مشاعره ووصفها، ومدى وجود الحياة الحلمية والخيال لدى المريض أو درجة انصياعه لأحداث الحياة والتفكير العملي ودرجة الكفاءة الاجتماعية لدى المريض. يتم قياس قبلي للالكسيثيميا لدى المشارك قبل العلاج وقياس بعدي للمقارنة بين درجات الالكسيثيميا قبل وبعد العلاج والتعرف على فاعلية الآليات المستخدمة في العلاج. (المقياس موضح في الملحق رقم 1).

2.3.1. مقياس الرجوعية: (CD-RISC) Connor-Davison Resilience Scale

هو مقياس تم تقديمه من طرف (Connor-Davison) في 2003 يتكون في نسخته الأصلية من 25 فقرة تتم الاستجابة عليها حسب تدرج ليكرت الخماسي. حيث يحدد المستجيب درجة موافقته على كل فقرة وفق ما يلي: أوافق بشدة 4، أوافق 3، محايد 2، غير موافق 1، غير موافق بشدة. وبذلك تتراوح الإجابة بين 25-100، وكلما ارتفع أو انخفض مجموع الدرجات المتحصل عليها في الاختبار فإن ذلك يشير لمستوى منخفض أو عالي من الرجوعية ويتكون المقياس من خمسة أبعاد فرعية هي:

✓ عامل الكفاءة الذاتية: 3،4،17،15،18،19،20،21

✓ عامل التحكم في الانفعالات: 7،25،24،16،14،10،9

✓ عامل المشاعر الإيجابية: 22،13،12،6،5،1

✓ عامل المساندة الاجتماعية: 23،2

✓ عامل البعد الديني: 8،11

وتهدف من خلال هذا المقياس على التعرف على درجة رجوعية المشاركين وقدرتهم على تحمل الضغوط الناتجة عن مرضه وتجاوزها والموارد والإمكانات المتوفرة لدى الفرد قبل العلاج كقياس قبلي والتغيرات الحاصلة بعد العلاج كقياس بعدي.

بالنسبة لصدق المقياس وثباته ففي صورته الأصلية لقد أشارت دراسة تطوير المقياس إلى تمتعه بعدد من خصائص الصدق فقد كانت مؤشرات صدق البناء أعلى من 0.30، كما تم حساب مؤشرات الصدق التباعدي بين العوامل والأبعاد التي تنتمي إليه حيث أشارت معاملات الارتباط إلى وجود معاملات ارتباط دالة أعلى من 0.70 على جميع الأبعاد أما فيما يتعلق بثبات المقاييس أشارت نتائج ثبات الاتساق الداخلي المحسوب بمعادلة ألفا كرونباخ بأن جميع أبعاد المقياس تمتعت بمعاملات ثبات مرتفعة اعلى من 0.89 وهذا يشير إلى تمتع المقياس في صورته الأصلية بمعاملات ثبات مرتفعة.

كما أشارت نتائج الثبات بإعادة أن معامل الارتباط بين زمي التطبيق كان 0.87.

وفد تم ترجمة المقياس وحساب خصائصه السيكومترية في البيئة العربية (الأردنية والجزائرية) من طرف كل من الباحثين (جار الله سليمان واحمد الشيخ علي في 2014)

فقد أشارت نتائج إجراءات حساب معامل الصدق من طرف الباحث أحمد الشيخ علي إلى أن جميع فقرات المقياس حققت معامل ارتباط بالدرجة الكلية أعلى من 0.30.

أما فيما يتعلق بثبات المقياس فقد تم تطبيق معادلة ألفا كرونباخ باستخراج معاملات الاتساق الداخلي، حيث بلغ الثبات بالدرجة الكلية 0.86

أما الباحث جار الله سليمان فقد تحقق من صدق الاختبار بحساب الصدق التمييزي وتوصل إلى أن السلم تمتع بقدرة تمييزية جيدة بلغت قيمة ت=18.17 ومستوى الدلالة أقل من 0.001 مما يعني أن السلم يتمتع بصدق مقبول.

أما ما يخص الثبات فقد تم حساب معامل ألفا كرونباخ ولغت قيمته في كل اختبار 0.84 ومن هنا تشير جميع المؤشرات إلى تمتع المقياس بصدق وثبات عاليين (بن غالم، ص 239-240، 2018). (المقياس موضح في الملحق رقم 2).

3.3.1. بروتوكول العلاج بالتقبل والالتزام (ACT):

هو برنامج علاجي، يهدف إلى تحسين الرجوعية لدى أطفال السكري من أجل أن تكون لهم قدرة على مواجه المرض والضغوط النفسية الناجمة عنه. يقوم هذا البروتوكول على مبادئ العلاج بالتقبل والالتزام وهو علاج معرفي سلوكي ظهر خلال الموجة الثالثة من تاريخ العلاجات المعرفية السلوكية يهدف إلى إكساب الفرد مرونة نفسية تجعله يتقبل الخبرات الداخلية (أفكار، انفعالات، أحاساسات...) المؤلمة والغير مرغوبة والحياة في اتجاه قيمه وتعرف المرونة

النفسية وفق (ACT) أنها " القدرة على الحضور في وعي تام و الانفتاح على الخبرة الذاتية و على المحيط و الالتزام بالأفعال في اتجاه القيم" (Harris, 2017, p31)

فالهدف من هذا العلاج إذن هو الخروج من حالة الانسداد بقبول الانفعالات بدلا من الهروب منها أو تجنبها ومن جهة أخرى تحديد القيم التي تسمح بالالتزام بحياة مُرضية أكثر (Cottraux, 2014 ; p85).

وتقوم المرونة النفسية وفق (ACT) على ستة محاور هي:

- **التقبل L'acceptation**: يعمل على خلق القدرة على الانفتاح في مواجهة الضائقة، وتوجد العديد من التمارين والاستعارات التي تزيد التقبل اللامشروط للأفكار، العواطف، وظواهر أخرى غير مرغوبة. فاستعارة "الرمال المتحركة" (كلما يقاوم، كلما يغرق) هي مثال عن هذه التدخلات.

- **التفكيك المعرفي La défusion cognitive**: يستخدم بشكل خاص من أجل التقليل من مواجهة الأفكار (تبريرات، أحكام، مفهوم الذات) والتي تحصر الفرد وتمنعه من التحرك في اتجاه المعنى الذي يعطيه لحياته، ومن بين التمارين النموذجية تلك التي تتضمن القيام بتكرار محتوى فكرة ما بسرعة من أجل جذب انتباه الفرد إلى الخصائص الصوتية الخاصة بالكلمات وتقليل الارتباطات بمعنى معين (Neveu & Dionne, 2009 ; p30).

- **الذات كسياق Le soi comme contexte**: ويطلق عليه في بعض الأحيان الذات الملاحظة ويشير إلى قدرة الفرد على أخذ مسافة وتبني نظرة مرنة على أفكاره، أحاسيسه، مشاعره، إدراكه وأفعاله (jean-Christophe, 2017, p22).

- **الاتصال باللحظة الراهنة Le contact avec le moment présent**:

وتتضمن توجيه انتباه العميل حول ما يحدث في قلب اللحظة الراهنة وداخله هو في حد ذاته، وداخل محيطه. والهدف منها هو جذب العميل إلى لحظة هنا والآن والتقليل من تأثير القواعد اللغوية والمفاهيم الخاصة بالماضي (اجترار)، أو الخاصة بالمستقبل (التوقعات)، فالعميل إذن يصبح أكثر حساسية للتأثيرات الخاصة بسلوكاته وفعاليتها، وتسمح تقنيات الوعي التام بتطوير هذه المهارة.

- **القيم Les valeurs**: وتعرف على أنها مجالات الحياة المعروفة (العلائقية، المهنية، الشخصية، الصحية ...) الخاصة بالعميل وتشبه في ذلك عقارب البوصلة، وهي تمثل توجهات لأفعاله، وهذه التوجهات تكون أكثر فاعلية على المدى البعيد عن تلك المحاولات من أجل السيطرة على الخبرات الداخلية غير المرغوبة، وأكثر من ذلك فهي تزيد فرصة تعزيز سلوكات الفرد في أفعاله اليومية. ويوجد العديد من التمارين الاختبارية والاستمارات التي تستعمل لشرحها وتوضيحها.

- **الالتزام بالفعل L'action engagée**: وتتضمن دفع العميل إلى القيام بأفعال في اتجاه المجالات ذات القيمة، فالالتزام يتضمن استمرار التحرك نحو القيم من خلال مجموعة من الأفعال مصحوبة بالانفتاح على الخبرات الداخلية غير المرغوبة. وبهذه الطريقة، المعاناة تأخذ معنى خاص لأنها خضعت لفعل ذو قيمة. وتوجد العديد من التمارينات والاستعارات التي تستخدم في هذا الجانب (Neveu & Dionne, 2009 ; p31).

وتجدر الإشارة إلى أن العلاج بالتقبل والالتزام لا يشترط إتباع خط معين للعلاج كترتيب العمل على المحاور الستة السابقة ولا يشترط تمارين واستعارات معينة حيث أنه لا يوجد بروتوكول معين فهو يترك هامش من الحرية للمعالج والإبداع باختيار التقنيات والأدوات التي يراها مناسبة لمفحوص والمشكلة التي يعاني منها فقد يستعمل استعارات نابعة من حياة المفحوص، لكن مع التزام المبادئ الأساسية للعلاج (Monestés,2011,p169).

وحتى يكون المعالج عملي وأهداف المراد تحقيقها واضحة، تأخذ الجلسات في ACT هيكل منهجي يكون عموماً على الشكل التالي:

- ✓ تمرين للوعي التام
- ✓ حوصلة الجلسة السابقة
- ✓ التدخل الرئيسي
- ✓ الواجبات المنزلية
- ✓ التلخيص وتغذية راجعة

- تمرين للوعي التام: من المستحسن بداية الحصة بتمرين قصير للوعي التام ولكن ليس بالضرورة

- حوصلة الجلسة السابقة: مراجعة الحصة السابقة، العناصر الأساسية التي تمت تناولها، التمارين التي تطبيقها، وملاحظة مدى تجاوب العميل لها، ومدى اندماجها في العملية العلاجية

- التدخل الرئيسي: يحدد المعالج المحور أو المحاور الرئيسية المراد استهدافها مع التحلي بالمرونة أثناء الجلسة وتناول أي مواضيع طارئة حسب حاجة العميل، والعودة للمحاور المستهدفة في جلسات أخرى.

- الواجبات المنزلية: يجب التوضيح للعميل في كل مرة بأن نجاح العملية العلاجية يتوقف على مدى مشاركته واندماجه فيها، فالوعي التام يحتاج إلى الممارسة، الالتزام بالأفعال الموجهة من القيم يحتاج إلى مجهودات ولهذا ففي نهاية كل حصة يوضح المعالج ما على العميل فعله خارج الجلسة لكن دون أن يكون بصفة مقيدة،

- التلخيص وتغذية راجعة: إن عملية التلخيص تسمح بتطوير العلاقة العلاجية وتقييم الجلسة ومدى ارتياح العميل (Harris,2017,p119)

4.3.1. خطوات تصميم البروتوكول:

بعد اطلاعنا على مبادئ وتقنيات وأدوات ACT ومن خلال المقابلات مع المشاركين وأولياءهم وبالتنسيق مع كل من الأستاذ المشرف والأخصائي النفسي كونهما ممارسين وذوي كفاءة ومن خلال التوجيه والتصويب المعتمد من قبلهما في بناء بروتوكول العلاج بالتقبل والالتزام تم وضع بروتوكول ACT الذي يخص فئة أطفال السكري ويتضمن ثلاثة مراحل: المرحلة التمهيديّة، المرحلة الفعلية، ومرحلة الإنهاء تتم خلال (12 جلسة) وكل جلسة مدتها (60 دقيقة).

و أثناء وضع الإجراءات الفعلية للتدخل (المرحلة الفعلية) أخذنا بعين الاعتبار السياق و هو مرض السكري المشاركون وهم أطفال من 11 إلى 14 سنة، الأهداف المسطرة مع الأولياء، و المشكلات التي يعاني منها الأطفال حيث اتضح لنا من خلال المقابلات والاختبارات المشكلات التالية : تجنب الخبرات فكل الأطفال لديهم صعوبة في التعبير عن مشاعرهم و انفعالاتهم المتعلقة بمرض السكري، عدم وضوح القيم في الجانب الصحي مما نتج عنه عدم

التزامهم بالسلوك الصحي و عدم استقلاليتهم في تسيير المرض و على هذا الأساس فضلنا التدخل معهم على كل محاور ACT خاصة محاور التقبل و القيم و الالتزام، ولهذا الغرض اخترنا تمارين واستعارات تتناسب مع سن الأطفال. كما استخدمنا المصفوفة وهي تعتبر أداة حديثة في العلاج ACT لأنها تجسد أكثر مبادئ العلاج لأنها وسيلة حسية وتتناسب مع الأطفال فأخذ البروتوكول الصورة التالية:

● المرحلة التمهيديّة (الجلسات 1-3)

- ✓ تاريخ الحالة (مقابلات مع الطفل ومع الوالي) مع التركيز على:
- الحالة النفسية.
- الحالة الجسدية.
- ✓ بناء العلاقة العلاجية.
- ✓ شرح العلاج بالتقبل والالتزام.
- ✓ تحديد الأهداف العلاجية ومناقشة توقعات المشاركين.
- ✓ تحديد عدد الجلسات ومدة كل جلسة.
- ✓ تطبيق قبلي لسلم الالكسيتيميا ومقياس الرجوعية.

● المرحلة الفعلية:

يتم فيها العمل وفقا للمحاور الستة الموجودة في *Hexaflex* (سداسي المرونة النفسية):

الخطوة الأولى (الجلسات 4-5):

يكون العمل على المحور 1 من *Hexaflex* والمتعلق بالتقبل.

الهدف: الوصول بالمشاركين إلى الانفتاح على الأحداث النفسية (أفكار، مشاعر، أحاسيس، انفعالات...) غير المريحة وتقبلها كما هي دون تجنبها من خلال:

- ✓ مساعدة المشاركين على ملاحظة طرقهم التفسيرية ونوعية سلوكياتهم المعتادة لمواجهة تلك الأحداث وما النتائج المترتبة عنها. عبر استخدام الاستعارات لمساعدة المشاركين على تطوير مهارة التقبل وتبني سلوكيات تجعلهم أكثر تقبلا للمرض وتكيفاً معه.

