

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي:/2020



جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

**فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في التخفيف من
أعراض الأرق وبعض المشكلات النفسية المصاحبة
دراسة عيادية لأربعة راشدات**

مذكرة مكملته لنيل شهادة الماستر في شعبة علوم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

جودي يسرى

أمام لجنة المناقشة المكونة من السادة الأساتذة:

رئيسا	أستاذ محاضر (أ) جامعة المسيلة	-
مشرفا ومقررا	أستاذ محاضر (أ) جامعة المسيلة	- د. بوقرة عواطف
ممتحنا	أستاذ محاضر (أ) جامعة المسيلة	-

السنة الجامعية: 2020/2019م

شكر و عرفان

الحمد لله الذي بنعمته تم الصالحات، الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه ان وفقني الله لانجاز هذا العمل المتواضع واتمام خطواته، ولا يسعني الا ان انسب الفضل لاهله .

يسرني في البداية ان أتقدم بالشكر الجزيل لجامعة محمد بوضياف وللأسرة الجامعية القائمة عليها، الى كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والى قسم علم النفس تحديدا، لمجهوداتهم التي قدموها ومازالت تقدم وحرصهم وتفانيهم ولعظائمهم .

كما انوه بالشكر الجزيل وعظيم الامتنان الى استاذتي الفاضلة: د . بوقرة عواطف، التي تفضلت في الاشراف على هذه الرسالة ولم توفر جهدا في تقويم هذا العمل، وتقديم النصح والمشورة، وتذليل العقبات فلها كل من الاحترام والتقدير .

كما أتوجه بالشكر الى الاخصائيين الذين فتحوا عياداتهم ولكل من ساعد في الوصول الى العينات الاستطلاعية وبعض الأمور الخاصة بالدراسة، كما لا يفوتني توجيه الشكر الى افراد العينة "الراشدين" المصابات بالارق النفسي " اللواتي التزمن طيلة فترة تطبيق البرنامج العلاجي رغم صعوبة الظروف في ظل الجائحة والوباء .

وشكر خاص لكل من كانوا معي طيلة هاته الفترة لمن ساندوني وشجعوني وامنوا بي، لمن بذلوا الغالي والنفيس من جهد وصبر ورعاية لوالدي أولا وقبل كل شيء، لاختواتي واخي، لصديقات العمر، أتقدم لكم جميعا بكل ايات المحبة والاحترام على ما قدموه لي من دعم نفسي ومادي خلال فترة عملي بالرسالة . وفي النهاية، كل من ساهم في اخراج هذا العمل المتواضع الى حيز الوجود، لكم جميعا خالص الشكر وعظيم التقدير والامتنان .

فهرس المحتويات

شكر وعرقان

ملخص الدراسة باللغة العربية

ملخص الدراسة باللغة الأجنبية

مقدمة أ

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة 5
- 2- فرضيات الدراسة 8
- 3- أهداف الدراسة 9
- 4- أهمية الدراسة 9
- 5- مصطلحات الدراسة 10
- 6- الدراسات السابقة 11

الفصل الثاني: اضطرابات النوم والأرق.

- تمهيد 19
- 1- النوم عبر العصور 20
- 2- تعريف النوم ومراحله 23
- 1-2- تعريف النوم 23
- 2-2- مراحل النوم 24
- 2-3- أهمية النوم 24
- 3- اضطرابات النوم 26
- 1-3- تعريف اضطرابات النوم 27
- 2-3- تصنيف اضطرابات النوم 28
- 4- الأرق 29
- 1-4- تعريف الأرق 29
- 2-4- تشخيص الأرق 30
- 3-4- أشكال الأرق 31
- 4-4- تفسير الأرق 33

الفصل الثالث: العلاج المعرفي السلوكي.

- تمهيد..... 40
- 1- نشأة العلاج المعرفي السلوكي 41
- 2- تعريف العلاج السلوكي المعرفي 43
- 3- العلاقة العلاجية 44
- 4- قواعد العلاج المعرفي السلوكي 45
- 5- مبادئ العلاج السلوكي المعرفي 46
- 6- الاستراتيجيات المتبعة في العلاج المعرفي السلوكي 47
- 7- اتجاهات العلاج المعرفي السلوكي 51
- 7-1- العلاج العقلاني الانفعالي لاليس 53
- 7-2- العلاج المعرفي لبيك 54
- 7-3- العلاج المعرفي السلوكي وفق منهج ميكنباوم 56
- 8- فنيات العلاج المعرفي السلوكي 58
- 8-1- إعادة البناء المعرفي 58
- 8-2- مناقشة الحوار الداخلي 59
- 8-3- إعادة العزو 59
- 8-4- إيقاف التفكير 60
- 8-5- المراقبة الذاتية 60
- 8-6- التسجيل اليومي للأفكار الاوتوماتيكية 60
- 8-6- جدول الأنشطة 61
- 8-7- الواجبات المنزلية 62
- 8-8- الاسترخاء 62
- خلاصة 64

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة.

- تمهيد..... 67
- 1- المنهج العيادي 68

69.....	2- وصف مجموعة البحث
69.....	3- مجالات البحث
70.....	4- تقنيات البحث
71.....	4-1- المقابلة العيادية
73.....	4-2- الملاحظة العيادية
73.....	4-3- البرنامج العلاجي
74.....	4-3-1- أهمية البرنامج
74.....	4-3-2- اهداف البرنامج
75.....	4-3-4- مصادر إعداد البرنامج
76.....	4-3-5- مراحل تطبيق البرنامج
77.....	4-3-6- العرض التفصيلي لتطبيق البرنامج
89.....	6-3-5- الارشادات العامة للبرنامج
92.....	خلاصة

الفصل الخامس دراسة الحالات والنتائج

94.....	تمهيد
95.....	أولاً- عرض وتحليل الحالات
95.....	1- عرض وتحليل الحالة الأولى
96.....	2- عرض وتحليل الحالة الثانية
98.....	3- عرض و تحليل الحالة الثالثة
99.....	4- عرض و تحليل الحالة الرابعة
100.....	خلاصة
101.....	ثانيا- مناقشة وتحليل نتائج البحث
101.....	1- مناقشة وتحليل الفرضية الاولى
102.....	2- مناقشة وتحليل الفرضية الثانية
102.....	3- مناقشة وتحليل الفرضية الثالثة
103.....	4- مناقشة وتحليل الفرضية الرابعة
104.....	ثالثا- استنتاج عام

106.....	خاتمة
110.....	قائمة المراجع
114.....	الملاحق

ملخص الدراسة باللغة العربية:

هدفت الدراسة الحالية الى التعرف على مدى فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي في التخفيف من الارق وبعض المشكلات النفسية المصاحبة والاثار المترتبة لدى عينة من الراشدين، وكذلك التعرف على مدى استمرار الفاعلية بعد شهر من انتهاء فترة التطبيق والمتابعة. تضمن البرنامج العلاجي اثني عشرة جلسة بواقع جلسيتين أسبوعياً، وجلسة أخيرة لتقييم نتائج البرنامج تم اجراءها بعد شهر من نهاية التطبيق.

وقد تكونت عينة الدراسة (04) راشدين مصابات بالارق النفسي تم اختيارهن

بطريقة قصدية.

وللتحقق من صحة فروض الدراسة استخدمت الباحثة في دراستها الحالية المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة والأدوات التالية: المقابلة الموجهة، الملاحظة العيادية، DSM5 للتشخيص، والبرنامج العلاجي المطبق.

وقد اسفرت نتائج الدراسة الحالية عن فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي في التخفيف من الارق والمشكلات النفسية المصاحبة وكذلك الاثار المترتبة، تغيير عادات وانماط النوم لدى المتدربات، تغيير الأفكار والمعتقدات الخاطئة حول النوم، تحسين نمط الحياة لدى المتدربات، كما توصل البرنامج الى خفض من مستويات القلق والتوتر النفسي والعضلي والتخلص من مشاعر الكآبة.

الكلمات المفتاحية: اضطرابات النوم، الارق برنامج علاجي سلوكي معرفي، راشدين.

Abstract:

The present study aimed to identify the extent of the effectiveness of a cognitive behavioral treatment program in alleviating insomnia and some accompanying psychological problems and implications for a sample of adult women, as well as identifying the extent of continued effectiveness one month after the end of the application and follow-up period.

The treatment program included twelve sessions at two sessions per week, and a final session to evaluate the results of the program was conducted a month after the end of the application.

The sample of the study consisted of (04) adult women suffering from psychological insomnia, who were deliberately chosen.

To verify the validity of the study hypotheses, the researcher used in her current study the clinical approach based on the case study and the following tools: guided interview, clinical observation, DSM5 for diagnosis, and the applied treatment program.

The results of the current study resulted in the effectiveness of the cognitive behavioral treatment program in alleviating insomnia and accompanying psychological problems as well as the consequences, changing the sleep habits and patterns of the trainees, changing the misconceptions and beliefs about sleep, improving the lifestyle of the trainees, and the program also reached a reduction in anxiety levels.

And psychological and muscle tension and get rid of feelings of depression.

Key words: sleep disorders, insomnia, cognitive behavioral therapy program, adult.

مقدمة



مقدمة:

تعد اضطرابات النوم والارق تحديداً من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً وانتشاراً وتمس حوالي ثلث سكان العالم، قد تترافق مع اضطراب آخر كما يمكن ان تكون شكوى رئيسية، ويصيب جميع الفئات العمرية، من الجنسين.

فكل انسان معرض خلال حياته اليومية لسلسلة من التغيرات التي قد تسبب الارق العابر، لكن اذا استمر الامر لفترة طويلة يمكن ان يتطور ليصبح الارق حاداً او مزمنًا، فتبدأ الشكاوى المتكررة من الليالي السيئة ومن اثارها على الفرد، على نشاطه، مزاجه، أدائه علاقاته وحتى صحته البدنية، فقد اثبتت الدراسات وجود ارتباط كبير بين الحرمان من النوم وبين زيادة خطر الإصابة بأمراض مزمنة كأمراض القلب والسكري والسمنة وغيرها.

واضطراب الارق مصطلح يطلق على مجموعة من الاعراض المتمثلة بعضها في: صعوبة البدء في النوم او صعوبة الاستغراق فيه، تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

وهناك أسئلة كثيرة تثار حول اضطرابات النوم والارق عن ماهيتها، أعراضها، وانواعها، هل توجد درجات مختلفة؟، هل توجد أعراض مشتركة؟، وكيف نفرق بينها وبين باقي الاضطرابات المرتبطة؟، وهل هناك سن معينة للإصابة بها؟، وهل تتغير الأعراض من مرحلة عمرية لأخرى أو من جنس لآخر؟، أسبابها؟ هل هناك عوامل وراء انتشارها؟ وهذا ما سنركز عليه في هذا البحث بالإضافة إلى طرق العلاج المتوفرة ونسبة نجاح العلاج السلوكي المعرفي في التخلص من أعراضها.

وللإجابة على كل هذه التساؤلات المطروحة وللإمام أكثر بالموضوع تم تقسيم بحثنا هذا إلى جانبين، جانب نظري وجانب تطبيقي.

فيما يخص الجانب النظري فتم تقسيمه إلى ثلاث فصول نظرية كالاتي:

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.

الفصل الثاني: اضطرابات النوم والأرق.

الفصل الثالث: العلاج المعرفي السلوكي.

أما فيما يخص الجانب التطبيقي فقد تم تقسيمه إلى فصلين:

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة.

الفصل الخامس: دراسة الحالات والنتائج

خاتمة.



الاطار

النظري



الفصل الأول
الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة:

إننا نعيش في عصر ذهبي للأرق. طنين عواميد الإضاءة الليلية، وثرثرة نشرات الأخبار المستمرة على مدار الساعة، وشلال مدخلات الشبكات الاجتماعية، كل ذلك قد بنى عالمًا معاديًا للنوم. لم يعد لليل حدود واضحة تفصله عن النهار. ولم تعد غرفة النوم ملاذًا من المكتب. لقد انهارت الجدران الفعلية والنفسية التي كانت في وقت مضى تصد مد العمل والتفاعلات الاجتماعية. والأمر، كما يصيغه الكاتب جوناثان كيري، أن الأرق عرض حتمي لعصر نشجّع فيه على أن نكون مستهلكين بلا توقف، ومنتجين بلا توقف.

وأكثر ما يشنت الانتباه ويجعل من ممارسة الأعمال والواجبات اليومية كابوسا هو الحرمان من النوم كلياً أو قلة عدد ساعاته، حيث يمثل الأرق تحدياً كبيراً يمكن أن يواجهه إنسان العصر الحديث، مع اختلاف المنبهات والأسباب الصحية التي تجعل من مجرد محاولة النوم مساء شبه مستحيلة.

يحدث هذا في الوقت الذي يتعين عليه فيه القيام بواجبات وأعمال كثيرة في اليوم التالي لا يمكن تأجيلها أو أن إنجازها تحت ثقل التعب الذي يؤثر في الكم والنوع على حد سواء، والإرهاق النفسي المصاحب للتعب الجسدي يعد من أكثر المشكلات التي يسببها الحرمان من النوم الصحي في أقل حدوده الممكنة.

جميعنا تقريباً يصادف نوبات أرق من وقت لآخر، يقننها أهل الاختصاص بمعدل حدوثها مرة واحدة في الأقل خلال السنة الواحدة، وتصل نسبة من يعانون من الأرق إلى حوالي 40% من البالغين في مرحلة ما في حياتهم، ونحو ما يصل إلى 15% منهم يعانون من الأرق المزمن. تعاني النساء من الأرق أكثر من الرجال، على الرغم من أن الدراسات قد أثبتت أن جودة النوم لديهن أعلى من الرجال. وتزداد الشكوى من الأرق مع تقدم العمر (ستيفن دبليو وجي فوستر، 2012:ص84)

وتشمل أعراض الأرق على:

- صعوبة الخلود إلى النوم في الليل
- الاستيقاظ أثناء الليل، أو الاستيقاظ باكراً وعدم القدرة على العودة للنوم من جديد.
- الشعور بعدم الراحة الكافية بعد النوم في الليل، والتعب أو النعاس خلال النهار.
- العصبية، الاكتئاب أو القلق، وأعراض في الجهاز الهضمي.
- صعوبة في التركيز أثناء أداء المهام، بالتالي كثرة الأخطاء والحوادث.
- الصداع الناجم عن التوتر، القلق المستمر بشأن النوم، وربما الخوف منه.

إلا أن استمرارية الأعراض قد تتسبب في مضاعفات خطيرة، فسرعان ما تصبح الآثار الضارة الناتجة عن نقص النوم المزمن بنفس حدة الحرمان الشديد منه. فبعد مرور أسبوعين تقريباً من النوم لفترة تقل عن 6 ساعات كل ليلة، تنخفض معدلات الأداء لدى الشخص لتصل إلى نفس معدلات شخص يُعاني من حرمانٍ حادٍ من النوم لمدة 24 ساعة؛ إذ يمكن أن يؤدي قضاء 4 ساعات فقط في الفراش كل ليلة لمدة 7 أيام إلى الوصول إلى نفس ذلك المعدل في الأداء، وبعد أسبوعين، يصبح معدل الأداء مساوياً لأداء شخص ظل من دون نوم لفترة يومين أو ثلاثة أيام متواصلة. (نفس المرجع، ص37)

إضافة إلى ذلك فإن المصابين بالأرق دائماً مرهقون، ومتضايقون ومعكرو المزاج وعصبيين ومتوترين. وتظهر عليهم سرعة الانفعال والغضب بشكل واضح وبيّن. وكذا النقص في التركيز وفي العطاء والمردودية والتفاعل مع الآخرين، فالإنسان المصاب بالأرق، تبدأ مقوماته ومهاراته في التدرج والانكفاء. فيفضل أن ينعزل عن الآخرين حتى يستكفي متاعبه الصحية والنفسية.

إن عدم الاستكفاء في النوم مدمر ومجهض لقدراتنا في التفكير ومؤهلاتنا في التركيز وفي رصد الوقائع والأحداث التي نتفاعل ونتصارع معها في حياتنا اليومية.

فقلة النوم وما يصاحبها من العياء والإرهاق ونقص في التركيز، يجعلنا عرضة للوقوع في الهفوات والأخطاء بشكل متواتر ومستمر

فلذلك فإن النوم يعد أمراً مهماً لصحتك تماماً كأهمية النظام الغذائي الصحي وممارسة النشاط البدني بانتظام. فهو حاجة بيولوجية غريزية في الإنسان، واضطراباته لها عواملها المؤثرة في العمل والقيادة والأنشطة الاجتماعية المختلفة، وأياً كانت الأسباب التي أدت إلى معاناتك من نقص النوم، فقد يؤثر الأرق سلباً على صحتك العقلية والجسدية. وقد أفاد الأشخاص المصابون بالأرق بأن جودة نوعية حياتهم قليلة مقارنةً بمن ينالون قسطاً كافياً من النوم. كما يزيد استمرار قلة النوم من خطر الإصابة بحالات صحية.

فقد أظهرت الدراسات الواسعة النطاق التي تدرس العلاقة بين النوم والمرض — والتي لم يبدأ إجراؤها إلا مؤخراً — وجود روابط ملحوظة ومنطقية بينهما. فعلى سبيل المثال، ترتبط فترات النوم القصيرة بزيادة خطورة الإصابة بعدد من الأمراض الخطيرة، منها: أمراض القلب والأوعية الدموية، ومرض السكر، وأنواع معينة من السرطان. وثبت أيضاً وجود علاقة وثيقة بين النوم والصحة العقلية. (نفس المرجع، ص103)

من خلال ما سبق، يمكن التأكيد على ضرورة إيجاد طرق علاجية جديدة فعالة وبدون اثار جانبية. ولهذا يعد العلاج المعرفي السلوكي للأرق برنامج متكامل يساعدك على تحديد واستبدال الأفكار والسلوكيات التي تسبب أو تزيد من مشاكلك سوءاً مع العادات التي تحفز النوم الهادئ. على العكس من حبوب المنوم يساعدك العلاج المعرفي السلوكي للأرق على التغلب على الأسباب المسببة لمشاكل نومك. مما يزيد فعاليته على طول المدى. وهذا ما اثبتته نتائج عدة دراسات قام بها مجموعة من الباحثون مثل الدراسة التي اجراها الشطرات (2001)دراسة هدفت لفحص أثر برنامج إرشاد جمعي سلوكي معرفي في علاج الأرق وخفض التوتر لدى عينة من طلبة جامعة البلقاء التطبيقية/ كلية السلط، أبو هين (2008) دراسة لمعرفة أثر استخدام تقنيات الإرشاد السلوكي في تخفيف حدة الأرق الناتج عن

التعرض للصددمات النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الأقصى بغزة، كما قام مورن وزملاؤه (2005)، al et، (Morin) بدراسة لتقييم فاعلية العلاج السلوكي والاعتماد على الذات في علاج الأرق.

وتكتسب الدراسة الحالية أهميتها من نقص البرامج القائمة على العلاج السلوكي المعرفي للتخفيف من حدة اعراض الارق ونتائجه، ولكونه -يمكن القول- يعتبر اضطراب العصر، كما تهتم الدراسة ببناء برنامج علاجي سلوكي معرفي يمكن ان يفيد الاخصائيين والعاملين في الحقل النفسي بشكل عام، ويعزز الممارسة المهنية في هذا المجال، كما تكتسب الدراسة أهميتها من تناولها لشريحة مهمة وفاعلة في المجتمع وهي المرأة الراشدة. وعليه ارتائنا تطوير برنامج تدريبي قائم على العلاج السلوكي المعرفي، واختبار مدى فاعليته وبشكل محدد فان الدراسة تهدف الى الإجابة عن السؤال التالي: هل للعلاج السلوكي المعرفي دور في التخفيف من اعراض الارق والاثار المترتبة عنه؟

هل يساهم البرنامج العلاجي في تحسين وتغيير أنماط وعادات النوم؟ تغيير الأفكار والمعتقدات الخاطئة حول النوم؟ تحسين نمط الحياة؟ هل له تاثير إيجابي على الشدة والمتاعب السيكولوجية ومستوى القلق لدى المتدربين؟ ما مدى استفادة العينات من البرنامج العلاجي وتطبيق الفنيات التدريب عليها في مختلف نواحي الحياة؟

2- فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

- هل للبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي دور في التخفيف من اعراض الارق وبعض المشكلات النفسية المصاحبة والاثار المترتبة عن ذلك؟

الفرضيات الجزئية:

- يساهم البرنامج العلاجي في تحسين وتغيير أنماط وعادات النوم
- يساهم البرنامج العلاجي في تغيير الأفكار والمعتقدات الخاطئة حول النوم

- يساهم البرنامج العلاجي في تحسين نمط الحياة لدى المتدربين
 - للبرنامج تأثير إيجابي على الشدة والمتاعب السيكولوجية ومستوى القلق لدى المتدربين
- 3- أهداف الدراسة:

- تهدف الدراسة الحالية إلى استكشاف فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض حدة واعراض الأرق لدى عينة من النساء الراشدات
 - تطوير استراتيجية برنامج علاجي سلوكي معرفي لخفض الأرق
 - اختبار اثر البرنامج العلاجي في خفض درجة الأرق
 - اختبار مدى استمرار فاعلية هذا البرنامج بعد فترة المتابعة
- 4- أهمية الدراسة:

- تأتي الأهمية النظرية لهذه الدراسة من أجل البحث عن فعالية استخدام العلاج السلوكي المعرفي في خفض الأرق لدى عينة من الراشدات، و مدى استمرار فعاليتها بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي وبعد انتهاء فترة المتابعة
- وكإضافة جديدة إلى مجموعة الدراسات العربية والجزائرية تحديدا التي تعتبر نادرة في هذا الموضوع - على حد علمنا و اطلاعنا - مما يعطي أهمية كبيرة لهذه الدراسة.
- لهذه الدراسة أهمية تطبيقية تتمثل في تزويد الممارسين من المرشدين والتربويين، والباحثين، والمربين، والمهتمين بالمشكلات النفسية بشكل عام، وبمشكلة الأرق بشكل خاص، وإضافة إلى المعلومات للتعرف إلى هذا النوع من المشكلات النفسية- الأرق -وعلى ادوات التشخيص والعلاج المستخدمة فيه.
- علاج الأرق يؤدي إلى تخفيف حدة أكثر من المشكلات النفسية والجسمية والاجتماعية والتربوية والتي ترتبط باضطرابات النوم. وأيضا علاج أو تخفيف الأرق لدى الراشدات يؤدي إلى تحسن الصحة النفسية لديهم، حيث أن التأثير متبادل بين الأرق والصحة النفسية.

5- مصطلحات الدراسة:

5-1- الأرق:

هو "صعوبة مستمرة في بدء النوم، في المدة، والعمق، أو الجودة الذي يحدث على الرغم من وجود الفرص الكافية والظروف الملائمة للنوم، وينتج عنها شكل من أشكال ضعف الأداء اثناء النهار" (الأكاديمية الأميركية لطب النوم، 2014)

وهو اضطراب النوم الذي يتمثل بمواجهة الشخص صعوبة في النوم، قد تتمثل في مواجهة صعوبة في الاستمرار فيه، أو الاستيقاظ المبكر وعدم القدرة على العودة إلى النوم، وأحياناً يُرافقه الشعور بالتعب بعد الاستيقاظ، أو قد يتمثل الأرق بمواجهة صعوبة في الخلود إلى النوم، وتجدر الإشارة إلى اختلاف عدد ساعات نوم الأفراد.

5-2- برنامج علاجي سلوكي معرفي:

هو برنامج مخطط ومتسلسل يركز على أسس نظرية، وأساليب علاجية محددة تستهدف الجوانب المعرفية، والسلوكية، والانفعالية، يحتوي على مجموعة من الأنشطة، والمهارات التي تمارس وفق الخطة العلاجية المتفق عليها بهدف التخفيف من الأرق، والتخلص من الآثار المصاحبة له. ودعم المتدربين، ومواجهة المواقف المقلقة وتصحيح المفاهيم الخاطئة واكتساب عادات جديدة والعمل على منع حدوث الانتكاسة.

ويعرف البرنامج اجرائياً: بأنه التدخل العلاجي الذي يستهدف عينة من النساء الراشحات اللاتي تعانين من الأرق، بهدف التعرف على مدى فاعليته في خفض درجة هذا الاضطراب والتخلص من الآثار المترتبة عنه، معتمدين فيه على تقنيات علاجية سلوكية ومعرفية مثل: التعرف إلى الأفكار التلقائية-المراقبة الذاتية- الحوار الداخلي-الاسترخاء - إعادة البناء المعرفي - حل المشكلات -الواجب المنزلي.

5-3- الراشدات:

وتعرف مرحلة الرشد بالمرحلة العمرية التي تلي مرحلة المراهقة ،وهي فترة تحدث فيها تغيرات جسمية ،نفسية ،إجتماعية ومن هنا فالراشد هو الفرد الذي إآتمل نموه ،وفي هذه المرحلة يتحمل فيها المسؤوليات الخاصة بالأمور التي إختارها وهو بذلك له القدرة على تصور النتائج المترتبة على القرارات التي يتخذها . (أمل حسونة ،2004)

وتعرف اجرائيا: الحالات التي تتراوح اعمارهن بين (25-35سنة) واللاتي تم

تشخيصهن باضطراب الارق حسب المعايير التشخيصية الواردة في DSM V

6- الدراسات السابقة:

6-1- دراسة مورين وازرين (Morin & Azrin،1988) بعنوان الارشاد السلوكي والمعرفي في علاج الارق، حيث تم تطبيق الارشاد السلوكي المعرفي على مجموعة من المشاركين يقدر عددهم بسبعة وعشرين شخصا من كبار السن. وقد تبين ان كلا العلاجين اديا الى تحسن ملحوظ في مستوى ساعات النوم خلال فترة 3شهور ومتابعة لمدة 12شهور، وقد حقق المسترشدون تحسنا ملحوظا في عدد ساعات النوم والاستيقاظ ليلا كما تشير النتائج الى انه يمكن علاج حالات الارق واضطرابات النوم الأخرى باستخدام أساليب الارشاد السلوكي حقق نتائج افضل في علاج مشكلات النوم المختلفة، الا ان الارشاد السلوكي حقق نتائج افضل علاج مشكلات النوم المختلفة مقارنة بالارشاد المعرفي. واستمر تطبيق الارشاد في هذه الدراسة استمر لمدة عشرة أسابيع منها اسبوعان لوضع خط الأساس وأربعة أسابيع للعلاج واسبوع الى ثلاثة أسابيع إضافية لمتابعة العلاج.

6-2- دراسة وولفوك ومكنالتي (Woolfolk & McNulty،1983) بعنوان :

"استخدام الاسترخاء في علاج الأرق." حيث اعتمد الباحثان في هذه الدراسة على استخدام أربعة أساليب علاجية تعتمد على تدريبات الاسترخاء في علاج مشكلة الأرق . وقد تكونت عينة الدراسة من أربعة وأربعين مشاركا تتراوح أعمارهم بين (19) و (71) سنة. تم تطبيق

تدريبات الاسترخاء على المشاركين. في صورة مجموعات صغيرة، كل مجموعة تتكون من خمسة أشخاص.

استمرت تدريبات الاسترخاء لمدة أربعة أسابيع، وقد كان خلالها يمارس المشاركون تدريبات الاسترخاء مرتين يوميا لمدة تتراوح بين 20 إلى 30 دقيقة، وقد اعتمدت تدريبات الاسترخاء أساسا على التحكم الذاتي من خلال قيام كل مشارك بالمسئوليات الملقاة على عاتقه في حل مشكلته. وأشارت النتائج إلى تحسن ملحوظ في خفض ساعات الاستيقاظ بين المشاركين مما يعني التخلص من مشكلة الأرق التي كانوا يعانون منها.

6-3- دراسة مورين وأزرين (Morin and Azrin، 1987) بعنوان " ضبط المتغيرات وتدريب التخيل أساليب علاجية لمشكلة الأرق". حيث حاول الباحثان في هذه الدراسة المقارنة بين ضبط المتغيرات البيئية التي يمكن أن تؤثر على حالة النوم كالضوضاء والإضاءة والأجهزة المختلفة ومكان النوم وتوقيته ، وأسلوب آخر يعتمد على تدريب المشاركين على تخيل أشياء معينة أو تركيز تفكيرهم وتخيلهم على مثيرات محددة لفترة من الوقت حتى يأخذهم النعاس . وقد اشتملت عينة الدراسة على واحد وعشرون مشاركا، وتبين من نتائج الدراسة أن أسلوب ضبط المتغيرات أفضل من أسلوب تدريبات التخيل في علاج مشكلات الأرق لدى المشاركين.

