

جامعة الزقازيق
كلية الآداب
قسم علم النفس

مدى فعالية البرمجة اللغوية العصبية فى علاج المخاوف المرضية

رسالة مقدمة من
دينا البرنس عادل عبد الرحمن
المدرس المساعد بكلية التربية ببور سعيد – جامعة قناة السويس

للحصول على درجة الدكتوراه فى الآداب
(تخصص علم نفس)

إشراف
أ.د/ عبد الله السيد عسكر
أستاذ ورئيس قسم علم النفس
كلية الآداب – جامعة الزقازيق

٢٠٠٩

الفهرس

الفصل الأول مدخل إلى الدراسة

- ٢ مقدمة
- ١٢ أهمية الدراسة والهدف منها
- ١٣ تساؤلات الدراسة
- ١٣ مصطلحات الدراسة

الفصل الثاني الإطار النظري

- ١٦ أولاً: المخاوف المرضية
- ١٦ مقدمة
- ١٧ تعريف الخوف الحقيقي
- ١٧ تعريف المخاوف المرضية
- ١٧ أ - تعريف المخاوف المرضية لغوياً
- ١٨ ب - تعريف المخاوف المرضية نفسياً
- ٢١ الفرق بين المخاوف المرضية والخوف الحقيقي (الطبيعي)
- ٢٥ الفرق بين المخاوف المرضية والقلق
- ٣٠ المخاوف ومراحل النمو
- ٣٤ أهداف المخاوف ومكاسبها
- ٣٥ أنواع المخاوف المرضية
- ٣٩ تقسيم المخاوف المرضية وفقاً لمحكات الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع..
- ٤٤ تفسير المخاوف المرضية في ضوء نظريات علم النفس المختلفة
- ٤٥ أ. التفسير السيكودينامي
- ٤٩ ب. التفسير السلوكي
- ٥٣ ج. التفسير المعرفي
- ٥٥ د. المخاوف العرضية والمخاوف الكلاسيكية (أو الإشرافية البافلوفية)
- ٥٦ هـ. التفسير البيولوجي الوراثي

٥٨	..... و. تفسير النشأة التكوينية
٦٠	..... ثانيا: البرمجة اللغوية العصبية
٦٠	..... - مقدمة
٦٠	..... ١ - نظرة تاريخية عن نشأة البرمجة اللغوية العصبية (الأصول)
٦٣	..... أ. الأصل المستمد من النظرية التوليدية
٦٤	..... ب. الأصل المستمد من علم دلالات الألفاظ العام
٦٥	..... ج. الأصل المستمد من النظرية الجشطاطية
٦٧	..... د. الأصل المستمد من العلاج الأسرى
٦٩	..... هـ. الأصل المستمد من التنويم الإكلينيكي (الإيحائي)
٧١	..... و. الأصل المستمد من كتابات ويليام جيمس
٧٢	..... ز. الأصل المستمد من معالجة البيانات
٧٣	..... ح. الأصل المستمد من نظرية التعلم الاجتماعي
٧٥	..... ٢- تعريف البرمجة اللغوية العصبية
٧٨	..... ٣- أطر البرمجة اللغوية العصبية
٧٩	..... أ. المنظومة التجريبية
٨٠	..... ب. المستويات العصبية (المستويات المنطقية)
٨٢	..... ج. خطوط الزمن
٨٤	..... د. نظرية المجال الموحد
٨٥	..... ٤- فنيات البرمجة اللغوية العصبية
٨٥	..... أ. المواقع الإدراكية
٨٧	..... ب. إعادة تشكيل الإطار (إعادة التأطير)
٩٢	..... ج. بناء التجاوب (التوافق - الألفة)
٩٦	..... د. التناغم المستقبلي
٩٦	..... هـ. تحديد (صياغة) النتائج
٩٨	..... و. النظم التمثيلية الذهنية
١٠٨	..... ز. التثبيت
١١٣	..... ح. نموذج التحول العميق

١١٨	٥- المخاوف المرضية في ضوء مفاهيم وفنيات البرمجة اللغوية العصبية
	الفصل الثالث
	الدراسات السابقة
١٢٧	- الدراسات السابقة
١٣٢	- التعليق على الدراسات السابقة
	الفصل الرابع
	المنهج والإجراءات
١٣٦	أولاً: فروض الدراسة
١٣٦	ثانياً: عينة الدراسة
١٣٧	ثالثاً: أدوات الدراسة
١٣٨	١. المقابلة الشخصية
١٣٨	٢. نموذج استبيان التقرير الشخصي
١٣٨	٣. قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-L)
١٦٠	٤. قائمة مسح المخاوف
١٦٥	٥. مقياس تايلور للقلق الصريح
١٦٧	٦. نموذج استبيان التقييم الشخصي كمرودود للعلاج
١٦٧	٧. استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية
١٦٩	- الإجراءات والتطبيق
	الفصل الخامس
	نتائج الدراسة ومناقشتها
١٧٣	- الحالة الأولى
١٨١	- الحالة الثانية
١٨٨	- الحالة الثالثة
١٩٦	- الحالة الرابعة
٢٠٥	- الحالة الخامسة
٢١٣	- الحالة السادسة
٢٢١	- مناقشة نتائج الدراسة
	الفصل السادس
	خاتمة الدراسة
٢٢٩	- توصيات ومقترحات

- بحوث مقترحة ٢٢٩
- المراجع العربية ٢٣١
- المراجع الأجنبية ٢٣٨
- الملاحق ٢٤٤
- ملخص الدراسة باللغة العربية ٣٠٣
- ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية

فهرس الأشكال

الرقم	الشكل
١	
٢	
٣	
٤	
٥	
٦	
٧	

الفصل الأول
مدخل إلى الدراسة

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

مقدمة

تعد الاضطرابات الانفعالية قاسماً مشتركاً بين البشر ... وتلعب الانفعالات دوراً مهماً في توجيه حياة الإنسان، فهي مفيدة لأنها تشبه صمام الأمان وناقوس الإنذار، فهي تنذر صاحبها بأنه مقبل على حالة طوارئ، وتنبهه إلى وجود مواقف تستدعي ردود فعل غير عادية، ولا ينحصر دور الانفعالات في الإنذار فقط، بل إنها تحفز الإنسان وتعدّه لمواجهة المواقف الجديدة، فانفعال الخوف مثلاً ينبه المرء للخطر، وينبئه لمواجهة الموقف بالهجوم أو الفرار.

(الأزرق بوعلو ١٩٩٣ ، ١٩)

فالانفعال هو "شعور همجي مضطرب"، وخلل عام يصيب الفرد كله نفسياً وجسدياً، ويؤثر إلى حد كبير في تصرفاته وأفعاله وخبراته الحسية والشعورية، وأعضاء جسمه الحشوية الداخلية.

(عزت الطويل ١٩٩٥ ، ٢١٨)

والانفعال كاستجابة له ثلاث جوانب: جانب وجداني Affective، وجانب سلوكي Behavioral، وجانب معرفي Cognitive، أما عن الجانب الأول فهو جانب وجداني شعوري ذاتي يميل إحساس الشخص المنفعل بانفعاله، والجانب الثاني هو جانب سلوكي يتمثل في السلوك الخارجى كالحركات التعبيرية، والجانب الثالث للانفعال هو الجانب المعرفي الذى يسعى به الفرد المنفعل نحو الهدف الذى يعيد إليه حالة الاستقرار، كالهرب فى حالة انفعال الخوف.

(سامى عبد القوى ١٩٩٥ ، ٢٣١)

يعرف "سكنر" الانفعال بأنه: تقوية أو إضعاف جزئى لواحد أو أكثر من الاستجابات، أو القابلية للتصرف بطريقة معينة فى ضوء بعض الأحداث الخارجية، فالشخص الخائف من المحتمل أن يضطر للهرب بسبب مثير عدائى مثل شخص يحمل سكيناً.

(محمد عبد الرحمن ١٩٩٨ ، ٥٥٣)

ويعد انفعال الخوف واحداً من أهم ميكانزمات الحفاظ على الذات وبقائها لدى الإنسان، وهو وظيفة للحفاظ على البقاء والحياة أيضاً لدى الكائنات الأخرى.

(زكريا الشربيني ١٩٩٤ ، ١١٣)

فالخوف هو انفعال يشعر به الإنسان فى بعض المواقف الخطرة أو المنذرة بالخطر والتي يصعب مواجهتها ويسلك فيها سلوكاً يبعده عادة عن مصدر الضرر.

(عبد الله جاد ١٩٩١ ، ٢٧)

أن الخوف يمثل ظاهرة وهو جزء لا يتجزأ من الطبيعة البشرية، فنجد له لدى الراشد والطفل والرجل والمرأة والقوى والضعيف، وبرغم ذلك يدركه الجميع ويتعاملون معه باعتباره "سر" يخافون الإفصاح عنه ومواجهته ومناقشته حفاظاً على الكرامة وتجنباً للاتهام بالضعف أو الجنون.

(دوروثي رو ١٩٨٨ ، ١٠٢)

فالخوف انفعال أساسي وحتمي، وإذا ما أقترن بالحدز والترقب فإنه يسهم في بقاء الإنسان واستمراره.

والخوف يدفع بالخائف إلى الهرب مما يحرق به من خطر، لكنه كثيراً ما يتجاوز حدود هذه الوظيفية التكيفية بحيث يؤدي إلى هروب الفرد حتى في عدم وجود من يتعقبه أو ما يهدده.

(ممدوحة سلامة ١٩٨٧ ، ٥٤)

إن اضطراب الفوبيا Phobia أو المخاوف المرضية من الاضطرابات التي تهدم كيان الفرد النفسي وسعادته وتجعله شخصاً آخر غريب عن الآخرين بل وغريب عن نفسه، ومن هذه الفوبيا أنواعاً كثيرة تضم بين جنباتها كل شيء وأى شيء، فكل ما في الحياة هو موضوع للخوف المرضي، كما أن كل إنسان مهما كان مركزه ومكانته يمكن أن يكون عرضة لهذا النوع من المخاوف.

(عادل غنايم ١٩٩٣ ، ٣)

فوبيا هي كلمة مشتقة من الكلمة الإغريقية (فوبوس phobos) والتي تعنى الخوف ، وتعرف كلمة الفوبيا بأنها خوف شديد غير منطقي ومفرط إلى درجة غير سوية ، ويقوم هذا الخوف على ظرف معين أو فكرة معينة أو شيء معين. وتُعرف الاضطرابات الفوبائية وفقاً للتصنيف الحديث بأنها تصنيف ثانوي لاضطرابات القلق.

(Dilts & Delozier 2000, 953-954)

وتعرف الفوبيا في قاموس (webster) بأنها خوف مبالغ فيه وغير منطقي من شيء معين أو فئة من الأشياء وعادة لا يكون لها تفسير.

(webster 1979, 855)

وتتعدد مصادر الخوف ومظاهره، ولكن أسوأ وأقسى أنواع الخوف هو الخوف الذي يحدث من داخل الإنسان وليس كاستجابة لخطر خارجي يمكن التعبير عنه فيتلقى العون. فنحن نعيش الخوف الداخلي ونستشعره في صورة قلق أو خزي أو ذنب تبعاً لمنشأ هذا الخوف لدينا دون قدرة على التعبير عنه كخوف.

والخطر يواجه بأحد أسلوبين إما بمحاربتة أو الهروب منه فتكون للخوف وظيفة حيوية، فهو يستثير التهيو الجسمانى للتصرف السريع فى مواجهة الخطر سواء بمحاربتة أو بالهروب منه إذ تتزايد ضربات القلب ويسرع التنفس فيزيد الأوكسجين الذى يدخل الجسم، ويفرز الادرينالين فى الدم. أما إذا عجز الفرد عن استخدام هذا التهيو الجسمانى إما لعدم وجود موضوع خارجى للخوف أو لعجزه عن مواجهة هذا الموضوع - كالطفل فى مواجهة غضب والديه الشديد أو عقاب المدرس له - فإن هذا التهيو الجسمانى المؤلم يبقى دون توظيف فلا يتم التخلص منه، كما تبقى أيضاً انفعالات الغضب والكراهية المؤلمة والمهددة التى ترتبت على الخوف ولم يمكن الكشف عنها فى حينها.

وكما يلزم الجميع درجات متفاوتة من الخوف فإنه يلزم الجميع أيضاً درجات متفاوتة من إنكار الخوف، فلا يمكن للإنسان أن يحيا بدون إنكار، فهو ينكر الضوضاء مثلاً ليستمر قادراً على التركيز فى أمر هام، وينكر التعب لينتهى من إنجاز شئ هام، وينكر الخوف ليستطيع أن يقوم إلى نجدة إنسان فى خطر، إلا أن هذا الإنكار إنكار مؤقت ينتهى بانتهاء الموقف فيعود يدرك الضوضاء ويشعر بالتعب فيتطابق ما يشعر به مع الواقع أما إذا استمر الإنكار فإن خبرات الإنسان تفقد تطابقها واتصالها بالواقع، ومع استمرار الإنكار لا يعى الإنكار ولكنه يشكل طابع حياته.

(دوروثى رو ١٩٨٨ ، ١٠٢ : ١٠٤)

يتجلى اهتمام علماء النفس بدراسة المخاوف بصورة متزايدة ويكمن وراء هذا الاهتمام اعتقاد كثير من علماء النفس أن المخاوف مكتسبة، وأن ما يتصل بها من حالات القلق تشكل جزءاً كبيراً من الدوافع البشرية.

كما يرون أن ما يحول دون الفرد والحياة السعيدة إنما يعود فى كثير من الأحيان لما يعتريه من مخاوف بوصف الخوف - أيضاً - انفعال يتضمن حالة من حالات التوتر التى تدفع بالخائف إلى الهرب حتى يزول التوتر.

ورغم قناعة عدد من علماء النفس بأن المخاوف "فطرية" إلا أن الدراسات والبحوث التى تناولت هذا الموضوع كانت فى معظمها تظهر عكس ذلك. ولقد قام "واطسون" وتلاميذه بعد الحرب العالمية الأولى بملاحظات شاملة لسلوك الأطفال الحديثى الولادة، ووجد انه بينما يكون ميكانيزم الاستجابة الانفعالية فطرياً، فإن الأشياء التى ترتبط بها هذه الاستجابات تعتبر إلى حد كبير نتيجة

الخبرة. وكانت هذه الملاحظات بداية المعارضة لوجهة النظر التقليدية القائلة بأن مصادر الخوف والغضب وغيرها من الانفعالات فطرية أو موروثية.

(احمد حافظ ١٩٨٩ ، ١٠)

تتعدد أشكال المخاوف تبعاً لموضوعاتها التي تستثير القلق الشديد، كالخوف من الحيوانات مثل: الحشرات، والقطط والكلاب، والخوف من وقوع المرض أو الأذى أو الموت أو القتل أو عضة الكلب، والخوف من الأماكن المفتوحة أو المزدحمة أو الضيقة أو العالية، والخوف من الظلام أو الوحدة أو الأشخاص الغريباء، والخوف من الأماكن الخطرة كالمصاعد أو الطائرات والخوف من بعض الأفكار كالانتحار أو الخوف نفسه، والخوف من الأشباح أو القوى الخارقة أو الأرواح وغيرها.

(عبد المطلب القريظي ١٩٩٨ ، ٣١٣)

يشير (محمد الطيب ١٩٨٨) إلى أن نسبة الخوف تمثل ٢٠% من مجموع المرضى النفسيين. والسبب العام وراء أغلب مشكلاتنا النفسية الأساسية هو الخوف الذي تبقى آثاره إلى أن يكبر الشخص فيصبح عامل هدم في إنتاجه وعامل تأخير في نمو شخصيته.

(محمد الطيب ١٩٨٨ ، ٢٣)

فالخوف المرضى يدمر في الإنسان أسمى ما فيه كإحساسه بذاته وقدرته على الاستمتاع بحياته، ولكن على الرغم من ذلك فإن الخوف المرضى مثله مثل أى اضطراب نفسى يصيب الإنسان يمكن علاجه والتغلب عليه.

وقد تناولت العديد من النظريات المسببات الأساسية للمخاوف فمثلاً يرى السلوكيون أن هذه المخاوف ما هي إلا نتيجة لحدوث إشارات من خلال تعرض الشخص لمواجهة شئ مخيف . أما التحليليون فيروا أن الفوبيا تخفى قلق موجود منذ مرحلة الطفولة. بينما يرى المعرفيون أن المخاوف تُكتسب بالتعلم التدريجي خلال فترة زمنية طويلة وتنتج عن أفكار مشوهة أو محرفة لشئ مخيف.

وقد تم تطوير العديد من العلاجات من أجل المساعدة في جلب الراحة لتلك الحالات التي تعاني من المخاوف، ومثل هذه العلاجات قائمة على نظريات مختلفة ومتكافئة من حيث مستويات النجاح. فعلى سبيل المثال: قد يستخدم السلوكيون واحد من اثنين من العلاجات إما التعرض التدريجي للأشياء المخيفة وأما التعرض المكثف (الغمر) والذي يخلق نوع من إضعاف أو إزالة حساسية بواسطة إغراق المشاعر وتشبعها. ويعمل التحليليون على مساعدة مرضاهم على تذكر

الأفكار المكبوتة والمتعلقة بصدمات الطفولة. بينما يطمع المعرفيون إلى تعديل الطريقة التي يفكر بها المرضى عن الأشياء التي تخيفهم.

(Dilts & Delozier 2000, 954)

كانت أساليب العلاج التي حققت أول أكبر تأثير ناجح للمخاوف هي أساليب العلاج السلوكي التي طورت في الستينات والسبعينات، وقد اختبرت أولاً على المخاوف البسيطة، ثم امتدت بعدئذ إلى مخافة الأماكن المفتوحة. وقد شهدت الثمانينات تطور العلاج، وعلى وجه الخصوص أساليب العلاج المعرفية للمخاوف الأكثر تعقيداً، وبالأخص المخاوف الاجتماعية والقلق العام، واضطرابات الهلع والمخاوف البسيطة المقاومة لأساليب العلاج السلوكية.

(س.ل.لنيدزاي، ج.ى.بول ٢٠٠٠ ، ٢٠١)

بينما تقوم البرمجة اللغوية العصبية (Neuro-linguistic programming) فى تناولها للمخاوف بدمج جوانب من كل وجهات النظر المختلفة. حيث تم تطوير العديد من الطرق لعلاج المخاوف بفاعلية عن طريق البرمجة اللغوية العصبية والتي تضاهى غيرها من العلاجات المختلفة.

(Dilts & Delozier 2000, 954)

لقد نمت البرمجة اللغوية - العصبية نمواً كبيراً منذ أن قام كلاً من (ريتشارد باندر، جون جريندر) بعقد أول ندوة تدريب علنية فى عام ١٩٧٥. وتعد فى الوقت الحالى العديد من ورش العمل بواقع عدة مرات سنوياً ، كما توجد معاهد للبرمجة اللغوية - العصبية فى ١٣ مدينة فى مختلف أنحاء الولايات المتحدة الأمريكية.

(Leo 1983, 79-80)

ترتكز البرمجة اللغوية - العصبية على دراسة الخبرات الشخصية، كما أنها تتشابه كطريقة علاجية مع العلاج الجشطالتي والعلاجات العقلانية والعلاجات السلوكية وأساليب التنويم المغناطيسى التي صممها اريكسون.

(liberman 1984, 3)

ذكر كورسينى (Corsini 1984) أن هناك أكثر من ٢٥٠ نظام علاج نفسى وأن المزيد منها يظهر كل عام ويفشل فى كسب الشعبية اللازمة للبقاء بينما يزدهر البعض الآخر. والبرمجة اللغوية - العصبية هي نظام جديد نسبياً يكتسب شعبية متزايدة

(Mc Cormick 1984, 270)

وقد تم تطوير البرمجة اللغوية العصبية بهدف: إدماج المعلومات المتعلقة بالسلوك الإنساني والخبرات المتوفرة لكل منا من خلال الخبرات الشعورية مع المعلومات الدقيقة الغير ملاحظة للفسولوجيا العصبية للسلوك والخبرات فى نموذج إلكترونى .

(Dilts 1983I, 1)

من المحتمل أننا نمارس بالفعل بعض جوانب البرمجة اللغوية العصبية، وقد نكون على علم ببعض تقنياتها. يرجع السبب فى ذلك إلى أن جذور البرمجة اللغوية العصبية ضاربة فى كل جوانب الحياة الواقعية وسلوكيات البشر ولا تعتمد فقط على الجوانب النظرية والبحثية. إن اهتمام البرمجة اللغوية العصبية ينصب على اكتشاف أسباب نجاح البعض فى أمور معينة، كيف يتمكنون من إنجاز أهدافهم وتطوير حياتهم. إن البرمجة اللغوية العصبية تشمل على تنويعه عريضة من العمليات والتقنيات، وتستفيد من عناصر حب الاستطلاع والمعرفة والاستكشاف. إنما تتيح لنا الكثير من الأشياء، ولكنها تفيدنا إذا كانت لدينا الرغبة فى المقامرة وتغيير مخطط حياتنا إلى الأفضل.

(كارول هاريس ٢٠٠٤ ، ٧)

هناك قول مأثور لـ "ريتشارد باندلر" حيث يقول، إنه لكى تتمكن من الإجابة فى هذا الميدان ، فمن الضروري أن تدع مبادئها تنفذ إلى فكرك ومشاعرك بصورة كاملة وأنها تستلزم روح الاستكشاف وحب الاستطلاع ومستوى عال من التحكم فى الحالة المزاجية والرغبة والالتزام .

(مايكل هول ١٩٩٦ ، ٢٠)

إن البرمجة اللغوية العصبية منهج ثورى للتواصل الإنسانى والتطوير الذاتى. ويعرفها البعض بأنها "فن وعلم التفوق الشخصى" أو "دراسة الخبرات الشخصية". إن هذا المنهج يقدم أحدث ما وصل إليه العلم من مهارات فى مجال علوم الاتصال والتواصل، وأفضل الطرق العلمية لتغيير طريقتك فى التفكير والسلوك .

(هارى ألد، بيريل هيذر ٢٠٠٣ ، ١)

إن الهدف الرئيسى للبرمجة اللغوية العصبية هو تقديم العون والمساعدة للناس حتى يتمكنوا من أداء ما يفعلون بصورة أفضل. إن تركيز البرمجة اللغوية العصبية على الأداء يستند إلى مجموعة من المبادئ ، منها ما يلى:

- إن التميز فى الأداء يمكن وضعه فى شكل نموذجى (يحلل) بحيث يمكن نقله من شخص إلى شخص آخر.

- إن الأداء الراقى يتطلب تطويراً للمهارات والحالات الذهنية والجسمانية السيئة.
- إن الحالات العقلية والجسمانية يمكن أن يتم تقسيمها إلى عناصر فرعية قابلة للقياس، ويتم العمل على تعديلها إيجابياً للحصول على النتائج المرغوبة.

(كارول هاريس ٢٠٠٤ ، ٧-٨)

فالبرمجة اللغوية العصبية هي طريقة لتنظيم وفهم بناء الخبرة الشخصية، وقد أظهرت التجارب العلاجية للبرمجة اللغوية العصبية أنها تمثل تكنولوجيا مفيدة لتوليد التغيير (Bandler & Grinder 1975, 3) ولقد طور كلا من باندلر، جريندر من خلال دراستهما مهارات وضع النماذج التي تمكن الشخص من أن يتعرف بطريقة محددة على العناصر البنائية لسلوك شخص آخر وتعليم هذا البناء لشخص ثالث.

(Dilts & et al. 1980,5)

وعملية صياغة النماذج هي أهم ما يميز البرمجة اللغوية العصبية عن العلوم الأخرى. وصياغة النماذج هي باختصار استنباط مجموعة من الأنماط، وهذه الأنماط - في البرمجة اللغوية العصبية - هي تلك التي توضح كيف يحقق الأفراد تميزاً في الأداء. وهذه الأنماط يمكن استنساخها وإتباعها بواسطة آخرين لكي يحققوا أيضاً أداءً متميزاً. إن من أهم خصائص البرمجة اللغوية العصبية تقنياتها المستخدمة لتحليل عناصر الأداء، وبصفة خاصة كيفية معالجة العقل للمعلومات ووضع استراتيجيات للإنجاز.

فهي تتيح طرقاً عديدة لمساعدة كل من يريد ان يصبح أكثر كفاءة، وأكثر سيطرة على التفكير والمشاعر والأعمال، وأكثر إيجابية في التعامل مع الحياة، وأكثر قدرة على تحقيق الأهداف، وإذا لم يكن الفرد يمتلك المعرفة أو الموارد الذاتية التي تؤهله لتحقيق ما يرغب فيه من نتائج، فإن البرمجة اللغوية العصبية تمكنه من تبنى ما يمتلكه الآخرون من مهارات وأساليب للتفكير، وتوظيف وإدماج كل ذلك في حياتهم لكي يحققوا مزيداً من النجاح.

(كارول هاريس ٢٠٠٤ ، ٨-٩)

عندما نمر بخبرة ما فإننا نستقبل المعلومات من خلال حواسنا الخمسة ومن ثم نعالجها ونحفظها وهذا دور الجهاز العصبى. ولكي نعبر عن هذه الخبرة نترجمها إلى لغة ومن هنا تأتي كلمة اللغوية. ولتوضيح كلمة البرمجة فإننا سوف نشبه العملية العقلية بالكمبيوتر الذى يفعل ما نبرمجه عليه. وبالمثل فنحن نضع نماذج للسلوك داخل أنفسنا وذلك من خلال اللغة التي نستخدمها. فإذا غير الإنسان عبارة "يجب أن أذهب إلى العمل" إلى "أنا ذاهب للعمل" فإن العقل سوف يفتتح بالتدرج بسبب تأثير المفردات والتي تعمل كمثير (محرك) إلى جانب قدر كاف من التكرارات.

(Mccarthy 2001,1)

تعتمد البرمجة اللغوية العصبية على الطرق التي يحلل بها الأفراد المعلومات، ولكن ليس بالضرورة المحتوى المحدد لهذه المعلومات. ويتم تحليل هذه المعلومات بثلاثة طرق أما بطريقة بصرية أو سمعية أو حسية/حركية .. ويمكننا من خلال البناء الذي يقوم الشخص الماهر من خلاله بتحليل المعلومات عن طريق ملاحظة أنماط حركة العين والأنماط اللغوية، أن نقوم بتقنين برامج (مشابهة لبرامج الحاسب الآلى) يمكن تدريسها للأشخاص الآخرين. وتضع هذه العملية إطاراً منظماً لنقل المهارات.

(Einspruch, & Formon 1988,92)

لقد تكونت كل خبراتنا وذكرياتنا وخططنا وآمالنا ومخاوفنا وقيمنا وقراراتنا من خلال تكون الخبرات الحسية. هناك خمس نماذج للخبرة: مرئية (مشاهد) وسمعية (أصوات) وحسية (مشاعر) وشمية (استنشاق) وذوقية (تذوق)، هذه النماذج مركبة من مكونات أصغر تسمى (بالنماذج الفرعية Sub modalities). فى النماذج البصرية، على سبيل المثال - نحن نستطيع أن نرى صورة ما مضيئة أو معتمة، كبيرة أو صغيرة، قريبة أو بعيدة، ومن الممكن أن تكون ملونة أو أبيض فى أسود، ثلاثية الأبعاد أو مسطحة، ساكنة أو متحركة وبالمثل الأصوات أو الكلمات من الممكن أن تكون مرتفعة أو منخفضة، قريبة أو بعيدة.

النماذج الفرعية (Sub modalities) هى فى الحقيقة عملية قابلة للتغيير لأنها مستقلة كلية عن محتوى الصورة أو الصوت. بوجه عام، يستجيب الناس كثيراً للصورة الكبيرة المضيئة والقريبة أكثر من الصورة الصغيرة والمعتمة والبعيدة. بتغيير النماذج الفرعية نستطيع تغيير استجاباتنا لأى صورة سواء كانت سارة أو غير سارة فلو جعل الصورة المرئية للذكرى الغير سارة صغيرة ومعتمة وبعيدة يشعر بالتوتر من الذكرى الغير سارة ولكن بدرجة أقل. إذا استمر الشخص فى جعل الصورة أصغر وأبعد حتى تكون فقط نقطة سوداء فى الأفق البعيد قد لا يُستجاب لها على الإطلاق.

(Andreas & Andreas 1992,14-15)

ولقد تأثر (باندلر، جريندر) بأعمال "جريجورى باتيسون" والذي افترض وجود أربعة مستويات منطقية للتعلم. أول مستوى هو مستوى المضمون الذى يقضى فيه معظم البشر حياتهم، فيتعلم الإنسان على هذا المستوى كيفية ربط الحذاء وطهى وجبة وقيادة سيارة الخ. والمستوى الثانى هو تعلم السياق (أى تعلم كيفية التعلم) والشخص الذى يعمل على هذا المستوى المنطقى الثانى قادر على التحرك خلال عملية التعلم بأسلوب كفاء وفعال. وفى حالات نادرة، يمكن أن يرتقى الفرد إلى المستوى المنطقى الثالث للتعلم وهو تعلم كيفية تعلم السياق (تعلم كيفية تعلم التعلم). ويعمل الشخص فى هذه الحالة على مستوى إدراك نمط السياق، حيث يتمكن من التعرف بسهولة على بناء أى تجربة والعمل به. ويعمل كلاً من باندلر وجريندر على هذا المستوى عندما يضعان النماذج

(أو يعلمان النماذج) لشخص ما. وقد أكد باتيسون أن أمثلة التعلم على المستوى الرابع نادرة إلى أقصى درجة.

(Bateson & et al. 1956,246:251)

إن الطفرة الحالية للاهتمام بالعلاجات المنظمة والعلاج الأسرى تشتمل على أسلوب علاجي يعتمد أساساً على تمييز وفهم الأنماط السلوكية والإقلاع عن هذه الأنماط من أجل ظهور أنماط جديدة. وهذا هو بالتحديد ما تقوم به البرمجة اللغوية العصبية من خلال أسلوب علمي ومنظم وواضح وقابل للتعلم. فيتميز معالجي البرمجة اللغوية العصبية بقدرتهم على إحداث تغييرات سريعة في البناء والتمثيلات الذهنية والاستراتيجيات السلوكية والمعرفية لدى المرضى. أن البرمجة اللغوية العصبية تساعدنا على تعلم الأساليب العملية لتوليد نتائج علاجية خلاقة.

(Einspruch & Formon 1988,93)

إن البرمجة اللغوية العصبية، على عكس العديد من الأساليب العلاجية الأخرى، توفر تعليمات علاج محددة بشكل واضح وتقدم تنبؤات صريحة حول تأثير هذه الأساليب.

(Bandler & Grinder 1979,2)

ولقد أثبتت العديد من الدراسات فعالية البرمجة اللغوية العصبية في علاج المخاوف المرضية، والفنية الرئيسية التي قامت عليها معظم هذه الدراسات هي فنية النظام التمثلي الذهني والتي يتم من خلالها تلقي المعلومات من خلال واحدة أو أكثر من الحواس الخمس، ومعظم البشر قد قاموا بتطوير إحدى الحواس لتغلب على الحواس الأخرى. وتعرف الحاسة التي تطورت أكثر من غيرها باسم نظام التمثل الذهني المفضل نظراً لأن الشخص يفضل تقديم معلوماته عن العالم من خلالها.

وطبقاً لما نشره كلاً من (باندلر، جريندر) ١٩٧٥ فإنه يمكن اكتشاف النظام التمثلي الذهني للشخص من خلال مراقبة حركة العينين والاستماع إلى الأنماط اللغوية (الأساس الحسي للغة) .Sensory Based Language

(Bandler & Grinder 1975, 100)

إن الإدراك الداخلي للواقع يظهر بوصفه صدى صوت من خلال الأنماط اللغوية التي ترمز لأنظمة التمثل الذهني الحسية الحركية والسمعية والبصرية الأساسية في التعبير، ولذلك فإن فعالية العلاج بالبرمجة اللغوية العصبية تتحدد من خلال قدرة المعالج على سماع الكلمات الحسية الأساسية فالكلمة لها معنى وفقاً لأنظمة التمثل الذهني الأساسية المميزة للفرد، والتي تتم استنارتها لدى السامع أو المتحدث.

(Dilts 1983 II, 8)

ومن الفنيات الأخرى التي أثبتت نجاح في علاج المخاوف المرضية هي فنية الربط وهي تقوم على مبدأ التشريط الكلاسيكي السلوكي حيث يقوم المعالج بلمس المريض أثناء شعوره بإحساس، مثل الكفاءة على سبيل المثال. وعند لمس نفس المكان في وقت لاحق، يقوم المعالج "بإطلاق" المثبت الذي يشعر المريض بالكفاءة.

(Ferguson 1987, 11)

- وتستخدم فنية التثبيت وفقاً للبرمجة اللغوية العصبية لتمنح الفرد القدرة على:
١. الوصول إلى مصادره الداخلية من المشاعر أو الحالات التي يحتاجها في الوقت الذي يريدها فيه.
 ٢. استبدال المشاعر والأفكار غير المرغوب فيها بأخرى أفضل منها.
 ٣. التحكم في انفعالاته.
 ٤. البقاء على المسار دون المرور بفترات من التغيير المكثف.
 ٥. التأثير الإيجابي في الاستجابات التي يثيرها لدى الآخرين.

(سوناييت ٢٠٠٤ ، ٢٢٨)

- كما أن بناء رابط مؤثر يستعمله الفرد للوصول إلى حالة نفسية معينة، يحتاج لأربعة عناصر أساسية هي:
١. القوة، بحيث يجب أن يكون الشخص في حالة نفسية شديدة القوة.
 ٢. توقيت المثبت، بحيث يمكن أن تصل الأحاسيس إلى قمة قوتها.
 ٣. التميز، يجب أن يكون المثبت فريداً من نوعه، ويناشد إحدى الحواس الخمسة، بحيث يمكن استدعاه بسهولة.
 ٤. التكرارية في نفس المكان والزمان، حيث يختار مثبت يكون سهل الاستعمال مرة وعدة مرات، ونطلق الرابط قبل الوصول إلى أقوى جزء من الخبرة بقليل.

(هارى ألد، بيريل هيدز ٢٠٠٣ ، ٣٢٩)

ومن الفنيات التي تستخدمها البرمجة اللغوية العصبية في علاج المخاوف المرضية هي فنية الانفصال والتي من خلالها يصبح الشخص منفصلاً عن ذاته ومراقباً لها حيث يستطيع أن يراقب سلوكه بشكل مجرد أثناء الاستجابة الفوبيائية. ولقد أثبتت تلك الفنية نجاحها في علاج المخاوف المرضية وخاصة إذا ما تم دمجها مع فنية الربط.

إن استخدمنا لهذه الفنيات يتطلب منا معرفة المثير الذي يساعد على إطلاق استجابة الخوف، أو على الأقل معرفة الظروف التي ظهرت بعدها استجابة الخوف. وبعض أنواع المخاوف والقلق مثل (الخوف من المجهول)، ينقصها هذان النوعان من المعلومات. ففي حالة مثل رهبة الأفاعى، تكون المعلومات المتعلقة بمثير الخوف وهو الأفاعى معلومات خارجية أى فى واقع "خارجى" والخوف "العائم/غير المحدد" Free Floating من المجهول يحتمل أن يكون له فى معظم الحالات مثير "داخلى" أى أنه يحتمل أن يكون ناتجاً عن إدراك ووعى من الشخص.

ويتطلب التعامل مع هذا النوع من الخوف أولاً مساعدة الشخص على عمل "بحث Transderivational " خلال تاريخه الشخصى وذلك لاستكشاف الموقف المحيط ببداية ظهور الخوف.

وفى كثير من الحالات، تتغير استجابة الخوف من تلقاء نفسها (أى تمر بعملية إعادة صياغة/تشكيل) وذلك عندما يدرك الشخص الظروف التى نشأت فيها تلك الاستجابات فى بادئ الأمر.

(Dilts & Delozier 2000, 954-955)

مما سبق يمكننا القول أن أساليب البرمجة اللغوية العصبية ربما تكون عنصراً هاماً فى الهيكل العلاجى لعلاج المخاوف المرضية، فهى تتيح طرقاً عديدة لمساعدة كل من يريد أن يصبح أكثر كفاءة وأكثر سيطرة على التفكير والمشاعر والأعمال، وأكثر إيجابية فى التعامل مع الحياة. إنها تمثل نموذج لجمع واستنباط المعلومات من خلال تحديد أنظمة التمثل ذهنى الذاتية التى توجه استراتيجياتها للعمليات الشعورية واللاشعورية الخاصة بالمرضى.

* أهمية الدراسة والهدف منها:

تمثل هذه الدراسة اختبار تجريبى لمدى فعالية فنيات البرمجة اللغوية العصبية فى علاج المخاوف المرضية وما يصاحبها من قلق وتوتر وعدم ارتياح. فقد نبهت الدراسات الأخيرة التى تمت تحت رعاية المعهد القومى للصحة العقلية العاملين فى مجال الصحة العقلية إلى شيوع الفوبيا على نطاق واسع ولذلك تهدف هذه الدراسة إلى تحديد فعالية مزيج من استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية فى علاج السلوك الرهابى وما يصاحبه من توتر ذاتى ، وسوف توفر الدراسة الحالية لإستراتيجيات علاج المخاوف المرضية بالبرمجة اللغوية العصبية أساساً لمزيد من البحث لاكتشاف العوامل الأساسية للفنيات وفعاليتها وعلاقة فعالية العلاج بمتغيرات المريض والمعالج .

إن استخدام البرمجة اللغوية العصبية فى علاج المخاوف المرضية يعد نظام علاجى جديد له فعاليته . ونظراً لكون الساحة العربية خالية من الدراسات المتعلقة بهذا الموضوع . كما أن الأبحاث الأجنبية التى أجريت فى هذا المجال محدودة وقد توصلت إلى نتائج متناقضة لذلك برزت الحاجة إلى هذه الدراسة لإمداد الأخصائيين الاجتماعيين والمعالجين النفسيين بمعلومات إضافية حول القيمة النسبية لعلاج المخاوف المرضية بالبرمجة اللغوية العصبية حتى يكتسبوا المهارات والإستراتيجيات التى تمكنهم من مساعدة المريض فى الوصول إلى حالة من الاستبصار بالمصادر الداخلية التى ترتبط بخبرة الخوف والهدف الذى تحققه للشخص الفوبياى وذلك من خلال تكوين مفاهيم وخيارات وبدائل سلوكية تحل محل الخوف ، وكذلك تنمية المهارات الداخلية له للتغلب على المشكلات والمصاعب التى تواجهه أثناء رحلة العلاج .

* تساؤلات الدراسة:

قد قامت الباحثة بصياغة مشكلة الدراسة فى التساؤلات الآتية:-

هل يؤدي العلاج بالبرمجة اللغوية العصبية إلى تخفيف وطأة الإحساس بعدم الراحة العام الذى تسببه المخاوف المرضية؟

هل تتراجع حدة الأعراض العامة وشدة القلق بعد العلاج بالبرمجة اللغوية العصبية؟

هل تتراجع حدة المخاوف المرضية باستخدام فنيى التثبيت والانفصال؟

* مصطلحات الدراسة:

✽ البرمجة اللغوية العصبية (Neuro-linguistic programming)

نظراً للطبيعة الخاصة للبرمجة اللغوية العصبية وثنائها بالجوانب العلمية والتطبيقية والنظرية ، فإن منظورها ومدى الاستفادة منها يختلفان من شخص لآخر . وعلى ذلك فإن هناك تعريفات متعددة لها منها:

"إنها موقف أو اتجاه ملئ بحب استطلاع قوى عن الإنسان بمنهجية تبعد عدداً غير محدود من التقنيات "

"دراسة الخبرات الشخصية"

(ديلتز ، باندلر ، جريندر ، ديلوزيه)

"دراسة بنيان الشخصية"

"القدرة على أن تكون أفضل ما فى ذاتك دائماً" .

"العلم الذى يرشدك إلى كيفية استخدام الموارد الطبيعية واللغوية لتحقيق الحياة السليمة والصحة والسعادة ،

(لويس جورج جونزالس)

والامتزاج الصحيح بالآخرين والطبيعة"

"دليل منهجى لاستخدام البناء للإبداع والابتكار" (روز كارول)
 "كيفية التفكير بإيجابية كى تحسن من أدائك" . (كارول هاريس ٢٠٠٤ ، ١٠)
 "البرمجة اللغوية العصبية أحد علوم الحياة التى تساهم فى الوصول إلى مستويات عالية من الطاقة والتركيز والفعالية فى تنظيم وإدارة العلاقة بين الفرد ونفسه فى اتجاه تحقيق السلام الداخلى ، وبين الفرد والآخرين فى اتجاه قبول الآخر والتعامل مع إيجابياته فى اتجاه صناعة قوى إيجابية دافعة نحو التغيير للأفضل" .

(Dilts& Delozier 2000, 849)

وسوف تتبنى الباحثة تعريف (Dilts& et al. 1980) حيث يرى أن البرمجة اللغوية العصبية هى عبارة عن "نموذج لدراسة بنية الخبرة الذاتية للفرد وكيف تؤثر هذه الخبرة على السلوك، حيث أن هذا النموذج يمدنا بإطار مرجعى لمعرفة الطريقة التى يخبر الفرد بها الواقع.

(Dilts& et al. 1980,12)

✳️ المخاوف المرضية:

هى: "خوف مستمر وغير منطقى من شئ أو نشاط أو موقف معين"

(comer 1996, 193)

"خوف مفرط من أنواع محدودة من المواقف أو الأشياء ، وهذا الخوف ثابت وليس له أسس سليمة أو أسس مقبولة وعقلانية من جانب الفرد الذى يعانى منها" .

(Beck & et al. 1985, 115)

الفصل الثاني

الإطار النظري

الفصل التانى الإطار النظرى

أولاً : المخاوف المرضية:-

مقدمة

إن الخوف انفعالاً عاماً لدى سائر البشر، وذلك لأنه انفعال أولى طبيعى بواسطته نأمن الأخطار، ونتجنب المهالك، غير أن كثيراً من الناس يكون لديهم انفعال الخوف بصورة شديدة، فيتحول فى مظهره، ويكون كثير فى تكراره، قصير فى مداه، فيخرج عن الحد المألوف والمعتاد، فيصبح خوفاً شاذاً ومرضياً.

وعلى هذا فالخوف حالة انفعالية طبيعية تشعر بها كل الكائنات الحية ويظهر فى أشكال متعددة وبدرجات متفاوتة بين الحذر والحيطه إلى الهلع والفرع والرعب وربما الهروب، وكلما كانت درجة الخوف فى الحدود المعقولة غير المتطرفة كان الإنسان سوياً فى هذا الانفعال، ويمكنه التحكم فى انفعاله، ولكن كلما كانت درجة الخوف كبيرة بحيث يتعذر معها السيطرة والتعقل كنا أمام فرد يعانى من اضطراب نفسى يكون من مؤشرات إصدار سلوك شاذ بهدف البعد عن مصدر الخوف، فعندما يبدى الفرد خوفاً مرتبطاً بموضوعات أو مواقف لا تتطوى على تهديد حقيقى أو خطر واقعى، فإنه بذلك يعانى من خوف مرضى أو فوبيا Phobia.

(زكريا الشربيني ١٩٩٤ ، ١١٣)

يرى "ولمان" أن المخاوف المرضية تمثل الاستجابة العصابية الأولى للأطفال وذلك ما يجعل كثير من علماء النفس يعتقدون أن العصاب عند الأطفال هو المخاوف المرضية، هذا بالإضافة إلى أن المخاوف المرضية تمثل نقطة البداية فى كثير من الحالات العصابية والذهانية.

(ولمان ١٩٩٥ ، ١١٢)

ويتفق علماء النفس على أن زيادة المخاوف لدى الطفل تعوق حريته وتلقائيته كما تؤدى إلى تقلص قدرته على مواجهة توترات الحياة .

(ممدوحة سلامة ١٩٨٧ ، ٥٤)

وقد تترسب هذه المخاوف فى اللاشعور، وتصبح مخاوف مرضية تؤثر فى سلوك الفرد وتدفعه لأن يبدى أنواعاً من السلوك الشاذ غير المرغوب .

(خليل معوض د.ت ، ٢٤٨)

١. تعريف الخوف الحقيقى:

تعرف ممدوحة سلامة الخوف بأنه "حالة من التوجس تتبلور حول خطر محدد يمكن التحقق من وجوده فى عالم الواقع بحيث يمكن تقدير أهميته ومواجهته بشكل واقعى".

(ممدوحة سلامة ١٩٨٧ ، ٥٤)

وتعرفه (سعيدة أبو سوسو ١٩٨٠) بأنه "انفعال يتضمن حالة من حالات التوتر التى تدفع الخائف إلى الهروب من الموقف الذى أدى إلى استشارة خوف حتى يزول التوتر والانفعال".

(سعيدة أبو سوسو ١٩٨٨ ، ١٩٤)

وتعرفه (ماجدة خميس ١٩٨٨) بأنه "خوف موضوعى أو حقيقى من خطر حقيقى وهو مناسب للموقف بمعنى أن القدر الذى يستشعره المرء من الإحساس بالخوف يكون مناسب لكمية الخطر التى يمكن أن تأتى من مصدر الخوف، وهو انفعال تثيره المواقف الخطرة أو المنذرة بالخطر والتى يصعب على المرء مواجهته فهو حالة يحسها كل إنسان فى حياته العادية".

(ماجدة خميس ١٩٨٨ ، ٢٥)

كذلك يعرفه (عبد الله جاد ١٩٩١) بأنه "حالة انفعالية داخلية طبيعية يشعر بها الإنسان فى بعض المواقف ويسلك فيها سلوكاً يبعده عادة عن مصدر الضرر".

(عبد الله جاد ١٩٩١ ، ٢٧)

أما (عبد المنعم عباس ١٩٩٢) فيعرف المخاوف الشائعة بأنها "المخاوف المكتسبة من خلال التنشئة الاجتماعية والتى من شأنها إثارة الخوف وغالباً ما تنتهى بانتهاء المثير المسبب لها كما تتصف بانتشارها وتكرارها لدى غالبية الناس حيث تختلف هذه المخاوف فى شدتها من شخص إلى آخر ومن بيئة إلى أخرى حتى فى المجتمع الواحد حيث نجدتها تختلف من ريفه إلى حضره ومن طبقة إلى أخرى وتشير درجتها العالية إلى السلوك اللاتوافقى وعدم التكيف".

(عبد المنعم عباس ١٩٩٢ ، ٧١)

٢. تعريف المخاوف المرضية:

أ - تعريف المخاوف المرضية لغوياً:

(خَافَ) . خَوْفًا، وَمَخَافَةً، وَخِيفَةً تَوْقِعَ حُلُولَ مَكْرُوهٍ أَوْ فُوتَ مَحْبُوبٍ. وَيُقَالُ: خَافَ مِنْهُ، وَخَافَ عَلَيْهِ: فَهُوَ خَائِفٌ، وَجَمَعَهَا خَوَّفٌ، وَخِيفٌ، وَيُقَالُ، (أَخَافُ) الْأَمْرَ فَلَانَا: أَفْرَعُهُ، (خَوَّفُهُ): فَرَعَهُ، وَيُقَالُ، (تَخَوَّفَ) عَلَيْهِ شَيْئًا: أَشْفَقَ عَلَيْهِ مِنْهُ، وَفِي الْقُرْآنِ الْكَرِيمِ: {أَوْ يَأْخُذْهُمْ عَلَى تَخَوُّفٍ فَإِنَّ رَبَّكُمْ لَرْؤُوفٌ رَحِيمٌ} (سورة النحل، ٤٧).

(فالخوف): انفعال فى النفس يحدث لتوقع ما يرد من المكروه أو يفوت من المحبوب.

(الوجيز ١٩٩٩ ، ٢١٤)

وَالْخَوْفُ: الْفَزَعُ، خَافَهُ يَخَافُهُ خَوْفًا وَمَخَافَةً، وَمِنْهُ التَّخْوِيفُ وَالْإِخَافَةُ وَالتَّخْوَفُ، وَالنَّعْتُ خَائِفٌ وَهُوَ الْفَزَعُ، وَالْخَيْفُ: جَمْعُ خَيْفَةٍ مِنَ الْخَوْفِ.

(لسان العرب ١٩٩٢ ، ١٠٣)

ب - تعريف المخاوف المرضية نفسياً:

عند تعريف المخاوف نجد عدم اتفاق بين آراء علماء النفس ونظريات علم النفس لتحديد مفهوم المخاوف، فالبعض يفرق بين الخوف من شئ ما يعرف بالخوف الارتباطى، وبين الخوف غير الارتباطى (أى الخوف الذى يرتبط بالأشياء والموضوعات ارتباطاً وهمياً)، وهناك الخوف العصابى، والفريق الثالث يناقش الخوف تحت مفهوم أوسع وهو القلق.

(زينب شقير ١٩٩٤ ، ١٠٠)

تعرف المخاوف المرضية بأنها اضطرابات عصابية تتضمن خوف قوى ومستمر من موضوعات أو مواقف لا تتم عن خطر حقيقى.

(Peter & Nicky 1999 , 206)

فهى خوف شديد وحاد وغير مبرر لموضوع أو موقف محدد مصحوب بتجنب مستمر لهذا الموضوع أو الموقف مع علم الشخص أن قلقه غير متناسب مع الخطر، إلا أنه لا يستطيع التحكم فيه.

(Linda 1981 , 487)

يعرف (عبد الله عسكر ٢٠٠٠) المخاوف المرضية بأنها خوف شديد من موضوعات لا تثير الخوف فى الغالب مثل الخوف من الأماكن المتسعة والأماكن المزدحمة، والحيوانات بأنواعها والطيور والمطر، وما إلى ذلك من موضوعات لا تثير الخوف الشديد أو الذعر الذى يصيب الفرد المصاب بالمخاوف المرضية التى يصاحبها حالة من القلق الشديد فى محاولته لمواجهة الفوبيا.

(عبد الله عسكر ٢٠٠٠ ، ٢٠٥)

يرى (حامد زهران ١٩٩٠) أن المخاوف المرضية هى خوف مستمر من الأشياء التى لا تخيف مثل خواف الأماكن المغلقة، الأماكن المرتفعة، الرعد، الماء، الحيوانات، الظلام، الجموع، الغرياء، الجنس، الحمل، الولادة.... الخ، ويشمل كذلك الخوف المرتبط بفقدان الأمن، وفقدان الرعاية ومشاعر الذنب.

(حامد زهران ١٩٩٠ ، ٤٧٨)

وتعرف (أمينة مختار ١٩٨٠) المخاوف المرضية بأنها كل خوف مما لا يخاف منه الناس أو كل خوف يزيد فى شدته عن ذلك الخوف الذى يستشعره الناس، وهذا يعنى أن المخاوف المرضية إما أن تكون خوفاً غير معقول مما لا يخيف الآخرين أو خوفاً غير متناسب مع التهديد الفعلى الذى يستشعره الآخرون.

(أمينة مختار ١٩٨٠ ، ٣٤)

يقرر (صلاح مخيمر ١٩٦١) بأنها خوف مرضى من أشياء معينة أو أفعال أو مواقف محددة، وهي عرض شائع في عصاب الحصار، ويتخذ أشكالاً عديدة، ويتسمى كل شكل باسم خاص (فالأجوروفوبيا هي الخوف من عبور الطرقات، والكلوستروفوبيا هي الخوف من الاختناق).

(صلاح مخيمر ١٩٦١، ٢١٧ - ٢١٨)

ويعرفها (مصطفى فهمي ١٩٨٧) بأنها إشارة مرضية وغير منطقية لا يعرف المريض سبباً لها، كما لا يستطيع التخلص منها أو التحكم فيها، وفي نفس الوقت ذاته يشعر أن سلوكه في بعض المواقف يثير الخوف والقلق، ويعمل على إثارة ضحك الآخرين.

(مصطفى فهمي ١٩٨٧، ٢٥١)

ويعرف (عبد الرحمن عيسوى ١٩٨٥) المخاوف المرضية بأنها نوع من انفعال الخوف الشاذ Unreasoning Fears ، أى خوف ليس له معنى، أى الخوف من أمور ليس من شأنها أن تثير الخوف، وليس فيها أى خطر حقيقى.

(عبد الرحمن عيسوى ١٩٨٥، ٩٤)

ويعرفها (بيرون Pieron) بأنها خوف مستمر ومتطرف، ذا طبيعة غير معقولة، وقد يتضمن أيضاً توقعاً مستمراً لموقف مخيف، وهو فكرة متسلطة، ملحة وغير منطقية، إذ إن الشخص يعرف تماماً أن هذا الموضوع أو هذا الموقف ليس بخطر حقيقى، وهذه الفكرة المتسلطة تجبر الشخص على أن يتجنب هذا الموضوع أو هذا الموقف ويبتعد عنه ومن ثم يسلك سلوكاً قهرياً.

(فى: محمد الطيب ١٩٨٩، ٦١)

ويعرفها (عادل الأشول ١٩٧٨) بأنها خوف مرضى شبيه بالرعب ليس له أى مبرر واقعى أو منطقى، وهى خوف إذا انتحل له صاحبه مبرراً فلن يكون هذا المبرر مبرراً منطقياً يفتتح به أى إنسان حيث لا يتكافأ مع مثيره المزعوم لا من الناحية الكمية أو الناحية الكيفية، وغالباً ما يربط صاحب هذه المخاوف بطريقة لا شعورية بموضوع خارجى برئ من التهمة المنسوبة إليه وهنا الربط هو ضرب من الإزاحة Displacement لانفعال معين عن موضوعه الأسمى الذى غاص فى أعماق اللاشعور.

(عادل الأشول ١٩٧٨، ٣٢٩)

يعرف كلاً من (Harold & Benjamin 1996) المخاوف بأنها خوف غير منطقى، يؤدي إلى تجنب شعورى للموضوع أو الموقف المخيف، حيث يثير كل من التوقع أو الحضور لوجود الخوف توتر حاد فى الشخص المتأثر الذى يدرك أن رد فعله زائد مما يؤدي إلى خلل فى قدرة الشخص على القيام بعمله فى الحياة.

(Harold & Benjamin 1996, 311)

ويرى (أحمد عكاشة ١٩٩٨) أن استجابة الخوف حيلة دفاعية لا شعورية يحاول المريض أثناءها عزل القلق الناشئ عن فكرة معينة أو موضوع أو موقف معين فى حياته اليومية وتحويله لفكرة أو موضوع أو موقف رمزى ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأسمى ومن هنا ينشأ الخوف الذى يعلم المريض عدم جدواه، وأنه لا يوجد أى خطر عليه من تعرضه لهذا المنبه، وعلى الرغم من معرفته التامة بذلك، إلا أنه لا يستطيع التحكم أو السيطرة على هذا الخوف الخارجى، ومن ثم لا يواجه الصراع الداخلى بنفسه ويحوّله إلى مواقف خارجية رمزية.

(أحمد عكاشة ١٩٩٨، ١٢٩-١٣٠)

ويعرفها (Lyttle 1986) بأنها خوف شديد، غير معقول أو مرض، وغالباً ما يكون غير عقلانى، أو هى رعب مبالغ فيه من موقف ما لا يمثل مصدراً للخطر، وهذا الخوف حصارى فى طبيعته، بمعنى أن الشخص يدرك عدم معقوليته وعدم منطقيته، ومع ذلك فإن الخوف يسيطر عليه ويحكم سلوكه.

(Lyttle 1986, 30)

توصل كلاً من (Miller1974 & Marks1987) إلى أن المخاوف المرضية هى مخاوف حادة غير متناسبة مع درجة الخطر أو التهديد خاصة عندما تتصف هذه المخاوف بالآتى:

١. زائدة بالنسبة للموقف.
٢. ليس لها سبب منطقى.
٣. تؤدى إلى تجنب الموضوع أو الموقف المهدد.
٤. خارجة عن التحكم الإرادى.
٥. دائمة طوال الوقت.
٦. تؤدى إلى سوء التكيف.
٧. غير مرتبطة بعمر معين.

(In: Martin 1994, 311)

وعادة ما تجمع المخاوف المرضية بجميع أنواعها فى أربعة نقاط نوجزها كالآتى:

١. وضع أو موضوع خارجى إذا ما واجهه الفرد آثار فيه خوفاً فى مرتبة الفرع وانزعاجاً عنيفاً فى مرتبة الحصر الحاد.

٢. تجنب الفرد لموضوع خوفه أو فزعه أو تجنبه للوضع الخارجى الذى يثير فيه هذا الفزع، هو تجنب لما يهدد سلامته وأمنه بصورة من الصور، وفى أى ناحية من نواحي حياته.
٣. تتضمن المخاوف المرضية إزاحة لمهددات داخلية إلى خارجية إزاحة لا شعورية.
٤. وتتضمن كذلك علاجاً للتنازع الدافعى، بدعم وتغذية الكبت لتلك النزعات التى تتكرر لها الفرد وأنكر على نفسه وجودها فيه بموجب أحكام ضميره وعقله الواعى ومثاليات المجتمع.
- (عادل الأشول ١٩٧٨، ٢٣٠)

٣. الفرق بين المخاوف المرضية والخوف الحقيقى (الطبيعى):

توجد فروق واضحة بين الخوف الطبيعى والخوف المرضى أو الشاذ، فالخوف العادى يستثار عندما يكون هناك موضوع أو موقف خارجى يهدد كيان الفرد ووجوده، لذلك يكون انفعال الخوف فى مثل هذه الظروف هو انفعال طبيعى جداً، لأنه يتيح للفرد الفرصة لكى يواجه هذا الموضوع أو ذاك الموقف إما بالدفاع أو الهروب والانسحاب مما يؤدى إلى حفظ حياة الفرد وبقاء نوعه.

ومن ثم فإنه من الطبيعى مثلاً أن يخاف الإنسان صغيراً وكبيراً من أن يرى حيوان مفترس أمامه فهذا الخوف يدفع صاحبه إلى الهروب من أمامه أو الاختفاء وراء شئ ما، فهذا هو الخوف الطبيعى وهو ضرورى لحياة الإنسان، ويساعد الخوف على إدراك الفرد لمواقف الخطر التى تهدد حياته.

أما الخوف المرضى فإن أسبابه ومثيراته توجد فى البيئة، إلا أن الموضوعات والمواقف التى تسبب الخوف بالنسبة للفرد المريض بالخوف لا تثير عادة الخوف لدى الفرد العادى، بالإضافة إلى إدراك هذا الفرد بأن درجة خوفه لا تتناسب مع مصدر الخطر.

من الناحية النظرية قد يصعب التفرقة بين الخوف العادى والمخاوف المرضية ولكن بالممارسة العملية، فإن استجابة المريض للموضوع تدل على مدى معقولة ومنطقية خوفه، وإلى أى درجة يكون خوفه رد فعل مناسب وملئ، لذلك فإن تقييم الخوف من المرتفعات والخوف من السرطان لا يحتاج أن نهتم بإحصائيات حوادث الطائرات أو تدخين السجائر، حيث أن الشخص الخوف نفسه يتعرف على الشدة غير المنطقية، وعدم ملائمة استجابته للموقف.

(Alfred & et al. 1974, 906)

إن الخوف أو الفزع هو حالة من الخوف، غير طبيعية... والخوف بجميع درجاته انفعال مؤلم، ولا يختلف الطبيعى منه عن المرضى فى التغيرات الفسيولوجية الملازمة له، لأن الموقف

المثير للخوف سواء كان معقولاً أو غير معقول يؤدي إلى اضطراب عام فى التنفس والنبض وحركة العضلات وربما الانهيار والإغماء والقيء والدوار.

(محمد توفيق ١٩٩٨، ٤١١)

ويذكر (سعد جلال ١٩٧٤) أن الاختلاف بين الفرد العادى والفرد المريض بمرض عصابى نفسى هو اختلاف فى الدرجة لا فى النوع، وذلك يعنى أن هناك درجات مختلفة تتفاوت فى حدتها، وقد أيد التحليل النفسى وجود النزعة العصابية النفسية فى كل فرد، ولا تعتبر الحالة مرضاً إلا إذا عجز الفرد عن القيام بمطالب الحياة اليومية على الوجه الأكمل.

(سعد جلال ١٩٧٤، ٥٩٨)

يشير التصنيف الأمريكى الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV 1994) إلى أن الخوف الذى يشعر به المصاب باضطراب خوافى (رهابى) أكثر حدة واستمراراً وان الرغبة فى تجنب الشئ أو الموقف الذى يسبب الخوف تكون أكثر سيطرة عليه.

(Comer 1996, 139)

ويرى كلاً من (Marris & Kratochwill 1983) أن الطفل أو الشاب عندما يشعر بخوف غير مرتبط بالمرحلة العمرية مع عدم وجود خطر خارجى واضح يكون الخوف فى هذه الحالة غير معقول ويقال على الشخص أنه يعانى من خوفاً مرضياً، وعلى النقيض فالخوف هو جزء صحيح من النمو الطبيعى للطفل، وكثير من مخاوف الأطفال عابرة تظهر لدى أطفال فى نفس العمر، وبشكل عام لا تتعارض مع وظائف الحياة اليومية، وفى الواقع إن بعض المخاوف التى تحدث خلال فترة النمو تزود الأطفال ببعض التوافق لمختلف ضغوط الحياة، بالإضافة إلى أن المخاوف المرضية تكون مستمرة وغير مرتبطة بفترة زمنية وغير توافقية.

(In: Cecil 1987, 311)

ومن ثم تختلف المخاوف المرضية عن المخاوف العادية فى عدم معرفة الفرد الأسباب الرئيسية التى تؤدى به إلى الخوف المرضى، وفى عجزه عن التخلص منه أو التحكم فيه، بل وفى شعوره أيضاً بسخرية واستهزاء الآخرين من تلك المخاوف كلما بدت علاماتها على وجهه من مظاهر الخوف فى تلك المواقف الشاذة.

فالخوف المرضى هو خوف مستمر وغير عقلانى من موضوع أو موقف ليس له علاقة بالواقع، فإذا جاء نمر متوحش باتجاه الغرفة، ينمو الخوف، حيث نطلق على مثل هذا الخوف رد فعل طبيعى لمواجهة مثل هذا الموقف الحقيقى وهذا ليس خوفاً مرضياً فهو خوف من خطر واقعى،

أما فى الخوف المرضى يكون الخطر داخل الشخص نفسه ويكون الخطر فى هذه الحالة مدفوع باتجاه الرغبة غير المقبولة حيث تستخدم ميكانيزمات الدفاع مثل الكبت فى البداية ثم الإزاحة، فنجد أن الرغبة الداخلية تتحول إلى موضوع أو موقف خارجى، وهذا من شأنه أن يعطى الفرد إمكانية تجنب لمثل هذا الموضوع أو الموقف.

(Richard 1985, 764)

وتتميز (سامية القطان ١٩٨٢) بين الخوف المرضى والخوف العادى فى النقاط التالية:

١. تفسيره لهذا الذى يخاف منه لا معنى له على الإطلاق أو أن خوفه يبدو أكثر بكثير مما يتطلبه الموقف.
٢. خوفه يشله بدلاً من أن يزيد قدرته على التعامل مع المشكلة.
٣. خوفه يبدو ناجماً عن إفراغ نزعة لا شعورية (تدميرية للموضوع). ضد الذات - وعلى خلاف الخوف السوى فإن العدوانية المسئولة عن الخوف العصابى تكون لا شعورية، ومن المحتمل أن تكون مشتملة على (تدمير الموضوع) ونتيجة لذلك لا يكون المريض على وعى بأنه يهاجم نفسه.

(سامية القطان ١٩٨٢، ٤-٥)

يفرق (بيك ٢٠٠٠) بين الخوف السوى والخوف المرضى بأن الخوف المرضى هو خوف زائد دائم من صنف معين من الأشياء أو المواقف على أساس غير صحيح أو دون أساس مقبول من جانب الشخص الذى يعانى الخوف، أما الخوف القائم على الجهل لا يصح تصنيفه كرهاب، فقد يرتاب الشخص مثلاً ويحترس من الحيوانات العجيبة الضخمة.

(بيك ٢٠٠٠، ١٢٩)

ويفرق (ريتشارد سوين ١٩٧٩) بين الفوبيا والمخاوف العادية فى أن المخاوف المرضية لا يكون لها أى أساس أو مبرر، فى حين أن الخوف العادى يكون قائماً على الخطر الواقعى.

(ريتشارد سوين ١٩٧٩، ٤١٣)

من المفترض أن القلق المرضى ينشأ بشكل مباشر من استجابات الخوف الطبيعى، فمن خلال حالات الخوف الطبيعى تزداد دورات الخوف فى العقل، ولكنها تخمد أيضاً عندما يقل الخطر، بينما تزداد دورات الخوف خلال التوتر النفسى الاجتماعى وتؤدى العلاقة بين كلاً من العمليات السلوكية والبيولوجية إلى تطور دورات الخوف سريعة الهياج والتي تبلغ الذروة فى تحولها من خوف عادى إلى قلق مرضى.

(Jeffrey & Jay 1998, 327)

فعلى سبيل المثال يظهر على المتحدث أمام الجمهور بعض الخوف أو سلوك قلق طبيعى يخدم بمجرد أن تنتهى المقدمة، فقد يحاول بعض الأشخاص التقليل من هذه المشاعر المهددة بقضاء بعض الوقت فى حجرة المحاضرات قبل الحديث، وذلك يختلف عن اضطراب القلق المرضى فى أن الاستجابة الانفعالية تكون مزمنة وتعود الأداء الوظيفى، كما أن الأشخاص ذوى المخاوف المرضية من التحدث علانية يكون لديهم رد فعل جسدى ومعرفى ضعيف ومؤلم عند إعطائهم محاضرة أمام الجمهور، ويكون خوفهم كبيراً جداً لدرجة تجنبهم التحدث مهما كلفهم الأمر، فالخوف يكون إحدى التمهيدات الطبيعية الرئيسية لتطور اضطرابات القلق المرضية، حيث يمكن أن تتطور استجابة الخوف الطبيعية إلى اضطرابات نفسية.

كما يستخدم الخوف العادى مع كلاً من الخوف التكيفى وحالات القلق، ويفرق بينهم وبين القلق المرضى فى انه حالة انفعالية مبالغ فيها تعوق الأداء الوظيفى، حيث تم عقد مقارنة بين الخوف الذى يظهر عند مواجهة الخطر وهو لا يزال بعيداً أو الخوف الذى يظهر كسلوك دفاعى عندما يكون الخطر قريباً، فنجد أن مصطلح الخوف يصف الحالة الانفعالية خلال توقع أو مواجهة الخطر، عندما يكون الخطر وشيك الحدوث، ويمكن للخوف أن يحدث السلوكيات الدفاعية مثل الهروب أو المواجهة.

(Jeffrey & Jay 1998, 325)

فالخوف رد فعل إزاء خطر حقيقى، واستجابة الخوف تكون فى الغالب وقائية يحمى بها الشخص نفسه من شئ مكروه أو خطر، والاستجابة هنا نوع من الخوف نسميه: الحذر أو الخوف الواقعى، وفى حالة الخوف يكون رد الفعل إزاء خطر غير حقيقى ويحدث تكرار لاستجابة الخوف مع تضخيم الخوف فى موقف ما، فى هذه الحالة يصبح الخوف شاذاً ويسمى "خواف" لأنه خوف غير معقول.

(محمد سعفان ٢٠٠١، ١٩٧)

ومن ثم يمكننا القول بأن المخاوف بصفاتها العادية منتشرة وكثيرة ولا يمكن أن تحصى أو تعد وإنما إذا ما استمرت المخاوف بعد سن السادسة من عمر الفرد كانت مخاوف مرضية. ويرجع (محمد الطيب ١٩٨٨) السبب فى ذلك إلى أن الفرد بعد سن السادسة يستطيع أن يحكم على الأشياء من معيار داخله هو، فكأن قيم المجتمع وتقاليده أصبحت داخله، ومن ثم يحاول تجنب ما لا يتلائم معها ويعزز ما يتناسب مع هذه القيم.

(محمد الطيب ١٩٨٨، ١٥)

ففى دراسة مسحية عن المخاوف فى نيوانجلاند، توصل (دافيدوف ١٩٨٣) إلى أن حوالى ١٥ مليون أمريكى يعانون من الفوبيا ولكن نسبة قليلة حوالى (٤٤٠٠٠) هم الذين يعانون من مخاوف حادة تسبب إعاقة لهم، ويعتبر الأفراد المصابون بالفوبيا مضطربين حينما تؤدى بهم إلى العجز وعدم المسايرة.

(دافيدوف لندال ١٩٨٣، ٦٦٨)

٤. الفرق بين المخاوف المرضية والقلق:

فى حقيقة الأمر أنه كثيراً ما يحدث الخلط بين المصطلحين لدى المهتمين بالأبحاث والدراسات السيكلوجية، ومنهم على سبيل المثال (عبد الروؤف ثابت ١٩٨٦) الذى يرى أن الخوف والقلق انفعالان مرتبطان بإحساس الإنسان بالخطر أو التهديد بوقوعه، فالخوف انفعال "وقتى" أى يتعلق بالحاضر "الآن" حينما يتبين المرء مصدر الخطر يخاف بمقدار نوع وشدة الخطر، وقد يكون الخطر فى حالة القلق حقيقياً أو متصوراً . وعلى اختلاف مدلوليهما فإن الخوف والقلق لهما نفس الأعراض النفسية والجسمية.

(عبد الروؤف ثابت ١٩٨٦، ١٢٧)

ليس من اليسير أن نفرق بين الخوف والقلق، ولكن غالباً ما تعد كل حالات القلق مؤشراً يدل على مشاعر عامة أو شاملة بالعجز وانعدام قيمة الذات، فهو حالة مستمرة من التوتر وترقب الشر أما الخوف فهو رد فعل مؤقت للخطر، وتعد بعض المخاوف غير العقلانية بالفعل حالات قلق تشير إلى وجود صراع داخلى، فعندما يخاف الطفل من الاستغراق فى النوم، فإن هذا قد يرجع إلى خوفه من الأحلام المخيفة والتي تعكس صراعاته الداخلية.

(وولمان ١٩٩٥، ١٥١)

ويرى كثير من المنظرين أننا يجب أن نميز بين الخوف والقلق على أساس أن القلق هو حالة انفعالية سلبية حول موضوع معين، حالة من الفهم الغامض حيث يتوقع الشخص حدوث شئ سئ دون معرفة هذا الشئ ومتى وكيف يحدث بينما يكون الخوف أكثر موضوعية. ولذلك يعرف الخوف فى بعض الأحيان على أنه قلق موضوعى ويعرف القلق فى أحيان أخرى على أنه خوف لاعقلانى.

(وفاء الحدينى ٢٠٠١، ٦٥)

ويشير الخوف إلى حالة من التوجس تتبلور حول خطر محدد يمكن التحقيق من وجوده فى عالم الواقع بحيث يمكن تقدير أهميته ومواجهته بشكل واقعى، بينما يشير القلق إلى حالة من التوجس والتوتر غير المحدد تبالغ من حجم وأهمية خطر ما، بل وقد ينشأ عنها توهم هذا الخطر. (ممدوحة سلامة ١٩٨٧، ٥٤)

القلق هو علامة تنبيه تساعد الشخص اليقظ على التعامل مع تهديد الخطر الذى أوشك على الوقوع وعلى العكس فالخوف هو ايضاً علامة تنبيه بالخطر ولكنها مختلفة عن القلق، فالخوف هو استجابة لمصدر خطر معلوم وواضح بينما القلق هو استجابة لتهديد مجهول وغير محدد، فالاختلاف السائد بين الخوف والقلق يكمن فى ان الخوف يعتبر رد فعل حاد بينما يعتبر القلق أكثر إزماًناً.

(Marilyn & Susan 2001, 101)

ويرى (Erikson 1963) أن الخوف والقلق فى مرحلة الطفولة يتقاربان كثيراً بحيث يصعب التفريق بينهما ذلك لأن حداثة سن الطفل وعدم نضجه قد يجعلانه لا يفرق بشكل محدد بين ما هو خطر داخلى وما هو خطر خارجى، او بين ما هو خطر حقيقى وما هو خطر متوهم.

(فى: ممدوحة سلامة ١٩٨٧، ٥٤)

تتميز المخاوف المرضية عن القلق الشديد بأنها تغمر الطفل عندما يواجه الموضوع أو الموقف، كما تتميز بأنها حصارية بحيث يظل الطفل لفترات غير عادية قلقاً عند تعرضه للموضوع، المخاوف الشائعة تتضمن الخوف من الحيوانات والمرتفعات والحشرات.

(Cecil 1987, 106)

كما أن للقلق جانبان، أحدهما شعورى: وهو الخوف، الفزع، الشعور بالعجز، الاحساس بالذنب، مشاعر التهديد، والآخر لاشعورى: وهو من الصعب تحديده لأن عمليات اللاشعور متداخلة ومعقدة لا يمكن تحديدها، يعمل الكثير منها دون وعى، بمعنى أن الفرد الذى يعانى المخاوف مثلاً، دون ان يدرك أن العوامل اللاشعورية هى التى تدفعه إلى ذلك.

(محمد الفيومى ١٩٨٤، ٦٥)

المخاوف المرضية هى صورة من صور القلق العصابى وأهم ما يميز هذا الخوف هو أن

قوته

لا تتناسب مطلقاً مع الخطر الحقيقى الذى ينتج عن الشئ موضوع الخوف (الخوف من الحشرات - الفئران - المطاط ... وغيره) وفى كل حالة من هذه الحالات يكون الخوف غير معقول على

أساس أن منبع القلق كامن فى "الهُو" لا العالم الخارجى حيث يكون الشخص خائفاً من أن يدهمه دافع، لا يستطيع التحكم فيه.

(شيهان عبد الحميد ١٩٨٢، ٢١)

وكذلك يرى (عبد الستار إبراهيم ١٩٩٤) أنه يوجد فى حالات القلق ما يسمى بالمخاوف المرضية والحقيقة أن كثيراً من الأطباء النفسيين يعتبرون الخوف المرضى جزءاً من القلق، ولو أن الخوف فى حالة الخوف ينشأ مرتبطاً ببعض الموضوعات، أو الأشخاص، أو المواقف المحددة، والانفعال الشديد والفرع، والارتياح الذى يمتلكه الطفل أو البالغ فى حالات المخاوف المرضية، يشبه القلق وكل الاضطرابات العصابية من حيث أن الخوف الشديد ليس له ما يبرره، وأن الشخص يعرف ذلك، ولكنه يعجز عن التحكم فى مخاوفه أو ضبط انفعالاته بصورة بناءة بما ينتهى به أيضاً إلى العجز عن ممارسة حياته العملية والاجتماعية.

(عبد الستار إبراهيم ١٩٩٤، ٢٦)

توضح نتائج دراسة (Corsini 1984) أن القلق يختلف عن المخاوف المرضية حيث أن القلق هو شعور باتقاء الخطر المحسوس، والمخاوف المرضية تميزها تغيرات بدنية كثيرة، تصحبها رغبة فى الهرب أو الاختفاء، وفى حالة المخاوف المرضية يسيطر المريض نسبياً على القلق ويربطه بموضوع أو موقف خارجى وتكون الدفاعات الرئيسية هى الكبت والإزاحة والتجنب، كما توجد فروق فى العلامات المحددة لكل منهما، وفى حالة القلق تكون العلامات غير معروفة للفرد الذى يعانى القلق، بينما فى حالة الخوف تكون العلامات غالباً معروفة بمعنى أن الفرد الخائف يدرك ما سبب خوفه، كما أن القلق قد ينتج من الخبرة الأليمة التى يمر بها الفرد نتيجة للصراع الذى يتعرض له، بينما ينتج الخوف كاستجابة تشريطية نفورية بشكل مباشر من شئ معين، بينما تظهر المخاوف المرضية كاستجابات لا تتناسب مع الشئ أو الشخص او الموضوع الذى يسببها فهى خوف شاذ دائم ومرضى حيث يخاف الفرد منها مما لا يخيف الآخرين عادة أى أنها تكون أكبر مما يتناسب مع الخطر الحقيقى.

(فى: رحاب صديق ٢٠٠٠، ٤٤-٤٥)

كما تتميز المخاوف المرضية بالقلق الحاد عندما يتعرض الشخص لموضوع أو موقف محدد أو عندما يتوقع الشخص تعرضه لموقف أو موضوع فنجد أن الأشخاص ذوى المخاوف يحاولون تجنب المثير الخوافى، وهذا يمكن أن يضعهم فى متاعب لتجنب القلق المثير للموقف، فعلى سبيل

المثال، قد يفضل الشخص الخوف ركوب الحافلة لعبور الولايات المتحدة عن الطيران، لكى يتجنب الاقتراب من موضوع الخوف لديه وهو الطيران.

(Harold & Benjamin 1996, 203)

يميز "فرويد" بين ثلاثة أنواع من القلق العصابى وهى:-

١. القلق الهائم الطليق:

هو قلق يتعلق بأية فكرة مناسبة أو أى شئ خارجى.

٢. قلق المخاوف المرضية :

هى عبارة عن مخاوف تبدو غير معقولة، ولا يستطيع المريض أن يفسر معناها، وهذا النوع من القلق يتعلق بشئ خارجى معين، فهو ليس خوفاً معقولاً، كما أننا لا نجد عادة ما يبرره، وهو ليس خوفاً شائعاً بين جميع الناس.

٣. قلق الهستيريا:

يرى "فرويد" أن هذا النوع من القلق يبدو واضحاً فى بعض الأحيان، وغير واضح فى أحيان أخرى، كما يرى أن أعراض الهستيريا مثل الرعشة والإغماء، وصعوبة التنفس، إنما تحل محل القلق وبذلك يزول الشعور بالقلق أو يصبح غير واضح.

(فاروق عثمان ٢٠٠١، ٢١)

تعتبر هستيريا القلق مرادفة لعصاب القلق ويقول "أوتوفينخل": (إن هستيريا القلق حين تتفجر يتبعها فى الأغلب، ظهور خوف مرضى بمعنى تجنب الموقف، أو المدركات المثيرة للقلق، وأحياناً ما يكون من الممكن فى الواقع تجنب القلق، باستحداث مخاوف ملائمة، تدفع الأنا ثمنها بالحد من حربتها، عندئذ يمكن أن يبلغ المريض إلى نقطة ميته، حيث يكون فيها الخطر الغريزى قد تحول كلياً، وبنجاح إلى خطر خارجى.

