

## تغيير السلوكيات غير الصحية وفق فنيات العلاج المعرفي السلوكي

### Changing unhealthy behaviors according to cognitive behavioral therapy techniques

سمية عليوة<sup>1\*</sup>، توفيق برغوتي<sup>2</sup>

<sup>1</sup> جامعة محمد لمين دباغين - سطيف 2، الجزائر، aliouasoumia@gmail.com

<sup>2</sup> مركز البحث في العلوم الاسلامية والحضارة - الأغواط، الجزائر، toufikberg@gmail.com

تاريخ النشر: 2022/06/16

تاريخ القبول: 2021/12/27

تاريخ الاستلام: 2021/10/07

#### ملخص:

إن أكثر الاتجاهات فعالية في تعديل العادات السلوكية السيئة وغير الصحية عملت دائما على الجمع بين أساليب متعددة في تغيير السلوك، وهذا الاتجاه اطلق عليه الاتجاه المعرفي السلوكي، حيث أنه يجمع بين تيارين او اتجاهين قاما بالتكامل مع بعضهما من أجل الارتقاء وتعديل السلوكيات غير الصحية وغير المتوافقة، إذ يختار المعالج من الأساليب العديدة المتوفرة عدة طرق يكمل بعضها بعضا للتدخل في تعديل المشكلة المستهدفة بالتغيير وما يتعلق بها، وسنحاول من خلال هذه الورقة البحثية تبين أهم فنيات وتقنيات الاتجاه المعرفي السلوكي في تغيير العادات الضارة بالصحة.  
كلمات مفتاحية: السلوك غير الصحي، العلاج المعرفي السلوكي.

#### Abstract:

The most effective trends in modifying bad and unhealthy behavioral habits have always worked on combining multiple methods of changing behavior, and this trend is called the cognitive-behavioral trend, as it combines two trends or trends that have integrated with each other in order to improve and modify unhealthy and inconsistent behaviors. As the therapist chooses from the many available methods, several methods complement each other to intervene in modifying the problem targeted by change and what is related to it, and through this research paper we will try to demonstrate the most important techniques and techniques of cognitive behavioral trend in changing habits harmful to health.

**Keywords:** Unhealthy behavior; Cognitive-behavioral therapy.

\* المؤلف المرسل: توفيق برغوتي

## مقدمة:

تنتقل فكرة الارتقاء بالصحة من فلسفة عامة مفادها ان الصحة الجيدة هي نتاج انجاز شخصي تراكمي، فهي على المستوى الفردي تتضمن القيام بتطوير نظام عادات صحية في مرحلة مبكرة من عمر الفرد، والمحافظة عليها في مرحلتي الرشد والشيخوخة، أما على المستوى الطبي، فهي تتضمن تعليم الناس كيفية الوصول الى اتباع أسلوب صحي ، ومساعدة الفئات الأكثر عرضة لمخاطر صحية معينة، كي يسلكوا بطريقة معينة تمكنهم من الانتباه الى ما يتعرضوا اليه من مخاطر، وبالنسبة للمجتمع فان الارتقاء بالصحة يتضمن تركيزا عاما على الصحة الجيدة، وتوفر المعلومات التي تساعد الناس على تطوير نظام حياة صحي والمحافظة عليه، كما يتضمن توفير المصادر والوسائل التي تساعد الناس على تغيير السلوكيات الضارة بالصحة ( تايلور، 2008، ص 107).

وبالنسبة للمختص النفسي فإن فكرة الارتقاء بالصحة تتطلب تطوير نظام تدخل يهدف إلى مساعدة الناس على القيام بممارسة السلوكيات الصحية، وتغيير تلك التي تضر بالصحة وفق نماذج واتجاهات عديدة منها الاتجاه المعرفي السلوكي.

ويرى "بلازولو 2005" PALAZZOLO أن العلاج المعرفي السلوكي علاج يعمل على تغيير السلوك غير المتكيف في الحياة اليومية للشخص، كما يعمل على الأفكار أي المعارف المرتبطة بالسلوك الغير المتكيف. إذن يتعلق هذا العلاج بتغيير السلوك الغير مناسب بهدف أن يتطور بأكبر سرعة ممكنة. وهذا النوع من العلاج يهتم بميكانيزمات معالجة المعلومة والتي تتعلق بسياق التفكير الواعي والغير واعي التي تنظم نموذج الإدراك تجاه العالم (الغامدي، 2010، ص 16).

وقد بينت الأساليب التي تستند في تعديلها للسلوكيات الضارة بالصحة على تغيير الاتجاهات أنها أكثر فائدة في التنبؤ بالوقت الذي يصبح فيه الأفراد أكثر استعدادا لتغيير سلوكهم و قد غيرت الاتجاهات العلاجية المعرفية السلوكية Cognitive- Behavioral Approaches محور اهتمامها في تعديل العادات الصحية إلى السلوك المقصود ذاته: أي إلى الظروف التي تدعو إلى ظهوره و بقاءه و الى العوامل المعززة له ،كما يوجه العلاج المعرفي - السلوكي تركيزا شديدا على المعتقدات التي يحملها الناس إزاء عاداتهم الصحية إذ غالبا ما يقوم الناس بإجراء محادثات داخلية مع الذات تتدخل مع قابليتهم لتغيير سلوكهم فالشخص الذي يرغب على سبيل المثال، بترك التدخين قد يتحول عن عملية التوقف عن طريق إنتاج شكوك ذاتية كأن يقول "سوف لن أنجح في حياتي في التوقف عن الدخين " أو يقول " أنا واحد من أولئك الأشخاص الذي يعتمدون ببساطة على السجائر " لقد حاولت في السابق ولكنني لم أحقق النجاح قط " ومن وجهة نظر العلاج المعرفي - السلوكي فإن الشخص

لن يتمكن من تغيير عاداته الصحية، أو يحافظ على التغيير الحادث ما لم يتم تعديل هذا المنولوج الداخلي (المحادثة الذاتية) وبذلك فإن إجراءات التدخل المعرفية - السلوكية، تسعى لتغيير المدركات تماما كسعيها لتغيير السلوك.

