



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد بن أحمد - وهران 2-

كلية العلوم الإجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

تخصص: العلاجات النفسية

أثر العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من توهم المرض لدى الراشد

تحت إشراف الأستاذة:

- محرزى مليكة -

من إعداد الطالبة :

قارون سعاد

أعضاء لجنة المناقشة :

- الأستاذة:

- الأستاذة:

السنة الجامعية: 2015-2016

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى الوالدين الكريمين - حفظهما الله -
إلى عائلتي الكريمة : زوجي العزيز الذي دعمني لإنجاز هذا العمل، ابنتي الغالية التي ولدت
أثناء إنجاز هذه الدراسة لجين نرجس.
إلى كل عائلة بهوطي و قارون.
إلى زملائي في الدفعة .
إلى كل أساتذة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة وهران وجامعة قسنطينة.
و إلى كل من ساعدني في إنجاز هذا العمل .

كلمة شكر

الشكر لله أحمدته على نعمه وعلى منحه لي الصبر والقوة لإتمام هذا العمل.
كما أتقدم بجزيل الشكر والإحترام والتقدير للأستاذة المشرفة "محززي مليكة" على دعمها وتشجيعها وتوجيهها المتوا صل طيلة مدة الدراسة.
كما أشكر أعضاء اللجنة التي قبلت مناقشة هذه المذكرة ولم يغيب عني الإلتفات بالشكر الحار إلى الأساتذة الأفاضل الذين ساهموا في تعليمي طوال مشواري الدراسي.
في الأخير جزيل الشكر إلى كل من قدم لي يد المساعدة من قريب أو بعيد.

ملخص البحث باللغة العربية

أثر العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من توهم المرض لدى الراشد

تهدف الدراسة الحالية إلى إظهار مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في مساعدة الراشد على خفض أفكار لا عقلانية وتعلم إتجاهات إيجابية من خلال تغيير نظرتة السلبية لنفسه ولمحيطه وبالتالي التخفيف من أعراض توهم المرض لدى الراشد، طبق هذا العلاج على حالة واحدة وهو من المترددين على العيادة الخارجية الخاصة بمرضى القلب، والتي شخصت حسب معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع والمعدل DSM4_{TR} كحالة توهم المرض، ولتحقيق هذا الهدف تم وضع الإشكالية التالية: هل للعلاج المعرفي السلوكي أثر في التخفيف من توهم المرض لدى الراشد؟ وهل هذا الأثر إيجابي أو سلبي؟

وبناء عليها صيغت الفرضية التالية: للعلاج المعرفي السلوكي أثر إيجابي للتخفيف من توهم المرض لدى الراشد.

و للإجابة على هذه الفرضية إعتمدت الطالبة على تطبيق المنهج العيادي الذي يقوم على دراسة الحالة باستخدام الملاحظة والمقابلة العياديتين وإختبار الشخصية متعدد الأوجه لمينيسوتا MMPI2 بتطبيق ثلاث قياسات: قياس قبلي، قياس بعدي وقياس المتابعة (بعد شهر من إنتهاء البرنامج العلاجي)، وبعد جمع المعلومات اللازمة، تم إستخدام العلاج المعرفي السلوكي من خلال تطبيق التقنيات العلاجية، وخلصت الدراسة للنتائج التالية :

يساعد العلاج المعرفي السلوكي في تغيير المخططات المعرفية للحالة وتغيير نظرتة لنفسه ولإضطرابه، وتعدلت الأفكار والمعتقدات اللاكيفية، بمعنى أن للعلاج المعرفي السلوكي أثر إيجابي في التخفيف من أعراض توهم المرض لدى الراشد حيث ظهر تحسن للحالة من حيث الأعراض، وبالتالي تحققت الفرضية المطروحة في هذه الدراسة.

وقد خرجت الدراسة بمجموعة من الإقتراحات و التوصيات.

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي، توهم المرض، الراشد.

Summary of the Research in English

The Influence of Cognitive Behavioral Therapy in alleviating the suspicion of the disease among adult.

The current study aims to show the effectiveness of the Cognitive Behavioral Therapy to help the adult to reduce irrational ideas and learn positive attitudes through changing his negative outlook for himself and his environment and thus the alleviation of the symptoms of the disease with the adult, this treatment applied on one case which was one of the regular patients in the foreign private heart clinic, which was diagnosed by DSM IV statistical standards and average DSM4TR as a case of suspicion the disease , and in order to achieve this goal, the following problematic has been done: Does the Cognitive Behavioral Treatment has an impact in alleviating the suspicion of disease with adult ? Is this impact positive or negative?

Based on this, the following hypothesis was formulated: the Cognitive Behavioral Therapy has a positive impact in alleviating the suspicion of the disease with adult.

In order to answer this hypothesis, the student relied on the application of the clinical approach which is based on the case study using the clinical observation and interview, and the multi-faceted personality test Minnesota 2MMPI by applying the three measurements : before , dimensional, and follow-up measurements (one month after the end of the therapeutic program) , and after collecting the necessary information , the Cognitive Behavioral Therapy used through the application of therapeutic techniques , and the study found the following results :

The Cognitive Behavioral Therapy helps to change the cognitive plans of the case and change his view for himself and his disorder, and the non adaptive ideas and beliefs were adjusted, it means that Cognitive-Behavioral Therapy has a positive impact in alleviating the symptoms of suspicion of the disease with the adult where it appeared an improvement of the case in terms of symptoms.

Thus, the forward hypothesis in this study achieved, and the study presents a set of suggestions and recommendations.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, disease suspicion, adult.

محتويات البحث

الإهداء..... أ

شكر و تقدير.....	ب
ملخص البحث.....	ج
محتويات البحث.....	د
مقدمة البحث.....	01

الجانب النظري

الفصل الأول : الإطار العام للبحث

I - تحديد إشكالية البحث.....	06
II - فرضية البحث.....	07
III - أهمية البحث.....	07
IV - أهداف البحث.....	07
V - أسباب ودواعي إختيار البحث.....	07
VI - التعريف الإجرائي لمفاهيم البحث.....	08

الفصل الثاني: توهم المرض لدى الراشد

تمهيد.....	10
I- تعريف توهم المرض.....	10
II - تاريخ توهم المرض.....	10
III - النظريات المفسرة لتوهم المرض.....	13
IV - الأسباب المؤدية لتوهم المرض.....	14
V - أعراض توهم المرض.....	14
VI- معايير التشخيص الرئيسية لتوهم المرض.....	16
1-6- حسب الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع والمعدل DSM ₄ TR.....	16
2-6- حسب التصنيف العالمي العاشر للأمراض العقلية CIM10.....	16

- 3-6- حسب دليل الطب العقلي هنري أي Henry Ey 17
- VII- التشخيص الفارقي 17
- VIII- علاج توهم المرض 18
- الفصل الثالث: المقاربة المعرفية السلوكية لتوهم المرض لدى الراشد**
- تمهيد 21
- I- تعريف العلاج المعرفي السلوكي 21
- II- تاريخ وتطور العلاج المعرفي السلوكي 22
- III- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي 23
- IV- أهداف العلاج المعرفي السلوكي 24
- V- خطوات العلاج المعرفي السلوكي 24
- VI- المصطلحات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي 25
- VII- المقاربة المعرفية السلوكية لتوهم المرض لدى الراشد 27

الجانب الميداني

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

- تمهيد 31
- I - التصميم المنهجي للدراسة 31
- 1-1- حدود الدراسة 31
- 2-1- عينة البحث 31
- 3-1- منهج البحث 31
- 4-1- أدوات البحث 33
- II- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي 34
- 1-2- خطوات إعداد البرنامج 34

2-2- التقنيات المستعملة في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي35

الفصل الخامس: دراسة الحالة

تمهيد.....41

I دراسة الحالة.....41

II- تحديد اللوحة الإكلينيكية.....44

III- سيرالجلسات العلاجية.....45

الفصل السادس: عرض النتائج و مناقشتها في ضوء الفرضية

I - نتائج الدراسة.....55

II - التعليق العام على النتائج.....55

III- عرض نتائج الجلسات العلاجية.....56

IV- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية.....57

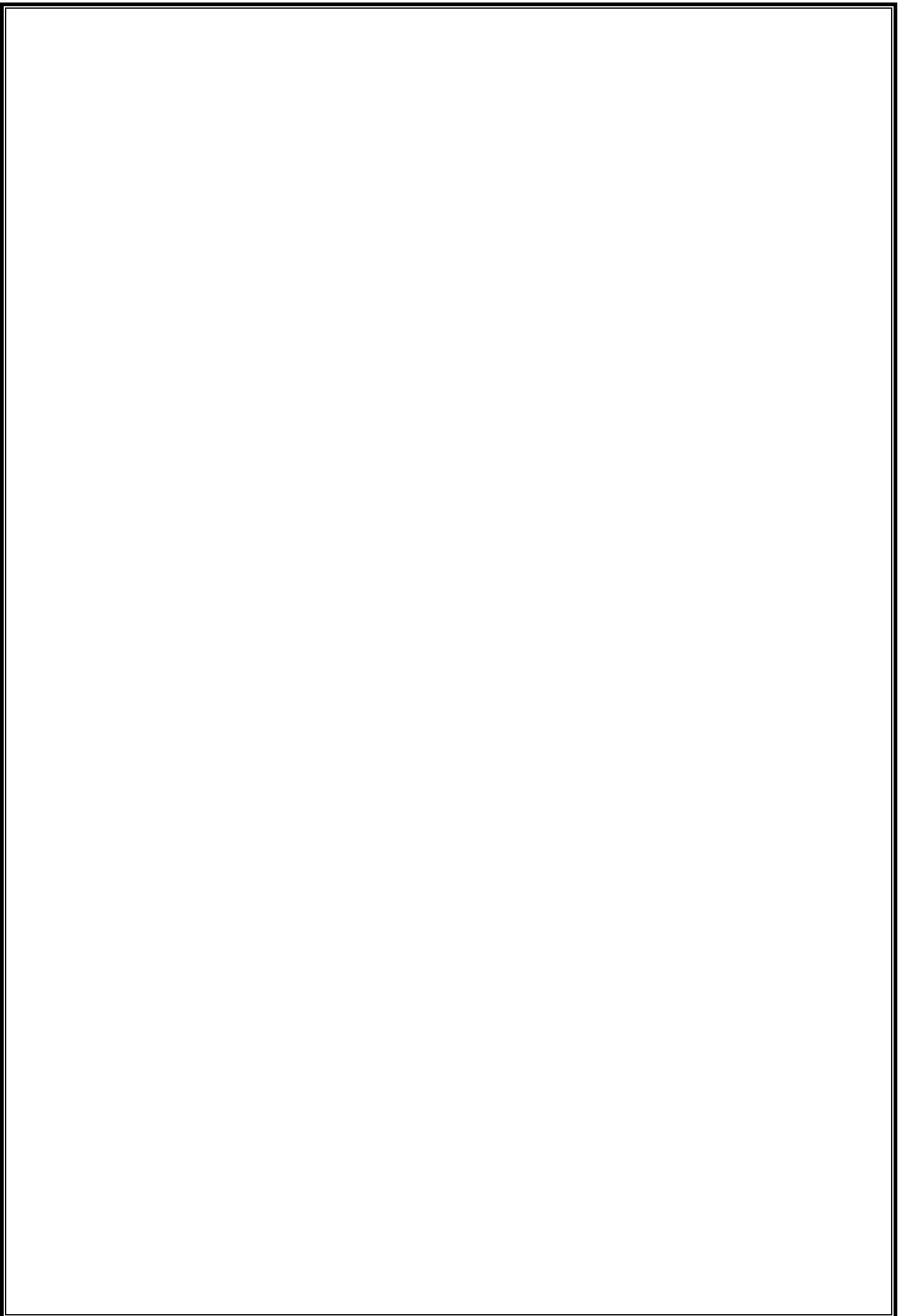
- توصيات الدراسة.....59

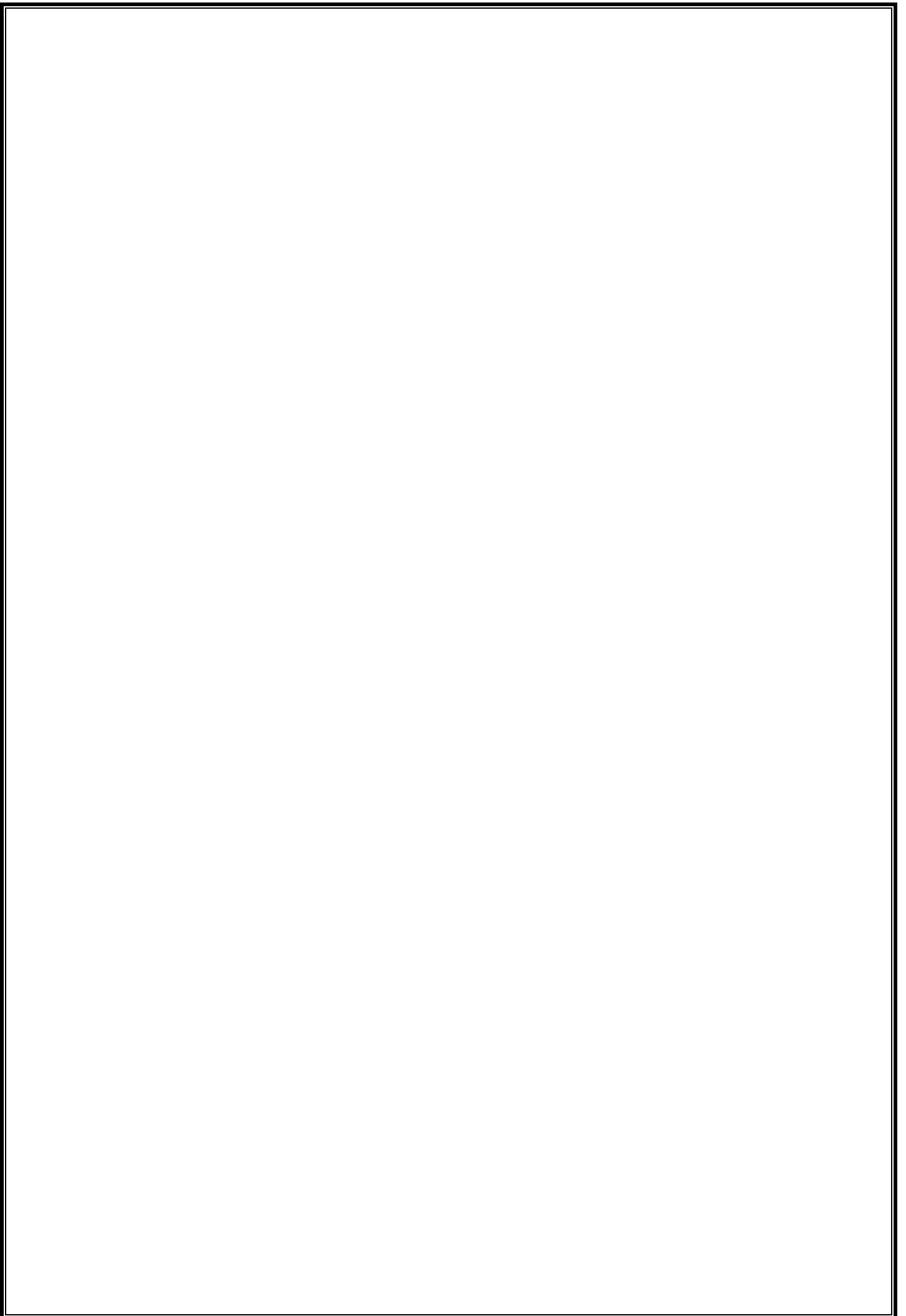
- البحوث المقترحة.....59

- الخاتمة.....60

قائمة المراجع.....61

الملاحق.....64





المقدمة :

يعتبر توهم المرض hypochondrie إضطرابا نفسيا يجعل الفرد يتوهم بأن مرضه عضوي وقد يكون خطير يؤدي حتى إلى وفاته، مع أن المشكلة في حقيقتها نفسية المنشأ وهي تجعل المتوهم يشعر بالضعف والتردد والقلق وعدم الثقة بالنفس، وتتسم شخصية المتوهمين بالمرض قبل المرض عادة بالتمركز حول الذات بشكل غير ناضج والميل إلى الإنعزال والإهتمام الزائد بالصحة والجسم ويلاحظ أن الأشخاص المتوهمين بالمرض لا يمارضون ولا يتصنعون المرض شعوريا ولكنهم يعانون من القلق والضعف العصبي⁽¹⁾، إن توهم المرض ناتج عن عوامل نفسية ضاغطة ويستنتج المضطرب في سياق عملية تفسير ذاتي لعلاقات وإحساسات فيزيولوجية بسيطة تحدث له مكان تعرضه لمرض خطير فيبدي إهتماما مبالغا في صحته وتسيطر عليه مخاوف مرضية وإعتقادات وهمية تدعم فكرة وجود المرض وتتمحور حول مظاهره وأعراضه المتخيلة⁽²⁾، وهو الشكوى المستمرة من أعراض تظهر في الجسم وآلام يؤولها المريض على أنها علامات لمرض خطير كأنواع السرطانات المختلفة، القلب، الكلية... إلخ، وتبدو الصورة السريرية لتوهم المرض في إنشغال الفرد وقلقه الدائم على صحته وإحتمال إصابته بواحد أو أكثر من الأمراض الخطيرة دون وجود علامات أو مرض معين، ويعبر عن هذا الإحتمال بشكاوي جسمية مستمرة، وينشغل بإحتمال وجوده إلى حد يسيطر على تفكيره ومشاعره وحديثه، رغم أن الفحوصات المتكررة لم تظهر أي تفسير عضوي لشكواه، وقد يؤدي هذا الإنشغال إلى إضطراب تكيف الشخص مع نفسه و مع الآخرين.

يظهر توهم المرض بصفة واضحة في العقدين الرابع والخامس من العمر وهو نادر الحدوث عند الأطفال إلا في بعض حالات فقدان الأم أو الإيداع في المؤسسات الإجتماعية، كما يظهر توهم المرض واضحا في سن الرشد أو في الشيخوخة وقد يرجع لدى المسنين لجذب الأنظار ولفت الإنتباه إليهم، كما ينتشر لدى الإناث أكثر من الذكور، ويلاحظ توهم المرض أيضا في حالة العجز أو الإعاقة حيث يبالغ الشخص في الإصابة الجسمية⁽³⁾،

(1) المالح حسان، الطب النفسي والحياة، ط1، دمشق، دار الإشراقات، 1997، ص 76 .

(2) سعد علي، علم الشذوذ النفسي، منشورات جامعة دمشق، كلية التربية، 1993، ص 286 .

(3) الحويج صالح المهدي، التوهم المرضي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 2008، ص 34 .

أما في الرشد فيكون توهم المرض كعرض أساسي يصيب شخصية المتوهم، حيث يدرك الراشد أن أي قرار يتخذه خطر على مسار حياته ولهذا فقد يجد نفسه في اللاقرار يحاول فيه إختيار الحلول المختلفة للمشكلة الواحدة وهذا في حد ذاته مصدر للتوتر والصراع، ولهذا نجد الفرد في هذا الطور مواجهها بمشكلات تفوق بكثير مما واجهه في مراهقته.

وللتخفيف من هذا الإضطراب إقترحنا العلاج المعرفي السلوكي الذي يتمركز حول عقل المريض و يعرض الحقائق أمامه و يخاطب نفسه ويربطه بالواقع، ولا بد من أن يفصح المريض عن دوافعه ورغباته و ينفس عن إنفعالاته ويتعلم كيفية مواجهة الواقع و لا بد من إبعاد عامل الإستفادة من إستمرار إدعائه للمرض، لذا تركز الهدف الأساسي للدراسة الحالية في معرفة أثر إستخدام العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من توهم المرض لدى الراشد، وعليه تم تقسيم الدراسة إلى جانبين: جانب نظري و آخر تطبيقي.