- ✓ مساعدة المشاركين على ملاحظة محتوياتهم الداخلية الخاصة والتركيز على اللحظة الراهنة.

الخطوة الثانية: (الجلسة 6)

العمل هنا يكون على المحور 3 من *Hexaflex* والمتعلق بالقيم.

الهدف: مساعدة المشاركين على التعرف على القيم التي لها أهمية وألوية في حياتهم وتعطي معنى لوجودهم كمصدر للدافعية والتحفيز والتفاؤل من خلال:

- ✓ مساعدة المشاركين على وضع أهداف مرتبطة بالحالة الصحية (التغذية الصحية، تناول الدواء، ممارسة الرياضة) وربطها بمجالات أخرى من الحياة إن أمكن.
- ✓ مساعدة المشاركين على تحديد المعينات أمام تحقيق هذه الأهداف والالتزام بالقيم المستخرجة.

✓ مساعدة المشاركين على تحديد العوامل المحفزة والمشجعة على تحقيق القيم والالتزام بها.

الخطوة الثالثة (الجلسة 7):

العمل على المحور 2 من *Hexaflex* والمتعلق بالتفكيك المعرفي.

الهدف: تطوير مهارات التفكيك المعرفي لمساعدة المشاركين على الانفصال وفك الاندماج مع أفكارهم من خلال:

✓ تعليم المشاركين كيفية الانفصال عن أفكارهم ونماذجهم الأتوماتيكية في التفسير وطرقهم المعتادة في

مواجهة الضغوط والمشاعر السلبية المرتبطة بمواقف تتعلق بالحالة الصحية أو مجالات أخرى من الحياة.

✓ مساعدة المشاركين على تطوير مهاراتهم على التركيز على اللحظة الراهنة وتغيير نظرتهم للأحداث النفسية

الداخلية.

الخطوة الرابعة (الجلسة 8-9):

العمل على المحور 4 من *Hexaflex* والمتعلق بالالتزام:

الهدف: تشجيع المشاركين على تبني السلوك الصحي من خلال:

✓ تحديد الأفعال والسلوكيات والالتزام بها وفقا للقيم المختارة لتحقيق أهدافهم والتكيف مع نمط الحياة صحي

على المدى القصير والبعيد.

✓ التدرب على تحمل المشاعر السلبية والالتزام بالأفعال التي تحقق القيم.

الخطوة الخامسة (الجلسة 10):

العمل على المحور 2 من *Hexaflex* والمتعلق بالذات كسياق والذات الملاحظة.

الهدف: دعم الشعور بتقدير الذات من خلال العمل على:

✓ تشجيع المشاركين على تقبل الذات والحالة الصحية في وضعها الحالي.

✓ تطوير القدرة على تبني نظرة مرنة حول خبراتهم وأفكارهم استخدام.

الخطوة السادسة (الجلسة 11):

العمل على المحور 6 من *Hexaflex* المتعلق بالاتصال باللحظة الراهنة.

الهدف: زيادة الفعالية الذاتية والقدرة على الشعور بحياة ذات نوعية.

✓ تعليم المشاركين ملاحظة أفكارهم وأحاسيسهم في اللحظة الراهنة من خلال التوظيف الأحسن لحواسهم

واستشعار الأحداث خارج مجال تفكيرهم ومشاعرهم.

✓ تطوير قدرات الإحساس والوعي.

• مرحلة الإنهاء والمتابعة (الجلسة 12):

الهدف: حوصلة الخطوات السابقة واستخراج المهارات التي تم تعلمها والتشجيع على استخدامها للتكيف مع مواقف

الضغط في مختلف مجالات الحياة مستقبلا.

✓ تطبيق بعدي لمقياس الالكسيتيميا والرجوعية.

✓ مراجعة الاستراتيجيات المتعلمة خلال البرنامج العلاجي.

✓ تقييم العملية العلاجية.

5.3.1. سير الجلسات:

الجلسة الأولى: مقابلة مع الولي والطفل

- هدفت هذه المقابلة إلى التعارف على الطفل ووليه وبناء العلاقة العلاجية.

- جمع البيانات الأولية.

- شرح العلاج بالتقبل والالتزام والتعرف على توقعات الولي من العلاج.

الجلسة الثانية: مقابلة مع الولي.

- هدفت هذه المقابلة إلى جمع المعلومات (حول الطفل من الناحية النفسية، الجسدية، اهتمامات الطفل وهوايات.

الطفل، الجانب الدراسي، تاريخ المرض، كيف يتعامل الطفل مع المرض في الفترة الحالية، ماهي المشاكل التي يعاني منها في هذا الجانب)، معلومات الولي حول المرض، تمثلاتهم للمرض ومستقبل ابنه).

- تحديد الأهداف العلاجية.

- تحديد عدد الجلسات ومدتها.

الجلسة الثالثة: مقابلة مع الطفل.

- بناء العلاقة العلاجية.

- استكمال تاريخ الحالة بجمع المعلومات من الطفل من مختلف الجوانب (النفسية، الجسدية والاجتماعية، المجال

الدراسي، الدعم الأسري والاجتماعي، المحال الدراسي، نظرة الطفل لنفسه وتمثلاته للمرض، تسيير المرض ومدى استقلاليته في ذلك).

- تطبيق قبلي لسلم الالكسيتيميا ومقياس الرجوعية.

- تحديد عدد الجلسات ومدتها وكتابة مفكرة للمواعيد القادمة.

- تغذية راجعة عن الجلسة.

الجلسة الرابعة:

- خلق جو من الألفة والشعور بالثقة والأمان.

- تقديم شرح مبسط عن العلاج بالتقبل والالتزام.

- تربية علاجية: تقديم معلومات حول مرض السكري بما يتناسب مع سنه (أسباب المرض، العضو المصاب، ماهو الخلل، ماهو الأنسولين، ماهي المضاعفات، وماهي السلوكات الصحية) من خلال مطوية.

- مناقشة المعلومات واستخراج أفكار وانفعالات الطفل حول مرض السكري.

- تقديم استعارة النمر الجائع ومناقشتها مع الطفل.

استعارة النمر الجائع:

”تخيّل أنك وجدت صغير نمر أمام الباب وكان يتوجب عليك رعايته حتى تجد مأوى له، وبمرور الأيام كبر النمر وأصبح جائعا أكثر وبالتالي أعطيته بعض الطعام ونتيجة لذلك أصبح النمر أقوى وعندما أصبح جائعا مرة أخرى أصبح أكثر عدوانية ولم يكن لك خيار آخر سوى أن تطعمه وكلما أطعمته أصبح أكثر عدوانية كلما جاع وأصبحت هناك حلقة

مغلقة. فإن أطعمت النمر من أجل تهدئته فهو يصبح أكثر قوة وعدائية وكذلك إن أردت التخلص من المشاعر المؤلمة فهذا يجعلها أقوى ومن الصعب تحملها أو اجتيازها" (Harris,2013, p18).

- واجب منزلي (أكتب رسالة توجهها إلى السكري أو رسم تعبر به عن السكري).

- تطبيق تمرين الوعي التام:

"أدعوكم إلى تركيز انتباهكم. يمكنكم التركيز على النفس من خلال فتحتي الأنف -تشاهدون كيف يدخل الهواء يدخل بشكل ناعم ويكون دافئا قليلا عند خروجه من جسدك. أو يمكنكم التركيز على النفس خلال البطن -تشعرون بها كيف ترتفع وتنخفض عندما يدخل الهواء أو يخرج من الجسد. ابقوا مركزين أحسن ما يمكنكم على تنفسكم، فقط لاحظوا كيف يدخل الهواء وعندما يغادر، يدخل ويخرج. إن تشوّش ذهنكم فلا بأس بذلك، ببساطة أعيّدوا تركيز انتباهكم إلى الهواء الداخل والخارج، شهيق؛ زفير. من الطبيعي أن تشوّش أذهانكم وتديه في الأفكار؛ لا بأس بذلك- هذا فقط من عمل العقل-عملكم هو فقط إعادة التركيز على التنفس في كل مرة تلاحظون أنكم تشوّشتم. قولوا لأنفسكم هذا عمل جيد لأنكم لاحظتم ذلك وتابعوا ملاحظة تنفسكم".

- تلخيص وتغذية راجعة عن الجلسة.

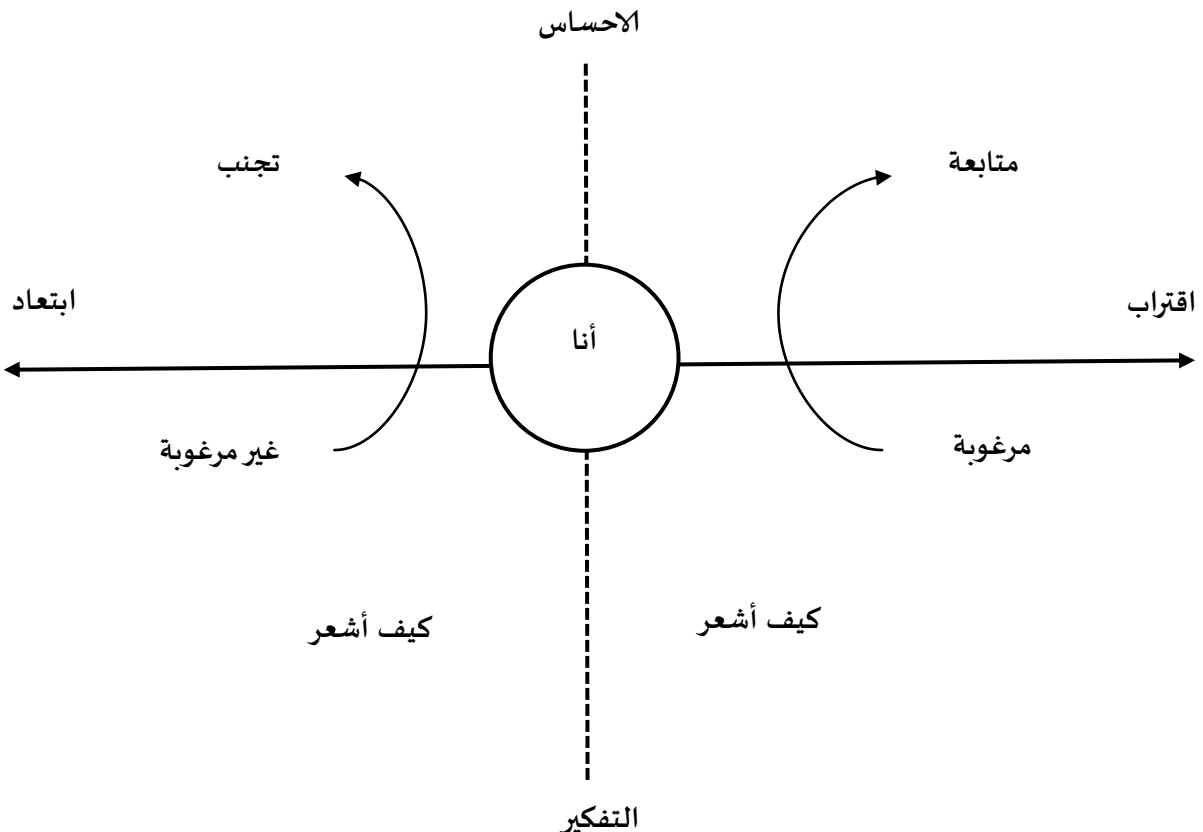
الجلسة الخامسة:

- حوصلة الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي.

- تقديم المصفوفة والطلب منه إعطاء قصة أو موقف من حياته ومن خلالها يقوم بفرز الأفكار

والانفعالات والسلوكات التي يقوم بها عادة على المصفوفة.

- تستخدم المصفوفة للتدخل على كل المحاور.



مصفوفة اللعب:

من أجل هذا التمرين، يكون المعالج بحاجة إلى بطاقات وأربع علب أكبر من البطاقات. وتأخذ اللعب هنا مكان الأقسام الأربعة للمصفوفة، ويمكن استعمال بعض الرموز (وحش، مخرج نجاة، قلب، راكب أمواج أو حلزون يخرج من قوقعته). يطلب من الطفل في البداية الكتابة أو الرسم على بطاقات فردية أفكار، عواطف، وخبرات داخلية أخرى التي لا يحبها أولاً يريد أن يشعر بها. وعلى بطاقات أخرى، نطلب منه كتابة أو رسم الأشخاص أو النشاطات الهامة بالنسبة له، ثم نطلب منه أن يأخذ بطاقة جديدة لكل فعل، يكتب فيه أو يرسم ما يفعله لمقاومة أو الهروب " الأشياء الداخلية غير المرغوبة". وأخيراً نطلب منه كتابة أو رسم الأشياء التي تساعدني أن أكون أقرب للأشخاص والنشاطات المهمة التي سجلتها على السلسلة الثانية من البطاقات.

ثم يقوم الطفل بخلط البطاقات ومن ثم يضعها داخل اللعب. ويمكن دعوة الوالدين إلى الانضمام لهذا الجزء من اللعبة. ويمكن ترك الطفل يأخذ اللعب معه للمنزل مع بطاقات فارغة، بهذه الطريقة يمكنه خلق بطاقات جديدة ووضعها داخل اللعب بنفسه أو بمساعدة والديه (Polk et al,2017,p296)

- تقديم استعارة الرمال المتحركة:

استعارة الرمال المتحركة: (مقاومة المشاعر والأفكار المؤلمة وعدم تقبلها يعززها ويقويها)

"تخيّل أنك وقعت داخل رمال متحركة، ماذا ستكون ردة فعلك الأولى؟ إن قمت بالكفاح من أجل محاولة الخروج من هذه الرمال المتحركة، ماذا سيحدث؟ عندما نبحث عن طريقة للخروج من هذه الرمال من خلال مقاومتنا لها، فالنتيجة أننا سنغرق بشكل أعمق، فالطريقة إذن الأكثر فعالية هي عكس ذلك تماماً، أي التحرك بأقل قدر ممكن، والتأكد من أن يكون الحد الأقصى لسطح جسمك في اتصال مع الرمال المتحركة" (Monestèse & Millatte, 2011 ; p48).

