

## الضغوط اللاحقة للصدمة النفسية والانفعالية

منهج سلوكي متعدد المحاور في فهمها وعلاجها

أ.د. عبد الستار إبراهيم - علم النفس - القاهرة، مصر

sattar99@yahoo.com

**ملخص:** قدمت هذه الدراسة صورة متكاملة تستند علي التطورات المعاصرة في تحليل مفهوم الضغوط اللاحقة للصدمة النفسية والانفعالية وعلاجها. وركزت هذه الدراسة بشكل خاص علي التصور السلوكي المتعدد المحاور في تحليل الاضطراب النفسي وعلاجه. وعاجت مفهوم الضغوط النفسية اللاحقة للصدمة النفسية والاجتماعية بصورة عامة شملت الضغوط التالية للتعرض للكوارث والحروب، و الاعتداء علي الشرف والامتهان الجنسي. وتعرضت لعدد من النقاط الإكلينيكية في الممارسة بدءا من عملية التقييم السلوكي والمعرفي للحالة حتى الدخول في عمليات العلاج النفسي السلوكي المتعدد المحاور، ومتطلباته، وشروط فاعليته.

- تعرض الشخص للهجوم العنيف
- الاغتصاب الجنسي
- السرقة والنهب ، أو النشل بالقوة Mugging
- أن يتعرض الشخص للاختطاف
- الأسر الحربي
- تعرضه لأن يكون رهينة
- التعرض للتعذيب
- الاعتقال
- كذلك تضم قائمة المواقف الصادمة التعرض للكوارث الطبيعية أو الصناعية، وحوادث السيارات الشديدة ، والإصابة - أو التعرض للإصابة- بمرض شديد والعدوى.

- و حتى مشاهدة الأحداث الدمية-العنيفة تعتبر سببا معقولا لإحداث اضطراب ما بعد الصدمة خاصة لدى الأطفال (إبراهيم وعسكر، 1999، APA, 1994)
- والأعراض السابقة تشكل أيضا، وتتفق مع نظرية المحاور المتعددة التي شغلت اهتمام الباحث الحالي (انظر: إبراهيم، 1991، 1994، 1998، Ibrahim & Ibrahim, 1996) في السنوات العشر الأخيرة كمنهج تشخيصي وعلاجي لحالات الاضطراب النفسي والعقلي. ويدعوننا هذا للتعريف بهذه النظرية.

### نظرية المحاور المتعددة

تستند هذه النظرية علي مسلمة رئيسية قوامها أن الإنسان يتعلم من خلال تفاعلاته وخبراته بالعالم وتفاعلات العالم والأخرين به واستجاباتهم له. فمن خلال هذه التفاعلات يتعلم الإنسان شتى جوانب السلوك بما فيها جوانب السلوك التي تساعده علي تأكيد صحته وأمنه، وتلك التي توجهه للمرض، والتعاسة، والألم. ويتم اكتساب الاضطراب فيما هو معروف إما تدريجيا وبطريقة تراكمية في حياة الإنسان، أو \_ كما هو الحال في اضطراب ما بعد الصدمة \_ يتم علي نحو مفاجئ نتيجة للتعرض لحدث مؤلم أو شديد الامتهان.

يصف اضطراب ما بعد الصدمة أو ما يسمى باللغة الإنجليزية Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) نمطا من الأعراض النفسية التي تتطور لدي الشخص إثر تعرضه لحدث أو لمجموعة من الأحداث الصادمة الشديدة الألم (APA, 1994; Astin & Resick, 1998; Field, 1992; WHO, 1992; Samson, 1996). وبالرغم من أن الإكلينيكيين والأطباء النفسيين والممارسين في حقل الصحة النفسية قد تنبهوا لهذا العرض منذ فترة مبكرة، إلا أنهم اقتصرنا في استخدامه علي وصف ما يسمي بصعاب الحرب الذي كان استند علي وصف حالات الانهيار النفسي في المواقع الحربية والمعارك العسكرية. أما الاعتراف الرسمي بهذا الاضطراب كاضطراب نفسي شامل له أعراضه ومحدداته الخاصة المتنوعة فقد تم سنة 1980 أي بظهور الدليل التشخيصي الثالث الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية (APA, 1980). وبظهور هذا الاعتراف الرسمي بهذا الاضطراب، امتد التعريف بهذا المفهوم ليشمل مجموعة متنوعة من المرضى الذين يتعرضون لكثير من المواقف الصادمة بما فيها الحروب، والاعتصاب الجنسي، والامتهان وسوء المعاملة النفسية والاجتماعية الخ.

ويوضح الدليل التشخيصي الرابع (APA, 1994) الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية أن أعراض هذا الاضطراب تعتبر تطورا للأعراض المصاحبة لأية صدمة عنيفة وقعت للشخص وسببت له -أو لغيره- الموت أو الأذى أو التهديد بإصابته بعاهة جسمية. وتعتبر حتى مشاهدة هذه المواقف الصادمة ، أو مجرد التعرف على مثل هذه الصدمات ونتائجها والسماع بإصابة أحد أعضاء الأسرة بها وما إلى ذلك كافية لوضع هذا التشخيص.

وينبغي أن تتضمن استجابة الفرد للحدث أو الأحداث الصادمة تعرضا للخوف الشديد والهلع، وإشعاره بالعجز والاستسلام. ونتيجة لذلك نجد أن الفرد يميل لتجنب أية مواقف مثيرة لموقف الصدمة، وتظهر عليه أعراض الخوف والقلق والاضطراب إذا ما تذكر هذه الأحداث أو أثرت ذكرياتها بأية صورة ما. وينبغي أن تستمر الأعراض لدي الشخص لأكثر من شهر ، حتى نشخص فردا ما بأنه مصاب بهذا الاضطراب كما ينبغي أن تشكل هذه الأعراض محنة لديه و تثير الارتباك في الوظائف الاجتماعية والعمل والنشاطات المهمة بصورة ملحوظة.

وتشمل الأحداث الصادمة قائمة طويلة منها:

- المعارك الحربية

بعبارة أخرى، تتبنى النظرية السلوكية المتعددة المحاور نوعاً من التفكير يهتم اهتماماً خاصاً بالمشكلة النفسية بحيث لا يجردنا من طبيعتها المعقدة. ومحور هذا التصور هو أن الاضطراب النفسي عندما يحدث لا يشمل جانباً واحداً من الشخصية إنما يشمل أربعة عناصر هي :

- السلوك الظاهر (الأفعال الخارجية)
- الانفعال (التغيرات الفسيولوجية)
- التفكير ( طرق التفكير والقيم، والاتجاهات، وأساليبه في حل المشكلات)
- والتفاعل الاجتماعي ( علاقاته بالآخرين، طريقه في معالجة الضغوط، مهاراته الاجتماعية..)

والآن إلي أي مدي يمكن تطبيق هذا التحليل في فهمنا لاضطراب ما بعد الصدمة؟

تحليل سلوكي متعدد المحاور لاضطراب ما بعد الصدمة:

يلاحظ أن التحليل السلوكي لاضطراب ما بعد الصدمة يكشف عن عدد من الأعراض أو جوانب من السلوك علي المحاور الرئيسية للسلوك، أي: السلوك الظاهري، و المعرفي، و علي مستوي العلاقات الاجتماعية، والانفعالات تميز أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، علي النحو الآتي:

1. فعلي المستوى **الانفعالي** يعاني الشخص من:
  - الخوف الشديد والرعب والإحساس بالعجز عن التحكم في مصيره.
  - المعاناة من الارتباك النفسي والتشوش لمجرد ظهور مثير أو رمز يذكر بالحدث الصادم
  - تزايد الأحلام المزعجة عن الحدث ، ولدى الأطفال يمكن أن تكون هناك أحلام مرعبة مع عدم إدراك محتواها .
  - صعوبة الاسترخاء والنوم أو النوم المفرط .
  - الاستئثار النفسية الشديدة عند إدراك أي إشارات داخلية أو خارجية ترمز للحدث الصدمي.
  - ظهور أعراض القلق بوضوح وتزايدها (مثل: صعوبة النوم ، عدم الاستقرار ، نقص التركيز ، الاحتراس ، الحيرة والتشوش).
  - تقيد أو كف التعبير عن العواطف ( مثال : عدم القدرة علي معايشة مشاعر الحب) .
  - إحساس ذاتي بالخدر ، والانفصال ، أو غياب الاستجابة العاطفية أو الانفعالية .
2. أما علي المستوى **المعرفي**:
  - زيادة واضحة في الأفكار الآلية ( automatic thoughts , Beck, Burns, 1992; 1976; 1974) التي يمكن وصفها باللاعقلانية irrational thoughts (Ellis, 1987; 1996).
  - سيطرة ومعاودة الذكريات المرتبطة بالحدث الصادم بما في ذلك الصور والأفكار المجسدة للحدث، وأحياناً عدم القدرة علي تذكر أي مظهر مهم من مظاهر الصدمة.

وفي كل الأحوال تكشف لنا نظريات التعلم أن الاضطراب مفاجئاً كان أو تراكمياً يتحول في ظروف خاصة إلى عادة وأسلوب حياة. ونطلق علي هذا الشئ فيما بعد- وبعد أن يتحول إلى عادة راسخة - المصطلحات المختلفة للاضطرابات النفسية والعقلية التي تجسد أعراض هذا الاضطراب أو ذلك وأثاره علي الشخصية بما تشتمل عليه من انفعالات و أنماط فكرية-إيراقية، وعلاقات بالآخرين. فإذا كانت عادة الإنسان أن يواجه مواقف الحياة بخوف و هلع مبالغ فيهما انفعالياً، قلنا أنه يعاني من الخوف أو القلق. أما إذا كانت عادته أن يواجه مواقف الحياة اجتماعياً ومزاجياً بصورة غير المكترث أو الحزين المتشائم الذي يتوقع دائماً الضرر، وصفنا سلوكه هذا بالاكئاب أو بالشعور بالكرب. ونصف سلوكاً شاذاً آخر بالاضطراب العقلي والذهان إذا تميز تفكير صاحبه بالاستجابة الغريبة، بما فيها من هلاوس وهواجس تشوه من الواقع وتجعله يدرك نفسه والعالم من حوله علي نحو غير مألوف ولا يتلاءم مع وقائع الحياة، وهكذا.

وأصبح من المسلم به بين نسبة كبيرة من المعالجين، أيضاً أن ما نتعلمه يمكن أن لا نتعلمه، أو أن نستبدله بتعلم سلوك آخر أفضل وأنسب من السلوك المضطرب. وينظر المعالج السلوكي لأعراض أي اضطراب نفسي علي أنها جوانب وأنواع من السلوك لا تلائم الفرد من وجهة نظر الصحة والفاعلية، وتوقفه عن التوافق، والتكيف، وعن تحقيق إمكانياته الشخصية والعقلية. ويرى المعالج الحديث أيضاً أن بالإمكان ملاحظة هذا السلوك وتحديد، و من ثم يمكن ضبطه، أو استبداله، أو توجيهه وجهات إيجابية وبناءة ( Lazarus, 1987; Lazarus, 1996; Spiegler, 1993 )

ولا يقف دور المعالج السلوكي المعاصر عند مجرد اكتشاف الاضطراب وتحديد، ومقداره ومدى تواتره وشيوعه في سلوك الفرد (أي التشخيص والتقييم)، بل ويعمل بشكل نشط علي مساعدة المريض علي التحديد الدقيق لأنماط السلوك السوي، والجيد الذي يجب أن يتجه له الاهتمام كبديل عن السلوك المضطرب، كما يساعده في وضع الخطة العلاجية وتنفيذها في اتجاه التخلص من الاضطراب بكل الأساليب السلوكية المعدة خصيصاً لهذا الغرض ( إبراهيم، 1998، إبراهيم و إبراهيم، 1996)

**العلاج السلوكي متعدد الأوجه ومتنوع المحاور:**

المعالج السلوكي الحديث في ظل التطورات الراهنة يتوجه نحو التعامل مع السلوك بصفته ذي أبعاد متعددة (إبراهيم، 1991، 1994، 1998، إبراهيم وعسكر، 1999، Lazarus, 1987, Astin & Resick, 1998; Nagayama & Barongan, 1997; Lewinshon, 1984; 1996). ومن ثم، نجد أن المعالج السلوكي المعاصر ينظر للمرض والاضطراب ومختلف المشكلات النفسية والاجتماعية بصفته تشتمل علي أبعاد متعددة، وأنه توجد إمكانيات، ومداخل متعددة لتغيير السلوك ( Kohlberg, Tsai, & Miller, 1996; Kohlberg, 1996). بعبارة أخرى، الاضطراب النفسي وفق هذا التطور المعاصر نتاج لعناصر بعضها في البيئة الخارجية وبعضها في عالم القيم والتفكير والوجدان، أي العوامل الذاتية. وبالتالي فإن علاج فرد يشكو من اضطراب معين كاضطراب ما بعد الصدمة بما يتضمنه من عجز عن ضبط ضغوط الحياة والعدوان الخارجي.. الخ، يجب أن يتم بأن نعلمه أساليب تكيفيه جديدة من السلوك، كما يمكن أن نعلمه طرقاً جديدة من التفكير وحل المشكلات، ويمكن أن نساعد علي تغيير توقعاته القديمة أو القيم التي يتبناها نحو بعض الأهداف، كما يمكن أن نساعد علي اكتساب بعض المهارات الاجتماعية الضرورية له لحماية نفسه في حياة لا يعتبر الأمن أو الأمان فيها مسلمة ومنحة متاحة للجميع.

