

جامعة الجزائر-2- أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

- قسم علم النفس -

مدى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض
الضغوط النفسية وتعديل الأفكار اللاعقلانية
لدى أمهات مرضى الفصام

أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة الدكتورة:

كلثوم بلمهوب

إعداد الطالبة:

راضية حاج لكحل

السنة الجامعية: 2018/2017

شكر وتقدير

أتقدم بالشكر الجزيل بعد توفيق الله و حسن عونہ إلى كل من ساعدني في إنجاز هذه الرسالة التي أشرفت على الانتهاء.

أقدم عظيم شكري و جزيل امتناني إلى الأستاذة البروفيسور «كلثوم بلميهوب» وفاء لجهدها لا يقدر و إقرارا بتوجيهه و إرشادها لا يُثمّن و التي كانت القائمة على جميع أعمالي البحثية كمشرفة من مذكرة لسانس إلى أطروحة الدكتوراه.

كما أودُّ أن أسجل شكري و تقديري إلى جميع أفراد الفريق العلاجي المتكون من الدكتور «بن غالية والأخصائيين عصادي ونايت» على مساعدتهم لي في إنجاز البرنامج العلاجي.

ولا يفوتني أن أتوجه بالشكر و الامتنان إلى كل من ساهم من قريب أو من بعيد أو من داخل الوطن أو خارجه أو أبدى رأيا أو قدّم مساعدة ساهمت في وصول هذه الرسالة إلى غايتها.

إلى جميع أمهات مرضى الفصام أهدي هذا العمل المتواضع.

الباحثة

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية لبناء برنامج علاجي لتعديل الأفكار اللاعقلانية و خفض الضغوط النفسية لدى أمهات مرضى الفصام استنادا لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

اعتمدنا في بحثنا على نوعين من المناهج تمثلا في المنهج العيادي والمنهج الشبه تجريبي، حيث أجرينا مقابلات فردية عيادية مع مجموعة من أمهات مرضى الفصام، كما طبقنا عليهن مقياس الضغط النفسي ومقياس الأفكار اللاعقلانية كتطبيق قبلي هذا ما ساعدنا على تحديد مجموعة الدراسة النهائية التي قدرت بمثابة (08) حالات تراوحت أعمارهن بين (47-55) سنة، أين قامت الباحثة بتطبيق البرنامج العلاجي عليهن وفي الحصة الاختتامية من البرنامج تم إعادة تطبيق المقياسين للتأكد من فعاليته.

وبعد تحليل المعطيات الكمية التي أفرزها المقياس القبلي والبعدي قبل وبعد تطبيق البرنامج توصلنا إلى مجموعة من النتائج و التي سنقتصر على عرض أهمها:

- توقعنا في الفرضية الأولى أن أمهات مرضى الفصام تعانين من ضغوط نفسية وقد تحققت هذه الفرضية، إذ أظهرت مجموعة الدراسة ضغطا نفسيا مرتفعا.

- أما الفرضية الجزئية الثانية فقد توقعنا فيها أن أمهات مرضى الفصام لديهن أفكار لاعقلانية حول مرض أبنائهن. فقد تحققت الفرضية إذ أظهرت أن كل الأمهات لديهن معتقدات غير منطقية وغير عقلانية حول المرض وخاصة فكرة أن السحر هو السبب في مرض الابن لعدم درايتهن ومعرفتهن بمرض الفصام.

- فيما يخص الفرضية الجزئية الثالثة توقعنا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في متوسطات درجات الأمهات على مقياس الأفكار اللاعقلانية بعد تطبيق البرنامج العلاجي. تحققت الفرضية حيث أظهر التحليل الاحصائي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي لنفس المجموعة.

- أما الفرضية الجزئية الرابعة توقعنا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في متوسطات درجات الأمهات على مقياس إدراك الضغط بعد تطبيق البرنامج العلاجي تحققت الفرضية حيث أظهر التحليل الاحصائي وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي لنفس المجموعة.

ومنه نستخلص أن جميع فرضيات البحث تحققت وأن البرنامج العلاجي الذي تم تصميمه والذي اعتمد على أساليب وفنيات العلاج العقلاني الانفعالي له تأثير فعال في خفض الضغوط النفسية وتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أمهات مرضى الفصام.

الكلمات المفتاحية: العلاج العقلاني الانفعالي، الضغوط النفسية، الأفكار اللاعقلانية، الفصام، أمهات مرضى الفصام.

Résumé de la recherche :

L'objectif de cette étude actuelle est d'élaborer un programme thérapeutique afin de modifier les idées irrationnelles et de réduire le stress chez les mères des schizophrènes en s'appuyant sur l'hypothèse du traitement rationnel, émotionnel et comportemental.

Nous avons adopté dans notre recherche deux types de méthode représentant la méthode selon quazi expérimentale et la méthode clinique où nous avons fait des rencontres cliniques individuelles avec un groupe de mères de schizophrènes avec qui nous avons appliqué l'échelle du stress et le test des idées irrationnelles comme pratique avant traitement ce qui nous a aidé à déterminer l'ensemble de l'étude finale qui estime huit (08) cas dont l'âge était entre 47 à 55 ans d'où la chercheuse avait pratiqué le programme thérapeutique, dans la séance finale du programme les deux tests avant traitements ont été réappliqués pour s'affirmer de leur efficacité.

Après l'analyse des données quantitatives recueillies à travers pré-test avant traitement et après traitement, avant et après l'application du programme nous sommes arrivés à un ensemble de résultats que nous allons essayer d'exposer les plus essentiels :

- Nous avons anticipé dans la première hypothèse : que les mères de schizophrènes souffrent du stress et cette hypothèse a été vérifiée puisque l'ensemble de l'étude a montré un taux de stress élevé.
- Quant à la deuxième sous-hypothèse : nous y avons avancé que les mères de schizophrènes ont des idées irrationnelles sur la maladie de leurs enfants. Et cette hypothèse a été vérifiée puisque l'étude a montré que toutes les mères ont des croyances non raisonnables et irréelles sur la maladie et surtout du concept que le sortilège « sihr » est la cause de la maladie de leur enfant, tout ceci est dû à la méconnaissance de la schizophrénie.
- Concernant la troisième sous-hypothèse, nous avons anticipé l'existence d'une variation significative entre les résultats du test avant application du programme et après traitement parmi les moyennes de degrés des mères sur l'échelle des idées irrationnelles après l'implantation du programme thérapeutique. Cette hypothèse s'est réalisée (fait) attendu que l'analyse statistique a noté l'existence d'une variation significative entre les résultats du pré-test avant traitement du même groupe et post test.
- Quant à la quatrième sous-hypothèse : nous avons avancé l'existence d'une variation significative entre les résultats du test avant traitement et après traitement dans les moyennes de degrés des mères sur l'échelle du stress après l'implantation du programme thérapeutique. Cette hypothèse s'est réalisée attendu que l'analyse statistique a noté une variation significative entre les résultats du test avant traitement et après traitement du même groupe.

De cela, on déduit que toutes les hypothèses de la recherche ont été vérifiées et que le programme thérapeutique est inspiré des techniques de traitement rationnel-émotionnel et comportemental a été dans la réduction du stress et la modification des idées irrationnelles chez les mères de schizophrènes.

Mots clés: Thérapie rationnel-émotionnel et comportemental ; le stress psychologique; les idées irrationnelles; Schizophrénie ; mères des malades souffrants de la Schizophrénie.

الفهرس

	شكر و تقدير	
	ملخص باللغة العربية	
	ملخص باللغة الاجنبية	
	قائمة الجداول	
01	مقدمة	
	الفصل الأول: الإطار النظري العام للدراسة	
07	الإشكالية	1
16	الفرضيات	2
17	أهمية و أهداف الدراسة	3
18	أسباب اختيار الموضوع	4
20	تحديد المفاهيم	5
24	الدراسات السابقة	6
32	تعقيب على الدراسات السابقة	7
	الفصل الثاني: الفصام	
35	تمهيد	
36	لمحة تاريخية على الفصام	1
38	الفرق بين الفصام وتعدد أو انقسام الشخصية	2
39	مدى انتشار اضطراب الفصام	3
40	تعريف الفصام	4
41	أعراض الفصام	5
46	معايير تشخيص الفصام	6
51	أسباب الفصام	7
61	أنواع الفصام	8
65	التشخيص الفارقي	9

67	علاج الفصام	10
71	التصورات الاجتماعية للفصام في الجزائر	11
73	ارتقاء مكانة العائلة في العلاج	12
74	الأثر الوجداني الانفعالي للفصام على الوالدين	13
76	العيش مع مريض بالفصام	14
78	الخلاصة	
	الفصل الثالث: الضغوط النفسية والأفكار اللاعقلانية	
80	تمهيد	
81	أولاً: الضغوط النفسية	
81	تعريف الضغوط النفسية	1
84	أنواع الضغوط النفسية	2
86	مصادر الضغوط النفسية	3
88	تشخيص الضغوط النفسية	4
91	الآثار الناجمة على الضغوط النفسية	5
94	النظريات المفسرة للضغوط النفسية	6
94	النظرية الفيزيولوجية	1-6
97	نظرية التحليل النفسي	2-6
98	النظرية المعرفية السلوكية	3-6
98	نظرية التقييم المعرفي	1-3-6
99	النظرية النسق الفكري	2-3-6
100	النظرية الإدراكية	3-3-6
101	النظرية العقلانية الانفعالية لألبيرت إليس	4-3-6
102	ثانياً: الأفكار اللاعقلانية	
102	تعريف الأفكار اللاعقلانية	1
102	تصنيفات الأفكار اللاعقلانية	2

104	سمات الأفكار اللاعقلانية	3
105	مكونات الأفكار اللاعقلانية	4
114	الخلاصة	
	الفصل الرابع: العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي	
116	تمهيد	
116	تعريف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي	1
118	الجدور التاريخية	2
120	ألبيرت إليس	3
121	مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي	4
123	مفهوم العقلانية و اللاعقلانية	5
126	أهداف العلاج العقلاني الانفعالي	6
130	أسس العلاج العقلاني الانفعالي	7
131	نموذج ABC في العلاج العقلاني الانفعالي	8
133	فروض العلاج العقلاني الانفعالي	9
141	مسلمات العلاج العقلاني الانفعالي	10
143	فنيات العلاج العقلاني الانفعالي	11
153	طرق العلاج العقلاني الانفعالي	12
160	تقويم العلاج العقلاني الانفعالي	13
164	الخلاصة	
	الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية	
167	الدراسة الاستطلاعية و نتائجها	1
172	منهج الدراسة	2
174	مجموعة الدراسة	3
175	مجال الدراسة	4
176	أدوات الدراسة	5

176	المقابلة العيادية النصف موجهة	1-5
177	مقياس إدراك الضغط ليفينستاين Levenstein	2-5
179	مقياس الأفكار اللاعقلانية	3-5
183	البرنامج العلاجي المقترح	4-5
188	الأدوات الاحصائية المستخدمة في الدراسة	5-5
	الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج	
192	عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الاولى	1
195	عرض و مناقشة الفرضية الجزئية الثانية	2
197	عرض ومناقشة نتائج تطبيق البرنامج العلاجي	3
197	عرض محتوى وسير حصص البرنامج العلاجي	1-3
213	نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لحالات الدراسة	2-3
213	نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس إدراك الضغط	1-2-3
214	نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الأفكار اللاعقلانية.	2-2-3
224	تقييم ومناقشة نتائج تطبيق البرنامج العلاجي	3-3
224	عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثالثة	1-3-3
238	عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الرابعة	2-3-3
241	الاستنتاج العام	
245	خاتمة	
248	قائمة المصادر والمراجع	
	الملاحق	

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
1	يوضح الأبعاد الأساسية الثلاثة لأعراض الفصام	42
2	يوضح الأعراض الأساسية الإيجابية للفصام	42
3	يوضح الأعراض الأساسية السلبية للفصام	43
4	يوضح الأعراض الأساسية لعدم انتظام للفصام	43
5	يوضح الأطر التي يستند عليها الاتجاه العقلائي الانفعالي	132
6	يوضح خصائص مجموعة الدراسة	174
7	يوضح كيفية تنقيط اختبار إدراك الضغط	178
8	يوضح الأفكار اللاعقلانية والعبارات المرتبطة بها	180
9	يوضح درجات معامل الاتساق الداخلي لمقياس الأفكار اللاعقلانية	182
10	يوضح الملخص العام للبرنامج العلاجي	187
11	يوضح نتائج مقياس إدراك الضغط	192
12	يوضح نتائج مقياس الأفكار الالعقلانية	195
13	يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الأولى	198
14	يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الثانية	199
15	يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الثالثة	200
16	يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الرابعة	201
17	يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الخامسة	202
18	يوضح مخطط سير الحصة العلاجية السادسة	203
19	يوضح مخطط سير الحصة العلاجية السابعة	204

205	يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الثامنة	20
206	يوضح مخطط سير الحصة العلاجية التاسعة	21
207	يوضح مخطط سير الحصة العلاجية العاشرة	22
208	يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الحادية عشر	23
209	يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الثانية عشر	24
210	يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الثالثة عشر	25
211	يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الرابعة عشر	26
212	يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الخامسة عشر	27
213	يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس إدراك الضغط لحالات الدراسة	28
214	يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس الأفكار اللاعقلانية لحالات الدراسة	29
215	يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس الأفكار اللاعقلانية للحالة الأولى (أم خولة)	30
216	يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس الأفكار اللاعقلانية للحالة الثانية (أم عادل)	31
218	يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس الأفكار اللاعقلانية للحالة الثالثة (أم ابتسام)	32
219	يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس الأفكار اللاعقلانية للحالة الرابعة (أم وهيبة)	33
220	يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس الأفكار اللاعقلانية للحالة الخامسة (أم محمد)	34
221	يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس الأفكار اللاعقلانية للحالة السادسة (أم فؤاد)	35
222	يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس الأفكار اللاعقلانية للحالة السابعة (أم فيصل)	36
223	يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي لمقياس الأفكار اللاعقلانية للحالة	37

	الثامنة (أم أحمد)	
--	-------------------	--

224	يوضح نتائج الفروق بين متوسطات درجات الأمهات بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس الأفكار اللاعقلانية	38
225	يوضح الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي في المقاييس الفرعية لمقياس الأفكار اللاعقلانية	39
238	يوضح نتائج الفروق بين متوسطات درجات الأمهات بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس إدراك الضغط	40

مقدمة

الفصام مرض ذهاني يؤدي إلى عدم انتظام الشخصية وإلى تدهورها التدريجي، حيث يتسم باختلال التفكير والمشاعر والسلوك، التفكير المضطرب هو الذي تكون فيه الأفكار غير مرتبطة منطقياً، وخطأ الإدراك والانتباه والافتقار إلى التعبير العاطفي وإهمال المظهر ليكون غير المهنـم، قد ينسحب المصابون بالفصام وينعزلون بعيداً عن الناس وعن حقيقة الأحداث اليومية وغالباً ما يتجهون إلى معتقدات شاذة فردية الضلالات والهلاوس، ونظراً لأن الفصام مرتبط بوجود هذه الاضطرابات المنتشرة في حياة الشخص فقد كان من الصعب اكتشاف أسباب الاضطراب وإيجاد طرق للتعامل معها ومعالجتها.

لا يزال أمامنا طريق طويل للوصول إلى الفهم الكامل للعوامل المتعددة التي تؤدي إلى الإصابة بالفصام، والطرق المعالجة التي تتسم بالفاعلية خالية من الآثار الجانبية غير السارة، حيث يتعرض حوالي 1% من السكان لمرض الفصام خلال حياتهم أين تزداد نسبة تعاطي العقاقير والمخدرات بكل أنواعها وقد ينعكس ذلك على محاولة التخلص من الأعراض. وإضافة إلى هذه الصورة العاكسة، فإن معدل الانتحار بين الأشخاص المصابين بالفصام مرتفعة، وفي واقع الأمر فإن المصابين بالفصام تزداد نسبة وفاتهم منتحرين مقارنة بغيرهم من السكان بما يماثل 12 ضعفاً، كما يتزايد ميلهم للوفاة جراء أي سبب آخر. (عياد وآخرون، 2016: 494-495).

ولتوضيح مدى انتشار المرض فإذا اعتبرنا النسبة المذكورة أعلاه (1%) فإنه في بلد يبلغ عدد سكانه عشرة ملايين مثلاً فإن عدد المرضى المصابين بالفصام منهم يبلغ مائة ألف شخص تقريباً، مما يدل على انتشار هذا المرض ومدى الحاجة التوعوية به وعلاجه بكفاءة لأن المصاب بالفصام كما سنرى يُعد في أغلب الأحيان عضواً غير فاعل في المجتمع، وفي أحيان أخرى عبء اجتماعي إذا لم يتم علاجه بكفاءة. (الحبيب، 2015:

فهو مرض لا يمكن تجاهله وإن كانت وسائل الإعلام والرأي العام لا تبدي اهتماما كافياً تجاه هذا المرض كما هو الحال بالنسبة إلى أمراض أخرى استحوذت على اهتمام أكبر بكثير مما حظي به مرض الفصام. فأمراض الشرايين والسرطان والسكري استأثرت باهتمام الرأي العام ونظمت لها حملات عديدة لمكافحتها والوقاية منها وأساليب التعايش معها عند استفحالها وقد لقيت تلك الحملات دعماً مباشراً من السلطات الرسمية ومن الجمهور.

ولا توجد حالة تماثل الفصام من حيث الأعباء الاقتصادية التي تتحملها الأسرة والدولة، ففي نهاية العقد الأخير من القرن العشرين قدرت تكاليف مرض الفصام في الولايات الأمريكية المتحدة وحدها بما يزيد على ثلاثين مليار دولار سنوياً، وربما ارتفعت تلك التكاليف مع بداية القرن الحادي والعشرين إلى أكثر من ذلك بكثير. ويقدر عدد المصابين بالفصام في العالم بما يزيد على (60) مليون مريض بالفصام. فهو يعتبر أكثر أمراض العصر انتشاراً إلا أنه بقي مختفياً بعيداً عن المعالجة الصحيحة بسبب الخطأ في تشخيصه وعلاجه سواء في العيادات الخاصة أو في أقسام الطوارئ والاستقبال في المستشفيات العامة. (الدجاني، 2010: 9-10).

للفصام كلفة إنسانية وزر ثقيل كالمعاناة النفسية وعدم التكيف الاجتماعي المهني والتهميش والانتحار، ويشمل ذلك أيضاً المقربون والجرائم الكامنة للقابلية الجرمية حيث أن تحمل أعباء هؤلاء المرضى الذين أعيدوا إلى عامة الناس يكلف أكثر فأكثر كلفة باهظة، كما يكلف الانتكاس المريض بالفصام نفس قيمة علاج عناية مدى الحياة. إذًا هو مكلف جداً وكذلك أن المقتضيات الإنسانية من إعادة انخراط في المجتمع وإعادة اعتبار نوعية الحياة في عامة الناس تفترض وسائل باهظة التكاليف، وقد مثلت الأدوية العصبية وسيلة فعالة في إبعاد المرضى العقلين عن مؤسسات الرعاية. وأيضاً الوقاية من الانتكاسات وهي تؤثر خاصة على الأعراض الذهانية الإيجابية (كالفكر الهذيانى والهلاوس)

وبالشكل الأمثل وقد يتوجب كذلك التخفيف من الأعراض السلبية والعجز الذي غالبا ما يكون مستمرا، كما سمحت بعودة الذهانين إلى مجموع السكان.

ليس هناك مداواة علاجية للفصام إنما المداواة من أجل تخفيف الحالة المرضية والوفيات والغاية هي تخفيف التكرار والخطورة، والنتائج النفسية الاجتماعية للمراحل المرضية و تحسين الوظيفة النفسية الاجتماعية وتلعب عند هذه الحالة المرضية مؤسسات الدعم للتكفل النفسي بالمريض وعائلته والأقارب. (مصعب، 2012: 145-165).

فكل عائلات مرضى الفصام مثقلين بمرض قريبهم، قبول مرض قريب دائما ما يكون مؤلما مهما كان نوع مرضه، وقبول مرض الفصام هو أكثر صعوبة على الخصوص للوالدين. يصعب على الأم أن ترضى أن ابنها مجنون من دون شك يصعب على أي أحد أن يرى شخصا في العشرين أو الثلاثين من عمره لديه مستقبل نزيل في مستشفى للأمراض العقلية، لأن قاعة الانتظار في مصلحة الأمراض العقلية تعتبر قاعة انتظار الخجل والفشل. (Tobin, 1994: 142)

إن الوضعية التي تعيشها أسرة المريض بالفصام وانعكاسها في إفراز مختلف الاضطرابات النفسية كالتوتر والضغط، ومن خلال اطلاقنا على مدى صعوبة وتعقيد هذا المرض يبدو أن مصادر الضغوط النفسية التي يعاني منها الآباء والأمهات متعددة ومتنوعة ومستديمة باستمرار الإصابة باضطراب الفصام يُحمل الأولياء مسؤولية جديدة إضافة إلى ضغوطات الحياة اليومية وقد تزداد هذه الضغوطات على الأم لأنها على اتصال مباشر ويومي مع ابنها فهي تجد نفسها تواجه سلسلة من المشاكل التي لا يسهل إيجاد حل لها. (Kasiama, 2011:36)

ومن خلال المقابلات العيادية مع أمهات مرضى الفصام مدة خمس سنوات تبين أن هناك فكرة لاعقلانية راسخة وتدور في ذهنهن حول سبب المرض، انجرت عليها معتقدات وأفكار غير منطقية أخرى سببت لهن ضغوط نفسية وعرقلت سير علاج أبنائهن وهي الاعتقاد بالسحر أي هي متأكدة أن السحر هو السبب الحقيقي لمرض ابنها؛ إذن فهي

بحاجة للمساعدة فهي تحتاج لفهم معلومات اساسية حول مرض الفصام، طرق علاجه، وكيفية التعامل مع المشكلات التي تظهر عند إدارة المرض. وعليه فهي بحاجة إلى تدخل علاجي لتغيير هذه الأفكار اللاعقلانية وهذا ما دفعني لتعديل أفكارهن اللاعقلانية بتبني العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي.

ولأجل ذلك كان موضوع بحثنا حول تقديم فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في خفض الضغوط النفسية و تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أمهات مرضى الفصام، والذي درسناه من جانبين: جانب نظري و جانب تطبيقي.

ضمّ الجانب النظري للدراسة أربعة فصول:

الفصل الأول: يدور حول الإطار النظري للبحث، حيث تم فيه عرض إشكالية الدراسة، فرضياته بالإضافة إلى أسباب اختيار الموضوع، أهمية و أهداف الدراسة و تحديد المفاهيم الأساسية و أهم الدراسات السابقة.

الفصل الثاني: يدور حول اضطراب الفصام حيث تطرقنا إلى تعريفه، مدى انتشاره، أنواعه، أعراضه، أسبابه وكذا طرق تشخيصه بالإضافة إلى ارتقاء مكانة العائلة في العلاج والأثر الوجداني الانفعالي للفصام على الوالدين.

الفصل الثالث: يدور حول الضغوط النفسية والأفكار اللاعقلانية أين قسم هذا الفصل إلى قسمين أولاً: تطرقنا إلى تعريف الضغوط النفسية، أنواعها ومصادرها، طرق تشخيصها والآثار الناجمة عليها. بالإضافة إلى عرض مختلف النظريات التي فسرت الضغوط النفسية مع التركيز على آخر النظريات وهي النظرية العقلائية الانفعالية لـ إليس ألبيرت، أما القسم الثاني: كان يدور حول الأفكار اللاعقلانية بداية بتعريفها وتصنيفاتها وسماتها ومكوناتها.

الفصل الرابع: يدور حول العلاج العقلائي الانفعالي، فتطرقنا إلى تعريفه، جذوره التاريخية، ومبادئه، أهدافه، أسسه، فروضه وأهم أساليبه وفنيات العلاجية، وتطرقنا

بالتعريف بمختلف الطرق العلاجية وفي الأخير تم عرض تقويم العلاج العقلاني الانفعالي (إيجابياته و سلبياته).

أما الجانب الثاني، فقد خصص للجانب التطبيقي ويشمل فصلين، وهما كالتالي:

الفصل الخامس: يدور حول إجراءات الدراسة بداية بالدراسة الاستطلاعية ونتائجها، منهج الدراسة، خصائص مجموعة الدراسة والإطار المكاني والأدوات المستعملة فيها، وفي الأخير عرض الأدوات الاحصائية المستخدمة في الدراسة.

الفصل السادس: تم فيه عرض و مناقشة النتائج.

وتضمنت الخاتمة حوصلة لمنطلقات البحث من منهج ومجموعة البحث والأدوات المستعملة فيه، وأخيرا تذكير بنتائج البحث والإجابة عن فرضياته مع تقديم بعض التوصيات و الاقتراحات.

الفصل الأول

الإطار النظري العام للدراسة

1. الإشكالية.
2. الفرضيات.
3. أهمية وأهداف الدراسة.
4. أسباب اختيار الموضوع.
5. تحديد المفاهيم.
6. الدراسات السابقة.
7. تعقيب على الدراسات السابقة.

1-الإشكالية

" لم أكن أبدا يائسة هكذا، كُنْتُ أشعر كما لو أنني في الهاوية، عندما أدخلني ابني بقوة داخل الخزانة وأغلق عليّ، كدت أختنق، ليس هناك شيء أسوأ من هذا". أمٌ مريض بالفصام.

يعتبر الفُصام حالة مرضية معقدة للغاية ومن أشد الأمراض الذهانية خطورة والتي تسبب العجز والعزلة عن المجتمع والمرض الجسدي والوفاة بالانتحار. ما زال الفُصام مجهولا وغير معروف وأكثر غموضا من الأمراض العقلية الأخرى المزمنة، كما أنه منتشر في عصرنا وبشدة وعندما تظهر الأعراض الأولى لهذا الاضطراب لدى الفرد في مجتمعاتنا فإنها غالبا ما تكون غير مفهومة ومجهولة وينتج عن ذلك إما النفور وإما عدم الاكتراث.

تفهم كلمة "الفصام" في اللغة العامية المُتداولة وخاصة في وسائل الاعلام التي تستعملها بطريقة خاطئة بأن مريض الفصام لديه شخصية مُتعددة الوجوه والتي تتعايش مع بعضها من دون صلة ظاهرة فيما بينها، ويتعلّق الأمر بالتباس وخطب بين "اضطراب انشقاق الهوية" المسمى آنفاب "الشخصية المُتعددة". لكن، يجب القول أنه ليس كذلك.

(Bindler, 2012 : 5-7)

يتميز الفصام باضطراب في الفكر الذي يمكن أن يظهر أثناء الكلام وفي السلوك والذي يؤدي إلى انطباع بالغرابة على سبيل المثال يمكن للشخص المصاب بالفصام أن يروي حكاية حزينة ووجهه مبتسم ، وبالتالي لا يوجد هذا الانقسام بين شخصيات مختلفة تتعايش داخل نفس الفرد وإنما هي على مستوى اللغة وعلى مكانيزمات الفكر مثل المنطق والعواطف.

يبدأ المرض أساسا في سن المراهقة أو في بداية سن الرشد وله أشكاله الافتتاحية بأوجه متعددة؛ أحيانا ما تكون حالات اكتئابية واضطرابات في السلوك، فشل في الدراسة ، أو أيضا مشاعر العنف الجسدي الذي يعلن عن بدء المرض. (Monestès, 2008 :19)

فالفصام مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بادئ الأمر إلى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك. وأهم هذه الأعراض اضطرابات الفكر والوجدان والإدراك والإدارة والسلوك.

في المفهوم الحالي للفصام، تُصنف الأعراض حسب ثلاث مجموعات أساسية، إيجابية (أفكار هذيانية، هلاوس، أقوال غير منسجمة وسلوكيات غير متوافقة)، وأعراضا سلبية (فقدان الدافعية وفتور العواطف) ، وثالثا عدم الانتظام وتشوش الفكر.

الأعراض الإيجابية هي غالبا ما تتمثل في الأعراض التي تظهر كنتاج عن المرض وخاصة الهلاوس والأفكار الهذيانية . يمكن للهلاوس أن تكون بأشكال عديدة كأن تكون على شاكلة شخص يتكلم في داخل الرأس أو من خارج الرأس من نفس الجنس أو من جنس مختلف للشخص الذي يسمعه، وغالبا ما تكون الأصوات منتشرة ومتعددة.

كما يمكن أن تكون الأصوات عبارة عن ضجيج، أو أصوات موسيقى، وهمسات غير مفهومة، وفي الأغلب تحمل الهلاوس السمعية أشكالا ذات مضمون عدائي مثلا يمكن للمرضى أن يسمعوا الشتائم وانتقادات على شكل نصائح أو إخبار (إعلام) مع أن الهلاوس السمعية هي الأكثر تفشيا، يمكن أيضا أن تكون على شكل هلاوس لمسية. نتحدث هنا عن هلاوس حسية عضوية، وهي الشعور باللمس بيد تمرّ على الشعر، شعور بالاتصال مع الأعضاء التناسلية، ضغط غير مفهوم على البطن، وأحيانا ما تظهر على شكل هلاوس بصرية هلاوس الروائح أو الأذواق الغريبة.

يمكن أن نقول أنه أثناء الهلاوس السمعية والبصرية يسمع المريض أصواتا تُعذبه وتجعله يعاني كما يمكن أن تتهمه أو أن تأمره أو أن تراقبه أو أن تُهدده وأحيانا يرى كائنات تأتي من الفضاء أو من زمن آخر لكي تؤذيه.

أما عن الهذيان فهو أن يكون المريض مُقتنعا بأشياء قد تبدو غريبة للآخرين.اذن فهو معتقد خاطئ يحتفظ به المريض كيقين محض برغم من وضوح خطأه ,اذ ان هذه المعتقدات غريبة عن الاطار الاجتماعي والثقافي والديني للشخص نفسه. وتتطابق

الأفكار الهذيانة مع معتقدات لأشياء مستحيلة مثلا "حيوان يعيش في رأسي" أو "يمكنني تغيير الجو".

ومنه فالهذيان هو تغيير في المنطق ويقود إلى قناعة خاطئة تزج بمريض الفصام في عالم مقلق و مخيف غالبا ما يقتنع فيه الفرد بأنه مضطهد أو أنه في خطر أو أن أشخاصا يريدون قتله وبأنه مسؤول عن المصائب التي تحدث أو أنه مُوَكَّل بمهمة وحده يفهمها. (Monestès, 2008 : 21-22)

بعكس الأعراض الإيجابية فإن الأعراض السلبية هي الأكثر خِداعا دائمة وصعبة العلاج لذلك هي تصيب الشخص بالعجز كالضعف الوجداني بمعنى قصور في التعبير عن المشاعر والأحاسيس وأحيانا ما يتكلم المُعالجين على "البرودة العاطفية". والتي يمكن أن تكون لها علاقة مباشرة بالأصوات أو بالأفكار العدائية أو المؤذية، لكن قصور التعبير العاطفي على الخصوص معروفا على أنه عرض جانبي. كما يعاني مريض الفصام من بطء في الأفكار وهو نوع آخر من الأعراض السلبية يؤثر على الوظائف المعرفية بمعنى النشاط الفكري، انخفاض في الانتاج اللغوي وكذلك فقدان الإرادة بالقيام بأي نشاط وقد يصل حتى إلى الأنشطة الخاصة بالشخص كإهمال في نظام الأكل لديه أو نظافته الشخصية كما أنه يمكن أن يكون المريض غير مبالي بالعلاقات الاجتماعية وينطوي على نفسه أو أن يقع في جمود وصمت تام. (Tobin,2004 :160).

كما أن المريض بالفصام يعاني من أعراض أخرى مُرتبطة بالخلل الوظيفي فتور في الاتصال بين المواضيع الفكرية، نتحدث هنا عن عدم انتظام الفكر والتغيرات المفاجئة لمواضيع المحادثة من دون رابط منطقي في ما بينها. يمكن أيضا أن يكون خلل عاطفي ووجداني يؤدي بالمرضى الى عدم السيطرة على عواطفهم وهذا ما يجعلهم يضحكون أو يبكون من دون معرفة السبب أو في الحالات التي بالعادة يُطلق عليها العواطف المختلفة كاضطراب منطق الفكر الذي يظهر بلغة غير مفهومة مع اشتراك أفكار مُفككة.

(Bourgeois, 2011 :13)

يحمل التشخيص أمام تواجد مجموعة أعراض لمدة شهور عديدة وتواجد هذه الأعراض تسبب معاناة للمريض وللعائلة مع تعطيل مستوى أدائه النفسي والاجتماعي والمهني. تقترح التصنيفات العالمية للأمراض DSM-V فئات تستلزم وجود عددا معينا من الأعراض لمدة من الوقت الكافي وذلك للحصول على احتمال إحصائي هام للقيام بالتشخيص الصحيح.

يعاني مريض الفصام من مجموعة أعراض نفسية متزامنة وتؤدي عموما إلى تفكك وتدهور شخصية الفرد، ويكون لدى المصابين بالفصام في العادة طرقا شاذة وغريبة في التفكير والسلوك والمشاعر، فهم ينظرون إلى ما حولهم بطريقة غير سوية وتهيمن على حياتهم الشخصية أفكارا غير واقعية كما تبدو انفعالات مرضى الفصام في أغلب أحيائها متضاربة ومتنافرة وينقطعون عن أهاليهم وأصحابهم، حتى يبدو وكأنهم قد اعتزلوا الدنيا من حولهم. (حبيب، ب س : 13).

فالكثير من المرضى يرفضون الاعتراف بمرضهم العقلي ويرفضوا أخذ العلاج كما يرفضون المساعدة. هناك حوالي 6 ملايين شخص مُصاب بمرض عقلي في الولايات المتحدة الأمريكية. كما تُشير الدراسات أنه يوجد 50 % من هؤلاء الأشخاص المرضى لا يعترفون بمرضهم ويرفضون أخذ العلاج والسبب الأكثر انتشارا هو نقص فهم المرضى لمرضهم. (Xavier, 2007 : 30)

يؤكد **Bleuler** أن رفض أخذ الدواء يؤدي إلى أفكارا انتحارية وبعد خطر الانتحار مرتفعا، يعتبر العرض الأكثر خطورة للفصام وتقدر الوفيات الانتحارية بـ 10% أي بنسبة سنوية تعادل 0.5 و 0.8 % من أصل 6 ملايين مريض بالفصام يعيشون في أمريكا الشمالية وفي أوروبا، حيث أكثر من 24 ألف ينتحرون كل سنة. تعود محاولات الانتحار إلى وجود أعراض إكتئابية وشعور باليأس وعدم النفع وإحباط ومرحلة ذهانية حادة ووجود هلاوس وبالأخص عند وجود أوامر انتحارية ذهانية حادة أي أصوات تأمر الشخص بالانتحار. (مصعب، 2012 : 107-108)

فالأفكار الانتحارية تكون مثل: "أريد أن أكون ميتاً"، "أريد أن كل شيء ينتهي"، كأن يؤدي المريض نفسه بالسكين، يلطم رأسه على الحائط، يشرب ماء به صابون، يأكل الاتراب... الخ تكسير الأشياء التي يملكها والتي لا يملكها، التشرّد في الشوارع من دون مأوى ثابت ويتعرض بذلك للمخاطر مع الخطر على صحته مثل البقاء في الجو المتقلب بتياب صيفية، هذيان التكبر، أفكار اضطهادية، أوامر مهلوسة كأن يسمع أصواتاً تأمره بقتل نفسه، هذه بعض الأعراض الأكثر شيوعاً من غيرها فهي جرس انذار كافي لوضع المريض في مستشفى الأمراض العقلية.

ويكون هنا الاستشفاء اجبارياً وعندما يؤدي المريض نفسه أو يؤدي شخصاً ما في هذه الحالة يكون طلب الشرطة هو الحل الوحيد، كما أن طلب الشرطة لشخص عزيز صعب جداً لأنه يولد لدى الأسرة شعور بالذنب عندما تضع مريضها في مستشفى الأمراض العقلية ويظهر لها أنها تؤذيها لكن تلك هي الوسيلة الوحيدة للتحسن كما يجب على الأسرة أن تبقى على اتصال دائم مع المريض من أجل العلاج المناسب. بالمقابل يمكن أن يشعر المريض بخيانة أسرته له خلال الأيام الأولى لإقامته في المستشفى كأن يكون غاضباً من والديه ويصبح التحاور معه مستحيلاً بسبب طلبهم للشرطة ووضعه في المستشفى رغم إرادته. (Xavier, 2007 : 165-166)

أسوأ ما تمرّ به الأسرة عند انفجار المرض لأول مرّة هو أن يقوم المريض بالفصام بالاعتداء على أبيه أو على أمه أو أخيه أو أخته. يحدث هذا عموماً في بداية المرض عندما يصبح الهذيان في أقصى حدّه تمرّ الأسرة بأوضاع صعبة وطارئة حتى بعد تدخل المعالجين وحتى بعد إقامة المريض في المستشفى يبقى لدى الأسرة عدم الشعور بالأمان يشعرون أن للمعالجين ألفاظهم الغامضة وحتى إن قدموا شروحات حول المرض، دائماً تكون بداية الحالة صعبة على من يعيشها من أفراد الأسرة لأن الكل قلق وحائر عن طبيعة هذا المرض وطريقة علاجه وكذلك كيفية التعايش معه. (Tobin, 1994 : 141).

في البدء يخبئ الوالدان المشاكل التي يسببها المريض ويتعلق الأمر كنوع من الحماية وفي الوقت نفسه كنوع من الخجل لأنه سيقوم بتصرفات غريبة أمام الجيران والمعارف مثلاً كأن يرتدي ثياباً غير لائقة يؤنب الوالدان أنفسهم على طريقة تربيتهما لأطفالهما كأن يتساءلا هل كانا صارمين؟ هل كانا متساهلين؟ هل كانا متسامحين كثيراً؟ هل تخلا عن أولادهما؟ أم أنهما احتضنا أولادهما كثيراً؟ لا يتصرف المعالجون دائماً بمهارة سواء عن جهل أو أنهم يظنون أن الأقارب مسؤولون حقاً عن مرض أبناءهم. وهنا يشعر الأولياء أنهم مذنبون وخاصة الأم لأنها على اتصال يومي مع ابنها.

(Meer, 2004 :149)

فالقلق مستمر لدى والدة مريض الفصام لأنها لا تعلم ما سيجري بعد ساعة، كل شيء يحدث كما لو أن لغماً موضوعاً في داخل المنزل ولا تعلم أين ومتى سينفجر. كل انفجار يحدث تؤنب فيه نفسها لماذا لم أتوقعه؟ كما يتبع هذا التأنيب شعور بالحزن والخوف الشديد والاستسلام وهذا هو الخطر الحقيقي الذي يهدد أسرتها. عندما يبلغ الشعور بالذنب مبلغه، تبدأ الأم في التساؤل "هل السبب هو أنني لم أضعه؟" هل كنت متأخر دائماً؟، "هل كان عليّ أن أبقى معه؟"، "هل كان يشعر أنني كنت تعيسة مع والده؟"، "هل أرغمته على الدراسة؟"، "هل كنت أضربه بعنف؟"

(Kasiama, 2011 : 36-39)

والأسوء في الأمر عندما تعتقد معظم الأمهات أن السبب الأساسي لمرض أبنائهن هو السحر أو عمل أو إيذاء من الجن كأن يتخطى دماً أو من المس الشيطاني. تقول بعض الأمهات أم ابتسام "هو سحر، لازم دايماً رقية، بنتي جربوا فيها " وتضيف أم خولة: " بنتي عندها عين كبيرة وسحروها، عام كامل واحنا مع الرقاة كلهم قالولنا عندها سحر قاوي ما نقدرولوش" وتصرح أم عادل: "وليدي دارولو سحر أسود، هبل، راح مايوليش لعقلو".

إن كل هذه المعتقدات لديها ما يبررها لدى الأمهات فحالة أبنائهن التي كانت طبيعية خلال أطوار تعليمهم الابتدائي والمتوسط ثم الثانوي وأحيانا الجامعية وبعدها تحولت فجأة إلى مرض يجعل الأمهات يعتقدن بتعرض أبنائهن للمس والسحر، فالأعراض التي يعاني منها الأبناء كالهلاوس كقوله: "إني أشم رائحة البخور"، "إنني أرى أناس غرباء في البيت"، أو "إنني أسمع كلام أحد في أدني". وهذان بكل أنواعه الذي يعاني منه مريض الفصام كهذان الاضطهاد الذي يجعله يعتقد بوجود خطر يهدده من طرف أحد أفراد العائلة كأن يقول: "لن آكل الطعام لأنكم وضعتم لي فيه سحرا".

إن هذه المعتقدات الخاطئة والأفكار السلبية اللاعقلانية تستمر في الأسر ولا يوجد لها حلا، تفكر الأسر هكذا لأنها ليست لديها الدراية العالية حول مرض الفصام من حيث أعراضه وكيفية التعامل معه. الأمر الذي يزيد من معاناة هذه الأم التي هي في حاجة للمساعدة والقوة لمواجهة الضغوط النفسية. (Hadj lakehal,2016 : 9)

إن لكل حدث ضاغط يليه التقييم المعرفي ومن ثم تأتي العواقب الانفعالية والتي قد تظهر في صورة اضطرابات نفسية مثل القلق والاكتئاب والاحساس بالذنب والعزلة والضغط النفسي، ويتم هذا دون وعي مباشر من الفرد، فهو لا يدرك دور التقييمات المعرفية والأفكار التي تبعث الحدث الضاغط في أي اضطراب قد يظهر عليه، حيث تكون الرابطة بين الموقف والاضطراب، وبالتالي يظنون أن الاضطراب الانفعالي ناتج عن الموقف مباشرة، غير مدركين حقيقة أن الاضطراب الانفعالي قد ينتج عن الفكرة التي توسطت الحدث أو الموقف الضاغط وبالتالي فإن الأفكار أو الحديث الداخلي للفرد تجاه الموقف الضاغط هي التي سببت الاضطراب وليس الحدث نفسه.

واعتمادا على ذلك فإنه يتم تعديل هذه الأفكار غير المنطقية في معظم المواقف واستبدالها بأخرى أكثر منطقية في التعامل مع هذه الأحداث ومن ثم نخفف من حدة الانفعالات الناتجة عن الموقف الضاغط. (Di Guiseppe, 2013 :521).

فحسب علم الباحثة يكاد يكون التكفل النفسي بأمهات مرضى الفصام في الجزائر شبه منعدم حيث لا يوجد هناك فضاءات للعناية والعلاج والاستماع إليهن. فكل هذا يزيد من معاناتها ويتسبب لها بالحزن والضيق وخيبة أمل تجعلها تعيش في وضعية ضاغطة. الأمر الذي يفرض ضرورة إثارة وعي المختصين في تقديم برامج علاجية وإرشادية حول الحاجة إلى التكفل النفسي وتقديم الدعم والمساندة للأمهات وذلك بتثقيفهن عن طبيعة المرض والأعراض الجانبية للأدوية، تدريبهن على كيفية التواصل مع بعضهن البعض من جهة ومع مريض الفصام من جهة أخرى.

ونظرا لأهمية هذه البرامج العلاجية، هناك من الباحثين قاموا ببناء برامج وتأكدوا من مدى فعاليتها في التخفيف من معاناتهم وتحسين التواصل بينهم، من بين هذه الدراسات نجد دراسة راندولف وزملائه Randolph et al (1994): تناولت العلاج السلوكي الأسري لمرضى الفصام حيث تم تزويد مرضى الفصام وعائلاتهم بالمعلومات حول الفصام والتدريب على مهارات التواصل، وكشفت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج العلاجي، حيث شوهدهم تحسن في الأعراض بشكل إيجابي وتحسين جودة الحياة وزيادة قدرتهم في التعامل والتواصل الجيد مع مريض بالفصام. (Randolph et al, 1994)

كما أجرت ريماء كامل الدجاني (2010) دراسة حول أثر برنامج إرشادي مبني على المنحى السلوكي في تحسين التواصل والتكيف لدى أسر مرضى الفصام وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج الإرشادي في تكيف الأسر التي لديها مريض بالفصام وتحسين قدرتهم على التواصل مع المريض الأمر الذي يؤدي إلى خفض الضغوطات التي يتعرض لها أفراد الأسرة ويسهم في تحسين ظروف معالجة المريض. (الدجاني، 2010).

ومما سبق ذكره تحاول الباحثة الكشف عن ما إذا كانت أمهات مرضى الفصام يعانون من ضغوط نفسية من تلك الأفكار الخاطئة عن المرض، أسبابه، أعراضه وطريقة التكفل به. ومنه تسعى هذه الدراسة لبناء برنامج علاجي مُستند إلى نظرية العلاج

العقلاني الانفعالي السلوكي في حصص علاجية أين يستخدم فيه فنيات معرفية وانفعالية وسلوكية لمساعدة الأمهات وذلك بتزويدهن بالمعلومات الأساسية حول مرض الفصام وتدريبهن على مهارات التواصل الفعال وهذا للتخفيف من الضغوط النفسية وتعديل الأفكار اللاعقلانية لديهن. واستنادا إلى ذلك تم طرح التساؤل التالي:

- هل البرنامج العلاجي فعال في خفض الضغوط النفسية وتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أمهات مرضى الفصام؟

انطلاقا من التساؤل العام نطرح التساؤلات الجزئية التالية:

- 1- هل تعاني أمهات مرضى الفصام من ضغوط نفسية؟
- 2- هل أمهات مرضى الفصام لديهن أفكار لاعقلانية حول مرض أبنائهن؟.
- 3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في متوسطات درجات الأمهات على مقياس الأفكار اللاعقلانية؟.
- 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في متوسطات درجات الأمهات على مقياس الضغط النفسي؟.

2. الفرضيات:

الفرضية العامة:

- البرنامج العلاجي فعال في خفض الضغوط النفسية وتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أمهات مرضى الفصام.

الفرضيات الجزئية:

1. تعاني أمهات مرضى الفصام من ضغوط نفسية.
2. أمهات مرضى الفصام لديهن أفكار لا عقلانية حول مرض أبنائهن.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في متوسطات درجات الأمهات على مقياس الأفكار اللاعقلانية بعد تطبيق البرنامج العلاجي.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في متوسطات درجات الأمهات على مقياس الضغط النفسي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

3. أهمية وأهداف الدراسة

تكمن أهمية هذه الدراسة من الناحية النظرية والتي نركز فيها على الضغوط النفسية التي تتعرض لها أمهات مرضى الفصام بسبب أفكارهن اللاعقلانية حول المرض. فحسب علم الباحثة الدراسات التي تناولت اضطراب الفصام تعد قليلة جد وبخصوص دراسات حول أمهات مرضى الفصام لم نتمكن من الحصول على أي دراسة سابقة في الموضوع نعزز بها دراستنا هذه.

ومنه فإن هذه الدراسة توفر معلومات قيمة حول اضطراب الفصام، العيش مع مريض بالفصام والضغوط النفسية والأفكار اللاعقلانية لدى أمهات مرضى الفصام. فهي دراسة علمية متخصصة بإعطاء قيمة علمية مضافة تعزز البحث العلمي ولبنة تضاف إلى بنيانه وتمتته.

وتكمن أهميتها من الناحية التطبيقية في كونها تقدم برنامجا علاجيا تختبر فعاليته وعند إثبات ونجاح فعاليته فإنه تبرز أهميته التطبيقية وهذا للاستفادة منه في التكفل بأمهات مرضى الفصام والآباء والإخوة وحتى الأقرباء.

أما الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو معرفة أو التحقق من مدى فعالية برنامج علاجي المستند إلى نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لـ إيليس Ellis، يعمل هذا البرنامج على تعديل الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بوجود مريض بالفصام وهذا للتخفيف من الضغوط النفسية لدى أمهات هؤلاء المرضى وذلك بتزويدهن بمعلومات أساسية حول مرض الفصام ومهارات التواصل الفعال بتدريبهن في حصص علاجية باستخدام فنيات معرفية وسلوكية وانفعالية لمساعدتهن لتصحيح معتقداتهن غير العقلانية إلى معتقدات عقلانية.

4. أسباب اختيار الموضوع.

بحكم تخصصنا في علم النفس العيادي فإن توجهنا نحو التعمق في الاضطرابات النفسية والعقلية وكيفية علاجها ومن أجل رؤية واضحة لهذه الاضطرابات، قمنا بزيارة لمصلحة الأمراض العقلية بمستشفى حكيم سعدان - بسكرة - وأين اطلعنا على العديد من الحالات وما جلب اهتمامنا أن معظم الحالات تعاني من الفصام. فاعتمدنا لمقابلة الطبيب المختص في الأمراض العقلية للاستفسار أكثر للسير العلاجي لهذه الحالات لكن ما كان يصرح به الأطباء والمختصين النفسيين في المصلحة:

- تحسن مريض بالفصام في المستشفى لكن بعد خروجه ينتكس في مدة قصيرة جدا.

- عدم متابعة الحالات للعلاج وغيابهم لفترات طويلة تتراوح من ستة أشهر إلى سنة. كما صرحوا لنا أن عودتهم إلى المصلحة تكون عن طريق الشرطة أو الحماية المدنية كونهم يكونوا في حالة هيجان أي في حالة أزمة حادة. كل هذا دفعني للبحث في أسباب الانتكاس بعد مدة قصيرة من تلقيهم العلاج وعن أسباب غيابهم عن موعد الطبيب. بداية أردنا البحث عن هذه الأسباب ضمن عائلة مريض بالفصام وركزنا على الأم كونها المسؤولة عن الاهتمام بابنها.

فأجرينا مقابلات عيادية مع أمهات هؤلاء المرضى واكتشفنا أن الأم تنكر تماما مرض ابنها وتجهل طبيعته مما يجعلها تفسره بناء على عوامل أخرى مرجعيتها أفكار لاعقلانية كإصابة بالسحر أو العين مثلا. وعليه فهي لا ترى في العلاج الدوائي منفعة ومن جهة أخرى عدم درايتها بالمرض وأعراضه وطريقة علاجه إضافة إلى أفكارها اللاعقلانية حول حالة ابنها وصعوبة الاهتمام به.

وهذا ما يجعلها تعاني من ضغط شديد، مما جعلنا أن نختار مرض الفصام في دراستنا الحالية ووقفنا على حقيقة معاناة أمهات هؤلاء المرضى بغرض التكفل بهن من خلال تقديم برنامج علاجي لتمكينهن من معرفة هذا المرض معرفة عملية سليمة تتأى عن

معتقداتهن اللاعقلانية خاصة حول السحر المترسخة لدى معظمهن إن لم أقل كلهن وتحسين تواصلهن مع أبنائهن ومتابعة العلاج للتقليل من الانتكاسات المتواترة وكل هذا للتخفيف من الضغوط النفسية لديهن.

5. تحديد المفاهيم:

1.5 البرنامج العلاجي:

هو مجموعة من الخطوات المحددة والمنظمة التي تستند في أساسها على نظريات وفنيات ومبادئ الارشاد النفسي وتتضمن مجموعة من المعلومات والخبرات والأنشطة المختلفة التي تقدم للأفراد خلال فترة زمنية محددة بهدف مساعدتهم في التعرف على مشكلاتهم وحاجاتهم وتنمية إمكاناتهم وقدراتهم إزاء ما يواجهون من صعوبات أو مشكلات، مساعدتهم على اتخاذ القرارات السليمة في حياتهم وتحقيق التوافق النفسي السوي لهم في أثناء تفاعلهم مع مواقف الحياة الضاغطة بشكل بناء .

(سالم وجادو، 2015:240)

• التعريف الإجرائي:

هو برنامج مستند على أساس نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وهو يتكون من 15 حصة مدة كل حصة 90 دقيقة تحت توجيه فريق علاجي الذي يتضمن طبيب نفسي وثلاثة مختصين نفسانيين. هذا البرنامج العلاجي موجه لأمهات مرضى الفصام لمساعدتهن على التكيف مع المرض من خلال تصحيح أفكارهن الخاطئة عن المرض وتدريبهن على مهارات التواصل مع أبنائهن وذلك من خلال استخدام الأساليب وفنيات معرفية ,انفعالية وسلوكية.

2.5- العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

هو علاج مباشر موجه يستخدم فنيات معرفية وانفعالية وسلوكية لمساعدة العميل أو المسترشد لتصحيح معتقداته غير العقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي. (العامري، 2018: 84).

فهو يركز على نظرية (A-B-C) للشخصية والاضطراب الانفعالي هي أساسية في نظرية وممارسة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وتشير نظرية A-B-C إلى أنه عندما يكون لدينا رد فعل عند النقطة (C) (النتيجة الانفعالية) بعد تنشيط الحدث الذي وقع عند النقطة (A)، وليس الحدث نفسه (A) هو الذي تسبب في الحالة الانفعالية (C)، على الرغم من أنه ربما يسهم فيه، بل إن النظام الاعتقادي (B)، أو المعتقدات التي لدينا عن الحدث، هي التي تحدث بشكل رئيسي (C) لذا نحن مسؤولون بشكل كبير عن خلق اضطراباتنا الانفعالية من خلال المعتقدات التي نربطها بالأحداث في حياتنا، وإن أفضل طريقة لإحداث التغيير السلوكي والانفعالي الدائم، هي أن يغير الفرد أو أعضاء المجموعة طريقتهم في التفكير. (أبو عطية وعيسى، 2017: 548-550).

• التعريف الاجرائي:

هو العلاج الذي يتم فيه تطبيق مبادئ وإجراءات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في حصص علاجية جماعية أين يتم استكشاف التفكير الغير عقلاني لدى أمهات مرضى الفصام ولمساعدتهن يتم فيه استخدام فنيات وأساليب معرفية وانفعالية وسلوكية لتعديل أفكارهن الغير منطقية واستبدالها بأفكار عقلانية ومنطقية حول المرض وهذا للتخفيف من الضغوط النفسية لديهن.

3.5 الأفكار اللاعقلانية:

هي أنماط من التفكير غير سوي والبعيد عن المنطق والذي يؤدي بصاحبه إلى سوء التكيف، وأنها أفكار ومعتقدات والألفاظ الذاتية التي ترتبط بتقييم الأحداث على نحو كارثي أو تقييم الذات باعتبارها لا تستحق الاحترام مما يؤدي إلى الحزن والقلق. (الزهراني، 2010: 34).

• التعريف الإجرائي:

هي مجموعة من الأفكار الخاطئة وغير منطقية التي تخلو من العقلانية وهي ترتبط بتقييم الأم لأسباب إصابة ابنها بالفصام بصفة خاطئة حيث تؤدي هذه المعتقدات اللاعقلانية إلى شعورها بالحزن والقلق والتوتر والضغط وخاصة عند إنكارها لمرض ابنها وعدم التزامها بالعلاج الطبي مما يزيد من معاناتها ومعاناة المريض وانتكاسته المتكررة.

4.5 الضغوط النفسية:

هي مجموعة من المؤثرات غير السارة والتي يقيمها الفرد على أنها تفوق مصادر التكيف لديه، وتؤدي إلى اختلال في الوظائف النفسية والفيزيولوجية والجسمية لدى الفرد، كما يرى أبرت إليس Albert Ellis أن ردود الفعل الانفعالية ما هي إلا نتاج الكيفية التي يتم بها ومن خلالها إدراك الواقع والتعامل معه. كما أن الأحداث الخارجية هي بمثابة البداية التي يبدأ منها الضغط، فالمتوقع هو حدوث رد فعل فزيولوجي على شكل توتر داخلي واجهاد يليه أفكار وتفسيرات سلبية ثم مشاعر مؤلمة ومزعجة قد تكون على شكل خوف أو قلق، وعليه ستكون المشاعر نتيجة تقييم الفرد للحدث. وكذا الأفكار الناتجة عنه.

(الزويني وآخرون، 2016: 100-102).

• التعريف الإجرائي:

هي شعور الفرد بانضغاط ناتج عن أحداث ضاغطة والتي تفوق قدرة الفرد على تحملها، حيث تخلق عنده حالة من اختلال التوازن واضطراب في السلوك متبوعة بخوف زائد وقاهر للذات نتيجة لأفكاره اللاعقلانية اتجاه هذه الأحداث.

5.5 الفصام:

الفصام مرض عقلي يصنف ضمن فئة الأمراض النفسية المعروفة بالذهان ويعتبر أكثر الأمراض الذهانية انتشارًا، وهذا المرض يمزق العقل ويصيب الشخصية بالتصدع فتفقد بذلك التكامل والتناسق الذي كان يوائم بين جوانبها الفكرية والانفعالية والحركية والإدراكية وكأن كل جانب منها أصبح في واد منفصل ومستقل عن بقية الجوانب الأخرى ومن هنا تبدوا غرابة الشخصية وشدوذها. (غانم، 2015: 125).

• التعريف الإجرائي:

الفصام هو مرض عقلي مزمن من الأمراض الوظيفية يتميز بتفكك عميق في الشخصية، حيث يعاني من يصاب به بمجموعة من الاضطرابات المعرفية والانفعالية يتضمنها تدهور في القدرات العقلية واضطراب في التفكير والوجدان والادراك والسلوك الذي يظهر في شكل هلاوس وهذيان وانسحاب من الحياة العائلية والبلادة وفقدان الإحساس، ويعتبر وضعية ضاغطة بالنسبة لعائلته ولا سيما الأم.

6-الدراسات السابقة.

تمثل الدراسات والبحوث السابقة الزاد أو الترياق الذي يستمد منه الباحث القوة الحقيقية التي تعينه بشكل كبير في تفسير نتائج بحثه على نحو يبني نتائجه على ما سبق من نتائج لكون العلم تراكميا، حيث يأتي بالجديد منه ليستفيد من نتائج القديم وهكذا وعلى هذا فإن الباحث يبحث في التراث النظري وأدبيات البحث العلمية عن جميع البحوث والدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوع دراسته. سوف تعرض الباحثة أهم البحوث العربية والأجنبية التي تناولت موضوع الدراسة من الأقدم للأحدث للاستفادة فيما قدّمته من فنيات وتقنيات حديثة.

وتقسم الباحثة الدراسات إلى محورين رئيسيين هما كما يلي:

- **المحور الأول:** دراسات تقييم فعالية علاج مرضى الفصام
- **المحور الثاني:** دراسات تقييم فعالية علاج أسر مرضى الفصام

وفيما يلي عرضا مفصلا لكلا من المحورين:

المحور الأول: دراسات تقييم فعالية علاج مرضى الفصام:

- أجرت إليزابيث وآخرون Elizabeth et al:(2003) دراسة عن فعالية التدريب المعرفي والمهني لدى مرضى الفصام، وتكونت عينة الدراسة من 17 مريضا واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس الأعراض الموجبة والسالبة للفصام (PANSS). وبرنامج علاجي اعتمد في تصميمه على التأهيل المهني والتدريب المعرفي واستمر البرنامج لمدة (08) أسابيع، جلستين أسبوعيا. وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين درجات الحالات على المقياس (القبلي والبعدى) يدلّ ذلك على فعالية التدريب المعرفي، حيث أدى إلى تحسن في الوظائف العصبية النفسية.
- هدفت دراسة جرنهولم وآخرون Granholm et al(2005) إلى المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالطرق الأخرى. وتكونت عينة الدراسة من 76 مريضا بالفصام المزمن المقاوم للعلاج من متوسط العمر وكبار السن واستخدمت الدراسة

الأدوات التالية: مقياس الأعراض الموجبة والسالبة للفصام (PANSS) وبرنامج علاج معرفي سلوكي واعتمد الباحثون في تصميم البرنامج على الفنيات المعرفية والفنيات السلوكية وأهمها فنية التدريب على المهارات الحياتية. وطبق البرنامج بواقع جلستين أسبوعيا لمدة 24 أسبوع أي لمدة ستة أشهر.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى تفوق العلاج المعرفي السلوكي على العلاج بالطرق الأخرى حيث تحسنت الأعراض الموجبة والسالبة لدى المرضى الذين طبق عليهم البرنامج العلاجي. كما أسفر عن تحسن في الجوانب المعرفية والمهارات الحياتية حيث تعلموا أساليب المواجهة التي آلت إلى زيادة الخبرة الموضوعية وإلى تحسن في الوظائف المعرفية والاجتماعية.

- قام جوديان وبرودن Brandon Gaudiano (2006) بدراسة إلى الكشف عن فوائد العلاج المعرفي السلوكي الملحق بالعلاج الدوائي للذهان ومقارنته بالعلاج الدوائي فقط، وتكونت عينة الدراسة من 55 ممن تم تشخيصهم بالفصام، حيث تم تقسيم العينة إلى مجموعتين الأولى ضابطة تتلقى العلاج الدوائي فقط والثانية المجموعة التجريبية تتلقى العلاج المعرفي السلوكي المصاحب للعلاج الدوائي، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس الاضطرابات الذهانية وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي ومقياس التقييم الشامل.

وأُسفرت الدراسة عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي المصاحب بالعلاج الدوائي حيث أثبتت وجود فروق في درجات المقاييس (البعدي والقبلي والتتبعي) فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الأعراض الموجبة، وتحسن الوظيفة الاجتماعية والتقليل من الانتكاسة.

- وهدفت دراسة تل ويكس و آخرون Tylwykes et al (2008) إلى فحص فعالية الأدوات الإكلينيكية في قياس الأعراض المرضية والأعراض المصاحبة كالقلق الاجتماعي وكذلك الكشف عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مرض

الفصام. وتكونت عينة الدراسة من 56 مريضاً. وشارك في البرنامج 34 مريضاً بالفصام فقط، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس القلق الاجتماعي ومقياس الأعراض الموجبة والسالبة للفصام (PANSS)، وقائمة انتشار الأعراض ومقياس التقارير التطبيقية لنوعية الحياة.

وأظهرت النتائج عن فعالية الأدوات الإكلينيكية في قياس الأعراض وفعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي حيث أدى إلى تحسن الأعراض والوظائف المعرفية والاجتماعية.

• أجرى جان براسكو وآخرون (Jan Prasko et al, 2010) دراسة مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي المصاحب للعلاج الدوائي بمضادات الذهان والعلاج الدوائي فقط. واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس بانس (PANSS) للأعراض الموجبة والسالبة للذهان وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي. وأشارت النتائج عن فعالية العلاج الدوائي المصاحب بالعلاج المعرفي السلوكي، حيث تفوقت المجموعة التي تلقت كلا العلاجين على المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج الدوائي فقط. ويعزى ذلك إلى فعالية التقنيات والفنيات المعرفية السلوكية في علاج الأعراض باستخدام مهارات حل المشكلات وتغيير أفكار المريض السلبية حيث قلت أعراض الانتكاسة.

• كما أجرت رانيا بيع الأتربي (2011) دراسة مقارنة بين فعالية دمج العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج الدوائي وفعالية العلاج الدوائي. تكونت عينة الدراسة من 50 مريضاً من مرضى الفصام تم تقسيمهم بالتساوي إلى مجموعتين ضابطة لم تتلقى البرنامج العلاجي والمجموعة التجريبية تتلقى البرنامج العلاجي، تتراوح أعمارهم ما بين (16-65) ستة مرضى الفصام استعانت الباحثة في دراستها بعدة مقاييس وهي مقياس الأعراض الموجبة والسالبة للفصام (PANSS)، ومقياس أعراض الخوف المرضي المختصر، ومقياس القلق الاجتماعي، وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي.