- تقديم استعارة شد الحبل مع لعب الدور:

استعارة شد الحبل:

"تخيّل أن معركتك ضد أسوأ أفكارك وأسوأ عواطفك تشبه شد الحبل في مواجهة وحش، وضعت كل طاقتك في هذه المعركة حتى لا تدع الوحش يفوز، في بعض الأحيان قد تفوز ويتركك الوحش وحيداً للحظة، وفي أحيان أخرى تخسر وعليك أن تكافح أكثر وبهذا فأنت تستنفذ الكثير من الوقت والجهد في هذه المعركة على حساب ما تعتبره مهما حقاً بالنسبة لك، وإذا كان هدفك لم يعد الفوز بهذه المعركة، أليس من السهل أن تتخلى فقط عن الحبل؟" (Monestèse & Millatte, 2011 ; p48).

- واجب المنزلي (ملء سجل الأفكار 3 أعمدة بعد تدريبيه على ذلك).

سجل الأفكار:

يهدف هذا التمرين إلى مساعدة الطفل على إدراك أفكاره، وانفعالاته وسلوكاته التفريق بينهما حيث يطلب من الطفل تسجيل بعض الواقف الضاغطة وانفعالاته.

الموقف	الأفكار	الانفعالات	السلوكات

- تلخيص الجلسة وتغذية راجعة عنها
الجلسة السادسة:

- تمرين الوعي التام (مسح الجسم).

تمرين مسح الجسم: «Balyage corporel»

يسمح هذا التمرين بالتركيز على التنفس، مع حساب الشهيق والزفير بهدوء ويسمح في وعي تام بمعايشة خبرة الإحساسات الجسدية المرتبطة بكل شهيق وزفير، التنفس يمثل معلم بسيط للرجوع إلى اللحظة الراهنة، خاصة إذا كانت الانفعالات قوية. إذا حضرت الطفل فكرة وهو يلاحظ تنفسه، عليه فقط ملاحظة هذه الفكرة و يتركها تذهب وتأتي مع التنفس (Monestés & al, 2011, p106).

- حوصلة الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي.

- العمل على المصنوفة مساعدة الطفل على التعرف على قيمه وضع أهدافه (من هو الشخص (الأشخاص) الذي تحبه، ما الشيء (الأشياء) الذي تحب فعله...).

- الواجب المنزلي (تمرين بوصلة الحياة).

تمرين "بوصلة الحياة": «la boussole de vie»

في الجزء الرئيسي في كل خانة كبيرة، أكتب بعض الكلمات المفتاحية تتعلق بكل ما مهم أو كل ما لديه معنى بالنسبة لك في مجالات الحياة هذه: من الشخص الذي تود أن تكون؟، ما الذي تود فعله؟، ...

إن كان هناك أي خانة تبدو أنها ليس لها صلة بك فهذا ليس مشكلا، دعها بيضاء وإن وجدت صعوبة في خانة ما يمكنك العودة إليها لاحقا. وإن ظهرت نفس الكلمات في العديد من الخانات أو في جميعها فهذا لا يطرح أي إشكال أيضا.

داخل المربعات العليا الصغيرة لكل خانة كبيرة، قم بالتنقيط على سلم من 0 إلى 10 أهمية هذه القيم في هذه اللحظة من حياتك (0 = لا توجد أهمية، 10 = أهمية كبرى)، ولا يوجد أي إشكال إن كان العديد من المربعات تحتوي نفس الدرجات. وأخيرا في الخانة السفلية الصغرى قم بالتنقيط على سلم من 0 إلى 10 كيف أنك تقوم بتطبيق هذه القيم فعليا بطريقة ملموسة (0 = ليس تماما (أبدا)، 10 = نعيشها بشكل تام (كلية)).

الآن قم بإلقاء نظرة شاملة حول ما قمت بكتابته، وما قلت انطلاقا من:

(1) ما هو مهم في حياتكم؟

(2) ما الذي تنساه عادة؟ (Harris, 2017, p124-125).

الصحة	

الدراسة	

العائلة	

الترفيه	

الأصدقاء	

الجانب الروحي (الديني)	

- تلخيص وتغذية راجعة
 - الجلسة السابعة:
 - حوصلة الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي.
 - تدريب الطفل على مهارات التفكيك المعرفي من خلال التمارين (لا تفعل ما تقول، أثر Stroop)، أرفع يدك).
 - لا تفعل ما تقول:
- يهدف هذا التمرين إلى جعل الطفل يتصرف باستقلالية عن أفكاره، يقوم المعالج بسلسلة من الحركات ويطلب من الطفل أن يقول بصوت مرتفع بعد كل حركة: "يجب..." بإكمال الجملة بالحركة التي فعلها المعالج ثم يقوم بحركة مخالفة لما يقول، مثل المعالج يجلس، الطفل يقول: "يجب أن أجلس" ويرفع يده. ثم يناقش المعالج ما الذي شعر به الطفل ويكون التمرين فعالاً من خلال العديد من الحركات (Monestés et al,2011,p87).

تمرين أثر (Stroop):

يظهر هذا الأثر عندما يحاول الطفل قراءة لون الحبر الذي يكتب اسم اللون بلون مخالف، مثلا: نكتب على ورقة كلمة أخضر ويكون لون الكتابة أحمر، هنا يدرك الطفل صعوبة عدم المثل لما يقوله ولكنه ممكن (Monestés & al, 2011, p88).

تمرين: ارفع يدك

هذا التمرين كذلك يتعلق بالتفكيك المعرفي، يطلب المعالج من الطفل في التفكير " لا أستطيع رفع يدي" بدون أن يقول شيء، ركب هذه الجملة: " لا أستطيع رفع يدي"، عندما تحضرك هذه الفكرة أشر لي برفع يدك" (Monestés et al, 2011, p88).

- الواجب المنزلي (تمرين الوعي التام الروتين اليومي).

اختر أي نشاط من روتينك اليومي الصباحي، مثل تنظيف أسنانك أو فمك أو الاستحمام. عندما تفعل ذلك، ركز تماما على ما تفعله: حركات جسمك، تذوقك، اللمس، الرائحة، بصرك، الصوت،... إلخ.

مثال: "عندما تدخل إلى الحمام (الدوش)، لاحظ أصوات الماء أثناء رشها من الأعلى وهي تصطدم جسمك أثناء وكيف تنساب مع جسمك وتختفي في فتحة مجرى الماء. لاحظ واستشعر درجة حرارة الماء، وإحساسك به وهو يتغلغل في شعرك، وعلى كتفيك، وكيف ينساب في رجلينك. لاحظ واستشعر رائحة الصابون والشامبو، وشعورك تجاه بشرتك. لاحظ مشهد قطرات الماء على جدران الحمام، والمياه التي تهطل على جسمك والبخار المتصاعد. لاحظ حركات ذراعيك وأنت تغسل أو تفرك باستخدام الشامبو.

عندما تحضر الأفكار (أيًا كانت)، اعترف بها ولا تصدها، ودعها فقط أن تكون وتتواجد، ووجه انتباهك إلى الحمام مرة أخرى. مرارا وتكرارا، انتباهك سوف ينفلت منك وينصرف. بمجرد أن تعي أن هذا قد حدث، اعترف به بلطف، لاحظ ما الذي صرف انتباهك، وحول مرة أخرى انتباهك إلى الحمام" (Harris, 2013, p249).

- تلخيص وتغذية راجعة

الجلسة الثامنة:

- حوصلة الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي.

- تحفيز الطفل على الالتزام باستخدام تمرين التقي بنفسك بعد 10 سنوات.

تمرين التقي بنفسك بعد 10 سنوات:

يتعلق هذا التمرين بالتغيير نظرتة والتي تحمله على تجاوز نتائج أفعاله على المدى القصير في سبيل الالتزام على المدى الطويل في اتجاه تقي أهدافه: "حاول أن تسافر في المستقبل، وتخيل نفسك بعد 10 سنوات، تخيل أنك التقيت بالشخص الذي ستكون بعد 10 سنوات، ما لذي تحبه أن يقوله هذا الشخص -أنت بعد 10 سنوات -لك، ما لذي تحب أن يشركك عليه؟، ما لذي تفضل أن تقوم به لأجله؟ ما لذي سيراه مهما له؟" (Monestés et al, 2011, p63).

- باستخدام المصفوفة تساعد الطفل وضع أهداف صحية وما هي السلوكيات التي تقربه إلى تحقيق هذه الأهداف.

- الواجب المنزلي (طلب من الطفل وضع خطة عملية للالتزام بالسلوكيات الصحية).

- تلخيص وتغذية راجعة.

الجلسة التاسعة

- حوصلة الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي.

- تمرين التعرض التخيلي.

تمرين التعرض التخيلي:

يهدف التمرين إلى جعل الطفل يتحمل المشاعر السلبية الناتجة في موقف يستدعي منه الاختيار بين الفعل وعدم الفعل حيث يطلب من الطفل أن تخيل قدر ما يتحمل «أنه في حفلة وأمامه مأكولات كثيرة، خاصة الحلويات كالشكولاتة، وكل أهله وأصدقائه يأكلون ويمرحون وهو أمام اختيار صعب . ما الذي يشعر به، ما الذي يفكر فيه، ما الذي سيفعله» ثم يطلب منه التنفس بعمق والتفكير في قيمة وأهدافه الصحية (Monestés & al, 2011, p63)

- تمرين الوعي التام (التنفس):

"أدعوكم إلى تركيز انتباهكم. يمكنكم التركيز على النفس من خلال فتحتي الأنف -تشاهدون كيف يدخل الهواء يدخل بشكل ناعم ويكون دافئا قليلا عند خروجه من جسدك. أو يمكنكم التركيز على النفس خلال البطن -تشعرون بها كيف ترتفع وتنخفض عندما يدخل الهواء أو يخرج من الجسد. ابقوا مركزين أحسن ما يمكنكم على تنفسكم، فقط لاحظوا كيف يدخل الهواء وعندما يغادر، يدخل ويخرج. إن تشوش ذهنكم فلا بأس بذلك، ببساطة أعيديوا تركيز انتباهكم إلى الهواء الداخل والخارج، شهيق؛ زفير. من الطبيعي أن تشوش أذهانكم وتديه في الأفكار؛ لا بأس بذلك- هذا فقط من

عمل العقل-عملكم هو فقط إعادة التركيز على التنفس في كل مرة تلاحظون أنكم تشوشتم. قولوا لأنفسكم هذا عمل جيد لأنكم لاحظتم ذلك وتابعوا ملاحظة تنفسكم".

- الواجب المنزلي (طلب من الطفل ملء جدول السلوك الصحي) مع مشاركة الولي في دعم وتحفيز الطفل.

جدول السلوك الصحي:

يهدف هذا التمرين تدريب الطفل على الاستقلالية في تسيير وإدارة مرضه، يطلب من الطفل ملء الجدول التالي بوضع رمز يختاره الطفل (نجمة، شمس، علامة +) إذا ألتزم بسلوكات صحية (تذكر مواعيد الأنسولين، التزام الحمية) و (علامة -، غيوم) إذا لم يلتزم بذلك، مع إشراك الولي في دعم تحفيز الطفل.

الأيام	قياس نسبة السكر	التزام بالحمية	حقن الأنسولين	ممارسة الرياضة
السبت				
الأحد				
الاثنين				
الثلاثاء				
الأربعاء				
الخميس				
الجمعة				

الجلسة العاشرة:

- حوصلة الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي
- تشجيع الطفل ودعمه على ما انجزه وتحفيزه على المواصلة
- تمرين رؤية المرأة بوعي تام.
- تمرين رؤية المرأة بوعي تام:
- يطلب من الطفل أن يتخيل نفسه أمام المرأة، ما لذي يراه؟، ما الذي يقوله على نفسه؟، ما الذي يشعر به؟
- تسجيل الأفكار والانفعالات على المصفوفة مساعدة الطفل على ملاحظة أفكاره، ومشاعره وسلوكاته.
- الواجب المنزلي (مواصلة ملئ الجدول السلوكي) مع ممارسة تمرين الوعي التام(تمرين الروتين اليومي).
- تلخيص الجلسة وتغذية راجعة.

الجلسة الحادي عشر:

- حوصلة الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي.
- تشجيع الطفل ودعمه على ما انجزه وتحفيزه على المواصلة.
- استعارة سقوط الحمار في قاع البئر.
- "في أحد الأيام، سقط حمار أحد المزارعين في بئر، دام أنين الحمار لساعات وكان في حالة يرثى لها. تساءل المزارع عما يجب فعله. أخيراً، قرر أن الحمار أصابته الشيوخوخة ولم يعد يصلح ويجب أن تختفي البئر على أي حال، لم يرى المزارع من فائدة وراء استعادة الحمار. إذا كان الحل الوحيد للمزارع للتخلص من الحمار العجوز وأنيته في سد للبئر وردمها. وعليه دعا جميع جيرانه للحضور ومساعدته.أخذ كل واحد من الجيران مجرفة وبدأوا كلهم في دفن الحمار في البئر. بعدها سمعوا الحمار وهو يصرخ بشكل رهيب.وفي خضم دهشة الجميع، كلما يرمون التراب داخل البئر يصرخ الحمار وعند توقفهم يصمت.
- بعد بضع مجارف، دخل المزارع إلى أسفل البئر واستغرب ما رآه هناك. حيث انه مع سقوط كل كمية من التراب على

الحمار، كان يقوم الحمارة بعمل منهل. كان يهز نفسه لإزالة التراب الذي يسقط على ظهره ثم يصعد فوقه. كان كما قام الجيران والمزارع بتجريف التراب على الحمارة، كلما هز نفسه وصعد عليه. بعدها، اندهش الجميع عند رؤية الحمارة وهو يخرج من البئر ويبدأ في السير على الأقدام" (<http://www.institut-repere.com>).

- تمرين الوعي التام (تمرين التنفس):
- تشجيع الطفل على مواصلة العمل بالجدول السلوكي مع ممارسة تمارين الوعي التام.
- تلخيص الجلسة وتغذية راجعة.

الجلسة الثاني عشر:

- مراجعة الاستراتيجيات المتعلمة خلال البرنامج العلاجي.
- تطبيق الاختبار البعدي لمقياس الرجوعية.
- تقييم البرنامج من طرف الطفل والولي.