**المحاور الأربعة للاضطراب النفسي:**

واختبارات تقييم السلوك تنتوع لتشمل قياس وتقدير مستوي الاضطراب في الحالة، وفي كل المحاور السلوكية. ومن أكثر أدوات الملائمة لتقدير جوانب الاضطراب في حالات اضطراب ما بعد الصدمة:

#### 1. قوائم قياس الجوانب الانفعالية ومصادر الضغط:

تهدف هذه المجموعة من القوائم السلوكية إلى تقدير مصادر الضغط وتحديد جوانب الاضطراب الانفعالي في حالات هذا الاضطراب كالاكتئاب. ومن أهم الأدوات استخداماً في الوقت الحالي مقياس ضغط أحداث الحياة المعرب Life Events Stressors Questionnaire (إبراهيم، 1996) والمقتبس عن " هولمز" و " راهي" (Holmes & Rahe, 1967)، الذي يقيس مدى التعرض للتغيرات الاجتماعية الشديدة في الحياة. وبالرغم من أن هذا الاختبار لا يهدف إلى التشخيص السيكياتري لاضطراب الصدمة، إلا أنه يعطي خلفية جيدة عن شدة التعرض للضغوط الاجتماعية الخارجية، والتي تعتبر مؤشراً لشدة المعاناة من الضغوط والأحداث الحياتية والتغيرات الشديدة.

ومن الأساليب المستخدمة في تقدير الاضطرابات الانفعالية المرتبطة بالصدمة المقياس المعروف باسم : اختبار بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory (Beck, 1972). كذلك طور " زاكرمان " و " ليوبين " قائمة أخرى أطلقا عليها قائمة وصف الوجدان المتعدد (Zuckerman and Lubin, 1965) Multiple Affect Adjective Check List

أما اختبار بيك للاكتئاب ، فيتكون من 21 فقرة تعبر كل واحدة منها عن مظهر محدد من المظاهر النوعية للاكتئاب. وتتكون كل فقرة من أربعة جمل مرتبة ترتيباً تنازلياً من حيث مستوى شدة التعبير عن أحد الأعراض التي تعبر عنها الفقرة كاليأس واضطراب النوم، و اضطراب الشهية، والليبيدو . ويطلب من الشخص أن يحدد في كل مجموعة فقرة واحدة (أو أكثر) يعتقد أنها تصف حالته في كل عرض . وكتقويم لاختبار بيك تذكر أن ثباته بطريق الإعادة يصل من 0.74 إلى 0.75 (Pehm, 1978; Miler and Seligman, 1973) ، وكتقويم لصدقه ، وجد بيك (Beck, 1972) أن هناك معامل ارتباط يصل إلى 0.74 بين درجات المقياس والتقييم الإكلينيكي لحالات الاكتئاب . وبالإضافة إلى هذا يذكر بيم (Pehm, 1978, P.240) نتائج أخرى تشير إلى إمكانية الحكم على هذا الاختبار بأنه ذو صدق جيد .

أما قائمة وصف الوجدان المتعدد (Zuckerman and Lubin, 1965) Multiple Affect Adjective Check List وفكرتها تقوم على نفس الفكرة السابقة ولو أنها تزود الأخصائي بثلاثة مقاييس لثلاثة متغيرات هي: الاكتئاب ، والقلق ، والعداوة . وقد استخدمت في كثير من البحوث في البيئة السعودية، وحققت درجة عالية من الكفاءة من حيث الصدق والثبات.

وكلا الأدواتان تتميزان بسهولة التطبيق ، وقصر زمن الإجابة (2-21 دقيقة للعاديين ) ، ولأن كل منهما تتكون من عدد متنوع من الأشكال المتكافئة، فإنه يسهل استخدامهما في المجالات التي تتطلب تطبيقاً متكرراً لتتبع التطور في عملية العلاج النفسي.

#### 2. قوائم قياس الأساليب المعرفية:

وتشمل مجموعة المقاييس التي يمكن استخدامها مع هذا النوع من الحالات لتحديد أنواع التفكير التي يكون من شأنها العمل على زيادة الاضطراب، أو ضبطه، ومن أهم الأدوات التي تلائم هذا الغرض:

#### مقياس أنماط التفكير السلبي والملاعقلاتي

وهو من إعداد الكاتب الحالي، أعده للاستخدام الإكلينيكي بالعيادة السلوكية بقسم الطب النفسي، مستشفى الملك فهد الجامعي بالخبر. ويتكون

• توقع سوء المصير في المستقبل ( مثال : لا يتوقع أن تكون له مهنة ، أو العجز عن الزواج والإنجاب أو حتى الحياة العادية ) .

• المبالغة والاستجابة المبالغ فيها حتى للأمور التي لم تعد مروعة

3. من الناحية السلوكية، من المعروف أن التعرض للألم والصدمات الانفعالية الحادة يؤدي بالشخص إلى تزايد في نسبة تجنب:

• تجنب الأفكار وكف المشاعر والعزوف عن الحوار المرتبط بالصدمة .

• تجنب الأنشطة والأماكن أو حتى الوجوه البشرية التي تذكر بالصدمة

4. وعلى المستوي الاجتماعي والعلاقات بالآخرين، يحدث:

• اهتمام واضح بتخفيض أو تقليص المشاركة في الأنشطة التي تدل على الصدمة.

• الشعور بالانفصال أو الغربة عن الآخرين.

• زيادة الحذر أو الاحتراس من الآخرين وتزايد الشكوك في نواياهم

• يسبب الاضطراب علامات إكلينيكية تدل على الارتباك في أداء الوظائف الاجتماعية كالعامل والأسرة والأمور الأخرى ذات العلاقة.

#### أدوات وأساليب التقييم

تستند عملية تقييم السلوك behavioral assessment في حالات اضطراب ما بعد الصدمة على استخدام قوائم تحليل السلوك behavioral analyses checklists ، والهدف منها هو تحديد أنواع الاضطراب في الجوانب السلوكية والمعرفية المرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة، حتى يسهل بعد انتقاء بعض المشكلات المحورية لتشكل الهدف من العلاج. ويعتبر تقدير الجوانب السلوكية النوعية من الشخصية من أكثر الأساليب الحديثة التي وفدت إلى ميدان التقويم الإكلينيكي، بسبب فائدتها العملية ، وسهولة تطبيقها وموضوعية تصحيحها ، ووضوح أهدافها (للمزيد عن أساليب التقويم السلوكي، أنظر بالعربية إبراهيم وعسكر 1999، كذلك: (426Haynes, 1986, pp. 397-

و نشأت اختبارات تقييم السلوك مرتبطة بظهور العلاج السلوكي. وكما يهدف العلاج السلوكي إلى تعديل جوانب محددة من السلوك ، فإن الاختبارات السلوكية تهدف بدورها لتقدير جوانب محددة من السلوك. وهي على غير ما تهتم به الاختبارات التقليدية في الشخصية سواء كانت موضوعية (مثل اختبار الشخصية المتعدد الأوجه) (Hathaway & McKinley, 1950) ، واختبار أيزنك للشخصية)، أو إسقاطية (الرورشاخ، مثلاً أو تفهم الموضوع) لا تهتم الاختبارات السلوكية بالوصول إلى التشخيصات الإكلينيكية المعروفة ، بل تهدف إلى جمع المعلومات الضرورية والمفيدة في التخطيط للعلاج المناسب. ولا تهدف لوضع المريض في فئة تشخيصية سيكياترية، ولكنها تهدف إلى تحديد أنواع المشكلات النوعية الخاصة التي تحتاج للتعديل والعلاج لدي المريض. فضلاً عن أنه يمكن استخدامها لفحص تطور العلاج ونجاح العملية العلاجية وفعاليتها قبل وبعد الخضوع له وذلك لسهولة تطبيقها، ولتقصير الوقت الذي يستغرقه تطبيقها بالمقارنة بالأساليب القياسية التقليدية بشكلها الموضوعي والإسقاطي (إبراهيم وعسكر، 1999).

7. لا بأس أن يشعر الإنسان بالاكنتاب أحيانا.
8. التفكير في الأمور أسوأ من الأمور ذاتها.
9. أشعر بأن مصائب اليوم قد تكون لها فوائد في المستقبل.
10. أجد دائما من يحبني.
11. أستطيع مواجهة المشاكل بصورة أفضل عن ذي قبل.
12. نادرا ما أتجنب الاحتكاك واللقاء بالناس.
13. أستطيع أن أشعر بالسعادة والثقة حتى ولو أن بعض الناس المهمين في حياتي لا يحبونني.
14. أنا مسئول عما أفعل، ولكنني لست مسئولا عما يفعله الآخرون.
15. طلب مساعدة الآخرين وعونهم لا يشعرني بالضعف.
16. بإمكان الإنسان أن يوقف نفسه من الاستمرار في الغضب أو القلق.

### 3. قوائم قياس المهارات الاجتماعية:

وتشمل أدوات تتعلق بقياس مدى الاضطراب في العلاقات الاجتماعية والقصور في فاعلية الشخصية في المواقف التي تتطلب التعبير عن الحقوق، أو التعبير عن المشاعر بشكل عام. وأهم أداتين يستخدمتا علي نطاق واسع في البيئة العربية:

- قائمة الميول العصابية لويلوبي ، والتي تساعد على اكتشاف جوانب العجز في التعبير عن الذات ، وتأكيد الحقوق الشخصية والثقة بالنفس في مواقف اجتماعية متعددة . وتتكون هذه الأداة من 30 بنداً قمنا بترجمتها للعربية بعنوان مقياس تأكيد الذات (التوكيدية) (إبراهيم ، 1983 ، ص 119 ، 120 ) ، وتتضمن أسئلة من هذا النوع:
- هل تحتج بصوت عل إذا دفعك شخص لكي يتقدم في صف أو طابور .
- هل تستطيع أن تعارض شخصاً مسيطراً .

وقد استخدم المقياس بعد ترجمته في عدد من البحوث المحلية في مصر ( انظر الطيب ، 19 ) وتشير النتائج إلى ارتفاع ثباته ، وارتفاع صدقه ، مما يجعله أداة جيدة الاستعمال في الحدود التي أعد للاستخدام فيها. ونظرا لأهمية هذا المقياس، ونظرا لارتباطه بموضوعنا الحالي، فإننا ننصح القارئ بالعودة له (في إبراهيم، 1995، بيانات الكتاب كاملة في قائمة المراجع العربية).

- أما الاستبيان الآخر المرتبط بتقدير التوكيدية فهو مقياس "الكشف عن مواطن الضعف في تأكيد الذات" (انظر إبراهيم، 1998)، الذي يمثل مقياسا آخر من المقاييس التي تبين خبرتنا في البيئة العربية فائدته الواضحة في تحديد وتشخيص جوانب الضعف في خاصية التوكيدية، وحرية التعبير عن المشاعر في مجموعة من المواقف التي اختيرت بعناية وفق إطار علاجي-عربي (إبراهيم وإبراهيم، 1996). وتتبلور أهمية هذه الأداة التشخيصية في مدى ما تمنحه إيانا من تقييم نوعي specific لأنواع القصور والعجز في التعامل مع قطاع متباين من المواقف الاجتماعية.

### تحليل سلوكي لحالة:

خذ على سبيل المثال هذه الحالة: قدم إلي شاب في الثانية والثلاثين من العمر، حسن المظهر، يعد للماجستير في علم النفس، ويعمل مرشدا نفسيا في إحدى المدارس المحلية. ذكر لي - وهو يكاد يبكي، وبصوت خفيض منكسر - أنه يعاني بشدة من الاكنتاب الشديد، ولأنه، كان

من 55 عبارة يجاب عنها بـ "نعم" أو "لا"، بعضها اقتبسناها من عبارات كان المرضى يرددونها في الجلسات الأولى من العلاج، أي وهم في أسوأ حالاتهم النفسية، كذلك انتقينا بعض العبارات من مقياس:

• **أنماط التفكير** Patterns of thinking ( Lewinsohn, et. al, ) 1991, pp. 219-223; Lewinsohn, Gotlib, & Hautzinger, 1998, pp. (441-489).