6-4- دراسة مورين وأزرين (Morin & Azrin، 1988) بعنوان الإرشاد السلوكي والمعرفي في علاج الأرق . في هذه الدراسة تم تطبيق الإرشاد السلوكي والمعرفي على عينة من المشاركين يقدر عددهم بسبعة وعشرين شخصا من كبار السن . وقد تبين أن كلا العلاجين أديا إلى تحسن ملحوظ في مستوى ساعات النوم خلال فترة 3 شهور ومتابعة لمدة 12 شهراً .

فالمسترشدون حققوا تحسناً ملحوظاً في عدد ساعات النوم والاستيقاظ ليلاً كما تشير النتائج إلى أنه يمكن علاج حالات الأرق واضطرابات النوم الأخرى باستخدام أساليب الإرشاد

النفسي المختلفة ، إلا أن الإرشاد السلوكي حقق نتائج أفضل في علاج مشكلات النوم المختلفة مقارنة بالإرشاد المعرفي. علماً بأن تطبيق الإرشاد في هذه الدراسة استمر لمدة عشرة أسابيع منها أسبوعان لوضع خط الأساس وأربعة أسابيع للعلاج وأسبوع إلى ثلاثة أسابيع إضافية لمتابعة العلاج .

6-5- دراسة لاكس (Lacks، 1991) بعنوان "ضبط المتغيرات في الإرشاد الجمعي: دراسة حالة. حاول الباحث في هذه الدراسة التأكيد على وجود عدة فوائد للإرشاد الجمعي في علاج الأرق يسمح للمشاركين بتناول المشكلات مع بعضهم البعض ويدرك كل واحد منهم أنه ليس وحده في هذه المشكلة تقدم المجموعة دعم اجتماعي قوى لأعضائها يمكن أن يتخذ بعض أعضاء آخرين نموذج يحتذى بهم في مواجهة مشكلات النوم يمكن للمجموعة أن تساعد في اكتشاف عدد من المشكلات الشخصية ذات التأثير غير المباشر على مشكلة النوم، وهذا يساعد كل عضو في الجماعة على الاستبصار بها.

6-6- دراسة جنغ كويست وزملاؤه (Jungquist، et al.، 2012): دراسة حول فعالية العلاج السلوكي المعرفي للأرق عند المرضى

الذين يعانون من الألم المزمن (Chronic Pain) وقد بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (28) شخصاً يعانون من الآلام المزمنة، وبلغ عدد أفراد المجموعة الضابطة (9) أشخاص بينما بلغ عدد أفراد المجموعة التجريبية (19) شخصاً، وقدم الباحثون برنامجاً علاجياً لأفراد المجموعة التجريبية يستند إلى العلاج السلوكي المعرفي. تكونت جلسات البرنامج من مواضيع تتعلق بتقييد وقت النوم، والنظافة قبل الذهاب الى النوم، والتدريب على الرقابة الذاتية، وإدارة الذات. وأشارت النتائج إلى تحسن ملحوظ لدى أفراد المجموعة التجريبية في مجموع وقت النوم، وقلة الاستيقاظ أثناء الليل وتحسن في نوعية وكفاءة النوم، وخفض الألم المزمن، وتحسن في المزاج، والأداء اليومي.

6-7- دراسة جير نلف وزملائه (Jernelov, et al., 2012): دراسة حول فعالية العلاج السلوكي والمساعدة الذاتية للأشخاص الذين يعانون من الهوس والأرق الأولي، وبلغ عدد أفراد عينة الدراسة (133) شخصاً. تم تقسيم أفراد عينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات: مجموعة تلقت العلاج على شكل مساعدة ذاتية وعدد أفرادها (44) شخصاً، ومجموعة تلقت العلاج بمساعدة وتدخل المعالجين وعدد أفرادها (45) شخصاً، ومجموعة ضابطة عدد أفرادها (44) شخصاً. أشارت النتائج إلى تحسن ملحوظ في النوم وانخفاض في درجة الأرق لدى أفراد مجموعتي المساعدة الذاتية والمساعدة بتدخل المعالجين، مقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة، كما أشارت النتائج إلى حفاظ أفراد المجموعتين التجريبتين على خفض درجة الأرق لمدة تزيد على ثلاثة أشهر بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج من خلال قياس المتابعة.

6-8- دراسة جراديسير وزملائه (Gradisar, et al., 2011) بعنوان : فاعلية العلاج السلوكي المعرفي والعلاج بالضوء الساطع (Bright Light Therapy) لعلاج المراهقين الذين يعانون من اضطرابات النوم وتأخر مواعده، وقد بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (40) مراهقاً من المراجعين لعيادات النوم في جنوب استراليا، وبلغ متوسط أعمارهم (6،14)سنة. تلقى أفراد المجموعة التجريبية وعددهم (23) مراهقاً، العلاج السلوكي المعرفي والعلاج بالضوء. أما أفراد المجموعة الضابطة وعددهم (17)مراهقاً، فلم يتلقوا أيّاً من التدخلات العلاجية. أشارت النتائج إلى تحسن نوعية النوم وانخفاض معاناة المراهقين من صعوبات الدخول بالنوم، وانخفاض آثار قلة النوم أثناء النهار كالتعب وصعوبة التركيز لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة مع المجموعة الضابطة.

6-9- دراسة مكلينيكي وزملائه (Mc Glinchey, et al., 2011) بعنوان أثر الحرمان من النوم على التعبير العاطفي عند المراهقين والبالغين. بلغ عدد أفراد عينة الدراسة (55)مشاركاً، (38) من المراهقين الذكور والإناث، تراوحت أعمارهم بين (11-17)سنة و(17) مشاركاً من البالغين تراوحت أعمارهم بين (30-60) سنة. استخدم الباحثون عدة

طرق لفحص أثر الحرمان من النوم على التعبير العاطفي عند المشاركين منها مقابلات مع المشاركين استمرت ست ساعات. وقاموا بتحليل المقابلات المتعلقة بالتعبير الانفعالي عن طريق تحليل النص.

وقد أظهرت النتائج أهمية النوم لتحقيق التعبير الانفعالي عند البالغين، كما أشارت إلى أن المراهقين أكثر عرضة للتقلبات الانفعالية التي تؤثر في نومهم.

6-10- دراسة جويتز وزملاؤه (Goetz, et al., 2010) حول: تأثير التخصص والعمر على مفهوم الذات الأكاديمي، والعلاقات العاطفية، حيث هدفت الدراسة إلى توضيح العلاقة بين المفاهيم الذاتية والأكاديمية، والمشاعر الأساسية (الاستمتاع، والفخر، والقلق، والغضب، والملل) التي يعاني منها طلاب المدارس الثانوية الألمانية في مجال (الرياضيات، والفيزياء، واللغتين الألمانية والإنجليزية). تكونت عينة الدراسة من (1710) من طلاب المدارس الثانوية الألمانية، تم قياس مفهوم الذات الأكاديمي وعلاقته بالمشاعر الأساسية. أشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية بين مفهوم الذات الأكاديمي والمشاعر الأساسية، كما أكدت النتائج على اختلاف العلاقة بين المشاعر الأساسية ومفهوم الذات الأكاديمي حسب المادة الدراسية (الرياضيات، والفيزياء، واللغتين الألمانية، والإنجليزية)، والعمر.

6-11- دراسة ناقبول (Nagpal, 2009) بعنوان: العلاقة بين الذكاء الانفعالي ومفهوم الذات لدى طلبة كليات التربية في جامعة روهتاك في الهند المؤهلين لأن يكونوا معلمين، وتكونت عينة الدراسة من (60) طالباً من الذكور و(60) طالبة من الإناث. أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الذكاء الانفعالي ومفهوم الذات عند الطلبة من كلا الجنسين، كما وجدت الدراسة أن هناك فروقاً في هذه العلاقة بين الذكور والإناث.

وبحث فرانزن وزملاؤه (Franzen, et al., 2009) بدراساتهم التجريبية تأثير الحرمان من النوم على التفاعل العاطفي وحادقة العين لدى الشباب الأصحاء، وتكونت عينة الدراسة من (30) مشاركاً من الذكور والإناث من الأشخاص الذين يعانون من الحرمان من النوم، وتم

إجراء الدراسة في مختبر النوم لمراقبة طبيعة نوم المشاركين. وتم فحص تأثير الحرمان من النوم على حدقة العين والحالة الانفعالية للفرد من خلال عرض بعض الصور السلبية والإيجابية والمحايدة. أظهرت النتائج تفاعل الحدقة مع الصور السلبية بسبب الحرمان من النوم، كما أشارت النتائج إلى أن الحرمان من النوم يرتبط بردود الفعل العاطفية، وزيادة حدة الاضطرابات النفسية.

6-12- دراسة لاندا وزملاؤه (Landa، et al.، 2009): حول دور الذكاء العاطفي في مفهوم الذات عند طلبة التمريض في جامعة جيان في إسبانيا. هدفت الدراسة إلى البحث في أبعاد الشخصية، وصورة الذات وطرق التعبير عن الذات والوعي بها، وكشف الذات للآخرين، كما اهتمت بالبحث بجوانب الشخصية كاحترام الذات وتقييمها؛ نظراً لكون معرفة الذات تساعد في التطوير المهني. بلغت عينة الدراسة (135) طالباً، تم اختيارهم عشوائياً بناء على رغبتهم في المشاركة. أشارت النتائج إلى العلاقة الإيجابية بين مكونات الذكاء العاطفي وجميع أبعاد مفهوم الذات، كما أكدت النتائج على العلاقة الإيجابية بين الانبساط والمساءلة الشخصية ومفهوم الذات، وأوضحت النتائج العلاقة السلبية بين مفهوم الذات والشخصية العصابية.

6-13- دراسة مورن وزملاؤه (Morin، et al.، 2005): بعنوان تقييم فاعلية العلاج السلوكي والاعتماد على الذات في علاج الأرق، تقوم الدراسة على شرطين أساسين هما العلاج بالمساعدة الذاتية كطريقة علاجية للمجموعة التجريبية، وعدم تقديم العلاج للمجموعة الضابطة. بلغ عدد أفراد العينة (127 امرأة، و65 رجلاً) وكان متوسط أعمارهم (46) سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تكونت المجموعة التجريبية من (96) فرداً والمجموعة الضابطة من (96) فرداً. ويتم العلاج بمساعدة المشاركين ذاتياً من خلال إرسال معلومات أسبوعية لهم حول الأرق، وتزويدهم بستة كتب تعليمية تتعلق بالأرق، وممارسات النوم الصحي، وجدولة مواعيد النوم، وترتيب الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية. أكمل المشاركون تسجيل

الملاحظات عن نومهم، وبعد الانتهاء من فترة المتابعة التي استمرت ستة أشهر، أشارت النتائج إلى وجود تحسن كبير عند أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة، كما أشار المشاركون إلى تحسن كفاءة ونوعية نومهم، وأظهرت النتائج فاعلية الاعتماد على الذات في خفض أعراض الأرق لدى أفراد عينة الدراسة.

6-14- دراسة أبو هين (2008) : أجرى دراسة لمعرفة أثر استخدام تقنيات الإرشاد السلوكي في تخفيف حدة الأرق الناتج عن التعرض للصدمة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الأقصى بغزة. تكونت عينة الدراسة من (27) طالباً وطالبة موزعين على مجموعتين، تجريبية وضابطة، تكونت المجموعة التجريبية من (11) طالباً وطالبة، بينما تضمنت المجموعة الضابطة (16) طالباً وطالبة. أشارت نتائج الدراسة إلى تحسن في حالة النوم لدى أفراد المجموعة التجريبية، عند مقارنتهم بأفراد المجموعة الضابطة، كما انخفض مستوى القلق المرتبط بالأرق لدى أفراد المجموعة التجريبية عند مقارنتهم بالمجموعة الضابطة، ومقارنة بما كانوا عليه قبل البرنامج الإرشادي.

التعقيب على الدراسات السابقة:

يتبين من خلال الدراسات السابقة وهي قليلة بالفعل لعدم وجود الكثير من الباحثين الذين بحثوا في هذا الموضوع، لكن الدراسات السابقة المعروضة كانت ضمن إطار الدراسة الحالية، إلا أن بعضها اختلف في استخدام فنيات العلاج السلوكي المعرفي، أو في العينة موضع الدراسة، وقد استفادت الباحثة في تحديد واختيار عينة الدراسة من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة، وبصورة عامة فقد توصلت الدراسات السابقة لنتائج هامة تعكس أهمية استخدام العلاج السلوكي المعرفي في معالجة اضطرابات النوم والأرق مع مختلف شرائح المجتمع وهو ما استفادت منه الباحثة، وتامل الباحثة من دراستها الحالية أن تتوصل لنتائج تستطيع أن تكون إضافة قيمة إلى ما سبق.



الفصل الثاني
اضطرابات النوم والأرق

تمهيد:

شغل موضوع النوم واضطراباته اذهان العديد من العلماء والمفكرين، وبالرغم مما يعرف عن أهميته منذ القدم، فإن البحث العلمي الجاد في موضوع النوم لم ينشط الا منذ حوالي أربعين عاما، حيث شغل مزيدا من الاهتمام في الوقت الحاضر.

وقد أدى التسارع الحضاري والانهماك المهني لدى المجتمعات الحديثة الى انتشار الاضطرابات النفسية بين الفئات الاجتماعية المختلفة، حيث تقدر نسبة الذين يعانون من هذه الاضطرابات بصفة مزمنة والتي تزيد فيها فترة الاضطراب عن شهر، حوالي ثلث سكان العالم فضلا عن الاضطراب العابر للنوم. (ايب الخالدي، 2006، ص 493)

وسنتناول في هذا الفصل بإيجاز لنبذة تاريخية عن النوم عبر مختلف العصور، مجموعة من التعريفات للنوم، مراحلها وأهميته، اضطرابات النوم، أسبابها، تفسيرها، وتصنيفاتها، كما سنركز على أكثرها شيوعا وهو الأرق.

1- النوم عبر العصور:

لقد ظل النوم موضع دراسة لفترة لا تقل عن ٢٥٠٠ عام، وذلك على يد مجموعة من الأطباء والفلاسفة الإغريق — مثل ألكمايون، وأبقراط، وأرسطو — الذين وضعوا جميعاً نظريات حول أسباب النوم ووظائفه. فقد كتب أرسطو عام 350 قبل الميلاد مجلدًا تحت عنوان "حول النوم واليقظة".

غالبًا ما كانت الملاحظات الأولى للنوم تشير إلى أن سبب النعاس يكمن في المعدة، حيث قامت تلك الفرضية على فكرة أن الأبخرة الدافئة التي تتبع من المعدة أثناء عملية الهضم تتسبب في النعاس، وأن الأطعمة المختلفة تؤثر بدورها على الشعور بالنعاس.

وفي بدايات القرن السابع عشر، أشار رينيه ديكارت إلى أن الدماغ هو العضو البشري الذي يتوسط بين حالي النوم واليقظة، مع الغدة الصنوبرية (مركز إنتاج الميلاتونين) المتحكمة في تدفق «الغرائز الحيوانية» حول الدماغ.

هذا وقد وضعت العديد من النظريات حول أصل عملية النوم خلال القرنين الثامن عشر والتاسع عشر، بما فيها نظرية وجود «مادة النوم» أو مادة التوكسين التي تتكون خلال النهار وتُفرز أثناء الليل مسببة النوم؛ حيث يتأثر الشعور بالنعاس بتدفق الدم، أو نتيجة لإصابة الخلايا العصبية بالشلل ليلاً فتغدو غير قادرة على التواصل، وهي مفاهيم لا تزال قيد البحث والاستكشاف اليوم.

قد تطورت فكرة مركزية الدماغ في عملية النوم في بدايات القرن التاسع عشر بفضل تجارب أجراها عالم التشريح لويجي رولاندو على الطيور وتطورت لاحقاً على يد جان بيير فلورانس، الذي أظهر أن الطيور دخلت في نوم دائم بعد إزالة أنصاف أدمغتها.

وكان علينا أن ننتظر حلول القرن العشرين الذي ظهر فيه علم النوم الحديث لأول مرة في شكله الرسمي على يد هنري بيرون الذي أصدر عمله الأول حول فسيولوجية النوم عام 1913 تحت عنوان «مشكلة النوم الفسيولوجية».

وقد تطلب الأمر قرناً آخر أو أكثر لتحديد موقع مراكز النوم لدى البشر، وهو النجاح الذي تمكّن الطبيب النفسي الروماني كونستانتين فون إيكونومو من تحقيقه خلال انتشار وباء الإنفلونزا الكارثي عام 1918، فقد لاحظ أن بعض مرضاه المصابين بالتهاب الدماغ الفيروسي يُعانون إما من الأرق (نقص في النوم) وإما من نوم مفرط (التهاب الدماغ النومي). واعتماداً على التلف الذي وجده بعد فحص أدمغة المرضى المتوفين، أشار فون إيكونومو إلى أن الدماغ يحتوي على مناطق مختلفة تنظم عمليتي النوم واليقظة. واقترح أنه نظراً لأن التلف الذي أصاب الوطاء أو المهاد الأمامي قد تسبّب في حالة من الأرق المطول، فإن تلك المنطقة من الدماغ هي المسؤولة بشكل طبيعي عن إنتاج النوم. وقد وجد، على النقيض من ذلك، أن التلف في المهاد الخلفي قد تسبّب في حالة مطولة من النوم، فاستنتج أن تلك المنطقة بدورها هي المسؤولة عن اليقظة. وقبل مرور مائة عام على ذلك، ثبتت صحة نظريته تلك.

وقد تم التخطيط الكهربائي الأول للدماغ البشري على يد هانز بيرجر عام ١٩٢٨ بعد أن مكنته التطورات التي حدثت في الفسيولوجيا الكهربائية من وضع الأقطاب الكهربائية على فروة الرأس البشرية من أجل تسجيل النشاط الكهربائي للدماغ.

وفي عام 1939 قام ناثنيل كلايمان الباحث الروسي في مجال النوم بنشر عمله الهام «النوم واليقظة»، وهو العمل الذي يلخص معرفتنا عن النوم اليوم، وروجع عام 1963. أسس كلايمان أول معمل مخصص لأبحاث النوم عام 1965

بجامعة شيكاغو وعكف فيه على دراسة العديد من أوجه النوم والحرمان من النوم، ومن بينها تلك التجربة الشهيرة التي عاش فيها هو وتلميذه بروس ريتشاردسون لمدة شهر بكهوف الماموث بولاية كنتاكي، والتي أظهرت توترات يومية للنوم ودرجات الحرارة في غياب المؤثرات النوم الخارجية. ولعل أشهر إسهاماته في هذا الصدد كان وصفه الرسمي لنوم حركة العين السريعة، بعد الملاحظات التي أجراها تلميذه يوجين أسيرنسكي.

وفي الفترة الزمنية نفسها تقريبًا -أي أربعينيات القرن العشرين وخمسينياته- تمكن باحثون من بينهم جوزيبي موروتزي، وهوراس ماجون، وميشيل جوفيه من تطوير عمل فون إيكونومو وأظهروا أن استثارة مناطق مختلفة من جزء آخر من الدماغ وإصابتها بالضرر - جذع الدماغ على وجه التحديد - يمكن أن يؤثر على النوم كذلك. وعلاوة على ذلك، وجدوا أن التسجيلات الخاصة بتلك المناطق من الدماغ قد تغيرت على نحو ملحوظ عند النوم واليقظة. لقد تمكن هؤلاء الباحثون، بشكل مجمل، بفضل تلك الأعمال من التوصل إلى أن العديد من المناطق داخل جذع الدماغ تشترك في الحفاظ على عملية اليقظة، وفي التسبب في دورة نوم حركة العين غير السريعة ونوم حركة العين السريعة.

لقد تمكن هؤلاء الباحثون من الرواد الأوائل من جعل النوم مادة جادة للدراسة وابتكروا مجالاً علمياً جديداً. وتزخر المكتبة الوطنية الأمريكية للطب اليوم بقاعدة بيانات إلكترونية مهولة تسمى «بابميد»، وتضم قرابة الـ 110 آلاف مقال بحثي عن «النوم»، ويزداد هذا الرقم بصورة يومية. (ستيفن وراسل، 2015، ص14-16)

2- تعريف النوم ومراحله:

2-1- تعريف النوم:

هو حالة فيزيولوجية يفقد فيها الفرد الاستجابة الشعورية لمثير، أي انها حالة يتوقف فيها التفاعل الحسي الحركي مع البيئة المحيطة ويقل فيها الانتباه الى النبّهات الخارجية، ويعني النوم فيزيولوجيا نوم قشرة لحاء المخ. (غانم،2004، ص16)

حالة يومية، تتميز بتعليق جزئي أو كلي للوعي، تثبيط عضلي إرادي، وعدم الحساسية النسبية للتخفيف. تشمل الخصائص الأخرى المخطط الكهربائي للدماغ الفريد المرتبط بالنوم وأنماط تصوير الدماغ. تساعد هذه الخصائص في التمييز بين النوم الطبيعي وفقدان الوعي بسبب إصابة الدماغ أو المرض أو المخدرات. (APA، 987 p)

ويعرفه كليتمان (kleitman(1963) بأنه: "حالة غير متغيرة من الاستثارة المنخفضة، يتسم بأنشطة متنوعة ومستمرة في حركة الجسم والاحلام، والنظم الفيسيولوجية والبيوكيميائية، ويستخدم عادة رسام المخ الكهربائي للتعرف على التغيرات التي تحدث اثناء النوم. (اديب الخالدي،2006، ص438)

وفي تعريف مشابه: فان النوم حالة من الهدوء تشمل الجهاز العصبي والعضلات كما يدل ذلك تسجيل النشاط الكهربائي للمخ وانخفاض للتوتر العضلي في حالة النوم العميق، وهو حالة وظيفية حيوية مهمة في استعادة النشاط، وحفظ الاتزان الداخلي اللازم لإمداد الجسم بالطاقة اللازمة لمواصلة القيام بعمله. (الشربيني،2000، ص25)

ويتناول الزراد مجموعة من التعريفات منها: ان النوم "حالة يقل فيها الانتباه الى المثيرات الخارجية، او يتوقف خلالها هذا الانتباه"

وأيضاً "حالة فيزيولوجية مرتبطة بشروط خاصة لكي يتم تحقيقها مثل الشعور بالنعاس والتمدد والاسترخاء، وتوافر شروط فيزيقية وعضوية" كما يعرف بأنه عبارة عن وسيلة دفاعية لحماية الجهاز العصبي من الانهك، وكعلاج فيسيولوجي ذاتي يهدف الى تحقيق التوازن العضوي لدى الفرد. ويعرف كذلك بأنه الحالة الطبيعية الهادئة الخالية من أي اضطراب للدماغ ينتج عن الاحساسات. (فيصل الزراد، 2000، ص 451-452)

2-2- مراحل النوم:

تسجيل الإشارات الكهربائية التي تصدر عن حركة العين عن طريق السجل الكهربائي لعضلات العينين ECG له علاقة مباشرة بتحديد مراحل النوم وتقسيمها الى نوعين من الحالات الفسيولوجية هما:

○ نوم حركة العين السريعة: (Rapide Eye Movement) (REM) ويتميز بنشاط زائد للمخ أثناء النوم يشبه حالة اليقظة، وتكون نسبة 20-25 % من فترة النوم في الكبار ونصف فترة النوم تقريبا في الأطفال.

○ نوم انعدام حركة العين السريعة: Non REM، وهي فترة نوم عميق يتغير فيه نشاط المخ إلى حالة من البطء والهدوء وكذلك وظائف الجسم الحيوية، ويمثل 70-80% من زمن النوم في الكبار، ونصف فترة النوم في الصغار.

ويحدث تتابع لهاتين الحالتين في دورات على مدى ساعات النوم تصل مدة كل واحدة منها 90 دقيقة في المتوسط. (الشربيني، 2015، ص 14)

2-3- أهمية النوم:

من الجدير بالذكر انه من خلال النوم يتم اصلاح مواطن الضعف في البدن، وتنمية الجهاز العصبي المركزي، وهو ضروري أيضا لعملية التعلم، حيث يساعد على تشغيل المعلومات وتقوية الذاكرة، كما انه يوفر فرصة لحذف او محو

الارتباطات العصبية التي لا يتم الاحتياج اليها، وذلك لزيادة فعالية او كفاءة تشغيل المعلومات. (الدسوقي،2006)

ولعل الأثر الأساسي للحرمان من النوم هو أن الشخص يقضي نهاره وهو يشعر بنعاس شديد، ومن المحتمل أن يخلد إلى النوم عنوة حينما يجلس في مكان هادئ، أو في موقف رتيب مثل الاجتماعات أو في الفصل المدرسي. إن هذه الدرجة من النعاس الحاد تشكل مصدر خطر على الفرد، وقد يسبب الحرمان من النوم النعاس أثناء قيادة السيارة أو غيرها من النشاطات. (Baron& Kalsher ، 2008)

وقد اشارت الدراسات الى ان حصول الفرد على قسط مناسب من النوم يجعله معتدل المزاج مرتاح النفس نشط الجسم، مما يساعد على انتاجه إذا كان عاملاً، وعلى الاستنكار إذا كان طالب علم. اما اضطرابات النوم وقلة حصول الفرد على حاجته من النوم فانه يؤدي الى ضعف همته، وقلة طاقته الجسمية وشروذ ذهنه، واضطراب مزاجه، وانخفاض انتاجه، وسوء علاقته بالآخرين. (عودة ومرسي، 1986)

ويصاحب ذلك تغيرات واضطرابات في دقات القلب، كما يصبح تخطيط الدماغ غير منتظم، وأما إذا كان الحرمان من النوم لفترات طويلة فإن ذلك يؤدي إلى تفكك الأنا، وشيوع الهلوس والضلالات، وتدهور الوعي واضطراب السلوك. فضلاً عن ضعف القدرة على العمل (عبد الخالق والمشعان والشطي، 1995)

والنوم يمكن أن يعد عملية تكيف للظروف القائمة داخل الكائن الحي أيضاً ذلك أن الكائن الحي يستهلك قدراً أقل من الطاقة عندما تنخفض معدلات الأيض والتمثيل الغذائي عنده وكذلك معدلات تبديد الحرارة وضياها من الجسم. وهكذا يمكن أن تنتظر إلى خمول وسكون المخلوقات النائمة على أنه نوع من الاقتصاد

في موارد الطاقة المحدودة تلك الموارد التي يكون مآلها إلى النفاد لو استمر النشاط بصفة مستمرة وبدون انقطاع. (ألكسندر بوربلي، 1992، ص 234)

نخلص الى القول ان النوم إذا ليس مجرد ركود وخمول، انما هو مرحلة صيانة للجسم، واستعادة لما فقدته من عناصر حيوية وهو مرحلة يستطيع من خلالها الجسم ان يحضر ما يلزمه من مواد يحتاجها في الفترة التالية من اليقظة والنشاط. (باشا، 1993)

3- اضطرابات النوم:

ومما هو جدير بالذكر أن مشكلات النوم من المشكلات الشائعة في المجتمعات الحديثة، فقد ظهر أن اضطرابات النوم ترتبط بالمشكلات الصحية، وأصبح واضحاً الآن أن اضطرابات النوم يمكن أن تؤدي إلى نتائج سلبية، تؤثر في أداء عدد من الأجهزة الجسدية لوظائفها، كما أن هناك أدلة من علم الوبائيات على أن اضطرابات النوم قد تكون من بين عوامل الخطر المؤدية إلى الوفاة، وأثبتت البيانات الوبائية المستعرضة والطولية أن المرضية المشتركة Comorbidity موجودة بين اضطرابات النوم والاضطراب النفسي، وبخاصة بين الأرق وكل من القلق والاكتئاب (Abdel Khalek، 2008)،

وفي جميع الحالات تشكل اضطرابات النوم مصدراً إضافياً لقلق الإنسان، وهذا القلق لا يتوقف على الإنسان الذي يعاني من الأرق وحده بل يمتد في معظم الأحيان إلى الأشخاص المحيطين به؛ حيث يعانون من صعوبة التعامل معه بسبب سرعة الاستثارة والعصبية الزائدة لديه (شند والدسوقي، 2003)

بجانب ان علاقته بالآخرين تتسم بالتوتر نتيجة لعدم حصوله على كفايته من النوم. (أبو هين، 2006، ص 63)

3-1-تعريف اضطرابات النوم:

تشير اضطرابات النوم الأولية إلى اضطراب صعوبة الدخول في النوم أو مواصلة النوم أو النوم المفرط، وتتميز باضطراب في كمية وكيفية النوم. (الخالدي،2006)

ويعرف عودة ومرسي (1986) اضطرابات النوم بأنها: الصعوبات أو المعوقات التي تؤدي إلى قلة النوم عند الأفراد أو سوء نظامه-وما إليهما معاً-وهي إما تظهر في بداية النوم أو في اثناؤه (ص308).