2. النتائج:

1.2. نتائج العلاج بالتقبل والالتزام:

1.2.2. تقديم الحالات:

2.2.2. الحالة الأولى:

الطفلة "سندس" مصابة بمرض مزمن منذ ثلاث سنوات، تعاني من مرض السكري من النوع الأول منذ سن الثامنة، تم الكشف عن الإصابة أثناء إجراء فحوصات وتحاليل طبية من قبل طبيب عام، أين قامت الأم بتحويلها آنذاك بعد ملاحظة أعراض العطش المتكرر وكثرة التبول بلغ بها الحال إلى حصول تبول لاإرادي لم تعاني منه مسبقا، ترى الأم أن إصابة ابنتها راجعة إلى التوترات الحاصلة داخل الأسرة حيث تذكر الحادثة السابقة لمرض ابنتها التي تعرضت فيها أمينة للسقوط بعد مداومة من قبل أفراد الشرطة للبيت للبحث عن المخدرات التي كانت بحوزة أحد أفراد العائلة كونها عائلة ممتدة وذات مسكن عائلي ضيق حيث تشدد الوالدة على أن الأمر لا يحتمل ويؤثر على أطفالها وأمينة ضحية لذلك.

تكررت مثل هذه الأحداث كثيرا وكانت الحياة غير مستقرة تماما في هذه الفترة، لكن الحادث الأخير كان الصادم بالنسبة للطفلة ومفجر للمرض مع وجود سوابق مرضية داخل العائلة تعود إلى إصابة الجدة من جهة الوالدة مسبقا بالسكري.

تشكو الوالدة من عدم التزام طفلتها بالحمية الغذائية والاعتمادية المفرطة عليها في التحقق من مستويات السكري واستخدام حقن الأنسولين. فيما تؤكد "سندس" على التزامها وتقبلها للمرض مع وجود تجاوزات في بعض الأحيان تقوم أثناءها باستخدام الإجهاد والتعب كوسيلة تخفض من خلالها مستوى السكري ومن ثم تعويضه بالأكل المرغوب فيه، هذا ما يظهر عدم استقرار في قياسات السكري لدى "سندس" وبشكل خاص ارتفاع في نسبة السكر في الدم أثناء الفترات الصباحية.

علاقتها بالعائلة جيدة حيث تحظى "سندس" بدعم أسري ملائم خاصة من قبل الأم والتي تبدو كثيرة الانشغال فيما يخص مرض ابنتها فهي ملمة تماما بالمعلومات المرتبطة بالمرض.

غالبا ما تظهر "سندس" في حديثها تدمر من نظرة الآخرين نحوها واعتباره أمر مزعج لها يجعلها تفقد ثقتها بنفسها عند مقارنتها برفيقاتها في المقابل تظهر عدوانية في حديثها عن الأقران، كما يرافقها الشعور بالخجل والكره كونها مصابة بالسكري. والحديث عنه يثير لديها مشاعر التوتر والضييق.

تميل إلى كونها اجتماعية على حد قول الأم إلا أنها محدودة الصداقات على حد قولها، ومن جانب آخر فالمستوى الدراسي لـ "سندس" متوسط، يشير إليه أساتذتها بوجود مشاكل في التركيز والانتباه لديها إن سيرورة الجلسات سمحت لنا برصد مجموعة من المشكلات التي تخص الحالة "سندس" منذ الجلسات الأولى، ويمكن تلخيص هذه المشكلات في نقاط هامة تمثلت بداية في وجود إشكال يخص التعبير عن المرض وعدم الرغبة في الحديث عنه، وقد تم استخدام تقنيتي الرسالة والرسم كوسيلتين تحفيزيتين على التعبير إلا أن نقص التعبير واضح لديها بحيث عجزت عن ذلك، مع وجود صعوبة في قبول الحديث عن المرض واعتباره أمر عادي لا يمثل أي إشكال "مرضي أمر طبيعي، وما يستوجبه الأمر فقط أخذ حقن الأنسولين واتباع الحمية" حيث اتسمت العبارات بخلوها من المشاعر والأحاسيس وتأخذ شكل التفكير العملي يخص أحداث يومية من الحياة.

وبشكل عام ما يمكن استخراجه من الجلسات التي أجريت مع "سندس" أنها تعاني من بعض الأفكار المرتبطة بمرضها والتشوّهات المعرفية المهيمنة على تفكيرها وبالتالي فهي نتيجة لذلك تستخدم سلوكات خاطئة، نتيجة عدم وضوح القيم لديها، وغالبا ما تظهر التشوّهات المعرفية كأساس لهذه السلوكات والأفعال ويمكن ملاحظة أن سيطرة التشوّهات على فكر الحالة يجعل المريضة تعتقد اعتقادات تعسفية فيما يخص نظرة الآخر لها كمريضة بالسكري وسوء تقديرهم لها وبالتالي سوء تقديرها لذاتها، ولا تقتصر التشوّهات المعرفية على سلبيتها فقط بل اندماج الحالة معها بشكل تام وقبولها كأمر واقع وليس كأفكار. هذه الأفكار والمشاعر المتعلقة بالمرض هي خبرات مؤلمة بالنسبة للحالة ما يستدعي منها استخدام أساليب تجنبية غير فعالة للتخلص منها أو مقاومتها وكل هذا ينطوي على نقص في تقبل خبرة المرض.

وتكمن التشوّهات المعرفية في اعتقادات خاطئة وأفكار سلبية تمثل لها الحالة، وتعتبرها وقائع صحيحة وحقائقية وهي تتمثل لدى الطفلة "سندس" في نظرة الآخر لها، فمثلا الالتزامات الغذائية والدوائية تجعل المرض ظاهراً وقابل للاكتشاف من طرف الآخر والذي سيقومها حتماً بشكل سلبى نتيجة لذلك وبالتالي فالإصابة بمرض السكري أمر مخجل وينبغي عدم التحدث عنه. وتنتظم هذه التشوّهات في سيرورة مرضية يمكن أن تظهر في:

الإندماج المعرفي: تتمثل في الأفكار التي تستغرق فيها الحالة "سندس" وتندمج معها بحيث تربطها بشكل مباشر بمرضها: "تزعجني معرفة الآخرين لي بأني مصابة بالسكري، لا أحب ذلك"، "أحب تناول الكثير من الأطعمة لكن مرضي يمنعني من ذلك"، "لا أحب الحديث مع الفتيات أشعر أنهم يكونون لي الكراهية والغيرة (...). لدي صديقة واحدة فقط أتحدث معها"، "أحس بالخجل والخزي لأنني مريضة".

التجنب الخبراتي: تسلك "سندس" بعض الأساليب والسلوكات التي تظهر كسلوكات تجنبية تهدف لعدم التعرض لخبرات المرض والمشاعر المرتبطة به وتجعلها في مأمن من مواجهته:

أمقت مرض السكري ولا أحب الحديث حوله"، "لا أحب معرفة أي شيء عنه".

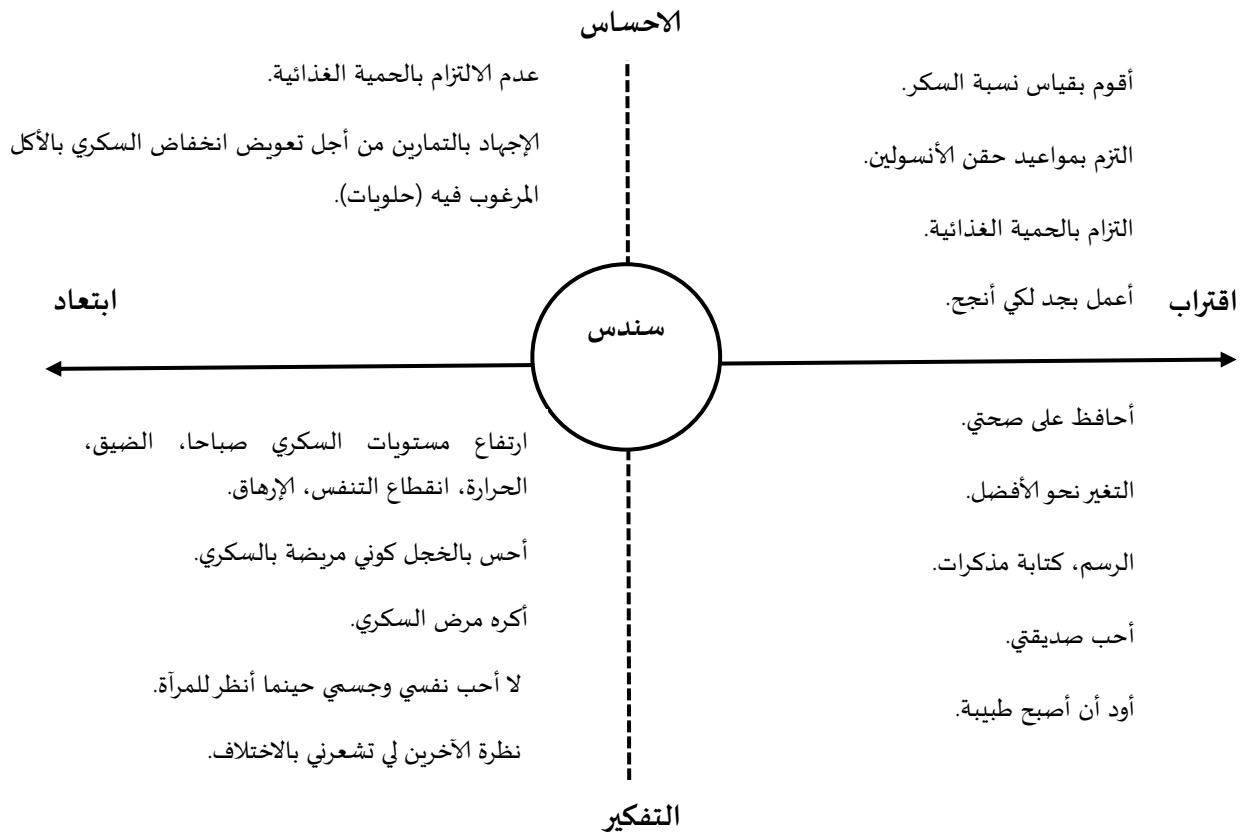
عدم وضوح القيم: انتهاج السلوكات التجنبية تضع الحالة في تعارض مع قيمها ويغلب عليها عدم الوعي بقيمها الخاصة وتسلك اتجاه الابتعاد بدلا من الاقتراب من القيم وبالتحديد السلوكات الصحية:

"أمي هي من تأخذ قياسات السكري وتذكرني بمواعيد الأنسولين"، "أحيانا أجهد نفسي بالرياضة لأتمكن من الاستماع بالشكولاتة عندما تنخفض نسبة السكري لدي".

الذات المتصورة: في حالة الاندماج مع الأفكار المبنية حول المرض بشكل سلبي تعطى تقييمات سلبية للذات، وتشير الأفكار الموجودة لدى "سندس" إلى ربط هويتها بالمرض في صورة سلبية:

" لا أحب أبدا مظهري أمام المرأة"، "لا تعجبني نفسي".

مع سيرورة العلاج وبالعمل على مشكلات الحالة التي سبق ذكرها توصلنا مع المشاركة "سندس" إلى التعرف على أفكارها ومشاعرها حول المرض والتعبير عنها وتقبلها، تحديد القيم وتوضيحها والتزام سلوكات تقربها من قيمها وهذا يمكن توضيحه من خلال المصفوفة المستخدمة في العلاج بالتقبل والالتزام والتي تتضمن:



3.2.2. الحالة الثانية:

تبلغ "سارة" 11 سنة، مستوى 1 متوسط، تعاني من مرض السكري من النوع الأول، أصيبت به منذ سنة (حادثة المرض)، تربط كل من "سارة" ووالدتها سبب المرض بصدمة وفاة الجد وتعرض البيت للسرقة كحادثة رئيسية سبقت المرض.

تم الكشف عن السكري أثناء فحص للبول إثر ظهور أعراض كثرة التبول، العطش شرب المياه بكثرة، تبين فيما بعد وجود ارتفاع في نسبة السكر فتم استشفائها لعدة أيام بمفردها دون تواجد الأم – لظروف خاصة -الأمر الذي ترك أثر لدى الحالة (كره للمستشفيات).

سارة طفلة هادئة، خجولة، هزيلة، صداقات قليلة، نسبة من الانطواء، كتومة. متوسطة في الدراسة مع تراجع في الثلاثي الثاني مقارنة بالابتدائي.

تحدث "سارة" بصوت خافت ونبرة متقطعة عن ردة فعلها عند السماع بالمرض أنها شعرت بخوف مجهول ورغبة في البكاء وتغير المزاج فيما بعد (الحالة النفسية قلق بعد الإصابة بالسكري).

تتكتم "سارة" عن مرضها، وتتجنب غالباً الأكل أمام زملاء الدراسة، لأنها تشعر بالخجل خاصة من سخريّة الآخرين لها، إلى جانب ذلك فهي ترى أن الحمية الغذائية أمر مزعجة لها خاصة أنها تعاني أيضاً من حساسية الغلوتين حيث يتطلب منها الأمر حمية صارمة ما يجعلها تشعر بالتقيد، ويزداد الأمر حينما تقارن نفسها بباقي أفراد العائلة ويتضح في حديثها أيضاً شعورها بأنها غير محبوبة وبحكم أنها الأكبر ضمن إخوتها فهي غير مهتم بها من قبل العائلة وتصرح أن الكل يذكرها بمرضها كنوع من اللوم، يدفعها الأمر إلى عدم الالتزام بالحمية الغذائية في بعض الأحيان بينما تلتزم بمواعيد الأنسولين والتحقق من مستويات السكري. ومن جهة أخرى تكونت لديها اتجاهات سلبية نحو الأم، حيث تشير إليها على أنها تحملها ما يفوق سنّها، وأنها منشغلة عنها تماماً خاصة مع المولودين الجديدين، حديث الأم يشير إلى وجود تعارض في التفكير الخاص بسارة ووالدتها حيث تتأكد الأم من جعل سارة تأخذ وجباتها في الوقت المناسب بينما تدرجه سارة كنوع من الإهمال والكره بسبب المرض.