يتناول الجانب النظري ثلاث فصول، عالجت الطالبة في الفصل الأول: الإطار العام للدراسة الذي تضمن تحديد الإشكالية، الفرضية، أهمية الموضوع والهدف منه، أسباب ودواعي إختيار البحث، التعريف الإجرائي لمفاهيم البحث المستخدمة .

ثم في الفصل الثاني تطرقت إلى توهم المرض لدى الراشد تضمن تعريف توهم المرض، تاريخه، النظريات المفسرة ،أسبابه، أعراضه، معايير تشخيصه حسب DSM_{4TR} و cim10 و Henri Ey وكيفية علاجه.

أما بالنسبة للفصل الثالث فتمحور حول المقاربة المعرفية السلوكية لتوهم المرض لدى الراشد تناولت فيه تعريف العلاج المعرفي السلوكي، تاريخ تطوره، مبادئه، أهدافه، المصطلحات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي وأخيرا المقاربة المعرفية السلوكية لتوهم المرض لدى الراشد.

أما الجانب الميداني فتكون من الفصل الرابع تضمن الإجراءات المنهجية التي تضمنت التصميم المنهجي للدراسة من حدود الدراسة وعينة البحث والمنهج العيادي الذي يعتمد على أدوات البحث التالية: الملاحظة والمقابلة العياديتين، أداة القياس إختبار الشخصية متعدد الأوجه لمينيسوتا، ثم البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي إجراءات بناءه ومراحله والتقنيات المستعملة فيه.

أما الفصل الخامس فتناول دراسة الحالة التي تضمنت الفحص النفسي والتقرير النفسي، الشخصي،

العائلي والإجتماعي للحالة وأيضا تاريخ ظهور الإضطراب ونموذج عن سير الجلسات العلاجية.
أما في الفصل السادس: فتم فيه عرض للنتائج المتحصل عليها ثم مناقشتها وتحليلها في ضوء
الفرضية.

لتنتهي هذه الدراسة المتواضعة بخاتمة ثم الإقتراحات و التوصيات،المراجع،وأخيرا الملاحق.

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للبحث

- 1- تحديد مشكل البحث.
- 2 - فرضية البحث.
- 3 - أهمية البحث.
- 4 - هدف البحث.
- 5 - دواعي إختيار البحث.
- 6 - التعريف الإجرائي لمصطلحات البحث.

I- إشكالية البحث :

تحتل الأسرة المكانة الأولى في حياة الفرد وخاصة عندما يصل به النمو إلى مرحلة الرشد التي تمتد من 20 إلى 40 سنة، خلال هذا الطور يتعرض الراشد لضغوط هائلة حتى يكون لنفسه مكانة إجتماعية عالية، فبعد أن كان يعتمد على الوالدين اعتماداً كلياً، وبعدما تجاوز المشكلات الخاصة بالهوية في طور المراهقة، يبدأ في الإعتماد على نفسه من أجل تحقيق ذاته وتحديد واضح في حياته ومكانته الإجتماعية وموقفه بالنسبة لذاته وللآخرين وهذا ما ينمي لديه شخصيته.

فمرحلة الرشد هي مرحلة إكمال النضج وتحمل بين طياتها الكثير من التغيير الذي يحدث خلال الرشد المتوسط ويتأثر هذا التغيير ببعض العوامل والأحداث، ولعل أكثر الأحداث شيوعاً في مرحلة الرشد حدوث بعض التغييرات الجسدية أو الأمراض أو الإضطرابات النفسية المختلفة ومن بين هاته الإضطرابات، **إضطراب توهم المرض** ونظر الأهمية هذا الأخير وإنعكاساته على شخصية الراشد يلجأ المصابون بهذا الإضطراب للعلاج باستخدام وسائل وطرق علاجية مختلفة سواء طبية أو نفسية، وبما أن الدراسات بينت بأن توهم المرض يكون بسبب أثر العوامل الوجدانية على العمليات المعرفية، فقد كان **بلويلر 1950 Bleuler** هو أول من إقترح بأن التوهيمات المرضية يمكن أن تنشأ بسبب التفاعل بين إضطراب التفكير وإضطراب الإنفعال حيث قال بأن تزايد قوة الإنفعال قد يؤدي إلى إضعاف القدرة على الإستنتاج المنطقي مما يؤدي إلى ظهور التوهيمات المرضية موضحاً رأيه بهذا النموذج (4) :

تزايد قوة التأثير الإنفعالي ← ضعف إمكانية الإستدلال المنطقي ← توهيمات مرضية

ويعتبر **ستوكر 1940 Stocker** أن جميع التوهيمات المرضية يمكن أن تنتج عن حالات إنفعالية أربعة هي: الإكتئاب، الهوس، القلق، والشك (5)، على هذا الأساس إرتأينا إلى دراسة مشكلة توهم المرض لدى الراشد باستخدام تقنيات العلاج المعرفي السلوكي، حيث تكمن فعاليته في إحداث

(4) د/عزالدين جميل عطية، لأوهام المرضية أو الضلالات في الأمراض النفسية و العنف، القاهرة، 2003، ص 111.

(5) د/عزالدين جميل عطية، مرجع سابق، ص 112.

تغييرات معرفية وسلوكية وإنفعالية من أجل تطوير مهارات التحكم الذاتي بعمليات التدريب والتعليم وتعزيز السلوكات الإيجابية، كما تهتم المقاربة المعرفية السلوكية بالإنحرافات المعرفية

التي يجب تعديلها لمعالجة الإضطراب من مبدأ أن الأفكار والوجدان والسلوك والجوانب الفيزيولوجية كلها مكونات لنظام موحد، وهو الأمر الذي يوفره هذا العلاج، لذا جاءت الدراسة الحالية للإجابة على الإشكالية التالية :

هل للعلاج المعرفي السلوكي أثر في التخفيف من توهم المرض لدى الراشد؟ وهل هذا الأثر إيجابي أو سلبي؟

و على ضوء الإشكالية المطروحة صيغت الفرضية على النحو التالي :

للعلاج المعرفي السلوكي أثر إيجابي للتخفيف من توهم المرض لدى الراشد.

III- أهمية البحث:

- تكمن أهمية البحث في التدريب على تطبيق العلاج المعرفي السلوكي في حل مشكلة توهم المرض لدى الراشد، والتخفيف من الأعراض المصاحبة لهذا الإضطراب.

- يعتبر هذا البحث إمتداد لدراسات سابقة لبعض الباحثين الذين قاموا بدراسة توهم المرض وقد يتيح هذا البحث المجال لإستحداث برامج علاجية ذات فعالية في علاج توهم المرض.

- المساهمة في البحث العلمي من خلال النتائج والتوصيات والإقتراحات التي ستبينها الدراسة.

IV- أهداف البحث:

- السعي لتحسين حالة عينة البحث الذي يعاني من توهم المرض.

- الإهتمام بإبراز المفاهيم التي لها علاقة باضطراب توهم المرض وتطبيق تقنية علاجية تتناسب مع هذا الإضطراب.

- إقتراح برنامج علاجي معرفي سلوكي يساهم في تخفيف توهم المرض لدى الراشد، ومعرفة الأثر الذي يتركه هذا العلاج.

V- أسباب و دواعي إختيار الموضوع:

- يعد الموضوع من المواضيع المعقدة التي لها العديد من الزوايا ما يسمح للعديد من المجالات

و الفروع بالمساهمة للبحث فيه.

- تعتبر هذه الدراسة كبدائية لمتابعة دراسته في الدكتوراه.

- نقص الوعي لتوجيه مثل هؤلاء الأشخاص(المصابين بتوهم المرض) للعلاج النفسي.

VI- التعريف الإجرائي لمصطلحات البحث :

- **توهم المرض:** هو أن المريض يتوهم إصابته فعلا بمرض أو يتوهم إستعداده للإصابة بالمرض أو عدة أمراض معينة وهو منشغل إنشغالا زائدا بصحته ومهتما إهتماما مفرطا بها، وإن إصابته غالبا ما يفشل الآخرون وحتى الأطباء في طمأنته على صحته وفي إقناعه بخلوه من المرض و من هنا فهو دائم الشكوى من إصابته المتوهمة بأمراض معينة أو من خوفه من الإصابة بها حتى أن البعض يميل إلى تسمية هذا المرض بوسواس المرض.

- **العلاج المعرفي السلوكي:** هو أسلوب من الأساليب العلاجية الحديثة، عبارة عن مجموعة من الإجراءات و التقنيات المعرفية والسلوكية التي تعمل على علاج مختلف الأمراض النفسية من خلال تحديد السلوك المضطرب والأفكار الغير منطقية ودراسنها وتعديلها باستخدام مختلف التقنيات بهدف إحداث تغيير إيجابي في سلوك الإنسان.

وسوف تقوم الباحثة في هذه الدراسة باستخدام مجموعة من التقنيات المعرفية السلوكية:

الإسترخاء، التربية النفسية، التخلص التدريجي من الحساسية، التدريب التحصيني ضد الضغوط أو الحديث الذاتي(التدريب على المهارات الإجتماعية، حل المشكلات، أسلوب تأكيد الذات)، الحوار السقراطي، جدول النشاط اليومي، الواجبات المنزلية.

- **تعريف الراشد:** وهي الفترة التي تمتد من 21 سنة فما فوق، ويمكن تقسيمها إلى :

- مرحلة الرشد المبكر و هي تمتد من 21 إلى 40 سنة.

- مرحلة وسط العمر و هي تمتد من 40 إلى 60 سنة.

وتعتبر مرحلة الرشد المبكر هي مرحلة ذروة الإنتاج و تعتبر مرحلة وسط العمر هي مرحلة الإنتاج المتناقص.

الفصل الثاني:

توهم المرض لدى الراشد

تمهيد

- 1- تعريف توهم المرض.
- 2- تاريخ توهم المرض.
- 3- النظريات المفسرة لتوهم المرض.
- 4- الأسباب المؤدية إلى توهم المرض.
- 5- أعراض توهم المرض.
- 6- معايير التشخيص الرئيسية لتوهم المرض.
- 7- التشخيص الفارقي.
- 8- علاج توهم المرض.

تمهيد:

ليس من الضروري أن يطارد الإنسان مرض حقيقي في بدنه أو عقله، ولكن قد يتخيل الإنسان أنه قد أصيب بأشد الأمراض خطورة، بينما هو في الواقع سليم معافى، ولكن يتشبت به الوهم ويمتلك حياته ويحولها إلى جحيم وهذا ما سنراه في هذا الفصل:

I- تعريف توهم المرض: Hypochondrie

يعرف توهم المرض بالأوهام الجسمية المرضية وكذا باسم الإضطرابات الضلالية ذات النمط الجسدي وهذا طبقاً للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع والمعدل للأمراض النفسية DSM4TR والذي يعرفه على أنه: "الإنشغال بمخاوف أو فكرة من حصول مرض خطير، وهذا الإنشغال مبني على سوء فهم الشخص للأعراض الجسدية، يبدأ قبل 30 سنة لأكثر من بضع سنوات ويستمر على الرغم من التقييم الطبي المناسب أنه لا يملك أي مرض وينتج عن هذا الإنشغال مشكلة هامة سريريا أنه يؤدي إلى إضطراب في الأداء الإجتماعي أو المهني أو غيرها من مجالات الأداء الوظيفي." (6)

ويخاف مريض توهم المرض من أن يكون مصاباً بمرض خطير لا يشفى وهذا ما تناوله نوربير سيلامي Norbert sillamy حيث عرف توهم المرض: "بأنه إنشغال البال العادي بل المرهق لدى شخص فيما يخص حالته الصحية، هذا الإهتمام القلق يمكنه أن يكون غير ذي أساس ولكنه يستمد منشأه إنطلاقاً من إضطراب واقعي بسيط، ونصادفه في الأعصاب والذهانات، إنه في الحالة الأولى (الأعصاب) يستند إلى حالة بسيطة من التيقظ القلق ويرتكز في الحالة الثانية (الذهانات) على حدوث وإقتناعات وسواسية أو على إدراكات هلوسية ويحتفظ توهم المرض عادة في الأعصاب بسمة غير خطيرة من هنا نشأ مصطلح توهم المرض الغير خطير." (7)

II- تاريخ توهم المرض:

قبل السبعينات من القرن الماضي كان المصطلح الشائع هو الأمراض السيكوسوماتية أما المصطلح الحديث فهو الإضطرابات الجسمية المظهر، ونظراً لتاريخه الطويل إختصرناه في:

(6)Manuel diagnostique et statistique des trouble mentaux,DSM- IV-TR ,4ème éd, 2005 , P599.

(7) المعجم الموسوعي في علم النفس نوربير سيلامي،ترجمة وجيه أسعد،دمشق،2001، ص 811.

- يرى جاسبيرز **Jaspers 1914**⁽⁸⁾ أول من ساهم في الفهم الصحيح للأوهام المرضية عموماً وذلك من محاولاته تعريفها وتصنيفها إلى أنواع، وهو يقول بأن الأوهام المرضية هي أفكار خاطئة يراها المريض صحيحة تماماً بالرغم من شذوذها وبعدها عن الحقيقة مهما قدمت إليه من براهين أو تعرض هو للخبرات التي تثبت هذا الشذوذ أو الخطأ ويقسم جاسبيرز الأوهام المرضية إلى نوعين أساسيين:

- **أوهام أولية:** تظهر فجأة دون وجود أعراض أخرى ظاهرة تستند عليها.

- **أوهام ثانوية:** تقوم على اضطرابات حسية أو إدراكية (هلاوس) فعادة ما يكون لها أسباباً أخرى كاضطراب الإدراك أو الإحساس بالتغير الذي يحدث في حالة اضطراب في الوعي.

- ويرى **ميولين 1979 Mullen** أن شدة إقتناع الفرد برأيه أو إعتقاده الذي هو غريب و غير مألوف في وسطه الإجتماعي لا يعد دليلاً كافياً على أنه توهم مرضي ويظهر الشذوذ في:

- **عدم تقبل الواقع:** يتخذ هذا المجال عادة أشكالاً متعددة منها مثلاً أن يدرك المريض أن كل ما حوله قد تغير نحو الأسوأ أو أنه هو نفسه قد تغير أو به مرض ما أو أن شكله أصبح غير مقبول (بالرغم من أنه مقبول) أو أن جزءاً من جسده مشوه وهو طبيعي.

- **توقع الخطر:** إعتقاد الفرد بأنه سوف يتعرض للأذى أو الضرر البالغ وتوهم المرض القائم على توقع الأخطار يتعرض لها مرضى الفصام والبارانويا.

بالإضافة إلى أن الباحثين في بداية القرن العشرين أمثال توماس أرنولد Thomas arnold (1809) وبلويلر Bleuler (1911) وكريبيلين kraepelin (1915) قد إستطاعوا التعرف

على بعض من التوهامات المرضية، فنجد مثلاً أن توماس أرنولد Thomas arnold يضع تصنيفاً للجنون قاصداً به هذه التوهامات يقسمه فيه إلى:

1- جنون الهوية: ويدخل في هذه الفئة المرضى الذين ينكرون وجود أنفسهم فهم يعتقدون مثلاً أنهم قد ماتوا منذ زمن و قد يتخيلون أنفسهم نوع معين من الحيوانات.

(8) د/عزالدين جميل عطية، 2003، مرجع سابق، ص7.

2- جنون الغرور: المصاب به يعتقد بأنه يمتلك قوة خارقة لذلك فهو بمقدوره إنجاز أشياء لا يستطيع إنجازها إلا القليلون وهو يرى أنه شخص عظيم في حين أن الآخرون قد يرونه قذرمختلف عن زملائه في الدراسة أو العمل أو عاطل.

3- الجنون الشاذ غريب الأطوار: يكون لدى المريض وساوس وتخيلات غير معقولة تولد عنده كراهية ومخاوف من الآخرين و تدفعه إلى أن يشكك و يدقق في تصرفاتهم.

4- جنون توهم المرض الجسمي: ويعتقد المصاب بهذا المرض أنه يعاني من أمراض جسمية مختلفة كالسل أو مرض القلب بالرغم من أن الفحوص الطبية تؤكد أنه سليم.

و قد إكتشف كريبلين kraepelin أن الأوهام المرضية هي أحد الأعراض التي تميز الخبل المبكر أو الفصام وبخاصة النوع البارانويدي و صنفها إلى الأنواع الخمس التالية:

1- أفكار عن الإضطهاد: حيث يعتقد المريض بأن الآخرين يضرونه أو يهددونه دون أن يكون هناك مبرر واقعي لذلك فالمريض الذي يعاني من الأوهام الإضطهادية المرضية إذا تعرض مثلا لآلام المعدة بعد تناوله لطعام يعتقد أن شخصا ما قد سممه.

2- أفكار عن وقوع المريض تحت تأثير الآخرين: ويرى أن هناك أشخاصا يعرفهم هو يوجهون تصرفاته رغما عنه بواسطة قوى خفية مسلطة عليه .

3- أفكار العظمة: وتتمثل في التكبر والغرور الزائد عن الحد.

4- أفكار وهمية عن الإشارة: ويعرف هذا حاليا بأوهام الإشارة المرضية وفي هذا النوع من الأوهام يعتقد المريض أن كل ما يحدث حوله يشير إليه فإذا همس إنسان لجاره أو ابتسم أي شخص في وجوده إعتقد أنه يقصده بذلك، ومع إشتداد المرض يتسع مجال هذا الإعتقاد فيشمل ما يقرأ في الصحف أو ما يسمعه أو ما يشاهده.

أما بلويلر Bleuler فقد إقترح ما يعرف "بانتشار التوهم المرضي" هذا التوهم يشغل أفكار المريض مسببا أخطاء منطقية لأنه يفسر الأحداث من حوله تبعا لهذه الأوهام. (9)

(9) د/عزالدين جميل عطية، مرجع سابق، ص5،

III- النظريات المفسرة لتوهم المرض:

لقد ظهرت عدة نظريات للتفسيرات النفسية الخاصة بتوهم المرض منها:

3-1- النظرية التحليلية: يرى أصحاب نظرية التحليل النفسي أن عصاب وسواس المرض هو أحد الوسائل الدفاعية للأنا ضد هجمات نوبات القلق، كما يعتقد سيجمونت فرويد أن توهم المرض هو عصاب خفيف ينشأ نتيجة صراعات ناجمة عن مشاعر الذنب والخوف من أجل صد هذه الصراعات وتذليلها تتم إزاحة الإنتباه وتركيزه على الجسم الأمر الذي يقود إلى عدم ضرورة المواجهة مع الصراع الأساسي والإنشغال بالجسم⁽¹⁰⁾، كما يفسر توهم المرض في نظر التحليلية بانسحاب الليبدو من موضوع خارجي يليه إنطواء نرجسي على الذات وتوظيف مغال للجسم الخاص، ولكن إضفاء الصفة الجنسية على الجسم يسبب بدوره عاطفة الإثمية وعدوانية ضد الأنا وعدوانية متحولة متجسدة في توهم المرض.⁽¹¹⁾

3-2- النظرية السلوكية: ترى هذه النظرية أن توهم المرض متعلم ومكتسب من الآباء، حيث يتخذ الآباء الإهتمام المفرط بصحة الفرد، وهناك من يرجع هذا الإضطراب إلى نمط الشخصية، فالعوامل البيئية المحيطة بالفرد تؤثر في شخصيته وقد تضعف مقاومته ضد بعض الإضطرابات النفسية⁽¹²⁾، كما أن التعلم لا يقتصر فقط على عمليات التقليد أو المحاكاة وإنما يتم عن طريق تدعيم الأفكار أو الكلام أو التصرفات المعبرة عن التوهم المرضي كسلوك، وهناك رأي ثالث يعتبر التوهيمات المرضية إستجابات تجنبيهية تهدف إلى محاولة التخلص من المثيرات المؤذية، فمريض الفصام مثلا لا يستطيع تحمل القلق لذلك فهو يلجأ إلى التوهيمات المرضية لتخفيف حدة ما يشعر به من قلق.