وأوضحت نتائج الدراسة عن وجود فروق في المقاييس (القبلية والبعدية والتبعية) بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية وعلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج الدوائي حيث ساعدهم في إعادة البناء المعرفي وتغيير المعتقدات والأفكار التي تتعلق وترتبط بالهلاوس كما أدى إلى تحسن الوظائف المعرفية الاجتماعية.

- وهدفت دراسة **وردة الشحات حامد إبراهيم (2011)** إلى التعرف على تأثير العلاج المعرفي السلوكي على منخفضي تقدير الذات لدى مرضى الفصام. وتكونت عينة الدراسة من **50** مريضاً بالفصام من الذكور المقيمين بمستشفى المعمورة بالإسكندرية تم توزيعهم إلى مجموعتين بالتساوي الأولى ضابطة والثانية المجموعة التجريبية. واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس تقدير الذات ومقياس الأعراض الإيجابية والسلبية لمرضى الفصام، ومقياس الاكتئاب وبرنامج علاج معرفي سلوكي.

وأظهرت النتائج على أن حوالي **42%** من مرضى الفصام يعانون من تقدير الذات المتدني وأنه وفي أغلب الأحيان لا يستجيب مرضى الفصام للأدوية علاوة على ذلك يلعب تقدير الذات دور مهم في جودة الحياة لمرض الفصام حيث أن الأعراض الإيجابية للفصام مثل الهذيان والهلاوس مصحوبة بالتقدير المتدني للذات. كما أسفرت النتائج عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي ووجود فروق بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية قبل وبعد المعالجة المعرفية السلوكية، مما يستدل منه على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الفصام.

المحور الثاني: دراسات تقييم فعالية علاج أسر ومرافقي مرضى الفصام.

- كما قام بينتلي Bentley (1987) بدراسة الإرشاد الأسري لمرضى الفصام هدفت لتقرير أثر نموذج إرشاد أسري قصير المدى في إدارة الضغوط النفسية للقائمين على رعاية مرضى الفصام، تكونت عينة الدراسة من (10) أسر لديهم مريض مُشخص بالفصام. تم تطبيق 10 جلسات إرشادية سلوكية تحتوي على كيفية إدارة الضغوط الناتجة عن تواجد مريض الفصام داخل الأسرة، وتم تطبيق مقياس الضغوط النفسية بعد تطبيق البرنامج.

وقد بينت نتائج الدراسة أن مستوى الضغوط لدى أفراد الأسرة قد انخفض عند مقارنة درجات القياس القبلي و القياس البعدي. (Bentley, 1987)

- قام راندولف وزملائه Randolph et al (1994) بدراسة تناولت العلاج السلوكي الأسري لمرضى الفصام، حيث قورنت نتائج العلاج السلوكي الأسري المنزلي لمرضى الفصام بنتائج الرعاية المعتادة مريضاً فصامياً. وقد زود برنامج العلاجي السلوكي الأسري المرضى وعائلاتهم بالمعلومات حول الفصام والتدريب على مهارات الاتصال وتوصيات لحل المشكلات وقد تضمنت الطرق العلاجية التدريب على أداء الأدوار والنمذجة والتعزيز الاجتماعي.

وأظهرت النتائج عند المقارنة أن المجموعة التي تلقت علاجاً سلوكياً أسرياً أظهرت تحسناً بينما تفاقمَت الأعراض لدى المجموعة التي تلقت الرعاية المعتادة وحدها خلال

السنة الأولى من العلاج. (Randolph et al : 1994)

- أما دراسة إبراهيم عبد الرحيم (2008) عن الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام وتكونت عينة الدراسة من 100 مفحوص 43 من الذكور و 57 من الإناث من المرافقين لمرضى الفصام. أستخدم الباحث مقياس الضغوط النفسية للمرافقين و مقياس نوعية الحياة للمرافقين.

وتوصلت الدراسة للنتائج التالية: تتسم الضغوط النفسية لدى مرافقي مرضى الفصام بالارتفاع. توجد علاقة ارتباطية عكسية بين الضغوط النفسية ونوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام، لا توجد فروق في الضغوط النفسية بين الذكور والإناث من مرافقي مرضى الفصام. (عبد الرحيم، 2008).

• كما أجرت ريماء كامل الدجاني (2010): دراسة حول أثر برنامج إرشادي مبني على المنحى السلوكي في تحسين التواصل والتكيف لدى أسر مرضى الفصام. تكونت عينة الدراسة من 20 أسرة لديها ابن يعاني من الفصام، وتم اختيار فرد من كل أسرة هو الأكثر اهتماماً بالمريض، كما تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة واستخدمت الدراسة الأدوات التالية: مقياس مهارات التواصل الأسري ومقياس التكيف الأسري وبرنامج إرشادي.

وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق في تحسين التواصل على القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة يعزى لبرنامج الإرشاد الأسري ووجود فروق في تكيف أفراد الأسرة مع المرض على القياس البعدي بين المجموعتين التجريبية والضابطة تعزى لبرنامج الإرشاد الأسري. ومنه أثبتت فعالية البرنامج الإرشادي في تكيف الأسر التي لديها مريض بالفصام وتحسين قدرتهم على التواصل مع المريض الأمر الذي يؤدي إلى خفض الضغوطات التي يتعرض لها أفراد الأسرة ويسهم في تحسين ظروف معالجة المريض. (الدجاني، 2010).

• قام أيو أوبامب وآخرون (Ayoobembetal 2012) بدراسة هدفت إلى تقييم مستوى الدعم الأسري وعلاقته بجودة حياة مرضى الفصام. وتكونت عينة الدراسة من 37 مريض بالفصام، واستخدمت الأدوات التالية: مقياس العائلة المدركة للوصول لدرجة الدعم الأسري، ومقياس جودة الحياة.

وأظهرت النتائج على أن الأسرة الفقيرة هي أكثر عرضة لسوء جودة الحياة وسوء

الحالة الاجتماعية. (Ayoobemb et al, 2012).

• أجرى أبو رحمة (2012) دراسة "الالتزام الدوائي و الدعم الأسري يسهم في منع الانتكاسة لمرضى الفصام"، حيث تكونت عينة الدراسة من 84 مريضا من غزة وأثر كل من المستوى الاقتصادي والسن والجنس والحالة الاجتماعية على انتكاسة مرضى الفصام.

وأشارت النتائج أن اتجاه المرضى نحو العلاج كان إيجابيا 93.65% ونسبة الالتزام الدوائي هي 79.74% ونسبة الدعم الأسري كانت 31.84% الانتكاسة هي 8.27% كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة عكسية بين الدعم الأسري لمرضى الفصام والانتكاسة وأيضا إلى وجود علاقة عكسية بين الالتزام الدوائي لمرضى الفصام والانتكاسة وعدم وجود فروق في الدعم الأسري والالتزام الدوائي تعزى لمتغيرات العمر والجنس والحالة الاجتماعية والدخل. (أبو رحمة، 2012).

• وأجرى قاسمي وصدولحي ومالك (2012) دراسة حول أثر برنامج تثقيفي نفسي في تعزيز الأداء الاجتماعي والأسري عند أسر مرضى الفصام. وقد تكونت عينة الدراسة من 174 مريضا تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين ومجموعتين ضابطتين، استعان الباحث في هذه الدراسة ببطارية اختبارات للتأكد من مهارة تعامل الأسرة مع السلوكيات اللفظية وغير اللفظية عند المريض وتم تطبيقهم على المجموعتين التجريبيتين.

وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود تغييرات سلوكية معرفية عند المجموعتين التجريبيتين أدت إلى زيادة قدرتهم في التعامل مع مريض بالفصام بطريقة إيجابية و أن برنامج لتثقيف الأسر مرضى الفصام لها دور في التخفيف من معاناتهم وتحسين التواصل بينهم. (الدجاني، 2010: 38).

• كذلك أجرت جوسمي أرييتا Arpita Goswami وكاروليناريتاميرو Carolina Retamero (2014) دراسة إلى الكشف عن أنماط التعبير الانفعالي كمحددات أو منبآت لحدوث الانتكاسة لدى مرضى الفصام. تكونت عينة الدراسة من حالة واحدة مريض

بالفصام وعمره 24 سنة، استخدمت الدراسة استمارة دراسة الحالة للكشف عن العوامل المسببة للفصام وتوجيه أسئلة لأسرة المريض للكشف عن أنماط التعبيرات الانفعالية التي يشعرون بها تجاه المريض.

وقد خلصت الدراسة على أن الأسرة ونمط التعبير الانفعالي الموجه للمريض يسهم في حدوث الانتكاسة وخاصة النمط التعبير الانفعالي الذي يتسم بالإهمال والننذ وأن تلك الأساليب محددات أساسية تسهم بشكل كبير في الانتكاسة، وتمثل تلك الأساليب ضغطاً على المريض.

7. تعقيب على الدراسات السابقة

من خلال استعراضنا لأهم وأبرز الدراسات السابقة التي تناولت علاج الفصام. اتضح أنه في السنوات الأخيرة اهتمام الباحثين والمعالجين بعلاج اضطراب الفصام وذلك من خلال البحث في أسبابه المؤدية إليه والأعراض التي تميزه وكما اهتموا بإيجاد طرق علاجية مناسبة لتكفل بالمصابين بهذا الاضطراب.

كما اتضح من خلال العرض السابق أنه توجد ندرة في العلاج أسر مرضى الفصام، أو ربما يعزى ذلك إلى أن اشتراك الأسر في عملية علاج المريض باعتبارها قاسم مشترك بين المرضى وأسره من حيث معاناتهم وآلامهم ومن ثم تسهم برامج العلاج في علاج المريض، حيث يتعلم داخل الجلسات فنيات معرفية، وأخرى سلوكية، وأخرى انفعالية، ويقوم المعالج بتوضيح تلك الفنيات للمسؤولين عن رعاية المريض.

لقد قدمنا مجموعة من الدراسات السابقة التي تتعلق بمتغيرات الدراسة، ولكن الأهم هو كيفية التعامل والاستفادة منها وتحليلها تحليلًا كمياً وكيفياً.

ومن أهم أهداف الدراسات السابقة حول تقييم فعالية علاج مرضى الفصام هو الكشف عن كفاءة العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج الدوائي في إعادة البناء المعرفي لدى مرضى الفصام والتقليل من الانتكاسة، وتغيير المعتقدات والأفكار التي ترتبط لدى مرضى الفصام والتقليل من الانتكاسة، وتغيير المعتقدات والأفكار التي ترتبط بالهلاوس، وقد اختلفت هذه الدراسات من حيث العينة، التي تراوحت بين 17-76 مريضاً وتنوع العمر الزمني للعينة بين متوسط العمر وكبار السن وكذلك تنوعت الأدوات المستخدمة في هذه البحوث والدراسات السابقة تبعاً لمتطلبات البحث العلمي، إلا أنه هناك اتفاق عام على استخدام مقياس بانس PANSS للأعراض الموجبة والسالبة للذهان، تم الاستعانة بمقياس الاضطرابات الذهانية، مقياس القلق الاجتماعي، مقياس تقدير الذات، وقد تنوعت البرامج العلاجية لإعادة التأهيل مرضى الفصام.

واتفقت نتائج الدراسات في فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الأعراض والوظائف المعرفية والاجتماعية لدى مرضى الفصام وفي التقليل من الانتكاسة أما بالنسبة للمحور الثاني حول دراسات تقييم فعالية علاج أسر ومرافقي مرضى الفصام، كانت أهم أهداف هذه الدراسات هو الكشف عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية وتحسين التواصل والتكيف لدى أسر مرضى الفصام، تنوعت الدراسات من حيث العينة، تراوحت بين 10 أسر إلى 100 أسرة لها مريض بالفصام، كذلك تنوعت الأدوات المستخدمة في هذه البحوث، معظمها طبقت مقياس الضغوط النفسية، فباقي المقاييس كالتالي: مقياس نوعية الحياة، مقياس مهارات التواصل الأسري، مقياس التكيف الأسري، مقياس العائلة المدركة ومقياس جودة الحياة، ومن بين الدراسات السابقة، دراسة تهدف إلى الكشف عن أنماط التعبير الانفعالي كمحددات لحدوث الانتكاسة لدى مرضى الفصام، ودراسة أخرى عن التزام الدوائي والدعم الأسري في منع الانتكاسة.

وقد تنوعت البرامج العلاجية في هذا المحور منها برنامج علاجي سلوكي أسري لمرضى الفصام، برنامج تثقيفي، برنامج إرشادي سلوكي واتفقت نتائج هذه الدراسات السابقة على فعالية البرامج العلاجية الموجه لأسر مرضى الفصام في خفض الضغوط النفسية لديهم وتحسين ظروف معالجة المريض مما يؤدي إلى تحسين التواصل بينهم وبعد الاطلاع الواسع على مجموعة من الدراسات السابقة، تمكنت الباحثة من صياغة إشكالية بحثها وتحديد متغيرات دراستها، كما أعطت للباحثة نظرة حول مختلف الفنيات والأساليب العلاجية، ما استخلصناه من هذه الدراسات هو أنها ركزت على العلاج المعرفي السلوكي في حين دراستنا الحالية تناولت العلاج العقلاني الانفعالي لدى أمهات مرضى الفصام فحسب علم الباحثة فإنه لا توجد دراسات أخرى تطرقت إلى هذا النوع من العلاج في البيئة الجزائرية أو في مجال البحوث العربية.

الفصل الثاني

الفصام المرض والمريض

تمهيد:

- 1- لمحة تاريخية عن الفصام.
- 2- الفرق بين الفصام وتعدد أو انقسام الشخصية.
- 3- مدى انتشار اضطراب الفصام.
- 4- تعريف الفصام.
- 5- أعراض الفصام.
- 6- معايير تشخيص الفصام.
- 7- أسباب الفصام.
- 8- أنواع الفصام.
- 9- التشخيص الفارق.
- 10- علاج الفصام.
- 11- التصورات الاجتماعية للفصام في الجزائر.
- 12- ارتقاء مكانة العائلة في العلاج.
- 13- الأثر الوجداني الانفعالي للفصام على الوالدين.
- 14- العيش مع مريض بالفصام.

الخلاصة.

تمهيد

يُعد الفصام مرض معقد للغاية ويصعب فهمه ، يصعب علاجه كما يصعب عيشه والتعايش معه. ولأن كل ما يصعب علينا فهو مخيف، إذا هو اضطراب عقلي قاسي يسبب العجز والعزلة عن المجتمع والمرض الجسدي والوفاة بالانتحار. التقيت بالعديد من عائلات وأمّهات مرضى الفصام وقضيت معهن أوقاتا طويلة ولاحظت أنهن يتقاسمن شيئا واحدا وهو المعاناة. وكل منهن تتمنى لو يختفي المريض من الحياة لأن المرض أثقلهن وضغن منه ذرعا وهذه شهادة أم مريض بالفصام: "كرهت حياتي وليت نخاف منو كل ليلة نغلق الباب بالمفتاح على خاوتو، نخاف يقتلهم ولا يشعل فينا النار. كون مات راني ريحت وتهنيت." أمّهات مرضى الفصام منشغلات جدا على مستقبل أبنائهن. من الصعب أن ندرك أن كل الآمال التي أنشئت على مستقبل الابن لن تتحقق أبدا، لا على المستوى الأسري ولا على مستوى المهني. حيث يجدن أنفسهن يواجهن يوميا سلسلة من المشاكل. بالطبع تم إنجاز العديد من الأعمال من أجل فهم أحسن لهذا المرض، لكن كيف نجعله مفهوما لدى العائلات وخاصة أمّهات مرضى الفصام؟ وهو ما يعد شيئا صعبا كي لا أقول أنه من المستحيل عرض كل هذا الموضوع والإلمام بكل التفاصيل.

سنتناول في هذا الفصل من خلال التطرق هنا بصفة تطبيقية إلى وصف اضطراب الفصام،أسبابه وأنواعه وتشخيصه وعلاجه وكذا العيش مع مريض الفصام وما يتركه من آثار وجدانية انفعالية على الأم.

1-لمحة تاريخية عن الفصام.

يؤكد الباحثون بأن مرض الفصام موجود منذ سنين عديدة واستمر مع ذلك حتى منتصف القرن التاسع عشر. كانت مجموع الاضطرابات العقلية تُعتبر مرضا واحدا وكان يسمى "اختلال عقلي" يظهر في أشكال متعددة اكتئابية ومقلقة وهذيانية... الخ ولم يتم فصل مرض الفصام إلا في بداية القرن العشرين حيث أخذ مفهوما لمرض يُعد حديثا نسبيا.

(Koenig, 2013, 32-Merenda, 2001:9)

كما لقيت الأعراض المصنفة تحت مفهوم الفصام اهتماما كبيرا عند الباحثين منذ القرن الثامن عشر. ففي فرنسا 1860 وصف الطبيب النفسي موريل Morel حالة تفتى في (14) من عمره يعاني من تدهور عقلي متطور بشكل ملحوظ، حيث كان شديد التفوق في دراسته إلا أنه أخذ يهمل دروسه ونظافته وكل النشاطات الأخرى وينسى ما تعلمه وينطوي على نفسه وتسيطر عليه فكرة القتل ومشاعر اضطهاديه إزاء أبيه وأطلق عليها Morel اسم "العتة المبكر" أو "الخبل المبكر" *démence précoce* لأنه ينتهي بصاحبه إلى العتة و يأتيه في سن مبكرة وهي سن المراهقة.

(عبد الله ، 2004 : 142)(3: Daguene, 2005 :27. Bourdet, 2001).

وفي الفترة الممتدة بين (1863-1868) قدم طبيب آخر وهو كاهالبوم Kahlbaum اصطلاحا آخر للمرض *dementiaparanoïd* وتعني الخرف الزوري وهي حالة وصفها أنها تتكون من أوهام واضطراب في السلوك، كما وصف حالة ثالثة سماها كاتاتونيا *catatonia* (1868) وتعني الجامودية أو التخشيبية حيث يبقى فيها المريض ساكنا بدون حركة. (فرج، 2009 :164)

وبعد بضع سنين في ما بعد في ألمانيا طرح إميل كريبلين Kraepelin Emil في عام 1898 مصطلح "الخرف المبكر" كمرض في حد ذاته بصورة مفصلة في ورقته المُعنونة "تشخيص الخرف المبكر" التي قدمها في المؤتمر التاسع والعشرين للعلاج النفسي. حيث أشار فيها إلى وجود نوعين مختلفين من الذهان هما: الأمراض الاكتئابية الهوسية

والخرف المبكر الذي يتضمن عددا من المفاهيم التشخيصية هي: بارانويا الخرف والكاتاتونيا والهيپوفرينيا. (Ander-Joris, 2012: 2017)

وأشار المعالج النفسي السويسري المعروف **BleulerEugen** في سنة 1911 إلى أن مصطلح "الخرف المبكر" هو وصف ضعيف ذلك لأن كريبلين Kraepelin اعتقد بأنه يُصيب الشباب وينتهي لا محالة بالعتة والانحلال والخرف. وأن كريبلين Kraepelin قد أخطأ لسببين أولهما: أن الكثير من المرضى يصابون بهذا الاضطراب بعد مرحلة الشباب وثانيهما: أن أغلب المرضى لا يتطور لديهم هذا الاضطراب. فبعضهم يبقى على حاله سنة بعد أخرى وبعضهم يتحسن وضعه، ولهذا يصبح مصطلح "الخرف المبكر" غير مناسب فضلا على أن المعالجين النفسيين لا يتشجعون على معالجته لأن كريبلين قد طرح "الخرف المبكر" كحالة ميؤوس من شفائها ولغرض حل هذه المشكلة فقد اقترح **Bleuler** مصطلحا جديدا بقوله: "سأطلق على "الخرف المبكر" مصطلح **السكيزوفرينيا schizophrénie**. (Kingdon, 2011: 21) (Martin , 2004 :5) (صالح، 2014: 411)

كما أدخل **Bleuler** مصطلح **سكيزوفرينيا** لكي يشير إلى مجموعة الذهان الذي يكون تطوره أحيانا مزمن وأحيانا في شكل دفعات متقطعة والتي يمكن أن تعود في أي لحظة دون العودة إلى الوضع الأصلي الإجمالي ويتقارب هذا التعريف مع المفهوم الحالي للفصام. (Bindler, 2012: 12)

من خلال هذا العرض التاريخي، يمكننا القول أن مرض الفصام موجود منذ القدم، حيث يعود إلى 1400 سنة قبل الميلاد. ولكنه لم ينفرد كمرض إلا في بدايات القرن العشرين و منذ سنة 1911 أُجريت العديد من الدراسات التي تناولت الفصام من كل جوانبه ولكنها لم تأتي بتغييرات حول مفهوم المرض وإذ كان المرض في وجوده الاكلينيكي موجودا منذ القدم، يمكن حينها أن نعتبر بأن مصطلح **السكيزوفرينيا** هو مفهوم نوعا ما حديث النشأة حيث ظهر في التصنيفات العالمية الأمريكية المتتالية: **DSM-III**

DSM-IV, DSM-IV, -TR, DSM-V والذي هو قريب من الأشكال الاكلينيكية التي تم وصفها في بداية القرن العشرين.

2- الفرق بين الفصام وتعدد أو انقسام الشخصية.

يختلف الفصام عن تعدد أو انقسام الشخصية، لقد مرت كلمة "سكيزوفرينيا" في اللغة العامية المتداولة و خاصة في وسائل الاعلام التي تستعملها بطريقة خاطئة، بأنها تعني تعدد أو انقسام الشخصية الذي يختلف تماما وأن شخصا له شخصيتين مختلفتين وأكثر ويتعايش مع بعضها بدون صلة ظاهرة فيما بينها. (Bindler, 2012 :15)

لكن ما يجب قوله هو أن: "الفصام مرض عقلي لا تعدد فيه للشخصيات، فشخصية المريض واحدة لكنها تتدهور تدريجيا ولا تعود عادة إلى وضعها الأصلي، و أما تعدد الشخصيات فهو أحد الاضطرابات الانشقاقية وهي حالة نادرة جدا، تتسم بسلوك المريض بشخصيات مختلفة، وفي بعض أوقات ينتقل من شخصية لأخرى ويقضي في كل شخصية عدة ساعات أو بضعة أيام، ثم يعود لشخصيته الأولى". (Franck, 2006 :10)

فما عناه Bleuler بمفهوم الفصام لا يشير به إلى انقسام أو انقسام الشخصية إلى شخصين أو أكثر، وإنما عنى به انقسام أو عدم انسجام بين الوظائف النفسية المختلفة في داخل شخصية واحدة، إذ يحدث في عقل المصاب أن انفعالاته وأفكاره ومدرجاته تتوقف عن العمل في كل متكامل في موقف معين قد تسيطر مجموعة من الأفكار على سلوك الشخص، بينما تكون أفكار أخرى لها وظيفة تكيفية لذلك المواقف غير واضحة في سلوكه، فضلا عن انفعالاته قد تنفصل عن مدرجاته، فلا تبدو مناسبة للموقف الذي هو فيه. فهي باختصار فقدان التكامل أو كما عبر عنها Bleuler أن الشخصية تفقد وحدتها.

(صالح، 2014 :412). (Gourion, 2004 :9)

ومنه نستنتج أن Bleuler عندما وضع مصطلح السكيزوفرينيا (الفصام) كان يقصد بها انقطاع في الفكر، كان يريد أن يؤكد بأنه انشقاق الوظيفة الجسدية التي كان يلاحظها عند المرضى، ومصطلح الفصام لم يوضع لوصف تعدد أو ازدواج في الشخصية.

3. مدى انتشار اضطراب الفصام.

اضطراب الفصام ليس مرضا نادرا، حيث نجده بأشكال إكلينيكية متشابهة ومتقاربة في كل البلدان و في كل الثقافات. وتقدر نسبة المصابين بمرض الفصام بحوالي 1% من عامة الناس في كل العالم. (Bindler 2012 : 10).

كما تبين الاحصائيات المختلفة بأن الفصام ينتشر بين الرجال والنساء بنسبة واحدة إلا أنه يظهر بشكل مبكر لدى الرجال مقارنة بالنساء، وتظهر معظم حالات الفصام حوالي 70% بين السن 15-20 سنة كما أن الفصام ينتشر في الأماكن المكتظة بالسكان حيث الفقر والجريمة والانحرافات الاجتماعية الأخرى. بالإضافة إلى أن 40% من الحالات تظهر فيها الطبقات الاجتماعية ذات المستوى الأدنى.

(عكاشة، 1998:298)

وتؤكد المنظمة الدولية (1978-1984) على أن مرض الفصام ليس معدي وليس مرضا نادرا. حيث نجد في كل واحد من 100 رضيع يمكن أن يكون مريضا بالفصام، إذ لا يبدأ الفصام في سن المراهقة والخطر يتناقص عندما يتجاوز 30 سنة من العمر، ويختفي بعد السن 45 سنة. كما أن أي شخص يمكن أن يصاب بمرض الفصام مهما كان عرقه وثقافته ودينه وأصله. فالرجال والنساء على حد سواء يصابون بهذا المرض، كما أن الأغنياء والفقراء كلاهما مهدد بهذا المرض. ولا يوجد شكل عائلي نموذجي للفصام، فكل الفئات مهددة بهذا المرض، الصغير، الكبير، البنت، الولد، ولد وحيد في العائلة، بنت وحيدة في العائلة، الطفل الأول، الطفل الثاني...، الفصام هو مرض عالمي

(فرنسا، إيرلندا، إنجلترا، كولومبيا، الدانمارك، الهند، اليابان، نيجيريا، الولايات الأمريكية المتحدة، الجزائر... الخ). (Ferrerri, 2004 : 51).

4- تعريف الفصام.

إن مصطلح كلمة سكيذوفرينيا Schizophrénie هي من أصل يوناني، وهي تنقسم إلى مقطعين skhizein ومعناه تشقق، تصدع، انفصال، انقسام وphrenos ومعناه العقل أي انقسام أو تشقق العقل (Minkowski , 2006 : 28).

وضعه بلولر Bleuler (1911) مصطلح سكيذوفرينيا Schizophrénie الذي يتضمن معنى القطع ليشير به ويوضح التفكك والانفصام الذي يميز المصابين بالفصام، فهم يعانون من انقطاع وتفكك على مستوى العقل، لأن انفصام الوظائف النفسية المختلفة هو أحد أكثر خصائص هذا الاضطراب أهمية (Franck. 2006 : 23).

إن الفصام مرض عقلي، يتميز باضطراب في التفكير والوجدان والسلوك وأحيانا الإدراك ويؤدي إذا لم يُعالج في بادئ الأمر إلى تدهور في المستوى السلوكي والاجتماعي. كما يفقد الفرد شخصيته وبالتالي يصبح في عزلة عن العالم الحقيقي والمجتمع. (Favrod. 2012 : 11)

وقد عرّفه Bleuler بأنه مجموعة من الأعراض الذهانية تسلك أحيانا مصيرا مزمنيا وأحيانا أخرى نوبات متكررة التي يمكن أن تتوقف أو تتدهور هذه الأعراض في أي مرحلة، لكن من دون أن يعود الفرد للتكامل السابق. كما يتميز بأعراض خاصة من تغيير في التفكير والشعور وعلاقة الفرد بالعالم الخارجي. (Bourgeois.. 2012 : 16)

الفصام في حقيقته ليس مرضاً واحداً وإنما هو مجموعة من الاضطرابات تتسم باضطراب التفكير والوجدان والإدراك والسلوك والإرادة. مع وجود أعراض كتاتونية (تخشب العضلات) في بعض الحالات. والفصام هو أحد الأمراض الذهانية الوظيفية (العقلية) التي يقع فيها المريض ضحية اعتقادات وأفكار خاطئة ثابتة يؤمن المريض بها إيمانا قويا

ويستحيل إقناعه بعدم صحتها أثناء المرحلة الحادة من المرض، وتسمى هذه الأفكار الخاطئة بالضلالات أو الهذات وتشمل ضلالات الاضطهاد والعظمة، وكثيرا ما يعاني من هلاوس صوتية، وهذه الأصوات قد تتحدث عنه أو تعقب على تصرفاته أو تسبه وتلعنه، أو تأمره بالقيام بأفعال معينة كأن يضرب أو يقتل، وهناك أنواع أخرى من الهلاوس مثل الهلاوس البصرية أو الشمية أو اللمسية ولكنها أقل حدوثا (الصيخان، 214، 122).

حيث يعد اضطراب الفصام من أخطر الأمراض العقلية التي تصيب الإنسان وتسبب له المشكلات التي تبعده عن أهله وأصدقائه وتدفعه إلى العزلة والانطواء على ذاته.

كما يتميز بتشوّه الإدراك والواقع إذ يكون تفكير مريض الفصام ذهانيا ويتصرفون بطرق لا تتسجم مع الواقع ويظهرون ضعفا كبيرا عند القيام بوظائفهم الحياتية المهمة كالإدراك والفكر واللغة والذاكرة والانفعال، والتصرف. (صالح، 413:2014).

وتعرفه الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين في الدليل التشخيصي الإحصائي DSM-V (2013) كالتالي: «الفصام هو اضطراب يفقد فيه الفرد الاتصال بالواقع حيث يعاني من هلاوس وهذات وتبدل في المشاعر واضطرابات في التفكير وتدهور في القدرات العقلية».

5- أعراض الفصام.

يستند تشخيص اضطراب الفصام على مجموعة من الأعراض للتطور المزمن، ليس هناك عرض محدد واشتراك عناصر عديدة هي التي تسمح بحمل هذا التشخيص وعامل الوقت وهو دلالة أساسية، لأن التطور يمكنه أحيانا أن يعيد اعتبارا لتشخيص المرض في المفهوم الحالي لمرض الفصام، تصنف الأعراض حسب ثلاث مجموعات أساسية وهي كالتالي:

5-1 الأبعاد الأساسية الثلاثة لأعراض الفصام.

جدول رقم (1): يوضح الأبعاد الأساسية الثلاثة لأعراض الفصام

البعد	الوصف
إيجابي	- تغيير الواقع المعاش (توترالعلاقة مع المحيط ومع جسد المريض) - هلاوس و هذيان
سلبي	- عدم القدرة على التفاعل أو التحمل
عدم الانتظام	- عدم القدرة على انتظام سلوكه وكلامه بطريقة صحيحة

5-1-1 الأعراض الأساسية الإيجابية للفصام:

جدول رقم (2): يوضح الأعراض الأساسية الإيجابية للفصام.

الأعراض	الوصف
الهلاوس السمعية	- سماع أصوات رغم أنه لا أحد يتكلم
الهلاوس الحسية العضوية	- الاحساس العميق بلمس دون اتصال عضوي
متلازمة التأثير	- الاحساس بأن قوة خارجية تتحكم في أفعاله
أفكار حتمية	- أفكار راسخة في رأسه مصدرها قوة خارجية
قراءة الأفكار	- يظن أن الآخرون يقرأون أفكاره
سلب الأفكار	- يظن أن الآخرين يسرقون أفكاره
الأفكار الهذيانية	- هي أفكار لا أساس لها من الصحة

2.1.5 الأعراض الأساسية السلبية للفصام:

جدول رقم (3): يوضح الأعراض الأساسية السلبية للفصام.

الأعراض	الوصف
البلادة أو الجمود	ضعف في الإرادة
العجز	عدم القدرة على القيام بالفعل
انعدام اللذة	عدم القدرة على الاستمتاع و التلذذ
الخمول الجسدي	نقص الطاقة و غياب المبادرة لأي نشاط
الإهمال و اللامبالاة	عدم القدرة على الاعتناء بالذات

3.1.5 الأعراض الأساسية لعدم الانتظام للفصام:

جدول رقم (4): يوضح الأعراض الأساسية لعدم انتظام الفصام.

الأعراض	الوصف
عدم التماسك الحركي	حركة غير منتظمة
عدم انسجام الخطاب	قلة الكلام أو كلام غير مفهوم
عدم وضوح الكلام، استعمال عبارات جديدة، اختراع ألفاظ وتعابير جديدة	استعمال عبارات جديدة غير مناسبة أو مُبتكرة
الحواجز	التوقف الفجائي عن الخطاب (الكلام)
الغربة	سلوك و لغة غير منتظمين

(Hadjlakehal, 2011 :8-9), (Monestes, 2008 :20-21), (Aparecida, 2009 :138).

2-5 الأعراض المبكرة للفصام:

القائمة الآتية من الأعراض المبكرة للمرض، ليست نفسها عند كل مرضى الفصام، هناك أشخاص يمكن أن تحدث عندهم نوبة فصام واحدة طويلة حياتهم، وهناك آخرين لديهم نوبات فصامية ولديهم حياة عادية وآخرون يعانون من أعراض خطيرة طويلة حياتهم، لقد وضعت قائمة بمساعدة أسر مرضى الفصام والكثير من الأعراض التي وضعت من الممكن أن تكون في المدى الطبيعي للاستجابة لموقف ما، ولكن أسر المرضى شعرت بالرغم من كونها بسيطة أنها علامات وتصرفات غير طبيعية وأن هذا الشخص "لم يعد كما كان"، وإن عدد الأعراض وشدها تختلف من فرد لآخر بالرغم من أن كل عرض يوضح تدهور وانسحاب اجتماعي وهي كالاتي:

- يبدأ الشخص في الانفصال عن محيطه.
- تدهور في مجال العمل أو في الدراسة.
- عدم القدرة على إظهار أي مشاعر كانت.
- اضطرابات في التفكير (لا يفكر بوضوح و لا يتصرف بشكل عقلائي)
- صعوبة في اتخاذ القرارات مهما كانت بسيطة.
- بعض الأشخاص مقتنعون أن الجواسيس يبحثون عليهم وأنهم تحت المؤامرة وينصبون لهم المكائد.
- بعضهم يكون لديه جنون العظمة (يظنون أن لديهم قوى خارقة ولا يصيبهم مكروه).
- يمكن أن ينغمسوا في التدين والروحانيات.
- أو أنهم يظنون أنهم في مهمة لتحقيق العدل في الأرض.
- الإدراك الحسي عندهم يكون متغيرا في العين والأذن والبشرة (الجلد) والذوق وتخلق عندهم (اضطراب و تشوش) وهذا ما نسميه هالوس بمعنى أن الشخص يرى ويسمع ويشم ويلمس أشياء غير عادية أو خيالية).
- يسمع الفصامي أصواتا تؤنبه، تهدده، تأمره: "أقتل نفسك".

- يرى بابا في الحائط، لا يوجد به باب أصلا.
- يرى شخصا متوفيا يظهر فجأة.
- يرى ألوانا و أشكالاً لوجوه تتحول.
- تكون لدى مريض بالفصام حساسية مفرطة للأصوات والروائح والمذاق (مثل صوت جرس الهاتف يكون أعلى من صوت جرس الانذار للمطافئ، صوت شخص قريب أكثر تهديدا من صوت الكلب عندما ينبح، الشعور بالقشعريرة في جسده أو عدم الاحساس بجسده حتى وإن كان جرح عميق).

5-3 العلامات المنذرة بالانتكاسة:

- تدهور النظافة الشخصية للمريض.
- اعترافات غير منطقية.
- إفراط في النوم أو الأرق.
- العزلة عن المجتمع ، التوحد والوحدة
- عدائية غير منتظرة.
- تدهور في العلاقات بين الأشخاص.
- نشاط مفرط أو خمول.
- عدم القدرة على التركيز أو حل المشاكل البسيطة
- اهتمام كبير بالدين والتدين وعلم الغيبيات.
- الإفراط في الكتابات التي لا معنى لها.
- اللامبالاة.
- التخلي عن الأنشطة اليومية.
- نقص الاهتمام بالدراسة و الرياضة.
- خلل في الذاكرة.

- ضياع الأشياء.
 - انفعالات عند الانتقاد.
 - عدم القدرة على التعبير عن الفرحة.
 - عدم القدرة على البكاء أو الدموع المفرطة.
 - حساسية غير عادية للمؤثرات (الضجيج ، الضوء، الألوان).
 - استهلاك المخدرات أو الكحول.
 - الإغماء والشرود.
 - رفض لمس الأشياء أو الأشخاص إلا بعد وضع القفازات...الخ
- (صالح، 2014 : 415)، (La société canadienne, 2002-4)

6- معايير تشخيص الفصام:

لا تختلف المنظومات المستخدمة لتعين الشخص، أي DSM والتصنيف الدولي للأمراض International Classification of Diseases ICD فيما يتعلق بمحكات تشخيص الفصام عن بعضها بصورة كبيرة فبعض الفروق تكمن في محك الزمن إذ يطلب DSM-IV-TR معدل النص من أجل طرح التشخيص للفصام ووجود تشكيلة من الأعراض المهمة لمدة 6 أشهر على الأقل بما في ذلك أطوار الأعراض الانذارية والبقايا، أما ICD₁₀ يطرح التشخيص بعد شهر. بالإضافة إلى ذلك فإن مركز النقل في محكات ICD₁₀ يتمحور حول ما يسمى بالأعراض من الدرجة الأولى ومن صياغة محكات المتلازمة بشكل أوسع. ويتم استخدام DSM عالمياً بشكل أكثر في سياق الأبحاث أما محكات ICD فيتم استخدامها أكثر في العيادات لتوثيق المرضى على الأقل في ألمانيا.

• معايير تشخيص الفصام حسب DSM-IV-TR

أما المحكات التشخيصية الأساسية للفصام وفق DSM-IV-TR المراجع وهي وجود عرضان على الأقل من الأعراض التالية في الجزء الأكبر من الفترة الزمنية لسنة 6 أشهر:

- هذيان
- هلاوس
- طريقة كلام غير منتظمة
- سلوك مشوش أو جمودي
- أعراض سلبية (وجدان سطحي، ضعف إرادة الكلام (بلادة الكلام) أو ضعف الإرادة.

• معايير تشخيص الفصام حسب ICD:

أما محكات ICD فتطلب وجود إحدى السمات التالية كمحك أساسي لمدة شهر على الأقل.

1. الجهر بالأفكار، وحي الأفكار، سحب الأفكار، نشر الأفكار.
 2. هذيان السيطرة (التحكم) أو التأثير، الشعور بالتأثير واضح فيما يتعلق بحركات الجسد والأعضاء أو أفكار أو أنشطة أو أحاسيس مجددة، إدراكات هذيانية.
 3. أصوات مُعلقة أو حوارية: أصوات من أجزاء محددة من الجسم
 4. هذيان غير مناسب مع الثقافة مستمر
- فإذا كانت الأعراض من واحد حتى أربعة قليلة الوضوح فلا بد من توفر عرضان على الأقل، فإن لم تكن توجد أعراض من هذه القائمة فلا بد من أن تكون سمتان على الأقل من السمات التالية ملحوظة:
5. هلاوس مستمرة بكل أنواع الحواس
 6. تهدم الأفكار (قطع الأفكار) أو الانزياح إلى سيلان الأفكار

7. أعراض جمودية (تخشيبية) استثارة، قوالب من الوضعية أو انحنائية شمعية (باربي)، سلبية وخرس انتقائي وحذر سبات (stupeur)
8. أعراض سلبية (فتور، بلادة أو لامبالاة)، فقر اللغة، وجدان سطحي أو غير ملائم مع انسحاب اجتماعي أو انخفاض الأداء الاجتماعي على الأقل). (سامر، 2016: 21-70)

• معايير تشخيص الفصام حسب DSM-V:

اعتباراً من 30 ماي 2013 قام علماء النفس والأطباء النفسيين بمراجعة المعايير عند تقييم الأفراد لهذه الاضطرابات التنموية بالنسبة لاضطراب الفصام أضاف التصنيف DSM-V كلمة "طيف" إلى العنوان وأصبح طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى.

A. تواجد اثنين أو أكثر مما يلي على أن يوجد كل منهما لفترة معتبرة من الزمن خلال فترة شهر واحد (أو أقل من ذلك إذا عولجت بنجاح) وأحدها على الأقل يجب أن يكون (1)، (2) أو (3)

- أوهام.
 - هلاوس.
 - كلام غير منتظم (مثل الانحراف المتكرر أو التفكك).
 - سلوك غير منظم أو كثاتوني بشكل صارخ.
 - أعراض سلبية (أي تناقص التعبير العاطفي أو فقد الإرادة).
- B. خلال فترة معتبرة من الوقت، و منذ بداية الاضطراب ، فإن مجالا أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي الأساسية كالعمل أو العلاقات الشخصية أو الرعاية الذاتية هي بصورة جلية دون المستوى المحقق قبل النوبة (أو الإخفاق في بلوغ المستوى المنتظر في العلاقات الشخصية أو الإنجاز الأكاديمي أو المهني عندما تكون البداية في الطفولة أو المراهقة).

C. تدوم علامات الاضطراب المستمرة ستة أشهر على الأقل. ينبغي أن تتضمن فترة الستة أشهر هذه، شهرا من الأعراض (أو أقل إذا عولجت بنجاح.) والتي تحقق المعيار A (أي أعراض الطور النشط) وقد تتضمن فترات من الأعراض البادرة أو المتبقية بأعراض سلبية. قد يتجلى الاضطراب أثناء هذه الفترة البادرة أو المتبقية بأعراض سلبية فحسب أو اثنين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار A التي تكون موجودة بشكل مخفف مثال : اعتقادات غريبة ، تجارب إدراكية غير مألوفة.

D. الفصام الوجداني والاضطراب الاكتئابي أو ثنائي القطب مع المظاهر الذهانية قد تم استبعادها بسبب

➤ لم تحدث نوبات للاكتئاب الجسيم أو لثنائي القطب بشكل متزامن من خلال الطور النشط للأعراض
أو:

➤ إذا حدثت نوبات مزاجية خلال الطور النشط للأعراض فقد كان حضورها لفترة قصيرة من الفترة الكلية للطور النشط.

E. المواد / المزاج العام

لا يعزي المرض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، دواء) أو عن حالة طبية عامة.

F. إذا كان هناك تاريخ لاضطراب طيف التوحد أو اضطراب التواصل ذو البدء الطفولي، فالتشخيص الإضافي للفصام لا يوضع إلا إذا كانت الأوهام أو الهلوس بارزة، بالإضافة إلى كون الأعراض الأخرى المطلوبة للفصام قد وجدت لشهر واحد على الأقل (أو أقل إذا عولجت بنجاح.)

حدد ما إذا كان:

يمكن تطبيق هذه المحددات فقط بعد فترة سنة من الاضطراب و في حال عدم تناقضها مع معايير سير المرض التشخيصية.

النوبة الأولى، حاليا في هدأة جزئية: الهدوء الجزئي هو الفترة من الزمن التي يحافظ فيها التحسن و يتم خلالها الوفاء بالمعايير التشخيصية جزئيا.

النوبة الأولى، حاليا في هدأة كاملة: الهدأة الكاملة هي فترة من الزمن بعد النوبة السابقة لا توجد خلالها أي أعراض محددة للاضطراب.

نوبات متعددة، حاليا في النوبة الحادة: يتم تحديد النوبات المتعددة بين نوبتين على الأقل (أي بعد النوبة الأولى هدوء للأعراض و انتكاسة واحدة).

نوبات متعددة، حاليا في هدأة جزئية

نوبات متعددة، حاليا في هدأة كاملة

المستمر: الأعراض المستوفية لمعايير التشخيص لاضطرابات موجودة خلال معظم مسار المرض، مع فترات من الأعراض دون العتبة التشخيصية تكون وجيزة جدا بالنسبة لمسار المرض الكلي.

غير محدد:

حدد فيما إذا كان: مع كاتاتونيا (راجع معايير الكاتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر).

حدد الشدة الحالية:

يتم تصنيف الشدة بالتقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان، بما في ذلك الأوهام، والهلاوس، والكلام غير المنتظم، السلوك الحركي الشاذ، والأعراض السلبية. تقييم كلاً من هذه الأعراض لشدها الحالية (الأشد في آخر 7 أيام) على مقياس مكون 5 نقاط تتراوح من 0 (غير موجودة) إلى 4 (حاضر وشديد). (راجع تقييم الطبيب لشدة الأعراض الذهانية في قسم "إجراءات التقييم".

ملاحظة: يمكن أن يتم تشخيص الفصام دون استخدام محدد الشدة هذا.

(الحمادي، 2015:45-46).

حيث لخص سيريل جومسن Sheril, Johmson معايير الفصام طبقا للدليل التشخيصي الخامس DSM كما يلي:

- أن تظهر اثنتان أو أكثر من الأعراض التالية وتستمر لمدة شهر على الأقل وعلى أن تكون إحدى الأعراض من بين التصنيفات (1) أو (2) أو (3).
- 1- الضلالات.
- 2- الهلوس.
- 3- الكلام غير المنتظم.
- 4- السلوك غير المنتظم أو الجمود.
- 5- أعراض سلبية انعدام الدافعية أو التعبير عن المشاعر.
- ينخفض الأداء أثناء العمل أو في العلاقات أو في العناية بالنفس عند كل نوبة.
- ظهور علامات الاضطراب لمدة لا تقل عن 6 أشهر، وفي حالة طور الفصام الأولي أو المتبقي تظهر الأعراض السلبية أو اثنتان أو أكثر من الأعراض (1) إلى (4) بصورة أقل حدة. (سيريل وآخرون، 2016: 496).

7-أسباب الفصام.

إن أسباب الفصام لا يمكن أن نرى بطريقة بسيطة ومشاركة وبالفعل لا يعود هذا الاضطراب إلى سبب وحيد لكن لمجموعة من العوامل منها:

1.7. العوامل الوراثية

الفصام ليس مرضا وراثيا بالمعنى العام للكلمة، ولكن يوجد جزءا قويا في مرض الفصام. لقد تم تأكيد أنه حتى وإن كان فردا من العائلة مصاب بالفصام فإن خطر إصابة شخصا آخر من العائلة أخ أو أختم وجود بحوالي نسبة 15% في حين أن خطر الإصابة عند عامة الناس هو حوالي 1% مع ذلك فإن تقاسم نفس المحيط يمكن شرح هذه النتائج من دون أن تكون العوامل الوراثية هي السبب. (Blinder , 2012 :16).

وقد ظهر الاعتقاد بأن للفصام أسباب وراثية وذلك بملاحظة ارتفاع معدل حدوثه في عائلات معينة دون أخرى وقد تكون أفضل الأساليب للبحث عن مدى تأثير العوامل الوراثية للإصابة بهذا المرض هو دراسة للتوائم المتماثلة حيث أثبتت دراسة جوتسمان **Gottesman (1978)** وكسلير **Kiesler (1980)** أن الدراسات التي أجريت على التوائم على مدى 20 سنة فوجد أن متوسط معدل التطابق في الفصام تبلغ بين التوائم المتطابق 47% مقابل 15 % بين التوائم المتأخية. (قاسم ، 2008 : 270).

إلى حد الآن لا يمكن إثبات وجود عوامل وراثية خاصة لأصل الفصام. حتى وإن كانت مورثاتها هي حوالي 80% . وسائل البحث في المورثات تم تطويرها بكثرة في العشرين سنة الأخيرة خاصة مع الدراسات ذات المنحى التصاعدي المسماة بـ **Pangénomiques** هذه الدراسات تبحث لكي تبين في مجموعة المورثات ذلك الاختلاف في الحمض النووي **A.D.N.** الذي يكون أكثر انتشارا عند الأشخاص المرضى أكثر من الأشخاص الأصحاء. (Blinder, 2012 : 25).

أعدت دراسات عديدة حول امكانية تدخل الجينات في الفصام، والتقييم أن تؤدي إلى الظن بأن المرض ينتقل بالوراثة، في حين أن انتشار المرض هو بنسبة 1%. فالنتائج تتأرجح بين 5% و 8% عندما يكون أحد الوالدين مصاب بالفصام. وفي حالة إصابة كلا الوالدين بالفصام فإن خطر اعلان المرض عند الطفل هو 40%.

ولم يتم اكتشاف مورثة فصامية **gène schizophrénique** وهذا ما يجعلنا نعتقد بعدم وجودها. وإذا كان هناك شيء ينتقل وراثيا فسوف تكون اختلالات بسيطة على سبيل المثال خلل الانتباه هذا إذا كان الشخص يعيش أحداثا خاصة.

(Monestès, 2008 : 52.53)

2.7. الأسباب العصبية:

يبدو أن لدى المرضى المصابين بالفصام يعانون من عدم توازن بكمياء الجهاز العصبي ولذلك اتجه بعض الباحثين إلى دراسة النواقل العصبية التي تسمح باتصال الخلايا العصبية فيما بينها وبعد النجاح في استعمال بعض الأدوية التي تتدخل في إنتاج مادة كيماوية بالمخ تسمى "دوبامين" وجد أن مريض الفصام يعاني من حساسية مفرطة تجاه هذه المادة أو إنتاج كمية كبيرة من هذه المادة.

وقد أدى هذا إلى أن العلماء، قد بدأوا في دراسة كل النواقل الكيماوية بالمخ على اعتبار أن مرض الفصام قد ينتج من خلل في مستوى عدد كبير من هذه المواد الكيماوية وليس "دوبامين" وحده. ولذلك تهدف الأدوية العصبية الحديثة إلى ثلاث نواقل عصبية هي الدوبامين والسيروتونين والغلوتامين. (صالح، 2014: 422)، (Fovrod, 2012: 121)

وأما الدوبامين هو ناقل عصبي معروف جدا بانضمامه في الحلقات العصبية للتبعية وللملذات والتي يمكن أن تلعب دورا في الاكتئاب في مرض الفصام. يظهر أنه توجد مناطق في الدماغ نلاحظ فيها عمل مفرط للخلايا العصبية ذات الصلة بالدوبامين التي تصبح أصل الأعراض الهذيانية والعكس فإن الانخفاض من نشاط وصول الدوبامين في مناطق أخرى من الدماغ ارتبطت مع الآثار التي تسمى الأعراض السلبية للمرض. والدراسات الأكثر حداثة تشمل خلايا وظيفيا للإنزيم الذي يدخل في إنتاج الدوبامين.

لم يدرس دواء السيروتونين جيدا لكن يبدو أنه يلعب دورا في مرض الفصام. يمكن ملاحظة أن هناك مناطق في المخ التي توجد فيها تغيرات في عدد وفي وظيفة المستقبلات لهذا الناقل العصبي *sérotonine* هو فضلا عن ذلك ناقل عصبي مستقل وبقوة عن الدوبامين.

وقد أمكن الغلوتامين أن يكون ضمن الأدوية الخاصة بدراسة آثار *Ketanine* وللـ *NMDA* اللذان هما عقاران قويان يمكنهما إثارة المشاهد الحادة القريبة من بعض الجداول للفصام. النظام *glutamatergique* هو مستبدل خاصة في بعض مناطق الدماغ

préfrontaletangulaire عند مرضى الفصام. هذا النظام هو أيضا متعلق جدا مع نظام الدوبامين وذهب بعض الباحثين إلى أن اعتبروا مرض الفصام كمرض للنظام الدوبامين استثنائيا . (Franck, 2006, 102-105)

وخلال العشريات الأخيرة ساعد تطور الصورة الطبية بالرنين النووي على دراسة وبشكل محدد دماغ المرضى المصابين بالفصام. التقنيات الأكثر استعمالا في الوقت الحالي تستند على التصوير بالرنين النووي **IRM**.

فنتائج هذا التصوير "هيكلي" بمعنى المتعلق بالحجم الإجمالي للدماغ أو الشكل الخارجي) يظهر أن دماغ المرضى بالفصام يتسم بانخفاض خفيف حوالي (3%) من حجم المادة الرمادية (جسد الخلايا العصبية) والمادة البيضاء (روح الخلايا العصبية التي توصلها ببعضها). المناطق المصابة تكون **l'hippocampe** (مركز الذاكرة) و **l'amygdale** (مركز تنظيم المشاعر) و **talamus** (مصفاة للمعلومة الحساسة ومقعد انتظام النوم) أو أيضا القشرة الأمامية (الوظائف التي تسمى المتفوقة التي تسمح بالسلوك المناسب مع الأقارب). بينما نصفي كرة الدماغ هما عادة ليسا متماثلين عند عامة الناس. وعند الأشخاص الفصامين عدم التماثل هذا يكون أقل ظهورا. هذه التشوهات تبدو أنها غير خاصة بالفصام (ونجدها في معظم اضطرابات ثنائي القطب مثلا) و تستمر خلال تطور المرض.

يمكن أيضا دراسة وظيفة المناطق الدماغية بتقنية تسمى "صورة الرنين النووي الوظيفية) نطلب من المريض أن يقوم بعمل فكري ونلاحظ بعض المساحات أو المناطق الدماغية تنشط، النتيجة الأكثر قوة هي تغير وظيفة الفص الأمامي، التي تحتفظ بنشاطها عند مرضى الفصام بالمقارنة مع أناس مراقبين رغم أنه بعض الدراسات تجد نتائج معاكسة.

هذا التناقض يمكن ربطه مع نوع المهام المدروسة أثناء التجربة. والخلل الوظيفي في الفص الأمامي يمكنه شرح صعوبة المرض في معالجة بعض المعلومات تحمل هذه

البحوث على عدد من المواضيع وفي ظروف تجارية غالبا ما تكون بعيدة جدا عن واقع المرضى. (Blinder, 2012 :17-26).

إن النتائج التي تحصلت عليها العديد من الدراسات الحديثة باستعمال الصورة الطبية لتبين الأشخاص الذين لهم خطر تطور الاضطرابات والاستجابة للعلاج. في السنين الآتية، يمكن إذا للتصوير الطبي أن يصبح وسيلة ممكنة من أجل تحسين إمكانية الأشكال بالتشخيص و التفاؤل و التكفل.

كما أظهرت دراسات بالتحليل المقطعي المحوسب computerized tomography وأخرى عن طريق التصوير بالرنين المغناطيسي تمدها واضحا على مستوى البطينين الجانبيين لدى بعض مرضى الفصام ، حيث أكد Raz and Raz بالأدلة القاطعة كبر الحجم هذه البطينات لدى مرضى مقارنة بالأشخاص الأصحاء، إضافة إلى ذلك تم تأكيد صغر حجم الأنسجة المخية لدى مرضى الفصام والتي أرجعها الباحثين مشكلات في حجم المادة الرمادية على مستوى المناطق الصدغية والجبهية مقارنة بالباحات الجدارية والقفوية، كما أظهرت دراسات التصوير الوظيفي اضطرابا واسع الانتشار في الوظيفة الدماغية لدى هؤلاء خصوصا بالقشرة الترابطية للفصين الجبهي والصدغي.

(Mario, Norman, 2002 :27)

وكشفت الدراسة عن خلل في الايقاع السرКАДي لدى الفاصميين متسببا في اضطرابات النوم لديهم نتيجة اضطراب ساعاتهم البيولوجية (Francesco, 2012 :47) تتكون الساعة البيولوجية لدى الثدييات من ذبابات تسجل على مستوى خلوي بالاضافة إلى ناظمات مركزية مولدة تتمركز بنواة فوق التصالب البصري بالوطاء، وينظم الايقاع السرКАДي ذاتيا عبر تفاعل مجموعة من جينات الساعة مع منتجاتها البروتينية (Jaime, 2013 :23)، بحيث يوفر النشاط المعقد للغدة الصنوبرية عبر المداخلات الضوئية تركيب هرمون الميلاتونين المتسبب الرئيسي في اضطرابات النوم لدى هؤلاء المرضى فقد ثبت الدور الجوهري لهذا الهرمون في ضبط الايقاع السرКАДي من خلال عملة كمعدل

عصبي ذو تأثير بالغ الأهمية على الجهاز الهضمي، والدوري، الكلى، وكذا على وظيفة العظام والوظيفة الغدية ومن ثم ارتبط بالعديد من الاضطرابات النفسية.

(Armondo, 2013 :14)

إن النتائج التي تحصلت عليها العديد من الدراسات الحديثة باستعمال الصورة الطبية لتظهر الأشخاص الذين لهم خطر تطور الاضطرابات والاستجابة للعلاج في السنين الآتية، يمكن إذن للتصوير الطبي أن يصبح وسيلة ممكنة من أجل تحسين إمكانية الأشكال للتشخيص والتفاؤل والتكفل.

3.7. الأسباب النفسية:

قدم العديد من الباحثين تفسيرات نفسية مختلفة لمرض الفصام وهذه التفسيرات عبارة عن اجتهادات ورؤى شخصية لا يمكن القطع بقبول أي منها، كما لا يمكن رفضها أيضاً، ولم تعد هذه التفسيرات النفسية في الوقت الحاضر ذات أهمية في دراسة أسباب مرض الفصام ومن أهم تلك التفسيرات ما يلي:

- يرى كريبلين Krapelin أن الفصام هو تدهور عام في جميع الملكات الفكرية والمهارات الاجتماعية لدى الفرد يحدث لأسباب عضوية وهي نوع من الاضطراب في عمليات الاستقلاب، ويؤدي في النهاية إلى تدهور الشخصية.

- أما بلويلو Bleuler فيرى أن الأساس الفصام هو اضطراب التفكير وأن ماهية المرض تكمن في المجال النفسي للمصاب به حيث كان مقتنعا بأهمية المؤثرات النفسية في تكوين المرض.

- كما يتفق يونغ yung مع بلويلر لكنه يرى أن اضطراب التفكير هو نتيجة للصراعات اللاشعورية في اللاوعي الجماعي، والتي تجعله غير قادر على التكيف مع ما حوله ويرى أن الفصام مشابه للأحلام والهستيريا وبعض الأمراض النفسية الأخرى.

(الحبيب، ب س: 56).

لا يوجد دليل على الإطلاق يؤكد أن الفصام ينتج عن العوامل النفسية فيشير الدليل الكبير إلى أن العوامل الوراثية والعصبية تسبب المرض بصورة أولية ولكن هناك دليل يتفق مع نظرية الاستهداف الضغط بأن العوامل النفسية والاجتماعية تؤثر على مسار الفصام مثل توقيت البداية وإمكانية المعالجة.

أكد بعض الباحثين دور البيئة في أحداث الفصام وانشغال البعض الآخر منهم في تأكيد الوراثة في نشوء الفصام. فقد أدى هذا الحال إلى أن يتبنى معظم الباحثين في الفصام ما أطلق عليه نموذج الاستعداد والضغط و يقصد بالاستعداد تلك الحالة في بنية الجسم التي تهيؤه للإصابة بالفصام غير أن هذه الاستعدادات الوراثية يجب أن تكون مصحوبة بضغوط بيئية كي يتطور الاضطراب. ومنه إن الإصابة بالفصام يمكن أن تحدث بعدد من الطرائق المختلفة منها: المورثات، الأمراض الجسمية وعمليات النضج، غير أن الإصابة الفعلية بالفصام وظهور أعراضها للآخرين تتوقف على الضغوط التي تواجهها ومهارات الفرد في التعامل معها. (صالح، 2014 : 126).

إن العلماء يفضلون ويؤيدون السبب البيولوجي إلا أن الضغط في المحيط يمكنه أن يؤثر على المريض في بداية المرض وتقدمه. ظروف الحياة الضاغطة كالعيش في الفقر أو وفاة شخص عزيز أو تغير مهم في العمل أو في العلاقات أو توتر مزمن وخصومة في المنزل يمكنها أن تزيد من خطر الإصابة بالفصام عند شخص لديه استعداد و قابلية للمرض. إضافة إلى أن الأحداث الضاغطة يمكن أن تزيد من انتكاسة الأعراض عند الشخص المصاب بالفصام من قبل. (Sechelaye, 2001:159)

* القنب الهندي والفصام:

سؤال ما إذا كان القنب الهندي سببا في خلق الفصام من المواضيع الأكثر إثارة للنقاش حاليا، ويبقى محل نقاش وبالفعل تم معرفة أن مستهلكي القنب يشكلوا 4 إلى 5 أضعاف من مجموع المصابين بالفصام. علينا أن نذكر أننا نتكلم هنا عن مرض

الفصام وليس عن حالة ذهانية حادة التي تعلم أنها يمكن أن تحدث بسبب تناول المخدرات. بالنسبة للفصام السؤال هو معرفة ما إذا كان تعاطي القنب يمكن أن يكون له دور في مرض مزمن، بعيدا عن الآثار الفورية للإدمان.

فعلا يمكن أن نتساءل ما إن كان استهلاك القنب هو سبب الفصام أو أنه مسبقا نتيجة لمرض الفصام (استعمال ضد القلق)؟ وبمصطلح آخر، هل استهلاك القنب هو عامل خطر لوجود الفصام أو سيكون معالجة ذاتية؟

الموضوع شديد الحساسية لأنه مقتبس من أسئلة أخلاقية واجتماعية ومن وجهة نظر علمية، فإن الدراسات الأخيرة تحاول أن تظهر أن استهلاك القنب يصبح عامل خطر تطور مرض الفصام عند بعض المرضى الذين لديهم قابلية للهشاشة مسبقا. أيضا الأشخاص الذين يحملون بعض المورثات الجينية (تتاقص خاص بين **Catéchol TransféraseO. Méthyl** يمثل هشاشة التي يمكن أن تكون "فاقدة للتوازن" باستهلاك القنب.

هذه النظرية تسمح بفهم أحسن لماذا بعض الأفراد الذين يستهلكون القنب يتطور عندهم أعراض الفصام في حين أن الآخرين لا يقعون في المرض. نتكلم إذا عن تفاعل بين الجينات والبيئة المحيطة.

أيضا، استهلاك القنب يمكنه أن يؤدي إلى الفصام عند الأشخاص الذين لديهم قابلية مسبقة للعطب لأسباب جينية (وراثية). ليس من النادر أن نلاحظ استهلاك القنب عند الأشخاص الذين تم تشخيصهم مسبقا بأنهم يعانون من فصام. يمكننا حينئذ أن نفكر أن هذا الاستهلاك (مثل مخدرات أخرى) يمكن أن تكون لها آثار مضادة للقلق **anxiolytiques** التي يبحث عنها المرضى. (Ialonde et Grunberg, 1988 : 225).

• أثر الكحول والمخدرات والقهوة على مرضى الفصام:

إن عدد كبير من المصابين بالفصام يستهلكون الكحول وأدوية في السوق الحرة أو الاثنين معا. إما لأجل التخفيف من أعراضهم، لأجل قتل الوقت أو لأجل الآثار ذات المدى القصير. هذه المواد يمكن أن تضر (تعيق) مفعول الدواء وتؤدي لسلسلة من النتائج السلبية. المخدرات المحضرة تزيد من أعراض الفصام وحتى وإن كان الشخص يتناول مضادات الذهان، يجب في كل الأحوال تجنب تناول الكحول والمخدرات لأن استهلاكها مقرونة مع الأدوية تؤدي إلى الشعور بالنعاس لهذا فمن الخطر السياقة أو العمل على الآلات الثقيلة.

القهوة والمنشطات المشابهة مثل الشاي والكاكاو والشكولاتة ، إذا ما تم تناولها مع مضادات الذهان ومعهما القهوة وما شابهها ستكون لديهم الأعراض الجانبية مثل الهياج.

(Paterson. et al 1999 : 14)

• أثر التبغ على مريض الفصام:

تقدر نسبة المدخنين عند مرضى الفصام من 2 إلى 3 أضعاف مما هو موجود عند عموم الناس. أثبتت بعض الدراسات أنه 85% من مرضى الفصام هم مدخنون (مقابل 30% عند عامة الناس). كما نجد أيضا قسم كبير من كبار المدخنين الذين يدخنون 25 سيجارة في اليوم عند هؤلاء المرضى فضلا عن التبعية الكبيرة للنيكوتين كما أن لديهم صعوبات كبيرة في التوقف أكثر من عامة الناس. كما أن استهلاك التبغ عند المرضى الفصاميين هو بذلك مشكلا مهما على الصحة العمومية و بالفعل، فإن خطر المرض المتعلق باستهلاك التبغ مهم (مشاكل الرئة والقلبية والسرطان) بالخصوص عند السكان الذين يعيشون ظروفًا صعبة.