• **الاتجاهات غير الفعالة** Dysfunctional Attitudes Scale (Williams, 1992, p. 102)

• **كذلك مقياس بيك لليأس** Beck Hopelessness Scale (Quoted in Williams, 1992, pp. 104-10)

• **واستبيان المعتقدات** Beliefs Inventory (Davis, Eschelman, & McKay, 1993).

ومن الأمثلة علي عبارات هذا المقياس الأسئلة التالية:

1. أشعر أنني إنسان مقهور
2. لولا ما تعرضت له من تجارب سيئة في طفولتي لما وصلت أموري إلي ما هي عليه من سوء.
3. إنني أعرف أن المستقبل سيكون أسوأ من الحاضر.
4. أشعر أنني ضعيف جنسيا.
5. لا يوجد حب في هذا العالم.
6. أشعر أنني ضعيف الشخصية
7. لا أحد يحبني.
8. أشعر أنه تحدث لي أنا بالذات الكثير من المصائب.
9. كل شيء يحدث بسبب خطأ مني.
10. أتصرف بغباء في المواقف اليومية.

مقياس أنماط التفكير الإيجابي:

وهو من إعداد الكاتب الحالي، أعده علي غرار المقياس السابق للاستخدام الإكلينيكي في العيادة السلوكية بمستشفى الملك فهد الجامعي بالخبر، ويتكون من 55 عبارة يجاب عنها بـ "نعم" أو "لا"، بعضها اقتبسناها من عبارات كان يرددتها المرضى أنفسهم بعد انتهاء العلاج بنجاح، كذلك انتقينا بعض العبارات من مقياس "وليامز" (Williams, 1992, p. 102) المعروف باسم "الاتجاهات غير الفعالة" Dysfunctional Attitudes Scale كذلك أخذنا بعض العبارات من مقياس "بيك" لليأس (Quoted in Williams, 1992, pp. 104-) Beck Hopelessness Scale (105). ومن الأمثلة على هذه العبارات:

1. بيدي أن أغير اتجاهات الآخرين نحوي.
2. الحياة يمكن أن تكون مشوقة.
3. أملي كبير في المستقبل.
4. أنا محظوظ.
5. بإمكانني أن أكون سعيدا في أي ظرف من الظروف.
6. ليس بالضرورة أن أنجح في كل ما أفعله.

المرونة، وسهولة في التفاعل، وخاصة في التعامل مع نماذج السلطة. هذا فضلا عن توتر العلاقة بالآخرين والجنس الآخر (كما ينعكس ذلك بشكل خاص علي العبارات الدالة علي فقدان الاهتمام بالآخرين، وقلة الاهتمام بالجنس عن قبل، والشعور بأنه أصبح أقل جاذبية في مقياس "بيك").

4. وما يعاني منه المريض من قلق أو اكتئاب أو صعوبات في السلوك الاجتماعي أمر غير منعزل عن الطريقة التي يفكر بها المريض، واما يتبينه من معتقدات وتفسيرات لمشكلاته . فنحن نجده تبني وجهات نظر مشوهة وأفكارا لاعقلانية لا تساعده علي التكيف السليم. فهو قد تبني أفكارا سلبية نحو الذات، والعالم، وما يحمله له المستقبل. فهو:

• يشير إلى أن كثيرا من اضطراباته تم له اكتسابها بفعل التعرض في الماضي لخبرات مؤلمة، والحياة مع أب "لازلت أكرهه"، وفي بيئة أسرية تسرف في النقد، والتوبيخ.

• ونجد أيضا علي مقياس "بيك" ما يشير إلي التشاؤم من المستقبل، ولوم الذات، والتوجس، واللوم

• ونجد-كما نجد لدي الكثيرين ممن يعانون من الاكتئاب- ميلا قويا للمبالغة والتهويل في إدراك العيوب الشخصية، والإسراف اللامنطقي في نقد الذات، مع التهوين من الإنجازات الشخصية، والجوانب الإيجابية في الشخصية.

• ونجد ميلا إلي تعميم الخبرات السيئة التي حدثت في الماضي السحيق من حياته، وفي ظل ظروف مختلفة تماما علي ما يمر به الآن من خبرات، فيتوقع الفشل، والتعثر.

• وهناك أيضا ما يدل علي خاصية فكرية أخرى تبين لنا أنها تسود لدي المرضى الذين يعانون من *اضطراب ما بعد الصدمة* وهي: الانتقاء السلبي. فهو لا يتذكر من حياته الماضية إلا الجوانب التي تكشف عن ضعفه، وامتهانه. وربما يتكلم مع نفسه بصوت غير مسموع بأنه إنسان فاشل وعاجز ومهمل (قيمة سلبية نحو الذات أو تفكير غير عقلاني) تسنده ذاكرة انتقائية سلبية لحوادث وخبرات سابقة (التعرض للاغتصاب الجنسي في الخامسة من العمر).

• نجد أيضا أن طريقته في التفكير، لا تتلاءم مع ما يطمح إليه من صحة نفسية، فهو يري نفسه غير كفاء، وضعيف، وأنه ضحية للظروف الاجتماعية ولتربية قاسية تعسة في الماضي.

• ونجد أيضا كما نجد في حالات *اضطراب ما بعد الصدمة* معاناة واضحة في أنماط تفاعله بالآخرين وفي علاقاته الاجتماعية، فهو سرعان ما يلقي بمسئوليته فشله الاجتماعي بشكل غامض علي نفسه، مما يجعله دائما عرضة للوم نفسه بشده. ولكنه حتى وهو يلوم نفسه يعجز عن اكتشاف أي متغيرات أو جوانب سلوكية نوعية تساعده علي تشخيص مصادر اضطرابه وعلاجه. فهو يري نفسه مسئولا بحكم الخبرات السابقة التي حولت منه شخصا ضعيفا وعاجزا. وهنا نجده يربط بين حقيقتين غير مترابطتين بالضرورة. لأن الفشل الاجتماعي مسئولية تتدخل فيها عناصر متعددة، وليست بالضرورة نتيجة لعوامل شخصية "جبيلية" constitutional فيه أو عيوب.

### فنيات العلاج

من هذا التحليل السلوكي السابق لمشكلات المريض نجد أن المعالج الحديث، يفضل أن ينظر للمشكلة، بوصفها تنجم عن نفسها في أشكال متعددة ومتصاحبة وتحديث جميعا في وقت واحد. وتعلما نظرية المحاور المتعددة، أنه: لأن الاضطراب يشمل كل هذه الوظائف، فإن العلاج

متخصصا في دراسة العلوم النفسية، فقد كان له من الاستبصار والفهم، ما جعله يستنتج أن حالة الاكتئاب هذه تتملكه بعد معاناة شديدة من الفشل الاجتماعي، والقلق. وذكر أن القلق يتملكه بشدة في المواقف الاجتماعية التي تتطلب منه تفاعلا بالآخرين، بما في ذلك إلقاء كلمة عامة، أو عند مواجهة الآخرين، ولأنه كان في نفس الوقت يعمل مديرا لإحدى المدارس المحلية، فقد تعددت المناسبات الاجتماعية التي تتطلب منه مواجهة واحتكاكا بالآخرين، أو إلقاء كلمة في حفل عام، مما أضاف كثيرا من المعاناة له. وأضاف أنه أيضا تزوج مرتين خلال السنوات الخمس الماضية، وكلاهما انتهتا بالطلاق، وهو يعتقد أن الطلاق في الحالتين كان بسبب عيوب فيه، وضعف في شخصيته. ونظرا لأنه مقدم علي الزواج للمرة الثالثة، فهو يخشى أن تنتهي حياته إلي نفس المصير السابق، عندما تكتشف زوجته الثالثة، ما هو عليه من ضعف، ولهذا فقد جاء إلي في هذه المرحلة الحاسمة من حياته لأنه لا يريد مزيدا من الفشل والعجز. وفي حديثه عن أسباب هذا الاضطراب والظروف التي أحاطت بتكون أعراضه المرضية، ذكر أنه علي هذا الفرار منذ الطفولة، فهو قد نشأ في أسرة تسرف في النقد، وأن والدته توفيت وهو طفل صغير، وأن والده كان شديد القسوة والغلظة. وهو لا يتذكر من خبرات الطفولة إلا ما هو سيئ، فهو يتذكر أنه تعرض للاعتداء الجنسي وهو في الخامسة من العمر من شاب يجاوره في السكن، وأن والده عندما علم بذلك، كان ينتقده بشده، وأن زوجة أبيه، كانت أيضا تسرف في معايرته، وتشبهه بالأنتى. ويقول إنه يتذكر هذه الأشياء دائما وأنها لا تغيب عن ذاكرته، وأنها تساهم في تقاوم مشكلاته الراهنة، فهو يخاف الفشل الجنسي دائما بالرغم من أنه لا يعاني من مشكلات عضوية في هذه الناحية، وأنه يخاف من المواقف الاجتماعية التي تتطلب منه التعبير عن نفسه، وتأكيد ذاته. واعترف بأنه زار أحد الأطباء النفسيين بنفس المستشفى، ولكنه لم يستفد إلا ببضع وصفات طبية لبعض المهدئات والعقاقير المضادة للاكتئاب، التي ساعدته أحيانا في النوم الجيد، ولكنه أبدى تحفظه قائلا إنه يريد علاجا حقيقيا لمشكلاته، وليس مجرد عملية تخفف من أعراض تذهب، وتعود من جديد.

إذا نظرنا للحالة السابقة، في ضوء نظرية العلاج السلوكي متعدد المحاور، سنجد أننا من الأفضل النظر لمشكلة المريض الرئيسية، وأن نتناولها وفق الأبعاد السلوكية الأربعة التي أشرنا إليها، فهناك:

1. البعد السلوكي الظاهري، بما في ذلك الخمول، والكسل، وانخفاض مستوي الطاقة والمقدرة علي النشاط، وهناك أيضا صعوبات النوم، والأرق. فضلا عن الشكاوى الجسمية بما فيها "ضيق الصدر"، واضطرابات الجهاز الهضمي وهناك أيضا- فيما كشف مقياس "بيك" للاكتئاب، شهية غير جيدة للطعام.

2. وهناك من حيث الناحية الانفعالية: القلق الشديد، والعجز عن الاسترخاء في المواقف الاجتماعية، وعدد لا بأس به من الإجابات الدالة علي صعوبات في التعبير عن المشاعر بحرية، خاصة فيما يتعلق برفض الالتماسات غير المعقولة، وتجنب الشكاوى أو الاحتجاج عندما تخرق حقوقه الشخصية. كما بينت إجاباته علي مقياس الاكتئاب المعرب لـ"بيك" عن الشعور بالحزن، والتشاؤم من المستقبل، وعدم الاستمتاع بالأشياء كما في السابق، ولوم النفس، والشعور بالانزعاج والاستثارة الدائمة، والشعور بالتعب حتى بدون القيام بنشاط كبير.

3. ومن ناحية السلوك الاجتماعي، عبر عما يعادل 19 عبارة من بين 29 عبارة تضمنها مقياس التوكيدية المعرب ندل جميعها علي صعوبات في السلوك الاجتماعي، بما في ذلك العجز عن المعارضة أو الاحتجاج عندما تخرق حقوقه الشخصية، والافتقاد الواضح لوجود أصدقاء يتق فيهم، ويبتهم شكاواه، ومعاناته، والعجز عن التعبير بحرية عن المشاعر والانفعالات خاصة في المواقف الاجتماعية التي تتطلب قدرا من

المريض بهذا السلوك التجنبي الهروبي خطأ سلوكيا يقلل من فرص العلاج. فالهروب والتجنب يبعد الشخص عن البحث النشط للحلول الإيجابية والفعالة. وهناك أيضا ما يشير (إبراهيم، 1991) إلي أن تجنب المواقف التي تثير القلق يضيق في النهاية من فرص الشخص في النمو ويضعف من إمكانياته علي تجاوز الخبرة السيئة، ومن ثم يؤدي إلي نتيجة عكسية حيث يتزايد الاضطراب وتتضاءل قدرات الشخص علي مواجهة التحديات والدفاع عن النفس في المواقف والأزمات. ولهذا نجد أن من أحد الأساليب المستخدمة في التعديل السلوكي لهذا الاضطراب ما يسمى بالتعويد habituation أو التعرض exposure للموقف، بطريقة تدريجية من خلال أسلوب التظمين التدريجي systematic desensitization). للإطلاع علي طريقة استخدام هذا الأسلوب (أنظر بالعربية: إبراهيم، 1998، 1991، 2000).

وعادة ما يتم هذا الأسلوب بطريق تدريجية من خلال تعريض الشخص تدريجيا وخطوة بخطوة للمواقف والأزمات والكوارث التي ارتبطت بالحدث مع استخدام الاسترخاء العضلي إلي أن يتبدد الخوف والقلق المرتبط بالحدث (Wolpe, 1982). وفي كثير من الأحيان نستخدم الاسترخاء كأسلوب علاجي مستقلا بذاته بهدفين: الأول: خلق مواقف سارة معارضة للمشاعر العصابية والتوتر النفسي الذي يصيب المريض، والثاني لكي يكتسب من خلاله القدرة علي ضبط المشاعر، والتحكم في الانفعالات السلبية التي تعوقه عن ممارسة نشاطاته المعتادة، كالنوم، أو تحمل الأمراض والألم (Hewitt, 1985).