3-3 - النظرية المعرفية: العوامل المعرفية هي تلك العوامل الخاصة بمجموعة القدرات العقلية مثل: الإدراك والفهم والتخيل والتذكر والحكم والإستدلال والتفكير، وقد إقترح الباحثون عددا من العمليات المعرفية كأسباب للتوهيمات المرضية ولعل من أبرزها الفشل في الإستدلال المنطقي.⁽¹³⁾

(10) رضوان سامر جميل، الصحة النفسية، ط2، 2007، ص580.

(11) المعجم الموسوعي في علم النفس نوربير سيلامي، مرجع سابق ص812.

(12) الحويج صالح المهدي، 2008، مرجع سابق، ص79،

(13) د/عزالدين جميل عطية، مرجع سابق، ص64.

IV- الأسباب المؤدية إلى توهم المرض:

هناك عدة عوامل داخلية في الإنسان (جسمية ونفسية) وخارجية في (البيئة المادية والاجتماعية) تتفاعل وتؤدي إلى توهم المرض:

- يرى بعض علماء النفس أن توهم المرض يرجع إلى أسباب وراثية بمعنى إنتقاله عبر الجينات أوالموروثات من الآباء والأجداد إلى الأبناء ومؤدى هذا الرأي أنه ليس مكتسبا من البيئة أو من الخبرات والمواقف التي مر بها الإنسان.

- الخبرات الحسية الشاذة:ينشأ توهم المرض عندما يحاول المريض تفسيرالأحداث التي يمر بها أوالموجودة في عالمه الخارجي من خلال خبراته الحسية التي عادة ما يكون مصدرها أحاسيسه وإدراكاته الشاذة.

- الحساسية النفسية الزائدة عند بعض الأفراد حيث نجدهم يتوهمون وجود مرض لديهم سمعوا عنه من الأطباء أوالمرضى أو عن قراءة غير واعية في الكتب والمجلات الطبية.

- أما نوربير سيلامي فتبرز سبب توهم المرض أنه ناجم عن اضطراب أساسي(إثارة أو تشوه)في وظائف المستقبلات الداخلية أوالخارجية كما يظهر في الغالب باضطرابات الحساسية المرضية أي إحساسات غيرمألوفة (مزعجة أكثر مما هي مؤلمة). (14)

- الفشل في الحياة وشعور الفرد بعدم قيمته.

- بعض الأساليب الوالدية في التربية،مثل:قلق الوالدين المفرط والإهتمام الزائد(15)

V- أعراض توهم المرض:

1-5- أعراض نفسية:تتسم شخصية المريض قبل المرض بالتمركزحول الذات بشكل غيرناضج والميل إلى الإنعزال والإنطواء والإهتمام الزائد بالصحة والجسم.

- إستحواذ فكرة الإصابة بمرض جسدي خطير على الحياة أو مسببا للإعاقة،بالإضافة إلى الشكوى

(14) المعجم الموسوعي في علم النفس نوربير سيلامي،مرجع سابق،ص812.

(15) <http://www.acofps.com>

المتكررة من أعراض جسمانية ليس لها دليل مرضي،بحيث يتردد المريض على العيادات الطبية ويقلق على صحته ويصبح هذا محور تفكيره مع أعراض مصاحبة تتحدد بالتعب والوهن والإرهاق وتسير على سلوك المريض.(16)

- الشخص المصاب بتوهم المرض هو شخص قلق في طبيعته هذا القلق هو عبارة عن النقل أو الإزاحة من إجابات وضغوط نفسية لديه، أي أن قلقه وتوتره قد إنتقل فتركز حول مجال محسوس هو جسمه (17).

- الإنشغال الذي يتميز به المصاب بتوهم المرض لا يعد ضمن أعراض اضطراب القلق العام أو الوسواس القهري أو الهلع أو الإكتئاب الجسيم أو قلق الانفصال أو اضطراب آخر جسدي الشكل، وكان سيجمونت فرويد يعتقد أن هؤلاء المرضى إذا عانوا من القلق الدائم والمستمر حول حالتهم الصحية وإتخاذ التدابير المشددة لحماية صحتهم يكون سبب لعرض، بينما يذهب معارضوا فرويد إلى إنكار ذلك والقول بأن هذه الأعراض تفهم في ضوء العلاقات الشخصية الداخلية في حياة المريض واستخدموا مصطلح توهم المرض في حالة تفكك هذه العلاقات وإهتمام المريض أزيد من اللازم بصحة جسمه (18).

2-5- أعراض جسدية:

- التعب الجسدي المزمن (الصداع، الأرق، اضطراب النوم، الشعور بالتعب والإرهاق والكسل، حالة من عسر الهضم والإمساك) (19).

- التفقد المتكرر للجسد بحثاً عن التفرحات والأورام، مع الفحص المتكرر لضغط الدم والحرارة.

- الإنتباه الزائد لوظائف الأعضاء الجسمية مع الشعور بالألم الوظيفي (ويطلق مصطلح الألم الوظيفي على تلك الآلام التي تصيب وظائف الأعضاء بينما تكون الأعضاء نفسها سليمة). (20)

- نوربير سيلامي توهم المرض يظهر في تشوه وإنتفاخ يصيب الصدر أو البطن على وجه العموم

(16) العيسوي عبد الرحمان، علم النفس الإكلينيكي، 1992، ص139.

(17) زهران حامد، الصحة النفسية و العلاج النفسي، عالم الكتب للنشر و التوزيع، 2004، ص64.

(18) د/عزالدين عطية، مرجع سابق، ص137.

(19) <http://www.acofps.com>

(20) العيسوي عبد الرحمان، 1992 مرجع سابق، ص140.

كما أن إنتباه المريض يجد نفسه في بعض الأحيان وقد إستقطبه مرض أو عضو محدد. (21)

VI- معايير التشخيص الرئيسية لتوهم المرض: حسب:

1-6- الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والمعدل DSMIV-TR: (22)

الإنشغال بأن هناك مرض خطير، هذا الإنشغال المبني على سوء تفسير الشخص للأعراض الجسدية.

- إستمرار الإضطراب 6 أشهر على الأقل.

- يستمر الإنشغال رغم التقييم الطبي المناسب ورغم التطمين من طرف الأطباء .

-الإنشغال ليس محصور بقلق محدد حول المظهر كما في إضطراب تشوه شكل الجسد.

-لايفسر الإنشغال بصورة أخرى: إضطراب قلق معمم، أو إضطراب وسواس قهري، أو الهلع، أو قلق

الإنفصال أو إضطراب ألم أونوبة إكتئابية جسمية، أو إضطراب جسدي بشكل آخر.

- يسبب الإنشغال ضائقة مهمة سريريا أو إختلالا في الأداء الإجتماعي أو المهني أو مجالات

أخرى من الأداء الوظيفي .

2-6- حسب التصنيف العالمي العاشر للأمراض العقلية CIM10: (23)

يتم تشخيص الإضطرابات ذو الشكل السوماتي إذا إستمر الإضطراب مدة 6 أشهر على الأقل،

ووجود إثنين من الأعراض كحد أقصى:

- إنشغال مستمر مع تشوه مفترض كإضطراب تشوه الجسم.

- الأعراض لا تحدث أثناء أي من الإضطرابات الأخرى كالفصام وما يتصل بها.

- هناك إصرار بعدم قبول الطمأنينة الطبية بأنه لا يوجد أي سبب عضوي للأعراض.

- إذا تواجد ألم حاد تصاحبه معاناة كبيرة.

(21) المعجم الموسوعي في علم النفس نوربير سيلامي، 2001، مرجع سابق، ص 811.

(22)Manuel diagnostique et statistique des trouble mentaux,4ème éd,2005, P599.

(23)The ICD-10,1993p106

3-6- حسب دليل الطب العقلي هنري إي Henri ey : في هذا العصاب هناك إنتشار لوجود عدة

حالات للخوف، هذا الخوف هو محاولة للدفاع ضد القلق التي في الغالب لا تكون ناجحة، وهنا

يكون تثبيت على مصدر مولد للخوف، هذه الحالة المتكررة تعد بمثابة رهاب المرض أو الخوف من

الأمراض، في بعض حالات التشخيص بين رهاب القلق ورهاب الخوف لا يكون واضح و يشكل

وضع بينهما يتمثل في عصاب توهم المرض أو الخوف من الأمراض الحالية كالسكري والضغط أو الخطيرة كالسرطانات و الذبحة الصدرية.(24)

VII - التشخيص الفارقي:

7-1- الوسواس القهري: تتصف الأفكار والتصرفات الوسواسية في عصاب الوسواس القهري بالغرابة والبعد عن الواقع، ففي الوسواس المرضية يدور التفكير حول أمور عادة ما تكون غير معقولة وأحيانا تتحول هذه الأفكار إلى سلوك ومن هذامثلا: الأفكار المعبرة عن التشاؤم والشك وتصرفاته الشاذة، فمرضى العصاب القهري غير راضين عن تصرفاتهم وينكرها إنكارا كليا ومع هذا يجد نفسه ملزما بفعلها، بعكس ذوي توهم المرض الذين عادة ما يكونون مقتنعين بأوهامهم بل يرون أنها أكثر واقعية، كما يعتقدون أن تصرفاتهم المترتبة عنها معقولة ولها ما يبررها بل وضرورية أحيانا وذلك بالرغم من أن هذه التصرفات قد تكون شاذة وغريبة كليا(25).

7-2 - عصاب النوراستينيا: عصاب توهم المرض يقترب من عصاب النوراستينيا (الإنهاك النفسي) وفي بعض الأحيان يصعب التفرقة بينهما، لكن المريض بعصاب توهم المرض يشكو من أوجاع بدنية معينة، في حين يشكو مريض عصاب النوراستينيا من وجع عام في جسمه.(25)

7-3- البارانويا : عندما نقارن بين حالة توهم جسمي مرضي بأخرى تتضمن أوهاما مرضية كالبارانويا فسوف نجد تشابها في الجوانب الأساسية المكونة لأي منهما بصرف النظر عن محتوى الوهم، ويكون هذا التشابه عادة في كيفية تكوين الوهم ومدى إرتباطه بأفكار المريض السابقة، ودرجة إقتناع المريض بوهمه وإنشغاله به وتأثيره على سلوكه، ومن أكثر النظريات شيوعا في هذا المجال نظرية فرويد عن البارانويا والأوهام المرضية فهو يرى أن البارانويا وهذه

(24)Manuel de psychiatrie, Henri Ey, P. Bernard, Ch. Brusset, 6ème éd, 1989 .

(25) أديب محمد الخالدي ، المرجع في الصحة النفسية، ط3، 2009، ص301.

الأوهام ينتجان عن دوافع جنسية مثلية تحاول التعبير عن نفسها بقوة حيث تحول هذه الدوافع في اللاشعور ويتم إسقاطها.(26)

7-4- الفصام: التوهامات تشكل الإضطراب الأساسي في الشخصية عند المصاب بتوهم المرض وقد يعاني بعض المرضى من الهلوس لأوهامهم المرضية، إلا أنها ليست بالشدة الموجودة عند

مرضى الفصام، ويتميز هؤلاء المرضى (توهم المرض) عن مرضى الفصام في أن الأوهام المرضية عند الفصامين غير مرتبة وتفكيرهم غير متمسق وشخصياتهم مفككة ومتدهورة .

5-7 الهستيريا: المصاب بتوهم المرض يشبه المصاب بعصاب الهستيريا ويتمثل العرض عادة في أعراض عضوية كالعجز عن الحركة أو الإحساس بالعجز (الشلل الهستيرى أو الصمم الهستيرى) ويكون أساسها نفسي حيث أن أعضاء الجسم سليمة، ومع هذا فهناك إختلافات لأن العرض الهستيرى قد يختفي في أثناء النوم أو نتيجة للحركات الفجائية التي يجبر عليها المريض أحيانا، والمصاب بتوهم المرض يشعر أحيانا بالكآبة لأنه يعاني نوعا من العجز، يشير بيوريوس 1982 إلى أن مرضى توهم المرض الجسمي يصرون على طلب العلاج وهم يكثر من شكاوهم عن أمراضهم الجسمية التي يدعون وجودها وعمما يشعرون به من آلام أو يرونه من أشياء غير طبيعية و هذه الشكوى لا تعبر عادة عن هلاوس وإنما عن أوهام ناتجة عن أخطاء في الإدراك أو سوء تفسير لأحاسيسهم، عكس مريض الهستيريا. (27)

VIII- علاج توهم المرض:

في مقاومة هذه التوهيمات يرى التامنز Oltmans أن منع تكوينها في بداية ظهورها أفضل من محاولة تغييرها بعد أن تصبح مزمنة فاكتشافها المبكر ومحاولة إيقافها بتقديم الأدلة الكافية المقنعة بخطئها أفضل من التدخل العلاجي المتأخر حيث تترسخ لدى المريض الأوهام ويصبح العلاج صعب لأن المريض غير مستبصر بحالته (28)، يمكن علاج اضطراب توهم المرض بالعلاج النفسي والعلاج الدوائي:

(26) د/عزالدين عطية، مرجع سابق، ص 54.

(27) د/عزالدين عطية، مرجع سابق، ص 56.

(28) د/عزالدين عطية، مرجع سابق ص 198.

1-8 العلاج النفسي: يقرر الإكلينيكيون أن العلاج النفسي قد يخفف من حدة التوهيمات المرضية ولكنه لا يزيلها نهائيا، من أهدافه خفض التوتر والقلق ويتم بالإعتماد على بعض العلاجات النفسية كالعلاج المعرفي السلوكي الذي يؤكد على أهمية العلاقة بين المتعالج والمعالج النفسي في جلسات العلاج النفسي، تحديد الافتراضات الخاطئة، تدريبه على إستراتيجيات معينة للسيطرة على الشك، تقنيات الإسترخاء، التخلص التدريجي من الحساسية، التغذية الرجعية، إذا لم تكن هناك

إستجابة للعلاج أو هناك خطر فيتم تنويم المريض للعلاج كإجراء وقائي، إذا كان توهم المرض ناتج عن مرض عقلي آخر كالفسام أو الإكتئاب أو نتيجة تعاطي الكحول والمخدرات فيجب علاج الحالة الأساسية أولاً. (29)

8-2- العلاج الدوائي: إستعمال مضادات القلق anxiolitique لعلاج بعض حالات توهم المرض، أما إذا كان التوهم جسدي فإنه يستجيب لمضادات الإكتئاب anti dépresseur من نوع مثبطات السيروتونين و إذا كان التوهم نتيجة إضطراب توهمي من الذهان فإنه يحتاج للعلاج بمضادات الذهان neuroleptique ولكن النتائج دائماً غير ناجحة.

إستخدام تقنيات الإيحاء والعلاج البديل placebo.

- وقد أوضحت الدراسات أن المرضى يمكنهم أن يتعايشوا خارج المستشفى بالرغم من إقتناعهم التام بصحة أو هامهم المرضية طالما أنهم لا يتأثرون إنفعالياً بها، أما عندما يزداد تأثرهم الإنفعالي بأو هامهم فلا بد في هذه الحالة من إيداعهم المستشفى لأن تفكيرهم و تصرفاتهم سوف توجهها هذه الأوهام. (30)

(29) العيسوي عبد الرحمان، علم النفس الإكلينيكي، مرجع سابق، ص145.

(30) د/عز الدين عطية، مرجع سابق، ص198.

الفصل الثالث :

المقاربة المعرفية السلوكية لتوهم المرض لدى الراشد

- تمهيد

- 1- تعريف العلاج المعرفي السلوكي.
- 2- تاريخ و تطور العلاج المعرفي السلوكي.
- 3- نموذج العلاج المعرفي السلوكي.
- 4- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي.
- 5- أهداف العلاج المعرفي السلوكي.
- 6- خطوات العلاج المعرفي السلوكي.
- 7- المصطلحات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي.
- 8- المقاربة المعرفية السلوكية لتوهم المرض لدى الراشد.

تمهيد:

يعد العلاج المعرفي السلوكي من بين العلاجات ذو أهمية كبيرة في علاج العديد من السلوكيات النفسية المضطربة، فهو يقوم بمعالجة المعلومات وتغيير الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة إلى أفكار إيجابية.

I- تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

لمعرفة هذا العلاج يجب أن نعرف:

- **تعريف السلوك Comportement**: "هو تسلسل منظم لأفعال موجهة من أجل تكيف الفرد لوضعية ما حسب ما يدركها إستنادا إلى مخططات معرفية مخزنة في الذاكرة الطويلة المدى".

- **تعريف المعرفة Cognitive**: "هي إكتساب المعلومة تنظيمها، إستعمالها على أنفسنا ثم على المحيط الخارجي".

- **تعريف الإنفعال Emotion**: "هي أحاسيس جسدية ناتجة عن حدوث تغيرات فيزيولوجية، إستجابة لمنبهات المحيط بناء على إدراكه للأحداث، لذا فالعاطفة مرتبطة بالمعرفة حيث يتحول الإنفعال إلى ظاهرة جسدية تتحول بدورها إلى عاطفة التي تتحول هي الأخرى إلى ظاهرة عقلية (لذة، قلق، حزن، خوف)". (31)

- أما **العلاج المعرفي السلوكي** فيعرفه: **جين كوترو Jean cottraux** على أنه: "تعديل أفكار وأنظمة المعتقدات الشعورية والغير شعورية وتوقعات الفرد حتى وإن كان في النهاية يعمل على السلوك ويمثل أو يصور التطبيق من علم النفس العلمي إلى العلاج النفسي ويستعمل المنهج التجريبي لفهم وتعديل الإضطراب النفسي الذي يخل بالمعاش النفسي للعميل إستنادا على مناهج نظريات التعلم التي تستند بدورها على تعديل السلوكيات الظاهرة والسيرورة المعرفية باستعمال تقنيات تمس ثلاث جوانب: السلوك، المعرفة والإنفعال" (32).

