



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة وهران * 2 محمد بن أحمد *



مذكرة لنيل شهادة ماستر في علم النفس الصحة

تحت عنوان:

التعديل السلوكي الإلماجي و اضطراب هوس نتف الشعر
(مقارنة سيكوديناميكية)

تحت إشراف الأستاذة:

- د. جبار شهيدة

من إعداد الطالبة :

- الطيب إبراهيم رقية

أعضاء اللجنة المناقشة

- 1 - أ.م/ جبار شهيدة..... مقرر
- 2 - أ. د/ كحلولة سعاد..... رئيسا
- 3 - أ. د/ ميموني معتصم بدرة..... مناقشا

السنة الجامعية:
2022/2021

الشكر و التقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات

و شكرا

أقولها لمن قراءها ووجد نفسه أهلا لها.

الإهداء

إلى كل من يتألم و لم يعرف طريقه إلى العلاج بعد.

ملخص الدراسة بالعربية

- عنوان الدراسة : التعديل السلوكي الإدماجي وإضطراب هوس نتف الشعر (مقارنة سيكوديناميكية).
- الكلمات المفتاحية : هوس نتف الشعر – المقاربة الإدماجية – التعديل السلوكي.
- الإشكالية: يتمثل إضطراب هوس نتف الشعر في مجموعة من السلوكات المرضية تظهر من خلال عادات حركية تكرارية لشد الشعر و تتراوح درجاته ما بين القهرية الواعية والمصحوبة بالقلق والشعور بالذنب، كما قد تصل الى أقصى حد ألا وهو صفة الأتوماتيكية حيث يتخذ شكلا لاواعيا تختفي فيه الانفعالات، كما و قد تصاحبه إضطرابات سلوكية أخرى متمركزة حول الجسم كقضم الأظافر و نتف الجلد و فزيولوجية أخطرها تكتل الشعر في المعدة لتكوين بازهر الثلاثي وأدناها الإجتماعية الناتجة عن الصلع، اختلف الباحثون في تفسيره ما بين الاتجاه الوراثي العصبي والتدميري الذاتي و السيكوسوماتي وكذلك الأنتربولوجي و هو ما تم توظيفه في مقارنة علاجية إدماجية لتحقيق تعديلات على السلوك غير المرغوب، ولقد تساءلنا على أساس التساؤل التالي:
- هل يمكن الوصول إلى نتائج ايجابية و فعالة لإطفاء سلوك هوس نتف الشعر عند تطبيق تقنيات التعديل السلوكي الإدماجي لدى المصابين به ؟
- الفرضية: من أجل الإجابة قمنا بإثارة الفرضية التالية :
- يعمل التعديل السلوكي الإدماجي على التخفيف من حدة أعراض إضطراب هوس نتف الشعر.
- المنهج :اعتمدنا المنهج العيادي لدراسة الحالة المكمل بالمقابلة النصف موجهة بغرض التشخيص التصنيفي لـ Dsm5 لإضطراب هوس نتف الشعر، وكذلك التعرف على التاريخ النفسي ، الإجتماعي للحالة وراهنها اتجاه إضطراب هوس نتف الشعر ،كما تدخلنا بتقنيات علاجية، سلوكية ، ادماجية تتمثل في الاعتماد على التوجه العلاجي المتمركز حول الذات "لكارل روجرس" ،وباستعمال تقنيات (الاسترخاء ،الالتزام والتقبل، الجشطالتيية..). وكذا المقابلة النسقية،بغرض التخفيف من أعراض هذا الإضطراب ، اشتملت الدراسة الميدانية على (06) حالات سمحت بضبط الإشكالية وإعادة صياغة الفرضيات إجرائيا ، أما الدراسة الأساسية اشتملت على حالة واحدة عمرها (22) سنة تعاني من إضطراب هوس نتف الشعر.
- النتائج: تحقيق الفرضية بأبعادها الثلاثة:
- يساعد التعديل السلوكي الإدماجي على الوعي بسلوك النتف .
- يساعد التعديل السلوكي الإدماجي على التحرر من سمة أتوماتيكية لإضطراب هوس نتف الشعر.
- يساعد التعديل السلوكي الإدماجي على توقيف سلوك البلع ،وتفادي المضاعفات الجسدية لدى المصاب بإضطراب هوس نتف الشعر.

Résumer :

Thématique de la recherche : Modification du comportement et trichotillomanie « approche psychodynamique »

Mots Clés Trichotillomanie - Approche Intégrative - Modification Du comportement.

La problématique : La trichotillomanie se caractérise par des comportements psychopathologiques se manifestant à travers des habitudes motrices répétitives d'arrachage des cheveux, ses degrés varient entre la compulsivité consciente, accompagnée d'une anxiété et de sentiment de culpabilité et pouvant aller jusqu'à la forme automatique d'aspect inconscient où les émotions disparaissent ainsi qu'elle peuvent être associées à des troubles comportementaux centrés sur le corps tels que la dermatillomanie et l'onychophagie, le pire des troubles physiologiques est le trichobezoar formé par l'accumulation des cheveux dans l'estomac et le moins pire serait donc les conséquences sociales de la pelade, plusieurs courants théoriques ont tenté d'interpréter le trouble par des différents angles : neuro-génétique, autodestructif, psychosomatique et même anthropologique ce qui a été impliqué dans une approche thérapeutique intégrative dans le cadre de la modification du comportement indésirable selon la problématique suivante : peut-on aboutir à des résultats positifs, fiables à fin d'éteindre les comportements trichotillomaniaques lors de l'application de ses techniques chez les personnes atteintes ?

- Hypothèse :

La modification intégrative du comportement aide à baisser l'intensité des symptômes trichotillomaniaques

- méthodologie :

nous avons adopté la méthode clinique basée sur l'étude de cas complétée par l'entretien semi-directif afin d'établir un diagnostic suivant la classification du DSM 5 de la trichotillomanie ainsi que l'anamnèse psychosociale du cas et sa catamnèse, nous avons aussi intervenu par l'intermédiaire des techniques thérapeutiques comportementales intégratives basées sur le courant centré sur la personne de Carl Rogers et l'aide des techniques de relaxation, d'acceptation et engagement, de gestalt mais aussi l'entretien systémique afin de soulager la symptomatologie de ce trouble, l'étude préliminaire comportant 6 cas nous a permis de préciser la problématique et reformuler les hypothèses de manière opérationnelle, l'étude principale a été menée sur une jeune femme âgée de (22) ans atteinte de trichotillomanie

- Résultats :

L'hypothèse principale a été prouvée avec ses (3) dimensions :

la modification intégrative du comportement aide à prendre conscience du comportement d'arrachage, à se libérer de l'automatisme, cesser la trichophagie et éviter les complications organiques chez les personnes atteintes de trichotillomanie.

ABSTRACT

Research Topic: behavioral disorder modification (or treatment) and inclusive Trichotillomania (psychodynamic approach)

Keywords: Trichotillomania - Integrative Approach - Behavior Modification.

Introduction: Trichotillomania is characterized by psychopathological behaviors showing up through repetitive habits of hair pulling. The hair pulling intensity varies between conscious compulsiveness, accompanied with anxiety and guilt feelings, and a maximum at which the patient shows an automatic unconscious aspect where his emotions disappear. **Trichotillomania** can be associated with other behavioral disorders concerning the body such as nail biting (onychophagia), skin plucking (dermatillomania), baldness associated with social consequences, and the trichobezoar caused by hair accumulation in the **patient's** stomach and which is the worst physiological disorder. Researchers have been studying this disorder and they interpret it from different angles: neurogenetic, self-destructive, psychosomatic and even anthropological angle. We involved the previous researches in an integrative therapeutic approach to **treat** this undesirable behavior according to the following problem statement:

Thesis Problem Statement: Is it possible to achieve reliable positive results in order to solve the trichotillomania behaviors by applying these techniques on patients?

Main Hypothesis: integrative behavior modification approach reduces the trichotillomania symptoms intensity.

Method: In our research, we adopted the clinical method based on the case study supported by the **semi-directive interview** in order to establish a diagnosis according to the DSM5 classification of trichotillomania as well as the psychosocial anamnesis and catamnesis. In addition, we used the integrative behavioral therapies based on person-centered technique of Carl Rogers, relaxation techniques, acceptance and commitment, gestalt and the systemic maintenance in the aim to reduce the symptomatology of this disorder. The preliminary study comprising 6 patients allow us to clarify the problem, reformulate and reconstruct the hypotheses. The main study was conducted on a 22-year-old woman suffering from trichotillomania.

Results: The main hypothesis has been proven within its 3 dimensions:

Integrative behavior modification raises awareness about of hair pulling behavior, breaks free from the automatic action, and stops trichophagia and consequently avoids organic complications trichotillomania patients.

قائمة المحتويات

- (أ).....الشكر و التقدير
- (ب).....الإهداء
- (ت).....ملخص الدراسة
- (ح).....قائمة المحتويات
- (د).....قائمة الجداول
- (ذ).....قائمة الأشكال
- (1).....مقدمة

الفصل الأول : مدخل الى الدراسة.

- (5).....تمهيد
- (5).....1- إشكالية الدراسة
- (8).....2- فرضيات الدراسة
- (8).....3- اهداف الدراسة
- (8).....4- أهمية الدراسة
- (8).....4- التعاريف الإجرائية
- (9).....5- تناول الدراسة
- (9).....6- اطار الدراسة
- (9).....خلاصة

الفصل الثاني: هوس نتف الشعر.

- (11).....تمهيد
- (11).....1- مفهوم اضطراب هوس نتف الشعر
- (13).....2- تشخيص اضطراب هوس نتف الشعر
- (22).....3- عوامل تواجد اضطراب هوس نتف الشعر والنظريات المفسرة له
- (26).....4- العلاج
- (27).....5- إحصائيات حول هذا الإضطراب
- (28).....خلاصة

الفصل الثالث: التعديل السلوكي الادماجي.

- (31).....تمهيد
- (31).....1- التعليل السلوكي
- (31).....2- تطور مفهوم التعديل السلوكي
- (33).....3- مجالات التعديل السلوكي
- (33).....4- أهداف التعديل السلوكي
- (33).....5- التقييم الوظيفي
- (35).....6- إجراءات التقييم الوظيفي

- 7- الفرق بين التعديل السلوكي والعلاج السلوكي.....(37)
- 8- التعديل السلوكي من المنظور الإسلامي(38)
- 9- تحليل ومناقشة(38)
- 10- المقاربة الإدماجية(39)
- 11- تطور المقاربة الإدماجية(41)
- 12- خصائص المقاربة الإدماجية(41)
- 13- تقنيات المقاربة الإدماجية(42)
- 14- شروط العمل العلاجي(42)
- 15- مواصفات الأخصائي النفسي الإدماجي(43)
- 16- تحليل ومناقشة(43)
- 17- الأطر النظرية الإدماجية المتبناة في الدراسة(44)
- خلاصة(45)

الفصل الرابع: منهجية الدراسة وإجراءاتها.

- تمهيد(48)
- 1- المنهج المستعمل في الدراسة(48)
- 2- الدراسة الاستطلاعية(52)
- 3- الدراسة العيادية الأساسية(55)
- 4- الخطوات التطبيقية(55)
- 5- التقرير السيكولوجي للحالة(59)
- 6- الإشكال السلوكي(59)
- 7- برنامج سير المقابلات(60)
- 8- التشخيص(68)
- 9- إجراءات التعديل السلوكي(69)
- خلاصة(70)

الفصل الخامس: نتائج الدراسة ومناقشة فرضياتها.

- تمهيد(71)
- 1- نتائج الدراسة(71)
- 2- مناقشة الفرضيات(72)
- خاتمة الدراسة(74)
- اقتراحات(75)
- المراجع(76)
- الملاحق(82)

قائمة الجداول :

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
14	يمثل تشخيص اضطراب هوس نتف الشعر	01
27	يمثل نوع و كيفية استعمال الأدوية الطبية النفسية الخاصة باضطراب هوس نتف الشعر	02
36	يمثل المرحلة الثانية من اجراءات التقييم الوظيفي	03
53	يمثل نتائج الدراسة الاستطلاعية	04

قائمة الأشكال :

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
34	Miltenberger يمثل مراحل التقييم الوظيفي حسب	01

مقدمة:

إن تزايد و انتشار المشكلات السلوكية في أوساط أفراد المجتمع، وما يترتب عليها من إختلالات في التوازن النفسي والإجتماعي، كان من الضروري البحث عن حلول من خلال تكاتف جهود علماء النفس و الإجتماع معا من خلال البحث العلمي، بوضع استراتيجيات تسعى إلى معالجة هذه الإختلالات أو تعديلها ومنعها من الظهور، إلى جانب إكساب هذه الشريحة وتعليمهم الكثير من الاستجابات السلوكية السليمة والمرغوبة وكذا تلقين المهارات الإجتماعية الملائمة التي تساعد على تحقيق مستوى أفضل من التوافق النفسي و الاجتماعي.

في دراستنا المتواضعة حاولنا تسليط الضوء على نوع من أنواع هذه السلوكيات غير المرغوبة "نتف الشعر" الذي يشكل خطرا على الصحة النفسية، و ممكن حتى الصحة الجسدية، مع إقتراح مقارنة علاجية إدماجية، و هذا من خلال عرض خطة عمل تحتوي على مقدمة و خمسة فصول وكل فصل يستهل بتمهيد و يختم بخلاصة ، وخاتمة للدراسة نوجزها كالآتي :

الفصل الأول: عبارة عن مدخل إلى الدراسة واشتمل على إشكالية الدراسة، وفرضياتها، أهدافها، وكذا التعريفات الإجرائية للمفاهيم، تناول الدراسة، إطار الدراسة.

الفصل الثاني: المعنون بعنوان "هوس نتف الشعر"، ويحتوي على العناصر التالية : مفهوم هوس نتف الشعر، تشخيصه، العوامل المؤثرة في ظهوره، والنظريات المفسرة له، ثم العلاج وأخيرا و ليس آخر تقديم إحصائيات حول هذا الإضطراب.

الفصل الثالث: حُصص للمقاربة العلاجية الإدماجية وكان بعنوان "التعديل السلوكي الإدماجي" حيث قسم هذا الفصل إلى جزئين، الجزء الأول خصص للتعديل السلوكي، تم التطرف فيه إلى مفهومه ، تطوره مجالاته، استراتيجيات التقييم الوظيفي وإجراءاته، مراحلها ثم عرض حول الفرق بينه وبين العلاج السلوكي ، وتطرقنا إلى المنظور الإسلامي من التعديل السلوكي، أما الجزء الثاني تطرقنا فيه بشيء من التفصيل إلى المقاربة الإدماجية، بطرح مفهومها، تطورها، خصائصها، تقنياتها، شروطها، مواصفات المعالج الذي يتبنى العلاج الإدماجي، ثم الأطر النظرية المتبنية في الدراسة، وختم كل جزء بتعقيب ومناقشة.

الفصل الرابع: تناولنا في هذا الفصل منهجية الدراسة واجراءاتها ،بعرض المنهج المستعمل في الدراسة ، الدراسة الاستطلاعية ثم الدراسة العيادية الاستطلاعية ، والخطوات التطبيقية المتبعة ، وعرض للتقرير السيكولوجي للحالة ، طرح الإشكال السلوكي ،برنامج سير المقابلات ، التشخيص وأخيرا عرض اجراءات التعديل السلوكي.

الفصل الخامس: وهو آخر فصل في الدراسة، وهو عبارة عن عرض لنتائج الدراسة ومناقشتها، بدءًا من عرض النتائج إلى تفسيرها ومناقشتها، ثم خاتمة للدراسة ، مع تقديم إقتراحات، يليها قائمة للمراجع و الملاحق.

الجانب النظري

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

- تمهيد.

1- إشكالية الدراسة.

2- فرضيات الدراسة.

3- أهداف الدراسة.

4- أهمية الدراسة.

5- التعاريف الإجرائية.

6- تناول الدراسة.

7- إطار الدراسة.

- خلاصة.

- تمهيد:

خصصنا هذا الفصل لما يراد أن نتطرق إليه في هذه الدراسة، حيث سنقوم ببناء هيكل للإشكالية، و وضع فرضيات إجرائية للدراسة، كما سنحرص على تبيان الهدف والأهمية منها، بالإضافة إلى وضع تعريفات ضبطنا من خلالها مفاهيم المتغيرات، و وضعنا طريقة تناولنا و الإطار الذي أجريت فيه الدراسة العيادية .

1- إشكالية الدراسة:

يعتبر هوس نتف الشعر "هنش" من الإضطرابات النفسية المصنفة ضمن اللوائح الإكلينيكية للدليل الإحصائي التشخيصي الأمريكي للاضطرابات العقلية DSM، ومن أعراضه الأساسية، تكرار نتف الشعر إلى غاية تساقطه مع محاولات لمقاومة هذا السلوك، ومن ناحية الوجدانية يسبقه القلق والضيق و تصاحبه الإشباع والراحة وينتج عنه الإحراج حسب آخر مراجعة للنسخة الخامسة .

يتمثل هوس نتف الشعر في استعمال اليد لإنتزاع الشعر بطريقة لا إرادية قد تصل إلى درجة الآلية، فلا تصاحبها أية آلام و تحدث أضرارا على مستوى أنسجة الجلد كالصلع، وكما أشار إليه " Frédéric Fanget " لما قال أن " هذا السلوك يخفف من معاناة المصاب و يدعو إلى تكراره كلما شعر بالقلق و بكل سهولة تتشكل العادة و يفقد السلوك المعنى الخاص به، فلا تعرف ما هي مُثيراته " . (2012 ، psychology.com)

يترتب عن هذا الإضطراب المزمّن إنعكاسات متعددة نذكر من بينها :

الجانب الفزيولوجي : قد تأخذ هذه السلوكيات الخارجة عن السيطرة منحى خطيرا حيث يتم ابتلاع الشعر المنزوع عن طريق الفم، وتسمى داء المشعرات " Trichophagie " وهي تعتبر الدليل العيادي الرابط بين الننف و حدوث ما يعرف "بازهر الثلاثي" " Trichobezoard " وهو تراكم مستمر إلى حد تكوين كرة من الشعر تأخذ شكل المعدة، قد تؤدي إلى الموت مما يستدعي التدخل الإستعجالي الجراحي لإستئصال تلك الكتلة الدخيلة، و الدوائي للأعراض وفق ما ذكر (يوسف الرياحي، 2017).

إضافة إلى الآثار العضوية البيولوجية تحدث " Laurent Barbel " عن

جوانب أخرى من الإنعكاسات :

- التجميلي : كالصلع العام .
- الإجتماعي : الإنعزال.
- النفسي المرضي : أهمها الإكتئاب فهو موجود أكثر(60%) في هوس نتف الشعر و يختفي بعلاجه.

إنطلاقاً من أن العلاج النفسي يعتبر أسلوباً علاجياً بامتياز في الإضطرابات النفسية تبعا لمقالة (Christine Mirabelle Sarron، 2014)، حيث أظهرت نتائج التحليل البعدي التي توصلت إليها الدراسات المقارنة بين العلاجات بالتعديل السلوكي مع علاجات تحليلية والإنسانية إلى إيجاد فرق لصالح السلوكية من حيث الفعالية، نستطيع إدراك ضرورة التدخل النفسي التعديلي لهذه السلوكيات المرضية، ولعل من أول وأهم الأساليب العلاجية لهوس نتف الشعرو باقي الإضطرابات المشابهة، تتمثل في تقنيات عكس العادة والتي طورت منذ سنة (1970) من طرف " Mm Azrin Et Gregory Nunn " حيث " شكلت موضوع أكبر عدد من البحوث إلى يومنا هذا " " Tlc Fondation Bfrbs "، و تهدف هذه التقنية إلى تجنب المصاب عملية النتف الآلي حيث يتم تكوين استجابات منافسة باستخدام اليدين (كقبضها أو وضعها جانبا أو في الجيب أو ضمها إلى الصدر) مما ينهي السلوك فوراً وذلك حسب تقييم العديد من الباحثين (من 1976 إلى 1999) (ابتداء من " Azrin Et Nunn " إلى " Wood " و فريقه حسب ما ذكر (Raymond G Miltenberger، 2014).

معظم المعالجين الذين يتبنون المنهج التعديلي للسلوك يركزون عموماً على إطفاء عادات النتف استعمال حواجز وقائية للشعر و اليدين، وكأنهم بذلك يشكلون مقاومة لهذا الفعل الخارج عن السيطرة، و يمارسون سلطة على المهووس تتمثل في مجموعة من الإلتزامات و القيود على أفعاله، في حين أن نشاطه السلوكي يكون في ذروته و يستهلك طاقة و جهد كبيرين منه مما قد يجعله يصطدم بالملل و فقدان الحافز العلاجي و من ثم الإنسحاب، و هذا لا يعني عدم جدواها و لكنها تبقى غير كافية .

و إستناداً على دراستنا الميدانية العيادية و المتزامنة مع تكويني في علم النفس الصحة، تم استقبال لعدد من المصابات بهوس نتف الشعر على مستوى العيادة الخاصة بي ، خلال فترة قصيرة بعد توجيهها من طرف زملائي الجراحين وأطباء الجلد وهو يعكس لنا مدى جهل المصابين وعائلاتهم بهذا النوع من الأمراض، غياب الطلب لمباشر للعلاج النفسي، و بالتالي الشكوى كانت مركزة حول المطلب الجسدي، عبر التقدم لمصالح الأمراض الجلدية و أقسام الجراحة ، كما لفت إنتباهنا إلى خطورة المضاعفات العضوية لهذا الإضطراب ، و التي كان لابد من العمل عليها و خاصة بتوفر عدة حالات لإجراء الدراسة عجز الطب عن إيجاد حلول لها، و التي كانت تستدعي في معظمها تكفلاً نفسياً عاجلاً يشمل الأعراض النفسية المرضية و الآثار الإجتماعية بطبيعة الحال .

إلا أننا لمسنا في سياق تدخلنا الإكلينيكي عدم كفاية النماذج السلوكية في تقييمنا للعينة العلاجية، إما بسبب تعرضها للإنتكاس بعد الإصطدام بانساق عائلية أو إزاحة الأعراض نحو

أشكال مرضية أخرى، مما استلزم دعمها بتقنيات نابغة من اتجاهات نظرية أخرى كلما دعت الحاجة و ذلك من أجل رفع مستوى الفعالية العلاجية .

وفي هذا السياق تؤكد الكاتبة "Isabelle Taubes" أهمية النظرة الإدماجية باعتبارها ثمرة للجهود التطبيقية على مر العصور كتيار حديث النشأة يتميز بأنه " يرتكز على اعتبار أنه ليس هناك تقنية كاملة ولا جيدة بشكل كاف " (Taubes، 2020)، وأن ثلث الممارسين الأمريكيين تابعون لهذا التيار حالياً حسب ما أشارت له نفس الكاتبة في مقالها، مما يدل أن المقاربات الإدماجية في العلاج النفسي و نظراً لشموليتها لا يستبعد أن تكون على رأس قائمة أساليب التدخل الإكلينيكي التي بإمكانها أن تعطي نتائج فعالة على أرض الواقع في المستقبل، لا سيما إن كانت تظم التيارات الفكرية الأساسية في علم النفس :

- التوجه العلاجي النسقي، بالتدخل على مستوى العائلة للتعرف على طبيعة العلاقات و تصحيح أي خلل في الإتصال .
- التوجه العلاجي المتمركز حول الذات، (لكارل روجرس)، لفهم طبيعة المشكل على مستوى ذات العميل وتعزيز الإحساس و الوعي بها .
- التوجه السلوكي المواكب للموجة الثالثة من للعلاجات، التي تجمع بين السلوك و الأفكار والإنفعالات .