(صلاح مخيمر ١٩٧٧، ١٨)

يتفق معه "جاك لاكان" عندما قارن بين المخاوف المرضية والقلق، فأشار إلى أن القلق يظهر أولاً، ثم يأتى الخوف كصيغة دفاعية تحول القلق إلى خوف من موضوع محدد.

(فى:عبد الله عسكر ٢٠٠٠، ٢٠٧)

كذلك أشار (Rachman 1990) إلى أن الخوف يصف المشاعر العامة بالاضطراب وعدم الراحة المرتبطة بتهديد شئ على وشك الحدوث، بينما يعرف القلق بأنه نظام استجابة كل فرد

للتهديد أو الخوف. فالقلق يشير إلى مشاعر الخوف التى من الصعب ربطها بمصادر محسوسة من المثيرات، وبالتالي توجد فى الخوف ثلاث مكونات هى:

١. الخبرة الذاتية بالخوف.
٢. التغيرات النفسجمية والمرتبطة بالخبرة الذاتية للخوف.
٣. محاولة الهرب أو تفادى مثيرات الخوف.

(فى:وفاء الحدينى ٢٠٠١، ٦٥)

ولقد حدد (Schoomaker) عدة اختلافات أساسية بين الخوف والقلق ومن أهمها:

- ❖ إن الخوف ينشأ نتيجة خطر خارجى محدد، بينما نجد القلق أكثر شمولاً، ويعد رد فعل لخطر يشعر به الفرد داخلياً.
- ❖ إن الخوف يبدو كرد فعل عاقل ومنطقى، بينما القلق يظهر كرد فعل غير منطقى، فمن الطبيعى أن يشعر الفرد بالخوف من موقف به خطر ما، ولكن من غير المنطقى الشعور بالخوف مع عدم وجودها ما يدعو له.
- ❖ أن القلق يعتبر أكبر إيلاماً من الخوف، فبالإضافة إلى خلق كل الأحاسيس البغيضة المصاحبة للخوف، فهو يثير الشك فى أنفسنا ويؤدى بنا إلى العجز والارتباك، وتكون النتيجة حالة مؤلمة جداً، قد تكون من أكثر الخبرات التى يمر بها الإنسان إيلاماً.

(فى:صلاح عبد الغنى ٢٠٠٠، ١٣١)

وتختلف الأعراض الفسيولوجية المرتبطة بالقلق وتلك المرتبطة بالخوف، فالخوف الشديد يصاحبه نقص فى ضغط الدم، ونقص فى ضربات القلب وارتخاء فى العضلات، بينما القلق الشديد يصاحبه زيادة فى ضغط الدم وضربات القلب، وتوتر فى العضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة فى الحركة.

(أحمد عكاشة ١٩٩٢، ٣٨)

ونشير إلى بعض السمات السيكولوجية للقلق والخوف على النحو التالى:

جوانب الاختلاف بين الخوف والقلق

جوانب الاختلاف	القلق	الخوف
الموضوع	مجهول	معلوم
التهديد	داخلي	خارجي
التعريف	غامض	واضح
الصراع	حاضر	غائب
الاستمرارية	مزمن	حاد

(Alfred & Harold 1974 , 858)

٥. المخاوف ومراحل النمو:

يرى أصحاب هذا الاتجاه فى تفسير الخوف أن الشعور بالخوف من الأمور الطبيعية، فالفرد لا يكون طبيعياً إلا إذا شعر ببعض من الخوف والقلق على اعتبار أن شعور الخوف والقلق معاشياً مع الإنسان لأنه جزء من الحياة، كما يرون أن قدراً متوسطاً من القلق ضرورى لإظهار قدرات الفرد.

(عبد المنعم عباس ١٩٩٢، ٢٨)

إن لكل فترة نمائية من مرحلة الطفولة نمطاً من الخوف خاص بها، ويتم الانتقال التدريجى من نمط خوفى إلى آخر بإطراد نمو الطفل، فينتقل من مخاوف محددة إلى مخاوف عامة ويعنى هذا اختلاف استجابة الطفل لمثير الخوف باختلاف عمر الطفل، فمثلاً استجابة الخوف لدى الرضيع تكون فى شكل صرخات وحركات قليلة للجسم، وبإطراد النمو تأخذ الاستجابة شكل إخفاء الوجه عن مصدر الخوف ثم الابتعاد هرباً (عندما ينتقل من مرحلة الزحف إلى المشى) وبإطراد النمو أيضاً تنحصر الاستجابات الظاهرة للخوف بسبب زيادة الضغط الاجتماعى، وتبدأ الاستجابات الداخلية فى الظهور "كسرعة دقات القلب" وارتفاع ضغط الدم.

(حسن عبد المعطى، هدى قناوى ٢٠٠٠، ٢٢٣)

ويؤكد هذا الاتجاه على أن لكل فترة نمو مخاوفها الخاصة بها، فمثلاً صنف "دنلوب" مخاوف الأطفال من ٩-١٢ سنة فى أربعة فئات هى:

المخاوف الواقعية مثل السقوط من فوق السلم، والمخاوف البعيدة مثل إلحاق حيوان "مثل الأسد" الأذى بالطفل، ومخاوف غير واقعية، وأخيراً فئة المخاوف الغامضة .. أما "هيرشل" فحصر

أكثر المخاوف شيوعاً لدى المراهقين فى المواقف الاجتماعية مثل مقابلة أصدقاء أو مدرسين جدد وكذلك الخوف من الرسوب أو القيام بأعمال خاطئة تشعر المراهقين دائماً بالصراع الداخلى.

(عبد المنعم عباس ١٩٩٢ ، ٣٢)

ويعد تطور نمو المخاوف هام جداً ويبين الجدول التالى التطور الطبيعى للمخاوف:

أنواع المخاوف	الأعمار الزمنية
الضوضاء العالية، فقد المساندة، الموضوعات غير المألوفة.	منذ الميلاد: ٦ شهور
الغرباء، المواجهة المفاجئة بموضوعات غير متوقعة.	٧ : ١٢ شهر
الغرباء، العواصف، الحيوانات، الظلام، الانفصال عن الوالدين، الضوضاء العالية، الآلات، الحمامات، الأشباح، العفاريات، الحشرات، الأذى الجسدى.	(٥:١) سنوات
الكائنات الخارقة، الجروح الجسدية، الأمراض "السرطان"، البقاء وحيداً، النقد، الفشل، العقاب، اللصوص.	(٦:١٢) سنة
الامتحانات، الاختبارات المدرسية، الأداء المدرسى، الجروح الجسدية، المظهر، الأداء الرياضى، الارتباك الاجتماعى، فحص الأقران.	(١٢:١٨) سنة

(William & et al. 1998 , 208)

فقد لوحظ أن كثيراً من موضوعات الخوف لا تسبب للأطفال الصغار أى شعور بالخوف، فقد لوحظ أن بنتاً فى الخامسة عشر شهراً تمسك بثعبان لا تجرؤ أمها على إمساكه، وأن استجابتها للخوف من الثعبان إنما تحدث فى سن الخامسة أو السادسة من عمرها.

(احمد حافظ ١٩٨٩ ، ١٠)

وتشير (Dutta Ray) أنه فقط فى عمر الست شهور يتم ملاحظة الخوف لدى الطفل وهذا يعنى أن نمو الإدراك الحسى والنضج الجسدى يعدان مهمان لهذا الانفعال لكى يعبر عن نفسه فى مرحلة ما.

(فى:محمد سعفان ٢٠٠١ ، ١٩٥)

ترى (هيلين روس ١٩٥٥) أن للطفل فى كل مرحلة من مراحل نموه حاجات خاصة إذا لم تشبع نتج عنها القلق تبعاً لذلك، وأولى هذه الحاجات الأساسية لحياته الغذاء، وهو حاجة عضوية نفسية، وأن قلق الطفل المتعلق بحبه لأمه هو أول ما يظهر فى حياته حيث يعتبر الخوف من فقدان العطف قلقاً أساسياً، واغلب ما يعانى به الأطفال من مخاوف ينبع من هذا القلق، وقد يكون

أول ما يتعلمه الطفل من خوف، فكل المخاوف الأخرى فى الواقع يمكن ردها إلى خبرات حدثت للطفل فى الشهور الأولى من حياته.

(هيلين روس ١٩٥٥، ٢١:٢٥)

يرى (Baider) وآخرون أن الطفل يخاف من مرحلة الطفولة الوسطى (٢-٦) سنوات من أشياء أكثر من تلك التى تخيف الرضيع، أو الطفل فى مرحلة الطفولة المتأخرة من (٦-١٣) سنة لدى البنات، (١٤) سنة لدى الأولاد، فالفترة ما بين الثانية إلى السادسة من العمر هى فترة ذروة المخاوف النوعية المحددة، والسبب فى ذلك هو أن الطفل فى هذه المرحلة لديه القدرة على إدراك الخطر أكثر من الرضيع ولكن نقص خبرته يجعله أقل قدرة من الأطفال الكبار فى إدراك أن هذه المخاوف لا تمثل خطراً شخصياً يتهدهه.

(فى:حسن عبد المعطى،هدى قناوى ٢٠٠٠، ٢٢٣)

ترى (هيلين روس ١٩٥٥) أن الخوف من الضمير الذى ينشأ فى حوالى الخامسة أو السادسة حيث يبدأ الطفل بتحمل مسئولية ما يقوم به من أعمال قد تستمر معه طوال حياته، فالمخاوف وحالات القلق إذن تتسبب من الخبرات والظروف التى تطرأ على الطفل خلال حياته كلها، وبينما يستمر نموه تصطبغ تصرفاته، عن المواقف الجديدة بأثر المواقف القديمة التى سببت له الخوف ويشيع الخوف من الظلام فى الأطفال دون الخامسة، فالظلام فى نظرهم هو المكان الذى تكمن فيه المخاوف فى انتظارهم، وإذا عوقب الطفل أو عنف لممارسة العادة السرية فقد يخاف أن يترك وحيداً فى وقت النوم خوفاً من أن تلين إرادته تحت ضغط الدافع الذى لديه لممارسة هذه العادة، فهو يتخذ الخوف من الظلام تبريراً يضمن به بقاء الأب أو الأم إلى جانبه حتى يستسلم للنوم، وإذا ما استمر الخوف من الظلام بعد سن الخامسة أو السادسة قد يكون دليلاً على عدم شعور الطفل بالأمن والطمأنينة.

(هيلين روس ١٩٥٥، ٢٣:٣٥)

فى هذا الصدد تشير (Dutta Ray 1990) إلى أنه عند تشخيص المخاوف يجب أن نضع فى الاعتبار عامل استمرار الاستجابة لمدة لا تقل عن ستة أشهر وعامل العمر الزمنى الذى ظهر فيه الخوف، ذلك لأن الخوف من بعض الأشياء أو الأشخاص أو المواقف يأتى طبيعى ثم يختفى بعد ذلك فى أشهر أو سنوات بسيطة وعلى سبيل المثال:

- الخوف من الأفاعى يظهر بين أعمار (٢-٣) سنوات ويختفى فى عمر (٦) سنوات.

- الخوف من الماء "خلال الاستحمام" يظهر خلال الفترة ما بين (١٨-٢٤) شهراً ثم يختفي بعد ذلك ويصبح الطفل يستمتع بالماء.
- الطفل في عمر سنتين، يشعر بالخوف الشديد من الصوت العالي الصادر من القطارات أو الرعد أو المكائن الكهربائية.
- الطفل في عمر سنتين ونصف يخاف جداً من الأجسام المتحركة خاصة إذا كانت ضخمة مثل الناقلات.
- الطفل في عمر ثلاث سنوات، يخاف جداً من الأجسام المتحركة المرئية مثل الحيوانات الشرسة، والظلمة والخيال... الخ.
- الطفل في عمر أربع سنوات، يخاف من مغادرة الأم أو الأب للمنزل، كما توجد في هذه المرحلة مخاوف سمعية خاصة ببعض الأشياء مثل صوت الماكينات.
- في ما بين (٦-١٣) سنة يأخذ الخوف مفهوماً آخر مثل الخوف من الأشياء غير الطبيعية "الأشباح والساحرات"، والخوف من المخاطر التي لم تهددهم حتى الآن، والخوف من جرس الباب، والتليفونات والجواسيس والحروب، والخوف من الذهاب للمدرسة متأخرين ومن المدرسة والامتحانات... الخ.

(في: محمد سغفان ٢٠٠١، ١٩٨:١٩٩)

إلا أن (Ollendick 1979) يذكر أنه على الرغم من أن معظم المخاوف التي تظهر في الطفولة والمراهقة تعتبر مخاوف متوسطة ومرتبطة بعمر محدد وعابرة إلا أن هناك مخاوف أخرى شديدة وحادة ومستمرة عبر الوقت وتعمق نمو الطفل.

(In: Qi & et al. 1994 , 352)

وفي دراسة لمخاوف الأطفال توصلت النتائج إلى وجود تناقص شديد في المخاوف المتعلقة بالمشكلات المادية مثل الضوضاء، السقوط، الأشخاص الغريبة، وزيادة في المخاوف غير المادية مثل المخلوقات الخيالية، الظلام، البقاء في وحدة، التهديد أو الخطر من الأذى والغد.

(Mollie & Russell 1977, 285)

مما سبق نلاحظ أن لكل مرحلة من مراحل النمو صراعها المميز لها والذي يسبب ضيقاً ومخاوف من نوع خاص، ولكن من المهم أن نتذكر أن الخوف الذي يظهر في أية مرحلة ليس من الضروري أن ينتهي في نفس المرحلة، فخوف الطفل من أن يفقد عطف غيره لا ينتهي دائماً بانتهاء مرحلة الطفولة، بل يتوقف ذلك على ما لاقى من عطف وعلى نوع ما مر به من خبرات،

وقد يكون من اثر ذلك أن تصطبغ حياة الطفل فى كبره بصبغة من الخوف من فقدان عطف من حوله وان يصبح منبوذاً منهم.

(حسن عبد المعطى ٢٠٠١ ، ٢٩٨)

فقد وجد أن شدة ما يبديه الطفل من مخاوف لها علاقة بنوعية العلاقات المتبادلة بين الطفل وأسرته. كذلك وجد أن كل ما من شأنه أن يقلل من ثقة الطفل بنفسه، أو يزعج به فى مواقف يشعر فيها بعدم الأمن والتهديد، أو ما يهدده بالفشل أو ما شأنه أن يحط من تقديره لذاته تزيد من احتمال أن يصبح أكثر عرضة للخوف ومعاناة له .

(ممدوحة سلامة ١٩٨٧ ، ٥٤)

٦. أهداف المخاوف ومكاسبها:

أن أى سلوك يصدره الإنسان أو أى فعل سواء كان هذا الفعل شعورياً أولاً شعورياً فإنه يستهدف تحقيق هدف معين وهذا ما يؤكد (سيجموند فرويد ١٩٨٣) حيث يرى أن ميكانيزم الخوف يؤدي خدمة جيدة كوسيلة للدفاع وعادة ما يكون ثابتاً جداً ويستمر الكفاح الدفاعى فى صورة كفاح ضد العرض فى أغلب الأحيان.

(سيجموند فرويد ١٩٨٣ ، ١٠١ - ١٠٢)

كما يرى (عزيز حنا ١٩٧٠) أن المخاوف تحقق أهدافها وغايتها من خلال نقل الحصر أو القلق من الداخل إلى الخارج، ومن الموضوعات الداخلية إلى موضوعات خارجية، واستنفاد طاقات الدوافع المرفوضة المكبوتة فى انشغالات انحصارية خفية تشغل الوعى والشعور وتصرفها بعيداً عن الأمور الذاتية الداخلية التى تتكرر لها العقل الواعى وتيراً منها.

(عزيز حنا ١٩٧٠ ، ٣٣٦)

ويرى (ريتشارد سوين ١٩٧٩) أن المخاوف المرضية تتيح للفرد أن يضيق من نطاق صراعاته وقلقه وأن يحصرها فى موقف يمكن تحديده والسيطرة عليه، لذلك تكون المخاوف حل جزئى يعين الفرد على أن يخفض من حدة القلق طالما استطاع أن يظل بمنأى عن الشئ الذى يخافه، بالإضافة إلى تركيز انتباه الفرد فى الشئ المخيف بعيداً عن المصدر الحقيقى للخطر السيكولوجى الذى يهدد الفرد .

(ريتشارد سوين ١٩٧٩ ، ٤١٧)

وإذا كان الهدف الأولى للمخاوف هو الإزاحة الآلية الشعورية للمهددات الداخلية إلى موضوع خارجى فإن هدفها الثانوى كما يرى (عزيز حنا ١٩٧٠) ينحصر فى نطاق ضيق من استنفات

صاحبها بأعراضه لانتباه واهتمام الغير، وإرغام الأهل على الالتفات من حوله والعناية به، وهكذا تتسع الفرصة أمامه لإشباع نسبي لميوله المكبوتة.

(عزيز حنا ، ١٩٧٠ ، ٣٣٦)

وكذلك يرى (صلاح مخيمر ١٩٧٩) أن الفرد الذى يعانى خوفاً مرضياً يستغل أعراضه العصائية فيمارس نفوذاً معيناً على بيئته، ويحقق مكاسب معنوية لنفسه، فذلك هو الكسب الثانوى للمخاوف.

(صلاح مخيمر ١٩٧٩ ، ١٤١)

٧. أنواع المخاوف المرضية:

تتعدد أشكال المخاوف المرضية تبعاً لموضوعها الذى يستثير القلق الشديد، كالخوف من الحيوانات مثل الحشرات والقطط والكلاب، والخوف من وقوع المرض أو الأذى أو الموت أو القتل أو عضة الكلب، والخوف من الأماكن المفتوحة أو المزدحمة أو الضيقة أو العالية، والخوف من الظلام أو الوحدة أو الأشخاص الغرباء، والخوف من الأماكن الخطرة، كالمصاعد أو الطائرات أو المياه العميقة، والخوف من بعض الأفكار، كالانتحار أو الخوف نفسه، والخوف من الأشباح أو القوى الخارقة أو الأرواح وغيرها.

(عبد المطلب القريطى ١٩٩٨ ، ٣١٣)

يشير عدد من الدراسات الإحصائية للمخاوف والرهابات أثناء الطفولة إلى أنها تنحصر فى ثلاث فئات كبرى هي:

١. مخاوف قائمة على أخطار من صنع الإنسان man-mode كالخوف من أن يهاجم المرء أو يختطف أو تجرى له عملية جراحية.
٢. أخطار طبيعية أو خارقة للطبيعة مثل الرعد والبرق والأشباح.
٣. مخاوف تعكس ضغوطاً نفسية اجتماعية مثل الخوف من الامتحانات، الخوف من الانفصال عن الوالدين.

(بيك ٢٠٠٠ ، ١٣٦)

صنف ماركس (Marks 1969) المخاوف المرضية إلى صنفين رئيسيين: مخاوف مرتبطة بالمثير الخارجى، ومخاوف مرتبطة بالمثير الداخلى، وتشتمل المجموعة الأولى للاضطرابات الخوافية على: الخوف من الأماكن المفتوحة، المخاوف الاجتماعية والخوف من الحيوانات، والمخاوف النوعية المتنوعة، ويقع اضطرابيين خوافيين فقط فى مجموعة المثير الداخلى وهى المخاوف المتعلقة بالمرض والمخاوف القهرية.

(In: Francis 1984, 286)

أشار (عبد الفتاح دويدار ٢٠٠٠) إلى أنه يمكن تصنيف المخاوف المرضية إلى ثلاثة أصناف هي:

١. مخاوف المثيرات الواضحة والصريحة:
وهي أشبه ما يكون بالعصاب الصدمى الذى تدفع إلى ظهوره تجربة أليمة تتضمن معنى الصدمة العاطفية أو الانفعالية البالغة الشدة والوقوع على النفس وهو ضرب من العصاب المتضمن لمعنى الاستجابة الشرطية Condition Response حيث يواصل الفرد رد فعل المثيرات الحاضرة المماثلة لمثيرات الماضى وهو لا يزال متأثراً بتجربة اختبرها فى الماضى.
٢. مخاوف المثيرات واضحة الرمزية:

يتميز هذا الاضطراب من المخاوف المرضية بما يخافه صاحبه من موضوعات مادية مجردة كالأسلحة مثلاً أو القاذورات، إلا أن خوفه هذا لا يثيره المعنى الحرفى الذى تتطوى عليه أمثال هذه الموضوعات المادية، لكنه خوف يثيره المعنى الرمزى الذى تمثله هذه الموضوعات أمام عقل الفرد.

٣. مخاوف المثيرات مبهمة الرمزية:
وهذا ضرب من المخاوف المرضية أكثر تعقداً وأعنف مظهراً وأثراً من النوعين المتقدم ذكرهما... ففى هذا الضرب من الفوبيا، لا ينبعث الخوف بفعل واضح وصريح مماثل فى طبيعته للمثير القديم الذى كان الأصل فى نشأة هذا الخوف المرضى ولا هو ينبعث فى صاحبه بفعل مثير رمزى واضحة معنى رمزيته وماهية المرموز إليه لكنه ضرب من الفوبيا ينبعث فيه الخوف بفعل مثيرات رمزية غامضة معانيها لا تكشف عن المرموز إليه بصورة يسهل تمييزها نسبياً.

(عبد الفتاح دويدار ٢٠٠٠ ، ٢٠٩ : ٢١٤)

أشار (محمد عبد المؤمن ١٩٩٢) إلى أنه يمكن تقسيم المخاوف إلى ثلاث فئات أخرى هي:

- مخاوف تظهر عند الميلاد، المخاوف الفطرية.
 - مخاوف تظهر فى سن معينة، وهي المخاوف المرتبطة بالنمو.
 - المخاوف التى تولدها خبرة صدمية.
- والمخاوف الفطرية تسببها المثيرات الجديدة والقوية، الخوف من المجهول وغير المؤلف يرتبط ببقاء الكائن الحى، ولذا فهو خوف فطرى وشائع، أما المخاوف المرتبطة بالنمو فمن أمثلتها

الخوف من الغرباء أو الأشخاص غير المألوفين، ومن الحيوانات وحركاتها المفاجئة، أما المخاوف المكتسبة فتشبه إلى حد ما المخاوف المرتبطة بالنمو لكونها تنشأ من خبرات صدمية أو أحداث مفاجئة.

(محمد عبد المؤمن ١٩٩٢ ، ٨٠ - ٨١)

كما بحثت دراسة (Martin & Alvin 1979) العلاقة بين نوع المخاوف المرضية التي يطورها الشخص وبعض التركيبات المعرفية والحركية. حيث قسمت الأعراض الخوافية إلى نوعين رئيسيين، المجموعة الأولى: مخاوف الحيوانات والتي تشير إلى مخاوف مرضية من حيوانات معينة أو حيوان كموضوع، أما المجموعة الثانية: المخاوف الموقفية والتي تشير إلى مخاوف مرضية عامة حيث الخوف الأساسى فيها يكون من التواجد فى مواقف أو أماكن خاصة.

(Martin & Alvin 1979, 42)

يتفق ذلك مع تقسيم "فرويد" للمخاوف حسب طبيعة موضوع الخوف إلى قسمين كبيرين أولهما: مخاوف عامة وهى عبارة عن خوف مبالغ فيه من كافة الأشياء التى يكرهها الناس ويهابونها إلى حد ما مثل الظلام والوحدة والموت والثعابين والأخطار عموماً، وثانيهما: مخاوف نوعية وهى خواف أشياء أو مواقف خاصة لا تبعث الخوف فى نفس الشخص سوى مثل الخوف من الأماكن المتسعة، وبعض وسائل النقل.

(فى:كمال دسوقى ١٩٧٤ ، ٢٠٨)

ومن وجهة نظر (Alfred & Harold 1974) قد تصبح الموضوعات والمواقف الشائعة هى بؤرة المخاوف المرضية التى تتضمن المرتفعات، الأماكن المغلقة، المصاعد، القذارة، الأماكن المفتوحة، الزحام، الحيوانات، الظلام، الجراثيم، الأنفاق، لذلك فقد تم تصنيف المخاوف المرضية طبقاً للنوع كالاتى:

- الخوف من الارتفاعات. Acro Phobia.
- الخوف من الأماكن المفتوحة. Agora Phobia.
- الخوف من القطط. Aliuro Phobia.
- الخوف من الكلاب. Gyno Phobia.
- الخوف من الماء. Aqua Phobia.
- الخوف من القذارة والجراثيم. Myso Phobia.
- الخوف من الحيوانات. Zoo Phobia.

- Claustro Phobia. الخوف من الأماكن المغلقة.
- Xenophobia. الخوف من الغرباء.
- Pyro Phobia. الخوف من النار.

وقد يكون مثل هذا التصنيف غير ملائم وغير عملي، فقد ينتج من جعل الموقف أو الموضوع مركزاً للمخاوف المرضية تكاثر غير مجدى فى الأسماء، علاوة على ذلك يطور المريض عدد كبير من المخاوف المرضية.

(Alfred & Harold 1974, 906)

وقد تشتمل المخاوف النوعية على أربعة أنواع رئيسية هي:

١. النمط الحيوانى.
٢. النمط الموقفى.
٣. نمط الحقن - الدم.

(Marilyn & Susan 2001, 119)

وفى ضوء قائمة مسح المخاوف للأطفال فى صورتها المعدلة توصل (Ollerdick 1983) إلى خمسة أنواع للمخاوف هي:

١. الخوف من الفشل والنقد.
٢. الخوف من المجهول.
٣. الخوف من الجروح والحيوانات الصغيرة.
٤. الخوف من الخطر والموت.
٥. المخاوف الطبية.

(فى: فوقية راضى ٢٠٠١ ، ٢)

٨. تقسيم المخاوف المرضية وفقاً لمحكات الدليل التشخيصى والاحصائى الرابع: وفقاً للدليل التشخيصى والاحصائى الرابع تقسم المخاوف إلى ما يلى:

أ - مخاوف الأماكن المفتوحة (رهاب الخلاء) **Agora Phobia**

وهو مجموعة محددة نسبياً من اضطراب الرهاب وتشمل:

مخاوف من مغادرة المنزل أو الدخول إلى المحال أو الزحام أو الأماكن العامة أو السفر وحيداً فى القطارات أو الأتوبيسات أو الطائرات ويكون اضطراب الهلع سمة متكررة الحدوث فى النوبات الحالية والماضية. كذلك فهو أشد اضطرابات الرهاب إعاقة حيث أن بعض الأشخاص يظلون حبيسي

المنزل تماماً، وكثير من المرضى يرتعدون من فكرة الانهيار فى مكان عام وتركهم دون مساعدة، وغياب منفذ للخروج هو أحد السمات الجوهرية فى كثير من المواقف التى تثير رهاب الخلاء.. وأغلب مرضى رهاب الخلاء من النساء وهو يبدأ عادة فى مقتبل العمر. كما قد تكون هناك أيضاً أعراض اكتئابية ووسواسية وأعراض رهاب اجتماعى كسمات إضافية وغالباً ما يبرز تجنب الموقف الرهابى بل أن بعض مرضى رهاب الخلاء يشعرون بالانعزال والوحدة حيث أنهم يتجنبون المواقف مصدر الرهاب. (مايكل كراسك ، ديفيد بارلو ، ٢٠٠٢ ، ٨-٩)

إن رهبة الخلاء رهبة مسيطرة ومعقدة تجعل المصاب بها يتجنب الأماكن أو المواقف التى يكون الهرب منها صعباً أو لا تتوفر فيها المساعدة فى حالة إصابتهم بأعراض مثيرة للتوتر، مثل الدوار أو اضطراب ضربات القلب أو الإسهال أو الغثيان. ويمر حوالى ٤% من السكان البالغين بهذه المشكلة فى كل عام، كما تمر النساء بها بمعدل ضعف ما يمر به الرجال. ويتلقى حوالى ربع هؤلاء علاجاً طبياً. وعادة ما يصاب الأشخاص برهبة التواجد فى أماكن مفتوحة خلال عقدى العشرينات والثلاثينات من أعمارهم.

(Comer 1996, 139)

مؤشرات تشخيصية:

يمكن تشخيص مخاوف الأماكن المفتوحة وفقاً لمعايير الدليل التشخيصى الاحصائى الرابع DSM-IV على النحو التالى:

١ - الخوف من الأماكن أو المواقف التى قد يكون الهروب منها صعباً (أو محرّجاً) أو قد لا تتوافر فيها الإغاثة فى حالة الإصابة بنوبة هلع (أو أعراض شبيهة بالهلع) غير متوقعة أو نوبة هلع يحدث عليها الموقف. تشتمل المخاوف الرهابية فى الأجرافوييا على مواقف مميزة تتضمن وجود الشخص بمفرده خارج البيت أو فى تجمع أو وقوفه فى صف أو وجوده على جسر أو السفر فى حافلة (باص) أو قطار أو سيارة.

ملاحظة: ضع بالاعتبار تشخيص "المخاوف المحددة" Specific Phobia إذا كان التجنب الرهابى مقصوراً على موقف واحد بعينه أو بضعة مواقف محددة فحسب، وضع بالاعتبار تشخيص "المخاوف الاجتماعية" إذا كان التجنب مقصوراً على المواقف الاجتماعية.

٢ - يقوم الشخص بتجنب هذه المواقف (كأن يقلل من سفره) وإلا فإنه يطيقها بعناء شديد أو قلق من الإصابة بنوبة هلع أو أعراض شبيهة بالهلع، أو يتطلب وجود مرافق معه فى الموقف.

٣ - لا يمكن تعليل القلق أو التجنب الرهابى تعليلاً أفضل على أنه اضطراب نفسى آخر مثل الرهاب الاجتماعى (كأن يكون التجنب مقصوراً على المواقف الاجتماعية بسبب الخوف من الإحراج) أو الرهاب المحدد (كأن يكون التجنب مقصوراً على موقف وحيد مثل ركوب المصاعد) // أو اضطراب الوسواس القهرى (مثل تجنب القذر لدى شخص يعانى من وسواس خاص بالتلوث)، أو اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD (مثل تجنب المثيرات المرتبطة بضغوط نفسى شديد)، أو اضطراب قلق الانفصال Separation Anxiety Disorder (مثل تجنب مغادرة المنزل أو الأقارب).

(DSM-IV 1994, 410-411)

ب - المخاوف المحددة Specific Phobia

هى مخاوف تقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل الاقتراب من حيوانات، الأماكن المرتفعة، الرعد، الظلام، الطيران، الأماكن المغلقة، التبول أو التبرز فى مراحيض عامة، تناول مأكولات بعينها، طب الأسنان منظر الدم أو الجروح، والخوف من التعرض لأمراض معينة. وبالرغم من أن الموقف المثير محدود، إلا أن التعرض له قد يثير رعباً كما فى حالات رهاب الخلاء أو الرهاب الاجتماعى، وتبدأ أنواع المخاوف المحددة عادة فى الطفولة أو فى مقتل العمر وقد تستمر لعقود من الزمن إذا لم

يتم علاجها وتتوقف شدة الإعاقة على السهولة التى يستطيع بها الشخص تجنب الموقف الرهابى. ويتميز الخوف فى الرهاب المحدد بأنه غير متذبذب بعكس رهاب الخلاء. وأهم الموضوعات الشائعة فى مرض الرهاب المحدد هو الخوف من التلوث البيئى والاشعاعى والعدوى بالأمراض التناسلية وحديثاً زملة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز).

(أحمد عكاشة ١٩٩٨ ، ١٣٥-١٣٦)

والرغبة المحددة هى خوف مستمر من شئ أو موقف محدد خلاف رهبة الخلاء أو الرهبة الاجتماعية، وعندما يتعرض المصابون بهذا النوع من الاضطراب للشئ أو الموقف الذى يخافون منه أو يتوقعون التعرض له فإنهم يشعرون دائماً بخوف فوري. ويعانى حوالى ٩% من سكان الولايات المتحدة الأمريكية بأمراض الرهبة المحددة كل عام، ويصاب ١١% بهذا الاضطراب فى مرحلة معينة من حياتهم، كما أن الكثيرين يعانون من أكثر من نوع من الرهبة المحددة. ونسبة إنتشارها بين النساء ضعف انتشارها بين الرجال. ويمكن أن تتطور الرهبة المحددة فى أى مرحلة من مراحل الحياة، وإن كانت بعض أنواعها مثل رهبة الحيوانات تظهر فى معظم الحالات فى مرحلة الطفولة وربما تختفى من تلقاء نفسها فى مرحلة البلوغ. كما أن الرهبة التى تستمر حتى مرحلة البلوغ أو تبدأ خلالها تكون أصعب فى الزوال وعادة ما لا تخف حدثها إلا بالعلاج.

(Comer 1996, 139-140)

مؤشرات تشخيصية:

يمكن تشخيص المخاوف المحددة وفقاً لمعايير الدليل التشخيص والاحصائى الرابع

DSM-IV على النحو التالى:

١ - خوف ملحوظ ودائم، ينسم بأنه زائد أو غير معقول، يبعثه وجود أو توقع موضوع محدد وموقف بعينه (مثل: ركوب الطائرات، المرتفعات، الحيوانات، أخذ حقنة، رؤية دم).

٢ - التعرض للمثير الرهابى يبعث بصفة دائمة تقريباً استجابة قلق فورية قد تأخذ شكل نوبة هلع مرتبطة بالموقف أو متوقفة عليه.

ملاحظة: بالنسبة للأطفال قد يأتى التعبير عن القلق فى صورة صراخ أو ثورات المزاج أو التجمد أو التثبيث.

٣ - يدرك الشخص أن الخوف زائد وغير معقول.

ملاحظة: بالنسبة للأطفال قد لا يتوفر هذا الشرط.

٤ - يتجنب الشخص الموقف الرهابى، وإلا فهو يتحمل على مضض.

٥ - يؤدي التجنب أو التوقع القلق أو الكرب إلى إعاقة ملحوظة للوتيرة الحياتية العادية للفرد، أو لأدائه المهني (أو الدراسى)، أو أنشطته أو علاقاته الاجتماعية، أو يعانى الفرد ضعفاً شديداً لوجود هذا الخوف فيه.

٦ - بالنسبة للأفراد تحت سن الثامنة عشر، يجب ألا تقل مدة الاضطراب عن ستة أشهر.

٧ - لا يمكن تعليل القلق أو نوبات الهلع أو التجنب الرهابى المقترن بالموضوع أو الموقف المحدد تعليلاً أفضل بوصفها اضطراباً نفسياً آخر مثل اضطراب الوسواس القهرى (مثل: الخوف من القدرة لدى شخص يعانى من وسواس خاص بالتلوث)، أو اضطراب الضغوط التالية للصدمة (مثل: تجنب المثيرات المرتبطة بضغوط نفسى شديد)، أو اضطراب قلق الانفصال (مثل: تجنب المدرسة)، أو اضطراب الهلع المصاحب بأجورافوبيا، أو الأجورافوبيا بدون تاريخ مرضى لاضطراب الهلع.

(DSM-IV 1994, 414- 415)

ج - المخاوف الاجتماعية Social Phobia :

وعلى الرغم من أنه لفترة طويلة كان يعتبر الخواف الاجتماعى من قبل الباحثين الأوربيين أحد الاضطرابات التى يتم تشخيصها بصورة مستقلة إلا أن القليل كان يعرف عن هذا الاضطراب وعن طرق علاجه.

(سامى موسى ١٩٩٧ ، ٤١)

وقد بدأت دراسة المخاوف الاجتماعية على يد عالمى النفس البريطانيين ماركس، جلدر (Marks & Gelder) فى عام ١٩٦٦ ولم تكن من الاضطرابات المعروفة بالولايات المتحدة حتى عام ١٩٨٠ عندما تم تضمينها لأول مرة فى DSM III ولم تكن هناك دراسات منظمة لهذا الاضطراب قبل بداية هذا التاريخ.

(Heimberg & Barlow 1988, 27)

ومنذ هذا التاريخ، ينظر إلى الرهاب الاجتماعى على انه حالة خاصة من الرهاب البسيط المصحوب بمخاوف تتصل بموقف واحد أو اثنين، ويصعب أن ينتج عنه أكثر من مجرد تدهور بسيط فى أداء الفرد لعمله وواجبه المهني.

(دبرا هوب ، ريتشارد هيمبوج ٢٠٠٢ ، ٢٣٠)

ورغم أن عرض هذه الزملة المرضية يعد حديث نسبياً إلا أن هذه الزملة المرضية قد وصفها هيبوقراط حيث يقول:

"خلال الخجل والتشكك والرغبة لن يرى خارج بيته .. فهو يفضل ألا يذهب مع رفقة خوفاً من أن يساء استغلاله أو يُحط من شأنه أو يجاوز حد الاعتدال فى إيماءات أو أحاديث أو أن يناله السقم حيث يظن أن كل رجل يلاحظه..".

(Schcier 1991, 349)

ولقد كشفت البحوث فى هذا المجال عن أن الرهاب الاجتماعى يمثل مشكلة صحية نفسية شديدة يمكن أن تسبب ضعفاً ووهناً قاسياً.

(دبراهوب ، ريتشارد هيمبوج ٢٠٠٢ ، ٢٣٠)

فالرغبة الاجتماعية من الممكن أن تكون معوقة بدرجة كبيرة، فالشخص غير القادر على التفاعل مع الآخرين أو التحدث علناً ربما يفشل فى أداء المسئوليات الدراسية أو الوظيفية الهامة. والشخص الذى لا يستطيع تناول الطعام علناً ربما يرفض دعوات اللواتم أو المناسبات الاجتماعية الأخرى ونظراً لأن معظم المصابين بهذه الرغبة يخفون خوفهم، فإن عزوفهم الاجتماعى يفسر كثيراً على أنه تكبراً وعدم اكتراث أو عناد.

ويشير التصنيف الاحصائى الرابع DSM-IV إلى أن الرغبة الاجتماعية أكثر شيوعاً من رغبة الخلاء مع زيادة حالات الإصابة بين النساء عنها بين الرجال. وكثيراً ما يبدأ هذا الاضطراب فى الطفولة المتأخرة أو فى المراهقة ويمكن أن يستمر لعدة سنوات وإن كانت حدته يمكن أن تتذبذب على مر السنين

(Comer 1996, 139)

مؤشرات تشخيصية:

يمكن تشخيص المخاوف الاجتماعية وفقاً لمعايير الدليل التشخيص والاحصائى الرابع DSM-IV على النحو التالى:

- ١ - خوف واضح ومستمر من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو الأدائية التى يتعرض فيها الفرد لأناس غير مألوفين له أو للتفحص من قبل الآخرين، ويخاف الفرد من أنه سيتصرف (أو أن يظهر أعراض القلق) بطريقة تكون مهينة ومربكة.
- ٢ - التعرض للموقف المخيف من شأنه أن يولد القلق فى أغلب الأحوال بشكل تباينى والذى قد يأخذ صورة القيد الموقفى أو نوبة الهلع.
- ٣ - يدرك الشخص أن خوفه مبالغ فيه أو غير منطقى.

- ٤ - المواقف الاجتماعية او الأدائية المخيفة يجرى تجنبها أو يكون تحملها مع قلق أو أسى شديد.
- ٥ - أن التجنب، أو الترقب للقلق، أو الأسى فى الموقف (أو المواقف) الاجتماعى أو الأداء المخيف يتدخل بشكل جوهري مع النظام العادى للشخص أو أداءه المهني (أو الأكاديمي)، أو الأنشطة الاجتماعية أو العلاقات أو أن يكون هناك أسى حول وجود هذا الخوف.
- ٦ - فى الأشخاص الذين تكون أعمارهم أقل من ١٨ سنة يشترط وجود العلامات لمدة ستة أشهر على الأقل.
- ٧ - يكون الخوف أو التجنب غير راجع إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة لعقار (مثلاً سوء استخدام عقار أو دواء) أو إلى حالة طبية عامة ولا يفسر بشكل أفضل بوجود اختلال عقلى آخر (مثل الهلع مع أو بدون الأجورافوبيا أو قلق الانفصال أو تشوه بدنى أو اختلال ارتقائى عام أو اختلال الشخصية الفصامية).
- ٨ - إذا وجدت حالة طبية عامة أو اختلال عقلى آخر فإن الخوف المذكور فى (١) لا يرتبط به مثلاً مثل الخوف من اللججة. أو الارتعاش فى حالة مرضى الشلل الرعاش (مرضى باركنسون) أو إظهار سلوك شاذ فى تناول الطعام فى حالات فقدان الشهية العصبى أو الشره العصبى.

(DSM-IV 1994, 416- 417)

٩. تفسير المخاوف فى ضوء نظريات علم النفس المختلفة:

لقد شغل الخوف "كظاهرة نفسية" اهتمام العديد من مدارس علم النفس ونظرياته المختلفة وتعددت الاجتهادات المختلفة فى تفسيره، فمنها من ينظر إلى المخاوف باعتبارها استجابات متعلمة عن طريق التشريط من خلال تعرض الشخص لمواجهة شئ مخيف كما ترى المدرسة السلوكية، ومنها من يرى أن المخاوف محصلة قلق ناتج عن صراع بين المطالب الغريزية والقوى الدفاعية لأننا وأن المخاوف تخفى قلق موجود منذ مرحلة الطفولة كما ترى المدرسة التحليلية، ومنها من يرى أن المخاوف مصدرها نماذج منحرفة أو معلومات غير صحيحة وأخطاء معرفية كما ترى المدرسة المعرفية، ومنها من يرى أن لكل فترة نمو مخاوفها الخاصة بها.

وهكذا فإن هذه المدارس تختلف فيما بينها ولهذا ينبغى أن نتناول أهم آراء هذه المدارس وذلك للوقوف على أوجه الاتفاق والاختلاف بين وجهات النظر المختلفة.

أ - التفسير السيكودينامى:-

تربط نظرية التحليل النفسى أساس الخوف بخبرات الطفولة، فالخوف يتطور فى الآخرين على أساس:

١. غياب مصدر إشباع احتياجات الطفل.
٢. الخوف من فقد الحب.
٣. الخوف من الخصاء والخجل الشديد والتعاسة المرتبطة بالموقف الأوديبى.
٤. الخوف نتيجة لمشاعر الذنب.

(وفاء الحدينى ٢٠٠١ ، ٦٦)

وتعتبر مدرسة التحليل النفسى أن الخوف المرضى عبارة عن حيلة دفاعية لا شعورية، حيث يحاول المريض عن طريقه . أى الخوف المرضى . عزل القلق الناشئ عن فكرة أو موضوع أو موقف معين مرّ به خلال حياته اليومية، وتحويله إلى فكرة أو موضوع أو موقف رمزى ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأسمى الذى غالباً ما يجهله المريض.

وعلى الرغم من معرفة المريض غرابية خوفه وموقفه تجاه بعض مثيرات الخوف لديه، إلا أنه لا يستطيع التحكم أو السيطرة على خوفه، وذلك لأن هذا الخوف الخارجى يكمن وراءه الخوف من شئ آخر داخل المريض، ومن ثمة فإن المريض لا يواجه الصراع الداخلى بنفسه بل يحوله إلى مواقف خارجية رمزية.

وبمعنى آخر إن لعملية التحويل دوراً دينامياً فى عملية الخوف المرضى، حيث تتراح أو تتحول المهددات الداخلية إلى مهددات خارجية وذلك بصورة لا شعورية، حيث ينتقل الانفعال من مصدره الأسمى إلى بديل أكثر قبولاً، فمثلاً الخوف من المدرسة قد يكون بديلاً للخوف والقلق بسبب الانفصال عن الأم.

(فيصل الزراد ٢٠٠٥ ، ٤٧)

ويتزعم هذا التفسير "فرويد" الذى توصل فى كتابه الكف والعرض والقلق من خلال تحليله للمخاوف المرضية إلى أن القلق فيها يحدث من الخوف من الخصاء، أى أنه يحدث من خطر خارجى وأن هذا الخوف من الخصاء هو الذى يودى إلى كبت الرغبة الجنسية، ثم يأخذ الخوف بعد ذلك يتعلق بموضوعات خارجية ... وفى تعريف "فرويد" لمعنى الخطر يقول أن الحالة التى يشعر فيها الفرد بالخطر هى الحالة التى يشعر فيها بشدة الغرائز وتراكم التنبيه الشديد عليه مع عدم القدرة على الإشباع بسبب العجز البيولوجى أو النفسى أو بسبب الخوف من العقاب، فحالة الخطر

إذن تتكون من تقدير الشخص لقوته بالنسبة إلى مقدار الخطر ومن اعترافه بعجزه إما عجزاً بدنياً إذا كان الخطر موضوعياً أو عجزاً نفسياً إذا كان الخطر غريزياً.

(سيجموند فرويد ١٩٨٣ ، ٢٢:٢٧)

فقد كان "فرويد" يرى أن المخاوف المرضية تنتج عن استخدام البشر المفرط لميكانزمات الدفاع المتمثلة فى الكبت والإزاحة للسيطرة على القلق الكامن. فهؤلاء الناس يدفعون دوافعهم المثيرة للقلق داخل العقل الباطن على نحو متكرر (الكبت) وينقلون مخاوفهم إلى أشياء أو مواقف محايدة (الإزاحة) تكون أسهل فى التعامل معها والسيطرة عليها. ومع أن الأشياء المرهوبة الجديدة تتعلق بالدوافع التى تشكل تهديداً، فإن المصاب بالرهبة لا يدرك تلك العلاقة.

(Comer 1996, 140)

لقد درس "فرويد" المخاوف على أنها قلق هستيرى ينتج من صراعات تركزت فى موقف أوديبى فى مرحلة الطفولة لم يتم حله، وتؤدى الإثارة الجنسية إلى إثارة القلق الذى هو على نحو مميز خوف من الخساء، وعندما يفشل الكبت، لا بد أن تستدعى الأنا دفاعات مساعدة للمرضى الخوفين، ويتضمن الدفاع استخدام الإزاحة حيث يزاح الصراع الجنىسى من الشخص المثير للصراع إلى موقف أو موضوع غير وثيق الصلة يتضمن علامة القلق، ربما يكون هناك علاقة بين الموقف أو الموضوع الخوفى والمصدر الأسمى للصراع ولذلك يرمز إليه، وعلاوة على ذلك يكون الشخص قادراً على حفظ الموقف أو الموضوع بعيداً باستخدام ميكانيزمات الدفاع "التجنب" فالشخص يستطيع أن يهرب من معاناة القلق الحاد.

(In: Harold 1996, 202)

ومن ثم فقد عالج "فرويد" حالته المرضية المعروفة بحالة هانز الصغير الذى كان يخاف من أن تعضه الخيول إلى حد الذعر والهرب. فقد تبين نتيجة التحليل النفسى الذى أجراه فرويد على الطفل، أن هانز كان يكره والده كرهاً شديداً، وأنه كثيراً ما عبث بفكره التحدى على والده. غير أنه أدرك خطر هذه الرغبة لا من الناحية المعنوية بل من الناحية المادية الجسمية. فقد كان هانز يشعر بأن قيامه بالتحدى على والده سيعود عليه بأذى أعظم بالنظر للفارق الكبير فى قوتيهما. ومن هذا الموقف تولد صراع دائم مخيف فى ذهن هانز، وكان من الطبيعى أن يحاول هانز الخلاص من فكرة التحدى على والده ليأمن من خوف أعظم ومثل هذا الخلاص لا يأتى إلا عن طريق الكبت، ولكى يكون من الممكن الإبقاء على هذا الخوف مكبوتاً فلا بد من ربط الشعور الناجم عن خوفه من والده (وهذا الشعور تجربة داخلية) بموضوع (خارجى) هو الحصان. وبهذا أصبح

الحصان "رمزاً وبدلياً خارجياً" تتعلق به بعض مشاعر القلق والتي كان يثيرها والده "بالذات" في نفسه.

ورأى "فرويد" في تبرير عملية الإزاحة والاستبدال هذه . أى بتحويل مصدر الخوف من موضوع "داخلي" هو الخوف من الأب إلى شئ "خارجي" هو الخوف من الحصان . أن الخوف من المصدر الجديد أقل إيلاماً وإزعاجاً للطفل، ذلك لأن خوف الطفل من والده حالة ملازمة للطفل ولا سبيل للهروب منها، أما الخوف من البديل، وهو الحصان، فبالإمكان تجنبه بالهرب منه، وهذا ما يحدث بالفعل في مرضى الفوبيا.

(على كمال ١٩٨٣ ، ١٧٦)

ويرى (ريتشارد سوين ١٩٧٩) أن "فرويد" قد استخدم الرمزية في هذه الحالة استخداماً رائعاً ليفسر المخاوف المرضية على أنها الخوف بعد أن يتعرض للإزاحة. فرأى عن "هانز" أنه في صراع أوديبى أدى إلى خوف الطفل من أن يعاقبه أبوه عقاباً صارماً أى الخوف من الخصاء. ثم تعرض الخوف من الخصاء للكبت وتحول إلى خوف من العض (خوف مقنع من الخصاء). وقد استخدم "فرويد" فرض الإزاحة الرمزية هذا في تفسير كثير من أنواع المخاوف الأخرى.

(ريتشارد سوين ١٩٧٩ ، ٤١٦)

كما يرى (أوتوفينخل ١٩٦٩) أنه بفعل الكبت، كثيراً ما تكون المخاوف ذات مضمون عائم وغير محدد شبيه من حيث قلة وضوحه بالمضمون الظاهري للأحلام، وغالباً ما يتطلب الأمر جهداً تحليلياً كبيراً لنتبين على وجه الدقة هذا الذى يخافه المريض، فى بعض الحالات كان مضمون الخوف فى وقت ما واضحاً ومحددأ، ولكنه أصبح فيما بعد يتصور المخاوف المرضية عائمة وغير محددة، لأن قوى الكبت تواصل شن حربها على العرض من حيث هو فرع للمكبوت.

(أوتوفينخل ١٩٦٩ ، ٢١ - ٢١٦)

ومن ثم فالمخاوف هنا عبارة عن صراع بين الهو والأنا والأنا الأعلى لم يتم حله ناتج عن حافز جنسى أو عدوانى تم عقابه بقسوة فى مرحلة الطفولة مما أدى إلى ترك آثاره داخل الفرد، الأمر الذى نتج عنه خوف الفرد إما من الشخص الذى عاقبه أو من ذلك الحافز الداخلى للهو.

(John & et al. 1981, 464)

إن الخوف المرضى من وجهة نظر جماعة التحليل النفسى عبارة عن عملية دفاع لحماية المريض من رغبة لا شعورية مستهجنة، جنسية أو عدوانية فى الغالب فقد تشعر المرأة بالخوف من

الوحدة ويكون هذا بمثابة دفاع لحمايتها من احتمال قيامها بعلاقات جنسية شاذة أو محرمة وترغب بها لا شعورياً.

(فصل الزراد ٢٠٠٥ ، ٤٧)

وبالتالى تشير هذه النظرية إلى أن المخاوف هي محاولات للتحكم والسيطرة على القلق والخوف وكبحه من الالاحاحات العدوانية والصراع الأوديى المكبوت، وهكذا ينفصل الخوف عن المادة المكبوتة ويزاح نتيجة لذلك إلى موضوع خوافى بحيث يسمح للشخص بدرجة من التحكم خلال استجابة التجنب الخوافية.

(William & Klyhylo 1998, 212)

فترى (سامية القطان ١٩٨٢) أنه يوجد ميكانزمات أربعة أساسية قد تكون فعالة فى حالة الفوبيا وهى أنبعاث غريزى مضاد (أى رغبة لبييدية تم طردها إلى اللاشعور بانبعاث حافز عدوانى مضاد) وهذه الرغبة اللاشعورية يتم اسقاطها على موضوع أو موقف خارجى وعندئذ تصبح مزاحة على موضوع ثانوى (غير الموضوع الأسمى)، وهذا الموضوع الثانوى يصبح مرهوباً ويمكن تجنبه تخفيفاً للقلق، والعلاقة بالموضوع الأول يمكن أن تظل قائمة فى اللاشعور، وأنا العليا تهدأ بتقيد الحرية بتجنب الموضوع الثانوى.

(سامية القطان ١٩٨٢ ، ٣)

فى هذا الصدد يرى (صلاح مخيمر ١٩٧٧) أن الأعصبة تشكيلة تباينات لنمط كفى واحد قوامه التجنب أو العزل:

- يعد الخوف من الحفزة الغريزية الخطيرة (القلق) هو المنطلق، وإن بقى على هذا الحال فهو عصاب القلق بمعنى الطاقة المتبقية كخميرة بعد كبت الصراع أى كبت الحفزة من حيث هى فكرة وجزء كبير من طاقتها، وتعتبر (هستيريا القلق) مرادفة لعصاب القلق، وعلى الرغم من أن فينخل يعتبر (هستيريا القلق) مرادفة للخوف، إلا أنه يذكر عبارة توضح أن هستيريا القلق فقط عندما تتجدول إلى الخارج، تصبح فوبيا، يقول " إن هستيريا القلق حين تنفجر يتبعها فى الأغلب، ظهور خوف بمعنى تجنب الموقف، أو المدركات المثيرة للقلق، أحياناً ما يكون من الممكن فى الواقع تجنب القلق، باستحداث مخاوف ملائمة، تدفع الأنا ثمنها بالحد من حريتها، عندئذ

يمكن أن يبلغ المريض إلى نقطة ميته، حيث يكون الخطر الغريزي قد تحول كلياً، وبنجاح إلى خطر خارجي.

- وعندما يتجدول هذا الخوف (القلق) إلى موضوع خارجي تكون المخاوف من حيث هي مخاوف تشريطية (الكف في المواقف الجنسية أو العدوانية) وإذا تدخلت الإزاحة (بمعناها الفسيح الذي يشمل الإسقاط) تكون المخاوف بمعنى الكلمة، وفي كل هذه الحالات يكون الدفاع بالقول، أي بتجنب الموضوع البديل أو الموقف البديل، وهنا يبتعد الشخص بكل كيانه.

(صلاح مخيمر ١٩٧٧ ، ١٨)

ب - التفسير السلوكي:-

وينظر إلى المخاوف أيضاً بوصفها متعلمة عن طريق التشريط الكلاسيكي، كما يفسرها السلوكيون. وما قدمه واطسون وتلاميذه بعد الحرب العالمية الأولى من دراسات إمبيريقية أظهرت أن الأطفال حديثي الولادة يظهرون خوفاً في استجاباتهم نحو نوعين من المنبّهات فقط هما الضوضاء المرتفعة المفاجئة وفقد السند. بينما تبين أن كثيراً من موضوعات الخوف لا تسبب للأطفال الصغار خوفاً، فالطفل في الشهر الخامس عشر من عمره يمسك ثعباناً لا تجرؤ أمه على إمساكه، وفي التجربة الشهيرة التي قام بها واطسون على ألبرت الطفل الذي لم يكن يعاني من أية مخاوف من الفئران أصبح ينتابه خوف شديد لا من الفئران وحدها بل ومن جميع الحيوانات ذات الفراء كنتيجة مباشرة لعملية التشريط التي تم فيها الربط بين هذه المنبّهات واستجابة الخوف. وكما عانى ألبرت وغيره من المخاوف أمكن تخليصهم منها بأساليب سلوكية مختلفة كربط المنبّهات المثيرة للخوف بخبرات سارة أو تكرار المثبر كثيراً بإحلال وتشتيت الانتباه أو تقديم نشاط بديل وغير ذلك من الطرق التي حققت نجاحاً ملحوظاً في هذا المجال.

(أحمد حافظ ١٩٩١ ، ٤١٦)

تعتمد هذه النظرية على مبدأ التعلم Learning ، وتؤكد على أن الخوف شعور داخلي وانفعال وسلوك يتعلمه الطفل نتيجة لتعرضه لمؤشرات البيئة والجو المحيط، وهو محصلة لعمليات التنشئة التي يتلقاها الصغير في إطار تقليد ومعايير المجتمع الذي ولد فيه ويعيش فيه، وترفض هذه النظرية فكرة بذور الخوف الوراثية، وترى أن الطفل يولد متجرداً من الخوف، وما يظهر لديه في فترة عمر ما هو حصيلة ما تعلمه وما شاهده وما أحس به من مخاوف وانفعالات، فهو مقلد ومستنسخ للمشاعر، ولذلك فهذه النظرية تشير إلى إمكانية الخوف وتعديله في اتجاه مفيد أو تقليه.

(زكريا الشريينى ١٩٩٤ ، ١١٧)

فالمخاوف ترجع إلى خبرات نفسية واجتماعية مكتسبة، فشدة مخاوف الطفل لها علاقة بالتنشئة الاجتماعية التي تلقاها وما تتضمنه من نوعية علاقته بوالديه وعمق هذه العلاقة ومساحة الثقة التي تربطه بها وقد وجد أصحاب هذه النظرة أن ثمة ارتباط جوهري بين الخوف والرفض من قبل الأم والأب لدى الطفل، كما أن المخاوف تنتقل بالإيحاء والمشاركة الوجدانية. كذلك لا يمكن إغفال تأثير "تراث الخوف" من القصص والحكايات والأساطير التي تنتقل من جيل إلى جيل والتي أشارت الدراسات الأنتروبولوجية الحديثة إلى وجودها لدى معظم الشعوب.

(أحمد حافظ ١٩٩١ ، ٤١٦)

فجماعة المدرسة السلوكية . والاتجاه السلوكى يعتبرون الخوف المرضى عبارة عن استجابة متعلمة . مكتسبة . تم تعلمها عن طريق عملية الإشرط (Conditioning) وذلك بأن أصبح المريض يخاف من بعض الظروف التي اقترنت . زمنياً . بالمتير الأصلى وخاصة فى مرحلة الطفولة، ونتيجة لهذا الارتباط يكتسب المتير غير الطبيعى _ الشرطى عند بافلوف . صفات المتير الطبيعى . غير الشرطى . فأصبح يفعل ما يفعله.

(فيصل الزراد ٢٠٠٥ ، ٤٧)

يرى السلوكيون أن المصابين بالفوبيا يتعلمون أولاً أن يخافوا من أشياء أو مواقف أو أحداث معينة من خلال التشريط الكلاسيكى وبمجرد اكتساب الخوف يداوم الأشخاص على تجنب الشئ أو الموقف الذى يثير الخوف أو الرهبة، بحيث تصبح الرهبة متأصلة أكثر فيهم. فالتشريط الكلاسيكى من وجهة نظر السلوكيون أسلوب شائع لاكتساب ردود فعل الخوف تجاه الأشياء أو المواقف التي لا تكون خطيرة فى حد ذاتها. فقد يرتبط حدثان يحدثان بفواصل زمنى قصير فى ذهن الشخص، ويستجيب الشخص بنفس الاستجابة بكل منهما. وإذا أثار حدث منهما رد فعل خوفى يمكن أن يثير الآخر نفس رد الفعل أيضاً.

(Comer 1996, 141)

تنمو الكثير من المخاوف المرضية من خلال الاشتراط الكلاسيكى، مثل الشخص الذى تنزلق سيارته عن الطريق أو تنحدر من أعلى جبل نجده يخبر قلقاً كلما كان فى مكان عالٍ، أو التلميذ الذى يفشل فى اختبار آخر العام نجده أيضاً يخبر قلقاً فى اختبار العام القادم عندما يدخل حجرة الدراسة.

(Rita & et al. 1993, 597)

يرى كلاً من (Jacob & Nadel 1985) أن الكثير من مخاوف الطفولة المبكرة تكتسب من خلال الاشتراط الكلاسيكى والدليل على ذلك استخدامه للتخفيف من حدة المخاوف غير المعقولة، وذلك عن طريق الأساليب العلاجية التى تعتمد عليه.

(In: Rita & et al. 1993, 257-258)

فعندما يرتبط مثير محايد بشكل متكرر مع موقف خطير يصبح مثيراً اشتراطياً، ويمكن أن يؤدي إلى استجابة غير اشتراطية وهى "الخوف" عندما يصبح المثير المحايد نفسه قادراً على إنشاء الخوف، فهذا الخوف الناشئ يسمى استجابة اشتراطية، وهى استجابة اشتراطية "متعلمة"، فعلى سبيل: لعبت قطعة معينة من الموسيقى عزفت بشكل متكرر أثناء موقف خطير دوراً مهماً فى إظهار الخوف، فأصبحت كمثيراً اشتراطياً لأنها تسببت فى اكتساب الخوف الذى نتج عن طريق الاشتراط، ويسمى هذا الخوف الناتج استجابة اشتراطية متعلمة.

(Philip 2000, 16)

ولما كان التعلم الشرطى يتميز بأن العلاقة فيه بين المثير الأسمى والمثير الطبيعى ليس من الضرورى أن تكون واضحة فى ذهن المتعلم، كان من الممكن أن يستجيب المريض بنفس السلوك . الخوف . لمثيرات شبيهة بالمثير الأسمى للخوف. وحتى لو أدرك المريض هذه العلاقة السيئة وحاول كبتها وإزالتها من ذكرياته أو من ساحة شعوره، لكن ذلك لا يعنى أنه تخلص من خبرته حول هذه العلاقة كلية بل يبقى جزء من الموقف وهو وجه الشبه بين الموقف الحالى والموقف الأسمى، والذى سيصبح مثيراً للخبرة الوجدانية التى سبق أن مرَّ بها.

(فصيل الزراد ٢٠٠٥ ، ٤٨)

ولذلك فإن (شيلدون كاشدان ١٩٨٤) يرى أن هدف "جون واطسون" فى حالة "ألبرت الصغير" أن يبين أن الخوف المرضى يمكن أن يتعلم بنفس الطريقة التى يتم بها سائر السلوك، ولتحقيق هذا فقد تعمد واطسون إلى تعريض الطفل "ألبرت" لفأر أبيض من فئران المعمل، بينما كان يديق بالمطرقة قضيباً من المعدن حتى يحدث صوتاً مفزعاً، وهكذا تم تعريض الطفل لعدد متكرر من المزوجة بين الفأر والصوت المؤدى، وعلى الرغم من ان الطفل لم يكن فى بادئ الأمر يخشى الحيوان إلا أنه سرعان ما أصبح يخشى الحيوان حتى بعد أن أصبح يعرض وحده من غير مزوجة بينه وبين الضجيج، أى أن استجابة الخوف عند الطفل من الضجيج (الاستجابة غير الشرطية) أصبحت بذلك مرتبطة ارتباطاً بالفأر الذى كان محايداً فيما مضى (المثير الشرطى).

وذلك يعنى أن الطفل "ألبرت" أكتسب الخوف عن طريق الإجراءات التجريبية، ثم قام "واطسون" بعد ذلك ببيان أن الخوف الشرطى يتعرض للتعميم بعد أن نشأ لدى "ألبرت" الخوف من المثيرات الأخرى ذات الفراء كالأرانب ومعاطف الفراء.

(شيلدون كاشدان ١٩٨٤ ، ٥٢)

ومما سبق نجد ان الخوف المرضى ينشأ لدى الفرد نتيجة الارتباط الزمنى أو المكانى المتكرر بموضوع معين أو أكثر وفي ظروف عاطفية تثير الخوف أو القلق، وينتهى الأمر بنسيان الفرد للظروف الأساسية المثيرة للخوف، ويبقى تعلق الخوف بالأمر الجديدة التى ارتبطت بها تجربته المتكررة.

ويرى (أحمد عكاشة ١٩٨٠) أن الاضطرابات النفسية تنشأ من تكوين أفعال منعكسة خاطئة بتأثير عاملى البيئة والوراثة، وأن هذه الاضطرابات ما هى إلا أنماط من السلوك تعلمناها لكى نخفف من آلام القلق فى ظروف خاصة، ويعزز هذا السلوك الخاطئ بأحجام الفرد المضطرب عن القيام بأى عمل يؤدي إلى مخاوفه، مما يثبت اضطراب الخوف المرضى.

فالفرد الذى يخاف الأماكن الضيقة يبتعد عن هذه الأماكن، ولا يرتادها حتى لا يشعر بالقلق، وهذه العملية فى حد ذاتها تعزز خوفه من هذه الأماكن إلى أن يصل إلى حد المرض.

(أحمد عكاشة ١٩٨٠ ، ٣٢)

ولقد حدد (Ranchman) مبادئ الاشتراط المتضمنة فى اكتساب المخاوف المرضية فيما

يلى:

- المخاوف المرضية استجابات متعلمة.
- المثيرات تنمى مخاوف مرضية عندما ترتبط زماناً ومكاناً بالحالة المنتجة للخوف.
- المثيرات المحايدة المرتبطة بالموقف المنتج للخوف أو التى لها تأثير على الشخص فى الموقف يحتمل أن تنمى إلى مخاوف مرضية عن المثيرات الأضعف أو غير المتصلة بالموقف.
- تكرار الارتباط بين موقف ومثيرات الخوف المرضى الجديد يقوى الفوبيا.
- الارتباط بين مواقف الخوف الشديدة والمثيرات المحايدة أكثر احتمالاً فى أن تنتج ردود أفعال فوبائية.
- يحدث التعميم فى مثير الخوف المرضى إلى المثيرات المشابهة.

• المثيرات المحايدة التى ترتبط بالخبرات السيئة يمكن أن تطور خصائص دفاعية ثانوية وهذه تكتسب دافع الخوف.

• تعزز الاستجابات التى تختزل دافع الخوف مثل التجنب.

(فى:محمد مراد ، ١٩٩٥ ، ٨-٩)

ج - التفسير المعرفى:-

وهناك من يرى أن المخاوف ليس مصدرها دائماً الخبرات الشرطية أو الصراع بين الهو والأنا وإنما قد تصدر عن معلومات غير صحيحة وأخطاء معرفية. فالخوف فى نظرهم ينتج عن سبب معرفى إذا كان الخائف يعتقد اعتقاداً راسخاً بأنه فى خطر نتيجة للمعلومات المعرفية. لذلك هناك مخاوف ينظر إليها على إنها عقلانية إذا أن المعرفة بعواقب موقف معين تكفى لإثارة الخوف منه. ووفقاً لوجهة النظر هذه قام أسلوب علاجي جديد هو العلاج المعرفى.

(أحمد حافظ ، ١٩٩١ ، ٤١٦-٤١٧)

فيرى (بيك ٢٠٠٠) أن مختلف زملاات القلق ما هى إلا تعبير عن عمليات نظم معرفية ووجدانية وسلوكية ودافعية وفسولوجية معينة. والميكانيزم الأساسى للتعامل مع تهديد ما هو نفسه بالنسبة للفرد السوى وغير السوى ولكن الفرق بينهما هو أن إدراك الفرد الخوف للخطر غير صحيح، وأنه يقوم على مسلمات خطأ، بينما تتضمن الاستجابة السوية لتهديد ما تقديراً معقولاً فى دقته لإمكانية الإصابة بأذى، ورغم أن الفرد السوى قد يخطئ فى التعرف على موقف بأنه يشكل خطراً، ومن ثم يعبأ دون ضرورة للتعامل معه فإن خطأ الإدراك قابل لإخضاعه لاختبار الواقع، أما الفرد الخوف فإنه يخطئ باستمرار فى إدراكه للخطر..

(بيك ، ٢٠٠٠ ، ٩٤)

إن أصحاب هذه النظرية ذهبوا إلى أن الأطفال الخوفين لا يتعلمون مخاوفهم بالربط الشرطى فحسب بل أيضاً عن طريق تقليد أمه أو أبيه أو مدرسيه أو إخوانه أو أصدقائه أو بتقليد المخاوف التى يشاهدها فى التلفزيون.

(زينب شقير ، ٢٠٠١ ، ٢٤٢)

فمشاهدة فيلم ما يمكن أن تبعث بعض المخاوف، فعندما شاهد الأطفال فى سن ما قبل المدرسة фильماً لطفل عمره خمس سنوات عرضت له أمه "ميكى ماوس" بلاستيكية فصرخ الطفل، وارتد للوراء، ولكن عندما قدمت له "دولاندك" البلاستيك، استجاب بشكل طبيعى، وبعد مشاهدة

الفيلم، تجنب الطفل لعبة "ميكى ماوس" أكثر من "دولاندك" فالمثال الطبيعي لنمذجة المخاوف هي أن مخاوف الآباء والأطفال تظهر متشابهة.

(Mollie & Russle 1977, 284)

فى أحيان كثيرة، يمكن أن يكتسب الخوف عن طريق التعلم بالملاحظة، فملاحظة أشخاص آخرين يتصرفون بطريقة تدل على شعورهم بالخوف فى موقف معين، قد تكسب الملاحظ خَوْفاً فى المواقف المماثلة، وهو ما يعرف فى نظرية "باندورا" بالتعلم بالملاحظة، فالأم التى تظهر خوفها من الكلاب أمام أطفالها، سوف تنقل هذا الخوف إليهم عن طريق النمذجة.

(محمد عبد الرحمن ٢٠٠٠ ، ٤٩)

يقدم باندورا تفسيراً على أساس نظرية التعلم الاجتماعى فىرى أن النمذجة تقدم معلومات يكتسبها الشخص بوصفها تمثيلات رمزية للحدث المنذج.

(لويس ملكية ١٩٩٤ ، ١٠٤)

ويشير (باندورا ١٩٦٩) إلى أهمية النمذجة فى تعلم السلوك العصابى عند الأطفال الذين ليس لديهم إلا نماذج منحرفة يتعلمون منها المخاوف المرضية، فسلوك التقليد يعد مسؤولاً عن كثير من السلوك الاجتماعى ومن ثم فإذا لم تكن النماذج الصحيحة متاحة فسوف يتعلم استجابة غير صحيحة.

(صلاح الدين عبد القادر ١٩٨٧ ، ٩٣)

تشير (هدى قناوى ١٩٨٣) إلى أن المخاوف غير المعقولة تنمو فى بيئة يرى فيها الأطفال الراشدون وهم يسدلون الستائر عندما تبرى السماء، ويجرون من حيوانات غير مؤذية، ويصرخون عندما تفاجئهم حشرة وأحياناً يلاحظون تكلفاً وتصنعاً فى سلوك الراشدين فى حضور "رئيس العمل" أو "الناظر" أو غيرهما من طبقة اجتماعية أخرى، إن السلوك غير الطبيعى أمام الموت ومداومة التحسر على كوارث حدثت أو قد تحدث، أو رفض الذهاب إلى الطبيب بسبب الخوف، أو التهويل من مدى الإصابات أو إخافة الأطفال من بعض الظواهر يمكن إدراجها فى قائمة الأفعال التى يقوم بها الراشدون كثيراً فى حضور الأطفال.

(هدى قناوى ١٩٨٣ ، ٢٣٩-٢٤٠)

وتقدم النمذجة الاجتماعية مواقف يمكن فيها للعميل تعلم سلوك جديد أو الإقلال من سلوك مشكل دون الحاجة إلى الممارسة أو التدعيم المباشر، كما أنها ذات فاعلية فى عرض السلوك الإنسانى المعقد ويمكن استخدامها فى العلاج الفردى والجماعى.

(لويس ملكية ١٩٩٤ ، ١٠٦)

ويرى باندورا أن هناك عمليات متضمنة فى النمذجة هى:

١. العمليات الانتباهية: وهى تنظم المدخل الحسى وإدراك الحدث المنمذج ويشمل ذلك خصائص النموذج التى تجذب الانتباه والحوافز مثل التدعيم المحتمل للانتباه للحدث.
٢. عمليات الاحتفاظ: وهى تشير إلى عمليات الترميز التى يترجم فيها الحدث الملاحظ إلى دليل للأداء مستقبلاً، ويلاحظ أن ما يختزن ليس مجرد ما يلاحظ ولكنه تمثيل رمزى، ربما تجريد المعلومات من أحداث أو مصادر عديدة وتشتمل عمليات الاحتفاظ أيضاً إعادة تدريب على الخبرات فى إطار نظام رمزى.
٣. عمليات إعادة الانتاج الحركى: وهى تشير إلى تكامل مختلف الأفعال المكونة فى أنماط استجابة جديدة، بينما تحدد عمليات الحافز أو العمليات الدفاعية ما إذا كانت الاستجابات المكتسبة سوف تؤدى، وطبقاً لباندورا فإن دور التدعيم هو تيسير الانتباه إلى الحدث المنمذج وتشجيع المران والترجمة إلى سلوك ظاهر، ولذلك فإنه من المرغوب فيه أن يتلقى النموذج تدعيماً لسلوكه أو أن يكون النموذج هو الشخص الذى يتحكم فى التدعيم الذى يتلقاه الملاحظ، وتزداد فاعلية النمذجة إذا جمع بينهما وبين إجراءات أخرى فمثلاً فى الإقلال من المخاوف يجمع بينهما وبين إزالة الحساسية عن طريق الاتصال.

(لويس ملكية ١٩٩٤ ، ١٠٥)

مما سبق نجد أن الأطفال يتعلمون الخوف بطرق عديدة كالملاحظة، والإيحاء والتقليد وتخويف الكبار، نتيجة لخبرات واقعية عقابية أو مروعة أو منفرة، وكذلك نظراً للظروف الأسرية السيئة والاتجاهات السلبية فى التنشئة كإلحاح الوالدى والعقاب، وسوء معاملة المعلمين.

المخاوف المعرفية والمخاوف الكلاسيكية (أو الإشرافية البافلوفية):-

ميز ولبى بين المخاوف العصابية التى ترجع إلى أسباب معرفية مكتسبة من البيئة أو المحيط وبين المخاوف الكلاسيكية المكتسبة من طريق الإشراف، فقد وجد ولبى أن الكثير من المخاوف العادية مرتبط بتهديدات واقعية تستند إلى أرضية فكرية أو معرفية ويتم اكتسابها من قبل البيئة مثل الخوف من الأفاعى، أو عيادة الأسنان، بالرغم من أننا لم نتعرض إلى آلام حفر الأسنان، أو إلى أذى الأفاعى فالخوف هنا معرفى، وقد يصل هذا الخوف العادى إلى حد الخوف العصابى المكتسب، ونحن نعلم أن المعلومات أو المعارف الخاطئة أو الناقصة قد تسبب المخاوف.

(محمد الحجار ١٩٩٩ ، ٤٥)

أما المخاوف الكلاسيكية الإشتراطية فهي التي نختبرها ونتعرض إليها ميدانياً مثل الخوف من ركوب العربات بعد حادث اصطدام، وخوف الجندي من القتال بسبب أهوال الحرب، أو الخوف من الامتحان بعد الفشل بالنتيجة، أو الخوف من الموت المفاجئ... ألخ وتبين لولبي أن هذا النوع من المخاوف الكلاسيكية أكثر إنتشاراً لدى مرضى العصاب من المخاوف العصائية المعرفية. كما أن لعامل الاستعداد (Predisposing Factor) دوراً كبيراً في ذلك. فعندما يتعرض عدد من الأفراد إلى مواقف مولدة للخوف أو القلق فإن بعض هؤلاء هم الذين يظهرون استجابات خوف عصائية وليس الجميع، وهذا يعنى وجود فروق فردية من حيث الاستعداد للإصابة بعصاب الوسواس وقد أكد على ذلك (Simond) من خلال دراسته عام ١٩٤٣ على ٢٠٠٠ حالة عصاب خوف ووسواس لأفراد من سلاح الجو الملكى البريطانى خلال الحرب العالمية الثانية، وتبين من الدراسة وجود حالة توتر نفسى وقلق لدى (٩٩%) من الحالات (قلق سمة Trait Anxiety)، كما وجدت علاقة بين شدة التوتر النفسى المؤدى إلى ظهور العصاب ودرجة الاستعداد، أى صورة الحساسية الانفعالية السابقة، فالفرد الذى كان على درجة عالية من الحساسية الانفعالية قبل الموقف كان أكثر عرضة للقلق الشديد فى ظروف معينة مقارنة بفرد آخر ذى حساسية انفعالية منخفضة أو باردة، ولا ننس أن التعب والالتهابات والأدوية تؤثر كلها على عامل الاستعداد المسبق للإشراط العصائى، كما أن التوتر النفسى والقلق فى الأعصاب يحدثان تغيرات فى وظائف الجسم مما قد يحدث اضطرابات سيكوسوماتية تجعل الفرد أكثر استعداداً للتعرض لحالات الأعصاب.

(فيصل الزراد ٢٠٠٥ ، ٥١)

د - التفسير البيولوجى الوراثى:-

يرجع أصحاب هذا التفسير المخاوف إلى أسباب وراثية تجعل من الخوف برنامجاً متوارثاً لدى الإنسان كى يعينه على مواجهة الواقع واستمرار البقاء. وأصحاب هذه النظرية يرون أن ثمة مخاوف فطرية تولد مع الفرد وتشيع بين البشر أجمعين مهما اختلفت أعمارهم، وتباينت حضاراتهم إذ أنها ثابتة وغير قابلة للتغيير .

(أحمد حافظ ١٩٩١ ، ٤١٥)

إن بعض أنواع المخاوف أكثر شيوعاً عن غيرها. وتشيع ردود الفعل تجاه الحيوانات والارتفاعات والظلام أكثر من ردود الفعل تجاه الجماد وكثيراً ما يفسر علماء السلوكيات هذا التوزيع غير المنتظم للمخاوف بقولهم أن البشر كنوع لديهم استعداد مسبق لاكتساب مخاوف معينة. حيث

يرى (سيلجمان ١٩٧١) أن البشر من الناحية النظرية "مستعدون" لاكتساب بعض أنواع الرهبة دون غيرها.

ولا يعلم الباحثون إن كان الاستعداد المسبق للخوف لدى البشر يكتسب بيولوجياً أم ثقافياً. ويدعى مؤيدو الاستعداد المسبق البيولوجي أن نزعات الخوف نقلت بالجينات من خلال عملية التطور ويرون أن الأشياء التي تسبب أنواع الرهبة الشائعة كانت تمثل أخطاراً حقيقية لأجدادنا الذين اكتسبوا الخوف من الحيوانات وأشباهاها بسهولة وكانت لديهم فرصة أكبر للبقاء وإنتاج ذرية. أما دعاة الاستعداد المسبق الثقافي فيدعون أن الخبرات تعلمنا في مرحلة باكراً من حياتنا أن أشياء معينة هي مصادر شرعية للخوف وأن هذا التدريب يجعل الكثير من البشر مستعدين مسبقاً لاكتساب أنواع الرهبة تبعاً لذلك.

