

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



جامعة 8 ماي 1945 قالمة
UNIVERSITE 8 MAI 1945 GUELMA

الكلية العلوم الانسانية والاجتماعية
القسم: قسم علم النفس
الاختصاص: علم النفس العيادي

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر

برنامج تكفل معرفي سلوكي لتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المرأة مبتورة
الثدي على إثر السرطان
دراسة ميدانية بمصلحة الأمراض السرطانية، مستشفى ابن زهر – بولاية قالمة-

من إعداد:
منيرة بلفتي

أمام لجنة المناقشة المكونة من:

| الاسم واللقب | الرتبة | الجامعة | الصفة |
|----------------------------|-------------------|-------------------|--------|
| السيدة(ة): نادية دشاش | أستاذة محاضرة (أ) | جامعة 08 ماي 1945 | رئيسا |
| السيدة(ة): حميدة بوتقنوشات | أستاذة محاضرة (ب) | جامعة 08 ماي 1945 | مشرفا |
| السيدة(ة): وسيلة حرقاس | أستاذة محاضرة (أ) | جامعة 08 ماي 1945 | ممتحنا |

السنة الجامعية: 2018/2019

مقولة

يقول ابيقورس: "لا يضطرب الناس من الأشياء، ولكن من الآراء التي يحملونها عنها"

شكر وتقدير

رب اجعل هذا العمل صالحا ولوجهك الكريم خالصا وتقبله مني يا رب العالمين

بقبول حسن

أتقدم بأسمى عبارات الشكر تفوح بين طياتها أجمل روائح التقدير لكل من أسهم في اعداد

هذه الدراسة سواء

بنصح أو توجيه أو برأي

لكل من شجعني وزاد في روح المثابرة في مساري التعليمي

الى كل من كان لي سندا لإتمام هذا العمل

والفضل الأكبر يعود لله عز وجل الذي زودني بالصبر والقوة

أشكر الله وأحمده على فضله العظيم علي.

الى كل من وقف الى جانبي من قريب أو بعيد الى أساتذتي الذين دعموني

وخاصة الأستاذة اغمين وبراهمية

والفضل الأكبر الى المشرفة على هذا العمل الأستاذة بوتفنوشات شكرا جزيلًا.

ملخص الدراسة باللغة العربية:

تهدف الدراسة الحالية والمعنونة ببرنامج تكفل معرفي سلوكي لتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المرأة مبتورة الثدي على إثر السرطان الى التأكد من دور تكفل معرفي سلوكي في تعديل الأفكار اللاعقلانية التي تظهر لدى المرأة على إثر عملية البتر ومنه تم طرح التساؤل التالي:

-هل لبرنامج تكفل معرفي سلوكي دور في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المرأة مبتورة الثدي على إثر السرطان؟

وللإجابة على هذا التساؤل تم صياغة الفرضية التالية:

-لبرنامج تكفل معرفي سلوكي دور في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المرأة مبتورة الثدي.

وللتأكد من صحة فرضية الدراسة تم الاعتماد على مجموعة من الأدوات والمتمثلة في مقياس الأفكار اللاعقلانية لسليمان الريحاني (1985) والمكيف حسب البيئة العربية ولقد تم التأكد من ثباته بإعادة تطبيقه على عينة استطلاعية، برنامج التكفل المعرفي السلوكي تم إعداده من طرف الباحثة.

ولقد اعتمدت على المنهج الشبه التجريبي تصميم المفحوص الواحد بتطبيق قياس قبلي وقياس بعدي بعد تنفيذ التدخل العلاجي بمعدل جلسة علاجية في الأسبوع، وقد استغرق مدة شهرين ونصف أي حوالي عشرة جلسات علاجية.

ولقد توصلت نتائج الدراسة الى ان لبرنامج تكفل معرفي سلوكي دور في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المرأة مبتورة الثدي حيث تمت مناقشة نتائجها بالرجوع الى الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة وكذا تحليلها على ضوء الفرضية والإطار النظري، وتبقى نتائج هذه الدراسة محدودة بعينه الدراسة ومنهجها وأدواتها.

Résumé :

La présente étude, intitulée : « Protocole de prise en charge cognitivo-comportementale pour modifier les pensées irrationnelles de la femme atteinte d'un cancer du sein, vise à déterminer le rôle de la prise en charge cognitivo-comportementale dans la modification des pensées irrationnelles qui apparaissent chez la femme après L'ablation. Et pour cela on a posé la question suivante :

La prise en charge cognitivo- comportementale joue-t-elle un rôle dans la modification des

Pensées irrationnelles d'une femme qui a un sein amputé suite à un cancer ?

Pour répondre à cette problématique, l'hypothèse suivante a été formulée :

- Le Protocole de prise en charge cognitivo-comportementale joue un rôle dans l'adaptation des pensées Irrationnelles d'une femme qui a un sein amputé suite à un cancer.

Afin de vérifier la validité de l'hypothèse de l'étude, un certain nombre d'outils ont été utilisés

Pour mesurer les idées irrationnelles de Sulaiman al-Rihani (1985) et les adapter à l'environnement arabe.

La méthode semi-expérimentale était basée sur la conception du candidat isolé en appliquant

Une mesure pré-mesurée et post-méditative après la mise en œuvre de l'intervention thérapeutique à raison d'une session de traitement par semaine, soit environ deux mois et demi, environ dix séances.

Les résultats de l'étude ont révélé que le protocole de prise en charge cognitivo-comportementale à un rôle dans la modification des idées irrationnelles d'une femme qui a un sein amputé suite à un cancer, avait été discutée en se référant à des études antérieures liées au sujet de l'étude, ainsi qu'à une analyse à la lumière de l'hypothèse et du cadre théorique.

الفهرس

| | |
|--|---|
| أ | مقولة |
| ب | شكر وتقدير |
| ت | ملخص الدراسة باللغة العربية والأجنبية |
| الفهرس | |
| ح | فهرس المحتويات |
| ذ | فهرس الجداول |
| ر | فهرس الأشكال |
| ز | مقدمة |
| الجانب النظري | |
| الفصل الأول: مدخل الى الدراسة | |
| 3 | 1. الاشكالية |
| 5 | 2. فرضية الدراسة |
| 5 | 3. أهداف الدراسة |
| 6 | 4. أهمية الدراسة |
| 6 | 5. مصطلحات الدراسة |
| 6 | 6-1 تعريف العلاج المعرفي السلوكي |
| 6 | 6-2 تعريف الأفكار اللاعقلانية |
| 6 | 6-3 تعريف سرطان الثدي |
| 7 | 6. VI حدود الدراسة |
| 7 | 6-1 الحدود البشرية |
| 7 | 6-2 الحدود الزمنية |
| 7 | 6-3 الحدود المكانية |
| 7 | 6. VII الدراسات السابقة |
| 14 | خلاصة |
| الفصل الثاني: إطار العلاج المعرفي السلوكي | |
| 16 | تمهيد |
| 17 | 1. ماهية العلاج المعرفي السلوكي |
| 18 | 2. لمحة تاريخية لنشأة العلاج المعرفي السلوكي |
| 21 | 3. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي |
| 22 | 4. أهداف العلاج المعرفي السلوكي |
| 23 | 5. الأطر النظرية للعلاج المعرفي السلوكي |
| 23 | 6-1 العلاج المعرفي لأرون بيك |
| 30 | 6-2 العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لألبرت أليس |

| | |
|---|---|
| 36 | 3- التعديل المعرفي السلوكي لدونالد ميشينبوم |
| 41 | خلاصة |
| الفصل الثالث: الأفكار العقلانية واللاعقلانية | |
| 43 | تمهيد |
| 44 | .I مفهوم الأفكار العقلانية والأفكار اللاعقلانية |
| 45 | .II سمات الأفكار اللاعقلانية |
| 48 | .III تقسيم الأفكار اللاعقلانية |
| 49 | .IV الأفكار الأساسية التي تعتمد عليها الأفكار اللاعقلانية |
| 50 | .V أعراض الأفكار اللاعقلانية |
| 50 | .VI الأفكار اللاعقلانية كما أوردها أليس إيليس Ellis |
| 58 | .VII أسباب الأفكار اللاعقلانية |
| 61 | .VIII أساليب التفكير اللاعقلاني |
| 62 | .IX بعض استراتيجيات الكشف عن الأفكار اللاعقلانية |
| 62 | .X قياس الأفكار اللاعقلانية |
| 64 | خلاصة |
| الفصل الرابع: سرطان الثدي | |
| 66 | تمهيد |
| 67 | .I تعريف السرطان |
| 67 | .II تعريف سرطان الثدي |
| 68 | .III آخر الإحصائيات حول سرطان الثدي |
| 69 | .IV أنواع سرطان الثدي |
| 70 | .V مراحل سرطان الثدي |
| 71 | .VI أعراض سرطان الثدي |
| 72 | .VII أسباب سرطان الثدي |
| 76 | .VIII تشخيص سرطان الثدي |
| 79 | .IX الوقاية من سرطان الثدي |
| 80 | .X علاج سرطان الثدي |
| 83 | خلاصة |
| الجانب الميداني | |
| الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة | |
| 86 | تمهيد |

| | | |
|--|---|------|
| 87 | منهج الدراسة | .I |
| 87 | المنهج الشبه التجريبي | -1 |
| 87 | تصميم الدارسة ومتغيراتها | -2 |
| 87 | عينة الدراسة الأساسية | .II |
| 88 | شروط إختيار العينة | -1 |
| 88 | مواصفات العينة | -2 |
| 88 | أدوات الدراسة | .III |
| 88 | الملاحظة | -1 |
| 88 | المقابلة العيادية | -2 |
| 89 | قياس الأفكار اللاعقلانية لسليمان الريحاني | -3 |
| 89 | التعريف بالمقياس | -1-3 |
| 90 | تعليمات الإجراء وطريقة التصحيح | -2-3 |
| 90 | الخصائص السيكومترية للمقياس | -3-3 |
| 91 | اجراءات الدراسة الاستطلاعية | -4-3 |
| 93 | البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي | -4 |
| 93 | الأهداف العامة للبرنامج العلاجي | -1-4 |
| 94 | أهمية البرنامج العلاجي | -2-4 |
| 94 | الأساس النظري المعتمد في تصميم هذا البرنامج | -3-4 |
| 94 | الإطار العلاجي والسيرورة العلاجية | -4-4 |
| 97 | الدافعية | -5-4 |
| 98 | الجلسات العلاجية | -6-4 |
| 101 | خطوات البرنامج العلاجي | -7-4 |
| 104 | الأساليب والتقنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج العلاجي | -8-4 |
| 109 | خلاصة | |
| الفصل السادس: عرض الحالة وتحليل ومناقشة النتائج | | |
| 111 | تمهيد | |
| 112 | عرض الحالة | .I |
| 112 | تقديم الحالة | -1 |
| 112 | أهم ما جاء في التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة | -2 |
| 113 | التشخيص | -3 |
| 113 | التحليل الوظيفي | -4 |

| | | |
|-----|--|------|
| 115 | الفرضيات | -5 |
| 116 | تقديم المقابلات | -6 |
| 127 | القياس البعدي | -7 |
| 130 | تحليل ومناقشة نتائج الدراسة | .II |
| 130 | تحليل النتائج على ضوء فرضية الدراسة والإطار النظري | -1 |
| 132 | مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة | -2 |
| 132 | استنتاج عام | .III |
| 133 | خاتمة | |

المراجع

| | |
|-----|---------------|
| 135 | قائمة المراجع |
| | الملاحق |

فهرس الجداول

| الرقم | عنوان الجدول | الصفحة |
|-------|--|--------|
| 01 | جدول يوضح خصائص العينة الأساسية | 88 |
| 02 | يوضح الأفكار اللاعقلانية والعبارات المرتبطة بها | 89 |
| 03 | يوضح درجات افراد العينة الاستطلاعية في مقياس الأفكار اللاعقلانية حسب التجزئة النصفية | 92 |
| 04 | يوضح كيف نبدأ جلسة أولية | 103 |
| 05 | يمثل مخطط جلسة العلاجات المعرفية السلوكية | 104 |
| 06 | يوضح نتائج القياس القبلي | 115 |
| 07 | يوضح سجل الأفكار الآلية | 117 |
| 08 | يوضح سجل الأحكام الإيجابية والأحكام السلبية | 119 |
| 09 | يوضح سجل الأفكار البديلة | 120 |
| 10 | يوضح سجل الأفكار البديلة لأحد الوضعيات التي سجلتها المفحوصة | 124 |
| 11 | يوضح تلخيص مضمون الجلسات | 125 |
| 12 | يوضح نتائج القياس البعدي | 128 |
| 13 | يبين درجات القياس القبلي والبعدي للأفكار الثلاثة عشر وقيمة التحسن | 128 |
| 14 | يبين الفارق ومقارنة درجات القياس القبلي والبعدي | 130 |

فهرس الأشكال

| الصفحة | عنوان الشكل | الرقم |
|--------|---|-------|
| 36 | مخطط يوضح مسار الأفكار الالاعقلانية وفق نموذج أليس | 01 |
| 71 | شكل يظهر مختلف مراحل تطور الخلية السرطانية | 02 |
| 77 | صورة شعاعية تظهر التكلسات الدقيقة في الثدي | 03 |
| 77 | صورة بالرنين المغناطيسي لثدي مصاب بورم | 04 |
| 96 | يمثل شبكة التحليل الوظيفي سيكا بمستوييه الأفقي والعمودي (J.Cottraux,1985) | 05 |
| 118 | يوضح تقنية السهم التنازلي | 06 |

مقدمة:

يعتبر العلاج النفسي أساس الممارسة العيادية ومطلب تسعى الى توفيره كل المراكز الطبية نظرا للمعاناة والمصاعب التي يواجهها الأفراد، حيث تطور العلاج النفسي وعرف اتجاهات حديثة ومتعددة كما أصبح الأفراد يطلبونه ويسعون اليه لإيجاد الراحة النفسية. ويعد التكفل المعرفي السلوكي واحدا من التدخلات العلاجية النفسية التي تطورت في الآونة الأخيرة وانتشر استعماله مع العديد من الاضطرابات النفسية والطبية حتى يكاد الرقم واحد على الاطلاق. فالفكرة الرئيسية في العلاج المعرفي السلوكي هي ان الاضطرابات الانفعالية أو النفسية هي نتيجة لتفكير غير منطقي، وبإمكان المفحوص أن يخلص نفسه من تعاسته وتفكيره اللاعقلاني، إذا تمكن من تعظيم تفكيره العقلاني وخفض تفكيره اللاعقلاني. فالأفراد يختارون بوعي أو دون وعي الانزعاج لأنفسهم من خلال تصعيد تفضيلاتهم الى المطالب والرغبة الشديدة ولذلك يمكنهم تدريب أنفسهم على عدم القيام بذلك ومنه خلق مشاعر صحية وعواطف متوافقة مع الأحداث والظروف، وذلك باستخدام تقنيات معرفية تعمل على إعادة البناء المعرفي غير المنطقي، مع إيجاد بدائل عقلانية ومنطقية. كما يستخدم فنيات سلوكية من شأنها خفض القلق والتوتر كالأسترخاء الذي يساعد في إعادة التوازن للعضوية والتمتع بالهدوء والسكينة، ويعتبر الهدف العام لمقدمي التكفل المعرفي السلوكي هو مساعدة المفحوص على تغيير تفكيره وسلوكه ومشاعره، بأساليب تخفف الكرب وتحقق السعادة وتحسن في تعامله مع الآخرين وكذا أدائه وتكيفه. ولتحقيق ذلك لا بد من جعل المفحوص يستبصر بالأسباب المختلفة ويدرك أفكاره اللاعقلانية وحتى يتمكن من تمييزه ويستطيع بعدها ان يعدل منها بإيجاد أفكار بديلة منطقية، وتعزيز هذا المكسب في حياته اليومية مع تشجيعه على التعبير الذاتي والمواجهة، وتشتمل العلاجات المعرفية السلوكية على كل الطرق التي تزيل الألم النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم والتعامل مع التفكير الغير منطقي.

ان هذا النوع من التكفل النفسي ينطلق من افتراض مفاده ان التفكير المشوش وغير المنطقي هو الذي يؤثر على مشاعر و سلوك الأفراد وبالتالي يسعى المعالج المعرفي السلوكي الى تدريب المفحوص على التقييم الواقعي وتعديل التفكير فيحسن بذلك في مزاجه وسلوكه، كما ان هذا التدخل العلاجي النفسي مدعم بأدلة تجريبية واقعية علمية وله تطبيقات واسعة ومدعمة ببيانات تطبيقية منبثقة من جوانب نظرية، كما انه أكد وبجدارة فعاليته مع أغلب الاضطرابات النفسية وحتى العقلية وأصبح يطبق حاليا في معظم دول العالم كعلاج أضافي الى جانب العلاج الدوائي.

ان التطور الذي حققه هذا التدخل العلاجي جعل منه منبرا لعلاج العديد من الأمراض المزمنة التي زاد انتشارها بشكل يثير الخوف والحيرة، ويعتبر سرطان الثدي واحدا من امراض العصر التي فاق انتشارها كل التوقعات وأصبحت المرأة تتخوف منه وكأنه شبح الموت. ونظرا لأهمية هذا الموضوع كونه يمس الجوانب الجسدية والنفسية للمرأة، فبمجرد سماع خبر سرطان الثدي تحدث أزمة كبيرة للمرأة بصفة خاصة وللأسرة بصفة عامة تهز كيائها وتزعزعها حتى يكاد الجميع يتجنبها او حتى التلطف باسم هذا المرض وكأنه عدوى جرثومية ستصيب الجميع ان ذكروا ذلك الاسم، وهذا ما يولد ضغوطات نفسية متفاوتة في الشدة، تختلف باختلاف بناء الأسرة و المحيط و الثقافة السائدة فيه، وهذا ما قد يزيد في تفاقم المرض و تطوره بشكل سريع لغياب الوعي بأهمية الدعم و مساندة المحيط للمريضة، و في هذا السياق أوضحت العديد من الدراسات ان المرأة المصابة بأورام الثدي تواجه بعد الاستئصال تغيرات رئيسية في حياتها تؤثر على احساسها بالسعادة والطمأنينة وكذا

على علاقاتها بالأخرين، حيث يكون لأسلوب العلاج اثره الواضح على ذلك، فالتلف الناتج عن هذه الجراحة يؤثر على صورة الذات مما يترتب عليه الشعور بالقلق والألم والمخاوف وانتظار الموت، ولكن المعاناة لا تقف هنا وإنما تمس الصورة الجمالية للمرأة فعملية بتر الثدي تشوه الصورة الجسمية للمرأة والتي تعد من الأمور الرئيسية بالنسبة لها لأنها من المعايير الجمالية السائدة في الثقافة و المساس بهذا المعيار يفقدها أنوثتها وأمومتها والشعور بعدم الرضا عن صورتها الجسمية الجديدة، فهو يعبر عن الانشغالات النرجسية والبتر سبب لها جرح نرجسي لأنه يمس الجانب العلانقي وخاصة منه الجنسي للمتزوجين.

وانطلاقاً من هنا ولغياب الدعم والرفقة النفسية لمثل هذه الشريحة والتقصير الذي يلقيه هذا الموضوع ارتأينا أن نطبق برنامج تكفل معرفي سلوكي نظراً لما لاقاه من تطور سريع وتحقيقه لنتائج مذهلة في زمن معقول في العديد من الاضطرابات مقارنة بالعلاجات النفسية الدينامية او كبديل عن وصف الأدوية ذات الآثار الجانبية، دون أن ننسى التقنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي التي لا تتطلب تكلفة باهضة قدر ما تتطلبه من خبرة والتمكن منها تطبيقياً، ويمكن الاستعانة بها لإعداد برنامج تكفل معرفي سلوكي لمثل هذه الفئة لتعديل بعض الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالمرض. وهي أفكار غير منطقية ومبالغ فيها، تعود جذورها حقيقة الى مراحل الطفولة كنتيجة لأساليب التربية الوالدية أو التنشئة الاجتماعية، فتسيطر على الفرد وتجعل حياته أكثر تعقيداً، حيث يصبح تفكيره منصب على لوم الذات وتوبيخها او توقع الكوارث وانتظار الموت، او يرى ان الجميع تخلو عنه ولا يحبونه واصبح عمله ناقصاً ولم يعد احد يهتم لأمره، فيشعر بالعجز والإخفاق الذي يؤدي به الى القلق والتوتر فينكد حياته مما يؤزم من وضعه الصحي فيتفاقم المرض ويتطور. وبذلك يساهم هذا النوع من العلاج في اعادة تشكيل بنية معرفية جديدة تتماشى ووضع الحالة والتكيف مع الواقع ذلك كوسيلة للمرافقة النفسية تساهم في حل مشكلات هذه الفئة من المرضى.

ونضيف الى ذلك أن الممارسة العيادية تفتقد لمثل هذه البرامج والكل يعتقد أن المتمرس الذي لديه الخبرة هو الوحيد الذي يمكنه تطبيق هذه البرامج لأنها صعبة على الطالب - وهذا تقصير - فإن لم يطبق فما فائدة الجانب النظري الذي يتلقاه. ومن هنا طبقت الدراسة اعتماداً على خطوات علمية ومنهجية، حيث مثلت الفصول الأربعة الأولى الجانب النظري للدراسة ابتداءً من الفصل الأول كمدخل للدراسة حيث تضمن تحديد مشكلة وفرضية الدراسة، أهدافها، أهميتها وحدودها (الزمنية، المكانية والبشرية)، وكذا سلطنا الضوء على بعض الدراسات السابقة ذات الصلة بمتغيرات الدراسة. أما الفصل الثاني والذي يمثل الركيزة النظرية التي تبينها والتي من خلالها سيتم التطبيق الميداني، فقد تطرقنا فيه الى اطار العلاج المعرفي السلوكي من تعريف للعلاج المعرفي السلوكي وتبسيط الضوء على التطور التاريخي الذي شهدته هذا النوع من العلاج والمبادئ التي يركز عليها وأهم رواد هذا التيار، اما الفصل الثالث فقد خصص للأفكار العقلانية واللاعقلانية من مفهوم ومميزات ومميزات وكذا أهم الأفكار اللاعقلانية كما أوردتها ألبرت اليس ومصادر هذه الأخيرة، في حين الفصل الرابع فقد شمل سرطان الثدي من تعريف الى أهم أنواعه وأعراضه وكذا عوامل الخطر التي قد تساهم في ظهوره مع تبسيط الضوء على آخر الاحصائيات. أما الشطر الثاني من هذه الدراسة فقد خصص للجانب التطبيقي وتضمن فصلين حيث يضم الفصل الخامس الإجراءات المنهجية للدراسة والذي تطرقنا فيه الى منهج الدراسة المتبع مع تقديم عينة الدراسة وشروط اختيارها وكذا الأدوات التي تم الاعتماد عليها لإنجاز هذه الدراسة، أما الفصل السادس فتم فيه عرض النتائج وتحليلها ومناقشتها بالرجوع الى الجانب النظري وما توصلت اليه الدراسات والبحوث السابقة، ثم تقديم استنتاج عام

لهذه الدراسة. ومنه نكون قد أجرينا ستة فصول لمعرفة دور التكفل المعرفي السلوكي في تعديل الأفكار اللاعقلانية التي تظهر عند المرأة بعد خبرة البتر.

الجانِب النظري

الفصل الأول: مدخل الى الدراسة

١. الإشكالية
 ٢. فرضية الدراسة
 ٣. أهداف الدراسة
 ٤. أهمية الدراسة
 ٧. مصطلحات الدراسة
 ٦. حدود الدراسة
 ٧. الدراسات السابقة
- خلاصة

1. الإشكالية:

ان جميع البشر مزودون بالقدرة على التخطيط وتحديد الأهداف والتعبير عن رغباتهم من خلال التفكير، فهذا الأخير هو عملية عقلية معرفية جد مهمة، تسمح للفرد بتنفيذ أعماله وتسيير أموره، فعندما يواجه الشدائد والصعاب يكون قد خاض تجربة أكسبته الوعي والخبرة، فاذا كان تفكير الأفراد عقلائي فانهم حتما سيستفيدون منها ويزداد وعيهم ويتكيفون بسهولة مع البيئة المحيطة ويتعلمون المزيد من الخبرات التي تسهل تعاملهم مع الآخرين.

في حين نجد الأفراد الذين يكون تفكيرهم غير منطقي، يشعرون بالضيق وتحول رغباتهم المعتلة الى محور ذاتي، وتصبح رغباتهم متعجرفة فيواجهون الارتباك والحيرة ويشعرون بالألم والفشل واحباط لا داعي له. وبالتالي فالتفكير يؤثر في سلوك الفرد وفي استجاباته الانفعالية، فالجوانب الذهنية والفكرية من مجموع الأفكار والحجج والمعتقدات التي يخاطب بها الشخص نفسه خلال اختبارها للمواقف التي يمر بها (إبراهيم عبد الستار، 1993، ص 425)، ذات تأثير فعال على سلوكياتنا وانفعالاتنا.

فيمكن ان تكون لدينا أفكار منطقية عقلانية، تؤدي بنا الى السعادة والشعور بالفرح والتفاؤل وتحقق لنا التوافق وتيسير تعاملنا مع الآخرين وحتى مع ذاتنا. كما أن الأفكار المنطقية هي معتقدات منطقية لديها مبرر تجريبي أو عملي يمكن للفرد ان يلاحظه (David Daniel, 2010, p 5)، في حين نجد الأفراد الذين يكون تفكيرهم لاعقلاني، يشعرون بالقلق والتوتر والقصور في السلوك الاجتماعي، ويصفه ألبرت اليس بأنه تفكير كوارثي أي أنه يرى ويتوقع المصائب والكوارث وأسوأ الأمور حتى وان كانت الحادثة أو الخبرة التي تثير هذه التوقعات ليست على هذا القدر السيء، وبالتالي فان الطريقة التي يفكر بها الفرد وما يحمله عن نفسه وعن العالم، من آراء ومعتقدات واتجاهات هي التي تحكم سلوكه. (David Daniel and all, 2010, p 8)

وقد وجد أن المعتقدات غير المنطقية هي أساس الإثارة المطولة والكرب العاطفي الذي ثبت أنه السبب الرئيسي لمعظم العلل (Abrams Michael et Albert Ellis, 1994, p40)، حيث ان التفكير في أمور الحياة بطريقة مبالغ فيها يصحبه الاضطراب والاستثارة، أما إذا كان التفكير متعقلا ومنطقيا فتصحبه حياة وجدانية هادئة وسلوك ملائم، ومنه يمكن القول بان الفرد منا يسلك وينفعل وفقا لما يفكر فيه.

ان مصادر هذه الأفكار عديدة ومتنوعة، فيمكن ان ينشأ عليها الفرد منذ الطفولة من خلال أساليب التربية الوالدية وأساليب التنشئة الاجتماعية، فنوعية الأفكار والمعتقدات التي يفرسها الآباء في الأبناء وما يترتب عليها من آثار سلبية، لاسيما إن كانت لاعقلانية، تطبعها سيمة الالزام والينبغيات والعدوان والعنف.

ان التشدد في التعامل مع غياب الحوار وحرية التعبير يؤثر في الطفل فيشعر بانهمزام الذات ونقص الثقة بالنفس، كما يمكن ان يكتسبها الفرد أيضا من الثقافة السائدة في المجتمع وما تفرضه عليه من مطالب وما ينبغي ان يقوم به وما لا ينبغي، حيث ان لتأثير العوامل الاجتماعية والثقافية على العقلانية والمعتقدات الغير منطقية دور بارز يظهر من خلال العلاقة المعقدة بين علم الأحياء والثقافة. (David Daniel and all, 2010, p79)

ومن وجهة نظر ألبرت اليس ان البشر يولدون ولديهم ميول فطرية الى التفكير غير المنطقي وكذلك المنطقي (Windy Dryden, 1979, p 184). ويمكن ان تكون الأمراض المزمنة مصدرا لظهور الأفكار اللاعقلانية، حيث ان العلاقة بين الجسم والعقل تؤثر بقوة على الطريقة التي يتعامل بها الأفراد مع إحدى المشكلات الطبية وبشكل خاص المعتقدات التي يحملها المرضى الطبيون فيما يتعلق بمرضهم وكيفية تأثير ذلك عليهم، حيث تكون لديهم إجابات غير عقلانية على العديد من الأسئلة المرتبطة بمرضهم وبذلك تعوق شفاءهم. (أندرو بوميرانز، 2018، ص 468)

ان الجانب الجسدي إذا ما أصيب باضطراب أو خلل سواء على المستوى البنيوي أو الوظيفي ينعكس مباشرة على الجانب السيكولوجي، ومن اللافت للنظر في الآونة الأخيرة وهو الانتشار المذهل للعديد من الأمراض المزمنة والخطيرة ولعل من أبرزها مرض السرطان الذي يعد المرض الفتاك الأول الذي يترصد ويهدد حياة الفرد، فهو من أخطر الأمراض العضوية التي تهز كيان الفرد وتدخله في دوامة الاضطراب النفسي فيظهر عنده القلق بشكل مبالغ فيه، وفي أغلب الأحيان يكون من أحد العوامل التي تؤدي الى تفاقم المرض وسرعة انتشاره.

فعند سماع أي فرد لخبر إصابته بالسرطان يتعرض لصدمة تقلب حياته رأساً على عقب، وخاصة إذا كان هذا الشخص امرأة وكانت منطقة الإصابة في الثدي، ذلك العضو الرمز لكيان المرأة ووجودها واستمراريتها. يكون ذلك الخبر صادماً نظراً لما يحمله الثدي من دلالات إكلينيكية، تهدد كيانها وتجرح نرجسيتها وتسلبها الأمان.

وعند إدراكها بأنها مصابة بالسرطان تبرز لديها بعض الأفكار اللاعقلانية، نظراً لما يحمله هذا المرض من تصورات واعتقادات، كلها تتمحور حول انهيار أسطورة الخلود، لينقلب هذا الشعور بالأمان فيصبح ملخصاً في فكرة أنني سأموت حتماً والآن، لتؤسس هذه الفكرة وضعية تهدد حياة الفرد وتسلبه الأمان. (أحمد النابلسي، 1991، ص 16)، إن هذه المواجهة مع حقيقة المرض تجعل المرأة تعيش مجموعة من ردود الأفعال، التي تقلب عليها المواجه والذكريات المؤلمة التي مرت بها، ومن خبرات سابقة فتصبح أفكارها منصبية ومتمحورة في اتجاه مرتبط بحدوث الكوارث والمخاطر وتوقع الأسوأ والتأهب، والتي وبموجبها تؤدي إلى نشأة الخوف العميق والعجز والرعب والذي يمكن أن يتطور بفعل مجموعة من العوامل الشخصية، المرضية، البيئية، النفسية والاجتماعية.

إذا لم تجد هذه المرأة خلالها الدعم النفسي والمساندة المناسبة فحتماً سوف تقع فريسة سهلة للاضطرابات النفسية وحتى تفاقم وضعها الصحي، الذي يتطلب الرعاية الدائمة وهذا طبعا في كنف جو أسري مليء بالتعاون والتفهم، حيث انه يجب أن نولي عناية كبيرة لدور العوامل البيئية المحيطة وخاصة الدعم النفسي والمرافقة الأسرية والمحيط الاجتماعي.

وما يثير الانتباه أكثر هو انه و لغاية الان لم يتم الوصول الى السبب الرئيسي للإصابة بسرطان الثدي الا انه هناك العديد من العوامل التي تزيد من فرص الإصابة والانتشار، كالعوامل الوراثية فالنساء اللواتي لديهن تاريخ عائلي للإصابة بهذا المرض قد تزيد من فرص الإصابة لديهن إضافة الى عوامل أخرى متعددة كالعمر، إذ تزيد فرص الإصابة لدى النساء فوق سن الأربعين بالإضافة الى التاريخ المرضي، عدم الانجاب، بدء الحيض لدى المرأة في سن مبكرة (قبل سن 12 سنة)، التأخر في انقطاع الحيض هذا بالإضافة الى التعرض للأشعة على مستوى الثدي و خصوصا في مرحلة الطفولة المبكرة إضافة الى عوامل أخرى كالتدخين و السمنة و شرب الكحول... الخ، وفي السنوات الاخيرة ارتفعت نسبة الإصابة بسرطان الثدي وتزايدت معها نسبة النساء المصابات تحت سن الأربعين (Morère Jean François, 2007, p p 16 18).

ان إصابة المرأة بسرطان الثدي والتعرض للبتر والعلاج الكيميائي والتي تعتبر أحداث غير متوقعة تنسم بالحدة وتفجر كيان المرأة الانساني لما تسببه من تهديد للحياة بحيث لا تستطيع المرأة مجابهتها لوحدها ولا بدى من التكفل بها للتكيف مع هذه الوضعيات الجديدة. (إبراهيم عبدالستار، 1993، ص 120)، ومن المبررات المنهجية لتأسيس هذه الدراسة والمثير للإشكال في هذا الجانب هو غياب العلاج النفسي بهذه الشريحة، خاصة على مستوى الجزائر إذ يكاد ينعدم التكفل النفسي مع هذه الحالات مع العلم بضرورة وجود العلاج الدوائي والنفسي جنباً الى جنب، وهذا ما يشكل عائقاً للشفاء التام ويؤدي الى انتشار المرض بسرعة. فالعلاج الدوائي لوحده ليس كاملاً ولا بد من تكامل العلاجات، ومن هذا الجانب رأيت الحاجة الى تصميم برنامج تكفل معرفي سلوكي لخفض الأفكار اللاعقلانية لهذه الفئة، وهو أحد التدخلات العلاجية النفسية الحديثة

التي يمكن تطبيقها في مثل هذه الحالات لإحداث التكيف وإعادة التوازن والتوافق مع المرض، وكذا تعديل الأفكار الغير المنطقية التي تظهر لدى المرأة نتيجة الإصابة بالمرض وذلك للتعايش معه والحد من تفاقم الإصابة. حيث تجاوز تطبيق هذا النوع من العلاج النفسي على مختلف الأمراض النفسية والطبية، كما أثبت نجاعته مع العديد من الاضطرابات النفسية وكذا العضوية، وفي هذا الصدد أشارت العديد من الدراسات الى ان العلاج المعرفي السلوكي يمكن ان يكون لديه تأثير نافع وكبير على عملية الشفاء مع المرضى الطبيعيين (أندرو بوميرانز، 2018، ص 469)، كما وجد ان العلاج المعرفي السلوكي كان له أثر دال ليس فقط على الاضطراب نفسه، ولكن على الجودة الكلية للحياة، ويهدف العلاج المعرفي السلوكي الى تخفيف الاضطراب الانفعالي من خلال مساعدة الأفراد على تغيير سلوكياتهم واعتقاداتهم التي تتسم بسوء التكيف.

فالعلاج المعرفي السلوكي ينطلق من فرضية أساسية مفادها أن التفكير هو الذي يثير انفعالات الفرد، فالاستجابات الانفعالية المصاحبة للفرد المصاب عضويا تكون نتيجة الأفكار الخاطئة الي يحملها هذا الفرد عن المرض وكذا التصورات والمفاهيم المرتبطة به، وليس المرض في حد ذاته ما يثير انفعال الفرد، وبالتالي ومن خلال التعامل مع العناصر الثلاث المتمثلة في التفكير، السلوك، الانفعال يمكن للمعالج المعرفي السلوكي ان يعدل في أفكار الفرد المصاب عضويا ويحسن سلوكه ويعيد له التوازن، وذلك باستخدامه للتقنيات التي يجيدها ويكون قد تدرب عليها لان التأثير على احدى هذه العناصر من شأنه ان يؤثر على الأخرى، كما يمكنه اعتماد تقنيات معرفية وأخرى سلوكية تتناسب مع الحالة المتكفل بها. وفي ضوء ما أشرنا اليه من نقص فيما يتعلق بالتكفل النفسي بهذه الفئة أو المساعدة على تخفيف المرض والحد من تفاقمه، وشعورا منا بوجاهة المشكلة المرضية في بعدها المحلي، وضرورة ملحة لإعداد تكفل نفسي لمثل هذه الحالات، جعلنا نحدد المشكلة في بناء برنامج تكفل معرفي سلوكي وتطبيقه على المرأة مبتورة الثدي والوقوف على دوره في تعديل الأفكار اللاعقلانية لهذه الفئة وقد صغنا لضبط مشكلة الدراسة التساؤل التالي:

– هل لبرنامج تكفل معرفي سلوكي دور في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المرأة مبتورة الثدي على إثر السرطان؟

II. فرضية الدراسة:

بناءا من الإشكالية المطروحة يمكن صياغة الفرضية التالية:

1- لبرنامج تكفل معرفي سلوكي دور في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المرأة مبتورة الثدي على إثر السرطان.

III. أهداف الدراسة:

يمكن تلخيصها فيما يلي:

- معرفة الأفكار اللاعقلانية عند المرأة مبتورة الثدي.
- معرفة مدى تأثير الأفكار اللاعقلانية على صحة المرأة مبتورة الثدي.
- مدى فعالية برنامج التكفل المعرفي السلوكي في تغيير الأفكار اللاعقلانية عند امرأة مبتورة الثدي.
- مدى فعالية برنامج التكفل المعرفي السلوكي في اكساب الحالة أفكار جديدة أكثر مرونة تيسر حياتها.
- مدى فعالية برنامج التكفل المعرفي السلوكي في إعادة دمج الحالة اجتماعيا وتمكينها من مواجهة وحل المشكلات الحياتية بطريقة أكثر عقلانية.
- تمكين طالب الماجستير من اعداد برامج للتكفل او برامج ارشادية تجسد تمكنه من الجانب التطبيقي.

.IV أهمية الدراسة:

- يعتبر هذا الموضوع من المواضيع الهامة والذي لديه وقع كبير على المرأة بصفة خاصة والمجتمع بصفة عامة وهو يلقي اهتماما واسعا سواء من طرف الباحثين أو العامة من الناحية النفسية والاجتماعية.
- زيادة انتشار هذا المرض ونقص الوعي بضرورة التكفل والمساندة اثناء فترة العلاج الطبي وبعده لمثل هذه الشريحة.
- تقدم هذه الدراسة وسيلة علمية لإمكانية التكفل المعرفي السلوكي بهذه الفئة والتخفيف من معاناتها وإمكانية تحسين نوعية الحياة لدى هذه الفئة.
- يمكن لهذه الدراسة أن تفيد المرضى في تعلم سلوكيات جديدة وتصحيح بعض الأفكار اللاعقلانية.
- تسهم هذه الدراسة في إثراء البحث العلمي بصفة عامة والممارسة العيادية بصفة خاصة ويمكن أن تكون مرجعا علميا للطلبة وحتى العاملين في المجال الطبي النفسي والارشادي.

.V مصطلحات الدراسة:

1 العلاج المعرفي السلوكي:

العلاجات المعرفية السلوكية (TCC) هي نوع من العلاجات النفسية التي حاولت تطوير تقنيات علاجية لمساعدة الأفراد على احداث تغيرات معرفية، سلوكية وانفعالية غير متوافقة، يرتكز هذا النوع من العلاج على فرضية مفادها أن المخططات المعرفية تؤثر على سلوكيات وانفعالات الأفراد وعليه فانه بالتأثير على هذه الأفكار المختلفة ستحدث تعديلات سلوكية وتوازن انفعالي وذلك بالاستعانة بمجموعة من الفنيات المعرفية والسلوكية. (Lyse Turgeon et Sophie Parent, 2012, p 87)

ويعرف اجرائيا:

بأنه نوع من العلاج النفسي والمراد معرفة دوره في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المرأة مبتورة الثدي ومساعدتها على التكيف مع المرض، من خلال استعمال تقنيات معرفية كالحوار السقراطي وإعادة البناء المعرفي، وأخرى سلوكية كالاسترخاء وتقنية حل المشكلات.

2 الأفكار اللاعقلانية:

هي مجموعة من المعتقدات اللاعقلانية التي يستخدمها الشخص لتغيير الميزات والخبرات التي يتلقاها الفرد من البيئة المحيطة، وتؤدي الى الشعور بالحزن، كما أنها الأفكار التي تخلو من المنطق السليم والتي يتبناها الأفراد كأهداف غير واقعية ومستحيلة، وغالبا ما تتصف بالكمال. (Lynch Douglas, 2008, p 423)

وتعرف إجرائيا بالدرجة التي تحصلت عليها عينة الدراسة على مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية لسليمان الريحاني

3 سرطان الثدي:

يعرف سرطان الثدي بأنه ورم خبيث يتطور على مستوى الثدي بحيث نجد نمو غير طبيعي للخلايا المبطننة لقنوات الحليب أو لفصوص الثدي. وغالبا ما يتكون الورم السرطاني في قنوات نقل الحليب وأحيانا في الفصوص وجزء بسيط جدا في بقية الأنسجة (10) (Elisabeth Luporsi et all, 2007, p 10).

ويعرف اجرائيا بأنه مرض عضوي أصاب ثدي الحالة مما أدى بها الى عملية البتر.

.VI حدود الدراسة:

حددت هذه الدراسة بعنوانها: "تكفل معرفي سلوكي لتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المرأة مبتورة الثدي على إثر السرطان" حيث تمثلت حدود هذا الموضوع فيما يلي:

- 1- الحدود البشرية: وتمثلت في عينة الدراسة الأساسية وهي حالة واحدة مبتورة الثدي على إثر السرطان.
- 2- الحدود الزمانية: وتمثلت في المدة الزمنية التي استغرقتها اجراء هذا البحث والتي دامت من 03 ديسمبر 2018 الى 02 ماي 2019، ومدة تطبيق التكفل المعرفي السلوكي شهرين ونصف من 21 فيفري الى 02 ماي 2019.
- 3- الحدود المكانية: وتمثلت في مكان اجراء الدراسة الأساسية والتي تمت في مصلحة الأمراض السرطانية بمستشفى ابن زهر بقلمة.

.VII الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة المرجعية البحثية لأي طالب أو باحث بصدد إجراء دراسة علمية للتزود بالمعلومات اللازمة والاطلاع على الطرق والمناهج العلمية المتبعة سواء أكانت دراسات عربية أو أجنبية، ولهذا ومن خلال إطلاعي على هذا المخزون العلمي وجدت إجحاف فيما يخض موضوع دراستي حتى على المستوى الأجنبي دراسات قليلة هي المتعلقة بالعلاج المعرفي السلوكي للحالات الطبية لأنه توجه حديث يتعلق بعلم نفس الصحة.

وكذا يعتمد على العلاج الدوائي أكثر من بقية العلاجات الأخرى. ولهذا اعتمدت على الدراسات التي كانت قريبة نوعا ما من موضوع الدراسة الحالية ونجد منها ما يلي:

الدراسة الأولى:

دراسة ريتشا روفر (2018) (معالجة اكلينيكية بمركز الرعاية الصحية بأمريكا) بعنوان قدرة العلاج المعرفي على التأثير ايجابيا في حياة المرضى الطبيين حالة جاكى عمرها 45 سنة تم تشخيصها مؤخرا أنها في المراحل المبكرة جدا من سرطان الثدي. طبق عليها العلاج المعرفي لتصحيح بعض المعتقدات الأولية حول هذا المرض وهي معتقدات غير منطقية جعلتها أكثر اضطرابا بكثير مما يجب ان تكون عليه، ومن هذه الأفكار (أنا سأموت)، (أسرتي وأصدقائي سيبعدون أنفسهم عني ان اكتشفوا ذلك)، كل هذه الأفكار كانت غير منطقية وافترضية وتتوقع أسوأ الحالات الممكنة. وتركز العلاج المعرفي للحالة على تحدي صدق هذه المعتقدات وتعلم تحديد الأفكار غير العقلانية واستبدالها بأفكار أكثر منطقية. وكانت نتائج نهاية العلاج ان الحالة خف قلقها لكنه لم يزول نهائيا بحكم اصابتها ولكن ليس بالمبالغة والافراط كما كان من قبل، وأصبحت واقعية أكثر منها تشاؤمية (أنا يمكن أن أموت ولكن الاحتمالات منخفضة الآن لأننا أمسكنا به مبكرا جدا وأنا سأحصل على رعاية جيدة) حيث أصبحت لديها معتقدات جديدة خالية من توقع الكارثة والتكبير وقراءة الأفكار وأصبحت لديها حالة نفسية وتكهنات طبية أفضل. (أندرو بوميرانز، 2018، ص 469)

الدراسة الثانية:

دراسة بودحوش نصر الدين (2016) أثر برنامج علاجي في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى المصاب بالعمم جامعة وهران

هدفت هذه الدراسة الميدانية للتعرف على فعالية برنامج معرفي سلوكي مختصر في إحداث أثر ملموس وذلك للتخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى عينة من الأزواج يعانون من تأخر الإنجاب (العمم).

اعتمد الباحث على المنهج العيادي (دراسة حالة) حيث اهتم بتطبيق هذا البرنامج في زمن قياسي قصير على عينة تم اختيارها قصديا حسب مواصفات معينة تخدم هدف الدراسة، وتتكون من (10) حالات مقسمة بالتساوي بين الذكور والاناث وأستخدم مقياس قائمة بيك الثانية (Beck) BDIZ – للاكتئاب، وللتحقق من فرضيات الدراسة كان الاجراء المنهجي يعتمد على التصميم التالي:

1-مرحلة القياس القبلي.

2-مرحلة التدخل العلاجي.

3-مرحلة القياس البعدي.

وقد توصلت الدراسة الى ما يلي:

-العلاج النفسي المختصر المعرفي السلوكي له أثر فعال في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى المصابين بالعقم.

-لهذا البرنامج أثر واضح في تخفيف حدة الأعراض الاكتئابية لدى أفراد العينة من كلا الجنسين.

-لهذا البرنامج أثر واضح في تعديل الأفكار السلبية نحو الذات والمستقبل والمحيط لدى المكتئبين والمصابين بالعقم.

وأخيرا قد توصلت الدراسة الى فعالية العلاج النفسي المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى المصابين بالعقم. (نصر الدين بودحوش، 2016)

الدراسة الثالثة:

دراسة عباس الصادق محمد إسماعيل (2015) بعنوان فعالية برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتخفيف الاكتئاب لدى مرضى الايدز بمراكز الرعاية المتكاملة بولاية جنوب دارفور

هدفت الدراسة الى معرفة فعالية برنامج معرفي سلوكي لعلاج الاكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الايدز، حيث استخدم الباحث لإجراء هذه الدراسة المنهج التجريبي على عينة تمثلت في مجموعة الأفراد المصابين بمرض الايدز من الجنسين بمراكز الرعاية المتكاملة جنوب دارفور، وقد بلغ حجم العينة 60 فردا من الجنسين قسموا بالتساوي الى مجموعتين المجموعة التجريبية وتضم 30 فردا منهم 15 من الذكور و15 من الاناث، والمجموعة الضابطة وتضم نفس العدد، تم اختيارهم وفق مواصفات العينة المقيدة والمحددة.

استخدم الباحث أدوات تمثلت في قائمة بيك الثانية للاكتئاب والبرنامج العلاجي من تصميم واعداد الباحث.

كما استعان بالأساليب الإحصائية (SPSS) لتحليل النتائج.

توصلت الدراسة الى النتائج التالية: وجود فروق دالة احصائيا في مستوى الاكتئاب الناجم عن الإصابة بمرض الايدز بين الأفراد المصابون بالايديز من المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج الارشادي على المجموعة التجريبية كانت لصالح الأفراد من المجموعة التجريبية مما يؤكد فعالية البرنامج الارشادي والعلاجي. (عباس إسماعيل، 2015)

الدراسة الرابعة:

دراسة روبي محمد (2014) بعنوان فعالية برنامج علاجي قائم على تعديل الأفكار اللاعقلانية في خفض زملة التعب العصبي، هدفت الدراسة الى معرفة فعالية برنامج معرفي سلوكي قائم على تعديل الأفكار اللاعقلانية في خفض زملة التعب العصبي لدى عينة من المناوبين ليلا، حيث بلغت عينة الدراسة (34) عاملا.

استخدم الباحث المنهج التجريبي بتصميم المجموعتين تجريبية (17) عاملا وضابطة (17) عاملا، وتم تطبيق أدوات تمثلت في مقياس الأفكار اللاعقلانية لسليمان الريحاني ومقياس التعب العصبي لابن يعقوب نعيمة طبق الباحث أسلوب الارشاد والعلاج الجماعي في هذا البرنامج، حيث تضمن (12) جلسة خلال 6 اسابيع بواقع جلستين في الأسبوع، مدة الجلسة الواحدة (45 د الى 60 د).

أفرزت نتائج الدراسة على فعالية العلاج المعرفي السلوكي القائم على تعديل الأفكار اللاعقلانية في خفض زملة التعب العصبي. (روبي محمد، 2014، ص 216)

الدراسة الخامسة:

دراسة رانيا الصاوي عبده عبد القوي (2013) بعنوان فعالية برنامج ارشادي عقلائي انفعالي لخفض الضغوط النفسية والأفكار اللاعقلانية وتحسين مستوى الرضا عن الحياة لطالبات جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية. هدفت الدراسة الى بناء برنامج ارشادي جمعي لخفض الضغوط النفسية والأفكار اللاعقلانية وتحسين مستوى الرضا عن الحياة لطالبات جامعة تبوك استنادا على فنيات العلاج العقلائي الانفعالي.

استخدمت الدراسة المنهج التجريبي على عينة بلغت (30) طالبة من جامعة تبوك قسموا الى مجموعتين (ضابطة وتجريبية)، تراوحت أعمارهم بين (18 و 21 سنة) طبق علمين مقياس المواقف الضاغطة، مقياس الأفكار اللاعقلانية، مقياس تحسين مستوى الرضا عن الحياة، البرنامج الارشادي من اعداد الباحثة.

توصلت نتائج الدراسة الى فعالية البرنامج الارشادي الذي اعتمد على فنيات العلاج العقلائي الانفعالي في خفض الضغوط النفسية والأفكار اللاعقلانية وتحسين مستوى الرضا عن الحياة لطالبات جامعة تبوك، كما امتد أثر البرنامج لبعده تطبيقه بشهرين حيث لم توجد فروق دالة احصائيا بين التطبيق البعد والتطبيق التتبعي. (رانيا عبد القوي، 2013)

الدراسة السادسة:

دراسة بكيري نجيبة (2012) بعنوان أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكريين المراهقين. هدفت هذه الدراسة الى إظهار مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض أعراض اكتئاب الأطفال المراهقين مرضى السكري وتحسين تقدير الذات والمهارات الاجتماعية وخفض الأفكار اللاعقلانية واليأس لديهم.

تكونت عينة الدراسة من (16) طفلا تتراوح أعمارهم ما بين (12 الى 16) سنة وهم من المترددين على العيادة الخارجية الخاصة بمرضى السكري (عيادة الضياء) وهم من يعانون الاكتئاب وفقا للتشخيص الطبي والنفسى.

استخدمت الباحثة عدة أدوات منها القائمة العربية لاكتئاب الأطفال، اختبار اليأس للأطفال، مقياس تقدير الذات للأطفال، مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال، البرنامج العلاجي من اعداد الباحثة بالإضافة الى أدوات أخرى.

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي بتصميم المجموعة الواحدة (المجموعة التجريبية) دامت مدة تطبيق البرنامج شهرين بتطبيق قياس قبلي وبعدي وتتبعي.

دلت نتائج الدراسة على وجود تأثير دال احصائيا لبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب لدى عينة الأطفال المراهقين مرضى السكري، كما أثبتت الدراسة على وجود فروق دالة احصائيا في متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في درجات المقاييس (مقياس تقدير الذات، مقياس المهارات الاجتماعية، مقياس اليأس)، في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم بعد القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج) (نجيبة بكيري، 2012)

الدراسة السابعة:

دراسة آسيا عدائكة (2010) بعنوان: فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب عند المرأة المتأخرة في الإنجاب أجريت الدراسة على امرأة متأخرة في الإنجاب وذلك بهدف التعرف على فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب وذلك باستخدام مقياس بيك للاكتئاب. تلقت الحالة برنامجا علاجيا معرفيا سلوكيا تكون من (10) جلسات. تمت المقارنة بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي على مقياس بيك للاكتئاب للتحقق من صدق الفرضية المتمثلة في ان العلاج المعرفي السلوكي فعال في التخفيف من الاكتئاب الناتج عن التأخر في الانجاب. توصلت نتائج الدراسة الى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب الناتج عن التأخر في الإنجاب. (آسيا عدائكة، 2010)

الدراسة الثامنة:

دراسة كلثوم بلمهوب (2008) بعنوان العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الضغط التالي للصدمة (دراسة حالة)، جامعة الجزائر 2.

تمثلت الدراسة في دراسة حالة لطالبة في العشرين من عمرها تعرضت مرتين لحادث صدمي تمثل الأول في تفجير إرهابي كانت خلالها على متن حافلة الطلبة وتعرضت لبعض الجروح وبقيت تحت آثار الصدمة لبعض الشهور ثم بعدها حادث ثاني وكان أيضا تفجير إرهابي وكانت حينها بالقرب منه ومنذ ذلك الحين وهي تعاني من أعراض الكرب التالي للصدمة PTSD. خضعت الالة للعلاج النفسي في مركز المساعد النفسية بجامعة الجزائر 2، استخدمت الباحثة فنيات سلوكية ومعرفية، حيث طبقت معها تقنية المراقبة الذاتية لحصر الأفكار التلقائية وكذا مناقشة الأفكار السلبية التي كانت تحدث بها نفسها مثل أنا نذير شؤم لدحض هذه الأفكار واستبدالها بأفكار منطقية مه تقديم الحجج على مدى صدق هذه الأفكار، كما طبقت معها أيضا فنية التعريض التدريجي للمثير لان الحالة كانت تتجنب ركوب الحالة والتقرب من أماكن وقوع الحادثين. دام العلاج 4 أشهر وكانت النتائج تدل وتؤكد على فعالية العلاج المعرفي السلوكي، حيث عادت الحالة الى حالتها الطبيعية واستطاعت التغلب على مخاوفها. (كلثوم بلمهوب، 2008، ص ص 209)

الدراسة التاسعة:

دراسة سلطان بن موسى العويضة (2008) التي سعت الى التعرف على العلاقة بين نسبة انتشار الأفكار اللاعقلانية والاعقلانية ومستويات الصحة النفسية لدى عينة من طلاب جامعة عمان الأهلية، بلغت عينة الدراسة (181) طالبا وطالبة، واستخدم الباحث مقياس الأفكار العقلانية – اللاعقلانية لسليمان الريحاني ومقياس غولدبيرغ وويليام للصحة العامة، وخلصت نتائج الدراسة الى انتشار نسبة الأفكار اللاعقلانية بين طلبة الجامعة، ووجود علاقة طردية بين الأفكار اللاعقلانية والشعور بالصحة النفسية. (سلطان العويضة، 2008)

الدراسة العاشرة:

دراسة جون كوترو (2002) هدفت للتعرف على فاعلية علاج معرفي سلوكي (CBT) مقابل علاج مساند (ST) على عينة من مرضى الخوف الاجتماعي قدرت بـ 67 قابلوا التصنيف الرابع للجمعية الأمريكية الخاصة بالاضطرابات العقلية والسلوكية (DSM-IV) (89%) منهم من النوع الفرعي المعمم والغالبية يعانون الشخصية التجنبية وتم اختيارهم بالطريقة العشوائية ضمن المجموعات، المجموعة الأولى علاج معرفي سلوكي لمدة (81) ساعة بطريقة فردية وتم إلحاقها بـ(62) ساعة للتدريب

على المهارات الاجتماعية (SST)، أما بالنسبة للمجموعة الثانية خضعت لعلاج مساند لمدة (12) أسبوعاً. وقد وافق كل المرضى على عدم تعاطي أي نوع من الأدوية خلال كل فترة التجربة.

وكانت النتائج بعد (16) أسبوعاً من العلاج المعرفي أن المجموعة الأولى أفضل من المجموعة الثانية على المقياس الرئيسي للخوف الاجتماعي وفي الأسبوع الثاني عشر بعد التدريب على المهارات الاجتماعية كانت المجموعة الأولى أفضل من المجموعة الثانية على جميع المقاييس التي استخدمت وأوضحت دلالة مرتفعة في الاستجابات هذه النتائج تكررت عندما تم إخضاع المجموعة الثانية لعلاج معرفي سلوكي وتم ملاحظة تغير مستمر في المجموعتين مع الامتناع عن تناول العلاج الدوائي أي أن التجربة أثبتت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مقابل العلاج المساند. (Cottraux J, 2002)

الدراسة الحادية عشرة:

دراسة سيرفاتي وآخرون (Serfaty et al, 1999) حيث نشرنا تجربتين مضبوطتين من ANOREXIA NERVOSA لـ CBT وذلك للتأكد من فعالية النموذج المعرفي السلوكي CBT في علاج فقدان الشهية العصبي (AN) وتوصلت النتائج الى سيطرة 35 شخصاً ممن لديهم فقدان الشهية العصبي بعد تطبيقهم للعلاج المعرفي السلوكي CBT أو تقديم المشورة الغذائية، بعد 6 أشهر من العلاج، حيث كانت معدلات التسرب لـ CBT و 100٪ للحصول على المشورة الغذائية. أولئك الذين تلقوا CBT أظهروا زيادات كبيرة في كتلة الجسم، وانخفاض كبير في أعراض اضطرابات الأكل والاكتئاب. والذين أتموا CBT 70٪ لم تعد تظهر لديهم المعايير التشخيصية لـ AN إضافة الى هذه النتائج، وصف فيتوسيك (2002) (غير منشورة) دراسة مقارنة CBT إلى المشورة الغذائية مع إدارة ical في علاج AN على غرار سيرفاتي وآخرون (1999)، انخفض عدد المرضى في حالة CBT خارج (27٪ مقابل 53٪) وأكثر تلبية معايير جيدة، النتيجة في نهاية العلاج (44٪ مقابل 6٪). (Arthur Freeman, 2005, p p 29 30)

الدراسة الثانية عشرة:

دراسة مارش (March, 1998) الذي استخدم الارشاد المعرفي في مساعدة (15) طفلاً من الإناث والذكور وتتراوح أعمارهم ما بين (10 و 15 سنة)، تعرضوا الى حدث صادم أدى الى ظهور أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لديهم، والذين تعرضوا لحادث سيارة أو مرض خطير أو حريق، ومن الفتيات التي استخدمت في هذه الدراسة التدريب على أسلوب حل المشكلات للتحكم بالغضب، ومساعدة الطفل على تنمية الحديث الإيجابي مع الذات ومواجهة الأفكار اللاعقلانية والواجب المنزلي. أثبتت النتائج فعالية الارشاد المعرفي في علاج أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في فترة البرنامج التي استمرت (18) أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً وقد استمر التحسن في فترة المتابعة التي دامت 6 أشهر. (أندرو بوميرانتر، 2018، ص 526)

الدراسة الثالثة عشر:

دراسة جاكس وآخرون (Jakes et al, 1992) تأثير العلاج المعرفي على مرضى طنين الأذنين، والتي تتضمن مشكلتهم السمعية إدراكاً مفرطاً للأصوات. بعض هؤلاء المرضى مروا بشكل مختصر من العلاج المعرفي والذي تم فيه تصحيح المعتقدات غير المنطقية حول المرض. ومقارنة مع المرضى الذين لم يتلقوا هذا العلاج، أظهر المشاركون في العلاج المعرفي تحسناً دالاً فيما يتعلق بمستوى الكرب من طنين الأذنين. (أندرو بوميرانتر، 2018، ص 469)

تعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال ما تقدم من استعراض للدراسات السابقة حول الموضوع، وان كانت لا تمثل مسحا شاملا للدراسات في هذا المجال، ولكن في حدود ما تمكنت الباحثة من الوصول إليه، فقد اتضح أن هذه الدراسات تنوعت في أهدافها وعيانتها، واجراءاتها، وفي نتائجها، ومن خلال ما تقدم يمكن أن نستخلص الآتي:

-من حيث عينة الدراسة:

من خلال استعراض الدراسات السابقة وجدت الباحثة أن عدد أفراد العينة في أغلب الدراسات تجاوز عشرة أفراد وكان ذلك في دراسة كل من (بوحدوش نصر الدين، 2016)، (عباس إسماعيل، 2015)، (روبي محمد، 2014)، (رانيا عبد القوي، 2013)، (نجيبة بكيري، 2012)، (سلطان العويضة، 2008)، (J. Cottraux, 2002)، (Sertaty et all, 1999)، (March, 1998)، (Jackes et all, 1992) والتي اختلفت مع الدراسة الحالية التي شملت حالة واحدة، وتوافقت في ذلك مع دراسة كل من (ريتشا روفر، 2018)، (كلثوم بلمهوب، 2008)، (آسيا عدائكة، 2010)، ويعود ذلك حسب اعتقادي الى نوع الحالات المتكفل بها ومدى توفرها في المراكز أو المؤسسات التي تم تطبيق الدراسة على مستواها. أو لاعتبارات منهجية أخرى.

-من حيث منهج الدراسة:

اعتمدت أغلب الدراسات المتناولة المنهج التجريبي أو الشبه التجريبي تصميم المجموعتين (الضابطة والتجريبية) والذي يختلف عن منهج الدراسة الحالية التي اعتمدت المنهج الشبه التجريبي تصميم المفحوص الواحد والذي اعتمده دراسة (آسيا عدائكة، 2010) في حين نجد دراسة (بكري نجيبة، 2012) و (March, 1998) فقد استخدمت المنهج الشبه التجريبي تصميم المجموعة الواحدة (التجريبية)، لكن دراسة كل من (ريتشا روفر، 2018) و (بلمهوب كلثوم، 2008) و (بوحدوش نصر الدين، 2016) فقد اعتمدوا منهج دراسة حالة. ويعود هذا التنوع في اختيار المنهج حسب اعتقادي الى نوعية الحالات المتعامل معها حيث يصعب توفر الحالات الاكاديمية، وكذلك صعوبة التعامل معها.

-من حيث الأدوات المستخدمة:

طبقت أغلب هذه الدراسات مقياس بيك للاكتئاب وكان ذلك في دراسة كل من (بوحدوش نصر الدين، 2016)، (عباس إسماعيل، 2015)، (نجيبة بكيري، 2012)، (آسيا عدائكة، 2010)، في حين استخدمت دراسة كل من (كلثوم بلمهوب، 2008) ودراسة (March, 1998) مقياس الكرب التالي للصدمة، ولقد اختلفت هذه المقاييس مع الدراسة الحالية في حين اتفقت مع دراسة كل من (روبي محمد، 2014)، (رانيا عبد القوي، 2013)، (سلطان العويضة، 2008) التي استخدمت مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية لسليمان الريحاني، وفي المقابل طبقت كل الدراسات برنامج علاجي تم تصميمه من طرف الباحث ما عدى دراسة (سلطان العويضة، 2008)، ونرى ان هذا الاختلاف في استخدام الأدوات يعود الى الهدف المراد بلوغه في كل دراسة.

من حيث التقنيات العلاجية:

تنوعت التقنيات العلاجية المستخدمة، حيث اعتمدت أغلب الدراسات التي طبقت برنامجا علاجيا على تقنية إعادة البناء المعرفي وتقنية الواجب المنزلي في حين اختلفت باقي التقنيات، حيث نجد دراسة (ريتشا روفر، 2018) اعتمدت تقنية إعادة البناء المعرفي فقط، ودراسة (بوحدوش نصر الدين، 2016)، (عباس إسماعيل، 2015)، (نجيبة بكيري، 2012)، (آسيا عدائكة، 2010) اعتمدت تقنيات تأكيد الذات، حل المشكلات، الاسترخاء، والمهارات الاجتماعية والتي اتفقت مع التقنيات

المستخدمة في الدراسة الحالية، أما دراسة (رانيا عبد القوي، 2013) فقد اعتمدت فنيات العلاج العقلاني الانفعالي، ويمكن تفسير ذلك بمدى تمكن الباحث من التقنية المستخدمة من جهة ونوعية الحالات التي يتكفل بها وما تعانیه من جهة أخرى، فكل حالة هي حالة خاصة حتى وان تشابه الاضطراب.