المقابلات التي تمت مع المشاركة "سارة" سمحت لنا باستخراج بعض النقاط المهمة التي تفيد في التعرف على توجهات المريضة نحو مرضها والمشكلات المصاحبة، ومن ضمن الإشكاليات الأساسية يمكن الحديث عنها وجود نوع التكتم فيما يخص المرض وخجل في الحديث عنه "من العيب التحدث عن مرض السكري"، سخريّة الزملاء في القسم منها تدفع إلى نوع من الانطوائية والانعزال وتحاول تجنب الاختلاط مع الزملاء، خجل وعدم الثقة في الذات تظهر في نبرة صوتها وطبيعية حديثها كل ذلك لأنها تربط ذاتها بالمرض وتجعله مرجعية لها في الحكم على الأشخاص وعلى الأحداث وغالباً ما تنطوي هذه المشكلات عن وجود تشوهات معرفية والتي غالباً ما يشترك فيها الأشخاص المصابون بالسكري بحكم أن المرض يمس الجانب المعرفي للفرد وهي تقريبا نفس المشكلات الموجودة لدى الحالة "سندس" أيضاً، والتي يمكن أيضاً توضيحها في عمليات مرضية مشابهة يركز عليها العلاج بالتقبل والالتزام والتي تتمثل لدى الحالة "سارة" في الأفكار السلبية التي تتمحور حول ضرورة إخفاء المرض عن الجميع لأنه في نظرها يمثل نقص واختلاف عن الآخر

إلى جانب سيطرة فكري أنها غير محبوبة من طرف الجميع و أن جميع زملائها يسخرون منها بسبب إصابتها بالسكري، يمكن إدراج هذه التشوهات المعرفية فيما يلي:

الاندماج المعرفي: غالبا ما ترتبط الأفكار التي يتم الاندماج معها بالتوقعات والتقييمات، ويظهر التقييم لدى "سارة" كفكرة مهيمنة ومندمج معها بشكل تام تمنعها من التوجه نحو القيم الصحية والعلائقية والشخصية:

"إنه من العيب الحديث عن مرض السكري".

أو الاستحضار اللفظي لصدمة السكري فتعود نفس المشاعر الموجودة في خبرة المرض في المرة الأولى حيث تعبر عنها "سارة" بـ: "أمقت مرض السكري وأخافه".

التجنب الخبراتي: تتجنب "سارة" الأنشطة المرتبطة بالمرض لإخفاء مظاهر مرضها وتجنب فكرة الاختلاف عن الزملاء، الأمر الذي يجعلها تتجه نحو إدارة سيئة للسكري وزيادة خطر المضاعفات، تجنب الاحتكاك بزملائها والانسحاب حيث تفضل البقاء وحدها في الحجره أثناء فترة الراحة.

"أخجل من تناول الوجبة في القسم أمام زملائي".

الذات المتصورة: تقوم "سارة" بوضع تقييمات سلبية للذات واندماجها مع الصورة المكوّنة بحيث تدرجها كذات حقيقية، تنتهي بها هذه التقييمات إلى سوء تقدير الذات وفقدان الثقة في النفس:

"لا أحب أي شيء يتعلق بي عندما أنظر للمرأة"، "دائما ما يسخر مني زملائي عندما أضطر تناول وجبتي لأنني مريضة (...). فزميلتي تنعتني بذات السكري"، "أنا بشعة". "أنا لا أجد الدراسة".

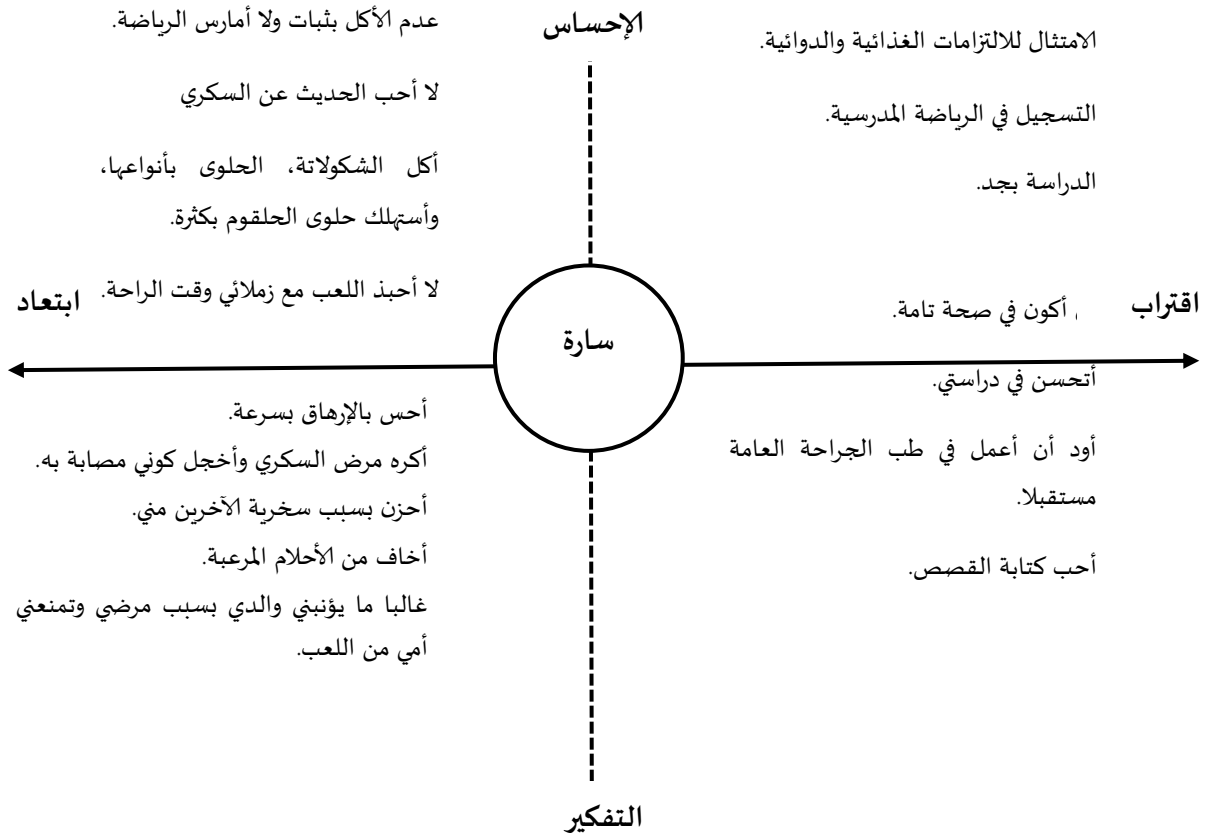
فقدان الاتصال باللحظة الراهنة: إن الاستغراق والاندماج مع كل الأفكار السابقة أدت بالحالة "سارة" إلى فقدان الوعي بالحاضر ففكرة الانشغال بالمستقبل والتخوف من مضاعفات المرض تسير بها نحو القلق المستمر حول أشياء لم تحدث بعد:

"أخاف أن يتم بتر قدمي عندما يرتفع مستوى السكر لدي وأبقى وحيدة في المستشفى".

عدم وضوح القيم: إن الاندماج مع فكرة التكتّم عن المرض والتجنب الأنشطة المرتبطة بالمرض تجعل القيم غير محددة وغير مستهدفة ويدخلها في نوع من الغموض وعدم الوضوح وهي الطريقة التي تعتمد عليها "سارة" بحيث لم تعد القيم الصحية دليل موجه لها:

"كثيرا ما أتناول الكعك دون أن تعلم أمني بذلك"، "أتجنب الاختلاط مع زملائي وقت الراحة"، "غالبا ما استهلك الحلوى كثيرا".

إن أسلوب التكتّم المتبع من قبل "سارة" وعدم القدرة عن التعبير في البداية جعل من الأنسب استخدام المصفوفة كوسيلة لفك الانسداد، حيث عملت المصفوفة على إبراز النقاط التالية:



4.2.2. الحالة الثالثة:

"علي" مريض بداء السكري يبلغ من العمر 14 سنة، يعيش ضمن أسرة متكونة من 5 أفراد الأب و4 أبناء، 3 ذكور وبنات ويحتل علي الرتبة الثانية من بين إخوته. ولد في ظروف عادية، نمو طبيعي، وكذلك الطفولة والمتمدرس وكانت النتائج في المرحلة الابتدائية حسنة على العموم.

تعيش الأسرة في وضع اقتصادي حسن يعمل الأب مخبري في صيدلية خاصة يبلغ 53 سنة، الأم متوفية منذ 3 سنوات بعد مرض سرطان الثدي عن عمر يناهز 43 سنة، توقفت الأخت الكبرى عن الدراسة في السنة 3 ثانوي وهي التي تقوم بشؤون المنزل بعد وفاة الأم، توقف الأخ الأكبر كذلك عن الدراسة في السنة 2 ثانوي.

عند بلوغ سن العاشرة أصيب "علي" بالحالة بمرض السكري الذي أعلن عنه الطبيب العام بعد إجراء الفحوصات اللازمة حيث بلغت نسبة السكر 3 غ وتم استشفائه لعدة أيام بالمستشفى.

يتذكر "علي" ظهور أعراض السكري مباشرة بعد تعرضه إلى حادث قبل مرضه والذي شكل في نظره موقف مرعب تمثل في هطول مطر غزير ورعد قوي أصيب أثناءه بخوف شديد ورعب كونه كان وحيداً ومع حلول الظلام.

يدرس علي حاليا في السنة 1 متوسط بعد إعادتها للمرة الثانية، مستواه الدراسي متدني حيث أنه تحصل على معدل 7 من 20 في الثلاثي الأول والثاني.

لا يحب الحديث عن مرضه وينزعج لتساؤلات أصدقائه حول الموضوع، ويحاول أن يتناساه تماما في أغلب الأوقات بحيث لا يهتم لأمر الحمية الخاصة بالسكري، ولا يسعى للحرص على الأمر ماعدا القياسات الروتينية وحقن الأنسولين اليومية.

بالنظر إلى سير الجلسات مع الحالة "علي" يبرز المشكل الأساسي له في كونه طفل مثبّط تبدو عليه علامات الحيرة، الأعين مفتوحة بشكل متسع، تحريك رأسه وتغيير اتجاهات النظر، لا يقول أي كلمة، بالرغم من كل محاولاتنا لكسر المقاومة يستجيب أحيانا من خلال ابتسامة أو إشارة بالرأس أو إجابات مختصرة نعم/ لا، وفوق كل ذلك فقد استخدم الرسم كوسيلة للمقاومة حيث كان يسعى لتجاهلنا من خلالها، ومع تقدم الجلسات بدأ تدريجيا في الحديث عن بداية ظهور أعراض السكري والالتزامات اليومية كالقياسات وأخذ حقن الأنسولين والأحداث اليومية المحيطة بالمدرسة والعائلة مع وصف خالي من المشاعر تماما. لاحقا ومع تطور العلاقة العلاجية وبناء علاقة الثقة سمح لنا الأمر باستخراج الأفكار السائدة والتي تعبر عن وجود أفكار خاطئة تحكم سلوكيات الحالة وتوجهها إلى نوع من الجمود والذي يتضمن مجموعة من الأفعال غير المجدية وغير الهادفة ذات الدافع التجنبي والنظرة السلبية، تتحدد هذه التشوهات لدى الطفل "علي" في التعميمات التي تشير إلى عدم القدرة على النجاح والاندماج في الأنشطة بسبب المرض، والتخوف من تقييمات الأقران فيما يخص القدرة الجسدية، وتطلعات مستقبلية سلبية. يمكن التفصيل في هذه النقاط عبر العمليات التالية:

الاندماج المعرفي: تظهر بوضوح الأفكار التي يندمج معها "علي" في شكل مقارنات مع الأقران تدفع به إلى عدم قبول فكرة المرض واستمرارية المشاعر والأفكار المؤلمة، وعدم القدرة على التخلص منها واجترارها مع كل موقف:

"لما أنا مختلف عن أصدقائي، فهم أصحاء"، "أحس أنني مقيد ولا أستطيع فعل أشياء كثيرة مثلما يفعل أصدقائي".

التجنب الخبراتي: فكرة التعب الجسدي أثناء ممارسة الرياضة كعرض ظاهر للسكري فكرة غير مرغوبة فيها من قبل "علي"، وكمحاوله للمقاومة ومواجهة الخبرة يحاول تعويضها ببديل يغطي أثر التعب بالتظاهر بالانشغال بأمر أخرى، كنوع من التجنب الخبراتي ما يجعله يستنزف طاقة أكثر في مواجهة الأمر على حساب التزاماته وقيمه:

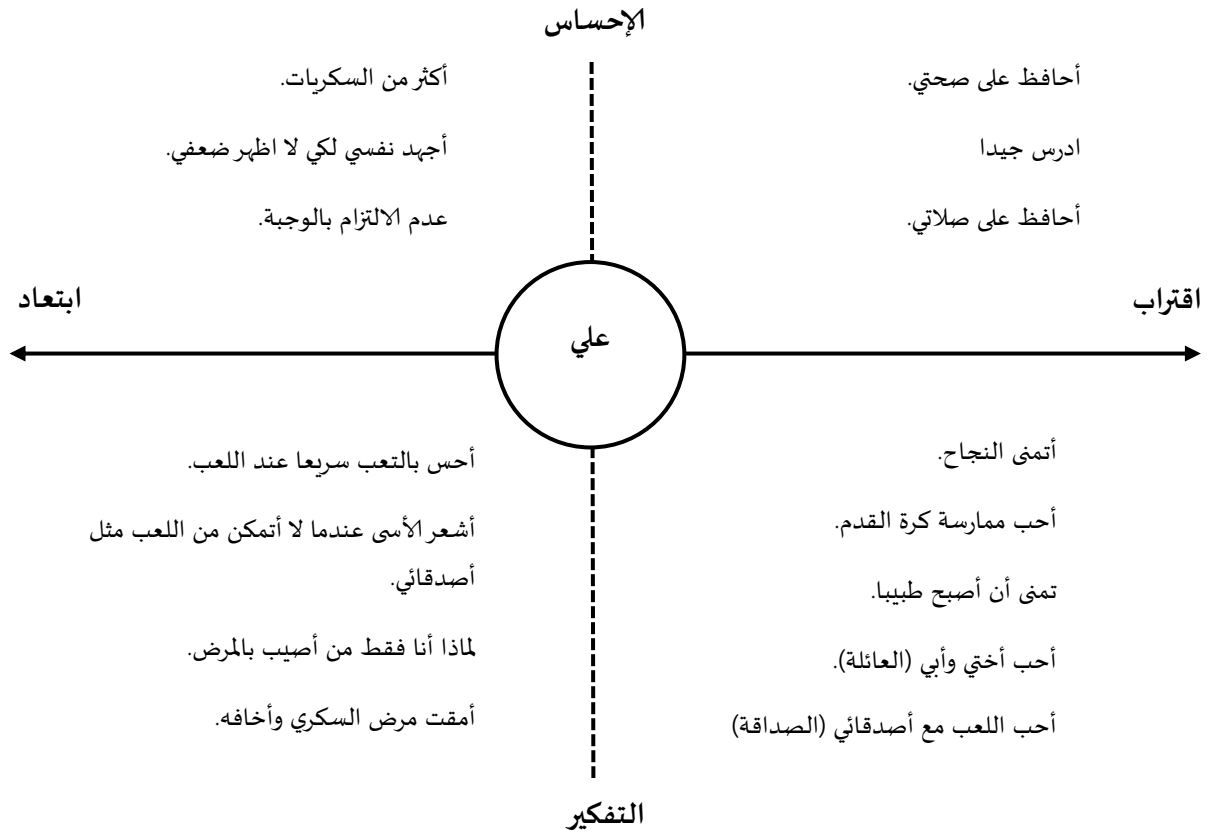
"أتعب سريعا عند ممارسة الرياضة ولا أحب أن يشاهدني أصدقائي وأنا كذلك، أشغل نفسي بأمر آخر".