(Comer 1996, 144)

يشير إيزنك إلى أن الاضطرابات العصابية تحدث نتيجة استعداد وراثي للعصابية مع توافر عدد من المؤثرات البيئية الضاغطة، وأن أحد المكتشفات الرئيسية لأيزنك هو أن الأفراد الذين لديهم جين الكف Inhibition gene يحدث لهم تشريط بشكل أسرع من غيرهم. ويعنى هذا أن الذين لديهم كف مرتفع من المتوقع أن يكونوا أكثر حساسية للأمور السيئة غير الفعالة مثلاً، وأن الوراثة والعوامل البيوكيميائية المتصلة بها تتفاعل مع العوامل البيئية الأخرى، وتحدث الفوبيا الاجتماعية نتيجة لتفاعل جين الكف مع تاريخ طويل من الخبرة البيئية السيئة.

ومن ثم فإن الإحساس أو الشعور بالخوف يعقب نضج المراكز الحسية فى الدماغ، وأجزاء من الجهاز العصبى المركزى. وقبل هذا النضج لا يكون هناك خوف، بل علامات من التخوف والحذر والتردد وهذا يشير إلى وجود بذور الخوف وكونها منتظرة ذلك النضج العصبى، ودليل ذلك أن الطفل قد تتنابه الرهبة المفاجئة إذا فقد توازنه أو تعرض للسقوط من مكان مرتفع، أو سمع صوتاً عالياً مفاجئاً، وهذه الاستجابات أشبه بالخوف ويمكن إرجاعها إلى وجود قدر من الخوف الوراثى.

(زكريا الشريبنى ١٩٩٤ ، ١١٦)

ويشير (Mannuzza 1995) وآخرون إلى أن الاستعداد الوراثى بمفرده لا يؤدى إلى الإصابة بهذا الاضطراب ولكن تكاتف كلا من الوراثة والبيئة والأسرة يساعد على تطوير الإصابة بالخوف الاجتماعى. كما أن العوامل البيولوجية لها دور فى زيادة الخوف الاجتماعى، وتوضح

الدراسات أن الخوف الاجتماعى تزداد خطورته لدى الأشخاص الذين يوجد فى أسرهم حالات إصابة بهذا المرض.

(Mannuzza & et al. 1995, 230:237)

هـ - التفسير النشأة التكوينية:-

مما لا شك فيه أن علاقة الطفل بوالديه فى المنزل ونشأته الأسرية تلعب دوراً هاماً جداً فى ظهور العديد من الاضطرابات النفسية. فلكى يشعر الطفل بالحب والاهتمام والأمان النفسى فلا بد من تواجده فى بيئة أسرية هادئة تربطها أواصر المحبة ويسودها الاستقرار والمحبة بين أفرادها مما يساعد على تشكيل شخصية سوية للأطفال.

وهذا يؤكد (أحمد عكاشة ١٩٨٠) حيث يرى أن الطفل يحتاج أسس الصحة النفسية

الآتية:

- الوجدان ونعنى هنا حباً ثابتاً مستقراً مستمراً.
- الأمن والاستقرار وذلك بوجود الوالدين، وإعطائه الدفء واللعب والطعام.
- النظام ومتابعته لتقاليد ونظم خاصة مع انتمائه لعقيدة، ولكن مع إعطائه الفرصة للتعبير عن انفعالاته بحرية.

(أحمد عكاشة ١٩٨٠ ، ٣٣)

إلا أننا فى كثير من الأحيان نجد أن بيئة الطفل الأسرية التى تتم نشأته فيها يغلب عليها سمات معينة وأنماط خاصة غير سوية تؤثر فى تشكيل شخصيته مع وجود استعداد لديه لتكوين أعراض عصابية.

وهذا ما يؤكد (أحمد عكاشة ١٩٨٠) حيث يرى أنه يوجد كثير من العوامل التى تؤثر فى تكوين شخصية الطفل منها: تفاعل علاقته بالوالدين، فالأم التى تخنق طفلها بالحب، وتربطه بها ارتباطاً شديداً مرضياً، ستجعله ينشأ عاجزاً عن الاستقلال الإنفعالى بذاته، والعكس بالنسبة للأم التى تهمل أطفالها ولا تشعرهم بالحنان الدائم الثابت، أو الوالدين الذين يفرقان فى معاملتهما بالنسبة للأطفال، ومحابة أحد الأخوة أو الأخوات عن الآخرين، كذلك المنافسة والغيرة بين الأخوة، أو وجود الطفل فى شجار دائم فى المنزل، أو بين أبوين مريضين دائمي الشكوى والنفور من الحياة ولعنها...ألخ.

(أحمد عكاشة ١٩٨٠ ، ٣٤)

كما يرى كلاً من (هندرسون وجيلزى) أن هناك مواقف إيجابية معوقة كثيرة تؤدى إلى الصراع النفسى، ومن هذه المواقف الإيجابية: الحالة الاقتصادية، الفشل فى الحياة الزوجية، الفشل فى العمل، أسلوب التنشئة الخاطىء، وعاهات البدن ... ألخ. فكل هذه المواقف الإيجابية المعوقة ينتج عنها سلسلة من ردود الأفعال المقلقة، وعندما تتكرر هذه المواقف نجد هذه المشاعر تتراكم ثم تظهر آثارها فى سلوك الفرد الخارجى. ومن ثم يرى (مصطفى فهمى ١٩٧١) أن رأى كلاً من "هندرسون وجيلزى" أعم من رأى "فرويد" إذ يربا أن حالات الخوف والقلق يمكن أن تنتج عن أسباب غير الأمور الجنسية، وتشمل هذه الأسباب أموراً مادية وأسرية ونفسية.

(مصطفى فهمى ١٩٧١ ، ٣٢١)

وعلى الرغم من اختلاف وجهات النظر التفسيرية وكثرة الشروح لأسباب المخاوف فإننا نميل إلى تفسير تكاملى لا يفض الطرف فيه عن التفاعل بين استعداد الفرد والخبرات التى مر بها ومدى تعرضه لمثيرات الخوف وإدراكه لها وبين أساليب التنشئة الاجتماعية والتراث الثقافى والحضارى للمجتمع الذى يعيش فيه.

ثانياً : البرمجة اللغوية العصبية:-

مقدمة

علم البرمجة اللغوية العصبية بالنسبة للكون الداخلى كالفيزياء للكون الخارجى. حيث أنه يقود الإنسان إلى التحكم فى (بيئته) الداخلية، ويسخر طاقاته، ويوجهها إلى ما فيه خير للفرد والمجتمع.

فالبرمجة اللغوية العصبية تجعل من اليسير التعرف على الطريقة التى يفكر بها رجل ناجح فى عمله مثلاً، أو رجل يتقن مهارة معينة. أى أنها تزيج الستار عن أسرار النجاح والتفوق لدى بعض الناس، وتتيح لنا الوصول إلى (وصفة) ملائمة لذلك النجاح والتفوق. ثم أنها تتيح لنا استخدام تلك الوصفة لتحقيق ما نريد تحقيقه من أهداف ومقاصد .. بمعنى آخر أن البرمجة اللغوية العصبية ترى أنه إذا كان أمر ما ممكناً لبعض الناس فهو ممكن للآخرين كذلك. ولا يعنى هذا أن تكون نسخة مطابقة للشخص الآخر، وإنما تكون طريقة تفكيرك، وإستراتيجية حياتك متفقة مع (وصفة) النجاح التى تم اكتشافها.

لقد وضع الله لهذا الكون قوانين، ولهذه الحياة سنناً يخضع لها المؤمن والكافر، ويتبعها البر والفاجر، ومن هذه القوانين الجازمة قانون التغيير { إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا بِأَنفُسِهِمْ } (الرعد : ١١).

والبرمجة اللغوية العصبية طريقة أو وسيلة تعين الإنسان على تغيير نفسه: إصلاح تفكيره، وتهذيب سلوكه، وتنقية عاداته، وشحذ همته، وتنمية ملكاته ومهاراته، وكذلك البرمجة اللغوية العصبية طريقة ووسيلة تعين الإنسان على التأثير فى غيره. فوظيفة هذا العلم إذن وظيفتان، ومهمته اثنتان: التغيير والتأثير. تغيير النفس وتغيير الغير. وإذا ملك الإنسان هذين الأمرين فقد وصل إلى ما يريد، ونال ما يطلب.

(محمد التكريتى ٢٠٠١ ، ١٩ : ٢٣)

١. نظرة تاريخية عن نشأة البرمجة اللغوية العصبية (الأصول)

تعد التقنيات الخاصة بالبرمجة اللغوية العصبية قديمة النشأة، حيث تضرب بجذورها فى بعض المذاهب الفلسفية القديمة، حتى وإن ظهرت كمجموعة تقنيات أو فنيات حديثة على يد كلاً من "ريتشارد باندلر"، "جون جريندر"، اللذان اتجاها إلى توظيف خبراتهما ومعرفتهما فى ثلاثة فروع من المعرفة، اللغويات Linguistic وعلوم الحاسب Computer وعلم نفس الجشطالت

Gestalt Psychology. كما استفاد من علم السبرانية Cybernetics والفلسفة وعلم الأعصاب بالإضافة إلى إدارة الأعمال والقانون والتربية.

(Dilts 1983 II, 3)

في منتصف السبعينات وضع العالمان الأمريكيان الدكتور جون جريندر (عالم لغويات) وريتشارد باندلر (عالم رياضيات) أصل البرمجة اللغوية للذهن. وقد بنى جريندر وباندلر أعمالهما على أبحاث قام بها علماء آخرون، منهم عالم اللغويات الشهير نعوم تشومسكي Noam Chomsky، والعالم البولندي الفريد كورزيبسكي Alfred Korzybsky، والمفكر الانجليزي جريجوري باتيسون Gergory Bateson، والخبير النفسى الدكتور ميلتون أريكسون Milton Erickson، والدكتورة فرجينيا ساتير Virginia Satir ورائد المدرسة السلوكية العالم الألماني الدكتور فرتز بيرلز Fritz Perls. ونشر جريندر وباندلر اكتشافهما عام ١٩٧٥ في كتاب من جزأين بعنوان The Structure of Magic. وخطا هذا العلم خطوات كبيرة في الثمانينات، وانتشرت مراكزه، وتوسعت معاهد التدريب عليه في الولايات المتحدة الأمريكية، كما افتتحت مراكز له في بريطانيا وبعض البلدان الأوربية الأخرى. ولا نجد اليوم بلداً من بلدان العالم الصناعي إلا وفيه عدد من المراكز والمؤسسات لهذه التقنية الجديدة.

(محمد التكريتي ٢٠٠١، ٢٥: ٢٦)

وتستمد البرمجة اللغوية العصبية بشكلها الحالي أصولها من البدايات التي ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية في أوائل السبعينات من القرن العشرين، وذلك على الرغم من أن أغلب أسسها بنيت على مفاهيم واجتهادات تعود إلى فترات أقدم كثيراً من هذه الفترة. تركزت اسهامات المؤسسين لهذا الموضوع كميدان علمى مستقل بذاته في اتجاهين: الأول تجميع وتصنيف المفاهيم التي كانت قائمة فيما مضى والتوسع فيها ووضعها في إطار يمثل أداة عملية نافعة، والثاني، تطوير فكرة إعداد النماذج وذلك لمطابقة الأداء المتميز.

فقد شهدت ولاية كاليفورنيا خلال السبعينات حشداً من الأفكار والأنشطة، حيث بدأ كلاً من "باندلر، جريندر" استكشافاتهم للتعرف على الفاعلية الحقيقية لإنجاز الأهداف. وقد ركزا اهتمامهما على بعض الأفراد ممن يتميز كل منهم في ميدانه، وكان أبرز ثلاث شخصيات من هؤلاء هم "ميلتون إريكسون" و "فيرجينيا ساتير" و "فريتز بيرلز" تعمق الباحثان في دراسة لاستكشاف "أوجه الاختلاف التي خلقت الاختلاف"، بعبارة أخرى، العناصر التي قادتهم إلى التفوق على الآخرين.

وقد اكتشفا أن كل مبحوث يمثل نمطاً شخصياً منفرداً للسلوك وأسلوب التفكير، وتلك الأنماط ومكوناتها هي التي شكلت معظم الأسس التي قامت عليها البرمجة اللغوية العصبية.

(كارول هاريس ٢٠٠٤، ١٢-١٣)

هذا بالإضافة إلى الأبحاث التي كان يتم إجراؤها داخل معهد الأبحاث العقلية، التي كان من بين أشهر أعضائها "بول فاتز لافيك" والراحل "ديفيد ويكلاند" وأطلق على هذه المجموعة اسم "جماعة بالواتو"، قامت هذه الجماعة بدراسة المناهج والتقنيات التي كان الممارسون آنذاك يستخدمونها ومن بينهم "بيرلز" و "ساتير" و "إريكسون" و "هكسلي" وبحثوا خلال هذه الدراسة كل أعمال وأقوال هؤلاء العلماء مما أحدث أثراً على الآخرين، فقد درسوا عملياتهم ومحتواها من حيث تقنياتها. وقد قادت هذه الدراسة إلى بحوث أخرى في جامعة "ستانفورد" وكان لها تأثيرات كبيرة على كل الرواد الأوائل في هذا المجال.

(كارول هاريس ٢٠٠٤، ٣٦)

ولقد تقابل كلاً من (جريندر & باندلر) في جامعة سانتا كروز حيث كان باندلر يدرس الرياضيات وكان جريندر أستاذاً مساعداً للغويات، وكان باندلر قد بدأ يقوم بدراسة العلاج النفسي خاصة أعمال "بيرلز" مؤسس العلاج الجشطالتي، ودعا جريندر للمشاركة في جلسات العلاج الجمعي التي كان يعقدها فقد كان جريندر ماهراً في عملية إعداد النماذج اللغوية فأصبح بارعاً في الأنماط اللغوية التي يستخدمها المعالجون، وقد قاما في عام ١٩٧٤ بعمل نموذج لغوي يقوم على أساس النظرية التوليدية "لنعم تشومسكي" يصفان فيه الأنماط اللغوية اللفظية لكل من (فرتز بيرلز) مؤسس العلاج الجشطالتي، (فرجينيا ساتير)، (ميلتون إريكسون)، وفي خلال السنوات السبع التالية، استمر كلاً من جريندر وباندلر في نمذجة العديد من الأنماط المعرفية والسلوكية لهؤلاء المعالجين.

(Dilts & Delozier 2000, 460)

ولقد خطت البرمجة اللغوية العصبية خطوات ثابتة وناجحة في الثمانينات، وفي التسعينات بدأ الاهتمام بالعلاج باستخدام فنيات البرمجة اللغوية العصبية لتغيير العديد من الاعتقادات الخاطئة الخاصة بالمرضى وكذلك الخاصة بمنظورهم للشفاء، حيث استخدم في علاج العديد من الأمراض العضوية والنفسية مثل المخاوف المرضية والإدمان وكذلك إدارة الأعمال ومجالات التواصل وأيضاً تغيير أنماط الحياة.

(Helwing 2001, 2)

ولقد أضم إلى مؤسسى البرمجة اللغوية العصبية كثير من المساهمين الذين أثروا فيها من خلال بناء الأطر والنماذج التى تطورت ولا تزال تشهد حتى هذه اللحظة جهوداً مستمرة لتطوير مفاهيمها، متيحين المجال لعلماء وباحثين آخرين، ويتوقع أن يشهد المستقبل تعظيماً لدور هذا المنهج.

(كارول هاريس ٢٠٠٤، ٣٤)

إن أهم سمة رئيسية تؤلف نسق المعرفة العلمية الناضجة تتمثل فى أن مناحى بحثية متعددة تتضج وتكتمل وتتجه جميعها بفعل التكامل والتقارب والتشابه إلى أن تؤلف مدخلاً جديداً للمعرفة العلمية وهذا ما قامت عليه البرمجة اللغوية العصبية فهى نتاج نضج وتكامل وتقارب وتشابه مناحى بحثية متعددة وفيما يلي عرض لإسهامات بعض الرواد الذين أسهموا فى انبثاق البرمجة اللغوية العصبية.

أ - الأصل المستمد من النظرية التوليدية:

حينما نتحدث عن النظرية التوليدية فإننا نتحدث عن أعمال "شومسكى" وإن أبرز أعمال وإسهامات "شومسكى" فى مجال البرمجة اللغوية العصبية تتلخص فى تقسيم الأبنية اللغوية إلى نوعين من الأبنية هى:

١. الأبنية السطحية Surface Structure

وهذه الأبنية تشير إلى الكلام الظاهر أو المنطوق، وهذا الكلام يتكون من التركيب أو الأبنية اللغوية مثل (الفعل - الفاعل - المفعول - الضمائر... الخ).

٢. الأبنية العميقة Deep Structure

وهذه الأبنية تختلف عن الأبنية السطحية فى أنها ليست ظاهرة إذ أنها تتعلق بمستويات المعنى، وقد أشار "شومسكى" إلى أن كلاً من الأبنية الظاهرة والأبنية العميقة غالباً ما يقوم الشخص بإبداعها أو توليدها.

(Miller & Me Neill 1975, 676)

كما تنطلق هذه النظرية أساساً من أن مهمة الوصف اللغوى هى تحديد القواعد التى تربط بين الأصوات الكلامية ومعانيها الدلالية، وتتعامل هذه النظرية مع الحقائق العلمية فى المجال اللغوى لا من أجلها فى ذاتها، بل لأنها تدل على وجود مبادئ تنظيمية فى العقل البشرى تعمل ما أمكن عمله من أجل أن يستعمل المتكلم لغته ببراعة وإبداع.

(محمد حماسة ١٩٨٣، ٢٥)

وبمعنى آخر فإن أنماط التفكير أو الأبنية العميقة يتم التعبير عنها بالعديد من الأنماط اللغوية أو الأبنية السطحية، وأن الأبنية العميقة تصل إلى الأبنية السطحية بعد سلسلة من التحويلات التي تعمل كنمط لترشيح الخبرة الخاصة بالأبنية العميقة، ويرى كلاً من جريندر وباندلر أن هذه التحويلات تتضمن مجموعة من العمليات هي الحذف والتحريف والتعميم والتي تتعكس من خلال الأبنية السطحية اللفظية.

(Dilts & Delozier 2000, 165)

وقد دخلت أعمال "شومسكى" اللغوية مباشرة ضمن البرمجة اللغوية العصبية، وفي هذا السياق تشير "راشيل هوت" في إحدى مقالاتها عن (نموذج التحول العميق Meta Model) أنه حينما نتحدث مع شخص ما وتجده يقول [يجب أن أوضح لك كل شيء] هذه العبارة محددة كبنية سطحية وحينما تسأل سؤالاً عليها فيمكن على سبيل المثال: [كل شيء؟] هنا حينما يستجيب الشخص لسؤالك على عبارته من المفترض أنك تحاول الوصول للبناء العميق.

(فؤاد الدواش ٢٠٠٥، ١٩-٢٠)

ويمكننا القول أن المباحث اللغوية قد أثرت بشكل كبير في البرمجة اللغوية العصبية، وفي ذلك تشير "كارول هاريس" إن الكثير من البرمجة اللغوية العصبية نشأت في أبحاث اللغويات والمبادئ التي شكلت أساس النماذج اللغوية للبرمجة اللغوية العصبية. فبعض الروابط التي صُنعت ضمن البرمجة اللغوية العصبية توضح كيف تكون اللغة تمثيل للخبرة وخاصة الإحساس المجازى Metaphorical Sense والطرق التي تعكس بها اللغة أساس دافعية الناس ونماذجهم السلوكية.

(Carol 1999, 24)

ب - الأصل المستمد من علم دلالات الألفاظ العام:

يعتبر "ألفريد كورزيبسكى" هو مؤسس علم دلالات الألفاظ العام وكان له تأثير كبير في تطور البرمجة اللغوية العصبية، وبشكل خاص "نموذج الما وراء" أو نموذج "التحول العميق". ولقد أسس "كورزيبسكى" معهد "علم دلالات الألفاظ العام" سنة ١٩٣٨ كمركز للتدريب على مجال عمله. وكان أحد أهداف هذا المعهد البحث في المجال "اللغوى العصبى" وتعليمه للآخرين. كان "كورزيبسكى" أول من استخدم هذا المصطلح في كتابه "العلم والعقل" وظل يحاضر ويكتب حتى عام ١٩٥٠م.

(كارول هاريس ٢٠٠٤، ٤٤)

وكذلك يعتبر "كورزيبسكى" أول شخص صك جملة (الخارطة العقلية لا تمثل الواقع) The Map is Not The Territory وهى جملة تعتبر من الافتراضات القبلية لفهم الإنسان فى

البرمجة اللغوية العصبية، وتعنى هذه الجملة (الخريطة "أى اللغة Language" ليست شيئاً يصف الخبرة "Experience") فالكلمات ليست الموضوعات التي تمثلها. فالكلمات تظهر فقط بناء الخبرة والكلمات أبعد بكثير من أن تكون أكثر تحديداً من الخبرة نفسها والخطأ أن الاثنتين يمكن أن يقودا إلى ألم وإحباط على حد قوله.

وقد ميز "كورزيبسكى" عدداً من التمييزات في اللغة وكتب بكثافة عن التمييز بين الخريطة والواقع Map / Territory وكيف نستطيع عمل خرائط للواقع من خلال استخداماتنا ثم ننزل بهذه الخريطة للواقع نفسه. والخريطة لا يمكن أن تكون حقيقية وهي قليلة الفائدة.

وإن روح أعمال "كورزيبسكى" قد استمرت بواسطة "جورج لاكوف"، "مارك جونسون" اللذان تحدثا عن فكرة أن كل الحديث اللغوي يتم في استعارات Metaphors. فنحن لا نستطيع بالتحديد التكلم عن كيف تكون الأشياء بالتحديد "الماهية" ولكن فقط ماذا تشبه. والاستعارات التي نستخدمها في جمل بسيطة تمثل قناة لتفكيرنا وإن استخدام كلمة "قناة Channel" في ذاته يمثل استعارة لوصف ما يحدث لتفكيرنا. وعلى ذلك لا يوجد قنوات حقيقية في تفكيرنا وأن تناول الاستعارات اللغوية يفتح آفاقاً جذابة لطرق تفكيرنا عن كيف نفكر ونفهم العالم وما نحن قادرون على فعله. والبرمجة اللغوية العصبية تتناول أدبيات لغوية كهديات لما وراء عمليات التفكير.

(O'Connor 2001, 266)

ج - الأصل المستمد من النظرية الجشطالتيّة:

تشير كلمة "جشطالت" إلى نموذج الأجزاء التي تكون الكل، كما يشير علم النفس الجشطالتي إلى أن دراسة الأجزاء وحدها ليست كافية لإدراك الموضوع بأكمله فلا بد من وضع الكل في الحساب.

(كارول هاريس ٢٠٠٤، ٥٠٠)

وتتشابه في ذلك نظرية المجال التي نشأت قبل النظرية الجشطالتيّة وأثرت فيها، وقد نشأت نظرية المجال على يد "كيرت ليفين" أما مدرسة الجشطالت فقد نشأت على يد "كوفكا" و "كوهلر" و "فرتهايمر"، أما عن افتراضات نظرية المجال فتتلخص في:

١. إن إدراك موضوع محدد يحدده المجال الإدراكي الذي يوجد فيه الموضوع.
٢. إن الكل ليس هو مجموع الأجزاء.
٣. إن طبيعة الجزء تتحدد من خلال طبيعة الكل.
٤. إن الأجزاء لتتكامل في وحدات كلية.
٥. أن السلوك يشير إلى وظيفة دينامية لقوى المجال.

(حامد زهران ١٩٨٠، ٩٧)

وهذه الافتراضات الخاصة بنظرية المجال قد أثرت في افتراضات علم نفس الجشطالت في ألمانيا والافتراض الأساسي الذي انطلقت منه النظرية الجشطالتية يتمثل في صفة "الكلية" Wholeness، وقد توصلت مدرسة الجشطالت خاصة من خلال دراسات "فرتهايمر" إلى إثبات أن الكل يختلف عن مجموع أجزائه، وأن الناس من خلال إدراكهم يخلعون المعنى على الناس والأشياء والكائنات الموجودة في عالمهم.

(لندال دافيدوف ١٩٨٨، ٣٩: ٤٠)

كان "فريتز بيرلز" من أشهر النماذج التي أسهمت في تطور البرمجة اللغوية العصبية، مثله في ذلك مثل "ساتير" ويرجع إليه الفضل في تأسيس "العلاج الجشطالتى"، على الرغم من أن هناك ثلاثة آخرين منهم زوجته اشتركوا معه في إصدار أول كتاب عن هذا الموضوع. وترجع أصول علم النفس الجشطالتى إلى عام ١٩١٢، ولكن "بيرلز" حوله إلى أداة علاجية..

ولد "بيرلز" في برلين عام ١٨٩٣ وحصل على الماجستير في العلاج النفسى. وكان متأثراً في البداية بـ "فرويد" ولكنه بعد ذلك رفض حركة التحليل النفسى على اعتبار أن الحاضر أكثر أهمية من الماضى. شجع "بيرلز" مرضاه على استكشاف استجاباتهم الانفعالية خلال تجربة أطلق عليها "المقاعد الساخنة" حيث يستطيع الشخص ان يتبادل الأدوار بالتحرك من مقعد إلى آخر حيث يمثل أدواراً مختلفة.

(كارول هاريس ٢٠٠٤، ٥٠-٥١)

فالكثير من فنيات البرمجة اللغوية العصبية مأخوذة من العلاج الجشطالتى وأسلوب "بيرلز" في علاج مرضاه وتأكيده على الخبرة الحسية والتلميحات غير اللفظية والتعرف على الأجزاء الداخلية غير المتناسقة والعمل معها واستقطابها والتركيز على الأسئلة الخاصة بنموذج التحول العميق (الما وراء) والتي أخذت من نمذجة الأسئلة التي كان يسألها بيرلز لمرضاه أثناء جلسات العلاج.

(Dilts & Delozier 2000, 452)

وقد كان "بيرلز" أول المعالجين استخداماً لفكرة أنظمة التمثيل الذهنية Representation Systems في العلاج البصرى والسمعى والحركى. وقد استخدم أيضاً نموذج الأجزاء Parts الشخصية. وقد اعتقد أن أحد أهداف العلاج لهذه الأجزاء أن تكون مع بعضها البعض في حالة تعايش متناغم.

(O'Connor 2001, 268)

وتؤكد "كارول هاريس" على التأثير الجشطالتي بالإشارة إلى أن البرمجة اللغوية العصبية تتبنى رؤية مؤداها أن أجزاء الشخص مرتبطة فيما بينها وأن كل تغيير في أى جزء من أجزاء الشخص سيتبعه تغييراً في جزء آخر.

(Harris 1999, 17)

د - الأصل المستمد من العلاج الأسرى:

حينما نتحدث عن العلاج الأسرى Family Therapy فإننا نعنى أننا ننظر نظرة كلية للأسرة بوصفها نسقاً قد تعرض أو يمر بحالة مرضية تستتبع التدخل لإعادة الاتزان السوى لهذا النسق الذى فقد اتزانه وسواءه، وإننا إذ نتحدث عن العلاج الأسرى نجد أنفسنا إزاء الحديث عن رائدة من أشهر وأكبر النماذج المؤثرة فى العلاج الأسرى ومن خلال رؤيتها أسهمت فى تطور البرمجة اللغوية العصبية وهى "فرجينيا ساتير" حيث كانت أعمالها بمثابة نماذج لتحليل وتطوير العديد من مبادئ وعمليات هذه التقنية. اهتمت "ساتير" بالعمل الاجتماعى، وخاصة النظم العائلية والعلاج الأسرى المشترك وقامت بتدريس هذا الموضوع فى معهد الأبحاث العقلية فى "بالواتو" وذلك فى البرنامج التدريبي الأول فى أمريكا على هذا الموضوع. ومن إحدى أفكارها "أطراف الأجزاء" حيث تصف بهذا المصطلح كيف يتصرف الناس انطلاقاً من الوجوه المختلفة للشخصية. ومن النماذج التى اقترنت بها تحليلها لخمسة عناصر للشخصية وهو ما أصبح يطلق عليه "تصنيف ساتير" الذى يتضمن الأنماط التالية: (اللوام، المصلح، المشتت، الحاسوب، محدد المستويات) ولكل من هذه الأنماط صفات فى التواصل والمزاج العام تعرف من خلالها.

وقد كانت "ساتير" شخصية مبدعة، حيث استخدمت فى عملها الألعاب، والتمارين، والإرسال الصوتى والتليفزيونى، والمرايا ذات الاتجاه الواحد، والعروض، وهى طرق كانت فى ذلك الوقت تعتبر من التقنيات الحديثة. وكانت "ساتير" أول مديرة للتدريب فى معهد "إيسالين" ويقال إنها أصيبت بالصمم فى سن العاشرة، وهذا ما دفع بها لتطوير مهاراتها فى الملاحظة لدرجة غير عادية مثلها فى ذلك مثل "إريكسون"، وقد وصفها "فريتز بيرلز" بقوله "من أكثر الشخصيات ثراء فى الفكر والإبداع". وتوفيت "ساتير" عام ١٩٨٨م.

(كارول هاريس ٢٠٠٤، ٤٩-٥٠)

وتؤمن "ساتير" بعدة مبادئ رئيسية وهذه المبادئ قد أثرت بشكل كبير برؤيتها للعالم فى البرمجة اللغوية العصبية وهى:

١. أن للإنسان طبيعة خيرة ومخلصة.

٢. أن علاقة الإنسان بالكون علاقة متناغمة.
٣. التأكيد على الإمكانيات الإيجابية لدى الإنسان.
٤. أن نموذج التهديد والمكافأة في النظر للعالم يفترض مسبقاً الطبيعة السيئة والشريرة للإنسان وأن على الإنسان أن يظهر الخضوع ويصنف الإنسان تبعاً لدرجة انصياعه للنظام والمعايير السائدة.
٥. وطبقاً لنموذج التهديد والمكافأة كمنظور رؤية للعالم يصبح النموذج تمثيلاً لفكرة "السبب - النتيجة" مما يعنى الترتيب في وجهة معينة، ويعنى ذلك إهمال وجهات النظر الأخرى، مما يؤكد على إهمال "العلية الشبكية" أو المنظور الكلى في النظر للعالم طبقاً للنظر لنموذج التهديد والمكافأة.
٦. وترى "ساتير" ضرورة الإيمان بالإمكانات الفطرية الخيرة لدى الإنسان وقدرته على إحداث التفرد والتميز وأن لدى الإنسان النية الخيرة والطيبة التي تجعله يشعر بتقديره للآخرين ومن ثم تقدير الآخرين له.

(روز ماري، ديبى دانيلز ٢٠٠٣، ٢٥٩، ٢٦٣)

وكان لإسهامات "ساتير" و "باتيسون" عظيم الأثر على البرمجة اللغوية العصبية في العلاج الأسرى والنظم العائلية وتطوير فنيات البرمجة اللغوية العصبية على النحو التالي:

١. تأسيس التواصل الفعال بين أفراد الأسرة من خلال أدوات مثل نموذج التحول العميق (الماوراء).
٢. تقديم المساعدة لأفراد الأسرة لتحقيق فهم أفضل لمختلف الخرائط العقلية الخاصة بهم من خلال ملاحظة أنظمة التمثل الذهني السائدة لهم والاختلافات في أنماطهم وفي برامجهم العليا.
٣. تسهيل الفهم من خلال التعرف والتنقل بين أنظمة التمثل الذهني السائدة الأخرى.
٤. تحديد وتغيير المثيرات والروابط الخاصة بالمشكلات من خلال تحديد الأنماط الخاصة بها وتحمل مسؤولية هذا التفاعل.
٥. التعرف على الأهداف والمقاصد الإيجابية، وفصل السلوكيات عن هذه الأهداف والمقاصد من خلال عمليات تسمى بالمستويات العصبية المنطقية المختلفة.
٦. إعادة حل الصراعات من خلال التدخلات العلاجية مثل إعادة تشكيل الإطار واستراتيجيات التفاوض والبرامج العليا.

٧. تصنيف وتحديد الأدوار الهامة التي تلعب دوراً في التفاعل من خلال العمليات الخاصة.

(Dilts & Delozier 2000, 398)

هـ - الأصل المستمد من التنويم الإيحائي:

يكاد يكون التنويم الإكلينيكي Clinical Hypnosis من أكثر المباحث المعرفية والعلاجية التي أثرت في البرمجة اللغوية العصبية، وأكبر المعالجين بالتنويم تأثيراً في البرمجة اللغوية العصبية هو عالم الطب النفسي "ميلتون إريكسون" وقد ولد عام ١٩٠١ في ولاية نيفادا. كان أبواه من الرواد الذين كانوا يسافرون في عربات تجرها الخيول، وكان يعاني من عمى الألوان حيث لم يكن يميز سوى اللون الأرجواني، وكان يعاني أيضاً من مشكلة عدم تمييز الأصوات، وصعوبة في القراءة، وعدم انتظام في النبض، بالإضافة إلى مشكلة في القلب. لم يتعلم الكلام حتى بلغ الرابعة، ونظراً لصعوبات التنفس والسمع التي كان يعاني منها، فقد كان له نمط صوتي غير طبيعي. وقد أصيب بنوبتين من شلل الأطفال في السابعة عشر وفي الحادية والخمسين من عمره، وعلى الرغم من انه تعافى منه في المرة الأولى، فإن أثر المرة الثانية كان شديداً، حيث أصيب بالشلل في ساقيه وذراعه الأيمن بالكامل، وجزء من ذراعه الأيسر، ثم أثر في حجابته الحاجز وفمه. لقد كان دائم المعاناة وكان يعالج آلامه بتمرينات التنويم المغناطيسي.

ويعد "إريكسون" عالماً نفسياً في المقام الأول ثم طبيباً. وقد درس في جامعة "ويسكونسن" في الفترة من عام ١٩٢١: ١٩٢٤ تحت إشراف البروفيسور "كلارك ل. هل" الذي كان علامة بارزة في التنويم الإيحائي العلاجي وكان محل جدل مستمر داخل الجامعة، حيث استخدم تلاميذه في أبحاثه في هذا المجال. اختير "إريكسون" من قبل "هل" ليرأس مجموعة بحثية لدراسة تأثيرات التنويم الإيحائي الكلينيكي، وكانت هذه هي المرة الأولى التي يحتك فيها بهذا الموضوع.

حصل إريكسون على درجة الماجستير عام ١٩٢٨ وأصبح كبير الأطباء النفسيين في مستشفى "وركستر" في ولاية "ماساشوسيتس"، ثم أصبح أستاذاً عام ١٩٤٨ ثم انتقل إلى "فونيكس" بولاية "أريزونا" لأسباب صحية وأسس عيادته الخاصة حيث حقق نجاحاً كبيراً في العلاج الإيحائي، وأنشأ بعد ذلك ورأس "الجمعية الأمريكية للعلاج بالتنويم الإيحائي الإكلينيكي" وتولى رئاسة تحرير المجلة الأمريكية للتنويم الإيحائي العلاجي. وقد استفاد إريكسون استفادة خاصة من نماذج اللغة غير المباشرة وطرق تحقيق التقارب في علاجه لمرضاه وهو ما أصبح يعرف باسم التنويم الإيحائي الإريكسوني.

(كارول هاريس ٢٠٠٤، ٥١ : ٥٣)

وكان التنويم الإيحائى العلاجى يستخدم لتقليل الحالات الشعورية المتغيرة بإدماج الاستخدام الفعال للإيحاء لمساعدة المرضى فى إحداث التغييرات العلاجية، فالتنويم الإيحائى يدمج المهارات الخاصة بالملاحظة واستخدام الإيحاء لتسهيل التغيير فى المعنى، حيث يهدف العلاج بالتنويم الإيحائى إلى دمج العقل اللاشعورى للمريض فى العملية العلاجية، فضلاً عن النظر إلى اللاشعور على أنه مخزن للخبرات السلبية والجزء المقاوم للعقل اللاشعورى.

(Dilts & Delozier 2000, 370:514)

ويأتى ارتباط "باندلر، جريندر" بأعمال "ميلتون إريكسون" من خلال ما أشار به "جريجورى بيتسون" عليهما من أن نموذج "ميلتون" العلاجى سيكون مفيداً لهما دراسته، وعلى ذلك فقد أمضوا بعض الوقت فى بيت "ميلتون" يشاهدوه وينصتوا إليه وهو يعمل، وقد قاما بنمذجة بعضاً من مهاراته الجيدة فى التنويم ضمن كتابين من كتبهم.

(O'Connor 2001, 269)

وقد تأسست العديد من فنيات البرمجة اللغوية العصبية من مهارات التنويم الإيحائى الأريكسونى ومنها: نموذج ميلتون Milton Model وهو يمثل مجموعة من الأنماط اللفظية التى ترتبط بلغة التنويم الإيحائى الأريكسونى، وكذلك الانفصال الحسى - البصرى V-K Dissociation وهى فنية يستخدمها إريكسون لاستنباط الخشية والتحكم فى الألم، وكذلك الربط Anchoring يمثل إحدى فنيات البرمجة اللغوية العصبية التى تأسست من مهارات التنويم الإيحائى الأريكسونى وخاصة التلميحات الخاصة والروابط التى تتم بعد عملية التنويم وكذلك فنيات إعادة تشكيل الإطار Reframing وتغيير التاريخ الشخصى Change Personal History، وكذلك فنيات التناغم والقيادة Pacing, Leading كاستراتيجيات هامة يطبقها إريكسون حيث كان يقبل مرضاه وفقاً لوجهة نظرهم الخاصة عن العالم والتناغم مع طريقتهم فى التفكير ثم بعدها يقودهم إلى طرق أكثر إيجابية وفعالية لتنظيم خبراتهم الخاصة بهم.

(Dilts & Delozier 2000, 370:514)

ومما ينسب إلى "ميلتون" أنه قد رفض النظريات النفسية المعقدة التى تطبق مدخل غير منهجى، وقد جعل "ميلتون" عميله يُملى صيغة العلاج، وإن هذا النمط المتساهل من العلاج الإيحائى والمنفتح إلى اللغة الغامضة يسمح للعميل بأن يفسر ما قاله بطريقة تؤدى إلى خلق إحساس عظيم لديه.

(O'Connor 2001, 269-270)

ويرى كلاً من (Gorder & Anderson 1981) أن استخدام العلاج بالتنويم الإيحائي داخل نموذج البرمجة اللغوية العصبية يتضمن ثلاثة عناصر هامة هي:
 أولاً: مهارات التناغم والتجاوب مع خبرة المريض.
 ثانياً: المهارات النوعية في السياق الكلامي للمريض والتي توضح إطار المشكلات الخاصة بالمريض كطريقة لتحمل المسؤولية عن هذه المحددات الخاصة بالمشكلات.
 ثالثاً: التدخلات العلاجية السلوكية النوعية التي تعتمد على مفهوم الاحتياجات المدركة اللازمة لحدوث وتكرار السلوك طبيعياً، حيث أن التدخل الصغير يمكن أن يحدث التغيير الأغلب.

(Gordon & Anderson 1981,183)

و - الأصل المستمد من كتابات ويليام جيمس:
 يعد "William James" من الآباء الأوائل لعلم النفس الحديث ومن رواد الاتجاه الوظيفي في علم النفس، وقد كان فيلسوفاً وعالمياً نفسياً أمريكياً ومعروف كمطور للنظرية البراجماتية Experience Of Time على العكس من طبيعة الوقت ذاته، بمعنى أن طبيعة الوقت طبيعة موضوعية فيزيائية، وأن القول بذاتية الخبرة يتفق مع مبدأ هام في الافتراضات القبلية مؤداه [أن الخريطة ليست هي الواقع] فنحن ندرك العالم من خلال نواتنا وبالتالي المعاني التي نخلعها على المثيرات والأحداث.

(فؤاد الدواش ٢٠٠٥، ٢٤٤)

كما يرى أن الشعور يوظف بطريقة فعالة وهادفة لربط وتنظيم الانطباعات الحسية لنا ولأفكارنا وإعطائها الاستمرارية، كما أشار إلى أنظمة التمثل الذهني البصرية والسمعية والحسية، فقد طورت البرمجة اللغوية العصبية الطرق لمعرفة كيفية الاستخدام الفعال لهذه الأنظمة التمثيلية الذهنية المختلفة في عمليات التفكير من خلال ملاحظات "جيمس" لتحقيق نتائج عملية في التواصل والعلاج، فقد كان "جيمس" على وعى بالعلاقة بين التمثيلات الذهنية العقلية واللغة والفسولوجيا من خلال توضيحه إلى التلميحات الدقيقة لحركات العين التي تتضمن التفكير.

(Dilts & Delozier 2000, 566)

ولقد ارتبطت أعمال "وليم جيمس" بالبرمجة اللغوية العصبية من خلال ما يسمى خطوط الزمن Time Lines . والجدير بالذكر أن كتابات "جيمس" في وقته اختلفت عن كتابات علم النفس الأخرى، فقد كان علماء النفس الآخرين يبحثون في الظاهرة العقلية من الخارج، أو كبيانات

علمية يمكن أن تقاس، أما "جيمس" فقد بحث فى الخبرة من الداخل وليس كبيانات موضوعية يمكن أن تقاس بواسطة الملاحظ ولكن كما هى كخبرة داخلية، فقد كان "جيمس" واحد من الرواد الذين آمنوا بالخبرة الذاتية.

(فؤاد الدواش ٢٠٠٥، ٢٤)

ز - الأصل المستمد من معالجة البيانات:

تشير نظرية معالجة البيانات Information Processing إلى مساحة عريضة من البحث فى كيفية عمل العقل سواء إحساساً أو إدراكاً أو انتباهاً أو تخزيناً...، وعلى هذا الأساس يتضح الارتباط بين معالجة المعلومات والبرمجة اللغوية العصبية وذلك باعتبار أن البرمجة اللغوية العصبية تتم بكيفية عمل العقل كمظهر أساسى لعمل المخ. ويعتبر كلاً من (كارل بريبرام، جورج ميلر، إيوجين جالنتر) من الباحثين الذين أثروا كثيراً فى البرمجة اللغوية العصبية من خلال أبحاثهم حيث افترضوا نموذج (اختبر - إجراء - أختبر/ إنهاء Test/ Operate/ Test/ Exit) ونشروه فى احد كتبهم عام ١٩٦٠، ويشرح هذا النموذج كيف سنستجيب ونتصرف لنتجز أهدافنا باستخدام مبادئ التغذية الراجعة Feed Back والتغذية المتقدمة Feed Forward ، وهو يعد استبدال للنموذج المبسط الذى يختزل السلوك إلى مثير واستجابة، ففى نموذج "TOTE" نحن نتصرف لنقلل الفروق بين الحالة الراهنة Present State والحالة المرغوبة Desired State، ونحن نعمل ونصرف حتى يختفى هذا الفرق، وهذا النموذج إلى جانب كونه يصف عمل العقل إلا أن أهم ما ربطه بالبرمجة اللغوية العصبية يتمثل فى كونه نموذجاً سيبرنطيقياً، والسيبرنطيقياً مؤثر رئيسى فى البرمجة اللغوية العصبية.

(O'Connor 2001, 266)

وقد قدم "جورج ميلر" أيضاً فكرة مفادها أننا نستطيع فقط أن نتعامل مع "سبع جزل بزيادة أو نقص اثنين" أى أن أدق مدى للوحدات أو الجزل التى يتعامل معها العقل يدور حول الرقم (٧) سواء بزيادة وحدتين أو نقص وحدتين، ويتأثر تفكيرنا وانتباهنا وحفظنا بعدد الجزل أو الوحدات فكلما نقصت الوحدات كان ذلك أميل إلى وجود الانتباه والحفظ والتفكير.

(Miller 1956, 10)

ح - الأصل المستمد من نظرية التعلم الاجتماعى:

يعد "Albert Bandura" عالم نفس فى جامعة ستانفورد وكان همه الأول يدور حول بناء الجسور بين النظريات التقليدية للتعلم وبين النظريات المعرفية للشخصية من خلال تأكيد على مفهوم توقع الفعالية الذاتية Self-Efficacy Expectation كما عمل على ربط علم النفس

الإكلينيكي والتطبيقي في فهم الشخصية من خلال دمج علم النفس المعرفي مع مبادئ السلوكية لبحث العلاقة بين توقعات الأفراد وسلوكهم، خاصة أنه اكتشف العلاقة بين ما يتوقع الأفراد أن يفعلوه وكيف يفعلونه بالفعل.

وتمثل أبحاثه ودراساته أنماطاً هامة في التفاعل بين الخريطة العقلية والأداء السلوكي والتي تعرف في البرمجة اللغوية العصبية "بمنحنى باندورا Bandura Curve" الذي يسمح بإكساب الفرد الوعي وإعادة تشكيل مدركاته واستراتيجياته الخاصة وكذلك تعديلها. فعندما يتعلم الفرد نموذج ما، فإنه يحتاج إلى إعادة استدعاء الصور التفصيلية للكيفية التي تم بها انجاز المهمة بواسطة النموذج فيتعلم ألا يدرك النقص في الأداء على أنه فشلاً وإنما يدركه على أنه تغذية رجعية.

(Dilts & DeLozier 2000, 82:90)

وقد لعبت نظرية التعلم الاجتماعي دوراً كبيراً في عملية إعداد النماذج التي قام بها كلاً من باندلر وجريندر في مجال البرمجة اللغوية العصبية لكونها نظرية قائمة على النمذجة Modeling.

(Jelem & Schutz 1995, 1)

فقد سعى كلاً من باندلر وجريندر إلى صياغة نموذج عملي للعلاج والإرشاد يقوم على أنماط هؤلاء الأشخاص وطريقتهم في العلاج من خلال عملية النمذجة وتشكيل النماذج أي نمذجة السلوكيات الفعالة والعمليات المعرفية التي تكمن وراء هذه السلوكيات، والتي تتضمن الكشف عن كيفية عمل المخ Neuro وتحليل الأنماط اللغوية Linglusic والتواصل غير اللفظي، ثم استخدام الاستراتيجيات والبرامج Programming لتحويل هذه المهارة إلى الآخرين وكيفية تطبيقها، وهكذا اعتمدت فنيات البرمجة اللغوية العصبية على هذه العملية.

(Dilts & DeLozier 2000, 850-851)

فقد رأى كلاً من باندلر وجريندر أن أفضل الوسائل في التعلم والعلاج ليس عرض استمارات تنظيرية لحل المشكلات وتنمية المهارات وإنما يجب أن يتم التدريب والتعليم والعلاج من خلال نمذجة السلوكيات والهاديات اللفظية وغير اللفظية للمعالج الكفاء الفعال الذي يصل إلى حد العبقرية أمثال (فرجينيا ساتير، ميلتون إريكسون، فيرتز بيرلز) وذلك بشكل سلس يسمح بتبسيط السلوكيات والأفكار والهاديات الخاصة بالنماذج الشخصية المختارة، ويبدو أن الفلسفة الكامنة وراء هذه الانتقائية المنهجية عند باندلر وجريندر مؤداها [إذا كان هناك من يدرّب الأفراد ويعلمهم حل المشكلات فإن التدريب على استدخال سلوكياته وهادياته اللفظية وغير اللفظية يعنى تحول الناس إلى شبه معالجين وإن لم يمارسوا ذلك بشكل مهني واحترافي. ويوضح ذلك أن الإنسان العادي أو المميز أثناء التواصل يقوم بأمرين:

أولاً: البرمجة الذاتية: فالإنسان بشكل لاشعوري يقوم ببرمجة نفسه أولاً بالمعاني ثم تنبثق هذه المعاني فى ألفاظ وجمل وتعبيرات وإيماءات.

ثانياً: البرمجة الغيرية: حينما تتمثل معانى الشخص فى لغة (لفظية - غير لفظية) فإن الآخرين من المفترض أن تصل إليهم المعانى فيتمثلونها.

(Bandler & Grinder 1979, 6:18)

ومن هنا يمكننا القول بأن البرمجة اللغوية العصبية هى نتاج جهد تراكمى من خلال بعض النظريات ذات النزعة الإيجابية فى نظرتها للإنسان، ثم تمت صياغتها فى منهج علمى تجريبى يلخص العديد من الإسهامات العلمية المميزة التى تهدف إلى تزويد الفرد بأدوات وتقنيات يستطيع عن طريقها الاتصال الفعال مع بعد اللاوعى فى شخصيته، مما يتيح إمكانية إحداث التغيير فى شخصيته بما يؤهله لحياة سوية ومستقرة، تدعم دوره الإيجابى وتمكنه من إدارة أفكاره ومشاعره وانفعالاته بما يساعده على تحقيق النتائج التى يريدتها.

ولا تزال البرمجة اللغوية العصبية تشهد نمواً مطرداً بالرغم من مرور سنوات عديدة على ظهورها، وفى هذا كتب (Corsini 1984) قائلاً: يوجد ٢٥٠ منهجاً للعلاج النفسى، وكل عام يرى منهج علاج نفسى جديد النور، معظم هذه المناهج يسقط بينما يحرز بعض هذه المناهج النجاح والبقاء ويشهد تقدماً ونمواً ومن بينها البرمجة اللغوية العصبية. الذى شهد نمواً وإقبالاً شعبياً عارماً فى أوساط المشتغلين بالإرشاد النفسى والأعمال والتسويق والتدريب والتربية والتعليم.

(Mc Cormic 1984, 20)

ومنذ عام ١٩٧٥ وهذا المنهج يشهد تقدماً فى تقنياته لإحداث التغيير فى سلوك المسترشدين. بل ويقرر (Dilts 1980) بأن ما تعرضه البرمجة اللغوية والعصبية فى العلاج والإرشاد الأسرى هو تمثيل محدود لنموذج البرمجة بالنسبة للعلاج والإرشاد وما يتم عرضه لا يعدو أن يكون نماذج مختصرة بالنسبة للبرمجة ككل.

(Dilts & et al. 1980 , 41)

٢. تعريف البرمجة اللغوية العصبية:

غالباً ما يشير المناطقة إلى أن أفضل التعريفات ما كان يتسم بالجمع والمنع ... وربما يشق فى بعض الأحيان التوصل لتعريف لفظ واحد بشكل جامع مانع فما بالننا بالوصول لتعريف

جامع مانع لثلاثة أفاظ مجتمعة ممتزجة لتؤلف نسقاً معرفياً تطبيقياً واحداً، وعلى ذلك فليس سهل المنال الوصول لتعريف جامع مانع للبرمجة اللغوية العصبية وربما يعود ذلك إلى:

١. أن البرمجة اللغوية العصبية متعددة الأصول وهى نتاج التحام مجالات عديدة، فمثلاً قد ينظر لها المتخصصون فى اللغة على أنها ضرب من دراسة الأصل العصبى للغة وربما يراها متخصصون فى علم النفس على أنها مدخل ميكانيكى فى دراسة السلوك.

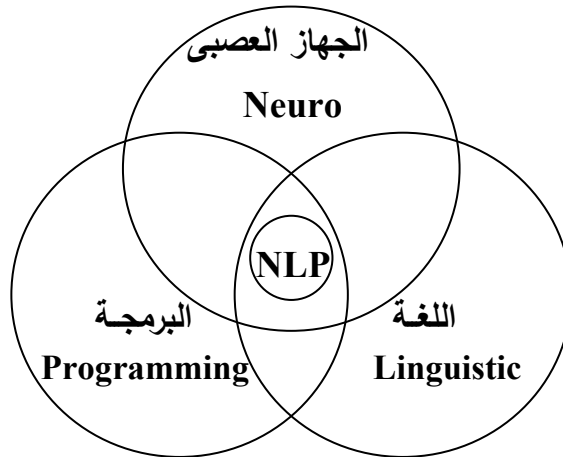
٢. تتعدد أوجه استخدام البرمجة اللغوية العصبية مما يعنى دخولها فى مجالات متعددة وبالتالي تحدد رؤية مستخدميها فى هذه المجالات وبالتالي تعدد تعريفاتها.

٣. وفى التقييم المبدئى تعد البرمجة اللغوية العصبية أداة ومدخل منهجى قابل للتطويع فى إطار مداخل نظرية وتطبيقية لا حصر لها مثل " التربية - الطب - الإقتصاد - العلاج النفسى - الذكاء والقدرات العقلية - تنمية الإمكانيات البشرية - الإدارة - تحليل بيئة النظم السياسية ... ألخ".

(فؤاد الدواش ٢٠٠٥، ٥١-٥٢)

Neuro-Linguistic Programming، والترجمة الحرفية لهذه العبارة هى (برمجة الأعصاب لغوياً)، أو البرمجة اللغوية للجهاز العصبى كلمة Neuro تعنى عصبى أى متعلق بالجهاز العصبى، و Linguistic تعنى لغوى أو متعلق باللغة، و Programming تعنى برمجة.

الجهاز العصبى هو الذى يتحكم فى وظائف الجسم وأدائه وفعالياته، كالسلوك، والتفكير، والشعور. واللغة هى وسيلة التعامل مع الآخرين. أما البرمجة فهى طريقة تشكيل صورة العالم الخارجى فى ذهن الإنسان، أى برمجة دماغ الإنسان.



(محمد التكريتي ٢٠٠١، ٢٣-٢٤)

وترى (Harris 1999) أن: كلمة البرمجة Programming تشير إلى واقع مؤداه أن الناس يتصرفون طبقاً لبرامج شخصية والتي تحكم طرق وجودهم في العالم، أما كلمة اللغوية Linguistic فتشير إلى الطرق التي يعبر بها الناس عن خبرتهم بالعالم، وأما كلمة العصبية Neuro لكيفية عمل العقل، لذا "فالبرمجة اللغوية العصبية" تشمل الطرق التي يفكر ويتصرف بها الناس في كل مواقفهم الحياتية.

(Harris 1999,7)

ويمكن أن نعرف البرمجة اللغوية العصبية بأنها: "طريقة منظمة لمعرفة تركيب النفس الإنسانية والتعامل معها بوسائل وأساليب محددة حيث يمكن التأثير بشكل حاسم وسريع في عملية الإدراك، والتصور، والأفكار، والشعور، وبالتالي في السلوك، والمهارات، والأداء الإنساني الجسدي والفكري والنفسى بصورة عامة"

(محمد التكريتي ٢٠٠١، ٢٠)

وطبقاً لكلاً من (Bardler, & Grinder 1979) فالبرمجة اللغوية العصبية هي فن وعلم التميز، وهي تشير لاتجاه شديد النهم والفضول بالجنس البشري من خلال بحث منهجي يخلف أثراً بفنياته المتنوعة، وهي علم وفن التميز لأنها بدأت بالبحث في عناصر الخبرة العقلية لدى الشخصيات المتميزة مثل "فرجينيا ساتير، ميلتون إريكسون" وتعليم هذه المباحث الموجودة لدى هذه الشخصيات للأفراد العاديين يؤدي إلى تعليمهم التميز والتفوق.

(Bandler & Grinder 1979, 9)

وتشير كلاً من (Anna & Kathrin 1997) أن كلمة Neuro تشير إلى المخ وكلمة Linguistic تشير إلى اللغة أما كلمة Programming فتشير إلى نماذج العادات والسلوكيات مثل التفكير المؤسس بواسطة تأثير اللغة في المخ، والبرمجة اللغوية العصبية تبين لنا كيف نعيد برمجة أنفسنا. ويعنى هذا أولاً أن نستحضر إلى وعينا النماذج والسلوكيات التي ترتبط بنا ونحن غير واعين بها، ثم نستطيع تحدى الافتراضات التي نراها ولا نفكر فيها وأخيراً بتغيير عقولنا نستطيع أن نغير سلوكنا وأفكارنا وأحاسيسنا.

(Anna & Kathrin 1997,9)

وفى هذا السياق يشير (O'Connor 2001) إلى أن البرمجة اللغوية العصبية تعنى:

- ❖ Neurology (N) - العقل وكيف نفكر .
- ❖ Linguistic (L) - اللغة وكيف نستخدمها وكيف تؤثر فينا .
- ❖ Programming (P) - أفعالنا وكيف ننظمها لتحقيق أهدافنا .

(O'Connor 2001, 1)

أن البرمجة اللغوية العصبية تقوم على أساس وصف التفاعلات الدينامية بين المخ واللغة ومدى تأثيرها على الجسم والسلوك. ومثل هذا التفاعل ينتج عنه السلوك الفعال وغير الفعال، كما انه مسئول عن كل العمليات الكامنة وراء علم الأمراض والتفوق الإنسانى حيث تستمد من خلال ملاحظة الخبراء فى مختلف المجالات مثل العلاج النفسى، والعمل بالتنويم الإيحائى فالبرمجة اللغوية العصبية علم سلوكى يتضمن:

١. معرفة خاصة - تشتمل على مجموعة من المبادئ والافتراضات الأساسية.
٢. منهجية محددة - تشمل على مجموعة من الطرق والإجراءات اللازمة لتطبيق هذه المبادئ والافتراضات.
٣. تقنيات حديثة. - تتضمن مجموعة من الفنيات والأدوات الجديدة التى تساعد فى تطبيق هذه المبادئ والافتراضات.

(Dilts & Delozier 2000, 849-850)

تشتمل البرمجة اللغوية العصبية على مجموعة من المبادئ والمحددات التى تصلح على نحو فريد لتحليل وتمييز الأنماط الأساسية للقيم والعمليات الإدراكية والسلوك والعلاقات التى تربطها ببعضها، بحيث يمكن أن تصاغ فى تطبيقات عملية قابلة للاختبار. كما توفر البرمجة اللغوية العصبية طريقة للنظر إلى ما وراء المحتوى السلوكى لما يفعله الناس وصولاً إلى القوى الخفية وراء هذه السلوكيات وإلى البنية الفكرية التى تمكن البشر من الأداء بفعالية.

(Dilts & Delozier 2000, 850)

نستطيع أن نوجز كل ذلك بالقول إن البرمجة اللغوية العصبية تساعد على تعريف الشخص بوضعه الحالى، أى ذاته (كيف يفكر ويشعر وماذا يفعل وما يحققه من نتائج)، والتعرف على الحالة التى يود أن يكون عليها، وتعلمه كيفية الانتقال من حالة غير مرغوبة إلى حالة أفضل ... وتضع البرمجة اللغوية العصبية فى اعتبارها ثلاثة عناصر عند بحث كيفية الانتقال من وضع غير مرغوب فيه إلى وضع أو موقف أفضل: أنت (موقفك وميولك)، الآخرين (من تتعامل معهم)، قدر المرونة (إمكانية تغيير الأداء حتى يصبح أكثر فاعلية).

(كارول هاريس ٢٠٠٤ ، ١١-١٢)

٣. أطر عمل البرمجة اللغوية العصبية:

هناك العديد من الآراء التي طرحت عبر السنوات الأخيرة حول محتوى البرمجة اللغوية العصبية، فبالنسبة لمن لم يتعرفوا بعد على البرمجة اللغوية العصبية، فإنها تبدو كأنها باقة من التقنيات والعمليات التي إذا ما استخدمت بفاعلية يمكنها أن تؤدي إلى نتائج عظيمة .. فالبرمجة اللغوية العصبية تقدم منهجاً عريضاً وجلياً للتطوير وتحقيق التميز.

(كارول هاريس ٢٠٠٤ ، ٦٥)

وغالباً ما يقوم أى نسق معرفى على مجموعة من المداخل المفاهيمية، وهذه المداخل المفاهيمية غالباً ليست ذات سعة واحدة وإنما تتدرج أما من السعة إلى الضيق أو من الضيق للسعة، وفي البرمجة اللغوية العصبية يتدرج نظامها المفاهيمى من السعة إلى الضيق حيث تبدأ من أطر العمل ثم يليها النماذج ثم يليها الفنيات نزولاً إلى التطبيقات.

أ - المنظومة التجريبية:

تم ابتكارها وتطويرها بمعرفة "ديفيد جوردون، جراهام دوز"، وتتضمن المنظومة إطاراً عاماً لاستكشاف عناصر بناء الأداء الفعال..

وتتضمن المنظومة تطبيقين أساسيين: التغيير الشخصى، وإعداد النماذج / تحسين الأداء. وتحدد هذه المنظومة خمسة عناصر تسهم فى فاعلية الأداء وهى تبدأ من أعماق الإنسان إلى سعيه الخارجى إلى الأهداف التى يرغبها ومكونات هذا النموذج من المستوى العميق إلى المستوى الظاهر كالتالى:

١. المعتقدات والقيم.

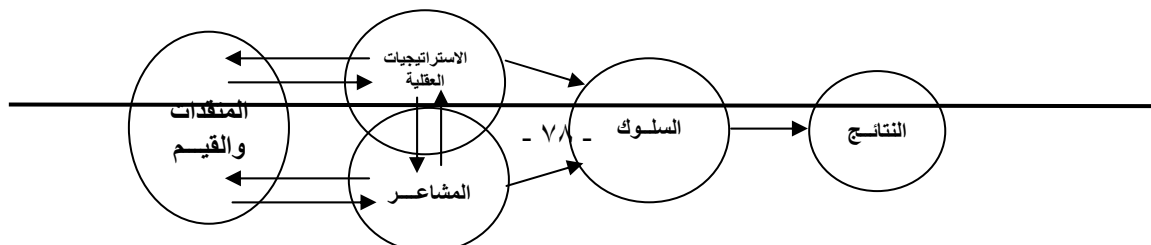
٢. المشاعر.

٣. الاستراتيجيات العقلية (الأفكار).

٤. السلوك.

٥. المخرجات (النتائج).

وكل هذه العناصر متشابكة، بحيث تشكل معاً نظاماً كاملاً تؤثر فيه العناصر الداخلية للتفكير والمشاعر على السلوك الذى يؤثر بدوره على النتائج التى يتم تحقيقها. وبسبب هذه العلاقات المتبادلة، فإنه إذا ما تغير عنصر واحد فى هذا النظام، فإنه يؤثر على العناصر الأخرى محدثاً تغيراً فيها. ويوضح الرسم التالى هذه العلاقات ومدى تأثير كل عنصر على الآخر.



شكل (١) المنظومة التجريبية

وهذه العناصر الخمسة تختلف من سياق لآخر فربما يكون لدى بعض الأفراد نفس السلوكيات ونفس المشاعر ولكن المخرجات (النتائج) ليست واحدة، وأن استكشاف أحد العناصر السابقة يعنى أنه من الممكن أن نتنبأ بأحد العناصر الأخرى، وربما يختلف أحد العناصر فى سياق ويختلف نفس هذا العنصر فى سياق آخر.

(فؤاد الدواش ٢٠٠٥، ٨٦)

وللاستفادة من المنظومة فى إحداث تغييرات، يمكن إضافة عنصر آخر ألا وهو (النتائج المرغوبة) وبذلك يمكن تحديد العنصر الذى يحتاج إلى التغيير أو التطوير لإتجاز الهدف المرغوب...

على ذلك فإن هذا الإطار العام يوضح العملية التى يحرز بها الإنسان نتائج فى نطاق معين. وإذا ما رغب الشخص فى تحقيق نتائج مختلفة، فإن هناك شيئاً ما داخل النظام يحتاج إلى التغيير .. وبناء على هذه المنظومة تتأكد صحة المقولة الشائعة فى البرمجة اللغوية العصبية: "إذا ما كنت تفعل نفس ما تفعله دائماً، فإنك تحصل على ما تحصل عليه دائماً"، فإذا ما كنا نتبع نفس الأسلوب فى التفكير والفعل، سنحصل على نفس النتائج، أما إذا أحدثنا تغييرات فى هذين النطاقين، فيمكننا أن نحقق التقدم والتطور.

(كارول هاريس ٢٠٠٤، ٦٨)

ب - المستويات العصبية (المستويات المنطقية):

هى أحد المناهج المعروفة جيداً فى البرمجة اللغوية العصبية لتحقيق التكامل بين كل جوانب البرمجة اللغوية العصبية ضمن إطار عام واحد مما يساعد على التفكير فى التعلم والتغيير وتطوير الشخصية.

وقد ابتدعها "جريجورى باتيسون"، وطورها "روبرت ديلتز"، وقد حدد "باتيسون" مستويات للتعلم والتغيير، بحيث أن كل مستوى يكون أكثر تجريباً من المستوى الذى يليه، على أن يكون لكل مستوى درجة أكبر من التأثير على الفرد.

(كارول هاريس ٢٠٠٤، ٦٨)

فقد لاحظ "باتيسون" أن التصنيف المنطقي للمعنى يختلف نفسه من تصنيف لآخر داخل نفس المستوى، فالمستوى العصبى المنطقي يرتبط بتسلسل هرمى لمجموعات ومستويات عصبية مقارنة، فإذا تخيلنا مجموعة من الصناديق الصفراء المربعة فقد تحتوى على صناديق أعواد من الكبريت أو صناديق حلوى وكل نوع من هذه الصناديق يمثل مستوى عصبى منطقي داخل النمط الواسع والأكبر للمستويات العصبية المنطقية، وهذه الصناديق الصفراء المربعة تقارن بمجموعة أخرى كلها مجوفة أو مستديرة تشتمل على مستويات فرعية لصناديق مثل الشمع أو الأيس كريم فكلا المجموعتين معاً هما مستويان فى وحدة أكبر تتألف من مستوى عصبى منطقي أعم وأشمل، وهكذا يتضح لنا من هذا المثال التسلسل الهرمى المتداخل للمستويات العصبية المنطقية.

(Bateson 1979, 122)

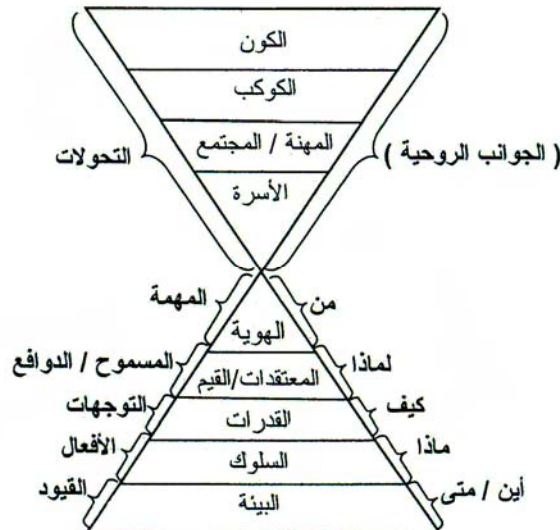
وقد تم ترتيب هذه المستويات العصبية لتشمل ستة مستويات أساسية هي:

- البيئة (أين ومتى تحدث الأشياء، الفرص والقيود).
- السلوك (ما يفعله الشخص، الأفعال وردود الأفعال).
- القدرات (كيفية فعل الشخص للأشياء والمهارات المستخدمة، الإستراتيجية والخطط التالية لذلك).

• الهوية (ماذا يرى الشخص نفسه، الإحساس بالذات والمهمة الشخصية).

• الجوانب الروحية (ما يفعله الشخص هذه الأشياء من أجله، ما يكمن وراء ذاته).

وقد تم ترتيب هذه المستويات فى تسلسل هرمى، على قمته الجوانب الروحية، وفى قاعدته البيئة، وكل مستوى يتضمن أكثر من مكون عصبى للفرد. وغالباً ما يتم تصوير هذه المستويات فى شكل مثلثات بحيث تمثل المستويات الخمسة الأولى مثلث القاعدة بينما المستويات الأعلى فى صورة مثلث مقلوب فوق مثلث القاعدة كما يتضح من الشكل التالى:



شكل (٢)

(كارول هاريس ٢٠٠٤، ٦٩-٧٠ & Dilts & DeLozier 2000, 91)

ويمكن استخدام هذا الإطار بأكثر من طريقة، منها الاطمئنان على مدى الاتساق (التطابق) بين كل مستوى والآخر. كما يساعدنا فى التعرف على ما إذا كانت أساليب تفكيرنا وأفعالنا تتماشى مع رؤيتنا لذاتنا وقيمنا. إن عدم التوافق والصراع بين هذه المجالات يمكن أن يقود إلى الضغط العصبى، وسوء الفهم من جانب الآخرين، فضلاً عن سوء الأداء.

ومن المفيد استخدام هذا الإطار عندما يقوم الشخص بمهامه عند مستوى غير مناسب فى هذا التسلسل الهرمى... وبمساعدة الشخص على فهم موقع ردود أفعاله على الترتيب الهرمى للمستويات المنطقية، يمكن تحسين إدراكه لذاته ومساعدته على تطوير نفسه.

(كارول هاريس ٢٠٠٤، ٧٠-٧١)

ج - خطوط الزمن:

تشير (Harris 1999) إلى أن فكرة حدود الزمن قد عرفت منذ زمن بعيد عند اليونانيين القدماء وتشير نظرية خطوط الزمن إلى أن الناس ينظمون الوقت بطرق مختلفة ويتفاعلون مع الوقت بطرق مختلفة.

(Harris 1999,32)

فمثلاً: إن الوقت غالباً ما يمر ببطء شديد عندما لا يكون لنا سيطرة عليه (عند الانتظار فى سيارتك بسبب الزحام مثلاً) ولكنه يمر بسرعة أثناء الأحداث السعيدة. لذلك فإن الزمن نسبى وليس مفهوماً محدداً، ولكنه يختلف طبقاً لطبيعة إدراكه.

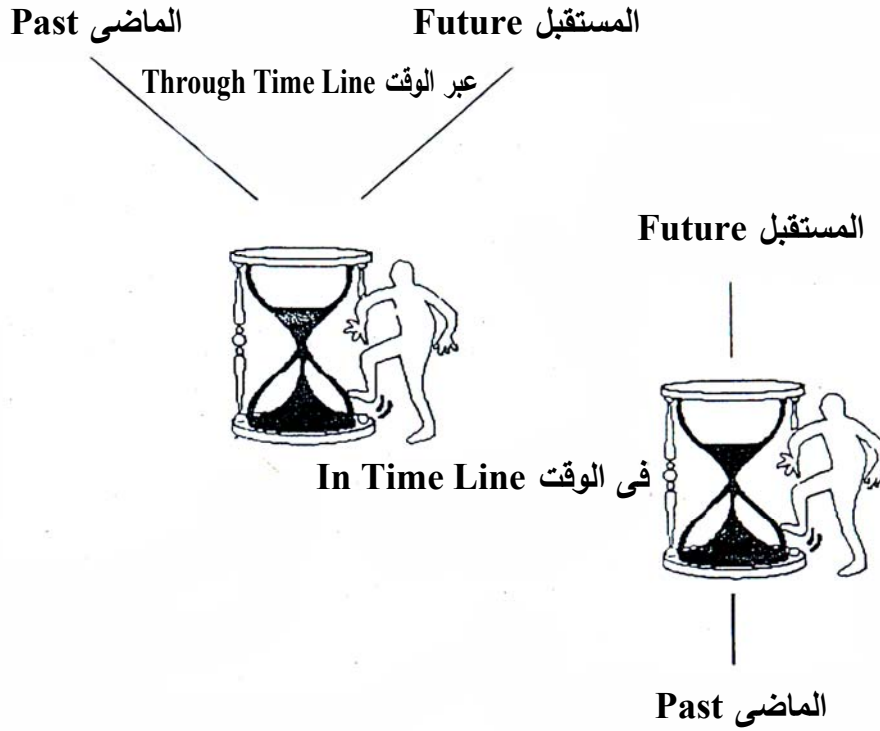
ولقد نقلت البرمجة اللغوية العصبية فكرة خط الزمن نقلة موضوعية مهمة، حيث جعلت من الممكن تخيل أنفسنا فى نقاط مختلفة عبر الزمن وفى "مواقع" مختلفة تتعلق به.

(كارول هاريس ٢٠٠٤، ٧٢)

هناك طريقة أخرى تنظر بها البرمجة اللغوية العصبية إلى الوقت ألا وهى "اتجاهات الأفراد نحو الوقت" وفى هذا الإطار هناك اتجاهين أساسيين:

١. فى الزمن والذى يعنى أن الشخص مستغرق تماماً فى حاضره أى أن الخط الزمنى يمر عبر جسده ويمتدج لديه الماضى والحاضر والمستقبل بحيث يكون الماضى خلفه والمستقبل أمامه، وهذا الشخص لا يكون واعياً بمرور الزمن وقد يكون لا يجيد إدارة وقته.

٢. عبر الزمن الذى يعنى أن الشخص "يرى" الزمن أمامه بدلاً من ان يكون مستغرقاً فيه، وفى هذه الحالة فإن الشخص يكون واعياً بشكل كامل بأهمية كل وقت ومدى الوقت المطلوب لكل نشاط، والشكل التالى يوضح خطوط الزمن نقلاً عن (O'Conner 2001).



شكل (٣) يوضح خطوط الزمن نقلاً عن "جوزيف أوكنور Joseph O'conner"

ومن هنا يمكننا القول أن لكل شخص خطأ خاصاً به وقد وجد انه من السهل تغيير خط الزمن للشخص فالجزء الذى يمثل المستقبل يمكن إغناؤه بالصورة الجميلة. أى يمكن تغيير الماضى من خلال خط الزمن، أو تغيير المستقبل بما يقتضيه الحال. فإذا كان الشخص يفتقر إلى التخطيط، ليس له هدف واضح فى حياته، ولا يعرف إلى أين يسير، ولا يجد فى نفسه حافزاً للعمل

للغد، فمن الأفضل أن يغير مستقبله على خط الزمن. أما إذا كان الشخص مرتبطاً بالماضي ومتعلقاً به، أو أنه يكرر أخطاء الماضي فمن الأفضل له أن يغير ماضيه. فيسع لكل واحد منا أن يصمم خط الزمن الذي يريده.

(محمد التكريتي ٢٠٠١، ١٦٤)

د - نظرية المجال الموحد:

فكر الكثيرون في طريقة لتحقيق التكامل بين أجزاء البرمجة اللغوية العصبية في إطار واحد. وقد نجح "روبرت ديلتز" في صياغة هذا الإطار العام. ويقول "ديلتز": أن البرمجة اللغوية العصبية بدأت كنظرية موحدة في ميدان واحد - إطار إجرائي - يضم مجالات علم الأعصاب، واللغويات، والذكاء الصناعي. ومع تقدم البرمجة اللغوية العصبية، ابتعدت عن كونها نموذجاً شاملاً لكي تصبح مجموعة من المناهج الخطية التي تدرس خطوة بخطوة، وهو يعتقد أنه على الرغم من أن هذا قد أدى إلى نقلة سريعة في المهارات والتقنيات، فإن الخسارة تتمثل في فقدان "الصورة الكلية" للمنهج، ولذلك قام "ديلتز" بتصميم إطار عام لفهم طبيعة الأداء الإنساني وهو يتضمن ثلاثة عناصر:

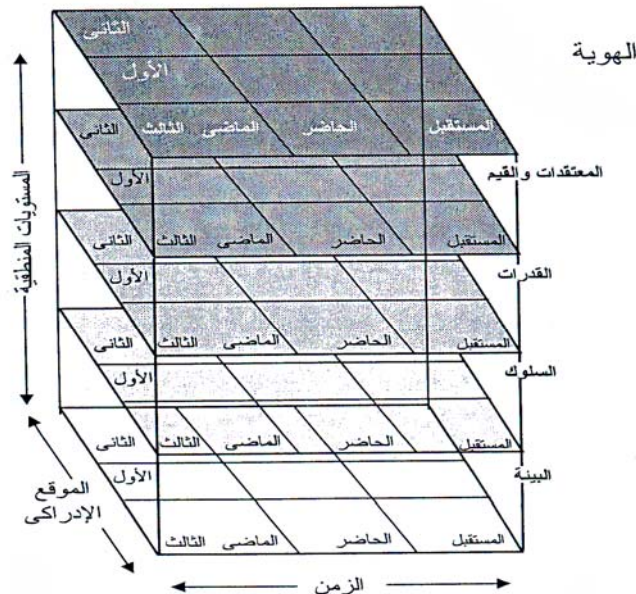
• المستويات العصبية المنطقية (مستويات الأداء).

• الزمن.

• المواقع الإدراكية (المنظور).

إن الإطار العام الذي صممه "ديلتز" يساعد على تنمية القدرة على إدارة مستويات متعددة وإحداث التغيير والتواصل بواسطة وجهات نظر متعددة. ويتعلم كيفية العمل خلال "مساحات" متعددة الأبعاد، يستطيع كل شخص أن يحقق أهدافه من خلال اختيار أكثر المسارات الملائمة للشروع في عمل ما.

والرسم التالي يوضح كيف تخيل "ديلتز" العلاقات المتبادلة فيما بين العناصر الثلاثة:



شكل (٤)

(كارول هاريس ٢٠٠٤، ٧٣: ٧٥)

٤. فنيات البرمجة اللغوية العصبية:

إن فنيات (تقنيات) البرمجة اللغوية العصبية تعمل على رفع الوعي وتحسين المرونة وتحقيق التغيير المنشود. وهناك العديد من التقنيات المستخدمة حالياً والتي يتم تطويرها كل يوم، وفيما يلي بعض من أكثر هذه التقنيات انتشاراً وشهرة:

أ - المواقع الإدراكية:

عادة ما يستخدم البعض عبارات تشير إلى الموقف أو الموقع، مثل: [إذا كنت في مكانك/ أو إننى أستطيع فهم وجهة نظرك] والواقع أنه ليس من السهل دائماً فهم كيفية التفكير أو الشعور أو التصرف لدى شخص آخر. وتقدم تلك التقنية طرقاً لتحقيق هذا التحول في الإدراك.

تتطوّر البرمجة اللغوية العصبية على سلسلة كاملة من (المواقع الإدراكية) اثنان رئيسيان، بالإضافة إلى مجموعة من المواقع الفرعية. يصف "الموقع الأول" أسلوب الشخص تجاه وجوده في الحياة، حيث يكون أكثر تشبهاً بذاته وغالباً ما يخضع لمشاعر قوية. و"الموقع الثانى" يعبر عن الانفصال عن الذات والقدرة على ملاحظتها من مكان آخر.

والمصطلحات المستخدمة فى البرمجة اللغوية العصبية لوصف هذين الموقعين هي: الارتباط Association (للموقع الأول)، الانفصال Disassociation (للموقع الثانى).

(كارول هاريس ٢٠٠٤ ، ٩٢-٩٣)

- الارتباط: يعنى حضور الشخص وانخراطه كلياً فى أى تجربة عقلية يعيشها، وهى تعنى الحضور الكامل، فينظر إليها الشخص من خلال عينيه ويسمعها مباشرة بأذنيه ويشعر بحركتها عند الارتباط بالتجربة تماماً، وهنا يصبح الشخص تحت سيطرة المشاعر التى تفرضها التجربة.