العديد من النظريات تم اكتشافها لمحاولة فهم هذا الميل لاستهلاك التبغ. إذا كان البعض يستهلكون القنب كمضاد للقلق مثلا، يبدو أن النظرية الأكثر تطورا ستكون ذلك

الدور الذي يلعبه النيكوتين على الأعراض السلبية لمرض الفصام. يمكن للنيكوتين أن يخفف من بعض الأعراض مثل الانطواء وفقد الإرادة والاضطرابات الفكرية بتأثيرها على مستقبلات الدوبامين التي لديها مفعول على الأعراض السلبية.

أثبتت النظرية مدعمة بواسطة محضر ضبط المرضى الذين يتم علاجهم بمضادات الذهان (لديهم مفعول على الأعراض السلبية) فإنهم يخفون من استهلاكهم للتبغ. بالامتداد يمكننا أن نتساءل ما إذا كان الاستهلاك الكبير للتبغ عند مرضى الفصام لا تكون نتيجة للتداعي الذاتي هو الهدف منه من أجل تخفيض الأعراض السلبية. بالمقابل لم تستهدف العلاقة بين النيكوتين والأعراض الإيجابية. (Favord, 2012 :56)

حاليا يعرف الفصام على أنه مرض دماغي، لكن لا سبب واحد تم عزله. الأبحاث حول المركبات الكيميائية والوراثية للمرض سمحت بتحسين التشخيص والعلاج. حيث أن الأشخاص المصابين بالفصام يعانون من خلل في التوازن في الكيمياء العصبية وهذا ما أدى ببعض الباحثين إلى دراسة النواقل العصبية التي لها دور في التواصل بين خلايا الدماغ، تستهدف الأدوية الجديدة المضادة للذهان هذه الأنظمة من النواقل العصبية وبفضل التقنيات الحديثة للتصوير الدماغي أمكن الباحثين لتحديد المناطق الدماغية النشطة عندما يكون الدماغ يعالج المعلومة لدى الأشخاص المصابين بالفصام في تنظيم الأنشطة بين المناطق المختلفة للدماغ على سبيل المثال معظم المصابين بالفصام في الوقت الذي يتكلمون فيه أو يفكرون فيه يكون هناك ارتفاع ملحوظ في نشاط الفصوص الجبهية بينما يكون هناك انخفاضا في نشاط المناطق في الدماغ الخاصة بالسمع.

كما حدد الباحثون المناطق التي يحدث فيها نشاط غير عادي خلال فترة الهلاوس، كما أن لدى الأشخاص المصابين بالفصام تجمعات غير منطقية لبعض الخلايا الدماغية، ومنه يجمع العلماء على أن الفصام مرض دماغي ناجم عن اختلال النظام البيولوجي فيه، مثله مثل أي مرض عضوي آخر.

8-أنواع الفصام:

أنواع الفصام حسب التصنيف الأمريكي DSM-IV و DSM-V:

هناك العديد من أشكال الفصام تم وصفها حسب نوع الأعراض التي تهيمن. لكي يشخص المرض ونوعه لابد من أن تنطبق الأعراض بدرجة شديدة على الأقل.

8-1 النوع البرانوي (الذهاني): نوع من الفصام تتوافر فيه المعايير التالية:

- 1- الانشغال بواحد أو أكثر من الضلالات، أو بوجود هلاوس سمعية متكررة.
- 2- عدم وجود أي مما يلي بشكل بارز، تفكك الكلام، تفكك (تتأثر السلوك، السلوك الكاتاتوني، تسطح العواطف أو عدم ملائمتها).

8.2. النوع المتناثر: توفر المعيار "أ" من معايير تشخيص الفصام وتوفر معيارين مما يلي:

1. تفكك الكلام
2. تفكك السلوك
3. تسطح العواطف أو عدم ملائمتها
4. بشرط عدم توافر خصائص النوع (التخشبي) الكاتاتوني

8.3. النوع الكاتاتوني: يتوفر اثنان (عرضان) مما يلي:

1. التوقف الحركي كما تبين في التخشيب وكأنه تمثال في وضع معين.
2. النشاط الحركي المفرط الذي يتسم بعدم وجود هدف.
3. السلبية الشديدة (مقاومة كل التعليمات).
4. حركات متكررة (غريبة).
5. ترديد الكلمات أو الأفعال.

4.8. الفصام المبكر: يوجد ثلاثة أعراض مما يأتي: و لابد من توافر البند الأول.

1. يحدث في سن مبكر (المراهقة)
2. ضعف الإرادة و يبدأ بالكسل و عدم العناية الشخصية
3. هلاوس
4. توهّمات
5. اضطرابات في التفكير

5.8. الفصام غير المتميز:

أ. تتوافر فيه ما يلي:

1. هلاوس
 2. أعراض سلبية (العناد أو يفعل عكس ما يطلب منه)
 - ب. بشرط أن لا تتوفر فيه: البارانويا أو تفكك الكلام أو السلوك شديد التفكك أو التخشبي (الكاتاتوني)
- يتم الأخذ بالدرجة المتوسطة فقط (أ) و (ب) مما يلي:

6.8. الفصام المتبقي: (الأعراض المتبقية)

1. وجود ما يدل على استمرار الاضطراب بصورة أقل حدة.
 2. غياب أو وجود أعراض بصورة مخفضة في اثنين على الأقل مما يلي:
- أعراض سلبية (العناد أو عكس ما يطلب منه)
 - توهّمات
 - هلاوس
 - تفكك الكلام
 - السلوك المتفكك

• الكاتاتوني (التخشيبي)

7.8. الاضطراب الفصامي المؤقت: (لشهور فقط).

تتوفر فيه ما يلي:

- أ. وجود الأعراض المميزة (أ) من معايير تشخيص الفصام
 - ب. استبعاد اضطراب الفصام الوجداني و اضطرابات المزاج
 - ج. استبعاد حالات الادمان والمرض الجسدي
 - د. وجود نوبة الاضطراب لمدة شهر على الأقل (وتقل عن ستة أشهر وإلا أصبحت فصاما مزمنًا)
- 2) وجود أعراض تنبئ بمصير (مآل) حسن مثل:
- أ. وجود أداء اجتماعي ومهني جيد قبل المرض
 - ب. عدم وجود تبدل أو تسطح وجداني.

8.8 اضطراب الفصام الوجداني:

1. وجود فترة متصلة من الاكتئاب أو الهوس أو نوبة اكتئاب - هوس مختلطة، بشرط وجود الأعراض الفصامية في
 - أ. وتستمر الأعراض الفصامية لمدة أسبوعين على الأقل ولا يصاحبها، في هذه الأثناء، أعراض وجدانية.
- 2) هناك نوعان الأول مرتبط باضطراب ذهاني دوري (هوساكتئاب، أو هوس فقط، و النوع الثاني مرتبط بالاكتئاب الأساسي).

9.8 الاضطراب الذهاني القصير (الموجز).

أ. وجود واحد أو أكثر مما يلي:

- توهّمات.
- هلاوس.
- تفكك الكلام.
- سلوك شديد التفكك أو تخشبي (كاتاتوني).

ب. مدة النوبة: أن لا تزيد عن شهر واحد، يعود المريض بعدها إلى السواء التام.

10.8 الاضطراب الذهاني المشترك:

- أ. نشوء توهم ناجم عن التفاعل مع مريض فصامي آخر (قريب أو صديق أو زميل).
- ب. التوهم مشابه في محتواه لما لدى الشخص المريض (الآخر).

11.8 اضطراب ذهاني ناتج عن مرض جسمي:

- أ. وجود هلاوس أو توهّمات.
- ب. يشترط أن تكون الأعراض ناجمة عن مرض جسمي.

12.8 اضطراب ذهاني ناتج عن تعاطي المواد المخدرة: توفر المحكات الثلاثة:

- أ. هلاوس أو توهّمات ولا يكون الشخص مستبصراً بأنها ناتجة عن مادة مخدرة.
- ب. الأعراض ناتجة عن التعاطي أو التوقف عن التعاطي.
- ج. قد تكون أعراض جانبية لدواء معين. (الحمادي، 2015: 56-59).

9. التشخيص الفارقي:

نسمي "التشخيص التبايني" للأسباب الأخرى للجدول "للظهور مريض بالفصام" لإقصائه قبل وضع التشخيص للفصام. بالفعل، فإن تشخيص الفصام بصيغة المختص على رزمة من البراهين و الآثار الإكلينيكية المتطورة منذ أشهر عديدة. مع ذلك يوجد هناك بعض الأمراض التي تسمى "جسدية" أو أمراض الجسد و الأمراض النفسية التي يمكن أن تعبر عن نفسها في جدول إكلينيكي قريب من مرض الفصام. أمام جدول (السكيزوفرينيا) الفصام التشخيصات التباينية ذات الأصل النفسي التي نثيرها هي بالأساس الهذيان الغير انشقاقي وبعض اضطرابات ثنائي القطب. فلنتذكر عنصرا أساسيا لتعريف الفصام وهو المدة في الزمن وفي الأعراض (لكي لا نخلط بين الجداول الهذيان الحادة أو مجموعة الأعراض الملتبسة التي لها أسبابا أخرى)، وفي بعض الأشكال الإكلينيكية مثل مرض فصام خبل البلوغ (شكل لمرض الفصام يتسم بالانشقاق)، يوم أن يكون أحيانا صعبا أن تقوم التمييز بين الذهان الطفولي أو المعالم الانطوائية إذا كانت عيادة الفصام هي مخصصة كفاية فإنها ستوجد تشخيصات تباينية ذات أصل جسدي وعلى المختص أن يشير لها وأن يكتشفها إكلينيكا أو إذا اقتضت الحاجة بالقيام بفحوصات إضافية قبل إلغائها ولحفظ تشخيص الفصام.

التشخيصات التباينية الأكثر شيوعا هي الأمراض العصبية (ورم في المخ)، نتائج إصابة الجمجمة أو مرض **Huntington** مثلا، بعض الأوبئة مثل الأشكال المتطورة لمرض الزهري، لعدوى بال **V.I.H**. للأمراض **Les maladies à prion** الجداول الثانوية لمرض ذات المناعة الذاتية (بعض أشكال **sclérose en plaque** أو **sou de lupus** أو للغدد الصماء أو أيضا آثار تعاطي المخدرات. يعد من الأساسي استبعاد التشخيصات التباينية قبل أن يوضع تشخيص الفصام. (Blinder. 2012 : 67)

فعلا تجيب التشخيصات التباينية على العلاجات المختلفة في الغالب على تلك المستعملة في مرض الفصام و تستلزم "الاحتفاظ" بمعنى أن يجد مكانه عندما توجد

عناصر مستهلة لتشخيص آخر ممكن. تشخيص مرض الفصام يصبح إذا تشخيصا يسمى "الإقصاء" بمعنى أن يجد مكانه عندما توجد تشخيصات أخرى ثم يتم استبعادها.

1. يجب التفريق الفصام عن الذهان العضوي وأمراض المخ العضوية، حيث نجد أنه في الفصام يبقى الذكاء والذاكرة دون تدهور، وفي الذهان العضوي نلاحظ أعراضا جسمية واضحة.

2. يجب التفريق بين الفصام والهستيريا، حيث نجد في الهستيريا أن البدء فجائي والسبب واضح.

3. يجب التفريق بين الفصام والوسواس، حيث يقاوم المريض وساوسه شعوريا.

4. يجب التفريق بين الفصام وذهان الهوس والاكتئاب حيث يتغير الانفعال ويشد بسرعة.

5. يجب التفريق بين الفصام واضطرابات الشخصية مثل السيكوپاتية، حيث نجد في الأخيرة الاندفاع و الانحراف ممتد الجذور إلى الطفولة.

6. و يجب التفريق بين الفصام (خاصة الفصام المبكر) أو ما يسمى فصام المراهقة وبين اضطرابات مرحلة المراهقة وصراعاتها ومشكلاتها وما يشاهد فيها من الثورة والتمرد والعناد والتذبذب الانفعالي وغرابة السلوك والشذوذ.

7. يجب التفريق بين الفصام والصرع فقد وجد العلماء أنه يوجد علاقة وارتباط بين هذين المرضين، ولوحظ أن الكثير من مرضى الصرع خصوصا الصرع النفسي الحركي، يعانون بعد فترة من أعراض شبيهة بمرض الفصام، وبالتالي اتجهت الآراء عن احتمال تشابه مرض الصرع ومرض الفصام... ونحن نعلم أن السبب الرئيسي للصرع هو موجات كهربائية دورية شاذة في الدماغ، وأنه من الممكن أن يكون سبب الفصام أسبابا فسيولوجية كيميائية مشابهة لما يحدث في الصرع.

(صالح، 2014: 433-443).

10. علاج الفصام.

من المهم أن نحدد على الفور أن الفصام هو مرض مزمن ولا يوجد لحد الآن دواء شافي له. هذا يعني أنه لا يُرجى الشفاء منه. قبل استعمال مهدئات الأعصاب، كان في متناول أيدي الأطباء وسائل عديدة للعلاج أحيانا ما كانت بربرية مثل: الحمام البارد، قلنسوة المجانين، السبات بالأنسولين، الصدمات الكهربائية، الجراحة الفصية (عملية جراحية تتمثل في تقسيم أجزاء معينة من الدماغ والتي تجعل المريض وديع مثل الحمل). بينما ورغم فظاعة استحضار هذه العلاجات من زمن آخر في أيامنا هذه، يجب أن نأخذ بعين الاعتبار أنه لم يكن للأطباء أي هدف سادي لممارسة العنف على المرضى لكنها كانت الوسائل الوحيدة المتاحة لتهديئة حالات الاضطرابات الحادة التي كانت غالبا ما تصل إلى الهيجان وأفعال إجرامية أو قطع خطير للأعضاء.

تبقى الأدوية المضادة للذهان هي العلاج الأساسي للفصام وغالبا ما تكون مشتركة مع الدعم النفسي والاجتماعي. الأدوية المهدئة للأعصاب لديها تأثير فعال وخاصة في حالة الأزمة. كلمة « neuroleptique » هي كلمة يونانية مشتقة من « neuron » وتعني الأعصاب و « leptikos » وتعني مهدئ، وهي تريح الشخص الذي يعاني بالسماح له أن يتصل مع الآخرين من جديد؛ لكنها لا تحل أبدا من مشاكل اضطرابات الفصام فما هي إلا طريقة ووسيلة لإصلاح وإعادة التواصل، كما أنها ليست مهمة المعالجين فقط وإنما مهمة الأولياء ، الإخوة، الأخوات، الأصدقاء الذين يمكنهم أن يساهموا في سلوك العلاج.

(Tobin, 2004 :80-81)، (Amador, 2007 :142).

في السنوات الخمسينيات، من القرن العشرين أثبتت مهدئات الأعصاب والأدوية المضادة للذهان أنها واحدة من أهم الفتوحات الطبية في علاج الفصام، بفضل هذه الأدوية لم يعد لمرضى الفصام حاجة للبقاء في المستشفى لمدة سنوات. معظم المرضى أمكنهم العيش وسط عائلاتهم ولا يدخلون المستشفى إلا في حالة الانتكاسة، حيث تؤثر

هذه الأدوية على النواقل العصبية لمعالجة خلل توازن الدوبامين dopamine حيث تساهم مضادات الذهان في استقرار نواقل الدوبامين.

يشارك الدوبامين في العديد من النشاطات الدماغية وخلايا الدوبامين العصبية. فلها دور محفز ومنشط في ما بينها مثل الوظائف القلبية والعرقية والكولية كما أنها تحد من استقبال الدوبامين، وهذا ما ينتج عنه تعديل (يقلل) من النشاط العقلي الذي له علاقة مع الدوبامين ويقوم بإبطائها. (Monestès. 2008 :108-110)

إذا كان علاج الفصام يعتمد على الأدوية التي تعيق توصيل الدوبامين وتعيق الأدوية التي تمنع أساسا توصيل الدوبامين أو مضادات الذهان التقليدية ومنها (كلوربرومازين Chlorpromazine)، هالوبيريدول Halopéridol، دروبيريدول، فلونثيكسول Flupentixol، بيموزيد Pimozide، سالبيريد Sulpiride، ثيوريدازين Thioridazine، وقد أدت الثورة الحديثة في الطب النفسي إلى اكتشاف عدد من الأدوية المضادة للفصام والتي تقوم بعمل رائع خلال أيام ولا تسبب أعراضا جانبية خطيرة أو أي من الأشكال الإدمان وأهمها الهالوبيريدول Haloperidol والريسبريدال Risperdal، والزيركسا Zypresca) والسوليان Solian وغيرها. (صالح، 2014:434).

إن هدف العلاج الدوائي في مرض الفصام هو معالجة الحالة الحادة "أثناء لحظات الأزمة" ومعالجة أعراض المرض الإيجابية والتفاعل على الأعراض المرضية السلبية وعلى الإدراك أيضا والحرص على عدم معاودة المرض غالبا ما نسمع بالعلاج بالأدوية وبالتأكيد تشغل مكانا مهما في التكفل بأمراض الفصام. لكن لا يجب أن نهمل أهمية العلاج النفسي والعلاقة بين الطبيب والمريض التي تسمى العلاقة العلاجية والمتابعة هي أيضا الجزء المأخوذ في العلاج. (Kingdon. 2011 : 61-62)

تختلف مضادات الذهان من شخص لآخر حسب النوع والجرعة. معظم هذه الأدوية تكون على شكل أقراص والأدوية الأخرى تكون على شكل سائل وأخرى على شكل حقن، من المهم تناول الأدوية أطول مدة ممكنة لتفادي ظهور الأعراض والانتكاسات. فقط

الطبيب المعالج الذي يحدد الجرعة والمدة. بعض المرضى ينسوا أخذ الأدوية بانتظام لذا يعطوهم حقنات ذات مفعول مطول مرة في الشهر. فمضادات الذهان هي الأدوية الأكثر استعمالا في علاج الفصام، لكن هناك أدوية أخرى يتم وصفها للمريض لمعالجة الاكتئاب، القلق ومشاكل الأرق (اضطرابات النوم).

حسب الموسوعة الطبية لسنة 1999، تحت إشراف الطبيب **Jean-Louis Paytavin** من جامعة **la Faculté de Médecine de Lyon** أحيانا تكون لمضادات الذهان آثارا جانبية خصوصا في المرحلة النشطة عندما يتناول فيها المريض جرعات مرتفعة مثل: التصلب والتشنج العضلي والهياج وجفاف الفم واضطراب في الرؤية، وبالتالي عندما يلاحظ المريض هذه الأعراض فإنه يفشل ويتردد في تناول الأدوية. مع الوقت يتأقلم الجسد على أخذ هذه الأدوية وعادة ما تخفص الأعراض الجانبية. عند بعض المرضى يمكن لمضادات الذهان أن تؤدي إلى اضطراب يسمى بعسر الحركة *dyskinésie tardive* وهي حركات غير إرادية للوجه، حركات غير إرادية للعين واللسان والفم والفك وفي هذه الحالة يجب تغيير الدواء. (paytavin,1999: 89).

عند التكفل بمرض الفصام يمكن أن نميز مراحل مختلفة للعلاج التي يجب أن تكون المدة متكيفة لكل مريض، العلاج الحاد يدوم حوالي 4 إلى 8 أسابيع وهدفه هو إراحة المريض من الأعراض الذهانية الأكثر شدة، وغالبا ما يتعلق الأمر بالعلاج بالأدوية مشتركة مع المستشفى وإلى تدعيم من عمال الصحة. تباعا إلى هذه المرحلة الأولى، علاج التنشيط يبدأ بتعلق الأمر بتقوية المشاريع المنجزة على مدة 6 أشهر.

إذا كان العلاج بالأدوية قد انقطع عقب مرحلة الاستقرار فإن أكثر من ثلث المرضى تظهر عندهم الأعراض من جديد خلال السنة الأولى. لهذا السبب فإن السلطة العليا للصحة **HAS** توصي بمواصلة العلاج على الأقل سنتين قبل نهاية النوبة وهي مرحلة النقاهاة فقط بعد مدة طويلة أثناء متابعة مقاربة لدى الطبيب العقلي يشار إلى أنه يمكن زيادة الجرعة عند الاقتضاء وتخفيضها ثم يتوقف. وأثناء هذه المتابعة، يجب أن يؤخذ

العلاج عند أول إثارة لمعاودة المرض. في حالة المراحل المتعددة فإن السلطة العليا للصحة تتصح بعلاج لخمس 5 سنوات على الأقل وغالبا ما يكون مدى الحياة كما تم إظهار أن استراتيجيات تعاقبية مثل قطع العلاج وتناوله أثناء إعادة ظهور الأعراض كانت أقل فعالية من العلاج المعروف.

مع ذلك، حتى مع علاج دوائي فإن خطر معاودة المرض يبقى مرتفعا حتى 40%. علاوة على ذلك، هاته الفترات تخص العلاج بالأدوية والتكفل بمرض الفصام لا يلخص فيها، ومتابعة منتظمة. رؤية معالج نفسي، التكفل في المستشفى النهاري: **Hôpital du jour** هي مرافقة على المستوى الاجتماعي هي مثل أضلع التكفل التي تكون فيها المدة على الأقل متساوية مع مدة العلاج بالأدوية. (Blinder, 2012: 72)

يعتمد علاج الفصام على الأدوية، فالمريض بالفصام يحتاج إلى مضادات الذهان حيث أثبتت فعاليتها خاصة في علاج الأعراض الإيجابية والتقليل من الانتكاسات، فهدف العلاج في الوقت الحالي يعمل على تحسين نوعية الحياة لدى مرضى الفصام. من الضروري أن يأخذ المريض الأدوية لكنها ليست كافية لمواجهة الفصام، ضروري أيضا أن تساهم العائلة وبالأخص الأم من أجل تحسين حالة المريض ولمساعدته على متابعة العلاج.

خلال العشرين سنة الأخيرة تطور التكفل بهذا المرض، كما تقدمت الأبحاث والفهم الأحسن لميكانيزمات الدماغ وضعت استراتيجيات جديدة في الطب كتثقيف المريض بخصوص مرضه. يمكن أن ينال دروسا حول مرضه. يستطيع البعض أن يكتب حول مرضه والسيطرة على أعراضه الخاصة به رغم عجزه عن التركيز والتذكر وصعوبة في التنظيم. حيث أثبتت بعض الدراسات أنه بالإمكان تصحيح أحد هذه الاضطرابات لأن الدماغ يحتفظ ببعض القدرة على التعلم. ببعض التمارين يتسنى له استعمال هذه القدرة العقلية مع إعطاء الإرشادات المتواصلة للعائلة وخاصة الأم في كيفية التعامل والتواصل

الفعال مع المريض من حين لآخر وإبعاد كل ما يتسبب في تأخير شفاء المريض من الضغوطات النفسية أو الاجتماعية أو الاقتصادية. (Amador, 2007 :72).

11- التصورات الاجتماعية للفصام في الجزائر

يعتقد علماء الأنثروبولوجيا أن كل المعتقدات والممارسات الخاصة بالمجتمعات الإنسانية والمتعلقة بالصحة والمرض هي بالأساس مرتبطة بالثقافة الخاصة لكل مجتمع على حده، فالمرض يعتبر شكلا من أشكال شقاء الإنسان مثله مثل الحوادث، والصراعات الشخصية، والكوارث الطبيعية والسرقة، والفقدان وغيرها من الأمور وتقابل هذه الأمور أنواع من الاستجابات الثقافية من قبل الأفراد فهناك كثير من المجتمعات ترجع الأمراض إلى قوى غير طبيعية أو تعتبره جزاء أو عقوبة إلهية أو تأثير سحر وغيره.

الواقع أنه حتى في المجتمعات الغربية المختلفة تختلف أنماط المرض النفسي الواحد كما تبين في دراسة الأستاذ لنتون (1964) التي أظهرت أن مرضى الفصام الإيطاليين يتسمون بالغوغائية والعدوانية، بينما يتصف نظراؤهم مرضى الفصام الإيرلنديين بالهدوء والانسحاب، مع التباين، لا يمكن اعتبار هذه الاختلافات في هذا المرض أشكالا مرضيا مستقلة بل صورا متنوعة في تفصيلاتها الثقافية للمرض نفسيه، وعلى هذا الأساس ينبغي دراسة الأمراض العقلية أو النفسية بأسلوب يعكس تأثير الظروف الثقافية والبيئية في حياة الفرد المريض الماضية والحاضرة.

إن مفاهيم المرض تتضمن دائما ببعض الأفكار عن أسباب المرض وأساليب مقاومته وهي ترتبط بالممارسات والعادات الاجتماعية التي ستفاعل وتؤدي الى أنماط سلوكية معبرة عن أطرها الثقافية والاجتماعية للتعامل مع الموقف، والاعتقاد السائد بأثر العوامل النفسية في أسباب الأمراض و أساليب مقاومتها ، اذا فان مفهوم الصحة والمرض يرتبط تقليديا

بوسائل مكافحة المرض ومقاومته في كل المجتمعات، وهو ما يكون إن نسمه بالعلاقة بين التفسير الثقافي للمرض والعادات الاجتماعية المسؤولة.

عن مقاومة المرض، فإذا انتشر في بيئة معينة ما مرض من الأمراض تسببه الأرواح الشريرة فإن الناس سوف يلجؤون إلى أساليب غيبية في الوقاية والعلاج، وهو يمثل عائق أمام رؤية الأسباب الحقيقية المؤدية للمرض أحيانا وليعوق عملية مقاومته.

فهناك العديد من المفاهيم الخاطئة على الخرافات وعدم المعرفة الصحيحة بطبيعة الأمراض النفسية والعلاج النفسي والتي أدت بالفرد داخل المجتمع أن يعزف عن الذهاب الى المختص النفسي فيتدنى وضعه النفسي ويتمكن منه المرض وتصبح حالته مستعصية كمرض الفصام.

يؤكد بن إسماعيل (1993) لا وجود لمرض الفصام أو المرض العقلي، والحكم الذي يأخذ على لسان المريض وتعبيره من خلال أنه يمتلك جني يتحدث معه يأمره أن يقوم بأفعال وأشياء كثير والتي تبرز من خلال السيورة المرضية في الذي نسميه الهلوس أو الهذات، ووجود الطقوس تؤمن بالمسكون،المربوط، المسحور والذي يعني حضور العلاجات التقليدية المرباط، الراقى، الطالب مصطلحات يكثر ترديدها في عقليات الناس التي مازالت تمارس و تؤمن بالخرافة ويبقى الطب هو الحكم الأخير الذي يمكن العبور نحوه بعد فشل العلاجات التقليدية أو العكس.

ويفسر عبد اللطيف (2009) أن أعراض الانفصام غريبة لهذا ربطها محترفوا الشعوذة ليؤكدوا المعتقدات الشعبية السائدة لمنافعهم الخاصة فالمريض بالفصام نجده يعاني من هلوس سمعية أصوات تحدثه ويجدها المشعوذين الفرصة في تفسيرها حسب الثقافة الموجودة، ويزعمون العلاج بالقران الكريم وهما بعيدين كل البعد، ويطلب من عائلة

المريض ذبح حيوان أسود و تلطّيح الدماء عليه أو يكتب اسمه على حجر، و نجد الناس متأثرة بالمشعوذين و الدجالين.

ويرى عبد الله محمد (2010) حتى أفكار المريض الاضطهادية تكون لها سمة غريبة مرتبطة بالسحر، فيفسرون كثير من الأمراض العقلية على أنها تنسب إلى قوى طبيعية كالسحر، والعين الشريرة ومس من الشياطين وتلصق في المرأة كل هذه الأفكار الاضطهادية لأنها لا تملك سوى هذه الوسيلة للتأثير على الأسرة وعلى المجتمع وبالتالي تأثير على سلوك الرجل و حالة المريض العقلي في المجتمع الجزائري هو نتيجة "توبة" أو سحر تسبب أضرار للآخرين وينظر إليها على أنها تعطيل وتهديدا للمجتمع.(ملويح،2014:99-111، العبيدي، 2018:137-145).

12- ارتفاع مكانة العائلة في العلاج:

لاحظ العالم الاجتماعي Normand Carpentier أن الأسرة هي مصدر عاطفي واجتماعي يعتمد المحيط المهني أكثر فأكثر على العائلة خاصة لأجل توفير الدعم المادي وبصفة قوية على العلاج طويل المدى للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية. كانت العائلة في ما مضى يتم رؤيتها على أنها سببا للمشاكل والآن أصبحت "حلا من أجل الاحتفاظ بالمريض في وسطه".

خلال 40 سنة تغيرت نظرة الطب العقلي للعائلة وتطور كثيرا من خلال ثلاثة تيارات:

- 1) العائلة تجعل أحد أفرادها مريضا.
- 2) إنما المجموعة في مجملها هي المريضة.
- 3) العائلة هي في نفس الوقت سبب المشكل وسبب حله.

(Davtian, 2013 : 28)

إن الفصام مرض لديه صدى قويا على علاقة المريض بوالديه، لكنه من الصعب للوالدين فهم الاضطراب ومعرفة كيفية التصرف مع المرض. كل مريض مختلف عن

الآخر ونفس الشيء لكل حالة عائلية. من الصعب إذا وضع نصائح لتصبح متوافقة مع كل الحالات بصفة عامة، من المهم توفير للوالدين وبالخصوص للأمهات وسائل تسمح بفهم أحسن لمرض الفصام لأكثر تحديد، يُنصح بحصص أو جلسات تربية نفسية أو بكل بساطة اتصالا بين الطبيب النفسي وأمّهات مرضى الفصام وهذا لمساعدتهن لإيجاد الإجابات عن تساؤلاتهن. (Blinder. 2012 :96)

إذا ظهرت أعراضا حادة عند المريض من الأحسن أن نمد له يد العون وأن نأخذه للطبيب العقلي في أقرب وقت ممكن. يمكن أن لا نفهم ضرورة أخذ العلاج لكن يجب على الأب أو الأم أن يصران في إقناعه للذهاب إلى الطبيب أو لمستشفى الأمراض العقلية الأقرب ليتم وصف دواء له ليستهلكه خارج المستشفى، أو أن يدخل المستشفى حسب درجة الأعراض، معظم المصابين بالفصام يوافقون على أخذ العلاج والتعود عليه والبعض الآخر يرفضون أخذ العلاج ولا يدرون أنهم مرضى ويصعب عليهم الموافقة. هذه الحالة هي أيضا صعبة بالنسبة للعائلة وللأم وفي هذه الحالة فإن طبيب العائلة يمكنه إرشادهم بالطريقة التي تساعد على السيطرة على الوضع إذا كان المريض يريد إيذاء نفسه أو إيذاء الآخرين. كما يمكنهم طلب الشرطة لأن الشرطة مُرخص لها في جلب الأشخاص المرضى إلى المستشفى ليتم فحصهم إذا لاحظوا سلوكا خطيرا (Paterson, et al.1999 : 20-21)

13- الأثر الوجداني الانفعالي للفصام على الوالدين:

ما يميز عائلة لشخص مصاب بمرض الفصام هي غالبا الفوضى. يكون الأولياء في حالة ذعر، يبحثون عن الإجابة لتساؤلاتهم يُستبدل الأمل بالتشاؤم عندما يعلم الوالدين أن طفلها مصاب بالفصام و يصبحان في حالة صدمة وحزن وغضب واندھاش وبهوت. سنصف بعض ردود أفعالهما وهي كالآتي:

- التناقض الوجداني الحاد إزاء الشخص المصاب: "نحبه كثيرا لكنه عندما يجعله مرضه قاسيا نفضل أن يرحل".
- المرارة: "هذا ليس عادلا! لماذا نحن؟ لماذا يحصل هذا لنا؟".
- القلق والخوف: "تخاف أن نتركه وحيدا أو أن نسيء له. هل سيؤذي نفسه أو سيؤذي الآخرين؟"
- الحسرة: "كما لو أننا قد فقدنا طفلنا"
- الغضب والغيرة: "الانتباه الشديد الذي يوليه الأولياء للمريض يوقد نار الغيرة في الإخوة والأخوات."
- الإنكار العام لخطورة المرض: "هو فقط يمر بمرحلة صعبة."
- الإنكار التام للمرض: "لا يمكن أن يحدث هذا لطفلنا!"
- انفصال الأزواج و الطلاق: "عائلتنا تمزقت"
- الخجل والذنب: "هل كنا على خطأ؟ ماذا سيقول الناس؟ ما هو الفعل السيء الذي قمنا به؟"، "لو كُنت أما صالحة!" "لو كُنت أبا صالحا!"
- الاكتئاب: "لا يمكننا حتى الكلام من دون بكاء".
- عدم القدرة على الخوض في موضوع آخر غير المرض: "كل حياتنا مُركزة على هذا المرض".
- القلق على المستقبل: "ماذا سيحدث عندما لا نكون هنا؟ من سيعتني بطفلنا؟".
- المشاكل الزوجية: "حياتنا الزوجية أصابها الفتور! تبدو وكأنها ميتة!"
- الأرق: "لقد كبرنا في السن مرتين أكثر خلال السنتين الأخيرتين"
- الإفراط في إيجاد الحلول والشروحات: "هل قمنا بشيء سيء؟ ربما كنا قاسيين عليه كثيرا".
- الانسحاب من الأنشطة الاجتماعية المعتادة: "أصبحنا لا نشارك في اجتماعات العائلة."

- الشعور بالعزلة: "لا أحد لديه فكرة على ما أعيشه"، "لا أحد يمكنه فهمي!".
- الانشغال والرغبة في الرحيل: "ربما لو ذهبنا للعيش في مكان آخر ستتحسن الأمور!"، "ربما غلينا مغادرة المدينة والذهاب للعيش في الريف."

(Hadj Lakehal, 2016 :6)

عندما يعلم الوالدان بمرض ابنهما أنه مصابا بالفصام فإنهم يشعرون بكم من العواطف والانفعالات الشديدة لأن عليهما أن يتحملا يوميا الكثير من الضغط والتعب المزمن والإرهاق الكامل وعدم الاهتمام بالذات وفقدان الثقة بالنفس.

14. العيش مع مريض الفصام.

يجر مرض الفصام نتائج خطيرة على مستوى العائلة كما أن تطور حالة العائلة تخضع لعوامل عديدة منها خطورة المرض، تركيبة وطريقة تفاعل الأفراد المختلفة لهذه العائلة فضلا على أن كل حالة هي حالة نوعية في حد ذاتها. يمكننا ملاحظة الكثير من القياسات المتماثلة لتأثير المريض على الحياة العائلية. غالبا ما تتواجد العائلات في ظروف متشابهة يكون فيها الأولياء في الخمسينيات من أعمارهم ويكون الأولاد في سن الرشد أو أقل من ذلك، أين يخلق الذهان بلبلة في حياة المريض وفي حياة الوالدين على حد سواء يمكن أن نفسر هذا بطرق عديدة مثلا يمكن أن ينطوي المريض على نفسه ولا ينطق بشيء ويهمل نفسه من كل النواحي. كما يمكن أن يكون في حالة هيجان أين يبقى المريض مستيقظا طيلة الليل ويمنع الآخرين من النوم، تحطيم كل شيء في غرفته، يمكن أن يشعل النار، يتشاجر يوميا مع إخوته.

- شهادة أم مريض بالفصام عمرها 55 سنة.

"يبقى في غرفته ليلا و نهارا، يرفض الخروج منها ولا يدعني أدخل. منذ زمن طويل لا يجلس معنا على الطاولة، في بادئ الأمر كان يأكل وحده في المطبخ ثم لم يعد يفعل

كذلك. لقد أصبح نحيفا، كنا دائما نضع طعامه أمام باب غرفته، أحيانا يأخذه وأحيانا لا. أظن أنه يبقى دائما على سريره. تقريبا، لم يكن يغتسل ولم يكن يغير ثيابه وفي الأخير لا نعرف ماذا نفعل. كان شديد التوتر لم أكن أنام وأنا أفكر به. كنا كثيري الشجار معه، كان يظن أننا نتصرف بسوء معه. خيب أملنا كثيرا وكان زوجي يصعب عليه تقبل أن ابنه البكر يلازم غرفته طيلة الوقت ولا يفعل شيئا.

• شهادة أم مريض بالفصام عمرها 50 سنة:

"كانت تحدث أشياء لا تصدق، كان يكرر مرارا و تكرارا لولده - لست أبي - في البدء كنا ننزعج من هذا الكلام كثيرا ثم بعد ذلك لم أعرف كيف أخذ الأمور بجدية، كل شيء أصبح كما يريد، كنت متسامحة معه كثيرا. في الأخير لم يكن ينام وكان يتجول طيلة الليل في المنزل وكان يتشاجر مع أخواته يوميا رمى بكل شيء من النافذة ولم تكن هناك وسيلة للتكلم معه وكان لا يأكل ولا يشرب إلا الماء من الحنفية، ويبدأ العويل في الليل ولم نكن نعلم ماذا نفعل لا أحد أمكنه مساعدتنا وانتهى به الأمر بإشعال النار في سريره وتم نقله عن طريق الشرطة إلى مصلحة الأمراض العقلية.

"(Meer, 1995 : 138-139)"

تحكي العائلات التي عاشت الأزمة أنها ترددت في طلب الشرطة لأن هذا يعني أن ابنهم مجرم وبأنهم تخلوا عنه. وفي بعض العائلات وجدوا أن طلب الشرطة هو السبيل الوحيد ولا يوجد خيار آخر. من الواضح أن نرفض الميل إلى هذا الحل لأنه مرتبط بالصوصية، الجناية والخجل. وبتصرفنا هذا نتجاهل جدارة الشرطة والدرك، فهم مدربين على مثل هذه الحالات وأكد أنهم لديهم دراية قليلة على مرض الفصام لكنهم متعودون على احتواء الوضع ومنع العنف. فالشباب والفتيات أبدا لا يعاملوا على أنهم سيئون أو مجرمون ولا تتعامل معهم الشرطة بعنف إلا إذا ظنت أنهم يشكلون تهديدا على المجتمع.

(Tobin, 2004 : 169-170)

الخلاصة

توصلنا من خلال البحث إلى تحديد معنى الفصام، وتمكّنّا من معرفة أيضاً أنه لا يوجد هناك علاج "معجزة" و لكن مهدئات الأعصاب التي تم اكتشافها منذ أربعين سنة تعمل فقط على خفض الأعراض وتخفف معاناة المريض وتحسن مصير المرض. في الستة أشهر الأولى من بداية المرض تكون صعبة على مريض الفصام وعلى اللذين هم من حوله خاصة الأقارب ونركز على الأم التي تعاني أكثر من فلذة كبدها والتي تعد الأيام والشهور وكل اللحظات أن يستقيم حال ابنها أو ابنتها. تقول أم مريض بالفصام: «عندما سمعنا من فم الطبيب النفسي الخبر السيئ عن هذا المرض الصاعقة، الفصام، عندما كان يشرح لنا تفاصيل المرض وكل ما يتبعه طلبت منه أن يدعني أتنفس لكي أنظم أفكاري. كنتأبكي ولم أصدق ما كنت أسمع لما جرى لابني الذي أحبه. كنت أواجه حقيقة صعبة أسقطتني أرضاً والتي جعلتني أعيش ألماً كبيراً المعاناة التي ولدت لدي الرغبة في النواح قلبي كأم لم أتحمل: لماذا؟ والغضب وخيبة الأمل هذا كل ما كان يصدر مني».

كل أمهات مرضى الفصام يقلن بأنه ليس هناك شيء أصعب من أن تعلم بأن أحد أبنائك مصاباً بالفصام وعليك التأقلم مع الوضع. كلهن مشوشات ومضطربات يغلب عليهن القلق والحزن وخيبة الأمل والخوف والأسوأ في الأمر عندما يعتقدن بأن أعراض الفصام ناجمة عن السحر أو الجن. هذه أفكار لاعقلانية تزيد من معاناتهن وتعرقل سير العلاج كما يولد لديهن ضغوط نفسية.

وهذا ما سنبينه في الفصل القادم حيث سنتطرق الباحثة فيه إلى الضغط النفسي والأفكار اللاعقلانية.

الفصل الثالث

الضغوط النفسية والأفكار اللاعقلانية

تمهيد

أولاً: الضغوط النفسية.

- 1- تعريف الضغوط النفسية.
- 2- أنواع الضغوط النفسية.
- 3- مصادر الضغوط النفسية.
- 4- تشخيص الضغوط النفسية.
- 5- الآثار الناجمة عن الضغوط النفسية.
- 6- النظريات المفسرة للضغوط النفسية.

ثانياً: الأفكار اللاعقلانية.

- 1- تعريف الأفكار اللاعقلانية.
- 2- تصنيفات الأفكار اللاعقلانية.
- 3- سمات الأفكار اللاعقلانية.
- 4- مكونات الأفكار اللاعقلانية.

الخلاصة.

تمهيد

الحياة الجيدة هي الصحة، الحب، النجاح، الراحة، المتعة وباختصار السعادة. الصحة الجيدة هي الحالة الجسمانية والعقلية والاجتماعية للأفراد. كل مرض يحمل صفة مميزة والنتائج تؤثر على نوعية الحياة عند المريض المصاب وعائلته فالمصاب بمرض عقلي لا علاج له ويتطلب استشفاء منتظما. فوجود ابن يعاني من فصام بحاجة إلى تدخلات كثيفة من نوع المتابعة على الأمد الطويل، التدخل والإلزام بالعلاج. ما تنتظره أم مريض بالفصام من الطبيب هو أن يخبرها مما يعاني طفلها (التشخيص) وكم من الوقت سيدوم (مجموعة الأعراض الإكلينيكية) وأن يعطيها العلاج الصحيح ويجب أن يكون طبيب الأمراض العقلية موضع ثقة لكي يهدئ من مخاوفها، للأسف فإن مرض الفصام هو مرض صعب جدا علاجه ولا واحدة من هذه التوقعات هي مرضية وهذا ما يؤثر سلبيا على أفكار ومعتقدات الأم نحو هذا المرض مما يؤدي إلى زيادة الحالة الانفعالية والضغط النفسية لديها فهي إذا بحاجة للمساعدة من خلال برامج علاجية تربية نفسية وإرشادية لتخفيف من الضغط النفسية من خلال تعديل أفكارها اللاعقلانية.

أولاً: الضغوط النفسية

1-تعريف الضغوط النفسية:

اشتق مصطلح stress من الكلمة الفرنسية القديمة *déstresse* والتي تشير إلى معنى الاختناق والشعور بالضيق أو الظلم. (النعاس، 2008: 126) وقد تحولت في الانجليزية إلى *distress* للتعبير عن معاناة و ضيق و اضطهاد، وهي حالة يعاني فيها الفرد من الاحساس بظلم ما ومن السياق اللفظي للمصطلح هارون الرشيدى فرق بين ثلاثة معاني للضغوط:

1. الضواغط *stressors* وتشير إلى تلك القوى والمؤثرات التي توجد في المجال لبيئي (فيزيكية - اجتماعية - نفسية) والتي يكون لها قدرة على انشاء حالة ضغط ما.
2. الضغط *stress*: فيعبر عن الحادث ذاته أي وقوع الضغط بفاعلية الضواغط أي أن الفرد واقع تحت طائلة ضغط ما.

3. الانضغاط *strain*: يعبر عن الحالة التي يعانيها الفرد ويئن فيها، والتي عن ذاتها في الشعور بالإعياء والإنهاك والاحتراق الذاتي، ويعبر عنها الفرد بصفات مثل خائف، قلق، مكتئب، مشدود، متوجس، متوتر وغيرها من الشعور نتيجة ذلك. (الرشيدى، 1999: 15)

- تعددت تعريفات الضغوط النفسية بتعدد وجهات نظر العلماء والباحثين وكل تعريف ينطلق من أساس محدد واضح، فمنهم من عرفها من خلال التركيز على المثيرات، والبعض من عرفها انطلاقاً من الاستجابة للمواقف الضاغطة، والبعض الآخر من التعريفات يجمع بين الاثنين معاً المثير والاستجابة على أنها تفاعل بين الفرد والموقف.

• تعريف الضغط النفسي على أساس المثير:

يركز أصحاب هذا الاتجاه على المثيرات الضاغطة بأنه "أي مثيرات أو تغيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية يكون على درجة من الشدة والحدة والدوام بحيث يثقل القدرة

التكيفية للكائن الحي إلى حده الأقصى والتي في ظروف معينة يمكن أن تؤدي إلى اختلال السلوك أو عدم التوافق و بقدر استمرار الضغط بقدر ما يتبعها اضطراب جسمي ونفسي". (ستورا، 1997:14).

وعرفها سبيلبرجر (Speilberger 1981) بأن الضغوط هي عبارة عن تلك القوة الخارجية التي تحدث تأثيراً على الفرد كخواص الموضوعات البيئية أو ظروف مثيرة تتميز بدرجة من الخطر الموضوعي، فالضغوط النفسية تشير إلى الاحساس الناتج عن فقدان المطالب أو الإمكانيات ويصاحبه عادة مواقف فشل حيث يصبح هذا الفشل في المواجهة مؤثراً قوياً في إحداث الضغوط النفسية. (السيد، 2008: 168).

ومنه فإن الضغط عبارة عن مثير يدركه الفرد على أنه يمثل تهديداً له قد يكون منشأه الداخلي كالصراعات النفسية كما ينشأ من الأحداث الخارجية.

• تعريف الضغط النفسي على أساس الاستجابة:

أما فيما يخص التعريفات التي تركز على الاستجابة للمواقف الضاغطة يعرف هانس سيلبي (Hans Selye 1971) أن الضغط النفسي عبارة عن مجموعة من الأعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط وهو استجابة غير محددة من الجسم نحو المتطلبات البيئية مثل التغيير في الأسرة أو فقدان العمل أو الرحيل والتي تضع الفرد تحت ضغط نفسي. (بهاء الدين، 2008: 20)

في حين عرّفه باك (Beeck 1986) بأنه استجابة يقوم بها الكائن الحي نتيجة لموقف يضغط على تقدير الفرد لذاته أو مشكلة ليس لها حل تسبب له الإحباط وتعوق اتزانه أو موقف يثير أفكاراً عن العجز واليأس والاكتئاب. (السيد خليفة، 2008: 129).

ومنه فإن الضغط عبارة عن استجابة لأحداث مهددة تأتي من البيئة فهي تعتبر كرد فعل واستجابة الفرد للحدث الضاغط حيث ركز أصحاب هذا الاتجاه على ردود

الفعل الانفعالية والفيزيولوجية التي تتجم عن الأحداث الضاغطة ودور الجهاز العصبي والجهاز الغدي في الاستجابة.

• **تعريف الضغط النفسي على أساس التفاعل بين المثير و الاستجابة:**

التعريفات التي ركزت على التفاعل بين المثير والاستجابة، يُعرّف كل من Lazarus و Folkman (1984) وسكينر Skinner, Buhrrus Frederic (1980) وأندلر وباركر Endler و Parker (1990) أن الضغوط ليست بمثيرات بيئية ولا استجابة للحدث وإنما الضغط هو نتاج تفاعل بين الفرد والبيئة وتعرف بالنظرية التفاعلية للضغط حيث يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الضغط النفسي يكون نتيجة حدوث اضطراب في العلاقة بين الشخص والبيئة. فالشخص عندما يدرك الموقف في البيئة بوصفه مهددا وضارا ويمثل تحديا له ثم يقيم مصادره وإمكاناته من حيث عدم كفايتها لإدارة الموقف الضاغطة هنا يحدث الضغط. فالحدث الضاغط قد لا يكون هاما لكن إدراك الفرد له هو الذي يكشف عن كيفية التعامل معه ومعنى ذلك أن استجابات الأفراد نحو المواقف والأحداث الضاغطة تختلف تبعا لاختلاف القيم والاتجاهات والمكونات المعرفية لدى الأفراد. (حسين حسين، 2006: 52)

ومنه فإن الضغط عبارة عن العلاقة بين الأشخاص والبيئة وتقييم للحدث الناتج عن ذلك.

لقد تعددت وجهات نظر العلماء حول تعريف الضغوط. بعضهم استخدم كلمة الضغط ليشير بها لأي حدث يدركه الفرد على أنه يمثل تهديدا له، ويسبب له الشعور بعدم الارتياح والضيق. وفي هذه الحالة يكون الضغط كمثير وأن المثيرات قد تكون داخلية المنشأ مثل الصراعات وقد تنشأ من الأحداث الخارجية ك وفاة شخص عزيز، مرض يصيب أحد العائلة...إلخ.

فهناك بعض العلماء يستخدم كلمة الضغط يشير إلى الاستجابة نحو الأحداث والظروف التي يواجهها الفرد في حياته ولهذا فهي تمثل ردود الفعل التي تصدر عن الفرد

إزاء الحدث. وفي هذه الحالة يكون الضغط أي تغير داخلي أو خارجي من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة و مستمرة.

وبعضهم الثالث يرى أن الضغط هو نتاج تفاعل الفرد مع البيئة أين يقيم فيها الفرد الموقف بأنه يفوق إمكاناته ومصادره. وقد تعرّض وجوده للخطر. فالضغط ينشأ عند مواجهة الفرد موقفا ما ويتم تقييمه على أنه مهدد له فيتوقع وقوع حدث سلبي بالنسبة له. ومنه فإن الاستجابة للضغوط تظهر كنتيجة للتفاعل بين المطالب البيئية وتقييم الفرد لهذه المطالب وللمصادر الشخصية لديه. وهكذا فإن الشخص يدرك الحدث كضاغط اعتقادا على المعنى الذي يكونه على الموقف. (حسين و حسين، 2006:89)

2- أنواع الضغوط النفسية

تظهر الضغوط النفسية بأشكال متعددة، فهناك الضغوط المؤقتة والضغوط المزمنة، والضغوط والإيجابية والضغوط السلبية والضغوط الحادة والغير حادة. ولا يمكن حصر الضغوط في هذه الأنواع فقط لأن الضغوط تختلف حسب الأحداث الضاغطة نوعها وشدتها وحسب الفروق الفردية في الاستجابة للضغط النفسي أي مدى قدرة الفرد على مواجهة الأحداث والوصول إلى تحقيق التوازن.

• ميّز سويناتجن Swearingen (1985) بين نوعين من الضغوط حسب استمرارها مع الفرد وهي ما يلي:

1) **الضغوط النفسية المؤقتة:** هي تلك التي تحيط بالفرد لفترة وجيزة ثم تزول بزوال المواقف الضاغطة، حيث لا يدوم أثرها لفترة طويلة مثل تلك الناشئة عن الامتحانات أو مواجهة موقف صعب مفاجئ أو الزواج الحديث وهذه الضغوط تكون سوية في معظمها إلا إذا كان الموقف الضاغط أشد صعوبة من مقدرة الفرد على التحمل مثلما يحدث مع المواقف الشديدة الضاغطة التي تؤدي إلى صدمة عصبية. (البيلاوي، 1989:7).

(2) الضغوط النفسية المزمنة:

وهي الضغوط التي تحيط بالفرد لفترة طويلة نسبيا مثل الآلام المزمنة أو وجود الفرد في أجواء اجتماعية واقتصادية منخفضة ويعانون من ضغط بيئي مزمن بدرجة أكبر من هؤلاء الذين يعيشون في أجواء اجتماعية واقتصادية مرتفعة. (خليفة و عيسى، 2008:

(139

وأشار سيلبي Selye (1976) إلى أربعة أنواع من الضغوط وهي حسب المستوى:

- **الضغط النفسي السيئ:** الذي يضع على الفرد متطلبات زائدة ويطلق عليه الكرب وكذلك الألم مثل فقدان عمل أو فقدان عزيز.
- **الضغط النفسي الجيد:** وله متطلبات لإعادة التكيف مع الذات أو البيئة المحيطة كولادة طفل أو سفر. (النابلسي، 2009: 98).
- **الضغط النفسي المرتفع:** ناتج عن تراكم الأحداث المسببة للضغط النفسي بحيث تتجاوز مصادر الفرد وقدراته على التكيف معها.
- **الضغط النفسي المنخفض:** ويحدث عندما يشعر الإنسان بالملل وانعدام التحدي والإثارة. (الشيخاني، 2003: 14)

• يشير مورييس Maurice (1990) إلى نوعين من الضغوط حسب المصدر:

1. **الضغوط النفسية الإيجابية:** وهي الضغوط التي تحدث توترا يؤدي إلى الشعور بالسعادة والرضا، أي الاتزان النفسي.
2. **الضغوط النفسية السلبية:** هي الضغوط التي تؤدي إلى التوتر وبالتالي تؤدي إلى الشعور بالتعاسة والإحباط وعدم السرور أي عدم الاتزان النفسي. (البيلاي،

(1989: 7).

3- مصادر الضغوط النفسية

قسم كل من ميلر Miller (1979) ولورنس شافير Laurence Shaffer (1946)

مصادر الضغوط إلى ما يلي:

1. **المصادر الداخلية:** أن الضغوط مسألة داخلية وأن مصدر الضغوط يوجد بداخلنا وأن أي حدث من الأحداث الضخمة يمكن أن يصبح أقل أو أكثر أهمية وفقا لتقديرنا الشخصي له. فدور الشخصية هنا هام للغاية حيث أنماط الشخصية معرضة لتفسير الضغوط بطريقة خاطئة أو العكس وهي نابعة من المعتقدات والأفكار الخاطئة.

2. **المصادر الخارجية:**

من الأسباب الخارجية البيئة المادية كالضجيج والأماكن الضيقة وهناك أسباب تتمثل في التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين كأن يتعرض الفرد للضغوط من قبلهم كما أن هناك ضغوطا تتمثل في المشاكل الاجتماعية كال فقر والبطالة وفقدان العمل والتمييز العنصري والضغوط الأسرية كحجم الأسرة وهشاشة الأسرة أو قابليتها للضغط أو تقييمات الأسرة ومواردها. وهناك أيضا البيئية كالكوارث الطبيعية والتلوث والازدحام السكاني وكذلك الضغوطات المتعلقة بالتغيرات المرتبطة بالتقدم في السن. وتنتج الضغوط عن الكيفية التي يستجيب لها الناس للمواقف التي يشعرون أنها مهددة لهم. فالأمر يختلف من فرد لآخر، فما يثير التحدي في شخص ما، قد يكون عبئا على غيره. فالضغوط إذا مسألة شخصية ومن ثم فإن من الواضح أيضا أن الحدث الضاغط ليس هو المهم؛ لكن الأهم هو كيف يرى الإنسان هذا الحدث الضاغط.

(العزیز، 2010: 33)

• كما قسمت ماجدة بهاء السيد مصادر الضغوط إلى ما يلي:

1. المصادر الخارجية للضغط النفسية:

- الضغوط الأسرية والصراعات العائلية ككثرة المجادلات، الانفصال، الأولاد.
- ضغوط العمل والتي ترتبط ببيئة العمل مثل صراع الدور وغموضه والخلافات مع الرفاق في العمل.
- الضغوط المالية أو الاقتصادية مثل انخفاض الدخل وارتفاع معدلات البطالة.
- الضغوط الاجتماعية ومنها العلاقات الاجتماعية، عدد الأطفال، ومنها أيضا العزلة.
- الضغوط الصحية أو الفيزيولوجية
- ضغوط المتغيرات الطبيعية مثل الزلزال والأعاصير
- ضغوط سياسية والتي تنشأ من عدم الرضا عن أنظمة الحكم الاستبدادي والصراعات السياسية في المجتمع.
- ضغوط العوامل العقائدية والفكرية كحالة التقاطع بين تمسك الفرد بما هو عليه من أفكار ومعتقدات وبين تسلط المؤسسات المركزية في حمله على تغيير أفكاره.
- ضغوط ثقافية
- ضغوط أكاديمية
- الضغوط الانفعالية النفسية مثل القلق، الاكتئاب
- الضغوط الكيميائية كإساءة استخدام العقاقير

2. المصادر الداخلية للضغط النفسية:

- الطموح المبالغ فيه
- الأعضاء الحيوية والتهيج النفسي (الاستعداد) لقبول المرض.
- ضعف المقاومة الداخلية.
- الشخصية (عبير ، 2008 : 30-31)

3. تشخيص الضغوط النفسية:

لقد لخص كل من صالح و فونتانا Fontana (1992)، خطوات تشخيص الضغط من خلال وصف دقيق لخمس عوامل هي:

- (1) طبيعة و تكرار مدة وشدة الحدث الضاغط بالنسبة للفرد.
 - (2) طبيعة و تكرار مدة وشدة استجابات الضغط على المستوى الحركي والفيزيولوجي والمعرفي واللفظي.
 - (3) نتائج استجابة الضغط على البيئة (العائلية - المهنية)
 - (4) نتائج استجابة الضغط على الصحة الجسدية والنفسية للفرد
 - (5) طبيعة ودرجة فاعلية استراتيجيات التوافق التي يستعملها الفرد
- (آيت حمودة ، 2005 : 95)

• معايير تشخيص الضغوط النفسية حسب DSM-V (2013):

A. التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت، إصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد أو أكثر من الطرق التالية:

1. التعرض مباشرة للحدث الصادم.
2. المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين.
3. المعرفة بوقوع الحدث لأحد أفراد الأسرة أو أحد المقربين. في حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، فالحدث يجب أن يكون عنيفا أو عرضيا.
4. التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم. (على سبيل المثال أول المستجيبين لجمع البقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال).

ملاحظة: لا يتم تطبيق المعيار A4 التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية، التلفزيون، والأفلام أو الصور، إلا إذا كان هذا التعرض ذا صلة بالعمل.

B. وجود تسعة (أو أكثر) من أي من الفئات الخمس، الأعراض المقتحمة، المزاج السلبي، التفارق، التجنب، الاستثارة، والتي تبدأ أو تسوء بعد الحدث الصادم.

أعراض الاقتحام.

1. الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة، وغير الطوعية، عن الحدث الصادم.
- ملاحظة:** في الأطفال الأكبر سنا من 6 سنوات، قد يتم التعبير عن طريق اللعب المتكرر بموضوعات أو جوانب الحدث الصادم.
2. أحلاما مؤلمة متكررة ترتبط بمحتوى الحلم و/أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.
- ملاحظة:** عند الأطفال قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف عليها.
3. ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال "flashbacks" ومضات الذاكرة) حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر. (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفا هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).
- ملاحظة:** في الأطفال، قد تحدث إعادة تمثيل محددة للصدمة خلال اللعب.
4. الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم.

*المزاج السلبي:

5. عدم القدرة المستمرة على اختيار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال،عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا ،أو مشاعر المحبة).

*الأعراض التفارقية :

6. إحساس متغير بالواقع أما بالبيئة المحيطة أو بالنفس (مثلا، رؤية النفس من منظور آخر الإحساس بالغيوبية ،تباطؤ الزمن).
7. عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (عادة بسبب النساقوة التفارقية ولا يعود إلى عوامل أخرى مثل إصابات الرأس – الكحول أو المخدرات).

*أعراض التجنب:

8. تجنب أو جهود لتجنب الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

9. تجنب أو جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية (الناس، الأماكن، الأحاديث، الأنشطة والأشياء والمواقف) والتي تثير الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

*أعراض الاستثارة:

10. اضطراب النوم (على سبيل المثال، صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر).

11. سلوك متوتر ونوبات الغضب (دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف) والتي عادة ما يعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي اتجاه الناس أو الأشياء.

12. التيقظ المبالغ فيه (Hyper Vigilance)

13. مشاكل في التركيز.

استجابة عند الجفل مبالغ بها.

C- مدة الاضطراب (أعراض معيار B) من 3 أيام إلى شهر واحد.

D- يسبب الاضطراب إحباطاً سريرياً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

E- لا يغزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل الأدوية والكحول) أو حالة طبية أخرى (إصابة خفيفة للرأس) ولا يفسر بشكل أفضل باضطراب ذهاني وجيز.

(الحمادي، 2015 : 117-118).

5- الآثار الناجمة عن الضغوط النفسية:

إن الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد تؤثر سلباً على شخصيته و يكون مختلفاً من الناحية الفيزيولوجية والمعرفية والانفعالية والسلوكية عنه في الحالات العادية. فالشخص الواقع تحت الضغط يعاني كثيراً من الاختلالات والآثار السلبية في مختلف جوانب الشخصية إلا أن هذه الآثار تختلف من شخص لآخر باختلاف الأحداث الضاغطة وباختلاف الأشخاص أنفسهم وهي على النحو التالي:

1.5. الآثار الفيزيولوجية: إن الضغوط تؤثر سلباً على النواحي الفيزيولوجية للفرد وهي أكثر دلالة على وجود الضغط النفسي لديه. فالأحداث والظروف الضاغطة التي تتعرض لها الفرد تحدث تغيرات في وظائف الأعضاء وإفرازات الغدد وفي الجهاز العصبي تتمثل فيما يلي:

- إفراز كمية كبيرة من الأدرينالين في الدم مما يؤثر على الجهاز القلبي الدوري ويؤدي إلى سرعة ضربات القلب مع نوبات قلبية وارتفاع ضغط الدم وزيادة نسبة السكر في الدم و اضطراب الأوعية الدموية.
- اضطراب في الجهاز الهضمي: اضطراب في المعدة، في القولون، الإسهال، والشعور بالغثيان والرعشة.
- اضطراب في الجهاز التنفسي: التنفس السريع أو انقطاع التنفس وصعوبته، الكحة، الربو.
- اضطراب الأعضاء التناسلية: الاستثارة والرغبة الزائدة في التبول، اضطراب في الدورة الشهرية للإناث واضطرابات جنسية.
- اضطراب الهيكلية: الصداع بأنواعه، آلام الرأس، آلام الرقبة، التهاب المفاصل، ألم الظهر، تيبس العضلات وآلام وأوجاع في أماكن مختلفة في الجسم.

- **تفاعلات جلدية:** حيث يصبح لون الجلد شاحبا بسبب تحول الدم منه إلى مناطق أخرى، الأكزيما، الصدفية. (جمعة ، 2007:35) (حسين، حسين، 2006: 44).

2.5. الآثار المعرفية: إن الضغوط النفسية تؤثر على البناء المعرفي للفرد ومن ثم فإن العديد من الوظائف العقلية تصبح غير فعالة وتظهر هذه الآثار في الأعراض التالية:

- نقص الانتباه وصعوبة التركيز وضعف قوة الملاحظة
- تدهور الذاكرة حيث تقل قدرة الفرد على الاستدعاء والتعرف وتزداد الأخطاء.
- عدم القدرة على اتخاذ القرارات ونسيان الأشياء.
- فقدان القدرة على التقييم المعرفي الصحيح للموقف.
- ضعف قدرة الفرد على حل المشكلات وصعوبة معالجة المعلومات.
- التغيرات الذاتية السلبية التي يتبناها الفرد عن ذاته وعن الآخرين.
- تقل الاستجابات الذاتية السلبية التي يتبناها الفرد عن ذاته وعن الآخرين
- تقل الاستجابات السريعة مما يؤدي لاتخاذ قرارات خاطئة ومتسعة.