إن تمييز أهمية إدراك الناس لعاداتهم الصحية في إحداث التغيير السلوكي قد قاد إلى الوعي بأمر آخر، ألا وهي ضرورة إعطاء المريض دور المشارك Co- therapist في عملية التدخل الموجهة نحو تعديل السلوك إن معظم برامج تعديل السلوك تبدأ بالعمل و تعتبره هدفا تتوجه نحو الجهود الرامية لتغيير سلوكه، أما العملية العلاجية فإن عمليات التحكم الموجهة لتغيير السلوك تنتقل تدريجيا من المعالج إلى العميل ولدى الاقتراب من نهاية مرحلة التدخل الرسمي، يقوم العملاء بمراقبة سلوكهم ويطبقون استراتيجيات التدخل المعرفي - السلوكي على سلوكهم كما يعملون على مكافأة أو عدم مكافأة أنفسهم بناء على ما يقومون به من أفعال، وسنتطرق في الفقرات التالية الى أهم فنيات وتقنيات العلاج المعرفي السلوكي في تغيير وتعديل السلوكيات الضارة بالصحة، بداية بتعريف السلوكيات الضارة بالصحة (سلوكيات الخطر) وتعريف العلاج المعرفي السلوكي.

### 1. تعريف السلوكيات الضارة بالصحة:

أثبتت العديد من الدراسات والأبحاث في مجالات مختلفة منها: علم نفس الصحة، الطب السلوكي، وعلم الأوبئة السلوكي... الخ أن جهل الأفراد للعلاقة بين المشكلات الصحية من جهة ونمط السلوك من جهة أخرى يمكن أن يعرضهم لمخاطر صحية في المستقبل، فلا شك إذا أن للعوامل السلوكية دورا رئيسا في نشأة المرض وتطوره.

وتأكيدا لدور السلوك الفردي في نشأة هذه الأمراض أدرج الأطباء، السلوك ضمن قائمة العوامل الخطرة على الصحة، وصبح مفهوم السلوك يحظى بنفس المكانة والأهمية التي تحتلها عوامل الخطر البيولوجية (ارتفاع مستوى الكوليسترول، ارتفاع ضغط الدم) من حيث تأثيرها على صحة الفرد والمجتمع. وسلوكيات الخطر أو السلوكيات الضارة بالصحة تعني وضع الذات في خطر، خطر فسيولوجي للجسم والصحة (جروح، أو مرض، أو موت)، وأيضا خطر نفسي وهذه الأخطار تختلف حسب درجة خطورتها، ويمكن أن تكون منخفضة، أو يمكن أن تؤدي إلى نتائج خطيرة جدا.

ويعرفها MATARAZOL 1984 بأنها سلوكيات ممرضة وتزيد احتمال الإصابة بالمرض: التدخين، شرب الكحول، الاستهلاك الكبير للمواد الدسمة والسكر... (القص، 2009، ص 29).

يعرف شوكي ومارسيللي (Choquet et Marcelli, 1993) سلوك الاختطار *Le comportement à risque* على أنه: " هو ذلك السلوك الذي يؤدي إلى حدوث اختطار *Risque* على السلامة الجسمية والنفسية للفرد (بهلول، 2009، ص 34).

أما منظمة الصحة العالمية 1999 فتعرف سلوك الخطر بأنه ذلك السلوك الموجود فعلا، والذي يكون مرتبطا بزيادة التعرض للمشاكل الصحية.

فالكثير من المشكلات حياة الفرد المتراكمة، قد يولد ضغطا يؤثر على حياته عن طريق ممارسته للسلوك غير الصحي، لذا يجب العناية والحرص على سلامة النشء في مجتمعنا والمحافظة على صحته وذلك بتوعيته ضد الاخطار التي تجابهه في بداية حياته (القص، 2016، ص 123).

## 2. تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

يعرف العلاج المعرفي السلوكي على أنه "العلاج الذي يركز على حل المشاكل والصعوبات الانية، عوض من التركيز على الاضطرابات وأعراضها في الماضي، وهو يتأسس على ثالث مسلمات أساسية حسب (كالرك رينك): البساطة، الاعتماد على البعد التجريبي، اختبار صالحة نماذجها ونجاعة علاجها، الفائدة والفعالية الإكلينيكية.

"الفكرة الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي هي أن "استجاباتنا السلوكية والوجدانية تتأثر كثيرا بمعارفنا أفكارنا، التي تحدد الكيفية التي نستقبل بها الأشياء وندركها. فنحن نشعر بالقلق والغضب أو الحزن فقط عندما يكون لدينا مبرر لذلك، بمعنى آخر ليس الموقف في حد ذاته ولكن مدركاتنا وتوقعاتنا وتفسيراتنا (التقييم المعرفي) للموقف هي المسؤولة عن وجدانياتنا" فاستجاباتنا الوجدانية تتأثر بشكل كبير بمعارفنا والطريقة التي ندرك بها العالم، وندرك بها أنفسنا وندرك بها الآخرين وندرك بها المستقبل لذا فإن تغيير شيء ما أو حدث ما أو موقف ما يمكن أن يغير من الاستجابة الانفعالية المصاحبة له (عزي وصادقي، 2019، ص 658).

ويعرف العلاج المعرفي السلوكي أيضا أنه نهج علاجي يستخدم فنيات تعديل السلوك ودمجها مع مناهج تغيير الاعتقادات غير المتكيفة، والمعالج هنا يحاول مساعدة الحالات على ضبط ردود افعالهم الانفعالية المزعجة عن طريق تعليمهم الأساليب الأكثر فاعلية في التفكير والتحدث مع الذات بشأن التجارب الحياتية التي يمارسونها (شامخ، 2016، ص 914).

### 3. تغيير العادات الضارة بالصحة وفق فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

#### 1.3. الملاحظة الذاتية والمراقبة الذاتية:

إن كثيرا من البرامج المعرفية السلوكية في تعديل السلوك تستخدم الملاحظة الذاتية (Self - observation) والمراقبة الذاتية (Self - Monitoring) كخطوة أولى باتجاه تغيير السلوك. وهي تستند إلى منطق يعتبر أن على الفرد أن يدرك أبعاد السلوك المراد تعديله قبل البدء في عملية التغيير. فملاحظة الذات ومراقبة الذات تقيمان مدى تكرار السلوك المقصود تغييره والأحداث التي تسبق حدوثه، والنتائج التي تترتب على القيام به إن القيام بالملاحظة الذاتية والمراقبة الذاتية عند البدء بعملية تغيير السلوك، يمهد لإشراك العميل في عملية تعديل السلوك في مرحلة مبكرة. (تايلور، 2008، ص 132).

وتتضمن الخطوة الأولى في الملاحظة الذاتية معرفة كيفية تمييز السلوك المقصود تغييره، وهذه العملية سهلة بالنسبة لسلوكيات معينة فمن الواضح أن المدخن يستطيع أن يدرك ما إذا كان يقوم بالتدخين أم لا في حين أن هناك سلوكيات أخرى كالرغبة في التدخين، أصعب تحديدا لذا فقد يتم تدريب الفرد لمراقبة الأحاسيس الداخلية عن قرب وذلك من أجل تمييز السلوك المقصود تغييره بدقة أكبر.