-من حيث النتائج:

نلاحظ ان نتائج كل هذه الدراسات أثبتت نجاعتها وفعاليتها العلاج المعرفي السلوكي مع مختلف الاضطرابات التي تم تناولها، كما نلمس على مستوى الدراسات الأجنبية تنوع في تناول العلاج المعرفي السلوكي سواء من حيث الاضطراب أو التقنيات المستخدمة سيما المقارنة بين فعالية هذا العلاج وعلاجات أخرى مثل دراسة جون كوتروا (2002) الذي قارن بين فعالية العلاج المعرفي السلوكي والمساندة الاجتماعية وكذا دراسة سرفاني (1999) الذي قارن بين العلاج المعرفي السلوكي والمشورة الغذائية في علاج فقدان الشهية العصبي والنتيجة في الدراستين كانت لصالح العلاج المعرفي السلوكي. اما الدراسات العربية بصفة عامة والجزائرية بصفة خاصة فلم نجد اي دراسة متطابقة مع موضوع الدراسة الحالية على الرغم من تواجد هذه العينة في المراكز الاستشفائية بكثرة وفي تزايد مستمر مما يستدعي ويتطلب تكفل نفسي عاجل بهذه الشريحة، وربما قد يكون السبب في عدم توجه الباحثين نحو هذا الموضوع كونهم يعتبرونه موضوع طبي أكثر منه نفسي لأنه عضوي، أو لصعوبة الموضوع فهو يحتاج الى التكوين والتدريب والقدرة على استخدام الفنيات العلاجية ونوعية الحالات.

خلاصة:

يعتبر هذا الفصل اللبنة الأساسية للدراسة حيث تم فيها تقديم إشكالية الدراسة التي سنحاول الإجابة عنها انطلاقا من الفرضية التي صيغت في هذا الإطار، كما شمل الأهمية التي تكتسبها هذه الدراسة بحيث تعتبر بحثا جديدا ونوعيا فالفئة المدروسة لم سبق وان تم التكفل بها نفسيا باستخدام العلاج المعرفي السلوكي ومن هنا كان الهدف من هذه الدراسة هو الوصول الى تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى عينة الدراسة، وكان ذلك كله منبثقا من المخزون البحثي والدراسات السابقة التي تم الاطلاع عليها، وتكوين مرجعية نظرية للإمام بالموضوع.

وللخوض في هذه الدراسة سنحاول التطرق في الفصل الموالي الى العلاج المعرفي السلوكي وكيفية تطوره بشكل من التفصيل لتحقيق أهداف هذه الدراسة.

الفصل الثاني: إطار العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد

1. ماهية العلاج المعرفي السلوكي
2. لمحة تاريخية لنشأة العلاج المعرفي السلوكي
3. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
4. أهداف العلاج المعرفي السلوكي
5. الأطر النظرية للعلاج المعرفي السلوكي
- 1- العلاج المعرفي لأرون بيك
- 2- العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لألبرت أليس
- 3- التعديل المعرفي السلوكي لدونالد ميشينبوم

خلاصة

تمهيد:

ان العلاج المعرفي السلوكي أحد التدخلات العلاجية الحديثة في ميدان العلاج النفسي المعاصر والأكثر استعمالاً، حيث اثبت نجاعته مع العديد من الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية وحتى بعض الامراض العقلية. ويحتوي هذا الاخير نظرية تكاملية في تغيير السلوك تقوم على التكامل بين تيارات متنوعة في العلاج النفسي ويعد نموذجاً لأحسن الاستراتيجيات العلاجية. يركز على منظور ثلاثي الابعاد وهي المعرفة، الانفعال والسلوك هذا المركب المتداخل حيث بالتأثير على احداها يتأثر البعدين الآخرين وبهذا كان هذا الأسلوب العلاجي يهدف الى تغيير كل ما يعتقد الفرد من تحريفات معرفية وأفكار لاعقلانية مختلة وظيفيا وما يترتب عليها من ضيق وكرب بالتأثير على البنى المعرفية للمفحوص وتعديلها واستبدالها بأفكار بديلة منطقية واكثر ملاءمة، وذلك باستخدام بعض التقنيات المعرفية وأخرى سلوكية للوصول للهدف التشاركي والمتفق عليه بين المعالج والمفحوص بعد بناء علاقة علاجية مبنية على الثقة وحسن الاصفاء والتعاون المتبادل بين الطرفين.

ومن خلال هذا الفصل سنتطرق الى المقاربة العلاجية المعرفية السلوكية، ابتداء من مفهوم هذا التدخل العلاجي عند بعض أهل الاختصاص ثم المسار التاريخي لهذا التيار العلاجي، وكذا أشرنا إلى أهم مبادئه وما يميزه من خصائص وماهي الاشياء التي يركز عليها في تدخلاته، و أهم الاهداف العامة والخاصة التي يصبو إليها، ثم قدمنا الأطر النظرية لهذا التدخل العلاجي من خلال التطرق الى أهم ثلاثة أنواع من العلاجات المعرفية السلوكية، وكذا نوعية الجلسات المختلفة أثناء السيرورة العلاجية، ورصدنا أهم التقنيات والاساليب المستخدمة في عمليات التدخل والتكفل النفسي لهذه الانواع من العلاجات.

1. ماهية العلاج المعرفي السلوكي TCC La Thérapie cognitive comportemental:

ان العلاج المعرفي السلوكي هو علاجات تمثل تطبيق أو ممارسة لعلم النفس العلمي بغرض المعالجة النفسية، تركز على الطريقة أو المنهج التجريبي لفهم وتعديل الاضطرابات النفسية المسببة لتوتر واختلال حياة المفحوص مما يفعل طلبا من قبله موجه الى مختص في الصحة النفسية، تستند في مرجعيتها النظرية على نماذج وليدة مدارس التعلم الممثلة في التعلم عن طريق الاشراف الكلاسيكي لبافلوف، الاشراف الفاعلي لسكينر والتعلم الاجتماعي لبندورا. نماذج تفسر السلوكيات المرئية، الحركية واللفظية مما يشكل اساس فعالية العلاج النفسي، أيضا تستند على النماذج المعرفية المؤسسة على دراسة تحليل المعلومة، سيرورة الافكار، الواعية (الشعورية) واللاشعورية المسؤولة عن انتقاء وإدراك الفرد لأحداث المحيط، لا يركز العلاج على السلوك وسيرورات الأفكار انما يتعداه الى الانفعالات التي تتفاعل مع هذين العنصرين، وتعد استجابة فيزيولوجية وعاطفية لتجارب الراحة والمتعة أو الانزعاج والألم.

كما ان التقنيات المستخدمة تتدخل على مستوى العناصر الثلاث المتفاعلة مع المحيط الذي يعيش فيه الفرد دون إهمال لمختلف الجوانب البيولوجية. (Jean Cottraux, 2011, p 12)

وهو ايضا نوع من العلاجات النفسية الحديثة التي تجمع بين المناهج السلوكية والمناهج المعرفية وهذا الأسلوب العلاجي يحاول تعديل السلوك المضطرب من خلال التأثير في العمليات المعرفية، حيث يؤدي التغيير في المعارف الى احداث التغيير في السلوك وفي الوقت ذاته ينتج عن تغيير السلوك تغيير في المعارف، فمن الأهمية النظر اليه على انه فرع من فروع العلم الناضجة وليس مجرد مجموعة من الأساليب العلاجية الخاصة (هوفمان إس جي، 2012، ص 10). وتفترض النظرية المعرفية- السلوكية في العلاج النفسي وجود ثلاثة عناصر مترابطة يساهم تفاعلها في تطوير السلوك واستجاباتنا للعالم بجانبها الصحي والمرضي.

✓ الموقف أو الخبرة المرتبطة بالحالة النفسية.

✓ الجانب الوجداني والحالة الانفعالية موضوع الشكوى (بماذا أشعر الآن).

✓ البناء المعرفي للخبرة (كيف أدرك الموقف وأفسره) (عبد الستار إبراهيم، 2008، ص 92).

ومنه فإن المنحى المعرفي- السلوكي يعتبر أن الاضطراب الانفعالي ليس حالة وجدانية منعزلة بل إنه عبارة عن جوانب متكاملة ومتفاعلة من النشاط السلوكي الظاهري والنشاط السلوكي الداخلي، وهو ما يسمح باستخدام فنيات مختلفة للتدخل العلاجي.

في حين نجد جوديت بيك ترى انه علاج منظم ومختصر متمركز حول الحاضر، وهو نظام قائم على نظرية موحدة في الشخصية والسيكوباتولوجية مدعمة بأدلة تجريبية واقعية، موجه أساسا الى التعامل مع مشاكل المفحوص الحالية، ويعتمد على كل من الصيغة المعرفية لاضطراب معين وإمكانية تطبيقها على ضوء فهمها للمفحوص، وينشد المعالج - بأساليب مختلفة- الى تغيير طريقة تفكير المفحوص ومعتقداته بهدف احداث تغيير دائم في مشاعره وسلوكه ويتميز بانه علاج عملي ذي تطبيقات واسعة مدعمة ببيانات تطبيقية مشتقة بسلاسة من النظرية حيث يمكن تطبيقه فرديا أو جماعيا وكذا لعلاج مشاكل الأزواج والعلاج الأسري. (جوديت بيك، 2007، ص ص 17 20)

أن العلاج المعرفي السلوكي هو العلاج الذي يستند إلى أسس معالجة المعلومة التعلم، حيث يستند إلى فرضية أساسية ترى أن كلاً من الوظائف المعرفية والفيزيولوجية والانفعالات والسلوكيات في عملية تفاعل متبادل، وأن علاج الأعراض لا يكون إلا من خلال تعديل المعارف والسلوكيات للتحسين من الوظائف المصابة. (Michel Hersen et all, 2002, p 154)

أما ميشينوم فقد حدد البنيان المعرفي على أنه الجانب التنظيمي للتفكير، والذي يبدو أنه ينظم ويوجه استراتيجيات ومسار واختيار الأفكار، فهو بمثابة "مشغل تنفيذي" يمسك بمخطط التفكير ويحدد وقت مقاطعة أو تعديل أو استمرار الفكرة. ويتضمن البنيان المعرفي ما لا يتغير بتعلم كلمة جديدة ولكن ما يتغير بتعلم مهارة كلمة جديدة، مثل مهارة الاستماع إلى الحوار الداخلي للشخص ذاته (لويس مليكة، 1994، ص 121).

وغالباً ما ينظر إلى العلاج المعرفي السلوكي على أنه مجموعة من التقنيات، أو مجموعة أدوات يمكنك من خلالها اختيار طريقة ثم تطبيقها على المفحوص للحصول على تحسن في أعراضه، وهو قبل كل شيء طريقة تمكننا من رؤية العالم وتحليل صعوبات الفرد النفسية. (Ayman Murad, 2017, p 21)

نستخلص من التعاريف السابقة ان العلاج المعرفي السلوكي:

- هو نوع من أنواع العلاجات النفسية الحديثة، يمكن تطبيقه فردياً أو جماعياً.

-يركز على الحاضر ويستخدم تقنيات متعددة بهدف تعديل أفكار الفرد.

-ان المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة.

-يعمل على تعليم وتدريب المفحوص كيف يحدد الأفكار الخاطئة الغير منطقية واستبدالها بأفكار عقلانية ملائمة.

وفي هذا السياق ترى الباحثة ان العلاج المعرفي السلوكي هو تدخل علاجي منبثق ضمن مجموعة من التدخلات العلاجية النفسية حيث يمكن تطبيقه على فئات عمرية مختلفة، يركز في عمله على المعرفة المشوهة والمحرفة التي تحدث خلاا وظيفياً وانفعالياً يعيق حياة الفرد وعلاقاته الاجتماعية ويسبب له عجزاً وأمراض عضوية مزمنة كما يفاقم وضعه الصحي وبالتالي يهتم هذا النوع من العلاج على تصحيح المعتقدات اللامنطقية وتعديل البناء المعرفي ليصبح أكثر توافقاً وملاءمة فينجر عنه سلوك مقبول وانفعالات إيجابية.

II. لمحة تاريخية لنشأة العلاج السلوكي- المعرفي:

إن الرجوع الى الأصول التاريخية لما يسمى بالعلاج المعرفي السلوكي، يبدو واضحاً فيما تنبه إليه الفلاسفة اليونان منذ القدم الى ان فكرة إدراك الفرد هو الذي يحدد الواقع الذي يعيشه وبالتحديد الفلاسفة الرواقيون في القرن الأول الميلادي الذين اشاروا إلى أن إدراك الانسان للأشياء وليس الأشياء نفسها تلعب دور هاماً في تحديد نوع استجابته وهي التي تميز سلوكه وتصفه بالاضطراب أو السوء، وفي هذا الصدد يقول الفيلسوف الروماني Epictetus لا يضطرب الناس من الأشياء ولكن من الآراء التي يحملونها عنها". (طه عبد العظيم، 2008، ص 85)

وقد أشار العلماء المسلمين للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الانسان وأيضاً في سعادته أو في شقائه، وقد سبقوا بذلك العلماء المتأخرين في إبراز أهمية العوامل المعرفية في توجيه استجابات الفرد للظروف المحيطة به.

لكن بداية الاهتمام بالعلاج المعرفي السلوكي كان مع بداية النصف الأخير من القرن العشرين، ولم يكن ذلك الاهتمام وليد الصدفة، وهذا ما افاد به بيك Beck أن العلاج المعرفي السلوكي يقوم على دعائم فلسفية ليست جديدة بل هي موجودة

منذ القدم، وتقود بالتحديد إلى زمن الرواقيين، ووفق هذا المنطق الرواقي تستند أهم ركائز العلاج المعرفي السلوكي ، ففي تفسير للمشكلات النفسية يرجع هذا التيار العلاجي الاضطرابات السلوكية بالدرجة الاولى إلى قيام الفرد بالتحريف المعرفي للواقع وللحقائق بناء على مقدمات مغلوطة وافتراضات خاطئة، وتنشأ هذه الاوهام من تعلم خاطئ في إحدى مراحل نموه المعرفي. (ابتسام الزعبي، 2009، ص 12)

وفي هذا السياق يشكل كيلي صاحب نظرية التراكيب أو الأبنية الفردية مصدرا أساسيا في العلاج المعرفي، حيث أكد كيلي على ان سلوك الفرد يكون محكوما بإدراكاته وتفسيره للأحداث والخبرات التي يمر بها، وان السلوك الإنساني يستند على اختيارات يقوم بها الفرد بالرجوع الى إدراكاته للنتائج المقبلة المترتبة على اختياراته. (طه عبد العظيم، 2008، ص 87)، ففي النصف الأول من القرن العشرين حين كانت سيطرة التحليل النفسي التقليدي رغم محاولات النظرية السلوكية والتي جاءت كردة فعل على تفسيرات غريمتها التحليلية بالعمليات النفسية اللاشعورية الكامنة وراء اضطراب الفرد محاولة إعطاء تفسيرات ظاهرية وتجريبية مقبولة منطقيًا مهمة بذلك ما يتوسط بين المثير والاستجابة وفي خضم هذا الصراع نجد علماء سلوكيين آخرين اهتموا بالجوانب المعرفية أمثال تولمان (1949) في تجربته متاهات التعلم التي تقر بامتلاك الفئران لخريطة معرفية تمكنها من معرفة المكان الذي تعيش فيه، وتبعه في ذلك دولار وميلر اللذان اكدا على دور العمليات المعرفية، ثم دعمه اعتراف وولبي (1958) بأهمية العمليات المعرفية في طريقته العلاجية التي تعرف بالتحصين التدريجي (طه عبد العظيم، 2008، ص 90 93) ليفسح المجال بعدها لظهور العديد من الأساليب العلاجية التي تؤكد على دور الجوانب المعرفية في نشأة الاضطرابات الانفعالية.

ومع هذا كله يعتبر العلاج المعرفي مدين كثيرا الى ألفرد أدلر الذي يعتبر رائد علماء المعرفة المحدثين، والذي كان له اسهاما كبيرا في تأكيد دور الجوانب المعرفية في التأثير على السلوك والانفعال لدى الفرد، حيث اعتبر أدلر في كتابه الذي نشره سنة 1929 « la science de la vie » ان سلوك الفرد ينبع من أفكاره وأن اتجاه الشخص في الحياة يتحدد من خلال علاقته بذاته والآخرين والعالم الخارجي. ووفق وجهة نظر أدلر فان العلاج يتضمن إعادة تعليم المريض أسلوب حياة أكثر اشباعا ورضا. (Jean Cottreaux, 2011, p 27)

ويذكر أن الاهتمام الفعلي ينصب حول أهمية الجوانب المعرفية ودورها في ظهور الاضطرابات وفي الوصول للهدف العلاجي النفسي المنشود، فقد نشأ أسلوب العلاج المعرفي ضمن حدود العلاج السلوكي وكان ظهور هذا الاسلوب ناتج للتذمر وعدم الرضا الذي ساد بين بعض العاملين من خارج أصحاب المدرسة السلوكية، وقد بني هذا التذمر والنقد للمدرسة السلوكية و تقنياتها على أساس أنها مدرسة ميكانيكية مادية وبأنها لا تأخذ الحياة النفسية والعقلية للفرد بعين الاعتبار بل في فراضياتها و في تطبيقاتها للعملية العلاجية، فتوجه التيار الجديد نحو الاهتمام إلى ما يحمله الانسان من ذهنيات وما تحويه من أفكار واتجاهات وعقائد ترسم توجهاته نحو مواقف شتى وكذا ما يستجيب به من مسالك وعواطف، فالعلاج المعرفي السلوكي عبارة عن أم تحتضن العديد من أنواع العلاجات التي تتشابه في جوهرها وانما تتباين في مدى تأكيدها على نوعية معينة من الفنيات والتقنيات العلاجية.

حيث نجد تطوران هامان حدثا في الوقت نفسه -بدءا من خمسينيات وستينيات القرن العشرين- ساهما في تطور العلاج المعرفي ونجد من رواده أرون بيك وألبرت أليس اللذان تزايدت خيبة آمالهم من الطريقة التحليلية التي تدربوا عليها وسعوا

الى مدخل جديد الى العلاج يخاطب أعراض المفحوص بشكل مباشر أكثر، ويركز على الحاضر ويعطي نتائج أكثر حسماً. (أندرو بومرانتز، 2018، ص 444)

وهذا يمثل نموذج بيك Beck العلاجي للاكتئاب والذي صاغه تطبيقياً في الستينات والذي كان مرتكزاً على الأفكار الآلية التي تظهر عفويًا لدى المكتئبين تقوم على معتقدات رئيسية عامة أطلق عليها اسم مخططات معرفية تتكون عبر الخبرات المبكرة من حياة الفرد وتبقى محفوظة في الذاكرة بحيث هذه الأفكار الآلية تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف مؤدياً الى حدوث الاضطرابات الانفعالية، وبقي حتى الآن من أبرز النماذج وأكثرها شيوعاً، وهو يعتبر نموذجاً معرفياً وفينومينولوجياً في آن واحد (جوديت بيك، 2007، ص 31 32).

أما أليس (Ellis) فقد أرسى نموذجاً علاجياً آخر هو العلاج العقلاني (Rational Therapy) (1950) الذي أضاف له عام (1961) مصطلح الانفعالي "Emotive"، وأضيف عليه عام (1993) مصطلح السلوكي Behavior فأصبح النموذج العلاجي تحت مسمى: العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Rational Emotive Behavioral Therapy ليؤكد على الأهمية المتداخلة للمعرفة والسلوك والوجدان، وفيه يتم التركيز على أن الاضطراب النفسي ينشأ نتيجة للتفكير اللاعقلاني واللامنطقي، وأن سلوكيات المريض تنتج عن هذه الأفكار والاتجاهات اللامنطقية وقد صاغ أليس (Ellis) الأساس المعرفي للسلوك في معادلة بسيطة أطلق عليها (ABC) والذي طوره فيما بعد ليصبح (ABCDE). (أندرو بومرانتز، 2018، ص 452)

كما نجد أيضاً ميشينبوم Meichenbaum، الذي قدم اتجاهها علاجياً معرفياً سلوكياً يعرف باسم التعديل المعرفي للسلوك Cognitive Behavior modification يعكس التدعيم المتبادل بين المناهج المعرفية والسلوكية، حيث يجمع بين مكونات سلوكية كالتنمؤج Modeling، والمهام المتدرجة، والتمرينات المعينة، والتدعيم الذاتي، ومكونات معرفية تتمثل في التعليمات الذاتية والحوار الذاتي الداخلي، حيث أنه يفترض في نموده العلاجي: أن ملاحظة الذات والحوار الذاتي الداخلي، وإعادة البناء المعرفي لمفاهيم المرضى تؤدي إلى تحسين سلوكهم. (Donald Meichenbaum, 1977, p p 75 76)

ومن الممكن رصد أكثر من عشرين نوعاً من هذه الأساليب ومن أشهرها نجد التالي:

✓ العلاج العقلاني الانفعالي (RET) لآلبرت أليس (Albert Ellis) (1962).

✓ العلاج المعرفي لأرون بيك (Aaron Beck).

✓ التصورات الشخصية لكيلي (Kelly).

✓ أسلوب حل المشكلات عند جول فريد وجول فريد (Golfred et Golfred).

✓ تعديل السلوك المعرفي (SIT) عند ميشينبوم (Meichenbaum) (1971).

✓ إعادة البنية العقلانية المنظومية (SRRT) لماهوني (Mahoney) (1975).

✓ العلاج بالسلوك العقلاني (RBT) لريم (Reem).

✓ العلاج بالمخططات ليونغ (Young-J) (2003).

✓ العلاج بالقبول والالتزام (ACT) Hayes (2004).

✓ العلاج السلوكي الجدلي (DBT) Linehan (2007) خصيصا لعلاج اضطراب الشخصية الحدية.

✓ العلاج ما وراء المعرفي (CAS) Wells (2009). (أندرو بومرانتز، 2018، ص ص 464 468)

ونضيف اليها أيضا أساليب كل من (M.Mahoney) و (M.Goldfreid) و (A.Lazarus) وغيرهم، ومن هنا يمكن القول بان البدايات الفعلية للعلاجات المعرفية السلوكية تعود إلى سنة (1960) وأول موضوع خاص بالتعديل المعرفي السلوكي ظهر بعد منتصف (1970)، وكان أول من استخدم مصطلح "العلاج المعرفي السلوكي" هو أليس (A.Ellis) في (1993) وذلك بإضافة المصطلح السلوكي إلى مسمى أسلوبه العلاجي. (داليا مومن، 2004، ص 135)

ترى الباحثة بان المتصفح للتطور التاريخي لمسمى العلاج المعرفي السلوكي يعود الى جذور فلسفية تقودنا الى اليونانيين القدامى الذين أشاروا الى دور المعارف وتأثيرها في حياتنا، وبالتالي هذا المنحى الفلسفي سلكه الرواد الأوائل المتمثلين في آرون بيك، ألبرت أليس ودونالد ميشينبوم الذين سلكوا نهجا علميا بهذا التيار وطوروه ليصبح تدخلا علاجيا له مكانته وأهميته ضمن العلاجات الحديثة ليصبح بذلك مهيمنا على العلاج النفسي مع مختلف الاضطرابات وناجحا الى درجة عالية. وهذا ما يظهره التنوع والتطور المستمر للتدخلات التي اصبحت تعرف بالموجة الثالثة مع المحافظة على نفس سيرورة العلاج.

III. مبادئ العلاج المعرفي- السلوكي:

إن ما يميز العلاج المعرفي – السلوكي هو صبغته التعليمية التي تظهر من خلال سيرورة العمل العلاجي بدء بالتعليم النفسي للمريض واقناعه بمنطق العلاج ومسؤوليته فيه، وتوضيح العلاقة بين الاعتقادات اللاعقلانية وما يعانيه من اضطراب، ويتم هذا في إطار علاقة تعاونية مهنية توجهها مجموعة من الضوابط تمثل صميم مبادئ المنحى العلاجي المعرفي – السلوكي وهي:

- ← أن العميل والمعالج يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول.
- ← أن المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الإنساني.
- ← أن المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سبيبي.
- ← أن الاتجاهات والتوقعات والعزو والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور أساسي في إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.
- ← ان العمليات المعرفية تندمج معا في نماذج سلوكية. (عادل عبد الله، 2000، ص 23)
- ومنه تتحدد المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي في عشرة مبادئ صاغها بيك والمتمثلة في:
- ← هو علاج منظم وتوجيهي لديه جدول اعمال لكل جلسة.
- ← له منفعة إضافية ونتائجه تبقى سارية لمدى بعيد.
- ← يستند على الحقيقة العلمية (أفكار الناس هي سبب مشاعرهم وسلوكهم وليس أشياء خارجية).
- ← يستغرق وقت قصير ومحدد إذ يعتبر الأسرع من ناحية الحصول على النتائج.
- ← يركز المعالجون على السلوكيات والأفكار الحاضرة.
- ← المعالجة الشعورية للمعلومات. (حسن علي قائد، 2008، ص 123)

← التركيز على الأفكار الآلية أو التحريفات المعرفية وعلى ما يصاحبها من انفعال وسلوك.

ومن ثم فإن العلاج المعرفي- السلوكي يعمل على:

✓ تعلم البناء المعرفي وإيجاد مهارات التوافق الطبيعية.

✓ تعلم وتعميم بعض المهارات الجديدة وتدعيم بعضها من خلال استخدام العديد من الاستراتيجيات.

✓ تعليم العميل متابعة وإدراك الواقع في إطار الأفكار الحالية ومواجهة التحديات بأفكار جديدة.

وبالتالي الدعوة إلى التفكير المنطقي والاختبارات الواقعية للتفكير السلبي وهكذا يتعلم العميل كيفية تعديل أخطائه

وزيادة الأداء الحالي بشكل واضح. (ماهر شكران، 2006، ص 666)

وهذا نستخلص أن المعالج وفق هذا الإطار ينقل بشكل مباشر للمفحوص فكرة أساسية مفادها أن إدراكه للواقع ليس

هو الواقع ذاته، إنه المبدأ الذي إذا تعلمه المريض يدرك من خلاله إلى حد بعيد ماهية اضطرابه، وأي السبل أقرب لعلاج.

ولذلك ترى الباحثة ان العلاج المعرفي السلوكي يقوم على مجموعة من المبادئ والاجراءات المنسقة والمنظمة التي تعمل على

اعادة تعديل البنية المعرفية للمفحوص، والتي يمكن ان تغير من سلوكه وانفعالاته.

IV. أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

ان الهدف الأساسي من العلاج المعرفي السلوكي هو التركيز على الحياة الراهنة للمفحوص لإحداث التغيرات اللازمة وذلك

بجعله يفهم ويدرك أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية التي تثير انفعالاته وتعوق سير حياته باستبدالها بأفكار منطقية ملائمة

تجعل سلوكه مقبولاً وانفعالاته إيجابية متوافقة مع الأحداث، ومع هذا توجد أهداف أخرى يمكن تلخيصها في النقاط

الآتية:

← تعليم المريض كيف يلاحظ ذاته ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه.

← مساعدة المريض على أن يكون واعياً بما يفكر فيه.

← مساعدة المريض على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.

← تعليم المريض كيف يُقيم أفكاره وتخيلاته وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث المضطربة.

← تعليم المريض تصحيح ما لديه من أفكار خاطئة وتشوهات معرفية.

← تحسين المهارات الاجتماعية من خلال تعليم أساليب التعامل مع الآخرين.

← تدريب المريض على استراتيجيات وفتيات معرفية وسلوكية متباينة.

← تدريب المريض على توجيه التعليمات لذاته ومن ثم تعديل سلوكه.

← لإبداء التحكم وتقوية السيطرة على الذات.

← مقاومة المرض وتقوية الهوية الذاتية. (عادل عبد الله، 2000، ص 53)

حيث يمكن ان نميز ثلاثة مراحل أساسية للعلاج المعرفي السلوكي وهي:

✓ المرحلة الأولى: الملاحظة الذاتية:

حيث يكون لدى العميل أحاديث وتخيلات غير مناسبة ويحاول المعالج زيادة وعي وانتباه العميل ليركز على أفكاره ومشاعره وسلوكياته، ويؤدي ذلك إلى بنية معرفية جيدة تؤدي لإعادة تعريف المشكلة والإحساس بالأمل لإجراء التغييرات والوصول إلى معاني جديدة ومشاعر وسلوكيات مختلفة.

✓ المرحلة الثانية: الأفكار والسلوكيات غير الملائمة:

حيث ملاحظة العميل لنفسه تتضمن حديثا داخليا جديدا يولد سلسلة سلوكيات جديدة غير متوائمة مع سلوكيات المشكلة، وهكذا يؤدي الحديث الداخلي إلى إعادة البناء المعرفي من خلال تنظيم العميل لخبراته بطريقة تؤدي للمواجهة والتعامل بفعالية.

✓ المرحلة الثالثة: تطوير الجوانب المعرفية الخاصة بالتغيير:

حيث يقوم العميل بسلوكيات المواجهة والأحاديث الذاتية، لأن ذلك يؤثر على عملية التغيير في السلوك وعلى عملية التعميم في المواقف الأخرى. (مفتاح عبد العزيز، 2001، ص 58)

وفيما يلي مخطط يعرض النهج المعرفي السلوكي الذي يؤثر في نفس الوقت على الانفعالات والسلوكيات والأفكار ترى الباحثة ان الهدف الأساسي من العلاج المعرفي السلوكي هو تعديل المخططات باستعمال تقنيات معرفية وسلوكية وانفعالية وشخصية أيضا، وهو واحدة من أكثر الطرق الفعالة لتعديل المخططات وبالتالي تعديل السلوك، حيث يسعى هذا المنحى العلاجي الى جعل المفحوص يدرك طبيعة أفكاره الخاطئة ومن ثم تعليمه كيفية ابدال هذه الأخيرة بمعتقدات مقبولة وتدريبه على فنيات تجعله يتوافق مع الظروف المحيطة ويتمكن من حل مشكلاته الصعبة حتى تصبح سلوكياته متكيفة.

7. الأطر النظرية للعلاج المعرفي السلوكي

ان العلاج المعرفي السلوكي يقوم على حقيقة مفادها ان كل منا لديه أفكار ومعتقدات وافتراسات عن الذات والآخرين وعن المستقبل توجه حياتنا وسلوكنا وتسيطر على انفعالاتنا وبالتالي فهذه الأخيرة هي التي تؤدي بنا للوقوع فريسة للاضطرابات النفسية والانفعالية إذا ما كانت سلبية ولا عقلانية. ومن هنا كانت الانطلاقة الى دور الثالث السلوكي، المعرفي والانفعالي في تزايد الاهتمام بهذا المنحى العلاجي منذ مطلع ستينات القرن الماضي، وهو ما أدى إلى بروز ثلاثة نماذج علاجية كانت لها الريادة ونالت شهرة أكثر من غيرها وهي تلك التي رسخ دعائمها كل من بيك Beck اليس Ellis وميشينبوم Meichenbaum. (عادل عبد الله، 2000، ص 24)

1- العلاج المعرفي لأرون بيك Aron Beck

1-1 مؤسس النظرية:

واضع هذه النظرية هو أرون بيك (Aaron Beck) مواليد 18 يوليو 1921 في رود أيلاند بالولايات المتحدة الأمريكية، هو رئيس معهد بيك للعلاج المعرفي والبحوث، وأستاذ الطب النفسي في جامعة بنسلفانيا. وهو خريج من جامعة براون (1942) وجامعة يل كلية الطب (1946). الدكتور بيك أسس العلاج المعرفي في أوائل الستينات من القرن الماضي كطبيب نفسي في جامعة بنسلفانيا. وسبق أن درس وممارس التحليل النفسي. هو باحث وعالم، صمم ونفذ عددا من التجارب لاختبار مفاهيم

التحليل النفسي للاكتئاب. توقع تماما أن تثبت هذه البحوث صحة هذه المبادئ الأساسية، وتفاجأ بأن نتائج البحوث كانت عكسية. هذه النتائج قادتته إلى البدء في البحث عن طرق أخرى لتصوير الاكتئاب. نشر الدكتور بيك أكثر من 500 بحث، وألّف وشارك في تأليف سبعة عشر كتابا، وحاضر في جميع انحاء العالم. قالت عنه الجمعية الأمريكية لعلم النفس أنه "أحد الأميركيين في التاريخ الذين شكلوا الوجه الأمريكي للطب النفسي وأحد المعالجين النفسيين الخمس الأكثر تأثيرا على مر الزمان" (يوليو 1989). تحصل على جائزة لاسكر سنة 2006 وهي أعلى جائزة طبية تمنح للأفراد الذين يفوزون بجائزة نوبل. (هوفمان إس جي، 2012، ص 15) وهو من الباحثين المعاصرين، وله أبحاث عديدة في مجال تشخيص وعلاج حالات الاكتئاب، وكذلك بعض المقاييس المعروفة في مجال التشخيص مثل مقياس الاكتئاب ومقياس القنوط، حيث نشر كتاب: (العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية) عام 1976 وأشار من خلاله الى انه يمكن استعمال هذا الاجراء في علاج الكثير من الاضطرابات السلوكية مثل حالات الخوف والقلق والهستيريا والوسواس القهري والاضطرابات النفسية الجسمية، ويرى بيك ان الأشخاص الذين يتصفون بالعصبية المفرطة والذين يعانون من اضطرابات انفعالية، غالبا ما ينخرطون في تفكير مشوه غير فعال، وهذا ما يسبب لهم المشاكل. (أحمد عبد اللطيف، 2014، ص 310)

2-1 منطلقات نظرية العلاج المعرفي لبيك Beck

عمل بيك Beck كعلاج تحليلي مع حالات الاكتئاب خلال سنوات قبل ان يتوصل الى ان معارف المفحوصين كان لها تأثير كبير على انفعالاتهم وسلوكياتهم، حيث كانوا يعبرون بسهولة عن أفكارهم ورغباتهم وخبراتهم التي كانت مخفية عن الآخرين خوفا من الإهمال، وكانت أفكارهم تلقائية وعفوية تدور حول الذات والآخرين والمستقبل (Aaron Beck, 2010, p 33)، وانطلاقا من هنا تبنى بيك وجهة النظرية المعرفية التي رأى فيها وفهم أسباب الاضطرابات الانفعالية حيث كانت أفكار المكتئبين متشائمة وسلبية ناقضة للذات مثلت حاجزا امامهم واثرت على مزاجهم مما جعل انفعالاتهم غير متوافقة، ومن هنا طور نموذج العلاج الذي خصه في البداية للاكتئاب، وبه نعى العلاج المعرفي مرتكزا في ذلك على ثلاث مفاهيم محورية تمثلت في الأفكار التلقائية والتعريفات المعرفية وكذا التصميمات او المخططات المعرفية ليأتي العلاج ويعمل على تصحيح هذه الأخطاء والتشوّهات التي مست البنية المعرفية والتي ترسخت في مراحل عمرية مبكرة، او خبرات وذكريات مرت، مستعينا في ذلك بعمليات معرفية كسجلات الأفكار الآلية بدءا من الجلسة الأولى (Aaron Beck, 2010 p 25) لإدراك وملاحظة نوعية الأفكار ومن ثم تصحيحها وأخرى سلوكية كتقنية حل المشكلات وغيرها من التقنيات التي سنتطرق اليها في الفصول اللاحقة. وما يميز العلاج المعرفي انه يساعد المفحوص للاستعانة بهذه التقنيات على مدار حياته لتصحيح طريقة تفكيره الخاطئة. وهذا يمكن تلخيص الأصول الأساسية للعلاج المعرفي في:

- ← أن الأفكار يمكن ان تؤدي الى الانفعالات والسلوك.
- ← ان الاضطراب الانفعالي (الوجداني) ينشأ من التفكير المنحرف السلبي (الذي يؤدي الى انفعالات وسلوكيات غير مساعدة للفرد).
- ← هذا الاضطراب الوجداني يمكن علاجه بمجرد تغيير التفكير (الذي يفترض انه متعلم). (بيرني كورين، 2007، ص

ترى الباحثة ان انطلاقة هذا النموذج المعرفي تركز على أهمية دور التفكير والخبرات المبكرة وما يفترضه الفرد من وقائع سلبية ومعتقدات هازمة للذات، أي ان أفكار الفرد هي السبب في مشاعره وسلوكياته وليست الأحداث والظروف الخارجية، ومن هنا يمكن للفرد تغيير طريقة تفكيره والتصرف بشكل أفضل دون تغيير الظروف الخارجية.

3-1 الافتراضات والمفاهيم المحورية لنظرية بيك Beck

لقد اعتمد بيك في نظريته على مجموعة من الافتراضات التي كانت بمثابة الركيزة التي انطلق منها مستندا في ذات الوقت على بعض المفاهيم المحورية والتي تمكن من خلال تجاربه اثباتها والتوصل الى نتائج تجريبية أكيدة ولا تزال دعائمها قائمة الى وقتنا هذا.

* الافتراضات:

لقد كانت الانطلاقة الأولى لبيك منبثقة من الطبيعة الإنسانية التي استوحى منها الافتراضات التي يستند عليها العلاج المعرفي والمتمثلة فيما يلي:

- ← أن الاضطرابات الانفعالية هي نتاج نماذج وأساليب تفكير خاطئة ومختلة وظيفيا، أي ان الأفكار والاعتقادات لدى الفرد هي المسؤول الأول عن حدوث انفعالاته وسلوكه.
- ← ان هناك علاقة تبادلية بين الأفكار والمشاعر والسلوك، فهي تتفاعل مع بعضها البعض فيما بينه، ولهذا فالعلاج يشمل التعامل مع المكونات الثلاثة معا.
- ← ان المعارف السلبية خاطئة وانماط التشويه المعرفي متعلمة يتعلمها الفرد من الخبرات السابقة وأحداث الماضي.
- ← أن الأبنية المعرفية للفرد (الأفكار والصور العقلية والتخيلات والتوقعات والمعالم) ذات علاقة وثيقة بالانفعالات والسلوكيات المختلة وظيفيا.
- ← أن المعارف المختلة وظيفيا قد تبدوا للعيان غير منطقية للآخرين ولكنها تعبر عن وجهات نظر العميل الشخصية عن الواقع.
- ← أن التحريفات المعرفية تعكس وجهات نظر غير واقعية وسلبية للعميل عن الذات والعالم والمستقبل.
- ← تعديل الأبنية المعرفية للعميل يشكل أسلوب هام لإحداث تغيير في انفعالاته وسلوكه.
- ← أن التحريفات المعرفية استثارتها غالبا عن طريق أحداث الحياة غير الملائمة، بالإضافة الى انه قد تم الإبقاء عليها عن طريق الإدراك الثابت للقواعد والمخططات.
- ← أن المخططات المعرفية هي الأساس المسؤول عن انتظام وتصنيف وتقييم الخبرات الجديدة للفرد وذكريات الأحداث الماضية والحكم عليها.
- ← أن المخططات غالبا ما تنمو مبكرا في الحياة ويتم تشكيلها عن طريق الخبرات الملائمة.
- ← أن المخططات المعرفية المختلة وظيفيا هي المسؤولة عن الاضطرابات الانفعالية للفرد.
- ← أن تغيير الأفكار والاعتقادات السلبية للفرد يترتب عليها تغيرات جوهرية في الانفعالات والسلوك. (طه عبد العظيم، 2008، ص ص 164 165)

ترى الباحثة ان الطبيعة الإنسانية تتميز بالقدرة على التعلم والتقليد الذي يمكنها من النمو والتطور حيث يكتسب كل منا منظومة معرفية خاصة تساعده في ترجمة وتفسير المحيط والتكيف معه ويمكن لهذه الأخيرة ان تكون مشوهة وبها خلل فتؤثر على انفعالاتنا وسلوكياتنا.

* المفاهيم المحورية:

ان هذه المفاهيم التي حددها بيك تتجسد في ثلاثة مفاهيم محورية تبرز في شكل أفكار آلية مختلة تؤدي الى ظهور الاضطرابات الانفعالية والنفسية وهي موجودة على مستوى أبنية معرفية التي تحدث تشوهات وتحريفات عن الذات والواقع والمستقبل وبتصحيح هذه الأفكار يستقيم سلوك المفحوص ويختفي اضطرابه.

✓ الأفكار التلقائية (الأوتوماتيكية)

تعتبر الأفكار التلقائية مفهوم أساسي في العلاج المعرفي عند بيك و تسمى بالحدث المعرفي Cognitive Event و لقد عرفها أرون بيك بأنها سياق من الأفكار و التأويلات التي ترد إلى العقل لإرادي أو دون وعي من الفرد، و تظهر أحياناً مع السياق الظاهري للأفكار و ما هي إلا تعبير عن المحصلة النهائية للعملية المعرفية، فهي الأفكار التي يشعر بها الفرد نتيجة التفاعلات بين المعلومات الواردة للفرد و الأبنية المعرفية بمعنى الأفكار التي تطرأ بين الأحداث الخارجية و استجابة الفرد الانفعالية و تشكل جزء من نمط التفكير المتكرر لدى الفرد و الذي يحدث سريعاً و بشكل دائم و يتحكم في نمط انفعالاته و مشاعره فهي أفكار لا شعورية تظهر تلقائياً لدى الفرد و تلج عليه و لا يستطيع الفرد إيقافها ، و تعمل على ضبط حاجاته و سلوكياته ، فمثلاً الأفراد المصابين بالقلق و الاكتئاب و الإحباط يكون لديهم أفكاراً سلبية حول أنفسهم و العالم و مستقبلهم و هذه الأفكار السلبية تظهر على شكل تحريفات أو تشوهات معرفية. (طه عبد العظيم، 2008، ص ص 100 110) وتتضمن الأفكار التلقائية السلبية عند بيك ما يقوله الفرد لنفسه في الاستجابة نحو الحدث وهو ما يعرف بأحاديث الذات السلبية Negative Self Talk وهي عبارة عن رسائل لفظية سلبية يقولها الفرد لنفسه عن نفسه تجاه المواقف والأشياء والأشخاص الذين يتعامل معهم (Aaron Beck, 2010, p 21)، فإذا كانت ذات طبيعة سلبية فإنها تؤدي إلى حدوث الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد مثلما يقول الفرد لنفسه " أنا حظي دائماً سيئ".

ترى الباحثة ان الأفكار الآلية هي عبارات ترد الى فكر الفرد بشكل لا إرادي إزاء موقف، تأتي بتلقائية وتتميز بكونها سلبية وناقدة للذات أو الآخرين تؤثر على سلوكيات الفرد وتسبب له اضطرابات انفعالية.

✓ المخططات المعرفية Cognitive Schemas

لا شك أن مفهوم المخططات العقلية لم يكن مفهوماً جديداً في أدبيات علم النفس المعرفي والإكلينيكي، فلقد سبق بيك في استخدام هذا المصطلح بعض العلماء مثل سيجل Segal وبياجه حيث كان بياجه 1952 يستخدم كلمة مخطط للإشارة إلى الأبنية المعرفية لدى الطفل لحظة معينة، ويشير مفهوم الأبنية المعرفية إلى عمليات عقلية وطرق للتنظيم موجودة لدى الطفل تنظم استجاباته للمواقف والخبرات، فالمخططات تتيح للفرد أن يقرر الطريقة التي يدرك بها البيئة، أي أنها أساليب عامة من التفكير عن البيئة، وأن هذه المخططات يمكن أن تكون صريحة فمثلاً الطفل الرضيع تكون لديه مخططات القبض على الأشياء والنظر والمص، ويمكن كذلك أيضاً أن تكون المخططات ضمنية (عملية تفكير) وأن هذه المخططات المعرفية تتغير وتتعدل من خلال احتكاك الفرد وتفاعله مع البيئة، فإذا كانت مخططات الطفل تتمركز حول الأنشطة

الحسية الحركية والتعامل المباشر مع المواقف والأحداث، فإن هذه المخططات تنمو وتتحوّل تدريجياً إلى عمليات تفكير عند الراشدين.

ويرى بياجه أن المخططات تتغير وتتعدل عن طريق التنظيم والتكيف، فالتنظيم يشير إلى الاستعداد الفطري للكائن الحي على عمل تآزر وتكامل المخططات في البناء المعرفي داخل أنساق أكثر تعقيداً وذلك لتسهيل تكيف الطفل مع البيئة، أما التكيف فهو يتضمن عمليتين معرفيتين وهما المماثلة والمواءمة، وتشير المماثلة إلى استخدام الفرد الأفكار القديمة الموجودة لديه لفهم المواقف الجديدة وهذا مما يعني أن الفرد يستخدم ما لديه من أفكار موجودة من قبل في استيعاب و فهم الخبرات الجديدة و ذلك عن طريق تمثيلها عقلياً في أبنية معرفية جديدة، أما عملية المواءمة فهي تعني تغيير الأفكار القديمة لفهم المواقف الجديدة، فالفرد يغير ويعدل من تراكيبه وأبنيته المعرفية ليتلاءم مع متطلبات البيئة وهذا ما يعني تعديل وتغيير المخططات أو الأبنية المعرفية الداخلية للفرد حتى يتسنى له حدوث المواءمة مع البيئة التي يعيش فيها وأن هذه المخططات أو الأبنية المعرفية لدى الفرد تنمو من خلال الخبرات المبكرة التي يتعرض لها في حياته و من خلال تفاعله مع الآخرين فمثلاً الشخص الذي يفسر كل خبراته وفقاً لمخططة المعرفي: الكل أو لا شيء، فإن تفكيره وانفعالاته وسلوكياته تكون محددة بفكرة: إذا لم أقم بعمل كل شيء بجداره فهذا يعني أنني فاشل تماماً. (Jeffrey Young, 2003, p12)

ويمثل هذا المصطلح (المخططات) عند أرون بيك أحد المفاهيم الأساسية في نظريته العلاجية، ويشير مفهوم المخططات إلى الأبنية المعرفية الموجودة لدى الفرد، وهي مثل النظام الشامل الذي يستخدمه كل منا لكي يتعامل مع العالم وبمجرد تشكلها فهي ترشد معالجة المعلومات وتوجهها كما توجه السلوك وتشكل كيفية تفكير الفرد وكيف يشعر ويدرك ويتصرف فهي إذا تقوم بعملية التصفية (بيرني كورين ، 2007 ، ص 21) وتتضمن الاعتقادات والافتراضات والتوقعات والمعاني والقواعد التي يكوها الفرد عن الأحداث والآخرين والبيئة والعلاج المعرفي السلوكي يسعى إلى تغيير المخططات غير التوافقية أو المختلة وظيفياً Dysfunctional Schemas لدى أولئك المرضى.

ترى الباحثة ان المخططات المعرفية تتمثل في الأبنية المعرفية التي تتشكل لدى الفرد من خلال الخبرات الأولى التي يمر بها في حياته فيتعلم ثم تنمو وتتطور لتصبح كآلة فرز للمعلومات فتمكنه من معالجة الخبرات الجديدة بمطابقتها مع ما لديه من خبرات قديمة والتعامل وفقاً لهذه المخططات وما تحويه من معتقدات وافتراضات، وإذا تحيزت هذه المجموعة المعرفية فهي ستؤثر على معالجة المعلومات من خلال الذاكرة العاملة والتفسير والاستدعاء على مستوى الذاكرة طويلة المدى، فالمعالجة تعتمد على تشغيل الوحدات الوظيفية أي ما يعرف بالمخططات.

✓ التحريفات المعرفية Cognitive Distortions

تعتبر التحريفات المعرفية هي همزة الوصل بين المخططات المعرفية و الأفكار التلقائية لدى المريض، فأى تفكير تلقائي ينعكس في تشويه معرفي واحد أو أكثر ولهذا فإن الفرد عندما يفكر في حل مشكلة معينة أو فهمها تحدث أخطاء في الفهم والتفسير فإن ذلك يشوه ويحرف صورة الواقع وبالتالي تستثار الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد وبالتالي فإن التحريفات المعرفية للأفكار هي عبارة عن أخطاء معرفية تحدث في معالجة المعلومات يمارسها الأفراد و تسبب لهم الشعور بالضيق و الألم و تحرف الأفكار الأوتوماتيكية نتيجة للتفسير غير العقلاني للخبرات التي يمر بها الفرد و دائماً تحتوي هذه الأفكار التلقائية والسلبية على تشوهات و تحريفات معرفية ضخمة و يكون هدف العلاج المعرفي هنا مساعدة العميل على

التخلص من التشوهات و التحريفات المعرفية، ويشير أرون بيك إلى أن التحريفات المعرفية للأفكار الأوتوماتيكية تعكس نظرة غير واقعية و سلبية عن الذات و العالم و المستقبل لدى الفرد. (طه عبد العظيم، 2008، ص ص 142 144)

فمن المهم ان نوضح للمفحوص تلك الأفكار ونفسر له انه ليس وحده الذي يعاني منها لكنها شائعة لدى عامة الناس وتوضح مع الكرب الانفعالي، ومن اهم التحريفات المعرفية التي صاغها بيك وهي عبارة عن أفكار مشوهة واطفاء في التفكير تؤدي في الاغلب الى ظهور اضطرابات انفعالية لدى الفرد ما يلي:

- التجريد الانتقائي **L'inférence arbitraire**: وهنا يركز الفرد على تفاصيل ذات طبيعة سلبية ويتجاهل المظاهر الإيجابية فيركز لاجب الكرة الذي لديه نجاح كبير خطأ واحد حصل معه.

- التعميم الزائد **La sur-généralisation**: ويقصد به التوصل الى استنتاجات كلية على أساس حدث واحد وقد يكون هذا الحدث تافهاً، ويفتقر الى الدلائل الكافية، وهذا يشير الى أن الفرد يطلق احكام سلبية عامة على ذاته أو على قدراته أي القفز الى تعميم غير منطقي بناء على واقعة واحدة.

- الشخصية أو التمثيل الشخصي **Personalisation**: وهي تفسير الاحداث من وجهة نظر المريض، حيث يفسر المرضى الاحداث على انها تنطبق عليهم وتحل وجهات النظر الذاتية هذه محل الاحكام الموضوعية.

- التضخيم والتهوين **Magnification et Minimisation**: وهي تعني ميل الفرد الى التضخيم من أهمية الاحداث السلبية والتقليل من الجوانب الإيجابية التي ينطوي عليها الموقف. (Jeant Cottraux, 2011, p 87)

- تفكير الكل أو لا شيء (التفكير الثنائي) **All or nothing thinking**: إما كل شيء او لا شيء مثلاً: إما يحصل على علامة كاملة في الامتحان أو سيرسب.

- الاستدلال الاعتيابي **Jumping to conclusions**: بمعنى الوصول الى استنتاج معين من حالة أو حدث أو خبرة، مثلاً نتنبأ شيئاً سيئاً سوف يحدث مع عدم وجود دليل على ذلك.

- لوم الذات وانتقادها **Blame**: ويعني إساءة تفسير الاحداث والوقائع بشكل يؤدي الى التقليل من شأن الذات وإلقاء اللوم عليها، كأن يلوم الفرد نفسه على كل مشكلة تحدث له.

- تعبيرات الينبغيات أو عبارات يجب و لازم **Should or must statements**: وهي تعني ان الفرد يفسر الاحداث في ضوء الكيفية التي ينبغي ان تكون عليها بدلا من التركيز ببساطة على ما هي عليه.

- قراءة الأفكار **Mind reading**: وهي تشير الى فكرة اننا نعرف ما يفكر فيه الآخرون نحونا دون وجود دليل كافي.

- العنونة (التسمية) **Labelling**: حيث ينسب الفرد السمات السلبية لنفسه وللآخرين مثل أنا غير مرغوب في.

- قراءة الحظ **Future telling**: وهي اعتقاد الفرد انه يمكنه التنبؤ بالمستقبل بالأشياء التي تكون على نحو أسوأ.

- الكمالية: وهي تشير الى انه ينبغي ان يفعل وينجز الفرد كل شيء بصورة كاملة وتامة وألا يكون فاشلاً.

- التفكير الانفعالي **Emotional reasoning**: حيث يدع الفرد المشاعر توجه تفسيره للواقع، فالفرد يخلط مشاعره بالواقع ويكون افتراضات سلبية مثل أنا اشعر بأنني سيء لذلك ينبغي ان أكون سيئاً. (أندرو بومراتز، 2018، ص 457)

ترى الباحثة ان إحدى الخطوات الأساسية في العلاج المعرفي لبيك هي تفنيد الأفكار التلقائية غير المنطقية عن طريق تسميتها، حيث يقوم المعالج بتدريب المفحوص على استخدام هذه المصطلحات عند فحص أفكاره وبالتالي يدرك ويعي

نوعية أفكاره ومن ثم يمكن له أن يعدلها بأخرى أكثر منطقية. ونجد تشوهات التفكير هذه شائعة وتختلف درجة حدتها من مفحوص الى آخر ويمكن ان تكون لديه البعض منها أو أغلبها.

4-1 فنيات العلاج المعرفي لبيك Beck

يقوم العلاج المعرفي باعتماد العديد من التقنيات المعرفية، السلوكية وكذا الانفعالية لجعل المفحوص يدرك نمط تفكيره الخاطئ الذي سبب له مشاعر الحزن وعرقلة سير حياته وبعدها يسعى لتصحيحها من اجل التكيف والتوافق، ولقد استعان بيك العديد من الأساليب للوصول الى الهدف العلاجي ونجد منها:

✓ فهم المعنى الخاص (السقراطي): فالكلمات لها معان مختلفة عند الناس، الخاسر، أنا خاسر كل شيء، المعالج: أنت خاسر ماذا يعني أن تكون خاسرا.

ترى الباحثة ان هذه التقنية المعرفية تمكن المعالج من تحديد نوعية الأفكار التلقائية التي تسيطر على المفحوص.

✓ تحدي ما هو مطلق: وهذا عندما يعبر الفرد عن نفسه بعبارات مثل كل، واحد، أبدا، لا أحد فيقوم المعالج على مساعدته على تحدي هذه العبارات وتغييرها.

✓ إعادة العزو: وذلك عندما يلقي الفرد اللوم على نفسه ويكون العلاج بتصحيح العزو الخاطئ، مثلا أنا السبب أنا المسؤول عن طلاق زوجتي. المعالج: عندما تكون هناك مشكلة فانه غالبا ما يساهم بها طرفان.

✓ تسمية التشوهات: وذلك عندما يكون لدى الفرد تشوهات عديدة معرفية. مثال على تشوه من خلال التعميم الزائد، الدكتور: دائما ينتقدني....

✓ اللامصيبة أو اللاتهيويل أو اللافاجعة: وذلك عندما يكون الفرد خائفا من نتائج لا يجب حدوثها فيتم التعامل معه عادة ماذا لو؟ أو ماذا إذا؟ الفرد إذا لم احصل على علامة كاملة ستنتهي الأشياء بالنسبة لي.

✓ تحدي التفكير: وذلك عندما ينظر الفرد الى الأشياء ككل، إما اسود أو ابيض.

✓ قائمة الإيجابيات والسلبيات والموازنة بينهما: يتم الطلب من الفرد أن يكتب قائمة بالإيجابيات عند ترك التدخين والسلبيات عندما يبقى مستمرا في التدخين، ثم يقارن بينهما.

✓ استخدام التخيل: مثلا يخاف موظف ان يقف أمام المدير ويطلب علاوة، فيطلب منه المعالج ان يتخيل نفسه وهو يقوم بذلك.

✓ العلاج الشخصي الداخلي: وهنا يتم تدريب الفرد على المهارات التي تساعد في تغيير أنماط وأشكال التفاعل الذي يسبب له مشكلات في البيئة، مثل المهارات الاجتماعية والتدريب على التواصل واتخاذ القرار.

✓ ضبط الذات: والتقليل من الاحداث غير السارة وزيادة الأحداث السارة.

✓ ملء الفراغات: عندما يتحدث المرضى عن الأحداث وعن ردود الفعل الصادرة منهم تجاه هذه الأحداث، فإنها توجد عادة فجوة بين المثير والاستجابة، وهذه الفجوة هي الأفكار أو المعتقدات، وتقع على المعالج مهمة ملء الفراغ وذلك

من خلال تعليم الفرد على ان يركز على الأفكار التي تحدث أثناء معايشة المثير والاستجابة.

✓ الإبعاد والتركيز: يطلق بيك على العملية التي ينظر بها الى الأفكار بالإبعاد وهي تشمل الاعتراف بأن الأفكار التلقائية ليست هي الواقع ولا يوثق بها وهي ضارة بالتكيف وتشتمل على أحداث خارجة عن إطار الفرد.

✓ **تغيير القواعد:** يحدث الاكتئاب مثلا عندما يستخدم الفرد قواعد غير واقعية بشكل اختياري وغير مناسبة، ويحاول العلاج المعرفي أن يحل محلها قواعد أكثر واقعية، وأكثر تكيفا، والقواعد التي يستخدمها الأفراد تركز على الخطر مقابل السلامة، وعلى الألم مقابل السرور، وفي العلاج يتم تحدي المخاوف التي لدى الأفراد من الازدراء والنقد والرفض وغيرها، كما وتتم مجادلة الآثار الخطيرة التي تترتب على حدوثها وأيضا المعتقدات والاتجاهات تعمل ومن القواعد التي يتم تغييرها. (محمد محروس الشناوي، 2008، ص ص 297 300)

ترى الباحثة ان استخدام هذه التقنيات يتوقف على المفحوص ونوعية الأفكار التي تكون لديه ونوع المسلمات التي يعتقد في صحتها، وبذلك كان الهدف الأساسي الذي يسعى اليه العلاج المعرفي من خلال استخدامه لهذه التقنيات المعرفية هو تعديل العمليات والابنية المعرفية التي لها تأثير دال على السلوك وبذلك يصبح سلوك المفحوص مثل غيره من الأسوياء.

5-1 العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي لبيك Beck

يشير بيك 1976 الى أن العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل علاقة تعاونية، فالعميل يسهم في العلاج ويشارك المعالج المسؤولية في ذلك وفي المقابل على المعالج أن يصغي لما يقوله ويركز على مشاعر هذا الأخير وأن يعمل على خفض المشكلات لديه من خلال التعرف عليها وعلى أساسها وبالتالي يعمل كل من المعالج والعميل معا على تحديد الأفكار والمعارف والمعتقدات و الافتراضات غير الواقعية ويقوم المعالج بتحليل المنطقي لهذه الأفكار التلقائية السلبية ويوضح للعميل العلاقة بين هذه الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار أكثر منطقية وتوافقية، فالمعالج المعرفي لا يهتم بالأعراض فقط بل اهتمامه يكون منصبا على تفسيرات العميل للحدث أو الموقف مع فحص الدليل على صحتها أو صدقها وكذلك الدليل الذي يخالفها ويرفضها وهذا كله بهدف مساعدة العميل على وضع بدائل واستجابات متوازنة اتجاه الموقف وذلك بإعطائه الواجب المنزلي بشكل متكرر حتى تترسخ هذه الأفكار البديلة و تحل محل الأفكار المشوهة ولذلك على المعالج أن يلعب دور نشط وتوجيهي في العلاج المعرفي مقارنة بالأنواع الأخرى من العلاج. (طه عبد العظيم، 2008، ص ص 232 233)

ترى الباحثة ان العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي هي عملية تشاركية نشطة يسعى من خلالها المعالج الى فهم وتحديد نوعية الأفكار والمعتقدات التي يؤمن بها المفحوص ومنها يساعده على فهمها هو الآخر ودحضها بطريقة علمية مع تقديم الأدلة والحجج على غرابتها، في المقابل يقوم المفحوص بإنجاز الواجبات المنزلية لتعديل هذه الأفكار وإيجاد بدائل.

2- العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) Rational Emotional Behavior Therapy

1-2 مؤسس النظرية:

كانت البداية الحقيقية لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي كطريقة علاجية منفردة على يد العالم الامريكي ألبرت أليس المولود عام 1913 في بيتسبيرج في الولايات المتحدة الاميركية، وحصل على درجة البكالوريا في إدارة الأعمال من جامعة المدينة في نيويورك، ثم حصل على شهادة الماجستير عام 1943، وشهادة الدكتوراه في عام 1947 في علم النفس الإكلينيكي. وكانت هذه البداية تحديدا في عام 1954م حيث بدأ أليس التحول من التحليل النفسي لطريقة علاجية تتجه نحو الاسلوب المنطقي المعتمدة على النموذج الفلسفي أكثر منه على النموذج النفسي وبدأ أليس الكتابة عن هذا الاسلوب الجديد في العلاج النفسي في سلسلة من المقالات منذ عام 1962،

وعندما نشر كتابه " السبب والانفعال في العلاج النفسي " ضمن في صياغته الأولى أهم الأسس والتصورات والافتراضات التي يمكن من خلالها فهم نظريته العلاجية، والتي ركزت على العلاقة بين الانفعالات والتفكير. ويشير (Padesky beck) الى زيادة الآراء التي قدمها أليس في تدشين نظريات العلاج النفسي المعرفي ، وذلك لكونه أول من وضع اللبنة الأولى لانتشار هذا الاسلوب في الارشاد والعلاج النفسي، وفي عام 1959 أسس أليس معهد الحياة العقلانية « Instute of Rational living » وهي مؤسسة علمية تربوية تهدف لتعليم أسس الحياة العقلانية، وفي عام 1968 أسس أليس معهد الدراسات العلمية في العلاج النفسي العقلاني. ويوضح أن أليس صمم في عام 1976 طريقة في العلاج سُميت " علاج الانفعالات بالمنطق. وفي صيف عام 1993 أعلن أليس عن تغيير مسمى هذا الاتجاه من العلاج العقلاني الانفعالي الى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وذلك لتأكيد التبادل بين الجوانب المعرفية، والوجدانية ، والسلوكية . ويرى أليس أن المرضى يمارسون تخيلاً غير منطقي يؤدي بهم إلى حالة العصاب التي يتحكم فيها عدد من الافتراضات قليلة العدد واتجه إلى تكوين أسلوب علاجي يخاطب العقل وتمسك في نفس الوقت بأن للفرد استعدادات وراثية بيولوجية وفسولوجية لا يمكن تجاهلها عند تطبيق أي نوع من العلاج. وفارق الرائد الحياة في 24 جويلية 2007. (Daniel David et all, 2010, p p 11 12)

2-2 منطلقات نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي REBT لألبرت اليس Albert Ellis

يري أليس أن الأفكار اللاعقلانية تنشأ في مرحلة الطفولة الباكرة حيث يكون الطفل حساسا لمؤثرات البيئة الخارجية كذلك فإن الطفل في هذه المرحلة يعتمد على الآخرين وخاصة الوالدين في التخطيط والتفكير واتخاذ القرارات فإذا كان بعض أفراد الأسرة لاعقلانيين يعتقدون في خرافات ويطالبون الطفل بأهداف وطموحات لاتصل إليها إمكاناته فسوف يصبح الطفل لاعقلانيا، ومن هنا نجد ان البيئة المحيطة بالفرد تلعب دوراً كبيراً في اكتسابه للأفكار اللاعقلانية إما من خلال وسائط التربية والتي منها الوالدين والمعلمين والأصدقاء، أو وسائل الإعلام. ومن هنا قرر أليس في نظريته (العلاج العقلاني الانفعالي RET) أن الاحداث التي تطرأ على البشر تتضمن عوامل خارجية تمثل أسبابا للاضطراب النفسي، والبشر ليسوا مسيرين كلية، وبإمكانهم أن يتجاوزوا جوانب القصور البيولوجية، والاجتماعية والتفكير الصعب من خلال التحكم بالطريقة التي ينظرون بها إلى الأحداث وتحديد ردود الأفعال التي يختارونها لمواجهة تلك الاحداث. وتمثل الأسس النفسية للشخصية عند أليس في نموذج أسماه(ABC) والذي يعتبر الجانب الرئيسي في العلاج العقلاني من الناحية النظرية والتطبيقية. حيث يعتقد ان هناك ميلا فطريا لدى البشر للتفكير بشكل لا عقلائي، وان هناك عوامل ومتغيرات بيئية لها دورا في التأثير على مثل هذا التفكير.

حيث الحرف (A) يرمز الى الحدث الذي يؤثر في الشخصية، والحرف (B) يرمز الى المعتقدات التي تتطور لدى الانسان حول ذلك الحدث (نظام المعتقدات قد يكون عقلانيا أو غير عقلائي)، أما الحرف (C) يرمز الى الانفعالات التي تنجم عن الاعتقادات أي النتيجة والتي قد تكون عقلانية أو غير عقلانية. وملخص هذا النموذج هو أن الانفعالات هي نتيجة الأفكار

اللاعقلانية التي يحملها الفرد عن الحدث وليس الحدث في حد ذاته ما يثير هذه الانفعالات. (Abrams Michael et Albert, Ellis, 1994, p44)

ترى الباحثة ان النموذج ABC الذي صاغه أليس يتقارب مع الأفكار التلقائية التي تحدث عنها بيك فهي تتوسط بين الموقف والاستجابة وبالتالي فان الفرد يضطرب نتيجة اعتقاداته وتوقعاته الخاطئة وليس الظروف هي التي تثير انفعالاته، ومن هنا يمكن تعديل هذه التشوهات المعرفية والأفكار اللاعقلانية.