وعلى أساس هذا الطرح، تعالج إشكالية دراستنا التساؤل عن مدى تأثير التكفل النفسي السلوكي الإدماجي على المضاعفات النفسية والجسدية؟ ، التي قد تترتب عن إدمان هذا النوع من السلوكات التي تهدد الصحة العامة لمن يعانون منه، كما يتجه تساؤلنا إلى أي مدى يمكن اعتبار التدخل النفسي بديلاً عن التكفل الطبي الجلدي على المستوى التجميلي للأثار الناتجة عن عادة نتف الشعر؟، هل يكفي لمنع حدوث اضطرابات جسدية هامة تجنب اللجوء مجدداً إلى الجراحة والاستشفاء أو الوقاية الأساسية؟، خاصة وأن آثار البلع لا تظهر بوضوح إلا بعد سنوات من التراكم المستمر لخصلات الشعر حتى يتطور إلى إنسداد الجهاز الهضمي، إذن حوصلة تساؤلنا تتلخص في طرح التساؤل الأساسي الآتي :

- هل يمكن الوصول إلى نتائج ايجابية و فعالة لإطفاء سلوك هوس نتف الشعر عند تطبيق تقنيات التعديل السلوكي الإدماجي لدى للمصابين به ؟

2 - فرضيات الدراسة:

1.2 الفرضية العامة: و كإجابة لما سبق قمنا بصياغة الفرضية العامة التالية :

- نعم يعمل التعديل السلوكي الإدماجي على التخفيف من حدة أعراض اضطراب هوس نتف الشعر.

2.2 الفرضية الجزئية الأولى :

- يساعد التعديل السلوكي الإدماجي على الوعي بسلوك النتف .

3.2 الفرضية الجزئية الثانية :

- يساعد التعديل السلوكي الإدماجي على التحرر من سمة أتوماتيكية لاضطراب هوس نتف الشعر.

3.3 الفرضية الجزئية الثالثة:

- يساعد التعديل السلوكي الإدماجي على توقيف سلوك البلع وتفادي المضاعفات الجسدية لدى المصاب باضطراب هوس نتف الشعر.

3 - أهداف الدراسة :

- تسطير برنامج للتكفل التشخيصي و العلاجي الفعال بحالة مصابة بهوس نتف الشعر.
- اختبار نموذج علاجي دمج التعديل السلوكي مع علاجات أخرى و العمل على تخفيف حدة الإضطراب تحقيقا للفرضيات .

4- أهمية الدراسة :

- الموضوع يكون مرجعا يساهم في التعريف للباحثين و المعالجين في الدراسات القادمة بصفته موضوع أصيل لم يسبق التطرق إليه في بيئتنا وذلك في حدود ما إطلعنا عليه.
- اضافة الى أنه لا يوجد دراسات سابقة تخص التعديل الادماجي السلوكي على وجه الخصوص في اضطراب هوس نتف الشعر.
- تسليط الضوء على الأضرار ذات الصلة بهذا النوع من الإضطرابات النفسية على وظائف الجسم الحيوية و تطوير أساليب الوقاية منها في إطار علم النفس الصحة.

5 - التعاريف الإجرائية :**1-5 هوس نتف الشعر:**

هو عادة مكتسبة عن طريق التكرار، تتمثل في انتزاع الشعر و تمس مناطق فروة الرأس، الحاجب، الرموش، الأظافر و الجلد له مضاعفات صحية خطيرة في غياب العلاج، خاصة إذا اتبع بسلوك البلع .

2-5 التعديل السلوكي الإدماجي :

هو مجموعة من التقنيات العلاجية المركبة والمستمدة من سجلات نظرية قائمة بذاتها من أجل التدخل إكلينيكيًا، بما يتناسب مع الإضطراب المراد التكفل به، بطريقة تكون أقرب إلى الفعالية ، وتتمثل في التوجه النسقي، التقنية المقابلة النسقية و التوجه الروجرسي، الخبرة الذاتية و التوجه السلوكي لتقنية العلاج الشامل .

6 - تناول الدراسة :

تبنينا كإستراتيجية في طريقة التعديل وفق المنهج السلوكي من جهة، ودمجنا الإتجاهين النسقي و الروجرسي من جهة أخرى، و التي طبقت على حالة من ولاية وهران، تقدمت إلى الفحص والعلاج بعيادة الباحثة بنفس المكان، و بعد التأكد من تشخيص الإضطراب لديها وفقا لمعايير DSM5 ، سطربرنامج العلاجي المتكون من (07) حصص خلال الفترة الممتدة من شهر مارس إلى ماي 2022.

7 - إطار الدراسة :

يسجل في إطار مقارنة علاجية إدماجية بحثية تحت الغطاء القانوني للنشاط المسجل بمديرية الصحة المصرح رسميا بالرقم التسلسلي 2018/344 الصادرة عن مديريةية الصحة والسكان بولاية وهران.

وكننتيجة للخبرة في الممارسة الإكلينيكية في عيادة نفسية تابعة للقطاع الخاص منذ 4 سنوات، بعد الإنتقال من القطاع العام وطالبة في علم النفس الصحة .
إختيار الحالة كان على أساس :

- الجنس تبعاً لما أشارت إليه إحصائيات الإضطراب ذا طابع أغلبية نساء.
- سن الظهور من الطفولة ما بعد المراهقة .
- توفر الأعراض التشخيصية.
- وجود الطلب المباشر لدى الحالة.

خلاصة:

خدمة لأهداف البحث تسمح لنا كل من إشكالية وفرضية الدراسة إلى التوسع في تناول أدبيات الموضوع لفهم جوانبه وتوضيحه في الفصلين القادمين.

الفصل الثاني

إضطراب هوس نتف الشعر

- تمهيد .

1 - مفهوم إضطراب هوس نتف الشعر.

1-1 المعنى اللغوي و الإصطلاحي.

2-1 مدلول الشعر من المنظور علم النفس.

3-1 تطور مفهوم إضطراب هوس نتف الشعر.

2- تشخيص إضطراب هوس نتف الشعر.

1-2 حسب Dsm4 tr .

2-2 حسب Dsm5 tr .

3-2 التشخيص الفارقي .

4-2 تطور سير إضطراب هوس نتف الشعر

5-2 ظروف هوس نتف الشعر.

3- عوامل تواجد إضطراب هوس نتف الشعر و النظريات المفسرة له.

1-3 العوامل المؤثرة في ظهور هوس نتف الشعر.

2-3 النظريات المفسرة لهوس نتف الشعر.

4- العلاج.

5- إحصائيات حول إضطراب هوس نتف الشعر .

- خلاصة .

- تمهيد

إن دراستنا هذه كسائر البحوث العلمية في مجال علم النفس، إلتزمنا فيها بكل الخطوات العلمية والمنهجية، بدءًا بالإطار النظري، حيث سنقدم فيه تصورًا عامًا لإضطراب هوس نتف الشعر في الفصل الأول، وحاولنا تعريفه وعرض تطوره، وكذا أهدافه، مجالاته، تفسيره باعتماد على عدة نظريات، ضف إلى العوامل التي تساعد في ظهوره وتشخيصه، ثم طرق علاجه وأخيرًا قدمنا إحصائيات عن هذا الاضطراب.

1- مفهوم إضطراب هوس نتف الشعر :

1-1 معنى هوس نتف الشعر لغويًا: " Trichotillomanie"، مرادفه باللغة الفرنسية Manie Dépilatoire يعني هوس النتف، بالإنجليزية Pullig Hair ويعني رفع وسحب الشعر.

أصل الكلمة يوناني : وهي Trihos ومعناها فرو. عن موقع (psychologie .com) نقلا عن (cilf .fr dictionnaire de la psychiatrie)، و Tríkhos يعني شعر و Tillo يعني "نتف" و Manía تعني "هوس" (Afcrc . Com).

1-2 معنى هوس نتف الشعر اصطلاحًا :

أول من وضع هذا التعريف " Hallopeau " في قوله على أنه "حاجة ملحة للنتف أعلى الأقل للف الشعر" ذكره موقع في قاموس تصنيف الأمراض العقلية (Psychologie.Com).

وهو إضطراب يتصف بمحاولات فاشلة، يرافقها ضغط متزايد، ثم إرتياح مع إنزعاج و المصابين به ذا غالبية نسائية، وتؤثر الأشكال الصعبة منه على فروة الرأس والصلع (Msd . (Manuals

واتفق المختصون (Tlc Fondation Bfrbs) في تعريفه "هي حركات متكررة لإستمالة النفس"، كتتنظيف البشرة و الأظافر، أشهرها نتف الشعر، يعبر عنها بالتطهير الذاتي Auto Toilettage Self Grooming .

أما بالنسبة " Morelle " فهو يدرجه في إطار السحج Excoriations هي سلوكات الحك و تقشير و نتف ، موجهة نحو اليد و الرأس " حسب مقال (Christine Paget ، 2006)

و أورد " Steven Taylor " في مجلة APA (2016) عن " Martin E Franklin Et David F Tolin " في كتابهم لدراساتهم لهوس نتف الشعر، و يعتبرونه من السلوكات المتكررة الموجهة نحو الجسم ، ذات طابع حاد و معيق ، و تتنوع حسب التكرار و الشدة و الخطورة .

وعرفه (فيصل وليد أخلف، 2021)، تبعا لدراسة حالة على أنه "مرض عقلي مزمن" ذا نسبة مرتفعة من الإضطرابات النفسية المصاحبة لدى المصابين به ولديهم وعي ضعيف به ، ما يعرضهم إلى مشاكل مزاجية إجتماعية و صحية خطيرة " قد تصل إلى الموت إذا لم تعالج " ولا يتمكنون من الفحص نظرا لصعوبة معاشهم للإختلافات الثقافية و معتقدات خاصة عن المرض النفسي مما يجعلهم أكثر هشاشة.

وأعتبرها (Matard ، 2012) "تسييرسيئ لسلوك التطهير الذاتي الفطري مما يسبب المبالغة في تكرار"

كما عرفته (Marianne Daudin ، 2005)، من خلال دراسة حالة " بزهر ثلاثي " بأنه سلوك متكرر لدى الإنسان يتمثل في نتف شعره أحيانا يصل إلى تعرية مناطق كاملة و قد يلهو المصاب بالشعر المنزوع أو يبتلعه وهو هوس أكل الشعر.

كما عرفه مجموعة من الخبراء حسب موقع (Afcrc . com) "هو إضطراب يصيب الإنسان ، يتميز بنتف قهري لمختلف أنواع الشعر (رأس ، حواجب ، رموش)، ينتج عنه صلح ظاهر للمناطق المعنية " بهدف التخفيف من القلق كما قد يحدث بطريقة أوتوماتيكية. مجموعة من" الطقوس السلوكية تكرارية " تمارس بدقة لأهداف غيرتجميلية بدون القدرة على التوقف رغم المحاولة (Katharine A Philipe Dan J.Stein ، 2021).

3-1 مدلول الشعر من منظور علم النفس :

من الناحية التشريحية للشعر، وصفت " Agnes Rogelet " أنه من 100.000 الى 150.000 شعرة ، أي من 200 الى 300 سم² ، أنها فترة نموه، و تساقطه ترتبط بالجهاز الهرموني و البنية الكيميائية للشعر التي تتكون من ADN ، فهي عبارة عن Code Barre يسمح بالتقاط كل ما نأكل من غذاء ، دواء ، حيث أن 6 سم يعكس لحالتنا الصحية من 6 الى 9 أشهر و ذلك قياسا على معدل نمو من 01 إلى 1.5 سم في الشهر.

إن مدلول الشعر من منظور علم النفس على رأي " Sylvie Symbol"، إن وجود الشعر على بعد 4 مم من الفروة ، يعكس إنغماس جذوره داخل اللاشعور فالصلع يشير على تجربة عوامل سلبية كالتفريق ، و أن تغيير قصة الشعر يسمح باستعادة صورة الذات بعد فشل عاطفي أو مهني مما لوحظ في صالونات حلاقة المستشفيات عند نساء المكتئبات ، كما أن الإحتفاظ بنفس القصة دليل على التوافق مع الذات و الإلتقاء بها إلا إذا كان شكل من الصلابة أو يخفي الخوف من التجديد عكس فترة المراهقة التي يكون فيها البحث عن الذات واللعب بتسريحات الشعر بالتنوع بعد استعادة الجسد من الأباء .

مكتشف La Morpo Coiffure Marc Dugast وهو منهج يرتكز

على النماذج الأصلية للشخصية حسب شكل الوجه .

- الشعر الطويل خلال فترة الحمل يعني قبول العودة إلى الأنوثة .
- الصلع للرجل هو دليل الإغراء ، فالرأس الأملس يعتبر هو " أم فالوسي " رغم أن تساقط الشعر يظهر الإحساس بعدم التقدير فهو "يرمز إلى الخفاء " (سيلفي)، كما أنه يدل على الهيبة والوقار و يعزز الثقة كونه خاص بسن معينة الكهولة، و في البوذية تشير إلى الحكمة " كلما كشف الجزء الدماغي كلما زاد تقدير البعد الروحي "

قراءات في قص الشعر وضعها Michel Oudoul ومساعدته Remy :

- **الشعر القصير :** يميز الخضوع و الخوف المحكوم عليهم ، و أفراد الجيش أو كذلك الوحشية القوية والحرية.
- **الشعر الطويل :** إطلاق لما في الداخل يجسد الأنوثة و يتماشى مع الحماية .
- **الشعر المربوط:** الرغبة في الوصول و الإنطلاق و النشاط .
- **الشرالمفروود:** الرغبة في الإنطواء و الإكتئاب، أما فرده في آخر اليوم يشير إلى الإغراء و الفتنة.

4-1 تطور مفهوم اضطراب هوس نتف الشعر :

اتفق المختصين (Tlc Fondation Bfrbs) خلال (20) سنة الماضية، حيث إهتمت المقالات المنشورة في ميدان علم النفس وطب الجلد بهوس نتف الشعر و ذكر (L.Barbe، 1995)، أن أول من اكتشف هذا الداء طبيب الأمراض الجلدية الفرنسي "Francois Henri Hallopeau" سنة (1889) ، من خلال دراسته لحالة عيادية و منذ ذلك الحين تعرض لإثراء كبير و يعود الاهتمام به حاليا لسببين تشابهها مع وسواس القهري وإمكانية علاجها بمضادات الاكتئاب وهو ما يعكس مصالح مصنعي الدواء من وراء وصفها للمصابات بهوس نتف الشعر.

و تبعا لما ورد في مقال (AFCRCC . Com) بقي الاضطراب نادرا إلى غاية دخوله التصنيف في سنة (1994).

2- تشخيص اضطراب هوس نتف الشعر :

و حسب " Julien Daniel , Guelfi, Frederic Rouillon " نقلا عن " Hollander " هو أول من أدخل مفهوم " طيف الوسواس القهري في الصفحة 248 و " تكمن أهميته المصطلح في مقارنة الأبعاد" التي تشترك مع سمات المرضية للشخصية في الصفحة 249 من أقصى القهرية "شخصيات تجنبيهة" إلى غاية الإندفاعية "شخصيات حسية" و الذي يشمل:

○ الجدول رقم (01) : يمثل تشخيص اضطراب هوس نتف الشعر.

الإنشغال بالمظهر أو الإحساس الجسدي	فقدان الشهية	توهم المرض	la dysmorpho-phobie	الوسواس القهري	
الإضطرابات عصبية	التوحد	la chorée de Sydenham	torticolis	syndrome de Gilles de la Tourette	la chorée de Huntington
إضراب التحكم في النزوات	هوس نتف الشعر	السرقية المرضية	القمار	الوسواس الجنسية	تشوه الجسم

كما صنفا (Wood , Miltnberger، 1995) اضطراب هوس نتف الشعر

إلى ثلاثة أنواع مما سماه " سلوكيات العادة " :

○ اللزمات الحركية (Tics Motor).

○ التمتمة (Suttering).

○ العادات العصبية (Nervous Habits) .

ومن أمثلتها (برم الشعر، عض القلم ، فرقة المفاصل ، طي الورق ، قضم

الأظافر إلخ...)، و هي حركية وأخرى لفظية (حك الأسنان ، و مص الشفاه)، و تكون على شكل سلوك

متكرر يقلل من التوتر أو القلق و " أحيانا تحفز ذاتيا " (Miltnberger ، 2014 ، 502) .

ونقلا عن (Ellington ، 2000)، لا تحقق وظيفة إجتماعية لصاحبها ولا

يعززها الآخرون، ولا تسبب مشاكل في أصلها، إلا إذا تكررت و زادت قوته لتصبح سلوك حاد، و ذكر

أيضا مثال للف الشعر، معتبره ليس مشكلا بقدر نتف الشعر من فروة الرأس و بالتالي إحداث تلف .

1-2 تشخيص DSM 4TR : إضطرابات السيطرة على الإندفاعات غير مصنفة في مكان آخر.

أ - هوس نتف الشعر، نتف الشعر المتكرر ، مما يؤدي إلى تساقط الشعر الظاهر.

ب - زيادة الشعور بالتوتر قبل نتف الشعر مباشرة أو أثناء محاولات مقاومة هذا السلوك.

ج - المتعة أو الإشباع أو الراحة عند ربط الشعر.

د - لا يتم تفسير الإضطراب بشكل أفضل من خلال إضطراب عقلي آخر وليس بسبب حالة طبية

عامة (مثل حالة امراض الجلد).

هـ - تسبب الإضطرابات ضائقة كبيرة سريريا أو ضعفاً في المجالات الإجتماعية أو المهنية أو

غيرها من مجالات الأداء المهمة . (DSM 4TR،،2000،280) .

2-2 تشخيص Dsm5TR :

- أ - النتف المتكرر من الشعر، مما يؤدي إلى تساقط الشعر.
- ب - المحاولات المتكررة لتقليل نتف الشعر أو إيقافه.
- ج - يسبب نتف الشعر ضائقة أو ضعفاً ملحوظاً سريريًا في المجالات المهنية، و غيرها من مجالات الأداء المهمة.
- د - لا يُعزى نتف الشعر أو تساقطه إلى حالة طبية أخرى (على سبيل المثال، حالة أمراض جلدية).
- هـ - لا يتم تفسير نتف الشعر بشكل أفضل من خلال أعراض اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال، محاولات تحسين خلل ملحوظ أو خلل في المظهر في اضطراب تشوه الجسم. (Dsm5 المراجعة الجديدة، 2022، 282)
- ومن بحثنا عن أثر الموضوع في ثقافتنا، توصلنا إلى تصنيف في إطار حديث نبوي مشابه لحد كبير للمراجعة الأخيرة للدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي، وهو من مصادر مذهب الشيعة، فيما أوصى به النبي صلى الله عليه وسلم إلى علي بن ابي طالب بقوله " يا علي ثلاثة من الوسواس أكل الطين، وتقليم الأظافر بالأسنان، وأكل اللحية " بحار الأنوار محمد باقر المجلسي جزء (73- 108) ، تاريخ التأليف (بين 1616 و 1698) أصفهان .

3-2 التشخيص الفارقي :

حقيقة يسبب هوس نتف الشعر " إشكالية فيما يتعلق علم النفس المرضي أو بمكانته داخل علم الأعراض " وهو ما تكلمت عنه (Marianne Daudin ، 2017). كما أكد إتفاق المختصين " Tlc Fondation " على أنه من المهم فصل الإضطراب عن تشويه الذات Auto Mutilation و إضطرابات التغذية، زيادة على إعتبار القلق و الإكتئاب من صعوبات تسيير هذه السلوكات، حيث استبعد بعض المختصين و منذ 15 سنة، فرضية أن هوس نتف الشعر، هو شكل من أشكال الوسواس القهري، رغم أن المصابين لديهم سلوكات تكرارية و إندفاعية لكثرة الإختلافات وهو ما يعارض معايير تشخيص DSM5 tr .

فرق (Laurent Barbel) بين نقاط الإلتقاء مع الوسواس القهري بحيث يعاني

الكثير من المصابين بهوس نتف الشعر من وسواس قهري ومضاعفات إكتئابية، ويستفيدون بطبيعة الحال من نفس العلاج الدوائي للأعراض، أما نقاط الإختلاف فتكمن في أن الأغلبية نسائية لأنهن من تطلبن المساعدة أكثر.

يختلف هوس نتف الشعر، أيضا عن السحج العصابي "Excoriations Nevrotiques" وهي " ندوب جلدية ناتجة عن أسباب يجهلها المصاب و يتعذر كبحها و تقترب من لازمة لعق الشفاه في طابعها القهري الإندفاعي، إلا انها موجهة نحوالوجه والذراعين (Dictionnaire De La Psychiatrie).

أما مجلة (RMS ، 2007)، طرحت تشخيص فارقي عن داء الثعلبية، الذي يعتبر إصابة إلتهايبية تظهر عبر مساحات من الصلع .

4-2 تطور سير إضطراب هوس نتف الشعر :

أ - تطور الإضطراب أو المضاعفات النفسية :

حسب "Martin Brigitte" نقلا عن (Misery Laurent)، إن تطور

الإضطراب يختلف :

1- حسب عوامل الخطر:

- التأخر في التكفل.
- سياق عائلي إجتماعي معقد .
- شدة الإضطرابات المصاحبة لبعض حالات، تأخر عقلي، بنيات عصابية وسواسية وإضطرابات المزاج دون وجود بنيات ذهانية .

العواقب الوظيفية لهوس نتف الشعر : تتمثل في الضيق ، الضعف الجنسي والمهني.، ضرر

لنمو الشعر وجودة الشعر. (Dsm5 المراجعة الجديدة، 2022 ، 282)

2- حسب المتابعة العلاجية الفعالة :

- القدرة على تقبل الحادث وحدثه ، والإرادة لاستقباله لفترة بواسطة تقنيات التي أدت الى نجاحها.
- القدرة عى التسامح مع الذات والتقبل عودة الرغبة ويمكن الإستجابة لها أحيانا .
- إرادة الإتصال بالمعالج للحصول على المساعدة اللازمة واستعمال من جديد تقنيات للتحكم الذاتي ولم لا اخرى جديدة .
- يري المختصون أن الإضطراب لديه " أقل حظ في الاستمرار إذا ظهر مبكرا " (Tlc Fondation)
- المتأخر في المراهقة أو الراشد له تطور غير جيد ،حتى بدون سوابق في الطفولة توجد دائما

الأعراض المصاحبة ، إهتزاز صدم الرأس ، كما أن الاستجابة للعلاج جيدة إذا لم تتجاوز فترة الظهور 06 أشهر. (Barbel ، بدون سنة).

ب- تطور الإضطراب أو المضاعفات الجسمية :

إن تطور اضطراب هوس نتف الشعر، يحدث مضاعفات وهي كالاتي:

1- هوس أكل الشعر: Trichophagie

○ تعريفه : هو إضرار نفسي يتمثل في أكل الشعر بعد نتفه سواء كان بصيلائه ، جذوره أو الخصلة ككل، و يمس عموما الأطفال والمراهقين، و هو مرتبط غالبا بهوس نتف الشعر، والمصطلح Syndrome De Raiponce Rapunzel منسوب إلى إسم بطلة قصة الأخوين "Grimm" .

2- البازهر الثلاثي : Trichomanie Trichobezoir

أ- تعريفه لغويا : كلمة Bezoir من اللغة الفارسية Panzahr و العربية Bazahr، وتعني الترياق مضاد للسموم حسب (PAD EMC)، الحافظ " Zahr " السم بالفارسية .

تعرفه (Pan African، 2011) على أنه جسم خارجي داخل المعدة يتكون من الشعر أو خيوط نسيج، وهو مرض نادر يكون تشخيصه إشعاعي و بالتنظير، و العلاج الجراحي بالإضافة إلى التكفل النفسي.

تراكم غير إعتيادي بشكل كرة صلبة أو مواد مختلفة الطبيعة داخل المعدة

وأحيانا داخل مجرى الكلى. (journal african، 2009) ، " البازهر" هو تكتل اجسام خارجية مبلوعة .

ب- أنواعه : توجد أنواع أخرى منه:

- Lactobezoir مكون من الحليب الفاسد عند الرضيع .
- Phytobezoir مكون من النباتات غير مهضومة .
- Phytobezoir : تظهر بعد أخذ أدوية مثل Antiacides Cholestyramine

ج - أعراضه :

تظهر من خلال آلام البطن ، غثيان ، قيء ، كتلة ملموسة ، إنسداد معدي ، ثقب المعوي الصائم ، إتهاب حاد للبنكرياس .

