

جامعة زيان عاشور بالجلفة  
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية  
قسم علم النفس والفلسفة

## العلاجات النفسية

### العلاج السلوكي المتعدد المحاور (01)

موجهة لطلبة السنة الأولى ماستر علم النفس العيادي

الدكتور زعتن نور الدين

2019

## الفهرس

- مقدمة ..... 03
- العلاج النفسي ..... 03
- العلاج السلوكي ..... 04
- العلاج السلوكي المتعدد المحاور ..... 05
- المبادئ النظرية للعلاج السلوكي المتعدد المحاور ..... 10
- خصائص العلاج السلوكي المتعدد المحاور ..... 14
- الايجابية و العلاج السلوكي المتعدد المحاور ..... 15
- أهداف العلاج السلوكي المتعدد المحاور ..... 16
- التشخيص العلاجي ..... 17
- محاور العلاج السلوكي ..... 18
- 1- المحور المعرفي (تعديل الأفكار السلبية) ..... 18
- 2- المحور الانفعالي (الاسترخاء العضلي والتخيلي  
طريقتان لمواجهة المشاعر السلبية ) ..... 40
- 3- المحور الاجتماعي ( تنمية المهارات الاجتماعية ) ..... 46
- 4- المحور السلوكي (مباهج مشروعة وأنشطة سارة) ..... 65
- 5- المحور البدني (تعزيز لياقة الصحة الجسمية العامة) ..... 73
- المراجع ..... 117

مقدمة:

إن العلاج النفسي كان ولا يزال يشمل كل الطرق التي تؤثر في سلوك الإنسان بما في ذلك التأثيرات الفسيولوجية ولقد تعددت مدارس وطرق علاج الاضطرابات النفسية تبعاً للمشارب النظرية والإيديولوجية أو زوايا النظر لبعض الأنشطة الإنسانية المتجزئة إلى أن ظهرت بعض الأصوات المنادية بالنظرة الشمولية لسلوك الإنسان بداعي أنه لا يمكن فهم وتفسير النشاط الإنساني إلا بنظرة شاملة لجوانب لحمة واحدة تتأثر وتتأثر في بعضها البعض.

## العلاج النفسي :

كلمة "علاج نفسي" في اللغة الإنجليزية مكونة من مقطعين إغريقيين psycho-therapy يعني الأول المقابل للكلمة therapy علاج, وأما psycho فهي مستمد من كلمة إغريقية تعني العقل أو العمليات، أي أن "العلاج النفسي" في أصله اللغوي اللاتيني يشير إلى عملية يقوم فيها شخص بدور المساعد لشخص آخر في مجال العمليات العقلية وفي هذا المعنى يمكن أن يشمل المصطلح كل الطرق التي تؤثر في السلوك الإنساني بما في ذلك الجراحات الطبية واستخدام العقاقير .

ولذا لقد تعددت التعريفات التي قدمت لمفهوم "العلاج النفسي" فـ"انطوان ستوارمنه" (1991) يعرفه بأنه ((فن تخفيف الهموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية المهنية)) (نقلاً عن محمد غانم حسن، 2005، ص127).

ويعرف ولبرج (Welberge) (1967) العلاج النفسي بأنه: (شكل من أشكال العلاج للمشكلات ذات الطبيعة الانفعالية يحاول خلالها الشخص المدرب أن يقيم عامدا علاقة مهنية بمريضه بهدف استبعاد أو تعديل أو تأجيل ظهور أعراض موجودة أو أنماط شاذة من السلوك ومن ثم التوصل إلى نمو إيجابي في الشخصية وفي تطورها)، أما روترد (Roterd) (1971) فإنه ينص على أن (العلاج النفسي هو النشاط المخطط الذي يقوم به السيكولوجي هادفاً منه إلى تحقيق تغييرات في الفرد تجعل حياته أسعد وأكثر بناءية أو كليهما) (عبد الستار، عسكر، 2005، ص211)، وقاموس لاروس علم النفس يعرفه بأنه: (تطبيق منهجي لتقنيات نفسية مُحددة لإعادة التوازن العاطفي) (Sillamy, Norbert, 2000, P214).

معلوم أنه لا يوجد علاج نفسي واحد بل هناك جهات نظر متعددة ومتنوعة لكل منها أساليبها ومحاكاتها في تقدير النجاح والفعالية، ومن تلك المناهج في العلاج : التحليل النفسي الفرويدي التحليل النفسي ليونغ، التحليل النفسي اللكاني والعلاج النفسي العقلاني، العلاج الجشثالتي، العلاج الوجودي، العلاج المتمركز حول العميل، العلاج بالاسترخاء، والعلاج باللعب والسيكودراما، لكن رغم تعدد مدارس علم

النفس وعيادات العلاج في أنحاء المعمورة فإن نسبة تقدم الشفاء في الأمراض النفسية المختلفة تبقى جد متواضعة وكثيراً من الحالات تأزمت وتطورت نحو الأسوأ ، ووصل الأمر بكثير من المعالجين إلى أن يطرحوا تساؤل نظري عميق هو : (هل ما نقوم به كمعالجة نفسية هي فعلاً معالجة نفسية؟)، حيث أن معدل شفاء العصائبيين ثابت فعلياً سواءً عولجوا بأساليب العلاج النفسي المعروفة أو تُركوا دون علاج ، لذا فإنه علينا أن نسعى جاهدين للبحث عن فهم رشيد للشخصية الإنسانية.

## 1-العلاج السلوكي:

العلاج السلوكي أسلوب من أساليب العلاج التي تهدف إلى تحقيق تغيرات مباشرة في السلوك محل الشكوى، وهي تستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج، وهو محاولة علاج كل المشكلات السلوكية بضبطها وتعديلها.

ظهر هذا النوع من العلاج في مطلع القرن العشرين كرد فعل للانتقادات الشديدة التي وجهت للاتجاهات النفسية القائمة على التحليل النفسي ويقوم هذا الاتجاه على مبدأ دراسة السلوك الخارجي للإنسان نظراً لقابلية هذا السلوك للملاحظة والقياس، وكانت أهم البدايات الأولى والإرهاصات العلمية هو آراء كل من جون واطسن 1958 jhain watson وفرانكس franks وكان ذلك في شكل مجموعة من التطبيقات المبكرة التي تضمنت استخدام الاشتراط المنفر في علاج الإدمان وذلك عام 1969 وكانت مبنية على إسهامات وكتابات بافلوف pavlov ومؤلفات ثورندايك Thorndike عن التعليم بالإنابة. كان ذلك عام 1913 وفي نهاية الخمسينات من القرن الماضي ظهر كتابين كان لهما الفضل في وضع أسس علمية فنية للعلاج السلوكي هما: (العلم والسلوك البشري) لـ سكينز Skener، (العلاج النفسي بالكف التبادلي) لـ ولبى welpy (رشوان، 2010، ص 02).

إن المدرسة السلوكية ترى أن علم النفس هو علم السلوك، ذلك أن شعور التجربة فردية لا يدركها إلا الفرد نفسه، أما السلوك فإن ملاحظتها ودراستها أمر يمكن إدراكه بواسطة صاحبه وغيره ، وكذلك فإن السلوك يمكن إدراكه في ضوء مثير وإستجابة. (عويضة، 1996، ص 33).

نظر السلوكيون الأوائل إلى الإنسان كأنه "صندوق أسود" black Box يمكن فهمه ببساطة عن طريق قياس المنبهات الداخلة فيه، والاستجابات الخارجة عنه، أما ما يجري داخل هذا الصندوق الأسود المغلق من العمليات وتفاعلات فهو أمر لا يهمننا معرفته، ولقد لقي هذا التصور نقداً شديداً من كثير من علماء النفس، كما عابوا عليهم إغفال قطاع عريض من السلوك غير الملاحظ ، وتجاهل الوظائف النفسية والشخصية وهي

جوانب كامنة غير قابلة للملاحظة بشكل مباشر ولكنها مع ذلك هي في غاية الأهمية.(عبد الخالق،2000،ص69).

تبعاً للانتقادات الموجهة لها والدراسات الحديثة لبعض علماء السلوك فقد حدث تطور لهذه المدرسة، وأصبحت تنحو لدراسة جوانب أخرى من سلوك الإنسان.

## 2-العلاج السلوكي المتعدد المحاور:

السلوكية في شكلها الأول التقليدي كانت ترى أنه يكفي دراسة أنواع السلوك السطحية التي تقبل الملاحظة ، وأن هذا هو أكثر ما نحتاج له لفهم الاختلالات النفسية وعلاجها، وانطلاقاً من هذا كان المعالج السلوكي بدءاً "بافلوف" وحتى "سكينر" يضع كل ما ليس بظاهر في موضع هامشي...إن السلوكية بهذا الشكل المبكر قد سلبت الإنسان كثيراً من العوامل التي كان يمكن أن تكون ذات قيمة في فهمه وعلاجه، مما جعل أحد المعالجين النفسيين يرى أنه من الصحيح أن العلاج السلوكي قد يكون هو العلاج المفضل بالنسبة إلى الاضطرابات المتعلقة بالخوف المرضية والاضطرابات التي لها مصدر خارجي يمكن ملاحظته والتحكم فيه، لكنه يعتبر طريقة غير مناسبة في العلاج لحالات الاكتئاب والقلق الوجودي والميول الانتحاري والاعتراب، وغير ذلك من اضطرابات تكون مصادرها غير ملحوظة في العالم الخارجي.(عبد الستار،2011،ص62).

(إن الإنسان وحدة كلية متكاملة فحين يشعر الفرد بالخوف أو القلق مثلاً فإن هذه الانفعالات تصاحبها تغيرات في تفكير الفرد وأنماط سلوكه، فليس هناك نشاط جسمي أو عقلي أو انفعالي خالص وقائم بمفرده وبمعزل عن بقية مكونات الشخصية...أي أن السلوك نشاط كلي، وعلى هذا يكون من الخطر الفصل بين ما هو عقلي أو جسمي أو انفعالي، فالإنسان وحدة كلية متكاملة، أي لا يمكن فهم السلوك سويًا كان أو شاذًا إلا بفهم الشخصية ككل)(طه،2008،ص38).

إن الإنسان عندما يضطرب نفسياً فاضطرابه نتاج لعناصر متعددة خارجية في البيئة وداخلية في عالم القيم والتفكير والوجدان، لذا يجب ألا يقتصر فهم وتفسير المرض ووضع الخطط العلاجية على جانب واحد من السلوك الإنساني بحيث يجردنا من طبيعتها المعقدة والمركبة، لذا ظهر تيار السلوكية الحديثة الذي هو بمثابة ثورة علاجية معاصرة في علم النفس نحت فيه نحو العلاج المتعدد للمرض لنفسية.

العلاج السلوكي المتعدد المحاور يتجه نحو التعامل مع السلوك بصفته ذي أبعاد متعددة، وانه توجد إمكانيات ومداخل متعددة لتغيير السلوك..،ولب هذا التصور أن الاضطراب عندما يحدث لا يشمل جانباً واحداً من الشخصية بل يشمل جوانب متعدد (عبد الستار،2013،ص03)، إن الاضطراب النفسي عندما يحدث فانه يؤثر في مختلف جوانب الشخصية، فالتفكير والانفعال والسلوك اشكال متلاحمة. ومن الخطأ القول بان تغيير الانفعال وحده يؤدي إلى تغيير التفكير أو أن تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعال، لأن تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعالات والعكس أيضاً صحيح. إن جانباً كبيراً من الانفعالات فيما يرى واحد من المعالجين المعاصرين:(...لا تزيد عن كونها أنماطاً فكرية متحيزة أو متعصبة، أو تقوم على التعميم الشديد...إن التفكير والانفعال متلاحمان ويتبادلان التأثير والتأثر في علاقة دائرية، بل إنهما في كثير من الأحيان يصبحان شيئاً واحداً (Michelle J.N.2006)

ينبغي في العلاج النفسي عدم الاكتفاء بعلاج واستهداف جانب واحد من السلوك فقط وإغفال باقي الجوانب، لأنه قد يكون الضعف والعجز في جانب من السلوكات الأخرى وهو ما قد يززع باقي الجوانب ويجعلها غير ثابتة بل ومعيقة لغيرها، فجوانب السلوك كلها بمثابة ركائز للصحة النفسية إذا أختل واحدٌ منها تداعى له باقي الجوانب واضطربت الصحة. وان مراعاة هذا الطرح تجعل منه علاجاً جذرياً يُنبأُ بشفاء ثابت طويل الأمد، بل ويجعله أكثر تحصيناً ضد الوقوع في أزماتٍ نفسية مستقبلاً.

إن العلاج القاصر على جانب واحد من السلوك الإنساني هو علاج جزئي غير تام لا يُتوقع استمراره ولا يكون علاجاً كاملاً بمعنى ما نطلق عليه علاجاً.

الممارسة العلاجية الحديثة تتطلب إذن من المعالج النفسي أن يعرض نفسه لخبرات متنوعة ونماذج متعددة من الأساليب التي تمكنه من تعديل السلوك والانفعال وطرق التفكير على السواء. فالممارس السلوكي المُعاصر يجب ألا يغفل عن تلك الطبيعة المُركبة للاضطراب النفسي، وتكون محاولاته متجهة إلى إحداث التغيير في الشخصية بأي طريقة ملائمة وبأي مدخل مناسب، وقد يستخدم في ذلك بعض الأساليب التي تمده بها نظريات علاجية لا تتفق ظاهرياً مع نظريته، لذا يرى إبراهيم عبد الستار 2011 أن تصنيف مدارس العلاج النفسي إلى مدرسة سلوكية أو فرويدية قد لا يكون ملائماً ويكون الملائم هو تصنيف الأساليب العلاجية بحسب فاعليتها في إحداث آثار علاجية في هذا الجانب أو ذاك من الشخصية المضطربة. ويمكن بسط محاور السلوك الإنساني وبعض الأساليب الأساسية التي يعول عليها في كل محور كالتالي:

**1- المحور الانفعالي:** في الاضطراب النفسي يتأثر الوجدان بحيث يصبح الفرد عُرضةً لانفعالات سلبية متعددة كالخوف والقلق والاكتئاب، وفي نفس الوقت أسيراً يبرز تحت أثارها الفسيولوجية السلبية التي تصاحبها من مثل: تسارع دقات القلب، الغثيان، انقباض المعدة، صعوبات في التنفس توتر العضلات، اللزيمات الحركية... وغيرها. وبالتالي تكون تقنيات الاسترخاء العلاجية بأنواعها التصاعديّة والتخيلية أسلوب علاجي أساسي في هذا المحور.

**2- المحور المعرفي:** حيث نجد في الاضطراب النفسي ترسخاً لأساليب التفكير غير العقلانية وتسلا للأفكار السلبية الخاطئة سواء حول نفسه أو عن المجتمع أو عن المستقبل، وما تنطوي عليه تلك الأفكار من سلبيات ومبالغات وحتى تطرف. عندها يكون أسلوب العلاج المعرفي وتصحيح المعتقدات وتحويل الأفكار السلبية إلى الايجابية هي مدار الرحي في علاج هذا المحور.

**3- المحور الاجتماعي:** حيث الخجل والانطواء وعدم التفاعل الاجتماعي وضعف التواصل البصري و فقر المهارات الاجتماعية كلها وغيرها هي أشكال من اضطراب السلوك الاجتماعي تتفاعل مع الاضطراب النفسي في شكل سببٍ أو نتيجة أو كعامل مساعد لظهوره. عندها تكون تقنيات تنمية المهارات الاجتماعية و التوكيدية سبيل علاجي منطقي في هذا المحور.

**4- محور السلوك الظاهر:** حيث يكتسب الفرد عادات سلوكية سلبية في التعامل مع المواقف ومجابتها، أو فقدان مهارات سلوكية تكيفية إيجابية لمواجهة الضغوط اليومية المختلفة. وحيث إن سلوك المكتئب يتسم بالرتابة والملل وفقدان سلوكيات المرح والدعابة وبالتالي تكون خطة إدخال أنشطة سارة ومبهجة هي الخطة العلاجية الناجحة مع هذا المحور .

**5- المحور الجسماني:** إن الجسم والنفس وجهان لحياة الإنسان وسلوكه وهما في تفاعل وتبادل تأثير، حيث انه إذا اختل احدهما ظهر التحول والتداعي في الآخر. لذا من اجل صحة نفسية إيجابية ومستقرة يجب الاهتمام بالجانب الجسمي العضوي ووقايته من أي اعتلالات وتدعيم السلوك الصحي، وبالتالي تكون أساليب "تعزيز سلوكيات الصحة الجسمية" خطة علاجية معتمدة في هذا المحور.

**6- المحور الروحي:** إن فطرة الإنسان هي تعلقه بالله المعبود، وهو في حاجة إليه أبدية في دينه ودنياه لا يستغني عنه، مجبولاً على عبادته والتطلع إليه، وأي اختلال في هذه العلاقة يؤثر سلباً في حياته الروحية والسلوكية المختلفة، لذا فإن الاهتمام بالجانب الروحي في الإنسان يجب أن يأخذ نصيبه من الخطط العلاجية، ليكون بذلك تعزيز ممارسة الشعائر الدينية ومعتقداتها محتويات ضمن الخطط العلاجية لمحاور السلوك

الإنساني السابقة، وذلك تبعاً لشكل كل شعيرة وتصنيفها في كل محور ،حيث أن تعاليم الدين الإسلامي شاملة لكل جوانب السلوك الإنساني.

إذن فأساس العلاج السلوكي المتعدد المحاور هو استهداف كل جوانب السلوك الإنساني بما يتلاءم معها ومع المفحوص من تقنيات وأساليب علاجية. فالمعالج السلوكي المعاصر لا ينظر فيما يخص التقنيات والأساليب العلاجية إلى أي نظرية تنتمي بل هو ينظر إلى( تصنيف الأساليب العلاجية حسب فعاليتها في إحداث آثار علاجية في هذا الجانب أو ذاك من الشخصية المضطربة، ولما كنا نعتقد بان الاضطراب النفسي عندما يثور يكن متعدد الجوانب من حيث آثاره على الشخصية فيصيب بالاختلال: الوظائف الوجدانية والسلوكية الظاهرة، و أساليب التفكير ،وأساليب التفاعل الاجتماعي.. ،لذا فإن تصنيف المناهج العلاجية بحسب فاعليتها وتركيزها على تعديل كل جانب من هذه الجوانب قد يكون أفضل. وعلى هذا فمن الممكن تصنيف الأساليب العلاجية إلى أساليب لتعديل الوجدان، وأساليب لتعديل السلوك، وأساليب لتعديل التفاعل الاجتماعي..)(عبد الستار، 2011ص53).

يحرص المعالج على تضمين كل جوانب السلوك في الخطة العلاجية بمرونة تأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية وثقل جانب معين من الاضطراب كما هو في الواقع، ولا يكون البدء بكل المحاور جملةً واحدة، بل يأخذ ويبدأ المعالج بأكثرها تدهوراً ووجوداً أو قوةً لدى العينة من مثل أن يجد في محور الاضطرابات الوجدانية أن لدى العينة الشعور بالذنب قوي وبالتالي يعمل عليه، ويعتبر التخفيض في درجته مؤشر على التقدم في المحور الوجداني، ويرى الباحث أنه يُمكن الابتداء بمحور أو اثنين وفق المعايير التالية:

- ملمح الشخصية الناتجة عن سير الفاحص لشخصية المفحوص من خلال الاختبارات النفسية العامة والجزئية والمقابلة العيادية ومخرجات دراسة الحالة.
- المحور الأكثر إشكالاً وتعقيداً وتأثيراً في حياة المفحوص وفي توليد الاضطراب، بحيث أن القضاء عليه أو التخفيف منه يُخفف تلقائياً من ثقل المحاور الأخرى، وبالتالي يحفز المفحوص للتقدم أكثر في باقي مراحل العلاج.
- الحاجة العلاجية المستعجلة التي يراها المعالج، من مثل حاجة المفحوص إلى حصص استرخاء، بعض ملاحظة التغيرات الفسيولوجية السلبية القوية التي يزرح تحتها المفحوص وتُعوق بشدة حياته اليومية بمختلف أشكالها.

- اختيار المفحوص للبدء ببعض التقنيات العلاجية وفق عقد علاجي سلوكي، الأمر الذي يفتح الباب لتجاوبٍ وتقدم سريع نحو تطبيق الخطط العلاجية.

في حالة عدم فرض أي معيار من المعايير السابقة نفسها في البدء بمحور علاجي معين فإننا ننصح المعالج بان يركز ويهتم بـ(المشكلات المتعلقة بالجوانب الوجدانية أو الانفعالية من قلق أو مخاوف أو اكتئاب حتى وإن كانت شكوى الشخص من عادات سلوكية وتفاعلات سلبية بالعالم الخارجي، فللمشاعر أهمية أساسية للممارس النفسي، ففوق كل الاعتبارات الأخرى يُقَيَّمُ المريضُ مُعالجه النفسي بمقدار ما يشعر به من تغيير في حالاته الانفعالية، بما في ذلك انتقاله من حالات القلق إلى الاسترخاء، ومن الاكتئاب إلى التخفيف منه والشعور بالطمأنينة والانتقال من المشاعر السلبية من غضب أو حزن إلى تنمية مشاعر وأحاسيس إيجابية من الطمأنينة والاسترخاء، بعبارة أخرى لا يأتي الناس لطلب العلاج لأنهم لا يفكرون منطقياً أو لأنهم يعانون أخطاء في التفكير، بل يأتون في الأساس طلباً للتخلص من آلام المرض النفسي)(عبد الستار 2011ص 117)

### 3- المبادئ النظرية للعلاج السلوكي المتعدد المحاور

زاد الانتباه مؤخراً بين جموع المعالجين السلوكيين إلى كلية السلوك الإنساني، وبدأت زاوية النظر تتسع في التعامل مع مشكلات الصحة النفسية، حيث أن الإنسان له جوانب سلوك مختلفة تتفاعل فيما بينها تأثراً وتأثيراً، لذا كان الطرح العلاجي الذي ينادي بالجمع بين الطرق العلاجية المختلفة حسب نوع المشكلات وطبيعتها يلقي قبولاً ومتابعة ، حيث ظهرت (الطرق التوفيقية ) التخبيرية أو الانتقائية ECLITIC ( APPROACH ) والتي تقوم على أساس التمييز والانتقاء، والتوفيق بين نظريات وطرق وأساليب وإجراءات العلاج النفسي المختلفة بما يناسب ظروف المعالج والمريض والمشكلة والعملية العلاجية بصفة عامة، ومن الطرق التوفيقية طريقة العلاج الجشتالتي التي بلورها "فيتيز بريليز" أما الطرق التركيبية والتي يركب فيها المعالج طريقة مبتكرة مستخدماً ما تيسر من تراث وحكمة الماضي وخير مثال هنا طريقة العلاج النفسي بتحقيق الذات التي ركبها وابتكرها "إيفريت شوستروم" وآخرون، والتركيبية تستفيد من الجهود العملية المتراكمة (شادلي، 2011 ص 60)

في عام 1960 وجد كللي kelly استجابة لمسح قام به بين أعضاء قسم علم النفس الإكلينيكي بالجمعية النفسية الأمريكية أن حوالي 40 % من 1024 معالجا نفسياً استجابوا لاستبيان المسح، قرروا أنهم يعتبرون أنفسهم من أنصار المذهب التوفيقى وبعد سنة 1986 تراوحت النسبة بين 29% إلى 68% في مسوح مختلفة ، كما

ظهرت حركة إلى محاولة التكامل بين مدرستين أو أكثر من مدارس العلاج النفسي من ناحية أخرى ويعني تقرير المعالج أنه "توفيقي" أنه لا يتقيد بمدرسة علاجية بذاتها، ولكنه ينتقي من المدارس المختلفة الأساليب التي يراها أكثر ملائمة مع العميل دون الحاجة إلى التفكير في ضرورة توفر أساس نظري أو فهم أو اهتمام بسبب استخدام الأسلوب المعني أكثر من كفاءته (مليكة ، 2010 ص 133).

ظهرت الكثير من الكتابات العلمية في المجالات النفسية بمقالات معنونة "المنهج التوفيقي في العلاج النفسي" وكتب بعنوان "المنهج التكاملي في العلاج النفسي" وفي عام 1987 ظهرت "الأكاديمية الدولية لعلاج النفسي التوفيقي" وقد سبق ذلك تأسيس جمعية باسم "استكشاف التكامل في العلاج النفسي التوفيقي اسم مجلتها إلى "مجلة العلاج النفسي التكاملي والتوفيقي" وقد سبق ذلك تأسيس جمعية باسم "استكشاف التكامل في العلاج النفسي" society for exploration of psycitohérapy intégration عام 1985. ومع الوقت أصبح هناك تزايد في استخدام مصطلح "التكامل" بوصفه أفضل من "التوفيقي"، ويظهر ذلك جلياً في بزوغ مجلة "تكامل العلاج النفسي" عام 1991، وحسب (لويس مليكة 2010) فإن الجاذبية المتزايدة للتكامل في العلاج النفسي قد تراجع إلى عدم الرضا عن المناهج المعاصرة، والتي رغم أن فعاليتها قد تثبتت، إلا أن هذه الفعالية لا يبدو أنها خارقته من منهج آخر، فضلاً عن شعبية المنهج التوفيقي اللانظري.

يعد العلاج التكاملي أو الانتقائي نوعاً من العلاج القائم على الانتقاء من مختلف النظريات بحيث يتضمن التعامل مع الشخص كل جسمه وعقله وانفعالاته، وقد بدء هذا الاتجاه في عام 1950 على يد فريديك ثورن ثم محاولات دولارد وميلر dollerd et miller ، وفي عام 1965 قدم لازاروس Lazarous محاولة انتقائية لعلاج الإدمان، ويؤكد هذا الاتجاه على عدم الاهتمام بنظرية واحدة وعلى مرونة العلاج النفسي ومرونة المعالج الفعال، والعلاج النفسي التكاملي اتجاه يسعى إلى التكامل بين النظريات العلاجية المختلفة سواء على مستوى التنظير أو مستوى انتقاء الفنيات العلاجية أو مستوى العوامل المشتركة بين النظريات المختلفة، وهو بصورة عامة يعتبر محن علاجي لا يتقيد بنظرية علاجية محددة أثناء العملية العلاجية، بل يتجاوز حدود النظرية الواحدة، مستفيداً من إسهامات النظرية العلاجية المختلفة من خلال دمجها في نموذج علاجي تكاملي، شرط أن يكون هناك انسجام وتناسق، وعدم تناقض بين ما يختاره هذا النموذج التكاملي من نظريات أو فنيات مختلفة (أيمن، 2009 ص 02).

وإهتم كثير من العلماء والباحثين بهذا الأنموذج العلاجي منهم بيير 1966 beier ، ماركس وجيلدر markes 1966 et gelder، واتزمان 1967 weitzman، مارمور 1971 marmor، فيروز وروادس featherz et

gold 1972، بيرك وبيرنكلي بيرك 1974 birk et birnkley brik، وجولد فريد وديفسون gold  
(stricker et gold. 1996 : 2).fried et darvson 1976

يلخص عقل (2000 ص 143)المبادئ الرئيسية التي تنطق منها الانتقائية متعددة الوسائل فيما يلي:

- 1- أن السلوك الإنساني يتأثر بعوامل وراثية وبيولوجية وجينية تتمثل في العلاقات الشخصية مع الآخرين وفي ظروف البيئية والاجتماعية المحيطة به، وفي عملية التعلم من خلال الآخرين.
- 2- أن الاضطراب النفسي أو الشخصية غير المتكيفة ترجع إلى تعلم غير مناسب وإدراك لنماذج سلوكية غير سوية، وإلى نقص في المعلومات أو الخبرات أو خطأ فيها، أو تصارع بينها تجعل ذاكرة الفرد عاجزة عن إمداده بطرق التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة ويظهر الاضطراب في استجابات انهازامية غير توافقية.
- 3- يفترض أنصار هذه النظرية أن المضطربين نفسيا يعانون من مشكلات متعددة ومحددة، وأنه يتطلب التعامل مع كل مشكلة أو عرض بأساليب علاجية تثبتت فاعليتها بغض النظر عن انتماءات هذه الأساليب إلى النظريات المختلفة .
- 4- كل مريض هو فريد من نوعه، فقد تصلح طريقة علاجية لشخص ما ولا تصلح لشخص آخر يعاني من نفس المشكلة ، وذلك لتفرده وتميزه في خصائصه وأسباب اضطرابه، لذلك يتبع هذا الأسلوب العلاجي عند التشخيص والعلاج أسلوب تقييم الشخصية باستخدام المقابلة ووسائل القياس الأخرى تبعا لجوانب السلوك .

إن المدرسة الانتقائية في العلاج تفرعت عنها عدة أساليب علاجية محددة تنادي على المستوى التطبيقي إلى ضرورة انتقاء التقنيات العلاجية من مختلف هذه المدارس من أجل تقديم علاجات شاملة للمرض وبالتالي علاج جميع أبعاد شخصية المريض (نفسية، اجتماعية، بيولوجية... الخ) ، ولهذا سميت بالأساليب الإنتقالية متعددة الأبعاد في العلاج النفسي، من مثل الأسلوب الذي أسسه "أرنولد لازاروس " المعروف بـ " BASIC ID -، حيث أنه في عام 1997 نشر لازاروس كتابا" عن علاج النفسي المتعددة الأساليب بعنوان "العلاج النفسي الشامل لحديث: الأسلوب المتعدد الأشكال والمختصر " والعنوان الأصلي : The practice of multimodal therapy

في أواخر الخمسينيات اشتهر لازاروس بنشأة العلاج السلوكي في مدرسة "ولي" بجنوب إفريقيا، وقد رأى أن هذه المقاربة لا تركز إلا على السلوك الأحادي الأنموذج من دون النظر إلى الجوانب الإنسان الأخرى،

وخلال الستينيات حاول التوسيع في هذا النوع من العلاج والدمج في تطبيقاته العيادية بعلاج مدمن على الكحول من منظور سماه "متعدد الأبعاد 1965 ومع مصاب برهان الساح بالعلاج "السلوكي وما بعده" والتي تتجاوز الإطار الكلاسيكي للعلاج السلوكي ، وبعد خمس سنوات طور علاجه ودونه بالمشاركة مع متعاونين في كتاب معنون بـ "العلاج السلوكي متعدد الوسائط " وهذه الوسائل أو الأبعاد تتخلص في الصيغة BASIC ID – والتي تعني (B): السلوك /Behavior /Affect :A :العاطفة /Sensation / I : الإحساس / I : الصور والتخييلات /Image / البنية المعرفية /I :cognition :العلاقات البنيوية /D :Interpersonnel :الأدوية والجانب البيولوجي (Drugs). (شادلي، 2011 ص 65 بتصرف).

طور عبد الستار إبراهيم 2008 استشاري الصحة النفسية والأسناد بالجامعة الأمريكية وعضو جمعية علم النفس الأمريكية هذا النموذج الحديث من العلاج السلوكي وبرز ذلك جليا من خلال ممارساته وكتبه خاصة كتاب "الاكتئاب" وكتاب "العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث" ودعا في ضوء العلاج السلوكي المتعدد المحاور إلى مزيد من الاحترافية والفعالية لهذا العلاج على أن يتولاه فريق من المعالجين حيث يقول: (ولما كان من الصعب أن يتقن المعالج مهارات تعديل السلوك البشري في جوانبه فقد تنبأنا سنة 1980 بأن المستقبل قد يشهد تخصصات أدق بين المعالجين السلوكيين، فوجد فريقا يولي اهتمامه ونشاطه لتعديل السلوك، وفريق آخر لتعديل التفكير وطائفة ثالثة لتعديل المهارات الاجتماعية ، وطائفة رابعة لتعديل الاضطرابات الانفعالية، وقد حدث هذا التطور بالفعل في الولايات المتحدة خاصة وبريطانيا، فتجد تحت عباءة العلاج السلوكي تخصصات في مختلف هذه المحاور). (عبد الستار ، 2008 ص181).

كذلك أولى الاهتمام بالعوامل الاجتماعية والخصوصيات الثقافية وواكب به حركية علم النفس الإيجابي، وهو ما بدا جليا في كتابيه "إنه من حقك يا أخي: دليل في العلاج السلوكي المعرفي لتنمية التوكيد ومهارات الحياة الاجتماعية" (2011). وما وقف عليه الباحث من خلال دورة تدريبية خاصة به في مارس 2013 من تنظيم مركز إيجاب الدولية للاستشارات النفسية ونقابة المهن النفسية التخصصية بمصر تحت إشراف عبد الستار إبراهيم بعنوان: (العلاج السلوكي المعرفي منظور إيجابي متعدد المحاور في إطار عربي).

لقد دعم الباحث أنموذج عبد الستار إبراهيم العلاجي مع الاهتمام بالجانب الذي كان غائب في الخطط العلاجية السابقة ، ولم يأخذ حقه من العناية وهو الجانب الروحي.

#### 4- خصائص العلاج السلوكي المتعدد المحاور:

إن أسلوب العلاج السلوكي المتعدد أثبت فعاليته في علاج الاضطرابات النفسية حيث أن الإحصائيات الخاصة بالعلاج المتعدد الأوجه والتي شملت المؤسسات العلاجية في مدينتي كينغستون ونيوجرسي حيث أن المدربون المقتدرون على هذا النوع من العلاج عالجوا أكثر من 700 حالة خلال خمس سنوات، اتضح من هذه الإحصائيات أن نسبة النجاح بحدود 70-80 % للحالات التي لم تنفع فيها المعالجات النفسية الكلاسيكية السابقة، إن هذه الإحصائيات هي التي تبرز نجاعة هذا النوع من العلاج وتفوقه على سائر المعالجات أو طرق العلاج الأخرى (لازاروس، 2002، ص44).

كذلك (مراعاته لخصائص الإطار الاجتماعي – النفسي الذي ينشأ فيه السلوك المرضي و يتدعم، بما في ذلك القيم والاتجاهات الاجتماعية السائدة في حياة الشخص والتي تمارس تأثيراتها على سلوكه وتدعم اتجاهاته المرضية على نحو مباشر أو غير مباشر، إن الانتباه لدور العوامل الاجتماعية والقيم الحضارية الشائعة في عملية العلاج المتعدد المحاور يؤدي إلى فوائد متعددة في مختلف جوانب وعمليات العلاج بما في ذلك تحديد المشكلة المحورية موضوع العلاج واختيار الفنيات العلاجية الملائمة وأهداف العلاج ومساره) (عبد الستار، 2011، ص151).

يتميز العلاج المتعدد المحاور في تناوله للسلوك المضطرب على عدد من المسلمات والاستراتيجيات العلاجية التي يمكن حصرها في أربع مسلمات هي:

- التكامل بين التعلم والتطور في السلوك والاستناد على التعلم كمدخل لفهم اضطرابات السلوك والمزاج

- استخدام أساليب علاجية متنوعة بحسب تنوع محاور الاضطراب

- التحالف بين العقلانية والايجابية في التوجهات العلاجية

- التكامل بين أساليب التشخيص وأساليب العلاج

#### 5-الايجابية والعلاج السلوكي المتعدد المحاور:

لقد سابر وضمن الباحث برنامجه للعلاج السلوكي المتعدد المحاور لفلسفة حديثة في علم النفس وهي فلسفة علم النفس الايجابي التي كانت بدايتها على يد مارتن سيلجمان M.Selgman عام 1998 التي ترى ( أن علم النفس ليس علماً لدراسة المرض والاستسلام والانهييار والانهازم النفسي فقط، لكنه علم لدراسة قوى وفضائل النفس الإنسانية وقيمها، وأنه طريق ينبغي ألا ينحصر في إصلاح ما تم إفساده في هذه النفس، بل

يجب أن يسبق الإصلاح والعلاج النفسي، الوقاية والتنمية والتطوير. كما يجب أن نتذكر دائماً أن علم النفس ليس علماً طبياً ينصب اهتمامه على الصحة والمرض فقط، لكنه علم يجب أن يهتم بتطوير قوى الإنسان وفضائله، ليصير متفوقاً وكفاً في معظم سياقات الحياة، كالعمل والتربية، ومراحل النمو والارتقاء، والإبداع، والاكتشاف(الصبوة،2008ص 19).