(31) Jean cottraux ,les thérapies comportementales et cognitives,3ème édition,masson ,paris ;2001P4,5

(32) Jean cottraux ,les thérapies comportementales et cognitives,2001,IP0

- أما **الجمعية الفرنسية للعلاج السلوكي AFTCC**: تعرفه على أنه علاقة علاجية وجها لوجه بين معالج ومريض تهدف إلى تعديل سلوك الفرد المضطرب ومعارفه ومعتقداته اللامنطقية الناتجة

عن تأثيرات المحيط والتعلم الإجتماعي إلى سلوكيات وأفكار إيجابية منطقية وذلك من أجل مساعدته على إختيار تعليمات جديدة تسمح له بتطوير كفاءاته بصورة جيدة وجعله قادرا على أن يكون حرا في إختياراته وقادرا على مواجهة أعباء الماضي وضغوطات المحيط." (33)

II - تاريخ وتطور العلاج المعرفي السلوكي:

جنوره ترجع إلى عالم الفيزيولوجيا الروسي إيفان بافلوف 1902 في دراسته حول الإشرط الكلاسيكي، وكذا عالم النفس الأمريكي سكينر Skinner 1904-1990 ودراسته في مجال التعلم من الإسهامات الأساسية التي ساعدت على تطور العلاج السلوكي، والتي إعتبرت كمرجع لعلاج عدة إضطرابات نفسية كالخوف، التبول اللاإرادي، الوسواس وذلك بفضل جهود علماء أمثال واطسن Watson 1920، ماري كوفر جونز Mary cover jones 1924، جوزيف ولبي 1925 الذين لعبوا دورا بارزا في وضع أسس العلاج السلوكي (34)، تبين منهج جوزيف ولبي 1953 في العلاج السلوكي في الكف بالنقيض يعتمد على تحليل المواقف التي تثير الخوف والقلق لدى المريض والنتائج التي حصل عليها من خلال تطبيقه لقواعد التعلم في علاج الإضطرابات لدى الراشدين، وقد أورد ولبي عددا من الأساليب العلاجية التي بناها على أساس من نظرية بافلوف 1927 ونظرية هيل 1934 للتعلم و ما قام به من بحوث تجريبية على تخفيض الخوف وبناء على هذه القاعدة طور الطريقة الشهيرة في علاج الخوف والتي تعرف بالتخلص التدريجي من الحساسية (35)، في بداية السبعينات تم الدمج بين العلاج السلوكي والعلاج المعرفي أطلق عليه العلاج المعرفي السلوكي بفضل لازاروس 1976 أسماه كذلك بالعلاج متعدد المحاور، والذي يعطي أهمية كبيرة للعمليات المعرفية في علاج الأمراض النفسية، ولعل من أهم رواد هذا الإتجاه العلاجي نجد إيليس Ellis 1962 الذي أتى بنظرية العلاج العقلاني الإنفعالي مشددا على العلاقة بين السلوك والإنفعال والتفكير فإذا كانت طريقة التفكير عقلية و منطقية فإن

(33) WWW .AFTCC.org

(34) د/محمد محروس الشناوي، العلاج السلوكي الحديث، أسسه و تطبيقاته، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع، 1998، ص47.

(35) د/محمد محروس الشناوي، مرجع سابق، ص13.

السلوك يكون جيد والإنفعال يكون إيجابيا، أما إذا كانت طريقة التفكير غير معقولة وغير منطقية كان السلوك والإنفعال كلاهما على درجة مرتفعة من الإضطراب، بعدها منهج ميكينبوم 1966 Meichinbaun حول تعديل السلوك المعرفي الذي إشتهر بطريقة التحصين ضد الضغوط

النفسية والتي أصبحت من أهم طرق العلاج السلوكي المعرفي المعمول بها حالياً، وعلاج حل المشكلات لغولد فريد Gold fried 1974 وعلاج ضبط الذات لريم rehm 1977 ونظرية التعلم الإجتماعي وباندورا 1977⁽³⁶⁾، وفي السبعينات أيضاً بدأ هذا التوجه العلاجي بالانتشار في جميع أنحاء العالم و أنشئت جمعيات تهتم به مثل الجمعية الفرنسية للعلاج السلوكي المعرفي (AFTCC سنة 1972)، وفي التسعينات ظهرت الجمعية الفرونكوفونية للتكوين والبحث في العلاج السلوكي المعرفي سنة 1994 أطلق عليها اسم AFFORTHECC⁽³⁷⁾، إلى جانب ظهور عدد من الباحثين إهتموا بالعلاج المعرفي السلوكي وألفوا كتباً لذلك من أمثال جين كوترو Jean cottraux في كتابه العلاج المعرفي سنة 1992 وكتابه العلاج السلوكي سنة 2001 والذي أصبح مرجعاً يعتمد عليه في جميع العلاجات والبحوث حول العلاج المعرفي السلوكي.

III- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

يقوم العلاج المعرفي السلوكي على مجموعة من المبادئ وهي:

- المشاركة العلاجية: يعد التعاون بين المعالج والمتعالج مكوناً أساسياً في العلاج المعرفي السلوكي، فهو جهد مشترك، وليست مهمة المعالج أن يحاول إصلاح المتعالج بل أن يتحالف معه ضد مشكلته، ويعد الواجب المنزلي جزءاً مهماً في العملية العلاجية لزيادة النشاط لدى المتعالج من جهة ولإختبار التشوهات المعرفية الخاصة من جهة أخرى ويستخدم لذلك جدول نشاط يومي. - إختزال المشكلة: ينطوي تخفيف المشكلة على خطوتين:

- التعرف على المشكلات ذات الأسباب المتشابهة وتجميعها معاً ليستطيع المعالج إختيار التقنيات المناسبة لكل مجموعة من المشكلات.

- التركيز على العناصر المحورية التي تشكل مفتاح الإضطراب.⁽³⁸⁾

(36) Ellis,A ,the evolution of rational-emotion therapy and cognitive behavior therapy(RET),1987,P 6

(37)Canceil Olivier,psychothérapie trios approches évaluées,Inserm-paris 2003 ,P169

(38)Beck et al ,cognitive thérapy and the emotional disorders,international universites,1976,p229

IV- أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

حسب جين كوترو يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى :

- مساعدة المفحوص على أن يكون واعيا بأفكاره الأوتوماتيكية السلبية، ومساعدته على تغييرها بأفكار أكثر واقعية وبالتالي تغيير في السلوك المضطرب (تغيير السلوكات السلبية).
- مساعدة المفحوص على معرفة العلاقة بين أفكاره، إنفعالاته وسلوكه.
- يسعى المعالج إلى تحديد أهداف معينة لتحقيقها وحل مشكلات محددة.
- يساعد المفحوص على تعريف وتعديل البنيات المعرفية الغير الوظيفية (39).

V- خطوات العلاج المعرفي السلوكي :

العلاج المعرفي السلوكي هو علاج مختصر يقوم على تعاون مشترك بين المعالج والمتعالج يتطلب ما بين 10 إلى 25 جلسة، تركز في الحالات المتوسطة الإضطراب إلى الشديدة منها على جلستين أسبوعيا لمدة 4-5 أسابيع ثم مرة أسبوعيا، من الأحسن أن تكون متتابعة، والزمن المخصص لكل جلسة علاجية حوالي 50 إلى 60 دقيقة تقريبا، مبني على الخطوات التالية:

- التحليل الوظيفي للسلوكات المضطربة من خلال تحديد السلوكات التي يرغب المفحوص في تغييرها (تحديد السلوك المضطرب).
- الربط بين السلوك المضطرب والإنفعالات والأفكار.

- البحث عن نتائج السلوكات المضطربة (الإنفعالات والأفكار اللامنطقية).

- تحديد أهداف العلاج بين المعالج والمتعالج من خلال شرح الطرق العلاجية المحددة مسبقا مع المتعالج والتي تؤدي إلى تغيير السلوكات والإنفعالات والأفكار.

- تقييم النتائج العلاجية و ذلك بمقارنتها بما تم تسجيله في بداية و أثناء و بعد العلاج. (40)

(39) Jean Cottraux, 5ème édition, 2001, p60

(40) Sénon Jean Louis, thérapeutique psychiatrique, haman, paris, 1995, P576, et Jean cottraux, 3éd, p07.

VI- المصطلحات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي :

1-6- التحليل الوظيفي: **L'analyse fonctionnelle** للسلوك من خلال تحديد المثيرات stimuli السابقة والحالية في علاقة السبب (المثير والاستجابة) بين جملة من السلوكات وجملة من

الأحداث، التحليل الوظيفي هدفه هو التوصل لمعرفة العوامل المفجرة والعوامل المحافظة على استمرار تسلسل السلوك(41)، للقيام بالتحليل الوظيفي يتم الإستعانة بلائحات ليكون واضحا منهجيا، و من بين هذه اللوائح إختارنا شبكة سيكا **Grille Secca** وهي المستعملة في دراستنا الحالية والتي تعني: **situation,emotion,cognition,comportement,anticipation**



- شبكة سيكا **Grille secca**: تسمح بتقييم المشكل كما هو حاليا ودراسة تطور وإنعكاسات الإضطراب عبر الزمن فتمكن في تكوين تصور أكثر دقة للتحليل الوظيفي للإضطرابات النفسية، كل هذه العناصر المثير، الوضعية، الإنفعال، المعرفة هي (أفكار صورة عقلية نسق من المعتقدات) السلوك، الإعتقادات، تؤكد على التفاعل فيما بينها.(42)

2-6- الأفكار الأوتوماتيكية: Les idées autumatiques هي المعرفيات التي تخطر في البال عندما يكون الشخص في حالة ما ولا تكون هذه الأفكار التلقائية عادة عرضة للتحليل العقلاني وغالبا ما ترتكز على منطق خاطيء ومهما تكن هذه الأفكار فهي تبدو لصاحبها مقبولة ومعقولة وهو يسلم بصحتها دون إرتياب و دون إختبار لواقعيتها ومنطقيتها، وتتميز كذلك بأنها تنطوي على موضوع واحد وإن إختلف منطقها في الظروف المختلفة، كما يتسم محتوى الأفكار التلقائية بالخصوبة الفردية، ولا سيما الأفكار الأكثر تكررا وقوة(43).

3-6- العلاقة العلاجية: L'alliance thérapeutique وضع خطة علاجية تخص الأهداف المسطرة والوسائل المستعملة، وذلك بعد جمع المصطلحات بدقة عن الحالة وعن السلوك

(41)Marcelo otero,les règle de l individualité contemporaine, laval2003 P 216

(42)Jean cottraux,les thérapies comportementale et cognitives , 3ème éd ,paris,2001,p75

(43)Jean cottraux,les thérapies comportementale et cognitives,5ème éd,2011,p13

المضطرب، ويتم وضع فرضيات حول هذا السلوك وحول عوامل تفجيريه وثباته عرفها **ألفرد بيك alford et beck** "كعلاقة إشتراك وتعاون تجريبية متماثلة لعارفين يعملان معا على شكل إضطراب مؤسس على التعلم والتغيرات المعرفية للعميل"(44)، وتدعى العلاقة العلاجية التي تنشأ في إطار العلاج المعرفي السلوكي باسم **التحالف العلاجي Rapport collaborative**

4-6 المخططات المعرفية: les plans cognitive: هي بنيات معرفية ثابتة مخزنة في الذاكرة طويلة المدى، ولها وظيفة فورية تكتسب من خلال الخبرات المبكرة ومن خلال التفاعلات بين البنيات النورولوجية والخبرات التي يمكن أن تكون نشيطة بواسطة الإنفعالات وتعطي معنى لمعاش الفرد. (45)

5-6 معالجة المعلومات: Traitement des données: هي دراسة العمليات المعرفية في علاقتها مع الإدراك، التفكير والإنفعال، تدرس الظواهر الداخلية الشعورية واللاشعورية التي تسمح للفرد بالتكيف مع المثيرات الداخلية والخارجية وترتكز على دراسة السيرورات العقلية مثل التفكير، أخذ القرار، الإدراك والذاكرة (46)، أثناء معالجة المعلومات هناك 3 أنواع من المتغيرات الداخلية التي تكون بين المثيرات والإستجابات وهي: المخططات المعرفية، السيرورات المعرفية و الحوادث المعرفية، وهذه المتغيرات هي المسؤولة عن إختيار ومعالجة مثيرات المحيط وتفاعلها مع الإنفعالات والسلوكات. (47)

6-6 تقنية المقابلة L'entretien 4R: هدف العلاج المعرفي السلوكي أن يعي المريض معرفياته ودائره المغلقة التي تقلقه و أن يختار أين سيوقفها، نستعمل هذه التقنية لمعرفة متى ظهر الإضطراب و سببه...، وهذا لإختصار الكثير من الجهد و الوقت و جمع الكثير من المعلومات كما تسمح بتكوين سريع للعلاقة العلاجية، يتعلق الأمر بأربعة تقنيات متداخلة مع بعضها:

- إعادة السياق **la recontextualisation** هو المرور من العموميات إلى المحدد وهو وسيلة فعالة يسهل عملية التحليل الوظيفي المتزامن **synchronique**.

(44)Beck et al ,cognitive thérapy and the emotional disorders,,1976,p229

(45)Daniel widlocher,traité de psychologie,PUF,paris ,1994,p760.

(46)Daniel widlocher,traité de psychologie,PUF,paris ,1994,p76

(47)Jean cottraux,les thérapies comportementale et cognitives , 3ème édi,2001,p71

- إعادة الصياغة: **Reformulation** أن نعيد للمتعالج ما قاله يعني القدرة على أن نعكس معاش العميل من خلال التكرار أو تحديد المصطلحات أو تشكيل الفرضيات.

- **التلخيصRésumé:** إختصار لكل مقاله العميل إما أن يكون في بداية الجلسة أو في نهايتها أو عند تعرقل سيرورة العلاج لتحديد النقاط المهمة والحصول على التغذية الراجعة وما تضمنته العملية العلاجية ويقوي العمل التعاوني.

- **التعزيزRenforcement:** أي فعل يؤدي إلى زيادة في حدوث سلوك معين أو تكرار حدوثه مثل الإثابة المادية أو المعنوية وهو نوعان إيجابي و سلبي. (48)

VII- المقاربة المعرفية السلوكية لتوهم المرض لدى الراشد:

الرشد مرحلة من مراحل النمو الإنساني أين يبلغ الفرد مستوى من النضج العقلي والمعرفي والوعي بالذات، والقدرة على العمل والإنتاج وتحقيق درجة من الإستقلالية والإستقرار ولها خصائصها المتميزة في جميع جوانب النمو، تبدأ هذه المرحلة مع بداية العقد الثالث من العمر أي بعد 21 سنة وتنتهي مع نهاية الستينات، تتسم هذه المرحلة بالتعقيد والتغير، من النظريات التي إهتمت بتفسير هذه المرحلة **نظرية إيريكسون** حول مراحل النمو النفسي الإجتماعي خلال مرحلة الرشد باعتبارها مرحلة الألفة (القدرة على الإلتزام إتجاه الآخرين مقابل الإنعزال) أي تجنب الإلتقاء بالآخرين وتعدد المشكلات الشخصية، و السلوك المضطرب هو الخطر الحقيقي الذي يهدد النمو في هذه المرحلة، أما في أواسط الرشد فتكون الإنتاجية ممثلة في: الجمود، والتركز حول الذات، وحب الذات المفرط، والإنغماس الذاتي.

وقد جاءت هذه المقاربة لفهم الإضطرابات والأمراض النفسية لدى الراشد تقوم على دعائم المعالجين الذين إعتبروا المعاني التي يصبغها الناس على الأحداث هي التي تؤدي إلى إستجابات إنفعالية مختلفة للفرد الواحد في المواقف المختلفة (49)، ووفق هذا المنطق تنشأ المشكلات النفسية بناء على ما يقوم به الفرد من تشويه للواقع والحقائق.

وتقوم هذه المقاربة على مزج بين مختلف الأساليب العلاجية في العلاج المعرفي والعلاج السلوكي

بهدف رسم إستراتيجية منظمة علمية تأخذ بعين الإعتبار تفرد كل شخص من حيث تكوين سلوكه

(48) La method des 04R pdf: www.irat.fr

(49) Renchelin. M, l'équilibre psychosomatique du corps, op, cité 1992, p13

وحالة إضطرابه، ويتوجه التدخل العلاجي بشكل أولي إلى تحديد المعرفيات المشوهة المتعلقة بسوء التكيف والسلوكات المختلة وظيفيا المرتبطة بها، ومن تم تعديلها مما يؤدي إلى تغييرات في

كيفية رؤية المتعالج للعالم أي في سلوكه، وفي إستجابته الإنفعالية للمثيرات وفي تحديد السلوك المناسب، تشير دراسات كثيرة إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لدى العيادات الخارجية لمختلف المشكلات والإضطرابات النفسية والجسمية كدراسة Freeman & Greenwood 1983⁽⁵⁰⁾، لذلك اقترح لودغت Ludgate وزملاؤه أن العلاج المعرفي السلوكي يجب أن يعد العلاج الأولي الفعال لكل من الإضطرابات التي ثبتت فاعليتها في بحث مضبوط كالاكتئاب أحادي القطب، الإضطرابات النفسية الجسدية منها توهم المرض ودراسة ستيرن فرناندز 1991 وآخرون.

- إعادة صوغ البنية المعرفية للمتعالج من خلال مجموعة من الأساليب تقوم على إفتراض أن الإضطرابات الإنفعالية إنما هي نتيجة لأنماط من التفكير السوء والتكيف الخاطيء الذي يتنافى مع الواقع، ويمكن إستخدام أو إنتقاء عدة أساليب لتحقيق ذلك مثل أسلوب العلاج العقلاني الإنفعالي لإليس Ellis، التعديل المعرفي السلوكي Meichinbaum ميكانبوم، علاج ضبط الذات لريهم rehm و العلاج المعرفي السلوكي لبك Beck⁽⁵¹⁾.

وقد بينت نتائج الدراسة أن 80% من المرضى الذين لديهم إضطراب توهم المرض كان لديهم إضطراب حالي آخر، وأن الإضطرابات التي تشترك مع إضطراب توهم المرض لدى الراشد والتي كانت الأكثر تكرارا هي إضطرابات القلق ب 58% إضطرابات الإكتئاب 45% و كانت نسبة المضطربين أعلى بين الذكور والأفراد الأكثر تعليما⁽⁵²⁾، وهذا ما أثبتته دراسة طليعي Talaei (2009) بعنوان توهم المرض لدى طلبة العلوم الطبية، فقد حددت أعراض توهم المرض لدى طلاب فروع العلوم الطبية في علاقتها مع العمر والجنس و درجة التعليم و ظهرت أعراضه لدى طلاب العلوم الطبية في جميع المجالات لا سيما في تلك المجالات التي تحتوي على معلومات طبية متكررة ودقيقة، و في هذه الدراسة كان هناك أيضا إرتفاع في معدل إنتشار

(50)Freeman Arthur lurie, lurie marge, depression a cognitive therapy approche new bridge, 1994, P53

(51)Beck, cognitive therapy past, present and futur, 1993, p61.

(52)مجلة جامعة دمشق، الفروق في إضطراب توهم المرض لدى عينة من الممرضات العاملات في المشافي العامة، دمشق، 2014، ص20.

الأعراض لدى الأفراد ممن يحملون درجة علمية أكثر من ذوي المستويات التعليمية الأخرى. (53)

كما تسهم هذه المقاربة في علاج مشكلات أخرى متصلة بالاكتئاب والقلق وذلك حسب دراسات

أعدت لذلك كدراسة مارتن و جاكوبي 2006 Martin &Jakobi بعنوان: أعراض توهم المرض والقلق المرضي، و دراسة كريفومز و آخرين (2008) Grayfallos et al بعنوان توهم المرض الخصائص الديمغرافية والجوانب المرضية المشتركة مع تشخيص أمراض نفسية أخرى المرتبطة باضطراب توهم المرض مع غيره من الإضطرابات السيكوسوماتية و مع إضطرابات الشخصية ممن يراجعون العيادات الخارجية.(54)

(53)Taleai A ;Hypochondriasis in medical science students of mashhad iram,2009,p 980

(54)Martin &Jacobi,features of hypochondriasis,2006,P770 -777

الفصل الرابع :

الإجراءات المنهجية

تمهيد

1- التصميم المنهجي للدراسة.

2- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

1-2- خطوات إعداد البرنامج.

2-2- التقنيات المستعملة في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

تمهيد:

بعد عرض الجانب النظري وما تضمنه من مجموعة من التعاريف العلمية والنظريات و الآراء، نتطرق إلى جانب ثاني من البحث وهو الجانب التطبيقي في محاولة منا لتحقيق هدف البحث والتحقق من صدق الفرضية، لذا سنتناول في هذا الفصل منهج البحث وإجراءاته و أدواته.