حسب (EMC، 2006) أن أغلب الحالات ليس لديها أعراض و البعض يتم تفرغها من المعدة طبيعيا ، ويشتد الآلام عند الأكل ، التخممة بعده ، فقدان الوزن الحديث و نادرا عسر البلع وفي العينات القديمة قرحة " Ulcere Peptique " بسبب ضغط البازهر.

العواقب الطبية النادرة لهوس نتف الشعر: بما في ذلك إصابة العضلات والعظام (على سبيل المثال متلازمة النفق الرسغي؛ الظهر والكتف والتهاب الجفن وتلف الأسنان (على سبيل المثال، الأسنان البالية أو المكسورة الناتجة عن قضم الشعر. (Dsm5 المراجعة الجديدة، 2022، 282).

د- أسبابه :

توعز أسباب " البازهر " إلى أسباب فيسيولوجية ، حيث يكبر حجمه بعد تراكم المواد بسبب استحالة التفريغ المعدي ، مما يتسبب في شلل المعدة و استثناءا قد يهبط داخل المعي الدقيق عبر بوابة المعدة و التسبب في إنسداده ، إمتصاص الشعر للسوائل يؤدي إلى تكوين البازهر، و يبقى محبوس بين طيات الأغشية المعدية نظرا لسطحها الذي لا يسمح بالإحتكاك و الإنقباض، تحفظ الحموضة لون البازهر الأسود مهما كان لون الأصلي للشعر.

كما توجد أسباب كلاسيكية تصنف إلى ثلاثة أنواع من الإضطرابات (التفريغ المعدي استئصال المعدة ، تغذية غنية بالألياف) حسب (Journal africain ، 2009).

2-5 ظروف إضطراب هوس نتف الشعر:

أ- أوقات النتف : حسب (Laurent Barbel، 1995) إن أكثر الأوقات شيوعا التي يحدث فيها نتف الشعر هي :

1. وقت الترفيه، مشاهدة التلفزيون، قراءة كتاب.
2. وقت التركيز الكبير أي إختلال الزمني -Etat De Transe-
3. " الخوف الشخص من الصلع النهائي يمكن إن يضاعف كثيرا من حدة التوتر لديه " .
4. اتفق المختصين (Tlc Fondation Bfrbs) أن فترات الكسل كالاستلقاء على السرير أو القراءة أو سماع دروس في القسم ، سياقة سيارة أو ركوبها ، الكلام على الهاتف ، استعمال الكمبيوتر مكتب العمل، فترات النشاط كالمشي أو وضع المكياج .
- 5 . ببرمجة النتف مثلا بعد الدخول إلى البيت ، ودون وعي كامل إلى أن تكتشف كميات الشعر المنتوف .
6. إحساس بإثارة على المنطقة الجلدية تشبه الوخز أو الحكّة أو الألم تجذب الأصابع إليها .
7. البحث عن تقويم و تصحيح عدم التماثل المزعج و معاينة المنطقة بعد كل جلسة نتف .
8. حسب "Morelle" نقلا عن (Christie Paget، 2006) يتطور النتف عند الطفل خلال نومه دون علم الوالدين .

9. يحدث النتف أثناء العزلة، حين الأداء و كثافته المسائية، قرب وقت النوم كما يظهر أيضا في وقت التخيل على رأي (Barbel).

ب- المناطق المعنية بالنتف :

- قد يحدث في مكان محدد من فروة الرأس أو في مناطق متفرقة ، عدد الشعر المنتزع في الجلسة الواحدة ليس ثابتا ، يتراوح قليلا أو كثيرا (Laurent Barbel) .
- كل مناطق الجسم التي تحتوي على شعر يمكن لفه حول الأصابع أو مضغه او بلعه فيما بعد ، كفروة الرأس ، الحواجب ، الرموش ، العانة ، الإبط ، اللحية ، الصدر ، الساق (Tlc Fondation) .
- مواقع الشائعة هي فروة الرأس والحاجبين والجفون المواقع الأقل شيوعاً هي الإبط .مناطق الوجه والعانة ومحيط الشرج قد تختلف مواقع نتف الشعر بمرور الوقت.
- مناطق كثافة الشعر الرقيقة ، منطقة التاج أو المناطق الجانبية أو الحواف الخارجية لفروة الرأس خاصة عند مؤخرة العنق.
- خارج إطار الجسم ، الدمى والمواد الليلية مثل : الساترات أو السجاد وقد يحاولون أحياناً سحب الشعر من أفراد آخرين .

ج - سن ظهور اضطراب هوس نتف الشعر :

- حسب (Matard ، 2012) يصيب 90 % من النساء من الراشدين ويبدأ في سن المراهقة ، يمس فتيات الذكيات بدون سوابق نفسية معروفة ، لديهن نظرة نقدية لسلوكهن ، يتفق الجميع على نوعين حسب السن :
- 1- الحميد في الطفولة " اونيكو فاجي " و يحل بسرعة ما بين 4 الى 6 أشهر.
 - 2- الراشد يدوم لمدة أطول وإلى ما لا نهاية و يتخلل تطوره فترات إنخفاض غير متكاملة .

يكون سن نتف الشعر حسب (Tlc Fondation) ما بين 11 و 13 سنة و لا توجد فروق بين البنات و الأولاد ، أما البالغين فالنساء أكثر لأنهن بعد البلوغ يهتمن بالفحص عكس الرجال كما أكد بعض الأولياء أن حدوث الظاهرة لدى الأطفال ذوي 9 اشهر.

وفي رأي " Christine Paget " نقلا عن (Morelle ، 2006) " يظهر

في سن 10 أشهر".

وترى " Brigitte Martin " نقلا عن (Laurent Misery L ، 1995)، أن

هناك ذروتان لهوس نتف الشعر ، الأولى حوالى السنتين و الثانية ما بين (10) و (12) سنة و تظهر

خاصة لدى البنات إذ ينتزع الطفل شعره عندما يكون لوحده ، فيجهل الوالدين الأمر غالبا إلى غاية ظهور الصلع و لا ينفى حدوثه إلا إذا كان في حالة صراع مع الأبوين أو الطبيب .

سن ظهور نتف الشعر حسب (Laurent Barbel) يكون في الطفولة الأولى

خاصة في السنة الثانية من (11) شهرا الى (54) شهرا، أو قد يتأخر إلى (10) سنوات عند الأولاد ومن (05) سنوات إلى (12) سنة عند البنات.

د- الإختبارات المكملّة لتشخيص هوس نتف الشعر :

○ بناء على مجلة سويسرية طبية (Marina Heller، 2007) أن تحاليل الدم غير مهمة في التشخيص.

○ حسب (Journal Aafricain، 2009) أن التحاليل البيولوجية تساعد قليلا ، مثلا في حالة فقر الدم ، فرط في كريات الدم البيضاء ، نقص بروتين في الدم ، ارتفاع السكر.

○ السكانير والرنين المغناطيسي لهما دور أقل أيضا .

○ أما الأشعة تسمح بالتشخيص (25%) من الحالات أشعة البطن، لا تستطيع الكشف عن كتلة

الشعري المعدة و الخطورة أنها لا تميزه عن الخراج " Abces " أو الفضلات .

○ التنظير الليفي " Fibroscopie » هو أحسن وسيلة للتشخيص، كما يسمح برؤية الشعر

المتشابك (Journal Aafricain، 2009)

○ دراسة علم الشعر «Trichologie» ضروري حيث يظهر آثار النتف من خلال تقصف

الشعر في عدة مناطق و بأحجام مختلفة و مساحات صلح ذات محيط غريب محدود على الجانبين .

○ Microscopie Optique المجهر الضوئي تسمح بمعاينة مقطع أفقي على بعد (01) سم

من فروة الرأس .

○ Trichogramme من خلال فحص الخصلة (50) إلى (100) شعرة.

○ Biopsie Du Scalpe خزعة جلد الفروة تستخدم في حالة الشك فقط.

○ Trichoscopie تنظير الشعر (Emc، 2019) هي أداة طبية عيادية بسيطة و سريعة وغير

مكلفة تساعد على التشخيص و متابعة هوس نتف الشعر وباقي أمراض الشعر وفروته .

أجريت دراسة مقارنة معامل CHI خلال سنتين لـ (132) حالة صلح مع

(37) حالة هوس نتف الشعر، منهم (08) رجال و(29) نساء و (13) طفل بواسطة تنظير موقع شعر

الجبهة (51%) و(11%) القفا مواقع مختلفة (9%) خلصت الدراسة ان هناك الى أربعة أشكال مميزة

لهوس نتف الشعر وهي: متكسر، متقصف Trichoptilose، زهرة التوليب، علامة @ (Arobase).

3- عوامل تواجد اضطراب هوس نتف الشعر و النظريات المفسرة له.

3-1 العوامل المؤثرة في هوس نتف الشعر:

حسب رأي (Laurent Barbel) هناك تركيبة من العوامل والإستعدادات الجسدية ، القلق و ظروف تزيد من الخطورة .

○ ظهور هوس نتف الشعر في (12) سنة إلى (13) سنة قبل أو بعد مرتبط بأحداث مقلقة، حداد صراع عائلي، تغيير المدرسة ، تغييرات الهرمونية في فترة المراهقة.

○ تؤكد (خديجة توزاني، 2007) على أن هوس نتف الشعر مرتبط بشدة مع النظرة السلبية للذات وللجسم ، فالمصابين لديهم مستوى ضعيف للتقدير الذات رغم إقرارها بعدم وجود سبب واضح من خلال البحوث.

○ (Tlc Fondation) تنظر الى أن أعراض هوس نتف الشعر ناتجة عن صدمة في الطفولة لم يتم تجاوزها ثم ادمجت عوامل أخرى : الشخصية ، المحيط ، سن، ديناميكية العائلة.

○ بعض السلالات الحيوانية تشترك مع الإنسان في عملية النتف و التطهير الذاتي خاصة المتطورة منها كالقوريل و بعض القرود و حتى الطيور و الفئران و الكلاب و القطط إلى حد إفراغ الجلد من الشعر مما يساعد على فهم العوامل البيولوجية والعصبية التي تفرض وجودها .

حسب "MORELLE" نقلا عن "Christine Pagé" أن عند الطفل تعبير على البحث عن الأمان المفقود جزئيا بسبب أم مشغولة مهنيا أو الغائبة عاطفيا بسبب الإكتئاب أو القلق الشديد.

"Brigitte Martin" عن " Laurent Misery " وراء كل نتف قصة شعر مفروضة سياق ،إنفصال، صراع عائلي .

وحسب " Sylvie Symbol " نقلا عن (AGNES ROGELET، 2020) " نلاحظ غالبا لدى النساء اللواتي ينتفن شعرهن لديهن نوبات هوس نتف الشعر ، وجود معارضة شديدة للأمهات و وجود أب غائب ، فهن بهذة الحركة تهاجمن أنوثتهن"

ب- السوابق العائلية:

حسب (Barbel) نسبة (4% إلى 5%) أقارب من الدرجة الأولى أم لديها مشاكل الشعر صلح أو حلق .

ج- السوابق العضوية :

○ صدمات على فروة الرأس أو بالملقط عند الولادة .

- سوابق حسب السياق عائلي و إجتماعي .
- حمل صعب و تبعات صعبة لخوف من فقدان الجنين و إكتئاب الحمل و ما بعد الولادة ، حسب " Manino ; Winnik " الحرمان و عدم استمرار العناية الأمومية في السنوات الاربعة الأولى .
- استشفاء الأم ، استشفاء في الطفولة و المراهقة ، جو عائلي غير مستقر ، وفيات حديثة إزدياد أخ أوأخت .

رغم غياب السوابق في كل أشكال الظهور، يكون هوس نتف الشعر بسبب الفقد أو التفريق و هذا الأخير أكثر شيوعا.

2-3 النظريات المفسرة للاضطراب هوس نتف الشعر :

أ- نظرية التحليل النفسي (سلوك التدمير الذاتي):

نقلت " Christine Pagé " عن " Meninger " أن إضطراب هوس نتف الشعر شبيهه للتدمير الذاتي بالإنتحار والحقد في آليته النفسية، المفروض أنه استثمار موجه نحو المواضيع الخارجية، لأنه يعود إلى الجسم على شكل عقاب ذاتي الذي يستهدف جزء من الجسم عكس الإنتحار الذي يستهدف الشخصية ككل .

وعن " فرويد " في نفس المرجع رأيه في تدمير الذات في التحليل النفسي الذي يربطه " للمازوشية " بنزوة الموت وهي جزء من مبدأ اللذة و التي ترتبط بالبحث عن الموضوع وتجنب الألم الذي يرتبط بضياح الموضوع، هذه المجموعة من الروابط التحليلية ذات الطابع الإقتصادي ، تؤكد أن اللذة و الألم موجودان في كل أشكال " المازوشية " التي تؤدي إلى إشباع لبيبي حسب " فرويد " دائما " كلما تحكم الشخص في عدوانيته الموجهة نحو الخارج استبد الأنا الأعلى بالأنا في الداخل" .

أما عند الطفل العادي يقول (Laurent Barbel) و بدون فقدان الموضوع فله علاقة بالإحباط و الحزن الناتج عن " المنع الذي يقيد نشاطه " فليجأ إليه للتخفيف من الضغط " فيحول العدوانية إلى جسده " .

هوس نتف الشعر عند الطفولة مرتبط بالفقد ، فتعلق الشعر هو بديل لحرمانه لا كموضوع إنتقالي يصنعه عند الغياب ، بل يمثل موضوعا ينفي التفريق و يؤكد صعوبة إجراء القيام بالإنقالية هذه ، و في نفس السياق هوس نتف الشعر له صلة مع سلوكات أخرى المعروفة لدى الرضيع كالإهتزاز، أسلوب نكوصي دفاعي ضد (Vacuite) القلق المرتبطة بصعوبة تسيير التفريق ففي

غياب الأم فهو يهز نفسه تماما و كما تهزه الأم، المصاب بهوس نتف الشعر يتجه الطفل نحو شعره و في نفس الوقت هو الأم التي يتعلق بها .

وفي رأي " Brigitte " نقلا عن (Laurent Misery، 1995) خاصية الدفاع وهي آلية دفاعية ضد قلق الخواء، ويتم التنازل عن الأنوثة و سلطة الإغراء، المتمثلة في خصلة الشعر باعتبارها موضوع إنتقالي في إطار منافسة " سادو مازوشية أوديبية " مع الأم المتناقضة أو الغائبة " التضحية بالكل لإنقاذ الجزء "

ب - نظرية التفسير السيكوسوماتي :

يرى " Morelle " عن " Christine Pagé " أن هوس نتف الشعر له صلة بالرمزية بما أنه محاولة قوال ما لم يقال باللغة و يحمل رغبات متعلقة بالموضوع الغائب ، فهو إذن محاولة تعويضه الفراغ الذي أحدثه الغياب ، ومن أشكاله Acting Out Passage A L'acte أي أنه متعلق بسيرورة الموت و الحياة ، ومتلازمة الفقد و البحث عن الهوية ، وهوما توضحه أكثر الحالات البينية من خلال إنشطار الموضوع ، وجود مكثف للموضوع السيئ و إختفاء الموضوع الطيب

تفسر (Valery Boucherat، 2016) إستنادا إلى رأي " فرويد " أن هوس نتف الشعر هو فشل في عمل الإرصان ، حيث يقوم الجلد بامتصاص الإستثارة و بالتالي إضطراب يرمز إلى الفقد أو تفويت اللقاء مع الموضوع الأولي " استجابة الى حاجات الرضيع " أما النضج لا يحدث جمع تفكك بين الواقع و الجروح الرمزية إلا أنه يعمل على الجمع بين القلق النرجسي العميق و القلق النرجسي التقمصي الذي يأخذ في الإنتشار والهيكلة أثناء العلاج النفسي .

لذلك يبقى الراشد مستسلما إلى هذا التكرار الصدمي للقلق والتي تترجم إلى معاشات جسدية نفسية متناحرة ، و التي تؤدي إلى تعبئة العضوية وهو من الحلول المغلفة بالأعراض الجسدية و تظهر هذه الجسدنة عند الشباب الإنسدادات بين الروابط الجسدية النفسية أكثر من دلالاته على صراعاتهما أثر تدفق الإثارة في البلوغ .

ج- نظرية الأنثروبولوجي الإجتماعي :

قديما كانت الكثير من الشعوب تنظر إلى قص الشعر بالمقص كأنه اعتداء و نوع من الفطام ففي أريزونا الهنود الهوبي تبعد الأرواح الشريرة بالشعر و قص شعر الطفل يفقده قوة كبيرة جدا

تميز الخصلات النوع البشري فهي تشكل "موضوع عناية" وتزرع جذورها عميقا داخل الجمجمة قبل الخروج إلى الهواء الطلق حدود بين الداخل تغطية ما لا يرى و الخارج زينة تهدى للناظرين.

"Lauret Barbel" نقلا عن (Sperling، بدون سنة) يؤكد القيمة الاقتصادية لتساقط الشعر، حيث أنه يولد من جديد على الأقل على مستوى الجذور و له خاصية طبوغرافية فردية على السطح وهو ربط الحارج بالداخل .

أصل الكلمة اليوناني "Manie" لا يتوافق مع الواقع لأن المصابين ليسوا مرضى عقليين و لا مجانين كما يدل الإسم لذلك، كان المصابون يترددون في الذهاب إلى الفحص الطبي بسبب خوفهم من النظرة المهينة و احتفظوا بسر مرضهم لأنفسهم حسب رأي (Barbel Lauret).

القاموس الرمزي: بالنسبة للرمزية **الإضطراب** عبارة عن رسائل المشفرة للأعراض من أعمال هامر لويس هي صورة هاتف.

- الشعر هو القوة الداخلية والحرية و أعمال له علاقة مع القوة الجنسية ، التناسلية و الإنجابية.
- الصلع هو وضعية متعلقة بالفقد، التفريق و عدم التقدير، كالخوف من فقدان الحماية و الدعم .

بالنسبة لـ "لاموت": يرى " لاموت "

- فروة الرأس : تمثل لوحدها قيمة عدو .
- طول وكثافة الشعر : يحمي من القرب الزائد.
- تلوين الشعر : يعوض التبادلات مع الأب.

ويرى أنه من الزوائد الجلدية التي تعمل على تنظيم المسافات و الإستقلالية و الإتصال " فوجوده يسمح بتعويض العلاقات في الحوار مع الأم و غيابه يسمح رمزيا بالإتصال" (Pierre Jean ، Thomas Lamotte، 2016، 177)

ترى (Jocelyne Lahance ، 2013) نقلا قراءتها لكتاب " David Le Breton " الذي بحث في ظواهر المراهقة من زاوية متعددة " سوسيوأنثروبولوجية " كالإدمان والإنتحار حيث اكتشف منذ (1970) حدود بين الجسم و الذات ،هزت المقاربة الثقافية الكلاسيكية بإعتباره الجسم " حامل الهوية و ليس هو من يصنعها " إعتبره مكان مرآة تتجمع فيه مختلف تأويلات المعاناة الحميمة و الإجتماعية و النفسية و الجسدية ووضعه في مقدمة الوساطة مع العالم الخارجي و الأشخاص المحيطين به.

و يتفق مع ما ذهب "Christine Pagé" نقلا عن "MORELLE" حين رأى أن هوس نتف الشعر لا يؤدي إلى الموت أو إصابات خطيرة و كأنه عمل استغاثة موجه نحو المحيط من خلال توظيف الجسم بدون اللجوء إلى التكلم .

د - التفسير العصبي البيولوجي:

في دراسة لـ (Samuel R، 2010) هدفت إلى معرفة وحدة مساحات المادة البيضاء بين(18) مصاب بهوس نتف الشعر مقارنة بـ(19) متطوعا من أصحاب بتقنيات التصوير، خلصت إلى هناك فزيولوجية مرضية لهوس نتف الشعر تتمير بخلل بالفص الأمامي الجداري الخلفي للقشرة المذنبية ، هناك عدم إنتظام في مساحات المادة البيضاء المناطق المعنية بخلق و حبس العادات الحركية ، وتعديل المزاج ، معالجة الذاكرة و كذلك إرتفاع الإثارة ، التوتر ، القلق و انخفاضها والملل، إضافة إلى دراسات صيدلانية للتوائم أظهرت اثر الجينات من خلال مؤشرات الدماغية ، الإشعاع مغناطيسي لحركة الماء داخل الدماغ وغمد ميلين مما يدمر المساحات المادة البيضاء لدى المصابين بهوس نتف الشعر مقارنة بفريق شاهد .

حسب (Matard، 2012) يرى أن وظيفة الإرتياح لهذه لحركات مثل إنخفاض ضربات القلب والسلوكيات الدالة على القلق ، يتوافق مع إفرازات الأندورفين وهي نفس الآلية المعمول بها في الوسواس القهري و جيل دو لاتورات :

○ الجين "Slitrk1" رمز أحد البروتينات الناقلة ما بين " Membrane " والمجهولة الوظيفة والضرورية لنمو الخلايا العصبية و تطور القشرة الدماغية " Mutation " لهذا الجين وجدت في "Gilles de la Tourette" لهوس نتف الشعر .

○ الجين Hoxb8 المناطق التي يوجد بها عندما دمرت لدى الفئران أدت إلى ظهور من سلوكيات التطهير المتكرر بنسبة 100 % .
كما وجدت دراسات أيضا إلى إثبات العوامل الجينية عند الأولياء من الدرجة الأولى و التوائم المتطابقة .

4- العلاج :

أ- العلاجات الجراحية : هناك عدة علاجات:

التحلل الإنزيمي، العلاج الطبي، التحلل الكيميائي بواسطة Acetylcysteine
(Emc ، 2006) .

الجراحة تُترك للحالات النادرة وتأتي بعد فشل العلاج الطبي لأنها لا تحمي من الإنتكاس بل على العكس قد تحدث مضاعفات حركية للمعدة وتتسبب في تشكيل " بازهر جديد " لذلك لا يكون التدخل إلا في الحالات العاجلة مثل خطر التخرر Nécrose ، وحالت التسرطن نادرا بعد(50) سنة (Pan African ، 2011) .

في حلة الإنسداد المعوي الذي يستدعي العلاج بالتنظير أي تجزئة و غسل بقوة نفث و شفط ، ويسمح بإزالة " البازهر الصغيرة " فقط الذي أصبح بديلا لشق البطن ، كما ولا بد من البحث عن وجود 3 البازهر " داخل مصب المعى خلال الجراحة .

وأخير الحمية ما بعد التدخل الجراحي تكزون بدون الياف، قليلة الدهون و غنية بالبروتين (Pauline Freour ، 2016).

ب - العلاجات الدوائية النفسية:

نشر موقع (Cohrane) ، دراسة أجريت على(289) ، الراشدين من (18) إلى (65) سنة و من (08) إلى(17) سنة من المراهقين وأطفال ، منها (11) دراسة للراشدين و(43) دراسة للأطفال و المراهقين بقياس معامل الثقة لبعض الأدوية مقارنة بـ " Placebo " و خلصت إلى أن التحليل البعدي لم يوفر نتائج ثابتة لتأكيد أو نفي فعالية عامل أو فئة دوائية لعلاج هوس نتف الشعر لدى الراشدين الأطفال و الراشدين أساسا، تحليل بعدي رغم أن حجم العينات صغير نسبيا فإن المعطيات الثابتة الأولية تشير إلى أن Acetylcysteine, Olanzapine, Clopramine قد تعطي نتائج جيدة لعلاج الراشدين .