(بهاء الدين، 2008: 36)

3.5. الآثار الانفعالية: وظهرت في الأعراض التالية:

- سرعة الاستثارة والخوف والغضب.
- القلق والإحباط واليأس.
- الشعور بالعجز وفقدان الاستقرار النفسي.
- عدم القدرة على التحكم في الانفعالات والسلوك
- انخفاض تقدير الذات
- فقدان الثقة بالنفس
- توهم المرض والاحساس بالألم

- النظرة المتشائمة للحياة
- انخفاض مستوى الطاقة لدى الفرد
- زيادة الاندفاعية والحساسية المفرطة
- فقدان الاهتمام بالآخرين وبالعمل (حسين، حسين، 2006: 45)

4.5 - الآثار السلوكية: و تظهر في الأعراض التالية:

- انخفاض الأداء والقيام باستجابات سلوكية غير مرغوبة
- تغير في أنماط السلوك الاعتيادية
- اضطراب في الكلام مثل التأتأة والتلعثم
- انخفاض مستوى نشاط الفرد حيث يتخلى الفرد عن أهدافه الحياتية ويتوقف عن ممارسة هواياته
- انخفاض مستوى الطاقة حيث ينخفض ميل الإنسان إلى الأداء مع شعوره بالعجز وعدم وجود طاقة محركة وانخفاض إنتاجية الفرد
- التأخر والغياب عن العمل وعدم الرضا عنه
- تعاطي العقاقير والمخدرات وتدخين السجائر
- اضطرابات النوم وإهمال المظهر والصحة
- عدم الثقة في الآخرين والتخلي عن الواجبات والمسؤوليات والإلقاء بها على عاتق الآخرين.
- الانسحاب من الآخرين والميل إلى العزلة
- حل المشكلات ويتخلى عن محاولة البحث بعمق عن جذور المشكلة
- التهديد والانتحار

5.5. الآثار الاجتماعية: يتعرض الفرد في حياته لضغوط في البيئة التي يعيش فيها، فبعد تعرضه للحدث الضاغط في أي جانب يؤثر على الجوانب الأخرى، كالعلاقات في المنزل و العلاقات في المجتمع فتحدث الاختلافات ومشاكل عديدة كإنهاء العلاقات الاجتماعية والصراعات الأسرية، التفكك الأسري، الانفصال وعدم تحقيق التوازن بين متطلبات الأسرة و العمل والأصدقاء والإساءة للأبناء أو للزوجة وارتكاب المخالفات والجرائم والشكوى من الزملاء والانسحاب من الحياة الاجتماعية وغير ذلك.

ومنه نستنتج أن كل هذه المكونات الفيزيولوجية والمعرفية والانفعالية والسلوكية متداخلة ببعضها البعض ولذلك عندما يحدث تغير في أي بعد أو مكون منها تتأثر الأبعاد الأخرى. وعلى هذا فإن برامج إدارة الضغوط التي تستهدف تغيير أحد هذه المكونات قد تؤدي إلى تحسين في جميع الأبعاد والمكونات الأخرى. فالتدريب على الاسترخاء مثلا كبعد جسمي وتعلم أنماط التفكير الإيجابي كبعد معرفي يؤثران بشكل دال في خفض القلق والانفعالات السلبية الناتجة عن الضغوط كبعد انفعالي. (حسين، حسين، 2006: 42)

6- النظريات المفسرة للضغوط النفسية:

1.6 النظرية الفيزيولوجية:

1.1.6. نظرية والتر كانون Cannon ، Walter (1920)

يعد العالم الفيزيولوجي Walter Cannon من أوائل الذين استخدموا مصطلح الضغط النفسي ويعني به رد الفعل في حالة الطوارئ ويؤكد أن الحياة البشرية تجلب معها العديد من الأحداث الضاغطة والتي ربما تهدد الحياة مما يحتم على البشر أن يكافحوا لمقاومة هذه الأحداث أو الهرب بعيدا عنها. (الفرماوي، 2009: 26).

وقد كشفت أبحاث كانون Cannon وجود ميكانيزم أو آلية في جسم الانسان تساهم بالاحتفاظ بحالة من التوازن الحيوي أي القدرة على مواجهة التغيرات التي تواجه

والرجوع لحالة التوازن العضوي والكيميائي بانتهاء الظروف والمواقف المسببة لهذه التغيرات، وعليه فإن مطلب أو مثير خارجي بإمكانه أن يخل بهذا التوازن إذا فشل الجسم في التعامل معه وهذا ما اعتبره كانون Cannon ضغطاً. (عسكر، 2009: 33).

كما أشار في نظريته أن مصادر الضغط الانفعالية كالآلم والخوف والغضب تسبب تغيراً في الوظائف الفيزيولوجية تحدث في جسم الإنسان كزيادة سرعة التنفس، ارتفاع ضغط الدم، توتر العضلات، تحرير كمية الدهون المخزونة في الجسم. تزداد دقات القلب في ضخ الدم في كل مكان من الأنسجة مع سرعة فائقة محملة بالأكسجين والأغذية إلى الخلايا، سريان الدم إلى منظومة الهضم و الدماغ و العضلات و الأطراف. وترجع هذه التغيرات في إفرازات الهرمونات أبرزها هرمون الأدرينالين الذي يهيئ الجسم لمواجهة المواقف الضاغطة.

ومنه نستنتج أن الضغوط النفسية عند كانون Cannon هي استجابة فيزيولوجية للجسد اتجاه الأخطار أو التهديدات الخارجية لإعادة توازنه.

2.1.6 نظرية هانز سيلبي Hans Selye (1936)

فسر Hans Selye الضغوط النفسية تفسيراً فيزيولوجياً و أوضح مدى تأثير الضغط على الإنسان كعملية مرتبطة بالمرض وتكيفه مع الضغط. حسب Hans Selye فإن الضغوط النفسية تشير إلى استجابة الكائن الحي لمجموعة متنوعة من التحديات البيئية مثل التغير في درجة الحرارة أو التعرض للضوضاء. وتكون هذه الاستجابة من خلال مجموعة متنوعة من الاستجابات الفيزيولوجية ، من خلال تركيزه على عدد كبير من الهرمونات ودورها في إصابة الفرد بالعديد من الأمراض الخطيرة بما في ذلك انسداد الشرايين ونزيف في الدماغ وتصلب الشرايين وارتفاع ضغط الدم والفشل الكلوي والتهاب المفاصل والقرحة الهضمية وحتى السرطان. (السيد، 2001: 99).

حيث عرف سلي Selye الضغط النفسي كاستجابة غير نوعية للجسم نحو أي مطلب يواجهه ووضح نموذج عن ردود الفعل للأحداث الضاغطة وأطلق عليه زملة أعراض التكيف العام **General Adaptation Syndrom** والتي يشار إليها بالرمز **G.A.S** ويقصد بكلمة عام (G) أن رد الفعل الدفاعي لأي مسبب من مسببات الضغط يكون له تأثيرات على جوانب مختلفة من الجسم سواء الجسمية أو النفسية، وتعني كلمة التكيف (A) أن المثيرات الدفاعية التي تحدث في الجسم تهدف إلى مساعدة الفرد على التكيف مع مسببات الضغط. أما كلمة زملة الأعراض (S) فهي تشير إلى ردود الأفعال الدفاعية للجسم التي تحدث في وقت واحد.

وقد حدد سلي Selye ثلاث مراحل لزملة أعراض التكيف العام حيث يرى أعراض التكيف هي عبارة عن ميكانزم ينشط في مواجهة أي حدث تهديدي وهذا لخفض الاضطراب الفيزيولوجي والنفسي ولتحقيق التوازن العضوية وتتجسد في ما يلي:

• مرحلة الإنذار أو التنبيه **La Réaction d'alarme**:

تبدأ بالانتباه لوجود حدث ضاغط وهذا الانتباه يولد تغيرات فيزيولوجية، هذه المرحلة هي مرحلة الانزعاج فتحدث الإثارة من خارج الجسم ويتحول بعدها الجسم لمواجهة الحدث الضاغط فيستدعي كل قواه الدفاعية لمواجهة الحدث الذي يتعرض له ويكون رد الفعل في مثل هذه الوضعيات هو الهروب أو المواجهة.

• مرحلة المقاومة **Résistance**:

إذا استمر الحدث الضاغط فإن مرحلة الإنذار يتبعها مرحلة مقاومة الحدث الضاغط. فيستخدم الفرد مصادره لمواجهة الحدث أو التكيف معه إذا نجحت المقاومة فإن الجسم يعود إلى حالته الطبيعية و إذا استمر الضغط لدى الفرد لمدة طويلة فستستمر المقاومة و تصبح طاقة الجسم على التكيف منهكة ومجهددة ومن ثم تضعف وسائل المقاومة ويصبح عاجزا على التكيف بشكل عام فيدخل الفرد في المرحلة الإنهاك.

- **مرحلة الإنهاك La Phase d'Epuisement**: تظهر هذه المرحلة بشكل غير متوقع فتكون الطاقة قد استنفذت فيحدث الانهيار ويؤدي استمرار الاستجابات الدفاعية إلى أمراض التكيف مثل الاضطرابات السيكوسوماتية والإجهاد.
(بهاء الدين، 2008: 129).

6-2. نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد **Freud** أن ديناميكيات الشخصية تتطوي على التفاعلات المتبادلة و على الصدام بين الجوانب الثلاثة للشخصية **فالهو** الذي يمثل الجانب البيولوجي للشخصية يحاول دائماً السعي نحو اشباع الدوافع الغريزية، لكن الأنا لا يسمح لهذه الرغبات الغريزية بالإشباع ما دام هذا الأخير لا يتماشى مع قيم ومعايير المجتمع. ويتم ذلك عندما تكون الأنا قوية. و لكن عندما تكون الأنا ضعيفة وتكون الطاقة المستمرة لديها منخفضة فسرعان ما يقع الفرد فريسة للصراعات والتوترات والتهديدات ومن ثم لا تستطيع الأنا القيام بوظائفها ولا تستطيع تحقيق التوازن بين مطالب ومحفزات الهو ومتطلبات الواقع الخارجي وعلى هذا ينتج الضغط النفسي. (بهاء الدين، 2010 : 229)

كما يؤكد يونغ **Yung** أن الضغط النفسي ناتج عن الطاقة التي هي مع الانسان بالفطرة و هذه الطاقة تنتج عن سلوكيات فطرية وتطورها خبرات الطفولة مما يُكون شخصيته المستقبلية وسلوكه المُتوقع وإذا ما واجه الانسان أنواعا من الصراعات النفسية الداخلية نتيجة ضغوط حياتية مختلفة ويتغير السلوك المتوقع حدوثه وهو ما يسمى بالمرض النفسي الناتج عن الضغوط الذي تحتاج إلى علاج. (السميران 2014: 61)

فحسب النظرية النفسية التحليلية فإن معظم الأفراد لديهم صراعات لا شعورية وهذه الصراعات تكون لدى البعض أكثر حدة وعددا. فهؤلاء الناس يرون ظروف وأحداث حياتهم مسببات للضغوط النفسية وأن أساليب مواجهة هذه الضغوط تكون عن طريق الكبت أو الإنكار وغيرها من ميكنزمات الدفاع النفسية اللاشعورية. كما يؤكد اصحاب

هذه النظرية على أن التعبير عن الأعراض المرضية الحالية ما هي إلا امتدادا لصراعات وخبرات ضاغطة ومؤلمة مرّ بها الفرد في الطفولة ولذلك فإن المشقة والكدر النفسي التي يعانيها الفرد في حياته الحالية هي امتدادا للصعوبات والخبرات الماضية والتي حاول التعامل معها من خلال استخدام ميكنزمات للمواقف والخبرات المؤلمة الحالية.

(حسين، حسين، 2006 : 62-63).

3.6. النظرية المعرفية السلوكية

يرى أصحاب هذه النظرية أن حالة الضغط أو الإجهاد ترجع إلى افتقار الفرد لنموذج معرفي مناسب للموقف الضاغط. وبأن الضغوط والصعوبات الانفعالية تبدأ عندما تكون طريقة ادراك الفرد للحدث مبالغ فيها وتفكيره غير منطقي إذ أن أنماط التفكير الخاطئة لدى الفرد تؤثر سلبيا على مشاعره وسلوكياته فعندما يقع الفرد تحت الضغط يفقد القدرة على التفكير السليم ويلجأ إلى التحريفات المعرفية عند التعامل مع الأحداث الضاغطة وعلى ذلك فإنه يميل إلى تفسير الأحداث والمواقف الضاغطة بصورة سلبية وقد أكد ذلك كل من لازاروس Lazarus وموراي Murray وسيلبرجر Speilberger وليس Ellis.

3.6.1 نظرية التقييم المعرفي لازاروس Lazarus (1970)

ويطلق عليها نظرية التقدير المعرفي، والتقدير المعرفي هو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد ويعتمد تقييم الفرد للمواقف على عدة عوامل منها العوامل الشخصية والعوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الاجتماعية والعوامل المتصلة بالموقف نفسه.

وتعرف نظرية التقدير المعرفي الضغوط بأنها تنشأ عندما يوجد تناقض بين المتطلبات الشخصية للفرد ويؤدي ذلك إلى تقييم التهديد وإدراكه في مرحلتين الأولى تختص بتحديد ومعرفة أن بعض الأحداث هي في حد ذاتها شيء يسبب الضغوط. والأخرى يتم من خلالها تحديد الطرق التي تصلح للتغلب على المشكلات التي تظهر في

الموقف وانطلاقاً من ذلك أن ما يعتبر ضاغطاً بالنسبة لفرد لا يعتبر كذلك لفرد آخر. حيث يتضح ذلك من خلال الفروق الفردية وعلى سمات شخصية الفرد وخبراته وقدراته في مواجهة الضغوط كما يتوقف على عوامل ذات صلة بالحدث الضاغط نفسه من حيث نوع التقدير وكيفيته وعوامل البيئة الاجتماعية. (السيد ، 2001: 100)

وقد أشار لازاروس Lazarus منذ السبعينات إلى دور العمليات الذهنية التي يتم من خلالها فهم و تقييم أهمية المثير ومدى القدرة على التكيف معه أو مواجهته في تحديد استجابة الفرد للضغوط. ويؤكد لازاروس أن إدراك الفرد لأهمية الأحداث الضارة التي يواجهها ومدى التحدي الذي يمثله له هذه الأحداث وإدراكه لقدرته على التكيف معها يؤثران على مدى استجابته للضغوط. (مسعودي، 2010: 23).

2.3.6 نظرية النسق الفكري عند هنري موراي Henry Murray : (1938)

هذه النظرية تركز على مفهومين الحاجات والضغوط. حيث يعتبر Murray أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط مفهومان أساسيان ومركزيان ومتكافئان في تفسير السلوك الإنساني ويعد الفصل بينهما تحريفاً خطراً. كما يلتقي كل من الضغط و الحاجة في وحدة سلوكية كلية تفاعلية تتضمن الموقف الحافز (الضغط) والحاجة. على اعتبار أن مفهوم الحاجة يمثل المحددات الجوهرية لسلوك داخل الشخص أما مفهوم الضغط فيمثل المحددات المؤثرات أو الجوهرية.

ويعرف Murray الضغط أنه صفة أو خاصية لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو تعيق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين و تربط الضغوط بالأشخاص أو بالموضوعات التي لها دلالات مباشرة تتعلق بمحاولات الفرد لإشباع متطلبات حاجته. ويميز موراي بين نوعين من الضغوط:

1. **ضغوط بيتا Beta Stress**: ويشير إلى دلالات الموضوعات البيئية كما يدركها

الأفراد.

2. **ضغوط ألفا Alfa Stress**: وتشير إلى خصائص الموضوعات البيئية كما توجد في

الواقع. (السيد خليفة، 2008:145)

ويوضح موراي Murray أن سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول و يؤكد أن الفرد بخبرته يصل على ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها. ويطلق على هذا المفهوم تكامل الحاجة، أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف الحافز والضغط والحاجة الناشطة فهذا ما يُعبر عنه بمفهوم ألفا. (السيد عثمان، 2001:100)

3.3.6 - النظرية الإدراكية سبيلبرجر Speilberger (1972) :

تميز هذه النظرية بين الأحداث البيئية الخطرة و بين التغيرات الانفعالية والفيزيولوجية والسلوكية التي تنتج رد فعل للموقف الضاغط وتسمى ردود فعل الضغوط ولقد ميز سبيلبرجر بين مفهوم الضغط والتهديد ليشير إلى أن مفهوم الضغط يعني به خصائص المثيرات في المواقف التي تتميز بدرجة ما من الخطر الجسدي أو النفسي أما التهديد فيشير إلى إدراك الفرد لموقف معين خطر لدرجة ما مهدد لشخصه.

يعتبر سبيلبرجر واحد من العلماء الذين وضعوا تفسيراً للضغوط النفسية بالاعتماد على نظرية الدوافع إذ يرى أن الضغوط تلعب دوراً في إثارة الاختلافات على مستوى الدوافع في ضوء إدراك الفرد لها. ويحدد نظريته في ثلاث أبعاد وهي الضغط، القلق، التعلم. فهذه النظريات تركز على التغيرات المتعلقة بالمواقف الضاغطة وإدراك الفرد لها، حيث أنه أشار إلى أن الضغط يبدأ بمثير يهدد حياة الفرد ثم إدراك الفرد لهذا المثير أو التهديد فيشكل رد الفعل النفسي المرتبط بالمثير وبذلك يرتبط برد الفعل ومدى إدراك الفرد له. (العزیز، 2009:64).

4-3-6 النظرية العقلانية الانفعالية لألبرت إليس (1955)Albert Ellis

تقوم هذه النظرية على افتراض أن الناس يولدون ولديهم نزعة فطرية لأن يكونوا عرضة للمشاعر السلبية وأن ما يسبب معاناتهم ليست أحداث الحياة الضاغطة بل كيفية تعاملهم مع تلك الأحداث ومن هنا تنشأ الأمراض النفسية ما هي إلا نتاج للتشويه المعرفي والتفكير اللاعقلاني واللاتكيفي فإنه يمكن التنبؤ بالضغوط النفسية من خلال بعض الأفكار اللاعقلانية التي حددها إليس Ellis في نظريته العلاج العقلي الانفعالي السلوكي. (Ellis, 1997 ; 89)

ترى نظرية العلاج العقلاني الانفعالي أن الضغط النفسي ينتج من فكرة لا عقلانية وهي أن الأخطار والمخاوف وأمور تفرض على أصحابها التفكير والانشغال الدائم بها. وعليه تُعرف هذه النظرية الضغط النفسي بأنه انشغال زائد بخوف مُبالغ فيه وهو خوف قاهر للذات ويستطيع الشخص التغلب على هذا القلق والتوتر النفسي عن طريق التفكير العقلاني. (Ellis, 2001 : 5)

ومنه نستنتج أن هناك علاقة بين الضغوط النفسية والأفكار اللاعقلانية، حيث نستطيع التأكد من معاناة الفرد من ضغوط نفسية من خلال الأفكار اللاعقلانية وهي السبب في معظم أعراض الضغط كما تسيطر على تفكير الفرد وتوجه سلوكياته وهي أفكار غير منطقية.

ثانيًا: الأفكار اللاعقلانية

1. تعريف الأفكار اللاعقلانية

يعرفها إبراهيم عبد الستار بأنها عبارة عن معتقدات فكرية خاطئة يبنها الفرد عن نفسه وعن العالم وعن المحيط به. تؤدي إلى نشوء الاضطرابات الوجدانية و السلوكية لدى الفرد. (عبد الستار، 1994 : 273).

وتُعرف الأفكار اللاعقلانية على أنها عبارة عن مجموعة من الأفكار الخاطئة وغير الموضوعية التي تتميز بطلب الكمال والاستحسان وتعظيم الأمور المرتبطة بالذات والآخرين. والشعور بالعجز والاعتمادية. (روبي، 2013 : 77).

ويعرفها إليس Ellis بأنها مجموعة من الأفكار الخاطئة وغير المنطقية والتي تتصف بعدم الموضوعية والمبنية على توقعات وتنبؤات و تعميمات خاطئة ومن خصائصها أنها تعتمد على الظن والتهويل والمبالغة وتقود إلى عدم الراحة والقلق وتسبب المشكلات والاضطرابات النفسية. (Ellis, 1973 : 32).

ميز إليس (Ellis) بين نوعين من الأفكار والأفكار الواقعية والمنطقية التي تساعد على حصول الشخص على أهدافه القريبة والبعيدة وهي أفكار إيجابية يصحبها عواقب انفعالية وأنماط سلوكية ملائمة ومرغوبة وهي تساهم في تحقيق هدفين هامين هما المحافظة على الحياة والإحساس بالسعادة النفسية والشعور بالألم وأفكار غير منطقية وهي تلك المعتقدات والأفكار غير الواقعية وغير منطقية والخاطئة وهي أفكار خيالية وسلبية تصحبها عواقب انفعالية وأنماط سلوكية مضطربة وغير مرغوبة مثل القلق، الغضب والعدوانية. (الفرخ، 1999:73)

2. تصنيفات الأفكار اللاعقلانية

يمكن أن تصنف الأفكار اللاعقلانية في اتجاهين متضادين أي هناك تفكير عقلاني وهناك تفكير غير عقلاني.

1. الأفكار العقلانية: وهي تصنف على حسب مميزاتها التالية:

- **المرونة:** متى تكون معتقدات الناس مرنة، فإنهم يتكيفون بسهولة مع ظروف الحياة المتغيرة والصعبة.
- **المنطقية:** المعتقدات التي تكون منطقية يكون لها مغزى وتنتج على نحو هادف وتتناسب على نحو حسن مع المعتقدات العقلانية الأخرى لدى الناس.
- **التطابق مع الواقع:** إنه ثمة جدال فيما يخص بعدم وجود مثل هذا الشيء الواقع الموضوعي إلا أن علماء النفس العقلانيين يتمسكون بأن هذه الرؤية دوجماتيكية متشددة فإذا تمسك شخص بالاعتقاد القائل: "أنا كائن غير معصوم، أفضل في بعض الأشياء و أنجح في أخرى فإن هذه الفكرة تحسب بأنها عقلانية، بمعنى: من المحتمل كثيرا أن تكون صحيحة.
- **انجاز الغايات والأغراض الصحية:** إن معتقدات الناس لها قيمة برجماتية عملية ولهذا فبوسعهم النظر في معتقداتهم وغاياتهم وأغراضهم الصحية وبذلك يحكمون على تلك المعتقدات سواء ساعدتهم أم أعاقتهم في تحقيق غاياتهم والمعتقدات العقلانية تساعد على انجاز الغايات.

2. الأفكار اللاعقلانية:

وهي تتصنف على حسب مميزاتها أيضا إلى:

- **التصلب:** تكون اعتقادات الناس متصلبة فإذا استجاباتهم مع المواقف الضاغطة من المحتمل أن تكون مرنة وبدلا من التوافق مع تلك المواقف يحاول هؤلاء الناس إجبار الواقع لكي يتناسب مع معتقداتهم.
- **غير منطقية:** وهي تأخذ استنتاجات غير منطقية، وبهذا فإن الشخص قد يعتقد بعقلانية أنه من المرغوب أن يتلقى ثناء من آخر بارزا ثم يستنتج بلا منطقية أن مثل هذا الثناء يعد ضروريا بشكل مطلق.

- أنها لا تتطابق مع الواقع: فاشخص الذي يعتقد أنه فاشل يكون من الواضح أنه لا ينطبق مع الواقع. فإنه سوف يفشل في كل شيء يفعلُه وحرفيا لن ينجح في كل شيء.

- تعوق انجاز الغايات والأغراض الصحية: فمتى ركز الناس على طبيعة معتقداتهم اللاعقلانية وينظرون إن كانت تحقق لهم غايات ذات قيمة أم لا فمن الواضح أن تصبح المعتقدات غير العقلانية تعيق إنجاز الغاية. (روبي، 2013، 80-81).

3. سمات الأفكار اللاعقلانية:

تتميز الأفكار العقلانية عن الأفكار اللاعقلانية ولابد من الوقوف على السمات التي تتسم بها كل منهما. فأشار درايدن Dryden (2002) إلى السمات التي تتسم بها كل من الأفكار العقلانية واللاعقلانية:

1. التفضيل التام: وهذه الفكرة تجعل الفرد واضحا مع نفسه بحيث يدري ما يريد وما لا يريد. وتتكون من مكونين هما: مكون تأكيد التفضيل ومكون نفي المطلب بمعنى أن يكون الفرد واعيا و مدركا لما يريد و قادرا على إنجازهِ وتحقيقه. وواعيا أيضا بما لا يريد و يبتعد عنه.

2. الأفكار غير المرغوبة: عندما لا يستطيع الترتيب التام تحقيق الصحة النفسية للفرد فإنه يكون أمرا سيئا بالنسبة إليه إن لم يحصل على ما يريد وهنا يأتي دور الأفكار غير المرغوبة التي تتكون من مكونين: مكون تأكيد الشر ومكون نفي الرعب.

3. القدرة العالية على تحمل الإحباط: تعد القدرة العالية على تحمل الإحباط من الأفكار الرئيسية للأفكار العقلانية و تشير إلى قدرة الفرد على تحمل الإحباط الناتج عن عدم إشباع رغباته أو عدم تحقيق أحد أهدافه.

4. تقبل الاعتقاد: وهي قدرة الفرد على تقبل الاعتقاد السلبي والاعتقاد الإيجابي.

-الأفكار الأربع الأساسية التي تعتمد عليها الأفكار اللاعقلانية

1. **المطالب:** تعتمد نظرية العلاج العقلاني على أن مطالب الفرد ورغباته تأخذ شكل المطالب الواجبة (و يجب و ينبغي) وعند عدم حصوله على ما يريد يجب وحتما أن يتحقق.
2. **الأفكار المربعة:** عندما لا تتنفذ المطالب الصارمة فإنها تجعل الفرد يشعر أن شيء خطير أو معضلة أو أنها نهاية العالم أنه لم يحصل على مطلبه الواجب أي أن يتخيل الفرد أن عدم حصوله على مطلبه أمرا مُفزعاً وشر لا يمكن تحمله.
3. **فكرة انخفاض تحمل الإحباط:** ويتبنى الفرد صاحب الأفكار اللاعقلانية فكرة أساسية وهي أنه ليس لديه قدرة على تحمل الاحباط. أو أن قدرته على تحمله منخفضة.
4. **فكرة الانخفاض القيمة:** ويعتقد الفرد اللاعقلاني أنه منخفض القيمة أي يشعر بانعدام الثقة بالنفس. (داهي ، 2013 : 348-349)

4-مكونات الأفكار اللاعقلانية:

عرض إليس Eliss (1977) في كتابه «العقل والانفعال في العلاج النفسي» فصلا خاصا يتناول فيه الأفكار غير العقلانية التي تؤدي إلى الاضطراب الانفعالي، كما استخدم كلمة "فكرة" أو "اعتقاد" ليؤكد قدرة الفرد على تعديلها، حيث حدد إليس إحدى عشرة فكرة لا عقلانية وغير منطقية تؤدي للعصاب وهي:

الفكرة الأولى: طلب الاستحسان:

- من الضروري أن يكون الشخص محبوبا أو مقبولا من كل فرد من أفراد المجتمع و من كل المحيطين به.

هذه الفكرة ادعاء غير عقلاني لأنها تتعلق بهدف غير قابل للتحقق والذي سيحاول تحقيقه سيغدو أقل إحساسا بالأمن وأقل تقديرا للذات، لأن إرضاء الناس غاية لا تدرك، فمن المستحسن أن نحب ولكن من المنطقي أن لا يضحي الشخص بكل اهتماماته من

أجل هذا الهدف وإنما يحاول أن يكون لطيفاً ومُنتجاً. وبهذه الطريقة يعبر عن رغبته في أن يحب.

الفكرة الثانية: ابتغاء الكمال الشخصي:

"يجب على الفرد أن يكون على درجة من الكفاءة و المنافسة و أن ينجز ما يمكن أن يعتبر نفسه بسببه ذا قيمة و أهمية."

إن هذه الفكرة صعبة التحقيق، 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 فيجتهد في فعل الأفضل لذاته لكي يستمتع بالنشاط كفاية لذاته وليس من أجل نتيجة.

الفكرة الثالثة: اللوم الزائد للذات و الآخرين:

"بعض الأشخاص أشرار وأخساء ويجب أن يلاموا بشدة وأن يُعاقبوا على خستهم." هذه الفكرة غير منطقية لأنه ليس هناك معيار مطلق للصحيح والخطأ فالتصرفات والأعمال غير الأخلاقية هي نتيجة للغباء والجهل والاضطراب النفسي أو الانفعالي وكل انسان عرضة للسقوط وارتكاب الأخطاء والعقاب لا يؤدي عادة إلى تحسين السلوك. فغالباً ما يؤدي العقاب واللوم إلى سلوك أسوأ أو إلى اضطراب انفعالي أشد والشخص العاقل هو الذي لا يلوم نفسه ولا يلوم الآخرين وإذا لامه الآخرون فإنه يحاول أن يصحح سلوكه إذا كان خطأ. ويتحمل تبعاته ولكنه لا يعد ذلك كارثة ولا يؤدي به إلى الشعور بعدم الأهمية. فإذا تأكد له انه غير خاطئ فإنه يدرك أن لوم الآخرين له دليل على اضطرابهم هم. وإذا وجد الآخرين يخطئون فإنه يحاول أن يفهمهم، وإذا أمكن فإنه يحاول أن يساعدهم على التوقف عن الخطأ.

الفكرة الرابعة: توقع المصائب و الكوارث:

- من المصيبة الفادحة أن تأتي الأمور على غير ما يتمنى الفرد.
- يرى Ellis أن هذا تفكير غير عقلاني لأنه من الطبيعي أن يتعرض الفرد للإحباط ولكن من غير الطبيعي هو أن ينتج هذا الاحباط حزن شديد ويستمر لأسباب كأن لا تختلف عما هي عليه في الواقع. وأن الانغماس في الحزن والضيق نادرا ما يغير الموقف ولكن الغالب أن يزيد سوءا وإذا كان من المستحيل عمل أي شيء بالنسبة للموقف فإن الشيء المنطقي الوحيد الذي يمكن عمله هو أن تتقبل هذا الموقف. وأن الإحباط لا يؤدي إلى الاضطراب الانفعالي إلا إذا اضطر الإنسان الموقف بصورة تجعل الحصول على الرغبات مطلب أساسي لتحقيق السعادة. وأن الفرد العاقل يتجنب المغلاة في تصوير المواقف غير السارة وأن يعمل بدلا من ذلك على تحسينها أن أمكن أو أن يعمل ما في وسعه لتحسنها أو مفزعة ولا تصبح مواقف أو مصائب فادحة إلا إذا نظر إليها المرء على هذا النحو.

الفكرة الخامسة: التدهور الانفعالي

- المصائب والتعاسة تعود أسبابها إلى الظروف الخارجية والتي ليس للفرد تحكم فيها.
- هذه الفكرة من وجهة نظر إليس Ellis غير منطقية حيث أن القوى والأحداث الخارجية تشكل في مظهرها عدوانا على الإنسان وتهديدا لأمنه إلا أنها تكون عادة ذات طبيعة نفسية. فالأشياء الخارجية قد لا تكون مدمرة بذاتها و لكن تأثر الفرد بها و اتجاهاته نحوها وردود أفعاله تجاهها هو الذي يجعلها تبدو كذلك فالفرد هو الذي يسبب الاضطراب الانفعالي لنفسه وذلك حين يضخم الأمور في تصوير الأحداث ونتائجها.

فإذا عرف الفرد أن اضطرابه وانفعالاته تتكون نتيجة لإدراكاته وتقويمه للأمور وحكمه عليها ونتيجة لأفكاره وتصوراته الداخلية تجاهها فإنه سوف يتعلم أنه من الممكن السيطرة عليها وضبطها أو تغييرها أو تجنب آثارها الضارة.

الفكرة السادسة: القلق الزائد

- الأشياء الخطرة أو المخيفة هي أسباب الهم الكبير والانشغال الدائم للفكر وينبغي أن يتوقعها الفرد دائما وأن يكون على أهبة الاستعداد لمواجهتها والتعامل معها. هذه الفكرة غير منطقية وغير صحيحة لأن الهم والقلق وانشغال البال من شأنه أن يؤدي إلى أضرار كثيرة منها: تضخيم الأحداث أو المغالاة في حدوث حادث خطير قد يؤدي هذا التفكير إلى وقوع هذا الحادث الخطير وخاصة هذا التفكير غير منطقي لا يؤدي إلى منع وقوع الأحداث القديرة. كما يجعل كثيرا من الأحداث المخيفة تبدو أكبر كثيرا من واقعها.

إن الشخص العاقل يدرك الأخطار الممكنة لا ينبغي توقعها بصورة تورث الهم والقلق إن ذلك لا يمنع وقوعها بل قد يزيد من شدة وقعها. وقد يكون تأثير القلق أخطر من تأثير الأحداث نفسها إذا وقعت. يجب على الفرد مواجهة مصادر الخوف والقلق بصراحة ويحاول أن يقلل من الآثار السيئة التي تترتب عليها. فإذا كان ذلك مستحيلا فإنه يمكن أن يهتم بأشياء أخرى ويتوقف عن تصور أن هذا الشيء خطير أو مخيف.

الفكرة السابعة: تجنب المشكلات

- من الأفضل والأيسر أن يتجنب الفرد المشكلات والمسؤوليات لأن ذلك أسهل من مواجهتها.

هذا التفكير غير منطقي، لأن تجنب القيام بواجب ما، يكون غالبا أصعب وأكثر إيلاما من القيام به و يؤدي في ما بعد إلى المشكلات وإلى مشاعر عدم الرضى. بما في ذلك مشاعر عدم الثقة بالذات، والحياة السهلة ليس بالضرورة حياة سعيدة. والشخص العاقل هو الذي يؤدي ما يجب عليه أن يؤديه دون شكوى أو ألم ويتجنب في نفس الوقت الأشياء المؤلمة غير الضرورية. وعندما يجد نفسه مُتجنباً للمسؤوليات الضرورية فإنه يحلل الأسباب التي تكمن وراء تفاديه للمسؤوليات. ويدمج نفسه في مهمات شخصية وعندئذ يدرك أن الحياة الحافلة بالمسؤوليات والتحدي وحل المشكلات هي حياة ممتعة.

الفكرة الثامنة: الاعتمادية

يجب على الفرد أن يكون مستندا أو معتمدا على الآخرين ويجب أن يكون هناك شخص أقوى منه يعتمد ويستند عليه. وهذه فكرة غير عقلانية لأنه ليس هناك سبب للمبالغة في الاعتماد على الآخرين لأن ذلك يؤدي إلى فقد الحرية والاستقلال الذاتي وتحقيق الذات كما تقود إلى الفشل في التعلم وعدم الأمن لأنه يصبح تحت رحمة من يعتمد عليهم. والشخص العاقل هو الذي يكافح من أجل تحقيق الذات واستقلالها والمسؤولية ولكنه لا يرفض المساعدة من الآخرين بل يبحث عنها أحيانا إذا كان ذلك ضروريا.

الفكرة التاسعة: الشعور بالعجز

- الخبرات والأحداث الماضية تقرر السلوك الحاضر ولا يمكن تجاهل الماضي أو محوه.

هذه الفكرة غير عقلانية أيضا، لأنه على النقيض من هذا فإن السلوك الذي كان يُعد ضروريا في الماضي وفي ظروف مُعينة قد لا يكون ضروريا في الوقت الحاضر والحلول

الماضية للمشكلات السابقة قد لا تكون ملائمة كحلول للمشكلات الحالية، وعلى الرغم من صعوبة تغيير ما سبق تعلمه إذا أن ذلك ليس مستحيلا.

أما الشخص العاقل يعترف أن الماضي جزء هام من حياتنا ولكنه يدرك أيضا أنه من الممكن تغيير الحاضر عن طريق تحليل نتائج الماضي وإثارة التساؤلات حول بعض الأفكار المؤلمة المكتسبة التي تضطره إلى التصرف بطريقة مختلفة في الوقت الحالي.

الفكرة العاشرة: الانزعاج لمشاكل الآخرين

ينبغي أن ينزعج الفرد ويحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات. هذه الفكرة خاطئة لأن مشكلات الآخرين لا ينبغي أن تكون مصدر انشغال للفرد ومن ثم يجب أن 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 يكون الفرد مهتما بسلوك الآخرين أو مضطربا لدرجة شديدة بسبب سلوك الآخرين. فهذا يعني ضمنا أن هذا الشخص ليس لديه القدرة على ضبط سلوكه. ولكنه في الواقع يقلل من قدرته على تغييرها. أما الشخص العاقل والمنطقي هو الذي يحدد متى يكون سلوك الآخرين مؤديا ثم يحاول أن يساعد هؤلاء الآخرين على التغيير وإذا لم يكن من الممكن عمل شيء فإنه يتقبل الموقف ويعمل على تخفيف آثاره بقدر المستطاع.

الفكرة الحادية عشر: ابتغاء الحلول الكاملة

"هناك دائما صحيح أو كامل لكل مشكلة وهذا الحل يجب التوصل إليه وإلا فإن النتائج سوف تكون مؤلمة."

هذه الفكرة لا عقلانية وغير منطقية بسبب أنه لا يوجد عادة حل واحد كامل و صحيح لكل مشكلة. فالحلول قد تتدرج في الصحة و السلامة و إدراك أن هناك حل واحد صحيح يحبط الفرد إذا لم يستطع أن يصل إلى هذا الحل. وهذا الموقف من شأنه أن

يسبب القلق والانزعاج للفرد خوفاً من أن لا يصل إلى هذا الحل وإن السعي إلى الكمال في الحلول ينتج عنه حلولاً أضعف والشخص العاقل هو من يحاول أن يجد حلولاً كثيرة ومتنوعة للمشكلة الواحدة ثم يختار أفضلها وأكثرها قابلية للتنفيذ مع التسليم بأنه لا يوجد حل كامل لأي مشكلة.

- يرى إيليس Ellis أن هذه الأفكار غير عقلانية و بلا معنى و أنها شائعة بين الناس وتتحكم في تفكيرهم لأنهم يلقونها لأنفسهم ويتحدثون بها إلى ذواتهم حديثاً داخلياً يصبح بعد ذلك أساس التفكير. إذا كانت طريقة التفكير لا مقبولة ولا منطقية فإن السلوك والانفعال كليهما سيكونان على درجة مرتفعة من الاضطراب. ويصف إيليس Ellis المعتقدات والأفكار اللاعقلانية الإحدى عشر فكرة أنها اشتقاقات معتقدات وجوبية ثلاثة هي:

1. يجب أن أقوم بأعمالي كلها بشكل كفؤ و أحظى بالاستحسان، وإلا سيكون ذلك أمراً مُرعباً وأكون شخصاً بلا قيمة.
2. يجب أن يعاملني الآخرون بلطف واحترام وإن لم يفعلوا فيجب أن تتم إدانتهم ولومهم بشدة وأن يُعاقبوا لعدم احترامهم لي. فهم أشخاص لا يستحقون التقدير.
3. يجب أن يتم ترتيب شروط حياتي بحيث أحصل على كل ما أريد بسرعة و سهولة و بشكل مريح و ألا يحصل أي شيء لا أريد حدوثه. فإن لم يحدث هذا فإن شروط الحياة غير مُنصفة.

هذه الوجوبيات الثلاثة تنفرع منها الأفكار اللاعقلانية السابقة الذكر وتتسبب في حدوث الأمراض النفسية ولا يمكن العيش فيها بسلام. فالشخص المضطرب غير سعيد لأنه غير قادر على التخلص من أفكار مثل "يجب، ينبغي، يتحتم" ونحو ذلك أو من المفروض لأنه بمجرد أن يفتقد الفرد في هذا الوهم الذي يتضمنه هذه الحتميات فإنه يصبح مستهدفاً للأمراض النفسية والشعور بالألم وعدم الكفاءة والهزيمة والانسحاب أما متى تكون الاعتقادات وأساليب التفكير منطقية ومتعلقة فإن هذا يتوقف على انسجامها مع أهدافها

العامة وقيمتها العامة وقيمتها الأساسية في الحياة وتحقيق السعادة والفاعلية والاجتماعية والإبداع والإيجابية.

ينظر إليس إلى هذه الوجوبيات الثلاث على أنها المساهمة الأولى لمعتقدات (أفكار لاعقلانية مُحددة أكثر والتي تعد مشتقات رئيسة. وتعتبر لاعقلانية لمساهماتها في تخريب أهداف الشخص الرئيسة، ولهذا حدد إليس أربعة أفكار أساسية تشمل الأفكار الإحدى عشر و هي:

1. **المطالبة (الوجوبية):** حيث يقوم الشخص بتصعيد التقضيلات إلى مطالبات ووجوبيات مطلقة مثل يجب أن يحبني الجميع و يحترموني.
 2. **الرعب (الكوارثية):** يحدث هذا عندما يتم تقدير حدث ما في حياة الشخص على أنه سيء 100% أو أكثر وأنه يجب ألا يحدث وإلا سوف تكون مأساة.
 3. **لا أستطيع التحمل:** يعني ذلك أن الشخص لا يستطيع تحمل حدوث أمر ما، و ينظر إلى هذا الأمر على أنه يجب ألا يحدث.
 4. **الإدانة واللوم:** تمثل نزعة الناس إلى تقدير أنفسهم أو الآخرين على أنهم أقل من غيرهم أو انهم لا يستحقون شيئاً. إن كانوا هم أو قام الآخرون بشيء لا يجب عليهم القيام به، أو فشلوا بالقيام بشيء يجب أن يقوموا به، كما تمتد الإدانة إلى العالم و شروط الحياة التي يعتبرها الشخص سيئة بسبب عدم وجودها بشكل يسمح له بتحقيق ما يريد تحقيقه.
- وقد أضاف سليمان الريحاني 1985 فكرتين أساسيتين تعتبر كل منهما لا عقلانية و شائعة في مجتمعنا العربي هما:

الفكرة الثانية عشر: الرسمية و الجدية

- ينبغي أن يتسم الشخص بالرسمية و الجدية في تعامله مع الآخرين حتى تكون له قيمة أو مكانة محترمة بين الناس.

الفكرة الثالثة عشر : مكانة الرجل بالنسبة للمرأة:

- لا شك في أن مكانة الرجل هي الأهم فيما يتعلق بعلاقته مع المرأة.

(كفافي، 1990 : 320-323) (الشناوي، 1994 : 98-104) (عبد العزيز، 2001 :

35-41) (القذافي، 2002 : 172-173) (عبد الله، 2008 : 32)، (بلان، 2015 :

235-242)، (العامري، 2018 : 87).

الخلاصة

نستخلص مما عرضنا أن الضغوط النفسية تنتج عن معتقدات وأفكار لاعقلانية وأن الضغوط النفسية هذه لا تقرر بفعل الظروف والأحداث الخارجية التي تحيط بالفرد فقط، وإنما تتحدد أيضا من خلال إدراكات الفرد لهذه الأحداث واتجاهه نحوها.

فليس من الصعب تصور الوضعية التي تقع فيها أم مريض بالفصام خاصة إذا كانت تجهل طبيعة هذا المرض من الناحية الطبية والعلمية. فمعظم الأمهات نجدهن يربطن مرض أبنائهن بعوامل خارجية مرتبطة بأفكارهن الغير عقلانية. فكل أم قد تبين أفكار لا عقلانية تفسر بها حالة ابنها مثلا التي ترجعها للإصابة بالسكر يصبح اهتمامها وعلاجها من هذا المنطلق، فتصبح تنتقل من هم أهل لفك السكر لكنها في كل مرة تصطدم بعدم الشفاء زيادة لانتكاس حالة ابنها ما يجعلها تعود أدرجها إلى مصلحة الأمراض العقلية رغم عدم قناعتها بذلك. بالإضافة إلى هذه الفكرة هناك ثلاثة عشرة فكرة لا عقلانية أخرى تسيطر على تفكير الأم كما تم عرضها في هذا الفصل.

كل هذا يدخلها ضمن دائرة مغلقة فلا تجد مخرجا لحالة ابنها المستعصية وكذا من الأفكار اللاعقلانية التي تشتت تفكيرها وتؤثر على طبيعة سير العلاج و تؤثر على حالتها النفسية والتي تجعلها تعيش ضغوطا نفسية.

ولمساعدهن ينبغي مهاجمة وتغيير أفكارهن اللاعقلانية من أجل الوصول بهن إلى معرفة علمية صحيحة وطبية لحالة أبنائهن ومنه التخفيف من حدة الضغوط التي تعاني منها وذلك ببناء برنامج علاجي مستند على نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، ومنه لا بد من تقديم فصل حول العلاج العقلاني الانفعالي بكل فنياته وأساليبه العلاجية الذي نعرضه فيما يلي.

الفصل الرابع

العلاج العقلاني الانفعالي

تمهيد

- 1- تعريف العلاج العقلاني الانفعالي.
 - 2- الجذور التاريخية.
 - 3- ألبرت إليس.
 - 4- مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي .
 - 5- مفهوم العقلانية والملاعقلانية.
 - 6- أهداف العلاج العقلاني الانفعالي.
 - 7- أسس العلاج العقلاني الانفعالي.
 - 8- نموذج ABC في العلاج العقلاني الانفعالي .
 - 9- فروض العلاج العقلاني الانفعالي .
 - 10- مسلمات العلاج العقلاني الانفعالي .
 - 11- فنيات العلاج العقلاني الانفعالي .
 - 12- طرق العلاج العقلاني الانفعالي .
 - 13- تقويم العلاج العقلاني الانفعالي .
- الخلاصة.

تمهيد

إن العلاج العقلاني الانفعالي أحد أساليب العلاج المعرفي السلوكي، وأكثرها استخداماً في علاج الاضطرابات النفسية والعقلية، وأحد أساليب الوقاية ويتخذ كأحد طرق التأهيل التي تقدم للمرضى ضمن برامج التأهيل التكاملية ويستخدم مجموعة فاعلة من المبادئ والإجراءات التي تتضمن الفنيات المعرفية والسلوكية والانفعالية والتي تهدف إلى إعادة تشكيل البنية المعرفية والانفعالية للمريض.

1. تعريف العلاج العقلاني الانفعالي:

عرفه درايدن بأنه أحد أساليب العلاج النفسي الحديثة نسبياً، الذي يهتم بإدخال العمليات المعرفية إلى حيز العلاج ويتضمن عدداً من الاستراتيجيات والفنيات العلاجية، ويتسم هذا المنحى العلاجي بأنه يتعامل مع العديد من الاضطرابات من منظور ثلاثي حيث يتناول المكونات المعرفية والانفعالية والسلوكية لهذه الاضطرابات بغرض تعديل المكونات المشوهة منها والعمل على تحويلها إلى مكونات أكثر ملائمة وصحة. (Dryden, 2002 : 18)

وعرفه كاستيل وباجليفري بأنه العلاج النفسي الذي يستخدم مجموعة فنيات معرفية وسلوكية لتعديل الأفكار المشوهة والمختلة والتفسيرات والسلوك والاتجاهات.

(Castel, 2007: 117)

وعرفه درايدن بأنه أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي رائده "ألبرت إليس" وهو يسعى إلى إدخال العقل والمنطق في عملية العلاج وقد لجأ إليس إلى هذه الطريقة بعد خبرات وتجارب عديدة علمية وعملية مع بعض الطرق والأساليب العلاجية الأخرى.

(Dryden, 2008 : 88)

يعرف برنارد العلاج العقلاني الانفعالي بأنه طريقة في الإرشاد والعلاج النفسي التي ارتبطت باسم "ألبرت إليس" وتفترض تلك النظرية أن الاضطرابات والمشكلات النفسية إنما تنشأ نتيجة لأنماط خاطئة أو غير منطقية في التفكير. (Bernard, 2010 :11)

وتعرفه كاسيلي بأنه نوع من العلاج يطبق مبادئ العلاج السلوكي، لكن على العالم الداخلي للعميل "المسترشد" أي الأفكار والمعارف والانفعالات، والتي تكون عبارة عن مسلمات خاطئة يتبناها الفرد من الطفولة و تجسدت في عقله حتى أصبحت حقائق تبنى عليها نتائج خاطئة والتي تخلق الصراعات العقلية، ومن خلال الإقناع المنطقي العقلاني، وعكس ما كان يعمل به المريض "المسترشد" بعد التشخيص السليم والتدريب على عكس هذه الأفكار يتم العلاج السلوكي المعرفي. (Caselli, 2013 :211)

ويصف روجيرو جوفاني، إينوأماندولا، جابريالكاسيلي، ساسرولساندرا، العلاج العقلاني الانفعالي Rational emotive therapy بأنه عملية تدريب أو تعزيز للسلوكيات الإيجابية وهو مساعدة الأشخاص في تحديد الأنماط (النماذج) المعرفية أو الأفكار والمشاعر التي ترتبط بسلوكياتهم ومساعدتهم أيضا في تعلم سلوكيات وطرق جديدة للتعامل مع الأحداث. (Giovanni, 2014: 26).

وعرفته كريستين دولي: بأنه التطبيق العملي لقوانين ومبادئ التعلم في مجال العلاج النفسي، ويتضمن تعديل وتغيير الفكر المرضي كما تبدو الأعراض المعرفية للمرض النفسي. وهو طريقة بنائية مركبة ومحددة الزمن ذات أثر توجيهي فعال يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات النفسية ويهدف إلى إعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات. (Kristine, Doyle, 2017: 155)

وبناء على ما سبق، تعرف الباحثة العلاج العقلاني الانفعالي المستخدم في الدراسة الحالية بأنه العملية المنظمة من الإجراءات التي تستخدم جملة من الفنيات والأساليب العلاجية المتنوعة من خلال حصص تتم على شكل جماعي لتحقيق الأهداف المنشودة.

2. الجذور التاريخية:

يستمد هذا الأسلوب العلاجي من أعمال إيليس Ellis منذ الخمسينيات وأعمال أروبيك A. Beck في الستينيات وقد تزامنت أعمالهما معًا عام 1962، ومنذ ذلك الوقت لاقى العلاج المعرفي السلوكي تأييدًا إمبريقيًا للجوانب النظرية للعلاج المعرفي السلوكي وتطبيقاتها على مدى واسع من التشخيصات الإكلينيكية وعينات مختلفة من المرضى.

(Bernard, 2010: 11-21, Caselli, 2013: 155)

وخلال الستينيات اعتمد النموذج المعرفي في العلاج على العلاقة بين المدخلات والمخرجات (المثيرات والاستجابات) وظل حتى السبعينيات هو العلاج المفضل للعديد من الاضطرابات النفسية. واتخذ المعالجون النفسيون ذوي التوجه السلوكي في العلاج من نظريات التعلم أساسًا نظريًا يهتمون به في تطبيقاتهم الإكلينيكية المختلفة.

(Balbi, 2008, 15–27 Bernard, 2010: 11-21)

ويعتمد العلاج العقلاني أساسًا على نظرية العلاج المعرفي السلوكي، ويعد العلاج العقلاني أحد مداخل العلاج المعرفي السلوكي الذي يعتمد على مبدأ أن المشاعر والسلوكيات ناتجة عن العمليات المعرفية، ويمكن للأفراد تعديل هذه العمليات المعرفية وذلك لتحقيق أفضل النتائج لمشاعر وسلوكيات الأفراد، كما يركز أيضًا على أهمية الدور الذي تلعبه المعرفة والسلوك في تطوير المشكلات الانفعالية للأفراد.

(Bond, & Dryden, 2000: 114, Caselli, 2013: 155)

وخلال عقد السبعينيات تزايد الاهتمام بهذا الاتجاه العلاجي وتزامن ذلك مع أعمال ألبرت إيليس A. Ellis، ومايكل ماهوني M. Aahoney وم ارفينجولد فرايد M. Goldfried A. وأرنولد لازاروس A. Lazarus ودونالد ميتشنوم D. Meichenbaum وأصبح إتجاه بيك Beck في العلاج المعرفي السلوكي أحد ثلاثة نماذج أساسية لها الزيادة في هذا المجال، حيث يتمثل الاتجاهان الآخران في اتجاه أليس في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي واتجه ميتشنوم الذي يعرف بالتعديل المعرفي السلوكي.

(Castel, 2007: 237–263., David, 2003: 255).

وفي نهاية السبعينيات، أوضح باندورا Bandora من خلال التعلم بالملاحظة أن الجانب المعرفي يلعب دورًا هامًا في التعلم. وقدّم كل من كارولي وكانفر Kanferet Karoly نموذجًا علاجيًا للضبط الذاتي وضبط النفس يقوم على مراقبة الذات self-monitoring والتقييم الذاتي والتعزيز الذاتي. ووجد ميتشنبوم أن مفهوم السلوك العقلي يعد جوهرًا في تفسير التغير السلوكي. (David, 2005 :13-175, Di Guiseppe, 2014 :255)

ثم ظهر مفهوم ما وراء المعرفة métacognition أي المعرفة عن المعرفة أو معرفة كيف تتعلم أو المعرفة الذاتية للعمليات المعرفية، وظهرت تقنيات عديدة لحل المشكلات ومن ثم ازدهر العلاج المعرفي السلوكي واتسعت تطبيقاته الإكلينيكية وكان لأصحاب نظريات العلاج المعرفي السلوكي أثرهم الفعال في تناول مدى واسع من المشكلات النفسية. (Di Guiseppe, 2014: 166.,Dimaggio, Semerari,2003: 321)

واستند العلاج العقلاني الانفعالي إلى فكر الفيلسوف الإغريقي "إبيكتيوس" épictetus عن أن ما يجعل عقول الناس تضطرب ليست هي الأحداث وإنما الأفكار والمعارف. وترتكز استراتيجيات "إليس" في الإرشاد والعلاج إلى أن الإنسان قد يعمل ويتوجه في حياته بطريقة عقلانية أو غير عقلانية على أن التوجه العقلاني يؤدي إلى سلوك فعال، والتوجه غير العقلاني يؤدي إلى سلوك غير فعال، و يفضي إلى التعاسة و الشقاء.

(Castel, 2007: 237–263-Caselli, 2013: 155)

ولذا اعتمد منهج العلاج العقلاني على أسس راسخة ساهمت في تكوينه، كما دعمت بتطورات و إسهامات جعلته يساير أنواع العلاج النفسي الأخرى بل تفوق عليها في بعض الأحيان. ففي مسح للمعالجين النفسيين والمرشدين، (1980)، احتل إليس المركز الثاني بين أكفأ المعالجين النفسيين. كان الأول هو كارل روجرز Carl Rogers والثاني إليس Ellis والثالث "فرويد" Freud وإن دلّ هذا على شيء فإنما يدلّ هذا على ما كان عليه العلاج العقلاني من كفاءة وفاعلية سواء بمفرده أو عند مقارنته بغيره من أنواع العلاج والإرشاد الأخرى. (Dryden, 2008 : 114, Dryden 2009: 14)

ولذا فقد اعتمد منهج إليس إلى العلاج والإرشاد النفسي على أن الفرد ومعتقداته التي هي بدورها تؤدي إلى اضطرابه النفسي إذا كانت غير منطقية ولا عقلانية وعلى نقيض الآخر إذا كانت معقولة وعقلانية. (Dryden, 2009: 19)

يعد العلاج العقلاني مدخلا علاجيا واسع المجال، كتب فيه العديد من الباحثين، ويرجع الفضل في نشأته إلى ألبرت إليس Albert Ellis رائد العلاج العقلاني، وقد أسهم في تطوره حيث استمر إليس يمارس العلاج العقلاني ويعمل على تطويره بداية من الخمسينات حتى وفاته عام 2007، وأشار واطسون Watson 1999، إلى أنه كتب أكثر من 7000 مقال وألف ما يقرب من 55 كتابا في هذا المجال أثراه حتى وصل إلى الصورة التي نشهده عليها الآن. (Di Guiseppe & Backx, 2014: 166)

3. ألبرت إليس Albert Ellis

ولد ألبرت إليس في مدينة بيتسبيرنج بولاية بنسلفانيا بالولايات المتحدة الأمريكية عام 1913 وقد حصل على شهادة البكالوريا من جامعة ستي في نيويورك عام 1943، وحصل على شهادة الماجستير عام 1943م وشهادة الدكتوراه عام 1947م وكلتا الشهادتين حصل عليها من جامعة كولومبيا Columbia à Université وبدأ يمارس عمله في مكتب خاص في مجال الزواج والأسرة وتقلد وظائف كثيرة لفترات قصيرة ومنها:

1- أخصائي نفسي إكلينيكي في عيادة الصحة العقلية الملحقة بمستشفى المدينة.

2- رئيس للأخصائيين النفسيين في قسم المعاهد والمؤسسات في نيوجرسي.

مدرس بجامعة روتجرز ثم جامعة نيويورك، وكان يمارس معظم حياته المهنية في عيادة خاصة بها. (العامري، 2018: 83)

وبدأ عمله بالتحليل النفسي لعدد من السنين وذلك بداية من أواخر الأربعينيات إلى أوائل الخمسينيات. ومن خلال عمله بالعلاج والإرشاد الزواجي، لاحظ أن اضطراب العلاقات ينشأ من اضطراب الأفراد. (Spada, 2012: 211-222)

وربما يكون بحثه عن أسباب اضطراب الأفراد هو الذي هداه إلى العلاج العقلاني ومن هنا بدأ في عام 1953 التخطيط للعلاج العقلاني وذلك لعدم اقتناعه بأنواع العلاج الأخرى الموجودة في ذلك الوقت، حتى ظهر العلاج العقلاني في عام 1955 وبدأ إليس ممارسته، يشير إليس إلى أن جذور العلاج العقلاني تعود إلى الفلسفة الرواقية القديمة وتحديدًا ما جاء به أبوكوريوس والذي فسر الاضطراب النفسي بأنه ليس بسبب المواقف والأحداث ولكن بسبب طريقة التفكير حول تلك الأحداث.

(Raymond, 2013:25- Simon, 2011:69)

لقد طوّر إليس العلاج العقلاني عدّة مرات، ففي بداية نشأته أطلق عليه العلاج العقلاني، و في عام 1963، عدله إلى العلاج العقلاني الانفعالي RET وهذا يعني تركيزه على الانفعالات (ربما يرجع هذا التعديل إلى شيوع أفكار كارل روجرز في تلك الفترة الذي كان يركز على أهمية الانفعالات و إبراز دور الجانب الانفعالي في العملية الإرشادية). وفي عام 1993، طوّره مرة أخرى ليركز اهتمامه على الجانب السلوكي ليصبح العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي. (Di Guiseppe, &Backx, 2014: 129)

4. مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي:

تتشكل البنية المعرفية للفرد من خلال التراث الثقافي الذي يحيا به، وأنماط التنشئة الاجتماعية التي يمارسها الوالدان، إضافة إلى احتكاكه بالزملاء والرفاق ممن يدخلون في شبكة علاقاته الاجتماعية. ونتيجة لهذا تتكون وتنشأ أفكار الفرد ومعتقداته وربما يكون الفرد مقتنعاً بهذه الأفكار أو غير مقتنع بها، أو أن تكون هذه الأفكار منطقية أو غير منطقية والتي تتدخل لتسبب سعادته أو شقائه بمعنى قد تقوده أفكاره إلى السوء النفسي والصحة النفسية وقد تقوده إلى غيرها وهو غير مدرك لذلك.

(Wells, 2009: 100, Dryden, 2010 : 251)

إن التقييم المعرفي للأحداث والمواقف يمثل حلقة الوصل بين الانفعالات والاضطراب إذ يحدث الحدث أو الموقف الضاغط يليه التقييم المعرفي ومن ثم تأتي العواقب الانفعالية والتي قد تظهر في صورة اضطرابات نفسية. ويتم هذا دون وعي مباشر من الفرد فهو لا يدرك دور التقييمات المعرفية والأفكار التي تبعث الحدث الضاغط في أي اضطراب قد يظهر عليه، حيث تكون الرابطة بين الموقف والاضطراب، وبالتالي يظنون أن الاضطراب الانفعالي ناتج عن الموقف مباشرة، غير مدركين حقيقة أن الاضطراب الانفعالي قد نتج عن الفكرة التي توسطت الحدث أو الموقف الضاغط، وبالتالي فإن الأفكار أو الحديث الداخلي للفرد تجاه الموقف الضاغط هي التي سببت الاضطراب وليس الحدث نفسه. واعتماداً على ذلك، فإنه يتم تعديل هذه الأفكار غير المنطقية في معظم المواقف واستبدالها بأخرى أكثر منطقية في التعامل مع هذه الأحداث ومن ثم نخفف من حدة الانفعالات الناتجة.

(Dryden,2010:521-Simon, 2011:75- Raymond, 2013:27)

وبعد ما سبق هو نفس الأساس لمداخل العلاج المعرفي السلوكي، إذ أنه هو نفسه الأساس الذي اعتمد عليه ألبرت إليس Albert Ellis في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي. ويقرر إليس أن الأفكار اللاعقلانية هي الأساس للعديد من الأمراض النفسية مثل: القلق والاكتئاب والإحساس بالذنب والعزلة، والضغط وذلك لأن الأفراد يتبنوا أفكاراً لا عقلانية وللتنشئة الاجتماعية دور كبير في تكوين تلك الأسس المرجعية لأنواع العلاجات المعرفية والعقلانية الانفعالية. (Raymond, 2013:30)

وقد اعتمد منهج إليس في العلاج والإرشاد النفسي على أن أفكار الفرد ومعتقداته التي هي بدورها تؤدي إلى اضطرابه النفسي إذ كانت غير منطقية ولا عقلانية، وعلى النقيض الآخر إذا كانت معقولة وعقلانية. (Wells, 2009, 212)

وبالتالي، نخلص إلى أن العلاج العقلاني من خلال مراحل تطوره وما وصل إليه الآن فإنه يركز على ثلاث جوانب: التفكير والانفعال والسلوك والتي يجب التركيز عليها مجتمعة إذا أراد المعالج النفسي نجاح عملية العلاج.

5. مفهوم العقلانية و اللاعقلانية:

تقوم فكرة إليس Ellis الأساسية على أن هناك علاقة وثيقة بين التفكير والانفعال وأنه لا يمكن الفصل بين انفعال الفرد وبين تفكيره وبالتالي فالاضطراب النفسي يرجع إلى طريقة التفكير اللاعقلاني. (Paciolla, 2010 : 200)

وغالبا ما يستخدم التفكير في أوضاع تنطوي على مشكلات تتطلب حولا مناسبة يتمحور الاتجاه العقلاني الانفعالي الذي أسسه إليس حول العقلانية واللاعقلانية في التفكير والتصرف والفاعلية في التعامل الإنساني مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه الفرد ومع الأحداث ذات التأثير في حياته. فماذا يعني إليس بمفهومي اللاعقلانية والعقلانية. (Giovanni, 2014 : 254)

يقصد بمفهوم **المعتقدات اللاعقلانية** بأنها أفكار غير عقلانية وخرافية ولا معنى لها وشائعة في المجتمع وتؤدي إلى الاضطراب الانفعالي ومثبطة للذات ويجب مهاجمتها بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح معها الفرد منطقيا ومتعقلا. ويشمل مصطلح اللاعقلانية على طرق التفكير التي تقف حاجزة في سبيل تحقيق الهدفين الآتين: المحافظة على الحياة، الإحساس بالسعادة النفسية والتحرر من الألم. ومن ثم تتصف اللاعقلانية بأنها غير علمية وغير منطقية ودوجماتية جامدة ولا تتفق مع الواقع. (Paciolla, 2010, 150)

وفي إطار تلك التعريفات صاغ إليس Ellis إحدى عشرة فكرة غير عقلانية تعبر عن (يجب، ينبغي) وأنه عاد فخلص هذه الأفكار في ثلاث حتميات إنسانية هي كما يلي:

1. يجب عليّ أن أؤدي جيداً وأن أكون محبوباً من الآخرين ذوي الأهمية ومن المُزري ألاّ أفعل.