- الانفصال: يعنى أن تكون مشاعر الشخص فى حالة خمول، بالرغم من انه قد يكون فى حالة إدراك فعلى لما يحدث كما لو كان مراقباً للتجربة من الخارج. وهذا يمكن أن يتم مع تجربة حاضرة أو ماضية، وحال تصور التجربة التى يمكن أن تحدث فى المستقبل.

(أحمد المعشنى ٢٠٠٦ ، ٢٩ & محمد التكريتى ١٩٩٩ ، ١٢٧)

إن هاتان الفئتان تؤثران فى مشاعر الفرد تجاه خبرة ما، وهو بذلك يستطيع أن يحدث تأثيراً كبيراً فى خبراته الخاصة ومشاعره تجاهها، وأن الارتباط يميل إلى تكثيف المشاعر. وبالعكس فإن استدعاء ذكرى أليمة فى حالة عدم الارتباط أو الانفصال يخفف من الألم.

(هارى ألدن ، بيريل هيدز ٢٠٠٣ ، ١٤٥)

فهناك الكثيرون يبقون معظم وقتهم منفصلين عن معظم تصوراتهم، ونادراً ما يبدو عليهم التأثير الوجدانى بأى شئ وللانفصال ميزته، فإذا ما ابتعد الفرد عن الانفعالات مفردة العمق فسيكون لديه موارد أكثر للتعامل معها. ولكن إذا كان هذا هو نمطه الدائم لتصور معظم خبراته الحياتية فسوف يفوته ما نسميه بمتعة الحياة. ومن ناحية أخرى، فإذا كانت كل تصوراته الداخلية أو معظمها مرتبطة ارتباطاً تاماً فربما يجد نفسه فى صعوبة بالغة فى مواكبة الحياة لأنه يشعر بكل الأشياء مهما صغر حجمها، وليست الحياة دائماً متعة أو يسراً أو إثارة. فالشخص المرتبط ارتباطاً تاماً بكل شئ فى الحياة هو شخص حساس للغاية وعادة ما يأخذ الأمور على محمل شخصى جداً.

(أنتونى روبينز ٢٠٠٣ ، ١٤٣-١٤٤)

هناك أوقات يكون الانفصال فيها نافعاً للغاية بينما قد يكون معرقلاً فى أوقات أخرى. قد يكون من الأفضل للشخص أن ينفصل عن تجاربه لفترة قصيرة من الوقت لكى يقوى على التجارب العاطفية أو العضوية الطارئة، لكن الانفصال إذا استمر طويلاً فإن التجربة قد تبقى حية ونشيطة فى موقع ما من عقله مما يعوق تغيير أثرها أو التعلم منها.

فمن المفيد أن يمتلك الشخص القدرة على التراجع إلى الخلف وإلقاء نظرة على نفسه والأحداث من موقع محايد ومنفصل. وقد تكون هذه إحدى المهارات المهمة عندما يفكر الشخص فى تطوير إستراتيجية التفكير .. كما تعتبر خطوة هامة لامتلاك القدرة على اختيار الكيفية التى يعيش بها الشخص تجاربه فى الحياة.

(أحمد المعشنى ٢٠٠٦ ، ٢٩)

وتكون المهارة فى اختيار حالة تتصف بالارتباط أو عدم الارتباط. والاختيار الملائم يعتمد على النتيجة التى يبتغيها الفرد. فقد يختار أن يكون غير مرتبط لكى يحمى نفسه من المشاعر المؤلمة، أو قد يختار أن يرتبط لكى يعيش كل أحاسيس الموقف. فالمعظم يكون صنع القرار لديه

من خلال شعوره باحساس ما، وإذا كان الأسلوب المفضل له هو إبقاء نفسه والآخرين غير مرتبطين، فإذا كان عمله يعتمد على مساندة الآخرين في اتخاذ قراراته فإنه يحتاج إلى أن يتعلم كيف يرتبط بذاته، وكيف يساعد الآخرين أن يفعلوا الشيء نفسه.

(سوناييت ٢٠٠٤ ، ٥٧)

ويوجد سلسلة من الرؤى المختلفة فيما وراء الموقعين الأول والثاني يطلق عليها (مواقع الماويراء)، حيث أنها تنتمي إلى مواقع أبعد من نطاق المواقع الأصلية. ويطلق على (الموقع الثالث) اسم الرؤية العمودية ويرجع ذلك إلى إمكانية رؤية الفرد لنفسه والآخرين الذين يتفاعل معهم في نفس الوقت. أي يمكن مراقبة النفس وهي تراقب نفسها. بالرغم من أن الموقع الثالث هذا يطلق عليه أيضاً موقع الملاحظ ، فإن أحد الكتاب يدعى "سينكلير" يرى أنه استناداً إلى مبدأ الملاحظة فإن الشخص الثالث يمثل جزءاً من الموقف وليس بعيداً عنه، وبذلك تكون المواقع الماورائية الحقيقية هي تلك التي تتجاوز نطاق الموقع الثالث، وليس نطاق الموقع الثاني فقط.

(كارول هاريس ٢٠٠٤ ، ٩٤)

إن تحويل المنظور يمكن أن يساعد على الوعي الذاتي، وفهم رؤى الآخرين، ويجعل من الممكن الانسحاب من العواطف المشحونة، وإعادة النظر فيها بصورة أكثر استقلالية.

(كارول هاريس ٢٠٠٤ ، ٩٥)

ب - إعادة تشكيل الإطار [إعادة التأطير] Reframing:

ويقصد بإعادة تشكيل الإطار حرفياً وضع إطار مختلف أو جديد حول بعض التصورات والخبرات، أما سيكولوجياً فإن إعادة تشكيل الإطار تعنى تحويل وتعديل معنى شئ معين من خلال وضعه داخل سياق أو إطار آخر جديد، يكون أكثر وضوحاً للإدراك. حيث أن معنى أى حدث يعتمد على الإطار الذى أدركنا من خلاله هذا الحدث، أى أن هذا الإطار النفسى يرتبط بالسياق المعرفى المحيط بالحدث أو الموقف، وهذه الإطارات Frames تضع وتؤسس المحددات التى تحيط بهذا الحدث أو الموقف أو التجربة، مما يؤثر على طريقة إدراك الفرد لهذه الأحداث وتفسيره لكيفية استجابته لها، وإعادة تشكيل الإطار تعد واحدة من أقوى التقنيات التى تساعد على تغيير تصورات الفرد، وتوسيع خريطته أو نموذجها الخاص عن العالم.

(Dilts & Delozier 2000, 1071)

ويعرف كلاً من (Bandler & Grinder 1982) إعادة تشكيل الإطار بأنها طريقة لتعديل معنى مثيرات معينة، مما يؤدي إلى تغييرات في طريقة استجابة الفرد لهذه المثيرات.

(Bandler & Grinder 1982)

أى أن هذه التقنية تتعامل مع تغيير وتبديل الرؤى الإدراكية. وهى تعنى ببساطة وضع معنى آخر محتمل للحدث، أو الفكرة، أو الشعور، أو العمل. على سبيل المثال: قد ينظر إلى إلتهاب الحلق على أنه أذى، إلا أنه "بإعادة تأطيره" قد يرى كفرصة للراحة، أو فرصة للتفكير فى حل المشاكل. فعن طريق التفكير فى الموقف بطريقة مختلفة، من الممكن أن يصبح أكثر إيجابية بما يؤدي إلى الاستفادة منه إلى أقصى الحدود.

(كارول هاريس ٢٠٠٤ ، ٩٦)

وفى هذا السياق تشير كلاً من (Linden & Perutz 1997) أننا نضع أطراً على الصور ونضع أيضاً أطراً على الكلمات، والإطار يمكن أن يكون نغمة الصوت أو الإيماءة التى تصاحب الكلمات أولفة الجسم الصادرة، وإن إعادة التأطير تعنى طريقاً لتغيير إدراكك لخبرة ما، تغيير المعنى من خلال تغيير الطريقة التى يوجد بها، ويتعلق مفهوم إعادة التأطير بكيف؟ ولا يتعلق بماذا؟، فنحن نضع الأشياء بشكل مختلف ونغير السلوك لى تغيير النية.

(Anna & Kathrin 1997, 217-218)

تستلزم تقنية إعادة تشكيل الإطار فى أغلب الأحيان الانتقال إلى مستوى عصبى منطقى آخر أعلى، ففى سياق الكلام المعاد تشكيله يتغير المعنى عندما تكون الأسس المقارنة للمستويات العصبية المنطقية قد تبدلت وتحولت، فإعادة تشكيل الإطار هى القدرة على تحويل فهم الفرد وتغييره .. فالحياة تستلزم قدر كبير من المرونة والانتقال إلى مستويات عصبية منطقية مختلفة.

(Gray 1997,6)

وتعد تقنية إعادة تشكيل الإطار من أهم فنيات البرمجة اللغوية العصبية التى أثبتت فعاليتها فى العلاج، فهى عملية تهدف إلى خلق إطار أو هيكل يشمل كل الأجزاء الخاصة بالنظام الذى ينتظم فيه الفرد نحو تحقيق النتيجة المرغوبة.

(Dilts & et al. 1980, 97)

هناك نوعان أساسيان من إعادة تشكيل الإطار هما: إعادة تشكيل الإطار للسياق Contextual Reframing، وإعادة تشكيل الإطار للمحتوى Content Reframing،

وكلاهما يغيران تصورات الفرد الداخلية عن طريق تخفيف وإزالة حالة الألم أو الصراع الداخلى بما يضعه فى حالة أكثر وعياً وإدراكاً.

(أنتونى روبينز ٢٠٠٣ ، ٣٩٥)

١. إعادة تشكيل الإطار للسياق:

يمكن لعملية إعادة تشكيل الإطار التأثير على السياق بالنسبة لأى موقف، فعلى سبيل المثال: يمكنك تغيير المكان أو الزمان. فكر فقط فى سياق آخر يجعل السلوك إيجابياً أو مفيداً، وأين يمكن أن يبدو نفس هذا السلوك؟ ولكن بإضاءة مختلفة.

(هارى ألدرد & بيريل هيدز ٢٠٠٣ ، ٢٦٧)

بمعنى آخر أن عملية إعادة تشكيل الإطار للسياق تعنى قبول كل السلوكيات على أنها مفيدة فى سياقات أخرى، وأن الغرض الرئيسى من إعادة تشكيل الإطار للسياق يكمن فى تغيير الاستجابة الداخلية السلبية للفرد إلى سلوك معين من خلال إدراك فائدة السلوك فى سياقات أخرى تسمح للفرد بأن يرى السلوك ببساطة، ويحول انتباهه إلى تسجيل قضايا أخرى مرتبطة بسياق أكبر.

(Cameron 1978, 131)

٢. إعادة تشكيل الإطار للمحتوى:

ويتضمن تغيير منظور الشخص وإدراكه، مع الاحتفاظ بالموقف وذلك من خلال اكتشاف الهدف أو المغزى الإيجابى الذى يتحقق من وراء السلوك الخارجى للفرد، وهناك وجهان لتحقيق هذا الهدف أو المغزى الإيجابى الذى يكمن وراء هذا السلوك:

أ - الاستجابة الداخلية الايجابية للسلوك مثل [الرغبة فى الرضا - الحب - الاحترام ... الخ].

ب - الفائدة الإيجابية التى يقدمها السلوك مع الاحتفاظ بالنظام الأكبر أو السياق الذى يحدث فيه السلوك (الموقف) مثل [تحويل الانتباه عنه - التسليم بأمر معين، ... الخ].

(Dilts & DeLozier 2000, 1072-1074)

الخطوات الستة لإعادة تشكيل الإطار:

تعد الخطوات الستة لإعادة تشكيل الإطار أفضل تطبيق لإعادة تشكيل الإطار للمحتوى، وتستخدم هذه الخطوات لفصل السلوك الغير مرغوب فيه (المراد تغييره) عن القصد الإيجابي له، وتكوين خيارات وبدائل جديدة لتحقيق هذا الهدف، وكل خطوة من هذه الخطوات تطبق بتوسع لمساعدة الأفراد على اكتشاف مصادره الداخلية لخلق بدائل وخيارات جديدة تضاف لذخيرتهم الخاصة، وذلك مع تقييم كل خطوة من هذه الخطوات في إطار العلاقة العلاجية الجيدة مع المعالجين.

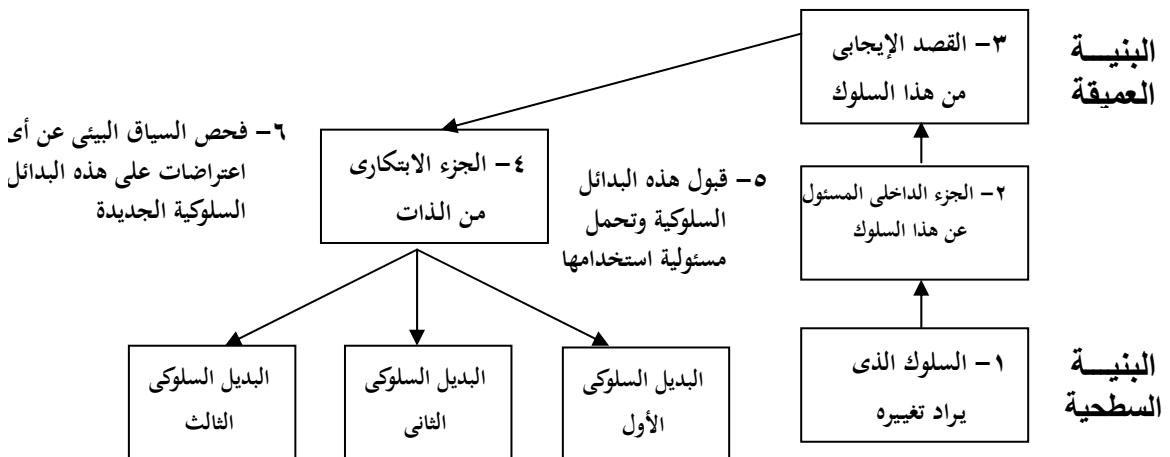
ولقد قلم كلاً من (باندلر، جريندر) بصياغة هذه الفنية من خلال دراستهما للإشارات والتلميحات التي كان يستخدمها كلاً من إريكسون، فرجينيا ساتير أثناء تدريب مرضاهم على التفاوض مع العديد من الأجزاء الخاصة بأنفسهم، وتعد هذه الفنية جزء من التنويم الإيحائي ويتم من خلالها تجنيد الجزء الداخلي المسئول عن السلوك المراد تغييره للتعاون والاتصال به لمعرفة مقاصده الإيجابية من وراء هذا السلوك، أي تأسيس قناة اتصال مع هذا الجزء، ثم التفاوض معه لإيجاد بدائل مقبولة لتحقيق المقصد الايجابي للسلوك دون اللجوء لهذا السلوك الغير مرغوب من خلال الجزء الابتكاري والخلق من الذات، ومن المهم قبول هذه البدائل والخيارات الجديدة وفحص السياق البيئي لها أي تفاعلها مع البيئة للتأكد من انه لا توجد اعتراضات عليها، وإذا وجدت أي اعتراضات يتم إعادة الدورة مع الجزء الذي يعترض وتحديد مقصده الايجابي وهكذا، أي التأكد من أن هذا الجزء قد استوعب هذه الخيارات، حيث أن هناك اختلاف بين البدائل والخيارات فالبدائل هي اختيارات خارجية بينما الخيارات هي بدائل أصبحت جزءاً من الخريطة الداخلية للفرد فقد يكون لدى الفرد بدائل كثيرة، ولكنه لا يملك الخيار أي القدرة على الاختيار الداخلي للاختيارات والبدائل المتاحة له.

(Dilts & Delozier 2000, 1215:1217)

وتتمثل هذه الخطوات فيما يلي:

1. تحديد النمط الذي ينبغي تغييره وذلك من خلال الدخول في حالة تأمل وتركيز انتباه الشخص في السلوك (النمط) المراد تعديله.

٢. تحقيق التواصل مع الجزء المسئول عن هذا النمط المراد تغييره، من خلال سؤال هذا الجزء للاتصال به وإذا تحقق الاتصال، نستخدم الأنظمة التعبيرية والأنظمة الفرعية للعمل على تغيير النمط.
٣. تحديد الهدف أو المغزى الإيجابي الذي يحققه هذا السلوك، وفصل هذا السلوك عن الهدف أو المغزى الإيجابي له وذلك من خلال التفاوض مع هذا الجزء على تحقيق هذا الهدف الإيجابي له دون اللجوء للنمط أو السلوك المراد تعديله، ومن خلال مرونة المعالج.
٤. إدخال جزء إبداعي وتحريك سلوكيات جديدة لإنجاز الوظيفة الإيجابية، أى خلق بدائل سلوكية لتحقيق هذا المغزى الإيجابي من خلال إيجاد ثلاثة أو خمسة بدائل لتحقيق ذلك وبعض هذه البدائل قد تظهر على مستوى الشعور، وبعضها سيظل فى مستوى اللاشعور، ولا بد أن تكون هذه البدائل ليس لها عواقب سلبية.
٥. التناغم المستقبلى Future Pacing وهى العملية التى يتم فيها ربط الاستجابة الجديدة أو البدائل الجديدة بالسياق الوثيق الصلة بالتغيير السلوكى، مستخدمين كل الأنظمة التمثيلية الذهنية لتعزيز وتقوية هذه الخيارات والبدائل الجديدة، من خلال سؤال الجزء الإبداعي عن موافقته لهذه البدائل وكذلك تحمل مسئولية تحقيق الهدف الإيجابي بواسطة هذه البدائل الجديدة (إذا لم يوافق، فيبحث عن بدائل أخرى جديدة، ويعود إلى الخطوة رقم ٤).
٦. فحص السياق البيئى أو الحالة البيئية للفرد Ecological State والتي تعبر عن مدى راحة المريض بهذه البدائل السلوكية الجديدة، والبحث عن أى جزء من الأجزاء الداخلية يعترض على هذه البدائل أو يرفضها (وإذا كان هناك جزء يعترض على هذه البدائل، نحدد هذا الجزء ونعود إلى الخطوة رقم ٢).
- ويمكن توضيح هذه الخطوات من خلال الرسم التخطيطى الآتى:-



شكل (٥)

الخطوات الستة لإعادة تشكيل الإطار

(Dilts & Delozier 2000, 1217:1218)

ج - بناء التجاوب (التوافق - الألفة) Rapport Building:

التجاوب هو فى جوهره تأثير متبادل، فعندما يتواصل الفرد مع شخص آخر يكون جزءاً من نظام معين، وكلما ازداد مستوى التجاوب بينهما، ازداد قدر التأثير المتبادل، وعادة لا يتطلب ذلك كثيراً من الانتباه الشعورى، فما إن زاد التجاوب يشعر بالراحة والثقة فى صحبة الآخر، ويتدفق الحوار، وتكون لحظات الصمت مريحة أيضاً، فالحديث يتدفق بانسيابية لأنه استوعب مغزى ونية الطرف الآخر من وراء ما يقوله، ويقدر كل منهما مشاعر الآخر ويحترمها، ولا يعنى ذلك موافقة المريض لكل ما يقوله أو يفعله، ولكن يعنى تفهم المعالج لما يقوله المريض والدوافع من وراء ذلك.

(سوناييت ٢٠٠٤ ، ٣٥٢)

ويعرف (Yeager 1985) بنية التجاوب The Structure Of Rapport على أنها: تأسيس أسلوب من التواصل المتعاون الذى يتسم بالتناغم والثقة والاستجابات الانفعالية الايجابية فى الحوار الذى ينشأ بين المعالج والمريض، ويتحقق هذا التواصل من خلال التناغم Pacing أو تقليد كافة أنواع اللغة غير اللفظية التى تولد الاستجابات الحسية الحركية الايجابية.

(Yeager 1985,57)

بقدر ما ينجح المعالج أو الممارس للبرمجة اللغوية العصبية بالحصول على المعلومات أو الاتجاهات أو الاستجابة التى يريدها من المريض أو من يتعامل معه، بقدر ما يدل ذلك على تحقيق التوافق الذى يتطور إلى الألفة معه، وللألفة خمسة مستويات يمكن تحقيقها كلها أو بعضها، وهى:

- مستوى التعبيرات: كطريقة الجلوس، وحركات اليدين والعينين، واللباس، وتعبيرات الوجه والجسم، والتنفس.
- المستوى السمعى: كارتفاع الصوت وانخفاضه، ونغمته، ودرجته وسرعته.

- المستوى اللغوى: نوع الكلمات المستخدمة، وفيما إذا كانت صوتية، أم سمعية، أم حسية، أى لحن الخطاب.

- مستوى المعتقدات والقيم: المعتقدات، والمقيم، والمعايير، والأذواق.

- مستوى البرامج العالية: تفضيل بعض التصورات والمفاهيم، كتفضيل الإجمال أو التفصيل، أو القرب والبعد، كتفضيل البعد عن المشاكل أو الاقتراب من الحلول.

(محمد التكريتى ٢٠٠١، ١٠٠٠)

ولكى يحدث هذا التجاوب بشكل مرضى ومثمر لابد من توافر أمرين:

- الأمر الأول: أن يكون المعالج قوى الملاحظة، مرهف الحواس لى يرصد خصائص المريض - تنفسه، طريقة كلامه، حركة رأسه ويديه، وتعبيرات جسمه.

- الأمر الثانى: أن يكون لدى المعالج الخبرة والمهارة لتكييف تنفسه، وطريقة كلامه، وحركاته.

(محمد التكريتى ٢٠٠١، ١٠٢)

وعادة ما تتم هذه العملية بطريقة لاشعورية حيث أنها عملية طبيعية للإحساس بالانسجام والثقة، فهي عبارة عن عملية مرونة وسلسلة متغيرة، وهى الوسيلة الرئيسية لتوطيد علاقة دائمة وثابتة تعتمد أساساً على التغيير والتكيف مع ما يمر به الإنسان الآخر.

(أتونى روبينز ٢٠٠٣، ٣٣٥-٣٣٦)

ويعتبر بناء التوافق تقنية ضرورية يقوم عليها أى اتصال سواء علاجى أو تنموى أو وقائى

أو تربوى ويتسلسل التوافق من خلال الخطوات التالية:

- التناظر والتطابق Matching And Mirroring يقوم المعالج فى هذه الإستراتيجية بمجارة حركات المريض ولغة جسمه، وضع جسمه، حركات الجسم، الرأس، وضع الأكتاف وصوته، نبراته، ألفاظه، إيماءاته، بشكل كلى أو جزئى، حتى يصل إلى حالة من التطابق، حتى يصبح الاتصال بينهما ناجحاً فيستطيع المعالج أن يقود الجلسة إلى تحقيق أهدافها.

- التناغم Pacing وهى تعنى أن يقوم المعالج بالاستمرار فى محاكاة نفس الحركات التى يقوم بها المريض دون وعيه لى يبلغ مرحلة متقدمة من التوافق، وتشمل: التنفس، الصوت، تعابير الوجه، حركة اليدين، حركة الرجلين، وضعية الجسم، الحركات الإرادية، استرجاع المعلومات، مجارة المريض فى نظامه الغالب، وفى معتقداته.

- القيادة Leading وهذه الإستراتيجية تعتبر مكملة للإستراتيجية السابقة، وفيها يقوم المعالج فى مجارة المريض، وهنا يستطيع المعالج أن يقنع المريض بوجهة نظره، لأن التوافق بينهما يصبح لا شعورياً.

(Dilts 1983 II, 7)

والتناغم يتم وفقاً للمستويات البصرية من خلال تعبيرات الوجه وأوضاع وإيماءات الجسم، وكذلك السمعية وذلك من خلال معدل نغمة وإيقاع وامتداد الصوت، وأيضاً الحسية من خلال معدل التنفس، ولا يعنى التناغم التقليد، ولا يجب أن يدرك على أنها سخرية أو استهزاء للمريض، ولكنها تهدف للترابط المتناغم من خلال مسايرة المريض للأنماط اللفظية وغير اللفظية، وسؤال المريض عن خبراته الحالية وأسباب إحضاره للعلاج من خلال التناغم معه بصرياً وسمعياً وحسياً.

(Stermon 1990, 54)

وتعتبر مهارة التناغم مبنية على إحدى الافتراضات الأساسية للبرمجة اللغوية العصبية والتي تقول أن الأشخاص يتصرفون وفقاً لخرائطهم الذهنية عن العالم، والتي تختلف من شخص لآخر. ويعتبر هذا مهم للتعرف على هذه الاختلافات فى رؤية الأشخاص للعالم. فالغرض الأساسى من التناغم هو تحقيق التواصل وفهم أفضل لسلوك ورؤية الشخص الآخر عن العالم مما يخلق تفاعلاً واحتراماً وفعالية أكثر فى قدرة المعالج على قيادة المريض لتحقيق النتائج المرغوبة من خلال السياق البيئى له بطريقة أكثر سهولة.

(Dilts & Delozier 2000, 909-910)

أما القيادة Leading فيقوم بها المعالج شعورياً ولكنها تتم بشكل لا شعورى من قبل المريض من خلال تحقيق النتيجة المرغوبة، حيث أن القيادة تشبه كتابة رؤوس الموضوعات لمقالة داخل العقل، فهى الخريطة العقلية التى يضعها المعالج للبرنامج العلاجى بوصفها هدفاً متبادلاً ومتواصلاً لقيادة انتباه المريض واهتماماته واتجاهاته.

(Yeager 1985, 26)

وتتضمن فنيات القيادة واحدة أو أكثر من العناصر الآتية:

1. الترجمة أو التنقل Translating

وهى تجعل الشخص أكثر قدرة على التعبير عن مشاعره وخبرته وذلك من خلال الانتقال من نظام تمثلى ذهنى لآخر، فمثلاً إذا لم يستطع المريض أن يتحدث عن مشاعره أو يصف

خبرته، فيمكنه أن يصف كيف يدرك ويرى الموقف، وهذه الخطوة تمثل خطوة هامة جداً لبدء التدخل العلاجى.

٢. قيادة نغمة الصوت Tonal Leading

إذا كان المعالج فى مرحلة التناغم قد توافق مع المريض فى نغمة الصوت وحجمه وإيقاعه، فإنه فى مرحلة القيادة يقوم المعالج بتغيير نغمة الصوت ودرجته حتى يسمح للمريض بحالة من التغيير فى العقل، مما يجعل المريض قادراً على إتباع المعالج.

٣. القيادة البصرية Visual Leading

حيث أن المريض الذى يعانى من الاكتئاب تكون إيماءاته ووضع جسمه يشيران لتلك الحالة، فتكون أكتافه محنية، مكتوف الذراعين، وجهه بدون تعبيرات، وبعد التناغم مع المريض لفترة، يبدأ المعالج بالجلوس عمودياً، يرفع أكتافه للوراء، يظهر بعض الإيماءات على وجهه أثناء الحديث، ويتنفس أعلى صدره، فيبدأ فى تغيير لون الوجه، وكلاً من القيادة البصرية والسمعية تستخدمان بنجاح معاً، ولكن ذلك يتوقف على مدى نجاح المرحلة الأولى من مهارات التجاوب وهى التناغم اللفظى وغير اللفظى.

(Sterman 1990, 57-58)

إن الفكرة الرئيسية للتناغم والقيادة هى أن يستطيع المعالج تغيير رؤية المريض عن العالم، وعن سلوكياته وذلك من خلال التناغم، ثم يقوم بعد ذلك بتوسيع رؤيته فى إطار مرونة المعالج وقدرته على تنظيم تصورات المريض ورؤيته الخاصة عن العالم.

(Dilts & Delozier 2000, 910)

وهناك أربع طرق يمكن من خلالها معرفة مدى التواصل والإيجابية بين المعالج والمريض

وهى:

١. الأحاسيس الداخلية: حيث يعتمد الإحساس بالتواصل على مهارات الحدس والمسئول عنها

النصف الأيمن من المخ، والتي قد تضم إذا لم تستخدم بشكل منتظم، وبالممارسة يتعلم

كيف يستشعر هذه الأحاسيس الداخلية، وتسمى هذه الأحاسيس بكيمياء التواصل.

٢. التغيير فى لون البشرة: حيث أن الانسجام والتجاوب مع الآخرين يأتى من خلال الانسجام

مع الحالة المزاجية للطرف الآخر والتي تتضح من خلال التغييرات فى لون البشرة، وكذلك

سرعة التنفس، وحركة عضلات الوجه والتي تحتاج لقوة ملاحظة.

٣. التعليقات التلقائية: مثل أنا أوافق، أو هذا صحيح، أو هذا أكيد، أو نحن على نفس الموجة، وغيرها من التعليقات التى تشير إلى تكوين التواصل والتجاوب بين الطرفين.
٤. القدرة على القيادة: من خلال إتباع المريض لبعض حركات جسم المعالج وأدائه وكذلك اللغة التى يستخدمها.

(هارى ألدر ، بيريل هيدز ٢٠٠٣ ، ٩٦ : ٩٨)

د - التناغم المستقبلى Future Pacing:

إنه تمثيل لحالة مستقبلية، تمتلك إثارة قوية تحرك مشاعر وأحاسيس الشخص فى الحاضر، فتدفعه للتغيير. وتعتمد هذه التقنية على بناء تصور لآمال وأهداف الشخص. فالناجحون يحملون دائماً فى عقولهم تصور واضحاً جداً لما يرغبون فى تحقيقه. ويعرف هؤلاء مسبقاً كيف سيكون الحل والوضع. إن سطوة هذا التصور قد تبلغ مستوى يشعر الشخص وكأن هذا المستقبل موجود بالفعل فى الوقت الراهن فى عقله ومشاعره، وهذا هو ما يجعل عقله يركز على الحدث المستقبلى، وبالتالي يتشكل سلوكه تبعاً لذلك ومن ثم تتولد رغبة جامحة فى الانجاز، إن تلك الصورة النابضة هى التى تولد الرغبة التى لا تقاوم فى الانجاز.

(ماكديرموت ، جاجو ٢٠٠٤ ، ٤٩)

وترتبط هذه الفنية بالقدرة على التخيل فهى تعنى أن تتخيل كيف يمكن أن يكون حال شئ معين فى المستقبل، فأنت تجوب هذا الشئ فى عقلك، إلا أن استخدام هذه الفنية ليس إيجابياً على الدوام وليس سلباً على الدوام، فأحياناً يفرط بعض الأشخاص فى استخدامها بحيث يصبح تخيل المستقبل بدلاً عن العمل فى الواقع الفعلى، وأحياناً ما يلجأ الشخص لهذه الفنية هرباً من واقع أو حاضر مؤلم، وإذا لم يقوم الشخص بالتفكير فى المستقبل فهذا يعنى أنه ربما لا يخطط ولا ينظم حياته المستقبلية أو ليس لديه أهداف بعيدة المدى أو أنه شخص يعيش لحظته الحاضرة فقط.

(Harris 1999,112)

هـ - تحديد (صياغة) النتائج Out Comes:

تعتبر تقنية تحديد النتائج من التقنيات الهامة جداً والتى تتيح للشخص معرفة الفرق بين الحالة التى هو فيها والحالة التى يريد أن يصل إليها، فعندما يحدد الشخص بدقة وبالتحديد ماذا يريد، يستطيع أن يضع الخطة والخطوات التى تساعد على الوصول إلى هدفه.

(O'Conner 2001, 11)

إن البرمجة اللغوية العصبية تساعد الشخص لى يشعر ويتخيل ويعيش الحالة العاطفية والانفعالية التى يمكن أن يقوده التغيير إليها، وهى بمثابة رحلة نفسية ينتقل فيها الشخص من الحالة التى لا يريد بها إلى الحالة التى يرغب فيها بشدة. وتقوم البرمجة اللغوية العصبية بلفت انتباه الشخص إلى المصادر التى يتمتع بها ومن شأنها أن تساعده فى الوصول إلى الحالة الشعورية التى عندها تنفجر عاطفته ويبلغ حماسه مداه لى يبدأ الخطوات الحقيقية نحو تحقيق أهدافه. فالرغبات التى يسعى الفرد إلى تحقيقها كبرنامج عقلى يحرك جميع دوافعنا نحو تحقيق الهدف.

(Andreas & Faulkner 2003, 59)

يقول (أنتونى روبنز ٢٠٠٣) أن أجسامنا وعقولنا وحالاتنا كشوكة رنانة فى تآلف مع هذا المستوى المرتفع من الوجود .. ومفتاح هذه العملية هى معرفتك ماذا تريد. فالعقل اللاواعى يعطى المعلومات بشكل متواصل بالطريقة التى تحركنا فى اتجاهات معينة. وحتى على مستوى اللاوعى، فإن العقل يحرف ويحذف ويعمم، لذا فقبل أن يعمل العقل بفاعلية، علينا أن نمى إحساسنا بالنتائج التى نتوقع الوصول إليها، فعندما يكون للعقل هدف محدد، فإنه يركز عليه حتى يتحقق، أما إذا لم يكن لديه هدف محدد، فإن طاقته تنتشت، ويكون كالشخص الذى يملك أكبر منشار ولا يعرف لماذا يقف فى وسط الغابة.

(أنتونى روبينز ٢٠٠٣ ، ١٤٣-١٤٤)

ولكى يستطيع الشخص أن يحدد ما يرغب فى تحقيقه بما يشكل إستراتيجية لعقله فهو بحاجة إلى تطبيق معايير تحديد الأهداف وهى:

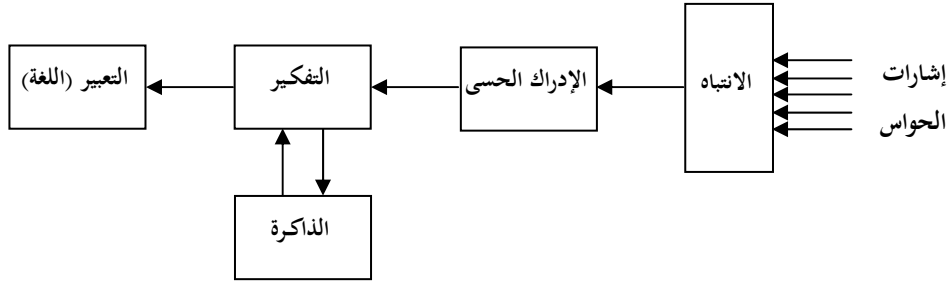
- تحديد الهدف بصيغة إيجابية: حيث أن اللاشعور يجد صعوبة فى التعامل مع الضوابط ولذلك يجب أن يصيغ هدفه بأسلوب: أريد تحقيق كذا بدلاً من لا أريد كذا - لأن الصياغة السلبية تشوش عليه وتدعم التفكير السلبى الذى يقوده إلى الحالة النفسية السلبية.
- توظيف الحواس التى يقوم عليها تحديد الهدف: ماذا سيرى الشخص؟ وماذا سيلمع وماذا سيشعر به؟ وماذا سيشم أو يتذوق فى حال تحقيق ما يريد.
- تحديد الوضع المرغوب فيه ومقارنته بالوضع الحالى: ماذا يحدث الآن؟ وماذا سيحدث إذا حقق الشخص هدفه؟ ما الفرق بين الحالة التى هو عليها والحالة التى سيكون عليها عندما يحقق هدفه؟.
- معيار القدرة: هل يمتلك الشخص الإمكانيات والمصادر التى تساعده على تحقيق هدفه.

- معيار التحكم: يجب أن يعتمد الهدف على الشخص ذاته، وتبقى أهدافه وتستمر بيده، فلا يعتمد على الآخرين لتحقيقها، بحيث تعكس أهدافه أشياء يمكنه التحكم فيها والتغيير فيها والتأثير فيها.
- معيار القابلية للإنجاز: وهي تعنى قابلية الملاحظة والقياس والإنجاز والواقعية وموقته بزمن محدد للتحقيق.
- دليل تحقيق الهدف: كيف سيعرف الشخص وسيؤكد أن هدفه قد تحقق.

(أحمد المعشنى ٢٠٠٦ ، ٥٦)

و - النظم التمثيلية الذهنية Representational Systems :

تتم عملية الإدراك لدى الإنسان عن طريق تضافر خمسة عوامل تشارك في العملية وهي: الإدراك الحسى، والانتباه، والتفكير، والذاكرة، ثم التعبير أو اللغة، كما يوضحها الشكل التالى:



شكل (٦) العناصر الخمسة التى تشترك فى عملية الإدراك

يتم الإدراك الحسى عن طريق ورود المعلومات إلى الدماغ من الحواس الخمس: البصر، والسمع، واللمس، والشم، والذوق. ويقوم المخ بترميز المعلومات ثم تفسيرها وبالتالي فهمها .. وحاسة الإحساس تشمل حاسة اللمس، والحاسة الحركية، والإحساس بالمشاعر المختلفة.

(محمد التكريتى ٢٠٠١ ، ٥٦-٥٧)

ويمكن أن نعرف النظام التمثيلى بأنه هو الطريقة التى نقوم من خلالها بترميز المعلومات فى ذهننا فى واحد أو أكثر من نظم حواسنا الخمس، أى كيف نمثل ونعبر عن العالم، ولكل حاسة من الحواس الخمس ما يقابلها من نظام داخلى كالمرآة. إننا نتذكر ونتخيل "ونفكر" باستخدام هذه الأنماط المعتادة. فكل ما يصل إلى العقل من خلال الأعضاء الحسية يترجم إلى معنى ويشكل "خبرة" شخصية، أو بتعبير آخر (تمثيل للعالم الذى ندركه).

وبالرغم من أننا جميعاً نمتلك نفس الحواس إلا أننا نختلف فيما بيننا فى استخدامنا للحواس الخمس، فكل فرد يعبر بطريقة فريدة حيث أن أنظمة التمثيل الذهنى تعمل طبقاً للغته الخاصة التى تكونت من خلال خبراته الذاتية، وهذه اللغة تحتوى على كل عملياته العقلية مثل التفكير، التذكر،

التخيل، الإدراك، والشعور، فالفرد يستقبل المعلومات ويضع لها شفرات ويخزنها باستخدام الأنظمة التمثيلية الأساسية التالية:

١. النظام البصرى (الرؤية).
٢. النظام السمعى (السمع).
٣. النظام الشعورى (للإحساس واللمس والحركة).
٤. النظام الصوتى الرقمى (للحوار الداخلى).

(هارى ألدر & بيريل هيدز ٢٠٠٣، ٣٨٢، ١١٧-١١٨)

إن الإحساس المتولد عن كل حاسة من الحواس الخمسة يمثل نمطاً Mode خاص بالإدراك، فالإدراك الناتج عن (رؤية) شئ هو النمط الصورى Visual نسبة إلى الصورة، والإدراك الناتج عن (سماع) صوت هو النمط السمعى Auditory، والإدراك الناتج عن (الإحساس) هو النمط الحسى Kinesthetic، وهناك إدراك يشترك فيه نمطان أو أكثر من أنماط الإحساس، كما يمكن تحويل الإدراك من نمط إلى آخر، وعلى الرغم من اشتراك الحواس الخمسة كلها فى عملية الإدراك فى حياة الفرد إلا أن الغالبية العظمى من مدركاته وذكرياته تأتي عن طريق ثلاثة حواس رئيسية هى (البصر، السمع، الإحساس) حيث أن حاستى الشم والتذوق تابعة للإحساس ويطلق على هذه الأنماط الثلاثة VAK.

(محمد التكريتى ١٩٩٩، ٥٧-٥٨)

ودراسة النظام التمثيلى للأشخاص يمكننا من قيادتهم الفكرية وذلك عن طريق انتقاء المعلومات والكلمات عند توجيههم. كما يمكننا من قراءة أفكارهم وذلك بمعرفتنا لطريقة إدراكهم للمواقف وصياغة أذهانهم لها، وتتم دراسة أنظمة الآخرين التمثيلية بملاحظة التأكيدات اللغوية التى يستخدمها.

الصياغة اللغوية لأصحاب الأنظمة التمثيلية

بصرى	سمعى	حسى	عقلى غير محدد
أرى	أسمع	أشعر	أفكر
أنظر	سمعت	هدوء	أفهم
من وجهة نظرى	يُقال	ضغط	أعتقد

أقرر	مرهق	أنصت	الذى يظهر لى
أعتبر	لاحظت	كلى أذان صاغية	شاهدت
أكشف	تماسكت	أصم	يتهاى لى
أعى	لمست ذلك	صوته متناغم	أتخيل أنه



١. يرون صوراً لخبراتهم.
٢. يستخدمون حركات الجسد لإقناع غيرهم.
٣. كثيرى الحركة.
٤. نبرات أصواتهم عالية.
٥. يتنفسون بسرعة.
٦. قراراتهم سريعة.
٧. ينتبهون لما يرون.

الأشخاص السمعيون:

١. أفضل البشر استماعاً.
٢. أقلهم حركة.
٣. نبراتهم مدروسة ونغماتهم متباينة.
٤. دقيقى التحليل.
٥. تنفسهم بطئ.
٦. قراراتهم مدروسة.
٧. لا يخطرون ويركزون على ما يسمعون.

الأشخاص الحسيون:

١. عاطفيون.
٢. مشاعرهم تحدد نجاح تجاربهم.
٣. تنفسهم هادئ.

٤. تحدثهم ببطء.

٥. يهتمون بكيفية الإحساس بالأشياء.

٦. يتجاوبون مع ردود الفعل الجسمانية.

الأشخاص ذو الصياغة اللغوية الغير محددة:

١. يتحدثون بكلمات مجردة.

٢. عقلائيون.

٣. يتحدثون مع أنفسهم كثيراً.

ويرى كلاً من (Bandler & Grinder 1979) أن الأفراد يدركون خبراتهم وفقاً لأنظمة التمثل الذهني السائدة لديهم، والتي تتعلق بالحواس الخمسة، ويختزنون هذه المعلومات فى العقل وعندما يتواصلون مع الآخرين، فإنهم يتصرفون وفقاً لهذه الأنظمة التمثيلية الذهنية.

(Bandler & Grinder 1979,5)

📌 النظم التمثيلية الذهنية الفرعية Sub Modalities:

تعرف النظم الفرعية بأنها الفروق والصفات والخصائص التي تتسم بها أنظمة التمثل الذهني والتي تضى عليها صفاتها الفريدة ومعناها الشخصى الخاص والتي قد تعكس حالة ذهنية معينة، أو هي قوالب البناء المتناهية الصغر التي تشكل أفكارنا.

(هارى ألدر ، بيريل هيدز ٢٠٠٣ ، ٣٨٢)

وتشمل أنظمة التمثل الذهني الفرعية الآتى:

١. البصرى: الحجم، الإطار، الوضوح، الإضاءة، اللون، الحركة.

٢. السمعى: شدة الصوت، درجة الصوت، الإيقاع، النغمة، الوضع، القرب.

٣. الحسى حركى: درجة الحرارة، أو البرودة، الخشونة أو النعومة، الصلابة أو الليونة، الوزن، شدة الألم.

٤. الشمى والتذوقى: الحلاوة، المرارة، الحامضية، اللذعة، النقاء، الراحة جيدة أو كريهة.

(محمد التكريتى ٢٠٠١، ٦٦، كارول هاريس ٢٠٠٤، ١٠١: ١٠٣)

وتشبه أنظمة التمثل الذهني الفرعية المقادير الدقيقة المطلوبة لخلق نتيجة ما، وهي أصغر وحدات البناء التي تتكون منها بنية الخبرة الإنسانية وأكثرها دقة، فلكي يكون قادراً على فهم الخبرة البصرية والسيطرة عليها فإنه فى حاجة إلى معرفة المزيد عنها إذا كانت مشرقة أم قاتمة، بيضاء أم سوداء أو ملونة، متحركة أم ثابتة، وبالمثل فإنه يريد معرفة ما إذا كان التواصل السمعى عالياً

أم منخفضة، قريباً أم بعيداً، رناناً أم صامتاً، وهكذا بالنسبة للخبرة الحسية اللمسية أو التذوقية أو الشمية.

(أنتوني روبينز ٢٠٠٣ ، ١١٧)

ويمكننا عن طريق تغيير أنظمة التمثل الذهني الفرعية، تغيير استجابة الفرد لأي صورة، سواء كانت سعيدة أم حزينة، فإذا كان لدى الشخص ذاكرة غير سارة، يستطيع عن طريق الصورة الذهنية أن يجعلها أصغر، وأبعد، أو قاتمة اللون، حتى يراها نقطة سوداء غير مرئية، ومن خلال تكرار ذلك، لا يستجيب المريض لهذه الخبرة بالمشاعر السيئة فتتخفف ويزول أثرها. وعلى الرغم من أن الأشخاص لا يكونون واعين شعورياً لهذه التغييرات التي تحدث في أنظمة التمثل الذهني الفرعية إلا أنها تؤثر في استجاباتهم، فيستطيعون تقليل أو تزويد حدة الاستجابات لبعض الأحداث الخاصة والذكريات الهامة والأفكار التي تحسن حياتهم.

(Andreas & Andreas 1992,15)

وعلى ذلك فإن لكل من هذه الحواس أشكالاً فرعية تمثلية، وهنا تظهر إحدى الخصائص الرئيسية للبرمجة اللغوية العصبية، ألا وهي قدرتها على مساعدة من يستخدمها على التمييز الدقيق بين عناصرها، ثم الاستفادة من هذه العناصر في مخيلته لإيجاد خبرات جديدة وفعالة، وإدراك تأثير خبرات جديدة وفعالة، وإدراك تأثير أحداث مستقبلية، وإعادة النظر في أحداث مضت حتى يصبح أكثر دافعية للتغيير.

ونظراً لما هو معروف عن قوة العقل، فإن التغييرات التي تطرأ على الأشكال الفرعية للحواس (الأنظمة التمثلية الذهنية الفرعية للحواس) يمكن أن تؤدي إلى تحولات كبيرة في الفكر والمشاعر، وما يلحقها من تغيير في السلوك.

(كارول هاريس ٢٠٠٤ ، ١٠٣)

كثيراً من الناس مازالوا يتقبلون بصعوبة المقولة القائلة بأن الإنسان حيوان من الناحية البيولوجية. إن الإنسان يعتبر نوعاً مميزاً في المملكة الحيوانية الرئيسية، وما يميزه عن جميع الأنواع الأخرى في مملكته أنه يمتلك عقلاً ذكياً ومتقدماً. ومن ناحية أخرى فنحن كبقية الأنواع الأخرى نتميز بقواعد حياتية تتحكم بأفعالنا وردود أفعالنا ولغة الجسم وإيماءاته. والشئ المثير أن (الحيوان البشري) نادراً ما يدرك أن حركاته وإشاراته وأوضاعه يمكن أن توحى بشئ ما بينما صوته يحكى عن شئ مغاير تماماً.

(ألن بيز ١٩٩٢ ، ٥)

لقد تقدمت الدراسة الفنية للغة الجسم نتيجة لأعمال "شارلز دارون" حيث أن كثير من أفكاره وملاحظاته أثبتت صحتها من قبل الباحثين المعاصرين في جميع أنحاء العالم. ومنذ ذلك الوقت فقد لاحظ العلماء وسجلوا حوالي مليوناً من الإيماءات الصامتة والإشارات. وقد وجد "ألبرت

مهرابيان" بأن التأثير الكلى للرسالة ينقسم إلى حوالى ٧% ناطق (كلمات فقط)، ٣٨% صوتى (أى متعلقاً بنغمة الصوت، ارتفاعه، انخفاضه، أصوات أخرى)، ٥٥% صامت. وقد توصل الأستاذ "بيردوسل" إلى نتائج مشابهة بالنسبة لمقدار الاتصال الصامت الذى يجرى بين بنى البشر. وقدّر بأن الشخص العادى يتحدث فعلياً لمدة ١٠-١١ دقيقة فى اليوم. وأن الجملة العادية تحتاج فقط إلى ٢.٥ ثانية ومثل "مهرابيان" فقد وجد بأن الجزء الكلامى من محادثة وجاهية يساوى أقل من ٣٥% وأن أكثر من ٦٥% من الاتصال يتم بدون كلام.

(ألن بيز ١٩٩٢ ، ٥٠٤)

❖ لغة الجسم كنظام تمثلى ذهنى:

هناك أربع شفرات رئيسية للتواصل والتعبير يتم معالجتها داخل المخ، شفرتان منهما هى الكلام والصوت، ويتم معالجتها سمعياً، بينما يتم معالجة الاثنى الآخرين وهما لغة الجسم والوجه بصرياً.

فالشفرة الخاصة بلغة الجسم تشبه البصمة الشخصية، حيث توضح كيف يسير الشخص، وكيف يجلس ويقف، ويعتبر وضع الرأس من أحد المكونات الهامة لتحليل شفرة لغة الجسم، وكيفية استخدام الأذرع والأرجل، أما شفرة لغة الوجه توضح الطريقة التى يبدو بها وجه الشخص عندما ينصت، كما يعد التواصل بالعين عاملاً هاماً، والطريقة التى يتحكم فيها فى فمه، فملاحظة تعبيرات الوجه تعطى دلائل على الشخصية والخبرة الذاتية.

(ليليان جلاس ٢٠٠٣ ، ٤٢)

أن معظم الباحثين يوافقون بأن القناة الكلامية تستعمل بشكل رئيسى لنقل المعلومات بينما القناة الصامتة تستعمل للتعبير عن المواقف الداخلية الشخصية. وفى بعض الحالات تستعمل عوضاً عن الرسائل الكلامية .. وبغض النظر عن البيئة الثقافية التى يعيش فيها الشخص فإن الكلمات والحركات تحدث متصاحبة بطريقة جعلت "بيردوسل" يقول بأن الشخص المدرب جيداً عليه أن يكون قادراً على معرفة الحركة التى يؤديها شخص ما بالاستماع إلى كلامه. وبنفس الطريقة تعلم "بيردوسل" ما هى اللغة التى يتكلمها شخص ما، ببساطة بمراقبة إيماءاته .. وكل إيماءة تشبه كلمة منفردة، والكلمة ربما لها أكثر من معنى، وبهذا فإن تحديد المعنى لا يتم إلا إذا

وضعت الكلمة فى جملة مع كلمات أخرى والإيماءات تأتي فى جمل وتتبأ عن حقيقة مشاعر واتجاهات الشخص بشكل ثابت، فالشخص الذى يمتلك القدرة الإدراكية الحية هو ذلك الذى يستطيع قراءة الجملة الصامتة أو لغة الجسم ومطابقتها بدقة مع الجمل الكلامية.

(ألن بيز ١٩٩٢ ، ٥ : ١٢)

ومن هذه الإيماءات:

أولاً: تعبيرات الوجه وهى تتضمن:-

• حركات العين Eye Movements:

هى تلك الحركات التى تحدثها العين فى أكثر من اتجاه أثناء المحاوره، وكل حركة من حركاتها لها معنى معين، ولا تحدث بصورة عشوائية قط.

(خليفة الزعابى ٢٠٠٤، ٥٧)

ومن المعلوم أن العين ترسل إشارتها إلى المخ عن طريق العصب البصرى، وتستخدم مجموعة من العضلات للسيطرة على حركات العين. وتصدر العين إشارتها إلى الجانب الأيمن أو الجانب الأيسر للمخ. وإذا كانت العين مسئولة عن نقل الصور والمناظر من العالم الخارجى إلى المخ فإنها أيضاً تؤدى سلسلة من الحركات المصاحبة للاستجابات الداخلية فى الإنسان وهى ما نطلق عليه اسم عمليات المعالجة التى تتم بالداخل.

وقد نشأ الاهتمام بحركة العين ضمن البرمجة اللغوية العصبية من خلال الاهتمام الأولى (لباندلر، جريندر) بكيفية التواصل الجيد، لذا فقد أشار إلى أن بدايات التواصل الجيد تبدأ من البحث عن "هاديات توصيلية" تدخل الشخص للعالم الداخلى للإنسان الذى يتعامل معه ومن ضمن هذه الهاديات الاهتمام بحركة العين كهاديات مرشدة وموصلة إلى البرنامج العصبى الذى يتدفق فيه تفكير الأشخاص أثناء التواصل.

(Bandler & Grinder 1979,25)

فأهمية حركة العين تتبع من كونها المساعد الرئيسى فى تحديد النظام التمثلى التفضيلى لشخص ما، وتفوق دلالاتها عن التعبيرات اللفظية وغير اللفظية ويربط لغة العيون وحركاتها بالخصائص السابقة التى ذكرناها يمكن تحديد النظام التمثلى المفضل لأى شخص وبالتالي يسهل إجراء عملية بناء اتصال فعال باستخدام الكلمات المناسبة.

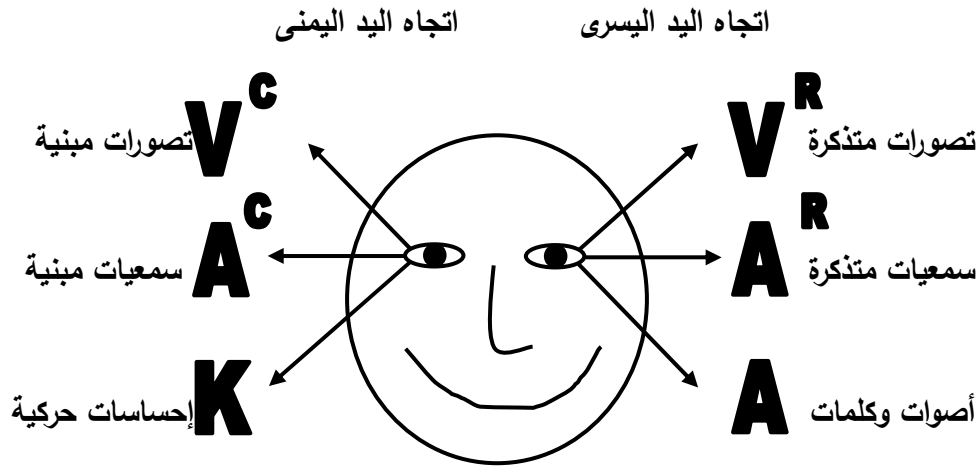
(خليفة الزعابى ٢٠٠٤، ٥٧)

ومن خلال الملاحظات المستمرة في دراسات البرمجة اللغوية العصبية ونتائج البحوث أشار كلاً من باندلر، جريندر إلى أن هناك أنماط محددة لحركة العين ترتبط بعملية التفكير حيث تبدو هناك مؤشرات توضح إستراتيجية التفكير للفرد وهذه الأنماط هي:

معنى هذه الحركة أن الشخص يفكر في تصورات مبنية Constructed Visualizations	يمين لأعلى	تفسيرات العين
معنى هذه الحركة أن الشخص يفكر في سمعيات مبنية Constructed Auditory	يمين وسط	
معنى هذه الحركة أن الشخص يفكر في إحساسات حركية "لمس/تذوق" Kinesthetic Feelings	يمين لأسفل	
معنى هذه الحركة أن الشخص يفكر في تصورات متذكرة Remembered Visualizations	يسار لأعلى	
معنى هذه الحركة أن الشخص يفكر في سمعيات متذكرة Remembered Auditory	يسار وسط	
معنى هذه الحركة أن الشخص يفكر في أصوات وكلمات Sounds and Words	يسار لأسفل	
معنى هذه الحركة أن الشخص يفكر في تصورات بصرية.	الوسط	
معنى هذه الحركة أن الشخص يفكر في بحث عن أصوات أو أشياء أو صور.	من ناحية أخرى	

ملحوظة:

- في حالة أن يكون الشخص الذي تتواصل معه يستخدم اليد اليسرى يتم عكس التفسيرات السابقة بالنسبة لاتجاه اليمين واليسار.
- هذه التفسيرات تفترض سلامة العين وخاصة من الحول، ويمكن النظر إلى الشكل التالي للتوضيح.



شكل (٧) يوضح تفسيرات حركة العين طبقاً لباندلر وجريندر

(Bandler & Grinder 1979,25)

مما سبق نجد أن حركات العين هي تعبيرات غير لفظية يمكننا أن نلاحظها، فهي تشير إلى التغييرات الحادثة في أنظمة التمثل الذهني الأساسية والفرعية للخبرة الذاتية الداخلية، ويمكننا التوصل إلى ذلك حتى وإن لم يكن المريض على وعى بذلك. وهذه التلميحات تستخدم كدليل لنجاح وفعالية التدخل العلاجي لحل المشكلة الخاصة بالمريض فالمعالج يحصل على المعلومات الخاصة بتحديد المشكلة والنتيجة المرغوبة من خلال معرفة الأنماط اللغوية الخاصة بالمريض ومقارنتها بالتلميحات غير اللفظية وهي حركات العين.

(Andreas & Andreas 1992,15)

وفي تجربة قام بها (Loiselle 1985) من جامعة مونكتون في نيو برونسويك بكندا يستند تطبيقها على هجاء الكلمات قام باختيار (٤٤) فرداً من الذين يتهجون الكلمات بقدرة متوسطة طبقاً لما تحدد من قدرتهم على تذكر الكلمات التي لا معنى لها قبل الاختبار، وتم تقسيم الأفراد الأربعة والأربعين إلى أربع مجموعات كالتالي:

- تم إبلاغ مجموعة (١) بتصور كل كلمة في الاختبار مع النظر إلى أعلى يسار (VR).
- تم إبلاغ مجموعة (٢) بتصور كل كلمة مع النظر إلى أسفل يمين (K).
- تم إبلاغ مجموعة (٣) بتصور كل كلمة (لم تتم الإشارة إلى اتجاه العينين).
- تم إبلاغ مجموعة (٤) بدراسة الكلمة لكي يتعلموها.

وكانت النتيجة هي أن مجموعة (١) والتي استخدمت (تذكر صور بصرية) كانت أفضل المجموعات وزادت دقتهم في الهجاء بنسبة ٢٥%، بينما زاد أفراد مجموعة (٢) دقتهم بنسبة ١٥%، وزاد أفراد مجموعة (٣) دقتهم بنسبة ١٠%، وحصل أفراد مجموعة (٤) على نفس الدرجة السابقة.

ويشير ذلك إلى أن النظر إلى أعلى يسار (تصورات متذكرة) يزيد من دقة الهجاء بل له ضعف فعالية مجرد تعليم الطلاب تصور الكلمات وعلاوة على ذلك، فإن النظر إلى أسفل يمين (مشاعر انفعالات) يضر بالقدرة على تصور الكلمات.

ومن المثير للاهتمام أنه خلال اختبار نهائي تم إجراءه بعد بعض الوقت (لاختبار القدرة على اختزان المعلومات)، ظلت درجات مجموعة (١) ثابتة بينما هبطت درجات مجموعة (٤) - والتي تمثل المجموعة الضابطة - بنسبة ١٥%.

وفى دراسة أخرى قام بها (Malloy 1995) بجامعة يوتاه قسم علم النفس لدراسة ثلاث مجموعات من متهجي الكلمات، حيث تم اختبارهم قبل التجربة للتأكد من أنهم من المتهجين المتوسطين، وقد تم تعليم أفراد إحدى المجموعات إستراتيجية الهجاء مع النظر (لأعلى يسار) أى تصورات متذكّرة، بينما تم تعليم المجموعة الثانية إستراتيجية تحديد الحروف بالصوت المبنية على علم الصوتيات والقواعد السمعية، ولم يتم إعطاء المجموعة الثالثة أى معلومات جديدة. وكانت جميع الكلمات المستخدمة فى هذه الدراسة كلمات لها معنى، ومرة أخرى فإن أفراد عينة (التذكر البصرى) زادت دقتهم بنسبة ٢٥% وأظهروا نسبة احتفاظ بالمعلومات قدرها ١٠٠% بعد أسبوع. وزادت دقة المجموعة التى تعلمت الإستراتيجيات السمعية بنسبة ١٥% ولكن هذه الدرجة هبطت بنسبة ٥% فى الأسبوع التالى، ولم تظهر المجموعة الضابطة أى تحسن.

(Dilts & Epstein 1995)

• **حركات الحواجب:**

فإذا رفع المرء حاجباً واحداً فإن ذلك يدل على أنه قيل له شيئاً إما أنه لا يصدقه أو يراه مستحيلاً، أما رفع كلا الحاجبين فإن ذلك يدل على المفاجأة.

• **حركة الأنف والأذنان:**

فإذا حك شخص أنفه أو مرر يديه على أذنيه ساحباً إياهما بينما يقول أنه يفهم ما قيل له فهذا يعنى انه متحير بخصوص ما قيل ومن المحتمل أنه لا يعلم مطلقاً ما المقصود به.

• **الجبين:**

فإذا قطب شخص جبينه وطأ رأسه للأرض فى عبوس فإن ذلك يعنى أنه متحيراً ومرتبك أو أنه لا يحب سماع ما قيل له، أما إذا قطب جبينه ورفعته إلى أعلى فإن ذلك يدل على دهشته لما سمعه منا.

(عبد الله عسكر ٢٠٠٥، ١٣٥)

• **حركة الشفتين والخدين:**

تعتبر حركة الشفتين والخدين التى يصدرها الشخص عن الحالة المزاجية له وتعد الابتسامة من أقوى الأشياء التى تصدر منا للشخص الآخر فالابتسامة الصادقة تكون بارتفاع جانبي الشفتين وتفرق الشفتين مع ظهور الأسنان وارتفاع الخدين، وأنه يوجد تجعد فى المنطقة الموجودة فى جانبي العينين، أما عض الشفتين فيدل على الشعور الدقيق بالغضب أو الرفض أو التعبير عن العدوانية، أما الابتسامة المزيفة تكون بارتخاء وتدلى الخدين، كذلك الشعور بالارتباك والخجل ويكون باحمرار الخدين وتدليهما.

(ليليان جلاس ٢٠٠٣، ٢٢١، ٢٢٤)

ثانياً: وضع الجسم:-

إن وضع الجسم يعكس كيف يشعر الفرد تجاه الآخرين، وكذلك تجاه نفسه فإذا كان يثق فى نفسه نجد ظهره مستقيماً، وكتفيه يميلان إلى الورا، ورأسه منتصباً، فهذا الشخص يقف بارتياح وثقة ويكون ثقل جسمه على ساقين، أما إذا جلس، فنجد ساقيه وذراعيه غير متشابكتين بل فى حالة تمدد وانتفاخ.

• الإيماءة بالرأس:

فعندما يميل الشخص برأسه ويؤرجحه أو يهزه من جانب لآخر، فربما يعنى ذلك أن يعبر عن نفوره أو معارضته لما قيل له، أو ربما يتحرك بالرأس من جانب لآخر كوسيلة لمحاولة وزن وتقييم ما قيل لذلك الشخص ومحاولة معرفة الموقف الذى سيتخذه فى الرد على هذا الكلام.

• وضع اليدين والذراعين:

فاستخدام اليدين أثناء المحادثة يعتبر دليلاً على الدقة فى الكلام أو وسيلة لتأكيد نقاط معينة، أو تغيير موضوع الحوار، أو التوقف عن الحديث، والتغيير فى وضع اليد والإشارة واللمس أو رفع اليدين كلها تدل على معان كثيرة وخاصة.

• وضع القدمين والساقين:

فهى تعبر عن مشاعر الشخص وطريقة تفكيره، فبينما يمكن أن يتحكم فى تعبيرات وجهه أو وضع وحركات يده، إلا أنه من الصعب عليه التحكم فى حركات القدمين فهى الأجزاء الأمنية التى تساعد على تحديد إذا كان الشخص صادقاً أو واثقاً من نفسه أو طموحاً أو يشعر بالأمان.

(ليليان جلاس ٢٠٠٣ ، ١٧٩-١٩٣)

وهكذا يمكننا القول أن كلاً من النظم التمثيلية الرئيسية والفرعية تقوم بتصنيع خبرتنا (منظورك للحقيقة) ورسم خريطتنا للعالم، ولكن هذه الخريطة لا تعبر عن الأرض التى ترسمها، وهكذا تضيفى النظم التمثيلية الفرعية معنى على خبرتنا. فبقدر التغيير الذى نحدثه بوعى للنظم الفرعية فإننا نستطيع أن نغير الخبرة.

(هارى ألدنر ، بيريل هيدز ٢٠٠٣ ، ١٤٠)

ز - التثبيت Anchoring:

عرف "رينشارد باندر ١٩٧٩" عملية التثبيت بأنها: إحداث مزوجة فيما بين أحد المثيرات ومجموعة من الاستجابات القابلة للتنبؤ بها إلى حد كبير.

(كارول هاريس ٢٠٠٤ ، ٩٨)

والمثبت هو المثير الذى يؤثر على سلوك محدد أو حالة عضوية أو نفسية، وهذا المثير قد يتمثل فى صوت أو إحساس أو مذاق أو رائحة.

(هارى ألدنر ، بيريل هيدز ٢٠٠٣ ، ٣٢٨)

فإن لمس كتف شخص ما عندما يكون مبتسماً يمكن أن يقوده فى المستقبل إلى الإحساس بشعور طيب عند لمس كتفه بنفس الطريقة. وعلى نفس المنوال فإن تكرار استخدام نبذة سلبية أثناء الحديث يمكن أن تستثير لدى الشخص توقعاً بالانتقاد.

(كارول هاريس ٢٠٠٤ ، ٩٧)

ولقد ظهرت فكرة التثبيت فى البرمجة اللغوية العصبية عندما قام كلاً من (باندلر، جريندر) بنمذجة فنيات "ميلتون إريكسون" حيث كان يستخدم غالباً إشارات معينة كمثيرات تتم بعد التنويم الإيحائى، وذلك لمساعدة المريض على تغيير الحالات الداخلية له، أو إعادة ربطه بالحالة التى كان عليها أثناء التنويم الإيحائى، ولقد عمم كلاً من باندلر، جريندر استخدام هذه التلميحات والإشارات والمثيرات لتشمل أنماطاً ونماذج أخرى من العمليات الداخلية، بدون الحاجة إلى التنويم الإيحائى، من خلال استنباط فنيات التثبيت ١٩٧٦ فى كتابهما عن أنماط التنويم الإيحائى لإيكسون.

(Dilts & Delozier 2000, 29)

وتساعد هذه الفنية على إيجاد استجابات مختلفة من خلال الارتباط الشرطى، وهى مبنية على المدخل السلوكى للتعلم الذى ينص على أن الاستجابة يمكن أن تكون بالارتباط، والمثال التقليدى القديم لهذه الفنية المعروف عبر أنحاء العالم بالتجربة التى أجازها العالم "بافلوف" مع الكلب .. وتتخذ المثبتات أشكالاً متنوعة بعضها بسيط، مثل لمسة أو صوت، والبعض الآخر قد يكون أكثر تعقيداً حيث تتضمن حركة أو مجموعة متتالية من المثبتات المرتبطة ببعضها البعض، كل منها يقود الشخص إلى حالة أبعد من نطاق الاستجابة العاطفية. وتقنية التثبيت تفيد فى مساعدة الشخص ليظل فى حالة عاطفية إيجابية (حالة هدوء أو انشراح)، ويمكن أن تستخدم أيضاً لإحداث تأثير جيد فى موقف علاجى.

(كارول هاريس ٢٠٠٤ ، ٩٧-٩٨)

ومن بين مئات الأمثلة على فائدة فنية التثبيت هناك مثال يفرض نفسه، وهو دراسة قام بها (Ellen 1989) على مجموعتين من الرجال كبار السن (من ٧٥: ٨٠ سنة). عاشت المجموعتان لمدة خمسة أيام فى منتجع بالريف. وقد مارس أفراد المجموعة الأولى سلسلة من المهام شجعتهم على التفكير فى الماضى (مثل كتابة سيرة حياتهم أو مناقشة الماضى) بينما مارست المجموعة الثانية سلسلة من المهام التى تثبتهم فى زمن الماضى (١٩٥٩)، فقد كتب أفراد المجموعة الثانية سيرة حياتهم حتى عام ١٩٥٩ وسمعوا موسيقى عام ١٩٥٩ فى الراديو وعاشوا فى بيئة لا تحتوى

إلا على ما كان سائداً عام ١٩٥١. وقد تم دراسة أفراد المجموعتين باستخدام عدد من المعايير المرتبطة بكبر السن وذلك (قبل وبعد) الخمسة أيام، وبينما ظل مستوى المجموعة الأولى ثابتاً بل وانخفض بهذه المعايير، تحسنت المجموعة الثانية بدرجة كبيرة من ناحية المقاييس الصحية البدنية مثل مرونة المفاصل والرؤية وقوة العضلات وكذلك مقياس الذكاء. فقد تم تثبيتهم فى الماضى بحيث رجع عمرهم إلى الخمسين من خلال رؤية مشاهد وسماع أصوات عام ١٩٥٩.

(<http://WWW.EANLPt.org>)

إن بناء مثبت مؤثر يستعمله الفرد للوصول إلى حالة نفسية معينة يحتاج إلى أربعة عناصر أساسية هى:

١. القوة، بحيث يجب أن يكون الشخص فى حالة نفسية شديدة القوة.
 ٢. توقيت المثبت، بحيث يجب أن تصل الأحاسيس إلى قمة قوتها.
 ٣. التميز، يجب أن يكون المثبت فريداً من نوعه، ويناشد إحدى الحواس الخمسة بحيث يمكن استدعاءه بسهولة.
 ٤. التكرارية فى نفس المكان والزمان، حيث يختار مثبت يكون سهل الاستعمال مرة وعدة مرات، ونطلق الرابط أو المثبت قبل الوصول إلى أقوى جزء من الخبرة بقليل.
- ولكل نوع من أنواع المثبتات أصوله الخاصة به، وكثير من العلاجات النفسية تتضمن استدعاء الذكريات القديمة والتعرف عليها مستفيدة فى ذلك من استكشاف الأسباب والنتائج ولكن رؤية منهج البرمجة اللغوية العصبية تعتمد على أن أصول المثبتات فى حد ذاتها غير ذات أهمية، ففى بعض الحالات قد لا يسعى الفرد إلى سبر الأغوار ليعرف كيف بدأت العملية، وحتى إذا توصل لذلك فقد لا يريد إلغاء خبرة حقيقية حتى ولو كانت سلبية - حيث أنها تمثل جزءاً منه، ومصدراً للتعلم. وأن القيمة الحقيقية لهذه المثبتات تعود فى تأثيرها الفورى على حالته الذهنية، فالمشاعر غير المرغوب فيها والتي يمر بها فى حياته اليومية ويتعرض لها كثيراً تعوقه عن إنجاز أهدافه. كما أن كثيراً من الحالات الذهنية التي تنتاب الفرد من يوم لآخر، ومن لحظة لأخرى قد تبدو بلا سبب وتكون فى بعض الحالات نتيجة للاستجابة الغريزية التي تعمل فى غاية السرعة وتتطلب من العقل الشعورى أن يتخذ موقفاً ما، ولذلك فأهم ما يحتاجه الفرد لإجراء فنية التثبيت هو تحديد الحالة الذهنية المرغوبة والتي يستطيع أن يصل إليها فى الوقت المناسب، والمثبتات توفر له أفضل أسلوب لتحقيق ذلك.

(هارى ألدر ، بيريل هيدز ٢٠٠٣)

وهناك بعض الأشخاص يفضلون المثبتات الحسية الحركية والتي تمثل أقوى المثبتات الخارجية مثل علامة النصر بالسبابة والوسطى، وهناك مثبتات ذهنية داخلية والتي تعتمد على تفضيل أنظمة التمثل الذهني الداخلية فقد يكون صعباً أو سهلاً، وفي كلتا الحالتين فإن المثبتات الحركية الحسية الداخلية أو الخارجية تعتمد على حاسة اللمس، كذلك هناك بعض الأشخاص يختارون المثبتات السمعية وهى تشير إلى الأصوات الداخلية أو الخارجية، فقد تأتى فى صورة صوت يتحدث بكلمات أو جمل معينة مثل تستطيع أن تفعل كذا أو أهدأ الآن أو ثق بنفسك، وقد يكون ذلك داخلياً أو خارجياً، ونظراً لصعوبة تواجد المثبتات البصرية الخارجية أمام الفرد باستمرار، فالأمر يتطلب إنشاء مثبتات بصرية داخلية، فقد يتصور الفرد مثلاً وجه شخص مرتبط بالخبرة التى عايش فيها الحالة الذهنية المرغوبة، أو صورة مشهد محفز للمكان الذى شعر فيه بهذه الحالة المرغوبة، مع الحذر فى الاختبار حيث أن هناك العديد من الصور الذهنية ذات تأثيرات متنوعة.

(هارى ألدز ، بيريل هيدز ٢٠٠٣ ، ٣٣٧ : ٣٤١)

وهناك خطوات عند استخدام التثبيت للحالات الإيجابية المرغوبة وهى:

١. اختيار الحالة الذهنية التى يريدها الفرد مثل الثقة أو التشجيع أو الاسترخاء أو القدرة على التواصل الفعال.
٢. اختيار المثبت الذى يريد استخدامه، ويستعد لاستخدامه مثل توصيل الإصبع الأوسط الأيسر بالإبهام الأيسر، أو المسك بجميع الكف أو لمس أذنك، أو اختيار مثبت بصرى أو سمعى.
٣. تحديد الوقت الذى كان يتأثر فيه بشدة بهذه الحالة الذهنية المرغوبة مثل الحصول على الشهادة أو أول ترقية له فى العمل، أو ولادة طفله الأول، أو مكان قام بزيارته وبعث فيه الراحة، أو الإحساس بالثقة أو الاسترخاء.
٤. معايشة الخبرة فى مخيلته مرة ثانية، كما لو كانت تحدث الآن.
 - ماذا يسمع؟ (الأصوات، الصمت).
 - ماذا يرى؟ (أشخاص، ألوان، أشياء).
 - ماذا يتذوق؟ (التحلية، الوجبة، الشراب).
٥. الانغمار فى الإحساس، والشعور بنفس الأحاسيس.
٦. عند الوصول بهذه الأحاسيس إلى أشدها، يلمس أو يرى أو يسمع المثبت، ثم يطلقه بعد خمس ثوان.
٧. الخروج من الحالة ثم تغيير وضع جسمه، ويرجع إلى الحالة التى كان عليها.

٨. اختبار المثبت وملاحظة ما يحدث حينما يلمس أو يرى أو يسمع المثبت، فإذا شعر بالأحاسيس نفسها، يعنى ذلك أن المثبت يعمل جيداً، وإلا يعود إلى الخطوة الرابعة ويكرر هذه العملية إلى أن يتم النجاح.

٩. التطابق فى المستقبل حيث يتخيل نفسه فى موقف مقبل يريد فيه الحصول على إحساس معين، ثم يقوم بلمس أو رؤية أو سماع الرابط لبلوغ هذا الإحساس.

(إبراهيم الفقى ٢٠٠١ ، ٨٠-٨١)

يوجد طرق عديدة ومختلفة لاستخدام المثبتات، وإحدى هذه الطرق التى تتميز بالسهولة ما يطلق عليها فنية المثبتات المتداعية، وهى طريقة لدمج حالتين، كأن تدمج بين حالتين إحداها سلبية والآخرى إيجابية، وتستخدم عندما يرغب الفرد فى التخفيف من حالة سلبية قصوى، وتحقيق أخرى تمثل مزيجاً بين الحالتين ومعايشة الحالة بأسلوب قابل للسيطرة عليها، ونتيجة استخدام المثبتات المتداعية، تتحقق حالة ثالثة مختلفة كلياً عن الحالتين وتتم وفقاً للخطوات الآتية:

١. تحديد حالة غير مرغوبة، مثل حالة الغضب، أو الضغط العصبى، أو فقدان الثقة بالنفس، أو الإحباط.

٢. الاندماج فى هذه الحالة كى يعاود معايشتها ويثبتها من خلال لمس أحد أطراف اليدين، ثم يختبر فعالية المثبت للتأكد من أنه يعمل، ويدخل فى الحالة لفترة وجيزة.

٣. اختيار حالة مختلفة كلية، أى حالة إفاقة، مثل التفكير فى شئ مسل أو شئ يحتاج إلى التفكير.

٤. اختيار حالة مرغوبة، كحالة الثقة أو الهدوء، أو الإحساس بالأمان، ثم يندمج فى هذا الإحساس وعند تكثيف المشاعر والأحاسيس، يقوم بلمس أحد أطراف اليدين الأخرى.

٥. اختبار المثبتات بالتتابع التالى:

أ - حالة الإفاقة.

ب - إطلاق المثبت الأول.

ج - حالة الإفاقة.

د - إطلاق المثبت الثانى.

إذا لم يوفق أحد المثبتات فى استدعاء الحالة المرغوبة، فيقوم بتكرار هذا التسلسل بإعادة إعداد المثبتات.

٦. القيام بتطبيق المثبتين فى الوقت ذاته، وقد يشعر ببعض الارتباك، وإذا كانت الحالة الأقل رغبة هى الطاغية فى الحالة اللاحقة، يقوم بإعادة المحاولة ويكرر العملية مرة أخرى.

٧. التفكير فى موقف مستقبلى، موقف كان دائماً يثير الحالة غير المرغوبة فى الماضى ما الذى يحدث بينما يفكر فى هذا الموقف، فإذا كانت طريقة المثبتات المتداوية قد نجحت معه، فلن تعود إليه الحالة غير المرغوبة مرة أخرى.

(سوناييت ٢٠٠٤ ، ٢٣٩ : ٢٤٠)

ح - نموذج التحول العميق Meta - Model :

يعد نموذج التحول العميق أول نموذج يتم تطويره فى البرمجة اللغوية العصبية وقد تم تصميمه بمعرفة "ريتشارد باندلر، جون جريندر"، وهو يمثل نموذج لغوى مبنى على اللغة، لتوضيح اللغة باستخدام اللغة ذاتها.

(O'Conner 2001, 141)

وهو عبارة عن إطار لفهم كيفية استخدام اللغة، وكيف ينتمى استخدام اللغة إلى الجوانب الأخرى للخبرة. ويدور هذا النموذج حول الدقة والفهم، كما يقدم طرقاً لتحليل العناصر الخاصة باللغة لتعزيز التفاعل الشخصى. ويقوم هذا النموذج على أفكار ونظريات علماء اللغة القدامى، مثل "تشومسكى وكورزييسكى" ويهتم بتوضيح أن اللغة ببساطة هى تعبير خارجى عن خبرة داخلية، والنموذج يعتبر أن اللغة هى البنيان "الظاهرى" الذى يعبر عن البنيان "العميق" أو الخبرة. إن اللغة ليست حقيقة، إنها - ببساطة - تعبر عن الحقيقة، وإذا كانت واضحة وتعبر عما يعنيه الشخص، فإنه من الممكن تحسين فهم الخبرة الحقيقية للشخص.