وأشارت (Tlc Fondation) إلى أنه رغم أن المقاربة السلوكية تعتبر علاج

فعال بامتياز إلا أن أخذ الأدوية يعتبر مفيدا ، و إلى يومنا هذا ، ونقلت عن " Food And Drugs " أنه لم يثبت فعالية أي دواء خلال 15 سنة ماضية من التجارب ، ولا يوجد دواء قادرا على شفاء الإضطراب و لكن تخفيف الأعراض المصاحبة كالإكتئاب فقط بسبب عدم وجود نظرة واضحة عن المنطقة العصبية، أو نواقل كيميائية المسؤولة تسمح بمعرفة أي دواء يوصي به، يتعلق إختيار نوع الدواء

بخبرة الطبيب العيادية، حيث يتعين عليه تجربة الأدوية غير الخطيرة تماما، كما يعامل الطفل أو المرأة الحامل .

الجدول رقم (02) : يمثل نوع و كيفية استعمال الأدوية الطبية النفسية الخاصة باضطراب هوس نتف الشعر.

ما يستعمل الموضوعي	ما يؤخذ عند الحاجة	ما يؤخذ يوميا (بوصفة طبية و تناول يومي لعدة أسابيع و لا توقف دون إذن الطبيب)
Anesthésique Et كريمات مخدرة لخفض الرغبة	المهدئات للقلق وتوتر ما قبل الطمث	Antipsochotique تحتاج
Astringent	Antihistaminique الهرش	Irsrs مغدلات المزاج
	المنومات تساعد على النوم	مثبطات الألم Antagoniste Opioïdes
		حاضرات الدوبامين; Nac من أحماض الأمينية

5- إحصائيات حول اضطراب هوس نتف الشعر:

تنفق جميع الكتابات الأدبية حسب إطلاعنا النظري أن هناك شح في الأرقام المتعلقة بظاهرة هوس نتف الشعر ويظهر على أغلبية أنثوية .

(Frcrcc ، بدون سنة) تضخمت الأرقام الإحصائية بفضل دور الإعلام الذي شجع الأشخاص على الفحص أكثر من السابق .

(Tlc Fondation ، بدون سنة) تؤكد بالإجماع أنه و لحد الآن لا يمتلك إلا القليل من المختصين معطيات محدثة .

أعطت (خديجة توزاني ، 2022) نسبة من(17 %) إلى(57 %) من المصابين يخفون اضطرابهم على أهلهم .

- عند الراشدين الأقل من(18) سنة (200) حالة شخصت.
- النساء (5, 3 %)، الرجال (1, 5%) في الولايات المتحدة حدثت لهم نوبة هوس نتف الشعر.
- حاليا منتشر جدا من (01) إلى (02) من التعداد السكاني حسب " lessner Et Al " وصل إلى (6, 0%) من التعداد السكاني العالمي و من 13 إلى 15 لهوس نتف الشعر الذي لا يسبب الصلع .

و هناك دراسات حديثة تتكلم عن إرتفاع النسبة إلى(4 %) من التعداد العام للسكان " Barbel " نقلا عن " Muller " ثلث حالات الصلع هي هوس نتف الشعر.

أشارت بيانات الولايات المتحدة ، في البالغين المراهقين قد يكون في مجموعة من (01 %) للنساء تتأثر من الرجال في العينات المحددة ذاتياً أو السريرية، ومن بين الأطفال يتم تمثيل الأولاد والبنات بشكل متساوٍ أكثر، كما وجدت دراسة استقصائية عبر الإنترنت لأكثر من البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين (18) و(69) عاماً في الولايات المتحدة وأن (1.8%) من الرجال (7%) من النساء.

يرى (قالفي، 249) أن الإضطرابات المصاحبة : الإرتباط هوس نتف الشعر مع الوسواس القهري من (15%) إلى (20%)، الإكتئاب من (30%) إلى (60%) من المرضى .

عموما إحصائيات " البازهر " غير دقيقة حيث (90) الى (70) من الحالات لديهم سوابق جراحية أو تغذية فنية بالألياف الغذائية مثل خضر، يرتقال و تمر.

وتوجد نسبة (80 %) إلى (90 %) لدى النساء الأقل من (20) سنة بنات لديهن شعر طويل يمتازون بالذكاء، و يوجد لدى الأطفال الأقل من (50 %) من هذه الحالات .

تورد لنا " Paulin Freou " دراسة حالة "بازهر" أجريت لها تدخل جراحي في أريزونا، استطلع الباحثون بعد إجرائها وجود مضاعفات لدى (88) حالة عالمياً، (40%) أقل من (10) سنوات و(79 %) أقل من (20) سنة، منها قرحة معدية، اليرقان، إلتهاب البنكرياس، إلتهاب الزائدة الدودية إنتقاب المعدة ، إلتهاب الصفق نتيجة هوس أكل الشعر .

خلاصة: على ضوء ما سبق إضطراب هوس نتف الشعر، اضطراب يصيب الانسان، يهدف الى التخفيف من القلق، يؤدي إلى مشاكل مزاجية إجتماعية واجب علاجه لأن تطوره يؤدي الى عواقب صحية خطيرة، لهذا الغرض نحاول في دراستنا هذه عرض مقارنة علاجية إدماجية قصد التعديل أو التخفيف لهذا السلوك وسنعرضه في الفصل الموالي.

الفصل الثالث

التعديل السلوكي الإدماجي

- تمهيد .

- 1- التعديل السلوكي .
- 2- تطور مفهوم التعديل السلوكي
- 3- مجالات التعديل السلوكي .
- 4- أهداف التعديل السلوكي .
- 5- التقييم الوظيفي في التعديل السلوكي .
- 6- إجراءات التقييم الوظيفي .
- 7- الفرق بين التعديل السلوكي و العلاج السلوكي .
- 8- التعديل السلوكي من المنظور الاسلامي .
- 9- تحليل و مناقشة .
- 10- المقاربة الإدماجية .
- 11- تطور المقاربة الادماجية .
- 12- خصائص المقاربة الإدماجية .
- 13- تقنيات المقاربة الإدماجية .
- 14- شروط العمل العلاجي .
- 15- مواصفات الأخصائي النفساني الإدماجي .
- 16- تحليل و مناقشة.
- 17- الأطر النظرية الإدماجية لتعديل السلوك المتبناة في الدراسة .

- خلاصة .

تمهيد :

تماشياً مع أهداف الدراسة خصصنا هذا الفصل لمفهوم تعديل السلوك وسنتناوله بالتفصيل، منذ نشأته وتطوره تاريخياً وعلاقته بالعلاج السلوكي عموماً، كما سنستعرض تقنياته وأساليبه العلاجية، و سنتكلم عن الإدماج ومكانته في العلاج الحديث و أهمية استخدامه في التكفل النفسي .

1- التعديل السلوكي:**أ - معنى التعديل لغوياً :**

معنى التعديل لغوياً، ورد في لسان العرب "عدّل" الشيء أي وازنه، ونقول

تعديل الشيء يعني تقويمه، ويقال عدلته فاعتدل أي قومته فاستقام . (طه عبد العظيم حسين، 2008، 51)

ب- معنى التعديل اصطلاحاً:

ومن الناحية الاصطلاحية وحسب (Miltenberger، 2014) لابد من أن نخرج على تعريف سكينر(1938) لتعديل السلوك "هو تطبيق للقوانين الأساسية المأخوذة من البحوث التجريبية مع حيوانات المعامل"، كما قدم تعريفات لضبط المفهوم بشكل أدق بتعريفه لـ :
التعديل السلوكي: هو مجال سيكولوجي يهتم بتحليل و تعديل السلوك الإنساني.
تحليل السلوك: هو تحديد العلاقة بين الأحداث البيئية و و سلوك معين لفهم الأسباب التي تقف خلف السلوك .

التعديل: هو إعداد و تطبيق إجراءات لمساعدة الأفراد على تغيير سلوكهم خاصة الأحداث البيئية .

ويضيف لويس كامل مليكة " أن تعديل السلوك هو تعلم محدد البنين يتعلم فيه الفرد مهارات جديدة و سلوكاً جديداً و يقلل من الاستجابات و العادات الغير مرغوبة و تزداد في دافعية العمل للتغيير المرغوب " (لويس كامل مليكة، 1994، 11) ، و يسمى أيضا العلاج الإشرافي .

2- تطور مفهوم التعديل السلوكي :

كانت نقطة البداية " منذ العشرينات عبارة عن كتابات متناثرة عن مبدأ التعلم في علاج الإضطرابات السلوكية " (مليكة، 1994، 10) ، والتي كان لها تأثير في الطب النفسي و علم النفس الإكلينيكي ، و بعد تطور مفاهيم مثل الإشراف الكلاسيكي و الإجرائي و تقنية إزالة التحسس التدريجي للتعامل مع حالات القلق و التبول اللاإرادي ، و لم تتبلور إلى غاية الخمسينيات من القرن الماضي مع ظهور مصطلح العلاج السلوكي و استخدام التعديل السلوكي في الذهانات .

وأضاف هذا الأخير ، نقلا عن "ميكويلاس" في قوله أنه جاء كثرة ضد النموذج البيوطبي و استند على أسس فعالة جربت على مشاكل السلوك ، من خلال دراسات على التعلم و الدافعية كالجراحة العقاقير ، و الصدمات الكهربائية التي تشترك في نفس المفهوم العلاجي .

إن تعديل السلوك الذي "نشأ في أحضان علم النفس التجريبي" (حسام الدين عزب ، 1981 ، 11) ، هو وليد الإشراف الإجرائي أو "التشريط" كما يحب أن يسميه ، ثم خضع لأبحاث إكلينيكية عديدة و تأثر بعلم النفس الاجتماعي ، علم النفس النمو و علم النفس الفسيولوجي ، و بقيت تطبيقات تعديل السلوك مستقلة ، و نفس الوقت تابعة للعلاج السلوكي من خلال تقارير هيئة الطب النفسي الأمريكية ، وهو ما أدى إلى إنقسام في صفوف المعالجين السلوكيين ، " فمنهم من يقتصر حدود هذا العلاج على تطبيق مبادئ و نظريات التعلم و منهم من يوسع هذه الحدود ، بحيث يشمل كل ما يمكن الاستفادة منه من مبادئ و نظريات علم النفس بأسره " (عزب ، 1981 ، 31) .

استمر الباحثون باكتشاف تقنيات منفصلة ، عبر عدة مراحل و أحداث تراكمت لتشكل في الأخير **التعديل السلوكي كمنهج علاجي علمي** معتمد في علم النفس الحديث و ذكر "Miltenberger، Raymond" في كتابه أن "Skinner Burrhus" أب الإشراف الإجرائي و يعتبر واضع أولى المبادئ التعديلية، ثم جاء آخرون مثل "Ayllon Azrin , Ferster Wolp" الذين واصلوا تطوير قوانين السلوك و إجراءات التعديل من بعده ، بعد أن كان لصيقا بمصطلح العلاج السلوكي، قبل أن يظهر مفهوم تعديل السلوك في (1950) و استعمل لأول مرة، بشكل لغوي في أعمال مشتركة جمعت بين " أولمان و كازنر و كولينز" في الستينات، ليظهر تحليل السلوك التطبيقي كمرادف له سنة (1968) في مقال لـ "Baer Et Al" في مجلة تحليل السلوك التطبيقي الذي تضمن ما يلي :

- التركيز على السلوك إلهام اجتماعيا .
- توضيح العلاقات الوظيفية بين الأحداث البيئية و السلوك .
- الارتباط بالقوانين السلوكية الأساسية .
- إحداث تغييرات دائمة و ذات معنى.
- وصف واضح للإجراءات .

وتبناه أجيال من الباحثين مما أدى إلى إثراء السجل النظري الكلاسيكي لعلم النفس ، حيث يذكر " عزب " ، أن المدرسة السلوكية قدمت حوالي (500) مصطلح لم تكن موجودة من قبل .

3- مجالات التعديل السلوكي :

موضوع التعديل السلوكي حسب "Miltenberger" يتمثل في السلوك الإنساني وهو عبارة عن أفعال ذات أبعاد قابلة للقياس من حيث المدة و التكرار و القوة و السرعة والخ...، تأتي من ملاحظة الآخرين ولها تأثير واضح أو غير واضح على البيئة الخارجية بطريقة فيزيائية و إجتماعية و قد تكون صريحة أو ضمنية و تخضع لقوانين تسمح لها بالحدوث وتسمى قوالب تعديل السلوك .

وتتمثل الميادين التي يمكن أن يمارس فيها التعديل السلوكي ، في كل من التربية و التربية الخاصة، التأهيل، علم النفس المجتمعي، علم النفس الإكلينيكي، المرض العقلي، الأعمال الصناعية والخدمات الأساسية، إدارة الذات، إدارة سلوك الطفل، الوقاية، الأداء الرياضي، علم الشيخوخة، سلوكيات ذات صلة بالصحة وهي من ضمن المجالات المذكورة سابقا، و تتمثل في الإذعان للنظم الصحية (كالتغذية السليمة و الإبتعاد عن التدخين و الشرب)، و ذلك في إطار الطب السلوكي و علم النفس الصحي حسب ما وضحها الكاتب .

4- أهداف التعديل السلوكي :

يهتم بتقويم السلوك الملائم، لكن يركز بشكل أساسي على إضعاف السلوك غير الملائم و فق نظرية التعلم في سياق الحاضر، والإطار المكاني الذي يحدث فيه المشكل، بعيدا عن جو العيادات كما أشار (لويس كامل ، 1994)، ويسمى أيضا السلوك المستهدف، وهو " أحد المظاهر الأساسية لتقييم السلوك هو قياس السلوك المراد تغييره " (Miltenberger ، 2014 ، 41)، يرى أن المقصود به الإفراط السلوكي أو العيب السلوكي المستهدف من التغيير، و يمكن تعريفه على أنه " الأفعال النشطة التي تصف سلوكيات معينة صادرة عن شخص " (Miltenberger ، 2014 ، 43) ، وهو بذلك لا يشمل النوايا التي لا تخضع للملاحظة، و بالتالي لا يعني استنتاجات تفتقر إلى الصحة يعتمد على النعت (تسميات شائعة)، بالموازاة مع تعريف السلوك قبل ملاحظته و تسجيله، يخضع لاتفاق المقدرين و يدعم بالصدق الإجتماعي .

5 – التقييم الوظيفي في التعديل السلوكي :

إن المبدأ الأساسي للتعديل السلوكي ، يقوم على عملية التقييم السلوكي أو التقييم الوظيفي الذي يعتبر " أحد القوانين الأساسية لتحليل السلوك بكل أنواعه" (Miltenberger ، 2014 ، 41) فهو خطوة مهمة جدا حيث تتم من خلاله "عملية جمع المعلومات" (Miltenberger ، 2014 ، 292) من

أجل معرفة ضرورة العلاج و إختيار أفضل أنواعه ، و تحديد مدة تغيير السلوك بعد تطبيق العلاج لاسيما أن هدفه الرئيسي هو " تحديد وظيفة السلوك الإشكالي"(Miltenberger، 2014، 293).

كما أكد أنه استهداف للعيوب السلوكية ، و ليس السلوك كسمة مثل السلوك التوحدي أو غيره ، ولا تركز على الأحداث الماضية لعدم إمكانية نفيها أو إثباتها علميا ، وتعتمد على قياس السلوك قبل و بعد التدخل يقوم بإعدادها المختصون في التعديل و قد يطبقها غيرهم كالمعلمين مثلا .

أ- مبادئ التقييم الوظيفي: يشير "Miltenberger" في نفس المرجع ان التقييم الوظيفي يرتكز على مبادئ هي:

- السلوكات الإشكالية : التي تتألف من المشكلة.
 - السابقات : هي سلوكات تسبق السلوك الإشكالي.
 - النتائج : أحداث البيئية تتبع السلوكات الإشكالية .
 - سلوكات بديلة: ذخيرة منافسة للسلوكات الإشكالية ، وهي عبارة عن سلوكات مرغوبة.
 - متغيرات دافعية : أحداث بيئية عمليات منجزة أو ماحية .
 - معززات قوية: أحداث بيئية قد تكون مثيرات فيزيائية أو سلوك الآخرين.
- ب- مراحل التقييم الوظيفي : للتقييم الوظيفي (06) مراحل تسبق التدخل العلاجي كما هو مبين في الشكل

الشكل (01): يمثل مراحل التقييم الوظيفي حسب Miltenberger .



بعد ذلك يمكن الانتقال إلى التدخل الوظيفي أي تصميم تدخلات علاجية .

ج - استراتيجيات التقييم الوظيفي : Miltenberger .

- 1- غير مباشرة : و تسمى أيضا تقييم الرواية والمقصود بها المقابلات السلوكية ، استبيانات ، مقاييس التقدير، معرفة الشخص ، و هي سهلة التطبيق يتم من خلالها معاينة معلومات الراوي أو محيطه من عيوبها ، أنها ذاتية ومرتبطة بضعف ذاكرة الراوي أو تحيزه و تأخذ زمن طويل .
- 2- المباشرة : يتم فيها ملاحظة و تسجيل وتقييم و النتائج من طرف الشخص الذي يصدر عنه السلوك الإشكالي في بيئته الطبيعية ، من ميزات الدقة ، و من عيوبها لا تُظهر العلاقة الوظيفية ، و تأخذ وقت و جهد كبيرين .

الفرق الوحيد و الجوهرى بينهما في نظر "Arndorfer" ، أن معلومات التقييم غير المباشر لا تكون مكتملة ، و معظم البحوث وتطبيقات تعديل السلوك تعتمد على التقييم المباشر " تقدم معلومات مفيدة تمكنك من صياغة فروض دقيقة عن وظيفة السلوك الإشكالي " (Miltenberger ، 2014 ، 299) .

3- الطرق التجريبية : وتسمى أيضا التحليل التجريبي، و معنى ذلك أنها تظهر تجريبيا العلاقة بين السابقات و النتائج و السلوك التجريبي، ويتم فيها تتبع السلوك الإشكالي بالمعزرات لرؤية نتائجه وفرض أحداث سابقة لمعرفة ما يثيره .

6- إجراءات التقييم الوظيفي:

أ- ملاحظة و تسجيل السلوك :

ذك " لويس كامل مليكة" في المرجع المشار أعلاه، أنها تكون في المرحلة التجريبية و يتم فيها ملاحظة و تسجيل مدة التكرار السلوك غير المرغوب، و تصنف الملاحظات حسب Miltenberger إلى :

- الملاحظة المستقلة : يقوم بها شخص الذي يصدر عنه السلوك أو غيره .
- الملاحظة المتخصصة : يقوم بها المحلل السلوكي ، المعلم ، الوالد .
- الملاحظة التفاعلية : مصطلح طوره كل من :

" ET WOOD HARTMALL(1988) FOSTER ET AL (1990) " تحدث التفاعلية عندما ينخرط شخص ما في المراقبة الذاتية " (Miltenberger ، 2014 ، 58)، بصفة مباشرة عن طريق تعريف دقيق لسلوكه ، حين حدوثه رؤية أو سماع أو بكاميرا ترصد هذا السلوك الملاحظ .

ب- إجراءات لزيادة السلوك المرغوب فيه و التقليل من السلوك غير مرغوب فيه :

في هذه المرحلة التطبيقية ، يتم العمل على السلوكات المستهدفة بصفة مباشرة

قسمها (لويس كامل مليكة ، 1994) إلى مرحلتين والتي قمنا بحوصلتها في الجدول الآتي :

الجدول رقم (03) : يمثل المرحلة الثانية من اجراءات التقييم الوظيفي .

المرحلة الأولى :	المرحلة الثانية :
مرحلة زيادة معدل السلوك المرغوب	مرحلة إنقاص السلوك الغير مرغوب
التدعيم الإيجابي : يفضل تدعيمه مباشرة بعد وقوع السلوك لإحداث ربط .	الإنطفاء : إلغاء التدعيم الذي يلي سلوك مرغوب و تجاهل السلوك الغير مرغوب
التدعيم السلبي : إزالة ما هو غير مرغوب (إطفاء) بعد تحديد الأول .	العقاب : مع مراعاة شروط محددة لعدم إحداث العكس
التدعيم الفارق و التشكيل : سلوك نادر أو معدوم تدعيم ايجابي	دعم سلوك مضاد : تدعيم استجابات سلوكية ايجابية
الإدبال : تدعيم سلوكات المرغوبة والتي لا تؤدي في المواقف المرغوبة .	الإبعاد : حرمان لفترة من الزمن من التدعيمات الايجابية
التدعيم الإشرطي : باستخدام المدعمات المركزية كالإمتيازات و المكافآت .	

د- إجراءات إضافية لتعديل السلوك :

○ الإدارة الذاتية أو التدبر الذاتي : "هدف الإدارة الذاتية هو التقليل من أو إزالة الإفراط السلوكي بحيث لا تحدث نتيجة سلبية في المستقبل " (Miltenberger ، 2014 ، 482) ، وهو ما أكد عليه سكينر حيث يظهر التأثير السلبي لبعض السلوكات الغير مرغوب فيها (كالقمار، الكحول) على حياة الشخص المقبلة لا على مستوى الحاضر، مما يستدعي التحكم الذاتي و يتم ذلك عن طريق مجموعة خطوات:

- أخذ قرار إدارة الذات .
- تحديد السلوك المستهدف والمنافس.
- وضع أهداف قابلة للتحقيق.
- المراقبة الذاتية : تعزيز، عقاب ومدح الذات .

○ إجراءات عكس العادة :

يتم عكس العادة عبر التدريب ، على وصف السلوك و تحديد وقت حدوثه لرفع مستوى عكس العادات، ثم يتعلم استجابة منافسة لها يمارسها داخل الجلسة، لينتقل إلى التخلي على استخدامها خارج الجلسة، قبل أن يطبقها بمفرده وهو ما اتفق عليه أغلبية المعدلين إلا " long " (1999) وجد أن العلاج بعكس العادة لم يكن فعالا لشد الشعر و قضم الأظافر و مص الأصبع لدى الكبار من ذوي الصعوبات العقلية .

○ اقتصاديات الرمزية:

و تستعمل مع المراهقين لتقوية السلوك المرغوب و تقليل السلوك الغير مرغوب بواسطة نقاط ، أو رموز يتم تجميعها كعلامات تحفيزية .

○ العقود السلوكية:

هي نوع من معالجة السوابق ، حيث يكتب الشخص المتعاقد إنخراطه في السلوك الجديد و يوقع " على أمل التأثير في حدوث المستقبلي للسلوك المستهدف " (Miltenberger ، 2014، 552) ، و يتم بمساعدة المختص النفسي أو مدير العقد و هناك نوعان : عقود من طرف واحد عقود من الطرفين : هو عقد ثنائي الطرفين كالأزواج مثلا .

○ إجراءات خفض القلق و الخوف:

من أشهرها ، التدريب على الإسترخاء (Miltenberger، 2014)، حيث رأى أنه من أول ما يجب على المريض أن يتدرب عليه لضبط قلقه، هي مهارة الإسترخاء نظرا لأهميتها في توكيد الذات و التحكم فيها، من خلال حالات قام بعلاجها " wolpe" ، الذي طوره بتقليص عدد جلساته من (200) إلى (100) لدى جاكوبسون صاحب التقنية إلى (07) جلسات و من أمثلته :

○ التصاعدي: شد و إرخاء كل عضلة في الجسم بشكل منظم و هو الكلاسيكي

المعروف لدى جاكوبسون .

○ تركيز الانتباه: توجيه الإهتمام نحو مثير سار، ومحاييد ، بصري، شمي، سمعي

بإشراك الحواس و التنويم .

7 - الفرق بين التعديل و العلاج السلوكي :

هناك عدة آراء حول أوجه الاختلاف بين التعديل و العلاج السلوكي نذكر من بينها :

- وفقا للمقارنة التي قام (حسام الدين عزب ، 1981)، بيّن الفرق بين التعديل والعلاج السلوكي ، إن العلاج السلوكي يرتبط بالإشراف الكلاسيكي البافلوفي (مثير - استجابة)، أما التعديل السلوكي فيعتمد على " الإشراف الإجرائي السكينيري " (مثير- استجابة- تعزيز) .

