

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة الجزائر 02 أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس

محاضرات السنة الأولى ماستر
تخصص العلاج المعرفي السلوكي السداسي الأول
في وحدة
العلاج المعرفي السلوكي للطفل و المراهق

السنة الجامعية 2021 – 2022

محتوى البرنامج

موضوع المحاضرة

01..... مقدمة

المحاضرة الأولى مرحلة الطفولة

05..... تمهيد

05..... مفهوم مرحلة الطفولة

06..... مظاهر النمو عند الطفل

07..... مطالب النمو في مرحلة الطفولة

09..... عوامل الصحة النفسية في مرحلة الطفولة

12..... خلاصة

المحاضرة الثانية المشكلات و الاضطرابات النفسية و السلوكية عند الطفل

14..... تمهيد

15..... مفهوم الاضطرابات و المشكلات النفسية عند الطفل

15..... معايير الطفل المضطرب

19..... أنواع القلق

21..... تصنيف القلق

21..... القلق و اضطراباته

23..... اضطراب قلق الانفصال

24..... المخاوف المرضية

24..... اضطراب الوسواس القهري

28..... خلاصة

المحاضرة الثالثة الاضطرابات السلوكية عند الطفل

- 30..... تمهيد
- 30..... السلوك العدواني
- 31..... مظاهر السلوك العدواني
- 32..... اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه
- 33..... أعراض الاضطراب
- 34..... أنواع الاضطراب
- 35..... خلاصة

المحاضرة الرابعة

اضطراب التبول الإرادي

- 37..... تمهيد
- 37..... مفهوم التبول الإرادي
- 38..... أشكال التبول الإرادي
- 41..... الإجراءات الوقائية و العلاجية للاضطراب
- 42..... خلاصة

المحاضرة الخامسة

مرحلة المراقبة

- 44..... تمهيد
- 44..... تعريف المراقبة
- 45..... النمو الانفعالي للمراقب
- 45..... الخصائص الانفعالية في مرحلة المراقبة
- 46..... خلاصة

المحاضرة السادسة

المشكلات و الاضطرابات النفسية والسلوكية عند المراقب

48.....	تمهيد
48	السلوك الإدماني
48.....	المفاهيم الأساسية في الإدمان
49.....	أنماط التعاطي
51.....	أنواع المخدرات
51.....	الاضطرابات المرتبطة بالإدمان
64.....	الاضطرابات الجنسية
65.....	خلاصة

المحاضرة السابعة

العلاج السلوكي المعرفي

67.....	تمهيد
67.....	تعريف العلاج المعرفي السلوكي
68.....	التطورات الحديثة في العلاج المعرفي السلوكي
70.....	العلاج المعرفي السلوكي للطفل و المراهق
71.....	تقنيات العلاج المعرفي السلوكي
80.....	خلاصة

المحاضرة الثامنة

برنامج علاج اضطراب الوسواس القهري و المخاوف المرضية

82.....	عرض خطوات البرنامج
---------	--------------------

المحاضرة التاسعة

برنامج علاج المدمنين على المخدرات

98.....	عرض خطوات البرنامج
---------	--------------------

المحاضرة العاشرة
عرض حالات نموذجية

101.....	عرض الحالة
112.....	المراجع

مقدمة

لقد تعددت الاتجاهات النظرية في الإرشاد و العلاج النفسي ، وهذا طبقا لما مر به علم النفس من تطورات في هذا المجال ، أدى إلى ظهور تيارات علاجية عديدة ، جلبت إليها اهتمام العديد من الباحثين والعلماء ، وهو ما كان واضحا خلال بداية النصف الأخير من القرن العشرين ، أين بدأ الاهتمام الفعلي بالجوانب المعرفية و دورها في الاضطرابات النفسية ، الأمر الذي أدى إلى التركيز أكثر على ما يحمله الفرد في ذهنه من أفكار ، و ما يتوجه به من مواقف نحو نفسه و نحو الآخرين أخذا بعين الاعتبار كل الجوانب الوجدانية و المعرفية ، التي تكمن وراء السلوك و بالتالي التخلص من تلك النظرة الضيقة التي كانت موجودة في العلاج السلوكي . و هذا كله بفضل المقاربة بين الاتجاهين السلوكي و المعرفي .

لهذا كان لظهور المدرسة المعرفية السلوكية في هذه الفترة بمثابة الحجر الأساس لتعديل السلوك .

و يعتبر هذا الإجراء خطوة مهمة خاصة خلال مرحلة الطفولة و المراهقة ، نظرا لنا تتميز به كل مرحلة منهما من أعراض و مظاهر و سلوكيات غامضة و منحرفة ، تجعل الأهل و كل الفئات المحتكة بها تتأثر بتلك المظاهر ، لذا نستطيع القول أن كل أذى يلحق بالفرد في هذين المرحلتين من شأنه أن يؤثر على المراحل الأخرى ، و بالتالي إذا لم يكن هناك حل سريع لذلك لتطور الأمر إلى ارتكاب جرائم عدة ، و هذا سواء تعلق بالفرد مع نفسه و هو ما نسمعه و نلحظه من خلال الانتحار خاصة في وسط الشباب ، و إما جرائم القتل التي أصبح التكلم عنها بلغة الأرقام . و هذا بغض النظر عن الجرائم الأخرى التي أصبحت منتشرة في كل منطقة و شارع كا السرقة ، الاختطاف ، تعاطي المخدرات و غيرها .

إذن جاء اليوم علم النفس بكل فروع و مجالاته ، خاصة الإكلينيكي ليس للبحث فقط في الأسباب أو النتائج لكل تلك السلوكيات ، بل على العكس ذهب إلى ما هو أعمق و أبعد من ذلك ، و هو التركيز على تلك المشكلات و الاضطرابات النفسية و السلوكية للطفل و المراهق ، و ذلك من الناحية العلاجية الإرشادية ، حيث يبحث في أحدث الطرق

و التقنيات العلاجية للتخلص و التخفيف من تلك الأعراض المصاحبة لتلك المشكلات و الاضطرابات النفسية .

فبالعودة للوسط الإكلينيكي ، و الواقع المعاش لبعض الأسر، و حتى المؤسسات التعليمية المشتركة مع هؤلاء الأطفال و المراهقين تكون النظرة الخاطئة لتلك الأحداث و الأعراض و حتى السلوكيات هي من بين الأمور التي أدت بهم لأن يكونوا ضحايا ، فعدم تقبل المرض من طرف الأولياء و ورفض العلاج ، من شأنه أن يطور الأعراض ، إضافة إلى الاستهزاء ببعض الأعراض و تفسيرها على أنها مجرد سلوكيات عابرة ، هو الآخر من شأنه التأثير على صحة الفرد ، لذا كل ما كان إشراك العائلة و الجهات المختصة في التشخيص و العلاج كل ما كانت صحة الفرد في أمان .

و عليه قسمنا مواضيع هذا المقياس إلى عشر مواضيع كلها مكملة لبعضها و هي مواضيع أساسية لا بد من التطرق إليها قبل عرض الموضوع الرئيسي للمقياس ألا و هو العلاج المعرفي السلوكي ، إذ قسمت المواضيع على الشكل الآتي :

بالنسبة للموضوع الأول تم التركيز فيه على مرحلة الطفولة و أهميتها ، و كل ما يتعلق بها من نمو و تطور و لكن بشكل مختصر .

الموضوع الثاني تناول التعريف بالمشكلات و الاضطرابات النفسية و السلوكية للطفل وذكر تصنيفاتها و ذلك بما يتماشى و الواقع المعاش ، و نقصد أهم المشكلات المؤدية بالأهل أو حتى المؤسسات التربوية المرافقة لطلب التكفل أو حتى الاستشارة في كيفية التعامل مع هؤلاء ، مركزين بذلك على القلق و أهم اضطراباته عند الطفل ، من " قلق الانفصال مخاوف مرضية و إجتماعية إضافة إلى اضطراب الوسواس القهري ."

أما الموضوع الثالث خصص للمشكلات و الاضطرابات السلوكية عند الطفل مركزين بذلك على السلوك العدواني و اضطراب الإفراط الحركي المصحوب بنشبت الانتباه ، و كل ما تتضمنه من أعراض و معايير .

أما الموضوع الرابع تناول هو الآخر احد الاضطرابات السلوكية و المنتشرة بكثرة عند الأطفال ألا و هو اضطراب التبول اللاإرادي .

ثم تم إلى الانتقال للموضوع الخامس الذي خصص لمرحلة المراهقة وكل ما يتعلق بها من خصائص و مميزات .

أما الموضوع السادس خصص للحديث عن المشكلات و الاضطرابات التي يمكن أن تظهر خلال مرحلة المراهقة كتعاطي المخدرات و الإدمان عليها ، مع التطرق إلى كل ما يتعلق به من اضطرابات تابعة و ناتجة عنه من أعراض نفسية و جسدية ، و في نفس الوقت التطرف لبعض الانحرافات الجنسية الموجودة عند المراهق .

الموضوع السابع خصص للعلاج السلوكي المعرفي ، و كل الاستراتيجيات و التقنيات التي يمكن تطبيقها لعلاج المشكلات و الاضطرابات النفسية المتعلقة بالأطفال و المراهقين . هذا ما جعلنا نركز في الموضوع الثامن و التاسع على عرض بعض البرامج المطبقة في الوسط العيادي و هي ، عرض برنامج متعلق بعلاج اضطراب الوسواس القهري و المخاوف المرضية ، إضافة إلى عرض برنامج علاج المدمنين على المخدرات وفق النظرية العقلانية العقلانية الانفعالية بكل خطواته و مراحلها .

و أخيرا خصص الموضوع العاشر و الأخير لعرض حالات نموذجية من الواقع ، يتضمن عرضها كل الخطوات و المراحل التي يحتويها العلاج المعرفي السلوكي .

المحاضرة الأولى

مرحلة الطفولة

تمهيد

يعد الطفل أهم ثروة في المجتمع لا بد من الحفاظ عليها للتطور و الازدهار، و هذا إذا ما لقيت الاهتمام و الرعاية ، و في المقابل يمكن أن تزول إذا ما واجهت التخلي و اللامبالاة . من هنا يمكن القول أن الطفل هو الركيزة الأساسية و نقطة الانطلاق لكل المراحل التطورية التي يمر بها الإنسان في حياته ، و أي خلل يمكن أن يلحق بها من شأنه أن يؤثر حتما على المراحل الأخرى فمهما كانت درجة الأذى و نوعية الحدث الذي سوف يتعرض له الفرد خلال مسار حياته ، لا يمكن مقارنته مع تلك الأحداث التي صادفته و تعرض لها في مرحلة سابقة . و هنا مرحلة الطفولة هي المقصودة ، و هو ما أشارت إليه العديد من الدراسات و الأبحاث النفسية التي تناولت العلاج النفسي بجميع أنواعه للاضطرابات النفسية ، و هو ما سوف نتطرق إليه من خلال عرض محتوى هذه المحاضرة .

1 - مفهوم مرحلة الطفولة :

تعرف منظمة الأمم المتحدة الطفولة (UNSEF) ، على " أنها تلك المرحلة المنفصلة عن مرحلة البلوغ ، أي أنها تستمر حتى سن الثامن عشر، و هي فترة خاصة ، و محمية يجب أن تتاح للأطفال خلالها أن ينمو و يلعبوا ، يتعلموا و يتطوروا و يزدهروا بكرامة " و لكن بالرغم من هذا التعريف ، إلا أن الطفل مازال لحد اليوم في بعض المناطق يعاني من عدم الاهتمام و الرعاية اللازمة ، فمنذ عام 1989 اجتمع قادة العالم ، و تعهدوا بالتزام تاريخي لأطفال العالم أ و أطلقوا عليه وعدا لجميع الأطفال بأن يحموا حقوقهم ، و ذلك من خلال إقرار إطار قانوني دولي، ألا و هو اتفاقية حقوق الطفل .

حيث تتضمن هذه الاتفاقية فكرة في غاية الأهمية و هي : " أن الأطفال ليسو مجرد تابعين لوالديهم ، و تتخذ القرارات بالنيابة عنهم ، أو أنهم في طور التدريب ليصبحوا بالغين ، و إنما هم كائنات بشرية ، و أفراد يتمتعون بحقوق خاصة بهم "

و عرفها زهران على أنها " هي تلك الفترة التي يقضيها الإنسان في النمو و الترقى حتى يبلغ مرحلة الرشد ، و يعتمد على نفسه في تدبير شؤونه و تأمين حاجاته الجسدية و النفسية كما يعتمد فيها الصغار على ذويهم في تأمين بقائهم و حماية هذا البقاء ، فهي فترة قصور و ضعف و تكوين و تكامل في أن واحد . " (نقلا عن يخلف ، 2014 ، ص 156)

و قد قسمها العلماء كل حسب تخصصه إلى عدة أقسام ، فتبعا للأساس التربوي قسمت إلى :

1 – مرحلة الرضاعة أو المهد من الميلاد الى السنة الثانية .

2 – مرحلة ما قبل المدرسة من الثانية الى السادسة .

3 – مرحلة المدرسة الابتدائية من السادسة الى الثانية عشرة .

و تبعا للأساس البيولوجي قسمت إلى :

1 – مرحلة الرضاعة أو المهد من الميلاد الى الثانية .

2 – مرحلة الطفولة المبكرة من الثانية الى السادسة .

3 – مرحلة الطفولة المتوسطة من السادسة الى التاسعة .

4 – مرحلة الطفولة المتأخرة من التاسعة إلى الثانية عشرة .

و تبعا للأساس الشرعي قسمت إلى :

1 – مرحلة الرضاعة أو المهد من الميلاد إلى الثانية .

2 – مرحلة ما قبل التمييز من الثانية إلى السابعة .

3 – مرحلة التمييز من السابعة الى الثانية عشر . (الريماوي ، 2003 ، ص 46 – 47) .

و عليه يمكن القول أنه مهما كان تقسيمها المهم أنها تعتبر مرحلة جد حساسة و صعبة لا يمكن أبدا بأي شكل من الأشكال الاستهزاء بها أو التقصير في الاهتمام بها ، فهي تلك المرحلة التي تتميز ب بروز عدة مظاهر تظهر في عدة جوانب لنمو الطفل تم تلخيصها كما يلي في الجدول الآتي :

جدول رقم (1) : يمثل مظاهر النمو عند الطفل

مظاهر النمو	جوانب النمو
النمو الجسمي	النمو الهيكلي- نمو الطول و الوزن – التغيرات في أنسجة و أعضاء الجسم – صفات الجسم الخاصة بنسب الجسم و الشعر.... الخ – القدرات الخاصة
النمو الفسيولوجي	نمو وظائف أعضاء الجسم المختلفة مثل نمو الجهاز العصبي و ضربات القلب و ضغط الدم و التنفس و الهضم و الإخراج.....الخ – النوم – التغذية – الغدد الصماء التي تؤثر

افرزاتها في النمو .	
نمو الحواس المختلفة و المتمثلة في " البصر ، السمع ، الشم و الذوق و الإحساسات الجلدية ، و الحشوية كإحساس بالألم و الجوع و العطش و امتلاء المعدة و المثانة " .	النمو الحسي
نمو الوظائف العقلية مثل الذكاء العام و القدرات العقلية المختلفة – العمليات العقلية العليا كالإدراك و الحفظ ، التخيل ، الانتباه و التفكير الخ	النمو العقلي
نمو السيطرة على الكلام – عدد المفردات و نوعها – طول الجمل – المهارات اللغوية .	النمو اللغوي
نمو الانفعالات المختلفة و تطور ظهورها مثل الحب و الكراهية ، التهيج و الانشراح ، الغضب ، الخوف و غيرها الخ	النمو الانفعالي
نمو عملية التنشئة و التطبيع الاجتماعي للفرد في الأسرة و المدرسة و المجتمع ، و في جماعة الرفاق – المعايير و القيم الاجتماعية ، الأدوار الاجتماعية ، التفاعل الاجتماعي الخ	النمو الاجتماعي
نمو الجهاز التناسلي ووظيفته ، اساليب السلوك الجنسي الخ	النمو الجنسي

من خلال هذا الجدول يتضح أنها مرحلة غنية بالمظاهر ، و متنوعة الأدوار ، هذه الأخيرة التي تحتاج إلى توفير عدة مطالب لا بد من تحقيقها ، و ذلك بتوفير الوقت الكافي ، و المناسب في نفس الوقت ، فلا يمكن تقديم مطلب على آخر ، أو تأجيله إلى وقت لاحق ، و هذا ما سوف نعرفه بالتفصيل من خلال عرض تلك المطالب .

2 - مطالب النمو في مرحلة الطفولة :

تستدعي مرحلة الطفولة عدة مطالب يتوجب تحقيقها من طرف الأسرة عموماً ، و الوالدين بشكل خاص ، و حتى المؤسسات التعليمية المشاركة في ذلك ، و كل تقصير أو خطأ يرتكب خلال تحقيق تلك المطالب من شأنه أن يعود بالسلب على سلوكيات الطفل ، و بالتالي يتسبب في ظهور عدة اضطرابات . و يمكن تلخيص أهم تلك المطالب كالتالي :

❖ تعلم المشي .

❖ تعلم استخدام العضلات الصغيرة ، الأكل ، الكلام ، ضبط الإخراج .

❖ تعلم الفروق بين الجنسين .

❖ تعلم المهارات الجسمية و الحركية اللازمة لممارسة الألعاب و النشاطات العادية .

❖ تحقيق التوازن الفيزيولوجي .

❖ تعلم المهارات الأساسية في القراءة و الكتابة و الحساب .

❖ تعلم المهارات العقلية المعرفية الأخرى اللازمة لشؤون الحياة .

❖ تعلم قواعد الأمن و السلامة ، التفاعل الاجتماعي .

❖ تكوين الضمير و تعلم التميز بين الصواب و الخطأ ، و معايير الأخلاق و القيم .

❖ تعلم ضبط الانفعالات و ضبط النفس ، تعلم الارتباط الانفعالي بالوالدين و الإخوة

و الآخرين . (زهران ، 1986 ، ص 57) .

إذن ما يمكن قوله من خلال عرض تلك المطالب الواجب توفرها ، هو العمل على تثبيتها بشكل سليم ، و هذا كله بهدف تحقيق صحة نفسية له ، فالطفل قديما كان يعيش في جو يسوده الهدوء و الطمأنينة ، رغم غياب الوسائل الحديثة و التكنولوجية المتطورة ، و هذا تزامنا و بقاء أغلبية الأمهات مع أطفالهن ، و توفير ذلك الجو المملوء بالرعاية و الحنان ، و هذا عكس ما نلاحظه حاليا من تعدد أدوار الأولياء خاصة الأمهات ، أين أصبح الطفل منذ ولادته يسجل ملامح غير ملامح والديه بسبب معظم الوقت الذي يقضيه في الروضة أو المدرسة بسبب خروج و غياب والديه ، و هذا ما أصبح يمس أغلبية الأسر ، فلم يعد العمل مقتصرًا على المرأة المثقفة فقط أو المحتاجة ، و هذا كله من أجل تحقيق ما تتطلبه الحياة الجديدة من توفير حاجيات أساسية و أغلبيتها كمالية ، و لكن الثمن اليوم أصبح الطفل هو من يدفعه من

خلال الحرمان العاطفي ، عدم إشباع حاجياته النفسية ، لذا لا بد من التركيز على بعض العوامل التي تعمل على تحقيق تلك الصحة النفسية للطفل ، خاصة و أنها هي من تحدد شخصيته فيما بعد .

3 - عوامل الصحة النفسية في مرحلة الطفولة :

و هي :

1-3 الصحة الجسمية الجيدة : " العقل السليم في الجسم السليم " . الطفل الصحيح البنية الممتلئ حيوية ونشاط باستطاعته مواجهة المشكلات اليومية ، و حلها بسهولة ، إضافة إلى مقاومته القلق و المخاوف أكثر من الطفل معتل الصحة . كما انه سيتمكن من أداء الواجبات المطلوبة منه بسهولة ، فيشعر بقدرته و بثقته في نفسه ، وبالتالي يشعر بالطمأنينة، لأن ضعف الحيوية يؤثر على ثقة الطفل بنفسه ، وذلك لعدم قدرته على ما هو مطلوب منه. و هو ما يجعله يجد صعوبة في التوافق ، وان كل الناس تكرهه . ويمكن مساعدة هذا الطفل بمعرفة الأسباب المؤدية لذلك ، فقد يكون سوء التغذية ، وفقدان الشهية أو تسوس الأسنان أو التهاب اللوزتين الخ ، وكلها عوامل لا تبدو في شكل مرض يقعد الطفل ، ولكنها تضعف حيويته ، فلا يستطيع أن يجارى زملاءه في اللعب ، ولا يستطيع أن يؤدي واجباته كاملة . فإذا عالجنا السبب وأعطينا الطفل المقويات و الفيتامينات زال عنه الضعف واكتسب حيوية تساعده على التوافق ويشعر بالسعادة والرضي ويقبل على الحياة في طمأنينة و أمل .

3 – 2 الحب و الطفل : إن الحب للطفل هو الغذاء النفسي الذي تنمو و تنضج عليه شخصيته وكما يتغذى جسمه على طعام فان نفسه تتغذى على الحب و القبول . الحب المستنير الواعي الذي يبعث في نفسه الإحساس بالاطمئنان و الثقة و الأمن ، هذا الحب الذي يدفعنا إلى أن نقف منه موقف التشجيع والمساندة إذا ما احتاج إليهما في كفاحه الدءوب لممارسة قدراته تحقيقا لحاجات نموه.

3 – 3 إحساس الطفل بالأمن :

إن إحساس الطفل بالأمن يجعله يشعر بالاطمئنان و الراحة نفسيا ، عندما يكون قريبا من أمه و يحتمي بها فهذا يؤدي إلى زيادة الثقة بالنفس لديه ، و في المقابل فقدان ذلك الإحساس من

شأنه أن يؤدي إلى الانحراف و القلق ، الخوف و الشعور بعدم الاستقرار و الكراهية و النزعات العدوانية و العنف .

3 – 4 علاقة الأم بالطفل :

يعتبر حب الأم للطفل ، و علاقتها به الحجر الأساس في توفير السعادة له ، فالرعاية الكاملة لحاجات الطفل الأولية في السنوات الأولى تعطي الطفل بداية جيدة في الحياة ، و شعورا بالأمن و الطمأنينة . (فهميم ، 2007 ، ص 17) .

و في نفس السياق كان قد أشار الريماسي سنة (2014) إلى أن فترة الطفولة هي مرحلة حرجية في نمو الدماغ ووظائفه ، حيث ذكر أنه من بين القواعد التي يقدمها علماء الأعصاب و المختصين في علم النفس العصبي حول الجانب الانفعالي و علاقتهم بنمو الدماغ ما يلي :

1 – السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل سنوات حاسمة في نمو دماغه ، مثلا ما بين الميلاد و الشهر الثامن يتزايد عدد الشبكات أو الوصلات العصبية Synapses من 50 تريليون إلى 1000 تريليون مما يشير إلى إمكانية تكيف الطفل مع أي بيئة يمكن أن يوضع فيها .

2 – التعلق الأمن للرضيع بمن حوله ، و خاصة الأم ذو أهمية بالغة في النمو المعرفي و الانفعالي و الاجتماعي ، و قد أثبتت البحوث الأخيرة أن العلاقة المضطربة داخل المحيط الأسري تدفع دماغ الطفل إلى استهلاك كمية أكبر من الجلوكوز لمواجهة الضغوط النفسية بدلا من استهلاكه في الأنشطة المعرفية .

3 – تعرض الطفل المتكرر للضغوط النفسية و العنف ، يجعل الدماغ يطور مواقع مستقبلات الاستثارة لبعض المواد الكيميائية ، و هذه الأخيرة ترتبط بالاندفاعية و العدوانية .

4 – الوصلات بين الخلايا العصبية أو المشابك العصبية ، تشكل ممرات عصبية أو خرائط للتعلم ، و معظم هذه الشجيرات تتواجد في نهاية السنة الثالثة من العمر ، و يتوقف ذلك حتى سن العاشرة ، و بعد ذلك السن تختفي المشابك التي لم تستخدم . (نقلا عن حجاج ، 2022 ، ص 24) .

3 – 5 علاقة الأب بالطفل : الدور الذي يستطيع الأب القيام به في تنشئة أطفاله لتوفير الصحة النفسية لهم ، هو دور جد مهم ، حيث يستطيع من خلاله ، الوصول بهم للتخلي بالثقة

و التخلص من الخوف و القلق و الانحراف ، و هذا من خلال تفجير و إخراج ما بداخل
الطفل من شجاعة و حماس للحياة .

3 - 6 العلاقات الأسرية السليمة :

إن الجو الأسري الذي تسوده روح المحبة و التفاهم و التعاون بين جميع الأفراد يعطي الطفل
شعورا بالاطمئنان و الثقة بالنفس ، و هذا يشكل لدى الطفل الحماية من القلق و الإضراب
النفسي . أما إذا اضطربت العلاقات الأسرية من خلافات مستمرة بين الزوجين ، هذا من
شأنه أن يؤدي إلى شعور الأطفال بالقلق و عدم الأمان ، و توقع الانفصال ، و تحطيم الأسرة
و بالتالي تشريد الأطفال .

3 - 7 تدريب الطفل على احترام القيم الأخلاقية و الروحية :

لا بد من تدريب الطفل على مجموعة من الصفات مثل : التعاون ، تبادل الثقة بين الأفراد
الاعتماد على النفس و المعاملة الصريحة ، و ضبط النفس ، و الإحساس بالمسئولية .
فإذا لم يدرّب الطفل على هذه الصفات في الأسرة ، عجز عن ممارستها في حياته الاجتماعية
مستقبلا .

3 - 8 إشباع الحاجات النفسية للطفل :

لا بد من إشباع الحاجات النفسية للطفل في مراحل العمر المختلفة ، بطرق سوية ، أي تحقيق
الأمن ، العطف ، التقدير و الحرية ، النجاح .

3 - 9 عدم التمييز بين الإخوة من حيث المعاملة و الجنس :

لهذا التمييز أثار سيئة من الناحية النفسية بعيدة المدى ، و ذلك للإحساس الذي ينتاب الطفل
من غيرة يمكن تحولها مع الوقت إلى شعور بالعدوان ، و الرغبة في الانتقام تعويضاً عن
عن ذلك العطف المفقود .

3 - 10 الجزاء و العقاب بطريقة سليمة :

إن إتباع طريقة الجزاء و العقاب منذ الصغر بطرق سليمة ، من شأنه أن يعرف الطفل
بالخطأ و الصواب بشرط أن يخلو العقاب من روح الانتقام و العنف ، و في نفس الوقت أن
يخلو الثواب أيضاً من مكافأة الطفل على ما يجب أن يقوم به من أعمال ، أو يؤدي من
واجبات ، حتى لا ينتظر المكافأة على كل ما يعمل ، مما يجعله أنانياً ضعيف الشخصية لا

ينظر إلى الأمور نظرة موضوعية . و عليه من الأفضل أن يكون الثواب على المستوى المعنوي أو النفسي .

3 – 11 الاختلاط بالمجتمع و الأطفال الآخرين :

الاختلاط يساعد الطفل على النمو السليم و التعاون ، مما يشعره بأنه ينتمي إلى مجموعة كبيرة تحميه وقت الحاجة ، و في ذلك شعور بالأمن و الاطمئنان ، حماية له من العيش في الخيال و الانحراف في التفكير . (فهميم ، 2007 ، ص 19 – 23) .

خلاصة :

من خلال هذا العرض و المحتوى نستطيع القول أن مرحلة الطفولة هي مرحلة غنية بالتطورات ، و كل خلل يلحق بها من شأنه أن يؤثر على المراحل الأخرى ، فهي مرحلة جد حساسة ، فهي في نفس الوقت ثرية بالمشكلات و الاضطرابات النفسية و هذا ما سوف نتطرق إليه في المحاضرة اللاحقة .

المحاضرة الثانية

المشكلات و الاضطرابات النفسية

و الإنفعالية عند الطفل

تمهيد

يعد دراسة الاضطرابات و المشكلات النفسية عند الأطفال ، و معرفة أهم الأعراض المرتبطة بها من أهم الخطوات الأساسية المساعدة ، و الممهدة لعملية التشخيص الدقيق و بالتالي وضع الخطة العلاجية المناسبة لكل اضطراب و هذا ما سوف نركز عليه من خلال هذه المحاضرة التي كان محتواها الإلمام ببعض الاضطرابات الشائعة في الوسط الإكلينيكي الجزائري و المترددة بكثرة على المراكز و المستشفيات لطلب المساعدة و التكفل النفسي .

1 - مفهوم الاضطرابات و المشكلات النفسية للأطفال :

عرفها أحمد عزت " حالة انفعالية مؤلمة تنشأ عن الإحباط الموصول بدافع أو أكثر من الدوافع القوية لدى الفرد ، و المشكلات النفسية هي تلك الصعوبات في علاقات الفرد بغيره أو بالآخرين من حوله ، أو في إدراكه للعالم من حوله ، أو في اتجاهاته نحو ذاته ، أو أنها المواقف و المسائل الحرجة التي تواجه الفرد فتتطلب منه حلا ، و تضعف من كفاءته و إنتاجه و تكيفه مع نفسه ، و مع الآخرين .

2 - أنواع المشكلات و الاضطرابات النفسية عند الطفل :

تعد المشكلات و الاضطرابات النفسية عند الطفل ، متنوعة و متداخلة مما يجعل صعوبة في التعامل معها ، خاصة فيما يخص عملية التشخيص ، لذلك لا بد من التشخيص الدقيق للحالة قبل تفسير تلك المعاناة . و نجد في هذا الصدد ، و منذ زمن بعيد كان قد أشار إلى هذه النقطة Lazarus سنة (1971) عندما حذر من العجلة في وصف طفل معين باضطراب معين ، و تصنيف الأطفال اللذين في حاجة لتدخل علاجي و من لا يحتاجون لذلك . و هناك عدة حقائق ترتبط بتحديد مشكلات و اضطرابات الطفولة و هي :

1 - السلوك الذي يعتبر عاديا في سن مبكر ، يصبح من علامات سوء التوافق إذا لازم الطفل عندما يكبر .