أما الخطوة الثانية في الملاحظة الذاتية فهي تسجيل السلوك وجدولته (Charting) ويتراوح ذلك من الاساليب البسيطة جدا التي يكتفي فيها بتسجيل السلوك في كل مرة يحدث فيها إلى أساليب أكثر تعقيدا الذي يوثق الظروف التي حدث فيها السلوك بالإضافة إلى المشاعر التي صاحبت ظهوره فعلى سبيل المثال ، يدرّب المدخن على الاحتفاظ بسجل سلوكي تفصيلي لجميع الظروف التي يقوم فيها بالتدخين ، و قد يقوم فيها بالتدخين فقد يسجل كل مرة قام فيها بالتدخين و الوقت من النهار ، و الموقف الذي حدث فيه التدخين و هل كان هناك أشخاص آخرون لدى قيامه و قد يقوم بتسجيل مشاعر الرغبة الذاتية التي وجدت عند إشعال السجارة (مثل القلق أو التوتر ) و الشعور الذي تولد لدى القيام بالتدخين و بذلك يتمكن من بناء برنامج لإحداث تغيير بنائي في السلوك يتناول التعامل مع هذه الظروف التي ترافق حدوث السلوك (التدخين).

ومع أن ملاحظة الذات لا تشكل إلا خطوة أولية في تغيير السلوك إلا أنها قد تعمل بذاتها في إحداث التغيير المطلوب، فمجرد متابعة الفرد لسلوكه قد يؤدي إلى التقليل من عدد السجائر التي يدخنها و في العادة فإن التغيير في السلوك الذي يتسبب عن المراقبة الذاتية (الهدف منها التعرف على مشكلة المريض بشكل يسمح للمعالج اعداد صياغة لمشكلة المريض) لا يستمر طويلا و لابد من أن تقترن المراقبة الذاتية بإتباع أساليب أخرى (رزقي، 2019، ص 70).

### 2.3. الإشرط الكلاسيكي:

إن أول من توصل إلى الإشرط الكلاسيكي هو العالم السيكولوجي الروسي إيفان بافلوف (Ivan Pavlov) في بداية القرن العشرين و تعتبر مبادئ الإشرط الكلاسيكي من أول المبادئ التي انبثقت لتغيير السلوك ، و يقوم الإشرط الكلاسيكي على اقتران مثير غير شرطي (طبيعي) بمثير شرطي (صناعي) مما يؤدي إلى تكوين منعكسات شرطية (تايلور، 2008، ص 133).

إن الإشرط الكلاسيكي كان من أول الطرق التي استخدمت لتغيير السلوك الضار بالصحة ولإيضاح ذلك سنتناول استخدامه في علاج الإدمان على الكحول. إن الأنتابوز (Antabuse) المثير غير الشرطي (UCS .S) هو عقار يسبب دوارا شديدا و غثيانا و قيئا - استجابة غير شرطية (UCS .R) لدى تناوله عن طريق الفم ووفقا لنظرية الإشرط الكلاسيكي ، فإن هذه الاستجابة الانعكاسية من الدوار والغثيان والقيء يمكن إشرطها بتناول الكحول إذا اقترن تناول الكحول باستمرار مع حقن المدمن بمادة الأنتابوز وبذلك يكون إعطاء مدمن الكحول المشروب الذي يفضله من الكحول ليرشف منه وفي الوقت ذاته يتم حقنه بمادة الأنتابوز ومع الزمن يرتبط الكحول مع الدوار و الغثيان والقيء الذي يتسبب عن عقار أنتابوز. وبذلك يستدعي الكحول نفس الاستجابة التي كان عقار أنتابوز يسببها - الدوار والغثيان والتقيؤ.

(استجابة شرطية CR) وقد استخدمت مبادئ الإشرط الكلاسيكي في علاج الإدمان والتدخين واضطرابات إدمانية أخرى.

ويتميز تأثير الإشرط الكلاسيكي في تعديل العادات السلوكية بالفعالية ولكن العلماء يدركون سبب فعاليته فالمدمنون على تعاطي الكحول يدركون على سبيل المثال، أنهم إذا توقفوا عن أخذ العلاج فإنهم لن يتقيؤوا عند تعاطيهم الكحول وبهذا فإننا لو تمكنا عن طريق الإشرط الكلاسيكي من إنتاج الاستجابة الشرطية فإن التغيير يعتمد بدرجة كبيرة على رغبة العميل بالتعاون كما أن هذه الطريقة تعتبر في غاية القسوة وقد تسبب أحيانا مخاطر صحية نتيجة لذلك، فهي لم تعد تستخدم بنفس الدرجة التي كانت تستخدم فيها سابقا.

### 3.3. الإشرط الإجرائي:

على النقيض من الإشرط الكلاسيكي الذي يعمل على تشكيل الاستجابة بشكل أتوماتيكي من خلال اقترانها مع مثير آخر جديد فإن الإشرط الإجرائي يعمل على اقتران استجابة تلقائية تصدر مع نتائج محددة ويعتبر التعزيز حيز الزاوية في الإشرط الإجرائي فعندما يؤدي الفرد سلوكا ما ويتبع ذلك السلوك تعزيز إيجابي فإنه من المرجح أن يتكرر ذلك السلوك مرة أخرى وبالمثل إذا قام الفرد بأداء سلوك وكانت نتيجة هذا السلوك الحرمان من التعزيز أو التعرض للعقاب فإن احتمال تكرار ذلك السلوك يقل على الأغلب ومع مرور الوقت فإن هذه الاقترانات تؤدي إلى تشكيل السلوكيات التي ارتبطت بالحصول على المعززات وفي المقابل يقل تكرار السلوكيات التي اقترنت بالعقاب أو لم تعزز ( تايلور، 2008، ص 134).

وتعتبر جداول التعزيز (Reinforcement Schedule) من الامور المهمة المميزة للإشرط الإجرائي فجدول التعزيز المستمر (Continuous Reinforcement Schedule) يعني أن السلوك يتعزز في كل مرة يحدث فيها و تعتبر

هذه الطريقة في تقديم التعزيز غير فعالة في إكساب الفرد القدرة على مقاومة الانطفاء (Extinction) إذ يتوقع الفرد الحصول على المعزز في كل مرة يؤدي بها السلوك و في حال توقف التعزيز أي إذا لم يقترن ظهور الاستجابة بالحصول على المعزز في مناسبة معينة فإن الفرد يتوقف عن القيام بالاستجابة لذلك خلص علماء النفس إلى أن السلوك الذي يتم تعلمه باستخدام جداول التعزيز المتغير أو المتقطع (Intermittent Reinforcement Schedules) بدلا من التعزيز المستمر يكون أكثر ثباتا و مقاومة للانطفاء .