3-2 الافتراضات والمفاهيم المحورية لنظرية اليس Ellis

*الافتراضات:

يرى أليس ان أسلوبه العلاجي يعد علاجاً إنسانياً وجودياً حيث يتضمن جانباً إنسانياً وآخر وجودياً، فهو يقرر ان الفرد لم يضطرب بشكل شرطي، ولكنه يسهم بشكل كبير في حدوث الاضطرابات ثم يعاني منها فيما بعد وذلك بسبب المطالب المطلقة التي يتبناها (بيرني كورين، 2007، ص 43) وبهذا يقوم العلاج العقلاني الانفعالي الذي صاغه على بعض التصورات والافتراضات ذات العلاقة بطبيعة الانسان، حيث نلمسها فلسفية أكثر منها نفسية وتتمثل في:

- ← أن الانسان عقلائي ولا عقلائي في آن واحد فهو عندما يفكر ويتصرف بشكل عقلائي فإنه يكون فعالاً وسعيداً ونشطاً، بينما عندما يفكر ويتصرف بطريقة لا عقلانية يكون شقياً وتعيسا في حياته.
- ← التفكير غير العقلاني متعلم منذ سن مبكر لدى الطفل من الأسرة وثقافة المجتمع الذي يعيش فيه.
- ← الفكر والانفعال توأمان مترابطان ومتداخلان، ويؤثر كل منهما في الآخر، والتفكير والانفعال والسلوك أضلاع مثلث واحد تصاحب بعضها بعضاً تأثيراً وتأثراً.
- ← الانسان يعبر عن فكره رمزياً ولغوياً، وكل من الفكر والانفعال يتضمنان، الكلام مع الذات في شكل جمل مستدخلة، وإذا كان الفكر مضطرباً صاحبه انفعال مضطرب، وكأن الفرد يحدث نفسه دائماً بالفكر غير المنطقي، ويترجمه في شكل سلوك مضطرب.
- ← ينبغي مهاجمة الأفكار والانفعالات السلبية أو القاهرة للذات، وذلك بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح معها الفرد منطقياً أو عقلائياً.
- ← إن الاضطراب الانفعالي النفسي هو نتيجة للتفكير غير العقلاني وغير المنطقي، وفي الواقع ان الانفعال إنما هو تفكير متحيز ذو طبيعة ذاتية وعالية وغير منطقية. (محمد حسن غانم، 2007، ص 80 81)، (David Daniel et all, 2010, p 6)

ترى الباحثة ان الفرد عندما يفكر فانه ينفعل ويتصرف في نفس الوقت، كما انه عندما يتصرف ينفعل ويفكر أيضاً وذلك نتيجة الأحاديث الذاتية التي يحدث بها نفسه، وبالتالي يمكن تعديل هذه الأفكار اللاعقلانية بالتأثير على واحد من الثالوث السابق.

* المفاهيم المحورية لنظرية الـيس:

يرى أليس ان بعض الافراد لديهم أفكار لا عقلانية ترسخت لديهم في سن مبكرة يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي وقد حدد أليس إحدى عشرة فكرة لا عقلانية وغير منطقية في المجتمع الغربي تؤدي للعصاب، وهي:

← إنه من الضروري أن يكون الانسان محبوبا من الجميع مؤيدا من الجميع فيما يقول وما يفعل، بدلا من التأكيد على احترام الذات، أو الحصول على التأييد لأهداف محددة، كالترقية في العمل مثلا.

← إن بعض تصرفات الناس خاطئة أو شريرة أو مجرمة، وأنه يجب عقاب الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات عقابا شديدا، بدلا من فكرة أن بعض التصرفات الإنسانية غير ملائمة أو لا اجتماعية.

← إن الحياة تصبح مرعبة ولا تطاق إذا لم تسر الأمور كما نشتهي ونتمنى.

← إن سبب الصعوبات النفسية التي يواجهها الانسان هي الظروف الخارجية التي لا يستطيع التحكم بها أو السيطرة عليها.

← إن على الانسان أن ينشغل ويهتم بالأشياء الوخيمة أو الخطرة، وأن يشعر بضيق شديد.

← أن من السهل على الانسان أن يتجنب مواجهة صعوبات الحياة والمسؤوليات الشخصية لا ان يواجهها ويحاول تنظيم ذاته. (علاء الدين كفاي، 1999، ص 322)

← يجب ان يعتمد الشخص على أشخاص آخرين أكثر خبرة، ليساعده على تحقيق أهدافه بنجاح ولكن بشرط ألا يؤدي ذلك الى فقدان الاستقلال الذاتي والفردية.

← يجب أن يكون الفرد فعالا ومنجزا شكل يتصف بالكمال، حتى تكون له قيمة.

← تقرر الخبرات والاحداث الماضية سلوكنا الحاضر، وأن تأثير الماضي لا يمكن محوه أو تجاهله.

← ينبغي أن يزعج الفرد لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات.

← هناك حل مثالي وصحيح لكل مشكلة، وهذا الحل لا بد من ايجاده، والا فالنتيجة تكون مفعجة. (محمد حسن غانم، 2007، ص 84 85)

وقد وجد أليس ان الأفكار التي تعرض لها منذ البداية يمكن ان تندرج تحت ثلاث فئات رئيسية كالتالي:

✓ الأولى عن الذات: يجب ان يكون أدائي جيدا وان أنال موافقة الآخرين ورضاهم والا سوف أكون غير كفاء ولا قيمة أو جدوى لي.

✓ الثانية بالآخرين: يجب ان يكونوا ودودين في تعاملهم معي والا سوف يكون مصدر ازعاج لي.

✓ الثالثة بالظروف: يجب ان تكون الظروف التي أحيا فيها مريحة ومناسبة وتوفر لي الأمن والا سوف يكون العالم مزعجا ولا يمكنني ان اتحملة وستصبح الحياة لا تستحق ان نحياها.

(Windy Dryden, 1979, p 182) (عادل عبد الله، 2000، ص 31)

ويقال ان أليس قد أوصل هذه الأفكار اللاعقلانية الى ثلاثة عشرة فكرة في السنوات الأخيرة من عمره، حيث يرى ان الافراد عندما يقبلون هذه الأفكار ويدعمونها بما يحدثون به أنفسهم هي التي تقودهم الى الاضطرابات الانفعالية.

ترى الباحثة ان جملة الأفكار اللاعقلانية التي صاغها أليس تعبر عن اختلال في إدراك الفرد لذاته والظروف والمحيط، فمشاعر انهزام الذات التي يحدث بها نفسه تطغى على تفكيره فتجعله يغالي في عواطفه وتصبح سلوكياته غير سوية ما يدخله دائرة الاضطراب النفسي.

4-2 فنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

يقوم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على تعليم الفرد كيف يفكر بطريقة منطقية بحوادث الحياة وفلسفتها، فإن المعالج يسعى أولاً وبشكل بارز لتغيير فلسفات المفحوص، والمواقف والمعتقدات التي تؤدي إلى الإزعاج. (Abrams Michael et Albert Ellis, 1994, p 40) وبالتالي تغيير سلوكه وعواطفه، حيث يستخدم المعالج مجموعة من الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية ومنها:

- ← **دحض الأفكار غير العقلانية:** يسعى المعالج من خلال هذه التقنية الى مجادلة الفرد حول الأفكار الخاطئة غير العقلانية التي ساهمت في نشأة المشكلات التي يعاني منها بالاستعانة بنموذجه. حيث يعلم المعالج الفرد كيف يقوم بذلك من خلال اكتشاف طرق التفكير والمسلمات والمعتقدات التي يؤمن بها ويبني عليها أنماط سلوكه ومشاعره. ويكون ذلك بطرح مجموعة من الأسئلة الجدلية والحوارية التي تجعل الفرد يعيد التفكير في الأفكار التي يتخذها باختبار مصداقيتها ومدى تأثيرها على حياته. مثل: اين الدليل على ما تقوله؟ (محمد محروس الشناوي، 1994، ص 110)
- ← **أسلوب الواجبات الادراكية:** يطلب المعالج من الفرد عمل قائمة بالمشكلات الإنسانية التي يعاني منها ثم النظر في كل مشكلة على حدة ومن خلال مساءلة الذات حول نشأة هذه المشكلة والطريقة التي يفكر بها حول هذه المشكلة. ان هذا الأسلوب يمكن المعالج من بناء نظرية A-B-C حول المشكلة المقصودة ثم مساعدة الفرد على تحديد النمط التفكيري الخاطئ الذي ساهم في تأثير المشكلة. حيث تساعد هذه التقنية الافراد الى النظر الى الاحداث بشمولية والبعد عن التفكير الضيق المحصور في الذات، مما يساعدهم على تنمية التفكير المنطقي.
- ← **تغيير مفردات اللغة:** يؤكد أليس على أن اللغة غير الدقيقة والمحددة تساهم في تشتيت عمليات التفكير. والمقصود هنا مفردات اللغة المحكية. إذ ان الكلمة الواحدة قد يكون لها أكثر من معنى وقد يكون سياق الكلام ذا معنى آخر غير الذي يقصده المتحدث. ومن هنا يعطي الممارسون بهذا الأسلوب العلاجي أهمية كبرى لمعاني الكلمات حيث إن تلك الكلمات هي التي تشكل طريقة الاستجابة.
- ← **استخدام المرح:** يعتبر هذا الأسلوب من أكثر الأساليب العلاجية استخداماً للمرح اثناء الجلسات العلاجية، والهدف منه هو محاولة اخراج الأفراد من الجدية المبالغ فيها والتي قد تضخم وتفاقم المشكلة وتأثيرها على الفرد. ويساعد على التخلص من الضغوط النفسية المصاحبة للمشكلات ويكونون أكثر قدرة على التفكير المنطقي الواعي.
- ← **التخيل العاطفي العقلاني:** هو عبارة عن عملية عقلية تساعد الفرد على تأسيس أنماط من المشاعر من خلال مساعدة الفرد على تخيل التفكير المنطقي والسلوك والمشاعر ثم محاولة تطبيق ذلك واقعياً في الحياة. وهو يساعد الفرد على تجاوز المواقف والاحداث الغير مريحة ومواجهتها والوصول الى حالة من التوافق النفسي والاجتماعي. (طه عبد العظيم، 2008، ص 293)

← لعب الدور: يركز هذا الأسلوب العلاجي بالدرجة الأولى على مساعدة الأفراد في تغيير الأفكار الخاطئة غير العقلانية المسببة لمشكلاتهم.

← استخدام القوة والحزم: أن الهدف من استخدام القوة والحزم والسلطة مع الأفراد المتعالجين أثناء العلاج هو مساعدتهم على تكوين الاستبصار العقلي والوجداني، وتمكين الأفراد على انشاء حوار مع الذات من شأنه مساعدتهم على استكشاف الأفكار الخاطئة وتغييرها. (أحمد عبد الطيف، 2014، ص ص 306 308)

ترى الباحثة ان الأسلوب العلاجي الذي يركز عليه العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يهدف الى تحديد الأفكار اللاعقلانية التي يحدث بها الفرد ذاته ومن ثم يتم دحض هذه الأفكار بتعليم المفحوص طريقة تبيان هذه الأفكار وكيف انها تؤثر على مشاعره وسلوكياته وذلك باستخدام تقنيات معرفية وأخرى سلوكية وحتى انفعالية وخاصة المستمدة من نموذج الذي صاغه ABCDEF، لمساعدة المفحوص على استبدالها بأفكار أكثر واقعية ونفعا.

2-5 اجراءات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

ان العملية العلاجية في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي REBT تمر عبر خطوات محددة ومضبوظة حيث تتم سيرورتها وفق ثلاث خطوات متسلسلة كالتالي:

✓ **الجلسات الأولية:** تكون أهداف المقابلة الأولى لبدء العلاقة بين المعالج والفرد وهي بناء علاقة شخصية جيدة، حيث يبدأ المعالج المقابلة بأسئلة عن الأفكار الفرد ومشاعره وهذا النوع من الحديث والتبادل يخدم بعض الأهداف ومنها:
-يبقى الافراد في هدوء ولديهم استعداد لإنشاء علاقة علاجية تفيد في العلاج.
-يحصل المعالج على معلومات متعلقة بتوقعات الفرد.
-يتم الاهتمام بمعرفة الفرد الناتجة عن أفكاره.

✓ **الجلسات الوسطى:** يتم الانتقال من مناقشة الأفكار غير المنطقية الى أنماط التفكير وتحديد الارتباط بين الأفكار والانفعالات والسلوك والتأكيد على فنيات العلاج العقلاني الانفعالي.

✓ **الجلسات الأخيرة:** يتحمل فيها الفرد المزيد من المسؤولية لتحديد أفكاره ومعتقداته وإيجاد حلول لها، وأداء المزيد من الواجبات المنزلية، وتنتهي العملية العلاجية عند تحقق الأهداف المنشودة وشعور الفرد بأن لديه القدرة على ممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة وأكثر واقعية. (حامد زهران، 1995، ص 372)

ان المراحل التي يتم بها العلاج من وجهة نظر أليس يبدأ فيما رمز له بالرمز D (Dispute) أي التنفيذ والدحض، وهنا يتم تحدي المعتقدات غير العقلانية وتتضمن عملية التنفيذ ثلاث مراحل:

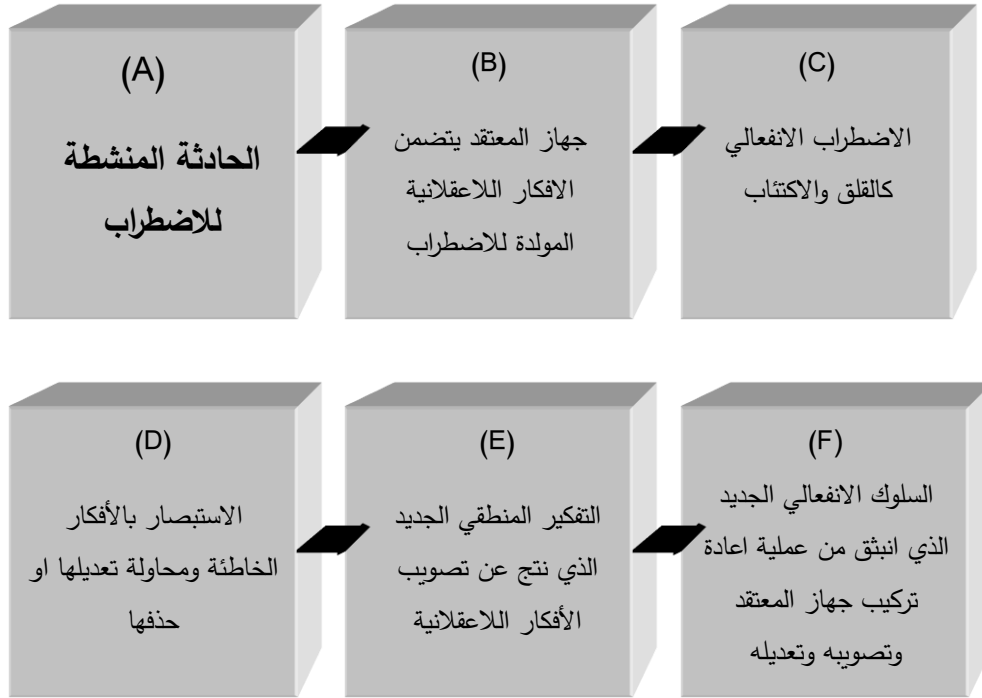
1. مرحلة تحري وجود معتقدات غير عقلانية وتحديد جمل الحتميات، مثل يجب، وجمل تقليل الذات، وجمل التهويل.
2. مرحلة المناظرة بتعليم كيفية الاستفسار عن الأفكار منطقياً، ومجادلة نفسه بشدة للخروج منها، والتصرف بعكس الطرق السابقة.

3. مرحلة التمييز بين المعتقدات غير المنطقية الهدامة للذات وبين المعتقدات المنطقية المساعدة للذات.

ثم ينتقل العلاج الى E (Effect) وتتضمن التأثيرات وهنا جانب عملي تحل فيه الأفكار غير المناسبة. ويطرأ في هذه المرحلة تغير على الانفعالات والسلوك بفعل المعالجة.

ثم ينتقل العلاج الى F (Feeling) ويتضمن المشاعر بحيث تزول مشاعر القلق والاكتئاب لدى الفرد، ويبدأ بتطوير فلسفة منطقية وفعالة للحياة. (أحمد عبد اللطيف، 2014، ص ص 308 309)

ويرى أليس ان عملية إعادة تركيب المعتقد الخاطئ وتبديله وما يستجد عليه من تغيير في الانفعالات والشعور بالطمأنينة والتخلص من الاضطرابات النفسية يمكن تلخيصها بالمخطط التالي:



مخطط رقم: (1) يوضح مسار الأفكار اللاعقلانية وفق نموذج أليس

ترى الباحثة ان لهذا النموذج العلاجي سيرورة منظمة ومنسقة وفق خطوات محددة تبدأ حسب أليس من إيجاد وتحديد الأفكار اللاعقلانية التي ادت الى اضطراب السلوك ورافقه خلل انفعالي يتم تحليلها حسب نموده ABC ومن ثم يشرع المعالج في دحض هذه الأفكار وتقسي طبيعتها وتمييزها عن ما هو منطقي لتحل محلها أفكار عقلانية مؤثرة بذلك على السلوكيات والانفعالات محدثة التغيير المنشود من العلاج DEF.

3- التعديل المعرفي السلوكي

1-3 مؤسس النظرية

ولد دونالد هيربرت ميشينبوم Donald Herbait Meichenbaum واضع النظرية هذه، في مدينة نيويورك عام 1940، وهو أمريكي الأصل، حصل على شهادة البكالوريا عام 1962 ثم التحق بجامعة الينوي فحصل على درجة الماجستير عام 1965 وحصل على درجة الدكتوراه في علم النفس الاكلينيكي عام 1966 وقد عمل في جامعة واترلو في أونتاريو بكندا منذ عام 1966، وقد كتب ميشينبوم مجموعة من المراجع حول الإرشاد والعلاج السلوكي المعرفي، وكذلك طريقتة التي اشتهر بها: التحصين ضد الضغوط النفسية. (حسين فايد، 2005، ص 94)

5-3-1 منطلقات نظرية التعديل المعرفي السلوكي

جاء ميشينيوم بعد أليس ليؤكد على نفس الاتجاه حيث أشار بأن عملية التعلم لا يمكن أن تنحصر في مثير واستجابة كما ترى تلك النظرية السلوكية، بل رأى أنه إذا أردنا تغيير سلوك فرد ما فلا بد أن يتضمن ذلك معتقداته ومشاعره وأفكاره، فالأفكار هي التي تدفع الفرد إلى العمل، وقد أشار كل من (دولارد، وميللر) على أن العنونة والتسميات واللغة والعمليات العقلية العليا لها دور رئيس في عملية التعلم، ويشير هذا الاتجاه المعرفي إلى:

- إمكانية حدوث استجابات مختلفة لنفس المثير.
 - استجابات متشابهة لمثيرات مختلفة. (Verma Djayabala, 2012, p 25)
- ولذلك فالعلاج لا يقتصر على التحكم في الاشارات السلوكي والارتباط الشرطي بين مثير واستجابة، بل أن هناك عوامل أخرى تلعب دورا في عملية التعلم وهي: التفكير، الإدراك، البناءات المعرفية، حديث الفرد الداخلي مع نفسه، كيف يعزو الأشياء، وهذه كلها تتدخل في عملية التعلم وتتوسط بين المثير والاستجابة، وهذه لها دور في التأثير على سلوك الفرد.

ولقد استنتج ميشينيوم بأن للتفكير والمعتقدات والمشاعر والحديث الإيجابي مع النفس، وتوجهات الفرد لنفسه (إعطاء أوامر لنفسه)، لها دور كبير في عملية التعلم فعندما كان يقوم بتجاربه وهو يعد للدكتوراه كان ميشينيوم يقوم بتدريب المرضى الفصامين، ويقوم بتعليمهم الكلام الصحي عن طريق الاشارات الإجرائي، وقد وجد أن بعض المرضى يقومون بتوجيه تعليمات لأنفسهم بصوت عال كأن يقولوا (كن واضحا وصريحا وفي صلب الموضوع)، ومن هنا انطلق ميشينيوم من الفرضية التي تقول: بأن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم (Verbalisations) تلعب دورا في تحديد السلوكيات التي سيقومون بها (Robert Leahy and Thomas Dowd, 2002, p 18)، وأن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تعمم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة، وأن الحديث الداخلي الذي يقوم به الفرد هو الذي يحدد ويوجه تفكيره للقيام بالمهارة المطلوبة.

ترى الباحثة ان دونالد ميشينيوم الذي كان في الأصل سلوكيا قام باكتشاف مهم من خلال ملاحظاته للأطفال الصغار التي تقول بان الأحاديث الذاتية التي يملها الفرد على نفسه تؤثر على ابنيته المعرفية وسلوكياته، وبالتالي فهذا الخطاب الخاص هو بمثابة نظام مهم للسلوك.

3-2 الافتراضات والمفاهيم المحورية لنظرية ميشينيوم Meichenbaum

* الافتراضات:

دعم ميشينيوم أليس وبيك في افتراضاتهم القائلة بان أفكار الفرد وأحاديثهم لأنفسهم خاصة إذا كانت لاعقلانية وخاطئة هي من تسبب اضطراباتهم الانفعالية وتعوق تكيفهم وكان ذلك بعد ملاحظاته واعماله مع الأطفال وحالات الفصام وفي هذا الصدد يرى ميشينيوم فيما يتعلق باتجاه المعرفي ما يلي:

- ← تعديل السلوك يمر بطريق متسلسل في الحدوث، يبدأ بالحوار الداخلي والبناء المعرفي والسلوك الناتج.
- ← ان الاتجاه المعرفي يركز على كيفية تقييم الفرد لسبب انفعاله والى طريقة عزوه لسبب هذا الانفعال، هل هو سببه أم هم الآخرون؟

- ← هناك هدف من وراء تغيير الفرد لحواره الداخلي. ويجب تحديد حاجة الفرد للشئ الذي يريد تحقيقه، والشئ الذي يرغب إحداثه في البيئة، وكيف يقيم المثيرات. وان إدراك الفرد يؤثر على فسيولوجيته ومزاجه.
- ← ان الانفعال الفسيولوجي في حد ذاته ليس هو المعيق الذي يقف في وجه تكيف الفرد ولكن ما يقوله الفرد لنفسه حول المثير هو الذي يحدد انفعالاته الحالية.
- ← ان حدوث تفاعل بين الحديث الداخلي عند الفرد وبناءاته المعرفية هو السبب المباشر في عملية تغير سلوك الفرد.
- ← ان عملية التغير تتطلب ان يقوم الفرد بعملية الامتصاص، ان يمتص سلوكا بديلا جديدا بدلا من السلوك القديم.
- ← ان البناء المعرفي يحدد طبيعة الحوار الداخلي، ويغير الحوار الداخلي في البناء المعرفي بطريقة يسميها ميشينبوم بالدائرة الخيرة (Vertus Cycle). (مفتاح عبد العزيز، 2001، ص 56)
- ومن هنا ترى الباحثة ان ميشينبوم سلك نفس الطريق كونه ايد بيك وأليس في فرضية أن الاضطرابات الانفعالية تعزى الى الأفكار المختلة واللامنطقية التي يحدث بها الفرد ذاته ويمليها على نفسه طوال الوقت فتعوق صحته وتكيفه وتؤثر على سلوكياته وتسبب له الضيق والانزعاج، حيث ان هذه الأفكار تستجيب لمثيرات داخلية وليس لأي حدث خارجي واقعي.

* المفاهيم المحورية لنظرية ميشينبوم Meichenbaum

ان نظرية ميشينبوم ترى ما يلي:

- ← تركز على أهمية ما يقوله الفرد لنفسه، دون الشعور بما يحدد سلوكه.
- ← النظرية وتطبيقاتها غير مكتملة.
- ← لا يوجد هناك معيار لما يقوله الانسان لنفسه.
- ← جعل ميشينبوم من الحديث الداخلي استجابة لمثير فهو يعود الى نظرية المثير والاستجابة.
- بنية الحديث الذاتي: ثمة وظيفة أساسية للحديث الذي يتم داخل الفرد وهي التأثير على البنية المعرفية، وتتغير الأبنية المعرفية، التي تعطي نسق المعاني أو المفاهيم (التصورات) وتمهد لظهور مجموعة معينة من الجمل أو العبارات الذاتية. وفي هذا الصدد يقول ميشينبوم: " ما أقصده بالبنية المعرفية، هو ذلك الجانب التنظيمي من التفكير الذي يبدو أنه يراقب ويوجه الاستراتيجية والطريق والاختيار للأفكار". (أحمد عبد الطيف، 2014، ص 317)
- يرى ميشينبوم ان التغيرات لا تحدث بدون تغيير في البنية المعرفية، كما ان تعلم مهارة جديدة يتطلب تغييرا في البنية، ويحدث ذلك عن طريق:

- ✓ التشرّب (Absorption): حيث تندمج الأبنية الجديدة في الأبنية القديمة.
- ✓ الإحلال أو الازاحة (Displacement) حيث تتواصل الأبنية القديمة مع الأبنية الجديدة
- ✓ التكامل والاندماج: حيث تستمر أجزاء من البناء القديم في الوجود في بنى جديدة أكثر شمولاً. (أحمد عبد اللطيف، 2014، ص 318)

ترى الباحثة ان هذا النوع من العلاج يتعامل مع المفحوص باستخدام نوع من الحوار الداخلي، يهدف الى تغيير طريقة تفكير المفحوص وتغيير سلوكه حيث يبدأ بتحديد الأفكار التي تعوق التعبير عن الذات ومن ثم يشجع المعالج المفحوص في محاولة استخدام طرق جديدة تعزز سلوكياته من خلال إعادة تنظيم أحاديثه الذاتية.

3-3 عملية العلاج حسب نظرية ميشينبوم:

يرتكز العلاج حسب هذا النموذج على الحوار الذاتي الذي يقوله الفرد لنفسه وبالتأثير على هذا الأخير يمكن للمعالج ان يغير في البنية المعرفية للمفحوص وبالتالي تتضمن عملية العلاج ثلاث مراحل وهي:

-المرحلة الأولى: مراقبة الذات أو الملاحظة الذاتية: حيث يرى ميشينبوم ان الفرد في فترة ما قبل العلاج يكون لديه حوار داخلي سلبي مع ذاته، وكذلك تكون خيالاته وتصورات سلبية، أما اثناء العلاج ومن خلال الاطلاع على أفكار الفرد ومشاعره وانفعالاته الجسمية وسلوكياته تفسيراتها تتكون لديه بناءات معرفية جديدة. ان إعادة بناء وتكوين المفاهيم هذه قد تؤدي الى إعادة تعريف مشكلات الفرد بطريقة تعطيه الثقة والتفهم والقدرة على الضبط.

إن الخطوة الأولى في عملية العلاج هي ان يعرف الفرد كيف يتحدث، أو يعبر عن سلوكه. الأمر الذي يزيد من وعيه، وأن يشعر بأنه سيكون ضحية للتفكير السلبي، ويجب على المعالج ان يعرف طرق (العزو) عند الأفراد وعباراتهم التي يوجهونها نحو ذواتهم. (مفتاح عبد العزيز، 2001، ص 58)

-المرحلة الثانية: السلوكيات والأفكار غير المتكافئة: في هذه المرحلة تكون عملية المراقبة الذاتية عند الفرد قد تكونت وأحدثت حوارا داخليا لديه. أي ان الحديث الداخلي الجديد يؤثر في الأبنية المعرفية لدى الفرد، الأمر الذي يجعله يقوم بتنظيم خبراته حول المفهوم الجديد الذي اكتسبه.

-المرحلة الثالثة: المعرفة المرتبطة بالتغيير: وتتعلق هذه المرحلة بتأدية الفرد لمهام تكميلية جديدة خلال الحياة اليومية. ويرى ميشينبوم بأنه ليس المهم ان يركز الفرد حول السلوكيات المتغيرة التي تعلمها وعلى نتائجها التي سوف تؤثر على ثبات وتعميم عملية التغيير في السلوك. فقط وانما يجب ان يركز على ما يقوله لنفسه، وتشمل عملية العلاج عللا تعلم مهارات سلوكية جديدة، وحوارات داخلية جديدة وأبنية جديدة. وان على الفرد ان يهتم بالعمليات الأساسية الثلاث وهي:

- البناءات المعرفية.

- الحوار الداخلي.

- السلوكيات الناتجة عن ذلك.

وعليه فان العملية العلاجية تبدأ بتحديد السلوك القديم المراد تغييره والحديث السالب المتعلق به ومن ثم تحاول استبداله بحديث داخلي جديد ينتج عنه سلوك جديد متكيفا يؤثر في تكوين بناءات معرفية جديدة لدى الفرد بدلا من القديمة وبذلك احداث السلوك المرغوب، وتعميمه ومحاولة تثبيته. (عادل عبد الله، 2000، ص 76)

ترى الباحثة ان هذا النموذج العلاجي يبدأ من تعرف المفحوص على نوعية أفكاره وطريقة سلوكه فيدرك الخلل الذي يسببه هذا الحديث الذاتي السلبي الذي يؤثر على سلوكياته، ومن ثم يصبح يراقب هذه الحوارات الداخلية حتى يكون مفاهيم جديدة تؤدي الى تنظيم معارفه فتتكون لديه أبنية معرفية جديدة، وفي الأخير يتبع المفحوص طرق جديدة في حياته

فتحدث تغييرات ملموسة في سلوكياته وتعمم بذلك في كل المواقف. ومنه كان لهذا النموذج إضافة كبيرة للعلاج المعرفي السلوكي كونه سلط الضوء على جانب آخر يمكن التركيز عليه من قبل المعالج وهو الحديث الذاتي الإيجابي الذي يساعد المفحوص في بناء معرفي جديد يحسن سلوكه ويعدل مزاجه.

خلاصة:

ان العلاج المعرفي السلوكي يمثل أحد التطبيقات الأساسية المنبثقة من علم النفس العلمي في التطبيق العملي، حيث أصبح واحدا من اهم العلاجات النفسية على الاطلاق ووجهة العديد من الجمعيات والدول التي خصصت ميزانيات لتطويره وبهذا اتسع نطاق تطبيقاته وعرف انطلاقا تاريخية بدءا من العلاج السلوكي مرورا الى العلاج المعرفي وصولا الى العلاج الانفعالي ليتمتع فيما يعرف بالعلاج المعرفي السلوكي ويأتي هذا الدمج ليس ليشمل التقنيات فحسب بل لان الثلاثية المتمثلة في الأفكار والسلوك والانفعال متداخلة ومتشابكة بطريقة ان اختل احداها تأثرت الأخرى، وما زاد سيته هو الأثر الذي أحدثه أصحاب نظريات العلاج المعرفي السلوكي وأثرهم الفعال في تناول مدى واسع من المشكلات النفسية حيث رأوا انها تعود الى اختلال الأداء الوظيفي المعرفي بدرجات متفاوتة الشدة وبتعليم المفحوص طرق جديدة متوائمة للتفكير لتحسن حالتهم النفسية ويشعرون بالسعادة والتوافق باعتمادهم أساليب متنوعة من إعادة البناء المعرفي الى الحوار الذاتي و حل المشكلات وكذا لعب الأدوار والتدريب على الاسترخاء والنمذجة مع التأكيد على الواجب المنزلي لتعزيز ما تم تعليمه فتترسخ الأفكار البديلة وتصبح كأداة تساعد المفحوص حتى بعد العلاج و الاعتماد على نفسه في تطبيقها فيما بعد. و باعتبار الأفكار اللاعقلانية فكرة مركزية في النظريات المعرفية والعلاج، وقد ثبت أنها تلعب دورا رئيسيا في العديد من الاضطرابات، كان لنا ان نتطرق الى هذا المفهوم بشكل موسع في الفصل الموالي.

الفصل الثالث: الأفكار العقلانية واللاعقلانية

تمهيد

- .I مفهوم الأفكار العقلانية والأفكار اللاعقلانية
- .II سمات الأفكار اللاعقلانية
- .III تقسيم الأفكار اللاعقلانية
- .IV الأفكار الأساسية التي تعتمد عليها الأفكار اللاعقلانية
- .V أعراض الأفكار اللاعقلانية
- .VI الأفكار اللاعقلانية كما أوردها أليس إيليس Ellis
- .VII أسباب الأفكار اللاعقلانية
- .VIII أساليب التفكير اللاعقلاني
- .IX بعض استراتيجيات الكشف عن الأفكار اللاعقلانية
- .X قياس الأفكار اللاعقلانية

خلاصة

تمهيد:

ينمو الفرد ويتعرع في أحضان والديه ليتعلم ويسلك ما ربياه عليه ويتطور تدريجيا ثم يخرج الى المجتمع ليكمل طريقه في تبني ما يراه ويلاحظه لتكون نماذج يقتدي بها وتعتبر خبرة يعود اليها في مسار حياته، ومن هذه التنشئة الاجتماعية يكتسب كل منا أفكاره ومعتقداته ورغباته التي يسير عليها، وتكون مرجعيته على مدى حياته ويمكن لهذه الأخيرة ان تكون منطقية وعقلانية تساعده في التوافق والتكيف والعيش بسعادة وتفاؤل، كما يمكن ان تكون أفكاره خاطئة وسلبية تحكم عليه بالشقاء والكرب وتعوق السير الطبيعي لحياته وتسوء علاقاته وتدهور صحته، لاسيما على اثر المرض العضوي الذي يتطلب الراحة النفسية والدعم والمساندة وهذا النوع من الأفكار اللاعقلانية يزيد الوضع سوءا مما قد يضاعف المرض ويحكم على نفسه بالموت المحتم.

ومن هنا كان هذا الفصل حول مفهوم الافكار العقلانية واللاعقلانية للتمييز بين المفهومين ومن ثم تم التطرق الى تقسيمات الأفكار اللاعقلانية حسب بعض الباحثين وبعدها عرجنا على اعراضها لنصل الى الأفكار اللاعقلانية كما أوردها أليس ومحاولة شرح أصل هذه الأفكار بذكر أسبابها وأهم أساليب التفكير اللاعقلاني لنختتم الفصل بكيفية قياس هذه الأفكار اللاعقلانية وذكر بعض المقاييس المستعملة في ذلك.

1. مفهوم الأفكار العقلانية والأفكار اللاعقلانية (RBs/IBs): Rational And Irrational Beliefs

ان مفهوم الأفكار العقلانية قديم قدم وجود الانسان على الأرض لكنه كمفهوم علمي فهو حديث نسبيا وفي هذا الصدد برزت تعريفات عديدة لهذا المفهوم، ومن أبسطها ما أورده كل من أليس وهاربر، حيث عرفا العقلانية بأنها أي شيء يؤدي بالأفراد إلى السعادة والبقاء بينما اللاعقلانية هي أي شيء يعيق السعادة والبقاء للأفراد. (Albert Ellis, 1994, p 41)

-يمكن للمعتقدات العقلانية أن تتميز بالكفاءة والمرونة والمنطقية، فالمعتقدات المنطقية تعزز القبول الذاتي والتكيف مع الأحداث المجهد، وتقلل من الضعف والضائقة النفسية، وتلعب دورا فعالا في تحقيق الأهداف القيمة. وهذه المعتقدات تؤثر على العاطفة كون الأفكار والمشاعر والسلوكيات مترابطة بشكل وثيق. (Daniel David, et all, 2010, p 7)

- وتعرف أيضا على انها المعتقدات والمفاهيم والأفكار التي يتبناها الفرد من الأحداث والظروف الخارجية، والتي من خلالها يدرك الطريقة التي تجلب له السعادة والنجاح، وبالتالي نجاحه في اتخاذ قرار معين والسيطرة على الموقف والتحكم بفعالية فيما يجري من حوله معتمدا في ذلك على خصائصه الشخصية. (Lyons L and Woods P, 1991, p 358)

-الأفكار العقلانية هي المعتقدات وأساليب التفكير التي تكون منطقية وعقلانية بانسجامها مع الأهداف العامة والقيم الأساسية في الحياة وتحقيق الفاعلية الاجتماعية والإبداع والإيجابية وكذلك تحقق احترام الذات أمام النفس والآخرين. (إبراهيم عبد الستار، 1994، ص 295)

-ان الأفكار العقلانية هي التي تساعد الإنسان على العيش في سعادة، وقبول الواقع بموضوعية، وتكوين علاقات حميمة مع بعض أفراد مجتمعه، والعمل بفعالية، ويستطيع اختيار هواياته وممارستها، كما أن أهم عنصر يميز الأفكار العقلانية هو استخدام التفضيلات والرغبات وأن النتائج الانفعالية للأفكار العقلانية هي الشعور بالسعادة والبهجة والمتعة والرضا. (محمد صهيب مزنوق، 1999، ص 26)

-من خلال هذه التعاريف يمكن القول بان الأفكار العقلانية هي المعتقدات والرغبات والأفكار التي تتميز بكونها منطقيه وإيجابية تبعث على التفاؤل وحب الحياة ومن خصائصها المرونة وتحمل الصعاب ومواجهة المشاكل وحلها دون الشعور بالفشل أو الكرب الذي يصل الى حد الاضطراب.

- أوضح (Albert Ellis, 1987, p 370) أن الأفكار اللاعقلانية هي الاعتقاد في بعض الأفكار الخاطئة الاستبدادية مثل يجب أن أفعل كذا وما يتبع ذلك من تعزيز ذاتي لهذه الأفكار، ومن ثم يؤدي إلى حدوث الاضطرابات النفسية والأعراض المرضية. -وتعرف الأفكار اللاعقلانية بأنها معتقدات غير منطقية ليس لديها أي مبرر تجريبي أو عملي تؤدي الى سوء التكيف وتحدث مشاعر غير صحية. (Daniel David et all, 2010, p 4)

-وتعرف الأفكار اللاعقلانية بأنها: مناقشات ذاتية وعبارات لفظية ذات آثار سلبية على السلوك.

(Donald Meichenbaum, 1977, p180)

كما تعرف على انها الأفكار التي ترتبط بالميل نحو تعظيم الأمور، والتأكيد والكمال، وتجنب تحمل المسؤولية في مواجهة الصعاب (سليمان الريحاني، 1989، ص 37).

-أن الأفكار اللاعقلانية هي الأفكار التي تؤدي إلى سلوكيات وانفعالات غير صحية هازمة للذات. (Roush Douglas, 1984, p 415)

-كما قيل أيضا ان الأفكار اللاعقلانية هي: أفكار قائمة على الاستنتاجات والتقييمات غير المنطقية التي تضفي تفسيرات

غير واقعية مخادعة على المواقف والأحداث التي يواجهها الفرد في حياته، ويستخدم فيها تعبيرات لغوية تؤدي إلى انهزام الذات وسوء التوافق كاستخدام الينبغيات المطلقة مع كورثة المواقف (محمد صهيب مزنوق، 1999، ص 7) ان جميع هذه التعاريف تجمع على ان الأفكار اللاعقلانية غير منطقية وأنها أحاديث ذاتية هازمة للذات تعود جذورها الى مراحل الطفولة ومن خصائصها انها استبدادية، كمالية، مثالية تأتي في صيغة الينبغيات أو الوجوبيات. وبالتالي يمكن ان تعرف الأفكار اللاعقلانية بأنها: معتقدات ومفاهيم وألفاظ ذاتية يعتنقها ويتبناها الفرد عن الظروف المحيطة وهي أفكار خاطئة بعيدة عن المنطق، غير موضوعية تتصف بعدم الواقعية وتخلو من العقلانية، وهي ايضا خلل يصيب تفكير الفرد ويحدث تشوهات معرفية بحيث تعوق السير الطبيعي لحياته وتعرض تحقيق أهدافه، تؤدي هذه الأفكار إلى سلوكيات وانفعالات غير صحية هازمة للذات تعرقل تكيف الفرد بشكل سوي، كما تنجر عنها اضطرابات وجدانية وسلوكية ونفسية وأعراض مرضية لدى الفرد كما تفاقم وضعه الصحي في حالة المرض العضوي.

ii. سمات الأفكار اللاعقلانية:

ان هذه المجموعة من الأفكار اللاعقلانية تتصف بأنها تظهر في شكل مطالب ملحة والزامية متكررة تجبر الفرد على القيام بأعماله في صورة كمالية لا تحتمل الإخفاق وال فشل لأي سبب من الأسباب وتؤدي بالفرد الى الشعور بالإحباط والتعاسة والقلق وقد تدخله في دوامة الشعور بالذنب وعقاب الذات ولوم الآخرين، وقد تتجسد هذه الانفعالات السلبية في أعراض مرضية مزمنة أو أمراض مستعصية تفاقم وضعه الصحي يوما عن يوم، وقد عرض أليس Ellis بعض السمات التي تتسم بها الأفكار غير العقلانية كما يلي:

1- المطالبة Demandness:

يرى أليس Ellis وجود علاقة ارتباطية بين رغبات الفرد ومطالبه الدائمة واضطرابه الانفعالي، كأنه يصر على إشباع تلك المطالب وأن ينجح دائما فيعمل ما دون أي إخفاق، ويحدث الاضطراب عندما يحدث الفرد نفسه بتلك المطالب ويفرضها على نفسه والآخرين والعالم. (Albert Ellis, 1979, p803) وعندما لا تتحقق يحدث لديه اضطراب انفعالي ويحكم على نفسه أنه فاشل.

إن الأفراد يميلون إلى الكمال والرغبة في انجاز الأعمال عند أعلى مستوى من الإتقان والمثالية، وعندما يخفقون في تحقيق هذه الرغبة لعدم التلاؤم مع إمكاناتهم الواقعية يشعرون بخيبة الأمل والإحباط فينجر عنه ما ينجر من اضطرابات انفعالية وجسمية أو نفسية.

2- التعميم الزائد Overgeneralization:

يرى أليس Ellis أن الفرد قد يلجأ إلى تعميم النتائج التي لا تعتمد على تفكير دقيق والتي تقوم على الملاحظة الفردية. يتمثل ذلك في تبني أفكار عامة بناء على خبرات محدودة، كأن يعتقد الشخص بأنه فاشل في كل شيء إذا فشل مرة واحدة. (ضيف الله الغامدي، 2009، ص 32)

يعتبر الميل إلى التعميم، أو حكم الفرد على مجموعة من الأشياء أو الأفراد بناء على مظهر واحد من هذه الأشياء من العوامل الحاسمة في كثير من الأمراض والبيدات لظهور سوء التوافق والمخاوف المرضية.

تري الباحثة ان هذه السمة من التفكير اللاعقلاني توجد عند الافراد الذين يبالغون في تقديرهم لإنجازاتهم ونجاحاتهم وفي حالة الإخفاق يلومون أنفسهم ويشعرون بالإحباط والقلق الذي يؤرق حياتهم ويجعلهم تعساء على الرغم من النجاحات التي حققوها من قبل لتركيزهم المبالغ في الأمور السلبية التي تحدث لهم دون الإيجابية منها.

3- التقدير الذاتي Self-Rating:

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

-الميل إلى التراكيبات الخاطئة.

-المطالبة غير الواقعية.

-التعارض مع الأداء.

لذلك ينبغي للفرد أن يعدل من فلسفته نحو مشاكله الشخصية من خلال تقبل الذات بدلا من تقييم الأخطاء. تري الباحثة ان التقدير الذاتي قد يكون ملتويا أو سلبيا وبالتالي فان رؤية الفرد من حيث ذاته تجعله يرى الأمور من زاوية واحدة وهذا ما يجعله يخطئ في تقدير المواقف والظروف المحيطة وتكون تفسيراته خاطئة وغير مقبولة فتتجر عنها انفعالات غير سارة.

4- الفضاة Awfulizing:

من المعروف أن المطالب غير المنطقية للفرد غالبا ما يرغب في تحقيقها بشيء من الفضاة، أي أنها تكون رغبة ملحة لديه. وهذا ما يؤدي إلى الانفعالية الزائدة وعدم القدرة على حل أي مشكلة بشكل عقلاي. (سماح شحاته، 2006، ص 89) ان تفكير الفرد الذي يأتي في صيغة المطالبة غالبا ما يفرض عليه القيام بأعمال غير منطقية أو تفوق طاقته وتنبئه بالمأساة الحتمية في حال الفشل.

5- أخطاء التفسير أو العزو Attribution Errors:

حيث يميل الفرد إلى أن ينسب أفعاله الخاطئة إلى أفراد آخرين وهذا يؤثر على إدراكه للأحداث الخارجية، وانفعاله، وسلوكه، وإلى اللوم المستمر للذات والآخرين. (محمد الزهراني، 2010، ص 36) تري الباحثة ان الفرد يبرر فشله بإلقاء اللوم على الآخرين ويعزو عجزه وإحباطه في الظروف المحيطة به.

6- عدم التجريب Anti-Empiricism:

إن الأفكار اللاعقلانية في الغالب لا تكون مستمدة من خلال الخبرة أو التجربة الشخصية للفرد، ويحاول أليس من خلال العلاج العقلاي الانفعالي أن يعلم العميل أن يستمد أفكاره من تجاربه الدقيقة ورؤيته المنطقية، وأن الأفكار التي لا تستند إلى خبرة منطقية تسبب السلوك المضطرب للفرد يتمثل اللاتجريب بخروج الفرد باستنتاجات اعتمادا على أدلة غير كافية وغير مجربة، كأن يدرك الفرد أن الموقف ينطوي على تهديد وخطر دون أن تكون أدلة على ذلك.

تري الباحثة ان أغلبية الأفكار اللاعقلانية لا دليل على صدقها لها بل هي تعسفية ومستنبطة من أفكار ذاتية خاطئة تقوم على استدلالات اعتباطية.

7- التكرار Repetition:

يقدر أليس Ellis أن الأفكار اللاعقلانية تتكرر بأسلوب لاشعوري، وأن الضغوط الدخيلة تجعل لدى الفرد ميل تجاه الأفكار الخاذلة للذات.

تتمثل هذه السمات المرتبطة بالأفكار اللاعقلانية التي صاغها أليس حيث أكد على أنها تؤدي بالفرد إلى تشويه الواقع وزيادة انفعالاته التي تثير عضويته. ولقد تم إضافة سمات أخرى للأفكار اللاعقلانية وهي:

8- التهويل:

يتمثل ذلك في المبالغة في معنى أو أهمية الأحداث أو الخبرات، كأن يشعر الفرد أن عدم قدرته على تحقيق ما يصبو إليه كارثة عظيمة.

تري الباحثة أن التهويل هو إضفاء دلالات مبالغ فيها في تفسير الفرد للمواقف مما يؤدي لإثارة مشاعر الخوف والقلق لديه، لذلك ينبغي على الفرد مجاهدة نفسه وكبحها على الإدراك الموضوعي للأحداث دون تهويل.

9- أخطاء في التفسير:

يتمثل ذلك في التحيز الإدراكي نحو الأبعاد السلبية في الخبرات وهذا الخلل يعبر عن ذاته في التعامل مع الأحداث المختلفة مثل الفشل والرفض.

تري الباحثة بان تركيز الفرد على الجوانب السلبية يجعل من تفكيره في اتجاه واحد فيفسر كل الأمور وفق هذا الاتجاه ويجده مخرجا ومبررا لفشله وعجزه.

10- السلبية:

فمثل هؤلاء الأفراد يعتقدون أن سبب تعاستهم هو ظروف خارج إرادتهم مثل الحظ وليس بمقدورهم التغلب عليه لأن الظروف أقوى منهم، وأن النجاح لا يمكن إدراكه إذا لم يكن المرء محظوظ.

تري الباحثة ان الفرد الاتكالي هو من يبرر عجزه وعدم قدرته على المبادرة فيرجع ذلك الى سوء الحظ.

11- الانهزامية:

هي نمط من الشخصية تتجنب صعوبات الحياة ومسئولياتها بدل مواجهتها، وتؤكد على أهمية عدم الوقوف في وجه القوى.

تري الباحثة أن الانهزاميون يبحثون عن الراحة قبل كل شيء وأراؤهم تؤكد على عدم الوقوف بوجه القوى حتى وإن كانوا مظلومين، فالحياة عندهم قصيرة فلا يجب أن نقضيها بمواجهة الصعوبات، وعلى الإنسان أن يبقى في الخلف ولا يقدم على مواجهة الآخرين.

12- الاتكالية:

يعتمد الاتكالي على الآخرين وخاصة الأقوياء لأن هذا ما يجلب له الراحة في أمور حياته، ويعتقد أن السلوك الحاضر يتحدد مسبقا ولا يمكن تغييره وأن الإنسان محكوم بقدره.

13- العجز:

فالعاجز هو من لا يستطيع التخلص من أحزان الماضي ومحو أثارها وجعلها في طي النسيان.

14- ضيق الأفق:

الأشخاص الذين يتصفون بضيق الأفق يملكون حلولاً جاهزة، فهناك حل نموذجي لكل مشكلة وإن لم يصلوا إليه تحدث كارثة كما يعتقدون.

ترى الباحثة أن ذوي ضيق الأفق لديهم مثالية متصلبة وحلولهم الجاهزة للمشكلات مؤشر على عدم الاتزان الانفعالي وضعف جهازهم النفسي.

15- عدم التسامح:

أي أن العقاب الصارم هو الوسيلة الوحيدة لتصحيح الأخطاء، مع عدم القدرة على مغفرة الإساءة حتى وإن كان الخطأ بسيطاً.

ترى الباحثة أن الأشخاص الذين يتصفون بعدم التسامح يؤمنون بالعقاب الصارم وسيلة وحيدة لتصحيح الأخطاء وبالذات الحدود القصوى للعقوبة، فلا يستطيعون العفو عن من أساء إليهم حتى وإن كان الخطأ بسيطاً ومن وجهة نظرهم لا بد من نبد المخطئ والتشهير به، وبالتالي فالفرد الذي لا يسامح وكأنه يسقط العقاب على غيره لارتكابه لأخطاء لا يمكنه تقبلها فتخلق لديه الشعور بالذنب ما يجعله يلح على ضرورة العقاب والتمسك بهذه الفكرة اللاعقلانية.

16- شدة الحساسية:

أي أن الأفكار السوداوية عن المخاطر التي من المحتمل أن يقعوا فيها لا تفارق مثل هؤلاء الأفراد وأن الفشل يلاحق أعمالهم. فالأشخاص الذين يتصفون بشدة الحساسية منشغلون بشكل دائم بهمومهم، بحيث لا تفارقهم الأفكار السوداوية عن المخاطر التي من المحتمل أن يقعوا فيها والفشل بما سوف يقومون به من أعمال أكثر من تفكيرهم بالنجاح.

17- الإصرار على القبول التام:

يرى أصحاب مثل هذه الأفكار أن الآخرين يجب أن يحبوهم بشكل مطلق ويكونوا راضين عنهم دائماً بغض النظر عما يفعلونه. (ضيف الله الغامدي، 2009، ص 32 33)

ترى الباحثة أن الأفكار اللاعقلانية أفكار خاطئة وغير منطقية لا تتسق مع الحقيقة والواقع، تتصف بالجمود والتطرف مما يجعلها تعيق الفرد على تحقيق أهدافه ورغباته فينشأ عنها السخط والتذمر والغضب والعدوان فتجعل الفرد بعيداً عن الواقع وتزيد من الاضطراب النفسي لديه.

وبخصوص هذه السمات تستخلص الباحثة أنها عبارة عن تحريفات للواقع تؤدي بالفرد إلى الحكم على الظروف بذاتية دون استدلال ولا تشاور مع الغير ما يوقعه في دائرة الاضطراب النفسي وحتى العضوي.

.iii تقسيم الأفكار اللاعقلانية:

الأفكار اللاعقلانية هي في الأصل رغبات وأشياء يحبها الإنسان ويفضلها، إلا أنها أخذت طابع المطالب المطلقة والشروط اللازمة التي لا يمكن التنازل عنها، وهناك ثلاثة أنواع من الأفكار اللاعقلانية:

— معتقدات (أفكار) تتعلق بالذات: مثل يجب أن أتقن كل شيء، وإذا لم أفعل ذلك أمر فظيع لا يمكن أن أتحملة ومثل هذه المعتقدات تؤدي إلى الخوف، والقلق، والاكتئاب، والشعور بالذنب.

— معتقدات (أفكار) تتعلق بالآخرين: مثل يجب أن يعاملني الناس معاملة حسنة عادلة، وإذا لم يفعلوا ذلك فإنه أمر فظيع لا أتحملة. تؤدي هذه الأفكار إلى الشعور بالغضب والعدوانية والسلبية.

— أفكار تتعلق بظروف الحياة: مثل يجب أن تكون الحياة بالشكل الذي أريده وإذا لم تكن كذلك فإنه أمر فظيع لا أتحملة. تؤدي هذه الأفكار إلى الشعور بالأسى والألم النفسي. (ضيف الله الغامدي، 2009، ص 34)، (حامد الزهراني، 2010، ص 38)

كما يمكن القول أيضا أنها أفكار لاعقلانية تدعو إلى الانهزام النفسي: تؤثر على الرغبات والأهداف الأساسية خاصة الأهداف التي تتعلق بالسعادة مثل فكرة ابتغاء الكمال الشخصي.

-أفكار لاعقلانية ضد النظام الاجتماعي: تعمل على تدمير المجموعة التي ينتسب لها الفرد.
-أفكار لاعقلانية شديدة الصلابة: تنطوي على كثير من المبالغة وهي أوامر وحاجات غير مشروطة تسيطر على النفس والغير.

-أفكار لاعقلانية تتعارض مع بديهيات الحياة: وهي تصف الحقائق وصف مبالغ فيه.
أفكار لاعقلانية متناقضة: مثل يجب أن أؤدي كل شيء بشكل رائع، يجب ان لا يكرهني أحد وأن لا حسدني على انجازاتي وأدائي الجيد. (سماح شحاته، 2006، ص 103)

بالنظر الى هذه التقسيمات نلمس ان الأفكار اللاعقلانية اما ان تكون متعلقة بالذات كلوم الذات وتأنيب الضمير والشعور بالذنب والفضل أو موجهة نحو الآخرين كوجوب حب الجميع واحترامهم أو مرتبطة بالمستقبل كوجوب الاحتياط والحذر الدائم تجنبنا لوقوع الكوارث والمآسي، وكل هذه الأفكار الغير منطقية إذا ما تبناها الفرد وبالغ فيها تؤدي حتما بصاحبها الى القلق والحزن والشعور بالإحباط واضطراب العمليات الفيزيولوجية.

IV. الأفكار الأساسية التي تعتمد عليها الأفكار غير العقلانية:

ان مجمل الأفكار اللاعقلانية التي يتبناها الفرد قد ترسخت لديه عبر الزمن من خلال النماذج التي يقتدي بها ويراهها رمزا بالنسبة له وبالتالي يأخذ منها أفكارا قاعدية تكون أساسا لأفكاره اللاعقلانية التي يتعامل بها فتصبح متسلطة يدرك إزعاجها لكن في ذات الوقت تكون قهرية تتحكم فيه ويعجز عن إبعادها ومنها نجد ما يلي:

1- المطالب: تعتمد نظرية العلاج العقلاني على أن مطالب الفرد ورغباته تأخذ شكل المطالب الواجبة (يجب وينبغي)، وعند عدم حصوله على ما يريد فإن ذلك يسبب له الاضطراب الانفعالي، وبالتالي تسيطر على الفرد غير العقلاني فكرة أن كل ما يريده يجب وحتما أن يتحقق.

2- الأفكار المرعبة: عندما لا تنفذ المطالب الصارمة للفرد فإنها تجعله يشعر أن هناك شيء خطير، أو معضلة، أي أن الفرد يتخيل أن عدم حصوله على مطلبه الواجب أمر مفرغ وشر لا يمكن تحمله.

3- فكرة انخفاض تحمل الاحباط: يتبنى صاحب الأفكار اللاعقلانية فكرة أساسية وهي أنه ليس لديه قدرة على تحمل الإحباط، أو أن قدرته على تحمله منخفضة.

4- فكرة انخفاض القيمة: يعتقد الفرد اللاعقلاني أنه منخفض القيمة أي أنه يشعر بانعدام الثقة بالنفس. (بغورة

نورالدين، 2014، ص 77)

حسب هذه الأفكار الأساسية نجد ان هذه الصيغ التي تتضمنها الأفكار اللاعقلانية تعود على الأغلب الى أسلوب الحياة الذي تربى ونشأ عليه الفرد فالمطالب التي كانت تفرض عليه أصبحت معتقدا يعيش ويفسر على أساسه المواقف والظروف والأفكار المرعبة التي كان يسمعا وتثير لديه الفزع أصبحت هاجسا تعوق مستقبله فتشعره بالإحباط والشل ويؤدي به ذلك الى انعدام الثقة بالنفس وعدم القدرة على التحمل.

٧. أعراض الأفكار اللاعقلانية:

ان تفكير الفرد هو الذي يجعله ينفعل ويسلك وعليه فاذا كانت لديه أفكار لاعقلانية فهو حتما سيتأثر ويتعب وتنجر عنها متاعب وأعراض اما جسدية او نفسية أو كليهما مع ونجد منها:

1- أعراض مزاجية: حزين - مكتئب - غير سعيد - منخفض المعنويات - قلق - سهل الاستثارة سهل فقد المتعة والبهجة والرضا عن الحياة.

2- أعراض معرفية: فقدان الاهتمام - صعوبة التركيز - انخفاض الدافع الذاتي - الأفكار السلبية التردد - الشعور بالذنب - الأفكار الانتحارية - الهلاوس - الأوهام - ضعف التقييم النفسي - نظرة سلبية للنفس - الشعور بفقد الأمل في المستقبل.

3- أعراض سلوكية:

تأخر ردود الأفعال السيكو حركية أو زيادتها - البكاء - الانسحاب الاجتماعي - الاعتماد على الغير.

4- أعراض بدنية:

اضطرابات النوم (الأرق أو النوم لمدة طويلة) - الإرهاق - زيادة أو نقص الشهية - زيادة أو نقص الوزن - الاضطرابات المعوية - الألم (شكاوي واضطرابات جسمية).

5- أثر أحداث الحياة:

فقد الوالدين أو أحد الأقارب - الألام عند الصغار.

6- أحداث حياتية أخرى: كالأزمات المستعصية.

هذه الأفكار اللاعقلانية لا يستهان بها نظرا لما تحدثه من أعراض بالغة الأهمية إما على مستوى العضوي وما ينجر عنها من أمراض مزمنة أو مستعصية أو على مستوى الجانب الوجداني من حزن وتعاسة وكرب أو سلوكي يجبر الفرد على الانسحاب والتراجع تجعل تفكيره منصب في الفشل واحتمال المصائب فتنقص شهيته أو يحرم من النوم الهنيء. (بغورة نور الدين، 2014، ص 78)

٧. الأفكار اللاعقلانية كما أوردتها أليس إيليس Ellis

تفطن العديد من الفلاسفة الى جانب العديد من الباحثين المحدثين على ان هناك علاقة وثيقة بين انفعال الفرد وبين طريقة تفكيره وأحكامه على الأمور، ومن هنا كانت انطلاقا الرائد أليس في ان الانفعالات السلبية مصدرها أفكار لاعقلانية واحكام خاطئة اتجاه الاحداث، وفي هذا الشأن أكدت الفلسفة الرواقية مبدأ هاما للحياة العقلانية أساسه ان الأشياء التي لا يمكن للفرد تعديلها او تغييرها، إما ان يطرحها او يتركها جانبا، فمن الخطأ أن يفكر الفرد في الأمور التي لا تتغير ويبدد طاقته وتفكيره فيها ، فتؤدي الى أمور عكسية تزيد في توتره النفسي وتعرقل السير الطبيعي لحياته. (محمد حسن غانم، 2007، ص 80)، ان هذه الأفكار الإحدى عشرة تمثل مجموعة أفكار غير منطقية والتي لاحظ أليس شيوعها في

المجتمع الأمريكي، والتي يمكن ان يختلف عددها من مجتمع الى آخر وفق الطبيعة الثقافية والخصوصية الحضارية لكل مجتمع، وهكذا وجد أليس السبيل ليحي هذه الأفكار ويبلورها في نظريته العلاجية والمتمثلة في:

1 - الفكرة الأولى: طلب الاستحسان Demand Of Approval

أشار أليس Ellis إلى أنه: "من الضروري أن يكون الشخص محبوبا أو مرضيا عنه من كل المحيطين به". (Albert Ellis, 1977, p 60)

في رأي أليس Ellis أن هذه الفكرة غير منطقية، لأن إرضاء الناس غاية لا تدرك بسهولة، وإذا اجتهد الفرد في سبيل الوصول إليه فقد يزداد اعتماداه على الآخرين ويقل شعوره بالأمان ويزداد تعرضه للإحباط. ورغم أنه من المرغوب فيه أن يكون الفرد محبوبا من الآخرين إلا أن الشخص العاقل لا يضحى باهتمامه ورغبته في سبيل تحقيق هذه الغاية. (محمد محروس الشناوي، 1994، ص 98)

ان هذه الفكرة اللاعقلانية من الصعب حدوثها فهذا أمر نسبي فما يعجب فرد ليس بالضرورة أن يعجب الآخر فهناك صعوبة في إرضاء جميع الأفراد، وإلا سيصبح الفرد منقادا وراء آراء الآخرين ليعرف ما يرضيهم ويفعله، كما أن هذه الفكرة أغفلت مبدأ الفروق الفردية في القدرات. (سماح شحاته، 2006، ص 52)

ان هذه الفكرة اللاعقلانية قد تسهم في اعتمادية الفرد على الآخرين بشكل كبير، كما أنها تتعارض مع مبدأ الثبات النسبي للسلوك الإنساني فالمحبة والرضا لن تكون ثابتة ثباتا مطلقا إذ قد تتغير مع الوقت والأزمات وما يعترض الآخرين من مواقف. (محمد الزهراني، 2010، ص 40)

ترى الباحثة أن هذه الفكرة للاعقلانية:

لأنه من غير المعقول أن يهتم الفرد اهتماما زائدا بما يظنه فيه الآخرون، فليس هناك من هو محبوب من جميع الناس في مجتمعه فكل فرد له عيوب ونقائص، إيجابيات وسلبيات، فالفرد ذاته لا يحب الجميع فكيف للجميع ان يحبه.

2 - الفكرة الثانية: ابتغاء الكمال الشخصي Personal Perfection

أشار أليس Ellis إلى أنه: "يجب أن يكون الفرد على درجة عالية من الكفاءة والانجاز في كل الجوانب الممكنة حتى يعتبر نفسه مستحقا للتقدير". (Albert Ellis, 1977, p 63)

ان هذه الفكرة أيضا من المستحيل تحقيقها بشكل كامل، وإذا أصر الفرد على تحقيقها فإن ذلك ينتج عنه اضطرابات نفسية وجسمية وشعور بالنقص، وعدم القدرة على الاستمتاع بالحياة الشخصية، كما يتولد لديه كذلك شعور دائم بالخوف من الفشل. أما الشخص العاقل المنطقي فإنه يفعل ذلك انطلاقا من مصلحته وليس من منطلق أن يصبح أفضل من الآخرين، إنه يفعل ذلك لكي يستمتع بالنشاط الذي يقوم به وليس لمجرد مشاهدة النتائج. (محمد محروس الشناوي، 1994، ص 98)

ان هذه الفكرة اللاعقلانية صعبة التحقق لعدم وجود معايير محددة تصف لنا ماهية العمل التام، فمعاييرنا تتدخل فيها الجوانب الذاتية عند إصدارنا للأحكام عليها. (محمد الزهراني، 2010، ص 41)

ترى الباحثة أن هذه الفكرة تدخل في عداد الأمور الصعبة المنال والتحقيق بشكل كامل، فإصرار الفرد على تحقيقها ولو بالاندفاع والوصول بكل شيء يفعله إلى حد الكمال يحدث له إحباط واضطراب من جراء عدم وصوله إلى هذا الحد ما

يؤدي به للشعور بالعجز والنقص والخوف الدائم من الفشل وفقدان الثقة بالذات، كل ذلك يؤثر على مستوى توافقه سلبيًا ويحرمه من الاستمتاع بحياته الشخصية. لا يكلف الله نفساً إلا وسعها فكل فرد من المفترض أن يحاول الانجاز حسب قدراته ويحاول إتقان العمل في حدود طاقته الممكنة.