2 - أن أعراضا معينة كالتبول اللاإرادي و المخاوف النوعية أقل حدوثا عند كبار الأطفال ، على العكس من أعراض ضعف الانتباه و أحلام اليقظة . و من ثم هناك معايير للطفل المضطرب أو المشكل ، و هي كما يلي :

3 - معايير الطفل المضطرب :

1 - عدم النضج الانفعالي ، تظهر علاماته في عدم القدرة على عدم الاتزان و عدم تناسب انفعالاته مع الموقف ، و عدم استقرارها نحو الأشخاص و الأحداث ، و موضوعات البيئة الخارجية .

2 - عدم النضج الاجتماعي ، الذي يظهر في عدم القدرة و على إقامة علاقات صداقة مع أقران سنه ، ولا يكون قادرا على إقامة علاقات صحيحة مع والديه و إخوته ، و يتم بعواطف من الكراهية إزاء الآخرين .

3 - عدم قدرة الطفل على التغلب على مشكلاته ، و الاستغراق في المشكلة دون العمل على حلها حتى يصل إلى نقطة الانهيار .

4 - عدم قدرة الطفل على ضبط الذات ، و تحمل المسؤولية و التهرب منها كلما تقدم في العمر كما يتميز بعدم الثقة في النفس و الانسحاب من المواقف .

5 - عدم ملائمة السلوك مع عمره و مستوى نضجه ، حيث أن الطفل المشكل لديه من الأفكار و المشاعر و التصرفات التي تكون غير مناسبة و تعكس مدركاته ، و قد يسيء تفسير المواقف من حوله .

6 - هناك أعراضا انفعالية معينة تعتبر أمرا عاديا بالنسبة لصغار الأطفال دون الخامسة و لكنها تعتبر من علامات اضطراب القيم إذا ظهرت عند الأطفال الكبار . (القرا ، جراح ، 2016 ، ص 145 - 146) .

و نجد في قائمة تلك المشكلات و الاضطرابات النفسية عند الأطفال تلك المشكلات و الاضطرابات الانفعالية ، بما في ذلك القلق و اضطراباته .

أولا - القلق

يعتبر القلق من بين المصطلحات الشائعة ، و الموضوعات البارزة التي جلبت اهتمام أغلبية الباحثين في مجال علم النفس عامة و مجال الصحة النفسية خاصة ، إذ يعد من بين السمات الرئيسية التي نجدها في معظم الاضطرابات النفسية ، باعتباره الصفة الأساسية و الأولى التي يمكن أن تظهر و تلاحظ من خلال تلك الأعراض الناتجة عنه . هذه الأخيرة التي تختلف من فرد لأخر فيما يخص شدتها و شكلها ، كل حسب مشكلته و معاناته .

هذا ما جعل تسميته تختلف من اضطراب لآخر ، و بالتالي عدم اختلاف الباحثين على إعطاء مفهوم واحد للقلق .

أ - مفهوم القلق : لقد تعددت مفاهيم القلق ، و اختلفت وجهات النظر حوله ، و ذلك حسب اتجاه كل باحث فهناك اتجاهين لكل منهما خط محدد و هما :

الاتجاه الاول : يمثل المهتمين بالبحوث الإكلينيكية ، و يعبر عن القلق من حيث انه حالة وجدانية غير سارة ، قوامها الخوف الذي ليس له مبرر موضوعي من حيث طبيعة الموقف الذي يواجه الشخص مباشرة ، وغالبا ما يؤثر هذا الخوف على الحاضر و المستقبل معا ، و تكون الحالة عادة مصحوبة بعدد من مظاهر الاضطراب في السلوك .

الاتجاه الثاني : و هو يمثل المهتمين بالبحوث التجريبية ، و يعتبر القلق فيه عبارة عن دافع أو حافز ، إذا ما تم استثارته مما يؤدي إلى تنشيط مهارة معينة ، كما انه يساعد على تدعيم هذا الاكتساب . (الصقهان ، 2005 ، ص 43) .

كما ترى هورني Horny " انه عبارة عن خبرات مهددة لأمن الفرد ، و هي ناشئة عن مواقف أو أحداث مؤلمة تبدأ من المراحل الأولى لنشأة الطفل و منها تضارب مشاعر الوالدين نحوه و تفضيل احد إخوته عليه أو رفضه له ، أو إنزال العقاب غير العادل به ، و السخرية منه . (الخالدي ، 2015 ، ص 36) .

و يعرفه زهران " بأنه حالة مرضية يشعر فيها المريض بالخوف الغامض و غير المحدد، حيث يكون مصحوبا ببعض الإحساسات الجسمية . (زهران ، 1997 ، ص 135) .

كما عرفه الزغلول " انه حالة نفسية تظهر على شكل توتر شامل و مستمر ، نتيجة شعور الفرد بوجود خطر يهدده ، غير أن هذا الخطر قد يكون موجودا فعلا أو متخيلا لا وجود له في الواقع و القلق ضمن حدوده الطبيعية لا يعد اضطرابا أو عرضا سلوكيا مرضيا ، يستدعي الاهتمام و المعالجة ، و ذلك لأنه في كثير من الأحيان يشكل دافعا لدى الأفراد يحفزهم لاتخاذ الإجراءات السلوكية المناسبة ، و بذل مزيدا من الجهد للتغلب على العقبات ، و تحقيق التكيف النفسي و الاجتماعي المناسب . (غربي ، 2014 ، ص 94)

و لكن على الرغم من تعدد وجهات النظر في تفسير مفهوم القلق، إلا أن هناك اتفاقا في وصفه انه " حالة انفعالية غير سارة لدى الفرد تؤثر في مستوى أدائه ، و علاقاته الاجتماعية و مدى

شعوره بالطمأنينة نتيجة تعرضه لمواقف نفسية ضاغطة خلال حياته ، سواء كانت هذه المواقف واضحة لديه أم غامضة ، مما يؤدي إلى إحداث تغييرات داخلية يحس بها الفرد ، و أخرى خارجية تظهر على ملامحه . (الخالدي ، 2015 ، ص 37) .

ب - اضطرابات القلق : يعد القلق و اضطراباته من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا بمرحلة الطفولة ، فهي تؤثر على حوالي 10 % من الأطفال ، في حين أشار Keary et al (1995) إلى أن أعراض هذه الاضطرابات تؤثر على حوالي 8 % إلى 11 % من الأطفال و المراهقين ، و قد يتضاعف هذا العدد إذا ما ارتبطت هذه الاضطرابات بمشاكل أخرى كمشكلات النوم ، وسلوك رفض المدرسة ، و النشاط الزائد ، اضطرابات التواصل ، انخفاض التحصيل الأكاديمي و المشكلات المدرسية ، و في بعض الأحيان التشتت و عدم التركيز . (العطية ، 2013 ص 26) .

و القلق عند الطفل يمكن أن يعبر عن نفسه في صورة أعراض ، كالخوف المفرط من أشياء لا تستحق الخوف أو العصبية الزائدة ، أو التعلق بالأم طوال الوقت ، الخوف من الظلام ، من الحيوانات ، و أحيانا يظهر القلق في صورة أعراض جسمية كفقدان الشهية ، و اضطرابات القيء و عدم الاستقرار الحركي .

ج - الفرق بين القلق و الخوف :

لقد تعددت آراء العلماء حول مفهومي القلق و الخوف ، فالبعض منهم يرى انه ليس هناك اختلاف واضح بينهما ، بينما يؤكد البعض الآخر على وجود فروق جوهرية واضحة .

ومن مؤيدي الاتجاه الأول نجد فولب Wolp الذي يرى عدم وجود اختلاف بين الخوف و القلق حيث عبر عن ذلك بقوله " انه ليس هناك أي سبب يدعوني للاعتقاد بأن هناك أي اختلاف فسيولوجي بين الخوف المثار عن طريق محفز مرتبط بتهديد موضوعي كالثعبان ، و الخوف غير المتكيف ، والذي يثار من قطة صغيرة "

و يرى كذلك عبد الفتاح في هذا الصدد أن الخوف دافع للانفعال يتضمن حالة من حالات التوتر التي تدفع الشخص الخائف إلى الهرب من المواقف التي أدت إلى استثارة خوفه ، و ذلك إلى غاية زوال ذلك التوتر . اما القلق فهو حالة مماثلة للخوف تماما ، فهو قبل كل شيء حالة خوف و اضطراب ، بل هو نوع خاص من الخوف ، فإذا كان الخوف العادي ينصب على موضوع أو

شيء واقعي دائما ، فإن القلق خوف غامض لا محل له يجعل الفرد متشائما ، يتوقع الشر دون سبب محدد ، فهي مخاوف غير منطقية . (عبد الفتاح يوسف ، 1992 ، ص 62)
بينما نجد أصحاب الاتجاه الآخر ، ومن بين مؤيديه Wolman حيث يرى أن كلمتي الخوف و القلق على الرغم من انه يتم استخدامهما بصورة تبادلية ، إلا أن هناك اختلافا واضحا و ذلك أن الخوف يعد استجابة انفعالية إزاء خطر نوعي حقيقي في حالة الخوف العادي أو غير حقيقي في حالة الخوف المرضي .

بينما يكشف القلق عن شعور تشاؤمي عام بهلاك وشيك الوقوع ، كما يعتبر الخوف استجابة انفعالية وقتية إزاء خطر يقوم على أساس تقدير المرء لقوته تقديرا منخفضا بالقياس إلى قوة الخطر الذي يهدده ، أما القلق فهو عام و دائم . (الصقهان ، 2005 ، ص 45)
كما يرى فرويد (1917) أن المخاوف غير الواقعية هي التي يمكن تسميتها " قلقا " ، فالخوف هو صنف معين من الفكر ، بينما القلق هو حالة انفعالية متوترة أي عندما يقول شخص " أنني متوتر " فهو يعني انه يشعر بقلق الآن ، ولكن عندما يقول " أنا لدي خوف أو انا خائفا من العواصف أو الرعد ، فإنه يشير إلى مجموعة من الظروف ليست قائمة في الوقت الحالي و لكن يمكن أن تقع في وقت ما في المستقبل .

إذن بهذا المعنى فالخوف يمثل ميل الفرد إلى إدراك مجموعة معينة من الأحوال ، بصفتها تهديدا و أن تكون استجابته التي تعرض لها هي استجابة قلق . فالخوف في جوهره هو مفهوم أو تصور معين متوجه بمحتواه إلى المستقبل ، و هو يشير إلى الضرر الشخصي ، و ينشط حين يقترب الشخص من الموقف المحدد ، كما انه قد ينشط أيضا بمجرد الحديث عن الموقف الخطر أو التفكير فيه و حتى تخيله ، فالإمعان في الخوف يجعل الموقف المهدد أكثر بروزا ، أي انه يستحضر الخطر البعيد إلى " هنا و الآن " فلا يعود الشخص يستشعر الخطر كشيء بعيد في المكان و الزمان بل هو يسقط نفسه من الموقف الخطر . (بيك ، 2000 ، ص 150-153)

كما ترى May أن القلق " هو توجس صاحبه لتهديد من بعض القيم التي يتمسك بها الفرد و يعتقد أنها أساسية ، و له عاملين أساسيين هما ، الاستعداد الفطري و الأحداث الخاصة التي تستحضر القلق عن طريق التعلم بأنواعه المختلفة ، و تكون حينها استجابة القلق سوية إذا كانت مع خطر

موضوعي . أما الخوف "فهو عبارة عن استجابة متعلمة لخطر محلي لا يشكل تهديدا للقيم الأساسية. (فاروق عثمان ، 2001 ، ص 22) .

و بهذا نجد أن طبيعة الإنسان ، انه يتعامل مع مواقف الحياة وفق منظوره الفكري الخاص به فنجده يشعر إما بالخوف أو بالتهديد أو بالقلق .

و يرى Sullivan (1953) " أن القلق في أي سنة يعد عاملا معوقا في التنظيم " . و تعتبر مرحلة الطفولة من أكثر المراحل التي يظهر فيها الخوف ، حيث يعتقد الكثير من علماء النفس أن الخوف و ما ينص عليه من حالات القلق و الاضطراب النفسي يشكل جزءا من الدوافع البشرية و التي تؤثر في علاقات الفرد بالآخرين ، فالخوف انفعال يتضمن حالة من حالات التوتر التي تدفع الشخص للهرب من الموقف الذي أدى لاستثارة خوفه ، و تتميز المخاوف عند الأطفال بعدم الثبات و بالتغيير مع تقدم العمر . (الزغبى ، 2013 - ص 58) .

و الجدول التالي يلخص ذلك الفرق بين القلق و الخوف :

جدول رقم (02) : يوضح الفرق بين القلق و الخوف

وجه المقارنة	القلق	الخوف
الدوام و الاستمرارية	مزمن	حاد
الشخصية	المثير موجه لكيان الشخصية	المثير موجه لجوانب محددة
تناسب الاستجابة	مبالغة و تضخيم في خطر و تهديد المثير	تناسب الاستجابة مع خطر المثير
المواجهة و التكيف	الشعور بالواجهة للموقف المثير للقلق	غياب مثل هذا الشعور

ثانيا - انواع القلق :

لقد اختلف الباحثون و المختصون في تقسيمهم للقلق ، و ذلك باختلاف توجهاتهم النظرية ، إلا أن من أشهر التصنيفات التي المتعلقة بالقلق هو التصنيف الموجود في نظرية التحليل النفسي ، حيث صنف القلق إلى ثلاث أنواع و هي :

د-1 القلق الموضوعي :

يكون هنا القلق موضوعيا لما يكون مصدره خارجيا ، و موجود بشكل حقيقي ، أي ليس من تخيلات المريض و هو عبارة عن رد فعل لإدراك خارجي حقيقي ، أو أذى يتوقعه الشخص و يراه قادما بالفعل .(كفاي ، 1999 ، ص 36) .

د-2 القلق العصابي :

يرجع هذا النوع من القلق إلى أسباب لاشعورية و مكبوتة غير معروفة ، حيث يكون مصدره داخلي ، فهو لا يتناسب مع الظروف التي تدعو إليه ، و يمكن استثارته عند إدراك الفرد بان غرائزه قد تجد منفذا لها للخارج ، أي انه ينشا عندما يهدد " الهو " و مكبواته ، و ذلك بالتغلب على دفاعات " الأنا " . و عليه يتم اللجوء إلى الحيل الدفاعية مثل الكبت ، التبرير ، الإسقاط النكوص . فكلما كان القلق شديدا ، كلما كان مرضيا و مؤشرا للاضطراب .(سي موسي ، زقار 2002 ، ص 102) .

و يرى فرويد أن هذا النوع من القلق يمكن أن يظهر بأحد الأشكال الثلاثة التالية :

د-2-1 القلق العام

يكون القلق في هذا النوع غير مرتبط بأي موضوع محدد ، يشعر فيه الفرد بحالة من الخوف الذي يكون غامضا ، منتشرًا ، عاما و غير محدد .

و من بين الأعراض المميزة له اضطراب المعدة ، الرعشة ، صعوبة التنفس ، اضطرابات النوم العصبية الخ .

وقد اطلقت عليه عدة تسميات مثل القلق الهائم الطليق ، القلق الشامل ، اضطراب القلق .

(زهران ، 2000 ، ص 75)

د-2-2 قلق المخاوف المرضية :

و هو عبارة عن مخاوف غير عقلانية و غير منطقية ، شديدة و متطرفة ، تكون مصادرها موضوعات أو أشياء أو أماكن لا تخيف في العادة ، أي هو يتعلق بأشياء خارجية و هو خوف ليس هناك ما يبرره .

د-2-3 قلق الهستيريا :

و هو يأتي في صورة خوف من عودة الأعراض المرضية التي كان قد عان منها الفرد . يرى فرويد أن هذا النوع من القلق يبدو واضحا في بعض الأحيان و غير واضحا أحيانا أخرى ، كما تظهر اعراض الهستيريا على شكل الرعشة و الإغماء ، صعوبة في التنفس و هي تحل محل القلق و بذلك يزول الشعور بالقلق او يصبح القلق غير واضح (فاروق عثمان، 2001 ، ص 22) .

د-3 القلق الخلقى :

يكون على شكل إحساس بالذنب و الإثم و تأنيب الضمير ، ينشأ نتيجة تحذير أو لوم الأنا الأعلى للفرد عندما يقترب أو يفكر في القيام بسلوكيات تتعارض مع القيم التي يمثلها جهاز الأنا الأعلى أي أن هذا القلق ينشأ عن مصدر داخلي ، مثله مثل القلق العصابي و يمكن لهذا القلق أن يصل إلى درجته القصوى . (كفاي ، 1997 ، ص 247) .

كما ميز كل من سبيلبرجر و كاتل Spielberger et cattel بين شكلين من القلق و هما :

أ- حالة القلق:

تشير إلى القلق كحالة طارئة انتقالية أو وقتية يمر بها الفرد ، و هي في تذبذب من وقت لآخر و هو يزول بزوال المتغيرات التي تتبعه ، فالقلق هنا هو موقفي بطبيعته يعتمد بصورة مباشرة و أساسية على الظروف الضاغطة ، كما أشار كاتل (1974) إلى أن حالة القلق تتغير بحسب المواقف ، أي حسب نوعية المصادر و مستوياتها و شدتها .

ب- سمة القلق

تشير إلى القلق كسمة ثابتة نسبيا في الشخصية من حيث اختلاف الناس في درجة القلق ، ووفقا لما اكتسبه كل منهم في طفولته من خبرات سابقة و استعداد طبيعي ، و اتجاه سلوكي ، و يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية . (منصورى مصطفى ، 2010 ، ص 34) .

4ثالثا- تصنيف القلق:

يعتبر الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب العقلي ، من ابرز المراجع المعتمد عليها لتصنيف الاضطرابات النفسية و العقلية بما في ذلك اضطراب القلق ، لذا اردنا إعطاء ملخص عن أهم التصنيفات التي جاء بها الدليل الإحصائي و التشخيصي الخامس DSM-5 فيما يخص القلق و الجدول التالي يوضح ذلك :

جدول رقم (03): تصنيف اضطرابات القلق حسب DSM5

الترميز	اضطرابات القلق
309.21 F93.0	قلق الانفصال Anxiété de séparation
313.23 F94.0	بكم انتقائي Mutisme sélectif
300.29	رهاب محدد phobie spécifique
F40.218	تحديد :
F40.228	حيوان
	بيئة طبيعية
F40.230	دم - حقنة - حادث
F40.231	خوف من الدم
F40.232	خوف من الحقن و نقل الدم
F40.233	خوف من علاجات طبية اخرى
300.23 F40.10	خوف من حادث
300.01 F41.0	اضطراب الحصر الاجتماعي ، رهاب اجتماعي
300.22 F40.00	اضطراب الهلع Trouble Panique
300.02 F41.1	تحديدا نوبة هلع
293.84 F06.4	رهاب Agoraphobie
	حصر معمم Anxiété généralisée
	اضطراب حصر ناتج عن تعاطي مواد او ادوية
	اضطراب حصر بسبب حالة طبية
300.09 F41.8	
300.00 41.9	اضطراب اخر حصر محدد
	اضطراب اخر حصر غير محدد

و بما أننا في صدد دراسة تلك الاضطرابات في مرحلة الطفولة ، سوف نركز فقط على تلك الاضطرابات الشائعة عند الأطفال و هي :

✓ اضطراب قلق الانفصال : Séparation anxiety disorder

يطلق عليه كذلك حصر الانفصال ، و هو الانفصال على احد الوالدين أو كليهما ، أو القائم برعايته و هو يرتبط بالخوف من الانفصال ، خاصة عن الوالدين . فالطفل هنا قلق حول الأذى الذي قد يقع لوالديه كالموت أو التعرض للحوادث ، فيجلس بالقرب منهما و ربما حتى النوم معهما أما عند الأطفال الأكبر سنا يظهر قلق الانفصال ، من خلال التردد في البقاء وحيدا بالمنزل ، أو حتى الانشغال بالأنشطة في غياب الوالدين ، و حتى رفض الذهاب إلى المدرسة ، و أحيانا حتى الهروب منها ، و إضاعة الوقت في الروتين الصباحي و الشكوى من المرض . (العطية ، 2016 ، ص 77) .

و قد أشارت دراسة رياض العاسمي (1995) ، إلى أن قلق الانفصال هو في بعض الأحيان المسؤول عن فوبيا المدرسة أو أحد الأعراض المكملة لها ، و هو يختلف عن الاضطرابات الأخرى لما له من سمات تميزه عنهم . (عبد الواحد ، 2013 ، ص 40) .

و يشير Kendall (1992) إلى أن هذا الاضطراب يظهر بعدة طرق ، ففي الطريقة الأولى و هي الأكثر وضوحا للضييق الزائد عند الانفصال كهلع ، أما الطريقة الثانية ، و هي القلق المرضي حول الخطر الكامن الذي يهدد سلامة الأسرة ، و هو السمة المميزة لهذا الاضطراب .

كما توضح Mary M. jensen (2005) خصائص المخاوف المرتبطة بكل سن و هي :

• 5 – 8 سنوات التعلق و الأحلام المزعجة عن الأشخاص المهمين ، و احتمال تعرضهم للأذى ، و رفض الذهاب للمدرسة .

• 9 – 12 سنة الضغوط الزائدة ، عن الانفصال الوالدين .

• 13 – 16 رفض الذهاب إلى المدرسة و ظهور الأعراض السيكوسوماتية ، كالصداع و ألم المعدة .

✓ المخاوف الاجتماعية : Social Phobia : إن مصطلح الخوف الاجتماعي هو تعبير

علمي و مصطلح في الطب النفسي ، و يقابله عدة من التعبيرات المشابهة مثل الرهاب

الاجتماعي ، القلق الاجتماعي و في العامية يقال أن هذا الشخص خجول . (المالح ، 1995 ، ص 23) .

كان يعرف سابقا باضطراب التجنب ، للإشارة للخوف الواضح المستمر من المواقف الاجتماعية ، و غالبا ما تتداخل المخاوف الاجتماعية مع اضطراب التجنب خاصة في الصفات المعرفية ، فيتضمن النشاط المعرفي في هذين الإضرابين تفكير الأطفال بأن الآخرين سوف يرون سلوكهم و آرائهم ، وحتى أفكارهم سخرية ، و موضع سخرية ، و أنهم غير ناضجين و سوف يضحكون عليهم .

و يختلف الخوف الاجتماعي عن الخوف العادي في الزوال و الاستمرار ، فعند الحديث تمام الآخرين في الخوف العادي المتحدث يتقدم في الحديث كلما مر الوقت ، أما في الخوف المرضي يكون عكس ذلك بسوء الحالة . و قد أوضحت بعث الأبحاث و الدراسات التي بحثت في تأثير هذا الاضطراب على الأطفال ، أنه من الممكن أن يكون هذا الاضطراب عاملا مهما في ظهور الاكتئاب .

✓ المخاوف المرضية: Phobias

تعد المخاوف المرضية بأنواعها من بين أكثر الأعراض العصائية شيوعا ، و تعرف بأنها خوف مبالغ فيه يصل إلى حد الرعب من موضوع أو موقف معين لا يمثل في حد ذاته مصدر للخطر . و تختلف المخاوف المرضية عن الخوف العادي الذي هو مرحلة يحسها كل إنسان في حياته العادية أي يخاف مما يخيف فعلا . و عرف هذا الاضطراب بمسميات عديدة مثل : الرهاب أو الفوبيا ، و التي تعني الخوف الشديد الذي يحدث للبعض عندما تواجهه بعض المواقف أو يتواجد في أماكن ، أو يرى أشياء أو حيوانات معينة .

و يرى دري حسن عزت 1995 ، أن هذا الرهاب له صورتين هما الرهاب الأحادي أو النوعي ، و هو ينتج من الخوف المرضي من رؤية أشياء محددة ، ثم الرهاب من الأماكن المتسعة أو الضيقة أو المرتفعة . (العطية ، 2013 ، ص 36) .

✓ اضطراب الوسواس القهري : obsessive Compulsive Disorder

يعتبر اضطراب الوسواس القهري واحد من بين تلك الإضرابات التي زاد انتشارها في الآونة الأخيرة و هذا ما سجلناه من خلال ممارستنا العيادية و هذا إن دل على شيء ، فإنه

يدل على وعي هؤلاء بضرورة العلاج و أهميته للتخلص من بعض الأعراض ، و في نفس الوقت يدل على شدة معاناة هؤلاء . فقد تعودنا على سماع كلمات ، ألفاظ ، عبارات تحمل في معناها اللوم و العتاب و حتى في بعض الأحيان السخرية مثل " انت موسوس " " مجنون " أنت تبالغ " و غيرها من العبارات هذه الأخيرة التي تقال بسبب تلك الأفكار و السلوكيات الغريبة و المتكررة ظنا منهم أن تلك الكلمات التي تقال سوف توقف تلك الأفكار و السلوكيات . و هذا بدون مراعاة ردة فعل و إحساس المعني بها ، إلا أن الواقع الحقيقي لهؤلاء المعنين بتلك السلوكيات و الأفكار واقع جد صعب و معاناة أصعب مع الألم خاصة إذا كانت تلك الأفكار مصحوبة بسلوكيات قهرية فهنا يكون الأمر أشد و أخطر . و لكن للأسف هذا هو الواقع المعاش إذ أن حوالي 90 % من المرضى تكون لديهم أفعال قهرية مصاحبة لأفكارهم في حين حوالي 10 % لديهم وساوس فقط و هو ما أشار إليه كل من Foa & Kozak (1992) . لذا كان البحث عن علاج فعال يستطيع أن يخفف من شدة تلك الأعراض أمر لا بد منه ، و قد كان للعلاج المعرفي السلوكي دور جد فعال في تحقيق هذا الهدف و هذا من خلال عدة تقنيات و استراتيجيات من ابرزها تقنية التعريض و منع الإستجابة (ERP) Exposure and Response Prevention و هو ما اشارت اليه العديد من الدراسات العربية لكل من محمد الحجار (1992) ، سعاد البشر و صفوت فرج (1999) ، سمير قوتة (2009) ، صباح السقا (2013) ، احمد هارون (2014) ، ... و غيرهم من الباحثين الاجانب مثل (Dettore et al. 2013,) (2014) Sanchez- Meca et al., Pozza et al.

فهو ظاهرة وجود خبرات نفسية غريبة في الشعور كأفكار ، أو أفعال أ أو مخاوف أ أو اندفاعات ثابتة و متكررة ، و تتميز هذه الخبرات النفسية الغريبة وفق الصورة الآتية :

- 1 – الإجبار : وجود إحساس المريض بسيطرة الوسوس و قوتها القهرية .
- 2 – الإدراك و المقاومة : و تعني أن المريض يدرك تماما سخافة هذه الأفكار و عدم جدواها و بعدها عن الواقع ، نتيجة لمقاومتها لرغبته الواضحة للتخلص منها ، و لكنه لا ينجح في تحقيق ذلك .

3 – التوتر و القلق : المريض هنا يشعر بالضيق و عدم الراحة ، فيكون في حالة توتر شديد مع قلق بسبب وجود هذه الخبرات النفسية المؤلمة ، مما يؤدي إلى الإخلال بوضعه الاجتماعي (الشلل الاجتماعي) .

-الأعراض العامة لاضطراب الوسواس القهري :

تتحدد أبرز الأعراض المرتبطة بالاضطرابات الوسواسية القهرية وفق الصورة الآتية :

1 – الوسواس الفكرية المسيطرة على شعور المريض ، و غالبا ما تكون عدوانية أو جنسية ، أو دينية قد تعوق نشاطاته .

2 – الصور القهرية تسيطر على تفكي المريض ، أو تكون ضاغطة عليه لاستدعاء أحداث مؤلمة سابقة .

3 – المخاوف القهرية ، كالخوف من الحوادث و التلوث ، تؤثر على حياة المريض و تؤدي به إلى التحاشي أو الهروب من الموقف .

4 – العد القهري .

5 – الشك القهري ، كالمبالغة في النظافة ، أو شك بعدم الطهارة عند الصلاة الخ و هذا رغم استبصار المريض بسخافة هذه الشكوك فهو يقاومها ، و لكن يصعب عليه التخلص منها .

6 – أفعال قهرية أو طقوس حركية ، كالمراجعة المتكررة نتيجة للشك يمارسها المريض لتخفيف حدة التوتر عن الامتناع عنها ، و تستغرق وقتا طويلا لدرجة الإنهاك و ضياع الوقت .

7 – الإلتباع الدقيق للقواعد و التعليمات ، و التقاليد الاجتماعية البسيطة ، و إعطاء الأهمية بالغة لأدق الأمور ، و الصغائر ، و التفاصيل ، و شدة الإلتزام .

8 - لبطئ في الاستجابة و ردة الفعل .

9 – الخوف من التغيير (كره الغموض) ، و تجنب مواجهة المواقف الجديدة (الإنغلاق و العناد) .

10 – عدم القدرة على اتخاذ القرار و التردد في حسم الأمور .

11 – التشاؤم و الشعور بعدم الكفاية .

- 12 – الحساسية الزائد و الخجل الزائد .
 - 13 – المبالغة في الاتجاهات الأخلاقية (المثالية) .
 - 14 – عدم المرونة ، و التصلب ، و الانضباط الشديد .
 - 15 – اجترار الأفكار .
 - 16 – البخل (التطرف في هواية تجميع المال و الادخار) .
 - 17 – الكف الانفعالي من حيث الإدراك و الاستجابة .
 - 18 – اندفاعات قهرية ، و غالبا ما تكون مرفوضة اجتماعيا أو أخلاقيا ، و تتصف بالجنسية
 - 19 – التسويف و المماطلة و التأجيل .
 - 20 – الإتكالية الزائدة و قلق اتجاه المسؤولين .
 - 21 – التصنع و التقمص .
 - 22 – التناقض الوجداني . (الخادي ، 2015 ، ص 86) .
- و الوسواس القهري عند الطفل أكثر ظهورا في عمر 8 – 10 سنوات و ما فوق ، و هو أكثر تأثيرا في مرحلة البلوغ . (الزغبي ، 2013 ، ص 68) .