إن كثيرا من العادات الضارة بالصحة يمكن اعتبارها استجابات إجرائية فعلى سبيل المثال قد يحافظ الفرد على عادة شرب الكحول لأن مزاجه يتحسن عندما يتناولها أو قد يستمر بالتدخين بسبب اقتران ذلك بضغط الرفاق وفي كلتا الحالتين فإن التعزيز يكون سببا في الحفاظ على العادات الضارة بالصحة.

### \* دور الاشراف في تغيير العادات الضارة بالصحة

يستخدم الاشراف الإجرائي دائما لتعديل السلوكيات الضارة بالصحة و في بداية الجهود التي نوجه لتغيير عادة سلوكية غير صحية يزود الأفراد بالمعززات الإيجابية لدى قيامهم بأي فعل يجعلهم أكثر قربا و عندما يحدث تقدم في تخفيف أو تعديل العادة الضارة بالصحة تتم المطالبة بإجراء تغيير أكبر في السلوك للحصول على نفس المعزز فعلى سبيل المثال، لنفترض أن ميري تدخن 20 سيجارة في اليوم فقد نقوم أو لا بتحديد عدد من المعززات التي يمكن أن تحصل عليها عندما تتمكن من تقليل عدد السجائر لتصبح قريبة من الهدف الذي وضعته مثل، الذهاب إلى السينما أو تناول الغشاء خارج البيت، وقد تقوم ميري بتحديد عدد السجائر التي ستمتنع عن تدخينها كهدف للوصول إليه (مثل 15 سيجارة في اليوم ) و عندما تبلغ هذا الهدف فقد تقوم بتطبيق التعزيز (تذهب إلى السينما أو تناول الغشاء خارج البيت ) أما الخطوة الثانية فتكون بتقليل عدد السجائر إلى 10 في اليوم، وعندما يتحقق ذلك تعزز نفسها مرة ثانية، ثم نحدد الهدف بخفض عدد السجائر بشكل منتظم إلى 5 ثم إلى 4 ثم إلى 3 ثم إلى 1 فصفر وعبر هذه الطريقة يمكن الوصول إلى هدف التوقف عن التدخين.

### 4.3. النمذجة:

تشير النمذجة (Modeling) إلى التعلم الذي يحدث عن طريق مشاهدة شخص آخر يقوم بأداء السلوك. إن المشاهدة والمحاكاة التي تليها، يمكن أن تشكل اتجاهات فعالة لتغيير العادات الضارة بالصحة، يرى باندورا أن تقدير الذات يتأثر بالخبرات البديلة والتي يقصد بها اكتساب الخبرة من رؤية الآخرين المشابهين وهم يؤدون الأنشطة بنجاح (النماذج الاجتماعية) (النشاوي، 2006، ص 475).

وتعتبر التشابه (Similarity) من المبادئ المهمة في النمذجة، فالأفراد أكثر ميلا لتقليد السلوك الصحي الذي يصدر عن أشخاص يشبهونهم وبمقدار ما يعتقدون بأنهم يشبهون نمطا من الأشخاص الذين يقومون بسلوكيات تعرضهم للمخاطر الصحية بمقدار ما يكونون أكثر ميلا لمحاكاتها وبقدر ما يدركون بأنهم يماثلون نمطا من الأشخاص، لا يؤدي سلوكا بسبب مخاطر صحية، بقدر ما يميلون إلى تغيير سلوكهم، فقد يرفض السباح أخذ سيجارة من صديقه لأنه يدرك أن معظم كبار السباحين لا يدخنون. (تليلور، 2008، ص 135).

ويمكن اعتبار النمذجة من الأساليب المهمة التي لها تأثير بعيد الامد في تغيير السلوك، فعلى سبيل المثال، تشتمل برامج المساعدة الذاتية (Self - Help Programs) التي تهدف إلى علاج العادات السلوكية المدمرة للذات (Destructive Habits) مثل برامج جمعية مدمني الكحول المجهولين (Alcoholics Anonymous) ضمناً على مبادئ النمذجة. ففي هذه البرامج ينضم الشخص الذي يقرر الالتزام بتغيير سلوكه الإدماني إلى أشخاص لديهم نفس المشكلة ولكنهم حققوا على الأقل بعض النجاح في التغلب عليها وفي لقاء هؤلاء الأشخاص فإن الناس يشتركون في الطرق التي تساعدهم على التخلص من مشاكلهم الصحية، ومن خلال الاستماع إلى هذه الطرق فإن الذي انضم حديثاً للمجموعة يمكن أن يتعلم من أفرادها كيف يتصرف ويتبع نماذج سلوكية فعالة في تأهيله. كما يمكن كما يمكن استخدام النمذجة كأسلوب لتخفيف القلق الذي يمكن أن يكون سبباً في ظهور بعض العادات السيئة أو في ظهور المخاوف التي تظهر عند التعرض لبعض الممارسات الصحية الوقائية مثل أخذ المطاعيم إذ يمكن التخفيف من المخاوف التي يحملها الفرد من خلال مشاهدته نموذجاً يقوم بأداء نشاطات يخاف المشاهد من القيام بها وينجح في التعامل مع الموقف بفعالية فعلى سبيل المثال استخدم فيرنون (Vernonon, 1974) النمذجة في محاولة لتقليل خوف الأطفال من أخذ المطاعيم إذ قام بتعريض مجموعة من الأطفال قبل إعطائهم الإبر لفيلم غير واقعي عن أطفال يأخذون المطعوم دون أن يبدو عليهم أي إشارة لوجود الألم أو أي تعبيرات تدل على وجوده في حين تم تعريض مجموعة أخرى لمشاهدة فلم غير واقعي عن أطفال يظهرون شعوراً بالألم لفترة وجيزة و يبدو عليهم درجة متوسطة من الانفعال الناجم عن الألم ولم تشاهد المجموعة الثالثة (المجموعة الضابطة) أي فيلم بينت النتائج أن الأطفال الذين شاهدوا الفلم الواقعي تعرضوا لأقل درجة من مشاعر الألم عند إعطائهم الإبر لاحقاً و بالمقابل فإن الذين شاهدوا أفلاماً غير واقعية كانوا أمثراً تعبيراً عن الشعور بالألم عند إعطائهم الإبر إن نتائج هذه الدراسة توضح نقطة مهمة أخرى حول النمذجة فعندما تستخدم النمذجة لتخفيف الخوف والقلق يكون من الأفضل ان يشاهد الشخص أشخاصاً يخافون مثله، ولكنهم يمتلكون القدرة على ضبط معاناتهم، بدلاً من مشاهدة نماذج لا يظهرون الخوف عندما يستجيبون للموقف لان النماذج التي لديها خوف من الموقف تقدم صورة حقيقية عن الخبرة و يكون لدى المشاهد فرصة أفضل للتوحد معها بدلاً من تلك النماذج التي تتصرف بهدوء غير واقعي في مواجهة التهديد إن عملية التوحد هذه قد تساعد الشخص ليتعلم و يقلد أساليب في التعامل (Coping Techniques) أكثر نجاحاً، لقد لعبت النمذجة دوراً هاماً في تعديل السلوك المتصل بالعادات الصحية لأنها تعرض الفرد لآخرين نجحوا في تعديل عاداتهم السلوكية الصحية و قد تحقق النمذجة أكبر نجاح عندما تبين الصعوبات الواقعية التي يواجهها الأشخاص لدى قيامهم بهذه التغييرات (تايلور، 2008، ص 136).