I- التصميم المنهجي للدراسة:

1-1- مكان وزمان إجراء الدراسة: تم إجراء الدراسة في الفترة الممتدة من 01 فيفري 2016 إلى 01 ماي 2016، بعيادة طبية خارجية متخصصة في علاج و جراحة القلب بولاية وهران.

1-2- عينة البحث: كما عرفها محمد شفيق: " أن الباحث يكتفي فيها بدراسة عدد من الحالات أو الأفراد في حدود الوقت والجهد والإمكانات المتوفرة لديه"، وعليه تم إجراء البحث على عينة واحدة، جنس ذكر، يبلغ من العمر 34 سنة، من المترددين كثيرا على العيادة الطبية لعلاج القلب، وقد كان تطبيق البرنامج العلاجي على مستوى العيادة.

1-3- منهج البحث: يعتبر المنهج الوسيلة التي يتبعها الباحث من أجل الوصول إلى نتيجة معينة، وهو الذي يعطي الطابع العلمي للدراسة، وعليه إنطلاقا من طبيعة الموضوع ومحاولة

إختبار الفرضية المطروحة تم الإعتماد على المنهج العيادي الذي يعتمد على الدراسة الدقيقة والعميقة للحالة الفردية من خلال إتباع طرق وتقنيات من أجل جمع المعلومات والمعطيات حول الحالة والتمثلة في الملاحظة والمقابلة العياديتين والإختبارات النفسية، وللمنهج العيادي عدة مناهج فرعية:

أ- المنهج الوصفي باستعمال الملاحظة والمقابلة العيادية.

ب - المنهج التاريخي لمعرفة تاريخ الحالة.

ج - المنهج التشخيصي باستعمال الإختبارات النفسية و الإسقاطية. (55)

(55) جوليات روتر، محمد عطية، علم النفس الإكلينيكي، ص13.

4-1. أدوات البحث:

أ- الملاحظة العيادية: "الملاحظة في البحوث العلمية أداة لجمع البيانات أو المعلومات حول السمات أو السوك تقوم على مشاهدة هادفة بموجب إجراءات منظمة لموضوع معين أو سلوك معين بقصد فهمه و تفسيره"، و الملاحظة نوعان:

- الملاحظة المباشرة: حيث يقوم الباحث بملاحظة سلوك معين من خلال إتصاله مباشرة بالأشخاص أو الأشياء التي يدرسها.

- الملاحظة الغير المباشرة: حيث يطلع الباحث على السجلات والتقارير والمذكرات التي أعدها الآخرين⁽⁵⁶⁾، و قد إعتدنا في هذه الدراسة على الملاحظة المباشرة والتي يتم عن طريقها دراسة السلوك الظاهري للشخص بموضوعية وبصورة مباشرة وجمع البيانات و المعلومات اللازمة لفهم السلوك و فهم الأسباب التي تكمن وراءه والظروف التي تؤثر فيه.

ب - المقابلة العيادية: هي علاقة إجتماعية مهنية ديناميكية وجها لوجه بين الأخصائي العيادي والمريض في جو آمن يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين، أي أنها علاقة فنية حساسة يتم فيها التفاعل الإجتماعي الهادف لتبادل الخبرات والمعلومات والإتجاهات، فالمقابلة تهدف إلى التعرف على الحالة وكسب ثقتها وتحديد مشكلاتها ومعاناتها فهي تجرى في مكان مناسب ولفترة زمنية

معينة معدلها 45 دقيقة أو 60د، وقد تقل فترة المقابلة أو تزيد حسب الهدف المسطر و حسب الحالة(57)، والمقابلة ثلاث أنواع:

- **المقابلة الموجهة:** هي التي تتطلب أسئلتها إجابات دقيقة ومحددة مثلا نعم أو لا ويمتاز هذا النوع من المقابلة بسهولة تصنيف بياناتها وتحليلها إحصائيا.

- **المقابلة غير الموجهة:** وهي التي تتطلب أسئلتها إجابات محدودة و هذا النوع من المقابلة يمتاز بغزارة بياناته و صعوبة تصنيف إجابات.

- **المقابلة النصف الموجهة:** وهي التي تكون أسئلتها مزيج بين أسئلة النوعين السابقين.

وقد إعتدنا في هذه الدراسة على المقابلة النصف الموجهة.

(56)الفتلي حسين هاشم،أسس البحث العلمي في العلوم التربوية و النفسية،2،دار صفاء للنشر،عمان،2014،ص110،109.

(57)الفتلي حسين هاشم،أسس البحث العلمي في العلوم التربوية و النفسية،(مرجع سابق)،ص107.

ج - الإختبارات النفسية: إعتدنا على إختبار مينيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية - الطبعة الثانية -

Inventaire de personnalite multiphasique de minisota MMPI2

1- التعريف بالإختبار:(58)صمم هذا الإختبار من طرف كل من هاتاواي وميكنيلي سنة 1943 و يقيس الميول السيكوباتولوجية هو إختبار موجه لتقييم الشخصية والإضطرابات النفسية، يعتبر من أكثر إختبارات الشخصية الموضوعية إستخداما في المجال العيادي ومجال البحوث النفسية، يطبق هذا الإختبار على الراشدين من سن 16 سنة و ما فوق، و توجد حاليا طبعة للمراهقين يمكن القول أنه إستبيان يقترح علينا ملاحظات دقيقة تتعلق بالشخصية، يتكون من 567 فقرة موزعة على 10 إختبارات فرعية رئيسية بطريقة غير متساوية وقد صنفت هذه العبارات في أربعة مقاييس صدق يرمز لها بالرموز: ل، ف، ك، ؟، و عشر مقاييس إكلينيكية.

- **أولا: سلام الصدق: Echelle de vadilité:** من العلامات المميزة بقائمة مينيسوتا إستخدامها لأربعة مقاييس تسمى مقاييس الصدق (يقصد بها مراجعة لما يمكن أن يصدر عن المفحوص من إهمال أو سوء فهم أو تمارض)، تساعدنا على كشف مدى قابلية الإختبار للتحليل أي مدى صدق الإختبار وهي :

(2) L : تقمص شخصية مثالية.

(1) ؟ : غياب الإجابة على البنود .

(3) F : تقديم إجابات بطريقة عشوائية. K(4): مؤشر صدق يسمح بتصحيح بعض السلالم.

(5) FB : يسمح بالكشف عن الحالات التي قامت بالإجابة بطريقة غير صادقة.

(6) VRIN – TRIN : يسمح بالتعرف على عدم إتساق البنود أي إتساق الإجابات.

(58) دورة تكوينية في الإختبارات النفسية سنة 2015.

ثانيا: السلالم الإكلينيكية: Echelle de base:

رقم المقياس	المقياس	رمز المقياس
1	توهم المرض	HY Hypochondrie (ه س)
2	الإكتئاب	D Depression (د)
3	الهستيريا	HY Hysteria (ه ي)
4	الإنحراف السيكوباتي	BD Déviation psychopatique (ب د)
5	الذكورة و الأنوثة	M-F Masculinité – Féminité (م ف)
6	البرانويا	P A Paranoia (أ ب)
7	السيكاتينيا	PT Psychasthénie (ب ت)
8	الفصام	SC Schizophrenie (س ك)
9	الهوس الخفيف	HY Hypomanie (م أ)
0	الإنطواء الإجتماعي	SC Introversion sociale (س ي)

II- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

2-1. خطوات إعداد البرنامج: مر بناء البرنامج العلاجي بـ:

أ. الخطوات التمهيدية: تم تصميم البرنامج بعد الإطلاع على الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي بشكل عام والعلاج المعرفي السلوكي لعلاج توهم المرض لدى الراشد بشكل

خاص، والإطلاع على مجموعة من البرامج العلاجية والإرشادية، والوسائل السمعية البصرية التي تشرح العملية العلاجية، كما تم الإطلاع على الأبحاث والدراسات السابقة.

ب - مراحل تطبيق البرنامج المعرفي السلوكي: تم تطبيق البرنامج العلاجي على الحالة وذلك في عيادة خاصة بمعدل يومين في الأسبوع لمدة شهر ثم يوم في الأسبوع أي بمعدل 12 جلسة علاجية. إهتمت الطالبة عن طريق برنامج العلاج المعرفي السلوكي في محاولة للتخفيف من توهم المرض لدى الراشد بالمرحل التالية :

- مرحلة القياس القبلي Pre test (تم في الجلسة الأولى).

- مرحلة التدخل العلاجي (البرنامج) Treatment (من الجلسة الثانية إلى الجلسة العاشرة).

- مرحلة القياس البعدي Post test (الجلسة الحادية عشر).

- مرحلة المتابعة Followup بعد شهر تقريبا من إنتهاء تطبيق البرنامج (الجلسة الثانية عشر).

- **المرحلة الأولى (الجلسة الأولى):** تقصي حالة المتعالج من خلال تطبيق الأدوات اللازمة ملاحظة، مقابلة، تطبيق الإختبار (قياس قبلي)، التعريف بالعلاج المعرفي السلوكي وشرح برنامج العلاج (التربية النفسية)، التركيز على المشكلة الرئيسية (توهم المرض)، إقامة علاقة ودية مع المتعالج، ومعاينة الأعراض المرضية، معاينة مستوى النشاط، مراقبة الأفكار.

- **المرحلة المتوسطة (من الجلسة الثانية إلى الجلسة العاشرة):** تعديل البنية المعرفية للمتعالج من خلال تطبيق التقنيات السلوكية المعرفية (الحوار السقراطي، تحديد الأفكار التلقائية ومراقبتها، تحديد المخططات وتعديلها، جدولة النشاطات، الإسترخاء، التخلص التدريجي من الحساسية، التدريب التحصيني ضد الضغوط أو الحديث الذاتي، حل المشكلات، التدريب على المهارات الإجتماعية، التدريب على تأكيد الذات الواجبات المنزلية، إيجاد البدائل تعلم طرائق تفكير جديدة.

- **المرحلة الأخيرة (من الجلسة 11 إلى الجلسة 12):** تهيئة المتعالج لإنهاء الجلسات العلاجية تأكيد أهمية إكتساب المتعالج مهارات التعامل مع المشكلات والمصاعب في المستقبل، بلورة الأهداف المكتسبة، تدريب وإعادة تطبيق بعض التقنيات، (القياس البعدي)، الإنهاء الفعلي ومحاولة الوقاية من الإنتكاس، تقييم البرنامج و المتابعة (إعادة تطبيق الإختبار).

2-2- التقنيات المستعملة في البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي: عموماً فإن المصابين بتوهم المرض يحتاجون إلى نوعين من التقنيات المعرفية و السلوكية ويعتمد هذا المزج الدقيق بين التقنيات على مهارة المتعالج وقدرة المعالج على التدريب:

أ. الحوار السقراطي Dialogue socratique: يعد أكثر تقنيات العلاج المعرفي وأكثرها استخداماً في طرح الأسئلة ويسمى أيضاً الإكتشاف الموجه، وليس هناك شكل أو تنسيق محدد خاص بهذا الأسلوب وإنما يعتمد فيه المعالج على خبرته وإبداعه بصياغة الأسئلة التي سوف تساعد المتعالج على تحديد الأفكار المعرفية المشوهة وتعديلها.

ب . الإسترخاء La relaxation: يعرف الإسترخاء على أنه تقنية نفسية مساعدة ومكاملة لعلاجات نفسية أخرى، ويعتبر كنوع من مضادات الضغط والتوتر وبما أن المصاب بتوهم المرض يعاني من بعض المشاعر كالقلق والإكتئاب، وهذا من شأنه أن ينعكس سلباً على تكوين أفكار لا منطقية حول ذاته وبالتالي ينعكس هذا على طريقة تعامله مع الآخرين فهم بحاجة إلى أسلوب يساعدهم على التخفيف من الضغوطات والإنفعالات المكبوتة⁽⁵⁹⁾، وفي دراستنا الحالية تم الإعتماد على تمرين واحد وهو تمرين التنفس الذي يقوم على جعل الفرد يأخذ وضعية مريحة و يغمض عينيه، ثم يقوم بأخذ شهيق عميق يتم من خلاله ملء البطن بالهواء بدل ملء الصدر وحبسه لمدة وإخراجه بهدوء عن طريق الزفير وتكرار العملية عدة مرات، وكان علينا تشجيعه على ممارسة الإسترخاء في المنزل و في العمل كواجب منزلي له بحيث تتكون لديه عادة الإسترخاء.

ج . التخلص التدريجي من الحساسية: Desensibilisation systémique:

تعتبر هذه الطريقة من أهم الطرق المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي أتى بها جوزيف وولبي يقصد بها التخلص التدريجي من إرتباط السلوك المضطرب بشيء أو حادث معين، و يتم ذلك بتحديد مثيرات السلوك المضطرب وتعريض المريض لتكرار متدرج من المثيرات وهو في حالة إسترخاء حتى لا تنتج الإستجابة المضطربة ثم يستمر التعرض للمثيرات المتدرجة في الشدة حتى الوصول إلى إختفاء السلوك المضطرب (الإستجابة).

ومن أجل تحقيق ذلك يقوم المعالج بإتباع الخطوات التالية:

- تدريب المفحوص على الإسترخاء - إعداد مدرج للقلق بمعنى ترتيب كل المواقف التي تثير القلق لدى المريض من أقل شدة إلى أكثرها شدة - مرحلة العمل (إجراءات التخلص المنظم من الحساسية) - التخيل وهو الأكثر شيوعا في هذه التقنية.

وتبدأ الجلسة الأولى بأن يطلب المعالج من المتعالج أن يسترخي بنفسه لمدة 5 دقائق مع الإيحاء بأنه قد أصبح أكثر إسترخاء وعندها يطلب المعالج من المتعالج أن يتخيل مشهدا من المواقف التي حددها في مدرج القلق ويكون عادة هذا المشهد أقل المواقف إثارة للقلق ثم ينتقل بعد ذلك إلى مشهد آخر وهكذا إلى أن يشير المتعالج بأنه قد بدأ في الشعور بالتوتر ويكرر المعالج تقديم المشهد الواحد من 3 إلى 4 مرات تستغرق كل مرة حوالي 10 ثواني، وتعرض المشاهد التي يتخيلها المفحوص في شكل تصاعدي تبعا للمدرج الذي تم إعداده و ذلك بدءا بأدناها للقلق وصولا إلى

(59)Dattilio and freeman , 2000,P55

أعلى و أكثر الفقرات إثارة للقلق⁽⁶⁰⁾، كما يجب على المعالج أن يراقب المفحوص خلال جلسات العلاج لملاحظة علامات التعب على المتعالج كالحركة السريعة للجفون أو التمتمة...

د- التدريب التحصيني ضد الضغوط: تعتبر طريقة هامة من طرق العلاج المعرفي السلوكي أتى بها ميكنوم 1974 الذي يرى أن تعديل السلوك معرفيا يتم عن طريق تقديم المعلومات الذاتية التي تركز على تعليم المرضى كيفية التخطيط والتفكير قبل الإستجابة ومساعدتهم على إستخدام الحوار الداخلي الإيجابي، حيث أن التخلص من الضغوط يكون مرهونا بالتخلص من الأحاديث الذاتية السلبية وإستبدالها بأحاديث ذاتية إيجابية وهكذا يهدف التدريب التحصيني ضد الضغوط إلى تدريب الفرد على أحاديث الذات الإيجابية⁽⁶¹⁾.

وتشتمل هذه الطريقة على 3 مراحل أساسية متداخلة هي:

- المرحلة الأولى: مرحلة التصور العقلي أو تكوين المفاهيم: فيها يتعاون المعالج مع المتعالج على إقامة علاقة تعاونية إيجابية بينهم، كما تتضمن هذه المرحلة تزويد المفحوصين بالمعلومات التي تمكنهم من فهم ماهية الضغوط وطبيعتها وتأثيراتها السلبية على جوانب شخصية الفرد فسيولوجيا، معرفيا، إنفعاليا، سلوكيا، ويستخدم في ذلك أسلوب المحاضرة و مناقشة كل مكون من مكونات البرنامج العلاجي، ويولي ذلك مناقشة أهداف البرنامج وأساسه المنطقي وإقناع

المفحوصين بضرورة الإلتزام بالبرنامج وأداء ما يطلب منهم من واجبات منزلية كمراسة عملية لما يتم التدريب عليه خلال البرنامج(62).

المرحلة الثانية: مرحلة إكتساب المهارات: تهدف هذه الطريقة بشكل أساسي إلى مساعدة المفحوص على تعلم وإكتساب مهارات المواجهة المعرفية السلوكية اللازمة للتعامل مع المواقف الضاغطة التي يتعرض لها في البيئة وذلك من خلال التدريب على مجموعة من الفنيات مثل الإسترخاء، التحكم في التنفس، التخيل، وأحاديث الذات الإيجابية وكذلك التدريب على حل المشكلات من أجل التحكم في الإنفعالات(63)، **إليس Elliss** يشير إلى هذا التفكير السيء بوصف

(60)جودت عبد الهادي، سعيد حسن العزة، مباديء التوجيه و الإرشاد النفسي، 2007، ص126.

(61)محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمان، العلاج السلوكي الحديث، 1998، ص135.

(62)Gustave nicolas fischer ,2003P192

(63)محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمان، العلاج السلوكي الحديث، 1998، ص136.

ميكنبوم meichenbaum الحوار الداخلي، أما بيك Beck فيستخدم مصطلح الأفكار الأوتوماتيكية ويطلب إلى المتعالج في العلاج المعرفي التركيز على تلك الأفكار، ففي توهم المرض مثلا قد تسيطر على ذهن المتعالج الأفكار السيئة التكيف مثل(لا أمل لي، أنا مريض وهم يكذبونني، أنا عاجز وغير فعال)، وتزداد هذه الأفكار قوة ووضوحا بزيادة شدة الإضطراب.

المرحلة الثالثة: مرحلة التطبيق: فيها يتم تشجيع المتعالج على تطبيق ما تعلمه من مهارات لمواجهة الضغوط وتنفيذها على أرض الواقع، وتتضمن هذه المرحلة عدة خطوات: وهي التعرف على المشكلة، جمع البيانات ثم وضع بدائل وحلول متعددة للتعامل مع المشكلة و تقييم الحلول البديلة ووضع الحل النهائي موضع التنفيذ، وفي النهاية يتم لفت إنتباه المتعالج إلى أن ما حققه من نجاح إنما كان نتيجة جهده الخاص وأنه المسؤول عما حدث له وأنه بإمكانه خفض الضغوط والقلق لديه(64).

هـ - حل المشكلات: تفيد هذه التقنية المتعالجين الذين يفتقرون لمهارات في حل مشكلاتهم عن طريق تعليمهم سلسلة من الخطوات تساعدهم على التفكير في المشكلات والحلول، ولمساعدتهم على التأقلم مع مشكلاتهم بطريقة بناءة أكثر(65)، ويمكن إستخدام المهام المتدرجة على نحو نموذجي كأسلوب لحل المشكلات ويمكن لهذه الطريقة التدريجية فضلا عن الأساليب المعرفية

مثل أسلوب طرح الأسئلة السقراطي وتسجيل الأفكار أن تجدد نشاط المتعالج وتركز طاقته وبالتالي ترفع مزاجه(66).

و- **أسلوب تأكيد الذات:** يعد التوكيد الذاتي أسلوباً مهماً في العملية العلاجية يهدف إلى تعديل

معرفي وسلوكي لدى الأفراد و تدريبهم على التعبير عن مشاعرهم و أفكارهم بطريقة ملائمة.(67)

ز- **جدول النشاط اليومي:** يتم ذلك من خلال تسجيل أداء يومي أو أسبوعي ما قام به، حينما يقدم

سجل النشاط لأول مرة يطلب من المتعالج عادة أن يعد سجلاً للنشاطات الأساسية دون محاولة

إجراء أي تغيير و تتم مراجعة المعطيات في جلسة العلاج التالية.(68)

(64) Gustave nicolas fischer 2003,P192

(65)Torwer et al 1999,P 95

(66)الجمعية عبد العزيز،العلاج المعرفي،2002، ص14.