ووفقا لما جاء في (APA Dictionary)،(2015: فهو اضطراب مستمر في أنماط النوم النموذجية (بما في ذلك كمية ونوعية وتوقيت النوم) أو الحدوث المزمن لأحداث أو سلوك غير طبيعي أثناء النوم. في DSM-IV-TR، يتم تصنيف اضطرابات النوم على نطاق واسع وفقاً للسبب الواضح، والذي قد يكون عوامل داخلية أو عوامل تكيفية (اضطرابات النوم الأولية)، أو اضطراب عقلي آخر، أو حالة طبية، أو تعاطي المخدرات. تنقسم اضطرابات النوم الأولية إلى ديسومنياس وباراسومنياس. DSM-5، الذي يشمل اضطرابات النوم تحت عنوان اضطرابات النوم واليقظة، يزيل اضطرابات النوم المتعلقة باضطراب عقلي آخر والحالة الطبية العامة ككيانات متميزة من أجل تجنب وضع افتراضات سببية حول الاضطرابات المرضية المشتركة. نظام التصنيف الذي أدخلته جمعية مراكز اضطرابات النوم في عام 1979 يجمع اضطرابات النوم وفقاً لأعراض الأفراد التي تظهر: اضطرابات بدء النوم والحفاظ عليه؛ اضطرابات النعاس المفرط. اضطرابات جدول دورة النوم والاستيقاظ. والاختلالات المرتبطة بالنوم أو مراحل النوم أو الاستيقاظ الجزئي.

ويقول القشاعلة (2019): هو اضطراب لأنماط نوم الانسان، قد تكون اضطرابات النوم خطيرة لدرجة تتعارض مع الوظائف الحيوية والاجتماعية والعاطفية للمصاب. (القشاعلة، 2019، ص 99)

3-2- تصنيف اضطرابات النوم:

وقد صنف الخالدي (2006) اضطرابات النوم الى مجموعتين أساسيتين

هما:

أولاً: صعوبات النوم Dyssomnias: وتشمل الاضطرابات الآتية:

1- اضطراب الأرق. Disorder Insomnia.

2- اضطراب فرط النوم. Hypersomnia.

3- اضطراب جدول النوم Disorder Schedule Wake-Sleep

ثانياً: مصاحبات اضطرابات النوم Parasomnia:

وتشمل الاضطرابات الآتية:

1- اضطراب الكوابيس الليلية. Disorder Mare Night.

2- اضطراب الفزع الليلي. Disorder Terror.

3- اضطراب المشي أثناء النوم (التجول الليلي Disorder Walking)

Sleep

وفيما يلي نأخذ واحداً من هاتاه الاضطرابات بشيء من التفصيل لكونه

موضوع الدراسة وهو الارق.

4- الأرق:

من الواضح ان الأرق يعد من أكثر شكاوى اضطرابات النوم انتشارا لدى كثير من الناس، وينطبق ذلك على مختلف المراحل العمرية، وفي كل بلد وإقليم قيست فيه مشكلات النوم. وخلال السنوات الأخيرة انصب التركيز بشكل متزايد على تعريف الأرق ليس لكونه شكوى فحسب، ولكن بوصفه اضطرابا نوعيا يتم ببعض الاعراض التي تحدث بشكل متكرر وحاد ومنتظم، ويمثل تعارضا مع الوظائف التي يقوم بها الفرد في حياته اليومية. (Buysse،2008)

4-1-تعريف الأرق:

الأرق هو عدم القدرة على النوم، وهو أكثر اضطرابات النوم انتشاراً، ويصيب ثلث الناس على مدى حياتهم، وتعريف الأرق هو عدم القدرة على استهلال أو استمرار النوم بصورة مؤقتة أو دائمة، ولالأرق أسباب عضوية مثل الأمراض الجسدية، أو نفسية مثل القلق والاكتئاب، وأسباب أخرى بسيطة، ولالأرق نوعان: الأولي Primary، والثانوي Secondary، ويتم علاج هذه الحالات باتباع بعض الإرشادات أو استخدام أدوية منومة وعلاج السبب في الحالة. (الشريبي، ص86)

ويشير مورين (Morin،1993) الى ان الأرق هو عدم رضا الشخص عن النوم، نوم غير كاف، صعوبة في النوم، الاستيقاظ المتكرر، وحتى بعد الاستيقاظ ليلا يجد الانسان صعوبة كبيرة في العودة الى النوم، الاستيقاظ مبكرا جدا في الصباح دون ان يحصل على كفايته من النوم.

كما عرفه السهل (2001) بأنه صعوبات نفسية وسلوكية تحول دون حصول الشخص على قسط كافي من النوم يتناسب مع حاجة جسمه والنشاط الذي يبذله. (السهل، 2001، ص16)

أي انه عدم المقدرة على النوم في الفترات التي اعتاد عليها الانسان، وصعوبة الرجوع الى النوم أي صعوبة النوم، او الاستيقاظ بشكل متكرر خلال الليل. (السيد،2007، ص84)

أي انه قد يظهر في بداية النوم فيحول دون الدخول فيه، او يظهر اثناء النوم فيحول دون استمراريته. (الريماوي،1995)

4-2- تشخيص الارق:

إن تشخيص الارق واضطرابات النوم عند المرضى يجب ان يكون بدقة، خاصة المزمدة منها. لذلك يجب اخذ التاريخ المرضي للمفحوص والتركيز بشكل خاص على تاريخ النوم، التاريخ الطبي، كذلك اخذ تاريخ الامراض النفسية، وتقييم المريض نفسيا وفحصه بصورة جيدة، حتى لا يتبين وجود معلومات او اعراض تغير التشخيص.

ويجب معرفة ان كان يستخدم اية ادوية او مخدرات او كحول او يدخن، وما معدل استهلاكه لها، وطريقة النوم مع استخدام هذه العقاقير. وربما يكون من المفيد سؤال الشخص الذي ينام مع المريض.

ويشخص الارق حسب DSM5 بناء على توافر المحكات التالية:

أ- الشكوى المسيطرة هي عدم الرضا عن كمية أو نوعية النوم، ومرتفعة مع واحد أو أكثر من الأعراض :

1- صعوبة البدء في النوم. (عند الأطفال، فقد يظهر كصعوبة بدء النوم دون تدخل مقدم الرعاية)

2- صعوبة الحفاظ على النوم، ويتميز بالاستيقاظ المتكرر أو بمشاكل العودة إلى النوم بعد الاستيقاظ (عند الأطفال، قد يظهر كصعوبة العودة للنوم دون تدخل مقدم الرعاية).

- 3- الاستيقاظ في الصباح الباكر مع عدم القدرة على العودة إلى النوم
- ب- يسبب اضطراب النوم تدنيا أو إحباطا ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى
- ج- صعوبة النوم تحدث بما لا يقل عن 3 ليال في الأسبوع
- د- صعوبة النوم موجودة لمدة 3 أشهر على الأقل.
- هـ- صعوبة النوم تحدث رغم الفرصة الكافية للنوم.

الأرق لا يفسر بشكل أفضل ولا يحدث حصرا خلال مسار اضطراب آخر من اضطرابات النوم واليقظة (على سبيل المثال، حالات النوم الانتيابي، اضطراب نوم متعلق بالتنفس، اضطراب إيقاع الساعة البيولوجية للنوم واليقظة، وحالات النوم المضطرب)

- لا يعزى الأرق إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، إساءة استعمال مادة، دواء). التواجد المشترك للاضطرابات العقلية والحالات الطبية لا يفسر على نحو كان الشكوى السيطرة من الأرق

حدد ما إذا كان مع مرضة مشتركة لاضطراب عقلي عدا اضطرابات النوم، بما في ذلك اضطرابات استعمال المواد مع مرض طبي مشترك آخر مع غيره من اضطرابات النوم.

4-3- أشكال الأرق:

إذا مما سبق فالأرق يتمثل في عدم القدرة على الدخول في النوم او عدم القدرة على النوم المدة المطلوبة، او حدوث تقطع متكرر اثناء الليل، وقد يأخذ الأرق أحد ثلاثة اشكال او الاشكال الثلاثة الاتية معا: صعوبة البدء في النوم، او صعوبة الاستمرار في النوم، او الاستيقاظ المبكر جدا في الصباح. (شيفر

ومليمان، 2001)

أرق البدء في النوم: حيث يجد الفرد صعوبة في بداية الاستغراق في النوم .
أرق الاستمرار أو الاحتفاظ بحالة النوم: ويجد الفرد صعوبة في الاستمرار نائماً
ويستيقظ مرات متكررة خلال الليل .أرق نهاية النوم: ويحدث عندما يستيقظ الفرد
مبكراً في الصباح، ويعجز عن الدخول ثانية في النوم. (عبد الرحمن العيسوي، ب
ت، ص138)

بينما يرى كثير من الباحثين أن الأرق يشمل أربعة جوانب هي:

1-صعوبة بدء النوم،

2-المحافظة علىه أو تقطعه،

3-النوم غير المنعش الذي لا يساعد على استعادة النشاط،

4-عواقب الأرق وتأثيره في الجوانب المهنية والاجتماعية فضلاً عن الشعور

بالضيق وعدم التركيز. وليس من الضرورة -بطبيعة الحال-أن يشمل الأرق كل

هذه الجوانب مجتمعة لدى الفرد الواحد. (عبد الخالق،2007)

وهناك تصنيف آخر للأرق؛ حيث يصنف شند والدسوقي (2003) الأرق

إلى:

أولاً: أرق مؤقت أو عارض Transient Insomnia :

هذا النوع من الأرق يدوم أو يستمر بضعة ليالٍ أو أسابيع فقط، ويرتبط

عادة بحدوث مسبب للتوتر أو الضغوط مثل التقدم للامتحان أو فقدان شخص

عزيز، أو عدم الراحة الجسمية أو العاطفية، أو اضطراب مواعيد النوم واليقظة

بسبب الإرهاق الناتج عن رحلة طيران طويلة، أو الآثار الجانبية التي تحدثها بعض

الأدوية، ويطلق البعض على هذا النوع من الأرق اسم الأرق الأولي Primary

Insomnia

ثانياً: الأرق المزمن طويل الأمد: Chronic Insomnia

هذا النوع من الأرق يدوم أو يستمر لأسابيع أو شهور عديدة أو عدة سنوات، ويحدث عادةً عندما يعاني الشخص من الأرق لمدة ثلاث ليال على الأقل في الأسبوع ولمدة شهر أو أكثر، والأسباب الشائعة لحدوثه هي: الاكتئاب، والضغط المزمنة، وغالبًا ما يكون مرتبط بمشاكل صحية مثل التهاب المفاصل، وقصور القلب، والربو، وأمراض الكلى، ومرض باركنسون، وفرط نشاط الغدة الدرقية، وتوقف التنفس أثناء النوم، كما أن هناك عوامل سلوكية تسهم في حدوثه مثل اضطراب مواعيد النوم واليقظة (شند والدسوقي، 2003)

مما تقدم وفي نفس السياق فإنه يمكن تقسيم الأرق تبعاً لمنشئه إلى: الأرق عضو المنشأ؛ ومرده إلى أسباب بيولوجية كالأمراض، والإجهاد العصبي، والزيادة في درجة الحموضة في المعدة، والإجهاد الجسمي والدورة الدموية الضعيفة، وانخفاض السكر في الدم، والإدمان على المخدرات، والتدخين، والقلق العصبي، والاكتئاب التفاعلي، وعصاب الوسواس القهري. وهناك الأرق النفسي المنشأ عن عوامل نفسية مثل: انشغال البال بهوم الحياة ومشكلاتها، والخوف من المستقبل، والتوتر، وعدم الاستقرار، وعدم إشباع الحاجات الأساسية، وضعف الثقة بالنفس (الشرط، 2001)

وهناك الأرق ذو المنشأ البيئي؛ والذي يتطور نتيجة لعدة عوامل مثل: الأصوات، وثقل الأغذية، والزيادة في الحرارة أو البرودة، والإضاءة القوية ولباس النوم الثقيل، والفرش الصلب، والضجيج وضيق السكن. (الريماوي، 1995)

4-4- تفسير الأرق:

حاولت الدراسات التساؤل عن دور كل من الوراثة والبيئة في إحداث الأرق أو بمعنى آخر هل النوم الرديء أو المضطرب سلوكية يتم تعلمه أم أنه قابلية

بيولوجية حتمية أو هما معا؟ وقد توصلت إحدى الدراسات إلى أهمية التعلم في إحداث النوم، وعلى سبيل المثال وجد أن وجود أحد الوالدين بجوار الطفل عند النوم يزيد من احتمال استيقاظه أثناء الليل بينما يعتاد الأطفال النوم المستقر في حالة وجود أحد الوالدين إلى جوارهم وينزعجون إذا استيقظوا أثناء الليل فوجدوا أنفسهم بمفردهم مما يتسبب في اضطراب نومهم (Adair, Bauchner, Philipp, 1991, Levenson & Zuckerman, 1991)

بينما يكون بعض الأفراد عرضة من الناحية البيولوجية للنوم المقلق أو المضطرب وهذه القابلية تختلف من شخص إلى آخر، ويمكن أن تتراوح من اضطرابات معتدلة إلى اضطرابات حادة أو شديدة، فعلى سبيل المثال ربما يكون شخص ما نومه خفيف (أي يثار بسهولة أثناء الليل) أو لديه تاريخ مرضي عائلي للأرق أو نوبات النوم المفاجئة (غفوات النوم Narcolepsy) أو توقف التنفس أثناء النوم وكل هذه العوامل يمكن أن تؤدي في النهاية إلى مشكلات تتعلق بالنوم، وهذه التأثيرات تكون عوامل مهينة للاضطراب، وربما لا تكون في حد ذاتها مسببة للاضطراب دائماً، بل إنها قد تتحد مع عوامل أخرى للتدخل في عملية النوم أو إعاقتها (Spielman & Glovinski, 1991).

وقد قدم أكثر من نموذج في محاولة لتفسير أسباب الأرق، وكان النموذجان المعرفي والسيولوجي من أكثر هذه النماذج شيوعاً، حيث يفسر كلاهما الأرق بأنه اضطراب يتسم بالتنبيه الزائد خلال فترة النهار بأكمله، وهذا التنبيه الزائد قد يعبر عن نفسه بوصفه حالة من حالات اليقظة المفرطة في أثناء النهار، وصعوبة في استهلال النوم ومواصلته أثناء الليل. فيركز النموذج المعرفي للأرق على أن توتر الفرد وقلقه نتيجة ضغوط الحياة وصعوباتها، سوف يؤدي إلى مشكلات النوم، ويحدث نوبات حادة من الأرق، ولا سيما عند استهلال النوم والعودة إليه بعد

الاستيقاظ، فعندما يتعرض الفرد لخبرة صعوبات النوم، يتم ترجمة أحداث الحياة التي يمر بها إلى توتر حول النوم نفسه، وإلى صعوبات في أخذ قسط كاف من النوم. وهذا النشاط المعرفي السلبي يحظى بمزيد من التحفيز إذا تم اكتشاف تهديد أو خلل يعوق النوم (Roth, 2007)

أما في النموذج المعرفي للأرق وفقا لما ذكره "هارفي Harvey"، فإن الأرق يستمر من خلال توالي العمليات المعرفية التي تعمل في أثناء الليل والنهار، والعمليات المعرفية الخمس المسئولة عن تكوين هذا التوالي هي التوتر) الذي يتكون عن طريق التنبيه والضيق (، والتنبيه الانتقائي، وسوء إدراك النوم، وبعض الأفكار اللاعقلانية، والسلوكيات الآمنة المضادة للإنتاجية counter productive safety behaviors. وهناك افتراضان يمكن استخلاصهما من هذا النموذج، يتمثل الأول في أن العمليات المعرفية التي يفترض أن تعمل في أثناء الليل، تنطبق بشكل متساو على صعوبة استهلال النوم مع بداية الليل، وصعوبة العودة إلى النوم بعد الاستيقاظ في أثناء الليل، والاستيقاظ مبكرا جدا في الصباح. وثانيا، فإن عمليات المحافظة على النوم قد تنشط في أي لحظة في هذا النموذج، ونتيجة للخبرات النهارية أو الليلية على حد سواء (Abe & Germain, 2012)

والى جانب النموذج المعرفي في تفسير الأرق، قدم "روث" النموذج الفسيولوجي الذي يفترض فيه أن فرط التنبيه يرجع مبدئيا إلى عوامل عصبية أو فسيولوجية، ويقاس التنبيه الفسيولوجي عن طريق معدل الأيض وضربات القلب، وقياس بعض الأجهزة العصبية الغذائية، وهنا تجب الإشارة إلى أن هذه الأجهزة تقوم بدور الوسيط لآثار السيروتونين Serotonin، في دورتي النوم واليقظة. ومصادقا لذلك، فعندما يقارن بين الأشخاص الذين ينامون بشكل طبيعي وجيد من ناحية، ومرضى الأرق من ناحية أخرى، تبين أن معدلات ضربات القلب والأيض لدى

مرضى الأرق كانت أعلى مقارنة بالأسوياء. ويضيف "روث" أن النشاط المزمن لجهاز الاستجابة للضغط Stress Response System، في الأجهزة العصبية الغدية، هو المسئول عن التنبيه في أثناء النوم، كما أن مستويات الكولسترول، والهرمون المنبه لقشرة الكظر Adrenocorticotrophic. تؤثر في حالات النوم، ويفرز مرضى الأرق كذلك معدلات مرتفعة من الجلوكوز في عمليات أيض الجلوكوز في المخ في أثناء الاستيقاظ، فضلا عن غياب رمشة العين في أثناء اليوم مقارنة بالأسوياء Roth،sheng،2007؛(2011) وقد يسهم النموذجان المعرفي والفسولوجي في تفسير أسباب الأرق التي تتضمن التنبيه الزائد، كما أنهما قد يتكاملان.

أما النموذج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Model فيعد نموذجا تكامليا، يجمع بين متغيرات تشمل الفرد والزمن والبيئة، وحجر الزاوية في هذا النموذج، هو مفهوم التنبيه المفرط Hyper arousal، وقد يكون التنبيه المفرط يرجع إلى عوامل معرفية أو سلوكية أو فسيولوجية، فضلا عن أن الإشرط يعد عاملا مفاقما للتنبيه. ووفقا لهذا النموذج، تتضمن محاولة مواجهة الأرق قيام الأفراد بتطوير عادات نوم غير توافقية، من مثل البقاء في السرير فترات طويلة، أو اللجوء إلى قيلولة في أثناء النهار. وهذا في حد ذاته يؤدي إلى استمرار الأرق من خلال عدم الحفاظ على إيقاع النوم والاستيقاظ المنتظم. ومن ثم فإن التنبيه المفرط في هذا النموذج كثيرا ما لا يقتصر على القيام بدور المحفز، بل إن هناك عددا كبيرا من العوامل من مثل عادات النوم غير التوافقية، أو إدراكات معرفية سلبية تعمل على استمرار الدورة السلبية للنوم. (Talbot & Harvey, 2010, p43)

ومن الواضح أن هناك عوامل متداخلة كثيرة، يمكن أن تفسر أسباب اختلاف معدلات انتشار الأرق بين الجنسين وعبر المراحل العمرية، فلكل مرحلة

من هذه المراحل طبيعتها الخاصة، من حيث التغيرات التي تطرأ على الإنسان في كل مرحلة، فضلاً عن اختلاف استجابة الفرد لهذه التغيرات من مرحلة عمرية إلى أخرى، بالإضافة إلى العوامل البيولوجية والنفسية الارتقائية التي تفسر الأرق. وإن كان كل نموذج من هذه النماذج تبني منحى محدد في تفسير الأرق، لذلك ينبغي أن ننظر إلى هذه النماذج في إطار تكاملي، يجسد الوحدة البيولوجية النفسية الاجتماعية للإنسان، في حالات السواء والاضطراب.

خلاصة الفصل:

تقدر نسبة الذين يعانون من اضطرابات النوم بصفة مزمنة، والتي تزيد فيها فترة الاضطراب عن شهر، حوالي ثلث سكان العالم فضلا عن الاضطراب العابر للنوم.

ومن اشيع هذه الاضطرابات الارق، الذي يعد من اكثرها انتشارا، حيث يؤثر في حوالي 35% من الراشدين خلال أي وقت من الأوقات، وان المسنين والنساء هم الأكثر عرضة للتأثر به.

ويمكن ان تكون هذه الاضطرابات مؤشرا لكثير من الاضطرابات العضوية والنفسية والسلوكية، لذا فان الحالة الصحية للجسم وما فيها من جلاء العقل واتزان الانفعالات يمكن ان تضطرب جميعا إذا ما اضطرب نوم الفرد، ولا سيما بالحرمان، كالانقاص من مدة النوم الطبيعي للفرد او الحرمان الكلي او الجزئي منه، وقد يكون في بداية النوم او خلاله او اخره، وقد يكون خلال نوم الليل او قيلولة النهار، وقد يكون محدد الزمن او متكرر او طويل الأمد.

ونظرا لكونها قد تكون اضطرابا لوحدها، كما يمكن ان تكون عرضا مصاحبا لاضطراب اخر فانه من المهم ان يكون التشخيص شاملا ودقيقا.

الفصل الثالث

العلاج السلوكي المعرفي



تمهيد:

اظهر العلاج المعرفي السلوكي فعالية ونجاحا مرتقعا، خاصة مع نظريات التعلم السلوكية والنظريات المعرفية، وحقق نتائج ملفتة للأنظار على المستوى الواسع والبعيد مع مختلف الاضطرابات والمشاكل النفسية، وذلك بفضل تنوع طرقه وتقنياته في العلاج.

ويعد أحد أنواع العلاج الحديثة نسبيا، والذي نتج عن ادخال العمليات العقلية المعرفية الى أساليب العلاج السلوكي وأصبح في وقت قصير نموذج العلاج النفسي الرئيسي في معظم الدول المتقدمة. (Clark&Fairbun,1997)

ويقوم العلاج المعرفي السلوكي على إعادة تشكيل البنية المعرفية للمتعالج من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات تقوم على أساس ان العوامل المعرفية تؤثر في السلوك، ومن ثم فان المتغيرات المعرفية سيترتب عليها تغيير في سلوك المتعالج. (Clark&Fairburn,1999، p89)

اي أن معرفة الإنسان تشكل انطبعا عن المثيرات الموجودة حوله بحيث تحاول تلك المثيرات تعديل تلك المعرفة مما يؤثر في سلوكه من جديد، وهذا التفاعل مستمر ما بين المؤثرات حول الشخص والعمليات المعرفية، وبالتالي فإن العمليات المعرفية والسلوكية تندمج فيما بينهما، ولا يمكن الفصل بينهما لأنها دائرة داخل الشخص ويؤثر كل منها في الآخر (Joyce et Al,2008,84)

1-نشأة العلاج المعرفي السلوكي:

بدأ الاهتمام المعرفي السلوكي مع بداية النصف الأخير من القرن الماضي، ويشير بيك أن العلاج المعرفي السلوكي يقوم على دعائم فلسفية تعود تحديداً إلى زمن "الرواقيين stoics" حيث أشارت الفلسفة الرواقية إلى أن الأحداث، والمواقف التي تحصل للإنسان ليست وحدها المسؤولة عن تغيير مزاجه، بل هو راجع إلى فكرة الإنسان عن هذه الأحداث.

يقول بيك Beck (بيك، 2000: 60) "الفرد يقوم بتحريف الواقع بناء على افتراضات خاطئة، وتنشأ عن تعلم خاطئ خلال مراحل النمو المعرفي له".

في هذا يؤكد الفيلسوف "أبيكتيتيس" (Epictetus, 1984 Epictetus) في (ألف كحلة: 18) أنه في القرن الأول ميلادي كان الناس لا يبدون اضطراباً بسبب الأشياء من حولهم، ولكن بسبب وجهات نظرهم التي يتخذونها حول هذه الأشياء، كما تشير ألف كحلة في (المرجع السابق: 18-19) أن الفلاسفة الطاويين والبوذيين «Budist and Taoist» يؤكدون على حقيقتين أساسيتين هما:

- أن الانفعالات الإنسانية ذات أصل معرفي.
 - وثانياً أننا عندما نضبط أو نغير مشاعر الفرد من الأفضل أن نغير أفكاره أولاً.
- أما في القرن العشرين ظهرت العديد من الأبحاث والتطورات في مجال العلاج النفسي بشكل عام. والتي كانت قاعدة لظهور العلاج المعرفي، ومن ثمة العلاج المعرفي السلوكي، فقد ذكر " فرويد " Freud في أعماله في (بكري نجية، 2012: 110) "أن عدداً كبيراً من الظواهر الهستيرية يحتمل أن تكون فكرية"

أما "أدler Adler" الذي أتى بعد فرويد كان له دور واضح في تطور العلاج المعرفي حيث قال إن الخبرة ليست سبب النجاح أو الفشل، ونحن لا نعاني من صدمات خبراتنا

ولكننا نستخدم منها ما يلائم أغراضنا، ونحن محدودون ذاتياً بواسطة المعاني التي نسقطها على خبراتنا"

كما أشار إلى ذلك "لويس كامل مليكة" (لويس كامل، 1990: 190) حيث ذكر أن "أليس Ellis" يعد المروج الرئيس للعلاج العقلاني-الانفعالي.

بالإضافة إلى هذا هناك عدة عوامل ساهمت في ظهور هذا الاتجاه منها:

- جاء كرد فعل للانتقادات التي وجهت للمدرسة السلوكية التي اهتمت بالجانب السلوكي فقط في العلاج وعدم قبولها لضرورة إحداث تغييرات مباشرة في الناحية المعرفية للعميل والاهتمام فقط بتغيير السلوك.

- تزايد الاهتمام بدراسة العمليات المعرفية بالحيوان والوظائف النفسية. (الشناوي، 1998: 211)

- إن الاتجاهات النظرية والعلاجية المعرفية قد بدأت تلقى رواجاً وممارسة من قبل العاملين في الخدمات النفسية بعد ظهور أبحاث جان بياجيه في النمو المعرفي، وأفكار كولبرج في النمو الأخلاقي، وأفكار أرون بيك في العمليات العقلية، وطروحات ألبرت أليس في أسباب الاضطرابات النفسية. (ضمرة، وآخرون، 2007: 203)

- ساعدت التطورات في مجال الحاسب الآلي الباحثين في علم النفس على وضع تصورات للوظائف العقلية، (الشناوي، 1900: 145) حيث يشبه البعض المعالجات في المخ البشري بالمعالجات التي تتم في الحاسب الآلي على شكل مدخلات، عمليات، مخرجات تغذية مرتدة... وهكذا. (الشناوي، عبد الرحمن، 1998: 212)

2-تعريف العلاج السلوكي المعرفي:

عرف قاموس علم النفس (1944) العلاج المعرفي بأنه منهج في العلاج النفسي يأخذ شكل العلاج السلوكي، ولكن هدفه تحسين المعرفة لدى المرضى وسيئي التكيف في السلوك والمعتقد. (Peter, Nicky, 1994:36)

ويمثل العلاج المعرفي السلوكي تطبيق المبادئ التجريبية لعلم النفس العلمي في العلاج النفسي، اذ هي استعمال المنهج التجريبي من اجل فهم وتعديل الاضطرابات النفسية التي تفسد حياة الحالة والتي تستدعي تدخل المختصين في الصحة النفسية. (Cottraux,) (1993:05;2011:03)

هذه العلاجات التي أسست في البداية على نظريات التعلم، الاشرط الكلاسيكي، الإجرائي ونظريات التعلم، ونظريات التعلم الاجتماعي، واخذت النظريات المعرفية كمرجع لها، وبالخصوص نموذج معالجة المعلومات. (O.Cancil et al, 2002:169)

فهو إذا اتجاه علاجي حديث نسبيا يقوم على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المختلفة، والعلاج السلوكي، ويتعامل مع الاضطرابات المختلفة بمنظور ثلاثي الابعاد، بحيث يتعامل معها معرفيا وانفعالي وسلوكيا. (عادل عبد الله، 2000:17)

ويعتبر نوع اخر من العلاج البسيط، حدسي وواضح، حيث يندرج تحته عائلة من التدخلات تنقسم نفس الأفكار الرئيسية، تحديدا المعارف التي تؤثر بشكل سلبي وقوي في الوجدانيات والسلوكيات، ومن ثم تسهم في الإبقاء على المشاكل النفسية، ويعتمد هذا النموذج على الاضطراب المستهدف، وتتغير الأساليب كلما زادت المعلومات على المشكلة المستهدفة. (S.J.Hofman, 2012:34)

أي انه العلاج الذي يستند الى أسس نظريات معالجة المعلومة. ونظريات التعلم حيث يستند الى فرضية أساسية ترى ان كلا من الوظائف المعرفية والفيزيولوجية والانفعالات

والسلوكيات في عمليات تفاعل متبادل، وان علاج الاعراض لا يأتي الا من خلال تعديل المعارف والسلوكيات للتحسين من الوظائف المصابة. (Michel.Hersen, 2002:451) فكثير من الاضطرابات الوظيفية والسلوكية والاضطرابات النفسية تعتمد الى حد بعيد على معتقدات فكرية خاطئة يبنيها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به، ومن ثم يجب ان تعتمد سياسة العلاج النفسية على تغيير مفاهيم المتعالج، واعدة تشكيل مدركاته حتى يتيسر له التغيير من سلوكه. (أبو اسعد، 2011:143)

وبالتالي يمكنه الاضطرابات المتعددة من خلال أسلوب تعديل التفكير، فان احداث الحياة السلبية تزيد من القلق والتوتر والشعور بالتهديد وتوقع الناس، ولذا يحاول المعالج تعديل أفكار المنتفع واقناعه ان يرى الحياة بطريقة أكثر تكييفا، ومساعدته على خلق سلوك توافقي مع ما يمر به من احداث. (الشيخ، 2003، ص90)

3- العلاقة العلاجية:

يعتمد العلاج السلوكي المعرفي على فكرة أساسية مفادها أن السلوك الغير مرغوب فيه مصدر المشاعر والانفعالات الناتجة بدورها عن عملية التفكير أثناء تفسير الموقف الذي يخبره، فإذا استطاع الفرد التحكم في طريقة تفكيره وتوجيهها بشكل سليم فانه لن ينتج عنها مشاعر غير مرغوب فيها وبالتالي لن يكون سلوكه غير مرغوب فيه أو غير ملائم للموقف المتعرض له.