(كارول هاريس ٢٠٠٤ ، ٨٨)

ويرى عالم اللغويات "تشومسكى" أن اللغة لها مستويان هما:

١. البناء السطحى: كل ما يقوله الفرد سواء لنفسه أو للآخرين.
٢. البناء العميق: المعنى الخفى لما يقوله الفرد، وهو الذى يحتوى على معلومات لم يقلها ولم يعرفها على المستوى الشعورى، وأن هناك العديد من الأمور التى قد تحدث فى المنطقة الواقعة بين المستويين، وأن النية أو الهدف من التواصل قد تضع أو تختفى أو تتغير خلال عملية التحويل من مستوى لآخر، وكلما اتسق الإرتباط بين ما يقصده حقاً وبين ما يقوله، كلما تقارب المستويان فى رسالته وأصبح أقرب إلى الاستحقاق لتولى القيادة، أيا كان المحتوى.

(سوناييت ٢٠٠٤ ، ١١٨)

إن نموذج التحول العميق يهدف إلى جمع المعلومات عن طريق إعادة ربط الأشخاص بخبراتهم الماضية حيث أن أغلبهم يقولون شيئاً ويقصدون شيئاً آخر، أو يجهلون ما يعنون، وهذا النموذج يمكن الشخص من:

١. الدقة فى اللغة التى يستعملها، وتركيب جمل كاملة تتضمن المعلومات المطلوبة من أجل الحصول على الإجابة المتوقعة.
٢. طرح أسئلة محددة بغية الحصول على أجوبة محددة، إذا كان هناك معلومات ناقصة فى حديث الشخص الآخر.
٣. الارتباط القوى بخبرة الشخص الآخر بقصد الحصول على صورة محددة وواضحة، وتجنب الاتصال السلبي.

(إبراهيم الفقى ٢٠٠١ ، ١٢٧-١٢٨)

ويأخذ هذا النموذج عدة أشكال من الأسئلة التى تسعى لإعادة وإصلاح ما تم إسقاطه وحذفه أو تعميمه فى كل اللغات الطبيعية للوصول للاشعور، حيث يتم ترجمة البنيان العميق إلى معنى شعورى هادف وسلوك عقلانى، حيث يتم خلال هذه العملية ما يشبه بعملية الصيد أو الاختيار خلال الاشعور لكل التفاصيل المرتبطة بما يريد الفرد أن يفهمه، حتى تسمح له بتوفير اتصال أفضل وتحقيق فهم متبادل بين الآخرين.

(هارى ألدز ، بيريل هيدز ٢٠٠٣ ، ١٩٦-١٩٧)

إن يمثّل نموذج التحول العميق تمثّل ذهنى للتعبير اللغوى لخبرات الفرد باستخدام المعلومات الباطنية طبقاً للخبرة، فهو المحصلة القشعورية التى تكون على المستوى الداخلى لبنية اللغة لدى الشخص.

(عبد الله عسكر ٢٠٠٥ ، ١٢٩)

وتكون وظيفته تحديد التعميمات والتحريفات والحذف التى حدثت للخبرة الشخصية من خلال تحليل شكل البنية السطحية وتزويدها بنظم فريدة تنثرى التعبيرات الخاصة بالبنية العميقة.

(Dilts & Delozier 2000, 734)

وسوف نتناول تلك العمليات التى تجعل هناك اختلاف بين الواقع والخبرة الشخصية:

(أ) الحذف :Deletion

ويقصد به حذف بعض الجوانب من خبرة معينة، ويجب على المعالج الاستماع الجيد والتركيز على المعلومات المحذوفة حتى يتمكن المريض من إعادة الربط بخبرته، وهناك أربع مستويات في عملية الحذف هي:

١. **حذف بسيط:** ويشمل طرح أسئلة مثل عن أى شئ؟ أو عن أى شخص؟ حينما تكون الجملة مبهمة أو ناقصة لبعض المعلومات، فهذه الأسئلة تحث الشخص للبحث عن المعلومات الناقصة.
 ٢. **الحذف بالمقارنة Comparator:** حيث المقارنة هي التشبيه بين شيئين واضحى الملامح، ولكن هذا النوع من الحذف، يستخدم الشخص طرفاً واحداً فقط من المقارنة، ويحذف الطرف الآخر، بوضع أسئلة مثل مقارن بمن؟ أو مقارن بماذا؟ أو مقارن بمتى؟، وبذلك تساعد الشخص على العثور على المعلومات المفقودة، وبالتالي تصبح المقارنة محددة وكاملة.
 ٣. **الأفعال غير المحددة Unspecified Verbs:** وتشير الأفعال غير المحددة إلى الإنفعالات السلبية وهي تستلزم أسئلة مباشرة ومحددة من جانب المعالج مثل كيف على وجه الخصوص؟ حيث يتم مساعدة الشخص الآخر على أن يكون أكثر تدقيقاً في جملته.
 ٤. **غياب المؤشر المرجعي Unspecified Referential Index:** حيث يقوم الشخص بتعميم خبرته إلى حد الغموض والإبهام، ويستخدم المعالج أسئلة هذا النوع كالاتى من على وجه الخصوص؟ أو ماذا على وجه الخصوص؟ بغية الاستدلال بمرجع لإحضار المعلومة الناقصة.
- (ب) **التعميم Generalization:**

ويقصد به إيجاد خصائص في متتالية أحداث وتمثيلها في الذاكرة دون وعى كامل للخبرة ويشمل التعميم إما المبالغة أو التحديد حيث إن التعميم يجعل الأشخاص يدفنون عوامل رئيسية قد تمكنهم عادة من الحصول على ما يريدون، وهناك مستويان للتعميم هما:

١. **تعبيرات التحديد الكمي Universal Quantifiers:** حيث إن الأكثر شيوعاً منها هي كل أو دائماً أو أبداً، لا أحد وغيرها من التعبيرات والتحديدات الكمية، حيث يميل الأشخاص إلى المزايدة والمغالاة فيما يشعرون به باستعمال نبرة الصوت، فالتعامل مع هذه التعميمات غاية في الأهمية للحصول على عدد أكبر من الخيارات ويمكن عمل ذلك من خلال إما المغالاة في التعميم أى بتعميم الكلمة المستعملة، والتي تساهم في لفت الانتباه إلى عامل المبالغة، وبالتأكيد أن هناك أشخاصاً في مكان ما يهتمهم أمره، ونجعلهم يلمسون ذلك.
٢. **التعبيرات المتعلقة بالوجوب Necessity:** وتشمل لا أقدر، يتحتم، ذلك ضرورى والإمكانيات والاستحالات Possibility ذلك ممكناً، ذلك مستحيلاً: ويتم التعامل مع تلك التحديدات بوضع

السؤال كالاتى ما الذى يوقفك؟، وما الذى يحدث لو فعلت؟ حيث يرجع السؤال الأول للشخص فى الماضى لكى يحدد الخبرة التى على أساسها أقام التعميم، والسؤال الثانى يأخذ الشخص إلى المستقبل كى يتخيل النتائج المحتملة.

(ج) التحريف Distortion:

وللتحريف علاقة بمعنى المعلومة أو بمعنى الكلمات أو المعنى المحرف أو المشوه للكلمة ويتضمن أربعة مستويات:

١. قراءة الأفكار **Mind Reading**: وتعنى إدعاء قراءة الأفكار والقدرة على معرفة ما يفكر أو يشعر به شخص، دون الاتصال المباشر به، ويتعامل المعالج مع ذلك من خلال سؤاله على أى وجه من الخصوص تعرف؟ مع قراءة الأفكار مما يجعلهم أولاً يدركون مدى إدعائهم الباطل بأنهم يعرفون ما يدور فى خاطر الإنسان.

٢. الأحكام المتعلقة **Lost Performatives Judgments**: وهى ببساطة أحكام يستعملها الأشخاص لمصلحتهم الخاصة، حيث تحريف الأحكام المتعلقة يجعل الأشخاص عادة يضعون ويفرضون قواعد عامة، والتعامل الحاسم مع هذا الوضع يؤدي بالأشخاص إلى أن يدركوا أنه من المباح أن تكون لهم قواعدهم وآرائهم الخاصة بهم مع ترك الآخرين يتصرفون طبقاً لقواعد وآراء خاصة بهم من خلال الأسئلة. لمن؟ أو فقا لمن؟ بهذه الأساليب يتحمل الأشخاص مسئولية أحكامهم.

٣. التكافؤ المتناظر **Complex Equivalence**: ويرجع ذلك إلى تأويل خبرات حقيقية على أساس معناها الظاهرى المباشر، فإذا كانت إحدى الخبرات حقيقية، تكون الأخرى حقيقية أيضاً. ويتولى المعالج التعامل مع ذلك بطرح أسئلة مثل كيف؟

٤. السبب والنتيجة **Cause – Effect**: ويعنيان أن أحدهما يسبب استجابة انفعالية فى الآخر، وفى الحقيقة، يحدد كل من السبب والنتيجة الاستجابات نظراً إلى عامل التأثير الانفعالى، للتغلب على هذه المشكلة، ويكون التعامل من خلال النزول إلى جذر الموضوع سائلاً كيف أن س يسبب ص؟.

(إبراهيم الفقى ٢٠٠١ ، ١٢٨ : ١٣٧)

فنموذج التحول العميق هو إحدى الطرق للتعامل مع الأخطاء اللغوية، وهو دليل يساعد على التغلب على بعض الأخطاء الأكثر شيوعاً فى اللغة، وهو رسم تخطيطى يتضح من خلال الانتباه لهذه الأخطاء عندما يجدها الفرد ويعيد توجيهها فى اتجاه أكثر دقة، وهذا التخطيط يساعده

على قياس أخطاء وتعميمات الآخرين وهو لا يزال يتابع حديثهم، كما أن هناك طرقاً أخرى لتوجيه الحوار عن طريق الأسئلة الصحيحة وتسمى إطار النتيجة فلو سئل أحدهم عما يضايقه؟، أو ما الذى حدث؟ فسيرد بسيل من الحكايات، ولو سئل: ماذا تريد؟ أو كيف تريد تغيير الأشياء؟ فإنه بذلك يحول حوار من مشكلة إلى حلول، وفى أى موقف، أيا كان شيئاً يكون هناك نتيجة يراد تحقيقها، ويجب أن يكون هدفه هو تغيير الدقة نحو تحقيق هذه النتيجة والابتعاد عن المشكلة وتسمى هذه النوعية من الأسئلة وفقاً للبرمجة اللغوية العصبية بأسئلة النتائج منها ماذا أريد؟، ما الهدف؟ لماذا أنا هنا؟، ما الذى أريده لك؟ أو ما الذى أريده لنفسى؟.

(أنتوني روبينز ٢٠٠٣ ، ٢٩٨ : ٣٠٧)

أى إنه ليس من الضروري تذكر كل العناوين السابقة فى هذا النموذج، ولكن الأهم هو أن يسأل الفرد الأسئلة المناسبة للحصول على المعنى المحدد من خلال الاستماع لما يقوله المتحدث، وتكرار القول لنفسه، ثم يسأل نفسه ما الذى يفقده هذا القول، وحينما يصبح أكثر اعتياداً على الأنواع المختلفة عن الاستجابات أو التحديات، فيمكنه تطبيق أكثر من نوع، حيث تتمثل المهارة فى معرفة السياق الذى يستخدم فيه النمط، ولذا فقد يسأل نفسه أسئلة أخرى بعد أن يصبح أكثر مهارة مثل: ما سبب هذا القصور؟، ما الاتجاه المطلوب التوجه إليه؟، ما هى أوجه التحدى من جانبى؟، فكل تدخل واع يؤدي إلى تحسين فى المهارة اللاشعورية فى اختيار النمط اللغوى الأفضل لاستخدامه فى كل حالة على حدة، والتدخل بهدف تحقيق النتائج المرغوبة.

(هارى ألدن ، بيريل هيدز ٢٠٠٣ ، ٢٠٢ - ٢٠٣)

تعتبر هذه الفنيات (التقنيات) التى تم تناولها وغيرها من أبرز ما يستخدمه الممارسون فى البرمجة اللغوية العصبية ويتم تطبيقها فى العديد من المجالات منها التعليم وتنمية الشخصية والإرشاد النفسى وكذلك العلاج.

وقد نشأت كما يبررها روادها كبديل عملى لنقادى المآخذ التى تؤخذ على أساليب العلاج النفسى التقليدية لبطء تحقيق النتائج الإيجابية المطلوبة مقارنة بتقنيات البرمجة اللغوية العصبية التى كثيراً ما تحقق نتائج قوية وفعالة وسريعة فى (علاج المخاوف المرضية بأنواعها وتطوير تقدير الذات) وتعجل بنتائج تغيير الألم المرتبط بخبرات سلبية فى ماضى الشخص.

ولعل أهم مزايا هذه التقنيات سهولة تعلمها أو تعديلها لتحقيق الأهداف التى نختارها. بالإضافة إلى ذلك فهى تستند على فسيولوجيا الجهاز العصبى، وتقدم حلولاً تؤثر كثيراً على الخبرات الماضية، وتمنح الفرد الحرية المطلقة للوعى بذاته وتتيح له التجول فى خبراته الماضية ليعدل فى تركيبها بما يجنبه آثاره السلبية لتحرير حاضره من ذلك وبناء المستقبل الذى يرغبه.

إن البرمجة اللغوية العصبية تساعدنا على التغلب على المشكلات وتطوير القدرات حيث أنها تركز على ثلاث دعائم أساسية وهى:

- الارتقاء بالفرد.
 - بناء البعد الوقائى فى شخصيته بما يقيه من الوقوع فى مشكلة القلق النفسى.
 - ثم التدخل لمعالجته عندما يتعرض لمشكلات سوء التوافق.
- ولعل هذا ما دفع الباحثة لاستخدام هذه الفنيات والتقنيات فى محاولة لعلاج المخاوف المرضية.

٥. المخاوف المرضية فى ضوء مفاهيم وفنيات البرمجة اللغوية العصبية:

منذ عام ١٩٧٥ وواضعوا النظريات يروجون للعديد من الأساليب لإحداث تغييرات فى سلوك المرضى . وهذه الأساليب التى يشمل القليل منها إرساء دعائم للسلوك وتغيير الإطار وتغيير التاريخ وتحديد الخطوات والتسلسل والتوفيق يتم تدريسها فى الحلقات الدراسية للتدريب على البرمجة اللغوية العصبية وفى الكتب التى تتناول البرمجة اللغوية العصبية .

وعلاج المخاوف بالبرمجة اللغوية العصبية هو أحد الأساليب التى تحظى بتركيز بالغ ويتم تقديمها عملياً فى الحلقات الدراسية للتدريب على البرمجة اللغوية العصبية. وفى عام ١٩٧٩ ، ذكر باندلر ، جريندر أن هذا الأسلوب قادر على إزالة المخاوف - أو الخوف ذى الحدة الأقل - فى أقل من ساعة واحدة. وفى وقت لاحق ، قدم باندلر ١٩٨٥ تعديلاً لعلاج المخاوف بالبرمجة اللغوية العصبية يعرف باسم علاج المخاوف السريع بالبرمجة اللغوية العصبية وهو أسلوب قادر على إزالة الخوف فى عشر دقائق .

(Ferguson 1987, 2)

ويرتكز تفسير باندلر ، جريندر (١٩٧٩) النظرى لفاعلية أسلوب البرمجة اللغوية العصبية جزئياً على نظرية التعلم. فقد استخدمنا للمساعدة فى تفسير اكتساب الاستجابة الفوبائية والتخلص منها نمطاً للتعلم من محاولة واحدة .

والتعلم من محاولة واحدة هو مصطلح ظهر فى أبحاث جوثرى (١٩٥٢). ويشير جوثرى إلى أن رد الفعل الذى يلي المثير يلى المثير مرة أخرى عندما يحدث ذلك المثير مرة أخرى. وبالتالي ، فإن محاولة واحدة ، أى اقتران المثير بالاستجابة ، هى المطلوبة لتعلم الاستجابة.

(Bandler & Grinder 1979, 109)

فتعرف المخاوف بأنها رد فعل "لا إرادى" نتيجة تمثلات ذهنية داخلية يحركه عامل خارجى. على سبيل المثال يمكن وصف البناء النمطى لرهبة الأفاعى كالاتى: الرؤية الخارجية للأفعى - الصورة الداخلية للأفعى - شعور الخوف الداخلى المتعلق باللمس. ويمثل هذا التسلسل الرمضى

بالمعادلة $V^e - V^i - K^i$ يصبح الخوف K^i مرتبطاً بمجموعة من الإشارات البصرية و/ أو السمعية - وبالتالي فإن الخوف يمكن أن يتحرك ليس فقط من خلال أفعى حية وإنما أيضاً من خلال خرطوم رى فى الحديقة أو صورة أفعى أو صوت فحيح مفاجئ.

(Lankton 1980, 104-105)

ويقول باندلر، جريندر: الشخص المصاب بالمخاوف المرضية قد اتخذ قراراً دون وعى وتحت ضغط فى وقت سابق من حياته فى مواجهة مثيرات لا يمكن مجابتهها . وقد نجح بذلك فى التعلم من محاولة واحدة. وكلما وقعت نفس المثيرات فى حياته فى المستقبل، فإنه يقوم بنفس الاستجابة، فعلى سبيل المثال: إذا كان هناك شخص يشعر بالخوف من الحديث أمام الناس (الحديث علناً) وقرر أن مثل هذا الموقف يمثل تهديداً، فإن مواقف التحدث على الملأ يمكن أن تكون مثيراً يولد استجابة القلق.

ويضيف (باندلر، جريندر) أن الخوف يستمر عندما يتجنب الشخص المحفز المثير للخوف.

(Bandler & Grinder 1979, 109)

وقد أطلق سكينر (١٩٦٩) على هذه العملية اسم التشريط الإجرائى. ويحدث هذا التشريط الإجرائى عندما يتعلم الشخص أن يقوم برد فعل معين للحصول على مكافأة أو تجنب العقاب. على سبيل المثال: عندما يواجه الشخص الذى يشعر بالقلق من الكلام أمام الناس موقفاً يضطر فيه إلى الحديث علناً، فإن شعوره بالقلق يتزايد وإذا كان يستطيع تجنب التحدث علناً فإن شعوره بالقلق سوف يقل ويزداد سلوكه التجنبى. فالعلاقة بين المثير والاستجابة تزداد قوة كلما نجح الشخص فى تجنب المثير الذى يسبب لديه الرهبة .

وقد استخدم (باندلر، جريندر) نمط تشريط كلاسيكى لتوضيح كيفية الحد من الاستجابة الفوبائية. يتطلب علاج المخاوف من المريض أن يواجهه، من خلال التخيل، المثير الذى يسبب له الخوف. وخلال هذه المواجهة ، يتزوج رد فعل أكثر ملائمة، مثل الهدوء، مع المثير الذى يسبب الخوف.

يشار إلى هذه العملية باسم التشريط المضاد. وقد وصف وولب (١٩٥٨) التشريط المضاد بأنه عملية استبدال رد فعل عاطفى مرغوب فيه تجاه مثير بدلاً من رد فعل غير مرغوب فيه .

(Ferguson 1987, 3)

ذكر (Dilts 1983) وهو أحد المدرسين الرسميين للبرمجة اللغوية العصبية أن الارتباط المبدئى بين المثير والاستجابة يخزن فى الذاكرة. ويحدث الشعور المرتبط بهذه الذكرى - وهو القلق مثلاً - كل مرة يتعرض فيها الشخص للمثير أو مجموعة المثيرات المشابهة للمثير الأول بقدر كاف. وتتولد بالتالى سلسلة نظراً لارتباط الذكرى المبدئية بذكريات المواقف التى واجه فيها الشخص

المثير. يقوم علاج المخاوف بقطع هذه السلسلة باستخدام أى ذكرى فى التسلسل. ويؤدى أى قطع فى السلسلة إلى إلغاء الارتباط بين الذكريات السابقة والحاضر أو المستقبل .

يضيف ديلتس أن الذكريات يعاد تقديمها للشخص أساساً من خلال الصور الخيالية والأصوات . يقوم علاج المخاوف بالبرمجة اللغوية العصبية بتغيير الصور أو الأصوات فى الذكرى المخزنة وبالتالي تغيير الارتباط بين المثير والاستجابة. يقوم علاج المخاوف بالبرمجة اللغوية العصبية بتغيير المكون البصرى للذاكرة من خلال جعل المريض ينظر إلى ذكرياته من وجهة نظر مختلفة. وعلى وجه التحديد ، يقوم المريض بمراقبة الذكرى كما لو كان مراقباً غير مهتم يشاهدها فى السينما. وعلاوة على ذلك يتطلب علاج المخاوف أن يجرى المريض حوار من طرف واحد مع نفسه على اعتبار أنها فى سن أصغر. والهدف من هذا الحوار هو ربط مشاعر الراحة والثقة بالارتباط الأول بين المثير والاستجابة.

يتطلب العلاج السريع للمخاوف باستخدام البرمجة اللغوية العصبية من المريض تغيير الذكرى الأولى بأسلوب يبدو مضحكاً وغريباً، حيث يتطلب منه تذكر الذكرى مع تخيل أنها تسير بسرعة وفى الاتجاه العكسى.

والهدف من ذلك التغيير هو ربط مشاعر السخرية أو الغرابة بالارتباط الأول بين المثير والاستجابة. وفى كلتا الحالتين، يحدث التغيير فى الارتباط المبدئى بين المثير والاستجابة من الناحية النظرية. والتالى فإن المثير أو مجموعة المثيرات التى تحدث فى الحاضر أو المستقبل على نحو مشابه للارتباط الأول بين المثير والاستجابة لن ترتبط بالتأثير القلق للذكرى لأنه تم تغيير الارتباط الأول بين المثير والاستجابة.

(Dilts 1983 I, 91)

يعرف عن المخاوف المرضية أنها تكتسب من خلال اشتراط مثير مع استجابة حيث تعتمد هذه الاستجابة على التمثلات الذهنية الداخلية الخاصة بالشخص تجاه المثير الخارجي.

(Bandler & Grinder 1979, 122)

وهذا المثير الخارجي يطلق مشاعر تتعلق بخبرة ماضية أو مستقبلية متوقعة أحياناً، وكثيراً ما تكون هذه التمثلات الذهنية للأحداث المؤلمة غير متاحة لشعور الشخص الإرادي.

(Cameron 1978, 17-18)

ويتجه علاج المخاوف بالبرمجة اللغوية العصبية إلى تغيير المشاعر المرتبطة بالتمثلات الذهنية الداخلية البصرية / السمعية / الشمية، أو إلى مجرد عزل مشاعر الخوف أو القلق عن هذه التمثلات الذهنية. ويصف باندلر هذا الإجراء بأنه "تشريط مباشر" يشتمل على ربط مجموعة جديدة من المشاعر - أي الكفاءة والقوة - مع المثيرات السمعية والبصرية .

(Bandler & Grinder 1979, 122)

يتم هذا التشريط المباشر من خلال استخدام المثبتات. والمثبتات هي مثيرات اشتراطية ربما تكون بصرية أو سمعية أو لمسية أو ذوقية أو شمعية. وكثيراً ما تستخدم المثبتات الحركية التي يحدثها لمس المريض في التطبيقات العملية للبرمجة اللغوية العصبية بحيث يمكن للمشاهدين أن يشاهدوا بوضوح ما يفعله المعالج .

(Bandler & Grinder 1979, 124)

فمثلاً يطلب من المريض تخيل مشهد ، وعند إتمامه لذلك بالكامل ، يقوم المعالج بلمسه، مما يثبت اللمسة (بنفس قوتها وحجمها الملامس لبشرة المريض) بالتمثيل الكامل للخبرة. ولاختبار الارتباط يتم إطلاق المثبت بلمس نفس المكان بنفس الطريقة ويقوم المريض بإخبار المعالج بما يشعر به من خبرة ذاتية في الوقت الذي يرصد فيه المعالج ما إن كانت نفس العلامات الظاهرية موجودة مثل معدل التنفس وتكشيرة الوجه واحمراره أو أي تغير آخر في لونه وشده العضلات والعرق وغيرها...

(Bandler & Grinder 1979, 106)

يمكن إطلاق مثبتات المشاعر الإيجابية والسلبية في نفس الوقت ويصبح النوعان متكاملين في هذه العملية بحيث يمكن للشخص أن يخرج بمزيج من هذه المشاعر في السياق المناسب.

(Bandler & Grinder 1979, 107)

ويمكن أن يتم الاحتفاظ بروابط المشاعر الإيجابية ، أو الموارد ، مع تخيل الشخص لنفسه في سياقات يكون قد شعر فيها سابقاً بعدم الراحة أو عدم الكفاءة على نحو ما.

(Bandler & Grinder 1979, 108)

وفى عملية تسمى "تغيير التاريخ الشخصى" Charging Personal History يقوم الشخص تخيلياً بالرجوع إلى خبرات سابقة يكون فيها قد افتقر إلى أى موارد أو مصادر شخصية كان يمكن أن تعينه على التصرف أو القيام بسلوك على نحو مغاير. ويكون المصدر المناسب قد تم تثبيته من قبل وأصبح ثابتاً أثناء تذكر الشخص لأحداث تاريخه الشخصى بالموارد الجديدة المتاحة حالياً.

(Bandler & Grinder 1979, 83:85)

وإذا كانت المخاوف مثال لنموذج "بسيط ومتوازن" - بسيط لأنه دائماً ما يقترن مثير محدد باستجابة محددة ، ومتوازن لأنه دائماً ما يحدث المثير والاستجابة معاً - فإن المثير الرهابى هو عامل جذب، ولذلك فإن الطريقة الأكثر فاعلية للتعامل مع هذه العملية هى أن نفقد ذلك النموذج الموجود استقراره المتعلق "بعامل الجذب" الحالى ونقوم بوضع أو إنشاء نموذج جديد.

ولذلك فإن تعطيل النموذج الفوبيائى من خلال تقنيات مثل الانفصال الـ V-K يعتبر من الطرق الرئيسية التى تستخدمها البرمجة اللغوية العصبية، والتى يصبح فيها الشخص منفصل عن ذاته حيث يستطيع من خلال هذه الحالة من الإدراك أن يشاهد سلوكه بشكل مجرد أثناء الاستجابة الفوبيائية.

ويمكن أن يفقد النموذج الفوبيائى استقراره وثباته أيضاً من خلال تخيل الأحداث الماضية الملازمة للاستجابة الفوبيائية على أنها فيلم عقلى أبيض وأسود يتم استعراضه.

(Dilts & DeLozier 2000, 954)

لا تكون فنيات التثبيت البسيطة كافية عندما لا يمكن العثور على خبرة ذاتية إيجابية ذات قوة بالقدر الذى يكفى لمقاومة الرعب المسيطر الناتج عن الرهبة وفى مثل هذه الحالات نستخدم فنية الانفصال البصرى - الحسى حركى.

يشتمل هذا الأسلوب على جعل الشخص يراقب نفسه من موقع ثالث، مما يسمح له بمراقبة نفسه وهو يشاهد نفسه أثناء مروره بالتجربة المؤلمة. وبهذه الطريقة، يمكن للشخص أن يظل مستريحاً أثناء تذكره لهذه التجربة لأن الجزء الحس حركى معزول عن الذكرى البصرية.

(Cameron 1978, 118-119)

يتم تنفيذ أسلوب الانفصال من موقع ثالث بأسلوب دار العرض الذى يطلب فيه من أفراد العينة تخيل أنفسهم فى كابينة عرض الأفلام (يمرون بالمشاعر الإيجابية التى يتم تثبيتها) ويشاهدون أنفسهم جالسين فى صالة العرض فى دار السينما وهم يشاهدون أنفسهم على الشاشة الكبيرة (هناك فى أول الصالة). يتم تدعيم وتقوية المسافة البصرية التى تفصل بين الفرد ومشهد

الرغبة فى الانفصال ثلاثى الأبعاد من خلال اللغة التى تستخدم خلال مشاهدة الأفراد لأنفسهم وهم يشاهدون أنفسهم أثناء عرض المشهد .

تساعد العبارات مثل "فى أول الصالة" و "فى الماضى" و "ذلك الشاب" فى إبعاد المشاهد عما يدور من أحداث. وبنفس الصورة، فإن إعادة فرد العينة إلى نفسه وهو يشاهد الفيلم يمكن أن تتحقق أيضاً من خلال تغييرات طفيفة فى اللغة وكذلك من خلال الاقتراحات المباشرة إلى المشاهد بأن "يطير" (من كابينة العرض) إلى المقعد فى صالة العرض. ففى علاج مريض يعانى من الخوف من الارتفاعات ، يمكن أن يقال له: "أنظر كيف يصعد هو إلى الشرفة وسوف ترى أنت المشهد البانورامى"

(Fromm 1976, 281)

والنتيجة الإجمالية لهذه العملية هى تغيير فى الارتباط الذى يمكن للمريض أن يجريه فى مواجهة الخبرة السابقة القوية.

(Lankton 1980, 110)

ويقدم لنا (Cameron 1978) العديد من الأمثلة لحالات تم علاجها باستخدام هذه الفنية مثلاً: قد استطاعت امرأة شهدت مصرع ابنتها وظلت عاجزة عن الحركة من جراء الحزن لمدة سنتين، أن تلقى هذه الخبرة وراء ظهرها وتستمر فى حياتها. ووجد رجل كانت تجربته الجنسية الأولى مؤلمة جداً، أن هذه الخبرة يمكن أن تكون مضحكة إذا تذكرها بدلاً من أن تكون شيئاً يعوقه بشكل مستمر.

(Cameron 1978, 118)

كذلك استطاعت (Lieberman 1984) أن تقوم بعلاج العديد من الحالات بهذا الأسلوب والأسلوب السابق ذكره. فقد تمكن طفل عمره (١٢) عام يعانى من اضطراب ما بعد الصدمة نتيجة احتجازه كرهينة أن يسير إلى المدرسة فى راحة بعد جلسة واحدة، بعد أن كان لا يستطيع السير إلى المدرسة لمدة ثلاثة أسابيع خوفاً من تعرضه للاختطاف. وكذلك استطاعت فتاة عمرها (١٩) عام أصيبت بخوف من الزحام والأماكن الضيقة بعد تعرضها لحادث فى حفل لموسيقى الروك، أن تحضر مباراة فى الهوكى بعد جلسة واحدة.

وتوقفت سيدة كانت عازفة بيانو محترفة عن العزف وقيادة الفرق الموسيقية مفضلة التدريس عليهما بعد أن أصيبت بحالة قلق متزايد من الأداء أمام جمهور. وبعد جلسة واحدة تم فيها استخدام أسلوب الانفصال شعرت بأن لديها مزيداً من السيطرة فى المواقف التى يشارك فيها عدة أشخاص وأنها قادت فرقة موسيقية أمام جمهور براحة لأول مرة منذ سنوات.

إن علاج المخاوف المرضية فى هذه الدراسات والتى تستخدم فنيته الانفصال والربط تعتمد على استخدام المشاهد الإيجابية التى تساعد على توليد مشاعر إيجابية يحتاجها المريض

والمحافظة على تلك المشاعر طوال الخبرات المتخيلة التى يسترجع فيها المريض مشاعر الخوف. ويستخدم أسلوب الانفصال من مكان ثالث أثناء استثارة الروابط ويساعد على ضمان عدم انزلاق المريض إلى مشهد الخوف ومروره للحدث الذى سبب له الألم فى الماضى.

(Lieberman 1984, 5-8)

إن استخدام المثبتات الحس - حركية المضادة للقلق/ الخوف فى علاج المخاوف لها قيمة كبيرة ويتضح ذلك من خلال الأبحاث المستفيضة لمنع الحساسية المنظم. يقول (Wolpe 1958) أن منع الحساسية يتحقق عندما يتعلم الشخص أن يقوم بردود أفعال (استجابات) للأشياء التى تسبب الخوف، تقوم بمنع الخوف بنفس الأسلوب. وقد استخدم فى علاجه الاسترخاء العضلى العميق لى يحل محل القلق الناتج عن الخوف. وسواء كان منع الاستجابات الناتجة عن الخوف فى حد ذاته هو المسئول عن نجاح العلاج أم لا، فإنه من الواضح أن تخيل المشاهد التى تسبب خوفاً متزايداً مع البقاء فى حالة استرخاء له فاعلية فى تخفيف السلوك الفوبيائى.

(Paul 1968, 119:130)

ويرى كلاً من (Bandler & Grinder 1979) أن الاسترخاء يستخدم كاستجابة مضادة (غير مطابقة) فى عملية الانفصال ولكنه ليس مصدراً أو وسيلة يمكن لأى شخص أن يستخدمه فى الموقف الفوبيائى... فالبرمجة اللغوية العصبية تربط مجموعة جديدة من المشاعر، وهى تحديداً الكفاءة والقوة، بالمثيرات السمعية والبصرية.

(Bandler & Grinder 1979, 122)

مما سبق يتضح لنا أن الخوف الذى يتكون لدينا لا يكون بسبب ذلك الشئ الذى يثير خوفنا وإنما نتيجة للتخيلات التى نخلقها حول هذا الشئ فنحن بسبب جهازنا العصبى لا نستطيع أن نكون فى حالة من الإيجابية والسلبية فى وقت واحد ، وذلك لأن الإحساس القوى هو الذى يغلب دائماً. ولذلك فالمعالج يكتشف ويعيد تشكيل البرمجة القديمة المرضية للشخص الفوبيائى التى تقيدته ، وتشمل هذه البرمجة القديمة كل المعتقدات والاتجاهات والادراكات والحوار الداخلى والافتراضات الضمنية وكل الأنماط اللاشعورية الخاصة بالشخص الفوبيائى والتى يستخدمها لمعالجة المعلومات التى يستقبلها من العالم، وذلك من خلال التفاعل بين المعالج والمريض والتى تخلق جواً جديداً للتغير والتطور بما يسمى بالبرمجة الجديدة الراشدة والتى تتوسط العديد من أوجه شخصية الشخص الفوبيائى ويحاول المعالج من خلال العلاقة بينهما اكتشافها وإعادة تشكيل إدراكاته عن نفسه ونحو بعض الخبرات الأليمة من خلال تغيير اتجاه ومحتوى الحوار الداخلى للشخص الفوبيائى .

إن البرمجة اللغوية العصبية وفنيتها تنتظر إلى ما وراء إزالة الأعراض الظاهرية الخاصة بالمخاوف المرضية من خلال إعادة تأطير خبرة الخوف نفسها ، وكذلك إعادة تأطير البنية الإدراكية - المعرفية الداخلية لكل من الشعور والاشعور من خلال علاج الأسباب التى أدت إلى تكون المخاوف المرضية وفقاً للمنظور الخاص بالشخص الفوبيائى لإدراك الواقع أو العالم، وإضافة المصادر الجديدة الضرورية التى تفتح الباب أمام الشخص الفوبيائى لتكوين مفاهيم وخيارات وبدائل سلوكية جديدة تمكنه من تحقيق الهدف أو المغزى الإيجابى من استجابة الخوف ، وتغيير تلك الاستجابة الفوبيائية .

الفصل الثالث
الدراسات السابقة

الفصل الثالث الدراسات السابقة

قامت الباحثة بمسح شامل للدراسات التي ترتبط بموضوع الدراسة الحالية على مستوى الساحة العربية والأجنبية وذلك بالمركز البريطاني وأكاديمية البحث العلمي والإنترنت، ولم تجد الباحثة في حدود إطلاعها وبحثها دراسات عربية ترتبط بموضوع الدراسة الحالية، ولكن توصلت إلى بعض الدراسات الأجنبية ذات الصلة بهذا الموضوع، وفيما يلي عرضاً لهذه الدراسات:-

[١] دراسة (ألين ١٩٨٢) (Allen,k 1982)

بعنوان:

"بحث فعالية إجراءات البرمجة اللغوية العصبية في علاج فوبيا الأفاعى".

"An investigation of the effectiveness of neuro linguistic programming procedures in treating snake phobias "

وتهدف هذه الدراسة إلى بحث مدى فعالية إجراءات البرمجة اللغوية العصبية في علاج الخوف من الأفاعى.

وقد تكونت عينة الدراسة من (٣٢) طالب جامعي ممن تم اكتشاف خوفهم من الأفاعى وتم تقسيم أفراد العينة بطريقة عشوائية على ثلاث مجموعات (مجموعة ضابطة ومجموعة خضعت لعلاج منع الحساسية، ومجموعة خضعت للعلاج بالبرمجة اللغوية العصبية). وقد استخدمت الدراسة الأدوات التالية:

- جدول دراسة الخوف رقم ٢.
- اختبار تجنب السلوك.
- فنية الربط.
- ◆ فنية الانفصال.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن عملية البرمجة اللغوية العصبية تحقق نجاحاً سلوكياً أطول مدة من علاج منع الحساسية المنظم، فقد عبر أفراد العينة الذين تعرضوا للعلاج بالبرمجة اللغوية العصبية عن شعورهم بأنهم تغلبوا على مخاوفهم من الأفاعى أكثر مما ذكر أفراد المجموعتين الأخرتين.

[٢] دراسة (مارلا ليبرمان ١٩٨٤) (Lieberman, M 1984)

بعنوان:

"علاج المخاوف البسيطة بواسطة فنيات البرمجة اللغوية العصبية " .

"The treatment of simple phobias with Neuro-linguistic programming techniques".

تمثل الدراسة اختبار تجريبي لمعرفة فعالية تقنيات (فنيات) البرمجة اللغوية العصبية في علاج سلوك الخوف وعدم الارتياح والتوتر المصاحب له.

بلغت العينة (١٢) حالة ممن استوفت فيهم معايير تشخيص الدليل الإحصائي الثالث للطب النفسي (١٩٩٣) DSM- III للمخاوف البسيطة، حيث تم الحصول على العينة من خلال إعلان في الجريدة المحلية لبلدة ميدل سكس بولاية نيوجيرسي .

ويتضمن العلاج بـ (NLP) التجريبي تخيل المشاهد المتعلقة بمشاعر الخوف من خلال حالة من الانفصال لفرد (حالة) يشاهد المشاهد ويشاهد الممثل، وقد تضمنت هذه الطريقة الجوهرية تخيل للمشاهد السارة حيث تم علاج الحالة على مدى جلستين خلال أسبوع استمر كل منها أقل من ساعة.

وتتضمن الأدوات التي تم تقييم العلاج بها:

مقاييس الاقتراب من مثيرات الخوف (الخوف من الاقتراب من مثيرات الخوف المقسم إلى مثيرات غير حية ومثيرات حية).

- مقياس عدم الارتياح .
- قائمة الأعراض العامة (SCL - 90 - R)
- مقياس مسح المخاوف (FSS- III)
- تقارير استبائيته ذاتية.
- اختبار قابلية التنويم المغناطيسي (SHSS)
- فنية الربط.
- فنية الانفصال.

تم تقييم أفراد العينة قبل وبعد العلاج وبعد ثلاثة أسابيع وخضعوا لاختبار قابلية التنويم المغناطيسي (SHSS) وتلقوا نموذج التقييم الشخصي لمثله بعد العلاج بشهرين.

وقد أثبت علاج الخوف بالبرمجة اللغوية العصبية فعالية في تخفيف شعور الخوف والتوتر الذاتي وعدم الراحة وكذلك أثبت فعاليته في تخفيف حدة مجموعة متنوعة من الأعراض.

[٣] دراسة (كروجمان وآخرون ١٩٨٥) (Krugman & et al. 1985)

بعنوان:

"استخدام البرمجة اللغوية العصبية في علاج القلق: سحر أم خرافة؟".

" Neuro linguistic programming treatment for anxiety: magic or myth?".

وتهدف هذه الدراسة إلى التأكد من فعالية البرمجة اللغوية العصبية في علاج القلق من التحدث (خوف اجتماعي) أمام الآخرين وذلك من خلال مقارنة علاج الخوف بالبرمجة اللغوية العصبية مع علاج لمنع الحساسية. مع مجموعة ضابطة من قائمة انتظار لعلاج القلق من التحدث علناً.

وقد تكونت العينة من (٥٥) فرداً، (٢٨) ذكور، (٢٧) إناث من طلبة الجامعات وقد استخدمت الدراسة الأدوات التالية.

- التقرير الشخصي للثقة كمتحدث.
- التقييم السلوكي.
- تقييم شامل لقلق المريض من التحدث.
- فنية الربط.

تم إجراء تقييم أفراد العينة قبل العلاج وبعد العلاج وقد أشارت النتائج إلى أن علاج المخاوف لم تكن له فعالية في تخفيف القلق من التحدث علناً تفوق فعالية علاج منع الحساسية أو العلاج من خلال الوجود في مجموعة ضبط من قائمة الانتظار خلال تنفيذ العلاجين على أفراد المجموعتين الأخيرين، وذلك بناء على القياسات التي أجريت باستخدام التقرير الذاتي ودرجات السلوك.

[٤] دراسة (دافيد مايكل فيرجسون ١٩٨٧) (Ferguson, D 1987)

بعنوان:

"مدى فعالية اثنين من علاجات المخاوف القائمة على البرمجة اللغوية العصبية بواسطة

تسجيلات سمعية في علاج القلق من التحدث علناً".

"The effect of two audio taped neuro linguistic programming phobia treatments on public speaking anxiety".

تهدف الدراسة إلى بحث فعالية اثنين من علاجات المخاوف القائمة على البرمجة اللغوية العصبية للتخفيف من الحديث أمام العامة (الجمهور) ومن خلال شرائط كاسيت تسجيلية سمعية لهذين العلاجين تحت اسم (علاج المخاوف، العلاج السريع للمخاوف) والتي قورنت بإجراء لمنع الحساسية مسجل صوتياً وإجراء غير علاجي (مجموعة ضابطة).

تكونت العينة من (٢٨٥) حالة تم اختيارهم، بحيث يجب أن يحصلوا على انحراف معياري بمقدار (٠.٥). أعلى من المتوسط في التقرير الذاتي للثقة بالنفس كمتحدث، وأن لا تظهر عليه علامات واضحة للأمراض النفسية (لا يعاني من اضطرابات نفسية واضحة).

تم تقييم أفراد العينة من خلال:

- التقرير الشخصي للقلق من التحدث علناً.
- مقياس قلق أمام الجمهور.
- مقياس التقييم الشخصي لإجادة التحدث علناً.
- فنية الانفصال.

وقد تم توزيع كل متطوع عشوائياً على مجموعة علاج الخوف أو مجموعة علاج الخوف السريع أو مجموعة إجراء منع الحساسية المسجل صوتياً ومجموعة عدم الخضوع للعلاج (مجموعة ضابطة).

تم تطبيق علاج الخوف وعلاج الخوف السريع وإجراء منع الحساسية المسجل صوتياً في جلسة واحدة عن طريق شريط صوتي، بينما طلب من المجموعة التي لم تتلقى أي علاج الانتظار في غرفة انتظار لمدة ٣٠ دقيقة. وبعد إتمام العلاج، طلب من كل متطوع استيفاء التقرير الشخصي للقلق من التحدث علناً ومقياس القلق أمام الجمهور. وبعد حوالي ثلاثة أسابيع من تلقي العلاج، طلب من كل متطوع استكمال التقرير الشخصي للقلق من التحدث علناً ومقياس القلق أمام الجمهور ومقياس التقييم الشخصي لإجادة التحدث علناً.

وبعد تحليل البيانات، لم تؤيد هذه التحليلات للإجراءات الفرضية القائلة بأن علاج المخاوف بالبرمجة اللغوية العصبية إذا طبقت عن طريق شريط صوتي كانت أكثر فعالية من إجراء منع الحساسية المسجل صوتياً أو عدم العلاج إطلاقاً.

[٥] دراسة (إريك اينسبروخ ، بروس فورمان ١٩٨٨) (Einspruch, E & Forman, B 1988)

بعنوان:

"مدى فعالية البرمجة اللغوية العصبية فى علاج المخاوف".

" **Neuro-linguistic programming in the treatment of phobias** ".

تهدف الدراسة إلى تقييم لبرنامج علاجي لعلاج المخاوف قائم على البرمجة اللغوية العصبية، وذلك داخل سياق برنامج علاجي متعدد الأوجه .

تكونت العينة من (٣١) حالة ممن يعانون من المخاوف وطبق عليهم برنامج العلاج

الجمعي.

تم تطبيق المقاييس الآتية قبل العلاج وبعد العلاج بثمانية أسابيع.

- مقياس ماركس للخوف.
- قائمة مسح المخاوف.
- مقياس بيك للاكتئاب .

حيث لوحظ أن (١٧) حالة ممن تلقوا علاجاً فردياً قد أكملوا استجاباتهم على مقياس الخوف

قبل وبعد العلاج.

قد أشارت النتائج إلى تحسن ملحوظ لهؤلاء الحالات الذين تلقوا البرنامج العلاجي، كما تشير هذه النتائج إلى أن البرمجة اللغوية العصبية تبشر بأن تصبح مجموعة هامة من الأساليب العلاجية لعلاج المخاوف المرضية.

[٦] دراسة (هارى ستانتون ١٩٨٨) (Stanton, H 1988)

بعنوان:

"علاج المخاوف السريع بالبرمجة اللغوية العصبية بواسطة استخدام فنية دار العرض

(الانفصال) لباندلر".

" **Treating phobias rapidly With Bandler's theatre technique** ".

وتهدف هذه الدراسة إلى بحث فعالية استخدام فنية الانفصال فى علاج المخاوف المرضية

فى وقت قصير بدلاً من علاجها على فترة زمنية طويلة الأمد.

وقد تضمنت العينة ثلاث حالات:

- الأولى (عمرها ٤٧ سنة) سيدة تعاني من مخاوف الأماكن المفتوحة.
- الثانية (عمرها ٣٦ سنة) رجل لديه مخاوف اجتماعية .

• الثالثة (عمرها ٢٩ سنة) سيدة تعاني من مخاوف محددة .
وقد استخدم الدليل الإحصائي الثالث DSM- III مع هذا الأسلوب .
وقد أوضحت النتائج مدى فعالية هذه الفنية في علاج الحالات الثلاثة للمخاوف وفقاً للدليل
التشخيصي الإحصائي.

[٧] دراسة (هارى ستانتون ١٩٩٦) (Stanton, H 1988)

بعنوان:

"مدى فعالية دمج كلاً من التنويم المغناطيسى والبرمجة اللغوية العصبية فى علاج
الخوف من الهاتف"

"Combining hypnosis and NLP in the Treatment of telephone phobia".

وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى فعالية فنيتين من فنيات البرمجة اللغوية العصبية وهما
فنية دار العرض (الانفصال) وفنية الربط/ التثبيت والتي أثبتت فعاليتها كوسائل علاجية عندما
استخدمت كلاً منهما على حدة ولذلك فإن دمجها يمكن أن يوفر تدخلاً علاجياً قوياً وخاصة
عندما يستخدم التنويم المغناطيسى معهم كوسيلة لزيادة توقع المريض للنجاح فى العلاج .
وقد كانت عينة الدراسة مكونة من فرد يعانى من فوبيا الهاتف وهو يعمل مندوب
تأمين.

وقد أثبتت هذه الدراسة فعالية دمج التنويم المغناطيسى مع فنيات البرمجة اللغوية العصبية
كوسائل تلعب دوراً كبيراً فى توقعات المريض للنجاح فى العلاج.

التعليق على الدراسات السابقة:-

(أ) من حيث العينة: تنوعت عينات الدراسة واختلفت فى أحجامها من عينة كبيرة إلى صغيرة
فدراسة (كروجمان ١٩٨٥) تكونت من (٥٥) فرداً ودراسة (فيرجسون ١٩٨٧) تكونت من
(٢٨٥) فرداً، أما دراسة (ألين ١٩٨٢) فقد تكونت من (٣٢) فرداً، ودراسة (إينسبروخ، فورمان
١٩٨٨) تكونت من (٣١) فرداً، أما دراسة (ليبرمان ١٩٨٤) فقد تكونت من (١٢) فرداً. ولكن
دراسة (ستانتون ١٩٨٨) قد تضمنت ثلاث حالات فقط متنوعة ما بين مخاوف من الأماكن
المفتوحة ومخاوف اجتماعية، ومخاوف محددة وكذلك دراسته لعام (١٩٩٦) أيضاً اشتملت
على فرد واحد يعانى من فوبيا محددة.

ويلاحظ أنه لم يذكر في مثل هذه الدراسات أعمار أفراد العينة فيما عدا دراسة (ستانتون ١٩٨٨) والتي ذكر فيها أعمار أفراد العينة الثلاث والتي تراوحت ما بين ٢٩: ٤٧ عاماً.

(ب) من حيث الفنيات: نلاحظ أن هذه الدراسات السابقة بعضها قد ذكر الفنيات التي تم استخدامها في علاج أفراد العينة ولكن هناك دراسة لم تذكر نوعية هذه الفنيات ولكنها أكتفت بذكر أنها قامت بتطبيق البرنامج العلاجي وهي دراسة (إينسبروخ، فورمان ١٩٨٨)، وهناك دراسات أخرى استخدمت فنية الانفصال فقط مثل دراسة (فيرجسون ١٩٨٧)، ودراسة (ستانتون ١٩٨٨)، ولكن من الدراسات التي دمجت بين فنيتين وهما الانفصال والربط/ التثبيت هي دراسة (ليبرمان ١٩٨٤)، ودراسة (ستانتون ١٩٩٦)، ودراسة (ألين ١٩٨٢) والتي توصلت إلى نتائج تشير إلى أهمية الدمج بين هاتين الفنيتين حيث أن تثبيت مشاعر معينة مثل الراحة والأمن والاطمئنان عن طريق استخدام الروابط ثم استدعاء هذه المشاعر مرة أخرى أثناء عملية الانفصال عن طريق استخدام نفس الرابط السابق استخدامه يؤدي إلى اختبار ذلك الرابط ومعرفة ما إن كان قد أدى إلى الشعور بنفس الأحاسيس والمشاعر أم لا.

(ج) من حيث النتائج: نلاحظ من خلال نتائج الدراسات السابقة أن خمس دراسات قد توصلت إلى مدى فعالية تقنيات البرمجة اللغوية العصبية في علاج المخاوف المرضية وهي دراسة (ألين ١٩٨٢)، (ليبرمان ١٩٨٤)، (إينسبروخ، فورمان ١٩٨٨)، (ستانتون ١٩٨٨)، (ستانتون ١٩٩٦). وقد أثبتت هذه الدراسات أن المخاوف المرضية وما يصاحبها من قلق وتوتر وعدم راحة يمكن أن يتم علاجها باستخدام بعض الفنيات للبرمجة اللغوية العصبية. وخاصة عند دمج كلاً من فنية الانفصال والربط / التثبيت ولكن دراسة (كروجمان ١٩٨٥)، (فيرجسون ١٩٨٧) توصلت إلى أن علاج القلق من التحدث علناً بالبرمجة اللغوية العصبية لم يكن أفضل من استخدام أنواع أخرى من العلاجات أو الانتظار بدون علاج.

وقد يكون هذا القصور في النتائج راجع إلى عدة أسباب منها أن هاتين الدراستين قامت كلاً منهما باستخدام إحدى الفنيتين فقط فالأولى استخدمت فنية الربط فقط والثانية استخدمت فنية الانفصال فقط وكان من الممكن التوصل إلى نتائج أفضل في حال قيامهم بدمج هاتين الفنيتين كأسلوب في العلاج.

كذلك نلاحظ أن هاتين الدراستين قد استخدمتا إجراء لعلاج المخاوف مستقى من دليل التدريب على البرمجة اللغوية العصبية الذي وضعه (ريس، ريس ١٩٨٥) والذي صمم طبقاً لإجراء (باندلر وجريندر ١٩٧٩)، أي أن هذا العلاج تم تصنيفه كعلاج للمخاوف ومع ذلك فإن العينة التي

استهدفتها هاتين الدراستين تألفت أساساً من أفراد يعانون من القلق من التحدث علناً. ونظراً لأن الأفراد الذين يعانون من القلق من التحدث علناً لم يكن يعتقد أنهم على نفس درجة من يعانون من الخوف من التحدث علناً، فإنه يبدو من المحتمل أن هذا العلاج كان يمكن أن يؤدي إلى نتائج أفضل إذا تم تطبيقه على عينة تعاني من مخاوف التحدث علناً.

وكذلك فإن دراسة (فيرجسون ١٩٨٧) كان من الممكن أن نتوصل إلى نتائج أفضل لو لم يكن هناك مثل هذه الشرائط الصوتية حيث أن وجود المعالج أثناء تطبيق العلاج أمر في غاية الأهمية حيث أنه يستطيع ملاحظة أفراد العينة عن قرب وملاحظة كافة التغيرات الفسيولوجية التي تطرأ على الحالات، وكذلك يستطيع ملاحظة ما إن كان الفرد قد أكمل العلاج أم لا فكان يطلب من أفراد العينة تخيل أحداث معينة، ويستحيل بدون وجود ملاحظ لهذه الحالات التأكد من أن الأفراد استطاعوا تخيل هذه الأحداث أم لا.

ومن خلال النتائج المختلفة نلاحظ أن كلاً من دراسة (ألين ١٩٨٢)، (ليبرمان ١٩٨٤) رغم وصولهم إلى فعالية البرمجة اللغوية العصبية في علاج المخاوف المرضية إلا أنه يؤخذ عليهم عدم استكمالهم للخطوة الأخيرة من علاج المخاوف المرضية، والتي يطلب فيها من المريض أن يتخيل أنه يواجه مثير الخوف لكي نلاحظ التغيرات الطارئة عليه ومدى قدرته على مواجهة هذا المثير، وإذا شعر المريض بنفس الخوف عند تخيله لهذه المواجهة فإن عملية العلاج لا بد أن يتم إعادتها مرة ثانية.

الفصل الرابع
المنهج والإجراءات

الفصل الرابع المنهج والإجراءات

بناء على كلاً من الإطار النظري للمتغيرات الأساسية للدراسة الذي تم عرضه في الفصل الثاني، وما توصلت إليه الدراسات السابقة يمكننا اشتقاق فروض الدراسة الحالية التي هي إجابات محتملة للتساؤلات التي أثّرت في الفصل الأول على النحو التالي:

أولاً : فروض الدراسة:-

١. يؤدي العلاج بالبرمجة اللغوية العصبية إلى تخفيف وطأة الإحساس بعدم الراحة العام الذي تسببه المخاوف المرضية.
٢. تتراجع حدة الأعراض العامة وشدة القلق لدى المرضى باستخدام البرمجة اللغوية العصبية.
٣. تتراجع حدة المخاوف المرضية باستخدام فنيتي الربط والانفصال.

ثانياً : عينة الدراسة:-

تكونت عينة الدراسة من ست حالات ممن انطبقت عليهم معايير تشخيص الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع (DSM-IV) للمخاوف المحددة (Specific Phobias) كعينة مقصودة، وتراوح أعمارهم من ١٧: ٢٣ عاماً بمتوسط عمري ٢٠ عاماً، وتمثلت في (٥) إناث، (١) ذكور.

وقد تم اختيار أفراد العينة من خلال الإعلان عن برنامج علاجي لعلاج المخاوف المرضية المحددة وتخفيف القلق المصاحب لتلك المخاوف لمن يعانون من تلك المخاوف لمدة لا تقل عن ستة أشهر أو أكثر و(أ) يميلون إلى تجنب الأشياء / المواقف التي تسبب الخوف كلما أمكن (ب) يشعرون بقلق ترقبي (ج) يشعرون بأعراض داخلية وبدنية للقلق / الخوف عندما يواجهون هذه الأشياء / المواقف.

وقد تقدم للإعلان ١٣ فرداً، تم استبعاد فرد بعد أول مقابلة حيث تبين أنه مصاب باكتئاب نفسي ولديه خبرات علاجية سابقة، وخرجت ثلاث فتيات بعد إتمام استبيانات ما قبل العلاج ولم

تخضعن للبرنامج العلاجي، وقد أتم ثلاث أفراد العلاج ولكنهم لم يشاركوا فى المتابعة وبالتالي تم استبعادهم. وبالتالي تكونت العينة الناتجة من الست حالات السابق ذكرهم وتنوعت مخاوفهم كالآتى:

الحالة الأولى: حاصلة على بكالوريوس تجارة، تبلغ من العمر ٢٣ عاماً غير متزوجة، تتمثل مشكلتها فى الخوف من الماء، تعاني من هذه المخاوف منذ حوالى ١٣ عاماً.

الحالة الثانية: طالب ثانوى بالثانوية العامة، يبلغ من العمر ١٧ عاماً، غير متزوج، تتمثل مشكلته فى الخوف من ظله أو خياله، يعاني من هذه المشكلة منذ حوالى ٧ أشهر.

الحالة الثالثة: طالبة بالفرقة الثالثة بكلية الآداب، تبلغ من العمر ٢٠ عاماً، غير متزوجة، تتمثل مشكلتها فى خوفها من الزواج نتيجة تعرضها لعملية تحرش جنسى فى مرحلة الطفولة، تعاني من هذه المخاوف منذ حوالى ٨ أعوام.

الحالة الرابعة: طالبة بالفرقة الثالثة بكلية التربية، تبلغ من العمر ٢٠ عاماً، غير متزوجة، تتمثل مشكلتها فى الخوف من الطيران، تعاني من هذه المخاوف منذ حوالى ١٢ عاماً.

الحالة الخامسة: حاصلة على ليسانس آداب، تبلغ من العمر ٢١ عاماً، غير متزوجة، تتمثل مشكلتها فى الخوف من الموتى والجثث، تعاني من هذه المخاوف منذ حوالى عامين.

الحالة السادسة: طالبة بالفرقة الثانية بكلية الآداب، تبلغ من العمر ١٩ عاماً غير متزوجة، تتمثل مشكلتها فى الخوف من الحقن، تعاني من هذه المخاوف منذ حوالى ١٢ عاماً.

ثالثاً : أدوات الدراسة:-

اختيرت أدوات الدراسة بما يتفق مع أهداف الدراسة بالإضافة لاستراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية وفتياتها بوصفها نموذجاً علاجياً لعلاج المخاوف المرضية وما يصاحبها من قلق وتوتر وعدم راحة كالآتى:

إعداد: الباحثة

[١] المقابلة الشخصية:

وكانت تحتوي على بيانات عن الاسم والسن والنوع وكذلك وصفاً لحالة الخوف التي يعاني منها المريض وكيف يشعر بهذا الخوف. وكذلك الفترة التي ظهرت فيها هذه المشكلة وما هو معدل تكرار الشعور بها وهل تم اتخاذ أى إجراءات للتغلب على مثل هذه المخاوف، وهل هناك أوقات لم يكن يمثل الخوف فيها مشكلة بالنسبة للحالة.

[٢] نموذج استبيان التقرير الشخصى: إعداد: الباحثة

وكان يتم تطبيقه قبل العلاج وبعد العلاج وفى المتابعة، وقد استجاب أفراد العينة برود مكتوبة على السؤال الوارد فى نموذج التقرير الشخصى الذى ينص على " ما مدى توترك وعدم راحتك الذى تشعر به نتيجة مخاوفك حالياً؟ " تم تحويل المقياس من سبع درجات تبدأ من (لا شئ) وتنتهى بدرجة (رهيب) إلى مقياس رقمى من صفر:٦ على التوالى. وكذلك كان يحتوى هذا التقرير الشخصى على أسئلة عن معدل الشعور بالتوتر وعدم الاستقرار نتيجة لوجود المخاوف قبل بدء هذه الدراسة وكذلك معرفة رد الفعل فى حالة مواجهة المواقف التى تسبب المخاوف وأيضاً معرفة توقعات الأفراد عن شعورهم فى حالة مواجهة مثل هذه المواقف. وكذلك معرفة شعور أفراد العينة تجاه الجلسات مع الباحثة وذكر أى تعليقات أو ملاحظات أو مشاعر إضافية خلال أو بعد اللقاء مع الباحثة.

[٣] قائمة الأعراض المعدلة (SCL – 90 – R): إعداد: عبد الرقيب البحيرى

أعد الصورة العربية لهذه القائمة (عبد الرقيب البحيرى) ووضعها فى الأصل ديروجيتس، لبيمان، كوفى تحت عنوان قائمة الأعراض المعدلة (SCL – 90 – R) وهى قائمة تقدير كلينيكى ذاتية التقدير لتشخيص الأعراض السلوكية لدى المرضى، وتعتمد القائمة على طريقة التقرير الذاتى Self-Report للقياس النفسى.

وصف وتطبيق قائمة الأعراض المعدلة

أولاً: وصف القائمة:

تتكون قائمة الأعراض المعدلة (SCL - 90 - R) من (٩٠) عبارة في صورة تقرير ذاتي خاص بالأعراض النفسية والعقلية، وقد تم تطويرها من خلال الأبحاث السيكومترية والكلينيكية. وقد صممت أساساً لتعكس أنماطاً من الأعراض السيكاترية والطبية التي تعاني منها المرضى. ويتم وضع كل عبارة من التسعين على مقياس مكون من خمس نقاط للإجابة تمتد على متصل لشدة العرض، حيث يبدأ المقياس مطلقاً "Not at all" وينتهي بقطب دائماً "Extremely". وتوزع عبارات القائمة الـ ٩٠ على ٩ أبعاد للأعراض الأولية والتي يعتقد أنها تشمل غالبية الأعراض السلوكية التي تلاحظ لدى هذه الفئة من المرضى، هذا بالإضافة إلى ثلاثة مؤشرات عامة 3 global indices of distress خاصة بالاستغاثة، ويمكن تصنيف أبعاد هذه القائمة كما يلي:

Somatization	١- الأعراض الجسمانية.
Obsessive-compulsive	٢- الوسواس القهري.
Interpersonal sensitivity	٣- حساسية التعامل مع الآخرين.
Depression	٤- الاكتئاب.
Anxiety	٥- القلق.
Hostility	٦- العداوة.
Phobic Anxiety	٧- قلق الخواف.
Paranoid Ideation	٨- البارانويا التخيلية.
Psychoticism	٩- الذهان.

أما عن المؤشرات الثلاث العامة فهي:

Global Severity Index (GSI)	١- مؤشر الشدة العام.
Positive Symptoms Distress Index (PSDI)	٢- مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة للخطر.
Positive Symptoms Total (PST)	٣- المجموع الكلي للأعراض الإيجابية.

وقد طورت المؤشرات الشاملة وأضيفت لتعطي مرونة أكثر في التقييم الكلى لحالة المريض النفسية المرضية. ويؤكد البحث الذى يستخدم هذه المقاييس على أن هذه المؤشرات الثلاث تعكس جوانب مميزة من الاضطراب النفسى.

ثانياً: تطبيق وتعليمات القائمة:

على الرغم من كون (SCL - 90 - R) مقياساً ذاتياً إلا أنه من الضرورى إعطاء بعض التعليمات عند تقديم الاختبار وقبل البدء فيه. وكذلك من الأهمية أن ندرك أن اتجاه الشخص الذى يلقي التعليمات نحو القائمة يعد من الأهمية لانعكاس ذلك على استجابات المريض، وبالتالي لا يجب أن تقدم القائمة إلى مريض من خلال شخص لديه شعور سلبى تجاه القائمة. وفى الواقع فإن تعليمات القائمة بسيطة جداً، وهى مدونة على صدر كراسة الأسئلة، وفيما يلى سرد لهذه التعليمات:

" فيما يلى قائمة من المشاكل والشكاوى التى يعانى منها عامة الناس أحياناً. وأمام كل مشكلة مجموعة من الأرقام .، ١، ٢، ٣، ٤ حيث يمثل أقل رقم (٠) عدم وجود المشكلة مطلقاً، ويمثل الرقم (٤) تواجد المشكلة أو الشكوى بصورة دائمة. اختر رقماً واحداً من الأرقام الموجودة على يسار المشكلة بحيث يصف معاناتك أحسن وصف خلال الأيام السبع الماضية حتى اليوم، ثم ضع دائرة حول هذا الرقم، مع عدم إغفال الإجابة عن أى مشكلة. تذكر جيداً دائرة واحدة حول الرقم الذى يصفك. وإذا غيرت رأيك فى الاستجابة، امسح الدائرة وضعها حول الرقم المناسب". ومصطلح رقم هنا يشير إلى العبارات الوصفية التالية: (صفر) مطلقاً، (١) نادراً، (٢) أحياناً، (٣) كثيراً، (٤) دائماً.

وبصفة عامة يواجه الشخص القائم بالتطبيق صعوبة قليلة سواء فى التشخيص النفسى أو فى المواقف الطبية بالنسبة لتلبية متطلبات المريض. ففى التشخيص النفسى، يتوقع المريض إجراءات تشخيصية نفسية، فيكون أكثر استقراراً. أما فى العلاج الطبى . خاصة إذا كان الطبيب المعالج يجهز المريض قبل البدء فى العلاج . فقد يتسرب إلى المريض القليل من الملل الذى يمنعه من إكمال الاختبار. وفى هذه الحالات النادرة التى يرفض فيها المريض أن يندمج فى إجراءات الاختبار يجب الانصياع تماماً لرغبته. وتقدم القائمة (SCL - 90 - R) بواسطة ممرضة أو متخصص فى القياس النفسى أو كينيكى، ويستغرق التقديم دقيقة أو دقيقتين، وينبغى مساعدة المريض فى حالة تساؤله عن شئ ما.

التعريف بأبعاد قائمة الأعراض المعدلة

تتكون قائمة الأعراض المعدلة من تسعة أبعاد تم استنتاجها من خلال الربط بين الإجراءات الكلينيكية والتجريبية التحليلية. وملحق بها أيضاً عبارات إضافية وثلاث مؤشرات عامة منذرة بالخطر. وفيما يلي وصف مكونات القائمة.

أولاً: أبعاد القائمة التسعة:

Somatization (SOM)

١. الأعراض الجسمية:

تعكس العبارات التي يتضمنها هذا البعد الألم والضييق الذي ينتج من مشاعر الاختلال الوظيفي للجسم، حيث تصف هذه العبارات ما يحدث في أعضاء الجسم التي تستثار بواسطة الجهاز العصبي اللاإرادي كالمعدة، والشعب الهوائية في الرئتين والجلد والشرابين المتصلة بالقلب، وهي أعضاء بعيدة عن التحكم الإرادي، كما تعكس هذه العبارات أيضاً الصداع، آلام الظهر، آلام وعدم راحة الجهاز العضلي مثلها في ذلك مثل الأعراض الجسمية المماثلة للقلق، ويمثل جدول (١) أعراض هذا البعد.

جدول (١)

أعراض بعد الأعراض الجسمية

العرض	العبرة
الصداع.	١
الشعور بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة.	٤
الإحساس بآلام في القلب أو الصدر.	١٢
الإحساس بآلام أسفل الظهر.	٢٧
الإحساس بالغثيان واضطراب المعدة.	٤٠
الشعور بآلام في العضلات.	٤٢
الصعوبة في النقاط أنفاسك.	٤٨
الإحساس بنوبات من السخونة أو البرودة في جسمك.	٤٩
تتميل أو شكشكة في أجزاء من جسمك.	٥٢
الإحساس بأن شيئاً يقف في زورك (يسد زورك).	٥٣
الشعور بضعف في أجزاء من جسمك.	٥٦
الشعور بثقل في ذراعيك أو رجليك.	٥٨

Obsessive-compulsive(O-C)

٢. الوسواس القهري

تعكس العبارات المكونة لهذا البعد السلوك الذى يتماثل بدرجة كبيرة مع التشخيص الكلينيكى تحت هذا الاسم. ويركز هذا المقياس على الأفكار، والدوافع القهرية، والأفعال التى يعانى منها الفرد بطريقة لا تفنر ولا تقاوم وتبدو غريبة بالنسبة لذاته أو غير مرغوب فيها. ويشمل هذا البعد أيضاً السلوك الذى يشير إلى صعوبات معرفية . على سبيل المثال اضطرابات التذكر، خلو الذهن من أى أفكار ... ألخ، وصعوبة فى التركيز، ويمثل جدول (٢) أعراض هذا البعد.

جدول (٢)

أعراض بعد الوسواس القهري

العرض	العبرة
وجود أفكار أو خاطر أو ألفاظ غير مرغوب فيها لا تفارق بالك.	٣
الصعوبة فى تذكر الأشياء.	٩
الانشغال الزائد فيما يتعلق بالقذارة والإهمال.	١٠
عدم القدرة على إتمام أعمالك.	٢٨
الاضطرار إلى أداء أعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من دقتها.	٣٨
الاضطرار إلى إعادة التأكد من أفعالك (تعيد وتزيد).	٤٥
صعوبة اتخاذ القرارات.	٤٦
الإحساس بأن ذهنك خالى من الأفكار.	٥١
صعوبة فى التركيز.	٥٥
الاضطرار إلى تكرار نفس الأفعال كاللمس والعد والغسيل.	٦٥

Interpersonal sensitivity (INT)

٣. الحساسية التفاعلية

تتركز الأعراض الأساسية فى هذا العامل على مشاعر القصور والإحساس بالنقص خاصة فى حالة المقارنة بالآخرين. ويتميز الأشخاص ذوو المستوى العالى من الحساسية التفاعلية ببخس الذات Self-depreciation ، والانزعاج، وعلامات الضيق أثناء التفاعلات بينهم وبين الآخرين. وتعد مشاعر الإنية (الشخصية الذاتية) الحادة، والتوقعات السلبية بشأن الاتصالات التفاعلية مصادر مماثلة للضيق أيضاً، ويمثل جدول (٣) أعراض هذا البعد.

جدول (٣)
أعراض بعد الحساسية التفاعلية

العرض	العبرة
الشعور بالحساسية تجاه الآخرين.	٦
الشعور بالخجل أو الاضطراب مع الجنس الآخر.	٢١
الإحساس بأن مشاعرك يمكن أن تجرح بسهولة.	٣٤
الشعور بأن الآخرين لا يفهمونك أو لا يتعاطفون معك.	٣٦
الشعور بعدم صداقة الناس لك أو أنهم لا يحبونك.	٣٧
الإحساس بأنك أقل من الآخرين (الشعور بالنقص).	٤١
الشعور بالاضطرابات والضيق عندما يتحدث الناس عنك أو يراقبونك.	٦١
الإحساس بالخجل والهيبة في وجود الآخرين.	٦٩
الإحساس بالضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام.	٧٣

Depression

٤. الاكتئاب

(DEP)

تعكس العبارات المصنفة تحت بعد الاكتئاب مدى واسع من العلامات المصاحبة لزملة الأعراض الكلينيكية للاكتئاب، حيث تتمثل أعراض المزاج اليأس، وعلامات الانسحاب وعدم الاهتمام بالأنشطة، ونقص الدافعية، وفقدان الطاقة الحيوية في عبارات هذا البعد. هذا بالإضافة إلى مشاعر اليأس وعدم النفع وملازمات الاكتئاب الأخرى المعرفية والجسمانية وعبارات ذات صلة بالأفكار الانتحارية، ويمثل جدول (٤) أعراض هذا البعد.

جدول (٤)
أعراض بعد الاكتئاب

العرض	العبرة
فقدان الاهتمام الجنسي أو اللذة الجنسية.	٥
الشعور بالخمول أو قلة النشاط.	١٤
التفكير فى إنهاء حياتك.	١٥
البكاء بسهولة.	٢٠
الشعور بأنك محبوس أو مقيد الحركة.	٢٢
لوم نفسك على الأحداث التى تمر بك.	٢٦
الإحساس بالوحدة.	٢٩
الإحساس بالانقباض.	٣٠
القلق على الأشياء بصورة مبالغ فيها.	٣١
الشعور بعدم الاهتمام بما حولك.	٣٢
الإحساس باليأس من المستقبل.	٥٤
الشعور بأن كل شئ عناء فى عناء (الدنيا تعب فى تعب).	٧١
الشعور بأنك عديم الأهمية.	٧٩

Anxiety (ANX)

٥. القلق

يشمل هذا البعد على مجموعة من الأعراض والسلوكيات التى عادة ما تكون مصاحبة للقلق الظاهر والعالى من الوجهة الكلينيكية، ومن هذه الأعراض الضيق والتلمل والعصبية والتوتر. هذا بالإضافة إلى العلامات الجسمانية كارتجاف الأطراف، ويضم هذا البعد أيضاً العبارات التى تتعرض للقلق الهائم ونوبات الرعب ومشاعر التشكك، ويمثل جدول (٥) أعراض هذا البعد.

جدول (٥)
أعراض بعد القلق

العرض	العبارة
سرعة الانفعال أو الاضطراب الداخلى.	٢
رعشة الجسم.	١٧
رعب مفاجئ.	٢٣
الشعور بالخوف.	٣٣
الإحساس بضربات القلب وزيادة سرعتها.	٣٩
الشعور بالتوتر أو أنك مشدود داخلياً.	٥٧
نوبات من الفزع أو الزعر بدون سبب معقول.	٧٢
الشعور بعدم الاستقرار لدرجة لا تمكنك من الجلوس هادئاً فى مكان.	٧٨
الشعور بأن الأشياء المألوفة تبدو غريبة أو غير حقيقية.	٨٠
الاعتقاد بأنك مدفوع لعمل أشياء معينة.	٨٦

Hostility (HOS)

٦. العداوة

لوحظ بطريقة ثابتة أن وجود الغضب وسلوك العداوة تعتبر محددات هامة فى القرارات الكلينيكية المختلفة التى يتخذها أطباء العيادات النفسية بصدد المرضى المترددين على تلك العيادات، وتقود تلك الحقيقة إلى استخلاص بعد العداوة كبعد أساسى فى القائمة (SCL-90) ويشمل البعد الحالى على ٣ فئات من سلوك الاعتداء: الأفكار، المشاعر، والأفعال، وتخفى العبارات الرمزية مشاعر التبرم ودوافع تحطيم الأشياء مثل المجادلات المستمرة والنزوات المزاجية التى لا يمكن للفرد السيطرة عليها، ويمثل جدول (٦) أعراض هذا البعد.

جدول (٦)
أعراض بعد العداوة

العرض	العبارة
الشعور بسرعة المضايقة والاستثارة.	١١
نزوات مزاجية لا يمكنك السيطرة عليها.	٢٤
الإحساس بدافع ملح لأن تضرب أو تجرح أو تؤذى شخص معين.	٦٣
الشعور بدافع ملح لتكسير أو تخريب الأشياء.	٦٧
الدخول فى كثير من الجدل والمناقشات.	٧٤
نوبات من الصراخ وقذف الأشياء.	٨١

Phobic Anxiety (PHOB)

٧. قلق الخوف

تعكس المقاييس التي تشمل هذا البعد في الأصل الأعراض التي قد لوحظت على مدى بعيد في الحالات التي أطلق عليها اسم حالات قلق المخاوف Phobic Anxiety States أو خواف الأماكن المتسعة Agoraphobia وفي هذا البعد نجد أن الخوف ذا الطبيعة المرضية يوجه إلى السفر أو الأماكن المفتوحة، أو إلى الزحام، أو إلى الأماكن العامة ووسائل النقل. وبالإضافة إلى ذلك فإن هناك عدة عبارات تمثل سلوك الخوف الاجتماعي، ويمثل جدول (٧) أعراض هذا البعد.

جدول (٧)

أعراض بعد العداوة

العرض	العبرة
الشعور بالخوف في الأماكن المفتوحة أو الشوارع.	١٣
الشعور بالخوف من أن تخرج من المنزل بمفردك.	٢٥
الشعور بالخوف عند السفر بالقطارات أو الأتوبيسات.	٤٧
الاضطرار إلى تجنب أشياء أو أفعال أو أماكن معينة لأنها تسبب لك الإحساس بالخوف.	٥٠
الشعور بضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق أو السينما.	٧٠
الشعور بالتوتر عندما تكون بمفردك.	٧٥
الشعور بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة.	٨٢

Paranoid Ideation (PAR)

٨. البارانويا التخيلية

اشتق البعد الحالي للبارانويا التخيلية من الرأي القائل بأن سلوك البارانويا يدرس أفضل دراسة من خلال مجموعة أعراض هذا المرض. وقد تبني المؤلفون الموقف الذي فضله سوانسون. وآخرون Swanson et.al (١٩٧٠) والذي ينادى بأن ظاهرة البارانويا تعتبر نمطاً للتفكير. وبناءً على ذلك فقد صممت العبارات على أساس المميزات الأساسية للتفكير الهذائي، ولقد وضع "سوانسون وآخرون" التفكير الإسقاطي، والعداء، والشك والارتياب، والمركزية، والضلالات، فقدان الاستقلال الذاتي، والشعور بالعظمة في قائمة أساسية لصفات البارانويا، وقد صممت العبارات الحالية لتعكس هذه الصفات، ويمثل جدول (٨) أعراض هذا البعد.

جدول (٨)

أعراض بعد البارانونيا التخيلية

العرض	العبارة
إلقاء اللوم على الآخرين في معظم متاعبك.	٨
الشعور بعدم الثقة في معظم الناس.	١٨
الشعور بأن الآخرين يراقبونك أو يتحدثون عنك.	٤٣
وجود أفكار أو معتقدات لديك لا يشاركك فيها الآخرون.	٦٨
الشعور بأن الآخرين لا يعطونك ما تستحق من ثناء وتقدير أعمالك وإنجازاتك.	٧٦
الإحساس بأن الناس سوف يأخذون فرصتك لو مكنتهم من ذلك.	٨٣

Psychoticism (PSY)

٩. الذهانبة

صُمم بُعد الذهانبة فى القائمة الحالية من خلال ملاحظة السلوك الذهانى لى المرضى المترددى على العىادات النفسىة، ثم التحلىل الشامل لسلوك هؤلاء الذهانىبن واشتملت الطرىقة التى اتبعت فى بناء هذا المقىاس على استخلاص عىنة من سلوك الفصامىبن ذى الأهمىة فى تشخىص الذهانبة، ومن الأعراض المهمة المأخوذة فى الاعتبار، الهالوس السمعىة auditory hallucinations ، وإذاعة الأفكار external thought control وإقحام الأفكار عن طرىق قوى خارجىة external thought insertion وبالإضافة إلى ذلك هناك علامات أخرى ممثلة فى المقىاس ولكنها تعد أقل تحدىداً للسلوك الذهانى كنمط الحىاة الخاص بالفصامىبن. وىمئل جدول (٩) أعراض هذا البعد.