(67) إبراهيم عبد الستار،العلاج اضطراب العصر الحديث،1994، ص293

(68)Beck et al 1979, P121 .

ك - الواجبات المنزلية: تتمثل في تحديد مجموعة من السلوكات والمهارات التي يتعين أدائها من

قبل العميل تحدد نهاية كل جلسة و تقييم بداية الجلسة اللاحقة،على أن يتم التدريب عليها تدريجياً

في بداية جلسات العلاج بما يتناسب مع هدف العلاج.(69)

هـ - **التغذية الراجعة:** تتألف التغذية الراجعة من ملاحظة الإستجابات الإنفعالية الصريحة للمتعالج

ومن تعبيرات المتعالج عن رد فعله إتجاه المعالج و عملية العلاج،ويمكن للمعالج أن يحصل على

التغذية الراجعة بطرح الأسئلة بشكل متكرر طوال الجلسة لتلخيص النقاط الأساسية ولتوجيه

الجلسة نحو هدفها المرجو،ولإبقاء العلاقة العلاجية ثابتة في مجال(الهنا والآن)(70)

(69) إبراهيم عبد الستار،العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث،1994، ص265.

(70)إبراهيم عبد الستار،العلاج اضطراب العصر الحديث،1994، ص154.

الفصل الخامس:

دراسة الحالة

- 1- دراسة الحالة.
- 2- تحديد اللوحة الإكلينيكية.
- 3- سيرالجلسات العلاجية.

تمهيد:

تم التطرق في هذا البحث إلى حالة واحدة تعاني من توهم المرض لدى الراشد، تم تطبيق الملاحظة والمقابلة العيادية و كذا إختبار الشخصية متعدد الأوجه MMPI-2، ومن خلال النتائج المستخلصة تم تطبيق العلاج المعرفي السلوكي بمختلف تقنياته، وبعدها قمنا بإعادة تطبيق للإختبار وفيمايلي عرض للحالة:

I- دراسة الحالة :

تم إجراء مع الحالة 12مقابلة،مدة كل مقابلة ما بين 45 د إلى 60د وذلك حسب هدف المقابلة.

1-1- تقديم الحالة:الإسم:إبراهيم،الجنس:ذكر،السن:34سنة،متزوج أب لبنت،طويل القامة، قوي البنية،أسمرالبشرة، لا يعاني من أي تشوهات أو إعاقات،يبدو على الحالة ممن يهتمون بأناقتهم ونظافة جسمهم وملابسهم،مستواه الدراسي تقني سامي في الصحة يعمل كبائع بصيدالية،ثقافته جيدة،إبراهيم لا يعاني من اضطراب في الكلام،الإتصال معه كان سهل في كل المقابلات تقريبا،حيث كان يقضي ساعات يصف بها مشكلاته ومتاعبه الصحية لكل من يستمع إليه،ملامح الحزن والكآبة والقلق وضغط تبين هذا من خلال نبرة صوته وطريقة كلامه،الحالة أظهر بعض التحفظ فيما يتعلق بحياته الشخصية وخصوصا المشاكل الزوجية،لكن شيئا فشيئا وبعد توالي الحصص أصبح يتطرق إلى كل المواضيع،إبراهيم قاريء مثابر للمقالات والموضوعات الصحية التي تنشر في الصحف والمجلات،هو غير واعى باضطرابه ويعتبر تردده على العيادات أمر عادي لكن طبيب العيادة وجهه للفحص النفسي بعدما طلب منه رؤية أخصائي نفسي بحكم الأشعة والتحليل الكثيرة التي بحوزته من(سكانير،كشف الرنين المغناطيسيIRM،تحاليل وأشعة متعددة...)لم يظهر فيها أي مشكل طبي،تظهر على الحالة من خلال السلوك إستعداد وتركيز أثناء المقابلات،إدراكه سليم ولا يوجد هذيان أو هلوسة،ذاكرته متوسطة إلى جيدة أحيانا،تميزت أفكاره بالتسلسل والترابط في الحدث والزمن حيث كان يكمل ما بدأه سابقا،ولا يعاني من اضطراب في التفكير،قدرته على التجريد و التخيل والحكم على الأشياء والتعرف على الأشخاص جيدة، إلى جانب ذلك تميزه بانتباه و تركيز كبيرين، كما لاحظت إصغاءه الشديد لكل المعلومات التي تقدم له وكان أحيانا يطلب شرح أكثر حتى يتسنى له الإجابة بدقة كذلك قدرته على إعطاء ملخص عن المعلومات التي تعطى له،نظرته للعالم الخارجي مقبولة،إنفعالاته تتناسب مع الإنفعالات الملاحظة عليه،أما بخصوص علاقاته الإجتماعية فهي جيدة مع الأم والإخوة وحتى مع زوجته وابنته،عند وصفه لذاته يظهر أنه لديه ثقة في نفسه ويحب نفسه وزوجته ولكن يقول هي من طلبت الطلاق"ما حبتش توقف معايا"تزوجنا عن علاقة حب وصبرت معي العام الماضي لكن الآن تقول لي"راك ضيع في الدراهم وخلصتهم وما خليتناش باه نعيشوا أنا وابنتك،كما تقول بأنها

كرهت الغرفة التي تراها دائما مملوءة بالأدوية و الأشعة"، ولكن علاقته كانت أعمق مع والده رحمه الله "أنا كنت متعلق بزاف ب بابا ربي يرحمو" ويذرف قليل من الدموع.

1-2- تاريخ الحالة :

أ. السوابق العائلية: ترعرع إبراهيم في أسرة محافظة نوع ما مكونة من الأم، الأب متوفي منذ سنتين بمرض القلب، وأربعة إخوة (2 ذكور، 2 إناث) هو بالمرتبة الثالثة، لديه أخ وأخت أكبر منه، ليس لديهم سوابق مرضية ما عدا الأب.

ب - السوابق الشخصية: ولد إبراهيم بعد حمل مرغوب فيه، الولادة والرضاعة كانت طبيعية، كذلك النمو الحسي الحركي فقد كان طبيعيا، عاش طفولة سعيدة ومراهقة جميلة جدا، تعرف على زوجته، تزوج وسنه حوالي 28 سنة وأنجب معها بنت إسمها (لميس) هي كل حياته، يقول "رزقني الله بها بعد 3 سنوات زواج، سنها الآن 3 سنوات"، تدرس الحالة كان بصورة عادية كان متفوق في دراسته "بابا كان حابني نخرج طبيب ولكن القدر ما كتبش حتى في الثانوية وليت ما نقراش" هو عامل منذ 8 سنوات تقريبا، كانت حياته عادية إلى أن توفي الأب منذ سنتين ونصف تقريبا "لم تظهر عليه هذه الأعراض إلا بعد وفاة الوالد"، لديه أصدقاء، إجتماعي بطبعه "لكن بعد أن مرض بدأت تقل"، لم يعاني من قبل بأي مرض "عمري ما دخلت للطبيب"، حتى بعد وفاة والده بدأ يتناول كل أنواع الأدوية.

1-3- الحالة الراهنة: بداية الإضطراب كان منذ سنتين "أي بعد وفاة الوالد بفترة"، إبراهيم 34 سنة، في إحدى المرات شرب دواء من الصيدلية (مقويات) وأحس بضيق غريب، وبعد يومين تعب تعب شديدا وذهب لأكثر من دكتور فقالوا له أنه المعى الغليظ فتناول الأدوية وتحسنت حالته، إبراهيم كان يتناول أنواع الحبوب والفيتامينات تحسبا أو منعا لإصابته بمرض محتمل، بعد فترة أصابته نوبة غريبة وإحساس بالموت، وضيق كبير بالتنفس وتخدير يديه لدرجة أن يده اليسرى توقفت عن الحركة ذهب إلى المستشفى و أجريت له عدة فحوصات و تحاليل وقال له الطبيب بأنها نوبة قلق، وعادت الحالة إليه بعد أشهر ولكنها كانت أشد قسوة وكانت عبارة عن ضيق كبير بالتنفس وتزداد كلما أحس بالخوف وأيضا شخصوا حالته بأنها مجرد نوبة قلق و لكنها كانت تأتيه فجأة وبشكل غريب وبدون أي سبب، يعاني كثيرا من شعور عدم إرتياح بالصدر و منطقة أعلى البطن

و كانت قد ظهرت عليه أعراض جديدة من المرض آخرها إعتقاده بوجود إختلال خطير في ضربات قلبه، فأخذ يراجع الأطباء باستمرار دون حصوله على إجابة منهم تؤكد وجود خلل في جسمه بل كانوا يؤكدون له أنه في صحة جيدة، وأنه لا يعاني من أي شيء غير أنه يشكك بوسائل أو أدوات التشخيص التي يستعملها هؤلاء الأطباء، وقد تبين له أن مرضه من النوع النادر الذي يصعب تشخيصه حتى على أحدث الأجهزة المتطورة وليتأكد من ذلك سافر إلى فرنسا وكندا لإجراء أشعة وتحاليل هناك "هو ما يعرفوا خير من هنا"، ذهب للخارج وقام بعمل تخطيط القلب بالرسم الكهربائي ECG، والتردد الصوتي echographie gardiaque، قياس الصدر لمدة 24 ساعة Mappa، ومختلف التحاليل الطبية والبيولوجية وبعد كل هذا يقول له الأطباء بأنه سليم ولم يتبين له شيء و أن كل ما يعاني منه هو التوتر والضغط، نصحوني بمتابعة أخصائي نفساني هناك لكن الظروف المادية لم تسمح بذلك، واستمرت حالته لشهور سليم ثم عادت نفس المشكلة مع أنه تناول كثيرا من أنواع الأدوية (كمضادات القلق) بدون جدوى، إبراهيم يبحث عن طبيب يقول له بأنه مصاب بمرض القلب "لأن أعراضه نفس أعراض والده"، يشعر أحيانا بضغط وتوتر وقلق وخوف "أشعر بالخوف من أن أكون مريضا مرضا خطيرا وما عرفوليش"، أحيانا متفائل وأحيانا حزين، لا يذهب للعمل بعد إحساسه بالمرض، أصبح يخاف من الذهاب للعمل لأن ميزاجه أصبح متقلب و غير مستقر " نخاف نغلط في اللي يخدموا معايا".

- إبراهيم يبدأ نهاره بالذهاب إلى عمله قليلا ولكن بعد وضعه للعطل المرضية أصبح يستيقظ باكرا يصلي الصبح، يتناول قهوته، ثم يخرج ليتردد على عيادات جراحة القلب خاصة تلك التي تقول له عليك بالعودة غدا يقول "دائما كي يقولولي ولي نقول بالاك عرفولي مرضي"، وإجراء تحاليل جديدة، ويبحث عن عيادات فتحت جديدة من أجل أخذ رأيهم بحالته، حتى الأم والزوجة ملوا من هذا الوضع، بعد المقابلة مع الأم تقول "ما فهمتش واش بيه حاب بسيف يدير عملية جراحية لأن أبوه الله يرحمو ما كانوا قادرين يديريلو بسبب عمره" أما زوجته فتقول "كان لاباس عليه رجل محترم، مهذب، عامل، لكن بعد وفاة والده بحوالي 6 أشهر بدأ يتردد على الأطباء ويتناول أدوية متعددة ولينا خايفين عليه، كامل الدراهم خلصهمنا في إجراء التحاليل والأشعة، بالرغم من أنني ذهبت معه لكندا وفرنسا وقالونا ما عندو والو" هو يقول "خاصني نداوي روجي قبل ما نلحق لحالة بابا و مايقدر يديرولي والو" يقول عدت مجددا لهذه العيادة عندما سمعت بأنها فتحت جديدة وأن بها بروفيسور كان في فرنسا وكن النتائج كذلك كانت سليمة وأني لا أعاني من شيء، ونصحني

بالذهاب إلى أخصائي نفسي و لكن أنا مريض بالقلب حقيقة وليس لدي مرض نفسي، كل الأطباء قالوا لي أن الأمر عادي جدا ولا يشكل أي خطورة، أصبحت أخشى الخروج بمفردي خوفا من تكرار النوبات، أصبحت أخشى الإستحمام لأنها تسبب لي ضيقا غريبا و دائما أشكو عند الإستيقاظ من النوم بانتفاخ وضيق بالصدر، في هذه الأيام تطورت حالتي سوءا وأصبح كل جسمي يؤلمني بطريقة غريبة خاصة في الصدر وتنميل في الجسم ووجع في العضلات والعظام، أصبحت عصبي، مزاجي سيء جدا كلما راجعت طبيبا يرتفع ضغطي أكثر، ولكن عندي إحساس بأنني مريض مرض لا يستطيع أحد تشخيصه، فأنا حقا مريض، هم دائما يصفون لي مضادات القلق مثل sulpiride ولكن لا يؤثر في، بالإضافة إلى أنني أعاني من خوف شديد من الأمراض ودائما أقيس حرارتي وأتفقد جسمي وأخاف أن تصيبني أمراض خطيرة وأموت مثل أبي وأشعر بالضيق عندما أرى شخصا مريضا أو أسمع أن شخصا مريضا.

II- تحديد اللوحة الإكلينيكية للحالة :

لتشخيص نوع الإضطراب وشدته قمت باستخدام الملاحظة والمقابلة العياديتين وتطبيق إختبار الشخصية متعدد الأوجه الذي أظهرت نتائجه أن الحالة تعاني من توهم المرض، معتمدة في ذلك على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع والمعدل للأمراض العقلية DSM 4TR بناء على الأعراض التالية:

- الإنشغال بأن هناك مرض خطير، (إنشغال الحالة بأنها تعاني من مرض القلب).

- إستمرار الأعراض لمدة سنتين.

- كل الفحوصات الطبية تبين بأنه سليم معافى.

- الحالة لا يعاني من تشوه في الجسد.

- هذا الإنشغال غير مرتبط بإضطراب كإضطراب قلق معمم، أو اضطراب وسواس قهري، أو اضطراب ألم أونوبة إكتئابية جسمية (الإنفصال أو اضطراب جسدي بشكل آخر).

- إستحواذ فكرة المرض شكل لدى الحالة ضائقة مهمة سريريا وإختلال في الأداء الإجتماعي والمهني ومجالات أخرى من الأداء الوظيفي.

III - ملخص الجلسات العلاجية :

في هذا البرنامج حددت الطالبة الجلسات بإثني عشرة (12) جلسة علاجية مدة كل جلسة 60 دقيقة موزعة كمايلي:

- ربع وقت الجلسة لمناقشة ردود الفعل إتجاه الجلسة السابقة و مناقشة الواجب المنزلي و الصعوبات إن وجدت و قراءة جدول أعمال الجلسة الحالية.

- نصف الوقت تقريبا يخصص للعمل على المشكلة المطروحة من قبل المتعالج و تعليمه بعض التقنيات المعرفية أو السلوكية.

- ربع الوقت تقريبا المتبقي يخصص لتحديد الواجب و تلخيص النقاط الرئيسية في الجلسة.

- سيرالجلسة العلاجية رقم 1:

- **التحالف العلاجي:** تم الترحيب بالمتعالج بطريقة ودية،قدمت نفسي بإيجاز(إسمي والوصف المهني)،بدى المتعالج متوترا وقلقا(حاولت الحديث معه في العموميات للتخفيف من حدة القلق)،بعدها أعطيت للمتعالج فرصة ليصف معاشه من خلال التحدث عن نفسه ومصاعبه ومشكلته بأسلوبه الخاص وتسهيل الأمر له بالدعم والتشجيع،للتمكن من الحصول على المعلومات عن طريق المقابلة المفتوحة أي الإستقصاء الحرالغيرالمقيد وعندها تكون لدي القدرة على فهم وجهة نظر المتعالج أكثر،وهذا يساعد على تقوية العلاقة بين المعالج والمتعالج،إتفقنا على عدد الجلسات،شرحت له البرنامج العلاجي بإختصار،الهدف من العلاج وفعاليته في مساعدته لحل مشكلته،تنفيذ الأهداف العلاجية الموضوعة لكل جلسة،كما شرحت للمتعالج أدوات البحث المستخدمة(إختبار الشخصية المتعدد الأوجه (MMPI2) الذي تم تطبيقه في نهاية الجلسة كقياس قبلي.

- **الواجب المنزلي:**قراءة نشرة عن العلاج المعرفي السلوكي كواجب أولي طلبت منه أن يسجل ملاحظاته و تساؤلاته في دفتر خاص،على أن يتم مناقشته في الجلسة التالية.

- سير الجلسة العلاجية رقم 2:

- **التحالف العلاجي:** من خلال معرفة ردود فعل المتعالج عن الجلسة السابقة (تغذية راجعة) ،مناقشة الواجب المنزلي(التأكد من فهم المتعالج للنشرة الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي،وكيف أن التفكير و التأويل يؤثران في المشاعر و السلوك وشرحه له).

- **تقنية التربية النفسية (التعليم النفسي):**الهدف منها إعطاء معلومات حول توهم المرض ومحاولة جمع كل الأفكار السلبية للمتعالج حول أعراض توهم المرض وكيفية التعامل مع هذه الأعراض ومواجهتها وتوجيهه نحو أساليب خفض شدة الأعراض(التي سيتعلمها خلال الجلسة الحالية و الجلسات اللاحقة).

- **تقنية التدريب التحصيني ضد الضغوط أو الحديث الذاتي:**تم الإستعانة بهذه التقنية من أجل مساعدة الحالة على تجاوز خوفها اللامنطقي والتشاؤم(للتغلب على فكرة توهم المرض بمواجهة الخوف)،تدريب المتعالج نفسه على الإجابة على الحوار الذي يدور في داخله مثل:"إنني أفعل شيئاً صحيحاً،أنا مريض فعلاً"،توليد ردود أفعال عقلانية على أفكار المتعالج الغير عقلانية،الأفكار التلقائية التي ولدت إنفعاله والتشوهات المعرفية والإستجابات اللاعقلانية.

- **سجل الأفكار:**حدد الحدث الفعلي المؤدي بك إلى هذا الإنفعال،درجة تأثيره عليك،الأفكار التلقائية المرافقة لإنفعالاتك،حدد التشوهات الموجودة في كل فكرة تلقائية،أكتب الإستجابة العقلانية على الفكرة التلقائية،الهدف من هذه التقنية إدراك العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك،تعديل الأفكار المختلة وظيفياً،تلخيص بإيجاز ما قاله المتعالج"ما عرفوليش مرضي،أنا صح مريض،حباب نداوي،قلت بأنك شعرت...،لقد قلت بأن... "إستعملت كلمات المتعالج نفسها وتركته يرى الكلمات مكتوبة على سجل الأفكار المختلة وظيفياً.