ويتمثل الغرض من العلاج السلوكي المعرفي في كونه يساعد المرضى على تغيير الطريقة التي يفكرون بها وكذلك الطريقة التي يسلكون بها، كذلك تصحيح التشوهات المعرفية من خلال عادة تنظيم حديث الذات الخاص بالشخص ومن ثم سلوكه وطبيعة التدعيم المنتقاة من البيئة. (فايد حسين، 2006: 96)

ويعتمد هذا النوع من العلاجات علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد في ضوئها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد من أفكار مشوهة واعتقادات

لا عقلانية مختلة وظيفيا هي المسؤولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض، وما يترتب عنها من ضيق وكرب. (عادل محمد، 2000: 17)

وبنفس المنطق يتحمل الفرد المسؤولية الشخصية في احداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار المشوهة، وتعديل الاعتقادات اللاعقلانية، واستبدالها بأفكار ومعتقدات تتسم بالمنطق والعقلانية. (Corey,2001)

وتتضمن العلاقة العلاجية ثلاثة مكونات أساسية كالتالي:

- الاتفاقات: تشير الى تلك الارتباطات التي تنشأ بين الطرفين المعالج والمتعالج ويتم عقد بينهما.

- الأهداف: تشير الى ما يطمح له الطرفان وما يرغبان في تحقيقه في إطار العملية العلاجية ككل.

- المهام: تشير الى تلك الأنشطة التي يتم اداؤها من جانب كلا الطرفين والتي تعمل على تحقيق الأهداف التي ينبغي ان يحققها المريض من خلال العملية العلاجية. (عادل عبد الله محمد، 2000: 38)

4- قواعد العلاج المعرفي السلوكي :

إن ما يميز العلاج المعرفي السلوكي هو صبغته التحليلية التي تظهر من خلال سير وردة فعل العمل العلاجي، بدءاً بالتعليم النفسي للمريض وإقناعه بمنطق العلاج ومسؤوليته وتوضيح العلاقة بين الاعتقادات اللاعقلانية وما يعانيه من اضطراب، ويتم هذا في إطار علاقة تعاونية مهنية توجهها مجموعة من الضوابط يمثل صميم مبادئ المنحى العلاجي المعرفي السلوكي وهي:

يرتبط كل من المعرفة والسلوك ببعضها البعض.

- التعليم يتم من خلال الجانب المعرفي.

- التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله.

- يعمل كل من العميل والأخصائي بشكل متعاون لتقدير المشاكل ووضع الحلول. تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية حيث يستطيع الكثير من الأفراد التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومة وردود أفعالهم تجاه المواقف، وبذلك يمكن تقديم الخبرة المتكاملة. (أمال، 1999: 273)

5- مبادئ العلاج السلوكي المعرفي:

- يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على صياغة مشكلة المريض، يقوم المعالج بتعديلها كلما حصل على معلومات جديدة.

- يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض، تجعل المريض يثق في العلاج، وتبنى هذه العلاقة من خلال حسن الاستماع الاحترام المتبادل والقدرة على التعاطف والاهتمام.

- من المهم وجود التعاون والمشاركة النشطة والعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وإعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات.

- يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحاً مع المريض، يناقش معه وجهة نظره حول المشكلة، ويتعرف الى أخطائه ويسمح للمريض بمعارضته ومناقشته. (الخفش، 2011: 389 - 346)

- تتم الجلسات وفق أجنحة (جدول عمل معين) يحاول المعالج تنفيذه قدر المستطاع. (المحارب، 2000: 38-39) كما يضيف "محمد روبي" (روبي محمد، 2013: 138-139) أن العلاج المعرفي السلوكي لا يستغرق فترة علاجية طويلة فهو يتطلب ما بين 15 إلى 20 جلسة، بحيث تركز في الحالات المتوسطة الاضطراب إلى الشديدة منها على جلستين أسبوعياً لمدة 10-15 أسبوع وغالبا ما يكون العلاج

متبوعا بجلسات المتابعة، وزمن كل جلسة علاجية يكون في حدود 50 د باستثناء الجلسة العلاجية الأولى.

- يجعل المريض معالجا لنفسه مستقلا عن المعالج إذ ليس بالضرورة أن يساعده في كل مشكلة تواجهه وتشير "بكييري نجية" (بكييري نجية، 2011-2012: 115) أن العلاج يزيل العوائق التي كانت تمنع المتعالج من الاستفادة من الخبرة، ويساعد المريض على تنمية طرق ناجحة للتعامل مع مشكلاته الداخلية والخارجية وذلك عف طريق حل المشكلات.

- المسؤولية الذاتية: فقبول الفرد المسؤولية الذاتية عند انفعالاته الخاصة بالسلوك غير التكيفي دلالة على الصحة النفسية. (أبو سعد، عريبات، 2012: 226)

6- الاستراتيجيات المتبعة في العلاج المعرفي السلوكي:

1- المقابلات التشخيصية: المقابلة التشخيصية لا تختلف عن المقابلة العلاجية في خصائصها أو مهاراتها أو فنياتها ولكنها يختلفان في الهدف الأساسي لكل منهما. وصف كورشين (1976) المقابلات التشخيصية بأنها تساعد المعالج النفسي على فهم المشكلات التي يعاني منها المريض مما يمكنه من التخطيط السليم للاستراتيجيات العلاجية المستقبلية.

ويري كورشين (1976) أن المقابلة التشخيصية تركز بصورة أساسية على دراسة الأعراض التي تظهر على المريض حتى يمكن وصفها بدقة وقد أوضح أن المقابلة التشخيصية يجب أن تغطي عدة مجالات هي العمليات العقلية وطرق التفكير، الخلل الحسي والإدراكي، الوعي بالزمان والمكان، التعبيرات الانفعالية، الاستبصار الداخلي ومفهوم الذات، السلوك العام والمظهر الشخصي (ماهر محمود عمر، 1987، ص 282)

ويستعمل فيها أدوات الكشف التالية:

- **التحليل الوظيفي ومراحله : l'analyse fonctionnelle et ses étapes** : هو عبارة عن جمع المعلومات المتعلقة بالشخص لفهم وضعيته القلقة، العوامل المفجرة الأسباب، و النتائج الآثار أيضا، العوامل التي تحفظ السلوك و الأفكار التي تصنع المشكل، في المقابلات الأولى فإن هذا التحليل يسمح بدراسة مع المفحوص العوامل الماضية و الحالية، الانفعالات، الأفكار و محتوى المحيط، فرضيات التشخيص و انطلاقا من هذا التحليل الوظيفي تفترض الوسائل والتقنيات الملائمة، والنموذج المستخدم هو شبكة سيكا (SECCA الوضعية، الانفعال، السلوك، (Chantal De May-Guillard, 2008, p56)

وهناك نماذج عديدة أخرى

- **فحص المشكل الخاص**: ويتضمن تحديد تكرار المشكل، شدته، فترته، مختلف الأشكال التي يظهر بها السلوك، كل ما يدور بالسلوك سيحلل بدقة

- **توضيح وضعية المشكل**: العمل على فحص مختلف العوامل التي تعمل على استمرار أو بقاء المشكل، وتقييم النتائج التي يمكن أن يحدثها المشكل على المفحوص ذاته وعلى محيطه (الأسرة الوسط العملي، هواياته، الشبكة العلائقية... الخ)

- **تحليل الحوافز** : بواسطة أسئلة توجه إلى المفحوص، المعالج سيبحث في حياة المفحوص عن كل المعززات الإيجابية أو السلبية للمفحوص، وبإمكانه أن يستخدم قائمة المعززات التي يكونها في البرنامج العلاجي المختار.

- **تحليل النمو** : يتلقى المعالج تاريخ حالة المفحوص والسوابق العيادية كذلك تاريخ الأعراض.

- **تحليل التحكم الذاتي** : بفضل هذا التحليل يتم التعرف على الاستراتيجيات التي تتوفر في المفحوص لكي يكتسب التحكم الذاتي في المواقف اليومية، بالتالي التعرف على النتائج الإيجابية والسلبية لهذا التحكم.

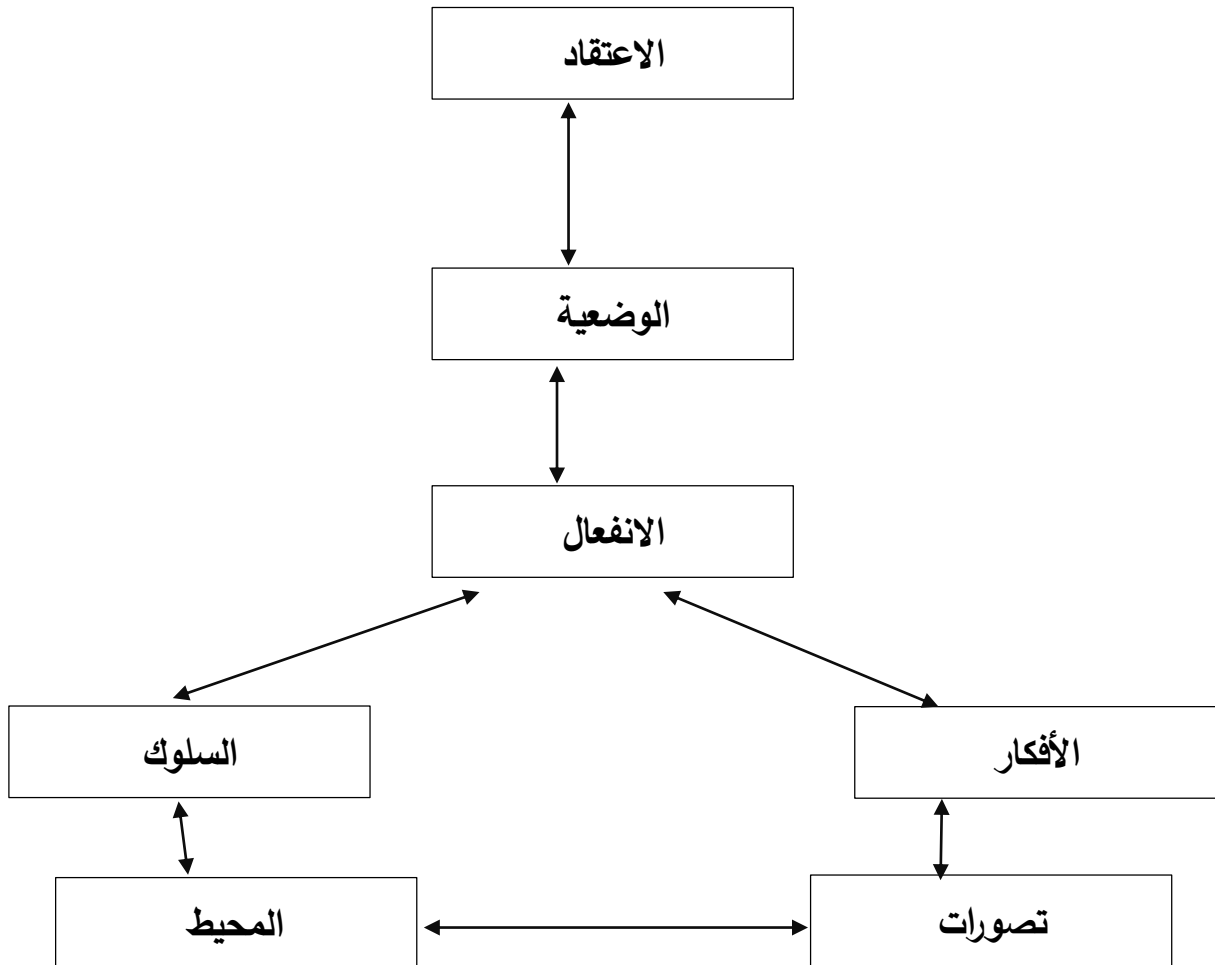
- تحليل العلاقات الاجتماعية : تقيم نوعية الشبكة الاجتماعية للمفحوص، وكذلك يقيم النمط العلائقي الذي يربطه مع مختلف الأقرباء، والتعرف على تأثير السياق الاجتماعي، والعلائقي على سلوك المفحوص.

- تحليل المحيط السوسيوثقافي والفيزيقي : إن المحيط الفيزيقي السوسيوثقافي يحدد السلوك المشكل في جذوره الثقافية.

كامل التحليل الوظيفي بتطبيق عدة اختبارات تهدف إلى التقييم الذي يجب أن يتواصل

بعد نهاية العقد العلاجي، يهدف تقدير التغيرات السلوكية في نهاية العلاج (Sarron Mirabel, 2004, p22)

- شبكة سيكا وتحليلها SECCA :



الشكل رقم (1): شبكة سيكا La grille secca (مخفي حورية، 2018، ص 72)

أعدت شبكة SECCA للمشاكل المتعلقة بالقلق والاكتئاب، الخوف، الهلع، اضطراب

الوظائف الجنسية، تتكون من المتغيرات التالية :

- المثير-الوضعية (S) Stimulus
- الانفعال (E) Emotion
- المعارف (C) Cognition
- السلوك (C) Comportement
- الاعتقاد (A) Anticipation

فهي مقسمة إلى جزء متزامن synchronique أساسيا وتطبيقيا وجزء آخر طولي Diachronique، الأول يسمح بتحليل التفاعلات في تعاقب مثير انفعال، معارف، سلوك كذلك نتائجها على المحيط الاجتماعي.

الثاني يجمع أحداث القصة التي حدثت للمريض سواء المتعلقة مباشرة مع السلوك المشكل العوامل المفجرة الأساسية أو استخراج معطيات وراثية حول الشخصية: أمراض جسمية أو مشاكل أخرى.

المقابلات العلاجية : في حين وصف كورشين (1976) المقابلات العلاجية على عكس المقابلات التشخيصية بأنها تساعد المريض على فهم نفسه حتى يتمكن من إحداث التغيرات المرغوبة في مشاعره وسلوكه (ماهر محمود عمر، 1987: ص 281)

استراتيجية التقييم: إن تقييم عملية العلاج النفسي أمر هام وضروري يحتاج إلى تخطيط وإعداد برنامج خاص به يتحدد فيه هدف عملية العلاج، ومضمونها وطريقتها ويتوقف نجاح عملية العلاج النفسي على عوامل أهمها طريقة العلاج ونوع وشخصية المعالج وشخصية المريض، ويشترك في إجراء تقييم عملية العلاج كل من المريض والمعالج النفسي.

من أهداف إجراء التقييم : الكشف عن مدى فعالية ونجاح العلاج في تحقيق أهدافه. الكشف عن مدى فعالية طريقة العلاج المستخدمة.

- الكشف عن مدى نمو شخصية المريض ومدى توافه النفسي وتمتع به بالصحة النفسية (زهرا ن حامد عبد السلام، 2005: ص198)

- التقييم الذاتي: هي عملية يقوم فيها الفرد بالحكم على مدى تغير سلوكه، ويقرر إذا ما كان هذا التغير قد ساعد على تحقيق أهدافه، ومن ثم يتمكن من تحديد مدى نجاحه في الوصول إلى أهدافه.

- استراتيجية المتابعة: تهدف المتابعة إلى التأكد من استمرار تقدم الحالة وتحديد مدى وأثر وقيمة ونجاح عملية العلاج وتحديد نسبة الشفاء ومدى استفاة المريض من الخبرات العلاجية في مواقف الحياة العامة والتحقق من مدى تحقيق العملية العلاجية لحاجات المريض كما يعيشها في الواقع.

تحتاج المتابعة المنظمة إلى المحافظة على الاتصال بالفرد بعد شفائه لفترة محددة وقد يتم الاتصال بعد شهر ثم ثلاثة أشهر ثم ستة أشهر ثم سنة وقد تمتد المتابعة إلى الأسرة أو المدرسة أو مكان العمل.

بالنسبة لطرق الاتصال قد يتم شخصيا في العيادة النفسية أو عن طريق هاتف وقد تستخدم طرق في تقييم العلاج مثل التقارير الذاتية التي يكتبها المريض عن تطور حالته.

7- اتجاهات العلاج المعرفي السلوكي:

العلاج المعرفي السلوكي عبارة عن مظلة تتطوي تحتها العديد من أنواع العلاج التي تتشابه جوهريا وتختلف في فنياتها، ويمكن رصد أكثر من عشرين نوعا، ومن أشهرها:

- العلاج العقلاني الانفعالي لاليس Ellis.
- تعديل السلوك المعرفي لبيك Beck.
- تعديل السلوك المعرفي عند ميكنباوم Meichenbaum.

- أسلوب حل المشكلات عند جولدفريد وجولدفريد Goldfred & Goldfred.
- التصورات الشخصية لكيلي Kelly.

الجدل رقم (1): يبين أنواع العلاجات المعرفية السلوكية تاريخياً (Dobson, 1988, p12)

نوع العلاج	المؤلف	اسم العلاج	العام
CR	إليس Ellis	Rational Emotive - الانفعالي - Therapy	1962
CR	بيك Beck	العلاج المعرفي السلوكي cognitive therapy	1963
CR	ميكنباوم Meickenbaum	العلاج بالتدريب على التعليمات الذاتية Self-Instructional training	1971
CS	ريتشارد وسوين Richardson & suinn	التدريب على تدبير القلق Anxiety management training	1971
PS	غولد فريد D'zurilla & goldfried	العلاج عن طريق حل المشكلات Problem - Solving Terapy	1971
CS	ميكنباوم Meickenbaum	التدريب التحصيني للإرهاق Stress inoculation training	1973
CS	غولد فريد Goldfried	إعادة البنية العقلانية المنظومية Systematic rationalrestructuring	1974
PS	ماهوني Mahoney	العلوم الشخصية Rational science	1974
CR	مولتسي Maultsby	العلاج بالسلوك العقلاني Behavoir Therapy Rational	1975
PS	ريم Rehm	العلاج بضبط الذات Self-control therapy	1977
CR	جيودانووليوتي Guidano&Loitti	العلاج النفسي البنوي Strucural Psuchotherapy	1983

7-1- العلاج العقلاني الانفعالي لاليس:

أطلق ألبرت إليس (Ellis Albert.1970) على طريقته في العلاج المعرفي تسمية العلاج العقلاني الانفعالي Rational Emotive Therapy ويرمز لها اختصاراً ب(RET) ، وذلك بعد أن مارس التحليل النفسي سنوات بقي خلالها متسائلاً عما إذا كان الاستبصار الشخصي الذي كان من المفترض أن يقود إلى التغييرات العلاجية وفقاً لنظرية التحليل النفسي يؤدي إلى تغييرات سلوكية من الممكن أن تدوم «لكنني غير مقتنع بالنتائج التي توصلت إليها.» (Ellis, 1962, p9)

ويعتمد إليس في علاجه على العلاقة التفاعلية للعمليات النفسية الإنسانية فالمعرفيات السلوكيات والانفعالات لا تتم خبرتها في عزلة عن بعضها بعضاً، وغالبا ما تتشابه لدرجة ذات معنى (Ellis, 1987, p5)

ويوضح إليس ذلك من خلال عرض العلاقة بين المكونات (ABCDE) حيث (A) تمثل الحدث المنشط، بينما تمثل (B) المعتقدات وهي نوعان معتقدات لا عقلانية (IB) ومعتقدات عقلانية (RB)، بينما تمثل (C) النتائج وهي نوعان (IC) نتائج غير عقلانية، (RC) نتائج عقلانية، بينما تمثل (D) الدحض والتفنيد، أما (E) فهي تمثل الأثر أو التأثير أي التغيير الحادث فهناك تأثير معرفي (CE)، وتأثير سلوكي (BE) فالاضطراب النفسي يضم (IC - IB-A)، أما العلاج فيضم (A -RB -RC -D -CE - BE)

وهكذا فان عملية العلاج من وجهة نظر اليس تنحصر في مساعدة الفرد على استبدال الأفكار اللاعقلانية بالأفكار العقلانية، وهذه العملية تأخذ خطوات هي:

1. ان نشبت للفرد انه غير منطقي، ثم تساعده على أن يفهم عدم منطقيته.
2. أن نوضح للفرد العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وبين ما يشعر به من توتر وقلق.
3. أن تجعل الفرد يغير تفكيره ويترك الأفكار اللاعقلانية.

4. أن نتعامل مع فلسفة الفرد ونظرتة للحياة، وبذلك نعدده لتجنب الوقوع في الأفكار اللاعقلانية مرة أخرى.

ولقد حدد أليس الأفكار والمعتقدات التي تؤدي إلى الاضطرابات النفسية وسوء التكيف في ثلاث احتميات أساسية :

1. يجب على أو ينبغي أن أؤدي جيداً وأن أكون محبوباً من جانب الآخرين.
2. يجب عليك أن تعاملني برفق وعدل، ومن المفزع ألا تفعل، فإني حينئذ لا أستطيع تحملك ولاتحمل سلوكك، وتكون حينئذ شخصاً سيئاً.
3. يجب أن يتعامل العالم بشكل طيب وأن يمنحني كل شيء أريده، وإلا فإن الوضع لن يطاق (Trower, 1999: 3-5).

7-2-العلاج المعرفي لبيك:

تدرب بيك في مجال التحليل النفسي ومارس هذا الأسلوب العلاجي، ولكنه لم يكن راضياً عن التعقيدات الكثيرة والمفاهيم المجردة لهذه المدرسة، كما أن محاولاته البحثية لإثبات مصداقية التحليل النفسي باءت بالفشل في إثبات صحة فروضها، كما درس بيك العلاج السلوكي ومارسه، وقد شعر أن الأساليب السلوكية لها فاعلية ولكن ليس نتيجة الأسباب التي يبيدها المعالجون السلوكيون، وإنما لأنها تؤدي إلى تغيرات اتجاهية، أو معرفية في المرضى، ويعتبر العلاج السلوكي محدوداً لأنه يهمل تفكير المرضى حول أنفسهم، وحول المعالج، وحول العلاج نفسه، ويبدو أن تركيز العلاج السلوكي في الحصول على بيانات موضوعية من المرضى والتخطيط المنتظم لعملية العلاج وعلى تكيم التغير في السلوك (القياس الكمي) كانت كلها ذات أهمية لبيك في تطوير العلاج المعرفي. (عبد العزيز، 2011: 70 -

(69)

يقوم العلاج على أساس العلاقة الوثيقة بين المعرفيات والانفعال، أي الاستجابات الانفعالية تعتمد إلى حد كبير على التقييم المعرفي لأهمية الأحداث المحيطة. فالاضطراب يحدث عندما يحاول الشخص تفسير الأحداث التي تواجهه ويعيد صياغتها وفق معتقداته وأساليب تفكيره وإدراكه للموقف، أو الحدث الذي لا يواجهه ويشعر الشخص بالحزن عندما يدرك الموقف ويفسره على أنه ينطوي على خسارة، أو هزيمة، أو حرمان، أو فقدان لشيء مهم. فالحزن مثلاً يكون عند إدراك حدث ما أو (تذكر حدث ما) بطريقة سلبية كالفقد، ويكون القلق عندما تتركز أفكار الشخص وتقييماته على وجود خطر أو تهديدات على ذات الشخص أو على أشخاص يحبهم (Dobson, 1988, p13). (Al. et Trower, 1999, p2)

لذا فالعلاج المعرفي عند بيك يقوم على مساعدة الفرد في التعرف على تفكيره الشخصي وأن يتعلم طرقاً أكثر واقعية لصياغة خبراته، وهذه الطريقة تعطي معنى للمنتفع لأنها تتيح له استخدام معرفته من المفاهيم والتفسيرات الخاطئة في وقت مبكر. (الشناوي، 1995: 149)

ويقوم هذا النوع من العلاج بإقناع المريض أن معتقداته غير المنطقية وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية الخاطئة هي التي تحدث ردود الفعل الدالة على سوء التكيف، بهدف تعديل الجوانب المعرفية المشوهة، والعمل على إيجاد طرق أكثر ملاءمة للتفكير محلها من أجل أحداث تغيرات معرفية وسلوكية ووجدانية لدى العميل، كما يعرفه (بيك) على أنه مجموعة من المبادئ والأسس التي تؤثر على السلوك وهذه المبادئ هي العمليات المعرفية (تفكير، تحليل، تذكر، إدراك). (التميمي، 2013: 122)

7-3- العلاج المعرفي السلوكي وفق منهج ميكنباوم:

يتمثل منهج ميكنباوم (Meichenbaum Donald 1969) في الجمع بين المنهجين المعرفي والسلوكي أحسن تمثيل، مثل النمذجة والمهام المتدرجة والتمرينات المعينة والتدعيم الذاتي. فقد استنتج ميكنباوم بأن التفكير والإدراك والبناءات المعرفية السلوكية وحديث الفرد الداخلي مع نفسه، وكيفية عزوه للأشياء، لتدخل كلها في عملية التعلم وهذه بالتالي لها دور في التأثير على سلوك الفرد. (عن مليكة، 245: 1990)

وقد ركز ميكنباوم فيما بعد على «أهمية الحوار الداخلي عند الإنسان وتأثيره في العمليات الإدراكية وكيف يمكن بتغييره (الحوار) وتغيير التفكير والمشاعر يتم تعديل السلوك في النهاية واستخدم لذلك أسلوب التوجيه الذاتي (Instruction-Sel) أن يعطي المتعالجون تعليمات لأنفسهم لكي يغيروا من سلوكهم» (العزة والهادي، 150: 1999)

ويعتمد ميكنباوم بذلك على الافتراض المتمثل في «أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد الأفعال التي يقومون بها» فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته والتي توجهه بافتراضات متنوعة، كالاستجابات البدنية وردود الفعل الانفعالية، والمعرفيات، والتفاعلات البيئشخصية. ويعتبر الحوار الداخلي الذاتي أحد هذه الافتراضات (Meichenbaum, 1974, p82).

فركز بذلك "ميكنباوم" Meichenbaum " على الحديث الداخلي "speech Inner" أو المحادثة الداخلية "dialogue Inner" حديث الذات أو الحوار الداخلي "talk-Self" لتغيير الأفكار أثناء العلاج، كما إهتم بالتخيلات أو الصور الذهنية. "images" (طه عبد العزيز، 2014)

تتألف عملية العلاج عند ميكنباوم من ثلاث مراحل:

• المرحلة الأولى: مراقبة الذات:

وفيها يعرف المتعالج كيف يتحدث أو يعبر عن سلوكه. الذي يزيد في وعيه وألا يشعر المتعالج بأنه سيكون ضحية للتفكير السلبي ويجب على المعالج أن يعرف طرائق العزو عند الأفراد وعباراتهم التي يوجهونها نحو ذواتهم. (عن العزة والهادي، 1999:154)

• المرحلة الثانية: السلوكات والأفكار السيئة التكيف Maladaptive Thoughts غير المتكافئة:

في هذه المرحلة يؤثر الحديث الجديد للمتعالج في البنية المعرفية له. فإذا كان المطلوب تغيير سلوك المتعالج فينبغي أن يولد ما يقوله لنفسه سلسلة من سلوكات جديدة غير متكيفة مع سلوكاته الحالية. وهنا يستطيع المعالج أن يتجنب السلوكات غير المناسبة ويختار السلوكات المناسبة وفقاً للأفكار الجديدة (Meichenbaum, 1974, P214).