3 - الفكرة الثالثة : اللوم الزائد للذات والآخرين Blame - proneness

أشار أليس Ellis إلى أن: "بعض الناس أشرار وخبثاء لذلك يجب أن يعاقبوا ويلاموا بشدة على سلوكهم الشرير أو الخبيث". (Albert Ellis, 1977, p 67)

بما أنه ليس هناك معيار مطلق للصواب والخطأ فإن هذه الفكرة غير عقلانية فالأعمال الخاطئة التي ترتكب قد تعود إلى الجهل أو الاضطراب الانفعالي وكل إنسان عرضة للخطأ، والعقاب لا يؤدي إلى تعديل السلوك والشخص العادي والسوي لا يلوم نفسه ولا يلوم الآخرين إذا أبدوا له عيوبه، بل يحاول أن يصحح سلوكه إذا كان خطأً. (محمد محروس الشناوي، 1994، ص ص 98، 99)

ان هذه الفكرة اللاعقلانية تجعل الفرد يجهل الجوانب الخيرة في الإنسان وينظر فقط لسلبياته، مع العلم أن هذا الفرد نفسه لديه هذان الجانبان، ويريد أن يحاسب غيره على الأخطاء والآثام التي من الممكن أن يقع هو نفسه فيها، كما أن العقاب ليس بالضرورة أن يصلح الأخطاء بل من الممكن أن يكون هذا العقاب هو السبب في زيادتها. (سماح شحاته، 2006، ص 76)

هذه الفكرة للاعقلانية مع غياب معيار الصواب والخطأ. فكلنا معرضون لارتكاب الأخطاء ومعيار ما هو صحيح وخاطئ يختلف من مجتمع لآخر فهو متغير يتأثر ثقافياً. (محمد الزهراني، 2010، ص 32)

تري الباحثة أن كل إنسان عرضة لارتكاب الأخطاء، فلا يوجد إنسان معصوم من الخطأ وكل بني آدم خطاء نتيجة للجهل والغباء أو الانفعال، فالفرد قد يمر بلحظات ضعف تجعله يخطئ فهذا لا يعني انه مذنب ولا بد من عقابه، ولا يترك أخطاؤه لتصبح كارثة أو تؤدي به إلى الشعور بانعدام الأهمية.

4 - الفكرة الرابعة : توقع المصائب والكوارث Catastrophizing

أشار أليس Ellis إلى: "أنه من المؤسف ان تسير الأمور على غير ما يريد الانسان". (Albert Ellis, 1977, p 70)

ان هذا النوع من التفكير هدام وضار وغير طبيعي لأن التعرض للإحباط والصد والاعاقة أمر عادي ومنتوق، ومن غير المنطقي أن يقابل هذا الإحباط بالشعور بالحزن الشديد والدائم للأسباب التالية:

- إن الأشياء لا تختلف عما هي عليه في الواقع.
- إن الشعور بالهم والحزن لن يغير من الواقع.
- إذا كان من المستحيل فعل شيء إزاء موقف معين فالشيء الوحيد المعقول قبوله.
- إن الإحباط لا يؤدي إلى الاضطراب الانفعالي إلا إذا صور الإنسان الموقف بصورة تجعل الحصول على الرغبات مطلب أساسي لتحقيق السعادة. (محمد محروس الشناوي، 1994، ص 99)

ان الفرد الذي يعتقد هذه الفكرة اللاعقلانية التي من خلالها يريد أن يحقق كل ما يتمناه سوف يصاب بالإحباط ويشعر بخيبة الأمل لأنه لن يتمكن من ذلك، فالأشياء التي تحدث للفرد من الممكن أن يراها أشياء سيئة أو كارثة ألمت به ولكنها في الحقيقة تحمل خيرا له ولكنه لا يدري بذلك. (سماح شحاته، 2006، ص 77)

أنه علينا النظر دائما إلى ما يحدث لنا من جوانب متعددة وان لا نكون أحادي النظرة. فقد نكون عند حدوث أمر غير سار لا نرى الجوانب الأخرى التي قد تكون ايجابية وسارة ولكننا أغفلنا أنفسنا عنها بمراقبة نتائج أعمال أخرى، كما أن بعض هذه الأحداث خارجة عن إمكانياتنا كبشر. (محمد الزهراني، 2010، ص 43)

ترى الباحثة في هذه الفكرة اللاعقلانية أنه ليس كل ما يتمناه المرء يدركه، لذلك فمن الصعب أن يحقق الفرد كل ما يتمناه وأن تسير كل الأمور على النحو الذي يريده. ولهذا يجب ان لا نبالغ في مشاهدة الأمور التي تحدث لنا من منظور سيء ولكن ننظر إليها للمدى البعيد رب ضارة نافعة فالإنسان العاقل يتعرض للمصائب سواء حلت به أو بغيره وعليه ان يتفهمها فتطمئن نفسه ويتعد عنه الخوف والقلق.

5 - الفكرة الخامسة : اللامبالاة الانفعالية Emotional Irresponsibility

أشار أليس Ellis إلى أن: "المصائب والتعاسة تعود أسبابها إلى الظروف الخارجية والتي ليس للفرد تحكم فيها". (Albert Ellis, 1977, p 73)

ان هذه الفكرة غير منطقية لأنه في الواقع بينما نجد القوى والأحداث الخارجية من الممكن أن تكون بدنيا مؤذية وضارة للفرد ولكنها قد تكون عادة ذات طبيعة نفسية، ولا يمكن أن تكون ضارة إلا إذا سح الفرد لنفسه أن يتأثر بها نتيجة لاستجاباته واتجاهاته. (محمد محروس الشناوي، 1994، ص 100)

ان هذه الفكرة لاعقلانية، فكل ما يعانيه الفرد من عدم سعادة ناجم عن الظروف الخارجية وهذا شيء يجانب الصواب. فبعض ما يعانيه الفرد نابع من ذاته وقد تكون الظروف الخارجية سببا ولكنها لا تمثل جميع الأسباب. (محمد الزهراني، 2010، ص 44)

ترى الباحثة أن الأحداث والقوى الخارجية قد تشكل مصدر تهديد وإزعاج على الفرد وأمنه وذلك راجع للأحكام المسبقة واستجابات الفرد نحو تلك الأحداث، فالفرد الذي يعتقد هذه الفكرة اللاعقلانية يشعر بأنه عديم الحيلة والتصرف في المواقف التي يمر بها وبالتالي فهو لن يحاول تغيير هذه المواقف، فهو يعتاد على الاستسلام للواقع ولا يحاول تغييره للأحسن كما أنه بذلك يجهل قدراته.

أما الفرد السوي يستطيع أن يتكيف مع هذه الأحداث من خلال تغيير استجاباته وتصوراتهِ وتعبيراته الداخلية عن تلك الأحداث وإعادة النظر فيها وتحديدها وبالتالي السيطرة عليها.

6 - الفكرة السادسة : القلق الناتج عن الاهتمام الزائد Anxious Over Concern

أشار أليس Ellis إلى أن: "هناك أشياء خطيرة ومخيفة تبعث على الانزعاج والضييق وعلى الفرد أن يتوقعها دائما ويكون على أهبة الاستعداد للتعامل معها ومواجهتها عند وقوعها". (Albert Ellis, 1977, p 76)

ان هذه الفكرة من وجهة نظر أليس Ellis غير منطقية لأن انشغال البال أو القلق من شأنه:

- أن يمنع التقويم الموضوعي لاحتمال وقوع شيء خطر.

- غالبا ما يشوش على التعامل الفعال مع الحادث الخطير عند وقوعه.

- قد يسهم مثل هذا التفكير في وقوع هذا الحادث الخطير.
 - يؤدي إلى تضخيم احتمالية حدوث حادث خطير.
 - لا يؤدي هذا التفكير (غير المنطقي) إلى منع وقوع الأحداث القدرية.
 - يجعل كثيرا من الأحداث المخيفة تبدو أكبر كثيرا من واقعها. (محمد محروس الشناوي، 1994، ص 100)
 ان الفرد الذي يعتقد هذه الفكرة اللاعقلانية يكون دائما في حالة توجس وقلق وتوتر من أن هناك شيئا ما سيحدث ويكون في انتظاره باستمرار وربما يترك ما هو مهم في حياته ويظل في انتظار الكارثة التي ستحدث له وبذلك فهو يبالغ في نتائجها، فضلا على أن التوقع لن يمنع حدوثها أصلا ومع زيادة مدة التوقع يزداد قلق الفرد. (سماح شحاته، 2006، ص 80)
 ان هذه الفكرة للاعقلانية، حيث أن لدى الفرد الكثير من الرغبات والأمانى، ولكنه من المستحيل تحقيق جميع هذه الأمانى. (محمد الزهراني، 2010، ص 46)

ترى الباحثة أن الانشغال بمثل هذه الأفكار يفسد حياة الفرد فتتسلط على تفكيره تقديرات تشاؤمية للمستقبل والشعور بالخوف وتهويل عواقب الأفعال والتي لا ينتج عنها سوى القلق الدائم او الاضطراب وهذا ما يجعل جهاز الطوارئ دائم الاستنفار ومنه زيادة في الافرازات ما يؤدي الى اضطراب العضوية والمرضى المزمن.

7 - الفكرة السابعة : تجنب المشكلات Problems Avoidance

أشار أليس Ellis إلى أنه: "من الأفضل والأيسر أن يتجنب الفرد المشكلات والمسؤوليات لأن ذلك أسهل من مواجهتها".
 (Albert Ellis, 1977, p 77)

ان هذا التفكير غير منطقي لأن تجنب القيام بواجب ما يكون أصعب وأكثر إيلا من القيام به ويؤدي فيما بعد إلى مشكلات وإلى مشاعر عدم الرضا وعدم الثقة بالنفس، كذلك فإن الحياة ليست بالضرورة حياة سعيدة. (محمد محروس الشناوي، 1994، ص 101)

ان الفرد الذي يعتقد هذه الفكرة اللاعقلانية يتجنب المشكلات والمسؤوليات مما يجعله يشعر بالدونية وعدم الثقة في ذاته فهو ينظر للأفراد الآخرين المتحمليين للمسؤولية والذين يواجهون مشكلاتهم بإيجابية وفعالية وصلابة فيشعر بالخزي والعار أمام نفسه أولا ثم أمام هؤلاء الأفراد، لأنه يشعر أنهم لا يحترمونه ولا يعتمدون عليه فهو يعتبر موجودا على هامش الحياة. (سماح شحاته، 2006، ص 82)

ان هذه الفكرة للاعقلانية لأننا لا نمتلك معيارا واضحا لمفهوم الصعوبة، فهو مفهوم نختلف في تحديدها له. كما أن مواجهة تلك المواقف والمسؤوليات أسهل من مواصلة الهرب منها. فمع طول الهروب سيتوقف الشخص في فترة ما وسيضطرب لمواجهتها. كما أن لظهور بعض المصاعب فوائد قد تتمثل في تعلم أساليب جديدة في مواجهتها. (محمد الزهراني، 2010، ص 36)

ترى الباحثة أن معتقدات الفرد وأفكاره تؤثر بشكل كبير على مآثرته لأدائه لمهامه وعلى كيفية إدراكه للموقف الذي يمر به، كما أنها تؤثر على أفعاله وسلوكه وقدرته على التصرف بكفاءة في المواقف المختلفة. فالفرد الذي يعتقد هذه الفكرة اللاعقلانية يتجنب الواجبات والمسؤوليات والقيام بالمهام ما يعمل على زيادتها وتراكمها، كل ذلك يؤدي فيما بعد إلى ظهور مضاعفات أخرى وإلى مشاعر عدم الرضا وعدم الثقة بالنفس، وعلى العكس فإن ممارسة الفرد للمسؤوليات تشعره

بلذة الانجاز وتحقيقه لذاته وبذلك فهو يدرك أن لذة الحياة في حلوها ومرها مستمدة أساسا من التحدي والمسؤولية وحلا لمشكلات.

8 - الفكرة الثامنة : الاعتمادية Dependency

أشار أليس Ellis إلى أنه: "يجب أن يعتمد الشخص على الآخرين ويجب أن يكون هناك شخص أقوى منه لكي يعتمد عليه". (Albert Ellis, 1977, p 79)

بينما نعلم جميعا على الآخرين بدرجة ما، فإنه لا يوجد سبب يجعلنا نزيد من هذا الاعتماد إلى درجة قصوى، لأن ذلك يؤدي إلى فقدان الاستقلال الذاتي والفردية والتعبير عن الذات.

والاعتماد على الآخرين يسبب اعتمادية أكبر وإخفاق في التعلم وعدم الأمن بحيث يكون الفرد تحت رحمة أولئك الذين يعتمد عليهم. (محمد محروس الشناوي، 1994، ص 101)

ان الفرد الذي يعتنق هذه الفكرة اللاعقلانية غير مستقل في حياته ويكون دائم الاعتماد على غيره من الأشخاص المحيطين به ويعتقد أنهم أقوى منه، فهو بذلك الاعتماد سيفقد حريته ولن يحقق ذاته، فالأفراد الذين يعتمد عليهم سيكون من حقهم التدخل في كل شؤون حياته والسيطرة على أفكاره واتجاهاته وهو لن يستطيع مجادلهم في أي شيء طالما أنه يحتاج إليهم، كما أن عدم الاعتماد على النفس يجعل الفرد قليل الخبرة وبهذا لن تصقل شخصيته طالما أنه لم يجرب بنفسه واعتمد على رأي غيره، وهذا ليس معناه أن الفرد لا يحتاج للآخرين مطلقا ولكنه يحتاج إليهم في الحدود التي لا تلغ معها شخصيته. (سماح شحاته، 2006، ص 83)

ان هذه الفكرة لاعقلانية فعلى الفرد أن يعتمد على نفسه بالدرجة الأولى فهو المسئول الوحيد عن سلوكياته وطريقة حياته. وان لا يعتمد على الآخرين إلا في أضيق الحدود كالاستشارة، ولا يتجاوزها إلى أبعد من ذلك كي لا يكون اعتماديا في جميع أمور حياته على الآخرين. (محمد الزهراني، 2010، ص 37)

تري الباحثة أن هذه الفكرة لاعقلانية لأن الانكالم على الآخرين ينجر عنه فقدان الحرية والاستقلال الذاتي حيث يجعله اعتماديا فيؤدي به الى افتقار الخبرة النافعة في الحياة فيعجز عن تحمل المسؤولية ومواجهة مصاعب الحياة ما قد يفقده السيطرة فيشعر بالإحباط والاضطراب.

9- الفكرة التاسعة: الشعور بالعجز وأهمية خبرات الماضي Helplessness

أشار أليس Ellis إلى أن: " الخبرات والأحداث الماضية هي المحددات الأساسية للسلوك والمؤثرات الماضية لا يمكن استئصالها". (Albert Ellis, 1977, p 81)

ان هذه الفكرة لاعقلانية على النقيض من ذلك فإن السلوك الذي كان في وقت ما يبدو ضروريا في ظروف معينة قد لا يكون ضروريا في الوقت الحالي، كما أن التأثير المفترض للماضي قد يستخدم كعذر وتبرير للابتعاد عن تغيير السلوك. وفي الوقت الذي يكون من الصعب فيه أن نتغلب على ما تعلمناه من الماضي فإن ذلك لا يعتبر مستحيلا (أي أنه قد يكون أمر صعب ولكنه ليس مستحيلا). (محمد محروس الشناوي، 1994، ص 102)

ان الفرد الذي يعتنق هذه الفكرة اللاعقلانية يظل يعيش في الماضي ويعتبر غير متكيف مع ظروف الوضع الحالي وبالتالي لا يستطيع مواكبة العصر الحالي، مع أنه من الممكن أن يجد مواقف في الوقت الحالي تشبه مواقف الماضي ولكن الفرد لا يظل يعيش بخبرات واحدة طوال حياته فعليه أن يجد خبرات جديدة للمواقف حتى التي تشبه الماضي إلا سيشعر

بالانطواء والاكتئاب والعزلة والانسحاب، فهو لن يستطيع مجاراة الآخرين في تصرفاتهم وأفكارهم المتطورة حيث إنه مازال يعيش في الماضي. (سماح شحاته، 2006، ص 84)

ان هذه الفكرة للاعقلانية لما فيها من اهتمام مبالغ فيه بالماضي وما يشكله من جزء من شخصياتنا. إلا أن أثر الماضي يعد محدودا في تأثيره على حاضرنا ومستقبلنا، فلكل وقت طبيعته ومؤثراته وما حدث في الماضي لا يعني بالضرورة تكراره حاضرا أو مستقبلا بحذافيره. (محمد الزهراني، 2010، ص ص 38، 39)

ترى الباحثة ان هذه الفكرة لا عقلانية لان الماضي هو خبرة يتعلم منها الفرد تكون له بداية جديدة لا عثرة دائمة وتكسيبه مهارة لمواجهة الصعوبات في المستقبل بدل من استعماله حجة يعرقل تقدمه وحياته ويحرمه السعادة والابتهاج.

10 - الفكرة العاشرة: الانزعاج لمتاعب الآخرين Upset For People 's Problems

أشار أليس Ellis إلى أنه: "ينبغي أن يحزن الفرد لما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات".

(Albert Ellis, 1977, p 83)

ان هذه الفكرة غير منطقية لأن مشكلات الآخرين لا ينبغي أن تكون مصدر انشغال للفرد، ومن ثم يجب ان لا تسبب له ضيقا وهما. وحتى عندما يؤثر سلوك الآخرين في فرد ما فإن هذا يحدث من منطلق تحديد الفرد وإدراكه لآثار هذا السلوك. وعندما يصبح الفرد مضطربا بدرجة شديدة بسبب سلوك الآخرين فإن هذا يعني ضمنا أن هذا الشخص لديه القدرة على ضبط سلوكه، ولكنه في الواقع يقلل من قدرته على تغييرها. وعلى أي حال فإن الفرد يعاني من هذه العملية وفي مقابل ذلك يهتم لمشكلاته الشخصية. (محمد محروس الشناوي، 1994، ص 102)

ان هذه الفكرة اللاعقلانية لم تعد صالحة لهذا الزمان فمعظم الأفراد في الوقت الحالي يهتمون بمشكلاتهم الخاصة فقط ولا يشغلون بالهم بما يعانیه غيرهم من مشكلات أو متاعب، وذلك نتيجة تعقد ظروف الحياة الراهنة. (سماح شحاته، 2006، ص 85)

ان الاهتمام المعقول أمر لا بأس به، إلا أن الاهتمام المبالغ فيه والشعور بالحزن والضيق أمر غير مرغوب فيه لأنه لن يفيد الآخرين في مواجهة مشكلاتهم، كما قد يدفع الفرد إلى التقصير في حق نفسه، وبالتالي اكتساب مصدر إزعاج للنفس وهو ليس بحاجة إليه. (محمد الزهراني، 2010، ص 40)

ترى الباحثة أن هذه الفكرة للاعقلانية، لأن شعور الفرد بالحزن والتعاسة لمشاكل الآخرين وأحزانهم بشكل مبالغ فيه يكون مصدر للانزعاج والقلق فبدل ذلك يحاول تقديم العون والمساعدة لتجاوز هذه المشكلات على قدر المستطاع أو على الأقل العمل على تخفيفها ان أمكن ويسعى بان لا تؤثر مشاكل غيره على حياته في المقابل لان للنفس حق في السعادة.

11 - الفكرة الحادية عشرة: ابتغاء الحلول الكاملة Perfect Solutions

أشار أليس Ellis إلى أن: " هناك دائما حل لكل مشكلة وهذا الحل يجب التوصل إليه وإلا النتائج سوف تكون خطيرة".

(Albert Ellis, 1977, p 85)

ان هذه الفكرة لا عقلانية بسبب أنه لا يوجد عادة حل واحد كامل وصحيح لكل مشكلة، فالحلول قد تتدرج في الصحة والسلامة. وإدراك أن هناك حل واحد صحيح يحبط الفرد إذا لم يستطع أن يصل إلى هذا الحل. وهذا الموقف من شأنه أن يسبب القلق والانزعاج للفرد خوفا من ان لا يصل إلى هذا الحل الأوحده، بل قد يؤدي إلى أداء أقل. (علاء الدين كفاقي، 1999، ص 323)

هناك عدة حلول لكل مشكلة ولا وجود لحل واحد كامل، ثم إن التصورات الناتجة عن عدم الوصول إلى الحل الكامل هي تصورات غير واقعية. (محمد محروس الشناوي، 1994، ص 103)

ان الفرد الذي يعتقد في هذه الفكرة اللاعقلانية يشعر بخيبة الأمل وفقدان الثقة بالنفس والإحباط، فهو يظل يبحث عن المجهول فهو لا يعرف الحل المثالي لأي مشكلة يتعرض لها وربما يترك كل ما لديه من أعمال في سبيل البحث عنه. (سماح شحاته، 2006، ص 86)

ان هذه الفكرة قد تعود إلى أحادية النظرة للمشكلة والنظر إليها من منظور ضيق، وبالتالي يعتقد الفرد أنه لا يوجد سوى حل واحد نموذجي لها بينما لو أمعن النظر للمشكلة من جوانب متعددة لوجد العديد من الحلول الممكنة والمناسبة لمشكلته، كما أن الحل الوحيد المناسب لكل مشكلات البشرية أمر غير ممكن، نظرا لاختلاف الأفراد في ادراكاتهم لمشكلاتهم. (محمد الزهراني، 2010، ص 41)

تري الباحثة أن هذه الفكرة للاعقلانية لعدم وجود حل واحد مثالي لكل مشكلة، فهناك العديد من الحلول التي يغفل عنها الفرد فما عليه الا الامعان واختيار أنجعها بدلا من الانشغال بإيجاد حل صحيح مثالي لأن ذلك من شأنه أن يحدث الاضطراب للفرد.

ولقد أضاف الريحاني إلى أفكار أليس Ellis اللاعقلانية فكرتان أساسيتان هما:

12- الرسمية والجدية: " يجب أن يتسم الشخص بالجدية والرسمية في التعامل مع الآخرين حتى تكون له قيمة أو مكانة محترمة بين الناس "

13- مكانة الرجل بالنسبة للمرأة: " لا شك أن مكانة الرجل هي الأهم فيما يتعلق بعلاقته مع المرأة ". (سليمان الريحاني، 1987، ص 81)

ان هذه عينة من الأفكار اللاعقلانية التي يرى أليس Ellis أنها شائعة بين الناس، وتتحكم في تفكيرهم لأنهم يلقنونها لأنفسهم دائما، يتحدثون بها إلى ذواتهم حديثا داخليا يصبح بعد ذلك أساس التفكير وعادة ما تتشكل هذه القضايا والأفكار على هيئة " الينبغيات " و " الوجوبيات " و " المفروضات ". وعندما لا يكون سلوك الفرد عند المستوى المثالي - وهو ما يحدث عادة - فإن الفرد يشعر بالعجز ونقص الثقة بل الذنب والقهر والوحدة والدونية وغيرها من المشاعر التي تمثل تربة خصبة للأمراض العصبية. (علاء الدين كفاي، 1999، ص 234)

من الأشياء الجيدة التي لفت أليس النظر إليها عدة حقائق ضمن هذه المجموعة من الأفكار اللاعقلانية وتتمثل في:

✓ ان الفرد حين يقبل فكرة أو أفكارا غير منطقية ثم يدعمها بما يحدث نفسه بها، وإدراك الوقائع الخارجية مع ما يتفق مع هذه الأفكار، فإنه يدخل لا محال دائرة الاضطراب.

✓ ان الاضطرابات قد تنشأ نتيجة حديث الانسان مع نفسه وإدخال عنصر الالتزامات مثل كلمات: حتما، ولا بد، وضروري، والمفروض، والأصول.. إلخ لأنه بمجرد ان يعتقد الفرد هذه الحتميات يصبح مستهدفا للكبت والعدوانية والدفاعية والشعور بالإثم وعدم الكفاءة، مما يجعله غير سعيد على الإطلاق.

✓ ان هناك علاقة ارتباطية بين الفكر والانفعال والسلوك، وان أي تغير في احدهما ينعكس حالا على الجوانب الأخرى.

✓ ان أي انسان يحتوي على مجموعة من الأفكار العقلانية ومجموعة أفكار غير عقلانية، وان مساحات التعلم والخبرة ورؤية الأشياء كما هي في الواقع تجعل مساحات الأفكار اللاعقلانية تنكمش (وان كان ليس من الضروري وفقا لمصطلحات هذه النظرية) ان تكون الأمور هكذا. (محمد حسن غانم، 2007، ص ص 85 86)

ترى الباحثة أن الفكرتين الأخيرتين اللتان اضافهما سليمان الريحاني تعتبران أيضا لاعقلانية لان الجدية المبالغ فيها تجعل من الفرد كالألة، فالابتهاج يفرح ويرفه عن النفس وتجعل الفرد أكثر نشاطا وتفاؤلا من اجل مواصلة حياته، اما فيما يتعلق بعلاقة الرجل بالمرأة فلا بدى ان تكون مبنية على الاحترام والتقدير المتبادل بدلا من التنافس من الأفضل او المساواة بين الطرفين لان ذلك من شأنه ان يرهق الطرفين ويزيد من حدة الصراع وغالبا ما يؤدي الى القلق والتوتر وتنشأ عنه الضغوط المستمرة التي قد تصل الى حد الاضطراب.

هذه الأفكار اللاعقلانية هي مرجعية مترسخة لدى جميع فئات المجتمع بدرجات متفاوتة يعتقد بها الأفراد ويفسرون من خلالها الأحداث والمواقف التي يتعرضون لها، كما أنها تقف حاجزا وسدا منيعا للوصول إلى أهدافهم وتحقيق مبتغاهم، وتؤدي بالأفراد لانفعالات شديدة والشعور بالإجهاد والتوتر والمعاناة وتقودهم إلى الاضطراب.

VII. أسباب الأفكار اللاعقلانية

يكتسب الفرد أفكاره ومعتقداته ممن حوله كالأسرة والمجتمع الخارجي أو نتيجة لتعامله العقيم مع البيئة، وفي هذا الصدد أوضح أليس Ellis أن الأفكار العقلانية تتولد في البيئة المناسبة، فهي أفكار غير انفعالية وتؤدي إلى التوافق مع الذات ومع الآخرين، وبالتالي لها أهميتها الاجتماعية، فأصحاب التفكير العقلاني يتسمون بتقديم المساعدة والتعاون. (Albert Ellis, 1995, p 105) أما الأفكار اللاعقلانية عادة ما تتشكل وتتحكم في تفكير الكثير من الذكور والإناث ويتحدثون بها على هيئة وجوبيات ومفروضات، فهي لدى نسبة كبيرة من الأفراد في كل المجتمعات ولا تظهر لدى فئة دون أخرى، وهي كما تبدو لدى الأطفال تظهر عند المراهقين والبالغين الكبار ويكمن خلفها مصادر للتنشئة. (Robb H et Warren R, 1990, p308) ومن هنا نجد جملة من بين الأسباب التي قد تؤدي إلى سيادة الأفكار اللاعقلانية:

1- أساليب المعاملة الوالدية السلبية:

لأساليب المعاملة الوالدية دور كبير في نشأة الأفكار اللاعقلانية من حيث:

-نوعية الأفكار والمعتقدات التي يغرسها الآباء في الأبناء وما يترتب عليها من آثار سلبية، لاسيما إن كانت لاعقلانية تطبعها سيمة الالزام والينبغيات والعدوان والعنف وتدمير الأشياء وممتلكات الغير واستخدام الألفاظ السوقية عند التعامل مع الآخرين. (سامية الأنصاري وجليلة مرسي، 2007، ص2)

-الرعاية المبالغ فيها في التنشئة تجعل الطفل لا يتعلم كيف يتعامل مع المشكلات بنفسه ولا يشعر بالاستقلالية ولا يحترم قرارات الوالدين، إضافة إلى الخوف من الوقوع في الأخطاء وعدم القدرة على الدفاع عن نفسه.

-افتقار العلاقة بين الوالدين والطفل للتفاعل الايجابي والاحترام المتبادل فيشعر الطفل بانهمزام الذات. (ضيف الله الغامدي، 2009، ص 36)

ترى الباحثة ان أساليب المعاملة الوالدية هي أول محطة يأخذ منها الطفل تفكيره وتكون النموذج الأعلى بالنسبة له سيما إذا تميز بالإلزام والاجبار فيؤدي به الى نشوء أفكار غير منطقية تكون أساس تعاملاته في المستقبل وإذا طغى عليها طابع القهر وتحقير الذات والألفاظ الهازمة للذات فيكون خاضعا وعاجزا على مواجهة مصاعب الحياة وانعدام الثقة بالنفس

فيكون فريسة القلق والخوف والاضطراب الدائم أو قد تكون بالتدليل المفرط فتعوق اعتماده على نفسه والعجز في حل مشكلاته.

2- الأسرة:

-تلعب الأسرة والمحيط دور كبير في إكساب الفرد الأفكار اللاعقلانية حيث يقال: إن الظروف الأسرية السلبية تلعب دور في اكتساب الفرد للأفكار اللاعقلانية، حيث تبين أن بعض المراهقين من الجنسين ممن يعيشون في مناخ أسري غير عادي مثل (أبناء المطلقين والذين لا يعيشون مع والدهم بل مع بدائل أبوية) كانت لديهم أفكار للاعقلانية بدرجة مرتفعة والمرتبطة ببعض المصاحبات والأعراض النفسية السلبية مثل الشعور بالاكتئاب النفسي المرتفع. (حامد زهران، 2001، ص 159)

-أشير إلى أن الأفكار العقلانية واللاعقلانية تكمن وراءها الأسرة أو العائلة. (زكريا الشربيني، 2005، ص 535)

- ان الأفراد يتعلمون الأفكار اللاعقلانية من الأسرة والمحيط الذي يعيشون فيه وذلك من خلال التعلم المبكر غير المنطقي حيث يكون الفرد مستعدا نفسيا لاكتساب الأفكار اللاعقلانية من الأسرة والثقافة التي يعيش فيها. (إجلال محمد سري، 1998، ص 171)

في رأي الباحثة تأتي الأسرة والمحيط لتكون النموذج الثاني الذي يقتدي به الطفل فيكتسب منه في وقت مبكر أفكار عقلانية أو غير عقلانية تدعم باستحسان هذا الأخير الذي يعززها لدى الطفل فينمىها وباركها.

3- المستوى الاجتماعي والثقافي:

ان نتائج بعض الدراسات أشارت إلى أن الأفراد ذوي المستويات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية المتوسطة ودون المتوسطة ظهرت لديهم بوضوح وبدرجة عالية عدد من الأفكار اللاعقلانية أكثر من الأسر ذات المستويات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية العالية. (ضيف الله الغامدي، 2009، ص 37)

ترى الباحثة أنه إذا كانت الثقافة السائدة في المجتمع مبنية على الإلزاميات والوجبات وما يجوز وما لا يجوز فهذا حتما سيظهر في تفكير الفرد ويجبره على اتباع ما هو سائد في المجتمع والإعزل منه وتعرض للنقد والانتقاد وتجنبنا لذلك يتبنى الفرد هذه المعتقدات رغما عنه ما يدخله في صراع دائم مع الشعور بالقلق والاضطراب.

4- العزلة الاجتماعية:

تعد العزلة الاجتماعية من الأسباب التي قد تساهم بشكل كبير في تكوين الأفكار اللاعقلانية، حيث يفتقر الفرد للحكم أو للمعيار الاجتماعي على أفكاره ومعتقداته، وبالتالي وفي كثير من الأحيان قد تتسم شخصية الفرد المنعزل اجتماعيا ببعض الجمود الذي يمنعه من تقييم أفكاره التقييم السليم وفقا لما يتفق مع الآخرين، وما ترتضيه الجماعة التي يحيا بها ويستمد منها الدعم والمساندة. (بغورة نورالدين، 2014، ص 102)

ترى الباحثة ان افتقار الفرد للخبرة والاحتكاك المتواصل بالآخرين يجعله متصلب الفكر يفتقر للمرونة ومحدود الاختيارات والبدائل، فيصطدم بالواقع الذي يفرض عليه تقبل الآخر والتعامل السلس معه ما يدخله دائرة الاضطراب.

5-العوامل الوراثية:

-يلعب العامل الوراثي دورا في إحداث الأفكار اللاعقلانية وتهيئة المريض واستعداداته للإصابة بهذا الاضطراب.

-يتفق معظم أطباء النفس والعقل على أن الاستعداد الوراثي للاضطراب ينتقل من خلال مورثات متعددة العوامل وليس من خلال مورثات مسيطرة أو استرجاعية، فالعامل الوراثي هام والذي يورث هو الاستعداد للاضطراب فالنسبة قد تصل إلى (41%) بين الأولاد، أما إذا أصيب أحد الوالدين فتكون النسبة بين الأولاد (16%). (أحمد الزيادات، 2011، ص 101) ترى الباحثة ان الوراثة كانت ولا زالت تلعب دورا بارزا في ظهور الأفكار اللاعقلانية لدى الفرد فيولد الفرد ولديه استعدادات وراثية تمثل هذه الأفكار الغير المنطقية وتلعب الظروف المحيطة دورا كبيرا في بزوغها.

6-الجمود الفكري:

من الأسباب التي قد تؤدي إلى سيادة الأفكار اللاعقلانية هي اتصاف الأفراد بالجمود وعدم الرغبة في تغيير أفكارهم أو استبدالها بأخرى أكثر عقلانية وأكثر مرونة ومنطقية، فيقع الفرد أسيرا للتفكير المتصلب الجامد، حيث يكون تفكيره مظلم يرى من خلاله جانب واحد للحياة، ولا يرغب في أن يغير فكره ليرى الجوانب الأخرى. ترى الباحثة ان افتقار الفرد للمرونة وتقبل الواقع هو ما يجعل تفكيره غير منطقي معتنقا بذلك معتقدات سلبية عن الذات والآخرين تعوق تقدمه ونجاحه وتفسر فشله الدائم وتبرره.

7-دور الغدد والهرمونات:

-تؤكد معظم الدراسات الحديثة على وجود ارتباط بين الغدد الصماء والهرمونات ومرضى الاضطراب فقد وجد دايزان أن (30%) من مرضى الفصام يعانون من اضطرابات نوعية في نشاط الغدة الدرقية. لوحظ أيضا أنه من النادر حدوث الاضطراب عند الأطفال وكثرة حدوثه في مرحلة البلوغ وفي سن اليأس وبعد الولادة وفي فترات يتضح فيها اضطراب الهرمونات في الجسم وهذا ما أيدته دراسات العالم موت الذي أرجع مرض الفصام إلى اضطرابات في عمل الغدد الصماء، وقد يكون من أسباب هذه الاضطرابات الضغوط النفسية والاضطرابات الوجدانية. (رجاء أبو علام، 1999، ص 123)

ترى الباحثة ان الأفكار والانفعال والسلوك ثلاثية مرتبطة فيما بينها بحيث إذا اختلت إحداها أدت إلى اختلال الأخرى وعليه فإذا كانت الإفرازات الهرمونية غير متزنة فهذا يؤدي إلى ظهور العديد من الاضطرابات المزاجية المتعلقة بنوعية الغدد وما تحدثه من انفعالات كالكرب والاكتئاب والقلق وما يصاحبها من أفكار سلبية.

8- ثقافة المجتمع:

أن مسألة العقلانية واللاعقلانية تعد مسألة غير مطلقة ولكنها نسبية، فالعقلانية تتوقف على عوامل عديدة منها الإطار الثقافي الذي يتناقض مع الخصوصية الثقافية لكل مجتمع، كما أن الادعاءات بأن الأفكار إما عقلانية أو لاعقلانية فقط أمر في غاية الصعوبة فما قد يبدو عقلانيا في ثقافة ما قد يبدو لاعقلانيا في ثقافة أخرى، ومن ثم فإن تعميم أفكار بذاتها على انها لاعقلانية على كل الثقافات أمر في غاية الخطورة، وهذا يتناقض مع الخصوصية الثقافية الفرعية داخل الثقافة الواحدة بالإضافة إلى الخصوصية الفردية.

(زكريا الشربيني، 2005، ص 539)

ان انتشار الأفكار اللاعقلانية في المجتمع يجعلها تعم بين أفرادها فيكون الفرد اللاعقلاني ضحية لبيئته.

9- دور الجهاز العصبي:

إن بعض الأمراض العضوية التي تصيب الجهاز العصبي تؤدي إلى أعراض شبيهة بالأفكار اللاعقلانية، هذه الاضطرابات التي تصيب الجهاز العصبي تؤدي إلى أعراض فصامية وأن الفصام نفسه يحتمل أن يكون سببه اضطراب فسيولوجي في الجهاز العصبي.

يعتقد علماء الاتحاد السوفياتي أن سبب الفصام هو النقص الوظيفي في الخلايا العصبية نتيجة تسمم عام في الجسم ناشئ من اضطرابات التمثيل الغذائي، وأن التسمم العام هو بسبب ضمور واضطرابات في الخلايا العصبية ولكن قد يكون ذلك نتيجة للمرض وليس سببا له. (بغورة نور الدين، 2014، ص 104)

إن الأفكار اللاعقلانية أصبحت تشكل مصدر تهديد وخطر على الفرد والمجتمع، ذلك أن الفرد المعتنق لمثل هذه الأفكار يساهم في نشرها من خلال تأثره وتأثيره المتبادل عن طريق أفكاره وانفعالاته وسلوكياته حتى كادت تعم بين جميع أفراد المجتمع، فتعدد مصادر وأسباب هذه الأخيرة أعجز الفرد في السيطرة عليها وحتى الوقاية منها.

VIII. أساليب التفكير اللاعقلاني:

أشار أليس Ellis إلى أن الناس يزعمون أنفسهم من خلال سعيهم بشكل شعوري أولا وراء تلك الأفعال الأمر الذي يؤدي إلى عدم التخلي عن اضطراباتهم والإبقاء عليها والتصعيد من حدتها وهذا السعي يرجع لأسباب منها:

1- الجهل:

فكثير من الأفراد يجهلون سبب اضطراباتهم ويعتقدون أنها طبيعية وحتمية، ولا يبذلون أي جهد للتخلص من هذه المشكلات، فهم مثلا إذا فقدوا عزيزا لديهم يظلون يحدثون أنفسهم، إن هذا لشيء مجزئ بالنسبة لهم ولا يجب أن يحدث لهم وهم سيئوا الحظ ولا يمكنهم العيش في سعادة بعد هذا الفقد ولا يبذلون أي جهد للتخلص من هذه المشكلة.

2- التصرف بغيباء:

حيث أن كثيرا من الأفراد يتصرفون بغيباء فهم لا يدركون أنهم هم الذين يسببون اضطراباتهم.

3- عدم الإدراك أو العتة:

فالمعارف تكون موجودة في عقل الأفراد لكنهم لا يدركون أنها السبب في اضطرابهم.

4- التصلب:

يتمسك كثير من الناس بأفكارهم اللاعقلانية المتعلقة بالاستحسان والتحمل وحتى عندما يعرفون أن تلك الأفكار انهزامية يظلون على تصلبهم.

5- الدفاعية:

حيث أن الأفراد لديهم قابلية لتجنب التركيز على مشكلاتهم والتفاعل معها، وذلك من خلال اللجوء إلى التبرير والتعويض والإسقاط والتقمص والتجنب والكبت والكف وهم يشعرون بالقلق نتيجة قلقهم.

6- عدم الاكتراث:

فعندما يتعرض الناس للقلق الحاد نتيجة معاناتهم من مرض جسدي فقد يتفاقم مرضهم بسبب قلقهم.

7- تغيير المواقف لا تغيير الذات:

حينما يتعامل بعض الأفراد الأذكاء مع مشكلاتهم فهم يلجئون إلى حلول وقتية. (Albert Ellis, 1987, p 364)

ترى الباحثة ان المتمعن في أسلوب التفكير اللاعقلاني يرى ان الفرد متمسك بمحتوى تفكيره الغير منطقي ويسعى الى تحقيق متطلباته رغم غرابتها وتشدده في تعاملاته وتصلبه مع ادراكه لمعاناته والازعاج الذي تسببه له هذه المعتقدات المختلفة فيحاول في المقابل التحكم والسيطرة على المواقف والظروف دون ان يبذل جهدا في علاج أساس هذه المعاناة.

IX. بعض استراتيجيات الكشف عن الأفكار اللاعقلانية:

يمكن الكشف على هذه الأفكار اللاعقلانية التي تتكون وترسخ عبر مراحل العمر بإتباع مجموعة من الاستراتيجيات المتمثلة فيما يلي:

1- وعي الاستقرار:

حيث يسأل الفرد عن الذي يقوله لنفسه عندما يشعر بالاضطراب، فيركز المرشد في أسئلته على الأفكار والبيانات الذاتية أو المعتقدات المرتبطة بالاضطراب الانفعالي والتي تكشف عن الاستنتاجات الخاطئة وليس عن الأفكار اللاعقلانية.

2- تفسير الاستقرار:

يقدم الفرد ما لديه من استنتاجات عن موقف ما يقوله لنفسه عند شعوره بالاضطراب ومعظم هذه الاستنتاجات تكون خاطئة.

3- تسلسل الاستنتاج:

يأخذ المرشد أحد الاستنتاجات المقدمة من المرشد ويستخدمها في الكشف عن الأفكار اللاعقلانية فيصل لمجموعة من الاستنتاجات التي تحلل المعنى المركب للفكرة اللاعقلانية أو الاستنتاج الخاطئ.

4- الأسلوب الاقتراحي:

يسأل فيه المرشد الفرد عن أفكاره واستنتاجاته ثم يسأله عن ماذا بعد ذلك؟ ج - تفسير الاستدلال:

يكون المرشد غير واع بأفكاره واستنتاجاته الخاطئة وغير قادر على تقديم أي استنتاج فيقدم له المرشد أي فكرة يفترض أنها قريبة من أفكار المرشد. (سماح شحاته، 2006، ص 90)

تعتبر جملة هذه الاستراتيجيات أدوات علمية مضبوطة تعتمد على الاستقرار والاستنتاج والتفسير للوصول بالمفحوص الى درجة الإدراك والوعي بطبيعة المعتقدات التي يعتنقها ومحتواها الخاطئ الذي يؤثر على سلوكه ويشعره بالتوتر والقلق.

X. قياس الأفكار اللاعقلانية

هناك العديد من المقاييس الأجنبية التي أعدت لقياس الأفكار اللاعقلانية لكن سنذكر المقاييس المستخدمة لقياس الأفكار اللاعقلانية على المستوى العربي وذلك يعود الى ارتباط هذه الأفكار بالثقافة السائدة والخاصة بالمجتمعات وبالتالي ما يكون معقول في مجتمع قد لا يكون كذلك في غيره ومن هذا المنطلق وجدنا ما يلي:

— مقياس إبراهيم للأفكار اللاعقلانية (1990).

— مقياس سعفان للأفكار اللاعقلانية (1995).

— مقياس رتيب للأفكار اللاعقلانية (2000).

— مقياس الصانع للأفكار اللاعقلانية (2004).

إلا أن معظم الدراسات وأغلبها أجمعت على استخدام مقياس الأفكار اللاعقلانية لسليمان الريحاني (1985) الذي قام بترجمته وتقنيته على البيئة الأردنية وأضاف إليه فكرتين لاعقلانيتين يرى أنهما منتشرتين في المجتمعات العربية، وهو نفس المقياس الذي اخترته في بحثي هذا بعد إعادة حساب خصائصه السيكو مترية. وللإطلاع أكثر على تفاصيل هذا المقياس سنتطرق اليه في الدراسة الاستطلاعية. وإذا كان أليس Ellis يرى أن الأفكار اللاعقلانية هي المسؤولة عن ظهور العديد من المظاهر السلوكية المرفوضة، وأن هناك تداخل وتفاعل بين تفكير الإنسان وانفعاله وسلوكه. (Luis Vera, 2009, p8) وفي نفس السياق يشير نيلسون Nelson إلى أن الأفكار اللاعقلانية التي يتم غرسها في نفوس الأبناء تؤدي إلى مظاهر سلوكية مرفوضة تقودهم إلى المبالغة في الأحداث والسخط لأتفه الأمور والتي تصبح مع مرور الوقت أساساً ومرجعاً لتفكيرهم. وبالتالي فإن الباحثة ترى بان الأفكار اللاعقلانية قد تؤدي بالمرأة مبتورة الثدي إلى النظر إلى نفسها بدونية واحتقار والانعزال ورفض المشاركة في المناسبات الاجتماعية كأسلوب رمزي يدل على عجزها في القدرة على المواجهة وتعبير عن الفشل وعدم تقبل حقيقة المرض والاستسلام.

خلاصة:

ان جملة الاعتقادات لدى الفرد تتكون من جزأين، وهما الأفكار العقلانية، التي تتصف بالمنطقية، والواقعية، أي متسقة مع الواقع وتساعد الفرد على تحقيق أهدافه والتوافق النفسي، والتحرر من الاضطرابات الانفعالية، وتؤدي بالفرد إلى الإبداع والإيجابية والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين، كما أنها ليست أفكارا مطلقة فضلا عن أنها تزيد من مشاعر المتعة والسعادة، ويصبح تحقيق الأهداف ميسور وسهل المنال.

أما الأفكار اللاعقلانية فهي النقيض للأفكار العقلانية في خصائصها، حيث نجد انها المسئولة عن إحداث الاضطرابات الانفعالية، والسبب في معظم الأعراض المرتبطة بالضغط لدى الفرد فضلا عن أساليب التنشئة الاجتماعية التي يتلقاها وتلعب دورا في ظهورها، كما أنها تسيطر على تفكيره وتوجه سلوكه وتعرف بأنها أفكار غير واقعية، وغير منطقية، مطلقة، وغير ملائمة، وتؤدي إلى نتائج انفعالية غير سارة، ويعبر عنها الفرد لفظيا في شكل وجوبيات وتؤدي إلى هزيمة الذات، وغالبا ما تكون نتاج الخصائص الفطرية وعملية التعلم والتراكمات الحياتية الصعبة مما يفجر الوضع وتبرز بعدها امراض عضوية مستعصبة ومزمنة حينها يعجز الفرد على إدارة وضعه الصحي وتبلور أفكاره ومشاعره في تعابير سيئة عن الذات والتشاؤم مما يؤزم الحالة الصحية في الوقت الذي يحتاج فيه الى الراحة النفسية والإرادة وحب الحياة والتفاؤل من أجل الاستمرار. ومن هنا خصصنا الفصل الموالي لمرض سرطان الثدي الذي تعاني منه عينة الدراسة والذي سنحاول تناوله في نوع من التفصيل.

الفصل الثالث: سرطان الثدي

تمهيد

- .I تعريف السرطان
- .II تعريف سرطان الثدي
- .III آخر الإحصائيات حول سرطان الثدي
- .IV أنواع سرطان الثدي
- .V مراحل سرطان الثدي
- .VI أسباب سرطان الثدي
- .VII أعراض سرطان الثدي
- .VIII تشخيص سرطان الثدي
- .IX الوقاية من سرطان الثدي
- .X علاج سرطان الثدي

خلاصة

تمهيد:

ان الانسان كائن نفسي-اجتماعي يتعرض لتأثيرات مختلفة داخلية وخارجية، فهو يولد فينمو ويتطور لكنه قد يضعف ويمرض ويتعرض الى إصابة جسدية أو نفسية أو الاثنين معا، مما يستدعي تدخلات علاجية يمكن ان تكون سريعة ومكثفة أو مطولة ودائمة حسب درجة الإصابة، ومن بين هذه الإصابات نجد سرطان الثدي الذي يعد داء خبيث ازداد انتشاره في السنوات الأخيرة وهو من اكثر السرطانات شيوعا عند النساء حيث وصلت نسبة الإصابة به إلى 11% أي بمعدل حالة واحدة بين كل 15 امرأة خاصة الفئة العمرية ما فوق 31 عام، ويؤثر هذا الأخير على المرأة جسديا، نفسيا واجتماعيا لأنه يهدد حياتها وكيانها فبه تكون هدفا للموت أو لاستئصال العضو الذي يمثل رمزا لأنوثتها ومظهرا جماليا تتباهى به، مما يولد ضغطا نفسيا شديدا يجعلها تنظر نظرة دونية لنفسها وتراودها أفكار لا عقلانية عن الذات والآخرين والمستقبل.

ومن خلال هذا الفصل سنحاول التعرف على هذا المرض وذلك بالتطرق الى مفهومه وآخر احصائيات هذا المرض وانواعه ومختلف مراحلها وكذا اعراضه واهم العوامل التي قد تؤدي الى ظهوره ثم سنعرج على كيفية تشخيصه وبعدها كيفية الوقاية منه وطرق علاجه.

I. تعريف السرطان:

هي كلمة يونانية الأصل كاركينوس Karkinos استعملها لأول مرة أبو قراط منذ 2500 سنة لوصف مرضاه المصابين بهذا المرض، وكلمة الورم الخبيث مشتقة من الكلمة اللاتينية Crabe التي تعني السرطان وهو حيوان مائي. (سارة روزنتال، 2001، ص 116)، أما كلمة Cancer بالإنجليزية فهي مشتقة من الكلمة اليونانية التي تعني حيوان السرطان، والتي ترمز لمختلف مميزات هذا الحيوان.

(Domart.A, Bourneuf.J, 1981, p169)

أما بيولوجيا فان السرطان أو الورم الخبيث هو تعريف عام لنمو الخلايا غير طبيعية-مجموعة من الخلايا تخرج عن النظام العام وتنقسم بشكل عشوائي، وعند تكاثر هذه الخلايا تصبح لها قدرة الغزو والانتقال للأعضاء الأخرى السليمة من الجسم. (سارة روزنتال، 2001، ص ص 116 117)

فالسرطان مرض تتكاثر فيه الخلايا دون ضبط أو نظام، ويتلف النسيج السليم ويعرض الحياة للخطر. (الموسوعة العربية العالمية، 1999، ص 226)

وبالتالي يمكن القول بان السرطان هو ورم خبيث ناتج على تزايد في نمو الخلايا بطريقة غير طبيعية تظهر في البداية على شكل كتل غير مؤلمة ويصبح في المراحل الأخيرة مؤلماً بسبب توقف وظيفة العضو المصاب لان التكاثر سبب خلا وظيفياً.

II. تعريف سرطان الثدي:

هو ورم خبيث ناتج عن التكاثر العشوائي وغير الطبيعي لمجموعة من الخلايا في الثدي والتي تؤدي إلى تدمير النسيج الأصلي، ثم تغزو الانسجة المحيطة، وأحياناً تنتقل إلى أماكن أخرى خاصة الكبد، الرئتين أو العظام التي تؤدي إلى موت الحالة في غياب العلاج. (Larousse médical, 1999,P425).

ويعرف على انه كتلة او تورم في الثدي وهي غير مؤلمة مع خروج الدم وإفرازات من الحلمة، وتسبب هذه الكتلة السرطانية علامات تؤثر على شكل الثدي الطبيعي كسحب الجلد الذي يغطي الثدي من الداخل وتسبب تجاعيد في الجلد فتؤدي هذه العلامات إلى فرطحة كأنها كتلة الداخل. (J. Saglier et autre, 2003, p15).

يحتوي كل ثدي على عدد من الفصوص حوالي 15-21 فص، وهي على شكل أوراق الأقحوان، يحتوي كل فص على فصيصات أصغر في نهايتها عشرات البصيلات القادرة على إنتاج الحليب بدورها تؤدي إلى حلمة الثدي، تأتي العضلات أسفل الثدي وتملأ المادة الدهنية الفراغات بين الفصوص والقنوات، مما يعطي الثدي طبيعة كتلية غير متجانسة، بالإضافة إلى الأوعية الدموية التي تقوم بتغذية خلايا الثدي والأوعية اللمفاوية التي تحمل السائل اللمفاوي (سائل عديم اللون) الذي يحتوي على الخلايا المناعية التي تساهم في محاربة الالتهابات والأوعية اللمفاوية تؤدي إلى غدد صغيرة مثل حبة اللوز تسمى "الغدد اللمفاوية" توجد تحت الإبط وحول عظمة الترقوة وبداخل الصدر والتي تساهم في محاربة الالتهابات، و في تصفية السائل اللمفاوي من الفضلات ومعظم الأوعية اللمفاوية في الثدي تؤدي إلى غدد لمفاوية في الإبط. (سعيد محمد الحفار، 1983، ص 48)

تتكون الخلية العادية من نوعين من المورثات أحدها يسمى بالجينات "Les proto-oncogènes" والثانية المورثات الكابحة "Les anti- oncogènes" وهما يتحكمان في الانقسام و النمو الخلوي كما أن "Les porto oncogènes" تنتج البروتينات التي

تثير و تنظم التكاثر الخلوي و تجديد الأنسجة المسنة و إصلاح الأنسجة ذات خلل و كذلك التشوهات التي تحصل في الخلايا الجديدة ، أما المورثات الكابحة "Les anti oncogènes" فهي تعمل كمثبط لعمل "Les proto-oncogènes" ، و في حالة حدوث أي تغيير في التركيب الجيني لهذين المورثين على مستوى الكروموسومات يزيد من كمية أو نشاط ذلك البروتين، وعليه يظهر التكاثر الخلوي الفوضوي، و يسمى هذا التغيير المفاجئ في المورثة بالطفرة الوراثية "la mutation" ، و لكي تصبح الخلية العادية خلية سرطانية يجب حدوث عدة طفرات ، وفي حالة سرطان الثدي فإن الأورام السرطانية قد تنتج في النهاية من أي جزء من الثدي. (عبد الباسط محمد السيد، 2009، ص 108)

ويمكن للكامل السرطانية ان تكون صلبة وعادة خالية من الألم وهذه الكتل قد تنتج ببساطة عن تغير ليفية كيميائية طبيعية أثناء الدورة الشهرية وهي في هذه الحالة لا تعد وربما خبيثا ولكنه حميدا.

III. آخر الإحصائيات حول سرطان الثدي:

ان احصائيات المنظمة العالمية للصحة فيما يخص السرطان ككل مخيفة وتدعو الى التساؤل عن هذا التزايد الهائل في عدد الإصابات حيث اشارت الى ان:

-السرطان ثاني سبب رئيسي للوفاة في العالم وقد حصد في عام 2015 أرواح 8.8 مليون شخص، وتعزى إليه وفاة واحدة تقريبا من أصل 6 وفيات على صعيد العالم.

-تمنى البلدان منخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل بنسبة 70% تقريبا من الوفيات الناجمة عن السرطان.

-تحدث ثلث وفيات السرطان تقريبا بسبب عوامل الخطر السلوكية والغذائية الخمسة التالية: ارتفاع نسب كتلة الجسم وعدم تناول الفواكه والخضر بشكل كاف وقلّة النشاط البدني وتعاطي التبغ والكحول.

-يمثل تعاطي التبغ أهم عوامل الخطر المرتبطة بالسرطان، وهو المسؤول عن ما يقارب 22% من وفيات السرطان.

-الالتهابات المسببة للسرطان، مثل التهاب الكبد وفيروس الورم الحليمي البشري، مسؤولة عن نسبة تصل إلى 25% من حالات السرطان في البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل.

-من الشائع ظهور أعراض السرطان في مرحلة متأخرة وعدم إتاحة خدمات تشخيصه وعلاجه. ولم تفد في عام 2017 سوى نسبة 26% من البلدان المنخفضة الدخل بأن خدمات علوم الأمراض متاحة لديها عموما في القطاع العام، فيما زادت على 90% نسبة البلدان المرتفعة الدخل التي أفادت بإتاحة خدمات العلاج لديها مقارنة بنسبة قلت عن 30% من البلدان المنخفضة الدخل التي أفادت بذلك.

-أثر السرطان على الاقتصاد بشكل كبير وأخذ في الزيادة، وأشارت التقديرات إلى أن إجمالي التكاليف الاقتصادية السنوية التي تكبدت عنه في عام 2010 بلغ نحو 1.16 تريليون دولار أمريكي.

-لا يمتلك سوى بلد واحد من أصل خمسة بلدان منخفضة الدخل وأخرى متوسطة الدخل ما يلزم من بيانات لدفع عجلة رسم سياسات مكافحة السرطان. (منظمة الصحة العالمية، 2018)

أما فيما يخص أورام الثدي فهي تعد من أكثر الأورام حدوثا عند الإنسان، وتصاب المرأة بالأورام الخبيثة للثدي بنسبة تفوق إصابة الرجل بكثير. وتأتي الإصابة بأورام الثدي الخبيثة (السرطانات) بالمرتبة الأولى عالميا عند النساء. وتقدر نسبة حدوث هذا النوع من السرطان بنحو 1/11 في الدول الغربية.

ويبقى سرطان الثدي السبب الأول في وفيات النساء ممن هن في سن الكهولة والشيوخوخة المبكرة، كما تشير أرقام منظمة الصحة العالمية إلى أن هناك 1.38 مليون إصابة جديدة بسرطان الثدي سنويا، كما يقتل المرض 571 ألف إنسان في العام. ومع أن المرض يصيب النساء إلا أن الرجال أيضا معرضون له وإن بنسبة أقل. <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

من جانب آخر، حذر المختصون من التزايد السنوي لسرطان الثدي في الجزائر الذي بات كابوسا للمرأة الجزائرية، إذ وصلت عدد الإصابات بهذا المرض الفتاك سنة 2018 إلى 12 ألفا و800 حالة جديدة، فقط هذه السنة، بعد أن كانت في حدود 300 حالة سنويا، عام 1995. (العين الاخبارية، 2018)

ترى الباحثة ان الأرقام مخيفة وتستدعي تكاتف كل الأطراف المعنية لزيادة الوعي بين النساء وضرورة الكشف المبكر للحد من تفاقم الوضع وزيادة الألم والمعاناة.

IV. أنواع سرطان الثدي:

سرطان الثدي أيضا قد يحدث إفراز مادة صفراء دموية أو سائل رائق من الحلمة، حيث هناك أنواع متعددة من سرطان الثدي هي: السرطان الغدي الكيسي، السرطان الورقاني الخبيث، السرطان النخاعي، السرطان الانبوبي، هذه الانواع وانواع اخرى اقل شيوعا و اقل خطورة ومنها:

1- السرطان القنوي الترسبي: وهو سرطان ينشأ في بطانة قنوات الحليب ثم يهاجم انسجة الثدي المحيطة حوالي 01% من كل حالات سرطان الثدي.

2- السرطان الالتهابي: حيث ينشأ الورم في بطانة قنوات الحليب، وعندما ينمو يسد الأوعية الدموية الليمفاوية، حيث يصبح الجلد محمرا، سميكاً والثدي موجه كثيرا، وهذا النوع من السرطان ينتشر بسرعة كبيرة نتيجة لوفرة الاوعية الدموية والليمفاوية المتصلة بحالة الالتهاب.

3- السرطان الموضعي: داخل القنوات هذا النوع متمركز من السرطان، حيث أن الخلايا السرطانية تنمو داخل القنوات، وقد لا يهاجم الأنسجة الأخرى.

4- السرطان الفصيصي: هو كذلك أقل شيوعا، بحيث ينشأ في الفصوص و يمثل حوالي 9% من سرطانات الثدي، يحدث في كلا الثديين معا في بعض الأحيان، مرض باجي "Pajet" الخاص بالحلمة، و يحدث هذا النوع من السرطان عندما تنتقل خلايا السرطان الأساسي إلى الحلمات، وأغلب الأعراض هي الحكمة والاحمرار، و حرقان في الحلمة، مرض باجي يعطي إشارة إلى وجود سرطان قنوي مبدئي في مكان أنسجة الثدي، و يمكن لسرطان الثدي أن يكون توسيعيا أولا، أما المرض التوسعي بالنسبة لـ"ريكمان وآخرين" فإن سرطان الثدي يبدأ داخل إحدى قنوات الثدي أو إحدى الفصيصات.

5- السرطان التوسعي Invasive: يمكن مشاهدة عبور السرطان لجدار القناة أو الفصيصة وصولا إلى نسيج الثدي المحيط أي سرطان الثدي التوسعي واللافت أن معظم أنواع سرطان الثدي هي من النوع التوسعي.

أما في المرض غير التوسعي فتبقى أنواع السرطان داخل القنوات أو الفصيصات، و تطلق عليها صفة الموضعي، بحيث يختلف السرطان الموضعي عن السرطان التوسعي الأكثر شيوعا، و قد لا يسبب أية مشاكل إضافية بعد استئصاله، كما أن معالجته مختلفة عن معالجة النوع التوسعي من سرطان الثدي، إذا انتشر السرطان التوسعي من القناة أو الفصيص، حيث نشأ و وصل إلى نسيج الثدي المحيط و المسمى بالانتشار الموضعي قد يستغرق عدة سنوات أو يحدث بسرعة أكبر، وحين يزداد عدد الخلايا السرطانية تتحول إلى كتل أي الورم، ويستمر الورم في النمو إلى أن يصبح في مرحلة ما كبيرا جدا، أقل من ثلثي الحالات تقريبا، لا ينتشر سرطان الثدي أبعد من الثدي و يمكن شفاؤه في معظم الحالات بواسطة الجراحة. (رشيدة شدمي، 2015، ص88)

ترى الباحثة من خلال الاطلاع على هذه الأنواع بأن كل نوع يمس مكون من مكونات الثدي فالقنوي يمس القنوات اللبنية والفصيصي يمس الفصوص المشكلة للثدي وفي حالة التوسعي يمكن مشاهدة عبور السرطان لجدار القناة أو الفصيص ووصولاً إلى نسيج الثدي المحيط أي ان سرطان الثدي التوسعي بإمكانه ان ينتشر ويمس الأعضاء المحيطة بالعضو أو بقية أعضاء الجسد الأخرى أما في حالة الموضعي فهو يقتصر على الثدي فقط أو الجزء الذي يوجد فيه الورم.

.V مراحل سرطان الثدي:

تعتمد مراحل سرطان الثدي على حجم الورم في الصدر، فيما لو انتشرت إلى العقد اللمفاوية أو إلى بقية أجزاء الجسم، يقسم اختصاصي مرض سرطان الثدي مراحل حسب الأرقام الرومانية (I,II,III,IV) وحسب الأبجدية إلى (A,B,C,O):

أ أو A: هي المرحلة المبكرة من عمر المرض.

O: وهو السرطان الموقعي في نوع سرطان الأبقنية، هناك خلايا سرطانية تصيب الأبقنية، ولكن لا تصيب الأنسجة داخل الثدي، ولا تنتشر خارج الأبقنية الأورام في المرحلة O تكون عادة بقياس 1 سم.

AI: في هاته المرحلة يزداد حجم الورم، لكن لم ينتشر إلى العقد اللمفاوية بعد.

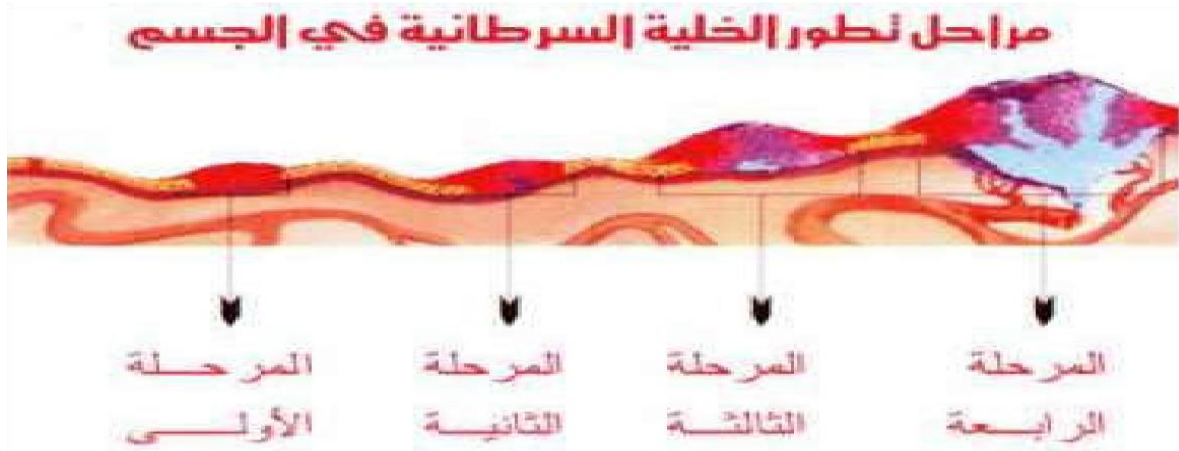
BI: في هذه المرحلة قد يزداد حجم الورم أو يبقى كما هو عليه في المرحلة السابقة، لكن في هذه المرحلة تبدأ بعض الخلايا السرطانية بالتواجد في العقد اللمفاوية.

AII: في هذه المرحلة قد يزداد حجم الورم لكنه انتشر في العقد اللمفاوية تحت الإبط، وازداد حجمه بين 2 و 5 سم، لكنه لم ينتشر في العقد اللمفاوية المتصلة ببعض، وبالنسيج أو وصل إلى العقد اللمفاوية خلف عظم الصدر لكنه وصل إلى العقد اللمفاوية تحت الإبط.

BIII: في هذه المرحلة المتأخرة الورم قد يكون بأي حجم، و قد ينتشر في جدار الصدر، وحتى للجلد، وهنا يلاحظ انتفاخ الصدر، وحتى ظهور خدوش على الجلد، و خصوصا حول الحلمة في هذه المرحلة من المؤكد أنه انتشر إلى العقد اللمفاوية تحت الإبط وخلف جدار الصدر نسيج الثدي.