ويفضل بعض المعالجين طريقة "ستامفل" و "ليفيس" ( Stampfl & Levis, 1967) في التعرض، أي أن يكون التعرض لمصادر الصدمة والاضطراب بطريقة الغمر implosive therapy أي بإطلاق الانفعالات في أعلى صورها وتفجير المشاعر وكل الثورات الانفعالية المرتبطة بالحدث. وبالرغم من أن طريقة العلاج بالتفجير قد تبدو للوهلة الأولى مخالفة لقواعد التعرض التدريجي، فإنها تقوم علي نفس البديهة التي تحبذ المواجهة بدلا من التجنب. وقد أثبت "ستامفل" و "ليفيس" بالفعل أن التعرض لمواقف القلق والخوف بالتخيل والتصور أو بالتعرض الحي لمواقف مماثلة من شأنه أن يؤدي إلي التخفف تدريجيا من القلق المصاحب للصدمة.

وهناك عدد لا بأس به من الدراسات التي كشفت عن فاعلية هذا الأسلوب في علاج حالات الصدمات الانفعالية الشديدة. وقدمت مجموعة من الدراسات لـ "بودين" وزملائه ( Boudewyns, 1975, 1996; Boudewyns & Shipley, 1983; Boudeyns, A. W., Swertka, S. A., Hyer, I. A., & Albrecht, J. W. 1991) عرضا ممتازا ومسهباً للاستخدام الناجح لأسلوب التعرض مصحوبا بالطرق الأخرى المستخدمة في عملية العلاج السلوكي بالتعرض التدريجي للصدمة بطريق الاسترخاء، أو الغمر flooding، أو بطريق التعرض بالتخيل أو التعريض الحي للموقف in vivo. و كمثل علي ذلك أيضا استخدم "بينستون" (Peniston, 1986) أسلوب التعريض التدريجي مع الاسترخاء في علاج ثمانية جنود عائدين من فيتنام، وبمقارنتهم بمجموعة ضابطة أخرى، تناقصت لدي المجموعة التي خضعت للعلاج نسبة المخاوف، والكوابيس، كما أمكنهم الخروج من المستشفى أسرع من زملائهم الآخرين الذين لم يخضعوا للعلاج. وبمتابعتهم بعد سنتين، استمر التأثير الإيجابي متمثلا في اختفاء الأحلام المزعجة، وعدم العودة للمستشفى بينما في المجموعة الضابطة عاود خمسة من الثمانية العودة للعلاج والالتحاق بالمستشفى من جديد. ونصح القارئ المهتم بدراسة هذا الموضوع بالرجوع إلي سلسلة التجارب التي أجراها "فوا" وزملائه (Foa, et al., 1991) و "فرانك" وزملائه (Frank, et al., 1988) و "بيرج" (Burg, 1988) علي ضحايا

الناجح يجب أيضا أن يتجه إلى التغيير، وبشئى الوسائل من مصاحبات الاضطراب في كل تلك الوظائف والجوانب. ومن ثم فإن الخطة العلاجية للمريض السابق يجب أن تشمل، علي الآتي:

1. العلاج السلوكي من خلال التعديل المباشر للسلوك اللا توافقي (كالقلق والذعر المرضي)، من خلال تدريب المريض علي اكتساب مهارات تعديل السلوك المرضي. ويتم ذلك بطريقتين:

- إما بضبط وإطفاء جوانب السلوك المرضية و كفها من خلال التعرض exposure للمواقف التي أحاطت بظهور الاضطراب، سواء بالطريقة التدريجية systematic desensitization (Wolpe, 1958) أو بالغمر implosive therapy (Stampfle & Levis, 1967).

- وإما بتشجيع و تنمية السلوك الصحي من خلال التدريب علي ممارسة نشاطات سلوكية بناءة وسارة تتعارض مع السلوك المرضي.

2. تعديل طرق التفاعل الاجتماعي (أي العلاج من خلال اكتساب مهارات اجتماعية -تفاعلية جيدة) من خلال تنمية بعض وسائل مواجهة القلق في المواقف الاجتماعية، وتدريب المهارات الاجتماعية، خاصة في التعامل مع المواقف التي قد تتضمن تعرضا للمخاطر الخارجية

(Albrecht, 1986; Charleworth & Nathan, 1991; Fontana, 1991; Spiegler & Guevermont, 1993; Sprafkin, Gershaw, & Goldstein, 1993).

3. العلاج المعرفي وتنمية التفكير العقلاني والإيجابي، من خلال إعانته علي تنمية طرق جديدة من التفكير في الذات والعالم، بغرض التخفف من أعراض الاكتئاب والاضطرابات الانفعالية المصاحبة للاضطراب.

العلاجات السلوكية المعاصرة في واقع الأمر تتميز بوجود ثروة من الفنيات المعدة خصيصا لعلاج الاضطرابات النوعية الخاصة بكل فئة من فئة أي مرض. ففي حالات الاضطرابات النفسية اللاحقة للصدمة لحادة، تجد فنيات فعالة في علاج صعوبات التفاعل الاجتماعي، مثلا، وهي غير الفنيات التي تصلح لعلاج الأفكار السلبية، وغير تلك التي يأخذ فيه الاكتئاب شكل استعادة ذكريات غير سارة، وهكذا.

## علاج السلوك المضطرب

ويتم ذلك بطريقتين:

- إما من خلال التعديل المباشر للسلوك اللا توافقي (كالقلق والذعر المرضي والاكتئاب)، من خلال التعرض للمواقف التي أحاطت بظهور الاضطراب.

- أو بتشجيع و تنمية السلوك الصحي من خلال التدريب علي ممارسة نشاطات سلوكية بناءة وسارة تتعارض مع السلوك المرضي.

## العلاج بالتعرض للمواقف الصدمية:

من الناحية السلوكية، من المعروف أن التعرض للألم والصدمة الانفعالية الحادة يؤدي بالشخص إلي تزايد في نسبة تجنب الأفكار وكف المشاعر والعزوف عن الحوار المرتبط بالصدمة. كذلك تجنب الأنشطة والأماكن التي تذكر بالصدمة. وفي الحالات الشديدة يحدث عزوف عن الدخول في علاقات وثيقة بالآخرين (أزمة عدم ثقة في عالم أثبت في السابق أنه مهدد). وتعتبر الأحلام المزعجة المتكررة والمرتبطة بالحدث (الكوابيس) نتيجة شائعة في مثل هذا النمط من الاضطراب. ويرتكب

والصدقات القائمة. وهناك شروط وعوامل تساعد علي أن تحقق هذه العلاقات أكبر فائدة علاجية ممكنة، منها أن تتم هذه العلاقات في جو بهيج، وخال من النقد، والسخرية، وأن يكون الفرد خلالها قادرا على كشف مشاعره بحرية وطمانينة، وأن يكافئ الآخرين خلالها بإيجابية مماثلة، وأن يحافظ على القواعد التي تتطلبها مثل هذه العلاقات بما فيها الإخلاص، والمشاركة الوجدانية، والتواصل.

### 1. أنشطة شخصية

وتتضمن هذه الفئة من الأنشطة كل أنواع النشاط المرتبط بإثارة مشاعر اللياقة النفسية، والإنجاز، والكفاءة، والاستقلال وتحقيق الذات، بما فيها القراءة، وتعلم شيء جديد، والقيام برحلة، والتدريب علي التعبير عن المشاعر والأفكار.. الخ.

### 2. أفعال وأنشطة سلوكية مضادة للاكتئاب

وهي نشاطات بطبيعتها سارة ومعارضة للاكتئاب، أي لا يمكن أن يمارسها الشخص وأن يكون في نفس الوقت حزينا أو مكتئبا ( مثال التواجد مع أشخاص سعداء، وتناول طعام جيد، ومشاهدة الطبيعة، والتواجد مع من يحبوننا، والاسترخاء لفترات منتظمة يوميا. الخ

وبعبارة أخرى نجد أن قائمة الأحداث السارة تشتمل على ثلاثة أنواع من النشاط. تلك التي تتضمن تفاعلات اجتماعية مشبعة وعميقة، وتلك التي تجعلنا نشعر بالكفاءة، واللياقة، وتعطينا إحساسا بالأهمية، والتوجه، وتوجيه الطاقة، وأخيرا تلك التي تتضمن مشاعر أو انفعالات تتعارض مع مشاعر الاكتئاب.

• ومن المهم تدريب المريض علي أن يكافئ نفسه علي كل ما يحققه من إنجازات في الوصول إلى حد معقول من النشاطات السارة. و ينصح بأن تحدد هذه المكافآت بحيث يرتبط أداؤها سلبا بالاكتئاب والقلق. و يذكر "أنتون وزملاؤه" (Anton, et al. 1976) نماذج من هذه المكافآت الذاتية: التتره في المدينة لنصف ساعة- مشاهدة فيلم- تناول فنان شاي أو قهوة في مقهى أو كافيتيريا- شراء مجلة تحبها- مشاهدة مسرحية أو فرقة موسيقية- تناول طعام الغذاء أو العشاء بالخارج- دعوة صديق لمشروب أو للطعام.. الخ.

ومن المهم أيضا أن نكتشف مع المريض العوامل التي تتوقعه عن ممارسة النشاطات السارة، التي تعمل علي زيادة حيويته وتقبله للحياة بطريقة متفائلة، وتعينه علي مقاومة الاضطراب ومشاعر الاكتئاب. هذه العوامل قد تكون شخصية في شكل أفكار خرقاء غير عقلانية يحملها عن النشاط وفكرة السرور. فقد يري أن السرور والبهجة أشياء لا تليق، وليست علامة علي الجدية، وقد يفسرها علامة علي خلو البال وأن الإنسان المسئول هو الإنسان المشغول بهوموم وهموم البشر. وقد يري أن من غير اللائق أن يبعث في نشاطاته بعض السرور لأنه تدرّب، وتعلم في السابق أن ينظر للسعادة علي أنها مرادفة للتعب، وعدم المسؤولية. لهذا فالخطوة الأولى التي يجب أن تبدأ بها هي أفكارك الشخصية، لتمتحن معتقداتك غير العقلانية. فكل ما تنسجه من هذه الرؤى غير صحيح، وليس بالضرورة أن تكون ممارستنا لما يسر معارضة لمسئولياتنا والتزاماتنا نحو أنفسنا وأفراد أسرنا والآخرين. والأحرى أن يقال أن الإنسان المتهيج والراضي عن نفسه، والذي يحصل علي مصادر متنوعة من الإشباع أكثر قدرة، ويحمل طاقة أكبر علي القيام بأهداف إنسانية أعمق وأكثر انتشارا.

ومن العقبات أيضا، وجود نشاطات غير سارة يجب أن نمارسها بالرغم من أنها لا تبعث علي سرورنا. فقد لا تجد سيدة المنزل سرورا أو متعة في القيام بالواجبات المنزلية المطلوبة، والمدرس، قد يجد في تقديم دروسه عبئا غير باعث علي سروره. لكن هذه نشاطات يجب أن

الاغتصاب الجنسي، والسراقات بالإكراه، والسطو، والنهب والتي أثبتت في مجموعها أن أي شكل من أشكال العلاج النفسي سلوكيا كان أو معرفيا، أو تحليليا يؤدي إلي نتائج إيجابية بالمقارنة بالجماعات الضابطة التي تركت دون علاج نفسي، أو بالعلاج الطبي الروتيني. ومن بين كل أشكال العلاج النفسي يؤدي أسلوب التعرض للموقف دائما إلي نتائج إيجابية مماثلة للعلاج المعرفي، والاثان أفضل من العلاج الدينامي بطريق التحليل النفسي. وحتى في الحالات التي ينجح فيها التحليل النفسي، فإنه من الممكن أن نعزو ذلك إلي وجود درجة معينة من التعرض للموقف من خلال المناقشات التي تتم الجلسات العلاجية.