أعراض الوسواس القهري عند الأطفال :

غالبا ما تبدو الحياة صعبة عند الأطفال المصابين بهذا باضطراب الوسواس القهري و تستهلك الوسواس القهرية الكثير من وقتهم و طاقاتهم ، و تجعل من الصعب على الطفل القيام بواجباته المدرسية أو مهامه اليومية في وقتها المحدد ، و هي نفس السلوكيات التي نجدها عند الكبار ، و غالبا ما نجد أن الأطفال قلقين من أنهم ربما يكونوا ا قد أصابهم الجنون ، لأن تفكيرهم و سلوكهم مختلف عن أقرانهم ، فيفقد الطفل ثقته بنفسه . و من بين تلك الأعراض الشديدة هي :

- 1 – الصباح و المساء دائما ما يمثلان أشد الأوقات صعوبة للطفل المصاب بالوسواس القهري . ففي الصباح يشعر بأهمية الانجذاب لطقوسه تماما ، و إلا فلن يكون اليوم على ما يرام ، فلا بد من الاستعداد التام للمدرسة في الوقت المحدد كل ذلك يجعل الطفل مضغوط و متوتر و سريع الغضب . أما في المساء يشعر أنه لا بد له من عمل جميع واجباته ، و الطقوس القهرية قبل النوم ، و بالتالي التأخر في النوم و الشعور بالتعب في الصباح .

2 – أطفال الوسواس القهري دائماً ما يشعرون أنهم ليسوا على ما يرام صحياً ، ربما بسبب المرض نفسه ، أو بسبب قلة الشهية للطعام ، أو قلة النوم ... إلى جانب أن الوسواس و الأفعال القهرية المتعلقة بالطعام شائعة في الأطفال مما يؤدي إلى عادات غير جيدة في تناول الطعام ، و الشعور بأعراض مثل الصداع و غيره ..

3 – أحيانا ما يصاب الطفل المريض بنوبات من الغضب لعدم مطاوعة الوالدين للطقوس الوسواسية ، أو عدم قدرتهم على ذلك ، مثل الطفل الذي يخاف من القذارة أو الجراثيم فيطلب من والديه السماح له بالاستحمام ساعات طويلة ، أو غسل ملابسه مرات عديدة ، أو بطريقة معينة ، و عندما يرفض الوالدين تخطي الحدود المعقولة يشعر الطفل بالقلق و يظهر الغضب

4 – تمثل الصداقة و العلاقات بالآخرين مصدرا للقلق لهؤلاء الأطفال ، حيث يحاولون بكل ما يملكون إخفاء أعراضهم و طقوسهم عن أقرانهم ، و لكن عندما تزداد الأعراض يعاني الأطفال من الضيق ، لانشغالهم أوقات طويلة بوساوسهم و أفعالهم القهرية ، أو التفاعل مع أقرانهم سلبيا ، فلا يجدوا إلا السلبية لقاء سلوكهم غير الطبيعي .

5 – التفكير الكارثي ، أي توقع الكوارث و المصائب من أي إهمال بسيط ، حقيقي ، أو خيالي ، و الإحساس الزائد بالمسؤولية مثل الطفل الذي يظن أن قياس الحرارة عدة مرات يوميا من الممكن أن تمنع حدوث المرض أو الموت له و لمن يجب . (سالم ، 2009 ، ص 38 – 39) .

إن و من خلال عرض هذه الأعراض نستطيع القول أنها أعراض شبيهة بالأعراض التي نجدها عند الكبار ، مع اختلافات طفيفة جدا تظهر من خلال الأسئلة المتكررة و الملحة من الأطفال للأولياء ، هذا من جهة الأعراض أما من جهة العلاج فعند الأطفال يكون أقصر بكثير عما هو عليه عند الكبار ، و هذا ما لاحظناه من خلال التعامل مع الأطفال ذوي هذا الاضطراب ، و حتى الانتكاسة تكون شبه منعدمة عندهم وفي أغلب الأحيان يكون إخضاعهم للعلاج النفسي مباشرة و بدون إخضاعهم لمرحلة العلاج الطبي ، كما هو الحال عند الكبار إلا في الحالات التي لم يتم اكتشافها مبكرا .

خلاصة : مما سبق يظهر أن الأعراض المرتبطة بتلك المشكلات و الاضطرابات الانفعالية هي جد معقدة و متشابهة ، مما يستدعي الحذر في عملية التشخيص .

المحاضرة الثالثة

المشكلات و الاضطرابات

السلوكية للطفل

تمهيد :

بعد عرض أهم المشكلات و الاضطرابات الانفعالية ، خاصة المتعلقة بالقلق عند الطفل كان لابد من الانتقال للاضطرابات السلوكية ، هذه الأخيرة التي جلبت إليها مؤخرا ، العديد من الباحثين لدراستها نظرا لظهورها المكثف عند الأطفال ، وتبعا للتنوع الهائل لتلك الاضطرابات وقع اختيارنا عمدا على بعض منها فقط ، و هي تلك المشكلات و الاضطرابات الشائعة ، و هي السلوك العدواني و اضطراب الإفراط الحركي و تشتت الانتباه ، بالإضافة إلى التبول و التبرز اللإرادي .

1 - السلوك العدواني :

يعتبر السلوك العدواني من بين الخصائص السلوكية الشائعة لدى الأطفال المضطربين و يصنف هذا السلوك ضمن السلوكيات الموجهة نحو الخارج ، و ضمن اضطرابات التصرف ، و يظهر على شكل اعتداء على الآخرين بأشكال مختلفة ، كالاغتداء الجسدي و إلحاق الأذى المادي بالآخرين ، و بالاغتداء اللفظي كالشتم أو السب ... الخ . (الفرا ، جراح ، 2016 ، ص20) .

و يستخدم مفهوم العدوان " Aggression " في علم النفس و حقله المختلفة للدلالة على استجابة يرد بها المرء على الخيبة و الإحباط ، و الحرمان ، وذلك بأن يهاجم مصدر الخيبة أو بديلا عنها .

و يعرفه " Buss " على أنه : " سلوك يصدره الفرد لفظيا ، أو بدنيا أو ماديا ، صريحا أو ضمنا ، مباشرا أو غير مباشرا ، ناشطا أو سلبيا ، يترتب على هذا السلوك إلحاق أذى بدني أو مادي للشخص نفسه صاحب السلوك أو الآخرين " .

و يرى " عبد الله سالم إبراهيم " و " محمد نبيل عبد الحميد " أن " العدوانية " مصطلح يتضمن ثلاثة مفاهيم أساسية و هي :

1 - العدوان : و يقصد به الهجوم الصريح على الغير أو الذات ، و يأخذ الشكل البدني أو اللفظي أو التهجم " العدوان الصريح "

2 - العدوانية : و يقصد بها ما يحرك العدوان و ينشطه و يتضمن : الغضب و الكراهية و الحقد و الشك ، و هو المضمرة أو الخفي .

3 – الميل للعدوان : " النزعة العدوانية " و يقصد به ما يوجه العدائية ، أي أنه حلقة تربط بين العدائية كمحرك و العدوانية كسلوك فعلي . (صفوت مختار ، 1998 ، ص 50 – 51)
و تعتبر المصطلحات المذكورة سابقا من بين مظاهر السلوك العدواني و هي :

- مظاهر السلوك العدواني لدى الأطفال:

أ – السلوك العدواني :

- السلوك العدواني سلوك يحمل الضرر إلى كائنات أخرى من الإنسان أو الحيوان فالطفل قد يؤذي طفلا آخر ينزع لعبته من يديه ، وقد يفعل ذلك في مشاجرة حول ادعاء حق ملكية شيء ما ، و قد يفعل الشيء نفسه إذا ما طلب منه ذلك ، كطلب المعلمة في المدرسة ، أو غيرها الخ .
- يدخل ضمن السلوك العدواني الذي يتضمن الإضرار الجسدي – الأفعال التي تدخل في أي سلوك مشروع يقوم به الآخرون مثل :المنع أو الإكراه بالتهديد ، و بعض التصرف عدائيا ، إذا أدى عادة إثارة رد فعل ينطوي على الضرر أو الإيذاء ، الانتقام أو الانسحاب أو الصراخ و الشكوى لصديق أو معلمة..... أو غيرها .
- و من المواقف الخاصة التي يستثار فيها السلوك العدواني : النزاع حول ملكية شيء ما أو حول الأحقية في مكان ما . إضافة إلى المطالبة باستبعاد طفل آخر من جماعة اللعب او جماعة الرفاق .
- الاختلاف بسبب تصادم الرغبات حول الأدوار التي يقوم بها الأطفال ، أو حول العمليات التي تحكم العمل ، او اللعب بينهم .

ب – المشاعر العدائية :

إذا كان العدوان الصريح يأخذ أشكالا ظاهرة تتمثل في الاعتداء البدني أو اللفظي بالتخريب و المشاكسة و العناد ، و مخالفة الأوامر ، فإن المشاعر العدائية أو العدوانية تتخذ شكل العدوان المضمّر غير الصريح ، كالحسد أو الغيرة و الاستياء ، كما تتخذ شكل العدوان الرمزي الذي يمارس فيه سلوك يرمز إلى احتقار الآخرين أو توجيه الإهانات لهم .

ج – العدوان اتجاه الذات :

السلوك العدواني لا يتجه بالضرورة نحو الغير فقط ، فقد يتجه نحو الذات أيضا ، متمثلا في إلحاق الضرر بالذات . (قطب الهمشري ، عبد الجواد ، 2000 ، ص 20) .

2 - اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه :

هو حالة مرضية سلوكية يتم تشخيصها لدى الأطفال و المراهقين ، و هي تعزى لمجموعة من الأعراض المرضية التي تبدأ في مرحلة الطفولة و تستمر لمرحلة المراهقة و البلوغ فهي زيادة ملحوظة جدا في مستوى النشاط الحركي ، تخرج عن حدود المعدل الطبيعي و تختلف الصورة في المراهقين و البالغين ، فلا تظهر الأعراض الحركية بنفس الدرجة و الواضوح كما في الأطفال . (العطية ، 2016 ، ص 73) .

و لتشخيص هذا الاضطراب لابد من الاعتماد على المعايير التشخيصية التالية :

أولا - أعراض تشتت الإنتباه :

- 1 - الفشل في تحقيق الانتباه التام للتفاصيل ، مما يؤدي إلى أخطاء غير مقصودة داخل الأسرة أو في المدرسة أو في العمل ، أو في الأنشطة و المجالات الأخرى .
- 2 - صعوبة الاستمرار في عملية الانتباه أثناء أداء بعض المهام ، أو أثناء أنشطة اللعب أو اللهو .
- 3 - يظهر على الطفل كما لو أنه لا يصغي أو لا يستمع عند الحديث إليه مباشرة .
- 4 - غالبا ما نجده لا يتبع التعليمات الموجهة إليه ، و يفشل في إنهاء الأعمال المدرسية أو الأعمال الأخرى .
- 5 - من الصعب تنظيم أو ترتيب عناصر المهام ، أو الأنشطة التي توكل إليه .
- 6 - يتجنب أو يكره المساهمة بأعمال تتطلب جهدا عقليا مثل الأعمال المنزلية أو المدرسية .
- 7 - غالبا ما ينسى الأشياء الضرورية لإنهاء المهام الموكلة إليه مثل الأدوات المدرسية و غيرها .
- 8 - يتشتت انتباهه بسرعة بفعل المثيرات و يتعرض إلى حالة حيرة و ذهول .
- 9 - غالبا ما ينسى برنامج اليوم أو أنشطته اليومية .

ملاحظة : لابد أن يتحقق ستة أو أكثر من هذه المعايير المذكورة .

ثانيا : أعراض فرط الحركة :

1- غالبا ما يجري الطفل بسرعة ، أو يتسلق الأشياء ، يقوم بحركات مفاجئة في مواقف غير مناسبة لا تتطلب مثل هذا السلوك ، و ينم ذلك عن مشاعر عدم الراحة أو الاستقرار لدى البالغين .

2 - غالبا ما يترك الطفل مقعد الدراسة داخل الصف أو في أي مكان آخر ، حيث يتوقع منه الجلوس .

3 - غالبا ما يتحرك بملل أو أنه يلتوي على الكرسي الذي يجلس عليه .

4 - غالبا ما يجد صعوبة في عملية اللعب أو الانشغال بأنشطة وقت الفراغ .

5 - غالبا ما يتجه بانشغالات نحو ذاته ، أو يتصرف كما لو أنه موجه بمحرك .

6 - يتكلم بشكل زائد عن الحد .

7 - يجيب عن الأسئلة قبل إتمامها ، و يمكن أن يفشي سرا ما .

8 - يجد صعوبة في عملية الانتظار و ليست لديه القدرة على الصبر أو التحمل .

9 - يقاطع الآخرين كثيرا ، و يقحم نفسه في مواقف دون مبرر .

و هذه المعايير الثلاثة الأخيرة تشير إلى سمة الاندفاعية لدى الطفل ، و يجب أن تستمر هذه الأعراض أيضا على الأقل لمدة ستة أشهر لدى الطفل و تكون واضحة للآخرين .

و هناك بعض الأعراض المصاحبة لهذا الاضطراب و هي :

1 - إفراط حركي اندفاعي غير عادي ، حاد و متكرر في أكثر من موقف ، و يختلف عن السلوك الحركي الملاحظ لدى الأطفال العاديين من نفس العمر و مرحلة النمو .

2 - يقوم الطفل بعدة سلوكيات مزعجة للآخرين ، و تكون في الغالب غير هادفة ، أو لا مبرر لها .

3 - هذه الاندفاعات السلوكية تكون أحيانا مفاجئة وخطيرة على الطفل ، و على الآخرين و يصاحبها اللامبالاة ، و نقص القدرة على الفهم و الانتباه و التركيز ، و كذلك نقص القدرة على التعلم أو الاستفادة من الإرشادات التي توجه إليه ، مما يجعل المدرسة و الأسرة تواجه عدة صعوبات في تدريبه على برنامج معين ، أو تعليمه خبرات محددة لفترة قد تتجاوز ستة أشهر ، و تظهر على الأقل في مجالين من مجالات حياة الطفل داخل الأسرة ، أو داخل

المدرسة ، أو رياض الأطفال ، أو داخل المجتمع الخ . (الزراد ، 2002 ، ص 103 - 115) .

أنواع اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه :

إن حالة اضطراب فرط الحركة ، و تشتت الانتباه لها قواعد محددة للتشخيص ، و مع التطور في المجال النفسي و التربوي تم تقسيم الحالة إلى أنواع متعددة و هي :

1 - فرط الحركة ، النشاط : في هذه الحالة تكون أعراض اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه موجودة بنسبة متفاوتة ، و لكن يغلب عليها علامات و أعراض فرط الحركة .

2 - قلة الانتباه ، ضعف التركيز : في هذه الحالة تكون أعراض اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه موجودة بنسبة متفاوتة ، و لكن يغلب عليها علامات و أعراض قلة الانتباه .

3 - اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه : في هذه الحالة تكون أعراض اضطراب فرط الحركة و تشتت الانتباه موجودة لكلا الحالتين ، فرط الحركة و قلة الانتباه . (الفرا ، جراح ، 2016 ، ص 77) .

و عند تشخيص هذا النوع من الاضطرابات عند الأطفال لابد من استبعاد الحالات التالية أثناء عملية التشخيص و هي : حالات التأخر العقلي ، التأخر الدراسي و صعوبات التعلم الإعاقات الحسية و الحركية ، الاضطرابات العقلية الذهانية ، اضطراب التوحد ، حالات تأخر النمو و عدم النضج الحادة .

كما أن عملية التشخيص لهذا الاضطراب قد تكشف عن بعض الأشكال له ، و هي كالتالي :

1 - بعض الأطفال يعانون من أعراض نقص الانتباه و الشرود و عدم القدرة على التركيز و تكون هذه الأعراض هي المسيطرة .

2 - بعض الأطفال يعانون من أعراض فرط الحركة و النشاط و السلوك المزعج ، و تكون هذه الأعراض هي المسيطرة .

3 - بعض الأطفال يعانون من الاندفاع بالسلوك و عدم القدرة على التحكم بالانفعالات و الاستجابات ، و تكون هذه الأعراض هي المسيطرة . (الزراد ، 2002 ، ص 72) .

خلاصة: يتضح من خلال عرض هذين الإضطرابين ، أنهما من أصعب الاضطرابات في التشخيص و حتى في التعامل معهما من الناحية العلاجية ، و ذلك نظرا للتنوع الهائل في الأعراض من جهة ، و جهة أخرى تلك المظاهر و الأشكال التي يتضمنها كل منهما ، و هذا بغض النظر عن التشخيص الفارقي الذي يكون كذلك أصعب مع هذين الإضطرابين .

المحاضرة الرابعة

إضطراب التبول

اللاإرادي

تمهيد

يعد التبول اللإرادي الأطفال من بين أكثر الاضطرابات الشائعة عند الأطفال ، كما نجد في بعض الأحيان حتى عند المراهقين ، فهو بذلك يعتبر من المشكلات الصعبة ، التي تشكل قلقا قلعا كبيرا بالنسبة للأولياء ، و حتى الأطفال ، مما يسبب لهم بعض المشكلات الانفعالية و حتى السلوكية الأخرى التي تكون تابعة للاضطراب ، و هو ما سوف نعرفه من خلال عرض محتوى هذه المحاضرة .

أولا : مفهوم التبول اللإرادي : Enuresis

يعد التبول اللإرادي الاضطرابات شيوعا لدى الأطفال ، و هي ظاهرة مرضية عامة تعرف بسلس البول ، و التي تسبب الإزعاج لكل من الأطفال ، و الأمهات . (الزغلول ، 2006 ، ص126) .

و يقصد به تكرار نزول البول لإراديا في الفراش من قبل الطفل في سن الرابعة فما فوق أو عدم قدرة الطفل العادي على التحكم في عملية التبول في سن ينتظر فيه أن يكون قد تعود على ضبط جهازه البولي ، مما يشير إلى ضعف قدرة الطفل على ضبط عمليات المثانة و عدم قدرته على التحكم فيها حتى يذهب إلى الحمام و إفراغ المثانة إراديا . و يرى Baller (1985) ، أن التبول اللإرادي هو حالة من التفريغ اللإرادي للمثانة ليلا عند طفل يزيد عمره عن 3 سنوات و نصف ، بمعدل لا يقل عن مرتين في الأسبوع من غير أن تظهر عنده أسباب عضوية واضحة . (أحمد الزغبى ، 2013 ، ص 110) .

و هو نوعين :

أ. التبول المستمر : و هو الذي يبدأ منذ الولادة ، و يستمر إلى المراحل العمرية اللاحقة .

ب. التبول المنقطع : و هو الذي يحدث في فترات متقطعة ، أي يحدث عادة في فترات متقطعة من الزمن ، بحيث يعود الطفل للتبول مرة أخرى من حين لآخر . (الزغلول ، 2006 ، ص 126) .

1 - المحكات و المعايير التشخيصية لاضطراب التبول اللإرادي حسب DSM5:

- أ – إفراغ متكرر للبول في الفراش ، أو الملابس سواء عمدي أو غير إرادي .
- ب – السلوك هام كما يتجلى بتكراره مرتين في الأسبوع لمدة 3 أشهر متتالية على الأقل أو

بوجود إحباط هام ، أو انخفاض في الأداء الأكاديمي ، أو المجالات الأخرى .

ت - العمر 5 سنوات على الأقل ، أو ما يعادله في مستوى التطور العقلي .

ج - لا يعود هذا السلوك للتأثيرات الفيزيولوجية مثل الأدوية المضادة للذهان ، أو في حالة طبية أخرى ، مثل السكري أو مرض الصرع .

2 - أشكال التبول اللاإرادي :

2 - 1 التبول اللاإرادي الأولي أو الأساسي : و يقصد به حالات التبول اللاإرادية التي بدأت مع الطفل منذ ولادته و حتى السنة الثانية ، لا يستطيعون التحكم بعمليات التبول ، و ذلك بسبب عدم اكتمال عمليات النضج لديهم ، و مثل هذا النوع من التبول هو الأكثر انتشارا لدى الأطفال ، حيث تشكل نسبته 86 % من مجموع حالات التبول اللاإرادي .

2 - 2 التبول اللاإرادي المؤقت (الانتكاسي) : و يقصد به الأطفال اللذين تمكنوا من التحكم في التبول و ضبط المثانة لفترة تتراوح ما بين (6 - 12) شهرا على الأقل ، ثم يعودون إلى تبليل ثيابهم مرة أخرى ، نتيجة لظروف نفسية أو بيئية أو أسرية .

2 - 3 التبول اللاإرادي الليلي : يكثر هذا النوع لدى الأطفال في المراحل العمرية المبكرة حيث نجد أن 66 % من مجموع الأطفال يبللون ثيابهم أثناء الليل ، و قد يرتبط حدوث هذا النوع من الاضطراب بعوامل مثل البرد أو الأحلام و الكوابيس التي يعاني منها الأطفال .

2 - 4 التبول اللاإرادي النهاري : و هو إفراغ البول لاإراديا خلال ساعات الاستيقاظ ، نهارا و تظهر هذه الحالات خلال السنوات الأولى من المرحلة الابتدائية ، و تتراوح نسبة انتشار التبول النهاري بين 2,5 - 5% من مجموع الأطفال، و يحدث هذا النوع عندما يواجه الأطفال مواقف جديدة أو مقلقة ، أو غير مألوفة ، مثل الانتقال إلى سكن جديد أو أثناء الزيارات ، أو الدخول إلى رياض الأطفال أو المدرسة .

2-5 التبول اللاإرادي الليلي - النهاري : و هم الأطفال الذين يتبولون ليلا و نهارا ، كما نجد أن هناك أطفالا يعانون من هذا الاضطراب أوقات النوم و اليقظة .

2-6 التبول اللاإرادي العرضي المزمن : و هو من أكثر اضطرابات التبول اللاإرادي خطورة ، و أكثرها تأثيرا في نفسية الأفراد و إزعاجا للمحيطين بعم ، و يظهر هذا الشكل في التكرار غير المألوف لعملية التبول ، و انتكاس الحالة بعد الشفاء المؤقت لها ، بحيث يتكرر

التبول الإرادي لدى الأطفال و يستمر لديهم لفترات لاحقة .

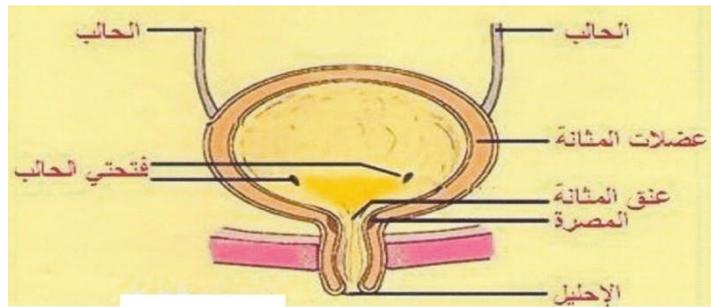
2 – 7 التبول الإرادي المصاحب للأحداث : و هذا الشكل من التبول يحدث في مواقف وحالات مؤقتة مثل السفر أحد الوالدين ، أو بسبب الغيرة من قدوم طفل جديد أو بسبب الحرمان أو القلق .

2 – 8 التبول الإرادي غير المنتظم : و مثل هذا النوع يحدث على فترات متقطعة و متباعدة و قد يرتبط بالأحداث اليومية أو الليلية التي يمر بها الطفل . (الزغول ، 2006 ، ص 127 – 128) .

و لكن بالنسبة لهذا الاضطراب لا بد من عزل كل المشكلات العضوية ، التي يمكن أن يكون لديها دخل فيما يخص هذا الاضطراب ، كوجود خلل في الجهاز البولي أو حتى صغر حجم المثانة عند البعض .

ثانيا : الجهاز البولي و التحكم بعملية التبول :

تقع المثانة البولية و أجزائها في الجزء الأسفل من البطن ، و هي تتكون من العضلة الدافعة detrusor muscle ، التي تحيط بالتركيب الحويصلي للمثانة ، و من عضلة المصرة الداخلية muscle internal و عضلة المصرة الخارجية Sphincter muscle external التي تحيط عنق المثانة . و الشكل التالي يوضح ذلك :



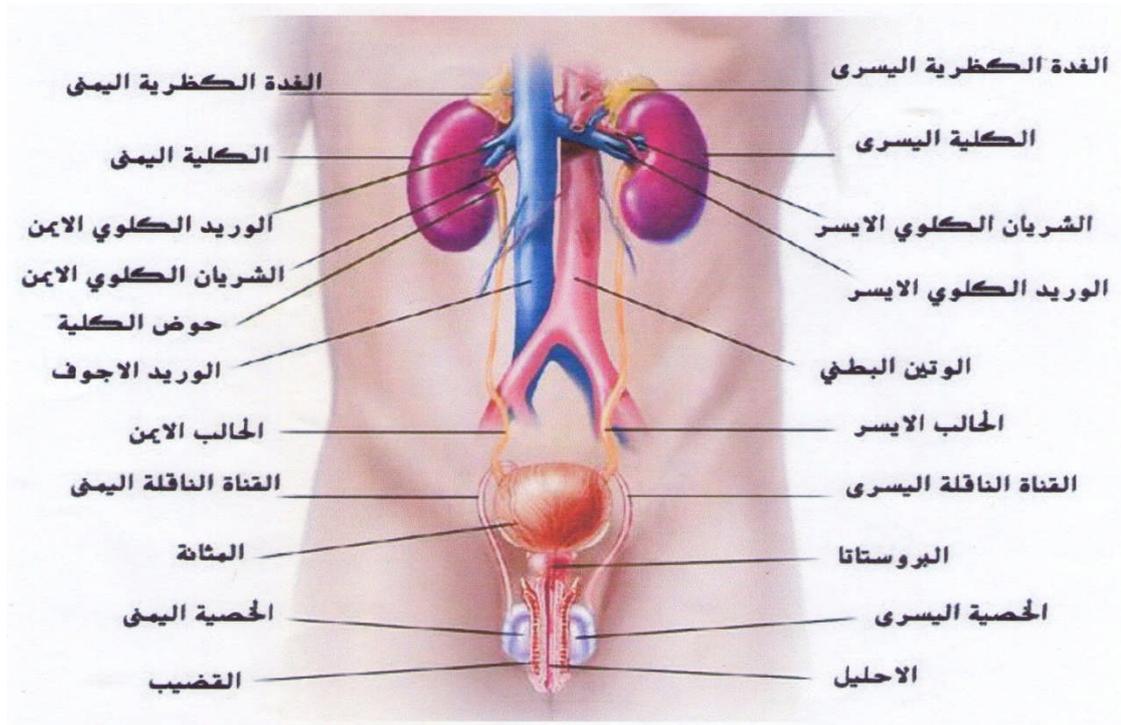
الشكل رقم (01) يمثل رسم تخطيطي للمثانة

فعندما تمتلئ المثانة بالبول ، ترسل الأعصاب إشارة للدماغ ، ثم يرسل الدماغ رسالة لإرخاء المصرة الداخلية مولدا الرغبة بالتبول ، و عندما ترتخي المصرة الخارجية ، و عضلات

الحوض ، مما يسمح بمرور البول خارج الجسم ، كما ترتخي المصرة الداخلية ، الأمر الذي يزيد الضغط داخل المثانة ، و يدفع البول نحو الإكليل الذي هو عبارة عن أنبوب أسطوانى يقع عند قاعدة المثانة ، ثم تنقلص العضلة الدافعة و يمر البول عبر الإكليل و يخرج من الجسم .

و قد تم تحديد وجود نقص ليلي في الهرمون المضاد لكثرة البول *vosopressin* ، أو وجود شذوذ في إعادة امتصاص شوارد الصوديوم و البوتاسيوم في النظام الكلوي كأسباب فسيولوجية في إنتاج البول الليلي المفرط لدى بعض الأطفال .

و حتى التهاب المسالك البولية ، و تشوهات الجهاز البولي التناسلي و بعض الأمراض كالسكري ، و فقر الدم و الصرع يمكن أن تؤدي إلى هذا الاضطراب و تقدر نسبتهم حوالي من 1 إلى 10 % مجموع الأطفال المتبولين لإراديا . و الشكل التالي يوضح أعضاء الجهاز البولي : (عبد السلام ، 2015 ، ص 19 – 20) .



الشكل رقم (02) يمثل رسم تخطيطي لأعضاء الجهاز البولي

فهناك بعض الحالات ممن تعرضوا لجلسات التكفل النفسي ، بدون أن يتم عرضهم على طبيب مختص ، يطول العلاج النفسي بدون أي تحسن ، و السبب في ذلك يرجع إلى مشكل عضوي . لذا لابد القيام بعزل المشكل العضوي أولاً ، و هذا بالنسبة لجميع الاضطرابات .