2. حتمية أن يتصرّف الآخرون تجاه الفرد بلطف ومودة دائمين وإلا اعتبروا أشخاصاً بغضاً.

3. حتمية أن تكون الظروف حسنة وميسرة وأن يحصل الفرد على كل ما يريد بدون مجهود كبير وإلا فإن الحياة تبدو قاتمة. (Kristene, 2017: 114- 404)

وأن هذه الحتميات تؤدي إلى تطور التفضيلات الفردية والاجتماعية ونحوها إلى مطالب واجبة على الإنسان نفسه والآخرين وكذلك العالم بأسره. وقد قرر إليس أن الأفراد نادراً إن لم يكن مستحيلاً ما يكون لديهم أفكاراً ومشاعر وسلوكيات نقية، وأن ردّ الفعل عبارة عن حالة مركبة من الإدراك أو التفكير والعمليات الحسية الحركية فالتفكير والانفعال لا يمثلان عمليتين منفصلتين أو مختلفتين لكنهما يتدخلان على نحو ذي دلالة ويعملان في علاقة السبب والنتيجة حيث يؤدي التفكير إلى الانفعال والانفعال يؤثر على التفكير والسلوك. (Simon, 2011:77, Raymand, 2013: 141)

ومنه فإن سلوك الفرد في موقف معين هو مزيج من الأفكار العقلانية واللاعقلانية في آن واحد، فإن الأفراد يسلكون في مواقف الحياة المختلفة وفقاً لما يدركون ويعتقدون نحو موقف معين كما يشير إليس إلى أن الاضطراب الانفعالي يرتبط أساساً باعتناق الفرد لبعض الأفكار التي تخلق من المنطق والعقلانية ويستمر هذا الاضطراب باستمرار تبني الفرد وتزويده لهذه الأفكار. (Di Giuseppe, 2010:152)

ويصعب إيجاد تعريف دقيق مبني على الطرق العلمية والضبط الامبريقي إلا أنه يرى المعتقدات اللاعقلانية هي "معتقدات حمقاء مبالغ فيها حول العالم" ويضيف أن تقييم تلك المعتقدات أكثر واقعية من محاولة تعريفها.

واللاعقلانية تقييمات مستمرة من افتراضات ومقدمات ليس لها أساس تجريبي لاستخدامها، وتظهر في لغة مطلقة حيث تمثل المطالب الملحة غير واقعية أو دقيقة..

وهي نتاج أفكار مدمرة لا منطقية تتمثل في التفكير المطلق وتعتبر فلسفة اعتقادية تقود إلى عدم الراحة والقلق ولا تساعد على تحقيق الأهداف كما تقود إلى الكآبة والغضب والاستغراق في التفكير. (Dryden, 2010 : 120)

ويشير إليس بقوله: "أنت تشعر بالطريقة التي تفكر بها" فردود الفعل الانفعالية كالقلق والاكتئاب تبدأ و يتم تنفيذها من خلال نظام معتقدات هزم الذات والتي تركز على أفكار غير عقلانية تعود جذورها إلى الطفولة، ومن الجدير بالذكر أن الشخص المضطرب يفكر أن الأحداث خارجية و ليست أفكاره هي التي تجعله مضطربا. وهناك ثلاث عوامل تؤثر على التفكير بطريقة عقلانية و على العواطف وهي:

1. نقص في الذكاء
 2. نقص في معرفة كيف تفكر بذكاء
 3. عدم القدرة الناتجة عن عدم مساعدة السلوك المضطرب على استخدام المعرفة والذكاء بشكل جيد، فالسلوك المضطرب هو "سلوك غبي من أناس غير أغبياء".
- بينما يشير مفهوم العقلانية إلى المعتقدات وأساليب التفكير تكون منطقية وعقلانية بانسجامها مع الأهداف العامة والقيم الأساسية في الحياة، وتحقق الفاعلية الاجتماعية والإبداع والإيجابية وكذلك تحقق احترام الذات أمام النفس والآخرين.

(Michael, 2010 : 250)

وتعرف **العقلانية**: بأنها استخدام المنطق في تحقيق الأهداف القريبة والبعيدة وهي تساهم في تحقيق هدفين هامين هما المحافظة على الحياة، والإحساس بالسعادة النفسية والتحرر من الألم في ظل التفاعل الملائم مع العواطف. (Simon, 2011 : 12)

كما تعرف **الملاعقلانية**: بأنها "تلك التي تساعد على بقاء الفرد سعيدا كما أنها تلقى التدعيم الامبريقي من البيئة وتعتبر عن الأفضل، كذلك أن العقلانية تتميز بثلاث خصائص فهي علمية منطقية واقعية.

وأن الفرد الطبيعي يفكر بعقلانية بأنه يشتق أفكاره أساساً من حقائق موضوعية وليس من نظرة شخصية ليصل إلى تحديد أهداف حياته والوصول إليها بسهولة أكبر، وذلك ما يقلل من الصراع الداخلي لديه، كما يقلل من صدامه مع من يعيش. وذكر إيليس Ellis بعض من السمات المميزة للعقلانية:

● **الموضوعية:** وتتمثل في اشتقاقها من حقائق وأدلة موضوعية وليس من نظرة شخصية.

● **المرونة:** بأن تتشكل من صورة رغبات وأمنيات لا تصل إلى المطلقات اللازمة.
(Raymond, 2013 : 121)

مميزات التفكير العقلاني:

1. تساعد على تحقيق أهداف الحياة
2. تقلل من الصراعات الداخلية للفرد
3. تقلل من التصادم مع الآخرين المحيطين بالفرد
4. تساعد على التفكير في عدة صيغ من الاحتمالات.

(Michael, 2010: 255)

6. أهداف العلاج العقلاني الانفعالي:

أولاً: أهداف تتعلق بعملية الإرشاد نفسه، و تتمثل في الآتي:

- 1- إزالة أو خفض النتائج غير المنطقية أو الاضطرابات الانفعالية لدى المسترشد، ويشتمل ذلك على هدفين أساسيين هما:
أ. تقليل القلق (أو القهر) إلى أقل حد ممكن، تخفيض العدوان أو الغضب أيضاً إلى أقل حد ممكن.

ب. تخفيض إلقاء اللوم على الآخرين أو على الظروف

تزويد المسترشدين بطريقة تمكنهم من أن يكون لديهم أدنى مستوى من القلق ومن الغضب وذلك من خلال التحليل المنطقي لاضطراباتهم. (Spada, , 2012 : 245)

ثانيا: أهداف تتعلق بالصحة النفسية، و تتمثل في الآتي:

هناك أهداف إيجابية أخرى تتعلق بالصحة النفسية تدخل صراحة أو ضمنا في العلاج العقلاني الانفعالي، وتشتمل هذه الأهداف على تكوين اهتمام ذاتي مستتير يعترف بحقوق الآخرين وتنمية التوجيه الذاتي والاستقلالية الذاتية والمسؤولية، وتحمل سقطات البشر وتقبل الأشياء غير المؤكدة والمرونة والانفتاح على التغيير والتفكير العلمي والالتزام نحو شيء خارج أنفسهم وتقبل المخاطر أو الرغبة في تجريب أشياء جديدة وتقبل الذات. وهذه الأهداف تمثل أرضية مشتركة بين العلاج العقلاني وغيره من الطرق الأخرى للعلاج وجميع هذه الأهداف مشتقة من الهدفين الرئيسيين للعلاج.

(Dryden, 2009:97, Fredrickson, 2009: 285)

وحدد إليس مجموعة من أهداف الإرشاد العقلاني الانفعالي على النحو الآتي:

1. **الاهتمام بالذات Self-Interest** : إن العلاج العقلاني العاطفي يهدف إلى مساعدة

المتعالم على أن يهتم بنفسه أولا و لكن دون أن يصبح أنانيا، ويتمركز حول الذات بالكامل ودون أن يخطئ بحق الآخرين.

2. **التوجيه الذاتي Self-direction**: إن على الإنسان أن يتحمل المسؤولية الشخصية

و العمل باستقلالية وهو قد يحتاج إلى مساعدة الآخرين إلا أن ذلك مطلباً إلزامياً أو مُطلقاً.

3. **التحمل Tolerance**: على الإنسان أن يتحمل الآخرين، فهو ليس بحاجة إلى أن

يدخل في شجار معهم بسبب ذلك.

4. **تقبل عدم اليقين Acceptance of Uncertainty**: إن على الإنسان أن يتقبل حقيقة

أنه يعيش في عالم من الاحتمالات إذ ليس هناك حقائق مطلقة وأكيدة والعيش في هذه الحياة ليس شيئاً مُروعاً.

5. **المرونة Flexibility**: إن الإنسان العادي يتصف بمرونة التفكير وهو يتقبل

التغيير.

6. التفكير العلمي Scientific thinking: إن الإنسان العادي يتصف بكونه موضوعيا وعلميا ومنطقيا، وهو قادر على تطبيق مبادئ المنطق والعلم على نفسه وعلى علاقاته بالآخرين.

7. الالتزام Commitment: إن الناس العاديين يهتمون وينشغلون بأشياء مختلفة خارج نطاق أنفسهم وهذه الأشياء قد تشمل العلاقات مع الآخرين أو الأفكار وما إلى ذلك.

8. روح المغامرة Risktaking: إن الإنسان العادي يتمتع بقدر معين من روح المغامرة، إنه يفعل الأشياء التي يعتقد أنها مهمة بالنسبة له حتى لو فشل في تأديتها فهو لديه الاستعداد لأن يجرب بشكل متواصل تقبل ذاته وهذا الرضا لا يتوقف على إنجازاته أو تقدير الآخرين له.

9. تقبل الذات Self-acceptance: إننا جميعا نواجه الإحباط أو نشعر بالأسف أو الندم. إن الإنسان العادي قانع بحياته، راض عن نفسه، وهذا الرضا لا يتوقف على إنجازاته أو تقدير الآخرين له.

10. اللامثالية No-utopianism: هذه هي طبيعة الحياة و نحن لا نستطيع إلغاء هذه الأشياء وإنما نستطيع تقليلها فقط، إن العلاج العقلاني الانفعالي يحاول مساعدة الناس على التخلص من أنماط التفكير غير المنطقية، وتطوير أنماط التفكير المنطقية بدلا منها. (Dryden, 2009:97 Fredrickson, 2009 :200)

• وتحقيق أهداف العملية الإرشادية للمعالج "المُرشد" من خلال السير في خطوات محددة وتتمثل الأهداف في الآتي.

1. تعريف المسترشد بالأفكار غير العقلانية، وفي هذا الموقف يتعلم المسترشد كيف يعزل أفكاره العقلانية عن أفكاره غير العقلانية.

2. إدراك المسترشد أن ما يتسبب في إبقاء اضطرابه الانفعالي قائما هو التفكير غير المنطقي.

3. مساعدة المسترشد على تعديل أفكاره غير العقلانية.

4. تحدّي المسترشد لحثه على تطوير فلسفة عقلانية حتى لا يصبح ضحية للأفكار

غير العقلانية. (Fredrickson, 2009: 216 - Spada, 2012: 321)

• ويقوم المرشد بمجموعة من المهام النظرية وتتمثل تلك المهام في الآتي:

1. اكتشاف الأفكار غير العقلانية خلال الحديث مع المسترشد ومناقشته أثناء المقابلة.

2. معرفة الأسباب التي أسهمت في وجود واستمرار الأفكار غير العقلانية.

3. مساعدة المسترشد بالاعتناع أن أفكاره المتعلقة بالمشكلة غير عقلانية والوقوف على الأسباب التي جعلتها على هذا النحو.

4. توضيح العلاقة بين الأفكار غير العقلانية وموضوع المشكلة، وما ترتب على هذه المشكلة من معاناة وألم وتعاسة للمسترشد.

5. إقناع المسترشد وتحذيره من أن استمراره في التفكير غير العقلاني يؤدي إلى استمرار الاضطراب الذي يشكو منه.

6. قيام المرشد بتوضيح كيفية استبدال الأفكار غير العقلانية بأفكار عقلانية وموضوعية مع الاستفادة من معرفة فلسفة المسترشد ورؤيته للحياة والمستقبل.

(Dryden2011 Spada 2012,Giovanni,2014 : 144)

• كما يجب على المرشد بعد إتمام عملية الإرشاد يتحقق للمسترشدين مما يلي:

1. وجود أقل درجة ممكنة من القلق و لوم الذات.

2. مساعدة العميل على أن يلاحظ ذاته بالإيحاء الذاتي الإيجابي.

3. منحه الأساليب العقلانية التي تمكن العميل من التغلب على انهزاميته وبناء فلسفة

عقلانية تساعد على التغلب على مشكلاته. (Giovanni.,2014: 325)

ومنه فإن أهداف هذه الطريقة في العلاج ترى أن الناس بشكل عام يملكون القدرة على أن

يكونوا غير عقلانيين أيضا أنفسهم يملكون القدرة على أن يكونوا أكثر عقلانية ومن هنا

فإن أهداف هذه الطريقة تتمثل في مساعدة الناس لتعلم كيف يكونوا عقلانيين، وتجنب سلوكيات دحض التنفس واكتساب فلسفة تتميز بالمرونة الواقعية في الحياة.

كما أن الهدف الأساسي من العلاج العقلي الانفعالي هو الحد من نظرة المسترشد الدونية لنفسه واكتساب نظرة واقعية نحو الذات والحياة وأيضاً هناك مجموعة من الأهداف التي يسعى المرشد لتحقيقها مع المسترشد أهمها: زيادة الاهتمام بالنفس، زيادة الاهتمام بالمجتمع، الاعتماد على النفس وتوجيهها، التسامح، والمرونة (العامري، 2018: 86).

7. أسس العلاج العقلاني الانفعالي:

يعتمد العلاج العقلاني الانفعالي على مجموعة من الأسس المتنوعة فلسفياً وفسولوجياً وسيكولوجياً وهي كما يلي:

أ. الأسس الفلسفية: ترجع الأصول الفلسفية للإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي إلى آراء الفلاسفة الأوائل أصحاب المدرسة الأبيقورية *épicurisme* مثل: سبينوزا *Spinoza* وبرتtrand راسل *Bertrand Russell*. وترى أننا نضطرب لا من الأشياء ولكن من آرائنا عنها ومن تفكيرنا فيها، وقد اقتبس إليس هذه الفكرة عن هامليت *Hamlet* في قوله: " ليس هناك خير أو شر، و لكن التفكير هو الذي يجعل الشيء خيراً أو شراً."

ب. الأسس الفسيولوجية: ترى النظرية العقلانية الانفعالية في الشخصية أن الكائن الإنساني يخلق اضطراباته الانفعالية بنفسه وأنه يولد ولديه رغبة قوية للقيام بذلك ويصر على أن يحدث كل شيء على أحسن وجه في حياته وأنه إذا لم يحصل فوراً على ما يريد فإنه يلعن ذاته ويلعن الآخرين، وأن الإنسان إذا فكّر وعمل بقدر كافي لفهم نظام معتقداته فإنه يستطيع التوصل إلى تغييرات هامة ومهدئة وشفافية وواقية من نزعاته المثيرة للاضطراب. وهو إذا حصل على مساعدة للخلاص من تفكيره اللاعقلاني وانفعاله وسلوكه غير المناسبين عن طريق معالج موجه وإيجابي يواجهه

بأسلوب الحوار الفلسفي بالواجبات المنزلية، فإنه يغلب أن يغير معتقداته وأفكاره المسببة للأعراض بقدر أكبر مما لو تعرض لعلاج تحليلي نفسي أو العلاج الوجودي أو تعديل السلوك.

ج. الأسس النفسية: ترى النظرية أن النضج الانفعالي هو اتزان دقيق بين اهتمام الفرد بالعلاقات مع الآخرين ومبالغته في الاهتمام بها، ذلك أنه إذا كان هذا الاهتمام كبيراً جداً أو قليلاً جداً فإن الفرد سوف يسلك بصورة اجتماعية عدوانية وأنه من المرغوب فيه وليس من الضروري أن تكون له علاقات طيبة مع الآخرين.

(Spada, 2012:183, Dryden, 2011:258)

8- نموذج ABC في العلاج العقلاني الانفعالي:

يرى إليس أن المشكلات النفسية تنشأ لدى الأفراد من نظام معتقداتهم اللاعقلانية ومن وجهة نظر العلاج العقلاني الانفعالي فإن كثيراً من المعالجين يقعون في الخطأ من خلال تركيزهم على الأحداث الماضية أو كأنهم يستطيعون أن يفعلوا شيئاً كتغيير طفولة المضطرب و يقع غيرهم بخطأ نتيجة تركيزهم المبالغ فيه على ضرورة إدراك المضطرب لخبراته والتعبير عنها. (Giovanni , 2014 : 177)

ولذا فقد وضع إليس مجموعة من الأطر المعرفية لنظريته التي يقوم عليها الاتجاه العقلاني الانفعالي في تفسيره للسلوك الإنساني بأشكالها السوية و التي تتضح في الجدول التالي:

جدول (5) يوضح الأطر التي يستند عليها الاتجاه العقلاني الانفعالي

Activating experience	خبرة مثيرة (صادمة) (A)
Irrational beliefs system	نظام المعتقدات (اللاعقلانية) (B)
Emotional consequence	نتيجة انفعالية (اضطراب) (C)
Dispute	الدحض (شرح و تفسير وتنفيذ للأفكار اللاعقلانية) (D)
Effect psychological (Heath)	الأثر (بناء فلسفة جديدة في الحياة والشعور بالسعادة والصحة النفسية) (E)

(Giovanni, 2014 : 214)

نظام معتقدات الفرد (A) يؤدي إلى حدوث النتائج العاطفية السلوكية (C) ويظهر للفرد أن الحدث الخارجي مثل فقدان لشخص عزيز مثلاً يؤدي إلى حدوث النتائج العاطفية السلوكية (C)، ولكن هذا الافتراض خاطئ حسب نظرية العلاج العقلاني لأن الحدث الخارجي (A) لم يسبب حدوث النتائج العاطفية السلوكية (C) وبالتالي فإن نظام معتقدات (A) عبارة عن معتقدات الفرد وأفكاره وتقييماته عن (B) و طبقاً لتلك النظرية فإن الأحداث الخارجية ليست هي السبب الحقيقي لمشاعر الفرد، وإنما يشعر الفرد بطريقة تفكيره فشعوره هو تفكيره، ومن ثمَّ يعد تقييم الفرد للحدث هو المسبب للانفعالات والسلوك لم يسبب حدوث النتائج العاطفية (C) الحدث الخارجي (A) يؤدي إلى النتائج العاطفية السلوكية (C) عبارة عن الحدث الخارجي.

(Spada, 2012: 212, Dryden, 2011: 321. Doyle, 2017: 144-148)

أما مرحلة العلاج فتبدأ بالانتقال إلى المرحلة (D) أي دحض أو تفنيد ومواجهة وتحدي تلك الأفكار اللاعقلانية، كما يؤكد إليس Eliss أن أسباب الاضطراب الانفعالي تجمع بين المصادر المعرفية والانفعالية والسلوكية والتي لا تنبع من المعارف أو التفكير فسحب، ولكنها تتأثر بها بدرجة كبيرة أيضاً، إلى جانب ذلك يرى أن سلوكيات الأفراد تتأثر

ببيئاتهم الاجتماعية والمادية، ويقوم العلاج المعرفي على مبدأ هام يتمثل في أن المعارف الخاطئة أو المشوهة هي التي تسبب الاضطرابات الانفعالية، حيث تشمل تلك المعارف الاعتقادات، ونظم الاعتقادات والتفكير والتخيلات، وعلى ذلك يعد الفرد مسؤولاً بدرجة كبيرة عما يمر به من اضطرابات انفعالية، إلا أنه لابد من التغلب على هذه الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية هذا ما يجعلنا نضيف إلى المعادلة السابقة الحرفين (D) و (E) وبذلك تصبح المعادلة العلاجية وفق الشكل التالي A.B.C.D.E فالحرف D يعني المناهضة والتساؤل والتحدي، (E) فهو بؤرة ولب جوهر الإرشاد العقلاني الانفعالي.

(بلميهوب، 2014: 59)

9-فروض العلاج العقلاني الانفعالي:

يعرض إليس فروض نظريته في ثلاث محاور على النحو التالي:

أولاً: الفروض المتعلقة بنظرية (A.B.C) في الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي.

ثانياً: الفروض الخاصة بالعمليات الوسيطة في الاضطراب الانفعالي.

ثالثاً: الفروض المتعلقة بعمليات العلاج.

وفيما يلي شرح مفصل للثلاثة محاور:

أولاً: الفروض المتعلقة بنظرية (A.B.C) في الإرشاد العقلاني السلوكي:

1. الفرض الأول: التفكير يحدث الانفعال: إن التفكير والانفعال عمليتان غير منفصلتان وتوجد بينهما علاقات متبادلة بصورة تكاملية، وأن ردود أفعال الأفراد نحو البيئة لا تتوقف على الانفعال فقط وإنما تتوقف على الأفكار والمعتقدات والاتجاهات نحو هذه البيئة.

2. الفرض الثاني: الدلالة اللفظية للأشياء والأحاديث الذاتية للفرد عن هذه الأشياء: إذ يتأثر انفعال الفرد بالأحاديث الذاتية ودلالة الألفاظ التي يرددها الفرد بينه وبين نفسه

عن الأشياء، إذ أن الأحاديث الذاتية إلى النفس قد تكون غير موضوعية وغير عقلانية والنظر للأشياء بشكل خاطئ يؤثر على انفعال الفرد و سلوكه.

3. الفرض الثالث: تتأثر الحالة المزاجية للفرد بمعرفته و معتقداته: تتأثر الحالة المزاجية

للشخص بمعارفه ومدرجاته ومعتقداته حيث أن الأفكار والمعتقدات التي يسودها التفاؤل والأمل في المستقبل والسرور تبعث على السعادة والفرح والمتعة والأفكار والمعتقدات التي يسودها التشاؤم وعدم الرضا تبعث على التعاسة والحزن والاكتئاب.

4. الفرض الرابع: الوعي والاستبصار وتنبيه الذات: وهي من العمليات المعرفية التي لها

دور هام في القيام بسلوك معين أو العمل على تغيير هذا السلوك و تعديله إلى الأفضل.

5. الفرض الخامس: التصور والتخيل: يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بتصوراته وتخيالاته إذ

أن تفكير الأفراد فيما يحدث حولهم يكون بطريقة لفظية بالكلمات والجمل، وأيضاً بطرق غير لفظية كالتصور والتخيل والأحلام وهي تلعب دور الوسيط المعرفي الذي يؤثر في انفعال الفرد و سلوكه.

6. الفرض السادس: توجد علاقة متبادلة بين كل من المعرفة و الانفعال والسلوك وبين

بعضها البعض: توجد علاقة متبادلة بين المعرفة والانفعال والسلوك تدل على أنها غير منفصلة وأن كلا منهما يؤثر بالآخر وأن التغيير في أحدهما يؤدي إلى التغيير في العاملين الآخرين.

7. الفرض السابع: ضبط العمليات الفيزيولوجية: إن انفعال الفرد وسلوكه وطريقة

التفكير اللاعقلانية والاضطراب الانفعالي يؤثر على الحالة الفيزيولوجية ويتغير الخبرات المؤلمة وضبط العمليات الفسيولوجية يتم تغيير الانفعال والسلوك والانتقال من انهزامية الذات إلى مساعدة الذات.

8. **الفرض الثامن: تأثير الميول الفطرية على الانفعال والسلوك:** يتأثر تفكير الأفراد وانفعالهم وسلوكهم بالميول الفطرية المكتسبة وتساهم الميول الفطرية والميول المتعلمة في ظهور الاضطراب الانفعالي.

9. **الفرض التاسع: تأثير توقع الفرد على انفعاله وسلوكه:** يؤدي توقع الفرد الذي تسيطر عليه الأفكار اللاعقلانية إلى حدوث الاضطراب الانفعالي، وإلى الاستجابة بطريقة خاطئة بينما عندما يستخدم الفرد توقعات تعتمد على الأفكار العقلانية عن نفسه وعن الآخرين، تساعد على التخلص من الاضطراب الانفعالي وتعديل السلوك.

10. **الفرض العاشر: تأثير مركز التحكم لدى الفرد على الانفعال والسلوك:** تؤثر وجهة الضبط لدى الفرد في انفعاله وسلوكه إذ يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بتوقعه والمتغيرات المؤثرة في هذا التوقع إذ يؤثر تحكم الفرد في ذاته على انفعاله وسلوكه فيما يتعرض له من مواقف وردود أفعال الآخرين. فكلما كان الفرد متحكماً بذاته ومبتعداً عن رؤية المواقف وردود أفعال الآخرين، والتصرفات وكأنها مفروضة عليه من المصادر الخارجية، و أنها خارج نطاق تحكمه بذاته كلما قلل من اضطرابه وعدل سلوكه.

11. **الفرض الحادي عشر: تأثير خصائص الفرد من دافعية و عرضية و سببية على الانفعال والسلوك:** يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بأخطائه في عمليات التفسير أو الغزو إذ أن هذه الخصائص عندما تكون قائمة على أفكار لاعقلانية فإنها تؤدي إلى زيادة الاضطراب الانفعالي لدى الفرد وعندما يعمل الفرد على فهم وتغيير هذه الخصائص وملائمتها لقدراته فإنه يقلل من اضطرابه ويعدل من سلوكه.

ثانياً: الفروض الخاصة بالعمليات الوسيطة في الاضطراب الانفعالي:

12. **الفرض الثاني عشر: التفكير اللاعقلاني يحدث الاضطراب الانفعالي و السلوكي للفرد:** عندما يفكر البشر بطريقة لا عقلانية فإن ذلك يؤدي إلى اضطرابهم الانفعالي

السلوكي وتصبح حياتهم تعيسة وبعيدة عن الصحة النفسية و بتصحيح هذه الأفكار اللاعقلانية وتبني أفكارا عقلانية جديدة يتم تحقيق الحياة السعيدة والصحة النفسية.

13. الفرض الثالث عشر: سوء تقدير الذات يؤثر على انفعال الفرد وسلوكه: يميل

الأفراد إلى تقييم أنفسهم وهذا التقييم قد يكون بطريقة صحيحة أو سيئة، مما يؤثر على انفعالاتهم وسلوكياتهم، وكلما كان تقييمهم لأنفسهم بطريقة صحيحة ومتسامحة مع الذات كلما قل ذلك من الاضطراب وعدل السلوك.

14. الفرض الرابع عشر: إخفاء أساليب الدفاع اللاشعورية: عندما يحدث الاضطراب

الانفعالي والسلوكي للفرد: يتم لجوء الأفراد إلى أساليب الدفاع اللاشعورية من أجل إخفاء أفعالهم الخاطئة وذلك حفاظا على تقديرهم لذواتهم وأن إخفاء هذه الأفعال الخاطئة يؤدي إلى القلق والاضطراب. وعندما يعترف الأفراد بأخطائهم ويتوقفون عن لوم أنفسهم، فإنهم يقللون من اضطرابهم ويغيرون من سلوكهم.

15. الفرض الخامس عشر: انخفاض درجة تحمل الفرد للإحباط: إذ تؤثر على انفعال

الفرد و سلوكه، يميل الفرد إلى تحمل درجة قليلة من الإحباط، وعندما يتعرض للمثيرات المؤلمة فإن ذلك يؤثر على انفعاله و سلوكه، ولكن عندما تكون لدى الفرد فلسفة واضحة في الحياة وقدرة على تحمل درجة كبيرة من الإحباط فإنه يعمل على تغيير المثيرات المؤلمة أو تقبلها وبالتالي التقليل من الاضطراب وتعديل السلوك.

16. الفرض السادس عشر: توقع الفرد للتهديد: يؤدي إلى الاضطراب الانفعالي

والسلوكي للفرد: إن ترقب وتوقع الفرد للتهديد يعتبر عملية معرفية وسيطة هامة في حدوث الاضطراب الانفعالي، فتخيل وترقب الظروف التي ترتبط بالتهديد بدون وجود خطر حقيقي يكون ردود أفعال تؤدي إلى اضطراب وإنه بدحض هذه الأفكار المدمرة، وبوجود ردود أفعال إيجابية تجاه المواقف المختلفة في الحياة يتم التقليل من الاضطراب وتغيير السلوك.

ثالثا: الفروض المتعلقة بفنيات العلاج:

17. **الفرض السابع عشر:** الاعتماد على الإرشاد النشط الموجه: لدى الأفراد ميول

فطرية ومكتسبة قوية تتسبب في جعلهم مضطربين انفعاليا وجعل سلوكهم مختل وظيفيا ولأنهم يشعرون ويفكرون ويسلكون بطرق انهزامية، فإنهم يتجهون إلى تلقّي المساعدة من العلاج النشط الموجه.

18. **الفرض الثامن عشر:** الدحض والإقناع: يعتقد بعض الأفراد ويتمسكون بالأفكار

اللاعقلانية واللامنطقية والمطلقة والتي تؤدي إلى انهزامية الذات مما يجعلهم غير منسجمين مع الواقع. ويقوم المعالج بالتوضيح لهم بأن هذه المعتقدات اللاعقلانية غير صادقة وغير واقعية، ويبين لهم أن استمرارهم في التمسك بهذه المعتقدات اللاعقلانية سوف يقودهم إلى الآلام وإلى السلوكيات المختلة وظيفيا، وأن عليهم أن يتخلوا عن هذه المعتقدات واستبدالها بأخرى عقلانية.

19. **الفرض التاسع عشر:** الواجبات المنزلية: ينبغي توجيه الأفراد الذين تعودوا على

التفكير والانفعال والسلوك بطرق مختلة وظيفيا نحو ممارسة فعالة ونشاط موجه من العادات الهازمة للذات ومنع تكرارها. ويتضمن العلاج النفسي الفعال قدرا من مهام الواجب المنزلي و الذي يمثل توجيهها إيجابيا نشاطا لمساعدة الأفراد على التخلص من السلوك المختل وظيفيا، ومن هذه الواجبات المنزلية: التدريبات على تكرار بعض المعلومات وتدريبات خاصة بالتفكير والتصور والتخيل وحل بعض التمرينات التي تهدف إلى تنمية التفكير العقلاني في مواقف الحياة المختلفة.

20. **الفرض العشرون:** تبسيط أثر الإهانة: حيث يشعر بعض الأفراد بالاضطراب

عندما يظنون أن الآخرين يحاولون إهانتهم والتقليل من قيمتهم فيسبب ذلك لهم ضررا أكبر من إدراكهم للسلوك الحقيقي الذي يسببه هؤلاء الآخرين لهم، ويساعد العلاج العقلاني الانفعالي المتعالجين على ألا يأخذوا إهانات الآخرين بشكل مُبالغ فيه، وعلى تقبل الآخرين بصورة إيجابية حتى ولو كان هؤلاء الآخرون يقصدون ما يقومون به.

21. الفرض الحادي و العشرون: التنفيس عن الانفعالات المختلة وظيفيًا: إن تنفيس

الانفعالات المختلة وظيفيا وخاصة الأشكال المختلفة من الغضب والعوان والغيط والاستياء والعدائية الجسدية قد يكون لها تأثيرات ملطفة أو مهدئة تعمل على تخفيف هذه الانفعالات. ولكن هناك ميل إلى تقوية الفلسفة أو المعتقدات التي يستعملها الأفراد في إيجاد هذه الانفعالات وأن فلسفة ما وراء الغضب تتضمن وجود المعتقدات اللاعقلانية ويقوم العلاج العقلاني بمساعدة المتعالجين على تنمية القدرة على التحكم في الذات، والتخلص من المشاعر التي تسبب الاستياء واستبدال الأفكار اللاعقلانية بأفكار عقلانية تجاه الذات وتجاه الآخرين مما يؤدي إلى تحسين الصحة النفسية للأفراد.

22. الفرض الثاني والعشرون: تبصير الفرد باختيار الطرق الفعالة للتغيير السلوكي:

على الرغم من أن السلوك الإنساني يتحدد جزئيا بالعوامل البيولوجية و البيئية التي قليلا ما يستطيع الإنسان التحكم فيها فإن هناك احتمالا كبيرا بأن يقوم الأفراد عن طرق معايير عديدة بالتحديد الجزئي لطريقة شعورهم وعملهم. كما أنه بناء على رغبتهم وقدرتهم فإن لديهم درجة كبيرة من الاختيار والإرادة، ويستطيعون أن يختاروا بوضوح أن يغيروا بعض اضطراباتهم التي قاموا بممارستها لفترة طويلة من حياتهم. ويعمل العلاج العقلاني على تنمية المهارات الخاصة بانتقاء السلوك المناسب اجتماعيا و ذلك عن طريق توجيه الرغبة والإرادة.

23. الفرض الثالث والعشرون: ضبط النفس: عندما يدرك الأفراد أن سلوكهم أقل مما

هو مرغوب فيه، وعندما يشعرون بأنهم مضطرين انفعاليا أن يتغيروا فإن لديهم القدرة على التغيير وإتباع أساليب متنوعة لضبط النفس أو ترويضها لكي يصلوا إلى هذا التغيير. ولتحقيق هذا التغيير فإنهم يعدلون انفعالاتهم وسلوكهم عن طريق مبادئ ضبط النفس التي تشمل على عوامل معرفية قوية.

24. الفرض الرابع والعشرون: تعليم مهارات الكفاح رغم الشدة و التهديد أو تنمية

مهارات التعامل مع مصادر التهديد: تتأثر قدرة الأفراد على الكفاح رغم الشدة والتهديد بمفاهيم عن كيفية التفكير في مواقف الشدة وأن تعليم مهارات واستراتيجيات الكفاح تساعد في:

- التعامل مع الناس والأشياء بصورة جيدة، ويعمل المعالج العقلاني على مساعدة المتعالجين على تعلم مهارات واستراتيجيات فعالة في الكفاح رغم صعوبة الظروف وشدة التهديد. ويؤدي ذلك إلى تغيير السلوك من خلال مناقشة المتعالجين وحثهم على زيادة الثقة بأنفسهم وتوكيد الذات لديهم.

25. الفرض الخامس والعشرون: التحويل أو الانشغال بشيء آخر: يميل الأفراد إلى

التركيز على شيء واحد فقط و لذلك فإنهم إذا أرادوا التوقف عن التركيز على الأفكار المسببة للاضطرابات مثل (الخوف من الفشل، الرفض والإحباط) فإنهم يستطيعون أن يغيروا انفعالاتهم وسلوكهم بصورة مؤقتة على الأقل بالتركيز على أشياء أخرى غير مسببة للاضطراب مثل (التأمل والتخيل والاسترخاء والأحاسيس). ويعمل العلاج النفسي الفعال على مساعدة المتعالجين في تعلم مهارات التحويل والتي تؤدي غالبا إلى نتائج جيدة في تخفيف الاضطرابات.

26. الفرض السادس والعشرون: استخدام الأساليب التربوية وإعطاء المعلومات

باستخدام الطرق التربوية وتعلم اكتساب المهارات: يوجد لدى الأفراد قدرة على التعلم الذاتي وأيضا هم يتعلموا من الآخرين، وهذا ما يقوم به العلاج العقلاني الانفعالي لكي يكون لدى المتعالجين أساليب متنوعة والتوجيهات التي تساعد في فهم سبب انزعاجهم وزيادة فهمهم لأنفسهم ولسلوكهم بالطرق المعرفية والسلوكية الملائمة التي تساهم في تخفيف اضطراباتهم الانفعالية.

27. الفرض السابع والعشرون: خفض قابلية الفرد للاستشارة بإيحاءات الآخرين أو

تقليل قابلية الفرد للتأثر بإيحاءات الآخرين: يتصف الأفراد بأن لديهم ميل قوي

للتفكير والانفعال والسلوك وفقا لإيحاءات الآخرين القوية. وحتى لو كانت هذه الإيحاءات ضعيفة و نتائجها مرغوبة بالنسبة للفرد أو المجتمع، فإنهم -أي الأفراد- يحولون مثل هذه الإيحاءات إلى إيحاءات ذاتية قوية وبالتالي تؤثر على انفعالاتهم وسلوكهم والذي من الممكن أن يسبب المزيد من الاضطراب الانفعالي، ويساعد العلاج العقلاني على التقليل من درجة تأثر بإيحاءات عن طريق زيادة الثقة بالنفس والتفاؤل وأن يكون تفكيرهم مستندا إلى الواقع أو الاستعانة بالخبرات السابقة السليمة.

28. الفرض الثامن والعشرون: القدوة والتقليد تعليم الفرد اختبار نماذج السلوكيات

الإيجابية وتقليدها: يوجد لدى الناس ميول فطرية ومكتسبة بتقليد الآخرين ومحاكاتهم في أفكارهم وانفعالاتهم وتصرفاتهم وذلك وفقا لكيفية إدراكهم لهذه النماذج وأسلوب تقليدها. وهم يقومون بتغيير انفعالاتهم و تصرفاتهم تشبها بهؤلاء الذين يعتبرونهم قدوة لهم. وبالتالي قد يؤدي ذلك إلى خفض أو زيادة اضطرابهم الانفعالي عن طريق التقليد وهو من العمليات المعرفية المهمة ويساعد العلاج العقلاني على التخفيف من الاضطرابات عن طريق التقليد للنماذج السلوكية الجيدة.

29. الفرض التاسع والعشرون: تعلم مهارات أسلوب حل المشكلة: حيث يميل الأفراد

إلى استخدام أسلوب حل المشكلات وأن المنحى المعرفي يعمل على مساعدة المتعالجين على التغلب على اضطراباتهم الانفعالية وسلوكهم المختل وظيفيا والأفراد الذين يكون لديهم قدر كافي من مهارات حل المشكلات يكونوا أسرع في تخفيف توترهم مما يُكون لديهم نقص في تلك المهارات. ويقوم العلاج العقلاني بمساعدة المتعالجين بتعليمهم أن كل مشكلة نحتاج إلى الفهم والاستبصار، وتوجد طريقة بديلة للوصول إلى الأهداف وكلما زادت مهارات الأفراد في حل المشكلات فإن ذلك يخفف من اضطرابهم الانفعالي والسلوكي.

30. الفرض الثلاثون: لعب الدور والتدريب السلوكي: ويتضمن إعادة البناء المعرفي

والمساعدة في تغيير الاتجاهات والمشاعر والسلوك. يقوم المعالج بتحليل المشاعر

والسلوكيات المضطربة للمتعالج أثناء لعب الدور ووضع المتعالج في مواقف معينة والقيام بتدريبه على مواجهتها ومساعدته في اكتساب خبرات إيجابية عن الأدوار التي يقوم بها.

31. الفرض الواحد و الثلاثون: التدريب على المهارات: إن التدريب على مهارات

معينة مثل التحكم بالذات والتطبيع الاجتماعي وتحديد القيم، يساعد الأفراد على تغيير تفكيرهم وانفعالاتهم وسلوكهم وإن تنمية هذه المهارات وما يتبعه من إدراك الأفراد لقدراتهم وتقديرهم لذواتهم، يساعد في التخفيف من اضطرابهم الانفعالي والسلوكي.

32. الفرض الثاني والثلاثون: وجود علاقة بين العلاج العقلاني الانفعالي والأساليب

العلاجية الأخرى: إذ توجد اختلافات بين فنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والأساليب العلاجية الأخرى. إن العلاج العقلاني يستخدم العديد من الفنيات العلاجية التي قد تتداخل مع الفنيات العلاجية المستخدمة في الأساليب العلاجية الأخرى، ولكن يبقى للعلاج العقلاني الانفعالي أسلوبه المتميز في الممارسة العلاجية عن الأساليب العلاجية الأخرى.

(Spada, 2012 : 144-158, Dryden, 2011 : 112-155, Doyle, 2017 : 155-198)

10 . مسلمات العلاج العقلاني الانفعالي:

إن العلاج العقلاني الانفعالي كأحد الاتجاهات السلوكية المعرفية، يقوم على عدد من التصورات وثيقة الصلة بالكائن البشري من حيث الدوافع والانفعالات والتفكير، والتي تعد من وجهة نظر أصحاب الاتجاهات المعرفية هي المحرك للسلوك البشري، فهي إما تأخذ الوجهة العقلانية أو تدفع الفرد إلى السلوك بطريقة مناقضة تماما للعقلانية وبالتالي تولد القلق أو الإحباط وتسبب للفرد الاضطراب النفسي، وقد عرض إيليس Ellis عددا من المسلمات التي تقوم عليها نظرية العلاج العقلاني الانفعالي، وفي ما يلي عرض لهذه المسلمات باختصار وهي:

1. الإنسان كائن عاقل منفرد وهو حين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يصبح ذا فعالية ويشعر بالسعادة والكفاءة.
2. الاضطراب الانفعالي والسلوك العصبي يعتبران نتيجة للتفكير غير العقلاني و الانفعال في حقيقته تفكير منحاز ذاتي وغير عقلائي.
3. يرجع التفكير غير العقلاني في أصله ونشأته إلى التعلم غير المنطقي بالفرد لديه الاستعداد لذلك التعلم بيولوجيا كما أنه يكتسب ذلك من والديه بصفة خاصة، ومن الثقافة التي يعيش فيها بصفة عامة.
4. الإنسان كائن متكلم والتفكير يتم عادة خلال استخدام الرموز الكلامية ولما كان التفكير يصاحب الانفعال والاضطراب الانفعالي فإن التفكير غير العقلاني يستمر بالضرورة طالما يستمر الاضطراب الانفعالي و هذا ما يميز الشخص المضطرب.
5. إن استمرار حالة الاضطراب الانفعالي نتيجة لحديث الذات والذي لا يتأثر بالظروف والأحداث الخارجية فقط بل بالمفاهيم والمعتقدات والاتجاهات التي يتبناها الفرد نحو هذه الأحداث التي تتجمع على صورة جمل أو إستدخالها أو تمثيلها.
6. الأفكار والانفعالات السلبية أو المثبطة للذات يجب مهاجمتها بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح معها الفرد منطقيا ومتعقلا، وأن هدف العلاج النفسي هو أن يوضح للعميل أن حديثه مع ذاته يعتبر المصدر الأساسي لاضطرابه الانفعالي.
7. يؤمن معظم المعالجين في هذه النظرية أن الأفراد هم متفردون وأنهم عقلانيون وغير عقلانيين في آن واحد. فعندما يتصرفون ويفكرون بعقلانية يكونوا فعالين وسعداء وأكفاء وعندما يكونون غير عقلانيين فإنهم يكونون غير منطقيين ويتعرضون لاضطرابات نفسية.
8. عندما ترتبط انفعالات مثل الحب والسرور بفكرة (هذا جيد) تتكون لديهم انفعالات إنسانية إيجابية وعندما ترتبط انفعالات مثل الغضب أو الاكتئاب بفكرة (هذا

سيئ)فإنها تصبح انفعالات سلبية وبذلك فإن الأشياء التي تعلمناها عن الموقف وارتبطت به، وكذلك مدركاتنا له، هي التي شكلت أثرًا سلبيًا أو غير سار بالنسبة لنا.

9. الأفراد المضطربون يساعدون في إطالة أمد الاضطراب، و ذلك بتمسكهم بالسلوك غير المنطقي عن طريق التلطف بالأفكار غير المنطقية نحوه، وكما ذكر سابقا فإن التفكير يصاحب الانفعال وهكذا فإذا استمرت الاضطرابات الانفعالية فإن التفكير اللامنطقي يستمر بالضرورة.

10. الإنسان ليس ضحية لظروفه أو لماضيهِ ولكن الطريقة التي يتحدث بها الناس إلى الآخرين أو يحدثون بها أنفسهم هي التي تحدد مدى تفهمهم، لذلك يمكنهم أن يتحدثوا ويمكنهم أن يعملوا ويفكروا حتى يجعلوا من أنفسهم أفرادا مختلفين.

(Spada, 2012 :421, Dryden, 2012 : 451, Doyle, 2017 : 99-111)

إن المعالج في هذه النظرية يعتقد بأن لدى الناس القدرة على مواجهة نظامهم القيمي وأن يعلموا أنفسهم معتقدات وأفكارا وقيماً جديدة. ويرى إيليس Ellis أن الناس لديهم القوة لفهم حدودهم لتغيير وجهات نظرهم وقيمهم التي تشكلت في مرحلة الطفولة، كما أن لديهم القدرة على تحدي نزعة الدفاع الذاتي. (Michael, 2010: 112)

11. فنيات العلاج العقلاني الانفعالي

تعددت أساليب وفنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ويمكننا تقسيمها حسب الأهداف التي يسعى لتحقيقها على ثلاثة أنواع رئيسية هي كما يلي:

- **الأساليب المعرفية:** تتمثل فنياته في الحوار والمناقشة والتحليل لأفكار غير المنطقية اللاعقلانية ومساعدة العميل على تكوين أفكار منطقية وعقلانية. كما تتضمن الوعي والاستبصار ومراقبة الذات. وقد توصل إيليس (1973، 1977، 1979) إلى العديد من المفاهيم الأساسية ذات الدلالة في عملية العلاج المعرفي كالتحدث إلى الذات

والمساندة الذاتية والتقييم الذاتي للذات وسنشرح بالتفصيل أساليب أو الفنيات المعرفية كما يلي:

- **التعديل المعرفي:** حيث يشجع العميل التعبير عن نفسه في هدوء وتعليمه بعض الأفكار والعبارات المنطقية فضلا عن تشجيعهم على تغيير سلوكهم وانفعالاتهم ومراقبة سلوكهم واعتراف العميل بأنه يعاني من أفكار خاطئة مما يؤدي ذلك إلى تغيير في الإدراك ورفض الأفكار الخاطئة وتتضمن الأساليب المعرفية أيضا وفق الأفكار ويسبق التغيير المعرفي التنفيس الانفعالي والتعرف على مشكلات المريض.

(Michael, 2010: 254)

- **التنفيس الانفعالي:** يعرف التنفيس الانفعالي أحيانا باسم التفريغ أو التطهير الانفعالي ويقصد به التنفيس عن المواد والخبرات المشحونة انفعاليا، ويتضمن تفريغ العميل مما بنفسه من انفعالات أي أنه يعد بمثابة تطهير الشحنات الانفعالية وتفريغ للحمولة النفسية ومن وسائل التنفيس إتاحة الفرصة أما العميل للتحدث في تداع حر وترابط طليق عن كل ما يجول بخاطره عن صراعاته وإحباطه وحاجاته ومشكلاته ومخاوفه ونواحي قلقه وأنماط سلوكه المنحرف في إطار من حسن الإصغاء وتشجيع التعبير عن النفس في جو نفسي دافئ آمن خالي من الأحكام الأخلاقية و اللوم. ومن وسائله أيضا الشرح والتفسير وتوضيح الحالات الانفعالية بما يتيح الفرصة أمام العميل لكي يرى نفسه وما يلون سلوكه من انفعالات.

(Michael et al 2010, Doyle, 2017: 587).

- **أسلوب حل المشكلات:** يقوم هذا الأسلوب على فرضية أن السلوك التوافقي أو المضطرب يكون نتيجة لعجز الفرد عن حل المشكلة بطريقة منظمة ومن ثم يقوم المرشد بتوجيهه إلى الأسلوب العلمي في التعامل مع المشكلات التي تواجهه في

معترك الحياة. (Bernard et al 2010 :128)

ويتضمن التدريب على حل المشكلات مجموعة من الخطوات التي يعتمد عليها في حل المواقف الصعبة أو الغامضة وهذه الخطوات تبدأ بالإحساس بالمشكلة وتحديد ما يعني وصفها بدقة مما يتيح رسم حدودها وما يميزها عن سواها.

(Kristene, Doyle, 2017: 142)

ثم يلي ذلك جمع المعلومات والبيانات المرتبطة بالمشكلة ثم فرض الفروض الخاصة بالحل للمشكلة و يتمثل في قدرة الفرد على التمييز والتحديد لعدد من الفروض المقترحة لحل المشكلة ثم يعقب ذلك التحقق من صحة الفروض وتوليد استجابات بديلة وتقديم البدائل واختبار البديل المناسب وهنا يكون الحل واضحا ومألوفاً فيتم اعتماده، وقد يكون هناك احتمال لعدة بدائل ممكنة فيتم المفاضلة بينها بناء على معايير محددة.

(Caselli, & Wells, 2012 : 113)

• **فنية التفسير والإقناع العقلاني:** ومن ثم تتولد لدى المسترشدين مفاهيم جديدة من تقبل الذات وتقبل الآخرين والتعامل مع المواقف الحياتية بطريقة أكثر عقلانية تتسم بالمنطق والمرونة الفكرية والانفعالية. وأن تكرر الشرح العقلاني على مستوى الذات وبصورة انفعالية غالباً ما ينتج عنه انخفاض الهجوم والنقد على الذات إلى التوجيه والإرشاد النفسي في المواقف المختلفة. وهناك ثلاث مستويات للتغيير المعرفي هي كما يلي:

- **المستوى الأول: التمييز:** ويقصد به ويهدف إلى مساعدة الفرد كي يستطيع التمييز بين مفاهيمه العقلانية واللاعقلانية.
- **المستوى الثاني: الجدل والحوار اللفظي:** ويقصد به ممارسة نوع من الحوار الفلسفي مع المسترشد حول مفاهيمه اللاعقلانية.
- **المستوى الثالث: صياغة الأدلة:** ويقصد بها مساعدة المسترشد على التحديد الدقيق لأساليب عدم منطقية تفكيره.

(Spada, 2012, Simon, 2011 : 142)

وتتضمن العملية الإرشادية استنادا لهذه الطريقة تعليم المسترشد لكي يفكر بطريقة أكثر عقلانية عن طريق ما يلي:

1. الإقناع اللفظي بمنطق العلاج العقلاني
2. التعرف على الأفكار غير العقلاني لدى المسترشد من خلال مراقبة المسترشد لذاته وتزويده بردود الفعل عليها.
3. تحدي مباشر للأفكار غير العقلانية مع إعادة التفسير العقلاني المنطقي للأحداث.
4. تكرار المقولات الذاتية العقلانية و إحلالها محل التفسيرات غير العقلانية.
5. تكليف المسترشد بأداء سلوكيات عقلانية لتحل بالتالي محل الاستجابات غير العقلانية و التي كانت سببا في استمرار المشكلة.

(Spada, 2012, Simon, Dryden, 2011 : 142)

ثم يقوم المسترشد باستخدام أساليب متنوعة منها:

- التعلم
- المواجهة
- الإقناع
- وصف الأنشطة التي تساعد في التخلص من الأفكار اللاعقلانية
- تقديم الاقتراحات

(Spada2012: 142Wells, 2009: 144, Simon, Dryden, 2011 : 142)

- **وقف الفكرة:** في هذا الأسلوب يطلب من العميل أن يغمض عينيه و أن ينخرط في أفكاره غير المرغوبة ثم يصرخ المرشد بصوت عال «قفو يؤدي ذلك بالعمل إلى وقف الأفكار غير المرغوبة، ويكرر ذلك مرة أخرى ثم يطلب من العميل أن يقوم بذلك بنفسه بصوت عال وأن يكرر ذلك في المنزل.

(Wells, 2009: 258, Simon, Dryden, 2011 : 141)

• أسلوب الفكاهة:

عادة ما يلجأ المعالجون في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي إلى استخدام المرح والنكات ليسخر من الأفكار اللاعقلانية التي يحملها العملاء. وبهذه الوسيلة يستطيع المعالج أن يجعل العميل يضحك على أخطائه ويتقبل نفسه بكل ما فيها من ضعف.

(روبي، 2013: 103)

فهي طريقة لتشجيع العملاء للضحك و السخرية من معتقداتهم اللاعقلانية التافهة، وقد أكدّ إليس Ellis (1994) أن استخدام الدعابة في العلاج تسمح للعملاء بفحص معتقداتهم اللاعقلانية بصورة أكثر واقعية. (بوخاري، 2016: 70).

2. الأساليب الانفعالية: تتضمن عددا من الفنيات وهي كما يلي:

• **التخيلات العقلية والانفعالية:** من الأساليب المعرفية الأخرى التي يستند إليها الإرشاد العقلاني الانفعالي التخيلات العقلية والانفعالية حيث يطلب من العميل أن يتخيل نفسه في موقف الانفعال المؤلم فإذا فعل ذلك فإن المرشد يطلب منه أن يتخيل نفسه وقد غيّر من هذا الانفعال إلى انفعال أقل في المستوى منه، وفي كل مرة يسأله المرشد عن شعوره ثم يعود فيطلب منه أن يحدث نفسه بعبارات تخفف من انفعاله، (Casselli, 2013: 145),

بعد ذلك يطلب منه المرشد أن يكرر ذلك التخيل الانفعالي العقلاني لمدة أسبوع أو أكثر. ويسمى هذا الأسلوب بالاسترخاء التخيلي الذاتي الموجه Self Guided Imagery Relaxation ويقصد به مساعدة العميل على تخيل أصعب المواقف التي مرّ بها مع أصعب الأشخاص الذين تعامل معهم في حياته وإظهار مشاعره السلبية حول هذه المواقف وهذا الشخص وكأنه يعيش فعلا مع ذلك الشخص في ذلك الموقف أثناء تخيله هذا معبرا عن كل اضطراباته الانفعالية بسببها ثم يطلب منه أن يغير هذه المشاعر ويستبدلها بأخرى أقل حدة ليهدأ ثم يسأله عما فعله لتهدئة نفسه حتى وصل إلى هذه الحالة الأقل توترا مما كان عليه في بداية استرخائه التخيلي. (Wells, 2009 : 154)

وتطبق تلك الفنية لتدريب المسترشد على تغيير الانفعالات والأفكار السلبية إلى الموجبة بينما هو يتخيل الموقف باستخدام طريقة لوصف الحدث (A) والحدث النشط. وفي نفس الوقت نسجل أفكاره وهي (B) المعتقد الخاطئ وتسجل نتائج السلوك والاعتقاد الخاطئ وتقيد هذه الفنية في تحريك المسترشد من الاستبصار العقلي إلى الاستبصار الانفعالي وتحرك هذه الفنية في حوار ما بين العقلانية واللاعقلانية.

(Balbi, 2008 : 15-27, Bernard, 2010 : 89)

وهناك أسلوب تعزيز للمعارف العقلانية بحيث يقوم العميل بمناقشة و تنفيذ أفكاره اللاعقلانية يوميا حتى تصبح شبه آلية. ومن أمثلة هذا التعزيز الإدراكي المعرفي قراءة كتاب معين أو سماع شريط معين ومشاهدة فيلم حول مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي وأساليبه.

كما يمكن أن تستخدم النشرات والكتيبات لتنمية الفكر، وبعض الملصقات لخطوات

التفكير للتعديل المعرفي الانفعالي.. (Balbi, 2008 : 15-2, Caselli, 2012 : 85)

• لعب الدور:

وهو تدريب العميل على بعض السلوكيات لإظهار مشاعره وعواطفه التي لم يكن يدركها سابقا وتكرار لعب الدور لموقف اجتماعي يعطي الفرد فرصة للإحساس بشكل أفضل حول المهارات الاجتماعية وتغيير العبارات العاطفية غير الملائمة.

(روبي، 2013: 103)

فقد يلعب العميل دور نفسه، ويكون دور المعالج أن يمثل دور الشخص الآخر كما وصفه العميل، وقد يكون للعميل دور محدد يرغب هو في أدائه ويجسد أهم مشاكلاته، يأخذ لعب الدور من دقيقة إلى خمسة دقائق حسب طبيعة الموقف، وبعد انتهاء الدور يسأل المرشد أو المعالج العميل في أفكاره ومشاعره وقت أداء الدور، وعن وجود شيء مختلف في الدور يود العميل إضافته ومن خلال هذا الدور يمكن للمرشد أو المعالج أن

يتعرف على المعتقدات اللاعقلانية للعميل وبعدها يبدأ في التنفيذ. (سالم وجادو، 2015: 72).

لعب الدور والدور المضاد:

لعب الدور واحد من أساليب مورينو **Moreno** التي يستخدمها في المواقف السيكودرامية إذ يقوم أحد المرضى بدور الابن على سبيل المثال ومع مريض آخر يقوم بدور الأب. وعندما يتصاعد أدائهما التلقائي يطلب المعالج منهما قلب الأدوار (فمن يقوم بدور الأم سيقوم بدور الابن ومن سيقوم بدور الابن يقوم بدور الأب) للتعرف على درجة التصلب (الجمود) أو المرونة، بجانب التعرف على واقع المجرى الانفعالي ومشكلات المريض التي يمكن أن يعيشها في الأدوار ومستدعياته التلقائية. (Wells, 2009:125, Caselli, 2013: 142)

11. النمذجة

ويقوم هذا الأسلوب على نظرية التعلم الاجتماعي عند باندورا **Bandura** ويمكن استخدامه في زيادة السلوك المرغوب فيه وكذلك يمكن استخدامه في خفض وتقليل السلوك غير المرغوب فيه. وهي عملية تعلم تتضمن تغيير الفرد لسلوكه نتيجة لملاحظة وتقليد سلوك فرد آخر، وتتخذ النمذجة عدة صور فهناك النمذجة الحية أو النمذجة الصريحة، حيث يقوم الشخص النموذج بأداء السلوك المراد تعلمه على مرأى من الفرد ثم يقوم الفرد بملاحظته و تقليده. وهناك النمذجة الرمزية أو المصورة عن طريق الأفلام حيث يعرض سلوك النموذج من خلالها ثم يقوم الفرد بملاحظته وتقليده وهناك النمذجة بالمشاركة حيث يراقب الفرد النموذج ثم يقوم بتقليده بمساعدة النموذج ثم يؤدي السلوك بمفرده في مواقف مختلفة. وهناك النمذجة التخيلية وتعتمد على أن يتخيل الفرد نماذج السلوكيات المرغوب فيها. (Caselli, & Wells, 2012:125, Castel, 2007: 132)

3. الأساليب السلوكية:

يستخدم المسترشد العقلاني الانفعالي مجموعة من الأساليب السلوكية ويتمثل في الاسترخاء، التغذية الراجعة، التعزيز الموجب مهاجمة الخجل والواجبات المنزلية حيث يُكلف المرشد العميل ببعض التدريبات المنزلية مثل حصر المرشد أو قراءة بعض الكتب التي تدعو إلى التفكير العلمي. ومن الأساليب السلوكية أيضا تدريب على الاسترخاء وكذلك أسلوب ضبط المثيرات حيث يعلم المرشد بعض الأحيان العميل على كيفية التحكم في مثيرات معينة مما يقلل من احتمال الإتيان بالسلوكيات الغير مرغوبة.

(Caselli, & Wells, 2012: 142, Caselli, 2013: 254)

ومن أهم الفنيات السلوكية الواجبات المنزلية يقصد بها تكليف المسترشد ببعض الواجبات المنزلية المقروءة ويمكن استخدامها في التنفيذ المنطقي والسلوكي وذلك لتدريب العميل على عملية التفكير من خلال حوار يفيد المفاهيم العقلانية وتعديل سلوكه.

(Wells, 2009: 152, Caselli, 2013: 102)

• الاسترخاء:

تتضح أهمية الاسترخاء حيث يعمل على صرف الطاقة التي تحت تحكم الجهاز العصبي السمباتي، إذ يجب خلق فترة من الراحة تحت عمل جهاز الباراسمباتي، ويعتبر الاسترخاء مضاد للقلق والاسترخاء العضلي يُستخدم كأسلوب قائم بذاته لخفض التوتر والتخلص من حالة الأرق والقلق الشديد ويعرف الاسترخاء بمعناه العلمي بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، ويعمل الاسترخاء على إضعاف العلاقة بين القلق والتوتر. (عبد الستار إبراهيم، 1998: 211)

يتضمن الاسترخاء شد مجموعات مختلفة من عضلات الجسم وإرخائها وتؤدي هذه الفنية إلى انخفاض معدل التنفس، وانخفاض ضغط الدم ويتم التدريب على الاسترخاء في غرفة هادئة ذات إضاءة خافتة، وتكون بعيدة على الضوضاء الخارجية و بها أثاث بسيط

ومن المفضل أن تشمل الغرفة على أريكة حتى يمكن تيسير الاسترخاء عن طريق استلقاء العميل عليها، وإذا لم توجد أريكة فيمكن استخدام كرسي كبير مريح، وتيسير هذه الفنية وفقاً للخطوات الآتية:

- 1- أن يجلس العميل على الكرسي ويسند ظهره إليه ثم يغمض عينيه.
 - 2- أن يقوم المعالج بتدريبه على كيفية الاسترخاء، ويطلب منه أن يقوم بشد عضلات جسمه ثم إرخاءها وهكذا في بقية عضلات الجسم ولا يوجد تدريب محدد للأعضاء التي يجب البدء باسترخائها، ويفضل المعالجون السلوكيون عادة البدء بالتدريب على استرخاء عضلات الذراعين، ثم الرأس وهكذا.
- وتستغرق كل خطوة عشر ثواني، ويمكن للمعالج أن يستعمل بعض الكلمات المشجعة والمساعدة مثل: "خذ نفساً بشكل طبيعي"، "خذ نفساً عميقاً"، "لاحظ الفرق بين العضو في حالة الاسترخاء وحالة القلق والتوتر" حتى يعلم المريض فوائد الاسترخاء. (عبد الستار إبراهيم، 1998: 211).

*التغذية الراجعة:

هي إحدى الفنيات المستخدمة بكثرة في العلاج السلوكي وتمكن العميل من معرفة ما إذا كان سلوكه قد أدى إلى النتائج المطلوبة و ما الذي يفعله لكي يتعامل بنجاح مع شخص ما في مواقف ما، وهذه الطريقة تساعد الفرد في التعرف على ما يجهله عن نفسه من نقاط ضعف أو قوة بحيث يمكنه استغلال مصادر قوته في القيام بسلوك جديد كما يتعرف على أنماط سلوكه التي ينبغي تغييرها أو استبدالها بأنماط أخرى أكثر توافقاً وفعالية. وتزداد فعالية هذه الطريقة إذا تمت في جو من الثقة وإذا كان العميل يشعر بأن من يقوم بهذه التغذية الراجعة يهتم بأمره ويؤدّ مساعدته وليس انتقاده والتقليل من شأنه.

(Balbi, 2008:27, Wells, 2009: 29)

*التعزيز الموجب

هو فنية من فنيات تعديل السلوك تتلخص في تقديم إثابة للفرد مثل مديح أو ثناء أو هدايا أو نقود أو السماح بمزاولة نشاط معين، يتبع أداء السلوك المرغوب فيه مباشرة مثل النجاح في امتحان ما، فتربط هذه الإثابة بذلك السلوك مما يدعمه ويكرره لدى الفرد، وعليه أن يقوم أسلوب التعزيز إذا كانت النتائج المترتبة على السلوك إيجابية تقديم هدية مثلا فالمحتمل أن يتكرر هذا السلوك مُستقبلاً ويظهر التعزيز في صورة لفظية وغير لفظية؛ فالاتصال البصري والضم لهما نفس قوة التأثير اللفظي مثل كلمات الثناء والاستحسان وغيرها ويُستخدم التعزيز الموجب لتدعيم السلوك المرغوب وتقويته وزيادته ويستخدم أيضا لتغيير سلوك خاطئ وذلك عن طريق تعزيز السلوك المضاد.

(Caselli, 2013 : 145, David, 2003: 158)

- **تمارين مهاجمة الخجل:** تساهم في أن يتقبل العملاء أنفسهم وفي مقاومة إنزعاجاتهم الانفعالية التي تنشأ بسبب المواقف المخجلة. وتتم هذه التمرينات بأن يطلب من العميل بأن يتصرف بطريقة التي يشعر معها عادة بالخجل وبالتدريج يكتشف العميل أنه لا يوجد داع لأن يخجل من تصرفاته (سالم: جادو، 2015: 73).