### النشاط المبرمج (النشاطات السارة)

عرفنا من قبل أن الشخص في حالات التعرض للإصابة بالاضطراب اللاحق للصدمة يعاني من الاكتئاب. ومن المعروف أن الشخص عندما يكون مكتئبا يجد نفسه حاملا وعزوا عن القيام إلا بالقليل من النشاط الإيجابي والسار. ونعرف من تجارب علماء النفس والطب النفسي أن الشعور بالاكتئاب تصاحبه أعراض، وملامح ثابتة من الحزن، واضطراب النوم، والشعور بالتعب، والشعور بخواء الحياة، وفقدان الاهتمامات. ومن ثم، فإن الاكتئاب وما يصاحبه من هذه الأعراض يؤدي إلي خفض مستوى الطاقة والنشاط، وأن الأفراد المكتئبين والتعساء، يمارسون عددا أقل من النشاطات. والنشاطات القليلة التي يمارسونها لا تمثل لهم أحداثا إيجابية أو سارة. كذلك تبين أن المكتئبين بمقارنتهم غير المكتئبين يعانون في الحاضر أو كانوا يعانون في الماضي من وجود عدد أكبر من الضغوط والمشقات الصحية والاجتماعية والنفسية. أي أن درجة تعرضهم للأحداث السارة أقل من تعرضهم للمشقات والأحداث غير السارة. و الشخص في حالة الاكتئاب المكتئبون يكافئ نفسه بدرجة أقل، ولهذا تجده لا يستمتع بالنشاطات الاجتماعية، وقضاء وقت الفراغ، ويعزف عن الدخول في علاقات اجتماعية دافئة وممتعة.

ومن غير المعروف ما إذا كان النشاط، والدخول في أحداث سارة سبب أم نتيجة للاكتئاب. فنحن نجد ما يشير إلي الظروف الصعبة، وتزايد نسبة الأحداث غير السارة في الحياة والمشقات والصدمات الانفعالية (كالطلاق، والتعرض للامتهان الاجتماعي أو الجنسي، والعزلة الاجتماعية، و وفاة الأهل، والظروف الصحية، والمرضى) كلها تساهم بدورها في الإصابة بالاكتئاب. وأغلب الظن أن العلاقة بين الأحداث السارة والاكتئاب هي علاقة دائرية من نوع علاقات الحلقة المفرغة. ولهذا نجد اهتماما أساسيا بالتعديل من الاكتئاب وزيادة الحالة المزاجية الإيجابية من خلال زيادة معدل الأحداث السارة .

وهناك علي وجه العموم ثلاثة أنواع من النشاطات الهامة التي تبين أن تواترها وتكرارها في حياة الشخص من الممكن أن يخفض، أو يعدل من المشاعر الاكتئابية، هي:

### 3. أنشطة اجتماعية ذات طابع سار

وتتضمن هذه القائمة من الأنشطة كل أنواع التفاعلات الاجتماعية الطيبة التي يشعر الشخص فيها بأنه جذاب، ومرغوب فيه من الآخرين، وأنه موضع للحب والتقدير. وتعتبر العلاقة بأفراد الأسرة، والصدقة، من الأنشطة الاجتماعية التي تحرر الفرد من مشاعر العزلة، والاكتئاب

ولتحقيق أكبر فائدة من هذا النوع من النشاط، ينبغي علي الشخص أن يدرّب نفسه جيدا علي القيام ببعض المهارات الاجتماعية بما في ذلك تدريبهم علي قواعد الصداقة، والغيرية، والتعاون، والأعمال التطوعية بهدف تقديم خدمات للآخرين ومن المهم أيضا أن يعزز الفرد علاقاته القائمة وأن يقويها، بما في ذلك العلاقات الزوجية، والعلاقات بالأهل،

أولاً: تحديد الخبرة أو الموقف المرتبط بالحالة النفسية :

حدد أولاً الخبرة أو الموقف المباشر-الذي يرتبط حدوثه بالحالة الانفعالية السيئة التي تشعر بها.. قد يكون هذا الموقف شيء من هذا القبيل: اعتقال- سجن- تعذيب- مرض ألم بي - مرض - أو وفاة أحد أفراد الأسرة- اغتصاب- تورط في قضايا قانونية أو اجتماعية

ثانياً: التعرف علي الحوارات الذاتية السلبية وتفسيرات المريض الآلية للموقف:

التعرف علي الحوارات التي تدور بالذهن عند تذكر الموقف أو الخبرة الصادمة، بما في ذلك التفسيرات السلبية التي يبنها للموقف، وينسبها لنفسه عند تذكره للموقف. لنفرض مثلاً أن الموقف الذي أثار الاضطراب تعلق بالتعرض لخبرة اغتصاب جنسي. فإن التفسيرات السلبية هي التي تثير الإزعاج، وتضخم من مشاعر الإحباط، واليأس، وبمهد السبيل لكثير من التصرفات غير الملائمة للموقف بما فيها الغضب الشديد، والعدوان، والعزلة، والاكنتاب، والقلق، ومن الملاحظ أن التفسيرات التي يرددها المريض قد تكون من النوع الذي يؤدي إلي الإحساس بالاكنتاب (أنا إنسان تافه وفاشل بالفعل، أنا السبب، أنا إنسان سيئ التصرف، إنسان مثلي غير جدير بالحياة النظيفة)، وبعضها يثير القلق من المستقبل (لن أستطيع أن أعود إلي حالتي السابقة، المصائب تنذر بمصائب أكثر) وبعضها يثير الشك في الآخرين، ويمهد الطريق للمقاطعة وعدم التواصل بالآخرين (لا أجد من يحميني، كل الناس ذئاب)، وهكذا .

ثالثاً: تحديد النتائج الانفعالية والسلوكية المرتبطة بتفسير الحدث أو تذكره:

ضع النتائج الانفعالية والأحاسيس غير المرغوبة التي يمكن أن تحدث نتيجة لتفسيراتك الخاطئة. فقد تكون النتائج الانفعالية، الشعور بالاكنتاب والتقليل من قيمة الذات، كأن يستنتج الشخص من هذه الحادثة "إنني إنسان فاشل بالفعل ولا أصلح لشيء". كذلك ينبغي تحديد الممارسات السلوكية غير المرغوبة التي يمكن أن تحدث نتيجة لتفسيراتك الخاطئة. فقد تكون النتائج السلوكية غير المرغوبة مخاوف، أو أرق بالليل وتوتر شديد، أو الإيمان علي تعاطي عقاقير هروبية، والعجز عن الثقة في الآخرين، و تجنب الدخول في خبرات جديدة، أو سارة.

### الأساليب الفنية في العلاج المعرفي

يصبح الطريق ممهداً بعد ذلك لتطبيق العلاج المعرفي الذي يستند بدوره علي عدد من الأساليب الفنية. ونظراً لأن مشكلة الانشغال بالخبرات الماضية السيئة تحتل حيزاً ضخماً في تفكير المرضى، فإن الأساليب المعرفية في العلاج تتجه إما إلي تشجيع الكبت الناجح لهذه الخبرات، أو إعادة صياغة فهمها (بالنظر إليها- معرفياً- علي أنها حدثت مثلاً في السابق، وفي ظروف مختلفة). ولهذا ينطوي العلاج المعرفي لهذا النوع من الاضطرابات- فيما سنوضح- علي عدد متنوع من الفنيات التي تهدف إلي التخلص من الذكريات أو الصور الذهنية غير السارة. أو اكتساب أطر معرفية وبصرية images جديدة باستبدال الصور الذهنية المؤلمة بصور ذهنية أكثر تدعياً للصحة، وتقبلاً للنفس. أو باستخدام الطريقتين معا بحيث يكف الذكرى المؤلمة، وأن يتدرب في نفس الوقت علي استعادة ذكريات أكثر ارتباطاً بالصحة، والسلام النفسي:

### الدحض والتفنيد:

تهدف عملية الدحض إلي إطلاع المريض علي التفسيرات اللاعقلانية والجوانب السلبية أو المبالغ فيها من التفكير. وبالتالي يكون الطريق ممهداً لاستبدالها بأفكار واقعية ومعقولة تلائم الموقف. وسنلاحظ أن فحص

تمارس، لا لشيء إلا لأن ممارستها بالرغم من عدم السرور إلا أنها تمنع نتائج غير سارة مثل الإحساس بالتقصير في الواجب والشعور بالذنب والإحباط، والتعرض للمساءلة في مجالات العمل أو الحياة. بعبارة أخرى فإداء النشاطات السارة يجب أن يتم بتوازن دقيق وجنبا إلي جنب مع القيام بأداء الواجبات الأخرى الضرورية للعمل وللشخص وللأسرة، حتى ولو كان الفرد لا يشعر بمتعة أدائها.

فضلا عن هذا فليس من الضروري أن ننخرط في عدد ضخم من النشاطات السارة إذ ليس من المطلوب أن تذهب يوميا للمسرح، أو للسينما، أو تشاهد التلفزيون علي نحو متواصل، وليس من المطلوب أن يكون جل وقتك مع الأصدقاء والأهل. ممارسة النشاطات السارة بهذا الشكل يشكل عبئاً وضغوطاً علي الكائن، وربما تعوقه عن أداء نشاطات سارة أخرى. لهذا فكل المطلوب أن تختار عدداً محدوداً من هذه النشاطات بحيث لا يستغرق أداء أحدها ما لا يقل عن 10 دقائق.

وعليك أن تكون مستعداً أيضاً لتغيير قائمة النشاطات السارة، مع تغيرات الحياة. فقد نصل لمرحلة أو نمر بظروف أو ننقل إلي أماكن فيها أو عندها لا نجد مصادر السرور هي نفسها كما في السابق. هنا يجب أن نعدل من قوائم النشاطات المرغوب.

ولعل من أسوأ المعوقات ذلك الذي يتعلق بتدخل القلق في أداء النشاطات السارة. إن مدي شعورك بالراحة والبهجة من النشاطات التي تؤديها ليس بالدرجة التي ترجوها بسبب تدخل القلق، أو عدم هبوط معدل القلق لدرجة تفسح المجال للممارسة الصحية والمسترخية للنشاطات المرغوبة.

ومن الناس من يري أن هذه الأساليب قد تبدو غير واقعية، وأنها لاتصل إلي أعماق مشاعره الحقيقية، أو أنه يبرر كسله عن ممارستها بأنه لا يملك الوقت، وأنه لا يحتاج للسرور في حياته، وأن رغبته في ذلك قد ماتت من زمن..الخ. هذه الحجج، وهذه الإدراكات السلبية للفنيات المعاصرة في العلاج السلوكي تمثل أحد العقبات الرئيسية في تخلص الفرد من مشاعر اكتتابه، أو أي شكواي نفسية أخرى.

### العلاج المعرفي وأساليب تعديل طرق

#### التفكير

يتطلب العلاج المعرفي تدريب المريض، ومساعدته علي تكشف الأفكار اللاعقلانية التي نسجها عن نفسه والعالم، والتي عززت لديه التفكير المضطرب وما يرتبط به من عمليات النقد المفرط للذات وضعف الثقة بالنفس. ويتم لنا ذلك بوسائل متعددة، منها:

- المتابعة اليومية لنمو الأفكار اللاعقلانية
- دحض الأفكار المرضية وتفنيد ما فيها من أخطار علي الصحة النفسية
- تدعيم الخواطر وأساليب التفكير العقلانية الإيجابية والتي تعزز الثقة بالنفس وبالذات.

وتتطلب عملية تعديل أساليب التفكير، وعملية التعديل المعرفي في عمومها، أن نقوم بخطوات منظمة لتحديد المواقف أو الخبرات المرتبطة بالإنارة الانفعالية والاضطراب، ثم أن نحدد تفسيراتنا لهذه المواقف، أي عملية تقويم معرفي cognitive assessment وفق ثلاثة خطوات منهجية:

### مقاطعة الفكرة وإيقافها

وهذه الطريقة تقوم علي تعديل لفكرة "ولبي" الأصلية التي تتضمن القيام بعملية "التوقف" بطريقة واقعة وتوكيدية عن ترديد الفكرة المزعجة. وتستند هذه الطريقة علي تدريب المريض علي التدخل الفوري لإيقاف الأفكار أو الصور الذهنية المرتبطة بالحدث، خاصة إذا شعر بأنه يعمل علي خلق أو تطوير فكرة سلبية بشكل آلي. ولتحقيق ذلك إجرائياً يحتاج إلي أن يتدرب علي مواجهة الصورة الذهنية أو الفكرة السلبية فوراً، وأن يعمل علي إيقافها باستخدام عبارات واضحة ومسموعة مثل " إنني سأوقف هذه الفكرة الآن." ثم أن ينتقل بهدوء، ودون أي اضطراب إلى فكرة غير أخرى، أو صورة ذهنية سابقة علي حدوث الفكرة السلبية، أو صورة ذهنية سارة أمكن تدريب المريض عليها سابقاً (للمزيد عن التفاصيل الإجرائية لهذه الطريقة، أنظر إبراهيم، 1998).

وهناك من ينصح، باستخدام أساليب من العقاب الذاتي للعمل علي إيقاف الفكرة السلبية، مثل صفع اليد، أو إحاطة معصم اليد بإطار من المطاط (أستك) قوى تشده لنهائيه وتتركه ينزلق بشدة علي المعصم في كل مرة تسيطر عليك خلالها الفكرة السلبية، أو الذكري والصورة الذهنية التي تمهد لحدوث الاضطراب.