و لدينا واحد من بين أخطر الاضطرابات ، إذا كان المشكل العضوي هو السبب و تم الإغفال عنه ، فيمكن أن يؤدي إلى سرطان المعدة ، و هو مشكل التبرز عند الأطفال. لهذه الأسباب و غيرها هناك بعض الإجراءات الوقائية و العلاجية التي لابد القيام بها قبل استشارة المختص النفسي و هي :

ثالثا : الإجراءات الوقائية و العلاجية لاضطراب التبول اللاإرادي :

1 - الكشف الطبي و التحقق من السلامة العضوية و الفسيولوجية للطفل ، و يتم هذا الإجراء من خلال القيام بتحاليل متعلقة بالبول و البراز و الدم للتأكد من سلامة الجهاز البولي و التناسلي . كما يجب فحص الطفل من ناحية الجهاز العصبي و الهضمي ... الخ

2 - في حالة التأكد من خلو الطفل من أي مرض عضوي يمكن للوالدين إتباع الإجراءات التالية :

- ❖ إراحة الطفل نفسيا و بدنيا ، و إعطائه فرصة كافية للنوم و ذلك من أجل تهدئة الجهاز العصبي ، و تخفيف التوتر النفسي لديه .
- ❖ التقليل من شرب الماء و العصائر و الأغذية و الفواكه التي تساعد على إدرار البول قبل ساعات من موعد نوم الطفل .
- ❖ تدريب الطفل أثناء النهار على تأخير عمليات التبول لأطول وقت ممكن ، و مكافئته على ذلك .
- ❖ إشباع حاجات الطفل و توفير الأمن و الحب و العطف .
- ❖ عدم مقارنة الطفل بالآخرين ، و لاسيما إخوته اللذين يستطيعون التحكم بعمليات التبول .
- ❖ التدريب السليم و المتزن على العادات الصحية السليمة ، و كيفية التحكم في عمليات التبول و الإخراج .
- ❖ الابتعاد عن ارتداء الملابس الضيقة بالنسبة للطفل ، أو تلك التي يصعب على الطفل خلعها ، و ذلك لمساعدته على الاعتماد على الذات في عملية التبول .
- ❖ الابتعاد عن السخرية و النقد و العقاب ، و التهديد و التشهير أمام الآخرين .

❖ تعزيز ثقة الطفل بنفسه ، و تشجيعه على المحافظة على فراشه نظيفا وجافا من خلال مبدأ التعزيز التفاضلي ، بحيث يتم مكافأة الطفل عندما لا يتبول ، و حرمانه من التعزيز عندما يتبول . (الزغلول ، 2006 ص 130-131) .

خلاصة :

طبعا لما تم تناوله من خلال هذه المحاضرة ، يمكن القول أن هذا الاضطراب إذا لم يجد الوقاية الكافية و حتى العلاج المبكر له ، فإن نتائجه في الكبر سوف تكون جد صعبة و ذلك بتطور أعراضه إلى اضطرابات نفسية أخرى تصل حتى الاكتئاب و العزلة ، لأن الطفل في عندما يكون في مرحلة الطفولة لا يتحسس بالدرجة التي يصبح فيها مراهقا أو راشدا ، فكلما تطور نموه تطورت أفكاره و تحولت إلى تفسيرات خاطئة ، و معتقدات لاعقلانية ربما تؤدي به للتفكير في اتخاذ سلوكيات منحرفة كتعاطي المخدرات مثلا لا للمتعة و إنما للابتعاد و العزلة و النسيان و محاولة التكيف مع الوضعية التي يعيشها ، لذا لابد من عدم الاستهزاء بهذا الاضطراب . و هو ما سوف يتم التطرق إليه من خلال عرض محتوى المحاضرة اللاحقة الخاصة بالمراقبة و اضطراباتها .

المحاضرة الخامسة

مرحلة المراهقة

تمهيد

تعتبر مرحلة المراهقة من بين أخطر المراحل التي يمر بها الفرد في حياته ، و هي تعد من أهم المراحل التي تعاني منها الأسرة قبل الأبناء ، و ذلك نظرا للنتائج الوخيمة المترتبة عنها بما في ذلك أصعب المشاكل و أخطرها تظهر في تلك المرحلة ، إذ يمتد تأثيرها إلى غاية تفكك تلك الأسرة المحيطة بذلك المراهق ، و هذا وفقا لتلك المشكلات و الاضطرابات المنتشرة و البارزة خلال مرحلة المراهقة ، و هو ما سوف نركز عليه خلال عرض محتوى هذه المحاضرة .

1 - تعريف مرحلة المراهقة :

المراهقة هي تلك الفترة التي تلي الطفولة ، و تقع بين البلوغ و سن الرشد ، و فيها تحدث للجنسين تغيرات أساسية ، و اضطرابات شديدة في جميع الجوانب (النمو الجسمي ، العقلي ، الانفعالي ، و الاجتماعي) ، و هي تعتبر من أدق المراحل و أهمها . (محمود إبراهيم ، 1981 ، ص 16) .

و يعرفها سانفورد : " هي تلك المرحلة التي تشير إلى مرحلة طويلة من الزمن ، و ليس مجرد حالة عارضة زائلة في حياة الإنسان ، فالمراهقة مرحلة انتقال من الطفولة إلى الرجولة ، و لا بد من فهمها على أنها مجموعة من التغيرات التي تحدث في النمو و مظاهره التي لا تصل إلى حلة النضج في وقت واحد " .

و للمراهقة عدة أشكال مختلفة ، تميز كل شكل عن الآخر و هي :

- 1 - مراهقة سوية خالية من المشكلات و الصعوبات .
- 2 - مراهقة انسحابية ، حيث ينسحب المراهق من مجتمع الأسرة ، و من مجتمع الأقران و يفضل العزلة و الانفراد بنفسه ، حيث يتأمل ذاته و مشكلاته .
- 3 - مراهقة عدوانية ، حيث يتسم سلوك المراهق فيها بالعدوان عن نفسه ، و على غيره من الناس و الأشياء . (بن سهيل البادي ، 2003 ، ص 10- 18) .

و لكننا لا نشاطر كثيرا هذا التقسيم ، و هذا طبقا للواقع المعاش و الحياة النفسية و التطورات الانفعالية و تأثير الهرمونات و تعقيدات الحياة ، لا توجد مراهقة خالية من المشاكل ، فحتى الأسر التي تسخر كل وقتها و جهدها للأبناء و تسجل استقرارا جيد ، إلا أنها لا تضمن

الجانب النفسي الانفعالي لهم ، و هذا في حد ذاته يعتبر مشكل من المشكلات التي تعترض المراهق و أسرته .

مثال عن حالة من الواقع الإكلينيكي الجزائري :

حضرت سيدة مرافقة لابنها البالغ من العمر 20 سنة ، بدافع طلب التكفل النفسي به بعد تسجيل تدني في مستواه الدراسي ، و بعد إجراء مقابلة معها و طرح بعض الأسئلة خصوصا المتعلقة بظهور بعض السلوكيات الغريبة أو غير العادية ، كانت إجابتها : لا على العكس ابني هو الوحيد الذي لم أجد معه حتى مشكلة ، خصوصا هذه السنوات الأخيرة يفضل دائما المكوث لوحده لساعات جد طويلة في غرفته لا يتدخل في شيء لم يسبب لي أي إزعاج و هو عكس إخوته .

و عندما طرحنا سؤال آخر : حسب رأيك لماذا هذا الانعزال ؟ أجابت ابني متخلق لا يحب الكلام الكثير ، عاش في جو هادئ لذا فهو يحب الهدوء و لا يحب الاختلاط ، أظن أن الأساتذة لم يستطيعون فهمه .

ملاحظة : هنا المشكلة ، فالكثير يجهلون ما يمكن أن يكون خلال هذه المرحلة ، و بعد جلسات فقط و من خلال بعض المقابلات التي قمنا بها نحن و حتى المختص في الطب العقلي و استنادا معطيات كثيرة أكدت تشخيص هذه الحالة بالفصام ، و قد بدأت حالته منذ سنوات و لكن للأسف تم تفسيرها على أنه متخلق و خجول الخ..... كلها صفات جيدة ، و الحالة ظلت تعاني و تصارع و تعاشر أو هامها و ضلالتها .

2 – النمو الانفعالي للمراهق :

إن الانفعالات عند المراهق هي رد فعل للنمو النفسي لديه ، و أهم ما يميز النمو الانفعالي خلال فترة المراهقة ما يلي :

- 1 – الخجل و الميل إلى الانطواء .
- 2 – الشعور بالذنب و الخطيئة و خاصة فيما يتعلق بالجنس .
- 3 – التردد نتيجة نقص الثقة بالنفس .
- 4 – خصوبة الخيال و بداية أحلام اليقظة .

3 – الخصائص الإنفعالية في مرحلة المراهقة :

من بين أهم الخصائص التي تتميز بها تلك الانفعالات لدى المراهق خلال تلك الفترة التي يمر بها ما يلي :

أ - انفعالات عنيفة : أي قد يثور المراهق لأتفه الأسباب ، و هذا يكون في بعض الأحيان بسبب النمو الجسمي السريع ، و التغيرات المصاحبة للنمو .

ب - انفعالات حادة :

ج - عدم التحكم في المظاهر لحالته الانفعالية : فعندما يغضب المراهق يصدر حركات تعبر عن هذا الغضب .

د - انفعالات غير محددة : قد يوجه المراهق انفعاله إلى جهة ليس لها سبب في انفعاله هذا و يكون ذلك بسبب الخوف من المواجهة ، أو بسبب عدم الاقتناع بالانفعال ، و لهذا غالبا ما يخفي انفعاله و يظهر عكسه . (أبو غريبة ، 2007 ، ص 189 – 190) .

خلاصة :

ما يمكن قوله بالنسبة لهذه المرحلة ، أنها مرحلة تستدعي اخذ الحذر و نقصد بها الرقابة المستمرة و غير المباشرة لسلوكيات هؤلاء المراهقين ، قبل وقوع أي مشكلة ، كما أن الكشف المبكر لأي اضطراب يظهر في هذه المرحلة من شأنه أن يعجل بعملية الشفاء و هذا نظرا لخطورة المشكلات و الاضطرابات في هذه المرحلة و هو ما سوف نتطرق إليه في المحاضرة اللاحقة الخاصة بعرض لأهم تلك المشكلات و الاضطرابات الشائعة في مرحلة المراهقة .

المحاضرة السادسة

المشكلات و الاضطرابات النفسية

و السلوكية عند المراهق

تمهيد:

الكثير يظن أن مرحلة المراهقة ما هي إلا فترة وجيزة عابرة ، و لكن للأسف الشديد ما يشهده الواقع اليوم جاء عكس ذلك ، فجرائم القتل ، السرقة ، الاختطاف ، الاغتصاب كلها جرائم أغلب مرتكبيها من الشباب ممن يتعاطون المخدرات ممن وصلوا لدرجة الإدمان في سن مبكرة ، و الأصعب من ذلك تلك الاضطرابات المرتبطة بالإدمان و هو ما سوف نتطرق إليه من خلال عرض محتوى هذه المحاضرة .

أولا : السلوك الإدماني :

يعد سلوك تعاطي المخدرات و الإدمان عليها ، من المشكلات النفسية و الاجتماعية التي تؤثر على بناء المجتمع و أفرادها، مما يترتب على ذلك من آثار اجتماعية واقتصادية، نفسية وصحية ، و قد لوحظ مؤخرا تفاقم هذه المشكلة إلى درجة أنها أصبحت مشكلة عالمية جلبت إليها اهتمام معظم الباحثين والمسؤولين في هذا المجال . فبقدر ما حملت السنوات الأخيرة للإنسان من تقدم ورفاهية بفضل النهضة الصناعية و التقدم التكنولوجي، بقدر ما زادت مشاكل الإنسان حجما وشددة وتعقيدا بفضل الإقبال على تعاطي المخدرات.

إذن نظرا لخطورة هذه الظاهرة وشدتها علينا أن نقف عند أهم النقاط المتعلقة بها وخاصة

1- المفاهيم الأساسية في الإدمان

1-1- المخدر

يعرف المخدر على " انه كل مادة يتناولها الكائن الحي ، بأية صورة كانت صلبة ، سائلة او غازية ، و بأي طريقة تناول (عن طريق الفم ، الحقن ، الاستنشاق او التدخين) ، و ايا كان مصدرها (طبيعيا او تخليقيا) ، و تؤدي غالبا تغيرات في الكائن سواء كانت تغيرات في جزء من الجسم او في الجسم كله . و تشمل هذه التأثيرات التغيرات الجسمية و النفسية و السلوكية و الميزاجية الخ . (نقلا عن سايل ، 2015 ، ص 15)

كما يعرف أيضا "انه وحدة أو أي مزيج من الوحدات الكيميائية باستثناء تلك الضرورية للحفاظ على الصحة العادية، والتي إذا تعاطاها الشخص فإنها تغير من النشاط البيولوجي أو من المحتمل أن تغير من تركيبه " .(طايبي ، 1998 ، ص17)

1-2-الإدمان: هو الشكل الخطير للاعتماد الجسدي والنفسي والذي يتميز بالبحث المتكرر عن المادة المخدرة" (Ferry.G, 2006, p8) .

1-3 الاعتماد الجسدي Physical dependance: هو حاجة الجسم للعقار ثم الاعتماد على تعاطيه ، وهو عبارة عن تغير في الحالة الفيزيولوجية للجسم، الأمر الذي يستلزم الاستمرار في التعاطي حتى يوقف ظهور الأعراض الجسمية المزعجة التي قد تكون أحيانا مميتة.

1-4 الاعتماد النفسي Psychological dependance: هو تعود الفرد على تناول عقار ما وذلك نظرا لما يسببه هذا العقار من الشعور بارتياح ، حيث يشعر الفرد بأن تعاطي هذا العقار سيجعله في أحسن حال لأنه يضعف مشاعر القلق و التوتر. و الانقطاع المفاجئ عنه يؤدي إلى عدم الراحة النفسية، إلا أن هذا الاعتماد لا يؤدي إلى آثار جسدية .(زبدي 2003،ص 3)

2- أنماط تعاطي المخدرات

يري الدكتور محمد محمود بن يونس (2008) أن هناك خمسة أنماط لتعاطي المخدرات وهي على الشكل التالي:

1-2- التعاطي التجريبي: وغالبا ما يكون سببه التصرف و الفضول و الرغبة في معرفة التأثير. و التجريب ينحصر في مادة مخدرة واحدة أو عدة أنواع ولمدة قصيرة وبوتيرة متباعدة وعدد مرات قليلة لا تزيد عن العشرة، والتجريب يتم عادة في محيط يلعب التشجيع و التقليد دورا أكيدا.

ويتوقف التجريب و عدم التعاطي عند الأفراد الذين ليست لديهم استعدادات مؤهبة للاستمرار في التجريب مثلا (ضغوط نفسية اجتماعية أو اضطرابات نفسية) .

2-2- التعاطي الاجتماعي - الترفيهي: يتم مثل هذا التعاطي عادة بين الجماعة حيث تجمع أفرادها مشاركة متبادلة في تصور تجربة ممتعة وسارة. وعادة لا ينقلب التعاطي الاجتماعي من هذا النوع إلى إدمان لأنه يتم في مناسبات متكررة كل أسبوع عادة .

2-3- التعاطي العارض: وهو سلوك محدد الغرض يحدد نفسه بنفسه، بتفاوت في نمطية و يتغير في الشدة و التكرار و المدة، يوجه حافزا أو رغبة متصورة للحصول على نشوة أو

متعة مرتقبة. وهذا التعاطي مرغوب فيه في مواقف معينة، بحيث يتخذ كوسيلة للتعامل مع هذه المواقف .

2-4- التعاطي المكثف: وهو استعمال يومي مديد وراءه حاجة وأهمية وقناعة أن المخدر يسعف المدمن و يخفف معاناته إزاء مشكلاته غير المحلولة ، وصراعاته النفسية، ويكون مثل هذا النوع من الإدمان فيه تعزيز إشرطي، لأن التوقع بكون المخدر يخفف المعاناة من شأن ذلك أن يعزز التعاطي .

2-5- التعاطي أوسواسي القهري : وهو تعاطي المخدر بكميات وبتكرار كثير لمدة طويلة فيصبح المدمن مرتبطا ارتباطا جبريا بالمخدر أو المسكر ، وبزيادة الجرعة للوصول إلى الحالة النفسية المنشودة و التأثير المطلوب . و نجد عادة مثل هذا السلوك الجبري في الأفيونات ومشتقاتها بفعل التعود النفسي و البدني .(بن يونس، 2008، ص 439-440) .

3 - أنواع المخدرات و تصنيفها :

كثرت أنواع المخدرات وأشكالها حتى أصبح من الصعب حصرها، ووجه الخلاف في تصنيف كل تلك الأنواع ينبع من اختلاف زاوية النظر إليها، فبعضها تصنف على أساس تأثيرها وبعضها على أساس طرق إنتاجها، وأخرى بسبب اللون، بالإضافة إلى تصنيفات حسب التركيب الكيماوي لها، وأخيرا حسب أنواع المواد وسوء استعمالها، التسمم و الانسحاب، ويعتبر هذا التصنيف الأخير هو أكبر التصنيفات المستعملة في العالم و عليه فقد تم اختيارنا لهذا التصنيف الذي جاء به الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الصادر عن الجمعية السيكاترية الأمريكية (APA). DSM-5 وذلك سنة 2013 .

1-3 الكحول

يعتبر الكحول من أقدم المواد التي تستخدم عمليا في المداواة من الأمراض، وله تاريخ طويل في إفريقيا، فقد كانت البيرة تشرب في مصر عام 4241 ق م، وأثناء عصور الحكم الوراثي كان المصريون الأثرياء يشربون عدة أنواع من البيرة و الخمور، إلا أن حدوث الغزوات الإسلامية ونشر الإسلام أدى إلى منع الكحول .(فايد، 2005، ص 15-16) .

و الكحول نوعين هما: الكحول الايثيلي Athyl alcohol ، أي المادة الفعالة في الخمر وتختلف نسبة هذه المادة في المشروبات الكحولية . و النوع الثاني هو الكحول الميثيلي Methyle

alcohol ،ينتج من تقطير الخشب. (عبد القوي ، 1996،ص 188).

ويمكن للإدمان الكحول أن يؤدي إلى أمراض جد خطيرة وهي:

- سرطان الفم و الحنجرة .

- سرطان الكبد .

- أعراض نفسية كالقلق و الاكتئاب.

كما نجد اضطرابات أخرى ناجمة عن هذا النوع من المخدر و هي التي حددها DSM-5

و هي :

I- التسمم بالكحول .

II- الانسحاب الكحولي .

III- هذيان تابع للتسمم و هذيان تابع للانسحاب.

بالإضافة إلى اضطرابات متعلقة بالذاكرة ، هلاوس،اضطرابات جنسية ، اضطرابات النوم .

I- التسمم بالكحول : حيث يحتوي عن المحكات التالية :

أ- استخدام حديث للكحول .

ب- ظهور بعض التغيرات على المستوى السلوكي و النفسي مثل العدوانية و الاندفاع

الجنسي تغيير المزاج و اضطراب الوظائف الاجتماعية و المهنية .

ج- أن توجد ميزة واحدة على الأقل من الميزات التالية أثناء أو بعد تعاطي الكحول و هي

1- ثقل الكلام ، 2- عدم التأزر الحركي ، 3- عدم الاتزان عند المشي ، 4- اضطرابات في

الانتباه الذاكرة، 5 - شرود الذهن أو الغيبوبة .

II- الانسحاب الكحولي : و تتمثل محكات الانسحاب من الكحول فيما يلي :

أ- التوقف أو التقليل من التعاطي بكميات كبيرة للكحول.

ب- أن تظهر علامتين على الأقل من العلامات التالية بعد ساعات أو أيام من ظهور العلامة

(أ).

1- أن يرتفع نشاط الجهاز العصبي المستقل مثل زيادة دقات القلب .

2- ظهور ارتعاش على مستوى اليدين .

3- عدم الشعور بالنعاس .

- 4- الغثيان أو القيء.
 - 5- هلاوس بصرية ، حسية، سمعية .
 - 6- تهيج نفسي - حركي .
 - 7- الحصر .
 - 8- أزمات تشنجية من النوع العام .
- ج- تنتج عن أعراض المؤشر (ب) ألم أو اضطراب في النشاطات الاجتماعية أو المهنية أو مجالات أخرى ذات أهمية .
- د- عدم إرجاع هذه المؤشرات أو الأعراض إلى أي مرض نفسي أو عضوي .
- كما تظهر هذه العلامات مصحوبة باضطرابات في الإدراك ، هلاوس بدون فقدان العلاقة بالواقع أو هام سمعية ، بصرية أو حسية . (DSM5 ,2015 ,p590-593)

2-3- الكافيين (cafeine):

و هو يعتبر من بين المواد المنشطة حيث نجدها في القهوة و الشاي ، هذا الأخير الذي يحتوي على الثيرومين (thebromine)، وهو مركب ذو طعم مر يوجد في بذور الكاكاو و القهوة كما يمكن أن نجد الكافيين أيضا في منتجات الكولا الغازية و الشكولاتة ، و هذا بنسب مختلفة . (سايل ، 2008، ص 92)

الإضطرابات المرتبطة بتعاطي الكافيين :

I- التسمم بالكافيين :

أ- تعاطي الكافيين حديثا تعاطيا مفرطا يتجاوز 250 ملغ يوميا أي أكثر من (2-3) أكواب من القهوة المطحونة .

ب- على الأقل ظهور خمس علامات من العلامات الآتية خلال أو بعد تناوله و هذه العلامات هي :

- 1- عدم الاستقرار .
- 2- العصبية .
- 3- التهيج .
- 4- الأرق .
- 5- الإحساس بحرارة خاصة في الوجه .

6- التعرق .

7- اضطراب هضمي .

8- التواء عضلي .

9- أفكار و كلام غير منسقين .

10- سرعة نبضات القلب .

11- هياج نفسي - حركي .

ج- يمكن لهذه الأعراض المذكورة في "ب" أن تؤدي إلى معاناة و اختلالات على المستوى الوظيفي الاجتماعي أو ميادين أخرى في الحياة .

د- هذه الأعراض لا تظهر بسبب وجود مرض عضوي أو عقلي .

II- انسحاب بمادة الكافين :

أ- استعمال طويل و يومي للكافيين .

ب- التوقف الكلي أو التخفيض من تعاطي الكافيين ، و هذا لمدة 24 ساعة يكون بظهور ثلاثة أو أكثر للأعراض التالية :

1- ألأم في الرأس .

2- تعب أو وهن مهم .

3- غضب و تعكر في المزاج ، اكتئاب.

4- صعوبة في التركيز .

5- غثيان ، أوجاع في أطراف الجسم .

ج- الأعراض الموجودة في (ب) تنتسبب في معاناة عيادية تشير إلى نقص في المهارات الاجتماعية .

د- هذه المؤشرات أو الأعراض ليست تابعة لأي مرض جسمي عضوي ، أو أي مرض

عقلي . (DSM5 ,2015,p598-601)

3-3- الحشيش :

يستخرج الحشيش من نبات القنب الهندي CANNABIS، وهو يعتبر أحد المواد المهلوسة

و هو يحتوي على مادة جد فعالة فيه و هي (9 Tetrahydro cannabinol) delta و تتوقف

نسبة هذه المادة و فعاليتها على طبيعة النباتات المستخلصة منه ، و يرجع استخدام الحشيش كمخدر إلى آلاف السنين . (Morel et al , 2003, P22) .

كما أنه يعرف من خلال مشتقاته في الولايات المتحدة الأمريكية باسم الماريخوانا Marinijwana . (عبد اللطيف ، 1992 ، ص 11) .

كما عرف في مصر منذ حوالي القرن 20 قبل الميلاد و إستخدم حينئذ في علاج بعض أمراض العيون و لكن ليس هناك ما يشهد بوجود تاريخ متصل لهذا العشب في مصر أو العالم العربي عامة سواء فيما يتعلق بالاستخدامات الطبية أو الترويجية . (السويف ، 1996 ، ص 34) .

و المشاكل المرتبطة بالحشيش نادرة ، فقد نجد عند البعض من المتعاطين تبعية نفسية كما نجده يؤثر على التركيز ، الدافعية ، أو مشاكل في العلاقات مع المحيط .p.angle et al, (2005, p82) .

I- التسمم بالحشيش : حيث تتمثل محكات التسمم فيما يلي :

أ- التعاطي الحديث للحشيش .

ب- تغيرات نفسية أو سلوكية لا تكيفية هامة مثل اضطراب التآزر الحركي، الحصر الإحساس ببطء سير الزمن ، القلق ، العزلة الاجتماعية . و هذه الأعراض تظهر بعد تعاطي الحشيش بفترة قصيرة أو خلال تعاطيه .

ج- ظهور علامتين على الأقل من العلامات التالية ضمن ساعتين من تعاطي الحشيش:

1- احتقان العين .

2- زيادة الشهية.

3- جفاف الفم .

4- زيادة في نبضات القلب .

د- لا يمكن أن نرجع سبب هذه الأعراض إلى مرض عضوي أو نفسي آخر . و انما يمكن ان نرجع إلى تسمم بمادة أخرى .

كما يمكن لأعراض التسمم أن تكون مصحوبة باضطرابات إدراكية .

II- إنسحاب الحشيش

أ- توقف عن الاستعمال (بعد الاستعمال اليومي ، و المكثف ، على الناقل لبضعة أشهر)
ب - على الأقل توفر ثلاث مؤشرات أو أعراض في فترة حوالي أسبوع بعد المعيار "أ"
وهي :

1- غضب و عدوانية

2- عصبية و حصر

3- اضطرابات في النوم مثلا ارق او أحلام مضطربة

4- نقص في الشهية مع فقدان الوزن .

5 - عدم الاستقرار

6- ميلاج مكتئب

7- على الأقل واحد من بين هذه الأعراض الجسمية التالية يؤدي إلى عدم الارتياح

أوجاع في البطن ، عدم استقرار / ارتعاش ، حمى ، برودة ، أو الآم في الرأس .

ج- تلك المؤشرات الموجودة في المعيار "ب" تتسبب في معاناة تشير إلى نقص للمهارات الاجتماعية ، و المهنية وحتى في مجالات أخرى تعتبر مهمة .

د- المؤشرات او الأعراض ليست بسبب تابعة لأي مرض عضوي أو اضطراب عقلي .

(DSM5,2015 ,p613-615) .

3-4 المواد المهلوسة

تعتبر المهلوسات أو المؤثرات النفسية عقاقير تؤثر في وعي المتعاطين و تحدث لديهم أنواعا مختلفة من الهلوسة ، و أهم أنواع المهلوسات هو ثاني ديثيلاميد حامض اليسرجيك المعروف ب (LSD) و هو اختصار ل Lysergic Acid الذي استخلصه الكيميائي السويسري هو فمان (1943)، حيث كان يعتقد في البداية أن له فوائد في العلاج النفسي و لكن ثبت فيما بعد بطلان هذا الاعتقاد ، و يستخرج الحامض من فطر Ergot و قد شاع استعماله في الستينات من طرف بعض الفنانين و الكتاب في أوروبا عن طريق الحقن في الوريد أو شرب السائل . (الدمرداش، 1982، ص14) .

وهناك اضطرابات ناجمة عن تعاطي المهلوسات و هي :

أ- التسمم بالمهلوسات : و يحتوي على المحكات التالية :

أ- تعاطي الحديث للمهلوسات بما في ذلك Phencyclidine.

ب- حدوث تغيرات نفسية اجتماعية أو سلوكية لا تكيفية تتمثل فيما يلي : حصر أو اكتئاب ملاحظ ، أفكار مرجعية ، الخوف من الإصابة بالجنون ، أفكار مملوءة بالشك ، تظهر هذه الأعراض خلال تعاطي المهلوسات أو بعد فترة قليلة من التعاطي .

ج- تغيرات إدراكية تحدث في حالة الوعي التام أي اختلال إدراك الواقع ، و تحدث كذلك خلال فترة التعاطي أو بعد فترة قليلة .

د- حدوث علامتين أو أكثر من العلامات التالية خلال أو بعد فترة قليلة من التعاطي :

1 - توسع حدقة العين .

2- سرعة نبضات القلب .

3- عرق .

4- خفقان .

5- اضطرابات بصرية

6- ارتعاش

7- عدم ترابط حركي

هـ- لا تكون هذه الأعراض نتيجة مرض طبي عام أو نفسي .

3- 4- 1 الفينيسكلدين Phencyclidine:وهي مادة تعرف ب (PCP) phenylcycloxy Iperdine و تستعمل هذه المادة في التخدير قبل الجراحة. وفي استعمالها تمتزج في بعض الأحيان مع الكوكايين و الأمفيتامينات و ذلك من اجل إعطاء مفعول جيد وهي تمس معظم المناطق الدماغية وهي تستعمل بشكل خاص في أمريكا، وبريطانيا . (سايل ، 2015 ، ص 50).

والاضطراب الناتج عن تعاطي مادة Phencyclidine هو:

I- التسمم ب PCP:

أ- التعاطي الحديث لهذه المادة، أو أي مادة مشابهة في المجال الصيدلاني

ب- حدوث تغيرات سلوكية أو نفسية اجتماعية غير تكيفية مثل: المشاكسات، عدوانية اندفاعية ، تهيج نفسي حركي .

ج - تظهر على الأقل اثنين من المؤشرات أو الأعراض التالية التي تتطور في الساعة

الموالية و هي :الأعراض التالية :

1- فرط توتر شرياني أو سرعة نبضات القلب.

2- استجابة متناقصة للألم.

3- صعوبة في الكلام.

4- تصلب في العضلات

5- أزمت تشنجية أو غيبوبة

د- لا تكون هذه الأعراض بسبب مرض نفسي أو عقلي.(DSM5,2015,p626) .

5-3 المذيبات الطيارة :

و يقصد بها تلك المواد المتطايرة Solvants Volatils حيث يتم استعمالها عن طريق الاستنشاق ، و هي منتشرة أكثر عند الأطفال و يمكن أن تؤدي إلى الوفاة مباشرة خاصة إذا كانت الجرعة المستعملة مرتفعة جدا .و ذلك نظرا لما تسببه من نقص الأكسجين للأنسجة . (عبد القوي ،1996، ص 203) .

و الاضطرابات الناجمة عن استنشاق المذيبات الطيارة هي :

I- التسمم بفعل المذيبات الطيارة : و يكون حسب المحكات التالية :

أ- التعاطي الحديث و بدون انتباه ، إضافة إلى التعرض لمدة قصيرة لمقادير عالية باستنشاق المواد الطيارة مثل البنزين .

ب- حدوث تغيرات نفسية سلوكية أو اجتماعية تتمثل فيما يلي : عدوانية ، مشاكسات ، تثبيط

نفسية . تظهر هذه الأعراض خلال تعاطي المذيبات الطيارة أو بعد استنشاقها بمدة قصيرة

ج- تظهر علامتان على الأقل من العلامات التالية أثناء الاستنشاق لهذه المواد أو بعد مدة

قصيرة من التعرض ، و تكمن هذه العلامات فيما يلي :

1 - الشعور بدوران الرأس .