عدم وضوح القيم: عدم قبول خبرة المرض يؤدي بشكل تلقائي إلى عدم وضوح القيم، فعدم التقبل غالبا ما يدفع إلى المقاومة من خلال استخدام آليات غير مجدية وغير فعالة، تزيح التركيز عن القيم إلى التركيز على وسائل مؤقتة للتخلص من الألم، والأمر ينطبق هنا على "علي" حيث يعمل على نسيان المرض من خلال تجاوز الحمية، الأمر الذي يجعل القيم الصحية غير واضحة:

"غالبا ما يذكروني في البيت بالتقليل من الحلويات".

فقدان الاتصال باللحظة الراهنة: من بين القيم الحالية لـ "علي" ممارسة الرياضة إلا أن الاندماج مع الأحكام المسبقة يجعله يخرج عن إطار اللحظة الحاضرة نحو تصورات مستقبلية سلبية غير واقعية، وربط الهوية بالمرض.

"لا أستطيع المشاركة في فرق الرياضية، فهم لن يقبلونني ضمن الفريق لأنني مريض بالسكري".
و من خلال المصفوفة نستنتج النقاط التالية:



3.2. نتائج المقاييس:

1.3.2. نتائج مقاييس الرجوعية:

الجدول 1: نتائج المشارك الأول (سندس) على مقياس الرجوعية:

الدرجة الكلية	البعد الديني	المساندة الاجتماعية	المشاعر الإيجابية	التحكم في الانفعالات	الكفاءة الذاتية	البعد / الدرجة
63	4	5	16	12	26	القياس القبلي
77	4	7	18	20	28	القياس البعدي

تظهر النتائج على سلم الرجوعية للمشارك الأول "سندس" في القياس القبلي درجة فوق متوسط (100/63) وبالنسبة للقياس البعدي درجة جيدة (100/77).

الجدول 2: نتائج المشارك الثاني (سارة) على مقياس الرجوعية:

الدرجة الكلية	البعد الروحي	المساندة الاجتماعية	المشاعر الإيجابية	التحكم في الانفعالات	الكفاءة الذاتية	البعد الدرجة
59	3	8	13	12	23	القياس القبلي
67	3	8	14	16	26	القياس البعدي

تظهر النتائج على سلم الرجوعية للمشارك الثاني "سارة" في القياس القبلي (100/59) درجة متوسط وبالنسبة للقياس البعدي (100/67) درجة حسنة.

الجدول 3: نتائج المشارك الثالث (علي) على مقياس الرجوعية:

الدرجة الكلية	البعد الروحي	المساندة الاجتماعية	المشاعر الإيجابية	التحكم في الانفعالات	الكفاءة الذاتية	البعد الدرجة
46	6	4	9	10	17	القياس القبلي
67	4	4	14	16	29	القياس البعدي

تظهر النتائج على سلم الرجوعية للمشارك الثالث "علي" في القياس القبلي (100/46) درجة ضعيفة وبالنسبة للقياس البعدي (100/67) درجة حسنة.

2.3.2. نتائج مقياس الألكسيثيميا:

الجدول 1: نتائج المشارك الأول (سندس) على مقياس الألكسيثيميا:

الدرجة الكلية	التفكير الموجه نحو الخارج	صعوبة التعرف على المشاعر	صعوبة وصف المشاعر	البعد الدرجة
62	27	24	11	القياس القبلي
55	30	14	11	القياس البعدي

تظهر النتائج على سلم الكسيثيميا للمشارك الأول " سندس " في القياس القبلي (100/62) الكسيثيميا عالية بالنسبة للقياس البعدي (100/55) الالكسيثيميا متوسطة،
الجدول 2: نتائج المشارك الثاني (سارة) على مقياس الالكسيثيميا:

الدرجة الكلية	التفكير الموجه نحو الخارج	صعوبة التعرف على المشاعر	صعوبة وصف المشاعر	البعد / الدرجة
59	23	23	13	القياس القبلي
63	31	15	17	القياس البعدي

تظهر النتائج على سلم الكسيثيميا للمشارك الثاني " سارة " في القياس القبلي (100/59) الالكسيثيميا عالية بالنسبة للقياس البعدي (100/63) الالكسيثيميا عالية،
الجدول 3: نتائج المشارك الثالث (علي) على مقياس الالكسيثيميا:

الدرجة الكلية	التفكير الموجه نحو الخارج	صعوبة التعرف على المشاعر	صعوبة وصف المشاعر	البعد / الدرجة
61	29	19	13	القياس القبلي
65	27	23	15	القياس البعدي

تظهر النتائج على سلم الالكسيثيميا للمشارك الثالث "علي" في القياس القبلي (100/61) الكسيثيميا عالية بالنسبة للقياس البعدي (100/65) الالكسيثيميا عالية،

3. مناقشة:

يكمن الهدف الرئيسي في هذا البحث في تقييم مدى فعالية بروتوكول العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الرجوعية لدى أطفال السكري، حيث وضعنا الفرضية التالية:

يساعد العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الرجوعية لدى أطفال السكري وعليه سنقوم بمناقشة الفرضيات الجزئية على ضوء النتائج المتحصل عليها بفرضية:

بالنسبة للفرضية الجزئية الأولى: العلاج بالتقبل والالتزام يحسن قدرة التحكم في الانفعالات لدى أطفال السكري

من خلال العمل مع المشاركين عبر مسار الجلسات لمسنا وجود تحسن نسبي في قدرتهم في التحكم في انفعالهم و قد يرجع هذا التحسن إلى برتوكول ACT وذلك من خلال التقنيات المستخدمة على محور التقبل حيث ساعدت الاستعارات المشاركين في استيعاب عدم جدوى السلوكيات التجنبية التي يستخدمونها هروبا و انكارا للمرض حيث لاحظنا خلال الجلسات تجاوب المشاركين مع محتوى الاستعارات و ساعد لعب الدور تجسيد ذلك في الواقع كما ساعدت المصفوفة أن يلاحظ المشاركون سلوكياتهم التجنبية و كيف تبعدهم عن قيمهم و أهدافهم في الحياة بالإضافة إلى ذلك سمحت لهم التمارين بالتدرب على رصد تلك السلوكيات كما يؤكد كوترو (2014) فإن تمارين الوعي التام ساعدت المشاركين على تطوير هذه القدرة من خلال تقبل المشاعر والخبرات المؤلمة و التصالح مع الذات و قبول الانفعالات و ليس الهروب .

كما تتفق دراستنا مع دراسة Shayeghian (2016) الذي تعتبر أن الانفعالات تؤثر على الناحية الجسدية لمريض السكري وأن العمل على تعديل الانفعالات من خلال العلاج بالتقبل والالتزام يؤدي إلى إدارة جيدة للمرض على استقرار مستوى السكر في الدم، حيث يرى كل من صلاح الدين الضامن، قاسم سمور(2017) والحويان، داود(2013) توافقا ودراستنا أن تحسن البعد الانفعالي يسمح بتقييم رجوعية إيجابية.

بالنسبة للفرضية الجزئية الثانية: العلاج بالتقبل والالتزام يحسن قدرة الكفاءة الذاتية لدى أطفال السكري:

من خلال مراحل العلاج تبين وجود تطور طفيف في الكفاءة الذاتية لدى المشاركين حيث سمح برتوكول ACT من خلال العمل على المحاور: الذات كسياق والاتصال باللحظة الراهنة والقيم والالتزام ومن خلال المصفوفة والتمارين والاستعارات المقدمة للأطفال أن يدركوا قيمهم في الجانب الصحي حيث تشير دراسات (Hayes & al, 2004 ; Monestès & Villatte,2011 ; Harris,2013 ; jean-Christophe,2017) بأن اكتساب السلوكيات الصحية كالالتزام بالحمية الغذائية والاستقلالية في مراقبة مستوى السكر في الدم وأخذ حقن الأنسولين يتم التوصل إليه إنطلاقا من إدراك المشاركين لقيمهم وهذا ما يميز ACT عن العلاجات الأخرى حيث يكون تغيير السلوك بمرونة

كما تتفق نتائجنا مع الدراسات كل من (2015) Mousa Moazzezi & al و (2007) Gregg، و (2016) Shayeghian التي ثمنت فكرة أن العلاج بالتقبل والالتزام يؤدي إلى زيادة في الفعالية الذاتية في الجانب الصحي لدى مرضى السكري النوع 1، لمرض السكري النوع 2.

بالنسبة للفرضية الجزئية الثالثة: العلاج بالتقبل والالتزام يحسن قدرة التعرف على المشاعر لدى أطفال السكري.

نلاحظ من خلال النتائج على مقياس الالكسيثيميا تحسن طفيف عند المشاركتين 1 و2، ويرجع هذا التحسن إلى الممارسة النشطة لتمرين الوعي التام الذي يعتبرها كل من (Crane,2009; Rollet, 2013; Greco & Hayes (2014),Cottraux,2008، أنها تساعد الفرد على التمييز بين الأحاسيس الجسمية والأفكار والمشاعر كما نلاحظ أن التحسن عند المشاركتين حدث لاندماجهما في التمارين وتطبيقها في المنزل على عكس المشارك 3 الذي يدخل في التمرين بصعوبة نوع ما ويتطلب منه التطبيق وقت أطول حتى يكتسب هذه القدرة.

بالنسبة للفرضية الجزئية الرابعة: العلاج بالتقبل والالتزام يحسن قدرة التعبير على المشاعر لدى أطفال السكري.

بالرغم من أننا لم نسجل تغيير في النتائج الكمية بالنسبة لبعده الصعوبة على التعبير إلا أننا مع سير الجلسات و تقدمنا في العمل مع المشاركين لاحظنا تغيير بالنسبة للتعبير عن مشاعرهم حول المرض حيث كانت أحاديث المشاركين في المقابلات الأولى عملية خالية من كل عاطفة "أخذ حقن الأنسولين"، "لا أكثر من السكريات"، "أذهب دوماً عند الطبيب" ومع التقدم في الجلسات بدأوا يصرحون لنا بكرههم للمرض وبمشاعر الحرمان المتعلقة ببعض المأكولات وبعض النشاطات، بملاحظات الأهل ... وقد يرجع ذلك إلى الوسائل والتقنيات المستعملة كالمصفوفة التي ساعدت المشاركين من خلال كتابة مشاعرهم في البطاقات ووضعها في العلب وقد تكون منحتم الشعور بالأمان والخصوصية.

مما سبق عرضه نلاحظ أن المشاركين اكتسبوا مهارات التعرف على مشاعرهم وأحاسيسهم المؤلمة والتعبير عنها وتقبلها والتخلي عن السلوكيات الغير مجدية وبدأوا يتحكمون في انفعالاتهم كما أن ادراكهم لقيمهم ساعدهم في البدء في اكتساب السلوك الصحي مما يشعرهم بالاستقلالية ويمنحهم الثقة في النفس والشعور بالكفاءة الذاتية، فقد ساعد العلاج بالتقبل والالتزام المشاركين على الانفتاح على خبراتهم الداخلية وتقبلها ووسع من سجل سلوكياتهم واستجاباتهم بحيث طور المشاركون استراتيجيات متنوعة لمواجهة المواقف الضاغطة، وأكسبهم نظرة تفاؤلية على المستقبل وهنا نلمس التحسن في الرجوعية لديهم هذا ما تشير إليه النتائج المتوصل إليها في سلم الرجوعية.

وتتوافق هذه النتيجة مع الدراسات صلاح الدين الضامن، قاسم سمور (2017)، علا عبد الكريم الحويان، نسيمه علي داود (2013) و دراسة (2001) Robert & Lori, Esther و (2005) Siobhan & Emma, Dorota من حيث أن الرجوعية قدرة يمكن تطويرها وتحسينها وإن اختلفت طرق التدخل وهذا يوافق رأي الباحثين في هذا المجال (Rutter, 1985 ; Gilligan, 1997 ; Cyrulnik, 1999 ; Vanistendael & Lecompte, 2000 ; Anaut, 2003 ;...)

وهكذا نقول أن الفرضية العامة محققة حيث أننا توصلنا من خلال هذه الدراسة إلى أن العلاج بالتقبل والالتزام فعالاً في تحسين الرجوعية لدى الأطفال المصابين بداء السكري، ولكن تبقى الحاجة إلى إجراء دراسات شبه تجريبية مضبوطة مع عينة كبيرة للتأكد أكثر من فعالية هذا العلاج الجديد.

الخاتمة

الخاتمة:

إن السكري مرض خطير ويتطور في صمت، فمع مرور الوقت، يمكن لمضاعفات السكري من النوع 1 أن تؤثر على الأعضاء الرئيسية في الجسم، بما في ذلك القلب والأوعية الدموية والأعصاب والعيون والكلية، ويفيد الحفاظ على مستوى الطبيعي للسكر في الدم في التقليل بشكل كبير من خطر حدوث العديد من المضاعفات وهذا الأمر ليس بالهين، فهو يضع المصابين به أمام تحديات كبيرة ويفرض عليهم أسلوب حياة خاص، ووجود طفل حامل لهذا المرض فهي معاناة مضاعفة على الطفل والأسرة ككل، وهنا تُطرح مشاكل التكيف.