- يضيف في نفس السياق كامل لويس (1994)، أن هناك من يدرجه تحت العلاج السلوكي وفقا لنموذج " بافلوف "، الذي يستعمل في العيادات الخارجية لعلاج العُصابات و هناك من يربطه بنموذج "سكينر" الذي يُركز على السلوك الملاحظ و التعبير عن طريق التدعيم الإشرافي في العلاجات الداخلية للمعاقين ذهنيا وبالتالي لا يلتق التعديل السلوكي بالعلاج السلوكي ، إلا في المجال الإكلينيكي .

- وضع " عزب " تعريفا يجمع بين المصطلحين ، حيث قال أنه " ذلك العلاج الذي يقوم على استخدام عملية التشريط بكافة صورها في التعديل المباشر للسلوك غير المرغوب فيه، و ذلك لبناء سلوك توافقي

جديد من خلال مواقف من التأثير الاجتماعي في الجلسة العلاجية وبدون التعامل مع الأسباب الكامنة وراء المرض " (عزب ، 1981 ، 47) .

8- التعديل السلوكي من المنظور الاسلامي :

قدم لنا (طه عبد الله حسين ،2008)، وصف للتعديل إستنادا الى العقيدة الإسلامية، وهي عبارة عن إجراءات ربانية قائمة على مفهوم التعاقد، تهدف إلى صلاح الفرد رغم أن المصطلح لم يرد بصورته اللفظية إلا أن كل أنه يحمل كل المعالم السلوكية من خلال :

○ **تصحيح السلوك بالقرآن الكريم :** عن طريق التأمل ، ضبط الذات ، التعزيز، الإطفاء الثواب و العقاب .

○ **النمذجة بالسيرة النبوية :** عن طريق التدريب على المهارات الإجتماعية .

9- تحليل، مناقشة.

من المعلوم أن الحجر الأساس للسلوكيين، هو النظرة الإمبريقية، التي تعطي الدليل العلمي للظواهر النفسية، لكنها وفي الأصل استمدت فلسفتها من كتابات حول المساواة والعبودية و الظلم وهي نفسها التي ألهمت "غاندي" و "مارتن لوثركينغ" حيث تبني " سكينر" مفهوم المساواة في كتابه " About Behaviour " بقوله أن" السلوكية هي فلسفة علم السلوك البشري " (Francois Allard ، 2018)، وهو ما يقودنا إلى لمس الحس الإنساني و منذ البداية بعيدا عن الجمود الذي اتخذت شكله الإشرطات السلوكية وتبعاتها .

كما أننا نلاحظ من خلال القراءة النظرية للفصل، حرص المعدلون السلوكيون على التعامل مع ظاهرة السلوك باختلاف أنماطه، تحقيقهم للاستجابات علاجية باهرة، حقيقة لا يمكن لأي أحد التشكيك فيها، و لكن هذا يدفعنا إلى التساؤل حقا عن كيفية تعاملهم مع "الإفرازات" العاطفية لمرضاهم خلال الجلسات السلوكية، خاصة تلك الموجهة نحو شخص المعالج كونه إنسان مثلهم، و من جهة أخرى ماذا عن الحياة العلائقية للمريض؟، و التي تتفاعل عن بعد مع سيرورة العلاج فتؤثر فيه و تتأثر به شاء أم كره .

فتبعاً لرأي " حسام الدين عزب " فإن جميع العلاجات النفسية هدفها تعديل السلوك المختل، و بالتالي تعديل الشخصية، ولم يكن الاختلاف إلا في الأسلوب العلاجي المتبع، الذي يحمل تسميات مختلفة و يخضع لقانون التجربة، و إن تفوق الإتجاه السلوكي ليس صحيحا، رغم فعاليته التي أكسبته الأضواء على مدى القرن الماضي، فهو يفتقر إلى الدقة الإحصائية حسب رأيه فيما يخص ضبط معدلات نجاح تقنياته التي أهملت النظرية الشخصية و المفهوم السيكودينامي للعصاب .

كما أشار إلى أنه حتى " فرويد " زعيم التحليل النفسي في أعماله حول الفوبيا كان قد تطرق إلى تقنيات علاجية سلوكية تشبه الغمر و التي طورها السلوكيين فيما بعد و أن السلوكيين في حد ذاتهم يسلمون ببعض الأساسيات في التحليل ، كأهمية العلاقة بين المعالج و المريض و الإيحاء و التشجيع و الرغبة في العلاج .

أوصى " Radouco thomas " ورفاقه باستعمال مزيج من علاجات متعددة الوسائط وأيضا " HUNTER " و رفاقه حين إقترح تفريق بين التدخل العلاجي بالتسيير والتحكم وتعديل السلوك بمبادئ السلوكية التي تطورت بدخولها في تطبيقات علم النفس داخل المؤسسات الإستشفائية منذ (1960) و ولادة التعلم الإجتماعي من دراسات حالة في المدارس ثم أعمال في مجال إضطرابات طيف التوحد .

وهو ما يستدعي حسب رأينا، توسيع النظرة حيال التكفل بالسلوك في عملنا الإكلينيكي، خاصة تلك الإضطرابات التي تفرض العلاج التعديلي، من خلال تثمينه أولا ثم تكملته بما يزره التاريخ النظري النفسي من أدوات و بما هو مستجد و متطور في هذا المجال، وحتى الإستعانة بتخصصات أخرى كالتطب و الصيدلة، و لم لا مادام أن الهدف إنساني و يقدم خدمة للبشرية .

نرى إذن أن الإختلاف بين الإتجاهات الفكرية في علم النفس، ما هو إلا إغناء و ترقية لنوعية العمل الإكلينيكي، و كأنها في الأصل نظرة واحدة تفرض علينا الدمج، لا أشك أن " سكينر " كان سيمانع بتجديد المدرسة السلوكية، لو أتاحت له الوسائل المتوفرة حاليا في عصرنا الحديث بل على العكس اشعر أنه أول من سيبادر بدمج الإشراف السلوكي مع غيره من التقنيات .

بناء على ما سبق يمكننا القول أن التعاليم الشريعة الدينية الإسلامية، تقوم على نظرية التعلم لـ"سكينر" إضافة إلى أهداف إنسانية كإحترام القيم، الأخلاق، حقوق الإنسان إعمار الأرض كما جاء في الشرائع السماوية الأخرى كالمسيحية و غيرها من العقائد الدينية كالبودية وهو ما يدل من جديد على سمة العالمية الإنسانية للإندماج العلاجي الذي دعى إليه " chambon olivier " في مقارنته Transpersonelle .

10- المقاربة الإدماجية :

أ - معنى المقارنة الإدماجية لغويا : عرفت (Isabelle Taubes، 2020) على أنها "دمج" و تعني باللاتينية جعل " كامل وتام و توحيد " و يعني أيضا " وضع إختيارات " .

ب- معنى المقارنة الإدماجية إصطلاحاً :

بناء على ما نشر المحررين على موقع " Ooreka "، أن المقاربة الإدماجية هي " مقاربة كلية -" holistique - و تستعمل لأجل ذلك عددا من الوسائل العلاجية بصفة شاملة لتساعد الفرد على الإندماج بأحسن الطرق في بيئته و في أصعب أوقات حياته، كما يعرفونها في نفس الموقع بأنها "مقاربة إنتقائية " - Eclectique - لمجموع أبعاد الفرد .

تشير (Isabelle Taubes، 2020) في مقالها المعنون " Tout ce que

" vous devez savoir sur la psy integrative " على أن المقاربة العلاجية " تيار جديد بدأ يفرض نفسه في فرنسا من خلال البحث عن نقاط المشتركة بين مختلف التيارات، و التأكيد على تكاملهم " فهو بالنسبة لهم يعتبر " تطبيقا راقيا يسمح بلقاء العلاج السلوكي المعرفي مع العلاجات الإنسانية مثل الجشطات و التحليل المعاملات، و المقاربة المتمركزة حول العميل لـ "كارل روجرس " .

و يقول " Alain Delourne " أنه لا يقصد به مدرسة جديدة و منهج، بل يعني الأخذ بعين الاعتبار الفرد في شموليته، الجسم، الإنفعالات، الأفكار، الروحانيات، الماضي المستقبل، فهو طريقة تفكير تحتاج إرادة للإنتحاح بما فيها الثقافات القديمة " على لسان (Taubes، 2020) .

وترى " francoise Barnot " أنه " نظرة تحليلية تطبيقية تهدف إلى التكيف " نقلا عن (Taubes، 2020) ، و في نفس المقال " Stanley Messer " وليس بعيدا عن السياق ذاته يعطينا استخلاص عجيب كيف أن التحليل النفسي يتبنى هذه النظرة الرومانسية من خلال أعماله على الأحلام و الاستهجمات، عكس الاتجاه السلوكي المعرفي الذي يؤمن بالتعلم العقلاني، إلا أنه عبر التاريخ أصبح يهتم بالصراعات العاطفية، تماما مثل التحليل الذي تبنى التعاطف، و بقي المنهج الإنساني محافظا على إيديولوجيته المثالية .

و حسب " Alain Gourhant " المقاربة الإدماجية هي منهج متعدد المرجعيات يضم عدة علاجات، لا تفرض على المريض إختيارات المعالج" المنشور في موقع " Thérapie integrative .com "

11- تطور المقاربة الإدماجية :

ظهر مفهوم الإدماج في أوروبا سنة (1970)، أما في أمريكا فقد بدأ التفكير في دمج المقاربات مبكرا وذلك منذ سنة (1930)، أين برزت إرادة التوحيد وهو ما يفسر إنتشاره لديهم بشكل كبير أما بالنسبة للفرنسيين يفسر مقاومتهم للدمج بشدة ، تمسكهم بالأصالة النظرية وإيمانهم بالكفاية الذاتية لكل مدرسة عريقة ، كما ورد في مقال " Taubes " نقلا عن " Françoise Barnot " .

12- خصائص المقاربة الإدماجية :

هناك عدة خصائص طرحها " Ooreka " تفرض على المعالج أن يأخذ بعين

الإعتبار:

○ خاصية شمولية الشخصية بصفة عامة، تاريخها، الصدمات القديمة، الحاجات، الحرمان و أيضا كل ما يعكس تطور مراحل الحياة الإدماج في محيطه، أرائه، سلوكه مع الآخرين أو في الوضعيات الخاصة المحيط المهني العائلي، الأصدقاء ، الانتظارات و رغبات و إهتمامات المعتقدات و الروحية .

○ خاصية التنبؤ الفرد بوظائفه الوجدانية، العاطفية، المعرفية السلوكية و العلائقية، كما تشجع الفرد على الإفتتاح داخل محيطه، و تسمح له بالتطور بصفة منسجمة أكثر ما يمكن في مشاريعه الخاصة و في علاقته مع الآخرين .

○ الخاصية الأخيرة تتعلق بالإهتمام بأبعاد الجسدية، الروحية، العاطفية ، المعرفية و الجنسية لدى الفرد و ينصح بها في عدة صعوبات نفسية، عقلية، الصدمات، القلق، المزاج، الإدمان، النوم الفوبيا و هي تدفع بالفرد نحو التوازن النفسي و تفك العقد العائلي الماضي و الحاضر و تساعده على الإستقرار في الزمن .

○ من جهة أخرى طرح " Maximilian Bachelar " خاصية أخرى " يتعلق الدمج بقاء بين المعالج و التصاميم العلاجية التي يدمجها، إضافة إلى أسلوبه في توظيفها في الوضعية العلاجية " (Cairn info، 2017)، الخروج من التعصب و توحيد المعالجين إنطلاقا من أن فكر الدمج ضروري باعتباره مفتاحا لفهم الفجوة بين النظريات والتطبيق لدى الممارسين فيما يقدمونه لمعاونة الأشخاص خاصة فيما يتعلق بالأعراض .

○ و طرح "Olivier chambo" مفهوم الروح إلى المقاربة الإدماجية التي يعتبرها جزء من الأنا أو ما يسميه " يونغ " " الذات " و التي تحتوي على الحكمة، الحدس، فيكون العلاج يرفع الوعي على هذا المستوى، مما عرضه لإنتقاد كبير من طرف زملائه الذين وصفوه بالمشعوذ، وهو ما وضحته في مقالها (flavia mazelin salvi، 2015).

13- تقنيات المقاربة العلاجية :

و لتقديم مقاربة إدماجية متوازنة يتعين على المعالج أن يجمع بين تقنيات

متعددة :

- العلاج السلوكي المعرفي (Tcc).
- البرمجة اللغوية العصبية (Pnl).
- الجشطالتية (Gestalt) .
- التنويم الإريكسوني (Hypnose Ericsonniene) .
- التأمل و الوعي الكامل (Meditation Pleine Conscience).
- اليوغا (yoga).
- الإسترخاء (Relaxation).
- علم النفس الجيني (Psychogenalogie) .
- النسقية (Systemique).
- الجسدية النفسية (Psychocorporelles) .

فالمزج و الإستعمال المشترك يسمح بفعالية التكفل الإدماجي بصفة عالية و متكيفة

لأن المعالج هو من يتكيف مع المريض و ليس العكس . (psychotherapies. ooreka. Fr).

و اقترح "Alain Gourhant" مسارا علاجيا إدماجيا يتم على ثلاثة مراحل :

- تقنيات التحرير الإنفعالي وتقنيات النفس جسدية من أجل الوعي و ترويض الأحاسيس .
- تقنيات نكوصية تنويمية لإختيار الحاجات اللاواعية .
- تقنيات طاقة و التأملية لإعطاء معنى لحياته .

14- شروط العمل الإدماجي :

للعمل الإدماجي شروط بالنسبة للمعالج ، حسب رأي Delourne " قدرته

على الإنصات لمريضه بمختلف المراجع النظرية " كل حسب إحتياجه بأساليب فردية أو جماعية كالسيكودراما و العودة إلى المعاش الماضي أو بالتركيز على المشاريع المستقبلية ، كما يؤكد على أن العلاقة بينهما مهمة جدا ، لأنها هي " المحرك لكل المقاربات " و " نجاح العلاج يعتمد أكثر على العلاقة مع المعالج لا على كثرة المناهج المستعملة "

و يوافق "Olivier Rouzet" بان التحالف العلاجي ضروري لفهم و إيجاد الحلول معاً، عكس ما كان يعتقد في زمن غير بعيد بضرورة المحافظة على الصمت و المسافة من طرف المعالج نظراً لحيازته للسلطة العلاجية .

و يشترط علم النفس الإدماجي حسب محرري موقع (Ooreka)، تعهد المعالجين بصفة شخصية بالمشاركة مع زملائهم، فيما يخص الحالات التي يتلقونها و التزود بالتطورات العلمية في مجال تخصصهم، و يوافقهم الرأي " Delourne " حين قال " الزملاء ليسوا أعداء " في مقال (2020، taubes).

15- مواصفات الأخصائي النفسي الإدماجي:

يلخصها "Delourne" في مقال (2020، Taubes) .

- العمل على الذات لمدة سنوات .
- تكوين جيد في علم النفس المرضي .
- شهادة جامعية علوم الإنسانية والتكوين في تخصصات أخرى كالانثروبولوجيا ، الفلسفة علم الاجتماع .
- إختيار المناهج المطبقة و التدريب على استعمالها بطريقة متناسقة .

16- تحليل ، مناقشة:

من خلال مقال (2020 ، Taube)، يتضح لنا كيف أن في الأصل كل النظريات تحمل بذور الإدماج أو إنتقت به في مسار تطورها، فالمقاربات العلاجية الإدماجية ليست رفاهية وإنما منهج يفرض نفسه علينا في ضل تعدد الأطر النظرية و الثراء الفكري الذي نعيشه ، من هذا المنطلق تركز المدرسة الإدماجية على روح التعاون و المشاركة بين النفسانيين، ولا تحتاج إلى التسابق و التصارع على مرتبة الأفضلية بصرف النظر عن انتماءاتهم المرجعية.

لا بد من تواجد ميزات معينة لدى من ينتهج الإدماج في العلاج النفسي كالتقييم الذاتي و الكشف عن الصراعات و التناقضات ، قبل الاقدام على عمل الجمع و التنسيق و لكن لا يكفي الرغبة في الممارسة، لابد من حب المهنة الذي يفتح باب الإبداع و التطوير، خاصة و أن الدمج ليس له أطر واضحة و فيه كامل حرية الإختيار، غير أن الدمج لا يعني استعمال كل الأدوات للتصدي لمقاومة العرض فقط لأنه يشكل مصدر قلق للمعالج (maximilen، 2017) .

كما أنه تجدر الإشارة هنا، إلى أهمية العلاقة بين معالج ومن يتلقى العلاج خاصة، من حيث تقبل مشاركة هذا الأخير في القرارات و تقديم مقترحاته العلاجية بكل ليونة وسعة

صدر بعيدا عن التحيز إلى الذات و التكبر باسم العلاج ، مما يقابل الإدارة الذاتية في التعديل السلوكي و التمرکز حول العميل في منظور المدرسة الروجرسية ، و مما لم يبالغ فيه أبدا " Rouzet " عندما اعتبره " أحسن خبير لحالته الخاصة " وهو يوازي ما يردد في ثقافتنا " الإنسان طبيب نفسه " في هذا السياق لا يجب حرمانه من هذا النوع من التحفيز و المسؤولية عن المشروع العلاجي حسب رأينا .

17- الأطر النظرية الإدماجية لتعديل السلوك المتبناة في الدراسة .

في إطار دراستنا و بناء على كل ما سبق نظريا، مما استنتجنا أنه يتمشى مع إحتياجات الدراسة، قمنا بإنتقاء و بالإطلاع على أهم الأطر النظرية، التي قد تناسب و العمل الميداني العيادي و تفيده، و سنقوم باستعراضها كالآتي :

أ- العلاج النسقي العائلي :

تري (Marie Anaut، 2012) أنه يعتمد هذا النوع من العلاج على التفاعلات لا على العرض حيث ركز في البداية على السلوك العاكس للتفاعل، ثم تطور ليصبح من العلاجات السريعة بعد تناوله من خلال عدة تيارات :

- التيار البنيوي : حسب نوع الهيكل العائلي المركزي صلب متشابك أو النووي المتفكك .
- تيار bowen : على المستوى الإنفعالي (موروث القلق)، الذي يبدأ من صراع الزوجين يفرض اندماج الطفل ليحصل الاستقرار فتنشك نواة صراع جديدة.
- التيار السياقي : حسب مدى إرتباط العلاقات بالمحددات النفسية و البيولوجية و الأخلاقية و الإنسانية إلى تشكل الموقف الحالي و سيرورته المستقبلية .
- التيار التكويني : على مستوى الرواية الذاتية المتناقضة ، بواسطة التحالف العلاجي العائلي لإعادة تكوين مرجع جديد كما أن " المعالج يستخدم اللغة المكتوبة في العلاج " (Anaut، 2020) لاستخراج المشكل .

ب- العلاجات السلوكية العائلية متعددة الأنساق: (Marie Anaut، 2012)

تطورت منذ نهاية القرن (20) طرق التكفل العائلي، و المرتكزة على مدارس التحليل و النسقية أما السلوكية المعرفية أو متعددة الأنظمة والتي تعتمد على اللدونة العائلية فهي تأخذ بعين الإعتبار الكفاءات العائلية و مواردها الداخلية و الخارجية ، و تستهدف السيرورات الواعية عند المرافقة من أجل المساعدة على إيجاد إجابات مقنعة ، و القيام بتمارين لعب الأدوار و أيضا إختبار سلوكيات جديدة في الحياه الإجتماعية، بهدف تعديل السلوك المختل و تقليل أثاره السلبية، عبر العمل

الجماعي مع العائلة ومرافقتها، وتندرج داخل العلاجات السريعة القصيرة بحصص محددة ، ومناقشتها مع العائلة في البداية باستعمال تقنيات نسقية في المقابلة و تحديد المهام .

تركز على تلاشي العرض المزعج أو المعيق للأفراد في حياتهم الشخصية عائلية أو إجتماعية، والذي يجمع بين " أفكار و سلوك و إنفعال " كما قال " كوترو " كالهلع، الإدمان الوسواس القهرية ، اضطرابات التغذية ، الرهاب الاجتماعي (silke shauder، 2012)

ج- المنظور الروجرسي :

إن هذا المنظور حسب (نهاد عبد الوهاب محمود، 2017)، وضعه " ماسلو" و بلوره " روجرس" الذي فسر الإضطراب النفسي بالعصاب الوجودي كنتيجة لإعاقة مسار الإرادة والإختيار، فالتوجه الإنساني جاء مخالف لتياري التحليلي و السلوكي، من خلال التأكيد على سلامة فطرة الإنسان وكمالها و داعما لإنسانية العميل من أجل تحقيق عافيته و إحترام خبرته الذاتية كإطار مرجعي للفحص و العلاج .

أورد "Stanley Messer" في مقال (Taube ، 2020) أن " المناهج الإنسانية تنظر إلى الحياة و العلاج كسعي إلى المغامرة، و أن المريض هو من يبحث عن الحرية للقاء ذاته الخاصة و الرائعة و طبيعته الحقيقية و أصالته " .

خلاصة:

على ضوء ما عرض في هذا الفصل، الذي يحوي كل ما يتعلق بالتعديل السلوكي والمقاربة الإدماجية بالتفصيل لغرض محاولة تطبيقه في الدراسة العيادية في اطار منهجية الدراسة وإجراءاتها .

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع

منهجية الدراسة وإجراءاتها

- تمهيد.

1- المنهج المستخدم في الدراسة.

2- الدراسة الاستطلاعية.

3- الدراسة الأساسية.

4- الخطوات التطبيقية.

5- التقرير السيكولوجي للحالة.

6- الأشكال السلوكية.

7- برنامج سير المقابلات.

8- التشخيص.

9- إجراءات التعديل السلوكي الإدماجي.

- خلاصة.

تمهيد:

إن الدلالة الأصلية لكلمة إكلينيكي من اللغة اليونانية والتي يقصد بها سرير المريض المقيم في المستشفى تطورت بعد ذلك كثيرا لتخرج من حدوده الهندسية إلى العيادات ثم تعدت ذلك لتصبح منهج بحث على يد "الأمريكي lightner witmer مخترع كلمة علم النفس الإكلينيكي". ثم طوره الأوروبيون بشكل ديناميكي تحليلي في القرن (19) عشر، قبل أن يعيد الأمريكان خطف الأضواء الإكلينيكية بالإتجاه التجريبي و القياس النفسي وإعطائه طابع علمي، لتأتي بعد ذلك وعلى نفس المسرح المدرسة الروجرسية وتفرض لمستها الإنسانية عليه .

1- المنهج المستخدم في الدراسة:

اتخذت دراستنا الطابع الإكلينيكي المحض ولم يكن ذلك بدافع التقليد أو الإختيار فهو الذي يفرض نفسه في هذا النوع من البحوث الكيفية، و يعطيها الصبغة العلمية الأصيلة كما تأثرت هذه الدراسة بمساره التاريخي و اختلاف تطوراته.

1-1 دراسة الحالة :

هي التقليد المعمول به لدى الممارسين في ميدان علم النفس العيادي، و" تساعد دراسة الحالة في دراسة المشكلات غير العادية التي لا تظهر بصورة متكررة، لكي يمكن دراستها على أعداد كبيرة من الأفراد" (نهاد عبد الوهاب ، 2017 ، 39)، كما ترى أنه الوعاء لتنظيم المعلومات المجمعمة بمختلف الوسائل، فهي مصدر كل المعارف وتعتبر كأرضية للدراسة و الفهم، تفسير و العلاج و التنبؤ بالحالة النفسية للإنسان والتعامل معها لدى جميع المدارس باستثناء الإتجاه المتمركز حول العميل الذي لا يجد ضرورة القيام بها في البداية.

الدراسة العيادية تستدعي التمهيد والتدقيق العميق من أجل الخروج بنتائج تعود بالفائدة العلمية وتوثيقها كإطار مرجعي خاصة وإن كانت الحالة تعاني من النوع غير الشائع، كالتالي نحن بصدد دراستها .