2- عدم توافق حركي .

3- كلام غير مفهوم .

4- مشي غير متوازن .

5- عدم توازن حركي .

6- وهن عضلي عام .

7 - ازدواجية على المستوى البصري .

8- النشوة .

9- ارتعاش

10- نقص في الانتباه

11- غيبوبة

د- هذه الأعراض ليست مرتبطة بأي مرض عضوي أو عقلي . (DSM5,2015,P63) .

3-6 الأدوية المضادة للقلق أو المنومات

ونقصد بها تلك الأدوية التي تستعمل في العلاج الطبي، الغرض منها التقليل من القلق و جلب النوم ،وهي على شكل أقراص مختلفة الأشكال أو كبسولات،ولكن للأسف الشديد فقد ساء استعمال هذه الأدوية مما أثر سلبا على الفرد.

و من الاضطرابات الناتجة عن تعاطي الأدوية المضادة للقلق أو المنومات هي:

I- التسمم بالأدوية المضادة للقلق و المنومات : ويحتوى على المحكات التالية:

أ-التعاطي الحديث العهد لتلك الأدوية.

ب- حدوث تغيرات سلوكية أو نفسية اجتماعية لا تكيفية ،مثل سلوك جنسي شاذ أو سلوك عدواني،تذبذب المزاج خلال أو بعد مدة قصيرة من تناول تلك الأدوية .

ج- ظهور علامة على الأقل من العلامات التالية أثناء التعاطي أو بعده بمدة قليلة:

1- كلام غير مفهوم وغير واضح.

2- عدم الاتزان الحركي.

3- المشي ببطيء.

4- تشتت الانتباه و الذاكرة.

5- ذهول الفكر.

6-غيبوبة

د- لا تكون هذه الأعراض نتيجة عن مرض طبي أو بفعل اضطراب نفسي عقلي.

II- الانسحاب عن تعاطي الأدوية المضادة للقلق و المنومات:ويكون بالمحكات التالية:

أ- التوقف أو التخفيض من مقادير تلك الأدوية المعتادة عليها بكميات كبيرة ولمدة طويلة.
ب- ظهور اثنين على الأقل من الأعراض التالية بعد بضع ساعات أو أيام بعد التوقف أو تخفيض الجرعة .

1- فرط نشاط الجملة العصبية الإعاشية، مثلا التعرق وسرعة نبضات القلب أكثر من 100 نبضة في الدقيقة .

2- زيادة في ارتعاش اليدين .

3- أرق.

4- غثيان وتقيء.

5- هلاوس أو خداعات بصرية وسمعية و لمسية .

6- هيجان نفسي-حركي .

7- الحصر

8- نوبات صرع من نوع صرع كبير.

ج- تشكل الأعراض المذكورة في (ب) معاناة على المستوى الاجتماعي و الوظيفي وميادين آخر مهم .

د - لا تكون تلك الأعراض بسبب مرض طبي عام و لاهي نتيجة اضطراب نفسي عقلي (DSM5,2015,P659-661) .

7-3 - الأمفيتامينات : les Amphétamines :

هي مركبات كيميائية تحدث تأثيرا منبها للجهاز العصبي، و تقلل من الإحساس بالجهد و التعب و الشعور بالنعاس . بدأ تاريخ الأمفيتامينات عام (1887) حينها تمكن إديليانو من تصنيعها معمليا و كان أول من وصف أثارها هو جوردن أليس (1928)، في البداية استعملها من كانوا يعانون من التهاب أغشية الأنف المخاطية حيث أعطوها آنذاك إسما تجاريا و هو " البنزدرين " ، و في عام(1935) صنعت المادة على شكل أقراص ،كما استعملت في الأربعينات بين الطلاب ليتمكنوا من مقاومة النوم و الزيادة في التذكر أثناء الامتحانات وانتشر تعاطيها أكثر في الولايات المتحدة الأمريكية في فترة الحرب و ما بعدها و ظهرت في الفترة (1960-1962) بواحد انتشار وبائي لتعاطي الأمفيتامين بالحقن في الوريد. (السويف ، 1996 ، ص35) بما في ذلك الكوكايين .

1-7-4 الكوكايين: Cocaine

يتخلص من أوراق شجرة الكوكا ، يعد من أقوى العقاقير المنشطة الطبيعية و هو مسحوق أبيض اللون هش الملمس ، و عند تناوله يصل في ثواني إلى المخ و يحدث حرارة شديدة عندها يشعر الشخص براحة داخلية لكن هذا الشعور يختفى بسرعة و يترك المتعاطي في حاجة إلى هذا المخدر من جديد. (وهبي ، 1990 ، ص 13) .

كما يسبب الكوكايين التخدير الموضعي عند ملامسته للجلد أو الأنسجة المخاطية و يستخدم على صورة محلول تركيزه 4% إضافة إلى توقف الإشارات الكهربائية في الأعصاب الطرفية . (المشاقبة ، 2007، ص 53).

و هناك عدة اضطرابات ناجمة عن تعاطي هذه المادة او غيرها من الأمفيتامين هي:

I- التسمم الأمفيتاميني .

II- الانسحاب الأمفيتاميني

I- التسمم الأمفيتاميني :

أ- الاستخدام القريب المدة للأمفيتامين أو كوكايين أو مادة أخرى .

ب- حدوث تبدلات سلوكية أو نفسية لا تكيفية ، تبدلات على المستوى الاجتماعي أحكام

عقلية متأذية أو مهنية معطلة .، يقظة زائدة ، حساسية شديدة ، حصر ، غضب ، يظهر ج-

ج- ظهور على الأقل عرضين من الأعراض التالية خلال تعاطي المادة أو بعد مدة قليلة من

التعاطي:

1- سرعة نبضات القلب أو بطئ حركاته

2- توسع حدقة العين .

3 - ارتفاع الضغط الشرياني أو انخفاضه .

4- التعرق ، أو الإحساس بالبرودة

5- الغثيان .

6 - انخفاض الوزن .

7 - هيجان او بطئ تأخر نفسي حركي .

8- وهن عضلي ، ألم صدر أو اضطراب نظام ضربات القلب .

9- نوبات إختلالية ، عسر الحركة ، او غيبوبة

د- لا تكون الأعراض بسبب مرض عضوي عام أو نتيجة اضطراب عقلي .

II- الانسحاب الأمفيتاميني

أ- التوقف أو إنقاص الجرعة للأمفيتامين أو مشتقاته بما في ذلك الكوكايين و أخذ كميات مدة طويلة

ب- مزاج كئيب أو وجود تغيرات فيزيولوجية ، تظهر إثنين أو أكثر من التغيرات الآتية خلال ساعات قليلة و لعدة أيام بعد التوقف عن التعاطي أو إنقاص الجرعة و هذه التغيرات هي :

1- الشعور بالإرهاق

2- حدوث أحلام مزعجة و نشطة.

3- الأرق أو الإفراط فيه.

4 - زيادة الشهية .

5 - هيجان او تأخر نفسي حركي .

ج- الأعراض المذكورة سابقا تسبب نتائج وخيمة على المستوى المهني و الإجتماعي.

د- إن هذه الأعراض ليست بسبب مرض عضوي أو عقلي . (DSM5,2015 ,p672-674)

4-8- التبغ

يعتبر النيكوتين من أهم المواد الموجودة في دخان التبغ ، وهناك حوالي ألف مركب كيميائي ينتج عن احتراق تبغ السجائر ، و تبلغ نسبة النيكوتين الموجودة فيه من 1 إلى 3 % . و النيكوتين مادة سامة ، إما دخان السجائر حمضي لا يذوب في الدهون ، لهذا يسحب المدخن دخان السجارة الى الشعب الهوائية ، حيث تزداد مساحة الغشاء المخاطي مما يزيد من عملية الامتصاص . لذلك لا يحتاج المدخن إلى ابتلاع الدخان لأنه يمتص من الغشاء المخاطي للفم ، لهذا تكثر الصلابة بسرطان الرئة لدى المدخنين ، حيث يمتص المدخن حوالي 95 % من النيكوتين الموجود في دخان السجائر ، و يرتفع تركيزه في الدم بسرعة .

(نقلا عن سايل ، 2015 ، ص 46) . والاضطرابات الناتجة عن تعاطي النيكوتين هي:

I- السحب النيكوتيني : ويتميز بالمحكات التالية:

أ- التعاطي اليومي للنيكوتين أي لعدة أسابيع على الأقل .

ب- التوقف المفاجئ لهذه المادة أو تخفيض عدد السجائر المعتاد عليها و قد يترتب على ذلك

حدوث أربع علامات أو أكثر من العلامات التالية ، وذلك بعد 24 ساعة من التوقف.

1- غضب ، إحباط

2- حصر

3- صعوبة في التركيز .

4- زيادة الشهية

6- مزاج مكتئب

7- ارق.

ج - العلامات المذكورة في المعيار "ب" لها أثر على المستوى الاجتماعي و المهني للفرد.

د - هذه العلامات ليست نتيجة أي مرض نفسي أو عقلي . (DSM5,2015 ,p681.)

و الجدول التالي يوضح أهم أنواع المخدرات الموجودة بالجزائر و التي كثر الاقبال على تعاطيها في الآونة الأخيرة ، بالرغم من ثمنها الباهض :

جدول رقم (04) : يوضح أهم أنواع المخدرات المستعملة في الجزائر

صورة المخدر	سبب الاسم المستعار مع تحديد هدف الاستعمال عند بعض المدمنين	الاسم المستعار لبعض المخدرات	الاسم الصيدلاني لبعض الأدوية المستعملة
	نسبة إلى اللون الأزرق . يلجأ إليها المدمن للشعور بالراحة و الاسترخاء	Zerga الزرقا	Valium Diazepam 10MG
	دواء مخفف للقلق من النوع البسيط لا يضر بالصحة و هو من المهدئات	/	Temesta Lorazépam 1MG

	<p>نسبة إلى لونها الأحمر قدرتها على إعطاء الطاقة و الشجاعة ، و المواجهة بدون خوف</p>	<p>الحمرا Meme courage</p>	<p>Rivotril clonazepam 2MG ROCH</p>
	<p>هي جد خطيرة إذا ما استعملت مع الكحول ، تستعمل خاصة في حالة الغضب الشديد أو عند محاولة القيام بعمل يستحق مجهود كبير ، أي تستعمل لهدف المغامرة و الاستمتاع</p>	<p>Rivomen أو الحمرا en goutte</p>	<p>Rivotril 2MG 2.5MG ROCH</p>
	<p>الإحساس بالنشوة و الاسترخاء</p>	<p>الغبرة الخيظ الأبيض</p>	<p>Cocaine الكوكايين</p>
	<p>يستعملها المدمن ظنا في بعض الأحيان لتسكين أعراض انسحاب الكوكايين أو الهيروين ، الإحساس بنشوة رائعة</p>	<p>Subi</p>	<p>Subitex 8MG</p>
	<p>تشبه الحلوى نظرا لألوانها المختلفة و رسوماتها المتنوعة ، يحبها الأغلبية بسبب نشوتها الممتعة حسب ظنا من المدمنين</p>	<p>الحلوى</p>	<p>Lecstasy</p>

	<p>يوجد فيها المدمن نشوة تشبه نشوة ليكستازي ، رغم انها توصف كدواء مضاد للقلق و حتى لتخفيف اعراض انسحاب الكحول الا انها تحدث اعتماد خطير اذا ماتم زيادة في الجرعة مع عدم انتظام مواعيد تناوله</p>		<p>Lexomil bromazépam)6MG</p>
	<p>الاحساس بالراحة و المتعة</p>	<p>الهيروين جوجنة</p>	<p>Heoine</p>
	<p>الشعور براحة البال و نسيان المشاكل و متاعب الحياة</p>	<p>الكيف الزطلة الشيرا</p>	<p>Le cannabis القنب الهندي</p>
	<p>الشعورة بسعادة لا يمكن وصفها ، تساعد على السهر و الاستمتاع بالحياة و السعادة</p>	<p>الصاروخ</p>	<p>LYRICA 75MG 150MG 300MG</p>

ثانيا : الاضطرابات الجنسية :

ويقصد بها خروج الفرد عن المؤلف ، ويقصد هنا بالتحديد " أن الفرد ينحرف برغبته الجنسية ، و يسلك إزاء إشباع هذه الغريزة أنواعا عديدة من الانحرافات ، غير المقبولة ثقافيا و دينيا ، و أخلاقيا في المجتمع الذي يعيش فيه . (غانم ، 2007، ص 43) .

إن الاهتمام بالجنس و مسائله أمر واضح و يدل على دلالة كبيرة على نضوج الأبناء و بلوغهم سن المراهقة . فنمو الأعضاء الجنسية في فترة البلوغ يؤدي إلى تركيز اهتمام

البالغ على مسائل الجنس إلى الحد الذي يشغل معظم وقته و تفكيره ، هذا ما يجعله يقوم بقراءة بعض الكتب أو الأفلام السيئة ، الغرض منها البحث على معلومات عن الجنس . لذا يجب على الأولياء هي هذه المرحلة العمل على تثقيف أولادهم الثقافة الجنسية الصحيحة على أساس من الدقة و الوضوح ، حتى لا يلجأ الأبناء إلى التعرف عليها عن طريق الأساليب و المصادر غير الدقيقة . (أبو غريبة ، 2007 ، ص 181-182) .

خلاصة :

من خلال هذا العرض ، نستطيع القول أن مرحلة المراهقة ، هي مرحلة تعاونية بين المراهق الذي يظهر عدة مشكلات ناجمة عن عدة أسباب متعددة ، يمكن أن تتطور إلى عدة أعراض تشكل عدة اضطرابات جنسية كالجسدية المثلية أو غيرها ، و بين الأسرة التي يلحق بها الأذى جراء تلك المشكلات ، مما يجعلهم يفكرون في كيفية مساعدة أولادهم ، وهنا تكون الاستشارة النفسية هي الحل ، و هو ما سوف نعرفه من خلال عرض المحاضرة اللاحقة .

المحاضرة السابعة

العلاج المعرفي

السلوكي

تمهيد :

لقد أدى الظهور المتعدد و المتنوع للمشكلات و الاضطرابات النفسية و السلوكية في بعض الأسر و المؤسسات التربوية ، إلي التفكير في كيفية التعامل معها و كان اللجوء الى المراكز و المستشفيات لطلب الاستشارة النفسية هو الحل ، و هذا بالطبع من خلال إخضاعهم للعلاج النفسي ، و كان للعلاج المعرفي السلوكي الحظ الأوفر في التحلي بالفعالية في علاج تلك المشكلات الاضطرابات النفسية و السلوكية ، و هذا اثر تطبيق بعض التقنيات و الاستراتيجيات العلاجية ، و هو ما سوف نعرفه بالتفصيل من خلال عرض محتوى هذه المحاضرة .

1- تعريف العلاج المعرفي السلوكي :

يعرف Kendall (1993) العلاج المعرفي السلوكي بأنه " محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي ، التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك و مع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة ، بهدف إحداث تغيرات مطلوبة في سلوكه بالإضافة إلى ذلك ، فهو يهتم بالجانب الوجداني للمريض ، و بالسياق الاجتماعي من حوله ، و يكون هذا بالاعتماد على تقنيات معرفية سلوكية انفعالية لإحداث التغيير . (الزعبي ، 2010 ، ص 30)

كما يعرفه مركز البحث للصحة العقلية و الإدمان بأنه " عملية تعليم ، تدريب و تعزيز السلوكيات الإيجابية للأفراد ، و ذلك من اجل مساعدتهم في التعرف على الأنماط و المعتقدات المعرفية و الانفعالات التي ترتبط بالسلوكيات . فهو يهتم بالتفاعلات بين " كيف نفكر " " كيف نشعر و نتصرف " ، و هو محدد بعدد من الجلسات مقدر ما بين (10 الى 20) جلسة ، يركز على المشكل الحالي (الآن) ، و يتبع أساليب معينة في التدخل العلاجي . (بلميهوب ، 2014 ، ص 41)

و هو ما يتفق مع تعريف Beck (1976) " انه علاج يشمل كل الطرق التي من شأنها أن تحفف الضيق النفسي ، عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة و الإشارات الذاتية المغلوطة ، و لا يعني التركيز على التفكير و إهمال الاستجابات الانفعالية التي تعد المصدر المباشر للضيق بصفة عامة ، وإنما يعني ببساطة أننا نقارب

انفعالات الفرد من خلال معرفته أو طريقة تفكيره ، إذ بتصحيح الاعتقادات الخاطئة يمكن إخماد الاستجابات الإنفعالية الزائدة ، و غير المناسبة .(بكيري ، 2004،ص23) و يذكر Clark & Fairburn ان العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy اصبح في وقت قصير ، هو العلاج النفسي الرئيسي في معظم الدول المتقدمة (المحارب ، 2000 ، ص 1) .

ويرى Glass & Shea (1986) أن العلاج المعرفي السلوكي هو احد التيارات الحديثة التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية . و يهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى إقناع المريض بأن معتقداته غير المنطقية و توقعاته و أفكاره السلبية و عباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة عن سوء التكيف و يهدف بذلك إلى تعديل ادراكات المريض المشوهة ، و ذلك باستخدام طرق أكثر ملائمة للتفكير ، من اجل إحداث تغيرات معرفية و سلوكية و انفعالية .(الغامدي ، 2010، ص 16)

2- التطورات الحديثة في العلاج المعرفي السلوكي

يرى Mahony & Arnakoff ، أن هناك على ما يبدو ثلاث صور رئيسية للعلاج المعرفي السلوكي و هي :العلاج العقلاني Rational ،العلاج الذي يتناول تحسين مهارات التعامل و المواجهة coping-skill therapies ،و العلاج من خلال حل المشكلة problem-solving therapies . (مليكة ، 1994، ص170)

و في نفس الصدد يرى ماهوني (1988) إن العديد من منظري العلاج المعرفي السلوكي قد قرروا في الجزء الأخير من عقد الثمانينات أن هذا المنحنى العلاجي يمكن النظر إليه على انه يضم اتجاهين رئيسيين ، يتمثل الأول في الاتجاه العقلاني و يمثلته Ellis ، بينما يتمثل الثاني في الاتجاه الاستدلالي البنائي ويمثله Beck ، قد شهدت فترة الثمانينات و خصوصا الجزء الأخير منها ، تطبيقات جديدة موسعة لهذا الاتجاه وذلك بتناوله عدد كبير من الاضطرابات النفسية ، بدءا من العمل مع كبار السن التعامل مع مشكلات الأطفال و هو ما لم يكن موجودا من قبل كما اتسع المجال ليشمل حتى بعض من الأمراض الذهانية .

كما شهدت بداية فترة التسعينات إضافة نظريتين هامتين قدمهما Beck ، تتمثل الأولى في بحثه عن متغيرات الشخصية و الاكتئاب ، بينما تتمثل الثانية في إعادة صياغة نظريته عن الاكتئاب في ضوء ذلك . (عادل عبد الله ، 2000 ، ص 101)

و يقرر بيك أن العلاج المعرفي كما صاغه مستمد من مصادر و مناهج نظرية أهمها : المنهج الفينيمولوجي في علم النفس ، و هو المنهج الذي يضيف دورا مركزيا على نظرة الفرد لذاته ، و لعالمه الخاص في تحديد سلوكه ، و هي فكرة بدأت مع الفلاسفة الإغريق و وجدت أصداء معاصرة لها في كتابات Adler & Horny . و يعتبر Beck المعنى الخاص للحدث ، و هو جوهر النموذج المعرفي للانفعال و اضطراباته ، لأنه يحدد الاستجابة الانفعالية له ، و هذا المعنى هو موجود في مفردة معرفية ، تكون عادة فكرة ، أو صورة خيالية ، حكم قيمة (بكيري ، 2012 ، ص 108)

و يستمد النموذج المعرفي لبيك إلى عدد من الأسس هي :

- الطريقة التي يشكل بها الأفراد بنية الموقف ، تحدد كيف يشعرون و يسلكون .
- تفسير موقف يحمل في طياته مكامن الضغط ، عملية نشطة مستمرة ، تشمل على تقديرات متتابعة للموقف الخارجي و قدرات الشخص على مواجهة الموقف و المخاطر و التكلفة لمختلف الإستراتيجيات .

- لكل فرد حساسيته الفريدة التي تميل الى المعاناة السيكولوجية ، كما أن الحساسية الخاصة للشخص المعين يستثيرها عادة نوع من الضغوط الخاصة بها ، و نظرا لأن الناس يختلفون اختلافا كبيرا في حساسيتهم فإن ما يشكل ضغطا بالنسبة لشخص قد لا يشكل ضغطا بالنسبة لشخص آخر .

- تؤدي الضغوط إلى خلل في النشاط العادي للتنظيم المعرفي ، و حين تكون المصالح الحيوية للفرد مهددة ، فإن النظم المعرفية البدائية و المميزة للفرد تنشط و ينزع الفرد إلى إصدار أحكام متطرفة و مطلقة و منحازة إلى جانب واحد . و هنا يفقد الفرد التحكم الإرادي في عمليات التفكير .

- تفسر الفروق في تنظيم الشخصية بعض التباين الكبير في حساسيات الأفراد للضغوط .

- تتكون الزمالات مثل اضطراب القلق و الاكتئاب من مخططات Schemas منشطة بقدر

زائد و ذات مضمون خاص بالزملة المعنية ، و تشمل كل زملة نسق معين ، و المضمون المعرفي لهذه الزملات هو استمرار لمضمون معين يستثير الوجدان و السلوك . (مليكة 1994 ، ص 228)

كما سار V.Raimy على نهج بيك ، و قدم ما يعرف بفرض المفهوم الخاطئ misconception ، و الذي يرى من خلاله أن الاضطرابات النفسية تعد نتيجة للمعتقدات أو الاقتناعات الخاطئة ، أي أنها تعتبر نتيجة للتصورات و المفاهيم الخاطئة والأمر الذي يتفق مع وجهة نظر بيك ، إلا أن رايمي لم يحدد طريقة محددة يمكن أن يتم بها تغيير تلك التصورات و المفاهيم الخاطئة . (عادل عبد الله ، 2000 ، ص 71) كما توالت الأبحاث و الدراسات في هذا المجال ، و ذلك لمختلف الاضطرابات النفسية و يعتبرها البعض الموجة الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي ، أين بدأ التركيز على الوعي و القبول ، و كان هذا بظهور عدة نماذج علاجية برزت في فترة التسعينات و هي تهدف إلى تعليم و تدريب المرضى على الوعي و القبول بأفكارهم و مشاعرهم و الذكريات و الخبرات الخاصة بهم و هذا لتحقيق المرونة النفسية .

3 - العلاج المعرفي السلوكي للطفل و المراهق :

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي للأطفال كما هو الحال عند الكبار ، على افتراض أن السلوك تكيفي ، يمكن تغييره ، و أن هناك تفاعلا بين أفكار الفرد و مشاعره ، و سلوكه فالتوجه الأساسي في هذا العلاج ، يتجه نحو فهم طبيعة و نمو الأنماط السلوكية للفرد و المصاحبة لها في النواحي المعرفية ، و هي مجموعة من المعارف و المعتقدات و الإستراتيجيات التي توظف المعلومات بطريقة تكيفية .

و قد قدم Kendall الفروق بين التحريف المعرفي و القصور المعرفي ، فالقصور المعرفي يرجع إلى غياب التفكير ، فالأطفال مع القصور المعرفي ينقصهم تفسير المعلومات في المواقف التي يكون بها التفكير مفيدا ، ولابد من تنمية أسلوب حل المشكلة لديهم ، و في المقابل فإن التحريف أو التشويه المعرفي هو دليل على أن الأطفال يفسرون المعلومات و لكن في نمط متحيز أو مختل ، و الذي يظهر في سوء الفهم و إدراك الموقف و البيئة

بطريقة خاطئة ، و الرؤية القاسية و الناقدة للذات ، لذا يرتبط القلق و الاكتئاب لدى هؤلاء الأطفال ، و هنا يجب تحديد الأفكار الخاطئة و تعديلها .

و قد أثبتت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية عند الأطفال و المراهقين ، في علاج كل اضطرابات القلق ، و اضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد و الاكتئاب ، الاندفاعية ، صعوبات التعلم ، قلق الانفصال و كذلك القلق العام ، و مخاوف الظلام . (العطية ، 2007 ، ص 61)

4 - تقنيات العلاج المعرفي السلوكي :

1-4 التقنيات السلوكية :

1-1-4 منع حدوث الاستجابة :

إن أفضل تقنية يمكن إتباعها مع الأطفال و المراهقين في علاج المخاوف بصفة عامة ، هي أسلوب منع حدوث الاستجابة، فالعلاج يشجع على تطبيق هذه التقنية ، و خاصة إذا ما فشلت التقنيات الأخرى و ذلك يكون بموافقة المريض ، حيث تكون المراقبة الشديدة والغرض منها هو الوصول به إلى المراقبة الذاتية .

1-4-2/ التدريب على إكتساب المهارات و حل المشكلة :

وصف Gagne 1966 حل المشكلة كعميلة تعلم أو كنشاط تعلم يتعلق بسلوك الفرد يتم من خلال ملاحظة الأحداث أثناء حل المشكلة الذي يسهل تفسير الكفاءة لدى الفرد و هو يضم استجابات بديلة تكون على شكل اتخاذ أحسن قرار أو اختيار سلوك . (سايل ، 2008 ، ص 205) .

كما حدد ELLIS عدة طرق و مقولات يستخدمها الفرد أثناء مواجهته أي مشكلة و قد حاولنا ذكرها بالشكل الذي ذكره الـ ELLIS في كتابه // تحكم في قلقك قبل أن نتحكم فيه // وهي كالآتي :-

1-إن القلق و الصعوبات التي تواجهني في الحياة تجلب لي مجموعة هائلة من المشاكل هي في حاجة إلي حل .

2-إن الحياة هي استمرار طويل للصعوبات ليس لأنني أتجنب أو أرفض حلها، ولكن لأن هناك ميولات و أشياء تتثبت ، وهي خارجة عن نطاقني .

3-إن تحديد أي هدف أو بذل مجهودات من أجل تقديم المساعدة و حل أي مشكل يجلب الشعور بالنشوة و السعادة .

4-اصطدم بدون شك في مشاكل أقل تعقيدا لو اخترت أهدافا اقل قلقا ،و لكن المكافآت التي سوف تظهرها بدون شك تكون أقل أهمية و لكن جد رائعة .

5-ليس بالضرورة أن أنجح في أي عمل وإن حددت أهدافا غير مقبولة و مثيرة للقلق أكثر، ولكن المهم الاختيار هل أفعل أو لا أفعل .

6- إن أحدد بماذا أرغب أن أبدأ و أركز فيه كل انتباهي فاخياراتي ربما تكون واسعة حسب رغباتي في تجنب كل الأزمات في الحاضر أو المستقبل ، فليست هناك أي قاعدة تتطلب أنه يجب أن أفعل كذا أو كذا فهذا الأمر واسع وخاضع لأفضلياتي .

7- من الأحسن أن لا أدع اضطراباتي العاطفية تلحق الأذى بي فإنني أستطيع أن أحصل على ما أريد حتي لو كنت قلقا و مكتئبا ، وهذا يستطيع أن يحطم قلقي و اكتئابي .

8- أسلوب حل مشاكلي و مراجعتها بصفة عقلية ربما يساعدي على فعل الأحسن في الميدان، و ربما يحسن من عادتي في حل مشاكلي .

9- لأنني أجرب في حل المشاكل فهذا يجعلني أقوم بأبحاث في جمع المعلومات الضرورية و دراسة الحلول المطبقة على الآخرين و أطلب المساعدة التي أحتاج إليها . كما أحاول قدر جهدي إيجاد حل لأن المشكل يقيدني أو بالأحرى أريد أن أثبت أنني شخص رائع .

10-معتقداتي عن نفسي و على الآخرين و على الظروف، هي أراء و فرضيات ليس بالضرورة أن تكون واقعية . لي كل الحق في إنكارها و مراقبتها خاصة إذا كانت هذه المعتقدات غير عقلانية و مسببة للقلق .

11- أنا لست مركز الأحداث ، الناس و الأشياء تستطيع أن تكون على علاقة معي و هذا ليس بالضرورة أن يكونوا تحت إدارتي ،الناس يعملون ما يعملون و الأشياء هي كما هي تحمل قليلا من تمنياتي و اختياراتي حتى لو هذا يجرحني فمن الأحسن أن أتقبل.

12- أجربها، أراقبها ، أراجعها ، أفكر ثانية ، أثار ... و لكن لست مجبرا علي

إيجاد الحل السليم الصحيح أو الكامل. (Ellis, 1999 , p229/231).

4-1-3- استخدام طرق الإلهاء :

في هذا الصدد يمكن استعمال عدة طرق سلوكية و انفعالية وإدراكية للإلهاء عن التفكير و الشعور و التصرف السلبي المضر، و تضم هذه الطرق التأمل / الاسترخاء، تمارين التنفس و اليوغا و الانشغال و النشاطات الرياضية و غيرها من تقنيات التركيز الجسدي و العقلي إلا أنه و حسب Ellis أن طرق الإلهاء عملية واقعية ، و لكنها تمكن فقط الشعور بالتحسن و ليس التحسن فهي ليست طرق عميقة أو لائقة للصحة العقلية و لكنها غالباً ما تعمل بشكل جيد على المدى القصير. (العاسمي، 2015، ص119)

و لكن في تقرير حديث (Peterson and Harbeck 1990) ، عن استخدامات الاسترخاء بين الأطفال تبين أنه شديد الفعالية في علاج المخاوف المرضية ، و التخفيف من الاضطرابات السيكوسوماتية ، و السيكوفيزيولوجية ، و على سبيل المثال ، استخدم Anderson 1975 بنجاح ثلاث جلسات استرخاء (كل منها استغرق ساعة) مع طفل كان يعاني الأرق الشديد و ينجح الاسترخاء أكثر إذا إمتثل للشروط التالية :1- يكون السن بعد 8 سنوات تقريبا ، 2- أن لا يكون متخلفا ، 3- أن تكون اضطراباته غير مرتبطة بمكاسب ثانوية يجنيها منها .(إبراهيم عبد الستار ،الدخيل ، رضوان إبراهيم ، 1993 ، ص 66) .