• المرحلة الثالثة: تعلم مهارات جديدة:

تتألف هذه المرحلة من تعليم المتعالجين مهارات تكيفية أكثر فعالية، والتي تمارس في مواقف حياتية واقعية. وفي نفس الوقت يستمر المسترشدون في التركيز على التحدث مع أنفسهم بجمل وعبارات جديدة ثم ملاحظة وتقييم النتائج. وعندما يسلكون بشكل مختلف في الموقف، فسوف يحصلون على ردود أفعال مختلفة من الآخرين. إن ثبات وبقاء ما يتعلمونه يتأثر بدرجة كبيرة لما يقولونه لأنفسهم عن سلوكهم الجديد الذين اكتسبوه ونتائجه. (كوري ترجمة: الخفش، 2013، ص 384-385)

8- فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

يرى زهران (2004) أن فنيات العلاج المعرفي السلوكي تنقسم إلى :

أ- فنيات خبرية انفعالية: Txperienaiial-Emotive-Techniques :

وهي الفنيات التي تتعرض لمشاعر المريض وأحاسيسه وردود أفعاله تجاه المواقف والمثيرات المختلفة والخبرات المنشطة، خاصة فيما يتعلق فيها بمشكلاته.

ب- فنيات معرفية: Techniques Cognitive :

وهي الفنيات التي تساعد المريض على أن يغير أفكاره وطريقة تفكيره اللاعقلانية، وفلسفته غير المنطقية وغير العلمية، وأن يستبدل مكانها أفكارا وطريقة تفكير عقلانية وفلسفة منطقية علمية.

ت- فنيات سلوكية: Techniques Behavioral :

هي الفنيات التي تساعد على تخلص المريض من السلوك غير المرغوب أو تعديله، وتغييره إلى سلوك مرغوب مع تدعيمه. (زهران، 2004: 83)

8-1- إعادة البناء المعرفي:

هي استراتيجية علاجية تهدف إلى تصحيح التشوهات المتعلقة بالعالم المعرفي للفرد، أفكاره وتوقعاته وتقييماته وكما تهدف إلى تعلم بدائل وطرق أكثر واقعية لصياغة التجارب. (منصوري سامية، 1992: ص 70)

يلخص "طه عبد العظيم" (عبد العظيم طه، 2008: 290) تقنية إعادة البناء المعرفي في أنها عملية استبدال أفكار أكثر عقلانية ومنطقية وإيجابية تساعد الفرد في التغلب على الأفكار الخاطئة والغير منطقية، فتتكوف لديه أبنية معرفية جديدة الأمر الذي يجعل نظرتة تختلف عما كانت عليه قبل العلاج، والأفكار الجديدة تختلف عن الأفكار القديمة، فتحدث عملية إحلال أفكار جديدة إيجابية مكان أفكار قديمة سلبية.

8-2- مناقشة الحوار الداخلي:

تقوم هذه الفنية على فرضية أن الفرد يمكنه مواجهة المواقف الضاغطة والمشاكل والصعوبات التي تواجهه في الحياة إذا استطاع التخلص من الأحاديث الذاتية السلبية والانهازمية التي يقولها لنفسه عن نفسه إزاء تعرضه للمواقف الضاغطة والمؤلمة.

وهذه التقنية مأخوذة عن أسلوب ميكنباوم في العلاج المعرفي فقد ركز دونالد ميكنباوم على أهمية الحوار الداخلي عند الفرد في تغيير مشاعره وتفكيره ومن ثم سلوكه، ويهدف هذا الأسلوب الى تدريب المتعالج على التحدث الى ذاته بطريقة بناءة عند مواجهة مواقف ضاغطة. (Blackwell,2014)

8-3- إعادة العزو:

تستخدم فنية إعادة العزو عندما يعزو المتعالجون بشكل غير واقعي الأحداث أو النتائج السلبية للأحداث إلى عجز شخصي (نقص الجهد أو القدرة) ومن ثم يضعون اللوم على أنفسهم وبالتالي يشعرون بالذنب أو القلق أو الاكتئاب، ومن خلال فنية إعادة العزو يستطيع المعالج مساعدة المتعالجين على توزيع المسؤولية بشكل عادل عن الأحداث. (حسين، 2007، ص 273)

وليس المقصود هنا إعفاء المتعالج من مسؤولياته، ولكن إيضاح العوامل الخارجية المتعددة التي ربما تكون قد أسهمت في الأحداث السلبية التي وقعت له، وعندما يكتسب المرء بعض الموضوعية فإنه يخفف من لومه لذاته، ويقوم المعالج بتصحيح معرفيات المتعالج الخاصة باللوم الذاتي عن طريق معاينة الحقائق الخاصة بالحوادث التي أدت إلى لومه لذاته، وإيضاح المعايير المختلفة لإلقاء المسؤولية والتي يطبقها المتعالج على نفسه. ولا يطبقها على الآخرين. (Beck et Al, 1979, p159)

8-4- إيقاف التفكير:

تتمثل هذه التقنية في التركيز على الفكرة الخاطئة والمزعجة التي تدور في ذهن العميل و تسبب له القلق، والعمل على إيقافها وإخراجها من ذهن العميل، وقد تم اقتراح هذه التقنية من قبل "بان" Bain (1982) في (عبد العظيم طه، 2008: 294)، ويتم ذلك بعدة وسائل كإرسال إشارات إلى المخ تتبئه بالتوقف " فكر قبل أن تجيب"، "سأعد لعشرة قبل أن أستجيب" ويقوم العميل بتكرار هذه العملية حتى يكون قادرا على وقف الأفكار غير المرغوبة لديه، وتصبح العملية آلية مع مرور الوقت، فهذه التقنية تساعد العميل على إيقاف الأفكار الغير السارة والتي تكون سبب انفعاله وقلقه، ويتم اكتساب هذه التقنية من خلال التدريب عليها ومداومة ممارستها.

8-5- المراقبة الذاتية:

يعرفها "طه عبد العظيم" (عبد العظيم طه، 2008: 309) بأنها عملية مراقبة الفرد لسلوكه المراد تغييره، وكذا النتائج المترتبة عن هذا السلوك، فيدون كل المشاعر والأفكار التي تنتابه أثناء صدور السلوك، وبالتالي إن هذه التقنية ستساعد الفرد في تحسين وعيه بذاته وتحديد مشكلته، فيتحسن سلوكه.

ومن وسائل مراقبة الذات هي توفر سجل المراقبة لدى الفرد، بحيث يدون فيه أغلب المواقف والأحداث والمشاعر والأفكار التي تنتابه أثناء تعرضه للمواقف القلقة.

8-6- التسجيل اليومي للأفكار الاوتوماتيكية:

باستخدام جدول تسجل فيه الحالة أفكارها الأوتوماتيكية، ويتكون هذا الجدول من أربعة أعمدة هامة تتوافق مع ثلاث نقاط في النموذج المعرفي العاطفة (الوضع، المعتقد، النتيجة الانفعالية)، بالإضافة إلى حلول بديلة أو مضادة للمعتقدات لأي أكثر "عقلانية" أو المعتقدات الوظيفية، يتم تدريب الحالات على استخدام هذا السجل اليومي وذلك في الوقت الذي تواجه فيه الحالة حالة انفعالية غير سارة أو محيرة، وبالتالي يجب أن يكون المعالج

متأكد من أن الحالة (1) تفهم ما يقوله لها المعالج من "أحاسيس"، "انفعالات"، أو "الأنماط".
(2) بإمكانه التعرف على الأحاسيس المختلفة. و (3) تقديم أحكام مطابقة للوضعيات التي تعاني منها الحالة. كما يطلب المعالج من الحالة أن نلاحظ الوضع والتيار الفكري الذي ظهر خلال هذا الانفعال. (Dobson، 2010 :285)

وتدرب الحالات على تطبيق ثلاثة أنواع من الأسئلة حول المعتقدات التي تسجلها:

✓ "ما هو الدليل على صحة أو خطأ المعتقد؟"

✓ "ما هي تفسيرات البديلة لهذا الموقف أو الحدث؟"

✓ "ما هي الآثار الحقيقية، إذا كان المعتقد صحيح؟"

يجب ذكر كل سؤال من الأسئلة بشكل عام، يمكن أن يعدل للتاسب مع وضعية الحالة أو نمطها.

(Dobson, 2010 :287)

8-6-جدولة الأنشطة:

الغرض من جدولة الأنشطة في العلاج المعرفي السلوكي ذو شقين: (1) لزيادة احتمال أن الحالة سوف تشارك في الأنشطة التي كان قد تم تجنبها في الحصة السابقة و (2) لإزالة احتمال أن اتخاذ القرار بوصفه عقبة في الشروع في النشاط. منذ أن تم اتخاذ القرار في مكتب الطبيب المعالج، فإن على الحالة أن تقوم بالأعمال التي قبلت القيام بها. عندما لا تنفذ الحالة الأنشطة المتفق عليها، يصبح موضوعا هاما يناقش في الحصة المقبلة. (Dobson , 2010: 283)

غالبا ما تكون الأنشطة المقررة من ثلاثة أنواع: (1) تلك التي ترتبط مع إتقان، والسرور، أو مزاج جيد خلال الرصد الذاتي. (2) تلك التي تذكر الحالة بأنها كانت مجزية في الماضي ولكن أنها تجنببت خلال المرحلة الراهنة. و (3) الأنشطة الجديدة التي وافق عليها الحالة والمعالج أن يفتح آفاقا جديدة لتوليد معلومات مفيدة أو تقديم مكافأة. عند جدولة

الأنشطة، يحاول المعالج المعرفي مساعدة الحالة بتوقع العقبات البيئية أو المعرفية التي من المحتمل أن تتداخل مع الأنشطة المقررة، ويمكن بعد تحديد هذه العقبات مناقشتها في الحصة، أو يمكن جدولتها زمنياً وتشكلها أو تعديلها من أجل القضاء على العقبات أو التقليل من آثارها. (Dobson، 2010: 284)

8-7-الواجبات المنزلية:

تعد تقنيات الواجبات المنزلية من التقنيات المهمة في العلاج المعرفي السلوكي فمن خلالها يمارس العميل ما تدرب عليه أثناء الجلسات في المنزل، أو في حياته اليومية ، وقد أشار "عبد الستار وآخروف " (إبراهيم عبد الستار وآخروف، 1978: 144) أ هذه التقنية تمكن المتعالج من أن يعمم التغيرات الإيجابية التي أنجزها مع معالجه، فينقل بذلك خبراته المنظمة إلى المواقف الحية في الواقع، وهذه الواجبات تكون مرتبطة بأهداف العلاج وعلى المعالج دائماً مراجعة هذه الواجبات مع المتعالج حتى لا يحس أنها ليست جزء من عملية العلاج، فهي وسيلة هامة لتحقيق الهدف من العلاج

وقد ذكر "طه عبد العظيم" (عبد العظيم طه، 2007: 279) أن العميل إن لم يستطع أن يقوم بواجباته المنزلية، يتدخل المعالج ويساعده على تحديد الصعوبات التي تحول دون أدائه لها وهذه الواجبات قد تكون معرفية أو سلوكية.

ويقول "عبد الستار وآخروف" (إبراهيم عبد الستار وآخروف، 2007: 27) يستحسن أن يتم انتقاء الواجبات المنزلية من موضوعات الجلسة العلاجية لكي تكون مناسبة لعلاج المشكلة، ولترتبط من جهة أخرى بالأهداف العلاجية.

8-8-الاسترخاء:

هي مجموعة التقنيات التي تسمح للحالة بوصول إلى استجابة الاسترخاء، واستجابة الاسترخاء هي الخفض من درجة التأهب والخطر، والخفض من شدة ضربات القلب والتنفس والضغط الدموي، حيث يشعر الفرد بالراحة. وتستعمل هذه الطريقة خاصة في الخفض من


الضغط النفسي أو الفلق. ويركز الاسترخاء على الجانب الجسدي الفيزيولوجي للحالة كالاسترخاء العضلي واعداد التأهيل التنفسي وكذلك تركيز على الجانب العقلي كاستخدام التأمل والتصوير. وهناك عدة طرق للاسترخاء العضلي مثل الاسترخاء العضلي التصاعدي لجاكسون (Jacobson) وذلك عن طريق التقلص والارتخاء العضلي المتكرر والمتسلسل مجموعة من العضلات وذلك عن طريق بروتوكول معد من طرف جاكسون (D. Servant) (Jacobson, 2009: 01-02).

خلاصة:

التكفل النفسي المعرفي السلوكي واحد من العلاجات النفسية التي تجمع بين التقنيات السلوكية من جهة والتقنيات المعرفية من جهة أخرى، ومما عرضناه فهو يستخدم مجموعة من الطرق والتقنيات والوسائل التي تقوم على أسس علمية ومنهجية مدروسة، كما أنه علاج مخصص وموجه لجميع الاضطرابات، يعالج كل اضطراب على حدة، ويتميز أيضا بقصر مدة العلاج، ويبني على أساس العقد العلاجي، أين تتضح لكل من المختص النفسي والمريض الاتفاقيات المهام والأهداف التي تريد الوصول إليها.

الجانب
التطبيقي



A decorative border composed of two large, stylized scrolls. The scrolls are rendered with fine lines and shading to create a three-dimensional effect. They are intertwined with various types of leaves and branches, including some with small, round fruits or buds. The overall style is reminiscent of traditional woodcut or engraved book ornamentation.

الفصل الرابع
الاطار المنهجي
للدراسته

تمهيد

إن استعمال تقنية ما في البحث بين مدى قدرة الباحث أو الباحثة على التحكم في نفسه بمقدار تحكمه في الأداة التي يستعملها (موريس أنجرس) بعد التطرق إلى الجانب النظري، سنتطرق في هذا الفصل إلى منهجية البحث أين سيتم عرض المنهج المتبع، الإطار الزمكاني، وصف عينة الدراسة، بالإضافة إلى تقنيات البحث وكيفية جمع المعطيات عرضها وتحليلها.

لقد تمت الإشارة إلى أهمية المنهج، باعتباره إجراءات يجب على الباحث أن يضعها محل التنفيذ لكي يؤدي بحثه بكيفية جيدة ونظرا إلى ذلك فإنه لمن الأهمية القصوى أن تعرض المنهجية وتوضح في تقرير البحث. (موريس أنجرس، 2004، ص 440).

وعلى مستوى ملموس أكثر، فإن كلمة منهج يمكن إرجاعها إلى طريقة تصور وتنظيم البحث. ينص إذن المنهج على كيفية تصور وتخطيط العمل حول موضوع الدراسة ما. (موريس أنجرس، 2004، ص 99).

وقد ارتأينا اختيار المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة في بحثنا هذا نظرا للظروف الراهنة من جهة ولأنه كان الأنسب لموضوع الدراسة من جهة أخرى.

1- المنهج العيادي:

يعرفه L.wittmer على انه " منهج في البحث يقوم على استعمال نتائج الفحص مرض عديدين ودراساتهم الواحد تلوى الاخر من اجل استخلاص مبادئ عامة توحى إليها ملاحظة كفاءتهم او قصورهم (عبد المعطي، 2003، ص44).

✚ دراسة الحالة: (منهج)

يؤكد العالم (جوليان روتين rotter) بان دراسة الحالة هي المجال الذي يتيح للأخصائي جمع أكبر وأدق قدر من المعلومات حتى يتمكن من إصدار حكم قيم نحو المتعالج، وذلك من المعلومات التي يحصل عليها من خلال المناقشة المباشرة من المتعالج، والمتضمنة طبيعة المشكلة، وظروفها، ومشاعر صاحبها، واتجاهاته ورغباته والخبرات المؤلمة التي تعرض لها. (عزيزة عنو، 2017، ص 92،93)

أما عن طريق تكوين المفاهيم (التحليل الوظيفي) فهي الطريقة المذكورة في الإطار النظري من أجل التعرف على المعاش المرضي للحالة، ويعرف على أنه "تحليل أو شرح لوظيفة الفرد في نسقه الخاص"، ويقوم على الملاحظة لسلوك المباشر وغير المباشر القابل للقياس وأهدافه هي-: تحديد شروط التثبيت وبدء السلوك- . البحث عن عزل المشكل أو المشاكل المفتاحية، وإعطاء الحلول من أجل تعديل السلوك بشكل ملحوظ ودائم.

- التعرف على تاريخ اكتساب المشكل. فالمعالج يدرس أفكار، الصور الذهنية، الحوار الداخلي -الأفكار الآلية - كما يدرس الوضعيات وردود الفعل التي تسبق أو تصاحب السلوك المشكل، ويتعرف في النهاية وبشكل دقيق جدا على السلوكيات الحركية أو اللفظية. (Ovide et Philippe Fontaine,2000 ;Cottraux,2011 ;Judith S.Beck,2011)

2- وصف مجموعة البحث

تم انتقاء مجموعة البحث حسب المعايير والشروط التالية:

- ان تكون راشدة يتراوح سنها بين 25 و 40 سنة
- ان لا تكون قد دخلت مرحلة سن الياس
- ان لا تكون تخضع او تتناول أي علاج دوائي يؤثر على النوم.
- ان تعاني من الارق المزمن دون وجود سوابق مرضية نفسية او بدنية
- ان تنطبق عليها مجموعة الدلائل والمعايير التشخيصية الواردة حسب DSM V الملحق...

3- مجالات البحث

لقد تم اجراء هذا البحث في عيادتين نفسية تربوية احدهما متواجدة على مستوى ولاية برج بوعريريج والأخرى بولاية المسيلة تشرف على كل منهما اخصائية نفسانية. بعد التمكن من مقابلة الاخصائيتين وبعد عرض موضوع البحث عليهما رحبتا بالفكرة كلاهما ووضعتا تحت تصرفنا مكتبا صغيرا يحتوي على الشروط الملائمة لإجراء المقابلات، وبعد هاته الإجراءات باشرنا بالبحث وباختيار افراد مجموعة بحثنا تبعا للمعايير المذكورة من قبل اين عرفنا بأنفسنا وعرضنا عليهم طلب حاجتنا للمساعدة في انجاز بحثنا. بعد ذكر تخصصنا وتقديم أنفسنا لاحظنا ان الحالات رحبت بالفكرة وقد ابدت فضولها بخصوص البحث واجراء المقابلات والبرنامج العلاجي، ما ساهم في تسهيل عملية الاتصال واستعملنا في دراستنا المقابلة النصف موجهة والملاحظة العيادية، قمنا بتنظيم العمل بصفة تستوجب اجراء المقابلة العيادية وبدء تطبيق البرنامج العلاجي في الحصص التي تليها. تتكون مجموعة البحث من اربعة راشدات سنقوم بتمثيلها في الجدول الاتي:

وسنصف مجموعة بحثنا حسب الاسم، الجنس، السن، المستوى التعليمي، الترتيب في الاسرة، الحالة الاجتماعية والاجتماعية، السوابق المرضية، مدة ونوع الارق.

جدول خصائص كل حالة:

نوع الارق	مدة الارق	السوابق المرضية	الحالة الاقتصادية	الحالة الاجتماعية	الرتبة في الاسرة	المستوى التعليمي	السن	خصائص الحالة
مزمن	حوالي السنة	لا يوجد	متوسطة	مطلقة	01	جامعي	30	الحالة 1
مزمن	سنتين	لا يوجد	متوسطة	ارملة	02	جامعي	36	الحالة 2
مزمن	سنتين تقريبا	لا يوجد	جيدة	متزوجة	01	جامعي	27	الحالة 3
مزمن	8 اشهر	لا يوجد	جيدة	عزباء	06	جامعي	28	الحالة 4

جدول (2): خصائص كل حالة

يظهر الجدول السابق ان مجموعة البحث هن اناث راشدات، لهن مستوى تعليمي جامعي، يتراوح سنهن بين 25 و40 سنة، حالتهم الاجتماعية لا باس بها، لا يحملن أي تاريخ مرضي، جميعهن تعانين ارقا مزمنًا، تتجاوز مدة المعاناة 6 اشهر.

4- تقنيات البحث:

باعتبار بحثنا يعتمد على المنهج العيادي الذي يدرس كل حالة على حدي، اعتمدنا على مجموعة من الأدوات التي تتناسب وطبيعة الدراسة وهي: المقابلة العيادية النصف موجهة، من خلال الاعراض الواردة حسب الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM5 إضافة الى البرنامج العلاجي المستمد من السلوكي المعرفي. بهدف التعرف على عينة الدراسة وتكوين المفاهيم ثم التأكد من نجاح البرنامج وصدق الفرضيات عن طريق المقارنة القبلية والبعديّة للأعراض، بالإضافة الى تسجيل التزام المتدربين بالفنيات والارشادات المتعلمة ومدى تطبيقهم لها، وتعرضهم للانتكاسة من عدمه.

4-1- المقابلة العيادية:

يجب الإشارة على أننا استخدمنا في الدراسة الحالية المقابلة العيادية كتقنية تشخيصية علاجية وتقويمية في آن واحد، كما حرصنا على أن تتصف بالمرونة وسعة الأفق، وعلى الاصغاء الكلي والتام للحالات هذا لنظهر لهن أننا مهتمين بمشكلاتهن اهتماما كبيرا، ولكي نجعلن يشعرن بالطمأنينة والراحة والثقة كي يقدمن لنا كل المعلومات المفيدة، كما امتنعنا عن إصدار أي حكم على سلوكياتهن.

يعرف (le petit Robert) المقابلة بأنها: " حركة تبادل للكلمات مع شخص او مع عدة أشخاص" (chiland،09،1995).

والمقابلة العيادية ليست موجهة للتشخيص او للعلاج فقط، لكنها مرتبطة بخطة عمل الباحث إذ تخدم إشكالية وفروض وأهداف البحث إذا إنها " تعتبر أداة هامة للحصول على المعلومات من خلال مصادرها البشرية، تمكن الفاحص من دراسة وفهم التغيرات النفسية للمفحوص والاطلاع على مدى انفعاله وتأثره بالمعلومات التي يقدمها، كما تمكنه من إقامة علاقات ثقة ومودة مع المفحوص، مما يساعده على الكشف عن المعلومات المطلوبة، فضلا عن كونها أداة للتبصير والتنوعية والتفاعل الديناميكي. (عزيزة عنو، 2017، ص 18) وتتقسم المقابلات العيادية حسب تصنيف (benony et chahraoui 1999) إلى:

- المقابلة العيادية الحرة أو غير موجهة
- المقابلة بأسئلة مغلقة أو الموجهة
- المقابلة بإجابات حرة أو المقابلة نصف الموجهة

واعتمدنا في دراستنا هاته على المقابلة بإجابات حرة أو المقابلة نصف الموجهة، في هذا النوع من المقابلات يعتمد الباحث على دليل لين من الأسئلة المعدة مسبقا يرجى الإجابة عليها، وهذا بالاعتماد على الفرضيات المعدة. طرحت بطريقة مباشرة سهلة وبسيطة وبلهجة دارجة لتجنب أي تعقيد.

إن هذا النوع من المقابلة ليست حرة ولا مقيدة بالجواب نعم /لا إذ أن الفاحص يقوم بالاستماع المفحوص والتدخل لغرض توجيهه فيما يخدم المقابلة وهذا النوع من المقابلة يسمح للمفحوص بالتعبير بكل ارتياح وتشجيعه على الكلام، كما تعمل على خلق جو من الثقة بين الطرفين الشيء الذي يزيد من الفاحص الكثير من المعلومات حول الحالة: (P119).
1983, Colette Chiland)

وقد عمدنا في الدراسة الحالية إلى استخدام ثلاثة أنواع من المقابلات كالآتي :

1- مقابلات التشخيصية: تهدف إلى جمع أكبر عدد من المعلومات التي تخص المفحوص. تم خلالها التطرق إلى مجموعة من المحاور شملت:

- محور تاريخ وعادات النوم
- محور نمط وأسلوب الحياة
- محور الشدة والمتاعب السيكولوجية

إضافة إلى اعتماد الاعراض والدلائل التشخيصية الواردة حسب الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الخامس الاختصار العلمي (DSM V) وهو دليل تصدره الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين يعد الآن المرجع الأول في العالم في تصنيف الأمراض النفسية من أكثر الأدوات التشخيصية التي تستخدم في تشخيص اضطراب التوحد وغيره من الاضطرابات .

ويحتوي DSM على أوصاف وأعراض ومعايير أخرى لتشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية. ويوفر لغة مشتركة للإكلينيكين للتواصل حول الحالات المرضية، ويضع تشخيصات ثابتة وموثوقة يمكن استخدامها في البحث حول الاضطرابات النفسية.

ويستخدم الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية في جميع أنحاء العالم من قبل الأطباء والباحثين، فضلا عن شركات التأمين وشركات الأدوية وصانعي السياسات. وقد اجتذب الدليل الجدل والانتقاد وكذلك الثناء.

- مقابلات علاجية: يتم فيها تطبيق الخطة العلاجية التي اتفق عليها الممارس العيادي والمفحوص بعد وضع التشخيص، وهذا عن طريق المزج بين التقنيات المعرفية (إعادة البناء المعرفي، تعديل الأفكار السلبية اتجاه الذات والمحيط والمستقبل...) والتقنيات السلوكية (تمارين الاسترخاء والتنفس)

- المقابلات التقييمية: هدفها اختبار مدى فعالية العلاج المطبق، والحماية من حدوث الانتكاسة.

4-2- الملاحظة العيادية:

"هدف الملاحظة العيادية هو رفع الظواهر السلوكية الدالة وإعطاء معنى بإعادة وضعها في ديناميكية وفي سياق جديد" (chahraoui et benony 2003) وتقوم الملاحظة العيادية على أكثر من ملاحظة الاضطرابات المرضية والملاحظة التحليلية للعالم النفسي فقط، إذ انها تعنى بالسلوكيات اللفظية وغير اللفظية والتفاعلات.

4-3- البرنامج العلاجي:

يعد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المستخدم في الدراسة من الأدوات الأساسية التي تم استخدامها لتحقيق أهداف الدراسة، هو برنامج معد ومنظم حسب أسس علمية، ويعتمد هذا البرنامج على استخدام فنيات معرفية وسلوكية وانفعالية متمثلة في: إعادة البنية المعرفية، والحوار والنقاش، والمحاضرات المبسطة، والحوار الذاتي، والغوص في النفس لاكتشاف الأفكار الهدامة والسلبية، والدحض والإقناع المنطقي، وحل المشكلات، و الحوار الذاتي وتقييمه، والواجبات المنزلية والتعزيز، بالإضافة الى اعادة صياغة الأفكار، وتعلم الاسترخاء... الخ

4-3-1- أهمية البرنامج:

تأتي أهمية هذا البرنامج من انه:

- تعتبر اضطرابات النوم والارق تحديدا من أكثر الاضطرابات شيوعا في كثير من المجتمعات.
- تشمل جميع الفئات العمرية وتأتي مصحوبة بمرض بدني او غير مصحوبة، وفي كثير من الأحيان تكون شديدة الى الحد الذي يستوجب التدخل العلاجي. (الارق المزمن)
- تشكل خدمات الصحة النفسية بجوانبها العلاجية والتشخيصية مطلبا ملحا للفرد العربي.
- يرتبط الارق بانخفاض في الوظائف العضوية والاجتماعية والنفسية والفكرية، ومن ثم يؤثر في عمل ونتاجية الفرد وحياته العامة.
- قد يسهم هذا البرنامج في علاج مشكلات أخرى متصلة بالارق مثل اضطرابات الاكل والمزاج والقلق... الخ
- يمكن اعتبار هذا البرنامج خطوة أولى في العلاج النفسي بالأسلوب المعرفي السلوكي في الجزائر، لأنه يقدم استراتيجيات ارشادية وعلاجية بأسلوب واضح متدرج للوصول الى الهدف المتمثل في التخفيض من حدة الارق لدى افراد العينة.

4-3-2- اهداف البرنامج:

الهدف العام:

يهدف البرنامج إلى خفض الأرق لدى مجموعة من النساء الراشحات وذلك من خلال الأهداف الخاصة:

1. صياغة أنظمة وتعليمات للتعامل بها مع المتعالجين خلال فترة التطبيق من خلال

الجلسة التعريفية الموضحة في الملحق رقم

2. تعريف المتعالجين باستراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي والهدف منها.
3. تعريف المتعالجين بالأرق وأسبابه وبالمفاهيم المرتبطة به.
4. التدريب على فنيات العلاج السلوكي المعرفي.
5. التدريب على رؤية العلاقة بين الأفكار، المشاعر والسلوك.
6. التدريب على المراقبة الذاتية للأفكار والمعتقدات السلبية.
7. التدريب على كيفية استبدال الأفكار والمعتقدات الخاطئة والسلبية بأخرى إيجابية.
8. تعديل الأفكار السلبية باستخدام إعادة البناء المعرفي.
9. التدريب على الحوار الذاتي وصرف الانتباه وحل المشكلات.
10. التدريب على فنيات الاسترخاء.
11. التدريب على القيام بكل ما سبق كواجبات منزلية.