إن الاهتمام والبحث في مفاهيم علم النفس الايجابي بات مطلباً إنسانياً ملحاً ، بحيث يبحث بين جنبات النفس وخبايها عن تلك الصفات الفاعلة والإيجابية التي تعضد من قيمة الإنسان، وتؤكد على إنسانيته وتضفي عليها عمق التسامي والتباهي بتلك المشاعر الإنسانية الإيجابية، التي ظلت مستبعدة على البحث أو الكشف. إنها تلك الخصائص الإيجابية التي تنفرد بها الشخصية الإنسانية التي بدأت تشخصها عيون هؤلاء العلماء الذين تخصصوا في مجال علم النفس الإيجابي، ذلك العلم الذي راح يفتش في الإنسان عن أجمل ما فيه وأنبل ما فيه من مشاعر وأحاسيس.

(يرى علماء النفس اليوم، أن الوقت قد حان لعلم يسعى إلى فهم المشاعر الإيجابية، وبناء القوة والفضيلة، للوصول إلى ما أسماه أرسطو "الحياة الطيبة Good life" فقررنا أن يولوا اهتمامهم نحو الجوانب الإيجابية من السلوك، مثل السعادة والحب والتفاؤل والرضا والأمل والإيمان والابتهاج والثقة وتقدير الذات والموهبة والكفاءة والتوكيدية والمهارات الاجتماعية، والصلابة والشجاعة والتوافق والتسامح والحلول التفاوضية للصراعات، والمساندة الاجتماعية، وجوانب السلوك الصحي وغيرها من جوانب السلوك السوي)(معمرية 2011ص04).

إن البرنامج العلاجي المتعدد المحاور المقترح في هذه الدراسة سعى لاستغلال بعض مبادئ ومواضيع هذا العلم الحديث، ضف إلى ذلك احتوائه لمصدر الإيجابية الشاملة ألا وهو المحتوى الديني ليدعم ويعضد تبني واستغلال هذا التيار العلاجي الحديث .

## 6- أهداف العلاج السلوكي المعدد المحاور:

(إن هدف العلاج المتعدد الأوجه هو إنقاص المعاناة النفسية وتحسين النمو الشخصي بالسرعة الممكنة والمتانة المطلوبة عن طريق التعددية العلاجية)(لازاروس ، 2002، ص19 بتصرف).

يحدد الشناوي (1994) الأهداف فيما يلي:

1- تغيير السلوك إلى سلوك إيجابي فعال.

- 2- تغيير المشاعر إلى مشاعر إيجابية .
- 3- تغيير الأحاسيس السلبية إلى إيجابية.
- 4- تغيير الصور العقلية السلبية للذات إلى صور إيجابية.
- 5- تغيير الجوانب المعرفية غير المنطقية إلى جوانب منطقية .
- 6- تصحيح الأفكار الخاطئة .
- 7- إكساب المسترشد المهارة في تكوين علاقات اجتماعية طيبة .
- 8- المساعدة على تحسين الجوانب البيولوجية.

يورد العزة عبد الهادي 1999 الأهداف: في البحث عن النمو ،كما يجب إعطاء أهمية للعناصر الإيجابية في الشخصية وأن نكافح من أجل تفوقها على السلبية في الإرشاد والعلاج والتركيز على تنمية اللياقة النفسية لدى الأشخاص .

إن هذه التنمية تركز على خمس فرضيات هي:

- 1- إن تدريب النفسي للذات (الشخصية) ضروري للوصول إلى اللياقة النفسية كضرورة التدريب الجسماني للوصول إلى اللياقة الجسمية.
- 2- يجب أن تتغير الشخصية وتنمو مع حياة الفرد.
- 3- إن تغير الإيجابي في الشخصية يظهر مع التركيز على مواطن القوة في النفس بالإضافة إلى تحسين وتطوير مواطن الضعف فيها.
- 4- إن اللياقة النفسية تتطلب اتصالات واحتكاكات مع الناس الآخرين بمعنى آخر التكيف في الحياة الاجتماعية .
- 5- إن الفترات التدريبية النفسي المخططة تعمل على تعزيز الأحاسيس الإيجابية والتقليل من العواطف والأحاسيس السلبية عند الشخص.

#### 7- التشخيص العلاجي:

يعتقد عبد الستار إبراهيم 2011 أنه عندما يتقدم أي شخص لطلب العلاج النفسي عادة ما يأتي بعدد من الشكاوى تتضمن:

1- إما مشكلات انفعالية أو وجدانية كأن يقدّم شاكياً من القلق أو الاكتئاب، أو الاندفاع، أو أي مخاوف أخرى، أو ربما وساوس، وتأنيب نفس..

2- وقد يأتي أو تأتي شاكية من صعوبة الفكك من بعض مشكلات السلوك الاجتماعي أو الشخصي، مثل زيادة الوزن، الإفراط في التدخين، الكسل، صعوبة تنظيم الوقت، الميل للتسويف وتأجيل البت في الأمور المهمة من الحياة، أو فقدان الطاقة على العمل والتفاعل بالعالم الاجتماعي والأصدقاء.

كلا النوعين من الشكاوى له ما يبرره، ويحتاج بالفعل لخبير أو معالج نفسي من أجل إعانة الفرد على تحقيق الصحة النفسية. على أننا ننصح بان يُركز المُعالج دائماً على المشكلات المتعلقة بالجوانب الوجدانية أو الانفعالية من قلق أو اكتئاب حي وإن كانت شكوى الشخص من عادات سلوكية وتفاعلات سلبية بالعالم الخارجي.

فللمشاعر أهمية أساسية للممارس النفسي، ففوق كل الاعتبارات الأخرى يُقيّم المريض مُعالجهُ النفسي بمقدار ما يشعر به من تغير في حالته الانفعالية، ومن هنا تتحدد مهارة المعالج أن يصوغ مشاعر المريض وشكاواه معرفياً. ومن المهم أن نعرف طبيعة المعاناة الشخصية والاضطراب، هل هو قلق؟ أم إحساس بالاكتئاب؟ أم انه شعور بالغضب والغضب؟ أم حزن ورتاء ذاتي؟. إذا تعذر عليك أن تحدد هذا الشعور بالضبط أو صعب عليك أن تضعه في خانة تشخيصية اكتف بتحديد الأعراض المرتبطة بالشكوى، مثلاً صعوبة في النوم، ملل شديد، آلام عضوية، شعور بالذنب، انفجارات انفعالية لا تستطيع التحكم فيها، خمول شديد، شعور بالاكتئاب والتقليل من قيمة الذات وال فشل، الغضب الشديد..

نحدد كذلك جوانب السلوك والنشاط (أو عدم النشاط) التي تملك المفحوص، هل يُعاني مثلاً مشكلات النوم، أو زادت أحلامه المزعجة، هل يجد نفسه عاجزاً عن التركيز... باختصار تحري بدقة كل الشكاوى بما فيها:

- المشاعر التي تسيطر عليه، والحالة المزاجية (اكتئاب، ملل، تقلب انفعالي..)
- أنواع التدهور في العلاقات الاجتماعية (صراعات، مجادلات، شكاوى..)
- والنواحي السلوكية غير المرغوب فيها التي تسيطر عليه (العدوان أو مخاوف، أو أرق بالليل وتوتر شديد وتفكير في الاستقالة، أو التوقف عن إكمال العمل الإبداعي الذي بدأت..)(2011 ص 89)

## 8-محاور العلاج السلوكي المتعدد:

## أولاً: المحور المعرفي (تعديل الأفكار السلبية):

التفكير عبارة عن سلسلة من النشاطات العقلية التي يقوم بها الدماغ وهو بمعناه الواسع عملية بحث عن معنى في الموقف أو الخبرة ، وهو يؤثر بشكل مباشر في طريقة وكيفية تجهيز ومعالجة المعلومات والتمثيلات المعرفية داخل العقل البشري.

تنبه الفلاسفة اليونانيون منذ القدم إلى أن إدراك الإنسان للأشياء –وليس الأشياء نفسها- تلعب دورا هاما في تحديد نوع استجابته وهي التي تسم سلوكه وتصفه بالاضطراب أو السواء.

أشار العلماء المسلمون للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الإنسان وفي سعادته وفي شقائه، وقد سبقوا بذلك العلماء المحدثين في إبراز أهمية العوامل الذهنية المعرفية في توجيه استجابات الفرد للظروف المحيطة به، فقد أوضح ابن القيم ي مؤلفاته قدرة الأفكار إذ لم يتم تغييرها على التحول إلى دوافع ثم سلوك حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلى جهد كبير.

إن تعديل الأفكار هو جهد وأساس العلاج المعرفي الذي يقوم على دعائم ليست جديدة بل مغللة في القدم، تعود بالتحديد إلى زمن الرواقيين stoics، حيث اعتبر الفلاسفة الرواقيين أن فكرة الإنسان عن الأحداث وليست الأحداث ذاتها هي المسؤولة عن اعتلال مزاجه .

فالمشكلات النفسية ترجع بالدرجة الأساس إلى أن الفرد يقوم بتصريف الواقع وليّ الحقائق بناءً على مقدمات مغلوطة وافتراضات خاطئة، وتنشأ هذه الأوهام عن تعلم خاطئ في إحدى مراحل نموه المعرفي (بيك ، 2000،ص06).

### 1-علاقة التفكير بالاضطراب النفسي:

في السلوك الإنساني لا يمكن الفصل بين جوانب التفكير والحالات الانفعالية والسلوكيات، فهي تتفاعل مع بعضها البعض ويكمل بعضها بعضاً، إن الإنسان عندما يقوم بسلوك معين نتيجة لمنبه خارجي، فإن التفكير يتوسط بين ظهور هذا المنبه والاستجابة له، فالتفكير يكون بمثابة حلقة الوصل بين الاستجابة سواء أكانت انفعالية أو حركية والموقف الذي يسببه، لذا فإن الإنسان عندما ينفعل فإنه حتما يفكر بطريقة معينة، كما أنه يترجم انفعالاته إلى نشاطات خارجية.

إذا افترضنا فيما يرى ألبرت أليس Eliis (1962) أن حادثة معينة ونرمز لها بـ (أ) (مثل : وفاة قريب، طلاق، فشل في امتحان، إهانة من شخص غريب، الفصل من العمل) قد أثارت استجابة انفعالية نرسم لها بالحرف (ت) (حزن، قلق، أو سرور...الخ) فإن حدوث الحادثة (أ) ولو أنه يعتبر مثيرا للحالة الانفعالية الناتجة (ت) ، لا يعتبر في الحقيقة هو السبب الرئيسي لهذه الاستجابة ذلك لأن الاستجابة الانفعالية قد تختلف نتيجة لطريقة إدراكي وتفكيري في هذه الحادثة، وأساليب اعتقاداتي عنها، أي من الممكن أن نرسم له بالحرف (ب)، إنها إذاً ليست (أ) (الحادثة) هي التي أدت إلى (ت) (الاستجابة الانفعالية)، بل هي (ب) (طريقة إدراكي وتفكيري في الحادثة) هي التي تعتبر مسئولة عن إبراز هذه الاستجابة.

لهذا فإن شعورنا بالاكتئاب أو الحزن المرضي إثر الفشل الشديد في تحقيق هدف معين أو خسارة شخص عزيز (أ) لم ينشأ إلا كنتيجة لما أنسجه من تصورات سوداء وقائمة عن هذه الخسارة (ب) (تصوري مثلاً بأن الفشل شيء فضيع وغير محتمل ويثبت بأنني إنسان ضئيل الأهمية أو غبي أو وحيد...الخ)، لذا فإن وراء كل انفعال (إيجابي أو سلبي) بناء معرفي ومعتقدات سابقة لظهوره ، وإذا كانت طريقة التفكير معقولة ومنطقية فإن السلوك سيكون جيداً والانفعال أيضاً سيكون إيجابياً ودافعاً لمزيد من النشاط والبناء والعكس صحيح إذا كانت طريقة التفكير لا مقبولة ولا منطقية فإن السلوك والانفعال كليهما سيكونان على درجة مرتفعة من الاضطراب.

تكون اعتقاداتنا وأساليب تفكيرنا منطقية ومتعلقة عندما تكون منسجمة مع الأهداف العامة وقيمنا الأساسية في الحياة، وتحقيق السعادة والفاعلية الاجتماعية، الإبداع، الإيجابية، وتعتبر المعتقدات وأساليب التفكير لا منطقية عندما لا تخدم توافقنا مع الواقع، وتحكم علينا بالسلبية والهزيمة والانسحاب وبالتالي الشعور بالضالة وعدم الفاعلية (إبراهيم، 2011، ص225).

إن تأثير الأفكار لا يقتصر على الانفعال والسلوك بل يتعدى تأثيره إلى الجهاز العضوي للإنسان، حيث أن بعض الباحثين بينوا أن الحزن - كأحد النشاطات الانفعالية والوجدانية- يسبب انخفاضاً في نشاط قشرة مقدمة الجبهة، بينما يكون في السعادة مصحوباً بزيادة في مثل هذا النشاط، إن الدراسة السابقة أضافت برهاناً جديداً على صلة التفكير بالحالة العضوية، فقد كان النشاط في القشرة الأمامية من الجبهة مرتبطاً بطريقة التعبير حزناً كانت أو السعادة، و في اتجاهين مختلفين: أي بالزيادة في النشاط الكهربائي في حالة السعادة وانخفاض هذا النشاط في حالة الحزن والكآبة، أي بعبارة أخرى تبين أنك عندما تفكر وأنت مبتهج أو أنت في حالة

صحية جيدة فان الفصوص الجبهة تزداد نشاطا وتزداد كمية الأفكار ،أما في الحزن والكآبة فيُخمدان من نشاط المخ ويقلان من كمية النشاط الذهني.

أكدت دراسات المخ والجهاز العصبي أنه يمكن الاستدلال على التفكير والعمليات الذهنية من خلال النشاط الكهربائي الذي يتم داخل المخ لحظة التفكير في موضوع معين حيث أكدت بحوث دافيدسون أن تزايد النشاطات الكهربائية في المخ نوعيا وكميًا يرتبط بالحالة الوجدانية للشخص وما يشعر به من مشاعر إيجابية أو سلبية.

ففي حالة أن يكون الشعور المسيطر متسما بالاجيائية، أي عندما يسيطر على الواحد منا شعور بالبهجة أو السعادة أو الفرح، يزداد النشاط الكهربائي في المخ وبشكل خاص في الجانب الأيسر منه، وعندما يكون الشعور المسيطر سلبيًا أي متسما بالقلق والتوجس والاكنتاب نجد تزايد النشاط في مقدمة الجانب الأيمن في المخ، فمثلا عندما نعرض مشاهد من فيلم كوميدي أو مرح على شخص ما، نجد تزايد في نشاط الجانب الأيسر من المخ ، ويقل النشاط الكهربائي في الجانب الأيمن ، وفي نفس الوقت تظهر علامات السعادة على الوجه مثل التبسم والتعبير الصريح بالسعادة وعندما نعرض مشاهد حزن وألم أو تعذيب يزداد النشاط في الجانب الأيمن مع ظهور العلامات الدالة على تقطيب الجبهة ومشاعر الضيق وبالمثل تظهر نتائج مماثلة باستخدام أجهزة التي تقوم بمسح النشاطات الكهربائية في داخل المخ.

فباستخدام أجهزة الرنين مغناطيسي مثلًا تبين أن عرض صور جميلة ومريحة لأطفال سعداء، يتسبب في تزايد تغير مستوى استهلاك الجلوكوز في المخ كعلامة على تزايد نشاط المخ وبالتالي تزايد كمية ما يستهلكه من وقود الجلوكوز خاصة في الجانب الأيسر من المخ. وتظهر عكس هذه العلامات عندما تعرض صورة غير سارة أو قبيحة أو شاذة التقاطيع (نفس المؤلف، 2011، ص38).

من الواضح أن هناك علاقة مباشرة بين النشاط الكهربائي في المخ المرتبط بالتفكير والحالة المزاجية للشخص، وكلاهما –التفكير والحالة المزاجية- يتأثر بالحوادث والموافق الخارجية، وكلاهما أيضا يتأثر بالتغيرات العضوية فعندما ينجح المجرّب في تنشيط الجانب الأيسر من المخ باستخدام وسائل عضوية أو كهرومغناطيسية يحدث تغير ايجابي آلي ومباشر في المزاج والسلوك الخارجي.

لهذا نجد في الوقت الحالي، وبفضل التطورات المعاصرة في دراسات المخ وعلاقته بالسلوك اهتماما مكثفا لعلاج حالات الاكنتاب وتقوية الجهاز المناعي من طريقتين، إما بالتأثير المباشر في نشاط المخ من خلال وسائل الرنين المغناطيسي أو بالتعرض لحوادث ومواقف مثير للتفاؤل والنجاح الخارجي .

كذلك من النتائج المثيرة في دراسات المخ والجهاز العصبي تلك التي أرتبطت بدراسة الألم والتي لخص بعضها الكاتب البريطاني ريتشارد ليارد في كتاب حديث له عن السعادة (Liyard 2005, p11) فقد تبين وجود فروقا واسعة بين حقيقة ما نتعرض له من ألم وما نشعر به منه، أي أننا قد نتعرض لألم حقيقي ولكننا لا نشعر به، وقد نعبر عن شعور شديد بالألم بينما يكون الألم الواقع علينا يختلف من لحظة إلى لحظة، ومن وقت إلى وقت آخر اعتمادا على أساليبنا المتغيرة في التفكير والإدراك.

كشفت دراسات الألم حقيقة طريفة ومناسبة للموضوع الحالي، وهي أن : مجرد التفكير في الألم تثير تغيرات مشابهة للتغيرات التي نتعرض لها في حالات الألم الفعلي... وعلامات تخيل حدث مؤلم أو التفكير فيه، لا تختلف عن التعرض لألم فعلي، ففي تجربة حديثة تم تعريض عدد من الأشخاص لجسم ساخن، وطلب منهم أن يعبروا عن شعورهم بالألم عند الإحساس بالسخونة، فتبين أن وصولهم لمستوى الألم بالتعبير عنه اختلف من شخص إلى آخر بحسب مستوى النشاط الكهربائي في المخ.(إبراهيم، (ب)2011ص41).

إنه من المعروف أن التفاؤل والمشاعر الايجابية تساعد في عملية الشفاء من الأمراض والعكس أيضا صحيح حيث أن الأفكار السلبية تؤثر على الشعور بالألم، حيث قال "أرني ماي" (2007) الذي قاد مجموعة باحثين في الموضوع في هامبورغ وماينز أن : "من يتخيل الألم يشعر به إن عاجلا أم آجلا" مشيرا إلى أن هذا التأثير يأتي على العكس مما يعرف بتأثير "البلاسيبو" أو "العلاج الوهمي" والذي يعتمد على زرع أفكار إيجابية في ذهن المريض تساعد في تحسين حالته كإعطائه أدوية غير فعالة وإقناعه بأنها تساعد في شفائه من مرضه، وأجرى الباحثون دراسة شملت تعريض مجموعة من الأشخاص لألم سيزيد بعد ذلك وكانت النتيجة أن شعورهم بالألم لم يزد ولكنه ظل ثابتا وهو ما يسميه العلماء بتأثير "نوسيبو" كأن يتم مثلا إعطاء المريض الدواء الفعال في حياته ولكن الطبيب يقنعه أن الدواء ليس أكثر من مادة ملونة ، وتكون النتيجة في الغالب أن المريض لا يتفاعل مع الدواء ، وأشار "ماي" إلى أن هذه الدراسة تؤكد أن المعلومات التي تصل للمريض تؤثر على شعوره بالألم مما يعني أن على الطبيب توخي الحرص الشديد في المعلومات التي يقولها أمام مريضه لأنها تؤثر على فرص نجاح العلاج (mediall 2010).

## 2- الآليات المعرفية:

إن المعرفيون من أمثال بيك Beck وإليس Ellis وميكنباوم Meichenbaum رأوا أن الاضطرابات النفسية وفق النموذج المعرفي تتركز حول ثلاثة آليات أساسية يُفترض أنها تساعد في الإبقاء على الاضطراب كالاكتئاب أو غيره ، وهذه الآليات هي الثالوث المعرفي، التشوهات المعرفية، المخططات

## أ- الثلاثية المعرفية:

هي "من ثلاثة عناصر معرفية تحت المتعالج على أن ينظر إلى نفسه ومستقبله وتجاربه بطريقة خاصة. فالمكتئب ينظر إلى نفسه نظرة سلبية، معتقداً أنه شخص غير مرغوب فيه، وعديم القيمة بسبب خلل نفسي، أو أخلاقي، أو جسدي في نفسه. ويتألف العنصر الثاني من الثالوث المعرفي من ميل المكتئب إلى تفسير تجاربه بطريقة سلبية فهو يرى أن العالم يفرض عليه مطالب ومصاعب لا تُقهر، ولا يمكن تذليلها للوصول إلى أهدافه في الحياة، فهو مهزوم. وأما العنصر الثالث من الثالوث المعرفي فهو النظرة السلبية إلى المستقبل، فالمكتئب يتنبأ بأن مصاعبه الحالية سوف تستمر إلى ما لا نهاية".

وبمقدار ما تختلف الأعراض وتتنوع من متعالج لآخر تختلف كذلك الأهمية النسبية للمواضيع المتعلقة بالذات والعالم والمستقبل.

## ب- التحريفات المعرفية:

" إن الأفكار السلبية والتي تسبب الاكتئاب والانفعال على الدوام هي تشوهات ضخمة، ورغم أن هذه الأفكار غريبة بعض الشيء، وخارجة عن المألوف فهي تبدو للمكتئب صحيحة، وغير ممكن إثباتها عموماً بالإجماع، لأنها تتسم بالخصوصية الفردية. كما تظهر بشكل عفوي استجابة لحالة ما ( تذكر حدثاً، أو التعرض لضغوط حياتية) ولهذا السبب تسمى بـ"الأفكار التلقائية" أما التشوهات المعرفية فهي " الأنماط المختلفة من الأخطاء في منطق التفكير التلقائي ( Cognitive Errors ) ويمكن الوصول إليه من خلال أساليب الاستقصاء المستخدمة في العلاج المعرفي .

وهناك عدة تشوهات أساسية تتكرر يقوم المعالج بمواجهتها مع المتعالجين.

ويكون هدف العلاج المعرفي هنا مساعدة المتعالج على التخلص من التشوهات المعرفية، أو أن يتكيف في استجاباته معها.

## ج- المخططات :

نصفها بهياكل أو بنى معرفية، يُعتقد أنها تسبب شتى التشوهات الفكرية التي نراها لدى المتعالجين.

"إن التفسير المعرفي للاكتئاب يقوم على النظرة السلبية إلى الذات والعالم والمستقبل. حيث يتجلى هذا الثالوث المعرفي السلبي من خلال استجابات الفرد التلقائية نحو حدث ما، ويُعتقد أن الثالوث السلبي يقوم بصياغة تلقائية ومستمرة لإدراكات الفرد وتفسيراته للأحداث، إذ تزيد التشوهات التلقائية في تأثير الاعتقادات الضمنية المختلة وظيفياً، والتي تؤدي بدورها إلى مزاج مكتئب، والمزاج المكتئب يؤثر بدوره سلبياً في استدعاء الأحداث الماضية والتقويمات الحاضرة، مما يديم ويوسع من مزاج المكتئب" وهذا ما يسمى بلولب الاكتئاب

المتجه نزولاً. والذي يشكّل أكثر من حلقة تغذية راجعة باستمراريته، إذ كلما تشكّلت حلقت ساعدت على تشكّل حلقة أخرى وهكذا، مما يزيد في تدني المزاج لدى المتعالج. "ففي حالات الاكتئاب الخفيف (Milde) غالباً ما يكون المريض قادراً على النظر إلى أفكاره السلبية بشيء من الموضوعية، وحينما تزداد شدة الاكتئاب تسيطر الأفكار السلبية على تفكيره رغم عدم وجود ارتباط منطقي بين الأحداث الفعلية والتفسيرات السلبية إلى أن يصبح مشغولاً بشكل مسبق بالأفكار السلبية المتكررة الدؤوبة، فيجد صعوبة شديدة في التركيز على المثيرات الخارجية مثل القراءة أو الانشغال بنشاطات ذهنية مثل التذكر أو حل المشكلات، ويغدو التنظيم المعرفي الخاص بالمزاج ذاتي التحكم لا يستجيب للمدخلات المحيطة به". (سعفان، 2012، ص88)

يُركز على مساعدة المتعالج على تفحص الأسلوب الذي يفسر فيه العالم (المعرفيات) وتجربيه سلوكاً أكثر مرونة، مما يؤدي بذلك إلى تحطيم دورة الاكتئاب لتصبح فيما بعد التشوهات المتعلقة بالذات والعالم أو المستقبل محوراً للعلاج.

### 3- طرق تفكير تسبب الاكتئاب:

يتعرض الأفراد يومياً للكثير من الأحداث والمواقف التي تعيقهم عن تحقيق أهدافهم ورغباتهم، وإن استجاباتهم المضطربة لتلك المواقف ترجع للطريقة التي يفكر بها الأفراد في تفسير الأمور والحوار الذاتي الإيجابي الذي يقوم به الفرد مع نفسه، والذي يساعده على التكيف مع مواقف الحياة المختلفة، لذلك فإن وراء كل انفعال إيجابي كالرضا عن الذات والسرور أو أي انفعال سلبي كالاكتئاب بناء معرفي ومعتقدات وطريقة تفكير سابقة لظهوره، فإذا كانت طريقة تفكير الفرد إيجابية وغير مشوهة، فإن الانفعال والسلوك كليهما سيكونان إيجابيين و ينعكسان على تكيف الفرد والعكس صحيح والملاحظ عيادياً أن الاكتئاب النفسي يكون الاضطراب النفسي الغالب عندما يرى الفرد نفسه ضحية سلبية لأمر وعلاقات خارجية عنه سواء في الماضي أو الحاضر، لا يمكن له التحكم فيها، أو وجود توقعات السارة ترفع مزاج الفرد وعزيمته لأداء أنشطة مختلفة، بينما تثبطه التوقعات السلبية السيئة فتجعله فاقداً للعطاء والنشاط (بيك، 2000، ص36).

لاحظ المعالجون المعرفيون عدداً من الأساليب الفكرية السلبية الانهزامية تكون غالباً وراء الإصابة بالاكتئاب، وذكر منها عبد الستار 2011 ما يلي:

1/- قراءة المستقبل سلبياً (خطأ المنجم): وهو التوقع الذي يكون جازماً بما تكون عليه الأمور مستقبلاً، والخطيرة في هذا الأسلوب أن هاته التنبؤات تأخذ طابعا سلبيا وتوقعات نحس كئيبة عن المستقبل والمصير المعتم الذي ينتظره أو ينتظر المقربين له لا محالة ، فيشعر بالجزع والهم .

2/- الثنائية والتطرف (كل شيء أو لا شيء): يميل بعض الأشخاص لإدراك الأشياء شريرة أو خيرة، بيضاء أو سوداء ، حسنة أو سيئة ، خبيثة أو طيبة، صادقة أو خاطئة.

دون أن يدركوا أن الشيء الواحد قد يبدو في ظاهر الأمر سيئا ولكن قد تكون فيه أشياء إيجابية ، أو يؤدي إلى نتائج إيجابية، ويطلق الباحثون في علم النفس على هذه الخاصية من الشخصية مفاهيم مثل ثنائية التفكير أو القطبية (polarized thinking) ويلاحظ في كلام هؤلاء تكرار كلمات تعكس هذه الخاصية مثل مطلقا، يستحيل، دائما بالمرة، ...إلخ. وعبارات من مثل: (لا أرى على الإطلاق فائدة فيما أقوم به)(حياتي لا يقبلها أحد)(أحب أعمالي أن تكون كاملة وتامة) (حياتي تفتقد بالمرة لعنصر الحب)(العالم الذي أعيشه عالم ظالم وغير منصف على الإطلاق)،كذلك ما نبه إليه (عبد الستار،2011) من كلام رئيس جمهورية أمريكا جورج بوش الابن بعد حادثة الهجوم على مركز التجارة العالمي 2001، حيث قال وعلامات الغضب تكسو وجهه:(من ليس معنا فهو ضدنا)، وقد كان من نتيجة ذلك الأسلوب المتطرف من التفكير أن أصبح العالم كله يعيش مناخا من العنف والتطرف ، لذا فالقطبية والتطرف في التفكير بأسلوب ((إما...أو)) له نتائج مدمرة على كل الأصعدة والمستويات.

3/-أخطاء التفسير والاستنتاج: إن كثير من حالات الاكتئاب والقلق والعدوان يكون السلوك ناتجا عن الخطأ في تفسير الحدث أو الموقف بسبب عدم توفر معلومات معينة أو سياق مختلف، من مثل حالة طالب متفوق دراسيا وذو مستقبل مبشرا بالتفوق والنجاح تقدم لطلب المشورة العلاجية لأن فكرته جعلته يشعر بعدم الفعالية والنقص وأنه يفتقد للذكاء ولمقومات النجاح وقد اتضح خلال الجلسات العلاجية أن السبب في حكمه غير الدقيق على نفسه تكوّن لديه في فترة مبكرة من العمر، لأنه نشأ مع إخوة ذوي ذكاء مماثل ويكثرون من نقده، إن هذا الأسلوب يحمل كذلك في طياته ثلاثة أخطاء معرفية أخرى مما تدعم الأثر السلبي للفكرة وهي: القيام باستنتاجات سلبية، قراءة المستقبل سلبيا (خطأ المنجم)، التأويل الشخصي للأمور بتلطيخ الذات.

4/- الإفراط في الايجابية والتوقع: إن المبالغة والتضخيم للسلبيات والأخطاء والعيوب الشخصية له أثره السلبي على الحالة النفسية للفرد كذلك إن المبالغة في توقع نتائج إيجابية دائما تؤدي إلى التعليل من المخاطر الواقعية والتهوين من الأخطاء الواقعة الآن ومستقبلا، ستكون لذلك أيضا نتائج انفعالية سلوكية مرضية

مماثلة، فالتقليل من المخاطر الفعلية غالبا ما يؤدي إلى الاندفاع وتكرار التجارب الفاشلة، من المؤكد أن مجاهدة النفس على الإدراك الموضوعي للواقع (دون مبالغة أو توهين) تعتبر بمثابة الوسط الذهني الذي يمنح الإنسان القدرة والبصيرة على التوجيه الفعال لمشاعره وسلوكه.

5/- التعلق بالمثالية والتطلع لكمالٍ مطلق: يتعطل الشخص في حالات الاضطراب النفسي عن تطوير إمكانياته ومواهبه ، ويعجز عن أن ينميها على نحو منظم ليمنح حياته شيئا من الاستقرار بل أنه يتجه بدلاً من ذلك إلى التطور بنفسه بطريقة تخلو من الاتساق وعدم الانتظام فتتأرجح حياته بشدة بين صورته المثالية عن نفسه وإمكانياته، وواقعه الحقيقي وإمكانياته الفعلية، ولا يقبل بحل وسط أو بالاعتدال فهو ببساطة إما شخص مثالي كامل أو لا شيء، بل يوجب على نفسه أن يكون بين الأفاضل أفضلهم وأكملهم ولا يستطيع أن يتحمل مواقف المنافسة الصحية مع الآخرين لتحقيق ما يريده، إن ما يريده في الحقيقة هو أن يتفوق على الجميع وأن يهزم الجميع في كل الأشياء، العمل الممتاز بالنسبة له لا يكفي لأن أي عمل يجب أن يكون كاملا كله ونجاحا مطلقا أو لا يكون، إن من الصعب على أصحاب هذا الأسلوب المطلق من الكمال أن يدركوا أحد المبادئ الأساسية للصحة النفسية وهو أن : الشيء الذي قد يبدو سلبيا قد ينطوي على فائدة الآن أو مستقبلا ، أو إننا بارتكاب خطأ ما في عمل نعمله أمر قد لا يكون سيئا بكامله فقد يساعد على الانتباه للأخطاء مستقبلا مما يحسن من إمكانياتنا على النجاح والتقدير.

6/- التأويل الشخصي للأمور وتلطيخ الذات : من أخطاء الاستنتاج وما يسمى "تلطيخ الذات" أي التفسيرات الشخصية للأمور، وبمقتضى هذا الأسلوب يجنح المريض النفسي إلى التورط في تحمل مسؤولية الأخطاء الخارجية بعبارة أخرى تجده هنا ينسب إلى نفسه (دون وجود برهان)مسؤولية الخطأ والنتائج السلبية في المواقف التي يمر بها (أو حتى التي لا تتعلق به شخصيا) .

إن هذا النوع من التفسيرات التشخيصية يكشف السبب فيما يصيب الأفراد بالاكئاب النفسي وأنواع أخرى من الاضطراب الوجداني والمشاعر العميقة بالذنب والندم الدائم على الأشياء هي في واقع الأمر ليست من صناعتهم الشخصية، ولكنهم يرون أنهم هم السبب فيها، وفي كل ما يحدث من خلافات وصراعات ومصائب. (إبراهيم (ب)2011ص81).

#### 4-تعديل طرق التفكير المُسببة للاكتئاب:

تستخدم أساليب تعديل الأفكار المستوحاة من العلاج المعرفي للاكتئاب والتي تكون نتائجها أفضل إذا كان مريض الاكتئاب على استعداد للمشاركة الجادة في عملية العلاج والقيام بما يطلب منه من قبل المعالج.

يقول إبراهيم 2011 أن المعالجون النفسيون ابتكروا مفاهيم وآراء مختلفة عن قيمة العوامل الذهنية والفكرية في الاضطراب النفسي منذ فترات مبكرة من خلال اهتمام المعالجين النفسيين بدور التفكير والعوامل المعرفية. فالإتجاه المعرفي ليس جديداً تماماً، ولكن كان معروفاً بدراسته تحت مسميات ومفاهيم مختلفة تفاوتت من عالم إلى آخر، فهي: عند أدلر (1927) تشير إلى أسلوب الحياة الذي يتبناه الفرد في نظره للعالم . وعند البعض الآخر من أمثال بيك تشير إلى أساليب الاعتقاد وطريقة التفكير في الأمور، بما في ذلك ما يتصف به الفرد من خصائص مثل المبالغة والتطرف في الرأي أو الاعتدال والهدوء .

ويستخدم البعض الثالث -مثل "كيلي" (1955)- مفهوم الفلسفة الشخصية وما يتبناه الشخص من تفسيرات لسلوكه وسلوك الآخرين ومدى ما تتسم به هذه التفسيرات من واقعية و تشويه.

أما ألبرت أليس (1997) فيستخدم مفهوم الدفع المتعقل .أي مدى ما يتسم به الشخص من عقلانية أو لا عقلانية في تحقيق دوافعه وأهدافه السياسية في الحياة.

وبالرغم مما قد يبدو من اختلافات بين هذه المفاهيم ،فان هذه الطائفة من الباحثين والمعالجين تتفق على أن الاضطرابات النفسية أو العقلية لا يمكن عزلها عن الطريقة التي يفكر به المريض عن نفسه وعن العالم أو اتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين .وأن العلاج النفسي بالتالي يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات الذهنية قبل أن نتوقع أي تغيير حاسم في شخصية المريض،أو في الأعراض التي دفعته لطلب لعلاج.

يركز المعالج المعرفي في بداية العلاج على إقامة علاقة تعاونية ويعرّف المريض على النموذج المعرفي. تستخدم جداول الأعمال، التغذية الراجعة، التثقيف النفسي لبناء الجلسات ، كما يتم تخصيص جهد خاص للمكتئب في إنقاص درجة اليأس أيضا فهي خطوة هامة في إعادة تنشيط المكتئب، وتزويده بالطاقة.وتتم مقاومة مشاكل التعلم ووظائف الذاكرة بإجراءات وأساليب التعلم مثل كتابة الواجبات المنزلية وتكون التدخلات العلاجية من قبل المعالج حسب الطاقة المعرفية للمريض بحيث تعمل على تشجيع التعلم لديه. إن جدولة النشاطات غالبا ما تكون مادة أولى في العلاج المعرفي أما الجزء الأوسط من المعالجة فيتم تكريسه لاستنباط الأفكار التلقائية المشوهة سلبيا، وكذلك استنباط المعتقدات(المخططات) وتوظيفهما لعكس الثالوث المعرفي السلبي (الذات، العالم، المستقبل) ويتم تعليم المريض بشكل نموذجي كيف يحدد التشوهات المعرفية مثل (التجريد الانتقائي، المبالغة، القفز إلى النتائج ..) وأن يستخدم تقنيات مثل إيجاد البدائل ويستمر العمل في استنباط واختبار الأفكار التلقائية والمعتقدات إلى أن يشاهد المعالج تحقيق مكاسب في الأداء الوظيفي للمريض، وأن المريض قد أدرك المبادئ الأساسية لمحو تعديل الأفكار السلبية .