جدول (٩)
أعراض بعد الذهانية

العرض	العبارة
الاعتقاد بأن شخصاً ما يستطيع السيطرة على أفكارك.	٧
سماع أصوات لا يسمعها الآخرون.	١٦
الاعتقاد بأن الآخرين يطلعون على أفكارك الخاصة.	٣٥
الشعور بأن أفكارك ليست من صنعك.	٦٢
الشعور بالوحدة حتى في وجود الآخرين.	٧٧
أفكار عن الجنس تسبب لك اضطراباً شديداً.	٨٤
أفكار تسيطر عليك بأنك لا بد وأن تعاقب على ذنوبك.	٨٥
الاعتقاد بأن هناك شيئاً خطيراً قد حل بجسمك.	٨٧
عدم الشعور بأنك قريب من أى إنسان آخر.	٨٨
الاعتقاد بأن هناك تغييراً غريباً قد طرأ على أفكارك.	٩٠

Additional Items

ثانياً: العبارات الإضافية:

يوجد في قائمة الأعراض المعدلة ٧ عبارات لا تصنف تحت أى من الأبعاد التسعة الأساسية، ويمكن وضع هذه العبارات تحت العديد من الأبعاد ولكنها ليست خاصة ببعد دون غيره. وبالرغم من عدم خضوعهم للمعايير الإحصائية إلا أنهم يعدون جزءاً كLINIKIاً مهماً في القائمة. وتسهم هذه العبارات في الدرجة الكلية لأعراض كل بُعد في القائمة، وهي تستخدم بطريقة شكلية Configurally فالدرجات العالية على بعد الاكتئاب مع العبارة الإضافية (٦٤) "الاستيقاظ من النوم في الساعات المبكرة من الصباح" ومع العبارة (١٩) "ضعف شهية الطعام" قد تعنى شيئاً مختلفاً تماماً إذا ما تم الحصول على نفس الدرجة ولكن في غياب مثل هذين العرضين (٦٤، ١٩). والكلام نفسه يقال مع العبارة (٨٩) "الشعور بالذنب" حيث تعد مؤشراً كLINIKIاً مهماً يمد المعالج بمعلومات هامة، ولا يتم حساب العبارات الإضافية بالجمع كبعد معين. ولكنها تجمع على الدرجة الكلية لآخر الأبعاد التسعة من القائمة، ويمثل جدول (١٠) العبارات الإضافية في القائمة.

جدول (١٠)

العبارات الإضافية في قائمة الأعراض

العرض	العبارة
ضعف الشهية للطعام.	١٩
الإفراط فى تناول الطعام.	٦٠
صعوبة الاستغراق فى النوم.	٤٤
الاستيقاظ من النوم فى الساعات المبكرة من الصباح.	٦٤
نوم مضطرب أو غير مريح.	٦٦
التفكير فى الموت.	٥٩
الشعور بالذنب.	٨٩

ثالثاً: المؤشرات العامة المنذرة بالخطر: The Global Indices of Distress

هناك ثلاثة مؤشرات عامة منذرة بالخطر ملحقمة بقائمة الأعراض المعدلة وهى:

- ١- مؤشر الشدة العام. Global Severity Index (GSI)
- ٢- مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة للخطر. Positive Symptoms Distress Index (PSDI)
- ٣- المجموع الكلى للأعراض الإيجابية. Positive Symptoms Total (PST)

إن وظيفة كل من هذه المؤشرات العامة هى إيضاح مستوى أو عمق الاضطراب النفسى لدى الفرد عن طريق درجة واحدة. ويقوم كل مقياس أو مؤشر بذلك بطريقة مختلفة نوعاً ما كما يعكس جوانب مختلفة من الاضطراب النفسى، ويمثل GSI أفضل مؤشر فردى على المستوى أو العمق الحالى للاضطراب، ويجب أن يستخدم هذا المؤشر فى معظم الحالات التى تتطلب قياساً موجزاً واحداً. ويضم GSI معلومات عن عدد الأعراض وشدة الخطر المدرك من قبل المفحوص. أما PSDI فهو مقياس شدة خالص Pure intensity measure وهو يعمل كمقياس لنوعية وأسلوب الاستجابة أثناء الاتصال مع الآخرين سواء كان المريض لديه أعراض زائدة أو بسيطة منذرة بالخطر. أما مؤشر PST فهو عبارة عن حصر للأعراض التى يبدىها المريض كأعراض إيجابية، أى التى يعانى منها المريض بأى درجة. وعندما يستخدم PST بطريقة شكلية مع GSI فإن المعلومات الخاصة بأسلوب الاستجابة وعدد الأعراض المصدق عليها يمكن أن تصبح هامة جداً فى تقدير الصورة الكلينية.

التصحيح وتسجيل الدرجات

أولاً: خطوات التصحيح:

بعد التأكد من اكتمال الإجابة على كل الأسئلة الموجودة بورقة الأسئلة، وذلك بوضع دائرة واحدة حول أحد الاختيارات الخمسة الموجودة أمام كل عبارة، يتم تصحيح كل مقياس فرعي بالقائمة باستخدام أرقام العبارات الخاصة بكل مقياس (كما هو موضح بنموذج التصحيح المرفق بالقائمة). ويتم التصحيح بجمع الدرجات التي وضعت داخل الدائرة من قبل المفحوص، وتتراوح الأوزان التقديرية للبدائل الخمس لكل عرض من صفر إلى ٤ درجات. وفيما يلي يوضح لمعنى هذه الأوزان:

مطلقاً	(٠)	لا توجد معاناة من العرض بتاتاً.
نادراً	(١)	بعض المعاناة ولكن غير منتظمة بدرجة قليلة.
أحياناً	(٢)	معاناة على فترات منتظمة إلى حد ما وبدرجة خفيفة أو متوسطة.
كثيراً	(٣)	معاناة على فترات منتظمة وبدرجة أكثر من المتوسط.
دائماً	(٤)	معاناة مستمرة وبدرجة قصوى.

ويتضمن تصحيح قائمة الأعراض المرضية SCL-90-R مجموعة من الخطوات الحسابية، تشمل عمليات الجمع البسيطة، والقسمة بحيث يتم التقريب فيها لأقرب رقمين عشريين. ويتم ذلك في استمارة مصممة لذلك "نموذج التصحيح" والملحق بالقائمة.

وفيما يلي خطوات التصحيح:

الخطوة الأولى: نقل درجات المفحوص الممثلة للتسعين فقرة من ورقة الأسئلة - والتي تمثل كل منها درجة Score معاناة المريض من كل عرض في القائمة إلى "نموذج التصحيح".

الخطوة الثانية: الحصول على مجموع درجات عبارات كل بعد من الأبعاد المرضية وأيضاً الفقرات الإضافية Distress scores ، أي الجمع الجبري لكل الدرجات غير الصفرية لفقرات كل بعد وكذلك الدرجات الإضافية.

الخطوة الثالثة: قسمة مجموع درجات عبارات البعد Total item score على عدد فقرات البعد (باستثناء الفقرات الإضافية من القسمة)، وذلك للحصول على الدرجة الخام للبعد Raw scores ، فعلى سبيل المثال في حالة الأعراض الجسمانية يقسم مجموع الدرجة على ١٢، وفي حالة القلق يقسم المجموع على ١٠، وفي حالة الفوبيا يقسم على ٧، مع ملاحظة التقريب لرقمين عشريين، وبهذا الشكل نكون قد حصلنا على الدرجة الخام للبعد، أي درجة

المعانة من المرض. ولحساب المؤشرات العامة الثلاثة المنذرة بالخطر Global indices توجد خطوات عديدة لابد أن تتم.

الخطوة الرابعة: الحصول على الدرجة الاجمالية (GT) Grand Total ، وذلك بجمع مجموع درجات عبارات كل بعد من الأبعاد التسعة وكذلك الفقرات الإضافية، وبمعنى آخر الجمع الجبرى للفقرات التسعين والذي تم فى الخطوة الثانية.

الخطوة الخامسة: الحصول على مؤشر الشدة العام (GSI) Global Severity Index وذلك بقسمة الدرجة الإجمالية (GT) على ٩٠.

الخطوة السادسة: القيام بعد الاستجابات الإيجابية للأعراض كما وضحتها العميل (أى الاستجابات التى لا تأخذ الدرجة صفر) وذلك للحصول على المجموع الكلى للأعراض الإيجابية . Positive Symptoms Total (PST)

الخطوة السابعة: قسمة الدرجة الإجمالية (GT) على المجموع الكلى للأعراض الإيجابية (PST) لى نحصل على الدرجة العامة النهائية Final global score أو ما أطلقنا عليه من

قبل مؤشر الأعراض الإيجابية Positive Symptoms Distress Index (PSDI)

ثانياً: الفقرات المحذوفة وتصحيحها:

عند ملاحظة فقرات ناقصة غير مجاب عنها فمن الأهمية حذف عدد الفقرات هذه من العدد الكلى للاضطراب أو البعد، فعلى سبيل المثال لو أن هناك فقرتين حذفنا من بعد القلق والمكون من ١٠ عبارات، تقيم الدرجة من خلال الثمانية فقرات الباقية، حيث يتم قسمة مجموع الفقرات الثمانية على ٨ للحصول على الدرجة الخام للبعد. وعند حساب GSI يتم إنقاص عدد الفقرات من ٩٠ إلى ٨٨، أما PSDI، فلا يتأثران مباشرة بالبيانات المفقودة، فمن الاستحالة أن تعرف ما إذا كانت الفقرات المحذوفة إيجابية أم لا، وكقاعدة عامة لو فقدت أكثر من ٢٠% من الفقرات التى يحتوى عليها الاختبار الشامل (بمعنى أكثر من ١٨ فقرة)، أو فقرات أكثر من ٤٠% من فقرات أى بعد (كالقلق مثلاً)، عند ذلك يعتبر المقياس غير صالح وغير صادق بالنسبة للاختبار ككل أو البعد الواحد.

تقنين قائمة الأعراض المعدلة

أولاً: عينة التقنين:

تكونت عينة تقنين قائمة الأعراض المعدلة من الأسوياء والمرضى، حيث اشتملت عينة الأسوياء على ٧٠١ طالباً (٣٤٩ ذكور، ٣٥٢ إناث) من التعليم الإعدادي، الثانوي، الجامعي، وطلاب الدراسات العليا بكلية التربية بمحافظة أسيوط، وتراوح أعمارهم من ١٣-٢٧ سنة بمتوسط ١٧.٤٠ سنة وانحراف معياري ٣.٢٤. ويوضح الجدول (١١) توزيع العينة طبقاً للجنس والعمر.

جدول (١١)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لأعمار الأسوياء طبقاً للجنس (ن = ٧٠١)

العينة الكلية (ن = ٧٠١)				إناث (ن = ٣٥٢)				ذكور (ن = ٣٤٩)				الجنس
إناث (٣٥٢)		ذكور (٣٤٩)		١٨ فأكثر		١٣ - ١٧		١٨ فأكثر		١٣ - ١٧		
				(ن = ١٥٢)		(ن = ٢٠٠)		(ن = ١٤٢)		(ن = ٢٠٧)		
ع	م	ع	م	ع	م	ع	م	ع	م	ع	م	
٣.١٤	١٧.٣	٣.٣٢	١٧.٦	١.٠٩	٢٠.٦٥	٠.٧٨	١٤.٦٤	١.٣٨	٢١.٣٤	٠.٨٨	١٥.٠١	

أما عينة المرضى فقوامها ١٥٨ مريضاً (٩٢ ذكور ، ٦٦ إناث) من وحدات الطب النفسي بالمستشفيات الجامعية بأسيوط، المنيا، سوهاج. وتراوح أعمارهم من ١٥-٧٠ سنة، ويوضح الجدول (١٢) توزيع العينة طبقاً للجنس، وقد تم تشخيص المرضى طبقاً للدليل الإحصائي التشخيصي الرابع DSM-IV والجدول (١٣) يوضح المواصفات التشخيصية لعينة المرضى.

جدول (١٢)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لأعمار المرضى طبقاً للجنس (ن = ١٥٨)

العينة الكلية (ن = ١٥٨)		إناث (ن = ٦٦)		ذكور (ن = ٩٢)		الجنس
ع	م	ع	م	ع	م	
١٠.٩٠	٣٠.٣٤	٩.١٣	٢٨.٧٤	١١.٩	٣١.٤٩	

جدول (١٣)

المواصفات التشخيصية لعينة المرضى (ن = ١٥٨)

م	عدد المرضى	العرض
١	٥٣	فصام واضطرابات ذهانية أخرى. Schizophrenia and other Psychotic Disorders.
٢	٨٧	اضطرابات الوجدان. Mood Disorders.
٣	٦	اضطرابات القلق. Anxiety Disorders.
٤	٦	اضطرابات تعزى إلى تعاطى عقار مخدر أو عقار طبي. Substance-Related Disorders.
٥	٢	اضطرابات تشخص لأول مرة في الطفولة أو المراهقة. Disorders Usually first diagnosed in fancy, children or adolescence.
٦	٤	اضطرابات جسدية الشكل. Somatoform Disorders.

ثانياً: الارتباطات الداخلية لأبعاد القائمة:

قام الباحث الحالي بحساب الارتباطات الداخلية بين الأبعاد المختلفة لأعراض القائمة على عينة من الأسوياء قوامها ٩٦ طالباً (٢٢ ذكور ، ٧٤ إناث)، تراوحت أعمارهم من ١٣-٢٠ سنة بمتوسط ١٤.٧١ سنة وانحراف معياري ١.١٨ والجدول (١٤) يوضح تلك الارتباطات.

جدول (١٤)

الارتباطات الداخلية لأبعاد القائمة (ن = ٩٦)

م	الأعراض الجسمية	الوسواس القهري	الحساسية التفاعلية	الاكتئاب	القلق	العداوة	قلق الخوف	البارانويا التخيلية	الذهانية
١	-	٠.٥٥	٠.٤٩	٠.٥٢	٠.٦٠	٠.٥٥	٠.٥٦	٠.٤٠	٠.٤١
٢	-	-	٠.٥٣	٠.٤٧	٠.٥١	٠.٤٠	٠.٤٢	٠.٣٩	٠.٣٥
٣	-	-	-	٠.٦٨	٠.٦٩	٠.٣٣	٠.٤٤	٠.٦٠	٠.٥٣
٤	-	-	-	-	٠.٧٥	٠.٤٦	٠.٤٤	٠.٦٦	٠.٧٢
٥	-	-	-	-	-	٠.٥٤	٠.٥٨	٠.٦١	٠.٦٢
٦	-	-	-	-	-	-	٠.٥٣	٠.٤٧	٠.٦٠
٧	-	-	-	-	-	-	-	٠.٤٢	٠.٤٤
٨	-	-	-	-	-	-	-	-	٠.٦٨
٩	-	-	-	-	-	-	-	-	-

• جميع الارتباطات الموجودة داخل المصفوفة دالة عند مستوى ٠.٠٠١ .

ثالثاً: ثبات القائمة:

قام (عبد الرقيب البحيري) بحساب ثبات القائمة على عينة من الأسوياء قوامها ٩٦ طالباً (٢٢ ذكور ، ٧٤ إناث)، تراوحت أعمارهم من ١٣-٢٠ سنة بمتوسط ١٤.٧١ سنة وانحراف معياري ١.١٨ والجدول (١٥) يوضح معاملات ثبات القائمة

جدول (١٥)

معاملات الثبات بإعادة القائمة بفارق زمني ٢١ يوم (ن = ١٠١)

القائمة	الأعراض الجسدية	الوسواس القهري	الحساسية التفاعلية	الاكتئاب	القلق	العداوة	قلق الخوف	البارانويا التخيلية	الذهانية
معامل الارتباط	* ٠.٥٦	* ٠.٤٨	* ٠.٤٨	* ٠.٥١	* ٠.٥٦	* ٠.٤٦	* ٠.٥٥	* ٠.٤٢	* ٠.٦٢

• دالة عند مستوى ٠.٠٠١ .

من الجدول السابق (١٥) يتضح أن جميع معاملات الثبات بإعادة الاختبار دالة عند مستوى ٠.٠٠١ مما يدل على ثبات القائمة.

رابعاً: صدق القائمة:

تم دراسة الصدق للقائمة بثلاث طرق:

١. صدق المضمون Content Validity

كان الهدف من هذا النوع من الصدق معرفة مدى تمثيل الأعراض للبعد الذي تندرج فيه. ولتحقيق هذا الهدف قام الباحث بمعاونة بعض الأطباء النفسيين بدراسة كيفية منظمة لأعراض كل بعد ومدى تمثيلها لهذا البعد وذلك في ضوء معايير DSM-IV واتضح بالفحص تمثيل كل مجموعة من الأعراض للبعد الذي يمثلها.

٢. الصدق الخارجي External Validity

في هذا الصدد تم حساب معامل الارتباط بين الأبعاد المختلفة للقائمة ومعايير خارجية أشارت الدراسات السابقة إلى مدى ارتباطها بالأعراض المرضية.

قام الباحث بحساب الصدق التلازمي للقائمة مع اختبار سمة القلق للكبار (عبد الرقيب البحيري، ١٩٨٤) على عينة قوامها ٩٦ طالباً (٢٢ ذكور، ٧٤ إناث) تتراوح أعمارهم من (١٣-٢٠ سنة) بمتوسط ١٤.٧١ سنة وانحراف معياري ١.١٨ والجدول (١٦) يوضح معاملات الارتباط.

كما قام الباحث بحساب معامل الارتباط بين الأبعاد المختلفة للقائمة واستبيان تقدير الشخصية (ممدوحة محمد سلامة، ١٩٨٨) كما في جدول (١٦).

جدول (١٦)

معاملات الارتباط بين أبعاد القائمة وسمة القلق (ن = ٩٦)

القلق	القائمة	الأعراض الجسمية	الوسواس القهري	الحساسية التفاعلية	الاكتئاب	القلق	العداوة	قلق الخوف	البارانويا التخيلية	الذهانية
معامل الارتباط	* ٠.٣٤	* ٠.٣٥	* ٠.٣٢	* ٠.٤٧	* ٠.٤٢	* ٠.٤٠	* ٠.٢١	* ٠.٤١	* ٠.٤٩	

* دالة عند مستوى ٠.٠٥

** دالة عند مستوى ٠.٠١

جدول (١٧)

معاملات ارتباط قائمة الأعراض المعدلة مع استبيان تقدير الشخصية (ن = ٤٨)

الشخصية	القائمة	الأعراض الجسمية	الوسواس القهري	الحساسية التفاعلية	الاكتئاب	القلق	العداوة	قلق الخوف	البارانويا التخيلية	الذهانية
العدوانية	٠.١٨	* ٠.٣١	٠.٢٢	٠.٢٧	* ٠.٣٣	** ٠.٥٥	٠.٢٠	* ٠.٣٠	* ٠.٣٦	
الاعتمادية	٠.١٠	٠.٠٨	٠.٠٤	٠.٠١-	٠.٢٠	٠.١٨-	٠.١٧	٠.٢٠	٠.٢٠	
تقدير الذات	** ٠.٤٨	** ٠.٥٥	** ٠.٥٣	** ٠.٦٢	** ٠.٥٨	** ٠.٣٩	* ٠.٣٢	** ٠.٥١	** ٠.٤٣	
الكفاية الشخصية	** ٠.٤٦	** ٠.٥٣	** ٠.٥٣	** ٠.٦٠	** ٠.٦٣	** ٠.٣٩	** ٠.٤٧	** ٠.٤٤	** ٠.٤٦	
التجاوب الانفعالي	* ٠.٣٨	* ٠.٤٦	* ٠.٤٧	* ٠.٤٦	* ٠.٣٣	* ٠.٤٧	* ٠.٣٢	* ٠.٤٨	* ٠.٣٦	
الثبات الانفعالي	** ٠.٥٧	** ٠.٥٥	** ٠.٥٧	** ٠.٥٦	** ٠.٦٨	** ٠.٤٩	** ٠.٤٨	** ٠.٣٩	** ٠.٦٠	
النظرة للحياة	** ٠.٣٥	** ٠.٤٩	** ٠.٤٦	** ٠.٣٥	** ٠.٤١	** ٠.٣٨	٠.٢٧	* ٠.٣١	* ٠.٣٢	

* دال عند مستوى ٠.٠٥

** دال عند مستوى ٠.٠١

من الجدول السابق (١٧) يتضح ارتباط الأعراض النفسية والتي هي في حاجة إلى علاج طبي . بالجانب السلبي من السلوك كما قدر بواسطة استبيان تقدير الشخصية، حيث يلاحظ ارتباط العداة والعدوانية . في استبيان الشخصية . كشعور داخلي بالغضب والعداوة والكرهة نحو الذات أو الآخر، وفي الصورة الأكثر سلبية كالعداوة وسهولة الاستثارة والرغبة في الانتقام والانفجار في ثورات الغضب لأتفه الأسباب، وارتباط هذا البعد بكل من الوسواس القهري، القلق، العداوة، البارانويا، الذهانية.

كما يلاحظ أيضاً ارتباط كل أبعاد قائمة مراجعة الأعراض بكل من التقدير السلبي للذات، وعدم الكفاية والنقص الذى يشير إلى شعور الفرد بعدم القدرة على النجاح فى مواجهة المطالب اليومية وشعوره بالضالة والعجز، والارتباط أيضاً بعدم التجاوب الانفعالى مما يشير إلى العلاقات التى تتسم بالاضطراب وهى سمة مرضية، وعدم الثبات الانفعالى بمعنى التآرجح فى الحالة المزاجية، وأخيراً الارتباط بالنظرة السلبية للحياة. وبصورة مختصرة وجد ارتباط أبعاد قائمة مراجعة الأعراض (SCL-90-R) بالسمات السلبية للشخصية، مما يشير إلى صدق القائمة والوثوق بها.

٣. الصدق التمييزى Differential Validity

للتأكد من تمييز الأعراض المختلفة للقائمة بين الأسوياء والمرضى قام الباحث بما يلى:
(١) حساب قيمة "ت" بين عينة الأسوياء الكلية (ن = ١٠٧) وبين عينة المرضى (ن = ١٥٨) على الأبعاد المختلفة للقائمة كما فى جدول (١٨).

جدول (١٨)

المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيمة "ت" من عينتى الأسوياء والمرضى لقائمة الأعراض المعدلة

ت	المرضى (ن = ١٥٨)		الأسوياء (ن = ٧٠١)		
	ع	م	ع	م	
**١٠.٩١	٠.٨٠	١.٧٤	٠.٥٦	١.١٥	الأعراض الجسمانية
**٤.٨١	٠.٦٢	١.٧٤	٠.٥٦	١.٤٩	الوسواس القهرى
**٦.٥٨	٠.٧٠	١.٩٢	٠.٦٦	١.٥٣	الحساسية النفاغلية
**٨.١٥	٠.٧٢	١.٩٠	٠.٦٥	١.٤٣	الاكتئاب
**١١.٠٠	٠.٧٧	١.٨١	٠.٩٨	١.٢١	القلق
**٩.٣٣	٠.٨٦	١.٧٢	٠.٦١	١.١٨	العداوة
**٥.٦١	٠.٨٢	١.٤٧	٠.٦٨	١.١٢	قلق الخوف
**٦.٧٦	٠.٧٩	١.٧٥	٠.٦٤	١.٣٥	البارانويا التخيلية
**٧.٤٥	٠.٧٦	١.٥٣	٠.٦٢	١.١٠	الذهان
**١٠.٠٠	٠.٥٥	١.٧٥	٠.٤٨	١.٣٢	GSI
**١١.٨٩	٠.٥٥	٢.٤١	٠.٥٣	١.٨٥	PSDI
١.٨٨	١٨.٠٥	٦٦.٧٩	١٥.٣٦	٦٤.١٥	PST

* دال عند مستوى ٠.٠١

(٢) حساب قيمة "ت" بين عينة الأسوياء من الذكور (ن = ٣٤٩) وبين عينة المرضى من الذكور (ن = ٩٢) على الأبعاد المختلفة للقائمة كما فى جدول (١٩).

جدول (١٩)

المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيمة "ت" من عينتى الذكور الأسوياء والمرضى لقائمة الأعراض المعدلة

ت	ذكور مرضى (ن = ١٥٨)		ذكور أسوياء (ن = ٧٠١)		
	ع	م	ع	م	
**٧.٥٢	٠.٨٠	١.٥٩	٠.٥٤	١.٠٥	الأعراض الجسمانية
**٣.٧٩	٠.٥٦	١.٧٣	٠.٥٨	١.٤٧	الوسواس القهرى
**٥.٢٦	٠.٦٨	١.٨٣	٠.٦٥	١.٤٣	الحساسية التفاعلية
**٦.٣٨	٠.٧١	١.٧٦	٠.٦١	١.٢٩	الاكتئاب
**٧.٣٧	٠.٧٨	١.٦٤	٠.٥٧	١.١٠	القلق
**٥.٤٩	٠.٩١	١.٦١	٠.٦١	١.١٧	العداوة
**٥.٣٩	٠.٧٩	١.٢٩	٠.٥٦	٠.٨٨	قلق الخواف
**٥.٢٠	٠.٧٦	١.٧٢	٠.٦١	١.٣٣	البارانويا التخيلية
**٥.٤٤	٠.٧٩	١.٤٦	٠.٥٩	١.٠٥	الذهان
**٦.٤٧	٠.٥٧	١.٦٥	٠.٤٦	١.٢٣	GSI
**٩.٠٤	٠.٥٦	٢.٣٧	٠.٥٣	١.٨٠	PSDI
١.٢١	١٨.٨٣	٦٤.٢١	١٦.٣٤	٦١.٨١	PST

* * دال عند مستوى ٠.٠١

(٣) حساب قيمة "ت" بين عينة الأسوياء من الإناث (ن = ٣٥٢) وبين عينة المرضى من الإناث (ن = ٦٦) على الأبعاد المختلفة للقائمة كما فى جدول (٢٠).

جدول (٢٠)

المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيمة "ت" بين عينتى الإناث الأسوياء والمرضى
لقائمة الأعراض المعدلة

ت	إناث مرضى (ن = ٦٦)		إناث أسوياء (ن = ٣٥٢)		
	ع	م	ع	م	
**٧.٥٢	٠.٨٠	١.٩٥	٠.٥٧	١.٢٤	الأعراض الجسمانية
**٣.٧٩	٠.٦٥	١.٧٤	٠.٥٤	١.٥٢	الوسواس القهرى
**٥.٢٦	٠.٦٨	٢.٠٣	٠.٦٥	١.٦٣	الحساسية التفاعلية
**٦.٣٨	٠.٧١	٢.٠٨	٠.٦٤	١.٥٦	الاكتئاب
**٧.٣٧	٠.٧٨	٢.٠٥	٠.٥٨	١.٣١	القلق
**٥.٤٩	٠.٩١	١.٨٨	٠.٦١	١.١٩	العداوة
**٥.٣٩	٠.٧٩	١.٧٢	٠.٧١	١.٣٦	قلق الخوف
**٥.٢٠	٠.٧٦	١.٧٩	٠.٦٦	١.٣٧	البارانويا التخيلية
**٥.٤٤	٠.٧٩	١.٦٣	٠.٦٤	١.١٥	الذهان
**٦.٤٧	٠.٥٧	١.٨٨	٠.٤٨	١.٤٠	GSI
**٩.٠٤	٠.٥٦	٢.٤٦	٠.٥٢	١.٩٠	PSDI
١.٢١	١٨.٨٣	٧٠.٣٩	١٣.٩٦	٦٦.٤٨	PST

* دال عند مستوى ٠.٠٥

** دال عند مستوى ٠.٠١

(٤) حساب قيمة "ت" بين عينتى الذكور والإناث من المرضى على الأبعاد المختلفة للقائمة
كما فى جدول (٢١).

جدول (٢١)

المتوسطات (م) والانحرافات المعيارية (ع) وقيمة "ت" من عينتى الذكور والإناث المرضى لقائمة الأعراض المعدلة

ت	إناث مرضى (ن = ١٥٨)		ذكور مرضى (ن = ٩٢)		
	ع	م	ع	م	
**٢.٨٧	٠.٧٦	١.٩٥	٠.٨٠	١.٥٨	الأعراض الجسمانية
٠.٠٩	٠.٥٨	١.٧٤	٠.٦٥	١.٧٣	الوسواس القهري
١.٧٦	٠.٧٢	٢.٠٣	٠.٦٨	١.٨٣	الحساسية التفاعلية
**٢.٧٦	٠.٧٢	٢.٠٨	٠.٧١	١.٧٦	الاكتئاب
**٣.٤١	٠.٦٩	٢.٠٥	٠.٧٨	١.٦٤	القلق
١.٩٥	٠.٧٧	١.٨٨	٠.٩١	١.٦١	العداوة
**٣.٢٩	٠.٨١	١.٧٢	٠.٧٩	١.٢٩	قلق الخوف
٠.٥٠	٠.٨٤	١.٧٩	٠.٧٦	١.٧٢	البارانويا التخيلية
١.٣٧	٠.٧١	١.٦٣	٠.٧٩	١.٤٦	الذهان
**٢.٦١	٠.٥٠	١.٨٨	٠.٥٧	١.٠٦٦	GSI
٠.٩٨	٠.٥٤	٢.٤٦	٠.٥٦	٢.٣٧	PSDI
*٢.١٥	١٦.٣٨	٧٠.٣٩	١٨.٨٣	٦٤.٢١	PST

* دال عند مستوى ٠.٠٥

** دال عند مستوى ٠.٠١

من الجدول (١٨، ١٩، ٢٠) يتضح قدرة قائمة الأعراض على التمييز بين الأسوياء والمرضى وبمستوى دلالة مرتفع ٠.٠١ فى كل الأبعاد سواء فى العينة الكلية أو بين ذكور المرضى والأسوياء أو بين إناث المرضى والأسوياء.

ويتضح من الجدول (٢١) تمييز القائمة بين الذكور والإناث المرضى حيث يتضح معاناة الإناث أكثر من الذكور فى الأعراض الجسمانية، الاكتئاب، القلق، قلق الخوف ويتفق هذا مع معظم الدراسات النفسية عن الفروق بين الجنسين فى تلك الأعراض وتتفق هذه النتيجة أيضاً مع معدلات انتشار الأعراض المرضية الواردة فى الـ DSM-IV مما يشير إلى صدق القائمة والوثوق بها.

(عبد الرقيب البحيرى ٢٠٠٥)

[٤] قائمة مسح المخاوف (FSS): إعداد: أحمد عبد الخالق

لقد صممت قائمة مسح المخاوف بهدف التعرف على استجابات المرضى لمنبهات من مصادر متنوعة تثير الاستجابات الانفعالية غير التكيفية فضلاً عن تقرير هذه الاستجابات كمياً، ووصفت هذه القائمة أصلاً لتقدير التغيير في السلوك المتعلق بالمخاوف المرضية والقلق العام.

١ - وصف عام للقائمة

هذه القائمة لمسح المخاوف وضعها "ولبه، لانج". وتشمل القائمة ١٠٨ بنداً أو منبهاً مسبباً للخوف أو غيره من الأحاسيس غير السارة. ويطلب من المفحوص أن يقرر إلى أي حد تسبب له هذه المنبهات الضيق. وعلى أساس تقريره هذا يضع أمام كل بند دائرة حول الرقم المناسب تبعاً للمقياس الخماسي التالي:

صفر: لا مطلقاً ، ١: قليلاً ، ٢: متوسط، ٣ كثيراً، ٤: كثيراً جداً. ويلاحظ أن البدائل الخمسة (من صفر إلى ٤) وردت على يسار كل بند، على حين ورد مضمون هذه البدائل في أعلى كل صفحة. وهذا الترتيب يسهل على المفحوص الإجابة، ويقلل من احتمالات الخطأ في وضع الدوائر أمام كل بند، وفي الوقت نفسه ييسر على الفاحص تصحيح المقياس بجمع الدوائر في كل بديل للإجابة (كل عمود).

٢ - طريقة التصحيح

تشتمل قائمة مسح المخاوف على ١٠٨ بنداً، وبدائل الإجابة خمسة هي الفئات: صفر، ١، ٢، ٣، ٤ (وهي تمثل المقاييس الفرعية الخمسة). ويبدأ التصحيح بجمع عدد الدوائر (التكرارات) التي وضعها المفحوص في كل فئة من هذه الفئات الخمس للقائمة على حدة، ولا بد أن يكون حاصل جمع الدوائر كلها في هذه الفئات الخمس هو ١٠٨ (عدد بنود القائمة). وتمثل درجات المفحوص في هذه الفئات الخمس درجته على المقاييس الفرعية للقائمة. ويبقى بعد ذلك استخراج الدرجة الكلية للقائمة، وهي درجة مركبة تشتق من حاصل جمع تكرارات كل مقياس مضموناً في رقم هذا المقياس كما يلي:

الدرجة الكلية للمفحوص = (تكرارات المقياس الفرعى رقم صفر × صفر) + (تكرارات المقياس الفرعى رقم ١ × ١) + (تكرارات المقياس الفرعى رقم ٢ × ٢) + (تكرارات المقياس الفرعى رقم ٣ × ٣) + (تكرارات المقياس الفرعى رقم ٤ × ٤).

٣ - ثبات المقياس

أثبتت العديد من الدراسات مثل دراسة (سون) أن ثبات إعادة الاختبار لقائمة مسح المخاوف هو (٠.٧٢)، وكذلك فى دراسة أخرى استخرج كلاً من (تاستو، سون) معامل ثبات إعادة التطبيق قدره (٠.٦٧) للقائمة ذاتها. وقد طبقت على ٢٧ طالباً، ٤٦ طالبة، وكان الفاصل الزمنى بين التطبيقين عشرة أسابيع. كما قاما بتحليل عاملى للبيانات نتج عنه خمسة عوامل، وتراوح ثبات إعادة التطبيق لهذه العوامل الخمسة (٠.٢٧)، (٠.٨٥).

وقد قام (أحمد محمد عبد الخالق ١٩٨٤) بحساب ثبات القائمة من خلال ثلاث مجموعات من طلاب الجامعة (٣٥) ذكور، (٣٥) إناث وذلك لحساب ثبات الاتساق الداخلى، (٤٢) إناث لحساب ثبات الاستقرار، وقد صححت المعاملات بمعادلة (سييرمان - براون) لتعويض الطول، وكان الفاصل الزمنى بين التطبيق وإعادة أسبوعاً واحداً وقد توصلت النتائج إلى أن معاملات ثبات الاتساق الداخلى مرتفعة، وكذلك معاملات ثبات الاستقرار بعد فترة زمنية مقبولة بوجه عام، وكذلك كانت معاملات ثبات الدرجة الكلية والمقياس الفرعى: ٤ (الخوف الشديد)، والمقياس الفرعى: صفر (انتفاء الخوف) أعلى المعاملات.

• وقد قامت الباحثة الحالية بحساب ثبات القائمة بطريقة التجزئة النصفية وبلغت قيم معامل الثبات () مما يشير إلى ثبات القائمة.

٤ - صدق المقياس

نشرت عدة دراسات متعلقة بصدق قائمة مسح المخاوف، وقد أظهر كثير منها أن هناك علاقات جوهرية بين الدرجات عليها وعدد من المظاهر السلوكية. فقد استخدم (جير ١٩٦٦) قائمة لمسح المخاوف (من وضعه) بهدف عزل (٣٢) من المفحوصات ذوات الدرجات المرتفعة من الخوف من العناكب، وعندما عرضت عليهن شرائح مصورة لهذا الموضوع المثير للخوف زادت

الاستجابة الجلفانية للجلد بشدة لديهن وظلت مرتفعة لفترات طويلة، وذلك بالمقارنة بمجموعة ضابطة بفرق جوهرى احصائياً (فيما وراء مستوى ٠.٠٠٢، ومستوى ٠.٠٠٥). وكشفت المجموعة ذات الدرجات المرتفعة من الخوف عن هذه الاستجابة العالية فقط بالنسبة لصور الموضوع المخيف. مما يشير إلى فائدة مسح المخاوف في تقدير العادات الراجعة إلى الجهاز العصبى الأتونومي أو المستقل من خلال تلك العلاقة بين الاستجابة الجلفانية للجلد ودرجات هذه القائمة.

وتعد العلاقة بين مقاييس الخوف كما يقرره المفحوص (مثل قائمة مسح المخاوف) ومقاييس الخوف كما تظهر في السلوك التجنبى الصريح حاسمة في استخدام تقرير المريض على أنه مقياس لمدى فاعلية العلاج، فلا بد أن تعكس التغيرات المشجعة في درجات قائمة مسح المخاوف تغيير السلوك في المواقف التي سبق أن كانت مثيرة للخوف، فقد ظهر في دراسة قام بها (بول ١٩٦٦) على الخوف من التحدث أمام الجمهور أن الارتباط جوهرى يساوى (٠.٤١)، والمعامل دال ويساوى (٠.٠٠١) بين مقياس تقرير ذاتى متعلق بالثقة وقائمة تقديرات سلوكية قام بها حكام.

وفى دراسة أخرى قام بها (كاميل ١٩٧٠) وقد استخدم مجموعة تجريبية من (٢٠) طالب من الذكور، قرروا من خلال استجاباتهم لقائمة مسح المخاوف أن لديهم خوفاً مرضياً من الثعابين، ولم يرغب أى من أفراد هذه المجموعة في لمس ثعبان وديع لا ضرر منه، كما لم يرغب فى ذلك أى من أفراد مجموعة من عشرة أسوياء، وكذلك أفراد مجموعة حصلت على درجات مرتفعة فى الخوف بوجه عام. ولكن تسعة أشخاص من عشرة قاموا بلمس الثعبان بعد إتمام علاجهم بطريقة التقليل المنظم للحساسية، على حين لم يبد أى فرد من مجموعة الأفراد العشرة الذين لم يتم علاجهم أدنى رغبة فى لمس الثعبان.

وقد أجرى (فازيو ١٩٦٩) دراسة على (٧٠) طالباً جامعياً اختيروا على أساس ما اعترفوا به من خوف من الحشرات وحصلوا على درجات مرتفعة جوهرياً على البنود المتعلقة بالحشرات فى قائمة مسح المخاوف بالمقارنة ببقية البنود، وكشفت مقاييس الاقتراب من صرصار كبير محبوس فى قفص عن ارتباط سلبى يشير إلى أنه كلما نقصت المسافة زاد الخوف من الحشرات فى هذه القائمة وكان معامل الارتباط دال عند (٠.٠٠١).

وإذا كان الميل إلى الاستجابة بخوف لبنود معينة يمهد الفرد أيضاً للاستجابة بقلق فى مواقف أخرى فيتعين أن ترتبط مقاييس الخوف إيجابياً بمقاييس القلق. وقد استخرج كلاً من (لانج،

لازوفيك (١٩٦٣) ارتباطاً جوهرياً موجباً يساوى (٠.٨٠) بين قائمة مسح المخاوف ومقياس القلق الصريح، وكان المفحوصون فى هذه الدراسة مرضى بالمخاوف.

وقد قام (أحمد عبد الخالق ١٩٨٤) باختبار صدق القائمة حيث افترض أن درجة المفحوص على قائمة مسح المخاوف ترتبط ارتباطاً موجباً جوهرياً بدرجةه على مقياس العصابية، ولاختبار هذا الفرض طبقت قائمة مسح المخاوف مع عدد من مقياس العصابية فى سلسلة من الدراسات بهدف بيان العلاقة بينهما وقد أجريت الدراسة الأولى على عينتين من طلاب الجامعة (٢٠٤) ذكور، (٢٠١) إناث وقد طبقت فيها قائمة مسح المخاوف ومقياس العصابية من اختبار أيزنك للشخصية وقد توصلت إلى أن معاملات الارتباط الجوهريّة عند مستوى (٠.٠١) لمقياس العصابية توجد فقط لدى كلا الجنسين مع المقياس الفرعية (صفر، ٤، الدرجة الكلية) وهو ارتباط جوهري سلبى ومتوقع حيث تشير الدرجة صفر على قائمة المخاوف إلى تطرف نموذجى للسواء (خلو من المخاوف)، بينما تشير الدرجة المرتفعة على مقياس العصابية لأيزنك إلى الاستعداد القوى للعصاب.

أما معاملات ارتباط العصابية مع المقياس (١) فهى جوهريّة لدى الإناث فقط، ومع المقياس (٣) لدى الذكور فقط، على حين أن الارتباط غير جوهري بين العصابية والمقياس (٢).

أما الدراسة الثانية فقد اشتملت فيها العينة على (١٤٢) طالبة بالمعهد العالى للتمريض بجامعة الإسكندرية، وطبقت قائمة مسح المخاوف والصورتان (أ،ب) من قائمة أيزنك للشخصية وقائمة ويلبى للميل العصابى وقد توصلت إلى أن جميع معاملات الارتباط بين درجات مقياس قائمة مسح المخاوف الثلاثة (صفر، ٤، الدرجة الكلية) جوهريّة عند مستوى (٠.٠١) مع مقياس العصابية الثلاثة.

أما الدراسة الثالثة فقد أجريت على (٦٠) تلميذ، (٥٧) تلميذة بالصف السادس الابتدائى بمنطقة وسط الإسكندرية. واستخدمت المقياس الآتية: قائمة مسح المخاوف، اختبار الخوف للأطفال من إعداد (عواطف بكر ١٩٨١)، ومقياس المخاوف للأطفال من إعداد (محمد الطيب ١٩٨٣). وحسب معاملات الارتباط بين المقياس المستخدمة وحلتت عاملياً. وأفضل متغيرات هذا العامل فى كفاءة قياسه لدى الجنسين (أعلى التشبعات) هى الدرجة الكلية لقائمة مسح المخاوف

(تشبع موجب) ومقياس (صفر) من القائمة ذاتها (تشبع سلبي). وتقبل تشبعات هذين المقياسين (في المقام الأول) وكذلك جميع متغيرات هذه الدراسة (ولو بدرجة أقل) على أنها معاملات صدق عاملي مرتفعة. وكذلك أثبتت قائمة مسح المخاوف كفاءتها في قياس ما وضعت لقياسه لدى مجموعات الأطفال التي درست.

أما الدراسة الرابعة وتهدف إلى تقدير الصدق العاملي لقائمة مسح المخاوف عن طريق التحليل العاملي لمعاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية للقائمة ولتحقيق هذا الهدف طبقت قائمة مسح المخاوف على عينتين من طلاب الجامعة (٢٨٣) ذكور، (٢٣٨) إناث ثم حسبت الارتباطات المتبادلة بين المقاييس الفرعية للقائمة في كل عينة على حدة، فحلتت عاملياً، وأشارت النتائج إلى ظهور عامل قوى يستوعب نسبة غير صغيرة من التباين، وجميع تشبعاته جوهرية، وتوجد أعلى التشبعات لدى الجنسين في الدرجة الكلية يليها المقياسان الفرعيان: (صفر: ٤). ويعد ذلك بمثابة مؤشر جيد للصدق العاملي للمقياس.

• وكذلك قامت الباحثة بحساب صدق الاختبار بطريقة الالتصاق الداخلي وبلغت قيمة معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية (، ، ،) وذلك على الترتيب، وكانت هذه القيمة دالة إحصائياً عند مستوى ٠.٠١ مما يشير إلى صدق القائمة.

٥ - مقياس تايلور للقلق الصريح: *

ويطلق عليه اسم M.A.S. اختصاراً Manifest Anxiety Scale والاختبار اقتبسته واستعملته تايلور Taylor ولهذا يسمى الاختبار عادة بمقياس تايلور للقلق، وهو مكون من خمسين فقرة من الفقرات المقتبسة من اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه، (MMPI) وعرضت هذه الفقرات الخمسون على خمسة من علماء النفس الكلينيين وأقروها جميعاً كمقياس للقلق.

* رجعا في عرض هذه الأداة إلى د. سامية القطان في رسالتها للماجستير ص ٤٥-٤٧، ١٣١-١٣٣
١- طريقة التقدير:

الطريقة التي اتبعتها تيلور هي أن الشخص المفحوص يجب أن يضع كلمة صح أو خطأ، وتعطى درجة واحدة لكل إجابة بنعم، والدرجة النهائية للمقياس تمثل المستوى العام للقلق الفرد.

ويمكن دراسة مستوى القلق الذي يعاني منه أفراد العينة وفقاً للجدول الآتي:

مدى القلق	الدرجة		الفئة
	إلى	من	
خال من القلق	١٦	صفر	أ
قلق بسيط	٢٠	١٧	ب
قلق نوعاً	٢٦	٢١	ج
قلق مرتفع	٢٩	٢٧	د
قلق مرتفع جداً	٥٠	٣٠	هـ

٢- ثبات المقياس:

طبقت تيلور الاختبار على ٥٩ طالباً مرتين متتاليتين تفصل بينهما ثلاثة أسابيع، وتبين أن درجة الثبات ٠.٨٩، وفي دراسة أخرى بفاصل زمني يتراوح بين ٩ شهور و١٧ شهراً وكان معامل الثبات = ٠.٨١ .

وتلك ميزة للاختبار حيث يحتفظ بمعامل ثبات في مدى زمني كبير وباستخدام طريقة التجزئة النصفية Split-half Method وجد أن درجة الاتساق الداخلي للاختبار = ٠.٩٢ .

وقد استعمل محمد غالى ١٩٦٤ طريقة إعادة الاختبار Test Re-Test لدراسة مدى ثبات الاختبار، وقد استعمل هذه الطريقة مرتين لدراسة أثر عامل الزمن في تغيير معامل الثبات على عدد ١٥ طالباً مرتين بينهما فاصل زمني قدره ١٣ يوماً، وكان معامل الثبات = ٠.٨٦، وعدد ٤٤ تلميذاً أعيد الاختبار في مدة ٢٤ يوماً، وكان معامل الارتباط ٠.٨٣ .

- وقد قامت الباحثة الحالية بحساب ثبات الاختبار بطريقة التجزئة النصفية وبلغت قيمة معامل الثبات بعد تصحيح اثر التجزئة النصفية بمعادلة سبيرمان ، براون () مما يشير إلى ثبات الاختبار.

٣- صدق المقياس:

أجريت الكثير من البحوث على هذا المقياس لإثبات مدى صلاحيته لقياس متغير القلق، فقد أثبت تشارلس وندل (Charles Windel, 1955) أن هذا المقياس يرتبط عالياً باختبارات ثبت أنها تقيس القلق الصريح كاختبار مودلين ٠.٣٧، واختبار برسل ٠.٨٣، ومقياس ولسن ٠.٨٤، ومقياس دين ٠.٦٥، وهذه الاختبارات مشتقة من اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه، وذلك على عينة من جامعة أيوا الأمريكية بلغ عددها ٥٥ طالباً وطالبة.

كذلك قورنت نتائج المقياس بدراسة قام بها مارك ودوركي (Mark & Durkie 1955) بنتائج تقدير سلوك مجموعة من المفحوصين ونتائج ما يذكره هؤلاء عن أنفسهم، ووجد أن مقياس تيلور يرتبط ارتباطاً كبيراً بكثير من أشكال سلوك القلق عند مجموعة ممن يعانون من اضطرابات نفسية، كما قدرها تقديراً كمياً عدد من المعالجين (كان عدد الحالات ٧٣ حالة: ٢٣ ذكور، ٤٠ إناث) وقد أوضحت النتائج أن مقياس تيلور يرتبط عالياً بأغلب تقديرات المعالجين عن مظاهر مختلفة للقلق، وعلى هذا يرتبط المقياس بالتقدير العام للقلق بمعامل ارتباط = ٠.٦٠ .

وكذلك وجد أن هذا المقياس يرتبط ارتباطاً عالياً بمقياس الصحة النفسية لعماد الدين إسماعيل حيث بلغ الصدق (٠.٧٨).

- وقد قامت الباحثة الحالية بحساب صدق الاختبار بطريقة المقارنات الطرفية واتضح أن الاختبار يميز بين مرتفعي ومنخفضي القلق مما يشير إلى صدق الاختبار.

٦ - نموذج استبيان التقييم الشخصي كمرود للعلاج: إعداد: الباحثة

تم تطبيق هذا النموذج في مرحلة المتابعة وذلك كتقييم شخصي للحالات لمعرفة مردود العلاج أى لمعرفة تقييمهم الشخصى لحالة الخوف لديهم بعد تعرضهم للخبرة العلاجية بحوالى ٨ أسابيع.

وهذا التقييم الشخصى النهائى كان يتضمن أسئلة لمعرفة تقييم الحالة الشخصى لمستوى الخوف والقلق المرتبط بالموقف أو الشئ الذى كانت تخاف منه بعد مرورها بالخبرة العلاجية، ومعرفة مدى الثقة التى شعرت بها الحالة فى تغلبها على مخاوفها وقلقها بعد العلاج، وكذلك معرفة إذا كانت هناك أى محاولات لمواجهة مثل هذه المواقف وهل كانت هذه المحاولات تتم عن عمد، وفى حالة مواجهة مثل هذه المواقف فى أى وقت من العلاج ما هى الأفكار والمشاعر والتغيرات الفسيولوجية التى طرأت على الحالة.

كذلك تضمن هذا النموذج على أسئلة لمعرفة شعور أفراد العينة تجاه هذا النوع من العلاج وهل قدم لهم أى مساعدات وهل أدى إلى فوائد تتعدى ما يرتبط مباشرة بحالة الخوف التى تم علاجها، وهل إذا واجه الفرد فى أى وقت مخاوف أخرى سيرغب فى تلقى مثل هذا العلاج وذلك ذكر أى ملاحظات أخرى لدى أفراد العينة إذا كانت موجودة.

٧ - استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية:

تم استخدام الفنيات أو الاستراتيجيات المناسبة لعلاج المخاوف المرضية، فالبرمجة اللغوية العصبية كنموذج علاجى تقدم نظاماً للمعالج للعمل مع الأفراد، ويمكنها قياس مدى فعالية المعالج فى تحقيق نظام المستدعيات المفضل لدى الفرد كوسيلة لتعزيز التواصل واستخراج المعلومات، ولعل التوحد مع الأنظمة التمثيلية الذهنية يساعد المعالج على تحقيق الانسجام والتقدم والتناغم اللفظى وغير اللفظى للمريض.

فالتجاوب أساس العمل فى العلاقة بين المعالج والمريض، ويتم تحقيق التجاوب من خلال استراتيجيات الانسجام والتناغم بمقابلة المريض بنفس المنهج الحسى، كذلك يتناغم المعالج بشكل غير لفظى مع لغة الجسم مستخدماً نغمة الصوت، ومستوى ومعدل الكلام، فإذا ما تحقق التناغم اللفظى وغير اللفظى فإن المعالج يستطيع أن يستخدم الاستراتيجيات المناسبة كمحاولة لعلاج الحالة.

وقد تكون البرنامج العلاجي المستخدم من عدة خطوات تتمثل فيما يلي:

- جمع واستخراج المعلومات فى ضوء مهارات التجاوب والتناغم اللفظى وغير اللفظى مع الحالة، وتحديد المشكلة، وتحديد أنظمة التمثل الذهنى الأساسية.
- تطبيق استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية وفناتها للتغيير السلوكى وشملت:
 - فنية الربط
 - فنية الانفصال من مكان ثالث.
 - التغيير فى الأنظمة التمثلية الذهنية لتغيير شكل الخبرة الذاتية المرتبطة بالمخاوف.

الإجراءات والتطبيق:

استجاب أفراد العينة للإعلان تليفونياً، ثم أجريت لهم مقابلات شخصية منفردة بواسطة الباحثة لتحديد ما إذا كانوا مستوفين لمعايير المشاركة في الدراسة. تم وصف الخطوط العريضة للدراسة وكذلك التزامات المشاركين. تلى ذلك وصف لمجموعة نماذج الاستبيان التي سيتم تطبيقها. تم إبلاغ أفراد العينة بأنه بعد تطبيق هذه النماذج سوف تقوم الباحثة بالاتصال بهم لتحديد مواعيد جلسات العلاج.

ويمكننا القول أن إجراءات هذه الدراسة تطلبت عدة مراحل وهي:

١. فحص أفراد العينة.
 ٢. مرحلة ما قبل العلاج وكان يتم فيها تطبيق [المقابلة الشخصية، نموذج استبيان التقرير الشخصي، قائمة فحص الأعراض، قائمة مسح المخاوف، مقياس القلق الصريح].
 ٣. مرحلة العلاج وكان يتم فيها تطبيق استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية.
 ٤. مرحلة ما بعد العلاج وكان يتم فيها إعادة تطبيق [نموذج استبيان التقرير الشخصي، قائمة فحص الأعراض، قائمة مسح المخاوف، مقياس القلق الصريح] وذلك بعد تطبيق البرنامج العلاجي بأسبوع.
 ٥. مرحلة المتابعة والتي كان يتم فيها إعادة تطبيق [نموذج استبيان التقرير الشخصي، قائمة فحص الأعراض، قائمة مسح المخاوف، مقياس القلق الصريح] مع تطبيق [نموذج استبيان التقييم الشخصي كمرودود للعلاج] وذلك بعد ٤ أسابيع من آخر تطبيق.
- وقد كان التطبيق يتم بصورة فردية لكل حالة من الحالات الست وذلك في العيادة النفسية ومعمل علم النفس بقسم علم النفس وكان يتم ذلك في أربع جلسات فيما عدا الحالة الثالثة والتي استغرقت خمس جلسات. وكانت كل جلسة تستغرق من ٤٥: ٦٠ دقيقة حسب كل حالة.
- كان يتم في الجلسة الأولى تطبيق [المقابلة الشخصية، نموذج استبيان التقرير الشخصي، قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) ، قائمة مسح المخاوف، مقياس القلق الصريح].

- وكان يتم فى الجلسة الثانية تطبيق استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية المستخدمة والتي تتضمن [التتاغم اللفظى وغير اللفظى مع الحالة، تحديد أنظمة التمثل الذهنى الأساسية وتحديد المشكلة، فنية الربط، فنية الانفصال من مكان ثالث، تغيير الأنظمة التمثلية الذهنية الفرعية].
- وكانت الجلسة الثالثة تتم بعد تطبيق البرنامج العلاجى بأسبوع وكان يتم فيها تطبيق [نموذج استبيان التقرير الشخصى، قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) ، قائمة مسح المخاوف، مقياس القلق الصريح].
- وكانت الجلسة الرابعة تتم بعد أربع أسابيع من آخر تطبيق وكان يتم فيها تطبيق [نموذج استبيان التقرير الشخصى، قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) ، قائمة مسح المخاوف، مقياس القلق الصريح، نموذج استبيان التقييم الشخصى كمردود للعلاج].

الفصل الخامس
نتائج الدراسة ومناقشتها

الفصل الخامس نتائج الدراسة ومناقشتها

يتناول هذا الفصل عرض النتائج بعد تطبيق أدوات الدراسة، وتفسير هذه النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، وذلك لمعرفة مدى فعالية البرمجة اللغوية العصبية في علاج المخاوف المرضية.

وفيما يلي عرض لاستجابات الحالات الستة على الأدوات المستخدمة.

الحالة الأولى

أولاً: المقابلة الشخصية:-

- الاسم : س . ع
- السن : ٢٣ سنة
- النوع : أنثى

من خلال تطبيق نموذج المقابلة الشخصية مع الحالة تبين لنا أنها قد علمت بموضوع الدراسة من خلال إحدى الإعلانات التي كان يتم توزيعها وبمجرد قراءتها لهذا الإعلان شعرت بأنه من الممكن أن يكون لها قدر من الحظ حتى تتخلص من مشاعر الخوف والتوتر والقلق التي تعاني منها.

وقد وصفت حالة الخوف التي تعاني منها بأنها مشاعر تسيطر عليها ولا يمكن التخلص منها، مشاعر تعوقها على أن تعيش بصورة طبيعية حيث أنها تخاف من المياه وعلى حد قولها ذكرت أنها تخاف من أى سيرة يذكر فيها البحر وأنها لا يمكنها أن تذهب مع عائلتها إلى أى مصيف أو نادى لخوفها من أن تموت غرقاً فى المياه، كما ذكرت أن خوفها يصل لدرجة أنها أصبحت تخاف من الاستحمام فى حمام المنزل حيث أصبح يمتلكها إحساس بأنها من الممكن أن تموت غرقاً داخل الحمام ولذلك فهي تمتنع عن الوقوف فى (بانيو) الحمام نهائياً.

وقد ذكرت أيضاً أنها تعاني من هذه المشكلة من سنوات طويلة تصل إلى ١٣ سنة منذ أن تعرضت لعدة خبرات سابقة مع الغرق مما جعلها تخاف من مجرد ذكر أسم البحر أمامها. وعن مرورها بهذه المشكلة خلال الأسابيع الثلاثة الماضية ذكرت بأن المشكلة موجودة ومشاعر الخوف والتوتر دائماً تسيطر عليها عند تذكرها لأى موقف حدث لها فى الماضى أو من خلال رؤيتها لأى مشهد فى التلفزيون وأن مثل هذه المواقف بالطبع تحدث وتكرر كثيراً مما يزيد من معدل تكرار شعورها بالخوف والتوتر.

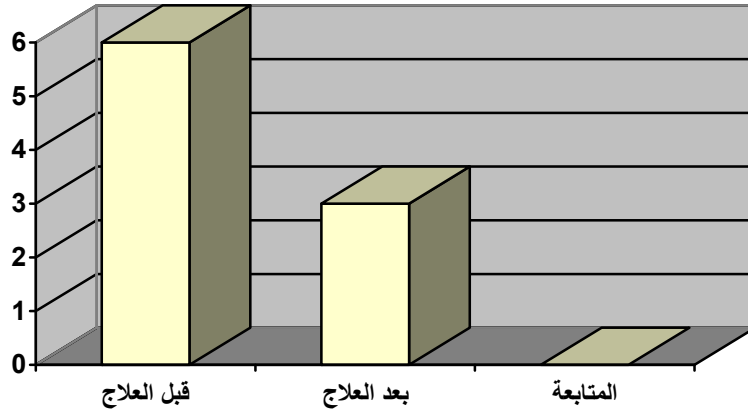
وفيما يتعلق باتخاذها أى إجراءات للتغلب على الخوف ذكرت بأنها لم تتح لها الفرصة من قبل ولم تكن تعلم أنه يمكن أن يكون هناك وسيلة يمكنها أن تشفيها وتخفف تلك المشاعر المخيفة

التي تسيطر عليها وبمجرد معرفتها بهذه الدراسة بادرت على الفور بالاتصال لطلب المقابلة والعلاج.

كما أنها قد ذكرت بأن هناك مواقف كثيرة لا تمثل المخاوف بالنسبة لها مشكلة ما دامت تحدث في إطار بعيد عن البحر والمياه والغرق. مثلاً إذا ذهبت في رحلة مع عائلتها أو أصدقائها ولكن في مكان ليس به بحر، حيث أن تعرضها للمثير الرهابي فقط هو الذي يبعث لديها استجابة القلق الفورية ولكن تجنبها المستمر لمثل هذه المواقف يسبب لها الضيق والتوتر ويعوقها على مشاركة عائلتها وأصدقائها في الكثير من المواقف.

ثانياً: نموذج استبيان التقرير الشخصي:-

تم تطبيق نموذج استبيان التقرير الشخصي على الحالة وذلك قبل العلاج وبعد العلاج وكذلك في المتابعة، وقد عبرت الحالة من خلال هذا الاستبيان عن شعورها بالتوتر وعدم الاستقرار نتيجة هذا الخوف والذي يصل معدل تكراره إلى درجة رهيبه وذلك في مرحلة قبل العلاج. وفيما يتعلق باستجابتها على سؤال عدم الراحة والذي تم الاستجابة عليه بردود مكتوبة وتم تحويل المقياس الذى يبدأ من "لا شئ" وينتهى بدرجة "رهيب" إلى مقياس رقمى من (٠ : ٦) درجات على التوالى، فلم يظهر للحالة أى بيان فى مرحلة المتابعة مما يشير إلى وجود تغيرات واضحة فى أداء الحالة من قبل العلاج إلى بعد العلاج إلى المتابعة. حيث أن الحالة قد شعرت بمستوى راحة أكبر بكثير مما كانت عليه قبل العلاج نتيجة لمخاوفها وتوترها ونقدم فيما يلى شكل توضيحي لتباين درجات الحالة على سؤال [ما مدى توترك وعدم راحتك الذى تشعر به نتيجة مخاوفك حالياً؟] وذلك فى مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفى المتابعة.



وقد عبرت الحالة فى مرحلة بعد العلاج وفى المتابعة أنها تشعر براحة كبيرة جداً وأن هناك شئ قد تغير بداخلها وبالرغم من أنها لا تصدق أن خوفها وتوترها قد انتهى إلا أنها تشعر براحة كبيرة وأنها يمكنها أن تمارس حياتها بشكل طبيعى، وقد استجابت بأنها لو قابلت الشئ الذى تخاف منه فى الأسبوع القادم فإنها تتوقع أن تشعر بخوف أقل بكثير من ذى قبل.

ثالثاً: استجابات الحالة على قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) :-

من خلال استجابات الحالة على قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) ومن خلال استخدام مؤشرين عامين في تحليل بيانات القائمة وهما مؤشر الشدة العام (GSI) ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) كمؤشرين على مدى وشدة القلق المدرك وذلك في مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة، تبين لنا أن درجات الحالة في مرحلة بعد العلاج كانت أقل من درجاتها في مرحلة قبل العلاج وكذلك كانت درجاتها في مرحلة المتابعة أقل منها في مرحلة بعد العلاج ويوضح لنا الجدول التالي تباين درجات الحالة على كلاً من مؤشرى الشدة العام (GSI) ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) في مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة وذلك من خلال تحويل الدرجات الخام إلى الدرجات التائية لقائمة فحص الأعراض المعدلة.

المؤشر	قبل العلاج	بعد العلاج	المتابعة
GSI	٦٢	٥٦	٥٤
PSDI	٦٠	٥٦	٥٠

رابعاً: استجابات الحالة على قائمة مسح المخاوف:-

من خلال استجابات الحالة على قائمة مسح المخاوف، تم تحليل القائمة وذلك لإيجاد مقياس للخوف العام، وقد تبين لنا اختلاف درجات الحالة قبل العلاج إلى بعد العلاج إلى المتابعة حيث حصلت الحالة على درجة تائية في مرحلة بعد العلاج أقل منها في مرحلة قبل العلاج، وكذلك انخفضت الدرجة التائية في مرحلة المتابعة عنها في مرحلة بعد العلاج وفيما يلي ملخص الدرجات التائية للحالة قبل وبعد العلاج وفي المتابعة.

المؤشر	قبل العلاج	بعد العلاج	المتابعة
GFS	٦١	٥٣	٣٢

خامساً: استجابات الحالة على مقياس تيلور للقلق الصريح:-

من خلال استجابات الحالة على مقياس القلق الصريح وذلك للحصول على درجة القلق التي تعاني منها الحالة، تباينت الدرجات التي حصلت عليها الحالة فيما بين قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة حيث أن درجة القلق التي تعاني منها الحالة قبل العلاج كانت مرتفعة ولكنها انخفضت بعد العلاج وازدادت في الانخفاض في مرحلة المتابعة. ويوضح لنا الجدول التالي درجات الحالة في مراحل قبل وبعد العلاج وفي المتابعة.

المتابعة	بعد العلاج	قبل العلاج
١٩	٢١	٢٧

سادساً: نموذج استبيان التقييم الشخصي كمردود للعلاج:-

تم استخدام هذا النموذج كمردود للعلاج وذلك لمعرفة مدى التقدم العلاجي الذي شعرت به الحالة بعد تعرضها للبرنامج العلاجي لعلاج المخاوف المرضية التي تعاني منها. وقد أسفرت التقارير الخاصة بالحالة عن شعورها بثقة بالغة بعد العلاج في تغلبها على الخوف والقلق من المياه وقد ذكرت الحالة بأنها بالفعل خططت لمحاولة مواجهة أحد المواقف التي كانت تسبب لها الخوف حيث رتبت للقيام برحلة إلى إحدى المدن الساحلية لكي تختبر نفسها وتتأكد من أن مخاوفها لم يعد لها أى أثر وبالفعل عندما ذهبت إلى هناك شعرت في بادئ الأمر ببعض التوتر ولكنها تدريجياً بدأت تشعر بالراحة والاطمئنان والثقة مما جعلها تتواصل مع أهلها بشكل إيجابي وهذا الأمر يجعلها في حالة مزاجية جيدة جداً.

وقد عبرت عن مدى سعادتها لتعرضها لهذه التجربة التي غيرت كثيراً من حالتها، وأنه بالرغم من شعورها بالراحة وعدم التوتر إلا أنها لا تصدق أنها شفيت من ذلك المرض الذي كان يعكر صفو حياتها بهذه السهولة وأنها سعيدة الحظ لمعرفة هذا العلاج والذي جاء عن طريق الصدفة كما أنها عبرت عن سعادتها بمرورها بهذه التجربة والتي لن تنساها طوال حياتها، كما عبرت عن إعجابها بالباحثة وبأسلوبها الرقيق في التعامل معها وذلك على حد قولها.

سابعاً: تطبيق استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية (ملحق رقم ٢) :-

من خلال العلاقة العلاجية الإيجابية التي استطاعت الباحثة أن تقيمها مع الحالة، ومن خلال التناغم اللفظي للأنظمة التمثيلية الذهنية الأساسية وغير اللفظي للإيماءات والحركات الجسدية للحالة، تبين لنا أن النظام التمثلي الذهني الأساسي للحالة هو النظام الحسي، حيث أنها كانت تعبر عن حالتها وتصف خبرتها مع الغرق والخوف من المياه بكلمات تدور حول كيفية إحساسها بالأشياء وإحساسها بالخوف من الموت والغرق، كما كانت حركات عينها تتجه لأسفل يميناً K وأعلى يساراً VR وذلك عند تذكرها للمواقف التي مرت بها وما يحيط بها من مشاعر وأحاسيس وكانت نغمة صوتها متوسطة أغلب الوقت، وكانت تعبر بيدها وتحرك قدميها كثيراً أثناء الحوار تعبيراً عن القلق والتوتر.

وقد عبرت عن مشكلتها والتي تتمثل في الخوف من المياه وذلك لتعرضها لعدة خبرات مع الغرق مما جعلها تتجنب رؤية البحر أو الذهاب إليه وكذلك تصاب بحالة من التوتر والخوف من مجرد رؤيته في التلفاز.

وقد تم تغيير الأنظمة التمثيلية الذهنية الفرعية للصور والتي ترتبط بخبرات الغرق التي تعرضت لها، والتحكم في شكل وحجم ولون ومسافة هذه الصور الذهنية وكذلك من خلال استخدام (لمس الركبة اليسرى) كرابط لتثبيت مشاعر الراحة والأمن والاطمئنان أي تثبيت الأنظمة التمثيلية الذهنية المصاحبة لهذه الحالة، وكذلك تم استخدام فنية الانفصال حيث قامت الحالة بمراقبة نفسها من كابينة العرض وهي جالسة في قاعة العرض وتتنظر إلى شاشة عليها صورة لها مما ساعدها على أن تكون منفصلة إنفصال حسي/حركي عن الأحداث التي تتم في الصورة المتخيلة مما ساعد على أن يقوم الرابط أو المثبت بدوره الفعال في تخفيف حدة القلق والتوتر.

الحالة الثانية

أولاً: المقابلة الشخصية:-

- الاسم : م . ع
- السن : ١٧ سنة
- النوع : ذكر

من خلال تطبيق نموذج المقابلة الشخصية مع الحالة تبين لنا أنه قد علم بموضوع الدراسة من خلال أحد الأشخاص الذين قرأوا الإعلان والذي أخبر والده بذلك مما جعل والده يبادر بالاتصال لتحديد موعد للعلاج.

وقد وصف حالة الخوف التي يعاني منها بأنها حالة من الخوف والفرع تنتابه كلما رأى خياله (ظله) حيث يشعر وكأن هذا الخيال وحش مفترس سوف يقوم بالاعتداء عليه وقتله، كما أنه يشعر بأنه يعوقه عن الحركة وكأنه يقيد من قدميه فهو يشعر وهو يمشى أن هذا الخيال يمسكه من قدميه وبالتالي يشعر بأنه يمشى للخلف وليس للأمام، كما أنه يظل أمامه وهو ماشياً.

وقد ذكر أنه بدأ يعاني من هذه المشكلة منذ حوالي سبع شهور وأن معدل تكرار شعوره بالخوف والتوتر كبير جداً يكاد يكون يومياً. كما أنه قد ذكر أنه قد اتخذ خلال السبع شهور الماضية عدة إجراءات للتغلب على تلك المخاوف حيث أنه ذهب للعديد من الأطباء النفسيين الذين شخصوا حالته تارة على أنه يعاني من وسواس قهري وتارة أخرى على أنه يعاني من اضطراب وجداني، كما أنه قد تناول العديد من الأدوية للتغلب على هذه المخاوف ومنها AM FRANIL 25mg – RISDAL 2mg – PRIONIL UOOMG CRRAB – LUSTRAL FAVERIN ولكن هذه الأدوية كانت تسبب له العديد من الآثار الجانبية مثل القيء والإسهال وإدرار البول وأحياناً الغثيان مما جعله يمتنع عن أخذ هذه الأدوية منذ حوالي شهر قبل بدأ العلاج.

وقد ذكر أيضاً فيما يتعلق بالأوقات التي لا تمثل الخوف الذي يعاني منه مشكلة بأنه عندما يكون وسط اهله ويشعر بالأمان، كما أنه عندما يكون مع أصدقائه المقربين منه فإنه أيضاً لا يشعر بالخوف وإنما إحساسه بأنه وحيداً وأن اهتمام الآخرين به وانجذابه لهم لم يعد مثلما كان فإنه يشعر بذلك الشعور المخيف.

ثانياً: نموذج استبيان التقرير الشخصي:-

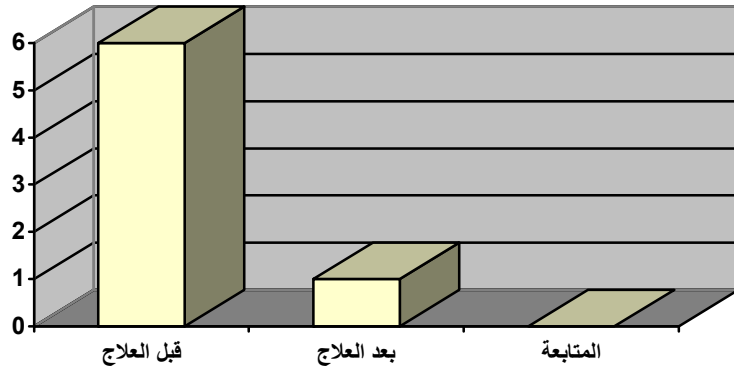
تم تطبيق نموذج استبيان التقرير الشخصي على الحالة وذلك فى مرحلة قبل العلاج وبعد العلاج والمتابعة، وقد عبرت الحالة من خلال هذا الاستبيان عن شعورها بالتوتر وعدم الاستقرار نتيجة لهذه المخاوف التى يعانى منها والتى يصل معدل تكرارها إلى درجة رهيبه وذلك فى مرحلة قبل العلاج.

وفىما يتعلق باستجابتها على سؤال عدم الراحة فقد عبر الحالة عن شعوره بدرجة رهيبه من عدم الراحة والتوتر وذلك فى مرحلة قبل العلاج.

كما أنه ذكر بأنه يتعرض للمواقف التى تسبب له المخاوف كثيراً فعندما يخرج ويرى خياله يشعر بأنه خيال لشخص آخر أو أنه وحش سوف يقتله مما يجعله يشعر بالخوف الشديد لدرجة لا تجعله يستطيع أن ينظر أمامه أو يركز فى الطريق الذى يمشى فيه وإنما يكون كل تركيزه مع هذا الظل أو الخيال الذى يمكن أن يقتله.

إلا أنه قد ظهرت اختلافات كبيرة فى استجابات المريض فى مرحلة بعد العلاج واستمرت فى مرحلة المتابعة أيضاً، حيث عبر المريض عن شعوره بارتياح كبير فى مرحلة بعد العلاج والمتابعة، كما أنه ذكر بأنه استطاع التغلب على تلك المخاوف ولم يعد يشعر بالخوف من خياله بل أصبح عندما يرى خياله ينظر إليه ويتذكر ما كان يحدث له فيضحك.

ونقدم فيما يلى شكل توضيحي لتباين درجات الحالة على سؤال [ما مدى توترك وعدم راحتك الذى تشعر به نتيجة مخاوفك حالياً؟] وذلك فى مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفى المتابعة.



وقد عبر المريض فى مرحلتى بعد العلاج والمتابعة عن شعوره بالارتياح وأنه أصبح يمارس حياته بشكل طبيعى ولم تعد تسيطر عليه مشاعر الخوف والتوتر كما كان يحدث قبل العلاج.

ثالثاً: استجابات الحالة على قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) :-

من خلال استجابات الحالة على قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) ومن خلال استخدام مؤشرين عامين في تحليل بيانات القائمة وهما مؤشر الشدة العام (GSI) ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) كمؤشرين على مدى وشدة القلق المدرك وذلك في مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة، تبين لنا انخفاض الدرجة التي حصل عليها المريض في مرحلة بعد العلاج عن الدرجة التي حصل عليها في مرحلة قبل العلاج وكذلك زادت هذه الدرجة في الانخفاض في مرحلة المتابعة.

وبوضح لنا الجدول التالي تباين درجات الحالة على كلاً من مؤشرى الشدة العام (GSI) ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) في مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة وذلك من خلال تحويل الدرجات الخام إلى الدرجات التائية لقائمة فحص الأعراض المعدلة.

المؤشر	قبل العلاج	بعد العلاج	المتابعة
GSI	٦٢	٥٨	٥٣
PSDI	٦١	٥٦	٥٢

رابعاً: استجابات الحالة على قائمة مسح المخاوف:-

من خلال استجابات الحالة على قائمة مسح المخاوف، تم تحليل القائمة وذلك لإيجاد مقياس للخوف العام، وقد تبين لنا اختلاف درجات الحالة من مرحلة قبل العلاج إلى مرحلة بعد العلاج إلى المتابعة، حيث حصل المريض في قائمة مسح المخاوف في مرحلة بعد العلاج على درجة تائية أقل من الدرجة التائية في مرحلة قبل العلاج. وكذلك انخفضت الدرجة التائية في مرحلة المتابعة عنها في مرحلة بعد العلاج. وفيما يلي ملخص للدرجات التائية للحالة على مقياس مسح المخاوف قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة.

المؤشر	قبل العلاج	بعد العلاج	المتابعة
GFS	٦٣	٥٣	٣٢

خامساً: استجابات الحالة على مقياس تيلور للقلق الصريح:-

من خلال استجابات الحالة على مقياس القلق الصريح وذلك للحصول على درجة القلق التي تعاني منها الحالة، يتضح لنا تباين درجات المريض فيما بين قبل العلاج إلى بعد العلاج وإلى المتابعة حيث حصل المريض على درجة قلق مرتفعة جداً وذلك في مرحلة قبل العلاج ولكن انخفضت هذه الدرجة بصورة ملحوظة في مرحلة بعد العلاج وازدادت في الانخفاض في مرحلة المتابعة. ويوضح لنا الجدول التالي درجات الحالة على مقياس القلق الصريح في مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة.

المتابعة	بعد العلاج	قبل العلاج
١٧	١٩	٣٥

سادساً: نموذج استبيان التقييم الشخصي كمرودود للعلاج:-

تم استخدام هذا النموذج كمرودود للعلاج وذلك لمعرفة مدى التقدم العلاجي الذى استشعره المريض بعد خضوعه للبرنامج العلاجي لعلاج مخاوفه المرضية التى يعانى منها وتسبب له التوتر والخوف والقلق.

وقد عبر المريض عن مدى ارتياحه وشعوره بالثقة فى تغلبه على مخاوفه من ظله الذى كان يعكر عليه صفو حياته وأنه يشعر أن مستوى مخاوفه وقلقه المرتبط بهذا الموضوع قد أنخفض عن ذى قبل لدرجة يكاد يكون فيها معدوم.

وقد ذكر أنه بالفعل قرر بعد جلسات العلاج أن يواجه المواقف التى كان يشعر فيها بالخوف لكى يتأكد من نتيجة العلاج خوفاً منه أن يكون ذلك الشفاء أمر وقتى مرتبط باتصاله مع الباحثة وحديثه معها ولكنه شعر بعد فترة من الجلسات أن إحساسه لم يتغير وأنه استعاد قدر كبير من ثقته بنفسه وذلك حينما شعر أن هذا الوحش الذى كان يتصور أنه سيقته أو يؤذيه لم يعد موجوداً وأنه أصبح يرى ظله أو خياله كما كان يراه من قبل على أنه ظل فقط وليس كائن غريب يطارده ويحاول أذيته.

وقد عبر المريض عن إعجابه بالجلسات وكذلك عبر عن هذا الإعجاب بقوله أنه يشعر بأن هذا العلاج مختلف عن أى علاجات أخرى تعرض لها من قبل وبالرغم من أنه كان يشعر فى بادئ الأمر بأنه لن تكون هناك فائدة ولن يحدث تحسن فى حالته إلا أنه بعد العلاج شعر بالفرق الكبير بين ما كان يحدث له بعد جلسات علاجه مع الأطباء وتناوله للأدوية السالف ذكرها وبين جلساته مع الباحثة.

وقد عبر أيضاً المريض عن استفادته من هذا العلاج فى أشياء كثيرة تتعدى ما يرتبط مباشرة بحالة الخوف التى كان يعانى منها حيث قال: أننى من حديثى مع الباحثة قد استفدت أشياء كثيرة منها أنه لا بد من احترام والدى بصورة أكثر من ذلك ويجب أن أصلى فروضى وأن أكف عن حالة التمرد التى كنت أعيشها فأنا لم أكن أقبل أى نصيحة من أحد وأمتنع عن أداء أى شئ يطلبه منى والداى لمجرد أنهم يطلبوه منى فلم أكن أحب أن يفرض أحد على أى شئ وكنت أفعل عكسه تماماً رغم علمى بأن ما أفعله هو الخطأ وأن ما يقولونه هو الصواب. ولكنى وجدت نفسى بشكل تلقائى أمتنع عن كل هذه الأشياء وقد لاحظ اهلى هذا التغيير وأحياناً أتساءل هل فعلاً جلسات العلاج هى التى سببت لى مثل هذا التغيير أم أنها هداية من عند الله.

وقد قال المريض بأنه إذا شعر فى أى وقت أن لديه أى مشكلة سواء كانت مخاوف أو غير ذلك من مشكلات فإنه لن يتردد أبداً فى الاتصال بالباحثة وتلقى نفس العلاج.