4-3-4- مصادر إعداد البرنامج:

يستند البرنامج في إطاره النظري على النظرية السلوكية المعرفية، وكذلك التطرق إلى العديد من المراجع والمصادر والمقالات التي تناولت موضوع اضطرابات النوم والأرق ومعرفة طبيعة الاضطراب ومختلف النظريات المفسرة له، بالإضافة الى ذلك قمنا ب:

- الاطلاع على البرامج التي تناولت موضوع الدراسة الحالية.
- الاطلاع على الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت البرامج التي تساعد على خفض اضطرابات النوم والأرق.
- الاطلاع على الأسس النظرية للعلاج السلوكي المعرفي بشكل عام والعلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات النوم والأرق.

بناء على ما تم ذكره تم بناء البرنامج الحالي بالمتابعة مع الأستاذ المشرف، وعرضها على مجموعة من الأساتذة المحكمين ممن لديهم الخبرة في هذا المجال، ثم تم إجراء

التعديلات المطلوبة بناء على تعليماتهم وتوجيهاتهم، وقد عرضنا البرنامج في صورته النهائية في الملحق رقم

4-3-5- مراحل تطبيق البرنامج:

1-المرحلة التمهيديّة:

يتم من خلالها التعرف بين الباحث والمشاركين والحديث وتكوين علاقة ودية والتحدث عن ماهية وأهداف البرنامج وأهم محاوره، وتوقعات المشاركين نحوه، وتقصي حالة المشارك من خلال تطبيق الأدوات وجمع البيانات اللازمة والتأكد من التشخيص، ومن ثم التحضير لدخول جلسات البرنامج العلاجي.

2-مرحلة التطبيق:

يتم خلالها الحديث عن مشكلة الدراسة الأساسية وهي أعراض الأرق وماهيته وأسبابه وطرق الوقاية والعلاج من هذه الأعراض.

تليها مرحلة اكساب المهارات والتدريبات والتي يتم من خلالها تعديل الأفكار الخاطئة وغير المنطقية التي تراود المشاركين في حياتهم اليومية وكذلك السلوكيات والأساليب غير الصحيحة وغير الصحية التي يستعملونها في تعاملاتهم وتفاعلاتهم مع الآخرين، والتي من شأنها ان تزيد من أعراض الأرق عندهم.

3-مرحلة التقييم:

وهي المرحلة ما قبل الأخيرة حيث يتم التأكد من الوصول إلى الأهداف الرئيسية للبرنامج والوصول إلى النتائج المرجوة وذلك باستخدام وسائل وأساليب التقييم المناسبة، بالإضافة إلى الوقاية من الانتكاس عن طريق تشجيعه المشاركين على تطبيق المهارات المكتسبة التي تم التدرب عليها.

4-مرحلة المتابعة:

يتم فيها التأكد والتحقق من استمرارية النتائج الإيجابية التي تم التوصل إليها بعد تطبيق البرنامج وعدم حدوث انتكاسة للمشاركين.

4-3-6- العرض التفصيلي لتطبيق البرنامج:

يشمل هذا البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على مجموعة من الاستراتيجيات والفنيات المتنوعة، بهدف خفض وتخفيف مستوى الارق وبعض المشكلات النفسية المصاحبة، تم تطبيق البرنامج على اربع حالات بشكل مكثف لمدة ثلاث اشهر بواقع حصتين أسبوعيا كل على حدى، ويتم سؤال الحالات في نهاية كل جلسة عن مدى استفادتهم من الجلسة، وتقييمهم لها، بالإضافة الى الواجب المنزلي، وتقوم الباحثة بعرض خطوات البرنامج كالتالي:

الجلسة الاولى :

- عنوان الجلسة: بداية بناء علاقة علاجية مع المتعالجين .
- موضوع الجلسة : التعارف والتعريف بالبرنامج وعرض اهدافه .
- اهداف الجلسة : تهدف الباحثة في هذه الجلسة الى بناء علاقة ايجابية وجو من التفاوض والثقة ، وعرض اهداف البرنامج العلاجي بشكل مبسط ، وكذلك الاتفاق على تحديد موعد الجلسات القادمة .

فنيات الجلسة : المناقشة والحوار وتعزيز الافكار الايجابية والمرح والدعابة .

مدة الجلسة 60 : دقيقة

مضمون الجلسة :

استقبال الباحثة للحالة بالمصافحة والابتسامة والتحية .

اتاحة المجال للتعارف بين الباحثة والمتعالجين ، حيث عرفت الباحثة بنفسها وطبيعة عملها واعطت فكرة حول طبيعة الخدمة العلاجية المقدمة لهم، وتؤكد على دورها ودور المتعالج الفعال في عملية العلاج .

- تحدد الباحثة كيفية اللقاءات وتتفق مع المتعالجين على ذلك .

- تحدد الباحثة يوم (كذا) من كل اسبوع ولمدة (60) دقيقة بعدل جلستين اسبوعيا

ولمدة شهر .

تؤكد الحالة على الحالات ضرورة تنفيذ مايطلب منهم من واجبات منزلية متعلقة بالارق والمشكلات النفسية المصاحبة .

- تتحدث الباحثة عن اهداف البرنامج العلاجي و مايمكن تحقيقه ، وتبين ذلك

للمتعالجين (تدريبهم على التفكير العقلاني والمنطقي للتخفيف من الارق والمشكلات النفسية المصاحبة قدر الإمكان).

-محو الأفكار اللاعقلانية السيئة الهازمة للذات ، والتي تسبب الارق والمشكلات

النفسية المصاحبة لديهم.

- تحديد الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية والأحاديث الذاتية السلبية ، وتعريف

المتعالجين بها كمصدر لقلقهم .

-جعل المتعالجين واعيين لكل من اعتباراتهم الذاتية المتعلقة بالارق والمشكلات

النفسية المصاحبة والعمل على استبدالها بعبارات ذاتية عقلانية.

الجلسة الثانية :

موضوع الجلسة: التدريب على مهارة حل المشكلات

أهداف الجلسة :

- معرفة معنى المشكلة

- عرض بعض المشكلات والمواقف الصعبة من خلال بعض القصص التي تمثل مشكلات واقعية ومحاولة إيجاد الحلول لها .
 - توجيه عام .
 - تحديد المشكلة وصياغتها .
 - اتخاذ القرار بشأن مشكلة ما .
 - فنيات الجلسة : المناقشة ، أسلوب حل المشكلات .
- مضمون الجلسة :**

بعد إلقاء التحية على المتعالج والسؤال عن أحواله وعن حالته الصحية والنفسية لهذا اليوم ، تشجع الباحثة في الدخول في الخطة العلاجية بإتباع فنية المناقشة وأسلوب حل المشكلات ، وذلك و بالتطرق أولاً لمعرفة معنى المشكلة في حد ذاتها ، ألا و هي الارق والمشكلات النفسية المصاحبة ، ومعرفة أبعاده ، و كل ما يعرفه المتعالج عن ذلك ، و ما يفكر به عند تذكر الارق، و هنا تترك الباحثة الحرية للمتعالج للتعبير عن كل ما بداخله و عن ألامه النفسية و عن الفكرة التي يحملها عن الارق، ثم تقوم بعرض بعض المشكلات و المواقف الصعبة ، فمثلا تقوم برواية قصة لشخص مصاب بالارق و يعاني نفس المعاناة التي يعانيها المتعالج ، و من ثم محاولة إيجاد الحلول لهذه المشكلة ، و هنا الباحثة تقوم بإعطاء توجيه عام للمتعالج حول مشكلته، وتحاول قدر المستطاع تغيير أفكاره و اتجاهاته ، لاتخاذ القرار المناسب للوصول إلى تفكير منطقي وعقلاني وحول الارق وحول ما يصاحبه من تغيرات نفسية، وهنا تناقش الباحثة الحل المقترح للقصة مع المتعالج، و من خلال المناقشة يصلان إلى الحل الأمثل.

الجلسة الثالثة :

موضوع الجلسة : تعديل أفكار المتعالج و اتجاهاته و اعتقاداته ،
أهداف الجلسة :

- تصحيح المعتقدات و الاتجاهات المضطربة وظيفيا و التي تؤدي إلى الاضطراب النفسي.
- استبدال المعارف الخاطئة بأخرى صحيحة.
- فصل و تحديد الأفكار و المعتقدات المشوهة معرفيا.
- التدعيم الايجابي للحفاظ على استمرارية ممارسة السلوك الصحيح.
- المتابعة بما يعرف باستمرار الواجب المنزلي.
- محو الأفكار اللاعقلانية لمساعدة المتعالج على فهم طبيعة اعتقاداته اللاعقلانية و استبدالها باعتقادات أخرى أكثر عقلانية.
- التوضيح للمتعالج أن الصعوبات التي يعاني منها تتجم في حد كبير.
- فنيات الجلسة : المناقشة ، اعادة البناء المعرفي.
- مدة الجلسة: 60دقيقة.

مضمون الجلسة:

بعد التحية والسؤال عن الحالة النفسية للمتعالج، والتذكير بالجلسة السابقة ، تبدأ بالجلسة الموالية باستخدام فنية المناقشة و اعادة البناء المعرفي و تطلب من المتعالج تدوين كل افكاره وافتراضاته واتجاهاته التي تقف وراء جوانبه المعرفية ، ومن ثم تصحح له تلك المعتقدات والاتجاهات المضطربة وظيفيا والتي تؤدي الى الاضطراب النفسي ، كما تحاول الباحثة استبدال المعارف الخاطئة باخرى صحيحة ، وعند تدوين المتعالج لكل افكاره ومعتقداته تقوم بعملية الفصل ولتحديد لتلك الافكار المشوهة معرفيا ، كما تتبع الباحثة اسلوب التدعيم الايجابي للحفاظ على استمرارية ممارسة السلوك الصحيح والتفكير المنطقي والايجابي، ويتم ذلك ايضا بالمتابعة من خلال الواجب المنزلي الذي تكلف به الباحثة المتعالج لضمان سير العملية العلاجية بشكل ايجابي ، كما توضح له ان المشاكل النفسية التي يعاني منها تتجم الى حد كبير من ادراكه المشوه وتفكيره غير المنطقي ، وفي اخر الجلسة تتفق معه على الموعد القادم.

الجلسة الرابعة:

-موضوع الجلسة :اكتساب التحكم في تركيز الانتباه واستخدام ذلك كوسيلة للتغلب على الضغوط

-اهداف الجلسة:

-التركيز على فكرة ان الفرد يستطيع ان يتحكم في افكاره واتجاهاته.
-التوضيح للمتعالج ان مايفكر فيه هو محدد لنشاطه الجسمي ، فاذا استطاع ان يوجه انتباهه ويركز على احداث او افكار لا تحتوي على استجابة انفعالية فانه يستطيع ان يلغي الاستثارة الفسيولوجية داخل جسمه.

-فنيات الجلسة : المناقشة ، الوعي الانتقائي

-مدة الجلسة :60دقيقة.

مضمون الجلسة:

بعد التحية والسؤال عن احوال المتعالج وتذكيره بالجلسة السابقة وبالواجب المنزلي ، تبدأ في الجلسة الموالية وباستخدام فنية المناقشة والوعي الانتقائي حيث تطلب الباحثة من المتعالج ان يركز على فكرة انه يستطيع ان يتحكم في افكاره واتجاهاته، وان يركز انتباهه على اكثر العوامل تهديدا في بيئته، وهنا توضح الباحثة للمريض ان مايفكر فيه هو محدد لنشاطه الجسمي ، فاذا استطاع ان يوجه انتباهه ويركز على احداث او افكار لا تحتوي على استجابة انفعالية فانه يستطيع ان يلغي الاستثارة الفسيولوجية داخل جسمه ، اي ان الباحثة تبين للمتعالج ان افكاره هي اساس تحييد نشاطه الجسمي ، في اخر الجلسة تتفق مع المتعالج على اللقاء القادم.

-الجلسة الخامسة:

-موضوع الجلسة: تعديل المحتوى الفكري والحوار الداخلي.

-اهداف الجلسة:

-التخلص من الافكار غير المرغوب فيها والافكار القهرية التي تشغل الذهن.

-الاعتماد على مبدأ الكف المتبادل.

-مساعدة المريض في التوصل الى الاستنتاج المنطقي.

-تحديد وتوضيح وتعريف المشكلات

-فنيات الجلسة : المناقشة ، ايقاف الأفكار

-مدة الجلسة: 60دقيقة.

-مضمون الجلسة:

بعد التحية والتذكير بالجلسة السابقة وبالواجب المنزلي السابق ، تشرع في الجلسة

الجديدة وباستخدام فنية المناقشة وايقاف الافكار تطلب من المريض تدوين كل الافكار

والاعتقادات والافتراضات التي تشغل ذهنه ، ثم طرح مجموعة من الاسئلة منها:

-ماهي الفكرة المسيطرة على تفكيرك؟

-مالذي يشغل بالك في اغلب الاحيان؟

-كيف هي نظرتك للحياة ؟

-ماهو النوم بالنسبة لك؟

-ماذا تشعر عندما تفكر انك مصاب بالارق ؟

وغيرها من الاسئلة والتي من خلال الاجابة عنها يصل المتعالج الى استنتاج منطقي

يوضح من خلاله مشكلته ويحدها ، كذلك من خلال هذه الاسئلة يحدد الافكار الكامنة التي

هي اساس مشاكله ومعاناته النفسية ، من ثم تقيم الباحثة النتائج التي يمكن ان تنتج عند

احتفاظ المريض بافكاره ومعتقداته السيئة التي هي سبب في حالته النفسية السيئة ، ومجموعة

تلك الاسئلة تحث المريض على التفكير بنفسه واطهار افكاره الكامنة ليس مجرد قبول وجهة

نظر الباحثة ، في اخر الجلسة تتفق معه على موعد الجلسة القادمة وتودعه.

-الجلسة السادسة :

- موضوع الجلسة : التحكم في الانفعالات . اهداف الجلسة :
 - تدريب المتعالج على رسم صور ذهنية .
 - التحكم في الانفعالات وتحسين القدرة على النوم.
 - تدريب المريض على كيفية استدعاء تصورات وتخيلات ايجابية .
- القدرة على تخيل صورة ذهنية ايجابية تساعد على تحسين نوعية النوم، وكذلك يؤدي الى تحسن المزاج .

- فنيات الجلسة : التخيل

مدة الجلسة : 60 دقيقة

مضمون الجلسة :

بعد التحية والسؤال عن الحالة الصحية والنفسية للمتعالج ، ثم سؤاله عن الجلسة السابقة ومدى استفادته منها وعن الواجب المنزلي ، تدخل في جلسة علاجية جيدة باستخدام فنية التخيل ، حيث تطلب الباحثة من المتعالج رسم صور ذهنية من مخيلته ، وتدريبه على استدعاء تصورات وتخيلات ايجابية تبعث الارتياح له، وتمكنه من التحكم في انفعالاته وبالتالي تحسين القدرة على النوم، وتخيله لصورة ذهنية ايجابية لمدة معينة حتى يحس ان مزاجه تعدل وحالته النفسية تحسنت ، وعمدت الباحثة استخدام فنية التخيل كاساس لفنية ايقاف الافكار غير المرغوبة وذلك بالتعرض التخيلي الذي يعتمد على استدعاء المواقف السلبية في ذهن المتعالج ويتعرض لها عن طريق التخيل.

الجلسة السابعة :

موضوع الجلسة : ايقاف كل الانقباضات والتقلصات العقلية المصاحبة للقلق والتوتر .

اهداف الجلسة:

تخيل صورة ذهنية تبعث على الاسترخاء والارتياح .

عدم الشعور بالقلق وعدم التفكير بافكار تثير القلق .

تعليم المتعالج الاهتمام بالتخيلات العقلية المبهجة حتى يريح عقله .
اختيار المتعالج لصورة هادئة تبعث على الاسترخاء مثل : منظر شاطئ ، منظر من اجازة
يف .

فنيات الجلسة : التخيل ، الاسترخاء العضلي .

مدة الجلسة : 60 دقيقة .

مضمون الجلسة:

بعد القاء التحية والسؤال عن الاحوال كالعادة ، والتذكير بالجلسة السابقة والسؤال عن
اهم ما تم اكتسابه من خلالها، تبدأ في الجلسة العلاجية الموالية باستخدام فنية التخيل
والاسترخاء العضلي، تطلب الباحثة من المتعالج تخيل صورة هادئة تبعث على الارتياح
وعندما يتخيلها يرتاح ويسترخي وتساعد على النوم ، تطلب منه ان لا يشعر بالقلق نهائياً
ولا يفكر بأفكار تثير القلق ، وتوضح له ان الاهتمام بالتخيلات العقلية المبهجة يريح العقل
ويحسن المزاج ، عندها تبدأ الباحثة في التدريب على فنية الاسترخاء ، تطلب منه ان يختار
صورة هادئة تبعث على الاسترخاء ، وتبدأ الباحثة كمحاولة منها في تطبيق الاسترخاء
العضلي عليه بكل خطواته وتقنياته ، حتى الانتهاء وصرح المتعالج انه فعلاً استرخى وارتاح
لمدة معينة ، وهكذا الى ان انتهت الجلسة واتفقت معه على موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثامنة :

موضوع الجلسة : مشاركة المتعالج في تصميم الخطة العلاجية المتبعة .

اهداف الجلسة :

المشاركة من جانب المتعالج في انجاز وتصميم الخطة العلاجية المتبعة ومايناسبها من
واجبات لتحقيق الاهداف العلاجية .

توجيه المتعالج لتوظيف ماتعلمه من معتقدات ومفاهيم صحيحة من خلال المرور بعدة مواقف سلوكية يقوم بادائها كالتدريب على ممارسة الاساليب العلاجية المختلفة والتي تشمل على افكار ومعتقدات وسلوكيات جديدة.

فنيات الجلسة : المناقشة ، الواجب المنزلي .

مدة الجلسة : 60 دقيقة.

مضمون الجلسة :

بعد التحية والسؤال عن الحالة الصحية للمتعالج ومراجعة الفنية المستخدمة في الجلسة العلاجية السابقة ، تبدأ الباحثة في جلسة جديدة وفنية جديدة هي الواجب المنزلي بحيث تطلب منه في كل جلسة على الاغلب القيام بواجب منزلي حتى تعطي له فرصة تصميم الخطة العلاجية المتبعة للوصول الى العلاج الامثل ، وتتم من خلال الطلب من المتعالج توظيف كل ماتعلمه من معتقدات ومفاهيم صحيحة من خلال مجموعة الفنيات والمواقف التي قام بادائها او حتى تخيلها خلال الجلسات العلاجية التي مضت ، والتي شملت افكار ومعتقدات وسلوكيات جديدة قام باكتسابها .

الجلسة التاسعة :

موضوع الجلسة : مساعدة الفرد على التعبير عن مشاعره وخبراته بحرية .

اهداف الجلسة :

مساعدة المتعالج على التعبير عن مشاعره وخبراته بحرية دون خجل اوخوف ، وهذا يؤدي الى اكتشاف نفسه بصورتها الحقيقية .

التوضيح للمتعالج ان العمل من اجل حل مشاكله هو مسؤوليته الشخصية ، وتشجيعه على اخراج وطرح مايجشم يقبض على صدره .

تركيز الجهود على توضيح مشاعر المتعالج التي يعبر عنها .

وصول المتعالج الى حالة من الوعي والفهم لمشاكله ثم اصدار القرارات السليمة .

فنيات الجلسة : الاستراتيجية الذاتية .

مدة الجلسة: ساعة .

مضمون الجلسة :

كالعادة تبدأ الجلسة بتحية والسؤال عن احوال المتعالج والحديث عن اهم النقاط التي تم التطرق اليها في الجلسة السابقة ومراجعتها شفهيًا ، ثم تدخل في الجلسة الجديدة باستخدام تقنية الاستراتيجية الذاتية، وهنا تعطي الباحثة الفرصة للمتعالج للتعبير عن مشاعره وخبراته بحرية دون خجل او خوف ، وهذا من اجل اكتشاف نفسه بصورتها الحقيقية، حيث تقوم بسؤاله عن مشاعره وتعطي له الحرية في التعبير ، كما توضح له ان العمل من اجل حل مشاكله هو مسؤوليته الشخصية، وتشجيعه على اخراج كل ما يقبض على صدره ويشعره بالقلق وتدعوه الى تركيز جهوده على توضيح مشاعره التي يعبر عنها ، وهكذا حتى نهاية الجلسة يصل الى حالة من الوعي والفهم لمشاكله ثم اصدار القرارات السليمة ثم ينهي الجلسة بالاتفاق على موعد اللقاء المقبل.

الجلسة العاشرة :

موضوع الجلسة: بناء سلوكيات جديدة مرغوب فيها وتعديل سلوكيات غير مرغوبة

اهداف الجلسة :

بناء سلوكيات مرغوبة جديدة او تعديل سلوكيات غير مرغوبة.

اقناع المتعالج بما يراد تعليمه وارشاده .

معالجة الكثير من سلوكيات المتعالج الخاطئة من خلال ملاحظة الاخرين وقيامه

بمراقبة الفرد النموذج ثم يقوم بتقليده فعلا .

مشاهدة من خلال المواقف المصورة سلوك النموذج ويطلب منه محاكاته وتطبيقه في

مواقف مختلفة .

فنيات الجلسة : النمذجة و التقليد .

مدة الجلسة : 60 دقيقة .

مضمون الجلسة :

بعد التحية والتحدث عن ماتم اكتسابه في الجلسة السابقة من سلوكيات وفتيات جديدة، تبدأ الباحثة في الجلسة الموالية وباستخدام فنية النمذجة التي تهدف الى بناء سلوكيات جديدة او تعديل سلوكيات غير مرغوبة ، تقوم الباحثة باقناع المتعالج بما لا بد عليه من تعلمه ، ومن خلال الجلسات السابقة حيث تم التعرف على السلوكيات الخاطئة ، ثم تعريض المتعالج لموقف معين وجعله يراقب الفرد النموذج ثم يقوم بتقليده فعلا ، فمثلا تطلب الباحثة من المريض ان يراقب شخص بجانبه مدة معينة ثم يقلده مهما كان الموقف الذي هو فيه او مشاهدة فيديو لأشخاص مصابين بالارق لكنهم متعايشين معه. وغيرها من المواقف التي تكسبه سلوكيات جديدة او تغير من سلوكياته سواء على اشرطة كاسيت او قصص هادفة للحياة او اشخاص مؤثرين ذوي اهمية كبيرة على المتعالج، وفي الاخر تتفق معه على الجلسة المقبلة وتخبره انها الجلسة الختامية .

الجلسة الحادية عشر :

موضوع الجلسة : انتهاء البرنامج وتقويمه (جلسة ختامية)

اهداف الجلسة:

تقويم الجلسات العلاجية والوقوف على نقاط القوة ونقاط الضعف في البرنامج .
معرفة النتائج التي توصل اليها المتعالجين بعد الانتهاء من الجلسات .
معرفة مدى التحسن الذي شعر به المشاركين بعد الانتهاء من الجلسات .
ارشاد المتعالجين الى ضرورة الاستمرار في تنفيذ ما تم اكتسابه وتوظيفه لاحقا بعد البرنامج
فتيات الجلسة : الالقاء ، الحوار والنقاش .

مدة الجلسة : 45 دقيقة .

مضمون الجلسة :

بعد التحية تقوم الباحثة بمراجعة ما تم الحديث عنه بالجلسة السابقة في عرض ملخص وسريع لجميع ما تم عرضه في البرنامج العلاجي ، تقوم الباحثة بمراجعة الأنشطة والبرامج التي تمت مناقشتها ، وتحت المتعالمين على الاستمرار والاستفادة مما تعلموه وتطبيقه في حياتهم اليومية ، وفي النهاية تقوم بشكر المتعالمين على تعاونهم وعلى المجهود الذي بذلوه معها من اجل نجاح البرنامج وتعبير لهم عن سعادتها بالفترة التي قضتها معهم اثناء تنفيذ البرنامج.

الجلسة الثانية عشر :

موضوع الجلسة :

اهداف الجلسة:

- معرفة النتائج التي توصل إليها المتعالمون بعد الانتهاء من الجلسات .
 - معرفة مدى التحسن الذي شعر به المشاركين بعد الانتهاء من الجلسات .
 - ارشاد المتعالمين إلى ضرورة الاستمرار في تنفيذ ماتم اكتسابه وتوظيفه لاحقا بعد البرنامج.
- فنيات الجلسة : الالقاء ، الحوار والنقاش .

مدة الجلسة : 60 دقيقة .

مضمون الجلسة:

بعد التحية تقوم الباحثة بمراجعة ما تم الحديث عنه بالجلسات السابقة في عرض ملخص وسريع لجميع ما تم عرضه في البرنامج العلاجي ، تقوم الباحثة بمراجعة الأنشطة والبرامج التي تمت مناقشتها، ومدى تاثيرها على نوعية نومهم ونمط حياتهم، وتحت المتعالمين على الاستمرار والاستفادة مما تعلموه وتطبيقه في حياتهم اليومية ، وفي النهاية تقوم بشكر المتعالمين على تعاونهم وعلى المجهود الذي بذلوه معها من اجل نجاح البرنامج وتعبير لهم عن سعادتها بالفترة التي قضتها معهم اثناء تنفيذ البرنامج.

6-3-5- الارشادات العامة للبرنامج:

يمكن أن يساعد العلاج السلوكي المعرفي للأرق (CBT-I) على السيطرة على الأفكار السلبية والأفعال التي تجعلك يقظاً أو التخلص منها ويوصى به بشكل عام كأول خطوة لعلاج الأرق. وعادة ما يكون العلاج السلوكي المعرفي للأرق (CBT-I) معادلاً أو أكثر فاعلية من أدوية اضطرابات النوم.

يعلمك الجزء المعرفي في العلاج السلوكي المعرفي التعرف على المعتقدات التي تؤثر على قدرتك على النوم وتغييرها. ويمكن أن يساعدك هذا النوع من العلاج في تعديل المعتقدات غير الصحية والمخاوف حول النوم، التحكم في الأفكار السلبية والمخاوف وبواعث القلق التي تبقيك مستيقظاً أو القضاء عليها، وتعليم التفكير العقلاني والإيجابي. وقد تتضمن أيضاً التخلص من الدورة التي تعرضك للقلق الشديد بشأن الدخول في النوم بحيث لا تستطع النوم.

ويساعدك الجزء السلوكي في العلاج السلوكي المعرفي في تمييز العادات التي تؤثر على قدرتك على النوم ومن ثم تغييرها عن طريق تطوير واكتساب عادات نوم جيدة وتجنب السلوكيات التي تمنعك من النوم بصورة جيدة. ويوصى بالعلاج السلوكي، عادة، كخطوة أولى لحل مشكلة الأرق.

وتشمل الاستراتيجيات، على سبيل المثال ما يلي:

- الحفاظ على مذكرات لتحديد عادات النوم، والأنماط التي يمكنك مشاركتها والاستفادة منها في رسم خطة علاجية مع الاخصائي.
- عادات النوم الصحية. وتتضمن هذه الطريقة تغيير عادات حياتك الأساسية التي تؤثر على النوم كالتدخين أو شرب الكثير من الكافيين في وقت متأخر من الليل أو شرب الكثير من الكحول أو عدم الحصول على مقدار كافي من التمارين. الامتناع عن الأكل أو الشرب عند الاقتراب من موعد النوم المحدد. تثبيت مواعيد النوم والاستيقاظ كل يوم،

حتى في الإجازات الأسبوعية. وتشتمل أيضًا على نصائح تساعدك على النوم بصورة أفضل كطرق الاسترخاء قبل وقت النوم بساعة أو ساعتين.

- تحسين أجواء النوم. توفر هذه الطريقة أساليب تساعدك على خلق أجواء مريحة تساعد على النوم كبقاء غرفة نومك هادئة ومظلمة وباردة، والحرص على وجود تهوية كافية. وعدم وضع تلفاز في غرفة النوم، إغلاق الهاتف المحمول والاحتفاظ بالساعة بعيدًا عن عينيك.

- العلاج بالتحكم في المحفزات. تساعد هذه الطريقة في تجنب العوامل التي تجعل العقل يقاوم النوم. على سبيل المثال، يمكن تدريبك على تحديد وقت ثابت للنوم والاستيقاظ، وعدم استخدام السرير إلا للنوم، ومغادرة الفراش إذا كنت لا تستطيع النوم في غضون 20 دقيقة، والرجوع للفراش مجددًا فقط عند الشعور بالنعاس. تجنب نوم القيلولة أو قَل من أوقاتها. الإغفاءات القصيرة في أثناء النهار قد تجعل النوم صعبًا ليلاً. وإذا تعذر عليك الاستمرار دونها، فاسع إلى تقليصها بحيث لا تزيد عن 30 دقيقة ولا تغفو بعد الساعة 3 مساءً.