### 5.3. ضبط المثيرات:

يتطلب التعديل الناجح للسلوكيات الضارة بالصحة، فهما للأحداث التي تسبق السلوم تماماً، كفهيم النتائج التي تلي السلوك المقصود تعديله فالأفراد الذين يقومون بممارسة عادات سلوكية ضارة بالصحة كالتدخين، وتناول الكحول والإفراط في تناول الطعام، يطورون روابط بين هذه السلوكيات وبين المثيرات الموجودة في بيئتهم



وكل هذه المثيرات قد تقوم بوظيفة المثيرات التمييزية (Discriminative Stimuli) التي تكون قادرة على استدعاء السلوك المقصود فعلى سبيل المثال، فإن شكل الطعام ورائحته يعملان بوصفهما مثيرين تمييزين لتناول الطعام كما أن شكل علبة السجائر ورائحة القهوة قد تعملان كمثيرات للتدخين و تكمن أهمية المثير التمييزي لأنه يعمل بمثابة إشارة تعلن بأن معززا إيجابيا سوف يلي ظهور المثير.

وهناك منحنين يتبعان لدى تنفيذ إجراءات التدخل عن طرق ضبط مع أن المرضى الذين يحاولون تغيير عاداتهم الضارة بالصحة أما الأول فيركز على تخلص البيئة من المثيرات التمييزية التي تدعو لظهور السلوك المشكل في حين يركز الثاني على إيجاد مثيرات تمييزية جديدة تعمل كمؤثرات بأن استجابة جديدة سوف يتم تعزيزها.

ولكن كيف يعمل ضبط المثيرات في علاج المشكلة السلوكية؟ إن تناول الطعام يحدث في العادة بضبط من المثيرات التمييزية كوجود الطعام المفضل والنشاطات التي يقترن بها دائما تناول الطعام (مثل الحديث بالهاتف أو مشاهدة التلفاز). وكخطوة أولية في علاج السمنة Obesity يشجع الافراد على تقليل أو إبعاد هذه المثيرات التمييزية المحفزة على تناول الطعام وقد يحثون على التخلص من الأطعمة الفاتحة للشهية أو الأطعمة الدهنية الممتعة وعلى الالتزام بتناول الطعام في مكان محدد في البيت والامتناع عن تناول الطعام عندما يقومون بنشاطات (مثل الحديث بالهاتف أو مشاهدة التلفاز ) ويمكن أن يزود البيت بمثيرات أخرى تشير إلى أن تناول الطعام ضمن ظروف مسيطر عليها سيؤدي للحصول على المعززات فعلى سبيل المثال فقد توضع إشارات في مواقع مهمة في البيت نذكر الأفراد بالتعزيز الذي سيحصلون عليه بعد أن يتغير سلوكهم (تايلور، 2008، ص 137).

### 6.3. الضبط الذاتي للسلوك:

ويعرف الضبط الذاتي على أنه أسلوب معرفي يقوم الفرد من خلاله بالتحكم بسلوكياته وأفعاله وانفعالاته عن طريق المراقبة الذاتية والتقييم الذاتي والتعزيز الذاتي، ومن ثم توظيف هذا الأسلوب في المواقف المختلفة (بومجان، 2016، ص 188).

والعلاج المعرفي السلوكي يستخدم أيضا لتعديل العادات السلوكية، تحول تدريجيا نحو نموذج علاجي يركز على الضبط الذاتي (Self - Control) ووفق هذا التوجه يتصرف الفرد المستهدف في برامج التدخل على نحو جزئي كعلاج ذاتي، ويتعلم من خلال التوجيه الخارجي أن يتحكم بالأحداث التي تسبق و تلي السلوك المراد تعديله.

### 7.3. التعزيز الذاتي:

يتضمن التعزيز الذاتي مكافأة الذات بطريقة منتظمة بهدف الزيادة أو الحد من حدوث السلوكيات المقصودة (Thoresen & Mahoney, 1974) وتتضمن المكافئة الذاتية الإيجابية تعزيز الذات بشيء مفضل بعد النجاح بتعديل السلوك المستهدف ومن الأمثلة على المكافئة الذاتية الإيجابية السماح للذات بالذهاب الى السينما بعد النجاح في إنقاص الوزن أما المكافئة الذاتية السلبية فإنها تتضمن إزالة بعض المثيرات المنفرة من البيئة بعد النجاح في

تعديل السلوك المستهدف ومن الامثلة على المكافأة الذاتية السلبية، القيام بنزع صورة الأنسة بيجي (Miss Piggy) عن الثلاجة بعد النجاح في إتباع برنامج تغذية منتظم .