CIII = BIII: نفس المرحلة لكنه يكون قد وصل إلى عظم الترقوة.

IV: هي المرحلة المتقدمة من المرض، أي بعد انتشاره لباقي اجزاء الجسم، وعادة لا تعرف المرحلة إلا بعد رفع الورم من الصدر أو العقد اللمفاوية من الإبط، هنا يكون الورم بأي حجم انتشر داخل الثدي وانتشر إلى خارجه إلى أجزاء أخرى هي الكبد، الرئة والمخ. (علي المهدي، 2004، ص ص 11 14)



الشكل رقم: (2) يظهر مختلف مراحل تطور الخلية السرطانية

VI. أعراض سرطان الثدي:

ليس كل تغير في الثدي هو ورم، وليس كل ورم هو خبيث، لكن يجب عدم إهمال أي ورم أو أي تغير في شكل الثديين، حيث يمكن ان نميز بين نوعين من الاعراض:

1- الأعراض النفسية:

لقد بينت دراسة ديغوفاترز وزملائه ان 47% من المصابات بسرطان الثدي مهما كان نوعه يظهرن اضطرابات نفسية حسب معايير DSM4 كما ان التشخيصات الأكثر انتشارا لها علاقة باضطرابات التكيف، الاكتئاب، القلق، ويمكن جمع المظاهر

النفسية فيما يلي:

-الخوف من الموت.

-الخوف من التشوه.

-شعور عام بالحصر.

-الخوف من الألم.

-اضطرابات الدور الاجتماعي.

-فقدان الاهتمام. (منيرة زلوف، 2014، ص 35)

2- الأعراض الجسدية:

وتتمثل في جملة من الاعراض التي تظهر على الثدي حيث من المهم مراجعة الطبيب إذا لوحظ:

- ظهور كتلة في الثدي كالشعور بوجود ورم في الثدي أو تحت الإبط.
- زيادة سماكة الثدي أو الإبط.
- وجود إفرازات (عدا الحليب) من الحلمة أو ظهور إفرازات دموية.

- تغير في شكل ولون الحلمة كالانكماش.
 - ألم موضعي في الثدي.
 - تغير حجم أو شكل الثدي.
 - أوجاع في الثدي.
 - انتفاخ في العقد اللمفاوية تحت الإبط. (Hervé Mignotte, 2011, p 6)
- وتجدر الإشارة الى أن هذه التغيرات تحدث طبيعياً عند الحمل أو الرضاعة أو قبل الحيض وبعده عند بعض النساء. تكمن أهمية الكشف المبكر لسرطان الثدي بأن نسبة الشفاء تتجاوز (95%) إذا كان الورم في مراحله الأولى، لكن تأخير التشخيص يخفض هذه النسبة إلى (25%). (مريم عيسى حسين كرسوع، 2012، ص 24)
- ترى الباحثة بأن الوعي والانتباه للأعراض والعلامات المبكرة لسرطان الثدي يمكن أن ينقذ حياتنا، فحين يتم الكشف عن المرض في مراحله الأولى والمبكرة تكون تشكيلة العلاجات المتاحة أوسع وأكثر تنوعاً، كما تكون فرص الشفاء التام كبيرة جداً. ومع ذلك فإن العلامات المبكرة الأكثر شيوعاً لمرض سرطان الثدي لدى النساء والرجال على حد سواء هي ظهور كتل أو تكثف في نسيج الثدي، وتكون الكتل غالباً غير مؤلمة.

VII. أسباب سرطان الثدي:

لتحديد مفهوم سرطان الثدي الذي أسبابه الحقيقية وشكله التكويني الخاص كانت وما زالت موضوع العديد من الدراسات والأبحاث وأسبابه تبقى غامضة، في حين أن تطور البحوث سمحت بالكشف عن تعدد العوامل وتداخلها والتي يمكن ان تزيد في احتمال الإصابة ويمكن ان تكون عوامل خطر، ومن أهمها:

1- العوامل الداخلية:

1-1 العوامل الوراثية:

زيادة نسبة حدوث سرطان الثدي عند الأمهات والبنات والأخوات خاصة، أو عند الأقارب بالدرجة الأولى الذي يحدث في حوالي 18%، وقد نجح الباحثون في عزل جين مورث يمكن أن يكون عدم وجوده أو عدم نشاطه سبباً في الإصابة بسرطان الثدي الوراثي، وقد اكتشف أن نسبة 60% من حالات سرطان الثدي التي تمت دراستها لنقص هذا الهرمون وعدم نشاطه الذي أطلق عليه اسم (BRCA1, BRCA2).

إن معظم حالات الإصابة بسرطان الثدي نحو 85% ليس لها علاقة بالعوامل الوراثية، يمكن كشف التغير الوراثي المتعلق باحتمال الإصابة بسرطان الثدي عن طريق فحص يجرى في العيادات للاستشارة الجينية في المستشفيات المختلفة في البلاد، ولكن يجدر أنه تلقي استشارة شاملة عن إيجابيات وسلبيات هذا الفحص وانعكاساته مع مرحلتي المتابعة والعلاج قبل اتخاذ القرار بشأن إجراء الفحوصات التشخيصية الوراثية. (Morère François, 2007, p 13)

ترى الباحثة أنه من المهم أن نتذكر أن كشف التغير الوراثي خلال الفحص لا يدل بالضرورة على أن المرأة تصاب فعلا بسرطان الثدي، لكن في حالة وجود أحد الأقارب من جهة الأم خاصة مصابات بسرطان الثدي من الأفضل إجراء الفحوص اللازمة بشكل دوري.

2-1 العوامل الهرمونية:

يقر العلماء بأن تأثير عامل السن يعد من مخاطر الإصابة بسرطان الثدي، وقد يكون لذلك علاقة بتأثير الهرمون الأنثوي "استروجين" في خلايا الثدي العادية، فارتفاع مستويات هذا الهرمون بالدم يمكن ان يؤدي إلى الإصابة بسرطان الثدي. كما أن الاستعمال الطويل لأي علاج إستروجيني مخصص لحماية الجسم من تأثيرات سن اليأس، لما في ذلك العلاج البديل للهرمونات قد يزيد خطر الإصابة بالمرض. (Hervé Mignotte, 2011, p 23)

وقد بينت الدراسات أن "الاستروجين" قد يكون له دور في الاحتفاظ بنمو الأورام التي تكونت، بل أنه قد يؤدي إلى إثارة نموها. (أبو السعد عبد اللطيف، 1995، ص 170)

ترى الباحثة أن ان استعمال حبوب منع الحمل لفترة طويلة (أزيد من 10 سنوات) أو استعمال أي علاج إستروجيني من شأنه أن يزيد من خطر الإصابة بسرطان الثدي.

3-1 العوامل الغذائية:

تتمثل في:

-الظهور المبكر للعادة الشهرية 12 سنة أو توقفها المتأخر 55 سنة.

-خلل في وظائف الغدد وإفرازاتها.

-العمر وسن المرأة عند إنجاب الطفل الأول بعد سن 35 سنة.

-فمن خلال العديد من الأبحاث والدراسات، تبين أن إنجاب الطفل الأول بعد سن 35 سنة يزيد من خطورة الإصابة بنسبة 1.5% مقارنة بالنساء اللواتي أنجبن ابنتهم الأولى في سن العشرين، وكذا الحال في عدم الإنجاب إطلاقا، فالولادة وعملية الرضاعة يلعبان دور الدفاع ضد المرض. كذلك حبوب منع الحمل تزيد من خطر الإصابة في حالة الاستعمال طويل الأمد، في حين تقل نسبة الخطورة إذا تم تناولها لمدة 10 سنوات.

ويلاحظ أيضا أن سرطان الثدي قد يكون أكثر انتشارا عند النساء اللواتي لديهن نشاط جنسي منخفض (الغير متزوجات أبدا). (Morère François, 2007, p 14)

ترى الباحثة ان عملية الحمل والرضاعة الطبيعية تعتبر عملية وقائية للمرأة من الإصابة بسرطان الثدي، حيث تزداد نسب الإصابة عند النساء اللواتي لم ينجن أو أنجبن ابنتهم الأولى بعد سن الثلاثين، كما وجد أكثر عند النساء الغير متزوجات أبدا.

2- العوامل الخارجية:

1-2-العوامل الكيميائية:

وهي تعرض المرأة للمواد الكيميائية ومشتقاتها ومركباتها داخل الجسم أو في البيئة المحيطة مثل التعرض

لمادة صبغيات الأنيلين والبنزوباين، بالإضافة إلى الكيمياء التي تحتوي على الكربونات مثل:

الهيدروكربونات، كلها قد تؤدي للإصابة بسرطان الثدي.

كما أثبتت بعض الدراسات ان استعمال مضادات العرق خاصة التي تحوي مادة parabens التي تعمل على زيادة الخلايا

السرطانية كونها تزيد في افراز الاستروجين قد تؤدي الى الإصابة بسرطان الثدي (Morère François, 2007, p 17)

ترى الباحثة ان استعمال المرأة للمواد التجميلية التي تحتوي على هذه المواد الكيميائية يزيد من احتمال الإصابة، خاصة

وان كل ما يحيط بها سواء من مواد تجميلية أو مواد التنظيف أو عملها في المخابر يؤثر سلبا على صحتها ويعتبر عامل خطر أكثر.

2-2-العوامل الفيزيائية:

وهي تعرض المرأة للعوامل الفيزيائية المشعة خاصة أشعة X والنظائر المشعة مثل عنصر الراديوم المؤذية والتي تحدث خلا

في الADN الموجودة في نواة الخلية والتهيج المزمن لها يؤدي إلى الإصابة. (سميح نجيب خوري، 1999، ص 223).

ترى الباحثة ان التعرض لمثل هذه المواد يحدث أكثر في مواقع الحروب واستعمال الأسلحة وكذا عمل المرأة في الأماكن التي

تتوفر على مثل هذه الاشعاعات او ان يكون مقر السكن على القرب من مراكز الاشعاع الفيزيائي.

2-3-الفيروسات:

أثبتت الدراسات أن وجود نوع معين من الفيروسات يسبب ظهور سرطان الثدي، إذ أنها مكونة من حمض نووي يتسرب

داخل الخلايا على شكل طفيليات. (أبو السعد عبد اللطيف، 1995، ص 172).

ترى الباحثة ان مثل هذه الفيروسات تنتشر نتيجة التلوث البيئي اين توجد الأوبئة وتندعم الوقاية الصحية مما يزيد من

احتمال الإصابة بمرض السرطان.

2-4-التغذية والدهنيات:

هناك الكثير من الدلائل تشير إلى أن بعض العادات الغذائية والتدخين من أكثر العوامل المسببة لسرطان الثدي. أشارت

بعض التجارب إلى أن نقص فيتامين D عند المرأة يساعد الجسم على امتصاص الكالسيوم، وقد يؤدي بدوره إلى انقسام

الخلايا والإصابة بسرطان الثدي بنسبة 97% مما يؤدي إلى تطور أورام الثدي. (منى خليل عبد القادر، 2004، ص 219)

كما أشارت بعض الدراسات بان هناك إمكانية إصابة 50% من النساء اللواتي يعانين من السمنة بسرطان الثدي وذلك

بعد انقطاع الطمث، كون السمنة تزيد في نسبة الدهون في الثدي والذي يؤثر على نسيجه وافرازاته. (Morère François,

2007, p 3)

5-2-العوامل النفسية والاجتماعية:

تتمثل العوامل النفسية خصوصا في الانفعالات وتأثيرها السلبي على انخفاض المناعة في الجسم، حيث أوضح باتيل PATIEL على أن العوامل النفسية لها التأثير الفعال في ظهور وتطور هذا المرض، وغالبا ما تتعرض المريضة لمواقف ضاغطة خلال مراحل الطفولة المبكرة والتي أثرت سلبا على جهازهن الانفعالي مما ساعد على ظهور المرض فيما بعد. (زينب محمد الشقير، 2002، ص 127)

كما اعتبر ظهور مرض سرطان الثدي نتيجة:

-صدمة نفسية دماغية خطيرة.

-تعيش المريضة في عزلة عن العالم الخارجي.

-لديها مشاكل مع الآخرين ومع الذات نفسها.

أشار (M. Dongier 1976) إلى أن كثير من البحوث تناولت موضوع السرطان بحثا على عوامل نفسية مشاركة أو مسببة في ظهوره، ومن بين الدراسات دراسة ليشان ورثينجتون Ileshan et Worthington وجود أربع عوامل نفسية تظهر باستمرار عند المصابين بالسرطان وهي:

- فقدان شخص له مكانة هامة جدا في حياة المصاب، وهذا قبل ظهور السرطان.

-عدم قدرة الشخص على التعبير عن عدوانيته اتجاه محيطه.

-وجود صراع مبكر، له علاقة مع صورة أحد الوالدين ولم يجد حل لحد ظهور السرطان.

-وجود اضطرابات نفسية وجدانية ظاهرة (صالح معاليم، 2008، ص 121).

وفي حين كان بعض الباحثين في الماضي يربطون بين سرطان الثدي من جهة وصراعات تتعلق بالأمومة والأنوثة ونزاعات ماسوشية تتضمن عدم القدرة على إطلاق العواطف السلبية، وكذلك مشاكل عدائية لم يتم حلها تجاه الأم من جهة أخرى، قام بعض الباحثين بإجراء دراسات جديدة تناولت فكرة وجود شخصية ذات الاستعداد للإصابة بالسرطان فلقد سادت ولمدة طويلة فكرة معينة لدى بعضهم، تبني وجود أنماط معينة من الشخصية تكون مهيأة للإصابة بالسرطان أكثر من غيرهما. (شيلي تايلور، 2008، ص 816).

والمريضة قبل اصابتها بسرطان الثدي قد تكون مرت بثلاث مراحل:

✓ في الأول يحدث انفصال عنيف "Brutale" مع شخص عزيز في الطفولة.

✓ الانفصال يتكرر في الحقيقة ويشكل مدلولات غير حقيقية تذكر الموضوع الأول بالانفصال.

✓ في المرحلة الثالثة غالبا في أقل من سنة بعد الانفصال الثاني يظهر سرطان الثدي. (Satet et Ettera, 1992, P49)

ترى الباحثة ان رغم التطور الذي حققه العلم لكن يبقى السبب الحقيقي لهذا المرض الفتاك مجهولا لكن تعدد العوامل وتداخلها يشكل قاعدة خصبة لنمو وتطور الخلايا السرطانية وعلى الأخص التعرض للضغوط الحادة الناتجة عن التغيرات المفاجئة وغير السارة كفقدان شخص عزيز، الفصل عن العمل، الطلاق والاعتداء كلها أسباب من شأنها أن تضعف جهاز المناعة وتعمل بدورها على جعل الورم خبيثا، وتبقى العوامل غير أكيدة ودائما متفاوتة من امرأة إلى أخرى.

.VIII تشخيص سرطان الثدي:

عند الإحساس بأي كتلة أو عندما يتم إجراء الأشعة الخاصة بالثدي Mammographie يلاحظ وجود كتلة أو تغيرات أخرى فيه، ينبغي زيارة الطبيب المتخصص بأمراض الثدي، أو الأورام، ويتم المبادرة بالفحص الجسماني بالبدء بإجراء بعض الفحوصات لمساعدته في التشخيص، لكن قبل البدء بالطبيب يمكن إجراء الفحص الذاتي

1- الفحص الذاتي: هو القيام بالممارسة الذاتية لفحص الثدي لاكتشاف التغيرات التي يمكن أن تحدث فيه من تكتلات ربية أو طفح جلدي غير معتاد أو إفرازات أو تغير في اللون، وفي العادة يتم فحص الثدي عن طريق اللمس بمعدل مرة كل شهر، بعد أسبوع تقريبا من حدوث الدورة الشهرية في كل من وضعية الوقوف والاستلقاء، وأحيانا يساعد الفحص الذاتي عند القيام بغسل الجسم وأثناء الاستحمام بالماء الساخن، على زيادة امكانية الكشف عن أورام وتتضمن الممارسة الصحية من الفحص الذاتي في الكشف عن السرطان عموما، فان عددا قليلا نسبيا من النساء يمارسنه، وعددا قليلا من بين النساء اللواتي يقمن به يمارسنه على نحو سليم. (شيلي تايلور، 2008، ص 214)

2- الفحص الإكلينيكي:

يتم هذا الفحص من مختص إكلينيكي للبحث عن وجود العلامات التالية:
-تكتلات مؤلمة أو غير مؤلمة متواجدة في أحد الأقسام الأربعة للثدي.

-انتفاخ واحمرار الجلد.

-تورم الحلمة وتغيير في شكل رأسها.

-ارتفاع في درجة حرارة الثدي عن طريق اختبار الترموسافيا بقياس درجة حرارة سطح الثدي.

-القيام بمسح مهبل، وعنق رحمي. (زلوف منيرة، 2014، ص 37)

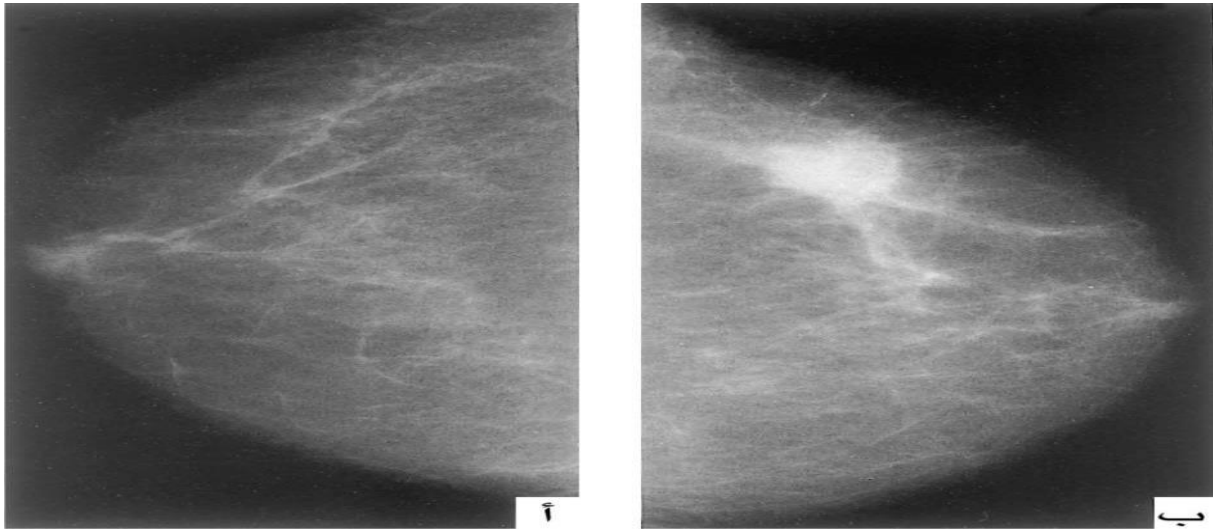
كما يدعم الأخصائي بوسائل تشخيصية أخرى منها:

1-2-الفحص بالجس palpation: يستطيع الطبيب معرفة حجم الكتلة وترتيبها وسهولة حركتها بواسطة الجس، فالكتل

الحميدة غالبا ما تختلف في اللمس عن الكتل السرطانية.

2-2-الفحص بالأشعة الصوتية للثدي Echographie: إن لم يكن قد تم عمل هذه الأشعة يعطي الطبيب معلومات عن

وجود كتلة في الثدي، ويتم عمل أشعة صينية لتشخيصه.



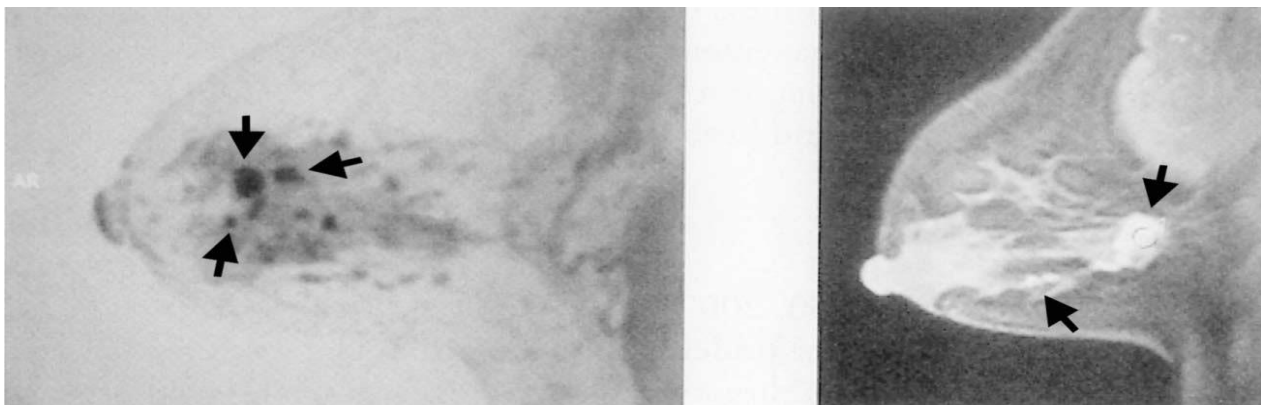
شكل رقم: (03) صورة شعاعية تظهر التكتلات الدقيقة في الثدي

وهذا التصوير الشعاعي يتم عن طريقه كشف التكتلات الدقيقة التي قد تكون مشعرا لوجود سرطان في الثدي حتى قبل تشكل كتلة صريحة مجسوسة.

3-2- التصوير بواسطة الأشعة فوق الصوتية Mammographie: يطلب الطبيب احيانا أخذ صورة بواسطة الأشعة فوق الصوتية لرؤية ما إذا كانت الكتلة صلبة أم تحتوي على سائل، ويتم الفحص باستعمال موجات صوتية ذات ذبذبات عالية تدخل في الثدي، ثم ترتد فينتج عن صداها صورة Sonogram تظهر على شاشة تلفزيونية، وهذا الفحص يلجأ إليه الطبيب، بالإضافة إلى التصوير بالأشعة السينية.

4-2- عمل تصوير بالرنين المغناطيسي Magnétique Résonance Imaging وهو ما يُعرف بـ MRI أو IRM للثدي إذا لزم الأمر.

ويمثل الفحص الأخير (M.R.I) دور بارز في اكتشاف الانتشارات الورمية داخل الأوعية على نحو أدق من الطرق الأخرى وهذا الأمر له أهمية بالغة في التخفيف من النكس في العلاجات الجراحية المحافظة على الثدي.



شكل رقم: (04) صورة بالرنين المغناطيسي لثدي مصاب بورم

لا يتم التمييز بين الأورام السليمة والخبيثة إلا بمساعدة هذه الفحوص التشخيصية المتممة للفحص السريري. أما الجواب الفصل فلا يكون إلا بإجراء دراسة نسيجية أو خلوية، ويمكن الحصول على عينة من الورم بإحدى الطرق التالية: 5-2-الرشفة أو استئصال الأنسجة بالإبرة: **Faine-Needle Aspiration or Needle Biosy**: يستعمل الطبيب الإبرة لإزالة السائل أو قليلا من نسيج الكتلة التي في الثدي، سحب السائل من الحويصلة، سيساعدها أن تلتئم إن لم يكن هناك خلايا خبيثة، ويتم فحص العينة في المختبر لإثبات أو نفي وجود الخلايا السرطانية.

2-6- اخذ عينة من الأنسجة بالإبرة **Care-Needle Biosy**: ويتم ذلك تحت تأثير تخدير موضعي يستعمل الطبيب الإبرة لإزالة جزء من نسيج الكتلة التي في الثدي ليتم فحصها في المختبر لإثبات أو نفي وجود الخلايا السرطانية.

2-7- الخزعة الجراحية **Surgi cal Biopsie**: يقوم الطبيب باستئصال جزء من الكتلة أو أي موضع مشكوك فيه تحت التخدير الموضعي أو التخدير العام.

2-8- استئصال الكتلة تحت التخدير الموضعي أو التخدير العام.

إجراء فحوصات نسيجية مخبرية متعددة على العينة، لإثبات ما إذا كانت خبيثة أو حميدة، فإذا ثبت أنها سرطانية فإن هذه الفحوصات النسيجية يمكن أن تحدد درجة المرض وقد حددت هذه الدرجات من 1 إلى 3 اعتمادا على شكل الخلية السرطانية مقارنة بالخلية الطبيعية درجة 1 تشبه الخلايا الطبيعية، درجة 2 تشبهها نوعا ما، درجة 3 لا تشبه الخلية الطبيعية، فالدرجة الأدنى تعني السرطان ينمو ببطء أما الدرجة الأعلى فتعني السرطان سريع النمو، وبالتالي فإن هذه الدرجات تستطيع أن تعطي فكرة عن مدى استجابة المريض للعلاج والشفاء. (عبد الله الضريبي، 2010، ص 20)

✓ وضع المستقبلات البيولوجية على خلايا الورم لمولد الورم المناعي على سطح الخلايا: الأبحاث أثبتت أنه يوجد على الورم مستقبلات تفيد الأطباء في معرفة نوع الورم، مدى خطورته واستجابته لأنواع معينة من العلاجات، ويتم تحديد نوعين من هذه المستقبلات في سرطان الثدي وهي:

← المستقبلات الهرمونية: معرفة ما إذا كان يوجد في الورم السرطاني عدد كبير من مستقبلات هرموني الأستروجين (RE) oestrogènes والبروجسترون (RP) Progestérone، وبالتالي يستجيب هذا النوع من السرطان للعلاج الهرموني، تلثي النساء لديهن ورم إيجابي مستقبلات الهرمون.

← مولد الورم المناعي: على سطح الخلايا أو مستقبلات الهير2: HER2 لمعرفة ما إذا كان يوجد في الورم السرطاني أعداد كبيرة من حيث الهير2: HER2 بشكل أكبر من الطبيعي.

وهذا النوع من الأورام يدعى ورم الثدي إيجابي الهير2، إن الورم الذي يكون الهير2 يزداد بسرعة أكبر من الأنواع الأخرى من الأورام واستجابته للعلاج، من المهم لطبيبك أن يعرف إذا كانت ايجابية أو سلبية الهير2، لأن معرفة ذلك سوف يساعد على تحديد الخيارات العلاجية المناسبة لها وبسرعة، يذكر أن 30% من النساء المصابات بسرطان الثدي يكون الورم لديهن إيجابي الهير2.

حيث أن نصف النساء المصابات بسرطان الثدي الإيجابي الهير2، يكون الورم إيجابي لمستقبلات الهرمون، ويلزمهن استخدام الأدوية الخاصة بالهير2 بالإضافة إلى العلاج المضاد للهرمونات. (Morère François, 2007, p 42)

يتم إجراء نوعين من الاختبارات لتحديد سلبية أو إيجابية مستقبلات الهرمونات، وفي حالة إيجابية المستقبلات من خلال أي الطريقتين، فهذا يحدد نوع العلاج الذي يستخدم، وفي حالة أن النتيجة كانت غير حاسمة من خلال الطريقة الأولى فيجب إجراء الاختبار الآخر FISH لحسم سلبية أو إيجابية المستقبلات.

ترى الباحثة انه يمكن تشخيص سرطان الثدي بشكل مبكر بإجراء فحص ذاتي بشكل دوري منتظم وفي حالة الشك يمكن إجراء فحوص إكلينيكية خاصة إذا كانت هناك تغيرات واضحة في العضو تظهر غالبا بعد فترة الدورة الشهرية، والتي تكون على شكل تكتلات أو إفرازات متغيرة اللون، وقد تكون على شكل التهابات وطفوح جلدية على مستوى غشاء العضو.

IX. الوقاية من سرطان الثدي:

إن هرمون الأستروجين أهم عامل في الإصابة بسرطان الثدي ويكون من الممكن بالتأثير على مفعول الأستروجين تخفيض عدد النساء اللاتي يواجهن خطر الإصابة بسرطان الثدي، إذ يعمل الأستروجين بالتمسك بالمستقبلات على سطح خلايا الثدي.

-شملت الدراسات مجموعتين من العقاقير:

← العقاقير مثل التموكسيفان Tamoxifène تعمل عبر التمسك بمستقبلات الأستروجين الذي ينتجه الجسم ومنعه من الوصول إلى خلايا الثدي.

← العقاقير التي تكبح الأوماتاز تعمل من خلال منع من إنتاج الأستروجين ولكن هذه العقاقير فعالة فقط عند النساء بعد انقطاع الطمث، أي بعد توقف المبيضين عن العمل.

1- التموكسيفان Tamoxifène:

-يساهم التموكسيفان في تخفيض احتمال الإصابة بسرطان الثدي بحوالي النصف حين تتناوله امرأة تواجه خطرا مرتفعا (احتمال وراثي بسبب BRCA1/2)، ولكنه لا يمنع إلا الإصابات بأنواع السرطان المرتبطة بالهرمونات، خصوصا مستقبلات الأستروجين، لكن التموكسيفان قد يسبب عدة أعراض جانبية سيئة أيضا. لأن استعماله لمدة طويلة يظهر خطر الإصابة بسرطان الرحم ولتفادي ذلك يجب وضع الحالة تحت المراقبة الدورية تحت اشراف اخصائي النساء.

-وعلى الرغم من النجاح الذي حققه التموكسيفان في تخفيض عدد النساء المصابات بسرطان الثدي، إلا أن النتيجة العامة التي توصلت إليها الدراسات البريطانية حول التموكسيفان هي ان فوائده تكاد تساوي مخاطره ولذلك لا يستخدم بشكل روتيني في بريطانيا للوقاية من سرطان الثدي، ولكن يمكن وصفه للمرأة بعد مناقشة فوائده واضراره بالتفصيل معها. (Moise Namer et autre, 2012, p 45)

ترى الباحثة ان التموكسيفان هو مضاد الأستروجين يعمل على كبح مستقبلات الأستروجين ومنعه من الوصول الى الثدي لحماية المرأة التي يكون لديها استعداد وراثي للإصابة بسرطان الثدي او النساء اللواتي يستخدمن هذا الدواء بعد انقطاع الطمث.

2- عقاقير أكثر حداثة:

1-2-الارلوكسييفان:

-يشبه الارلوكسييفان عقار التموكسييفان، ولكن أعراضه الجانبية أقل، وأظهرت الدراسات الأمريكية أنه فعال بقدر التموكسييفان في الوقاية من سرطان الثدي.

-ويستخدم الارلوكسييفان بشكل روتيني للوقاية من سرطان الثدي في بريطانيا، غير انه يستخدم لوقاية النساء اللواتي بلغن سن انقطاع الطمث من مرض هشاشة العظام، تحت الاسم التجاري إيفيستا Evesta.

2-2-عقاقير كبح الأروماتاز:

✓ أناسترازول:

-أظهرت الدراسات التي قارنت بين عقار كبح الأروماتاز، الاناسترازول، والتموكسييفان، لدى النساء اللواتي يعانين من سرطان الثدي، أن الاناسترازول فعال أكثر بمرتين من التموكسييفان في الحماية من إصابة المرأة بسرطان الثدي بعد انقطاع الطمث، وتقارن دراسة جديدة بين العقارين لدى نساء لخطر أكبر للإصابة بسرطان الثدي.

✓ ليتروزول واكزيمستان:

-إن عقاري الليتروزول والاكزيمستان أكثر فعالية من التموكسييفان في حماية النساء اللواتي يعانين من سرطان الثدي من الإصابة بأنواع جديدة من السرطان، وتجري دراسات جديدة حول فعالية هذه العقاقير في الوقاية. (مايك ديكسون، 2013، ص 210)

نستخلص مما سبق ما يلي:

-إن العملية الجراحية كإجراء وقائي يمكنها الحد من خطر الإصابة بسرطان الثدي.

-الوقاية بوسائل كيميائية.

-الوقاية بوسائل كيميائية تعني استخدام أدوية لتقليل مخاطر الإصابة بمرض سرطان الثدي.

-هناك نوعان من الأدوية المستخدمة لمنع سرطان الثدي عند النساء اللواتي هن أكثر عرضة من غيرهن للإصابة بمرض سرطان الثدي.

ترى الباحثة انه الوقاية خير من العلاج، ولتفادي خطر الإصابة يجب على المرأة اجراء الفحص بشكل دوري وفي حالة الضرورة يمكن الاستعانة بأخذ العقاقير الواقية التي من شأنها حماية المرأة من خطر الإصابة وبالتالي تقليل عوامل الخطر التي يمكن ان تزيد في احتمال الإصابة.

X. علاج سرطان الثدي:

إن علاج سرطان الثدي يعتمد على الحالة الفردية للمرض، حيث يقوم الطبيب باختيار التقنية المناسبة لذلك سواء كانت الجراحة أو العلاج بالأشعة استنادا إلى نوع وحجم وموضع وامتداد الورم، وينقسم العلاج إلى علاج طبي وعلاج نفسي وفي معظم الحالات، يكون العلاج الأول هو الجراحة يليها العلاج بالأشعة للقضاء على السرطان في الغدد الليمفاوية تحت الإبط. ويولي ذلك العلاج بالعقاقير الذي يهدف إلى القضاء على أي خلايا ربما انتقلت إلى مناطق أخرى من الجسم:

1- المعالجة الجراحية **la chirurgie**: تعتمد على قطع الورم كاملاً وإذا كان ممكناً وذلك بإتباع إحدى الطرق المعتمدة من القطع البسيط للجزء المصاب من الثدي إلى إزالة الورم بكامله مع جزء من الغدد السليمة وحتى مرحلة قطع الثدي وما يتبعه من أنسجة وتشمل الغدد اللمفية تحت الإبط وفي الصدر.

2- العلاج بالأشعة **Radio thérapie**: تتضمن أشعة x وأشعة غاما وتعتمد على الفوتون حيث أنها تغير DNA ضمن نواة الخلية السرطانية (منيرة زلوف، 2014، ص 38) وهو وسيلة لقتل الخلايا السرطانية التي يحتمل بقاؤها في مكان الجراحة ويساعد في عدم انتكاس المرض، وفي حالات أخرى نستعمل الأشعة ذات القدرة العالية في الحالات المتقدمة لقتل الالام.

3- العلاج الكيميائي **chimiothérapie**: وهو عبارة عن إعطاء المريضة أدوية لتصل إلى الخلايا السرطانية في أي مكان من الجسم وتقتلها ويتم إعطاؤها من الفم أو في الأوردة أو في العضلة ومن الممكن استخدامه قبل وبعد التدخل الجراحي وذلك حسب حالة المريض. (سارة روزنتال، 2001، ص 174)

4- العلاج بالهرمونات **Hormonothérapie**: إن عدد كبير من الأورام السرطانية هي أورام تعتمد في نموها وتكاثرها على الهرمونات وعلى هذا فمن الممكن إيقاف تكاثرها أو إبطائها وذلك بتبديل الهرمونات الجنسية التي يعتمد عليها الورم، لذا المرأة في سن اليأس يكون سرطان الثدي يعتمد على الهرمون الانثوي الاستروجين، لذا فإن العلاج يكون باستخدام التموكسيفان

الذي يعمل ضد الأستروجين **Antioestrogènes** (سميح نجيب الخوري، 1999، ص 243) نستخلص فيما سبق ان العلاج يعتمد على مجموعة متكاملة من المختصين الذين يعملون بشكل متكامل ومتعاون كون هذا المرض يمس عدة جوانب تستدعي تدخل كل طرف في الوقت اللازم لاستكمال العلاج أثناء وبعد الجراحة.

4- علاج الجوانب النفسية والاجتماعية لسرطان الثدي:

وفي نفس السياق أكدت دراسة إسعاد دواره على ان للجوانب النفسية أهمية لمريضات سرطان الثدي، حيث تشير إلى وجود دلالات قوية تؤكد على المعاناة النفسية لهؤلاء المريضات، والمتمثلة في بعض الأفكار الانتحارية وزيادة تعاطي الخمر والعقاقير المهدئة، وهي تستخلص من دراسة مؤداها أن التدخل النفسي هام في مثل هذه الحالات.

كما أكدت دراسة بارد وآخرون (Bard et All) على فرضية مؤداها أن استئصال الثدي بالنسبة للمرأة يهدد كيانها النفسي مما يؤثر على واقعها الاجتماعي، خاصة فيما يتمثل في إدراكها مدى قدرتها على أداء وظائفها الاجتماعية، وممارستها لأدوارها المختلفة كزوجة وكأم، حيث تؤكد هذه الدراسة على أهمية الثدي بالنسبة للمرأة، كما تربط هذه الدراسة بين نتائج استئصال الثدي والخوف من فقد القدرة على ممارسة علاقات جنسية سليمة مع الزوج، وبالتالي التهديد بالخلل في الأداء الوظيفي للمرأة.

كما أكدت بعض الدراسات الأجنبية على أهمية الجوانب النفسية والاجتماعية لهؤلاء المريضات، وضرورة التدخل في هذه الجوانب، لمساعدة المريضات على تحقيق التوافق مع أنفسهن، والتوافق مع المعيشة الاجتماعية، التي يعيشن فيها. (وردة سعادي، 2009، ص 30).

إن المرور بالأزمة المرضية تسطر بمراحل متفاوتة من الصعوبة وتختلف من فرد لآخر حسب الشخصية الذاتية وتبعاً لخصائصه وسماته فهناك المريض الخاضع والمستسلم لوضعه، وهناك المريض المحبط اليأس والمريض اللاجئ للمرض لكن تبقى اضطرابات انفعالية يتقاسمها المرضى مهما كانت مواقفهم من المرض، فنسبة 50% من المرضى يعانون من اضطرابات عقلية حقيقية بمدة واحدة مختلفة حسب الحالة ويرى 1989 Massie et Alland بأن 30% من المرضى يعانون و يمرون باضطرابات في التكيف مع مزاج اكتئابي وحصري بينما 20% الباقية يطورون اضطرابات إكتئابية حصرية وعضوية، فحدة الأعراض الجسدية تجعل من تشخيص الاكتئاب صعب الطرح، حيث يرد الامتناع عن الأكل (Anorexie) إلى الألم والإحساس بالغثيان الذي يعانیه المريض لأسباب أخرى تتعلق بالعلاج، و نفس الطرح بالنسبة للتعب والإرهاك الذي يعانیه المريض، ويتبع ذلك ظهور اليأس والشعور بالحصر والتشاؤم، خوف وإنكار المرض، كما يلجأ آخرون إلى الصمت كحماية للأشخاص المقربين وحماية لأنفسهم من المرض، و قد يمتد الاكتئاب إلى فترة ما بعد العلاج. إضافة إلى كل ذلك يعاني المصاب بالسرطان من مشاكل نوعية هوام الموت اختلالات في صورة الذات (صورة الجسد بالخصوص) وبعض الاضطرابات الجنسية كنقص أو فقدان للرغبة بسبب اكتئابي أو هرموني، ونقص في الإخصاب. (فضيلة عروج، 2017، ص 105)

وحسب Feishman يظهر إرهاق نفسي معه فشل في العلاقات الاجتماعية لأن اشارات مزدوجة المعنى تنطلق من قبل الاشخاص المرجعيين ينجم عنها عدم الثقة وغموض في التعامل مع هؤلاء الأشخاص (سهام الكاهنة شرابن، 2008، ص57)

ترى الباحثة ان أغلبية العلاجات الموجهة لمثل هذه الشريحة تقتصر على العلاج الطبي بأنواعه في حين لا نجد علاجاً تكاملياً يشمل جميع الجوانب، ولذلك لمسنا نقصاً كبيراً سواء من التكفل النفسي بالحالات او من جانب البحوث والدراسات التي تحدثت عن الرعاية النفسية والعلاج النفسي خصوصاً لمثل هذه الفئات او السرطان ككل رغم النتائج المذهلة التي أصبحت ترتفع بشكل يثير الباحثين والعلماء للبحث عن الحل ولا سيم جانب التكفل النفسي الذي يكاد ينعدم مع هذا المرض.

خلاصة:

يعد سرطان الثدي من أخطر الأمراض على جسم المرأة حيث نجد عدة عوامل تلعب دورا في حدوثه، مثل الوراثة والجينات وشرب الخمر والبدانة وغيرها. إلا أن العلماء لحد الآن لم يستطيعوا فهم آلية المرض بالتحديد، ولذلك فإن منظمة الصحة العالمية تقول إنه بالإضافة للتركيز على الوقاية من المرض، يجب أيضا التركيز على توعية الناس بطرق الكشف المبكر لسرطان الثدي، ويرتبط الكشف عن سرطان الثدي في مراحله المتأخرة بصعوبة أكبر في العلاج وزيادة احتمالية الوفاة، أما عند اكتشافه مبكرا فإن احتمالية التعافي أكبر ومخاطر الموت أقل. وفي أغلب الأحيان تأتي المرأة للفحص عندما تجد ورم قاسي الملمس، وغير مؤلم أو عند فحص الإبطن تجد عقدة قاسية ومتحركة على مستوى العنق، كما يمكن ان تجد سيلان دموي عن طريق فتحة الحلمة أو حروق على مستوى رأس الثدي. وفي أغلب الحالات عندما يكون التشخيص لسرطان مقترنا بالثدي تنشأ علامات الخوف والرعب وأفكار الموت ومشاعر الشفقة، فتولد ضغطا نفسيا شديدا يؤثر على مسار حياة المرأة وعلى كيفية استجابة جهاز المناعة، مما يعقد الوضع الصحي أكثر فأكثر. ومن هنا كان لنا ان ننوه بدور التدخل النفسي المبكر في التخفيف من حدة المعاناة النفسية ودعم الحالات في تقبل المرض والتكيف وخفض درجة الانفعالات وبذلك يعود التوازن لجهاز المناعة، ومنه كانت دراستنا مرتكزة على برنامج علاجي معرفي سلوكي تم بناؤه انطلاقا من معاناة المفحوصة كمحاولة لتعديل الأفكار اللاعقلانية التي أثرت عليها وزادت من معاناتها النفسية وهذا ما سنتطرق له في الفصل الموالي.

الجانب الميداني

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

.I منهج الدراسة:

-1 المنهج الشبه التجريبي

-2 تصميم الدارسة ومتغيراتها

.II عينة الدراسة الأساسية

-1 شروط إختيار العينة

-2 مواصفات العينة

.III أدوات الدراسة

-1-الملاحظة

-2-المقابلة العيادية

-3-مقياس الأفكار الالاعقلانية لسليمان الريحاني

1-3 التعريف بالمقياس

2-3 تعليمات الإجراء وطريقة التصحيح

3-3 الخصائص السيكومترية للمقياس

4-3 اجراءات الدراسة الاستطلاعية

4-4 البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

1-4 أهمية البرنامج العلاجي

2-4 الأهداف العامة للبرنامج العلاجي

3-4 الأساس النظري المعتمد في تصميم هذا البرنامج

4-4 الإطار العلاجي والسيرورة العلاجية

5-4 الدافعية

6-4 الجلسات العلاجية

7-4 خطوات البرنامج العلاجي

8-4 الأساليب والتقنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج العلاجي

خلاصة

تمهيد:

أساس المضي قدما في أي بحث علمي هو تتبع مجموعة من الإجراءات المنهجية المهمة، ومن خلال البحث الحالي الذي يحاول دراسة أثر تكفل معرفي سلوكي في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى امرأة مبتورة الثدي على إثر السرطان في مصلحة الأمراض السرطانية بمستشفى ابن زهر، قد تم وضع عدة فروض فيما يخص أثر هذا البرنامج وتقنياته بالاعتماد على الجوانب النظرية للمشكلة وما جاء فيها من دراسات سابقة، وللتحقق من هذه الفروض قامت الباحثة بعدة إجراءات منهجية متضمنة في هذا الفصل بداية من تحديد المنهج المستخدم، ثم الكيفية التي تم بها اختيار العينة وخصائصها، ووصف الأدوات لا سيما المقياس المستخدم في قياس الأفكار اللاعقلانية وخصائصه السيكومترية، ووصف البرنامج المصمم للتكفل النفسي بالمفحوصة وإطاره النظري وتقنياته وخطوات تطبيقه.

1. منهج الدراسة:

يعرف منهج البحث بأنه ما يقوم الباحث للحصول على نتائج دراسته، ومنهج البحث بهذا المعنى عملية منظمة غرضية والإجراءات المستخدمة فيه ليست أنشطة عشوائية ولكنها عمليات يتم التخطيط لها بعناية، ويمكن القول ان منهج البحث هو التصميم أو الخطة التي يصفها الباحث للحصول على البيانات وتحليلها بغرض الوقوف على طبيعة مشكلة ما من المشكلات. (رجاء أبو علام، 1999، ص 127)

واعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على مبادئ وحقائق علم النفس والعلوم الأخرى المرتبطة به في اختيارها للمنهج. ولذلك اخترت المنهج الشبه التجريبي كمنهج لهذه الدراسة.

1- المنهج الشبه التجريبي:

اتخذنا التصميم الشبه التجريبي أ- ب. والذي يعد أحد التصميمات الشبه التجريبية في بحث المفحوص الواحد هو تصميم (أب) أ هو خط القاعدة، ب هو المعالجة.

يهتم الباحث في هذا التصميم بتعريض نفس المفحوص إلى إجرائين (مرحلتين)، أو طرفين، الإجراء الأول قبل المعالجة، ويدعى مرحلة خط القاعدة ويرمز لها ب: أ خلال هذا الإجراء، يقوم الباحث بملاحظة سلوك الفرد بشكل متكرر وقياسه لعدة مرات، حتى يتأكد أن سلوك المعني ثابت في ظهوره، بصفة اضطراب وسلوك غير مرغوب فيه، وبعد ذلك يعرض الفرد لمعالجة من نوع معين (تدخل علاجي أو إرشادي)، وتعرف بالرمز ب، وخلال تطبيق أو بعد تطبيق كل معالجة يلاحظ سلوكه مباشرة بعد المعالجة. (بشير معمري، 2007، ص 12)

2- تصميم الدارسة ومتغيراتها:

تعد هذه الدراسة شبه تجريبية، تهدف إلى معرفة أثر التكفل المعرفي السلوكي في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى حالة الدراسة، قمنا بحساب درجات حالة الدراسة على مقياس الأفكار اللاعقلانية. وفيما يلي تحديد متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل: والمتمثل في برنامج التكفل المعرفي السلوكي.

المتغير التابع: والمتمثل في الأفكار اللاعقلانية.

وبناء على ذلك يكون التصميم الشبه التجريبي كما يلي:

أ: قياس قبلي ← معالجة ← ب: قياس بعدي.

II. عينة الدراسة الأساسية:

ونقصد بها مجتمع البحث وهم جميع الافراد أو العناصر الذي يمتلكون نفس الخصائص المستهدفة بالدراسة والتي يمكن تجربتها، والمجتمع هو الهدف الاساسي من الدراسة حيث أن الباحث يجتهد ليصل إلى تعميم نتائجها على المجتمع ككل. (محمود أبو علام، 2006، ص ص 104-107)

قامت الباحثة باختيار العينة بالطريقة القصدية والتي يعرفها موريس هي أخذ عينة عن طريق السحب بالصدفة من بين مجموعة عناصر مجتمع البحث (موريس أنجرس، 2006، ص 304).

ذلك لغرض معرفة ما إذا كانت هناك حالات لديها أفكار لاعقلانية من بين العينة وكذا معرفة درجتها على مقياس الأفكار اللاعقلانية لسليمان الريحاني

1-شروط إختيار العينة: حرصت الباحثة في إختيار العينة على توفر مجموعة من الشروط:

← أن تكون العينة مبتورة الثدي على إثر السرطان.

← التأكد من وجود الأفكار اللاعقلانية لدى العينة من خلال إجراء المقابلة والاستعانة بقائمة الأفكار اللاعقلانية التي صاغها أليس.

← ألا يقل المستوى التعليمي للعينة عن مستوى التعليم الثانوي.

2-مواصفات العينة

هي امرأة مبتورة الثدي على إثر السرطان (موضعي)، اختيرت بطريقة قصدية وخصائصها كالآتي:

جدول رقم: (1) يوضح خصائص العينة الأساسية

| المجموعات | الأفراد | السن | سن الزواج | الحالة الاجتماعية | المستوى الدراسي | المهنة | تاريخ المرض |
|--------------------|---------|-------|-----------|-------------------|-----------------|---------|-------------|
| المجموعة التجريبية | 01 | 63سنة | 25سنة | مطلقة | الثالثة ثانوي | متقاعدة | 2017 |

III . أدوات الدراسة:

1-الملاحظة:

تعرف الملاحظة في قاموس علم النفس على أنها مصطلح عام يرمي إلى إدراك وتسجيل دقيق ومصمم لعمليات تخص موضوعات حوادث أو أفراد في وضعيات معينة يكون جمع البيانات في دراسة الحالة غالباً على أثر الملاحظة المباشرة وذلك من خلال تطبيق الاختبارات النفسية في المقابلة التشخيصية.

(عبد الوافي زهير، 2003، ص 65)

تساعد الملاحظة في المجال العيادي من ارضاد السلوكيات المضطربة للمفحوصة والتأكد منها حتى تتم عملية التحليل الوظيفي بطريقة صحيحة بعيدة عن كل تأويل ذاتي.

2-المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة العيادية أداة جد مهمة في مجال البحوث العيادية، حيث تختلف المقابلات التشخيصية عن العلاجية في الهدف الاساسي لكل منهما، فالهدف الاساسي للمقابلة التشخيصية هو التأكد من حالة المفحوص التي تم التعرف عليها بصفة نهائية في المقابلة الابتدائية حتى يكون التشخيص سليماً وصحيحاً، بينما يركز الهدف الاساسي للمقابلة العلاجية على تنفيذ الاستراتيجيات العلاجية التي رسمها المعالج، بناء على تشخيص حالة المفحوص. (عبد السلام زهران، 2001،

ص 35)

وبذلك تعتبر التقنية العيادية المثلى ويقصد بها التحدث وجها لوجه مع المفحوص بقصد الحصول على المعلومات منه ومن ثم مساعدته على التخلص من مشاكله، وتمتاز بأنها فرصة للأخصائي النفسي لملاحظة انفعالات المفحوص ومعرفة أفكاره واتجاهاته النفسية وخبراته الشخصية، وبعدها يمكن تطبيق برنامج التكفل النفسي للمفحوصة.

3- مقياس الأفكار اللاعقلانية لسليمان الريحاني:

1-3 التعريف بالمقياس:

يتكون هذا المقياس في صورته الأجنبية من إحدى عشر فكرة غير عقلانية وضعها ألبرت أليس Albert Ellis ، وقام سليمان الريحاني (1985) بترجمته وتقنينه على البيئة الأردنية، وأضاف إليه فكرتين غير عقلانيتين يرى أنهما منتشرتان في المجتمعات العربية وهما:

-ينبغي أن يتسم الشخص بالرسمية والجدية في التعامل مع الآخرين حتى تكون له قيمة أو مكانة محترمة بين الناس.
-لا شك أن مكانة الرجل هي الأهم فيما يتعلق بعلاقته مع المرأة.

وبذلك يتكون المقياس من (13) فكرة تشمل كل واحدة منها أربع من العبارات، نصفها إيجابي يتفق مع الفكرة والنصف الآخر سلبي يختلف معها ويناقضها، ووزعت فقرات المقياس الـ (52) على الأفكار التي تعبر عنها بترتيب معين يضمن تباعد الفقرات التي تقيس البعد الواحد.

ويمكن توضيح ذلك في الجدول الآتي:

جدول رقم: (2) يوضح الأفكار اللاعقلانية والعبارات المرتبطة بها.

| رقم الفكرة | مضمون الفكرة | أرقام العبارات المرتبطة بها |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 01 | طلب التأييد والاستحسان | 1، 14 ، 27 ، 40 |
| 02 | ابتغاء الكمال الشخصي | 2، 15 ، 28 ، 41 |
| 03 | اللوم القاسي للذات والآخرين | 3، 16 ، 29 ، 42 |
| 04 | توقع الكوارث | 4، 17 ، 30 ، 43 |
| 05 | التهور الانفعالي | 5، 18 ، 31 ، 44 |
| 06 | القلق الدائم | 6، 19 ، 32 ، 45 |
| 07 | تجنب المشكلات | 7، 20 ، 33 ، 46 |
| 08 | الاعتمادية | 8، 21 ، 34 ، 47 |
| 09 | الشعور بالعجز | 9، 22 ، 35 ، 48 |

| | | |
|----|-------------------------|------------------|
| 10 | الانزعاج لمشاكل الآخرين | 10، 23 ، 36 ، 49 |
| 11 | ابتغاء الحلول الكاملة | 11، 24 ، 37 ، 50 |
| 12 | الجدية والرسمية | 12، 25 ، 38 ، 51 |
| 13 | علاقة الرجل بالمرأة | 13، 26 ، 39 ، 52 |

2-3 تعليمات الإجراء وطريقة التصحيح:

أما فيما يتعلق بطريقة الإجابة على هذا المقياس فهي من نوع الإجابة ب (نعم) حين يوافق المفحوص على العبارة ويقبلها، وب (لا) في حالة عدم موافقته على العبارة ورفضها، في حين جاءت طريقة التصحيح متضمنة إعطاء درجة (2) للإجابة ب (نعم)، ودرجة (1) للإجابة ب (لا)، وهذا في العبارات السالبة الدالة على التفكير غير العقلاني، أما في العبارات الموجبة الدالة على التفكير العقلاني فيكون التصحيح العكس.

وبهذا فإن درجة المفحوص الكلية على هذا المقياس تتراوح ما بين (52-104) درجة، بمتوسط حسابي قدره (78) درجة أي خط النمط العام، الحد الأدنى (52) تعبر عن رفض المفحوص لجميع الأفكار اللاعقلانية التي يمثلها المقياس أو تعبر عن درجة عليا من التفكير العقلاني، الحد الأعلى (104) وهي تعبر عن قبول المفحوص لجميع الأفكار اللاعقلانية التي يمثلها المقياس أو تعبر عن درجة عليا من التفكير اللاعقلاني، العلامة الكلية (65) درجة عليا في العقلانية. بحيث كلما ارتفعت الدرجة عن ذلك دلت على أن الفرد على درجة عالية من الأفكار اللاعقلانية والعكس، أما بالنسبة لدرجة المفحوص على كل بعد من أبعاد المقياس الثلاثة عشر فإنها تتراوح ما بين (4-8) درجات، بحيث الحد الأدنى (4) تعبر عن درجة عليا من التفكير العقلاني، الحد الأعلى (8) تعبر عن درجة عليا من التفكير اللاعقلاني أما العلامة الفرعية من (7-8) لا عقلانية ومن (4-5) الميل إلى العقلانية والعلامة (6) التآرجح بين العقلانية واللاعقلانية.

3-3 الخصائص السيكومترية للمقياس:

كما قام " سليمان الريحاني " بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس.

← حساب صدق المقياس:

تم حساب صدقه بثلاث طرق:

← طريقة الصدق المنطقي:

بالجوء إلى أسلوب التحكيم من قبل المتخصصين في علم النفس والإرشاد النفسي وذلك باتفاق (90) منهم على صدق عبارات المقياس.

← طريقة الصدق التجريبي:

تمتع المقياس بدلالات صدق تجريبية ظهرت في قدرته على التمييز بين الأسوياء والعصابيين، حيث دلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسط العصابيين ومتوسط الأسوياء في الدرجة الكلية للمقياس، وأن جميع أبعاد المقياس تتمتع بقدرة على التمييز بين الأسوياء والعصابيين؛ بحيث تراوحت قيم "ف" بين: (3.94) و(17.30)، بمستويات دلالة تراوحت بين (0.05) و(0.01).

← طريقة الصدق العاملي:

وأشارت نتائج التحليل العاملي لنتائج المقياس أن معاملات ارتباط بين معظم أبعاد المقياس فيما بينها وبين الدرجة الكلية للمقياس ذات دلالة إحصائية. ت - حساب ثبات المقياس:

أما فيما يتعلق بثبات المقياس فقد قام " الريحاني " بحسابه بطريقتين:

✓ طريقة إعادة التطبيق:

تراوحت قيم معامل الثبات للدرجات الفرعية الثلاثة عشر بين (0.45) و(0.83) بمتوسط (0.70)، وبحساب معامل الثبات على أساس الدرجة الكلية للاختبار فقد وصل معامل الثبات (0.85).

✓ طريقة الاتساق الداخلي:

باستخدام "معادلة ألفا كورنباخ" وتراوحت قيم معاملات الثبات لأبعاد المقياس الثلاثة عشر ما بين (0.45) و(0.91)، بمتوسط (0.79)، أما معامل الثبات المحسوب على أساس الدرجة الكلية فكان (0.92).

4-3 إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة أولية تسبق كل تطبيق فعلي للأدوات المستعملة في البحث، حيث أنها تهدف إلى إختيار الجانب المنهجي، وتتيح للباحث التعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها وتجربتها وكذا الظروف التي تحيط بالظاهرة المراد دراستها، والتعرف على مدى صلاحية أدوات البحث وتقنيات المعالجة الإحصائية ومعرفة ردود أفعال المفحوصين، وهي بذلك تسمح للباحث بأن يتأكد من كل الشروط المتوفرة للقيام بدراسته وكان الهدف من هذه الدراسة الاستطلاعية هو:

← التحقق من صلاحية الأدوات التي يمكن استخدامها في الدراسة الأساسية من حيث مدى وضوح عبارتها وسلامة تعليماتها والخصائص السيكمترية.

← معرفة الزمن المناسب لتطبيق أدوات الدراسة.

← الاطلاع على ميدان البحث والتحقق من إمكانية الاجراء التطبيقي من حيث توفر عينة الدراسة مع مراعاة الخصائص المطلوبة وإمكانية التواصل معها. (مهي محمد سعد، 2000، ص 32)

هدفت هذه الدراسة إلى التأكد من صلاحية ما توفر من أدوات بحثية ملائمة لمقياس متغيرات البحث وتعلق الأمر بمقياس الأفكار اللاعقلانية، وفيما يلي توضيح لإجراءات ذلك:

11-4-3 الدراسة الاستطلاعية لمقياس الأفكار اللاعقلانية:

من أجل التأكد من صلاحية استخدام هذا المقياس في هذا البحث تم تجريبه على عينة استطلاعية قدرت بـ (20) حالة يعانون من أمراض عضوية مختلفة من حيث النوع والشدة، اختبروا بطريقة عرضية.

وقد أشار ذلك إلى عدم وجود أية مشكلة تذكر فيما يتعلق بفهم أفراد العينة لعبارات المقياس، أو طريقة الإجابة عليه؛ بحيث لم نتلق أي استفسار من طرفهم على ذلك، وهذا قد يكون مؤشر على ملائمة عبارات المقياس لمجتمع البحث.

ومن أجل الاطمئنان أكثر على صلاحية استخدام هذا المقياس في بحثنا هذا لجأنا إلى إعادة حساب خصائصه السيكمترية من خلال النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيقه على العينة المذكورة، وذلك على النحو الآتي:

← إعادة حساب ثبات مقياس الأفكار اللاعقلانية:

تم إعادة حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية، وتعني هذه الطريقة تجزئة الاختبار الواحد إلى نصفين متساويين، يشمل النصف الأول غالباً البنود الفردية والثاني البنود الزوجية، ثم يحسب معامل الارتباط (بيرسون) بين درجات كل من الجزأين بعد الانتهاء من تطبيق الاختبار. (عبد العزيز بوسالم، 2012، ص 88)

بحيث تم حساب معامل الارتباط بين درجات أفراد العينة الاستطلاعية في نصف المقياس المكون من العبارات ذات الترتيب الفردي ودرجاتهم في نصف المقياس المكون من العبارات ذات الترتيب الزوجي، والنتيجة تمثل معامل الارتباط بين نصفي الاختبار، في حين تم حساب معامل الارتباط في الاختبار ككل باستخدام معادلة "سبيرمان براون" Spearman Brown.

جدول رقم: (3) يوضح درجات افراد العينة الاستطلاعية في مقياس الأفكار اللاعقلانية حسب التجزئة النصفية

| العينة | درجات الاختبار في النصف الأول (س) | درجات الاختبار في النصف الثاني (ص) | س ² | ص ² | سxص |
|--------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------|----------------|------|
| 1 | 36 | 24 | 1296 | 576 | 864 |
| 2 | 41 | 35 | 1681 | 1225 | 1435 |
| 3 | 40 | 44 | 1600 | 1936 | 1760 |
| 4 | 42 | 46 | 1764 | 2115 | 1932 |
| 5 | 46 | 46 | 2116 | 2116 | 2116 |
| 6 | 42 | 41 | 1764 | 1681 | 1722 |
| 7 | 41 | 42 | 1681 | 1764 | 1722 |
| 8 | 48 | 49 | 2304 | 2401 | 2352 |
| 9 | 42 | 49 | 1764 | 2401 | 2058 |
| 10 | 46 | 49 | 2116 | 2401 | 2254 |
| 11 | 43 | 43 | 1849 | 1849 | 1849 |
| 12 | 42 | 42 | 1764 | 1764 | 1764 |
| 13 | 41 | 45 | 1681 | 2025 | 1845 |
| 14 | 41 | 42 | 1681 | 1764 | 1722 |
| 15 | 40 | 43 | 1600 | 1849 | 1720 |
| 16 | 46 | 45 | 2116 | 2025 | 2070 |
| 17 | 40 | 43 | 1600 | 1849 | 1720 |
| 18 | 40 | 39 | 1600 | 1521 | 1560 |
| 19 | 40 | 44 | 1600 | 1936 | 1760 |

| | | | | | |
|-------|-------|-------|-----|-----|---------|
| 1520 | 1444 | 1600 | 38 | 40 | 20 |
| 35745 | 36643 | 35177 | 849 | 837 | المجموع |

حيث يمثل ر معامل الارتباط بين نصفي الاختبار لبيرسون أما رث ص فيمثل معامل الارتباط لسبيرمان براون

$$r = \frac{ص \text{ مج} \times س \text{ مج} - (ص \times س) \times ن}{\sqrt{[(ن \times ص \text{ مج}^2) - (ص \text{ مج})^2][(ن \times س \text{ مج}^2) - (س \text{ مج})^2]}}$$

$$= \frac{20 \times 35745 - 837 \times 849}{\sqrt{[(20 \times 35177) - (837)^2][(20 \times 36643) - (849)^2]}} = 0.7162$$

ر = 0.72

$$رث ص = \frac{2 \times ر}{1 + ر} = \frac{2 \times 0.72}{1 + 0.72} = 0.8344 = 0.83 =$$

رث ص = 0.83

ويتضح من خلال هذه النتائج صلاحية استخدام مقياس الأفكار اللاعقلانية المعني في بحثنا هذا، والاعتماد على نتائجه.

4-برنامج التكفل المعرفي السلوكي من تصميم الباحثة:

يعتبر هذا التدخل العلاجي نموذج توجيهي، تعاوني، منظم، ديناميكي يركز بداية على تحديد التشوهات المعرفية والسلوكيات المختلفة وظيفيا، ومن ثم يتدخل المعالج ليُجعل المفحوص يدرك أفكاره اللاعقلانية وتأثيرها على الجانب الانفعالي، وبعدها يبدأ العمل على تدريب المفحوص على تطبيق فنيات سلوكية وأخرى معرفية لإحداث تعديلات معرفية عقلانية تنجر عنها سلوكيات سوية واستجابات انفعالية متكيفة.

ويوضح هذا البرنامج خطوات تطبيق التكفل المعرفي السلوكي وفق إجراءات منهجية منظمة ومصممة حسب ما أظهرته المفحوصة من أفكار لاعقلانية.

1-4 الأهداف العامة للبرنامج العلاجي:

يعد هذا البرنامج إحدى عمليات التدخل العلاجي النفسي التي تهدف إلى التكفل النفسي بالحالة التي لديها أفكار لاعقلانية جراء عملية البتر على إثر الإصابة بسرطان الثدي بالاعتماد على نوع البنية المعرفية للحالة والمسلمة التي تعتقد فيها الحالة في أقصر وقت ممكن، وعليه سيتم:

-تقديم المساعدة النفسية للحالة للسيطرة على الانفعالات الغير مرغوب فيها والناجمة عن الأفكار الالية التي تعود إلى خبرات سابقة ترسخت مع الوقت.

-تعديل هذه الأفكار التي ستؤثر بدورها على الانفعالات والسلوك.

-اكتساب الحالة طرق جديدة تساعد على السيطرة على الوضعيات الضاغطة التي من شأنها ان تأزم في حالتها الصحية.
-تمكين الحالة من تعلم مهارات اجتماعية تساعد على الاندماج والتمتع بالحياة من خلال تقبلها لمرضها والتعايش معه.

2-4 أهمية البرنامج العلاجي:

يأتي هذا البرنامج العلاجي ليمثل احدى التدخلات العلاجية النفسية المساهمة في احداث التوافق والتكيف النفسي كطريقة للمساعدة النفسية بحالات البتر والتخفيف من المعاناة على إثر الخبرة المعيشة وتتمثل أهميته أيضا في:
- يساهم البرنامج في إيجاد طريقة علاج لتعديل الأفكار اللاعقلانية وتقبل المرض من خلال استخدام الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية.