وإذا لم تحل تلك المشاكل في السنوات التي تلي التشخيص فهناك ارتفاع في احتمال حدوث تكيف سيئ مع مرض السكري، وتتمثل هذه مشاكل في احترام النظام الغذائي، ضعف في ضبط نسبة السكر في الدم واستمرار الصعوبات النفسية وهذا ما يضاعف تأثيرات المرض الجسدية. ويمكن أن يكون للتوتر، انعدام التفاعل الاجتماعي والأسري، والأفكار الخاطئة حول طبيعة مرض السكري آثار سلبية على العلاجات الذاتية وضبط نسبة السكر في الدم. ولهذا فإن هذه الدراسة تقدم نظرة جديدة في طريقة التكفل بمرضى السكري خاصة الأطفال والمراهقين من خلال العمل على تطوير قدرات الطفل ومهاراته واستغلال إمكاناته الداخلية والخارجية من أجل تحسين قدرة الرجوعية لديه لمواجهة المرض وتقبله والنمو والتطور والعيش بأفضل حال، مقدمين بذلك أداة سهلة وعملية وفعالة مع الأطفال والمراهقين وهي العلاج بالتقبل والالتزام الذي يسمح للطفل على الانفتاح على خبرات المرض المؤلمة وتقبلها والمضي الأمام وفق القيم التي تعطي معنى لحياته.

التوصيات والاقتراحات:

من خلال هذه الدراسة لمسنا حاجة كبيرة للأطفال وأولياءهم للتكفل النفسي من أجل مساعدتهم على تحمل الضغوط المتعلقة بالمرض والتكيف معه ولهذا نقترح:

- أن يطبق هذا البرنامج في إطار علاجي ووقائي للأطفال السكري سواء على مستوى وحدات الطب المدرسي أو في المستشفيات بطريقة فردية أو جماعية.
- أن يطبق كذلك في إطار التربية العلاجية وتثقيف المرضى السكري خاصة في الأيام الأولى من الإصابة.
- أن يطور هذا البرنامج ليوجه إلى أولياء الأطفال المصابين من أجل مساعدتهم على تقبل مرض أبنائهم وتقديم الدعم المناسب لهم.
- أن يطور هذا البرنامج ليوجه إلى مرضى السكري الراشدين لضمان تكيف حسن مع المرض.
- أن يطبق هذا البرنامج مع أطفال مصابين بأمراض مزمنة أخرى
- أن تكون هناك دراسات وأبحاث حول العلاج بالقبل والالتزام في مجالات صحية أخرى.

قائمة المصادر

والمراجع

المراجع:

1. المراجع العربية:

- إبراهيم عثمان، أ وكامل الشربيني، ا. (2015)، فعالية التدريب في تحسين التجهيز الانفعالي لدى طلاب التربية الخاصة بكلية التربية المتدربين بالفصول الملحقة بالمدارس العادية بمدينة الطائف؛ مجلة كلية التربية، جامعة بورسعيد
- الحويان علا عبد الكريم، نسيمه علي داود (2015)، دراسات، العلوم التربوية، المجلد 42، العدد 2.
- الضامن صلاح الدين، سمور قاسم(2017). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض العجز المتعلم وتحسين المرونة النفسية لدى الأطفال المساء إليهم في المدارس الحكومية في لواء بني كنانة، المجلة الأردنية في العلوم التربوية.
- بدر، م. (2017). التشوهات المعرفية وعلاقتها بضبط الذات؛ كلية الآداب-جامعة القادسية.
- بكري، ن. (2012). أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأمراض النفسية للسكريين المراهقين. أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة باتنة.
- بلغالم، م. (2017). بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي لخفض نوبات الهلع عند المصابين بفوبيا الأماكن المفتوحة، أطروحة دكتوراه تخصص تقنيات وتطبيقات العلاج النفسي، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان.
- بن سعد الحميد، م.(2008). داء السكري أسبابه ومضاعفاته وعلاجه، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر، الرياض.
- فاسي، أ. (2016). الاكتئاب الأساسي والألكسيثيميا لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف 2.
- فاسي، أ. (2011). الصدمة النفسية وسيرورة الجسدية، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، العدد 11، 134، 144. <http://revues.univ-setif2.dz/index.php?id=594>
- طالب، ح. (2014). الذكاء الوجداني وعلاقته بكل من إجهاد الشفقة والجلد لدى الأخصائيين النفسانيين العياديين الممارسين، أطروحة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، جامعة سطيف 2.
- مجذوب. (2003). طرائق ومنهجية البحث في علم النفس، ط1، شركة المطبوعات للنشر والتوزيع، بيروت.

2. المراجع الأجنبية:

- Aljendi, N. (2015). Traumatisme psychique et Symbolisation Cas des victimes de guerre en Irak. Thèse du doctorat en psychologie sociale. Université Lumière Lyon 2
- Anaut, M. (2009). La relation de soin dans le cadre de la résilience. « *Informations sociales* » 2009/ 6 (n° 156). pp70 – 78. <https://www.cairn.info>
- Anaut, M. (2005). le concept de résilience et ses applications cliniques. 3. (n°82). Doi : 10.3917/rsi.082.0004.edditeur : association de recherche en soins infirmiers(ARSI).
- Anaut, M. (2004). Résilience en situation du soin : approche théorico-clinique ; recherche en soins infirmiers N°77.

- Anaut, M. (2003). La résilience surmonter les traumatismes. Édition : Nathan .paris.
- Ansen-Zeder, E. (2010), Altérité traumatique, Adaptation, Résilience : Être frère ou sœur d'une personne en situation de handicap mental, Thèse de doctorat en Psychologie, université de Franche-Comté école doctorale « langages, espaces, temps, sociétés », France. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00492203>.
- Association Suisse du Diabète. (2013). Diabète mellitus « L'essentiel en quelques mots. ». PC-80-9730-7.
- Aujoulat & al. (2003). Quels sont les principaux facteurs d'adaptation psychosociale à la maladie et au traitement chez les enfants et les adolescents atteints de maladies chroniques ? UCL – RESO Dossier technique 03-22.
- Azzam, I & al. (2017).le rôle de la famille dans le processus d'acceptation du diabète type 1 de l'adolescent. Humain and Heath n°41.
- Babouche, Y. (2017). Santé : 1 .8 million de personnes atteintes de diabète en Algérie .TSA site d'information. Alger. [Available online].<http://www.tsa-algerie.com/> Santé : 1 .8 million de personnes atteintes de diabète en Algérie.
- Beaulieu-Pelletier, G. & Philippe, F. L. (2016). Évaluer la mentalisation Sans cotation : la tâche des états mentaux. Revue québécoise de Psychologie, 37, (3), 197–216.
<https://doi.org/10.7202/1040167ar>.
- Béland, E. (2015).l'apport de la théorie des schémas et de l'ACT dans l'intervention auprès des adolescents présentant un excès de poids. Thèse du doctorat en psychologie. Université du Québec à trois rivières.
- Bertrand, A-M. (2011) .l'adolescente, son corps et le diabète ; diplôme de formation en éducation thérapeutique du patient ; Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques ; hôpitaux universitaires de Genève.
- Bouzeriba. (2013). Émergence et Conceptualisation du phénomène. Revue de la science de l'homme et la société.
- Bruno, B. (2012). Un patient, son diabète, ses représentations : Comment amener ce patient vers l'observance optimale du traitement ? ; Institut de Formation en Soins Infirmiers Val de Lys – Artois SAINT VENANT.
- Buysschaert, M. (2006).diabétologie clinique. Édition : Boeck Université. Bruxelles
- Canceil, O. (2003). Psychothérapie–Trois approches évaluées. Expertise collective. Le Centre d'expertise collective de l'Inserm.
- Chabrol, H & Callahan, S. (2013). Mécanismes de défense et coping ; 2e édition : Dunod, Paris.

- Chillet, L & Cousin, C. (2011). L'entretien clinique : un nouvel outil au service de la pratique orthophonique. Mémoire présenté pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université clude bernard lyon1 - istr - orthophonie.
- Christian E. Waugh, Renee J. Thompson, and Ian H. Gotlibn. (2011), Flexible Emotional Responsiveness in Trait Resilience, National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine, Emotion. , 11(5): 1059–1067.
<http://www.apa.org/pubs/gournals/emo>.
- Chouinard, J. (2009). Résilience, spiritualité et réadaptation Frontières, 22(1-2), 89–92.
<https://doi.org/10.7202/045032ar>.
- Collerette, P. (1997). Méthodologie. L'étude de cas au service de la recherche. Recherche en soins infirmiers N° 50-Septembre*
- Cottreaux, J & al. (2014). Thérapies cognitives et émotions La troisième vague. 2^e édition : Elsevier Masson SAS. Paris.
- Cottreaux, J. (2011). Les psychothérapies comportementales et cognitives, collection médecine et psychothérapie 5^{ème} édition : Elsevier Masson. Paris.
- Crane, R. (2009). Mindfulness-Based Cognitive Therapy. Routledge: Taylor & Francis Group. New York.
- Cuvillier-Remacle, O. (2014). La thérapie d'acceptation et d'engagement. Thèse du doctorat en médecine. Université François-Rabelais.
- Cyrulnik, B. (2016) .attachement, trauma et résilience ; Edition : l'Institut Diderot.
- Cyrulnik, B. (2014).résilience de la recherche a la pratique.1er congrès mondiale sur la résilience .Edition : Odile Jacob.
- Cyrulnik, B & Anaut, M. (2014).résilience de la recherche a la pratique.1er congrès mondiale sur la résilience .Edition : Odile Jacob.
- Cyrulnik, B ; Elkaïm, M. (2009). Entre résilience et résonance. À l'écoute des émotions. Edition : Faberts, Paris.
- Cyrulnik, B. (2001).les vilains petits canards .Edition : Odile Jacob. Paris.
- Cyrulnik, B. (1999).un merveilleux malheur. Edition : Odile Jacob. Paris.
- Da Silva Ferreira, I. (2017). Quand un parent devient le proche aidant de son enfant diabétique ; haute école de la santé ; Genève.
- Delage, M & al. (2017). Pratiques du soin et maladies chroniques graves ; 1^{ère} édition ; Carrefour des psychothérapies Collection dirigée par Édith Goldbeter- Merinfeld.
- Délage, M. (2002). Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques, thérapie familiale 2002/3, Volume 23, p. 269-287.

- Demogeot, N. (2014). Résilience de la recherche à la pratique. 1er congrès mondiale sur la résilience. Edition : Odile Jacob.
- Denis Lalonde (2007), Comment les études sur la résilience peuvent-elles contribuer aux recherches sur la communication organisationnelle ? Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maître en sciences, la faculté des Études supérieures en sciences de la communication, Université de Montréal.
- De Tehey, C & Alnot (2012). Résilience Psychologique, Résilience connaissance de base, Odile Jacob, Paris.
- De tychey, C. (2001). surmonter l'adversité : les informations dynamiques de la résilience. 1 (n°16).p260. doi : 10.3917/cpc.016.0049. Edition de Boeck supérieur.
- Dionne, F. (2009). Nouvelles avenues en thérapie comportementale et cognitive ; Psychologie Québec ; vol 26 ; n°06.
- Dubuc, L. (2017). profils des adolescentes abusée sexuellement résilientes et non-résilientes : stratégies de coping et mécanismes de défense, thèse du doctorat ; université du Québec à Trois-Rivières.
- Duchesne, S. (2000). Pratique de l'entretien dit "non-directif". CURAPP, Les méthodes au concret, PUF.1997.
- Dupasquier, E. (1955). Contribution à l'étude de la théorie du diabète ; Bulletin de la Société Fribourgeoise des Sciences Naturelles.
- Engel-Zerbinati, C. (2014). Étude de l'influence des stratégies psychologiques de "coping" sur l'état Anxiodépressif et l'équilibre glycémique chez des adultes diabétiques de type 1 : une étude transversale. Médecine humaine et pathologie, thèse de médecine, faculté de Médecine de Nice, <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01254655>.
- Fayon, S. (2000). facteurs psychologiques et contrôle métabolique du diabète ; thèse du doctorat en médecine ; université de Henri Poincaré NANCY1.
- Fédération internationale du diabète. (2017). Atlas Du Diabète De La Fid. Huitième édition 2017.
- Fernandez, L & Pardinielli, J-L. (2006). la recherche en psychologie clinique .recherche en soins infirmiers 2006/1(n°84), p.41-51. DOI 10.3917/rsi.084.0041
- Ferragut, E. (2007). Souffrance, maladie et soins. Édition : Elsevier Masson SAS. Paris.
- Ferreira, C. (2007). Les représentations de la maladie et des effets secondaires du traitement antirétroviral comme déterminants de l'observance chez les patients VIH.
- Foubert, A. (2008). L'estime de soi chez les enfants diabétiques. Le Journal des psychologues, 254, (1), 33-36. <https://doi.org/10.3917/jdp.254.0033>.

- Gaudreau, N. (2013), sentiment d'efficacité personnelle et réussite scolaire au collégial, *Pédagogie collégiale*, vol. 26, n°03.
- Greco, L.A & Hayes, S.C. (2008). *Acceptance and mindfulness treatments for children and adolescents*, New Harbinger Publications. Canada.
- Guédeney, N & Guédeney, A. (2010). *L'attachement : approche clinique Du bébé à la personne âgée*. Edition : Elsevier Masson SAS. Paris.
- Harris, R. (2017). *Passez à l'ACT : Pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement*. Traduction Claude Penet et Laurence Milleville, 2^e édition : De Boeck Supérieur. Paris.
- Harris, R. (2013). *Getting unstuck in ACT: a clinician's guide to overcoming common obstacles in acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications. Oakland.
- Hayes, S.C. (2016). *The Act In Context: the canonical papers of Steven C. Hayes*. First published: by Routledge: Taylor & Francis group. New York.
- Hayes, S.C & al. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: the process and practice of mindful change*. The Guilford Press Publications, New York.
- Hayes, S.C. & al. (2004). *Mindfulness and Acceptance. : expanding the cognitive-behavioral tradition*. The Guilford Press Publications. New York.
- Hendrick, S & Denis, J. (2014). *résilience de la recherche à la pratique. 1er congrès mondiale sur la résilience*. Edition : Odile Jacob.
- Hoffmeister, N. (2018). *Diabète et psychologie ; association Aides aux Jeunes Diabétiques*.
- Ionescu, S. (2012). *Origine et évolution du concept de résilience, résilience connaissance de base*, Odile Jacob, Paris.
- Lacroix, A. (2005). *Maladies chroniques : la psychologie clinique, au cœur de toute prise en charge*. Dossier "les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé". *La santé de l'homme* 377 | mai/juin 2005 | page 31-32.
- Lagarde, L. (1997). *Un inventaire des cognitions associées aux types de personnalité*. Mémoire de la maîtrise en psychologie. Université du Québec
- Lafrance, V. (2011). *Efficacité thérapeutique et adaptations culturelles de la thérapie cognitivo-comportementale pour traiter le trouble de stress post-traumatique chez les jeunes réfugiés*. Thèse du doctorat en psychologie. Université du Québec à Montréal.
- Lecompte, J. (2005). *les caractéristiques des tuteurs de la résilience*. *Recherche en soins infirmiers* n°82.