سابعاً: تطبيق استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية (ملحق رقم ٣) :-

من خلال العلاقة العلاجية الإيجابية التي أقامتها الباحثة مع الحالة، ومن خلال التناغم اللفظي للأنظمة التمثيلية الذهنية الأساسية وغير اللفظي للإيماءات والحركات الجسدية للحالة، تبين لنا أن النظام التمثلي الذهني الأساسي للحالة هو النظام الحسي، حيث أن المريض يعبر عن حالته ويصف خبراته مع خوفه من الخيال بكلمات تدور حول كيفية إحساسه بهذا الخيال وإحساسه بالخوف منه ومن أن يحاول قتله أو أذيته. كما كانت حركات عينه تتجه لأسفل يميناً K وأعلى يساراً VR وذلك عن تذكره للمواقف التي سبقت إصابته لهذه المخاوف وكذلك تذكره ووصفه للمواقف التي كان يشعر فيها بالخوف والتوتر من خياله وما يحيط بها من مشاعر وأحاسيس وقد كان كثير الحركة أثناء الكلام ويحرك قدمه كثيراً تعبيراً عن قلقه وتوتره.

وقد تمثلت مشكلته في إصابته فجأة بحالة من الفرع والخوف من خياله إذا راه حيث أنه يراه كأنه وحش سوف يؤذيه أو يقتله وأنه يحاصره ويقيد حركته وكأنه يسلسل قدميه، وكذلك إحساسه بعدم اهتمام من حوله بهذه المشكلة.

وقد تم تغيير الأنظمة التمثيلية الذهنية الفرعية للصور والتي ترتبط بخبرات الخوف من الخيال التي كان يعاني منها المريض، والتحكم في شكل وحجم ولون ومسافة هذه الصور الذهنية مما أثر في تقليل المشاعر المصاحبة لتذكر هذه المواقف، وكذلك التحكم في إحساسه بهذه الصور من خلال استدعاء هذه الصور الذهنية بطريقة الانفصال عنها، وقد ساعدت هذه العملية في تغيير شكل هذه المواقف في ذهن المريض وإعادة تشكيل خبرته الذاتية لها.

وقد تم تحديد (الضغط على السبابة والإبهام) كرابط حسي وذلك لتثبيت مشاعر الأمن والراحة والاطمئنان واستدعاء هذه الحالة الذهنية المرغوبة وقت الحاجة إليها من خلال تثبيت الأنظمة التمثيلية الذهنية المصاحبة لهذه الحالة.

الحالة الثالثة

أولاً: المقابلة الشخصية:-

- الاسم : ه . ن
- السن : ٢٠ سنة
- النوع : أنثى

من خلال تطبيق نموذج المقابلة الشخصية مع الحالة أضح لنا أن الحالة قد علمت بموضوع الدراسة من خلال الإعلان الذى تم داخل الكلية.

وقد وصفت المريضة حالة الخوف التى تعانى منها بأنها حالة من القلق والتوتر المستمر من المستقبل وما يمكن أن يصيبها وكذلك فقدان الثقة فى الآخرين مهما كانت درجة قرابتهم لها وذلك نتيجة لتعرضها لعملية تحرش جنسى فى الطفولة جعلتها فى حالة من الخوف المستمر من الآخرين ومن أن يتكرر ذلك مرة أخرى، وتظهر حالة الخوف لديها فى شكل قلق وتوتر دائم ومستمر ورغبة دائمة فى الإنعزال عن الآخرين وعدم الاندماج معهم فى أى نشاط مما يسبب لها الضيق فهى لا تجد شخص يمكن أن تثق فيه فهى تتجنب الآخرين وتفضل العزلة، وقد بدأت تعانى من هذه المشكلة منذ أن كان عمرها حوالى ١٢ سنة وأن هذه الحالة من الخوف والتوتر معدل تكرارها يزيد كل يوم أكثر مما سبق، وذكرت أنها لم تتخذ أى إجراءات للتغلب على مثل هذه المخاوف.

وعن الأوقات التى لم تكن تمثل تلك المخاوف مشكلة بالنسبة لها ذكرت أن مخاوفها مسيطرة عليها لدرجة أنها لا تتذكر أى وقت كانت تشعر فيه بالأمان إلا بعض الأوقات البسيطة التى تكون فيها فى حضن أمها فهى الإنسانية الوحيدة التى تشعر بحبها وحنانها والتى تكتسب منها بعض الدعم الذى يساعدها على المضى فى حياتها.

ثانياً: نموذج استبيان التقرير الشخصي:-

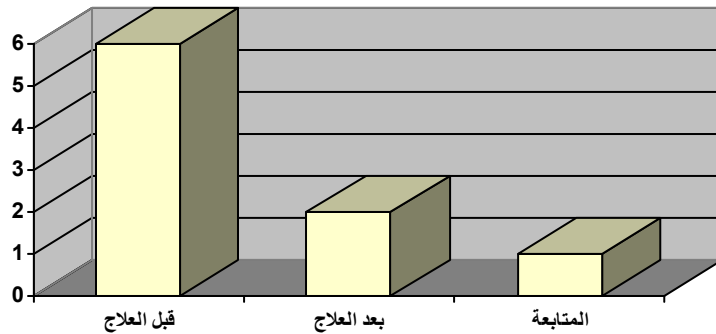
تم تطبيق نموذج استبيان التقرير الشخصي على الحالة وذلك فى مرحلة قبل العلاج وبعد العلاج والمتابعة، وقد عبرت الحالة من خلال هذا الاستبيان عن شعورها بالتوتر والخوف وعدم الاستقرار نتيجة لتلك المخاوف التى تسيطر عليها والتي ذكرت أن معدل تكرارها وصل إلى درجة رهيبه وذلك فى مرحلة قبل العلاج.

وفيما يتعلق باستجابتها على سؤال عدم الراحة فقد ذكرت أن شعورها بعدم الراحة والتوتر يصل إلى درجة رهيبه من الشدة وذلك فى مرحلة قبل العلاج.

وقد ذكرت الحالة أنها تتعرض لتلك المواقف التى تسبب لها القلق والتوتر بصفة مستمرة فحينما ترى مثلاً ذلك الشخص الذى تحرش بها فذلك يصيبها بحالة من الخوف والتوتر الشديد مع إحساسها برغبة فى الانتقام منه لأنه هو السبب فى هذه الحالة التى أصابتها، كما أنها كلما خلت إلى نفسها لا تستطيع أن تمحو صورة ما حدث لها من ذهنها وأن هذا الإحساس بمرور الوقت يزداد معها ويزداد توترها وخوفها وإحساسها بأنها لن تستطيع أن تتجح فى حياتها فى المستقبل.

أما فى مرحلة بعد العلاج فقد اختلفت استجابات الحالة تماماً واستمرت إلى مرحلة المتابعة، فقد عبرت الحالة عن شعورها بالارتياح وأن إحساسها بالتوتر وعدم الاستقرار نتيجة مخاوفها قد انخفض إلى درجة قليلة جداً، وأن درجة راحتها وعدم توترها قد ازدادت فى مرحلة بعد العلاج واستمرت فى مرحلة المتابعة.

وفيما يلى شكل توضيحي يبين تباين درجات الحالة على سؤال [ما مدى توترك وعدم راحتك الذى تشعر به نتيجة مخاوفك حالياً؟] وذلك فى مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفى المتابعة.



وقد ذكرت الحالة بعد العلاج وفى المتابعة أن استجاباتها تجاه الآخرين قد اختلفت تماماً وأن إحساسها بالتوتر والخوف قد انخفض بدرجة ملحوظة والاهم من ذلك بالنسبة لها أنها أصبحت فى

حالة مزاجية جيدة جداً وتغير إحساسها بالآخرين من حولها حتى الشخص الذى كان سبب فى أزمتهأ عندما تراه الآن فإنها بالتأكد تشعر بالضيق والتوتر ولكن ليس كما كان من قبل فنذكر أنها تشفق عليه لأنه إنسان غير سوى ويحتاج إلى علاج .

ثالثاً: استجابات الحالة على قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) :-

من خلال استجابات الحالة على قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) ومن خلال استخدام مؤشرين عامين في تحليل بيانات القائمة وهما مؤشر الشدة العام (GSI) ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) كمؤشرين على مدى وشدة القلق المدرك وذلك في مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة، تبين لنا انخفاض الدرجة التي حصلت عليها الحالة في مرحلة بعد العلاج عن الدرجة التي حصلت عليها في مرحلة قبل العلاج وكذلك زادت هذه الدرجة في الانخفاض في مرحلة المتابعة.

ويوضح لنا الجدول التالي تباين درجات الحالة على كلاً من مؤشرى الشدة العام (GSI) ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) وذلك في مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة وذلك من خلال تحويل الدرجات الخام إلى الدرجات التائية لقائمة فحص الأعراض المعدلة.

المؤشر	قبل العلاج	بعد العلاج	المتابعة
GSI	٦٤	٥٧	٥٣
PSDI	٦٢	٥٥	٥٠

رابعاً: استجابات الحالة على قائمة مسح المخاوف:-

من خلال استجابات الحالة على قائمة مسح المخاوف، تم تحليل القائمة وذلك لإيجاد مقياس للخوف العام، وقد اتضح لنا تباين درجات الحالة على المقياس من مرحلة قبل العلاج إلى مرحلة بعد العلاج إلى مرحلة المتابعة، حيث قد حصلت الحالة في مرحلة بعد العلاج على درجة تائية أقل من الدرجة التائية التي حصلت عليها في مرحلة قبل العلاج، وكذلك زادت الدرجة التائية في الانخفاض في مرحلة المتابعة. وفيما يلي ملخص للدرجات التائية للحالة على مقياس مسح المخاوف قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة.

المؤشر	قبل العلاج	بعد العلاج	المتابعة
GFS	٦٣	٥٤	٣٣

خامساً: استجابات الحالة على مقياس تيلور للقلق الصريح:-

من خلال استجابات الحالة على مقياس القلق الصريح وذلك للحصول على درجة القلق التي تعاني منها الحالة، يتضح لنا تباين درجات الحالة على المقياس فيما بين قبل العلاج إلى بعد العلاج إلى المتابعة، حيث قد حصلت الحالة على درجة قلق مرتفعة جداً وذلك في مرحلة قبل العلاج، ولكن لاحظنا انخفاض هذه الدرجة بصورة ملحوظة في مرحلة بعد العلاج وازدادت في الانخفاض في مرحلة المتابعة. ويوضح لنا الجدول التالي درجات الحالة على مقياس القلق الصريح في مرحلة قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة.

المتابعة	بعد العلاج	قبل العلاج
١٨	٢٠	٣٧

سادساً: نموذج استبيان التقييم الشخصي كمردود للعلاج:-

تم استخدام هذا النموذج كمردود للعلاج وذلك لمعرفة مدى التقدم العلاجي الذى استشعرته أو أدركته الحالة بعد خضوعها للبرنامج العلاجي لعلاج مخاوفها المرضية التى كانت مسيطرة عليها وكانت تسبب لها التوتر والقلق والخوف.

وقد عبرت الحالة عن انخفاض مستوى خوفها وقلقها المرتبط بالموقف الذى كانت تخاف منه بعد مرورها بالخبرة العلاجية. وأنها شعرت بثقة بالغة فى تغلبها على مخاوفها بعد العلاج. وقد ذكرت الحالة أنها لم تخطط لمحاولة مواجهة المواقف التى كانت تشعر فيها بالخوف حيث أن هذه المواقف تحدث لها بطبيعة الحال كل يوم فهى تتعامل مع الآخرين فى كل يوم وترى الشخص الذى تحرش بها كل يوم، فهى لم تتعمد مواجهة مثل هذه المواقف عن قصد. ولكنها وجدت نفسها بعد جلسات العلاج تتغير حالتها وتقل مخاوفها وتزداد ثقتها فى نفسها وخاصة بعد أن انتهى تماماً الوهم الذى كان يسيطر عليها بأنها لن تستطيع الزواج من أى شخص آخر لعدم قدرتها على البوح بما حدث لها أو ما ظنت أنه حدث لها.

وقد عبرت الحالة عن سعادتها البالغة لمرورها بهذه التجربة واستفادتها منها حيث أنها استطاعت لأول مرة أن تعبر عما يدور بداخلها والذى كان يمثل عبء ثقيل عليها وأنها استفادت من خبرات الباحثة التى ساعدتها فى القضاء على شكوكها وظنونها كما استطاعت التخلص من حالة القلق والخوف التى كانت تسيطر عليها. وقد أدى العلاج إلى فوائد تتعدى ما يرتبط مباشرة بحالة الخوف التى تم علاجها حيث أن حياتها قد اختلفت فقد أصبحت مقبلة على الحياة ولديها رغبة قوية فى مشاركة الآخرين فى العديد من الأمور والأنشطة.

وقد ذكرت أنها لن تتردد فى أى وقت أن تلجأ لنفس العلاج إذا تعرضت لأى مشكلة وليس للمخاوف فقط الذى يمثل بالنسبة لها خلطة سحرية لا تعرف سببها وذلك على حد قولها.

سابعاً: تطبيق استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية (ملحق رقم ٤) :-

من خلال العلاقة العلاجية الإيجابية التي أقامتها الباحثة مع الحالة، ومن خلال التناغم اللفظي للأنظمة التمثيلية الذهنية الأساسية وغير اللفظي للإيماءات والحركات الجسدية للحالة، تبين لنا أن النظام التمثيلي الذهني الأساسي للحالة هو النظام الحسي، حيث كانت الحالة تعبر عن خبرتها بكلمات تدور حول كيفية إحساسها بالخوف وكيف يسيطر عليها، وكانت حركات عينها تتجه لأعلى يساراً VR وأسفل يميناً K وذلك عند تذكرها لخبراتها المؤلمة التي حدثت لها وما يحيط بها من أحاسيس ومشاعر وكانت تعض على شفتيها كثيراً أثناء الحديث تعبيراً عن القلق والتوتر، وكانت نغمة صوتها في الغالب منخفضة ويسودها الشجن.

وقد تمثلت مشكلتها في إحساسها بالخوف والفرع من كل الناس وعدم ثقها في كل من حولها لتعرضها لعملية تحرش جنسي أثناء طفولتها مما جعلها تسيطر عليها أوهام بأنها تم اغتصابها ولن تستطيع الزواج وليست لديها القدرة على أن تقص قصتها على أحد مما أصابها بحالة من الأرق والخوف الشديد.

وقد تم تغيير الأنظمة التمثيلية الذهنية الفرعية للصور والتي ترتبط بخبرات الخوف لديها وخاصة في الموقف الذي تعرضت فيه للتحرش، وتم التحكم في شكل وحجم ولون ومسافة هذه الصور الذهنية مما أثر في تقليل المشاعر المصاحبة لتذكر مثل هذا الموقف، وكذلك التحكم في إحساسها بهذه الصور من خلال استدعاء هذه الصور الذهنية بطريقة الانفصال عنها وقد ساعدت هذه العملية في تغيير شكل هذا الموقف في ذهن المريضة وإعادة تشكيل خبرتها الذاتية.

وقد تم تحديد (وضع يدها اليسرى على ركبتيها اليسرى) كرابط حسي وذلك لتثبيت مشاعر الأمن والراحة والاطمئنان، واستدعاء هذه الحالة الذهنية المرغوبة وقت الحاجة إليها من خلال تثبيت الأنظمة التمثيلية الذهنية المصاحبة لهذه الحالة الذهنية.

الحالة الرابعة

أولاً: المقابلة الشخصية:-

- الاسم : أ . أ
- السن : ٢٠ سنة
- النوع : أنثى

من خلال تطبيق نموذج المقابلة الشخصية مع الحالة تبين لنا معرفتها بموضوع الدراسة من خلال الإعلان الذى تم بالكلية.

وقد وصفت المريضة حالة الخوف التى تعانى منها بأن لديها مخاوف شديدة من الطيران أو ركوب الطائرة فهى ترى أنه من الجنون أن يجازف الإنسان بحياته ويركب طائرة معلقة بين السماء والأرض وبالرغم من سيطرة هذه المخاوف عليها إلا إنها تضطر كثيراً إلى ركوبها ولكن ما يزعجها سيطرة مشاعر الخوف والقلق لديها قبل ركوبها وأثناء الركوب وحتى بعدها فهى تصاب بحالة من الخوف والفرع التى تصل إلى حد الإعياء الشديد وخاصة بعد حدوث العديد من حوادث الطائرات فى الفترة الأخيرة، فى كل مرة يتحدد ميعاد سفرها بالطائرة تسيطر عليها مشاعر الذعر والفرع وتستمر معها لفترات طويلة مما يعوقها على أن تمارس حياتها بشكل طبيعى وأن تتشارك مع عائلتها حيث أنها قالت بأنها من لحظة وصولها من السفر تظل نائمة وهى فى إعياء شديد لدرجة تمنعها من القيام بأى شئ وتستمر هذه الحالة معها حتى تعود مرة ثانية وهكذا يستمر الموضوع.

وقد ذكرت أنها بدأت تعانى من هذه المشكلة فى سن مبكرة كان عمرها وقتها ٨ سنوات وتذكر أنها حدثت لها فى أعقاب مشاهدتها لفيلم تليفزيونى يسمى (الطائرة المفقودة) منذ حوالى ١٢ سنة ومن يومها وهى بدأت تفكر فى الأمر وتخاف من فكرة الطيران وبدأت تسيطر عليها مشاعر الذعر والخوف والقلق.

وذكرت أيضاً أن هذه المشكلة مستمرة فى حياتها وتشعر بها دائماً لأن فكرة أن تسافر بالطائرة واردة فى أى وقت ولذلك فإن معدل تكرار شعورها بالخوف والتوتر كبير جداً، وذكرت أيضاً أنها لم تحاول من قبل اتخاذ أى إجراءات للتغلب على هذه المخاوف فهى لم تكن تعلم أن هناك أى علاج يصلح للقضاء على مثل هذه المخاوف.

وعن الأوقات التي لم تكن تمثل تلك المخاوف مشكلة بالنسبة لها ذكرت أن هذا يحدث بعد فترة طويلة من عودتها من السفر ولكن سرعان ما تعود تلك المخاوف مرة ثانية مع اقتراب موعد سفرها.

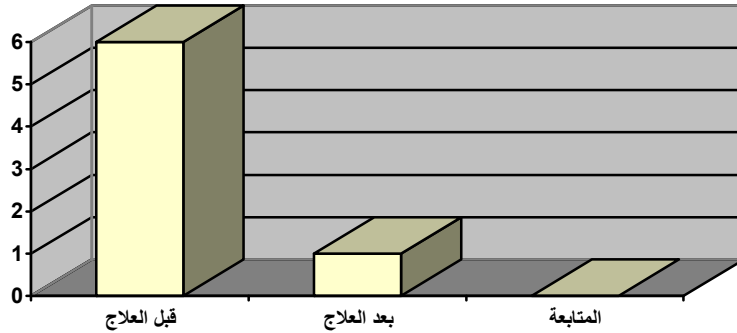
ثانياً: نموذج استبيان التقرير الشخصي:-

تم تطبيق نموذج استبيان التقرير الشخصي على الحالة وذلك فى مرحلة قبل العلاج وبعد العلاج وفى المتابعة، وقد عبرت الحالة من خلال هذا الاستبيان عن سيطرة مشاعر والخوف والفرع والتوتر عليها قد ذكرت أن معدل تكرار شعورها بهذه المخاوف وصل إلى درجة رهيبية وذلك فى مرحلة قبل العلاج.

وفىما يتعلق باستجابتها على سؤال عدم الراحة فقد عبرت عن مدى عدم راحتها وأن شعورها بالتوتر وعدم الراحة يصل لدرجة رهيبية من الشدة وذلك فى مرحلة قبل العلاج. وقد ذكرت الحالة أنها لم تتعرض للموقف الذى يسبب لها الخوف فى الأسبوع الماضى ولكن مجرد تفكيرها فيه فإن ذلك يصيبها بالإعياء والتوتر والخوف الشديد مما يعوقها على أداء مهامها والتركيز فيما تقوم به من أشياء وخاصة المذاكرة وأنها إذا تعرضت لذلك الموقف الأسبوع القادم فبالطبع سوف تشعر بخوف أكثر بكثير.

أما فى مرحلة بعد العلاج فقد حدث تغيير كبير فى استجابات الحالة واستمر هذا التغيير فى مرحلة المتابعة، حيث عبرت الحالة عن عدم شعورها بالتوتر وعدم الاستقرار الذى كان يسيطر عليها قبل بدء العلاج وأنه انخفض إلى درجة قليلة جداً، كما أن درجة الراحة وعدم التوتر قد ازدادت فى مرحلة بعد العلاج واستمرت فى مرحلة المتابعة.

ونقدم فيما يلى شكل توضيحي يبين تباين درجات الحالة على سؤال [إما مدى توترك وعدم راحتك الذى تشعر به نتيجة مخاوفك حالياً؟] وذلك فى مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفى المتابعة.



وقد ذكرت الحالة فى مرحلة بعد العلاج وفى المتابعة أن مخاوفها بشأن الطيران قد انخفضت جداً عما كانت عليه فى مرحلة قبل العلاج وأنها بالفعل تعرضت لهذا الموقف بعد

العلاج مباشرة حيث أخبرها والدها بأن موعد سفرها قد أقترّب ولكنها لم تشعر بنفس المخاوف والأعراض التي كانت تحدث لها كما كان في السابق ولذلك فهي تتوقع أن تشعر بخوف أقل بكثير عند ركوبها الطائرة في المرة القادمة.

وفي مرحلة المتابعة كانت الحالة بالفعل قد تعرضت لتجربة ركوب الطائرة وقد عبرت عن سعادتها للتغيير الذي حدث لها حيث أنها لم تشعر بخفقان قلبها بالشدة التي كانت تحدث من قبل وخاصة عند الإقلاع ولم تتصبّب عرقاً مثلما كان يحدث سابقاً واستطاعت لأول مرة أن تنام أثناء الطيران مما يدل على تخلصها من مخاوفها.

وذكرت بأنها تشعر بأن هذه المخاوف وما كان يصاحبها من ردود أفعال لم تعد موجودة كما كان في السابق.

ثالثاً: استجابات الحالة على قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) :-

من خلال استجابات الحالة على قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) ومن خلال استخدام مؤشرين عامين في تحليل بيانات القائمة وهما مؤشر الشدة العام (GSI) ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) كمؤشرين على مدى وشدة القلق المدرك وذلك في مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة، تبين لنا انخفاض الدرجة التي حصلت عليها الحالة في مرحلة بعد العلاج عن الدرجة التي حصلت عليها في مرحلة قبل العلاج وكذلك إزدادت هذه الدرجة في الانخفاض في مرحلة المتابعة.

ويوضح لنا الجدول التالي تباين درجات الحالة على كلاً من مؤشرى الشدة العام (GSI) ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) وذلك في مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة وذلك من خلال تحويل الدرجات الخام إلى الدرجات التائية لقائمة فحص الأعراض المعدلة.

المؤشر	قبل العلاج	بعد العلاج	المتابعة
GSI	٦١	٥٦	٥٣
PSDI	٦٠	٥٣	٥٠

رابعاً: استجابات الحالة على قائمة مسح المخاوف:-

من خلال استجابات الحالة على قائمة مسح المخاوف، تم تحليل القائمة وذلك لإيجاد مقياس للخوف العام، وقد اتضح لنا تباين درجات الحالة على المقياس من مرحلة قبل العلاج إلى مرحلة بعد العلاج إلى مرحلة المتابعة، فقد حصلت الحالة في مرحلة بعد العلاج على درجة تائية أقل من الدرجة التائية التي حصلت عليها في مرحلة قبل العلاج، وكذلك ازدادت هذه الدرجة في الانخفاض في مرحلة المتابعة. وفيما يلي ملخص للدرجات التائية للحالة على مقياس مسح المخاوف قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة.

المؤشر	قبل العلاج	بعد العلاج	المتابعة
GFS	٦٢	٥٣	٣٣

خامساً: استجابات الحالة على مقياس تيلور للقلق الصريح:-

من خلال استجابات الحالة على مقياس القلق الصريح وذلك للحصول على درجة القلق التي تعاني منها الحالة نتيجة لمخاوفها، اتضح لنا تباين درجات الحالة على المقياس فيما بين قبل العلاج إلى بعد العلاج إلى المتابعة، فقد حصلت الحالة على درجة قلق مرتفعة جداً وذلك في مرحلة قبل العلاج ولكن انخفضت هذه الدرجة بشكل كبير في مرحلة بعد العلاج وكذلك في مرحلة المتابعة. ويوضح لنا الجدول التالي درجات الحالة على مقياس القلق الصريح في مرحلة قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة.

المتابعة	بعد العلاج	قبل العلاج
١٧	١٨	٣٥

سادساً: نموذج استبيان التقييم الشخصي كمردود للعلاج:-

تم استخدام هذا النموذج كمردود للعلاج وذلك لمعرفة مدى التقدم العلاجي الذى أدركته الحالة بعد خضوعها للبرنامج العلاجي للقضاء على مخاوفها المرضية من الطيران والتي كانت تسبب لها التوتر وعدم الراحة.

وقد عبرت الحالة عن انخفاض مستوى خوفها وقلقها المرتبط بالموقف الذى كانت تخاف منه وذلك بعد مرورها بالخبرة العلاجية. وأنها شعرت بعد العلاج بثقة بالغة فى تغلبها على مخاوفها وقلقها.

وقد ذكرت الحالة أنها لم تخطط لمحاولة مواجهة الموقف الذى كانت تشعر فيه بالمخاوف ولكنها بعد تعرضها للعلاج بحوالى أسبوع كان موعد سفرها إلى أهلها بالخارج وبالفعل لم تشعر الحالة بالتوتر والقلق الذى كان يسيطر عليها كما كان قبل العلاج ولم تنتابها حالة الذعر والخوف من الطيران بل كانت فى حالة من الهدوء والاسترخاء وشعرت بأن أفكارها قد حدث لها تغيير وبالتالي لم تعد تفكر فى الأمر كما كان من قبل ولم تصاب بردود الفعل الفسيولوجية المزعجة التى كانت تحدث لها دائماً أثناء سفرها.

وقد ذكرت الحالة إنها قد استفادت من هذه التجربة العلاجية فى التخلص من حالة الخوف التى كانت تسيطر عليها وما كان يصاحبها من أعراض فسيولوجية وأنها ساعدتها فى الوصول إلى حالة من الاسترخاء كانت تفتقدها وتحتاج إليها منذ زمن بعيد.

وعن الفوائد الأخرى التى اكتسبتها من العلاج والتي تتعدى ما يرتبط مباشرة بحالة الخوف التى تم علاجها ذكرت الحالة إنها بمجرد تخلصها من هذه المخاوف تخلصت فى نفس الوقت من الكثير من الأمور السيئة مثل التعب الجسمانى والتعب النفسى والإحباط وإزعاج كل من حولها بمشكلاتها التى كانت تشعر أن ليس لها علاج.

وقد ذكرت أيضاً إنها لن تتردد أبداً فى تلقى نفس هذا العلاج فى أى وقت تجد نفسها فيه تعاني من أى مخاوف أخرى مختلفة.

سابعاً: تطبيق استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية (ملحق رقم ٥) :-

من خلال العلاقة العلاجية الإيجابية التي أقامتها الباحثة مع الحالة، ومن خلال التناغم اللفظي للأنظمة التمثيلية الذهنية الأساسية وغير اللفظي للإيماءات والحركات الجسدية للحالة، تبين لنا أن النظام التمثلي الذهني الأساسي للحالة هو النظام البصرى، حيث كانت تصف خبرتها الذاتية عن الخوف بكلمات مثل أنا شايقة، الموضوع شكله، وكلها تدول حول الرؤية للموضوع، وكانت حركات عينها تتجه لأعلى يميناً VC لتركيب الصور ولأسفل يميناً K لتذكر مشاعر وانفعالات ولقد كانت تأكل فى أظافرها أثناء الحديث تعبيراً عن القلق والتوتر وكانت نغمة صوتها فى الغالب منخفضة.

وقد تمثلت مشكلتها فى خوفها من الطيران وإصابتها بالفرع والرعب من فكرة ركوبها الطائرة الأمر الذى يصل إلى درجة الإعياء الشديد.

وقد تم تغيير الأنظمة التمثيلية الذهنية الفرعية للصور والتي ترتبط بخبرات الخوف من الطيران لديها، وتم التحكم فى شكل وحجم ولون ومسافة هذه الصور الذهنية مما ساعد على تقليل المشاعر المصاحبة لتذكر مثل هذه الخبرات، وكذلك التحكم فى إحساسها بهذه الصور من خلال استدعاء هذه الصور الذهنية بطريقة الانفصال عنها.

وقد تم تحديد (القبض على راحة اليد اليمنى) كرابط حسى وذلك لتثبيت مشاعر الأمن والطمأنينة، واستدعاء هذه الحالة الذهنية المرغوبة وقت الحاجة إليها من خلال تثبيت الأنظمة التمثيلية الذهنية المصاحبة لهذه الحالة الذهنية.

الحالة الخامسة

أولاً: المقابلة الشخصية:-

- الاسم : د . أ
- السن : ٣٠ سنة
- النوع : أنثى

من خلال تطبيق نموذج المقابلة الشخصية مع الحالة تبين لنا معرفتها بموضوع الدراسة من خلال الإعلان الذى تم بالكلية حيث أن لديها أخت طالبة بالكلية قد قرأت معها الإعلان فبادرت بالاتصال بالباحثة للمقابلة.

وقد وصفت المريضة حالة الخوف التى تعانى منها بأنها حالة خوف من مشاهدة الموتى أو الجثث وهذا الخوف يمثل مشكلة كبيرة بالنسبة لها حيث أنه يؤثر على حياتها الشخصية والأسرية والمهنية والاجتماعية والصحية. وقد ذكرت أن هذه الحالة من الخوف تسبب لها العديد من الأعراض مثل الذعر والارتعاشات والإحساس بالإعياء والدوار، والعرق وكذلك اضطراب فى النوم وفقدان الشهية للطعام، وقد حاولت كثيراً إخفاء مثل هذه الأعراض إلا أن بعض أفراد أسرتها وكذلك بعض أصدقائها لاحظوا هذه الأعراض.

وقد ذكرت الحالة أنها بدأت تعانى من هذه المشكلة منذ حوالى سنتين وهذه المشكلة تمثل أزمة بالنسبة لها وقد مرت بها خلال الأسابيع الماضية حيث أن هذه الحالة مسيطرة عليها وتعوقها على أن تعيش بصورة سوية. كما أن معدل تكرار شعورها بالخوف والتوتر رهيب، كما أنها لم تتخذ أى إجراءات للتغلب على هذا الخوف من قبل.

وفيما يتعلق بالأوقات التى لم يمثل الخوف مشكلة لها قالت بإنها دائماً تشعر بالخوف وعدم الأمان وعدم الثقة فى نفسها ودائماً تشعر بأنها أقل من الآخرين، ولا تتذكر أى وقت لا تمثل تلك المخاوف مشكلة لها سوى الوقت الذى يغلبها فيه النعاس أو أن تكون مع أحد صديقاتها المقربين ولكن هذا لا يحدث كثيراً.

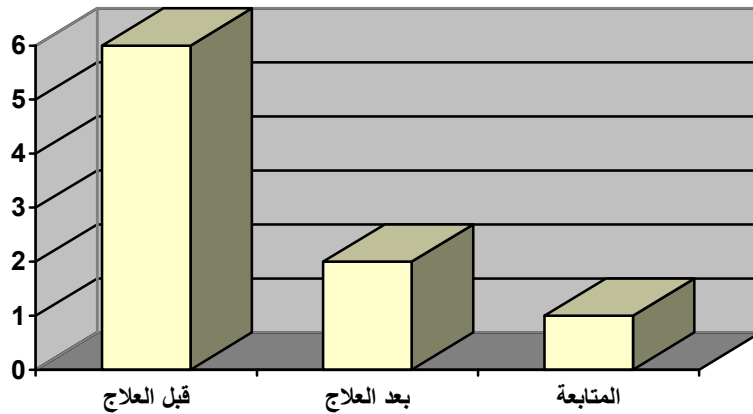
ثانياً: نموذج استبيان التقرير الشخصي:-

تم تطبيق نموذج استبيان التقرير الشخصي على الحالة وذلك فى مرحلة قبل العلاج ومرحلة بعد العلاج وفى المتابعة، وقد عبرت الحالة من خلال هذا الاستبيان عن معاناتها الشديدة من سيطرة مشاعر الخوف والفرع فقد ذكرت أن شعورها بالتوتر وعدم الاستقرار نتيجة لوجود هذه المخاوف يصل إلى درجة رهيبية وذلك فى مرحلة قبل العلاج.

وفىما يتعلق باستجابتها على سؤال عدم الراحة فقد عبرت عن مدى توترها وعدم راحتها الذى يصل إلى درجة رهيبية من الشدة وذلك فى مرحلة قبل العلاج.

وقد ذكرت الحالة بأنها قابلت الموقف الذى يسبب لها المخاوف فى الأسبوع الماضى حيث أن لديهم جارة مريضة بالكبد وقال الجميع بأنها سوف تموت خلال أيام، وبسبب ذلك الموضوع سيطرت عليها مشاعر الخوف والذعر بدرجة رهيبية حيث أنها تخاف من اللحظة التى يقال فيها أن جارتهم قد ماتت وتراها وهى ميتة وتتوقع أن تزداد تلك المشاعر بصورة أكثر بكثير وذلك إذا ماتت بالفعل جارتهم.

أما فى مرحلة بعد العلاج فقد عبرت الحالة عن شعورها بالاستقرار وعدم التوتر، وقد عبرت أيضاً عن درجة الراحة وعدم التوتر التى ازدادت فى مرحلة بعد العلاج وكذلك فى مرحلة المتابعة. ونقدم فيما يلى شكل توضيحى يبين تباين درجات الحالة على سؤال [ما مدى توترك وعدم راحتك الذى تشعر به نتيجة مخاوفك حالياً؟] وذلك فى مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفى المتابعة.



وقد ذكرت الحالة فى مرحلة بعد العلاج وكذلك فى المتابعة أنها شعرت بأن مخاوفها قد قلت كثيراً عن ذى قبل وأنها بالفعل تعرضت للموقف الذى كان يسبب لها مثل هذه المخاوف فى الأسبوع الماضى حيث أن جارتهم المريضة قد توفيت بالفعل بعد تطبيق البرنامج بيومين وقد عبرت الحالة عن اختلاف رؤيتها للموضوع وأن لديها إحساس بأنها قد تغيرت تماماً وتخلصت من جميع الأفكار الخاطئة التى كانت تعزز سلوك الخوف لديها، وقد ذكرت إنها بالطبع قد حزنت كثيراً على وفاة جارتهم إلا أنها لم تصاب بالأعراض التى كانت تنتابها من قبل وأن كانت تعرضت لبعض الأعراض مثل الإعياء والدوار إلا أنها كانت تشعر أن ذلك بسبب حزنها على فقد جارتهم ولم يكن بسبب خوفها الداخلى الذى كانت تعاني منه وهى تتوقع أن تزداد حالتها فى التحسن مع مرور الوقت حيث أنها بدأت تنتظر للأمور نظرة مختلفة ولم يعد يرتبط الموضوع فى ذهنها بارتباطات سلبية كما كان فى السابق.

ثالثاً: استجابات الحالة على قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) :-

من خلال استجابات الحالة على قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) ومن خلال استخدام مؤشرين عامين في تحليل بيانات القائمة وهما مؤشر الشدة العام (GSI) ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) كمؤشرين على مدى وشدة القلق المدرك وذلك في مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة، تبين لنا انخفاض الدرجة التي حصلت عليها الحالة في مرحلة بعد العلاج عن الدرجة التي حصلت عليها في مرحلة قبل العلاج وكذلك قد إزدادت هذه الدرجة في الانخفاض في مرحلة المتابعة.

ويوضح لنا الجدول التالي تباين درجات الحالة على كلاً من مؤشرى الشدة العام (GSI) ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) في مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة وذلك من خلال تحويل الدرجات الخام إلى الدرجات التائية لقائمة فحص الأعراض المعدلة.

المؤشر	قبل العلاج	بعد العلاج	المتابعة
GSI	٦٣	٥٦	٥٣
PSDI	٦٢	٥٣	٥١

رابعاً: استجابات الحالة على قائمة مسح المخاوف:-

من خلال استجابات الحالة على قائمة مسح المخاوف، تم تحليل القائمة وذلك لإيجاد مقياس للخوف العام، وقد اتضح لنا تباين درجات الحالة على المقياس من مرحلة قبل العلاج إلى مرحلة بعد العلاج إلى المتابعة، حيث حصلت الحالة في مرحلة بعد العلاج على درجة تائية أقل من الدرجة التائية التي حصلت عليها في مرحلة قبل العلاج، وقد ازدادت هذه الدرجة في الانخفاض في مرحلة المتابعة، وفيما يلي ملخص للدرجات التائية للحالة على مقياس مسح المخاوف قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة.

المؤشر	قبل العلاج	بعد العلاج	المتابعة
GFS	٦٣	٥٢	٣٣

خامساً: استجابات الحالة على مقياس تيلور للقلق الصريح:-

من خلال استجابات الحالة على مقياس القلق الصريح وذلك للحصول على درجة القلق التي تعاني منها الحالة نتيجة لمخاوفها، يتضح لنا تباين درجات الحالة على المقياس فيما بين قبل العلاج إلى بعد العلاج إلى المتابعة، فقد حصلت الحالة على درجة قلق مرتفعة جداً وذلك في مرحلة قبل العلاج ولكن انخفضت هذه الدرجة بنسبة كبيرة في مرحلة بعد العلاج وازدادت في الانخفاض في مرحلة المتابعة. ويوضح لنا الجدول التالي تباين درجات الحالة على مقياس القلق الصريح في مرحلة قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة.

المتابعة	بعد العلاج	قبل العلاج
١٨	١٩	٣٧

سادساً: نموذج استبيان التقييم الشخصي كمرودود للعلاج:-

تم استخدام هذا النموذج كمرودود للعلاج وذلك لمعرفة مدى التقدم العلاجي الذى أدركته الحالة بعد خضوعها للبرنامج العلاجي للقضاء على مخاوفها المرضية من الموتى والجثث والتي كانت تسبب لها التوتر والخوف والذعر، وبعد مرور الحالة بالخبرة العلاجية فقد عبرت عن انخفاض مستوى خوفها وقلقها المرتبط بالموقف الذى كانت تخاف منه، كما أنها شعرت بثقة بالغة فى تغلبها على مخاوفها وقلقها بعد العلاج.

كما ذكرت الحالة بأنها لم تخطط لمحاولة مواجهة الموقف الذى كانت تشعر فيه بالخوف ولكنها بالفعل واجهت هذا الموقف حيث قد توفيت جارتهم بعد جلسة تطبيق البرنامج العلاجي بيومين وأنها فى هذا الموقف حزنت كثيراً على جارتهم ولكنها لم تستشعر وجود مثل هذه المخاوف لديها فكان الاضطراب الذى تعانى منه سواء من دوار أو إعياء نتيجة لحزنها على وفاة جارتها وليس كما كان فى السابق نتيجة لمخاوفها وتفكيرها ونفسيته المضطربة، فإحساسها بوجود الخوف والذعر اختلف تماماً بعد تعرضها للعلاج وتصوراتها للأمور قد اختلفت كما أنها أصبحت تنام نوم عميق ومستقر عما كانت عليه فى السابق.

وقد ذكرت الحالة أن العلاج الذى تلقته قد ساعدها فى التخلص من مخاوفها التى كانت تسبب لها الأرق والإعياء والتوتر وتعوقها عن المواظبة فى عملها والاندماج مع الآخرين وكانت تسبب لها الحزن والاكتئاب.

وقد ذكرت المريضة أنها اكتسبت فوائد أخرى من تعرضها لهذا العلاج تتعدى ما يرتبط مباشرة بحالة الخوف التى تم علاجها حيث ازدادت ثقته فى نفسها واستطاعت أن تحسن من مشاعرها الإيجابية وتحسن من علاقاتها مع الآخرين سواء من أفراد أسرته أو أصدقائها وما يسعدها تخلصها من مشاعر الحزن والاكتئاب.

وقد ذكرت الحالة بأنها إذا عانت فى أى وقت مخاوف أخرى فهى بالطبع سترغب فى تلقى هذا النوع من العلاج الذى يتسم بروح الدعابة فهو مختلف عن أى علاج آخر سمعت عنه أو شاهده.

سابعاً: تطبيق استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية (ملحق رقم ٦) :-

من خلال العلاقة العلاجية الإيجابية التي أقامتها الباحثة مع الحالة، ومن خلال التناغم اللفظي للأنظمة التمثيلية الذهنية الأساسية وغير اللفظي للإيماءات والحركات الجسدية للحالة، تبين لنا أن النظام التمثلي الذهني الأساسي للحالة هو النظام البصري، حيث كانت الحالة تصف خبرتها الذاتية عن الخوف بكلمات تدور حول رؤيتها للصور التي تخيفها مثل أنا شايقة، مابأتش أشوف، أشوف الموضوع. وكانت حركات عينها تتجه لأعلى يساراً VR ولأسفل يميناً K وذلك عند تذكرها للصور المرتبطة بمواقف الخوف وما يصاحب هذه الصور من مشاعر وأحاسيس وانفعالات، وقد كانت نغمة صوتها في الغالب يسودها الحزن والشجن والإحباط وكانت في الغالب منخفضة. وقد تمثلت مشكلتها في خوفها من الموتى والجثث والتي ازدادت لديها خلال السنتين السابقتين مع المعاناة من الأعراض البدنية المصاحبة لهذه المخاوف وعدم الثقة في النفس مع وجود أفكار خاطئة.

وقد تم تغيير الأنظمة التمثيلية الذهنية الفرعية للصور والتي ترتبط بخبرات الخوف من الموتى والجثث لديها، وتم التحكم في شكل وحجم ولون ومسافة هذه الصور الذهنية مما ساعد على تقليل المشاعر المصاحبة لتذكر مثل هذه الخبرات وكذلك التحكم في إحساسها بهذه الصور من خلال استدعاء هذه الصور الذهنية بطريقة الانفصال عنها. وقد ساعدت هذه العملية في تغيير شكل هذا الموقف في ذهن الحالة وإعادة تشكيل خبرتها الذاتية وتجريد أفكارها الخاطئة من قوتها. وقد تم تحديد (الضغط بالقدم اليمنى بقوة على الأرض) كرابط حسي وذلك لتثبيت مشاعر الأمان والراحة والطمأنينة، واستدعاء هذه الحالة الذهنية المرغوبة وقت الحاجة إليها من خلال تثبيت الأنظمة التمثيلية الذهنية المصاحبة لهذه الحالة الذهنية.

الحالة السادسة

أولاً: المقابلة الشخصية:-

- الاسم : أ . أ
- السن : ١٩ سنة
- النوع : أنثى

من خلال تطبيق نموذج المقابلة الشخصية مع الحالة تبين لنا معرفتها بموضوع الدراسة من خلال الإعلان الذى تم بالكلية حيث أنها طالبة بالفرقة الثالثة بالكلية.

وقد وصفت المريضة حالة الخوف التى تعانى منها بأنها حالة خوف مرضى من الحقن سواء من رؤية أحد يأخذها أو أن تأخذها هى، فهى تعانى من هذه المشكلة التى تسبب لها التوتر والخوف دائماً وما يزيد من صعوبة الأمر عليها أنها مريضة بالسكر وتحتاج دائماً لأخذ حقن لعلاج السكر وهذا الأمر يسبب لها كثير من التوتر والفرع لدرجة أنها لجأت لأخذ علاج آخر غير العلاج الموصوف لها وذلك لكى تبتعد عن أخذ الحقن.

وقد ذكرت أنها بدأت تعانى من هذه المشكلة منذ أن كانت فى أولى أبتدائى وقد ذكرت أيضاً أن هذه المشكلة تؤرقها جداً وتمر بها دائماً نظراً لظروفها المرضية، مما يزيد من معدل تكرار شعورها بالخوف والتوتر والذى يصل إلى درجة رهيبه من الشدة.

وقد ذكرت الحالة أنها لم تتخذ أى إجراءات للتغلب على هذا الخوف إلا أنها ابتعدت عن أخذ علاجها بالحقن واستبدلته بالعقاقير.

وعن الأوقات التى لا يمثل الخوف لها مشكلة تقول أن أى موقف يكون بعيد عن أخذ حقن أو رؤية من يأخذها فإنها تكون فى حالة طيبة إلا أنه نظراً لظروف مرضها وأخذها العلاج بصفة يومية يجعل الأمر يفرض نفسه عليها دائماً ويزيد من حالة التوتر والخوف والقلق ولذلك فهى تسعى للعلاج لكى تعيش بشكل سوى وتتقبل الأمر بشكل طبيعى.

ثانياً: نموذج استبيان التقرير الشخصي:-

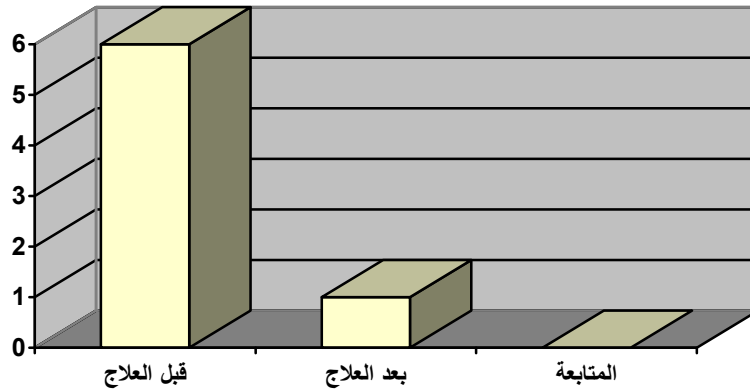
تم تطبيق نموذج استبيان التقرير الشخصي على الحالة وذلك فى مرحلة قبل العلاج ومرحلة بعد العلاج وفى المتابعة، وقد عبرت الحالة من خلال هذا الاستبيان عن معاناتها الشديدة من سيطرة مشاعر الخوف والفرع حيث ذكرت أن شعورها بالتوتر وعدم الاستقرار نتيجة لوجود هذه المخاوف يصل إلى درجة رهيبية وذلك فيما يتعلق بمرحلة قبل العلاج.

وفىما يتعلق باستجابتها على سؤال عدم الراحة فقد عبرت عن مدى توترها وعدم راحتها الذى تشعر به نتيجة لوجود مثل هذه المخاوف والذى يصل إلى درجة رهيبية من الشدة وذلك فى مرحلة قبل العلاج.

وقد ذكرت الحالة بأنها بالطبع قابلت الموقف الذى يسبب لها المخاوف فى الأسبوع الماضى حيث أنها أصيبت بإغماءة سكر وذهبت بعدها إلى الطبيب الذى أصر على إعطائها حقنة للسكر الأمر الذى أصابها بالخوف والفرع وظهرت عليها العديد من الأعراض الجسمانية مثل ارتعاش الأطراف والتعرق وحاولت كثيراً رفض الموضوع إلا أنها لم تستطيع المقاومة أكثر من ذلك. وقد ذكرت أيضاً أن تكرار مثل هذا الموقف أو حتى توقع تكراره والذى دائماً ما تتوقع تكراره يزيد من توترها الذى يظهر عليها فى شكل أعراض جسمانية.

أما فى مرحلة بعد العلاج فقد عبرت الحالة عن شعورها بالاستقرار وأن شعورها بالتوتر بعد تعرضها لهذه الخبرة العلاجية أصبح قليل جداً. وكذلك عبرت عن اختلاف شعورها بالراحة بعد العلاج حيث أن شعورها بعدم الراحة بعد العلاج أصبح معدوم تقريباً.

ونقدم فيما يلى شكل توضيحي يبين تباين درجات الحالة على سؤال [ما مدى توترك وعدم راحتك الذى تشعر به نتيجة مخاوفك حالياً؟] وذلك فى مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفى المتابعة.



وقد ذكرت الحالة فى مرحلة بعد العلاج وكذلك فى المتابعة أنها شعرت بتحسن كبير فى حالتها وأن مخاوفها لم تعد تؤرقها كما كان من قبل وأنها أصبحت قادرة على أخذ علاجها عن طريق الحقن وذلك بعد تعرضها للبرنامج العلاجى ولم تشعر بالأعراض التى كانت تحدث لها وإن كانت فى مرحلة بعد العلاج كان لديها بعض التوتر إلا أنه زال فى مرحلة المتابعة وأن الصورة التى كانت تؤرقها قد اختلفت عن ذى قبل مما أدى إلى تحسن حالتها وتخلصها من مخاوفها.

ثالثاً: استجابات الحالة على قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) :-

من خلال استجابات الحالة على قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) ومن خلال استخدام مؤشرين عامين في تحليل بيانات القائمة وهما مؤشر الشدة العام (GSI) ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) كمؤشرين على مدى وشدة القلق المدرك وذلك في مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة، تبين لنا انخفاض الدرجة التي حصلت عليها الحالة في مرحلة بعد العلاج عن الدرجة التي حصلت عليها في مرحلة قبل العلاج، وازدادت هذه الدرجة في الانخفاض في مرحلة المتابعة.

ويوضح لنا الجدول التالي تباين درجات الحالة على كلاً من مؤشرى الشدة العام (GSI) ومؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) وذلك في مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة وذلك من خلال تحويل الدرجات الخام إلى الدرجات التائية لقائمة فحص الأعراض المعدلة.

المؤشر	قبل العلاج	بعد العلاج	المتابعة
GSI	٦٢	٥٦	٥٣
PSDI	٦١	٥٤	٥٢

رابعاً: استجابات الحالة على قائمة مسح المخاوف:-

من خلال استجابات الحالة على قائمة مسح المخاوف، تم تحليل القائمة وذلك لإيجاد مقياس للخوف العام، وقد اتضح لنا تباين درجات الحالة على المقياس من مرحلة قبل العلاج إلى مرحلة بعد العلاج إلى المتابعة، حيث حصلت الحالة في مرحلة بعد العلاج على درجة تائية أقل من الدرجة التائية التي حصلت عليها في مرحلة قبل العلاج، وقد ازدادت هذه الدرجة في الانخفاض في مرحلة المتابعة، وفيما يلي ملخص للدرجات التائية للحالة على مقياس مسح المخاوف قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة.

المؤشر	قبل العلاج	بعد العلاج	المتابعة
GFS	٦٠	٥١	٣٢

خامساً: استجابات الحالة على مقياس تيلور للقلق الصريح:-

من خلال استجابات الحالة على مقياس القلق الصريح وذلك للحصول على درجة القلق التي تعاني منها الحالة نتيجة لمخاوفها، يتضح لنا تباين درجات الحالة على المقياس فيما بين قبل العلاج إلى بعد العلاج إلى المتابعة، فقد حصلت الحالة على درجة قلق مرتفعة جداً وذلك في مرحلة قبل العلاج ولكن انخفضت هذه الدرجة بنسبة كبيرة في مرحلة بعد العلاج وازدادت في الانخفاض في مرحلة المتابعة. ويوضح لنا الجدول التالي تباين درجات الحالة على مقياس القلق الصريح في مرحلة قبل العلاج وبعد العلاج وفي المتابعة.

المتابعة	بعد العلاج	قبل العلاج
١٧	٢٠	٣٢

سادساً: نموذج استبيان التقييم الشخصي كمرودود للعلاج:-

تم استخدام هذا النموذج كمرودود للعلاج وذلك لمعرفة مدى التقدم العلاجي الذى أدركته الحالة بعد خضوعها للبرنامج العلاجي للتخلص من مخاوفها المرضية من الحقن والتي كانت تسبب لها الخوف والتوتر والأرق وكذلك كانت سبباً فى تأخر حالتها الصحية.

ويعد مرور الحالة بالخبرة العلاجية فقد عبرت عن انخفاض مستوى خوفها وقلقها المرتبط بالموقف الذى كانت تخاف منه، كما أنها شعرت بعد العلاج بثقة بالغة فى تغلبها على مخاوفها. وقد ذكرت الحالة أن العلاج الذى تلقته قد ساعدها فى التخلص من مخاوفها التى كانت تسبب لها الأرق والإعياء والتوتر وتعوقها عن المواظبة فى عملها والاندماج مع الآخرين وكانت تسبب لها الحزن والاكتئاب.

وقد خططت الحالة بالفعل لمحاولة مواجهة الموقف الذى كانت تشعر فيه بالخوف حيث أنها بعد تعرضها للخبرة العلاجية قامت بمحاولة لمواجهة الموقف وأخذت علاج السكر عن طريق الحقن بدلاً من العقاقير وكان ذلك عن عمد منها وقد شعرت وقتها ببعض التوتر البسيط ولكنه سرعان ما زال بعد تكرار هذه التجربة يوم بعد يوم وذلك نتيجة لتأثير ما مرت به أثناء الخبرة العلاجية .

وقد ذكرت الحالة بأن هذا النوع من العلاج الذى تلقته ساعدها فى التخلص من المخاوف المرضية التى كانت تمثل عائق كبير بالنسبة لها وكذلك ساعدها فى تغيير شكل الصورة القديمة التى كانت فى ذهنها وكانت سبباً فى نشأة مخاوفها.

ومن اهم الفوائد التى اكتسبتها الحالة والتى تتعدى مباشرة حالة الخوف التى تم علاجها ذكرت بأن اهم هذه الفوائد هى التخلص من الأعراض الجسمانية التى كانت تعانى منها بالإضافة إلى اتجاهها لأخذ علاجها للسكر عن طريق الحقن.

وقد عبرت الحالة عن إعجابها وسعادتها بمرورها بهذه التجربة وأنها بالطبع لن تتردد فى أى وقت من اللجوء إلى هذا العلاج إذا تعرضت لأى مشكلة أخرى سواء كانت متعلقة بالمخاوف أو غيرها.

سابعاً: تطبيق استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية (ملحق رقم ٧) :-

من خلال العلاقة العلاجية الإيجابية التي أقامتها الباحثة مع الحالة، ومن خلال التناغم اللفظي للأنظمة التمثيلية الذهنية الأساسية وغير اللفظي للإيماءات والحركات الجسدية للحالة، تبين لنا أن النظام التمثلي الذهني الأساسي للحالة هو النظام البصري، حيث كانت الحالة تصف خبرتها الذاتية عن الخوف بكلمات تدور حول رؤيتها للصور التي تخيفها مثل شكلها يخوف، أشوفها. وكانت حركات عينها تتجه لأعلى يساراً VR وذلك لتذكر الصور. وقد كانت نغمة صوتها متوسطة وكانت عندما تتوتر تقوم بعض أصبع السبابة في يدها اليسرى.

وقد تمثلت مشكلتها في خوفها من الحقن فهي تخاف من أن تأخذ علاجها عن طريق الحقن وكذلك من رؤية أى شخص يأخذ حقنة، مما سبب لها مشكلات صحية فيما يتعلق بإصابتها بمرض السكر.

وقد تم تغيير الأنظمة التمثيلية الذهنية الفرعية للصور والتي ترتبط بخبرات الخوف من الحقن لديها، وتم التحكم في شكل وحجم ولون ومسافة هذه الصور الذهنية مما ساعد على تقليل المشاعر المصاحبة لتذكر مثل هذه الخبرات وكذلك التحكم في إحساسها بهذه الصور من خلال استدعاء هذه الصور الذهنية بطريقة الانفصال عنها. وقد ساعدت هذه العملية في تغيير شكل هذا الموقف وهذه الصور في ذهن الحالة وإعادة تشكيل خبرتها الذاتية وتجريد أفكارها الخاطئة من قوتها.

وقد تم تحديد (لمس الأذن اليسرى) كرابط حسى وذلك لتثبيت مشاعر الأمان والراحة والطمأنينة، واستدعاء هذه الحالة الذهنية المرغوبة وقت الحاجة إليها من خلال تثبيت الأنظمة التمثيلية الذهنية المصاحبة لهذه الحالة الذهنية.

**** مناقشة نتائج الدراسة:-**

فى ضوء فروض الدراسة والتي كنا نهدف من خلالها إلى التعرف على مدى فعالية البرمجة اللغوية العصبية فى علاج المخاوف المرضية، فقد كشفت لنا النتائج من خلال النظرة الشاملة لأداء واستجابات أفراد العينة إلى حدوث تغيرات كبيرة فى كل الإجراءات من قبل العلاج إلى بعد العلاج إلى المتابعة. فقد شعر أفراد العينة بعد العلاج بانخفاض مستوى عدم الراحة والتوتر المرتبط بالمخاوف وقد استمر هذا الشعور وازداد فى مرحلة المتابعة، مما يشير إلى أن العلاج بالبرمجة اللغوية العصبية كان له أكبر الأثر فى تخفيف وطأة الإحساس بعدم الراحة والتوتر الناتج عن المخاوف المرضية.

ونقدم فيما يلى متوسط درجات أفراد العينة على سؤال عدم الراحة الوارد فى نموذج استبيان التقرير الشخصى والذي تم الاستجابة عليه برودود مكتوبة من قبل أفراد العينة. والذي ينص على "ما مدى توترك وعدم راحتك الذى تشعر به نتيجة مخاوفك حالياً؟" وذلك فى مراحل قبل العلاج وبعد العلاج والمتابعة.

المتابعة	بعد العلاج	قبل العلاج
٠.٦٦	١.٦٦	٦

من خلال فحص هذه المتوسطات لأفراد العينة تتأكد فرضية أن عدم الراحة والتوتر سوف ينخفض لدى حالات الدراسة بعد تعرضهم للعلاج بالبرمجة اللغوية العصبية، حيث تشير بيانات التقرير الشخصى إلى وجود تحسنات بمرور الوقت.

وتتنفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة (Lieberman 1984) حيث شعر أفراد المجموعة التجريبية بانخفاض مستوى عدم الراحة والتوتر بدرجة أكبر بكثير مما شعر به أفراد المجموعة الضابطة أو أفراد المجموعة التى تعرضت لعلاج منع الحساسية.

ومن الأمور الشائعة فى العديد من الدراسات والأبحاث استخدام قائمة الأعراض (SCL – 90 – R) كإجراء فى عملية اختيار أفراد العينة، إلا أنه تم استخدامها فى هذه الدراسة لإعطاء تقديرات عامة للتغيير فى الأعراض فى مراحل العلاج المختلفة.

وقد لاحظنا انخفاض ملحوظ للأعراض العامة مقاسة بقائمة الأعراض المعدلة (SCL - 90 - R) وفقاً لمؤشرى الشدة العام (GSI) والأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) كمؤشرين على مدى وشدة القلق المدرك لدى جميع أفراد العينة وذلك فى مرحلة بعد العلاج والمتابعة فقد شعر أفراد العينة فى مرحلة بعد العلاج والمتابعة بعدد من الأعراض أقل بكثير مما شعروا به فى مرحلة قبل العلاج.

ونوضح فيما يلى متوسط الدرجات التائية لأفراد العينة على مؤشرى الشدة العام (GSI) والأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) وذلك فى مراحل قبل العلاج وبعد العلاج والمتابعة.

المؤشر	قبل العلاج	بعد العلاج	المتابعة
GSI	٦٢.٣٣	٥٦.٥	٥٣.١٦
PSDI	٦١	٥٤.٥	٥٠.٨٣

يربط مؤشر الشدة العام (GSI) بين المعلومات الخاصة بمجموعة من الأعراض وحدة القلق الذى تسببه، بينما يمثل مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) إجراء خالصاً للشدة/الحدة - على سبيل المثال، إذا ذكر أحد أفراد العينة رقم (١) لستة أعراض وذكر فرد آخر رقم (٦) لعرض واحد، فإن كلاً من درجتى الشدة العام (GSI) لهما ستكونان متساويتين، ولكن الفرد الثانى سوف يحصل على درجة خام على مؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر أكبر ست مرات من درجة الأول.

وعند مقارنة متوسطات الدرجات التائية لأفراد العينة على مؤشرى الشدة العام (GSI)، والأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) نلاحظ وجود اختلاف كبير بين متوسطات درجات الأفراد فى مرحلة قبل العلاج ومرحلة بعد العلاج والمتابعة مما يشير إلى شعور أفراد العينة بتحسن عام فى قدرتهم على التعامل، وكذلك إلى وجود أثر هالة عام جعل الأعراض تبدو ببساطة أقل إثارة للقلق مما يدل على فعالية العلاج الذى خضع له أفراد العينة، فقائمة الأعراض المعدلة (SCL - 90 - R) تتناول مجموعة متنوعة من الأعراض البدنية والمفاهيم الذاتية والدوافع والأفكار وأنواع القلق المتعلقة بالتعامل بين الأشخاص... الخ.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (Lieberman 1984) والتي توصلت إلى انخفاض درجات الأعراض العامة لدى أفراد المجموعة التجريبية بدرجة أكبر مما شعر به أفراد المجموعة الضابطة وذلك في مراحل بعد العلاج والمتابعة.

فقد كان متوسط الدرجات التائية لأفراد العينة التجريبية على مؤشر الشدة العام (GSI) في مرحلة قبل العلاج (٦١.١٧ ت) وأنخفض في مرحلة بعد العلاج إلى (٥٦.٦٠ ت) وأزداد في الانخفاض في مرحلة المتابعة ليصل إلى (٥٤.١٦ ت). وكذلك بالنسبة لمؤشر الأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) حيث حصل أفراد العينة التجريبية في مرحلة قبل العلاج على (٦٠.٣٣ ت) وأنخفض في مرحلة بعد العلاج إلى (٥٧.٧٣ ت) وأزداد في الانخفاض في مرحلة المتابعة ليصل إلى (٥٠.٥٠ ت).

وفي دراسة قام بها (Biran & Wilson 1981) لعلاج أنواع مختلفة من المخاوف البسيطة باستخدام نوعين من العلاجات (التعرض الموجه، إعادة البناء الإدراكي) وتم فيها مقارنة درجات أفراد العينة على قائمة الأعراض من حيث مؤشري الشدة العام والأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر في مراحل قبل العلاج وبعد العلاج والمتابعة، لاحظنا أن العلاج بالبرمجة اللغوية العصبية أدى إلى تحسن في مؤشري الشدة العام والأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر يشبه ما تحققه أنواع العلاجات الأخرى، وإن كان يستغرق وقتاً أقل لتحقيق ذلك حيث تم تطبيق هاذين العلاجين خلال خمس جلسات مدة كل منهما (٥٠ دقيقة).

وقد لاحظنا أيضاً انخفاض درجات الخوف العام بمرور الوقت لدى أفراد العينة من خلال نتائج اختبار مسح المخاوف حيث انخفضت درجة الخوف العام لدى الأفراد بدرجة شديدة وذلك في مرحلة بعد العلاج والمتابعة.

ونقدم فيما يلي متوسط الدرجات التائية التي حصل عليها أفراد العينة على مقياس مسح المخاوف وذلك في مراحل قبل العلاج وبعد العلاج والمتابعة:

المؤشر	قبل العلاج	بعد العلاج	المتابعة
GFS	٦٢	٥٢.٦٦	٣٢.٥٠

وتشير متوسطات درجات الأفراد على قائمة مسح المخاوف إلى ارتفاع درجة الخوف العام لدى جميع أفراد العينة وذلك في مرحلة قبل العلاج، ولكن لاحظنا انخفاض ملحوظ في مرحلة بعد

العلاج وكذلك استمر هذا الانخفاض فى مرحلة المتابعة مما يشير إلى انخفاض نسبة المخاوف العامة لدى جميع أفراد العينة بعد تعرضهم للخبرة العلاجية.

حيث أن درجة الخوف التى تتوفر لدينا من خلال قائمة مسح المخاوف تقدم لنا مقياس عام لمدى / شدة الخوف المرتبط بشئ أو موقف معين وكذلك تعتبر مؤشر عام على التغييرات التى تطرأ على أفراد العينة من حيث مدى وشدة الخوف فى مراحل قبل العلاج وبعد العلاج وفى المتابعة.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة (Einspruch & Formar 1988) حيث توصلت هذه الدراسة من خلال مقارنة تقدير درجة شدة الخوف التى شكا منها المريض قبل بدء العلاج مع درجة شدة الخوف التى عانى منها فى نهاية العلاج إلى أن المرضى الذين شاركوا فى البرنامج العلاجى قد شعروا بانخفاض ملحوظ فى حدة المخاوف التى يعانون منها. فقد أظهر اجمالى عدد البنود التى حدد فيها المرضى درجاتها فى أعلى ثلاث فئات فى جدول الخوف وهى متوسط، كثير وكثير جداً تغييرات مثيرة للاهتمام حيث حدث انخفاض ملحوظ فيهم.

كذلك تتفق تلك النتائج مع النتائج التى توصلت إليها دراسة (Lieberman 1984) حيث حصل أفراد العينة التجريبية على درجة خوف عام أقل بكثير فى مرحلة بعد العلاج والمتابعة فقد كان متوسط الدرجات التائية لأفراد العينة التجريبية فى مرحلة قبل العلاج (٦١.٦٧ ت) وانخفض فى مرحلة بعد العلاج إلى (٥٣.٢٠ ت) وازداد فى الانخفاض فى مرحلة المتابعة ليصل إلى (٣٢.٨٣ ت) مما يؤكد ما توصلنا إليه من نتائج.

كذلك من خلال نتائج الدراسة السابق عرضها ومن خلال استجابات أفراد العينة على مقياس تاييلور للقلق لاحظنا انخفاض درجات القلق التى حصل عليها أفراد العينة فى مرحلة بعد العلاج والمتابعة عن الدرجات التى حصلوا عليها فى مرحلة قبل العلاج مما يدل على انخفاض مستوى القلق لدى حالات الدراسة بشكل كبير بعد تعرضهم للخبرة العلاجية.

ونوضح فيما يلى متوسط درجات أفراد العينة على مقياس القلق الصريح وذلك فى مراحل قبل العلاج وبعد العلاج والمتابعة.

المتابعة	بعد العلاج	قبل العلاج
١٧.٦٦	١٩.٥٠	٣٣.٨٣

ويشير متوسط درجات الأفراد على مقياس تايلور للقلق إلى ارتفاع درجة القلق لدى جميع أفراد العينة نتيجة لمعاناتهم من المخاوف المرضية وهذه الدرجة تشير إلى وجود درجة قلق مرتفع جداً لدى أفراد العينة وذلك في مرحلة قبل العلاج، بينما يشير متوسط درجات الأفراد في مرحلة بعد العلاج إلى وجود قلق بسيط مما يدل على انخفاض درجة القلق في مرحلة بعد العلاج، وكذلك يشير متوسط درجات الأفراد في مرحلة المتابعة إلى انخفاض درجة القلق بصورة أكبر مما كان عليه في مرحلة بعد العلاج.

ونظراً لأن معاناة الفرد من بعض المخاوف تدفعه إلى الاستجابة بقلق في مواقف أخرى فإن ذلك يفسر ارتفاع درجات أفراد العينة على مقياس القلق وذلك في مرحلة قبل العلاج وكذلك يفسر أيضاً انخفاض تلك الدرجة على مقياس القلق مع انخفاض الدرجة على قائمة مسح المخاوف في مرحلة بعد العلاج والمتابعة وذلك بعد تعرض أفراد العينة للخبرة العلاجية. أى أن هناك ارتباطاً إيجابياً بين مقياس القلق ومقياس الخوف.

وفى ضوء نتائج الدراسة غير الكمية من خلال نموذج استبيان التقييم الشخصى كمردود للعلاج وذلك لمعرفة مدى التقدم العلاجى الذى أدركته الحالات بعد خضوعها للبرنامج العلاجى وذلك فى مرحلة المتابعة يتبين لنا مدى التحسن الذى شعرت به جميع الحالات بعد العلاج بفترة زمنية أى استمرار التحسن مع مرور الوقت مما يشير إلى فعالية البرنامج العلاجى فى علاج مخاوف المرضى وشعورهم بالثقة فى تغلبهم على مخاوفهم وقلقهم، فقد أجاب جميع أفراد العينة على سؤال [هل شعرت بعد العلاج بالثقة بأنك تغلب على قلقك ومخاوفك؟] بنعم مما يشير إلى نجاح البرنامج العلاجى فى تحقيق هدفه.

فقد عبر أفراد العينة عن مدى التحسن الذى شعروا به بعد العلاج وعن التغييرات التى طرأت عليهم بعد تعرضهم لهذه الخبرة العلاجية واستفادتهم من هذا العلاج فى العديد من النواحي الأخرى.

وهذه النتائج والتى تمثل تقييم شخصى من المرضى كمردود لتعرضهم لتلك الخبرة العلاجية، بلا شك تشير إلى مدى فعالية الاستراتيجيات التى تم استخدامها فى علاج مخاوفهم المرضية. مما لا شك فيه أن هناك أوجه تشابه كبيرة بين العلاج بالبرمجة اللغوية العصبية وبعض العلاجات الأخرى الأكثر شهرة كما ذكرنا فى مقدمة الدراسة، ومن الممكن أن تكون فعالية هذا العلاج راجعة إلى هذا الخليط الفريد من العديد من هذه الأساليب.

ربما يمثل استخدام الروابط لتثبيت المشاعر الإيجابية خلال تصور الأحداث المؤلمة السابقة إجراء تشريط كلاسيكى تصبح بموجبه الصور الذهنية الخفية للمثيرات المسببة للقلق مرتبطة بالمشاعر الإيجابية. وفي بعض الأحيان ربما لا يكون الرابط مناسباً لمواجهة القلق المسيطر والناجم عن الخوف. وإذا تم تفسير ذلك من نموذج التشريط المضاد، فإن تثبيت المشاعر الإيجابية ربما يؤدي إلى تحفيز الجهاز العصبي المناظر لكى يعوق بقدر مساو رد فعل الجهاز العصبي للصورة التي ترتبط بالخوف.

ويبدو أن أحد الاستراتيجيات الفريدة للعلاج بالبرمجة اللغوية العصبية، وهو تحديداً الانفصال ثلاثى الأبعاد أو الانفصال من مكان ثالث والذي يتم بوضع فرد العينة فى مكان يراقب منه مشاهداً وهو يراقب ممثلاً، يساعد المرضى على أن يظلوا منفصلين إنفصال حسي / حركى عن الأحداث التي تتم فى الصورة المتخيلة. وعندما يقوم الفرد بذلك فإن رد فعل الجهاز العصبي تجاه الصورة المسببة للخوف يمكن أن يقل إلى الحد الذى تكون فيه الروابط فعالة فى تخفيف القلق.

ويمكن أن يكون الوضع الثالث أيضاً مسؤلاً عن توفر ظروف الاسترخاء الكافية التي يمكن أن يحدث فيها التعلم بالتمييز وتخفيف تعميم المثيرات فى الوقت الذى يشاهد فيه الأفراد الذين يعانون من المخاوف خبرات الخوف السابقة.

وربما تكون مشاهدة الخبرات المسببة للخوف أيضاً ذات أهمية حاسمة، فربما يساعد ذلك بعض الأشخاص على إدراك أن المخاوف المبكرة والتكيف عليها لا ينبغي أن يكون فى الحاضر بالضرورة.

إن رؤية الشخص لنفسه الأصغر وهى تمر بالأحداث المرتبطة بالمخاوف ربما تكون له فائدة إضافية، فعند مراقبة نفسه الأصغر سناً، يتخيل الفرد نموذجاً أقل من المناسب يتعرف عليه على أنه هو، ولكن من مسافة بعيدة وعندما يتم تشجيع الفرد على أن يؤكد لنفسه الأصغر سناً أنها - فى نظرة من المستقبل - قد أصبح لها الآن قدرات وموارد بالغة، يتم تقديم اقتراح له بأن لديه بالفعل قدرات تعامل فعالة. ومن خلال تثبيت المورد أو المشاعر الإيجابية التي يعتقد الفرد أنه ربما كان سيحتاجها - فى ذلك الوقت فى الماضى - يجب أن يجد الفرد فى رصيده نفس القدرات السلوكية والصور الذاتية التي يتخيل أن الإنسان يحتاجها فى المواقف ذات الصلة.

من هنا يمكننا القول أن استخدام تلك الفنية فى علاج المخاوف المرضية كان له عظيم الأثر على حالات الدراسة من حيث التأثير فى مشاعرهم تجاه خبراتهم مما يجعلهم قادرين على أن يحدثوا تأثيراً كبيراً فى خبراتهم الخاصة ومشاعرهم تجاهها. فمن المفيد أن يمتلك الشخص القدرة

على التراجع إلى الخلف مع جعل مشاعره في حالة خمول وإلقاء نظرة على نفسه والأحداث من موقع محايد ومنفصل.

إن تحويل المنظور يمكن أن يساعد على الوعي الذاتي، وفهم رؤى الآخرين، ويجعل من الممكن الانسحاب من العواطف المشحونة، وإعادة النظر فيها بصورة أكثر استقلالية.

كذلك يمكننا القول أن العلاقة الإيجابية التي أقامتها الباحثة مع حالات الدراسة من خلال التناغم اللفظي للأنظمة التمثيلية الذهنية الأساسية البصرية أو الحسية وغير اللفظي للإيماءات والحركات الجسدية ونغمات الصوت ساعد في اكتشاف خبرات المرضى الذاتية الأمر الذي ساعد كثيراً في تلصصهم من مخاوفهم بهذا الشكل.

فالشخص يدرك خبرته الذاتية وفقاً للأنظمة التمثيلية الذهنية السائدة لديه والتي تتعلق بالحواس الخمسة، ويختزن هذه المعلومات في العقل، وعندما يرتبط بهذه الخبرات مع الآخرين، فإنه يتصرف وفقاً لهذه الأنظمة التمثيلية الذهنية.

ومن خلال تغيير الأنظمة التمثيلية الذهنية الفرعية المصاحبة لخبرات الخوف لدى حالات الدراسة تم تغيير شكل الخبرة وأثرها أثناء عملية الانفصال وتغيير بنية الذكريات المصاحبة لهذه الخبرة وربط الشعور السلبي بالتصورات الجديدة التي تشعر الفرد بالقدرة على مواجهة تحديات الحياة بنشاط وصبر وقوة.

وقد تم تغيير تلك الأنظمة التمثيلية الذهنية الفرعية للصور والتي ترتبط بتذكر المواقف أو الخبرات التي كانت تسبب الخوف والقلق والفرع للحالات من خلال التحكم في شكل وحجم ولون ومسافة هذه الصور، مما أدى إلى تغيير طريقة استجابة الحالات عند تذكر هذه المواقف، وانخفاض تأثير المشاعر والحالة النفسية المصاحبة لتذكر مثل هذه الخبرات.

وفي ضوء نظرية البرمجة اللغوية العصبية فإن هذه النتائج تشير إلى أن تغيير الصور الذهنية يخفف من الشعور بالخوف والتوتر بدرجة كبيرة، ومع افتراض أن أفراد العينة كانوا أمناء في ردودهم فإن النتائج أشارت إلى أن تغيير الصور الذهنية أدت إلى تخفيف القلق والتوتر والخوف لدى حالات الدراسة.

إن نتائج الدراسة الحالية، والتي تمثل تقييم تجريبي لبعض فنيات واستراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية في علاج المخاوف المرضية، تشير إلى أن هذه الاستراتيجيات فعالة في تخفيف شعور الخوف وما يصاحبه من توتر وقلق وعدم راحة.

الفصل السادس

خاتمة الدراسة

الفصل السادس خاتمة الدراسة

*** * * توصيات ومقترحات :-**

- فى ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج أمكن صياغة التوصيات الآتية:
١. عمل برامج تدريبية داخل المؤسسات التعليمية لتدريب الطلاب على فنيات واستراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية.
 ٢. عمل برامج تدريبية داخل المؤسسات العلاجية لتدريب القائمين بالعلاج على فنيات واستراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية بوصفها أسلوب علاجي جديد يضاف إلى الأساليب العلاجية الأخرى.
 ٣. إدخال البرمجة اللغوية العصبية ضمن متطلبات المرحلة الجامعية.
 ٤. إنشاء رابطة ممارسى البرمجة اللغوية العصبية فى بيئتنا المحلية واستحداث مجلة محكمة لنشر بحوثها ومقاييسها وربطها بالشبكات العالمية المتخصصة فى هذا المجال.

*** * * بحوث مقترحة :-**

- فى ضوء النتائج الإيجابية التى توصلت إليها هذه الدراسة فإن هناك حاجة لإجراء مزيد من البحث ولكن هذه الدراسة فإن هناك حاجة لإجراء مزيد من البحث ولكن هذه الحاجة يجب ألا تضر بالأسس النظرية والفلسفية للبرمجة اللغوية العصبية كأسلوب للعلاج النفسى ومن البحوث المقترحة:
١. مدى فعالية البرمجة اللغوية العصبية فى حل الخلافات الزوجية.
 ٢. مدى فعالية البرمجة اللغوية العصبية فى تخفيف قلق الأمتحان لدى طلاب المراحل التعليمية المختلفة.
 ٣. مدى فعالية البرمجة اللغوية العصبية فى تحسين الثقة بالنفس لدى العانسات.
 ٤. مدى فعالية البرمجة اللغوية العصبية فى تعديل النظرة السلبية للحياة لدى العاطلين من الشباب.
 ٥. مدى فعالية البرمجة اللغوية العصبية فى علاج إكتئاب سن اليأس.