الواجبات المنزلية:

تلعب الواجبات المنزلية دورا هاما في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص في زيادة فعالية العلاج حيث إنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختم بها المعالج كل جلسة علاجية، وتساهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والمريض. يزدادان أو ينقصان وذلك يؤثر في طريقة أداء المريض في كل خطوات أو مهام البرنامج العلاجي ويستطيع المعالج تقوية العلاقة العلاجية بتكليف المريض بعمل واجبات منزلية، ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها حديثا.

وتستخدم الواجبات المنزلية لتحسين إدراك الأفكار الأوتوماتيكية وعلاقتها بردود الفعل الانفعالية. كما أنها تساعد على تقدم العلاج سريعاً وتعطي فرصة للمريض لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة ومنطقية لمعرفة أفكاره المختلفة واتجاهاته غير العقلانية ومحاولة تعديلها. (حامد، 2013: 182-183)

وللعلاج الجماعي تستخدم فنيات وهي المحاضرات والمناقشات الجماعية وفيما يلي نوضح ذلك:

• المحاضرات:

وهو أسلوب يستخدم للشرح و التفسير كتوضيح أسباب المشكلات وأسباب الاضطرابات ويجب إلقاء المحاضرة بطريقة سهلة وواضحة وتهدف المحاضرات إلى استبصار المسترشدين بمشكلاتهم بطرق معرفية وسلوكية جديدة لحل مشكلاتهم ومواجهتها.

• المناقشات الجماعية:

هي أسلوب من أساليب العلاج الجماعي التعليمي حيث يغلب فيها الجو العلمي و يؤدي فيها عنصر التعليم وإعادة التعليم دوراً مهماً ويعتمد هذا الأسلوب على إلقاء محاضرات وتهدف المحاضرات والمناقشات الجماعية معاً إلى إعادة البناء المعرفي لديهم.

(Caselli, 2012 : 112, Wells, 2009 : 89)

12. طرق العلاج العقلاني الانفعالي

1. العلاج الفردي

2. العلاج الجماعي

وفي ما يلي شرح للطريقتين:

1- العلاج العقلاني الانفعالي الفردي:

وهو تلك العلاقة المخططة والمحددة بين الأخصائي أو المعالج و بين المريض حيث يتم إرشاد فرد واحد فقط وجهًا لوجه في الجلسات الإرشادية، ويعتمد في فاعليته على العلاقة العلاجية المهنية (David, 2005 :175)

ويستخدم في الحالات التي يغلب عليها الطابع الفردي ولاسيما الحاجات الفردية كالانحرافات الحسية والحالات التي يصعب تناولها عن طريق العلاج الجماعي. (العاسمي، 2015 :171).

ومن أهم الوظائف الأساسية للعلاج الفردي تبادل المعلومات، وإثارة الدافعية وتفسير المشكلات ودفع خطط العمل المناسبة. ويتحدد طول الجلسة أو مدتها على عدة اعتبارات منها: الهدف من الجلسة الإرشادية والعلاجية وطبيعة وخصائص الفرد.

(David, 2003 : 544)

ويُشترط لعقد الجلسات الفردية حالات معينة منها الأفراد الذين يعانون من مشاكل اجتماعية ذات طابع اجتماعي كطلاق الوالدين أو مشكلات يصعب سردها أمام الآخرين من الزملاء أو مشكلات نفسية ذات طابع شخصي كالسلوك العدواني والتعرض لمشكلات ومواقف اجتماعية حادة ومزمنة وكذلك المشكلات المدرسية وكافة المشكلات التي لا يصلح عرضها أمام الآخرين في جلسات العلاج الجماعي. لذا فإنه يمكن عقد جلسات منفصلة لحالات محددة، ويتوقف تحديدها على طبيعة المشكلات، وخصائص الأفراد ثم يليها دمجهم في جلسات العلاج الجماعي.

(Di Guiseppe, 2014 : 541,Dimaggio, 2003 : 258)

1-1 أساليب الإرشاد الفردي: تستخدم ثلاث أساليب في الإرشاد الفردي وهي كما يلي:

1.1.1 الإرشاد المباشر: ويسمى بالإرشاد الإكلينيكي أو المتمركز حول المسترشد. ويُعد

دور المرشد في هذا الأسلوب دورا مهما وإيجابي حيث يقوم بوظائف متنوعة مثل

جمع البيانات والتحليل والتشخيص؛ وبالتالي فالمرشد تقع عليه مسؤولية كبيرة في عملية الإرشاد وهي حلّ هذه المشكلة. (David, 2003 :154)

1.1.2 الإرشاد غير المباشر: يُعرف بالأسلوب المتمركز حول المسترشد ويقوم هذا الأسلوب على افتراض مؤداه "أن المسترشد يملك الإمكانيات والطاقات للارتقاء بنفسه فإذا ما استغل تلك الإمكانيات أمكنه حل مشكلاته بنفسه. وعليه فإن هذا الأسلوب يركز على تطوير إمكانيات وشخصية المسترشد، ويمثل روجرزRogers هذا الاتجاه. (David, 2005: 175-221)

3.1.1 الإرشاد الانتقائي أو الاختياري: ويركز على عدم تقيد المرشد باتجاه معين حيث يختار المرشد الأسلوب الأمثل لطبيعة الحالة أو المشكلة.

(Dimaggio, 2003: 15)

1-2 أهداف العلاج الفردي: تتعدد أهداف العلاج الفردي وتتمثل تلك الأهداف فيما يلي:

1.2.1 معرفة الذات: ويهدف إلى مساعدة الفرد على معرفة نفسه وإدراكها بموضوعية ودون تحيز وذلك أمر ضروري لمواجهة نقاط الضعف في الذات وحملها على التغيير.

2.2.1 تحسين العملية التربوية والتعليمية: يعمل الإرشاد على إثارة الدافعية الإيجابية نحو التعلم و التحصيل و الإسهام في إزالة كل ما يعوق تحقيق أهداف العملية التعليمية، سواء لدى المتعلم أو المعلم أو البيئة التعليمية.

3.2.1 تحقيق التوافق الشخصي: يتحقق التوافق الشخصي بإشباع دوافع الفرد وحاجاته ويشمل التوافق الشخصي على التوافق المهني والتوافق التربوي والتوافق الاجتماعي.

4.2.1 تحقيق الصحة النفسية: يقصد بها الحالة الدائمة نسبياً يكون معها الفرد متوافقاً ومنسجماً نفسياً ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين وقادراً على التعامل مع مشكلات الحياة بسلوك سوي.

(David, 2003 : 235, DiGiuseppe, Dryden, & Backx, 2014: 321)

2- العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي:

ويعرف العلاج الجماعي بأنه أحد طرق العلاج النفسي الفعالة التي تستخدم لمعالجة مدى واسع من مشكلات الأفراد واهتماماتهم، وذلك حينما تكون تلك المشكلات والاهتمامات متشابهة وتكمن أهمية العلاج الجماعي في القوى العلاجية الهائلة التي يشتمل عليها والتي يجب استغلالها والاستفادة منها في تحقيق أهداف الإرشاد وهو العلاج الذي يتم بين الجماعة التي تتكون من خمس أفراد أو أكثر لتتكون بهدف التوجيه والإرشاد والعلاج والمشاركة في حل مشكلاتهم البعض.

(DiGiuseppe, 2014 : 121, Dimaggio, 2003 : 141)

كما يعرف بشكل عام بأنه أحداث ووقائع تتم داخل جماعات ذات تنظيم رسمي تجمعي ويقودها قائد متمرس (مرشد أو معالج)، وتهدف تلك الجماعة إلى إحداث تحسين عاجل في اتجاهات وسلوك الأعضاء والقادة، وتحدث تلك التغيرات نتيجة لتفاعلات محدودة ومحكومة داخل الجماعة، حيث في العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي لا يوضح المعالج للعملاء بشكل مباشر أنهم المسؤولون عن إحداث مشكلاتهم الانفعالية بما يحملونه من أفكار ومعتقدات غير عقلانية، بل يعمل على مساعدتهم وتشجيعهم على مواجهة تلك الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية وبحضها (ينبغي، يجب، من المفروض)، ويساعدهم أيضاً على التخلص من دكتاتوريتهم وميلهم نحو الكمال.

(العاسمي، 2015: 305-307).

2-1 شروط بناء الجماعة:

هناك شروط لبناء الجماعة من حيث حجم الجماعة، وعمر الجماعة وجنس الجماعة. وفيما يلي توضيح ذلك:

أ. **حجم الجماعة:** ينبغي أن حجم الجماعة لا يقل عن ثلاثة، ولا يزيد عن خمسة عشر حتى لا تمثل عبئاً ثقیلاً على كاهل الأخصائي أو المعالج النفسي، وحتى تتحقق أهداف الجماعة. (Dryden, 2008: 124)

ب. عمر الجماعة

يفضل أن تكون الجماعة الإرشادية متفقة من ناحية العمر حيث ينتمون لنفس الفترة العمرية، وذلك لاختلاف طبيعة كل فترة عمرية من حيث خصائصها وحاجاتها ومشكلاتها.

ج. جنس الجماعة:

إن التجانس في عمر الجماعة العلاجية يتوقف على المرحلة العمرية، فمثلاً في مرحلة الطفولة يمكن دمج الذكور والإناث، بينما لا يمكننا تكوين الجماعة من الجنسين في مرحلة المراهقة والرشد وذلك لأن هناك موضوعات عند إثارتها تسبب الشعور بالخل أمام الجنس الآخر. وبالتالي يفضل تكوين مجموعات من نفس الجنس في مراحل النمو عدا الطفولة (Dryden, 2008: 124, Fredrickson, 2009: 521)

2-2 **نوعية المشكلات:** لابد من وجود مشكلات مشتركة بين أفراد الجماعة الإرشادية لأن ذلك يُساعدهم على الشعور بالانتماء والآخرين يفهمون مشكلاتهم ومن ثم يشعر أن غيره يشعرون بمعاناته ويشاركونه في حلها؛ بينما الاختلاف والتنوع في المشكلات يؤدي إلى خلق جو يسوده عدم التفاهم والانسجام بين أفراد الجماعة. (Fredrickson, 2009: 521)

2-3 مجالات استخدام العلاج الجماعي: يستخدم العلاج الجماعي في الحالات التالية

كما يلي:

1. الأطفال والمراهقون والراشدين والشيوخ والمغتربين والمدمنين والمعوقين وغيرهم.
 2. توجيه الوالدين الذين يتبعون أساليب التربية الخاطئة مع أبناءهم.
 3. المراهقون الذين يظهرون الشغب والعدوانية داخل المدارس.
 4. في حالات الإرشاد الأسري.
 5. الإرشاد المهني في المؤسسات والمدارس.
- (Gaffney, 2011: 112, Doyle, 2013: 241, Simon . Dryden, 2011: 221)

4-2 إيجابيات العلاج الجماعي:

- هناك مجموعة من الإيجابيات للعلاج الجماعي في المجال الإرشادي وهي كما يلي:
1. يساعد الفرد على معرفة حقيقة ذاته.
 2. ينمي ثقته في إدراكات الآخرين له و للمجتمع من حوله.
 3. يساعده على فهم الآخرين بشكل أفضل، بل ويتعلم كيف يحسن الاستماع إليهم وما يعبرون عنه بطريقة تتكامل مشاعر وأفكار الفرد نحو ذاته ونحو الآخرين.
 4. يتعلم الفرد أن يكون أكثر فاعلية ونشاطا للمشاركة في المواقف الاجتماعية من خلال المشاركة في الإرشاد الجماعي بحيث لا يخشى مقابلة الناس ومشاركتهم الحديث.
 5. يساعد في إعادة اختبار قيم الفرد الإيجابية وبناء قيم جديدة تزوده بمناخ صحي للتحكم في مشاعره وأفكاره ليتعلم كيف يكون مسؤولا عن سلوكه.
 6. تزود المرشد المناقشة الجماعية بالإطار المرجعي وتمده بالتوجيه السليم لما يبذله من جهود نحو عملائه.

(Fredrickson, 2009: 221, Gaffney, 2011 : 324)

إن الإرشاد الجماعي ناجح و فعال بما يحتويه من محاور أساسية، و يقوم العلاج الجماعي على أربع مهارات من التعامل وهي كما يلي:

1. العلاقات الشخصية المتبادلة

2. حل المشكلات

3. التعامل المعرفي

4. مهارات التعامل مع الذات

(Simon . Dryden, 2011 : 251)

• كما يشترط في الجماعة العلاجية ما يلي:

1. احترام شخصية الأفراد بعضهم البعض والاهتمام بمشكلاتهم ورغباتهم وآرائهم ومعاملاتهم ويتواضع ويحفزهم على العمل الجماعي.

2. التعاون والإسهام في العمل الجماعي والتحلي بروح الفريق المتعاون لتحسين العملية التعليمية.

3. المناقشة البناءة وإتاحة فرص تبادل الرأي بالإقناع عند بحث مشكلات الأفراد والمشاركة في وضع الخطط العلاجية.

4. تشجيع الفكر والتعبير بحرية دون خوف من النقد أو النبذ للتوصل إلى حلول وتغيير جذري للمشكلات والتعرف على طرق جديدة لحل المشكلات.

5. القيادة هي التأثير الفعال في سلوك واتجاه الآخرين للقيام بالمهام المطلوبة من أجل الوصول لأهداف المجموعة من خلال العلاقات الإنسانية.

(Fredrickson, 2009: 232, Gaffney, 2011: 210)

• كما يشترط في المعالج أثناء العملية العلاجية ما يلي:

1. الإنصات والاستماع الجيد: بمعنى أن يكون مستمع وناقد جيد وواقعي ومفاوض عادل، ويصغي ويستمع و يقدم اقتراحات بناءة.
2. التوجيه: بمعنى أن يوجه الأسئلة و يقدم اعتراضات مقبولة ليثير الكثير من الاعتراضات والجدل لفتح الحوار المتبادل والمشارك الموجه لتحقيق الأهداف العلاجية.
3. تحديد أهداف الجماعة: وذلك عن طريق وضع الهدف من العلاج نصب عينية أو محور اهتمامه ويتذكر دائما واجباته تجاه المجموعة.
4. التنظيم: بمعنى أن يكون منظم في تفكيره ويحترم مواعيده.
5. الإدارة الجيدة: بمعنى أن يتمكن الحوار بطريقة جيدة مبنية على أسس من التخطيط للعمل ومتابعة تنفيذه ثم تقييمه.

(Fredrickson, 2009:233, Gaffney, 2011 :210)

13. تقويم العلاج العقلاني الانفعالي

- الإيجابيات: أكدت النظرية ووضحت العلاقة بين التفكير والانفعال.
- تعتبر النظرية مدخلا متكاملًا يجمع بين الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية.
- لها أسلوب تعليمي مميز في العلاج.
- تشجع باستمرار وبقوة على التفكير العقلاني ومراجعة تقييم الأحداث بنظرة أكثر واقعية.
- الأسلوب العقلاني الانفعالي هو نوع من التعليم النشط المباشر.
- يعمل على تعليم المسترشد مواصلة العيش في هذا العالم من غير أن يكون محبوبا أو مقبولا من الآخرين، إن لم يتمكن من ذلك.

- ثقة إيليس Ellis بقدرة المسترشد على القيام باستبصارات تساعد على فهم ذاته، وفهم العلاقة بين الانفعالات السلبية وطريقة تفكيره وكيف أن المسترشد دحض هذه الفكرة.
 - التركيز على هنا و الآن.
 - عدم إعطاء خبرات الطفولة العامل أو المسبب الأكبر للاضطراب بل التأكيد على الأحاديث الذاتية الداخلية والأفكار غير المنطقية أو الخرافية.
 - يكتسب المسترشد في نهاية عملية الإرشاد فلسفة عقلانية للحياة.
 - أسهم في توضيح التفاعل بين الأفكار والمشاعر والتصرفات وأن أي تغير في أحدها يؤثر في النمطين الآخرين.
 - استخدام أساليب علاجية مختلفة (سلوكية، معرفية، انفعالية) وعدم اعتماده على طريقة واحدة مع المسترشدين.
 - يهدف إلى دفع الناس لأن يكونوا أقل قابلية للإيحاء وأكثر استقلالية ومنطقية في تفكيرهم.
 - اكتساب المسترشد المرونة والانفتاح على التغيير والتفكير العلمي.
1. تنوع الطرق الإرشادية التي يستخدمها الإرشاد العقلاني الانفعالي، وبالتالي اتساع دائرة الأشخاص الذين قد يؤثر بهم هذا النوع من الإرشاد وذلك عن طريق معرفة نوع الشخصية التي ينتمون إليها، والتعامل معهم وعلاجهم بالأسلوب المناسب.
- يستطيع المسترشد من خلال الإرشاد العقلاني الانفعالي أن يكتسب طرقاً وأفكاراً جديدة يستطيع من خلالها مواجهة الأفكار اللامنطقية والخاطئة التي كان يؤمن بها وبالتالي تجنب الوقوع بها مرة أخرى في المستقبل.
 - من خلال الأفكار اللاعقلانية التي طرحها إيليس يتمكن الشخص التعرف على أكثر الأفكار التي تمر في ذهن الفرد أو يفكر بها دون أن يعلم بأنها غير منطقية وبالتالي وقف هذه الأفكار قبل أن تتطور وتصبح واقعية.

• السلبيات:

تهمل النظرية الجوانب اللاشعورية الدفينة فقط فهي تعالج الظاهر فقط وبالتالي لا يمكن التعامل مع الأفكار اللاشعورية.

- المرشد في الإرشاد العقلاني الانفعالي يتكلم أكثر مما يصغي لما يقوله المسترشد.
- العلاقة الإرشادية هي علاقة مدرس وطالب، وبالتالي فهو لم يؤكد على تكوين علاقة دافئة مع المسترشدين انطلاقاً من أن مشكلتهم تكمن في اعتقادهم أنه ينبغي أن يلقوا الحب من الآخرين في الوقت الذي لا يحتاجون إليه فعلاً.
- تعلم هذه الطريقة المسترشدين أن يعتمدوا على المرشد، أي أن **إليس** لا يعطي المسترشد دوراً كبيراً في عملية الإرشاد.
- الهجوم المباشر على اتجاهات المسترشد يعتبر تهديداً له، هذا الأمر يزيد من مقاومة المسترشد ويجعل التغيير صعباً إن لم يكن مستحيلاً. ولا بد من التنبيه إلى أن أساليب الهجوم المباشر تستخدم عادة في ظل علاقة إرشادية دافئة، وهذا ما لا نجده في **نظرية إليس**.
- اتهام **إليس** باتباع أساليب تشبه فيما يعرف بغسيل الدماغ وذلك باستخدام أساليب الحث والإيحاء والتكرار.
- مغالاة **إليس** بالجانب العقلي والمنطقي على حساب الانفعالات والعلاقة مع المسترشد.
- عدم وجود معيار موضوعي يحكم على الأفكار بأنها عقلانية أو غير عقلانية.
- تقييد استخدام هذه الطريقة مع الأطفال أو مع حالات التخلف العقلي والحالات شديدة الاضطراب لاعتمادها على الاستبصار والتفسير.
- وجود الكثير من المقاومة من قبل المسترشد، لأن الإنسان بطبيعته يناضل ويكافح من أجل الحفاظ على أفكاره والمواقف التي يؤمن بها ولا يسمح بذلك في جو من المواجهة المباشرة.

- اعتبر إليس أن العواطف والانفعالات ثانوية، وأعطى الأولوية للعقل في حين أن الإنسان خليط من المشاعر والعواطف والحكمة والعقل، وهناك مواقف مختلفة في الحياة تحتاج تارة إلى استخدام المشاعر، وتارة أخرى إلى استخدام العقل، لذلك لا يجوز تفضيل أحدهما على الآخر.

(بلان، 2015: 244-251). (جادو - سالم، 2015: 74-75).

الخلاصة

يعتبر العلاج العقلاني الانفعالي مدخلا علاجيا واسع المجال، لأنه يتعامل مع العديد من الاضطرابات من منظور ثلاثي: المكونات المعرفية والانفعالية والسلوكية لهذه الاضطرابات والذي يستخدم فيه جملة من الفنيات معرفية، سلوكية، انفعالية، هدفه تعديل وتغيير المعتقدات والأفكار اللاعقلانية لدى الفرد المضطرب وذلك بطريقة بنائية مركبة ومحددة الزمن ذات أثر توجيهي فعال لإعادة تشكيل البنية المعرفية لديه.

العلاج الجماعي أحد طرق العلاج العقلاني الفعالة لمعالجة العديد من مشكلات الأفراد عندما تكون تلك المشكلات متشابهة كأزمات مرضى الفصام، أين قامت الباحثة بإعداد برنامج علاجي مستند لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي، يتكون هذا البرنامج من 15 حصة تهدف إلى تغيير الأفكار اللاعقلانية لديهم للتخفيف من الضغوط النفسية. وفيما يلي يتم عرض إجراءات الدراسة.

الجانِب التَطْبِيقِي

الفصل الخامس:

إجراءات الدراسة

1. الدراسة الاستطلاعية ونتائجها.
 2. منهج الدراسة.
 3. مجموعة الدراسة.
 4. مجال الدراسة.
 5. أدوات الدراسة.
-
- 1.5. المقابلة العيادية النصف موجه.
 - 2.5. مقياس إدراك الضغط ليفينستاين Levenstein.
 - 3.5. مقياس الأفكار اللاعقلانية.
 - 4.5 البرنامج العلاجي المقترح.
 - 5.5. الأدوات الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

الإطار التطبيقي للدراسة:

لقد ضم هذا الفصل عرضاً مفصلاً للطريقة المنهجية والذي من خلاله تم تناول جميع المحددات التي تسهم في سيرورة البحث وكان ذلك بداية بالدراسة الاستطلاعية ونتائجها حيث ساهمت بشكل كبير في تحديد العديد من المعايير في عملية الدراسة من بينها المعايير المحددة لحالات البحث. كما جاء في هذا الفصل أيضاً تحديد منهج الدراسة الذي يتوافق مع متغيراتها وكذا التفصيل في حالات البحث وخصائصها ثم كان هناك التطرق لمجال الدراسة وأدواتها مع تقديم مفصل للبرنامج العلاجي. وفي الأخير، تم ضبط الأدوات الاحصائية المساعدة في إثبات أو نفي الفرضيات المطروحة.

1. الدراسة الاستطلاعية ونتائجها:

تعد الدراسة الاستطلاعية أهم مرحلة من مراحل البحث العلمي بناء على التجربة الاستطلاعية وعلى ضوء ما يصادف الباحث من صعوبات وما يظهر من النواحي التي تستوجب التغيير لأنه يقوم بالمراجعة النهائية لخطوات البحث حتى يكون مطمئناً لسلامة التنفيذ فهذه هي الفرصة الوحيدة للتعديل ولا يتسنى له ذلك بعد التطبيق.

(بركات، 1984: 76).

من خلال المقابلات العيادية مع أمهات مرضى الفصام مدة خمس سنوات لاحظت الباحثة أنهن يربطن مرض أبنائهن بعوامل خارجية مرتبطة بأفكارهن غير العقلانية التي سيطرت على تفكيرهن، حيث أثرت على سير علاج أبنائهن وسببت لهن ضغوطاً نفسية، مما جعل الباحثة تقوم في هذه الدراسة الاستطلاعية بإعداد مقياس الأفكار اللاعقلانية بالاعتماد على إحدى عشرة فكرة عند إيليس Ellis وفكرتين اللتين أضافهما سليمان الريحاني، حيث استعنا في تنظيم المقياس الحالي باختبار الريحاني ليتناسب مع الأفكار

اللاعقلانية التي تتعلق بأمهات مرضى الفصام. وعلى هذا الأساس تم صياغة الأفكار اللاعقلانية مشتقة من الأفكار اللاعقلانية الأساسية وهي كالآتي:

الفكرة الأولى: طلب الاستحسان: من الضروري أن يكون ابني المريض محبوباً ومقبولاً من كل أفراد العائلة ومن المحيطين به.

الفكرة الثانية: ابتغاء الكمال الشخصي: «ابني المريض ليست لديه الكفاءة ليكون فرداً فعالاً ومنجزاً ما ينقص قيمته في المجتمع».

الفكرة الثالثة: اللوم القاسي للذات وللآخرين: «بعض الناس سيئون مع ابني المريض ولذا يجب معاقبتهم».

الفكرة الرابعة: توقع المصائب والكوارث: «ابني المريض بالفصام يعتبر فاجعة ومصيبة لا يمكن تحملها».

الفكرة الخامسة: التدهور الانفعالي: «إن وجود ابن مريض بالفصام في الأسرة يقف أمام سعادة الأم».

الفكرة السادسة: القلق الزائد: «ينبغي عليّ كأه الاهتمام الكبير والتفكير الدائم ويجب أن أفكر في إمكانية حدوث الخطر باستمرار لابني المريض».

الفكرة السابعة: تجنب المشاكل: «من الأسهل بالنسبة لي تجنب مواجهة مرض الفصام ووضعه في مستشفى الأمراض العقلية بدلاً من تحمل مسؤوليته الصعبة».

الفكرة الثامنة: الاعتمادية: «يجب على أم المريض بالفصام أن تعتمد على من هم أقدر منها ويجب أن يكون هناك شخص أقوى منها في مساعدتها لابنها المريض».

الفكرة التاسعة: الشعور بالعجز: «سبب وجود ابن مريض بالفصام نتيجة آثار سيئة في تربيتنا في الماضي وأن الماضي قد لا يمكن تجنبه أو محوه».

الفكرة العاشرة: الانزعاج لمتاعب الآخرين: «ينبغي على أم مريض بالفصام أن تتأثر بشدة وأن تنزعج وتحزن لما يُصاب الآخرون بنفس المرض».

الفكرة الحادية عشر: ابتغاء الحلول الكاملة: «ينبغي أن أجد حلاً مثالياً وتاماً لشفاء ابني من هذا المرض».

الفكرة الثانية عشر: الرسمية والجدية: «ينبغي أن تتسم أم المريض بالفصام بالرسمية والجدية في التعامل مع الآخرين حتى تكون لها قيمة ومكانة وحتى لا تتعرض للشفقة من قبلهم».

الفكرة الثالثة عشر: مكانة الرجل بالنسبة للمرأة: «أعتقد أن مسؤولية الابن المريض بالفصام تتحملها الأم أكثر من الأب».

وقد اشتملت عينة الدراسة الاستطلاعية على 50 حالة حيث كان الاختيار بشكل عشوائي واستغرقت هذه العملية مدة (6) ستة أشهر ابتداء من شهر نوفمبر 2014 إلى غاية شهر ماي 2015 بمصلحة الأمراض العقلية بحكيم سعدان بسكرة. لتحقيق الأهداف التالية:

1. تحديد وضبط إشكالية البحث وفرضياته.
2. التأكد من صدق وثبات مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى أمهات مرضى الفصام من اعداد الباحثة.
3. تحديد حالات الدراسة وضبط متغيراتها واستعمل لذلك استمارة أسئلة تحدد البيانات الشخصية لحالات البحث.
4. تطبيق أولي لمقياس الأفكار اللاعقلانية ومقياس إدراك الضغط لتحديد الصعوبات الواردة في فهم البنود وبالتالي اعتماد الطريقة الأفضل للتطبيق.

• وقد كانت نتائج هذه الدراسة الاستطلاعية وفق المحددات التالية:

- ومن أجل ضبط عبارات مقياس الأفكار اللاعقلانية الخاص بأمهات مرضى الفصام، قمنا بتوزيعه على مجموعة من الأساتذة من جامعة بسكرة والجزائر وباتنة، حيث قاموا باستبدال بعض العبارات بعبارات أخرى بسيطة تخدم الموضوع وبصفة عامة فقد تمت موافقة جميع الأساتذة على العبارات التي صغنا بها بنود المقياس. ثم قمنا بحساب مُعامل ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة الاختبار وذلك بتطبيق المقياس على أفراد العينة، ثم إعادة تطبيقه بعد أسبوعين من التطبيق الأول على نفس العينة وجد معامل الارتباط 0.74 مما يدل على ارتفاع ثبات المقياس.
- أما النتيجة الثانية فكانت حساب الصدق حيث أثبت صدق المحتوى بحساب معامل الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس وقد تراوحت معاملات الارتباط بين 0.13 و 0.9 بشكل إيجابي ودلالاتها الاحصائية وافقت درجة 0.01.

ومن خلال الاحتكاك بمرضى الفصام في حالة الأزمة، خلال انتكاساتهم، بعد محاولات الانتحار... وكيف كان تدخل الشرطة والحماية المدنية كل هذا ساعدني في ضبط عنوان الدراسة وتحديد إشكالياتها وفروضها. في هذه المرحلة تم انتقاء حالات الدراسة حيث تم توجيههم إلى المركز الوسيطي لعلاج الإدمان بـ بسكرة، أين كان لي مكتب وورشتان وفريق علاجي الذي رحب بي لمساعدتي في تطبيق البرنامج والذي يضم مختص في الأمراض العقلية ومختصين في علم النفس.

بعد الانتهاء من بناء البرنامج العلاجي بالاستناد إلى نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على شكل عدد من الحصص العلاجية أين تستخدم فيه فنيات معرفية، سلوكية وانفعالية لمساعدة الأمهات، وقد تم عرضه في صورته الأولية على مجموعة من أساتذة خبراء، حيث تمت الموافقة عليه وأبدوا اهتمامهم بموضوع الدراسة وبطبيعة البرنامج وشجعوني على إتمام البحث.

كما أسفرت الدراسة الاستطلاعية عن فكرة لاعقلانية جديدة وهي الاعتقاد بالسحر «
أؤمن بأن السحر هو السبب الحقيقي لمرض ابني».

وقد جاءت هذه الفكرة اللاعقلانية نتيجة للتغيير المفاجئ الذي يطرأ على الأشخاص الذين يتعرضون لمرض الفصام حيث قاموا بتعليمهم الابتدائي والمتوسط ومنهم من دخل الجامعة بصورة عادية بل منهم من كان نجيبا وناجحا، وفجأة انقلبت أحوالهم ولم تعد لديهم الرغبة في مواصلة الدراسة وأعرضوا عنها وبدأت أعراض الفصام تظهر كالهلاوس: « بأن شرطي يريد أخذه إلى السجن» أو سماع صوت داخلي يطلب منه: «أن يقتل نفسه أو أن يقتل شخصا آخر» أو « يشم روائح كالبخور أو روائح كريهة لدرجة أنه يتقيأ».

كما يعاني مرضى الفصام من كل أنواع الهذيان كهذيان الاضطهاد، يعتقد المصاب بالفصام أن عائلته حكمت عليه بالموت أو تحاول أن تضع له سحرا أو سما لقتله، بالإضافة إلى الهذيان الروحي، كالاعتقاد بأنه نبي الله مبعوث أو أنها العذراء مريم وستلد المسيح أو أن سورة من سور القرآن الكريم نزلت عليها، إلى جانب هذيان العظمة وتظهر على شكل جنون يعلن أنه رئيس الجمهورية. وهي أعراض في اعتقاد أمهات مرضى الفصام تشبه أعراض المس والسحر خصوصا أن حالة أبنائهن منذ ولادتهم كانت طبيعية حتى الإصابة بالمرض. وهذا ما جاء في المقابلات العيادية معهن خلال خمس سنوات معظمهن إذا لم أقل كلهن صرّحن: «ابني مسحور» ، «ابنتي مسحورة» وتضيف: « لما ترقّي تُولي مَليحا ثم يُعاودولها السحر» وتؤكد الأخرى «ابني أربع سنين في الرقية: بعث ذهبي كلو، يُعود مليح ومُبعد يُعاودولو، ديما مورا».

أمهات مرضى الفصام يعتقدن في إصابة أطفالهن بالمس والسحر ولهذا الاعتقاد بعد أنثروبولوجي كذلك يتمثل في تلك الثقافة المترسخة لدى بعض فئات المجتمع حول وجود السحر وآثاره على الجميع. ويعتبر وجود السحر في المجتمعات قديما جدا إذ يعود إلى

مرحلة ما قبل التاريخ بصور وتسميات متعددة وارتبط في بعض المراحل التاريخية بالدين وهو بوجه عام يرتبط بتحكم البشر في قوى خارقة للطبيعة.

2- منهج الدراسة:

اعتمدنا في بحثنا على نوعين من المناهج تمثلا في المنهج العيادي والمنهج الشبه تجريبي:

2-1 المنهج العيادي: هو منهج دراسة الحالة يهتم بتغيير الظواهر السلوكية الناجحة والمصاحبة لحالات سوء التوافق بغرض التعرف عليها وتحديد أعراضها والوقوف على أسبابها سواء كانت ممهدة أو مفرزة أو معجلة، فطرية كانت أم مكتسبة وذلك لمحاولة تقديم الوقاية المناسبة لمثل تلك الحالات.

فيجب أن يكون الهدف الهام لدراسة الحالة الفردية التركيز على الوقاية بمعنى آخر إزالة الشروط التي تعوق التوافق أو يمكن أن تتال الفرد بالاضطراب وهذا لن يتم إلا بوضع أيدينا على جميع مصادر الأسباب بشكل محدد وحاسم وهذا لن يتأتى إلا بدراسة الحالة.

وبالتالي تهدف دراسة الحالة إلى هدفين رئيسيين الأول: نظري، يتمثل في معرفة أسباب السلوك (المضطرب)، وعوامل ظهوره وتحقيق الفهم العلمي للظاهرة المرضية والثاني: تطبيقي وهو محاولة لتحقيق الاستقرار النفسي للأفراد والقضاء على عوامل الاضطراب، ولا يتم ذلك إلا في ضوء سياسة لا تهتم فقط بعلاج الاضطراب بل الوقاية منه. (الطيب وآخرون، 2000: 473-474).

2-2 المنهج الشبه تجريبي:

نتيجة لصعوبة تطبيق المنهج التجريبي على الكثير من الظواهر الانسانية ودراستها في الواقع الفعلي، فإن الباحثة تلجأ إلى المنهج شبه التجريبي والذي يقوم في الأساس على دراسة الظواهر الانسانية كما هي دون تغيير عدا التغيير الذي يحدث في المتغيرات لمعرفة أثره على المتغير التابع. (خضر، 2014: 158).

ولتحقق من فعالية البرنامج العلاجي اعتمدنا على المنهج الشبه تجريبي ذو المجموعة الواحدة، هذا التصميم يستخدم مجموعة واحدة من الأفراد في طرفين مختلفين ويمكن تلخيص خطواته الاجرائية فيما يلي:

- أ. إجراء اختبار قبلي على المجموعة وذلك قبل إدخال المتغير المستقل في التجربة.
- ب. استخدام المتغير المستقل على النحو الذي يحدده الباحث ويضبطه الهدف من ذلك إحداث تغيرات معينة في المتغير التابع يمكن ملاحظتها وقياسها.
- ج. إجراء اختبار بعدي لقياس تأثير المتغير المستقل في المتغير التابع.
- د. حساب الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي.
- هـ. اختبار دلالة الفرق بين الاختبارين إن وُجد إحصائياً.

إن التصميم التجريبي ذو المجموعة الواحدة يمكن أن يؤدي إلى نتائج مُرضية للغاية بشرط التحكم في جميع العوامل التي يمكن أن تؤثر على التجربة.

(برو، 2014: 73-74).

3- مجموعة الدراسة وخصائصها:

تكونت مجموعة الدراسة من عشر (10) أمهات تم اختيارهن بطريقة قصدية، حيث تتوفر فيهن الشروط التالية:

1. أن تكون أما لابن مصاب بفصام البرانوي وهذا ما تم تشخيصه من قبل طبيب عقلي.

2. أن لا يتجاوز سنها 60 سنة لأن الدراسة الاستطلاعية أثبتت عدم قدرة من تتجاوز هذا السن على فهم شروط ومجريات الدراسة.

3. أن تكون متمتعة بصحة عقلية وجسدية جيدة.

4. أن لا يكون للأمهات ابن آخر يعاني من فصام أو إعاقة أخرى.

5. أن تكون جميع الأمهات غير منفصلات من آباء الابن المريض.

وفي ما يلي عرض أهم الخصائص التي تتميز بها الحالات في الجدول التالي:

جدول رقم (6) يوضح خصائص مجموعة الدراسة:

الأفراد	السن	الحالة المدنية	المستوى التعليمي	المهنة	المستوى الاقتصادي	عدد الأطفال	نوع الفصام
أم خولة	47 سنة	متزوجة	ابتدائي	خياطة	ضعيف	09	برانوي
أم عادل	48 سنة	متزوجة	متوسط	ماكثة بالبيت	متوسط	05	برانوي
أم ابتسام	50 سنة	متزوجة	أمية	ماكثة بالبيت	ضعيف	04	برانوي
أم وهيبة	52 سنة	متزوجة	ابتدائي	موظفة (مزرعة)	متوسط	03	برانوي
أم محمد	49 سنة	متزوجة	متوسط	مطعم (مدرسة)	ضعيف	05	برانوي
أم فؤاد	58 سنة	متزوجة	أمية	ماكثة بالبيت	ضعيف	06	برانوي
أم فيصل	47 سنة	متزوجة	متوسط	ماكثة بالبيت	ضعيف	04	برانوي
أم بشرى	55 سنة	متزوجة	ابتدائي	موظفة	ضعيف	07	برانوي
أم أحمد	50 سنة	متزوجة	أمية	ماكثة بالبيت	متوسط	03	برانوي
أم يونس	46 سنة	متزوجة	ابتدائي	ماكثة بالبيت	متوسط	04	برانوي

4. مجال الدراسة:

تمّ القيام بالجانب التطبيقي من الدراسة بمدينة بسكرة. تبعد على العاصمة بـ 450 كم، حيث تقع هذه الولاية في الجهة الجنوبية الشرقية من البلاد. يحدها من الشمال ولاية باتنة ومن الشمال الغربي ولاية المسيلة ومن الشمال الشرقي ولاية خنشلة ومن الجنوب ولايتي الجلفة والوادي.

بدأت الدراسة في قسم الأمراض العقلية بمستشفى -حكيم سعدان بسكرة- حيث تتكون المصلحة من جناح إداري وجناح أمراض عقلية نساء وجناح أمراض عقلية رجال. مهامها فحص طبي، فحص نفسي، استقبال الحالات الاستعجالية للمرضى، استخراج الشهادة التي تثبت المرض العقلي، استخراج شهادة السلامة العقلية، التكفل الطبي والنفسي بالمرضى المقيمين.

وفي هذه المصلحة تم القيام بالدراسة الاستطلاعية و تحديد مجموعة البحث التي وجهت إلى المركز الوسيطي لعلاج الإدمان أين تم تطبيق البرنامج العلاجي.

المركز الوسيطي لعلاج الإدمان:

يُعتبر المركز الوحيد المتخصص في علاج الإدمان على مستوى ولاية بسكرة، افتتح يوم 5 جويلية 2010 حيث يقدم في هذا المركز التكفل الطبي (فحوص و مخبري) والتكفل النفسي كما يطبق فيه برامج علاجية الخاصة بالمدمنين على المخدرات ويتكون المركز من طابقين الأرضي والعلوي وبه ورشات أين طبقنا فيه البرنامج.

5- أدوات الدراسة:

1.5 المقابلة العيادية النصف مُوجهة:

المقابلة هي علاقة اجتماعية مهنية دينامية وجهًا لوجه بين الفاحص والمفحوص في جو نفسي آمن تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين تهدف إلى جمع معلومات من أجل حل المشكلة، أي أنها علاقة مهنية فنية حساسة يتم فيها تفاعل اجتماعي هادف وتبادل معلومات و خبرات مشاعر واتجاهات ويتم خلالها التساؤل عن كل شيء. (زهران، 1989: 179).

حيث تعتمد على دليل المقابلة و التي تُرسم خطتها مُسبقًا بشيء من التفصيل وتوضع لها تعليمة مُوحدة يتبعها جميع من يقوم بالمقابلة لنفس الغرض وفيها تحدد الأسئلة و صياغتها وتوجيهها وترتيبها وطريقة إلقائها بحيث يكون فيها نوع من المرونة. (بركات، 1984: 399).

لقد جاءت المقابلة مرفوقة باستمارة تتضمن بيانات شخصية متعلقة بأمهات مرضى الفصام، كما اشتملت هذه الاستمارة على مجموعة من أسئلة تتعلق بحالة المريض وكيف تم التعامل مع المرض والمريض. ومن أجل الإلمام الجيد لحالة المريض وعدد انتكاساته التي كانت تصل في بعض الحالات إلى محاولات الانتحار، قمت بإنشاء بطاقة خاصة بكل حالة سجلت فيها عدد الانتكاسات ومحاولات الانتحار، حالة تدخل الشرطة، الإدمان على الكحول، المخدرات، التبغ، القهوة (انظر الملحق دليل المقابلة وبطاقة المريض قبل و بعد البرنامج).

2.5. مقياس إدراك الضغط:

صمم من طرف ليفنستاين وآخرون (Levenstein et al) سنة 1993 بهدف قياس مؤشر إدراك الضغط ويشمل 30 عبارة ويتضمن نوعين من البنود منها بنود مباشرة وبنود غير مباشرة.

البنود المباشرة: وعددها 22 عبارة وتدل هذه العبارات على وجود مؤشرات الضغط المرتفع عندما يجيب عليها المفحوص بالقبول اتجاه الموقف الذي يصفه البند وإلى مؤشر إدراك ضغط منخفض عندما يجيب المفحوص بالرفض وتتمثل هذه البنود في العبارات رقم: 2، 3، 4، 5، 6، 8، 9، 11، 12، 14، 15، 16، 18، 19، 20، 22، 23، 24، 26، 27، 28، 30. وتتقط من 1 إلى 4 من اليمين (تقريباً أبداً) إلى اليسار.

1. **البنود غير المباشرة:** وعددها 08 عبارات وتدل على وجود مؤشر إدراك الضغط المرتفع عندما يجيب المفحوص عليها بالرفض وعلى مؤشر إدراك الضغط المنخفض عندما يجيب عليها بالقبول. وتتمثل هذه البنود في العبارات رقم 1، 7، 10، 13، 17، 21، 25، 29. وتُتقط هذه البنود بصفة معكوسة من 4 إلى 1 من اليمين (تقريباً أبداً) إلى اليسار.

• ثبات وصدق المقياس

قامت الباحثة **حكمة آيت حمودة** بترجمة مقياس إدراك الضغط إلى اللغة العربية وتقنيه في البيئة الجزائرية بمدينة عنابة، على عينة قوامها (285) فرداً، صنفوا من حيث الجنس إلى 123 ذكورا و162 إناثا، وتوزع العينة إلى مجموعتين، مجموعة عادية (غير مرضية) وتشمل 117 فرداً ومجموعة مرضية وتشمل 168 مفحوصاً، حيث يتوزعون إلى أربع مجموعات فرعية وهي مرضى الربو، ومرضى السكري، والمدمنين على المخدرات ومحاولي الانتحار.

الوثبات: تم قياس التوافق الداخلي للاستبيان باستعمال معامل ألفا (coefficient Alpha) فأظهر وجود تماسك قوي يُقدر بـ **0.90** كما أظهر قياس ثبات المقياس باستعمال طريقة تطبيق وإعادة تطبيق الاختبار بعد فاصل زمني يقدر بثمانية أيام (8) وجود معامل ثبات مرتفع يقدر بـ **0.82**

الصدق: لقد تم التحقق من صدق المقياس باستخدام الصدق التلازمي (concurrent validity) الذي يركز على مقارنة مقياس إدراك الضغط مع المقاييس الأخرى للضغط فأظهر وجود ارتباط قوي مع سمة القلق بـ **0.75** ومع مقياس إدراك الضغط لـ cohen يقدر بـ **0.73** بينما سجل ارتباط معتدل يقدر بـ **0.56** مع مقياس الاكتئاب وارتباط ضعيف يقدر بـ **0.56** مع مقياس الاكتئاب وارتباط ضعيف يقدر بـ **0.35** مع مقياس قلق الحالة. **طريقة التصحيح:**

تتقط بنود هذا الاختبار وفق 4 درجات وذلك حسب نوع البنود فالبنود المباشرة تتقط من 1 إلى 4 من اليمين (تقريباً أبداً) إلى اليسار (عادة) أما البنود غير المباشرة فتتقط من 4 إلى 1 من اليمين (تقريباً أبداً) إلى اليسار (عادة).

والجدول رقم (07) يوضح ذلك إذ بعد تنقيط كل بند نقوم بجمع الدرجات المُحصل عليها لإيجاد الدرجة الكلية للاختبار.

جدول رقم (07) يوضح كيفية تنقيط اختبار إدراك الضغط ليفنستاين Levenstein

البنود	الاختبار	بنود مباشرة	بنود غير مباشرة
- تقريبا أبدا	نقطة	4 نقاط	
- أحيانا	نقطتان	3 نقاط	
- كثيرا	3 نقاط	نقطتان	
- عادة	4 نقاط	نقطة	

ويتغير التقييط حسب نوع البنود مباشرة أو غير مباشرة، ويستنتج مؤشر إدراك الضغط في هذا المقياس وفق المعادلة التالية:

$$\text{مؤشر إدراك الضغط} = \frac{\text{مجموع القيم الخام} - 30}{90}$$

$$\text{Perceived stress index} = \frac{\text{rawscore} - 30}{90}$$

ويتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في المقياس من البنود المباشرة وغير المباشرة وتتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من الصفر (0) ويدل على أدنى مستوى ممكن من الضغط (Lowest possible level of stress) إلى واحد (1) ويدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط (highest possible level of stress) (آيت حمودة، 2005، : 225-228)

3-5 مقياس الأفكار اللاعقلانية:

أعدّ هذا المقياس سليمان الريحاني عام 1985، وهذا بعد القيام بتجربة المقياس الأصلي لألبرت إليس Albert Ellis وتقنيته على البيئة الأردنية وهو يتكون من (52) عبارة يعبر من خلالها عن ثلاثة عشر فكرة لاعقلانية منها 11 فكرة لاعقلانية قدّمها إليس Ellis في نظريته بالإضافة إلى فكرتين تم صياغتهما لتعبيران عن خصائص المجتمع العربي ويتم التعبير عن كل فكرة من خلال أربعة فقرات، نصفها إيجابي أي في اتجاه الفكرة ونصفها سلبي أي في الاتجاه المعاكس للفكرة والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (8) يوضح الأفكار اللاعقلانية والعبارات المرتبطة بها.

رقم الفكرة	مضمون الفكرة	أرقام العبارات المرتبطة بها
01	طلب التأييد والاستحسان	40-27-14-1
02	ابتغاء الكمال الشخصي	41-28-15-2
03	اللوم القاسي للذات و للآخرين	42-29-16-3
04	توقع الكوارث	43-30-17-4
05	التدهور الانفعالي	44-31-18-5
06	القلق الدائم	45-32-19-6
07	تجنب المشاكل	46-33-20-7
08	الاعتمادية	47-34-21-8
09	الشعور بالعجز	48-35-22-9
10	الانزعاج لمشاكل الآخرين	49-36-23-10
11	ابتغاء الحلول الكامنة	50-37-24-11
12	الجدية و الرسمية	51-38-25-14
13	علاقة الرجل بالمرأة	52-39-26-13

ثبات المقياس: تم حساب الثبات بطريقتين هما:

أ. إعادة الاختبار: حيث تراوحت قيم معامل الثبات للدرجات الفرعية الثلاثة عشر بين 0.45 و 0.83 بمتوسط قدره 0.70 أما معامل الثبات على أساس الدرجة الكلية للاختبار قدره 0.85.

ب. طريقة الاتساق الداخلي: باستخدام معادلة الفا كرونباخ وتراوحت قيم معاملات الثبات للأبعاد الثلاثة عشر ما بين 0.54 و 0.91 بمتوسط 0.79 أما معامل الثبات على أساس الدرجة الكلية فقد قدر ب 0.92.

صدق المقياس: قام سليمان الريحاني بحساب صدق المقياس بالطرق التالية:

أ. **الصدق المنطقي:** وذلك باللجوء لأسلوب التحكيم من قبل المتخصصين في علم النفس والإرشاد النفسي و ذلك باتفاق 90% منهم على صدق الفقرات في قياس البعد الذي وضعت لقياسه كمعيار.

ب. **الصدق التجريبي:** حيث تمتع المقياس بدلالات صدق تجريبية ظهرت في قدرته على التمييز بين الأسوياء والعصابيين. حيث دلّت نتائج تحليل التباين على وجود فروق ذات دلالة احصائية عن مستوى 0.01 بين العصابيين ومتوسط الأسوياء على الدرجة الكلية للمقياس. أما نتائج التحليل التمييزي بين العصابيين والأسوياء على جميع أبعاد الثلاثة عشر الفرعية دلّت أن جميعها تتمتع بقدرة على التمييز بين العصابيين والأسوياء، إذ تراوحت قيمة F بين 3.93 و 17.30 لمستويات دلالة 0.05 و 0.01.

ج. **الصدق العاملي:** بينت نتائج التحليل العاملي أن معاملات الارتباط الكلية وقد أمكن استخلاص أربعة عوامل فسرت معظم أجزاء المقياس 55% وهي:

العامل الأول: ويسمى اللاعقلانية المرتبطة بمظاهر الاحباط والقلق وتمثلها العبارات 3، 5، 6، 7، 8، 9.

العامل الثاني: ويسمى اللاعقلانية المرتبطة بالمثالية والكمال، وتمثله العبارات 2، 4، 11.

العامل الثالث: ويسمى اللاعقلانية المرتبطة بالحب والانتماء. وتمثله العبارات 1، 10.

العامل الرابع: ويسمى اللاعقلانية المرتبطة بالعلاقات الشخصية وتمثله العبارات 12، 13.

تم تقنين المقياس في البيئة الجزائرية من طرف الباحثة سهامبوخاري على عينة قوامها 40 مدمنا (20 من الذكور و 20 من الإناث) ثم اختارهم بطريقة عشوائية إذ تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأفراد على البنود الفردية ودرجاتهم على البنود الزوجية، وذلك باستعمال معامل الارتباط بيرسن وقد بلغ **0.632** وهو دال عند مستوى **0.01** وباستخدام معادلة التصحيح لـ سرمان براون يبلغ معامل الثبات **0.80** وهو معامل مرتفع يشير إلى اتساق داخلي للمقياس.

كما قامت الباحثة بحساب صدق المقياس وهذا ما يوضحه الجدول الآتي:

جدول رقم (9) يوضح درجات معامل الاتساق الداخلي لمقياس الأفكار اللاعقلانية

الأبعاد	معامل الارتباط
طلب الاستحسان	**0.478
ابتغاء الكمال الشخصي	**0.529
اللوم القاسي للذات و الآخرين	**0.553
توقع المصائب، الكوارث	**0.844
التدهور الانفعالي	**0.576
القلق الزائد	**0.488
تجنب المشاكل	**0.753
الاعتمادية	**0.662
الشعور بالعجز	**0.554
الانزعاج لمشاكل الآخرين	**0.643
ابتغاء الحلول الكاملة	**0.722
الجدية والرسمية	**0.017 غير دال
علاقة الرجل بالمرأة	**0.513

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معاملات الارتباط بين درجة البعد والدرجة الكلية للمقياس جاءت كلها عند مستوى 0.01 ما عدا بُعد واحد وهذا ما يدل على أن المقياس يتمتع بصدق أي يقيس ما وضع لقياسه.

تصحيح المقياس

يتم التصحيح كالتالي: كل استجابة "نعم" تعطي درجتان ودرجة واحدة في حالة الإجابة "لا" وهذا يكون بالنسبة للعبارة السالبة الدالة على التفكير اللاعقلاني. أما العبارات الموجبة الدالة على التفكير العقلاني يكون العكس. وتكون الدرجة الدنيا على كل بعد من الأبعاد (13) وهي (04) درجات وهي قيمة تعبر عن درجة عالية من التفكير العقلاني. أما الدرجة العليا على كل بعد من الأبعاد (13) هي (08) درجات، وهي قيمة تعبر عن درجة عالية من التفكير اللاعقلاني. وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على المقياس ما بين (52) درجة في حدها الأدنى وهي تعبر عن رفض المفحوص لجميع الأفكار اللاعقلانية التي يمثلها المقياس. و (104) درجة في حدها الأعلى وهي درجة تعبر عن قبول المفحوص لجميع الأفكار اللاعقلانية التي يمثلها المقياس، أي درجة عالية من التفكير اللاعقلاني وتمثل الدرجة (78) النمط العام، أي كلما ارتفعت الدرجة الكلية عن ذلك فهذا يعني أن الفرد يميل إلى التفكير اللاعقلاني بدرجة عالية. أما إذا كانت أقل فهذا يدل على تفكير الفرد يميل إلى التفكير العقلاني. (بوخاري، 2016 : 177-181).

4.5 البرنامج العلاجي المقترح:

تم تصميم البرنامج العلاجي من قبل الباحثة استناداً إلى نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وذلك لخفض الضغوط النفسية وتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أمهات مرضى الفصام ويُعدّ من الأدوات الأساسية التي تم استخدامها لتحقيق أهداف الدراسة وهو برنامج منظم ومخطط يطبق في حصص علاجية أين يستخدم فيه مجموعة فاعلة

من المبادئ والإجراءات التي تتضمن الفنيات المعرفية والسلوكية والانفعالية والتي تهدف إلى إعادة تشكيل البنية المعرفية والانفعالية لدى الأمهات وذلك بتزويدهن بالمعلومات الأساسية حول مرض الفصام وتدريبهن على مهارات التواصل الفعال والعمل على حث أبنائهن على متابعة العلاج الدوائي. كما تم في كل حصة مناقشة فكرة من الأفكار اللاعقلانية لـ **إليس وسليمان الريحاني** والفكرة الجديدة الخاصة بالباحثة للتقليل من الانتكاسات المتعددة التي يتعرض لها مريض الفصام وتدخلات الشرطة وبغرض تعديل أفكار الأمهات المشوهة.

* تحديد محتوى البرنامج العلاجي:

لقد تم تصميم محتوى البرنامج في هذه الدراسة بالاعتماد على مجموعة من الدراسات طبقت فيها برامج إرشادية والبرامج العلاجية التي أجريت في مجال العلاج المعرفي السلوكي والعلاج العقلائي الانفعالي مثل: دراسة سي بشير (2008) قاصب (2011) بوخاري (2016) صلاح الأسمر (2014) عبد الستار (2005) كفاي (1998).

أما بالنسبة للبرامج الخاصة بعائلات مرضى الفصام وجدت الباحثة ما يلي:

- دراسة الباحثة أسماء عبد الستار عراب (2015): عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب حل المشكلات في التخفيف من الضغوط النفسية لدى زوجات مرضى الفصام العقلي.
- برنامج Unafam (باريس)

**Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades psychiques
(Délégation de Paris)**

الاتحاد الوطني لعائلات وأصدقاء المرضى نفسياً، يهدف هذا البرنامج لاستطلاع شعور وصعوبات واحتياجات وطموحات العائلات ويحاول دراسة العبء الذي يتكبده محيط العائلة، طبيعته ومحصلته ومحاولة فهم نوع المساعدة المقدمة للمريض. وهي أيضاً

تعمل على مرافقة العائلات وتبادل تجاربهم لأجل تعلم كيفية التعايش مع قريب له صعوبة نفسية ومواجهة مدّة الأزمة و تنظيم المأوى والمسكن مع تسهيل إعادة دمجهم في المجتمع.

- كما اطلعت الباحثة على بعض الدوريات المتخصصة في الأمراض العقلية كدورية (2010) "Les Troubles mentaux" تطرقت إلى اضطراب الفصام تاريخه، أعراضه وطرق التكفل.

ودورية متخصصة في "الأسر في العلاج". "La famille dans les soins" (2011) وهذا لمساعدة أسر وأقرباء مرضى الفصام، نجد برنامج لويس جوزيف Louis Joseph (2011): في الاستماع à l'écoute de la singularité familiale هذا البرنامج صمم للعمل مع عائلات مرضى الفصام كل عائلة يجب استقبالها من طرف المعالجين ومرافقيهم من أجل علاج أفضل في أسرع وقت ممكن، هناك مجموعة من المعلومات حول المرض، هناك أيضا التحكم في المشاعر وتقاسم المشاعر، كما يجب أن نستمع إلى العائلات وأن نخلق مجموعة متكلمين، مجموعة علاجية، مجموعة معلومات، يقول لويس جوزيف : - فلنستمع أكثر فأكثر لأن العائلة التي يستمع لها المعالجون هذه أيضا جاهزة لسماع قريبها المريض-.

- برنامج Pro-famille (1991) أعدته وحدة علم النفس الاجتماعي والوقائي في جامعة laval بكندا للتعريف بشكل أفضل بانفصام الشخصية لدى الأقرباء، فضلا عن العلاجات والصعوبات الاجتماعية والعلاقات الناجمة عنها، والذي أصبح شبكة دولية التي تضم العديد من البلدان من بينها فرنسا وكندا وسويسرا وبلجيكا والكاميرون وجمعية أملي Amali بالمغرب. هو برنامج نفسي تربوي يستند إلى العلاج المعرفي السلوكي من أصل كيبكي d'origine québécoise موجه إلى الأسر الذين لهم قريب يعاني من الفصام، وهو برنامج تكويني تدريبي وإعطاء معلومات لهذه الأسر. يتكون من مادتين 2 modules متتابعة وفعالية هذا البرنامج تتوقف على المشاركة والمداومة الكاملة للمادتين.

المادة الأولى: تدريب أولي، التعليم وتلقي مبادئ، يحتوى على 14 حصة جماعية إضافة إلى حصتين فردية للمراجعة وتكون في منازلهم.

المادة الثانية: للتعمق d'approfondissement والتدعيم أو للتقوية، تتكون من 6 حصص مدتها سنة.

ولمعرفة مدى فعالية هذا البرنامج العلاجي اتصلت برئيس المركز الطبي السيكولوجي **Y. Hodé CMP** حيث حصلت على نسخة كاملة من البرنامج في طبعته الجديدة (V3.2) الذي يتمحور أساسا حول التخفيف من الضغوط النفسية لدى أقرباء مرضى الفصام والتقليل من انتكاساته المتعددة. هذا ما ترتب عليه السفر إلى زيارة المركز الطبي السيكولوجي **CMP** بمرسيليا (فرنسا، 2013) الذي يُطبق فيه برنامج **Profamille** حيث قامت الفرقة التقنية الممارسة لهذا البرنامج بإطلاعي على طريقة عملهم، وعلى مدى نجاح هذا البرنامج كما أجابوا على كل تساؤلاتي.

وفي السنة الموالية (2014)، قمت بزيارة مصلحة الأمراض العقلية بمستشفى سانت آن **SainteAnne** بباريس أين كذلك يطبق فيه برنامج **Profamille** حيث تم استقبالي من طرف الدكتورة **فيلا ر Villard** ، أوضحت لي أهمية هذا البرنامج في التكفل النفسي وفعاليته في مساعدة الأسر لمواجهة المرض والحد من تطوره ووجود حلول له. وأن هذا البرنامج أعطى نتائج إيجابية من حيث التقليل من انتكاس المريض بالفصام والتخفيف من الضغط النفسي لدى أسرهم، ما سمح للعائلات التي يعاني أحد أفرادها من الفصام بالمشاركة بقوة في هذا البرنامج.

بعد الاطلاع على العديد من الدراسات وعلى بعض البرامج المخصصة للتكفل بالأسر مرضى الفصام وخاصة برنامج **Profamille** وبعد القيام بعدة مقابلات عيادية مع أمهات مرضى الفصام، تم بناء البرنامج الذي يتكون من 15 حصة تهدف إلى التكفل النفسي والتخفيف من الضغوط النفسية لديهن مع تعديل بعض الأفكار والمعتقدات

الخاطئة حول المرض التي أثرت على حياتهن وسعادتهن وخاصة سير علاج أبنائهن. فيما يلي عرض ملخص عام للبرنامج العلاجي.

* ملخص عام للبرنامج العلاجي:

وقد تعذر إحتفاظنا بالعدد الأصلي لأفراد العينة التجريبية، بسبب تسرب بعض أفرادها أو ما يسمى بالفنائية التجريبية، ولذا تمكنا من الاحتفاظ ب 8 حالات فقط من أصل 10 حالات.

بالنسبة لأم بشرى تم إقصاؤها في الحصة الثانية بسبب إصابة أحد أبنائها بالفصام وهذا ما يتعارض مع شروط العينة، أما الحالة الثانية أم يونس انقطعت عن مواصلة الحصة العلاجية.

جدول (10) يوضح الملخص العام للبرنامج العلاجي

نوع البرنامج	العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
الهدف الرئيسي	تعديل الأفكار اللاعقلانية خفض الضغوط النفسية لدى أمهات مرضى الفصام
الأهداف الخاصة	-تأكيد فعالية البرنامج العلاجي لمساعدة أمهات مرضى الفصام و ذلك بتزويدهن بالمعلومات الكافية حول مرض الفصام، أسبابه، أعراضه وطرق علاجه -التصرف في حالة الأزمة (الانتكاسات) -تطوير المهارات للتحكم في الشعور بالذنب و تأنيب الضمير -الحد من المعاناة عن طريق إدارة المشاعر والأفكار. -تطوير مهارات التواصل مع المريض -الحد من الإدمان والانتحار -طرح ومناقشة الأفكار اللاعقلانية حول مرض الفصام لدى الأمهات. -العودة إلى الدور الاجتماعي
الفنيات	هي بعض الفنيات المعرفية السلوكية الانفعالية تستخدم في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي: -مواجهة الخجل، التعزيز، دحض الأفكار اللاعقلانية من خلال معادلة، ABC الواجبات المنزلية، التغذية الراجعة feed-back، لعب الأدوار، الحوار الذاتي، استخدام الفكاهة.
عينة البرامج	-مجموعة من أمهات مرضى الفصام عددهن 10 أمهات بمدينة بسكرة

الأساليب و الأدوات المستخدمة	Poster- يحتوي على صور بعض مرضى الفصام وصورة لدماغ مريض بالفصام ورق A4 يحتوي على ملخص فيه عرض مختصر لمحتوى البرنامج Laptop- (عرض فيديو)
منفذ البرنامج	فريق علاجي: الباحثة، مختص في الأمراض العقلية وأخصائيين نفسانيين بمركز الوسيطى لعلاج الإدمان
مكان البرنامج	تم اختيار عينة الدراسة بمصلحة الأمراض العقلية بمستشفى الحكيم سعدان بـ بسكرة وتم تطبيق البرنامج العلاجي في ورشات بمركز الوسيطى لعلاج الإدمان بـ بسكرة.
عدد الحصص	15 حصة علاجية
مدة الحصة	90 دقيقة مقسمة على فترتين تتخللها استراحة تقدم فيها وجبة خفيفة
مدة البرنامج	3 أشهر و 21 يوما
أساليب التقويم	تطبيق المقاييس القبلية والبعديّة: مقياسي إدراك الضغط ومقياس الأفكار اللاعقلانية

5-5- الأدوات الاحصائية المستخدمة في الدراسة:

لتحقق من احتمالات صدق فروض الدراسة الراهنة قد تمت معالجتها احصائيا مع قياس دلالاتها باستخدام الحاسب الآلي، مستعينة بالحزمة الاحصائية للعلوم الانسانية (spss).