- يساعد التكفل المعرفي السلوكي على مواجهة الوضعيات المثيرة للقلق والتوتر النفسي للمرأة مبتورة الثدي على إثر الإصابة بمرض السرطان.

3-4 الأساس النظري المعتمد في تصميم هذا البرنامج:

تم تصميم الصيغة الاولية للبرنامج بعد الاطلاع على الاسس النظرية للعلاج المعرفي- السلوكي وذلك من خلال مجموعة من بعض المراجع العربية والمراجع الاجنبية والاطلاع على مجموعة من البرامج العلاجية والارشادية والتدريبية لبعض الاساليب العلاجية المعرفية- السلوكية في إطار الدورات التدريبية المقدمة من طرف الأستاذ المحاضر والمدرّب للعلاج المعرفي السلوكي مستوى 1، 2 الأستاذ عمران لخضر مثل: التحليل الوظيفي وفق شبكة SECCA، وبعض تقنيات إعادة البناء المعرفي، تحديد المسلمات الشرطية واللاشرطية التي تميز كل اضطراب عن غيره (الحصرية والاكثئاب).

4-4 الإطار العلاجي والسيرورة العلاجية:

التكفل النفسي المعرفي السلوكي ذا طابع خاص ومميز، حيث عرفت تطبيقات العلاجات المعرفية السلوكية توسعا في الاستخدام على المستوى الفردي أو الجمعي، مع الأزواج، والأسر. تتميز بالطابع التربوي النفسي واسلوب حل المشكلات الذي شهد دراسات وتطبيقات مع الذهانيين على وجه الخصوص، غالبا ما يتراوح عدد جلساته ما بين 10 الى 25 جلسة، وتدوم كل جلسة حوالي 45 الى 60 دقيقة بمعدل جلسة واحدة كل اسبوع، خصوصا لدى المصابين بالاضطرابات الحصرية أو الاكثئاب، أما لدى المصابين باضطرابات الشخصية أو الفصامين فقد تتراوح من 30 الى 60 جلسة حتى المئة. لدى الحديين يشترط ساعة كاملة (Jeant Cotraux, 2011, p 6).

أما فيما يخص التكفل المعرفي السلوكي المصمم من طرف الباحثة فقد حددت عدد جلساته بـ 10 جلسات علاجية بمعدل جلسة علاجية واحدة كل أسبوع بمتوسط زمني ما بين 50 الى 55 دقيقة للجلسة الواحدة بالإضافة الى الجلسات الأولية التي سبقت العلاج والتي بلغت أربعة جلسات.

وتمر العملية العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي عبر بروتوكول ونظام مخطط ومنظم يمر عبر المراحل التالية :

1-4-4 التحليل الوظيفي:

هو عنصر أساسي ومميز للعلاج المعرفي السلوكي، وهو نقطة التقاء معلومات البحث العلمي مع تفرد الموضوع (Ayman Murad, 2017, p 25)، كما يوصف بأنه عملية دقيقة تتم عبر ملاحظة السلوكيات بشكل مباشر أو غير مباشر. هدفه ضبط دقيق لعوامل الإثارة وتثبيت السلوكيات المرضية ليس فقط بشكل سطحي لكن عبر تفصي وحصر المشاكل

الأساسية لإحداث تعديل فعال ومستمر، حيث يسمح بتحديد وفهم الأداء الفردي للمفحوص في الحاضر والماضي، انه يمثل نهجا نوعيا. (Jeant Cottraux, 2011, p 107)

وهو أيضا تحليل وشرح وظيفة الفرد في نسقه الخاص حيث يقوم على ملاحظة سلوك الفرد المباشر والغير المباشر القابل لقياس. (Ovide et Philippe Fantaine, 2000, p 62)

هنا يستخدم المعالج وسائل عدة: حوار سقراطي، شبكات التحليل كنموذج شبكة سيكا لكوتروGrille de SECCA، نموذج الحلقة المغلقة لكونجي Cungi، بازيك ايديا Basic IDEA للازاروس أو النموذج متعدد النماذج. ولقد اخترنا في برنامجنا هذا شبكة سيكا Grille de SECCA de J. Cottraux 1985 التي تجمع العناصر المختلفة وتحدد العلاقات بين:

الوضعية Situation S

الانفعال Emotion E

الأفكار الآلية (الصور العقلية) Cognition C

السلوك Comportement C

دور المحيط Anticipation A

هذه الشبكة هدفها تعليمي وتطبيقي، ويتم فيها التحليل على مستويين:

← التحليل الأفقي (العرضي) أي هنا والآن Synchronique: وهو تحليل لدينامية العرض في تفاعل العناصر الثلاث: انفعالات، أفكار، سلوك وعلاقتها مع البيئة المحيطة.

← التحليل العمودي (التاريخي) Diachronique للاضطراب

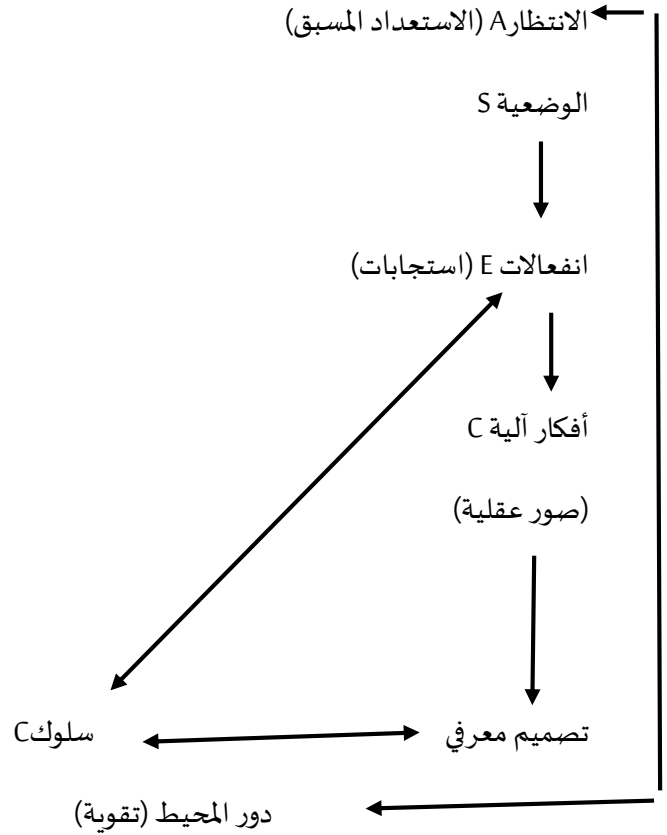
يؤخذ بعين الاعتبار التاريخ الماضي للمفحوص، اذ يدرس المعالج الأفكار، الصور العقلية، الحوارات الداخلية المرافقة أو السابقة للسلوك المشكل. أخيرا يتم تحديد السلوكيات بشقيها الحركي واللفظي.

وتجدر الإشارة الى انه ينبغي التركيز على أن عملية التحليل الوظيفي والتشخيص الدقيق قد تأخذ عدة جلسات.

لذا ينبغي للمعالج أخذ الوقت الكافي لتفادي أخطاء القيام بتشخيص خاطئ ناتج عن تقديرات ذاتية أو أحكام مسبقة.

شبكة التحليل الوظيفي سيكا (J.Cottraux,1985) الأفقي

✓ التحليل العرضي (هنا والآن):



شبكة التحليل الوظيفي سيكا العمودي

✓ التحليل العمودي (التاريخي):

* المعطيات البنيوية الممكنة:

-وراثة

-شخصية

* العوامل المثيرة الأولية.

* العوامل المسرعة للاضطراب.

* العوامل التاريخية المسببة

* مشاكل أخرى

* العلاجات السابقة. (Jeant Cottraux, 2011, p p 112 113)

الشكل رقم: (5) يمثل شبكة التحليل الوظيفي سيكا بمستوياته الأفقي والعمودي (J.Cottraux,1985)

2-4-4 تحديد الهدف العلاجي:

بما أن العمل تشاركي، فالمعالج والمفحوص يتفقان معا على فرضيات سببية للاضطراب، للمثيرات والمسببات ثم يعقدان اتفاقا علاجيا يتعلق بالهدف المراد تحقيقه، اساليب العلاج مع تقبل المفحوص للانخراط في عمل تفاعلي للمساهمة في خطوات العمل العلاجي، هذا الأخير شرط اساسي ودونه أي محاولة يكون مآلها الفشل. عند تعدد المشكلات أو الاضطرابات تحدد أولوية المشكلات المراد علاجها بالتشاور وبعد موافقة المفحوص الذي يعد شريك علاجي.

3-4-4 تنفيذ البرنامج العلاجي:

لتحقيق ذلك تستخدم المبادئ والتقنيات المحددة سلفا مع المفحوص وهي ذات صنفين سلوكية ومعرفية. تسمح بتطوير كفاءات، احداث التوازن وتسيير السلوكيات ذاتيا من قبل المفحوص. ذلك أن الهدف دوما تفعيل الاستقلالية والتجريب ثم تعميم الكفاءات المكتسبة خلال الجلسة واستخدامها في الواقع. هذا العمل يحافظ على استقلالية المفحوص ويجنب الانتكاس أو ظهور أعراض بديلة. لأن اكتساب سلوك ايجابي جديد من شأنه حث المفحوص على التصرف بشكل مختلف لأن تعديل السلوك المرضي أكيد من شأنه إحداث التغيير على سيرورة التوظيف برمتها وليس فقط إلغاء سلوك وبرمجة آخر جديد كما يعتقد الكثيرون.

4-4-4 تقييم البرنامج:

يكون التقييم بمقارنة المقاييس المتكررة المطبقة قبل، أثناء وبعد العلاج، وفي حالة المتابعة تكون على الأقل لمدة سنة بعد نهاية العلاج وذلك بوضع نقاط التقييم في الشهر الأول، السادس وبعد سنة. (Cottraux , 2011, p 06 07) أما بالنسبة لنا تتم عملية تقييم البرنامج من خلال مرحلتين أساسيتين وهما: -تقييم أولي ويتمثل في تطبيق القياس القبلي والقياس البعدي.

-تقييم خلال الجلسات من خلال التقييم الذاتي للحالة لشدة قلقها خلال الوضعيات المثيرة للخوف والقلق والتوتر.

4-5الدافعية:

لا يوجد تغير دون دافعية، بمعنى توقع النتيجة أو انتظار فعالية العلاج المستعمل فإن لم تكن هناك دافعية نحو أو انتظار الهدف من العلاج لن يتحقق التغير، لذا فإن فعالية العلاج المعرفي السلوكي يستلزم مستوى معيناً من الدافعية، ومن الأفضل إعلام الحالة مسبقاً بذلك . إن التغير أساساً يستلزم عملية التعلم والتعلم المضاد مهما كانت نوعية العلاج، فالإدراك أو الوعي بالصدمة المسببة للاضطراب والوضعية الشرطية الأولية غالباً ما يكونان كافيين لإحداث التغير في السلوك المضطرب. ومن ثم فإن الأفراد في العلاج المعرفي السلوكي يتعلمون أن يلاحظوا ويقيموا ذاتهم وان يستعملوا تقنيات يستخدمونها من اجل حل مشكلات مشابهة، مهما كانت بنية الشخصية فأحداث التغير في عنصر من هذه البنية يدخل التعديل على باقي العناصر المكونة لها، عن طريق إعادة تنظيمها، وذلك لان التغير يحدث التعديل على البنية ككل، وهذا راجع الى اختيار السلوكيات، الانفعالات، والمعارف المستهدفة في التعديل الذي يحدث بدوره ردود فعل متسلسلة وأساسية داخل البنية، ولهذا نجد بعض الأفراد يستفيدون من خبراتهم في حين البعض الآخر لا يتعلمون من ظروف معاشهم، وهذا ما يستدعي طرح السؤال التالي: ماهي مختلف السيرورات المثبتة للسلوكيات التشاؤمية وما

هي سيرورات التغيير؟ إن تكرار نفس السلوك يعرقل عملية التغيير فيصبح الشخص حبيس معاشه. (Jeant Cottraux, 2011, p 7)

6-4 الجلسات العلاجية:

✓ الجلسات الأولى:

أحد الأهداف الرئيسية للمقابلة الأولية هو تخفيف بعض الاعراض من أجل خفض معاناة المفحوص وكذا تنمية التعاون والمشاركة والثقة في العملية العلاجية، كما يسعى المعالج إلى تقديم أساس منطقي للعود بالتحسن، وذلك من خلال تحديد مجموعة من المشكلات وعرض بعض الاستراتيجيات للتعامل معها. حيث يستمر تحديد المشكلات ليصبح هدفا في المراحل المبكرة من العلاج، ويعمل المعالج مع المفحوص على تحديد المشكلات الخاصة به والتركيز عليها خلال جلسات العلاج. بعدها يحاول المعالج تكوين فكرة واضحة وكاملة قدر المستطاع عن صعوبات المفحوص النفسية والظروف المحيطة بحياته كما يسعى للحصول على تفاصيل حول الانفعالات والاحاسيس التي تنتابه على إثر الوضعيات المقلقة وكذا تحديد الأفكار اللاعقلانية التي تظهر حينها والأعراض الفيزيولوجية المرافقة، كما يجب أن يهتم بكيفية نظر المفحوص لمشكلاته الشخصية.

وعندها يتم تحديد المشكلات الأولية ويقوم المعالج والمفحوص في وضع أولويات هذه المشكلات. واتخاذ القرارات على أساس القابلية للتغيير.

هدف آخر للجلسة الأولى هو فهم العلاقة الوثيقة بين المعرفة والوجدان، حيث يجب على المعالج ملاحظة التغييرات الانفعالية على المفحوص (كالبكاء) عند سرده لمعاناته ومحاولة معرفة الأفكار التي تراوده على إثرها. وهنا يقوم المعالج بمعرفة طبيعة هذه الأفكار.

ويبدأ المعالج بإعداد الواجبات المنزلية لمساعدة العميل على فهم العلاقة الوثيقة بين المعرفة والوجدان والانفعال. كما أن أحد المتطلبات المهمة جدا في المرحلة الأولى هو جعل المفحوص يألف العلاج المعرفي السلوكي وخاصة إذا جرب علاجا آخر من قبل.

وأخيرا يتعين على المعالج أن يوضح خلال الجلسة الأولى، أهمية دور المفحوص في العملية العلاجية من خلال اعداده للواجبات المنزلية، حيث يبين له أن إنجاز الواجبات المنزلية أهم في الحقيقة من الجلسة العلاجية نفسها. وإنجازها يكون التحسن عموما أسرع.

← المرحلة الأولى: والتي تتمثل في مرحلة خفض الاعراض تركيز على التغلب على الخوف وتحديد المشكلات وإقرار الاوليات وتحقيق ألفة المفحوص بالعلاج واقامة علاقة تعاونية وعرض العلاقة بين المعارف والمشاعر وتسمية أخطاء التفكير والوصول إلى تقدم سريع في المشكلة المستهدفة.

ويرتكز العلاج أساسا على أعراض المفحوصة والتكفل بالصعوبات السلوكية والدافعية، وعند حدوث بعض التغيير الجوهرية في هذه المجالات، ينتقل التركيز على مضمون ونمط التفكير.

← المرحلة الثانية: وهي مرحلة التركيز على المخططات من أجل فهم أساس الافكار ونوعها، وعندما يصرح المفحوص بأنه أقل انفعالا ينتقل الاهتمام الى تحديد الأفكار اللاعقلانية حول المشكلات النوعية التي تقف وراء العديد من صعوبات الحياة وتآزم الوضع الصحي وعند تحديدها، يتم فهم كيفية إدراك المفحوصة للعالم وتنظيم معارفها ووضع الأهداف

واقامة وتعديل السلوك وفهم أحداث الحياة. ويهدف العلاج إلى إبطال تأثيرات المخططات واستبدال الاساليب والطرق الغير سوية بمناحي جديدة وإذا تغيرت المخططات فإن المفحوص قد يصبح أكثر تكيفا وتقبلا لمرضه. وفي هذه المرحلة على المفحوصة تحمل المسؤولية في تحديد المشكلات واقتراح الحلول التي تناسبها وتطبيقها من خلال الواجبات المنزلية، أما المعالج فيلعب دور الموجه والمدرّب مع العمل على تعليم المفحوصة كيفية تطبيق الاساليب العلاجية دون مساعدة وما أن يصبح قادرا على حل مشكلاته بطريقة فعالة حتى ينخفض عدد الجلسات ويتوقف العلاج.

← تطور الجلسة العلاجية: تبدأ كل جلسة بوضع جدول لها، حيث يبدأ جدول الاعمال بموجز عن خبرات المفحوصة منذ الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي ثم يسأل المعالج المفحوص عما يريد تناوله خلال الجلسة وعند تحديد قائمة قصيرة من الموضوعات والمشكلات يحدد المفحوص والمعالج ترتيب تغطية هذه الموضوعات والوقت المحدد لكل منها. يبدأ المعالج في مناقشة مشكلات المفحوص الواحدة تلو الاخرى وذلك بتوجيه سلسلة من الاسئلة التي صممت لتوضيح صعوبة المفحوص، حيث يسعى المعالج إلى تحديد ما إذا كانت مخططات سوء التوافق المبكر وسوء تفسير الاحداث أو التوقعات الكارثية والأفكار اللاعقلانية متضمنة في تفكيره، كما يسعى للكشف عن ما إذا كانت كل الحلول الممكنة للمشكلة قد جربت أم لا. حيث سيتبين للمعالج الفكرة والصور العقلية أو السلوك الذي يتعين العمل عليه.

ويطلب المعالج من المفحوص، قرب انتهاء الجلسة، أن يقدم تلخيصا غالبا ما يكون كتابيا، وذلك حول المضامين الاساسية التي أمكن التوصل إليها خلال الجلسة العلاجية. ثم يعطي له واجبا منزليا مصمما لمساعدته على تطبيق المهارات المستخلصة من الجلسة لحل المشكلات خلال الاسبوع التالي.

تطور مضمون الجلسة: إن بنية جلسات العلاج المعرفي السلوكي لا تتغير خلال برنامج العلاج ولكن المضمون غالبا ما يتغير جوهريا.

يبدأ العلاج المعرفي السلوكي بعملية التقييم المعرفي السلوكي التي تستغرق في الغالب ما بين 1 جلسة الى 3 جلسات، والتي يركز فيها المعالج على جمع المعلومات حول مشكلة المفحوص، وقد تستخدم فيها نوع من الأسئلة المباشرة بشكل أكبر مما يحدث في بقية الجلسات الآتية. (اسماعيل علوي، 2009، ص 95)

تخصص هذه المرحلة للاستماع وفتح المجال للحديث الحر والاصغاء إلى المشاكل التي يعاني منها المفحوص، وفي حالة التوتر والقلق على المعالج أن يخصص على الأقل جلسة إضافية من أجل الوصف الدقيق للمعرفيات والسلوكيات المتعددة والمختلفة التي يقوم بها الفرد ويمارسها في حياته اليومية وبأدق التفاصيل، يمكن كذلك أن يطلب المعالج من المفحوص أن يصف له تفاصيل حياته اليومية منذ الاستيقاظ حتى النوم، وصياغة لائحة من السلوكيات والتصرفات التي تقلقه أكثر. ففي هذه الجلسة يتم التعامل مع تقييم شخصية المفحوص وتحديد طبيعة مشكلته التي جاء لأجلها، توطيد علاقة تعاونية للوصول الى علاقة علاجية تعاونية في بداية العلاج تقوم على أساس من الدفاء والتقبل.

✓ مرحلة بداية العلاج:

تختلف بناء الجلسة العلاجية الاولى عن بقية الجلسات التالية، وذلك أساسا بسبب تقديم مقدمة محدودة عن النموذج المعرفي السلوكي للمفحوص الذي لم يألفه بعد، ودائما ما يتضمن العلاقة بين الافكار والمشاعر والسلوك (بيزني كورين،

2008، ص 108)

وفي الغالب لا تختلف الجلسات التي تلي الجلسات التقويمية عن الشكل التالي:

- وضع جدول أعمال الجلسة الجارية (الاهداف والمهام والاتفاقات).
- فحص مزاج المفحوص ومشاعره واثارة الامل في نفسيته.
- توطيد وتنمية علاقة الثقة والالفة عبر التعاطف والتقبل والاصغاء.
- استنباط توقعات المفحوص نحو العلاج والعمل على تصحيحها إذا كان ذلك ضروري.
- مراجعة المهام المنزلية (النتائج والصعوبات) الفائتة.
- تكوين صياغة معرفية عن الحالة باستخدام في الغالب الحوار السقراطي.
- تقديم وشرح النموذج المعرفي السلوكي بجرعة من التعليم النفسي حول اضطراب المفحوص (مساعدته على تعلم العلاقة بين الافكار والمشاعر والسلوك). (طه عبد العظيم، 2008، ص238)
- تحديد الواجبات المنزلية (الاتفاق على المهام بين الجلسات الموكله للمفحوص)
- الحصول على عائد من الجلسة feed back من قبل العميل. (اسماعيل علوي، 2009، ص 96)

✓ المرحلة الوسطى من العلاج:

إن محور إهتمام العلاج يتغير عبر مساره إذ أن هناك تداخل بين المرحلة الوسطى العلاجية ومرحلة نهاية العلاج لكن يركز المعالج اهتمامه في هذه المرحلة على المعاني التي يعطيها المفحوص للحدث لما لها من ارتباط بمشاعره وسلوكه غير الملائم كما تتضمن أيضا تحديد وفحص صدق وصحة أنماط التفكير والاعتقادات الخاطئة لدى المفحوص واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية ومنطقية وتعليم المفحوص أساليب من البدائل التوافقية ومهارات جديدة تساعد في حل مشكلاته. (طه عبد العظيم، 2008، ص240)

وتمثل هذه المرحلة العملية الأساسية في العلاج فهي تتضمن على مستوى العلاقة العلاجية:

-الاستمرار في إبقاء العلاقة العلاجية التعاونية.

- الاستمرار في تقديم العائد الايجابي والتشجيع. (بيرني كورين، 2008، ص120)

✓ مرحلة نهاية العلاج: في مرحلة البداية والوسطى سوف يعمل المفحوص بالفعل خارج الجلسات العلاجية، وسوف يدرك المعالج ألا ينتقل إلى قضايا جديدة حتى يتم السيطرة على الاجزاء الموجودة بالفعل، والتي تم إنجازها ومن ثم يكون العمل في هذه المرحلة على تثبيت المكاسب السابقة وتشجيع المفحوص على العمل مستقلا. (بيرني كورين، 2008، ص152) سوف تستمر في استخدام إطار العمل نفسه الذي استخدم في المراحل السابقة بزيادة التركيز على بعض النقاط المهمة لهذه المرحلة ومن ضمن هذه المهام ما يلي:

- إعداد المفحوص لانهاء العلاج.

- الوقاية من الانتكاسة بوضع خطة للتصدي للمشكلات المحتملة.

- تدريب المفحوص أن يكون معالج ذاتيا (تعليمه تحديد المشاكل وتقييمها ومواجهتها)
- المعالج يعزى القيمة لجهد المفحوص.
- يلخص المفحوص ما تم تعلمه وفهمه من أساليب وأدوات مناسبة.

7-4 خطوات البرنامج العلاجي:

← تحضير المفحوص للعلاج المعرفي السلوكي:

ويتم اتخاذ هذه الخطوة بالأساس في بداية العلاج والتواصل مع المفحوص لأول مرة، لكن هذا لا يعني أن باقي المقابلات العلاجية تتم بمعزل عن هذا الاجراء بل هي خطوة متلازمة ومتدرجة في باقي البرنامج العلاجي حتى نهايته، إنما يكمن الفرق في أن التركيز على هذه الخطوة والتوسع فيها يكون في بداية العلاج ومراحله الاولى حتى نضمن بداية حسنة لسيرورة العلاج في بعده التواصل العائلي، الثقة المتبادلة، الوعي بمدى حقيقة هذا النوع من العلاجات، وإدراك وفهم الهدف المسطر له.

← تقديم الفكرة العامة للعلاج:

-أي تزويد المفحوص بمعلومات عن أسلوب العلاج المعرفي السلوكي حتى يتمكن من ان يكون خبيرا.
-شرح للمفحوص العلاقة بين الافكار والمشاعر والسلوك وذلك باستخدام بعض الامثلة وكيفية تعديل الأفكار اللاعقلانية التي تؤثر على الجانب العضوي.

← تحديد الأهداف العامة:

وذلك بمناقشة توقعات الحالة نحو العلاج بغية رسم ملامح واقعية وممكنة للأهداف المرجوة من العلاج.

← بناء العلاقة العلاجية:

تبنى العلاقة العلاجية في إطار تحالف علاجي يمثل علاقة نشطة فعالة ومتبادلة تربط المفحوص بالمعالج من أجل تحديد والوصول الى الأهداف المرجوة من العلاج. (Ovide et Philippe Fontaine, 2000, p 80)

وتتم بترسيخ علاقة مهنية دافئة بآليات منها:

* الاصغاء النشط (l'écoute actif)

* المشاركة الوجدانية (Empathy) كما يبينها "روجرز" أنها حالة من التفهم والاحساس المتبادل بدون الذوبان في شخصية الآخر. (A. Bioy et A. Maquet, 2003, p 58)

← التفاهم على عقد علاجي: وذلك بالحصول على اتفاق عملي لاختباره في الممارسة الفعلية بتحديد الخطوات والالتزام بها والاهداف العامة ويمكن ان يكون كتابيا او لفظيا.

← ترسيخ مبدأ الأمل: في نفسية المفحوص لدفعه للمتابعة العلاجية وتقديم جرعة تعزيز واستنهاض دافعيته نحو العلاج من خلال توضيح أن هناك أملا واقعيا.

← وضع جدول أعمال الجلسة (الأجندة): وهو أمر أساسي وبمثابة تحديد هيكل بناء الجلسة العلاجية في العلاج المعرفي

السلوكي، وهذه الخطوة تعتبر دائما كنقطة بداية لكل جلسة علاجية، وتتضمن مخططا لما سيتم إنجازه أثناء الجلسة العلاجية وهذا بشكل تفاهي وتوافقي بين المعالج والمفحوص وذلك باقتراح المعالج النقاط التي يراها مهمة في المرحلة العلاجية، ويراعي عند وضع جدول أعمال الجلسة ما يلي:

- أن يكون عدد البنود يتناسب ووقت جلسات العلاج أي يمكن تنفيذه ضمن إطار زمني للجلسة الفردية.

- وضع قائمة الاولويات وفقا لأهمية وإلحاح كل موضوع بالنسبة للمفحوص.

- أن تكون مرونة كافية بين المفحوص والمعالج عند وضع جدول الاعمال وتنفيذه.

- يتضمن تغذية راجعة عن الجلسة السابقة وعن الواجبات المنزلية. (Dattilio Frank and Freeman arthue, 2000,

p 40)

← وضع خطة علاجية لكل جلسة: هذا الجزء يستغرق الوقت الاكبر من الجلسة وفي كثير من الاحوال يطلب المعالج من المفحوص أن يحدد هو البنود التي يود البدء العمل عليها وهذا يقدم فرصة للمفحوص ليكون أكثر نشاطا وتوكيدا واتخاذ مزيد من المسؤولية، وأحيانا يقوم المعالج بالاختيار حين يرى أن مناقضة بند معين من بنود الاجندة سيكون له تأثير كبير في التقدم العلاجي أثناء الجلسة، وقد يسهل ذلك بسؤال مثل: هل تمنع من أن تقوم بمناقشة الموقف (س) في البداية؟ (زيزي السيد إبراهيم، 2006، ص 180).

← مهام الواجب المنزلي:

بعد مناقشة بنود العمل الاساسية في الجلسة واعطاء تلخيص دوري لما يقال من قبل المفحوص، يقوم المعالج والمفحوص بتحديد مهام الواجب المنزلي لما بين الجلسات، ويكون مهام الواجب المنزلي أو مهام مساعدة الذات التي تنفذ فيما بين الجلسات أكثر إفادة إذا توفر لها ما يلي:

- مستوحات من أحداث الجلسة العلاجية.

- تحدد بوضوح وعناية.

- أن يكون لها هدف واضح مفهوم ومقبول لدى كل من المعالج والمفحوص.

- قابلية التطبيق من طرف المفحوص.

من الضروري عند تحديد مهام الواجب المنزلي أن نختار المهام التي يثق المعالج أن المفحوص يستطيع القيام بها، لان الفشل في هذه المهام يؤثر في دافعية المفحوص، وفقدانه للأمل، ومن المهم استباق الصعوبات المتوقعة عند التنفيذ يتم مناقشتها مع المفحوص باقتراح طرق التغلب عليها وفي حالة عدم قيام المفحوص بهذه المهام يتم التعرف على دوافع وأسباب ذلك.

(زيزي السيد ابراهيم، 2006، ص ص 183 182)

← العائد أو التغذية الرجعية (Feed back):

ونقصد به التغذية الراجعة من المفحوص وهي المهمة الأخيرة للمعالج في كل جلسة وذلك بالحصول على عائد عن ردود أفعال المفحوص عن الجلسة كأن يذكر ملخصا للأشياء البارزة في الجلسة أو ما تعلمه أثناء الجلسة والعائد يساعد على اكتشاف مشاعر المفحوص حيال الجلسة، وخصوصا إذا ما أزعجه شيئا ما، ويساعد على تثبيت العلاقة العلاجية من

خلال تشجيع المفحوص على التعبير في أثناء الجلسة على ملاحظاته ومشاعره نحو العلاج والواجب المنزلي والمعالج. (بكري نجيبة، 2012، ص170)

وللحصول على هذا الأخير يطرح المعالج بعض الأسئلة من شأنها ان تساعد في فهم مدى استيعاب المفحوص لمحتوى الجلسة، مثلا: "هل لديك أي استفسار عن الواجب المنزلي؟" "هل تريد أن تقول شيئا عن الجلسة السابقة؟" عن الجلسة الحالية مثلا؟" "هل لديك أي أفكار أو مشاعر عن هذه الجلسة لغاية الآن؟" "هل تشعر بأنك أفضل حال عما بدأت به أم أسوأ."

← التلخيص:

إن تقديم وتشجيع الملخصات أمر له أهمية في هذا النوع من العلاجات وخاصة أنه يساعد في تقريب الفهم وتحديد الاشكاليات والوقوف على الاسباب والعوامل الكامنة مباشرة وراء ظهور المشكل. فمن المفيد أن يقدم المعالج عبارات مختصرة في أوقات مناسبة خلال الجلسة كل 10 دقائق يلخص ما سبق في سيرورة الجلسة، حيث يقوم المعالج بإعادة صياغة أفكار وكلام المفحوص بشكل جديد على نحو مثلا: "تريد ان تقول: أنك... " أو أن ينقح أقواله فيقول مثلا: "انت تعني أنك...".

جدول رقم: (4) يوضح كيف نبدأ جلسة أولية

توضيح الطلب والتوقعات المتبادلة

السوابق

علاجات أخرى سابقة

تحديد الأجندة: ما الذي جاء بك؟ وما الذي تريد تناوله الآن؟

بناء علاقة تشاركية علاجية

تناول واستغلال مشاكل ومواضيع ملموسة عبر أمثلة واقعية

التلخيص: عبر استراتيجيات التدخل: تلخيص، إعادة للسياق، تقوية، إعادة صياغة ما قيل، دوران مع المقاومة.

تسجيل النقاط: كيف نسجل؟ ماذا؟ ومتى؟

وضع بداية للتشخيص.

مدى إمكانية القيام بالعلاج

تقديم العلاج

نهاية الجلسة: تغذية راجعة

تلخيص محتوى الجلسة

اتخاذ قرار مدروس ووضع أجندة الجلسة المقبلة

جدول رقم: (5) يمثل مخطط جلسة العلاجات المعرفية السلوكية

حوصلة الاسبوع المنقضي: الوظائف

أجندة الحصة: موضوع الجلسة: اختيار موضوع ملموس: وضعية أو مشكل حالي أو قديم

العمل وفق تقنيات: معرفية، سلوكية، انفعالية أو علائقية بين الاشخاص

تلخيص: متكرر كل 10 دقائق

تسجيل نقاط وإعادة قراءتها

نهاية الجلسة: تغذية راجعة: كيف عشت الحصة اليوم؟ ما الذي اعجبك؟ ما الذي لم يعجبك؟

ما هي أهم النقاط التي احتفظت بها؟ هل تريد اضافة اي شيء آخر؟

نلخص الجلسة

الوظائف: المكتوبة

أجندة الحصة المقبلة

الانتباه لآلية القدم

8-4 الأساليب والتقنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج العلاجي:

تدمج عادة في العلاج المعرفي السلوكي أساليب سلوكية مع إعادة الهيكلة المعرفية (التعديل أو البناء المعرفي) في خطة العلاج الشامل. يمكن إعطاء الاستراتيجيات السلوكية أهمية كبرى في العلاج حيث تساعد هذه التقنيات في تعزيز المعارف الجديدة البديلة والمكتسبة.

وقد اعتمدنا في بحثنا هذا على التقنيات التالية:

1-8-4 التقنيات السلوكية:

← التحكم في التنفس:

تستخدم هذه الطريقة في علاج اضطرابات القلق، والتي تتمثل في تعليم المفحوص تمارين التنفس السليم والتي تعتبر ناجعة في التغلب على فرط النشاط التنفسي الزائد وخفض شدة القلق، التنفس البطيء والعميق لديه تأثير مهدئ مثله مثل الاسترخاء العضلي التصاعدي. بعد تدريب المفحوص على التطبيق السليم للمهارات التنفسية نعلمه كيفية استعمالها مع الوضعيات المقلقة أو الوضعيات المشابهة (Edward Friedman et Michael Thase, 2007, p 1931) قامت المعالجة بتدريب الحالة على كيفية التنفس الطبيعي أثناء مواجهة الوضعيات المقلقة، وتعلم الرتم والشكل السليم لعملية التنفس، فتكون هادئة طبيعية على عكس التنفس السريع في الوضعيات المثيرة للخوف والتوتر، كما استعملت

أيضا الصور المهدئة الإيجابية أثناء عملية التعديل التنفسي من أجل خفض درجة القلق. في النهاية اقترحت المعالجة ضرورة استخدام هذه الطريقة بشكل منتظم لتعزيز التحكم وتسيير وضعيات القلق المشابهة.

← التحصين التدريجي (التعريض التدريجي):

يعتبر التحصين التدريجي أو التعريض التدريجي أسلوبا من أساليب العلاج السلوكي الرئيسية، ويتم في الحالات التي يكون فيها سلوك مثل الخوف قد اكتسب مرتبطا بشيء معين أو حادثة معينة، فتستخدم طريقة التعريض التدريجي المنتظم (إجلال محمد سرى، 2000، ص 174) الهدف من هذه الاستراتيجية تسريع انطفاء ردود أفعال الخوف أو القلق الشرطي. حسب النظرية السلوكية فإن الخوف معزز عن طريق التجنب والهروب. بما أن القاعدة في الخوف والخوف غير عقلانية، فالاستراتيجية القصوة تبنى على زيادة التعريض للنشاط دون الخشية من النتائج الغير السارة (Edward Friedman et Michael Thase, 2007, p 1932)

← جدولة الأنشطة:

الغرض من جدولة الأنشطة في العلاج المعرفي السلوكي ذو شقين:

-احتمال أن الحالة سوف تشارك في الأنشطة التي كان قد تم تجنبها في الحصبة السابقة.
-لإزالة احتمال أن اتخاذ القرار بوصفه عقبة في الشروع في النشاط.
منذ أن تم اتخاذ القرار في مكتب الطبيب المعالج، فإن على المفحوصة القيام بالأعمال التي قبلت القيام بها عندما لا تنفذ الحالة الأنشطة المتفق عليها، يصبح موضوعا هاما يناقش في الحصبة المقبلة. (Dobson Keith, 2010 p 283) يجب على الحالة ان تكون نشطة ومسؤولة عن أعمالها وذلك من أجل الوصول إلى الأهداف المرجوة في العلاج

← تعديل التنفس:

ان تمرين تعديل التنفس يساهم في توفير كمية من الأوكسجين المناسبة التي يحتاجها الجسم في إخراج أكبر قدر ممكن من الفضلات وثاني أكسيد الكربون وينقل العقل والجسم الى حالة استرخاء ويعدل الدورة الدموية. (أحمد عبد اللطيف، 2014، ص 254)

← الاسترخاء:

هي مجموعة التقنيات التي تسمح للحالة بالوصول إلى استجابة الاسترخاء، واستجابة الاسترخاء هي الخفض من درجة التأهب والخطر، والخفض من شدة ضربات القلب والتنفس والضغط الدموي، حيث يشعر الفرد بالراحة. وتستعمل هذه الطريقة خاصة في الخفض من الضغط النفسي والقلق. ويركز الاسترخاء على الجانب الجسدي الفيزيولوجي للحالة كالاسترخاء العضلي وإعادة التأهيل التنفسي وكذلك تركيز على الجانب العقلي كاستخدام التأمل والتصور. وهناك عدة طرق للاسترخاء. (D. Servant, 2009, p 12)

وقد اعتمدنا في بحثنا هذا تقنية الاسترخاء لشولتز التي تركز على عملية التنفس والتأمل في نفس الوقت.

← حل المشكلات:

وهي مهارة يتم تعلمها للتعامل مع مشكلات الحياة الواقعية وتتضمن أن يقوم المعالج والمفحوص بتقسيم المشكلة الى عناصر فرعية ويتم وضع قائمة بالحلول الممكنة ثم يقوم المفحوص بتجربة وتنفيذ هذه الحلول في الواجب المنزلي وتتم مناقشة النتيجة في الجلسات التالية. (أرنولد لازاروس، 2002، ص 281)

← الحوار الذاتي:

من الثابت والذي لا نقاش فيه أن ما نفكر فيه ونتخيله يؤثر على الطريقة التي نشعر بها وتتصرف بفعلها، فمدركاتنا وتقييماتنا وتوقعاتها تقرر وتحدد مسلك عمليات تنظيم ذاتنا. (أرنولد لازاروس، 2002، ص 273)

وبالتالي فان استعمال الارادي للأحداث الذاتية الإيجابية، تساعد الى حد كبير التعامل الناجح التكيفي مع الذات والآخرين

4-2-8 التقنيات المعرفية

في حين تستخدم الإجراءات السلوكية في المقام الأول لتعديل سلوك المفحوص، أما التقنيات المعرفية تهدف إلى التعديل المعرفي، لأن النظرية المعرفية ترى أن التغيير في الانفعال والسلوك يأتي نتيجة التغيرات المعرفية (Dobson Keith, 2010, p 285)

ومن بين التقنيات المعرفية المطبقة في هذا البرنامج نجد:

← سجل الأفكار الأوتوماتيكية:

وهو جدول يتكون من ثلاث أعمدة هامة تتوافق مع ثلاث نقاط في النموذج المعرفي (الوضعية، الاحاسيس والانفعالات، الأفكار الآلية)، يتم تدريب الحالات على استخدام هذا السجل اليومي وذلك في الوقت الذي تواجه فيه المفحوصة حالة انفعالية غير سارة أو محيرة، يجب أن يكون المعالج متأكد من أن الحالة تفهم ما يقوله لها المعالج من أحاسيس، انفعالات، أو الأنماط، والتعرف على الأحاسيس المختلفة.

تمكن هذه التقنية المفحوص من إدراك أفكاره المختلة وتأثيرها على سلوكياته وانفعالاته.

← تعديل الأخطاء المعرفية:

التعديل المعرفي يهدف إلى أخذ الفرد إلى الوعي التام بوضعيته الانفعالية أو التعرف على حديثه اللاعقلاني أثناء مواجهة الوضعيات الانفعالية، مع مساعدة المعالج سوف يتعلم من بعد كيفية إعادة بنائها، بمعنى ان يبدلها بأفكار أكثر عقلانية، والتي تكون أكثر نجاعة وموافقة للوضعية. (Dobson Keith, 2010, p p 287 288)

ومن بين تقنيات التعديل المعرفي المستخدمة في هذا البرنامج العلاجي:

✓ تقنية السهم النازل:

تفيد هذه الفنية في استثارة المخاوف الكامنة لدى المفحوص والتي لا يكون على وعي بها والاعتقادات الكامنة لديه وتحقيق فهم أعمق لما تعنيه الأفكار التلقائية، أي انها تستخدم في استكشاف الاعتقادات الجوهرية التي تكمن وراء الأفكار التلقائية لدى المفحوص وهي تشير الى ماذا يعني لو كان التفكير صحيحا لدى المفحوص. (طه عبد العظيم، 2008، ص 265)

ويمكن طرح التساؤلات التالية:

ماهي عاقبة الفعل؟

ماذا يمثل لك ذلك؟

كيف ستكون انفعالاتك لو حدث ذلك؟

كيف سيكون سلوكك لو حدث ذلك؟

ما هي انفعالاتك؟

هذا العمل يسمح بتحليل الأفكار، القوانين والمسلمات، التصميمات المبكرة.

✓ سجل الأفكار البديلة:

وهو جدول يتكون من خمسة أعمدة تتوافق مع ثلاث نقاط في النموذج المعرفي (الوضعية، الاحاسيس والانفعالات، الأفكار الآلية)، والعمود الرابع لإيجاد الأفكار الإيجابية البديلة، أما العمود الخامس والأخير فهو مخصص لوضع آثار هذه الأفكار البديلة التي صاغها المفحوص ووضعها مكان الأفكار المختلة، يتم تدريب المفحوص على استخدام هذا السجل اليومي وذلك في الوقت الذي يواجه فيه المفحوص حالة انفعالية غير سارة أو محيرة، يجب أن يكون المعالج متأكد من أن الحالة تفهم ما يقوله لها المعالج من أحاسيس، انفعالات، أو الأنماط، والتعرف على الأحاسيس المختلفة. وتقديم أحكام مطابقة للوضعيات التي تعاني منها الحالة. كما يطلب المعالج من الحالة أن نلاحظ الوضع والتيار الفكري الذي ظهر خلال هذا الانفعال. وندرب المفحوص على تطبيق ثلاثة أنواع من الأسئلة حول المعتقدات التي يسجلها:

-ما هو الدليل على صحة أو خطأ المعتقد؟

-ما هي تفسيرات البديلة لهذا الموقف أو الحدث؟

-ما هي الآثار الحقيقية، إذا كان المعتقد صحيح؟

يجب ذكر كل سؤال من الأسئلة بشكل عام، يمكن أن يعدل لتناسب مع وضعية المفحوص أو نمطه.

(Dobson Keith, 2010, pp 285 287)

✓ الأحكام الإيجابية والسلبية:

وهو جدول يتكون من عمودين، تكمن أهميته في مساعدة المفحوص على إعطاء الأدلة الإيجابية التي تكون ضد أفكاره الآلية وفي نفس الوقت تقديم البراهين التي تكون مع أفكاره ثم يقوم المعالج بمناقشة هذه البراهين معه ليتأكد ويدرك تأويلاته الخاطئة إزاء المواقف والوضعيات.

← الحوار السقراطي:

ويكون من خلال توجيه أسئلة تدور عادة حول الأفكار الآلية السلبية والمختلة وظيفيا لدى المفحوص وتعمل مثل هذه الأسئلة على حث المريض على التفكير بنفسه وليس مجرد قبول وجه نظر المعالج. (طه عبد العظيم حسين، 2008، ص 194) ونجد منها:

-ما هو الدليل على ان تفكيرك صحيحا؟

-وما هو الدليل الذي يخالف هذا التفكير؟

-هل تستطيع رأيها بطريقة أخرى؟ أو من زاوية أخرى؟

-هل هذا خطير جدا؟

-ما هو أسوء شيء تتوقع حدوثه؟

-ما هو الأفضل لديك؟

-ما هو الأكثر احتمالاً للوقوع لديك؟ (Jean Goulet et al, 2013, p 37)

هذه الأسئلة وغيرها تنطوي على عدة فوائد منها تسهيل قيام المفحوص بترجمة الأفكار والمعتقدات التي يرونها أمورا بديهية لا تقبل النقاش الى فروض يمكن التحقق من صحتها وصدقا مما يسهل عملية التجريد وطرح البدائل من جانب المفحوص. (طه عبد العظيم، 2008، ص 195)

خلاصة:

نستنتج مما عرضناه ان الإجراءات المنهجية تعد أهم خطوة يقوم الباحث للإعداد الفعلي للبحث الميداني كون العلاج المعرفي السلوكي يستخدم مجموعة من الطرق والتقنيات والوسائل التي تقوم على أسس علمية ومنهجية مدروسة، كما أنه علاج مخصص وموجه لأغلب الاضطرابات النفسية، يمتاز بقصر مدة العلاج خاصة في الاضطرابات الحصرية والاكتئاب، ويمكن ان يستخدم معه المنهج التجريبي او المنهج شبه التجريبي إما مع تصميم المجموعات او تصميمات المفحوص الواحد، مع الاستعانة بمجموعة من الأدوات والمقاييس للتأكد من نجاعة العلاج والوصول الى الصحة النفسية والجسدية للمفحوص او حتى التخفيف من معاناته.

الفصل السادس: عرض الحالة وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

.I عرض الحالة

-1 تقديم الحالة

-2 أهم ما جاء في التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة

-3 التشخيص

-4 التحليل الوظيفي

-5 الفرضيات

-6 تقديم المقابلات

-7 القياس البعدي

.II تحليل ومناقشة نتائج الدراسة

.III استنتاج عام

خاتمة

تمهيد:

بعد تقديم الإجراءات المنهجية للدراسة الحالية، سنتطرق في هذا الفصل الى التطبيق الميداني للتكفل المعرفي السلوكي والذي تم إعداده من قبل الباحثة للتعرف على مدى فعاليته في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى عينة الدراسة المتمثلة في حالة واحدة، وذلك بتطبيق قياس قبلي لأداة الدراسة المقدمة سلفا ومن ثم الشروع في تنفيذ محتوى التكفل خلال شهرين ونصف لنصل بعدها الى تطبيق القياس البعدي، وبعدها سنعرض النتائج المتحصل عليها مع إعطاء قراءة لها ثم سنقوم بتحليلها ومناقشتها للإجابة على اشكالية الدراسة والتحقق من الفرضية في ضوء الإطار النظري للدراسة والنتائج المتوصل اليها في الدراسات السابقة.

1. عرض الحالة:

1- تقديم الحالة:

البيانات الأولية:

الاسم: سعيدة الجنس: انثى السن: 63 سنة

المستوى الدراسي: ثالثة ثانوي المهنة: موظفة متقاعدة

عدد الاخوة: 4 ذكور 3 اناث الرتبة: 2، الكبرى في البنات

الاب: 90 سنة الام: متوفاة.

الحالة الاجتماعية: مطلقة

الحالة الاقتصادية: ميسورة.

الحالة الصحية: سرطان الثدي منذ فيفري 2018

السوابق المرضية: السكري

السوابق المرضية العائلية: الاب لديه سكري وارتفاع ضغط الدم أساسي، اثنان من الاخوة لديهم السكري، الأخت الصغرى سرطان الرئة (أكتشف حديثا)، الأخ الأكبر متوفي على إثر الإصابة بـTEFOIDE، بنات خالت أمها لديهم سرطان الثدي.

الجانب العلائقي: تعيش في بيتها الخاص رفقة ابها المريض وهي المسؤولة عنه وعلاقتها متوترة وكذا علاقتها مع الاخوة الذكور جد متوترة اما علاقتها جيدة مع اخوتها البنات.

الجانب الوجداني: البكاء والحزن بشكل دائم.

الجانب المعرفي: نظرة مستقبلية تشاؤمية في قولها: "راني خافية غير من الي جاي، واش راح ندير"، نظرة سلبية نحو الذات: "علاه أنا غير أنا كرهت روعي"، وكذلك من خلال مجمل المقابلات الأولية السابقة للعلاج تمكنا من رصد جملة من معارف اللاعقلانية لدى المفحوصة منها:

التهويل: مثل عدم قدوم أخيها بعدما طلبته في الهاتف مباشرة: ماعلا بلوش بي وبياه وعلاه طول هكذا يقضي قضياتو ساع ومباعد بياه.....

أخطاء في التفسير: "كون نقول لاختي مانجيش تزيد تمرض وتسوء حالتها"، "كون نقول لخاوتي عاونوني في بابا يرفضوا" العجز: "واحد ما يحبني"

السلبية: "علا بالي بروحي ما بقالي والو ونموت"، "ما نيش راح نشوف يوم مليح"

الملاحظة العامة عن الحالة: منضمة الهندام، استرسال في الكلام، مثقفة، لباقة، وجه شاحب، البكاء بين الحين والآخر، جدية ومنضبطة ودقة في التفاصيل.

2- أهم ما جاء في التاريخ النفسي والاجتماعي للمفحوصة:

1-2 دافع الطلب: على الرغم من ان المفحوصة تعاني من سرطان موضعي أي ان انه اقتصر على الثدي المبتور لكن المفحوصة كانت لديها خوف وقلق دائمين وهي من سعت لطلب المساعدة والعلاج النفسي حتى أنها حاولت الذهاب الى

طبيب نفسي لأنها وحسب قولها عندي أفكار لاعقلانية دائمة وقاهرة ولا أستطيع التخلص منها، ومنذ الحصة الأولى أبدت التعاون والرغبة في التغيير وتطبيق كل ما يطلب منها أملاً في العلاج وتعديل أفكارها.

2-2 التاريخ الشخصي: لقد عاشت المفحوصة طفولة جميلة ومراحل عمرية عادية، كانت خجولة وكثيرة الخوف، عندما كانت تدرس في الابتدائي كانت محبوبة لدى الجميع ليس لديها صديقات، امتت أطوارها التعليمية الثلاث لكنها لم تتحصل على شهادة البكالوريا فالتحقت بمركز التكوين المهني وتحصلت على شهادة الآلة الراقنة وتمكنت من التوظيف والعمل. تزوجت بالرغم عنها بصديق ابها وانفصلت منه بعد سنة.

2-3 التاريخ الأسري: عاشت في كنف عائلة مليئة بالحب والحنان والدلال الخاص لها من طرف الوالد، لكن الأم كانت تمارس معهم لغة التخويف، الأم متوفية بعد معاناة دامت 7 سنوات على إثر سقوطها أثناء أداءها لمناسك الحج وتحملت المفحوصة مسؤولية رعايتها، الأب على قيد الحياة، تعرض لارتفاع ضغط الدم بعد افلاسه وأصيب بشلل كلي وبقي في المستشفى مدة شهر وبعدها تعافى وتحملت المفحوصة مسؤولية رعايته بعد وفاة أمها مرة أخرى، صرحت الحالة ان علاقاتها كانت جيدة مع عائلتها في مراحل صغرها لكن الوضع تغير بعد وفاة أخيها الأكبر (على إثر المرض)، ولقد أوضحت المفحوصة ان هذا الأخير توفي بين يدها وعاشت خلالها صدمة كبيرة لم تستطع تجاوزها الا بعد فترة زمنية معتبرة. عايشت المفحوصة صدمة ثانية بعد وفاة والدتها لكن معاناتها ازدادت أكثر عند انفصالها عن ابن اختها الذي رتبته لمدة 13 سنة.

3- التشخيص:

تعاني الحالة من سرطان الثدي الذي تم بتره والورم كان على مستوى الثدي فقط وهي تخضع للعلاج الكيميائي، لكن الحالة لديها أفكار تتعلق بالموت، تخاف سماع خبر وفاة أحد المقربين منها وبالتالي تخاف فقدان اختها او ابن اختها أو ابها (الخوف من البقاء وحيدة، الخوف من الموت)

تخاف كثيراً ولا تستطيع مواجهة اخوتها الذكور بتحمل مسؤولية ابها معها.

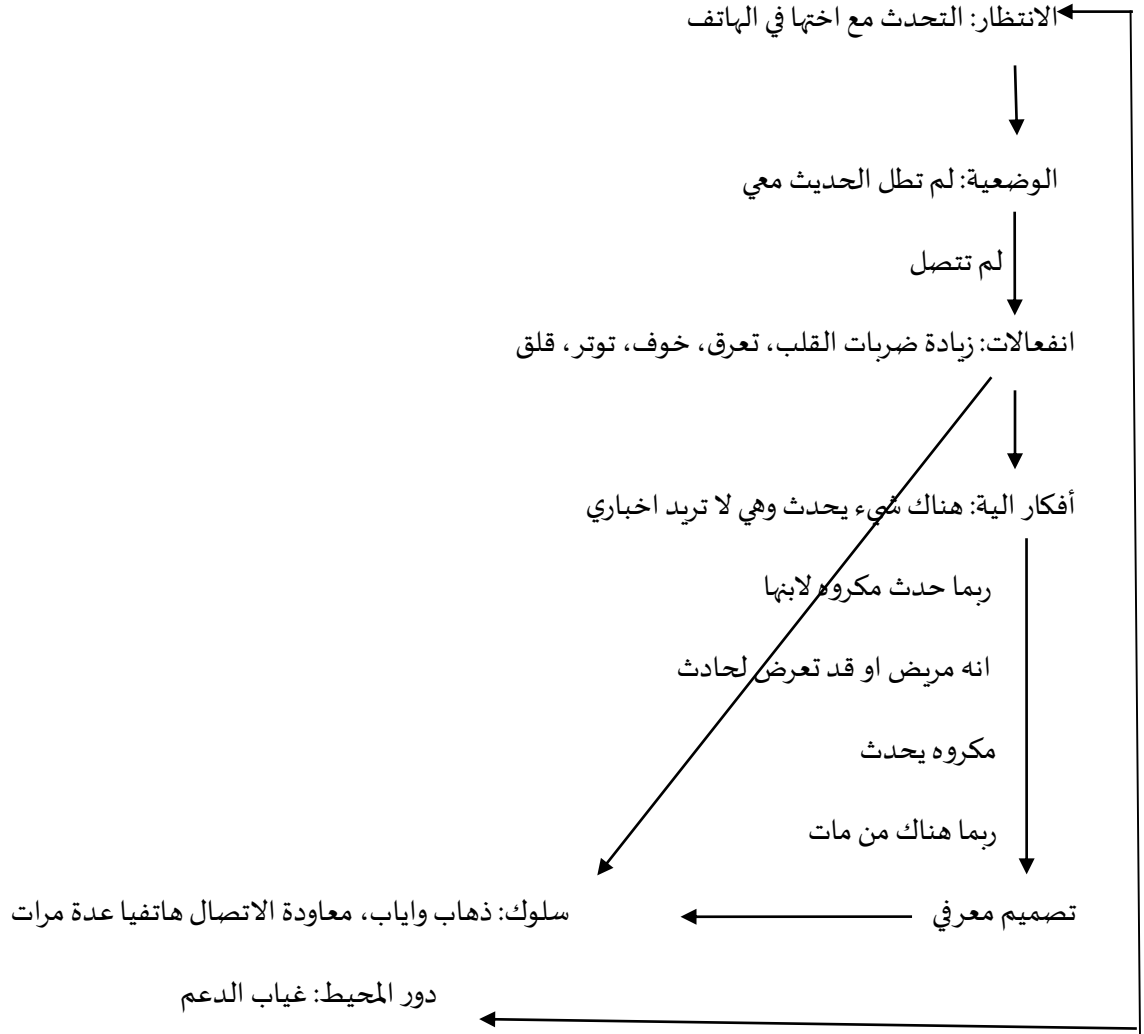
لديها أفكار لا عقلانية (حسب قولها هي) عندما تتصل بي اختي من الخارج ولا تطيل معي الحديث ابدأ بالتفكير "هناك امر سيئ ولم تخبرني به ابنا حدث له منكر ولا تريد اخباري وأقلق وانفعل تزداد دقات قلبي وأخاف من ان يصيبهم مكروه ولا أستطيع ان اتجنب هذه الأفكار بالرغم ان اختي تتصل بي في اليوم التالي وتطمئنني لكن نفس الأفكار دائماً أخاف من ان يحدث لهم شيئاً".

أفكار أخرى تقول " ان ابي يحاشمني وما يهدرش معايا وانا ما درت والو " بالرغم انها قالت لي أنها لا تتحدث معه الا نادراً لأنه لا يوجد ما تتحدث فيه معه.

اما فيما يتعلق بالبر فقالت انها ليست مزعجة من ذلك ولم تبالي به وحين سألتها عن علاقاتها مع الأقارب فقالت انها لا تذهب للمناسبات العائلية لأنها ليست مستعدة لمواجهتهم (انسحاب اجتماعي، تجنب، انكار).

4-التحليل الوظيفي: قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة (SECCA) بحيث تضمن التحليل العرضي والماضي للسلوك المضطرب المفحوصة (اخترنا أحد الوضعيات التي كانت تثير قلق المفحوصة ومخاوفها من بين مجموعة الوضعيات التي جمعناها خلال المقابلات الأولية) كما يلي:

1-4- التحليل العرضي: (الآن والحين)



2-4- التحليل التاريخي:

-معطيات بنيوية:

- وراثية: أب يعاني من ارتفاع ضغط الدم أساسي، اثنان من الاخوة يعانون من السكري، بنات الخالة لديهن سرطان الثدي، الأخت الصغرى (تشخيص حديث خلال تطبيق البرنامج) سرطان الرئة.
- شخصية: سمات شخصية منتظمة، منضبطة، كثيرة الخوف.
- عوامل مشجعة لاستمرار العرض: تحمل مسؤولية اب مريض واستمرار الضغط عليها.
- عوامل مسببة ومثيرة: طلاقها، وفاة الأخ الأكبر إثر مرضه TEFOIDE، وفاة الام، مغادرة ابن اختها للعيش مع امه بعدما قضى معها مدة 13 سنة، التقاعد.

-العلاجات السابقة:

- علاجات دوائي: السكري

5-الفرضيات: يعتبر الفرض أحد العناصر الأساسية في برتوكول العلاج المعرفي السلوكي، ولذلك ولاتباع الخطوات المنهجية لهذا العلاج ارتأينا أن يكون الفرض هو نفسه فرضية الدراسة والتي صيغت كما يلي: لتكفل معرفي سلوكي دور في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المرأة مبتورة الثدي.

ومن خلال التحليل الوظيفي للمفحوصة ومحتوى المقابلات الأولية إضافة الى نتائج مقياس الأفكار اللاعقلانية التي تحصلت عليها والتي قدرت بـ 87 درجة (78 هي درجة النمط العام) تدل على أن المفحوصة لديها أفكار لاعقلانية.

وتوضح النتائج المتحصل عليها في الجدول التالي:

جدول رقم: (06) يوضح نتائج القياس القبلي

| رقم الفكرة | مضمون الفكرة | أرقام العبارات المرتبطة بها | الدرجة المتحصل عليها |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| 01 | طلب التأييد والاستحسان | 1 ، 14 ، 27 ، 40 | 7 |
| 02 | ابتغاء الكمال الشخصي | 2 ، 15 ، 28 ، 41 | 7 |
| 03 | اللوم القاسي للذات والآخرين | 3 ، 16 ، 29 ، 42 | 7 |
| 04 | توقع الكوارث | 4 ، 17 ، 30 ، 43 | 7 |
| 05 | التهور الانفعالي | 5 ، 18 ، 31 ، 44 | 7 |
| 06 | القلق الدائم | 6 ، 19 ، 32 ، 45 | 8 |
| 07 | تجنب المشكلات | 7 ، 20 ، 33 ، 46 | 7 |
| 08 | الاعتمادية | 8 ، 21 ، 34 ، 47 | 6 |
| 09 | الشعور بالعجز | 9 ، 22 ، 35 ، 48 | 8 |
| 10 | الانزعاج لمشاكل الآخرين | 10 ، 23 ، 36 ، 49 | 6 |
| 11 | ابتغاء الحلول الكاملة | 11 ، 24 ، 37 ، 50 | 6 |
| 12 | الجدية والرسمية | 12 ، 25 ، 38 ، 51 | 5 |
| 13 | علاقة الرجل بالمرأة | 13 ، 26 ، 39 ، 52 | 6 |

لاحظنا أن نتائج الاختبار رسمت للمفحوصة الصفحة النفسية التالية:

-كانت للمفحوصة أفكار لاعقلانية عالية جدا مرتبطة بفكرة القلق الدائم وفكرة الشعور بالعجز.

-كانت للمفحوصة أفكار لاعقلانية عالية مرتبطة بأفكار: طلب التأييد والاستحسان، ابتغاء الكمال الشخصي، اللوم القاسي للذات والآخرين، توقع الكوارث، التهور الانفعالي، تجنب المشكلات.

-كانت للمفحوصة أفكار متأرجحة بين العقلانية واللاعقلانية مرتبطة بأفكار: الاعتمادية، الانزعاج لمشاكل الآخرين، ابتغاء الحلول الكاملة، علاقة الرجل بالمرأة.

-كانت للمفحوصة أفكار عقلانية مرتبطة بفكرة الجدية والرسمية.

6- تقديم المقابلات العلاجية:

الجلسة الأولى: تمت هذه المقابلة في جو من الألفة والارتياح كون المفحوصة اكتسبت نوعا من الثقة في المقابلات الأولى، وبالتالي كانت البداية بتقديم البرنامج العلاجي وتوضيح معنى هذا العلاج وهدفه مثل:

-هذا العلاج موجه لتعديل الأفكار الغير المنطقية وجعل السلوك أكثر توافقا وتكيفاً مع أسلوب الحياة، ومن خلال معرفة توقعات المفحوصة من هذا العلاج قمنا بتحديد الأهداف العلاجية حسب الأولوية وإمكانية تحقيقها، الاتفاق على عدد الجلسات والتي ستكون في حدود 10 جلسات وموعد ثابت بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع لمدة زمنية لا تتجاوز الساعة مع التأكيد على ضرورة الانضباط والالتزام وكان ذلك هو العقد العلاجي.

-تطبيق القياس القبلي.

-عرضت بعدها على المفحوصة التقنية العلاجية الأولى وهي تعديل التنفس ومن ثم تطبيق تقنية الاسترخاء التنفسي وكان الهدف منها تخفيف القلق الدائم الذي تعاني منه المفحوصة وكذا تحفيزها على المواصلة في العلاج.

ولجعل المفحوصة تدرك أخطاء التفكير التي تعاني منها طبقنا تقنية الحوار السقراطي وذلك بطرح مجموعة من الأسئلة، اخترت أحد الوضعيات التي تثير قلقها: كانت المفحوصة ترغب في الذهاب الى الخارج لزيارة أختها وتراودها ففكرة: ما يعطيوليش الفيزا؟

ما الدليل على هذه الفكرة؟

علايلي ما يمدوليش، أم قالولي زيدي جيبي وراقي آخرين.

كيف يمكن أن تفسر الوضعية أيضا؟

ما يمدوليش. إذا كان ذلك صحيحا ماذا يعني لك ذلك؟

نخمم في أختي كون ما نروحش واش راح يصرالها، تولى تبكي وتسوء وضعيتها وأنا ثاني نزرعج وما نقدر نديرلها والو. وماذا بعد؟ لازم نروحلها كون مانروحش تموت.

ثم ناقشت معها فكرة الموت: هل فعلا ان لم تذهبي تموت اختك؟ لا. لماذا قلت تموت؟ ربما لأنها مريضة.

هل المريض فقط هو من يموت؟ لا.

-تغذية رجعية: كانت المفحوصة راضية، خاصة بعد تطبيق تقنية التنفس احست بالراحة.

-الواجب المنزلي: إعادة تطبيق تقنية التنفس مرة أو مرتين خلال الأسبوع حتى خارج الوضعيات المثيرة للقلق.

الجلسة الثانية:

بعد الترحيب بالمفحوصة سألتها على ما تم خلال الأسبوع الماضي منذ يوم تركتني الى يوم قدومها، وبعدها سألتها عن الواجب المنزلي، أبدت المفحوصة الاستحسان خاصة انها طبقت عملية التنفس وقالت انها مفيدة في التخفيف من القلق.

-سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاثة: من خلال هذا السجل سأطلب من الحالة ان تصف بدقة وبالتفصيل الوضعية الضاغطة المسببة للتوتر والقلق خلال الأسبوع مع ذكر جميع الأفكار التي تراودها (المونولوج الداخلي) وكذا تحديد كل ما تحس به على المستوى الجسدي (خفقان، اختناق....) ونفسي: خوف، رعب، الخ.

مع تقييم كل من درجة الأفكار والانفعالات وفق سلم متدرج من 0 الى 8 حسب تقديرها الخاص ومدى قناعتها بها وذلك بتدريب المفحوصة على كيفية إنجازه.