1-2 أدوات جمع البيانات :

أ- **الملاحظة** : ركزنا في موضوع دراستنا العلاجية بشكل كبير على أداة الملاحظة التي تخدم بحثنا و ترى (نهاد محمود ، 2017) إنها عملية موجهة نحو هدفها إلا وهو السلوك بطريقة منظمة فهي تحتاج إلى تدريب وانتباه و موضوعية وتنقسم إلى طبيعية " ملاحظة الإنسان في محيطه الطبيعي و"المقيدة " تلك التي يسعى فيها الباحثة إلى إختبار فرض معين و بالتالي يقرر ماذا يلاحظ و متى " حسب " wright " (نهاد محمود ، 2017 ، 54) .

وهناك المضبوطة وهي ملاحظة تخضع إلى التخطيط و التقنين من أجل التحكم وقت حدوث المشكل و من أهم أساليبها بطاقة الملاحظة التي تسهل التسجيل بتقسيم المشكلة إلى بنود و فئات و تضبط بفترة زمنية و تحتاج إلى صدق و ثبات استنادا على المنطقية و اتفاق الملاحظين، وأخيرا الملاحظة السلوكية وهي " عملية منظمة لجمع المعلومات أثناء جلسات التقييم" (سعيد بن سعد ازهراني ، 1441هـ)، تشتمل على معلومات عن طبيعة تعامل المفحوص مع الفاحص، أثناء التقييم، التواصل البصري، الكشف عن معلومات ملائمة، حوار، تعاونه و وديته توضح جوانب الشخصية المؤثرة على التدخلات العلاجية.

تعتمد في المقابلة الإستهلاكية على فحص الحالة العقلية يحتاج إلى خبرة و بصيرة، ملاحظة بعناية منظمة، مع جمع المعلومات منه و من وجهة نظر الآخرين، عن تباين الأعراض و ما لم يقله و تدعم بأدلة مادية .

ب- **المقابلة** : رغم أننا إنطلقنا من زاوية سلوكية للمقابلة، والتي هي دراسة دقيقة من طرف المعالج لسلوك المريض المتكررة لا أكثر " Tlc Fondation " إلا أننا حاولنا في البداية مراعاة ترتيب منطقي كلاسيكي للأسئلة، و لكن دون تعصب لقناعتنا إنها " ليست استجواب بوليسي " (bergeret Jean ، 1979 ، 110) و يجب أن تبقى مفتوحة في كل حال، كما حاولنا فيها المزج بين فنيات التساؤل المختلفة التي ذكرتها " نهاد" إما بأسئلة موجهة للتحكم بأقل وقت و مفتوحة لتوسيع الإجابات و كسب وقت أكبر للملاحظة ثم بأسئلة مزدوجة لحصص الإجابة و أخرى أولية مباشرة للبحث عن معلومات جديدة أو خبرية غير مباشرة ، بعيدا عن الاستفهام و بالمقابل حرصنا على احترام فنيات التجاوب كالصمت الذي يدل على الإحترام و يساعد على التعبير و أيضا الإنصات هو " الوجه الآخر " للصمت (نهاد محمود ، 2017 ، 84) و يدل على المساندة و التعاطف إعادة الصياغة و التي هي " تطبيق عملي " للإنصات " (نهاد محمود ، 2017 ، 85)، تظهر إهتمام المعالج و تحدث الصدى من أجل الوعي بالمشكل.

كل الأنواع تفيد العمل الإكلينيكيين فكل وضعية تنتج عن سؤال سواء برد فعل لفظي أو غير لفظي كالحرص والإرتباك والإرتياح أو الإلزام والإتكال تظهر كم هائل من الاستجابات الحقيقية .

ج- التشخيص:

" يعني التشخيص في الإغريقية الفهم الكامل، وحاليا يستعمل مصطلح التقييم الإكلينيكي كمفهوم أوسع يضم التشخيص والقياس والفحوص الطبية ونتائج دراسية و مهنية ...إلخ،حسب نفس الكاتبة والذي يحمل ثلاثة أهداف رئيسية، الوصف، التنبؤ والتمييز بين العضوي و الوظيفي لإختيار وتقييم العلاج وله نوعين .

- **التصنيفي:** ضبط أهم وظائفه " إختزال الأوصاف السلوكية "
- **ديناميكي:** يجمع بين الأعراض والشخصية والدوافع والآليات الدفاعية في سياق إجتماعي. (نهاد محمود، 2017، 127).

كما يعرفه (bourgeois , 2006) على أنه " ضروري للقرار العلاجي بصفة عامة " ينطق لرفع الأعراض نهائيا فيه نفي المريض ويأخذ شكل وضع ملصق على موضوع ما يعتبر بدائيا لذلك أشارت إلى مفاهيم تتمثل في قراءات جديدة لمصطلح التشخيص من حيث أصوله وعلاقة بالسلطة و تأثير إشكالية المعالج عليه ثم جدواه من عدمها في التعامل مع بعض الحالات .

إذن ومما سبق مجموعة من الأعراض في إطار إكلينيكي ما هو إلا نتيجة تراكم أعمال التصنيف عبر التاريخ و تكال بولادة الدليل التشخيصي من رحم أبا، ويحمل محاورو رموز والذي خضع لعدة مراجعات لضمان أدق التشخيص للعاملين على الأعراض كما ظهرت أشكال أخرى منه **الفارقي** والحالات العيادية لذلك ومن أجل تقييمنا للحالة المدروسة خاصة لكونها النادرة استخدمنا آخر المراجعات التصنيفية (Dsm5 tr، 2022)، وبالطبع لم يمنعنا ذلك من النظرة الديناميكية الشاملة للسلوك المرضي، الذي نحن بصدد العمل عليه تحقيقا للفهم الكامل الذي قصده الإغريق، والتشخيص في نظر (نهاد محمود، 2017) يعمل على معرفة الظروف التي أحاطت بعملية التعلم المرضي لإزالتها و تحقيق أهداف العلاج، فهما وجهان لعملة واحدة .

د - العلاج النفسي:

عرفت (psychomedia، 2011) العلاج النفسي على أنه " التكفل النفسي لإضطراب عقلي أو سلوكي، وأي مشكلة أخرى تؤدي إلى معاناة أو ضائقة نفسية، يهدف إلى تعزيز تغييرات دالة في الأداء المعرفي أو العاطفي أو السلوكي في نظام التعامل مع الآخرين، أو شخصية أوصحة العميل"، حسب (قانون 21 كيبيك 2009)

يخضع العلاج النفسي عموماً لمبادئ كالواقعية، التدرج والتدريب و تشمل أهدافه كل أنواع و مناهج العلاجات على إختلافها :

- تعديل البناء المعرفي: يضمن نجاح لكل أساليب العلاج مثلاً دعم رصيد الفكري للمريض بمعلومات عن الأضطراب بعيداً عن المعتقدات الخاطئة " توقع المكاسب العلاجية" (نهاد، 2017، 265).
- التطوير : تنمية الإبداع و الإبتكار على المستقبل.
- تقوية الدوافع : تشجيع على السلوك من خلال نصائح مهنية للمعالج.
- التعبير الإنفعالي : فالمعالج يعتبر خبرة إنفعالية هامة داخل إطار مضبوط.
- معرفة الذات : إذ أنه من المهام الأساسية للمعالج، تعريف المريض بنفسه.
- تغيير العادات المرضية : تكوين عادات جديدة بدل التي تعلمها من الخبرات الخاطئة.

ترى (خديجة توزاني، 2012) إن العلاجات المرجعية هي السلوكية والمعرفية لأنها " تتمثل في مقارنة مشخصة لتعديل تدريجي للسلوكات و ردود الأفعال "

حسب " Brigitte martin " نقلا عن (misery laurent، 2013) يكون العلاج أولاً طبي وهنا تظهر أهمية الدور المهني لطبيب الأمراض الجلدية، ثانياً الإستماع للمريض وتقديم المساعدة دون حكم أو تأويل، بالموازاة، تقديم مضادات للإكتئاب والذهان وعلاج نفسي (علاجات سلوكية معرفية) .

استناداً إلى أن إستجابات العلاج الدوائي مختلفة وغير دقيقة لاستخلاص نتائج نهائية لذلك، وكون العلاج السلوكي هو من أظهر فعالية أكثر في علاج هذا النوع من الإضطرابات " Laurent Barbel " أكد أن " دمج الأدوية مع العلاجات السلوكية هو أفضل حل لعلاج هوس نتف الشعر".

أما " Tlc Fondation " يرون أن أفضل حل بالنسبة للسلوكات المتكررة الموجهة نحو الجسم هو العلاج السلوكي " إذ يسمح بمقاربة مشخصة و مكيفة للأعراض الخاصة بكل

شخص" وهو متمركز حول أفكار، إنفعالات وسلوكيات المريض بالموازاة مع تقنيات أخرى أثبتت فعاليتها.

مناقشة فعل يقوم به المُعالج نحو المُعالج دون أن يكون تابعا له، يدفعه إلى الخروج من دور الضحية و دمجها في المشروع العلاجي، و يختلف حسب الإنتماء النظري للمعالج و هو مرتبط تاريخيا منذ (1793) بـ "philipe pinel"، الذي حرر المرضى العقليين من الأغلال والقيود ولا يزال إلى يومنا هذا، الدور واجبا علينا فنحن مطالبين بعملية تحرير مرضانا من سلوكياتهم غير السوية من جهة و من سيطرة الجهل والمعتقدات الإجتماعية الخاطئة من جهة أخرى.

الأمل في العلاج لدى جميع الباحثين، يكمن في تبني الإتجاه السلوكي والأهم من ذلك تدعيمه بعلاجات موازية (الجماعية) ولا بأس من الاستعانة ببعض الكيمياء إن تطلب الأمر.

2- الدراسة الاستطلاعية:

البحث الاستطلاعي هو حب الإطلاع و يتميز "بالرغبة الشديدة في معرفة كل شيء" (Almaany.Com، 2022)، أي البحث عن اوسع نطاق ممكن لأفاق الظواهر المدروسة أو المراد البحث فيها أي تستدعي إلى حد ما الإنتشار و الوفرة إلا أنه وفي بعض المواضيع نادرة التداول لأسباب متعددة كنقص المعلومات أو ندرة حدوث الظاهرة... إلخ كما هو الحال في دراستنا.

1-2 نتائج الدراسة الاستطلاعية:

بعد الاطلاع الجدي لم نجد أي دراسة استطلاعية، سابقة لظاهرة نتف الشعر داخل البيئة المحلية التي نود البحث فيها، سوى دراسة وحيدة وهي حديثة (2020) بعنوان "القلق وعلاقته باضطراب هوس نتف الشعر" من إعداد طالبات من جامعة ولاية المسيلة (الجزائر)، و خلصت نتائجها إلى:

- ✓ وجود علاقة بين القلق وهوس نتف الشعر.
- ✓ يؤثر القلق في نشوء هوس نتف الشعر.
- ✓ وجود علاقة للقلق في زيادة حدة اضطراب هوس نتف الشعر.

نظرا لشح البحوث في هذا الموضوع، كان لزاما علينا التوجه خارج البيئة الجزائرية للاطلاع على أهم الدراسات الأجنبية واعتمدا في ذلك على الترجمة الشخصية، لخصت نتائج الدراسات في الجدول التالي:

الجدول رقم (04): يمثل نتائج الدراسة الاستطلاعية.

الباحث	البيئة	الجنس	السن	موقع النتف	حدة المضاعفات	نوع العلاج
Marina de heller -milev Emmanuel lafitte pierre A. de viragh Renato .G.Panizzon	سويسرا	ذكر	05	الجبهة	صلع + الحزتم الناري	نسقي، سلوكي ،دوائي مرحلة 2
خديجة زواني	المغرب	انثى	12	رموش العين اليسرى		دوائي 6 اشهر
Mthilde Debr Y	انجلترا	انثى	17	/	بازهر ثلاثي اغماء ثقب المعدة	جراحي
سعاد رحابتي رشيد علواني	المغرب	انثى	27	الراس و الرموش الحاجبين الجلد اليد	صلع وتقصف إكتئاب	دوائي سلوكي
Marianedaudin marea calteau	فرنسا	أنثى	25	/	بازهر ثلاثي فقر دم اعياء	جراحي دوائي مرحلة 2
بونصلة عبير، جزولي نادية، بلحوت نجلاء	المسيلة 2020	أنثى	23	الأمام والخلف	تقصف	
فيصل وليد اخلف	تيسمسيلت 2021	أنثى	40	وسط الرأس	اضطراب سلوك صلع لا نمطي	دوائي رفض علاج نفسى
Laurent Barbel	فرنسا	أنثى	16 شهر	/	/	نسقي سلوكي
Laurent Barbel	فرنسا	أنثى	11	وسط الرأس	تقصف	إنساني
الباحثة 2019	وهران	أنثى	22	وسط و جانبي الراس	صلع و تقصف	سلوكي
الباحثة 2020	وهران	أنثى	13	مؤخرة الرأس	التهاب بنكرياس بازهر ثلاثي	جراحي سلوكي
الباحثة 2020	وهران	أنثى	15	وسط الرأس مؤخرة الرأس	بازهر ثلاثي	جراحي سلوكي معرفي
الباحثة 2021	وهران	انثى	17	الجبهة و وسط الرأس	صلع و تقصف	سلوكي معرفي
الباحثة 2020	وهران	انثى	17	وسط الرأس	صلع اضطراب شخصية حدية	سلوكي معرفي
الباحثة 2018	وهران	انثى	12	وسط الرأس	صلع و تقصف	سلوكي معرفي

2-2 أجرأة الفرضيات:

تساعد الدراسة الإستطلاعية في أجرأة الفرضيات وإطلاقاً من نتائجها

سوف نقوم بأجرأة الفرضيات كالاتي :

أ- أجرأة الفرضية العامة كالاتي :

الفرضية العامة تنص على:

يعمل التعديل السلوكي الإدماجي على التخفيف من حدة أعراض اضطراب

هوس نتف الشعر.

- الفرضية الإجرائية الجزئية الأولى:

يساعد التعديل السلوكي الإدماجي على الوعي بسلوك النتف، وهذا من خلال :

1 - تساهم كل من التقنيات الروجرسية للإصغاء والأمباتي والتفهم معا لتقنيات السلوكية كالإسترخاء والمشاركة من خلال مراقبة الذات وسلوكها على القدرة على التنفيس الإنفعالي كالتوتر النفسي .

2 - إدراك الذات على مستوى عميق (الحالة تدرك تواطؤها في الإضطراب).

3 - التمكن من التوضع بمسافة اتجاه المحتوى العائلي والعلائقي.

- الفرضية الإجرائية الجزئية الثانية:

يساعد التعديل السلوكي الإدماجي على التخلص من سمة أوتوماتيكية

لإضطراب هوس نتف الشعر من خلال :

1 - استعمال جداول يومية لمدة شهرين لملاحظة الذات والسلوك.

2 - الإلتزام بالعقد العلاجي.

3 - إدماج المعنى الخاص بهوس نتف الشعر كسلوك عقابي .

- الفرضية الإجرائية الجزئية الثالثة:

التعديل السلوكي الإدماجي يساعد على توقيف سلوك البلع وتفاذي المضاعفات

الجسدية من خلال:

1- تجسيد رمزية البلع الجسدية، بدل التوظيف السيكماتي .

2- تعزيز السلوكات للتخلص من البلع .

3- تعلم المدح الذاتي كأسلوب تعزيز مرتبط بقيم الأنثوية والأمومة.

3- الدراسة العيادية / الأساسية:**1-3 الحدود المكانية، الزمانية :**

أ- مكان الدراسة : تمت الدراسة الحالية بعيادة الباحثة والكائنة بمدينة وهران، أين تلقت عدة حالات مشابهة لفتيات من سن متقارب، تعانين من هوس نتف الشعر، بغرض العلاج بطلب مباشر أو عبر وسيط فكانت مادة للدراسة الإستطلاعية، ثم بعد تم إنتقاء الحالة كموضوع بحث وعلاج .

ب- زمن الدراسة: في الفترة الممتدة بين شهر مارس إلى ماي، بمعدل حصة أسبوعية أو نصف شهرية .

4- الخطوات التطبيقية:

إعتمدنا على المنهج السلوكي الشامل بإعتباره من أحدث الموجات العلاجية السلوكية، كما استخدمنا إجراءات تعديل إضافية لخفض التوتر، إنقباض العضلات و تسارع نبض القلب و زيادة معدل التنفس، وإدارة الذات، فمسؤولية تعديل السلوك الحالي يكون بهدف تحفيز التحكم في سلوك آخر في وقت لاحق.

حاولنا تطبيق التحليل الوظيفي، بإعتباره مبدأ أساسي في التعديل السلوكي و بما أننا بصدد العلاج الإدماجي، كان لزاما علينا إحداث تغيرات عليه، حسبما يتماشى و تقييمنا للحالة تم فيها دمج بين تقنيات التعديل السلوكي " روجرز نسقي " وارتأينا إضافة إلى ذلك ، الإستعانة بعلاجات مكملة سريعة، كالتقبل والإلتزام وكذا الجشطالتيية والتوجه نحو العلاج الجماعي سيكودرام من أجل المحافظة على المكتسبات العلاجية و أهداف أخرى تعليمية، تدريبية و وقائية.

تضمنت كل الحصص تقييم لسيرالعلاج بالتغذية الرجعية، التقييم المباشر بالتعاون مع الحالة، رصد ملاحظات عيادية المتخصصة للإشارات أو أخذ صور فوتوغرافية لمناطق تطورالنتف.

1-4 التقييم الوظيفي: (المقابلة السلوكية + بناء علاقة انسانية)

إلتزمنا في مقاربتنا العلاجية التي تستدعي تقنية (المقابلة السلوكية)، بتطبيقها كليا مع الحالة كأول خطوة تعديليه، وهي من أساليب التقييم الوظيفي، كما أشرنا إليه في الفصل النظري " تتألف من ملاحظة مباشرة للسابقات والنتائج كل مرة يحدث فيها السلوك الإشكالي و تقدم معلومات مفيدة تمكنك من صياغة فروض دقيقة عن وظيفة السلوك الإشكالي " (miltenberger، 2014، 299).

و نقلا عن " Arndorfer " يعرف التقييم الوظيفي على أنه " الخطوة الأولى

تكمن في استكشاف إشكالية السلوك " (Tlc Fondation) .

كما اعتمدنا طريقة إنسانية في التعامل مع الحالة بتعاطف وتفهم، نظرا لتبعات الإضطرابات العلائقية المعروفة كالجذل، الحساسية من سلوك إيذاء الذات، خاصة على المستوى الإجتماعي التي تساعد على تحالف علاجي.

2-4 التدريب على تسيير الانفعالات: (الإسترخاء)

من الضروري كمرحلة أولية تطبيق تقنية الإسترخاء، من أجل التقليل من

الإستثارة الذاتية على إحداث استجابات حسية مضادة للإنفعالات في نظرة "miltenberger" " و التي يمكن استخدامها بشكل علاجي سيان في مواقف الحياة أو في غرفة الإستشارة " (عزب ، 1981، 112) حيث:

- السلوكي : أخذ و وضعيات استرخائية مريحة دون شد ولا إرتخاء في جو هادئ وإنارة خفيفة.
- التنفس الصحيح : إدخال كميات كبيرة من الأوكسجين إلى الرئتين بعمق و بشكل بطيء يشبه حالة النوم.

كإجراء إضافي للتعديل وتطوير كفاءة تنظيم الإنفعال، من خلال التعرف عليه و تسميته و من ثم خفض الحساسية نحوه، و زيادة الوعي دون استجابة حركية أو التصرف بطريقة عكسية ، حثت على تطبيقه الموجة الثالثة للعلاجات السلوكية الجدلية، ثم دمجت تقنية التقبل والإلتزام "Act" تؤكد على أهمية إعراف برغبة النتف، عبر عيش التجربة مع الإنفعالات السلبية المرافقة لها و ملاحظتها فقط دون الحكم عليها، مما سيحرر من الاستجابة الفيزيولوجية، ومن ثم الإعانة على رسم المخطط العلاجي، معتمدين في ذلك كله على مرجع إتفاق الخبراء (Tlc Fondation).

3-4 الملاحظة الذاتية:

تستخدم سواء عند إستحالة ملاحظة الآخرين أو عند حدوث السلوك بشكل غير متكرر، مثلا كحالات شد الشعر " يطلب من العميل المراقبة الذاتية لسلوك المستهدف خارج جلسات العلاج النفسي " (miltenberger ، 2014 ، 46)، ويتم التسجيل من خلال فترة زمنية تسمى فترة الملاحظة يرصد فيها تكرار و كمون السلوك و تستند على معلومات المقابلة، وتطبق وفق نموذج لتسجيل البيانات معد مسبقا من طرف المختص، " غالبا ما يستخدم فيها الورق والقلم ببساطة " (miltenberger ، 2014 ، 54)، أو باستعمال وسائل سمعية بصرية وتشمل كذلك على "المؤشرات الفيزيولوجية" (نهاد محمود ، 2017، 58).

حسب " Tlc Fondation " يكون ذلك في إطار تقييم شامل للوضعية من طرف المعالج والمريض، الذي يدون الفترات التي تسبق سلوك النتف، من أفكار، انفعالات لمدة أسبوع و الحصول على صورة نمطية، حيث طلبنا من الحالة أن تقوم بتسجيل ملاحظتها حول هذه السلوكات

مباشرة في بيئتها الطبيعية، من أجل تقييمها وظيفيا، ورفع زيادة وعيها بها تبعا للترتيب الزمني للسيرورة العلاج المنتهجة.

4-4 إختيار السلوك المستهدف : (التعديل ، تصحيح ، مبدأ ضبط ذات)

كان تركيزنا بعد ذلك على سلوكات الإشكالية الموجودة لدى الحالة ألا وهي النتف و البلع المطابقة لسمتي التشخيص (Dsm 5 المراجعة الجديدة، 2022)، الأتوماتيكية و اللعب حرصنا أن نتعامل بطريقة غيرتجنبيهة أولا إجبارية مع هذه العادات العصبية، التي تعود الدماغ الإستراتيجي على إشباعها آليا، ربما لأغراض لاشعورية بواسطة توجيهه و تشجيعه على إختبار بدائل حسية للرغبة والتي تؤدي نفس غرض النتف، و اكتشاف كيفية استجابة الجسم لها و بالتالي التوقف عن إنتاج الرغبة في إطار علم النفس العصبي، وهو الفرق بينها و بين عكس العادة، التي تمنع إتصال الأصابع اليد بفروة الرأس حسب (tlc fondation)، والتي ترى أصلا هذه التقنيات ليست إعتباطية وإنما جاءت كاستجابة لحاجات نابعة من الجهاز العصبي، ومن وجهة نظر تقنية الإلتزام و التقبل ثم التحدث حول المناهج غير فعالة المستعملة مما يسمح بدفع الرغبات المزعجة وكذلك التقليل منها.

4-5 التدعيم و التعزيز / التحفيز و تشجيع:

(Tlc fondation)، أكدت بضرورة العمل على المحيط في حالة المكوّن الأتوماتيكي لسلوك النتف عبر استعمال حواجز فيزيائية تمنع حدوثه، كالقبعات، أو الشريط الطبي لكن "سكينر" ومن مبدأ أن الجسم علبة سوداء يصعب الوصول إليها حتى بالغدوات المتطورة للعلوم العصبية، جعله يركز على أهمية أسلوب المكافأة، لتعزيمحاولات التعلم بالاستبصار في اشتراطه الإجرائي كما أشار إليه (francois- allard، 2018).

لذلك فكرنا إدماجيا في هذه المرحلة تشجيع الحالة ،على التأمل و إدراك الموقف العام، من أجل ضبط و تسيير المكاني للغرفة ككل وليس فقط اليدين كجزء من منطلق جشطلتيا و ذلك من خلال نفي مدعمات السلوك غير المرغوب و تعزيز مدعمات السلوك المرغوب (Anick ،Brisson، 2013).