4-1-4/ الواجبات المنزلية :

تلعب الواجبات المنزلية دوراً هاماً في كل العلاجات النفسية ، و لها دور خاص في زيادة فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي حيث أنها الفنية الوحيدة التي يبدأ و يختم بها المعالج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية و إرشادية تساهم في تحديد درجة التعاون و الألفة القائمة بين المعالج أو المرشد و المتعالج ، و يستطيع المعالج تقوية العلاقة العلاجية بتكليف الفرد بعمل الواجبات المنزلية ، و يقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها الفرد حديثاً و تسبب له انزعاجا و استخدام هذه التقنية بالذات ، وذلك بعد تحققها من ان التغيير المعرفي يصبح أكثر سهولة إذا كان مرفوق بالتغيير السلوكي . (العاسمي، 2015، ص119)

و تأخذ الواجبات المنزلية عدة أشكال ، فيطلب المعالج من المريض تسجيل أفكاره الآلية

و الاتجاهات المختلفة وظيفيا ، أو إجراء تجربة سلوكية أو معرفية ، لها أهداف محددة و متعلقة بمشكلاته ، و يجب أن يلاحظ المعالج أن للواجبات المنزلية ، دور هام في فعالية العلاج إذا ما اهتم بإعطاء واجبات منزلية بسيطة و مركزة و متصلة بمشكلة المريض بالإضافة إلى توضيح كيفية إجرائها و الاهتمام بمراجعتها في بداية كل جلسة . (الزعبي ، 2010 ، ص 66) .

و هي كما أن هناك تقنيات أخرى سلوكية تعتبر جد مهمة و هي ذات أهمية كبيرة للعمل بها خاصة في مجال الإدمان:

نشاطات التحمل و البقاء : وهي تقنية يظهر فيها العميل متحملا صابرا على الاضطراب المزمّن ، و ذلك من خلال البقاء في الحالات المثيرة للقلق لفترة طويلة من الزمن و مواجهة حالته الراهنة .

تمارين عدم تأجيل اي التمارين المنشطة : و ذلك بتشجيع العملاء على دفع أنفسهم لبدء المهمات و الواجبات المنشطة في وقتها و عدم تأجيلها .

المكافآت و العقوبات : تستخدم هذه التقنية في تشجيع العملاء على القيام بالواجبات الصعبة التي تساعدهم على تحقيق أهدافهم ، و غايتهم بعيدة المدى و هذا حسب ما أشار اليه Ellis (1979) . أما بالنسبة للعقوبات الصعبة فتوظف لتكون وسائل مساعدة في التعامل مع العملاء الذين يتميزون بالرفض دائما .

4-1-5 النمذجة : أشارت نظرية التعلم الاجتماعي ل Bandura ، بأن الأطفال يتعلمون كما هائلا من السلوكيات بواسطة التعلم أو مشاهدة الآخرين ، و هو نفس الحال مع الطفل القلق فمن خلال النمذجة يتم التركيز على فكرة أن السلوك يمكن أن يكتسب ، و يتخلص منه بسهولة من خلال ملاحظة النموذج .

4-1-6 لعب الدور : هو أحد أساليب التعلم الاجتماعي ، الذي يتضمن تدريب الفرد على أداء جوانب من السلوك الاجتماعي عليه أن يتقنها ، و يكتسب المهارة فيها و هو يعطي فرصة مناسبة للطفل للتعايش ، و اختيار الحلول المتعددة للمشكلة ، و هو يتضمن تصميم حدث مفتعل ، و طريقة للممارسة في المواقف المثيرة للقلق .

4-1-7 التعزيز : يعتبر التعزيز أسلوب في العلاج السلوكي يقدم في كل مرة يؤدي بها

السلوك المرغوب ، أي أن الإثابة تعتمد على السلوك المشروط بأدائه. (العطية ، 2008 ، ص 97-98).

4-2 التقنيات المعرفية : لقد تمت في السنوات الأخيرة ظهور اتجاهات العلاج السلوكي المعرفي ، التي تتفق على أن نجاح الفرد في العلاج ، يجب أن يكون مصحوبا بتحسن في طريقة تفكيره و إدراكه لنفسه و بيئته الاجتماعية ، و يسلم العلاج المعرفي بأن سلوك الفرد و عملياته النفسية يتوقف على شرطين هما :

أ- الطريقة التي يدرك بها الأفراد أشياء معينة .

ب - توقع الفرد للطرق التي سيحدث بها أشياء معينة .

4-2-1 تقنيات الضبط الذاتي : يقرر سكينز " أن الفرد لا يؤثر في البيئة ، و لكن البيئة هي التي تؤثر فيه ، لكن هذه الفكرة رفضتها نظرية التعلم الاجتماعي ، و تتبنى حتمية التبادل بين البيئة و سلوك الفرد، بمعنى يجب أن توجد علاقات تبادلية بين الفرد و محيطه الخارجي ، أي علاقة تأثير متبادلة .

و في فنيات هذا النوع من العلاج لابد من توظيف عناصر أساسية التي من شأنها تحقق نجاحات جوهرية في التخلص من الاضطرابات و العناصر هي :

أ - **ملاحظة الذات Self-planning** : تجميع المعلومات عن الشروط التي يظهر فيها السلوك المطلوب تعلمه أو رفضه .

ب - **تخطيط البيئة Environment planning**: التحكم في الشروط الخارجية ، و يتضمن التخطيط ما يلي :

1 - تجنب المواقف أو المنبهات التي يرتبط ظهورها بزيادة في السلوك المرفوض .

2 - التحكم الإيجابي في بناء البيئة ، بحيث تجعل السلوك المطلوب ممكنا .

ج - **تخطيط السلوك Behavior planning** :تدعيم ظهور السلوك المرغوب يساعد على تقويته و استمرار ظهوره.

و يسمى اثابة الذات self-reward عند ظهور السلوك المرغوب تتم الإثابة و عقاب الذات self - punishment عندما تفشل في إظهار السلوك المرغوب . (الخالدي ، 2015 ، ص 350-352).

2-2-4. مناهضة المعتقدات الخاطئة :

إن العلاج العقلاني الانفعالي يركز تركيزاً شديداً على هذه التقنية حيث هناك عدة أنواع للمناهضة و هي :

- مناهضة تعابير الإلزام و الجبرية و المطالب must , demands , حيث أن هذه المناهضة تكون بطرح عدة أسئلة لماذا يتحتم علينا كذا و كذا ..

بالإضافة إلى تقديم الأدلة و البراهين على تلك الإجابات فيما بعد.

- مناهضة تضخيم الحوادث و تهويلها باستخدام تعبيرات مخيف ، مريع...

- مناهضة الاعتقاد لا أستطيع تحمل ذلك .

- مناهضة تحقير الذات و تصغيرها .

- مناهضة الحتمية و اليأس .

و في هذا الصدد يتحدث ELLIS (2004) ، عن التحمل الضعيف للإحباط أو القدرة المنخفضة على تحمل الإحباط حيث يقول " لا تظن أنك فريد من خلال قدرتك المنخفضة على احتمال الإحباط ، على الأرجح لا ، إنها حالة البشر ، فهناك عدد لا يحصى ولا يعد من البشر ممن يسعون لإشباع رغبات مضرّة ، و يماطلون في تأدية مهمات قيمة ، ويسعون وراء المساعدة التي لا يحتاجون إليها حقاً ، و يكذبون و يسرقون لنيل ما يريدونه ويرفضون الاعتناء بصحتهم و يقومون بأمر كثيرة تظهر أن لديهم قدرة منخفضة كثيراً على تحمل الإحباط ، لهذا وضع Ellis فنيات للرفع من هذه القدرة الضعيفة لتحمل الإحباط سوف نذكرها بالشكل الذي جاء بها Ellis و هي :

- صنف أو قيم الأمور التي تحدث لك على أنها جيدة أو مفيدة عندما تساعدك على البقاء حيا و سعيدا بشكل معقول، و صنّفها على أنها سيئة أو مضرّة عندما تعارض أهدافك و اهتماماتك، و بطريقة مماثلة صنف الأمور و الظروف التي يعتبرها مجتمعك جيدة أو سيئة، إتبع العادات الثقافية المفيدة و لكن لا تتبع بإكراه تلك التي تعتقد بأنها ستضرك و تضر الآخرين ، فكر بنفسك إلى حد ما .

- عندما تصنف الأحداث بالجيدة أو السيئة حاول أن تمنحها تقديرات مطلقة أو الصارمة.

- صنف بعض الأمور التي تبغضها على أنها سيئة جداً أو سيئة استثنائية عندما تمنعك حقاً

من بلوغ الهدف الذي تصبو إليه، أو ترغمك على القيام بما لا تحبه، و لكن لا تصر على أن هذه الأمور لا يجب و لا ينبغي أن تتواجد و أنه لفظي ، مريع أو رهيب إن تواجدت ،أدرك أنها يجب أن تتواجد إلى حدها عندما تفعل .

- إن قدرتك على احتمال الأحداث المحبطة يزيد من طاقتك لتغيير ما يمكنك تغييره كما أن تقبلك و احتمالك للأمراض و العلل سيساعدك على التعامل معها بشكل أفضل كذلك سيساعدك تقبل الظروف الصعبة على الشعور برهبة أقل ؛حيالها .

- راقب معدل الفائدة و الخسارة للتعامل مع الظروف الصعبة ، راقب الأشخاص الذين يصعب التعامل معهم ، قد يكون بغضهم و الهروب منهم و رفض التعاون معهم على المدى القصير و لكن ليس على المدى الطويل .

- أعرف أن اضطرابك الذاتي لا يعالج بسهولة، و أن الكثير من العمل و الممارسة كفيل بالتخفيف منه ،ضع نصب عينيك أن العمل و الممارسة مفيدان على المدى القصير و الطويل لأن تدميرك لذاتك مؤلم، كما أن استهلاك الطاقة و الوقت أمر غير ممتع و غير مثمر و يستحق الأمر العناء للتخفيف من حدته ، خاصة إن عملت على التحسن و جعل نفسك أقل قابلية للاضطراب .

- ابحث عن متعة القيام بالأمور الصعبة التي تدخل في دائرة اهتماماتك و ليس عن المشاكل و المتعب و حاول التركيز على التحدي الممتع في تنفيذها و ليس فقط عن الجهد و العناء (Ellis ,2004,p20).

و يوجد هناك ثلاثة أصناف فرعية للدحض و هي :

1 – **الاكتشاف** : و يتألف من البحث و الاستقصاء عن الأفكار و المعتقدات غير العقلانية و خاصة الحتميات التي تقود إلى هدم الذات .

2 – **التمييز** : و يتضمن مساعدة المعالج للعميل ، ليكون قادرا على التمييز بوضوح بين أفكاره أو تقييماته غير المطلقة النسبية المتمثلة في رغباته ، تفضيلاته و أمانيه " و تقييماته المطلقة الحتمية " حاجات ، مطالب و أوامر "

3 – **المنافشة أو التفكير** : و تتألف من عدد من الأسئلة يوجهها المعالج للعميل ، بحيث تساعد على التخلص من أفكاره غير العقلانية .(العاسمي ،2015، ص ، 110)

و هناك ثلاثة طرق تعتبر مهمة بالنسبة للمناقشة و هي :
3-1 - الاستجواب الواقعي : من خلال طرح السؤال التالي : حدد إن كانت اعتقادتك العقلانية و اللاعقلانية واقعية .

3-2 - الإستجواب المنطقي : بطرح السؤال التالي : تحقق لترى إن كانت استنتاجاتك

حيال تفضيلاتك المساعدة للذات ، و طلباتك المدمرة للذات نابعة من افتراضاتك حولها

3-3- المناقشة العملية أو السليمة : استجوب فلسفتك لترى إن كانت ستؤدي الى نتائج مفيدة و مؤذية لك و للآخرين . (اليس ، 2004 ، ص 144).
و فيما يخص المناقشة خلال عملية العلاج ، فقد حدد Beal et al (1996) أربعة أساليب يمكن القيام بها و هي :

1 – الطريقة الجدلية : و تتضمن تقديم معلومات الى العملاء من خلال احد الأساليب التعليمية ، و بسبب طبيعته التوجيهية فقد وصف الباحثون المناقشة الجدلية بكونها من اكثر الأساليب كفاءة و فاعلية ، و قد تم الإفتراض بأن المناقشة الجدلية ليست تفاعلية يتعرض و قد المعالجون فيها للمخاطر من حيث فقدان الاهتمام من طرف العملاء .

2 – الطريقة السقراطية : على عكس الطريقة الجدلية فقد قيل عنها أنها تشجع مشاركة العميل ، و تتضمن طرح أسئلة قد وصفها الباحثون ، بأنها دعامة التدخلات بين معالجي REBT ذوي الخبرة . و هدفها هو تحمل المسؤولية للعملاء لإثبات أن معتقداتهم دقيقة . (العاسمي ، 2015 ، ص 25)

كما يسمى أيضا بالاكشاف الموجه أو بتقنية الأسئلة الثلاثة ، إذ يتم طرح ثلاثة أسئلة محددة تساعد العميل على مراجعة أفكاره السلبية وهي :

- ما هي الدلائل على معتقدك ؟

- كيف يمكن أن تفسر الوضعية أيضا ؟

- إذا كان ذلك صحيحا ، ماذا يعني لك ؟ (قاصب ، 2014 ، ص 262)

3 - أساليب التشبيه : و يحتاج هذا الأسلوب أن يأخذ العملاء بالمعتقدات اللامنطقية و يطبقونها على موضوعات مألوفة بالنسبة لهم كالألعاب الرياضية أو التلفزيون و السياسة فعلى سبيل المثال إذا قرر العميل شعورا مثل الشعور بالفشل بسبب خطأ ارتكبه في العمل فإن المناقشة التشبيهية تكون بتشبيه " توماس اديسون " كان قد اخبر نفسه بأنه فاشل تماما

عندما فشلت تجاربه الأولى مع الكهرباء ، فما الذي سوف يحدث لدولنا ؟ (العاسمي ، 2015 ، ص 26) .

ونجد هذا الأسلوب من المناقشة حتى في العلاجات التي سجلت فعالية كبيرة فيما يخص الصدمة النفسية مثل العلاج عن طريق حركات الأعين (EMDR) إذ كان لاستعمال التشبيه بالقطار بمثابة تقنية لتخفيف الضغط النفسي أثناء فترة المعالجة أو سلب الحساسية . (F.Chapiro ,2009,p20) .

4-2-3. فتح سجل لرصد المشاعر من لذة أو ألم : حيث يدرب المعالج العملاء على كيف

يسجلون و يرصدون في فتر يومي الآلام و المعاناة الناجمة عن إدمانهم والمسرات المتأتية من الإقلاع عن الإدمان، و من ثم يطلب منهم أن يقرأوا تلك النقاط مرات عديدة في اليوم .

4-2-4. تطبيق فنية تشتيت الفكر : و لدينا في ذلك أسلوب جاكبسون 1942 في الاسترخاء

المتصاعد المترقي progressive relaxation و التأمل و تمارين التنفس ، حيث أن هذه

الطرق تعمل على تهدئة المدمن و تعيق من النزوع نحو و لعه الإدماني، و هي تتسم بالفعل

المضعف للقلق و التوتر. (حمدى الحجار ، 2005 ، ص 35)

4-3. التقنيات العاطفية الإنفعالية :

4-3-1/ تمارين و تدريبات الهجوم على مشاعر الخجل: إن مشاعر الخجل والانزعاج أو

الضييق و التحقير هذه المشاعر السلبية هي جوهر اضطراب النفس البشرية وغالباً ما نجد

البشر يندفعون وراء تعاطي المخدرات من أجل التخفيف المؤقت من تلك الاضطرابات . لذا

فقد استعمل هذا النوع من العلاج تمارين تكون مناهضة لهذه المشاعر، ويكون ذلك بمطالبة

العميل بالتخيل ، و المثال التالي يوضح ذلك : " إغمض عينيك و تخيل عملاً تستطيع القيام

به و تعده أمر مخجلاً أو يدعو للسخرية و الاستهزائية ، و تشعر بالخجل إن قمت به أمام

الناس كأن تمشي في الشارع عارياً أمام الناس فذلك يجلب لك متاعب حقيقية ، لأن هذا

السلوك يزعجك ، و يزعج الناس الآخرين فالفعل المخجل الذي تتصوره و نقصده هو ذلك

العمل الذي ترغب في تنفيذه و لكن يتعين عليك الاقتناع بذلك أو أن تتصرف تصرفاً أحق

و لكن عادة لا تفعله ، تخيل بحيوية هذا الفعل و استشعر بالخجل . الآن اطلب منك أن تفعل

هذا السلوك و تنفذه تخيلياً أمام الناس و عند تنفيذك لهذا الفعل ، أو العمل ، تعامل مع

مشاعرك بحيث لا تشعر أنك خجول منزعج رغم أنك ترى أن الناس يضحكون عليك و يفكرون بشذوذ فعلك و تصرفك .تخيل هذا الفعل المخجل كأن تلبس ألبسة غريبة و في الوقت نفسه تتعامل مع مشاعرك فلا تشعر بالخجل .

مارس هذا التدريب عدة مرات في الأسبوع ؟

4-3-2. التخيل العقلاني – الإنفعالي :

هو من إبتداع maxie maulsty و قد تم تعديله ليكون أكثر تعبيراً و ملائمة للعلاج العقلاني – الانفعالي و يكون التمرين على الشكل التالي :

" اغض عينك و تخيل بحيوية اسوأ شئى يمكن أن يصيبك كالانتكاس ثانية نحو شرب الكحول أو المخدر فتصبح مخموراً مدمناً على الكحول أو المخدر ثانية و يتعكر صفو حياتك فتضطرب حياتك و يسوء الوضع في عملك تخيل هذا الموقف الكارثي تخيلاً " " الآن ما هي حقيقة مشارحك ؟ " في هذه الحالة ينتظر المعالج حتى يصرح العميل بالمشاعر الذي انتابته مثل الفلق / الكآبة ، الغضب ، الشعور بالذنب أو تحقير الذات و نهما، و في هذه الحالة يطلب المعالج ثانية من العميل تفسير مشاعره و تحويلها لتكون مشاعر إنزعاج أو تأسف أو إحباط .(العامري، 2000، ص 33)

4-3-3. الأحاديث الإيجابية مع الذات :

إن الأحاديث الإيجابية مع الذات تبدو فعالة و مجدية عندما يكررها العميل مع نفسه عدة مرات ، حيث يستطيع المعالج أن يدرّب العميل على التالي :

" إبتدع بنفسك بعض المقولات الذاتية التعاملية و كرر هذه المقولات الذاتية على ذاتك بقوة إيجابية قوية عدة مرات حتى تشعر و كأنها نقشت في ذهنك، و حفظها على ظهر قلب و لكن تمعن في كل كلمة تقولها " .

كما قد يمكنك تفكيرك العقلاني من كسب قدرة على احتمال الإحباط والمحافظة عليها (Ellis, 2004, p60).

خلاصة : من خلال هذا العرض لمحتوى هذه المحاضرة يمكن القول ، أن العلاج المعرفي السلوكي هو علاج متعدد التقنيات و ذو فعالية كبيرة في تحسن معظم الاضطرابات ، و هو ما سوف نعرفه من خلال المحاضرات اللاحقة الخاصة ببعض البرنامج التدريبي العلاجية .

المحاضرة الثامنة

برنامج علاج اضطراب الوسواس القهري

برنامج علاج اضطراب الوسواس القهري :

- تقنية التعريض و منع الاستجابة : يتضمن تطبيق تقنية التعريض ومنع الاستجابة لاضطراب الوسواس القهري عدة مراحل أساسية و أخرى فرعية و هي :

المرحلة الأولى :

1 - وصف و تقييم الاضطراب : يعتبر هذا الإجراء من أهم الاجراءات الأساسية لعلاج اضطراب الوسواس القهري ، و حتى الاضطرابات الأخرى و هو يعتمد على عدة وسائل أهمها :

الدليل الإحصائي و التشخيصي للأمراض العقلية DSM5. " الرجوع الى الدليل " تقييم اضطراب الوسواس القهري ، وذلك بالاعتماد على عدة مقاييس من بينها : Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)، مقياس Beck للاكتئاب مقياس المخاوف المرضية ، بالإضافة إلى الاستبيان حسب الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس و ذلك من اجل تحديد شدة الأعراض المرتبطة بذلك الاضطراب . --

(QUESTIONNAIRE SUGGÉRÉ DANS LE DSM-5 POUR ÉVALUER LA GRAVITÉ D'UN TOC) .

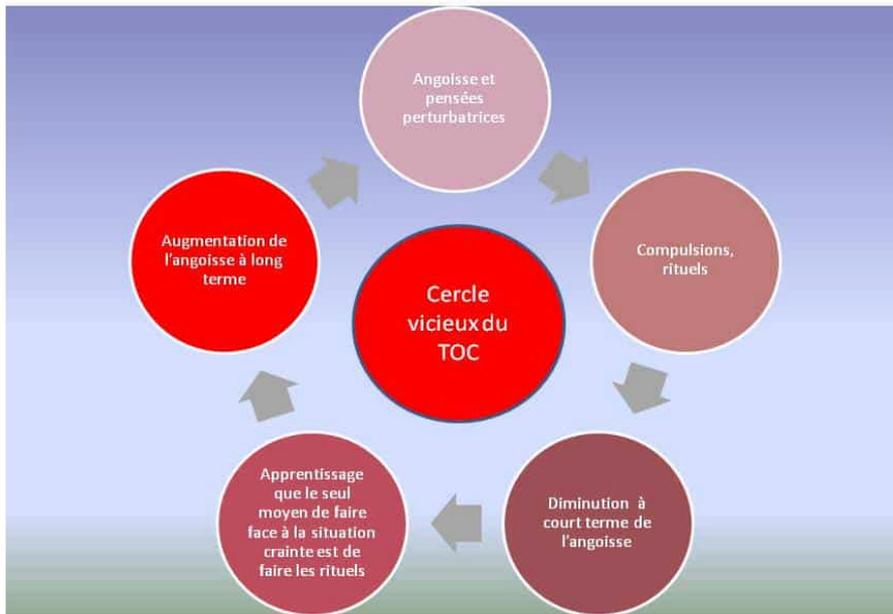
2 - التحليل الوظيفي الخاص بالاضطراب : وهنا يكون باختيار احد النماذج مثل : BASIC IDEA ، SECCA أو غيرها و هذا بتحديد كل من العناصر الآتية :

- البحث عن المحرضات الخارجية
- البحث عن المحرضات الداخلية
- الهواجس
- النتائج المتوقعة على المدى البعيد
- النتائج المتوقعة على المدى القريب
- الانفعالات " القلق ، تأنيب الضمير ، ملل ، كراهية "
- النتائج المتوقعة جراء تلك الانفعالات
- الاستجابات الجسمية
- النتائج المتوقعة لتلك الاستجابات الجسمية .
- الأفكار الوسواسية

- الأفعال القهرية
- التجنب

تعتبر هذه المرحلة جد مهمة خاصة ، و أنها تعتبر مرحلة ممهدة لتحقيق هدف يعتبر أساسى و ضرورى لبعض العملاء ألا و هو التحويل للعلاج الطبى فماذا نقصد به ؟

3 - التحويل للعلاج الطبى : تعتبر مرحلة العلاج الطبى هى الأخرى جد مهمة بالنسبة لهذا الاضطراب إذ أن البعض يظن أن هذا الاضطراب يمكن له أن تزول أعراضه بدون أدوية إلا أن تقييم الاضطراب، هو الذى يقرر ذلك أى إذا ما كانت الدرجات المحصل عليها خلال تطبيق المقاييس خاصة المقياس الخاص بالوسواس القهرى متوسطة أو مرتفعة فهذا يستلزم تعاطى أدوية من نوع مضادات الاكتئاب أو مضادات الذهان، و التى من شأنها أن تعمل على التخفيض من درجات القلق المصاحب لهذا الاضطراب ، بالإضافة إلى منع إعادة عملية امتصاص مادة Sérotonine " و هى إحدى النواقل العصبية " هذه الأخيرة التى أشارت أغلبية الأبحاث و الدراسات أن نقصها من بين الأسباب المسببة لاضطراب الوسواس القهرى ، و هذا جراء ما يسببه من قلق و اكتئاب كأعراض مصاحبة مما يجعل العميل و كأنه فى حلقة مفرغة و الشكل التالى يوضح ذلك جيدا :



و من بين أهم الأدوية الموصوفة من طرف الأطباء المختصين في الأمراض العقلية فيما يخص هذا النوع من الاضطرابات و التي سجلت فعالية في التخفيض من بعض الأعراض المصاحبة كالقلق و الاكتئاب ما يلي :

Clomipramine (Anafranil) à dose de 150 à 300 mg jour, Fluoxétine 20 à 80 mg jour,

" N.Bourbon , " نقلا عن " Paroxétine 20 à 60 mg jour, sertraline 50 à 200mg jour بالإضافة إلى دواء " Flaxyne " Venlafaxine 75 mg 37,5 mg هذا الأخير الذي يعتبر

من بين أدوية مضادات القلق الجيل الحديث . " و انتج لأول مرة في الجزائر .

هذا بالإضافة إلى ارتفاع مادة *dopamine* –الدوبامين هذه الأخيرة التي لها علاقة وطيدة مع ارتفاع القلق عند ذوي اضطراب الوسواس القهري ، لذا فإن لتعاطي الأدوية المذكورة سابقا دورا جد فعال للتخفيض من تلك المادة . و الجدول التالي يوضح بعض المتغيرات الواجب مراعاتها قبل وصف تلك الأدوية الخاصة باضطراب القلق .

جدول رقم (05) : يوضح بعض المتغيرات الواجب مراعاتها قبل وصف الأدوية المضادة للاكتئاب

مضادات الاكتئاب		المعطيات
واجب تجنبها	واجب اخذها	
غياب	مرتفعة	التداخلات المرضية
ضعيفة	مرتفعة	درجة المعاناة
منعدمة	ملاحظة	رغبة العميل في أخذ الأدوية
منعدمة	ملاحظة	تكرار انتكاسات العميل

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

ملاحظة :

بالنسبة للعلاج الدوائي فيما يخص اضطراب الوسواس القهري عند الأطفال يمكن القول أنه عند أغلبية الأطفال و حتى المراهقين يمكن الاستغناء عن العلاج الطبي ، حيث أن التعامل مع الأطفال يكون جد فعال ، إذا ما اكتشف مبكرا ، و هناك تعاوننا كبيرا مع الأسرة و عنا يمكن الاكتفاء بالعلاج النفسي فقط ، وهنا المختص النفسي هو من يقرر ذلك .

إذن بعد الانتهاء من كل تلك الإجراءات السالفة الذكر أي الانتهاء من **مرحلة التقييم** تأتي المرحلة الثانية و هي :

المرحلة الثانية

إعلام المريض : و هي جد مهمة إذ يتم فيها تقديم معلومات أو مفاهيم للعميل حول ما يعانيه من أفكار دخلية ، أي نوضح له أن ما يعانيه ويحدث له يحدث لكل الأشخاص و لكن بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري يكون بشكل زائد ، أي نسبة سيطرة تلك الأفكار يكون بدرجة أكبر و انه من الصعب مراقبتها بالكامل و إذا ما حاولنا ذلك فإنها تحاول فرض نفسها كما أنها سوف تظهر بشكل أو صورة أخرى . لذا فإن المعاناة هي ناجمة عن تلك التفسيرات و الأهمية التي نوليها لتلك الأفكار .

و عليه فإنه من المستحيل أن نعمل على الإخفاء الكلي لتلك الوسواس الناتجة عن ظواهر لإرادية ، و لكن بإمكاننا العمل بالنسبة لتلك التفسيرات و الإستراتيجيات المعمول بها لتجنب تلك الوسواس أي قابلة للمراقبة .

و لتعديل تلك التفسيرات أول تقنية يمكن استعمالها ، و هي تقنية البناء المعرفي إذ تعتبر من بين أهم التقنيات لتحقيق هذا الهدف . بالإضافة إلى استعمال تقنية التعريض التخيلي و يكون هذا عن طريق السيناريو ثم الانتقال إلى الإجراء الأخير و هو التعريض الحقيقي الذي يكون بالتدريج .

المرحلة الثالثة

تحديد الأهداف : و تعتبر مرحلة تعاونية مع العميل ، فبعد التأكد من أن العميل قد استوعب كل ما قدم له من معلومات في المرحلة السابقة ، تأتي مرحلة الاتفاق على وضع أهداف واضحة ، معينة و محدودة ، من أجل تحديد الإجراء الواجب إتباعه .

و حتى يكون تحديد تلك الأهداف بشكل أفضل ، يكون التعبير عنها من خلال السلوكيات الأحاسيس ، الوضعيات أو المواقف القابلة للتغيير .

و هنا الخطوة المتبعة هي منبثقة من مراحل العلاج المعرفي السلوكي و هذا يكون مكيف حسب كل حالة .

المرحلة الرابعة

وصف الأدوية : وهذا يكون بتوجيه من المعالج ، ووفقا للشروط المذكورة سابقا و الموضحة في الجدول أعلاه . ويمكن اعتبار هذه المرحلة مرحلة مساعدة جدا للمراحل الآتية ذكرها إذ أن العميل بعد تعاطيه الأدوية الموصوفة من طبيب مختص في الأمراض العقلية يكون في وضعية قابلة لتطبيق و تنفيذ ما يطلب منه من طرف المعالج ، أي تنفيذ الواجبات المنزلية حيث تلعب دوراً هاماً في كل العلاجات النفسية ، و لها دور خاص في زيادة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي حيث أنها الفنية الوحيدة التي يبدأ و يختم بها المعالج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية و إرشادية تساهم في تحديد درجة التعاون و الألفة القائمة بين المعالج أو المرشد و المتعالج .