قبل نهاية العلاج يقوم المعالج بمساعدة المريض بمراجعة ما تم تعلمه أثناء سياق المعالجة، ويقترح عليه التفكير مقدما بالظروف المحتملة التي يمكن أن تكون السبب في عودة الاكتئاب . ويأخذ احتمال الانتكاس بعين الاعتبار ويتم تطوير استراتيجيات حل المشكلات التي يمكن أن يتم توظيفها في حالات مستقبلية تؤدي إلى الاكتئاب(تقنية التدريب المعرفي).

#### 5-فنيات تعديل الأفكار المسببة للاكتئاب :

توجد فنيات معرفية و أساليب لتعديل الأفكار الهدف منها الحد من عملية اجترار الأفكار التي تساعد على استمرار المشكل النفسي، وهي مهمة بالذات في بداية العلاج قبل أن يتدرب المريض على إيجاد بدائل للأفكار التلقائية السلبية، وربما لا تحدث هذه التقنيات تغيرات معرفية جوهرية، ولكنها تحد من تكرار الأفكار السلبية، وبالتالي تحسن مزاج المريض الأمر الذي يساعده على حل مشكلته، ومن هذه التقنيات:

#### أ-مراقبة الأفكار التلقائية وتحديدها:

يكرس الكثير من عمل العلاج المعرفي لتعرف الأفكار التلقائية غير المنطقية السلبية/أو المشوهة. إن أقوى طريقة لتعريف المتعالج على الآثار الأفكار التلقائية هو الاستعانة بأمثلة حية عن الكيفية التي يمكن للأفكار التلقائية فيها أن تؤثر في الاستجابات الانفعالية، أو يمكن أن يطلب المتعالج من المتعالج أن يتذكر حادثة أو موقف من المواقف المرتبطة بتبدل مزاجه، ويطلب إليه وصف الأفكار التي عبرت فكره قبل تبدل مزاجه.

#### 6- أساليب تحديد الأفكار التلقائية وتعديلها

#### 1- الحوار السقراطي ( Socratic Dialogue )

ويعدّ من أكثر تقنيات العلاج المعرفي، وأكثرها استخداما في طرح الأسئلة (ويسمى أيضا الاكتشاف الموجه Guided Discovery وليس هناك شكل أو تنسيق محدد أو بروتوكول خاص بهذا الأسلوب، وإنما بديل ذلك يجب على المعالج أن يعتمد على خبرته وإبداعه بصوغ الأسئلة السابرة التي من المحتمل أن تكشف عن أنماط الأفكار المختلة وظيفيا مثل " ماذا تقصدين؟ " " دعينا نتوقف " " هل ترغبين؟"

**2 التخيل: Imagery** يستخدم التخيل كأسلوب بديل للكشف عن المعرفيات حينما لا نجد الأسئلة المباشرة في توضيح التفكير التلقائي السلبي، ويتم اختيار هذه الأساليب أيضا عندما يظهر المنهج السقراطي في

الأسئلة كما محدوداً من الأفكار التلقائية، ويكون لدى المعالج شك بأن هنالك المزيد من الأفكار التلقائية المهمة التي ما زالت موجودة. وقد يتمكن بعض المتعالجين من استخدام إجراءات التخيل بتذكير أو توجيه قليل من المعالج ولا يحتاج إلا أن يطلب إليه أن يتخيل نفسه في حالة ماضية، مزعجة أو تسبب انفعالا محددًا، وأن يصف بالتالي الأفكار التي راودته، وغالبا ما يرى المتعالج لا معقولية أفكاره، وهو يصف المشاعر المصاحبة لهذه المخططات

أي إن المطلوب هنا هو استرجاع خبرات الماضي المؤلمة لنضعه في صيغة الحاضر ومآل المستقبل (الهنا -الآن)

### 3 - لعب الدور: Role Playing

في الغالب يكون لعب الدور أكثر فائدة من التخيل، وذلك بعد الحصول على وصفٍ وافٍ لسلوك الشخص الذي حدث معه الموقف. وعندها يقوم المعالج بأداء دور ذلك الشخص بينما يقوم المتعالج بدوره هو، أو يمكن عكس الدور وذلك بتمثيل المتعالج دور المعالج.

4 - سجل الأفكار: هو أحد أكثر إجراءات العلاج المعرفي استخداما لتحديد الأفكار التلقائية ويمكن أن يُطلب من المتعالجين أن يسجلوا أفكارهم بعدد من الطرائق المختلفة، تسمى كل واحدة منها طبقا لعدد الأعمدة وأسهل طريقة هي أسلوب العمود المزدوج وهو إجراء يستخدم غالباً حالما يبدأ المتعالج بتعلم كيف يميز الأفكار التلقائية. ويُطلب إلى المتعالج في هذه الحالة أن يدوّن الأفكار التلقائية التي تخطر في باله في حالة التوتر أو الانزعاج. ويمكن أن يحدد المتعالج بالتناوب الاستجابات الانفعالية في عمود الأفكار التلقائية في العمود الآخر، كما يمكن أن نستخدم تقنية السهم العمودي أيضا لكشف الأفكار التلقائية، حيث تعدّ هذه التقنية ناتجاً ثانوياً لطريقة العمود المزدوج وتبدأ بـ "إذا كانت هذه الفكرة صحيحة فماذا تعني لي؟ ولماذا تزعجني؟" وتقود إلى سلسلة من الأفكار التلقائية تكشف عن السبب الحقيقي للمشكلة. ويمكن أن يضيف المعالج أو ينقص من عدد الأعمدة بحسب الحاجات النوعية للمتعالج وبقدر فهمه للأفكار التلقائية وللعلاقة بين المعرفيات السلبية والشعور غير السار والسلوك غير المثمر.

ويسمى أسلوب الأعمدة الثلاث إذا احتوت الاستمارة على ثلاثة أعمدة العمود الأول يقدم وصفاً للحالة، والعمود الثاني قائمة بالأفكار التلقائية، والعمود الثالث الاستجابة لانفعالية.

وقد وسع بيك أسلوب الأعمدة ليصبح مؤلفاً من خمسة أعمدة ، وسماه السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفياً  
Daily Record of Dysfunctional Thoughts ويرمز له اختصاراً (DRDT) ، وفي العربية  
استخدمت كلمة (سيامو) وهي الأحرف الأولى من الكلمات التالية: ( سجل يومي للأفكار المختلة وظيفياً)

**6 - مناقشة الحوار الداخلي:** وهذه التقنية مأخوذة عن أسلوب ميكنباوم في العلاج المعرفي، فقد ركز على أهمية الحوار الداخلي عند الفرد في تغيير مشاعره وتفكيره، ومن ثم سلوكه، فالمزاج الكئيب يفتح الباب للمتعالج ليقول لنفسه في حوار داخلي " إنني عديم القيمة " " أف إنني لست جيداً " " إنني أقل من الآخرين " . وهي عبارات للتقليل من قيمة الذات، وتزيد في مشاعر اليأس وسوء احترام الذات ليصل المكتئب إلى الإيمان بها، مما قد يقود إلى ردة فعل عنيفة ربما توصل إلى تفضيل الموت بسبب عدم الارتياح . وبما أن المكتئب يسيء إلى نفسه، فإنه يتحول بهذا إلى شخص غير فعال ومشلول وخائف ومنعزل عن المشاركة في مسار الحياة الطبيعية. وبسبب النتائج السلوكية والانفعالية السلبية لتفكير المتعالج السلبي فإن الخطوة الأساسية هي أن يتوقف عن القول لنفسه " إنني عديم القيمة، إنني.....الخ، وهذا ما ذكره ميكنباوم في علاجه "أن يتدرب المتعالج على التحدث إلى ذاته بطريقة بناءة

**7- عداد المعصم:** يستخدم لمراقبة الأفكار السلبية وإيقافها، وهو عبارة عن عداد يشبه ساعة اليد له زر يمكن الضغط عليه في كل مرة تمر في عقل المتعالج فكرة سلبية، وفي نهاية اليوم يتم تسجيل العدد النهائي للأفكار، حيث يلاحظ ازدياد العدد في البداية، مع تحسن ملحوظ في تحديد أفكاره، ويستمر ذلك لعدة أيام فسرعان ما يصل العدد الإجمالي إلى الاستقرار لمدة أسبوع أو عشرة أيام ومن ثم سيبدأ في التناقص وهذا يشير إلى أن أفكار المتعالج المؤذية تضعف وتتناقص وسيبدو أفضل لأنه بدأ بالسيطرة على ذاته. إن هذا الأسلوب لا يعد بديلاً لتنحية عشر إلى خمس عشرة دقيقة كل يوم ليدون المتعالج أفكاره السلبية المنحرفة وليجيب عليها .

#### - تعديل الأفكار التلقائية:

ليس هناك عادة فصل تام في العلاج بين مراحل تحديد الأفكار التلقائية وتعديلها. ففي الواقع إن العمليات المرتبطة بتحديد الأفكار التلقائية غالباً ما تكون كافية للبدء بالتغيير الحقيقي.

**1- إيجاد البدائل:** يرى العديد من الأفراد أنفسهم وكأنهم قد فقدوا كل الخيارات. ولعل المثال الأبرز على الافتقار إلى الخيارات في المتعالجين الذين يقدمون على الانتحار. أنهم يرون الخيارات والبدائل المتوافرة لهم محدودة جداً لدرجة أنهم قد يرون أن الموت هو الخيار الأسهل و الأبسط . والتكتيك المعرفي هنا يتضمن العمل سوية مع المتعالج لإيجاد بدائل أخرى.

**2- تفحص الدليل:** هو المكون الرئيس للاختبار التجريبي التعاوني في العلاج المعرفي. فبعد كتابة الأفكار السلبية وتحديد التشوهات فيها، يتم اعتبار مجموعات الأفكار التلقائية فرضية يقوم المعالج والمتعالج بالبحث عن دليل يؤيد فرضيته أو يدحضها، خاصة وأن المتعالج غالباً ما يقدم دليلاً يدعم ويعزز اعتقاده متجاهلاً معلومات أخرى رئيسية، ومركزاً على معلومات قليلة تعزز أفكاره المختلة. وعند ذلك يُسأل المتعالج "ما الدليل على هذه الفكرة؟" لأننا غالباً عندما نشعر بأننا لسنا على ما يرام فإننا نعتقد بأن الأشياء سيئة دون التدقيق في الحقائق والتأكد منها وحينما نتفحصها فإننا سنرى الأشياء من منظور مختلف. كذلك يستعين المعالج بأساليب أخرى مثل:

- الإقلال من إضفاء الصفة الكارثية

- إعادة عزو الصفات

- التدريب المعرفي الاستطلاعي

- طريقة دلالات الألفاظ (البنغيات)

- تحديد المخططات وتعديلها

## 8- تنمية الأفكار الإيجابية :

المنظور الحديث لعلم النفس انه ليس لدراسة المرض والاستسلام والانهيار والانهزام النفسي فقط، لكنه علم لدراسة قوى وفضائل النفس الإنسانية وقيمه. وأنه طريق ينبغي ألا ينحصر فيه إصلاح ما تم إفساده في هذه النفس، بل يجب أن يسبق الإصلاح والعلاج النفسي الوقاية والتنمية والتطوير. كما يجب أن نتذكر دائماً أن علم النفس ليس علماً طبياً، ينصب اهتمامه على الصحة والمرض فقط، ولكنه علم يجب أن يهتم بتطوير قُوى الإنسان وفضائله، ليصير متفوقاً وكفاً في معظم سياقات الحياة، كالعمل والتربية، ومراحل النمو والارتقاء، والإبداع، والاكتشاف.

حث علماء النفس اليوم على تفعيل تيار نفسي مشرق، والذي هو علم النفس الايجابي الذي يسعى إلى فهم المشاعر الإيجابية، وبناء القوة والفضيلة، للوصول إلى ما اسماه أرسطو "الحياة الطيبة Good life" فقولوا أن

يولوا اهتماماتهم نحو الجوانب الإيجابية من السلوك، مثل السعادة والحب والتفاؤل والرضا والأمل والإيمان والابتهاج والثقة وتقدير الذات والموهبة والكفاءة والشجاعة والتسامح وجوانب السلوك الصحي وغيرها من جوانب السلوك السوي.

إن تيار الايجابية (نبع من الإحساس بالحاجة إلى التمييز بين العلاج الطبي والعلاج النفسي ، ففي العلاج الطبي التقليدي عندما يعاني فرد ما من مرض نفسي أو عقلي كالاكتئاب فعادة ما يكتفي البعض باللجوء بالتخلص أو التقليل من الأعراض المرضية التي عانى أو يعاني منها المريض، أما في حالة الأمراض النفسية والعقلية فإننا لا نكتفي بالقول بان المريض قد تخلص من قلقه أو حالة الاكتئاب التي تملكته أو أي اضطراب نفسي آخر لنحكم بأنه أصبح معافى وسليم. إن الحكم بالصحة النفسية أو العقلية تتطلب التخلص من المرض والتخفف من الأعراض التي تصيب الشخص نتيجة لهذا المرض، وتتطلب فضلا عن هذا أن يتسم سلوك المريض بخصائص صحية جديدة يمكن من خلالها أن نحكم عليه بأنه مثلا أصبح يتصف بالاييجابية والفعالية والرضا النفسي. وهدف العلاج النفسي يختلف عن هدف العلاج الطبي من حيث أن المعالج النفسي يوجه هدفه العلاجي لا إلى التحرر من الأعراض المرضية فحسب، بل وأن يساعد مريضه على اكتساب خصائص وصفات صحية وشخصية إيجابية لم تكن موجودة لديه من قبل)(عبد الستار 2008ص56).

يعرف "سليجمان" و"سيتشمالي" 2000 مفهوم التفكير الايجابي بأنه يتكون من ستة أبعاد يتميز صاحبه بالشجاعة والحكمة الإنسانية والاعتدال، والعدل، والسمو، إنها أبعاد ذات متضمنات إستراتيجية من شأنها أن تجعل الفرد أكثر مسؤولية وإثارية وتحضرا . (seligman et csikzenthmihalyi 2000.p55).

يرى عبد الستار 2011 أن الفرد عند ما يواجه أي موقف أو شخص فإنه ينظر إليه ويتعامل معه وفق نمطين من التفكير:

- فإما أن يتبنى نمطاً سلبياً من التفكير كالعالمية العظمى من البشر ، خاصة هذه الفئة المهمومة النكدية والمكدودة من الناس، كذلك العصبيين و المصابين بالاضطرابات العقلية والشخصية.
- وإما أن يتبنى الطريقة الإيجابية التي عادة ما تسهم في تطوير مشاعر وتصرفات تتسم بالطمأنينة والثقة والصحة النفسية والسعادة.

إن الخطط العلاجية الحديثة التي تهدف إلى تعديل الأفكار يجب أن تضع تحالفا ما بين العقلانية والاييجابية في التوجيهات العلاجية.

بينت الممارسة الإكلينيكية : أن تركيز العلاج على الجوانب القوة وإعانة الشخص على اكتشاف الجوانب الإيجابية في تفكيره وسلوكه تحقق له- أولها- كثيرا من النجاح في العملية العلاجية ، والتفكير الإيجابي لحسن الحظ أسلوب ومهارة وفن يمكن لنا أن نتعلمه ونتدرب عليه ويشهد المتابع لتطور فنون العلاج النفسي في الفترة الراهنة -نقله جوهرياً في عمليات العلاج النفسي بالتركيز على التدريب ودعم جوانب القوة في الشخصية وتثبت أن هذا النوع من التدريب لا يقل قيمة عن مجرد التخلص من أعراض المرض والاضطراب لما يساهم به من تغيير وتطوير الشخصية.

إن الفرد الإيجابي شخص سعيد يتصف بالرؤية المشرقة والمقدرة على إدارة الأزمات وبمشاعر إيجابية متفائلة بمقدوره انتقاد استراتيجيات المواجهة مختلف التوترات وضغوط الحياة وهو يتميز بالقوى والموارد النوعية الإيجابية التي تدعم السعادة والرضا عن الحياة إن التفكير الإيجابي من أفضل السبل للوصول للهناء والسعادة النفسية.

#### 9-خصائص التفكير الإيجابي:

بعد تحليل العديد من الدراسات التي عنيت ببحث نمطي التفكير الإيجابي خلصت إلى المقارنة الآتية:  
جدول رقم (02) يوضح خصائص التفكير الإيجابي والسلبى:

التفكير الإيجابي	التفكير السلبى
بينما صاحب التفكير المرن الإيجابي flexible thinking فإنه يذعن للحق ويتوق إلى معرفة الجديد من المعلومات سواء كان موافقا أو مخالفا لها	الفرد صاحب التفكير السلبى ذو فكر متصلب شديد الجمود (dogmatism) غير قادر على التخلص من آراءه حتى لو بدا له خطؤه
لغته ومفرداته تتمتع بالمرونة قابلة للأخذ والعطاء، قادر على الحوار والمناقشة العملية ، قادر على الدخول في مناقشات وحوارات مثمرة ومفيدة بالنسبة له وللآخرين	اللغة التي يستخدمها صاحب التفكير السلبى تميل إلى المغالاة والحدية والقطعية والتعميم، ومفرداته التي يستخدمونها قوية صادمة ورموزها مغلقة وحاسمة غير قابلة للتعاطي مع الرأي الآخر
بينما تمتاز مداخلته وطروحاته بالسمو والرقى حيث مفاهيمه ومقولاته منطقية وقابلة للتعديل	يتميز بتخلف الطرح وتدني مستوى المقولات والمفاهيم لديه بسبب قناعاته المتطلبة والجامدة

والتغيير إذا اقتضت الحاجة	
بينما صاحب التفكير الايجابي يتصف بقدرته الفائقة على اختيار كلامه بحيث لا يجرح الآخرين ولا يستهزئ بهم، ويقدم نقده وملاحظاته للآخرين على شكل نقد بناء ومفيد	يتصف بضعف الإحساس الوجداني نحو الآخرين فلا يهمله أن يلقي بالكلام الخشن والجرح نحوهم ، دون أن يأبه بما يتسببه لهم من أذى لإحساساتهم
أما هنا فيتصف بفكر مستنير وقادر على إبداء الرأي مع احترام الرأي الآخر ويستخدم ما يناسب من المفاهيم ومصطلحات للموقف أو موضوع النقاش دون زيادة أو نقصان ومقنع للطرف الآخر.	يتصف بالثرثرة وإعطاء انطباع للآخرين بأنه مثقف وأن لديه إجابات لكل سؤال مهما كان نوعه وفي كل المواقف ، فهو يستخدم عدد معين من المفاهيم والمصطلحات والمبادئ الجاهزة والمحددة، والتي يستخدمها في كل موقف سواء كانت مناسبة أو غير مناسبة ، وبالتالي يكون حديثه لا جدوى منه مليء بالمغالطات العلمية والمنطقية
صاحب التفكير الإيجابي فيحاول قدر الإمكان وإعطاء تصور طبيعي وواقعي عن ذاته أمام الآخرين، ويقدم نفسه للآخرين بشفافية وبشكل متواضع لأنه يدرك الحقيقة البشرية وبالتالي لا حاجة إلى تقنيع شخصيته بما لا يفيد ولا يلزم.	يميل إلى إعطاء المستمعين له صورة مثالية عنه وعن شخصيته تأبى طابع البشري تحقيقها، ولكن سريعا ما يراه الآخرون على حقيقته، وسبب ذلك ناتج عن نقص في الشفافية وقلة الخبرة بواقع الحال بالنسبة له
يتمتع صاحب التفكير الايجابي بامتلاكه لأساليب مبتكرة وجديدة تناسب التصور الحاصل ، فهو بذلك يعتبر من الأفراد المبدعين القادر على إعطاء حلول ناجعة وفاعلة للمشكلات المحيطة له ولغيره	يتمتع بضعف المعالجة وافتقاره للأساليب والحلول الفعالة للمشكلات، بسبب استخدامه للأسلوب التقليدي في البحث والتفكير والذي يتناسب مع التصورات الجديدة والمعاصرة
بينما يحرص أصحاب التفكير الإيجابي بأن لا يحدث ذلك معهم ويساعدهم على ذلك امتلاكهم ناصية من الفكر والثقافة والمرونة الفكرية التي	عادة ما يقع أصحاب التفكير السلبي في المواقف من الإرباك، ويضعون أنفسهم في ورطات حرجة أثناء النقاشات المختلفة، نتيجة

للتناقضات الفكرية حيث لا يمتلكون الخلفية الثقافية الواسعة التي تساعدهم على متابعة النقاش بموضوعية.	تساعدهم على تجنب مثل هذه المواقف المحرجة.
--	---

(بركات 2006، ص 10)

هناك مجموعة من الاتجاهات العقلية الايجابية التي تُوجه سلوك صاحبها نحو الابتعاد عن الاضطراب النفسي من ذلك:

- عندما تحدث أشياء لا نشتئها ولا نتوقعها يمكن أن نغير من أفكارنا عنها بحيث تكون مقبولة إلى حد ما.
  - لا يوجد شر محض ولكن توجد تصرفات ندركها كذلك ويمكننا ضبط نتائجها السلبية إذ توقعنا عن إدراكها بأنها شريرة ولا يمكن إيقافها.
  - يمكن أن نقلل من الآثار السيئة لأي مشكلة إذا توقعنا عن المبالغة في تصورنا بأنها خطيرة أو مخيفة أو غير قابلة لحل أفضل.
  - لا تحل الأمور بتجنبها والسكوت عنها، ولكن بمواجهتها ومعالجتها عندما تحدث.
  - من الأفضل دائما الاعتماد على النفس عند مواجهة مصاعب الحياة ومشكلاتها.
  - من الممتع للنفس أن يتقن الشخص شيئا يستمد منه الاشباع وتحقيق الذات.
  - لا يوجد ماض سيء ولكن يكفي أن ندركه كذلك .
  - سعادة الإنسان الحقيقية لا تمنح ولكن تتحقق.
  - توجد أكثر من طريقة وأكثر من مسار لتحقيق الأهداف المهمة في الحياة.
  - النجاح في الحياة مرهون بما لدينا من مهارات ونشاط وطرق كل الأبواب المتاحة لتحقيق ذلك.
  - يمكن أن نقلل من الآثار السيئة للخوف والقلق إذا توقعنا عن تصور الأمور بأنها خطيرة أو مخيفة.
  - الحل السهل السريع هو حل قد يؤدي على المدى الطويل إلى آثار سيئة.
  - من الأحسن كثيرا أن نعتمد على أنفسنا وأن نقف على أقدامنا وأن نستمد إيماننا من أنفسنا ومن قدراتنا ومن قيمنا الخاصة عند مواجهة مصاعب الحياة ومشكلاتها.
  - سعادة الإنسان ترتبط بقدرته على الفعل والنشاط ومجاهدة النفس لاكتشاف مصادره الخاصة للسعادة.
  - لا توجد طريقة واحدة لتحقيق أهدافنا المهمة في الحياة، توجد دائما طرق ومسارات مختلفة ومتنوعة.
- (عبد الستار 2011 ص 189).

لا يوجد اتفاق في الحقيقة حول قائمة الصفات الايجابية الجديرة بالتدريب والتطوير فإنه من المتفق عليه أنه لا يوجد نمط واحد من التفكير الايجابي ولكن استراتيجيات متعددة ذات أبنية ومؤشرات متنوعة، فإذا نظرنا إلى أي كتاب من كتب العلاج الإيجابي الجديدة، سنجد اهتماما بتطوير برامج علاجية تهتم بتنمية الجوانب الايجابية من الشخصية، فمن عباءة علم النفس الإيجابي ظهرت مفاهيم وتيارات جديدة من التفكير مثل مفهوم الجودة والسعادة الشخصية (عبد الستار 2008)(szligman 2002) وازدهار الشخصية (keys 2003. et haidt. 2003) التفاؤل (petersen et chang 2002) (سليجمان 2003) الذكاء الوجداني (harker et 2001) الكتلين والصحة النفسية (miller et thoresen. 2003) ونجد أيضا برامج لاكتساب الإبداع (ابراهيم 2002، أ ، 2000) (selligman et csikzenthmihalyi 2002) والرضا، وبرامج لتنمية التفكير العقلاني لمقاومة القلق والاكتئاب (حافظ، 2006، عماد إبراهيم، 1990)، ومواجهة ضغوط الحياة (عسكري، 1998).

### ثانياً: المحور الانفعالي : (الاسترخاء العضلي والتخيلي طريقتان لمواجهة الاكتئاب)

الجانب الانفعالي محور أساسي في السلوك الإنساني وتفاعلاته وتركيبه فالانفعال يؤثر في وظائف الجسم، ويؤثر في أسلوب إدراكنا للعالم وقدراتنا على التذكر ، والتعلم والتعامل مع الآخرين وغير ذلك (فالحياة الإنسانية لا تخلو من الانفعالات، والتي تُعد منشطة للحياة داعية إلى تنويعها وتلوينها، إذ دون الانفعالات تصبح الحياة رتيبة تضيق بها الذات) (منصور وآخرون ، 2002 ص 205).

وبالرغم من أن حياة كل شخص لا تخلو من الانفعال هنا وهناك وبالرغم من أن بعض الانفعالات مفيد وضروري للإنسان فإن العجز عن التحكم في الانفعالات قد يؤدي إلى ضروب متنوعة من الاضطرابات النفسية والجسمية ومن هنا تنبع أهمية الاعتناء بجانب السلوك الانفعالي

### 1- الأساس الفسيولوجي للانفعال:

الانفعال محفز للسلوك واستجابة من الفرد إلى المواقف المختلفة، وهو حالة من التوتر مصحوبة بتغيرات فسيولوجية (حيث نجد أنه لا يمكن لأحد معرفة الحالة الوجدانية التي يمر بها ويعانيها، أو إذا أمكن التعرف إلى ما يرتبط بتلك الخبرة من متعلقات فسيولوجية أو سلوكية ، وفي الحقيقة لقد تم إدراك العمليات الوجدانية

بصفتها مظهرا للأداء أو العمل البيولوجي، فعلماء مثل "وليام جيمس" 1890 james و "ماكدوجان" mc 1908 dougall و "فرويد 1915 Freud" عرفوا الوجدان جميعا بصفته تعبيراً ذاتياً مدركاً بشكل واع عن العملية الفسيولوجية أو الغريزة الكامنة(كولز 1991، ص 194).

ثمة تطورات عظيمة في فهم بيولوجية الانفعال، فبالإضافة إلى الدراسات التقليدية التي تتضمن مرضى مصابين بعطب في أجزاء من المخ، ومقاييس الاستجابة الفسيولوجية للتنبيهات التي تستشير الانفعال فقد زدنا تطور الأساليب الحديثة في تصوير المخ (كالرنين المغناطيسي الوظيفي) باستبصارات حول دور مختلف أبنية المخ في الانفعال وثمة نقطتان واضحتان لنا في الوقت الحالي: أولاً أن عدداً من أبنية المخ (كالجسم اللوزي أو قرن أمون أو اللحاء) والأجهزة الفسيولوجية كالجهاز العصبي المستقل أو جهاز الغدد الصماء العصبي كلها تلعب دوراً في الانفعال . ثانياً : ليس هناك بناء واحداً وجهازاً واحداً مسؤول عن أي انفعال محدد ، بالأحرى بقدر ما للانفعالات المحدد من بصمة بيولوجية محددة فإن ما يميز كل انفعال محدد بالأحرى بقدر ما للانفعالات المحددة من بصمة بيولوجية محددة فإن ما يميز كل انفعال إنما هو نمط من الاستجابات البيولوجية ، فمختلف طبقات الانفعالية قد تشترك أنظمة عصبية متنوعة بعض الشيء ، ويبدو أنه لا توجد منطقة واحدة في المخ لكل الانفعالات وإنه من بين أكثر الانجازات إثارة للاهتمام في هذا السياق ما يطلق عليه "علم الأعصاب الوجداني affective neuroscience" أي العلم الذي يبحث في الأساس العصبي للانفعال ، ولاسيما ما يتصل بجزئيين محددين من المخ (الجسيم اللوزي، والنصفين الكرويين الأماميين الأيمن والأيسر) المحوري في الانفعال(برافين 2010، ص 274).

هناك جزء كبير من الانفعالات يرتبط بعمل الجهاز العصبي الذاتي أو المستقل بجزأيه السمبثاوي والباراسمبثاوي ، الذين تعارض وظيفة كل منهما الأخرى، فحين يعمل الجزء السمبثاوي (الاستثنائي) على إثارة الأعضاء المختلفة في حالات الخطر فتتسارع دقات القلب ، وتنقبض الأوعية الدموية ، وتنشيط الغدد العرقية فإن الجهاز الباراسمبثاوي (جهاز التهدئة والكف) يعمل على تخليص الجسم من الاستثارة الزائدة والعودة به إلى الحالة الطبيعية وإلا أصاب الخلل وظائف البدن (كما يحدث في حالات الانفعال الدائمة).

من الملاحظ أن التغيرات الانفعالية الداخلية التي تحدث بنشاط الوظيفة السمبثاوية تشمل قطاعاً متنوعاً من الاستجابات الداخلية التي يمكن قياسها بدقة واستخدامها كمؤشرات على حدة بعض الحالات الانفعالية كالخوف أو القلق أو الاكتساب منها:

- سرعة نبضات القلب.

- زيادة معدل التنفس وتلاحق الشهيق والزفير .
- انقباض حدقة العين أو اتساعها بحسب الحالة الانفعالية .
- نقص إفراز الغدة اللعابية وجفاف الحلق والفم ،ارتفاع ضغط الدم.
- إثارة المعدة مما يؤدي أحيانا للشعور بالغثيان أو القيء.
- زيادة إفراز الغدد الدرقية ، فيتسبب العرق في بعض الحالات الانفعالية.
- انقباض الأوعية الدموية (وما يتبعه من شحوب الوجه، كما في حالات الخوف)أو تمددها (وما يتبعه من تصاعد الدم أو إحتقان الوجه كما يحدث في بعض حالات الغضب) (عبد الستار 2003، ص426).

## 2- الاسترخاء في مواجهة الاكتئاب :

إن الاكتئاب حالة انفعالية تتميز بالخوف أو الشعور العام الغامض غير السار مما قد يحدث ومن المستقبل، نتيجة توقعه لخطر يهدده سواء كان هذا الخطر حقيقيا أو خطرا رمزيا، مصحوبا عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، وذلك مثل الشعور بالفراغ في المعدة أو الضيقة في الصدر و التنفس أو الشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة ، وهذا كله ينعكس بشكل سلبي على الصحة الجسمية والنفسية.

لهذا فإن أي برنامج علاجي للاكتئاب يجب أن يتضمن خطة للتدريب على "الاسترخاء" وذلك لتهدئة المشاعر المضطربة والتغلب على التغيرات الفسيولوجية السلبية المصاحبة، التي تزداد مع زيادة شدة الاضطرابات الانفعالية والتي تعيق قدرة الفرد على التوافق والنشاط البناء والإنتاج والكفاءة العقلية، فالأشخاص في حالات الشد والتوتر تنهار مقوماتهم وقدرتهم على الاستمرار في النشاط العقلي والجسمي سبب عجزهم عن توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفا بناءا.

يعرف (عبد الستار 2008)الاسترخاء بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر .

ويعرفه (حامد زهران 1998) بأنه محاولة القضاء على التوترات العضلية بطريقة نفسه تهدف لإحلال الراحة والدفء محل التوتر القلق، وذلك من خلال أسلوب وتنكيك نفسي فسيولوجي.

يمكن تصنيف التوتر الفسيولوجي إلى نوعين، التوتر البناء الذي يساعدنا على بذل الطاقة والاندفاع بهما نحو العمل المثمر والإنتاج، أما النوع الآخر فهو ما يهمننا هنا التركيز عليه، ونعني التوتر السلبي الهدام الذي يمتص طاقتنا ويضعف من كفاءتنا، والتوتر السلبي له آثار عديدة ومؤلمة، له آثار يمكن ملاحظتها فوراً، فهو يجلب الآلام العصبية خاصة في الرقبة والظهر وعضلات الكتف، وعلى المستوى النفسي يصيبنا بالقلق والاندفاع في حالات التفاعل مع الآخرين. ويؤثر في المزاج والعواطف وبالضجر والعشوائية والتخبط، فهو عبارة أخرى يكمن خلف سلسلة طويلة وقائمة كبيرة من الأمراض النفسية والاضطرابات العضوية.

من هنا تأتي أهمية الاسترخاء، فالفرد إذا كان في حالة استرخاء فإنه يستطيع أن يتصرف دون شدا أو توتر وستكون استجاباته هادئة وسيتمكن من التصرف بحكمة وعقلانية حتى عند مواجهة المواقف التي كان يراها صعبة وعسيرة، كما يخلق لدى صاحبه نوع من هدوء يستطيع به أن يتحكم في سلوكياته وتترايد ثقة الناس به وبجدارته بسبب ما يمنحه لمُطبقه من ثقة في عيون الآخرين فيشعرون معه بالارتياح بسبب ما يتسم به الشخص في مواقف الاسترخاء من طمأنينة وثقة بالنفس.

(يمثل التراث السيكولوجي ببحوث عدة تؤكد أن الاستثارة العضوية والعضلية العنيفة تشيع بشكل أكثر في حالات الأمراض النفسية والعقلية (العصابيين والذهانيين) وفي حالة الاكتئاب تُبين الدراسات أنه بالرغم مما يتصف به هؤلاء المرضى من مظاهر التخلف في النشاط الحسي والحركي (البطء في الحركة والكلام والاستجابة) الذي قد يوحي بأنهم على درجة أقل من التوتر والاستثارة العضلية، فإن مقارنتهم بمجموعة من الأفراد العاديين على مقاييس التوتر في الجبهة، والفكين، والذراعين، والقدمين بينت أنهم أكثر توتراً من الأسوياء، وتبين بحوث مماثلة أن هذا التوتر يختفي أو يتضاءل بعد العلاج النفسي، لهذا يمكن القول أن التوتر لازمة من لوازم الاكتئاب وليس مجرد نتيجة له، فضلاً عن هذا فإن هناك ما يثبت أن الاسترخاء العضلي واستخدام العقاقير المطمئنة والمضادة للاكتئاب تؤدي إلى انخفاض ملموس في حالات القلق والاكتئاب)(عبد الستار 2008، ص 187).

### 3-التدريب على الاسترخاء:

إن "تقنية الاسترخاء" العلاجية تتطلب عادة لتعلمها ست جلسات علاجية، في كل منها يجب أن تخصص عشرون دقيقة على الأقل وفي نفس الوقت يطلب من المريض أن يواصل التدريبات على الاسترخاء لمدة 15 دقيقة يوميا بنفسه تحت إرشادات المعالج التي تراعي الفروق الفردية والحاجات العلاجية، تكون الخطوات التدريبية العامة كالتالي:

- 1\* الاستلقاء في وضع مريح عند بداية التدريب ، التأكيد من هدوء المكان وخلوه من مشتتات.
- 2\* المكان الذي ستكئ عليه يجب أن يكون مريحاً، ولا توجد به أجزاء نافرة أو ضاغطة على بعض أجزاء الجسم.
- 3\* ليس بالضرورة أن تكون متكناً بل يمكن البدء في التدريبات وأنت جالس في وضع مريح.
- 4\* ابدأ بتدريب عضو واحد في البداية على الاسترخاء ، ويفضل أن يكون الذراع كما يلي:

- إغلاق راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة.
- لاحظ أن عضلات اليد ومقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر وتشد.
- ابسط راحة يدك اليسرى بعد ثوان معدودة، أرخها وضعها في مكان مريح على مسند الأريكة.
- لاحظ أن العضلات أخذت تسترخي وتثقل .
- كرر هذا تمرين عددا من المرات حتى تدرك الفرق بين التوتر والشد العضلي في الحالة الأولى، والاسترخاء الذي ينجم بعد ذلك، تبسط راحة يدك اليسرى بيسر ، وإلى أن تتأكد أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلي ، وأنه بإمكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى .
- كرر هذا التمرين (الشد والإرخاء) مع بقية العضلات الأخرى.
- بعد اكتساب القدرة على التحكم في التوتر العضلي والاسترخاء في جميع أعضاء الجسم عضواً.. فعوضاً.. بالطريقة السابقة ، سيتمكن في المرات التالية استغراق وقت أقل من ذلك.