- **إستخدام المنهج السقراطي** في طرح الأسئلة وفي الكشف عن المعرفيات المختلة وظيفياً.مثلاً:ما الذي حدث؟ما الذي أدى إلى ذلك؟

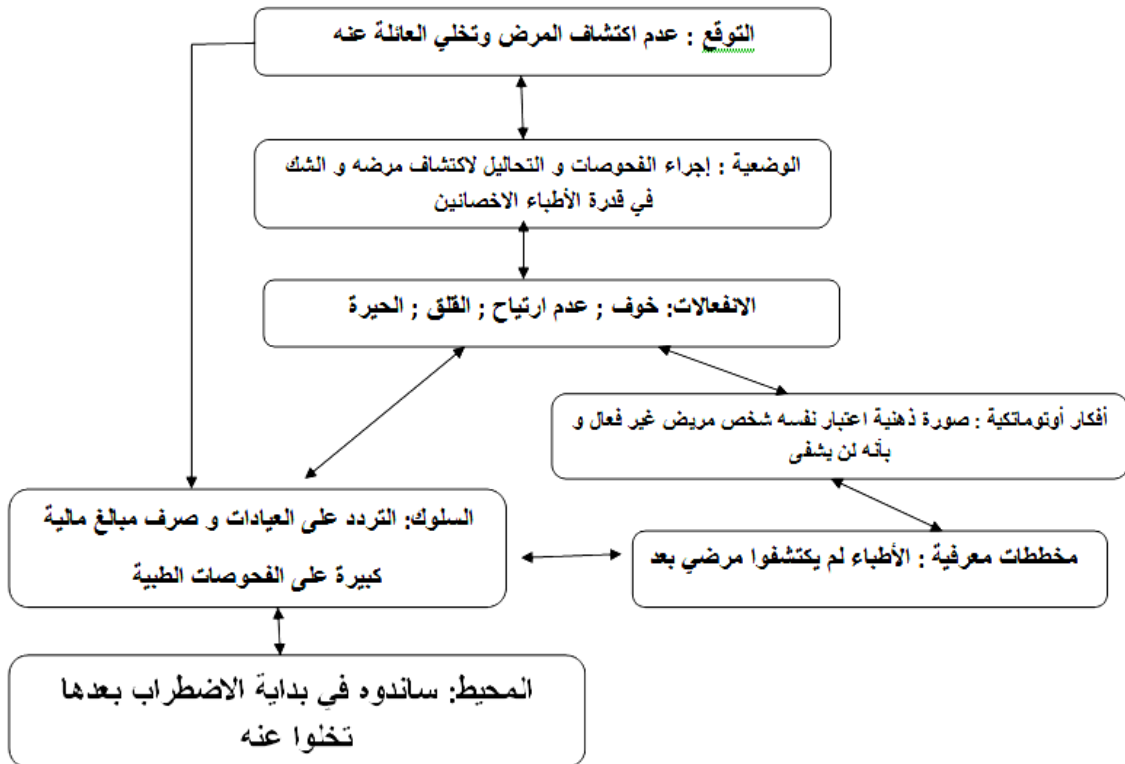
- **الواجب المنزلي:** تقرير المتعالج عن الجلسة العلاجية،تسجيل ما يقوم به خلال اليوم(جدول النشاط اليومي)

سير الجلسة العلاجية رقم 03:

- إجراء تغذية راجعة عن الجلسة السابقة، ومناقشة الواجب المنزلي والصعوبات التي واجهته ثم إستعراض جدول أعمال الجلسة (الهدف منها التحضير لجلسة العلاج).

- مخطط التحليل الوظيفي لشبكة سيكا:

1- التحليل التزامني:



2- التحليل التاريخي: Diachronique

المعطيات البنيوية الممكنة:

- معطيات جينية وراثية: الأب توفي بمرض القلب.
- معطيات شخصية: قلق، خوف، ضغط، إنشغال.
- عوامل مفجرة أساسية: وفاة الأب بمرض القلب.
- مشاكل أخرى: اضطرابات المعدة، تعب، اضطرابات في النوم و الشهية.
- علاجات سابقة: لا توجد.

- **تقنية الإسترخاء:** ممارسة تقنية الإسترخاء التنفسي والإسترخاء العضلي التدريجي لجاكوبسون Jacobson تم الإستعانة بتمرين التنفس، تم الطلب من المتعالج الإستلقاء وإغماض عينيه وأخذ نفس عميق ملء البطن بالهواء وحبسه مدة 10 ثواني ثم إخراج بهدوء عن طريق الزفير وتكرار العملية عدة مرات، لم يدخل المعالج في حالة إسترخاء بسرعة، ولكن بمساعدته وبعد مرور حوالي 15د قال لي "راني نحس روعي خفيف"، وهذا ما ظهر على ملامحه .

الواجب المنزلي: التدريب على تقنية الإسترخاء، إعداد جدول النشاط اليومي.

- سير الجلسة العلاجية رقم4:

- إجراء تغذية راجعة عن الجلسة السابقة، ومناقشة الواجب والصعوبات التي واجهته، سألته عن تقويمه للجلسة السابقة، هل يشعر بارتياح، هل يشعر بتحسن في أعراضه فأجاب بنعم، ثم إستعرضت له جدول أعمال الجلسة.

- **التعرف إلى الأفكار التلقائية للمتعالج:** ومناقشتها وطلبت منه تدوينها أمر ضروري حتى لا تبقى في عقله فقط لأن التدوين سيجبره على تطوير مزيد من الموضوعية أكثر مما سينجزه عندما يترك للأفكار أن تدور داخل عقله كالدوامة، التعرف إلى التشوهات المعرفية(الخاطئة السلبية) وتسجيلها ومناقشتها، أعطيته إستمارة تحمل الأفكار المشوهة والأفكار السوية والأفكار المختلة وظيفيا.

- **الواجب المنزلي:** الإستمرار في إستنباط الأفكار السلبية والتشوهات المعرفية التي تقود إلى إضطرابه، جدول النشاط اليومي.

- **سير الجلسة العلاجية رقم 05:** بدى المتعالج أكثر إرتياحا من الجلسات السابقة، بعد الترحيب به سألته عن حالته النفسية و الميزاجية فأجاب بأنها أحسن قال(لدي ثقة فيك وفي هذا البرنامج

العلاجي)، بعدها تم مناقشة الواجب المنزلي و جدول النشاط اليومي .

- **التدريب على تأكيد الذات:** من أجل مساعدة المتعالج على إعادة الثقة في نفسه و تأكيد ذاته تم الإستعانة بتقنية التخلص التدريجي من الحساسية و دمجها مع تقنية تأكيد الذات عن طريق تخيل كل موقف بالترتيب و هو في حالة إسترخاء وتكرار العملية مع كل موقف، تم تعليم المتعالج

عدة تأكيدات إيجابية وأفكار أكثر منطقية وإقناعه بتبنيها والطلب من المعالج بأن يسترخي ويغمض عينيه و لا يفكر في أي شيء سوى الكلمات التي يقولها لنفسه ويجب أن تكون فيها قوة في النفس(مثل:هذا مجرد وهم وليس حقيقة بما أن كل الكشوفات الطبية سليمة فهذا يعني أنني سليم معافى)،كما وضحت للمتعالج كيفية حدوث التغير العلاجي من خلال التدخلات المعرفية(تجنب الموقف،تغيير السلوك...)كما يمكنه من تغيير إستنتاجاته وتقويماته للموقف وهذه الطريقة تعطيه فرصة للتكيف مستقلة.

- إعادة الصياغة: تهدف إلى مساعدة المتعالج للتفريق بين الأفكار والمشاعر والسلوك.

- الواجب المنزلي: طلبت من المتعالج أن يجسد هذه المواقف في الواقع،جدول النشاط اليومي.

سير الجلسة العلاجية رقم 06:

- أعطيت للمتعالج فرصة المبادرة للبدء في المقابلة،حتى يتسنى له فرصة التحدث عن المشكلات والصعوبات التي واجهته مع المناقشة،ثم قمت بعرض جدول أعمال الجلسة.

- تقنية التخلص التدريجي من الحساسية: في هذه التقنية تم الإعتماد على 3 خطوات:

- الخطوة الأولى: تم فيها عرض جميع الضغوط والقلق والضيق الذي يتعرض له المتعالج و الإضطراب النفسي من خلال ترده على العيادات(الضغط الأساسي هو أن الأطباء لم يفهموا حالته وأنه مريض بالفعل،أنه أصبح غير فعال في المجتمع،نظرة الآخرين له،المشاكل الزوجية،عدم فهمه لنفسه وتصرفاته،الإنسحاب الإجتماعي).

- الخطوة الثانية:تم الطلب من المتعالج ترتيب هذه الضغوط من الأقل إثارة إلى أكثرها إثارة للقلق وكان الترتيب كالاتي:نظرة الآخرين له - الإنسحاب الإجتماعي - المشاكل الزوجية - عدم فهمه لنفسه و تصرفاته - الأطباء لم يفهموا حالته و أنه مريض بالفعل،أصبح غير فعال في المجتمع، وبعد ترتيب مواقف الضغط تم إجراء تقنية الإسترخاء والتي تمت بطريقة سريعة و كان تنفس المعالج منتظم و كانت عضلاته مرتخية وأثناء الإسترخاء طلبت منه تخيل موقف من مواقف الضغط و التعبير عنه ووصف شعوره و هو يعيش ذلك الموقف وتم التركيز على مشكل الأطباء لم يفهموا حالته وأنه مريض فعلا،لأنني رأيت أنه بمساعدة المعالج على تجاوز هذا

المشكل سيجعله يتجاوز المشاكل الأخرى بكل سهولة،بعدها تم عرض جميع الضغوط التي يتعرض لها.

- **الواجب المنزلي:** تكرار ما تعلمه في الجلسة،جدول النشاط اليومي.

- **سير الجلسة العلاجية رقم 07:**

مثل كل جلسة رحبت بالمتعالج سألته عن حالته النفسية،لاحظت تحسنا في الحالة النفسية حيث أظهر إرتياحا كبيرا وقال(أنا بحالة جيدة خاصة بعد الجلسة السابقة).

- **تقنية إيجاد البدائل:**طلبت منه أن يعبر عن أفكار بديلة لأفكاره ومعتقداته المختلة وظيفيا،بعدها طلبت منه إستخدام هذه البدائل في حالات تخيلية أو واقعية،ثم عبر بعد ذلك عن مشاعرك،إنها وسيلة قوية لإحداث تغير إنفعالي وسلوكي وإيجاد بدائل عقلانية لأفكاره المختلة وظيفيا،كما إستخدمت السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفيا(الجلسة رقم 02).

- **الواجب المنزلي:** تكرار الأفكار البديلة لمدة 30د في اليوم ويمكن أن يمارس باستخدام تقنية الإسترخاء والتخيل من خلال تخيل أوضاعا أخرى لمشكلتك و أفكار أخرى جديدة حتى يصبح هذا الإجراء تقريبا تلقائيا،جدول النشاط اليومي.

- **سير الجلسة العلاجية رقم 8:**

بعد التعرف إلى ردود فعل المتعالج عن الجلسة السابقة،ناقشنا الواجبات المنزلية وكذلك المعوقات التي واجهته ثم إستعرضنا جدول أعمال الجلسة.

- إستمرار إستخدام تقنية إيجاد البدائل كطريقة لإحداث التعديل في المعتقدات لإعادة التوافق للمتعالج مع بنيته المعرفية(و هذا يضمن إمكانية التعديل ولكنه يستغرق وقتا طويلا ليحصل هذا التناغم ما بين البنية المعرفية المعدلة والسلوكيات والمشاعر)،شرحت معه المعتقدات المختلة وظيفيا(أنا يائس لا يمكنني الشفاء،مشكلتي لا حل لها)إقترحت على المتعالج إكتساب السلسلة البديلة(الدي فرصة للتحسن)،طلبت منه أن يختار واحدا أو اثنين من المعتقدات الجديدة المطلوب تنفيذها،يكتبها ويحفظها في جيبه،ينظر إلى البطاقة لتذكره بالأفكار البديلة كلما يصل إلى إستنتاجات إنفعالية أو كلما يبدأ في تأملات أفكاره المختلة وظيفيا.

- **تقنية حل المشكلات:** قمت بكتابة مجموعة من المشكلات على ورقة، توليد حلول مناسبة للمشكلة، تخطيط كيفية إنجاز الحل وبجانب كل خطوة تركت فراغا ليكتب المتعالج إستجابته.

- **الواجب المنزلي:** مواصلة ملء الإستمارة كواجب منزلي وطلبت منه إذا وجد صعوبة في توليد حلول بديلة على تدوين كل الحلول الممكنة حتى لو بدت حلولاً سيئة وهذا لمساعدته في الجلسة التالية على تقييمه، جدول النشاط اليومي.

سير الجلسة العلاجية رقم 09:

كالعادة بعد الترحيب بالمتعالج وسؤاله عن حالته النفسية، لاحظت على المتعالج إرتياح نفسي، كما لوحظ تعاونه وتجاوبه مع التقنيات العلاجية خصوصاً بعد التحسن التدريجي الذي لمسه في حالته النفسية، ناقشنا الواجب المنزلي وملاً الإستمارة بحلول بديلة إيجابية، وسجل النشاط اليومي الذي بدأ في التغيير بعدما كان كل يومه في التردد بين العيادات ومخابر الأشعة والتحليل بدأ في التغيير حيث أصبح يقضي نهاره في عمله، يلتقي بأصدقائه الذين كانوا يلومونه على عدم سؤاله عنهم، يريد إسترجاع زوجته وابنته.

- **تقنية المهارات الإجتماعية:** من خلال (حل المشكلات، الإسترخاء، جدولة النشاطات).

- **الواجب المنزلي:** جدول النشاط اليومي والإسترخاء.

سير الجلسة العلاجية رقم 10:

رحبت بالمتعالج كالعادة وسألته عن الحالة النفسية التي كانت في أحسن حال، برنامج النشاط اليومي إستمرار التحسن و الإستقرار، وطلب مني جلسات أخرى في حالة تعرضه لمشكلات أخرى في حياته، فأجابته يمكنني المساعدة ولكن عليك بتحمل مسؤولية تدبير أمورك في المستقبل و حل مشكلاتك بنفسك، كما وضحت له بأنه أصبح قادراً على تحديد مشكلاته وإختيار الخطة المناسبة لمواجهتها، وبينت له أهمية الخبرة التي إكتسبها وتعلمها خلال جلسات العلاج المعرفي السلوكي وأنه سيكون لديه متسع من الوقت بعد العلاج كي يتدرب أكثر على المهارات السلوكية المعرفية في المواجهة.

- **الواجب المنزلي:** التأكيد على الواجبات المنزلية المعتادة، جدول النشاط اليومي.

- سير الجلسة العلاجية رقم 11:

بعد الترحيب بالمتعالج والذي بدى عليه إرتياح نفسي وهو يتكلم عن تجربة البرنامج العلاجي، قال لي "تعرفي بأن علم النفس أحسن من الطب أنتي قدرتي ترجعيني كيما كنت وهما ماقدروش، لو كنت أعلم بهذا لذهبت لأخصائي نفسي من قبل"، شرحت له بأن مشكلته نفسية وأتمنى أن يبقى هذا الإستقرار، بعدها تم مناقشة الواجب المنزلي، الذي تبين فيه إستقرار للنشاطات، بعدها قمنا بمراجعة مختصرة للتقنيات العلاجية وتقييم لكل الجلسات العلاجية، وما تم إكتسابه، رحب كثيرا بالإسترخاء، وجدول النشاط اليومي.

- تحدثنا عن إنهاء الجلسات التي كانت محددة سابقا(العقد العلاجي بين المعالج و المتعالج) وشكرته على تعاونه والتزامه بالبرنامج العلاجي وجهوده وتفاعله الإيجابي وطلبت منه الإصرار على المواصلة والمحافظة على هذه النتائج التي وصل إليها، وهو بدوره شكرني على مساعدته وتجاوزه هذه المرحلة.

- تمرير إختبار الشخصية المتعدد الأوجه كقياس بعدي.

- سير الجلسة العلاجية رقم 12: هذه الجلسة كانت حوالي شهر بعد إنتهاء البرنامج العلاجي، فترة متابعة للكشف عن الإنتكاس، إتصل بي المتعالج مساء الجلسة وأكد علي بأن الجلسة غدا حتى لا أنسى الموعد فأجبتته بأنني على علم بذلك وأني كنت سأتصل به، أتى للجلسة العلاجية هو وزوجته التي شكرتني بدورها وابنته تبدو عليهم مشاعر الفرح و السعادة.

رحبت بهم واستفسرت عن حالته فأجابني(ماتباناش علي السعادة)، سألته ما فعله خلال هاته المدة فأجابني(فرزت أنا والمدام الدار وقطعت كامل هاذوك التحاليل والأشعات ما خلّيت والو ومانيش حاب نولي ندور على الأطباء كيما كنت كرهتهم)، كما قال لي(علاياك فتحت عيادة جديدة في سيدي جمال ومارحتلهاش) أكد على إلتزامه بالحفاظ على ما اكتسبه من الجلسات السابقة كي لا يبتكس مجددا.

- إعادة تطبيق الإختبار: بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي بمختلف تقنياته وملاحظة النتائج التي خرجت بها كان لابد من التأكد أكثر وذلك من خلال إعادة تطبيق إختبار الشخصية المتعدد

الأوجه، فالشفاء التام للمتعالج من أعراضه كما يقول روجرز ربما لن يلاحظه المعالج أبدا حتى في الجلسات العلاجية الأخيرة .

- شكرت المتعالج على تعاونه، وإنهائنا للحصص العلاجية بعد هذا التحسن والنتائج التي توصل إليها، كما تم الإتفاق على اللقاء معه بعد 3 أشهر لمتابعة تطورات الحالة فرحب بالفكرة وأنه سيكون في الموعد، طلبت منه العودة إذا شعر بعدم تحسن أو قلق، لأن هذا التواصل يقلل من الإنتكاس .

الفصل السادس:

عرض النتائج ومناقشتها في ضوء الفرضية

- 1- نتائج الدراسة.
- 2- التعليق العام على النتائج.
- 3- عرض نتائج الجلسات العلاجية.
- 4- مناقشة النتائج على ضوء الفرضية.

I- نتائج الدراسة :

بعد تقديم إختبار الشخصية متعدد الأوجه للقياس على ثلاث مرات جاءت النتائج كالآتي:

حيث تحصلت الحالة قبل تطبيق العلاج المعرفي السلوكي على النتيجة التالية:

$$L \# F : K : \quad 1 \quad 3 \quad 2' \quad 10' \quad 7' \quad 6^+ \quad 5 \quad 8^+ \quad 4^+ \quad 9^{\#}$$

و بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي بمختلف تقنياته تناقصت الأعراض تدريجيا وبالتالي عاد إلى علاقاته الإجتماعية والعائلية فكانت النتيجة كالآتي:

$$L/F : K^- \quad 9^+3^- \quad 2/ \quad 6/ \quad 4 \quad 5/ \quad 8 : \quad 1 \quad 7 : \#10$$

وبعد المتابعة شهر من توقف العلاج تحصل على النتيجة التالية:

$$L : F / K^- \quad 45 \quad 55 \quad 62 \quad 9^+ \quad 4/ \quad 6/ \quad 2/3/1 \quad 5/ \quad 7 : 8 : \# 10^*$$

يظهر من خلال النتائج المتحصل عليها تحسن في الأعراض وأثر إيجابي للبرنامج العلاجي خاصة الأعراض الخاصة بالعزلة الإجتماعية.