المرحلة الخامسة

إعادة البناء المعرفي : تهدف هذه التقنية إلى تدريب العميل كيف يراقب ذاته self-monitoring ، و يستجوبها و في نفس الوقت تقييم سلوكياته ، أي يتعلم أن يفكر قبل أن يفعل. و لكي يتحقق هذا الهدف يستلزم إتباع الخطوات التالية :

تدريب العميل على تحديد أفكاره غير التكيفية أو غير المنطقية او غير العقلانية ، أفكاره الأوتوماتيكية السالبة . و هو ما أشار إليه Albert Ellis من خلال نمودجه حيث وظف نظام تقييم بسيط و هو **ABC** ، من اجل تصور و فهم المشاكل النفسية للعملاء و ذلك من خلال جانبيين و هما :

الجانب الأول ABC : و هو بمثابة الجانب التشخيصي ، الذي يوضح و يبين العوامل الأساسية لنشأة الاضطراب الانفعالي .

الجانب الثاني DEF : وهو بمثابة الجانب العلاجي ، الذي من خلاله يمكن مناقشة و مناهضة أفكار و معتقدات العميل اللاعقلانية ، لهدف تعديلها و تغييرها بأخرى عقلانية .

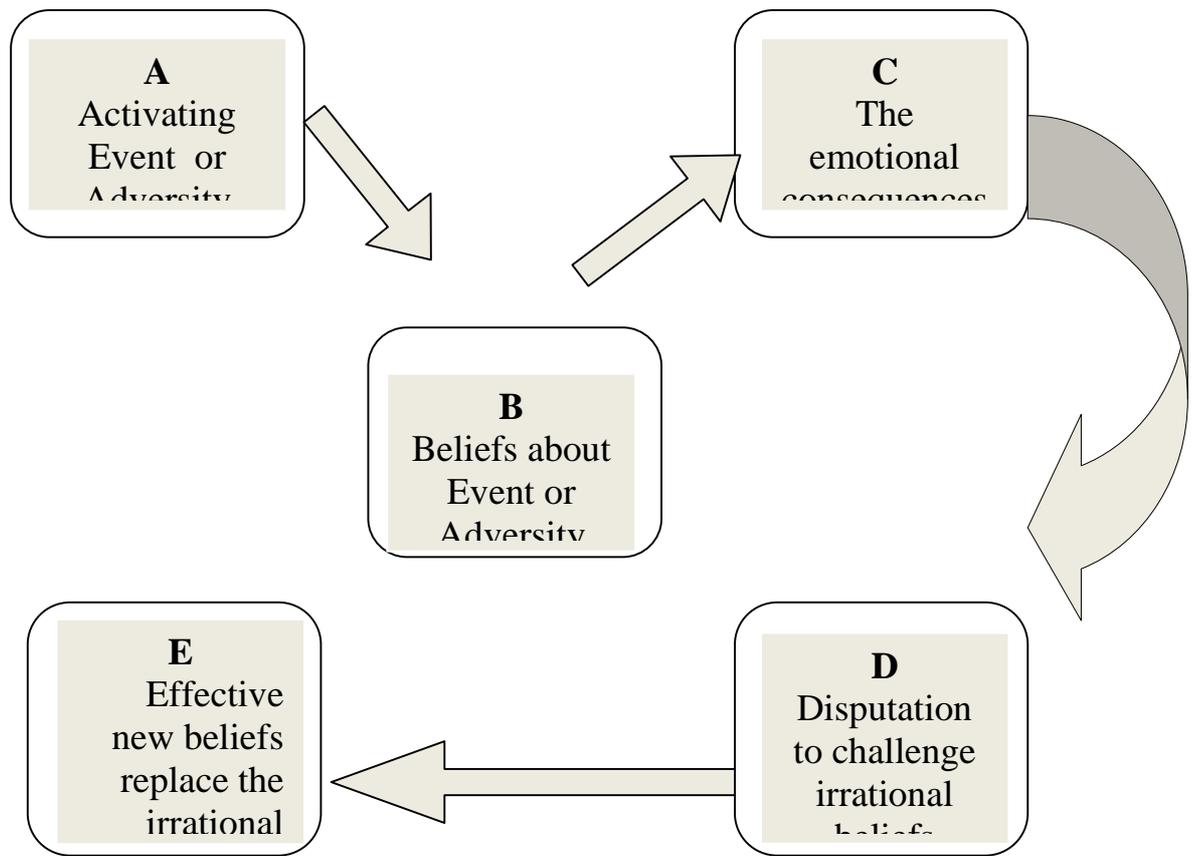
يرى o. chambon (1997) أنه أخيرا ظهر نموذج له أهمية و لابد أن نأخذ به بعين الإعتبار ألا و هو نموذج ABC حيث تشير رموز النظرية إلى ما يلي :

A : Activating أي الحدث الذي يؤثر في الشخصية أو الخبرة المنشطة *expérience*

or event مثل وفاة ، طلاق ، رسوب و الخبرة في حد ذاتها لا تحدث الاضطراب السلوكي
(chambo.O et al , 1997 ,p10).

Beliefs : B أي تلك المعتقدات و الأفكار الناتجة عن الحادثة A ، و التي تظهر
على شكل احاديث داخلية ، كتقييم خاطئ للحدث ، او تفسير مشوه ومحرف للحدث
المثير . (Ellis ,Dryden 2007,p08).

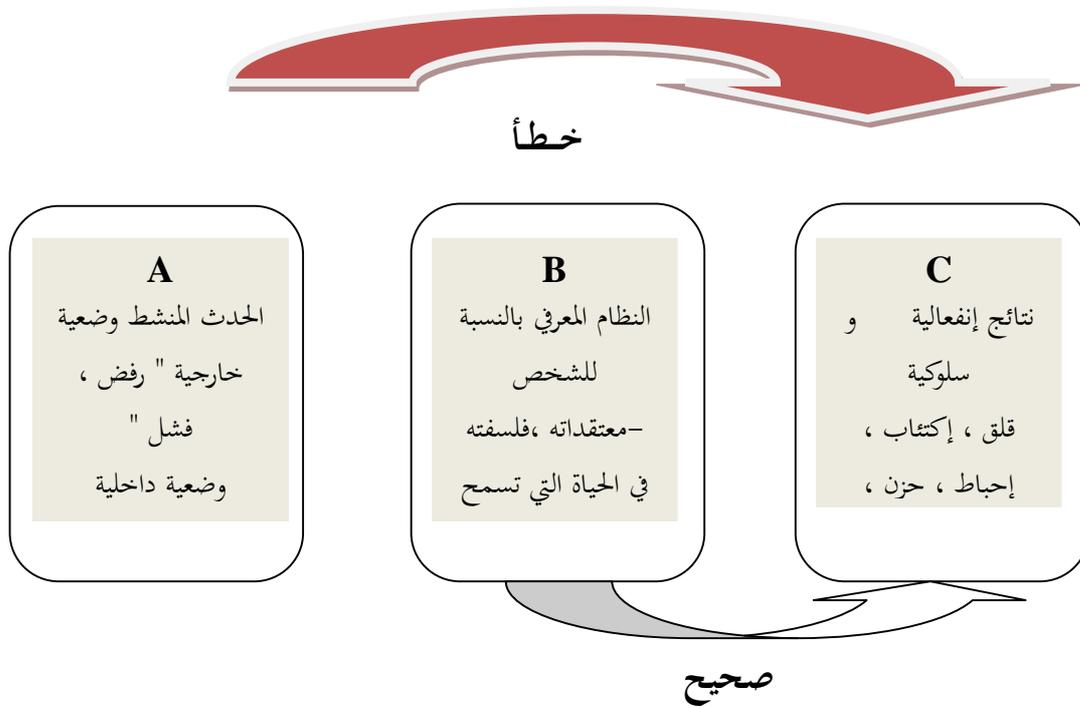
و الشكل التالي يوضح ذلك



شكل رقم (03) : يوضح نموذج ABC للنظرية العقلانية الانفعالية السلوكية

و يرى بيك في هذا أنها هي تلك المعارف بالمعنى الواسع ، و تلك الأفكار
الأوتوماتيكية ، أو الفراغ الكائن في ذهن المريض ، و الذي يمكن أن يكون بمثابة
الجسر الذي يربط بين A و C ، إذ يملئ الفراغ بمادة مستمدة من المنظومة
الإعتقادية للمريض . (بيك ، 2000، ص 253) .

C : consequences أي النتائج ، وهي ليست وليدة الأحداث التي تسبقها (A) وإنما هي نتيجة نظام التفكير (B) وتسمى هذه العناصر الثلاثة بمرحلة التشخيص . و الشكل التالي يوضح ذلك :



شكل رقم (04) : حقيقة العلاقة في نموذج ABC للنظرية العقلانية الانفعالية

أما مرحلة العلاج فتبدأ بالانتقال إلى المرحلة التالية :

Disputing : (D) أي تفنيد و مواجهة و تحدى تلك الأفكار اللاعقلانية فالطالب الذي يحرم نفسه المتعة و النوم و حتى رؤية الآخرين لم يكن بسبب الإخفاق الذي حصل في الامتحان و لكن بسبب ما يحمله من أفكار لاعقلانية و لا منطقية بشأن هذا ، و إلا كيف نفسر التباين في الاستجابة التي تحصل بين بقية الطلاب . (Dryden, 2002 ,p4) .

كما يرى Ellis أن أسباب الاضطراب الانفعالي تجمع بين المصادر المعرفية الانفعالية و السلوكية و التي تنبع من المعارف أو التفكير فحسب ، و لكنها تتأثر بها بدرجة كبيرة أيضا .

إلى جانب ذلك يرى أن سلوكيات الأفراد تتأثر ببيئاتهم الاجتماعية و المادية ، و يقوم العلاج المعرفي على مبدأ هام يتمثل في أن المعارف الخاطئة أو المشوهة ، هي التي تسبب

الإضطرابات الانفعالية ، حيث تشمل تلك المعارف على الاعتقادات ، نظم الاعتقادات التفكير ، التخيلات، و على ذلك يعد الفرد مسؤولاً بدرجة كبيرة عما يمر به إضطرابات انفعالية..

إلا أنه لا بد من التغلب على هذه الأفكار و المعتقدات اللاعقلانية هذا ما يجعلنا نضيف إلى المعادلة السابقة الحرفين D و E.

و بذلك تصبح المعادلة العلاجية وفق الشكل التالي : A.B.C.D.E

فالحرف D يعني المناهضة ، التساؤل و التحدي و يمكن ترجمته على الصورة التالية :

- لماذا أعتبر أنه لأمر مخيف إذا ما ارتكبت خطيئة ؟
- لماذا يجب علي ألا ارتكبت هذه الخطيئة ؟
- لماذا إذا ارتكبت خطيئة ما علي أن أتهم نفسي بالحماقة و ضعف العقل ؟

أما الحرف (E) : **Enactment** فهو يعد بؤرة و لب و جوهر الإرشاد العقلاني الانفعالي إنه النقطة المنطقية العقلانية و الحساسة التي أجيب فيها على كل الأسئلة المطروحة سابقا و للتوضيح أكثر نستعين بالأمثلة التالية :

D: لما أعتبر أنه لأمر مخيف إذا ما ارتكبت خطيئة ؟ فيكون الجواب بالدحض التالي العقلاني الذي هو E، إنه لأمر غير مخيف و ليس هو بالشيء المزعج و لا المسبب للإحباط ذلك لأنه لا يرغب أي إنسان أن يرتكب أخطاء ، و لكن لو حدث الخطأ فهل هذا معناه أن الإنسان معصوم عن الخطأ و هذا الارتكاب للخطأ هو إثم كبير ؟ إن ما يترتب عن الخطأ يكون مؤسفاً و لكن لا يصل إلى درجة الأمر المخيف الكارثي .

D: لماذا يجب علي ألا ارتكبت هذه الخطيئة ؟

E: بالطبع فمن المفضل ألا ارتكبت خطيئة ، و لكن لا يوجد أي قانون يفرض على المرء أن يكون معصوماً عن الخطأ ، لا ارتكبت أي خطأ ، أو يتعين علي ألا أخطئ حتى في أبسط الأعمال ، و لهذا فإن كلمة "يجب" اللاعقلانية هي مطلق تعني أنه يتعين علي أن أكون كاملاً أي ألا أفعل ما فعلته ، أي ارتكاب الأخطاء.

D: لماذا إذا ارتكبت خطيئة ما علي أن أتهم نفسي بالحماقة و ضعف العقل؟

E: إن ما أطلبه و أفرضه على نفسي من اتهامات ، هو شيء أخلقه من عقلي و هنا تكمن مشكلتي ، الذي اعتقده أنني إذا ارتكبت خطأ فمعناه أنني إنسان ناقص أحقق أو ما شابه ذلك فلا شيء الذي أفعله يجعلني إطلاقاً بالصورة التي أصف بها نفسي ، فالخطيئة لا تجعلني أحقق ، ثم إنني مادمت أعيش على أرض هذه المعمورة سأظل أرتكب الخطأ بعد الخطأ، وهذا جزء من خلق الإنسان في خالقه و تصور من تصوراته في ارتكاب الأخطاء ، لذا علي أن أتآلف و أعود على سلوك الخطأ فلا يفزعني و لا يجعلني ألوم نفسي و أبالغ بوصف نفسي بأهمية و خطورة ما أرتكب من أخطاء ، فبدلاً من أن ألوم نفسي وأحتقرها عند ارتكاب الخطأ فالأفضل أن أستخدم كامل قدراتي النفسية الكامنة نحو تصحيح أخطائي ، بل و الاستفادة من الخطأ كخبرة إنسانية لأصح أي خطأ مستقبلاً انطلاقاً من تجربة الخطأ ذاتها (حمدي الحجار، 2005، ص 22) .

اما الحرف **Feed Back:F** فهو يمثل العائد أو التغذية الرجعية لما توصل إليه العميل .
(Dryden,2002 ,p04) .

المرحلة السادسة

التعريض التخيلي : بالنسبة لاضطراب الوسواس القهري يمكن لهذه المرحلة أن تكون ممهدة أو مرحلة تحضير لمرحلة أخرى و هي التعريض الحقيقي ، و هي تخضع لعدة مراحل أساسية وهي :

1 - أن نشرح للعميل الهدف ، طريقة العمل و أهم المراحل أو الخطوات التي تمر بها هذه المرحلة " التعريض التخيلي " ، مع التأكد من مدى استيعاب و فهم العميل لتلك التوضيحات فيما يخص تلك المرحلة .

2 - تحديد أهم المواضيع التي تعتبر كمصدر تلك الأفكار الوسواسية " الهواجس " و الانفعال القهري .

3 - مساعدة العميل على إعداد أو تأليف سيناريو درامي " مأسوي " لمدة حوالي دقيقة واحدة حول كيفية التعامل مع وضعية من تلك الوضعيات ، بشرط ان يكون ذلك السيناريو في زمن الحاضر كما لا بد أن يكون درامي و في نفس الوقت ذو مصداقية و هذا يكون بالاعتماد على استمارة خاصة بالسيناريو .

4 - يستعمل التخيل العقلي و ذلك بمطالبة العميل ان يعبر عن ما كتبه في السيناريو بصوت مرتفع و بطيء .

5 - تسجيل السيناريو في مسجل صوتي " من الأفضل أن يكون تكرار سماع الصوت فيه اتوماتيكي حتى يسهل عملية الاستماع و التركيز في نفس الوقت " ، و تكون الجلسة الأولى لسماع السيناريو تحت رقابة المعالج .

6 - الاستماع لهذا التسجيل في المنزل يوميا لمدة من 30 دقيقة أو 45 د .

ملاحظة :

لا يمكن القيام بهذه الخطوة " 6 " في حالة ما إذا لم يتم انجاز كل الخطوات الخاصة بهذه المرحلة بصفة كلية " تأليف ، كتابة ، قراءة ، تسجيل السيناريو " .

- الاستمرار في الاستماع إلى هذا التسجيل الصوتي للسيناريو إلى غاية الإحساس بانخفاض درجات القلق .

8 - في كل مرة يتم فيها سماع التسجيل تملأ شبكة المراقبة grille d'auto observation المقدمة من طرف المعالج .

9 - الاستمرار في الاستماع إلى غاية انخفاض القلق تماما .

10 - بما أن القلق المحرض من خلال أول وضعية تمكن العميل من التحكم فيما ، هذا يجعل العميل يأخذ بنفس الإجراء و تطبيقه على باقي الموضوعات التي كانت مصدر لتلك الأفكار الوسواسية و الأفعال القهرية و التي تم تحديدها من قبل من طرف العميل .

المرحلة السابعة

التعريض الحقيقي : تأتي هذه المرحلة بعدما أصبح العميل على دراية بنموذج العلاج المعرفي السلوكي، حيث أصبح قادرا على التعرف على تحريفاته المعرفية و تعديلها الأمر الذي يسمح له بمواجهة هواجسه ، أي أنه أصبح جاهزا للمواجهة التدريجية الواقعية لتلك الوضعيات المثيرة للقلق و هذا باستعمال المواجهة و منع الاستجابة . و الاستجابة في هذه

المرحلة تعني تحديد تلك الهواجس و الأفعال القهرية المسيطرة ، و حتى هذه المرحلة هي الأخرى تتضمن عدة مراحل فرعية تتمثل فيما يلي :

1 - أن نشرح للعميل الهدف ، طريقة العمل و اهم المراحل او الخطوات التي تمر بها هذه المرحلة " التعريض الحقيقي " ، مع التحقق من أن التعرض للوضعيات يكون بالتدرج .

2 - القيام بالتسلسل الهرمي فيما يخص الوضعيات كونها مصدر الأعراض ، و يكون عندها البدء بالوضعيات الأقل إثارة للقلق . " يكون هذا بمساعدة المعالج لأنها خطوة صعبة نوعا ما بالنسبة للعميل ."

3 - الانطلاق في التعريض بالنسبة للوضعيات الأقل إثارة للقلق . " يكون هذا مع المعالج " .

4 - التدريب على أخذ الوضعيات في المنزل لمدة من 30 د إلى 45 د بصفة يومية إلى غاية انخفاض درجات القلق .

5 - الانتقال إلى وضعيات أخرى و يكون هذا بالسير على نفس المنوال خصوصا إذا ما استطاع العميل أن ينجح بالنسبة لأول وضعية .

المرحلة الثامنة

المجالات التكميلية : هناك مجالات أخرى غالبا ما تكون قد تستفيد من العلاج سواء ذلك خلال او بعد تلك المراحل الأولية المذكورة ، فوائد ثانوية ، تقدير الذات ، تأكيد الذات سمات شخصية مرضية ، مشاكل زواجية، عائلية أو أخرى كما يمكن أيضا أن نمر لمعالجة أمراض أخرى إن وجدت تدخلات مرضية ، أما إذا كان هناك اكتئاب حاد فهنا فقط تكون الأولوية لعلاجه .

المرحلة التاسعة

تقييم العلاج و الوقاية من الانتكاسة : تعتبر هذه المرحلة مثلها مثل أي مرحلة يحتويها شكل من أشكال العلاج المعرفي السلوكي ، و ذلك بالقيام بتقييم العلاج عند انتهائه ، هذا يكون بإعادة تطبيق المقاييس السابقة إضافة إلى اتخاذ تدابير للوقاية من الانتكاسة .

العلاج عن طريق التقبل و الإلتزام

العلاج بالتقبل و الإلتزام : ACT يعتبر من بين علاجات الموجة الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي و بهذا فهو يصنف ضمن العلاجات الحديثة ، و يسمى باللغة الانجليزية بـ Acceptance and commitment Therapy، و هو علاج يستخدم الوعي و التقبل بدلا من استراتيجيات التغيرات المعرفية المباشرة . كما هو علاج يتم فيه دمج استراتيجيات التقبل و الوعي مع تقنيات تغيير السلوك ، و هذا كله من اجل تحسين المرونة النفسية . (Hayes et al, 1999).

كان للعلاج بالتقبل و الإلتزام لـ Steven Hayes الحظ الأوفر في تحقيق هذا الهدف حيث في سنة 1976 أصيب Steven Hayes بنوبة هلع و أراد أن يطبق عليه نفس التقنيات التي كان يطبقها على مرضاه عادة و لكنه لم يجده مجدي بالعرض لذلك حاول أن يطور أسلوبه العلاجي ، و بالفعل وصل إلى هدفه الرئيسي و ذلك بتكوين منهج علاجي جديد يهدف بالأخص الى تحقيق المرونة النفسية و هو ربط وعي الإنسان بواقعه الحالي و باللحظة الراهنة من خلال تقبل وجود الصعوبات و الإلتزام بسلوكيات متسقة مع مبادئ يحددها العميل . أي بدلا من ان يحاول العميل التحكم في أفكاره و معتقداته و العمل على تغييرها ، يوصي بملاحظة و ترصد تلك الأحداث أي تكوين علاقة مع النفس " النفس كسياق " self as context " . و هو علاج يستهدف ست عمليات علاجية تعزز المرونة النفسية و هي : الاتصال مع اللحظة الراهنة أي الوعي بتك اللحظة الحالية ، ملاحظة و تحدي الأفكار، التقبل ، الذات كسياق ، القيم " معرفة ما هو الأهم بالنسبة للفرد " الإلتزام بالأفعال ،"و هي تلك الأفعال الموجهة من طرف القيم المحددة سابقا و هي ما يجب القيام به " . (Russ , H ,2017,27) .

برنامج العلاج بالتقبل و الإلتزام : ACT

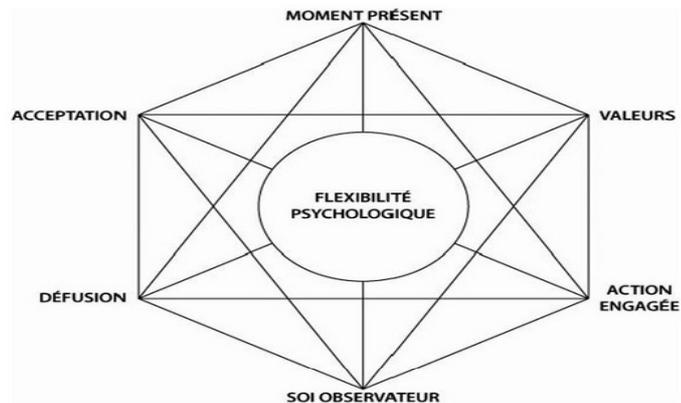
سوف نحاول تلخيص محتوى الجلسات و ما تتضمنه كل منها و هذا ب بالاعتماد على الدليل التطبيقي الذي استخدمه هذا النوع العلاجي .

الجلسة الأولى (أجندة الجلسة)

1. مقدمة لفتح الجلسة و ذلك من أجل ضمان أن العميل قد فهم جيدا ماذا يمكن له أن يتقبل في مشاركته ، أي تقبل المشاركة في كل الجلسات المقررة في البرنامج العلاجي .
2. حدود السرية (وانه بغرض البحث العلمي فقط)
3. الموافقة المستنيرة
4. الالتزام و التعاقد على مدة العلاج .
5. بناء العلاقة العلاجية : و هنا يكون الاعتماد على إستعمال استعارة الجبلين .
6. التقييم العام لاضطراب الوسواس القهري .
7. إعطاء شرح حول الفرق بين الأفكار الو سواسية و الأفعال القهرية .
8. تمرين بين الجلستين .

الجلسة الثانية: (اجندة الجلسة)

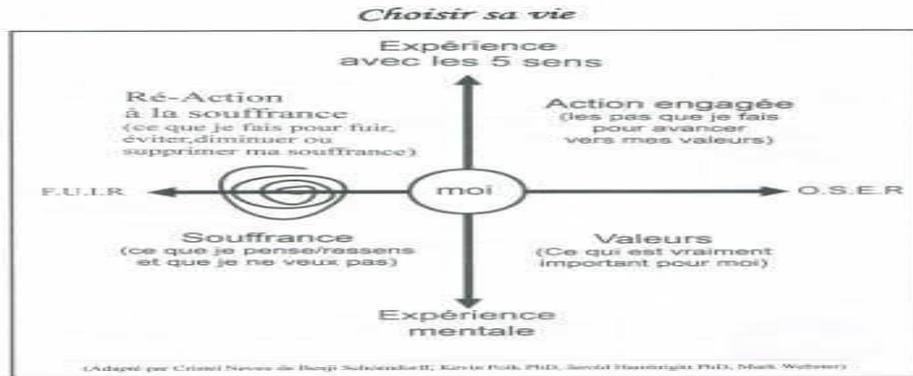
1. التقييم الوظيفي .
2. مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية .
3. مناقشة الواجب المنزلي .
4. مقدمة حول الصفوفة . و الشكل التالي يوضح ذلك :



شكل رقم (04) : يوضح مصفوفة العلاج بالتقبل و الإلتزام ACT

5- تطبيق التمييز الأولي .

6 - التعرف و تطبيق التمييز الثاني . و الشكل التالي يوضح ذلك :



شكل رقم (05) : يوضح طريقة شرح التمييز

7 - اختيار / بدون اختيار " أول واجب متعلق باليأس الإبداعي "

8 - واجب منزلي حول المراقبة الذاتية للوسواس القهري و تطبيق التمييز .

الجلسة الثالثة:(اجندة الجلسة)

1.التقييم الوظيفي.

2. مناقشة رأي العميل في الجلسة الماضية.

3. مناقشة الواجب المنزلي.

4. مقدمة حول مصفوفة اليأس الإبداعي و التحليل الوظيفي .

5 . الأثر القريب لاستخدام تلك الإستراتيجيات .

6 . الأثر البعيد لإستخدام تلك الإستراتيجيات .

7. فعالية الإستراتيجيات من أجل تقريب ما هو مهم .و هذا بالاعتماد على استعارة الفرد

في حفرة ، استعارة شد الحبل مع الوحش .

8 . واجبات منزلية ما بين الجلسات .

و تستمر كل الجلسات من 4 إلى 6 بهذه الطريقة أي في كل جلسة يتطرق فيها المعالج

إلى استخدام طريقة جديدة معتمدا على شرح المصفوفة و استخدام الاستعارات في كل جلسة

مثل " استعارة حب من أول نظرة ، الحلوى بالمربي ، العمة ، ممرات الحافلة إضافة إلى

الواجبات المنزلية و هذا وصولا إلى الجلسات الأخيرة .

الجلسات من 7 إلى 10 تخفيض هفوات الكلام ، من خلال الاعتماد على طريقة التفرغ المعرفي .

الجلسات من 11 إلى 13 الذات المراقبة و الشفقة على الذات ، و هذا من خلال الذات إلى الذات كسياق .

الجلسات من 14 إلى 16 التعمق في المراقبة و ذلك بالاعتماد على المصفوفة .

الجلسات من 17 إلى 19 و يتم فيها التعمق في القيم و هذا من خلال توضيحها و الرفع من درجة تثبيتها للالتزام بالسلوكيات .

الجلسة من 20 إلى 22 بعنوان الأفعال الملزمة و الوقاية من الانتكاسة .

المحاضرة التاسعة

برنامج علاج المدمنين على المخدرات

برنامج علاج المدمنين على المخدرات

جدول رقم (06) : يوضح ملخص للبرنامج العلاجي المقترح و جلساته

أهدافها	رقم الجلسة	عدد الجلسات	عنوان الجلسة	المراحل العلاجية
<ul style="list-style-type: none"> - خلق جو من الألفة بين المعالجو المتعالج. - شرح معنى العلاج النفسي . - تحليل وظيفي. - معرفة درجة الأفكار اللاعقلانية و القلق عند المدمن . - تحديد المشكل الرئيسي و معاناة العميل . 	01	06	تعارف	المرحلة التمهيدية
	02		الحالة النفسية لعميل	المرحلة الأولى
	03		قياس قبلي	مقدمة للعلاج النفسي
	04		القصة الإدمانية	
	05		تقديم العون الذاتي	
	06		تفسير آلية الإدمان	
<ul style="list-style-type: none"> - مساعدة العميل على إدراك العلاقة بين أفكاره و انفعالاته و سلوكياته. - استبصار المدمن بمشكلته . - تقييم المشاكل الثانوية المرتبطة بالمشكل الرئيسي . - مساعدة العميل على تصنيف مشكلاته . 	07	03	نموذج ABC	المرحلة الثانية
	08		تقسيم المشكلات الثانوية	التقييم
	09		تقييم الجلسات	
<ul style="list-style-type: none"> - وضع مشكلات العميل في إطار نموذج [ABC]. - فهم المنطق غير الصحيح للعميل في تقسيمه اللاعقلاني . - دحض المعتقدات اللاعقلانية من خلال المعادلة [DEF] - الوصول إلى أكبر قدر من الاستبصار.(تقوية الاستبصار) . 	10	01	مناهضة الأفكار اللاعقلانية شرح المعادلة DEF	المرحلة الثالثة
<ul style="list-style-type: none"> - تحديد العقبات التي من الممكن أن تعترض العميل . - تقوية المعتقدات العقلانية . - إضعاف المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالإلزام و الجبرية . - تصحيح مفهوم الانتكاسة . 	11	11	فكرة طلب الاستحسان	المرحلة الوسطى
	12		ابتغاء الكمال الشخصي	
	13		فكرة توقع الكوارث	
	14		عرض فيديو	
	15		التهور الانفعالي	
	16		تجنب المشاكل	
	17		الاعتمادية الشعور بالعجز	
	18		عرض شريط فيديو	
	19		الانزعاج لمشاكل الآخرين	
	20		الانتكاسة	

	21		تجنب الانتكاسة	
- تقييم أفكار العميل و معتقداته	22	02	القياس البعدي	المرحلة الختامية
	23		الشكر و العرفان	
- تقييم قلقه المرتبط بالمخدرات.				
- تشجع العميل على مواصلة ما وصل إليه من نجاحات . - استفسار عن ما يواجهه من صعوبات بعد انتهاء فترة العلاج .	24	03	تشجيع و استفسار	مرحلة المتابعة
	25			
	26			

المحاضرة العاشرة

نماذج علاجية

عرض حالة إدمان

عرض الحالة :

"ش" يبلغ من العمر 24 سنة ، أعزب ، طالب جامعي ، تقدم للمركز بعد إلحاح طويل من الأم ، و ذلك بتوجيه من طبيب عام، لغرض الاستفادة من الإقامة الاستشفائية للعلاج من التبعية للمخدرات ، و كانت التجربة الأولى له.