#### 4- أهمية الصور الذهنية والتخيل الذاتي في تعميق الإحساس بالاسترخاء:

يقول إبراهيم 2008 أن هناك حقيقة بسيطة لا يختلف فيها اثنان وهي أن مشاعرنا وانفعالاتنا تتأثر تأثراً قوياً بما نرسمه من تصورات أو تخيلات، بما فيها استعادة أحداث سابقة، فأنت قد تشعر بالحزن العميق إذا ما استعدت حدثاً غير سعيداً (وفاة عزيز أو صديق ) ثم في الماضي شريطة أن تستعيده بكل التفاصيل ، وبكل حواسك ، وربما قد تتساقط دموعك، إذا استغرقت في تذكر تفاصيل هذا الحدث واستعادة كل مشاعرك آنذاك وبالمثل قد تجد نفسك غاضباً، إذا استعدت بعض الأحداث والتي مرت عليك في الماضي والتي تعرضت منها للتجاهل والاعتداء والامتهان، من شخص معين في موقف معين، وربما تجد قدرتك على التركيز والهدوء والنوم تتبدد إذا ما حاولت أن تستغرق أكثر فأكثر في استعادة هذه الأحداث وإذا كان بإمكانك أن تشعر بالغضب أو الحزن أو البكاء باستعادة صور ذهنية سابقة مثيرة لهذه المشاعر، فإن بإمكانك أيضاً أن تشعر

بالراحة والهدوء والسعادة إذا ما حاولت في الدقائق التالية أن تستعيد بعض التفاصيل بأكبر قدر ممكن من التخيل الحي، عن مكان تحبه، أو مشهد سعيد مريب.

للتخيل الذاتي تأثير في الجوانب الجسمية والنفسية خذ مثلا في تأثير التخيل على الاستجابة العضوية تخيل مثلا وأنت تغمض عينك وبأكبر قدر ممكن لديك من التخيل أنك تتناول ليمونة وأنت تقوم بشقها إلى نصفين وتتناول أحد هذين النصفين لتقوم بعصرها في فمك، من المؤكد إذا كنت قد نجحت في استشارة الصورة على نحو حي أنك لن تشعر فقط بمذاق الليمونة اللاسع، ولكن ستجد أن كمية اللعاب في الفم (وهو استجابة عضوية) ستزيد كما لو كنت بالفعل تمتص قطعة الليمون وتمضغها بأسنانك.

### أ-التخيل وذكريات الانفعال:

التخيل وتكوين الصور الذهنية تعتبر من أحد أهم وظائف العقل، وهو يتحقق ذلك من خلال حواسنا الخمس، أي البصر والسمع والتذوق والشم واللمس، بعبارة أخرى فإن العقل يدرك ويسجل ما يدور في العالم من حولنا في صورة منبهات ومثيرات حسية بعضها بصري وبعضها سمعي وبعضها لمسي أو تذوقي أو شمّي، ونتعرض في كل لحظة لكم هائل من الصور والأصوات، والمشاهد والإحساسات وتعتبر هذه المجموعة من الصور الحسية بمثابة النسيج الأصلي للعقل، فبدون تسجيل هذه المثيرات لا يمكن للعقل أن يعمل ويفكر ويتذكر ويتخيل .

نحن لا نسجل فقط المنبهات والمثيرات ولكن عقلنا يسجل أيضا الحالة النفسية والحالة الانفعالية التي ارتبطت أو أطاحت بهذه العملية أي إنه لا يسجل فقط خبرات حسية ولكنه يسجل أيضا كل ما أحاط بهذه الخبرات من مشاعر الفرح أو الغضب أو الحزن أي كل المشاعر التي مرت بك، تستعيد معها أيضا الأحاسيس التي مرت بك ساعة تسجيلها، مثال ذلك المجندون في الحروب عندما يتذكرون مجريات المعارك فتظهر لديهم بكل الزخم والقلق النفسي والرعب وهدير المدافع وإنفجارات القنابل و خطوط مواجهة العدو (عبد الستار 2010، ص 133).

### ب-التخيل والصور الذهنية والصحة العامة:

أجريت بعض الدراسات على مرض السرطان بأحد المراكز المعروفة بعلاج وبيحوث السرطان بولايات تكساس الأمريكية، بهدف تشجيع المرضى على مقاومة نمو الخلايا السرطانية باستخدام أساليب من الإيحاء تعتمد على إثارة التخيل والصور الذهنية، ومن بعض هذه الأساليب القيام بتشجيع المرضى على تصور أن

هناك قوة داخلية تقوم لمهاجمة الخلايا السرطانية وتدمرها تدميرا، ولمساعدة المرضى على تكوين صور حية طلب منهم أن يتخيلوا الأورام السرطاني على أنها أشكال وحيوانات وحشرات قبيحة قابضة هناك في موقع الإصابة نريد التخلص منها بطحنها وتفنيتها "بينما أعطيت القوة التي تهاجم الورم صورة استعارية إيجابية على أنها مثلا.. "فارس يرمي سهامها أو يطلق سلاحا ناريا، وهناك دراسات أثبتت أن الصور الذهنية الايجابية والتخيلات تعمل على زيادة المضادات الليمفاوية، وهي المادة الرئيسية المعروف عنها، أنها تقوى من جهاز المناعة وتعمل على تدمير الخلايا السرطانية وفي تجارب أخرى عن تحمل الألم تبين أن إثارة صور ذهنية إيجابية وتخيلات مهدئة تعمل على زيادة مادة الأندروفين في endorphine والتي من شأنها أن تحسن المزاج، وتساعد على تحمل الألم والتي يصفها البعض بأنها الأفيون أو المورفي الطبيعي الذي يفرزه الجسم. (نفس المؤلف 2010، ص 139).

بفضل هذه الحقائق والآثار الايجابية عن التخيل والصور الذهنية فإننا نستطيع أن نساعد أنفسنا ومرضا في تكوين المشاعر والانفعالات المرغوبة وحتى تضمينها في جلسات الاسترخاء العضلي لعلاج الحالات النفسية مثل الاكتئاب والقلق.

### ثالثاً: المحور الاجتماعي: ( تنمية التوكيدية و المهارات الاجتماعية)

#### 1- مفهوم المهارة الاجتماعية:

تعرف المعاجم اللغوية "المهارة" بأنها: (الحذق في الشيء، والماهر الحاذق بكل عمل ويقال: مهرت بهذا الأمر به مهارة، أي صرت حاذقا)(ابن منظور، د.ت، ص 184).

تعرف المهارة في الأدبيات علم النفس وعلوم التربية فتعرف بأنها (قدرة عالية على أداء فعل حركي معقد بسهولة ودقة)(الحنفي 1978، ص 303).

إن المهارة الاجتماعية تعني قدرة الفرد على التوافق الاجتماعي وإصدار السلوك الملائم والقيام بالأدوار الملائمة والقدرة على تحمل المسؤولية والتعاون مع الآخرين والإسهام الجيد مع الجماعة وتكوين علاقات وثيقة والقدرة على المبادرة .

كما تم تعريفها على أنها أنماط من السلوك المتميزة والمتعلقة والتي ترتبط بشكل مباشر بتحقيق الكفاءة الاجتماعية بطريقة لفظية إلى جانب مهارته في ضبط تعبيراته غير اللفظية وتنظيمها كقدرة على ضبط

الانفعال واستبدال انفعالات الآخرين وتفسيرها وقدرته على لعب الدور واستحضار الذات اجتماعيا (RIGGIO .1990.P19).

ويعرفها (السمادوني 1990، ص01) بأنها القدرة على التعامل مع الآخرين والدراية بالقواعد التي تحكم السلوك الاجتماعي .

ويرى (الدا 2008، ص 23) أن المهارات الاجتماعية :

- سلوك مكتسب أي يمكن تعلمه.
- هي فنون من التعامل مع الآخرين.
- تقوم المهارات الاجتماعية على استعداد فطري بمعنى أن الفرد مهياً لتعلمها.
- تقوم على العلاقة بين الفرد وبقية أفراد المجتمع.
- تحدث المهارات الاجتماعية في إطار يرتضيه المجتمع الذي يعيش فيه الفرد.

إن المتفحص لمفهوم المهارات الاجتماعية يجدها عملية تفاعلية بين الجوانب المختلفة للسلوك الإنساني بدءاً بالجانب السلوكي (اللفظي وغير لفظي) والجانب المعرفي والجانب الوجداني الانفعالي في سياق التفاعل الاجتماعي، ويمكن بسط المفهوم المهارات الاجتماعية من خلال خصائصها مما يمثل بالتالي تعريفاً متكاملًا، فالمهارات الاجتماعية:

- يمكن تعلمها بشكل رئيسي من خلال أساليب التعلم الاجتماعي المختلفة (مثل: الملاحظة، التعلم من خلال نموذج قدرة، والمحاكاة أو التقليد، وعائد السلوك الاجتماعي).
- أنها تشمل على سلوكيات معينة ومميزة لفظية وغير لفظية.
- تزيد عملية التعزيز الاجتماعي من المهارات الاجتماعية (الاستجابات المفيدة من البنية الاجتماعية).
- تشمل المهارات الاجتماعية بخصائص البنية أو (الموقف)، وباتجاهات المشاركين وبالعدد من المؤثرات مثل: السن، الجنس، والمكانة الاجتماعية للفرد، وكل هذه لها تأثيراتها في الأداء الاجتماعي للفرد.
- يمكن تعديل صور القصور أو الاضطرابات في الأداء الاجتماعي للفرد ومواجهته من خلال أشكال التدخل التدريبي أو العلاجي أو التقويمي (النحو 2001، ص 23).

**2-العلاقة بين الاضطراب النفسي والسلوك الاجتماعي:**

إن ارتباط الصحة النفسية للفرد بسلوكه الاجتماعي أمر يكاد يكون من البديهيات لدى المتخصصين في علم النفس مهما اختلفت مشاربهم النظرية بل أن الكثير منهم يقيس مدى فعالية علاجه بمدى ما يحققه مريضه من تحسن في نمط العلاقة بالعالم الاجتماعي أو في الجوانب النفسية التي ترتبط أو تنتج مباشرة عن القصور في العلاقات الاجتماعية والتي تزيد من مشاعر الإحباط واليأس فتزيد حالته النفسية سواء و هو ما يدعم بدوره القصور في السلوك الاجتماعي.

إن الاضطراب النفسي والعقلي يرتبط ارتباطاً جوهرياً باضطراب السلوك الاجتماعي للفرد وافتقاده للمهارات اللازمة لإدارة حياته الاجتماعية، خذ مثلاً الاضطرابات النفسية والعقلية الأساسية في الطب النفسي وهي القلق الاكتئاب والفصام، إنها جميعاً تتسم ببعض الأعراض التي ترتبط بشكل مباشر باضطراب السلوك الاجتماعي، ومن مظاهر ذلك أن المصابين بهذه الاضطرابات يشتركون جميعاً بخصائص منها أنهم:

- يفتقرون للإيجابية في المواقف الاجتماعية.
- كما أنهم يجدون صعوبة شديدة في بدء علاقة أو المبادرة في خلق علاقة جديدة.
- يوصف الشخص بالاضطراب عندما تختل أساليب تفاعله بالآخرين، وعندما يعزف عن الاندماج في مواقف التفاعل وما تتطلبه العلاقات الاجتماعية من تبادل.
- كذلك يوصف المضطربون بالجمود والتصلب، والافتقار للمهارات الاجتماعية الضرورية للنجاح والتطور الاجتماعي بالشخصية .
- ويعانون من حساسية شديدة للرفض أو الخوف من التجاهل عند دخولهم في مواقف تتطلب التفاعل بالآخرين، ونتيجة لهذا يتعرضون في مواقف التفاعل لكثير من الإحباط الألم، مما ينفّرهم فيما بعد من الدخول في مواقف اجتماعية جديدة.
- فضلاً عن هذا ، تبين أن غالبيتهم لا يحسنون التعبير عن أنفسهم أو الدفاع كما قد ينسب إليهم من أخطاء أو تصرفات عند دخولهم في علاقات اجتماعية بالآخرين (عبد الستار 2008، ص 10).

إن المهارات الاجتماعية مجموعة من الخبرات والأعمال المستعملة والتي تمارس بشكل منتظم بحيث تسهم في تعديل السلوك وذلك بالتخلي عن الاستجابات السلبية غير المقبولة اجتماعياً، مما يساهم في تحقيق التكيف والتفاعل الإيجابي مع الآخرين في إطار يرضيه المجتمع.

إن تنمية المهارات الاجتماعية حتى لدى المرضى الذهانيين تقلل من الآثار السلبية للمرض العقلي، وتزيد من كفاءتهم على الرعاية المستقبلية للنفس من مواقف الخطر والأزمات، وعلى سبيل المثال بيّنت دراسة

حديثاً أجريت على مجموعة من الفصامين أن نسبة الانتكاس وصلت إلى 17% فقط في المجموعة التي خضعت لبرنامج علاجي ركز على صقل المهارات الاجتماعية بتدريب جميع أفراد أسرة الفصامي (بما فيهم المريض نفسه) على التواصل الجيد بين أفراد الأسرة وتبادل المشاعر الإيجابية فيما بينهم وذلك مقابل 83% انتكسوا في المجموعة التي لم تتدرب على تنمية هذه الخاصة، واعتمدت على العلاج الكيميائي فقط، بالإضافة إلى ذلك وبالرغم مما في مرض الفصام من صعوبات في العلاج ومقاومته للكثير من أشكال العلاج النفسي والطبي الأخرى، تتحسن حالة المرضى الذين خضعوا لبرنامج تدريب المهارات الاجتماعية فقد قلت نسبة الإنتكاس وتناقصت كمية العقاقير النفسية التي كانوا يتعاطونها، كما زادت أمامهم فرص النجاح الاجتماعي بما في ذلك تزايد نسبة الزواج بينهم والحصول على عمل وتحقيق الكفاءة المهنية (نفس المؤلف 2008، ص15).

لذا فإننا نستشف مما سبق أن علاج مشكلات السلوك الاجتماعي تؤدي إلى آثار علاجية إيجابية محاولة مساعدة الفرد على تنمية مهاراته الاجتماعية وتطويرها كوسيلة أو كمحور من محاور العلاج السلوكي المتعدد.

### 3- القصور في المهارات الاجتماعية:

يمثل موضوع قصور المهارات الاجتماعية مشكلة أساسية بالنسبة للمرضى النفسيين حيث أنهم يعجزون عن التفاعل بشكل ملائم مع الآخرين ويفتقرون إلى ضوابط سلوكية ملائمة لقمع السلوك الاجتماعي العدوانى المشوش أو المندفع، أو إلى تحقيق التلائم والتوافق مع المحيطين به وتكوين علاقات اجتماعية ناجحة مما يؤدي به إلى الإحباط ومشاعر الفشل والتعاسة.

يشير جاري (gary 1983) إلى أن هناك ثلاثة أنماط من النقص في المهارة في البحوث النفسية:

1/\* الإفتقار إلى المعارف والمفاهيم عن السلوك الاجتماعي المناسب، وهناك على الأقل ثلاثة أشكال من المعارف الاجتماعية يمكن توظيفها في مفهوم المهارة:

- المعرفة بالأهداف المناسبة للتفاعل الاجتماعي .
- المعرفة بالأساليب المناسبة للوصول إلى الهدف الاجتماعي.
- المعرفة بالسياق من خلال أساليب مناسبة مميزة يتم تطبيقها .

2/\* يعانون العجز نتيجة التدريب غير الكافي.

3/\* لديهم عجز في إعطاء أنفسهم تغذية راجعة عن تفاعلاتهم البنيشخصية وبصفة خاصة فإن هؤلاء لديهم نقص في القدرة على توجيه وتقييم سلوكهم وتأثيراته على الآخرين وفي عمل الاستدلال وعزو نجاحهم أو فشلهم البنيشخصي إلى محاولاتهم المستمرة في التكيف والثقة بالنفس في التفاعلات الاجتماعية (في: الشهري 2011، ص28).

خذ على سبيل المثال الصعوبات الاجتماعية التي تواجه الشخص في حالات الاكتئاب فقد تبين مثلا بالاعتماد على استقصاء عدد كبير من البحوث أن المكتئبين بالمقارنة بغير المكتئبين يعانون من القصور في عدد من المهارات الاجتماعية كما يظهر ذلك في وجود صعوبات عامة في التعامل مع الآخرين خاصة في التعامل مع الغرباء، وتمتد صعوبات التواصل الاجتماعي لتشمل:

- العجز عن التصرف براحة وانطلاق في العلاقات الاجتماعية بما في ذلك التعامل مع أفراد الأسرة وزملاء العمل حتى بعد علاجهم من الاكتئاب بالوسائل الطبية ، الكيميائية .
- الاضطراب في عمليات التواصل اللغوي والاجتماعي فحجم الكلام لدى المكتئبين أقل و نبرة الصوت تميل للخفوت والوهن.
- ويثير المكتئب إزعاج أسرته، ورفاقه وأقاربه بسبب ميوله الشديدة للاعتماد على الآخرين، وحساسيته الشديدة للرفض ومقاومته للتوجيه.
- تزداد المشكلات الاجتماعية بين المكتئبين لدى النساء أكثر من الذكور ، وحتى بين المتزوجات، أو عدم التواصل الجيد وإساءة الفهم وتبادل الاتهامات والعداوة.
- وتزداد نسبة الطلاق بين المكتئبين والمكتئبات على سواء.(عبد الستار 2008، ص 20).

إن القصور في المهارات الاجتماعية المختلفة ينتج عن الفشل في إكتسابه بسبب قلة الفرص لتعلم المهارة أو قلة الفرص للتعرض لنماذج من السلوك الاجتماعي المقبولة وقد يرجع حسب (أبو زيد ،2008، ص17) إلى :

- ضغوط الحياة والأزمات وتعقيد المواقف مما يعوق الفرد أحيانا عن استخدام مهاراته التي يمتلكها.
- نقص المهارات التي يتقنها الفرد مما يشعره بالعجز حيال بعض المواقف.
- وجود المهارات مع عدم وجود مستوى لائق من الاتقان لها مما يجعلها بلا فائدة مرضية للفرد.
- عدم تدريب الأفراد على استخدام مهاراتهم باستمرار وفي التوقيت المناسب.
- عدم وجود مهارات على الإطلاق نتيجة اضطراب عمليات التنشئة الاجتماعية الأساسية واللاحقة.
- اضطراب مفهوم الذات الاجتماعية.

- وجود رصيد خبري من تراكمات فشل سابقة في مواقف ضاغطة مشابهة .
- وجود تعميمات خاطئة وسلبية ومشوهة وعميقة.

هذا مما يجعل الأفراد في حاجة ماسة إلى إعادة النظر في تعلم مهارات جديدة مفيدة ومناسبة تعينهم على التفاعل السوي مع البيئة الاجتماعية المحيطة .

#### 4- اكتساب وتنمية المهارات الاجتماعية:

لقد أظهرت البحوث أن من الطبيعي أن نسعي جميعا للنجاح في الحياة وتحقيق الفاعلية في علاقتنا الاجتماعية بالآخرين في إطار من الصحة النفسية ، وإن القدرة على التعبير عن المشاعر (أو ما يسمى بتأكيد الذات) من أهم المهارات التي تساعد على تحقيق هذا الغرض، فهي خاصة تميز الأشخاص الناجحين في الحياة وتساعد على تحقيق أكبر ممكن من الفاعلية والنجاح فيما يتعلق بالتواصل بالعالم الخارجي والناس من حولنا.

فيما يخص موضوع تنمية المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات يعتقد الباحث أن (عبد الستار إبراهيم 2008) وبكتابه (إنه من حقك يا أخي: دليل في العلاج السلوكي المعرفي لتنمية التوكيدية ومهارات الحياة الاجتماعية). قد تميز فيه بطرح نظري خاص وخطوات تطبيقية فعالة، فاستفاد منها البحث الحالي بشكل كبير في جانبه النظري والتخطيط للبرنامج العلاجي. وخاصة فيما يلي:

#### أ- التوكيدية وأهمية التدريب عليها:

إن ما يسمى بتأكيد الذات (التوكيدية) أو ما يسميها عبد الستار إبراهيم بالحرية في التعبير عن المشاعر والاتجاهات التي يكشف البحث العلمي عن آثارها الايجابية في تحسين مهارات التواصل الاجتماعي السليم والصحي بالعالم .

(السلوك التوكيدي سلوك متعدد الأبعاد، ويشير في مجمله إلى المهارات الاجتماعية التي يتمتع بها الفرد وتساعد في الاتصال الجيد مع الآخرين والدفاع عن الحقوق والتعبير عن آراءه ومشاعره ورفض الإذعان لضغوط الآخرين أو المجازاة الاجتماعية) (محمود 2006، ص 09).

وتتمثل أهمية التوكيدية أنها:

- تساعد على التواصل الايجابي بالآخرين مما يمكنهم من التنبؤ الجيد بتصرفات الفرد ومعتقداتهم في مناخ من الطمأنينة له والثقة بقدراته وفي الحياة والعمل.
- تمكن من تجنب كثير من الجوانب الإحباط والفشل لأنها ستمكن من الخروج من المواقف الحرجة بلباقة .
- الحصول على مكاسب وفوائد ايجابية في مجالات العمل والمهنة جراء التدريب على التوكيدية.
- التعبير الإيجابي عن النفس والتصرف بايجابية مع الناس فيعود على فاعله بايجابية مماثلة، مما يساعد على خلق علاقات اجتماعية قائمة على تحقيق المكاسب المتبادلة .
- المتدرب على التوكيدية يتفاعل أكثر من غيره، ويعبر عن مشاعره داخل الجماعة بحرية أكبر وهم يعطون الآخرين فرصة أكثر للتعبير المماثل عن مشاعرهم والنمو والنضوج.
- التوكيدية تحقق أحد المتطلبات الرئيسية للصحة النفسية والعضوية بشكل عام بما فيها التحرر من القلق والاكتئاب وما يرتبط بهما من اضطرابات وجدانية أخرى.

إن التوكيدية سمة شخصية ولكنها في نفس الوقت مهارة وقدرة قابلة للنمو والاكتساب والتعلم للتعبير الصادق عن المشاعر بأشكالها المتنوعة والملائمة للموقف .

إن التدريب على التوكيدية يتطلب عادة أربع خطوات على النحو التالي:

- 1- أن يبدأ بعملية تقييم وفحص الذات بالاستعانة مثلاً بـ" المقياس المتعدد الجوانب للتعرف على مستويات تأكيد الذات" وللإجابة على مقياس: " أسأل نفسك: لتحري جوانب القصور الاجتماعية في الممارسات الشخصية" لمؤلفهما عبد الستار إبراهيم ومن غيرها من المصادر وبصورة مفصلة على مصادر ضعف القدرات التعبيرية عن المشاعر وتأكيد الذات بما في ذلك : (أهم المواقف والظروف الاجتماعية التي تعطل تأكيد الذات وتزيد من مستوى الاكتئاب والقلق الاجتماعي.) ومع من من الأشخاص؟ - وفي أي مكان (في المنزل ، مدرسة، مكان العمل....).
- 2- تتضمن الخطوة الثانية أن تتعرف على أساليب التواصل الفعال والناجح بالآخرين وأن تعرف أن عملية التواصل بالآخرين تنطوي على ثلاثة أساليب ينبغي عليك أن تحددتها وأن تتدرب على كل منها بشكل مستقل .
- 3- التدريب على فنيات السلوك التوكيدي والممارسة بما فيها المهارات البدنية والمهارات الاجتماعية والفنيات العلاجية.

## ب- الأساليب الثلاثة في التواصل الاجتماعي مع العالم:

تتضمن الخطوة الأولى حسب (عبد الستار، 2008، ص61) من الخطوات التدريب على ممارسة تأكيد الذات والفاعلية الاجتماعية أن نتعرف على أسلوب الفرد المتدرب في التواصل بالآخرين من بين ثلاثة أساليب من التواصل هي "السلبى" و "العدواني" و أسلوب التعبير الصادق عن المشاعر أي "تأكيد الذات" وستتعرف اختصاراً وفيما يلي على كل أسلوب منها في الجدول التالي :

## جدول رقم: ( 03 ) يوضح مقارنة بين أساليب التواصل الثلاثة

من حيث	الأسلوب السلبي	الأسلوب العدواني	الأسلوب التوكيدي
التعبير عن المشاعر	غير مباشر ولا يفصح عن رغباته بوضوح	أن تعبر عن حاجتك ومشاعرك وأفكارك ولكن مع التضحية بمشاعر وحقوق الآخرين	يتسم الأسلوب التوكيدي بالفاعلية ، باستخدام عبارات مباشرة تعبر عن المشاعر والحاجات دون خرق لحقوق الآخرين وحاجاتهم
الصوت	متردد، متلعثم ، منخفض، الإكثار من الصمت	الصوت عالي ومرتفع أو الالتزام بالصمت وكأنه مكره عليه وفي توقع أن ينفجر في أي لحظة	الصوت التوكيدي يميل للاسترخاء، ووضوح النبرات والحزم
التفاعل الاجتماعي	كثرة الاعتذار ولأن السلبي لا يقل غالباً ما يعنيه ، فإنه يبدو في عين الآخرين وكأنه لا يعني ما يقوله، ومن هنا يجيء الاستخفاف	صاحب هذا الأسلوب عادة ما يلجأ للاستهانة بالناس وتحقير مشاعرهم والسخرية من متطلباتهم وأفكارهم وفي الحالات المتطرفة يتسم هذا الأسلوب بالعدوان والتهجم المباشر عندما	صاحب هذا الأسلوب يمكنه أن يعبر عن متطلباته، أو يرفض الأشياء التي تتعارض مع احتياجاته ووقته بطريقة مباشرة وبسيطة بإمكانه أن يبدأ حواراً أو ينهي نقاشاً، ويمتدح الآخرين ويتقبل مدائحهم يحتمل النقد بدون عداوة أو

انتقام من قاتله	يواجه بإحباط أو أي معوقات لتحقيق ما يريده	الاجتماعي والتجاهل لمثل هذا النمط من الأشخاص السلبيين	
في الأسلوب التوكيدي يكون الشخص متقبلا للتفاوض وللحلول الوسطى التي لا تضر بأحد الطرفين في هذا الأسلوب نستطيع أن نطلب ونعبر عن متطلباتنا ، أو نرفض الأشياء التي تتعارض مع احتياجاتنا ووقتنا بطريقة مباشرة وبسيطة	تعبير عن حاجاتك ومشاعرك وأفكارك ، ولكن مع التوضيح بمشاعر وحقوق الآخرين	التوضيح بمصالح أو رغباته الخاصة من أجل حقوق الآخرين	حماية الحقوق الشخصية
يميل للاسترخاء، بإمكان الشخص أن يبدأ حوارا أو ينهي نقاشا، ويمدح الآخرين ويتقبل مدائحهم، يحتمل النقد بدون عداة أو انتقام من قاتله.	الشخص العدوانى يبدو متعاليا متباهيا بنفسه، أو بقوته و ثروته وكأنه فوق النقد والمؤاخذة	تزايد القلق الاجتماعى ، الخجل والتوتر خاصة في مواقف التفاعل الاجتماعى	الخصائص الانفعالية والشخصية
التواصل البصري بشكل ملائم دون حملقة أو انكسار مما يعكس إحساسا بالصدق والتفتح ، الوضع الجسمي نشط ومتوازن وملائم لمحتوى الرسالة وموضوع التواصل.	التواصل البشري مباشرة ومتصل ومن غير تعبير متميز ، الوضع البدني متحفز للهجوم ،الإيماءات جامدة وأمرة، استخدام اليدين بكثرة في شكل إشارات وتوجيهات	برودة اليدين وتعرق راحتيهما وجفاف الحلق ، تجنب التواصل البصري والتقاء العيون.	علامات عضوية

	وعلامات عدم تقبل الأخر		
--	---------------------------	--	--

(عبد الستار 2008)

### ت- خطوات التدريب على التوكيدية وتنمية المهارات الاجتماعية:

لتطوير القدرات الاجتماعية التوكيدية وحسن إدارة الحياة الاجتماعية الشخصية أربع خطوات على النحو الآتي:

1/- تقييم الذات وتحديد مناطق الضعف: وذلك بتجميع وتحديد المواقف المختلفة التي يشعر فيها المتدرب بصعوبة تأكيد الذات ويكون ذلك بالإجابة على المقاييس الخاصة بذلك، ويفضل في البداية اختيار خمس نماذج منها تعبر عن مواقف ضعف المهارة الاجتماعية في التعبير عن المشاعر وافتقار تأكيد الذات وأن نضعها في قائمة مستقلة وأن تتوفر فيها الشروط الآتية:

- أن تكون من المواقف التي توجد صعوبة في الوقت الحالي في التعامل معها بثقة و توكيدية
- أن الموقف يحدث بطريقة منتظمة ومتكررة.
- أن تصاغ المواقف بطريقة متوازنة، بحيث لا تكون عامة جدا ولا نوعية جدا شديدة الخصوصية.
- أن تمثل المواقف المختارة مشكلة فعلية للفرد، وتؤثر على صحته النفسية أو الجسمية أو الاجتماعية والمهنية.
- أن تغطي المواقف المختارة مجالات متنوعة كالمنزل والعمل والمدرسة .

2/- مراقبة الذات:

يرى عبد الستار 2008 أنه يجب وضع المواقف التي اخترتها في نموذج يماثل النموذج المرفق بعنوان المراقبة الذاتية لتأكيد الذات، راقب نفسك يوميا في كل موقف اخترته بالطريقة التالية:

- إملأ صورة من النموذج يوميا.
- حدد باستخدام مقياس يتراوح من الصفر إلى 10 لكل موقف اخترته درجة شعورك بالراحة في التعبير عن السلوك التوكيدي، كذلك على نفس المقياس حدد درجة ما اكتسبته من مهارة في التنفيذ

الملائم للموقف في كل مرة حدث فيها، مع مراعاة أن الدرجة صفر تعني: أنني غير راضي على الإطلاق عن أدائي (يعني لم أكن مرتاحاً ولم أقم بالتعبير التوكيدي المناسب)، بينما 10 تعني أنك راضٍ تمام الرضا عن مهارتك في الأداء التوكيدي للسلوك الذي اخترته للتدريب.

#### جدول رقم : (04) استمارة المراقبة الذاتية

الموقف	مستوى المعاناة	مهارة الأداء
أمثلة		
• سأقوم باتصال تليفوني للاعتذار عن موعد سابق	صفر	صفر
• سأمنح ساعة يومياً من وقتي لأفراد أسرتي	6	3
• سأناقش أحد الزملاء بسبب ما يشيعه عني	7	8
• سأشرح لأسرتي الظروف التي أعاقنتني عن شراء متطلباتهم	5	4
سجل في الجزء الباقي بنفس النظام السابق أنواع السلوك التوكيدي التي ترجو تنفيذها اليوم أو خلال الأيام القادمة	.	
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		

حدد باستخدام مقياس يتراوح من الصفر إلى 10 بالنسبة لكل موقف اخترته درجة شعورك بالراحة في ممارسة المهارة الاجتماعية أو التوكيدية التي تمثلها كل فقرة ، حيث أن الدرجة صفر تعني: أنني أعجز تماماً عن ممارسة هذه المهارة، بينما 10 تعني أنك تعاني من ممارسة هذه المهارة بدرجة خفيفة للغاية.

حدد باستخدام مقياس يتراوح من الصفر – 10 بالنسبة لكل موقف درجة ما تكتسبه من مهارة في ممارسة السلوك التوكيدي ، حيث أن الدرجة صفر تعني: أنني غير راضي على الإطلاق عن أدائي (يعني لم أحقق أي إحساس بالراحة عند قيامي بأداء السلوك التوكيدي المطلوب) بينما 10 تعني أنك راض تمام الرضا عن مهارتك في الأداء التوكيدي للسلوك الذي اخترته للتدريب.

ولعملية المتابعة فوائد كثيرة من أهمها أنها ستمنحك صورة واقعية يومية عن مدى تحسن الذي تنجزه، ومن ثم ستتح لك الفرصة لتكتشف الجوانب الخاصة من المواقف التي تشعر خلالها بالإعاقة عن التنفيذ الإيجابي للمهارة المكتسبة

احتفظ بالنماذج التي ملأتها في مكان أمين للعودة لها بين الحين والآخر.

### 3/- الممارسة الأولية التخيلية:

تتسم الممارسة التدريبية الأولية بالتخيل للمواقف والصور الذهنية الخاصة بالسلوك التوكيدي بعد أسبوع من المراقبة الذاتية الذي يكون هدفه التمهيد والتوطئة للسلوك الواقعي ومدى نجاحه ، تبدأ جلسات التخيل بتركيز الذهن على موقف أو موقفين على الأكثر من المواقف العشرة من القائمة الشخصية، كما هو مشار إليه في الخطوة الأولى وليكن الموقفان المختاران في البداية من المواقف السهلة التي لا يصعب كثيرا مواجهتها توكيديا ومن المواقف التي تتكرر كثيرا في حياة المتدرب أو الوشيكة الوقوع ، ومن المفروض أن تستغرق الجلسات التدريب ما يقرب من خمسة عشر دقيقة كل يوم في مكان مناسب وهادئ.

### 4/- الممارسة الفعلية وتقييم الأداء:

في هذه المرحلة تتم الممارسة الفعلية للمهارة المتدرب عليها، وعادة (حسب عبد الستار 2008) ما يتم الانتقال لهذه المرحلة بعد أسبوع من الممارسة التخيلية، وفي هذه المرحلة توجه الشخص إلى أن يعتمد حدوث الواقعية، نقوم بعملية تقييم الأداء بالرجوع للاستمارة الأولى الخاصة بمراقبة الذات، وإن كان هناك تحسن ، الانطلاق في التدريب على مواقف أخرى.

### ث- معالجة جوانب التوتر في الحياة اليومية:

يتطلب التدريب على المهارات الاجتماعية إيلاء معالجة جوانب التوتر في الحياة الشخصية الاجتماعية اليومية حيث أنه يعتبر من أوجه القصور في السلوك الاجتماعي اليومي ، العجز عن التعبير عن المشاعر بشكل سليم وصحي أو ضعفه واللغة البدنية غير الملائمة للتعبير ، لذا يتعلم الفرد في برنامج تدريبية على:

- تنطيق المشاعر : وهو التعبير المعتمد عن المشاعر بحرية وبطريقة تلقائية وبكلمات تصريحه مسموعة داخل العيادة وخارجها في عدد يتراوح من 05-15 مرة يوميا حتى تتحول إلى عادة شخصية .
- تشكيل الاستجابة البدنية الملائمة : حيث بدء اهتمام المعالجون النفسانيون الوقت الراهن حسب (عبد الستار 2008) بالتدريب على تعبيرات الوجه وأساليب الحركة والكلام والمشي كجزء من العلاج النفسي ، خاصة في حالات الاكتئاب والقلق الاجتماعي .