* معامل الارتباط بيرسن (preason) لتأكد من صدق و ثبات مقياس الأفكار اللاعقلانية المستعمل في الدراسة

* استخدمت الباحثة برنامج (spss 23) واختبار " T " لدراسة الفروق في مجموعة واحدة قياس قبلي وبعدي.

حددت الباحثة مستويات مقياس ادراك الضغط ومقياس الأفكار اللاعقلانية كالتالي:

التقدير	مؤشر إدراك الضغط
ضعيف	0.33 – 0
متوسط	0.66 – 0.34
مرتفع	1 – 0.67

التقدير	الدرجة على مقياس الأفكار اللاعقلانية
منخفضة	69 – 52
متوسطة	87 – 70
مرتفعة	104 – 88

الفصل السادس

عرض ومناقشة النتائج:

- 1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بالضغط النفسية.
- 2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالأفكار العقلانية.
- 3- عرض ومناقشة نتائج تطبيق البرنامج العلاجي.
- 1-3 عرض محتوى وسير حصص البرنامج العلاجي.
- 2-3 نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لحالات الدراسة.
- 1-2-3 نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس إدراك الضغط.
- 2-2-3 نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الأفكار اللاعقلانية.
- 3-3 تقييم ومناقشة نتائج تطبيق البرنامج العلاجي.
- 1-3-3 عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثالثة.
- 2-3-3 عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الرابعة.

تعرض الباحثة في هذا الفصل نتائج الدراسة الحالية والتي تهدف إلى التحقق من مدى فعالية البرنامج العلاجي الذي تم تصميمه وتجريبه في حصص علاجية وفق نظرية العلاج العقلاني الانفعالي على مجموعة من أمهات الفصام لغرض تعديل أفكارهن اللاعقلانية حول مرض أبنائهن والتخفيف من الضغوط النفسية لديهن. وتحقيقاً لفرضيات الدراسة التي تنص على أن أمهات مرضى الفصام تعاني من ضغوط نفسية، ولديهن معتقدات و أفكار لاعقلانية حول مرض أبنائهن و أن متوسطات درجاتهن في القياس القبلي أعلى من متوسطات درجاتهن في القياس البعدي على المقياسي (مقياس إدراك الضغط و مقياس الأفكار اللاعقلانية) و هذا بعد تطبيق البرنامج العلاجي،وعليه سوف يشمل هذا العرض على ثلاث أقسام كما يلي:

1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى : تعاني أمهات مرضى الفصام من ضغوط نفسية.

جدول رقم (11) : يوضح نتائج مقياس إدراك الضغط.

مجموعة الدراسة	الدرجة على مقياس إدراك الضغط	قيمة مؤشر إدراك الضغط	التقدير
أم خولة	96	0,73	مرتفعة
أم عادل	93	0,70	مرتفعة
أم ابتسام	91	0,67	مرتفعة
أم وهيبية	90	0,66	مرتفعة
أم محمد	97	0,74	مرتفعة
أم فؤاد	95	0,72	مرتفعة
أم فيصل	92	0,68	مرتفعة
أم أحمد	92	0,68	مرتفعة

من خلال هذه النتائج نلاحظ أن درجات الأمهات على مقياس إدراك الضغط مرتفعة جدا كلها جاءت فوق 90 درجة وهي درجة قريبة من الدرجة الكلية للمقياس (120)، فكلما ارتفعت الدرجة دلت على ارتفاع قيمة مؤشر إدراك الضغط كما هو موضح في الجدول أعلاه.

وعلى ضوء هذه النتائج تقبل الفرضية الجزئية الأولى للدراسة، مما يؤكد لنا أن أمهات مرضى الفصام يعانون من ضغوط نفسية.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه بيتلي Benthey (1987) في دراسته على الضغوط النفسية الناتجة عن تواجد مريض الفصام داخل الأسرة و التي توصل من خلالها أن مستوى الضغوط لدى أفراد الأسرة جاء مرتفعاً جداً.

كما تتماشى هذه النتائج مع ما توصل إليه إبراهيم عبد الرحيم (2008) في دراسته إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الضغوط النفسية و نوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام وأنهم يعانون من ضغط نفسي مرتفع.

إلى جانب دراسة ريماء الدجاني (2010) والتي أشارت إلى أن المريض بالفصام له دور تفاعلي في الأسرة. حيث يؤثر فيها تأثيراً غالباً ما يكون سلبياً. وفي هذا يذكر ووتر ونورثوفرز Water et Northovers في دراستهما التي قاما بإجرائها على عينة مكونة من 42 مريضاً بالفصام. أن هؤلاء المرضى كانوا سبباً مباشراً في معاناة أقاربهم من الشعور بالشدة والانشغال الاجتماعي والقلق الأسري. وإن معيشة فرد يعاني من مرض مزمن يؤدي بشكل أو آخر إلى أنواع من الشدة التي تؤدي بدورها إلى اضطراب الحياة الأسرية والاجتماعية للأفراد المعاشين للمرض، حيث يميلون إلى العزلة والشعور بالقلق والخوف والشعور بالذنب والإحساس بالدونية وكل ذلك يسبب ضغوطاً نفسية لأقارب المريض.

وهذا نفس ما أكدته نتائج المقابلات العيادية وما صرحت به الأمهات حول حالتهم النفسية. تقول أم خولة: « راحت خولة، دخلت بعضها، مترجش كيما كانت »، وبكت وأضافت « لما نموت لمن نخليها أشعر بحزن وضيق على حالتها كتكون هاججة الدنيا تضيق عليا وتظلام، تضربني، خلاص كرهتني بنتي،» كما تصرح أم عادل: «عندي ضغط كبير بزاف، حاول ينتحر عدة مرات، شعل النار في البيت هبل عادل وراني مقلقة بزاف على خاوتوا يهبلوا كفو مرانيش مليحة ماراني فاهمة والو واش هذه الحالة» تضيف أم ابتسام « نحس بخوف وقلقة، وراهي حرقه في قلبي، وحدي راني محبوسة بعد حالتها، أخفي السكاكين وأغلق الأبواب والنوافذ، حاولت كم مرة الانتحار عندما تحبس دواء لا تتوقف عن الصراخ، السب والشتم» .

أما عن أم وهيبة تقول «أشعر بحزن كبير على وهيبة، خفت بزاف وكنت حامل في الشهر السادس والذي أخافني دخلت في المرض بصدمة كبيرة. باباها ضربها ضرب مبرح، كسر المكنسة عليها. وجدها تتكلم مع شاب في الشارع، لم تبكي وهيبة. رقدت ولما استيقظت بدأت تضحك وتصرخ، أسوأ منظر رأيته في حياتي. قولي هذا المرض لا يشفى، تبكي وتضيف: « كثيرة الهيجان أي دائما تنتكس، تضرب تكسر، تأكل التراب، تأكل الفلفل بطريقة غير عادية وتقول " ابنتي تحب الشارع وتلبس لباسا مكشوف و تهرب» . وتصرح أم محمد «أصبحت قلقة جدا ولا أنام جيدا، أخاف منه من أن يقوم بفعل أشياء كالضرب أو القتل. كم مرة ضرب باباه حتى يتم نقله للمستشفى، أفكر دائما عندما أموت لمن أتركه. وحاليا محمد يفكر في الزواج سألني على السن المناسب للزواج. لم أجد جواب، على عدة أسئلة لا أجد لها أجوبة» أما أم فؤاد قالت: «حالي سيئة جدا. نخاف منوا، يضرب، يزطل، يكسر، يسرقني، يسهر في الليل حتى الصباح ميخليناش نرقدوا راني في أزمة كبيرة. ديما خايفة» وصرحت أم فيصل: «حاليا ابني في المستشفى. قام بتكسير كل شيء في المطبخ و النوافذ حتى طلبنا الشرطة لم نستطيع إيقافه، كارثة و مصيبة أحلت ببيتني، دائما في قلق و خوف واش رايح يصر» وتقول أم أحمد: « لا أستطيع التصديق أن ابني العاقل والرزين أصبح شخصا لا أعرفه. أصبح يرفض تغيير ملابسه وقال أنه يسمع أصوات تقول بأنه سيئا و انه يستحق الموت. محاولات الانتحار كثيرة بكل الطرق. تدخل الشرطة أصبحنا نعيش في ضغط و معاناة دائمة».

كل الأمهات صرحن بأنه ليس هناك شيء أصعب من هذا المرض، قبول مرض الابن دائما ما يكون مؤلما. كلهن مشوشات ومضطربات يغلب عليهن القلق والحزن وخيبة الأمل والخوف والخطر الذي يجعل العائلة تتفكك. يولد الضغط الذي يسببه المرض.

2- عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية : أمهات مرضى الفصام لديهم أفكار لا عقلانية حول مرض أبنائهن .

جدول رقم (12) : يوضح نتائج مقياس الأفكار اللاعقلانية.

مجموعة الدراسة	الدرجة على مقياس الأفكار اللاعقلانية العدد الكلي للدرجات (104)	التقدير
أم خولة	88	مرتفعة
أم عادل	89	مرتفعة
أم ابتسام	93	مرتفعة
أم وهيبة	92	مرتفعة
أم محمد	91	مرتفعة
أم فؤاد	94	مرتفعة
أم فيصل	89	مرتفعة
أم أحمد	90	مرتفعة

حسب ما جاء في الجدول رقم (12) فإن درجات الأمهات على مقياس الأفكار اللاعقلانية مرتفعة جدا وهي درجات تقترب كثيرا من أقصى درجة للمقياس وهي (104). وهذا ما يعذر قبول الفرضية الجزئية الثانية للدراسة والتي تنص إلى أن أمهات مرضى الفصام لديهم أفكار لاعقلانية. حيث تحصلن على درجات مرتفعة جدا و هي درجات توضح مدى ارتفاع التفكير اللاعقلاني عندهن وخاصة فيما يخص سبعة (07) أفكار من مجمل 13 فكرة وهي كالتالي اللوم القاسي للذات، توقع الكوارث، القلق الدائم، الشعور بالعجز، الانزعاج لمشاكل الآخرين، ابتغاء الحلول الكامنة، مكانة الرجل بالنسبة للمرأة.

الأمهات تجهلن تماما طبيعة هذا المرض من الناحية الطبية والعلمية تجدهن يربطن مرض أبنائهن بعوامل خارجية مرتبطة بأفكارهن غير العقلانية، الأم تتكرر تماما مرض ابنها مما يجعلها تفسره بناء على أفكار لا منطقية كالاعتقاد بالسحر.

وقد تبين ذلك للباحثة من خلال مجريات المقابلات العيادية معهن ، كلهن يعتقدن بأن السحر هو السبب الحقيقي للمرض حيث تؤكد أم خولة وتقول :«بنتي عندها عين كبيرة وسحروها». وتضيف أم عادل: « وليدي دارولوا سحر أسود». وتصرح أم ابتسام :«هو سحر، بنتي جربوا فيها».وتقول أم وهيبة :«عندها سحر لأن عندما شربت الرقية استفرغت طعام لم أطبخه منذ مدة » وتضيف أم محمد :«محمد تخطى دم، مسكون ومسحور» وتقول أم فؤاد :«وليدي مسحور، ايشوف ويسمع الجنون » وتؤكد أم فيصل :« نشك في السحر.عمل أو أذى من الجن » أما أم أحمد أحيانا تقول هو سحر وأحيانا مرض.

فكل حالة من مجموعة الدراسة قد صرحت بفكرتها الخاطئة حول مرض ابنها ترجعها للإصابة بالسحر.فيصبح اهتمامها وعلاجها من هذا المنطلق.فتصبح تنتقل إلى من هم أهل لفك السحر كالرقاة والمشعوذين والعرافين.لكنها في كل مرة تصطدم بعدم الشفاء زيادة على انتكاس حالة ابنها وعودتهم إلى مصلحة الأمراض العقلية تكون عن طريق الشرطة أو الحماية المدنية كونهم يكونوا في حالة هيجان أي في حالة أزمة حادة مما يؤدي بهن إلى اللوم القاسي للذات وللآخرين والقلق الدائم وخاصة الشعور بالعجز لعدم وصولهن لحل مثالي لمرض أبنائهن.

- إن كل هذه المعتقدات الخاطئة لدى الأمهات حول مرض الفصام عرقلت سير علاج المريض وزادت من صعوبة الاهتمام به والتواصل معه فعدم تكيف الأم مع ابنها المريض يمكن أن يرفع حملة كبيرة من المشاكل حسب العلاقة بين الأم وابنها، الأم تفكيرها مشوش ومضطرب يتغير سلوكها يمكن أن تشعر بالخوف والجرح والعار، والخجل لهذا تشعر بالذنب.

3- عرض ومناقشة نتائج تطبيق البرنامج العلاجي:

من خلال النتائج الأولية، تم الكشف عن أهم الأفكار اللاعقلانية السائدة عند أمهات مرضى الفصام وذلك بمستويات تشير إلى ارتفاعها الشديد من أبرزها فكرة توقع الكوارث. اللوم القاسي للذات وللآخرين. القلق الدائم، الشعور بالعجز الابتغاء الكمال الشخصي وخاصة فكرة الاعتقاد بالسحر المترسخة لدى معظمهن، كل هذه المعتقدات الخاطئة حول مرض الفصام تزيد من حدة الضغوط النفسية لديهن وهذا ما أكدته نتائج القياس القبلي على مقياس إدراك الضغط. حيث إن مجموعة الدراسة تحصلت على درجات تشير إلى ضغط مرتفع.

ومنه قامت الباحثة ببناء برنامج علاجي مستند إلى نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في حصص علاجية أين تستخدم فيه فنيات معرفية وانفعالية وسلوكية لمساعدة الأمهات لتغيير وتعديل أفكارهن ومعتقداتهن الخاطئة حول مرض الفصام.

وعليه سيتم عرض محتوى و سير الحصص العلاجية الخاصة بالبرنامج العلاجي ثم يتم عرض ومناقشة نتائج القياس القبلي والبعدي لمجموعة الدراسة.

3-1- عرض محتوى و سير حصص البرنامج العلاجي:

جدول (13) يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الأولى.

رقم الحصة	عنوان الحصة	هدف الحصة	الفنيات المستخدمة
الحصة الأولى	الاستقبال والتقييم الأولي و	- التعرف بين المنشطين والمشاركين - كل مشاركة تقدم نفسها في الجماعة - التعريف بالبرنامج وبالفائدة للجماعة - شرح أهداف وسير البرنامج - التخلص من الكف أمام الجماعة و ذلك لتشجيعهن على التكلم عن مشاكلهم بدون خجل - التأكيد على ضرورة الالتزام بالمواعيد خلال حصص البرنامج - مناقشة مبدأ السرية وجبة خفيفة (15 دقيقة) - طرح الفكرة اللاعقلانية للباحثة: "أؤمن بأن السحر هو السبب الحقيقي لمرض ابني" - مناقشة هذه الفكرة مع الأمهات مع منح فرصة لكل منهن وللتحدث دون خجل وبكل حرية حول تجربتها مع الرقاة والمشعوذين - مساعدتهن على كيفية استبدالها بفكرة عقلانية مع إعطاء أمثلة على ذلك - تكليفهن بواجب منزلي يخص الفكرة اللاعقلانية للباحثة باستبدال كلمة "ابني مسحور" "بابني مريض" مرض في الدماغ وليس سحرًا بغرض التعلم وتكرار التعلم.	- المحاضرة - مواجهة الخجل - أسلوب المناقشة - التعزيز - دحض الفكرة اللاعقلانية - استخدام الفكاهة - التلخيص - واجب منزلي (الحوار الذاتي)

جدول (14) يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الثانية

رقم الحصة	عنوان الحصة	هدف الحصة	الفنيات المستخدمة
الحصة الثانية	التعريف باضطراب الفصام وطرح الفكرة اللاعقلانية الأولى لـ إليس	- تزويدهن بمعلومات أساسية وضرورية لفهم اضطراب الفصام وأسبابه وأعراضه، مصير الحالة وتشخيصها. - التأكيد على أن السحر ليس هو السبب في المرض. - التأكيد على أنهن لسن سببا في ظهور المرض لتخفيض من الشعور بالذنب. وجبة خفيفة (15 دقيقة) - طرح الفكرة اللاعقلانية المشتقة من الفكرة اللاعقلانية الأولى لـ إليس: "من الضروري أن يكون ابني المريض محبوبا و مقبولا من كل أفراد العائلة و من المحيطين به" - مناقشة هذه الفكرة اللاعقلانية، نبين لهن أن هذه الفكرة غير منطقية لأن إرضاء الناس غاية لا تُدرك بسهولة - ثم نمح الفرصة لكل مشاركة الحديث حول تجربتها مع أفراد العائلة والأقرباء ومعاملتهم تجاه ابنها. - تكليفهن بواجب منزلي يخص بالفكرة اللاعقلانية	- التغذية الراجعة - تقييم المحاضرة - التعزيز (مادي ومعنوي) - دحض الفكرة اللاعقلانية - التلخيص - واجب منزلي

جدول (15) يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الثالثة.

رقم الحصة	عنوان الحصة	هدف الحصة	الفنيات المستخدمة
الحصة الثالثة	الفصام والاضطرابات المصاحبة له	- مراجعة الواجب المنزلي. - شرح الاضطرابات المصاحبة للفصام (الاكتئاب، الوسواس القهري، الإدمان). - التركيز على الإدمان (التبغ، الخمر، الحشيش، الهروين، القنب الهندي، القهوة). - يجب التأكيد على أنهم لسن سببا في ظهور المرض. - يجب التأكيد كذلك على أن السحر ليس هو السبب في المرض	- التغذية الراجعة - المحاضرة - التعزيز - (عبارات الثناء والشكر والمدح) - مكافآت مادية
	و	وجبة خفيفة (15 دقيقة) - طرح الفكرة اللاعقلانية المشتقة من الفكرة اللاعقلانية الثانية لـ "ابني المريض ليست لديه الكفاءة ليكون فردًا فعالاً و مُنجزاً ما يُنقص قيمته في المجتمع." - مناقشة هذه الفكرة اللاعقلانية مع الأمهات و أن العمل لتحقيق هذه الفكرة قد تؤدي إلى الشعور الدائم بالخوف من الفشل و صعوبة في تحقيقها بشكل كامل و يجب على كل أم أن تنتظر إنجازاً و لو صغير من ابنها المريض - تكليفهن بواجب منزلي يخص الفكرة اللاعقلانية الثانية لـ "ابني المريض"	- دحض الفكرة اللاعقلانية - نموذج ABC - التلخيص. - واجب منزلي.

جدول (16) يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الرابعة

رقم الحصة	عنوان الحصة	هدف الحصة	الفنيات المستخدمة
الحصة الرابعة	معرفة طرق العلاج - الأدوية النفسية و	- مراجعة الواجب المنزلي - التعريف بالأدوية النفسية. - ضرورة التقيد بالعلاج - عرض مختلف العلاجات المتوفرة وفوائدها - المراقبة الضرورية والتأثيرات الجانبية مع الاتصال بالطبيب. - أخطار التوقف على أخذ الدواء	- التغذية الراجعة - المحاضرة - التعزيز
		وجبة خفيفة (15 دقيقة)	
	طرح الفكرة اللاعقلانية الثالثة لـ إليس	- تقديم الفكرة اللاعقلانية الثالثة المشتقة من الفكرة اللاعقلانية الثالثة لـ إليس: "بعض الناس سيئون مع ابني المريض ولذا يجب مُعاقبتهم." - مناقشة هذه الفكرة اللاعقلانية وتوضيحها وتشجيع كل منهن على مناقشة المواقف التي لها علاقة بهذه الأفكار اللاعقلانية و مساعدتهن على دحض هذه الأفكار اللاعقلانية وذلك لخفض الانتباه مع التعلم محاولة تجنب التفكير في الأشياء الخاطئة التي قمن بها وكبح كل شعور يؤدي لها - تكليفهن بواجب منزلي يخص الفكرة اللاعقلانية الثانية لـ إليس.	- دحض الفكرة اللاعقلانية - التلخيص - واجب منزلي

جدول (17) يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الخامسة

رقم الحصة	عنوان الحصة	هدف الحصة	الغيات المستخدمة
الحصة الخامسة	الانتكاسات والتصرف في حالة الأزمة و طرح الفكرة اللاعقلانية الرابعة لـ إليس	- مراجعة الواجب المنزلي - تعريف معنى الانتكاس - سبب الانتكاس - طرق الحد و التقليل من الانتكاسات - التصرف في حالة الأزمة (طلب الشرطة أو الحماية المدنية) - وجبة خفيفة (15 دقيقة) - تقديم الفكرة اللاعقلانية الرابعة المشتقة من الفكرة اللاعقلانية الثالثة لـ إليس: "ابني مريض بالفصام يُعتبر فاجعة ومصيبة لا يمكن تحملها." - مناقشة الفكرة أعلاه مع الأمهات ونبين لهن أن هذا التفكير غير عقلائي لأننا كلنا نتعرض للابتلاء ولكن من غير الطبيعي هو أن ينتج عن هذا الابتلاء حزن شديد ومستمر، يجب أن نتقبل هذا المرض ونساعد أبنائنا و نقف إلى جانبهم ولا أن نرى مرض الابن مصيبة. - واجب منزلي.	- التغذية الراجعة - المحاضرة - التعزيز - دحض الفكرة اللاعقلانية - التلخيص - واجب منزلي

جدول (18) يوضح مخطط سير الحصة العلاجية السادسة.

رقم الحصة	عنوان الحصة	هدف الحصة	الفنيات المستخدمة
الحصة السادسة	تطوير المهارات للتحكم في الشعور بالذنب وتأنيب الضمير	- مراجعة الواجب المنزلي - التكرار على أنهم لسن سببا في ظهور المرض - الشعور بالذنب وتأنيب الضمير - تكرار أن السحر ليس سببا في ظهور المرض وجبة خفيفة (15 دقيقة) - طرح الفكرة اللاعقلانية الخامسة: "إن وجود طفل مريض في الأسرة يقف أمام سعادة الأم." - مناقشة هذه الفكرة مع الأمهات و كل منهن تتحدث على تجربتها الخاصة - بخصوص هذه الفكرة عندما يضخم الفرد الأمور ويُهول في تصور الأحداث (وجود ابن مريض بالفصام) وأن هذا الأخير سيقف أمام سعادتهم. - واجب منزلي	- التغذية الراجعة - لعب الأدوار - التعزيز - دحض الفكرة اللاعقلانية - التلخيص

جدول (19) يوضح مخطط سير الحصة العلاجية السابعة

رقم الحصة	عنوان الحصة	هدف الحصة	الفنيات المستخدمة
الحصة السابعة	الحد من المعاناة عن طريق إدارة المشاعر والأفكار و	- مراجعة الواجب المنزلي - تعليم المشاركين الكلام مع ضبط العواطف وجبة خفيفة (15 دقيقة) - طرح الفكرة اللاعقلانية السادسة: "ينبغي على الأمهات الاهتمام الكبير و التفكير الدائم في ابنها المريض." - مناقشة الفكرة السابقة مع استخدام أساليب المناقشة وأن يكون الاهتمام بالابن المريض غير مُبالغ فيه لدرجة أن ينشغل الفرد بشكل دائم. - واجب منزلي	- التغذية الراجعة - لعب الأدوار - التعزيز - دحض الفكرة اللاعقلانية - التلخيص

جدول (20) يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الثامنة.

رقم الحصة	عنوان الحصة	هدف الحصة	الفنيات المستخدمة
الحصة الثامنة	التواصل مع المريض و طرح الفكرة اللاعقلانية السابعة لـ ليس	- مراجعة الواجب المنزلي - الحاجة إلى التواصل - الحوار الصريح و المباشر - التعريف بالخلل الوظيفي للمريض (خلل الذاكرة، صعوبة تحليل المضمون) - تعلم طريقة فعالة للتعبير عن عدم الرضا وجبة خفيفة (15 دقيقة) - تقديم الفكرة اللاعقلانية السابعة: "من السهل وضع ابني في المستشفى الأمراض العقلية بدلا من تحمل مسؤوليته الصعبة." - مناقشة هذه الفكرة اللاعقلانية مع الأمهات مع تشجيعهن على المناقشة ودحض هذه الفكرة اللاعقلانية. - واجب منزلي.	- التغذية الراجعة - لعب الأدوار - التعزيز - دحض الفكرة اللاعقلانية - التلخيص

جدول (21) يوضح مخطط سير الحصة العلاجية التاسعة.

رقم الحصة	عنوان الحصة	هدف الحصة	الفنيات المستخدمة
الحصة التاسعة	التواصل مع المريض و طرح الفكرة اللاعقلانية الثامنة لـ إليس	- مراجعة الواجب المنزلي - التواصل مع المريض (تابع للحصة 08) - وجبة خفيفة (15 دقيقة) - تقديم الفكرة اللاعقلانية الثامنة: "يجب على أم المريض أن تعتمد على من هم أقدر وأدري منها في مساعدتها لابنها المريض." - مناقشة الفكرة السابقة وتشجيع الأمهات على التحدث على تجاربهن المرتبطة بهذه الفكرة اللاعقلانية ومساعدتهن على دحض كل الأفكار المشوهة. - واجب منزلي.	- التغذية الراجعة - لعب الأدوار - التعزيز - دحض الفكرة اللاعقلانية - التلخيص

جدول (22) يوضح مخطط سير الحصة العلاجية العاشرة.

رقم الحصة	عنوان الحصة	هدف الحصة	الفنيات المستخدمة
الحصة العاشرة	تطوير مهارات التواصل ووضع حدود للمريض	- مراجعة الواجب المنزلي - تنمية مهارات الحوار - مُعاملته كباقي أفراد العائلة - تنمية مهارات وضع الحد	- التغذية الراجعة - استخدام الفكاهة - لعب الأدوار
	و	وجبة خفيفة (15 دقيقة) - تقديم الفكرة اللاعقلانية التاسعة: "سبب وجود ابن مريض بالفصام نتيجة آثار سيئة في تربيتنا في الماضي وأن الماضي قد لا يمكن تجنبه أو محوه." - مناقشة هذه الفكرة اللاعقلانية مع الأمهات والتأكيد على أنهن لسن سببا في ظهور المرض للتخفيف من الشعور بالذنب ثم يتم دحض الفكرة اللاعقلانية السابقة. - واجب منزلي.	- التعزيز - دحض الفكرة اللاعقلانية - التلخيص
	طرح الفكرة اللاعقلانية التاسعة لـ إليس		

جدول (23) يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الحادية عشرة

رقم الحصة	عنوان الحصة	هدف الحصة	الفنيات المستخدمة
الحصة الحادية عشرة	الحد من الإدمان و طرح الفكرة اللاعقلانية العاشرة لـ إليس	- مراجعة الواجب المنزلي - الحد من الإدمان (ازدواج التشخيص) - الأدوية النفسية و الإدمان وجبة خفيفة (15 دقيقة) - تقديم الفكرة اللاعقلانية العاشرة: "ينبغي على أم مريض بالفصام أن تتأثر بشدة وأن تنزعج وتحزن لما يصاب الآخريين بنفس المرض." - مناقشة الفكرة اللاعقلانية أعلاه مع استخدام أسلوب دحض هذه الفكرة. - واجب منزلي.	- التغذية الراجعة - محاضرة - لعب الأدوار - التعزيز - دحض الفكرة اللاعقلانية - التلخيص.

جدول (24) يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الثانية عشرة

رقم الحصة	عنوان الحصة	هدف الحصة	الفنيات المستخدمة
الحصة الثانية عشرة	الحد من الانتحار و تقديم الفكرة اللاعقلانية الحادية عشرة لـ إليس	- مراجعة الواجب المنزلي. - الحد من الانتحار. - الانتحار والاكتئاب. - الانتحار وعدم متابعة العلاج. - الانتحار والهلاوس. وجبة خفيفة (15 دقيقة) - تقديم الفكرة اللاعقلانية الحادية عشرة "ينبغي أن أجد حلاً مثالياً وتاماً لشفاء ابني من هذا المرض." - مناقشة الفكرة اللاعقلانية مع الأمهات ومساعدتهن على كيفية استبدالها والافتتاع بالمرض مع إعطاء أمثلة على ذلك. - واجب منزلي.	- التغذية الراجعة - محاضرة - التعزيز - دحض الفكرة اللاعقلانية - التلخيص

جدول (25) يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الثالثة عشرة.

رقم الحصة	عنوان الحصة	هدف الحصة	الفنيات المستخدمة
الحصة الثالثة عشرة	العودة إلى الدور الاجتماعي	- مراجعة الواجب المنزلي - الدعم الاجتماعي - الحفاظ على الحياة الاجتماعية - معرفة الحصول على المساعدة	- التغذية الراجعة - محاضرة - لعب الادوار
		وجبة خفيفة (15 دقيقة)	
	و	- طرح الفكرة اللاعقلانية الثانية عشرة "ينبغي أن تتسم أم المريض بالفصام بالرسمية والجدية في التعامل مع الآخرين حتى تكون لها قيمة ومكانة وحتى لا تتعرض للشفقة من قبلهم.	- التعزيز - دحض الفكرة اللاعقلانية - التلخيص
	تقديم الفكرة اللاعقلانية الثانية عشرة لـ إليس	- مناقشة هذه الفكرة مع الأمهات وتوضيح لهن أنها غير منطقية وغير عقلانية وأن هناك مواقف معينة التي ينبغي أن تتسم بها بالرسمية والجدية ومواقف أخرى لا ينبغي لها أن تتسم بالجدية خاصة مع أفراد العائلة والجيران والأقارب. - واجب منزلي.	

جدول (26) يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الرابعة عشرة

رقم الحصة	عنوان الحصة	هدف الحصة	الفنيات المستخدمة
الحصة الرابعة عشرة	الرفع من تقدير الذات و تقديم الفكرة اللاعقلانية الثالثة عشرة لـ إليس	- مراجعة الواجب المنزلي - تعلم حسن التصرف - الاعتناء بالتجميل، لباس لائق، حمام للتدليك و الاسترخاء، تنظيف البيت و الاهتمام به. - تحضير للحفل و اختتام البرنامج - وجبة خفيفة (15 دقيقة) - تقديم الفكرة اللاعقلانية الثالثة عشرة "أعتقد أن مسؤولية الابن المريض بالفصام تتحملها الأم أكثر من الأب." - مناقشة الفكرة والسماح لكل أم أن تتكلم عن دور الأب في مواجهة هذا المرض ودحض الأفكار اللاعقلانية في هذه الحصة. - واجب منزلي.	- التغذية الراجعة - محاضرة - لعب الادوار - التعزيز - دحض الفكرة اللاعقلانية - التلخيص

جدول (27) يوضح مخطط سير الحصة العلاجية الخامسة عشرة.

رقم الحصة	عنوان الحصة	هدف الحصة	الفنيات المستخدمة
الحصة الخامسة عشرة	خاتمة البرنامج حفل و تقديم الهدايا	- مراجعة كل الحصص السابقة - مراجعة الأفكار اللاعقلانية - تقييم البرنامج العلاجي. - تطبيق مقياس الضغط النفسي و مقياس الأفكار اللاعقلانية كمقاييس بعدية. - توجيه الشكر على تعاونهن - إعطاء فرصة لكل الأمهات للحديث عن مدى استفادتهن من البرنامج المُقدم. - كما تم عقد اتفاق بينهن و بين الفريق العلاجي الذي سوف يستلزم بتقديم الدعم والمساندة و العلاج. - وفي الختام تم تقديم الهدايا إلى الأمهات من قبل مدير الصحة الجوارية والفريق العلاجي.	- التغذية الراجعة - محاضرة - التعزيز

3-2- نتائج القياس القبلي و القياس البعدي لحالات الدراسة

3-2-1 نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس إدراك الضغط:

جدول رقم (28) : يوضح نتائج القياس القبلي و القياس البعدي لمقياس إدراك الضغط لحالات الدراسة.

مجموعة الدراسة	القياس القبلي			القياس البعدي		
	الدرجة	قيمة مؤشر إدراك الضغط	التقدير	الدرجة	قيمة مؤشر إدراك الضغط	التقدير
أم خولة	96	0,73	مرتفعة	81	0,56	متوسطة
أم عادل	93	0,70	مرتفعة	74	0,48	متوسطة
أم ابتسام	91	0,67	مرتفعة	75	0,50	متوسطة
أم وهيبة	90	0,66	مرتفعة	78	0,53	متوسطة
أم محمد	97	0,74	مرتفعة	79	0,54	متوسطة
أم فؤاد	95	0,72	مرتفعة	80	0,55	متوسطة
أم فيصل	92	0,68	مرتفعة	83	0,58	متوسطة
أم أحمد	92	0,68	مرتفعة	77	0,52	متوسطة

يتضح من الجدول السابق أن درجات الأمهات على مقياس إدراك الضغط انخفضت عما كانت عليه في القياس القبلي وهذا ما يقابله كذلك انخفاض قيمة مؤشر إدراك الضغط وهذا بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

3-2-2 نتائج القياس القبلي والقياس البعدي لمقياس الأفكار اللاعقلانية:

جدول رقم (29) : يوضح نتائج القياس القبلي و القياس البعدي لمقياس الأفكار

اللاعقلانية لحالات الدراسة :

القياس البعدي		القياس القبلي		مجموعة الدراسة
التقدير	الدرجة	التقدير	الدرجة	
منخفضة	63	مرتفعة	88	أم خولة
منخفضة	64	مرتفعة	89	أم عادل
منخفضة	68	مرتفعة	93	أم ابتسام
منخفضة	70	مرتفعة	92	أم وهيبة
منخفضة	66	مرتفعة	91	أم محمد
منخفضة	74	مرتفعة	94	أم فؤاد
منخفضة	68	مرتفعة	89	أم فيصل
منخفضة	66	مرتفعة	90	أم أحمد

من خلال الجدول السابق أن درجات الأمهات على مقياس الأفكار اللاعقلانية قد انخفضت كثيرا عما كانت عليه فيما يخص القياس القبلي وهي درجات تشير إلى تعديل أفكار ومعتقدات الحالات وهذا بعد تطبيق البرنامج.

2-1 - نتائج القياس القبلي و البعدي لكل فكرة من الأفكار اللاعقلانية للحالات :

• نتائج الحالة الأولى (أم خولة) :

جدول رقم (30) : يوضح نتائج القياس القبلي و القياس البعدي لمقياس الأفكار اللاعقلانية لحالات الدراسة للحالة الأولى (أم خولة) :

رقم الفكرة	الأفكار	القياس القبلي	القياس البعدي
1	طلب الاستحسان	5	5
2	ابتغاء الكمال الشخصي	6	5
3	اللوم القياسي للذات و الآخرين	8	4
4	توقع الكوارث	8	8
5	التدهور الانفعالي	8	4
6	القلق الدائم	8	5
7	تجنب المشاكل	6	4
8	الاعتمادية	6	5
9	الشعور بالعجز	8	4
10	الانزعاج لمشاكل الآخرين	7	5
11	ابتغاء الحلول الكامنة	8	4
12	الجدية و الرسمية	4	4
13	علاقة الرجل بالمرأة	6	6
المجموع	88	63	
التقدير	مرتفعة	منخفضة	

يبين الجدول رقم (30) نتائج الحالة الأولى (أم خولة) و قد انخفضت عما كانت عليه في القياس القبلي بعدما كانت 88 درجة مرتفعة جدا .أصبحت 60 درجة بعد تطبيق البرنامج وهي درجة تشير إلى تعديل أفكارها ومعتقداتها باللوم القاسي للذات وللآخرين وتوقع الكوارث، التدهور الانفعالي، القلق الدائم والشعور بالعجز انخفضت كلها في القياس البعدي وهذا ما يعبر عن استفادة أم خولة من البرنامج العلاجي.

• نتائج الحالة الثانية (أم عادل) :

جدول رقم (31) : يوضح نتائج القياس القبلي و القياس البعدي لمقياس الأفكار اللاعقلانية لحالات الدراسة للحالة الثانية (أم عادل) :

رقم الفكرة	الأفكار	القياس القبلي	القياس البعدي
1	طلب الاستحسان	6	4
2	ابتغاء الكمال الشخصي	5	4
3	اللوم القياسي للذات و الآخرين	8	6
4	توقع الكوارث	8	6
5	التدهور الانفعالي	6	4
6	القلق الدائم	8	6
7	تجنب المشاكل	7	4
8	الاعتمادية	7	5
9	الشعور بالعجز	8	5
10	الانزعاج لمشاكل الآخرين	8	6
11	ابتغاء الحلول الكامنة	7	4
12	الجدية و الرسمية	6	4
13	علاقة الرجل بالمرأة	5	5
المجموع		89	63
التقدير		مرتفعة	متوسطة

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن أم عادل تحصلت على الدرجة (89) فيما يخص أفكارها اللاعقلانية وهي درجة مرتفعة جدا. انخفضت كثيرا في القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج وذلك بحصولها على الدرجة (63) وخاصة بعد تعديل أفكارها اللاعقلانية فيما يتعلق بفكرة باللوم القاسي للذات وللآخرين وتوقع الكوارث القلق الدائم، الشعور بالعجز والانزعاج لمشاكل الآخرين وابتغاء الحلول الكامنة ومنه نستطيع أن نستنتج أن أم عادل استفادة من حصص البرنامج.

• نتائج الحالة الثالثة (أم ابتسام) :

جدول رقم (32) : يوضح نتائج القياس القبلي و القياس البعدي لمقياس الأفكار

اللاعقلانية لحالات الدراسة للحالة الثالثة (أم ابتسام) :

رقم الفكرة	الأفكار	القياس القبلي	القياس البعدي
1	طلب الاستحسان	8	6
2	ابتغاء الكمال الشخصي	7	4
3	اللوم القياسي للذات والآخرين	8	5
4	توقع الكوارث	8	8
5	التدهور الانفعالي	8	5
6	القلق الدائم	8	6
7	تجنب المشاكل	5	4
8	الاعتمادية	6	4
9	الشعور بالعجز	8	5
10	الانزعاج لمشاكل الآخرين	8	6
11	ابتغاء الحلول الكامنة	8	5
12	الجدية و الرسمية	5	4
13	علاقة الرجل بالمرأة	6	5
المجموع		93	68
التقدير		مرتفعة	منخفضة

يتضح من الجدول أن نتائج أم ابتسام كانت جد مرتفعة إذ تحصلت على الدرجة (93) مما يدل على أن لها مجموعة من أفكار لا عقلانية بدرجات كاملة (08) درجات وهي طلب الاستحسان، اللوم القاسي للذات وللآخرين وتوقع الكوارث القلق الدائم، الشعور بالعجز والانزعاج لمشاكل الآخرين وابتغاء الحلول الكامنة. قد انخفضت كثيرا عما كان عليه في القياس القبلي وذلك لحصولها على الدرجة (68) بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

• نتائج الحالة الرابعة (أم وهيبة) :

جدول رقم (33) : يوضح نتائج القياس القبلي و القياس البعدي لمقياس الأفكار

اللاعقلانية لحالات الدراسة للحالة الرابعة (أم وهيبة) :

رقم الفكرة	الأفكار	القياس القبلي	القياس البعدي
1	طلب الاستحسان	7	5
2	ابتغاء الكمال الشخصي	7	6
3	اللوم القياسي للذات و الآخرين	8	5
4	توقع الكوارث	8	8
5	التدهور الانفعالي	6	4
6	القلق الدائم	8	7
7	تجنب المشاكل	7	4
8	الاعتمادية	7	5
9	الشعور بالعجز	8	7
10	الانزعاج لمشاكل الآخرين	8	5
11	ابتغاء الحلول الكامنة	7	5
12	الجدية و الرسمية	5	4
13	علاقة الرجل بالمرأة	6	6
المجموع		92	71
التقدير		مرتفعة	متوسطة

بالنظر إلى الجدول السابق يتضح أن نتائج أم وهيبة قد انخفضت كثيرا عما كانت عليه في القياس القبلي وذلك بحصولها على الدرجة (64) وهذا إن دل على شيء فإنه يدل على استفادتها من البرنامج بعد ما كانت درجتها 92 وهي تشير إلى اعتقاد أم وهيبة للعديد من الأفكار اللاعقلانية. وذلك ما ظهر من خلال تحصلها على درجات عالية فيما يخص، اللوم القياسي للذات وللآخرين وتوقع الكوارث القلق الدائم، الشعور بالعجز والانزعاج لمشاكل الآخرين.

• نتائج الحالة الخامسة (أم محمد) :

جدول رقم (34) : يوضح نتائج القياس القبلي و القياس البعدي لمقياس الأفكار اللاعقلانية لحالات الدراسة للحالة الخامسة (أم محمد) :

رقم الفكرة	الأفكار	القياس القبلي	القياس البعدي
1	طلب الاستحسان	4	4
2	ابتغاء الكمال الشخصي	7	4
3	اللوم القياسي للذات و الآخرين	7	4
4	توقع الكوارث	8	7
5	التدهور الانفعالي	7	6
6	القلق الدائم	8	6
7	تجنب المشاكل	6	6
8	الاعتمادية	7	4
9	الشعور بالعجز	8	4
10	الانزعاج لمشاكل الآخرين	7	6
11	ابتغاء الحلول الكامنة	8	4
12	الجدية و الرسمية	6	4
13	علاقة الرجل بالمرأة	8	7
المجموع		91	66
التقدير		مرتفعة	منخفضة

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن نتائج أم محمد كانت جد مرتفعة إذ تحصلت على الدرجة (91) مما يدل على أن لها مجموعة من أفكار لا عقلانية بدرجات كاملة (08) درجات و هي طلب الاستحسان، اللوم القياسي للذات وللآخرين وتوقع الكوارث القلق الدائم، الشعور بالعجز والانزعاج لمشاكل الآخرين وابتغاء الحلول الكامنة. علاقة الرجل بالمرأة قد انخفضت كثيرا عما كان عليه في القياس القبلي وذلك لحصولها على الدرجة (66) بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

• نتائج الحالة السادسة (أم فؤاد) :

جدول رقم (35) : يوضح نتائج القياس القبلي و القياس البعدي لمقياس الأفكار اللاعقلانية لحالات الدراسة للحالة السادسة (أم فؤاد) :

رقم الفكرة	الأفكار	القياس القبلي	القياس البعدي
1	طلب الاستحسان	7	4
2	ابتغاء الكمال الشخصي	6	4
3	اللوم القياسي للذات و الآخرين	8	5
4	توقع الكوارث	8	5
5	التدهور الانفعالي	7	4
6	القلق الدائم	8	7
7	تجنب المشاكل	6	5
8	الاعتمادية	8	7
9	الشعور بالعجز	8	5
10	الانزعاج لمشاكل الآخرين	8	7
11	ابتغاء الحلول الكامنة	7	4
12	الجدية و الرسمية	6	4
13	علاقة الرجل بالمرأة	7	7
المجموع		94	74
التقدير		مرتفعة	متوسطة

يتضح من الجدول أن نتائج أم فؤاد قد انخفضت كثيرا عما كانت عليه في القياس القبلي وذلك بحصولها على الدرجة (74) وهذا يدل على استفادة مما قدم لها بعد ما كانت درجتها 94 وهي تشير إلى اعتقاد أم فؤاد للعديد من الأفكار اللاعقلانية. وذلك ما ظهر من خلال تحصلها على درجات عالية فيما يخص، اللوم القاسي للذات وللآخرين وتوقع الكوارث القلق الدائم، الشعور بالعجز والانزعاج لمشاكل الآخرين.

• نتائج الحالة السابعة (أم فيصل) :

جدول رقم (36) : يوضح نتائج القياس القبلي و القياس البعدي لمقياس الأفكار

اللاعقلانية لحالات الدراسة للحالة السابعة (أم فيصل) :

رقم الفكرة	الأفكار	القياس القبلي	القياس البعدي
1	طلب الاستحسان	6	5
2	ابتغاء الكمال الشخصي	6	4
3	اللوم القياسي للذات والآخرين	8	4
4	توقع الكوارث	8	7
5	التدهور الانفعالي	8	5
6	القلق الدائم	7	6
7	تجنب المشاكل	6	5
8	الاعتمادية	6	4
9	الشعور بالعجز	7	4
10	الانزعاج لمشاكل الآخرين	8	8
11	ابتغاء الحلول الكامنة	7	5
12	الجدية و الرسمية	6	4
13	علاقة الرجل بالمرأة	6	7
المجموع		89	68
التقدير		مرتفعة	منخفضة

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن نتائج أم فيصل كانت جد مرتفعة إذ تحصلت على الدرجة (89) مما يدل على أن لها مجموعة من أفكار لا عقلانية بدرجات كاملة (08) درجات وهي طلب الاستحسان، اللوم القياسي للذات وللآخرين وتوقع الكوارث القلق الدائم، الشعور بالعجز والانزعاج لمشاكل الآخرين وابتغاء الحلول الكامنة. قد انخفضت كثيرا عما كان عليه في القياس القبلي وذلك لحصولها على الدرجة (68) بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

• نتائج الحالة الثامنة (أم أحمد) :

جدول رقم (37) : يوضح نتائج القياس القبلي و القياس البعدي لمقياس الأفكار

اللاعقلانية لحالات الدراسة للحالة الثامنة (أم أحمد) :

رقم الفكرة	الأفكار	القياس القبلي	القياس البعدي
1	طلب الاستحسان	5	5
2	ابتغاء الكمال الشخصي	7	4
3	اللوم القياسي للذات و الآخرين	8	7
4	توقع الكوارث	8	6
5	التدهور الانفعالي	6	4
6	القلق الدائم	8	6
7	تجنب المشاكل	6	4
8	الاعتمادية	7	4
9	الشعور بالعجز	8	5
10	الانزعاج لمشاكل الآخرين	8	7
11	ابتغاء الحلول الكامنة	8	5
12	الجدية و الرسمية	5	4
13	علاقة الرجل بالمرأة	6	5
المجموع		90	66
التقدير		مرتفعة	منخفضة

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن أم أحمد تحصلت على الدرجة (90) فيما يخص أفكارها اللاعقلانية وهي درجة مرتفعة جدا. انخفضت كثيرا في القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج وذلك بحصولها على الدرجة (66) وخاصة بعد تعديل أفكارها اللاعقلانية فيما يتعلق بفكرة باللوم القاسي للذات وللآخرين وتوقع الكوارث القلق الدائم، الشعور بالعجز والانزعاج لمشاكل الآخرين وابتغاء الحلول الكامنة ومنه نستطيع أن نستنتج أن أم عادل استفادة من حصص البرنامج.

3-3- تقييم و مناقشة نتائج تطبيق البرنامج العلاجي:

3-3-1 عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الثالثة: والتي تنص على وجود فروق ذات

دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في متوسطات درجات الأمهات على مقياس الأفكار اللاعقلانية بعد تطبيق البرنامج.

جدول رقم (38): يوضح نتائج الفروق بين متوسطات درجات الأمهات بين القياس

القبلي والبعدي على مقياس الأفكار اللاعقلانية.

القياس	مجموعة الدراسة الأمهات	المتوسط الحسابي $\bar{X}$	متوسط الفروق	قيمة T	درجة الحرية dt	مستوى الدلالة
القياس القبلي	8	90.75	23.38	-32	7	0.01
القياس البعدي	8	67.37				

يبين الجدول أعلاه وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج القياس القبلي ونتائج

القياس البعدي، حيث انخفضت متوسطات درجات الأمهات في القياس بـ $\bar{X}=67.37$

وهذا بعد تطبيق البرنامج العلاجي عما كانت عليه في القياس القبلي $\bar{X}=90.75$ قبل

تطبيق البرنامج. وبلغ متوسط الفروق ($D = 23.38$)، كما بلغت قيمة 'ت' (-32) وهي

تدل على وجود فرق دال عند المستوى (-0.01).

وعند تفحص مقاييسه الفرعية سجلنا النتائج التالية:

جدول رقم (39): يوضح الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي في المقاييس

الفرعية لمقياس الأفكار اللاعقلانية.

الأفكار	القياس	مجموعة الدراسة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	درجة الحرية	مستوى الدلالة
طلب الاستحسان (01)	القياس القبلي	08	6,00	1.30	-3,03	7	0,01
	القياس البعدي	08	4,75	0.71			
ابتغاء الكمال الشخصي (02)	القياس القبلي	08	6.38	0.74	-6,11	7	0,01
	القياس البعدي	08	4.38	0.74			
اللوم القياسي للذات الآخرين (03)	القياس القبلي	08	7,88	0.35	-8.21	7	0,05
	القياس البعدي	08	5.00	1.06			
توقع الكوارث (04)	القياس القبلي	08	8.00	0.00	-2.37	7	0,01 الفرق ضئيل جدا
	القياس البعدي	08	7.38	0.74			
التدهور الانفعالي (05)	القياس القبلي	08	7.50	0.93	-6.15	7	0,01
	القياس البعدي	08	4.75	0.89			
القلق الدائم (06)	القياس القبلي	08	7.87	0.35	-7.00	7	0,01
	القياس البعدي	08	6.13	0.64			
تجنب المشاكل (07)	القياس القبلي	08	6.13	0.64	-4.33	7	0,01
	القياس البعدي	08	4.50	0.75			
الاعتمادية (08)	القياس القبلي	08	6.75	0.71	-7.50	7	0,01
	القياس البعدي	08	4.75	1.04			
الشعور بالعجز (09)	القياس القبلي	08	7.88	0.35	-8.21	7	0,01
	القياس البعدي	08	5.00	1.07			
الانزعاج لمشاكل الآخرين (10)	القياس القبلي	08	7.76	0.46	-8.54	7	0,01
	القياس البعدي	08	6.21	1.03			
ابتغاء الحلول الكامنة (11)	القياس القبلي	08	7.38	0.74	-9.74	7	0,01
	القياس البعدي	08	4.50	0.53			
الجدية والرسمية (12)	القياس القبلي	08	5.38	0.74	-5.23	7	0,01
	القياس البعدي	08	4.00	0.50			
مكانة الرجل بالنسبة للمرأة (13)	القياس القبلي	08	6.25	0.89	-2.05	7	غير دال لا يوجد فرق
	القياس البعدي	08	5.90	0.83			

- يوضح لنا الجدول وجود فروق واضحة ودالة بين أغلبية المقاييس القبلية والمقاييس البعدية لدى مجموعة الدراسة في المقاييس الفرعية الخاصة بمقياس الأفكار اللاعقلانية ما عدا مقاييس فرعين هما توقع الكوارث الذي جاء الفرق ضئيل جدًا، وعدم وجود فرق في المقياس الفرعي المتعلق مكانة الرجل بالنسبة للمرأة وسنقدم نتائج المقاييس الفرعية كما يلي:

1- **طلب الاستحسان: «من الضروري أن يكون ابني المريض محبوبا ومقبولا من كل أفراد العائلة ومن المحيطين به».** يوجد فروق لدى مجموعة الدراسة، في طلب الاستحسان بين القياس القبلي ($\bar{X}=6.00$) والقياس البعدي ($\bar{X}=4.75$)، حيث بلغ متوسط الفروق $D=1.25$ كما قدرت "ت" لدلالة الفروق ب $T=-3.03$ مما يدل على وجود فرق دال عند مستوى (0.01) .

2- **ابتغاء الكمال الشخصي: «ابني المريض ليست لديه الكفاءة ليكون فردًا فعالا ومنجزا ما ينقص قيمته في المجتمع».** يوجد فروق لدى مجموعة الدراسة في ابتغاء الكمال الشخصي بين القياس القبلي ($\bar{X}=6.38$) والقياس البعدي ($\bar{X}=4.38$)، وبلغ متوسط الفروق $D=2$ ، كما بلغت قيمة "ت" $T=6.11$ ، وهي تدل على وجود فرق دال عند المستوى (0.01) .

3- **اللوم القياسي للذات وللآخرين: «بعض الناس سيئون مع ابني المريض ولذا يجب معاقبتهم»** يوجد لدى مجموعة الدراسة في اللوم القاسي للذات وللآخرين بين القياس القبلي $\bar{X}=7.88$ والقياس البعدي $\bar{X}=5.00$ حيث بلغ متوسط الفروق $D=2.88$ ، كما قدرت "ت" لدلالة الفروق ب $t=8.21$ مما يدل على وجود فرق دال عند مستوى (0.05) .

4- **توقع الكوارث: «أبني المريض بالفصام يعتبر فاجعة ومصيبة لا يمكن تحملها»** يوجد فرق ضئيل جدًا لدى مجموعة الدراسة في توقع الكوارث بين قياسه

القبلي ($\bar{X}=8.00$) والقياس البعدي $\bar{X}=7.38$ وبلغ متوسط الفروق $D=1.38$ وقدرت قيمة "ت" تدل على وجود فرق ضئيل جدا عند المستوى (0.01).

5- **التدهور الانفعالي:** «إن وجود ابن مريض بالفصام في الأسرة يقف أمام سعادة

الأم» يوجد فروق لدى مجموعة الدراسة في التدهور الانفعالي بين القياس القبلي $\bar{X}=7.50$ والقياس البعدي ($\bar{X}=4.75$) وبلغ متوسط الفروق $D=2.75$ كما بلغت قيمة "ت" $T=-6.15$ وهي تدل على وجود فرق دال عند المستوى (0.01).

6- **القلق الزائد:** «ينبغي عليّ كأم الاهتمام الكبير والتفكير الدائم ويجب أن أفكر في

امكانية حدوث الخطر باستمرار لابني المريض» توجد فروق لدى مجموعة الدراسة في القلق الزائد بين قياسه القبلي $\bar{X}=7.87$ وقياسه البعدي $\bar{X}=6.13$ وبلغ متوسط الفروق $D=1.74$ كما بلغت قيمة "ت" $t=-7$ وهي تدل على وجود فرق دال عند المستوى (0.05).

7- **تجنب المشاكل:** «من الأسهل بالنسبة لي تجنب مواجهة مرض الفصام ووضعه في

مستشفى الأمراض بدلا من تحمل مسؤوليته الصعبة» توجد فروق لدى مجموعة الدراسة في تجنب المشاكل بين القياس القبلي $\bar{X}=6.13$ والقياس البعدي $\bar{X}=4.50$ حيث بلغ متوسط الفروق $D=1.63$ قدّرت قيمة "ت" $T=-4.33$ تدل على وجود فرق دال على المستوى (0.01).

8- **الاعتمادية:** « يجب على أم المريض بالفصام أن تعتمد على منهم أقدر منها

ويجب أن يكون هناك شخص أقوى منها في مساعدتها لابنها المريض» يوجد فرق لدى مجموعة الدراسة في الاعتمادية بين القياس القبلي $\bar{X}=6.75$ والقياس البعدي $\bar{X}=4.75$ وبلغ متوسط الفروق وبلغت قيمة "ت" $T=-7.50$ تدل على وجود فرق دال عند المستوى (0.01).

9- **الشعور بالعجز:** «سبب وجود ابن مريض بالفصام نتيجة آثار سيئة في تربيتنا في

الماضي قد لا يمكن تجنبه أو محوه». هناك فرق لدى مجموعة الدراسة في الشعور

بالعجز بين قياسه القلبي $\bar{X}=7.88$ والقياس البعدي $\bar{X}=5.00$ وقد بلغ متوسط الفروق $D=2.88$ وقدرت قيمة "ت" $T=-8.21$ تدل على وجود فرق وهو دال عند المستوى (0.01) .

10- الانزعاج لمتاعب الآخرين: « ينبغي على أم المريض بالفصام أن تتأثر بشدة وأن تنزعج وتحزن لما يصاب الآخرون بنفس المرض » يوجد فرق لدى مجموعة الدراسة في الانزعاج لمتاعب الآخرين بين قياسه القلبي $\bar{X}=7.76$ والقياس البعدي $\bar{X}=6.21$ وبلغ متوسط الفروق $D=1.5$ كما بلغت قيمة "ت" $T=-9.74$ وهي تدل على وجود فرق دال عند المستوى (0.01) .

11- إبقاء الحلول الكامنة: « ينبغي أن أجد حلاً محالياً وتاماً لشفاء ابني من هذا المرض » يوجد فروق لدى المجموعة في إبقاء الحلول الكامنة بين القياس القلبي $\bar{X}=7.38$ والقياس البعدي $\bar{X}=4.50$ حيث بلغ متوسط الفروق $D=2.88$ كما قدرت "ت" لدلالة الفروق بـ $T=-9.74$ مما يدل على وجود فرق دال عند المستوى (0.01) .

12- الرسمية والجدية: « ينبغي أن تتسم أم المريض بالفصام بالرسمية أو الجدية في التعامل مع الآخرين حتى تكون لها قيمة ومكانة وحتى لا تتعرض للشفقة من قبلهم » يوجد فروق لدى مجموعة الدراسة في الرسمية والجدية بين القياس القلبي $\bar{X}=5.38$ والقياس البعدي $\bar{X}=4.00$ وبلغ متوسط الفروق $D=1.38$ كما بلغت قيمة "ت" $T=-5.23$ وهي تدل على وجود فرق دال عند المستوى (0.01) .

13- مكانة الرجل بالنسبة للمرأة: « أعتقد أن مسؤولية الابن المريض بالفصام تتحملها الأم أكثر من الأب » يوجد فرق لدى مجموعة الدراسة في مكانة الرجل بالنسبة للمرأة بين قياسه القلبي $\bar{X}=0.89$ والقياس البعدي $\bar{X}=0.83$ وبلغ متوسط الفروق $D=0.06$ وقدرت قيمة "ت" $T=2.05$ وهي تدل على عدم وجود فرق بين القياسين القلبي والبعدي.

وعلى ضوء هذه النتائج تقبل الفرضية للجزئية الثالثة والتي تشير إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في متوسطات درجات الأمهات على مقياس الأفكار اللاعقلانية بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

واستنادا إلى هذه النتائج تبين أن تطبيق العلاج العقلاني الإنفعالي كان له تأثيرا فعالا في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى امهات مرضى الفصام وترى الباحث أن التحسن الذي طرأ على مجموعة الدراسة يرجع إلى فعالية الأساليب وفنيات هذا العلاج، المعرفية الانفعالية والسلوكية المستخدمة في الدراسة.

وهذا ما كشف عنه العديد من الدراسات عن فعالية تطبيق البرامج التي تعتمد في تصميمها على أساليب وتقنيات معرفية، سلوكية وانفعالية، وتوصلت إلى تأكيدها على فعالية هذا النوع من العلاج المستعمل في إعادة بناء المعرفي وتحسين الوظائف المعرفية والاجتماعية وتغيير المعتقدات والأفكار اللاعقلانية، كدراسة رانيا بيع الأتربي(2011) وردة الشحات(2011) أبو رحمة(2012) وقاسمي وصدولحي (2012) سي البشير(2008) سايل حدة (2010) قاصب بوعلام (2012) عيشوني شهرزاد(2014).

وتتسجم نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه سهام بوخاري(2016) حول إبراز فعالية العلاج النفسي وفق النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية في التخفيف من الأفكار اللاعقلانية والتخفيف من قلق الانزعاج عند بعض المدنيين عن المخدرات من الجنسين وذلك بتطبيق برنامج علاجي، تم تعريض أفراد عينة البحث إلى تدريبات هدفت إلى تطوير مهاراتهم على استخدام إجراءات معرفية، وسلوكية وانفعالية في التعامل مع أفكارهم ومعتقداتهم اللاعقلانية إزاء تعاطي المخدرات والتي توصلت إلى أن العلاج وفق النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية مكن أفراد عينة البحث من تعديل أفكارهم ومعتقداتهم اللاعقلانية، كما ساعدهم على التخفيض من درجاتهم فيما يخص قلقهم المرتبط بتعاطي المخدرات، وهذا بالمحافظة على نفس النتائج بعد عدة شهور مما يوضح فعالية هذا النوع من العلاج على المدى البعيد.

ووافق هذه الرؤية ما أشارت إليه الدراسة National Alliance for Mentally (2003) وهي أكبر جمعية أمريكية تتكفل بعائلات لهم قريب يعاني من مرض عقلي، وأن العلاج المعرفي السلوكي بتقنياته المعرفية والسلوكية له دورا فعالا في مساعداتهم وبعد أكثر تعاونا.

كما يدعم هذه النتيجة الدكتور y.Hodé يانين أودي (2006) في دراسته على 42 شخصا مشارك في برنامج بروفامي profamille لديهم شخص من أفراد العائلة يعاني من مرض الفصام، وأسرفت نتائج الدراسة عن فعالية هذا البرنامج، حيث لاحظ أن هذه المجموعة تحصلت على نسبة عالية من الرضى عند المتشاركين وتحسن واضح في مزاجهم ويبقى مستقرا لمدة سنة كاملة، وأن المقاربة المعرفية السلوكية بكل فنياتها وأساليبها فعالة في تغيير الأفكار الخاطئة والأحكام المسبقة الموجودة حول مرض الفصام والتي لها أثر على السلوك وعلى تعلم أفضل الطرق التواصل الفعالة، كما تساعد في تحسين نوعية الحياة والصحة الجسمية والنفسية للعائلات.

كما بينت نتائج اختبار الفروق بين القياسات القبلية والقياسات البعدية للمقاييس الفرعية وجود فروق دالة بينها في أغلبية الأفكار اللاعقلانية كطلب الاستحسان، ابتغاء الكمال الشخصي، اللوم القاسي للذات وللآخرين، التدهور الانفعالي، القلق الدائم، تجنب المشاكل، الجدية والرسمية إلا فكرة توقع الكوارث جاء الفرق ضئيل جدا، وعدم وجود فرق دال في فكرة مكانة الرجل بالنسبة للمرأة.

حيث كان لنموذج ABC الذي طبق في الحصص العلاجية تأثير قوي في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى الأمهات والذي ساعدتهن في النهاية إلى فهم الأفكار المنطقية، إيقافها وتغييرها.

نود أن نشير إلى أننا لسنا أمام أمهات أنجب أبناء متخلفين عقليا أو معاقين حركيا، ولسنا مع أمهات لديهن أبناء يعانون من التوحد وإنما نحن نتعامل مع أمهات مرضى الفصام، فصام البرانوي، اضطراب نفسي خطير يصيب الشخصية في سن جد حرج مع

مرحلة المراهقة وبداية سن الرشد فبعدما كان الابن سليم وعادي تختل وظائفه العقلية اختلالا شديدا، فيصبح غير قادر على الحياة بشكل مناسب وجيد، فهو لا يدرك الأشياء التي تحيط به كما يدركها بقية الناس ولا يتذكر كما يتذكر الآخرون، فهو ينسى بسرعة ولا يستطيع التعرف على المواقف والأشياء التي مرت به من قبل ولا يستطيع التفكير بطريقة عقلانية، كما تختل استجاباته الانفعالية فهو لا يشعر حقيقة حالته أو بتصرفاته ولا يستطيع التحكم فيها، فتضطرب علاقته بأسرته اضطرابا شديدا مع تواجد مجموعة من الأعراض النفسية والعقلية كالهلاوس والأفكار الهذيانة و محاولات الانتحار، الانتكاسات المتكررة، الهيجان، أين يؤدي المريض نفسه أو يؤدي أحد من أفراد أسرته، في هذه الحالة يكون طلب الشرطة هو الحل الوحيد، نحن أمام أمهات أنقلهن المرض، فإنهن يشعرن بكم من العواطف والانفعالات الشديدة، لأن عليهن أن تتحملن يوميا الكثير من الضغط والتعب والإرهاق، الخجل والفشل يواجهن سلسلة من المشاكل التي لا يسهل إيجاد حل لها، فهن بحاجة للمساعدة.