مثال تطبيقي لوضعية عرضتها المفحوصة:

جدول رقم: (07) يوضح سجل الأفكار الآلية

| الوضعية | الأفكار الآلية | الاحاسيس والانفعالات |
|-------------------------|---|--|
| تصرفات الاب المريض معها | تحصر على حالي ما عنديش الزهر مع حتى واحد | خفقان القلب واحمرار الوجه وارتجاف وتوتر |
| | التقييم: 8/8 | التقييم: 8/8 |

نأخذ أحد الأفكار حسب الأولوية بالنسبة للمفحوصة ونقوم بتحليلها بتطبيق تقنية السهم التنازلي.

-السهم التنازلي: هذه التقنية تسمح بتحليل الأفكار، القوانين والمسلمات، التصميمات المبكرة، من خلال طرح مجموعة من الأسئلة كما يلي:

روحنا الى الجزائر العاصمة وكي جينا نروحو ما لقيناش transport



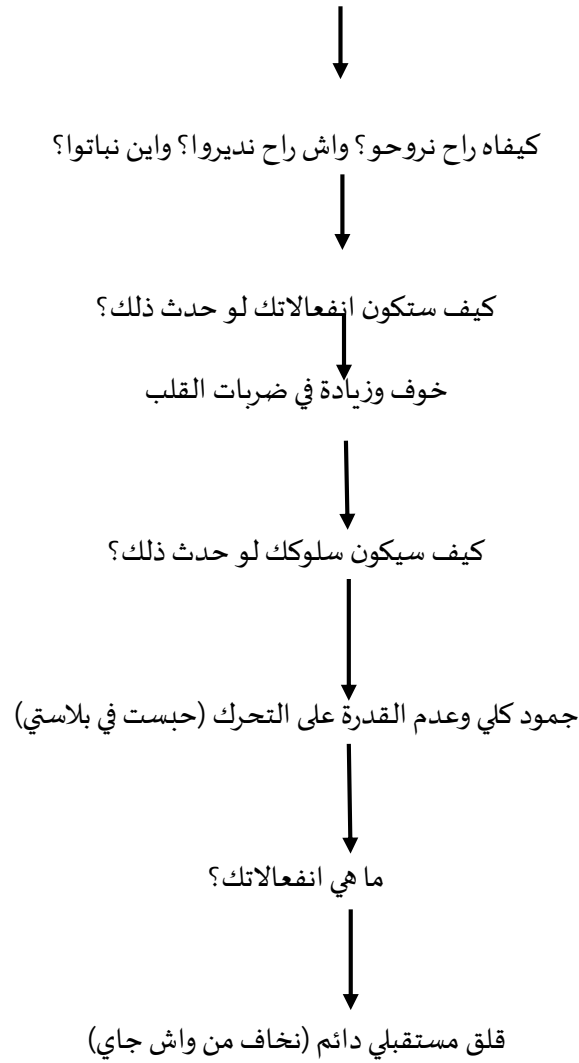
ماهي عاقبة الفعل؟



هنا صارلي قلق وضيق في الصدر



ماذا يمثل لك ذلك؟



شكل رقم: (06) يوضح تقنية السهم التنازلي

بعد تطبيق هذه التقنية سألت المفحوصة هل تمكنتي من العودة الى بيتك فأجابت نعم لكن أفكارني مبالغ فيها

التغذية الرجعية: صرحت المفحوصة بأنها بدأت تعي ان سبب قلقها هي أفكارها المتسلطة والالزامية.

الواجب المنزلي إعادة تطبيق سجل الاعمدة الثلاث في الوضعيات المثيرة للقلق حتى تستطيع حصر أفكارها اللاعقلانية.

الجلسة الثالثة:

-استلھينا الجلسة بالترحيب ومعرفة المردود الأسبوعي، حيث أمضت المفحوصة أسبوع متوتر نتيجة المشكلات العائلية التي تواجهها.

-وبعدها قمنا بمناقشة الواجب المنزلي حيث تطرقنا الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها، وكذا التقييم الذاتي الذي وضعته لكل من الأفكار الالية التي راودتها خلالها وقمنا مناقشة احدى الوضعيات باعتماد تقنية إعادة البناء المعرفي كما يلي:

-تقنية إعادة البناء المعرفي: الفكرة: ما عنديش الحظ حتى مع واحد.

ماهي الأدلة المؤكدة للفكرة؟ ما هي الاحتمالات الأخرى؟

-نقوم بتجربة سلوكية لاختبار البناءات المعرفية: هل ستتحقق هذه الفكرة ام لا؟ سنقوم بإعداد جدول معا:

جدول رقم: (08) يوضح سجل الأحكام الإيجابية والأحكام السلبية

| الأحكام الإيجابية | الأحكام السلبية |
|--|---|
| -حقيقة معايا بابا. -لم أطلب من أي أحد المساعدة. -اختي ولدها يعاونوني ساعات. -عندي جيراني حتى هم كون نقوللهم يعاونوني. -حتى صديقاتي يسقسيو علي ديما | -يطلع النهار علي نلقى روجي وحدي. -نبات معاه وحدي. -مكانش الي قولي نجي نعوضك باه ترتاحي. |

من خلال هذه الأحكام تبين ان المفحوصة تبالغ في أفكارها وتركز على السلبيات أكثر من التركيز على الإيجابيات. وقد أدركت هي أيضا ذلك.

-تدريب المفحوصة على كيفية تسجيل الأفكار الالية وإيجاد أفكار بديلة باستخدام سجل الأفكار البديلة بهدف إعادة صياغة وبناء افكارها بصورة منطقية وإيجابية.

مثال تطبيقي مع المفحوصة:

جدول رقم: (09) يوضح سجل الأفكار البديلة

| الوضعية | الانفعالات و الاحاسيس | الأفكار الآلية | الأفكار البديلة الايجابية | العواقب والاثار |
|------------------------------------|--|--|--|---|
| طلب منه الاب الذهاب عند أمه الميثة | ضيق في الصدر، خفقان القلب وخوف | راح يموت | بلاك توحش أمه ساعات يخرف برك لأنه مريض | ارتياح: 8/6 الأفكار البديلة: 8/8 |
| وصف الوضعية الضاغطة بدقة | وصف وذكر الاحاسيس والانفعالات. تقدير الشدة من: 8/8 إلى 0 | جرد ووصف الأفكار الآلية: أو المنولوج الذاتي. تقدير مدى قناعتك بهذه الأفكار من: 8/8 إلى 0 | وضع أفكار بديلة ايجابية (بدل الأفكار السلبية). تقدير مدى قناعتك بها من: 0 إلى 8 8/8 | تقدير الأثر على: الاحاسيس والعواطف من: 0 إلى 8 مدى تغير قناعتك بالأفكار الآلية من: 0 إلى 8 |

-تلخيص محتوى الجلسة: قمنا بتلخيص ما تم خلال الجلسة معا.

-التغذية الرجعية: تمكنت المفحوصة من استيعاب التقنيات حتى انها كانت راضية وزاد ادراكها للتشوهات المعرفية التي كانت لديها.

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار الآلية وتطبيق تقنية إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار البديلة الايجابية ذي المحاور الخمسة)

الجلسة الرابعة:

-بدأنا الجلسة بمعرفة المردود الأسبوعي ومن ثم تطرقت الى مناقشة الواجب المنزلي وما تم تسجيله من قبل المفحوصة من وضعيات ومقارنة عدد الاحكام الإيجابية مع عدد الاحكام السلبية بهدف زيادة استبصار المفحوصة بنفسها. كما ناقشنا الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعته بهدف التعمق أكثر وإدراك المفحوصة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاتها.

-تطبيق تقنية الحوار الذاتي:

قمت بتدريب المفحوصة على محاور افكارها الآلية ومحاولة الحد منها واستبدالها بأفكار بديلة أكثر إيجابية وذلك من خلال المثال التطبيقي التالي: المفحوصة وهي في طريقها لإجراء المقابلة العلاجية تلقت رسالة الكترونية من طرف أختها واعتمادا على هذه الوضعية قمنا بتطبيق هذه التقنية.

ما الفكرة التي تراودك الآن وتثير خوفك؟

الخوف من المستقبل، وموت لأقرب الناس.

ما سبب ظهور هذه الفكرة؟

اتصال أختي بي والحاحها علي بإعادة تكوين ملف جديد من أجل الفيزا.

هل هناك دليل يؤكد هذه الفكرة؟

نعم المرض

ربما قد تكون هناك مبررات أخرى؟

الغربة صعبة وهي وحدها وزيد الاشتياق للعائلة.

ما الفكرة البديلة التي يمكنك وضعها؟

اخي محتاجة لرؤية أحبها بالقرب منها، ليس لديها أحد.

هل من فكرة أخرى؟

المريض يحتاج للمساندة والرفقة.

أرأيت كيف أنك تمكنت من إعطاء تفسير آخر أكثر منطقية.

بعد هذا التفسير قدمت للمفحوصة سجل الأفكار البديلة الإيجابية ذو المحاور الخمسة حتى تتمكن من السيطرة على الأفكار اللاعقلانية التي تراودها وتعويضها بأفكار بديلة ملائمة وتدريبها عليه بأخذ الفكرة التي تمت مناقشتها سلفا ومساعدتها على إيجاد أفكار أكثر منطقية.

-تلخيص ما تم تقديمه خلال الجلسة.

-التغذية الرجعية: استيعاب المفحوصة للتقنية والرضا على ما تم تقديمه خلالها.

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، محاولة تطبيق تقنية الحوار الذاتي، تطبيق سجل الأفكار البديلة الإيجابية ذي المحاور الخمسة.

الجلسة الخامسة:

-الاطلاع على مجريات الأسبوع الماضي

-ثم ناقشنا الواجب المنزلي حيث تطرقنا الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها أبدت المفحوصة التفاؤل كونها تعرضت لوضعيات مقلقة وتمكنت من السيطرة على انفعالاتها وذلك بتطبيق الاسترخاء والأفكار البديلة، التقييم الذاتي الذي وضعته المفحوصة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة كان 8/6 وبالاطلاع على البدائل التي وضعتها. كان أداءها جيد متواصل ومتقدم (تقييم الأفكار البديلة 8/8)

-تطبيق تقنية حل المشكلات:

من خلال هذه التقنية نساعد المفحوصة على النظر الى الوضعيات المقلقة على انها مشكلة تستدعي الحل، حيث تقوم بتحديد المشكلة بدقة ثم تقوم بوضع كل الحلول الممكنة والمناسبة لها وبعدها تقوم بترتيبها حسب الأولوية وتختار الأفضل بالنسبة لها. وفي هذا الخصوص طرحت المفحوصة المشكل التالي:

تريد إيجاد حل فيما يتعلق بتحمل مسؤولية أبيها لوحدها.

تم تحديد الحلول الممكنة التي اقترحتها المفحوصة مع إمكانية تطبيقها وأولها هي عرض المشكل على إخوتها وطلب المساعدة منهم وإجراء الدور معها مع تعليم المفحوصة طريقة الحوار والمناقشة.

-تلخيص ما تم تقديمه خلال الجلسة.

-وفي التغذية الرجعية أبدت المفحوصة استعدادا لمواجهة إخوتها وطلب المساعدة.

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، محاولة تطبيق تقنية حل المشكلات.

الجلسة السادسة:

-دائما نستهل الجلسة بمعرفة مجريات الأسبوع الماضي.

-ومن ثم تطرقنا لمناقشة الواجبات المنزلية، تمكنت المفحوصة من تسجيل وضعية مثيرة للقلق قبل اخبار إخوتها بتحمل مسؤولية أبيها وتمكنت من وضع أفكار بديلة كما أنها واجهتهم وتم التفاهم وتحديد دور لكل واحد منهم.

-تطبيق تقنية العرض التخيلي: وهي تقنية سلوكية تهدف الى العرض التدريجي للمفحوصة في الوسط الاجتماعي بعد انسحابها والهدف منها هو جعل المفحوصة قادرة على مواجهة مشكلتها والسيطرة على الوضعيات المثيرة لخوفها والاندماج اجتماعيا.

أغمضي عينيك واسترخي خذي نفسا عميقا واسترخي، انت الآن في عرس لأحد الأقارب؟ والجميع ينظر اليك صفي لي ما الأفكار التي تراودك؟ ما احساسك؟ وحاولي تقييمها؟

انت في العرس دائما خذي نفسا عميقا لمدة 5 ثا احبسي انفاسك 10 ثا ثم زفير لمدة 15 ثا مرة أخرى تنفسي بعمق لمدة 5 ثا احبسي انفاسك لمدة 10 ثا ثم زفير لمدة 15 ثا تبادل الحضور ابتساما وانت مليئة بالثقة بالنفس خذي نفسا عميقا مجددا لمدة 5 ثا احبسي انفاسك لمدة 10 ثا ثم زفير لمدة 15 ثا، ما الافكار التي تراودك الآن؟ وما هي احساسيسك؟ حاولي تقييمها؟ خذي نفسا عميقا مجددا لمدة 5 ثا احبسي انفاسك لمدة 10 ثا ثم زفير لمدة 15 ثا انت مستعدة الآن للحديث معهم بكل طلاقة اقتربي وتنفسي بعمق لمدة 5 ثا احبسي انفاسك لمدة 10 ثا ثم زفير لمدة 15 ثا

تحديثي وانت كلك ثقة بنفسك احسنت انت تتحدثين بحرية ودون خوف خذي نفسا عميقا لمدة 5 ثا احبسي انفاسك لمدة 10 ثا ثم زفير لمدة 15 ثا لقد كنت ممتازة وانت تبترسمين لأنك ناجحة تنفسي الآن بكل راحة تنفسي وانت مرتاحة، ما الأفكار التي تراودك الآن؟ وكيف تحسین؟ ما تقييمك؟ تنفسي براحة لقد انهيت حديثك بامتياز وانت مرتاحة تنفسي براحة ستغادرين العرس وانت متفائلة بنجاحك تنفسي براحة وافتحي عينك ببطء انت مرتاحة الآن.

كيف حالك؟ قالت انها اندمجت مع الوضعية وعايشت الموقف حقيقة، كانت الصعوبة الكبرى في كيفية الاستعداد للذهاب وليس بقية الموقف.

-بعد تلخيص محتوى الجلسة أبدت المفحوصة الارتياح وقالت ان التقنية أعجبتها.

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، محاولة تطبيق تقنية العرض التخيلي للوضعيات التي تتجنبها.

الجلسة السابعة:

-بدأت بالترحيب ومعرفة المردود الأسبوعي.

-قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية حيث لمست تمكن المفحوصة من استخدام التقنيات التي تعلمتها في كل المواقف التي تواجهها وتجاوز العديد من الوضعيات والمشاكل العائلية حتى أنها كانت جد متفائلة بذلك لكن جاءت بالجديد وهو أنها رغم كل ما حققته، أمضت هذا الأسبوع مزعجة دون أي سبب يذكر ورغم انها استطاعت التغلب على كل المتاعب.

-من خلال الطرح الذي قدمته والصعوبات التي واجهتها قمنا بتحديد عمل هذه الجلسة وذلك كما يلي: إعادة مناقشة أفكار المفحوصة: وبالتالي ناقشنا هذا القلق مع بعضنا فتبين أنها لم تتمكن من مواجهة مخاوفها مع ذاتها ودليل ذلك أنها لم تتمكن من مشاهدة مقاطع فيلم عرض فيها معاناة شخص مريض، حتى أنها عندما تذهب لإجراء الأشعة بينما هي في قاعة الانتظار ويتم إحضار مريض في سيارة الإسعاف تدير وجهها ولا تستطيع رؤية المشهد ويزداد قلقها وخوفها.

من خلال هذا السرد قمنا بإعادة تطبيق تقنية العرض التخيلي لهذا المشهد لتمكين المفحوصة من مواجهة نفسها وتقبل مرضها.

-وبعد تلخيص محتوى الجلسة تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب المفحوصة لما تم خلال الجلسة، وارتياحها بعد تطبيق التقنية.

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، طلبت من المفحوصة محاولة تطبيق التعريض الحقيقي ومحاولة مشاهدة المقاطع التي تتجنبها.

الجلسة الثامنة:

-من خلال المردود الأسبوعي قالت المفحوصة أنه كان لا بأس به.

-وعند مناقشة الواجبات المنزلية تمكنت المفحوصة من مشاهدة المقاطع المثيرة لقلقها والتي تحتوي على معاناة شخص مريض، مع تطبيق تقنية الاسترخاء والحوار الذاتي واستبدال الأفكار المزعجة بأفكار بديلة منطقية، حيث قالت انها ليست ذلك الشخص وأنا لم أدخل الإنعاش ولست عاجزة كليا مثله، أنا أفضل منه.

-إعادة تطبيق تقنية الحوار الذاتي: في هذه الجلسة طرحت المفحوصة فكرة أنها شخصية ضعيفة وخوافة وبعد مناقشة هذه الفكرة طبقنا تقنية الحوار الذاتي باستعمال الأفكار البديلة. وذاك للتعامل مع الأفكار السلبية المتبقية واكتساب مزيد من السيطرة على الأفكار التي تؤدي إلى القلق في مواجهة المواقف الاجتماعية العائلية.

-بعد تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب المفحوصة لما تم خلال الجلسة، وارتياحها بعد تطبيق التقنية.

-الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، محاولة زيارة الأقارب.

الجلسة التاسعة:

-كان المردود الأسبوعي جيد نظرا للإنجاز الكبير الذي تمكنت المفحوصة من القيام به.

-قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية حيث صرحت المفحوصة أنها تمكنت مواجهة أختها المريضة وأخبرتها أنها يمكن ان لا تذهب اليها وعليها أن تتعامل مع الوضع وان تتقبل مرضها وتتعايش معه في انتظار قدومها إن شاء الله. حيث قامت بتسجيل الوضعيات ومنها التالية:

جدول رقم: (10) يوضح سجل الأفكار البديلة لأحد الوضعيات التي سجلتها المفحوصة

| الوضعية | الأحاسيس والانفعالات | الأفكار الآلية | الأفكار البديلة | العواقب والآثار |
|-----------------|----------------------|--|--|------------------------------------|
| الحديث مع أختها | توتر وخوف. | سيؤثر عليها حديثي وسيتفاقم، وضعها الصحي. | بلاك أنا ما نقدرش نجي تساعد روحها، وتقوا من أجل ولدها. | الإحساس بالراحة والطمأنينة. 8/8 |
| | 8/3 | 8/3 | 8/8 | |

-بعدها قمت بدعمها وتقويتها من خلال تطبيق عملية الاسترخاء لمدة دقيقتين وتكرار التقنية لمدة 10 مرات مع العرض التخيلي.

-بعد تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب الحالة لما تم خلال الجلسة، وارتياحها بعد تطبيق التقنية.

-الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية الاسترخاء التنفسي، سجل الأفكار البديلة، محاولة زيارة الأقارب.

الجلسة العاشرة:

-كان المردود الأسبوعي جيد نتيجة التحسن المستمر الذي تمكنت المفحوصة من الوصول اليه.

-قمنا بمناقشة الواجبات المنزلية حيث صرحت المفحوصة أنها تمكنت حتى من مواجهة مخاوفها عند إجراء الأشعة وذلك بتطبيق الاسترخاء والحوار الذاتي وهي في قاعة الانتظار، وبالتالي تشجيعها على مواصلة انجاز هذه الواجبات لتثمين المكاسب المحققة ومنع الانتكاسة.

-قمنا بتقييم كل الجلسات حيث عرضت عليها تقييمها الذي قدمته خلال كل الجلسات ومقارنة النتائج ومدى التحسن الذي حققته.

- بعد تلخيص محتوى الجلسة وما تم عرضه خلالها، تمثل محتوى التغذية الرجعية في استيعاب الحالة لما تم تقديمه من تقنيات خلال كل الجلسات.

-تطبيق القياس البعدي.

-تحديد كيفية للتواصل ان استلزم الأمر، مع الاستمرار في تطبيق التقنيات التي تعلمتها.

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الفنيات التي تعلمتها في مختلف المواقف لتعزيز سلوكيات المفحوصة.

جدول رقم: (11) يوضح تلخيص مضمون الجلسات

| رقم الجلسات | أهدافها | فنياتها |
|----------------|--|--|
| الجلسة الأولى | - التعريف بالبرنامج المعرفي السلوكي. -فهم المفحوصة لمشكلتها. -ضبط توقعات المفحوصة بصورة واقعية تخدم الأهداف المسطرة. -تقوية العلاقة مع المفحوصة وحثها على بذل جهد للوصول الى الأهداف المرجوة. | -الاسترخاء التنفسي. -تقنية الحوار السقراطي. -الواجب المنزلي. |
| الجلسة الثانية | -التعرف على البنية المعرفية للمفحوصة. -استبصار المفحوصة بأفكارها اللاعقلانية وكيفية تأثيرها على انفعالاتها. -شرح كيفية تأثير الأفكار الآلية على الانفعالات. | -إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاثة). -تقنية السهم التنازلي. -الواجب المنزلي. |
| الجلسة الثالثة | -تحليل ومناقشة الأفكار الآلية للمفحوصة. -تدريب المفحوصة على إيجاد أفكار بديلة إيجابية مكان الأفكار الآلية. | -تقنية إعادة البناء المعرفي (الاحكام السلبية والاحكام الإيجابية). -تقنية الأفكار البديلة الإيجابية. |

| | | |
|---|--|----------------|
| -الواجب المنزلي. | | |
| -تقنية الحوار الذاتي. -الواجب المنزلي. | -مناقشة الأفكار الآلية للمفحوصة وتحليلها. -الزيادة في فهم وإدراك المفحوصة لأفكارها الآلية. -تدريب المفحوصة على إيجاد أفكار بديلة إيجابية. | الجلسة الرابعة |
| -تقنية حل المشكلات. -الواجب المنزلي | -تدريب المفحوصة الى النظر للوضعيات المقلقة على انها مشكلة تتطلب الحل. -تمكين المفحوصة من إيجاد حل للمشكلة. | الجلسة الخامسة |
| -تقنية العرض التخيلي. -الواجب المنزلي. | -تدريب المفحوصة على مواجهة الوضعيات المقلقة والمشاركة في المناسبات الاجتماعية عن طريق التعريض التدريجي. -تدريب المفحوصة على المهارات الاجتماعية. | الجلسة السادسة |
| -تقنية العرض التخيلي. -الواجب المنزلي. | -الزيادة في تعزيز ودعم المفحوصة سلوكيا لتمكينها من التعريض الحقيقي. -تمكين المفحوصة من الفهم الأكثر لحالتها وتقييمها الذاتي باستمرار لوضعياتها. | الجلسة السابعة |
| -تقنية الحوار الذاتي. -الواجب المنزلي. | -السيطرة على الأفكار السلبية المتبقية. -تحفيز المفحوصة وتشجيعها على القيام بالمواجهة الحقيقية. | الجلسة الثامنة |
| -الحوار والمناقشة. -تقنية الاسترخاء التنفسي. -الواجب المنزلي. | -مناقشة بعض استفسارات المفحوصة. -ترقية فنية الاسترخاء. -تهيئة المفحوصة لإنهاء الجلسات العلاجية. -دعم وتقوية المفحوصة. | الجلسة التاسعة |
| -تطبيق القياس البعدي. -التشجيع | -تقييم شامل لكل الجلسات. -تثمين المكاسب. -تطبيق القياس البعدي. -اعلام المفحوصة بإنهاء البرنامج العلاجي. -اعلامها بإمكانية الاتصال عند الضرورة. | الجلسة العاشرة |

7- القياس البعدي:

تم تقديم مقياس الأفكار اللاعقلانية لسليمان الريحاني للمفحوصة كقياس بعدي لتقدير درجة الأفكار العقلانية واللاعقلانية لدى المفحوصة بعد شهرين ونصف من آخر جلسة علاجية في التكفل العلاجي المقترح سلفا، وذلك لتقييم فعالية هذا البرنامج العلاجي، وقدرت درجات القياس البعدي بـ 74 درجة (78 درجة هي خط النمط العام) وتدل النتيجة على أن تفكيرها يميل إلى العقلانية أكثر من اللاعقلانية بدلا من 87 درجة التي تحصلت عليها في القياس القبلي والتي مثلت وجود تفكير لاعقلاني عالي لدى المفحوصة، حيث سجلت تحسنا ملحوظا في الفكرة المتعلقة بالقلق الدائم والشعور بالعجز والتي تحصلت فيها في القياس القبلي على الحد الأعلى (8 درجات) من التفكير اللاعقلاني لتصبح 5 درجات في فكرة القلق الدائم والتي تعبر عن تفكير عقلاني أما فكرة الشعور بالعجز فتحصلت على 6 درجات وهي تعبر عن التراجع بين التفكير العقلاني واللاعقلاني، حيث كانت المفحوصة تقول "كنت كي نتصل هاتفيا بخويا ونقولو أرواح لباباك وما جيش في ساع نقلق وتوتر ونولي نعارك فيه ونهز في صوتي وما نحمل والو" وبعد العلاج أصبحت المفحوصة أكثر هدوء وارتياحا حيث قالت أنها "الآن عندما اتصل بهم أتكلم معهم بهدوء ومتى حظروا لا يهيم ولا أقلق أبدا فللك واحد مشاغله وحتى وان حظروا في الوقت فلا شيء سيتغير" وكانت المفحوصة أيضا تنتابها نوبات غضب وقلق لأتفه شيء حيث عبرت قائلة "كون تسيح قطرة ماء نقلب الدنيا ونقلق ويزيدوا دقات قلبي ونحسوا راح يجبس علي ونترعد ويفسد نهاري كامل" في حين أصبحت تقول "كنت أنور وأغضب ولا شيء يتبدل فلماذا أوتر نفسي" أما في تعبيرها عن المخاوف التي كانت تنتابها عند الذهاب لإجراء الفحوصات والتصوير بالأشعة بشكل دوري فقد قالت "ملي يقرب الموعد وأنا خايفة وهذاك النهار مانحملش القعدة في غرفة الانتظار وعند الطيبية نتحرك وما نخليهاش تخدم بعقلها حتى هي تولي تقلق مني" لكن بعد تنفيذ البرنامج العلاجي قالت "لقد اندهشت الطيبية من تصرفي هذا الأسبوع وقاتلي واش بيك وليتي هادئة" أما في فكرة الشعور بالعجز فقالت "أنا شخصية خوافة وضعيفة" أما في نهاية العلاج فلقد أعربت عن التفاؤل والقوة في قولها "كنت نظن بلي راني ضعيفة ولكن ألي واجهت في حياتي ما يدلش على أنني ضعيفة لأنني مازلت واقفة على رجلية ونرعى في بابا المريض وأنا مريضة" وأيضا كانت تقول "واحد ما يحبني وما عنديش الزهر" لكن أدركت أنها كانت تبالغ في تعبيرها وعبرت قائلة "لا عندي خواتاتي البنات يحبوني وجيراني يهتمونا لأمرى وحتى خويا الصغير يقلق على صحتي". كما أحدثت تحسنا فيما يتعلق بأفكار طلب التأييد والاستحسان، التهور الانفعالي، تجنب المشكلات، ابتغاء الحلول الكاملة فبعد ان تحصلت على 7 درجات في القياس القبلي والتي تعبر على تفكير لاعقلاني عالي لدى المفحوصة، سجلت 6 درجات في القياس البعدي وهي تعبر على التراجع بين التفكير العقلاني واللاعقلاني، فالمفحوصة عبرت سلفا عن تعدد مشاكلها وأنها تواجه صعوبات في حلها قائلة "المشاكل ألي عايشتها عياتني وما عدتش قادرة ندير والو حتى التفكير ما نيش قادرة نفكر" أما بعد الجلسات العلاجية أصبحت تجد الحلول لوحدها وحتى الحلول البديلة حيث عبرت "كنت نحتاج ألي عاوني وذرك وليت نعرف نحوس على الحلول" وأيضا "وليت نهدر مع خاوتي بعقلي وما نقلقش روجي وما نعقدش الأمور"، كما رصدنا تحسنا في الأفكار المرتبطة بالاعتمادية، الانزعاج لمشاكل الآخرين، علاقة الرجل بالمرأة فبعد أن قدرت درجاتها في القياس القبلي بـ 6 درجات أصبحت في القياس البعدي 5 درجات وهو ما يدل على سيادة التفكير العقلاني لدى المفحوصة، حيث كانت تززع كثيرا لصحة أختها وهمها الوحيد هو الذهاب لرؤيتها مع توقيف علاجها حيث قالت "كيفاه ندير لأختي حابة نروحها ولكن أنا ثاني مريضة وما كملتش دوايا كي نخمم فيها راسي يجبس وخايفة عليها بزاف" لكن في النهاية اقتنعت أنه ما باليد حيلة وتمكنت من مواجهة أختها

وتقبل أمر أنه لا يمكنها الذهاب إليها لأنها هي أيضا تحتاج للعلاج، وعموما أبدت المفحوصة تحسنا لا بأس به وأصبح تفكيرها يميل الى العقلانية أكثر من اللاعقلانية والجدول التالي يوضح نتائج القياس البعدي:

جدول رقم: (12) يوضح نتائج القياس البعدي

| رقم الفكرة | مضمون الفكرة | أرقام العبارات المرتبطة بها | الدرجة المتحصل عليها |
|------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| 01 | طلب التأييد والاستحسان | 1 ، 14 ، 27 ، 40 | 6 |
| 02 | ابتغاء الكمال الشخصي | 2 ، 15 ، 28 ، 41 | 5 |
| 03 | اللوم القاسي للذات والآخرين | 3 ، 16 ، 29 ، 42 | 7 |
| 04 | توقع الكوارث | 4 ، 17 ، 30 ، 43 | 7 |
| 05 | التهور الانفعالي | 5 ، 18 ، 31 ، 44 | 6 |
| 06 | القلق الدائم | 6 ، 19 ، 32 ، 45 | 5 |
| 07 | تجنب المشكلات | 7 ، 20 ، 33 ، 46 | 6 |
| 08 | الاعتمادية | 8 ، 21 ، 34 ، 47 | 5 |
| 09 | الشعور بالعجز | 9 ، 22 ، 35 ، 48 | 6 |
| 10 | الانزعاج لمشاكل الآخرين | 10 ، 23 ، 36 ، 49 | 5 |
| 11 | ابتغاء الحلول الكاملة | 11 ، 24 ، 37 ، 50 | 6 |
| 12 | الجدية والرسمية | 12 ، 25 ، 38 ، 51 | 5 |
| 13 | علاقة الرجل بالمرأة | 13 ، 26 ، 39 ، 52 | 5 |

جدول رقم: (13) يبين درجات القياس القبلي والبعدي للأفكار الثلاثة عشر وقيمة التحسن

| الأفكار الثلاثة عشر | درجات القياس القبلي | التقدير | درجات القياس البعدي | التقدير | قيمة التحسن | نسبة التحسن |
|------------------------|---------------------|----------------|---------------------|--|-------------|-------------|
| طلب التأييد والاستحسان | 7 | تفكير لاعقلاني | 6 | التأرجح بين التفكير العقلاني واللاعقلاني | 1- | |

| | | | | | | |
|--------|-------------|--|--|--|---------------------|-----------------------------|
| %69.32 | 2- | تفكير عقلاي | 5 | تفكير لاعقلاي | 7 | ابتغاء الكمال الشخصي |
| | ثابت | تفكير لاعقلاي | 7 | تفكير لاعقلاي | 7 | اللوم القاسي للذات والآخرين |
| | ثابت | تفكير لاعقلاي | 7 | تفكير لاعقلاي | 7 | توقع الكوارث |
| | 1- | التأرجح بين التفكير العقلاي واللاعقلاي | 6 | تفكير لاعقلاي | 7 | التهور الانفعالي |
| | 3- | تفكير عقلاي | 5 | تفكير لاعقلاي عالي جدا | 8 | القلق الدائم |
| | 1- | التأرجح بين التفكير العقلاي واللاعقلاي | 6 | تفكير لاعقلاي | 7 | تجنب المشكلات |
| | -1 | تفكير عقلاي | 5 | التأرجح بين التفكير العقلاي واللاعقلاي | 6 | الاعتمادية |
| | 2- | التأرجح بين التفكير العقلاي واللاعقلاي | 6 | تفكير لاعقلاي عالي جدا | 8 | الشعور بالعجز |
| | 1- | تفكير عقلاي | 5 | التأرجح بين التفكير العقلاي واللاعقلاي | 6 | الانزعاج لمشاكل الآخرين |
| | ثابت | التأرجح بين التفكير العقلاي واللاعقلاي | 6 | التأرجح بين التفكير العقلاي واللاعقلاي | 6 | ابتغاء الحلول الكاملة |
| | ثابت | تفكير عقلاي | 5 | تفكير عقلاي | 5 | الجدية والرسمية |
| 1- | تفكير عقلاي | 5 | التأرجح بين التفكير العقلاي واللاعقلاي | 6 | علاقة الرجل بالمرأة | |

ومنه لاحظنا أن نتائج الاختبار رسمت للمفحوصة الصفحة النفسية التالية:

-كانت للمفحوصة أفكار لاعقلانية (7 درجات) مرتبطة بفكرتي اللوم القاسي للذات والآخرين، وتوقع الكوارث.

-كانت للمفحوصة أفكار متأرجحة بين العقلانية واللاعقلانية (6 درجات) مرتبطة بأفكار طلب التأييد والاستحسان، التهور الانفعالي، تجنب المشكلات، الشعور بالعجز، ابتغاء الحلول الكاملة.

-كانت للمفحوصة أفكار عقلانية (5 درجات) مرتبطة بأفكار ابتغاء الكمال الشخصي، القلق الدائم، الاعتمادية، الانزعاج لمشاكل الآخرين، الجدية والرسمية، علاقة الرجل بالمرأة.

جدول رقم: (14) يبين الفارق ومقارنة درجات القياس القبلي والبعدى

| الفارق بين الدرجات | تقديره | درجة القياس البعدى | تقديره | درجة القياس القبلي | الحالة |
|--------------------|---------------------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|----------|
| 13 | الأفكار العقلانية أكثر من اللاعقلانية | 74 | أفكار لاعقلانية عالية | 87 | المفحوصة |

تدل النتائج المتحصل عليها في الجدول على وجود فروق في درجات الأفكار العقلانية واللاعقلانية بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدى وذلك لصالح القياس البعدى، وهذا يدل على تحسن تفكير المفحوصة نحو الأحسن بالرجوع الى درجة خط النمط العام (78 درجة) الفاصل بين التفكير العقلاني واللاعقلاني.

II. تحليل ومناقشة نتائج الدراسة:

بعد ضبط البرنامج العلاجي الذي تم بناؤه وعرضه على مجموعة من المحكمين وتعديله على ضوء ذلك، ومن ثم تطبيقه تجريبيا على المفحوصة، حيث تم تطبيق قياس قبلي لمقياس الأفكار اللاعقلانية لسليمان الريحاني (1985) وبعد الانتهاء من تنفيذ محتوى التكفل المعرفي السلوكي الذي دام شهرين ونصف، تم إجراء القياس البعدى تحصلنا على النتائج التي سنحللها ونناقشها حسب الفرضية كما يلي:

1- تحليل النتائج على ضوء فرضية الدراسة والإطار النظري:

تنص الفرضية على أنه: "لتكفل معرفي سلوكي مقترح دور في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المرأة مبتورة الثدي" فمن خلال النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق القياس البعدى لأداة الدراسة مقياس الأفكار اللاعقلانية لسليمان الريحاني ومقارنتها وتحليلها مع القياس القبلي والموضحة سلفا في الجدول رقم: (13) يمكن القول وببساطة بان العلاج المعرفي السلوكي يساعد المفحوص في تغيير الطريقة التي يفكر بها وكذلك الطريقة التي يسلك بها (حسين فايد، 2005، ص 69)، فنجاعة التكفل النفسي المعرفي السلوكي تكمن في انه موجه نحو الأفكار والبنية المعرفية المشوهة والمختلة وظيفيا ومالها من تأثير سلبي على السلوكيات ونوعية الاستجابات الانفعالية، وكذا التأثير على المعاش النفسي والاجتماعي للفرد مما يؤدي الى سوء التوافق والتكيف، فهذا النوع من التكفل العلاجي يركز على الأفكار اللامنطقية ويعمل على تصحيح المعتقدات اللاعقلانية لإحداث التغيير في البناء المعرفي لطالب العلاج، كما يهتم بمساعدة المفحوص على فهم العلاقة التفاعلية بين ما يفكر فيه وما يقوم به من سلوكيات وانفعالات تؤثر على عضويته فيتفاقم وضعه الصحي. ومن ثم يمكن تحديد الاختلالات المعرفية ومعرفة نوعيتها وتسميتها ليتسنى لنا اقتراح الحلول الممكنة واختيار الفنيات المناسبة حتى يحدث تعديل وتغيير المعارف اللاعقلانية.، وتمكين المفحوص من تقييم مساهماته الخاصة في مشكله وتعليمه سلوكيات بديلة صحية (حسين فايد، 2005، ص 97)، ومن النتائج الموضحة في الجدول رقم: (13) نجد ان المفحوصة أظهرت تحسنا معتبرا خاصة فيما يتعلق بفكرة القلق العام، ويفسر ذلك بالتأثير الايجابي لتقنية الاسترخاء التي ساعدتها في التخفيف من القلق والتوتر فالاسترخاء

يتيح الدخول في العلاج وإعطاء وسيلة للمفحوص للحد من الاستجابات العصبية (Jeant Cottreaux, 2011, p 195) حيث هناك علاقة واضحة بين استرخاء العضلات وحدث تغيرات انفعالية ملطفة (إبراهيم عبد الستار، 1993، ص 161)، كما ان الفكرة أو التصور المرضي يختفي باستخدام مبدأ الكف المتبادل، حيث لا يمكن للمفحوص ان يكون قلقا ومطمئنا في نفس الوقت (إبراهيم عبد الستار، 1993، ص 370) كما عبرت المفحوصة عن ارتياحها منذ تطبيقنا لها في الجلسة الأولى وهو ما يدل على فعالية التقنية السلوكية، فالتدريب على الاسترخاء يؤدي الى تغيير في مفاهيم المرضى عن ذواتهم ربما بسبب القوة التي يمنحها الاسترخاء لهم وما يعلمه من قدرة على ضبط الذات، والتحكم في التغيرات الجسمية (إبراهيم عبد الستار، 1993، ص 167). ولان الاسترخاء يعمل على التقليل من الشحنات المتتالية من الكهرباء ويرجع الجسم والهيبيوثلاموس الى حالة التوازن (أحمد عبد الطيف، 2014، ص 254) يطلب من المفحوص تطبيق الاسترخاء في الوضعيات المثيرة للقلق. كما ان نجاعة تقنية إعادة البناء المعرفي التي مكنتها من تحديد أفكارها اللاعقلانية واستبدالها بأخرى أكثر منطقية وعقلانية، حيث يمكن ليوميات الأعمدة الخمسة ان تخدم كعجلات تدريب يعتمد عليها المفحوص لحفظ توازنه وهو يتعلم التفكير بصورة أكثر منطقية (أندرو بوميرانز، 2018، ص 454)، حيث يكتشف الفرد من خلال ملاحظاته الذاتية الشروط الرئيسية التي تساهم في تشكيل جوانب سلوكه وبالتالي فمثل هذا التغيير سيكون بمثابة التدعيم الذاتي لممارسة تعديلات إضافية، كما ان التدريب على اكتساب المهارات في العلاقات الاجتماعية من خلال تعديل تفكيرها الخاطئ اللاعقلاني القائم على الفلسفة الاجترارية ذات الطابع الالزامي الجبري للذات (أرنولد لازاروس، 2002، ص 14) أسهم في تحسين أداء المفحوصة وجعلها أكثر توافقا وتكيفا مع الوسط الذي تعيش فيه. كما مكنتها فنية العرض التخيلي والحوار الذاتي في التخلص من الحساسية المفرطة اتجاه الآخرين وتجاوز جميع المشكلات والصعوبات التي كانت تعترضها وتشوب علاقتها العائلية، حيث يبين البحث النفسي أن الخوف من تأكيد الذات والعجز من التعبير الانفعالي الملائم يعتبران سببين رئيسيين من أسباب القلق ويؤدي النجاح في تنمية القدرة على التعبير الانفعالي الى تخفيض القلق وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة (إبراهيم عبد الستار، 1993، ص 221)، وحتى مخاوفها الذاتية المتعلقة بالمرض استطاعت مواجهتها، وأصبحت أكثر إدراكا للدور الذي كانت تؤثر فيه أفكارها وتصوراتها المرتبطة بالمرض على سلوكياتها وبالأخص على انفعالاتها التي كانت مستثارة بشكل كبير، فالفرد عندما يحاول القيام بجمع المعلومات التي أدت الى أنماطه السلوكية واثارة انفعالاته ومن ثم يرغب في تعديلها فهو حتما سيقوم بعملية غريزة وانتقاء للأسباب التي أدت الى ظهور الأعراض المرضية وبالتالي ستمكنه من تحديد الأفكار التي يتطلب تعديلها أو ضبطها لتحقيق التغيير ومنه يصبح واعيا ومستبصرا بمواقف الحياة المؤثرة (إبراهيم عبد الستار، 1993، ص 357). دون ان ننسى أهمية تقنية حل المشكلات التي كان لها دور كبير في تجاوز المفحوصة لأغلب الصعوبات الحياتية. ولتغيير الاتجاهات الذهنية لا يجب ان نتجاهل ونقل من شأن استخدام التغيير في البيئة الاجتماعية لإحداث التغيير في الشخصية وتعتبر الواجبات المنزلية الطريق لذلك (إبراهيم عبد الستار، 1993، ص 318)، حيث ان احدي الطرق المفيدة لكشف معتقد ما على أنه غير منطقي هي ان نعرضه للاختبار في الحياة الواقعية ويكون ذلك في شكل واجب منزلي مصمم لترسيخ أو رفض أفكار ومعتقدات المفحوص (أندرو بومرنتر، 2018، ص 459)، وبذلك ساهمت هذه التقنية في عمل ومثابرة المفحوصة على تعديل تفكيرها واستخدام أنماط تفكير بديلة وناجحة.

ومنه يمكن الإجابة على اشكالية الدراسة حيث تدل النتائج المتحصل عليها على أن التكفل العلاجي المعرفي السلوكي المطبق له دور في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المرأة مبتورة الثدي على إثر السرطان، فمن النتائج المعروضة في الجدول رقم:

(14) نجد ان هناك فروق واضحة بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي لصالح القياس البعدي بفارق 13 درجة وهو ما يدل على تحسن تفكير المفحوصة الى تفكير عقلائي، وبالرجوع الى الجدول رقم: (13) نجد ان تفكير المفحوصة تحسن وكان ذلك مع أغلب الأفكار الثلاثة عشرة والتي أظهرت فيها تحسنا معتبرا حيث نجد تحسن المفحوصة في 9 أفكار من أصل 13 فكرة أي ما يعادل نسبة 69.23%. ويفسر ذلك بنجاعة التكفل المعرفي السلوكي وتأثيره الفعال على الأفكار والسلوك وكذا الانفعال

2-مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة:

انه وبالنظر الى النتائج المتحصل عليها والتي تم عرضها في الجدولين رقم: (13) ورقم: (14) نستخلص ان التكفل المعرفي السلوكي كان له دور في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المرأة مبتورة الثدي على إثر السرطان وهذا ما يؤكد صحة الفرضية حيث عرفت المفحوصة تحسنا معتبرا في أغلب الأبعاد وخلصت النتائج الى تعديل أفكار المفحوصة الى مستوى لا بأس به، فنسبة التحسن بلغت 69.23% أي فاقت المتوسط وهي نتيجة عالية وتدعو الى الاستحسان وتدل على فعالية التكفل المعرفي السلوكي ونجاحه الى درجة عالية، وهذا ما خلصت اليه دراسات ريتشا روفر (2018) والتي حاولت معرفة قدرة العلاج المعرفي على التأثير الإيجابي في حياة المرضى الطبيعيين حالة سرطان الثدي، ودراسة بودحوش نصر الدين (2016) التي توصلت الى فعالية التدخل العلاجي للتخفيف من الاكتئاب لدى المصاب بالعمق، ودراسة علي فرح أحمد فرح (2015) حول التعرف على فعالية التدخل الإرشادي المعرفي السلوكي لتخفيف الاكتئاب لدى مرضى الايدز، ودراسة بكيري نجيبية (2012) حول فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من حدة الأعراض الإكتئابية لدى المراهق المصاب بداء السكري. ولقد أثبتت هذه الدراسات كلها مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي وأثره في تحقيق النتيجة العلاجية المرجوة لدى عينات الدراسة وأكدت صحة فرضياتها وما لهذا التكفل من دور في خفض وتعديل الأفكار اللاعقلانية وتصحيح البنية المعرفية.

III. استنتاج عام:

بعد استخدام أدوات الدراسة وعرض النتائج المتوصل اليها، وتحليل ومناقشة فرضية الدراسة على ضوء النتائج واستنادا الى الإطار النظري وبالرجوع الى الدراسات السابقة، نستخلص أهم النتائج في النقاط التالية:

- التكفل النفسي المعرفي السلوكي له دور في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المرأة مبتورة الثدي على إثر السرطان.
- وجود فروق بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي لصالح القياس البعدي والتي تدل على نجاعة التكفل المعرفي السلوكي في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى عينة الدراسة.
- بلوغ الهدف العلاجي النهائي المستهدف من هذا التكفل المعرفي السلوكي.

وبالتالي نستخلص ان هذه المساهمة العلاجية المستخدمة انطلاقا من التكفل النفسي المعرفي السلوكي كان لها دور في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المرأة مبتورة الثدي على إثر السرطان.

خاتمة:

بما ان العلاج المعرفي السلوكي أصبح أحد التدخلات العلاجية النفسية الشائعة والمنتشرة بشكل كبير، ونظرا لما حققه من نتائج مذهلة مع عدد كبير من الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية، حيث أنه كان في البداية يقتصر على الاضطرابات الحصرية خاصة الاكتئاب والقلق، لكن تطوره عم ليشمل اضطرابات أخرى كالرهاب الاجتماعي واضطراب الهلع، الوسواس القهري، توهم المرض، الألم النفسي، ليصل الى حد تطبيقه مع اضطرابات الشخصية وإجهاد ما بعد الصدمة، وأروع ما حققه هذا التكفل النفسي من انجاز هو انه صار له نجاعة حتى مع الاضطرابات العقلية، فاصبح يطبق جنبا الى جنب العلاج الدوائي كحالات الفصام وثنائي القطب، واعتماد تقنيات سلوكية لتعليم ذوي التخلف العقلي الخفيف بعض المهارات الاجتماعية. وتصحيح بعض المعارف السلبية الموجهة نحو ذواتهم وذلك بتنمية أحاديث ذاتية إيجابية يمارسها المعالجون مع المفحوصين في شكل حوار ذاتي ينمي القدرة لهم على التوافق مع البيئة المحيطة، كما استخدم كذلك للمساكين والأطفال، ووجد انه فعال مع المرضى على اختلافهم من حيث التعليم والخلفية الاجتماعية، حتى أنه كيف ليعمل مع جميع الفئات العمرية من أطفال ومسنين، وحوار ليستعمل فرديا أو جماعيا وكذا علاج مشاكل الأزواج والعلاج الأسري. ان العلاج المعرفي السلوكي يعلم المفحوص كيف يتعرف ويقيم ويستجيب لأفكاره اللاعقلانية، وبالتالي يعتمد المعالج على أساليب مختلفة لتغيير طريقة تفكير المفحوص وتعديل مفاهيمه الخاطئة بهدف إحداث تعديل دائم في مشاعره وسلوكه.

لكن ان تمعنا في التطور الجد مدهل الذي حققه فنجد محدود، حيث ان الدول العربية بصفة عامة والجزائر بصفة خاصة، لازال تطبيقه يقتصر على الاضطرابات الحصرية أو لتخفيف الضغوط النفسية الناجمة عن الامتحانات أو العمل، فمعظم الدراسات والبحوث سواء أكانت عربية أو جزائرية لم تشهد هذا التقدم.

ولهذا كان هدفنا من هذه الدراسة هو إدخال ما هو جديد والتعامل مع الحالات الطبية التي تخضع للعلاج الدوائي وتعاني آلاما نفسية لا حدود لها. وبذلك تمثل الدراسة الحالية أحد المواضيع الجد الهامة وهو التكفل النفسي المعرفي السلوكي على فئة لديها أفكار لاعقلانية، فالتفكير يجعل الفرد منا يضطرب ويغضب لأتفه الأسباب، فماذا لو ارتبط ذلك بالتصورات التي يحملها الفرد عن مرض عضال يهدد حياته ويفقده التوازن، ومنه كان التعامل مع هذه الفئة من أجل احداث التوافق وإعادة التكيف الى حياتها، وذلك باعتماد تقنيات معرفية تعمل بداية على ادراك واستبصار المفحوصة بأفكارها اللاعقلانية ومن ثم تساهم تقنيات معرفية لاحقة في إعادة البناء المعرفي المشوه وتعديله بإيجاد أفكار بديلة جديدة، دون ان ننسى دور التقنيات السلوكية التي من شأنها تخفيف القلق الناجم عن الإصابة بالمرض وكذلك مساهمتها في تعزيز المكاسب المحققة لتعمم في جميع مواقف الحياة لاحقا. ومنه كان العمل مرتكزا على تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المرأة مبتورة الثدي -فالأفكار العقلانية بمثابة مؤشر للصحة النفسية- لدى هذه الفئة والتي وجدنا إجحاف كبير في حقها وارتأينا ان نقدم بعض التوصيات للنساء عامة وكذا المختصين والقائمين على القطاع من مسؤولين وإدارات عامة ومنها:

- نوصي كل امرأة بإجراء فحوص ذاتية بعد كل دورة شهرية، وفحوص دورية بعد كل ستة أشهر فكلما كان الفحص مبكرا كان الشفاء.

- نوصي كل فرد مصاب بالسرطان بالالتزام بالعلاج الدوائي واللجوء الى الأخصائي النفسي لمساعدته على التأقلم مع المرض.
- توعية الأسرة والمجتمع بخطورة المرض وأثره على نفسية المريضة.
- انشاء مكتب خاص بالأخصائي النفسي وتزويده بالأدوات اللازمة للقيام بمهامه على أكمل وجه.
- زيادة عدد مناصب الأخصائيين النفسيين في المصلحة لان أخصائي نفسي واحد لا يمكنه التكفل بكل الحالات.
- كما نقترح من خلال هذه الدراسة بضرورة الاهتمام بهذه الفئة من المجتمع نظرا لما تعانيه على المستوى النفسي وما يخلفه من آثار سلبية على الجوانب المعرفية، السلوكية، الانفعالية والاجتماعية:
- ان التكفل النفسي بمثل هذه الحالات لا بد ان يستمر حتى بعد إتمام العلاج الكيميائي.
- يمكن إجراء علاج معرفي سلوكي جماعي لنفس الفئة (تعاني نفس المرض) وذلك لزيادة عدد الحالات المتكفل بها.
- العمل على تطوير التكفل المعرفي السلوكي المقترح والذي كان له دور في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى عينة الدراسة.
- استثمار التكفل النفسي المقترح في علاج الأفراد الذين يعانون من الأمراض المزمنة.

المراجع

1. المراجع العربية:

- 1— إبراهيم، السيد زيزي (2006): العلاج المعرفي للاكتئاب، القاهرة، دار عرين.
- 2- أبو السعد، عبد اللطيف (1995): سرطان الثدي مشكلة الأفاق، الكويت، مجلة العربي، نوفمبر، العدد 144.
- 3- أبو علام، رجاء (1999): استخبارات الشخصية، ط2، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- 4- الحفار، محمد سعيد (1983): علم السرطان البيئي المعرفة بالداء طريق الوقاية والشفاء، ط1، دمشق، دار الفكر.
- 5- الزغبى، عبد الله ابتسام (2009): الموسوعة العربية للإرشاد والعلاج النفسى، عمان، دار الميسرة.
- 6- الزهراني، بن علي بن محمد حسن (2010): الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بإدارة الوقت لدى عينة من طلاب جامعة حائل، رسالة دكتوراه منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى.
- 7- الزيادات، مفلح أحمد ماهر (2011): الأفكار اللاعقلانية لدى طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة آل البيت وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة جامعة الملك سعود، الرياض، م 23، ع 3.
- 8- الزيود، فهى نادر (1998): نظريات الإرشاد والعلاج النفسى، ط1، عمان، دار الفكر.
- 9- إسماعيل، الصادق محمد عباس (2015): فعالية برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتخفيف الاكتئاب لدى مرضى الايدز بمراكز الرعاية المتكاملة بولاية جنوب دارفور، بحث مقدم لنيل درجة دكتوراه، جامعة السودان.
- 10- السيد، محمد عبد الباسط (2009): السرطان أسبابه وعلاجه، ط2، مصر، دار النشر ألفا.
- 11- الشربيني، زكريا (2005): الأفكار العقلانية وبعض مصادر اكتسابها دراسة على عينة من طلبة الجامعات، مجلة دراسات نفسية، م 15، ع 4.
- 12- الشقير، محمد زينب (2002): الأمراض السيكوسوماتية، ط1، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- 13- الشناوي، محروس محمد (1994): نظريات الإرشاد والعلاج النفسى، القاهرة، دار غريب.
- 14- الشناوي، محروس محمد، عبد الرحمن السيد محمد (2008): العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته، القاهرة، دار قباء.
- 15- الضريبي، عبد الله (2010): أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة جامعة دمشق، 4.
- 16- العويضة، بن موسى سلطان (2008): العلاقة بين الأفكار العقلانية - اللاعقلانية ومستويات الصحة النفسية عند عينة من طلبة جامعة عمان الأهلية، كلية التربية، جامعة الملك سعود، مجلة رسالة الخليج العربي، 113.

- 17- الغامدي، بن أحمد ضيف الله حامد (2013): فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض الاضطرابات القلق، ط1، مصر، دار الوفاء الاسكندرية.
- 18- المهدي، علي (2014): ملخص مبسط عن السرطان، سلسلة تغيرات للتعريف بمرض سرطان الثدي والوقاية منه.
- 19- النابلسي، أحمد محمد (1991): الصدمة النفسية علم نفس الحروب والكوارث، بيروت، دار النهضة.
- 20- أنجرس، موريس (2006): منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، دار القصة.
- 21- الأنصاري، سامية ومرسي، جلييلة (2007): الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالسلوك العدواني في ضوء بعض أساليب المعاملة الوالدية في مرحلة الطفولة المتأخرة، مجلة دراسات الطفولة.
- 22- بغورة، نورالدين (2014): الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها في استخدام الحوار في الوسط الجامعي، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، جامعة باتنة.
- 23- بكيري، نجيبة (2012): أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكربين المراهقين، أطروحة دكتوراه منشورة، الجزائر، جامعة باتنة.
- 24- بلمهوب، كلثوم (2008): العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الضغط التالي للصدمة، دراسات نفسية، المؤتمر الدولي الحادي عشر لاتحاد الأطباء النفسانيين العرب حول الصدمة النفسية، جامعة الجزائر 2، 7.
- 25- بودحوش، نصر الدين (2016): أثر برنامج علاجي في التخفيف من حدة الأعراض الاكتئابية لدى المصاب بالعمى، الجزائر، جامعة وهران.
- 26- بورنان، يوسف (2018): 42 ألف مصاب بالسرطان في الجزائر، العين الإخبارية، 28 أكتوبر 2018. <https://al-ain.com/article/cancer-in-algeria-42>
- 27- بوسالم، عبد العزيز (2014): القياس في علم النفس والتربية الأسس النظرية والمبادئ التطبيقية، ط1، الجزائر، دار قرطبة.
- 28- بومرنتر، أندرو (2018): علم النفس الاكلينيكي (العلوم والممارسة والثقافة)، ترجمة تيسير الياس شاوش وأحمد إسماعيل هاشم، ط1، دار الفكر، عمان.
- 29- بيك، جوديت (2007): العلاج المعرفي الأسس والأبعاد، ترجمة طلعت مطر، ط1، القاهرة، المركز القومي.
- 30- تابلور، شيلي (2008): علم النفس الصّحي، ط1، عمان، دار الحامد للنشر والتوزيع.
- 31- حسين، عبد العظيم طه (2008): العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات، ط1، الإسكندرية، دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر.
- 32- خوري، نجيب سميح (1999): دليل المرأة في حملها وأمراضها، الأردن، دار الأفق.

- 33- ديكسون، مايك (2013): سرطان الثدي، ترجمة هنادي مزبودي، الرياض، دار المؤلف.
- 34- روزنتال، سارة (2001): المرجع الأول حول سرطان الثدي، بيروت، دار المؤلف.
- 35- زلوف، منيرة (2014): دراسة تحليلية للاستجابة للإكتئابية عند المصابات بالسرطان، الجزائر، دار هومه.
- 36- زهران، عبد السلام حامد (2001): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3، القاهرة، عالم الكتب.
- 37- سري، محمد إجلال (1998): علم النفس العلاجي، ط2، عمان، دار عالم الكتب.
- 38- سعد، محمد مهى (2000): كيفية كتابة الأبحاث والإعداد للمحاضرات، ط2، مصر، المكتب العربي الحديث.
- 39- سعادي، وردة (2009): سرطان الثدي لدى النساء وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي دراسة مقارنة، مذكرة ماجستير منشورة، جامعة الجزائر.
- 40- سليمان، الريحاني (1987)، الأفكار اللاعقلانية عند طلبة الجامعة الأردنية وعلاقة الجنس والتخصص بالتفكير اللاعقلاني، عمان، مجلة دراسات، م 14، ع 5.
- 41- سليمان، محمد سناء (2008): الأمراض النفسية والأمراض العقلية، ط1، دار عالم الكتب.
- 42- شحاته، السيد سماح (2006): الأفكار اللاعقلانية لدى المديرين ذوي الاضطرابات النفس جسمية، رسالة ماجستير منشورة، كلية الآداب، جامعة المنصورة.
- 43- شدمي، رشيدة (2015): واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة تلمسان، الجزائر.
- 44- شرايين، سهام الكاهنة (2008): مساهمة نفسية في دراسة ما قبل الحداد عند والدي الطفل المصاب بسرطان في مرحلة النهاية، جامعة سطيف.
- 45- شكران، ماهر (2006): استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتنمية مهارت الاجتماعية للأطفال، مصر، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، م 1، ع 35.
- 46- عادل، عبد الله محمد (2000): العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، القاهرة، دار الرشاد.
- 47- عبد الخالق محمد أحمد (1998): قلق الموت قبيل العدوان العراقي وبعده، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، العدد 64.
- 48- عبد الستار، إبراهيم (1994): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادين تطبيقه، ط1، القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع.
- 49- عبد الستار، إبراهيم (2008): عين العقل دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير العقلاني-الإيجابي، ط1، القاهرة، دار الكاتب.

- 50- عبد القادر، خليل منى (2001): التغذية العلاجية، ط1، القاهرة، مجموعة النيل العربية.
- 51- عبد القوي، الصاوي عبده رانيا (2013): فعالية برنامج ارشادي عقلائي انفعالي لخفض الضغوط النفسية والأفكار اللاعقلانية وتحسين مستوى الرضا عن الحياة لطالبات جامعة تبوك، دراسات نفسية وتربوية، المملكة العربية السعودية، ديسمبر، 11.
- 52- عدائكة، آسيا (2010): فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة الاكتئاب عند المرأة المتأخرة في الإنجاب، دراسة دكتوراه، جامعة الجزائر 2، 2010.
- 53- عروج، فضيلة (2017): دراسة نفسية عيادية لحالة الاجهاد ما بعد الصدمة لدى العازبات المبتورات الثدي من جراء الإصابة بالسرطان، أطروحة دكتوراه منشورة، الجزائر، جامعة أم البواقي.
- 54- علوي، إسماعيل وزغبوب بن عيسى (2009): العلاج النفسي المعرفي، ط1، عالم الكتب الحديث للنشر والتوزيع إربد الأردن.
- 56- غانم، حسن محمد (2007): اتجاهات حديثة في العلاج النفسي، www.kotobarabia.com.
- 57- قائد، علي حسين (2008): العلاج النفسي أصوله وتطبيقاته وأخلاقياته، ط1، القاهرة، مؤسسة طبية للطباعة والنشر والتوزيع.
- 58- كرسوع، حسن عيسى مريم (2012): مرض السرطان في قطاع غزة دراسة في الجغرافيا الطبية، مذكرة ماجستير منشورة، جامعة غزة.
- 59- كفاقي، علاء الدين (1999): الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، ط1، القاهرة، دار الفكر.
- 60- كورين، بيرني وزملاءه (2008): العلاج المعرفي-السلوكي المختصر، ط1، القاهرة، دار ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- 61- لازاروس، أرنولد (دون سنة): العلاج النفسي الشامل الحديث، ترجمة ممد حمدي الحجار، Obelkandel.com.
- 62- محمد، روبي (2014): فاعلية برنامج علاجي قائم على تعديل الأفكار اللاعقلانية في خفض زملة التعب العصبي، مجلة البحوث والدراسات الإنسانية، جامعة تيارت، 9، 249-268.
- 63- مزنوق، صهيب محمد (1999): تنمية التفكير اللاعقلاني وأثره على الضغوط النفسية لدى المراهقين، رسالة دكتوراه منشورة، القاهرة، جامعة عين شمس.
- 64- معمري، بشير (2007): بحوث ودارسات متخصصة في علم النفس، ج1، منشورات الحبر، الجزائر.
- 65- مفتاح، عبد العزيز (2001): علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة، ط1، القاهرة، دار قباء.
- 66- مليكة، كامل لويس (1994): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، القاهرة، الهيئة العامة لدار الكتب.

67- منظمة الصحة العالمية (2018): اطلاع مباشر: 11:23 2019/03/18، سبتمبر 2018،

<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

68- مؤمن، داليا (2004): الأسرة والعلاج الأسري، ط1، عمان، دار السحاب للنشر والتوزيع.

69- هوفمان، إس جي (2012): العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، ترجمة مراد علي عيسى، ط1، القاهرة، دار الفجر.

..II المراجع الأجنبية:

70- Abrams, Michael and Ellis, Albert (1994): **Rational Emotive Behavior Therapy in the Treatment of Stress**, British Journal of Guidance and Counselling, Vol. 22, No. 1

71- Antoine, Bioy et Maquet, Anne (2003) : **Se former à la relation d'aide Concepts, méthodes, applications**, Paris, Dunod.

72- Beck, Aaron (2010) : **La Thérapie Cognitive et Les Troubles Emotionnels**, Traduction de Bernard Pascal, 1^{ière} édition, Bruxelles, Edition de Boeck Université.

73- Cottraux, Jean (2011) : **les psychothérapie comportementales et cognitives**, 5^{ème} édition, Parie, Elsevier Masson.

74 – Cottraux, Jean (2002) : **Les thérapies comportementales et cognitives**, 3^{ème} édition, Paris Masson.

75- Dattilio, Frank and Freeman, arthue (2000): **Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention**, New York, The Guilford press.

76 – David, Daniel Steven, Jay Lin and Ellis, Albert (2010): **Rational and Irrational Beliefs**, New York, Oxford University Press.

77- Dobson, S Keith (2010): **Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies**, 3rd edition, New York, The Guilford Press.

78- Domart, André, Bourneuf, Jacques (2000) : **Petit Larousse de la Médecine**, Parie, Librairie Larousse.

79- Elisabeth, Luporsi et all (2007) : **comprendre le cancer du sein**, Paris, Institut National Du Cancer.

80- Ellis, Albert (1977): **Rational - Emotive Therapy - Research Data That Supports the Clinical and Personality Hypotheses of R.E.T and Other Modes of Cognitive Behavior Therapy**, The Counseling Psychologists, Vol 7, 3 - 155.

81- Ellis, Albert (1979 C): **Discomfort Anxiety a New Cognitive Behavioural Construct**, Rational Living, Vol 14, No 2, Part 1, 3 - 8.

82- Ellis, Albert (1987 A): **The Impossibility of Achieving Consistently Good Mental Health**, American Psychologists, Vol 42, No 4, 364 - 375.

83- Ellis, Albert (1987 B): **The Evaluation of Rational - Emotive Therapy and Cognitive Behavior Therapy**, New York, in K, zeig (Ed) The Evaluation of Psychotherapy.

84- Ellis, Albert (1995): **Thinking Processes Involved in Irrational Beliefs and Their Disturbed Consequences**. Journal of Cognitive Psychotherapy, Vol 9, No 2, 105 – 116.

85- Freeman, Arthur (2005): **Enciclopedia of Cognitive Behavior Therapy**, Springer.

86- Friedman, S Edward et Thase E Michael (2007): **Cognitive and Behavioral Therapies**, <http://www.researchgate.net/publication/225266557>. Chapter DOI: 10.1007/978-1-59745-252-6_35. considering: 27 mars 2019.