6-4 التعميم التحكم في الذات:

كان هدفنا الأساسي في الخطوات المتقدمة من العلاج تعليم الحالة بعدم الإنسياق نحو رغبتها و كأنها إجبارية و اعطائها في الحين على الأقل فرصة لنفسها لفحص الواقع من حولها، دائما بواسطة التقييم الذاتي بما اننا في سياق سلوكي الذي يعتمد على علم النفس الموضوعي ويستبدل الوعي والتحكم والتنبؤ بمجرد الوصف أو الفهم (Anick Brisson، 2013) تطبيقيا بطريقتين:

- ✓ دمج تقبل وإلتزام الشخصي، ترك التساؤل إذا كان السلوك يسمح بالتقرب من القيم أم لا ؟، وهل تؤثر على رصيده القيمي الذي سيورث للآخرين؟.
- ✓ ربط بمشاريع مستقبلية و أهمية تحقيقها مما يتطلب الجاهزية لتقبل الإنفعالات فور حدوثها ولتعلم التقبل بدل الهروب .

بالإجراء الإضافي المتمثل في التحدث مع الذات " بتسميع تعليمات ذاتية التي تشير إلى السلوك المناسب في الوقت المناسب (Miltenberger، 490، 2014)، وإخبار النفس بما عليها فعله أو كيف تقوم به من سلوكات توكيدية في مواقف معينة، ثم تقييمها إيجابيا والتدريب عليها، و تخيل الموقف الذي يسبب المشكلة و التخطيط لتطبيقها بواسطة لعب الأدوار.

7-4 توجيه نحو سيكودراما مع حالات دراسة استطلاعية تشكيل فريق علاج جماعي .

" Relation aide " تقول أنه حفاظا على السرية بسبب الخجل، يضمن الحديث مع أشخاص يعانون من نفس الإضطراب، مجموعات المساندة كنوادي المحادثة على الأنترنت تقديم دعما نفسيا كبيرا ضد الوحدة كما يسهل البحث عن المساعدة الطبية .

إضافة إلى أهمية التمثيل السيكودرامي أمام المشاهدين لإسقاط المشاعر و التنفيس عن الإنفعالات و الأهم هو الوعي و التعلم الإجتماعي، من خلال ملاحظة سلوك الآخرين مما يؤدي إلى التغيير بأسلوب النمذجة في إطار نظري سلوكي دائما حسب (Tlc Fondation)،

5- التقرير السيكولوجي للحالة:**1-5 البطاقة الإكلينيكية للحالة :**

أ-السوابق الشخصية: الحالة تدعى (ب، م)، تبلغ من العمر (22) سنة، حاصلة على شهادة ليسانس في البيوكيمياء، تقطن بولاية وهران ، مأكثة في البيت ، لها تكوين في الحياة و حفظ القرآن الكريم، متزوجة منذ سنة (2019)، بدون أولاد، تعيش مع عائلة الزوج، الذي يبلغ من العمر (32) سنة حرفي يعمل كبناء، والداها على قيد الحياة، ترتيبها الأسري الثانية بين أختين (17) سنة و (27) سنة لون شعرها بني باهت وأملس ، كثيف يصل طول إلى مستوى الكتفين.

ب- السوابق الطبية: الحالة تعاني من مرض الحساسية، وليست لها سوابق جراحية .

ج- السوابق النفسية : تعاني الحالة من فوبيا في الطفولة من الظلام و الوحدة و الأشباح.

د - السوابق العائلية : الحالة لديها سوابق عائلية لهوس نتف الشعر مزمن، لديها قريبة للأم قامت باسئصال " بازهر" وآخر قريباً لأبيها لديه سابقة لهذا الإضطراب .

ملاحظة: الحالة لديها خلفية دينية و أصولها العرقية من أقصى غرب الجزائر.

6- الاشكال السلوكي:

تحديد بمحكات التشخيص التصنيفي المتمثلة في ثلاثة (3) سلوكيات، اللعب

النتف، البلع .

الحالة الأنية :

✓ زادت حدة الأعراض منذ (2019)، بسب الفراغ الكبير بعد الإنتهاء من الدراسة والزواج خاصة في وجود صعوبات مع عائلة الزوج .

✓ تشعر بالخوف من الهوس المقلق و المزعج الذي تخفيه على عائلة الزوج، ففي السابق كانت تخفي الفراغات بتغيير إتجاه تسريحة الشعر.

✓ تحاول تجنب سلوك ، باستعمال أغطية الرأس وضرب يدها بدافع علاج سلوكي، من أفكار وجدتها على الأنترنت و حتى يحدث الإرتياح، ثم الشعور بالذنب مما زاد الرغبة.

✓ أدت تبعاته الأنية، المتمثلة في تشكيل طلب الحالة وإبرام عقد سلوكي و بتالي خدمة موضوع

البحث العلاجي .

الطلب واضح ومحدد، و وعي كبير بالمشكل و بأهمية وفعالية العلاج النفسي

قامت الحالة ببحوث على الأنترنت واكتشفت أنه إضطراب نفسي، خاصة بعد ظهور مساحات صلح

هامية، و تشجيع الزوج المتفهم، لديه ثقافة نفسية وإطلاع على العلاج النفسي، كما أنها لم تقم بأي استشارة جلدية، لإقتناعها الشديد بأنه يعالج نفسيا واطمئنانها لوجود الشعر القصير (baby hair) .

خصائص النتف:

وسط الرأس لف حول الأصبع خصلات الشعر الخشن العميق، يرافقه متعة و بلا ألم (عكس نتف شعر القفى الخفيف الذي يشبه الصوف المؤلم و بدون متعة) لتقوم بعد ذلك بلفه حول اللسان أو تمريره بين الاسنان العلوية قبل بلعه دون تجزيئه أو فحصه .

يحدث في وقت الفراغ والملل الذي تملأه بمشاهدة مسلسلات تركية و محتويات الأنستغرام، طبخ و تدبير في انتظار عودة الزوج، لتستأنف أحيانا وقت مشاهدتهما التلفاز معا نظرا لارتياحها لمعرفته بالاضطراب، حدث لمرة واحدة رغبة في النتف أثناء الجماع لكن بدون تطبيق .

7- برنامج سير المقابلات :

7-1- تحليل عام لمحتوى جلسات التعديل :

الجلسة الاولى : (جمع البيانات العامة + تحالف العلاجي + استقبال الام) .

يعود تاريخ الإضطراب إلى سنوات تدرسها بالمتوسطة، حيث بدأت بالنتف من وسط الرأس في جميع الوضعيات، مشاهدة التلفاز، الجلوس مع الاخوات و الدراسة وفي نفس الوقت ابتلاعه، والوالدين لم يعتبروه يوما غير طبيعي ويستدعي العلاج رغم وجوده عند أقاربهم .

الأسباب :

نفث الحالة وجود أي عوامل قلق، الأب يحبها و يدللها وتفاهم جيد مع الأخوات و تؤكد عدم وجود أي وضعية فقد أو تفريق وتحاول إقناع الأم بسبب نفسي لكن بدون جدوى .

المضاعفات :

لا توجد أي إنعكاسات فزيولوجية حيث أن الحالة تضبط نفسها و لا تأكل إلا كميات صغيرة من الشعر، نظرا لمعايشتها تجارب الأقارب، كما قامت بإجراء فحوصات طبية بالأشعة فوق الصوتية نظرا للآلام على مستوى الحفرة الحرقفية اليمنى للبطن، والتي لم تظهر أي خلل و نصحت بالحمية فقط .

تفسر آلامها بإفتتاح الشهية بعد الزواج، خاصة كان لديها نحافة و ضعف

الشهية قبل الزواج .

المقابلة مع الأم :

جاءت استجابة رغبتها في التحدث مع المختصة و بموافقة الحالة صرحت بأنها لم يكن لديها أي وعي بالتكفل النفسي، حيث أن في البداية كانت في السن الابتدائي وكانت تقاوم تعليمات التوقف، وإنها قلقة بشأن أختها الصغرى المقبلة على إمتحان شهادة البكالوريا، والتي بدأت تقلدها .

كما صرحت الأم تلقائيا، أن الأب هو سبب كل مشاكل العائلة فهو عاطل عن العمل، من قبل ولادتها ترك وظيفته في البنك بصفة فجائية، وقرر الهجرة إلى الخارج ولم ينجح، تصرح أن حالته النفسية سيئة عنيد جدا، و غيرحنون، مزاجه متقلب، و يسيئ الظن دائما، و عنيف لفظيا رغم أنه مثقف، كأنه ينتقم و السبب في ذلك، إكتشافه صدفة بأنه طفل بالتبني، بعد شتم الجيران له، وسخط على والديه بالتبني، الذين قدما له تربية جيدة و عطف وإهتمام كبيرين، لكن هي كزوجة متقبلة لوضعه المادي لكن ليس لطبعه الحاد.

البنات منطويا على علم بموضوع التبني، حيث قامت بإخبار الكبرى و التي اخبرت الحالة في سن الجامعة و الصغرى لم تعلم الا منذ ايام قليلة .

الام تعمل في مجال صنع العجائن المنزلية و الحلويات، لتعيل بناتها و تحاول المحافظة على الوحدة العائلية .

وعن علاقتها مع الأب صرحت بأنه عكس إخوانها اللواتي تكرهنه بشدة و تتمنين له الموت ، وهي الوحيدة التي تتحمل ثوارته ولا تنتقده أبدا حتى بعد زواجها بقيت محافظة على علاقتها الجيدة معه ومتابدة بينهما .

التقييم :

تم الإتفاق في نهاية الحصة على البرنامج العلاجي السلوكي ودعم إرادة العلاج المقدر بـ 100% محاولة ، لم نسجل أي أسباب للقلق خلال الفترة، و تعاطف مع الحالة .

الملاحظات :

تعبير جيد بأسلوب و ملامح طفولية، و تعاون المعالج في الإجابات باستثناء نفي أسباب القلق المؤدي الى التنف.

الجلسة الثانية

بدأت كلامها_بالتأكيد على عدم ايجادها لأي أسباب لتفسير الإضطراب دون طرح السؤال ، أكدت الحالة عن رضا كبير عن قيامها بخطوة طلب المساعدة النفسية و أنها جاهزة لهدف الحصة الذي يخدم حاجتها إلى تسيير القلق في حياتها اليومية .

تطبيق الإسترخاء:

تم توفير الجو الملائم للإسترخاء، إضاءة و الوضعية و الهدوء وتوضيح أهميتها في التدريب المنزلي ،تم التدريب بالإيحاء على إرتخاء عضلات الجسم من الرأس إلى الرجلين مع شرح للفزيولوجية العصبية، وإثبات القدرة الذاتية على التحكم العضلي، بغض النظر عن الظروف تم التدريب على التنفس بطريقة صحيحة ، وبعثق و ببطيء مع توضيح فائدة الكميات الكبيرة من الأكسجين للتخلص من الضيق بسهولة .

وفي الأخير تم الإتفاق على إعادة التمرين في البيت يوميا بهدف إتقانه و الإنتقال إلى المرحل التالية من العلاج، و التي تتضمن استخدامه .

الملاحظات:

التبرير استيعاب جيد للتعليمات صعوبة استرخاء الكتفين تحريك الاطراف باستمرار حك الانف قابلية للإيحاء معتدلة احرص على مزا الحذاء قبل الاستلقاء على الاريقة

التقييم :

رضا (80%) عن الجلسة، في نهاية الحصة سألتنا عن ما إذا تستمر في عادة التنف أم أن عليها التوقف، وهو ما يعكس إندماجها في المشروع العلاجي، وهنا قمنا بطمأنتها عن طريق التعاطف، حيث تركنا لها حرية التصرف بما أننا لم نتطرق إلى تقنيات الضبط، وعن طريق تفهم رغباتها اللاإرادية الخارجة عن السيطرة.

الجلسة الثالثة:

لم تتمكن الحالة من تطبيق التمرين يوميا بسبب " Sinusite " (إلتهاب الجيوب الانفية)، التي أدت إلى صداع الرأس و انسداد في الأنف سوى ثلاثة (03) أيام، والتي من خلالها استطاعت أن تهدأ أكثر رغم أن لديها برنامج مكثف لمشاركتها في مسابقة قرآنية لشهر رمضان و تحضير حلويات العيد، ومراجعة دروس الخياطة لدرجة لم تكن تستطيع النوم بسهولة إلا بالتفكير بالعد التنازلي "التحويل المضاد" عد تنازلي للمذكرة لعب بشعري، ونظرا للبرنامج مكثف إكتفت بمجرد اللعب

بشعرها، ولم تجد الوقت و العزلة لممارسة التنف إلا نادرا و أما البلع فتعتبره غيرمنافي للصيام لأنه جزء من جسمها وبالتالي غير مفطر.

التقييم:

الحالة جد راضية عن العلاج ومقتنعة به، كما تتلقى دعما من الأم لمواصلته بتذكيرها بالمواعيد تكفيرا عن إهمالها لها في الطفولة، كذلك مساندة الزوج الذي يعبر عن اقتناعه بالتقنيات ومراحل التكفل النفسي الذي تتلقاه، خاصة بعد تطبيق الإسترخاء عليه، كما تتلقى تشجيع أخواتها اللواتي فكرنا في الإستفادة من الفحص النفسي والوحيد الذي يقلل من أهمية الجلسات، ويستهدأ بالعلاج هو الأب .

تم التأكيد على ضرورة متابعة تمارين الإسترخاء بعد التعافي من sinusite و التنبه للتحسن المؤقت للأعرض وليس نهائي، ومن جهة أخرى للتأكد من أنه عائق عضوي أو تحويل سيكوسوماتي .

تم تصميم جدول مراقبة و ملاحظة ذاتية لـ (3) سلوكات، اللعب، التنف و البلع لمدة أسبوع، يتكون من الوقت، المكان، الحدوث،الوضعية قبل التنف و الإحساس بعد التنف، مع شرح أهمية جمع المعلومات الدقيقة لمضاعفة الوعي و تحديد طرق التحكم .

الملاحظات :

✓ نفس الحافز العلاجي، الإهتمام بالتعليمات و رسم الجدول بدقة .

✓ الضحك عند الحديث عن المواضيع المقلقة (الاب و ضغط الوقت) .

الجلسة الرابعة: (إشراط + تعميق التقييم + أسئلة مؤجلة لحساسيتها + تعاطف)

إعتذرت عن الحصة المبرمجة .

التقييم :

أنجزت الحالة تمارين الملاحظة الذاتية والتي لم تمارس فيها سلوك التنف ولا البلع، و بقي مقتصر على اللعب فقط، و تفسر ذلك بأنها كانت مشغولة بتحضير مسابقة في القرآن الكريم كما تعرضت لموقف محرج مع أم الزوج، التي صدمت من رؤية منطقة الصلع صدفة، أثناء تواجدهما في المطبخ، والتي تمكنت من إقناعها بمبرر تساقط الشعر الذي سبق و أن حدثتها عنه في شهر سبتمبر الماضي، وإهمال علاجه بسبب غلاء سعر العلاج، حيث قررت أم الزوج أخذها للطبيب الأمراض الجلدية بعد العيد ودفع تكاليف الإستشارة .

ذكرت الحالة أنه و في سن الخامسة من عمرها ، وجود سلوك اللعب أثناء تناولها فطور الصباح " كنت نشد شوب تاع الحليب بيد و الشعري بيدي لخرى" وذلك لفترات مطولة

بدون هز رأس أو ضرب الرأس... إلخ، وتصف قدرتها على الإسترجاع بالضعف، تقدر ذاكرتها المكانية بالعادية بحكم غياب الخبرات الفردية، التوجه المكاني كونها تخص دائما بمرافقة عند الخروج سواء في السابق الأب أو حاليا الزوج، يمارسان عليها الحماية كطفلة، وأن الأمر لا يزعجها .

فيما يخص علاقتها الماضية مع الأم تميزت بتوجيه ملاحظات كثيرة من نوع المقارنة مع الأخت الكبرى، حول الإستيقاظ المبكر ونوعية المراجعة، و التفوق الدراسي رغم تفوقها بدون مراجعة مبالغ، وكانت تدافع عن نفسها بقوة لفظيا، خاصة ضد تهديدات بمواجهة صعوبات بعد الزواج و التي لم تحدث و أنها تغيرت جذريا .

أما عن حياتها الجنسية أكدت لنا أن علاقتها الجنسية سليمة و طبيعية مع الزوج و بعد سنة من الزواج كانت لها رغبة في الإنجاب، وعرضت حالتها على طبيبة نسائية ، التي شخصت خطأ تكيس في المبيض و الذي كان عبارة عن كيس مائي خلقي فقط، ثم تابعت العلاج من طرف طبيبة أخرى، بأدوية لم تحدث أي تغيير، بالموازاة مع الزوج الذي يعاني من ضعف في الحيوانات المنوية ومرض الدوالي، وصفت له مكملات غذائية ثم توقفا عن المتابعة لاقتناعهما باعطاء فرصة للإنجاب طبيعيا خاصة و أن السن لا يعارض .

قام الزوج بمتابعة الرقية لمدة (4) أشهر بعد حالة سحر قديم وضعه لهم الجيران في الماضي، والذي كان لمفعوله أثر بمجرد المرور فوقه وكان العلاج بالحجامة و الأعشاب بدون جدوى، تخلصت الحالة من الخوف مواجهته بمساعدة الزوج على استعمال وصفات فك السحر كما استطاعت تسيير الخوف من الوحدة بتشغيل فيديو لصانعات المحتوى على اليوتيوب، ترافقتها عند سماع أصوات في البيت .

من هواياتها المفضلة الكتابة، التي توقفت عنها في المتوسط و مؤخرا وجدت إنجذبا كبيرا نحو النسيج الحديث بالصوف للتزيين، و لم تمارسها لإنغماسها في الخياطة غير المرغوبة أما اهتمامها بالديكور، حال دون القيام به سوى تقدير نجاحها فيه، مقارنة بالزوج الذي يملك كفاءات عالية في الميدان .

ملاحظة :

- ✓ تعبير غني و استرسال في الكلام، استمرار الضحك على المواقف الصعبة.
- ✓ تجهيز خيط أسود خشن، مع جهاز التحكم في التلفاز من أجل لفه حول الأصابع كعادة جديدة أثناء مشاهدة مسلسلاتها، لكن دون قمع رغبات التنف إن وجدت.

الجلسة الخامسة :

قامت الحالة باستخدام خيط حول اصابع اليدين، لكنها استسلمت لا إردايا لعملية التنف والبلع الأتوماتيكية، مقابل تقييمها الإيجابي للتغيير، حيث ترى أنها أصبحت أكثر وعيا بالعادة بما أنها تتوقف فور التذكر بعد (2) إلى (3) مرات، كما تتذكر قرار و إرادة العلاج، و المجهودات المبذولة ، الإستمرار في التنف بنفس وتيرة السنوات الماضية و إمكانية الإنتكاس بعد العلاج .

ظهور فكرة سلبية تحتوي على مضمون استسلامي و عدم الأمل في النجاح في الشفاء واستطاعت الحالة أيضا الإعراف والربط بين الأحداث و الوضعيات المقالقة المتعلقة بالتنف.

الإضطرابات المصاحبة :

- ✓ بالإضافة إلى الفوبيا، تقديرها كان جيدا للذات.
- ✓ لديها ميول مثالية و اهتمام بالنظافة و التنظيم، و اجترار الأفكار الموجود بشدة ضعيفة .
- ✓ تجنب المواجهة مثل أمها بسبب الخجل والتعاطف مع الآخر.
- ✓ هوس نتف الجلد و قضم الأظافر متوقف منذ (3) سنوات و الرجوع إليه في بعض حالات القلق.
- ✓ تطور سلوك التنف، موجود بصفة مزمنة منذ الطفولة، دون القدرة على تحديد نقطة البداية دائما لكن بوجود فترات توقف مرتبطة بمناسبات زواجها، لا تدوم أكثر من (3) اشهر.
- ✓ إرتداء الحجاب منذ السنة أولى ثانوي بكامل إرادتها وبدون ضغوط، كتطور منطقي بثقافتها الدينية.
- ✓ سوابق مص الإبهام، سوابق مرضية للأم، عملية استئصال المرارة منذ (7) سنوات و الغدة الدرقية منذ (3) سنوات.
- ✓ منطقة الصلع مؤخرا في إزدياد، مما دفعها إلى التفكير بوجود مشكل جلدي أو كيميائي بسبب غسل الشعر.
- ✓ عدم وجود وخز أو أي استثارة جلدية قبل التنف .
- ✓ ملاحظة رائحة استعمال خلطة أعشاب.

التدخل :

- ✓ الطمأنة بوجود أفكار سلبية، تقاوم العلاج دليل على التقدم .
- ✓ تعزيز الوعي المرتفع و القدرة على التحكم بعبارات المدح الذاتي.
- ✓ إضافة خانة، لتجميع إيموجي وإحصائها للحصول على هدية تحديد القائمة.
- ✓ أخذ صورة لفروة الرأس رغم التحجج بعد نظافة الشعر، بسبب فترة الحيض .

- ✓ اضافة خانة تدوين الأحداث المقلقة و المزجة يوميا، من أجل مضاعفة الوعي.
- ✓ حذف خانتي الوقت والمكان .

الجلسة السادسة :

قامت الحالة بتدوين معلومات الخاصة بجدول المراقبة دون الرضى عن النتيجة، لم تتمكن الحالة من تحديد قائمة الهدايا ومن ترديد عبارات المدح الذاتي خلال تمارين الإسترخاء، سوى مرتين فقط ، نظرا لإنشغالها لمدة (4) أيام بتحضير مراسيم حفل خطوبة أختها الكبرى، وتواجدها بمنزل عائلتها الذي سيتواصل لـ (10) أيام، بسبب غياب الزوج للعمل خارج الولاية.

التقييم :

- ✓ طمأنة حول تقدم العلاج من خلال إثراء معلومات الجدول التي أظهر للمرة الثانية، إختفاء سلوك التنف و البلع (4) أيام، واحتفاظها باللعب فقط خلال فترات الإنشغال بالمناسبات السعيدة .
- ✓ ملاً الفراغ ، إنعدام عوامل القلق .
- ✓ مقارنة باليوم الوحيد الذي استجابت فيه إلى الرغبات(3) وعلاقته بوضعية قلق تم تسجيلها .

التدخل :

- ✓ تقييم إيموجي 4 على 7.
- ✓ المداومة على صيغة المدح.
- ✓ العمل على التقليل من سلوك البلع.
- ✓ تجميع الكميات الغير مبلوعة من الشعر ابتداءً من لحظة الوعي أسبوعياً داخل كيس على شكل

معدة .

الجلسة السابعة:

أمضت الحالة مدة تكليفها بالمهام السابقة في بيت والديها، مما منعها من تطبيق برنامج التحكم، إلا أنها لاحظت نقص في كمية التنف و الرغبة، لم تتجاوز التطبيق من (2) إلى (3) مرات كما بدأت الحالة في تفقد مناطق الصلح مرارا في المرأة و تقدر توقف تطورها، خلال نفس الفترة لم تسجل أي وضعية قلق، بل على العكس استفادت من "اللثة" العائلية وحاجتها إلى حنان والديها الأم الصديقة، والأب المحتاج إلى بناته لتعويض فقدان والديه، بعد وفاتهما وبعد ما تبقى من أفراد عائلة و أكدت على جودة علاقته بها، خاصة بعد الزواج و تشجيعه لها مؤخرا على المتابعة النفسية .