وبالرجوع إلى ما توصلنا إليه من نتائج يتبين أنه يوجد تأثير دال لبرنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض درجة الأفكار اللاعقلانية لدى أمهات مرضى الفصام، ومن خلال المقابلات العيادية معهن تبين أن هناك فكرة غير منطقية راسخة وتداول في ذهنهن حول سبب المرض وهي الاعتقاد بالسحر، فهن متأكدين أن السحر هو السبب الحقيقي للمرض، حيث تستمر هذه الفكرة السلبية ولا يوجد لها حلا رغم أنهن طرقت أبواب الرقاة والمشعوذين لسنوات طلبا لشفاء أبناءهن من المس أو السحر لكن دون جدوى، لأنهن ليس لديهن الدراية الصحيحة حول مرض وأسباب الفصام.

وبناء عليه اعتمدنا في الحصة الأولى على هذه الفكرة الأساسية اللاعقلانية لمهاجمتها ودحضها وتحويلها إلى فكرة عقلانية منطقية، وهذا ما تحقق من خلال تطبيق تقنية الدحض والمناهضة نموذج (ABC)، حيث كانت أساليب الفهم والنقاش والحوار لها أثر قوي للتغلب على هذه الفكرة اللاعقلانية، وذلك بمنح فرصة لكل منهن وللتحدث دون

خجل وبكل حرية حول تجربتها مع الرقاة والمشعوذين، كما تم استخدام أسلوب الفكاهة مع الشيخ النوي وهو فكا هي بالنهار "تي في" يتحدث عن السحر والسحرة وأن الساحر ينفع نفسه قبل أن ينفع الآخرين وذلك بأمثلة مضحكة جداً، فهذا الفيديو جعلهن يضحكن ويسخرن من هذا المعتقد الخاطئ التي تحمله كل واحدة منهن، فهي طريقة شجعت الأمهات للضحك والسخرية من معتقداتهن اللاعقلانية التافهة، وقد أكد إليس Ellis (1994) أن استخدام الدعابة في العلاج يسمح للعملاء بفحص معتقداتهم اللاعقلانية بصورة أكثر واقعية.

حيث تم مساعدتهن على كيفية استبدال كلمة «ابني مسحور» أو «ابنتي مسحورة» بـ «ابني مريض، مرض في الدماغ وليس سحراً»، بغرض التعلم وتكرار التعلم وكان بمثابة واجب منزلي باستخدام فنية الحوار الذاتي، وهذا ما أكدته الفرماوي ورضوان (2004) أن الحوار الذاتي للفرد يلعب دوراً مهماً في تنظيم أنشطته المعرفية ومراقبتها ومن ثم تعديلها في الوقت المناسب فهذا الحوار يتضمن كل من التأمل الذاتي والاستفسار العقلي.

ما كان يُقابل فكرة الاعتقاد بالسحر فكرة لاعقلانية هازمة للذات تواجهها أم المريض بالفصام وتشغل بالها وهي الشعور بالذنب وتأنيب الضمير، وهذا ما وجدناه لدى مجموعة الدراسة من خلال أسئلتهم العديدة، كماذا الذي أخطأت فيه كأم وكزوجة؟ هل فشلت في تربية أطفالي؟ هل كنت أما متسلطة أو متسامحة كثيراً؟ هل ربيته بطريقة مختلفة على إخواته وأخواته؟ هل كنت أضربه بعنف؟ و...؟ و...؟ إن معظم الأمراض العقلية عامة ما يراها المجتمع مخجلة وسببها سوء تربية الوالدين ويرتبط معها الشعور بالذنب والخجل. فأسطورة العائلة مذنبه أمام المجتمع، والتحقيقات التي حدثت في 1995 لدى سكان سويسرا الناطقة بالفرنسية والناطق بالألمانية، كشفت أن معظم الأمراض النفسية سببها العائلة، حيث أن 71 % في فترة الطفولة، 41 % لسوء التربية و 50 % محيط به نقص الحنان.

يتحمل طب الأمراض العقلية جزء أساسي من المسؤولية في الشعور بالذنب عند الأولياء. وبالفعل لأكثر من 50 سنة تتبأت البحوث أن المحيط العائلي المضطرب في فترة الطفولة هو سبب مرض الفصام.

إن النظريات التي كانت تُحمل العائلة ظهور مرض الفصام أصبحت قديمة، وفي نفس العصر ثم تطوير مقاربات علاجية جديدة من أجل فهم مرض الفصام والشفاء منه، وأصبحت منظومة العائلة هي لب الموضوع والعلاج الجديد المقترح سمي بالعلاج العائلي وأصبحت بعدها تهتم وتركز على المريض في العائلة.

وقد ذهب البروفسور لالوند Lalonde (1988) إلى التأكيد على أن مرض الفصام لا يُسفر عن صدمة انفعالية في الطفولة، لكن يمكن أن يظهر على شكل أزمة عقبة سن المراهقة، وفي سن الرشد جراء حدث مقلق عادي وسخيف مثل انفصال عاطفي/ فشل في امتحان/ الدخول في حياة عملية، كما يضيف ويقول أن الطلاق، الموت، الرحيل من المنزل لا يسببوا مرض الفصام قد تكون ضغط من بين الضغوطات الأخرى، ويؤكد أن لا يتسبب الأولياء في مرض الفصام بسبب طريقتهم في تربية الأولاد.

وفي أيامنا هذه يظهر أيضا أن الشعور بالذنب يتطور عند الفرد نتيجة في التنويه لبعض الأسئلة حول مشكلة ما ولا يجد لها جوابا مقنعا وهذا ما حدث لمجموعة دراستنا.

قمنا بمناقشة فكرة الشعور بالذنب وتأنيب الضمير والتي كانت مبرمجة في الحصة الثانية، وهذا بعد التطرق إلى التعريف باضطراب الفصام، أعراضه وأسبابه، في هذه الحصة تمكنت الأمهات من الوصول إلى القناعة واستبصار بحقيقة مرض الفصام وأسبابه والتي جعلتهن يقتنعن أن مرض أبنائهن لا علاقة له بأسلوب التربوي الذي كن يتبعنه في تربية أولادهن.

وتأكدت الباحثة أنهن تخلصن من الشعور بالذنب وتأنيب الضمير وذلك بتصريحتهن كقول أم ابتسام: «كنت أظن أنني السبب في مرضها لأنني لم أحميها من

الناس ومن أبوها الذي كان يضربها، الحمد لله، لقد فهمت» وتضيف أم خولة: «كنت أذهب إلى العمل يوميا وأتركها في البيت وحدها، وكل شغل الدار عليها، ريحتوني من تأنيب الضمير» أما أم أحمد: «كان لا يسمع كلامي وأحينا أعاقبه فظننت أنا من سبب له المرض». كلهن اقتنعت أنهن لسن سببا في ظهور المرض.

ومنه نستنتج أن الأمهات اكتسبن المعلومات والمفاهيم الأساسية الخاصة باضطراب الفصام وأسبابه وهذا ما لاحظته الباحثة، إحساسهن بالراحة مما أدى إلى ازدياد دافعيتهن وقابليتهن للاستمرار في البرنامج، وهذا ما تأكدنا منه من استجابتهن لطبيب الأمراض العقلية وقد أبدينا سعادتهن لمقابلته، واستمعنا جيدا إلى النصائح والتوجيهات التي قدمها، حيث ركز لضرورة التقيد بالعلاج الدوائي ويجب على المريض تناول أدويته، وأقنعهن أن مرض الفصام كالداء السكري أو ارتفاع الضغط الدموي، ضرورة تناول الدواء بصفة منظمة وطيلة حياته، وهذا يخفف من التصرفات العنيفة وأخطار الانتحار وتجنب النكسة.

كما أشار إلى مرض الفصام والإدمان، لأن المخدرات والكحول التي يتناولها المريض تخفف من مفعول مهدئات الأعصاب (الدواء) و تحدث أعراض جانبية فيجب عليكن إخبار الطبيب بهذا الأمر لكي يأخذ احتياطاته ويتسنى له معالجته من المخدرات أو الكحول.

ويوافق ما أشار إليه طبيب الأمراض العقلية بن غالية ما أثبتته الدراسات أنه تقريبا نصف مرضى الفصام مدمنين على المخدرات مقارنة بالأشخاص ذوي صحة جيدة بنسبة 7.5% ويؤكد بترسون Paterson (1999): أن عدد كبير من المصابين بالفصام يستهلكون هذه المواد التي يمكن أن تعيق مفعول الدواء وتؤدي لسلسلة من النتائج السلبية.

تدخلت الباحثة وشجعت الأمهات على التكلم عن ما إذا كان أولادهن مدمنين، فصرحت أم أحمد: «ابني لم يتوقف يوماً عن تعاطي الزطلة، وهو ينتكس باستمرار»، أما أم عادل «عادل يشرب الخمر وتبغ» وتضيف أم فيصل: «كل يوم نعطيه الدراهم ليشري الزطلة». فطلب منهن إحضار أبنائهن للعلاج وقال لهن «نحن في المركز الوسيطى لعلاج الإدمان فمرحبا بكن». فشعرن بسعادة كبيرة ووعدنا الطبيب بالالتزام بالتوجيهات والنصائح التي قدمها في الحصص الثلاثة.

وقد اتضح من خلال الحصص الأولى، تحسن كبير طرأ على مجموعة الدراسة من ناحية التزامهن بمواعيد الحصص، كما تولد جو مفعم بالارتياح والمرح بينهن. كما لوحظ اهتمامهن أكثر بهيئتهن ومظهرهن وكذا حضورهن قبل المواعيد المسطرة وتحمسهن لمواصلة البرنامج.

كما نجحت الباحثة بمساعدة الفريق العلاجي في تعديل الأفكار اللاعقلانية التي تم مناقشتها في الحصص العلاجية إلا فكرتين وهما فكرة توقع الكوارث وفكرة مكانة الرجل بالنسبة للمرأة.

بالنسبة للفكرة اللاعقلانية توقع الكوارث جاءت الفروق ضئيلة جدا بين القياس القبلي والبعدي، وبناء على هذه النتيجة فقد ينتكس المريض بالفصام في مدة قصيرة جدا و هذا بعد خروجه من المستشفى ومن أهم أسباب الانتكاسة هو توقف عن أخذ العلاج الدوائي، كل الأمهات مرضى الفصام يقلن بأنه ليس هناك شيء أصعب من هيجان المريض، تقول أم محمد: «ابني عندما ينتكس، يشغل النار، يصرخ ويشتم» وأم وهيبة «بكت، وقالت بنتي تهرب من البيت، تأخذها الشرطة إلى مصلحة الأمراض العقلية، وأنا دائما كالحارس أمام الباب لأمنعها من الخروج» أما أم خولة «خولة تضربني وتحاول قتلي، لا أتحمل صراخها». أم ابتسام «لا أنام في الليل وأنا خائفة أن تفعل شيء في إخوتها أو تنتحر».

يصعب على مجموعة الدراسة تغيير هذه الفكرة اللاعقلانية لأن حتى مع العلاج الدوائي فإن خطر معاودة المرض يبقى مرتفعاً حتى 40% (Blinder، 2012). يعتمد علاج الفصام على الأدوية، فالمريض بالفصام يحتاج إلى مضادات الذهان حيث أثبتت فعاليتها خاصة في علاج الأعراض الإيجابية والتقليل من الانتكاسات، فهدف العلاج في الوقت الحالي يعمل على تحسين نوعية الحياة لدى مرضى الفصام. من الضروري أن يأخذ المريض الأدوية لكنها ليست كافية لمواجهة الفصام والانتكاسة ضروري أيضاً أن تساهم العائلة وبالأخص الأم من أجل تحسين حالة ابنها ولمساعدته على متابعة العلاج . (tobin، 2004).

ويدعم هذه النتيجة ما توصل إليه برنامج بروفامي profamille (2013) حول نسب النكسة لمدة سنتين فتوصل إلى النتائج التالية: 80% في حالة التوقف عن أخذ العلاج الدوائي، 40% في حالة المحافظة على العلاج الدوائي، 20% في حالة المحافظة على العلاج والتكفل النفسي، وتشير هذه النسب أنه حتى في حالة التكفل الأمثل 2 مرضى من 3 أصيبوا بنكسة في عشر سنين وأحياناً أكثر، إذا 60% إلى 100% من المرضى ينتكسون على الأقل مرة واحدة في عشر سنين.

ويمكن أن نفسر سبب خوف الأمهات من الانتكاسة، لأن النكسة تجر نتائج خطيرة على مستوى العائلة، أين يبقى المريض مستيقظاً طيلة الليل ويمنع الآخرين من النوم، تحطيم كل شيء في المنزل، يمكن أن يشغل النار، يتشاجر ويضرب والديه وإخوته، هذا ما لفت انتباه الباحثة لضرورة برمجة محاضرة في الحصص الأولى من البرنامج العلاجي لتقديم نصائح وإرشادات حول التنبؤ بأعراض النكسة قبل وقوعها بأسابيع والتصرف الجيد عند حدوث الأزمة الحادة.

وهذا ما أشار إليه كل من Van Meer (1995)، Tobin (2004)، Xavier Amador (2007) أنه من الممكن جداً أن نحتاط أسابيع قبل ظهور أعراض الذهان، يجب أن نكون منبهين للتفاصيل الصغيرة، حيث أن أفراد العائلة تعرفها جيداً وكما يجب

اخبار الطبيب المعالج بها لأن ارتفاع المؤقت للجرعة الدوائية من شأنها أن تجنب ظهور الأزمة الحادة ويشترط أن يأخذه في الوقت المناسب.

كما جاءت نتائج الفروق غير دالة بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى مجموعة الدراسة فيما يخص المقياس الفرعي، أن مسؤولية الابن المريض بالفصام تتحملها الأم أكثر من الأب، ويمكن تفسير ذلك بغياب الأب وهروبه من مسؤولية الابن المريض ويترك الأم تتخبط للاعتناء به، فوجود مريض بالفصام في الأسرة يعمل على خلق جو من التوتر والضغط النفسي العاطفي، في الكثير من الحالات لا يتحمل الأب الوضع ويلجأ إلى الهروب من المسؤولية وحتى من البيت، وقد يسود جو الأسرة نوعاً من الضيق ومشاعر الكراهية واليأس والحزن ويحملها مسؤولية الوضع الذي تعيشه الأسرة، وهذا نفس ما صرحن به أغلبيتهن يشكون من سوء حالهن مع أزواجهن، كقول أم فيصل: «تؤكد أنها عاشت في بداية مرضه معاناة شديدة خاصة أن والده غير مهتم به وزد على ذلك يعامله بسوء ويلقبه بالمجنون، هذا ما زاد من انتكاساته المتكررة». وتضيف أم ابتسام: «كل المسؤولية تاع ابتسام عليا، كون جا برك شاد لسانو الكلام الجارح ويتهمني أي السبب في مرضها، كرهت، تمنيت يموت ونتهنى منو» أما أم وهيبة «يشتمني ويهددني يوميا، إذا خرجت وهيبة، سوف أطلقك لذلك دائما عينيا في الباب الخارجي، لا فائدة له».

- إن تربية الأبناء مسؤولية الأبوين معاً كقول الرسول عليه الصلاة والسلام «كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته» وذكر من ذلك: «والرجل راع في أهله وولده ومسؤول عن رعيته» رواه ابن عمر - رضي الله عنه - فنحن اليوم في أمس الحاجة لأن نزيح الستار عن واقع تعيشه معظم الأمهات التي لديهن ابن يعاني من الفصام وأن مسؤولية التكفل بالابن يقع على كاهل الأم وأنهن لا يلقين المساعدة أو التعاون من قبل أزواجهن في مواجهة صعوبة هذا المرض العقلي، فالمسؤولية مشتركة بين الزوجين ومن الضروري أن يتقاسما في خدمة ورعاية ابنهما المريض.

واستنادا لكل هذه النتائج، يظهر أن الفرضية الجزئية الثالثة قد تحققت وذلك من خلال فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أمهات مرضى الفصام، وذلك بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجاتهن على مقياس الأفكار اللاعقلانية بين القياس القبلي والقياس البعدي.

3-3-2 عرض ومناقشة الفرضية الجزئية الرابعة:

والتي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في متوسطات درجات الأمهات على مقياس إدراك الضغط بعد تطبيق البرنامج.

جدول رقم (40): يوضح نتائج الفروق بين متوسطات درجات الأمهات بين القياس القبلي والبعدي على مقياس إدراك الضغط.

القياس	مجموعة دراسة الأمهات	المتوسط الحسابي $\bar{X}$	متوسط الفروق D	قيمة "ت" T	درجة الحرية dt	مستوى الدلالة
القياس القبلي	8	93.25	14.87	-13.22	7	0.01
القياس البعدي	8	78.38				

نلاحظ من خلال هذا الجدول وجود فرق لدى مجموعة الدراسة على مقياس إدراك الضغط بين قياسه القبلي ($\bar{X}=93.25$)، وقياسه البعدي ($\bar{X}=78.38$) وبلغ متوسط الفروق ($D=22.87$)، كما بلغت قيمة "ت" (-13.22) يدل على وجود فروق دالة عند مستوى (0.01). ومنه فقد تحققت الفرضية الجزئية الرابعة، مما يدل على أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي كان له تأثير إيجابي في خفض الضغوط النفسية لدى الأمهات مرضى

الفصام، وهذا يعطي مؤشر على أن الحصص العلاجية لها دلالة واضحة في خفض الضغوط النفسية.

وهذا ما يتفق مع ما توصلت إليه ريماء الدجاني (2010) حول أثر برنامج إرشادي مبني على المنحنى السلوكي في تحسين التواصل والتكيف لدى أسر مرضى الفصام، في دراستها إلى فعالية البرنامج الإرشادي في تكيف الأسر التي لديها مريض بالفصام وتحسين قدرتهم على التواصل مع المريض الأمر الذي أدى إلى خفض الضغوط النفسية التي يتعرض لها أفراد الأسرة ويسهم في تحسين ظروف معالجة المريض.

كما تتماشى هذه النتائج مع نتائج دراسة قاسمي وصدلوي ومالك (2012) حول أثر برنامج تثقيفي نفسي في تعزيز الأداء الاجتماعي والأسري عند أسر مرضى الفصام، والتي توصلت إلى وجود تغييرات سلوكية معرفية عند المجموعتين التجريبيتين أدت إلى زيادة قدرتهم في التعامل مع مريض بالفصام بطريقة إيجابية وأن برنامج لتثقيف أسر مرضى الفصام لها دور في التخفيف من معاناتهم وتحسين التواصل بينهم.

وتعزي الباحثة هذا التحسن الملحوظ وبدرجة كبيرة لدى مجموعة الدراسة والذي بدأ ظهوره في الحصص الأولى من التطبيق إلى أن البرنامج المستند للعلاج العقلاني الانفعالي يسير في خطوات علمية منظمة ومسلولة أين استخدمت فيه فنيات معرفية، انفعالية، وسلوكية والتي تم تعليمها للأمهات مرضى الفصام، والتي كان لها أثر قوي في تغيير الحالة الانفعالية لديهن، حيث أن الحصص الأربعة الأولى التي تم فيها دحض ومناهضة فكرة الاعتقاد بالسحر، وفكرة الشعور بالذنب وتأنيب الضمير، والتعريف بمرض الفصام وضرورة التقيد بالعلاج الدوائي مع تجنب الإدمان على المخدرات، الكحول، التبغ، والقهوة، تضمنت الحصص على معلومات مهمة حول اضطراب الفصام، أعراضه وأسبابه، وهذا ما لم يكن متوفراً لديهن، والتي ظهرت من خلال تلك الأفكار الخاطئة التي كانت تؤمن بها الأمهات حول الفصام وتحدثن بها أنفسهن «كابني مسحور»، «ابنتي

عندها مس» «أنا السبب في مرض ابنتي» و...، و.... هذه الأفكار عرقلت سير العلاج وسبب معاناتهن أدت إلى ارتفاع درجة الضغط لديهن.

ومنه نستنتج أن هناك علاقة بين الأفكار اللاعقلانية والضغط النفسية فكلما تغيرت الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية انخفضت الضغوط النفسية، وهذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات إلى الدور الذي تلعبه الأفكار اللاعقلانية في محتوى تفكير الفرد ومدى ارتباط الجانب المعرفي بالجانب الانفعالي وبالجانب البيولوجي، وهي دراسات أثبتت وجود علاقة ارتباطية بين الأفكار اللاعقلانية وبين الضغوط النفسية وهي دراسة كل من طاهر شوبر (1995)، مزنوق (1966). داوود (2001)، شحاتة (2006)، أبو شعر (2007)، بلان (2011)، شايع (2011) داهي (2013)، الصاوي (2013).

وهذا نفس ما أكدته نتائج البرنامج وما ظهر من تنفيس للمشاعر لأمهات مرضى الفصام وذلك من خلال ما صرحن به من ارتياحهن والكلام دون خجل أو خوف، والحوارات والمناقشات في الحصص العلاجية كما ساعدت الأساليب المستخدمة في تنفيذ الأفكار الخاطئة التي كانت تحملها أم المريض بالفصام واستبدالها بأفكار منطقية وعقلانية، والتأقلم مع ظروف المرض، مما أدى إلى خفض الضغوط النفسية لديهن.

ومنه يمكن القول أن هذه النتائج تبين أن تطبيق البرنامج العلاجي المستند لنظرية العقلانية الانفعالية كان له تأثيرا فعالا في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات مرضى الفصام.

الاستنتاج العام:

- من خلال عرضنا لنتائج الدراسة الحالية ومناقشتها نستخلص ما يلي:
- تم التأكد من فعالية ونجاح البرنامج العلاجي المستند إلى نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض الضغوط النفسية وتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أمهات مرضى الفصام، ويعزي ذلك إلى استخدام فنيات تزيد من مستوى الاستبصار والوعي بمرض الفصام وأعراضه وتعليم الأمهات مهارات مواجهة الضغوط، وإبصارهن بأهمية العلاج الدوائي، وكذلك تزويدهن بمعلومات عن الانتكاسة وكيفية الوقاية منها، مما أدى بهن إلى التخلي عن الأفكار والمعتقدات الخاطئة حول المرض والتخفيف من معاناتهن.
 - تحققت الفرضية الجزئية الأولى والتي تنص على أن أمهات مرضى الفصام تعاني من ضغوط نفسية حيث جاءت درجات الأمهات على مقياس إدراك الضغط مرتفعة جدا، كلها كانت فوق 90 درجة وهي درجة قريبة من الدرجة الكلية للمقياس (120).
 - كما تحققت الفرضية الجزئية الثانية والتي تشير إلى أن أمهات مرضى الفصام لديهن أفكار لا عقلانية حول مرض ابنائهن حيث جاءت درجات الأمهات على مقياس الأفكار اللاعقلانية مرتفعة جدا وهي درجات تقترب كثيرا من أقصى درجة للمقياس وهي 104.
 - لقد تم التحقق من الفرضيتين الجزئيتين السابقتين وهذا قبل تطبيق البرنامج ومن خلال المقابلات العيادية مع أمهات هؤلاء المرضى، اكتشفنا أن كل منهن تتكرر تماما مرض ابنها وتجهل طبيعته مما يجعلها تفسره بناء على عوامل أخرى مرجعيتها أفكار لاعقلانية وعليه فهي لا ترى في العلاج الدوائي منفعة، والاسوء ما تمر به هذه الأمهات عند انتكاسة الابن المريض، حيث يكون في حالة هيجان، أين يقوم بالاعتداء على عائلته، التكسير السب والشتم وحتى محاولات الانتحار، هنا يكون

طلب الشرطة هو الحل الوحيد مع الاستشفاء الإجباري، في المستشفى يتحسن مريض بالفصام لكن بعد خروجه يبتكس في مدة قصيرة جدا.

- كان هذا من بين الدوافع التي جرتني لاختيار هذا الموضوع والبحث عن خلفيات تدهور حالة مرضى الفصام مباشرة بعد خروجهم من المستشفى والعودة إليه بسرعة. وهذا ما قد أشارت إليه الدراسات التي تم إجراؤها في سويسرا، كندا، فرنسا ولندن إلى أنّ الأسرة يمكن أن تكون لها أثر على تهذيب المرضى بعد مغادرتهم للمستشفى، وتؤكد أن البيئة التي يخرج مرضى الفصام إليها ترتبط ارتباطا كبيرا وتؤثر بوضوح على السبب في عودتهم إلى المستشفى بمجرد خروجهم منها. (Sheril. Johmsom, 2016).

ويوافق هذه الرؤية ما ذهب إليه الدكتور Xavier Amador (2007) بقوله:

« إنَّ البقاء في المستشفى ما هو إلا ضمانة مؤقتة إن لم نشجعه على التكفل بعلاجه بصفة دائمة » كما يوجه كلامه إلى عائلات مرضى الفصام: «إذا أردنا أن شخصا عزيزا علينا تكون لديه فرصا كبيرة للشفاء علينا أن نواجه المشكلتان الاثنتان وهما: نقص الفهم للمرض ورفض العلاج »

وهنا يكمن دور الأخصائي النفسي الذي من شأنه أن يتكفل بعائلة مريض الفصام وخاصة الوالدين كونهما أقرب الناس إليه وذلك بناء برامج علاجية وإرشادية تمكنهم من معرفة هذا المرض معرفة علمية سليمة تتأى عن معتقداتهم اللاعقلانية وتحسين تواصلهم مع أبنائهم وتحسيسهم بأهمية العلاج الدوائي وكل هذا للتخفيف من الضغوط النفسية لديهم.

وهذا ما توصلت إليه الباحثة بعد تطبيق البرنامج، حيث بينت نتائج الدراسة الحالية ما يلي:

- تحققت الفرضية الجزئية الثالثة والتي تنص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في متوسطات درجات الأمهات على مقياس الأفكار

اللاعقلانية، حيث انخفضت متوسطات درجات الأمهات في القياس البعدي وهذا بعد تطبيق البرنامج عما كانت عليه في القياس القبلي، حيث أظهر التحليل الإحصائي وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين القياس القبلي والقياس البعدي، مما يوضح فعالية البرنامج العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أمهات مرضى الفصام.

- كما بينت نتائج اختبار الفروق بين القياسات القبلية والقياسات البعدية للمقاييس الفرعية وجود فروق دالة بينها إلا في مقياسين فرعيين هما توقع الكوارث والذي جاء الفرق ضئيل جداً، وعدم وجود فرق دال في فكرة مكانة الرجل بالنسبة للمرأة.

- استنتجت الباحثة من خلال نتائج المقياسين الفرعيين السابقين على ضرورة إقحام استراتيجيات لتتبا الأمهات بأعراض النكسة قبل وقوعها بأسابيع والتصرف الملائم عند حدوث الأزمة الحادة، وكذا تحسيس الآباء بمسؤوليتهم تجاه أبنائهم المرضى ومن ثم الوقوف جنباً لجنب مع زوجاتهم وهذا بإشراكهم في البرنامج العلاجي، هذان المقياسان الفرعيان حتى وان لم يتحققا أنهما أثريا هذا البرنامج.

- كما تحققت الفرضية الجزئية الرابعة والتي تشير على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في متوسطات درجات الأمهات على مقياس إدراك الضغط بعد تطبيق البرنامج، حيث انخفضت متوسطات درجاتهن في القياس البعدي، عما كانت عليه في القياس القبلي، وجاءت الفروق دالة عند مستوى (0.01)، مما يوضح فعالية البرنامج العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي في خفض الضغوط النفسية لدى أمهات مرضى الفصام.

- كما توصلت الباحثة على ان هناك علاقة بين الأفكار اللاعقلانية والضغوط النفسية، وهذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات.

وبينت نتائج الدراسة الحالية، تحقيق كل الفرضيات وأن البرنامج العلاجي الذي تم تصميمه للتكفل بأمهات مرضى الفصام له تأثير فعال في خفض الضغوط النفسية

وتعديل الأفكار اللاعقلانية لديهن ومن بين النتائج المهمة التي توصلت إليها الدراسة والتي ظهرت في الحصة الإختتامية أين جاءت الأمهات في أحسن هيئة منهن من تزيّنت، كما بدت ملامح الارتياح والسرور على وجههن وخلال الحفل وفي حضور نائب مدير الصحة الجوارية والفريق العلاجي عبرت كل واحدة منهن عن تأثير هذا البرنامج عليها وكانت تصريحاتهن كالآتي:

« نشكركم على اهتمامكم بنا، تعلّمت أشياء كثيرة كنت أجهلها أهمها أنّ ابنتي مريضة وليست مصابة بسحر».

« عرفت أنّ مرض ابنتي مزمن ومرض عقلي وبدأت بإتخاذ الاجراءات اللازمة لكي استخرج لها بطاقة معاق والتي كنت أرفضها بتاتا»

« فهمت أنّ العلاج الدوائي لا يتمشى مع المخدرات التي يتعاطاها ابني فأنا أشكر طبيب الذي الآن يساعده للتخلص منها، وأشكركم جميعا »

« استوعبت أنّ هذا مرض في الدماغ ويجب أن لا يتوقف ابني عن أخذ الدواء طول حياته، حتى تكون حالته مستقرة».

«بارك الله فيكم، استفدت الكثير منكم وأنا جد فرحة، البارحة ذهبت إلى حفل زفاف لأول مرة منذ مرض ابنتي، ثم بكت»

«اكتشفت خلال تواجدي مع الفريق العلاجي أن هناك قهوة بدون كافين، ابني يشرب حتى 30 فنجان قهوة في اليوم، وهذا ما يجعله مستيفضا طوال الليل، والآن الحمد لله، إنه ينام، فشكرا لكم »

« كنت أخاف من هيجان ابني، والآن تعلمت الأعراض التي تظهر قبل وقوعها لأخذه إلى الطبيب، ويجب أن لا يتوقف عن دوائه».

« أنا جدّ مسرورة بتواجدي معكم، وأشكركم على إلتفاتتكم لنا تعلّمت الكثير منكم وخاصة التقيد بالعلاج الدوائي مهم جدّا والتواصل المستمر مع طبيبه، والتأكد من أخذه الدواء».

خاتمة

بالرغم من حداثة العلاج العقلاني الانفعالي في ميدان العلاج النفسي، إلا أنه يوجد هناك عددًا كبيرًا من الأبحاث والدراسات الخاصة بإظهار مدى فعالية هذا النموذج من العلاج النفسي، وهذا ما أكدته دراستنا الراهنة والتي هدفت إلى معرفة مدى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في تعديل الأفكار اللاعقلانية وخفض الضغوط النفسية لدى أمهات مرضى الفصام، وقد صمم البحث الحالي لإختبار مجموعة من فرضيات وللتحقق من صحتها تبيننا نوعين من المناهج، المنهج العيادي والمنهج الشبه تجريبي، وقد ضمت مجموعة البحث على ثمانية (08) من أمهات مرضى الفصام تم اختيارهن بطريقة قصدية أين تلقوا برنامجًا علاجيًا يستند إلى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية بمعدل جلستين أسبوعيا مدة كل جلسة 90 دقيقة.

ويهدف القياس استعنا بتقنية المقابلة العيادية النصف مرفقة باستمارة تتضمن أسئلة حول البيانات الشخصية، ومقياس إدراك الضغط **levenstein** ومقياس الأفكار اللاعقلانية والذي تم إعداده من قبل الباحثة والتأكد من صدقه وثباته على عينة استطلاعية أجريت على 50 أماً.

ولقد تم تحليل النتائج احصائيا مع قياس دلالتها باستخدام الحاسب الآلي، مستعينة بالحزمة الإحصائية للعلوم الإنسانية SPSS والتي توصلنا من خلالها إلى وجود فروق بين المقياسين القبلي والبعدي، مما نستدل منه على فعالية البرنامج العلاجي الموجه للأمهات مرضى الفصام في المواجهة الفعالة للضغوط النفسية وذلك بعد تعديل أفكارهن اللاعقلانية المرتبطة بوجود مريض بالفصام ومعرفتهن بأن الفصام اضطراب مزمن ويجب الاعتناء والاهتمام بالعلاج الدوائي والتخفيف من شعورهن بالعجز تجاهه وتدريبهن على التواصل الفعال وكل هذا أدى إلى تحسين علاقتهن مع أبنائهن المرضى وإلى متابعة العلاج والتخفيف من الانتكاسات . ومنه هذه الدراسة لها أهمية كبيرة في ميدان

العلاج العقلاني الانفعالي، والتي كشفت عن مدى فعالية البرنامج العلاجي المطبق الذي استخدمت فيه فنيات معرفية وسلوكية وانفعالية والتي ساعدت الباحثة على تعليم وتدريب أمهات مرضى الفصام لتعديل أفكارهن ومعتقداتهن الخاطئة وفي خفض الضغوط النفسية لديهن.

وفي ضوء ما أسفرت عليه نتائج الدراسة الحالية، يمكن تقديم بعض التوصيات والمقترحات، حيث تقترح الباحثة بإمكانية القيام بالدراسات التالية:

1- فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تعديل الأفكار اللاعقلانية وخفض الضغوط النفسية لدى آباء مرضى الفصام.

2- فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تحسين التواصل والتكيف لدى أسر مرضى الفصام.

3- فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تعديل الأفكار اللاعقلانية ولاسيما الاعتقاد بالسحر لدى والدي مرضى الفصام.

4- فعالية دمج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي مع العلاج الدوائي لدى مرضى الفصام ومقارنته بالعلاج الدوائي فقط.

كما توصي الباحثة بما يلي:

1- ضرورة اطلاع القائمين على الصحة النفسية في المجال الأسري وتدريبهم على ممارسة العلاج المعرفي السلوكي والعلاج العقلاني الانفعالي للتكفل بمرضى الفصام وأسره.

2- إنشاء فضاءات لمتابعة سير علاج مرضى الفصام واستقبال أسرهم والتدخل في حالات الأزمات الحادة.

المراجع والمصادر

المراجع باللغة العربية:

- 1- إبراهيم، عبد الستار. (1994). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث -أساليب ومبادئ تطبيقه ط1،دار الفجر-القاهرة.
- 2- إبراهيم، عبد الستار .(1998). الاكتئاب النفسي، عالم المعرفة، الكويت.
- 3- إبراهيم، عبد الستار. (2011). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث - أساليب ومبادئ تطبيقه، ط5، الهيئة المصرية للكتاب- القاهرة.
- 4- إبراهيم محمود إبراهيم .(2008). الضغوط النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرافقي مرضى الفصام، رسالة دكتوراه- في علم النفس ، جامعة الخرطوم.
- 5- أبو عطية سهام، عيسى مرام .(2017). النظرية والتطبيق في الارشاد الجمعي- ط1، دار الفكر -عمان.
- 6- البيلاوي طلعت، فيولا منصور .(1984). قائمة الضغوط النفسية للمعلمين، مكتبة الانجلو المصرية - القاهرة.
- 7- الحبيب طارق (د.س): الفصام، دار البيت العتيق الإسلامية للنشر والتوزيع، عمان.
- 8- الدجاني ريمة .(2010). أثر برنامج إرشادي مبني على المحنى السلوكي في تحسين التواصل والتكيف لدى أسر مرضى الفصام، رسالة دكتوراه - جامعة الأردن.
- 9- الريحاني سليمان .(1987). الأفكار اللاعقلانية عند الطلبة الجامعة الأردنية وعلاقة الجنس والتخصص بالتفكير اللاعقلاني- مجلة الدراسات، المجلد 14 عدد 5 عمان.
- 10- الريماوي محمد .(2011). علم النفس العام - ط4، دار المسيرة، عمان.

- 11- الزهراني محمد .(2010). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بإدارة الوقت لدى عينة من طلاب الجامعة - رسالة دكتوراه، جامعة أم القرى.
- 12- الزويني ابتسام، حميد رندا .(2016). علم النفس الإيجابي - نشأته، أهدافه، تطبيقاته، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع- عمان.
- 13- السيخان إبراهيم .(2014). الاضطرابات النفسية والعقلية، ط1، للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 14- السيد خليفة، علي عيسى .(2008). الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي، ط1، الوفاء الإسكندرية.
- 15- السيد عثمان فاروق.(2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية -دار الفكر العربي- القاهرة.
- 16- الشناوي محمد .(1994). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي - دار غريب للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 17- الشيخاني سمير.(2003). الضغط النفسي - طبيعته - أسبابه - المساعدة الذاتية- ط1- دار الفكر، لبنان.
- 18- العزيز أحمد، وأبو أسعد أحمد.(2009). التعامل مع الضغوط النفسية، ط1، دار الشروق، عمان.
- 19- العبيدي سلوان فوزي.(2018). المدخل الى الانثروبولوجيا الثقافية، ط1، الدار المنهجية للنشر والتوزيع، الاردن

- 20- العاسمي رياض نايل .(2015).العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي-بين النظرية والممارسة-ط1 ,دار الاعصار العلمي للنشر والتوزيع ,الاردن
- 21- العامري جعفر، وصادق عبيد.(2018). نظريات الارشاد النفسي والتربوي، ط1، دار الرضوان للنشر والتوزيع-عمان.
- 22- الفرخ كاملة، تيم عبد الجبار .(1999). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- 23- القذافي رمضان.(2002). التوجيه والإرشاد النفسي، ط1، دار الجيل بيروت.
- 24- الفرماوي حمدي، رضا عبد الله .(2009). الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة، ط1، دار الصفاء، عمان.
- 25- بلميهوب كلثوم.(2014). تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية، مركز البحث في الانثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية (CRASC).
- 26- المنشولي عبد الله .(2004). مبادئ العلاج بالقراءة مع دراسة تطبيقية مع مرضى الفصام، ط1، الدار المصرية، مصر.
- 27- النابلسي حياة .(2009). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغط النفسي والتوافق مع الحياة الجامعية - رسالة دكتوراه- كلية التربية- جامعة دمشق.
- 28- النعاس، عمر.(2008). الضغوط المهنية وعلاقتها بالصحة النفسية ط1- منشورات جامعة 7 أكتوبر - القاهرة.

29- آيت حمودة حكيمة .(2005). دور السمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية - رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي- جامعة الجزائر.

30- بركات محمد خليفة .(1984). مناهج البحث العلمي في التربية وعلم النفس، دار العلم، بيروت.

31- برو محمد .(2014). الموجه في منهجية العلوم الاجتماعية، الأمل للطباعة والنشر والتوزيع- الجزائر.

32- بلال كمال يوسف.(2015). نظريات الارشاد والعلاج النفسي، ط1، دار الاعصار العلمي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

33- بوخاري سهام.(2016). مدى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي للتخفيض من الأفكار اللاعقلانية والتخفيف من قلق الانزعاج لدى المدمنين على المخدرات- رسالة دكتوراه- جامعة الجزائر2.

34- حسين طه وحسين سلامة.(2006). استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية، ط1، دار الفكر، عمان.

35- جمعة السيد يوسف.(2007). إدارة الضغوط، ط1، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث، جامعة القاهرة، مصر.

36- خضر عبد الباسط.(2014). أدوات البحث العلمي وخطة إعدادة، ط1، دار الكتاب الحديث، القاهرة.

- 37- داهي عبد الله .(2013). الدلالات الفلسفية للأفكار العقلانية واللاعقلانية بين
طلبة جامعة الموصل، مجلة الرافدين، المجلد 19، العدد 60.
- 38- رضوان سامر، جميل.(2016). التشخيص النفسي للاضطرابات النفسية، ط1،
دار الكتاب الجامعي، لبنان.
- 39- روبي محمد.(2013). الأفكار اللاعقلانية عند المراهقين، دار الخلدونية، الجزائر.
- 40- زهران، حامد عبد السلام.(1989). التوجيه والإرشاد النفسي، ط3، القاهرة.
- 41- سالم سماح، وجاد وجمال .(2015). الارشاد الاجتماعي-دار المسيرة للنشر
والتوزيع-عمان.
- 42- ستورة جان.(1997). الضغط النفسي ترجمة وحيد أسعد، دار البشائر للنشر-
سوريا.
- 43- سيريل جنسن وآخرون .(2016). علم النفس المرضي استنادا على الدليل
التشخيصي الخامس، ط2، ترجمة د . أمثال هادي الحويلة وآخرون مكتبة الأنجلو
مصرية- القاهرة.
- 44- سي بشير كريمة .(2008). فعالية برنامج إرشادي محدد بتقنية النمذجة في
تغيير اتجاهات الأمهات الجزائريات نحو الأطفال المعوقين حركيا، رسالة دكتوراه في علم
النفس العيادي، جامعة الجزائر.
- 45- شلبي أحمد محمد وآخرون.(2016). تشخيص الأمراض النفسية للراشدين،
مستمدة من DSMV وDSMIV ، مكتبة الأنجلوالمصرية، القاهرة.

- 46- صالح علي عبد الرحيم.(2014). علم نفس الشواذ الاضطرابات النفسية والعقلية، ط1، دار الصفاء للنشر والتوزيع-عمان.
- 47- عادل عبد الله.(2000). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، ط1، دار الرشاد، عمان.
- 48- بهاء الدين السيد عبيد ماجدة .(2008). الضغط النفسي ومشكلاته وآثاره على الصحة النفسية، ط1، دار الصفاء، عمان.
- 49- عبد الله هشام إبراهيم.(2008). العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أسس وتطبيقات، ط1، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
- 50- عبد اللطيف فرج.(2009). الاضطرابات النفسية، ط1، دار حامد للنشر والتوزيع-عمان الأردن.
- 51- عبد العزيز مفتاح .(2001). علم النفس العلاجي- اتجاهات الحديثة، ط1، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع-القاهرة.
- 52- عسكر، علي .(2009). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، ط3، دار الكتاب الحديث-الجزائر.
- 53- عكاشة أحمد.(1995). الطب النفسي المعاصر، ط1، مكتبة أجلو المصرية، القاهرة.
- 54- غانم محمد حسن.(2015). الاضطرابات النفسية والسلوكية-مكتبة الأنجلو المصرية-القاهرة.

55- كفاي علاء الدين، (1999). الارشاد والعلاج النفسي الأسري، ط1، دار الفكر العربي القاهرة.

56- مسعودي رضا. (2010). بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض الضغوط النفسية لدى المعلمين - رسالة دكتوراه - جامعة الجزائر.

57- مصعب إسكندر حرجي. (2012). الفصام، ط1، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت.

58- مليوح خليفة. (2014). مدى فعالية تقنيات الفحص العيادي الاسقاطية والموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري ,رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي.

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية:

59- Amador .x .(2007). **comment faire accepter son traitement au malade**

–schizophrénie et trouble bipolaires traduction française .

Dr P.klotz et Dr Y.Hodé. Paris.

60- Andre-Joris.A .(1998) . **La communication schizophrénique dans L’entretien**, Thèse pour le doctorat de psychologie clinique et Psychopathologie, Université Paris 8.

61- Aparecida.M.(2009) . **Maladie mentale et resilience**. Thèse de doctorat en psychologie clinique, Université Paris 8.

62- Armando L.Morea-Fumero and pedroAlueu-Gouzalez .(2013).**Role of Melatonin in schizophrenia**, INT.J.Molsci 14, 9037-9050.

- 63- Azoulay. C. chabert.C et al .(2003) . **processus de la Schizophrénier**, 1^{er} Edition, Université Paris 8.
- 64- Balbi, J.(2008). **Epistemological and theoretical foundations of condtructivist cognitive therapies : post rationalist developments**, Dialogues in philosophy, Mental and Neuro sciences.
- 65- Baud. P .(2003) . **Contribution à l’historique du concept de schizophrénie**, thèse de doctorat en médecine, Université de Genève.
- 66- Benedetti. G .(2010) . **psychotherapie de la schizophrénie**, Edition érès, Paris.
- 67- Bernard, M.E. (2010). **Rationality and pursuit of happiness**, The legacy of Albert Ellis, Chichester Wiley-Blackwell, Csikszentimihalyi, M. (1990), Flow . The psychology of optimal experience. New York : Harper &Row.
- 68- Bindler.L and Lauer.O (2012): **La schizophrénie 100 Questions/Réponses**, Ellipses Edition Marketing, Paris.
- 69- Bond, F.W, & Dryden, W. (2000). **How rational beliefs and irrational beliefs affect people’s inferences**, An experimental investigation Behavior and cognitive psychotherapy.
- 70- Bourdet .c .(2001). **Contribution à la psychopathologie cognitive de schizophrénie**, Thèse de doctorat de l’université, Paris 8.
- 71- Bourgeois Paulhan, I, .M(2003). **Stress et coping**, 2^{eme} edition P.U.F, Paris.
- 72- Bourgeois.ML.(2011). **Les schizophrénies-Que sais-je?** Edition érès, Paris.
- 73- Caselli, G. .(2013). **Tecniche di colloquio metacognitivo** [Metacognitive therapeutic interview techniques]. In G. M Ruggiero & S. Sassaroli (Eds), IL Colloquio psicoterapia cognitiva. Tecnica e Pratica cilinica[interview in cognitive psychotherapy. Technique and clinical practice].Milano :Raffaello Cortina Editore.

- 74- Castel franchi, C. &Pagleri, F. (2007) . **The role of belifs in goal dynamics**: Prolegomena to a constructive theory of intentions. Synthese.
- 75- Chazaud.J .(1983). **hystérie- schizophrénie, paranoïa**, Edition privat, Toulouse, France.
- 76- Daguenet.A.(2005). **Le discours implicite est-il cliniquement approprié à la schizophrénie ?** mémoire de Maîtrise de psychologie Clinique et pathologique, Université Paris 8.
- 77- David, D. (2003). **Rational emotive behaviorthrapy (REBT) : The view of a cognitive psychologist**. In W.Dryden (Ed), Rational emotive behavior therapy : Theoretical developments, East Sussex : Brunner-Routledge.
- 78- David, D. Szentagotai, A, Eva, K, &Macavei, B. (2005). **A synopsis of rational-emotive behavior therapy (REBT)**; fundamental and applied research. Journal of Rational- Emotive & Cognitive-Behavior Therapy.
- 79- Davtian.H(2013) . **la famille de patient schizophrène ,serait –elle devenue une ressource inépuisable ?** Article Janvier 2013 Paris .
- 80- Diguseppe, R, Doyle, K. A, Dryden, W, &Backx, W.(2014) . **A practioner’s guide to rational emotive behavior therapy**, New York: Oxford University Press.
- 81- Dimaggio, G, Semerari, A. (Eds) (2003). **I disturbi di personalita. Modelli ettrattamento**, [Personality disorders. Models and treatments], Laterza : Roma-Bari.
- 82- Dryden, W (2010).**A prime on rationalEmotive Behavior Theray**, 3Th edition.
- 83- Dryden, W. (2002). **Fundamentals of rational emotive behavior therapy**, London: Whurr Publishers.
- 84- Dryden, W. .(2008). **Rational emotive behavior therapy**: Distinctive features, London : Routledge.
- 85- Dryden, W.(2009). **Rational emotive behavior therapy** : Distinctive features. East Sussex : Routledge.

- 86- Ellis, A .(2001). **The cognitive Revolution un psychotherapies journal Romanian of cognitive and behavioral psychotherapies**1(1)-7-16.
- 87- Favord. J.Matie.A.(2012). **Se rétablir de la schizophrénie**, Elsevier Maison S.A.S Lausanne. Suisse.
- 88- Francesco.S.B, Angela. I, Francescap, Guiseppa, B.(2012) . **Sleep and biorhythm disturbances in schizophrenia, mood and anxiety disorders, are view Rivista dipsichiatria**, 4,7,5-copyright-ilpensiero Scientifico Editore downloaded byip 105.105.51.139 Mon, 19 dec 2016, 18:22:08.
- 89- Franck.N.(2006). **Laschizophrénie – La reconnaitre et la soigner**, édition odile –Jacob. Paris.
- 90- Fredrickson, B.L.(2009). **Positivity Top-Notch Research Reveals the 3 to 1 Ratio That Will Change your life**. New York : Crown Publishing Company.
- 91- Gaffney, M (2011). **Flourishing . How to achieve a deeper sense of well-being, meaning and purpose-even when facing adversity**, Dublin, Penguin.
- 92- Giovanni . M .(2014)..**REBT in Italy Dissemination and intergation with constructivism and metacognition** springer Science +Business Media New York
- 93- Gourion, D. Gut-Fayaud.A(2004) . **Vivre et comprendre les troubles schizophréniques**, Editons ellipses, Paris.
- 94- Granger. B, Naudi.J.(2006). **La schizophrénie**, Idées reçues, Edition le cavalier bleu, Paris.
- 95- Hadj Lakehal. R(2016) . **programme Thérapeutique destiné aux familles ayants une personne souffrantes deLaschizophrénie**, Revue des sciences sociales, Université Laghouat N20.
- 96- Hadj Lakehal.R(2011) . **Laschizophrénie Revue des sciences humaines et sociales**, université Biskra, N1.

- 97- Haouzir.S-Bernoussi A(2010). **Les schizophrénies**, 2em édition, Université de Paris8.
- 98- Jaime M.M. Ahmed. SB, Seithkurippu R. pandi-perumal, Vivien B , and al (2013): **sleep and circadian rhythm dysregulation in schizophrénie**.Progress un Neuro- psychopharmacology and Biological psychiatry 43209-216.
- 99- Kasiama.J.K(2011). **Manuel D'évaluation De la Qualité de schizophrène**, Edition L'harmattan, Paris8.
- 100- Kingdon. DG, Turkington. D.(2011). **Thérapie cognitive de la schizophrénie**, 1^{er}Edition, Paris.
- 101- Koenig-M (2013). **le Rétablissement dans la schizophrénie**, thèse de Doctorat en psychologie clinique, Université, Paris 8.
- 102- Kristene .A. Doyle, Ph. D (2017). **Program : primary certificate in Rational Emotive & cognitive Behavior Therapy**, Albert Ellis Institute Rebt Training Albert Ellis Institute.
- 103- Lalonde .P. Grunberg.F(1988). **psychiatrie Clinique – approche bio-psycho- social**, edition Eska S.A.R.L Québec, Canada.
- 104- Lançon.c (2010) . **profamille-programme psycho-éducatif pour les familles ayant un proche souffrant de schizophrénie**, version V3.1 V3-2, Marseille, France.
- 105- Lolivier .I .(2011). **Santé mentale-la famille dans les soins**-Revue- W°159 Juin, Paris.
- 106- Mario .Maj, Norman Sartorius .(2002). **schizophrénie**, Evidence and Experience in psychiatry WPA Servie second Edition.
- 107- Martin. P. Azouin, J.M .(2004). **Qualité de vie et schizophrénies**, Editions John bilbey Eurotext, France, Paris.
- 108- Meer.RV.(2004). **Vivre avec la schizophrénie**. 2^{eme} Edition Frison-Roche Paris.

- 109- Merenada.c .(2001). **Images de la schizophrénie, Discours et pratiques**, soignantes en institution psychiatrique, Mémoire de maitrise, Paris 8.
- 110- Michael .E .(2010) . Albert Elles, **Unsung hero of positive psychology**, Doi : article journal of positive psychology, 10.1080/17439760 2010.
- 111- Michaud Ginette. (2004). **Essais sur la schizophrénie et le traitement des psychoses**, Editions érés, Paris.
- 112- Minkowski E.(2002). **La schizophrénie**, Edition Payot, Paris.
- 113- Monestés.J-l.(2008). **La schizophrénie** Edition odile Jacob, Paris.
- 114- Paciolla. A. &Manicin F.(2010). **Cognitivism esistenzial. Dal significatode lsintomo al significato della vita (Existential cognitivism. From the meaning of symptoms to the meaning of life)**. Roma: Franco Angeli.
- 115- Pankow.G(2011). **L'être – La du schizophrénie**, 2eme Edition Aubvier, Montaigne, Paris.
- 116- Peretti. C-S. Martin P. Ferreri. F.(2004). **schizophrénie et cognition**, Editions, John libbey Eurotext, Paris.
- 117- Petitjean. F. Carduie.M.M(2003). **schizophrénies debutantes**, Edition John Tibley Eurotext, Paris.
- 118-Raymond .A .(2013). **A Practitioner's Guide to Rational Emotive Behavior Therapy**, Appendix 5. Oxford University Press.
- 119-Sébal. M.(2012) . **Troubles et rupture de l'adolexence**, Magnard - Vubert, Paris.
- 120-Sechehayé. M-A. (2011) . **Introduction à une psychothérapie des schizophrènes** conférences présentées à la clinique psychiatrie Universitaire du Burgholzli PUF. Paris.
- 121- Simon D. R. Simpson. Windy Dryden. (2011). **Comparison between REBT and Visual/Kinaesthetic Dissociation in the Treatment of Panic Disorder : An Empirical Study**. Springer Science +Business Media, LLC. ORIGINAL ARTICLE.

- 122- Société Canadienne (2012). **Apprendre à connaître la schizophrénie, une lueur d'espoir** manuel de référence pour les familles et les aidants naturels , 4 Edition révisée .
- 123- Spada, M.M.Caseli. G. & Wells.A. (2012). **A triphasic metacognitive formulation of problem drinking.** Clinical Psychology and Psychotherapy.
- 124- Tbin.c. C.(2004). **les schizophrénies**, Nouvelle édition, Paris.
- 125- Tobin. C.(1994). **les schizophrénies au quotidien**, Edition odile Jacob, Paris.
- 126- Wells. A. (2009). **Metacognitive therapy for anxiety and depression**, New York: Guilford press.

الملاحق

ملحق رقم (01)

مقياس الأفكار اللاعقلانية من إعداد الباحثة

التعليمية: بين يديك قائمة تحتوي على مجموعة من العبارات والجمل التي تعبر عن أفكار ومبادئ واتجاهات يؤمن بها البعض أو يرفضها بشكل مطلق، أرجو قراءة كل من تلك العبارات ووضع إشارة (×) في المكان المناسب في ورقة الإجابة الذي يعبر عن موقفك من كل منها، راجية التكرم بالإجابة على جميع العبارات بكل صراحة وصدق، كما أرجو التأكد من الإجابة على جميع العبارات بدون إستثناء، ولك خالص الشكر والتقدير.

الرقم	الفقرة	نعم	لا
1	لا أتردد أبدا في التضحية بمصالحي ورغباتي في سبيل حب ورضا الآخرين لابني المريض.		
2	أؤمن بأن ابني المريض لا يسعى إلى تحقيق أهدافه.		
3	أفضل السعي وراء التفاهم مع من يسيئون إلى ابني المريض بدلا من معاقبتهم أو لومهم.		
4	لا أستطيع تقبل مرض ابني.		
5	أؤمن بأن كل أم مريض قادرة على تحقيق سعادتها بنفسها.		
6	يجب أن لا أشغل نفسي بالتفكير في إمكانية حدوث ضرر أو مكروه لابني المريض جراء تصرفاته العنيفة.		
7	أفضل وضع ابني في مستشفى الأمراض العقلية بدلا من تحمل مسؤوليته الصعبة.		
8	أرفض أن أكون تابعة للآخرين ومعمدة عليهم في رعاية شؤون ابني المريض.		
9	أعتقد بأن أخطاء أحد الوالدين أو كليهما في الماضي كانت سبب مرض الابن.		
10	يجب أن لا أسمح بأن يكون مرض ابني مانعا لسعادتي.		
11	أعتقد أن هناك حلا لمشكلة ابني المريض لا بد من الوصول إليه.		
12	إن عدم جدية الأم في تعاملها مع حالة ابنها المريض يفقدها احترام الآخرين.		
13	من الضروري أن يتقاسم زوجي معي مسؤولية خدمة ورعاية ابننا المريض.		
14	يزعجني أن يصدر من ابني المريض أي سلوك يجعله غير مقبول من قبل الآخرين.		
15	أؤمن بأن قيمتي ترتبط بمقدار ما أبذله في سبيل شفاء ابني حتى وإن لم يكن ما أنجزه كاملا.		
16	أفضل الامتناع عن معاقبة المسيئين لابني حتى أتبين الأسباب.		
17	أتخوف دائما أن تسير الأمور على غير ما أريد وتسوء حالة ابني ولا يشفى.		
18	أؤمن بأن افكاري عن المرض تلعب دورا كبيرا في شعوري بالسعادة أو التعاسة.		

19	أومن بأن الخوف من إمكانية حدوث أمر مكروه لابني لا يقلل من احتمال حدوثه.	
20	اعتقد بأن السعادة تكمن في الحياة السهلة التي تخلو من تحمل مسؤولية طفل مريض ومواجهة الصعوبات.	
21	أفضل الاعتماد على نفسي في الكثير من أمور ابني المريض رغم إمكانية الفشل فيها.	
22	لا يمكنني أن أتخلص من تأثير الماضي حتى وإن حاولت ذلك.	
23	من غير الحق أن أحرم نفسي من السعادة إذا شعرت بأبني غير قادرة على إسعاد ابني المريض.	
24	أشعر باضطراب شديد حين أفشل في إيجاد حل لمشكلة ابني المريض.	
25	تفقد الأم هيبته واحترام الناس لها إذا أكثر من المزاح والمرح وابنها مصاب بهذا المرض.	
26	إن تحمل الزوجة معاناة ابنها المريض لوحدها دون أن يشاركها زوجها في ذلك، يضر بالعلاقة بينها.	
27	أومن بأن رضا جميع الناس على ما أقدمه من رعاية لابني المريض غاية لا تدرك.	
28	أشعر بأن لا قيمة لي إذا لم أنجز الأعمال الموكلة لي ولم أهتم بابني المريض على أكمل وجه.	
29	يجب الابتعاد عن الناس الذين يحتقرون ابني المريض ويسئون إليه.	
30	يجب أن أتقبل مرض ابني على أنه حقيقة وواقع، حتى وإن لم أستطع تغيير ذلك.	
31	أومن بأن حظ الأم يلعب دورا كبيرا في سعادتها أو تعاستها.	
32	يجب أن أكون حذرة ويقظة من إمكانية حدوث مخاطر من تصرفات ابني المريض.	
33	أومن بضرورة مواجهة الصعوبات التي تخص ابني المريض بدلا من تجنبها والابتعاد عنها.	
34	لا يمكن أن أتصور نفسي دون مساعدة من هم أقدر وأدري مني في علاج مرض ابني.	
35	ارفض بأن أكون خاضعة لتأثير الماضي وأفضل الاستفادة منه في رعاية ابني المريض.	
36	غالبا ما يؤرقني مرض ابني ويحرمني من السعادة.	
37	من العبث أن أصر على إيجاد حل كامل ومناسب لما يواجه ابني من مشكلات.	
38	لا أعتقد أن ميلي للمزاح يفقدني جدتي في رعاية ابني المريض ويقلل من احترام الناس لي.	
39	أرفض أن تختلف معاملة زوجي لابننا المريض عن معاملتي له.	
40	أفضل التمسك بأفكاري حول مرض ابني حتى وإن رفضها الآخرون.	
41	أومن أن عدم قدرتي بلوغ الكمال في رعاية ابني المريض لا يقلل من قيمتي.	

42	لا أتردد في لوم من يؤدي ابني المريض ويسيء إليه.	
43	أؤمن بأنه يمكنني أن أحقق كل ما أتمناه لابني المريض.	
44	أؤمن بأن وجود طفل مريض في الأسرة غالبا ما يقف أمام سعادة الأم.	
45	ينتابني خوف شديد لمجرد التفكير في إمكانية وقوع مكروه لابني المريض.	
46	يسرنني أن أواجه بعض المصاعب وأتحمل مسؤوليات ابني المريض فذلك يشعرنني بالتحدي.	
47	أشعر بالضعف حين أكون وحيدة في تحمل مسؤوليات ابني المريض.	
48	اعتقد بأن تحجج الأم بمرض ابنها هو عذر تستخدمه سببا لعدم قدرتها على التغيير.	
49	ليس من حقي أن أسعد وابني مصاب بهذا المرض.	
50	من المنطق أن أفكر في حل عملي لمشكلة ابني المريض بدلا من الاصرار على البحث على حل كامل.	
51	أؤمن بأنني كأُم مريض يجب أن أكون منطقية وأتصرف بعفوية بدلا من أن أتقيد بالرسمية والجدية.	
52	أعتقد ان مسؤولية الابن المريض تتحملها الأم أكثر من الأب.	

ملحق رقم (02)

مقياس إدراك الضغط لـ Levenstein

P-S-Q.

التعليمية: في كل عبارة من العبارات التالية ضع علامة (×) في الخانة المناسبة التي تصف ما ينطبق عليك عموماً، وذلك من خلال سنة أو سنتين الماضيتين أجب بسرعة دون أن تزعج نفسك بمراجعة أجابتك واحرص على مسار حياتك خلال هذه المدة.

الوضعية الضاغطة	تقريباً أبداً	أحياناً	كثيراً	عادة
1- تشعر بالراحة.				
2- تشعر بوجود متطلبات لديك.				
3- أنت سريع الغضب أو ضيق الخلق.				
4- لديك أشياء كثيرة للقيام بها.				
5- تشعر بالوحدة أو العزلة.				
6- تجد نفسك في مواقف صراعية.				
7- تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلاً.				
8- تشعر بالتعب.				
9- تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك.				
10- تشعر بالهدوء.				
11- لديك عدة قرارات لاتخاذها.				
12- تشعر بالإحباط.				
13- أنت مليء بالحيوية.				
14- تشعر بالتوتر.				
15- تبدو مشاكلها أنها ستتراكم				
16- تشعر بأنك في عجلة من أمرك.				
17- تشعر بالأمن والحماية.				
18- لديك عدة مخاوف.				
19- أنت تحت ضغط مقارنة بأشخاص الآخرين.				
20- تشعر بفقدان العزيمة.				

				21- تمتع نفسك.
				22- أنتخائف من المستقبل.
				23- تشعر بأنك قمت بأشياء ملزم بها وليس لأنك تريدها.
				24- تشعر بأنك وضع انتقاد وحكم.
				25- أنت شخص خال من الهموم.
				26- تشعر بالإرهاك أو التعب الفكري.
				27- لديك صعوبة للاسترخاء.
				28- تشعر بعبء المسؤولية.
				29- لديك الوقت الكافي لنفسك.
				30- تشعر أنك تحت ضغط مميت.
				المجموع
				المجموع العام

ملحق رقم (04)

بطاقة المريض قبل تطبيق البرنامج

الاسم:..... - السن:..... - اسم الوالدة:.....

التشخيص:..... - نوع الدواء:..... - الكمية:.....

	تاريخ بداية المرض وأسبابه
	تاريخ أول انتكاسة وأسبابها
	عدد الانتكاسات
	عدد محاولات الانتحار وطرقها
	حالة تدخل الشرطة والحماية المدنية
	الادمان على الكحول
	الادمان على المخدرات ونوعها
	الادمان على التبغ
	الادمان على الكافيين
	عدد مرات الهروب من المنزل

ملحق رقم (05)

محتوى البرنامج الذي قدم للأمهات

الأيام	محتوى البرنامج اليومي
اليوم الأول	- الاستقبال - التعارف
اليوم الثاني	- التعريف بالمرض
اليوم الثالث	- التعريف بالأمراض المشابهة لمرض الابن
اليوم الرابع	- معرفة طرق العلاج والأدوية
اليوم الخامس	- التصرف في حالة الأزمة
اليوم السادس	- التحكم في الشعور بالذنب
اليوم السابع	- الحد من المعاناة
اليوم الثامن	- التواصل مع المريض(1)
اليوم التاسع	- التواصل مع المريض(2)
اليوم العاشر	- تطوير مهارات التواصل بالحوار
اليوم الحادي عشر	- الحد من الادمان
اليوم الثاني عشر	- الحد من الانتحار
اليوم الثالث عشر	- معرفة الحصول على المساعدة
اليوم الرابع عشر	- الرفع من تقدير الذات
اليوم الخامس عشر	- خاتمة البرنامج - حفل وتقديم الهدايا