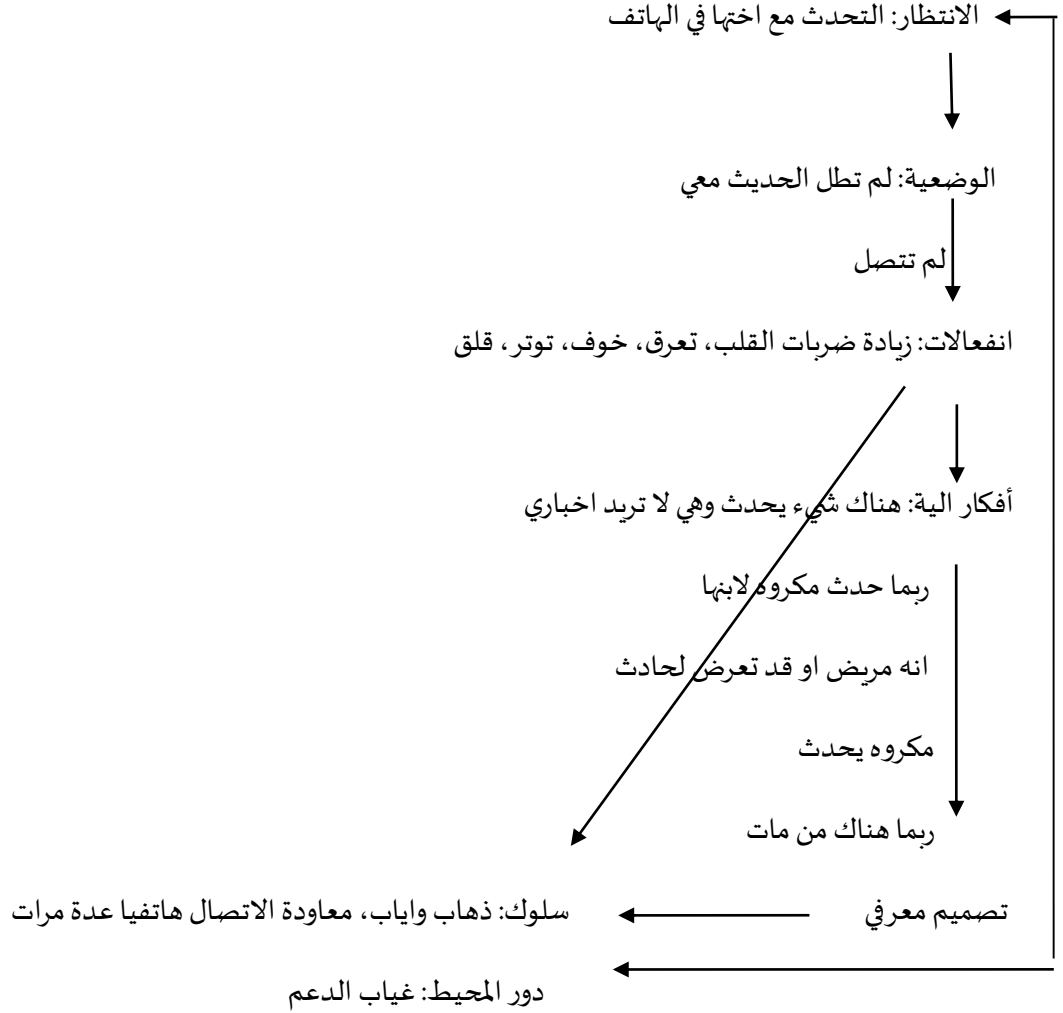
- 87-Fontaine, Ovide et Fontaine, Philippe (2002) : **Guide Pratique de thérapie comportementale et cognitive**, Paris, édition RETZ.
- 88-Goulet, Jean, Chaloult, Louis et Ngo, Thanh-Lan (2013) : **Guide de pratique pour l'évaluation et le traitement cognitive- comportemental de trouble, panique avec ou sans agoraphobie (TPA)**, Cité de la santé de Laval Polyclinique médicale Concorde. Hôpital du Sacré – cœur de Montréal.
- 89- Larousse Médical (1999), Paris, librairie Larousse.
- 90- Leahy, Robert and Dowd, Thomas (2002): **Clinical Advances in Cognitive Psychotherapy Theory and Application**, Springer Publishing Company
- 91-Lyons, L and Woods, P (1991): **The Efficacy of Rational Emotive Therapy A quantitative Review of Outcome Research**, Clinical Psychology Review, Vol 11, 357 – 369.
- 92-Lyse, Turgeon et Sophie, Parent (2012) : **Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents**, Tome2, Presse de l'université du Québec.
- 93- Meichenbaum, Donald (1977): **Cognitive Behavior Modifications**, New York, Plenum Press.
- 94- Mignotte, Hervé (2011) : **Maladies du sein**, 2^{ème} édition, Parie, Elsevier Masson.
- 95- Morère, François Jean et autre (2007) : **Le cancer Du sein**, France, Springer.
- 96- Murad, Ayman (2017) : **TCC dans l'autisme et le retard mental**, France, Elsevier Masson.
- 97- Namer, Moise et autre (2012) : **Cancer du sein**, Paris, Springer.
- 98-Robb, Hank et Warren, Rolf (1990): **Irrational Beliefs Test, New Insight New Directions Special Issue Problem Solving and Cognitive Therapy**, Journal of Cognitive Psychotherapy, Vol 4 No (3) Pp 303 – 311, 1990.
- 99-Roush, Douglas (1984): **Rational Emotive Therapy and Youth, Some New Techniques for Counselors**, The Personnel and Guidance Journal, Vol 62 No 7, 414 - 421.
- 100-Saglier, Jacques et autre (2003) : **cancer du sein question et réponses en quotidien**, Paris, Masson.
- 101- Verma, Djayabala (2016) : **Hypno Thérapie (une approche intégrative)**, L'harmattan.
- 102-Windy, Dryden (1979): **Rational-Emotive therapy and its contribution to careers counselling**, British Journal of Guidance and Counselling, Department of Educational Enquiry, University of Aston in Birmingham, Vol 7, No 2, 181-187.
- 103- Young, E Jeffrey, Janet Klosko et Marjorie E Weishaar (2003) : **La Thérapie de schémas (Approche cognitive des troubles de la personnalité)**, Guilford Press.
- 104- <https://www.aljazeera.net/news/healthmedicine/2013/10/24>,

الملاحق

ملحق رقم: (1) برنامج التكفل العلاجي في صورته الأولية:

1- التحليل الوظيفي حسب سلم (SECCA) :

1-1- التحليل العرضي: (الآن والحين)



2-1- التحليل التاريخي:

-معطيات بنيوية:

- وراثية: أب يعاني من ارتفاع ضغط الدم، 2 من الاخوة يعانون من السكري، بنات الخالة لديهن سرطان الثدي.
- شخصية: سمات شخصية منتظمة، منضبطة، كثيرة الخوف.
- عوامل مشجعة لاستمرار العرض: تحمل مسؤولية اب متسلط وضغط دائم عليها.
- عوامل مسببة ومثيرة: طلاقها، وفاة الأخ الأكبر إثر مرضه TEFOIDE، وفاة الام، مغادرة ابن اختها للعيش مع امه بعدما قضى معها مدة 13 سنة، التقاعد.

العلاجات السابقة:

• علاجات دوائي: السكري

واخترت التقنيات التالية لان الحالة عبرت عن رغبتها في التخلص من الأفكار التي تراودها باستمرار وانا اريد ان أطبق كقياس قبلي: مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية لسليمان الريحاني، مقياس.

2- أهمية البرنامج المعرفي السلوكي:

- يساهم البرنامج في إيجاد طريقة علاج لتغيير الأفكار اللاعقلانية وتقبل صورة الجسد من خلال استخدام الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية.

- يساعد البرنامج المعرفي السلوكي على مواجهة الوضعيات المثيرة للقلق والتوتر النفسي للمرأة مبتورة الثدي على إثر الإصابة بمرض السرطان.

3- الأهداف العامة للبرنامج العلاجي:

يعد هذا البرنامج احدى عمليات التدخل العلاجي النفسي التي تهدف الى التكفل النفسي بالحالة التي لديها أفكار لاعقلانية وتشوه في صورة الجسد جراء عملية البتر على إثر الإصابة بسرطان الثدي بالاعتماد على نوع البنية المعرفية للحالة في أقصر وقت ممكن، وعليه سيتم:

-تقديم المساعدة النفسية للحالة للسيطرة على الانفعالات الغير مرغوب فيها والناجمة عن الأفكار الالية التي تعود الى خبرات سابقة ترسخت مع الوقت.

-تعديل هذه الأفكار التي ستؤثر بدورها على الانفعالات والسلوك.

-اكتساب الحالة طرق جديدة تساعد على السيطرة على الوضعيات الضاغطة التي من شأنها ان تأزم في حالتها الصحية.

-تمكين الحالة من تعلم مهارات اجتماعية تساعد على الاندماج والتمتع بالحياة من خلال تقبلها لصورة جسدها.

4-تقويم البرنامج: تتم عملية تقييم البرنامج من خلال ثلاث مراحل:

-تقييم أولي باستخدام القياس القبلي.

-تقييم خلال الجلسات من خلال التقييم الذاتي للحالة لشدة قلقها خلال الوضعيات المثيرة للخوف والقلق والتوتر.

-تقييم نهائي من خلال تطبيق القياس البعدي في الجلسة الأخيرة.

وللتعرف على العوامل والوضعيات التي تؤزم وتزيد في تفاقم اعراض الخوف والقلق للحالة عمدت الى جمع

المعلومات عن الظروف المحيطة بها من خلال المقابلة مع الحالة، التحليل الافقي الآن والحين، التحليل التاريخي.

ومن خلال التحليل الوظيفي للحالة وتحديد الوضعيات التي يزيد فيها قلقها والذي يؤثر على حالتها الصحية اخترت

التقنيات التالية: إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار الآلية، سجل الأفكار البديلة الإيجابية، سجل الاحكام السلبية

والايجابية)، السهم التنازلي، الحوار السقراطي، استرخاء التنفس العميق، الحوار الذاتي، العرض التخيلي، الواجب المنزلي.

5-محتوى الجلسات:

الجلسة الأولى:

اهداف الجلسة 1:

-التعريف بالبرنامج المعرفي السلوكي.

-استبصار الحالة بمشاكلها.

-ضبط توقعات الحالة بصورة واقعية تخدم الأهداف المسطرة.

-تقوية العلاقة مع الحالة وكسب ثقتها وحثها على بذل جهد للوصول الى الأهداف المرجوة.

مدة الجلسة 1: 60 دقيقة.

فنيات الجلسة 1:

-استرخاء التنفس العميق.

-إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاثة).

-الواجب المنزلي.

سيرورة الجلسة 1:

-اعرفها ببرنامج التكفل المعرفي السلوكي كما يلي:

العلاج المعرفي السلوكي: هو نوع من أنواع العلاج النفسي، الذي يركز على الوقت الحالي، يهتم بحل المشكلات، ويتم فيه تعلم مهارات محددة يتم استعمالها في بقية الحياة، كما تهتم هذه المهارات في ابراز التفكير المشوه، وتعديل الاعتقادات الخاطئة، والتعامل مع الآخرين بطرق جديدة، وتعديل السلوك الغير مرغوب فيه وكيف أن الأفكار والمشاعر تؤثر على صحتنا وأجسامنا.

هذا العلاج مبني على تقنيات معرفية وتقنيات سلوكية، التقنيات المعرفية تهدف الى استخراج الأفكار اللاعقلانية

وتعديلها وبناء افكار بديلة أكثر ملائمة تيسر الحياة وسبل التعامل، اما التقنيات السلوكية فهي عبارة على تعلم طرق

جديدة للتغلب على الوضعيات المقلقة وحل المشكلات والسيطرة على الانفعالات المصاحبة.

-معرفة توقعات الحالة من البرنامج بطرح السؤال الموالي: ما الفوائد التي تتوقعينها من هذا البرنامج؟ وذلك من اجل ضبط توقعاتها لتكون أكثر واقعية حسب اهداف البرنامج. 10د

-استبصار الحالة بمشكلتها: جعل الحالة تفهم مشكلتها، لديك أفكار لاعقلانية وسنعمل معا على تغييرها والجهد الأكبر سيكون من طرفك من خلال انجازك للواجبات باستمرار. 5د

-توضيح عدد جلسات البرنامج التي تتراوح ما بين 10 الى 12 جلسة بمعدل جلسة كل أسبوع لمدة 60 د

-التوقيع على العقد السلوكي الذي يتضمن ضرورة الالتزام واحترام المواعيد مع انجاز الواجبات التي ستقدم للحالة. 5د

-تطبيق القياس القبلي: أقوم بتطبيق اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية لسليمان الريحاني المكيف (تم التأكد من صدقة بتطبيقه على عينة استطلاعية). 10د

-من بين هذه التقنيات التي سنستخدمها خلال هذه الجلسة:

التقنيات السلوكية:

استرخاء التنفس العميق: تدريب الحالة على تقنية التنفس العميق درس "هيربرت بينسون" كيفية تغير الجسم عندما يكون الشخص في حالة استرخاء عميق. لقد لاحظ " بينسون" أنه خلال الحالة التي أطلق عليها " استجابة الاسترخاء" تنخفض ضربات القلب، وسرعة التنفس، وضغط الدم والشد العضلي وسرعة الأيض واستهلاك الأكسجين وقابلية الجلد لتوصيل التيار الكهربائي. على الجانب الاخر فقد ازداد تردد موجات ألفا والتي ترتبط بوجود الإنسان في حالة من الهدوء والاستقرار.

محتوى التقنية: اجلسي بشكل مريح، اجعلي قدميك متباعدتين مسافة 8 بوصات وأصابع قدميك منحرفة إلى الخارج قليلا. ضعي إحدى يديك على الصدر والأخرى على البطن. استنشقي الهواء (شهيق) بعمق وببطء عن طريق الأنف وأدخليه إلى البطن. ابقه في الداخل بضع ثوان أو بقدر ما تستطيعين. ثم أخرجي الهواء (زفير) ببطء عن طريق الأنف أيضا. دع يدك ترتفع وتنخفض مع حركة البطن دون أن يتحرك الصدر سوى شيئا قليلا جدا...

نعيد عملية التنفس العميق هذه لمدة عشر دقائق، عندما تتقنها وتشعر أنها تقوم بها بالطريقة الصحيحة وتسهل عليها ممارستها، نغير عملية الزفير من الأنف إلى الفم، أي تدخل الهواء عن طريق الأنف ولكن تخرجه عن طريق الفم. يجب أن تستغرق عملية الشهيق 5 ثوان وعملية الزفير 15 إلى 20 ثانية.

-كيف تشعرين الآن؟

-هل واجهت صعوبة خلال أداء التمرين؟ 15د

التقنيات المعرفية:

- سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاثة: من خلال هذا السجل سأطلب من الحالة ان تصف بدقة وبالتفصيل الوضعية الضاغطة المسببة للتوتر والقلق خلال الأسبوع مع ذكر جميع الأفكار التي تراودها (المونولوج الداخلي) وكذا تحدد كل ما تحس به على المستوى الجسدي (خفقان، اختناق....) ونفسي: خوف، رعب، الخ.
- مع تقييم كل من درجة الأفكار والانفعالات وفق سلم متدرج من 0 الى 8 حسب تقديرها الخاص ومدى قناعتها بها وذلك بتدريب الحالة على كيفية إنجازه (مثال تطبيقي). 5د

| الوضعية | الأفكار الآلية | الاحاسيس والانفعالات |
|---------|----------------|----------------------|
| | | |
| | التقييم: 8/ | التقييم: 8/ |

- تلخيص محتوى الجلسة: تلخيص ما قمنا به معا (الأهداف التي حددتها الحالة، تحديدها حسب الأولوية، التقنيات المستخدمة). 3د

- التغذية الرجعية: مدى استيعاب الحالة لما قدم خلال الجلسة، هل تريدن إضافة شيء ما؟ ما رأيك في الجلسة العلاجية؟ 5د

- الواجب المنزلي: إعادة تطبيق تمرين التنفس العميق مرتين في اليوم حتى خارج الوضعيات المقلقة، تطبيق سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاثة. 2د

الجلسة الثانية:

اهداف الجلسة 2:

- التعرف على البنية المعرفية للحالة.

- استبصار الحالة بأفكارها اللاعقلانية وكيفية تأثيرها على انفعالاتها.

- شرح كيفية تأثير الأفكار الآلية على الانفعالات.

مدة الجلسة 2: 60 دقيقة.

فنيات الجلسة 2:

-تقنية إعادة البناء المعرفي (الاحكام السلبية والاحكام الإيجابية).

-تقنية الحوار السقراطي.

-الواجب المنزلي.

سيرورة الجلسة 2:

-المرودد الأسبوعي: اسأل الحالة كيف أمضت الأسبوع؟ وما الجديد فيه؟ 5د

-مناقشة الواجب المنزلي: عندما تقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم الذاتي

الذي وضعته الحالة لكل من الأفكار الالية التي راودتها خلالها وسنحاول مناقشة احدى هذه الوضعيات باعتماد تقنية

إعادة البناء المعرفي كما يلي: 10د

-تقنية اعادة البناء المعرفي: 15د

ماهي الأدلة المؤكدة للفكرة؟ ما هي الاحتمالات الاخرى؟

-نقوم بتجربة سلوكية لاختبار البناءات المعرفية: هل ستتحقق هذه الفكرة ام لا؟ سنقوم بإعداد جدول معا:

| الاحكام الإيجابية | الاحكام السلبية |
|-------------------|-----------------|
| | |

ثم نقوم بمناقشة الأدلة التي وضعتها الحالة باستخدام الحوار السقراطي كما يلي: 15د

-تقنية الحوار السقراطي: هي استخدام التساؤل كأداة عامة خلال العلاج حيث يقوم المعالج بتوجيه العميل لان يختبر

معتقد في وضعية محددة ونوعية، ويقود هذا الاخير الى دليل قيم ينفي المعتقد في هذه الوضعية ويمكن ان يمتد الى

وضعيات عديدة.

حيث يتم طرح ثلاث أسئلة محددة تساعد العميل على مراجعة أفكاره السلبية وهذه الأسئلة هي:

1- ما هي الدلائل على معتقدك؟

2- كيف يمكن أن تفسر الوضعية أيضا؟

3- إذا كان ذلك صحيحا، ماذا يعني لك؟

-تلخيص محتوى الجلسة: سنقوم بتلخيص ما قمنا به معا (ما تم خلال الجلسة والتقنيات التي تم عرضها خلالها).

-تغذية رجعية: رأي الحالة عندما تعلمته خلال الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق التنفس العميق، التقييم الذاتي باستعمال سجل الأفكار الآلية، اطلب من الحالة ان تقوم بتسجيل مختلف الوضعيات التي تثير قلقها وخوفها خلال هذا الأسبوع وان تضع الأحكام السلبية التي تدعم افكارها وكذا الاحكام الايجابية التي لا تدعم افكارها باستعمال السجل التالي: 5د

| الوضعيات | الاحكام السلبية | الاحكام الايجابية |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| | | |
| | | |
| وصف الوضعية بدقة و الأفكار الالية المصاحبة لها و كذا الانفعالات | ماهي الأدلة التي تدعم هذه الأفكار؟ | ما هي الأدلة التي تعارض هذه الأفكار؟ |

الجلسة الثالثة:

أهداف الجلسة 3:

-تحليل ومناقشة الأفكار الآلية للحالة.

-تدريب الحالة على إيجاد أفكار بديلة إيجابية مكان الأفكار الآلية.

مدة الجلسة 3: 60 دقيقة.

فنيات الجلسة 3:

-تقنية السهم التنازلي.

-تقنية الأفكار البديلة الإيجابية.

-الواجب المنزلي.

سيرورة الجلسة 3:

-المردود الأسبوعي: ما الذي حدث خلال هذا الأسبوع؟ 10د

-مناقشة الواجب المنزلي: مناقشة ما تم تسجيله من قبل الحالة من وضعيات ومقارنة عدد الاحكام الإيجابية مع عدد الاحكام السلبية بهدف استبصار الحالة بنفسها. 10د

نأخذ أحد الأفكار حسب الأولوية بالنسبة للحالة ونقوم بتحليلها بتطبيق تقنية السهم التنازلي

-السهم التنازلي: هذه التقنية تسمح بتحليل الأفكار، القوانين والمسلمات، التصميمات المبكرة، من خلال طرح مجموعة من الأسئلة كما يلي: 15د

ماهي عاقبة الفعل؟

ماذا يمثل لك ذلك؟

كيف ستكون انفعالاتك لو حدث ذلك؟

كيف سيكون سلوكك لو حدث ذلك؟

ما هي انفعالاتك؟

تدريب الحالة على كيفية تسجيل الأفكار الالية وإيجاد أفكار بديلة باستخدام سجل الأفكار البديلة بهدف إعادة صياغة وبناء افكارها بصورة منطقية وإيجابية. 10د

-تلخيص محتوى الجلسة: سنقوم بتلخيص ما قمنا به معا. 5د

-التغذية الرجعية: مدى استيعاب الحالة لما تم خلال الجلسة ورأيها عن الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق التنفس العميق، تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة كما يلي: 5د

| الوضعية | الانفعالات و الاحاسيس | الأفكار الآلية | الأفكار البديلة الايجابية | العواقب والاثار |
|--------------------------|--|--|---|--|
| وصف الوضعية الضاغطة بدقة | وصف وذكر الاحاسيس والانفعالات. تقدير الشدة من: 0 إلى 8 | جرد ووصف الأفكار الآلية: أو المنولوج الذاتي. تقدير مدى قناعتك بهذه الأفكار من: 0 إلى 8 | وضع أفكار بديلة ايجابية (بدل الأفكار السلبية). تقدير مدى قناعتك بها من: 0 إلى 8 | تقدير الأثر على: الاحاسيس والعواطف من: 0 إلى 8 مدى تغير قناعتك بالأفكار الآلية من: 0 إلى 8 |

الجلسة الرابعة:

أهداف الجلسة 4:

- مناقشة الأفكار الآلية للحالة وتحليلها.
- الزيادة في فهم وإدراك الحالة لأفكارها الآلية.
- تدريب الحالة على إيجاد أفكار بديلة إيجابية.

مدة الجلسة 4: 60 دقيقة

فنيات الجلسة 4:

-تقنية الحوار الذاتي.

-الواجب المنزلي.

سيرورة الجلسة 4:

-المردود الأسبوعي: ما الذي حدث خلال هذا الأسبوع؟

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما تقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعته الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاتها. 10د

-تطبيق تقنية الحوار الذاتي: 25د

تدريب الحالة على محاورة افكارها الالية ومحاولة الحد منها واستبدالها بأفكار بديلة أكثر إيجابية وذلك من خلال؟

مثال: ما الفكرة التي تراودك الآن وتثير خوفك؟

ما سبب ظهور هذه الفكرة؟

هل هناك دليل يؤكد هذه الفكرة؟

ربما قد تكون هناك مبررات أخرى؟

ماذا الفكرة البديلة التي يمكنك وضعها؟

هل من فكرة أخرى؟

أرأيت كيف أنك تمكنت من إعطاء تفسير آخر أكثر منطقية.

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تقديمه خلال الجلسة. 5د

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في الجلسة ومدى استيعاب الحالة للتقنية. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق التنفس العميق، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، محاولة تطبيق تقنية الحوار الذاتي. 5د

الجلسة الخامسة:

أهداف الجلسة 5:

-تدريب الحالة الى النظر للوضعيات المقلقة على انها مشكلة تتطلب الحل.

-تمكين الحالة من إيجاد حل للمشكلة.

-مدة الجلسة 5: 60 دقيقة

-فنيات الجلسة 5:

-تقنية حل المشكلات.

- الواجب المنزلي.

سيرورة الجلسة 5:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال الأسبوع الماضي؟ 10د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما تقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعته الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاتها. 10د

-تطبيق تقنية حل المشكلات:

من خلال هذه التقنية نساعد الحالة على النظر الى الوضعيات المقلقة على انها مشكلة تستدعي الحل، حيث تقوم بتحديد المشكلة بدقة ثم تقوم بوضع كل الحلول الممكنة والمناسبة لها وبعدها تقوم بترتيبها حسب الأفضلية وتختار الأفضل بالنسبة لها. 20د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تقديمه خلال الجلسة. 5د

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في الجلسة ومدى استيعاب الحالة للتقنية. 5د

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق التنفس العميق، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، محاولة تطبيق تقنية حل المشكلات. 5د

الجلسة السادسة:

-أهداف الجلسة 6:

-تدريب الحالة على مواجهة الوضعيات المقلقة والمشاركة في المناسبات الاجتماعية عن طريق التعريض التدريجي.

-تدريب الحالة على المهارات الاجتماعية.

-مدة الجلسة 6: 60 دقيقة

-فنيات الجلسة 6:

-تقنية العرض التخيلي.

-الواجب المنزلي.

سيرورة الجلسة 6:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال هذا الأسبوع؟ 10د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما تقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعته الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاتها. 10د

-تطبيق تقنية العرض التخيلي: وهي تقنية سلوكية تهدف الى العرض التدريجي للحالة في الوسط الاجتماعي بعد انسحابها نتيجة عدم تقبلها لصورة جسدها على إثر عملية البتر والهدف منها هو جعل الحالة قادرة على مواجهة مشكلتها والسيطرة على الوضعيات المثيرة لخوفها والاندماج اجتماعيا.

أغمضي عينيك واسترخي خذي نفسا عميقا واسترخي، انت الآن في عرس لأحد الأقارب؟ والجميع ينظر اليك صفي لي ما الأفكار التي تراودك؟ ما احساسك؟ وحاولي تقييمها؟

انت في العرس دائما خذي نفسا عميقا لمدة 5ثا احبسي انفاسك 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا مرة أخرى تنفسي بعمق لمدة 5ثا احبسي انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا تبادل الحضور ابتساما وانت مليئة بالثقة بالنفس خذي نفسا عميقا مجددا لمدة 5ثا احبسي انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا، ما الافكار التي تراودك الآن؟ وما هي احاسيسك؟ حاولي تقييمها؟ خذي نفسا عميقا مجددا لمدة 5ثا احبسي انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا انت مستعدة الآن للحديث معهم بكل طلاقة اقتربي وتنفسي بعمق لمدة 5ثا احبسي انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا

تحديتي وانت كلك ثقة بنفسك احسنت انت تتحدثين بحرية ودون خوف خذي نفسا عميقا لمدة 5ثا احبسي انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا لقد كنت ممتازة وانت تبتسمين لأنك ناجحة تنفسي الآن بكل راحة تنفسي وانت مرتاحة، ما الأفكار التي تراودك الآن؟ وكيف تحسبن؟ ما تقييمك؟ تنفسي براحة لقد انهيت حديثك بامتياز وانت مرتاحة تنفسي براحة ستغادرين العرس وانت متفائلة بنجاحك تنفسي براحة وافتحي عينك ببطء انت مرتاحة الآن.

كيف حالك؟ 25د

-تلخيص محتوى الجلسة: 5د

-التغذية الرجعية: مدى استيعاب الحالة لتقنية العرض التخيلي، ورأيها عن الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق التنفس العميق، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، محاولة تطبيق تقنية العرض التخيلي للوضعيات التي تتجنبها الحالة. 5د

الجلسة السابعة:

أهداف الجلسة 7:

-الزيادة في تعزيز ودعم الحالة سلوكيا لتمكينها من التعريض الحقيقي.

-تمكين الحالة من الفهم الأكثر لحالتها وتقييمها الذاتي باستمرار لوضعياتها.

-مدة الجلسة 7: 60 دقيقة.

-فنيات الجلسة 7:

-تقنية العرض التخيلي.

-الواجب المنزلي.

-سيرورة الجلسة 7:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال هذا الأسبوع؟ 5د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما تقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعته الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاتها. 10د

-من خلال الطرح الذي ستقدمه الحالة والصعوبات التي واجهتها سيتم تحديد عمل هذه الجلسة مثلا: نعيد تطبيق تقنية العرض التخيلي لإعداد الحالة للعرض الحقيقي ومحاولة الذهاب الى المناسبات العائلية. 25د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما الذي تم تناوله خلال الجلسة وهل هناك إضافات تقترحها الحالة؟ 5د

-التغذية الرجعية: مدى استيعاب الحالة لما تم خلال الجلسة؟ ورأيها عنها؟ 10د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق التنفس العميق، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، نطلب من الحالة ان تحاول زيارة أحد الأقارب. 5د

الجلسة الثامنة:

-أهداف الجلسة 8:

-السيطرة على الأفكار السلبية المتبقية.

-تحفيز الحالة وتشجيعها على القيام بالمواجهة الحقيقية.

-مدة الجلسة 8: 60 دقيقة.

-فنيات الجلسة 8:

-تقنية الحوار الذاتي.

-الواجب المنزلي.

-سيرورة الجلسة 8:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال هذا الأسبوع؟ 5د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما تقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعته الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاتها. 10د

-إعادة تطبيق تقنية الحوار الذاتي: سأطلب من الحالة ان تقوم بمحاورة افكارها الالية ومحاولة الحد منها واستبدالها بأفكار بديلة أكثر إيجابية خلال الجلسة. التعامل مع الأفكار السلبية المتبقية واكتساب مزيد من السيطرة على الأفكار التي تؤدي إلى القلق في مواجهة المواقف الاجتماعية العائلية. 25د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم عرضه خلال الجلسة. 5د

-تغذية رجعية: مدى استيعاب الحالة لما تم خلال الجلسة ورأيها عن الجلسة. 10د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية التنفس العميق، سجل الأفكار البديلة، محاولة زيارة الأقارب. 5د

الجلسة التاسعة:

-أهداف الجلسة 9:

-مناقشة بعض استفسارات الحالة.

-تهيئة الحالة لإنهاء الجلسات العلاجية.

-دعم وتقوية الحالة.

-مدة الجلسة 9: 60 دقيقة

-فنيات الجلسة 9:

-الحوار والمناقشة.

-تقنية التنفس العميق.

-الواجب المنزلي.

-سيرورة الجلسة 9:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال الأسبوع الماضي؟ 5د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما تقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعته الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاتها. 10د

-نسأل الحالة حول ما إذا كان لديها أي اسئلة او إضافة وتهيئتها على قرب نهاية الجلسات مع التوضيح لها انه بإمكانها اعتماد التقنيات التي تعلمتها في باقي موضوعات الحياة، مع إمكانية الاتصال بي عند الضرورة.

-دعمها وتقويتها من خلال تطبيق عملية الاسترخاء لمدة دقيقتين وتكرار التقنية لمدة 10 مرات مع العرض التخيلي.

25د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تقديمه خلال الجلسة. 5د

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في الجلسة. 10د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق التنفس العميق، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة،

محاولة تطبيق تقنية العرض التخيلي وزيارة الأقارب. 5د

الجلسة العاشرة:

-أهداف الجلسة 10:

-تقييم شامل لكل الجلسات.

-تثبيت المكاسب.

-تطبيق القياس البعدي.

-اعلام الحالة بإنهاء البرنامج العلاجي.

-الاتفاق مع الحالة على موعد لإجراء جلسة متابعة.

-مدة الجلسة 10: 60 دقيقة.

-الأدوات المستخدمة:

-مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية لسليمان الريحاني.

-سيرورة الجلسة 10:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال الأسبوع الماضي؟ 5د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما تقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم

الذاتي الذي وضعته الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة الأفكار مع

تشجيعها على مواصلة انجاز هذه الواجبات لتثمين المكاسب ومنع الانتكاسة. 10د

-نقوم بتقييم كل الجلسات حيث اعرض علمها تقييمها الذي قدمته خلال كل الجلسات ومقارنة النتائج ومدى التحسن

الذي حققته. 10د

-تطبيق القياس البعدي. 20د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تناوله خلال الجلسة. 5د

-تحديد موعد بعد 15 يوم للمتابعة مع الاستمرار في تطبيق التقنيات التي تعلمتها.

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في البرنامج. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الفنيات التي تم تطبيقها في مختلف المواقف لتعزيز سلوكيات الحالة. 5د

ملحق رقم: (2) قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين لبرنامج التكفل المعرفي السلوكي

| الجامعة | الدرجة العلمية | الاسم واللقب | الرقم |
|-------------|---|---------------------|-------|
| جامعة قالمة | دكتوراه علم النفس العيادي | إبراهيم عيسى تواتي | 01 |
| جامعة قالمة | دكتوراه علم النفس العيادي | رزقية بن شيخ | 02 |
| جامعة قالمة | دكتوراه علم النفس التربوي | نديرة اغمين | 03 |
| جامعة بجاية | ماجستير علم النفس العيادي (سنة ثالثة دكتوراه) | عمران لخضر | 04 |
| جامعة عنابة | دكتوراه علم النفس العيادي | فاطمة الزهراء ماروك | 05 |

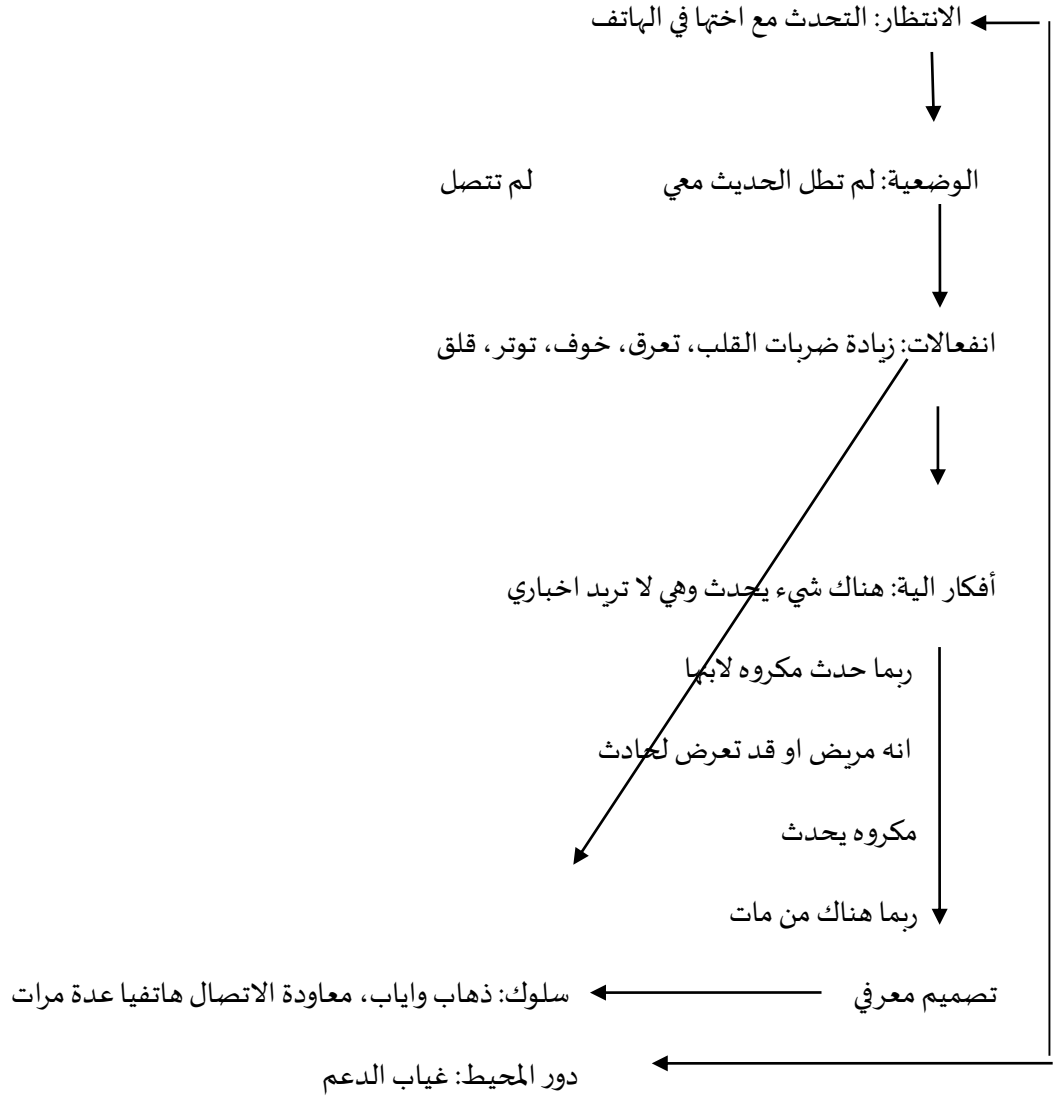
ملحق رقم: (3) يوضح موافقة لجنة التحكيم على برنامج التكفل المعرفي السلوكي

| ملاحظات | عدد الموافقين | الحكم | | المجالات المراد تحكيمها | الرقم |
|---|---------------|-----------|-------|-------------------------|-------|
| | | غير مناسب | مناسب | | |
| برنامج علاجي معرفي سلوكي.. بدل برنامج تكفل معرفي سلوكي | 4/5 | | ✓ | عنوان موضوع التحكيم | 1 |
| | 5/5 | | ✓ | اهداف البرنامج | 2 |
| | 5/5 | | ✓ | محتوى الجلسات | 3 |
| | 5/5 | | ✓ | اهداف الجلسات | 4 |
| تقنية تعديل التنفس بدل التنفس العميق | 4/5 | | ✓ | التقنيات المستخدمة | 5 |
| | 5/5 | | ✓ | سيرورة الجلسات | 6 |

ملحق رقم: (4) برنامج التكفل المعرفي السلوكي في صورته النهائية

1- التحليل الوظيفي حسب سلم (SECCA):

1-1- التحليل العرضي: (الآن والحين)



2-1- التحليل التاريخي:

-معطيات بنيوية:

- وراثية: أب يعاني من ارتفاع ضغط الدم، 2 من الاخوة يعانون من السكري، بنات الخالة لديهن سرطان الثدي.
- شخصية: سمات شخصية منتظمة، منضبطة، كثيرة الخوف.
- عوامل مشجعة لاستمرار العرض: تحمل مسؤولية اب متسلط وضغط دائم عليها.
- عوامل مسببة ومثيرة: طلاقها، وفاة الأخ الأكبر إثر مرضه TEFOIDE، وفاة الام، مغادرة ابن اختها للعيش مع امه بعدما قضى معها مدة 13 سنة، التقاعد.

العلاجات السابقة:

- علاجات دوائي: السكري

واخترت التقنيات التالية لان الحالة عبرت عن رغبتها في التخلص من الأفكار التي تراودها باستمرار وانا اريد ان أطبق كقياس قبلي: مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية لسليمان الريحاني، مقياس تشوه صورة الجسد.

2-أهمية البرنامج المعرفي السلوكي:

- يساهم البرنامج في إيجاد طريقة علاج لتغيير الأفكار اللاعقلانية وتقبل صورة الجسد من خلال استخدام الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية.

- يساعد البرنامج المعرفي السلوكي على مواجهة الوضعيات المثيرة للقلق والتوتر النفسي للمرأة مبتورة الثدي على إثر الإصابة بمرض السرطان.

3-الأهداف العامة للبرنامج العلاجي:

يعد هذا البرنامج احدى عمليات التدخل العلاجي النفسي التي تهدف الى التكفل النفسي بالحالة التي لديها أفكار لاعقلانية جراء عملية البتر على إثر الإصابة بسرطان الثدي بالاعتماد على نوع البنية المعرفية للحالة في أقصر وقت ممكن، وعليه سيتم:

-تقديم المساعدة النفسية للحالة للسيطرة على الانفعالات الغير مرغوب فيها والناجمة عن الأفكار الالية التي تعود الى خبرات سابقة ترسخت مع الوقت.

-تعديل هذه الأفكار التي ستؤثر بدورها على الانفعالات والسلوك.

-اكتساب الحالة طرق جديدة تساعد على السيطرة على الوضعيات الضاغطة التي من شأنها ان تأزم في حالتها الصحية.

-تمكين الحالة من تعلم مهارات اجتماعية تساعد على الاندماج والتمتع بالحياة من خلال تقبلها لصورة جسدها.

4- الأساس النظري المعتمد في تصميم هذا البرنامج:

تم تصميم الصيغة الالوية للبرنامج بعد الاطلاع على الاسس النظرية للعلاج المعرفي- السلوكي وذلك من خلال مجموعة من بعض المراجع العربية والمراجع الاجنبية والاطلاع على مجموعة من البرامج العلاجية والارشادية والتدريبية لبعض الاساليب العلاجية المعرفية- السلوكية في إطار الدورة التدريبية المقدمة من طرف الأستاذ المحاضر والمدرّب للعلاج المعرفي السلوكي مستوى 1 ومستوى 2 الأستاذ عمران لخضر مثل: التحليل الوظيفي وفق شبكة SECCA، وبعض تقنيات إعادة البناء المعرفي.

5-تقييم البرنامج: تتم عملية تقييم البرنامج من خلال مرحلتين أساسيتين وهما:

-تقييم أولي ويتمثل في تطبيق القياس القبلي والقياس البعدي.

-تقييم خلال الجلسات من خلال التقييم الذاتي للحالة لشدة قلقها خلال الوضعيات المثيرة للخوف والقلق والتوتر.

وللتعرف على العوامل والوضعيات التي تؤزم وتزيد في تفاقم اعراض الخوف والقلق للحالة عمدت الى جمع المعلومات عن الظروف المحيطة بها من خلال المقابلة مع الحالة، التحليل الافقي الآن والحين، التحليل التاريخي.

ومن خلال التحليل الوظيفي للحالة وتحديد الوضعيات التي يزيد فيها قلقها والذي يؤثر على حالتها الصحية اخترت التقنيات التالية: إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار الآلية، سجل الأفكار البديلة الإيجابية، سجل الاحكام السلبية والايجابية)، السهم التنازلي، الحوار السقراطي، تعديل التنفس وتقنية الاسترخاء التنفسي، الحوار الذاتي، العرض التخيلي، تقنية حل المشكلات، الواجب المنزلي.

6-محتوى الجلسات:

الجلسة الأولى:

اهداف الجلسة 1:

-التعريف بالبرنامج المعرفي السلوكي.

-فهم الحالة لمشكلتها.

-ضبط توقعات الحالة بصورة واقعية تخدم الأهداف المسطرة.

-تقوية العلاقة مع الحالة وكسب ثقتها وحثها على بذل جهد للوصول الى الأهداف المرجوة.

مدة الجلسة 1: 60 دقيقة.

فنيات الجلسة 1:

-تعديل التنفس والاسترخاء التنفسي.

-تقنية الحوار السقراطي.

-الواجب المنزلي.

سيرورة الجلسة 1:

-اعرفها ببرنامج التكفل المعرفي السلوكي كما يلي:

العلاج المعرفي السلوكي: هو نوع من أنواع العلاج النفسي، الذي يركز على الوقت الحالي، يهتم بحل المشكلات، ويتم فيه تعلم مهارات محددة يتم استعمالها في بقية الحياة، كما تهتم هذه المهارات في ابراز التفكير المشوه، وتعديل الاعتقادات الخاطئة، والتعامل مع الآخرين بطرق جديدة، وتعديل السلوك الغير مرغوب فيه وكيف أن الأفكار والمشاعر تؤثر على صحتنا وأجسامنا.

هذا العلاج مبني على تقنيات معرفية وتقنيات سلوكية، التقنيات المعرفية تهدف الى استخراج الأفكار اللاعقلانية وتعديلها

وبناء افكار بديلة أكثر ملائمة تيسر الحياة وسبل التعامل، اما التقنيات السلوكية فهي عبارة على تعلم طرق جديدة

للتغلب على الوضعيات المقلقة وحل المشكلات والسيطرة على الانفعالات المصاحبة.

-معرفة توقعات الحالة من البرنامج بطرح السؤال الموالي: ما الفوائد التي تتوقعينها من هذا البرنامج؟ وذلك من اجل ضبط

توقعاتها لتكون أكثر واقعية حسب اهداف البرنامج. 10د

-فهم الحالة لمشكلتها: جعل الحالة تفهم مشكلتها، لديك أفكار لاعقلانية وسنعمل معا على تغييرها والجهد الأكبر سيكون

من طرفك من خلال انجازك للواجبات باستمرار. 5د

-توضيح عدد جلسات البرنامج التي تتراوح ما بين 10 الى 12 جلسة بمعدل جلسة كل أسبوع لمدة 55د

-التوقيع على العقد السلوكي الذي يتضمن ضرورة الالتزام واحترام المواعيد مع انجاز الواجبات التي ستقدم للحالة. 5د

-تطبيق القياس القبلي: أقوم بتطبيق اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية لسليمان الريحاني المكيف (تم التأكد من

صدقة بتطبيقه على عينة استطلاعية). 10د

-من بين هذه التقنيات التي سنستخدمها خلال هذه الجلسة:

التقنيات السلوكية:

تعديل التنفس: تدريب الحالة على تعديل التنفس ثم نطبق تقنية الاسترخاء التنفسي، حيث في هذا الصدد درس "هيربرت

بينسون" كيفية تغير الجسم عندما يكون الشخص في حالة استرخاء عميق. لقد لاحظ " بينسون" أنه خلال الحالة التي

أطلق عليها " استجابة الاسترخاء" تنخفض ضربات القلب، وسرعة التنفس، وضغط الدم والشد العضلي وسرعة الأيض

واستهلاك الأكسجين وقابلية الجلد لتوصيل التيار الكهربائي. على الجانب الآخر فقد ازداد تردد موجات ألفا والتي ترتبط

بوجود الإنسان في حالة من الهدوء والاستقرار.

محتوى التقنية: اجلسي بشكل مريح، اجعلي قدميك متباعدتين مسافة 8 بوصات وأصابع قدميك منحرفة إلى الخارج

قليلا. ضعي إحدى يديك على الصدر والأخرى على البطن. استنشقي الهواء (شهيق) بعمق وببطء عن طريق الأنف وأدخليه

إلى البطن. ابقه في الداخل بضع ثوان أو بقدر ما تستطيعين. ثم أخرجي الهواء (زفير) ببطء عن طريق الأنف أيضا. دع يدك

ترتفع وتنخفض مع حركة البطن دون أن يتحرك الصدر سوى شيئا قليلا جدا...

نعيد عملية التنفس هذه لمدة عشر دقائق، عندما تتقنها وتشعر أنها تقوم بها بالطريقة الصحيحة وتسهل عليها ممارستها،

نغير عملية الزفير من الأنف إلى الفم، أي تدخل الهواء عن طريق الأنف ولكن تخرجه عن طريق الفم. يجب أن تستغرق

عملية الشهيق 5 ثوان وعملية الزفير 15 إلى 20 ثانية.

-كيف تشعرين الآن؟

-هل واجهتك صعوبة خلال أداء التمرين؟ 15د

ثم نقوم بمناقشة بعض الأفكار التي تثير قلق الحالة باستخدام الحوار السقراطي كما يلي:

-تقنية الحوار السقراطي: هي استخدام التساؤل كأداة عامة خلال العلاج حيث يقوم المعالج بتوجيه العميل لان يختبر معتقد في وضعية محددة ونوعية، ويقود هذا الاخير الى دليل قيم ينفي المعتقد في هذه الوضعية ويمكن ان يمتد الى وضعيات عديدة.

حيث يتم طرح ثلاث أسئلة محددة تساعد العميل على مراجعة أفكاره السلبية وهذه الأسئلة هي:

-ما هي الدلائل على معتقدك؟

-كيف يمكن أن تفسر الوضعية أيضا؟

-إذا كان ذلك صحيحا، ماذا يعني لك؟

- تلخيص محتوى الجلسة: تلخيص ما قمنا به معا (الأهداف التي حددتها الحالة، تحديدها حسب الأولوية، التقنيات المستخدمة). 3د

-التغذية الرجعية: مدى استيعاب الحالة لما قدم خلال الجلسة، هل تريد إضافة شيء ما؟ ما رأيك في الجلسة العلاجية؟ 5د

- الواجب المنزلي: إعادة تطبيق تمرين تعديل التنفس مرتين في اليوم حتى خارج الوضعيات المقلقة وأربع مرات في الاسبوع. 2د، ومحاولة تطبيق الاسترخاء التنفسي.

الجلسة الثانية:

اهداف الجلسة 2:

-التعرف على البنية المعرفية للحالة.

-استبصار الحالة بأفكارها اللاعقلانية وكيفية تأثيرها على انفعالها.

-شرح كيفية تأثير الأفكار الآلية على الانفعالات.

مدة الجلسة 2: 60 دقيقة.

فنيات الجلسة 2:

-إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار الآلية ذي المحاور الثلاثة).

-تقنية السهم التنازلي.

-الواجب المنزلي.

-تغذية رجعية: رأي الحالة عندما تعلمته خلال الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، التقييم الذاتي باستعمال سجل الأفكار الآلية، اطلب من الحالة ان تقوم بتسجيل مختلف الوضعيات التي تثير قلقها وخوفها خلال هذا الأسبوع وضرورة التقييم الذاتي.

الجلسة الثالثة:

أهداف الجلسة 3:

-تحليل ومناقشة الأفكار الآلية للحالة.

-تدريب الحالة على إيجاد أفكار بديلة إيجابية مكان الأفكار الآلية.

-تقديم الأدلة التي تدعم أفكارها والتي تكون ضدها للحد من هذه الأفكار

مدة الجلسة 3: 60 دقيقة.

فنيات الجلسة 3:

-تقنية إعادة البناء المعرفي (الاحكام السلبية والاحكام الإيجابية).

-تقنية الأفكار البديلة (سجل الأفكار البديلة الإيجابية ذو المحاور الخمسة).

-الواجب المنزلي.

سيرورة الجلسة 3:

-المردود الأسبوعي: ما الذي حدث خلال هذا الأسبوع؟ 10د

-مناقشة الواجب المنزلي: عندما تقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعته الحالة لكل من الأفكار الآلية التي راودتها خلالها وسنحاول مناقشة احدي هذه الوضعيات باعتماد تقنية إعادة البناء المعرفي كما يلي: 10د

-تقنية اعادة البناء المعرفي: 15د

ماهي الأدلة المؤكدة للفكرة؟ ما هي الاحتمالات الأخرى؟

-نقوم بتجربة سلوكية لاختبار البناءات المعرفية: هل ستتحقق هذه الفكرة ام لا؟ سنقوم بإعداد جدول معا:

| الاحكام السلبية | الاحكام الإيجابية |
|-----------------|-------------------|
| | |

-تدريب الحالة على كيفية تسجيل الأفكار الالية وإيجاد أفكار بديلة باستخدام سجل الأفكار البديلة بهدف إعادة صياغة وبناء افكارها بصورة منطقية و ايجابية. 10د

-تلخيص محتوى الجلسة: سنقوم بتلخيص ما قمنا به معا. 5د

-التغذية الرجعية: مدى استيعاب الحالة لما تم خلال الجلسة ورأيها عن الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، وان تضع الأحكام السلبية التي تدعم افكارها وكذا الاحكام الايجابية التي لا تدعم افكارها باستعمال السجل التالي: 5د

| الاحكام السلبية | الاحكام الايجابية | الوضعيات |
|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| | | |
| | | |
| ماهي الأدلة التي تدعم هذه الأفكار؟ | ما هي الأدلة التي تعارض هذه الأفكار؟ | وصف الوضعية بدقة و الأفكار الالية المصاحبة لها وكذا الانفعالات |

الجلسة الرابعة:

أهداف الجلسة 4:

-مناقشة الأفكار الالية للحالة وتحليلها.

-الزيادة في فهم وإدراك الحالة لأفكارها الالية.

-تدريب الحالة على إيجاد أفكار بديلة إيجابية.

مدة الجلسة 4: 60 دقيقة

فنيات الجلسة 4:

-تقنية الحوار الذاتي.

تقنية إعادة البناء المعرفي (سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة).

-الواجب المنزلي.

سيرورة الجلسة 4:

-المردود الأسبوعي: ما الذي حدث خلال هذا الأسبوع؟ 10د

-مناقشة الواجب المنزلي: مناقشة ما تم تسجيله من قبل الحالة من وضعيات ومقارنة عدد الاحكام الإيجابية مع عدد الاحكام السلبية بهدف استبصار الحالة بنفسها. كما سنتطرق الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعته الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاتها. 10د

-تطبيق تقنية الحوار الذاتي: 25د

تدريب الحالة على محاورة افكارها الالية ومحاولة الحد منها واستبدالها بأفكار بديلة أكثر إيجابية وذلك من خلال؟

مثال: ما الفكرة التي تراودك الآن وتثير خوفك؟

ما سبب ظهور هذه الفكرة؟

هل هناك دليل يؤكد هذه الفكرة؟

ربما قد تكون هناك مبررات أخرى؟

ماذا الفكرة البديلة التي يمكنك وضعها؟

هل من فكرة أخرى؟

أرأيت كيف أنك تمكنت من إعطاء تفسير آخر أكثر منطقية.

بعد هذا التفسير نقدم للحالة سجل الأفكار البديلة الإيجابية ذو المحاور الخمسة حتى تتمكن الحالة من السيطرة على الأفكار اللاعقلانية التي تراودها وتعويضها بأفكار بديلة ملائمة وندربها عليه بأخذ الفكرة التي تمت مناقشتها سلفا ومساعدتها على إيجاد أفكار أكثر منطقية.

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تقديمه خلال الجلسة. 5د

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في الجلسة ومدى استيعاب الحالة للتقنية. 5د

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفس، محاولة تطبيق تقنية الحوار الذاتي، تطبيق سجل الأفكار البديلة

الاجيابة ذي المحاور الخمسة كما يلي: 5د

| الوضعية | الانفعالات و الاحاسيس | الأفكار الآلية | الأفكار البديلة الاجيابة | العواقب والاثار |
|--------------------------|--|--|---|--|
| وصف الوضعية الضاغطة بدقة | وصف وذكر الاحاسيس والانفعالات. تقدير الشدة من: 0 إلى 8 | جرد ووصف الأفكار الآلية: أو المنولوج الذاتي. تقدير مدى قناعتك بهذه الأفكار من: 0 إلى 8 | وضع أفكار بديلة ايجابية (بدل الأفكار السلبية). تقدير مدى قناعتك بها من: 0 إلى 8 | تقدير الأثر على: الاحاسيس والعواطف من: 0 إلى 8 مدى تغير قناعتك بالأفكار الآلية من: 0 إلى 8 |

الجلسة الخامسة:

أهداف الجلسة 5:

-تدريب الحالة الى النظر للوضيعات المقلقة على انها مشكلة تتطلب الحل.

-تمكين الحالة من إيجاد حل للمشكلة.

-مدة الجلسة 5: 60 دقيقة

-فنيات الجلسة 5:

-تقنية حل المشكلات.

- الواجب المنزلي.

سيرورة الجلسة 5:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال الأسبوع الماضي؟ 10د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما تقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعته الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر والاطلاع على البدائل التي وضعتها الحالة. 10د

-تطبيق تقنية حل المشكلات: من خلال هذه التقنية نساعد الحالة على النظر الى الوضعيات المقلقة على انها مشكلة تستدعي الحل، حيث تقوم بتحديد المشكلة بدقة ثم تقوم بوضع كل الحلول الممكنة والمناسبة لها وبعدها تقوم بترتيبها حسب الأفضلية وتختار الأفضل بالنسبة لها. 20د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تقديمه خلال الجلسة. 5د

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في الجلسة ومدى استيعاب الحالة للتقنية. 5د

الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، محاولة تطبيق تقنية حل المشكلات. 5د

الجلسة السادسة:

-أهداف الجلسة 6:

-تدريب الحالة على مواجهة الوضعيات المقلقة والمشاركة في المناسبات الاجتماعية عن طريق التعريض التدريجي.

-تدريب الحالة على المهارات الاجتماعية.

-مدة الجلسة 6: 60 دقيقة

-فنيات الجلسة 6:

-تقنية العرض التخيلي.

-الواجب المنزلي.

سيرورة الجلسة 6:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال هذا الأسبوع؟ 10د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما تقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعته الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاتها. 10د

-تطبيق تقنية العرض التخيلي: وهي تقنية سلوكية تهدف الى تهيئة الحالة الى التعريض التدريجي في الوسط الاجتماعي بعد انسحابها نتيجة عدم تقبلها لصورة جسدها على إثر عملية البتر والهدف منها هو جعل الحالة قادرة على مواجهة مشكلتها والسيطرة على الوضعيات المثيرة لخوفها والاندماج اجتماعيا.

أغمضي عينيك واسترخي خذي نفسا عميقا واسترخي، انت الآن في عرس لأحد الأقارب؟ والجميع ينظر اليك صفي لي ما الأفكار التي تراودك؟ ما احساسك؟ وحاولي تقييمها؟

انت في العرس دائما خذي نفسا عميقا لمدة 5ثا احبسي انفاسك 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا مرة أخرى تنفسي بعمق لمدة 5ثا احبسي انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا تبادلي الحضور ابتساما وانت مليئة بالثقة بالنفس خذي نفسا عميقا مجددا لمدة 5ثا احبسي انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا، ما الافكار التي تراودك الآن؟ وما هي احساسك؟ حاولي تقييمها؟ خذي نفسا عميقا مجددا لمدة 5ثا احبسي انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا انت مستعدة الآن للحديث معهم بكل طلاقة اقتربي وتنفسي بعمق لمدة 5ثا احبسي انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا

تحديتي وانت كلك ثقة بنفسك احسنت انت تتحدثين بحرية ودون خوف خذي نفسا عميقا لمدة 5ثا احبسي انفاسك لمدة 10ثا ثم زفير لمدة 15ثا لقد كنت ممتازة وانت تبتهمين لأنك ناجحة تنفسي الآن بكل راحة تنفسي وانت مرتاحة، ما الأفكار التي تراودك الآن؟ وكيف تحسین؟ ما تقييمك؟ تنفسي براحة لقد انهيت حديثك بامتياز وانت مرتاحة تنفسي براحة ستغادرين العرس وانت متفائلة بنجاحك تنفسي براحة وافتحي عينك ببطء انت مرتاحة الآن.

كيف حالک؟ 25د

-تلخيص محتوى الجلسة: 5د

-التغذية الرجعية: مدى استيعاب الحالة لتقنية العرض التخيلي، ورأيها عن الجلسة. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الاسترخاء التنفسي، الاستمرار في تطبيق سجل الأفكار البديلة ذي المحاور الخمسة، محاولة تطبيق تقنية العرض التخيلي للوضعيات التي تتجنبها الحالة. 5د

الجلسة السابعة:

أهداف الجلسة 7:

-الزيادة في تعزيز ودعم الحالة سلوكيا لتمكينها من المواجهة الفعلية.

-تمكين الحالة من الفهم الأكثر لحالتها وتقييمها الذاتي باستمرار لوضعياتها.

-مدة الجلسة 7: 60 دقيقة.

-فنيات الجلسة 7:

-تقنية العرض التخيلي.

-الواجب المنزلي.

-سيرورة الجلسة 7:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال هذا الأسبوع؟ 5د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما تقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعته الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاتها. 10د

-من خلال الطرح الذي ستقدمه الحالة والصعوبات التي واجهتها سيتم تحديد عمل هذه الجلسة مثلا: نعيد تطبيق تقنية العرض التخيلي لإعداد الحالة للمواجهة الحقيقية ومحاولة الذهاب الى المناسبات العائلية. 25د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما الذي تم تناوله خلال الجلسة وهل هناك إضافات تقترحها الحالة؟ 5د

-التغذية الرجعية: مدى استيعاب الحالة لما تم خلال الجلسة؟ ورأيها عنها؟ 10د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق التقنيات المتعلمة، ونطلب من الحالة ان تحاول زيارة أحد الأقارب. 5د

الجلسة الثامنة:

-أهداف الجلسة 8:

-السيطرة على الأفكار السلبية المتبقية.

-تحفيز الحالة وتشجيعها على القيام بالمواجهة الحقيقية.

-مدة الجلسة 8: 60 دقيقة.

-فنيات الجلسة 8:

-تقنية الحوار الذاتي.

-الواجب المنزلي.

-سيرورة الجلسة 8:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال هذا الأسبوع؟ 5د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما تقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعته الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة كيف ان الافكار هي التي تثير انفعالاتها. 10د

-إعادة تطبيق تقنية الحوار الذاتي: سأطلب من الحالة ان تقوم بمحاورة افكارها الآلية ومحاولة الحد منها واستبدالها بأفكار بديلة أكثر إيجابية خلال الجلسة. التعامل مع الأفكار السلبية المتبقية واكتساب مزيد من السيطرة على الأفكار التي

تؤدي إلى القلق في مواجهة المواقف الاجتماعية العائلية. 25د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم عرضه خلال الجلسة. 5د

-تغذية رجعية: مدى استيعاب الحالة لما تم خلال الجلسة ورأيها عن الجلسة. 10د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في عملية تطبيق التقنيات المتعلمة، ومحاولة زيارة الأقارب. 5د

الجلسة التاسعة:

-أهداف الجلسة 9:

-مناقشة بعض استفسارات الحالة.

-تذكير الحالة بقرب إنهاء الجلسات العلاجية.

-دعم وتقوية الحالة.

-مدة الجلسة 9: 60 دقيقة

-فنيات الجلسة 9:

-الحوار والمناقشة.

-تقنية الاسترخاء التنفسي.

-الواجب المنزلي.

-سيرورة الجلسة 9:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال الأسبوع الماضي؟ 5د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما تقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم الذاتي الذي وضعته الحالة لكل من الأفكار الآلية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة كيف ان الافكار

هي التي تثير انفعالاتها. 10د

-نسأل الحالة حول ما إذا كان لديها أي اسئلة او إضافة وتهيئتها على قرب نهاية الجلسات مع التوضيح لها انه بإمكانها

اعتماد التقنيات التي تعلمتها في باقي موضوعات الحياة، مع إمكانية الاتصال بي عند الضرورة.

-دعمها وتقويتها من خلال تطبيق عملية الاسترخاء لمدة دقيقتين وتكرار التقنية لمدة 10 مرات مع العرض التخيلي.

25د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تقديمه خلال الجلسة. 5د

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في الجلسة. 10د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق التقنيات المتعلمة، ومحاولة تطبيق تقنية العرض التخيلي وزيارة الأقارب. 5د

الجلسة العاشرة:

-أهداف الجلسة 10:

-تقييم شامل لكل الجلسات.

-تثبيت المكاسب.

-تطبيق القياس البعدي.

-اعلام الحالة بإنهاء البرنامج العلاجي.

-الاتفاق مع الحالة على كيفية إمكانية التواصل.

-مدة الجلسة 10: 60 دقيقة.

-الأدوات المستخدمة:

-مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية لسليمان الريحاني.

-سيرورة الجلسة 10:

-المردود الأسبوعي: ما الجديد خلال الأسبوع الماضي؟ 5د

-مناقشة الواجبات المنزلية: عندما تقدم الحالة الواجب المنزلي سنتطرق الى الوضعيات التي قامت بتسجيلها، التقييم

الذاتي الذي وضعته الحالة لكل من الأفكار الالية والاحاسيس المصاحبة بهدف التعمق أكثر وإدراك الحالة الأفكار مع

تشجيعها على مواصلة انجاز هذه الواجبات لتثمين المكاسب ومنع الانتكاسة. 10د

-نقوم بتقييم كل الجلسات حيث اعرض عليها تقييمها الذي قدمته خلال كل الجلسات ومقارنة النتائج ومدى التحسن

الذي حققته. 10د

-تلخيص محتوى الجلسة: ما تم تناوله خلال الجلسة. 5د

-تطبيق القياس البعدي. 20د

-الاتفاق على كيفية التواصل عند الضرورة مع الاستمرار في تطبيق التقنيات التي تعلمتها.

-التغذية الرجعية: رأي الحالة في البرنامج. 5د

-الواجب المنزلي: الاستمرار في تطبيق الفنيات التي تم تطبيقها في مختلف المواقف لتعزيز سلوكيات الحالة. 5د

ملحق رقم: (5) شهادة التكوين في دورة العلاجات المعرفية السلوكية

Attestation de participation

DÉCERNÉE À

Belfetni Mounira

POUR SA PARTICIPATION A LA SESSION DE FORMATION INTITULÉE

Les Thérapies Cognitivo-Comportementales

Annaba du 20 au 22 décembre 2018



FORMATEUR:
LAKHDAR AMRANE
Maître Assistent en Psychologie Clinique
Psychologue
Thérapeute
Analyste En TCC



ORGANISATEUR:
د. مسروق فوزي
مستورق في علم النفس العملي
78
Tel: 0541.68.25.98
E-mail: 0541.68.25.98