ولكن مهما كانت الطريقة التي ستستخدمها، للتدرب علي طريقة الإيقاف، فمن الضروري تشجيع المريض علي الاحتفاظ بسجل يومي للأفكار السلبية والإيجابية، لكي يتابع مع المعالج مدى التقدم الذي يحرزه.

تعلم طرقاً أكثر إيجابية لمعالجة المشكلات الانفعالية والعاطفية:

وثمة خاصية أخرى من خصائص الاتجاهات الجديدة في علاج طرق التفكير والمعتقدات، وهي تعليم الأشخاص طرقاً جديدة لحل مشكلاتهم العاطفية والسلوكية. فمن الممكن تصور أن الاضطراب يحدث عندما نفشل في مقابلة تحديات التوافق في المجتمع، وفي استخدام إمكانياتنا، أو نقاط قوتنا بفاعلية. ولهذا تتطلب الصحة أن نتعلم طرقاً أكثر إيجابية لمواجهة مشكلاتنا العاطفية والنفسية، وفق نقاط منها:

• تنمية القدرة علي حل المشاكل problem solving بدلا من الهروب منها أو تأجيلها، أو تجنب المواقف المرتبطة بإثارها (Meichenbaum, 1973; Gambrill, 1983; D'Zurilla & Goldfried, 1971).

• معرفة أن هناك طرقاً بديلة للوصول للأهداف، غير الطرق المرضية التي ألفناها (Freeman & Oster, 1998).

• صقل قدرتنا علي فهم دوافع الآخرين الذين يدخلون معنا في تفاعلات أو علاقات اجتماعية

• أن ندرك أن كل موقف يختلف عن غيره من المواقف (Welsh & Jacobson, 1996: Whbrow, 1997).

توظيف التغيرات المعرفية عملياً:

ولهذا من الضروري أن نساعد الشخص علي توظيف أفكاره الجديدة المنطقية حالما تحدث (Ellis & Dryden, 1987)، وذلك بدفعه وتكليفه بواجبات منزلية home work يسعى الشخص من خلالها إلى ممارسة أفكاره المنطقية عمداً وفي مواقف حية، أي يتصرف بطريقة تعكس اتجاهه الجديد، وتغيراته الذهنية الإيجابية. لهذا فقد نوصي المريض أن يقوم بتأمل ما يقوله لنفسه في موقف معين.

الأفكار الخاطئة قد ينتهي بنا إلى اعتقادات واقعية عاقلة، فضلا عن نتائج انفعالية وسلوكية معدلة ومعقولة.

والدحض المستمر للأفكار الخاطئة مع الإقناع يساعدنا على اكتشاف أن طرق تفكيرنا السابقة لم تعد تجدي، وأنا باستمرارنا في تبنينا لا نكرر اضطراباتنا وأخطائنا بحذافيرها فحسب، بل إننا سنعمل على زيادتها وقوة تأثيرها. ومن ثم فإن التغيير في المعرفة غالباً ما تنعكس آثاره في ظهور تغيراً إيجابية في مجالي الفعل والشعور. ويحدث شئ من هذا القبيل في حالة الاكتئاب والقلق الشديد الذي يمتلك المريض المصاب بالاضطرابات اللاحقة للصدمة الانفعالية والحياتية، فكما ازداد وعيه وتبصره بأن هناك بدائل عقلانية صحيحة، ازدادت جاذبية تلك الأفكار الصحيحة واحتمال تبنينا كآسلوب دائم وجديد في الشخصية. والتفسير الإيجابي - العقلاني هو الذي يدفع للهدوء النفسي، والتسامح، والقيام بمحاولات نشطة للتغيير من الظروف الخارجية السيئة. وإذا كانت عملية الدحض ناجحة، فإن التفسيرات الناتجة ستكون عادة من النوع الإيجابي والعقلاني، مثل:

1. ما حدث كان من إنسان (أو فئة) مريضة تستحق العلاج.
2. ما يحدث من أشياء سيئة لا يعني أنني إنسان سيئ.
3. بإمكانني دائماً أن أبدأ حياة جديدة.
4. أستطيع مواجهة أي مشكلة الآن بصورة أفضل.
5. أشعر بأن ما حدث قد أفادني لأنه علمني الحذر
6. بإمكان الآن وفي أي لحظة أن أوقف نفسي عن التفكير في موضوع انتهى.
7. إن لم يكن بإمكانني تغيير ما حدث، فإن بإمكانني أن أتوقف عن التفكير فيه.

المراقبة الذاتية Self monitoring :

ولتدعيم النتائج الإيجابية لعملية الدحض، يحتاج المعالج أن يوجه انتباه المريض إلي مراقبة المشاعر والدوافع الجديدة الناتجة عن إعادة التفكير وصياغة الموقف علي نحو إيجابي، بما في ذلك الشعور بالرغبة في التكيف جيداً للموقف، أو القيام بمزيد من الجهد والنشاط لتعديل النتائج السلبية التي قد تكون مرتبطة بالموقف.

كذلك الانتباه إلي النتائج السلوكية التي تنتج عن التغيرات المعرفية والعقلانية الجديدة. ومن المفروض أن تكون النتائج السلوكية ذات جانب إيجابي، وتحفز علي النشاط والعمل الإيجابي لمعالجة المشكلة، أو السيطرة علي نتائجها السلبية بأقل قدر ممكن من الاضطراب النفسي والاجتماعي. وقد تأخذ النتائج السلوكية الإيجابية أمثلة من التصرفات الآتية:

- تجاهل الموقف ونسيانه.
- العمل علي تحسين مهارات حماية الذات في مواقف الخطر.
- تحسين سبل الاتصال الاجتماعي بالآخرين ومصادر الدعم النفسي الخارجي.
- الاسترخاء.
- مزيد من النشاط والاتصالات لمعالجة النتائج السيئة التي حدثت من جراء الصدمة.

في حقيقة الأمر، وأن لكل جانب من هذه الجوانب المرتبطة معا (من وجهة نظر الشخص الذي يعاني من الاضطراب) قوانينه وأحكامه الخاصة التي تمت أو تتم علي نحو مستقل. ولاشك أن أي مراقبة الذات عند القيام بعملية الربط بين واقعتين أو أكثر، والتشجيع علي عزل المشكلة التي يواجهها الشخص عن السياق السلبي الذي تسبب له المشكلة (كالوراثة، وسوء الحظ، والخبرات الماضية، والأحداث غير السارة- العابرة)، مع مساعدة الشخص من خلال عملية الدحض والتفويض تساهم جميعها في تعديل وجهة نظر الشخص إلي مشكلته. ونتيجة لهذا الفصل والعزل بين الوقائع، يستطيع الشخص في فترات قصيرة نسبيا أن ينتبه إلي أخطائه الذهنية فيتعامل الشخص مع مشكلته علي أنها معزولة عن كل الأفكار الضبابية التي كان تبناها عنها من قبل. ويصبح نتيجة لهذا قادرا وربما لأول مرة في حياته علي تبني اتجاه علاجي يستطيع من خلاله أن يشخص جيدا الشروط الحقيقية التي ساهمت في خلق الاضطراب، ومن ثم يكون تأثير الخبرات غير السارة علي حياته تأثير منغزل ومحدود بالنتائج التي يثيرها هذا الموقف (أو الصدمة) في لحظتها ليس أكثر.

#### اكتساب مهارات اجتماعية-تفاعلية فعالة

يستند هذا النوع من العلاج علي اكتساب مهارات اجتماعية-تفاعلية جيدة من خلال تنمية بعض وسائل مواجهة القلق في المواقف الاجتماعية، وتدريب المهارات الاجتماعية، خاصة في المواقف التي قد تتضمن تعرضا للمخاطر الخارجية.

وخلال هذه المرحلة، قد نكفله بالقيام ببعض الواجبات الخارجية، والتي من شأنها أن تدربه علي تنمية مهارات تأكيد الذات assertiveness وأن ينمي المهارات اللازمة لتحسين الاتصال الاجتماعي، ومواجهة الصعوبات الاجتماعية التي يعاني منها بدون خوف أو قلق زائد. وهنا نسترشد بإجاباته علي مقياس التوكيدية، الذي يبين لنا بالضبط الصعوبات الاجتماعية النوعية التي يعاني منها، لنجعلها موضوعا للواجبات الخارجية. كما قد يدرّب في إحدى الجلسات علي تنمية مهارات الحديث، وتدريب مهارات اللغة البدنية (الصوت، التواصل البصري، الإبتسام الملائم، اللوازم الحركية المعطلة)، والتي من شأنها أن تمنحه بعض السيطرة علي مخاوفه، ومصادر قلقه.

ويمكن أيضا أن نعلمه طرقا جديدة في تبادل الأحاديث مع الآخرين، وتنظيم وقته، وتدريبه علي اكتساب بعض المهارات الاجتماعية لمساعدته علي رفض الالتماسات غير المعقولة، وضبط الحساسية الزائدة للنقد أو لاستنكار الآخرين.

ومن المهم بشكل خاص لدي هذا النوع من المرضي تدريبهم علي تأكيد الذات، للتغلب علي مخاوفهم الاجتماعية عندما يتعرضون للرفض الاجتماعي. فالبحوث في هذا المجال (Boudewyns, 1996) تثبت أن الكثير من جوانب التعرض للأزمات والصددمات تحدث لأن الشخص منذ البداية قد ينقاد للمجاراة أو الضغط الاجتماعي من الخارج (كما في حالات الاغتصاب الجنسي) بسبب خوفه من الرفض. مثلا تطلبت إحدى الخطط العلاجية مع إحدى مريضاتي التي كانت تعمل مدرسة، وأم وفي نفس الوقت التهديد في العمل ومع زوج وأسرته زوج لا تحسن التفهم لظروفها- تطلب جانب من الخطة العلاجية أن تعيد ترتيب جدول العمل من 5.00 مساء أيام السبت إلى الثالثة مساء أيام الأحد، وبالرغم من موافقتها علي ذلك فوراً تبين بعد أسابيع من تطبيق هذا البرنامج أنها أخذت تعاني الكثير إذ تطلب منها ذلك أعباء وتغييرات أكثر في المنزل والعمل وغير ذلك مما لم يفد في علاج القلق والاكتئاب الذي كانت تشكو منه بل علي العكس تفاقمت الحالة أكثر. وعندما سألتها لماذا وافقتي من ولم ترفض أو

وتبين الممارسة العلاجية أن محاولة خلق مواقف حية، وتطويع أنفسنا علي الدخول فيها باتجاهات عقلية مختلفة يساعد علي التغيير في الجوانب الفكرية، والسلوكية، والوجدانية علي السواء. فالشخص الذي يعزف عن الاتصال الاجتماعي، بسبب الخجل مثلا يمكن أن يشجع علي تعمد الدخول في مواقف حية كانت تسبب له الارتباك من قبل : مثل مبادرة النقد المتعمد لرأي زميل أو رئيس، أو تعمد رفع الصوت في المناقشات، أو الدخول إلى الأماكن العامة، كمحلات البيع، مع المجادلة مع الباعة عن الثمن ونوع البضاعة. الخ.

#### التعديل من أهمية بعض الأهداف:

ومن الأساليب الممكنة للزيادة من الأفكار المنطقية الملائمة للصحة النفسية أن نغير من أهمية الأهداف نفسها بالنسبة للشخص. فالشخص الذي يعتقد أن من الضروري أن من الضروري له أو لها أن تكون حياته خالية تماما من التوتر والصراعات والتحديات والألم قد يجد نفسه نتيجة لهذا شديد الهلع والخوف عندما تحدث أي تغييرات سلبية في الخارج، ونتيجة لهذا يوقع نفسه (أو نفسها) ويوقع من يتصلون به في ضروب من الاضطراب. في مثل هذه الحالات يستطيع أن ينمي درجة من تحمل حد معين من التوتر، إن تنبه إلى أن يستبدل ذلك بفكرة أخرى لا تثير الاضطراب الشديد عندما تحدث هذه التغييرات، (مثلا: من العسير أن نوقف تماما الضغوط الحياتية، ولكن من المرغوب أن تكون لدينا القدرة علي ضبط النتائج السلبية التي قد تفرزها الحياة ما بين الحين والآخر). وبهذا النوع من التفكير يجد الشخص نفسه قادرا علي تنمية جوانب أخرى من المهارات والتوقعات التي تساعد علي معالجة الأمور المتأزمة عندما تحدث، ومن ثم الإقلال من نتائجها السلبية بقدر الإمكان.