**جدول رقم : (05) يوضح بعض المشاعر والأحاسيس اليومية الشائعة وما يناسبها من أساليب تعبيرية**

قائمة المشاعر	أساليب تعبيرية مناسبة
الحب أو الرغبة	"إنني أحب هذا الشيء" "لقد سعدت بهذه اللحظة معك"
عدم الرغبة والاحتجاج	"إنني أرفض هذا الأسلوب من التعامل" "لم يكن هذا توقعي منك"
امتداح الآخر	"إن الكلمة التي قلتها كانت ذكية بحق" "أعجبتني صراحتك" "ما قمت به فاق كل توقعاتي"
التصميم	"سأظل هكذا إلى أن أكسب في النهاية" "لا بد أن أبلغ رأي بالطريقة المفروضة وأترك الحكم للآخرين بعد ذلك"
التشكك	"هل تعتقد أنني أصدق ما تقوله؟" "كيف أتأكد أنك ستفعل ما اتفقنا عليه؟"
التعبير عن العرفان بالجميل	"أقدر لك دعمك ومساندتك" "سعدت بحق لاهتمامك"
التعبير عن	لا تتخرج عندما يمتدح بعض الأشخاص أرائك أو كتاباتك باستجابات مثل

<p><b>الموافقة عندما تمتدح</b></p>	<p>: "أشكرك .. لقد قضيت وقتنا طويلا بحق في كتابة ذلك"</p> <p>أو ما ترتديه من زي، مثلا:</p> <p>"شكرا على ملاحظتك، لقد بحثت طويلا عن هذا القميص إلى أن وجدته".</p> <p>أو شخصيتك، مثلا:</p> <p>"شكرا لملاحظتك فأنا مهتم بالفعل بممارسة الرياضة يوميا" باختصار</p> <p>أظهر ما يشير إلى موافقتك على ذلك وبذلك ستدعم لدي الآخرين عن الإيجابيات فيك، وبالتالي ستلقى عائدا إيجابيا من المجتمع مما يدعم عاداتك ومهاراتك الصحية الجديدة التي ربما لا تزال في بداياتها.</p>
------------------------------------	--

(عبد الستار 2008)

**جدول رقم (06) يوضح أساليب بدنية مرتبطة بمهارات التعبير عن المشاعر**

الأسلوب	الطريقة الملائمة	الطريقة السلبية غير ملائمة	الطريقة العدائية
التواصل البصري	التواصل البصري بالشخص أثناء الحديث معه أو إليه	إنكسار العين ، عدم التقائهما بعين الشخص أثناء الحديث	الحملقة المقصودة في الشخص أثناء الحديث
تعبيرات الوجه	أن تكون ملائمة للموضوع أو الرسالة التي تنقلها	خالية من المعنى أو خنوعه	تعبيرات عدائية بغض النظر عن موضوع الرسالة.
الإيماءات	معتدلة ، وملائمة للرسالة	منعدمة، متصلبة، وغير ملائمة للرسالة	مفرطة، ومسرقة في الحماسة
المسافة والوضع البدني	الجسم منتصب، وعلى مسافة ملائمة ، مع انحناء بسيط في الإتجاه الآخر	وضع منحني منكسر ، وعلى مسافة بعيدة	الجسم منتصب، وعلى مسافة قريبة جدا أو بعيدة من الشخص، مع إنحناء مبالغ فيه نحو الشخص

الصوت	واثق، وبارتفاع ملائم، نبرات واضحة وملائمة	منكسر، هامس ، رتيب	شديد وعالي، وبنبرات واضحة ولكن متسلطة.
-------	---	-----------------------	--

(عبد الستار 2008)

### ج- معالجة جوانب التوتر في العلاقات الاجتماعية:

إن من بين أسباب الاضطراب النفسي والعجز عن تأكيد الذات التعامل مع الأشخاص يتسمون بالسلبية في تواصلهم وسلوكياتهم معنا (المنافسة غير الشريفة، النقد السلبي والمقاطعة، أنماط من العلاقات الاجتماعية المسمومة ، أفراد يتسمون بصعوبة التعامل والمعاشرة والصراع والرغبات السلبية ...) لذا يجب تضمين البرنامج التدريبي ببعض الأساليب التي يمكن استغلالها للتغلب على تلك الصعوبات في العلاقات الاجتماعية التي تعرضنا للتوتر.

### جدول رقم: (07) يوضح أساليب معالجة جوانب التوتر في العلاقات الاجتماعية:

الأسلوب	معناه	مع ومن ومتى يستخدم
تنطيق المشاعر	التعبير المتعمد والتلقائي عن الانفعال بكلمات صريحة ومنطوقة	القلق الاجتماعي، وتشجيع الآخرين على تكوين علاقات مريحة معك
الأسطوانة المشروخة	تجاهل الاستجابة المعارضة مع الاستمرار في التعبير عن السلوك أو الفكرة التي بدأتها	- يساعدك هذا الأسلوب على الإحساس الهادئ في حالات المناقشة المتوترة. -كما يجنبك الدخول في متاهات جانبية تبعده عن موضوعك الأصلي - التدريب على ضبط النفس والإصرار على تحقيق الهدف الرئيسي لك.
التأكيد السلبي	الاعتراف بالخطأ عندما تقوم بفعل يستحق اللوم على أن تبين أن الخطأ لا يعني أنك بكاملك سيئ	عندما تحس أنك قمت بخطأ يستحق اللوم والنقد، توطين العلاقة الطيبة بين الأزواج، عندما تريد أن تطوي صفحة سلبية وتبدأ صفحة إيجابية.

<p>تجنب الدخول في معركة لست مستعداً لهان والتعامل مع الأشخاص الإنفعاليين والمتهجمين، ضبط النفس، إيقاف سلوك عدواني خارجي.</p>	<p>تجاهل محتوى الرسالة أو السلوك الغاضب والتركيز بدلاً من ذلك على طريقة الشخص الانفعالية في التواصل</p>	<p><b>تجريد انفعال الآخرين من قوته</b></p>
<p>يستخدم عندما: - يكون الطرف الآخر من النوع المجادل الذي يكثر من الإدانة واللوم والنقد.</p>	<p>إظهار الموافقة على ما يوجه لك من اتهامات مع إبداء الاستعداد لتغيير سلوكك عندما يظهر من الطرف الآخر ما يستحق ذلك.</p>	<p><b>التعمية والإرباك</b></p>
<p>مع الأصدقاء والأشخاص العزاء والمقربين والرؤساء عندما: - تريد أن تنهي بعض الخلافات المنفرة معهم. - التقليل من الضغوط أو الصراع الأسري. - حل الخلافات الاجتماعية.</p>	<p>الاستجابة للنقد بالسؤال عن مزيد من الانتقادات والأخطاء التي ترتكبها مع إبداء الاستعداد للتغيير.</p>	<p><b>التساؤل السلبي</b></p>
<p>- تكوين علاقات اجتماعية دافئة ووثيقة. - إنهاء المواقف الاجتماعية دون انفعالات سلبية أو قلق. - التخلص من القلق الاجتماعي. - تحقيق مكاسب متبادلة لكل الأطراف الداخلية في عملية التفاعل. - ضبط النفس</p>	<p>التدريب على الانفعالات المختلفة والمتعارضة بما فيها المعارضة والهجوم، وتقبل المدح، وإظهار الود ،وتأكيد الأنا...إلخ</p>	<p><b>التشكيل الانفعالي</b></p>

( ابراهيم، 92، 2007 )

إن الانتباه والإدراك الجيد للانفعالات والمشاعر الذاتية وفهمها وصياغتها بوضوح وتنظيمها وفقا لمراقبة إدراك دقيق لانفعالات الآخرين ومشاعرهم للدخول معهم في علاقات انفعالية اجتماعية ايجابية تساعد الفرد على الرقي العقلي والانفعالي والمهني وتعلم الكثير من المهارات النجاة في الحياة لهي محور رحي ما يسمى بـ"الذكاء الوجداني" ، فما هو هذا المفهوم وما علاقته بالسلوك الاجتماعي؟

الذكاء الوجداني عبارة عن مجموعة من الصفات الشخصية والمهارات الاجتماعية والوجدانية التي تمكن الشخص من تفهم مشاعر وانفعالات الآخرين، ومن ثم يكون أكثر قدرة على ترشيد حياته النفسية والاجتماعية وانطلاقا من هذه المهارات (نفس المؤلف 2008، ص142).

ويعرفها بيتر سالوني 1995 بأن القدرة على فهم الانفعالات الذاتية والتحكم فيما وتنظيمها وفق فهم انفعالات الآخرين والتعامل في المواقف الحياتية وفق ذلك، وهو يميز الأفراد الذين يحاولون التحكم في مشاعرهم، ومراقبة مشاعر الآخرين وتنظيم انفعالاتهم وفهمها، ولخص سالوني مفهومه للذكاء الاجتماعي في خمس مجالات هي:

- أن يعرف الفرد عواطفه ومشاعره .
- أن يتدبر الفرد أمر عواطفه ومشاعره.
- أن يدفع نفسه بنفسه، أي أن يكون مصدر دافعية لذاته، والجانبين الذين يتعلقان بالسلوك الاجتماعي .
- أن يتعرف على مشاعر الآخرين.
- أن يتدبر أمر علاقته بالآخرين

أما (دانييل جولمان 1995) فيعرفه بـ: مجموعة من المهارات الانفعالية والاجتماعية التي يتمتع بها الفرد واللازمة للنجاح المهني وفي شؤون الحياة الأخرى. (معمرية، 2005، ص44).

حسب (ابراهيم 2008) فإن الشخص الذي يتسم بدرجة عالية من الذكاء الوجداني، يتصف بقدرات ومهارات تمكنه من أن:

- يتعاون مع الآخرين خاصة في أوقات ضيقهم.
- يسهل عليه تكوين الأصدقاء والمحافظة عليهم.
- يتحكم في الانفعالات والتقلبات الوجدانية.
- يعتبر عن مشاعر والأحاسيس بسهولة .

- يتفهم المشكلات بين الأشخاص ويحل الخلافات بينهم ببسر.
- يحترم الآخرين ويقدرهم.
- يحقق الحب والتقدير من الذين يعرفونه.
- يظهر درجة عالية من الود والمودة في تعاملاته مع الناس.
- يتفهم مشاعر الآخرين ودوافعهم ويستطيع أن ينظر للأمور من وجهات نظرهم.
- يميل للاستقلال في الرأي والحكم وفهم الأمور.
- يتكيف للمواقف الاجتماعية، الجديدة بسهولة.
- يواجه المواقف الصعبة بثقة.
- يشعر بالراحة في المواقف الحميمة التي تتطلب تبادل المشاعر والمودة.
- يستطيع أن يتصدى للأخطاء والامتهان الخارجي (عبد الستار 2008، ص 142).

إن الذكاء الوجداني يتضمن عددًا من المهارات والخصائص التي يمكن تعلمها واكتسابها ببسر وتنميتها وتقويتها في الشخصية.

#### رابعاً: محور تعديل السلوك الظاهري (تعزيز السلوكيات والأنشطة الترويحية):

السلوك هو أي نشاط إنساني سواء كان أفعالاً يمكن ملاحظتها وقياسها كالنشاطات الحركية أو نشاطات تتم على نحو غير ملحوظ كال تفكير والتذكر والتخيل وغير ذلك (وثمة اختلافات كبيرة بين نظريات علم النفس في نظرتها وتعريفها للسلوك، فبعض نظريات علم النفس التقليدية (كنظرية التحليل النفسي مثلاً) لا تولي اهتماماً كافياً بالسلوك الظاهر، لأنها تنظر إليه بوصفه مجرد عرض لصراعات أو اضطرابات نفسية داخلية قائمة بحد ذاتها (الخطيب 2008، ص 15).

يوجد للسلوك نوعان، الأول هو السلوك الاستجابي ويتمثل في (أنماط الاستجابة التي ستجربها المثيرات القبلية المنبهاة لها وتسمى العلاقة بين تلك المثيرات والاستجابات بالانعكاس مثل إغماض جفن العين عند تعرضها لنفحة هواء، والثاني هو السلوك الإجرائي وهو السلوك الذي يتحدد بفعل العوامل البيئية ممثلاً،

العوامل الاقتصادية والاجتماعية والتربوية وغيرها ويمثل دائما تلقائيا بل أن الإنسان هو الذي يتسبب في حدوثه) (إدارة التوجيه 2008 ص 12).

## 1- مفهوم "تعديل السلوك":

"تعديل السلوك" لغة: ورد في لسان العرب عدل الشيء أي وازنه وتعديل الشيء تقويمه، قبل العدل: تقويمه الشيء بالشيء من غير جنسه حتى تجعل له مثلاً ، وعدله أي إذا أقمته فاعتدل أي استقام ، وقبل عدلك ، أي قومك وجعلك (ابن منظور 2008 ص 5013).

تعديل الشيء يعني تقويمه ، يقال عدلته فاعتدل ، أي قومته فاستقام يرجع الأصل اللغوي لمصطلح السلوك إلى السلك وهو الخيط والسلك بالفتح مصدر سلكت الشيء في الشيء ، أي أدخلته فيه والسلوك مصدر سلك طريقاً، سلك المكان يسلكه سلوكاً وتسلكه والأصل الثلاثي "تسلك" ويعني لغة " الإدخال في الشيء، فأدخلته في الشيء تعني سلكته فيه ، قال تعالى : "ألم ترى أن الله أنزل من السماء ماء فسلكه ينابيع في الأرض " (سورة الزمر آية 21) أي أدخله ينابيع الأرض ، والمسلك هو الطريق ويرد السلوك أيضا بمعنى الاستقامة السلكى الأمر المستقيم.

إن "تعديل السلوك" اصطلاحاً هو تطبيق للمبادئ التي انبثقت عن البحوث العلمية في علم النفس التجريبي بهدف الحد من المعاناة الإنسانية وتحسين الأداء الإنساني بالاعتماد على ميدان البحوث المتصلة بسلوكيات التعلم وتطبيقات قوانين الاشتراط الإجرائي والاشتراط الكلاسيكية.

إن النظرية السلوكية واعتماداً على نظريات التعلم تؤكد على أن طريقة نشأة السلوك الخاطئ هي نفسها نشأة السلوك الصحيح، حيث أن الفرد يتعلم السلوكين بنفس المنحنى وهذا يشجع كثيراً من المختصين في تبني فكرة تعديل السلوك والسير فيها قدماً.

(إن مصطلح "تعديل السلوك" يشار به إلى الإجراءات العلاجية المستمدة من النتائج التجريبية للبحوث النفسية، ويعتمد في تعامله مع الظاهرة العيادية على البيانات الموضوعية ويعرفه "كريجهيد وكازدن وماهوني" (1981 craighzad . kozdin et mahoney) بأنه ميدان يستخدم تكنيكات مشتقة من مبادئ علم النفس التعلم ويحاول تعديل الظروف السيئة أو الوضع الاجتماعي، وله أهداف تتمثل في محالة تغيير السلوك الظاهر بشكل مباشر وتجنب التعامل مع قوى نفسية خفية مفترضة له منهجية تتمثل في التقييم التجريبي لأثر العلاج)(الخطيب 2008 ص 14).

إن الهدف الأساسي لـ "تعديل السلوك" هو: (إحداث تغييرات في السلوك بشكل إيجابي وبناء وأفضل)(أبو زيد 2008 ص 96). وكذلك تطوير أو تقوية السلوك التكيفي من جهة وإزالة أو إضعاف السلوك غير التكيفي من جهة أخرى.

يمتاز ميدان "تعديل السلوك" بالخصائص التالية:

- أنه يركز على الحاضر وليس الماضي.
- أنه يركز على تغيير السلوك الظاهر.
- أنه يحدد العلاج بموضوعية وذلك من أجل تكراره.
- أنه يستند إلى البحوث الأساسية في علم النفس لصياغة فرضيات واختيار التكتيكات العلاجية.
- أنه يتوخى الدقة في تعريف وقياس وعلاج السلوك المستهدف.
- أنه يرفض التفسيرات المستمدة من العمليات النفسية الداخلية.

بعدما سبق ذكره حول "تعديل السلوك" فإن الباحث يتبنى تعريف شامل ودقيق وهو تعريف قدمه "كوبر وهيرون وهيوارد" (cooper . heron et heward 1987) وينص هذا التعريف على أن (تعديل السلوك هو العلم الذي يشمل على التطبيق المنظم للأساليب التي انبثقت عن القوانين السلوكية وذلك بغية إحداث تغيير جوهري ومفيد في السلوك، وهذا العلم يشتمل على تقديم الأدلة التجريبية التي توضح مسؤولية الأساليب التي تم استخدامها عن التغيير الذي حدث في السلوك)(الخطيب 2008، ص 15).

## 2-الخصائص العامة لمنحنى تعديل السلوك:

هناك خصائص عامة لمنحنى تعديل السلوك يجب على مُعدل السلوك أن يأخذها في الاعتبار تتمثل في النقاط الآتية :

- السلوك الإنساني محكوم بنتائجه فإن كانت إيجابية إزداد احتمال حدوثه مستقبلا أما إذا كانت سلبية إنخفض احتمال حدوثه في المستقبل، فتعديل السلوك هو ضبط توابعه (نتائجه).
- التركيز على السلوك الظاهر القابل للملاحظة المباشر والوصف والقياس وليس على عمليات نفسية داخلية مفترضة.
- التعامل مع السلوك سويا أو شادا بوصفه محطة للتعلم أي مكتسبا.
- تعريف السلوك المستهدف إجرائيا، وتحديد الأهداف السلوكية وإجراءات التعديل بدقة ووضوح.

- ثبات السلوك الإنساني نسبياً وإمكانية التنبؤ به.
- التعامل مع السلوك بوصفه ظاهرة تخضع لقوانين معينة لا ظاهرة تحدث عشوائية.
- تقويم فاعلية أساليب التعديل باستمرار والاهتمام بقياس التغيرات التي يمكن ملاحظتها مباشرة .
- السلوك الحالي يتأثر بالأحداث البيئية (الداخلية والخارجية) الحالية بما يتناسب وطبيعة المشكلة .
- الاهتمام بمراعاة الفروق الفردية، تكييف برامج تعديل السلوك بما يتناسب وطبيعة المشكلة.
- توظيف التقنيات العلاجية المستمدة من نتائج البحوث العلمية التجريبية وتوظيف استراتيجيات البحث فردياً وجمعياً، (إدارة التوجيه 2008 ص 15).

### 3- خصائص السلوك الإنساني:

إستخلص علماء النفس والسلوك خصائص للسلوك الإنساني يمكن ذكر أهمها:

- القابلية للتنبؤ: يمكن التنبؤ بسلوك الفرد قبل حدوثه من خلال حدوث مثيراته، ومن ثم يمكن منعه أو الحد منه ويعتقد معدلي السلوك أن البيئة المتمثلة في الظروف المادية والاجتماعية الماضية والحالية للشخص هي التي تقرر سلوكه، ولذلك نستطيع التنبؤ بسلوك الشخص في المستقبل بناء على معرفتنا بظروفه البيئية السابقة والحالية.
- القابلية للضبط: ويعني ذلك كيفية ضبط سلوك الفرد في المواقف الحياتية المختلفة، والضبط في ميدان تعديل السلوك عادة ما يشمل تنظيم أو إعادة تنظيم الأحداث البيئية التي تسبق السلوك أو تحدث بعده.
- القابلية للقياس: وهو إمكانية قياسه وتقديره كميًا باستخدام أحد وسائل القياس وأدواته مثل الملاحظة أو الاختبارات، فمن خلال هذه الأدوات نحدد حجم السلوك وتكراره ومدى شدته فليس من السهل تعديل السلوكيات التي يصعب قياسها.
- السلوك محكوم بتوابعه: فحين يسلك الفرد سلوكاً ما فهو يتوقع نتائج من وراء هذا السلوك، وكلما كانت النتائج غير سارة من المحتمل ألا يتكرر حدوث السلوك في حين أن الاستجابة السلوكية التي تؤدي إلى نتائج ايجابية والحصول على إشباعات وتحقيق الأهداف تكون أكثر ميلاً في أن تحدث مرة أخرى مستقبلاً.
- السلوك نسبي قابل للزيادة والنقصان سواء كان سويًا أو شاذًا .

- السلوك متعلم وقابل للتغيير والتعديل : وكل ما هو سلوك مكتئب يمكن تعديله يحتاج إلى خطط ومراحل وعلاقة علاجية مهنية.
- تأثيره بعوامل مختلفة منها ثقافة الفرد واعتقاداته ومفهومه عن ذاته وطرق تفسيره للمثيرات.
- السلوك الإنساني نشاط كلي: فخطأ الفصل بين ما هو عقلي أو جسدي أو إنفعالي فالإنسان وحدة كلية متكاملة لا تتجزأ ، ففهم السلوك بشكل صحيح لا يتم إلا بالرجوع إلى الكل الذي ينتمي إليه .
- السلوك الإنساني غائي : بمعنى أن النشاط الذي يصدر عن الكائن يكون له هدف وغاية معينة.
- السلوك يحقق التوافق مع البيئة : فهو الأداة الفعالة للتوافق مع البيئة والتعايش والتكيف معها في أشكالها المختلفة (المادية، الاجتماعية البيولوجية) وتتبع تغيرات ظروفها وحتى إحداث التأثير فيها .
- أن السلوك يحدث في إطار البيئة الاجتماعية ويرتبط وظيفيا بالمثيرات والأحداث السابقة (المقدمات) والأحداث اللاحقة(النتائج) سواء كانت هذه الأحداث داخلية من الداخل الشخص نفسه أو خارجية من البيئة التي يعيش فيها (طه ، 2008 ص34 بتصرف).

#### 4-فنيات تعديل السلوك:

تعديل السلوك وهو محاولة تغيير السلوك الإنساني بشكل إيجابي وصحي، لذا أُستخدمت فنيات وأساليب سلوكية متعددة. ويمكن تصنيفها إلى فنيات قائمة على الاشتراط التقليدي الاستجابي وفنيات قائمة على الاشتراط الاجرائي (السكنري) نسبة إلى العالم السلوكي "سكنر" وهي كالتالي :

جدول رقم (08) يوضح فنيات السلوكية القائمة على الاشتراط الاستجابي

فنيات سلوكية قائمة على الاشتراط التقليدي الاستجابي	
استجابي مضاد (counter)	استجابي إنعكاسي (peflesc ful)
التحصين التدريجي المنظم: وهو إضعاف عادات الاستجابات الانفعالية بأسلوب مندرج في مواجهة المثير	الفعل المنعكس الشرطي: ويقوم على مبدأ إزاحة الكف وإبطاله عن طريق إعادة التشريط
الكف بالنقيض المتبادل : إزالة الاستجابة المرضية تدريجيا من خلال إحلال سلوك آخر معارض للسلوك آخر معارض للسلوك	الإنطفاء : كف الاستجابة غير المرغوب من خلال تقديم المثير الشرطي دون مثير مدعم تعزيز

المرضي عند ظهور الموضوعات المرتبطة به.	
الغمر: تعرض المريض للموقف المثير بصورة مباشر ولفترة وفي موقف آمن حتى تنطفئ الاستجابات الانفعالية غير المرغوبة	الإبعاد : أو الاغفال وهو تقليل ظهور الاستجابة غير المرغوبة بإغفالها وتجاهلها ومحاولة استعادها بحرمانه من التعزيز
الممارسة السلبية: ممارسة المريض للسلوك غير المرغوب فيه بتكراره والاستمرار حتى يصل لدرجة من التسبع ويحدث لها كف	
العلاج بالتنفير : اشتراط الاستجابة غير المرغوبة مثير منفرد وبالتالي استجابة غير المرغوبة وقد يجري ذلك أثناء التعرض للمثير أو حتى تخيله	

- جدول رقم(09) : يوضح الفنيات السلوكية القائمة على الاشتراط الإجرائي

فنيات سلوكية قائمة على الاشتراط الإجرائي السكبري	
ترهيب	ترغيب
ضبط المثير: وتعني السيطرة على المنبهات والمثيرات التي تؤدي إلى الاستجابة غير مرغوبة	التدعيم: أو التعزيز هو تقديم إيجابية أو إزالة توابع سلبية الأمر الذي يترتب عليه احتمال حدوث السلوك في المستقبل في مواقف مماثلة.
العقاب العلاجي: يتم معاقبة المريض ماديا أو معنويا كلما أتى بالسلوك غير المرغوب حتى يتم كفه	التشكيل: يقوم على مبدأ التعزيز الايجابي المنظم للاستجابات التي تقترب شيئا فشيئا من السلوك النهائي ، يهدف إحداث سلوك لا يوجد حاليا.
اشراط الهروب: يشبه التدعيم السلبي حيث يشير إلى تقديم مثير مكروه يؤدي إلى نوع من	اقتصاديات المقايضة: مبدأها التعزيز الإيجابي عند الإتيان بالسلوك المرغوب والابتعاد عن

السلوك غير المرغوب وذلك باعطاء بون (بطاقة) للعميل ذي قيمة مادية له أو مكافأة	السلوك الإجرائي الهروبي منه
التعاقد السلوكي : إتفاق مهني سلوكي مكتوب بين المعالج والعميل أو أكثر لتحقيق أهداف علاجية موجبة وواجبات وحقوق ومراحل علاجية.	التعطيل: إزالة الاستجابة المحتملة من الوصول إلى التدعيم لفترة محدودة من الوقت ، حيث يحرم الفرد تماما من تدعيم إما بنقله إلى موقف غير مدعم أو بإبعاد كل مصادر التدعيم عن الموقف الحالي

#### 5- الأنشطة السلوكية السارة والايجابية أسلوب لمواجهة الاكتئاب:

إن من أهم أعراض الاكتئاب نجد الخمول والروتين في الحياة اليومية والعزوف عن المباهج المشروعة والنشاطات السارة المتنوعة والانخراط في حالة من الحزن واضطرابات النوم والتعب وفقدان المعنى للحياة والمتعة فيها، وإنحدار طاقة الفرد ونشاطه اليومي وعزوفه عن الدخول والاستمتاع بالنشاطات الاجتماعية وقضاء وقت جميل إلى الركون للروتين والتعاسة.

لذا يجب الأخذ في عين الاعتبار أثناء التخطيط للبرامج العلاجية السلوكية تغيير هذا النمط من السلوك الاكتئابي ومحاولة تغيير المزاج الاكتئابي إلى مزاج إيجابي سعيد.

في تجربة أمريكية ألقى مجموعة من الباحثين بقطع مالية من فئة الدولار في مواقع مختلفة من المراكز التجارية بالمدينة، ثم راقبوا استجابات المارة عندما يعثر الواحد منهم على الدولار، وبعد مرور نصف ساعة من العثور على الدولار قام الباحثون بإيقاف مجموعة عشوائية من المارة، بما فيهم الأفراد الذين عثروا على الدولار ليوجهوا، مجموعة من الأسئلة تضمنت أسئلة عن الرضا الواحد منهم عن حياته العملية أو الزوجية وعن نظرة كل منهم للمستقبل وإمكانياته المادية ورغبتهم في شراء أشياء جديدة أو بتغييرات ترفيهية أو رحلات مع الأسرة والأطفال وكانت أن عبر المارة الذين عثروا على الدولار بمقارنتهم بغيرهم عن كثير من المشاعر الايجابية المعارضة للاكتئاب فقد قرروا أنهم أكثر سعادة في حياتهم الزوجية، وأنهم يعانون من مشاكل أقل في حياتهم العملية، وأنهم عموماً أكثر تفاؤلاً وأكثر تطلعا للمستقبل ، لقد خلُصت التجربة إلى إثبات أن حدثاً صغيراً كالعثور على دولار واحد يؤثر في المزاج ايجابيا وقد يؤدي إلى الشعور بالتفاؤل وتعديل المزاج العام للشخص. (عبد الستار 2008، ص 258).

إن بعض الأحداث والسلوكيات الصغيرة والتي تبعث السرور في النفس قد تكون لها نتائج كبيرة في تغيير المزاج ايجابيا وتخلق جوا نفسيا معارضاً للاكتئاب قد تمتد أثارها على نحو طويل أما كيف يفسر هذا التغيير؟ فيعتقد عبد الستار إبراهيم 2008 أن مرده قد يكون ميل العقل البشري للتعميم من حادث جزئي إلى مجموعة عريضة أخرى من الأحداث والروئ التي لها صلة مباشرة أو غير مباشرة بالحدث ذاته وربما لأن أساليب تفكيرنا تتعدل وتتغير بطريقة تجعلنا ننظر للمستقبل بنفس النظرة التي ترتبط بتذوقنا للحدث الراهن فتمنحه بعض الثبات والديمومة ويبقى شعورنا الغالب الآن وفي هذه اللحظة هو الشعور الغالب أيضا على نظرتنا للمستقبل.

مما يعزز مبدأ الأسلوب المذكور سابقا في مواجهة السلوك الاكتئابي هو وصول "فيلتون" " filton " 1990 إلى أسلوب عُرف باسمه "أسلوب فيلتون" الذي يستند على حقيقة ما تلعبه الأحداث السارة في الاستجابة الاكتئابية ورفع مشاعر الرضا وكذلك أبحاث المعالج السلوكي "ليفنسون 1974" livensone الذي قام بسؤال عينيات ضخمة من مختلف أفراد مجتمع بحثه لكي يسجل كل منهم 10 عشر نشاطات إيجابية أو أحداث أثارت في الواحد منهم الشعور بالسرور والبهجة، ومن إجاباتهم كون قائمة الأحداث السارة وأستخدمت كأسلوب لتعديل المزاج بشكل إيجابي وتطورت تلك القائمة إلى ثلاث أشكال من السلوكيات تُسهم في خفض وتعديل الاكتئاب وهي:

#### 1/- نشاطات سلوكية فردية سارة:

هي مجموعة الأنشطة الفردية والتي تعزز الرضا عن الذات وإدخال السرور والايجابية الذاتية وكسر الروتين والملل ومن ذلك (المطالعة، البستنة، تعلم شيء جديد قراءة القرآن أقضي وقتا في عمل شيء تحبه وبكفاءة، تعرف على الجوانب الايجابية فيك أو التي تلقى إعجابا وسجلها...).

#### 2/- نشاطات سلوكية اجتماعية سارة:

هي مجموعة الأنشطة التي تقام في تفاعل ونشاط اجتماعي سار لتساهم في القضاء على مشاعر الاكتئاب والانطوائية وتعزز قيمة الذات وانتماءها بشكل تصاعدي مدعم بمزيد من الأنشطة الاجتماعية المبهجة عبر الأيام حتى تترسخ هذه العادة وتصبح جزء من سلوكيات الفرد الاجتماعية على أن يدرّب الفرد نفسه على القيام ببعض المهارات الاجتماعية ويعزز الفرد علاقاته القائمة ويقويها ليضمن نتائج إيجابية، من تلك الأنشطة الاجتماعية السارة (الاحتكاك بأصدقاء إيجابيين ومرحين، القيام بألعاب رياضية جماعية تحبها،

مداعبة الأطفال، إبحث واتصل بصديق قديم وتذكر معه الأيام الجميلة، القيام بأعمال خيرية وإدخال البسمة على الآخرين، حضور جلسات دينية في المسجد أو استمع لتلاوات قرآنية...).

3/- أنشطة سلوكية مضادة للاكتئاب:

(هي نشاطات بطبيعتها سارة ومعارضة للاكتئاب، أي لا يمكن أن يمارسها الشخص وأن يكون في نفس الوقت حزينا أو مكتئبا مثال الضحك تناول طعام جيد، وقد اقترح "ليفينسون" قائمة لمثل هذه الأنشطة وقام بتعريبها (عبد الستار 2008 ص 266) وتعديل بعضها من ذلك :

ابتسم مع الآخرين اقض بعض الوقت في مشاهدة الطبيعة – اشتر شيئا تحبه، - أروى أطرافه أو نكته، - تنفس هواء طبيعيا ونقيا،- اشعر بأهمية وجودك للآخرين،- اشعر بوجود الله ورعايته لك في حياتك، - تواجد مع أشخاص سعداء، .... وغيرها).

إن أشكال الأنشطة السلوكية السابقة مجتمعة تشكل أسلوبا إتخذه علماء العلاج السلوكي كمعول هدم للمزاج الاكتئابي وسلوكياته الرتيبة المملة، ليشكلوا سلوكا ملؤه الطاقة والنشاط والمتعة في الحياة اليومية .

### خامساً: محور تعزيز سلوك الصحة الجسمية:

في ظل منحى العلاج السلوكي المتعدد المحاور للاكتئاب فإن الاهتمام بالصحة الجسمية بجوانبها المختلفة وهو محور هام على المعالج السلوكي المعاصر أن يوليه الانتباه الكافي له، فالحقائق التي سنبينها في هذا الفصل تبين أن الجوانب البيولوجية بما فيها الاختلالات الكيميائية تلعب مع الظروف النفسية والبيئية في تناسق ووحدة متكاملة وتفاعل ومتبادل ومستمر، فالفصل في مجال السيكوباتولوجيا ما بين الجوانب النفسية والاجتماعية والجانب البيولوجي معناه تعطيل للفهم الحقيقي للسلوك الإنساني.

لم يعد فهم الصحة الجسمية يقتصر على فهم البعد العضوي الحيوي فقط، وإنما أصبحنا ننظر إليه إلى أنه تداخل عوامل ثلاثة هي: العضوية الحيوية والنفسية السلوكية والاجتماعية

إن التعريف الشامل للسلوك ليعطينا فهما أفضل لعلاقته بالصحة وسلامتها فيعرف السلوك بأنه كل ما يصدر عن الإنسان من فكر ومواقف وكلام وعواطف وأفعال، ومن هذا التعريف ندرك كيف يرتبط السلوك ببعض جوانب الصحة، ويعطينا كذلك طريق للتدخل وتعديل السلوك عن طريق تغيير بعض الأفكار أو المواقف أو الأفعال (الحارثي 2014 ص11).

اللياقة أو الصحة الجسمية المثلى تعني أمرين هامين أولهما : (تمتع الشخص بمستوى عال من الكفاءة الوظيفية) وثانيهما (تمتع الشخص بالحيوية والاستمتاع الشديد بالحياة) (راتب، 2004، ص69).

لياقة الصحة الجسمية تتمثل في وصول الفرد إلى مستوى متميز من الصحة والسلامة والمحافظة على هذا المستوى لأطول فترة ممكنة من العمر لمجابهة المتطلبات اليومية بدرجة عالية من الكفاءة والاستمتاع بالحياة.(أبو العلا، وأحمد، 2003، ص293).

إن الصحة المثلى تتحقق من خلال التزام الفرد والوعي نحو تحسين والتطوير لجميع مجالات الحياة، مما يؤدي إلى نقص مخاطر الأمراض وتحسين السعادة ونوعية أفضل للحياة. يمكن توضيح العلاقة بين الصحة واللياقة الصحية (العافية) بأن المريض مثل الشخص الذي يمشي للخلف (تقهقر)، وأن الشخص الطبيعي مثل الذي يقف مكانه، أما الشخص الذي يتمتع بالعافية هو الذي ينطلق إلى الأمام لتحقيق الصحة المثلى، وترتبط لياقة الصحة بشكل أساسي بنمط أسلوب حياة الشخص life style الذي يؤثر في اللياقة ويتأثر بها كثيراً، إن لياقة الصحة البدنية أساس جيد لاستمتاع الفرد بالحياة.

تحتل مسألة السلوك الصحي وتنميته أهمية متزايدة ليس فيما يتعلق بالجوانب الجسدية فحسب، وإنما بالجوانب النفسية أيضاً، وقد قاد الفهم المتزايد للعلاقة الكامنة بين السلوك والصحة إلى حدوث تحولات كبيرة في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين في فهم الصحة الجسمية وتنميتها، وإمكانية التأثير فيها على المستوى الفردي، ولم تعد الصحة مفهوماً سلبياً، يمكن تحقيقه في كل الأحوال بل أصبحت مفهوماً ديناميكياً، يحتاج إلى جهد وبذل من قبل الأفراد في سبيل تحقيقها والحفاظ عليها.

من أجل ذلك تعد دراسة وفهم الممارسات السلوكية المضرة بالصحة الجسمية والنموية لها، والإتجاهات نحو الصحة والسلوك الصحي الخطوة الأولى نحو إيجاد الموارد النموية للصحة والعمل على تطويرها، وتحديد العوامل والإتجاهات المعيقة للصحة من أجل العمل على تعديلها، الأمر الذي ينعكس في النهاية على النمو الصحي وتخطيط تنمية الصحة وتطوير برامج الوقاية والمناسبة والنوعية، وهذا ما يتفق مع ما تنادي به منظمة الصحة العالمية WHO من أجل تطوير برامج نفسية وصحية لإكتشاف عوامل الخطر على الصحة والأسباب والسلوكية البنوية المسببة التي يمكن التأثير فيها والتغلب. (رضوان، 2007 ص01).

ازدادت الأبحاث الطبية والنفسية التي تحاول دراسة علاقة أنماط السلوك البشري بصحة الفرد سواء أكانت نفسية أو عضوية، وأكدت أغلب الأبحاث على وجود ارتباط كبير بين تصرفاتنا الشخصية والحالة الصحية التي نعيشها، وبالتالي فإن الأمراض التي نعاني منها تعود أسبابها في الغالب إلى سلوكياتنا وعاداتنا

الصحية غير السلمية، ويظهر هذا الاهتمام حلياً في تطور أساليب الوقاية من الأمراض، أين أدركت الدول بعد الباحثين أن ما تصرفه من أموال طائلة على المراكز الصحية لا يُجدي نفعاً إذا لم يكن هناك إدراك أو قناعة لدى أفراد هذه الدول بوجوب المحافظة على صحتهم.

بتقدم العلم ظهرت عدة تخصصات تعالج هذا الارتباط بشكل أو بآخر، منها الطب السلوكي، الطب الوقائي، علم الأوبئة السلوكية، علم النفس الاجتماعي، علم اجتماع الصحة، علم النفس البيئي... إلخ (بن غذفة' 2007 ص42).

1- **تعريف السلوك الصحي:** توجد عدة تعاريف للسلوك الصحي من بينها، تعريف فيربر (Ferber، 1997) على أنه مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف كلها القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية، يعرفه نولدنر (noldner، 1989) إلى أن المقصود بالسلوك الصحي هو كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الحية عند الفرد، يتضح السلوك الصحي كذلك من خلال حماية وحفاظ وتنمية الفرد لحالته الصحية من خلال القيام بالحمية، ممارسة الرياضة، ممارسة نشاطات لها تأثيرات على الحالة الصحية (عيادي، 2009 ص65).

## 2- أبعاد السلوك الصحي: لسلوك الصحة الجسمية ثلاثة أبعاد أساسية هي:

1- البعد الوقائي: ويتضمن الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحمي الإنسان من خطر الإصابة بالمرض كالحصول على التلقيح ضد مرض معين أو مرجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوصات الدورية.

2- بُعد الحفاظ على الصحة: ويشير إلى الممارسة الصحية التي من شأنها أن تحافظ على الفرد كالإقبال على الأكل الصحي مثلاً أو تنفيذ سلوكيات صحية أخرى منصوص بها

3- بُعد الارتقاء بالصحة: ويشمل كل الممارسات الصحية التي من شأنها أن تعمل على تنمية الصحة والارتقاء بها إلى أعلى مستويات ممكنة من خلال النشاط البدني وممارسة الرياضة بشكل منتظم ودائم (يخلف، 2001، ص20).

**3- عملية تغيير سلوك الصحة الجسمية:** هي عملية تحسين أو تعديل لعدة سلوكيات غير صحية كنتيجة لتدخل خارجي سواء كان تثقيفياً أو غيره..، إن من السهل تشخيص المرض وإعطاء الدواء وتناوله، ولكن من الصعب أن تغير سلوك إنسان أدمن على التدخين أو الكحول أو المشروبات الغازية أو قلة الحركة، ولهذا فالتثقيف الصحي يساعد الناس على اتخاذ قرارات مناسبة بشأن صحتهم مع تذليل المعوقات البيئية والاجتماعية التي تحول دون إتباعهم السلوك الصحي المناسب، وهذا ما يُعرف بمصطلح تعزيز الصحة، ولقد أثبتت دراسات علمية كثيرة أن عملية تغيير السلوك صحي تقلل من حدوث الأمراض وحدوث المضاعفات الناتجة عن هذه الأمراض بإذن الله (بن غذفة، 2007، ص44).

**4- أنماط السلوك الصحي:** يميز الصبوة والمحمود (2007) بني نمطين من أنماط السلوك الصحي:

**أولاً:** السلوكيات التي تسبب ضرراً بالصحة وتسمى بأبعاد السلوك الصحي السلبي وعرفها على أنها: أي فعل أو نشاط يقوم به الفرد أو الجماعة بشكل واع ومخطط ومقصود وبشكل متكرر، وسواء أكان الفرد بمفرده مدفوعاً ذاتياً أم بتسيير الجماعة أو بضغط منها، الأمر الذي يترتب عليه زيادة معدلات الاستهداف للمرض أو الانحراف أو الأذى البدني والنفسي، ومن أنماط السلوك الصحي السلبي: التدخين وشرب الكحول وتعاطي العقاقير النفسية بدون إذن الطبيب، والممارسات الجنسية غير المشروعة والتعرض لأشعة الشمس لمدة طويلة.

**ثانياً:** أبعاد السلوك الصحي الإيجابي وعرفها على أنها: تلك الأفعال أو النشاطات المنظمة المقصودة أو غير المقصودة التي يُمارسها الأفراد أو الفرد الواحد لمساعدته في الوقاية من الإصابة بالمرض أو تمنعه من الأذى والضرر البدني والنفسي، أو تجعله يقلع عن الانحراف والشذوذ، وتساعدته في الاكتشاف المبكر للمرض والعجز والميل الشاذ، أو تساعدته في التخفيف من المعاناة والمرض بحيث يتم تحسين الحالة البدنية والنفسية، وتقليل الانحراف والشذوذ أو القضاء عليه، وتحميه من المخاطرة التي من شأنها أن تتسبب في حدوث ضرر أو أذى بدني أو نفسي أو كليهما ومن أنماط السلوك الصحي الإيجابي: ممارسة التمرينات الرياضية والنوم الكافي المطمئن والعادات الغذائية الصحية السلمية والوقاية الصحية نفسياً وبدنياً وسلوك قيادة السيارات الآمن .

**5- العلاقة بين النفس والجسم:**

(إن العلاقة بين النفس والجسم قديمة قجم تاريخ الفكر الإنساني إذ يرجع أثر العوامل النفسية في الجسم إلى زمن قديم فقد أشار بريل A.A. BRILL إلى أن هيبوقراط (أبو الطب) HIPPOCRATS قد استطاع شفاء برديكاس ملك مقدونيا من مرضه الجسيمي وذلك عندما قام بتحليل أحلامه ويعكس ذلك دون شك إدراك هيبوقراط للعلاقة بين النفس والجسم، وذهب أرسطو (384 – 322 ق م) إلى أن الانفعالات مثل الغضب والخوف والرجاء والفرح والبغض لا يمكن أن تصدر عن النفس وحدها ولكنها تصدر عن المركب من النفس والجسم)(أبو النيل ، 1994، ص119).

هذا الأمر أدركه الكثير من علماء الطب المسلمين (ابن سينا، الرازي...) وهناك حوادث وقصص علاج مرض تُعزز هذا الإدراك، وفي العصور الوسطى (حوالي القرن السادس عشر) نجد في كتابات (مارتن لوتر) إشارات إلى أن الروح عندما تضيق ببعض الأمور فإن الجسد يشاركها هذا الضيق، وجاء طبيب الأمراض العقلية الألماني 1818 هينروث O. G. HEINROTH وأكد على علاقة النفس بالجسم بالاضطرابات الجسمية السيكوسوماتية، وهكذا تطورت الدراسات التي اهتمت بالربط بين ما هو نفسي وجسمي، وأصبح من الصعب تحديد الخط الفاصل بين ما هو نفسي وما هو جسمي، كما تبين للعلماء أنه من الخطأ القول بثنائية الجسم والنفس، فالجسم هو الوسيط بين عوامل البيئة الخارجية وبين كيان الفرد النفسي والعقلي، فلا توجد نفس بدون جسم، كما لا يوجد جسم حي بلا نفس، وكما لا يوجد مرض جسمي بحت كذلك لا يوجد مرض نفسي بحت لا يتدخل فيه الجانب العضوي.

يؤكد (أبوجين بلويلير) الطبيب النفسي السويسري على أنه كثيرا ما نتكلم عما هو جسدي أو عما هو نفسي والأحرى بنا أن نتكلم عما هو نفسي في ذلك الجانب الجسدي كما أن علينا أن نتكلم عما هو جسدي في الجانب النفسي، ويرى (دافيد جراهام) أن الاصطلاحات التي تضع النفس مقابل الجسم ما هي إلا لتسهيل الدراسة والتعبير اللغوي فقط (خير الزراد 2000، ص 23).

## 6- الاعتلال البدني والاضطراب النفسي:

إن التداخل بين النفسي والجسمي قد أعاد النظرة الكلية للإنسان فلم يعد بالإمكان تفتيت علوم الشفاء إلى فروع متخصصة تعني بالأجزاء وتهمل الكل، فالكلية باتت تطرح نفسها كضرورة ملحة في ممارسة كافة العاملين في ميدان الشفاء، مهما كانت اختصاصاتهم ومشاربهم ومن بين هؤلاء الاختصاصي النفسي.

تدعيما وتوضيحا للفكرة السابقة نورد فيما يلي جداول وضعها (النابلسي أحمد، 1993)، توضح نماذج لإعتلالات بدنية والاضطرابات النفسية والسلوكية المرافقة لها.

- جدول رقم:(10)الاضطرابات العقلية المصاحبة لأمراض القلب والشرابين

نوعية المرض	المظاهر النفسية	المظاهر الجسدية العامة	الفحوصات المخبرية
عدم كفاية القلب المعاوضة <b>INSUFFISANCE CARDIAQUE COMPENSEE</b>	قلق اضطرابات ليلي أرق وأحلام مزعجة تضييق أفق الوعي فترات خيل وهذيان وأحيانا محاولات انتحار	عثرة التنفس (لدى الجهد) سعال ناشف تنفس من نوع كين ستوك انحباس البول وتضخم القلب والكبد مع ازرقاق ومع انتفاخ الأوردة	أشعة للقلب (تضخم ، حموضة الدم تغير في نسبة السيتون تغيرات في أيض الكبد والكلية).
الاحتشاء القلبي <b>INFARCTUS MYOCARDIC</b>	المرحلة الحادة قلق بالغ مع خوف من الموت وهياج أو خمود نفس حركي، وفي 20% من الحالات تظهر حالة خبل حادة مع ذهول أو هياج أو هذيان. مرحلة النقاهة: فترة قلق حاد من انهيار ثم فترة استعادة التوازن وخلالها: وهن نفسي،	آلام حادة في منطقة القلب وتبدأ بشكل حاد ومفاجئ ويمكننا أن تمتد إلى الظهر أو إلى اليد اليسرى. مع غثيان وقي ووهن وشحوب وتعرق بارد وازرقاق الأطراف وهبوط الضغط وتسارع النبض وغموض صوت دقاته وحرارة (37.5 درجة)	تكاثر الخلايا البيضاء تسارع تسرب الدم ثم نقصه بعد النوبة زيادة السكر زيادة الـT.G.O

		حركي، مظاهر انهياريه انخفاض الذاكرة والانتباه موجات بكاء.	
ارتفاع ضغط الدم الشرياني H.T.A	وهن نفسي، جسدي نزف وتراوح المزاج مع مظاهر قلق وانهيار وارق فترات خبل عابرة خاصة أثناء الليل (تسمى نوبات marchend) انخفاض القدرة الهوائية	خفقان القلب وعثرة التنفس وآلام في منطقة القلب. تضخم القلب (المرحلة 2 وما بعد). صداع ودوار	أشعة لتبين اتساع الشريان الأورطي الصاعد تخطيط القلب فحص قعر العين.
عطل دماغي ناجم عن ارتفاع الضغط	صداع حاد ونوبات تشنجية واضطرابات الوعي (بدرجات مختلفة) وانفعال وتراوح المزاج وضعف قوة الأطراف ومظاهر انهيارية	ضغط شرياني انقباضي أكثر من 14	فحص قمر العين علائم عدم كفاية القلب والكلية
تصلب الشرايين الدماغي المنتشر	صداع، وهو، دوران، اضطرابات الرؤية، تنميل الأطراف، أرق نزق، تراوح المزاج ،ميل للانهيار تراجع	يمكنه من أن يترافق مع تصلب الشرايين المحيطة، ارتفاع الضغط بحيث يكون الانبساطي أكثر من	تصوير شعاعي (يعكس تكلس الشرياني الأورطي). فحص قعر العين وتظهر فيه علامة

Sallus-Gunn	11، علائم عدم كفاية القلب ، إعطال عصبية محدودية إلا إذا تم اكتشاف المرض من خلال حادث هذه الحالة تظهر النوبات الصرعية	القوة الذهنية ، مراحل خبل، انهيار ذهني وحالات هوس	
مثل السابق	اضطرابات عصبية متنوعة ، مظاهر شلل، حركات إرادية محدودة زيادة الحركات اللاإرادية ، انعدام القدرة على التعبير من خلال الوجه ، انعدام القدرة على تماوج الصوت ، اضطرابات المشية سلس البول عدم التحكم بالبراز... الخ	تراجع عقلي(ناذر شبيه البصيلي) عدم القدرة على الحفظ انعدام التوجه الزماني التعرف الخاطئ هذيان الأراجيف تراجع عقلي - دماغي هام	تصلب الشرايين الدماغى المنتشر مع تراجع عقلي حياىى

- جدول رقم:(11) الاضطرابات العقلية المصاحبة للأمراض العصبية:

نوعية المرض	المظاهر النفسية	المظاهر الجسدية العامة	الفحوصات
مرض باركينسون	اضطرابات عصبية	انخفاض الحركة	انخفاض اىضيات

<p>الأمنيات الدماغية الأحادية في 40 % من الحالات تظهر موجات بيتا في التخطيط الدماغي تخطيط العضلات يظهر نشاطا عضليا فائقا</p>	<p>زيادة نشاط العضلات الارتعاش المميز للشلل الرعاشي</p>	<p>مع مظاهر انهيارية ونزف. علائم اضطراب الشخصية (الشك، الاهتمام بالذات بشكل أناني بالغ). اضطرابات عتهية تتطور تدريجيا اضطرابات ذهانية، انهيارية أو هذيانية (نادرة).</p>	<p><b>parkinson</b> أو الشلل الرعاشي</p>
<p>ارتفاع نسب الـ الفاو غاما غلوبين . فحص قعر العين (انقلاع وحادث شرياني حول الشبكية). تغيرات مميزة في فحص السائل الشوكي تخطيط الدماغ (غير محدد).</p>	<p>تناذر عصبي هرمي تناذر مخيخي دوار تشوش الرؤية.</p>	<p>اضطرابات مزاجية (مراوحة مزاجية من الحبور إلى الكآبة)- انهيار رد فعلي أمام المرض. اضطراب الشخصية مظاهر هيسترية وانطوائية اضطرابات ذهانية (نادرة ومستمرة خلف العوارض السابقة).</p>	<p>نشاف الفقرات العصبية <b>leuconeveaxite</b> أو تصلب الرقائق <b>sclerose en plaque</b></p>
<p>تخطيط الدماغ (غياب أو شبه لموجات ألفا) تخطيط العضلات (موجات غير</p>	<p>حركات ارتجاجية انخفاض النشاط العضلي ارتكاسات المفاصل</p>	<p>اضطرابات مزاجية اضطراب الذاكرة والانتباه "تتطور تدريجيا"</p>	<p>زفن هوتيغتون <b>hutingaton corree</b></p>

اضطرابات العته (نادر) اضطرابات ذهانية هذيانية أو انهيارية	مرتفعة	منتظمة).
استسقاء الرأس مع ضغط طبيعي للسانل الشوكي <b>hydrocephalie</b>	تناقص الذاكرة بشكل تدرجي وصولا إلى تناذر كورساكوف. انهيار فقر الحياة النفسية تناذر تخشي في الحالات المتطورة	اضطراب المشبه شلل الأطراف التشنجي سلس البول تشوش الرؤية ارتكاسات الرضاعة والتسلق منخفضة
مرض جاكوب - كلاوتزفيلد - <b>jackob- creutzfeldt</b>	تناذر هرمي خارجي اضطراب الأعصاب الجمجية تشوهات المفاصل صعوبة المشي نتيجة اصابة المخيخ (ارتجافات مقصودة).	تخطيط الدماغ موجات منخفضة عشوائية وبطيئة رأسية. الشلل الشوكي: زيادة نسبة البروتينات. تراجع نمو اللحاء واستسقاء جانبي في بطين واحد (R.M.I).

- جدول رقم: (12) الاضطرابات العقلية المصاحبة للالتهابات:

نوع المرض	المظاهر النفسية	المظاهر الجسدية	الفحوصات المخبرية
-----------	-----------------	-----------------	-------------------

	العامة		
<p>أشعة الصدر زيادة الكريات البيضاء وخاصة متعددة النواة زيادة ترسب الدم فحص القشع</p>	<p>ارتعاش مع برودة حرارة الأم صدرية سعال علائم التركيز الرئوي</p>	<p>تناذر خبل في حالات المتطور يظهر الهذيان الناجم عن ارتفاع الحرارة وساوس مرضية نادرة</p>	<p>التهاب ذات الرئة الحاد <b>Pneumonie aigue infectieuse.</b></p>
<p>صورة الصدر تظهر نرشح عابر زيادة مضادات الأجسام (4أضعاف) فحص القشع: يظهر وجود الفيروس.</p>	<p>الحرارة الصداع سيلان الأنف والحنجرة سعال نزق.</p>	<p>تعقيد الاضطرابات العقلية وتشجع ظهور انتكاسية تناذر انعدام التأزر والنشاط تناذر خبل لدى الأطفال والشيوخ تناذر نوراستانيا (أثناء فترة النقاهة) وعلائم انهيارية</p>	<p>الزكام (نزلة وافدة) <b>GRIPPE</b></p>
<p>فحص الدم: ارتفاع الـ T.G.P والفسفاتار القلوية وأملاح المرارة والـ Urubilinogen في البول فحوصات مناعية من نوع AG HB AC HB</p>	<p>يرقان وغشيان انزعاج في منطقة الكبد البول ملون البراز بدون لون حرارة في البداية الكبد متضخم وحساس</p>	<p>تناذر انهيار لمدّة طويلة تناذر خبل بدرجات متفاوتة . تناذر نوراستانيا (غالبا في البداية أو في النقاهة).</p>	<p>التهاب الكبد الفيروسي الحاد <b>Hepatite Virale aigue</b></p>

<p>زرعة الدم ايجابية أثناء المرحلة الحادة اختبار تحت الجلد بمادة Bruceline يكون ايجابيا</p>	<p>بسيطة حرارة متواصلة ألام مفاصل وصداع وتعرق انعدام الدوافع تورم الغدد اللمفاوية مع تضخم الكبد والطحال</p>	<p>تناذرات نوراستانيا وخيل ونوام هذيان حاد تناذر وسواسي (فصامي المظهر) أو هذيان في فترة النقاهة</p>	<p><b>الحمى المالطية</b> <b>Brucellose</b></p>
<p>أشعة تظهر تجويف السل التنظير الشعبي اختبار تحت الجلد زرعة في دم الحيوان تظهر وجود جرثومة كوخ أو عدم وجودها</p>	<p>ما تحت الحمى مع تعرق انخفاض في الوزن تردي الحالة الصحية العامة سعال نزق يتبعه ظهور القشع ظهور صدى خاص في الرئتين</p>	<p>تناذر نوراستانيا تناذر هذيان غير محدد (أفكار صوفية وايروسية وغلمية) وهذيان الاضطهاد يتصاحب أحيانا مع الهرب المرضي أو الأفعال الطبية غير الشرعية ميول انهيارية - انطوائية ميل عميق نحو التأمل</p>	<p><b>السل</b> <b>Tuberculose</b></p>
<p>فحوصات مخبرية زرعة الدم والبول والبراز تصوير شعاعي</p>	<p>حرارة متراوحة</p>	<p>انحطاط بدني مخاوف مرضية</p>	<p><b>الماليا</b> <b>MALARIA</b></p>

للرئتين			
---------	--	--	--

- جدول رقم (13) الاضطرابات العقلية المصاحبة للاضطرابات الغددية:

نوعية الاضطراب	المظاهر النفسية	المظاهر الجسدية العامة	الفحوصات المخبرية
نقص افراز الدرقية <b>HYPOTHYROIDLE</b>	تباطؤ وانحطاط نفسي حركي (تباطؤ النمو الذهني لدى الأطفال). ويتجلى ب: انخفاض الانتباه والنشاط واضطراب الذاكرة وانخفاض الحركة والتفاعل العاطفي والشهية مظاهر عصبية وأحيانا ذهانية.	الأغشية يابسة ومتورمة والشعر خفيف ويتساقط والصوت خشن والوجه ملون ومستدير كالقمر تباطؤ النبض إمساك ضعف جنسي نزيف العادة الشهرية	نقص الأيض الأساسي 20 % زيادة الكوليسترول وتغيرات في تخطيط القلب (زيادة سعة الموجات) (والعضلات والدماغ نقص سعة الموجات) TSh. PBI .T منخفضة
زيادة إفراز الدرقية <b>HYPOTHYROIDLE</b>	تسارع القدرات النفسية (زيادة الانتباه التلقائي والإداري) مع نقص الذاكرة، (لجهة القدرة على الحفظ) مراوحة مزاجية هامة ونزق وقلق وزيادة حركة كلها تشكل مظاهر عصبية وأحيانا ذهانية	جحوظ العينين والشعور بالحرارة زيادة نبض القلب والوهن العضلي والتعرق والإسهال وزيادة الشهية مع نقص الوزن ، وارتجاف	زيادة الأيض الأساسي ونقص الكوليسترول ارتفاع تركيز الهرمونات T3. T4

	الأطراف		
نقص إفراز الجنب درقية <b>HYPO PARATHYROI DLE</b>	انخفاض الانتباه والذاكرة والتركيز ، مع قلق ومظاهر انهيارية ورهاب. تظهر العلامت الذهانية في حالات الانخفاض الحاد لنسبة الكلس	الجلد ناشف ، الشعر يتساقط ، نادر وهن عضلي ،آلام وتقلصات في الأحشاء، زيادة التهيج العصبي، العضلي	نقص نسبة الكلس تخطيط القلب وتمدد QT. ST تكشف العظام في الصور الشعاعية.
زيادة إفراز الجنب درقية <b>HYPER PARATHYROI DLE</b>	فقدان القدرة على المبادرة، انخفاض سرعة البديهة والنزق البالغ وانخفاض الشهية والوهن النفسي الجسدي والانهيار أحيانا مظاهر ذهانية وفقدان الوعي في حالات المتطورة	تغيرات في شكل العظام كسور في العظام الطويلة وآلام فيها. تكون حصى الكلى ونشاف الجلد والغثيان والقيء، وآلام المعدة	ارتفاع نسبة الكلس (فوق 13 مغ %). زيادة الفوسفات شعاعيا تظهر العظام متعرية من الكلس وهشة وعرضة للكسور
نقص إفراز الكظرية اللحائية <b>CORTICOSUR RENALE</b>	تناذر هكاع (نوراستانيا) وقهم وقلق وأحيانا مظاهر ذهانية وتناذر خبل وغيوبية تعالج بتعويض النقص الهرموني	لون الجلد بني غامق مع انخفاض الوزن وضعف العضلات وانخفاض الضغط ونسبة السكر في الدم مع	نقص الكورتيزونات نقص الصديوم وزيادة البوتاسيوم موجات عالية وبطيئة في تخطيط الدماغ.

	غثيان وقيء		
زيادة الكورتيزوم زيادة السكر	الجلد رقيق مع بعض بقع رضوية تحت الجلد الخدود حمراء وبقع حمراء في منطقة البطن وزيادة سماكة الأنسجة الدهنية في الوجه والرقبة والوجذع وتراجع نمو العضلات وتكلس العظام وارتفاع الضغط .	عدم التوازن العاطفي المزاجي مع غضب واهتياج وثورة وأحيانا تناذرات ذهانية مزاجية مع برودة جنسية وانقطاع العادة الشهرية	زيادة إفراز الكظرية اللحائية مرض كوشينغ <b>CUSHING</b>
زيادة الكاتيكولانين اختيار Regitine ايجابي تغيرات في قعر العين .	نوبات ارتفاع ضغط تسارع نبض القلب شحوب واحمرار	قلق أساسي عارم يصل إلى قمته أثناء النوبة وتصاحبه علائم خوافية ثم يظهر الخبيل بعد النوبة	زيادة إفراز الكظرية المركزية <b>MEDULLO - SURRENALE</b>
زيادة الفوسفات والفسفور. نقص هضم السكر. ارتفاع S.T.H في المصل Hyperhydroxi pirolinurie.	تشوه في تقاطيع الوجه وانخفاض نبض القلب وعسر التنفس مع اضطرابات هضمية في حال ترافق هذه الزيادة	مزاج انهيارى خاصة كردة فعل على تشوه الجسد والوجه خاصة. فقدان النشاط والحيوية عجز جنسي وانقطاع الحيض.	زيادة إفراز النخامية الأمامية (الكثمة) <b>ACROMEGAL (IE</b>

	مع داء السكري فإنها تؤدي إلى عدم كفاية القلب.		
نقص في الهرمونات F .S.H. L. H –T .S H.A . C. T . H. S . T. H. اختبارات دينامية افراز الهرمونات	رقة الجلد وشحوبة لغاية فقدان اللون مع عدم نمو الشعر ، انخفاض نبض القلب وضغط الدم وحرارة الجسم.	تباطؤ ذهني مع صعوبات التركيز والانتباه والحفظ. تباطؤ حركي ونفسي عجز أو برودة جنسية	نقص إفراز النخامية الأمامية
زيادة كثافة البول (تعالج ب بركليونات الصدوم).	عطش شديد مع زيادة كبيرة في مرات التبول وكميات البول (من 5 إلى 8 لتر في اليوم).	مظاهر عصبية متنوعة، (وهن، اوهام، مرضية عصاب قلق...). مظاهر ذهانية (خاصة في حالات الادمان الكحولي).	نقص الهرمون مدر البول (في النخامية) A.D.H

(النايلسي، 1993ص98)

#### 7- الجسدنة والاكتئاب المقنع:

إن العلاقة بين النفس والجسم علاقة وطيدة، وهي دائمة الحضور في عيادات الطب حيث أن هناك عملية تعبير بعمق عن هذه العلاقة وتضع إشكالات في التشخيص ألا وهي "الجسدنة"، والتي تعني التعبير عن المعاناة والاضطراب النفسي في شكل أعراض جسدية، ولقد ظهر هذا المصطلح سنة 1943 على يد STEKEL، وفي سنة 1980 ظهر مفهوم الجسدانية SOMATOFORM في DSM IV تعني وجود

شكاوي جسدية متعددة لا يمكن تفسيرها بناءً على الفحوصات الطبية، فالأعراض الجسدية تدل على عدم القدرة عن التعبير الانفعالي، أي أن الجسدنة بشكل ما هو سلوك تكيفي.

إن الباحث في موضوع الاكتئاب عليه العناية بموضوع الجسدنة ووضعه نصب عينيه، حيث (أشارت دراسات الرفاعي وزملائه والسيدي وزملائه إلى أن المكتئبين العرب غالباً ما يلجأون إلى الأعراض الجسدية للتعبير عن اكتئابهم غير أن التعبير عن الاكتئاب بالجسدنة شائع في كل الدول مثلما أكدت ذلك دراسته منظمة الصحة العالمية، حيث نجد أكثر من 69% من المفحوصين عبروا عن اكتئابهم بأعراض جسدنة)(زعطوط 2003، ص 13).

إن لجوء المريض إلى الجسدنة "أو التعبير بالأعراض الجسدية عن معاناته النفسية يطرحنا أمام تشخيص اكتئاب مقنع بأعراض جسدية بحتة أو ما يسمى بـ"الاكتئاب الباسم" حيث غالباً ما ترسب الابتسامة على وجه المريض المجسدن ولكنه عندما يختلي بنفسه وتهدي وتيرة مجريات اليوم الحافل يبرز الحزن وترتسم عليه ملامح الاكتئاب مرة ثانية .

في سنة 1973 أشار KIELHOLZ إلى مجموعة أعراض بدنية دون سبب عضوية لدي بعض المرضى وتخفي تماماً بعد العلاج الكيميائي بمضادات الاكتئاب أطلق عليها مصطلح "الاكتئاب المقنع" وعرفه بأنه اكتئاب داخلي أو نفسي المنشأ تكون فيه الأعراض الجسدية في مقدمة الصورة السريرية تسماه بعض الباحثين الاكتئاب ذو الأعراض الجسدية *dépression a expression* (molton 2002).

مع أن الاكتئاب المقنع لا يظهر في التصنيفات العالمية مثل (IC D101)(DSM IV) فإنه من الناحية العيادية واقع لا يمكن تجاوزه وقد أورد KIELHOLZ إحصائيات تفيد أن كثير من السكان يعانون من هذا الاضطراب، وأشار النابلسي إلى أن أكثر من 79% من اللبنانيين قد عانوا من هذا الاضطراب وكانا أغلبهم من المكتئبين بسبب الحرب اللبنانية وأثارها (النابلسي 1993).

يلجأ المريض النفسي الغربي إلى التعبير عن انفعالاته بسهولة أكثر، في حين يلجأ المريض العربي مثلاً إلى طرق أخرى مثل التعبير بالجسد خوفاً من وصمة المرض العقلي، ولأن مفهوم المرض عنده مرتبط بالبدن لا بالنفس والتي يدل مرضها على ضعف الشخصية أو ضعف الإيمان أو الحسد أو السحر والمس، كما تبرز الأعراض البدنية هروب المريض من مسؤولياته في العمل والأسرة والمجتمع وقد أشارت دراسات كثيرة أن أكثر من 30% من مراجعي العيادات العامة يعانون الاكتئاب وأكدت هذه الدراسات على العلاقة بين للاكتئاب والجسدنة بحيث يمكن اعتبار الأخيرة "اكتئاباً مقنعاً" (زعطوط 2003، ص 15).

إن أغلب حالات الجسدنة يُصاحبها الاكتئاب وهو ما جعل Keller (1990) يدعو الجسدنة بـ"الاكتئاب المقنع" ،و يعتبر الباحثين الجسدنة بمثابة "تذكرة الدخول" ticket of admission يتمكن المريض من خلالها من الولوج إلى المستشفى وطلب الرعاية الطبية.

أكدت دراسات (الرفاعي وزملائه 1997)(السيبي وزملائه 1998) على عينات سعودية أنه كلما زادت حدة الاكتئاب زادت احتمالات الجسدنة.

هناك اختلافات كثيرة في بحوث الجسدنة حسب ryder وآخرون (2002) تعود أساسا إلى التعاريف الإجرائية لمفهوم الجسدنة وتلخص هذه التعاريف كما يلي:

أ- الجسدنة كخبرة أساسية حيث يميل المريض إلى خبرة الأعراض الإكتئابية في شكل معاناة جسدية، ويرفض الاعتراف بالأعراض النفسية وينكرها ويدعى هؤلاء المرضى بـ، "المجسدنون الفعليون" persistent somatizers.

ب- الجسدنة كتركيز إنتقائي على الجسد حيث يظهر المريض أعراضا جسدية كقناع لمعاناته النفسية لكن خلال المقابلة العيادية تظهر الأعراض النفسية ويقر المريض بوجودها وهؤلاء هم المجسدنون الاختياريون "facultative somatizers" .

ج- الجسدنة كاستراتيجية هي طلب المعونة الطبية وليس هناك فرق لدى هؤلاء المرضى بين الأعراض النفسية والجسدية بل ويرتكزون أحيانا على أعراضهم النفسية التي تظهر في بداية المقابلة وغالبا ما يتم تشخيص معاناتهم النفسية.

ويتم تشخيص الجسدنة حسب طريقة kroenke في توفر شرطين هما:

- وجود ثلاثة أعراض جسدية على الأقل تنتمي إلى ثلاثة أجهزة فسيولوجية مختلفة مثل الجهاز الهضمي والعصبي والعضلي والبولي والتنفسي والقلبي والوعائي .
- إزمان المرض لأكثر من عامين على الأقل وعدم وجود أي مرض عضوي يفسر الأعراض التي يعاني منها المريض رغم التحاليل الطبية المتكررة.

ورغم أن طريقة kroenke مستمدة في أصلها من DSM IV إلا أنها أكثر ملائمة من الناحية العيادية التطبيقية ، كما أنها تتجنب بعض المحاذير الثقافية والحضارية مما يجعلها عبر حضارية (نفس المؤلف 2003، ص 22).

## 8-النشاط البدني والصحة النفسية:

تشهد السنوات الحديثة تزايد الاهتمام بالنشاط البدني كمدخل للوقاية وتحسين اللياقة والصحة النفسية، ويرجع ذلك لعدة أسباب أهمها :

- زيادة الوعي بأهمية تغييرات الإنسان المعاصرة لأسلوب ونوعية الحياة ويمثل النشاط البدني أحد الجوانب الهامة والضرورية لتحقيق ذلك.
- ظهور مجالات عديدة تستخدم النشاط البدني كمدخل وقائي وعلاجي مثل مجالي الصحة العقلية والطب السلوكي.
- زيادة مبدأ اهتمام الشخص بمساعدة نفسه في العلاج النفسي .

إن ممارسة النشاط البدني بانتظام وفقا لمعدلات جهد معينة يبرز نتائج إيجابية كمدخل إيجابي مساعد في العلاج النفسي والارتقاء بالصحة النفسية لقد أظهرت نتائج الكثير من البحوث فوائد ممارسة النشاط البدني على تحسين (الأداء الأكاديمي، الثقة في النفس ، الاستقرار الانفعالي والوظائف الذهنية... إلخ) كما أظهرت نتائج تلك البحوث أن الانتظام في ممارسة نشاط البدني أدى إلى نقص : الغياب عن العمل، الاكتئاب ، الغضب، القلق، العدوانية، الخوف، التوتر ، وأخطاء العمل.(راتب 2004، ص77)

قام مورجان morgan وزملائه 1980 بدراسة لتقييم تأثير النشاط البدني على الاكتئاب، فقاموا بمتابعة مجموعات من الرجال متوسطي الأعمار واشتركوا في برنامج تدريب متنوع لمدة 06 أسابيع (مثل: الهرولة، السباحة، التدريب الدائري، والدراجات) وعند مقارنة الأشخاص الذين اشتركوا في برامج الإعداد البدني السابقة بمجموعة ضابطة لم تمارس برنامج تدريب بدني، ويقضون معظم وقتهم جالسين، اتضح أن المجموعات التي خضعت للتدريب البدني أكثر لياقة بدنية كما أن الأشخاص الذين لديهم اكتئاب إكلينيكي أظهروا انخفاضا واضحا لمستويات الاكتئاب بعد التدريب وهذه النتائج تتفق مع نتائج العديد من البحوث التي أوضحت أن التمرين البدني يعتبر أفضل العوامل المساعدة لتخفيف الاكتئاب من ذلك على سبيل المثال نتائج دراسة نورث north وزملائه 1990.

قام جريست grist وزملاؤه 1999 بدراسة شملت مجموعة من المكتئبين وتم تصنيفهم إلى ثلاث مجموعات عشوائيا، وخضعت كل مجموعة إلى المعالجات التالية:

أ- مجموعة تؤدي تمرين الجري (ثلاث مرات في الأسبوع بواقع 45 دقيقة لكل تمرين).

- ب- مجموعة استخدم معها علاج نفسي لوقت محدد (مدة الجلسة 10 دقائق).
- ت- مجموعة استخدم معها علاج نفسي لوقت غير محدد.

فأظهرت النتائج بعد 10 أسابيع نقصا واضحا في درجات الاكتئاب لدى المجموعة (أ) التي طلب منها أداء تمرين الجري ، وحققت نتائج أفضل من المجموعتين الآخرين(نفس المؤلف ، 2004 ، ص 84).

قام كل من برجر berger وموتل motl عام 2000 بمراجعة الدراسات لمدة 25 سنة التي أجريت بغرض التعرف على تأثير النشاط البدني على الحالة المزاجية وخفض كل من التوتر والاكتئاب والغضب والاضطراب والتعب، وأمكن تفسير تحسين الحالة المزاجية نتيجة تدعيم مفهوم الذات ومشاعر الكفاية الذاتية والاستمتاع وتوقع الفوائد النفسية وزيادة الإحساس بالتحكم والسيطرة .