وفي دراسة أجراها ماهوني (Mahoney, 1974) لفحص تأثير التعزيز الذاتي الإيجابي في تخفيف الوزن قام بتصميم أربعة ظروف تجريبية ، تضمن الأول ضبط الظروف بحيث لا يكون هناك أي تدخل ، وتضمن الثاني قيام الأفراد بمراقبة أوزانهم و أوعز إلى الأفراد في المجموعة الثالثة إجراء مراقبة ذاتية لأوزانهم يتبعها تعزيز ذاتي من النقود أو الهدايا عند النجاح في خفض أوزانهم و قام الرابع بتشكيل الظروف بحيث يرافق المراقبة الذاتية تقديم الهدايا أو النقود عند النجاح في تغيير سلوك تناول الطعام ، اظهرت المجموعتان اللتان قامتا بتقديم التعزيز الذاتي نقصا أكبر في الوزن من المجموعة الضابطة أو المجموعة التي اكتفت بمراقبة الذات كما أظهر أسلوب المكافأة الذاتية الذي استخدم لدى حدوث التغيير المراد في العادة (في عادات الأكل ) فعالية أكبر في تخفيض الوزن مما أظهره أسلوب المكافأة الذاتية المرتبط بتقليل الوزن ويمكن تعليل هذه النتيجة بأن المكافأة الذاتية المقدمة لدى تغيير العادات أدت إلى قيام الاشخاص الذين يعانون من السمنة بتعديل عاداتهم في تناول الطعام في حين أن المكافأة التي قدمت في حالة النجاح بإنقاص الوزن ارتبطت فقط بحدوث الانخفاض في الوزن وليس في تغيير السلوك الذي يؤدي إلى الانخفاض

ومن الأمثلة التي توضح المكافأة التي توضح تأثير المكافأة السلبية على التحكم بالسمنة تلك الدراسة التي أجراها بينيك ورفاقه (Penick, Filion, Fox & Stunkard, 1971) ففي هذه الدراسة طلب من المشاركين الذي يعانون من زيادة الوزن الاحتفاظ بمجموعة من الأكياس الكبيرة الممتلئة بدهن حيواني في ثلاثتهم لتذكركم بأوزانهم المفرطة وسمح لهم في كل مرة ينجحون فيها بإنقاص أوزانهم أن يقوموا بإزالة كمية معينة من الدهن الذي يحتويه الكيس وبذلك يخفون من وجود هذا المثير المنفر إن استخدام مثل هذه الأساليب يمكن أن يكون فعالا للغاية في الحفاظ على الالتزام ببرنامج تغيير السلوك.

والأهم من ذلك فإن المكافأة الذاتية أثبتت أنها أسلوب فعال في تعديل السلوك اضافة لذلك فإن لأساليب المكافأة الذاتية فوائد جوهرية إذ أن تطبيقها لا يستدعي وجود شخص آخر كالمعالج لمراقبة وتعزيز السلوك بل يكون الفرد معالجا لنفسه.

وكما هو الحال بالنسبة لمكافأة الذات فإن عقاب الذات (Self Punishment) يكون على نوعين: عقاب الذات الإيجابي (Positive - Self Punishment) ويتضمن تطبيق بعض المثيرات المزعجة على الذات وذلك لعقاب سلوك غير مرغوب فيه فقد يقوم الفرد على سبيل المثال بتعريض نفسه لصدمة كهربائية خفيفة في كل مرة يشعر فيها برغبة في التدخين. إن العقاب الذاتي السلبي (Negative - Self Punishment) يتضمن سحب بعض المثيرات الإيجابية من البيئة في كل مرة يؤدي فيها الفرد سلوكا غير مرغوب فيه، فقد يقوم الفرد المدخن على سبيل المثال بتمزيق دينار في كل مرة يفوق فيها عدد السجائر التي يدخنها الحصة المقررة مسبقا.

إن الدراسات التي قيمت مدى نجاح العقوبة الذاتية توصلت إلى نتيجتين: أولهما أن العقاب الذاتي الإيجابي أكثر فعالية من العقاب الذاتي السلبي وثانيهما أن العقاب الذاتي يكون أكثر فعالية إذا تلاه استخدام

أساليب المكافأة الذاتية، فالمدخن على سبيل المثال، أقل ميلا للتوقف عن التدخين إذا قام بتمزيق قطعة نقدية (دينارا) في كل مرة يدخن فيها، مما لو قام بتعريض نفسه لصدمة كهربائية. إن هذه المبادئ أكثر احتمالا لأن تؤدي إلى تخفيف التدخين إذا قام المدخن أيضا بتعزيز نفسه في حال عدم قيامه بالتدخين كأن يذهب إلى السينما مثلا.

### 8.3. التعاقد المشروط:

إن عقاب الذات يكون فعالا فقط إذا قام الناس فعلا بتطبيق العقوبة و عندما تصبح العقوبة الذاتية منفرة جدا فإن الناس غالبا ما يتوقفون عن بذل الجهد للقيام بالسلوك و مع ذلك فإن أحد أشكال العقاب الذاتي الفعالة التي استخدمت بشكل أوسع في تعديل السلوك هو أسلوب التعاقد المشروط (Thoresen & Mahoney, 1974) وفي التعاقد المشروط يقوم الفرد بإبرام اتفاقية مع شخص آخر كطبيب تتضمن تفصيلا بالمكافأة و العقوبات التي يقترن تقديمها بأداء سلوك معين أو الامتناع عن القيام بسلوك ما فعلى سبيل المثال يودع الشخص الذي يرغب بالتوقف عن شرب الكحول مبلغا من المال لدى المعالج الذي يقوم بدوره بفرض غرامة على الشخص كلما قام بتناول الكحول، ويقدم له مكافأة في كل مرة يمتنع فيها عن تناول الكحول ومن الأمثلة الخلاقة على استخدام التعاقد المشروط ما قامت به امرأة أمريكية من أصل إفريقي أرادت أن تمارس ضبطا على قيامها بالإفراط في تناول مادة الأمفيتامين (Amphetamine) إذ قامت بإيداع مبلغ من المال مع المعالج وفوضته إعطاء (50) دولارا لمؤسسة (Ku Klux Klan) وهي جمعية أمريكية معروفة بأمريكا (معادية للزواج)، أنشئت وازدهرت في جنوب أمريكا خلال فترة إعادة البناء التي تلت الحرب الأهلية في كل مرة تفرط فيها باستخدام الأمفيتامين ومن غير المدعش أن هذا التعاقد لعب دورا كبيرا في دفع المريضة للتقليل من استخدام الأمفيتامين (Thoresen & Mahonnes, 1974).

### 9.3. الضبط الذاتي الداخلي:

كما أشرنا سابقا فإن العادات الضارة بالصحة وتعديل هذه العادات يقترن دائما بحوارات داخلية صامتة (internal Monologues) مثل توجيه النقد للذات أو الثناء على الذات. إن الضبط الذاتي الداخلي (Covert Self - Control) يدرّب الفرد على تمييز وتعديل المحاولات الذاتية الداخلية من أجل تشجيع عملية تغيير السلوك الضار بالصحة و أحيانا ماي تم تعديل المدركات التي تسبق السلوك المستهدف بالتغيير. فمثلا إذا كانت رغب الفرد بالتدخين مسبوقه بحوارات واضحة مع الذات مثل اتهام الذات بالضعف و عدم القدرة على التحكم بالرغبة بالتدخين فإن المعتقدات توجه لإحداث التغيير في هذه المعتقدات إن المدخن سيدرب لتطوير مدركات تسبق الحدث وتساعد في التوقف عن التدخين كالاتقاد الذي يجعله يعتبر نفسه مسؤولا عن التحكم برغباته كأن يقول لذاته " أستطيع القيام بهذا العمل " وسوف تكون صحي أفضل بكثير ( تايلور، 2008، ص 139).