- تقييد فترة النوم. ويقلل هذا العلاج الوقت الذي تستغرقه في سريرك ويُجنب القيلولة أثناء النهار؛ مما يؤدي إلى حرمان الجزئي من النوم، وهو ما يجعلك تشعر بتعب أكثر في الليلة التالية. وفور تحسن حالة النوم لديك، يزيد وقت نومك تدريجيًا.

- العلاج بالضوء. إذا نمت في وقت مبكر للغاية ثم استيقظت في وقت مبكر للغاية، فيمكنك استخدام الضوء لتأخير ساعتك الداخلية. يمكنك الخروج في أوقات محددة من العام عندما يكون هناك ضوءًا بالخارج. مساءً أو استخدام صندوق ضوئي.

- أساليب الاسترخاء. يُعتبر استرخاء العضلات التدريجي والارتجاع البيولوجي، تمارين الاسترخاء الذهنية، تقنيات التأمل، وتمارين التنفس من الأساليب التي تعمل على الحد

من القلق عند النوم. ويمكن أن تساعد ممارسة هذه الأساليب على التحكم في النفس

ومعدل ضربات القلب والشد العضلي والحالة المزاجية بحيث يمكنك الاسترخاء.

• اليقظة دون ممارسة نشاط. وتعرف أيضًا بأسلوب القصد المعاكس، يهدف هذا العلاج

إلى تقليل المخاوف والقلق بشأن القدرة على النوم وذلك عن طريق الذهاب إلى الفراش

ومحاولة البقاء في حالة يقظة بدلاً من انتظار الخلود إلى النوم.

خلاصة:

تم في هذا الفصل عرض كل ما يتعلق بإجراءات الدراسة، وذلك بدءاً بالمنهج والتصميم التجريبي الملائم للأهداف المحددة ابتداءً ثم تفصيل خصائص العينة وكذلك أدوات الدراسة وخصائصها، والتي من خلالها حصلنا على نتائج الدراسة التي سنعرضها تفصيلاً مرتبة حسب الفرضيات في الفصل الموالي بعد تقديم عرض وتحليل للحالات المطبق عليها.

الفصل الخامس

دراسة الحالات

ونتاؤها



تمهيد:

بعد تحديد مجال ال دراسة المتمثل في جانبها الميداني، سيعقب ذلك مرحلة الشروع في إجراء المقابلات العيادية (تحليل محتوى المقابلة العيادية)، ملاحظة وتسجيل الاعراض، السلوكات، الأفكار، القبلية، يلي ذلك تطبيق جلسات البرنامج العلاجي المقترح حتى نهايته، وبعده في مدة أقصاها شهر يتم مقارنة النتائج البعدية بواسطة أدوات الدراسة، وهو ما سنتطرق اليه في هذا الفصل.

أولاً- عرض وتحليل الحالات:

1- عرض وتحليل الحالة الأولى:

1- تقديم الحالة: حفصة تبلغ من العمر 30 سنة مطلقة منذ حوالي سنتين، لديها ابن يبلغ 8 سنوات من العمل، تعيش حالياً مع أسرتها وتعمل محامية، حالتها الاقتصادية والاجتماعية لا بأس بها.

2- أهم ما جاء في التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

أ- دافع الاستشارة: تقدمت إلى الاخصائية النفسانية من أجل ابنها الذي كان يعاني بعض الاضطرابات السلوكية ومما لوحظ أثناء المقابلة أنها كانت تكرر شكوى من أرق ليلي مزمن يؤثر على جميع نواحي حياتها، فعرضت عليها الأخصائية تحويلها إلى الباحثة بعد تقديم فكرة البحث والبرنامج العلاجي، فتقبلت الفكرة ورحبت بها.

ب- خلال الحصة الأولى: الاتصال معها كان سهلاً وأعربت عن استعدادها وقدمت اشكالياتها الشخصية التي تلخصت في الاعراض التالية:

- لا تشهر بأنها تأخذ كفايتها من النوم، وتشعر بالتعب والارهاق معظم النهار مما يصعب عليها أداء واجباتها وعملها، تستيقظ غالباً في الصباح الباكر ولا تتمكن من العودة إلى النوم مهما فعلت، هذا ما جعلها تلجأ إلى أخذ غفوات مساء حتى تعوض تعب النهار. ويحدث هذا منذ سبعة أشهر تقريباً.

ج- الاستعداد والسلوك العام:

بيضاء، ذات نمط مكتنز، قامة متوسطة، وعينان بنيتان كبيرتان، هندام نظيف ومتناسق، تميل للألوان الفاتحة، أما الاتصال بها فكان سهلاً، تستخدم لغة واضحة ومفهومة، وتستخدم الجانب غير اللغوي كثيراً في التواصل خاصة اليدين.

د- التاريخ الشخصي: عاشت طفولة جد عادية تدرجت في أطوارها التعليمية إلى أن تخرجت بشهادة من كلية الحقوق، لم تتعرض لأي حادث أو عملية جراحية أو أي اضطرابات نفسية في السابق.

هـ- التاريخ الأسري: كل من الوالدين على قيد الحياة، الأب أستاذ متقاعد والأم مأكثة في البيت، وكلاهما بصحة جيدة، نشأت في مناخ اسري يتسم بالدفء و الحنان والعطف، هي البنت الكبرى والوحيدة بين ثلاث أخوة ذكور، تربطهم علاقة ممتازة منذ الصغر إلى الآن.

و- التحليل الوظيفي: قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة SECCA بحيث تم تحليل الماضي و الحالي و المستقبل لسلوك مشكل العميل:

تحليل الماضي: ليس لديها أي سوابق مرضية عائلية أو شخصية، نفسية وجسدية.

تحليل الحالي: وضعيتها النفسية بدأت في التدهور منذ ظهور أعراض الأرق حيث أثرت على تركيزها وأداءها وانفعالاتها.

تحليل المستقبل: قلق متواصل نتيجة التفكير في عدم التمكن من النوم ليلا.

2- عرض وتحليل الحالة الثانية:

1- تقديم الحالة: يتعلق الأمر بالسيدة منيرة التي كانت لجأت للمتابعة العلاجية لطبيب مختص في الأمراض العصبية و العقلية، تبلغ من العمر 36 سنة، أرملة، توفي زوجها منذ 8 سنوات، لديها ابن في 14 من العمر و ابنة تبلغ 10 سنوات، مستواها الاجتماعي و الاقتصادي متوسط، وتعمل في احدى البنوك.

2- أهم ما جاء في التاريخ النفسي و الاجتماعي للحالة:

أ- دافع الاستشارة: تقدمت الحالة للفحص والاستشارة النفسية على اثر إحالة من طبيبها لأنها كانت ترفض الخضوع للعلاج الدوائي، ولأنه حسب قولها يعطي مفعولا مؤقت و أعراضه الثانوية لا يمكن احتمالها.

ب- خلال الحصة الأولى: أين قدمت إشكالياتها الشخصية في معانتها من الأرق الليلي وما يصاحبه من تدهور في حالتها المزاجية والنفسية السيئة التي أصبحت تؤثر حتى على محيطها، وتدني أدائها المهني و الشعور بالتعب و الإعياء الدائم.

ج- الاستعداد والسلوك العام: ذات بنية جسدية متوسطة، لديها بشرة بيضاء، عيون سوداء، صاحبة مظهر جميل، لباسها أنيق وتميل في الأغلب للألوان الداكنة، ذات لغة شفوية سهل بسيطة ومعبرة (مسترسلة في خطابها التواصلي وتتكم بطلاقة).

د- التاريخ الشخصي: عاشت طفولة جد عادية، حيث تدرجت في أطوارها التعليمية دون مشاكل، انتهى بها المطاف بنيل شهادة المحاسبة من المدرسة العليا للبنوك، وتوظفت بعدها مباشرة، لم تعاني الحالة من قبل من أي مرض سواء عضوي أو نفسي.

هـ- التاريخ الأسري: ترتيبها الثاني بين ثلاث بنات، ولدت في أسرة ميسورة الحال ماديا، والدها كان تاجر توفي منذ أربع سنوات، ووالدها معلمة فرنسية متقاعدة، وصفت علاقتها مع والديها بالجيدة، حيث تبادلها الحب و الاحترام و التقدير، تربطها علاقة قوية جدا بأخواتها وهن مقربات كثيرا إلى الآن، ولا يوجد أية سوابق مرضية اسرية.

و- التحليل الوظيفي: قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة SECCA بحيث تم تحليل الماضي و الحالي و المستقبل لسلوك مشكل العميل:

تحليل الماضي: لا يوجد أي سوابق مرضية عائلية أو شخصية غير خالة عانت الاكتئاب في فترة سابقة، ينتابها شعور بالوحدة منذ وفاة زوجها.

تحليل الحالي: تشكو تقلبات المزاج وقلة النوم منذ فترة وتشعر بتعب دائم ورغبة في النوم.

تحليل المستقبل: قلق الموت والتفكير في حال أطفالها بعد موتها خاصة بعد وفاة والدها.

3- عرض و تحليل الحالة الثالثة:

1- تقديم الحالة: سامية 27 سنة أستاذة التعليم الثانوي، متزوجة منذ سنتين، ليس لديها أي أطفال، تعاني الأرق منذ سنتين تقريبا، تم تحويلها من طرف زميلة لها تتابع عند الاختصاصية النفسية، سبق وان التقينا بها وتعرفت على موضوع بحثنا.

2- أهم ما جاء في التاريخ النفسي و الاجتماعي للحالة:

أ- دافع الاستشارة: تقدمت الحالة للاستشارة النفسية بعد اقتراح زميلتها، نظرا لشكواها المتكررة من قلة النوم، بالرغم من توفر جميع الظروف الملائمة.

ب- خلال الحصة الأولى: تكلمت عن معاناتها مع الليالي الأرق، والصباحات التالية المليئة بالعمل، شعورها الدائم بالتعب و الانهاك اثر عليها نفسيا وجسديا فأصبحت تميل إلى أخذ إجازة مرضية.

ج- الاستعداد والسلوك العام: ذات بنية جسدية قوية، حنطية، شعرها أسود، تهتم بمظهرها وناققتها، لغة سهلة ومباشرة وتتحدث بهدوء.

د- التاريخ الشخصي: عاشت طفلة جد عادية، تخطت سنواتها الدراسية بنجاح، وتفوقت إلى أن تخرجت من المدرسة العليا للأساتذة.

هـ- التاريخ الأسري: ولدت في أسرة ميسورة الحال، والدها طبيب متقاعد، أمها كانت تعمل مخبرية، تربطهم علاقة قوية و جيدة، اخوها الوحيد تم تشخيصه بالسكري، غير هذا لا يوجد أي تاريخ لسوابق مرضية أخرى.

و- التحليل الوظيفي: قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة SECCA بحيث تم تحليل الماضي و الحالي و المستقبل لسلوك مشكل العميل:

تحليل الماضي: لم تعاني أي اضطرابات نفسية أو جسدية من قبل.

تحليل الحالي: مشاعر توتر و قلق دائم ومزاج متقلب.

تحليل المستقبل: ترقب وحيرة وخوف.

4- عرض و تحليل الحالة الرابعة:

1- تقديم الحالة: سارة 28 سنة تعمل في وكالة سياحية وليست متزوجة تعاني من الأرق منذ ثلاثة اشهر تقريبا مما دفع بها إلى التوجه إلى الأخصائي النفساني.

2- أهم ما جاء في التاريخ النفسي و الاجتماعي للحالة:

أ- دافع الاستشارة: بالإضافة إلى كون الأرق مصدر الشكوى الرئيسي فإنها كانت تشكو من بعض أعراض الصدمة المتبقية نتيجة وفاة والدها منذ 8 أشهر.

ب- خلال الحصة الأولى: عبرت عن قلقها من الأرق المستمر والمتواصل ووجود اضطرابات انفعالية ومزاجية وتدني أدائها المهني ورغبتها في الحصول على المساعدة.

ج- الاستعداد والسلوك العام: ذات بنية جسدية متوسطة، قصيرة القامة، لديها بشرة بيضاء، عينان خضراوتان، صاحبة مظهر جميل، ترتدي في الغالب ألوان داكنة.

د- التاريخ الشخصي: عاشت طفولة عادية، تدرجت في أطوارها التعليمية وتخرجت بشهادة ماستر في التسيير، ولجأت إلى العمل في إحدى الوكالات السياحية.

هـ- التاريخ الأسري: توفيت والدتها عندما كان في عمرها 9 سنوات، ومنذ ذلك تكفلت أختها الكبرى برعايتها وهي تعيش معها حاليا، أسررتها ميسورة الحال، هي الأخت الصغرى بين ثلاث أخوة ذكور واختين، ولا يعاني أيا منهم من أمراض مزمنة أو سوابق مرضية.

و- التحليل الوظيفي: قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة SECCA بحيث تم تحليل الماضي و الحالي و المستقبل لسلوك مشكل العميل:

تحليل الماضي: تعرضت إلى صدمة سابقة نتيجة وفاة والدتها.

تحليل الحالي: مزاج متقلب مشاعر قلق وتوتر.

تحليل المستقبل: قلق دائم من فقدان بقية مقربيه.

الاضطراب	الحالة 1	الحالة 2	الحالة 3	الحالة 4
عادات النوم	×	×	×	×
المعتقدات والمواقف	×	×	×	×
الشدة والمتعاب السيكولوجية	×	×	×	×
نمط الحياة	×	×	×	×
اعراض من DSM	1 -A C- D- -B E- F- G-	1 -A C- D- -B E- F- G-	2 -A C- D- -B E- F- G-	1 -A C- D- -B E- F- G-

خلاصة:

التسلسل المعتاد للأحداث هو ان يطرا حدث مقلق (حدث مسرع) يتسبب بعدة أيام من النوم المضطرب (العابر)، اذا استمر الارق (المدى القريب)، تبدأ باتخاذ عادات سيئة (عوامل ممرضة)، مثل البقاء في السرير فترة أطول في الصباح، وزيادة تناول الكافيين، وتناقص الرياضة، واذا اصبح الارق حادا، تصبح الاحداث المسرعة غير ذات صلة تقريبا، ويستمر النوم غير المريح بسبب العادات السيئة التي أصبحت مهيمنة الان.

ثانيا - مناقشة وتحليل نتائج البحث:

هدف البحث الحالي إلى معرفة مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من الارق لدى راشدات، حيث طبق البرنامج واثبت فاعليته من خلال المتابعة لمعرفة مدى استمرار الفاعلية بعد فترة من التطبيق، وعن طريق ومقارنة النتائج المتحصل مع الاعراض القبلية، ومن خلال تقييم الحالات المطبق عليهم للبرنامج، ما اثبت تحقق الفرضيات، ومنه تتطرق الباحثة لمناقشة وتحليل نتائج هذه الفرضيات كالتالي:

1- مناقشة وتحليل الفرضية الاولى :

- تنص الفرضية الأولى على ان البرنامج العلاجي يساهم في تحسين وتغيير أنماط وعادات النوم
- في ضوء ما تم عرضه من نتائج يمكن القول ان البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ادى الى احداث في تغيير عادات النوم الخاطئة التي ترسخت لدى الفرد، واستبدالها بعادات جديدة سليمة وصحية، أي بناء اطار سلوكي جديد للنوم، ما ادى كذلك الى تخفيف وزوال الاعراض المصاحبة بعد تطبيق البرنامج حيث طرأت تغييرات على مدة الدخول في النوم، مدة الاستغراق في النوم وكذلك جودته، وهذا يدل على تحسن ملحوظ لحالات البحث فيما يتعلق بهذا المحور، مما يؤكد على نجاح البرنامج ويرجع ذلك لما تضمنه من فنيات وتدريبات تساعد وتعمل على هذا الجانب. وهذا ما اتفقت عليه دراسة مورين وازرين (Morin & Azrin, 1987) بعنوان "ضبط المتغيرات وتدريبات التخيل أساليب علاجية لمشكلة الارق" حيث حاول الباحثان في هذه الدراسة ضبط المتغيرات البيئية التي يمكن ان تؤثر على حالة النوم، وبينت نتائج الدراسة فاعلية هذا الأسلوب في علاج الارق لدى المشاركين.

2- مناقشة وتحليل الفرضية الثانية :

تنص هذه الفرضية على فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تغيير الأفكار والمعتقدات الخاطئة حول النوم في ضوء ما تم عرضه من نتائج يمكن القول ان البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ادى الى تحسن في تخفيف مستوى الارق لدى حالات البحث، وما يدل على ذلك النتائج الملاحظة اثناء وبعد فترة التطبيق.

ومن العوامل المساهمة في نجاح هذه هي الفنيات المعرفية السلوكية المستخدمة ومن أكثر الفنيات نجاحا في الصدارة هي اعادة البناء المعرفي حيث ان المتعالجين عدلوا من تفكيرهم وافترضااتهم واعتقاداتهم المسبقة حول النوم والارق، والتي تتدخل في نوعية وكيفية النوم وفي كون الفرد مسترخيا فيما يتعلق بالنوم والاستمتاع به. ما أدى الى فهم أفضل لقلّة النوم واسبابها وعواقبها، وشعورهم تجاه الأسباب والتبعات، وبتغيير نظرتهم الى ليلة النوم غير المريح، أصبحوا أكثر قدرة على السيطرة على الليالي المتعبة.

3- مناقشة وتحليل الفرضية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على مساهمة برنامج علاجي معرفي سلوكي في تحسين نمط الحياة لدى المتدربين في ضوء ما تم عرضه من نتائج يمكن القول ان البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ادى الى تحسين نمط الحياة لدى المتعالجين، وما يدل على ذلك التغيير في أسلوب وعادات وكذلك مدى الاستمتاع بالحياة لدى المتعالجين، قد يكون نمط الحياة الذي نعيشه غير منسجم مع حاجاتنا الجسدية من اهم العوامل التي تسبب متاعب في النوم والارق بشكل خاص، عمل البرنامج على تعليم المتعالجين طريقة إيجاد التوازن الصحيح بين مختلف مجالات الحياة، ولوحظ لدى المتعالجين انهم أصبحوا أكثر انتظاما في توزيع الأنشطة وتقسيم الأوقات بين العمل والراحة، امتلاك علاقات مرضية، ممارسة قدر كاف من

الرياضة، اتباع برنامج غذائي جيد، وأكثر اهتماما وميلا لخلق نمط حياة صحي من نواحي أخرى.

4- مناقشة وتحليل الفرضية الرابعة:

تنص هذه الفرضية ان للبرنامج تأثير إيجابي على الشدة والمتاعب السيكلوجية ومستوى القلق لدى المتدربين في ضوء ما تم عرضه من نتائج يمكن القول ان البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ادى الى خفض مستويات القلق والتوتر بشكليه النفسي والعضلي والشدة ومشاعر الكآبة يظهر ذلك من خلال ان المتعالجين أصبحوا أكثر وعيا وأكثر قدرة على التعرف وتمييز السبب الرئيسي لهذه المتاعب، تغير طريقة الاستجابة للمواقف وطريقة التفاعل معها، اكساب السيطرة او الإحساس بالتحكم في زمام الأمور أكثر من ذي قبل وعدم اللجوء الى التهويل، والقدرة على إيجاد الخيارات والبدائل، والاهم من كل هذا هو عدم اخذ هذه الانشغالات الى فراش النوم.

من بين الفنيات المستعملة والتي اثبتت فاعليتها، حل المشكلات التي تعتبر عملية تستحضر فيها مفاهيم وقواعد من معرفة المتعالج السابقة ويستخرج منها قواعد على مستوى يساعده على حل مشكلاته، وقد كانت لهذه الفنيات فعالية جيدة في تعديل افكار المريض وتدريبه على حل مشاكله ، وهذه النتيجة تؤكد على ما توصلت اليه الدراسات السابقة والدراسة الحالية التي اظهرت نتائجها فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تخفيف اعراض الارق والمشكلات النفسية المصاحبة له.

والعبارات الدالة على وجود هذه المشكلات النفسية لدى المتعالج لاقت تغيرا قبل وبعد البرنامج، بفضل ما تضمنه البرنامج من أنشطة وواجبات هدفت الى تحسين مزاج المتعالج ونفسيته، وتخفيف معاناته النفسية ، كذلك من الفنيات المعرفية السلوكية التي اثبتت فاعليتها بجدارة في نجاح البرنامج هي الاسترخاء العضلي حيث مكنت المريض ان يسترخي ويرتاح دون ان يكون قلقا او يفكر في اي شئ يقلقه وهذا ما اتفقت عليه

دراسة" وولفوك ومكنالتي (1983) بعنوان "استخدام الاسترخاء في علاج الارق" مارس خلالها المشاركون تدريبات الاسترخاء لأربعة أسابيع بمعدل مرتين يوميا لمدة تتراوح بين 20 الى 30 دقيقة، وأشارت النتائج الى تحسن ملحوظ في خفض ساعات الاستيقاظ والتخلص من الارق.

ثالثا- استنتاج عام :

على ضوء النتائج المتحصل عليها من خلال مقارنة الاعراض القبلية والبعديّة والمتابعة على أربعة حالات تعاني من الارق، وانطلاقا من الفرضية المطروحة " للبرنامج العلاجي السلوكي المعرفي دور في التخفيف من اعراض الارق وبعض المشكلات النفسية المصاحبة والاثار المترتبة عن ذلك؟

يمكننا القول ان البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي تم تطبيقه في غضون أربعة أشهر قد أحرز نتائج ذات أثر ايجابي وأبرز فاعليته ويرجع هذا النجاح الى :

- حرص الباحثة على كسب ثقة المتعالجين وخلق جو من الود والتفاهم معهم.
- الاسس التي اعتمدت عليها الباحثة في بناء البرنامج والفنيات المستخدمة والخطوات المتبعة في تطبيقه اضافة الى معرفة كيفية التعامل مع هذه الشريحة من المجتمع .
- نجاح اسلوب الحوار والمناقشة مع المتعالجين ومعرفة كيفية اقناعهم بالعلاج من قبل الباحثة.

وقد اتفقت النتائج مع ما جاء في دراسات مماثلة، كدراسة دراسة مورين وازرين (Morin & Azrin, 1988)، دراسة لاكس (Laks, 1991)، دراسة (Woolfolk & McNulty, 1983)، ودراسة فضل خالد ابوهين (2007).

خاتمة



خاتمة:

النوم جزء حيوي من حياة الإنسان، إذ إنه يعيد الحيوية للذهن ويعيد بناء الجسم، إلا أنه أضحي في عالمنا المعاصر الذي تتسارع فيه إيقاعات الحياة على مدى 24 ساعة في اليوم، واحدا من «الأنواع المهددة بالانقراض». وقد خسر الفرد في المتوسط، على مدى سنوات القرن العشرين المنصرم، نحو ساعتين من النوم الليلي. ويبدو أن هذه التوجهات ستستمر على مدى القرن الحادي والعشرين الحالي.

وعواقب النوم غير الكافي فهي معروفة: النعاس أثناء النهار، اضطراب التركيز الذهني والمحاكمة العقلية، الكآبة والانزعاج، وتدهور الأداء سواء في العمل أو خارجه. كما تشمل تلك العواقب حوادث اصطدام السيارات والحوادث الأخرى.

كما عثرت دراسات على صلة بين الحرمان من النوم وبين خطر الإصابة بمرض السكري، السمنة، ارتفاع ضغط الدم، بل وحتى الضعف الجنسي.

هذا البحث التي تطرقنا فيه إلى دراسة فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من اعراض الارق وبعض المشكلات النفسية المصاحبة والاثار المترتبة عن ذلك ، اذ اثبتت هذه النتائج فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المطبق على أربعة حالات تعاني الارق، من خلال النتائج المتحصل عليها بالمتابعة، ومقارنة الاعراض القبلية والبعديّة، تقييم تحسن الحالة النفسية والمزاجية، الأداء، تغيير نمط الحياة، اكتساب عادات ومعتقدات جديدة صحية، ومدى استعادة المتدربين من البرنامج المطبق، وتطبيقهم للفنيات المتعلمة في مختلف مجالات الحياة اليومية.

وعليه فإننا توصلنا في نهاية هذا البحث إلى معرفة أهمية البرامج العلاجية المعرفية السلوكية تخفيف الارق لدى الراشدين، وبالتالي يمكن اعتبار هذه النتائج مؤشرات تستدعي منا كباحثين في مجال علم النفس الانتباه لها، ذلك من خلال الجهود البحثية من اجل الاهتمام أكثر بالمصابين باضطرابات النوم والارق ومحاولة التكفل بهم أكثر من الناحية النفسية والاجتماعية وكذلك من أجل التخفيف من حدة معاناتهم.

اقتراحات وتوصيات:

- ضرورة أن يتوجه الباحثون لدراسة اضطرابات النوم، وخاصة التي تسبب الحرمان من النوم كالأرق، ودراسة طبيعة المشكلات النفسية المصاحبة لها.
- ضرورة تواجدهم العلاج النفسي للذين يعانون من اضطرابات النوم، لتحليل أعراضهم المرضية وتحقيق التوافق.

- ضرورة إشراك الأطباء وهيئة التمريض ومتخصصي التحليلات وكل المتعاملين مع المصابين بالأرق، في برامج يتعلمون من خلالها طرق التواصل الجيد والفعال، والأساليب التي يستطيعون من خلالها التخفيف من حدة الاضطراب على المصابين، وتقديم العون المناسب لهم.

- ضرورة إعداد برامج علاجية وتوعوية للذين يعانون من اضطرابات لنوم ومحيطهم، يتعلق بطبيعة الاضطراب وكيفية التعامل معهم، للتقليل من الآثار المترتبة عن الاضطراب، وزيادة كفاءتهم في التعامل النفسي الجيد مع الفرد الذي يعاني اضطراب النوم.
- أهمية دعم البرامج العلاجية المعرفية السلوكية لخفض مستوى الارق عند كل فئات المجتمع.

بحوث مقترحة:

في ضوء ما وصل اليه البحث الحالي من نتائج عن فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من اعراض الارق وبعض المشكلات النفسية المصاحبة والاثار المترتبة عن ذلك لدى راشدات، تقترح الباحثة بعض الموضوعات، والتي مازالت في حاجة لمزيد من البحث والدراسة في هذا المجال وهي:

- فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض اعراض اضطرابات الحرمان من النوم الأخرى.

- فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض الارق لدى المراهقين المتمدرسين .
- فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض الارق لدى المسنين.

-فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض الارق لدى الرجال.

قائمة
المراجع



قائمة المراجع:

1. أديب محمد الخالدي (2006) : مرجع في علم النفس الإكلينيكي (المرضي 1، ط) ، عمان ، الأردن ، دار وائل للنشر والتوزيع.
2. أمل محمد حسونة ، (2004) " علم النفس النمو، الطفولة والمراهقة " ,دار العالمية للنشر والتوزيع الطبعة الأولى.
3. جمعة سيد يوسف (2000) : الاضطرابات السلوكية وعلاجها ، القاهرة ، دار غريب.
4. الدحادحه, باسم محمد، (2010)، الدليل العملي في الإرشاد والعلاج النفسي تمارين في خفض القلق والاكتئاب والضغط النفسي. العين: مكتبة الفلاح.
5. الدسوقي, مجدي محمد (2006)، اضطرابات النوم (أسبابه, التشخيص, الوقاية والعلاج). القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
6. الريموي , محمد (1995). طريقة لعلاج الأرق ذ المنشأ النفسي ,دراسات العلوم الإنسانية, 22
7. سامي عبد القوي (1995) : علم النفس الفسيولوجي ، ط2 ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية.
8. السهل, راشد علي (2001) فعالية الارشاد(السلوكي الجمعي - الديني) في خفض مشكلة الأرق لدى طلبة جامعة الكويت .المجلة التربوية, 16 (61)، 31-71.
9. السيد, عبدالباسط (2007)، الارق أسبابه وعلاجه (من القديم الى الحديث). القاهرة: شركة مكتبة الفا للتجارة والتوزيع.
10. الشربيني, لطفي (2000)، اضطرابات النوم كيف تحدث وما هو العلاج . القاهرة: مؤسسة دار الشعب للصحافة والطباعة والنشر.
11. الشطرات, وليد محمد (2001)، فاعلية برنامج إرشاد جمعي سلوكي معرفي في معالجة الأرق وخفض التوتر .رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.