II- التعليق العام على النتائج :

بعد تطبيق البرنامج العلاجي بتقنيات معرفية سلوكية على حالة مصابة بتوهم المرض لدى راشد يبلغ من العمر 34 سنة وبالعودة إلى نتائج الإختبار تبين لنا:

- في ضوء البرنامج المعرفي السلوكي إستطاعت الطالبة تغيير الأفكار اللاعقلانية لدى الراشد المصاب بتوهم المرض، تلك الأفكار التي تتسم بعدم موضوعيتها المبنية على التوقعات السلبية السيئة وعلى المبالغة والتعميم، هذه الأفكار المؤلمة رسخت أعراض توهم المرض لدى المتعالج في البنية المعرفية ونتجت عن الخوف من حدوث مضاعفات للمرض والخوف من المستقبل، وتحمل مسؤولية العلاج، والروتين اليومي الحتمي الذي سار عليه المتعالج وتم تغيير تلك الأفكار اللاعقلانية باستخدام أساليب الإقناع والتشجيع وغيرها من فنيات العلاج المعرفي السلوكي، حيث يتميز التفكير المعرفي بأنه يقوم على الواقع وليس على الوهم والخيال، أما عن الكفاءة الذاتية للمتعالج فقد كانت تركز حول كيفية التحكم في المرض باستخدام التدريب الذي إكتسبه من خلال البرنامج إلى إرتفاع المهارات الإجتماعية وذلك من خلال إستخدام إستراتيجيات الشرح والنمذجة للمهارة وأداء الواجبات المنزلية للتدريب على المهارات التعليمية كإكتساب مهارة الإنصات السليم وفهم آراء الآخرين والضبط الذاتي مما ساعده على الوصول

إلى مرحلة إتخاذ القرار وزاده القدرة في التعامل مع البيئة الإجتماعية بما يجعله أكثر قدرة وكفاءة في إقامة علاقات طيبة مع المحيطين به جعله يقدم إليهم تغذية راجعة إيجابية وبالتالي بدأت تختفي لديه بعض المشكلات التي كان يعتقد فيها مثل مشكلة إحساسه بكرهية زوجته، ونقل أثر التدريب للحياة الواقعية والتعزيز الذاتي حيث كانت الباحثة تقوم بحثه على القيام بالواجب المنزلي الذي يحتوي على عنصر هام وهو المراقبة الذاتية للأفكار المختلفة وظيفيا، وجدول النشاط اليومي الذي ساعده كثيرا في تغيير السلوكات، بالإضافة إلى تمارين الإسترخاء التي مكنت المتعالج من تحقيق الثبات الإنفعالي، وترجع الباحثة إستمرار التحسن خلال فترة المتابعة إلى إستمرار تأثير البرنامج بفتياته المختلفة، و إلى ممارسة المتعالج للواجبات المنزلية التي تدعم الأفكار الصحيحة و المشاعر الإيجابية.

III - عرض نتائج الجلسات العلاجية :

تم التركيز في الجلسات العلاجية الأولى على بناء علاقة مهنية مساعدة بين الطالبة والمتعالج المصاب بتوهم المرض كتشجيعه على التحدث براحة وحرية، وبعد بناء التحالف التعاوني العلاجي، وضعت الطالبة أهداف رئيسية حيث يقوم المتعالج بتعيين المعتقدات والمشاعر والسلوكيات التي يرغب في إنتقاصها أو التقليل منها ويقوم المعالج بتوضيح كيف تؤدي المعتقدات والأفكار اللاعقلانية للمشاعر والمعتقدات إلى إنفعالات و سلوكيات مختلة وظيفيا.

وبشكل إجمالي البرنامج العلاجي بمختلف تقنياته: الإسترخاء، جدول النشاط اليومي، التخلص التدريجي من الحساسية، التدريب التحصيني ضد الضغوط (إكتساب مهارات إجتماعية حل المشكلات، إيجاد البدائل)، أسلوب تأكيد الذات وتقنية التربية النفسية التي سمحت للحالة بالتعرف على معلومات مهمة عن توهم المرض وإضطراباته، نجاح في التخفيف من أعراض توهم المرض لدى الراشد (كالتخفيف من القلق والعزلة الإجتماعية، وتغيير فكرة إستحواذ المرض، وقف الحالة عن تناول مختلف الأدوية التي كان يعتقد أنها ستشفيه...) وهناك أثر لأسلوب العلاج المعرفي السلوكي في المحافظة على المكاسب العلاجية في تخفيف توهم المرض وتحسين تقدير الذات والمهارات الإجتماعية وذلك كما إتضح في القياسات القبالية والبعدية والتتبعية.

- أما بالنسبة للنتائج على المدى الطويل فإنه من الصعب التكهّن بها، الحالة أكد على مواصلة التقنيات المعرفية السلوكية التي تدرّب عليها أثناء العلاج، كما إتفقنا أن نلتقي مرة كل شهر على الأقل لمراجعة ومناقشة الأعراض التي يمكن ظهورها، ولمساعدة الحالة في منع حدوث إنتكاسه.

IV - مناقشة النتائج في ضوء الفرضية:

في ضوء نتائج الدراسة الحالية: أثر العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من توهم المرض لدى الراشد، ومن أجل صدق هذه الفرضية: للعلاج المعرفي السلوكي أثر إيجابي للتخفيف من مشكلة توهم المرض لدى الراشد.

إنطلاقاً من دراسة الحالة إتضح أن لديه إعتقادات وأفكار لا منطقية حول صحته الجسدية وهذه الأفكار كانت عائقاً في إكتساب المعارف والسبب في ظهور اضطرابات في السلوك، ومن أجل ذلك تم إستعمال العلاج المعرفي السلوكي من أجل مساعدة الحالة على تكوين نظرة إيجابية عن ذاته ومساعدته على مواجهة الضغوطات والمشاكل التي يتعرض لها، تم الإستعانة بثلاث تقنيات للعلاج المعرفي السلوكي والمتمثلة في تقنية الإسترخاء والتي كان الهدف من إجرائها هو تخفيف القلق والغضب الذي كان يمتلكه الحالة، كما تم إستعمال تقنية التخلص التدريجي من الحساسية من أجل مساعدة الحالة على التخفيف من القلق ومن المواقف الضاغطة التي طلب من الحالة ترتيبها في منحى تصاعدي مع دمج الإسترخاء والطلب من الحالة تخيل المواقف بالتدرّج و تكرارها عدة مرات حتى يزول القلق واستعملت هذه التقنية من أجل مساعدة الحالة على تأكيد الثقة في الذات، كما إستعملت تقنية التدريب التحصيني ضد الضغوط أو الحديث الذاتي وهذا بهدف مساعدة الحالة على حل مشكلته وإكتساب المهارات الإجتماعية التي مكنته من العودة لعلاقاته الإجتماعية، أما من أجل تغيير طريقة التعامل فقد استعملت تقنية التعليم النفسي والتي جاءت على شكل محاضرات حول التعريف بالراشد المصاب بتوهم المرض، أسبابه، أنواعه، وجدول النشاط اليومي الذي ساعده كثيراً على معرفة ما كان يقوم به خلال اليوم، وبانتهاء الحصص العلاجية التي ضمت 12 حصة والتي خرجت بتغيير نظرة المتعالج لذاته وأصبحت إيجابية بعدما كانت نظرة تشاؤمية واعتبر نفسه شخص عديم الفائدة، وأن أهله وعائلته لم يقفوا إلى جانبه أصبح بعد العلاج المعرفي السلوكي يدرك قيمة ما قاموا به لأجله وبأنهم وقفوا بجانبه كثيراً، كما تغيرت نظرتة حول

نفسه وأدرك أنه لا يجب أن يعطي الأشياء أكثر مما تستحق وإستغلال قدراته في تحقيق الإستقلالية وإكتساب المعارف.

تبين نتائج الدراسة الإكلينيكية الحالية عن تحقيق صحة الفرضية من خلال نتائج الملاحظة والمقابلة والتغيرات التي ظهرت من خلال القياس القبلي والقياس البعدي وقياس المتابعة لإختبار الشخصية المتعدد الأوجه والتي أوضحت تأثير إيجابي للجلسات العلاجية والتقنيات المعرفية السلوكية المطبقة في البرنامج العلاجي عن طريق التحسن التدريجي الملحوظ أثناء وبعد الجلسات العلاجية في سلوكيات الحالة.

إنطلاقاً من النتائج المذكورة يمكن القول أن العلاج المعرفي السلوكي قد ساعد الحالة في التخفيف من توهم المرض لدى الراشد وبالتالي فإن الفرضية قد تحققت وهذا ما يتطابق مع الدراسات السابقة الرامية إلى أن البرنامج المعرفي السلوكي للمصابين بتوهم المرض يسمح بتصحيح المخططات المعرفية لدى الشخص المصاب وتغيير اتجاهاته نحو نفسه وتغيير إنفعالاته وسلوكياته إتجاه المواقف، وتعديل المخططات لديه التي تقود إلى معالجة المعلومات بطريقة إيجابية.

جاءت نتائج الدراسة الحالية لتؤكد كفاءة العلاج المعرفي السلوكي لأنه يحافظ على تحسن الأعراض ويفسر ذلك من أنه يقلل من نسبة الإنتكاس وبالتالي نستطيع أن نقول أن العلاج المعرفي السلوكي يحمي من خطر الأحداث المستقبلية التي تلي إنهاء المعالجة، وتقف نتائجها على مع ما جاء في العديد من نتائج الدراسات السابقة التي أكدت على أن العلاج المعرفي السلوكي هو طريقة ذات فاعلية في تخفيف إضطراب توهم المرض لدى الراشد كدراسة بولدا و بومان **2009Buwalda & Bouman** ببريطانيا بعنوان: "العلاج المعرفي السلوكي لإضطراب توهم المرض باستخدام الكتب" إلى تحديد أن العلاج المعرفي السلوكي من خلال الكتب والذي يقوم على أقل قدر من التواصل مقبولا بالنسبة لأفراد العينة الذين تم تشخيص حالتهم وفق الدليل التشخيصي الرابع المعدل (DSM4-TR2000)، وبينت نتائج الدراسة أن جميع الآثار السلبية (شكاوي إضطراب توهم المرض) كانت تتخفف على إمتداد الوقت و ذلك مقارنة بنتائج القياس

القبلي(71) كما أكد لودغت Ludgate وزملاؤه أن العلاج المعرفي السلوكي يجب أن يعد العلاج الأولي الفعال لكل من الإضطرابات النفسية الجسدية منها توهم المرض ودراسة ستيرن فرناندز 1991 وآخرون(72).

بالنظر إلى النتائج التي توصلت إليها الطالبة نجد أن فرضية الدراسة قد تحققت في معظم جزئياتها و بذلك تكون قد حققت الأهداف الهامة التي قامت من أجلها.

(71)Bowled & Bouman, cognitive behaviore bibliotherapy for hypochondriasis, university; 2009, p37

(72)Beck et al ,cognitive therapy past, present and futur, 1993, p61

توصيات الدراسة:

- توصي الدراسة بضرورة الإهتمام بالراشدين الذين يعانون من إضطرابات نفسية كتوهم المرض ولا تقتصر الدراسة على ذوي الإعاقات الظاهرة فقط .

- إجراء بحوث متابعة العلاج على الأقل لمدة سنة بعد إنتهاء الجلسات العلاجية فالشفاء كما يقول روجرز لا يمكن رؤيته بل نرى آثاره من خلال المتابعة الطويلة لمنع عودة الإضطراب(الإنتكاس).

- إجراء بحوث ودراسات حول أسلوب العلاج المشترك القائم بين العلاج النفسي والعلاج الدوائي لمختلف الإضطرابات النفسية ولمختلف الفئات العمرية.

- الحرص على تطوير البرنامج المقترح والذي ثبت فعاليته على الحالة المستهدفة بحيث يواكب آخر المستجدات في مجال العلاج المعرفي السلوكي.

البحوث المقترحة :

في ضوء ما أسفرت عليه نتائج الدراسة الحالية، وإستكمالاً للجهد الذي بذلته الدراسة الحالية تقترح الطالبة إمكانية القيام بمزيد من البحوث و الدراسات التالية :

- فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض توهم المرض لدى مختلف الفئات العمرية.

- دراسة مقارنة بين الجنسين(ذكور - إناث) لمدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج توهم المرض .

- فعالية برنامج لتنمية المهارات الإجتماعية لدى المراهقين المصابين بتوهم المرض .

الخاتمة :

تعد هذه الدراسة ذات أهمية في ميدان العلاج النفسي بصفة عامة و ميدان العلاج المعرفي السلوكي لتوهم المرض لدى الراشد بصفة خاصة الذي يقوم على إعادة تشكيل البنية المعرفية

للمتعالج وهو أحد الطرائق العلاجية النفسية التي تعطي المعرفيات مركزا مهما في الحدث النفسي وهي إدراكات لأهمية الأحداث أو إدراكات لتقييم هذه الأحداث أو كلاهما معا فيما يتعلق بأهمية الأحداث بالنسبة لصحة الشخص أو بالنسبة لأفكاره و تصوراته عن نفسه ومحيطه ،فمن خلال هذه الدراسة توصلت الباحثة إلى أن للعلاج المعرفي السلوكي أثر في التخفيف من توهم المرض لدى الراشد بعد تطبيق العلاج والقياسات القبلية والبعديّة وواصلت الحالة تحسّنها ولم تنتكس خلال قياس المتابعة،أما على المدى الطويل إن كانت تستمر هذه النتائج الإيجابية أم لا فيصعب التنبؤ بذلك نظرا لتاريخ الحالة (إستمرار الأعراض مدة سنتين)و نظرا لأن أي علاج مهما كان جيدا وفعالا فاحتمال الإنتكاس وارد لأن الإنسان كائن دينامي متغير في حركة تفاعلية دائمة مع بيئته الداخلية أو الخارجية،نأمل أن يستمر الحالة بتطبيق التقنيات المعرفية السلوكية التي إكتسبها من خلال العملية العلاجية لتفادي الإنتكاس.

هذه الدراسة محاولة منا في إطار البحث في العلاج المعرفي السلوكي لدى الراشد المصاب بتوهم المرض وفتحا لأبواب أخرى تريد البحث في هذا المجال ضمن البيئة الجزائرية.

قائمة المراجع

- المراجع باللغة العربية :

- 01- إبراهيم عبد الستار، العلاج إضطراب العصر الحديث،سلسلة عالم المعرفة،العدد293،المجلس الوطني للثقافة والعلوم،الكويت،1994.
- 02- إبراهيم عبد الستار،العلاج النفسي السلوكي المعرفي،جامعة الملك فيصل،الأردن،1994.
- 03- أديب محمد الخالدي،المرجع في الصحة النفسية،دار وائل،عمان الأردن،الطبعة3،2009.

- 04)- الجمعية عبد العزيز، العلاج المعرفي، وزارة الصحة، مستشفى الأمل، بيروت، 2002.
- 05)- الحويج صالح المهدي، التوهم المرضي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2008.
- 06)- المالح حسان، الطب النفسي والحياة، ط1، دار الإشرافات، دمشق، 1997.
- 07)- العيسوي محمد عبد الرحمان، علم النفس الإكلينيكي، جامعة الإسكندرية، 1992.
- 08)- الفتلي حسين هاشم، أسس البحث العلمي في العلوم التربوية و النفسية، ط2، دار صفاء للنشر، عمان، 2014.
- 09)- جودت عبد الهادي، سعيد حسن العزة، مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي، دار الثقافة، 2007.
- 10)- جوليات روتر، محمد عطية، علم النفس الإكلينيكي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 11)- رضوان سامر جميل، الصحة النفسية، الطبعة 2، عمان، 2007.
- 12)- زهران حامد، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب للنشر والتوزيع، 2004.
- 13)- عزالدين جميل عطية، الأوهام المرضية أو الضلالات في الأمراض النفسية والعنف، عالم الكتب، القاهرة، 2003.
- 14)- محمد محروس الشناوي، العلاج السلوكي الحديث، أسسه وتطبيقاته، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 1998.
- 15) - سعد علي، علم الشذوذ النفسي، منشورات جامعة دمشق، كلية التربية، 1993.

- المراجع باللغة الأجنبية :

- 16) Beck et Al ,Cognitive thérapy and the emotional disorders,international universitie press,New York,1976.
- 17)Beck,A.T,Cognitive therapy past,present and future,J Consult Clin psychol,N61,199
- 18) Bowled & Bouman,Cognitive behaviore bibliotherapy for hypochondriasis, ,university press;2009.

- 19) Canceil Olivier,Psychothérapie trois approches évaluées,Inserm-paris 2003.
- 20) Daniel Widlocher,Traité de psychologie,PUF,paris ,1994.
- 21) Dattilio, Frank and Freeman arthue,Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention, the Guilford press, new York,2000.
- 22) Ellis,A &Dryden. W,The evolution of rational-emotive therapy,(RET) and cognitive behavior therapy,New York,Bernad;1987.
- 23) Freeman Arthur Lurie,Lurie Marge,Depression a cognitive therapy approach new bridge,communication,new York ,1994.
- 24) Gustave Nicolas Fischer,Psychologie des violences social,Dunod ,Paris, 2003.
- 25))Jean Cottraux,Les thérapies comportementales et cognitives , 3ème édition,Masson ,paris,2001,p75
- 26)Jean Cottraux,Les thérapies comportementales et cognitives,5ème édition,elsevier Masson ,Paris,2011 .
- 27)Marcelo Otero,Les règle de l'individualité contemporaine ,santé mentale et société presse universitaire laval ,2003 .
- 28) Martin A &Jacobi F,features of hypochondriasis and illness worry in the general population in germany,psychosomatic,medicine 68,2006.
- 29) Renschelin.M,l'équilibre psychosomatique du corps,op,cité1992 .
- 30) Torwer,Peter et al,Cognitive Behavioral Counelling, action,SAGE Publication,London, 1999.
- 31) Taleai A ,Hypochondriasis in medical science students of mashhad, iran European psychiatry,volume24,supplement1,2009.
- 32)Sénon Jean Louis,thérapeutique psychiatrique,Harman,paris,1995 .

- القواميس و المعاجم :

- المعجم الموسوعي في علم النفس نوربير سيلامي،ترجمة وجيه أسعد،دمشق،2001.

- Manuel diagnostique et statistique des trouble mentaux,DSM- IV-TR ,4ème édition,juillet , 2005.

-The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders,diagnostic criteria for research,1993.

- Henri Ey,P. Bernard,Ch.Brusset ,Manuel de psychiatrie,6ème édition,révue et corrigée,masson,Paris,1989 .

المجلات:

- مجلة جامعة دمشق،الفروق في اضطراب توهم المرض لدى عينة من الممرضات العاملات في المشافي العامة بمحافظة دمشق،المجلد30،العدد الأول،2014.

المقالات:

-La method des 04R pdf :www.irat.fr

المواقع الإلكترونية:

-http://WWW.AFTCC.org

- موقع الجمعية الفرنسية للعلاج السلوكي

-fps.comhttp://WWW.aco

- موقع علم النفس (توهم المرض)

- دورة تكوينية في الإختبارات النفسية سنة 2015

الملاحق

نتائج إختبار الشخصية متعدد الأوجه :

يمثل الجدول النتائج التي تحصل عليها المتعالج في إختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMPI2 قبل وبعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي وقياس المتابعة و التي أظهرت وجود إختلاف واضح في إستجابات المتعالج :

قياس المتابعة	القياس البعدي	القياس القبلي	البنود
الدرجات التائية	الدرجات التائية	الدرجات التائية	
05	07	08	؟
45	50	35	L
55	40	45	F
62	60	40	K
50	40	75	توهم المرض (هس)
55	45	73	الإكتئاب (د)

52	62	75	الهيستيريا (هـ ي)
58	50	62	الإنحراف السيكوباتي (ب د)
50	50	65	الذكورة و الأنوثة (م ف)
57	52	67	البرانويا (أ ب)
48	40	70	السيكاتينيا (ب ت)
45	45	65	الفصام (س ك)
67	65	35	الهوس الخفيف (م أ)
35	35	72	الإنطواء الإجتماعي (س ي)
45 55 62 9*4 /6/2/3/1 5/7 :8 : 10*	50 40 60 9* 3- 2/6/4 5 /8 :1 7 :10*	45 40 1 3'2'10'7*6+ 5 8+4+# 9 35	النتائج النهائية

إستمارة النشاط اليومي:

النشاط	اليوم / التوقيت