يقرر الكثير من المنتظمين في ممارسة النشاط البدني أنهم يشعرون أنهم على نحو أفضل نفسيا وانفعاليا وهذه الظاهرة أكثر حدوثا لدى ممارسي نشاط الجري، ويطلق عليها الطاقة العالية أو حالة الطلاقة النفسية وflon state وأهم خصائصها الإحساس بالوعي واليقظة العقلية والتحدي وعدم الإحساس بالثقل، والطمأنينة والإيقاع السليم والسرور والابتهاج (كامل 2004 ص 86).

هناك بعض المفاتيح الرئيسية لتحقيق الأهداف الصحية المرجوة من الممارسة الرياضية، أولها أن تمارسها بهدف إمداد الجسم بالطاقة الهادئة والأكسجين وكل أنواع التمارين وتصبح ملائمة لتحقيق هذا الغرض طالما أنها تؤدي إلى التنفس الجيد وبعمرق لمدة ثلاث دقائق على الأقل بعد الانتهاء منها، ولتحقيق هذا الغرض يفضل التمارين الهوائية (إيروبيكيس aerbig) والتي تساعد الجسم على التنفس الهادئ والعميق والمنتظم ولذلك فهي تمد أجهزتها التنفسية بما فيها القلب.

هذا بدوره يحقق النشاط و الحيوية والتي تنعكس نفسيا بالشعور بالتفاؤل والقوة الهادئة وكذلك يساعد الجسم على حرق الدهون والأنواع السيئة من الكولسترول ومن أنواعها الجري والمشي والسباحة.

المفتاح الثاني لتحقيق النجاح المرغوب أن تكون الممارسة منتظمة لفترة تتراوح من 45/60 دقيقة يوميا، أو ثلاث مرات أسبوعيا على الأقل، ويفضل أن تكون الممارسة الرياضية متصلة وليست متقطعة، أي أن لا تكون مثلا 10 دقائق صباحا و 05 دقائق مساء.

لكي يصل الشخص إلى هذا القدر النافع من الرياضة فإن من الأفضل ثالثا أن يعمل خلال ممارسته على تنشيط كل عضلات الجسم كلما أمكن حتى تنشيط عضلات القلب وأن تنشيط الرئتان في أداء وظائفها التنفسية

على تحسين على أفضل وجه ممكن والمفتاح الآخر هو أن توجه تديباتك الرياضية وتكيفها بحيث تساعدك على حرق الدهون والكليسترول وليس سكر الدم، ولهذا فهي تحول دون تراكم الدهون في الدم وتمنع انسداد الشرايين المرتبطة بأمراض القلب، والبحوث تبين أن المشي والحركة والنشاطات الرياضية المنتظمة لها هذا التأثير الجيد، علاوة على أنها تؤثر إيجابيا على الصحة والمزاج. (عبد الستار، 2009، ص280).

وفيما يلي فوائد هذا النوع من التمارين ، فهي: -تساعد الجسم على امتصاص المعادن والفيتامينات مما يحسن بدوره من وظائف الجهاز المناعي الذي يقوم بدور رئيسي في الوقاية من الأمراض .

- من المعروف كذلك أن كثير من الوظائف البدنية كوظائف القلب والرئة والدورة الدموية وهي الوظائف المرتبطة أيضا بالحالة المزاجية تتحسن بالممارسة الرياضية المنتظمة.
- بالممارسة المنتظمة نجد أنفسنا أكثر قدرة على التنفس الجيد والحيوية مما يقلل بدوره من التعرض للقلق والاكتئاب .
- كذلك تبين البحوث أن الأشخاص الذين يمارسون الرياضة سواءا بشكل مكثف أو مخفف يشعرون بأنهم أصحاء أو يشعرون بأنهم أفضل حالا، ويستمتعون بحياة أفضل.
- تفيد الأبحاث أن التمارينات الرياضية تزيد من الثقة بالنفس التي بدورها تساهم بشكل بارز في تحسين صورة الذات وتقديرها. (نفس المؤلف 2009، ص281).

وفي ما يلي بعض الاعتبارات التي يجب مراعاتها لاختيار نوع النشاط المناسب:

- الأنشطة الإيقاعية، مثل الجري والتجويد تزيد من نشاط موجة الألفا  $\alpha$  - wave activity والتي تنتج حالة من الهدوء مثل التأمل .
- الأنشطة ذات الإيقاع السريع المتغير مثل التنس مفيدة لأنها تساعد على التخلص من الأفكار السلبية والتي تعتبر مصدرا هاما لحدوث الاكتئاب.
- الأنشطة الفردية مثل المشي الجري الدراجات، السباحة توفر وقتا للهدوء والصفاء الذهني .
- أنشطة الفريق تحقق السعادة بمصاحبة الآخرين، وتجنبك العزلة والبقاء وحيدا لفترات طويلة جدا والتي هي أحد مخاطر الاكتئاب.
- يساعد النشاط البدني على الشعور باليقظة والانتعاش والابتكار وذلك يزيد من الروح المعنوية.
- النشاط البدني يساعد على التخلص من التوتر في المخ ، يفرز مادة السروتونين التي تساهم في الشعور بالاسترخاء والراحة (راتب 2004 ص 462).

- وجد ماتسون وآخرون matinsen et al 1984 انخفاضا في مستوى الاكتئاب لدى المرضى الذين انتظموا في تنفيذ برنامج للتدريب الهوائي، بينما لم يلاحظ ذلك في المجموعة الضابطة التي اعتمدت على العلاج التقليدي وحده.
- استخدم هنلفورد وآخرون Hannaferd et al 1988 برنامجا للشروع العلاجي ، يتكون من المشي والهرولة لمدة 7 أسابيع وتوحد إلى انخفاض الاكتئاب لدى المجموعات التي استخدمت البرنامج .
- في دراسة دوبان وآخرون doyne et al 1987 على 40 سيدة للمقارنة بين تأثير برنامج التدريب بالأثقال والجري، أظهرت النتائج انخفاضا متماثلا للاكتئاب.
- عن العلاقة بين الاكتئاب واللياقة البدنية في دراسة ساكستون وآخرون Sexton et al 1989 تحسنت الحالة المزاجية واللياقة من خلال تنفيذ برنامج المشي والهرولة.
- أثبتت الدراسات أيضا الفوائد الكثيرة للتدريب لدى الأفراد غير المرضى ولكنهم في مستوى خطورة عالية للإصابة بالاكتئاب.
- دراسة أيضا هولمس Holmes , mccaan 1984 على 43 طالبة جامعية لديهن أعراض للحالة المزاجية وشعرت بالاكتئاب فمن بتنفيذ برنامج للتدريب الهوائي لمدة 10 أسابيع بواقع ساعة مرتين في الأسبوع ومجموعة تدريب استرخائي ومجموعة بدون تدريب ، ووجد تحسن معنوي في مجموعة التدريب الهوائي.
- دراسة روت هولمس على 55 طالبا جامعيًا قاموا بتنفيذ برنامج تدريب هوائي وتدريب استرخائي وبدون علاج وأظهرت النتائج بعد 11 أسبوع انخفاض مستوى الاكتئاب لدى المجموعات التي نفذت البرامج التدريبية (أبو العلا، 2003، ص166).

## 9-سلوك النوم:

يعتبر النوم من الدوافع الفطرية الحيوية لدى الفرد، وهو من الظواهر المهمة بالنسبة إلى عملية نمو الفرد، وصحته الجسمية والنفسية وبالنسبة إلى حياته العامة، والنوم عبارة عن حالة مؤقتة من توقف التفاعل الحسي والحركي مع البيئة ويصاحبها بعض المظاهر مثل: انعدام الحركة والاسترخاء وبعض التغيرات العضوية، وهو عبارة عن وسيلة لحماية الجهاز العصبي من الإنهاك وكعلاج فسيولوجي ذاتي يهدف إلى تحقيق التوازن العضوي لدى الفرد (خير الزراد، 2000، ص 451).

الأفراد الأصحاء ينامون في المتوسط من سبع إلى تسع ساعات يوميا، ولكن عدد ساعات النوم التي يحتاج الناس إليها تختلف كثيرا، وتزيد بشكل ملحوظ لدى الأطفال مقارنة بالكبار وتنقص كلما تقدم بنا العمر، ولكن الفروق حتى بين العاديين تتفاوت في مدى حاجتهم للنوم.

القاعدة الصحيحة للنوم أن تنام جيدا وأن تعرف الاحتياجات التي يتطلبها الجسم حتى يكون خاليا من التعب والإرهاق في اليوم وحتى يكون قادرا على تنفيذ البرنامج اليومي والتعامل بفعالية مع أنواع الضغوط الانفعالية والاجتماعية، وقائمة العوامل التي تساهم في اضطراب النوم عديدة تشمل : المعاناة من الضغوط ، القلق، الاكتئاب ، سوء استعمال الحبوب المنومة وتعاطي الخمر، التبغ الكافيين، المشاكل الصحية والعمرية تناول أنواع متعددة من الأدوية (عبد الستار 2000، ص 288).

إن النوم الصحي هو (بمثابة مرحلة صيانة الجسم واستعادة لما فقده من عناصر حيوية ، وهو مرحلة يستطيع الجسم خلالها أن يحصل على ما يلزمه من مواد يحتاجها في الفترة التالية من اليقظة والنشاط)(جمعة 2000 ص 138).

إن حرمان من النوم وعدم انتظام دورته ومسايرته الساعة البيولوجية يكون سبباً للعديد من المشاكل الصحية والاضطرابات الذهنية والانفعالية مثل الاكتئاب وكذلك الانخفاض مستوى الطاقة وفقدان الشهية.

(إن الكائنات الحية إذا أرغمت على عدم النوم فإنها تتعرض إلى الموت والإعياء، وبالنسبة إلى الإنسان فإنه إذا حرم لفترة 72 ساعة من النوم تظهر عليه بوادر الاضطراب فيضعف تركيزه ويتشتت انتباهه وتزدوج المرئيات لديه، ويكثر الشرود والنسيان وتهبط سرعة الفعالية لديه، وكذلك مستوى استجاباته، ويتعرض لحالة من الهلوسات والهلتر وعدم الوضوح في الكلام، كما تضعف الحواس لديه من حيث قدرتها على التقاط المثيرات وتضطرب الأحشاء وكذلك إفراز الهرمونات ، وإذا لم يتحقق للإنسان الراحة والنوم فإنه يتعرض إلى الضعف العضوي التدريجي والموت)(خير الزارد، 2000، ص 452).

إن بروز الأعراض الاكتئابية قد يكون أثر لاضطرابات النوم سواءا بزيادة عدد ساعاته أو نقصانها، حيث سجل (أن المصابين بفرط النوم لديهم أعراض اكتئابية قد تستوفي المحكات التشخيصية لاضطراب الاكتئاب الشديد)(جمعة 2000، ص 150).

وأثبتت دراسة في كلية الباقي الطبية بجامعة يوثيون قام بها "ألان عرافت a. kraft مع آخرين 1984 على عينة حرمت من النوم على ارتباط الاكتئاب بالحرمان من النوم (أبو زيد ، 2000 ص 131).

فيما يلي توجيهات عملية للذين يعانون مشكلات النوم والأرق خاصة فهي تحسن من عادات النوم وتجعله عميقا وسهلا وتشعر بالراحة والانتعاش مع الاستيقاظ :

1- التخلص من العادات السيئة التي تؤثر على النوم مثل الأكل بإفراط في وجبة العشاء، أو النوم بعد الأكل مباشرة أو شرب سوائل كثيرة قبل النوم أو شرب المواد المنبهة كالقهوة والشاي وتدخين السجائر .

2- التخلص من العادات السيئة المكتسبة التي تسبق الذهاب إلى النوم فتشوش عليه.

3- اللجوء إلى بعض الإجراءات التي تسير النوم، في حالة الأرق مثلا الحمام الدافئ قبل النوم ممارسة بعض التمارين الرياضية الخفيفة القيام ببعض الأعمال الروتينية التي تساعد على لدخول في النوم.

4- تهيئة فراش مناسب لجسم ووسائد مريحة للرأس.

5- العناية بغرفة النوم ومراعاة أن تكون بعيدة عن الضوضاء وعن الإضاءة العالية وجعلها مكانا للنوم فقط.

6- عدم اصطحاب المشكلات التي لم تحل وهموم اليوم السابق إلى غرفة النوم.

7- اختيار الوضع المناسب للنوم(على الجنب أو على الظهر) ويعتبر إتباع الهدى النبوي الشريف في ذلك أمر مفيد جدا من البدء بالنوم على الجانب الأيمن، وقراءة بعض الأدعية المأثورة قبيل النوم .

8- مراعاة لبس ملابس المريحة وتجنب الملابس الضيقة التي تعيق الحركة والتنفس

9- الحفاظ على مواعيد ثابتة نسبيا للنوم واليقظة حتى تنتظم الساعة البيولوجية ويستطيع الإنسان الدخول في النوم والخروج منه دون معاناة كبيرة .

10- ألا يحاول الفرد أن ينام أكثر من حاجته لمجرد أنه لا يجد شيئا آخر يفعله .

11- الحفاظ على هواء غرفة النوم متجددا باستمرار.

12- أن يتصف الفرد بتأكيد ذاته والتعبير عن نفسه ومصارحة الآخرين، حتى لا يحمل نفسه فوق طاقتها، أو يشعر بتأنيب الضمير، مما يعرضه للكوابيس والأحلام المفزعة والأرق بسبب التفكير في هذه الأمور والأخطاء التي حدثت في النهار (جمعة، 2000، ص 172).

13- لا تحتفظ بأي شيء يتعلق بالعمل في الغرفة نومك لأن ذلك سوف يتداخل مع سلوك النوم بسبب ما قد يؤدي إليه من تنشيط التفكير في الوقت الذي يجب أن تخلد فيه للراحة والنعاس، بعبارة أخرى تأكد من أن فراشك مريحا ولا تستخدمه إلا للنوم.

14- تذكر أن التفكير في الأمور أسوأ من الأمور ذاتها فلا تكثر من النظر إلى الساعة ولا تقلق بشأن بقاءك متيقظا حتى الآن، والحقيقة أن الاستلقاء في السرير بدون نوم قد يزيد من القلق ويجعل النوم أكثر صعوبة ويطلق الأطباء على هذه الحالة اسم الأرق الشرطي ، أي أن مكان النوم يصبح مرتبطا بالأرق بدلا من الهجوع للنوم، ولهذا فعندنا ما يسيطر عليك الأرق ذات ليلة وإذا حدث واستيقظت في منتصف الليل فافعل بدلا من التفكير والتهويل من الأمر الخطوات التالية:

15- حافظ على جسمك في وضع مسترخ وتذكر بعض تمارين الاسترخاء عدم الإكثار من التقلب وحافظ على وضع سلبي للجسم لبعض دقائق حتى تخلد في النوم، إن لم يحدث ذلك لا تجبر نفسك على النوم ثانية، و عليك مغادرة غرفة نومك ولا تعد إليها حتى تشعر بالنعاس، ولا تقلق بشأن بقاءك مستيقظا فإن لم تكن قادرا على النوم، فلا طائل من الاستلقاء في السرير.

16- في اليوم التالي تجنب الغفوات الصغيرة ، وحاول بقدر ما تستطيع أن تتبع برنامج ممارسة التمارين الرياضية الهوائية -، فالتمارين أثناء النهار تساعد في تحسين وإطالة مراحل النوم خاصة المراحل العميقة، وتلك هي أهم المراحل بالنسبة للجهاز المناعي (عبد الستار 2009، ص 290).

إذا فشلت كل هذه الخطوات فمن الأفضل اللجوء إلى العلاج الطبي والنفسي، والبحث عن أسباب اضطرابك وقد يكون صرف بعض المنومات مؤقتا ذا تأثير إيجابي.

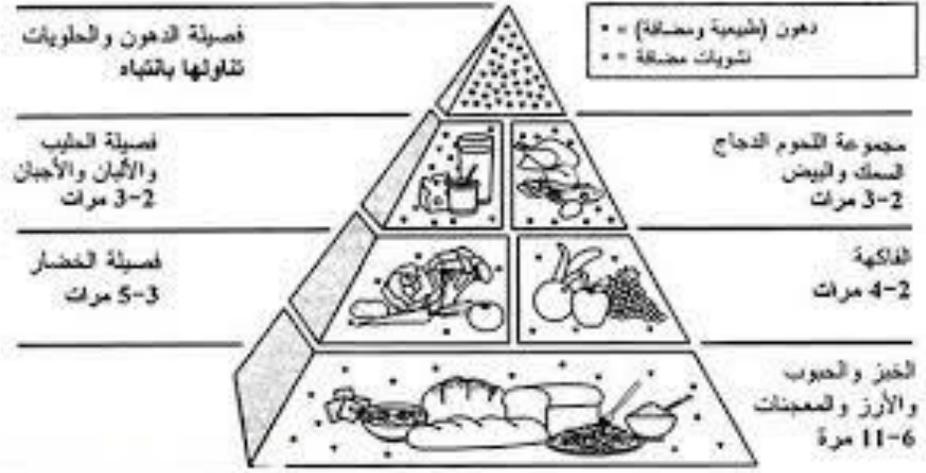
## 10- سلوك التغذية :

التغذية الصحية هي التي يستفيد منها جسم الإنسان من العناصر الغذائية المتنوعة فيتزود بالطاقة والمواد اللازمة لبناء خلاياه وتنظم عملياته الحيوية .

ويوجد حوالي 45 إلى 50 عنصرا غذائيا في الطعام ضروري للبناء والمحافظة على جسم الإنسان، هذه العناصر الغذائية يمكن تصنيفها إلى ست فئات:

إحداها تمدنا بالطاقة التي تقاس بالسعرات ويلاحظ أن بعض الأطعمة تشمل بعضا من الفئات الست للعناصر الغذائية (مثل: الخبز والقمح، بينما البعض الآخر يشمل فئة واحدة مثال: السكر)، وليس هناك نوع من الطعام يحتوي على جميع العناصر الغذائية الضرورية، كما يتوقع أن تختلف كمية العناصر الغذائية تبعاً للعمر واعتبارات أخرى .

صمم الهرم الإرشادي للغذاء food guide de pyramid للمساعدة على اختيار الطعام المناسب، كما أن اختيار عدد ملائم من حصص الطعام أو الشراب استرشادا بهذا الهرم الغذائي يكفل الصحة الجيدة ويتوقع للفرد المسترشد بالهرم الغذائي أن تزداد حصته من الطعام أو الشراب القريب من قاعدة الهرم (الكربوهيدرات) وتقل في المستويات العليا (الدهون)(راتب 2004، ص 49).



شكل رقم (01) يوضح الهرم الإرشادي للغذاء الصحي

وإن عدم الحصول على الغذاء الصحي الجيد والمتكامل يسمى "سوء التغذية" وهي من أهم الأسباب التي يؤدي إلى المرض والوفاة، ولسوء التغذية، أعراض متنوعة منها: تأخر في النمو انخفاض في الوزن وفقدان الشهية وضعف في المناعة وتغير في لون البشرة وكثرة الإصابة بالأمراض والإسهال والأنيميا واختلال في التوازن الكيميائي ضعف التمثيل الأيضي وانخفاض نسبة السكر في الدم وانخفاض نسبة الكوليسترول في الدم، تتساقط الشعر (العجوري، 2007، ص 68).

في هذا العنصر نطرح التساؤل التالي: هل هناك علاقة بين نوع الغذاء والصحة النفسية؟ فيجيب (راتب أسامة، 2004 ص 61): ب: نعم، فهناك بعض الأطعمة والمشروبات تعمل كمثيرات قوية للجسم وتزيد من الضغوط من ذلك: زيادة مادة الكافيين الموجودة في القهوة والشاي والشيكولاتة، والمشروبات الغازية تزيد من إفراز الأدرينالين مما يزيد من مستوى الضغط وتشير نتائج البحوث أن هناك ارتباط بين نسبة الكافيين وضغط الدم ومستوى الكوليسترول .

السكر لا يحتوي على مادة غذائية هامة، يزيد الطاقة خلال فترة قصيرة وقد يؤدي إلى زيادة العبء وعلى زيادة الأدرينالين مما يزيد القابلية للإثارة ، ضعف التركيز والاكنتئاب كما أن زيادة معدل استهلاك السكر يمثل حملا شديدا على البنكرياس وقد يؤدي إلى مرض السكر، كما أن الملح يؤدي إلى زيادة ضغط الدم ، ويزيد من التعب على غدد الأدرينالين وينعكس ذلك على الحالة الانفعالية لذلك ينصح باستخدام الملح الذي يحتوي على البوتاسيوم أكثر من الصوديوم وتجنب الأطعمة التي تحتوي على الملح بدرجة عالية مثل المخللات.

إضافة إلى ما سبق فإن الأطعمة المشبعة بالدهن، تسبب البدانة وتمثل عبئا على عمل الجهاز الدوري التنفسي وإن ارتفاع نسبة الدهون قد يسبب أمراض سرطان الصدر القولون، المثانة ومن ناحية أخرى فإن المواد الغذائية الكربوهيدراتية تساهم في إفراز السروتونين بالمخ مما يؤدي إلى الشعور بالهدوء، ومن أهم مصادر الكربوهيدرات: المعكرونة، البطاطس، الخبز، البسكويت (قليل السكر)..، ونظرا لأن الضغوط النفسية قد ينتج عنها تقلص العضلات والإمساك ، فإنه ينصح بتناول المزيد من الأطعمة الغنية بالألياف ، ومن المصادر الغنية بالألياف الفاكهة والخضروات والحبوب.

كشفت دراسة في جامعة مينسوتا بأمريكا قام بها ايكريت مع آخرين Eckert . e. et al 1982 على أنه في حال تحسن عينته من مرض فقدان الشهية العصبي فإن مستوى الاكنتئاب ينخفض عندهم، وهذا ما يوافق في نتائجها لدراسة قامت بها راندي فروست frost . randy مع آخرون 1982 (أبو زيد 2000، ص 130).

هناك وجهة نظر يتبناها الطبيب النفسي الأمريكي دوجلاس هنت (Hunt 1988) تثبت أن الفيتامينات والمعادن تؤثر في انفعالاتنا، وبالتالي طرق تفكيرنا في الأمور، ويعتقد أن هناك بعض الفيتامينات كفيتامينات (ب 1) وفيتامين (ب 2) والكولين والكالسيوم لها آثار محدودة في التخفيف من آثار الضغوط الانفعالي والمخاوف والمساعدة على النوم الهادئ.

والفيتامين (فيتامين ب 1) والذي يتوفر بكثرة في الحبوب الكاملة كالقمح والأرز يعتبر في رأيه غذاء ضروريا للتغلب على القلق خاصة بعض أنواع الخوف ومن وظائف هذا الفيتامين أنه يساعد الخلايا على تحويل السكر إلى طاقة، ولهذا يعتبر توافر الثيامين thiamine مرتبطا ارتباطا قويا لصحة الجهاز العصبي لأنه يمدد بالطاقة، وصحة الجهاز العصبي بدورها ضرورية لتغلب على كثير من المشكلات الانفعالية كالخوف السريع والاكنتئاب وضغوط الحياة يمثل الكولين choline والذي هو أيضا أحد مركبات فيتامين (ب) عنصر مضاد للقلق يستخلص الكولين فيما هو معروف من صفار البيض والكبد الخميرة والقمح ويؤدي

توافره في الجسم إلى تغليف الخلايا العصبية وحمايتها، ولهذا يؤدي كفايتها إلى التخفيف من المخففات والدوخة واضطرابات الإبصار، ويعتبر بنفسه "مهدئاً" يصلح للتغلب على مشكلات الأرق والتوتر العصبي، وليفيتامين (ب 3) (النياسيناميد) نفس الأثر المهدئ ولهذا يطلق عليه أحياناً اسم "فاليوم الطبيعية" فله تأثير مهدئ المماثل للفاليوم، وللكالسيوم صلة قوية بعلاج الأرق ، وقد تنبه الأطباء منذ زمن طويل إلى تأثيره المهدئ ونظراً لأنه يتركز في اللبن فإن الأطباء ينصحون عادة بتناول كوب من اللبن الدافئ للمساعدة على نوم هادئ (عبد الستار 2002، ص 68).

مما سبق ندرك الارتباط القوي بين ما نأكله وحالتنا الانفعالية مما حدا عبد الستار إبراهيم 2002 في تنبؤه بمستقبل دراسات وفروع جديدة تهتم بالبحث في الصلة بين التغذية الصحية والأمراض الانفعالية، لهذا نجده في كتاب "السعادة الشخصية" (2009ص284) يقدم لنا توجيهات ثلاث للغذاء الصحي فيقول: لتحقيق التوازن الصحي فيما نأكل أو نشرب ينبغي الانتباه للجوانب التالية:

- الانتباه لكمية ما نأكل وما نشرب.
- نوعية ما نأكل أو المكونات الغذائية الصحية.
- الانسجام بين العناصر الغذائية التي تتعاطاها.

الخلاصة أنه من الضروري أن نتذكر دائماً أن الطعام الذي نأكله وأنواع الشراب الذي نتعاطاها وكميته يجب أن يساعد الجسم على تحقيق المزيد من الصحة وتنظيفه من المواد السامة التي ترهقه وتصيبه بالأمراض، وغني عن الذكر أن تراكم المخلفات في الجسم يشجع على الإصابة بالأمراض، ويخلق بيئة داخلية جيدة لانتعاش الجراثيم والأوبئة، ومن ثم تراكم التوتر النفسي من جراء ما تثيره من ضغوط على أعضاء الجسم وتعذراً أدائه لوظائفه لذا فمن طرق الحفاظ على وظائف الجسم في حالة متوازنة والحفاظ على الأوعية الدموية وغيرها من الأعضاء خالية من الفضلات والسموم ، هي أن تدرب نفسك تدريجياً على عادات جديدة تحقق من خلالها بيئة داخلية نظيفة قادرة على مقاومة المرض وتحقق الحيوية والمناعة .

## 11-سلوك تجنب التدخين:

يعتبر التدخين من أكثر العادات السيئة والضارة انتشاراً بين الأفراد وتكمن خطورته بتأثيره على الفرد المدخن والمحيطين، وكذلك من تركيبته حيث تتكون أوراق التبغ التي تصنع منها السجائر من:

نيكوتين من 1-4%، مواد كربوهيدراتية 2-20%، بروتينات 1-13%، أحماض عضوية 5-17%، زيوت طيارة 0.1-1.7%.

وهذه النسب غير ثابتة تختلف باختلاف جودة التبغ فإذا ارتفعت نسبة المواد الكربوهيدراتية دل ذلك على جودة التبغ، ونكهة التبغ تتوقف على الزيوت الطيارة الموجودة فيه، ودخان السجائر عند احتراقها ينتج عنه:

1- نيكوتين: مادة عديمة اللون سائلة تتحول للون البني عند احتراقها في هدوء ولا يبقى منها إلا جزء بسيط بعد احتراقها يدخل الرنتين حيث يتم نفخها مرة ثانية خارج الجسم.

2- أول أكسيد الكربون: هو مادة الثنائية وتنتج عادة من احتراق المواد العضوية احتراق غير كامل، وينتج التسمم من إتحاد أول أكسيد الكربون مع الهيدروكربون وتحدث الوفاة إذ تم إتحاد من 70 - 80% من الدم وبدخول أول أكسيد الكربون باستمرار إلى الجسم ينتج التسمم المزمن الذي يؤدي إلى الإرهاق الذهني والصداع والدوخة.

3- الأمونيا(غاز النشادر): وهو غاز قلوي عند ذوبانه في الفم أو الأغشية المخاطية في الحلق والقنوات الهوائية والحوصلات الرئوية فيؤدي إلى السعال عن طريق تهيج هذه الأنسجة.

4- الزيوت الطيارة: وهي زيوت عطرية وبعضها سام وبعضها يؤدي إلى تهيج الأنسجة أو تلف الكلى أو تورم الرنتين والدماغ.

5- المواد المشعة (مثل البولونيوم): وإليه يرجع التأثير السرطاني للتدخين (باضة، 1999 ص 81).

يؤدي تدخين النيكوتين إلى اعتماد فيزيائي ونتيجة لذلك يحتاج مدمن التدخين إلى مساعدة نفسية ودوائية ليستطيع التغلب على إدمانه فلاستنشاق النيكوتين مخاطر عديدة وبيروزها لنا (الحاج 2003) في النقاط التالية:

1- يجتاز النيكوتين جدران الأوعية الدماغية خلال سبع ثوان فقط.  
2- معظم النيكوتين يطرح. (يدخل النيكوتين إلى الرنتين على شكل قطرات القطران).  
3- يعتمد امتصاص الرنتين للنيكوتين على العوامل التالية: (الكمية المستنشقة، الاستنشاق العميق، مدة الاستنشاق).

4- يدخل النيكوتين إلى الدواران الرئوي (10-50 وحدة في مل، بلازما).

5- يصل النيكوتين بكمية بسيطة إلى حليب المرضعة.

6- يستقلب الكبد النيكوتين خلال 60 دقيقة ليحوه إلى شكل غير فعال.

7- يجتاز النيكوتين المشيمة بكل حرية مما يشكل خطر على الجنين.

8- تطرح المئانة معظم النيكوتين خلال 20 ساعة.

9- يوجد 58% من النيكوتين في العضلات (الحاج 2003 ص 31).

ولتبيان أكثر لخطورة للتدخين على جسم الإنسان نورد التأثيرات السلبية التي أوردتها (باضة، 1999) وهي كالتالي:

- أجمعت الإحصائيات والأبحاث على أن التدخين له علاقة بالأمراض التالية: (سرطان الرئتين والحلق والشفنتين، تصلب الشرايين بشكل عام وشرابين القلب بشكل خاص التهاب القصبات الهوائية المزمن ، قرحت المعدة الإثني عشر...).
- يؤدي التدخين إلى التأثير على الجهاز العصبي والصداع وهي ناتجة عن تقليص الأوعية الدموية والإرهاق وعدم التركيز والتوتر العصبي والصداع وهي ناتجة عن تقليص الأوعية الدموية وإضعاف التدوق والبصر.
- يؤدي التدخين إلى تهيج الأنسجة المخاطية المبطنة لأعضاء الجهاز التنفسي ويؤثر على الأحبال الصوتية ويجعلها خشنة وباستمرار عملية التدخين تترسب في الرئتين ويعطيها اللون الأسود ، وتقلل من كفاءتها ومرونتها ويتبع ذلك نقص في كمية الأكسجين اللازمة للجسم.
- يزيد التدخين من سرعة ضربات القلب بمعدل (10- 20) ضربة في الدقيقة.
- يرفع التدخين ضغط الدم من (20- 25%) ويشجع تصلب شرايين القلب وكثيرا ما يتبع ذلك ذبحه صدرية .
- يؤثر التدخين على تجويف الفم والأسنان والحلق والبلعوم تنتشوه الأسنان وتتشقق ويسهل تسوسها وزيادة إفراز للغدد اللعابية.
- يبلغ نسبة المصابين منهم بين المدخنين بسرطان الشفتين واللسان والحلق أربعة أضعاف من بين غير المدخنين.
- يؤثر التدخين على الحمل ويؤدي إلى نقص وزن المولود ويؤدي أيضا إلى الولادة المبكرة.
- إن ضرر اعتماد التدخين تجاوز الضرر الجسمي إلى آثار نفسية وسلوكية سلبية وسنقدم هنا مختصر لنتائج دراسات تصب في هذا الاتجاه.
- تبادل المدخنين بنسبة 50% منهم الحشيش والكحوليات وفي المقابل 06% من غير المدخنين كما في دراسة لزين العابدين درويش 1983.
- تظهر السمات المضادة للمجتمع (سيكوباتي) لدى المدخنين أكثر منه لدى غير المدخنين.

- زيادة عامل المخاطر لديهم مقارنة بغيرهم من غير المدخنين ولذلك تزداد نسبة ارتكاب الحوادث والمخالفات القانونية لدى المدخنين ويرجع ذلك إلى ضعف الإجراءات لدى المدخن وما يدل على ذلك عدم قدرته على منع التدخين والقدرة على توقفه، هذا بالإضافة إلى الاعتمادية على التدخين التحذيري وقت الغضب وكأنه الكنترول الضابط لانفعالات الفرد مما يفقده السيطرة الخفيفة على انفعالاته وتصرفاته في المواقف التي تحتاج للضبط والسيطرة أكثر وفي دراسة "بول Piuell" 1979 وجد في 19 دراسة يتسم فيها المدخن بالميل العدائية للمجتمع.
- تزداد مشاعر الذنب لدى المدخنين للإهمال المدرك للنواحي الصحية والتأكد من الآثار الضارة ومع ضعف الإرادة في توقيف التدخين فتزداد مشاعر الذنب وأيضاً من الناحية الاقتصادية فالكثير منهم ليس ميسوري الحال، وبالمخالفة للمعايير الاجتماعية وبازدياد مشاعر الذنب وانخفاض الوعي الديني حول ذلك الموضوع يؤدي إلى الاكتئاب ويدخل في دائرة الاضطرابات السلوكية ثم الوجدانية التي تحتاج إلى تدخل سيكولوجي للعلاج.
- أثبتت الدراسات أن المدخنين أكثر انبساطية من غير المدخنين كما في دراسة هند سيد (1984) وأيزنك (1973) مما يدفعهم للمخاطرة ورفع مستوى الاستثارة بالتدخين حيث تتوقف الانبساطية عن التنشيط الشبكي ومستوى الاستشارة والكف للجهاز العصبي .
- يعتبر المدخنون أكثر توتراً من غير المدخنين كما في دراسة هند سيد (1984) وريتشارد (1973) ويتميز المدخنون بالثقة بالنفس الزائدة والتي تدفعهم إلى المخاطرة وتؤدي أيضاً إلى ارتكاب المخالفات وعدم الحرص وتركيز الانتباه.
- يزداد معدل اضطراب النوم والشهية لدى المدخنين مما يدفعه إلى التدخين أكثر فتزداد المشكلة تعقيدا أو يصبح بأكثر استعداد للعدوى بالأمراض لضعف مقاومة الجسم وكلا الاضطرابين له أثر على دافعية الفرد للانجاز والعمل على الحفاظ على الذات.
- ترتفع نسبة الشكاوي البدنية لدى المدخنين، حيث قدم محمد رفعت (1986) النسب التالية: يصاب 20% من كلية المدخنين بنزلات شعبية، 19% يعانون الألم في الصدر، 17% يعانون من ضعف الدم مرتفع ، 24% يعانون من ارتفاع نسبة الدهون في الجسم.
- ويظهر المدخنون ما يطلق عليه قلق التدخين وهو حالة من التوتر الانفعالي المصاحب للتدخين والمتعلق به والتي تزول بالتوقف عن التدخين لأنها حالة قلق نوعي.
- يظهر لدى المدخنين انخفاض في تقدير الذات والشعور بانخفاض الكفاءة والإحساس بفقد مهارات التأقلم مثل دراسة بين ورونسون (1986) (نقلا عن: باضة ، 1999، ص 82).

لهذا على المدخن أن يعي هذه الأمور والآثار السلبية ويسعى سعياً حثيثاً للامتناع عن التدخين ، وفيما يلي نصائح تساعد على ذلك:

- ابدأ امتناعك منذ الصباح.
- أوجد لنفسك مشاغل عملية تلهيك عن التدخين.
- يمكن لحمض الليمون (المستخلص من الفواكه الطازجة) مساعدتك.
- تجنب استنشاق دخان السجائر مدخنين آخرين فهذا الاستنشاق قد يؤدي إلى الانتكاس.
- ابتعد عن الأماكن التي يكثر فيها المدخنون.
- لا تختبر نفسك حتى تترسخ عندك عادة عدم التدخين.
- حاول الابتعاد عن مصادر المشكلات والصعوبات.
- قد يحتاج الشخص إلى مدة 03 أشهر حتى يشعر بالارتياح بعد ترك التدخين. (الحاج، 2003، ص32)

وهناك خطط وبرنامج علاجية سلوكية خاصة يمكن الاستفادة منها بطرق باب أقرب معالج سلوكي وإتباع توجيهاته وخطوات عملية.