- Lecomte, J. (2002), Qu'est-ce que la résilience ? Question faussement simple. Réponse nécessairement complexe. *Pratique psychologique*. 1. 7-14
- Leroy, E. (2017). Apport de la thérapie d'acceptation et d'engagement de groupe dans l'équilibre glycémique des patients diabétiques. Thèse diplôme d'état de docteur en médecine. Université d'Angers, département de médecine générale ; Angers ; France
- Lévesque, N. (2002). L'identification Des Distorsions Cognitives Chez Les Adolescents Présentant Des Symptômes De Dépression, Des Troubles Extériorisés Et Une Concomitance De Ces Problématiques. Université Du Québec.
- Liarte & Brocq, (2014), les corps à l'épreuve de la maladie grave, jusqu'à la mort accompagner la vie. 2014/3(n°118), pp35-44.
- Luoma, J.B & al. (2007). An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists. New Harbinger Publications, Inc. Oakland.
- Madariaga .J.M & al, (2014).résilience de la recherche a la pratique.1er congrès mondiale sur la résilience .Edition : Odile Jacob.
- Maestre, M. (2002). Entre résilience et résonance : À l'écoute des émotions. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 29, (2), 167-182.
doi:10.3917/ctf.029.0167.
- Manciaux, M. (2000). Surmonter maladie, traumatismes, stress, *Bulletin des médecins suisses*, 2000 ; 81 : Nr 24.
- Mateu-pérez .R. & al. (2014), résilience de la recherche à la pratique.1er congrès mondiale sur la résilience .Edition : Odile Jacob.
- Melin, E (2014).psychosomatic aspects on diabetes and chronic pain alexithymia, depression and salivary cortisol the affect school and script analysis therapy. Doctoral dissertation. Department of clinical sciences endocrinology and diabetes. Lund University. Sweden.
- Meyer, C & al. (2005). *Le livre noire de la psychanalyse*. Éditions des Arènes. Paris.
- Michallet, B. (2009). Résilience : Perspective historique, défisthétiques et enjeux cliniques. *Frontières*, 22(1-2), 10–18.<https://doi.org/10.7202/045021ar>.
- Mikolajczak, M. (2013).*Les interventions en psychologie de la santé*. Édition : Dunod, Paris.
- Mirabel-Sarron, C. (2010). Les thérapies comportementales et cognitives : bases théoriques et indications, *Annales medio-psychologiques* .doi:10.1016/j.amp.2011.05.008.
- Moget, E & Heenen-Wolff, S. (2013). L'étude du cas unique, un exemple de recherche qualitative. Participation au colloque en avril 2012 .Publication des actes du colloque :

- Emmanuelle Zech, Philippe De Timary, Joël Billieux, Hélène Jacques ; “Articulation clinique-recherche .Autour de la psychopathologie et de la psychiatrie”- p. 13-22.
- Monestès, J-L & Villatte, M. (2011). La thérapie d’acceptation et d’engagement ACT. Elsevier Masson SAS. Paris.
- Moreau, A. (2013), Intérêt et limites de l’Approche Centrée sur le Patient dans une Démarche Educative vis-à-vis du patient diabétique de type 2 en médecine générale. Approche phénoménologique exploratoire (étude DEADIEM). Éducation thèse de doctorat. Université Claude Bernard - Lyon I, France.
- Morenon, O & al. (2017) . « Les caractéristiques des tuteurs de résilience des étudiants en soins infirmiers vulnérabilisés », Recherche en soins infirmiers. 2017/3 (n° 130), p. 77-94. doi 10.3917/rsi.130.0077.
- Neveu, C & Dionne. (2009). la thérapie d’acceptation et d’engagement : une approche novatrice. Psychologie Québec ; vol 26 ; n°06.
- Neveu, C. (N.D). La fusion cognitive. Association Contextual Behavioral Science. http://ContextualScience.org/1_la_fusion_cognitive.
- Neveu, C. (N.D). la rigidité psychologique. Association Contextual Behavioral Science. http://ContextualScience.org/301_la_rigidit_psychologique.
- Ngô, T. (2013). Les thérapies basées sur l’acceptation et la pleine conscience. Santé mentale au Québec, 38(2), 35–63. <http://doi.org/10.7202/1023989ar>.
- Organisation mondiale de la santé. (2018). diabète. [Avalable en ligne] <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). rapport mondial sur le diabète, Genève (Suisse).
- Pan. J-y et Chan, C. (2007). Resilience: A new research area in positive psychology .university of Hong Kong. DOI : 10.2117/psysoc.2007.164.
- Passeggi, M. et al. (2014). Raconter pour vivre avec des maladies chroniques : l’expérience des enfants hospitalisés. Le sujet dans la cité, 2014/2(N°5), 110-127.
- Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. L’année psychologique. Vol. 92, n°4. pp. 545-557. Doi : <https://doi.org/10.3406/psy.1992.29539>.
- Phaneuf, M. (N. D). La résilience : concept abstrait ou pratique de vie. Carrefour clinique. Section Soins en psychiatrie.
- Pirlot, G. (2014) . alexithymie et pensée opératoire. Hermès, la revue. 2014/1(n°68) p73-81.
- Polk, K et al. (2017). guide de la matrice ACT. 1^{er} édition : De Boeck supérieur. Paris.
- Prevedini, A.B & al. (2011). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): the foundation of the therapeutic model and an overview of its contribution to the treatment of patients

- with chronic physical diseases, Vol. 33, N. 1: A53-A63; *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33:1, Suppl A, Psicol <http://gimle.fsm.it>; University-Milan-Italy.
- Psiuk, T. (2005). La résilience, un atout pour la qualité des soins. *Recherche en soins infirmiers* N°82.
- Putois, B & al. (2011). La thérapie d'acceptation et d'engagement : exemple d'application dans la prise en charge de la schizophrénie. *Pleine conscience et acceptation*. <http://doi.org/10.3917/dbu.kotso.2011.01.0255>.
- Rebière, D. (2014). *Approche du trauma psychique à l'hôpital pédiatrique effroi, sidération, élaboration du trauma ; thèse du doctorat en psychopathologie ; université Rennes 2 ; université européenne de Bretagne*.
- Rollet, A. (2013). *Thérapie comportementale et cognitive : la troisième vague. la lettre du psychiatre*. Vol. IX – n°6.
- Ruiz, F.J. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology & Psychological therapy*, 2010, 10, 1. Universidad de Almería, España.
- Sachiko T-T & Flavio M, (2013), *Dessine-moi ton diabète*, travail de bachelor, dans le cadre d'une formation en soins infirmiers, Haute école de santé. Genève.
- Sami-Ali, M. (2013). *Recherche en psychosomatique. Cancer et psychosomatique relationnelle*. Éditions EDK/Groupe EDP Sciences. Paris.
- Schiele, S. (2009). *La rectocolite ulcérohémorragique chez l'enfant et L'adolescent. Plaidoyer pour une approche psychosomatique associée*. Thèse du doctorat en médecine. Université Henri Poincaré, Nancy 1.
- Simard, R. (2005). *L'interaction Entre Des Facteurs De Risque Et De Protection Favorisant La Résilience Chez Des Garçons De Milieu Économiquement Faible. Mémoire Présenté Comme Exigence Partielle De La Maîtrise En Éducation*. Université du Québec à Rimouski.
- Sordes-Ader, F & al. (1997), *Adaptation Et Stratégies De Coping À L'adolescence, étude différentielle selon le sexe et l'âge*, spirale - revue de recherches en éducation, n° 20 (131-154).
- Stephanie, P- F & al. (2004). *The Impact of Cognitive Distortions, Stress and Adherence on Metabolic Control in Youths with Type 1 Diabetes*. *Journal of Adolescent Health*.
- Stuart, J & al. (2011). *Le diabète de L'Enfant et d'adolescent*, 1ère édition. Novo nordisk, Danemark.

- Tennessel, M. (2015). Thérapies cognitivo-comportementales et médecine de ville : apports des concepts et techniques T.C.C. pour le médecin généraliste. Thèse du doctorat. Université de Toulouse.
- Terrisse, B & al. (2007). Résilience et handicap chez l'enfant. *Reliance* 2007/2, n° 24, p. 12-21.
- Theis, A. (2006). Approche psychodynamique de la résilience. Thèse de doctorat en psychologie clinique. Université de Nancy.
- Vachon, J-Y. (1984). Le concept de soi des enfants diabétiques de neuf à treize ans. Mémoire présenté à l'université du Québec à Trois-Rivières comme exigence partielle de la maîtrise en psychologie.
- Vanistendael, S. (2002). La résilience : un regard qui fait vivre, BICE. Genève, www.bice.org, [PDF] arianesud.com.
- Vasseur, A & Cabie, M-C. (2005). La relation de confiance, fondement de la résilience en psychiatrie. *Recherche en soins infirmiers* n°82.
- Vera, L & al. (2009). TCC chez l'enfant et l'adolescent ; Collection Pratiques en psychothérapie ; Edition : Elsevier Masson SAS. Paris.
- Villani, M. (2014). Résilience familiale et maladies chroniques rares de l'enfant. Thèse du doctorat en psychologie. Université Paris Descartes.
- Vuille, P. (N.D). La fusion cognitive. Association Contextual Behavioral Science. http://Contextual Science.org/1_la_fusion_cognitive.
- Vuille, P. (N.D). Métaphores et exercices. Association Contextual Behavioral Science. http://Contextual Science.org/39_m_taphores_et_excercices.
- Wherrett, D & al. (2013). Le diabète de type 1 chez les enfants et les adolescents. *Can J Diabetes* 37 (2013) S531eS541. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjd.2013.07.049>.
- Zennaki, A. (2016) .éducation thérapeutique de l'enfant et l'adolescent dans le diabète de type 1 ; thèse du doctorat en sciences médicales (pédiatrie) ; faculté de médecine d'Oran.

الملاحق

(الملحق 1)

تاريخ التطبيق:

السن:

الجنس: ذكر أنثى

المستوى الدراسي:

تعليمية: حدد باستعمال السلم الموجود في الأسفل بأي درجة تكون موافقا أو معارضا على كل عبارة من العبارات التالية، يكفي أن تضع علامة × في المكان المناسب، لا تعطى إلا إجابة واحدة لكل عبارة:

- 1- معارض تماما.
- 2- معارض نسبيا.
- 3- محايد.
- 4- موافق نسبيا.
- 5- موافق تماما.

البند	معارض تماما	معارض نسبيا	حيادي	موافق نسبيا	موافق تماما
1					غالبا لا أرى مشاعري بوضوح.
2					أجد صعوبة في إيجاد الكلمات التي تترجم مشاعري.
3					أشعر بأحاسيس جسدية لا يفهمها حتى الأطباء.
4					أتمكن بسهولة من وصف مشاعري.
5					أفضل تحليل المشاكل على الاكتفاء بوصفها.
6					عندما أكون متقلبا لا أدري إن كنت أنا حزينا؛ خائفا أم غاضبا.
7					غالبا ما أكون منشغلا بإحساسات على مستوى جسدي.
8					أفضل ببساطة ترك الأشياء تحدث بدلا من فهم سبب تغييرها.

					لدي مشاعر لا أستطيع أبدا التعرف عليها.	9
					من المهم أن أكون واعيا بانفعالاتي.	10
					أجد أنه من الصعب وصف ما أشعر به.	11
					يقال لي بأن أصف أكثر ما أحس به.	12
					لا أدري ماذا يحدث بداخلي.	13
					في أغلب الأحيان لا أعرف لما أنا غاضب.	14
					أفضل التكلم مع الناس عن أعمالهم اليومية بدلا من التحدث عن مشاعرهم.	15
					أفضل مشاهدة حصص متنوعة بدلا من البرامج الدرامية.	16
					يصعب عليّ الإفصاح عن مشاعري الحميمة حتى لأقرب أصدقائي.	17
					أستطيع أن أحس بأنني قريب من شخص ما حتى في أوقات الصمت.	18
					أجد من المفيد تحليل مشاعري لأحل مشاكل الشخصية.	19
					البحث عن المعنى الخفي للأفلام والمسرحيات يعكر اللذة التي تحدثها.	20

(الملحق 2)

تاريخ التطبيق:

السن:

الجنس: ذكر أنثى

المستوى الدراسي:

تعليمية: اقرأ كل عبارة مما يلي؛ والمطلوب منك وضع علامة (x) في الخانة التي تمثل درجة انطباق العبارة عليك؛ لا توجد إجابة صحيحة أو إجابة خاطئة؛ نشكرك على حسن تعاونك معنا.

البنود	غير موافق بشدة	غير موافق	حيادي	موافق	موافق بشدة
1					أستطيع التكيف مع التغيرات.
2					لدي علاقات وثيقة وأطمئن لها.
3					أشعر بالفخر لإنجازاتي.
4					أعمل من أجل تحقيق أهدافي.
5					أحس بأنني مسيطر على مسار حياتي.
6					أشعر بأن أهدافي واضحة المعالم.
7					أدرك جانب المزحة في التعاملات.
8					تحدث الأمور لأسباب غيبية.
9					أعمل وفق حدسي.
10					أستطيع التعامل مع المشاعر غير السارة.

					أحيانا القضاء والقدر يساعدنا كثيرا.	11
					أستطيع التعامل مع كل ما يعترضني في طريقي.	12
					النجاحات السابقة تمنحني الثقة لمواجهة التحديات الجديدة.	13
					التعامل مع الضغوط يعزز قوتي.	14
					أحب مواجهة التحديات.	15
					أخذ قرارات صعبة وغير مقبولة اجتماعيا.	16
					أعتقد في نفسي بأنني شخص قوي.	17
					عندما تبدو الأمور ميؤوسا منها؛ لا أفقد الأمل.	18
					أبذل قصارى جهدي؛ مهما كانت الظروف.	19
					أستطيع تحقيق أهدافي.	20
					لا أستسلم بسهولة للفشل.	21
					أميل إلى استعادة توازني بعد المشقة أو المرض.	22
					أعرف إلى أين أتجه للحصول على المساعدة.	23
					تحت الضغط؛ أركز وأفكر بوضوح.	24
					أفضل أن أخذ زمام المبادرة لحل المشاكل.	25