إن المدركات يمكن أن تؤثر في القدرة على إحداث التعديل في السلوك المستهدف فعلى سبيل المثال، يمكن للشخص الذي يعاني من السمنة ويحاول أن يفقد من وزنه أن يفسد البرنامج المعد لإنقاص الوزن من خلال الاستجابة بضعف لكل عائق صغير في تنفيذ برنامج الحماية الغذائية لذا يمكن تدريبه للانخراط في

مدرجات معززة للذات بعد كل مقاومة ناجحة للمغريات وبعد التمكن من توجيه نقد بناء للذات يلي كل عائق يمنع تنفيذ البرنامج الغذائي كأن يقول " في المرات القادمة لن أحتفظ بهذه الأغذية المشهية في ثلاجتي ". وقد تكون الأفكار هدفا توجه إليه جهود التعديل وإعادة تنظيم البنى المعرفية التي قام بتطويرها مايكنباوم هي طريقة لتعديل الحوارات الداخلية التي تتم بين المرء ونفسه وقد استخدمت بشكل واسع في علاج الاضطرابات الناجمة عن الضغط.

فبعد تطبيق إجراءات التدخل التقليدية، يدرّب العملاء أولا على مراقبة أحاديثهم التي يجرونها في المواقف التي تسبب لهم الضغوط، وبهذه الطريقة يتمكنون من تمييز ما قالوه لأنفسهم في الأوقات المسببة للضغط، ثم يتم تعليمهم تعديل التعليمات الذاتية (Self - Instructions) التي يقدمونها لأنفسهم لكي تتضمن أشكالا بناءة من الإدراك.

وتستخدم النمذجة باستمرار لتدريب العملاء على إعادة تنظيم مدرجاتهم المعرفية، فقد يقوم المعالج أولا بتقديم إيضاح لحديث إيجابي مع الذات (Positive Self - Talk) وقد يقدم المعالج موقفا يبب الضغط يعتبره هدفا يوجه نحوه جهود التعديل ، ثم يقوم بتطبيق تعليمات ذاتية إيجابية (Self – Administered Positive Instructions) كأن يوجه لنفسه دعوة للاسترخاء فيقول لنفسه " استرخ إنك تحقق تقدما رائعا " ثم يحاول العميل أن يتعامل مع الموقف الضاغط بينما يقوم المعالج بتعليمه التكرير الإيجابي و في المرحلة التالية من التدريب يحاول العميل أن يتعامل مع الموقف المسبب للضغط مقدما إرشادات ذاتية بصوت عال وبعد هذه المرحلة قد توجه التعليمات الذاتية عن طريق الهمس ثم يقوم العميل بتخفيف القلق عن طريق توجيه إرشادات ذاتية صامتة.

### 10.3. الواجبات السلوكية:

كما يعتبر أسلوب الواجبات السلوكية (Behavioral Assignments) من الأساليب الأخرى التي تساهم في زيادة انخراط العميل في العملية العلاجية حيث يطلب من العميل القيام بممارسة نشاطات منزلية تعمل على مساندة إجراءات التدخل العلاجية (الاسي، 2014، ص 44)

وتصمم الواجبات السلوكية بحيث تساعد على الاستمرار في علاج المشكلات السلوكية و تخصص بعض أقسام كل جلسة من جلسات تعديل السلوك لتحضير الواجبات المنزلية و يتم إعطاء هذه الواجبات بعد الوصول إلى نقاط معينة في الجلسات العلاجية، فمثلا إذا تضمن موقف علاجي لعميل يشكو من السمنة التدريب على مراقبة الذات فإن العميل يشجع على مراقبة سلوكه في تناول الطعام في البيت فقد يسجل العميل وصفا لسلوكه في تناول الطعام بما في ذلك المواقف التي حدث فيها السلوك و يمكن أن يستخدم هذا التسجيل من قبل المعالج والعميل في الجلسة اللاحقة للتخطيط لسلوك التدخل الملائم في المرات القادمة.

تلعب الواجبات المنزلية دورا هاما في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص وأساسي في العلاج المعرفي السلوكي، حيث أنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختتم بها المعالج كل جلسة علاجية، وتساهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والمريض، ومن خلالها يقيم (المعالج مدى تقدم خطوات العلاج للمشكلة المراد معالجتها (DOBSON, 2010, p 283).

إن أسلوب الواجبات المنزلية المنظم في علاج السلوكيات الضارة بالصحة قد أصبح من الأساليب الشائعة تماما ففي مسح لبرامج علاج المشاكل الصحية تبين أن 75 % من برامج السمنة و71% برامج التأهيل و54% من برامج التدخين تضمنت استخدام أسلوب الواجبات السلوكية (تايلور، 2008، ص 140).

### 11.3. تدريب المهارات:

يتجه إدراك المختصون في علم النفس بشكل متزايد الى اعتبار ان بعض العادات الضارة بالصحة تتطور استجابة لخبرة القلق التي يتعرض لها الأفراد في المواقف الاجتماعية، فعلى سبيل المثال، يبدأ المراهقون غالبا بالتدخين من أجل تخفيف القلق الاجتماعي لترك الانطباع لدى الآخرين بأنهم ظرفاء ومتطورون، كما ان شرب الكحول والافراط بالأكل، قد يعبران عن ردود فعل إزاء القلق الاجتماعي، فالقلق الاجتماعي يمكن أن يعمل كقريضة للعادات اللاكيفية، مسببا اتباع طرق بديلة للتعامل مع القلق، كما قد يكون أيضا سببا في اتباع السلوك الصحي، وبالنتيجة قد يحتاج الأفراد لتعلم طرق بديلة في التعامل مع هذا القلق في الوقت الذي يقومون به بتغيير العادات الضارة بالصحة.

وهناك عدد من البرامج صممت لتغيير العادات الضارة بالصحة تتضمن اما تدريب المهارات الاجتماعية أو التدريب التوكيدي او كليهما، كجزء من برنامج التدخل، حيث يتم تدريب الأفراد على اتباع طرق يمكن أن تساعدهم في التعامل مع القلق الاجتماعي.