تقييم العائلة للعلاج النفسي :

- ✓ الزوج و الأم: يسألونها دائما عن سير الجلسات ولم يعطيا أي رأي عن تطورهما .
 - ✓ بالنسبة للحالة: هي في تطور مستمر للوعي وإنها لم تعد تستمع لذلك الصوت الذي يدعوها إلى مواصلة التنف .
 - ✓ موضوع الحمل : تأثيره الإجتماعي من ناحية الوالدين، هناك اطمئنان نظرا لسنها الصغير.
- عائلة الزوج قامت بضغوط في البداية، ثم توقفت بعد معرفة رأي الطب حول الخلل الهرموني لدى الإبن و هناك تأثير مزعج للتساؤل المستمر للجيران والأقارب، الأهل وعائلة الزوج، الرغبة في الحمل موجودة بنسبة كبيرة، وصرحت الحالة بغيرتها من قاريناتها اللواتي تزوجن في نفس السنة ورزقوا بأطفال، كما تشعر بالقلق من سماع أخبار الحمل والولادة .
- أما فيما يخص جاهزيتها للحمل ماديا و معنويا بالنسبة للمرض، تظن أنها ستكون مشغولة عنه بعد الولادة و تعتمد على العلاج لتهيئتها قبل حدوثه كقدر إلهي يفسر تأخر الإنجاب .
- ✓ رمزية الشعر :

تعتبره نصف جمال المرأة وشيء يستدعي العناية، ولا تبالي بنزع الشعر الزائد في الجسم، أما بالنسبة لشعر الرأس لم تكن له أي قيمة كالتي توليها له حاليا، حيث أصبحت تشعر بالذنب من فقدانه . وبالنسبة لطفلها المستقبلي تتصور أن الشعر يمكنه أن يلتف على رقبتة و يخنقه.

التقييم:

- ✓ التحسن الحالي لدى الحالة يرتبط بغياب الفراغ و عوامل القلق والجو العائلي الإيجابي .
- ✓ لم تحضر نتائج الاختبارات الطبية لكي يتم الاطلاع عليها .
- ✓ تقليص ساعات الفراغ و مشاهدة المسلسلات بالإتفاق و المشاورة على الهاتف مع الحالة من (3) ساعات إلى (1) ساعة واحدة في وسط الفترة الزمنية المسائية .
- ✓ قائمة نشاطات قبلية و بعدية أسبوعيا تضاف إلى الجدول كتابية، كروشي، عناية البشرة الوجه و اليدين و الشعر، صنع كيس المعدة .
- ✓ تقسيم خانة البلع إلى قسمين الفم، الكيس و على أساسه يوضع إيموجي .
- ✓ تحديد قائمة الهدايا .

2-7 ملخص المقابلات :

لقد تمكنا إلى حد كبير من المحافظة على (7) خطوات للبروتوكول العلاجي المسطر، والتي لم نقصد بها التحول إلى جلسات، وبطبيعة الحال طرأت تغييرات كانت تستدعي التكيف مع المستجدات والموازنة بين الأولويات العلاجية، وأحيانا تغيير برنامج الخطة العلاجية من أجل الوصول إلى الأهداف، فكما قال "Alain Gourhant" لا يمكنه أبدا أن يعرف مسبقا كيف ستتم جلسة ما "حسب ما ذكرته (Taubes ، 2020) في مقالها.

8- التشخيص:

تصنيفي كان استندا إلى معايير Dsm 5tr كان كالتالي : اضطراب الوسواس القهري و اضطرابات ذات صلة بالمعايير السابقة في الفصل النظري A ,B,C,D,E محور رقم F 63.3

1-8 الميزات المرتبطة:

- قد يكون مصحوبا بمجموعة من الطقوس كالبحث عن شعر معين لنتفه، شعيرات ذات ملمس أو لون معين، أو اقتلاع الشعر بطريقة معينة يخرج الجذرسليما أو قد يفحص بصريا، أو اللعب بالشعر عن طريق اللمس أو الفم بعد اقتلاعه، لف الشعر بين الأصابع، والسحب بين الأسنان، وقضم إلى قطع أو بلع الشعر
- نمط الشخصية : مركبة وسواسية و هيسترية .

2-8 تقييم فعالية العلاج :

- على أساس إختفاء سمات Dsm 5tr .
- مقارنة صور للصلع الفتوقرافية لتطو الإضطراب (مرفق في الملاحق).
- التقييم الذاتي من خلال تصريحات اللفظية .

2-8 التنبؤ:

- عوامل الخطر لا تساعد على الشفاء، حسب الباحثين ، لكن الإلتزام بالقواعد العلاجية و المتابعة العلاجية، يمكنه تغيير مسار التنبؤ و هذا ما ذكر في الفصل النظري :
- سن ظهور المبكر.
 - سوابق وراثية .
 - سياق العائلي غير مستقر سوابق .
 - تأخر التقدم إلى الفحص .
 - وجود إضرابات مصاحبة كأعراض إدمانية وحركات موجهة نحو الجسم.

9- إجراءات التعديل السلوكي:

- البدائل الحسية : لم يفيد توقف البلع بقدر ما حققه التعزيز المدح الذاتي و التدعيم السلوك المرغوب.
- المراقبة الذاتية : كان لها دور في الوعي بسلوك التنف والتحرر من السمة الأتوماتيكية.
- المقابلة الإستفتاحية : أسس على بناء علاقة إنسانية على المستوى الوجداني، توظيف الفهم والتعاطف يعكس الإنسانية في التعامل مع العميل، ومنحه الثقة ، هذه التقنية كان لها نصيب الأكبر في التعديل السلوكي لحالة الدراسة .
- العقد العلاجي: مقتضى العقد السلوكي الذي يضمن حق المشاركة.
- المقابلة النسقية: ساهمت بشكل كبير في إنهاء الصراع بين الأم والبنات، والمتجسد في أعراض هوس نتف الشعر، الشعور بالتفهم والمساندة، دراسة تاريخ العائلة و ثقافتها عن التفاعل و الاتصال.
- تقنية الاسترخاء: أعانت على التحكم في الإنفعالات، التحرر من السمة الأتوماتيكية كإجراء إضافي للتدريب، الهدوء خفف من التوتر وليس له أي أثر مباشر على السلوك الاشكالي (البلع اوالتنف و حتى اللعب) .
- جداول التقييم الذاتي: ساعدت بطريقة مباشرة في رفع مستوى الوعي، ملاحظة و تدوين السلوك من أجل تعديله .
- إدارة الذاتية : تحمل مسؤولية التصحيح، قامت بخفض التركيز سلوك التنف باستخدام البدائل الحسية .
- أسلوب التحفيز العلاجي: رغم تعثر النتائج النسبية، المتوسطة، ضد الإحباط أحرز هذا الأسلوب تقدم كبير.
- التعميم الواعي : التحكم في الذات بالتدريب المكثف في جميع الظروف، ضبط سلوك البلع .
- إجراءات وقائية : كان الهدف منها المحافظة على المكتسبات العلاجية ، وتم تطبيقها من خلال:
 - التقييم بالمنحنيات .
 - الملاحظات الذاتية.
 - تقييم مشاريع المستقبل الأمومي .
 - دمج في مشروع سيكودرام.
 - إنتباه إلى عوامل الخطر، فترات الفراغ، تجاهل القلق .
 - توقع الإنتكاس وإعداد خطة لمواجهة الثبات الإنفعالي.
 - توجيه نحو فحص معمق طبي .

خلاصة:

بعد الإنتهاء من عرض الدراسة الاستطلاعية وتوضيح صدق المنهج المستخدم في الدراسة ، والتطبيق الفعلي على الدراسة الأساسية ، وعرض التقرير السيكولوجي مع التشخيص وإجراءات التعديل السلوكي، سنعرض الفصل الموالي.

الفصل الخامس

نتائج الدراسة و مناقشة فرضياتها

- تمهيد.
- 1 - نتائج الدراسة.
- 2- مناقشة الفرضيات.
- خاتمة الدراسة.
- إقتراحات.

- تمهيد:

سنتعرض في هذ الفصل الأخيرالنتائج المتحصل عليها، كما سيتم تحليلها والتفسير على ضوء المقاربة الأكثر مناسبة للحالة المصابة بالإضطراب هوس نتف الشعر وهو ما يُعرف بالاتجاه السكوديناميكي، وفي هذا الإطار تجدرالإشارة إلى أهمية الأخذ بالحسيان أنه لايمكن الفصل بين التقنيات عمليا على أرض الواقع العلاجي.

-1- نتائج الدراسة:

- التذكير بنتائج الدراسة:

○ على المستوى الانفعالي:

- تقنية الاسترخاء: أعانت على التحكم في الإنفعالات، التحرر من السمة الأتوماتيكية كإجراء إضافي للتدريب، الهدوء خفف من التوتر وليس له أي أثر مباشر على السلوك الاشكالي (البلع اوالتنف و حتى اللعب) .

○ على المستوى العائلي العائلي:

- المقابلة النسقية: ساهمت بشكل كبير في إنهاء الصراع بين الأم والبنت، والمتجسد في أعراض هوس نتف الشعر، الشعور بالتفهم والمساندة، دراسة تاريخ العائلة و ثقافتها عن التفاعل و الاتصال.

○ على المستوى الذات:

- التعميم الواعي : التحكم في الذات بالتدريب المكثف في جميع الظروف، ضبط سلوك البلع .
- استشارة طبية جراحة : تؤكد تفريغ معدي الذي ساعد بدوره على الاطمئنان.
- المقابلة الإستفتاحية :أسست على بناء علاقة إنسانية على المستوى الروجسي، توظيف الفهم والتعاطف يعكس الإنسانية في التعامل مع العميل، ومنحه الثقة ، هذه التقنية كان لها نصيب الأكبر في التعديل السلوكي لحالة الدراسة .
- المراقبة الذاتية : كان لها دور في الوعي بسلوك التنف والتحرر من السمة القهرية.

○ على المستوى النفسي المرضي:

- نجحت الحالة في التحكم ذاتيا في الإضطراب المصاحب لهوس نتف الشعر والمتمثل في رهاب من خلال الإنشغال بمتابعة محتويات نسائية كتعويض حسي للأم.
- نجحت الحالة أيضا من الناحية المعرفية من خلال مبادرة الإطلاع على شبكات الانترنت في ظل توفر المادة العلمية المبسطة مما ساهم كثيرا في توعية و تكوين طلب المساعدة.

2- مناقشة الفرضيات:

- نصت الفرضية العامة على: نعم يعمل التعديل السلوكي الإدماجي على التخفيف من حدة أعراض اضطراب هوس نتف الشعر.

- الفرضية الجزئية الأولى: يساعد التعديل السلوكي الإدماجي على الوعي بسلوك النتف.
- الفرضية الجزئية الإجرائية الأولى: يساعد التعديل السلوكي الإدماجي على الوعي بسلوك النتف وحسب نتائج الحالة الآنية:

- مراقبة الذات وسلوكها على المقدره على التنفيس الإنفعالي .
- إدراك الذات على مستوى عميق.
- التمكن من التموضع بمسافة اتجاه المحتوى العائلي والعلائقي.

✓ نصل للقول أن هذه الفرضية قد تحققت وبالتالي تحققت الفرضية الجزئية الأولى.

○ الفرضية الجزئية الثانية: يساعد التعديل السلوكي الإدماجي على التحرر من سمة اتوماتيكية لإضطراب هوس نتف الشعر.

- الفرضية الجزئية الإجرائية الثانية : يساعد التعديل السلوكي الإدماجي على التخلص من سمة قهرية لإضطراب هوس نتف الشعر وحسب نتائج الحالة الآنية:
- استعمال جداول يومية لمدة شهرين لملاحظة الذات والسلوك.
- الإلتزام بالعقد العلاجي.
- إدماج المعنى الخاص بهوس نتف الشعر كسلوك عقابي.

✓ نصل للقول أن هذه الفرضية قد تحققت وبالتالي تحققت الفرضية الجزئية الثانية.

○ الفرضية الجزئية الثالثة: يساعد التعديل السلوكي الإدماجي على توقيف سلوك البلع وتفادي المضاعفات الجسدية لدى المصاب بإضطراب هوس نتف الشعر.

○ الفرضية الإجرائية الجزئية الثالثة: التعديل السلوكي الإدماجي يساعد على توقيف سلوك البلع وتفادي المضاعفات الجسدية وحسب نتائج الحالة الآنية :

- 1- تجسيد رمزية البلع الجسدية، بدل التوظيف السيوماتي .
- 2- تعزيز السلوكات للتخلص من البلع .
- 3- تعلم المدح الذاتي كأسلوب تعزيز مرتبط بقيم الأنثوية والأمومة.

✓ نصل للقول ان هذه الفرضية قد تحققت وبالتالي تحققت الفرضية الجزئية الثالثة.

بناءً على كل ما تم عرضه، تجدر بنا الإشارة إلى أنه لا يمكننا الجزم بأن التعديل السلوكي لوحده غير كافي للتخفيف من أعراض هوس نتف الشعر إنما القول بأن العلاقة العلاجية والإرادة القوية، والسند العائلي كان لهم النصيب الأكبر وهنا يتجلى دور المقاربة الإدماجية، التي استثمرت في الجمع بين عدة مقاربات استناداً إلى ما اكتسبته الباحثة من تجارب علاجية (تقنيات الجشطولية و الالتزام و التقبل) .

الخاتمة:

وكسائر الدراسات العلمية في مجال علم النفس ، إلتزمنا بكل الخطوات العلمية والمنهجية ، بدءا بالإطار النظري، حيث قدمنا تصورا عاما للتعديل السلوكي الإدماجي لإضطراب هوس نتف الشعر، وقمنا ببناء مقاربة سيكوديناميكية، بصياغة إشكالية و وضع فرضيات ملائمة للدراسة ، وحاولنا الإجابة عليها بما يتناسب مع أهداف الدراسة، باستخدام المنهج العيادي، وتوصلنا إلى نتيجة أن التعديل السلوكي الإدماجي يعمل على التخفيف من حدة أعراض إضطراب هوس نتف الشعر، كما يساعد على الوعي بسلوك النتف، ويساعد على التخلص من سمة أتوماتيكية لهذا الإضطراب ، وأخيرا يساعد على توقيف سلوك البلع وتفادي المضاعفات الجسدية.

و بالتالي يمكن أن نقول أن الدراسة حققت هدفها الرئيسي والمتمثل في تسطير برنامج للتكفل التشخيصي و العلاجي الفعال بحالة مصابة بهوس نتف الشعر، إختبار نموذج علاجي بدمج التعديل السلوكي مع علاجات أخرى و العمل على تخفيف حدة الإضطراب، وأخيرا أتمنى أن تكون هذه الدراسة المتواضعة ، إضافة جديدة يمكن الإعتماد عليها في البحوث المستقبلية.

الإقتراحات :

- 1- حملات اعلامية تحسيسية حول السمات الإكلينيكية لهوس نتف الشعر.
- 2- حملات مبرمجة في اطار الصحة المدرسية لتوعية الاباء حول تطور هذا الاضطراب ، كما حدث في أمريكا، خاصة من أجل الكشف والتدخل المبكر لتفادي المضاعفات.
- 3- اجتناب الزواج المبكر في وجود اضطرابات نفسية جسدية، والزامية العلاج لأن عواقب هذا الإضطراب قد تشكل خطورة على الحمل و الانجاب.
- 4- التحسيس الاحترافي للمختصين على مواقع الانترنت بمادة علمية أهم من اعطاء وصفات سلوكية جاهزة .
- 5- ضرورة دعم منهج التكوين طلبة علم النفس يعمل على التعريف اكثر لهذا الاضطراب، نظرا لانتشار الاضطراب وتزايدده، وكيفية تسطير برنامج للتكفل التشخيصي والعلاجي الفعال لهذا الإضطراب، وتجسيده على ارض الواقع.
- 6- تطوير الفحوصات المجهريّة خاصة لتشخيص فئة الأطفال والحالات الخاصة.

المراجع :

المراجع باللغة العربية :

1- الكتب :

1. حسام الدين غرب، (1981)، *العلاج لسلوكي الحديث تعديل السلوك اسسه النظرية و تطبيقاته العلاجية و التربوية*، الطبعة الأولى ، مكتبة انجلو ، مصر.
2. سعيد بن سعد الزهراني ، (1441)، *الفحص و التقييم النفسي المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية*، الرياض.
3. طه عبد العظيم حسين،(2008)، *تعديل السلوك للعاديين و ذوي الاحتياجات الخاصة*، دار الجامعة الجديدة للنشر، الاسكندرية، مصر.
4. عبد الوهاب محمود نهاد، (2017)، *علم النفس الاكلينيكي بين النظرية و التطبيق* ، دار النشر أطفالنا، الجزائر.
5. مليكة لويس كامل ، (1994)، *العلاج السلوكي و تعديل السلوك*، الطبعة الثانية ، دار النشر، مصر.
6. ميلتون، ريموند، (2014)، *مدخل تعديل السلوك، التعديل السلوكي المبادئ و الإجراءات*، ترجمة فيصل خير الزراد، مراد علي عيسى سعد، الطبعة، الأولى ، دار الفكر، عمان.

2- المذكرات :

- 1- بونصلة، جزولي، بلحوت، (2020)، *القلق و علاقته باضطراب هوس تنف الشعر*، مذكرة ليسانس ، جامعة محمد بوضياف المسيلة ، الجزائر.

- المراجع باللغة الفرنسية :

1- الكتب:

1. Dunod, (2012), *Etude de cas En Psychologie 4 Approches Théoriques*, Paris.
2. Daniel Guelfi , Frederic R , julien ouillon,(2012), *Manuel De Psychiatrie*, 2 Eme Edition ELSEVIER MASSON, Paris.
3. Hiroko Norimatsu, Arnaud colin ,(2008), *Techniques d'observation en sciences humaines*, Paris.
4. Jean bergret, (1979), *psychologie pathologique* , masson 3ème édition, Paris.
5. Marie Anaut, Dunod,(2012), *Les Thérapies Familiales* , Paris.
6. Sarron dunod, Cristine mirabelle, (2014), *L'entretien en thérapie comportementales cognitive*, paris, (consulté le 02 AVRIL à 23h12).

الأطروحات:

1. Chrisine paget, (2006), *Développement de l'identification masculine chez le garçon d'une famille dont le père est absent* , thèse doctorat en psychologie, université de Québec à Montréal comportement auto mutilatoire.
2. Youssef Erriyahi, (2017), *Le Trichobezoard Chez L'enfant a Propos De 7 Cas*, doctorat en Médecine ,Université Mohamed 5 Ribat, Faculté de Médecine et de Pharmacie.

2- المجالات:

1. Anick Brisson, (2013), *Un Regard behavioral sur les troubles de comportements* ,Revue Québécoise, 34 (3) , (Consulté Le 23 Avril 2022 à 13h09)
2. Bruno Matard, (2012), *Causes neuro biologiques* , hopital saint louis , images en dermatologie vol v n 6 novembre, Paris, (consulte le 12 mai 2022 a 22.00).
3. Faycel walid ikhlef, (2021), Reasserch gate .net, *Presentation atypique de la trichotillomanie*,.(consulté le 02.05.2022 a 14.30).
3. Jocelyne Lahance , Pascal Decarpes ,(2013), *socio anthropologie de l'adolescence*, lecture de David le breton, wwwjournals.openedition.org,, (consulté le 26 janvier 2022 a 15.53).
4. Marina heller et al,(2007) , *En perdre ses cheveux* , Revue médicale suisse , www.revmed.ch, (consulté le 26 01 2022 A 16H10).

3- القواميس

1. DSM 4 TR,(2000),masson ,paris.
2. DSM 5 TR,(2022) , APA publishing, USA.

4- المواقع الالكترونية:

1. Alexandre Lecart, *Association française des comportements repetitifs centrés sur le corps*. (consulté le 24 avril 2022 à 21h45).
2. A. Balian et al, (2006), Emc, elsevier masson, Paris, (consulté le 25.04.2022 a 02.30).
3. A. Bounaim et al, (2009) , *trichobezoard géant* ,Journal Africain Hepatol,(consulté le 05.05.2022 a 22.56).

4. Agnes Rogelet, (2020), *Ce que cachent nos cheveux*,
www.psychologie.com, (consulté le 24 février 2022 à 22h39).
5. Brigitte Martin, (2013), *dédramatiser la trichotillomanie*,
www.lequotidiendumedecin.fr, (consulté le 15.02.2022 a 11.00).
6. Bourgeais,(2006), *le diagnostic* , www.cairn.info , marie France n° 19
page 63 a 88,(consulté le 19.04.2022 a 00.12).
7. Bases theorique de therapie familial multisystem.
8. Bouakaz chiban, matari et al, (2019), *Trichoscopie dans la
trichotillomanie*, www.emconsulte, elsevier masson, (consulté le 30 avril
a 16h35).
9. Centre de psychologie intégrative, www.Therapie integrative.com,
(consulté le 24.03.2022 a 09.30).
- 10.*Dédramatiser la trichotillomanie*, (2013), www.lequotidiendumedecin.fr,
(consulté le 01 avril 2022 à19h21).
- 11.*Définition psychothérapie*, (2011), www.Psychomedia.qc.ca, (consulte le
20.05.2022 A 13.25h).
- 12.Francois-Allard, (2018), *le comportementalisme*, Wwww -tcc-psy.fr,
(consulté le 26 mars 2022 a 18h00).
- 13.Flavia mazelin salvi, (2015), *la thérapie doit aussi prendre l'ame en
compte*, Psychologie.com, (consulté le 04.05.2022 a 04.00).
- 14.Frédéric Fanget, (2012) , *je m'arrache cheveux et sourcils* ,
www.psychologie.com , (consultè le 27 février à 17: 36)
- 15.Hoffman .J, et al, (2022), *traitement médicamenteux de la
trichotillomanie*, www.cohrane.org.fr , (consulté le 20 janvier 2022 a
19h23).
- 16.Katharine A et al,(2021), , *Trichotillomanie* , www.msd manuals.com ,
(consulté 11.mars 2022 à 00h00).

17. Khadija Touzani et al, (2017), www.panafrican-journal.com , n° 28 142, (consulté le 15 mars 2022, à 10 :00).
18. Laurent Barbel, (1995), *la trichotillomanie du jeune enfant*, Journal de pédiatrie et de puériculture, volume 8, www.science-direct.com 164 a 168 (consulté le 29 avril à 18h35).
19. Laurent Barbel, *la trichotillomanie une clinique de la séparation*, [www.Relation - aide.com](http://www.Relation-aide.com), hopital pr ph mazet acenne bobigny. (consulté février 2022 à 12h19).
20. *Libération psycho émotionnelle*, www.estelledaves.com (consulté le 18.02.2022 a 15.45).
21. Montassir moujahid et al,(2011), *Un cas de trichobezoard gastrique* , Pan africain ,(consulté le 28.03.2022 a 00.15).
22. Maximilien Bachelart,(2017), *Approche intégrative en psychothérapies* , www.Cairn.info, vol 37, p 171 à 181,(consulté le 03.03.2022 a 12.30).
23. Pauline Freour,(2016), *sd de raiponce* , [Www .amp sante le figaro](http://Www.amp-sante-lefigaro.com) publié, (consulté avril 2022 à 16h10).
24. *Psychothérapies, psychologie intégrative*, rédigé après auteur spécialisés ooreka, www.ooreka.fr (consulté 11 mars 2022 à 14h45).
25. Souad Rharrabti et al, (2012), , *une trichotillomanie sevre associe a des obsessions ideatives* , Pan africain med journal ,(consulté le 12.30 a 16.22.)
26. Samuel .R et al, (2010), *Reduced brain white matter integrity in trichotillomania*, Www.archegenpsychiatry.com , p 965 a 971 (Consulté le 28.04.2022 a 23.50).
27. Sabelles Taubes,(2020), *Tout ce que vous devez savoir sur la psy integrative* , www.psychologie.com , (consulté le 31. avril 2022).
28. Teven Taylor, (2008) , *the state of art treating trichotillomania* , Apa Psycritiques 53, www.apa.org, (consulté le 12 avril 2022 23h12).

29. Tlc Fondation, *consensus d'experts directives de traitements pour trichotillomanie, cueillette de peau et d'autres comportements répétitifs body focused*, Wwww brfbs.org, (consulté 25.03 2022 à 16h25).
30. Valérie boucherat-hue, (2016), *Automutilation pubertaire*, www.Cairn.info , n 3, 587 596, (consulté le 22h24 le 28 février 2022).

- الملاحق :

- نموذج من جدول التقييم الذاتي

الأيام	المكان	التوقيت	الحالة النفسية قبل التنف	الحالة النفسية بعد التنف	اللعب	التنف	البلع	التعزيز	تمرين الإسترخاء

- صور فوتوغرافية خاصة بالحالة المصابة باضطراب هوس نتف الشعر:

