

دراسات نفسية



دورية محكمة تصدر عن مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية- الجزائر

العدد الخامس عشر (15) جوان 2018/رمضان 1439

التدريب على تقنية حل المشكلة الاجتماعية لتحسين التعامل مع مرض السكري
عند النساء الحوامل

أ.بياض منار
أ.د.سايل حدة وحدة

التكفل النفسي للحوامل في حالة خطر من خلال تطبيق العلاج المعرفي السلوكي
على حالة حامل مصابة بداء السكري

أ.بومصباح إبتسام
د.مهمل اسيا

L'accompagnement psychologique visant la modération de l'anxiété chez les patients avant l'intervention chirurgicale cardiaque (Étude de cas)
Guellati Lamia
Pr.Sail Hadda Ouahida

فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف أعراض الاكتئاب لدى مستأصلات الثدي

زوريق غنية
أ.د.بلميهوب كلتوم

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من استجابة القلق والاكتئاب لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي (دراسة حالة)

بولكويرات صليحة
د. شريفي هناء
د. برزوان حسية

مدى فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تنمية مهارة التقليد لدى اطفال التوحد

الهواري شريف
أ.د.بلميهوب كلتوم

التوجهات الحديثة في تدريب الأطفال ذوي طيف التوحد على اكتساب اللغة

حدان إبتسام.

مهارة توكيد الذات واضطراب الرهاب الاجتماعي: أية علاقة؟

بوكريطة كوثر
د.لونيس سعيدة

Une nouvelle approche en counseling et psychothérapie « l'éclectisme »

.Benchabane Assia

Dr. Charifi Hanaa

انتشار الأمراض النفسية في السودان

بروفيسور عبد الباقي دفع الله أحمد
د. ابتسام ساتي ابراهيم
د. أسماء سراج الدين فتح الرحمن
د. منار الشيخ عبدالرحمن

الرقم الدولي 2008 - ISSN 1112

بسم الله الرحمن الرحيم

دراسات نفسية

دورية بحثية مُحكَّمة تصدر عن:

مركز البصيرة



للبحوث والاستشارات والخدمات
التعليمية

أمة تتعلم، أمة تتقدم

رمضان 1439 هـ الموافق لـ جوان
2018
المجلد 9 العدد 15

رئيس التحرير

أ. د / كلثوم بلميهوب

belmihoubkeltoum@yahoo.fr

المراسلات باسم مدير مركز البصيرة

حي ماكودي 02 رقم 13 واد السمار – الجزائر

ها: 0021321289778

فا: 0021321283648

البريد الإلكتروني:

markaz_bassira@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني:

www.albasseera.net

حقوق الطبع محفوظة

رقم الإيداع القانوني: 2008/1900

ردم د: ISBN 2170-046X

التوزيع



دار الخلدونية للنشر والتوزيع

05، شارع محمد مسعودي القبة الجزائر.

ها/فا: 021.68.86.48

الهيئة العلمية

من الجزائر

- أ.د. عبد القادر الأمير خياطي
جامعة الجزائر
- د. زناد دليلا
جامعة الجزائر
- د. لحرش محمد
جامعة الجزائر
- أ.د. معمريه بشير
جامعة باتنة
- أ.د. ماحي إبراهيم
جامعة وهران
- د. بوفولة بوخميس
جامعة عنابة
- د. فقيه العيد
جامعة تلمسان
- د. هدى كشرود
جامعة الجزائر
- د. سايل حدة وحيدة
جامعة الجزائر 2

من الوطن العربي

- أ. د. جمال تركي..... تونس
- أ. د. كشرود عمار..... ليبيا
- أ. د. أحرشاو الغالي..... المغرب
- أ. د. عمر هارون الخليفة..... السودان
- أ. د. أحمد جمال أبو العزائم..... مصر
- أ. د. فاضل شاعر الساعدي..... العراق
- أ. د. سامر رضوان..... سوريا
- أ. د. عشوي مصطفى..... السعودية
- أ. د. عثمان يخلف..... قطر
- أ. د. محمد مقداد..... البحرين

ترحب دراسات نفسية وهي مجلة محكمة تصدر عن مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية بالجزائر، بإسهامات الباحثين في الموضوعات ذات الصلة بعلم النفس التي تراعي القواعد التالية:

- 1- أن يكون البحث غير منشور في مصادر أخرى.
- 2- التقيد بالأسلوب العلمي والمعالجة الموضوعية والإحاطة المنهجية مع ملخص باللغتين العربية والإنجليزية.
- 3- لا يقل حجم المقال عن 15 صفحة ولا يزيد عن 25.

4- أن يكتب المقال ببرنامج word.
الخط باللغة العربية حجم الخط 16 Arabic
Transparent

- 5- أن يكون البحث مرفقا بالمراجع مدونة في نهاية البحث حسب أسلوب APA.

6- تخضع الأبحاث المقدمة للتقييم من قبل الهيئة العلمية للدورية ويبلغ أصحابها بالقرار النهائي المتعلق بالقبول أو التعديل.

يرسل المقال على العنوان البريدي التالي:

belmihoubkeltoum@yahoo.fr

أ.د. كلثوم بلميهوب



أمة تتعلم، أمة تتقدم

دورية بحثية محكمة متخصصة في الدراسات النفسية

رمضان 1439هـ الموافق لـ جوان 2018

محتويات

7	أ. د/ كلثوم بلميهوب	■ افتتاحية العدد:
9	بياض منار أ.د/سايل حدّة وحيدة جامعة الجزائر 2	التدريب على تقنية حل المشكلة الاجتماعية لتحسين التعامل مع مرض السكري عند النساء الحوامل
35	بومصباح إبتسام د. مهمل أسيا جامعة الجزائر 2	التكفل النفسي للحوامل في حالة خطر من خلال تطبيق العلاج المعرفي السلوكي على حالة حامل مصابة بداء السكري
44	Guellati Lamia Pr.Sail Hadda Ouahida. Alger2	L'accompagnement psychologique visant la modération de l'anxiété chez les patients avant l'intervention chirurgicale cardiaque (Étude de cas)
64	زوريق غنية أ.د بلميهوب كلثوم جامعة الجزائر 2	فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف أعراض الاكتئاب لدى مستأصلات الثدي
	بولكوبرات صليحة	فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من استجابة القلق

76	د. شريفي هناء ، د. برزوان حسيبة جامعة الجزائر 02	والاكتئاب لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي (دراسة حالة)
95	الهواري شريف أ.د. بلميهوب كلتوم جامعة الجزائر 2	مدى فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تنمية مهارة التقليد لدى اطفال التوحد
107	حدان إبتسام: الإمام سعيدة: جامعة قاصدي مرباح ورقلة. الجزائر	التوجهات الحديثة في تدريب الأطفال ذوي طيف التوحد على اكتساب اللغة
119	بوكريطة كوثر د. لونيس سعيدة جامعة الجزائر 2	مهارة توكيد الذات واضطراب الرهاب الاجتماعي: أية علاقة؟
132	Benchabane Assia. Dr. Charifi Hanaa. Université d'Alger 2	Une nouvelle approche en counseling et psychothérapie « l'éclectisme »
152	بروفيسور عبد الباقي دفع الله أحمد د. ابتسام ساتي ابراهيم د. أسماء سراج الدين فتح الرحمن د. منار الشيخ عبد الرحمن جامعة الخرطوم السودان	انتشار الأمراض النفسية في السودان



الافتتاحية

بسم الله الرحمن الرحيم والصلاة والسلام على أشرف المرسلين
محمد خاتم الأنبياء والمرسلين.

يطيب لي في هذا العدد الخامس عشر من دورية دراسات
نفسية، والذي يعتبر أول عدد يصدر الكترونيا في المنصة الوطنية
للمجلات العلمية، وقد احتوى كسابقه مجموعة من المقالات
العلمية، حول العلاج النفسي وتطبيقاته الميدانية على مختلف
الاضطرابات النفسية، إذ يعتبر العلاج النفسي من أهم المهام
التي يقوم بها الأخصائي النفسي العيادي، لخدمة المرضى الذين
يعانون من الاضطرابات النفسية المختلفة. لذلك تخضع الممارسة
العيادية للمعطيات العلمية التي بينت البحوث فعاليتها من أجل
تقديم أفضل الخدمات الصحية للمرضى وبأقل التكاليف. من
هنا يكتسي البحث العلمي في مجال الإرشاد والعلاج النفسي
أهمية خاصة وهو مجال خصب ما فتئ يتطور باستمرار، فمنذ
الخمسينيات والجدال قائم بين الباحثين بين مؤيد ومشكك حول
دور العلاج النفسي في تحقيق الصحة النفسية، وما العوامل
المتدخلة في ذلك، وكيف يمكن ضبط مختلف العوامل تجريبيا.
ورغم مرور أكثر من نصف قرن على هذا النقاش لم يفقد
الموضوع جدته، بل ازداد ضراوة، وأصبح يشكل بؤرة اهتمام
الباحثين من مختلف التوجهات النظرية. فقد اتجه الباحثون لتقييم
فعالية مختلف النظريات والقيام بالمقارنة بين بعضها البعض، بل
تمت المقارنة بين مختلف النماذج داخل نفس النظرية، أبعد من
ذلك بدأت البحوث تركز اهتمامها على تقييم فعالية التقنيات
المختلفة المنتمة لنفس النموذج النظري لمعرفة أيها أكثر فائدة

لعلاج اضطراب معين، ولا يستخدم الممارس العيادي إلا
التقنيات التي أثبتت البحوث العلمية فعاليتها امبريقيا، ومن هنا
تنامت الدعوة الى الممارسة العيادية المسندة بالبرهان
Evidence Based Practice . وفي خضم هذا الجدل
القائم بين مختلف النظريات انبرى كل فريق يدافع عن نظريته
بالحجة أحيانا وبالتعصب أحيانا أخرى، لكن البحوث العلمية
خلصت إلى نتيجة هامة اتفق عليها الجميع وهي ضرورة
التحكم في بعض المتغيرات عند القيام بالبحث في مجال الإرشاد
والعلاج النفسي والمتمثلة في شخصية المعالج، نوع الاضطراب،
العلاقة العلاجية، العوامل الخارجية مثل أحداث الحياة، المحيط
العائلي والاجتماعي، التغيرات البيولوجية، أما بالنسبة لنتائج
العلاج فلا يكفي الاعتماد على درجات المقاييس التي تعطي
أرقاما كمية بل يجب تدعيم ذلك بالتغيرات التي يحدثها العلاج
على حياة الفرد النفسية والاجتماعية والمهنية.

وفي هذا السياق، يأتي هذا العدد بمجموعة من المقالات، التي
تضمنت التطبيق العملي وفق المنهج العلمي لمختلف التقنيات
العلاجية النفسية، على بعض الاضطرابات النفسية وكذلك
العضوية التي تصاحبها مشكلات نفسية.

ففي مجال مرض السكري تناولت الباحثتان منار بياض وأ.د.
حدة وحيدة ساييل التدريب على تقنية حل المشكلة
الاجتماعية لتحسين التعامل مع مرض السكري عند النساء
الحوامل. وفي نفس المجال وتقنيات مختلفة تناولت الباحثتان
بومصباح إيتسام ود.مهمل أسيا: التكفل النفسي للحوامل في
حالة خطر من خلال تطبيق العلاج المعرفي السلوكي على
حالة حامل مصابة بداء السكري. وفي مجال أمراض القلب

تناولت الباحثتان فلاتي لمياء و أ.د حدة وحيدة سايل أهمية المرافقة النفسية لمرضى القلب المقبلين على إجراء عملية جراحية في التخفيف من القلق من خلال دراسة حالة، في مقالهما الموسوم:

L'accompagnement psychologique visant la modération de l'anxiété chez les patients avant l'intervention chirurgicale

(Étude de cas).cardiaque. وفي مجال الأمراض السرطانية أبرزت الباحثتان زوريقي غنية وأ.د بلميهوب كلتوم دور الأخصائي النفسي من خلال مقالهما المعنون: فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف أعراض الاكتئاب لدى مستأصلات الثدي. وفي مجال الأمراض العصبية تناولت الباحثتان بولكويرات صليحة ود. شريف هناء، ود. برزوان حسيبة، فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من استجابة القلق والاكتئاب لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي (دراسة حالة). وفي مجال اضطراب التوحد تناول الباحثان لهواري شريف وأ.د. بلميهوب كلتوم: مدى فاعلية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تنمية مهارة التقليد لدى اطفال التوحد. وفي نفس المجال تناولت الباحثتان حدان إبتسام و أ. الإمام سعيدة التوجهات الحديثة في تدريب الأطفال ذوي طيف التوحد على اكتساب اللغة. أما الباحثتان بوكريطة كوثر ود. لونيس سعيدة فقد حاولتا التركيز على ضرورة اختيار التقنية المناسبة للاضطراب المناسب وأن يكون الاختيار على أسس علمية نتيجة لما بينته البحوث العلمية من خلال مقالهما النظري الموسوم: مهارة توكيد الذات واضطراب الرهاب الاجتماعي: أية علاقة؟. بينما حاولت الباحثتان بن شعبان اسيا ود. شريف هناء التعريف بنموذج حديث يسعى للجمع بين مختلف النماذج النظرية للإرشاد

والعلاج النفسي وفق أسس علمية من خلال مقالهما الموسوم:

Une nouvelle approche en counseling et psychothérapie « l'éclectisme »

وفي الأخير اهتم الباحث بروفيسور عبد الباقي دفع الله أحمد وزملاؤه بالبحث في أهم الاضطرابات النفسية والعقلية المنتشرة في السودان من خلال بحثهما الموسوم: انتشار الأمراض النفسية في السودان.

عزيزي القارئ بالإضافة إلى ما تضمنه هذا العدد من أمراض عضوية مختلفة، وما انجر عنها من معاناة نفسية متنوعة، واضطرابات نفسية متعددة، وما تطلبت من نماذج نظرية ثرية، ومهارات وتقنيات دقيقة، فإنه احتوى على حالات مفصلة مما يجعله بمثابة دليل عملي للباحث والممارس في مجال الإرشاد والعلاج النفسي.

رئيس التحرير

أ.د كلتوم بلميهوب

التدريب على تقنية حل المشكلة الاجتماعية لتحسين التعامل مع مرض السكري عند النساء

الحوامل

بياض منار طالبة دكتوراه- جامعة الجزائر2

أ.د/سايل حدة وحيدة-جامعة الجزائر2

ملخص:

Résumé :

L'objectif de cette étude est d'améliorer les stratégies de coping avec le diabète chez deux femmes enceintes diabétiques à travers une étude de cas, et qui ont été entraînées à la technique de résolution de problèmes et à la réduction du stress par la relaxation, l'étude a été menée au centre hôpitalo - universitaire Isaad Hassani (Beni Messous) service gynécologie et maternité. Afin de vérifier les hypothèses l'échelle de résolution de problème social (SPSI – R) a été appliquée en (test-retest). Les entretiens cliniques et l'analyse fonctionnelle ont conclu que les deux cas procèdent par un coping impulsif/ insouciant et d'évitement des situations en relation avec la maladie, n'adhèrent pas aux instructions médicales. Les résultats montrent une différence clinique entre le test et le retest. De ce fait, l'entraînement a permis l'amélioration l'adaptation avec le diabète chez les deux malades.

Mot clés : résolution de problème social, coping, diabète, femme enceinte.

تهدف هذه الدراسة إلى تحسين التعامل مع مرض السكري عند حالتين من النساء الحوامل من خلال دراسة حالة وتدريبهنّ على تقنية حلّ المشكلة الاجتماعية وتخفيض الضغط النفسي من خلال تقنية الاسترخاء، أجريت الدراسة بالمستشفى الجامعي اسعد حساني (بني مسوس) مصلحة الولادة والأمومة. تم تدريب حالتين من النساء الحوامل تعاني كلتاهما من سكري ما قبل الحمل. وللتحقق من فعالية التدريب ومن الفرضيات تمّ إجراء قياسين قبلي وبعدي للتدريب باستخدام مقياس حلّ المشكلة الاجتماعية The Social Problem -Solving Inventory Revisited (SPSI – R)، ومن خلال المقابلات العيادية والتحليل الوظيفي تبين أن تعاملهما مع المرض هو بأسلوب اندفاعي/ مهمل وسليبي، ولا تلتزمان بالتعليمات الطبية. وتشير نتائج الدراسة إلى وجود فروق اكلينيكية بين نتائج القياس القبلي والقياس البعدي الخاص، وبالتالي ساعد التدريب على تحسين التعامل مع مرض السكري.

الكلمات المفتاحية: حل المشكلة الاجتماعية، التعامل، مرض السكري، المرأة الحامل.

موضوع "التدريب على تقنية حلّ المشكلة الاجتماعية لتحسين التعامل مع مرض السكري عند النساء الحوامل".

1. مشكلة الدراسة

أشارت التقديرات الى وفاة نحو 830 امرأة في جميع أنحاء العالم جرّاء مضاعفات الحمل والولادة (منظمة الصحة العالمية، 2016) وفي عام 2015، قضت 303000 من النساء نحبهن أثناء الحمل والولادة، والجدير بالذكر أنّ جميع تلك الوفيات تقريباً وقعت في البلدان قليلة الموارد، إذ يموت 2.7 مليون من صغار الأطفال خلال 28 يوماً الأولى من حياتهم، ناهيك عن وفاة 2.6 مليون طفل داخل الرحم. في حين سبقت دراسة أخرى أجرتها نفس المنظمة ونشرتها في مجلة لانسيت The Lancet للصحة العالمية (2014) تفيد أن حالة من بين كل 4 حالات وفيات للأمهات الحوامل ناجمة عن ظروف طبية سابقة مثل الإصابة بمرض السكري.

وذكر Monnier (2014) أنه يمكن أن يظهر مرض السكري قبل الحمل، عادة مرض السكر من النوع 1 أو النوع 2. وقد يظهر أثناء الحمل، يعرف بسكري الحمل diabète gestationnel خلال أسابيع الحمل المحصورة بين 24 و28 أسبوعاً.

ويتفاوت انتشار مرض سكري الحمل حسب دراسة Alexopoulou و Maiter و Pirson (2016) بشكل كبير باختلاف المجموعات السكانية حول العالم، ويعزى هذا التفاوت إلى اختلاف معايير التشخيص المعتمدة والمجموعات السكانية المدروسة (p.662). وفي الجزائر أشار أطباء مختصون مثل بلحاج (2014) إلى أن 6 ٪ من النساء الحوامل على المستوى الوطني تعانين من سكري الحمل الأمر الذي

إذا كانت تجربة الحمل وحدها تشكل تحدياً كبيراً للأم طوال فترة الحمل، فإن الأم الحامل المصابة بمرض السكري تواجه تحدياً أكبر، سيتوجب عليها تحمل أعباء الحمل ومرض السكري، وفوق كل ذلك تشعر بالخوف على سلامتها وسلامة جنينها كون جسمها لا يساعدها على حمايته، مما يستدعي عناية ورقابة مكثفة من أجل الحفاظ على سلامتهما معاً.

ويستعين المختصون ببرامج التربية الصحية والعلاجية تتركز عند الحوامل المصابات بالسكري على استعمال الحقن وتعديل نمط الحياة (تعديل نمط الغذاء، ممارسة الرياضة) وتفادي المضاعفات. ولكن هذه البرامج التربوية غير كافية لكونها تركز فقط على تقديم المعلومات وإثراء الجانب المعرفي، في حين يتطلب التعامل مع مرض السكري خاصة عند الحامل إدماج المعارف والمعلومات وفهمها لإيجاد الحل، وتنفيذ الحل وتطبيق مهارات وإجراءات محددة مرتبطة بسلوك الإدارة الذاتية، إذ تفتقر الكثير من المريضات لمهارات حلّ المشكلة، لهذا يعد التدريب على حلّ المشكلات أفضل بكثير من البرامج التربوية. من هنا جاءت فكرة مساعدة المريضات في تخطي هذه المرحلة عن طريق تدريبهنّ من خلال اقتراح تقنية علاجية معرفية سلوكية -تقنية حلّ المشكلات - تساعدن على التعامل المناسب مع المرض.

وتعد تقنية حلّ المشكلات الاجتماعية التي اقترحها D'zurilla وزملاؤه في إطار النموذج العلائقي الضغط/ حلّ المشكلة كاستراتيجيه تعامل عامة، وهم يفترضون أنّ الأفراد في علاقة مع أنواع مختلفة من المشكلات في حياتهم، تتطلب حلّ-المشكلة وتعديل الانفعال في نفس الوقت، وفي وضعيات مختلفة مهما كانت طبيعتها. وعليه تتناول الدراسة الحالية

يستدعى إجراء التشخيص المبكر ومتابعة دقيقة لتجنب المضاعفات أثناء الولادة ولتفادي التشوهات لدى الجنين. وحذر عمار هامي (2015) من تحول مرض سكري الحمل إلى مرض السكري من النوع 2 في غضون خمس سنوات بعد الحمل في 80٪ من الحالات.

واستناداً إلى مقال بعنوان ("Diabète gestationnel: vous êtes enceinte et le diagnostic tombe", 2017)، في مجلة Infos Diabète يزيد سكري الحمل من خطر حدوث مضاعفات في فترة الحمل والولادة على الأم وجنينها مقارنة بالمرأة غير المصابة به، هذا ما أكدته دراسة نشرت في 16 فيفري 2017، والتي أجريت على 796346 حالة ولادة في الولايات المتحدة الأمريكية في عام 2012، أشارت نتائجها أن 28 ٪ من النساء المصابات بسكري الحمل خضعن للعملية القيصرية (مقابل 20٪ من النساء دون مرض السكري)، وسجلت الولادة قبل الأوان (عند 8٪ من النساء مقابل 1٪ في النساء دون مرض السكري)، ويبدو تسمم الحمل في 2 ٪ من الحالات (مقابل 1٪ من الحوامل غير مصابات بالمرض). وعلاوة على ذلك، فإن التهديد لا يقتصر فقط على الأم، كما أنها موجودة في الطفل الذي لم يولد بعد، والواقع أن خطر العيوب الخلقية أكثر بـ 1.2 مرة مما هي عليه في الحمل الطبيعي. وبالتالي، هناك خطر 15.4٪ من العملقة (ضد 9.2٪ للحمل من دون مرض السكري)، 0.76٪ من تشوه القلب (مقابل 0.62٪ دون مرض السكري) و 3.3٪ من الضائقة التنفسية (ضد 2.7٪ في حالات الحمل غير مرضى بالسكري).

وذكر أيضاً في مجلة Infos Diabète، في مقال: ("Diabète gestationnel: Les bons réflexes qui aident à réduire les risques", 2015) أهمية تناول وجبات صحية وممارسة الرياضة والابتعاد عن التدخين في التخفيض من خطر الإصابة بمرض سكري الحمل عند 41٪ من النساء الحوامل. كما ينصح الأطباء مريضات سكري الحمل باتباع نظام غذائي صحي، وكذلك ممارسة التمارين الجسدية، وقد يتطلب العلاج بالأنسولين. ويمكن إدراج هذه المعطيات والسلوكيات المقترحة للأمهات الحوامل اللواتي ظهر عندهنّ السكري أثناء الحمل للحفاظ على التوازن النفسي الفيزيولوجي ضمن استراتيجيات التعامل مع المرض، وبشكل خاص تعامل حل المشكلة. وقد يعيق أسلوب مضطرب في حل المشكلة تطبيق العلاج من قبل المرضى مقارنة بالأسلوب العقلاني في حل المشكلة والتعامل المناسب مع المرض. في هذا الصدد، أشارت دراسة D'Zurilla, Nezu, & Maydeu-Olivares (2002) أجريت حول 186 شخصاً مصاباً بالسكري، تركز على مقياس حل المشكلة، أن تصور إيجابي حول المشكلة واتباع أسلوب عقلائي في حل المشكلة، ينعكس عليه تحكم جيد في مرض السكري. في المقابل فإن تصور سلبي واتباع أسلوب اندفاعي / أسلوب الإهمال أو أسلوب تجنب، يعبر عن تحكم سيء في المرض، نقلاً عن (Bezeau, 2007, p.15).

ولعل أهم تصور حول طريقة حل المشكلة اقترح من قبل D'zuriila و Goldfried (1971) اللذين يعتبرانها كعملية معرفية سلوكية ترفع من احتمال اختيار أحسن سلوك لإنجاز الهدف المرغوب (نقلاً عن سايل، 2014، ص 336). وفي الجزائر بينت دراسة

إزروق (1997) أن المصابين بالسكري يعيشون المرض كوضعية ضغط يهدد توازنهم النفسي والاجتماعي، نتيجة استخدامهم استراتيجيات تعامل غير توافقية مع المرض، كما بينت أنهم يستخدمون بشكل أكثر استراتيجيات مركزة حول الانفعال خاصة أسلوب التجنب والهروب بالتركيز على الاعتقاد الرغي (كالرغبة في تغيير الوضعية بحدوث معجزة) وأسلوب توبيخ الذات. وبعد تدريبهم على علاج حل المشكلة، تغير تقديرهم لوضعية المرض وتصوراتهم على أنها وضعية قابلة للتحكم وبمقدورهم تحدي تلك الوضعية، وازداد لديهم مستوى فعالية الذات وتقديرهم الذاتي والاجتماعي وانخفض القلق لديهم (ص.241).

وحسب Anderson وأتباعه (2005) "يزيد استخدام تقنية حل المشكلات مع المرضى المصابين بالسكري من مستوى التحكم الذاتي والإدارة الذاتية للمرض، المراقبة المستمرة لهيموجلوبين السكري (HbA1c) glycosylée والمحافظة على الوزن المناسب، وفهم المرض وتحسين نوعية الحياة نقلا عن (Edwin et al., 2009, p.17). وفيما يتعلق بالمرأة الحامل، تحصى منطقة Midi-Pyrénées بفرنسا سنويا حوالي 30000 ولادة و1800 حامل تصاب بسكري الحمل سنويا، استفادت 50٪ منهن من البرنامج الجهوي ديامات DIAMAT للتربية العلاجية، يهدف إلى تقديم كافة المعلومات حول مرض سكري الحمل والمضاعفات المترتبة عنه على الحامل وجنينها، وكيفية التكيف مع المرض والتعامل معه. ساهم هذا البرنامج بشكل كبير في توعية النساء المصابات بسكري الحمل وزاد من إقبالهن على المختصين لتلقي العلاج المناسب. وارتفعت نسبة الإدارة الذاتية للمرض وكذلك كان هناك انخفاض

ملحوظ لمضاعفات وتعقيداته المرض مقارنة بالنساء اللواتي لم يخضعن للتربية العلاجية.

واقترحت شبكة الأطلسي وشركاؤهم للسكري Le Réseau Atlantique Diabète et ses-partenaires بفرنسا بين 2012-2013 برنامجا للتربية العلاجية للنساء الحوامل اللواتي تعرضن لسكري الحمل. يهدف الى الوقاية من داء السكري من النوع 2. تقدم للمشاركة 38 امرأة، بينت النتائج أن 70٪ تعرفن على توصيات النشاط البدني 30٪ من النسوة نفذن التوصيات. و43٪ عبرن عن استعدادهن لتبني التوصيات. 60 ٪ اتبعن النظام الغذائي، 70٪ استطعن تحديده و57٪ أعربن عن نيتهم في تبني النظام الغذائي علماً أنّ هذه النسب كانت منخفضة في 2012.

وانطلاقاً من الدراسات السابقة وتوضيح خطورة مرض السكري على المرأة وجنينها، وانطلاقاً من الممارسة العيادية بقسم الحمل والولادة، ظهر أنه رغم التكفل المناسب بالنساء الحوامل، نلاحظ أنّ لديهن صعوبة في التحكم في المرض، لهذا يتم استشفائهن من أجل الرعاية عن كثب، وفي الغالب ما يرجع غياب التعامل المناسب مع المرض إلى تبني أساليب غير فعالة في التعامل. ومن هنا تركز الدراسة الحالية على تطبيق تقنية حل المشكلات بهدف تسحين استراتيجيات التعامل-حل المشكلة مع الأمهات سكري الحمل مع المرض، وعليه تم طرح التساؤلات التالية:

- هل يزيد التدريب على حل المشكلات الاجتماعية من مستوى الاستراتيجيات البناءة للتعامل مع مرض السكري عند الحامل (الاتجاه الإيجابي، حل-المشكلة العقلاني)؟

● هل يخفض التدريب على حل المشكلات الاجتماعية من مستوى الاستراتيجيات السلبية في التعامل مع مرض السكري عند الحامل (الاندفاعية – اللامبالاة، أسلوب التجنب)؟

2. الدراسات السابقة

✓ دراسة Bezeau (2007)

هي دراسة وصفية ارتباطية تهدف إلى وصف المفاهيم المتعلقة بالتوجه نحو المشكلة وأساليب حلها واستكشاف الروابط بين المفهومين والتحكم في مرض السكري اعتماداً على معيار هيموغلوبين السكري (HbA_{1c} glyquée)، وتمت الدراسة على أشخاص بالغين مصابين بالنوع الثاني خضعوا لبرنامج خاص من 2005 إلى 2006 بمستشفى وعيادة متخصصة بالكيبك Québec. وتم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين وذلك وفق القدرة على التحكم في المرض، المجموعة الأولى يتكون أفرادها من 38 مريضاً ونسبة هيموغلوبين السكري عندهم هي $HbA_{1C} \leq 7\%$ ، أما عدد أفراد المجموعة الثانية 31 مريضاً نسبة هيموغلوبين السكري عند أفرادها $HbA_{1C} > 7\%$ ، وتم تحليل الدراسة باستخدام نموذج حل المشكلة لـ D'zurilla. بينت نتائج الدراسة أن المصابين بمرض السكري لديهم ادراك إيجابي منخفض للمشكلة وكذلك يستعملون استراتيجيات حل المشكلة العقلاني بشكل جد منخفض، بينما بينت الدراسة عدم وجود فروق بين معظم محددات الدراسة عند المجموعتين ونسبة هيموغلوبين الدم، في حين أظهرت نتائجها أن ضعف التحكم في نسبة سكري الدم ونسبة هيموغلوبين الدم مرتبط بالنمط التجنبي لحل المشكلة. كما أكدت الدراسة أن استراتيجيات حل

المشكلة عند مريض السكري يجب أن تستهدف السلوكيات الصحية (نمط الغذاء ممارسة الرياضة) لذلك يجب أن تزيد البرامج التعليمية والتربوية من مهارات حل المشكلة العقلاني لتحسين القدرة على الإدارة الذاتية لدى البالغين المصابين.

✓ دراسة شبكة السكري وشبكة ما قبل الولادة

منطقة ميدي بيرينيه Réseau Diabète en Midi-(DIAMIP et MATERMIP) Pyrénées, et le- Réseau de périnatalité (2006) de Midi-Pyrénées

تتعرض 48000 ألف امرأة حاملاً بفرنسا لسكري الحمل أي حوالي 6٪ من النساء. وفي منطقة Midi-Pyrénées، يتم إحصاء سنوياً حوالي 30000 ولادة و1800 حاملاً مصابة بالمرض. كما ينتشر في هذه المنطقة الشاسعة العديد من المؤسسات الصحية. ولهذا تحتاج المنطقة إلى تقريب التقنيات الصحية والتربوية، للحفاظ على صحة الأم والجنين والوقاية من خطر الإصابة من مرض السكري من النوع 2. استفادت 50٪ من النساء الحوامل المصابات بسكري الحمل من البرنامج الجهوي ديامات programme régional DIAMAT للتربية العلاجية في الفترة الممتدة ما بين (2004-2006)، وتم تقسيم النساء الحوامل إلى مجموعات تضم كل مجموعة 5 نساء مصابات بسكري الحمل أو اختلال تحمل الجلوكوز مع عامل خطر مرتفع. وتستفيد المريضات من حصة أسبوعية مدتها 4 ساعات، يشرف على تقديمها فريق طبي (قابلية، مختص في التغذية، طبيب سكري، مختص نفسي). ويقدم البرنامج كافة المعلومات حول مرض سكري الحمل. وكيفية التكيف

مع المرض والتعامل معه كتحسين النظام الغذائي والمراقبة الذاتية للمرض. وقد ساهم هذا البرنامج بالمقارنة مع النساء اللواتي لم يخضعن للتربية العلاجية بشكل كبير في توعية النساء المصابات بسكري الحمل وزاد من إقبالهن على المختصين وتلقي العلاج المناسب. وارتفعت نسبة الإدارة الذاتية للمرض وكذلك كان هناك انخفاض ملحوظ لمضاعفات وتعقيدات المرض على الأم وصغيرها.

✓ دراسة ازروق (1997)

صممت هذه الدراسة للكشف عن مدى تأثير الإصابة بمرض السكري على الجانب النفسي والإجماعي للمصابين به، وللكشف عن نماذج التقدير المعرفي cognitive appraisal patterns الخاصة بوضعية المرض، وعن علاقتها باستراتيجيات نوعية في عملية المقاومة ضد الضغط السيكولوجي الذي ينشأ عن تلك الوضعية. وافترضت هذه الدراسة أن المصابين بالسكري يعيشون المرض كوضعية ضغط سيكولوجي، ناتج عن استعمالهم لاستراتيجيات مقاومة لا توافقية ضد المرض. وعليه من بين أهداف المرض تقديم كفالة نفسية مستمدة من النظرية المعرفية للضغط والمقاومة، وهذا بتطبيق نموذج علاجي يعرف باسم حل المشكل problem-solving model. وتكونت عينة الدراسة من 7 أفراد بالغين مصابين بمرض السكري 5 مصابات ومصابين ممن كانوا يترددون على مركز الخدمات الصحية بالعفرون (البليدة)، وأن معدل سن العينة يقارب 40 سنة. وتقوم منهجية هذا البحث على المنهج العيادي، بما يتوفر عليه من وسائل تقنية، كالمقابلة العيادية، والاختبارات والمقاييس. مع الإشارة أن التصميم المتبع في هذه الدراسة هو التصميم الفردي الذي يستغني عن الأساليب الإحصائية ومعاملات

الارتباط. وكشفت نتائج الدراسة عن فعالية النموذج العلاجي المسمى بنموذج حل المشكلة في توفير توافق سيكولوجي لمرضى السكري مع مرضهم، وذلك بتركيزه على الحث على استعمال الإستراتيجيات التي تركز على المشكل وحله، بدرجة أكبر على التي تركز على الانفعال في عملية المقاومة، وبتأكيده على الشعور بفعالية الذات وكذلك في التخفيض من حدة الضغط السيكولوجي. وبهذا تكون هذه التقنية كطرف مفيد في خطة العلاج الخاصة بمرض السكري أو الأمراض المزمنة موازاة مع العلاج الكيماوي.

حسب الدراسات السابقة يعاني مرضى السكري من نقص مهارات حل المشكلة وتبني استراتيجيات غير فعالة، ويظهر هذا جليا في عدم التزامهم بالخطة العلاجية وخاصة الحمية الغذائية وممارسة الرياضة، لهذا جاءت نتائج الدراسات لتؤكد على ضرورة دمج تقنية حل المشكلة الإجتماعية مع البرامج العلاجية التربوية والنفسية لزيادة الفعالية الذاتية وتبني سلوكيات الإدارة الذاتية والسلوكات الصحية عند مرضى السكري.

3. فروض الدراسة

للإجابة على ما أثارته أسئلة الإشكالية المطروحة، تم صياغة الفرضيات التالية كإجابة مؤقتة على النحو التالي:

- يزيد التدريب على حل المشكلات الاجتماعية من مستوى الاستراتيجيات البناءة للتعامل مع مرض السكري عند الحامل (الاتجاه الإيجابي، حل-المشكلة العقلاني).

- يخفض التدريب على حل المشكلات الاجتماعية من مستوى الاستراتيجيات السلبية في التعامل مع مرض

السكري عند الحامل (الاندفاعية - اللامبالاة، أسلوب التجنب).

4. أهداف الدراسة

- التحقق من مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين استراتيجيات التعامل مع مرض السكري عند الحوامل عن طريق تدريبهنّ على تقنية حلّ المشكلات التي تساعدهنّ على تعلم مهارات التعامل مع مرض السكري، ومشكلات أخرى في الحياة اليومية.

- تعلم مهارات الإدارة الذاتية للمرض وتبني السلوكيات الصحية التي تساعد في تحسين الصحة والحفاظ عليها والوقاية من الأمراض.

- مساعدة المريضات على تجاوز الضغط النفسي الناتج عن المرض من خلال تقنية الاسترخاء.

5. أهمية الدراسة

موضوع الدراسة من المواضيع الجديدة والتي لم يتطرق إليها بصورة كافية في البيئة العربية خاصة، لهذا تسعى هذه الدراسة لتسليط الضوء على زيادة انتشار مرض السكري عند النساء الحوامل والكشف عن معاناتهنّ وعن أهم التدخلات العلاجية التربوية والنفسية التي تفتقر إليها النساء الحوامل في البيئة الجزائرية، كما تسعى الدراسة لنشر الثقافة الصحية.

وتتمثل أهمية هذه الدراسة في إبراز دور الأخصائي النفسي في التعامل مع مختلف المشكلات الصحية والنفسية التي تعاني منها النساء الحوامل، وكذلك تسليط الضوء على دوره في قطاع الصحة وبالتحديد في المستشفى، وفي مساعدة المريضات على التعامل المناسب مع مرضهنّ بغية تحسين الالتزام بالتعليمات الطبية والعلاج، وكذا تجاوز القلق الناتج عن سوء الاتصال أو غيابه مع الأطباء.

6. تحديد مصطلحات الدراسة

● مرض سكري الحمل

يقصد به حدوث الحمل لمريضة مصابة بالسكري ويعرف بسكري ما قبل الحمل le diabète préexistant أو عندما تُكتشف الإصابة أثناء الحمل فيعرف بسكري الحمل Diabète gestationnelle ويحتمل أن لا تنتهي بنهايته. ولا يوجد فرق في النوعين في مدى الخطورة على الأم والجنين وطرق العلاج (محمد بن سعد الحميد، 2007، ص. 22).

● استراتيجيات التعامل

تعرف استراتيجيات التعامل Lazarus et (Folkman, 1984) على أنها "جملة المجهودات المعرفية أو السلوكية، الدائمة التغيّر المبذولة من أجل تسيير المتطلبات الخاصة الداخلية و/ أو الخارجية المقيّمة من طرف الفرد على أنها تفوق موارده" نقلا عن (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.70).

● تعامل حلّ المشكلة

حسب Bragard و Wagener و Jonius و Étienne (2014) حلّ المشكلات هو أداة علاجية طوّرت سنة 1970 من طرف D'Zurilla et Goldfried والتي تنتمي للتيار المعرفي السلوكي. وتهدف حلّ المشكلات إلى وجود حلّ لمشكلة خاصة من خلال مراحل مختلفة: تعريف وصياغة المشكلة، توليد البدائل، اتخاذ القرارات وتنفيذ الحلّ، وتقييم النتائج نقلا عن (Untas, Bungener, Flahault, & Bruchon-Schweitzer, 2016, p.38).

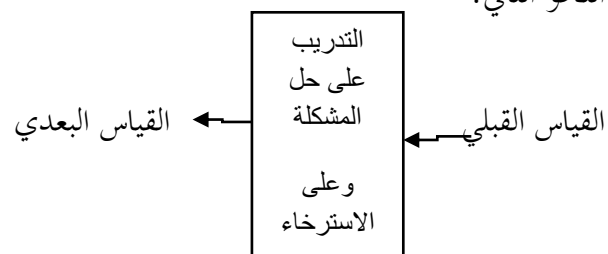
7. الاجرائية المنهجية للدراسة

✓ منهج الدراسة

خصائص الحالة	الحالة الأولى	الحالة الثانية
السن	34 سنة	28 سنة
المستوى الدراسي	ثانوي	جامعي
المستوى الاقتصادي	متدني	جيد
المهنة	ماكثة في البيت	موظفة في شركة خاصة
مدة الحمل	23 أسبوع و 5 أيام	22 أسبوع و 5 أيام
الوزن والطول في فترة الحمل	120 كلغ و 1,60 م	138 كلغ و 1,70 م
نسبة هيموجلوبين الدم HbA1c في بداية الحمل	7,1 %	6,7 %
نوع المرض	السكري من النمط الأول	السكري من النمط الثاني
تاريخ الإصابة بالمرض	2008 (في الحمل الأول)	2015 (في الحمل الأول)
تاريخ أول حصة علاج	مارس 2017	مارس 2017

يبين الجدول رقم (01): أنّ سن المريضتين يتراوح ما بين 28 و 34 سنة، وكلتا المريضتان تعانين من سكري ما قبل الحمل، تعاني الحالة الأولى من سكري من النمط الأول وتعاني الحالة الثانية من السكري من النمط الثاني، وكانت بداية الإصابة لكلتا المريضتين في الحمل الأول، وكانت بداية التدريب الشهر السادس وهي الفترة التي تقدمتا فيها إلى الفحص الخارجي.

نظرا لحجم مجموعة الدراسة وبسبب طبيعة الدراسة والمجال الزمني، تم اختيار المنهج الوصفي وبالتحديد دراسة حالة لوصف نتائج التدريب على حل المشكلة لدى مريضتين، وعليه وضعنا تصميم على النحو التالي:



✓ مجموعة الدراسة

تم اختيار مجموعة الدراسة بطريقة مقصودة واختيار حالتين بالتركيز على خصائص التالية:

- نساء حوامل لم تتجاوز مدة حملهن الشهر السادس لأتمكن من تطبيق البرنامج.
- مصابات بمرض السكري (سكري الحمل أو سكري ما قبل الحمل)
- لديهن مشكلة في الالتزام بالعلاج وضبط مستوى السكري في الدم.
- أن تقبل المستجوبات المشاركة في التدريب والتعاون مع المدربة والقيام ببعض الواجبات التي تدخل ضمن التمارين التدريبية.

الجدول رقم (01): خصائص العينة

✓ أدوات الدراسة

• استمارة المعلومات

وهي استمارة تتكون من أسئلة مغلقة، الغرض من وضعها هو جمع المعلومات حول الخصائص السوسيوديمغرافية لعينة الدراسة لتحديد: السن والحالة الاجتماعية وتاريخ ظهور المرض وطبيعة المرض وكذا نوع العلاج المتبع.

• التحليل الوظيفي

تم الاعتماد على نموذج BASIC-IDEA، اقترحت من طرف Lazarus في عام 1977 وتم تكملته من طرف Cottraux في سنة 1985 بإضافة الحرفين الأخيرين (E, A)، يتم تحليل وتحديد كل العوامل المرتبطة بسلوك المشكل، وهي الحروف هي اختصار لـ: السلوك Behavior، الانفعالات والعواطف Affect، الأحاسيس Sensations، العلاقات الشخصية Interpersonal، المعارف Cognition، التصورات الذهنية Imagery، الأدوية Drugs، التوقعات Expection، التوقع Attente.

• مقياس حل-المشكلة الاجتماعية

تم تطبيق في الدراسة مقياس حل-المشكلة الاجتماعية أو The Social Problem- (SPSI Solving Inventory Revisited R) الذي وضعه Nezu & D'zurilla (1990)، ويعد المقياس أداة تقرير ذاتي، تقيس قدرة الأفراد على حلّ المشكلات في حياتهم اليومية، وتقدر العوامل الأساسية لحل المشكلة كما جاء في النظرية المعرفية للضغط وتعامل حل المشكلة الاجتماعية لـ Nezu و D'zurilla (1959، 1982). يتكون المقياس الأصلي كما أشار إليه D'zurilla

وزملاؤه (2002)، في الدليل الخاص بالمقياس، من 70 بنداً، ويتكون من سبعة مقاييس فرعية، وصممت لتقدير الأبعاد الأساسية لنموذج D'zurilla وزملائه حول حلّ- المشكلة. ولتسهيل التشخيص والبحث الأكاديمي، تم حذف بعض البنود من المقياس، المكونة لبعض المقاييس الفرعية، وذلك لربح الوقت ولتقليل الاختلافات بين عدد من البنود وبين مختلف الأبعاد، وأصبح SPSI-R يتكون من 52 بنداً في شكله النهائي (نقلاً عن سايل، 2009، ص. 302-311).

وقامت سايل (2009) في دراسة أولية بترجمة مقياس حلّ- المشكلة الاجتماعية (SPSI - R) إلى العربية، وتم عرضه على أربعة أساتذة: أستاذ بمعهد اللغة الإنجليزية وباقي الأساتذة من معهد علم النفس، بحيث تم تصحيحه وتم عرضه على الأستاذ المشرف الأستاذ خياطي، ثم قامت باختبار ثبات المقياس، وبلغ معامل ألفا 0.86، يدل على وجود اتساق وثبات داخلي عالٍ.

• تقنية التدريب على حل-المشكلة

بُنيت تقنية التدريب على حلّ-المشكلة الاجتماعية من طرف D'zurilla وزملائه منذ سنوات السبعينات كما جاء في مقال لـ D'zurilla Goldfreid (1971)، وأدخلت بعد ذلك تعديلات وتحسينات على هذه التقنية نجدها في مقالات لـ D'zurilla و Nezu (1990، 1999، 2001، 2004). واعتمدت تقنية حل المشكلات لـ D'zurilla و Nezu وزملائهما على نظرية المعرفية للضغط والتعامل التي تطرقنا إليها في الجانب النظري.

يمكن أن يطبق البرنامج التدريبي في الإطار (الفردى أو الجماعى) مع ستة أو ثمانية مفحوصين، ويتم البرنامج عبر ثمانية وحدات، التي غالبا ما يتم تحقيقها في عدد من الجلسات، التي تتراوح ما بين 10 و16 وحدة، يتم إجراؤها أسبوعيا (مرة في الأسبوع)، وتدوم الجلسة من ساعة إلى ساعة ونصف، ويتم تحقيق الوحدات الثمانية التالية:

- البناء الأولي (جلسة واحدة)
- تحديد وصياغة المشكلة (جلسة أو جلستين)
- وضع البدائل (جلسة أو جلستين)
- أخذ القرار (جلسة أو جلستين)
- تنفيذ الحلّ والتحقيق (جلسة أو جلستين)
- التعميم (جلسة أو جلستين) (نقلا عن سايل، 2009، ص 312-328).

• التدريب على تقنية الاسترخاء

حسب ما اقترحه D'zurilla وزملاؤه (1990، 1999، 2001، 2004) خلال كل موعد أسبوعي، وبعد الانتهاء من تمرين حلّ-المشكلة، نختم الجلسة بتمرين الاسترخاء بغرض تخفيض الضغط أثناء حلّ-المشكلة (نقلا عن سايل، 2009، ص 328). واعتمدنا في هذه الدراسة على هذا على المزج بين تقنيتي التحفيز الذاتي لشولز، والاسترخاء التصاعدي لجاكسون فيما يعرف بـ La Jacobson adaptée، وذلك بعد تلقي دورة تدريبية عند مختصة نفسانية متخصصة، هي طريقة تساعد الباحثين المبتدئين لأن تعليم تقنية الاسترخاء يتطلب عدّة أشهر.

✓ خطوات إجراء الدراسة

انطلاقا من الممارسة العيادية في مصلحة التوليد بمستشفى بني مسوس بالجزائر وبعد الحصول على رخصة للبحث، تم عرض استمارة القبول للمشاركة في البرنامج

على المريضات، ثم تطبيق مقياس حلّ-المشكلة الاجتماعية (قياس قبلي). والتّفاهم حول العقد العلاجي، ثم بعد تطبيق البرنامج تم القياس البعدي، وفي الأخير تشجيع المريضات على الاستمرار في الالتزام بالعلاج.

8. عرض ومناقشة نتائج الدراسة

8.1. عرض حالة نموذجية (الحالة الأولى)

تم تدريب حالتين من النساء الحوامل، وكلتيهما تعاني من سكري ما قبل الحمل، نعرض حالة نموذجية (الحالة الأولى) بالتفصيل وفي الأخير نتائج القياس للحالتين.

✓ معلومات عامة

السيدة (ب) عمرها 34 سنة متزوجة وأم لأربعة أطفال وحامل للمرة الخامسة وجاءت للفحص في الشهر السادس، حالتها المادية سيئة وتعيش في مسكن فوضوي، أصيبت منذ 8 سنوات بمرض سكري الحمل في حملها الأول ليتطور إلى سكري من النمط الأول بعد نهاية الحمل.

✓ السوابق العائلية: إصابة أمها بالسكري من النوع 2، وأختها الكبرى والحالة والجدّة بالسكري من النوع الأول، والوالد لم يكتشف إصابته بالسكري وضغط الدم إلا قبل وفاته بشهر.

✓ العوامل المفجرة: إصابتها بسكري الحمل في الحمل الأول بسبب خيبات الأمل المتكررة: إذ بعد الزواج، انتقلت من الريف للعيش في العاصمة، وعمل زوجها غير مستقر، بعد انتهاء عقد عمله انتقل للعمل الحرّ المتذبذب، وليومنا هذا مازالت تأمل في الحصول على سكن اجتماعي. تعرضت لصدمة حين وجدت المخدرات (الزطلة) بجيب زوجها، فتدهورت حالتها النفسية وأصبحت تنفّس عن غضبها بالأكل الكثير

حتى ازداد وزنها ووصل 90 كلف بعد أن كان في حوالي 60 كلف.

✓ **العوامل التاريخية:** يتمثل العامل الرئيسي كون المرض وراثي، (الأقارب من الدرجة الأولى)، الحالة المادية والاجتماعية، الوزن الزائد وعدم ممارسة الرياضة واتباع الحمية.

✓ نتائج التحليل الوظيفي

السلوك: تقوم المفحوصة بالإفراط في الأكل والذي يؤثر على مرض السكري باتخاذها سلوكيات، عندما تكون نسبة السكري في الدم منخفضة أو عندما تقيس السكر في الدم ويكون جيداً، تخالف الحمية عند تحضير الطعام الذي تشتهي، (مثل: خبز الدار، المعجنات المختلفة)، عند حصولها على المال تكثر من شراء (العنب والتين، المشروبات الغازية)، تخالف الحمية عند زيارة الأهل، تزيد رغبتها في الأكل، عندما تأخذ جرعة الأنسولين، عندما ترتفع نسبة السكر في الدم: ترهق نفسها في أعمال المنزل، تقلل من الأكل، تقدم الدروس الخصوصية للتمكن من الحصول على المال من أجل العلاج.

الانفعالات والعواطف: عند تعرضها لتدبدب في مرضها، تتأجج انفعالات: القلق والضغط النفسي بسبب المشاكل الاجتماعية والمادية، الخوف والقلق من تطور المرض والموت فتتيم أولادها، الخوف من تشوه الجنين.

الأحاسيس: تبعا للحالة المقلقة مثل ارتفاع سكري الدم، ينتابها شعور بالتعب وإرهاق ودوار.

العلاقات الشخصية: تعاني المفحوصة من غياب السند الاجتماعي، تفضل أمها الذكور على الإناث وحرمانها من الميراث، كما تربطها علاقة سيئة مع عائلة زوجها،

بمعنى عند أزمة المرض لا تجد من يقف في صفها لمساعدتها.

المعارف: مهما فعلت لن أتخلص من المرض، لا أستطيع مقاومة الأكل والأطباء يبالغون، لا أملك المال لاتباع الحمية، لا أملك الوقت لممارسة الرياضة، العلاج شاق ومكلف، أولادي أهم مني أنا مضى وقتي، أنا ذهبت صحي، أولادي يعانون من تأخر الكلام بسبب المرض.

التصورات الذهنية: مرض السكري مرض خطير ومزمن، مع الوقت سوف يقضي علي وأموت، بسبب المرض فقدت جمالي وصحتي، في كل مرة أكون حاملاً أتوقع أن المرض سيؤذي الجنين.

الأدوية: المفحوصة لا تتناول الأدوية النفسية، تتناول أدوية لعلاج مرض السكري، جرعة الأنسولين التي تزيد شهيتها بعد أخذ الحقنة.

التوقعات: تتوقع المفحوصة أن العلاج النفسي سيساعدها خاصة من الناحية النفسية في تخفيض التوتر والضغط النفسي، كما سيزيد من دافعيتها للالتزام بالعلاج.

التوقع: أما المعالجة، المدربة تتوقع في إمكانية مساعدة المريضة على: تغيير الأفكار والمعتقدات المرتبطة بالمرض، دفعها للاهتمام بوضعها الصحي، زيادة دافعيتها للالتزام بالعلاج.

✓ نتائج القياس القبلي

سوف يتم التطرق لنتائج القياس القبلي عند مناقشة النتائج.

✓ نتائج التدريب على حل المشكلة

الوحدة الأولى: البناء الأولي

تم خلال جلستين: بدأ التدريب بتلقين المفحوصة، بعض المبادئ حول الضغط، والوضعية الضاغطة أو المشكلة التي قد يتعرض لها الأفراد يوميا. ثم طلبت منها إدراج مثال من حياتها الواقعية للتحديد، وتعمدنا التركيز على وضعيات ضاغطة قد تؤثر على مرض السكري لدى المفحوصة، وكانت إجابتها كالتالي: "عندما تطالب زوجها بشراء أمور ضرورية كحليب الرضع ينزعج كثيرا بسبب نفاذ المال فتلقي اللوم عليه، هو لا يجيد التصرف، يبذر المال الذي يحصل عليه دفعة واحدة في أمور تافهة، يصرخ ويغضب ثم يترك البيت، أو عندما يمرض أحد أطفالها ولا تجد ثمن الدواء".

ثم طلبت المدربة من المفحوصة تحديد السلوكيات التي تتخذها تجاه الوضعية أو المشاعر التابعة، وكانت الإجابة: "أغضب كثيرا وأتوتر وأشعر بالقلق وأبدأ بالصراخ على الأولاد وأضرهم لأتفه الأسباب، وأحيانا أكل للتخلص من الغضب الذي أشعر به، والنتيجة ارتفاع نسبة السكر عندي، وكذلك يصبح أولادي أكثر عدوانية ويتشاجرون مع بعضهم باستمرار".

ومن خلال هذا المثال تمّ تجسيد الارتباط بين التفكير والانفعال والسلوك: كيف أدت الوضعية الضاغطة في المثال السابق (نفاذ المال لشراء الحليب والدواء) لإثارة أفكار سلبية (سوف يحدث مكروه لولدي) وإثارة مشاعر وانفعالات (الغضب الشديد والتوتر)، أما السلوك الناتج فهو ضرب الأولاد والصراخ أو الإفراط في الأكل.

تم تلقين المفحوصة كيف تحدث عملية التغذية الرجعية، يتأثر سلوك الزوج بسلوكها وهي بدورها تتأثر

بسلوكه فتصرخ على الأولاد الذين هم أيضا يتأثرون بالأهل باعتبارهم نماذج يقتدون بهم فيتشاجرون فيما بينهم. وتم إدراج أحسن الطرق للتعامل مع المشكلات الحياتية (حلّ-المشكلة)، ولتحقيق حلّ المشكلة من الضرورة أن تتوفر بعض الشروط لدى الفرد تبقيه في صحّة جيدة وهي: التغذية الجيدة، النوم المناسب، التمارين الرياضية واتباع التعليمات الطبية. وبعد هذا التلقين، طلبت من المفحوصة القيام بواجب منزلي، على شكل مراقبة ذاتية: تقوم بكتابة كل هذه المبادئ على بطاقة والاحتفاظ بنسخة منها تستعملها عند الضرورة، وأخرى تحتفظ بها في الملف.

في جلسة ثانية قامت المدربة بتقديم كافة المعلومات الطبية المتعلقة بمرض السكري وسكري الحمل، أنواعه أسبابه الأعراض والمخاطر على الأم والجنين والعلاج على شكل تربية صحية. وقبل التطرق لها طلبنا من المفحوصة أن تحدثنا عن مرضها وذلك بغرض تصحيح التشوهات المعرفية والمعتقدات والأفكار الخاطئة التي قد تربطها به، تمّ التدعيم بمطويات وملصقات تحتوي على معلومات طبية بطريقة مبسطة وصور توضيحية بمشاركة أطباء مختصين في طب الغدد والسكري.

الوحدة الثانية: التوجه نحو المشكلة

تمّ تعليمه للمفحوصة خلال جلستين، في الجلسة الأولى قامت المدربة بتلقين المفحوصة المفاهيم الرئيسية التي تساعد في فهم التوجه نحو المشكلة: - المشكلات قد تحدث في عدّة مجالات من الحياة: مشاكل عائلية، مشاكل في العمل، مشاكل مع الأصدقاء، مشاكل مالية، مشاكل صحية. وأهم عنصر في عملية حلّ-المشكلة الاجتماعية هو الاتجاه نحو

المشكلة. وأحسن مثال على ذلك مشكلتها الصحية (مرض السكري والحمل).

- قامت المدربة أيضا بتلقين المفحوصة أهم العمليات المعرفية التي توجه استجاباتها عندما تكون في وضعية مشكلة وهي: إدراك المشكلة، سببية المشكلة، التحكم الشخصي في المشكلة وفي القدرة على حلها والالتزام بالوقت/الجهد لحلها بكل استقلالية.

وطلبت منها بعد ذلك أن توضح من خلال أمثلة كيف تتعامل مع المرض باعتباره مشكلة تحتاج إلى تعامل مناسب، أجابت المفحوصة، بأنها مؤخرا ذهبت لتمضية العطلة عند أختها، فلم تتمالك نفسها وأفرطت في الأكل وتناول المشروبات الغازية، وبعدما كان سكري الدم عندها معتدلاً ارتفع. وبعد عودتها إلى المنزل ولإعادة التوازن قامت بجميع الأعمال المنزلية الشاقة دفعة واحدة (من غسل الملابس وكيها، وغسل الأواني، وتنظيف الأرضية والجدران) وكانت النتيجة انخفاض شديد للسكري والتعرض للإغماء وسقوطها على الأرض، ويعد هذا الأمر خطراً على المرأة الحامل. وعندما تفحصت الطبيبة النسائية، قيم السكري المدونة في الدفتر هددتها باستشفائها لمتابعة العلاج، فبدأت بالبكاء وترجتها كثيراً، وفي الفحص الموالي قامت بتغيير القيم المدونة في الدفتر حتى لا توبخها الطبيبة.

لا تهتم المفحوصة بصحتها إلا في فترة الحمل لتضمن سلامة وصحة الجنين، أما في الأيام العادية فهي لا تتبع نظام غذائي صحي وتجده مكلفاً وشاقاً (مثلاً عليها أن تأكل تفاحتين في الليل، وهي لا تقيس السكري بانتظام لأنها لا تملك ثمن شراء الأشرطة الخاصة بالجهاز).

ثم بعد ذلك سألت المفحوصة عن النتائج المترتبة عن إهمالها لوضعها الصحي: بداية إصابة الكلية اليسرى، الوزن الزائد، إلحاق الضرر بالجنين (عملقة الجنين)، تعرضها للتوبيخ المستمر من الفريق الطبي. ثم مناقشة سلوكيات وأفكار المفحوصة السلبية، التي تنشط تجنب المشكلة (كعدم الالتزام بالعلاج) بدلاً من حلها أو الإهمال والاندفاعية. ثم بينت للمفحوصة ما يحدث لدى الفرد عندما يكون لديه اتجاه سلبي نحو المشكلة، ثم الاتجاه الإيجابي لنقارن معاً بينهما: في التوجه السلبي نحو المشكلة: يؤنب الفرد نفسه على المشكلات ويشعر أنه ناقص وغير كفء لحل المشاكل. يميل الفرد إلى إدراك المشكلات كتهديدات كبيرة على رفاهيته، فإما يتجنبها أو يندفع بأول فكرة تخطر بذهنه، لا يدرك أن في حلّ-المشكلة فائدة ومكسباً، ولا يعتقد أنه فعال في حلها، ولا يدرك أن حلّ-المشكلة يتطلب الوقت والجهد والمثابرة. بينما في التوجه الإيجابي نحو المشكلة: لا يعتبر الفرد نفسه ناقصاً، ولا يلوم نفسه حول المشكلة، فالمشكلات عادية في الحياة. كما يدرك المشكلات كتحديات، وأن في حلها فائدة ومكسباً، ويتوقع أنه إذا حاول سيستطيع حلّ-المشكلة، وإذا لم يتوصل إلى حلّ مرضٍ، يحاول مجدداً، وإذا كانت المشكلة صعبة الحلّ كفقدان شخص عزيز يتقبل الوضعية، ويخفف الضغط، ويدرك الفرد أن حلّ-المشكلة يتطلب الجهد والوقت، بالتالي تكون النتيجة: حلّ-المشكلة، خفض الضغط وتحقيق الشعور بالرضا.

وتطرق المدربة إلى تلقين المريضة بما يعرف بالاتجاه نحو المشكلة عند الأشخاص المصابين بمرض السكري. بالنسبة للذين لديهم توجه إيجابي للتعامل مع المرض، لديهم مهارات معرفية ومهارات سلوكية وتعني إدماج المعارف والمعلومات وفهمها لإيجاد الحل. في حين

يتطلب تنفيذ الحل مهارات لتطبيق إجراءات محددة مرتبطة بحالة معينة أو سلوك الإدارة الذاتية: (اتباع الحمية، القيام بالنشاطات الرياضية، مراقبة نسبة السكري في الدم بانتظام، تناول الأنسولين. الوعي بأعراض المرض). بينما المرضى المصابون بالسكري الذين لديهم توجه سلبي في التعامل مع المرض: وهو يعتبر اتجاه تهديمي ، إما هم مرضى يتبنون سلوك اندفاعي أو أسلوب الإهمال في حل المشكلة، على سبيل المثال عندما يتم استدعاء مريض بالسكري من النوع المتسرع أو غير المبالي لوجبة عشاء مع الأصدقاء يقيس نسبة السكر في الدم إذا كانت جيدة سوف يطلبون نفس الوجبة مثل أصدقائهم حتى ولو كانت مليئة بالسكريات، لا يأخذ بعين الاعتبار احتياجاته وتوازن السكري لديه المهم عنده الاستمتاع باللحظة، وعند العودة للمنزل سوف يجد أن السكر في الدم عاد ليرتفع بشكل كبير حينها سوف يقوم المريض ببعض التمارين الرياضية كالمشي لمدة 30 دقيقة لاستدراك الموقف. والمريض من هذا النمط يمكنه تحديد بعض الحلول، لكنه في الغالب ما يندفع نحو أول فكر ويتناسى البدائل، وأن الإدارة الذاتية لمرض السكري تتم بشكل تدريجي. أما بالنسبة للنمط التجنيبي الذي هو أيضا نمط تهديمي لحل المشكلات، لا يلتزم بالعلاج، يفضل هذا النمط تجنب المشاكل بدلا من مواجهتها، فهو بذلك لن يتمكن من السيطرة على المرض وتحقيق الأهداف المرجوة.

بعد التلقين سألت المدربة المفحوصة عن النمط الذي تتميز به، فأجابت المفحوصة بأنها تتميز بالنمط الاندفاعي المهمل، وأحيانا بالنمط التجنيبي. كما ترى أنها مهما حاولت وبذلت من مجهود سوف تفشل بسبب وضعها المادي والاجتماعي. وطلبت منها في

الأخير تسجيل كل ما تعلمته في بطاقة، بالمنزل، والاحتفاظ بوحدة في الملف.

الجلسة الثانية (لعب الدور)، لتجسيد المعتقدات الايجابية، عرضت على المفحوصة لعب الدور، الذي تم كما يلي:

- المدربة: سوف نقلب الأدوار، أنا سأقوم بدور المفحوصة وأنت بدور المدربة، وعليك تحديد الأفكار والتوجهات السلبية والايجابية لدي وما إذا كانت لمشكلكي حالا.

- المدربة: أنا امرأة حامل في عمري 30 سنة متزوجة ولدي 3 أولاد وحامل في الشهر السادس، وأعاني من السكري من النوع 1 منذ 3 سنوات ولكنني إلى الآن لا أستطيع التحكم في المرض وسكري الدم عندي مرتفع.

- المفحوصة: ماذا تتناولين طوال اليوم؟

- المدربة: بصراحة أنا لا أتبع الحمية، حسنا لقد طلبت مني مختصة التغذية أن أتناول الوجبات المغذية والمتوازنة التي تساعد على تخفيض نسبة السكري وتكون غنية بالخضر والألياف والحبوب الجافة والابتعاد عن الأطعمة الدسمة وتعويضها بالسّمك، والابتعاد عن السكريات والحلويات والمشروبات الغازية، ولكنني مع الأسف الشديد لا ألتزم بالحمية، فعندما أنهض في الصباح أحضر بنفسي خبز المنزل ولا أستطيع مقاومته، وأيضا لا أستطيع مقاومة المشروبات الغازية والحلويات، شهيتي مفتوحة وخاصة في فترة الحمل.

- المفحوصة: لكن ألا تخافين من ارتفاع السكري في الدم؟ ألا تخافين أن يصاب الجنين بأذى بسبب ذلك؟

- المدربة: نعم أعلم أن الأمر خطير، لكن عندما استيقظ أقيس نسبة السكر في الدم وغالبا ما تكون

جيدة، لهذا آكل جيدا لأنني بعد ذلك مباشرة سوف أباشر بأعمال المنزل الكثيرة وأنا أحتاج إلى الطاقة في الحقيقة لا أستغني عن كمية كبيرة من الخبز في وجبة الصباح والغذاء أما العشاء فأتناول كمية قليلة، شهيتي مفتوحة وأنا لا أشبع بدون خبز، وبسبب القلق والتوتر والمشاكل التي أعيشها حاليا مع زوجي، تزيد رغبتني في الأكل لخفض التوتر.

- المفحوصة: هذه السلوكيات خاطئة أنت مهملة ولا تتعاملين بطريقة جيدة، يمكنك في البداية تعويض الخبز بالخبز المحمص الخالي من السكر، عليك أن تبدئي بتغيير عاداتك بالتدريج.

- المدربة: أنا لا أحب الخبز المحمص، ولا أستطيع مقاومة الأطباق الشهية كالبطاطا المقلية، والمعجنات والخبز الساخن والفواكه الموسمية والمشروبات المنعشة.

- المفحوصة: لكن ألا تخافين من أضرار السكري؟ ألا تخافين أن يصاب الجنين بأذى بسبب ذلك؟

- المدربة: ولكنني أنجبت من قبل 3 أطفال ولم يحدث لي شيء، أعتقد أن الأطباء يبالغون ثم طفلي يحتاج إلى غذاء صحي وإلا أصبنا بفقر الدم.

- المفحوصة: هذه المرة الأمر مختلف أنت مريضة بالسكري، والأطباء يريدون مصلحتك ومصلحة الطفل، لا أحد يمنعك من تناول الطعام لكن الحل هو في نوعية وكمية الطعام. "تاكلي كلش بصح ماتكتريش وتنحي الخبز وفالليل تاكلي حاجة خفيفة".

- المدربة: ولكن الأكل وحده يخفف من قلقي، فأنا أعاني الكثير من المشاكل عندما أتشاجر مع زوجي وعندما لا أجد ما آكل أقوم بتكسير الأواني ورمي الأغراض على الأرض، أو ربما ضربت الأولاد لأتفه

الأسباب، فزوجي مدمن مخدرات بالإضافة إلى ذلك لدي مشاكل مع عائلة زوجي.

- المفحوصة: ماذا تستفيد من كل هذا؟

- المدربة: أنفوس عن غضبي.

- المفحوصة: وهل يتحسن وضعك الصحي.

- المدربة: لا شيء يتبدل، بل أسوأ من ذلك يرتفع سكري الدم لدي، وقريبا سيرتفع معه ضغط الدم.

- المفحوصة: عليك أن تتعلمي كيف تواجهين المشاكل، بدلا من البحث عن حلول لا تفديك أنت لا تفكرين بصحتك، وماذا يمكن أن يحدث لك من مشاكل صحية في المستقبل بسبب المرض، فهو خطير يمكن أن يؤثر على الكليتين والقلب ويسبب ضغط الدم، فكري إذا حدث لك مكروه ماذا تفعلين.

- المدربة: لا أستطيع اتباع الحمية هي صعبة، لقد حاولت مرارا وتكراراً لكن سرعان ما أفشل، فمثلا إذا دعاني أحدهم إلى الأكل لن أقاوم ولا يهمني زيادة وزني أو حتى رأي زوجي المهم أنني أشعر بالسعادة وقتها.

- المفحوصة: نعم هي صعبة في البداية وخصوصا لأنك أنت من تجهزين الطعام لعائلتك، لكن مع الوقت سوف تتعودين، وخاصة عندما تكون النتائج جيدة، فاتباع الحمية يتطلب بذل الجهد والمثابرة.

وهكذا استطاعت المفحوصة أن تفهم التوجيهات الايجابية التي تساعد في العلاج والتي تتطلب وقتا وجهدا، وكذلك أن تفهم أن التوجيهات السلبية تكون جيدة لفترة قصيرة لكن عواقبها وخيمة على صحتها وصحة جنينها.

الوحدة الثالثة: التحكم في الانفعالات أثناء حل المشكلات

تم تلقين المفحوصة، كيفية تأثير الضغط الانفعالي الناتج عن المشاكل على أداء حلّ المشكلة. يزيد إدراك الضغط منخفضاً من النشاط والدافعية، يجعل الفرد يجتهد لتسوية الوضعية، يخفف الضغط العالي من الكفاءة لكونه يحدد الانتباه حول أشياء أو سلوكيات خارجة عن المهمة، كظهور انفعالات غير منتجة، أحكام ذاتية سلبية، تقييم المشكلة كتهديد، واستجابات فسيولوجية كزيادة دقات القلب والتنفس، وتكون النتيجة تجنب الفرد للمشكلة، والتخلي عن مواجهة العوائق، يتخذ سلوك اللامبالاة، الانسحاب والتبعية للغير.

ثم طلبت من المفحوصة إدراج مثال من مقابلة لعب الدور للجلسة الماضية، والأفكار التي قدمتها (المدربة) خلالها والتي تتماشى مع هذه المعتقدات والأفكار السلبية.

- المفحوصة: عندما كانت تلك المرأة تعاني من مشاكل مع زوجها وعائلته تقوم بتكسير الأغراض أو ضرب الأولاد أو الإفراط في الأكل مثلي تماماً، وهذا لأن التوتر الشديد يمنعها من التفكير بوضوح في حلول لمشاكلها، فهي مندفعه ومهملة ولا تراعي وضعها الصحي.

- المدربة: فالمریضة في هذا المثال مندفعه ولا تفكر في العواقب ولا تبذل جهداً لإيجاد الحلول ولا تأخذ الوقت الكافي للتوصل لنتيجة ايجابية فهي تفشل بسرعة، فكلماً فكر الفرد فيما يحدث له، وبذل جهود لتحسين الوضعية كلما تحكّم فيها، ولا تشكّل تهديداً.

وشرحت للمفحوصة أنّ هذه المشاعر والأفكار التي تراودها هي بسبب الضغط النفسي الذي تعاني منه

والذي يمنعها من التفكير بوضوح، لهذا عليها أن تتعلم كيف تتحكم في الانفعالات وتخفف من الضغط الانفعالي من خلال: الاسترخاء (الذي يساعد على الارتخاء الجسدي والتأمل الذاتي، ونحن نجري تمريناً منه بعد نهاية كل جلسة)، التأمل والرياضة، التضرع، وكذلك ممارسة الهواية التي تريحها أو البحث عن السند الاجتماعي.

ثم سألت المفحوصة عما يريحها فأخبرتني بأنها تشعر بالراحة عند الاستحمام مساءً يعيشها كثيراً ويساعد من التخفيض في مستوى السكر في الدم، وكذلك قراءة القرآن والدعاء.

ثم طلبت من المفحوصة، تدوين ما تعلّمت في بطاقة بالمنزل تستعملها عند الضرورة، واحتفظنا بواحدة منها في الملف، كما طلبت منها التفكير في المشكلة الأكثر ضغطاً التي تعيشها حالياً لها علاقة بمرض السكري، لاقتراحها في الجلسة الموالية من أجل حلّها.

الوحدة الرابعة: تحديد صياغة المشكلة

تم تعليم المفحوصة كيفية المناسبة لتحديد وصياغة المشكلة: جمع أكبر عدد من المعلومات المناسبة والواقعية حول المشكلة بقدر الإمكان، في عبارات واضحة وملموسة مع تجنب الافتراضات والاستنتاجات والمعلومات غير المناسبة. توضيح طبيعة المشكلة، مع تحديد المتطلبات الداخلية و/أو الخارجية للوضعية، والعوائق التي قد تحفّض من تسهيل الاستجابة الفعّالة. صياغة الأهداف، عند وضع هدف أو أهداف حلّ-المشكلة، يتم التأكيد على قاعدتين:

أ-صياغة الأهداف في عبارات محددة وملموسة.

- النشاطات الرياضية: الالتزام بتمارين منتظمة وفقا للتعليمات الطبية.

الوحدة 6: أخذ القرار

تم تعليم المفحوصة كيفية أخذ القرار، كيفية الحكم والمقارنة بين الحلول البديلة من أجل اختيار أفضل الحلول لتنفيذها. وتم تلقين المفحوصة، أن أحسن حلّ، هو الأكثر فعالية في إنجاز هدف حلّ-المشكلة، يزيد من النتائج الايجابية ويخفف من النتائج السلبية، مع استبعاد الحلول الرديئة التي يصعب تحقيقها أو تشمل على مخاطر.

الجدول (02): أخذ القرار (الحالة الأولى)

ب- تجنب الأهداف غير الواقعية، بحيث يكون هدف حلّ-المشكلة " مركزة حول المشكلة أو أهدافا مركزة حول الانفعال، كتعلم مهارات الاسترخاء واستنتاج الايجابية من المشكلة، ويتم هذا التلقين بإدراج أمثلة من المشكلات السابقة، أو الاثنين معا.

وطلبت من المفحوصة صياغة مشكلة متعلقة بالمرض بدقة ومناقشتها:

- المفحوصة: "أتمنى السيطرة على سكري الدم، فكما تعلمين هو مرتفع جدا والطبيبة تريد إدخالني المستشفى ولا أستطيع الابتعاد عن أطفالي لدي الكثير من المسؤوليات".

أما الأهداف المتعلقة بتغيير الوضعية هي: الالتزام باتباع الحمية الغذائية والالتزام بالنشاطات الرياضية.

الوحدة 5: وضع الحلول البديلة

أدرجت في جلستين؛ في الأولى تم تعليم المفحوصة كيفية وضع أكبر عدد من البدائل، وكيفية تنشيط الزوبعة الفكرية، ووضع أكبر عدد من البدائل والاختيارات أو الحلول من أجل أن يكون التعامل أحسن، وهي حلول تتماشى مع الأهداف المختارة، يتم وضعها في عبارات سلوكية ملموسة، ومن المبادئ العامة لتنشيط الزوبعة الفكرية: وضع أكبر قدر ممكن من الحلول، الإبداع، عدم التسرع في تنفيذ الحلّ وترك الحكم عليها للحصة الموالية. وفي نهاية الحصة طلبت من المفحوصة تدوين الحلول البديلة كواجب منزلي. وفي الجلسة الموالية عرضت المفحوصة بعض الحلول البديلة، نقدمها فيما يلي:

- الحمية الغذائية: احترام التغذية الصحية وفقا لتوجيهات الطبيب ومختص التغذية.

الحلول	النتائج على المدى القصير		النتائج على المدى الطويل		النتائج الشخصية		النتائج الاجتماعية		احتمال النجاح	
	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+
الحل الأول	جيد يساعد في الحفاظ على توازن سكري الدم		تخفيض الوزن - تقليل من جرعة الأنسولين		الشعور بالرضا والفرح		عَوَدَت العائلة على المساهمة في تحمل المسؤولية وأنّ لها حيز خاص يستجوب الاهتمام به.		جيد	
الحل الثاني	جيد يساعد في الحفاظ على توازن سكري الدم.		- تخفيض الوزن. - تقليل من جرعة الأنسولين.		التخلص من القلق.		الرياضة تساعد في تقليل التوتر، والتخلص من العدوانية.		جيد	

■ وجبة العصر: قهوة بالحليب مرّة مع حبة حلوى منزلية.

■ وجبة العشاء: 2 ياوورت طبيعي أو سلطة.

أما بالنسبة لخطة الحلّ الثاني:

النشاطات الرياضية:

- أخذ حمام كل ليلة.

- الإكثار من التمارين الرياضية والحركة في الصباح والمساء.

بالنسبة لخطة الحل الأول التي اختارتها

المفحوصة، لقد قررت المفحوصة إعادة تنظيم طريقة الأكل الخاصة بها، بعد أن كانت قد أهملتها، وأن تهتم بنفسها أكثر بعدما ما تعودت على التضحية من أجل عائلتها وإعطاء الأولوية لاحتياجاتهم على حسابها. فقد

نلاحظ من خلال اختيار المفحوصة أن تنفيذ الحلين سهل وبسيط، المهم هو الالتزام بهذه السلوكيات والتحكم في الذات.

الوحدة 7: تنفيذ الحلّ والتحقق

عبارة عن تنفيذ خطة الحلّ في الحياة الواقعية.

بالنسبة لخطة الحل الأول:

الحمية الغذائية:

■ فطور الصباح: القليل من الخبز بالجبن مع القهوة والحليب مع قليل من السكر.

■ على الساعة العاشرة: علبه زبادي أو تفاحة.

■ وجبة الغذاء: شوربة فريك، أو شوربة عدس، أو شوربة غنية بالخضار مع قليل من الخبز. أو أرز مع سلطة مع صدر دجاج أو لحم طري مشوي.

تعلمت المفحوصة من أنها إذا أهملت نفسها سوف تتدهور صحتها ولن تكون قادرة على رعاية أولادها.

وعليها الإشارة بأنها تتابع عند طبيب مختص في مرض السكري وقد اقترح عليها من قبل بعض الوجبات الغذائية والأطعمة كتناول تفاحتين في العشاء، ولكنها كانت تجدها مكلفة بعد ذلك تعلمت كيف تكيف نخط غذائها مع إمكانياتها المادية كتعويض التفاحتين بياغوث طبيعي أو سلطة. بالإضافة إلى أنها اختارت وجبات غير مكلفة وصحية ومفيدة كشورية العدس أو الخضار وطبعا هذا بعد استشارة الطبيب المختص الذي أفادها بقائمة من الوجبات الممنوعة وقائمة من الوجبات والأطعمة الصحية الضرورية وكيفية تنظيمها في اليوم.

أما بالنسبة للأطفال فقررت المفحوصة أيضاً تعويدهم على التنوع في الأكل فهم يفضلون المعكرونة والبطاطا وهذا يؤثر عليها وطبعاً هذا التغيير سيتم بصورة تدريجية ولن يكون الأمر سهلاً في البداية، ولتساعد زوجها من الناحية المادية قامت بتقديم الدروس الخصوصية للأطفال من التحضيري إلى الابتدائي.

وبما أن المفحوصة بدأت تهتم بنفسها أكثر فقد بدأت تكلف زوجها ببعض المهام وقد أظهر زوجها تعاوناً كبيراً، فمثلاً في السابق عند ما كانت تأتي للفحص كانت تترك أولادها عند الجارة، ولكنها الآن أصبحت تتركهم في المنزل مع زوجها، وأحياناً أخرى كان زوجها يحضر معها للفحص بمرافقة الأطفال، كما كان يدعمها طوال فترة الحمل ويشجعها على متابعة العلاج وأصبح أيضاً حريصاً بأن تتبع الحمية المطلوبة.

أما بالنسبة لخطة الحل الثاني: قررت المفحوصة المشي يومياً لمدة نصف ساعة أو القيام بمجموعة من التمارين الرياضية كما نصحتها الأطباء وطبعاً هي لا يمكنها

ممارسة رياضة المشي لأنها تستدعي التنقل خارج المنزل، لهذا اختارت ممارسة التمارين داخل المنزل وهي حركات وتمارين بسيطة وهي تحتاج إلى مجهود محدود وطبعاً نصح بها مختص السكري بها من قبل. وكان أطفالها يجدون متعة كبيرة في مشاركة الأم، كما أن الاستحمام ليلاً ينعشها ويشعرها بالراحة النفسية.

وعموماً هذا التغيير كان له الأثر في الجانب النفسي فقللت العدوانية والمشاجرات مع الزوج والأطفال، استطاعت المفحوصة إجراء تغيير في محيطها العائلي وتغيير أسلوب الحياة المتعلق بصحتها، وتحصلت في ذلك على دعم عائلي الذي أصبح مهماً بالنسبة لها بعد أن كانت عائلتها مصدر إزعاج.

الوحدة 8: التأكيد والتعميم

تناولت فيها تدعيم سلوك حل-المشكلة، وتشجيع المفحوصة على الاستمرار والالتزام بالعلاج وكانت النتائج جيدة، فقد تحسنت المفحوصة، وقد ذهبت لرؤيتها حين وضعت مولودها بالمستشفى وكانت جد سعيدة ووعدت بالاستمرار والمتابعة. كما شكرت المدربة على الدعم المعنوي والتحفيز طوال فترة الحمل، ونشير إلى أنّ الزوج بدأ يتحمل بعض المسؤولية ويشارك زوجته في المراحل الأخيرة من الحمل، بدأ يساعدها في رعاية الأطفال وخصوصاً أنه لا يعمل يومياً، والمفحوصة لا تزال حتى اليوم ممتنة للدور الذي لعبته المختصة النفسانية كما عبرت عن إعجابها بالتقنية العلاجية.

✓ نتائج التدريب على الاسترخاء

تدربت المفحوصة في نهاية كل حصة على تمارين الاسترخاء وبدأت بتطبيق تمارين التنفس، ثم تمارين تنشيط التخيل وتمارين المكان الآمن وتركت التدريب على الاسترخاء العضلي للأخير خوفاً من

المنحنى البياني رقم (01): نتائج القياس القبلي والبعدي في الاستراتيجيات حل المشكلة للحالة الأولى

(التوجه الإيجابي نحو المشكلة (PPO) Positive problem orientation، التوجه السلبي نحو المشكلة (NPO) Negative problem orientation، حلّ مشكلة العقلاني (RPS) Rational problem-solving، تحديد وصياغة المشكلة Problem definition and formulation (PDF)، وضع الحدود البديلة (GAS) Generation of alternative-solutions، أخذ القرار (DM) Decision making، تنفيذ الحلّ والتحقق (SIV) Solution implementation and-verification، أسلوب الاندفاعية/ اللامبالاة (ICS) Impulsivity / Carelessness Style، أسلوب التجنب (AS) Avoidance Style).

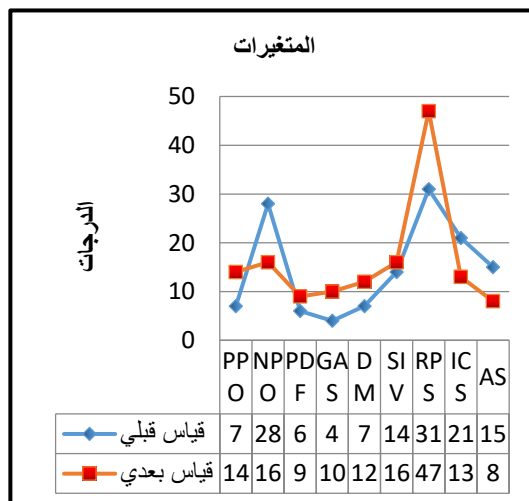
نلاحظ من خلال نتائج مقياس حلّ المشكلة الاجتماعية ارتفاع في درجة التوجه الإيجابي بعد التدريب (قبلي: 7، بعدي: 14). وارتفعت درجة حل المشكلة العقلاني (قبلي: 31 البعدي: 47). وهذا ما تأكده المقاييس الفرعية لـ (RPS): تحديد وصياغة المشكلة (PDF) (القبلي: 6 البعدي: 9)، وضع الحلول البديلة (GAS) (القبلي: 4 والبعدي: 10)، وأخذ القرار DM (القبلي: 7 في البعدي: 12)، وتنفيذ الحل والتحقق (SIV) (القبلي: 14 وفي البعدي: 16). وتدعم هذه النتائج بالتغيير الذي حصل في حياتها اليومية مع زوجها وعائلتها، فقد أصبحت تخصص وقت أكبر للاهتمام بصحتها بعدما كنت تهمل نفسها على

انفتاح عنق الرحم وهذا بعد أخذ مشورة الأطباء، وكانت المريضة تشعر براحة كبيرة خلال القيام بتمارين الاسترخاء، كانت تسترخي وتلاشى لدرجة أنها كانت تكاد تغطو في النعاس، وأعربت في كل مرة عن شعورها وكم كانت تحتاج لتلك التمارين، أما بالنسبة للمكان الآمن فكانت تختار بيت أبويها في الريف، أين الطبيعة والهواء النقي، كما أشارت المفحوصة إلا أنها أحيانا عندما كانت تشعر بضيق كانت تقوم بتطبيق التمارين وخاصة تمارين التنفس التي استفادت منها وقت الولادة.

8. 2. تحليل ومناقشة نتائج الدراسة

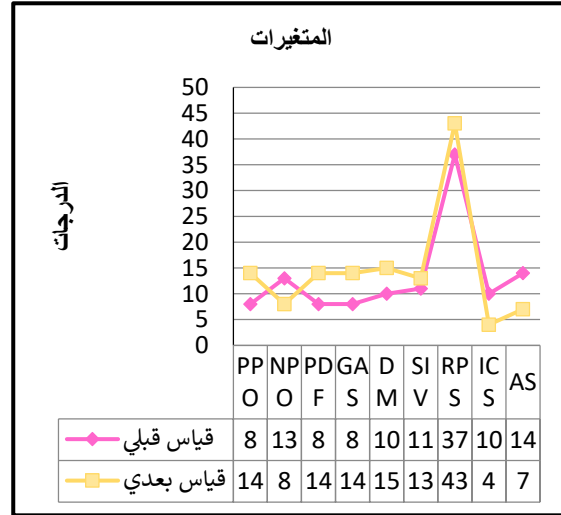
❖ **الفرضية الأولى:** يزيد التدريب على حل المشكلات الاجتماعية من مستوى الاستراتيجيات البناءة في التعامل مع مرض السكري عند الحامل (التوجه الإيجابي نحو المشكلة، حلّ-المشكلة العقلاني: صياغة وتحديد المشكلة، وضع البدائل، أخذ القرار، وتنفيذ الحل والتحقق).

بالنسبة للحالة الأولى:



حساب عائلتها، وظهر ذلك من خلال إشراك زوجها في تحمل المسؤولية، كما بدأت المفحوصة تفكر بجدية في الالتزام بالحمية الغذائية وتدريب الأطفال على الأكل الصحي، وبعد نجاح العلاج زادت ثقتها بنفسها وبقدرة على المواصلة والاستمرار.

بالنسبة للحالة الثانية:



الحاصل على مستوى الأفكار والمعتقدات عند المريضة، أصبحت تنظر إلى المرض كتحدي يتطلب علاجه بدل العديد من الجهود والمحاولات فأصبحت تفكر بجدية بتغيير من نمط الغذاء وممارسة الرياضة وبدأت المريضة تقتنع بأن التغيير في وضعها الصحي يقع على عاتقها وليس بإلقاء اللوم على الأطباء. كما انعكس هذا بالإيجاب على علاقتها مع زوجها الذي أصبح هو الآخر يشجعها ويشاركها في جميع الخطوات التي تقوم بها.

واستنادا إلى هذه النتائج، فقد تحققت الفرضية الأولى. بصيغة أخرى، يرفع التدريب على حلّ المشكلة الاجتماعية من درجة الاستراتيجيات البناءة لحلّ المشكلة.

ويتسبب السكري عند المرأة سواء كان سكري ما قبل الحمل أو سكري الحمل بظهور مشاكل صحية تضر بالأم والجنين، وهذا ما لاحظناه خاصة لدى الحالة الثانية، حيث تسبب في وفاة الجنين في الحمل الثاني، كما حذر معظم الأطباء من خطورة تحول مرض السكري الحمل إلى سكري من النوع الثاني، وهذا ما لاحظناه عند الحالتين، ويرجع في الغالب تفاقم الوضع الصحي إلى نقص مهارات التعامل مع المرض وسوء الإدارة الذاتية للمرض.

وتعتبر الاستراتيجيات البناءة لحلّ المشكلة، طرق تعامل، تهدف إلى تغيير وضعية المشكلة، وتخفيض الضغط الانفعالي الناجم عنها، بالتالي تحقيق التوافق، عمليات، يبدو استعمالها غير فعال أو غير كافٍ عند النساء الحوامل المصابات بالسكري. والدليل على ذلك النسبة المرتفعة في بداية الحمل لهيموجلوبين الدم عند

المنحنى البياني رقم (02): نتائج القياس القبلي والبعدي في الاستراتيجيات حل المشكلة للحالة الثانية

نلاحظ من خلال نتائج مقياس حلّ المشكلة الاجتماعية للحالة الثانية ارتفاعا في درجة التوجه الإيجابي بعد التدريب (قبلي: 8، بعدي: 14). كما سجل ارتفاعا في درجة حل المشكلة العقلاني بعد التدريب (قبلي: 37، بعدي: 43). وهذا ما تأكده المقاييس الفرعية لـ (RPS): في مقياس تحديد وصياغة المشكلة (PDF)، (القبلي: 8، البعدي: 14). أما وضع الحلول البديلة (GAS) (القبلي: 8، البعدي: 14)؛ وفي مقياس أخذ القرار (DM) (قبلي: 10، البعدي: 15)، تنفيذ الحل والتحقق (SIV) (القبلي: 11، البعدي: 13). وتتجلى نتائج المقاييس في التغيير

الحالتين بالإضافة إلى الوزن الزائد وهذا يدل على وجود مشاكل في الرعاية الذاتية للمرض بشكل عام.

فكانت نسبة هيموجلوبين الدم HbA1c لدى الحالة الأولى قبل التدريب: 7,1 ٪ وبعد نهاية التدريب في الثلاثي الأخير من الحمل 6,2 ٪، وهي تدل أيضاً على التزام المفحوصة بقرارها بالتغير والتحكم في سلوكياتها ذات الصلة بمرض السكري. أما نسبة هيموجلوبين الدم HbA1c لدى الحالة الثانية في بداية التدريب وهي 6,7 ٪، وفي نهاية التدريب هي 6,5 ٪. هذه القيمة تعدّ مقبولة، حيث أن نسبة HbA1c عند الحامل لا يجب أن تتجاوز 6,5 ٪. وبالرغم من أنه تغير بسيط ولكنه يعد معقولاً بالنسبة لمفحوصة تعودت ولفترة طويلة على عدم الالتزام، لهذا يجب دعم المفحوصة على أي تغيير ولو كان بسيطاً. وتم اختبار هيموجلوبين السكري HbA1c كمؤشر للتحكم بالسكري على المدى الطويل حسب العديد من الدراسات (Glasgow et al., 2005; Goudswaard, Stolk, Zuithoff, de Valk & Rutten, 2004; Harris, Ekoe, Zdanowicz & Webster-Bogaert, 2005; Hill-Briggs et al., 2007; Knowler et al., 2002; Rhee et al., 2005; Tuhomilehto et al., 2001; UKPDS Group, 1998).

❖ **الفرضية الثانية:** يخفض التدريب على حلّ الاجتماعية من درجة الاستراتيجيات المضطربة لحلّ المشكلة (الاتجاه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب الاندفاعية/اللامبالاة وأسلوب التجنب).

بالنسبة للحالة الأولى ساعد التدريب على خفض الاستراتيجيات المضطربة، تحسّلت في المقاييس المضطربة: التوجه السلبي نحو المشكلة (NPO) (القبلي: 28، البعدي: 16)، بينما سجلت في أسلوب الاندفاعية / اللامبالاة على درجة (ICS) (القبلي: 21، البعدي: 13)؛ وفي التجنب (AS) (القبلي: 15، البعدي: 8).

أما بالنسبة للحالة الثانية، تحسّلت في المقاييس المضطربة: التوجه السلبي نحو المشكلة (NPO) (القبلي: 13، البعدي: 8)، وفي أسلوب الاندفاعية / اللامبالاة (ICS) (القبلي: 10، البعدي: 4)؛ وفي التجنب (AS) (القبلي: 14، البعدي: 7).

بالتالي تحققت الفرضية الثانية، بصيغة أخرى يخفض التدريب على حلّ-المشكلة الاجتماعية من درجة الاستراتيجيات المضطربة التي قد تعيق أداء حلّ المشكلة.

ذكرت أن الحالة الأولى كانت تعاني من العديد من المشاكل الاقتصادية والاجتماعية، فهي لا تملك تمن الأنسولين فزوجها غير مؤمن بالإضافة إلا أن الحمية مكلفة جداً. وساعد التدريب على حلّ المشكلات الاجتماعية الحالة في تكييف نمط الغذاء على حسب إمكانياتها المادية، كما أصبحت تفكر هي وزوجها في حلول تساعد في تخطي المشاكل المادية هي تقدم الدروس الخصوصية وزوجها يرضى الأولاد، أو بدلاً من ذلك يبحث عن عمل دائم. فحسب دراسة قام بها Hill-Briggs وأتباعه (2003) يدرك الأشخاص المصابون بالسكري على المرض على أنه تهديد وهذا راجع في الغالب إلى المشاكل الاجتماعية والاقتصادية للمرضى (نقلا عن، 68, p. Bezeau, 2007).

أما بالنسبة للحالة الثانية التي كانت مصابة بسكري من النوع الثاني، لم تتقبل المرض وتجلّى ذلك في استهتارها وعدم العلاج مما تسبب في فقدان حملها السابقين، ولكنها في كل مرة كانت تلقي اللوم على الأطباء. هذا ما أشارت إليه شيلي تايلور حسب استفتاء أجرته New Yourk Times (2001) أن الكثير من مرضى السكري خصوصاً المرضى من النمط 2 لا يدركون خطورة المرض ومضاعفاته، (شيلي تايلور، 2008، ص.624). وساعد تدريب الحالة تدريجياً في تغيير اتجاهاتها نحو المرض، وأصبحت تخطط لزيارة مختص في التغذية، كما بدأت تطبق الحمية الغذائية وهي تشعر بالرضا عن النتائج التي حققتها كما تلقي الدعم من قبل زوجها.

وتتميز الحالتان ببعض الاندفاعية واللامبالاة، ويتجلّى ذلك في عدم ضبط النفس أمام الوجبات المفضلة خصوصاً إذا كانت نسبة السكري في الدم جيدة، فمثلاً بالنسبة للحالة الثانية الدعم الاجتماعي الذي كانت تحصل عليه من طرف عائلتها وأصدقائها كان يعود عليها بالسلب، فهي مندفعة ولا مبالية فهي تضعف أمام الوجبات التي تحب خلال اللقاءات الأسرية ولا تبالي للعواقب الصحية. تعتبر المساندة الاجتماعية حسب شيلي تايلور (2008) سلاح ذو حدين مع مرضى السكري، تساعد على الصعيد النفسي على تقبل المرض والتكيف معه، في نفس الوقت فإن كثرة المشاركة في المناسبات الاجتماعية يعرض المريض إلى خطر الإغراء أمام مختلف أنواع الأطعمة الغنية بالسعرات الحرارية (ص.628). وبعد التدريب تعلمت الحالة الثانية كيف تضبط نفسها أمام الوجبات، كما أصبح زوجها شريكاً يدعمها ويرافقها في العملية العلاجية.

وهكذا يساعد التدريب على حلّ المشكلة الاجتماعية على تحسين التعامل مع المرض تبعاً لظروف الاجتماعية والمحيط بالمريض، فحسب (Bodenheimer et al, 2002) البرامج التربوية التقليدية تزود مريض السكري بمعلومات حول النظام الغذائي، النشاطات الرياضية، الدواء، ولكنها في الواقع تعزز تعلم المهارات الفنية بدلاً من الإدارة الذاتية للمرض. في حين النموذج التربوي الذي يعتمد على تقنيات حلّ المشكلات يعلم الفرد كيفية تحديد المشاكل، وكيفية اتخاذ القرارات، وكيفية تطبيق الإجراءات المناسبة وكيفية تعديل الإجراءات تبعاً للظروف، هذا سيعزز بشكل أفضل الإدارة الذاتية لمرض السكري (Bezeau, 2007, pp.20-22).

كما أكدت نتائج دراسة إزروق (1997) بجامعة الجزائر عن فعالية النموذج العلاجي المسمى بحلّ المشكلة الاجتماعية في توفير توافق سيكولوجي لمرضى السكري مع مرضهم والشعور بفعالية الذات، ويكون بمثابة طرف مفيد في خطة العلاج الخاصة بمرض السكري، بالموازاة مع العلاج الطبي، وبهذا يحصل المريض على كفالة شاملة (طبية وسيكولوجية) (ص.223).

9. نتائج الدراسة

بينت نتائج الدراسة أن فرضيات البحث قد تحققت، بحيث عزز التدريب على حلّ المشكلة وحسن من درجات الاستراتيجيات البناءة كالاتجاه الإيجابي نحو المشكلة، وحلّ-المشكلة العقلاني، كما ساعد التدريب على تخفيض درجة الاستراتيجيات المضطربة، كالاتجاه السلبي نحو المشكلة، وأسلوب اللامبالاة-الاندفاعية، وأسلوب التجنب، بالتالي يبدو هذا التدريب فعالاً في

تحسين استراتيجيات التعامل مع مرض السكري عند الحالتين من خلال تبني سلوكيات الإدارة الذاتية للمرض.

كما عبرت المريضان عن تخفيض الضغط الانفعالي الذي تشعران به وخاصة مع قرب موعد الولادة، وهذا راجع لحسن الإصغاء والاستماع من طرف المختصة لمشاكلهما الشخصية والاجتماعية ومخاوفهما المتعلقة بالمرض ومخاطره على الأم والجنين، بالإضافة إلى تدريبهما على تقنية الاسترخاء.

10. التوصيات

نتائج الدراسة تخص الحالتين فحسب، وتتوقف على مرحلة تطبيق البرنامج. لكن يمكن اقتراح الاستعانة بهذه التقنية مع النساء الحوامل المريضات بالسكري ودمجها مع العلاج الطبي لمساعدتهن على تسيير الضغط الانفعالي بالطرق السليمة وحسن التعامل مع المرض، كما نقترح للمختصين النفسيين تكييف عدد الحصص العلاجية لوحدة التقنية آخذين بعين الاعتبار طبيعة المرحلة التي لا تسمح بمدة زمنية طويلة.

11. البحوث المستقبلية

نطمح في الاستمرار في البحث في الدكتوراه حول نفس الموضوع وذلك بدراسة مجموعة أكبر للمريضات ومساعدتهن في التخفيف من الحصر والاكنتاب الناجمين عن المرض وتحسين نوعية الحياة والتعامل المناسب مع المرض والتنظيم الذاتي لمدة أطول، مع تتبع بعد الولادة لأجل تدريبهن على المواظبة في تبني السلوكيات الصحية وتحسين نوعية الحياة، وهذا ما يزيد تفعيل دور المختص النفسي في قطاع الصحة وفي مصلحة التوليد.

المراجع:

إزروق، فاطمة الزهراء. (1997). الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري استراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي الاجتماعي". رسالة ماجستير في علم النفس العيادي غير منشورة. جامعة الجزائر.

السكري. (2008، 23 أوت). ويكيبيديا، الموسوعة الحرة. تم فحصه في 19 أوت 2017. محمل من الرابط: <https://ar.wikipedia.org/wiki/> الوكالة المساعدة للطب الوقائي الإدارة العامة للأمراض غير داء مرضى الوطني لتثقيف المعدية. (2011). المرجع السكري (ط1). وزارة الصحة. المملكة العربية السعودية. محمل من الرابط: www.books4arab.com/2015/06/pdf_571.html

بلحاج، محمد. (2014، فيفري 15). الجزائر: "6% من الحوامل يعانين من السكري". الخبر. الجزائر. تفحص الرابط: الجزائر-quot6 من-الحوامل- يعانين-من-

السكري. www.elkhabar.com/... سايل، حدة. (2009). فعالية التدريب على حل المشكلة والاسترخاء في علاج المدمنين على المخدرات: برنامج "دزوريل نموذجاً". رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي. غير منشورة. جامعة الجزائر. سايل، حدة. (2014). فعالية التدريب على حل المشكلات وعلى الاسترخاء لدى المدمنين على المخدرات. مؤلف كلثوم. بلميهوب، دليلة. زناد، حدة. سايل، بوعلام. قاصب، سهام. بوخاري وشهرازاد. عيشوني (ط1). تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية (ص ص. 131-163). الجزائر: مركز البحث في الأثرولوجيا الاجتماعية.

شيلي تايلور. (2008). علم النفس الصحي. Health psychology (ط1). عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.

محمد بن سعد الحميد. (2007). السكري أسبابه، مضاعفاته، علاجه (ط1). الرياض. محمل من الرابط: https://www.algadam.net/images2/Diabetes_DrAhumeed.pdf

Diabète gestationnel: vous êtes enceinte et le diagnostic tombe. (2017). nfo – diabète.

Consulté le site <https://infos-diabete.com/diabete-gestationnel-enceinte-diagnostic/>

Edwin, B., Carolyn, T., Carol, A., Mary L., Victoria, V., Candice, M., & Stephanie, M. (2009). Healthy Coping in Diabetes: A Guide for Program Development and Implementation. Washington: Diabètes Initiative National Program Office.

Hami, A.(2016,novembre 11). 2 à 6% des femmes enceintes présentent un diabète gestationnel. Horizons. Alger. Téléchargé du site : <https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2016/12/archive-85.pdf>

Le Réseau Atlantique Diabète et ses partenaires.(2014).Programme d'éducation thérapeutique du patient :Rapport synthétique d'évaluation quadriennale. France. Téléchargé du site : www.atlantiquediabete.net/les-programmes-deduction/

Monnier, L. (2014). Diabétologie (2e éd.). Paris : Masson.

Pirson, N, Maiter, D, & Alexopoulou, O, (2016). Prise en charge du diabète gestationnel en 2016 : une revue de la Littérature. Bruxelles : Service d'endocrinologie et nutrition.

منظمة الصحة العالمية. (سبتمبر 2016). وفيات الأمومة. تفحص الرابط:

[www.who.int/mediacentre/factsheet/s/fs348/ar/](http://www.who.int/mediacentre/factsheet/fs348/ar/)

Barre, K., Coustols – Valtas, M., De Barros, N., Lorenzini, F., Ciron, M., Bernard, C., Lagante, M., Martcheniko, H., & Fabe, S. (2006). L'éducation thérapeutique sur le diabète gestationnel. Téléchargé du site toulouse. fr/.../ L_education_therapeutique_sur_le_diabete_gestationnel_vers

Bezeau, A.M. (2007). Etude descriptive corrélationnelle sur les habilités de résolution de problème reliées au contrôle du diabète chez un groupe de personnes adultes atteintes de diabète type 2. Mémoire présenté en science infirmière non publié. Faculté des sciences infirmière Québec. Télécharger du site www.theses.ulaval.ca/2007/24805/24805.pdf

Bruchon-Schweitzer, M. (2002). Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes. Paris : Dunod.

Diabète gestationnel : Les bons réflexes qui aident à réduire les risques. (2015). Info –Diabète. Consulté le site <https://infos-diabete.com/diabete-gestationnel-les-bons-reflexes-qui-aident-a-reduire-l->

Réseau Diabète en Midi-Pyrénées, et le Réseau de périnatalité de Midi-Pyrénées (Diamip et Maternip). (2006). L'éducation thérapeutique de groupe dans le diabète gestationnel : programme régional DIAMAT. Toulouse. Téléchargé du site : [https:// www. afdet. net/ wp- content/uploads/2016/12/archive-85.pdf](https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2016/12/archive-85.pdf).

Untas, A., Bungener, C., Flahault, C., & Bruchon-Schweitzer, M. (2016). Interventions

Psychothérapeutiques dans les maladies somatiques (Accompagner les patients et leurs proches). Bruxelles : De Boeck.

التكفل النفسي للحوامل في حالة خطر من خلال تطبيق العلاج المعرفي السلوكي

على حالة حامل مصابة بداء السكري

طالبة دكتوراه: بومصباح إيتسام

إشراف د: مهمل أسيا

الملخص:

تهدف هذه الدراسة الى توضيح الضغط النفسي الذي تعيشه المرأة الحامل في حالة خطر بصفة عامة والمرأة المصابة بداء السكري بصفة خاصة كما تبين كيف يمكن للعلاج المعرفي السلوكي أن يقلل من هذا الضغط ويحسن نفسية المريضة موضوع الدراسة من خلال استبدال اعتقاداتها المهددة بتشوه الجنين واصابتها المزمنة بداء السكري بعد الولادة عن طريق تطبيق اعادة البناء المعرفي والاسترخاء الجانب المراقبة الذاتية. تناولت هذه الدراسة حالة مريضة اصببت بداء السكري خلال فترة الحمل واستعمل المنهج شبه التجريبي والتصميم ذو المفحوص الواحد.

تبين من خلال القياس القبلي والقياس البعدي للضغط النفسي وتحليل محتوى المقابلات العيادية التشخيصية العلاجية والتقييمية بان التكفل النفسي المعتمد على العلاج المعرفي السلوكي ادى الى تحسين حالة المريضة المصابة بداء السكري.

الكلمات المفتاحية: الحامل في حالة خطر – التكفل النفسي من خلال تطبيق العلاج المعرفي السلوكي- حالة مصابة بداء السكري.

Résumé :

La présente étude vise la mise en évidence du stress psychologique vécu par la femme enceinte en état de danger de manière générale et la femme diabétique en particulier. Elle illustre aussi le rôle important de la thérapie cognitivo-comportementale dans la réduction du stress d'où l'amélioration d l'état psychologique de la malade qui représente le sujet de cette étude. Cette amélioration s'est effectué par le biais de la substitution des

الحمل هو حالة فسيولوجية خاصة بالمرأة مثل البلوغ والزواج يتمثل في اتحاد الحيوان المنوي بالبويضة وخروج محصول الحمل الذي يقع في جوف الرحم دوماً إلا في الحالات المرضية. (جوزيف عبود دبكة، 1984، ص 37).

وقد يترافق الحمل بتعقيدات صحية وأمراض مزمنة ويسمى الحمل في حالة خطر راجع للتهديد الحاصل من المرض العضوي على صحة الحامل والجنين كمرض السكري إما من الصنف I أو الصنف II وأمراض القلب أمراض الضغط الدموي، أمراض الكلى المصاحبة للحمل والأمراض التنفسية كالربو.

ولعل من أخطر الأمراض المزمنة المرافقة للحمل هو مرض السكري فالمرأة الحامل المصابة بمرض السكري معرضة لكثير من التعقيدات الصحية والنفسية التي تؤثر على صحتها النفسية الجسدية كما تؤثر على الجنين في حالة سوء المتابعة الصحية والجسدية فالسكري له مضاعفات على الأوعية القلبية والأوعية الدموية منها تصلب الأوعية الدموية وانسداد الشرايين المتوسطة والكبيرة في القلب والدماغ والأرجل كما يؤثر على الأعصاب بحيث يؤدي إلى اعتلال الأعصاب الطرفية ويؤثر على القدمين والكلى بحيث يؤدي إلى تضخم الأوعية الدموية في الكلى وإفراز البروتينات في البول وعدم ترشح الدم بصورة طبيعية يؤدي إلى ضعف وظائف الكلى والفشل الكلوي...

idées menaçantes sur la malformation du fœtus ainsi que son atteinte par le diabète à travers la restructuration cognitive, la relaxation et le contrôle de soi. Cette étude a prit le cas d'une femme enceinte diabétique et a adopté la méthode pré-expérimentale, protocoe à cas unique.

Les résultats ont montré une nette amélioration au post-test et à l'analyse qualitative ce qui prouve que cette thérapie est bien capable d'entraîner une amélioration de l'état psychologique de la malade sujet de l'étude et devrait etre appliquée sur un échantillon plus large.

Mots-clés: femme enceinte en état de danger - prise en charge psychologique par la thérapie cognitivo-comportementale-cas de femme enceinte diabétique.

بالإضافة الى هذه التعقيدات قد يؤثر داء السكري في مرحلة الحمل على العين اذ تصاب بإصابتها باختلالات على مستوى الشبكية وارتفاع ضغط العين وآلام شتى على مستوى العينين. (المرجع الوطني لتثقيف مرضى داء السكري، 2011ص67)

1-2 الحامل المصابة بداء السكري:

يعتبر داء السكري من أخطر الأمراض المزمنة المرافقة للحمل بحيث تكون المرأة الحامل المصابة بمرض السكري معرضة للكثير من التعقيدات الصحية والنفسية التي تؤثر على صحتها النفسية الجسدية وتؤثر على الجنين في حالة سوء المتابعة الصحية والجسدية فالسكري له مضاعفات على الأوعية القلبية والأوعية الدموية منها تصلب الأوعية الدموية وانسداد الشرايين المتوسطة والكبيرة في القلب والدماغ والأرجل.

وقد يؤثر على الأعصاب ويؤدي إلى اعتلال الأعصاب الطرفية، وكذلك هنالك نوع يتحكم في مختلف الأعضاء وإصابته تؤدي إلى ما يسمى باعتلال الأعصاب الذاتية. (مغازي، 1996، ص86).

وقد يؤثر على القدمين والكلية بحيث يؤدي مع مرور الزمن إلى مضاعفات على مستوى الكلية منها تضخم الأوعية الدموية في الكلية وإفراز البروتينات في البول وعدم ترشح الدم بصورة طبيعية يؤدي إلى ضعف وظائف الكلية والفشل الكلوي..

وقد تتضاعف التعقيدات الى حد الاجهاض وتمثل مصدر ضغط كبير تعيشه المرأة الحامل المصابة بداء السكري التي تنطبق عليها نتائج الدراسات كتلك التي قام بها يانس عام 1984 والتي اكدت على أثر الضغط النفسي على مستوى السكر في الدم. (عبد الرحمان محمد السيد، 2000).

بناء على هذه النتائج نطرح التساؤل التالي:

1-هل تعاني المرأة الحامل المصابة بداء السكري من ضغط نفسي مرتفع ؟

2-هل يمكن للتكفل النفسي من خلال تطبيق العلاج المعرفي السلوكي ان يقلل من الضغط النفسي لدى المرأة الحامل المصابة بداء السكري ؟

1 - تحديد المصطلحات :

1-1 تعريف الحمل في حالة خطر:

يتميز الحمل في حالة خطر بمجموعة من التعقيدات الصحية المصاحبة لفترة الحمل والراجعة لمرض عضوي أو تهديد ما على صحة الحامل أو الجنين ويشمل التصنيف، الحوامل المدمنين. الأمراض

وقد يؤثر كذلك على العين بإصابتها بشتى الاختلالات على مستوى الشبكية وارتفاع ضغط العين وآلام شتى على مستوى العينين حسب ما جاء في المرجع (المرجع الوطني لتثقيف مرضى داء السكري، 2011، ص 67).

1-4 الضغط النفسي المصاحب للحامل المصابة

بداء السكري:

تعاني الحامل المصابة بداء السكري من ضغط نفسي كبير ينتج عن التعليمات الطبية التي يجب ان تتبعها والتي تتمثل في قياس مستوى السكر الذاتي (Auto Surveillance Glycémique) قياس مستوى الهيموغلوبين الجلوكوزي كل ثلاثة أشهر تحليل بولية للبحث عن وجود تعفنات بولية القيام بفحص العيون القيام بفحص الكلى والاستشفاء في نهاية فترة الحمل في حالة عدم تحقق المستويات المرغوبة. تولد مجموع هذه الالتزامات لدى المرأة خوف شديد من العواقب الوخيمة التي تترتب عنها بمجرد تفكيرها في عدم امكانيتها اتباع التعليمات الطبية.

وتنطبق نتائج الدراسات التي اقيمت على المصابين بداء السكري على الحوامل اللواتي يعانين من داء السكري كدراسة إدوارد ياتس عام 1984 والتي هدفت معرفة أثر الضغط النفسي على مستوى السكر في الدم تكونت من 10 مصابين بالسكري تراوحت أعمارهم بين 24 و57 سنة

ومجموعة ضابطة من الأسوياء وكشفت النتائج ان نسبة السكر في الدم لدى المصابين بداء السكري كانت ضعف نسبة السكر لدى الأسوياء وهذا راجع للضغط النفسي الشديد الذي يعاني منه المصابين بداء السكري (عبد الرحمن محمد السيد، 2000).

1-5 التكفل النفسي للحامل المصابة بداء

السكري من خلال تطبيق العلاج المعرفي السلوكي:

تتمثل التقنيات المعرفية السلوكية في إطار الارشاد والعلاج للحوامل في حالة خطر في التربية النفسية بحيث

تضافرت جهود الباحثين النفسانيين للتحقق من فاعليتها اذ بينت دراسة هوبيشز وليشلا يتنزعان 2001 التي أجريت على عينة تضمنت 39 امرأة تركية و72 امرأة أسترالية مصابات بالسكر الحلمي بان التربية النفسية التي تتمثل في تزويد أفراد العينة بمعلومات هامة عن مرضى السكري وخصوصيته وكذلك ضرورة الحماية أظهرت تحسنا ملحوظا في التعامل مع السكر وانخفاض في مستويات الضغط النفسي لدى أفراد العينة. (هوبيشز وليشلا يتنزعان 2001).

ودراسة أخرى لـ قرونزعام 2005 عام كان الهدف منها تقييم تأثير العلاج النفسي على تطور الحمل على وقد أسفرت النتائج على أن العلاج المتمثل في القواعد الغذائية الصحية والمراقبة الذاتية لمستوى

السكر في الدم والانسولين سمحت هذه بخفض معدل المضاعفات الخطيرة بعد الولادة من 4% إلى 1% وانخفاض في مستويات القلق والاكتئاب بعد نهاية فترة العلاج لهذا فان التربية النفسية المستمرة تؤدي الى نتائج مرضية بعد العلاج.

(Landryc, 2016 ص 57).

الى جانب التربية النفسية نجد تقنية الاسترخاء وتقنية اعادة البناء المعرفي اللتان اثبتت فعاليتها في مجال العلاج المعرفي السلوكي للحوامل المصابة بداء السكري

2- دراسة حالة لحامل مصابة بسكري الحمل:

1- تقديم الحالة:

1-البيانات الشخصية و المعطيات البنيوية الممكنة:

-السيدة فلة تبلغ من العمر 30 سنة مرتبتها الرابعة بين خمسة إخوة وأخوات.

-الحالة المدنية: متزوجة منذ عام تقطن في الجزائر العاصمة.

-مستواها الدراسي: جامعية تخصص تسيير واقتصاد.

-الأب: متوفي قبل عام الأم مأكثة في البيت تعاني من داء السكري منذ 20 سنة.

2- تاريخ المرض:

دخلت السيدة فلة المستشفى بعد أن تم توجيهها من طرف طبيب النساء المختص والذي تقوم بالمتابعة الطبية لديه جاءت الى المستشفى وهي تعاني من اضطراب على مستوى سكر الدم وحملها قارب 23 أسبوع وقد بدى حسب الأطباء أن حجم الجنين أكبر من العادي وصرح الأطباء أنه محتمل أنها أصيبت بسكري الحمل وهنا بدأت أعراض القلق والحصر لدى المفحوصة باعتبارها لم تتحمل فكرة أنها مصابة بالسكري وأنه قد يتسبب بخطر لجنينها.

تم توجيه المفحوصة للمختصة النفسانية لرفضها أخذ جرعة الأنسولين وعدم تقبلها فكرة الحمية وكونها مصابة بحمل سكري وطلبت حتي الخروج من المستشفى وذلك للهروب من الوضعية الضاغطة التي تعيشها وأصبحت تتنابها منذ الإعلان عن التشخيص نوبات من الهلع خاصة في الليل وفي الصباح قبل قيامها بقياس نسبة سكر الصباح بالإضافة الى إحساسها بالاختناق ليلا وهذا الشعور يتكرر كلما طالت مدة استشفائها بالإضافة الى الأفكار السوداوية حول المستقبل وحول حالتها الصحية و الخوف الشديد على جنينها ففكرة طفل معاق أو لديه تشوه بسبب السكري لا تفارق تفكيرها و هذا الخوف يظهر خاصة عند قياس نسبة السكر فتتسارع دقات القلب وتعرق وتشعر بالاختناق وضيق في التنفس وأحيانا نوبة الهلع تصل الى حد الإغماء فكان من الضروري التكفل النفسي السريع بالمريضة.

3-السوابق الشخصية :

ب-العوامل التاريخية المثبتة للمرض:

3-1 السوابق الطبية:

- عدم القيام بفحوصات قبل الحمل.

لم تكن تعان المريضة من أي مرض عضوي.

- عدم الوقاية من داء السكري.

3-2 السوابق الجراحية:

- وفاة الوالد الذي كانت المريضة متعلقة به.

تم استئصال الزائدة في سن العاشرة.

ج-العوامل المفجرة:

3-3 السوابق العائلية وأحداث الحياة:

تشخيص داء السكري خلال فترة الحمل.

4-2 الشبكة التزامنية (Grille synchronique) :

- لم نسجل أي مرض عقلي عند العائلة بينما سجلنا فقدان والد المريضة منذ سنة وقد أثر هذا على نفسياتها.

أ-التوقعات :

- اصابة بعض افراد العائلات بداء السكري.

3-4 السوابق العقلية:

- سوف أعاني من تعقيدات في المستقبل على مستوى، القلب، الكلى والعين.

لم تتناول أي دواء ولم تسجل عند المفحوصة أية متابعة نفسية.

- سوف اموت بسبب هذا المرض.

4- التحليل الوظيفي:

- سيتحول هذا الحمل الذي كان مصدر سعادة الى مأساة.

تم الاعتماد على شبكة سিকা (SECCA) الخاصة بكوترو (cottraux) عام 2001.

- سوف يموت الجنين او يدخل في غيبوبة.

- سوف يولد طفلا مشوها.

4-1 الشبكة التطورية (Grille diachronique):

ب-الوضعيات:

أ-المعطيات البنيوية الممكنة:

- التواجد بالمستشفى.

تتميز شخصية المريضة بالقلق، التهرب وتجنب الوضعيات الضاغطة التي تعيشها بالإضافة الى عدم التعبير عن مشاعرها.

- التواجد بمفردها بالبيت او بأي مكان.

ج- الانفعالات:

- الهلع والشعور بالضغط الى جانب الشعور بالخوف.

د -الاعتقادات:

- تضطرب أفكاره بمجرد التفكير في حملي ومرض السكري.

- أخشى من الانعكاسات على جنيني وعلى صحي.

- أخشى أن يصبح داء السكري مزمنًا بعد الحمل ويؤدي بي إلى الموت.

هـ - السلوكات:

- طلب الخروج من المستشفى.

- سلوكات الدعم من طرف الزوج والعائلة.

5 -القياس القبلي:

تم تطبيق استبيان إدراك الضغط النفسي للفين شتاين (levinstein) 1993 تم وضع الفرضية التشخيصية التي تنص على ان المريضة تعاني من ضغط نفسي مرتفع يقدر بدرجة 0,88 .

6-العلاج

تم تطبيق العلاج في تسع حصص بدء بالمقابلات العيادية لجمع البيانات الى غاية القيس البدي وتقييم فعالية العلاج.

تمثلت التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية في إعادة البناء المعرفي تقنية الاسترخاء التربية العلاجية واخيرا

المراقبة الذاتية. سوف نقدم الجلسات العلاجية ومحتوى كل جلسة.

7 - الجلسات العلاجية:

من الجلسة الأولى الى الرابعة:

-التحليل الوظيفي

- تطبيق استبيان إدراك الضغط النفسي.

- شرح العلاج المعرفي السلوكي للمفحوصة والتقنيات التي سوف تستعمل في العلاج، إبرام العقد العلاجي، تحديد المدة والهدف لكل جلسة علاجية، التأكيد على ضرورة الالتزام في كل المسار العلاجي باعتبار هذا العلاج يتطلب التعاون بين المفحوص والفاحص.

من الجلسة الخامسة إلى السابعة:

-التربية العلاجية:

- شرح كل ما يتعلق بالحمل ومراحله ومرض السكري وتأثيراته على الحمل بمساعدة طبيب طب النساء والتوليد قام بشرح كل ما يتعلق بالحمل ومراحله ومرض السكري وتأثيراته على الحمل.

- تلقين المفحوصة تمارين الاسترخاء وذلك للتخفيف من نوبات الهلع التي كانت تصيب المفحوصة.

- مناقشة الاعتقادات التي تعاني منها المريضة والتي ووضحناها في التحليل الوظيفي وذلك بالحوار خاصة الاعتقاد

بأن السكري لن تشفى منه وهذا الحمل الذي كان مصدر سعادة سيتحول الى مأساة وقد يصل الى حتى خسارة جنينها أو إصابته بتشوه ما أو سيموت أن تشوهت إحدى أعضائه بسبب الاختلال الذي تعاني منه في نسب الجلوكوز.

- تلقين المريضة تمارين الاسترخاء وذلك للتخفيف من نوبات الهلع.

من الجلسة السابعة الى التاسعة:

-إعادة البناء المعرفي:

القياس البعدي:

إعادة مقياس إدراك الضغط النفسي والذي وصلت درجته الى 0,27.

8-مناقشة النتائج:

يظهر من خلال نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للضغط المدرك من طرف المريضة بخصوص اصابتها بداء السكري خلال فترة الحمل بان حالتها قد تحسنت بحيث انخفضت درجة الضغط لديها كما تدعمت هذه النتائج بتصريحاتها بعد استبدال افكارها وتدريبها على الاسترخاء إلى جانب تدريبها على المراقبة الذاتية وهي نفس النتائج التي توصلت اليها دراسة هويشز وليشلا يتنز عام 2001 ودراسة ل قرونزعام عام 2005عام.

خاتمة:

يعتبر التكفل النفسي للمرأة الحامل في حلة خطر بواسطة تطبيق العلاج المعرفي السلوكي ضروري للغاية بحيث:

يمكن من تحسين الحالة النفسية للمرأة بفضل التقنيات المعرفية السلوكية التي أثبتت فعاليتها في الخفض من شدة الضغط النفسي الذي تعاني منه المريضة في الدراسة لهذا نجد ان مثل هذه الدراسة يجب أن تطبق على عينة واسعة.

الأفكار السلبية	الأفكار الإيجابية
- تضطرب أفكاري بمجرد التفكير في حملي ومرض السكري.	- لا فائدة من اضطراب الافكار فالأهم هو التفكير في وضعية المرض بطريقة مريحة.
- أخشى من الانعكاسات على جنيني وعلى صحي.	- لن تكون هناك اية انعكاسات مادمت تستفيدين من المتابعة الطبية.
- أخشى أن يصبح داء السكري مزمناً بعد الحمل ويؤدي بي الى الموت.	- حتى وان أصبح مزمناً لن يؤدي الى الموت لان الدراسات لم تسجل اية نسبة من الوفيات بشرط الالتزام بالحمية.

1- عبود دبكة. (1985). مرش الأمهات في

رعاية الأطفال. بيروت: دار النشر الشرق

العربي. الطبعة الاولى.

2- مرجع وطني. (2011). لتثقيف مرضى

السكري، وزارة الصحة السعودي..

3- مغازي. (1996). الأنسولين وعلاج السكر.

كتاب اليوم الطبي. القاهرة: مصر الطبعة

الثانية.

4- عبد الرحمان محمد السيد. (2000). دراسات

في علم النفس الصحة. مصر القاهرة. الطبعة

الاولى.

Landry C.M. (2016). Influence des croyances et des représentations du diabète sur l'observance du traitement chez des femmes enceinte. Etude comparative. Thèse de doctorat. France.

L'accompagnement psychologique visant la modération de l'anxiété chez les patients avant l'intervention chirurgicale cardiaque (Étude de cas)

Guellati Lamia

Pr.Sail Hadda Ouahida

Résumé :

Cette étude porte sur l'accompagnement psychologique, a été menée auprès de 10 patients cardiaques en vue de les préparer à l'intervention chirurgicale. Pour ce faire, des techniques d'intervention ont été appliquées à savoir la psychoéducation, la respiration abdominale, le feedback. Afin de montrer l'effet clinique de l'intervention. Une échelle de mesure a été appliquée comme indicateur "The Hospital Anxiety Depression scale" (HADS). Les résultats ont montré en pré-test des scores moyens et élevés d'anxiété et de dépression, et en post-test ce niveau a baissé à la normale (en dessous la moyenne).

L'étude a conclu par l'importance de l'accompagnement psychologique auprès des patients cardiaques afin de réduire l'anxiété et la dépression et les risques de complications éventuelles après la chirurgie.

Mots clés : cardiopathie, anxiété, accompagnement psychologique, psychoéducation, respiration abdominale, feedback.

ملخص:

تناولت هذه الدراسة المرافقة النفسية، أجريت على مجموعة 10 مرضى القلب بهدف تحضيرهم للتدخل الجراحي. ولأجل تحقيق هذا الغرض تم تطبيق تقنيات التدخل وهي التريية النفسية، التنفس البطني، والتغذية الرجعية. ولأجل التأكد من التأثير العيادي للتدخل، تم تطبيق مقياس "الاكتئاب والحصر الإستشفائي" (HADS) كمؤشر. بينت نتائج الدراسة

درجات متوسطة وعالية للحصر والاكتئاب في القياس القبلي، بينما انخفضت إلى المستوى العادي (أقل من المتوسط) في القياس البعدي. وخلصت الدراسة إلى أهمية المرافقة النفسية لمرضى القلب وذلك للتخفيف من حدة الحصر والاكتئاب وخطر حدوث مضاعفات محتملة بعد الجراحة.

الكلمات المفتاحية: مرض القلب، الحصر، الدعم النفسي، التربية النفسية، التنفس البطني، التغذية الرجعية.

*Psychologue clinicienne en Chirurgie Cardiaque et Doctorante en counseling et psychothérapie, Université Alger2

** Professeur-Psychologie clinique, Université Alger2

Introduction

Depuis une décennie d'expérience dans un service de chirurgie cardiaque, certaines observations cliniques des patients se sont imposées à savoir : des symptômes d'une réaction anxieuse (sensations d'étouffement, palpitations, soucis, douleurs au niveau de la poitrine...) et des

symptômes d'une réaction dépressive (insomnie, humeur dépressive, pleurs, perte d'intérêt, isolement, asthénie...). Ces symptômes apparaissent comme des réactions face à un danger (la chirurgie cardiaque) menaçant leur intégrité physique.

Le dépistage de troubles anxieux et dépressif chez mes patients cardiaques est parfois envisagé comme un défi, vue que les symptômes dépressifs (la fatigue, perte de poids, incapacité à effectuer certaines tâches) s'apparentent aux symptômes attribuables à la maladie cardiaque, et que les symptômes de panique (douleurs à la poitrine, l'essoufflement, la sensation d'étouffement et la transpiration) sont ressentis par les patients lors d'un effort physique, ou d'une exacerbation de l'angine de poitrine ou encore lors d'un

infarctus du myocarde(Pelletier, 2011, p. 123).

Cependant, plusieurs études nous permettent d'étayer notre réflexion sur ces observations. Greenman, Jetté, Green-Demers & Grenier (2015) ont montré dans leur étude que de 15% à 20% de patients hospitalisés (pour infarctus du myocarde, angine instable et arythmie cardiaque et qui subissent des traitements invasifs comme l'angioplastie ou le pontage coronarien) sont susceptibles de présenter des symptômes de dépression.

Une autre étude (Tedstone & Tarrier, 2015) (Citée par Greenman, Jetté, Green-Demers & Grenier, 2015) a montré que 24% des patients qui survivent à une crise cardiaque développent des symptômes de stress post-traumatique, trouble de panique, un stress aigu, une anxiété

généralisée et un trouble d'adaptation avec humeur anxieuse (p.1).

Aussi, dans le DSM-5 sont les classés troubles de l'anxiété et de dépression dus à des affections médicales [notamment les maladies cardiovasculaires] (Américain Psychiatric Association, 2013, p. 271).

Afin d'aider les patients à comprendre et à s'adapter avec leur maladie, la psycho éducation semble être efficace comme une première démarche dans l'accompagnement des malades en vue de les préparer à l'intervention chirurgicale.

La majorité des études contrôlées procèdent par la psychoéducation (PE) afin d'augmenter l'adhésion au traitement. C'est une démarche conçue sur un modèle biopsychosocial du trouble bipolaire fondé sur le modèle

stress-vulnérabilité. La PE a pour but d'apporter au patient une approche pratique lui permettant de comprendre et de gérer le trouble et ses conséquences, avec une attention particulière au monitoring des symptômes et à la détection des prodromes. La PE vise notamment à permettre le recours efficace aux structures de soins. Les interventions débutent habituellement dans l'inter crise. Cette approche tend donc à donner un même contenu aux différents individus lors de sessions informatives basées sur le modèle médical (Khazaal, Preisig & Zullino, 2006, p.130).

Cependant, Il semble que la psychoéducation conduit à une amélioration de l'adhérence au traitement et à une diminution de rechutes. A partir de la littérature et de la démarche clinique, l'accompagnement psychologique des malades cardiaques en vue de les préparer à une intervention chirurgicale est d'une importance

majeure, dans la mesure où les patients arrivent à prendre conscience de tous les facteurs liés à la maladie et aux conséquences médico-psychologiques et de les préparer à une bonne adhésion thérapeutique. Cette étude vient pour répondre à la question qui consiste à savoir si de telle intervention est cliniquement efficace auprès des patients cardiaques.

1. Objectifs de l'étude

Cette étude a pour objectifs de:

✓ Déterminer l'efficacité clinique de l'accompagnement psychologique basé sur la PE auprès des patients cardiaques afin de réduire l'anxiété et les risques de complications éventuelles après l'intervention chirurgicale.

✓ Montrer l'importance du rôle du psychologue clinicien au sein du service de la chirurgie cardiaque.

2. Méthode et matériels

✓ Méthode utilisée: le design descriptif (étude de cas).

✓ Groupe: notre échantillon se compose de 10 sujets, patients (valvulaires et coronariens) dont un seul cas sera présenté.

✓ Instruments utilisés:

- ❖ L'entretien éducatif,
- ❖ L'échelle de « Hospital Anxiety Depression scale » (HADS) de Zigmund et Snaith (1983) souvent utilisé dans les études portant sur les maladies chroniques (Haute Autorité de Santé, 2007).

✓ Entraînement :

- ❖ La psychoéducation,

- ❖ La respiration abdominale.

3. Déroulement de la séance

Chaque séance s'est déroulée selon un planning préalablement déterminé:

✓ Bilan de la semaine pendant l'hospitalisation, entretien semi directif pour la récolte des informations, le dialogue socratique issu de l'approche cognitive comportementale permettant de vérifier la validité des affirmations énoncées,

✓ Prescription de tâches que le patient peut réaliser dans la semaine relatives à chaque étape d'accompagnement,

✓ Feed-back (mettre le point avec le patient sur la séance passée pour s'assurer de l'assimilation des informations présentées).

4. Séances d'intervention

1ère et 2ème séances :

- ✓ Mise en place d'une relation thérapeutique (alliance thérapeutique),
- ✓ Entretien éducatif (Gagnayre, 2008).
- ✓ Evaluation de l'anxiété et de la dépression par la passation de l'échelle HADs.

3ème séance:

- ✓ Préparation psychologique pour l'intervention chirurgicale,
- ✓ Psychoéducation, counseling pour un rétablissement post opératoire précoce avec une suggestibilité et projection positive vers le futur. Dans ce contexte, la psychoéducation est appliquée pour permettre au patient une prise de conscience de sa pathologie, de quoi il souffre? Quels sont les facteurs qui déclenchent une éventuelle complication? Quelles sont les Conduites à tenir?
- ✓ Application des techniques de contrôle d'anxiété (respiration abdominale qui consiste à inspirer en comptant mentalement jusqu'à 4/ bloquer la respiration en 2/ expirer en 6) puis inciter à une visualisation et un balayage sur tout le corps par imagination en se concentrant sur la respiration et les sensations physiques et ce, en suivant les suggestions du psychologue,
- ✓ Discuter les idées dysfonctionnelles et anxiogènes liées à la maladie.

4ème séance:

- ✓ Poursuivre la psychoéducation en groupe, vue que la pratique groupale est généralement privilégiée dans les interventions systématiques, elle permet un

partage d'expériences et l'établissement de liens entre les participants (Bonsack, Rexhaj& Favrod, 2015, p.80) aussi, poursuivre l'explication du processus de la respiration abdominale et son impact sur les systèmes neurovégétatif (sympathique et parasympathique), cognitif et émotionnel.

✓ Poursuivre l'entraînement à la respiration abdominale,

✓ L'auto-observation des sensations physiques et émotionnelles après chaque entraînement,

✓ Évaluation sur une échelle analogique subjective de 0 à 10 avant et après chaque séance.

✓ Feed back.

✓ Passation de l'HADs après l'entraînement.

5. Vignette clinique

5.1. Informations générales

Le patient B.H, âgé de 27ans, célibataire demeurant à Bejaia, occupe une fonction libérale, et de niveau d'étude secondaire, il est le 7ème/10 de sa fratrie.

Facteurs de risque: Le patient ne fume pas le tabac (est en sevrage du chique depuis 2mois) et ne consomme pas d'alcool.

Il est admis au service pour une intervention chirurgicale en vue d'un remplacement valvulaire aortique à cœur ouvert.

Le patient ne présente aucuns antécédents psychiatriques.

La cardiopathie a été diagnostiquée en 2016 lors d'une exploration suite à une infection buccodentaire qui était à l'origine d'une asthénie. Actuellement le patient n'est pas encore sous traitement.

Le patient semble calme, son discours est cohérent, son humeur est adaptée à ces propos.

Lors des premiers entretiens, le patient semblait un peu inhibé, timide et discret quant à sa maladie et sur quoi il est très mal informé, il présente quelques symptômes de dépression réactionnelle tels que: sommeil perturbé, manque d'appétit, sensation de fatigue accompagnée d'une anxiété manifestée par des sensations soudaines de malaise (difficulté à respirer).

5.2. Résultats de l'intervention

❖ l'entretien éducatif:

Le recueil d'informations à partir de l'entretien éducatif a révélé des données essentielles vis-à-vis de la perception du patient envers sa pathologie dont les quatre dimensions suivantes:

- Dimension biomédicale de la maladie : Qu'est ce qu'il a?

Le patient souffre d'une cardiopathie valvulaire aortique, dont il ne connaît pas le nom exacte et répond: " **عندي عُرق مفتوح** " (imprécision du diagnostic).

- Dimension socioprofessionnelle :

Qu'est ce qu'il fait ?

Sa profession semble être affectée par sa maladie vue les arrêts de travail répétés, et il se plaint en disant :

"**(arrêt de travail)** رجعت ما نقدرش ندير

الجهود، راني نتعب بلخفّ

- Dimension cognitive, idées relatives à sa maladie : Qu'est ce qu'il sait sur sa maladie?

Le patient semble être en phase de résignation en répondant ainsi : « **أو**

واش رايجين يديرولي المهم ندير عملية وخلاص »

Je ne serai plus comme avant, je ne pourrai plus pratiquer mon sport préféré, c'est bon c'est fini pour moi.

L'idée de se faire opérer, et d'ouvrir (le sternum) évoque chez le patient la mort et l'impuissance, et toutes ses idées peuvent éventuellement affecter son humeur et le bloquer dans l'adhésion aux instructions médicales.

■ Dimension psycho-affective:
d'après l'analyse du contenu de l'entretien éducatif, le patient présentait quelques symptômes de dépression évoqués dans son discours: « كنت ندير كرة القدم، نلعب مباريات، »
«نجري أو درك أحبست».

D'autres idées d'inquiétude et de contrainte venant accentuer son anxiété: « كيفاش راح نكون؟ نقدرنولي كيزمان؟ ».

Ainsi, des sentiments de dévalorisation, une timidité, une sensation d'incapacité et d'handicap ont été évoqués dans son discours et observés dans son comportement et dans ses mimiques.

❖ Résultats du pré-test sur l'échelle HAD :

Tableau (1) : Résultats du pré-test HADs

Pré-test : Scores-HADs	
Dépression : 07	Anxiété : 12
Modéré	Elevé

Le tableau (1) montre des scores élevé et modéré de l'anxiété et de

la dépression ce qui confirme les propos récoltés dans l'entretien éducatif évoqué par le patient.

❖ **La psychoéducation (la 3^{ème} et 4^{ème} séance):**

L'aspect thérapeutique de la psychoéducation reste au premier plan dans les résultats recherchés (diminution des réadmissions et des rechutes), les autres aspects de la PE notamment l'appropriation du pouvoir, les décisions partagées, la reconstruction de l'identité, la différenciation entre les parties saines et malades de la personne et la possibilité d'échange entre les pairs apparaissent les éléments les plus importants aux yeux des patients et de leurs proches (Khazaal, Preisig & Zullino, 2006, p.80).

Des informations ont été récoltées lors de l'EP, le mode

d'intervention et de dialogue suivi a été présenté comme suit :

Psy: Pouvez-vous me parler de la nature de votre maladie?

Patient: (ما نعرف والو)

Le Psychologue a fait une présentation sur sa cardiopathie valvulaire: le patient a pris conscience que sa valve native sera remplacée par une autre mécanique, et ce, vu son état détérioré et endommagé par les infections répétées ou non/ mal traité, sa cardiopathie valvulaire aortique nécessite une autre valve dite de la 3^{ème} génération.

Des informations évoquées lors de l'entretien éducatif ont été reprises, notamment l'idée de

mort, et que tout est fini, sa vie sera bloquée à tout les niveaux, et ne pourra plus travailler et faire du sport... aussi, qu'il ne redeviendra jamais comme avant. Le patient a pris conscience que ces idées liées à l'annonce du diagnostic sont relatives, mais ne doivent pas constituer des obstacles dans le processus thérapeutique médico-psychologique, en prendre conscience et les acceptées est une bonne résolution pour une meilleure adhésion thérapeutique ainsi que l'amélioration de la qualité de vie.

- Le patient a pris conscience qu'il a toutes les chances pour mener une vie agréable, et reprendre les activités après l'opération, cela

dépendra de son acceptation de son état et de l'adhésion aux instructions médicales.

- Les symptômes anxieux (sensations d'étouffement, palpitations, soucis, douleurs au niveau de la poitrine...) et les symptômes dépressifs (insomnie, humeur dépressive, pleurs, perte d'intérêt, isolement...etc) sont considérés comme des réactions naturelles face au danger (la chirurgie cardiaque) apparaissent chez tous les patients atteints de la valvulopathie.

Des informations ont été également présentées à propos de certaines conduites à tenir pour préparer le patient à la chirurgie, et l'encourager afin d'adhérer aux

instructions médicales, comme prendre une bonne douche la veille de l'intervention, arrêter de manger après le dîner et de boire à minuit.

- L'accueil fait partie intégrante de la prise en charge du patient au bloc opératoire, il est assuré le lendemain par une équipe d'anesthésistes.

- Le réveil se fait en réanimation par la même équipe le jour même J0, le patient reste branché à plusieurs appareils afin de contrôler son état.

- Il sera déplacé au service J1, et malgré sa somnolence, il doit faire des efforts pour consommer tout ce qui est liquide (tisane et soupe).

- Il reprendra au J2 les activités habituelles, changera de position (allonger/assis/debout/marcher), après il bénéficiera d'une kinésithérapie respiratoire en lui expliquant le rôle important de la respiration, il reprend par la suite à manger (petit déjeuner ...), il sera déambulé et accompagné par son garde malade et reprendra progressivement toutes les activités), et enfin il entamera le J3 la kinésithérapie physique.

❖ **Feed back de la psychoéducation:**

Après l'élaboration des étapes préconisées, le patient présente son témoignage, ses propres idées dysfonctionnelles attribuées à son entourage et à sa propre

imagination avant l'intervention du psychologue du service:

- ما كنتش نتصور أن العملية هكذا كانوا عندي أفكار مخيفة (ينزع القلب من الصدر أو يحدّموه، بعد العملية مالازمش نبوجي، الوجع راح يقتلني أو خلي أوخلي بالزاف حاجات كنت نتخيّلهم) أو بعد ما فهِمّينا على مجرى العملية أو واش لازم ندير، شفت بلي بعد العملية رايح نعاود أستعيد الوظائف نتاعي مثل الأكل، المشي الحركات الرياضية ليّ لا بدّ نقوم بيها نرجع نتنفس مليح، وعلى حساب الشّوفة بعد العملية كاين بزاف خدمة على عكس واش تصوّرت.

Le patient détermine l'intensité de l'anxiété et de dépression sur une échelle de 0 à 10 qui témoignent d'une nette amélioration qui représente un indicateur subjectif comme suit :

Tableau (2) : Résultats sur l'échelle analogique subjective avant et après la psychoéducation

	Anxiété	Dépression
Echelle Analogique Subjective (avant)	8/10	6/10
Echelle Analogique Subjective (après)	3/10	3/10

❖ Exercice de relaxation

(respiration abdominale, 3^{ème} et 4^{ème} séances):

- ✓ Se mettre à l'aise
- ✓ Apprendre la respiration abdominale en inspirant par le nez (imaginer sentir une fleur) en gonflant le ventre, le thorax doit être immobile puis expirer par la bouche le plus lentement possible (en imaginant une bougie devant sa

bouche en soufflant sur elle sans l'éteindre).

- ✓ Fermer les yeux
- ✓ Se concentrer seulement sur sa respiration et ses sensations physiques
- ✓ Suggestion du psychologue sur les sensations de lourdeur et de chaleur et après une sensation de décontraction musculaire générale.
- ✓ Imagination dans un lieu sûr
- ✓ Clôture de la séance par une bonne respiration
- ✓ Ouverture des yeux.

❖ **Feed back de la relaxation (respiration abdominale):**

Le témoignage du patient qui suit confirme le résultat de l'étude

de Greenman, Jetté, Green-Demers, & Grenier (2015) qui a montré l'efficacité de la relaxation dans la diminution du niveau de l'anxiété chez les malades cardiaques:

- قبل ما طبقنا الإسترخاء ما كنتش نحسّ بالجسم نتاعي ما كنتش نحسّ بروحي
- بعد ما طبقنا التمرين فهمت بليّ كانوا العضلات نتاعي بالزاف مزيرين خاصة كتافي أو تزيار في وسط صدري والآن فعلا راني نحس بالفرق راني نحس روعي بالزاف خفيف.

Le patient a déterminé l'intensité de la tension musculaire sur une échelle de 0 à 10 qui témoigne d'une nette amélioration qui représente un indicateur subjectif comme suit:

Tableau(3): Résultats sur l'échelle analogique subjective des tensions musculaire avant et après la relaxation

	Echelle analogique subjective
Tension musculaire avant Relaxation	8/10
Tension musculaire après Relaxation	3/10

Le tableau (3) montre une diminution de la tension musculaire après l'entraînement à la relaxation, ce qui a amené le patient à une prise de conscience de toutes ses tensions musculaires ressentie avant la séance.

6. Comparaison des scores HADs

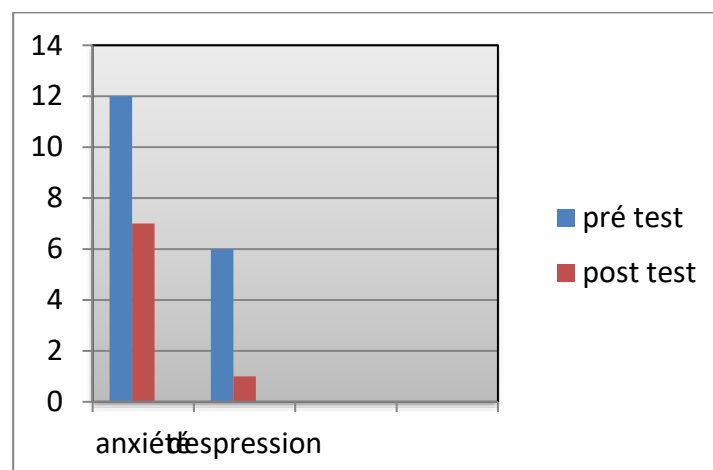
Les résultats de pré-test et post-test montrent une nette diminution dans les scores de

l'anxiété et de dépression après l'intervention psychologique.

Tableau (4) : comparaison des scores sur l'HADs en pré-test et post-test

Intervention	Anxiété	Dépression
Avant	12	7
Après	6	1

Le tableau (4) montre une diminution des scores d'anxiété et de dépression après l'accompagnement psychologique. L'histogramme suivant confirme ces résultats.

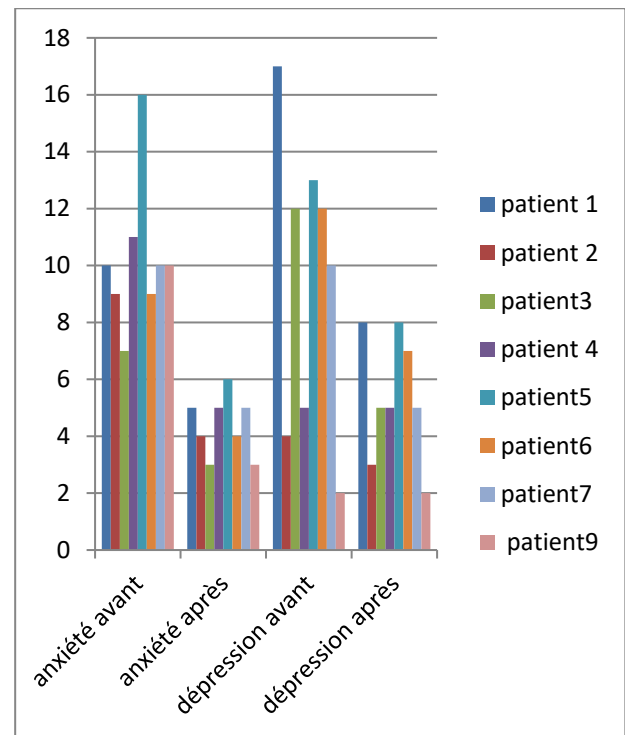


Histogramme (1) : comparaison des scores d'anxiété et de dépression avant et après l'accompagnement psychologique.

7. Objectifs atteints

- Le patient a repris relativement en 4 séances la confiance en soi,
- Le patient a maîtrisé les sensations physiques et la tension psychique liées à sa maladie cardiaque,
- Le patient a appris l'autorégulation vis-à-vis de sa pathologie organique,
- Le patient a tiré une auto satisfaction de l'intervention psychologique.

Résultats du groupe de l'étude sur l'échelle de HADs en pré-test et pos-test :



Histogramme (2): Résultat global du groupe de l'étude sur l'échelle de HADs en pré-test et pos-test

Ces résultats montrent une nette amélioration chez les neuf patients dans les scores obtenus sur l'échelle HADs. Dès lors l'accompagnement des patients cardiaques par la psychoéducation et l'entraînement à la relaxation s'avère efficace de point de vue clinique.

8. Discussion

Les résultats de cette étude montrent que l'intervention par la psychoéducation et la relaxation

aide les patients cardiaques à modérer leur anxiété due à leur maladie et à l'intervention chirurgicale à quoi ils sont préparés.

Ces résultats affirment les résultats des études antérieures, Bonsak et ses collaborateurs ont montré l'efficacité de la psychoéducation qui permet de sortir de la solitude, normalise l'expérience de la maladie et facilite les échanges entre pairs et favorise la recherche de soutien social (Bonsack, Rexhaj & Favrod, 2015, p.82).

L'implication du patient et de la famille dans sa prise en charge semble importante, elle permet une prise de conscience du patient de sa maladie et de son état psychologique, et favorise son autonomie.

Les résultats de cette étude montrent aussi l'importance de la relaxation dans la modération de l'anxiété, dans ce contexte l'étude de Guiose (2007) a montré que le but de la relaxation est de réaliser

un calme psychologique, cela dit, mettre le cortex au repos en diminuant le fonctionnement cérébro-neuro-musculaire excessif en relaxant directement la partie périphérique de ce circuit (Cité par Demay, 2017, p.19). Jacobson (1980) avait cité l'impact de la relaxation « En préservant nos énergies musculaires, nous sommes capables de sauver notre cœur. Voilà pourquoi il nous faut apprendre à relaxer » (Cité par Demay, 2017, pp. 20-21).

L'accompagnement psychologique des patients cardiaques souligne l'importance du rôle du psychologue en vue de les aider à s'adapter avec les situations liées à la maladie et à l'hospitalisation avant et après l'intervention chirurgicale afin de préserver leur autonomie. Le psychologue est appelé à adopter une attitude d'empathie.

Carl Rogers considère le rôle de l'accompagnateur comme essentiel dans la prise en charge des clients. Tout en restant lui-même,

le thérapeute cherche à se mettre à la place du client, à entrer dans son univers et ses sentiments, en s'efforçant de les voir sous le même angle que lui. Aussi, lorsque celui-ci souffre, la compassion qu'il peut lire chez le thérapeute lui donne à la fois le sentiment d'être compris et la sensation que sa douleur est partagée, donc allégée (Cité par Weyl, 2017, p.1).

Cependant grâce à la prise de conscience des patients cardiaques de leur maladie, des réactions psychologiques liées à cette dernière, de l'intervention chirurgicale qui est assurée par le psychologue clinicien, ces patients disposent de toutes les informations nécessaires à leur adaptation. Vivre adapté avec la maladie chronique est une opportunité de mener la même vie mais autrement.

Conclusion

L'étude a été menée sur dix patients atteints de cardiopathie, les résultats ont montré que l'intervention psychologique est cliniquement efficace prouvée par

les résultats, et conclue par l'importance de l'accompagnement psychologique des patients cardiaques.

Le rôle du psychologue se révèle important dans la modération de l'anxiété et de la dépression réactionnelles chez ces patients. Néanmoins, le travail psychologique doit continuer afin d'atteindre l'objectif principal cela dit, il serait intéressant dans une étude future de s'interroger sur la significativité statistique de l'intervention psychologique au profit des malades cardiaques en vue de les accompagner à améliorer leurs habilités d'adaptation à savoir: le coping avec la maladie et la qualité vie afin d'atteindre une autonomie dans la gestion de leur maladie.

Références

- Américain Psychiatric Association. (2013). DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française. Paris: Masson.
- Bonsack, C., Rexhaj, S., Favrod, J. (2015). Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques revue psychiatrique*, 173, 79-84. DOI : 10.1016/j.amp.2014.12.001.
- Demay, E. (2017). L'utilisation de la relaxation progressive de Jacobson dans la gestion de l'anxiété au cours des séjours de sevrage en addictologie. Mémoire de Diplôme d'Etat de Psychomotricité. Université de Toulouse III. Téléchargé du site: <http://www.psychomot.upstlse.fr/Demay2017.pdf>
- Gagnayre, R. (2008). Guide de l'entretien du diagnostic éducatif. Annexe téléchargé du site : http://www.medecine.upstlse.fr/dcem3/module14/diabetologie/01guide_diag_educatif_Annexe.pdf
- Greenman, P.S., Jetté, J., Green-Demers, I., & Grenier, J. (2015). Sad and worried hearts: A psychological for clinically significant depression, anxiety, and post-traumatic Stress in Patients with Cardiac Disease. *International Journal of Clinical Cardiology*, 2(3), 1-9. Téléchargé du site : <https://www.clinmedjournals.org/articles/ijcc/ijcc-2-037.pdf>
- Haute Autorité de Santé. (2007). Echelle HADs : Hospital anxiety and depression scale. Téléchargé du site : www.has-sante.fr
- Khazaal, Y., Preisig, M., & Zullino, D. (2006). Psychoéducation et traitements cognitifs et comportementaux du trouble bipolaire. *Santé mentale au Québec*, 31(1), 125-143. Doi:10.7202/013689ar URI: id.erudit.org/iderudit/013689a
- Pelletier, R. (2011). L'impact des troubles de l'humeur et des troubles anxieux sur la sensibilité

de certaines méthodes d'investigation de l'ischémie myocardique, ainsi que sur la morbidité cardiovasculaire et la mortalité générale. Thèse de doctorat en psychologie non publiée. Université de Québec à Montréal. Téléchargé du site : www.archipel.uqam.ca/4226/1/D2220

Weyl, N.J. (2017). Approche centrée sur la personne de Carl Rogers, *Magasine Electronique de Psychologie*, Décembre 2017. Repéré : <http://www.psychologies.com/Therapies/Toutes-les-therapies/Psychotherapies/Articles-et-Dossiers/L-approche-centree-sur-la-personne>

فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تخفيف أعراض الاكتئاب لدى مستأصلات الثدي

طالبة دكتوراه: زوريق غنية جامعة الجزائر 2

أ.د بلميهوب كلثوم جامعة الجزائر 2

Résumé :

ملخص:

Cette étude vise à connaître l'efficacité d'un programme de thérapie cognitivo-comportementale pour réduire les symptômes de dépression basé sur les techniques de TCC chez les femmes ayant subi une amputation du sein après un cancer du sein dans le centre « Pierre et Marie Curie » au 1^{er} mai (Alger) l'étude a été menée sur 3 cas de femmes atteintes d'un cancer du sein après l'intervention chirurgical (un seul cas est présenté) elles ont été délibérément sélectionnées en fonction du degré élevé de dépression qu'elles avaient en appliquant une échelle « beck » pour la dépression, Les résultats indiquent une nette diminution du degré de dépression post-mesure, ce qui confirme la validité de l'hypothèse de l'étude.

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى مستأصلات الثدي من خلال تطبيق برنامجا علاجيا قائما على فنيات العلاج المعرفي السلوكي لدى النساء اللاتي استؤصل لهن الثدي بعد الاصابة بمرض سرطان الثدي بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة لمكافحة السرطان بيار وماري كوري بمستشفى مصطفى باشا الجامعي. أجريت الدراسة على ثلاث حالات من النساء المصابات بسرطان الثدي وبعد العلاج الجراحي، تم اختيارهن بطريقة قصدية على أساس ارتفاع درجة الاكتئاب لديهن من خلال تطبيق مقياس بيك للاكتئاب، وتشير النتائج إلى انخفاض واضح في درجة الاكتئاب في القياس البعدي وهذا ما يؤكد صحة فرضية الدراسة.

الكلمات المفتاحية: برنامج العلاج المعرفي السلوكي، الاكتئاب، سرطان الثدي.

Les mots clés : Programme de thérapie cognitivo-comportementale, La dépression, Cancer du sein.

مقدمة:

يعد مرض سرطان الثدي من أكثر الأمراض السرطانية انتشارا بين النساء، حيث تشير الإحصائيات في الجزائر فقط إلى وجود 7 آلاف حالة جديدة سنويا، وقد تضاعف سرطان الثدي في الجزائر بنسبة 5 مرات في 20 سنة الأخيرة، ونسبة الوفيات بسرطان الثدي تتجاوز 3500 حالة سنويا (عن رشيدة شدمي، 2015، ص. 177).

وهذا ما يؤكد على أنه من الأمراض المزمنة والخطيرة التي تشكل مصدر ضغط وتهديد للمصابة به، ما يجعلها عرضة للوقوع في الاضطرابات النفسية والتي بدورها تحول بينها وبين تحقيق صحتها النفسية، وقد يؤدي في غالب الأحيان إلى تعطيل سير عملية العلاج الطبي وتعطيل الشفاء، حيث وجدت دراسة واستون Waston وآخرون 1999 أن السيدات الأكثر استهدافا للانتكاسة أو الموت خلال خمس سنوات بعد التشخيص هن ذوي الدرجات المرتفعة على مقاييس العجز المكتسب واليأس، كما وجدت أن الاكتئاب الشديد يقلل فرصتهن في البقاء (هناء شويخ، 2007، ص. 162).

ويعتبر الاكتئاب من ردود الفعل الشائعة والمرهقة عند المرضى المزمنين. فحوالي ثلث مجموع هؤلاء المرضى

يعانون من أعراض الاكتئاب، فيما يعاني ربعهم من الاكتئاب الشديد (شيلي تايلور، 2008، ص. 627)

وعموما فإن الاكتئاب يزداد في حالة خطورة المرض، إذ كلما كان المرض العضوي خطيرا ومزمنا كانت الاستجابة الاكتئابية شديدة. (دليلة زناد، 2013، ص. 126)

ومن التدخلات العلاجية التي تعزى إلى مساعدة المرضى في السيطرة على مرضهم بصورة أكثر فعالية والتخفيف من درجة آبتهم مما يسمح لهم بالتجاوب ضد المرض ومتاعب علاجه نجد العلاج المعرفي السلوكي الذي اهتم بالدرجة الأولى بموضوع الاكتئاب.

حيث يعرفه المعجم الموسوعي لعلم النفس على أنه شكل من أشكال العلاج النفسي المعالج لإساءة تأويل الواقع ولذلك تكون الأولوية في العلاج المعرفي تصحيح التصورات الخاطئة، ويركز هذا العلاج على المحتوى الفكري للمريض. (أنسام مصطفى، 2013، ص. 109)

مشكلة الدراسة:

إن التطور الذي يشهده العصر الحديث بما أوجده من تغييرات ساهم في رفاهية الإنسان وراحته وفي نفس الوقت ساهم في ظهور وزيادة الأمراض سواء كانت مزمنة أم خطيرة ومن بين الأمراض التي تتصدر قائمة الأمراض الخطيرة في العالم نجد الأورام السرطانية باختلاف أنواعها والتي قد تصيب كلا الجنسين سواء كان ذكرا أم أنثى.

وهناك ما يشير إلى أن المرأة تعتبر من أكثر الجماعات التي تصاب بسرطان الثدي. ففي العالم يقدر عموما أن امرأة ما بين تسع نساء (حوالي 11 بالمئة) سيكون لها تاريخ مع سرطان الثدي، وامرأة ما بين 30 (حوالي 3،4 بالمئة) معرضة للموت. (وبائيات سرطان الثدي في الجزائر)

وقد ينجم عن مرض السرطان العديد من المشكلات في التكيف النفسي للمريض وذلك بسبب كونه مرضا مزمنًا تدوم آثاره لفترة طويلة، وقد تنتهي بموت المريض خلال فترة غير محددة من تطور المرض، فطبيعة المرض وطرق علاجه تفرض قيودا على نشاطات المريض الاعتيادية، وهذا ما قد يولد العديد من الاستجابات النفسية الاجتماعية الأخرى، إضافة إلى الاكتئاب، وسواء كان الاكتئاب طويل المدى أو على فترات متقطعة، فهو يعد من أكثر الصعوبات الناجمة عن مرض السرطان. والاكتئاب لا يقلل في حد ذاته من نوعية الحياة فحسب، وإنما قد تكون له آثاره السلبية على الصحة الجسمية أيضا بما فيها تفاقم السرطان. (شيلي تايلور، 2008، ص. 821)

وهذا ما جاءت به دراسة 2004 Ganz et al حول نوعية الحياة أثناء نهاية العلاج لدى المصابة بسرطان الثدي، وقد نشرت هذه الدراسة في مجلة المعهد الوطني للسرطان بأمريكا وقد دلت النتائج على أن 61 بالمئة من العينة المدروسة لا يتوفر لديهن مستوى مقبول من الرضا اتجاه الجانب الجمالي الجسدي، بحيث أن 60

بالمائة لازلن يعانين من الهجمة الحرارية و60 بالمائة من الآلام، و56 بالمائة من اضطرابات حسية على مستوى الثدي، مع العلم أن معظم الأعراض المؤثرة عند 50 بالمائة من الحالات بعد 5 سنوات من العلاج هي (الألم الانقباض العضلي، فقدان الذاكرة، ألم المفاصل، آلام الرأس اضطرابات النوم). (هناء شويخ، 2007، ص 146)

وفي دراسة أخرى لجهاد براهيمية هدفت الكشف عن مستوى الألم النفسي لدى مرضى السرطان ومعرفة الفروق في مستويات (الجنس، السن، ونوع العلاج) حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من 230 مراجع لمراكز مكافحة السرطان، واستعمل مقياس الاكتئاب، القلق، الضغط (DASS21) لغرض جمع البيانات. أظهرت النتائج الى أن حوالي (68،69 بالمئة) يعانون من الاكتئاب و(63،04 بالمئة) من قلق منخفض بينما (47،82 بالمئة) لديهم ضغط متوسط، وتبين أن هناك فروق دالة في مستوى الاكتئاب، القلق، الضغط وفقا لجنس وذلك بارتفاعها لدى الاناث مقارنة بالذكور، كما اتضح وجودها في مستوى الضغط لحساب المرضى الذين يتلقون العلاج الكيميائي في حين لم تسجل أي فروق في مستوى الألم النفسي وفقا للسن.

كما أن دراسة 2010Zelak et al تناولت علاقة الصحة النفسية من حيث التوافق المعرفي والعلاج الكيميائي ودلت النتائج على أن المجال المعرفي لدى المصابة قد تأثر من حيث قدرة التفكير، الإدراك،

الحكم، التعلم، الانتباه، الذاكرة. (عن رشيدة شدمي، 2015، ص.150).

أما فيما يخص العلاج الجراحي والذي يتمثل في عملية الاستئصال بأنواعها فله تأثير كبير على نفسية المرأة حيث أوضح ديان وآخرون 1990Diane et al أن المرأة المصابة بأورام الثدي تواجه بعد جراحة استئصال الثدي عدة تغييرات رئيسية في حياتها تؤثر على إحساسها بالسعادة والطمأنينة، وكذلك على علاقاتها بالآخرين. فالتلف الناتج عن هذه الجراحة يؤثر على صورة المريضة عن ذاتها، مما يترتب عليه الشعور بالألم والمخاوف وانتظار الموت، حتى ولو كان العلاج الجراحي علاجاً شافياً لها، وقد أظهرت الدراسات أن هناك نسبة تتراوح بين 20 بالمائة و30 بالمائة من النساء اللواتي أجريت لهن عملية استئصال الثدي يواجهن مشكلة نفسية شديدة، وأكدت الدراسات أن تشخيص مرض الأورام السرطانية وعلاجه يعدان من أكثر المتغيرات المسببة لمشقة ما بعد الصدمة (هناك شويخ، 2007، ص.159).

ومن خلال ما سبق ذكره يتضح أن المشكلات النفسية الناجمة عن المرض والتي قد تفوق شدتها المرض نفسه تدعو إلى ضرورة التدخل النفسي من أجل التخفيف من حدة هذه الأعراض.

ومن بين العلاجات التي أثبتت فاعليتها نجد العلاج المعرفي السلوكي الذي يعتبر اتجاه علاجي حديث نسبياً يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفتياته المتعددة

والعلاج السلوكي بما يضمنه من فنيات، ويعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد إذ يتعامل معها معرفياً وانفعالياً وسلوكياً (عادل عبد الله، 2000، ص.17).

وهناك دراسة 2005Linder M et al والتي هدفت إلى التعرف على فعالية هذا العلاج على مرضى القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من 72 مريضاً شخصوا باضطراب القلق حسب الدليل الإحصائي والتشخيصي (DSM IV) تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى تم علاجها بالعلاج المعرفي السلوكي عددها 36 مريضاً والثانية ضابطة، طبق مقياس هاملتون، وأوضحت نتائج هذه الدراسة تحسناً ملحوظاً بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي لعينة الدراسة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطة، كما أوضحت تحسناً خلال فترة المتابعة لمدة 8 أشهر (حامد الغامدي، 2010، ص.22).

أما فيما يخص مجتمعنا فنجد دراسة بكيري نجية 2012، التي كانت حول أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكرين المراهقين، لتحسين تقدير الذات والمهارات الاجتماعية وخفض الأفكار اللاعقلانية لديهم، بحيث أنها توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في درجات المقاييس "تقدير الذات، المهارات الاجتماعية واليأس" في القياس القبلي وبين متوسط درجاتهم في "القياس البعدي".

وفي دراسة لطاوس هاشيم 2011 حول التكفل النفسي المعرفي السلوكي لدى النساء ضحايا العنف الزوجي اللواتي يعانين من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، تم استخدام المنهج التجريبي للحالة الواحدة، اعتمدت على الملاحظة القبلية والبعديّة وعلى المقابلة العيادية النصف موجهة، الملاحظة المعرفية السلوكية المباشرة، المراقبة الذاتية، وتطبيق المقاييس التالية (مقياس بيك للاكتئاب BDI II، مقياس ما بعد الصدمة IES-R، مقياس تقدير الذات)، تكونت العينة من 10 نساء متزوجات تعرضن للعنف الزوجي، منفصلات عن أزواجهن، تتراوح أعمارهن ما بين 25 إلى 42 سنة، واسفرت النتائج على تحقق فرضيات الدراسة.

أما فيما يخص دراستنا الحالية فهي تهدف إلى محاولة التخفيف من أعراض لدى عينة من النساء اللواتي تم استئصال لهن الثدي، إثر إصابتهن بالسرطان، وهذا من خلال استخدام برنامج معرفي سلوكي على عينة من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين (30-51) سنة نظرا لعمر أغلبية المصابات. بهدف تحضيرهن لتقبل المرض والمظهر الجديد. وبناء على ما سبق ذكره يمكن صياغة إشكالية بحثنا على النحو التالي:

هل يمكن للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى مستأصلات الثدي؟

فروض الدراسة:

يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي (قبل وبعد تطبيق البرنامج) على مقياس بيك للاكتئاب في درجة الاكتئاب لدى مستأصلات الثدي.

أهداف الدراسة:

- تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى مستأصلات الثدي.
- استثمار الجانب الايجابي من المرض وتحويله إلى طاقة ايجابية دافعة للتغلب على الإحساس بالنقص والرفع من الفعالية الذاتية.
- إكساب المريضات بعض المهارات العملية والفكرية للاستفادة منها في الحياة اليومية.

أهمية الدراسة:

- إظهار مدى أهمية ضرورة التكفل النفسي بعد العملية الجراحية، وأثناء العلاجات الأخرى للرفع من فعالية المريض.

مصطلحات الدراسة:

برنامج العلاج المعرفي السلوكي:

هو برنامج مخطط منظم يستند على مبادئ وفنيات محددة تتعلق بالجوانب المعرفية والسلوكية عند الفرد

منهج الدراسة:

تبعاً لطبيعة الموضوع وكذا فرضيات البحث فإننا تعمداً استعمال المنهج الشبه التجريبي والذي يقوم في الأساس على دراسة الظواهر الإنسانية كما هي دون تغيير عدا التغير الذي يحدث في المتغير المستقل لمعرفة أثره على المتغير التابع. (عبد الباسط خضر، 2014، ص.158)

عينة الدراسة:

تم تطبيق مقياس بيك على ثلاث حالات من النساء اللواتي يترددن على مصلحة أمراض الثدي بالمؤسسة المتخصصة بيار وماري كوري لمكافحة السرطان، وتم اختيار مجموعة البحث بطريقة قصدية، وتم تمرير مقياس بيك لمعرفة شدة الاكتئاب لديهن. وفيما يلي مواصفات حالة واحدة من بين هؤلاء النساء.

السيدة (ن) تبلغ من العمر 34 سنة، متزوجة، أم لطفلين، مستوى اقتصادي متوسط، لديها مستوى جامعي، تقيم بالعاصمة، تعاني من اكتئاب شديد بعد اجراء عملية استئصال الثدي.

أدوات الدراسة:

دليل المقابلة: استخدمنا في هذه الدراسة المقابلة كأداة لفحص الحالات المراد دراستها، قصد الوصول إلى تشخيص دقيق وعميق للاضطراب الذي تعاني منه الحالات ومختلف المشكلات الجزئية التي ترتبط به وذلك وفق دليل نتعرض من خلاله للمحاور الأربعة والتي

ويتضمن هذا البرنامج مجموعة من الخبرات والممارسات والأنشطة اليومية بقصد التخلص مما يشعر به الفرد من كرب وضيق يرجع في الواقع إلى الاضطراب الذي يعاني منه. (محمد الدسوقي، 2008، ص.121). ويمثل في الدراسة الحالية النتائج المتحصل عليها في تطبيق بعض فنيات العلاج المعرفي السلوكي.

الاكتئاب:

هو استجابة عامة للإصابة بالمرض المزمن ونلاحظ أنه في الممارسة الطبية هناك حوالي 1/3 من المرضى يظهرون اعراض الاكتئاب البسيط مباشرة بعد اعلانهم عن تشخيص المرض العضوي المزمن، و1/4 اكتئاب شديد (دليلة زناد، 2013، ص.124). وتمثل في الدراسة الحالية الدرجة المتحصل عليها على مقياس بيك للاكتئاب.

سرطان الثدي:

تعرفه جمعية السرطان الأمريكية (2014) على أنه ورم خبيث يسبب نمواً غير طبيعي لخلايا الثدي، وعادة ما يظهر في القنوات والغدد الحليبية للثدي، ويمكن أن ينتشر إلى الأنسجة المحيطة به، أو إلى أي منطقة في الجسم، ويحدث سرطان الثدي غالباً لدى النساء، وقد يحدث أحياناً لدى الرجال. (عن الشقراوي والكركي، 2015، ص.86) وتمثل في الدراسة الحالية هو الورم الذي يصيب الثدي والذي يؤدي إلى ضرورة استئصاله بالعلاج الجراحي.

تتمثل في: (المعلومات الشخصية، الحالة الصحية الحالة النفسية الحالة الاجتماعية).

التحليل الوظيفي:

والذي يركز على ملاحظة السلوك بشكل مباشر وغير مباشر، هدفه هو تحديد شروط الصيانة وتحريض السلوكيات، والذي لا يقف عند الجوانب السطحية لكن يبحث في عزل المشكلة او المشكلات الرئيسية، والذي سيغير الوضع بطريقة دائمة ومهمة للسلوك، كما سيدرس البعد التاريخي لاكتساب الاضطراب، ويدرس المعالج ايضا الافكار والصور العقلية، الحديث الداخلي الذي غالبا ما يصاحب او يسبق السلوكيات المشكلة، فباختصار سيحدد بدقة السلوكيات الحركية واللفظية.

(Jean Cottraux, 2017, p.12)

ففي هذه الدراسة تم الاعتماد على شبكة سيكا (Cottraux 1985) فهذه الشبكة تجمع مختلف العناصر التي تدرج وتحدد العلاقات المتبادلة بين: (المحفز، الوجدان، المعارف، السلوك، السوابق) هذه الشبكة هدفها تعليمي وعملي، تتضمن جزئا متزامنا والذي يسمح بتحليل التسلسل السلوكي محفز-وجدان-معارف-سلوك-سوابق وعلاقتهم مع البيئة الاجتماعية، تتضمن جزئا غير متزامن (تاريخي) الذي يسمح ببناء التاريخ السابق للمريض.

(Jeancottraux, 2017, p.103-105).

مقياس بيك للاكتئاب:

تتكون القائمة الأصلية الكاملة من 21 مجموعة من العبارات. وتتكون كل مجموعة منها من أربع عبارات تم

ترتيبها تدريجيا من انعدام الاكتئاب الى أكثره شدة. وفي عام 1972 ظهرت نسخة مختصرة للقائمة تتكون من 13 مجموعة من العبارات فقط، في دراسة من اعداد أ.ت. بيك وآخرون. وبينت هذه الدراسة التي اجريت على النسخة المختصرة، أنها ترتبط بالنسخة الكاملة بمعامل ارتباط بلغ 0,96. على عينة مختلطة من المرضى والعاديين بلغ عددها 598 فردا. وفي دراسة أخرى اجراها أ.ت. بيك وآخرون عام 1974 على عينة مختلطة من المرضى والعاديين بلغ عددها 431 فردا، بلغ معامل الارتباط بين النسخة الكاملة والنسخة المختصرة 0,97. وترجمت النسخة المختصرة الى العربية في مصر عام 1985، ومنذ ظهور النسخة المختصرة صارت تستعمل في البحوث أكثر مما تستعمل النسخة الكاملة، وقد استعملها الباحث بشير معمرية في دراسة أجراها عام 2000 على طلاب جامعة الحاج لخضر- باتنة حول مدى انتشار الاكتئاب على الشباب من الجنسين. أما قائمة بيك الثانية فهي تعد أحدث صورة لقوائم بيك لقياس الاكتئاب، وتتميز هذه القائمة، بأن بناءها تم بهدف تقييم أعراض الاكتئاب المتضمنة في محكات تشخيص الاكتئاب في الدليل الاحصائي والتشخيصي الرابع (DSM-IV) للاضطرابات العقلية، الصادرة عن الجمعية الامريكية للطب النفسي عام 1994. (بشير معمرية، 2010، ص.95)

الاجراءات التطبيقية للبرنامج:

يتكون البرنامج من 14 جلسة علاجية، بمعدل جلسة كل أسبوع وذلك لمراعاة حالة المرضى، ومدة كل جلسة تتراوح بين 45 د إلى 1 سا ونصف.

أهداف البرنامج:

زيادة وعي وإدراك مريضات السرطان بالمتغيرات النفسية التي لها علاقة بحالتهن النفسية وتأثير ذلك على الحالة الصحية، مناقشة الأفكار المشوهة التي تؤثر على الحالة المعرفية والانفعالية ودفعهن نحو تحليلها وتصحيحها بصورة منطقية، تحديد الانفعالات غير المناسبة المرتبطة بتلك الأفكار والتي تؤدي إلى إهمال العلاج وعدم إتباع التعليمات الطبية، مساعدتهن على كيفية استثمار الإمكانيات المتاحة لديهن داخل الأسرة بهدف مواجهة المشكلات وتدعيم بعض القيم الإيجابية.

محتوى البرنامج:

ويشمل الأساليب العلاجية التي تم الاعتماد عليها لسير البرنامج مثل:

أ- الأساليب المعرفية: (مراقبة الأفكار التلقائية

وتحديدها، إعادة البناء المعرفي والتحليل المنطقي للأفكار المشوهة، المناقشة والحوار، التغذية الراجعة).

*إضافة إلى التربية الصحية التي اعتمدنا عليها للتعرف على مرض سرطان الثدي والعلاجات المتاحة له والسبب في أخذ علاج دون الآخر، مع الحرص على تطبيق التعليمات الطبية واحترام مواعيد المراقبة والعلاج.

ب- الأساليب السلوكية: (التدعيم والتشجيع/ بمكافحة الجهود الناجحة لتغيير الأفكار والتحكم في الانفعالات،

النمذجة / بإعطاء المريض نماذج تساعد على التخفيف من الآثار السلبية للمريضات والتغلب على المرض ومخلفاته النفسية، الاندماج في الأنشطة السارة مع تقديم تقنية الاسترخاء والمراقبة الذاتية كواجب منزلي).

الاستراتيجيات العلاجية:

بعد جمع المعلومات المتعلقة بالمفحوصة والمعطيات التي تشير إلى وجود اكتئاب شديد حيث تحصلت على درجة 21 على مقياس بيك للاكتئاب وتحديد المشاكل الفرعية والعوامل التاريخية والمفجرة والمدعمة لاضطراب الاكتئاب، وذلك من خلال نتائج المقابلة العيادية، ومقياس بيك للاكتئاب والدليل التشخيصي والإحصائي الخامس ومن خلال نتائج التحليل الوظيفي، تم تحديد واختيار التقنيات العلاجية الموزعة على 14 جلسة علاجية.

الجلسات العلاجية:

الجلسة الأولى والثانية:

ركزنا في الجلسات الأولى على إقامة علاقة تعاونية، وتعريف المفحوصة على النموذج العلاجي المعرفي السلوكي، والاتفاق معها على مجموعة من القواعد لتنظيم جلسات العلاج والالتزام بها والتطرق إلى المواضيع الأساسية التي سوف تنجز خلال الجلسات اللاحقة.

كما تم تمرير مقياس بيك للاكتئاب وتسجيل درجته.

الجلسة الثالثة:

كان الهدف منها التعرف على الخلفية الثقافية والوعي المعرفي اتجاه المرض "سرطان الثدي" وتصوراتها للعلاج

مع التعرف على الأفكار التلقائية وتحديد هدف مراقبتها والتحكم فيها مع تصحيح الأفكار الخاطئة باستخدام أسلوب التربية الصحية حيث كانت ترى أن العملية هي خطأ في حقها لأن حالتها على- حسب قولها - لا تستلزم مثل هذا النوع من العلاج.

الجلسة الرابعة:

التعرف على الاكتئاب وعلاقته بالمرض، التعرف على المشكلات الخاصة بالمريضة وتأثيرها على حالتها الانفعالية والمعرفية. التعرف على المشكلات الناتجة عن المرض والتي تسبب لها حالة الاكتئاب وكشف العلاقة بين أسلوب التفكير اللاعقلاني وبين ظهور الاضطرابات الانفعالية والمعرفية، وهذا عن طريق أسلوب المناقشة والحوار مع استعمال تقنية البناء المعرفي بهدف مساعدتها على إدراك خطورة المشكلات الصحية الناتجة عن هذه المعتقدات الخاطئة مع تدعيم الانفعالات والأفكار السليمة ورفع روح المعنوية، التفاؤل والأمل. وفي الأخير قُدم لها واجب المراقبة الذاتية لمناقشته في الحصة القادمة.

الجلسة الخامسة:

تم فيها تحليل الواجب المنزلي (المراقبة الذاتية) الذي قدم في كل الجلسات العلاجية، كما قمنا بتدريسيها على الاسترخاء وشرح فائدته في تحسين الصحة والتخلص من التوتر والقلق، مع مناقشة الأفكار السلبية والانفعالات الناتجة عنها والمواقف التي تحدث مع مكافأة الجهود الناجحة التي قامت بها لتغيير أفكارها والتحكم في انفعالاتها.

الجلسة السادسة والسابعة:

إظهار العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك من خلال المواقف التي تعرضت لها خلال الأسبوع، استخدمنا كذلك تقنية النمذجة. كما تم تمرير مقياس بيك للاكتئاب بغرض تسجيل درجة الاكتئاب.

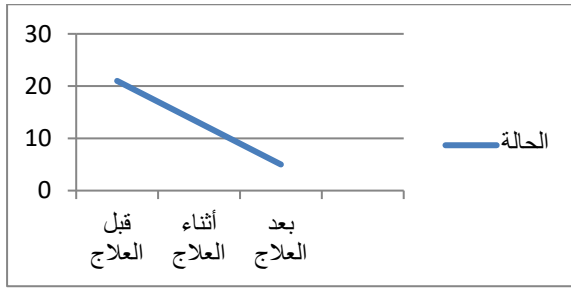
الجلسات الثامنة التاسعة العاشرة:

تشجيعها على الدخول في أنشطة سارة والتي كانت ترفضها كل مرة عندما كان زوجها يقترحها عليها وتشجيع السند الاجتماعي وخاصة من طرف إحدى صديقاتها، حيث تغير الاهتمام من المرض ومشاكله إلى تزيين المنزل والظهور بشكل أفضل خاصة أمام زوجها. ففي الحصص الأخيرة قلّ ويشكل واضح التكلم عن المرض والعملية والعلاج ولم يعد الموضوع المهم كما كان سابقا. فقد عادت لأغلب نشاطاتها السابقة (الاهتمام بالأطفال الطهي بمساعدة الزوج)، كما أنها تحسنت علاقتها كثيرا به فقد أدركت مدى حبه ومساندته لها.

الجلسات الأخيرة من الحادي عشر إلى الثالث عشر:

المواصلة في التقنيات التي لقيت استجابة لدى المفحوصة التقييم العام للحالة عن طريق الملاحظة ومناقشة المعتقدات للمريضة والنظر إلى أي مدى تحققت تلك الأهداف التي تم تسطيرها في بداية الحصص العلاجية وهي تغير نظرتها نحو المرض والعلاج وتصحيح نظرتها نحو المستقبل والتخلص من شعورها باليأس ونظرتها السلبية نحو ذاتها ونحو محيطها ونحو عائلتها وزوجها وهذه الأهداف قصدنا تحقيقها لدى المفحوصة للتخلص من المشكلة الرئيسية والمتمثلة في الاكتئاب.

الجلسة الرابعة عشر:



تحليل وتفسير المنحنى للحالة:

من خلال المنحنى الذي يمثل تراجع درجة الاكتئاب قبل العلاج بدلالة تطور البرنامج العلاجي والجلسات العلاجية نلاحظ أن هناك هبوط في المنحنى بشكل سريع بين مرحلة ما قبل العلاج التي كانت فيها درجة الاكتئاب (21) وأثناء العلاج التي سجلت فيها درجة (13) وتواصل الهبوط بنفس السرعة حيث سجلنا درجة (5) بعد العلاج. ويعود هذا التراجع إلى تلك الاستراتيجيات العلاجية التي دربت عليها المفحوصة خلال الحصص العلاجية حيث امتثلت واستجابت لها بشكل ملحوظ وهذه الاستراتيجيات خاصة بتغيير نظرتها حول المرض وكذا تغيير موقفها نحو زوجها وكيفية تقبل الوضع التي وجدت نفسها مجبرة على التعامل معه، ومن خلال التقنيات التي تدربت عليها كالمراقبة الذاتية التي كان لها الفضل في إدراك أفكارها والوعي بانفعالاتها والتحكم في سلوكها وبالتالي القضاء على التشاحن الذي كان موجودا بينها وبين زوجها ومن خلال تقنية إعادة البناء المعرفي وتقنية الحوار والمناقشة تمكنت من فهم نفسها وتحديد هدفها والسعي لتحقيقه، وأيضاً من خلال التربية الصحية وتقنية النمذجة تم إدراك حقيقة مرضها والاقتداء بالنماذج المقدمة لمحاربة المرض ومواصلة العلاج والتفاؤل بالشفاء.

كانت عبارة عن مراجعة شاملة للأفكار الإيجابية وطلبنا منها معرفة رأيها في الاستفادة من البرنامج وما نتيجة حالتها مقارنة على ما كانت عليه قبل بدأ العلاج حيث صرحت بأنها لم تعد ترى في مرضها عائقاً لاستمرار حياتها، وأن وجودها مهم في حياة زوجها وطفليها وأنها ستحرص مستقبلاً على تعويض كل ما ضاع في فترة العلاج وقبله.

كما تم تمرير قائمة بيك للاكتئاب بهدف القياس

البعدي وتقييم الحالة ومقارنتها بالنتائج السابقة قبل بدأ العلاج.

نتائج الدراسة:

جدول خاص بدرجات الاكتئاب حسب مقياس بيك للاكتئاب:

القياس البعدي	القياس أثناء العلاج	القياس القبلي	الحصص العلاجية
5	13	21	درجات الاكتئاب حسب مقياس بيك للاكتئاب

منحنى خاص بدرجات الاكتئاب حسب مقياس بيك للحالة الأولى:

خلاصة:

بناءً على النتائج التي توصلنا إليها من خلال إبراز تقنيات البرنامج العلاجي التي تم تطبيقها مع الحالات (عرض حالة واحدة) خلال الحصص العلاجية ومن خلال أيضاً تحليل الجلسات العلاجية والمنحنيات البيانية التي تعكس تراجع الأعراض الاكتئابية كلما كان التقدم في البرنامج العلاجي وتحليلها وتفسيرها، وعلى ضوء ما تم مناقشته في ظل تلك النتائج المتوصل إليها من خلال طرح التساؤل المعبر عن المشكل ووضع على أساسها الفرضية التي مفادها (للعلاج المعرفي السلوكي فاعلية في تخفيف أعراض الاكتئاب لدى مستأصلات الثدي) والتي توصلنا بعدما تم تحليل النتائج المترتبة عن إخضاع الحالات التي تعاني من الاكتئاب من بين اللواتي أصبن بالسرطان وخضعن لعملية استئصال الثدي في المؤسسة المتخصصة لمكافحة السرطان "بيار وماري كوري" وبالخصوص في مصلحة أمراض الثدي إلى أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي قد ساعد كثيراً في التخفيف من أعراض الاكتئاب وهذا ما يثبت أنه يعد من أكثر أنماط العلاجات النفسية شيوعاً في الوقت الراهن في تناول مختلف الاضطرابات حيث تطرق إلى كافة الاضطرابات تقريباً، وأكدت العديد من الدراسات على فاعلية هذا العلاج قياساً بالعلاجات الأخرى النفسية والطبية، ويعتبر الأفضل على الإطلاق فيما يتعلق بالنتائج المرجوة على المدى الطويل، ويركز العلاج المعرفي السلوكي على إحداث تغيير في السلوك وهذا من خلال تصحيح وتعديل الأفكار المشوهة والاعتقادات المختلة

وظيفية، وهذا لاستخدامه لفنيات أو تقنيات علاجية متعددة معرفية وانفعالية وسلوكية. (عادل عبد الله، 2000، ص153).

التوصيات:

في ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية يمكن التوصية بما يلي:

- إعداد برامج تثقيفية للمرضى تشرح ببساطة التشخيص ومراحل العلاج حتى لا يقع المريض تحت خطر الأفكار المشوهة المتداولة بين المرضى والتي تساهم وبشكل كبير من المشاكل النفسية.
- إقامة ندوات لتوعية عائلات المرضى بطبيعة الحالة النفسية المصاحبة للمرض والعلاج وكيفية التعامل معها وهذا بهدف تحسين المساندة الاجتماعية والتي تعتبر من أهم العوامل لمقاومة المرض والاستمرار في العلاج.

المقترحات:

- دراسة أثر برنامج قائم على العلاج بالتقبل والالتزام في تحسين الصحة النفسية للمصابات بالسرطان.
- دراسة أثر برنامج معرفي سلوكي على اهالي مرضى السرطان.
- دراسة العلاقة بين التدخين والصحة النفسية لدى مرضى السرطان.

■ اجراء دراسة مقارنة تتناول الرضا عن الحياة والصورة الجسدية لمريضات السرطان بعد عملية بناء الثدي.

المراجع:

1. أنسام مصطفى السيد بظاظو، 2012، برنامج علاجي لتخفيف صدمتي الوفاة والطلاق لدى الأطفال، النظريات والتطبيقات العلاجية الإكلينيكية، الكتب الجامعي الحديث، ط1، الإسكندرية.
2. بشير معمري، 2010، تقنين قائمة أرون بيك الثانية للاكتئاب على عينات من الجنسين في البيئة الجزائرية، صورة الراشدين B,D,I-II ، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية العدد 25-26.
3. جهاد براهيمية، 2016، الالم النفسي لدى السرطان- دراسة ميدانية-جامعة قاصدي مرباح، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد 27.
4. حامد أحمد الغامدي، 2010، مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف، مجلة جامعية أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، المجلد 2، العدد 1.
5. حنان الشقراوي وياسمين رافع الكركي، 2016، الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات، المجلة الاردنية في العلوم التربوية، مجلد 12، عدد 1، 850-100.
6. دليلة زناد، 2013، علم النفس الصحي، تناول حديث للأمراض العضوية المزمنة، العجز الكلوي المزمن وعلاجه الهيبوداليز نموذجاً، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الجزائر.

7. شيلي تايلور، ترجمة وسام درويش بريك، فوزي شاكر داود، 2008، علم النفس الصحي، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، الاردن.
8. عبد الباسط متولي خضر، 2014، أدوات البحث العلمي وخطة إعداد، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
9. محمد مجدي الدسوقي، 2008، دراسات في الصحة النفسية، مكتب الأنجلو مصرية، القاهرة ط الأولى، المجلد 2.
10. هناء أحمد شويخ، 2007، تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية، إيتراك للطباعة والنشر، مصر.
11. رشيدة شدمي، 2015، واقع الصحة النفسية الناتجة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان.
12. عادل عبد الله، 2000، العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، دار الرشاد، جامعة الزقازيق.
13. طاوس هاشيم، 2011، التكفل النفسي المعرفي السلوكي لدى النساء ضحايا العنف الزوجي اللواتي يعانين من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، جامعة مولود معمري، تيزي وزو.
14. Jean Cottraux, 2017, Les psychothérapies cognitives et comportementales, Elsevier Masson, 6^e édition, Paris.
15. Epidémiologie du cancer du sein en Algérie, Santé Magreb, WWW.santemaghreb.com

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من استجابة القلق والاكتئاب لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي (دراسة حالة)

بولكويرات صليحة طالبة دكتوراه - جامعة الجزائر 02

د شرفي هناء، د برزوان حسيبة - جامعة الجزائر 02

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي، قلق،
اكتئاب، التصلب اللويحي.

Abstract :

L'objectif de cette étude est de démontrer l'impact d'un programme de thérapie cognitive comportementale sur l'amélioration de l'état anxio-depressif des malades atteints de la sclérose en plaque. L'étude s'inscrit dans la méthode quasi-expérimentale, notamment test-retest.

Les moyens utilisés dans notre recherche sont : 1 observation, 1 entretien semi-directif, la grille de 1 analyse fonctionnel de BASIC IDEA, l'échelle

ملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى إظهار مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض من استجابة القلق والاكتئاب لدى المرضى المصابين بالتصلب اللويحي.

لقد استخدمنا المنهج شبه التجريبي حيث قمنا بقياس قبلي وبعدي، وتمثلت أدوات الدراسة في الملاحظة، المقابلة النصف الموجهة، شبكة التحليل الوظيفي لـ BASICADEA مقياس القلق لسيلبرجر ومقياس الاكتئاب لبيك، بالإضافة إلى الدليل التشخيصي DSM4، كما احتوى البرنامج العلاجي على تقنيات من العلاج المعرفي السلوكي، وشملت العينة حالتين من مرضى التصلب اللويحي تم اختيارهم بطريقة قصدية.

خلصت الدراسة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض اضطراب القلق والاكتئاب لدى مرضى التصلب اللويحي

مقدمة:

إن الشخص معرض للإصابة بمرض عضوي في أي فترة من فترات حياته وهذا الأخير يمكن أن يكون مرض هين أو مرض مزمن، وفي الحالة الثانية أي إذا ما كان المرض مزمن، فإنه يؤثر على نوعية حياة الفرد، مما يؤدي إلى صعوبات في التكيف.

وبهذا فالمصاب بالمرض العضوي المزمن يكون مجبرا على تغيير نمط حياته الذي كان يسير عليه قبل المرض، ووضع نمط جديد، أين يأخذ فيه بعين الاعتبار حالته وقدراته الصحية الجديدة، وهنا نحن نتحدث عن فرد تقبل وضعيته الجديدة ويحاول التكيف معها، ولكن هذا ليس دائما الحالة التي نراها، ففي أغلب الأحيان يجد المرضى صعوبات في التكيف مع مرضهم المزمن وهذا يرجع إلى طبيعة تكوين شخصيتهم ومدى النضج النفسي العاطفي عندهم، بالإضافة إلى طبيعة استراتيجيات المواجهة المستعملة من طرفهم، ويرجع أيضا عدم التكيف مع المرض إلى طبيعة المرض في حد ذاته، فالإصابة بمرض مزمن كالتصلب اللويحي والذي يعرف عنه أنه يصيب الراشد الشاب ما بين سن 20 و 40 سنة، أي الفرد وهو في قمة نشاطه سواء للتخطيط لبناء حياته الدراسية أو المهنية والأسرية، وبالتالي هو مرض يصيب استقلالية الفرد. فمن الطبيعي أن يظهر مرضى التصلب اللويحي استجابات نفسية مختلفة، تمكنه من استعادة توازنه بعد فترة معينة، إلا أنه من غير الطبيعي أن تستمر هذه الاستجابات النفسية بعد سنة أو أكثر من الإصابة بالمرض وأن

d'évaluation de l'anxiété de speilberjer, l'échelle de dépression de Beck et le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM 4, ajoute a cela le programme thérapeutique base sur les technique de la thérapie cognitive comportementale. L'étude est compose de 2 patientes atteintes de sclérose en plaque

Les résultats obtenus ont montré une diminution du degré de l'anxiété et la dépression chez les deux patientes dont la thérapie cognitive comportementale s'est avérée efficace.

Mots clés : thérapie cognitive comportementale, anxiété, dépression, sclérose en plaque.

تؤدي إلى تراجع مستوى أداء الفرد على كل المستويات العائلية، الاجتماعية، والمهنية.

وبحسب الحالي يتناول استجابة القلق والاكتئاب عند المرضى المصابين بالتصلب اللويحي، ومدى أثر التدخل النفسي ذو التوجه المعرفي السلوكي في تخفيف هذه الاستجابات.

وتتمثل أهمية هذا البحث، أن للجانب النفسي تأثير كبير على الشخص في كل الجوانب، وعلى قدرته على التكيف والتعايش مع المرض مما يجعله يصل إلى مستوى يمكنه من مواصلة حياته. وبهذا نقترح برنامج علاجي معرفي سلوكي يهدف إلى الوصول بالمرضى لمرحلة يستطيع فيها تسيير الاستجابات السلبية كالقلق والاكتئاب حتى يتمكن من التعايش مع مرضه رغم صعوباته.

1- إشكالية الدراسة:

إن الحياة مليئة بالتجارب منها السارة ومنها المحزنة، ومن بين هذه الأخيرة يمكن أن يتعرض الفرد للإصابة بمرض عضوي فمهما كان نوعه بسيطاً أو خطيراً، فإنه ينتج عن هذه التجربة انعكاسات نفسية، والتي تؤثر على نوعية حياة الفرد. إذ يؤكد العديد من الباحثين على العلاقة الموجودة بين الجانب النفسي والجانب العضوي، فإصابة أحدهما تؤثر على الآخر كما يؤكدون على أنه غالباً ما يصاحب الاضطراب العضوي باستجابات نفسية عديدة.

حيث يعتبر لacroi (2009) أن الإصابة بالمرض العضوي حدث غير اختياري ولا مرغوب فيه، والذي يعلن عن إدراك للخطر، مما

يترك آثار على المستوى الانفعالي ومن خلال هذا الأخير يتحدد تكيف الشخص مع وضعيته الجديدة. فمواجهة الفرد لتدهور حالته الصحية يؤدي إلى ظهور استجابات نفسية تجاه هذا التحول الجسدي. وهنا يمر الفرد بمرحلة حداد والذي في حالته الطبيعية يكون عبارة عن نشاط نفسي أين يتم معايشة المعاناة للتمكن من تجاوزها، بينما في حالة محاولة نفي للمعاناة هنا يقع توقف للعمل النفسي.

(Simon et al, 2009, P.33)

وكما يفسر لacroi (2009) في نموذج عن استراتيجيات التكيف المستعملة من طرف المصابين بمرض المزمن، بأن السير المتوقع للاستجابة عند إعلام المريض بالإصابة بالمرض العضوي المزمن، يكون إما في حالة تطور نحو تقبل المرض، بحيث يصاب المريض في البداية بنوع من الشك أو السخط العابر بعدها يستعمل الاستياء أو التمرد كاستراتيجية للمواجهة، مما يؤدي إلى مرور الفرد بحالة من الحزن والاكتئاب العابرة ليصل في الأخير إلى مرحلة يتكيف فيها مع مرضه، أما في الحالة الثانية فالمرضى يتطور نحو الاستسلام والخضوع حيث يصاب في البداية بحالة من القلق، بعدها يستعمل استراتيجيات التجنب والتي تؤدي إلى حالة من الرفض، الإنكار، الخجل، وعدم الاهتمام، مما يؤدي إلى وصول المريض إلى حالة من الاكتئاب المرض (Simon et al, 2009, P.34).

(2009, P.34)

وبهذا فإنه عادة ما يظهر المرضى استجابات نفسية للتكيف مع المرحلة الجديدة من حياتهم، كالقلق

والاكتئاب، والتي تعتبر مرضية في حالة استمرارها مع الوقت وظهورها بشكل شديد.

ويعرف هانري آي (Henri Ey, 2006) القلق على أنه اضطراب معاش مؤلم في انتظار خطر متوقع الحدوث، يظهر من خلال تظاهرات انفعالية ناتجة عن الضيق الشديد (Ey, 2006, P. 379). أما الاكتئاب فيعرفه بيك (Beck) الاكتئاب على أنه حالة عيادية تكون مصحوبة بتغيرات مزاجية وعقلية وجسمية تتمثل في صورة: الحزن والعزلة واللامبالاة وانخفاض تقدير الذات واضطراب في النوم والشهية، ونقص الليبدو، وعداء الذات وانخفاض في النشاط (محمد سعد حامد، 2010، ص 11).

وفي هذه الحالة تعتبر استجابة القلق والاكتئاب اضطراب نفسي ثانوي، أي ناتج عن الإصابة بالمرض المزمن، وفي حالة الإصابة بمرض مزمن كمرض التصلب اللويحي والذي يعتبر مرض عصبي، يظهر بين سن 20 و 40 سنة وهو مرض يصيب غشاء المييلين أو المسماة المادة البيضاء في الجهاز العصبي المركزي ويتميز هو وجود ميكانيزمات ذاتية التهديم (auto-immune) ومن أهم أعراضه: الإرهاق، اضطراب في الرؤية، فقدان الإحساس، اضطراب الحركة، عدم التحكم في جهاز الإخراج ... الخ (David et Lapland, 2004, P.P. 307-308)

ف نجد أن هذا المرض يؤثر بشكل كبير على نوعية الحياة الفرد وعلى استقلالية، نتيجة الظهور المفاجئ للأعراض وهذه الأخيرة يمكن أن تبقى أو تختفي مع ترك آثار على بعض أعضاء الجسم، ونجد أن المصابين بهذا المرض عادة ما يظهرون استجابات نفسية مختلفة.

وهذا ما أكدته دراسات عديدة تناولت الانعكاسات النفسية لهذا المرض، نذكر منها دراسة دياز وآخرون (Diaz et al, 1999) والذي تناول فيها الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض التصلب اللويحي وتوصل إلى أن 79 % من الحالات تعاني من إكتئاب و 37 % من القلق.

كما قام باترن وآخرون (Patten et al, 2003) بدراسة مقارنة بين الاكتئاب عند أشخاص مصابين بأمراض خطيرة والمصابين بمرض التصلب اللويحي، وتوصلوا إلى أن الأشخاص المصابين بمرض التصلب اللويحي نسبة الاكتئاب تصل عندهم إلى 15.7 % بينما يصل الاكتئاب عند المصابين بأمراض خطيرة أخرى 9.1 %. ولقد أظهرت دراسة جانسوس وآخرون (Janssens et al., 2003)

أن المرضى اللذين تم تشخيص المرض عندهم تحصل 34 % منهم أنهم مصابين بحالة من القلق (Lebrun et al, 2009, P.P. 156-157) وفي دراسة لبنديك (Benedict et al, 2005) أثبت أن المرضى يعانون من حالة قلق واكتئاب بالإضافة إلى ظهور اضطرابات معرفية وتراجع لنوعية الحياة. كما أثبت فويوفيتش وآخرون (Vouyovitch et al, 2006)

أن مرض التصلب اللويحي أثر على نوعية الحياة خاصة عرض الإرهاق، مما يؤثر على الحياة اليومية للمرضى على المستوى العلائقي والاجتماعي والمهني. وأكدت الدراسة التي قامت بها شهراوي (2009) حول نوعية الحياة الذاتية (subjective) عند الأشخاص المصابين بمرض التصلب اللويحي، حيث

شملت عينة 61 شخص من خلال المقابلة العيادية وتطبيق ثلاثة مقاييس: مقياس نوعية الحياة الذاتية (PQVS)، مقياس القلق حالة-سمة سبيلبرجر (Spielberger) ومقياس الاكتئاب لبيك (Beck) وتوصلت هذه الدراسة إلى انخفاض مستوى الرضا العام عن نوعية الحياة والتي تظهر خاصة في شكل اكتئاب وقلق. وأنه كلما ارتفع القلق والاكتئاب كلما انخفضت نوعية الحياة (Chahraoui et al, 2010. P. 746 - 748). ومن بين الدراسات النفسية التي تناولت مرض التصلب اللويحي في الجزائر، دراسة بيلك (2005) والتي تناولت هذا المرض من وجهة نظر المدرسة السيكوسوماتية، وذلك بتقييم نوعية العقلنة حيث توصلت الباحثة من خلال دراسة أجريت على 8 حالات وتوصلت إلى أن هؤلاء المرضى لديهم ضعف في العقلنة (بيلك، 2005). ونتيجة هذه الدراسات ولملاحظتنا الميدانية، التي كشفت لنا الاستجابات النفسية العديدة لمرضى التصلب اللويحي، مما يستدعي تدخل علاجي نفسي.

حيث يرى لورو مورسز أن الألم الجسدي هو نداء للتدخل الطبي والمعاونة النفسية هو نداء للتواصل مع المريض. كما يرى لacroi (2009) المعاونة النفسية تتطلب أن تكون مسموعة، مشتركة، مرافق، هذه الحاجيات. حيث يرى شافير (Schiffer, 1997) أن هناك بعض الدراسات التي تحدثت على أن العلاج النفسي يمكن أن يكون فعال عند المصابين بمرض التصلب المتعدد ويظهر أنها أكثر فاعلية عندما يكون المرضى في

مرحلة الانقطاع من المرض أفضل من المرحلة النشطة

(Lebrun et al, 2009, P. 160).

ومن العلاجات النفسية الرائدة في الوقت الحالي العلاج المعرفي السلوكي كما يعد العلاج المعرفي السلوكي من أكثر أنماط العلاجات النفسية شيوعا في الوقت الراهن في تناول مختلف الاضطرابات. وقد أكدت دراسات عديدة أن العلاج المعرفي السلوكي هو الأكثر فعالية قياسا بالعلاجات النفسية الأخرى وذلك في علاج الاضطرابات. ويرى عادل عبد الله (2000) أنه يعتبر الأفضل فيما يتعلق بالنتائج المرجوة على المدى الطويل، حيث تقل بدرجة كبيرة احتمالات حدوث انتكاسة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي. إلى جانب هذا امتدت تطبيقات العلاج المعرفي السلوكي لتشمل مجموعة من الاضطرابات: كالخجل، القلق، اضطرابات النفس-اجتماعية والمشكلات الزوجية واضطرابات الأكل والإدمان وإساءة استخدام المواد والتخلف العقلي، الاضطرابات الذهانية والعديد من مشكلات الأطفال، ويرى روزن (1993) أن عدد الدراسات الامبريقية التي أكدت فاعلية هذا الأسلوب العلاجي في علاج الاضطرابات المختلفة قد تزايد بشكل كبير، ومؤخرا ثم حتى استعمال هذا العلاج في علاج الآلام المزمنة مثل: الآلام المزمنة المصاحبة للصداع، الربو، من خلال التدريب على الاسترخاء بالإضافة إلى التغذية الرجعية الحيوية (عادل عبد الله، 2000، ص.ص. 105-153).

كما أن كوترو (Cottraux, 2011) ذكر تقرير لنسارم (INSERM, 2004) ونتائج

الدراسات المراقبة الحديثة، والتي جاءت بأن العلاج السلوكي المعرفي أثبت فعاليته في علاج اضطرابات الطفل والراشد في أغلب الاضطرابات النفسية (J. Cottraux, 2011,P.353).

وبهذا يرى جون سكوت (Jan Scott, 2002) أنه قد أصبح استعمال وكفاءة العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات الاكتئابية الأساسية الأولية راسخ الأسس الآن، وفي علاج اضطرابات القلق، أما استخدام العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب والقلق الذي ينتج كنتيجة ثانوية للمرض العضوي لم ينل إلا حظا قليلا من البحث. وقد نشرت القليل في التراث السيكلوجي تشير إلى إمكانية استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع مرضى المصابين بالتهاب الكبد المتعدد للاركومب وويلسون

(Larcombe et Wilson, 1984) وفي علاج التكيف مع نتائج الجراحات القلبية دراسة كل من قاليانث وليث (Valiant et Leith, 1986)، وفي علاج أعراض تهيج الأمعاء دراسة كل من سكوارز وبلانكارد (Schwarz et Blanchard, 1986... الخ. ولقد كانت

أحجام العينات المستخدمة صغيرة وكانت النتائج مختلفة، واشتملت على دلائل الفشل ودلائل النجاح. ولكن الدراسات المقتبسة حتى الآن يمكن أن تعتبر بمثابة محاولة أولية لجلس النبض، وهناك قليل من التقارير التي أعطت تفاصيل عن مشاكل استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع هؤلاء المرضى، ومعلومات قليلة نسبيا متاحة عما إذا كان قد تم تعديل أسلوب العلاج المعرفي السلوكي لمواجهة

الاحتياجات الخاصة لهذه المجموعة، وكيف تم هذا التعديل (بيك، 2002، ص.ص. 171-172).

ومن الدراسات العربية التي تناولت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من الاستجابات النفسية المصاحبة للمرض العضوي نذكر دراسة أقيمت بمصر لممدوح مختار علي (2001) حول فعالية العلاج السلوكي كآلية احتواء وعلاج للاضطرابات المصاحبة لمرض السكري، حيث توصل إلى فعالية هذا النوع من العلاج النفسي (مختار علي، 2001، ص.ص. 104-122).

ومن الدراسات التي استعملت العلاج المعرفي السلوكي في الجزائر، نذكر دراسة صويلح فريدة التي تناولت تقييم فعالية العلاج المعرفي لبيك في علاج الاكتئاب لدى عينة من المعوقين حركيا والتي تناولت 8 حالات لتحقيق من فرضية أنه تطبيق العلاج المعرفي لبيك باستعمال تقنيات سلوكية ومعرفية يخفف من الأعراض الاكتئابية لدى المعوقين حركيا، فتوصلت إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يخفف من الأعراض الاكتئابية (صويلح فريدة، 2009، ص. 191).

أما الدراسات التي تناولت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من الاستجابات المرافقة لمرض التصلب اللويحي، فنذكر دراسة لموهر (Mohr et al, 2004) ثم إجرائها على 14 مريض مصاب بالتصلب اللويحي، للمقارنة بين فعالية العلاج النفسي والعلاج الدوائي لأعراض الاكتئاب والتي تم قياسها عن طريق مقياس بيك للاكتئاب. وتوصلت الدراسة إلى فعالية مماثلة بعد علاج دام 4 أشهر. كما أن هذا العلاج مستوحى

من النظريات المعرفية السلوكية (Lebrun et al, 2009, P. 161).

وبناء على النتائج الايجابية المحققة في العلاج المعرفي السلوكي بتناوله لمختلف الاضطرابات النفسية الأولية والثانوية منها، ارتأينا من خلال بحثنا هذا اختبار فعاليته في التخفيض من استجابة القلق والاكتئاب عند المرضى المصابين بالتصلب اللويحي، وعليه تم طرح التساؤل العام التالي:

هل العلاج المعرفي السلوكي فعال في التخفيض من درجة أعراض القلق والاكتئاب عند المرضى المصابين بالتصلب اللويحي؟

ومن هنا تم إدراج التساؤلات الفرعية التالية:

هل هناك فروق في القياس القبلي والبعدي في درجة أعراض القلق لدى المرضى المصابين بالتصلب اللويحي؟

هل هناك فروق في القياس القبلي والبعدي في درجة أعراض الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالتصلب اللويحي؟

الفرضية العامة:

العلاج المعرفي السلوكي فعال في التخفيض من درجة أعراض القلق والاكتئاب عند مرضى التصلب اللويحي.

الفرضيات الجزئية:

هناك فروق في القياس القبلي والبعدي في درجة أعراض القلق لدى مرضى التصلب اللويحي.

هناك فروق في القياس القبلي والبعدي في درجة أعراض الاكتئاب لدى مرضى التصلب اللويحي.

2- أهداف الدراسة:

تمثلت أهداف الدراسة الحالية فيما يلي:

1- تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيض من الاضطرابات الثانوية كاضطراب القلق والاكتئاب.

2- تخفيض من درجة الاكتئاب عند المرضى المصابين بالتصلب اللويحي.

3- تدريب مرضى التصلب اللويحي على بعض الاستراتيجيات لمواجهة ردود الفعل النفسية المصاحبة للمرض كالقلق.

3- أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة الحالية في طبيعة الأعراض النفسية التي يظهرها المرضى المصابين بالتصلب اللويحي ومدى تأثير هذه الأخيرة على الجانب النفسي، العلائقي والمهني عندهم، ومن هنا يأتي دور التدخل باستعمال برنامج معرفي سلوكي في التخفيف من بعض الاستجابات النفسية لمرضى التصلب اللويحي والوصول بالمريض إلى القدرة على تسير قلقه والتحكم أكثر بانفعالاته وأفكاره. كما تهدف الدراسة إلى التنبيه بضرورة الكفالة النفسية للاستجابات النفسية الثانوية الناتجة عن الإصابة بمرض عضوي مزمن.

4- تحديد المفاهيم:

- القلق:

يعرفه سارفو بأنه إدراك وتوقع للخطر والتهديد خلال وضعية معينة، يمكن أنه يصبح مبالغ فيه، فيصعب السيطرة عليه، مما يولد صعوبات في التكيف عند الشخص (Servant, 2007, P.196).

وتمثل في الدراسة الحالية في النتائج المتحصل عليها في مقياس القلق حالة سمة لسبيلبرجر .

-الاكتئاب:

يرى بيك أن المحتوى الفكري لمرضى الاكتئاب يركز على فكرة الفقد وعلى وقوع فقدان كبير. فيحس المريض منهم أنه قد خسر شيئاً يراه ضرورياً لسعادته أو طمأنينته، ويتوقع من أي مشروع هام نتائج سلبية، ويرى نفسه مفتقداً للصفات اللازمة لتحقيق أهداف ذات شأن. ويرى أنه بالإمكان أن نصوغ هذه التهمة فيما يلي يسمى الثلاثي المعرفي: تصور سلبي للذات، تفسير سلبي لخبرات الحياة، نظرة عدمية للمستقبل (بيك، 2000، ص 98). وتمثل في الدراسة الحالية في الدرجات المتحصل عليها في مقياس بيك للاكتئاب.

- التصلب اللويحي:

يعرف كامبي وآخرون (Cambier et al, 2004) مرض التصلب اللويحي على أنه عبارة عن مرض التهابي مزمن، ذاتي التهديم يصيب الجهاز العصبي المركزي. يصيب النساء أكثر بقليل من

الرجال. في نوعه الأكثر تكراراً يتطور المرض من خلال الدفعات مما يؤدي إلى انتشار آفات دماغية. يعتبر هذا المرض نتاج لعوامل مرضية مناعية أين السبب غير معروف

(Cambier et al, 2004, P.296).

- العلاج المعرفي السلوكي:

يرى بلازولو (Palazzolo , 2005) أن العلاج المعرفي السلوكي علاج يعمل كما يدل اسمه على تغيير السلوك الغير متكيف في الحياة اليومية للشخص، كما يعمل على الأفكار أي المعارف المرتبطة بالسلوك الغير المتكيف. إذن يتعلق هذا العلاج بتغيير السلوك الغير مناسب بهدف أن يتطور بأكبر سرعة ممكنة. وهذا النوع من العلاج يهتم بميكانيزمات معالجة المعلومة والتي تتعلق بسياق التفكير الواعي والغير واعي التي تنظم نموذج الإدراك تجاه العالم ((Palazzolo, 2005, P. 13 .

وفي الدراسة الحالية تم تطبيق برنامج معرفي سلوكي للتخفيض من استجابة القلق والاكتئاب لدى مرضى التصلب اللويحي، وهو يقوم على تدريب المفحوصين على بعض التقنيات والمتمثلة في تمارين الاسترخاء، التدريب على ضبط الذات، تأكيد الذات وتقنية النمذجة، ومن ثم تصبح تلك التقنيات مهارات يستعملها المفحوص في حياته اليومية مما يعزز من استقلاليتته.

5-منهج الدراسة:

في هذه الدراسة يهدف المنهج شبه التجريبي إلى اختبار فعالية برنامج معرفي سلوكي في التخفيض من

القلق والاكتئاب، من خلال تطبيقه على مجموعة متكونة من حالتين مصابتين بمرض التصلب اللويحي. بحيث يمثل البرنامج العلاجي المتغير المستقل، وتبعاً له نفترض انخفاض درجة كل من القلق والاكتئاب والذي يمثل المتغير التابع، وتقوم الباحثة بإجراء اختبار قبلي واختبار بعدي على نفس العينة من المفحوصين، للتأكد من صحة فرضيات البحث.

6-مجموعة الدراسة:

تتكون عينة البحث من حالتين، تم اختيارهما بطريقة مقصودة، وفيما يلي جدول يوضح خصائص عينة البحث:

جدول (01): خصائص عينة البحث

	الجنس	السن	الحالة الأسرية	الحالة الاقتصادية	المستوى التعليمي	سن الإصابة بالمرض
الحالة الأولى م	أنثى	40 سنة	متزوجة وأم ل 4 أطفال	جيدة	ليسانس	39 سنة
الحالة الثانية س	أنثى	20 سنة	عزباء تقع في الرتبة الثانية بين أربعة إخوة	متوسطة	ثالثة ثانوي	18 سنة

7- أدوات الدراسة:

اعتمدنا في بحثنا هذا على جملة من الأدوات التي تساعد في الإجابة على تساؤلنا وللتأكد من صحة الفرضيات، والتي تتمثل في:

7-1- المقابلة النصف الموجهة:

في هذا النوع من المقابلة يقوم الباحث بتحديد مجموعة من الأسئلة بغرض طرحها على المبحوث، مع احتفاظ الباحث بحقه في طرح أسئلة من حين لآخر دون خروجه عن الموضوع (معن خليل عمر، 1983، ص 211).

7-2-الاختبارات النفسية:

المقاييس النفسية التي تم استعمالها في بحثنا هذا هي كالآتي:

7-2-1-مقياس بيك للاكتئاب:

قام بوضعه بيك (Beck) ويتكون هذا المقياس من 21 مجموعة من الأسئلة وكل مجموعة منها تصف أحد الأعراض الرئيسية للاكتئاب فيها: الحزن والتشاؤم والإحساس بالفشل والسخط وعدم الرضا...الخ. ويطلب من الشخص أن يقرأ كل عبارة في كل مجموعة وأن يقرر أي عبارة منها تنطبق عليه. فيصف حالته ومشاعره اليوم والآن بوضع دائرة حول رقم العبارة التي تنطبق عليه.

وتتمثل طريقة تطبيق الاختبار في الطلب من المفحوص قراءة التعليمات الموجودة في بداية المقياس والتأكد من فهمها ثم الشروع في الإجابة. التنقيط يتم بجمع الدرجات التي تحصل عليها الفحوص في

المجموعات الواحد والعشرين للوصول إلى الدرجة الكلية للمقياس. وتتراوح الدرجة من 0 كحد أدنى إلى 39 كحد أقصى ثم توضع هذه المجاميع ضمن درجات فاصلة قصد التعرف على درجة الاكتئاب (عبد الستار ابراهيم، 1998، ص. 69).

لقد قام غريب عبد الفتاح (1985) بترجمة المقياس وتكييفه للبيئة العربية، حيث قام بحساب معامل الصدق لهذا المقياس وتم ذلك باستخدام معامل "برون" و"سبيرمان" (Brown et Sperman) وكان معامل الثبات قدر ب (0.39).

وفيما يخص البيئة الجزائرية قام الباحث من جامعة باتنة بشير معمريّة بحساب ثبات مقياس بيك للاكتئاب سنة 1998 على مجموعة من الطلبة الجامعيين.

7-2-2- مقياس القلق لسبيلبرجر (Spielberger):

هو عبارة عن مقياس يتكون من قائمة لقياس سمة القلق وقائمة لقياس حالة القلق، والتي أعده كل من لوشين وسبيلبرجر 1970 وقد استخدم هذا الاختبار في كثير من الابحاث والدراسات.

تميزت هذه القائمة عن غيرها من مقاييس القلق بمقياس لكل من سمة وحالة القلق معا، وقد قمنا بتطبيق الصورة المعربة ومكيفة من طرف الأستاذة أمل معروف بعلم النفس بجامعة الجزائر 02.

تتكون القائمة من صورتين كل صورة تحتوي 20 عبارة، الأولى تقيس 'حالة القلق' التي يعيشها المفحوص في الوضعية الآنية، حيث عشرة عبارات مصاغة صياغة ايجابية والعشرة الأخرى سلبية، وتقابلها أربع إجابات تحدد درجة القلق، تتسلسل حسب الترتيب التالي: مطلقا، إلى حد ما، وسط، كثيرا. كثيرا.

والصورة الثانية تقيس 'سمة القلق' وهي حالة ثابتة نسبيا، فنجد أنها مصاغة في ثمانية عبارات ايجابية والاثني عشر الباقية سلبية، وتقابل كل من هاته العبارات إجابات تحدد درجة القلق حسب الترتيب التالي: مطلقا، أحيانا، غالبا، دائما. تختلف طريقة التصحيح لكل من العبارات السالبة والعبارات الموجبة والتي تساوي 20 ونضربها في أربعة عدد الإجابات فنحصل على مجموع 80، ولمعرفة درجة القلق عند المفحوصين نقوم بجمع الدرجات المتحصل عليها لكل صورة على حدي، وذلك بمراعاة العبارات السالبة (شايب وعيد، 2008، ص. 36-37).

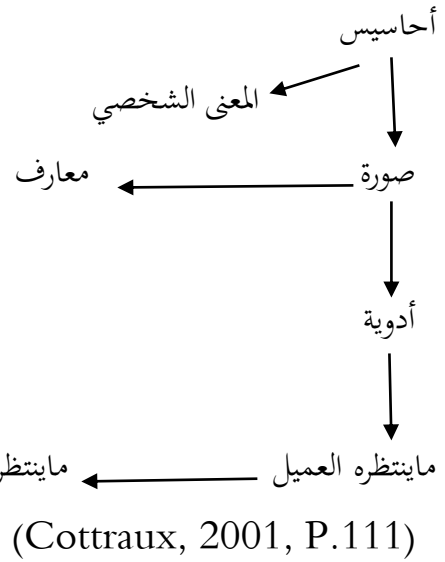
7-3- التحليل الوظيفي:

التحليل الوظيفي هو تحديد مجموعة السلوكات، العوامل، والسوابق، المؤدية إلى ظهور الاضطراب وعوامل استمرار الاضطراب. هناك عدة شبكات للتحليل الوظيفي إلا أننا سنتحدث عن شبكة

(BASIC IDEA) والتي تم استعمالها في بحثنا هذا.

وضعت هذه الشبكة من طرف لازاروس (Lazarus, 1977) والتي من خلالها يتم تحليل السلوك، وفيما يلي سنعرض شكل يوضح شبكة (BASIC IDEA)

السلوك المشكل



7-4- البرنامج العلاجي:

تم وضع برنامج تدخلي للتخفيف من أعراض القلق والاكتئاب والممثل في التقنيات التالية:

❖ تقنية الواجب المنزلي:

يرى كوروين وآخرون (Corwen et al, 2008) أن معدل طول الجلسة العلاجية حوالي 60 دقيقة، فلو أن العميل ركز فقط أثناء الجلسة على مشكلاته فذلك يعني أنه هناك 127 ساعة

أسبوعياً لم يتعرض فيها للعلاج، ويؤدي ذلك إلى نقص استمرارية العمل مع مشكلة معينة، بالإضافة إلى أنه في بعض الأحيان عندما يكونوا وسط مواقف معينة، فهم يستطيعون التقاط أفكارهم الآلية الأكثر بروزاً، كما أن الواجب المنزلي يرفع من وعي العميل بقدرته على الاستمرار في العلاج حتى بعد انتهاء الجلسات.

ثم اختيار هذه التقنية، حتى يكون هناك استمرار للعملية العلاجية حتى خارج الحصص، مما يرفع من مشاركة العميل في العلاج، كما أنها تعزز استقلالية العميل (كوروين وآخرون، 2007، ص. 49) .

❖ تقنية الاسترخاء العضلي:

يعرف سيرفو (Servant, 2009) تقنية الاسترخاء على أنه مجموعة التقنيات التي توصل الشخص إلى حالة من الاسترخاء. ويرى أن الاسترخاء العضلي هو تقنية تركز على الراحة الجسدية. والتي ظهرت سنة 1980 من طرف جاكبسون (Jacobson) والمبدأ الأساسي لهذه التقنية هو راحة العضل من خلال الشد والإرخاء المتواصل لمجموعة من العضلات حسب بروتوكل منظم وضع من طرف جاكبسون (Servant, 2009, P.2).

اختيرت هذه التقنية حتى نخفف من درجة التوتر والقلق عند المتعالج وحتى تكون كإستراتيجية

يستعملها العميل لمواجهة الوضعيات المقلقة أو المثيرة للتوتر.

❖ تقنية ضبط الذات:

أعطى ويلسون واوليري (Wilson et 1980) (Oleary, التعريف التالي لضبط الذات: "إن ضبط النفس عبارة عن أسلوب لتغيير السلوك، يبدأ الفرد عادة بنفسه بغرض التأثير على سلوكه الشخصي". كما أن محروس الشناوي و السيد عبد الرحمن (1998) يريان أن هذه التقنية تمر بثلاث مراحل وهي كالآتي:

المرحلة الأولى: المراقبة الذاتية أو الملاحظة الذاتية، وتوصف بأنها الحضور الواعي والدقيق للسلوك الذاتي للشخص.

المرحلة الثانية: تكون فيها مقارنة بين المعلومات المتحصل عليها من المراقبة الذاتية ومعايير السلوك المحدد ويمكن تسميتها بمرحلة التقويم الذاتي.

المرحلة الثالثة: وتشمل عملية تنظيم الذات، فهي مرحلة دافعية، حيث تتألف من إدارة رابطة التعزيز الذاتي، يرتبط بدرجة تباعد السلوك عن معايير الأداء والتدعيم الموجب للذات ينتج عنه الاستمرار في السلسلة المتقطعة للسلوك. و ثم إختيار هذه التقنية لمساعدة العميل على التحكم في نفسه والتخلص من بعض العادات أو السلوكات السلبية المتعلقة بالأفكار السلبية (الشناوي والسيد، 1988، ص.192)

❖ تقنية تأكيد الذات:

يعرف كانجي (Cungi, 2001) تأكيد الذات على أنه مجموعة المهارات التي تكون عند الشخص للوصول إلى تحقيق أشياء ملموسة وعلاقات جيدة مع الآخرين. وأن تأكيد الذات هو معرفة الشخص دون انفعال كبير كيف يطلب أو يرفض، أن يعبر عن أفكاره وأحاسيسه عندما يستلزم هذا، وبصفة عامة هو القدرة على الحوار الجيد مع الآخر (Cungi,2001, P.5).

وفقدان تأكيد الذات عند الفرد، يظهر إما في شكل سلوكات تثبيته (inhibé) أو سلوكات عنيفة، أو تراجع لكلا السلوكين.

وتم اختيار هذه التقنية لمساعدة المتعالج على تعلم كيفية تأكيد نفسه والتعبير عن رأيه، مشاعره، رفضه، بصراحة ولتخفيض التوتر في حالة مواجهة وضعية اجتماعية تعتبر صعبة بالنسبة للمتعالج، وبالتالي تهدف هذه التقنية لتحسين مستوى العلاقة مع الآخر.

❖ تقنية النمذجة:

تحدث فونتان (Fontaine) عن النمذجة قائلاً: إن كل شخص يمكنه ملاحظة إمكانية تغيير السلوك وتعلم سلوك جديد من خلال ملاحظة سلوك شخص آخر، فمثلاً الطفل يقلد دائماً السلوك الذي لاحظته عند والديه، ونفس الشيء بالنسبة للراشد، حيث يمكن أن تتأثر سلوكاته بما أمكنه ملاحظته من

يجبهم. كما أكد فونتان (Fontaine) أنه هناك عدة دراسات أكدت أنه عندما يقوم نموذج (un modèle) بإظهار السلوك المراد تعليمه للفرد بطريقة جيدة، فإنه يمكننا أن نرفع من احتمال تعلم السلوك بشكل كبير (Fontaine, 1989, P.231-234).

ولهذا اختارت المعالجة هذه التقنية، بهدف تعليم المفحوصة سلوكيات جديدة والتي تعاني من عدم تقبل للمرض العضوي (مرض التصلب اللويحي)، عن طريق نموذج لشخص مصاب بنفس المرض العضوي ألا أنه توصل إلى مرحلة تقبل فيها مرضه وتعايش معه.

8- الإجراءات التطبيقية للبرنامج العلاجي:

تم إعلام الحالتين (ع و س) بأن مدة العلاج هي 14 حصة، بمعدل حصة لكل أسبوع، لمدة ما بين 45 دقيقة إلى ساعة.

كل حصة علاجية كانت مبنية على الشكل التالي:

● استقبال.

● التغذية الرجعية (Feed back) عن

الحصة السابقة، "كيف أفادك ما تحدثنا وقمنا به خلال الحصة الماضية".

● أحداث الأسبوع وما يمكننا معالجته خلال

الحصة.

● مراجعة الواجبات عند إعطائها للمفحوصة.

● تلخيص الحصة.

● التغذية الرجعية (Feed back).

وفيما يلي جدول يوضح سير البرنامج العلاجي

والذي مر بثلاثة مراحل رئيسين:

جدول (02): سير البرنامج العلاجي

المرحلة العلاجية	عدد الجلسات	رقم الجلسات العلاجية	الأهداف العلاجية
مرحلة الإعداد للعلاج النفسي	3	1-3	- بناء العلاقة. - جمع معلومات عامة. - التحفيز للعلاج النفسي والتوعية لأهمية مشارك - العقد العلاجي. - للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي التحسيس. - قياس قبلي للتقييم أعراض القلق والاكتئاب. - تطبيق وشرح نموذج التحليل الوظيفي.

تمثلت الفرضية الأولى في أن: هناك فروق في القياس القبلي والبعدي في درجة أعراض القلق لدى مرضى التصلب اللويحي.

جدول (03): يوضح الفرق في نتائج مقياس القلق

الحالة الثانية س			الحالة الأولى م			مقياس القلق لسبيلبرجر
القياس القبلي	القياس البعدي	القياس القبلي	القياس البعدي	القياس القبلي	القياس البعدي	
قلق	قلق	قلق	قلق	قلق	قلق	قلق
حالة 80/70	حالة 80/15	حالة 80/52	حالة 80/29	حالة 80/29	حالة 80/29	قلق سمة 80/62
قلق سمة 80/14	قلق سمة 80/19	قلق سمة 80/19	قلق سمة 80/37	قلق سمة 80/38	قلق سمة 80/19	قلق سمة 80/19

لسبيلبرجر في القياس القبلي والبعدي والتتبعي

نلاحظ من خلال الجدول تغير في نتائج مقياس

القلق لسبيلبرجر عند كلا الحالتين، حيث تحسنت

الحالة الأولى م في القياس القبلي في مقياس قلق حالة

على درجة 80/70 وفي مقياس قلق سمة على

80/60 مما يدل على قلق شديد عند المفحوصة،

إلا أنه بعد تطبيق البرنامج العلاجي الموجه لتخفيض

القلق والمتمثل في تقنية الاسترخاء وضبط الذات،

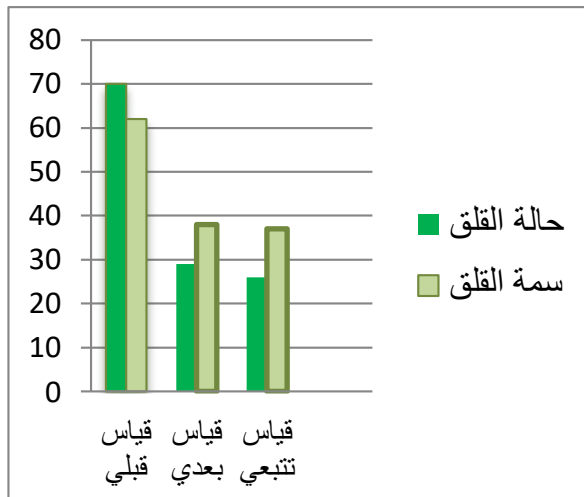
المرحلة التدريبية	9	من 4 إلى 12	- التدريب على تقنية الاسترخاء العضلي. - التدريب على تقنية ضبط الذات. - التدريب على تأكيد الذات. - تقديم تقنية النموذج.
المرحلة الختامية	2	من 13 إلى 14	- بعد التحضير لتوقف العلاج، يتم إنهاء الجلسات العلاجية بتقييم شامل وتشجيع العميل على متابعة تطبيق التقنيات. - قياس بعدي بتطبيق نفس المقاييس التي تم تطبيقها في مرحلة التقويم القبلي. - بعد ثلاثة أسابيع، تطبيق القياس التتبعي.

9- نتائج الدراسة:

فيما يلي سنقدم النتائج التي تم الحصول عليها من خلال المقارنة بين نتائج العينتين في القياس القبلي والبعدي والتتبعي، أي قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي وبعد مرور ثلاث أسابيع من تطبيق العلاج المقترح في هذا البحث وتحليلها.

عرض نتائج الفرضية الأولى:

الشكل (01): رسم بياني يوضح الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى الحالة م لمقياس القلق لسيلبرجر



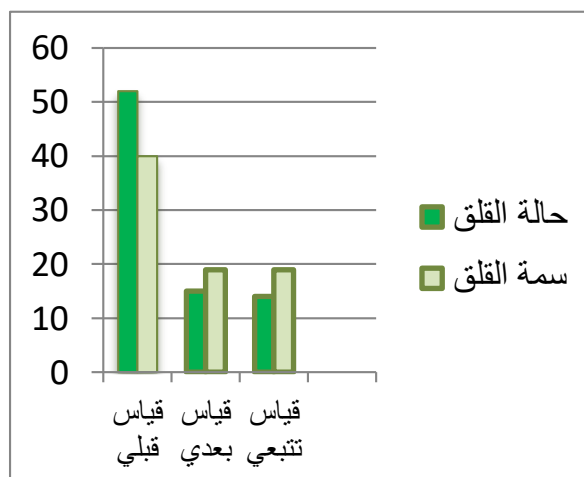
أما الحالة الثانية س فنجد أيضا قد تحققت عندها فرضية البحث أيضا، حيث انخفض القلق عنها إلى خال من القلق 15/ 80 قلق حالة و 19/ 80 قلق سمة، بعد أن كان قلق متوسط. وقد حافظت المفحوصة على نفس النتيجة في المقياس التبعي. بعد تطبيقنا للتقنيات الموجهة لتخفيض القلق.

الشكل (02): رسم بياني يوضح الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي لدى الحالة س لمقياس القلق لسيلبرجر

نجد انخفاض في درجة القلق إلى قلق خفيف حيث تحصلت المفحوصة على درجة 29/ 80 في قلق حالة وعلى درجة 37/ 80 في قلق سمة، والتي حافظت على نفس النتيجة في القياس التبعي، حيث انخفضت درجة القلق والذي أكدته من خلال ذكرها لاختفاء أعراض ضيق التنفس، وتحكم أكثر بالمواقف الضاغطة ، وذلك بتعليم المفحوصة طريقة التحكم به، من خلال التدريب على تمرين الاسترخاء كاملا، كما تم إعطائه للمفحوصة كواجب منزلي، حيث يتواصل تطبيق التقنية خارج الحصص العلاجية ، بالإضافة إلى تعليمها تقنية وضبط الذات، تم شرح تقنية ضبط الذات، وفي الحصص التي تلتها قمنا بتمارين التحكم بالأفكار السلبية وبالتالي السلوكيات السلبية بالإضافة إلى تطبيق تمرين تحليل المشاعر، كما تم إعطاء واجبات منزلية لاستمرار تطبيق التقنية خارج الحصص العلاجية. بالإضافة إلى تقنية النمذجة الموجهة لتعليم سلوكيات جديدة للمفحوصة، التي ساهمت بشكل كبير حسب المفحوصة في تخفيض القلق عندها.

نلاحظ من خلال الجدول تغير في نتائج مقياس الاكتئاب لبيك عند كلا الحالتين، حيث تحسنت المفحوصة م في القياس البعدي على درجة 39/04 بعد ان كانت 39/14، أي انخفض الاكتئاب عندها من متوسط إلى انعدام الاكتئاب، كما نجد أن المفحوصة حافظت تقريبا على نفس نتيجة القياس البعدي في القياس التبعي. حيث تم العمل على خفض أعراض الاكتئاب لدى العميلة (م) والنتائج المترتبة عليه، من عدم نشاط وانسحاب اجتماعي، من خلال تطبيقنا لتقنية ضبط الذات، والتي ساعدت العميلة على التحكم والسيطرة على الأفكار السلبية والحديث الداخلي، وهذا بدوره أدى إلى تغير السلوك اللاتكفي، بالإضافة إلى تقنية تأكيد الذات التي ساهمت في تحسين الجانب العلائقي عند المفحوصة.

مما خفض من أعراض الاكتئاب عندها. وبالتالي تحقق فرضية البحث.



عرض نتائج الفرضية الثانية:

تمثلت في أن هناك فروق في القياس القبلي والقياس البعدي في درجة أعراض الاكتئاب لدى مرضى التصلب اللويحي.

وفيما يلي جدول يوضح نتائج مقياس الاكتئاب لبيك

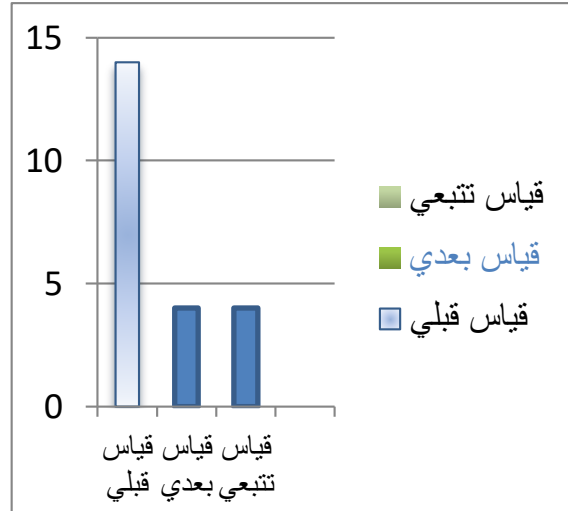
جدول (04): يوضح نتائج مقياس الاكتئاب لبيك قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي

مقياس الاكتئاب لبيك	الحالة الأولى م			الحالة الثانية س		
	القياس القبلي	القياس البعدي	القياس التبعي	القياس القبلي	القياس البعدي	القياس التبعي
	39/14	39/04	39/04	39/30	39/16	39/15

شكل (03): رسم بياني يوضح الفرق بين القياس

القبلي والقياس البعدي لدى الحالة م في مقياس

الاكتئاب لبيك



أما الحال الثانية (س) فقد أيضا تحققت عندها

فرضية البحث الثانية، حيث تم العمل على خفض

أعراض الاكتئاب لدى العميلة (س) والنتائج المترتبة

عليه، من عدم نشاط وانسحاب اجتماعي، وأفكار

تشاؤمية وذلك من خلال تطبيقنا لتقنية ضبط

الذات وتأكيد الذات، والتي ساعدت العميلة على

التحكم والسيطرة على الأفكار السلبية وتعديل من

طبيعة الحديث الداخلي وجعله أكثر إيجابية، وهذا

بدوره أدى إلى تغيير السلوك، بالإضافة إلى تعليمها

تقنيات ستساعدتها على تأكيد نفسها في المواقف

الاجتماعية التي كانت تشكل مشكل بالنسبة لها،

وهذا ما ظهر من خلال إعادة تطبيق مقياس

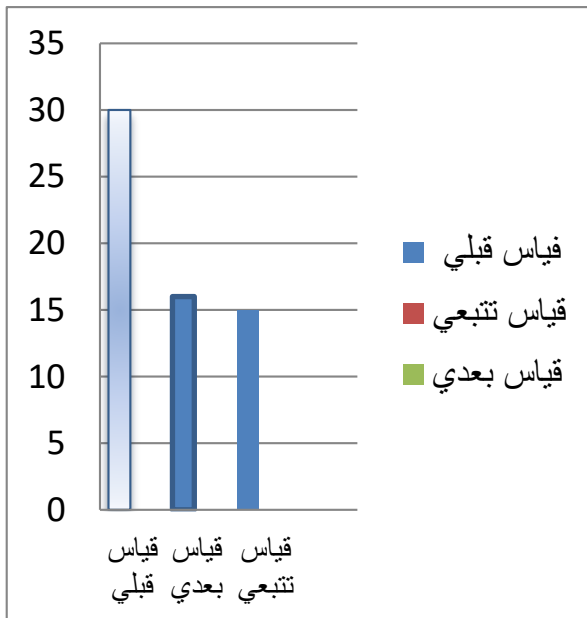
الاكتئاب لبيك فقد تحصلت على نتيجة: 63/16

وبالتالي انخفض الاكتئاب من شديد إلى خفيف.

شكل (04): رسم بياني يوضح الفرق بين القياس

القبلي والقياس البعدي لدى الحالة س في مقياس

بيك للاكتئاب



الخاتمة:

من خلال هذه الدراسة تم فحص مدى أثر برنامج

معرفي سلوكي في تخفيض من حالة القلق والاكتئاب

لدى حالتين تعاني من مرض التصلب اللويحي،

بمستشفى بن عكنون، مصلحة الأعصاب. وهذا

للتأكد من مدى صحة الفرضيات التالية:

هناك فروق في القياس القبلي والبعدي في درجة أعراض القلق لدى مرضى التصلب اللويحي.

هناك فروق في القياس القبلي والبعدي في درجة أعراض الاكتئاب لدى مرضى التصلب اللويحي.

وهذا من خلال تطبيق برنامج علاجي يتكون من 14 عشر حصة، ثم تطبيقه على عينة مكونة من حالتين (الحالة م والحالة س)، ومن أجل ذلك اعتمدنا على مجموعة من الإجراءات المنهجية، حيث استعملنا المنهج الشبه تجريبي، بتطبيق القياس القبلي على حالتين، مستعملين مقياس الاكتئاب لبيك ومقياس القلق لسيلبيرجر والتحليل الوظيفي (شبكة BASIC IDEA) وهذا خلال 3 حصص تقويمية، بعدها تم تطبيق البرنامج العلاجي خلال 9 حصص علاجية، لتخصص الحصتين الأخيرتين في للقياس البعدي والتتبعي.

توصلت الدراسة إلى تحقق فرضيات البحث، حيث كان هناك فروق في القياس القبلي والبعدي في درجة أعراض القلق وأعراض الاكتئاب لدى كلا الحالتين، حيث تم تعليم المفحوصتين التقنيات العلاجية المعرفية السلوكية، والمتمثلة في تقنية الاسترخاء، تأكيد الذات، ضبط الذات وتقنية النمذجة والتي ساعدت المفحوصتين على التحكم بانفعالاتهم، وتغيير الأفكار السلبية إلى أفكار ايجابية، بالإضافة إلى تعلم سلوكيات جديدة تسهل عليهم التكيف مع المرض

ومعايشته، وتطوير من استقلاليتهم من خلال تطبيق التقنيات المتعلمة خارج الحصص العلاجية.

ومن خلال النتائج المتحصل عليها يمكننا اقتراح ما يلي:

- تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على عينة أكبر من مرضى التصلب اللويحي، حتى يتأكد من مدى فعاليته.

- الاهتمام بكفالة الاضطرابات المعرفية عند هذه الفئة من المرضى.

- تطبيق أنواع أخرى من العلاجات النفسية مثل العلاج الجماعي.

المراجع:

- 10-Bruno Brochet, Jean Pelletier (2010) : la neuropsychologie de la sclerose en plaque, Elsevier Masson.
- 11- Charly Cungi (2001): S'avoir s'affirmer, edition RETZ, Paris.
- 12-christine Mirabel- Sarron (2002) : la depression comment en sortir,. Édition Odile Jacob, paris.
- 13- Dominique Servant (2007) Gestion du stress et de l'anxiété, MASSON-PARIS.
- 14- Dominique Simon, Pierre-Yves Traynard (2009): éducation thérapeutique- Prévention et maladies chroniques, Elsevier Masson.
- 15-Fontaine. Cottraux. Ladouceur (1985) clinique de thérapie comportementale. edition Etudes vivantes. Paris.
- 16- Jean Cottraux (2011): Les psychotherapie comportementale et cognitive, 5 eme édition Elsevier Masson,
- 17- Jerome Palazzolo (2005): guérir vite, Soigner les angoisse, la dépression, les phobies par les TCC, édition Hachette pratique
- 18- Henry Ey (2006) : Etudes psychiatrique, Copyright, Paris
- 1-ارون بيك، ترجمة عادل مصطفى، غسان يعقوب (2000): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، دار النهضة، بيروت.
- 2- بيرني كوروين، بيتر رودل، ستيفن بالمر، ترجمة محمود عيد مصطفى (2007): العلاج المعرفي- السلوكي المختصر، دار ايترك للطباعة والنشر، القاهرة، مصر.
- 3- جان سكوت، مارك وليميزار، أرون بيك، ترجمة حسن مصطفى عبد المعطى (2002): العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية، مكتبة الزهراء الشرف، مصر.
- 4- عادل عبد الله محمد (2001): العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، دار الرشاد، مصر.
- 5- لطفي الشرنيني (2001): الاكتئاب المرض...والعلاج، دار منشأة المعارف، مصر.
- 6- محمد سعد حامد عثمان (2010): فاعلية برنامج إرشادي لتنمية المرونة الإيجابية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من الشباب. كلية التربية- جامعة عين شمس. مصر.
- 7- بيلك سميرة (2005): العقلنة عند المرضى المصابين بالتصلب المتعدد. مذكرة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
- 8- معين خليل عمر الموضوعية والتحليل في علم النفس الاجتماعي دار الأفاق الجديدة، بيروت، لبنان. 1983.
- 9- Blakomburn. J. Cottraux (1997): la therapie cognitive de la depression, Masson, paris.

مدى فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تنمية مهارة التقليد

لدى اطفال التوحد

الهواري شريف: طالب دكتوراه جامعة الجزائر2

أ.د. بلميهور كلتوم: جامعة الجزائر 2

ملخص:

developing the skills of imitation to the autistic children in the mental health of the child and adolescent in cheraga hospital.

This study used the semi-experiential approch with the design of the single examinee and two measures tools.

The study of the assessment of autism and the evaluation of the basic skills of learning and language. The application behavior analysis program was based on a group of three children between the ages of 04 and 06 who had a moderate degree of autism.

يتمثل موضوع الدراسة في التعرف على مدى فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تنمية مهارة التقليد لدى اطفال التوحد، بمصلحة الامراض النفسية للطفل والمراهق بمستشفى الشراكة.

تم استخدام المنهج الشبه التجريبي ذو تصميم المفحوص الواحد، وقياسين (قبلي وبعدي) وتنوعت أدوات الدراسة من مقياس تقدير التوحد وسلم تقييم المهارات الاساسية للتعليم واللغة . كما تم الاعتماد على برنامج تحليل السلوك التطبيقي لدى مجموعة مكونة من ثلاث اطفال، تتراوح اعمارهم بين 04 و 06 ولديهم درجة متوسطة من التوحد.

خلصت الدراسة إلى فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تنمية مهارة التقليد لدى اطفال التوحد. الكلمات المفتاحية: التوحد، برنامج تحليل السلوك التطبيقي، التقليد.

Abstract:

The subject of this study is the measurement of the efficiency of the analyse of behavior applied on

الأخير الذي يهتم بتنمية العديد من المهارات منها مهارة الطلب، التسمية، التفاعل الاجتماعي والتقليد بنوعيه اللفظي والحركي. هذه المهارة تعتبر مهم في مساعدة الطفل على التعلم وتنمية مهارات أخرى وذلك من أجل الوصول بالطفل الى الاستقلالية في حياته اليومية.

1- مشكلة الدراسة:

يعتبر التوحد من الاضطرابات الإنمائية التي تظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وقد عرف انتشارا كبيرا في السنوات الأخيرة. حيث تتزايد نسبة المصابين باستمرار لتصل عام 2012 حسب المركز الأمريكي لمكافحة الأمراض والوقاية (CDC) إلى طفل واحد من بين 88 طفل. أما في الجزائر فحسب وزارة التضامن هناك 37000 طفل مصاب بالتوحد. وهو من الاضطرابات التي تنعكس سلبا على الطفل من حيث تأثيرها على سلوكه ونموه السليم في جميع نواحي الحياة، حيث يعرفه كانر (1943) بأنه عدم القدرة على تطوير علاقات مع الآخرين، تأخر في اكتساب اللغة واستعمال غير تواصلية للغة بعد تطورها وملاغة متأخرة وتكرار نشاطات لعب نمطية، المحافظة على التماثل وضعف التحليل والذاكرة، وظهور جسمي طبيعي. (الزريقات، 2004)

كما ان الطفل التوحدي يعاني من عدم اكتساب وتطوير مهارات عديدة، منها التقليد التي تعتبر من المهارات الأساسية التي من شأنها مساعدة الطفل على التعلم، و قد اهتم العديد من الباحثين بهذه المهارة على

The study concluded the effectiveness of the applied behavior analysis program in developing the imitation of autistic children.

Key words: autism, applied behavior analysis, imitation.

مقدمة:

يعتبر طيف التوحد من الاضطرابات الإنمائية حسب الدليل التشخيصي الخامس (DSM5). حيث يعتبر من الاضطرابات الأكثر تعقيدا نظرا لصعوبة التشخيص وطول مدة التكفل بالمصاب. بالإضافة الى انعكاساته السلبية على معظم جوانب الاداء الشخصي، حيث يظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل من خلال ضعف في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، مشاكل في التواصل الغير اللفظي واللفظي كعكس الضمائر وترديد الكلمات أو ما يعرف بالصدى الصوتي. بالإضافة الى ظهور مشاكل سلوكية كالحركات النمطية، الانشغال بأشياء معينة والعدوانية على الذات أو الآخر.

ان التزايد المستمر في نسبة انتشار هذا الاضطراب، جعل العديد من العلماء يسطرون برامج للتكفل المبكر بالأطفال المصابين، منهم شوبلر الذي قدم برنامج تيتش (TEECH)، باري وزوجته ساماهريا اللذان جاءا ببرنامج سن رايز (SON-RISE) ولوفاس صاحب برنامج تحليل السلوك التطبيقي (ABA) هذا

غرار بياجي (1945)، الذي يعتبر التقليد "عبارة عن عملية تساهم في ظهور الوظيفة الرمزية لأنه يضمن الانتقال بين الذكاء الحسي-الحركي والتمثيل التصوري"، بالإضافة إلى هذا يعتبر التقليد مهارة معرفية تظهر مبكرا في مراحل التطور الانساني، لأنها وسيلة فعالة في عملية التعلم، تعمل على تطوير التواصل لدى الاطفال العاديين وبذلك فالعمل على تحسين مستوى التقليد لدى هؤلاء الاطفال يمكن ان يساعدهم على تطوير وسيلة فعالة للتواصل اللفظي والغير لفظي وتسهيل عملية التعلم وتنمية مختلف المهارات الحياتية. ومن بين الدراسات القليلة في الجزائر نجد دراسة بعنوان: التقليد والتواصل غير اللفظي عند الطفل المصاب بالتوحد حيث هدفت الدراسة الى تقييم فعالية برنامج تدريبي مرتكز على التقليد في تطوير مهارات التواصل من خلال اتباع ثلاث خطوات أساسية: تقييم مهارة التقليد، تقييم مهارة التواصل الغير اللفظي وشدة الاضطراب حيث توصلت الباحثة بعد مقارنة النتائج قبل وبعد التدريبات الى وجود تحسن دال احصائيا في مستوى التقليد والتواصل بالإضافة الى انخفاض ملحوظ في شدة الاضطراب. (sarah, 2015)

من بين البرامج العلاجية التي اهتمت بتطوير مهارة التقليد نجد برنامج تحليل السلوك التطبيقي، الذي يعتبر من البرامج السلوكية التي تعمل على تنمية مختلف المهارات في ميادين مختلفة والذي يعمل على تعليم السلوكيات الايجابية والخفض أو تعديل السلوكيات السلبية، باستعمال العديد من الأساليب والوسائل

لتحقيق ذلك وهو من الاساليب العلاجية التي بدأت في الانتشار بالجزائر في السنوات الأخيرة، نظرا للنتائج الايجابية التي تحقّقها مع الطفل التوحدي. هذا الأمر الذي لفت انتباهنا ودفعنا الى العمل على دراسة أحد اهم المهارات التي اهتم بها هذا البرنامج العلاجي. وسنحاول من خلال هذه الدراسة التي نحن بصدد القيام بها التعرف مدى فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تنمية مهارة التقليد لدى اطفال التوحد وذلك من خلال العمل على الاجابة على التساؤل التالي:

هل يساعد برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تنمية مهارة التقليد لدى أطفال التوحد؟
2-الفرضية:

برنامج تحليل السلوك التطبيقي يساعد في تنمية مهارة التقليد لدى اطفال التوحد.

3-أهمية الدراسة:

__ تكمن أهمية الدراسة في أنها تهتم بأكثر الاضطرابات الإنمائية صعوبة في التكفل وأكثرها انتشارا.

__ تناول مهارة التقليد التي تساعد الطفل على النمو السليم وتسهل عملية التعلم.

__ الاهتمام بتنمية مهارة التقليد لدى الطفل التوحدي والذي دعت إليه العديد من الدراسات مما له الأثر الكبير في تحسين حالة الطفل.

4-أهداف الدراسة:

__ هدفت الدراسة الى اختبار فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تحسين مهارة التقليد لدى أطفال التوحد.

— إظهار أهمية التقليد في تحسين حالة اطفال التوحد من ناحية تطوير التواصل الاجتماعي، مهارة الانتباه الإدراك البصري، مهارات الطلب وتعديل السلوك النمطي.

5_تحديد المفاهيم:

5-1-تعريف التوحد:

5-1-1-التعريف الاصطلاحي:

تعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنه مجموعة من الاعراض تتميز باختلال كفي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة. وفي أنماط التواصل ومخزون محدود ونمطي من الاهتمامات والنشاطات. حيث تمثل سمة شائعة في أداء الفرد في كل المواقف.

(مصطفى نوري القمش، 2011)

5_1_2_التعريف الإجرائي:

هو اضطراب نمائي يسبب عجزا في تطوير العلاقات الاجتماعية والتواصل اللفظي والغير اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي، وانعدام التقليد (اللفظي والحركي)، إضافة إلى ظهور الاضطرابات السلوكية المختلفة مما يؤثر على جميع جوانب حياة الطفل، وهو يظهر قبل سن الثالثة من العمر.

5-2-التقليد:

5-2-1-التعريف الاصطلاحي:

وفقا للقاموس الأساسي لعلم النفس كلمة التقليد تعني النمذجة، النسخ أو التعلم عن طريق الملاحظة والذي يشير الى عدة معاني: يقوم بالأشياء كما يقوم بها الآخرون— يسعى لتكرار ما يقوم به الآخرون أو أخذ شخص ما كنموذج. (sarah، 2015)

5-2-2-التعريف الاجرائي:

التقليد هو أحد مهارات التواصل الاجتماعي ويظهر في المراحل الاولى والمبكرة من النمو، يعتبر من أهم المحاور التي تنمي وتطور المهارات المعرفية والاجتماعية وغيرها وتضم مهارات، تقليد الأشياء — التقليد الحركي — التقليد اللفظي أو تقليد الإيماءات.

5-3-تعريف برنامج تحليل السلوك التطبيقي:

هو عبارة عن برنامج مطول للتدريب على العديد من المهارات، يبنى بشكل منظم ومنطقي ومكثف. فهو طريقة مبنية على التحليل السلوكي لعادات الطفل واستجابته للمثيرات، ومعتمدة على النظرية الاشتراكية من خلال التعزيز المتزامن. (الزريقات، 2004)

6_الاجراءات المنهجية :

6_1_المنهج:

تم استخدام المنهج الشبه تجريبي ذو المجموعة الواحدة لكونه المنهج الذي يستعمل فيه دراسة الحالات الفردية بطريقة واسعة ومعقدة، حيث يسمح بالكشف عن التحسن والفعالية الخاصة بالعلاج المقدم.

6_2_أدوات البحث :

6_2_1_المقابلة العيادية :

يعرفها ابراهيم محمد 2007 على أنها عبارة عن محادثة هادفة، وهي مهمة مع الاطفال بسبب مرونتها وتكيفها مع مختلف المواقف. ويستطيع الفاحص من خلالها الحصول على معلومات تقييميه مهمة من خلال القيام بإجراء مقابلات مع الاطفال والوالدين والمعلمين. (الشرييني، 2011)

فالمقابلة العيادية تهدف إلى:

__ بناء علاقة ثقة مع الوالدين.

__ الوصول الى طريقة لبناء عملية تشخيص والإرشاد الفني.

__ الكشف عن الافكار والمشاعر والاتجاهات لدى العميل.

__ جمع بيانات ومعلومات عن العميل والكشف عن الحلول الممكنة بحيث تكون مقبولة اجتماعيا.

(الشرييني، 2011)

6_2_2_مقياس التوحد الطفولي CARS-T:

وضع من طرف أريك شوبلر 1988، يتكون من 15

بند بما في ذلك أربعة عشر لتقييم التطور وهي:

1- التقليد 8_الاستجابة واستخدام الحواس

واللمس والشم

2- الاستجابة الانفعالية 9_الخوف والقلق

3- استخدام الاشياء 10_التواصل اللفظي

4- استخدام الجسم 11_التواصل غير اللفظي

5- التكيف مع التغير 12_مستوى النشاط

6-لاستجابة البصرية 13_مستوى وثبات الاستجابة العقلية

7-الاستجابة السمعية 14_الاتصال بالناس

والفئة الخامس عشرة لتقييم الانطباع العام من طرف المستخدم

يعتبر هذا المقياس سريع في تطبيقه حيث يكون التنقيط بمقدار نصف نقطة بين 0 و 4.

__ المجموع الكلي من النقاط المتحصل عليها تسمح بوضع درجة التوحد (لا يوجد توحد، ضعيف، متوسط أو شديد). (Marcelli, 2007).

6_2_3_سلم تقييم اللغة الأساسية ومهارات التعلم ABLLS :

يتكون سلم تقييم اللغة الأساسية و المهارات التعلم في طبعته المعدلة من 25 ميدان ينقسم كل ميدان إلى عدة بنود، والتنقيط لكل بند ينقسم من 2 إلى 4 مع إمكانية النجاح، وقد تم الترميز الى كل ميدان بأحد الحروف الأبجدية في اللغة الإنجليزية، وهي بذلك مرتبة من A الى Z باستثناء حرف O الذي لم يدرج.

(w.partington, Septembre2012)

7_الإطار المكاني :

تمت الدراسة في مصلحة الطب العقلي للطفل والمراهق التابعة لمستشفى الأمراض العقلية "محفوظ بوسبسي وهي تعنى بالكشف والتكفل المبكر بمختلف الاضطرابات النفسية والعقلية للطفل والمراهق وخاصة اضطراب التوحد، فهي تعتبر من أهم المركز الهامة المتخصصة في الجزائر بسبب مستوى الخدمات التي تقدمها.

8_ شروط اختيار مجموعة البحث : تم الاختيار

بطريقة مقصودة وفق المعايير التالية :

__ تكونت مجموعة البحث من ثلاثة أطفال تتراوح

أعمارهم بين 04 و 06 سنوات.

__ درجة التوحد لدى افراد المجموعة متوسطة.

__ عدم وجود اضطرابات مصاحبة للتوحد مثل:

التخلف العقلي، الصمم، الصرع... الخ.

9_ تاريخ الحالة:

• تم اختيار طفل واحد كحالة نموذجية.

__ ولد هذا الطفل من حمل غير مبرمج من طرف

الوالدين، ولكن فترة الحمل مرت بشكل جيد ومتابعة مستمرة.

__ الولادة كانت في وقتها وطبيعية.

__ الأخ التوأم مصاب كذلك بالتوحد.

__ الوزن عند الولادة كان 3 كغ، الصراخ كان فوري،

الرضاعة كانت طبيعية خلال الشهرين الاولين من حياة الطفل، ثم قامت الام بإدماج الرضاعة الاصطناعية الى غاية سن الثالثة.

__ كان التطور عاديا بصفة عامة.

9_1_ التاريخ المرضي :

__ النظافة غير مكتسبة الى غاية سن الرابعة.

__ النوم: غير مستقر الى غاية السنتين ونصف، حيث كان ينام متأخر ويستيقظ عدت مرات. كما كان يقوم بالقيلوله يوميا من منتصف النهار الى غاية الرابعة مساء، الأمر الذي عزز اضطراب النوم لديه.

-العلامات التي اقلقت الوالدين ودعتهما الى البحث عن الاستشارة كانت في سن الثامن عشر شهرا، حيث لاحظوا ان الطفل يلعب بطريقة مختلفة عن أقرانه ولا يتكلم وعدم ثبات النظر لديه.

__ في السن الثانية لاحظ الوالدين عدم ظهور اللغة لدى الطفل فقاما بفحصه لدى اخصائي في أمراض الأنف والأذن والحنجرة ORL بعد القيام باختبار السمع PEA تبين عدم وجود اي مشكل عضوي فقرر الوالدين فحص الطفل لدى مختص في الطب العقلي للأطفال حيث تبين أنه مصاب بالتوحد.

9_2_ التشخيص النفسي :

عند حضوره للفحص كان الطفل يعاني من معظم اعراض اضطراب طيف التوحد التي ذكرت في الدليل التشخيصي الاحصائي للأمراض النفسية في طبعته الخامسة DSM5 وهي:

- غياب النظر في الآخرين.
- غياب الإشارة بالإصبع عندما يريد الطلب.
- لا يلعب مع الوالدين أو إخوه التوأم.
- غياب اللغة الرمزية.
- الخوف من اصوات الادوات الكهربومنزلية.

مجموع المهارات بالإضافة إلى وجود أربعة 04 مهارات حركية من أصل 27 مهارة وهو ما يعادل نسبة 14.81%.

التحليل الكيفي القبلي:

لاحظنا بعد القياس القبلي ان الطفل يستطيع تقليد بعض الحركات مثل:

-تقليد الحركات باستعمال الاشياء.

-تقليد الحركات الكبرى.

-تقليد حركات الارجل والأقدام.

-تقليد حركات الذراعين واليدين.

اما فيما يخص التقليد اللفظي فالطفل يمتلك مهارة واحدة وهي تقليد الكلمات تحت الطلب.

التحليل الكمي والكيفي البعدي:

التحليل الكمي البعدي:

بعد تطبيق برنامج تحليل السلوك التطبيقي على الحالة، نلاحظ انها اكتسبت 11 مهارة جديدة في التقليد الحركي من أصل 27 مهارة وهو ما يعادل نسبة 44.74%.

أما بالنسبة للتقليد اللفظي فقد اكتسب الحالة 08 مهارات جديدة من بين 20 مهارة وهو ما يعادل 40%.

التحليل الكيفي البعدي :

نجد في هذه الحالة انه بعد تطبيق البرنامج العلاجي اكتسب الطفل عدت مهارات سواء في التقليد الحركي أو التقليد اللفظي ،هذا ما يظهر من خلال سلم تقييم اللغة الأساسي ومهارات التعلم ABLLS.R

- لا يحب تغيير الاماكن.

- يبحث عن الاحساس بالبرودة حيث ينام على ارضية المنزل.

- طقطقة الاسنان.

- لا يقوم بالتقليد.

المهارات الايجابية:

__البكاء عند ابتعاد الام.

__ الالتفات والنظر عندما يسمع مناداة.

__الاكل والشرب لوحده ودون مساعدة.

__ تم وضع تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد

بعد ان تم التأكد من غياب اصابة عضوية، حيث تم

تطبيق مقياس تقدير التوحد الذي كان مجموع نتائجه

يساوي 37 وهو ما يشير الى التوحد من النوع المتوسط

حسب درجات التصنيف. وبعد سنة ونصف من

المتابعة الدورية على مستوى مصلحة الفحوصات،

استفاد الطفل من الادمج على مستوى مستشفى

النهار، حيث استفاد بعد ذلك من المتابعة المكثفة من

طرف فريق عمل يتكون من نفساني عيادي وهو المشرفة

على الحالة وعلى المجموعة التي يوجد فيها الطفل

ومختصة في النفس-حركي ومريبتين مختصتين تقومان

بالعمل المباشر مع الطفل وتطبيق برنامج تحليل السلوك

التطبيقي ABA.

10_ التحليل الكمي والكيفي القبلي :

التحليل الكمي القبلي:

بعد القيام بالقياس القبلي نلاحظ وجود مهارة لفظية

واحدة من أصل 20 مهارة، وهو ما يعادل 5 %من

هذا ما يساهم في تطور العديد من المهارات الأخرى

حيث أصبحت عملية التعلم أكثر سهولة كما أصبح بمقدوره تقليد مجموعة من الحركات باستعمال الأشياء imiter des actions en utilisant des objets تقليد الحركات العامة والدقيقة وغيرها وسنعرض في الشكل والجدول التاليين نتائج القياس القبلي والبعدي لمهارة التقليد الحركي واللفظي للحالة.

D27				
D26				
D25				
D24				
D23				
D22				
D21				
D20				
D19				
D18				
D17				
D16				
D15				
D14				
D13				
D12				
D11				
D10				
D9				
D8				
D7				
D6				
D5				
D4				
D3				
D2				
D1				

E20				
E19				
E18				
E17				
E16				
E15				
E14				
E13				
E12				
E11				
E10				
E9				
E8				
E7				
E6				
E5				
E4				
E3				
E2				
E1				

الشكل رقم-1- يوضح نتائج القياس القبلي باللون الأزرق والقياس البعدي باللون الأحمر لمهارة التقليد.

D التقليد الحركي

E التقليد اللفظي

الجدول رقم-1- يوضح التقييم القبلي والبعدي لمهارة التقليد للحالة

المهارة	رمز التمرين	اسم التمرين	مثال عن التمرين	تقييم بعدي
التقليد الحركي	D1	تقليد الحركات باستعمال الاشياء	-التظاهر بالشرب في الكاس -تشغيل السيارة ودحرجتها الى غاية المرأب	قدرة الطفل على تقليد عشرة حركات باستعمال الاشياء، حيث اكتسبها بعد تدريب طويل.
	D2	تقليد حركي باستخدام اشياء مع التمييز	-عند تقديم قلم وملعقة للطفل ونقدم له نموذج وضع القلم في الكأس فان تعلم سيقلد ذلك عند اطلب منه.	اكتسب الطفل القدرة على تقليد خمس حركات من مجموع 10 حركات.
	D3	تقليد حركات كبرى بتوجيهات لفظية	-تقليد القفز -التصفيق باليدين	بعد التدريب المكثف استطاع الطفل اكتساب تقليد خمس حركات من مجموع عشرة حركات وذلك باستعمال التوجيه اللفظي.
	D4	تقليد حركات الارجل والأقدام	الرقص بالرجلين -الضرب بمهما	توصل الطفل الى تقليد حركات بالرجلين وذلك بعد تدريب مكثف.
	D5	تقليد حركات الذراعين واليدين	رفع وخفض الذراعين	اكتسب الطفل القدرة على تقليد 10 حركات بيديه وذراعيه
	D6	تقليد مع التمييز بين ما هو ثابت وما هو حركي	الضرب باليد على الطاولة مقابل وضع اليد على الطاولة -التصفيق وترك اليدين ملتصقتين -ضرب الرجلين داخل الحيز مقابل ترك الرجلين داخل الحيز	بعد التدريب المكثف اكتسب الطفل القدرة على تقليد خمسة ازواج من الحركات من مجموع عشرة
	D7	الاجابة على مختلف تعليمات التقليد	تقليد نموذج مثلا عندما نقول له " انظر الي " "انه دورك" "افعل كما افعل انا" "اتبعني" "دورك للمحاولة"	غير مكتسبة رغم التدريب المكثف عليها
		تقليد حركات كبرى	-وضع اليد فوق الراس	_ اكتسب الطفل القدرة على تقليد 5 حركات مقابل المرأة

	D8	وهو مقابل المرأة.	-التصفيق باليدين _ لمس البطن	من بين 10 حركات
	D9	تقليد حركات الرأس	- هز الرأس - تدوير الرأس	-اكتسب الطفل القدرة على تقليد أكثر من 3 حركات برأسه
	D10	تقليد حركات الفم واللسان	-اخراج اللسان	تقليد 4 حركات للفم واللسان
	D12	تقليد الحركات الدقيقة	- انضمام أطراف الاصابع	اكتسب الطفل القدرة على تقليد حركتين 2 من بين 10 حركات
التقليد اللفظي	E1	-تقليد الاصوات بعد الطلب	"ما"، "با"، "تا"... الخ	توصل من تقليد 15 صوت وذلك بعد التدريب المكثف
	E2	تقليد سلسلة من الاصوات	"با-ما-بو-او-مي"	غير مكتسب لدى الطفل
	E3	تقليد بداية الكلمات	كلمة "قطة" يقول "ق"	يقلد 5 اصوات
	E6	تقليد عدد تكرار الصوت	قول "آ" مرة واحدة مقابل "آ آ آ"	-يقلد حتى ثلاث مرات للصوت مع توجيه حركي فقط.
	E7	تقليد اصوات منظمة الى اصوات اخرى	-قول "مما" بالذهاب يبطئ من الصوت "مم" الى الصوت آ آ دون ان يكون الصوتين مستقلين	اكتسب القدرة على تقليد صوتين بهذا الشكل
	E8	مزج الأصوات: حرف علة مع حرف ساكن والعكس	آ آ او اي تأ او تي تا تو تي	يقلد 3 حروف علة و3 حروف ساكنة.

التمارين المتبقية سواء بالنسبة للتقليد الحركي او التقليد اللفظي لم يتمكن الطفل من اكتسابها بعد وهي مازالت قيد التدريب.

11_ تفسير النتائج :

ان الدخول في علاقة تفاعلية ايجابية مع الطفل وتدريبه بشكل مكثف على مهارة التقليد اللفظي والحركي من اخلال الاستثارة المستمرة stimulation. وتقديم المساعدة في القيام بتمارين جعل الطفل يستجيب بدرجات متفاوتة، مع التعزيز الفوري لهذه الاستجابات اللفظية والحركية لكي يعيدها الطفل. وبعد عدت محاولات تمكن الطفل من التعلم. ما جعلنا ننتقل الى التمرين الموالي وهكذا دواليك الى ان توصلنا في الاخير الى النتائج المعروضة في الشكل، والفرق الواضح بين القياس القبلي والقياس البعدي والتي تأكد فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تنمية مهارة التقليد اللفظي والحركي والتي انعكست ايجابا على اداء اطفال المصاب بطيف التوحد في القيام بمهارات اخرى.

12_ الخلاصة :

اجريت هذه الدراسة لتعرف على فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في التكفل بالأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بمصلحة الامراض النفسية للطفل والمراهق بمستشفى محفوظ بوسبسي الشارقة. وعرضنا نتائج حالة واحدة من أصل ثلاث حالات، علما اننا توصلنا الى تحسن في جميع الحالات ولكن بدرجات متفاوتة.

بعد ان تم تشخيص الاطفال باضطراب طيف التوحد قمنا بتطبيق مقياس تقدير التوحد CARS حيث تحصلنا على الدرجة المتوسطة. بعدها مباشرة قمنا

بالقياس القبلي وذلك بتطبيق سلم تقييم اللغة الاساسية ومهارات التعلم، لمعرفة مستوى قدرات الطفل في جميع الميادين وبالخصوص التقليد اللفظي والحركي. ليتم تسطير البرنامج الفردي لكل طفل والذي يعتمد على النظرية السلوكية وبالخصوص قانون الاشتراط الاجرائي. من خلال القيام بعدت جلسات، حيث يتم تدريب الطفل على مجموعة من التمارين والتي تكون من السهل الى المعقد من اجل تطوير مهارات التقليد اللفظي والحركي التي يبدي بعض اطفال التوحد ضعف في القيام بها.

بعد ستة أشهر من التدريب قمنا بالقياس البعدي، حيث لاحظنا وجود تحسن في اداء الطفل لمهارة التقليد اللفظي والحركي بالإضافة الى مهارات اخرى ما جعلنا نتحقق من فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تنمية مهارة التقليد لدى اطفال التوحد.

13_ اقتراحات و توصيات :

ومن خلال بوابة بحثنا هذا نقترح أن تكون هناك دراسات أخرى تهتم بواقع الطفل التوحدي في الوسط الإكلينيكي الجزائري، وذلك من خلال تصميم برامج خاصة بهذه الفئة، وتدريب المختصين والأولياء على تطبيقها لمساعدة الاطفال على الاندماج في المحيط. كما نقترح القيام بدراسات معمقة لكل مهارة من المهارات

5.Legros, C. (15.10.2008).

ABA,nouvelle thérapie

miracle pour l'autisme?

france.

6.Marcelli, D. (2007). *l'autisme et*

les trouble de développement

(éd. 2). paris france:

ELSEVIER MASSON.

7.RON LEAF, J. M. (1999).

autisme et A.B.A.:une pédagogie

du progrès. NEW York: DRL

Books.

8.Sarah, b. (2015). *imitation et*

communication chez l'enfant

avec autisme. montpellier

france: université paul valéry.

9.W.partington, j.

(Septembre2012). *ABLLS-*

R. France: Partington

Behavior Analysts.

التي يجد فيها الطفل صعوبة وذلك لجعله أكثر استقلالية

في حياته اليومية.

14_قائمة المراجع :

14_1_ قائمة المراجع باللغة العربية :

1.الزريقات ، ا . ع . (2004). التوحد الخصائص

والعلاج .الأردن :دار المسيرة للنشر والتوزيع.

2.الشربيني ، ا . ف . (2011). التوحد .دار المسيرة :

عمان.

3.مصطفى نوري القمش . (2011). اضطراب

التوحد .عمان :دار المسيرة.

14_2_ المراجع باللغة الفرنسية :

4. APA. (2015). *manuel*

diagnostique et statistique des

trouble mentaux. france:

MASSON.

التوجهات الحديثة في تدريب الأطفال ذوي طيف التوحد على اكتساب اللغة

Recent trends in training autistic children to acquire language

أ: حدان إيتسام: جامعة قاصدي مرباح ورقلة. الجزائر

أ: الإمام سعيدة: جامعة قاصدي مرباح ورقلة. الجزائر

ملخص:

إن تشخيص الطفل بأحد اضطرابات طيف التوحد من بين أهم الأسباب الكثيرة للتأخر اللغوي، حيث تظهر معظم الدراسات والأبحاث بأن 50% من الأطفال المصابين بالتوحد هم أطفال غير ناطقين، لذا فإن هذه المداخلة تدور حول التعريف بالنظرية السلوكية والسلوك اللفظي لأطفال ذوي طيف التوحد وشرح طريقة تطبيق برنامج التواصل بتبادل الصور (PECS) المعتمد على نظرية تحليل السلوك اللفظي (AVB) من خلال عرض حالة من العيادة النفسية.

الكلمات المفتاحية: طيف التوحد؛ برنامج التواصل بتبادل الصور؛ نظرية تحليل السلوك اللفظي.

Abstract

The diagnosis of the child suffering from one of the autism spectrum disorders is one of the most important reasons for language delay since most studies and research show that 50% of children with autism are children non-

speaking. For this reason, this paper turns on the definition of behavioral theory and verbal behavior of children with autism spectrum and explains the method of application of the Image Exchange Communication Program (PECS) which is based on on the theory of verbal behavior analysis (AVB) by presenting a clinical case...

Key words: autistic spectrum; Communication program through the exchange of images; theory of verbal behavior analysis

مقدمة

عرف ميدان التربية الخاصة تطورا ملموسا في النصف الثاني من القرن الماضي على الصعيدين العالمي والعربي، وذلك من خلال التعرف على الاحتياجات الأساسية للأفراد من ذوي الإعاقات كما شهد الوقت الحاضر

تعريف طيف التوحد:

يعد إيجن بولر، وهو طبيب نفسي سويسري أول من استخدم مصطلح التوحد سنة 1911 ليصف الأشخاص المنعزلين اجتماعيا والمنسحبين عن محيطهم الاجتماعي ثم نشر leo kanner سنة 1943 ورقته المشهورة عن التوحد ليصبح أول باحث يقدم التوحد كاضطراب محدد في العصر الحديث وأطلق عليه اسم التوحد الطفولي المبكر

وفي سنة 1944 نشر إسبرجر Asperger من فيينا ورقته التي وصفت حالة مشابهة للتوحد حيث أطلق عليها فيما بعد متلازمة أسبرجر. (شبيب، 2008)

فمصطلح اضطراب التوحد يشير إلى الأفراد الذين يوصفون بعدم قدرتهم على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين والعالم الخارجي فهم منعزلون ومنسحبون عن الحياة الاجتماعية بل منطوون عن أنفسهم ولديهم قصور معرفي شديد. (هلامان وكوفمان، 2008، 2012)

ويعتبر التوحد اضطرابا طيفيا وذلك يعني أن الأطفال يتفاوتون في التأثير، فالبعض يتأثر بدرجة كبيرة والبعض تبدو مصاعبهم غير ملحوظة. (الإمام والجوالدة، 2010)

وعرفت أبو حسب (2015) التوحد بأنه عجز ناتج عن اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم خلالها جمع المعلومات بواسطة الدماغ، مسببا بذلك مشكلة في المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، واللعب التخيلي والإبداع، كذلك عدم القدرة

تطورا في أساليب واستراتيجيات تعليم وتربية ورعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بوجه عام، والأطفال ذوي طيف التوحد بوجه خاص، وذلك نتيجة لعوامل ومثيرات سواء اجتماعية أو ثقافية تطالب بحقوق هؤلاء الأطفال وقد أصبحت الحاجة ضرورية لكسب هؤلاء الأطفال أولى الخطوات للارتقاء بنموهم العقلي والمعرفي والإبداع، وبناء عليه تم تفعيل برامج التدخل المبكر لتكون خطوة أولى في مساعدة الأطفال من ذوي التوحد على الاندماج والتعايش في المجتمع بطريقة أكثر فعالية (يوسف وموسى ومحمود، 2013)

فاضطراب التوحد من الإعاقات الصعبة والشديدة لأنها تؤثر على سلوكيات الفرد وعلى قابليته للتعلم أو التواصل أو التدريب أو الإعداد المهني، أو الاستقلال الاجتماعي والاقتصادي كما أن التوحد يعوق قدرة الفرد في المجالات اللغوية والعلاقات الاجتماعية والتواصلية، حيث تقل قدرته على التفاهم والتفاعل بينه وبين المحيطين به، كما أنه يعوق قدرته على التفاعل مع البيئة المحيطة

(خالد شريف، 2014، 4)

وبناء على ما سبق ظهرت العديد من البرامج العلاجية، والتي تهدف إلى تحسين مشكلات التواصل لدى الأطفال ذوي طيف التوحد، والتي اعتمدت في بناءها على نظريات مختلفة وتحاول المداخلة الحالية عرض كيفية تطبيق أحد هذه البرامج العلاجية داخل العيادة النفسية كأحد أساليب تنمية مهارات التواصل لدى أطفال طيف التوحد.

على اللعب وخلق علاقات مع الآخرين، وعجز التواصل يظهر في عدم القدرة عن التعبير تلقائياً عن الذات والعجز عن فهم ما يقوله الآخرون.

وقد عرفت الجمعية الوطنية الأمريكية التوحد بأنه نوع من الاضطرابات النمائية التطورية التي لها دلالاتها ومؤشراتها في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل، حيث تظهر نتيجة خلل ما في كيميائية الدم أو إصابة الدماغ، والتي تؤثر على مختلف نواحي النمو، ويضطرب فيه النمو والتواصل والتفكير. (ASA,2016)

المعايير التشخيصية لاضطراب طيف التوحد حسب الجمعية الأمريكية للطب النفسي الإصدار الخامس DSM5 :

في منتصف عام 2013 أصدرت الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (APA) الإصدار الخامس الجديد للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM-5)، مما أدى لحدوث تغييرات جديدة في تشخيص بعض الأمراض النفسية تختلف عنها في الإصدار الرابع المعدل السابق من الدليل (DSM-IV-TR) الصادر عام 2000 حيث نص على أن الطفل ذوي اضطراب التوحد يتصف بما يلي:
أ- صعوبة مستمرة في التواصل والتفاعل الاجتماعي مع المواقف المختلفة سواء في المراحل الحالية أو ما قبلها .

ومنها على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:
- صعوبة في التبادل الاجتماعي - العاطفي: ويتراوح ما بين التعامل الاجتماعي غير الطبيعي والفشل في

تبادل حوار اعتيادي مثلاً إلى الفشل في المشاركة في الاهتمامات والعواطف والمزاج إلى الفشل في بدء تفاعل اجتماعي أو الاستجابة له .

-صعوبة في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي: ويتراوح ما بين ضعف في تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي مثلاً إلى خلل في التواصل البصري ولغة الجسد أو صعوبة في فهم واستخدام التعبير الجسدية (الإيماءات) إلى الغياب الكامل لتعابير الوجه والتواصل غير اللفظي.

-صعوبة في إنشاء العلاقات أو الحفاظ عليها أو فهمها: ويتراوح من صعوبات في ضبط السلوك ليتلاءم مع مختلف المواقف الاجتماعية مثلاً، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو إنشاء الصداقات، إلى فقدان الاهتمام بالأقران.
ب-سلوك أو اهتمامات أو أنشطة تنصف بالتحديد أو التكرار، كما هو ظاهر في اثنتين على الأقل مما يلي، سواء في المرحل الحالية أو ما قبلها، ومنها ما يلي :

-نمطية وتكرار في حركات الجسم أو استخدام الأشياء أو الكلام. (مثلاً: نمطيات حركية بسيطة، أو ترتيب الألعاب في طابور أو قلب الأشياء، إعادة ترديد الكلام المسموع ك(صدى)، ترديد عبارات خاصة غير ذات معنى).

-الإصرار على المثلية (تماثل الأفعال)، وارتباط دائم بالأفعال الروتينية، أو طقسية أو الطبيعة أو السلوك اللفظي وغير اللفظي .

فعلى سبيل المثال: اضطراب كبير عند حصول تغيير بسيط، أو صعوبات في التغيير، أو طبيعة تفكير جامدة، طقوس ترحيب خاصة، أو الحاجة إلى اخذ نفس الطريق أو تناول نفس الطعام يوميا .
-اهتمامات محددة وثابتة بشكل كبير وبصورة غير طبيعية من ناحية الشدة والتركيز. (مثلاً ، التعلق أو الانشغال الشديدين بأشياء غير اعتيادية، أو التقيد بصورة مبالغ فيها، أو المواظبة على الاهتمام بشيء محدد).

-فرط أو انخفاض حركي نتيجة للمدخلات الحسية، أو اهتمامات غير طبيعية بالجوانب الحسية للمحيط (عدم إحساس للألم أو الحرارة، استجابة سلبية لأصوات أو أحاسيس لمس معينة، فرط في شم أو لمس الأغراض، انبهار بصري بالأضواء والحركات).
ج- يجب أن تظهر الأعراض في الفترة المبكرة من نمو الطفل (لكن قد لا تظهر الأعراض بشكل واضح حتى تظهر الحاجات الاجتماعية مدى القدرات المحدودة للطفل التوحدي، أو قد لا تظهر أبداً لحلول استراتيجيات مكتسبة لتحل محلها خلال الفترات الأخيرة من النمو).

د -يجب أن تسبب الأعراض ضرراً واضحاً في الفعاليات الاجتماعية والوظيفية والفعاليات الحياتية الأخرى المهمة.

هـ- هذه الاضطرابات يجب ألا تكون بسبب نقص في الذكاء (اضطرابات الذكاء التطورية) أو تأخر النمو العام (APA,2013)

أن نقص الذكاء واضطراب طيف التوحد يظهران معاً عادة، ولعمل تشخيص ثنائي للمرضين في مرض واحد يجب أن تكون القابلية للتواصل الاجتماعي أقل من المستوى المتوقع في النمو الطبيعي.

النظرية السلوكية والسلوك اللفظي لأطفال ذوي طيف التوحد:

يعتبر رواد النظرية السلوكية أن اللغة جزءاً من السلوك الإنساني، وعمدوا إلى تشكيل نظرية صريحة عن اكتساب اللغة، و قدم skinner نظرية تقوم على تحليل اللغة والتعامل معها على أنها سلوك مكتسب من المتغيرات الموجودة في بيئة الطفل وأطلق عليها إسم تحليل السلوك اللفظي The analysis of (verbal behavior)، وقد عرفها skinner على أنها السلوك الذي يتعلم بواسطة شخص آخر (عبد الله البار، 2016، 13).

ويعتبر تحليل السلوك اللفظي (AVB) نهج حديث حيث يحفز الأطفال على تعلم اللغة بطريقة ربط الكلمات مع أغراضها، فمثلاً كان يقوم بتعليم الطفل كيفية تقليد الأصوات والكلمات، وبعد ذلك يقوم بربط الكلمات مع الأشياء ومنها يصل إلى تكوين الجمل بما تتضمنه من ضمائر وأسماء وإشارة، ومن هذه النظرية يتعلم الطفل السلوك الذي يمكن أن يساعده في الحصول على الأشياء المطلوبة، كذلك وتجنب هذه النظرية الأطفال التركيز على الكلمات بأنها مجرد تسميات وبدلاً من ذلك، يتعلم الطفل كيفية استخدام اللغة لتوفير احتياجاته وتوصيل أفكاره، ويركز هذا النمط

من النظريات على مساعدة الطفل في فهم الهدف من استخدام اللغة (Michael Sundberg, 2011)

وقد قسم رواد نظرية السلوك اللفظي مجالات تحليل السلوك التطبيقي إلى عدد من المجالات وتم تصنيفها على النحو التالي:

الطلب: ويعتمد هذا النوع على تعليم الطفل كيفية الحصول على احتياجاته عن طريق الطلب.

الترديد: تعتبر مهارة ترديد الأصوات والكلمات من المهارات العليا في النظرية، مما يتطلب بعضا من الوقت لاكتساب هذه المهارة.

التسمية: ويكون من خلال تسمية الأطفال للأشياء المختلفة المتواجدة في محيطهم.

إتباع التعليمات: حيث يقدم فيها للطفل التعليمات الروتينية التي يمارسها في حياته اليومية، ومنها وصولا إلى تنفيذ التعليمات المعقدة مع مراعاة التدرج من السهولة إلى الصعوبة.

مهارات المحادثة: وتعتبر هذه المهارة من المهارات العليا التي يتعلم فيها الطفل إجراء حوار، وإكمال الأجزاء الناقصة من الجمل.

فهم اللغة: ويقصد به التعرف على الأشياء من خلال وصفها وعرض إستخداماتها (Esch, et al 2010)

ومن بين أهم البرامج المبنية على نظرية السلوك اللفظي:

برنامج التواصل بتبادل الصور: **Communication picture**

Exchange System (PECS) وقد اعد هذا النظام من خلال كلا من فروست وبوندي سنة 1984 ويعتبر من أنظمة تطوير التواصل الغير لفظي والمعتمد على الصور، حيث يعتمد هذا البرنامج على المهارات البصرية، لذلك يستخدم غالبا مع الأطفال من ذوي اضطراب التوحد، حيث يساعد الطفل على الطلب أو أداء نشاط يرغبه من خلال إعطاء البطاقة التواصلية للآخر، ويعتمد هذا البرنامج على التعليم بالتدريج لمساعدة الطفل على إتقان هذا البرنامج وغالبا ما يتم استخدام هذا البرنامج مع الطفل في مرحلة التدخل المبكر. (Vicker, 2011)

وصف الحالة:

عصام طفل يبلغ من العمر 4 سنوات، تقدم للعيادة من أجل التكفل النفسي والتأهيل وقد تم تشخيصه مسبقا من طرف المركز النفسي البيداغوجي بمدينة ورقلة؛ باضطراب طيف التوحد بدرجة متوسطة ودرجة ذكاء فوق المتوسط، فمن خلال المقابلة الأولية التي أجرتها الأخصائية النفسية مع الطفل وذويه تم جمع المعلومات التالية:

يحتل الطفل عصام المرتبة الثانية في أسرة تتكون من (05 أفراد) الأبوين وثلاثة أبناء، كانت ظروف حملته ومراحل نموه طبيعية طوله وحجمه متناسبين مع سنه، عصام طفل مشاكس يحب اللعب كثيرا ويصعب ضبط سلوكه حسبما ذكرت والدته، ولا يستخدم اللغة مطلقا في تواصله مع الآخرين الوضعية الاجتماعية لأسرته

مستقرة حيث أنهم يعيشون في منزل مستقل عن العائلة الكبيرة ،الحالة المادية للأسرة مقبولة ،الأب يعمل ممرضا بينما الأم مأكثة في البيت أما بالنسبة للمستوى التعليمي للوالدين فهو جيد ، الصحة الجسدية لعصام جيدة ولا يعاني من أي مرض مزمن.

وبعد إجراء جلستين مع الوالدين حيث تم فيهما جمع المعلومات حول حالة عصام بالإضافة إلى تطبيق مقياس (كارز2 للتوحد) ومقياس (تقدير الاتصال اللغوي لدى طفل التوحد) وذلك للتأكد من التشخيص المسبق تم البدء في تطبيق برنامج التواصل بتبادل الصور بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع.

مراحل تطبيق برنامج التواصل بتبادل الصور

البرنامج العلاجي التفصيلي

الجلسة الأولى:

هدف الجلسة:

- التعريف ببرنامج بيكس وشرحه للوالدين.
- شرح الخطوات الستة للبرنامج.
- حصول الوالدين على برنامج بيكس (المصنف + دليل الاستخدام + قرص مضغوط يحتوي على المراحل الستة مصورة فيديو) الذي توفره العيادة لعملائها.

محتوى الجلسة:

في هذه الجلسة استدعت الأخصائية الوالدين فقط وقامت بتعريفهما ببرنامج بيكس وشرحت لهما أهم

المبادئ التي يقوم عليها البرنامج كما شرحت كل المراحل التي يحتوي عليها وأكدت على ضرورة القيام بالواجب المنزلي اليومي والالتزام به لنجاح هذا البرنامج.

واجب منزلي: طلبت الأخصائية من الوالدين إعداد قائمة تشمل مفضلات الطفل من مأكولات ومشروبات وألعاب وأشياء مرتبة حسب الأكثر تفضيلا حتى يتم استغلالها خلال تطبيق البرنامج.

The physical exchange الجلسة الثانية: المرحلة الأولى: مرحلة التبادل

هدف الجلسة:

- استخدام أسلوب التعزيز والتدعيم.
- رفع صورة الشيء المحبب عند رؤيته ووضع الصورة في يد الأخصائية.

محتوى الجلسة:

في هذه الجلسة استعانت الأخصائية بالأم خلال الجلسة (كمساعد فسيولوجي) في تدريب الطفل عصام لأن هذه المرحلة تتطلب وجود مدربين في آن واحد أحدهما يجلس أمام الطفل ويتلقى الصورة منه ويعطيه ما يريد والثاني يجلس وراءه يساعد من خلال التلقين الجسدي بمسك يده من الخلف وتوجيهها لكي يأخذ الصورة ويعطيها للمدرب الذي أمامه، حيث جلست الأخصائية مقابل عصام وعرضت عليه الفاكهة المحببة لديه (الموز) ثم أبعدته عن متناول يده فبدأ عصام بمحاولة أخذ الموز بيده مع الصراخ والبكاء تعبيرا عن

رغبته وهنا يأتي دور المدرب الثاني (الأم) التي كانت تجلس خلف عصام حيث قامت بوضع يده على صورة الموزة ثم جعلته يضع الصورة في يد الأخصائية وهنا قالت الأخصائية (تريد الموزة) مع نطق كلمة موزة بوضوح ، ومباشرة وبشكل فوري أعطته قليلا من الموز، لكي يسهل عليه ربط إعطاء صورة الموزة للأخصائية والحصول عليها. بعد ذلك وضعت الأخصائية مجددا الموز فوق الطاولة ومجددا بدأ عصام بالبكاء ومحاوله أخذ الموز مباشرة إلا أن الأم هذه المرة أخذت يده ووضعتها على صورة الموزة وقربتها من يد الأخصائية فوضع عصام صورة الموزة في يد الأخصائية وهو يبكي وفورا أعطته الأخصائية قليلا من الموز مجددا مع نطق كلمة موز بوضوح، وتم تكرار الخطوات السابقة إلى غاية انتهاء الجلسة.

واجب منزلي: تكرار نفس العملية في المنزل يوميا بالاستعانة بالأم والأب مع 3 أشياء محبة للطفل.

الجلسة الثالثة: تابع المرحلة الأولى: مرحلة التبادل

هدف الجلسة:

- إخفاء التلقين - مساعدة الطفل - تدريجيا.
- المبادرة بطلب ما يريد دون أن يذكره أحد بذلك.

محتوى الجلسة:

في هذه الجلسة وضعت الأخصائية كرة صغيرة فوق الطاولة فحاول عصام أخذها فطلبت الأخصائية من

الأم أن تمنعه وتضع يده على صورة الكرة ثم تقرب الأم يد عصام من الأخصائية فيضع صورة الكرة في يد الأخصائية ومباشرة أعطته الأخصائية الكرة وأثناء ذلك قالت له "كرة" وسمحت له باللعب بها بعض الوقت،

ثم أخذت الأخصائية من عصام الكرة ومجددا حاول الحصول على الكرة إلا أن أمه خلفه منعه ثم أمسكت معصمه وقربته من الصورة فالتقط عصام الصورة بمفرده ووجهت الأم يد عصام نحو يد الأخصائية فقام عصام بوضع الصورة في يد الأخصائية هذه المرة بدون بكاء وكأنه كان متوقعا بأنه سيحصل على الكرة فأعطته الأخصائية الكرة ففرح عصام لحصوله على الكرة ثم قامت الأخصائية بإحضار لعبة موسيقية محبة لعصام وأمسكتها بيدها وهي جالسة أمامه وأمه تجلس خلفه وصورة اللعبة الموسيقية موضوعة فوق الطاولة في البداية بدأ عصام بالبكاء تعبيرا عن رغبته في الحصول على اللعبة ثم أخذ صورة اللعبة الموسيقية بمفرده ووضعتها في يد الأخصائية فقالت له الأخصائية "لعبة موسيقى" ومباشرة شغلت له اللعبة ووضعتها في متناوله.

واجب منزلي: إعادة تطبيق نفس الخطوات التي قامت بها الأخصائية خلال الجلسة في المنزل 30 مرة كل يوم باستخدام أشياء متنوعة محبة للطفل (مأكولات، مشروبات، ألعاب).

ملاحظة: ليست هناك ضرورة الجلوس على كرسي وطاولة بل يمكن تدريب الطفل في أي مكان.

الجلسة الرابعة: تابع المرحلة الأولى: مرحلة التبادل

- تحقيق الاستقلالية التامة عن المساعد الفسيولوجي.

- طلب الشيء من أكثر من شخص.

محتوى الجلسة:

بعد أن يتعلم عصام إعطاء الصورة للأخصائية دون مساعدة الأم لعدة مرات تقوم الأم والأخصائية بتبادل الأدوار لتدريب الطفل على الطلب من أكثر من شخص فتجلس الأخصائية وراء عصام بينما تجلس الأم أمامه حيث يعرض على عصام شيء محب وعليه أن يقوم بإعطاء الصورة للأم للحصول على ما يريد وتقوم الأخصائية بسحب المساعدة تدريجياً إلى أن يحقق الطفل الاستقلالية التامة.

واجب منزلي: تكرار تمارين الجلسة في المنزل 30 مرة موزعة على اليوم.

الجلسة الخامسة: المرحلة الثانية: تنمية التلقائية

Expanding Spontaneity

هدف الجلسة:

- تدريب الطفل على أن يذهب إلى لوحة التواصل لسحب الصورة التي تماثل الشيء المرغوب ثم العودة إلى الأخصائية ليضع الصورة في يدها.
- زيادة المسافة بين الأخصائية والطفل.
- زيادة المسافة تدريجياً بين الطفل والصورة.
- زيادة عدد الأشياء المفضلة للطفل.

- تدريب الطفل على المسح البصري للبحث عن الشيء المفضل.

محتوى الجلسة:

في هذه المرحلة يكون التدريب على صورة واحدة فقط في الجلسة مع ضرورة كتابة اسم الصورة تحتها.

حيث عرضت الأخصائية العصير على عصام وجلست بعيدة عنه وقام هو بسحب الصورة من لوحة التواصل والقدوم بشكل تلقائي إلى الأخصائية وتسليمها الصورة بدون أي مساعدة من الأم وهنا قامت الأخصائية بتسمية العصير بوضوح وأعطته كمية قليلة جداً من العصير واستمرت الأخصائية في تكرار نفس الخطوات إلى غاية نهاية الجلسة.

واجب منزلي: تكرار نفس الخطوات السابقة مع أشياء مختلفة إضافة إلى سحب العصير من الغذاء اليومي لعصام وعدم الحصول عليه إلا من خلال التواصل مع أمه بتبادل الصورة بالعصير.

الجلسة السادسة: المرحلة الثالثة: تمييز

الصور Picture Discrimination

هدف الجلسة:

- الهدف من هذه المرحلة أن يكون الطفل قادراً على تمييز الصورة التي تماثل الشيء المرغوب من بين عدد من الصور المقدمة له على لوحة التواصل.
- زيادة الانتباه.

- الاختيار بين ما يرغبه ومالا يرغبه.

- يطلب ما يريده في عدة أماكن مثل المنزل والمدرسة والشارع.

- فهم معنى الصورة حتى وإن كانت غير ملونة.

- يحمل ملف التواصل PECS Board معه أينما ذهب.

محتوى الجلسة:

- يختار الصورة المناسبة من بين عدة اختيارات.

- يفهم الرسوم ذات الحجم الصغير حتى وإن كانت ابيض وأسود.

- يطلب الأشياء من تلقاء نفسه ولا يعتمد على المدرب أو أي نص آخر لتذكيره.

- تعليم الطفل وصف ما يطلبه.

- تكرار الكلمات الخاصة بالجميل التي تدرب عليها الطفل.

- تعزيز الطفل في كل محاولة.

محتوى الجلسة:

في هذه الجلسة يضاف إلى ملف التواصل شريط الجمل والذي يكون بلون مختلف عن لون الملف حتى يسهل على عصام تمييزه، ثم تلصق الأخصائية صورة "أنا أريد" على شريط الجمل وتضع الصور التي تدرب عليها عصام خلال المراحل السابقة على وجه الملف، مع وضع الأشياء المطابقة للصور على الطاولة ثم تطلب الأخصائية من عصام أن يضع صورة الشيء الذي يريده على الشريط وينزع الشريط من ملف التواصل ويعطيه للأخصائية وعندما لاحظت الأخصائية أن عصام وجد صعوبة في فهم المطلوب منه؛ قامت بالاستعانة بالأم من أجل التلقين الجسدي وقبل أن تعطي لعصام ما يريد تقرأ الأخصائية الجملة على الشريط وتشجع عصام على

في هذه الجلسة وضعت الأخصائية (3) صور على لوحة التواصل من بينها صورة البرتقال الذي يعتبر فاكهة محبة لعصام وشيعين آخرين لا يهتم بهما، وعندما اختار عصام صورة البرتقال من لوحة التواصل وأعطاهما للأخصائية قالت له "آه تريد برتقال" وأعطته فوراً قطعة من البرتقال مع التشجيع وعندما اختار عصام صورة أحد الأشياء الأخرى الموجودة على الطاولة والتي تعتبر أشياء غير محبة له لم تقل له الأخصائية "هذا خطأ" بل أعطته الشيء المطابق للصورة دون تشجيع وبعد عدة محاولات صحيحة غيرت الأخصائية مجموعة الصور على لوحة التواصل والأشياء المطابقة لها على الطاولة مع إضافة عدد الصور حتى تعطي لعصام فرصاً للتكرار والمحاولة ليتعلم الاختيار من بين عدة صور ملونة وغير ملونة. واجب منزلي: تكرار نفس الخطوات في المنزل.

الجلسة السابعة: المرحلة الرابعة: تكوين الجمل

Sentence Structure

هدف الجلسة:

- تكوين جملة من الصور تبدأ ب "أنا أريد".
- أن يكون الطفل قادراً على أن يطلب الأشياء الموجودة وغير الموجودة أمامه.
- يطلب ما يريده من عدة أشخاص.

لمس الصور بالتزامن مع لفظها، ويتم استئناف الخطوات السابقة مع وضع صورة "أنا أريد" مع بقية الصور وعلى عصام تكوين الجملة بمفرده بدون مساعدة، كما تم تعليم عصام في هذه المرحلة استخدام الصفات المختلفة كاللون والحجم مثل أنا أريد سيارة حمراء.

واجب منزلي: ضرورة تكثيف التدريبات في المنزل.

الجلسة الثامنة: المرحلة الخامسة: التفاعل عند سؤال

ماذا تريد Responding to what do you want

هدف الجلسة:

- أن يكون الطفل قادرا على أن يطلب الكثير

من الأشياء بصورة تلقائية وأن يجيب على

سؤال ماذا تريد مستخدما شريط الجملة الخاص به.

- أن ينزع شريط الجملة الخاص به ويعطيه

للأخصائي.

محتوى الجلسة:

في هذه الجلسة جلست الأخصائية على كرسي مقابل

عصام ووضعت أمامها أربعة أكياس شفافة صغيرة

(كيس فول سوداني؛ كيس حبيبات الشوكولاتة؛

كيس بسكويت؛ كيس فستق) ووضعت أمام عصام

مصنف بيكس وسألت عصام "ماذا تريد" فقام عصام

بسحب صورة أنا أريد ووضعها على شريط المحادثة ثم

سحب صورة البسكويت ووضعها كذلك على الشريط

وسلم الشريط للأخصائية فأمسكت الأخصائية بشريط المحادثة وطلبت منه التردد معها "أنا أريد بسكويت" وفورا أعطته قليلا من البسكويت، وكررت نفس العملية السابقة عدة مرات مع زيادة الوقت تدريجيا بين السؤال والإشارة إلى صورة أريد حتى يتمكن عصام من الإجابة على سؤال ماذا تريد بدون

مساعدة.

الجلسة التاسعة: تابع المرحلة الخامسة التفاعل عند

سؤال ماذا تريد Responding to what do you want

هدف الجلسة:

- التدريب حتى الإتقان.

- تنمية المهارات الدقيقة لزيادة الانتباه والثقة

بالنفس.

- الإقلال من المساعدة تدريجيا حتى تختفي

نهائيا.

محتوى الجلسة:

جلست كل من الأخصائية والأم أمام عصام وبدأت

بتناول الشوكولاتة أمام عصام لتحفيز عصام على

الطلب دون أن تسأله الأخصائية "ماذا تريد" فقام

عصام بسحب صورة أنا أريد وصورة الشوكولاتة

ووضعها على شريط المحادثة وسلمها للأخصائية فطلبت

منه الأخصائية التردد معها "أنا أريد شوكولاتة" ثم

أعطته قطعة صغيرة من الشوكولاتة وكررت الأخصائية

نفس الخطوات مع بعض الأشياء والمأكولات المفضلة لديه.

واجب منزلي: تكرار نفس الخطوات في المنزل مع كل أفراد الأسرة.

الجلسة العاشرة: المرحلة السادسة التجاوب والردود التلقائية Responsive and Spontaneous Commenting

هدف الجلسة:

- الإجابة على الأسئلة تلقائياً.
- أن يكون الطفل قادراً على الإجابة على سؤال: ماذا تريد؟ ماذا ترى؟ ماذا تسمع؟ ماذا تملك؟
- التواصل مع الآخرين دون وسيط (الهدف الأساسي من البرنامج).

محتوى الجلسة:

في هذه الجلسة قامت الأخصائية بوضع صورة "أرى" على شريط المحادثة وسألت عصام ماذا ترى؟ بعدما عرضت عليه موزة مع إتباع نفس خطوات المرحلة الخامسة في الإجابة على السؤال.

ثم قامت الأخصائية بالمبادلة بين سؤال ماذا ترى بماذا تريد وعلى عصام وضع الصورة المناسبة في كل مرة، ثم قامت بتعليم عصام الإجابة على المزيد من الأسئلة مثل (ماذا تسمع؟ ماذا تملك؟...).

خاتمة:

بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي أظهر عصام تحسناً كبيراً حسب ما كشفه التطبيق البعدي لمقياس تقدير الاتصال اللغوي لدى طفل التوحد وصل إلى غاية 40% ، كما تكون لدى عصام قاموس لغوي بسيط (يحتوي على بعض الكلمات) إضافة إلى أن أسرة عصام لاحظت أنه أصبح أكثر هدوءاً وتحاولاً مع الأوامر، كما أن ردود الأفعال العدوانية الناجمة عن العجز على التعبير قلت بشكل كبير وملحوظ، ومن الجدير بالذكر أن عصام لا يزال قيد التدريب على برنامج ييكس في المنزل، إلى غاية الوصول إلى الهدف النهائي من البرنامج الذي هو القدرة على التواصل مع الآخرين بدون أي وسيط وقد قامت الأخصائية بإعطاء الوالدين موعداً للمتابعة بعد ثلاثة أشهر.

- American Psychiatric Association. (2013). Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5 www.DSM5.Org

- American Psychological Association, APA. (2013). Autism Definition, Autism. European Child & Adolescent Psychiatry, 17, 143-152 Retrieved from <http://www.apa.org/topics/autism/index.aspx>

- Esch, Barbara E.; LaLonde, Kate B.; Esch, John W. (2010). Applied Behavior Analysis Journal of Speech and Language Pathology. Vol 5(2) 166-199 Retrieved From: <http://dx.doi.org/10.1037/h0100270222>

- Iwata, B. A, Sundberg, M. L., & Carr, J. E. (2011). Gerald L. "Jerry" Shook: Visionary for the profession of behavior analysis. Behavior Analysis in Practice, 4, 61-63.

- Vicker, B. (2011). What is the "Picture Exchange Communication System" or PECS?" Autism Support Network. Retrieved from: <http://www.autismsupportnetwork.com/resources/autism-what-pictureexchange-communication-system-or-pecs-223321>

- أبو حسب الله، علاء كمال (2005). فاعلية برنامج تدريبي في تنمية مهارات التواصل لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، أطروحة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

- الإمام، محمد صالح. الجوالدة، فوائد عيد. (2010). التوحد ونظرية العقل، عمان. دار الثقافة للنشر.

- شبيب، عادل. (2008). ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء، رسالة ماجستير غير منشورة الأكاديمية للتعليم المفتوح (بريطانيا)

- عبد الله، البار. روان؛ عيدروس. (2016). فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر قائم على السلوك اللفظي في تنمية مهارات التواصل لدى أطفال من ذوي التوحد في المملكة العربية السعودية؛ أطروحة ماجستير، كلية التربية، جامعة الإمارات العربية المتحدة.

- عياش؛ عيسى. خالد؛ شريف. (2015). فاعلية برنامج تدريبي سلوكي يستند إلى نظام تبادل الصور (بيكس) لتنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد في نابلس فلسطين، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، المجلد الثالث العدد (10).

- هلاهان، دانيال. كوفمان، جيمس. (2012). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم مقدمة في التربية الخاصة (ترجمة عادل محمد) عمان دار الفكر: العمل الأصلي نشر في عام (2008).

- Autism Society of America (2016). Department of Consumer and Regulatory Affairs. Government of the District of Columbia. Retrieved from <http://www.autism-society.org/>

مهارة توكيد الذات واضطراب الرهاب الاجتماعي: أية علاقة؟

بوكريطة كوثر - جامعة الجزائر 2

لونيس سعيدة - جامعة الجزائر 2

social phobia disorder and self-assertion
as a

therapeutic technique that is included in the techniques of cognitive behavioral therapy, which have proven effective in alleviating relational disorders. And in order to achieve the objectives of this survey, the concepts of self-affirmation and social phobia disorder were discussed, and then the relationship between them was examined in light of the results of previous studies. To conclude our study it would be important to remind all practitioners and researchers in the specialty of the need to be careful in the selection of therapeutic techniques of disorder which is the object of treatment as it is an important step on which the process depends upon the treatment and effectiveness.

* **Key words:** Self-Affirmation, Social Phobia.

ملخص:

تسعى هذه الورقة البحثية لتسلط الضوء على طبيعة العلاقة القائمة بين اضطراب الرهاب الاجتماعي ومهارة توكيد الذات باعتبارها تقنية علاجية تدرج ضمن تقنيات العلاج المعرفي السلوكي والتي أثبتت فعاليتها في التخفيف من الاضطرابات ذات المنشأ العلائقي.

ولتحقيق أهداف الدراسة تم التطرق إلى تحديد كل من مفهومي توكيد الذات واضطراب الرهاب الاجتماعي، ومن ثم محاولة إبراز العلاقة الموجودة بينهما في ضوء نتائج الدراسات السابقة. لنختم دراستنا بتنبية الممارسين العياديين والباحثين في التخصص بضرورة أخذ الحيطه والحذر في انتقاء التقنيات العلاجية للاضطراب الذي يسعون إلى علاجه كونها تشكل خطوة بالغة الأهمية والتي على أساسها تتوقف سيرورة العملية العلاجية وفعاليتها.

* **الكلمات الدالة:** توكيد الذات، الرهاب الاجتماعي.

Abstract:

This paper seeks to shed light on the nature of the relationship between

الخاصة، والتعبير عن المشاعر السلبية والايجابية؛ والثقة بالنفس، وتقييمها بصورة موضوعية، وتوجيه الآخرين).

وفي هذا الصدد يرى كلٌّ من Heinrich وGullone (2006) "أن إشباع العلاقات الاجتماعية أمر ضروري للصحة النفسية والجسمية" (Heinrich & Gullone, 2006)

ويؤكد التراث السيكولوجي أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين القصور في المهارات التوكيدية وظهور العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية، حيث نجد أن هناك مشكلات عديدة يعاني منها الفرد في حالة انخفاض مستوى توكيد الذات لديه، وهو ما قد يؤدي إلى الاضطرابات النفسية ومن أبرزها الرهاب الاجتماعي الذي تتميز بوجود خوف وقلق شديد إزاء مواجهة المواقف الاجتماعية التي قد يتعرض الشخص فيها إلى التفحص أو المراقبة من الغير تكون مخاوف الشخص منصبة على التصرف بطريقة ما أو ظهور أعراض القلق لديه وتقييمه السلبي من الآخرين أو قد تكون محرجة أو تؤدي إلى الرفض من الآخرين، وتحدث تلك المواقف الاجتماعية بشكل دائم تقريباً تسبب خوفاً أو قلقاً لدى الشخص تؤدي به إلى تجنب المواقف الاجتماعية أو التعرض لها مع الشعور بالخوف والقلق الشديد (لونيس، 2013، ص.8).

ويشكل الرهاب الاجتماعي حالة مرضية مزمنة، بحيث تصبح سلوكيات التجنب للمواقف الاجتماعية تمثل مظهراً عاماً لسلوك الفرد، مما يؤثر على أدائه وتوافقه، ويقيّد مجاله الحيوي، وقد أكدت الملاحظات العيادية، والدراسات الوبائية نسبة عالية لانتشار هذا الاضطراب.

لقد ساهم ظهور العلاج المعرفي في تطوير عدة نظريات وظهور عدة تقنيات علاجية وموجات حديثة في مجال علاج الاضطرابات النفسية التي بدورها تشهد تطور عبر العصور، مما استدعي إلى ظهور فنيات علاجية تكون أكثر فعالية بهدف معالجة الاضطرابات النفسية الأكثر انتشاراً في هذا العصر.

ومن بينها فنية توكيد الذات التي تعتبر من المهارات الاجتماعية الأساسية حديثة التداول إذ حظي هذا المفهوم باهتمام الباحثين من علماء النفس والصحة النفسية في العصر الحديث نظراً لكونه يعد مؤشراً هاماً للتوافق النفسي والاجتماعي ومهارة ضرورية في استمرارية العلاقة بين الأفراد وتوازنها.

إذ تعد مشكلات التفاعل الاجتماعي وتكوين العلاقات الاجتماعية مع الآخرين مصدراً من مصادر الضغط والتوتر، والتي يرتبط النجاح في معالجتها بالصحة النفسية والفاعلية الشخصية، في حين أنه إذا كانت العلاقات الاجتماعية للفرد متدهورة وسيئة، فإن ذلك من شأنه أن يؤثر على معنوياته وعلى توافقه النفسي، ومعنى هذا أن النجاح أو الفشل في إقامة علاقات اجتماعية مشبعة هو واحد من المعايير الهامة التي نحكم بها على مدى ما يتمتع به الفرد من الصحة النفسية (لونيس، 2013، ص.7).

ولهذا يعتبر من الضروري تمتع الفرد بالمهارات التوكيدية والتي تعتبر مهارة الفرد في التواصل مع الآخرين بأسلوب توكيدي عبر الكلام والإيماءات عن طريق أسلوب هادئ مع مراعاة واحترام مشاعر وتفكير ورأي وهوية الطرف الآخر، والقدرة على إقامة التفاعلات الاجتماعية، والتعامل مع الغرباء والدفاع عن الحقوق

إذ يعد اضطراب الرهاب الاجتماعي من أكثر أنواع اضطرابات القلق شيوعاً، ويحتل الترتيب الثالث من بين الاضطرابات المرضية الأكثر انتشاراً في العالم بعد الاكتئاب وإدمان الكحوليات.

ففي دراسة إحصائية لستين وآخرين (2000 Stein, & All) تبين أن نسبة الأفراد الذين تم تشخيصهم وفقاً لمحكات (DSM-IV) قد بلغت (7,2%)، وقد سجل نحو (37,7%) من أفراد العينة بأن الرهاب الاجتماعي يؤثر تأثيراً جوهرياً على واحد على الأقل من جوانب حياتهم، مثل التعليم والعلاقات الشخصية.

وكشفت الدراسات حول انتشار الرهاب الاجتماعي بين الذكور والإناث أجراها معهد للصحة النفسية على مدى ستة شهور، أن معدل الانتشار يتراوح بين (1.7 إلى 9,0%) لدى الذكور، ويتراوح بين (2.6% إلى 1.5%) لدى الإناث (هوب وهيمبورغ، 2002، ص. 232).

وهذا ما أدى إلى تطوير فنيات علاجية قائمة على العلاج المعرفي السلوكي والتي أثبتت فعاليتها في حل الاضطرابات وخاصة اضطرابات الحصر وهذا العلاج هو مستوحى من نظرية التعلم والاشراط الكلاسيكي والتعلم الاجتماعي ومن دراسة معالجة المعلومة وتعديل السلوك

(Bricout & Chaberon, 2015, p.4).

وفي ظل هذا التطور الحالي والحديث برزت الموجة الثالثة التي أخذت في عين الاعتبار أهمية التفاعل الفرد مع بيئته وأخذ المبادئ والمقاربات العلاجية المستندة من الوعي الكامل la pleine conscience والتي

تعد حديثة، وهذه المهارة المتمثلة في توكيد الذات والتي هي قائمة على ثلاث ركائز (تقدير الذات، حب الذات، الثقة في النفس)، وهي تهدف إلى الحفاظ على وضعية الثبات في القواعد التربوية وكل ذلك مع إظهار المرونة في التواصل وإمكانية الدفاع والتعبير عن وجهة نظرنا بهدف تنمية التوكيدية لنكون أكثر ثقة وتقدير لذاتنا Bricout & Chaberon, 2015, (pp.7-9).

وعليه فقد ارتأينا من خلال هذه الدراسة التعرف على هذه الفنية الحديثة والكشف عن العلاقة بين توكيد الذات والرهاب الاجتماعي (الحصر الاجتماعي) نظراً لكونهما يندرجان ضمن سياق التفاعل الاجتماعي من خلال طرح التساؤل التالي: مهارة توكيد الذات واضطراب الرهاب الاجتماعي: أية علاقة؟

1. تحديد مفهوم توكيد الذات

تعددت التعاريف التي وضعت لمفهوم توكيد الذات، ومن أهمها نذكر ما يلي:

يعرفه جوزيف وولب، أرلوند لازاروس & wolpe lazarus التوكيدية بأنه "سلوك يعبر عنه الفرد عن حقوقه الشخصية ومشاعره بطريقة مقبولة اجتماعياً"

ويعد تعريف كل من ألبرتي وإيمونس Alberti & Emmons من أشمل التعريفات التي وضعت لمفهوم توكيد الذات، حيث يعتبران أن السلوك التوكيدي هو: "السلوك الذي يمكن الشخص من التصرف في مصالحه، والدفاع عن نفسه دون قلق غير ضروري، والتعبير بحرية عن مشاعره الصادقة، والحفاظ على حقوقه الشخصية دون إنكار لحقوق الآخرين" (نقلاً عن معمرية، 2012، ص. 224-223).

2. أنماط السلوكيات البنيشخصية

يميز س. ب. كوتلر S.B. Cotler (1976) بين ثلاث أنواع من السلوك (الاتوكيدي، التوكيدي، العدواني) إذ أن مصطلح "التوكيدية" يتحدد عن طريق تميزه عن السلوك اللاتوكيدي (السلي أو الإذعاني) والسلوك العدواني، فهو يقع على متصل، أي أنها تقع في المنتصف، ويوجد على أحد طرفي المتصل العدوان، وعلى الطرف الآخر توجد السلبية أو الإذعانية، ونستطيع تشبيهه كالميزان الذي أوسطه و كفة توازنه هو السلوك التوكيدي (Cariou-Rognant, & Duchesne, 2014, p.15).

وفيما يلي سيتم توضيح هذه الأنماط من السلوكيات البنيشخصية على النحو الآتي:

أ. السلوك اللاتوكيدي (الإذعاني)

ويشمل هذا الأسلوب انتهاك الشخص لحقوق نفسه وذلك بعجزه عن التعبير عن مشاعره الصادقة وأفكاره ومعتقداته، وكنتيجة لذلك فإنه يسمح للآخرين بانتهاك حقوقه.

إنّ هذا الأسلوب يجعل الفرد يعبر عن أفكاره ومشاعره بطريقة اعتذار وأسلوب طمس ومحو لذاته تجعل الآخرين يستخفون به.

كما تضعف لديه القدرة على التحكم في قلقه، ولا يسمح لاحتياجاته أن يكون لها الأولوية، وأن تكون على نفس صلاحية احتياجات الآخرين، فهو يشعر بالعجز والضعف والإحباط ويظهر عدم القدرة على توكيد الذات.

وبذلك فإن الأفراد في هذا السلوك يتصفون بارتفاع مستوى القلق وفقير في المهارات الاجتماعية،

في حين عرفها جالاسي وجالاسي Galassi و Galassi بأنها "التعبير المباشر والمناسب من قبل الفرد عن حاجاته ورغباته وآرائه، دون معاقبة الآخرين أو تهديدهم أو الخطّ من قدرهم، وأن يقوم بذلك دون أن يشعر بالخوف".

كما قدم راكوز Rakos تعريفا يضم عناصر إضافية حيث عرف التوكيد بأنه "سلوك نوعي - موقفي، متعلّم، مكون من سبع فئات مستقلة هي: الاعتراف بأوج القصور الشخصي؛ وتقديم تهنئة أو مجاملة ورفض مطالب غير معقولة، وبدء والاستمرار في التفاعلات الاجتماعية، والتعبير عن المشاعر الايجابية، والتعبير عن آراء المختلفة عن الآخرين، ومطالبة الآخر بتغيير بعض سلوكياتهم الغير المرغوبة" (نقلا عن لونيس، 2013، ص 43-44).

ومن أهم وأبرز التعريفات التي وضحتها كل من بودري وبوافر (Beaudry et Boisvert, 2012):

"توكيد الذات هو التواصل الاجتماعي بأسلوب توكيدي ومتزن بدون قلق وذلك بالتعبير عن الأحاسيس والوجدانات والأفكار والآراء ووجهات النظر، والدفاع عن الحقوق بكلمات وإيماءات وكل ذلك مع رغبتنا في التعرف عن أحاسيس وأفكار وأسلوب رؤية الأشخاص الآخرين مع احترام لوجهة نظرهم وهويتهم وأرائهم" (Bricout & Chabero, 2015, p.8).

واشتملت جل هذه التعاريف بأن توكيد الذات هو تعبير عن الاتزان والانسجام الذاتي والانفعالي للفرد في مختلف المواقف الاجتماعية التي يواجهها الفرد في حياته والذي يتبنى فيها السلوك التوكيدي.

وكبت وتجنب وكف في التعبير عن الأفكار والرغبات الخاصة وإرضاء والخضوع لطلبات الآخرين، وبذلك يسعون إلى بعث رسالة في الاتصال مضمونها "إني لا أستطيع أن اتخذ قرارا ولهذا فيمكن أن تستفيد مني، إن مشاعري وأفكاري أقل أهمية من مشاعرك وأفكارك وسوف أصبر على أي شيء يصدر منك، أنا أسترضي الآخرين وأتجنب الصراع والإزعاج بأي ثمن كان"(الرشيدي، 1999، ص. 117-118) .

ب. السلوك العدواني

يشمل هذا النمط من السلوك حماية حقوق النفس والتعبير عن المشاعر الشخصية والأفكار والمعتقدات بطريقة سيئة وغير مناسبة، وغالبا ما تنتهك فيها حقوق الأشخاص الآخرين، ولدى صاحب السلوك العدواني رسالة يحاول أن يوصلها إلى الآخرين خلال عملية الاتصال وكأنه يقول "هذا ما أعتقد وهو ما أريد"، ويعتقد صاحب السلوك العدواني في أفكار غير عقلانية أهمها "أنني سوف أهزمك قبل أن يكون لديك الفرصة لتهزمني"، وتهدف تصرفاته إلى السيطرة والفوز وإجبار الشخص الآخر على الخسارة. والإثابة التي يحصل عليها صاحب السلوك العدواني تكمن في تنفيذ أوامره وأن تسير الأمور وفق رغبته، أما الثمن الذي يدفعه فهو خلق العداء مما يحدث لديه القلق والحصر الشديد وبالتالي من الصعب على صاحبه الاسترخاء والشعور بالأمان (الرشيدي، 1999، ص. 119).

ويتصف الفرد في هذا السلوك بالتعبير المباشر عن وجهة نظره دون الاستماع أو الإنصات الكامل أو الفعال للطرف الآخر والهجوم أو الاعتداء اللفظي السريع، والسعي لإخضاع الآخرين للحصول على ما

يريد ويتسم بأسلوب العدوان اللفظي وحتى العدوان الجسدي أو إيماءات ونظرات حادة وعدوانية دون احترام لآراء وكيان الطرف المتصل الآخر، وينزعج ويثور أو يقاطع الآخر إذ تم رفض طلبه ويتخذ مواقف صارمة ومتوترة إزاء الطرف المتصل Bricout & (Chaberon, 2015, p.16).

ج. السلوك التوكيدي

الأفراد المؤكدون لذواتهم بإمكانهم أن يعبروا لفظيا وعلى مدى واسع عن كل المشاعر الموجبة والسالبة والأفكار وقادرون على اتخاذ قرارات ويمارسون الاختيار الحر في الحياة وإقامة علاقة شخصية وطيدة وحماية أنفسهم من استغلال الآخرين وإشباع حاجاتهم بنجاح وانجاز كل ذلك دون الشعور بالقلق أو الذنب ودون الاعتداء على الآخرين وحقوقهم. (Cariou-Rognant,) (Chaberon & Duchesne, 2014, p.14).

يتميز الفرد ذوي السلوك التوكيدي بالتعبير الفعال والصريح والمباشر عن كل ما يفكر فيه ويريده ويشعر به بأسلوب متزن ومقبول اجتماعيا وبدون خوف أو حصر مفرط من مواجهة الطرف المتصل الآخر مع احترام لأسلوب تفكيره.

تعددت أنماط السلوكات البنيشخصية من نمط يتبنى السلوك الازدعائي السلبي الذي يلغي ذاته من أجل الآخر، . الي نمط عدواني يهدم الآخر، وبين النمطين يوجد النمط المتزن الذي يتبنى فيه الفرد سلوك توكيدي ايجابي فعال.

3. أهم الفنيات المعرفية السلوكية التي تعتمد عليها مهارات توكيد الذات

✓ لعب الأدوار

لعب الأدوار السلوكي وتبدأ هذه الفنية بوصف وتحديد الوضعية- المشكل قبل أن تكون محل لعب مع المتدربين بإشراف المعالج، وهي تهدف إلى مساعدة المشاركين في التدريب التوكيدي إلى التمثيل الدقيق للوضعية، ويكون لعب المشهد للوضعيات الحقيقية والواقعية للمتدربين وطريقة عرضها مناسب لخفض القلق والحصر لديهم. (Cariou-Rognant, Chaberon& Duchesne, 2014. pp.28.29)

✓ النمذجة

تعد جزءاً أساسياً من برامج كثيرة لتعديل السلوك، وهي تستند إلى افتراض أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين، وتعرضهم بصورة منتظمة للنماذج ويعطى الشخص الفرصة لملاحظة نموذج ويطلب منه أداء نفس السلوك الذي يقوم به النموذج. (مليكة، 1990، ص.104)

وقدم باندورا "Bandura" في إطار نظرية التعلم الاجتماعي استراتيجية النموذج للتدريب على المهارات الاجتماعية كما يأتي: تحديد مفهوم المهارة وتعريفها، ثم تقديم النموذج، وإتاحة الفرصة للتدريب على أداء المهارة وتكرارها، تقييم المهارة واستخدامها في مواقف الحياة، مع تقييم المهارة بواسطة المدرب واستخدام التغذية الراجعة والتشجيع على أداء المهارة وإتقانها مما يؤدي إلى تدعيم الثقة بالنفس وحفظ أداء المهارة بالإقناع اللفظي (التعزيز الاجتماعي) (الدردير، 2005، ص 85-86)

✓ إعادة البناء المعرفي

إن جوهر العلاج المعرفي السلوكي مبدئه أن الأفكار هي التي توجه السلوك وتثير الانفعالات حيث أننا نقوم بتحليل مستمر للمعلومات الواردة إلينا من

الداخل والخارج، والأفكار تمثل نتيجة معالجة تلك المعلومات وتعني العمليات المعرفية بتصنيف وتقييم وتنظيم المعلومات ذات المعنى والمهمة من يقوم بذلك شفرة الواقع، وكذلك المشاعر الداخلية للفرد غير أنه عملية المعالجة هذه قد تتضمن أخطاء وتشويهات (Christophe André, 2005,p.17).

إن التفكير المشوه يؤدي إلى بعث مشكلات نفسية عديدة ويعتمد المعرفيون إلى إعادة صياغة أفكار المفحوص التلقائية والسلبية باستخدام عمليات الحوار السقراطي بحيث يشجع المفحوص على البحث عن جوهر اعتناقه لهذا التفكير السلبي والسيئ التكيف والغير المنطقي.

وتعتبر من الأساليب والفنيات التي تساعد المفحوص على تغير أفكاره اللاعقلانية واتجاهاته الغير منطقية إلى أفكار واتجاهات عقلانية جديدة ويتبنى المفحوص فلسفة فكرية واضحة ومقبولة في الحياة التي تقوم على العقلانية (بيري. كورورين، 2008، ص.169).

✓ التغذية الرجعية والتدعيم الاجتماعي

هي عبارة عن تقييم أداء العميل من قبل المدرب بمشاركة أفراد المجموعة، بمعنى إبراز نقاط القوة ونقاط الضعف التي أظهرها العميل أثناء لعب الدور لكي يؤكد العميل على نقاط القوة ويعدل نقاط الضعف أثناء تكراره للعب الدور بعد ذلك، كما تشير أيضا إلى العائد الإيجابي الذي يقدم للمتدرب عقب قيامه بإصدار استجابة مؤكدة مما يزيد من احتمال تكرارها (لونيس، 2013، ص.123).

ولقد أشار لازاروس Lazarus إلى أن البروفة

السلوكية مع التدعيم أو التغذية الرجعية ذات تأثير دال وهام على تعلم السلوك التوكيدي. (طه عبد العظيم حسين، 2009، ص.221).

ولهذا يمكن القول أن التغذية الرجعية تعد فنية أساسية في اكتساب المهارات الاجتماعية حيث أنها تعمل على تزويد الفرد بمعلومات عن الجوانب الإيجابية في أدائه للمهارة والجوانب السلبية التي تحتاج إلى تعديل، فيقدم له المعالج الافتراضات اللازمة والتي تحسن من أدائه للمهارة.

أما عن مصدر التغذية الرجعية أو التدعيم فقد يأتي من الآخرين سواء كان من المدرب أو الزملاء أو من المتدرب نفسه (تدعيم داخلي). وتتمثل أهمية التدعيم في سياق التدريب التوكيدي أنه يقدم انطبعا مبدئيا حين يأتي من المدرب بأن الفرد يسير في الاتجاه الصحيح، ومن المتوقع أن يصبح التدعيم أكثر تأثيرا حين تتوافر فيه شروط معينة، كأن يصدر عقب فترة قصيرة من صدور الاستجابة التوكيدية، ويولي حاجات ورغبات المتدرب ويكون متنوعا وغير متوقع، ويتناسب طرديا مع حجم التقدم المنظور في مستوى التوكيد (لونيس، 2013، ص.124).

وبهذا يقوم المعالج أو المدرب بمزج هذه الأساليب أو باستخدام بعضها أو كلها، بما يحقق أهداف البرنامج التدريبي ويتناسب مع احتياجات المتدرب ومشكلاته، خاصة تلك المتعلقة بمشكلات التفاعل في العلاقات الشخصية.

4. التدريب التوكيدي الجماعي

يعرف بأنه "مجموعة متنوعة من الأساليب والإجراءات المعرفية والسلوكية الهادفة إلى تعديل معارف

الأفراد وسلوكهم، وتدريبهم على التعبير عن مشاعرهم، وآرائهم والدفاع عن حقوقهم، ومواجهة من يستغلونهم بطريقة ملائمة دونما انتهاك لحقوقهم"

ويعرف فلورز وآخرون (Flowers & 1975) al (التدريب التوكيدي بأنه نوع من التدخل العلاجي النفسي Intervention Psychological يتناول المتغيرات الضمنية أو الوسيطة من السلوك، فالأفكار والمشاعر والسلوكيات النوعية والصريحة تكون محور اهتمام ودراسة حول تغير السلوك في معظم نماذج التدريب التوكيدي، وأن هذا الأخير يستهدف بصورة دقيقة التعامل مع السلوكيات البنيشخصية المختلة وظيفيا Dysfunctional، حيث تكون التفاعلات مع الأشخاص الآخرين محور السلوك (نقلا عن حسين، 2006، ص.143).

ويتألف البرنامج التدريبي من مجموعة من الخطوات المخططة والمنظمة، تستند في أساسها على نظريات وفيات ومبادئ العلاج النفسي، والتي تؤدي إلى تعديل الأساليب السلوكية الخاطئة والمعارف السلبية لدى المفحوصين المراد تدريبهم واستبدالها بأساليب جديدة وأفكار أكثر إيجابية، مما يترتب عليه تزويدهم بالمهارات الاجتماعية الفعالة التي تؤدي إلى تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لدى المشاركين في البرنامج التدريبي والتخلص والتحرر من اضطرابهم وقيودهم، والانطلاق بثقة وعزم إلى تحقيق الأهداف المرجوة سواء في حياتهم الشخصية أو المهنية وحتى المستقبلية.

*أهم حصص التدريب التوكيدي الجماعي:

1-انطلاق التدريب، التعرف على كيفية التقديم والتعارف.

2-تعريف فنية توكيد الذات نظريا وتطبيقيا (أهدافها).

3-التدريب على مكونات الاتصال (اللفظية والغير اللفظية).

4-التدريب على توكيد الذات عن طريق التعبير عن الأحاسيس والوجدانات أثناء الاتصال.

5-التدريب على تقديم المحادثات (الإطراء).

6-التدريب على (الطلب، الرفض).

7-التدريب على تلقي الرد على الانتقادات.

8-التدريب على الرد على الشتم والاعتداء اللفظي والاستفزازات.

9-التدريب على مهارات الإنصات الايجابي الفعال.

10-لعب الأدوار عن طريق حل المشكلات (الموقف الاجتماعي).

11-تقييم العلاج والتوجيه الوالدي لتعزيز وتحفيز أبنائهم في استمرارية التدريب على السلوكات الايجابية المتدرب عليها وذلك لضمان فعالية العلاج (هذه الحصة مخصصة إذا كان المفحوصين من شريحة الأطفال أو المراهقين) (Christophe André, 2005, pp.193-195).

5.تعريف اضطراب الرهاب الاجتماعي

ولتحديد مفهوم الرهاب الاجتماعي سنورد أهم التعريفات، فقد عرف لاغريكا وآخرون 1988:

الرهاب الاجتماعي بأنه استجابة انفعالية ومعرفية وسلوكية لموقف اجتماعي يدرك على أنه يتضمن: تهديدا للذات، وخوفا من التقييم السلبي للآخرين الذي يؤدي إلى مشاعر الانزعاج والضيق، وقد يؤدي إلى الانسحاب

الاجتماعي والتحفظ والكف، فهو نوع من أنواع القلق ينتج من توقع صدور تقييم متعلق بالشخصية في مواقف اجتماعية متخيلة أو فعلية، وترتبط به استجابات متنوعة متضمنة الانسحاب (الجسمي أو المعرفي) ومشاعر الدونية، والوعي بالذات، فالقلق الاجتماعي يشمل كلا من: مشاعر الضيق الاجتماعي، والخوف من التقييم السلبي في المواقف الاجتماعية.

ويقصد بالمواقف الاجتماعية حسب ليري وميدوا 1991 "أنها المواقف التي يكون الفرد فيها مركزا لانتباه الآخر، كالمشاركة في حديث، أو مقابلة شخص ما. وهي مواقف تتحمل ظهور أحكام تقييمية، كالاستحسان، أو النقد، أو السخرية أو الاستنكار، فالخوف من التقييم السلبي يعد جوهر القلق الاجتماعي" (نقلا عن بلحسيني، 2011، ص.21).

ويعني الرهاب الاجتماعي الخوف المستمر من مواقف اجتماعية أو مواقف الأداء التي قد يتعرض فيها الفرد لتفحص من الآخرين، ويجعله يتصرف بطريقة تسبب له شعورا بالخزي أو الارتباك أو الإحراج، أو يبدى أعراضا للقلق تتسبب في معاناته من الإحراج أو الارتباك، ويعتبر الأداء أو التصرف في وجود الآخرين أو التفاعل الاجتماعي مع الآخرين جانبا أساسيا في الرهاب الاجتماعي.

فالرهاب الاجتماعي هو خوف شديد غير مقبول من مواجهة الآخرين والتعامل معهم، أو التحدث إليهم، وتجنب المواقف الاجتماعية باعتبارها مواقف تقييمية تهددية للفرد، لأنه يعتقد أنه موضع فحص وتقييم الآخرين له (بلحسيني وردة، 2011، ص.22).

أماهيلين كنرلي (Kennerley H, 2008) فقد اعتبرت الرهاب الاجتماعي خوف يعتري الشخص

❖ المكون الانفعالي

ويتضمن مشاعر التوتر، الذعر والهلع عند المواجهات في المواقف الاجتماعية.

❖ المكون السلوكي

ويتضمن كف السلوك الاجتماعي، وتجنب الآخرين، وفقر المهارات الاجتماعية والحديث المنخفض وغير الجذاب أو الصمت، وتجنب الاحتكاك البصري (Baron, 1989, p.393).

لقد تعددت التعاريف إلا أنها اتفقت في مجملها أن المشكل والحصر الأساسي في المصاب بالرهاب الاجتماعي يكمن في الخوف المفرط والانزعاج الشديد من تقييم ونظرة الآخر له، والتي تكون فيها توقعاته سلبية ودونية مما يؤدي به إلى تجنب المواقف الاجتماعية والاحتكاك بالآخر.

7. تشخيص الرهاب الاجتماعي حسب الدليل الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5)

* اضطراب الحصر الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي): Anxiété sociale(phobie sociale)

A-خوف ملحوظ أو قلق حول واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية والتي يحتمل أن يتعرض الفرد فيها للتدقيق من قبل الآخرين. الأمثلة تتضمن التفاعلات الاجتماعية (كإجراء محادثة مثلاً، مقابلة أناس غير مألوفين) أو أن يكون مراقباً (مثلاً، الشروع في الأكل أو الشرب) أو الأداء أمام الآخرين (كإلقاء كلمة مثلاً).

بحيث يشعر في كل الوضعيات التي تحتمل تقييماً، كالحديث أمام الجمهور أنه سيكون موضع النقد، حيث يؤدي فيها الخوف إلى مهارات الشخص وينشط دورة القلق لديه (Kennerley, 2008, p.48).

وقد أورد جالفني وآخرون (Guelfi et Coll2003) تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي للرهاب الاجتماعي على أنه خوف دائم وغير منطقي من المواقف الاجتماعية، حيث تظهر مشاعر الإحراج واستجابات قلق، مما يؤدي إلى تجنب لتلك المواقف أو احتمالها مع كرب واضح ومعاناة داخلية (American psychiatric Association,1996, p.518).

ويعرف التصنيف العالمي العاشر لمنظمة الصحة العالمية للاضطرابات النفسية (I.C.D.10) الرهاب الاجتماعي بأنه خوف من الملاحظة والتدقيق من قبل الآخرين لسلوكات الفرد، كالأكل أو التحدث أمام الآخرين فيؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية (World Health Organization, 1992, p.22).

أما من حيث المكونات فقد قسم لنا بارون (1989) Baron اضطراب الرهاب الاجتماعي إلى ثلاث مكونات أساسية:

❖ المكون المعرفي

ويتضمن أفكاراً وتقييمات للذات ووعي مفرط واستغراق في الذات، وتوقع الظهور بشكل غير لبق أمام الآخرين، مع توقع استهجانهم، وانزعاج من النقد والملاحظات السلبية، وانشغال متكرر بالمواقف الاجتماعية الصعبة أو المثيرة للقلق.

ملاحظة: يجب أن يحدث القلق عند الأطفال في مواقع تجمع الطفل مع أقرانه وليس فقط في علاقاته مع البالغين .

B- يخاف الفرد أنه (سوف يتصرف بطريقة محرجة أو سوف تظهر أعراض القلق) والتي سيتم تقييمها سلبا (أي سوف تكون مهينة أو محرجة وسوف تؤدي إلى الرفض أو الإساءة من قبل الآخرين)

(American Psychiatric Association, 2013, p. 237).

C- يثير التعرض للموقف الاجتماعي القلق أو الخوف بشكل دائم تقريبا

ملاحظة: قد يُعبّر عن القلق لدى الأطفال بالبكاء أو نوبات من الغضب أو التجمد أو الانكماش والانسحاب أو فشل التكلم في المواقف الاجتماعية

D- يجري تجنب المواقف الاجتماعية وبخلاف ذلك قد يتحملها الشخص مع قلق أو خوف شديد .

E- الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثلته الشيء أو الموقف الرهابي مع الأخذ بعين الاعتبار للسياق الثقافي والاجتماعي.

F - يكون الخوف، القلق، التجنب، مستمرا ويدوم بشكل نموذجي لستة أشهر أو أكثر .

G- يسبب الخوف، القلق، التجنب، إحباطا سريريا مهما أو انخفاضاً في الأداء الاجتماعي أو الأكاديمي المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى (أنور الحمادي، 2014، ص. 93).

H- الخوف، القلق، التجنب لا تُعزى للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلا إساءة استخدام عقار، دواء) أو لحالة طبية أخرى.

I- الخوف، القلق، التجنب لا تُفسر بشكل أفضل بأعراض مرض عقلي آخر، كاضطراب الهلع، اضطراب تشوه شكل الجسم أو اضطراب طيف التوحد.

J- إذا تواجدت حالة طبية أخرى (مثلاً، داء باركنسون، والسمنة، والتشوه من الحروق أو الإصابة) كانت موجودة، الحصر أو التجنب لا علاقة له بالاضطراب أو يكون مفرطاً.

حدد ما إذا كان: مع الأداء فقط: إذا اقتصر الخوف على وضعيات ومواقف الأداء الكلام أو الأداء علنا (American Psychiatric Association, 2013, p. 238)

ويتمثل التغيير أو التجديد الذي أحدث في تصنيف بالنسبة لمعايير الرهاب الاجتماعي، أنه أصبح الحصر أو القلق الاجتماعي في المقام الأول والرهاب الاجتماعي في المقام الثاني (وضع بين قوسين) ومعناه أن الحصر لم يعد مقتصر على المخاوف المحددة فحسب بل كذلك يتضمن المواقف الاجتماعية التي تسبب ضائقة وحصر، والذي ميز نوع واحد فقط وهو المخاوف المتعلقة بمواقف الأداء المتمثل في التحدث أو الأداء أمام الجمهور.

8. العلاقة الموجودة بين مهارة توكيد الذات واضطراب الرهاب الاجتماعي

تمارس فنية مهارة توكيد الذات بتدريب الأفراد على توكيد ذواتهم في المواقف الاجتماعية التي يشعرون

فيها بالخوف والقلق والخجل والتهيب، بحيث تتسبب هذه الانفعالات السلبية في إعاقة أدائهم وتوافقهم.

ويؤكد هذه العلاقة الطبيب النفسي جوزيف وولب (J. Wolpe) 1958 في بحوثه وكتابته "الكف بالنقيض" وهو أول من اقترح مفهوم توكيد الذات:

"أن الاستجابات التوكيدية تستعمل ضد القلق المتولد من علاقات المفحوص المباشرة بالآخرين ولذلك فإن تعليم الاستجابات التوكيدية، يقدم للمفحوصين الخجولين والهيابين" (نقلا عن معمريه بشير، 2012، ص 228).

وهناك العديد من الدراسات التي أثبتت هذه العلاقة ومن بينها:

دراسة لبارو وهايوشي Baraw, Hayoshi (1980)، قاما بتدريب 23 طالب (من 18-37 سنة) يعانون من الخجل على كيفية التحكم في إدارة القلق، التوكيد في العلاقات الاجتماعية، نمو المهارات المحادثة، وأظهرت نتائج البرنامج تحسن دال في المهارات الاجتماعية والقدرة على التحكم في القلق الاجتماعي (نقلا عن شعبان، 2003، ص 159).

وللكشف عن أثر التدريب التوكيدي في علاج المرضى بالرهاب الاجتماعي لدى طالبات المرحلة الثانوية والجامعية، طبقت "ناريمان رفاعي" (1985) برنامجا للتدريب التوكيدي على (20) طالبة، حيث استغرق 15 جلسة، وتراوح زمن الجلسة ما بين ساعة وساعة وربع، وتضمن البرنامج فنيات لعب الأدوار، قلب الأدوار، التشكيل بالنموذج من خلال رؤية شريط فيديو مصور، إعادة الاستجابة النموذجية مع التشجيع بالمكافآت الاجتماعية، كما تحللت

الجلسات الفردية جلسات متابعة مدى الاستفادة من السلوك التوكيدي المتعلم لأفراد المجموعة التجريبية خارج الجلية التدريبية، ثم أعادت الباحثة القياس بعد مضي ثلاثة أشهر من انتهاء البرنامج، وأظهرت النتائج أنه يوجد فروق دالة في التوكيدية بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد انتهاء البرنامج لصالح المجموعة التجريبية، كما أوضحت النتائج فعالية واستمرارية التدريب التوكيدي في علاج المرضى بالرهاب الاجتماعي يعد مضي ثلاثة أشهر من انتهاء البرنامج (ناريمان رفاعي، 1985).

وهدف كيركلاند (1987)، التعرف على مدى فعالية التدريب التوكيدي على عينة من المراهقين غير التوكيديين والخجولين الهيابين، والتي بلغ حجمها 36 من المراهقين (18 من الذكور و 18 من الإناث)، وقد توصلت النتائج إلى أن التدريب التوكيدي الجماعي يزيد من المهارات التوكيدية لدى المراهقين غير التوكيديين والخجولين بدرجة دالة وذلك في مواقف لعب الأدوار (محمد بني يونس، 2009، ص 329).

كما درب سو وآخرون (Sue et 1990) All طالبة أمريكية جامعية من أصل صيني و 19 من أصل أوروبي لتنمية السلوك التوكيدي باستخدام فنية لعب الأدوار من خلال 13 موقف يتطلب استخدام السلوك التوكيدي، وذلك بهدف تخفيض القلق الاجتماعي، أظهرت النتائج ارتفاع مستوى التوكيدية وانخفاض القلق الاجتماعي لديهم (رجب علي شعبان، 2003، ص 161-162).

وفي دراسة حديثة قامت بها الباحثة كارين أنجيلا اوبراين، Karen Angela O'Brien (2017)، في رسالة مقدمة إلى كلية الدراسات العليا بجامعة

مانيتوبا بكندا بعنوان "Self-Affirmation and Social Anxiety": "توكيد الذات والحصر الاجتماعي" التي في نتيجة دراستها أثبتت هذه العلاقة وفعالية التدريب التوكيدي في خفض من اضطراب الحصر الاجتماعي لدى الطلاب (Karen, Angela O'Brien, 2017, pp. ii-iii).

ومن خلال الأدبيات الواردة والتطرق إلى كلا من ماهية توكيد الذات والرهاب الاجتماعي يبرز ويتضح لنا جليا العلاقة المرتبطة بينهما، فالدراسات السابقة تعتبر واقعا عمليا عياديا من مجتمع معين أجريت الدراسة فيه لإثبات العلاقة الموجودة بينهما والمتمثلة بأن فنية توكيد الذات هي عبارة عن تقنية علاجية خصصت وأسست مهارتها في الاضطرابات التي لها علاقة بفقر في المهارات الاجتماعية ووجدت أنها تتلائم وتناسب مع اضطراب الرهاب الاجتماعي الذي يحمل هذه الخاصية التي أسست عليها هذه الفنية، ومن ذلك أثبتنا واستنتجنا هذه العلاقة التي تم طرحها في تساؤلنا.

إذ مهارة توكيد الذات هي تعتمد على تزويد الفرد بالمهارات الاجتماعية الفعالة في التواصل الاجتماعي بأسلوب متزن وناجح مع الآخرين دون قلق، إذعان، كف، تجنب أي تهدف لتحقيق التوافق النفسي والاجتماعي، وهذا ما يفتقر إليه بالضبط اضطراب الرهاب الاجتماعي لذلك فإن هذه المهارة هي جد ملائمة لهذا الاضطراب.

فجل الدراسات السابقة أثبتت أن هناك ارتباط عكسي بينهما، أي أنه كلما ارتفع مستوى توكيد الذات انخفضت درجة الرهاب الاجتماعي (الحصر الاجتماعي) بمعنى أن العلاقة بين مهارة توكيد الذات والرهاب الاجتماعي هي علاقة عكسية، وبالتالي فإن

هذه المهارة تهدف إلى التخفيف من أعراض الاضطراب والحد منه.

*الخاتمة:

حاولت هذه الدراسة تسليط الضوء على مهارة توكيد الذات والتي تشكل مهارة بالغة الأهمية سواء في مجال الاضطرابات النفسية أو حتى أهميتها في سلوكنا وتواصلنا الاجتماعي اليومي، فأصبح من الضروري تزويد الفرد بهذه المهارة لتحقيق توافقه النفس الاجتماعي.

ولقد اتضح من خلال هذه الدراسة المعوقات النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها المصاب بالرهاب الاجتماعي وضرورة التحرر منها وذلك بتزويده بالمهارات الملائمة لاضطرابه، فالسلوك التوكيدي يعد من آليات الصحة النفسية وبعدها أساسيا في رفاهية الفرد والخطوة الأولى للانطلاق والتخطيط للحياة المهنية والمستقبلية.

كما سعت هذه الدراسة أيضا إلى توجيه وتنبيه الممارسين العياديين والباحثين في التخصص بضرورة التطلع على الفنيات العلاجية الحديثة وأخذ الحيلة والحذر في انتقاء تلك التقنيات العلاجية للاضطراب الذي يسعون إلى علاجه وذلك يكون بعد البحث والتقصي والتطلع إلى الدراسات السابقة كونها تشكل خطوة بالغة الأهمية والتي على أساسها تتوقف سيرورة العملية العلاجية وفعاليتها.

المراجع:

- طه عبد العظيم حسين. (2006). مهارات توكيد الذات. الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
- عبد المنعم أحمد الدردير. (2005). الجوانب الاجتماعية في التعليم المدرسي. القاهرة: عالم الكتب.
- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5. Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux. Traduction française. France: Masson.
- Bricout, L., Chaberon, A. F. (2015). L'affirmation de soi pour les enfants et les adolescents « L'anxiété sociale de l'enfant est de l'adolescent techniques TCC et affirmation De soi prise en charge ». Paris : DUNDO.
- Baron, R. A. (1989). Psychology: the essential science. London.
- Baron, R. A. (1989). Psychology: the essential science. London.
- Karen, Angela, O'Brien. (2017). Self-Affirmation and Social Anxiety: (A Thesis submitted to the Faculty of Graduate in partial fulfilment of the requirements of the degree of Doctor of Philosophy of the University of Manitoba).
- World Health Organization (1992). The International of Mental and Behavioral Disorders Clinical Description and Diagnostic Guidelines (Icd-10). Geneva. Switzerland.
- أنور الحمادي، 2014، معايير DSM5. حمل من الموقع: <https://www.psycodz.info/2017/09/dsm-5->
- بشير معمريه. (2012). علم نفس الذات: تقنين استبيانات على المجتمع الجزائري. الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
- بلحسيني وردة. (2011). أثر برنامج معرفي - سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة (رسالة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس المدرسي، بجامعة قاصدي مرباح بورقلة). رسالة منشورة.
- بيرني كورين، بيتزودل، ستيفن بالمر. (2008). العلاج المعرفي السلوكي المختصر. ترجمة محمود عبد المصطفى، (ط1). القاهرة: ايتراك للنشر والتوزيع.
- رجب علي شعبان محمد. (2003). التدريب التوكيدي وعلاقته ببعض سمات الشخصية لطلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين الشمس. العدد السابع عشر، أكتوبر. مصر الجديدة. القاهرة.
- طه عبد العظيم حسين. (2006). مهارات توكيد الذات. الإسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
- لونيس، سعيدة. (2013). مدى فعالية برنامج التدريب التوكيدي في تنمية مستوى توكيد الذات لدى عينة من الطلبة الجامعيين (أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر). رسالة منشورة.
- لويس، كامل مليكة. (1990). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.
- هوب، هيمبورغ. (2002). اضطراب الرهاب الاجتماعي. مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية. ترجمة صفوت فرج. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.

Une nouvelle approche en counseling et psychothérapie

« L'éclectisme »

Dr / Benchabane Assia. Université d'Alger 2

Dr/ Charifi Hanaa. Université d'Alger 2

RESUME :

L'éclectisme ou l'intégration, est maintenant l'orientation théorique la plus commune parmi les conseillers et les psychothérapeutes aux États-Unis. Ça n'a pas toujours été le cas. Au milieu du XXe siècle, trois théories dominantes du counseling et de la psychothérapie étaient souvent considérées comme distinctes et incompatibles: la psychanalyse, le behaviorisme et l'humanisme (Alain et al, 2009). Les formes de thérapie moins contradictoires ont évolué au cours de la seconde moitié du siècle, et les conseillers ont commencé à combiner des stratégies de diverses théories d'une manière éclectique, dont environ 50% des scientifiques adoptent à partir de 1975 l'approche éclectique dans leurs interventions psychothérapeutiques, dont 68% sur 800 psychothérapeutes au

Etats-Unis se déclarent éclectiques, et ils utilisent quatre théories différentes dans leurs pratiques ; une méthode moderne appelée «le counseling du siècle ». Par le présent article, nous allons présenter cette nouvelle approche dans le conseil, à travers son contexte théorique, son indication et ses différentes formes d'intervention psychologique et enfin, son utilité pour répondre aux besoins des clients.

Les mots clés : Le counseling psychologique ; L'éclectisme ; Le thérapeute éclectique.

الملخص:

تمثل الانتقائية أو التكامل حالياً من التوجهات النظرية الأكثر شيوعاً بين المرشدين والمعالجين النفسانيين في الولايات المتحدة. لم يكن الحال هكذا سابقاً، ففي منتصف القرن العشرين، هيمنت ثلاثة نظريات في مجال الإرشاد والعلاج النفسي والتي غالباً ما تعتبر مختلفة ومتميزة ألا وهي: التحليل النفسي والسلوكية والإنسانية (Alain et al, 2009)، لكن سرعان ما تطورت الأشكال الأقل تناقضاً من العلاج خلال النصف الثاني من القرن، وبدأ المرشدون والمعالجون

بدمج استراتيجيات من مختلف النظريات بطريقة انتقائية، حتى أصبح حوالي 50٪ من العلماء منذ عام 1975 يعتمدون النهج الانتقائي في ممارستهم العلاجية، كما أن 68٪ من 800 معالج نفسي في الولايات المتحدة يعتبرون انتقائيون، ويستخدمون أربع نظريات مختلفة في ممارستهم وتدخلاتهم العلاجية والإرشادية؛ هذا النهج الحديث الذي لقب "بإرشاد العصر". من خلال هذه المقال، سوف نقدم هذا التناول الجديد في الإرشاد، من خلال سياقه النظري، وأشكاله المختلفة في التدخل النفسي وكذا فوائده وفعاليته في تلبية احتياجات العملاء.

الكلمات المفتاحية: الإرشاد النفسي؛ الانتقائية؛ المعالج الانتقائي.

Introduction :

Depuis les quatre dernières décennies, nous assistons à un accroissement du nombre d'approches thérapeutiques. En 1959, Harper compte 36 orientations de psychothérapie ; en 1976, Parloff note plus de 130 différentes formes de psychothérapie, et quelques années plus tard, Herink (1980) identifie au-delà de 250 approches, par contre, Corsini (1995) rapporte qu'il y a probablement plus de 400 variétés de psychothérapies. Patterson et Watkins (1996) justifient cette hausse rapide de la diversité des théories de la personnalité et des psychothérapies, par les différentes conceptions philosophiques de la nature de l'être humain, par le désir d'associer un traitement à un problème spécifique et par la venue du mouvement multiculturel. A cet effet, Bergin et Garfield (1994) affirment que cette augmentation pose de sérieux problèmes

dans le domaine de la psychologie ; d'abord, ils notent qu'un bon nombre de nouvelles psychothérapies n'ont pas reçu une évaluation systématique au plan de la recherche et que l'évaluation de plus de 400 techniques ou systèmes de psychothérapie constituerait une tâche aberrante. Goldfried (1980) déclare que les cliniciens traditionnels limitent leur pratique à leur schème conceptuel et Corsini (1995) ajoute que chacun croit que son système psychothérapeutique est le seul qui soit efficace et complet pour répondre aux besoins de la clientèle, de ce constat, Norcross (1986) souligne qu'un tel accroissement favorise une rivalité de clocher qui entraîne confusion, morcellement et Insatisfaction. (Beutler & Consoli, 1998).

L'intérêt u sujet :

Aucun travail ne peut être entrepris sans qu'on ait un intérêt sur la chose, objet de recherche ; considérant la nécessité et l'opportunité que revêt la matière traitée, surtout quand celle-ci est notre domaine pratique au quotidien autant que psychologues cliniciens dont « la prise en charge psychothérapeutique », cette dernière qui nous met à chaque dans des situations de défis pour faire face aux problématiques de nos patients. C'est ainsi qu'à travers notre simple

expérience clinique que les observations et les réflexions nous ont amené à détecter certaines lacunes dans la qualité de nos interventions psychothérapeutiques, et à poser plusieurs questions concernant le secret de la réussite d'une intervention avec certains cas et de son échec avec d'autres. Est-ce que c'est le fait d'adopter une « seule » approche théorique et appliquer ainsi ses techniques dans la prise en charge thérapeutique avec « tous » les patients sans exception ; qui nous conduit à l'échec ? Ou bien c'est notre choix de techniques qui n'est pas approprié aux problématiques et caractéristiques de nos patients ? Est-ce que le thérapeute doit enfin s'ouvrir aux différents courants pour enfin offrir à ses patients la meilleure prise en charge selon la demande et les besoins de ces derniers et non selon notre approche théorique ? Pour cette raison, il nous a paru impérieux d'aborder l'intérêt théorique et pratique de l'éclectisme en counseling et psychothérapie, le principe de cette approche réside en premier lieu dans la possibilité de croiser les apports de plusieurs théories et de forger ainsi des modes d'intervention, tenant compte des différents aspects des problématiques, envisagées dans leurs complexité : l'ampleur des divers

modèles d'intervention en psychothérapie d'une part et les modes de pensée des différents courants d'autre part, ainsi que la diversité des problématiques des patients qui dépendent de plusieurs angles et dimensions ; la situation elle-même a suscité l'adoption d'une approche globale, éclectique et surtout sur mesure de la part de beaucoup de psychothérapeutes ces dernières années ; tout en bénéficiant de la multiplicité des théories qui fournissent des outils pouvant être appliqués en fonction des situations et des objectifs recherchés. Cette approche nouvelle et novatrice qui permet aux thérapeutes et aux conseillers de moduler et d'utiliser leur boîte à outils en fonction des besoins de leur clients et de leur capacités. Le principe sous-jacent de cette approche est aucun des modèles utilisés ne vaut mieux qu'un autre en lui-même, mais il peut être mieux adapté suivant la problématique, le moment où le travail est entrepris, la personne concernée, les aspects à traiter, les phases du travail, etc. ... Adopter une approche éclectique n'a pas pour objectif un mélange à tout prix, mais elle est considérée par ses partisans comme une méthode flexible et souple permettant la prise en charge psychothérapeutique, car elle constitue

un progrès par rapport à l'unidimensionnalité d'une technique utilisée seule et qui tourne souvent au dogmatisme et à l'exclusion des autres techniques. En bref, elle serait la mieux adaptée et personnalisée selon les cas.

L'objectif de l'article :

L'objectif du présent article est d'annoter cette nouvelle approche aux praticiens dans le champ de counseling et de psychothérapie, ainsi nous pensons que l'un des objectifs plus au moins annoncé est celui d'inviter les praticiens à adopter une attitude clinique plus ouverte dans leurs interventions, qui prend en compte au premier lieu la satisfaction du patient à la fin de toute prise en charge et le désir d'atteindre l'efficacité thérapeutique avec l'idée d'un aménagement optimal, soit par un cadre de prise en charge déjà prédéfini par le thérapeute, soit par une suradaptation de ce dernier à son patient.

Les concepts théoriques :

- **Le counseling psychologique :**
« Le counseling, forme d'accompagnement psychologique et social, désigne une situation dans laquelle deux personnes entrent en relation,

l'une faisant explicitement appel à l'autre en lui exprimant une demande aux fins de traiter, résoudre, assumer un ou des problèmes qui la concerne. »
(Catherine, 1996, p. 25).

- **L'éclectisme :** Wolman (1989) définit dans son volume «Dictionary of behavioral Science» l'éclectisme comme «L'organisation de théories incompatibles et de faits compatibles venant de différentes sources en un système consistant» (Benjamin, 1989, P.104).
- **Le thérapeute éclectique:** Au plan clinique, Reber (1986) définit le thérapeute éclectique comme «Celui qui utilisera les procédures cliniques qui lui semblent les plus appropriées à un cas en particulier» (Reber, 1986, P. 224)

L'origine de l'éclectisme:

Les psychothérapies éclectiques s'inspirent d'une école de pensée philosophique antique, l'éclectisme, une méthode intellectuelle consistant à emprunter des éléments à différents systèmes, comme l'Épicurisme et le stoïcisme, sans se prononcer catégoriquement pour une tendance ou une opinion déterminée, et à les fondre en un nouveau système cohérent. Cette

école méthodologique était diffusé par le néoplatonicien Potamon d'Alexandrie, au III^e siècle av. J.-C. Ainsi, là où le philosophe éclectique aime à choisir ce qui lui plaît dans des catégories de choses ou de personnes qu'il apprécie pour leur diversité, en refusant tout choix exclusif, le psychothérapeute éclectique réintroduit le primat de l'écoute de la demande et de la plainte du patient, de ses attentes, de ses aspirations profondes et de ses choix concernant la technique utilisée. L'étymologie grecque *εκλεκτικός* « qui exerce un choix, sélectif », est elle-même dérivée de *εκλεγειν* « choisir ». Cette sélection non exclusive a pour effet en psychothérapie éclectique de donner lieu à une proposition de soin avec une pluralité d'outils thérapeutiques et de dispositifs cliniques, éclectiquement. Le patient est considéré comme disposant de la capacité d'être acteur de son propre soin, de son rétablissement ou de son agentivité (empowerment) et d'exprimer ses goûts et sa personnalité (Zaannier, 2010).

En effet, l'éclectisme en psychothérapie et en counseling n'est pas apparu par hasard, nous pensons qu'en plus des raisons historiques qui ont permis l'émergence de cette approche, ce sont aussi les expériences

cliniques des praticiens et les différentes observations tirées lors du travail thérapeutique ainsi que les associations des patients notamment la diversité des cas et des problématiques rencontrés en cours de la prise en charge, ce qui ont poussé à ce que des réflexions soient menées en termes de pratiques pour essayer de répondre à des questions de rentabilité et d'efficacité thérapeutique tout en mettant en valeur différents caractéristiques qui aident à la réussite de la relation thérapeutique spécialement le client et ses besoins.

Le contexte théorique de l'éclectisme en psychologie :

L'émergence de l'éclectisme en tant que point de vue distinct a été stimulée par les savants travaillant dans l'isolement, mais Thorne (1950) a d'abord préconisé un complet système de pratique basé sur un point de vue éclectique. Dès le début des années trente, Robert S. Woodworth décrit la position éclectique comme une méthode générale de la science affirmant qu'aucune des «écoles» de la psychologie avait de réponses complètes à tout, qu'il n'y avait pas de panacée universelle. Thorne souligne que l'éclectisme a été développé à partir d'une succession d'idées concernant les invalidités prédictives des systèmes limités auxquels il a été exposé pendant

l'entraînement, ainsi il est rapidement devenu convaincu qu'il n'y avait pas de chemin facile pour sagesse et compétence. Ceux-ci ne peuvent être obtenus que par la maîtrise de tout ce qui est connu en psychologie et en psychiatrie et dans les spécialités connexes. Thorne a obtenu son doctorat en psychologie à Columbia University en 1934, et il a reçu son M'D- Diplôme à Cornell en 1938. Certains des concepts majeurs du conseil éclectique sont subsumés dans son avis de la nature humaine, et Thorne ne présente pas une seule théorie du comportement mais a plutôt tenté de rassembler toutes les observations et les données empiriques dans le comportement de la "personne", ce qui est la préférence de Thorne pour le terme personnalité. Ainsi, il croit que la personnalité d'un individu est formée et réfléchiée comme il ou elle interagit avec l'environnement, et elle est caractérisée comme un processus de changement ou devenir (Michel, 2015).

Les raisons de l'éclectisme:

Beitman et al (1989) notent que certains facteurs ont favorisé l'approche éclectique et intégrative en psychothérapie, comme le fait qu'aucune des écoles existantes ne peut répondre à toutes les situations, d'où une approche plus flexible ; l'absence de

différences et d'efficacité pointant vers l'importance des facteurs communs, de leur rôle dans le changement thérapeutique ; l'accent mis sur les caractéristiques du patient et de la relation thérapeutique, au détriment des techniques spécifiques, ceci entraînant une plus grande adaptation du traitement et de la relation au patient. D'autres mouvements, nous semble-t-il, ont eu une influence sur l'intégration et la diversification des pratiques et des interventions dans le cadre des psychothérapies, notamment en milieu institutionnel : la médicalisation de la psychiatrie par le biais de l'approche biomédicale, et notoirement la combinaison entre psychothérapie et psychopharmacothérapie, l'élargissement des indications, l'influence des psychothérapies non psychodynamiques. La médicalisation de la psychiatrie nous amène à considérer la relation entre psychothérapie, relation médicale de soutien et thérapie de soutien, celle-ci consistant, comme le dit Schneider (1976), à étayer la personnalité du patient dans ses différentes actions défensives afin qu'il puisse mieux supporter les conflits dont on n'aborde que le côté conscient et interpersonnel ; étant entendu que la relation de soutien comprend des aspects psychothérapeutiques, et parmi ses

techniques, des interventions telles que le conseil, la suggestion, la réassurance, l'éducation ou la rééducation. La psychiatrie intègre certaines psychothérapies et pourtant se différencie de l'ensemble du champ psychothérapeutique, avec la référence de plus en plus pressante à une biologisation de l'esprit. Dans le domaine institutionnel, la psychiatrie offre le plus large éventail d'applications aux psychothérapies, ce qui va de pair avec une diversité des approches et des pratiques et la nécessité d'adapter l'outil psychothérapeutique à des situations très diverses. Ceci entraîne des conséquences aux frontières de la pratique médicale et psychothérapeutique de la psychiatrie, avec un effet de promotion de techniques prescriptives qui n'ont avec les psychothérapies psychodynamiques que des rapports distants. L'élargissement des indications aux cas graves, indispensable en termes de santé publique, par exemple aux psychoses et états-limites, a conduit à des aménagements des pratiques psychothérapeutiques classiques, dont en particulier les psychothérapies d'inspiration psychanalytique, notamment la PS ; celle-ci se voit chargée de répondre au nombre important de situations cliniques

auxquelles les premières ne peuvent répondre. L'influence des formes de psychothérapies non analytiques, dont les psychothérapies cognitivo-comportementales, n'est pas négligeable ; on voit par exemple des méthodes de psychothérapies d'inspiration psychodynamique, comme la PS, s'accorder avec des principes et procédures centrées sur la disparition des symptômes, voire la résolution des problèmes (Chambon, 1992).

Force est de constater que le terme d'éclectisme est souvent associé à celui d'intégration en psychothérapie et selon Norcross et Grencavage (1989), cités par Prochaska et al (1999), il y' aurait plusieurs mouvements qui tendent tous vers l'intégration : comme l'éclectisme technique, l'intégration théorique et les facteurs communs...Etc. ; Notons que ces évolutions ont donné lieu, ces vingt dernières années, à une abondante littérature (Garfield, 2000), et à la tendance à un nouveau découpage des psychothérapies ; celui-ci entraîne des distinctions qui relèvent plus de l'empirisme (thérapies basées sur les évidences) que de la théorie. Le danger serait de confondre l'éclectisme technique et le syncrétisme, celui-ci qui correspond à la face négative de l'éclectisme. On parle à ce propos de salade de techniques (Chambon et al,

1999). Le syncrétisme serait une manière de faire des combinaisons non systématiques, non critiques (Norcross ,1990), cité par Prochaska et al (1999), de mélanger et d'additionner des techniques sans distinction, le tout aboutissant à un ensemble arbitraire de méthodes par défaut. L'éclectisme technique est au contraire un mouvement qui considère qu'il faut sélectionner les meilleurs traitements pour chaque cas et chaque problème, sans distinction d'école (Serban, 2008).

Il nous semble qu'il est anodin de souligner que toutes les psychothérapies, aussi différentes soient-elles, ont un point commun fondamental ; et en mettant en valeur ce point, nous pourrions différencier la psychotechnicité de la psychothérapie et par la même, clarifier un peu plus le terrain sur lequel peut se déployer une approche éclectique. Et il est clair que "l'évolution des techniques psychothérapeutiques utilisées dans le cadre de traitement des maux psychiques pour les personnes souffrantes ou en état de malaise que celui de l'accession à l'équilibre physico-psychique, même si l'on ne souffre aucunement mais que l'on veuille vivre mieux avec soi-même et avec autrui ; doit beaucoup à nombre de chercheurs issus de différentes branches

, médecine , communication, sciences exactes comme les mathématiques, mais surtout aux psychologues, les avancées dans ces techniques en psychothérapie accompagnant celle de la psychologie, science de laquelle elles procèdent". (Dominique, 2018, P.1).

La thérapie éclectique :

La thérapie éclectique implique la combinaison de deux théories ou plus d'approches et cela est généralement la psychanalyse et thérapie comportementale. Dans le même temps, il est indiqué qu'il existe de nombreuses approches éclectiques comme il y a des thérapeutes éclectiques, notons bien que chaque thérapeute opère hors de son ensemble unique des techniques basées sur la formation particulière, l'expérience et les croyances. Il n'y a pas de lignes directrices ou de principes spécifiques pour la thérapie éclectique et pourtant, il est reconnu depuis plus de 5 décennies (Patterson, 1989) qu'il existe des facteurs ou des éléments communs de base dans les diverses approches de la psychothérapie ; le facteur commun au niveau le plus simple mais concret est que deux personnes l'un et l'autre, la même thérapie au niveau abstrait peut être considérée comme une relation interpersonnelle dans laquelle la personnalité du thérapeute est le plus important élément, entre les deux, il y a

des comportements thérapeutiques tels que l'expertise, l'autorité, rapport, soutien, etc., ainsi que la fiabilité et la crédibilité du thérapeute. Or, certains éléments communs de la thérapie comprennent la catharsis, la suggestion, la réassurance, la persuasion, l'orientation, le conseil et la direction. Pourtant, d'autres éléments qui ne peuvent pas être très communs à toutes les thérapies incluent la permissivité, le non-jugement et le respect. A ce titre, Traux et Carkhuff (1967) ont souligné trois ensembles de caractéristiques appelé les ingrédients thérapeutiques centraux et ceux-ci étaient : premièrement, la capacité du thérapeute à être intégré, mûr, authentique et congruent ; ensuite sa capacité à fournir un moyen non menaçant, confiant, sûr et sécurisé, et créer une atmosphère par son acceptation, la chaleur non possessive, positive et inconditionnelle ; et enfin sa capacité à être exactement empathique, être avec le client, capable de Comprendre ou saisir la signification du patient (Martin, 2004, P. 73-86).

"En effet, seul un travail personnel psychothérapeutique sur soi-même, associé à une régulation clinique pluridisciplinaire auprès de tiers ou des pairs, peut permettre au clinicien de mettre sa présence, ses capacités et son

appareil à penser au service du soin psychique, quelle que soit la technique employée.

C'est la discontinuité des états psychiques subjectifs et la diversité culturelle des consultants, qui motive la proposition d'un cadre éclectique dont le ressort et la souplesse sont mis en tension par la résistance, la plainte et la demande du patients" (Wikipédia, 2018).

La dynamique de la personnalité selon l'approche éclectique :

Les partisans de l'approche éclectique suppose que le style d'un individu est basé sur des modèles caractéristiques de réaliser l'unification de sa stratégie pour satisfaire les besoins et faire face aux la réalité, la conscience est considérée comme la principale organisation intégratrice et mécanisme de langage déterminant et rendant possible des fonctions de personnalité de plus haut niveau. L'état émotionnel et les troubles du comportement résultent d'une perturbation de la conscience, et l'expérience passée peut placer des limites sur un individu mais la personne peut transcender le passé par la capacité d'imaginer et de gérer l'avenir. A cet effet, la logique et la rationalité sont supposées être les meilleurs moyens de

l'individu pour devenir meilleur et plus sain et la personnalité est supposée être influencée par des facteurs constitutionnels-biologiques, facteurs culturels et actualisation de soi, et les unités de base de la personnalité sont les actes effectués par l'individu. Ces actes sont supposés être organisés en termes des différents rôles que l'individu joue, qui sont définis par ses concepts du monde physique et social. Du point de vue éclectique, le développement de la personnalité est considéré comme une lutte à transcender de la détermination inconsciente affective – impulsive du comportement, en apprenant et en perfectionnant un comportement volontaire rationnel et logique. (Catherine, 2001, P.44).

Les principes de l'approche éclectique :

Les éléments de counseling ou de psychothérapie auxquels Thorne (1968) a fait référence comme traitement de cas psychologique, sont les suivants:

- (1) étude diagnostique adéquate ;
- (2) connaissance des limites des méthodes de traitement, leurs indications et contradictions;
- (3) le traitement des causes fondamentales plutôt que des symptômes;
- (4) un plan de traitement individuel;

- (5) choix des méthodes sur la base d'indications spécifiques;
- (6) l'utilisation de méthodes uniques si possible afin que l'efficacité puisse être évalué;
- (7) évaluation des résultats;
- (8) l'utilisation de méthodes scientifiques dans l'analyse des données;
- (9) la reconnaissance qu'il n'y a pas de panacée ou méthode universellement applicable ;
- (10) l'éclectisme reconnu comme le point central de la science moderne (Maximilien, 2011).

L'indication du counseling éclectique:

Un counseling efficace implique la maîtrise d'une combinaison de connaissances cognitives, affectives et techniques comportementales. Une telle combinaison est nécessaire pour aider les clients à penser à propos de leurs croyances et hypothèses, à l'expérience sur un niveau de sentiment de leurs conflits et luttes, et de traduire réellement leurs idées dans des programmes d'action en se comportant de nouvelles façons de vivre au jour le jour. A ce sujet, Preston (1998) soutient qu'aucun modèle théorique ne peut répondre adéquatement aux vastes gammes de problèmes que les clients vont présenter en thérapie, et il croit que c'est essentiel pour les thérapeutes d'avoir une

compréhension de base des différents modèles thérapeutiques et pour eux d'avoir à leur disposition un certain nombre de stratégies d'intervention. Pour lui, l'évaluation pivota la question est: «De quoi cette personne a-t-elle le plus besoin pour guérir, grandir, ou pour faire face plus efficacement? "Preston recommande que le praticien dans la sélection des interventions doit être guidé par les évaluations du client, et une fois un clinicien sait quels sont les problèmes et les objectifs cibles du client, il est logique de concevoir des techniques spécifiques sur mesure au client. (Preston, 2003).

Ainsi, "Il s'agit d'abord de savoir à qui on s'adresse (...) : on ne s'adresse pas de la même manière à un vieillard ou à un petit (...). On module à chaque fois notre façon de parler et d'écouter, sans quoi on n'écoute rien et on parle dans le vide (...). C'est une espèce d'accommodation à la présentation d'autrui(...), la façon d'être, et le style (..)" il faut faire la distinction, le diagnostic, (...) différenciation, discernabilité : la distinctivité est de ne pas oublier(...) cette urgence-la qui nécessite des moyens, des outils(...)il s'agit de savoir quelle est la figure prégnante de la rencontre qui tienne compte d'autrui et pourquoi le client

est la devant nous et qu'est ce qu'on va faire".(Oury & Roulot, 2008, pp.49-51).

A ce constat, nous soulignons que la vision éclectique ne se limite pas seulement dans l'intervention, mais aussi en amont dans la conceptualisation même des cas et le thérapeute peut changer sa vision au cours de suivi à chaque fois qu'il réévalue la situation.

"En d'autres termes, à chaque fois qu'il perd la notion du questionnement de ses actes, de ses interprétations ou de son discours, qu'il cesse de s'interroger subjectivement pour établir des évaluations sur des traits ciblés de la personne et de se montrer créatif dans ses propositions cliniques, il n'est plus dans une position de soutien mais dans une tentative d'influence et d'uniformisation d'un individu à ses propres repères identitaires et valeurs personnelles "(Aulagnier, 1975).

Cela permettra alors de cibler un état diagnostic et de le mettre en lien avec de nouvelles possibilités thérapeutiques (changement de thérapeute, de technique, participation à un groupe, d'autres interventions...).

Les formes de l'éclectisme en counseling :

L'éclectisme serait un nouvel objet de recherche et d'intérêt de l'époque dans lequel nous pourrions considérer différentes façons de pratiquer sans être nécessairement ancré

dans une seule orientation théorique (Norcross & Goldfried, 2005). Et à travers le mouvement actuel de l'intégration et de l'éclectisme en psychothérapie on peut dégager six formes différentes :

1 / L'éclectisme technique :

L'éclectisme technique qui est conçu pour améliorer la capacité du thérapeute à choisir le meilleur traitement pour la personne et le problème. Cette voie d'intégration est guidée par des données empiriques sur l'efficacité de différentes méthodes ; et l'avantage de l'éclectisme technique est qu'il encourage l'utilisation de diverses stratégies sans être entravé par des différences théoriques. Un inconvénient est l'absence d'un cadre conceptuel clair décrivant comment les techniques tirées de théories divergentes s'emboîtent. A titre d'exemple, on retrouve le modèle le plus connu de psychothérapie éclectique technique est la thérapie multimodale d'Arnold Lazarus, cette approche commence par une évaluation approfondie de sept modalités: comportement, affect, sensation, imagerie, cognition, relations interpersonnelles et drogues / biologie. La thérapie multimodale représente une tentative continue d'adapter la thérapie à l'individu, car la forme et le style de la thérapie sont

adaptés aux besoins particuliers de chaque client. Ainsi que le modèle de sélection systématique du traitement de Larry Beutler qui représente un autre modèle d'éclectisme technique, dont son approche utilise des conclusions basées sur la recherche pour décrire les principes de traitement et pour identifier les meilleures interventions pour des clients particuliers, ainsi les clients sont évalués sur des variables telles que le style d'adaptation, le niveau de résistance et l'excitation émotionnelle. En clair, l'éclectisme technique n'invente pas, mais sélectionne ce qui existe, au cas par cas. (Olivier & Marie, 2010, P.278).

2 / L'Intégration théorique :

Dont la volonté est d'intégrer deux ou plusieurs thérapies pour créer une approche qui est meilleure que les thérapies constitutives. Certains modèles d'intégration théorique se concentrent sur la combinaison et la synthèse d'un petit nombre de théories à un niveau profond. D'autres modèles combinent des éléments de plusieurs systèmes de psychothérapie à un niveau plus superficiel. La psychodynamique cyclique de Paul Wachtel intègre les théories des systèmes psychodynamiques, comportementaux et familiaux. Ces systèmes sont considérés comme complémentaires parce que les théories

psychodynamiques se concentrent sur le changement interne et que les théories comportementales se concentrent sur l'environnement externe. par contre, le système familial est considéré comme un environnement crucial qui renforce souvent les schémas interpersonnels. Pour L'approche de Wachtel en matière d'intégration dépend de la perspicacité dynamique et de l'action comportementale pour reconnaître et changer les cycles vicieux qui sont souvent façonnés par les expériences familiales précoces mais maintenus par le comportement actuel. La thérapie analytique cognitive d'Anthony Ryle intègre des idées issues de la théorie des relations d'objet psychanalytiques et de la psychothérapie cognitive, cette approche est basée sur une description cognitive des modèles relationnels et décrit des problèmes cibles qui incluent souvent des modèles mal adaptatifs ; a cet effet, cette reformulation est utilisée comme un point de référence continu pour aider les clients à reconnaître et modifier les modèles problématiques. Et Ryle encourage l'utilisation de méthodes cognitivo-comportementales et un examen de la relation thérapeutique pour comprendre la façon dont les clients adoptent des modèles de rôles réciproques. En ce qui est de l'approche trans-théorique de James

Prochaska et Carlos DiClemente, ils décrivent la relation entre plusieurs théories, leur approche suppose que de nombreux systèmes de psychothérapie sont complémentaires et que différentes théories ont tendance à cibler différentes étapes et différents niveaux de changement. Prochaska et DiClemente utilisaient cinq étapes de changement (précontemplation, contemplation, préparation, action et maintien) et cinq niveaux de changement (symptômes / problèmes situationnels, cognitions inadaptées, conflits interpersonnels actuels, conflits familiaux ou conflits interpersonnels) pour créer deux matrices dimensionnelles qui est utilisée pour organiser 15 théories de psychothérapie et pour illustrer leurs emphases relatives. A titre d'exemple, au niveau des symptômes / situation, l'entrevue motivationnelle se situe au stade de la précontemplation et la thérapie comportementale et l'exposition se situent au stade de l'action. Au niveau des conflits interpersonnels, la psychanalyse est suggérée pour le stade de précontemplation, la thérapie existentielle est appropriée pendant la contemplation et la thérapie gestaltiste est suggérée pour la phase de préparation (Olivier & Marie, 2010, P.279).

3/ L'approche des facteurs communs :

Quand à L'approche des facteurs communs, elle tente de regarder à travers les différents systèmes théoriques et à la recherche d'éléments communs, bien qu'il existe des différences entre les théories, il existe un noyau reconnaissable de conseil composé de variables non spécifiques commun à toutes les thérapies. Arnold Lazarus (1997) est le fondateur de la thérapie multimodale ; il soulève des préoccupations au sujet de l'éclectisme théorique parce qu'il croit que le mélange des bribes de différentes théories est susceptible de confondre les choses et il soutient qu'en restant théoriquement cohérent mais techniquement éclectique, les praticiens peuvent préciser quelles interventions ils emploieront avec divers clients, ainsi que les moyens par lesquels ils choisissent ces procédures. Les praticiens qui sont ouverts à une perspective intégrative trouveront que plusieurs théories Jouent un rôle crucial dans leur approche de conseil personnel. Chaque théorie a ses contributions uniques et son propre domaine d'expertise. En acceptant que chaque théorie a ses forces et ses faiblesses et par définition, "différente" des autres, les praticiens ont une base pour commencer à développer une théorie qui correspond à leur perspectives. Il est important de

souligner que, sauf si les conseillers ont une précision, en profondeur la connaissance des théories, ils ne peuvent pas formuler une véritable synthèse. Tout simplement, les praticiens ne peuvent pas intégrer ce qu'ils ne savent pas (Norcross et Newman, 1992), et le défi consiste pour les conseillers à penser et à pratiquer de façon interactive, mais critique, car développer une perspective intégrative est une entreprise permanente qui est affinée avec expérience (Olivier & Marie, 2010, P.280).

4/ L'éclectisme d'indication :

Qui Consiste à savoir choisir pour son patient la méthode thérapeutique ou le psychothérapeute qui paraîtra lui convenir le mieux. C'est une forme d'éclectisme à laquelle il faudrait former les médecins généralistes et les différents professionnelles de la sante mentale, pour qu'ils sachent jouer leur rôle «d'orientateur psychologique ». Comme le souligne Miermont (2000), chaque démarche sera d'autant plus adaptée, dans sa cohésion méthodologique, qu'elle aura à traiter des patients qui disposent de ressources suffisante en dehors de son domaine de pertinence. Ainsi, la psychanalyse est d'autant plus efficiente que le patient arrive par lui-même à objectiver la réalité interne et à faire des plans et des projets. Il a la

capacité à virtualiser et concrétiser ce qui réalisable sans atteindre des couts exorbitants. Les thérapies humanistes s'adressent plutôt aux patients qui n'ont pas de blocage fantasmatiques. Les thérapies cognitivo- comportementales sont d'autant plus appropriées qu'elles s'adressent à des personnes qui savent ou sont leurs désirs et leurs projets vitaux. Les thérapies systémiques semblent particulièrement adaptées pour des personnes capables de réorganiser leurs relations sur un plan subjectif et objectif, pourvu que la relation de nouveaux contextes permette la mise en œuvre de projets viables. Par contre, toujours selon Meirmont (2000), les formes complexes de troubles mentaux (psychoses, maltraitance, troubles des conduites alimentaires, toxicomanies, etc) posent des problèmes méthodologiques et théoriques nouveaux qui nécessitent le recours à des modélisations supposées être apriori incompatible entre elles (Preston, 2003, P.143).

5/ L'éclectisme d'attitude :

Qui renvoi à la notion de « psychothérapeute caméléon », celui-là qui est capable de changer d'attitude pour trouver la plus adéquate en fonction de la problématique de son patient, ainsi il existe trois grandes façons d'envisager la problématique de

l'intégration ; la première qui constitue l'intégration théorique qui cherche à développer une théorie unitaire de la psychothérapie : la seconde tend à rechercher des points communs aux différentes écoles et repose sur l'hypothèse générale voulant que ces éventuels points communs représentent « des phénomènes de base » puisqu'ils se manifestent en dépit des positions théoriques propres à chaque école de pensée : quant à la troisième façon d'envisager la question ,elle repose sur l'hypothèse voulant que les différentes orientations thérapeutiques aient tendance à s'intéresser chacune à certains aspects du fonctionnement humain et du processus de changement plutôt qu'à d'autres, de telle sorte que tout mode d'intervention complet devrait tenir de la nature complémentaire de ces différents aspects(Preston, 2003,P.144).

6/L'approche complémentaire :

Enfin, L'existence de principes communs ne signifie pas forcément que toutes les méthodes utilisées pour appliquer ces principes sont interchangeables, car il n'est pas impossible, en effet, que les méthodes cliniques associées à une orientation thérapeutique particulier permettent de mettre en œuvre plus efficacement un principe donné que les méthodes

préconisées par une orientation par rapport à une orientation ou école ;Plutôt que de concevoir ce domaine de recherche comme un moyen d'évaluer l'efficacité d'une orientation par rapport à une autre, et il serait plus important de l'envisager sous la forme d'études paramétriques des modes d'application les plus efficaces des principes communs de changements, les différentes orientations peuvent offrir quelque chose d'unique. Dans la même trajectoire, Bergin (1982) mentionne qu'une compréhension globale de l'organisme humain nécessite plus qu'un seul ensemble de principes, de la même façon, les conceptions humanistes, comportementales et psychodynamique de l'intervention devrait avoir quelques choses d'unique à offrir, en vertu même des différents aspects du fonctionnement humain qu'elles tendent à souligner (Marie & Chambon, 1994).

Nous pensons que les diverses formes cités de l'éclectisme tendent à intégrer plusieurs approches théoriques ou techniques tout dépend de ce qui correspond aux caractéristiques spécifiques des clients. En revanche, la pertinence de l'intervention d'un thérapeute éclectique est liée dans sa compétence pour mieux emprunter des différents courants, les outils les plus pertinents et savoir les mettre en

pratique dans ses interventions cliniques, selon les différents types de patients qui se présentent, la variété de leurs problématiques, les moments et les objectifs voulu atteindre, tout en essayant de rendre de la relation thérapeutique un terrain de confiance et de sécurité ,et offrir un espace temps aux patients dont beaucoup d'entre eux le cherche pour être écoutés plus longtemps possible et laisser l'inconscient remonter à la surface sans peur ni critique ;c'est ce que la psychanalyse tend de faire, ainsi que les PIP, qui rendent les patients plus conscient de leur souffrances et plus courageux pour développer une stratégie de coping dès le début pour affronter leurs difficultés grâce au face à face qu'elles instaurent, et les TCC qui offrent les solutions techniques et rapides avec des résultats concrets pour atténuer et réduire les symptômes perturbants les patients, et d'autres approches, thérapies et techniques qui sont à la portée de tout les psychothérapeutes ; cependant, il faut savoir bien manipuler cette boîte à outils et la mettre à la disposition du client.

Le counseling éclectique et les pathologies psychologiques :

Du fait même de l'éclectisme qu'elles revendiquent, les

psychothérapies éclectiques ne ciblent pas des pathologies spécifiques ou certaines populations de patients, mais elles s'efforcent de proposer aux consultants une offre de soin psychique variée, réfléchie, individualisée sur-mesure et adaptée aux moments de crise, de résistance, de discontinuité ou de rupture dans une cure. Les thérapeutes spécialistes des névroses, des états limites, des troubles d'addiction, des cas de psychose ou des malades difficiles pourront y trouver un référentiel théorico-pratique multi-référencé, centré sur le cadre relationnel de la rencontre clinique, tout en disposant d'un éventail d'outils d'intervention souple et modulable, afin de répondre aux exigences des personnalités rigides ou instables, aux situations d'échec thérapeutique ou de réaction thérapeutique négative, en évitant la massification, l'isolement théorico-pratique et la monotonie clinique des approches spécialisées, procédurales ou intégratives.

Néanmoins, dans un cadre éclectique les supports matériels des techniques d'évaluation et de conditionnement pourraient être proposés comme des médiations relationnelles, à condition de mettre à distance cliniquement les routines protocolaires.

En effet, les protocoles systématisés issus des sciences expérimentales s'appliquent difficilement aux sciences humaines et cliniques, parce qu'ils relèvent d'une approche cognitive séquentielle des interactions humaines, incompatible pour l'éclectisme avec la complexité des systèmes humains environnementaux et institutionnels, qui ne sont pas prévisibles et exigent une appréhension globale plus intuitive en processus cognitifs simultanés, ou au contraire des arrêts sur image, des approfondissements de l'étude du cas particulier, du singulier, de l'unique et de l'éphémère. La temporalité séquentielle n'est pas absente des techniques utilisées en psychothérapie éclectique, cependant elle s'articule et se relie cliniquement aux phénomènes circulaires synchrones et diachroniques, de manière à prêter aux processus interpersonnels en jeu un sens subjectif, sans lequel les pratiques de soin se transforment en mécanismes défensifs contre l'angoisse du soignant, de l'ordre de la maîtrise et de l'emprise. À l'inverse, l'éclectisme vise à prendre en compte la différence et la spécificité de l'être sensible que le psychothérapeute est amené à rencontrer au cours de sa pratique clinique. En d'autres termes, à chaque fois qu'une hypothèse du psychothérapeute prend l'aspect d'une

violence symbolique, d'une étiquette, d'un préjugé ou d'une évidence protocolaire, sa pratique n'est plus considérée comme celle d'un clinicien ou d'un scientifique éclectique, mais comme celle d'un moraliste paranoïaque auto-référencé, dont les bonnes intentions serviles et zélées deviennent parfois concrètement dangereuses pour l'intérêt du patient (Miermont, 2000).

Nous pensons que le thérapeute face aux différents cas qui se présentent au soin psychique, peut être psychanalyste dans certaines occasions ; comportementale ou thérapeute paradoxal dans d'autres, comme il peut être encore plus ou moins empirique, suivre l'inspiration du moment, ou à l'inverse, module ses comportements à partir d'une théorisation stricte. A cet égard, il paraît probable que ces différents rapports à la théorie ont un retentissement sur l'efficacité thérapeutique, c'est bien ce que l'approche éclectique tend d'atteindre.

Synthèse et conclusion:

Nous avons tenté d'illustrer à travers cet article les champs d'intérêt de l'approche éclectique dans le conseil psychologique et cela par les différents motifs et formes de l'éclectisme qui peuvent être envisagés par les thérapeutes et les conseillers dans leurs différentes

interventions à l'égard de leur patients ,afin de mieux répondre aux besoins de ces derniers .Nous avons vu qu'il s'agissait de disposer d'un outil psychothérapeutique souple et modulaire capable de s'adapter à un grand nombre de situations diverses et de permettre un ajustement technique à chaque cas particulier. Une telle approche moderne bien qu'elle soit une prise en charge sur mesure par excellence pour toute personne demandant le conseil ou le soin psychologique ; mais elle demeure un défi et un challenge pour les psychothérapeutes qui vont tenter de combiner entre les meilleures techniques et les théories pour arriver aux estimations et aux attentes de leurs clients ; tout en prenant en compte l'importance de l'intuition clinique qui joue un rôle essentiel dans toute relation thérapeutique. A cet effet, toute psychothérapie basée sur un éclectisme raisonné et critique et qui associe entre les différentes dimensions du client, les capacités du thérapeute et les spécificités de la relation thérapeutique – sans s'attacher forcément à un seul courant théorique quelconque – ; aurait sans doute des effets favorables sur le l'objectif thérapeutique voulu atteindre.

« Il est probable que la thérapie éclectique continuera d'être un

mouvement important tout au long du 21^{ème} siècle, car de nouvelles perspectives sont susceptibles d'émerger qui capitalisent sur les points forts des approches antérieures ; ainsi que la force constante de cette approche continuera à être la reconnaissance que les individus complexes peuvent être compris à partir d'une variété de points de vue, et des conseillers efficaces peuvent combiner des outils thérapeutiques provenant de diverses sources théoriques ; pour cela, une analyse constante de la part des psychothérapeutes et des conseillers sur les facteurs situationnels rencontrés au cours du suivi, parmi lesquels, nous comptons d'une part les facteurs inhérents à la relation psychothérapeutique, comme les expressions verbales et non verbales ,le temps de la thérapie, la qualité de cette relation pour la personne en consultation ,ainsi que sa motivation et son authenticité pour le psychothérapeute ;et d'autre part un ensemble d'aptitudes dont le thérapeute doit mettre en jeu ,parmi lesquels citons sa flexibilité, sa souplesse cognitive et sa faculté d'adaptation et surtout son intuition clinique » (Maximilien ,2011).

Nous concluons notre article, en disant que les réflexions et les observations

Cliniques tirées quotidiennement de notre travail clinique avec les patients, demeurent l'outil le plus pertinent qui permet à chacun de nous – psychothérapeute– d'adopter à chaque fois de nouveaux outils et procédures cliniques pour intervenir efficacement, en essayant d'accommoder ces derniers selon les attentes et les besoins des clients ; Car la jouissance de tout psychothérapeute n'est atteinte que lorsque la satisfaction du client est exprimée à la fin du contrat thérapeutique, une telle satisfaction partagée entre le thérapeute et son client est preuve d'une relation bien établie et une bonne élaboration du protocole d'intervention de la part du psychothérapeute. Du coup, ce genre d'investissement thérapeutique est considéré comme l'objectif principal de la plupart de nous aux cours de nos interventions psychothérapeutiques ; malgré que cela suscite aussi en nous une grande persévérance et des challenges quotidiens pour savoir comment faire face aux différents facteurs et variables qui peuvent affecter à tout moment l'efficacité de notre travail thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE :

1/ Alain, D. et al. (2009). *Pour une psychothérapie plurielle*, Paris, Retz. 2nd édition. Academic Press.

- 3/ Beutler, L. & Consoli, A.J. (1998). *La psychothérapie éclectique systématique*, in Norcross J.C. ; et Goldfield M.R. (Éd.) *Psychothérapie intégrative*, Paris. Desclée de Brouwer.
- 4/ Catherine, Tourette-T. (1996). « *Le counseling* », Paris, PUF, collection Que sais-je ? p. 25
- 5/ Catherine, Tourette-T. (2001). Le counseling, *Journal français de psychiatrie*, num12, P.44.
- 6/ Martin, W. (2004). « La psychothérapie de soutien : Un pas vers l'éclectisme », *Psychothérapies*, no /2, Vol. 24, p. 73-86.
- 7/ Marie-Cardine, M & Chambon, O. (1994) . *Psychothérapie. L'approche intégrative et éclectique*, Toulouse, Editions : Le Courdier/Somatotherapies.
- 8/Maximilien, B., Antoine, B & Hervé, B. (2011). Les courants intégratifs en psychothérapie. *Annales Médico-psychologiques*, 169, 485-489.
- 9/ Meirmont, J, J. (2000). *Psychothérapies contemporaines, Histoire, évolution, perspectives*. Paris, L'harmattan.
- 10/ Michel, S. (2015). *Une approche intégrative des dimensions diachronique et synchronique en psychothérapie du trauma à travers des perspectives intra et interactionnelles chez l'enfant et sa famille*, Thèse de doctorat en Psychologie sous la direction de Cyril Tarquinio. Université de Lorraine.
- 11/ Olivier, C. (1992). « *Psychothérapeute procustéen ou éclectique : qui êtes-vous ?* », *Psychiatrie*.
- 12/ Olivier, C & Marie, C. (2010). *Les bases de la psychothérapie*, 2eme Edition. Dunod. P.278.11
- 13/ Oury J. & Roulot D., *Dialogue à la Borde*, paris. Hermann, (1984), 2008, pp.49-51.
- 14/ Preston. J. (2003). *Manuel de psychothérapie brève intégrative*, Ed. Inter-editions.
- 15/ Psychothérapie intégrative. (2017, novembre 30). *Wikipédia, l'encyclopédie libre*. Récupéré à partir de http://fr.wikipedia.org/wiki/psychotherapie_integrative.
- 16/ Reber, A. S. (1986). *Dictionary of Psychology*. London, Penguin/Viking. Second Edition, 1995, third Edition, Fourth Edition, (A. S. Reber. Allen & E.S.Reber, 2009).
- 17/ Serban, I. (2008). « Le temps de l'éclectisme. Les thérapies à la carte », *Sciences Humaines, Spécial La grande histoire de la psychologie*, no 7.
- 18/ Zaannier, F. (2010). *Eclectisme et intégration en psychothérapie-intérêts et enjeux d'une profession*, éd. L'Harmattan.

بروفيسور عبد الباقي دفع الله أحمد

د. ابتسام ساتي ابراهيم

د. أسماء سراج الدين فتح الرحمن

د. منار الشيخ عبد الرحمن

جامعة الخرطوم السودان

ينتشر وسط مرضى الحضر الاضطراب المتعلق بمادة إدمانية (5.3%) أكثر من سكان الريف. وأن الاضطراب المتعلق بمادة إدمانية ينتشر وسط أفراد الفئات العمرية ما بين (20-50) عاماً. اختتمت الدراسة بمجموعة من التوصيات وبفهرس للمراجع والملاحق .

The study aimed to investigate the prevalence of mental disorders among patients who visit governmental hospitals in all states of Sudan during (2010 – 2016), according to gender, home and age variables. To achieve the objectives of the study, researchers adopted a case study methodology. The researchers used the cluster sampling method to select (9700) patients from hospitals and psychiatric units by submitting a form containing the required

هدفت الدراسة لبحث انتشار الاضطرابات النفسية وسط المرضى المترددين على المستشفيات الحكومية بولايات السودان المختلفة في الفترة ما بين 2010-2016، وذلك حسب متغيرات النوع، والموطن والعمر. ولتحقيق أهداف الدراسة تبنى الباحثون منهج دراسة الحالة. استخدم الباحثون طريقة العينة العنقودية لاختيار (9700) مريضاً نفسياً من مستشفيات ووحدات الطب النفسي بالسودان، وذلك بتقديم استمارة تحوي المعلومات المطلوبة. استخدم الباحثون النسبة المئوية للإجابة عن أسئلة الدراسة. وتوصلت الدراسة لمجموعة من النتائج من أبرزها: أن 73.9% من المرضى بالاضطرابات النفسية المترددين على المستشفيات في السودان هم مرضى: طيف الفصام (26.5%)، والاضطراب ثنائي القطب (25.8%)، والاكتئابية (21.6%) على التوالي. كما بينت الدراسة أن الاضطراب النفسي المنتشر وسط الذكور أكثر من الإناث هو: طيف الفصام (29.6%)، بينما الاضطراب المنتشر وسط الإناث أكثر من الذكور هو: الاضطراب ثنائي القطب (29.7%). هذا إضافة إلى أن مرضى الريف ينتشر وسطهم الاضطراب ثنائي القطب (28.3%) أكثر من سكان الحضر، بينما

الأخيرة من الألفية الثانية، غير أن تقدير هذه الزيادة في كل بلد ومجتمع وبين جيل وآخر من الأمور الصعبة بالنظر لما يتطلبه ذلك من وسائل إحصائية معقدة يتعذر تطبيقها في مجال الاضطرابات النفسية واسعة الانتشار، إضافة إلى الاختلاف الثقافي والمجتمعي لفهم الاضطرابات النفسية وكيفية التعايش معها، لأنها متعددة الأشكال وكثيرة التداخل مع الاضطرابات الأخرى. تشير الإحصائيات أيضاً إلى أن الاضطرابات النفسية وصلت إلى مستويات وبائية سواء في أوساط الكبار الذين يشكون ضغط الحياة المادية وما يصاحبها من مشكلات اجتماعية كثيرة كالتفكك العائلي، أو في أوساط الشباب كالانحلال الأخلاقي، والاضطراب العقلي، والتفكك الاجتماعي، وانتشار الجريمة والمخدرات وتغير طرق ووسائل التواصل الاجتماعي، واختلاف منظومة وبناء الحياة الاجتماعية ومعاييرها. وعلى حسب علم القائمين على أمر هذه الدراسة، فإنه لم تقم حتى تاريخ هذه اللحظة دراسة إحصائية شاملة للأمراض النفسية في السودان، وذلك بغرض استخلاص النتائج التي تمكن من التخطيط والعلاج من خلال مختلف المؤسسات بهدف دعم الإنسان السليم نفسياً القادر على استغلال خيارات بلاده.

ساهمت مجموعة من المتغيرات خلال العقود الأخيرة من القرن العشرين على زعزعة الثوابت الاجتماعية التقليدية الممارسة من قبل المجتمعات المحلية في السودان، ومن أبرز تلك العوامل الحروب الطويلة (حرب جنوب السودان وانفصاليه 2011، وحرب دارفور والنيل الأزرق وجنوب كردفان 2017)، وحالات الجفاف والتصحر التي اجتاحت بعض الأقاليم (غرب السودان 1983)، وكذلك الفيضانات والسيول المدمرة (إقليمي الجزيرة ومنطقة البطانة)، يضاف لكل

information. The researchers used the percentage to answer the questions of the study. The study found that 73.9% of patients with mental disorders in hospitals in Sudan are: schizophrenic (26.5%), bipolar (25.8%), and depressive disorders (21.6%), respectively. The study also showed that the mental disorder that is more prevalent among males is schizophrenic spectrum (29.6%), while the most prevalent disorder among females is bipolar disorder (29.7%). In addition, rural patients are more prone to bipolar disorder (28.3%), while urban patients (5.3%) are more likely to suffer addictive substance disorder, and that the disorder related to an addictive substance spread among members of the productive age groups between (20-50) years. The study concluded with a set of recommendations, references and appendices.

تمهيد:

يجمع بعض العلماء (الخليدي ووهبي، 1997، إبراهيم وعسكر، 2008) على أن هنالك ازدياداً ملحوظاً في الاضطرابات النفسية في العالم خلال العقود

ذلك الآثار المترتبة على العولمة وما يصاحبها من إعلام وانفتاح على ثقافات جديدة وأنماط استهلاكية غير مألوفة (مقاطعة السودان اقتصاديا لأكثر من 20 عاما لكثير من الدول الغربية الكبرى)، هذا إضافة للضغوط الدولية والعالمية للالتزام بالمعايير العالمية فيما يتعلق بحقوق الإنسان والضغوط الهائلة التي ربما يتعرض لها القطر (محكمة الجنائيات الدولية)، تعمل هذه العوامل وعملت على إحداث ضغوط اقتصادية هائلة على جميع أفراد المجتمع مما أربك حياة معظمهم فتفرقوا في المهاجر، أو نزحوا بأعداد هائلة للمدن الكبيرة، وتعطلت معه بدرجة شبه كاملة المشاريع القومية الكبرى بما فيها المشاريع الزراعية، والقطاعات الخدمية كخطوط السكة حديد، والخطوط البحرية، والخطوط الجوية السودانية، مما نجم عنه ممارسات اقتصادية واجتماعية أضرت كثيراً بالطرق التقليدية لممارسة العيش الكريم في السودان.

لم يتحصل الباحثون على دراسات توضح معدل انتشار الاضطرابات النفسية أو توزيعها على أي مستوى من المستويات في السودان، أو حتى توفر أرقام دقيقة للمرضى النفسيين خلال أي فترة زمنية (ورد ذكر الاضطرابات النفسية بصورة مجملة في التقرير الإحصائي الطبي السنوي لوزارة الصحة الاتحادية السودانية للعام 2016)، أو نوعية الاضطرابات التي يعاني منها أفراد المجتمع السوداني بالرغم من عراقية المستشفيات العاملة في علاج الاضطرابات النفسية، حيث أنشأ التيجاني الماحي أول عيادة للطب النفسي عام 1949، وذلك بسبب عدم كشف الكثيرين عن أمراضهم النفسية، ربما بسبب الوصمة الاجتماعية للمرض، أو الاعتقاد في معالجة هذا النوع من الاضطرابات بواسطة المعالجين التقليديين، أو ربما لعدم وجود خدمات لمعالجة الاضطرابات النفسية كما هو حادث في عديد من

مناطق السودان، وعليه ربما تقل الدراسات التي تتناول أعداد المرضى النفسيين، أو الاضطرابات التي يعانون منها، وبالتالي أهم أسباب الاضطرابات النفسية، وأكثرها شيوعاً، والفئات العمرية التي تنتشر بينها هذه الاضطرابات، وتضعف بالتالي الرؤية للتخطيط والعمل العلمي المتعلق بالوقاية من الاضطرابات، أو حتى مختلف الأسباب المميزة لنشوء هذه الاضطرابات وسط المجتمع السوداني.

مشكلة الدراسة:

تتمثل مشكلة الدراسة الحالية في محاولة وضع صورة كلية للأمراض النفسية في جميع المستشفيات الحكومية في السودان من حيث تكرارها، وأكثرها شيوعاً وارتباط هذه الاضطرابات بالولاية والنوع والموطن (مدينة، قرية). وعليه تتمثل مشكلة الدراسة الحالية في الإجابة عن الأسئلة التالية:

1. ما أكثر الاضطرابات النفسية تكراراً في مستشفيات ووحدات الطب النفسي؟
2. هل تختلف الاضطرابات النفسية باختلاف ولايات السودان المختلفة بحكم الطقس والبيئة الطبيعية والمشاكل الخاصة بكل جهة من السودان؟
3. هل توجد فروق في الاضطرابات النفسية تبعا لنوع المريض (ذكر، أنثى) بكل جهة من جهات السودان؟
4. هل ترتبط الاضطرابات النفسية بمكان سكن المريض (حضر، ريف)؟
5. هل توجد علاقة بين الاضطرابات النفسية والعمر الزمني للمرضى؟ بمعنى هل ترتبط بعض الاضطرابات النفسية بفئات عمرية محددة؟

أهمية الدراسة: يمكن إبراز أهمية الدراسة الحالية من خلال النقاط التالية:

1. إن الوقوف على سلوك الاضطرابات النفسية من حيث نوع الاضطرابات وتوزيعها على الفئات العمرية المختلفة يمكن الجهات ذات الصلة من وضع السياسات الكفيلة بمعالجتها بالطرق العلمية السليمة.

2. يمكن أن تمثل هذه الدراسة مصدراً لكثير من الأفكار لإنتاج الدراسات العلمية التي تعتمد على توفر المعلومات الأساسية المتعلقة بمعدلات انتشار الاضطرابات النفسية، ومن ثم تتراكم الدراسات ذات الصلة لإكمال الصورة الكلية لطبيعة الاضطرابات النفسية من حيث الأسباب والتشخيص والمآل حسب الخصائص الديمغرافية لكل ولاية.

3. لفت نظر واضعي السياسات الكلية المتعلقة بالاقتصاد والتعليم لأهمية إشراك العلوم السلوكية والاجتماعية في التخطيط للمشاريع المختلفة المتعلقة برفاهية المواطن، أو حتى تلك التي تعتمد على الإرشاد الأسري والمجتمعي، وتلك التي تزيد الوعي المجتمعي حول حقيقة الاضطرابات النفسية والتخلص من الصورة الذهنية المرتبطة بالوصمة.

أهداف الدراسة: تهدف الدراسة لبحث ومعرفة الآتي:

1. معدل انتشار الاضطرابات النفسية من خلال البيانات المتوفرة من قبل المترددين على المستشفيات الحكومية بولايات السودان المختلفة في الفترة ما بين 2010-2016.

2. الفروق في الاضطرابات النفسية حسب النوع وأماكن السكن والعمر الزمني في ولايات السودان المختلفة.

3. دراسة علاقة الاضطرابات النفسية بالبيئات الاجتماعية في الولايات الكبرى في السودان (الشمال، الشرق، كردفان، دارفور، الأوسط، والخرطوم).

حدود الدراسة:

هنالك مجموعة عوامل ربما تحد من تعميم نتائج هذه الدراسة لذلك يجب وضعها في الاعتبار عندما يتم الاستعانة بنتائج هذه الدراسة، ومن أهم حدود الدراسة ما يلي:

1. يجب الانتباه إلى أن معايير التشخيص المستخدمة في جميع أنحاء السودان خاضعة للمعيار الطب نفسي بالكامل، وبالتالي فالنسب ربما تمثل هذا المنحى أكثر من أنها تعكس الواقع، فالقصام والاكتئاب ثنائي القطب ربما يعكس طريقة وإجرائية التشخيص المتبعة من قبل الأطباء النفسيين، وليس موضوعية التشخيص القائم على فريق من مجموعة أخصائيين (طبي، نفسي، اجتماعي).

2. يقتصر المجتمع على المرضى الذين لديهم سجلات طبية مكتملة بمكاتب الإحصاء بالمستشفيات الحكومية في الفترة ما بين (2010-2016) بالمدن الرئيسة بولايات السودان المختلفة، وليس من بينها المستشفيات الخاصة أو عيادات الأطباء.

3. لا يوجد مصطلح موحد بين مستشفيات الطب النفسي بالسودان (بعضها يستخدم

الرمز الطبي للمصطلح، وأخرى تكتب المصطلح باللغة العربية)، ولذلك تمت إعادة ترميز الاضطرابات حسب المجموعات المرضية للدليل التشخيصي الخامس للأمراض النفسية (2013) للجمعية النفسية الأمريكية.

4. اختلاف محتوى استمارة المعلومات للمرضى النفسيين، إذ لا توجد استمارة موحدة تستخدم في جميع أنحاء السودان، لذلك اكتفت الدراسة الحالية بالمعلومات المشتركة بين مختلف الاستمارات وهي: اسم المرض، ونوع المريض (ذكر، أنثى)، وعمر المريض بالسنوات، وسكن المريض (حضر، ريف). وتم حذف بعض المتغيرات لعدم توفرها في جميع الحالات التي تم اختيارها

تعريف المصطلحات:

فيما يلي مجموعة من المصطلحات المستخدمة في هذه الدراسة، ويمكن تعريفها على النحو التالي:

1. الاضطرابات النفسية:

يعرف الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية (2013) الاضطراب النفسي بأنه (اضطراب نفسي المنشأ، تنجم عنه اتجاهات غير سليمة للفرد تجاه نفسه ومجتمعه، أي أنه حالة من عدم التوافق في التفاعل النفسي والاجتماعي، وظهور السلوكيات غير السوية التي تؤثر في سلامة إنجازات الفرد، وسير حياته بشكل آمن ومستقر لنفسه ولمن حوله، وقد ينتقل المرض النفسي في حالات متقدمة من الاعتلال النفسي إلى الاعتلال العضوي أو الوظيفي. وقد تم تصنيف الاضطرابات النفسية باستخدام محك الدليل الإحصائي التشخيصي الخامس الصادر عن الجمعية النفسية الأمريكية عام 2013 والذي يعتبر من المحكات الهامة

في تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية والذهنية والتواصلية في الجانب الاكلينيكي، وعند شركات التأمين وفي سلك المحاماة والقضاء. وقد بلغ عدد مجموعة الاضطرابات النفسية حسب هذا التصنيف (22) مجموعة يأتي تصنيفها لاحقاً.

3. مستشفيات الطب النفسي بالسودان:

تم تصنيف السودان لست ولايات جغرافية افتراضية لسهولة جمع البيانات وهي: ولاية الخرطوم وتم تمثيلها بمستشفى التيجاني الماحي، الولايات الشمالية وتم تمثيلها بمستشفى عطبرة وشندي، الولايات الشرقية وتم تمثيلها بمستشفى كسلا، ولايات دارفور وتم تمثيلها بمستشفى الفاشر، والولايات الوسطى وتم تمثيلها بمستشفى مدني وكوستي، وولايات كردفان وتم تمثيلها بمستشفى الأبيض. علماً بأن هذه الولايات تمثل تصنيفاً سابقاً للحكم في السودان، باعتبار أن بينها خصائص مشتركة من حيث الإثنية القبلية، والنشاط الاقتصادي، والعادات والتقاليد.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

واجه السودان عدة صراعات سياسية منذ استقلاله وحتى الآن. حيث بدأ التفاوض على اتفاق سلام في العام (2005) مع الجنوب انتهت بانفصاله في (2011) بعد حرب ضروس بين الجانبين، كذلك تم الاتفاق مع متمردى الشرق حينها في العام (2006) وما زال الاتفاق سارياً. إلا أنه في العام 2003 نشأ نزاع آخر في دارفور لا يزال مشتتاً نجم عنه تداعيات محكمة الجنائيات الدولية ومقاطعة السودان اقتصادياً. هذا إضافة لوجود صراع دامي بولايتي النيل الأزرق وجنوب كردفان ما زال قائماً. ونتيجة لذلك، تأثرت مؤسسات الخدمات الاجتماعية في البلد، بما فيها الصحة بصورة مباشرة أو غير مباشرة. أي أنه في حين

شهدت بعض المناطق حرباً، عانى آخرون من آثار الحرب بسبب استضافة المشردين، أو بسبب تحويل الموارد المخصصة للتنمية لمقابلة منصرفات الإنفاق الأمني والحربي والتي بلغت لأعوام طويلة 80% من ميزانية الدولة السنوية.

تلعب الكوارث الطبيعية، والكوارث التي من صنع الإنسان دوراً بارزاً في إرباك قدرة المجتمعات على التوافق كما تعمل على تهديد الصحة العامة، وربما يصل الأمر لفقدان الأموال والممتلكات، أو حتى الموت نفسه. وتقدر الإحصاءات أن حوالي 18% من السكان يتأثرون بالفيضانات سنوياً خلال موسم الأمطار (حزيران / يونيه - أيلول / سبتمبر)، في حين يتعرض حوالي 10% من السكان للجفاف والأوبئة، وخاصة التهاب السحايا، حيث يقع السودان داخل "حزام التهاب السحايا"، والحمى النزفية، مثل الحمى الصفراء وحمى الضنك هي تهديدات أخرى على صحة ورفاه السكان.

يعد المرض تحدياً كبيراً للإنسان، لأنه لا يؤثر فقط على الفرد، ولكن يمتد أثره ليشمل المحيطين به. وينتشر المرض بنوع من التباين بين الجماعات والمجتمعات بحسب أوضاعهم الاقتصادية والاجتماعية ودرجة تحضرهم. وتؤثر الثقافة السائدة في المجتمع على نظرة وفهم الناس للمرض، وبالتالي استجاباتهم له وطريقة التعامل معه. ولذلك فإن علم الوبائيات يهتم بالكيفية التي توزع بها الاضطرابات في المجتمع بما في ذلك الاضطرابات النفسية، وعليه فإن المرض لا يمكن تفسيره بعامل واحد.

أوضح خليل قاسم (khalil A. 2013) أن الوصمة الاجتماعية من التحديات الكبيرة في إطار مواجهة المرض النفسي.

فقد أظهرت نتائج دراسته التي أجراها في نيجيريا اعتراف 250 شخصاً تمت مقابلتهم بأن ردهم الأساسي على المرض النفسي هو الخوف، والتجنب والغضب بسبب الوصمة الاجتماعية. بالإضافة إلى ذلك، أظهرت دراسة استطلاعية عامة أجريت في جنوب أفريقيا أن معظم مواطني جنوب أفريقيا يعزون المرض النفسي للضغط أو عدم القدرة والإرادة بدلاً من نسبته للاضطرابات الصحية وعدم قدرة الفرد على التوافق، ونتيجة لذلك فإنهم يتركون المرضى النفسيين وحدهم دون مساندة عاجزين عن الأمل في الشفاء.

عرّف إحسان محمد (2008) علم الوبائيات من وجهة نظر علم النفس كما في العلوم الأخرى بأنه العلم الذي يدرس كيفية حدوث وانتشار الاضطرابات، والظواهر الوبائية، والمشاكل الصحية المختلفة بين الأفراد والمجتمعات، ومحددات الإصابة بها من خلال دراسة العوامل والظروف المحيطة ذات التأثير المباشر أو غير المباشر على الصحة. ويهتم هذا العلم بإجراء الاستقصاءات والمسوحات والبحوث الميدانية لتحديد حجم ونوعية الاضطرابات والمشاكل الصحية المختلفة ووضع الحلول الملائمة لها والتعرف على احتياجات المجتمع بما يساهم في وضع الخطط والبرامج الصحية السليمة.

أما فيما يتعلق بالاضطرابات النفسية وتصنيفها فقد اعتمد الباحثون في الدراسة الحالية على آخر تصنيف للدليل التشخيصي الخامس الصادر عن الجمعية النفسية الأمريكية (2013)، وقد تم تصنيف الاضطرابات على النحو التالي:

1. اضطرابات النمو العصبية: (الإعاقات

الذهنية، التواصل، طيف التوحد، نقص الانتباه

13. اختلالات الوظيفة الجنسية (تأخر القذف، الانتصاب، النشوة الأنثوي، ألم الإيلاج، القذف المبكر).

14. الانزعاج من النوع (لدى الأطفال، لدى المراهقين والبالغين).

15. اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك (الشخصية المضادة للمجتمع، هوس السرقة، إشعال الحرائق، اضطراب المسلك).

16. الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية (استعمال الكحول، سحب الكافيين، الحشيش، المهلوسات، المستنشقات، الأفيون، المنومات ومضادات القلق، المنشطات، التبغ).

17. الاضطرابات العصبية المعرفية (الهذيان، بأنواعه المختلفة).

18. اضطرابات الشخصية (اضطراب الشخصية الزوراني، الفصامي، المعادي، الحدي).

19. اضطرابات الولع الجنسي (التلصص، الاستعراء، الاحتكاك، الولع بالأطفال، ملابس الجنس الآخر).

20. اضطرابات عقلية أخرى: (اضطراب عقلي محدد آخر ناتج عن حالة طبية أخرى، اضطراب عقلي غير محدد ناتج عن حالة طبية أخرى..)

21. اضطرابات الحركة المحدثة بالأدوية والتأثيرات الجانبية الأخرى للأدوية (الباركنسونية المحدثة بمضادات الزهايم، الزلزال الحاد المحدث بالأدوية...)

22. حالات أخرى قد تكون محوراً للاهتمام السريري (مشاكل العلاقات، سوء المعاملة والإهمال، مشاكل تعليمية ومهنية، مشاكل السكن

فرط الحركة، الإعاقات الحركية، واضطرابات العرة).

2. طيف الفصام والاضطرابات الذهنية الأخرى (التوهي، الفصام، الوجداني، الكتاتونيا).

3. ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة (المزاج الدوري... هوس).

4. الاضطرابات الاكتئابية (المزاج المشوش، سوء المزاج....).

5. اضطرابات القلق (الانفصال، الصمت الانتقائي، الهلع، قلق الساح، القلق الاجتماعي).

6. الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة (الوسواس، تشوه شكل الجسم، نتف الشعر، نزع الجلد...).

7. الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد (كرب ما بعد الصدمة، التعلق التفاعلي، التأقلم...).

8. الاضطرابات الانحلالية (التفارقية) (النسوة، اضطراب الهوية، تبدد الشخصية، تبدد الواقع...).

9. العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة (قلق المرض، الاضطراب المفتعل...)

10. اضطرابات التغذية والأكل (شهوة الطين، الاجترار، النهم، القهم، تناول الطعام التجني).

11. اضطرابات الإخراج (الإفراغ) (سلس البول، سلس الغائط....).

12. اضطراب النوم واليقظة (الأرق، فرط النعاس، النوم الانتبائي، توقف التنفس أثناء النوم، الكابوس، متلازمة الساقين المتململتين).

والمشاكل الاجتماعية، مشاكل أخرى ذات صلة بالبيئة الاجتماعية).

الدراسات السابقة:

أما فيما يتعلق بالدراسات السابقة، فقد لاحظ الباحثون أن معظم الدراسات لا تتناول كل الاضطرابات النفسية في القطر المعني، إذ يتم في الغالب التركيز على معدل انتشار مرض محدد وسط فئة عمرية مختارة، كما أن مثل هذا النوع من الدراسات تشترك فيه جهات مختلفة وبتمويل كبير جداً من المنظمات الصحية العالمية، لذلك يتم في هذا الجزء من الدراسة استعراض بعض الدراسات السابقة لتوضيح الطريقة التي يتم بها عادة تناول مثل هذا النوع من الدراسات:

1. المسح الوطني للصحة وضغوط الحياة بالملكة العربية السعودية (2017):

هدف المسح بشكل أساسي إلى معرفة ماهية ضغوط الحياة ومدى انتشارها، وتأثيرها على صحة الفرد والمجتمع وذلك باختيار عينة حجمها (10.000) مفحوصاً. وذلك بهدف مساعدة صانعي القرار والمخططين في مجال الصحة على تقدير نوع وحجم الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية المطلوبة في المملكة. وقد أوضحت نتائج المسح الوطني للصحة وضغوط الحياة عدداً من الإحصاءات التي تشير إلى أن أبرز الاضطرابات النفسية التي يعانيها المجتمع السعودي بمختلف فئاته العمرية تتمثل في الآتي: 23% من عينة الدراسة يعانون من نوبات الهلع والفرع، و19% من رهاب الخلاء، و12% من الاكتئاب، و11% من الرهاب الاجتماعي، و8% يعانون من الوسواس القهري.

2. وبائية الاضطرابات النفسية وسط الأطفال والمراهقين الإيرانيين وعلاقتها ببعض المتغيرات

الاجتماعية، ونمط الحياة واضطرابات الشخصية للوالدين (2017):

تم إجراء هذه الدراسة وسط عينة قوامها (5171) طفلاً ومراهقاً تتراوح أعمارهم بين 6 إلى 17 عاماً في خمس محافظات إيرانية هي: طهران وخراسان ورضوى وأصفهان وأذربيجان الشرقية وفارس. وجد الباحثون أن اضطرابات السلوك لها أعلى معدل انتشار بين المشاكل النفسية، بينما سجلت المشاكل الاجتماعية أدنى معدل انتشار في المحافظات الخمس. وعلاوة على ذلك، وجد الباحثون أن للذكور مشاكل عاطفية أقل مقارنة بالإناث. وبالإضافة إلى ذلك، لم يجدوا أية فرق دال بين المراهقين من 12 إلى 14 و15 إلى 17 سنة أو بين خريجي المدارس المتوسطة والثانوية في المشاكل النفسية.

3. تقرير منظمة الصحة العالمية (2016):

أورد هذا التقرير مجموعة من المعلومات التي يمكن أن تمثل مرجعية علمية لتفسير الوضع في السودان، وعلاقة الاضطرابات النفسية بالأوضاع الاقتصادية والاجتماعية للمرضى، وفيما يلي أهم نتائج هذا التقرير:

1. ربع سكان العالم سيصابون بمرض نفسي في مرحلة ما من حياتهم، وبذلك تتسبب الاضطرابات النفسية في حدوث عدد كبير من الوفيات وحالات العجز، وهي تمثل 8.8% و16.6% من عبء المرض الإجمالي الناجم عن الاعتلالات الصحية بالبلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، على التوالي .

2. يمثل الاكتئاب ثاني أهم أسباب عبء المرض في البلدان المتوسطة الدخل، وثالث أهم تلك الأسباب في البلدان المنخفضة الدخل بحلول عام 2030 . وقد زاد عدد الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب و/ أو القلق من 416

مليون شخص إلى 615 مليوناً بين عامي 1990 و2013، أي بنسبة 50% تقريباً، وبذلك يتضرر 10% تقريباً من سكان العالم من الاضطرابات النفسية التي تمثل 30% من العبء العالمي للأمراض غير المميتة .

3. حوالي نصف الاضطرابات النفسية تبدأ قبل سن الـ 14 سنة، وحوالي 20% من الأطفال والمراهقين في العالم لديهم اضطرابات أو مشاكل نفسية، وعليه تعتبر الاضطرابات العصبية النفسية من بين الأسباب الرئيسية للعجز لدى الشباب بجميع أنحاء العالم، ومع ذلك فإن المناطق ذات النسبة المئوية الأعلى من السكان تحت سن الـ 19 لديها أفقر مستوى من الموارد المخصصة للصحة النفسية . وأن حوالي 23% من جميع السنوات المفقودة بسبب العجز تنجم عن الاضطرابات النفسية واضطرابات معاقرة مواد الإدمان .

4. يمثل نقص الأطباء النفسيين وممرضات الطب النفسي والمتخصصين بعلم النفس والعاملين الاجتماعيين إحدى العقبات الرئيسية التي تقف دون توفير خدمات العلاج والرعاية بالبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. فمثلاً لا توفر البلدان المنخفضة الدخل سوى 0.05 من الأطباء النفسيين و0.42 من ممرضات الطب النفسي لكل مائة ألف ساكن. أما معدل الأطباء النفسيين المسجل في البلدان المرتفعة الدخل أكبر بـ 170 مرة، ومعدل ممرضات الطب النفسي أكبر بسبعين مرة.

5. يمثل المصابون باضطرابات نفسية واضطرابات نفسية اجتماعية إحدى أكثر الفئات عرضة

للتهميش في البلدان النامية. وعلى الرغم من تعهد الجهات الفاعلة في مجال التنمية بتركيز عملها على أشدّ الفئات استضعافاً في المجتمعات المحلية، فإنّ كثيراً من البرامج لا تزال تهمل تلك الفئة المستضعفة وتستبعداها.

6. ويؤكد تقرير منظمة الصحة العالمية على إمكانية تحسين الحاصل الإنمائية بالاستثمار في المصابين بالاضطرابات النفسية. وتشمل الاضطرابات النفسية ذات الأولوية الاكتئاب، وحالات الذهان، والانتحار، والصرع، والخرف، والاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول والمخدرات، والاضطرابات النفسية التي تصيب الأطفال.

4. نسبة انتشار الاضطرابات النفسية في لبنان: بداية عوارضها، علاجها والتعرض لأحداث الحرب (2013):

هدفت هذه الدراسة لتقييم عبء الاضطرابات النفسية وحاجات الوطن في لبنان، وقد أجريت الدراسة على عينة تمثل المجتمع اللبناني على صعيد وطني (2857) مفحوصاً. استخدمت الدراسة استمارة منظمة الصحة العالمية (Composite CIDI 3.0. (International Diagnostic Interview 3.0) وقد أظهرت النتائج أن 25.8% من البالغين في لبنان قد عانوا من اضطراب نفسي واحد على الأقل خلال حياتهم. وأوضحت الدراسة أنّ اضطرابات القلق هي (16.7%) والاضطرابات المزاجية (12.6%) هي أكثر انتشاراً من اضطرابات التحكم في الاندفاعات (4.4%) والاضطرابات المتعلقة بالإدمان (2.2%). أن أقلية فقط من الأشخاص ذوي الاضطرابات النفسية تلقوا علاجاً، مع تأخر كبير (من 6 إلى 28 سنة) ما

بين بداية الاضطرابات لأول مرة والبدء بتلقي العلاج. كما زاد التعرض لأحداث الحرب ستة أضعاف تقريباً من احتمال أن يصاب اللباني بإحدى اضطرابات القلق، أكثر من 3 أضعاف اضطراب المزاج وأكثر من 12 مرة اضطرابات التحكم في الاندفاعات لأول مرة.

5. دراسة بيتر وآخرون (Peter et al, 2013): الجنون أو الحزن؟ المفاهيم المحلية للمرض العقلي في أربع مجتمعات أفريقية متأثرة بالنزاع:

قدمت هذه الدراسة نتائج تقييم إثنوغرافي سريع لاستكشاف المفاهيم المحلية للاضطرابات النفسية في أربع مناطق في أفريقيا. واستخدم تعريف منظمة الصحة العالمية باعتباره تعريفاً إجرائياً للاضطراب العقلي، والذي يشير إليه بأنه "اضطرابات أو مشاكل تتميز بالأعراض المعبر عنها في أفكار غير طبيعية، وعواطف، وسلوك، وفي العلاقات مع الآخرين". لم يتم تحديد حدود الاضطراب العقلي بتفصيل أكثر، من أجل إعطاء المشاركين فرصة لوصف المفاهيم والمتلازمات المحلية.

هدف التقييم إلى توليد بيانات لمساعدة منظمة الصحة العالمية والمنظمات غير الحكومية التي تشارك في تطوير الرعاية الصحية في أوضاع ما بعد الصراع، لإدماج أنشطة الصحة العقلية في برامج الصحة العامة القائمة في جنوب السودان وجمهورية الكونغو الديمقراطية وبوروندي. تم جمع معلومات عن الأسماء المحلية للمشكلات العقلية وما يراه المقيمون على أنه سمات وأسباب محددة لهذه المشكلات وما يقومون به عادة لمعالجتها. الهدف من ذلك تخطيط تدخلات الصحة العقلية في البيئات الفقيرة الموارد والتي تتعافى من الصراع، تمكين نظم الدعم الاجتماعي القائمة الموجودة بالفعل على المستويات المحلية، وتعزيز التماسك الاجتماعي والمساعدة الذاتية داخل المجتمعات المحلية.

يلاحظ من خلال استعراض الدراسات السابقة أن معظم الدراسات التي أجريت حديثة نسبياً، وذكرت جميعاً أن هنالك عيباً في استخراج العينة، وأن هذه الدراسات استكشافية في معظمها، وهي لا تعكس معلومات متطابقة مع الواقع نسبة للوصمة الاجتماعية للمرض النفسي، وتفضيل بعض المرضى للمعالجين التقليديين، بينما لا يبلغ بعض الأفراد الجهات ذات الصلة طلباً للمساعدة، أو لغياب الخدمات النفسية في بعض المناطق.

منهج إجراءات الدراسة الميدانية:

يقوم الباحثون في هذا الجزء من الدراسة بتوضيح الطرق التي تم استخدامها لجمع البيانات من مختلف أنحاء السودان، وكذلك استعراض المعايير الأخلاقية التي تم اتباعها لجمع البيانات، ووصف المجتمع والعينة واستعراض المنهج المستخدم وأخيراً أهم النتائج ومناقشتها على المستوى العام.

منهج الدراسة:

ولتحقيق أهداف الدراسة الحالية تبنى الباحثون منهج دراسة الحالة (previous documents)، والتي تهدف إلى دراسة توزيع الاضطرابات وانتشارها في المجتمعات وفقاً لعوامل الشخص والزمان والمكان، وذلك بجمع المعلومات من المكاتب الإحصائية بجميع المستشفيات الحكومية بمختلف الولايات للفترة من 2010/2016، والعمل على تحديد نوع الاضطرابات السائدة في السودان وتوزيعها في كل منطقة، والخصائص الديمغرافية للمرضى.

مجتمع الدراسة وعينتها:

لا توجد إحصائيات دقيقة بتفصيل نوع المرض للمرضى النفسيين بالسودان، وذلك لجملة أسباب أبرزها: سيادة ثقافة أن هذه الاضطرابات لا تعالج إلا

00	062	Migraine	الصداع النصفي
56	5958		المجموع

يلاحظ أن تصنيف وزارة الصحة للأمراض يتبع نظام تصنيف الاضطرابات العاشر (ICD-10) وهو في عمومته استخدم مصطلحات غير دقيقة بالنسبة للدليل الخامس لتشخيص الاضطرابات النفسية الذي تتبناه الدراسة الحالية، فإذا كان متوسط الاضطرابات النفسية في العام يبلغ حوالي (5958 مريضاً × 6 سنوات) فإن إجمالي المرضى نفسياً خلال فترة الدراسة الحالية (2010-2016) يساوي (35.748) مريضاً تقريباً يترددون على المستشفيات الحكومية بجميع أنحاء السودان. ومما تجدر الإشارة إليه فإن عدد الأطباء النفسيين المختصين يتراوح ما بين (62) اختصاصياً في العام 2012 إلى (33) اختصاصياً فقط في العام 2016، وأن عدد الخبراء النفسيين المعاونين للأطباء النفسيين بلغ (448) خبيراً نفسياً بجميع مستشفيات السودان، وأن إجمالي عدد الأسرة (الإقامة) لجميع المرضى النفسيين يبلغ تحديداً (307) سريراً، مع ملاحظة أن جميع ولايات دافور وكردفان لا يوجد بها سريراً واحداً لإقامة المرضى النفسيين بالمستشفيات حسب تقرير وزارة الصحة للعام (2016).

عينة الدراسة الحالية:

استخدمت الدراسة الحالية طريقة العينة العنقودية (من كل منطقة مستشفى)، فقد بلغ عدد المستشفيات التي تم حصر كل مرضاها حوالي (8) مستشفيات، كما بلغ عدد المرضى الذين تم حصرهم خلال فترة الدراسة (9700) مريضاً تفصيلهم على النحو التالي:

بواسطة الشيوخ، بالإضافة لضعف الخدمات النفسية خارج دائرة المدن الكبيرة، والوصمة الاجتماعية المرتبطة بهذه الاضطرابات، هذا إضافة لحرص كثير من المرضى لتلقي العلاج بعيادات خاصة، لذلك فإن الأرقام التي ترشح تعتبر أرقاماً تقريبية لا يمكن الاعتماد عليها كمجتمع لعدد المرضى النفسيين في السودان، وقد اعتمدت هذه الدراسة أرقام المرضى الواردة في التقرير الصحي السنوي للعام 2016 الصادر من وزارة الصحة الاتحادية كمجتمع للدراسة الحالية، وذلك على النحو التالي:

جدول (1) يوضح تكرار الاضطرابات النفسية في جميع مستشفيات السودان حسب تقرير وزارة الصحة الاتحادية (2016).

نوع الاضطراب	الاسم بالانجليزي	عدد المرضى	عدد الوفيات
اضطرابات عقلية	Neurotic Diseases	075	01
انفصام الشخصية	Schizophrenia	729	00
أمراض نفسية أخرى	Psychosis	1901	09
الهستيريا	Hysteria	420	00
أرق	Anxiety	010	00
إدمان الكحول	Alcohol Addiction	122	01
تعاطي المخدرات	Other Stimulants	096	00
فقدان شهية	Anorexia	377	05
متلازمة داون	Down Syndrome	117	19
الصرع	Epilepsy	2049	21

جدول (2) التكرار والنسبة المئوية للمعلومات الأساسية لعينة الدراسة.

المتغيرات	مستويات المتغير	التكرار	النسبة المئوية
المستشفيات	عطبرة +	0747	7.70
	شندي	1200	12.4
	كسلا	2069	21.3
	مدني	1633	16.8
	الفاشر	2027	20.9
	الأبيض +	2024	20.9
	كوستي التيجاني الماحي		
النوع	ذكر	5238	54.0
	أنثى	4462	46.0
العمر	01-09	0123	1.30
	10-19	1303	13.4
	20-29	3256	33.6
	30-39	2555	26.3
	40-49	1322	13.6
	50-59	0628	06.5
	60-69	0317	03.3
	70-79	0147	1.50
	80-89	0049	0.50
السكن	حضر	5130	52.9
	ريف	4570	47.1

يلاحظ من الجدول أعلاه أن 73.5% من أفراد العينة تتراوح أعمارهم ما بين 20 - 49 عاماً، وهي الفئة العمرية الأكثر إنتاجاً، بينما تقتارب النسبة المئوية في بقية متغيرات العينة وهي: النوع ومكان السكن والمستشفيات حيث تقل أعداد المرضى بصورة

جوهرياً بالولايات الشمالية حيث بلغت نسبتهم (7.7%) من المجموع الكلي للعينة.

أدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية:

اعتمد الباحثون على استمارة المستشفيات لجمع المعلومات، ولكن بعد استطلاع مكاتب الإحصاء بالمستشفيات المختلفة اتضح للباحثين أن بعض المستشفيات تحفظ معلوماتها في أجهزة حاسوبية (مستشفى الفاشر)، وأخرى على الورق، ولا توجد طريقة موحدة ومرتبطة لجمع المعلومات، ولذلك قام الباحثون بتصميم استمارة اقتضت على الأسئلة (1) مكان السكن، والسؤال (2) النوع، والسؤال (3) العمر، والسؤال (11) تشخيص المرض، بالإضافة للولاية. وذلك باعتبار أن هذه الدراسة استكشافية تهدف في الأساس لمعرفة الخصائص العامة للمرض النفسي في السودان.

الموافقة الأخلاقية وإجراءات التطبيق:

تقدم الباحثون لإدارة البحث العلمي بجامعة الخرطوم بطلب للحصول على الموافقة بمخاطبة الجهات ذات الصلة فوافقت مشكورة على كتابة طلب لمديري المستشفيات المختلفة بالسماح لمساعد فريقي البحث بتوفير المعلومات المطلوبة، وقد تمت كتابة هذه المعلومات من استمارات المرضى، دون مقابلة المرضى أو تعريضهم لأي نوع من المخاطر أو المخاوف. وكذلك لم تهتم الدراسة بعناوين المرضى أو أسمائهم أو أيّ إشارات تدل عليهم، وقد وافق المديرون الطبيون مشكورين على مساعدة فريق البحث.

أما فيما يتعلق بإجراءات التطبيق فقد تم حصر المعلومات المطلوبة من سجلات المرضى، وتبويبها بصورة محددة لسهولة الإجراءات الإحصائية اللاحقة، ولم تقابل

7	الاضطرابات الانحلالية	0251	2.60
8	الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة	0228	2.40
9	الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد	0130	1.30
10	اضطرابات الإخراج	0072	0.70
11	العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة	0059	0.60
12	اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك	0007	0.10
13	اضطراب النوم واليقظة	0007	0.10
14	اضطرابات الشخصية	0005	0.10
15	اضطرابات الولع الجنسي	0001	0.000

يلاحظ من الجدول (2) أن 73.9% من المرضى بالاضطرابات النفسية هم ممن يفقدون القدرة على الاستبصار بدرجة كاملة حسب طبيعة أمراضهم (المزاج المشوش، التوهم، سوء المزاج... الخ)، وهي أنماط سلوكية يصعب التعامل معها، وربما يكون هذا هو العامل الأهم الذي دفع ذوي المرضى للحضور للمستشفى وتسجيل الحالة لتلقى العلاج، وتعتبر هذه الأمراض تحديداً من أكثر الأمراض التي تجبر الأهل على البحث عن الاستشارات النفسية والطبية والعلاجية. وهنالك نسبة كبيرة من المرضى الذين تظهر أعراضهم المرضية وكأنها جسمية المنشأ وتعالج عند الأطباء على هذا الأساس العضوي دون أن يتفطن الطبيب أو المريض لطبيعتها الوظيفية النفسية المنشأ.

أما الاضطرابات التي لا تتطلب فقدان الاستبصار مثل (اضطرابات القلق، والإدمان، والوسواس القهري...) فهي لا تمثل أرقاما مزعجة فقد بلغت ما مجموعه حوالي (14%) من مجموع الاضطرابات

مساعدتي الباحثين الذين استعان بهم الباحثون من جميع السودان أيّ مشاكل أو صعوبات تذكر.
الأساليب الإحصائية:

استخدم الباحثون النسبة المئوية فقط للتحقق من أسئلة الدراسة الحالية، وهي كافية جداً في الوقت الراهن للإجابة عن أسئلة الدراسة الحالية.
عرض نتائج الدراسة ومناقشتها:

يتم في هذا الجزء من الدراسة عرض نتيجة السؤال الخاص بكل متغير، وتوضيح كيفية الإجابة عنه، وعرض النتائج المتعلقة به في جدول ومناقشتها في حدود الدراسة الراهنة، وذلك على النحو التالي:

السؤال الأول:

ينص السؤال الأول في هذه الدراسة على: ما أكثر الاضطرابات النفسية تكراراً في مستشفيات ووحدات الطب النفسي؟ ولمعرفة الإجابة عن هذا السؤال استخدم الباحثون النسبة المئوية، فأظهرت نتيجة هذا الأجراء الجدول التالي:

جدول (2) التكرار والنسبة المئوية لأكثر الاضطرابات النفسية تكراراً في السودان.

الترتيب	اسم الاضطراب	التكرار	النسبة المئوية
1	طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى	2568	26.5
2	الاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة	2505	25.8
3	الاضطرابات الاكتئابية	2093	21.6
4	اضطرابات النمو العصبية	0872	09.0
5	اضطرابات القلق	0499	05.1
6	الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية	0403	4.20

النفسية في السودان، وكذلك يلاحظ أن أمراض الطفولة تبلغ حوالي 9% من إجمالي الاضطرابات النفسية في السودان وأهم نماذجها (الإعاقات الذهنية، واضطرابات التواصل، وطيف التوحد، نقص الانتباه فرط الحركة، والإعاقات الحركية) وهنالك أمراض لم تسجل بها حالات على الإطلاق وهي: اضطرابات التغذية والأكل، واختلالات الوظيفة الجنسية، والاضطرابات العصبية المعرفية، والانزعاج من النوع، واضطرابات الشخصية واضطرابات الولوج الجنسي واضطرابات الحركة المحدثة بالأدوية والتأثيرات الجانبية الأخرى للأدوية، وحالات أخرى قد تكون محوراً للاهتمام السريري (مشاكل العلاقات، سوء المعاملة والإهمال، مشاكل تعليمية ومهنية، مشاكل السكن والمشاكل الاجتماعية، مشاكل أخرى ذات صلة بالبيئة الاجتماعية).

وبالرغم من اعتقاد الباحثين أن الاضطرابات التي لم ترد ضمن تشخيص الاضطرابات النفسية

موجودة، إلا أن تشخيصها قد لا يكون مألوفاً، لذلك وجب الاهتمام بكل هذه الاضطرابات ضمن دليل يدوي يوزع بواسطة إدارة الصحة النفسية لكل المستشفيات العاملة في علاج الاضطرابات النفسية بتوحيد المصطلحات والاهتمام بتسجيل الحاجات بدقة لغرض الدراسة وبالتالي التخطيط لتجويد وإدارة العملية العلاجية بمهنية عالية.

السؤال الثاني:

هل تختلف الاضطرابات النفسية باختلاف ولايات السودان المختلفة بحكم الطقس والبيئة الطبيعية والمشاكل الخاصة بكل جهة من السودان؟ ولإجابة عن هذا السؤال استخدم الباحثون النسبة المئوية، فأظهرت نتيجة هذا الإجراء الجدول التالي:

جدول (3) التكرار والنسب المئوية للأمراض النفسية المختلفة حسب الولاية التي يقيم فيها المرضى.

الولايات	اضطرابات القلق		الاضطرابات الاكتئابية		ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة		طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى		اضطرابات النمو العصبية	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
الشمالية	74	9.9	162	21.7	195	26.1	202	27.0	20	2.7
الشرقية	163	13.6	121	10.1	369	30.8	105	8.8	116	9.7
الوسطى	83	4.0	643	31.1	145	7.0	783	37.8	173	8.4
دارفور	12	0.7	61	3.7	1020	62.5	293	17.9	201	12.3
كردفان	65	3.2	410	20.2	320	15.8	649	32.0	297	14.7
الخرطوم	102	5.0	696	34.4	456	22.5	536	26.5	65	3.2

يلاحظ أنَّ اضطرابات القلق تحدث بنسبة عالية بمنطقة شرق السودان (13.6%)، أما طيف الفصام والاضطرابات الذهانية فتميز المنطقة الوسطى من السودان (37.8%)، والاضطرابات ثنائية القطب تنتشر أكثر بمنطقة دارفور (62.3%) وهي نسبة

عالية جداً، أما اضطرابات النمو العصبية (الطفولة) فتكثر في كردفان (14.7%)، والاضطرابات الاكتئابية تنتشر في الخرطوم (34.4%). يمكن تفسير ارتفاع نسبة الاضطرابات ثنائية القطب نتيجة للظروف الاستثنائية التي تمر بها المنطقة المتمثلة في الحرب وعدم

تابع جدول (3) التكرار والنسب المئوية للأمراض النفسية المختلفة حسب الإقليم الذي يقيم فيه المرضى.

الاستقرار، أما ارتفاع الاكتئاب بولاية الخرطوم فربما يكون بسبب انتشار البطالة وتعقد الحياة الاجتماعية والاقتصادية ونمط الحياة الاستهلاكي وطبيعة الحياة القائمة على التنافس الذي يقود للرهق النفسي والاكتئاب.

الولايات	اضطرابات الإخراج		العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة		الاضطرابات الانحلالية		الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد		الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
الشمالية	9	1.2	15	2.0	13	1.7	5	0.7	21	2.8
الشرقية	40	3.3	1	0.1	98	8.2	21	1.8	102	8.5
الوسطى	8	0.4	7	0.3	59	2.9	1	0.0	17	0.8
دارفور	1	0.1	4	0.2	07	0.4	4	0.2	4	0.2
كردفان	13	0.6	29	1.4	60	3.0	97	4.8	15	0.7
الخرطوم	1	0.0	3	0.1	14	0.7	2	0.1	69	3.4

(8.5)، أما اضطرابات الصدمة والإجهاد فتنتشر في كردفان (4.8%) أكثر من غيرها من الأقاليم. تابع جدول (3) التكرار والنسب المئوية للأمراض النفسية المختلفة حسب الولاية الذي يقيم فيها المرضى.

يتضح من الجدول أعلاه أن العرض الجسدي (قلق المرض) ينتشر أكثر في الإقليم الشمالي (2.0%). أما بالإقليم الشرقي فتنتشر اضطرابات الإخراج (3.3%) والاضطرابات الانحلالية (8.2%) والوسواس القهري

الولايات	اضطرابات الولوج الجنسي		اضطرابات الشخصية		الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية		اضطراب التحكم بالاندفاع		اضطراب النوم واليقظة	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
الشمالية	0	0.0	0	0.0	31	4.1	0	0.0	0	0.0
الشرقية	0	0.0	0	0.0	64	5.3	0	0.0	0	0.0
الوسطى	1	0.0	4	0.2	144	7.0	1	0.0	0	0.0
دارفور	0	0.0	0	0.0	25	1.5	0	0.0	1	0.1
كردفان	0	0.0	1	0.0	65	3.2	0	0.0	6	0.3
الخرطوم	0	0.0	0	0.0	74	3.7	6	0.3	0	0.0

يتضح من الجدول (3-2) اضطراب الإدمان أكثر انتشاراً بولاية الجزيرة (منطقة ودمدي) 7.0% ويليهما الإقليم الشرقي (5.3%).

ويمكن إجمال نتائج انتشار الاضطرابات النفسية حسب الولاية بأن أكثر الاضطرابات النفسية توجد بالولاية الشرقية وذلك على النحو التالي: اضطرابات القلق (13.6%)، والوسواس القهري (8.5%) والاضطرابات الانحلالية (8.2%)، واضطرابات الإخراج (3.3%)، بينما تنتشر في الإقليم الأوسط اضطرابات طيف الفصام (37.8%) والإدمان (7.0%)، أما كردفان فتنتشر فيها اضطرابات المتعلقة بالنمو العصبية (14.7%)، والصدمة والإجهاد (4.8%)، وأكبر نسبة مرض نفسي توجد بإقليم دارفور هي الاضطراب ثنائي القطب (المزاج الدوري) والهوس بأنواعه (62.5%)، أما الخرطوم فتتميز بانتشار الاضطرابات الاكتئابية (34.4%) كأعلى نسبة في السودان.

أوضحت إبتسام ساتي (2013) أن الحراك السكاني (هجرة ونزوحاً ولجوءاً) يؤدي إلى تكديس

السكان في المدن خاصة العاصمة المثلثة - مع ما تعانيه من محدودية في الخدمات الاجتماعية وفرص العمل - مما شكل بها خلافاً عمرانياً واقتصادياً واجتماعياً. ويعد السودان من أكثر الدول التي تشهد نزوحاً على مستوى العالم، وقد قدر عدد النازحين بأكثر من 5 ملايين نسمة منهم 2 مليون نزحوا بسبب الحرب في دارفور. وقدرت نسبة النازحين بـ 40% من عدد سكان الخرطوم.

السؤال الثالث:

هل توجد فروق في الاضطرابات النفسية تبعاً لنوع المريض (ذكر، أنثى) بكل جهة من جهات السودان؟ وللإجابة عن هذا السؤال استخدم الباحثون النسبة المئوية، فأظهرت نتيجة هذا الإجراء الجدول التالي:

جدول (4) التكرار والنسب المئوية للأمراض النفسية المختلفة حسب نوع المريض النفسي (ذكر، أنثى).

النوع	اضطرابات القلق		الاضطرابات الاكتئابية		ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة		طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى		اضطرابات النمو العصبية	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ذكر	251	4.8	1004	19.2	1181	22.5	1551	29.6	478	9.1
أنثى	248	5.6	1089	24.4	1324	29.7	1017	22.8	394	8.8

يتضح من الجدول أعلاه أن اضطراب طيف الفصام ينتشر وسط الذكور أكثر من الإناث (29.6%)، بينما ينتشر كل من اضطراب الاكتئاب (24.4%) والاضطراب ثنائي القطب (29.7) وسط الإناث أكثر من الذكور.

تابع جدول (4) التكرار والنسب المئوية للأمراض النفسية المختلفة حسب نوع المريض النفسي (ذكر، أنثى).

النوع	اضطرابات الإخراج		العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة		الاضطرابات الانحلالية		الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد		الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ذكر	34	0.6	36	0.7	96	1.8	101	1.9	111	2.1
أنثى	38	0.9	23	0.5	155	3.5	29	0.6	117	2.6

تابع جدول (4) التكرار والنسب المئوية للأمراض النفسية المختلفة حسب نوع المريض النفسي (ذكر، أنثى).

تنتشر الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد وسط الذكور (1.9%) أكثر من الإناث، وكذلك تنتشر الاضطرابات الانحلالية وسط الإناث (3.5%) أكثر من الذكور، ويمكن تفسير ذلك باختلاف التركيب النفسي والانفعالي بل وحتى البيولوجي للإناث.

النوع	اضطرابات الولوج الجنسي		اضطرابات الشخصية		الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية		اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلوك		اضطراب النوم واليقظة	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ذكر	1	0.0	1	0.0	382	7.3	5	0.1	6	0.1
أنثى	0	0.0	4	0.1	21	0.5	2	0.0	1	0.0

(29.7%)، والاضطرابات الاكتئابية (24.4%)، والاضطرابات الانحلالية (3.5%).

3. ربما تعود الاختلافات السلوكية بين الجنسين إلى

اختلاف دور كل منهما في المجتمع، وقد تنعكس هذه الاختلافات على معدلات التعرض للعوامل البيئية وعلى نمط الحياة، وبالتالي على معدلات الاضطرابات المرتبطة بذلك التعرض وذلك النمط.

السؤال الرابع:

1. ينص هذه السؤال على: هل ترتبط

الاضطرابات النفسية بمكان سكن المريض

(حضر، ريف)؟ وللإجابة عن هذا السؤال

يتضح من الجدول (3-4) أن الاضطرابات المتعلقة بالمادة الإدمانية منتشرة وسط الذكور (7.3%) أكثر من الإناث.

يتضح من الجداول أعلاه أن الاضطرابات المنتشرة بين النوعين هي على النحو التالي:

1. الاضطرابات المنتشرة وسط الذكور أكثر من الإناث هي: (طيف الفصام (29.6%)، والاضطرابات المتعلقة بالإدمان (7.3%)، الاضطرابات المتعلقة بالصدمة (1.9%).

2. الاضطرابات المنتشرة وسط الإناث أكثر من

الذكور هي: الاضطراب ثنائي القطب

استخدم الباحثون النسبة المئوية، فأظهرت
 جدول (5) التكرار والنسب المئوية للأمراض النفسية
 نتيجة هذا الإجراء الجدول التالي:
 المختلفة حسب مكان سكن المريض (مدينة، قرية).

السكن	اضطرابات القلق		الاضطرابات الاكتئابية		ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة		طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى		اضطرابات النمو العصبية	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
حضر	287	5.6	1096	21.4	1213	23.6	1351	26.3	469	9.1
قرية	212	4.6	997	21.8	1292	28.3	1217	26.6	403	8.8

يتضح من الجدول أعلاه أنَّ اضطراب ثنائي القطب
 أكثر انتشاراً وسط سكان القرى (28.3%) مقارنة
 بسكان المدن.
 تابع جدول (5) التكرار والنسب المئوية للأمراض
 النفسية المختلفة حسب مكان سكن المريض (حضر،
 قرية).

السكن	اضطرابات الإخراج		العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة		الاضطرابات الانحلالية		الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد		الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
حضر	40	0.8	32	0.6	159	3.1	77	1.5	121	2.4
ريف	32	0.7	27	0.6	92	2.0	53	1.2	107	2.3

يتضح من الجدول أعلاه أنَّ النسب متساوية في انتشار
 الاضطرابات بين سكان المدن والقرى في هذه
 الاضطرابات.
 تابع جدول (5) التكرار والنسب المئوية للاضطرابات
 النفسية المختلفة حسب مكان سكن المريض (حضر،
 ريف).

السكن	اضطرابات الولع الجنسي		اضطرابات الشخصية		الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية		اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك		اضطراب النوم واليقظة	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
حضر	0	0.0	4	0.1	271	5.3	5	0.1	5	0.1
ريف	1	0.0	1	0.0	132	2.9	2	0.0	2	0.0

يتضح من الجدول أعلاه أنَّ الاضطرابات المتعلقة بالمادة الإدمانية منتشرة أكثر بين مرضى الحضر (5.3%) مقارنة بالمرضى سكان الريف. وربما يعود ذلك للطبيعة الانفتاحية لمجتمع الحضر واختلاف أساليب التنشئة الاجتماعية نوعاً ما بالإضافة لسهولة الحصول على المواد المخدرة في الحضر فضلاً عن إمكانية توفر رفقاء السوء الذين يمكن أن يكونوا أحد أسباب انتشار المخدرات.

ويخلص من ذلك إلى أنَّ التوزيع الجغرافي للاضطرابات النفسية مهماً، فقد تختلف معدلات حدوث الاضطرابات بين المناطق المختلفة. ومن الطبيعي أن تكون لدراسة توزع المرض ضمن البلد الواحد أهمية

كبيرة في تعيين محددات الاختلافات وفي تخطيط الخدمات الصحية والبرامج العلاجية والإرشادية المناسبة.

السؤال الخامس:

ينص هذه السؤال على: هل توجد علاقة بين الاضطرابات النفسية والعمر الزمني للمرضى؟ بمعنى هل ترتبط بعض الاضطرابات النفسية بفئات عمرية محددة؟ وللإجابة عن هذا السؤال استخدم الباحثون النسبة المئوية، فأظهرت نتيجة هذا الإجراء الجدول التالي:

جدول (6) التكرار والنسب المئوية للاضطرابات النفسية المختلفة حسب الفئات العمرية للمرضى النفسيين بالسودان.

اضطرابات النمو العصبية		طبف القفصم والاضطرابات الدهانية الأخرى		ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة		الاضطرابات الاكتئابية		اضطرابات القلق		الفئات العمرية
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
94	76.4	3	2.4	7	5.7	6	4.9	3	2.4	1-9
356	27.3	231	17.7	222	17.0	209	16.0	72	5.5	10-19
218	6.7	906	27.8	831	25.5	736	22.6	214	6.6	20-29
110	4.3	755	29.5	774	30.3	511	20.0	129	5.0	30-39
48	3.6	384	29.0	378	28.6	339	25.6	40	3.0	40-49
29	4.6	167	26.6	196	31.2	167	26.6	22	3.5	50-59
10	3.2	80	25.2	73	23.0	84	26.5	11	3.5	60-69
4	2.7	33	22.4	22	15.0	30	20.4	7	4.8	70-79
3	6.1	9	18.4	2	4.1	11	22.4	1	2.0	80-95

وهذا صحيح لأنَّ طبيعة هذه الاضطرابات مرتبطة بهذا العمر.

كما إن اضطرابات القلق (6.6%) تنتشر وسط أفراد الفئة العمرية (20-29) عاماً، أما الاضطراب ثنائي

يتضح من الجدول (6) أنَّ اضطرابات النمو العصبية (76.4%) (الإعاقات الدهنية، طيف التوحد، نقص الانتباه...) تنتشر وسط المرضى من الفئة العمرية (1-9 سنوات

تابع جدول (6) التكرار والنسب المئوية للاضطرابات النفسية المختلفة حسب الفئات العمرية للمرضى النفسيين بالسودان.

القطب (30.3%) وطيف الفصام (29.5%)
فينتشران وسط الفئة العمرية (30-39) عاماً، ويتنشر الاكتئاب (26.6%) و (26.5%) وسط الفئة العمرية (50-59) عاماً، والفئة العمرية (60-69) على التوالي.

الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة		الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد		الاضطرابات الانحلالية		العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة		اضطرابات الإخراج		الفئات العمرية
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
0	0.0	2	1.6	0	0.0	0	0.0	7	5.7	1-9
16	1.2	11	0.8	86	6.6	7	0.5	61	4.7	10-19
71	2.2	59	1.8	23	0.7	28	0.9	1	0.0	20-29
74	2.9	47	1.8	14	0.5	15	0.6	2	0.1	30-39
49	3.7	9	0.7	5	0.4	5	0.4	0	0.0	40-49
12	1.9	2	0.3	6	1.0	3	0.5	0	0.0	50-59
2	0.6	0	0.0	49	15.5	1	0.3	1	0.3	60-69
3	2.0	0	0.0	46	31.3	0	0.0	0	0.0	70-79
1	2.0	0	0.0	22	44.9	0	0.0	0	0.0	80-95

في الاضطرابات النفسية، وهي أيضاً من الاضطرابات الشائعة وسط هذه الفئة بحكم تقدم العمر.
تابع جدول (6) التكرار والنسب المئوية للاضطرابات النفسية المختلفة حسب الفئات العمرية للمرضى النفسيين بالسودان.

يلاحظ من الجدول (6-2) أنَّ الاضطرابات الانحلالية (31.3%) و (44.9%) تنتشر وسط الفئات العمرية (70-79) والفئة العمرية (80-95) على التوالي، بينما لا توجد فروق واضحة بين الفئات العمرية الأخرى

اضطراب النوم واليقظة		اضطراب التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلک		الاضطرابات المتعلقة بمادة والإدمانية		اضطرابات الشخصية		اضطرابات الولع الجنسي		الفئات العمرية
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
0	0.0	1	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1-9
2	0.2	0	0.0	28	2.1	2	0.2	0	0.0	10-19
4	0.1	3	0.1	159	4.9	3	0.1	0	0.0	20-29
1	0.0	1	0.0	121	4.7	0	0.0	1	0.0	30-39

0	0.0	2	0.2	63	4.8	0	0.0	0	0.0	40-49
0	0.0	0	0.0	24	3.8	0	0.0	0	0.0	50-59
0	0.0	0	0.0	6	1.9	0	0.0	0	0.0	60-69
0	0.0	0	0.0	2	1.4	0	0.0	0	0.0	70-79
0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	80-95

يلاحظ من الجدول (3-6) أنَّ الاضطرابات المتعلقة بمادة إدمانية (4.9%) و (4.7%) و (4.8%) تنتشر وسط الفئات العمرية (29-20) والفئة العمرية (39-30) و (49-40) عاماً على التوالي، بينما لا توجد فروق واضحة بين الفئات العمرية الأخرى في الاضطرابات المتعلقة بمادة إدمانية.

إنَّ انتشار الفقر وسط معظم الأسر السودانية وتآكل قدرات التأقلم الأسرية بسبب الحرب وغيرها من العوامل المهيئة جعل شريحة واسعة من السكان معرضين لانعدام الأمن الغذائي، مما أثَّر على النشاط الاقتصادي الذي هو إلى حد كبير نشاط زراعي الذي كانت محصولته زيادة في معدلات الفقر، فأصبح عدد الفقراء يقارب نصف عدد السكان كما أشارت الإحصاءات الرسمية.

يخلص من كل النتائج التي تم عرضها للآتي:

1. اضطرابات النمو العصبية (74.9%) تنتشر وسط الفئة العمرية (1-9) سنوات وهذا أمر طبيعي لطبيعة الاضطرابات النمائية.
2. إنه لا تنتشر أمراض بصورة مرتفعة وسط أفراد الفئة العمرية (10-20) عاماً أكثر من المجموعات الأخرى.
3. تنتشر اضطرابات القلق (6.6%) والاضطرابات المتعلقة بمادة إدمانية (4.9%)
- 4.

وسط أفراد الفئة العمرية (20-29) أكثر من غيرها من الفئات العمرية.

5. تنتشر اضطرابات ثنائي القطب (30.3%)، وطيف الفصام (29.5%) والاضطرابات المتعلقة بمادة إدمانية (4.7%) وسط الفئة العمرية (30-39) عاماً أكثر من غيرها.

6. تنتشر اضطرابات ثنائي القطب (29.0%) والاضطرابات المتعلقة بمادة إدمانية (4.7%) وسط الفئات العمرية (40-49) عاماً أكثر من غيرها.

7. تنتشر الاضطرابات الاكتئابية (26.9%) وسط الفئة العمرية (60-69) عاماً أكثر من غيرها.

8. أما الاضطرابات الانحلالية (44.9%) و (31.3%) فتنتشر وسط الفئات العمرية (80-95) والفئة العمرية (70-79) عاماً على التوالي وهي أيضاً نتيجة منطقية للخصائص العمرية لأفراد هذه المجموعة المرضية.

خاتمة:

خلصت الدراسة لمجموعة من الحقائق التي ربما تعين القائمين على أمر المواطن السوداني الذي يعاني من هذه الاضطرابات النفسية على استحداث الوسائل التي تعين المرضى الحاليين، أو العمل على وضع الإجراءات

الكفيلة لحماية المواطن غير المريض من الوقوع في براثن المرض النفسي، وعليه تخلص الدراسة للآتي:

1. أن 73.9% من المرضى بالاضطرابات النفسية في السودان هم من فصيلة أمراض (طيف الفصام والاضطرابات الذهنية الأخرى 26.5% بعدد مرضى 2568 مريضاً)، يأتي في المرتبة الثانية مرضى (ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة) بعدد 2505 وبنسبة 25.8%، وأخيراً مرضى الاضطرابات الاكتئابية بعدد 2093 ونسبة 21.6% وهذه الدراسة أثبتت عكس ما كان سائداً وهو أن مرض الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية في السودان، والصحيح أن مرضى طيف الفصام والاضطرابات الذهنية هم الأكثر تكراراً في السودان. علماً بأن هؤلاء المرضى يفقدون القدرة على الاستبصار بدرجة كاملة حسب طبيعة أمراضهم (المزاج المشوش، التوهم، سوء المزاج... الخ)، وهي أنماط سلوكية يصعب التعامل معها، وربما يكون هذا هو العامل الأهم الذي دفع ذوي المرضى للحضور للمستشفى وتسجيل الحالة.

2. أن الاضطرابات النفسية المنتشرة وسط الذكور أكثر من الإناث هي: (طيف الفصام 29.6%)، والاضطرابات المتعلقة بالإدمان 7.3%)، والاضطرابات المتعلقة بالصدمة 1.9%). بينما الاضطرابات المنتشرة وسط الإناث أكثر من الذكور هي: الاضطراب ثنائي القطب 29.7%)، والاضطرابات الاكتئابية 24.4%)، والاضطرابات الانحلالية 3.5%).

3. أن مرضى الريف تنتشر وسطهم الاضطرابات ثنائية القطب 28.3%) أكثر من سكان الحضر، بينما تنتشر وسط مرضى الحضر الاضطرابات المتعلقة بمادة إدمانية 5.3%) أكثر من سكان الريف، ولا توجد اختلافات واضحة في بقية الاضطرابات.

4. أن الاضطرابات المتعلقة بالمادة الإدمانية تنتشر وسط أفراد الفئات العمرية ما بين (20-50) عاماً.

5. أن الفئة العمرية (10-20) عاماً من أكثر الفئات العمرية استقراراً وسط المرضى، إذ لا تتميز بارتفاع أي ظاهرة مرضية وسطها.

6. تنتشر الاضطرابات الانحلالية (النسابة، تبدد الشخصية والواقع) 44.9%) و 31.3%) وسط الفئات العمرية (80-95) والفئة العمرية (70-79) عاماً على التوالي، وهي من طبيعة هذه الفئة العمرية.

7. لم تظهر الاضطرابات الجنسية في نتائج الدراسة إذ أن موضوع الجنس وما يرتبط به من مشكلات لا تتم مناقشته ولا يفصح عنه لأنه من الموضوعات المسكوت عنها في المجتمع لأسباب ثقافية ودينية. كما أنهم أحياناً يخلطون بينها وبين الجنسية المثلية أو انحراف السلوك الجنسي والأخلاقي.

التوصيات:

1. ضرورة قيام بحث علمي موسع تشترك فيه وزارة الصحة الاتحادية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية لحصر تعداد المرضى النفسيين عند المؤسسات الرسمية والتقليدية، والعمل على تضمين المعتقدات حول المرض النفسي، والمعوقات التي تواجه الممارسة العلاجية من كافة المختصين، وذلك بغرض الإعداد الجيد للعلاج والإرشاد وبالتالي الحماية من مخاطر هذه الأمراض الصامتة والمهملة.

2. ضرورة زيادة الوعي وسط المواطنين عبر مختلف الوسائط الإعلامية وغيرها أنه يجب مراجعة المستشفى لكل الاعتلالات النفسية، ولا يقتصر الأمر على الاضطرابات التي تفقد الفرد قدرته على التواصل مع محيطه.

3. العمل على توحيد استمارة دراسة الحالة واستخدامها في كل مستشفيات الطب النفسي في السودان، وتقترح الدراسة ربط كل المستشفيات ببرنامج ذكي لرصد كافة الاضطرابات النفسية بالسودان وتشخيصها على أساس دليل تشخيص الاضطرابات النفسية الصادر من الجمعية النفسية لدقته، وليس على دليل تشخيص الاضطرابات المستخدم بواسطة وزارة الصحة الاتحادية.

4. نشر الوعي الصحي وسط الفئة العمرية (20-50) عاماً، باعتبارها أكثر الفئات استخداماً للمواد الإدمانية، وهي الفئة العمرية التي يتركز عليها الإنتاج والعمل من أجل التنمية، وذلك باستخدام مختلف الوسائل المتاحة بما فيها المناهج الدراسية وخاصة المرتبطة بالتعليم العام.

5. العمل على تشجيع الكوادر الطبية والكوادر المساعدة للتخصص الدقيق في مختلف الاعتلالات النفسية (22 نوعاً) حسب الدليل التشخيصي الخامس، مع أهمية إنشاء مراكز للعلاج النفسي على الأقل في عواصم الأقاليم لتقديم الخدمات النفسية، إذ لا يعقل أن يكون بكل السودان حوالي (33) طبيباً نفسياً تقاثل الوزارة الآن للحفاظ عليهم للاستمرار في العمل.

1.Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Fifth Edition, American psychiatric Association, 2013.

2.Khalil A. Cassimally (2013): **Tackling Mental Illness in Africa.**

(https://www.nature.com/scitable/blog/abcoatlife/tackling_mental_illness_in_africa).

3.Mohammadi et al (2017): Epidemiology of Psychiatric Disorders in Iranian Children and Adolescents and Its Relationship with Social Capital, Life Style and Parents' Personality Disorders: Study Protocol. Journal of Iranian of Psychiatry, Volume: 12. Issue: Page number: 66+.

4.Peter et al (2013): Madness or sadness? Local concepts of mental illness in four conflict-affected African communities. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3605182/>)

المراجع:

1. إبتسام ساتي ابراهيم (2013): الأسباب العملية والنظرية لنشأة السكن العشوائي، ورقة قدمت في المؤتمر الأول للعشوائيات، أبريل 2013، قاعة الصداقة، الخرطوم.
2. إحسان محمد الحسن 2008، علم الاجتماع الطبي دار وائل للنشر عمان.
3. عبد الستار إبراهيم وعبد الله عسكر (2008): علم النفس الاكلينيكي في ميدان الطب النفسي، الطبعة الرابعة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
4. عبد المجيد الخليدي وكمال وهي (1997): الاضطرابات العقلية والنفسية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، بيروت.
5. تقرير منظمة الصحة العالمية (2016): <http://aljazeera.net/news/healthmedic/ine/2016/10/7>
6. المسح الوطني السعودي (2017): <http://www.alalam.ir/news/1936401>
7. الاضطرابات النفسية في لبنان (2013): journals.plos.org/plosmedicine/article/file?type=info...id=info...
8. (الموسوعة الحرة). <https://ar.wikipedia.org/wiki/الحرّة>