وتعد برامج المهارات الاجتماعية كأساليب مساندة في البرنامج المتبع لتغيير السلوك الى التقليل من القلق الذي ينشأ في المواقف الاجتماعية، والتزود بمهارات جديدة للتعامل مع المواقف التي كانت سببا في إثارة مشاعر القلق في السابق، وتوفير بدائل سلوكية تحل محل العادات الضارة بالصحة التي ظهرت في السابق استجابة لمشاعر القلق الاجتماعي.

### 12.3. تدريب الاسترخاء:

يعرف الاسترخاء بأنه مجموعة التقنيات التي تسمح للحالة بالوصول إلى استجابة الاسترخاء، واستجابة الاسترخاء هي الخفض من درجة التأهب والخطر والخفض من شدة ضربات القلب والتنفس والضغط الدموي، حيث يشعر الفرد بالراحة (بلغالم، 2017، ص 71).

في عام 1958 قام العالم (وولبي) بتطوير تقنية لعلاج القلق عرفت بتقليل الحساسية التدريجي، وتتضمن الطريقة تدريب العميل لكي يستبدل القلق باستجابة الاسترخاء في المواقف التي تسبب القلق، ومن أجل أن يحدث استجابة الاسترخاء قام العلم (وولبي) بتعليم المرضى كيف يقومون بالتنفس بعمق وارتخاء العضلات تدريجيا، ففي التنفس العميق يقوم الشخص بأخذ نفس عميق مضبوط، يؤدي إلى حدوث تغيرات فسيولوجية مثل انخفاض معدل النبض، وضغط الدم وزيادة اكسدة الدم، وفي الاسترخاء التقدمي للعضلات يتعلم الفرد أن يرخي جميع عضلاته للتخلص من التوتر او الضغط، وكثير من العادات الضارة بالصحة مثل التدخين وشرب الكحول تشكل طرقا للتعامل مع القلق الاجتماعي، وبذلك يمكن للأفراد تعلم أساليب الاسترخاء للتعامل بشكل أكثر فعالية مع قلقهم، إضافة الى تدريبهم على المهارات الاجتماعية او التدريب التوكيدي.

## خاتمة:

أتاح اتباع الاتجاه المعرفي السلوكي في تغيير السلوك الضارة بالصحة الفرصة لتحقيق النجاح في وقت لم تتمكن فيه برامج أكثر تحديداً من ذلك، ويتطلب ذكاء بارزا لتطبيق هذه البرامج ومن أهم الفوائد التي يمكن كسبها عند تطبيق العلاج المعرفي السلوكي في تغيير هذه العادات الضارة بالصحة:

- يساعدنا الاختيار الدقيق لمجموعة الأساليب المتنوعة على التعامل مع جميع مظاهر المشكلة، فالملاحظة الذاتية ومراقبة الذات، تحددان أبعاد المشكلة، كما أن ضبط المثيرات يساعد الفرد على تعديل الظروف التي تسبق السلوك، كما يعمل تعزيز الذات على ضبط النتائج التي تترتب على القيام بالسلوك، وقد يضاف تدريب المهارات الاجتماعية ليحل محل السلوك اللاتكفي بمجرد أن يوضع السلوك تحت درجة من الضبط، وبذلك فإن دمج عدة أساليب يمكن أن يكون أكثر فعالية في التعامل مع مختلف جوانب المشكلة مما لو استخدم أسلوب واحد فقط.

- يمكن استخدام العلاج المعرفي السلوكي في تكييف الخطة العلاجية لتلائم مشكلة كل فرد، فالعادات الصحية السيئة والمميزات الشخصية تختلف من فرد لآخر.

## قائمة المراجع:

1. الأسبي، هدير صالح. (2014). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام، دراسة اكلينيكية، رسالة ماجستير في علم النفس، الجامعة الاسلامية- غزة.
2. بلعالم، محمد. (2017). بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي لخفض نوبات الملح عند المصابين بفوبيا الأماكن المفتوحة، أطروحة دكتوراه في تقنيات وتطبيقات العلاج النفسي، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان.
3. بهلول سارة أشواق. (2009). سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارات، وقلة النشاط البدني) وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية، مذكرة ماجستير غير منشورة في علم نفس الصحة، جامعة الحاج لخضر باتنة.
4. بوجمان، نادية. (2016). بناء برنامج ارشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدى الأستاذة الجامعية المتزوجة، رسالة دكتوراه في علم نفس الارشاد والتوجيه، جامعة محمد خيضر بسكرة.
5. رزقي، رشيد. (2019). بناء وتجريب مدى فعالية برنامج للتكفل النفسي بمرضى القصور الكلوي، أطروحة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة باتنة 1.
6. شايخ، بسمة كرم. (2016). أثر أساليب التكيف المعرفية والسلوكية في خفض الاعراض العصابية لدى مرضى القلب. مجلة الأستاذ، (203)، 963\_906. محل من الموقع:

7. <https://www.iasj.net/iasj/download/62704700250489fb>

8. شيلي، تابلور. (2008). علم النفس الصحي (ط1). الأردن: دار حامد للنشر والتوزيع.

9. عززي، نعيمة وصادقي، فاطمة. (2019). العلاج المعرفي السلوكي، مقارنة نظرية حول نظرية آرون بيك وجيفري يونغ. مجلة آفاق علمية، 11(3)، 656-671.
10. الغامدي، حامد أحمد. (2010). مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف. مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، 2(1)، 12-51. محمل من الموقع:
11. [https://ncys.ksu.edu.sa/sites/ncys.ksu.edu.sa/files/studies%20%2825%29\\_5.pdf](https://ncys.ksu.edu.sa/sites/ncys.ksu.edu.sa/files/studies%20%2825%29_5.pdf)
12. القص، صليحة. (2009). سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر انتشار لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل - تازولت - دراسة ميدانية في علم الأوبئة السلوكية، مذكرة ماجستير غير منشورة في علم نفس الصحة، جامعة الحاج لخضر باتنة.
13. القص، صليحة. (2016). فعالية برنامج تربية صحية في تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين، أطروحة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة محمد خيضر بسكرة.
14. النشاوي، كمال أحمد. (2006). فعالية الذات وعلاقتها ببعض سمات الشخصية لدى طلاب كلية التربية النوعية، ورقة عمل مقدمة إلى مؤتمر التعليم النوعي ودوره في التنمية البشرية في عصر العولمة، كلية التربية النوعية، جامعة المنصورة.
15. Dobson, K, S. (2010). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (3<sup>rd</sup> edition). New York: The Guilford Press.
16. Thoresen, C. E., & Mahoney, M. J. (1974). Behavioral self-control. New York: Holt1
17. Vernon, D. T. A. (1974). Modeling and birth order in responses to painful stimuli. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29(6), 794-799. <https://doi.org/10.1037/h0036179>