#### التعديل البيئي

ولتعديل المسالك الذهنية علينا أن لا نتجاهل ولا نقلل من شأن استخدام التغيير في البيئة الاجتماعية لإحداث التغيير في أسلوب التفكير. فإن بعض أخطائنا الفكرية قد تكون مكتسبة نتيجة للتعرض لأخطار خارجية أو فشل سابق ( تكرار التعرض لحدث مؤلم ومهين يؤدي إلى تشكيل أفكار خاطئة عن الذات مثل " إنني إنسان فاشل" أو " ضعيف"). لهذا من المهم أن نستخدم التغيير في البيئة الاجتماعية استخداما جيدا لإحداث التغيير في الشخصية، وتعتبر الواجبات المنزلية التي أشرنا لها أنفا طريقة لذلك. أضف إلى هذا أن المعالجين قد ينصحوا بتغيير اتجاهات الآخرين الذين يعيشون مع الشخص أو يحتكون بهم. ولهذا فعملية العلاج قد تشمل الشركاء في الحياة الزوجية أو الأباء أو غيرهم من الأصدقاء، أو الجماعة التي يعيش معها (Wulsin, 1996).

#### تجنب الربط بين وقائع غير مترابطة بالضرورة:

من الملاحظ بين المصابين بالاكتئاب أو القلق هو قيامهم بعملية ربط بين وقائع وظواهر غير مترابطة وأن يستنتج الشخص من ذلك نتائج سلبية تتعارض مع متطلبات الصحة النفسية والعلاج. النتيجة المرجحة هي دائما إثارة الاضطراب، أو الاستمرار في تغذية اضطراب سابق وتدعيمه بحيث يتعذر علاجه، أو تتضاءل فرص تعديله. لهذا فقد يعزو الشخص التوتر والكوارث التي لحقت به لأنه "منحوس" بطبيعته، أو لأنه "غبي لا يحسن التصرف" ( Beck, Rush, Shaw, & Beck, 1976; Emery, 1979).

وعادة ما كان الكاتب الحالي يجد أن العلاج (بالنسبة لعدد لا بأس به من الحالات التي كان يتعامل معها) يتحول للفاعلية، وينحو منحى ناجحا إذا ما قام الشخص بتعديل هذا الخاصية من التفكير، وعادة ما يتم ذلك من خلال توجيه انتباه الواحد منهم إلي خطأ الربط بين جانبين غير مترابطين

باسم التحصين وإعادة معالجة الخبرة من خلال تخلج العين eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) وتزعم "شابيرو" ومؤيدوها أن هذا الأسلوب فعال، ويؤدي إلي التحسن الفوري في جلسة واحدة. ولا يوجد أساس نظري أو تجريبي لهذا الأسلوب، لكن "شابيرو" اكتشفته بطريق الصدفة عندما تبين أن لأفكار والذكريات المزعجة التي سيطرت عليها في أحد المرات قد تبددت عندما تابعت ببصرها حركات واهتزازات أوراق الشجر وهي تتمشى في إحدى الحدائق. ومن خلال هذه الملاحظة تبنت "شابيرو" هذا الأسلوب علي زعم أن تحريك العينين حركات سريعة من الجانبين يسهل لدي الشخص إعادة إدراك الموقف علي نحو جديد. و يتم تطبيق هذا الأسلوب إجرائيا بأن نطلب من المريض أن يعيد وصف الحادث أو الموقف التعصبي أو الذكرى المؤلمة المسيطرة عليه وأن يركز ذهنه عليها بصورة حية، وأن يحدد في نفس الوقت المواقع العضوية أو الاحساسات العضوية النوعية التي ارتبطت بالخبرة. يطلب منه بعد ذلك أن يقوم بأربعة أشياء في وقت واحد، وهي إعادة التصور البصري للخبرة، وتكرار التصورات المعرفية السلبية، والتركيز علي الاحساسات البدنية التي ترتبط بالقلق الذي استثارته الخبرة، و تخليج العين يمينا ويسارا بمتابعة الإصبع السبابة للمعالج. ويقوم المعالج خلال ذلك بتحريك إصبع سبائته أمام عيني المريض- وعلي بعد يتراوح من 30:35 سم- بحركات إيقاعية سريعة يمينا وشمالا و أماميا وخلفا. ويتكرر هذا الإجراء 28 مرة علي الأقل، بعدها يطلب من المريض أن يتنفس بعمق، وأن يكف هذه الذكري و يلغيها من ذاكرته إلي الأبد.

وبالرغم من أن "شابيرو" ذكرت أن طريقته فعالة في التخلص من مواقف القلق المرتبط بالخبرات الصادمة، فإنها لم تجري دراسات منضبطة نستطيع من خلالها أن نقرر بالضبط مدي فاعلية هذا الأسلوب. لقد استندت في الدراسة الأصلية (1989) التي أجرتها علي خبرتها الإكلينيكية باستخدام هذا الأسلوب مع 22 محارب في جلسة علاجية واحدة لمدة 90 دقيقة. علي أن "أستن" و "ريزيك" (Astin & Resick, 1998) يلخصان في تقرير حديث نسبيا بعض المحاولات التجريبية التي قارنت هذا الأسلوب بغيره من أساليب العلاج النفسي والسلوكي، وانتهيا إلي نتيجة مؤداها أن هذا الأسلوب لا يختلف من حيث الفاعلية عن الأساليب العلاجية الأخرى، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإنه لا علاقة بخلاجات العين بالتخفيف من حدة القلق. لأن التخفيف من القلق والذكري الصدمية حدث أيضا عندما كان يطلب من الأشخاص القيام بحركات إيقاعية بأي طريق آخر غير تخليج العين (كالنقر علي نحو إيقاعي بالأصابع). ومن ثم فإنه يبدو أن فاعلية هذا الأسلوب تستند علي عوامل معرفية أكثر منها عوامل مرتبطة بالتخليج البصري البحث. ومهما كان التفسير، فإنه تبقى لهذا الأسلوب فائدته العملية التي تتمثل في وجود قدر مساوي من الكفاءة في علاج الجوانب الانفعالية المرتبطة بالصدمة، في فترات أقصر بكثير من الأساليب الأخرى.

كلمة عن دور العلاج الطبي باستخدام العقاقير النفسية

نظرا لأن كثيرا من حالات الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة تصبحها اضطرابات نفسية ذات طابع سيكياتري كالقلق والاكتئاب، فإن من الممكن استخدام العلاجات الطبية بالعقاقير خاصة في الحالات الشديدة من الاضطراب. كذلك ينصح باستخدام العلاج الطبي بالعقاقير إذا تبين أن المريض المصاب بهذا الاضطراب كان مصابا قبل تعرضه للصدمة باضطرابات عقلية وانفعالية أخرى ساهمت في تضاعف الآثار النفسية والعقلية السلبية التي ارتبطت بالتعرض للصدمة. ويذكر "دافيدسون" وزملائه في هذا الصدد أن هناك ما يشير إلي أن "الأميتريبتيلين" Amitriptyline ينجح جزئيا في التخفيف من أعراض القلق والاكتئاب

نتاقش الاقتراح، فكان تفسيرها كالتالي " لم نشأ أن أغضبك وأنا عموما لا احب أن يغضب الناس مني خاصة إن كنت أحمل لهم الحب والتقدير."

والتوكيدية Assertiveness أو تأكيد الذات ، أو ما أطلقنا عليه في موقع آخر حرية التعبير عن المشاعر (إبراهيم، 1995، 1998)، تعتبر من الجوانب الشخصية التي تبين ارتباطها بالنجاح أو الفشل في العلاقات الاجتماعية. وهي من وجهة نظر المعالج السلوكي (أنظر Lazarus, Wolpe, 1958, 1966) قدرة يمكن تطويرها وتدريبها، وتتمثل في التعبير عن النفس والدفاع عن الحقوق الشخصية عندما تخترق. ونظرا لما تمثله هذه الخاصية من أهمية في فهم الاضطراب النفسي اللاحق للصدمة، فقد تحولت الأذهان في الفترات الأخيرة إلي ابتكار كثير من البرامج لتدريب هذه القدرة ( e.g., Organista & Dwyer, 1996; Sharpe, 1998). وبابتكار هذه البرامج أصبح بالإمكان التخفيف من كثير من الأعراض المرضية التي يلعب فيها القصور في المهارات الاجتماعية أحد العوامل الرئيسية. وتستخدم برامج التدريب التوكيدي على نطاق واسع في حالات المرضى الذين يتعرضون لخبرات صدمية لمساعدتهم علي تنمية مهاراتهم الاجتماعية في جوانب متنوعة من السلوك منها:

1. الدفاع عن الحقوق الشخصية الفردية المشروعة سواء في الأسرة أو العمل، أو عند الاحتكاك بالآخرين من الغرباء أو الأقارب.
2. التعبير عن الانفعالات والمشاعر بحرية، أي الحرية الانفعالية.
3. التصرف من منطلقات نقاط القوة في الشخصية، وليس نقاط الضعف، بحيث لا يكون الفرد ضحية لأخطاء الآخرين أو الظروف.
4. التوكيدية تتضمن قدرا من الشجاعة وعدم الخوف من أن يعبر الفرد عن شعوره الحقيقي، بما في ذلك القدرة على رفض الطلبات غير المعقولة، أو الضارة بسمعة الإنسان وصحته.
5. التحرر من مشاعر الذنب غير المعقولة أو تأنيب النفس عند رفضنا لهذه المواقف أو استهجاننا للتصرفات المهينة.
6. القدرة على اتخاذ قرارات هامة، وحاسمة وبسرعة مناسبة، وكفاءة عالية.
7. القدرة على تكوين علاقات دافئة، والتعبير عن المشاعر الإيجابية (بما فيها المحبة، والود، والمدح، والإعجاب) خلال تعاملنا مع الآخرين، وفي الأوقات المناسبة.
8. القدرة على الإيجابية والتعاون وتقديم العون.
9. القدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية، وما تفرضه علينا أحيانا من تصرفات لا تلائم قيمنا.
10. المهارة في معالجة الصراعات الاجتماعية، وما يتطلبه ذلك من تقديم شكوى، أو الاستماع لشكوى، والتفاوض، والإقناع، والاستجابة للإقناع، والوصول إلي حل وسط.. الخ.

باختصار، فإن التوكيدية تتضمن كثيرا من التلقائية، والحرية في التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية معا، وهي عبارة أخرى تساعدنا على تحقيق أكبر قدر ممكن من الفاعلية والنجاح لهذه الطائفة من المرضى عندما يضطرون للدخول في علاقات اجتماعية مع الآخرين، بحيث لا يكونوا ضحايا لمواقف خاطئة، من صنع الآخرين.

### التخلج البصري

ويرتبط بأسلوب التعرض التدريجي و العلاج المعرفي علي نحو ما، الأسلوب الذي روجت له حديثا "شابيرو" (Shapiro, 1995) والمعروف

## ثانياً: مراجع أجنبية:

- Agras, W. S., Horne, M., & Taylor, C. B. (1982). Expectations and the blood-pressure-lowering effect of relaxation. *Psychosomatic Medicine*. 44, 389-395.
- Akiskal, H.S. (1987). Overview of biobehavioral factors in the prevention of mood disorders. In R. F. Munoz (Ed.). **Depression prevention: Research directions**. New York, N. Y.: Hemisphere Publishing Corporation (pp.263-280).
- Albrecht, K. (1986). **Stress and the manager: Making it work for You**
- New York: Simon & Schuster (A touchstone Book).
- American Psychiatric Association (1980). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3<sup>rd</sup> ed.)**. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). **Diagnostic Statistical Manual-IV**
- (DSM-IV). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association (1996). **How therapy helps people recover from depression (fact sheet)**. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Astin, M. C., & Resick, P. A. (1998). Cognitive-behavioral treatment of posttraumatic stress disorder. In V. E. Caballo (Ed.), **International handbook of cognitive and behavioral treatments of psychological disorders**. Oxford, England: Pergamon (pp. 161-196).
- Beck, A. T. (1974). **Coping with depression**. New York: Institute for rational living.
- Beck, A. T. (1976). **Cognitive therapy and the emotional disorders**. New York: International universities Press.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive therapy. In J. K. Zeig (Ed.), **The evolution of psychotherapy**. New York: Brunner/Mazel.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press.
- Boudeyns, A. W. (1975). Implosive therapy and desensitization therapy with inpatients: A five-year follow up. **Journal of Abnormal Psychology**, 84, 159-160.

المصاحبان لهذا الاضطراب (Davidson, et al.1990). وفيما عدا ذلك، يبدو أن العلاج الطبي لا يعتبر العلاج الأثير أو المفضل في علاج الأعراض الأخرى المصاحبة لهذا الاضطراب (Friedman, 1991). ولا توجد دراسات معلومة للباحث تبين مدى فاعلية العلاج بالعقاقير الطبية لاضطراب ما بعد الصدمة بالمقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى التي تعرض لها هذا المقال. ومن ثم، فإن العلاج الطبي بمفرده، ودون تكامل مع الأساليب السلوكية والنفسية-الاجتماعية الأخرى لا يفضل لأنه يترك لدي المريض مشكلات كثيرة دون حل ناجح لها، لأن حلولها تكمن في اكتساب مهارات من التفكير والتفاعل الاجتماعي الجيد التي لا تخضع في اكتسابها للعقاقير الكيميائية.