أ - التحليل الوظيفي :

يحتل "ش" المرتبة الأولى لترتيب إخوة(04) من بينهم (03) بنات و ذكر ، ينحدر من والدين لا تربطه أي قرابة دموية .الأب البالغ (66) سنة متقاعد الذي يصفه بالأب الحنون المتفهم.و الأم (57) سنة مأكثة بالبيت هي الأخرى يصفها بالطيبة و الحنان .

كان أول دخول مدرسي له في سن (05) سنوات ، مساره الدراسي كان ممتاز ، إذ تحصل على شهادة البكالوريا بمعدل جيد ،مكثه من الدخول إلى الجامعة ، و دراسة ما كان يطمح إليه ، إلا أن ظروف المعيشة الصعبة جعلته يدخل عالم الشغل و في وقت جد مبكر ، و كان أول عمل له في سن 16 سنة ، و لكن رغم عمله فقط حافظ على نتائج الدراسة الجيدة التي عرف بها إلى غاية سن (20) سنة ،أين بدأ يظهر التقهقر في نتائجه ، مما أدى به إلى التفكير في التخلي عنها نهائيا لو لا تدخل الوالدين الذي كان إيجابيا خاصة في هذه المرحلة حيث يقول في ذلك " لو لا والدي لما أكملت دراستي ، فأبي لم يعاملني كأب متسلط ، لم يكن لدي أخ ، فهو كان كذلك ، و لم أحصل على صديق وفي ، و لكن أبي استطاع أن يعوضه " .

بهذا نستطيع أن نقول أن علاقة المفحوص "ش" كانت علاقة جيدة مع والديه ، فبرغم المشاكل التي وقع فيها أو كما يقول تسبب في خلقها لعائلته ، إلا أنه كان دائما مركز اهتمام والديه .

و كانت أول مشكلة وقع فيها "ش" هي شجاراته المتكررة مع أصدقائه من الحي ، تلك الشجارات التي كان يقول عنها "بسبب الغيرة و الحسد " ، و تأتي مشكلة تعاطيه للمخدرات هذه الأخيرة التي جعلت منه شابا آخر .

السلوكيات

طبقا لما ذكر عن "ش" فبعدما عرف بالشاب الهادئ ، الطموح تحول إلى شاب اندفاعي في تصرفاته ، اتخذ من تعاطي المخدرات سلوك له ، مما جعله في بعض الأحيان يتصرف

بعذوانية و حتى بأنايية ، و ذلك بترك المنزل و قضاء الليل عند الأصدقاء .

الانفعالات

رغم لجوء المفحوص "ش" إلى تلك السلوكيات ، إلا أنه كان دومًا ينتابه قلق شديد فيما يخص وضعيته التي وصل إليها ، من شاب ممتاز في دراسته إلى شاب مستهتر ، حطم آمال أسرته رغم كل ما فعلوه من أجله ، و يقول في ذلك " كل ما ألتقي بأحد زملائي ممن تخرجوا أو ممن هم يعملون الآن ، ينتابني شعور قوي بتأنيب الضمير لما وصلت إليه " .

الأحاسيس

من بين الأحاسيس التي كان يحس بها " ش " هي آلام في الرأس من حين لآخر، فشل و ضيق في التنفس مع اختناق يقول عنه " أنه مثل الكرة تتحرك في عنقي "

التصورات العقلية

من خلال الحديث الذي كان يكرره المفحوص ، و هو أنه وقع في فخ لا مخرج منه إذ سبب الكثير من الأذى لعائلته ، لذا فهو يتصور أن حياته انتهت ، حيث يقول " صحيح عمري 24 سنة لكنني أحس أنني عشت 100 سنة وتعذبت 1000 سنة " .

الأفكار المرتبطة بالانفعالات

من بين الأفكار و المعتقدات التي كان المفحوص "ش" يحملها في ذهنه أنه ضعيف و غير قادر على تحمل ما يعانیه ، أو بالأحرى أن يعود مثل ما كان سابقا ، حيث أنه يظن أنه شاب فاشل .

القدرة على إقامة علاقات اجتماعية

بعدها كان "ش" هو ممثل الأب في غيابه ، و خاصة فيما يخص احتياجات العائلة ، أصبح يتجنب و يتهرب من كل مسؤوليته ، بما في ذلك زيارة و استقبال الأقارب و يقول في ذلك " أصبحت أتعهد هذا ، لكي لا ألفت انتباه أي أحد ، لأنني أعلم أنني تغيرت "

استعمال أدوية و مخدرات

إن السبب الأساسي لتغير سلوكيات "ش" هو الدخول في عالم لم يكن يعلم أي شيء عنه سوى أنه سهل الدخول إليه ، و لكنه صعب جدًا الخروج منه ، و لكن بدون إرادة و جد "ش" نفسه ضحية هذه الآفة ، و ذلك بتعاطيه للعديد من أنواع المخدرات و هي :

الأدوية النفسية (Rivotil): في سن 16 سنة بمعدل 2-3 أقراص في اليوم بصفة يومية .

الحشيش: في سن 18 سنة ، بمعدل 2-4 سجائر في اليوم بصفة يومية .

الكحول: في سن 20 سنة ، بمعدل 2-4 قارورات في اليوم بصفة غير انتظامية [في

المناسبات ، آخر أيام الأسبوع] .

القصة الإدمانية

بدأت قصة "ش" مع المخدرات في سن 16 سنة ، و ذلك بأخذ أول قرص من Rivotril مع أحد الأصدقاء ، حيث يقول " يومها لم أكن أعلم أنه من المخدرات ، و لكن ما قيل لي أنه من المنشطات و سوف يساعدي كثيرا على مقاومة النوم و يزودني بالطاقة و القوة التي أحتاج إليها في عملي و دراستي " هذا ما جعله مع الوقت يطلب المزيد كلما شعر بالتعب خاصة بعد الجرأة و الشجاعة التي أصبح يتميز بها .

إذن هنا أصبح "ش" تابع لتلك المادة ، حيث يقول " لم أكن أعلم أن توقفي عنها سوف يجعلني مرتبك و معزول عن المجتمع ، لدرجة أنني كنت مستعد للحصول عليها بأي ثمن كان ، و في أي مكان كانت " .

و هنا تفتن "ش" أن تلك الأقراص ليست منشطات فحسب ، و إنما أقراص مخدرة تتحكم في كل من يقترب منها .

ولتهدئة وضعيته جرب الحشيش في سن 18 ، و هذا بعد مخالطته السيئة لبعض الأصدقاء ممن كانوا يقاسمونه غرفة في الحي الجامعي ، حيث يقول " لم استطيع مقاومة رائحة الحشيش و هي تتجول داخل الغرفة ، فهذا ما جعلني أطلب تجربتها ، خاصة وأنها جعلتني أحس بنوع من الاسترخاء والمتعة في وقت كنت في حاجة ماسة للتخفيف من قلقي "

هكذا جرب "ش" أول سيجارة ، لتليها ثاني سيجارة حتى وصل إلى أربع سجائر في اليوم و يقول في ذلك " كنت أظن أن سيجارة الكيف [الحشيش] سوف تساعدني على نسيان الأقراص ، و لكن بالعكس فمفعول الحشيش جعلني أفكر في شيء ينعشني أكثر و هذا ما وجدته مع الأقراص و المشروبات الكحولية " .

إذن بهذا وقع "ش" في فخ المخدرات ، و لم يجد كيف يخلص نفسه منها .

توقعات المفحوصة من التدخل

رغم الخوف الشديد الذي كان يمتلكه المفحوص "ش" من عدم قدرته للتوقف عن تعاطي المخدرات و مواصلة دراسته أو بالأحرى استرجاع مستواه الدراسي ، إلا أنه كان يتميز بإرادة قوية ظهرت من خلال رغبته الشديدة للاستمرار في العلاج ، و هذا رغم أسئلته الكثيرة فيما يخص حالته الصحية مثال عن ذلك " ماذا سوف يحدث لي بدونها ؟ " من خلال هذا السؤال نفهم أن المفحوص كان خائفاً جداً من التوقف ، و خاصة الكلي عن التعاطي

توقع المعالج من التدخل

من خلال ما سبق ذكره ، يبدو أن المفحوص "ش" لا يزال متمسكاً بفكرته أو أفكاره المتمثلة في أن التوقف عن تعاطي المخدرات شيء جد صعب ، و الأصعب منه كيفية التحمل و العيش بدونها ، إلا أن هذا لا يمكنه أن يقف حاجزاً لتعديل الأفكار و المعتقدات التي يؤمن بها المفحوص ، و ذلك رغم شدتها و تأثيرها القوي على القلق، لدرجة أنه جد متردد من العلاج ، حيث كان يظن أن خضوعه للعلاج سوف يخلق له مشكلة أخرى و هي تأزم الوضع بالنسبة لعائلته هذه الأخيرة التي يقول أنه لولاها لما وجد بالمصلحة و في نفس الوقت لأجلها لا يريد المتابعة . إلا أنه استطاع الاقتناع خاصة بعد تدهور حالته يوماً بعد يوم حتى بعد خضوعه للعلاج الطبي .

و الجداول التالية تبين شدة و معاناة الحالة جراء الأفكار و المعتقدات التي يحملها :

ب- نتائج القياس القبلي

1- نتائج مقياس الأفكار اللاعقلانية

جدول رقم (07) : يوضح نتائج القياس القبلي لمقياس الأفكار اللاعقلانية للحالة

الدرجة	الأفكار	رقم الفكرة
05	طلب الاستحسان	01
06	ابتغاء الكمال الشخصي	02
05	اللوم الزائد للذات	03
08	توقع الكوارث	04
05	التدهور الانفعالي	05
08	القلق الزائد	06

06	تجنب المشاكل	07
05	الاعتمادية	08
06	الشعور بالعجز	09
07	الانزعاج لمتاعب الآخرين	10
07	الحلول الكامنة	11
06	الجدية و الرسمية	12
05	علاقة الرجل بالمرأة	13
79	المجموع	

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن نتائج المفحوص "ش" هي مرتفعة ، إذ تحصل على الدرجة (79) و هي تشير إلى درجة عالية من الأفكار اللاعقلانية التي يعتقدونها العميل إزاء تعاطي المخدرات ، و يتضح هذا أكثر من خلال الدرجات الكاملة التي تحصل عليها فيما يخص فكرة توقع الكوارث و القلق الزائد ، إذ تحصل فيهما على الدرجة (08). و هي درجات تعبر عن ميل المفحوص للتهويل و القلق للأحداث التي يمر بها بما في ذلك تعامله مع سلوكه الإدماني ، و هذا ما ظهر من خلال نتائج قلق الانزعاج و التي يوضحها الجدول التالي :

2-نتائج مقياس قلق الانزعاج

جدول رقم (08) : يوضح نتائج القياس القبلي لمقياس قلق الانزعاج

المقياس	الدرجة	التفسير
قلق الانزعاج	71	قلق شديد

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن نتائج المفحوص "ش" هي مرتفعة ، إذ تحصل على الدرجة (71) و هي مرتفعة مقارنة بأعلى درجة على المقياس ، و هذا ما يدل أن المفحوص يعاني من لهفة و اشتياق لتعاطي المخدرات نتج عن تحمله الضعيف للإحباط .

التدخل العلاجي

كان التدخل العلاجي لهذه الحالة ، بالتركيز على أهم المشاكل التي تم تصنيفها من طرف "ش" ، حيث تم الاتفاق على عدة أهداف و ذلك طبقا للمشاكل المصنفة و كانت كتالي :

المشكلة الأولى : عدم قدرته على تحمل الإحباط الناجم عن التوقف عن تعاطي المخدرات إذ يقول في ذلك " كل ما أقرر أن أتوقف عن تعاطي المخدرات ، أجد نفسي أقول لا بد أن أشرب ، لا بد أن أدخن ، حقيقة لم أستطع ."

المشكلة الثانية : قلقه و خوفه الشديد من وقت الفراغ ، حيث يقول " كل ما أجد نفسي في فراغ مباشرة أول شيء أفكر فيه هو المخدرات و بدون أن أشعر أجد نفسي أبحث عنها و اتعاطاها " . إذن إنطلاقا من هذا تم الإتفاق على تعديل تلك الأفكار التي يحملها "ش" و التي تتضمن تعابير الإلزام ، و ذلك بالتدريب على كيفية مناهضتها بالإضافة إلى الاتفاق على تحقيق الهدف الثاني و هو التخفيض من درجة القلق عند "ش" و ذلك طبقا لما ذكر بالنسبة للمشكلة الثانية .

و كانت المناهضة بالنسبة لأفكار المفحوص انطلاقا من المشكلة الأولى كما يلي :

المفحوص : أنت تعلمين أنني لو لم أشرب أو أدخن ، لا أستطيع أن أدخل للمنزل و لا حتى الحديث مع أمي و أخواتي و لا أستطيع حتى النظر في وجه أبي الذي عمل الكثير من أجلي **الباحثة :** و ما الدليل على أنك لا تستطيع الحديث ، أو الدخول للمنزل .

المفحوص : أحس بارتعاش في كامل جسمي و إذا لم أدخن أو أشرب فسوف أتسبب في خلق مشكلة .

الباحثة : و هل حسب رأيك هذا دليل كافي لعودتك للشرب و تعاطي المخدرات .

المفحوص : و لكن لماذا عندما أدخن و أشرب أحس براحة كبيرة و يتوقف الارتعاش .

تقنية تحويل السوء إلى ميزة

الباحثة: حسناً ، أتستطيع أن تخبرني كيف تحدث مشكلة كبيرة بسبب الارتعاش .

المفحوص: لأنني أخاف أن يغمى علي أو تتوقف نبضات قلبي .

الباحثة: إذن السبب ليس لأنك تريد أو اشتقت للمخدرات .

المفحوص : لا أبداً فقد قررت و لكن ذلك الارتعاش هو الذي يقلقني .

الباحثة : و إذا قلت لك أن تلبية مطالبك الإلزامية هي التي سوف تؤدي بك إلى الهلاك و ليس الارتعاش ماذا تقول؟

المفحوص : و لكن ماذا أفعل إذا أحسست بالارتعاش ؟

الباحثة : اعلم جيداً بما أنك تحس بارتعاش في كامل جسمك ، فهذا يعني أن جسمك يحاول طرد كل السموم الموجودة بداخله إلى الخارج ، و أنت بفكرتك هذه تحاول إعادة إدخالها إليه و العودة إلى نقطة الصفر ، و هكذا استمرت الباحثة في تدريب المفحوص "ش" على كيفية مناهضة أفكاره ، اعتماداً على عدة تقنيات و في نفس الوقت استعملت معه تقنية أخرى للتخفيف من شدة القلق ، و هذا ما تحدث عنه بالنسبة للمشكلة الثانية ، هذه الأخيرة التي تبدو أنها نتيجة للمشكلة الأولى و هي :

تقنية تشتيت الفكر

المفحوص : عندما أكون خاصة أمام التلفاز ينتابني شعور غريب و إحساس بالعودة إلى تعاطي المخدرات .

الباحثة : حاول أن لا تركز على هذا الإحساس و الشعور ، و ذلك بتغيير تفكيرك من خلال تغيير وضعياتك و نشاطاتك ، أي إذا كنت تشاهد التلفاز حاول تغيير ذلك بإجراء اتصال هاتفى مثلاً مع أحد الأصدقاء أو الأقارب الموثوق فيهم ، حاول الذهاب إلى المطبخ و تحضير أي شيء تحب أن تتناوله، حاول إجراء بعض التمرينات الرياضية أو هوايتك المفضلة .

و كانت الباحثة في كل مرة تستعمل هذه التقنية تعطي مثلاً بسيطاً لتوضيحها أكثر : " عند حدوث شجار بين اثنين فإذا استمر كل منهما بالحديث عن تلك النقطة أو موضوع الشجار ماذا يحدث ؟ بدون شك سوف يزداد الشجار و ربما يصل إلى الضرب ، و لكن إذا ما غير أحدهم الموضوع فإنه حتماً سوف يهدأ أحدهم .

و هكذا استمرت الباحثة بتدريب المفحوص على هذه التقنيات و مطالبته القيام ببعض الواجبات المنزلية عن كل تقنية كان يتدرب عليها لغرض التمكن من استيعابها جيداً بالإضافة الى تمكنه من اعطاء تقارير اسبوعية عن حالته و مآله الذي وصل اليه من اجل التعرف اكثر على طريقة تفكيره و تفسيره للأحداث .

و الجداول التالية تبين لنا ما توصلت اليه الحالة بعد هذه التدريبات المتضمنة في البرنامج العلاجي :

ج- نتائج القياس البعدي و التتبعي

1- نتائج القياس البعدي و التتبعي لمقياس الأفكار اللاعقلانية

جدول رقم (08) : يوضح نتائج القياس البعدي و التتبعي لمقياس الأفكار اللاعقلانية للحالة

رقم الفكرة	الأفكار	القياس البعدي	القياس التتبعي
01	طلب الإستحسان	06	06
02	إبتغاء الكمال الشخصي	06	05
03	اللوم الزائد للذات	06	05
04	توقع الكوارث	05	05
05	التدهور الإنفعالي	06	06
06	القلق الزائد	07	06
07	تجنب المشاكل	06	05
08	الإعتمادية	05	05
09	الشعور بالعجز	06	07
10	الإنزعاج لمتاعب الآخرين	06	06
11	الحلول الكامنة	06	06
12	الجدية و الرسمية	06	06
13	علاقة الرجل بالمرأة	06	06
	المجموع	77	74

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن نتائج المفحوص "ش" انخفضت نوعا عما كانت عليه في القياس القبلي ، إذ تحصل على الدرجة (77) ، رغم أنها تبدو مرتفعة مقارنة بأقصى درجة على المقياس و هي 104 ، إلا أنه بالنسبة لأفكار المفحوص المتعلقة بتوقع الكوارث و القلق

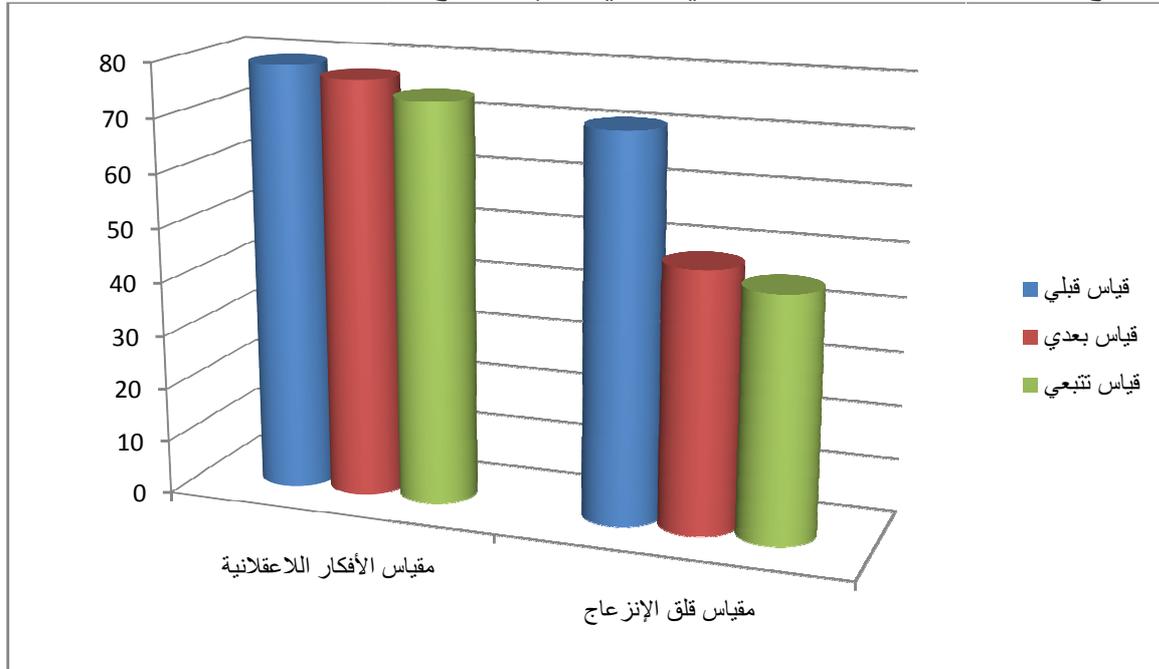
الزائد يبدو أنه تم تعديلها ، و هذا ما ظهر أكثر من خلال الدرجات المتحصل عليها خلال القياس القبلي ، حيث تحصل على (05) درجات بعدما كانت (08) درجات في القياس القبلي ، و هذا أثر بشكل إيجابي على درجات قلق الإنزعاج . و هذا ما يظهر واضحا من خلال الجدول التالي :

2- نتائج مقياس قلق الإنزعاج

جدول رقم (09) : يوضح نتائج القياس البعدي و التبعي لمقياس قلق الإنزعاج

القياس	البعدي	التبعي
الدرجة	48	45
تفسيرها	قلق متوسط	متوسط

من خلال هذا الجدول نلاحظ أن نتائج المفحوص " ش " انخفضت كثيرا عما كانت عليه في القياس القبلي ، إذ تحصل على الدرجة (48) فيما يخص القياس البعدي مما يشير الى التحمل المرتفع للإحباط ، كما يلاحظ انه استطاع الاستمرار في تحمله المرتفع ، و هذا ما ظهر من خلال تحصله على الدرجة (45) فيما يخص القياس التبعي .
و لتوضيح ذلك أكثر لدينا المنحنى البياني التالي الذي يوضح ذلك .



شكل بياني رقم (06) : يوضح نتائج القياس القبلي و البعدي و التبعي للحالة السادسة المأل النفسي و الاجتماعي للحالة

استطاعت هذه الحالة أن تستفيد جيدا مما تم التدريب عليه أثناء الحصص العلاجية ، و هذا طبقا لما وضحته النتائج المتحصل عليها ، إضافة إلى ما أظهرته كذلك الحالة من تطورات فيما يخص المجالات التالية : في المجال الدراسي نسجل التفكير في العودة للدراسة بل و حتى التسجيل بإحدى المعاهد التي يقول عنها انه جد مسرور بالانضمام إليه لأنه يقول أن فرصة الحصول فيها على عمل أكيدة و التكوين جد قصير هو تكملة لما تم دراسته في الجامعة. و على الصعيد الاجتماعي نسجل حصوله على عمل يقول انه ساعده كثيرا خاصة انه في ايام العطلة فقط ، و لكن في نفس الوقت استطاع التوفيق بين العمل و الدراسة .

المراجع المعتمدة

المراجع :

- إبراهيم ، عبد الستار . الدخيل ، عبد العزيز.رضوان ، إبراهيم ، (1993) ، العلاج السلوكي المعرفي للطفل ، عالم المعرفة .
- أبو غريبة ، إيمان ، (2007) ، الإرشاد السلوكي المعرفي لإضطرابات القلق لدى الأطفال، مؤسسة حورس الدولية .
- أحمد يحي ،خولة ،(2000)، الاضطرابات السلوكية و الانفعالية ، دار الفكر للطباعة و النشر .
- إليس ، ألبرت ، (2004) ، العلاج الذاتي المعمق ، ترجمة مركز التعريب و الترجمة ، الدار العربية للعلوم ، بيروت .
- البادي ،بن سهيل ،خالد ،بن سالم ،(2003)،المراهقة مشكلات و حلول،مكتبة الضامري للنشر .
- ألزغي ، احمد محمد ، (2013) ، الأمراض النفسية و المشكلات السلوكية و الدراسية عند الأطفال دار الزهران .
- بكيري ،نجية ، (2012) ، اثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الأعراض النفسية للسكريين المراهقين رسالة دكتوراه ، جامعة باتنة .
- بيك ، ارون ، (2000) ، العلاج المعرفي و الاضطرابات الانفعالية ، تعريب عادل مصطفى ، دار النهضة العربية للعلوم .
- بن يونس ، محمد محمود ، (2008) ، الأسس الفيزيولوجية للسلوك ، دار الشروق .
- الدمرداش ، عادل ، (1992) ، الإدمان مظاهره و علاجه ، سلسلة عالم المعرفة ، القاهرة .
- الحجار ، محمد حمدي ، (2005) ، العلاج النفسي الحديث للمخدرات ، مؤسسة الرسالة للطباعة و النشر ، بيروت .
- الخالدي ، محمد أديب ، (2015) علم النفس الإكلينيكي في التدخل العلاجي ، دار المسيرة للنشر و التوزيع ، الأردن .
- الزهراني ، سعيد بن سعد ، (2019) ، العلاج النفسي للأطفال ، المركز القومي لتعزيز الصحة النفسية .
- الزغلول ، عماد عبد الرحيم ، (2006) ، الاضطرابات الانفعالية و السلوكية لدى ، دارا لشروق للنشر التوزيع .
- الزراد ، فيصل ، (1997) ، مقياس قلق الانزعاج للمدمنين على الكحول و المخدرات و المؤثرات على العقل ، كتيب التعليمات ، دمشق .
- زهران ، حامد عبد السلام ، (1997) ، الصحة النفسية و العلاج النفسي ، عالم الكتب ، القاهرة .

- زهران ، حامد عبد السلام ، (2000) ، الإرشاد المصغر للتعامل مع المشكلات الدراسية ، عالم الكتب ، القاهرة .
- سالم ، محمد شريف ، (2009) ، الوسواس القهري دراسة طبية نفسية علمية شرعية .
- سايل ، حدة وحيدة ، (2008) ، بحث فعالية التدريب على حل المشكلة و على الاسترخاء في علاج المدمنين على المخدرات ، رسالة دكتوراه ، جامعة الجزائر .
- سايل ، حدة وحيدة ، (2015) ، الإدمان على المخدرات و المؤثرات العقلية دوافعه و أضراره على الصحة النفسية و الجسدية و علاجه ، دار التنوير ، الجزائر .
- السويف ، مصطفى ، (1996) ، المخدرات و المجتمع ، سلسلة عام المعرفة .
- سي موسى ، زقار ، رضوان ، (2002) ، الصدمة النفسية و الحداد عند الطفل و المراهق جمعية علم النفس ، الجزائر .
- الصقهان ، ناصر عبد العزيز ، (2005) ، فعالية العلاج العقلاني الانفعالي للتخفيض من الأفكار اللاعقلانية لدى المدمنين على المخدرات ، رسالة ماجستير .
- العامري ، منى ، (2000) ، دراسة فعالية الإرشاد النفسي العقلاني و العلاج المتمركز على العميل في علاج الإدمان ، رسالة دكتوراه .
- العاسمي ، رياض ، (2015) ، العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بين النظرية و التطبيق ، دار الإحصار العلمي للنشر و التوزيع ، الأردن .
- عبد الفتاح ، يوسف ، (1992) ، بعض مخاوف الأطفال الذات لديهم ، مجلة علم النفس ، العدد 12 ، الهيئة المصرية للكتاب ، مصر .
- عبد اللطيف ، رشاد ، (1992) ، الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات ، المركز العربي للدراسات الأمنية و التدريب ، الرياض .
- العطية ، أسماء عبد الله ، (2007) ، الإرشاد السلوكي المعرفي في اضطرابات القلق لدى الأطفال ، مؤسسة حورس الدولية .
- غربي ، عبد الناصر ، (2014) ، فاعلية برنامج في ضوء نظرية ألبرت اليس في خفض قلق الامتحان ، رسالة ماجستير .
- فايد ، حسن ، (1994) ، دراسة مقارنة لديناميات شخصية متعاطي الهيروين و الحشيش ، مجلة علم النفس ، العدد 29 .
- فاروق ، السيد عثمان ، (2001) ، القلق و إدارة الضغوط النفسية ، عالم الكتب ، القاهرة .
- صفوت ، مختار و فيق ، (1998) ، المشكلات السلوكية للأطفال ، دار الثقافة للنشر .

- عبد السلام ، أمل عمر، (2015) ، فاعلية برنامج سلوكي لمعالجة اضطراب التبول الإرادي، رسالة ماجستير ، جامعة دمشق .

- فهم ، كلير ، (2007) ، الصحة النفسية في مراحل العمر المختلفة .

- القرا ، محمد حسن ، جراح ، بدر أحمد ، (2016) ، فهم اضطرابات نقص الانتباه و النشاط الزائد لدى الأطفال و السيطرة عليه ، دار المعتز .

- مليكة لويس ، كامل، (1994) ، العلاج السلوكي و تعديل السلوك ، القاهرة .

- Angl. P,Richard . D,Valler . M(2005) . **toxicomanie** .2ème Edition.Masson.

- American psychiatric association. (2013) .DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux . Coordination générale de la traduction française . Marc – Antoine Crocq & Julien Guelfi .5e édition El sevier Masson .

-Benjamin, Schoendorff (2011) , Act por le TOC Manul de traitement , centre de recherches fernand- Seguin .

DehlinJP,MorrisonKL,&TwohigMP(2013).Acceptance and commitment therapyasatreatment for scrupulosityin obsessive compulsive disorder.Behaviormodification;vol.37,n°3,p.409-430
Dryden .W .(2002) . The Rational Emotive Behavior therapist .In Journal of association of Rational Emotive Behavior therapy vol 10 .N1.

Louis Chaloult , L., Goulet, J., Ngô, T.L., 2014, Guide de pratique pour le traitement du Trouble obsessionnel-compulsif (TOC,

- Ferry .G. (2006). **Le cannabis** . Revue bimensuelle sur toxicomanie et sida. N spécial .

- Russ Harris, (2017),Passez a l act pratique de la therapie d'acceptation et d'engagement , 2eme édition deboeck supérieur .

Twohig, M. P., Plumb Vilaradaga, J. C., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. Journal of Contextual Behavioral Science, 4, 196-202.

-https: www.unicef.org

-