12. الشناوي، محمد محروس، عبد الرحمن، محمد السيد (1998). (العلاج السلوكي الحديث (أسسه وتطبيقاته). دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة: مصر.
13. شند، سميرة محمد والدسوقي، مجد محمد (2003)، فاعلية العلاج السلوكي والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في علاج الأرق لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة كلية التربية وعلم النفس، 4(27)،
14. الشيخ، عبد السلام أحمدى (2003)، علم النفس الإكلينيكي. دار الحضارة للطباعة والنشر، القاهرة: مصر.
15. عبد الله، عادل (2000)، لعلاج المعرفي السلوكي -أسس وتطبيقات. دار الرشاد، القاهرة: مصر.
16. عبد الرحمن العيسوي (ب ت): الاضطرابات النفسية وعلاجها ، مصر ، دار المعرفة الجامعية.
17. عبد المعطي، مصطفى حسين (1998)، موسوعة علم النفس العيادي -علم النفس الإكلينيكي. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، القاهرة: مصر.
18. عبدالخالق، أحمد محمد (2007)، معدلات انتشار الأرق وعواقبه لدى عينة من الراشدين الكويتيين، دراسات نفسية، 17 (1)،
19. العيسوي، عبد الرحمن (2001)، الجديد في الصحة النفسية. منشأة المعارف، الإسكندرية: مصر
20. غانم، محمد حسن (2004)، النوم واضطراباته. الاسكندرية: المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع.
21. الفقي، إبراهيم (2010)، علم التنويم بالإيحاء. القاهرة: مؤسسة بداية للإنتاج والنشر والتوزيع.

22. فيصل محمد خير الزراد (2000) : الأمراض النفسية - الجسدية (أمراض العصر، 1، ط)، بيروت، دار النفائس.
23. لويس كامل مليكة:العلاج السلوكي و تعديل السلوك، دار القلم للنشر و التوزيع، الصفاة، 1990.
24. مخفي حورية، (2018): التكفل النفسي (معرفي-سلوكي) للتخفيف من حدة القلق لدى المرأة المعنفة- دراسة ميدانية لثلاث حالات بمركز الوطني لاستقبال نساء وفتيات ضحايا العنف ومن هن في وضع صعب -ولاية مستغانم-، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص علم النفس العيادي والصحة، جامعة عبد الحميد ابن باديس، مستغانم-الجزائر.
25. Abdel-Khalek, A.M. (2008). The development and validation of the Arabic Scale of Insomnia (ASI). *Sleep and Hypnosis, 10*, 3 – 10.
26. American Academy of Sleep Medicine (2014). *The International Classification of Sleep Disorders. Third Edition, ICSD- 3*. American Academy of Sleep Medicine.
27. American psychiatric Association(1994) Diagnostic and Statistical Manual for mental Disorders, 4th Washington D.C.
28. Buysse, D.J. (2008). Assessing insomnia in epidemiological studies: What do we need? *Sleep and Hypnosis: An International Journal of Sleep, Dream, and Hypnosis, 10*, 1 -2.
29. **Grand dictionnaire de la psychologie**, Larousse, Paris, 1991.
30. Gur, R.C., Gunning-Dixon, F., Bilker, W.B., & Gur, R.E. (2002). Sex differences in temporo-limbic and frontal brain volumes of healthy adults. *Cerebral Cortex, 12*, 998-1003.
31. Roth, T. (2007). Insomnia: Definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of Sleep Medicine, 15*, 7-10.
32. Roth, T., Krystal, A. D., & Lieberman, J. A. (2007). Long-term issues in the treatment of sleep disorders. *CNS Spectrums, 12*, 1 –14.

الملاحق



الملاحق:

ملحق: الاعراض والدلائل التشخيصية للأرق الواردة حسب DSM V

اضطراب الأرق (G47.00) Insomnia Disorder

A- الشكوى المسيطرة هي عدم الرضا عن كمية أو نوعية النوم، ومترافقة مع واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية:

1- صعوبة البدء في النوم. (عند الأطفال، قد يظهر كصعوبة بدء النوم دون تدخل مقدم الرعاية).

2- صعوبة الحفاظ على النوم، ويتميز بالاستيقاظ المتكرر أو بمشاكل العودة إلى النوم بعد الاستيقاظ. (عند الأطفال، قد يظهر كصعوبة العودة للنوم دون تدخل مقدم الرعاية)

3- الاستيقاظ في الصباح الباكر مع عدم القدرة على العودة إلى النوم.

B- يسبب اضطراب النوم تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

C- صعوبة النوم تحدث بما لا يقل عن 3 ليال في الاسبوع.

D- صعوبة النوم موجودة لمدة 3 أشهر على الأقل.

E- صعوبة النوم تحدث رغم الفرصة الكافية للنوم.

F- الأرق لا يُفسر بشكلٍ أفضل ولا يحدث حصراً خلال مسار اضطراب آخر من اضطرابات النوم واليقظة (على سبيل المثال، حالات النوم الانتيابي، اضطراب نوم متعلق بالتنفس، اضطراب إيقاع الساعة البيولوجية للنوم واليقظة، وحالات النوم المضطرب).

G- لا يُعزى الأرق إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل، إساءة استعمال مادة، دواء).

H- التواجد المشترك للاضطرابات العقلية والحالات الطبية لا يُفسر على نحو كاف الشكوى المسيطرة من الأرق.

حدد ما إذا كان:

مع مراضة مشتركة لاضطراب عقلي عدا اضطرابات النوم، بما في ذلك اضطرابات استعمال المواد مع مرض طبي مشترك آخر مع غيره من اضطرابات النوم ملاحظة للترميز: ان الرمز (G47.00) ينطبق على المحددات الثلاثة كلها. انكر رمز الاضطراب العقلي المشترك أيضاً، والحالة الطبية، أو اضطرابات النوم الأخرى مباشرةً بعد رمز اضطراب الارق لتبيين الترابط.

حدد ما إذا كان:

عرضي: تستمر الأعراض ما لا يقل عن شهر ولكن أقل من 3 أشهر.

الثابت: تستمر الأعراض 3 أشهر أو أكثر.

المتكرر: نوبتين (أو أكثر) خلال سنة واحدة.

ملاحظة: الأرق الحاد على المدى القصير (أي أعراض تدوم أقل من 3 أشهر ولكن في ما

عدا ذلك فهي تستوفي اضطراب فرط النعاس (G47.10) Hypersomnolence Disorder

ملحق محاور المقابلة:

التعليمة: دعينا الان نجمع بعض المعلومات المهمة عن الفترة الحالية والمشكلات السابقة.

هل لديك أي سؤال قبل ان نبدا في طرح الأسئلة عليك؟

محور أسئلة المقابلة المتعلقة بعادات وتاريخ النوم:

- هل تتبعين برنامج نوم منتظمة نسبيا؟ في أي وقت تذهبين عادة إلى سريرك ومتى تستيقظين؟

- كم من الوقت تستغرقين عادة حتى تنامي؟ وهل تعانيين مشكلة في النوم؟

- هل تشعرين غالبا بالارهاق أثناء النهار بسبب قلة النوم؟ وهل يتدخل شعورك بالنعاس في أدائك اليومي في العمل أو في الحياة الاجتماعية؟

- هل تأخذين قيلولة عادة أثناء النهار؟ وكم تطول عادة؟

- متى بدأت أول مشكلة لك مع النوم؟ ماذا كان يحدث في حياتك وقتها أو قبلها ببضعة أشهر؟

- ما تواتر استيقاظك أثناء الليل؟ وإذا استيقظت هل تجدين صعوبة في النوم ثانية؟

- هل تنتابك غالبا مشاعر الخوف من شر مرتقب أو قلق، أو الخوف عندما تستعدين للذهاب إلى سريرك؟

- هل لديك ساعة في غرفة نومك؟ هل تتفقدين الوقت بقلق عندما تستيقظين في الليل؟

- هل تنتابك غالبا أفكار كئيبة ام أن متاعب الغد أو خططه تآز في ذهنك عندما تريدن النوم؟

- هل تجدين أنك غالبا تحاولين اجبار نفسك على النوم؟

- هل يكون نومك غير مريح غالبا في غرفة النوم وغالبا خارجها؟

- هل تتامين بشكل جيد عندما لا يكون هناك ما يهم، كما في أيام العطل، لكنك تتامين بشكل غير مريح عندما يترتب عليك أن تتامي جيدا قبل نهار عمل شاق؟

محور الأسئلة المتعلقة بالمعتقدات والمواقف حيال النوم:

- ما هو في رأيك عدد ساعات النوم التي تحتاجينها في الليلة الواحدة حتى تشعرى بالحيوية؟
- إذا لم تحصلي على كمية النوم التي تحتاجينها في الليل، ماذا تفعلين؟ وهل تتدركين الأمر بأخذ قيلولة أثناء النهار؟
- ما الذي سوف يحدث في رأيك إذا لم تستطيعي النوم ليلتين أو ثلاث؟ هل ستصابين بانهايار عصبي؟
- هل في رأيك يجب أن تبقي فترة أطول في السرير حتى يمكنك النوم لفترة أطول وحتى تشعرى بالحيوية في اليوم التالي؟
- عندما تجدين صعوبة في النوم، ما هو في رأيك افضل شيء يمكن فعله، هل تبقيين في السرير وتحاولين النوم، أو تغادريه وتغيرين المكان حتى يزورك النوم؟
- هل تستطيعين انجاز اعمالك وواجباتك في اليوم الموالي بشكل جيد، في حال لم تنامي جيدا في الليل؟
- هل شعورك بالضيق أو الكآبة أو القلق أثناء النهار عادة يرتبط بليلة نوم غير مريحة؟
- هل ترين أن هناك سبيلا لمعالجة التبعات السلبية للنوم المزعج؟
- عندما تغلبك أفكارك في الليل، هل تجدين أي طريقة تمكنك من السيطرة على الأفكار التي تدور في عقلك؟

- هل الأرق يرتبط بقدرتك على الاستمتاع بالحياة أو بكونك منتجة؟

محور الأسئلة المرتبطة بالشدة والمتاعب السيكولوجية:

- هل أنت متشائمة أم محببة حيال المستقبل وتشعرين بأن المستقبل بلا أمل وأن الأمور لن تتحسن؟

- هل تشعرين بعدم الرضا والملل معظم الوقت، ولا تشعرين بالرضا حيال ما حولك كما كنت في السابق؟
- هل تشعرين بالانزعاج أو بالضيق بشكل أسرع مما كنت في السابق؟
- هل تلومين نفسك في معظم الأشياء المتعثرة؟
- هل تبكين كثيرا؟
- هل تشعرين الآن أنك عاجزة عن اتخاذ قرارات مستقلة كما كنت في السابق؟
- هل تستيقظين مبكرا ساعة أو أكثر وتجدين صعوبة في العودة إلى النوم؟
- هل تشعرين بالتعب بلا سبب؟
- هل شهيتك ضعيفة أم أنك تأكلين بشراهة؟
- هل تجدين صعوبة الآن في إنجاز ما كنت تتجزينه بسهولة سابقا، مثل الأعمال المنزلية أو المهام في العمل؟
- هل تشعرين في أحيان كثيرة أنك مضطربة أو متوترة دون أن تعرفي لماذا؟
- هل تتسارع دقات قلبك في أحيان كثيرة دون إمكانية التحكم بها؟
- هل تشعرين بشيء في حلقك معظم الأوقات؟
- هل تجدين صعوبة في إنجاز أعمالك ببطء أو الاسترخاء؟
- هل تشعرين في كثير من الأحيان أنك قلقة وغير آمنة؟
- هل تشعرين في كثير من الأحيان بالتعب دون سبب؟
- هل تميلين إلى القلق حول أشياء غالبا ما تعرفين أنها غير مهمة؟
- هل أنت حاليا قلقة حول احتمال سوء ما؟
- هل تشعرين غالبا بالعصبية والتحفز؟
- هل تواجهين غالبا صعوبة في التركيز أو تشعرين أن عقلك فارغ؟
- هل تقلقين أو تتوجسين الشر في المستقبل أكثر من بقية الناس؟

محور الأسئلة المرتبطة بأسلوب ونمط الحياة:

- هل أنت خاضعة لغضك كبير في العمل أو في البيت؟
- هل تشربين الشاي أو القهوة أو المشروبات الغازية التي تحوي الكافيين في فترة ما بعد الظهر أو المساء؟
- هل تتعاطين أية أدوية تؤثر على كمية ونوعية النوم؟
- هل تمارسين الرياضة؟ أي نوع تمارسين؟ وما معدل ممارستك؟
- هل تعملين غالبا أكثر من 10 ساعات في اليوم أو أكثر من 6 أيام في الأسبوع؟
- هل أنت جدية دائما ولا تفعلين أي شيء لمجرد المتعة؟
- هل هناك أية علاقات مع أسرتك أو أصدقائك أو زملائك في العمل غير مرضية؟ ام ان هناك بعض العلاقات المهمة المتوترة جدا؟
- هل انت مستاءة او مصابة بالملل، او عالقة في وضع لا مخرج منه؟
- اضطراب الساعة البيولوجية:
- هل تتامين بشكل جيد ولكن ليس في الوقت الذي تريدين ان تنامي فيه؟
- هل تجدين صعوبة في النوم عندما تريدين ثم تجدين صعوبة في الاستيقاظ عندما تريدين؟
- هل تشعرين بتعب كبير في المساء، فتذهبين الى فراشك في وقت ابكر مما تريدين ثم تستيقظين في وقت باكر جدا في صباح اليوم التالي؟
- هل تتامين لفترات متقطعة طوال 24 ساعة، دون ان تتمكني من النوم العميق في الليل، او البقاء متيقظة بشكل مستمر اثناء النهار.

ملحق تمرين الاسترخاء (المعالجة / المعالجة)

تقوم المعالجة باستقبال المشتركين وتشكرهم على الحضور في المكان والزمان المتفق عليهما، ثم تقوم المعالجة بتذكير المشاركين بما دار في الجلسة السابقة بما في ذلك سؤالهم عن الواجب البيتي، ويتم إعطاء الفرصة لكل عضو من أعضاء المجموعة الإرشادية لتقديم الواجب البيتي، إذ يتم مناقشة الواجب البيتي، وتقوم المعالجة بتعزيز الأعضاء الذين أدوا الواجب البيتي، وتقديم التغذية الراجعة المناسبة حول الأداء توضح المعالجة لأعضاء المجموعة بأن الاسترخاء شيء ضروري لحياة الإنسان، ومهارة الاسترخاء يمكن اكتسابها، وتعلمها شأنها في ذلك شأن تعلم مهارة السياحة أو أي مهارة أخرى، وتوضح لهم أن الاسترخاء يتضمن اطلاق المشاعر المكبوتة والتي تعيق الاتصال من خلال التركيز للدخول في حالة من الاسترخاء، حيث يجلس الأعضاء على المقاعد، على مسافة متباعدة نسبية ثم يتم الأيحاء لهم بما يلي، أنا الآن أسمع أصواتة داخل جسمي، أنني أتجول داخل جسمي الصغير، إن جسمي مدينة صغيرة وأنا الآن أتجول بداخلها، يحاول هذا التمرين التعرف على أجزاء الجسد والهدف منه هو معرفة ما يملكه الشخص من مقومات تمكنه منه الاتصال بفعالية مع الآخرين ومع الذات تطلب المعالجة من المشتركين تنفيذ تمارين الاسترخاء التالية:

- إستلق بوضع مريح قدر المستطاع، ليس بالضرورة أن تكون مستلقية تماما.
- ارخ أي شيء مشدود في جسمك.
- أغلق اليد اليسرى بقوة حتى تشعر بتوتر، عشر ثوان، إفتح راحة اليد وضعها جانبا بشكل مريح عشر ثوان.
- تكرر إغلاق اليد عدة مرات حتى يتم إدراك الفرق بين التوتر والشد وبين الإسترخاء.
- وهكذا معصم الذراع، ثم المرفق، ثم الذراع اليميني
- إرفع كلا الكتفين إلى الأعلى كأنك تريد لمس الذننين، لاحظ التوتر في الكتفين والرقبة، ثم عد إلى وضع مريح.

- البدأ بعضلات الرأس، والجبين، والعينين ويتم ذلك عن طريق شد عضلات الجبين والحاجبين.
- إغلق العينين بإحكام وقوة حتى الشعور بالتوتر ثم الإسترخاء.
- إطبق الفكين والأسنان بإحكام كما لو كنت تعض على شيء، لاحظ التوتر في الفكين، خمس ثوان.
- ضم الشفاه بقوة، عشر ثوان، لاحظ التوتر، ثم الاسترخاء، تكرر التمرين.
- الآن أصبح وجهك وكتفيك وذراعاك في حالة استرخاء.
- تدريب الرقبة، إضغط الرأس إلى الخلف، إلا أن تشعر بالتوتر، عشر ثوان.
- من الرأس إلى الأمام وبتجاه لصق الذقن بالصدر وحتى الإحساس بالتوتر، عشر ثوان، استرخاء، تكرر.
- قوس الظهر كما لو كان سيلتصق بالبطن، لاحظ التوتر، عشر ثوان، إسترخاء، تكرر.
- الآن خذ نفسا عميقا (شهيق) وأحبس الهواء عشر ثوان، لاحظ انتقال التوتر إلى الصدر وأسفل البطن.
- ازفر الهواء إلى ببطء عشر ثوان، إسترخاء عادي عشر ثوان (أو مع العد).
- مرة ثانية شهيق عميق مع العد من (1-4)، إحبس الهواء عشر ثوان (أو مع العد) ثم إزفر الهواء بطريقة عادية (أو مع العد) تاركا عضلات الصدر والبطن في حالة استرخاء.
- اقبض عضلات البطن نحو الداخل، عشر ثوان، ثم استرخ، كرر هذه العملية ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء.
- افرد ساقيك وأنت جالس وأبعدهما عن بعض قدر المستطاع وحتى تشعر بالتوتر في الفخذ، عشر ثوان.
- إثن القدم إلى الخلف باتجاه رسغ القدم.
- العضلات مسترخية تماما الآن وأبقها هكذا.

تقوم المعالجة أثناء الإسترخاء بالإيحاء لأعضاء المجموعة الإرشادية بالتواجد في أماكن بعيدة عن الصخب أنهار، بحيرات، أشجار كثيفة وحيوانات أليفة.. الخ، بحيث يتم الطلب منهم وهو في هذه المناطق إستعمال حواسهم الخمسة، وتقوم المعالجة باستخدام أسلوب قصصي لضمان نجاح التمرين مثل إستخدام البساط السحري، إذ يتم الطلب من المسترشدين وهم في وضع الإسترخاء أن يتخيلوا دخول بساط من الشباك ثم يجلسوا عليه جميعا فيرتفع ويرتفع سارة بالغيوم والنجوم حيث يشاهدوا العالم من تحتهم ويستمر ذلك إلى أن يصلوا لقرية الجمال وهي قرية تملئها الأشجار والأنهار والطيور الجميلة، ويحط البساط داخل القرية وينزلوا منه جميعا ويأخذوا في تسلق الأشجار واللعب بالماء واللعب على العشب الأخضر بعد ذلك يترك المشركين مع موسيقى تبعث بصوت هادي ثم يتم الإيحاء بالنهوض.

إنهاء الجلسة وإعطاء الواجب البيتي

تقوم المرشدة بعمل تلخيص لما دار في الجلسة السابقة بما في ذلك أهداف الجلسة والتمرين المستخدم والهدف منه، ثم تقوم بإعطاء أعضاء المجموعة الإرشادية الواجب البيتي والمتمثل في كتابة قصة عن الحوار الذي يمكن أن يدور بين أجزاء جسدك مثل محادثة بين يدك اليسرى ويدك اليمنى، أو ماذا تقول عيناك إذا تمكنت من الحديث، ومن لا يستطيع الكتابة يطلب منهم ذكر ذلك بشكل شفوي، ثم تقوم المرشدة بتذكيرهم بمكان وموعد الجلسة القادمة.

ملحق: سير جلسات البرنامج العلاجي:

رقم وموضوع الجلسة:	محتوى واهداف الجلسة:	الفنيات المستخدمة:	المدة:
(1) التعارف والتعريف بالبرنامج وعرض اهدافه	المقابلة تمهيدية للتأكد من حدة الارق وضرورة التغلب على او خفضه . - عرض اهداف ومحتوى البرنامج العلاجي بشكل مبسط . - الاتفاق على تحديد موعد الجلسات ومكانها . - محاولة محو الافكار اللاعقلانية السيئة الهازمة للذات والتي تسبب الارق لديهم . - جعل المتعالجين واعين لكل من اعتباراتهم الذاتية المتعلقة بالارق والعمل على استبدالها بعمليات ذاتية عقلانية	الحوار والمناقشة	60 د
(2) التدريب على مهارة حل المشكلات	- معرفة معنى المشكلة . - عرض بعض المشكلات والمواقف الصعبة من خلال بعض القصص التي تمثل مشكلات واقعية ومحاولة ايجاد الحلول لها . - توجيها عام . - تحديد المشكلة وصياغتها . - اتخاذ القرار بشأن مشكلة او موقف معين . - التحقق من الحل .	المناقشة وأسلوب حل المشكلات	60 د
(3) تعديل أفكار المتعالج واتجاهاته	- تعديل افكار المسترشد وافتراضاته والاتجاهات التي تقف وراء الجوانب المعرفية . - تصحيح المعتقدات والاتجاهات المضطربة وظرفية والتي تؤدي الى الاضطراب النفسي . - استبدال المعارف الخاطئة باخرى صحيحة . - فصل وتحديد الافكار والمعتقدات المشوهة معرفياً .	إعادة البناء المعرفي	60 د

		<p>— التدعيم الايجابي للحفاظ على استمرارية ممارسته السلوك الصحيح.</p> <p>— المتابعة بما يعرف باستمارة الواجب المنزلي .</p> <p>— دحض الافكار اللاعقلانية لمساعدة المتعالج على فهم طبيعة اعتقاداته اللاعقلانية واستبدالها بآراء عقلانية اخرى اكثر عقلانية .</p> <p>— التوضيح للمتعالج ان الصعوبات التي يعاني منها تنجم الى حد كبير من ادراكه المشوه وتفكيره غير المنطقي.</p>	
60 د	الوعي الانتقائي	<p>— التركيز على فكرة ان الفرد يستطيع ان يتحكم في افكاره واتجاهاته - تركيز الانتباه على اكثر العوامل تهديدا في البيئة الخارجية ، فهو يسهل توجيه الانتباه ويسبب بصورة مناسبة للمهددات الخارجية.</p> <p>— التوضيح للمتعالج ان مايفكر فيه هو محدد لنشاطه الجسمي ، فاذا استطاع ان يوجه انتباهه ويركز على احداث او افكار لا تحتوي على استجابة انفعالية فانه يستطيع ان يلغي الاستثارة الفسيولوجية داخل جسمه.</p>	<p>(4)</p> <p>اكتساب التحكم في تركيز الانتباه واستخدام ذلك كوسيلة للتغلب على الضغوط</p>
60 د	ايقاف الأفكار	<p>— التخلص من الافكار غير المرغوب فيها والافكار القهرية التي تشغل الذهن .</p> <p>— الاعتماد على مبدا الكف المتبادل أي ان الشخص لا يمكن قلقا ومطمئنا في وقت واحد ولا يمكن ان يشعر بشعورين متناقضين في نفس الوقت ولهذا ولا بد من تعليمه ان يسترخي عندما يواجه تهديد نفسي معين .</p>	<p>(5)</p> <p>تعديل المحتوى الفكري والحوار الداخلي</p>

		<p>— مساعدة المريض في التوصل الى الاسئلة المنطقي القائم على الاسئلة المطروحة اثناء الجلسات العلاجية..</p> <p>— توضيح وتحديد وتعريف المشكلات .</p> <p>— تحديد الافكار الكامنة وراء المشكلات .</p> <p>— تقييم النتائج التي يمكن ان تنتج عن الاحتمالات</p> <p>بالافكار والسلوكيات سيئة التكيف .</p> <p>— توجيه الاسئلة من جانب الباحثة للمعالج،</p> <p>تتمتع عادة بالجوانب اللامنطقية والمختلة وظيفيا واللاعقلانية من اعتقادات العميل ، تعمل هذه الاسئلة على حث العميل على التفكير بنفسه وليس مجرد قبول وجهة نظر الباحثة.</p>	
60 د	التخيل	<p>— تدريب المتعالج على رسم صور ذهنية .</p> <p>— تدريب المتعالج على كيفية استدعاء تصورات وتخيلات ايجابية اوسلبية .</p> <p>— التحكم في الانفعالات وتحسين نوعية النوم .</p> <p>— التحكم في تكوين الانفعالات والمشاعر السلبية</p> <p>مرغوب فيها.</p> <p>— القدرة على تخيل صورة ذهنية ايجابية تساعد على تحسين جودة النوم وكذلك يؤدي الى تحسين المزاج .</p> <p>— استخدمت الباحثة فنية التخيل الذاتي كأساس لفنية ايقاف الافكار بالتعرض التخيلي التي تعتمد على استدعاء بعض المواقف السلبية في ذهن المريض ويتم التعرض لها عن طريق التخيل.</p>	(6) التحكم في الانفعالات
60 د	الاسترخاء العضلي	<p>— تخيل صورة هادئة تبعث على الاسترخاء والارتياح ، مما يساعد على النوم ليلا .</p> <p>— عدم الشعور بالقلق وعدم التفكير بافكار</p>	(7) ايقاف كل الانقباضات والانقباضات

		<p>التي تـقـرـيب بينهما مما يعطي فرصة لتفكير المتعالج تفكيراً سليماً ومتوافقاً . — بناء سلوكيات مرغوبة جديدة أو تعديل سلوكيات غير مرغوبة . — اقناع المتعالج بما يراد تعليمه وإرشاده . — معالجة الكثير من سلوكيات المتعالج الخطأئية من خلال ملاحظة الآخرين وقيام المتعالج بمراقبة الفرد النموذج ثم يقوم بتقليده فعلاً . - مشاهدة من خلال المواقف المصورة سلوك النموذج ويطلب من المتعالج محاكاته وتطبيقه في مواقف مختلفة. اكتساب سلوكيات من خلال مشاهدة نماذج في البيئات وقيام المتعالج بتقليدها في العملية العلاجية . — تغيير السلوك من خلال اعداد نماذج للسلوك السوي على اشرطة (كاسيت) أو اشرطة فيديو أو قصص هادفة لحياة اشخاص مؤثرين ذوي اهمية كبيرة على المريض — الكشف عن مشاعر واسقاطها على شخصيات الدور التمثيلي أي الاستبصار بالذات والتنفيس عن الانفعالات والتعبير عن الصراعات والاتجاهات . — تمثيل السلوك كما سيقوم به في الحياة العملية . — تقديم الباحثة التشجيع والمكافاة على التحسن.</p>	
60 د	الحوار والنقاش والتقييم	تقويم الجلسات العلاجية والوقوف على نقاط القوة والضعف في البرنامج	(11) إنهاء البرنامج وتقويمه

		<p>-معرفة النتائج التي توصل إليها المتعالجون بعد الإنتهاء من الجلسات . -معرفة مدى التحسن الذي شعر به المشركين بعد الإنتهاء من الجلسات . -ارشاد المتعالجين إلى ضرورة الاستمرار في تنفيذ ما تم اكتسابه وتوظيفه لاحقاً بعد البرنامج.</p>	
60 د	الحوار والنقاش والتقييم	<p>- معرفة النتائج التي توصل إليها المتعالجون بعد مرور فترة من الإنتهاء من الجلسات . -معرفة مدى التحسن الذي شعر به المشركين بعد الإنتهاء من الجلسات . -ارشاد المتعالجين إلى ضرورة الاستمرار في تنفيذ ما تم اكتسابه وتوظيفه لاحقاً بعد البرنامج.</p>	<p>(12) إعادة تقييم البرنامج بعد مرور شهر من نهاية التطبيق</p>

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس.....

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28 جويلية 2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها

تصريح شرفي

خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز البحث

أنا الممضي أدناه،

السيدة(ة): يسرى جودي

الصفة: طالب، أستاذ باحث، باحث دائم: طالبة

الحامل (ة) لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 119971164022010000

والصادرة بتاريخ: 2019 08 30

عن دائرة: برج بوعريش

المسجل (ة) بكلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم: علم النفس

والمكلف (ة) بإنجاز أعمال بحث(مذكرة التخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، أطروحة دكتوراه)، عنونها: مذكرة ماجستير

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات المهنية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث المذكور أعلاه. بطاقة

التاريخ: 2020 / 11 / 18

إمضاء المعني

بتاريخ: 22 نوفمبر 2020

مصادق عليها: برج بوعريش
عن رئيس: هداجي عبد الكريم
و بتفويض منه: هداجي عبد الكريم