**12-سلوك تجنب الكحول:** يعد الكحول الإيثيلي ETHYL ALCOHOL أو ما يسمى الإيثانول من أكثر المواد سمية، وهو معروف منذ زمن بعيد، إلا أنه لم يستبدل على تركيبته الكيميائية إلا في القرن التاسع عشر حيث كان ينتج سابقاً من تخمر الفواكه.

يعتبر إدمان الكحول كارثة، اجتماعية وأخلاقية وصحية متوارثة عبر المشاهد عياناً ، (يقول العالم السويسري فون ريتفون "أنه لو اخترع الإنسان الكحول في عصرنا هذا لأصبحت هذه المادة السامة محجوزة أو على الأقل محدودة الاستعمال مثلما هو الأمر بالنسبة للمخدرات السامة) (عمارة 1997، ص 30).

إن الإدمان والتعود على الكحول هو مظهر من مظاهر الاضطراب في الشخصية وهو نذير بوجود تصدع أساسي في تكامل الشخصية وتوازنها، وقد تكون له دلالات مرضية خطيرة، وبعيدة الأثر في حياة الفرد ، وفي علاقته الاجتماعية ، وقابليته للعمل .

يعرف الإنسان الكحولي بأنه الفرد الذي يتناول الكحول بشكل متقطع أو متواصل ويؤدي إلى الاعتماد أو الضرر.

إن الإدمان على الكحول له عواقب وخيمة على الصحة الجسمية من ذلك:

- خفض قابلية الاستشارة في الخلايا العصبية.
- يؤثر في فعالية الأداء الجسدي الحركي والحس-إدراكي والذهني، التفكير، الإنفعالي، الدفاعي، إلى جانب تأثيره على اللغة والانتباه، والتخيل والذاكرة وغيرها.
- يقلل الاهتمام بالحاجات الفسيولوجية المتنوعة ويزيد في احتمالية ظهور الاضطرابات فسيولوجية مزمنة ، كتشعب الكبد، والقرحة المعدية والإثني عشر، وزيادة جلطات الدم، وحدوث الإجهاد لدى الأمهات الحوامل بالإضافة إلى كبحه لنشاط المراكز التنفسية في المخ المستطيل، الأمر الذي يقلل من تدفق نسبة الأكسجين اللازمة للمخ. (بني يوسف، 2008، ص 364).

الشخصية الكحولية شخصية لا تكيفية وغير سوية، كما أنها غير متزنة انفعالية ومعرفيا واجتماعيا وفسولوجيا، تظهر عليها أعراض التسمم الكحولي، كنوبات العنف والدخان ، الرجفان، والتلعثم في الكلام ، والترنح في المشي ....الخ.

كذلك للإدمان الكحولي أخطار اجتماعية تكاد لا تحصى وهي تتصف في انحرافات السلوك على شتى مظاهرها إلى العدوان الشديد ، ومختلف أنواع المشاجرات والصراعات العنيفة والجرائم المتنوعة الأشكال بالإضافة إلى حوادث الطرقات الفتاكة التي أصبحت تنزايد اليوم بعد الآخر، والأخطار التي تهدد تربية الأطفال وتشردهم وسوء سلوكهم ، وتفكك العائلة كلها، زيادة على المس بسلامة النسل بذاته حيث كثيرا ما يلد المدمن أطفالا متخلفين ذهنيا، أو غير مستقرين انفعاليا بسبب عوامل تكوينية تمس بالجنين في مطلع اللقاح الجنسي بذاته.

أما من الناحية النفسية فإن المدمن يتخبط دوما في القلق الناجم عن عدم السيطرة على النفس في حالات التوتر الشديد التي لا يستطيع تحملها، فيلجأ حالا إلى الهروب بشرب الخمر، وهكذا يهدأ القلق بصفة وقتية ومصطنعة وتحرر الدوافع المكبوتة وتتبع الشرب نشوة وجدانية موهمة ينجم عنها شعور زائف بالثقة في النفس ، وبالتحرر من المسؤوليات وبالتالي بالهروب في الخيال والمعاوضة لخلق شعور زائف بالطمأنينة والارتياح، ويصبح الشارب مريضا إذا أدمن على الخمر فيصاب بتغيرات في القدرات العقلية والسلوك ثم يدخل شيئا فشيئا في حالة تدهور أخلاقي واضح في مستوى علاقاته العائلية والمهنية ، ويصبح مزاجه سهل القلب من النشوة إلى الاكتئاب ، فتحيط به بصفة تدريجية ضلالات مختلفة مثل ضلال الاضطهاد والخيانة

الزوجية واضطراب الذاكرة والعاطفة والشلل ووضعية الهرب المتمثلة عادة في الوعود الكاذبة والقرارات والالتزامات المبينة كذلك ظهور أعراض عصبية وعقلية خطيرة متنوعة (عمارة ، 1997، ص 31).

أما فيما يخص علاج هذه الحالة فإنها تركز على الفطم من الشرب الخمر ، ثم إزالة الإنسام وتعديل السلوك السلبي، ولا تحصل هذه الطرق إلا داخل المستشفيات والمصحات المختصة، كما ينبغي أن تضاف إليها معالجة الإصابات العضوية مع علاج نفسي فردي وعائلي وجماعي ثابت متواصل وجواري لضمان الاستمرارية في التحسن.

### 13-العقاقير والمؤثرات العقلية:

عرفت العقاقير المؤثرة عقليا منذ القدم فقد عرف الفراعنة واليونانيون والرومان وغيرهم مركبات كيميائية وأعشاب تؤثر في المخ وفي النشاط الجهاز العصبي ، فاستخدموها لتسكين الآلام وللطقوس الدينية والتخمير وللوصول إلى البهجة أو الهلوسة وحياة أفضل.

في وقتنا الحاضر تطورت العقاقير في أنواعها وأثارها وحتى مجالات استخدامها وهي تنقسم حسب تأثيرها على الجسم والمخ إلى أقسام أهمها ما يأتي:

أ- العقاقير المسكنة: ومنها عقاقير مهينة طبية يصفها الأطباء النفسيون لمرضاهم في حالات القلق والتوتر العصبي، وذلك مثل الفاليوم والباربتيورات أو العقاقير المنومة .

ب- العقاقير المخدرة: مثل الأفيون والمورفين والهيروين وهي تؤثر في الجهاز العصبي المركزي والباراسمبثاوى وتستخدم طبيا لتسكين الألم، وبالرغم من فائدتها الطبية فإنها تؤدي إلى الإدمان إذا ما استخدمت دون حذر وباستمرار.

ج- العقاقير المهدئة: وهي كالعقاقير المسكنة تؤدي إلى تخفيض مستويات القلق والتوتر إلا أنها لا تؤثر في مستوى الوعي والانتباه مثل "الليبريوم" و "التوارازين".

د- العقاقير المنبهة: ومنها الأمفيتامين، والكافين والبنزدرين، وهي تؤدي إلى إثارة الجهاز العصبي، فيبقى الشخص (في الحالات العادية) متيقظا ومنتهبا حتى ولو لم ينم لساعات طويلة، أما الكميات الكبيرة منها فتؤدي إلى التوتر والقلق والهواجس وبعضها يؤدي إلى الهلوسة.

هـ- عقاقير الهلوسة: وهي تختلف عن غيرها من حيث تأثيرها على مستوى الوعي مؤدية إلى التغيير من إحساسنا بالأشياء، وإدراكنا للعالم وبالتالي التغيير من المزاج منها "الكوكايين" "المسكالين"

و" LSD" وصل تأثير هذه العقاقير على الوعي لدرجة خطرة حتى أن الشخص قد يفقد الإحساس كاملا بنفسه وبهويته وتتردى حدة المدركات البصرية والسمعية.

فيما يخص موضوع هذه الدراسة الذي هو الاكتئاب فإنه في الفترة الحالية قد شهدت تطور مذهل في العقاقير المضادة للمزاج الاكتئابي وهي تقوم على تفسير هذا الاضطراب تفسيراً عضوياً، وهي حقيقة أثارت إنتباه الحكماء والأطباء منذ القدم، ولهذا نجد ابن سينا ينصح بالنوم الجيد والغذاء الطيب ومقاومة الهموم كطريقة من طرق معالجة الغم والمنخوليا (المزاج الاكتئابي) ، كذلك كتابات وجهود "هيبوقراط" وغيرها والتي كانت بمثابة إرهابات مبكرة توحى أن هناك جوانب عضوية ما لا بد أن تكون مسؤولة بدرجة ما عن نشأة الاكتئاب وأشكال أخرى تظهر في صور أعراض بدنية وتغيرات عضوية.

لقد اكتسب التفسير الكيميائي للاكتئاب أهمية خاصة عندما بينت سلسلة من الدراسات المبكرة أن بعض جوانب الاكتئاب قد تكون نتيجة للاختلال في توازن البوتاسيوم والصوديوم عند المكتئبين، وهو ما أدى إلى تكثيف الجهود.

من الجيد للبحث عن تفسيرات عضوية تتعلق بكيمياء المخ، خاصة فيما يسمى بـ"التفسير الأميني" لذا نجد أن غالبية العقاقير التي تستخدم في علاج الاكتئاب تعمل على زيادة نسبة الموصلات الأمينية في المخ والتي تشمل "الدوبامين" و"السيروتينين" و"النوربيبينين".

\*- وأهم العقاقير المستخدمة ضد الاكتئاب ما يلي:

1- عقاقير منبهة للجهاز العصبي: من أمثلتها مشتقات أمفيتامين (المنشطات) مثل (ديكسدرين، بريلودين، اليدبران، وريثالين، مكساتون.... وغيرها).

2- عقاقير خفيفة مضادة للاكتئاب: مثل النياميد NIAMID والمابلان MARPLANI النارديل NARDIL.

3- العقاقير المتوسطة المضادة للاكتئاب ، من مثلها عقار نوفريل. NOVERIL.

4- العقاقير شديدة المضادة للاكتئاب: من أمثلتها التوفرانيل TOFRANIL وبيرتوفران PERTOFRAN وأجيدال Agedal.

قد يطرح تساؤل : متى يجب أن نفكر في العلاج الكيميائي واستخدامه؟

فيجبينا (عبد الستار إبراهيم 2008): تتحدد فاعليته علاج دوائي معين بكثير من العوامل منها:

- إذ وصلت درجة الاكتئاب بالمريض إلى الحد الذي يعوقه عن القيام بوظائفه اليومية بسبب الاكتئاب.
- إذا كان الاكتئاب مصحوبا بأعراض بدنية منها الأرق والاستشارة الزائدة وتزيد موجة الاكتئاب في الفترة الصباحية .
- إذا كان الاكتئاب شديدا لا يطاق.
- إذا كان للاكتئاب تاريخ منتشر في أسرة المريض.
- إذا كان قد استجيب في السابق لأحد العقاقير المضادة للاكتئاب بصورة ايجابية.
- إذا لم تكن للمريض حساسية للإصابة بالآثار الجانبية التي تؤدي لها بعض العقاقير المضادة للاكتئاب.

إن العقاقير ضبط للأعراض وليست علاجا للمريض، وهي تستعمل كطريقة إسعافية سريعة للتخلص من الآلام والأعراض الحادة التي يسببها الاكتئاب عند البعض.

#### جدول رقم (14) يوضح خصائص العقاقير وفوائدها ومضارها

نتائج بعيدة المدى	نتائج قصيرة المدى	نوع الادمان	الأسباب الاجتماعية للتناول	اسباب التناول من وجهة النظر الشخصية	فوائد طبية	أسلوب التعاطي	الاسمي العلمي أو الكيميائي للعقار
	عضوي	نفسية					

الإفراط التدهور في وظائف التفكير، تليف الكبد الادمان، الانسحاب الاجتماعي، بعزقة الطاقة والثروة، المرض العقلي	كف الجهاز العصبي، الاسترخاء الدوخة، العدوا ن زيادة حوادث القيادة للسيارات	نعم يؤدي	مرتفع	المجاعة وتقليد الأصدقاء الاختلاط، حسن الحديث والسرور	الهروب من المشاكل والبحث عن الهدوء و الراحة أو الانبساط	نادرة إلا في حالات التسكين والتهدئة	الشرب سائلا	العقاقير المسكنة والمهدنة مثل الخمور والبيرة
عدم الاستقرار العصبي، فقدان الوزن، الإفرا ط في التناول، العصبية، الإدمان	كف إثارة الجهاز العصبي، الشعور بالبهجة نتيجة التخفف من القلق والمخاوف	نعم	مرتفع	تشجيع الاختلاط الاجتماعي والبعد عن الانزواء	الاسترخاء والنوم والانبساط	علاج الأرق والتوتر	أقراص أو كبسولات تبتلع	الباربيتيوراتس- الفليوم-ليبريوم- ميلتاون يسكونال- اكونييل
الأرق وعدم الاستقرار الأرق وعدم الاستقرار الجسمي، الإفراط	تنشيط الجهاز العصبي، اليقظة، التقليل من التعب.	لا يوجد	معتدل	الضيافة، قل ة التكاليف، سهولة الحصول عليها	للتنشيط والتنبيه والاستمتاع بفترة راحة قصيرة	التنبيه، علاج بعض أشكال الغيبوبة	الشرب	المنبهات: القهوة، الشاي، الكوكاكولا

النيكوتين، السجائر	التدخين أو الاستنشاق	لا يوجد	مرتفع	لا يوجد	تنشيط الجهاز العصبي، نسيان المشاكل والأوعية الدموية، الإفراط في التدخين	الاسترخاء والتأمل والتركيز	المشاركة الاجتماعية ، قلة التكاليف	مرتفع	لا يوجد	سرطان الرئة، أمراض القلب، والأوعية الدموية، الإفراط في التدخين
الأمفيتامين البنزردين	البلع أو الحقن في الوريد	علاج السمنة، التعب، الاكتئاب	مرتفع	لا يوجد	تنشيط الجهاز العصبي، اليقظة، تقليل التعب، فقدان الشهية والأرق	للتنشيط والتقليل من التعب والاستثارة	خلق جو اجتماعي يشجع تعاطي أي مخدرات	مرتفع	لا يوجد	الاستثارة الزائدة، فقدان الوزن، المرض العقلي خاصة البرانويا، الإفراط
المخدرات: الأفيون	التدخين، الاستنشاق، الشراب، الحقن في الوريد، أو العضل، المضغ	تسكين اللم، تخفيف الكحة، للتخدير، علاج الإسهال	مرتفع	نعم	كف الاستثارة، التسكين تخفيف الألم، اضطراب الوظائف الفكرية، ووظائف التأزر الحسي الحركي.	الوصول لحالة النشوة، هرو ب من المشاكل، تجنب الخوف من الأخرين، تجنب العزلة الاجتماعية	مسايرة الناس في مجتمع معين	مرتفع	نعم	الإمساك، فقدان الشهية، فقدان الوزن، العنة الجنسية المؤقتة الإفراط في التعاطي، سهولة الإدمان، الألم والمعاناة الشديدة عند الانقطاع

مقاومة العلاج للمرض العقلي إذا كان موجود من قبل أحياناً الفزع إذا كانت فكرة التعاطي غير واضحة،	إحداث صور بصرية زاهية، زيادة الوعي الحسي، الأعضاء الحسية تزداد حدة وقوة، القلق، الغثيان، اضطراب التأزر، انتصاب الشعر	لا يوجد	قليل	حب الاستطلاع ، مجارة افكار دارجة، التمرد على معايير المجتمع الانجذاب لبعض الجماعات الغريبة مثل الهيبيز، سهولة الحصول عليها	البحث عن معنى في الحياة، التوسع من آفاق الخبرة والشعور وحب الاستطلاع	الدراسات التجريبية للمخ ومراكز التفكير والعمليات العقلية	الابتلاع سائلا أو كبسولات، أو أقراص، أو في شكل مكعبات سكر، المضغ	عقاقير الهلوسة ،L.S.D السكاليين، سيلوسيين MDA
بعثرة الطاقة والثروة	الاسترخاء، فتح الشهية، النشوة، تغيير في ادراك الزمن والمكان، اضطراب القدرة على الحكم والتأزر أحياناً	لا يوجد	معتدل	المجارة، جاذبية بعض الجماعات الغريبة، سهولة الحصول عليه	الوصول لحالة من النشوة والبهجة أو كهروب من المشاكل، الاختلاط الاجتماعي	أحياناً تستخدم لعلاج ارتفاع ضغط الدم	التدخين، الاستنشاق، الشرب بعد إذابته في سائل كالشاي	الحشيش، الماريوانا، الكانابيس

(fort.J 1970)

إن العلاقات بين مختلف العوامل المسببة للمشكلات النفسية ذات تفاعل وتبادل من نوع الحلقة المفرغة بمعنى أن الظروف النفسية والبيئية يمكن أن تحدث تغيرات كيميائية وهذه بدورها تغير من استجاباتنا للبيئة وللظروف النفسية الخاصة التي تواجهنا بين الحين والآخر، ومن هنا تبين لنا نظرية المحاور المتعددة في العلاج السلوكي التي تتبناها في علاجنا للاضطرابات النفسية بما فيها الاكتئاب أن العلاج الطبي بالعقاقير أو غيرها ، ما هو إلا محور هام يجب الانتباه إليه في ظل ظروف ومواقف معينة كالتالي أوضاعها أعلاه، إن الجوانب البيولوجية بما فيها الاختلالات الكيميائية تلعب مع الظروف النفسية في تناسق ووحدة متكاملة وتفاعل مستمر.(نفس المؤلف 2008، ص85).

## المراجع

**\*- المراجع العربية:**

**أولاً: الكتب**

- 1- أبو العلا، أحمد نصر الدين (2003): فسيولوجيا اللياقة البدنية، دار الفكر العربي، القاهرة، ط1
- 2- أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2008): العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، ج6، دار المعرفة الجامعية، السويس
- 3- أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2007): العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، ج5، دار المعرفة الجامعية، السويس
- 4- أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2007): العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، ج4، دار المعرفة الجامعية، السويس
- 5- أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2006): العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، ج3، دار المعرفة الجامعية، السويس
- 6- أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2005): العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، ج2، دار المعرفة الجامعية، السويس
- 7- أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2004): العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، ج1، دار المعرفة الجامعية، السويس. مصر
- 8- أبو النيل، محمود سيد (1984): الإحصاء النفسي والاجتماعي والتربوي، دار الخانجي ، القاهرة
- 9- الأفريقي، ابن منظور (2001): لسان العرب، دار المعرفة، القاهرة
- 10- بدوي، احمد (1987)، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان بيروت.
- 11- بركات، زياد(2006)، التفكير الايجابي والسلبي لدى طلبة الجامعة ، دار المعرفة الجامعة،السويس
- 12- توفيق، محمد عز الدين، التأصيل الإسلامي للدراسات النفسية، دار السلام، القاهرة ،ط1، 1998
- 13- خاطر، عبد الله (1992): الحزن والاكتئاب على ضوء الكتاب والسنة، المنتدى الإسلامي، الرياض
- 14- خير الزراد، فيصل محمد(2000): الأمراض النفسية-جسدية، دار النفائس بيروت، ط1
- 15- جابر عبد الحميد جابر، مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار النهضة العربية، القاهرة، 1984
- 16- الجوزية ، ابن القيم، عدة الصابرين وذخيرة الشاكرين، مؤسسة الرسالة،بيروت، ط1، 2005
- 17- الجوزية ،ابن القيم، مدارج السالكين، مؤسسة الرسالة، بيروت، ط2، 2003

- 18- العيسوي، عبد الرحمان (1990):الأمراض السيكوسوماتية فى الصحة النفسية والعقلية، دار النهضة العربية، بيروت.
- 19- عبد الستار، إبراهيم (1998):الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث: فهمه وأساليب علاجه، مطابع الرسالة، الكويت، ط3
- 20- عبد الستار، إبراهيم، و رضوى إبراهيم(2003):علم النفس أسسه ومعالمه،المكتبة الأنجلومصرية، القاهرة، ط1
- 21- عبد الستار، إبراهيم (2008):إنه من حقك يا أخى: دليل فى العلاج السلوكى المعرفى لتنمية التوكيدية ومهارات الحياة الاجتماعية، دار الكاتب، مصر
- 22- عبد الستار، إبراهيم (2008ب):الاكتئاب والكدر، فهمه وأساليب علاجه، دار الكاتب، مصر، ط02
- 23- عبد الستار، إبراهيم (2009):السعادة الشخصية فى عالم مشحون بالتوتر وضغوط الحياة، دار العلوم للنشر، القاهرة، ط02
- 24- عبد الستار، إبراهيم، وآخرون (2009ب):العلاج السلوكى للطفل والمراهق، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر، ط02
- 25- عبد الستار، إبراهيم (2011):عين العقل: دليل المعالج النفسى للعلاج المعرفى الايجابى، المكتبة الأنجلومصرية، مصر، ط01
- 26- عبد الستار، إبراهيم (2011ب):العلاج السلوكى المعرفى الحديث، أساليبه وميادين تطبيقه، الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر، ط05
- 27- عكاشة، أحمد(1998):الطب النفسى المعاصر،المكتبة الأنجلومصرية، القاهرة، ط3
- 28- عسكر، عبد الله (1988):الاكتئاب النفسى بين النظرية والتشخيص، القاهرة، المطبعة الأنجلومصرية
- 29- عبد الستار، إبراهيم وعسكر، عبد الله،علم النفس الإكلينكى فى ميدان الطب النفسى، المكتبة الأنجلومصرية، القاهرة، ط3، 2005
- 30- عبد الظاهر، محمد الطيب وآخرون،مناهج البحث فى العلوم التربوية والنفسية،مكتبة الأنجلومصرية، القاهرة، ط1، 2000
- 31- المهدي، محمد عبد الفتاح،العلاج النفسى فى ضوء الإسلام، دار الوفاء، ط1، 1990
- 32- عويضة،كمال محمود(1996):رحلة فى علم النفس،دار الكتب العلمية، بيروت

- 33- عبد الخالق، احمد محمد (2000): أسس علم النفس، دار المعرفة الجامعية، السويس
- 34- عبد اللطيف، محمد خليفة(1992): ارتقاء القيم،دراسة نفسية، عالم المعرفة، الكويت
- 35- عثمان، نجاتي محمد(1993): الدراسات النفسانية عند العلماء المسلمين دار الشرف ، بيروت، ط1
- 36- مليكة،لوييس كامل (2010)، العلاج النفسي، دار الفكر ،عمان، ط1
- 37- سلامة، بهاء الدين إبراهيم (1997): الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة، ط1
- 38- سعفان، محمد إبراهيم، العملية الإرشادية ،دار الكتاب الحديث،القاهرة،2005
- 39- زهران،حامد عبد السلام(1977): الصحة النفسية والعلاج النفسي،عالم الكتاب، القاهرة، ط2
- 40- الشربيني، لطفي عبد العزيز (2012):الدليل إلى فهم وعلاج الاكتئاب، الكتاب الالكتروني لشبكة العلوم النفسية العربية، عدد 23
- 41- الشربيني، زكريا وآخرون(2002): السلوك الإنساني بين التفسير الإسلامي وأسس علم النفس المعاصر، المكتبة الأنجلومصرية، القاهرة
- 42- الشربيني لطفي عبد العزيز (2012): الدليل إلى فهم وعلاج الاكتئاب، شبكة العلوم النفسية العربية، تونس
- 43- موسى، عبد الله عبد الحي(1988): الطب النفسي، جدة ، دار السعودية للنشر والتوزيع ط1
- 44- محمد جاسم محمد، علم النفس التجريبي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان ، ط1، 2004
- 45- راتب، أسامة كامل(2004): النشاط البدني والاسترخاء، مدخل لمواجهة الضغوط وتحسين نوعية الحياة ،دار الفكر العربي، القاهرة، ط1
- 46- كولز، إم(1991): المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي،ترجمة الدمياطي وآخرون، دار المعرفة الجامعة، السويس ، مصر
- 47- الخطيب، جمال (2008): تعديل السلوك الإنساني، دار الفكر، عمان، ط1
- 48- طه، عبد العظيم حسين(2008): استراتيجيات تعديل السلوك للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة،دار الجامعة الجديدة، دار الجامعة الجديدة.
- 49- الصنيع،صالح إبراهيم (2000): التدين والصحة النفسية،الإدارة العامة للثقافة والنشر، الرياض
- 50- الكحيل، عبد الدائم(2004):روائع الإعجاز النفسي في القرآن الكريم،دار المقدسي،بيروت، ط1

- 51- محمد خليل عباس وآخرون، مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس، دار المسيرة، عمان ط 02، 2009
- 52- معمريّة بشير (2011): علم النفس الايجابي اتجاه جديد لدراسة القوى والفضائل الإنسانية، مجلة دراسات نفسية، الجزائر
- 53- خاطر عبد الله (1992): الحزن والاكتئاب على ضوء الكتاب والسنة، المنتدى الإسلامي، الرياض
- 54- الصنيع، صالح بن إبراهيم، التدين علاج الجريمة، 1998، ط2، مكتبة الرشد، الرياض
- 55- رشاد علي عبد العزيز موسى (1998): دراسات في علم النفس المرضي، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع، القاهرة، ط02
- 56- رولان دورون، فرانسوا زبارو، ترجمة فؤاد شاهينز، موسوعة علم النفس، ج1، منشورات عويدات، ط1، 1997
- 57- الدباغ، فخري، أصول الطب النفساني، دار الطليعة، بيروت، ط1983، 3
- 58- يخلف عثمان (2001): علم النفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة، ط1، الدوحة، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع
- 59- ياسين، عطوف محمود (1988): أسس الطب النفسي الحديث، بيروت، منشورات ميسون الثقافية، ط1
- ثانياً- رسائل جامعية:**
- 60- أبو سليمان، يوسف محمد (2007): التربية الترويحية من منظور إسلامي مذكرة غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة
- 61- آسيا، علي بركات (2000): العلاقة بين معاملة الوالدين والاكتئاب لدى بعض المراهقين الأراجيين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف، جامعة أم القرى، مذكرة غير منشورة
- 62- أيمن، رمضان زهران (2009): فاعلية العلاج التكاملي في تنمية بعض مهارات الحياة لدى عينة من الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الملك عبد العزيز، السعودية.
- 63- بن غدفة شريفة (2007): السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة بسكرة. الجزائر

- 64- بشاي، نرمين غطاس(2011):فاعلية برنامج إرشادي فى تخفيف الأعراض النفسية المصاحبة لاضطراب القولون العصبي لدى طلاب الجامعة. مذكرة ماجستير غير منشورة ،معهد الدراسات التربوية ،القاهرة.
- 65- الشهري، حمزة خضر عامر(2011): اثر برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية فى تنمية الذكاء الوجدانى والتوافق النفسى والنجاح الأكاديمي،رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات التربوية،القاهرة
- 66- زعطوط، رمضان(2003): الاكتئاب المقنع وعلاقته بالتكتم وقلق الموت لدى المجسدين، مذكرة غير منشورة،جامعة ورقلة، الجزائر.
- 67- العجوري، وداد ابراهيم (2007): فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة
- 68- سمية، ابراهيم التحو (2001): الفروق فى كفاءة المهارات الاجتماعية بين المتفوقين معرفياً وغير المتفوقين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخليج العربي، البحرين
- 69- الددا، مروان سالم (2008): فاعلية برنامج مقترح لزيادة الكفاءة الاجتماعية للطلاب الخجولين فى مرحلة التعليم الأساسى، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية ، غزة
- 70- العواد، فواز عبد الله(2007): فاعلية أسلوب الإرشاد النفسى الدينى والمعرفى السلوكى فى تحسين التوافق النفسى لدى بعض الطلبة المتفوقين، أطروحة دكتوراه غير منشورة ،معهد البحوث والدراسات العربية، القاهرة
- 71- الشنقيطي، الطيب أحمد(2009): الأساليب النبوية لتنمية القيم الإيمانية لدى الشباب المسلم فى ضوء التحديات المعاصرة، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى
- 72- حربوش سمية(2009): المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري، مذكرة ماجستير ، جامعة باتنة. الجزائر
- 73- رقية خضر(2012): التطبيع الاجتماعى وعلاقته بممارسة الترويح لفتيات المرحلة الثانوية، مذكرة ماجستير ،جامعة المنوفية.مصر
- 74- حدار ، عبد العزيز(1995): الصحة النفسية من منظور إسلامي، رسالة ماجستير غير منشورة،جامعة الجزائر

- 75- عزيزة، عنو(2006): مدى فعالية العلاج النفسى الدينى بالقرآن الكريم و الأذكار والأدعية على الاكتئاب الإستجابى لدى طالبات الجامعة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر.
- 76- عيادي نادية(2009): علاقة مصدر ضبط الصحة بالسلوك الصحى لدى طلبة الجامعة، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة باتنة .الجزائر
- 77- الحارثي إسماعيل احمد(2014): مستوى السلوك الصحى لطلاب جامعة أم القرى فى ضوء بعض المتغيرات، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى
- 78- شادلي، عبد الرحيم(2011): فعالية العلاج النفسى المتعدد الأساليب فى تحقيق التوافق النفسى لدى الذهانين، رسالة ماستر غير منشورة، جامعة بسكرة.
- 79- العواد، فواز عبد الله(2007): فاعلية أسلوب الإرشاد النفسى الدينى والمعرفى السلوكى فى تحسين التوافق النفسى لدى بعض الطلبة المتفوقين، أطروحة دكتوراه غير منشورة، معهد البحوث والدراسات العربية القاهرة.
- 80- فرحات، سعاد مصطفى(2008): مدى فعالية التدريب على المهارات الاجتماعية فى تعديل السلوك العدوانى لدى الطفل الكفيف بالجمهورية الليبية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات التربوية، القاهرة.
- 81- الشهرين حمزة عامر(2011): اثر برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية فى تنمية الذكاء الوجدانى والتوافق النفسى والنجاح الأكاديمى لدى الطلاب المتأخرين دراسياً فى المرحلة الثانوية بالسعودية، مذكرة ماجستير غير منشورة معهد الدراسات التربوية، القاهرة.
- 82- الخضري، جهاد محمد(2007): مقارنة بين فعالية برنامج إرشادى نفسى دينى وبرنامج عقلانى انفعالى فى خفض حدة الضغوط النفسية وبعض العوامل المرتبطة بها لدى الشباب الجامعى بمحافظات غزة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، معهد البحوث والدراسات العربية، القاهرة.
- 83- العازمي، احمد مهدي(2010) فاعلية برنامج إرشادى قائم على نظرية(إليس) فى خفض مستوى الاكتئاب لدى الطلبة المراهقين ذوى الميول الاكتابية فى دولة الكويت، أطروحة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات التربوية، القاهرة.
- 84- عودة، سمر بني(2010): مدى فعالية برنامجين فى الإرشاد النفسى فى رفع مستوى التوافق النفسى والاجتماعى لدى عينة من المتأثرين بالصدمة النفسية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، معهد البحوث والدراسات العربية، القاهرة.

- 85- عطاء الله، مصطفى محمود(2010): فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى تنمية بعض مهارات إدارة قلق الامتحان لدى عينة من طلاب الجامعة مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة المنية، مصر.
- 86- الحمالوي، منال منصور(2005): برنامج علاج نفسى اسرى للمراهقين الذين يعانون من الاكتئاب، أطروحة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات التربوية القاهرة.
- 87- العلوي، علي راشد(2009): برنامج الإرشاد النفسى الدينى وأثره فى خفض بعض الاضطرابات السلوكية، مذكرة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات التربوية، القاهرة.
- 88- زعتر نور الدين(2009): فعالية برنامج علاج نفسى اسلامى فى تخفيض القلق، قلق ما قبل العملية الجراحية أنموذجاً، مذكرة ماجستير غير منشورة جامعة بسكرة ، الجزائر
- 89- يحيوي وردة(2014): اختبار فعالية برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتدربة (نموذج أنرولد لازاروس)، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة بسكرة الجزائر.

#### ثالثاً مجلات علمية:

- 90- باضة، أمال إسماعيل(1999): التدخين وآثاره الصحة الجسمية والنفسية، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، المجلد 10، عدد38، دار النهضة العربية، بيروت
- 91- عمار سليم(1997): إدمان الخمر، مضاره وأخطاره وعلاجه، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، مجلد 08، عدد 31، دار النهضة العربية، بيروت
- 92- النابلسي، محمد أحمد(1993): الأسس الإحيائية للسلوك، الثقافة النفسية المتخصصة، عدد14 المجلد الرابع، دار النهضة العربية، بيروت
- 93- معمريه، بشير (2005): الدكاء الوجداني، المجلة الالكترونية لشبكة العلوم النفسية العربية عدد25
- 94- الصنيع، صالح إبراهيم(2012): المدخل إلى التأصيل الإسلامى لعلم النفس المجلة الالكترونية لشبكة العلوم النفسية العربية عدد32/33، تونس
- 95- محيسن عوض، و الهلول إسماعيل(2012): التسامح وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة جامعة الأقصى بغزة، المجلة الإلكترونية للشبكة العربية للعلوم النفسية، عدد32/33
- 96- سلامة، ممدوحة محمد (1989): التشويه المعرفى لدى المكتئبين وغير المكتئبين، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب عدد11

98-Abela, J.R.Z. & D'Allesandro, D.U. (2002). Beck's cognitive theory of depression : **The diathesis – stress and causal mediation components**, *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 111- 128

99-American Psychological Association, (2002). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> Edition, Text Revision) (DSM-IV-TR)**. Washington. DC.

100-Beck, A.T. (1967). **Depression, Clinical, Experimental, and theoretical aspects**, New York: Harper Collins.

101-Beck, A.T. (1976) **Cognitive therapy and emotional disorders**. New York: Internatioal universities press .

102-Jerom, R. Gardner (2002) **Cognitive behavior management** , perceiving automatic thoughts. Cognitive behavior com.

103-Adler.A(1927) **The parctice and theory of individual psychology** .New York .N.Y: Norton Press.

104-Kelly .G.A (1955)**The psychology of personal constructs**.New York.N.Y;Norton

105-Ellis.A.(1998) The Allbert Ellis reader;**A guide to well-being using rational emotive behavior therapy**.edited by albert Ellis and shawn Blau .Syracus.N.J ;Carol Poblising Group.

106-Kach, Farid(1996 );**Psychiatrie et psychologie medical enterprise national du liver**,Alger

- 107-Clark,G,NHombrook,M,Lynch,F,pollen,u,Gale,j Bearslee & Seely,J: (2001)**A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parent**, Archive of general psychiatry,58(113-12)
- 108- Beck, A (1967) **The Diagnosis and Management of Depression**. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.
- 109- Strieker, G. & Gold, J, R. (1996): **Psychotherapy integration**: An assimilative, psychodynamic approach. Cyberpsych <http://www.ccyberpsycho.org>. Available at 15/8/2010
- 110- Liyard,R.(2005).**Happiness:Lessons** From a New science. London: penguin books(pp11-20).
- 111-Seligman.M.&Csikzentmihalyi.M.(2000) **Positive psychology** :An introduction.American Psychologist.55.1
- 112- Fort.J:Drugs and Vouth.The Pleasureseekere :**The drug crisis**. Youht and society.newyourk:Grove press1970.
- 113- Michelle J.N(Nov.2006)The Power of Positive thought: **Methods for maintaing a positive attitude .blackenterprise** (New Yourk)
- 114-Evans, Allison Schettini (2004) . **Adolescent depression and externalizing problems** : testing two models of co morbidity in an inpatient sample, *Adolescence*, Spring , 114-146.
- 115-Tollefson,G,D(1992) depression in :D,L,Dunner(eds) **psychatric therapy** (pp196)Phlidelphia :W,b saunders comany
- 116-Domart ,Endre(1990),**petit larousse de la medecine**,librairi larousse, paris

117-Beak,A (1997 ): Cognitive therapies Essential papers psychoanalysis,newyourk :U,S,A university press

118-Molton,B,R, La depression,instital scientilique de la sante publique, IPA 2002-011,Belgique),somatization

119-Ryder A,G,et al(2002 as psychologization of emotional distress :a paradigmatic of cultural psy