ولعل من الطريف أن نشير هنا إلى ملاحظة أباها العاملون بحقل الصحة العقلية في الولايات المتحدة في تعاملهم مع المرضى العائدين من حرب "فيتنام". فقد تبين أن نسبة كبيرة من هؤلاء المرضى لجأوا بعد عودتهم إلى تعاطي الخمر والإدمان كأحد أساليب العلاج الذاتي للاضطرابات النفسية، وبمتابعة هؤلاء المرضى تبين أن نسبة كبيرة منهم تحول الاضطراب لديهم إلى اضطراب مزمن chronic، أي أن التدخل الكيميائي في مثل هذه الحالات قد يؤدي إلى تضاعف المشكلات النفسية والطبية بسبب تحول الاضطراب إلى اضطراب مزمن. ولا يزعم الباحث بالطبع أن تأثير العلاج الطبي باستخدام العقاقير يؤدي إلى نفس النتيجة التي يؤدي لها تعاطي الخمر والمخدرات الأخرى. ولكن النتيجة الرئيسية التي نريد أن نخلص لها هنا هي أن الغالبية العظمى من الاضطرابات اللاحقة للخدمات النفسية والانفعالية تمت بفعل أساليب عنيفة من التعلم الخاطيء، ومن ثم فإن التخلص من أعراض التي أثارها هذه الأساليب لا يتم بشكل فعال دون اكتساب مهارات جديدة من التعلم الاجتماعي والمعرفي سواء بسواء. وإذا كان من الضروري استخدام العلاج الطبي الكيميائي، فإنه ينبغي أن يكون مصحوباً بالعلاج النفسي والاجتماعي بالطرق التي أشرنا إليها، وأن يكون موجهاً للتخلص من الأعراض ذات الطابع السيكيكاري كالإكتئاب والقلق.

## المراجع

## أولاً: مراجع عربية:

- إبراهيم، عبد الستار (1994). **العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه وميادينه وتطبيقه**. القاهرة: دار الفجر.
- إبراهيم، عبد الستار (1991). **القلق: قيود من الوهم**. القاهرة: كتاب الهلال.
- إبراهيم، عبد الستار (1996). **الضغوط النفسية: نافذة على الصحة والمرض**. الدمام: مطبوعات جامعة الملك فيصل.
- إبراهيم، عبد الستار، وإبراهيم، رضوى (1996). **الحضارة والعلاج النفسي**. مجلة العلوم الاجتماعية، 24، 3، 107-79.
- إبراهيم، عبد الستار (1998). **الاكتئاب: اضطراب العصر الحديث (فهمة وعلاجه)**. عالم المعرفة، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- إبراهيم، عبد الستار، عسكر، عبدالله (2000). **علم النفس الإكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي**. (الطبعة الثالثة) الرياض: دار المريخ.
- جوجسما، أرثر، وبيترسون، مارك (1997). **خطة العلاج النفسي**، ترجمة عادل دمرداش. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- Field, T. M. (1998). Massage therapy effects. **American Psychologist**, 53, 12, 1270-1281.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 59, 715-723.
- Fontana, D. (1990). **Social skills at work**. London: The British Psychological Association.
- Frank, E., Anderson, B., Stewart, B. D., Dancu, D., Hughes, C., & West, D. (1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. **Behavior Therapy**, 19, 403-420.
- Freeman, A., & Oster, C. L. (1998). Cognitive-therapy and depression. In V. E. Caballo (Ed.), **International handbook of cognitive and behavioral treatments of psychological disorders**. Oxford, England: Pergamon (pp. 489-520).
- Freud, S. (1917). **Mourning and Melancholia**. In *Collected Papers*, Vol. 4. Pp. 152-172. London: Hogarth Press, 1950.
- Friedman, M. J. (1991). Biological approaches to the diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder. **Journal of Traumatic Stress**, 4, 67-91.
- Gambrill, E. D. (1983). Behavioral intervention with child abuse and neglect. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), **Progress in behavior modification**. New York: Academic Press.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J.C. (1950). **The Minnesota Multiphasic Personality Inventory manual**. (Rev. ed.) New York: Psychological Corp.
- Hawton, K., & Kirk, J. (1991). Problem solving. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), **Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide**. Oxford: Oxford University Press.
- Haynes, R. L. (1986). Behavioral assessment. In M. Hersen, A. Kazdin, A. E., & A.S. Bellack (Eds.), **The clinical psychology handbook**. New York: Pergamon
- Boudeyns, A. W., & Shipley, R. H. (1983). **Flooding and implosive therapy: Direct therapeutic exposure in clinical practice**. New York: Plenum.
- Boudeyns, A. W., Swertka, S. A., Hyer, I. A., & Albrecht, J. W. (1991, August). **Eye-movement desensitization for PTSD of combat: A treatment outcome**. Paper presented at the convention of the American Psychological Association. San Francisco, CA.
- Boudeyns, A. W. (1996). Posttraumatic stress disorder: Conceptualization and treatment. In M. Hersen, Eisler, R. M., & Miller, P. M. (Eds.), **Progress in behavior therapy**, vol. 30. New York: Brooks\Cole.
- Burns D. D. (1992). **Feeling good: The new mood therapy**. New York: Avon Books.
- Charlesworth, E. A. & Nathan, R. G. (1991). **Stress management**. New York: Ballantine Books.
- Davidson, J. Kudler, H., Smith, R., Mahony, S. L., Lipper, S., Hammett, E., Saunders, W. B., & Cavenar, J. O. (1990). Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. **Archive of General Psychiatry**, 47, 259-266.
- Davis, M., Eschelman, E. R., & McKay, M. (1993). **The relaxation and stress reduction workshop**. Oakland, CA: New Harbinger (2<sup>nd</sup>. Ed.).
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem-solving and behavior modification. **Journal of Abnormal Psychology**, 78, 107-126.
- Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy. In J. K. Zeig (Ed.), **The evolution of psychotherapy**. New York: Brunner/Mazel.
- Ellis, A. (1996). A rational emotive behavior therapist perspective on Ruth. In G. Corey (Eds.), **Case approach to counseling and psychotherapy**. New York: Brooks/Coole Publishing Company (4th Ed.).
- Ellis, A., & Dryden, W. (1987). **The practice of rational-emotive therapy**. New York: Springer.
- Fezler, W. (1989). **Creative imagery: How to visualize in all five senses**. New York: Simon & Schuster.

- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Hautzinger, M. (1998). Behavioral treatment of unipolar depression. In V. E. Caballo (Ed.), **International handbook of cognitive and behavioral treatments of psychological disorders**. Oxford, England: Pergamon (441-488).
- Meichenbaum D. (1973): Cognitive factors in behavior modification: Modifying what clients say to themselves. In Cyril Franks and Gerald Wilson (eds.). **Annual Review of Behavior Therapy**. New York: Bruner/Mazel.
- Miller, K. (1996). **Principles of everyday behavior analysis**. New York: N.Y.: Brooks\Cole.
- Nias, D. K. B. (1997). Psychology and medicine. In H. Nyborg (Ed.). **The scientific study of human nature: Tribute to Hans Eysenck**. London, England: Pergamon. (Pp. 92-108).
- Nagayama, G. C., & Barongan, H. C. (1997). Prevention of sexual aggression: Sociocultural risk and protective factors. **American Psychologist**, 52, 1 (pp. 5-14).
- Organista, K. C., & Dwyer, E. V. (1996). Clinical case management and cognitive behavior therapy: Integrated psychosocial services. In P. Manoleas (ed.), **The cross-cultural practice of clinical case management in mental health**. Binghamton, N.Y.: The Haworth Press, Inc. (pp. 119-139).
- Rosen, J. C. (1998). Behavior therapy for body dysmorphic disorders. In V. E. Caballo (Ed.), **International handbook of cognitive and behavioral treatments of psychological disorders**. Oxford, England: Pergamon (pp. 363-392).
- Samson, J. A. (1996). Cognitive therapy. In J. L. Jacobson, & A. M. Jacobson (eds.), **Psychiatric secrets**. Philadelphia, PA: Mosby (PP 227-230).
- Seligman, M. E. (1995). **The optimistic child: A proven program to safeguard children against depression and build lifelong resilience**. New York: Harper Perennial.
- Selye, H. (1980). The stress concept today. In I. L. Kutash, L. b. Schlesinger, et al. (Eds.). **Handbook on stress and anxiety**. San Francisco, CA: Lossey-Bass, pp. 127-129.
- Hewitt, J. (1985). **Relaxation**. Reading, England: Cox & wyman.
- Hobeman, H. M., Clarke, G. N., & Saunders, S. M. (1996). Psychological intervention for adolescent depression. In M. Hersen, Eisler, R. M., & Miller, P. M. (Eds.), **Progress in behavior therapy**, vol. 30. New York: Brooks\Cole.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. **Journal of Psychosomatic Medicine**, 11, 213-218.
- Ibrahim, A-S. & Ibrahim, R. M. (1993). Is psychotherapy really needed in nonwestern cultures: The case of Arab countries. **Psychological Reports**, 72, 881-882.
- Ibrahim, A-S. & Ibrahim, R. M. (1996). **The foundations of human behavior in health and illness**. New York, N.Y.: Heartstone Book, Carlton Press.
- Kaplan, H. I. & Sadock, B. J. (1992). **Psychiatric drug treatment**. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins.
- Kaplan, R. M., Sallis, J. F., & Patterson, T. L. (1993). **Health and human behavior**. New York: McGraw Hill.
- Kohlberg, R. J., Tsai, M. & Kohlberg, B. (1996). Functional analysis in behavior therapy. In M. Hersen, Eisler, R. M., & Miller, P. M. (Eds.), **Progress in behavior therapy**, vol. 30. New York: Brooks\Cole.
- Lazarus, A. (1987). The need for technical eclecticism: Science, breadth, & specificity. In J. K. Zeig (Ed.), **The evolution of psychotherapy**. New York: Brunner/Mazel.
- Lazarus, A. (1996). A multidimensional behavior therapist's perspective on Ruth. In G. Corey (Eds.), **Case approach to counseling and psychotherapy**. New York: Brooks/Cool Publishing Company (4th Ed.).
- Lewinsohn, P. M. (1984). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman, & M. M. Katz (Eds.), **The psychology of depression: Contemporary theory and research**. New York, NY: John Wiley.

- secrets.** Philadelphia, PA: Mosby (pp. 231-236).
- Williams, J. M. G. (1992). **The psychological treatment of depression: A guide to the theory and practice of cognitive behavior therapy.** London & New York: Routledge (Second edition).
- Whybrow, P. C. (1997). **A mood apart.** New York: Basic Books (A division of Harper Collins Publishers, Inc.).
- Wolpe, J. (1958). **Psychotherapy by reciprocal inhibition.** Stanford, CA.: Stanford University Press.
- World Health Organization (1992). **ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders.** WHO: Geneva.
- Wulsin, L.R. (1996). Depressive disorders. In J. L. Jacobson, & A. M. Jacobson (Eds.), **Psychiatric secrets.** Philadelphia, PA: Mosby (PP 74-79).
- Yapko, P. (May/June1997). The art of avoiding depression. **Psychology Today**, pp. 37, 75.
- Sharpe, L. (1998). Cognitive-behavioral treatment of problem gambling. In V. E. Caballo (Ed.), **International handbook of cognitive and behavioral treatments of psychological disorders.** Oxford, England: Pergamon. (Pp. 393-416)
- Spiegler, M., & Guevremont, D. C. (1993). **Contemporary behavior therapy** Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing Company (2nd. Ed.).
- Sprafkin, R. P., Gershaw, N. J. & Goldstein, A. P. (1993). **Social skills for mental health: A structured learning approach.** Boston: Allyn and Bacon.
- Stampfle, T. G., & Levis, D. J. (1967). Essentials of implosive therapy: a learning theory based psychodynamic behavioral therapy. **Journal of Abnormal Psychology**, 72, 496-503.
- Welch, G., & Jacobson, A. M. (1996). Behavior therapy. In J. L. Jacobson, & A. M. Jacobson (Eds.), **Psychiatric**

## المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/index-apn.htm>

- صيف 2009 - عدد 23

" سيكولوجية التطرف العقائدي ... وهم القوة و قوة الوهم "

المشرف: أ. د. سامر جميل رضوان - سوريا / عمان

srudwan@hotmail.com

APNjournal@arabpsynet.com

arabpsynet@gmail.com

ملحق العدد 23

ملف خاص على هامش جريمة الحرب على غزة  
الجزء 2

الوجه الآخر للعدوان على غزة.

الآثار النفسية الآنية و المنظورة لجريمة الحرب على غزة  
آخر أجل 28-05-2009

المشرف: بروفيسور عبد العزيز ثابت- غزة، فلسطين

ترسل الأبحاث و الدراسات على العنوان التالي:

thabet@gcmhp.net

abdelazizth@yahoo.com