المراجع

المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية:

- إبراهيم الفقى (٢٠٠١) : البرمجة اللغوية العصبية وفن الاتصال اللامحدود .
المركز الكندي للبرمجة اللغوية العصبية، كندا.
- إبراهيم مذكور (١٩٩٩) : مجمع اللغة العربية المعجم الوجيز . وزارة التربية والتعليم،
الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية، القاهرة.
- ابن منظور (١٩٩٢) : لسان العرب. المجلد
أحمد خيرى حافظ (١٩٨٩) : المخاوف الشائعة لدى عينات من طلاب المملكة العربية
السعودية. مجلة علم النفس، العدد التاسع، الهيئة المصرية
العامة للكتاب، القاهرة.
- أحمد خيرى حافظ (١٩٩١) : المخاوف الشائعة لدى الطلاب اليمينيين . دراسة
استطلاعية. مجلة دراسات نفسية، ك(١)، ج(٣)، القاهرة.
- أحمد عكاشة (١٩٩٨) : الطب النفسى المعاصر. ط (٦)، مكتبة الأنجلو المصرية،
القاهرة.
- أحمد عكاشة (١٩٩٢) : الطب النفسى المعاصر. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- أحمد بن على المعشنى (٢٠٠٦) : فاعلية برنامج تدريبي لتقنيات البرمجة اللغوية العصبية .
دراسة لبعض متغيرات الشخصية لدى طلبة الجامعة
بسلطنة عمان. رسالة دكتوراة، غير منشورة، معهد
الدراسات التربوية، جامعة القاهرة.
- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٨٤) : كراسة تعليمات قائمة مسح المخاوف. دار المعرفة
الجامعية، الإسكندرية.
- آرون بيك (٢٠٠٠) : العلاج المعرفى والاضطرابات الانفعالية. ترجمة: عادل
مصطفى، دار الآفاق العربية، القاهرة.
- الأزرق بوعلو (١٩٩٣) : الإنسان والقلق. سينا للنشر، القاهرة.
- ألن بيز (١٩٩٢) : لغة الجسم: كيف تقرأ الآخرين من خلال إيماءاتهم.
ترجمة: هانى غاوى، ط (٢)، مكتبة برهومة للنشر
والتوزيع، عمان

- أمينة محمد مختار (١٩٨٠) : دراسة إكلينيكية مقارنة لفاعلية فئتين من فنيات العلاج السلوكي "التحصين المنهجي" في مقابل "العمر" التفجر الداخلي في علاج بعض المخاوف المرضية. رسالة دكتوراة، غسر منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس
- أنتوني روبينز (٢٠٠٣) : قدرات غير محدودة. ترجمة: عبد الكريم العقيل، ط (٢) مكتبة جرير، الرياض.
- أنتوني روبينز (٢٠٠٣) : أيقظ قواك الخفية: كيف تتحكم فوراً بمستقبلك الذهني والعاطفي والجسماني والمالي. ترجمة: حصة إبراهيم، ط (٧)، مكتبة جرير، الرياض.
- أوتوفينخل (١٩٦٩) : نظرية التحليل النفسي في العصاب. ج (٢)، ترجمة: صلاح مخيمر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ب . ب وولمان (١٩٩٥) : مخاوف الأطفال. ترجمة: محمد عبد الظاهر الطيب، دار المعارف، القاهرة.
- حامد زهران (١٩٨٠) : التوجيه والإرشاد النفسي. ط (٢)، عالم الكتب، القاهرة.
- حامد عبد السلام زهران (١٩٨٠) : علم نفس النمو "الطفولة والمراهقة". عالم الكتب، القاهرة
- حسن مصطفى عبد المعطى (٢٠٠١) : الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة (الأسباب - التشخيص - العلاج). مكتب القاهرة للطباعة والنشر، القاهرة.
- حسن مصطفى عبد المعطى، هدى محمد قناوى (٢٠٠٠) : علم نفس النمو . المظاهر والتطبيقات. ج (٢)، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة.
- خليل مخائيل معوض (د.ت) : سيكولوجية الطفولة والمرهقة. دار المعارف، الإسكندرية
- دافيدوف لندال (١٩٨٣) : مدخل علم النفس. ترجمة: سيد الطواب وآخرون، ط (٢)، المكتبة الأكاديمية، القاهرة.
- دبرا أ.هوب، رينشارد ج. هيمبرج : الرهاب والقلق الاجتماعى. ترجمة: محمد نجيب الصبوة فى: مرجع إكلينيكي فى الاضطرابات النفسية . دليل علاجي تفصيلي . تحرير: ديفيد ه . بارلو، إشراف ومراجعة الترجمة:صفوت فرج،مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

- دوروثى رو (١٩٨٨) : كتاب جديد . تخطى الخوف. مجلة علم النفس، ع (٧)، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
- رحاب محمود صديق (٢٠٠٠) : المخاوف المرضية لدى أطفال الروضة (دراسة شخصية علاجية). الملتقى المصرى للإبداع والتنمية، الإسكندرية
- روز مارى لامبى، ديبى دانييلز : الإرشاد الأسرى للأطفال دوى الحاجات الخاصة: كتاب مورنج (٢٠٠٣) للآباء والمعلمين والأخصائيين. ترجمة: علاء الدين كفاى، مايسة النيال، ج (٢)، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- ريتشارد م. سوين (١٩٧٩) : علم الأمراض النفسية والعقلية. ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة، دار النهضة العربية، القاهرة.
- زكريا الشريبنى (١٩٩٤) : المشكلات النفسية عند الأطفال. دار الفكر العربى، القاهرة.
- زينب محمود شقير (١٩٩٤) : المخاوف وعلاقتها بكل من مفهوم الذات والتوافق لدى عينة من اطفال الحضانه فى الريف والحضر بمحافظة الغربى. مجلة كلية التربية، ع (٢٠)، يونيو، جامعة طنطا.
- زينب محمود شقير (٢٠٠١) : الشخصية السوية والمضربة (نظريات الشخصية - المشكلات السلوكية - اضطرابات الشخصية - السوماتوسايك - السيكوسوماتك - العصاب والذهان). مكتبة النهضة العربية، القاهرة.
- سامى عبد القوى على (١٩٩٥) : علم النفس الفسيولوجى. ط (٢)، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- سامى محمد موسى هاشم (١٩٩٧) : فعالية الإرشاد العقلانى والانفعالى مقترناً بالواجبات المنزلية فى علاج الخواف الاجتماعى. مجلة كلية التربية ع (٢٩)، جامعة الزقازيق.
- سامية القطان (١٩٨٢) : الأمراض النفسية والعقلية فى المعاجم والموسوعات الفلسفية - ط (١) ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- سعد جلال (١٩٧٤) : المرجع فى علم النفس. دار المعارف، القاهرة.

- سعيدة محمد أبو سوسو (١٩٨٨) : دراسة مسحية للمخاوف الشائعة لدى الطالبات المصريات والطالبات السعوديات. مجلة كلية الدراسات الإنسانية، ع (٢٤)، جامعة الأزهر.
- سونايث (٢٠٠٤) : NLP البرمجة اللغوية العصبية في العمل: الأختلاف الذى يحدث فارقاً فى مجال العمل. ترجمة: مكتبة جرير، ط (٢)، الرياض.
- سيجموند فرويد (١٩٨٣) : الكف والعرض والقلق. ترجمة: محمد عثمان نجاتي ، ط (٢)، دار الشروق، القاهرة.
- شيلدون كاشدان (١٩٨٤) : علم نفس الشواذ. ترجمة: أحمد عبد العزيز سلامة، ط (٢)، دار الشروق، القاهرة.
- شيهان شعبان عبد الحميد (١٩٨٢) : تشخيص الرهاب (المخاوف المرضية) عند الأطفال باستخدام اختبار تفهم الموضوع للأطفال Cat. رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا.
- صلاح الدين عبد القادر (١٩٨٧) : مدى فاعلية العلاج بالتشكيل فى علاج المخاوف الاجتماعية. رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية التربية بينها، جامعة الزقازيق.
- صلاح الدين عبد الغنى (٢٠٠٠) : فى الصحة النفسية. دار الفكر العربى، القاهرة.
- صلاح مخيمر (١٩٦١) : الأنماط الانفعالية للمكفوفين. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- صلاح مخيمر (١٩٧٧) : تناول جديد فى تصنيف الأعصبة والعلاجات النفسية. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- صلاح مخيمر (١٩٧٩) : المدخل إلى الصحة النفسية. ط (٣)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- عادل صلاح محمد أحمد غنايم : العلاقة بين أساليب التنشئة الوالدية والفويا لدى الأطفال. رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق. (١٩٩٣)

- عادل عز الدين الأشول (١٩٧٨) : سيكولوجية الشخصي . تعريفها . نظرياتها . نموها . قياسها . إنحرفاتها . مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- عبد الرحمن محمد عيسوى (١٩٨٥) : علم النفس والإنسان . دار المعارف، الإسكندرية.
- عبد الرقيب أحمد البحيرى (٢٠٠٥) : قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) . كراسة التعليمات . مركز الإرشاد النفسى والتربوى، أسيوط.
- عبد الروؤف ثابت (١٩٨٦) : الطب النفسى المبسط . ط (٢)، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
- عبد الستار إبراهيم محمد (١٩٩٤) : العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث (أساليبه وميادين تطبيقه) . دار الفجر، القاهرة.
- عبد الفتاح محمد دويدار (٢٠٠٠) : فى علم النفس الطبى والمرضى الأكلينيكي . دار المعرفة الجامعية، بيروت العربية، الإسكندرية.
- عبد الله السيد عسكر (٢٠٠٠) : مدخل إلى التحليل النفسى اللاكانى . مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- عبد الله السيد عسكر (٢٠٠٥) : الإدمان بين التشخيص والعلاج . ط (٥) ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- عبد الله جاد محمد عبد الله (١٩٩١) : الخوف النفسى لدى طالبات التمريض والعاملات بالمهنة وعلاقته ببعض سمات الشخصية . رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية التربية بأسوان، جامعة أسيوط.
- عبد المطلب أمين القريطى (١٩٩٨) : فى الصحة النفسية . دار الفكر العربى، القاهرة.
- عبد المنعم طلعت عباس (١٩٩٢) : المخاوف الشائعة لدى المراهقين وعلاقتها بأبعاد الشخصية . رسالة دكتوراة، غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- عزت عبد العظيم الطويل (١٩٩٥) : معلم علم النفس المعاصر . دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- عزيز حنا (١٩٧٠) : الأعراق النفسية العصابية علمياً وعملياً وتشخيصياً وعلاجياً . الشركة العربية للطباعة والنشر، القاهرة.
- على كمال (١٩٨٣) : النفس . انفعالاتها وامراضها وعلاجها . ط (٢) ، دار واسط

- للدراستات والنشر والتوزيع، بغداد.
- فاروق السيد عثمان (٢٠٠١) : القلق وإدارة الضغوط النفسية. دار الفكر العربي، القاهرة.
- فؤاد الدواش (٢٠٠٥) : البرمجة اللغوية العصبية - الكتاب الثاني - الأصول والنشأة - الماهية - الهياكل - المفاهيم. مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- فوقية محمد محمد راضى (٢٠٠١) : قياس مخاوف المعاقين باستخدام قائمة مسح المخاوف النعدلة للأطفال (دراسة مقارنة). مجلة معوقات الطفولة، ع (٩)، مايو، جامعة الأزهر.
- فيصل محمد خير الزراد (٢٠٠٥) : العلاج النفسى السلوكى. ط (١)، دار العلم للملايين، بيروت.
- كارول هاريس (٢٠٠٤) : NLP البرمجة اللغوية العصبية الآن أكثر سهولة. ترجمة: مكتبة جرير، ط (٢)، الرياض.
- كمال دسوقى (١٩٧٤) : الطب العقلى والنفسى، الكتاب الأول، علم الأمراض النفسية (التطبيقات والأعراض المرضية). دار النهضة العربية، بيروت.
- لندال دافيدوف (١٩٨٨) : مدخل علم النفس. ط (٣)، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة.
- لويس كامل مليكة (١٩٩٤) : العلاج السلوكى وتعديل السلوك. ط (٢)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- ليليان جلاس (٢٠٠٣) : أعرف ما تفكر فيه: أربع شفرات لقراءة الناس تحسن من حياتك. ترجمة: مكتبة جرير، ط (٢)، الرياض.
- ماجدة خميس على إبراهيم (١٩٨٨) : بعض العوامل المرتبطة بالمخاوف لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية من الجنسين، سالة ماجستير، غير منشورة، كلية الآداب، جامعة طنطا.
- ماكديرموت إيان، جاجو ويندى : (٢٠٠٤) : مدرب البرمجة اللغوية العصبية. ترجمة: مكتبة جرير ، ط (١)، الرياض.
- مايكل كراسك، ديفيد بارلو (٢٠٠٢) : اضطرابات الهلع ومخاوف الأماكن المفتوحة. ترجمة: صفوت فرج. فى: مرجع إكلينيكى فى الاضطرابات

النفسية - دليل علاجى تفصيلى - تحرير: ديفيد هـ. بارلو،
إشراف ومراجعة الترجمة: صفوت فرج، مكتبة الأنجلو
المثرية، القاهرة.

مايكل هول (١٩٩٦) : روح البرمجة اللغوية العصبية. الأنجلو أميركان بوك
كوليمتد.

محمد إبراهيم الفيومى (١٩٨٤) : القلق الإنسانى (مصادره، تياراته، علاج الدين له). دار
الفكر العربى، القاهرة.

محمد أحمد سعفان (٢٠٠١) : الإرشاد النفسى للأطفال. ج (١)، دار الكتاب الحديث،
القاهرة.

محمد التكريتى (١٩٩٩) : آفاق بلا حدود - بحث فى هندسة النفس الإنسانية. ط
(٣)، دار المعارج الدولية للنشر، الرياض.

محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨) : نظريات الشخصية. دار قباء، القاهرة.

محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠) : علم الأمراض النفسية والعقلية. دار قباء للطباعة والنشر،
القاهرة.

محمد حماسة (١٩٨٣) : النحو والدلالة: مغل لدراسة المعنى النحوى الدلالى.
مطبعة المدينة، القاهرة.

محمد حمدى الحجار (١٩٩٩) : الوجيز فى ممارسة العلاج النفسى السلوكى. دار النفائس،
بيروت.

محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٨٨) : طفلى يخاف ماذا أفعل؟ ط (١)، دار الندوة للنشر،
الإسكندرية.

محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٨٩) : مشكلات الأبناء من الجنسين والمراهقين. دار المعرفية
الجامعية، الإسكندرية.

محمد عبد المؤمن حسين (١٩٩٢) : الخوف المرضى وعلاقته بصعوبات التعلم والتخلف
العقلى. مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب،
ع (٢٢)، القاهرة.

محمد عز الدين توفيق (١٩٩٨) : الاسلامى للدراسات النفسية. دار السلام، القاهرة.

محمد محمود مراد (١٩٩٥) : مدى فعالية برنامج إرشادى فى خفض مستوى بعض

المخاوف المرضية لدى تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم
الأساسي. رسالة دكتوراة، غير منشورة، كلية التربية،
جامعة الزقازيق.

- مصطفى فهمي (١٩٧١) : الإنسان وصحته النفسية. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
مصطفى فهمي (١٩٨٧) : الشذوذ النفسي. مكتبة مصر، القاهرة.
ممدوحة محمد سلامة (١٩٨٧) : مخاوف الأطفال وإدراكهم "للقبول -الرفض" الوالدي. مجلة
علم النفس، العدد الثاني، الهيئة المصرية العامة للكتاب،
القاهرة.
هارى ألد، بيريل هيدز (٢٠٠٣) : NLP البرمجة اللغوية العصبية فى ٢١ يوماً: مقدمة
متكاملة وبرنامج تدريبي. ترجمة: مكتبة جرير، ط (٣)،
الرياض.
هدى محمد قناوى (١٩٨٣) : الطفل تنشئته وحاجاته. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
هيلين روس (١٩٥٥) : مخاوف الأطفال. ترجمة: السيد محمد خيرى، مكتبة
النهضة العربية، القاهرة.
وفاء مسعود الحدينى (٢٠٠١) : المخاوف الشائعة لدى طلبة الجامعة. مجلة علم النفس،
العدد الستون، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
سامية القطان (١٩٧٤) : دراسة مقارنة لمستوى القلق عند المراهقات الكيفيات
والمبصرات. رسالة ماجستير، غير منشورة، كلية التربية،
جامعة عين شمس.

ثانياً: المراجع باللغة الأجنبية:

Alfmed, M.F Harlod, I. (1974):	Comprehensive Text Book of Psychology . The Williansf Wilkins Company , U.S.A
Allen,k. (1998) .	: An investigation of Neuro – Lingusitic Programming Procedures in treating snake phobics . Doctorial Disswrtation, University of Missouri, Kansas City .
American Psychiatric Association (1994)	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders .(IV) ed, DC, Washinton
Andreas,s.f Andreas, C.(1992) :	Neuro Lingustic Programming In : S., Budman, M., Hoyt,S., Friedman (EDS) ,

	The First Session in brief therapy , The Guilford Press. New York
Andreas,s.Ffaulkner, C.(2003) :	NLP the new Technology of achievement. NB publishers, U.K
Anna, L.f Kathrin , p. (1997)	Unlock the Promise within mind works : NLP Tools for building a better life . Andrews Mcmeel Publishing , Kansas
Bondlem, R.l Grinder,J(1975) :	The structure of magic. Science and behavior . books, part ⁽¹⁾ , inc., palo Alto, California
Bondler, R.f Grinder, f . (1975) :	Patterns of the hupnotic techniques of Milton Education . MD, Vol (1), Meta publications, Cupertino, California.
Bondler, R.f Grinder, J . (1982) :	Reframing : Neuro – Lingusitic Programming and transformation of meaning. Real people press , Moab, Utah
Bateson, G. (1979) :	Mind and nature : a necessary unity . Bartam, New york
Bateson, G. Jackson, D., Haley , J., F weakland, J.(1956) :	Toward a theory of Schizopheria . Behavioral Science, 1.
Beck, A., etal. (1985) :	Anxiety disorders and phobas . Acognitive perspective, Harper Collins publishers, U.S.A.
Cameron, L.f Bandler. R(1978):	Theory Lived happily ever after Meta publications, Cupertion, California.
Cecil. R.F Lester, M.f Lester,M.(1987) :	Encyclopedia of special education : Anefererc for the educational of the handicapped and oyher expertional children and adults. John Wiley f Sons, New york
Dilts, R. (1983) :	Roots of Neuro – Lingusitic Programming part 1, Meta publications, Cupertion, California.
Dilts, R. (1983) :	Applications of NLP. Meta publications,1nc,ca , U.S.A.
Dilts, R..F Delozier, J.(2000) :	Encyclopedia of systemic NLP and NLP new Coding , WWW.npluniversitypress.com
Dilts, R..F Epstein, T, (1995) :	Dynamic Learning. Meta Cupertion,

	California.
Dilts, R., Grinder, J., Bandler,R., Cameron,L.F Delozier,J.(1980):	Neuro – Lingusitic Programming .vol(1), Meta publications, Cupertion, California.
Einspruch, E., F Forman, B. (1988) :	Neuro – Lingusitic Programming in the treatment of phobias. Psychotherapy in private practice, vol (6) .
Ferguson, D.(1987) :	The effect of two audiotaped Neuro – Lingusitic Programming phobia treatments on public speaking anxiety . Doctoral disseratation , Tenesse University .
Francis, J. (1984) :	Adukt psychopathology : A social Work perspective , The Free Press, New york .
Frommn. E (1976) :	Dissociative and integrative processes in hypnoanalysis, In: E, Dengrove(ED.), Hypnosis and behavior therapy . spring field, Il : Charles C, Thomas .
Gordon, D.F Anderson, M. (1981) :	Phoenix, Therapetic patterns of Milton Erichson. Meta publications, Cupertino, California
Gray,R. (1977) :	Addiction and the nature of Meaning : Reframing in substance abuse treatment .WWW.temperance.org/nlp Addict/gray 5ob.html.
Harlod,I,F Benjamin,J. (1996) :	Concis textbook of clinical psychiatry A Waverly compay, U.S.A.
Harris , C.(1999) :	NLP: An introductory guide to the art and science of excellence Element book Limited, Shaftesbury, Drest, Boston Massachusetts .
Heimberg,R.f Balow, D.(1988) :	Psychsocial treatments of social pfobia . sychosomatics, vol (22), N(2) .
Helwing, D.(2001) :	Neuro – Lingusitic Programming , In: Gale encyclopedia of alternative medicine, gale Group, WWW. Findarticles.com .
Jeffrey,B. fJay,s.(1998) :	From normal fear to pathological anxiety . psychological Review, vol(105) , N(2) .
Jelem, H.f schultz, p.(1995) :	Neuro – Lingusitic Programming

	Psychotherapy, NLpt, In:European Associations for Neuro – Lingusitic Psychotherapy,, WWW,eanlp.org/
John. M.,sam,G., Leon, J., Ronald,A.(1981) ;	Psychology .practice- Hall, Inc, Newjersey, U.S.A
Krugman,M., Kirsch,L., Wickless,C.,Milling,L., Goliez, h.,f Toth, A. (1985) :	Neuro – Lingusitic Programming treatment for anexity : Magic on Myth ? Journal of consulting and clinical Psychology
Lankton,s.(1980) :	Practical magic . Meta publications, Cupertino, California
Leo,J. (1983) :	Reprogramming the patient Time Magazine , December 19.
Liberman. M. (1984) :	The treatment of simple Phobias with Neuro – Lingusitic Programming techniques. Doctoral disseratation, st.Louis University
Linda, L. (1981) :	Introduction to psychology : International student edition. (2 nd ed), Mc Graw- Hall Kogakusha, Ltd, London .
Lyttle ,J.(1986) :	Mental disorders (Its care and treatment) . Bailliere Tindall, London .
Mannuzza, S., Chapman, T., schneier, F., f Liebowitz, M.F klein, D.(1995) :	Generalized social phobia ,Reliability and validity . Anch Ger psychiatry, vol(52) .
Marilyn, R.F susan, W.(2001) :	psychoparehology (A competency – Based assessment model for social workers) . Wads Warth, U.S.A.
Martin, H. (1994) :	Clinical child psychology (social learning , development and behaviour) . John f sons, Inc , U.S.A, Newyork
Martin, N.F Alvin,L. (1979) :	Some defensive and cognitive aspects of phobias journal oh abnormal psychology , v(88) , N(1) .
Miller, G. (1945) :	The magic number seven plus or minus two, journal of the american psychological society
Miller, G.f Meneill, D. (1975) :	psycholinguistics In: G.,Lindzey (ED), Hard book of social psychology . American

	publishing, co., pvtltd, vol(3) , N(2), New Delhi.
Mccarthy, J. (2001) :	Altitude adjustment . (Neuro – Lingusitic Programming as cure of fear of blying) . Los Angeles s Magazine, Los Angeles
Mccommick, D.(1984) :	Neuro – Lingusitic Programming : Aresource guide and review of the research. In L.D Goodstein (ED), The 1984 annual : Developing human resources .
Mollie, s.f Russell, c.(1977) :	Children : Development and Relationships. (3 nd ed), Macmillan publishing Co.,inc, London
O, Conner, J , (2001) :	NLP workbook: apractical guide to achieving the results you wart, thorsons. London .
Paul, G.(1968) :	Two year fllow- up of systematic desensitization in therapy groups . journal of abnormal psychology, N(73) .
Peter,s.f nicky,H.(1999) :	Astudent,s dictionary of psychology . (3 nd ed), new york .
Philip, C.(2000) :	Childhood disorders Psychology press,U.K.
Qi,D, Bin,yf Thomas,H. (1994) :	Fears in children and adolescents and their relations to anexity and depression. Journal of child Psychology and psychiatry, vol(35), n(2) .
Richard,c.(1985) :	Understanding human behaviour health and illness.(3 nd ed), Williams f Wilkins, U.S.A
Rita, L., Richard,c Edward,Ef Dary,J. (1993) :.	Introduction to Psychology (12 th ed), Inc, Harcourt Brace Jovanovich
Scheier, F. (1991) :	Social phobia. Psychitric Annals
Starton,H. (1988) :	Treating phobias rapidly with Bandler,s theatre. Journal of clincial and experimental hypnosis, vol(16), N(2) Australia.
Starton,H. (1996) :	Combining hypnosis and NLP in the treatment of telephone phobia. Centre for learning and teaching, Tasmaria University, Australia .
Webster, S New Collegiate	Spring field, MA: Gfc. Merriam Company .

Dictionary (1979) :	
William, K., Jerald, k.f David, R. (1998) :	Clinical child psychiatry. W.B saunders Company, Newyork .
Yeager, J, (1985) :	Thinking about thinking with with NLP. Meta publications, Cupertino, California .
Birar, Mf Wilson, G (1981) :	treatment of phobia disorders using cognitive and exposure methods : A self efficacy analysis . journal of consulting and clinical psychology, 43 (6) .
Dilts, R. (1983) :	Application of Neuro – Lingusitic Programing. Part II, Meta publications, Cupertino, California .

	:	

الملاحق

الملاحق

ملحق رقم (١)

الشهادات التي حصلت عليها الباحثة في مجال البرمجة اللغوية العصبية :-
(أ) دبلوم في البرمجة اللغوية العصبية من المركز العالمي للبرمجة اللغوية العصبية (ICNLP)
المعتمدة من البورد الأمريكي (ABNLP).

Antar S. Bakri Institute
Khoro - Linguistic Programming

HEREBY CERTIFIES THAT

DINA ELPRINCE ADEL ABD ELRHMAN

Has successfully demonstrated the skill and competence, in the patterns
Of Neuro-Linguistic Programming, required to achieve

N . L . P . DIPLOMA


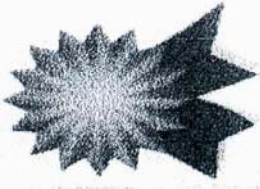
In witness thereof, the following have officially decreed and affixed
their signatures hereto this 29th day of Apr 2006



ANTAR S. BAKRI
Certified Trainer of NLP (ABNLP)
Trainer



ب) دورة تدريبية من مكتب الأمم المتحدة لمكافحة الأدمان ومنع الجريمة (ODCCP) بالتعاون مع السكرتارية العامة للصحة العقلية فى مدى فعالية البرمجة اللغوية العصبية فى مكافحة الإدمان ومنع الانتكاسة.

 ODCCP	CERTIFICATE OF ATTENDANCE THIS IS TO CERTIFY THAT <i>Dina Al Prince Adel</i>	HAS SUCCESSFULLY COMPLETED THE TRAINING PROGRAMME <i>The Use Of Psycholinguistic Programming in Relapse Prevention</i>	Dr. Mebdi Ali, Regional Representative, ODCCP
General Secretariat of Mental Health Heliopolis psychiatric Hospital	Sponsored by United Nations Office for Drug Control & Crime Prevention In collaboration with General Secretariat of Mental Health	During the period 5 – 9 May 2004	Prof. Dr. Mohamed Ghanem, General Secretary, Mental Health
			

ملحق رقم (٢)

تطبيق استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية للحالة الأولى

الباحثة : عرفت منك إنك بتخافى من المياه.

الحالة : أيوة.

الباحثة : ممكن تقوليلى الموضوع بدأ معاكى إزاي وإمتة؟

الحالة : الموضوع بدأ من زمان أوى أوى وأنا تقريباً فى الثالثة إبتدائى كنا وقتها فى

المصيف وكان بابا نفسه إننا نتعلم السباحة وفعلاً أخواتى الولاد الأصغر منى

إتعلموا بسرعة لكن أنا ما كنتش لسه اتعلمت، والموضوع ده كان مضايقتى أوى

وكنت بحس أن بابا مبسوط أوى بأخواتى أكثر منى طبعاً فطلبت من أخواتى إنهم

يعلمونى فطلب أخويا الكبير من الكابتن إنه يدرينى ومن هنا كانت المشكلة لأنى

إتفاجئت إن الكابتن ده بيقولى أنا عايزك تطلعى فوق المنط وتتطى فى الحمام، أنا

ما صدقتش إلى هو بيقولوا وإفكرته بيهزر لكن طلع بيتكلم جد واصر إنى أطلع،

فطمنى أخويا وقالى ما تخافيش أنا حسستاكى تحت المنط على طول، وفضلت أقدم

رجل وآخر رجل والله أنا فاكرة اليوم ده وكأنه كان إمبراح مش من زمان، وكل ما

أفكر إلى حصل بأحس فعلاً إنى بأغرق وروحي بتطلع ومش لاقية حد ينقذنى.

(نظام تمثلى حسى).

الباحثة :

* تلاحظ الباحثة ظهور حالة من التوتر الشديد والقلق على الحالة لدرجة أنها أثناء

الحالة :

حديثها تضع يديها على رقبتها وكأنها تحاول أن تقاوم أحد يحاول خنقها.

الباحثة :

طيب ممكن تهدى شوية.

الحالة :

معلش غصب عنى.

بس أنا عيزاكى تهدى وتكلمى إيه إلى حصل؟

تنظر لأعلى يسار VR (تتذكر صور بصرية).

بعدها طلعت فعلاً وكنت محتارة أنط ولا أرجع ولكن بمجرد ما فكرت إنى عايزة

أتعلم السباحة ولازم أتعلم على طول نطيت، صممت الحالة وهى تنظر لأعلى يسار

الباحثة : VR (تتذكر صور بصرية)، وبعد حوالى ٣٠ ثانية قالت: وبعدها حسيت فعلاً إنى

الحالة : بموت ومش لاقية حد ينقذنى فضلت أطلع وأغطس وأطلع وأغطس وفجأة لقيت

حد بيشدنى ويحدفنى على سور الحمام وبيقولى: إنتى كويسة والله إنتى كويسة.

الباحثة : طبعاً ده كان أخوكى.

الحالة : لأ ده كان الكابتن، رغم إن أخويا كان مستينى زى ما قال لكن مش هو إلى أنقذنى. تصمت وتنتظر لأسفل يمين K مشاعر وانفعالات. وبعدين كملى.

وبعدها طبعاً قررت إنى عمرى ما أحاول أنزل المياه تانى سواء فى حمام السباحة أو البحر، لكن حصل موقف تانى فى نفس السنة دى، كنا فى شم النسيم ورحنا نادى وكانت أختى الصغيرة عندها ثلاث سنين وكانت بتلعب جنب حمام السباحة وفجأة وقعت فيه وأنا كنت شيفاها لكن ما أقدرتش ألحقها لأنى حسيت إنى أتسمرت فى مكانى وسمعت صوت ماما وهى بتصرخ إلحقى أختك.. إلحقى أختك لكن ما أقدرتش أتحرك من مكانى وكان كل إلى قصاد عينى يوم ما غرقت فى حمام السباحة وإنى لو نزلت وراها حموت رغم إنه كان حمام صغير للأطفال الصغيرين أوى، وفجأة لقيت ماما بنفسها نازلة فى الحمام وبتجيب أختى، وفضلت تشخط فىا وتهنى قدام الناس وأنا حاسة إنى كمان اتخرست مش قادرة أرد وأقول لها على إلى أنا حاسة بيه. المهم مرت الأيام والسنين وأنا زى ما أنا لا بحب أروح البحر ولا حتى أشوفه ودايماً عندى إحساس إن فى حد حيرمينى فيه وأنا قدامه وتكون دى نهايتى.

الباحثة :
الحالة :

أفهم من كده إنك روحتى البحر بعد كده ولا دى كانت آخر مرة؟

لأ طبعاً رحنت كثير وده كان بيحصل غصب عنى لأنى كنت صغيرة وبروح مع بابا وماما على طول فى المصايف والأجازات لكن كان إحساس الخوف من البحر دايماً موجود جوايا وطول الوقت بكون قلقانة ومتوترة للغاية لما بنروح فبهدى واطمن.

مرت الأيام والسنين وحصل موقف تانى كنا فى المصيف برضه وأصر أخواتى إنهم يركبوا موتوسيكل المياه (Get) وأنا طبعاً ماليش دعوة بيهم ورفضت إنى أكون معاهم لكن بابا أصر إنى أركب وطمنى بأنه أمان وكمان إلى حتسوقه واحدة قريبتنا تعتبر حريفة فى الركوب والسواقة وكمان لبسونى قميص الأمان أو قميص الإنقاذ وتحت ضغط فظيع وافقت بعد ما وعدتتى إننا مش حنبعد، وفجأة لقيتها وصلت نص البحر ولقيت نفسى بصرح بعزم ما فىا وكأنى فعلاً بأغرق وفجأة لقيت نفسى

الباحثة :

- الحالة :** وقعت من على الموتوسيكل وغطست وما أبقئتش، والله ساعتها كل شريط حياتي مر قدام عينيا وحسيت إني فعلاً مت، ياه أحساس فظيع أن الواحد يموت غرقان أحساس مش ممكن أوصفهولك. تنظر لأسفل ويميناً K (تتذكر مشاعر معينة). أنا عيزاكي تهدي.
- الباحثة :** معلى غصب عنى ما تعرفيش أنا بحس بأيه كل ما بفتكر، من يومها وأنا خلاص لا يمكن أروح عند البحر أو أحاول أشوفه لو حتى شوفته فى التليفزيون بتوتر
- الحالة :** وأفنكر على طول لدرجة إني ما بحاولش أفق فى البانيو وأنا بأخد دوش لأنى
- الباحثة :** بحس إني ممكن أغرق وما حدش يلحق ينقذنى.
- الحالة :** يظهر عليها علامات توتر شديدة.
- الباحثة :** حاولى تهدي وتنسى كل إلى حصل لأن ده خلاص موضوع انتهى وانتي دلوقتى فى أمان.
- تحرك رأسها عكس عقارب الساعة وهى تضحك بعصبية.
- الحالة :** ممكن تبصلى.. يا ريت تمسكى إيدى وتهدى.
- الباحثة :** متشكرة اوى.
- الحالة :** ممكن تاخدى نفس عميق عشان تقدرى تهدي وتسترخى.. ياريت دلوقتى تحاولى
- الباحثة :** تفتكرى أو تتخيلى أى موقف كنت بتحسى فيه بالأمن والأمان والراحة وكان بيجلبلك مشاعر طيبة.
- الحالة :** تنظر لأعلى ويساراً VR (تتذكر صور بصرية) وتقول حاضر.
- ممكن يكون ده أسهل لو غمضتى عينيك.
- الباحثة :** تغمض عينيها.
- يا ريت لما توصلى للحالة دى وتقدرى تحسى المشاعر دى تدينى إشارة، خدى كل
- الحالة :** الوقت إلى إنتى محتجاه.
- الباحثة :** بعد مرور حوالى ثلاث دقائق تغيرت تعبيرات وجهها ثم تومئ برأسها.
- الحالة :**
- الباحثة :** قامت الباحثة فى تلك اللحظة بالضغط على ركبتيها اليسرى (من أجل تثبيت تلك الأحاسيس) وسألت الحالة: يا ترى حسيتى براحة وأمان؟
- اه.

- الحالة :** يا ترى الصورة إلى شفيتها كان فيها صوت؟
- الباحثة :** اه.
- الباحثة :** عيزاكي ترجعى تعيشى الموقف ده تانى، بنفس الإحساس، وأفنتكرى الصوت والكلام إلى بتقوليه والتعبيرات إلى بتظهر على وشك وكمان إحساسك كأنك بتعيشيه من أول وجديد ولما توصلى لقمة الإحساس ده قوليلى.
- الحالة :** تأخذ نفس عميق وتومئ برأسها بعد خمس دقائق.
- الباحثة :** قامت الباحثة بلمس ركبته اليسرى.
- الحالة :** دلوقتى عيزاكي ترجعى تانى معايا هنا فى الوقت الحاضر وتحاولى تفكرى فى أى حاجة تانية غير إلى إحنا عملناه دلوقتى مثلاً فكرى حتتعدى إيه النهاردة ولما
- الباحثة :** تحسى إنك رجعتى إدينى إشارة.
- الحالة :** بعد حوالى ١٥ ثانية تومئ برأسها.
- الحالة :** قامت الباحثة فى هذه اللحظة بلمس ركبته اليسرى ثم سألتها: قوليلى إحساسك إيه
- الباحثة :** دلوقتى؟
- الحالة :** أنا فعلاً شفت الموقف وحسيت الإحساس لكن مش أوى زى الأول.
- الباحثة :** دلوقتى أنا عيزاكي تحاولى تفنتكرى أو تتخيلى أى موقف من المواقف إلى كانت بتخوفك وبتسبلك الخوف والقلق والتوتر ولما توصلى للحالة دى إدينى إشارة.
- الباحثة :** بعد حوالى دقيقة تومئ برأسها.
- الحالة :** فى تلك اللحظة قامت الباحثة بالضغط على ركبته اليسرى من أجل اختبار المثبت ولاحظت عدم ظهور علامات القلق بنفس القوة التى ظهرت بها فى بداية الجلسة.
- الباحثة :** وسألتها: حسيتى بأيه؟
- الحالة :** يعنى ما كنتش خايفة قوى لكن برضوا مش مرتاحة أوى بس أحسن من الأول.
- الباحثة :** كل ما حتستعملى الحركة دى أكثر. كل ما حيقوى الإحساس أكثر مع تكرار استخدامها. وكل ما تلاقى نفسك خايفة أو قلقانة ممكن تستعملها عشان تحسى
- الحالة :** بالراحة.
- الباحثة :** دلوقتى أنا عيزاكي تتخيلى أنك قاعدة فى صالة سينما ممكن؟
- الحالة :** حاضر.. تغمض عينها.
- الباحثة :** ممكن تتخيلى إنك بتشوفى صورة ثابتة بالأبيض والأسود للذكرى أو الموقف إلى

- الحالة :** إفتكرتیه من شویة على الشاشة؟
- الباحثة :** تومی برأسها وبعد دقيقة تقول أیوة.
- دلوقتى ممكن تسيبى الصورة الأبيض والأسود على الشاشة، وتقومى بالطفو خارج
- الحالة :** جسمك وتتخيلى نفسك قاعدة فى كابينة العرض فى دار السينما. ممكن تعملی ده؟
- الباحثة :** يا ريت تاخذى كل الوقت إلى تحتاجیه. (مع لمس ركبته اليسرى).
- الحالة :** حاضر.
- الباحثة :** أنا من دلوقتى عيزاكى تتخيلى نفسك فى كابينة العرض (مع استمرار لمس ركبته
- الحالة :** اليسرى). تقدرى تشوفى نفسك وأنتى فى القاعة مع المشاهدين؟
- الباحثة :** تبتسم ابتسامة خفيفة - اه.
- هل ممكن تقدرى برضه تشوفى الصورة الأبيض والأسود على الشاشة؟
- أیوة شيفاهها.
- الحالة :** إيه رأيك حاسة بأیه؟
- الباحثة :** تبتسم إبتسامة عريضة - حاجة لطيفة مش حاسة إنى خايفة.
- الحالة :** دلوقتى عيزاكى تفضلى فى كابينة العرض عشان تشوفى نفسك مع المشاهدين
- الباحثة :** وأنتى بتشوفى صورتك على الشاشة بالأبيض والأسود وتستمتعى بكل المشاعر والأحاسيس دى.
- حاضر.
- قدرتى تحسى وتتخيلى إلى أنا بقوله؟
- أیوة.
- من المهم أوى إنك تستمرى فى تخيل إنك فى دار سينما وقادرة إنك تشوفى نفسك
- وإنتى بتشوفى نفسك فى فيلم ليكى فى مرة من المرات إلى كنت بتحسى فيها
- بالتوتر والخوف وعدم الراحة. أعرضى الفيلم من البداية للنهاية، يعنى بعد ما
- أصبحت كل حاجة على ما يرام. لاحظى نفسك الأصغر سناً وهى بتمر بالتجربة
- دى لآخر مرة بالطريقة دى فى نفس الوقت إلى أنتى بتشوفى نفسك وكأنك مراقب
- الحالة :** أو ملاحظ مالوش أى علاقة بالموضوع، يعنى كأن الحدث حصل لشخص آخر،
- الباحثة :** ولما تخلصى الفيلم ده وقفیه كصورة ثابتة على آخر لقطة.
- الحالة :** * تراقب الباحثة الحالة عن قرب لرصد أى علامات تشير إلى عودة أى استجابات

- الباحثة :** من الخوف أو التوتر ولكنها لاحظت أن الحالة فى حالة استرخاء ولا تبدو عليها أى علامات للتوتر أو الخوف الذى ظهر عليها من قبل.
- الحالة :** مش قادرة أوصل للنهاية.
- الباحثة :** ليه مش قادرة؟
- الحالة :** حاسة إنه مالوش نهاية وأن الموقف بيتكرر كثير.
- الباحثة :** طيب ممكن تعرضى الفيلم بسرعة وتقوليلى بيتكرر كام مرة قبل ما توصلى للنهاية؟
- الحالة :** حوالى ٨ مرات.
- كويس أوى خليه يستمر ٨ مرات عشان تقدرى توصلى للنهاية.
- حاضر حاول.
- الباحثة :** إيه الأخبار قدرتى توصلى للنهاية؟
- الحالة :** أيوة.
- الباحثة :** * لم تشاهد الباحثة أى علامة للتوتر أو الخوف أو عدم الارتياح على الحالة ولكن
- الحالة :** قامت بسؤالها للتأكد وقالت لها.
- الباحثة :** ممكن تقوليلى هل كنت حاسة براحة وأنتى بتشوفى نفسك؟
- يعنى مش أوى بس ما كنتش تعبانة أوى.
- يعنى مش زى الأول.
- أيوة مش زى الأول.
- طيب أنا دلوقتى حأطلب منك إنك تعملى حاجة بس يا ريت ما تعملهاش إلا لما
- الحالة :** أقولك، أنا عيزاكى تخرجى من كابينة العرض وتقومى من الكرسى ده إلى وسط
- الباحثة :** المشاهدين فى قاعة السينما وتروجى للفيلم فى نهايته بعد ما أصبحت كل حاجة هادية ومطمئنة وكويسة. وبعدين عيزاكى تعرضى الفيلم بالعكس يعنى من النهاية إلى البداية بما فى ذلك الـ ٨ مرات.
- OK
- الحالة :** دلوقتى ممكن تعرضيه بالمقلوب وبالألوان لو حبيتى وقربى الصورة أو أبعدىها
- الباحثة :** وغيرى فى درجة الإضاءة وممكن يكون بصوت أو من غير صوت وعيزاكى تكونى
- الحالة :** جواه كأنك هناك مرة ثانية وبتمرى بتجربة حقيقية وعيزاكى تعملى ده بسرعة جداً فى
- الباحثة :** حوالى ثانية ونصف.

الحالة : تأخذ نفساً عميقاً ثم تقول: خلاص.

الباحثة : إيه الأخبار كله تمام؟

تضحك.

ممكن توصفيلي إيه إحساسك بعد التجربة دي؟

الحالة : حاسة إني مرتاحة.

الباحثة : كويس أوى.. إحنا كده خلصنا بس عايزة منك حاجة، عيزاكي تغمضى عينيك

وترجعي تقعدى جنبى فى صالة العرض وتبصى على الشاشة عشان تشوفى نفسك الأصغر.

تغلق عينها وبعد حوالى دقيقة تومئ برأسها.

حأطلب منك دلوقتى حاجة مهمة جداً جداً عيزاكي تشكرى نفسك الأصغر على

المرور بالتجربة دي نيابة عنك لآخر مرة بالصورة دي. أشكريها بجد وأكديها إنها

مرت بالتجربة دي، يمكن تكون نفسك الأصغر سناً كانت محتاجة إنها تعرف حاجة

معينة مثلاً كانت محتاجة إنها تعرف إنها حتفضل عايشة على قيد الحياة أو أن ما

فيش حد حيقدر يأذيها، وأنتى تعرفى ده لأنك من مستقبلها. عيزاكي تأكدي لنفسك

الحالة : الأصغر إلى أصبحت إنتى دلوقتى إنك كبرت وأصحتى قوية وعندك إمكانيات

أكثر من أى وقت فات، ولما تحسى من نظرة عينيها أو أى إشارة تعملها إنها

الباحثة : مصدقاي بالفعل، فى اللحظة دي عيزاكي تخديها جواكى وتخليها تكبر لأن نفسك

الأصغر جزء منك.

بعد حوالى خمس دقائق من الصمت وهى مغلقة عينها تومئ برأسها وتقول

الحالة : خلاص.

كده جميل، دلوقتى عيزاكي تتخيلي نفسك فى أى موقف من المواقف إلى كانت

بتسبلك خوف وقلق وتوتر، حاولى تتخيلي الموقف ده بكل ما فيه من صور

الباحثة : وأحاسيس وصوت وقوليلى إيه إحساسك؟

الحالة : يبدو عليها بعض الانزعاج للحظات ثم تفكر، ولكن لا يظهر عليها الخوف والتوتر

الباحثة : الشديد الذى ظهر فى بداية الجلسة أثناء الحديث عن تجربتها، ثم تقول حاضر.

الحالة : ممكن تقوليلى حاسة بأيه دلوقتى؟

تضحك بصوت عالٍ.

يا ترى لسه حاسة بالخوف والقلق؟
تنظر إلى أسفل وشمالاً AD (حوار داخلي) وتقول لا وهي تضحك بهستيرياً.

ملحق رقم (٣)

تطبيق استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية للحالة الثانية

- الباحثة : عرفت إنك بتخاف من خيالك صح؟
 الحالة : أيوة.
- الباحثة : ممكن توصفلى أكثر وتقولى الموضوع بدأ معاك أمته وإزاي؟
 الحالة : فى الحقيقة أنا مش عارف أبدأ معاكى من فين بس أحاول أوصلك إحساسى أنا بخاف من خيالى يعنى من ظلى مش كل واحد له ظل بيثوفه وهو ماشى؟
 الباحثة : أيوة طبعاً.
 الحالة : اهو أنا بأ بخاف منه تتخيلها دى؟
 الباحثة : ممكن تشرحلى أكثر وتقولى إزاي يعنى بتخاف منه؟
 الحالة : أنا بحس إنى وأنا ماشى وشايف ظلى إنه مش ظلى يعنى كأنه ظل وحش أو غول حيهجم عليا ويموتتى وإنى مش حاقدر عليه وكمان بحس إنه مقيدنى فى حركتى وماسك رجلى ومش بيخلينى أتحرك براحتى يعنى كأن فى حد مسلسل رجليا ومكتفى، أنا عارف إنك مستغربة بس أنا حوريكى _ يقف الحالة ويبدأ فى المشى إلى الأمام قليلاً ثم ينظر إلى الباحثة ويقول: اهه شايفة شايلاه ولا لآ؟ أنا حاسس إنه مش أنا (نظام تمتلى حسى).
 الباحثة : شايفة أيه؟
 الباحثة : شايفة خيالى؟
 الحالة : أيوة طبعاً شياهاه بس ده شئ طبيعى.
 الباحثة : أنا عارف إنه شئ طبيعى وعادى جداً إننا نشوف خيالنا بس المشكلة فى إحساسى بيه أنا حاسس إنه مقيدنى مش مخلينى أعيش براحتى ودايماً بخاف منه رغم إنى عارف إنه مش ممكن يأذينى لكن غصب عنى بخاف منه لدرجة إنى بطلت أخرج فى الشارع مع صحابى وبطلت أروح الدروس والمدرسة عشان خاطر الموضوع ده لأنى طول ما أنا فى البيت ما بشوفوش.
 الباحثة : ممكن تقولى إمته بدأ معاك الموضوع ده؟
 الحالة : تقريباً من ٧ شهور.
 وإزاي حسيت بيه؟
 الباحثة : يصمت قليلاً وينظر لأعلى ويساراً VR ثم لأسفل يميناً K (بتذكر الموقف وما

يحيط به من مشاعر).

مش عارف بالضبط بس إلى أنا فاكهه إنى كنت مرة خارج مع صحابى فى أجازة الصيف السنة إلى فانتت حتى كنت لابس نفس التيشرت ده إلى أنا لبسه دلوقتى وكنت بربط رباط الكوتشى ده برضه وفجأة حسيت إنى خايف لما شفت خيالى قدامى ولما خرجت بدأت أحس إنه حيهجم عليه وإنه محاصرنى فى كل مكان بروحه لما أميل يميل معايا لما أبص يمينى يبص معايا ولما أبص شمال يبص معايا خلاص أتخنقت.

الباحثة :

الحالة :

هل أنت قتلهم فى البيت على إحساسك ده؟

أيوه طبعا قتلهم كلهم بس فى الأول ما كنش حد بيصدقنى لكن لما شافونى تعبان أوى الحمد لله صدقونى وصعبت عليهم وبابا ودانى لدكاتره كتير أوى وكل واحد يقولى كلام غير التانى يعنى مثلاً واحد يقولى أنت عندك اضطراب وجدانى وغيره يقولى أنت عندك وسواس قهرى إنت شايقة إنى عندى أيه؟

الباحثة :

الحالة :

أنا شايقة إنك كويس جداً وما عندكش أى حاجة خالص بس أنت بتدلع شوية.

يرد بعصبية وإنفعال ويقول: لأ ما تقوليش كده أنا تعبان جداً وعائز أى حل عشان أتخلص من الإحساس إلى أنا حاسه.

الحالة :

طيب ممكن تهدى نفسك وتحاول تفكر إيه الظروف إلى حصلت قبل ما يسيطر عليك الإحساس ده.

ينظر لأسفل يمينا K (يتذكر مشاعر معينة) وبعد صمت استمر حوالى ١٠ دقائق يقول: الموضوع ده حصلنى فى وقت كنت تعبان فيه أوى كلهم فى البيت كانوا فاكهين إن ده حصلنى لما ما حلتش كويس فى امتحانات الثانوية العامة وإنى زعلان لأنى كنت متفوق، لكن الموضوع ده مش فارق معايا، ما حدش فيهم كان حاسس بيا، الوحيدة إلى كانت بتحس بيا أختى الكبيرة، كانت حنينة عليا أوى كنت بحس إنها زى أمى كنت بتكلم معاها فى أى حاجة وكانت أقرب ليا من كل أخواتى لكن للأسف أجوزت وسابت البيت والموضوع ده كان مضايقتنى أوى أوى أوى، ساعتها حسيت أنى وحيد ماليش حد أتكلم معاها، وكمان كنت بعرف بنت زميلتى وكنت برتاح لها.

الباحثة :

الحالة :

يعنى كنت بتحبها؟

الباحثة : لأ ما كنتش بحبها بس كنت برتاح لها بس وفى الوقت ده هى كمان أختفت فجأة
الحالة : وما بأتش بنتصل بيا ولا بترد عليا، بعد المواضيع دى على طول حسيت إنى تعبان
الباحثة : وبدأت أخاف من خيالى ولغاية دلوقتى نفسى كل الناس تعرف إنى تعبان وتحس
الحالة : بيا. (تظهر على الحالة علامات التوتر والانفعال).
الباحثة : ممكن تهدى نفسك وتحاول تاخذ نفس عميق.

يرجع إلى الخلف وبأخذ نفس عميق ويقول يعنى أنت حاسة بيا؟
 طبعاً حاسة بيبك حاول تركز بس معايا شوية وتعمل إلى حاطلبه منك موافق؟
 موافق.

الحالة : أنا عيزاك تسترخى، وتحاول تفتكر أكثر وقت حسيت فيه بالأمن والأطمئنان والراحة
 وكان بيجلبلك مشاعر طيبة، حاول تعيش الحالة زى ما بتحصل من صور
 وأحاسيس وصوت ولما تحس إنك فعلاً بتحس بنفس الإحساس إلى بتحسه فى
الباحثة : الموقف ده يا ريت، تضغط صباعك السبابة والإبهام كده (أشارت الباحثة على
 نفسها لكى يرى).

أغمض عيني، ووضع رأسه على المنضدة لمدة ٧ دقائق ثم قال: مش قادر أحدد
 دى حاجة صعبة أوى.

الحالة : لأ مش صعبة ولا حاجة أنا حأساعدك حاول تركز وتفتكر أكثر موقف كنت بتحس
 فيه بالأمان وأنتك مطمئن ومرتاح ومبسوط يعنى مش حاسس بأى خوف أو قلق
 وأول ما تحس بده يا ريت تضغط بصباعك السبابة والإبهام بقوة. خد كل الوقت
الباحثة : إلى تحتاجه.

ينظر إلى أسفل يمينا K (يتذكر مشاعر معينة) وبعد خمس دقائق من الصمت تبدأ
 تعبيرات وجهه تتغير ويبتسم ثم ضغط بالسبابة والإبهام وهو يقول: أكثر وقت كنت
 برتاح فيه كان مع أختى قبل ما تسبنى وتتجوز.

الحالة : عيزاك دلوقتى ترجع تعيش الموقف ده تانى، بنفس الإحساس وأفنكر الصوت
الباحثة : والكلام إلى كنت بتقوله والتعبيرات إلى بتظهر على وشك كأنك بتعيش الموقف ده
 من أول وجديد ولما توصل لقمة الإحساس ده أضغط صباعك السبابة والإبهام.

الحالة : أخذ نفس عميق وأغمض عيني ثم ضغط بالسبابة والإبهام بعد خمس دقائق.
 طيب دلوقتى عيزاك تفكر فى أى حاجة تانية مثلاً تفكر حتذاكر إيه النهاردة وبعدها

- الباحثة :** استعمل نفس الحركة دى وأضغط بالسبابة والإبهام.
- الحالة :** حاضر ونظر لأعلى ويساراً VR (يتذكر صور) ثم قام بالضغط على السبابة
- الباحثة :** والإبهام.
- حسيت بأيه؟
- أفكرت الصورة وشفتها قدامى بس إحساسى مش قوى.
- الحالة :** طيب أنا دلوقتى عيزاك تركز وتحاول تفكر أو تتخيل أى موقف من المواقف إلى
- أنت كنت بتحس إنك خايف فيها وبتسبلك قلق وتوتر ولما توصل للإحساس ده
- الباحثة :** استعمل نفس الحركة إلى اتفقنا عليها.
- الحالة :** حاضر، نظر لأعلى يساراً VR (يتذكر صور) ثم قام بالضغط على السبابة
- الباحثة :** والإبهام.
- حسيت بأيه؟
- حاسس إنى مش خايف زى الأول بس دى حاجة غريبة أوى.
- الحالة :** مش غريبة ولا حاجة أنا عيزاك كل ما تحس إنك خايف من خيالك أو أنه بيمنعك
- الباحثة :** من الخروج إنك تعمل الحركة دى وكل ما تعملها كتير كل ما الإحساس المصاحب
- ليها من راحة وأمان هيزيد معاك.
- الحالة :** حاضر.
- الباحثة :** دلوقتى حأطلب منك حاجة تانية عيزاك تتخيل نفسك قاعد فى صالة عرض
- الحالة :** سينمائى تقدر تتخيل ده؟
- الباحثة :** أحاول - ينظر لأعلى يساراً VR.
- على فكرة ممكن يكون ده أسهل لو غمضت عينيك.
- حاضر - يغمض عينيه.
- عيزاك تتخيل إنك بتشوف صورة لنفسك على الشاشة، صورة ثابتة بالأبيض والأسود
- الحالة :** وأنت فى الموقف إلى أفكرته من شوية إلى كنت بتحس فيه بالخوف والقلق وعيش
- الباحثة :** الموقف بكل ما فيه من أحاسيس وصور وصوت ولما توصل للإحساس ده يا ريت
- تقولى.
- بعد فترة حوالى ٥ دقائق يقول ماشى.
- كويس أوى أنا دلوقتى عيزاك تسبب الصورة الأبيض والأسود على الشاشة، وتتخيل

الحالة : إنك بتطفو خارج جسمك وتتخيل إنك طلعت وقعدت فى كابينة عرض الأفلام فى
الباحثة : السينما أو حتى إلى كرسى فى آخر الصالة وأضغط بالسبابة والإبهام تقدر تعمل
ده؟ خد كل الوقت إلى تحتاجه.

الحالة : حاضر - بيتسم إبتسامة خفيفة.

الباحثة : كويس أوى أنا من دلوقتى عايزاك تفضل فى كابينة العرض وعيزاك تستمر

الحالة : بالضبط بالسبابة والإبهام هل تقدر تشوف نفسك فى القاعة مع المشاهدين؟

الباحثة : بيتسم إبتسامة خفيفة - أيوة.

الحالة : طيب هل أنت برضه قادر تشوف الصورة إلى بالأبيض والأسود على الشاشة؟

الباحثة : أيوة.

الحالة : هل الصورة دى صورتك فعلاً؟

الباحثة : أيوة.

يا ترى حاسس بأيه؟

حاسس إن دى حاجة ظريفة أوى بس غريبة.

أن عيزاك تفضل فى كابينة العرض وتفضل تشوف نفسك قاعد مع المشاهدين
وأنت بتشوف صورتك على الشاشة بالأبيض والأسود وتستمع بكل المشاعر
والأحاسيس دى وكأنك مراقب مالوش أى علاقة بالموضوع وكأن الحدث ده
بيحصل لحد غيرك، وأعرض الفيلم من البداية للنهاية، يعنى بداية من قبل ما
تظهر المشكلة ومروراً بالمشكلة وحتى بعد نهايتها. لاحظ نفسك الأصغر سنأ وهى
بتمر بالتجربة دى لآخر مرة بالطريقة دى. ولما تخلص الفيلم ده وقفه كصورة ثابتة
الحالة : على آخر لقطه.

الباحثة : * تراقب الباحثة الحالة عن قرب لرصد أى علامات تشير إلى عودة أى استجابات

الحالة : من الخوف أو التوتر ولكنها لاحظت عليه الهدوء والاسترخاء.

الباحثة : حاضر.. وبعد خمس دقائق يقول خلاص.

مممكن تقولى كنت حاسس بأيه وأنت بتشوف نفسك فى الموقف ده.

حاسس إنى مبسوط ومرتاح وده إلى أنا مستغربه.

أنا دلوقتى حأطلب منك تعمل حاجة بس لو سمحت ما تعملهاش إلا لما أطلب

منك، أنا عيزاك تخرج من كابينة العرض وتقوم من على الكرسى ده إلى بين

الحالة : المشاهدين فى قاعة السينما وتروح للفيلم فى نهايته بعد ما أصبحت كل حاجة
الباحثة : هادية وعلى ما يرام. وبعدين عيزاك تعرض الفيلم بالعكس يعنى من النهاية إلى
 البداية، عمرك شفت فيلم بالمقلوب؟
 اه.

الحالة : كويس أوى دلوقتى تقدر تعرضه بالمقلوب وكرمان بالألوان وعيزاك تتخيل نفسك جواه
 وكأنك هناك مرة ثانية ويتمر بتجربة حقيقية وعيزاك تعمل ده بسرعة جداً فى حوالى
الباحثة : ثانية ونص.

الحالة : حاضر. يرجع إلى الخلف ويأخذ نفس عميق
الباحثة : * وتلاحظ الباحثة ارتعاش أطرافه ثم يقول خلاص.

ممكن توصفلى كنت حاسس بأيه؟

الموضوع مضحك وغريب بس أنا مبسوط.

الحالة : طيب ممكن تكرر ده مرة كمان بس بسرعة أكبر من المرة إلى فانت وبعدين دخل
الباحثة : نفسك فى الفيلم من آخره، من آخره بالضبط، أقفز جواه وبعدين شوفه كله بسرعة
الحالة : أكبر.

الباحثة : خلاص ثم ينتهد تنهيدة صغيرة.

يا ترى الموضوع كان أسهل المرة دى من أول مرة؟
 أيوة.

الحالة : الحمد لله إحنا كده خلصنا بس حأطلب منك دلوقتى حاجة، أنا عيزاك تغمض
الباحثة : عينيك وترجع تقعد فى صالة العرض وتبص على الشاشة عشان تشوف نفسك
 الأصغر.

يغلق عينيه وبعد مرور دقيقتين يقول: خلاص.

دلوقتى أنا حأطلب منك حاجة مهمة جداً أنا عيزاك تشكر نفسك الأصغر على
 مرورها بالتجربة دى بالنيابة عنك لآخر مرة بالشكل ده، عيزاك تشكرها بجد وتأكد
 لها إنها مرت بالتجربة دى فعلاً، ممكن تكون نفسك الأصغر كانت محتاجة إنها
 تعرف حاجة معينة هى ما تعرفهاش لكن أنت تعرفها وخصوصاً بالنسبة للموقف
 ده، فمثلاً ممكن تكون كانت محتاجة تتأكد إنها فى أمان وإنها حتفضل عايشه وأن
 ما فيش أى حاجة ممكن تأذيها فأكد لها ده لأنك من مستقبليها.

- عيزاك تأكد لنفسك الأصغر إلى بأت أنت دلوقتى إنك كبرت وأصبحت قوى وعندك إمكانيات أكثر من أى وقت فات، ولما تحس من نظرة عينيها أو أى إشارة تعملها
- الحالة :** إنها مقتنعة ومصدقك بالفعل عيزاك فى اللحظة دى تمد إيدك سواء بالفعل أو فى
- الباحثة :** ذهنك بس وتأخذها من الشاشة.. أعمل ده دلوقتى وقول لنفسك الأصغر [أنا من المستقبل وعائش] أو قولها أى حاجة هى محتاجة تعرفها.
- الحالة :** بعد صمت أستمر حوالى ١٠ دقائق يومى برأسه ويقول خلاص.
- الباحثة :** كويس أوى عيزاك تاخذ نفسك الأصغر جواك وخليها تكبر لأن نفسك الأصغر جزء منك.
- خلاص.
- الحالة :** أنا دلوقتى عيزاك تتخيل نفسك فى أى موقف من المواقف إلى كنت بتحس فيها بالخوف والفرح من خيالك تخيل الموقف بكل ما فيه من أحاسيس ومشاعر وصور.
- الباحثة :** يضغط بشكل تلقائى على السبابة والإبهام ثم يقول وهو يضحك أنا حاسس إنى مرتاح لكن برضه خايف أرجع أخاف بعد ما أسيبك.
- ما تخافش صدقتى حتكون كويس حاول دايماً تفكر فى إلى إحنا عملناه وأنت مع الوقت حتكون أحسن.

ملحق رقم (٤)

تطبيق استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية للحالة الثالثة

- الباحثة : ممكن تقوليلى إيه المشكلة بالضبط؟
- الحالة : الحقيقة أنا مش عارفة أسمى مشكلتى، أو أقول أنا بخاف من أيه بالتحديد بس الحقيقة أنا تعبانة أوى ونفسى أرتاح. تظهر عليها علامات التوتر والإنزعاج وترتعش يديها وتنظر فى الأرض وتبدو عليها مشاعر الذنب والخزى.
- الباحثة : يا ريت تتكلمى معايا بكل صراحة ولازم تكونى واثقة فىا لأن أى حاجة حأسعها منك حتكون بينا وأنا مش عايزة غير إنى أقدر أساعدك.
- الحالة : يا ريت يا دكتورة أنا والله واثقة فيك بس مش عارفة أبدأ إزاي.
- الباحثة : إبدأى بأى شكل ترتاحيله.
- الحالة : أنا الحقيقة ما بقدرش أنام، طول الليل بأفضل أتقلب ونومى بيكون بسيط جداً أو كله قلق يعنى نوم مش مرتاح.
- الباحثة : طيب أيه سبب القلق ده؟
- الحالة : دائماً حاسه إنى خايفة ومرعوبة مش عارفه من إيه أو من مين بس حاسه إنى خايفه (نظام تمثلى حسى). يبدو عليها علامات الإنزعاج واستمرار فى ارتعاش يديها.
- الباحثة : أرجوكى اهدى وحاولى توضيحلى أكثر.
- الحالة : تصمت وتتنظر لأسفل شمال AD (حوار داخلى مع نفسها) وتقول: مش قادرة.
- الباحثة : مش قادرة على إيه بالضبط.
- الحالة : مش عارفة.
- الباحثة : مش عارفة تقولى إيه ولا مش عارفة أنت تعبانة من إيه؟
- الحالة : لأ طبعاً أنا عارفة أنا تعبانة من أيه بس مش عارفة أقول أيه.
- الباحثة : صاحبتك قالتلى إنك خايفة من الجواز صح كده؟
- الحالة : يعنى مش بالضبط.
- الباحثة : طيب ممكن توضيحلى أنت؟
- الحالة : فى الحقيقة زمان وأنا صغيرة مش فاكره كان عندى كام سنة يمكن ٥ سنين أو ٦ سنين مش فاكرة، المهم كنت دائماً بأنزل تحت فى الشارع أعب مع العيال جيرانا

وكان لدينا ناس جيرانا ولسه جيرانا لغاية النهاردة، الناس دول ليهم ولد هو دلوقتي طبعاً كبير وكان دائماً يهزر معايا ويضحك وإحنا كنا كعائلتين قريبين قوى من بعض يعنى علاقتنا كويسة أوى أوى، لكن فى يوم من الأيام كنت نازلة تحت راح هو شدنى ودخلنى عندهم فى البيت. (تزداد علامات التوتر على الحالة وينتفض جسمها).

- الباحثة :** حاولى تهدى نفسك عشان تقدرى تحكىلى.
- الحالة :** أنا كل ما بفكر الموضوع ده بحس إنى عايزة أقتله.
- الباحثة :** طيب اهدى وكملى إيه إلى حصل؟
- الحالة :** حيكون إيه يعنى إلى حصل اغتصبني طبعاً هي دى حاجة محتاجة سؤال.
- الباحثة :** وأنت فاكهه إلى حصل رغم إنك كنت صغيرة قوى؟
- الحالة :** طبعاً فاكهه كل حاجة.
- الباحثة :** طيب ممكن تقوليلي أيه إلى أنت فاكهه؟
- الحالة :** فضل يبوسنى ويحضنى وأنا أعيط وأعيط بس هو كان هادى خالص وكان عمال يقولى اهدى ما تخافيش ما فيش حاجة تعالى هنا بس وكل ما أحاول اهرب منه كان يمسكنى - (الحالة تبكى بهستيريا).
- الباحثة :** ممكن تحاولى تهدى وتكملى إيه إلى حصل بعدها.
- الحالة :** تنتظر لأعلى يساراً VR تتذكر الموقف ولأسفل يميناً K والمشاعر المصاحبة للموقف ثم تقول: وبعدها قلبنى هدمى وحصل إلى حصل.
- الباحثة :** أنا شايقة إنك فى الوقت ده كنت صغيرة أوى عشان تقدرى تعرفى هو أغتصبك ولا لأ فياريت تقوليلي إلى حصل منه بالتحديد عشان أقدر أحس بإحساسك وأحدد المشكلة.
- الحالة :** لأ أنا فاكهه كل حاجة كويس وعارفة أنه اغتصبني.
- الباحثة :** يعنى انتى فاكهه كويس إنها كانت عملية إغتصاب كاملة.
- الحالة :** مش عارفه بس أكيد أمان كان بيعمل كده ليه؟ أنا لم بدأت أكبر - وطبعاً الصورة دى كانت دائماً فى بالى . وكنا بندرس أحياء وعرفت حاجات كثير قلت أكيد أنا خلاص ما بأتش بنت.
- الباحثة :** يعنى أنتى ما فكرتيش فى موضوع الاغتصاب إلا لما كبرتى وعرفتى معلومات فى

المواضيع دى صح كده؟

الحالة : أيوة بالضبط كده.

الباحثة : يعنى خوفك ده من إنك متأكدة دلوقتى إنك مش بنت ولا صورة الموقف نفسه هى إلى تعباكى وموتراكى؟

الحالة : فى الحقيقة وأنا صغيرة ما كنتش فى دماغى موضوع البكارة ده لأنى ما كنتش عارفة اهمية الموضوع وأبعاده وقتها كان كل إلى بيحى قدام عينيا شكله وهو بيخلع هدومه وهدومى منظر ما بيرحش أبداً من قدام عينيا لغاية دلوقتى. لكن لما كبرت وفهمت زاد همى أكثر وبقت المصيبة مليون مصيبة مش عارفة أعمل أيه وأقول أيه وأقول لمين على إلى أنا فيه، بدأ دلوقتى العرسان يتقدموا وأنا برفض واهلى مش عارفين أيه السبب وأنا مش عارفة أقول لهم حاجة فما لأتس غير صاحبتى إلى كلمتك دى هى إلى أنا حكيت لها على الموضوع. يا ريت يا دكتورة تساعدينى وتقوللى أعمل أيه أنا تعبانة حاسه إنى خلاص الخوف والقلق حيموتونى.

يا ريت تهدى شوية أنا حاطب منك حاجة دلوقتى يا ريت توافقى عليها ممكن؟

الباحثة : أنفضلى.

الحالة : أنا دلوقتى عايزة نحل الموضوع على مرحلتين أولاً عايزين نتأكد من موضوع البكارة
الباحثة : وبعدين نحاول نعالج الخوف والقلق إلى أنكون جواكى نتيجة مرورك بالخبرة المؤلمة دى.

طيب وأحنا حنتأكد إزاي؟

الحالة : أنا حابعتك لدكتورة أمراض نساء أعرفها كويس أنا حكلمها وأفهمها الموضوع.

الباحثة : توترت جداً وقامت من على الكرسى وقالت بمنتهى العصبية: مش ممكن أنتى

الحالة : عايزانى اتفصح؟

ما تخافيش دى ست أمينة جداً ومحترمة لازم تتقى فيا.

الباحثة : أنا خيفة أوى أنا متأكدة صدقيني إنى حتصدم.

الحالة : يا ريت ما نسبأش الأحداث.

الباحثة : خلاص يا دكتورة إلى تشوفيه.

الحالة : ** بعد إقتناع الحالة تم تحديد الموعد مع الطبيبة وذهبت إليها وحدث ما توقعته

الباحثة وهو أن ما حدث لم يكن اغتصاب وإنما كان مجرد تحرش جنسى

ونظراً لصغر سنها وقتها وعدم وضوح الصورة فى ذهنها أفترضت بعد أن كبرت وعرفت أشياء كثيرة إنها بالتأكيد تعرضت لعملية اغتصاب فعلية. وبمجرد معرفتها بذلك من الطبيبة سارعت على الفور بالاتصال بالباحثة وهى فى حالة من السعادة البالغة وقالت:

أنا مش مصدقة نفسى يا دكتورة ربنا يكرمك يا رب.

- الحالة :**
- وطلبت منها أن تعيش حياتها بشكل طبيعى وإذا لم تشعر بوجود أى مشكلة فليس هناك أى داعى لإجراء جلسة أخرى. ووافقنتى ولكن بعد مرور يومين عاودت الإتصال بى وقالت يا دكتورة أنا لسة تعبانة صورة الإنسان ده ما بترحش عن بالى وخصوصاً إنه لغاية النهاردة عايش قدامنا وكمان مجوز مش قادرة أنسى إلى حصلى على أد ما أنا اطمانت على نفسى لكن برضه القلق مسيطر عليا والله ما بعرفش أنام.
 - تم تحديد موعد للجلسة الثانية وبدأ عليها أيضاً الاضطراب كما كان فى أول جلسة.

ممكن تقوليلى أنتى ليه مضطربة؟

- الباحثة :** أنا تعبانة أوى نفسى أنسى الموضوع ده وصورته ما تجيش قدام عينيا أنا حاسة إنى
الحالة : بخاف من كل الناس وإن كل الناس دى مالهاش أمان لو شفنتيه والله حتقولى عليه راجل محترم مش ممكن تتصورى إنه ممكن يعمل كده.

تقصدى جاركم؟

- الباحثة :** أبوة إزاي أقدر أثق فى أى حد؟ حاسة إنى خايفة من كل الناس حتى أبويا
الحالة : وأخواتى. (تبكى بهستيريا).

يا ريت تهدى نفسك وتحاولى تخدى نفس عميق.

- الباحثة :** تضع رأسها على المنضدة لمدة خمس دقائق وبعدها ترفع رأسها وترجع إلى الخلف
الحالة : ثم تأخذ نفس عميق.

- عيزاكى دلوقتى تسترخى وتحاولى تركزى مع نفسك وممكن تغمضى عينيك لو
الباحثة : حبيتى ده وتحاولى تفنكرى أو تتخيلى أكثر وقت كنت بتحسى فيه إنك مش خايفة وإنك فى أمان وطمأنينة وإرتياح، وحاولى تعيشى الحالة دى أو الإحساس ده زى ما بيحصل من صور وأحاسيس وصوت، يعنى كأنك عايشة الإحساس ده دلوقتى،

ولما توصلى لقمة الإحساس ده حطى إيدك الشمال على رجلك الشمال كده
"وأشارت الباحثة على نفسها لترى كيف تقوم بالحركة".

أغمضت عينها ورجعت إلى الوراء وأخذت نفس عميق، وتغيرت تعبيرات وجهها
بعد حوالى عشر دقائق ثم وضعت يدها اليسرى على ركبته اليسرى ثم قالت:
الحالة : خلاص.

يا ترى حسيت براحة؟

الباحثة : أيوه.

الحالة : عيزاكي ترجعى تعيش الموقف ده تانى بنفس الإحساس وأفكرى الصوت والكلام
الباحثة : إلى بتقوليه وأى تعبيرات بتظهر على وشك وكمان إحساسك وكأنك فى الموقف
وبتعيشيه تانى ولما توصلى لقمة الإحساس ده حطى إيدك الشمال على رجلك
الشمال.

بعد عشر دقائق تضع يدها اليسرى على ركبته اليسرى.

الحالة : طيب ممكن دلوقتى تفكرى فى أى حاجة تانية مثلاً تفكرى حتعملى إيه لما تروحي
الباحثة : النهاردة وبعدين استعملى نفس الحركة دى وحطى إيدك الشمال على رجلك الشمال
وقوليلى إحساسك أيه؟

ماشى.. وسكنت لمدة دقيقتين ثم نظرت لأعلى يساراً VR (تتذكر صور) ثم قامت
بوضع يدها اليسار على ركبته اليسار ثم قالت: أن فعلاً حسيت بنفس الإحساس
الحالة : لكن أكيد عشان إحنا بنتكلم فى الموضوع.

أنا دلوقتى عيزاكي تتخيلى أو تحاولى تفكرى أى وقت أو أى موقف كنت بتحسى
الباحثة : فيه بالخوف وعدم الأمان والتوتر ولما توصلى لنفس الإحساس ده يا ريت تستعملى
نفس الحركة دى وتحطى إيدك الشمال على رجلك الشمال.

ماشى.. تنظر إلى أعلى يساراً VR وأسفل يميناً K (تتذكر صور وما يصاحبها
الحالة : من مشاعر) وبعد حوالى خمس دقائق تضع يدها اليسار على ركبته اليسار.
ممكن تقوليلى حسيت بأيه؟

الباحثة : حسيت بنفس الإحساس فعلاً لكن برضه مش قوى زى الأول.

الحالة : كل ما تستعملى الحركة دى أكثر، كل ما الإحساس ده حيقوى عندك أكثر.

الباحثة : حاضر.

- الحالة :** دلوقتي حأطلب منك أنك تعملى حاجة تانية عيزاكى تتخيلى نفسك وكأنك قاعدة فى
- الباحثة :** صالة عرض سينمائى ممكن؟
- ممكن.. تنظر لأعلى يساراً VR ثم تغمض عينها. خلاص.
- الحالة :** عيزاكى تتخيلى نفسك إنك بتشوفى صورة لنفسك على شاشة العرض السينمائى،
- الباحثة :** صورة ثابتة بالأبيض والأسود وأنتى فى الموقف إلى افكرتية أو تخيلتية من شوية
- وإلى كنت بتحسى فيه بالخوف والتوتر، يا ريت تعيشى الموقف بكل ما فيه من
- أحاسيس وصور وصوت ولما توصلى للإحساس ده يا ريت تقوليلى.
- بعد مرور حوالى ٧ دقائق تهز برأسها.
- الحالة :** طيب أنا دلوقتي عيزاكى تسيبى الصورة إلى بالأبيض والأسود الموجودة على
- الباحثة :** الشاشة، وتتخيلى إنك بتطفو خارج جسمك وتتخيلى إنك طلعت وقعدت فى كابينة
- عرض الأفلام فى السينما أو حتى لكرسى فى آخر الصالة وطحى إيدك الشمال
- على رجلك الشمال، خدى كل الوقت إلى أنتى محتاجاه.
- تهز برأسها وتظهر على وجهها علامات الاسترخاء والارتياح.
- الحالة :** أنا عيزاكى تفضلى من دلوقتي فى كابينة العرض دى وتفضلى حاطة إيدك الشمال
- الباحثة :** على رجلك الشمال.. هل قادرة إنك تشوفى نفسك وإنتى فى القاعة مع المشاهدين؟
- تبتسم لأول مرة إبتسامة عريضة ثم تقول.. أيوه.
- طيب هل أنتى برضه قادرة إنك تشوفى الصورة إلى بالأبيض والأسود على
- الحالة :** الشاشة؟
- الباحثة :** أيوه.
- طيب الصورة دى فعلاً صورتك؟
- الحالة :** طبعاً صورتى.
- الباحثة :** يا ترى إحساسك إيه؟
- الحالة :** حاسة إنى مرتاحة وكأنك فصلتيني عن نفسى.
- الباحثة :** كويس أوى كده.. أنا عيزاكى تفضلى فى كابينة العرض وتفضلى تشوفى نفسك
- الحالة :** وأنتى قاعدة مع المشاهدين وبتتفرجى على صورتك على الشاشة بالأبيض والأسود
- الباحثة :** وتستمعى بكل الأحاسيس والمشاعر الطيبة وكأنك ملاحظ أو مراقب مالوش أى
- علاقة بالموضوع وكأن الحدث ده بيحصل لحد تانى غيرك، وعيزاكى تعرضى لفيلم

لنفسك وأنتى فى الموقف ده من البداية للنهاية، يعنى من قبل ما تحصل المشكلة ولما حصلت المشكلة وكمان بعد ما أنتهت. راقبى نفسك الأصغر سناً وهى بتمر بالتجربة دى لآخر مرة بالطريقة دى. ولما تخلصى الفيلم ده وقفىه كصورة ثابتة على آخر لقطة.

** لاحظة الباحثة استمرار المريضة فى حالة من الاسترخاء والهدوء ومازالت مغمضة عينها.

تومى برأسها بشكل متكرر وسريع.

ممكن توصيفلى إيه كان إحساسك وإنتى بتشوفى نفسك فى الموقف ده؟

حاسة زى ما أكون متخدره أو نايمة تنويم مغناطيسى.

: الحالة

يعنى أيه؟

: الباحثة

يعنى حاسة بإحساس من الراحة من زمان ما حسيتوش.

: الحالة

جميل أوى.. دلوقتى حاطلب منك تعملى حاجة ثانية لكن ما تعملهاش إلا لما

: الباحثة

أطلبها منك، أنا عيزاكى تخرجى من كابينة العرض وتقومى من على الكرسى ده إلى

: الحالة

موجود بين المشاهدين وتروجى للفيلم فى نهايته بعد ما كل حاجة بأت كويسة والأمور

: الباحثة

كلها تمام. وبعدين عيزاكى تعرضى الفيلم بالعكس يعنى من نهايته لبدائته تقدرى

تعملى ده؟

أنا فعلاً حابة إنى أعمل كده.

طيب كويس، دلوتى ممكن تعرضيه بالمقلوب وبالألوان كمان لو حبيتى ده، وعيزاكى

: الحالة

تتخلى نفسك جواه وكأنك هناك مرة ثانية ويتمرى بتجربة حقيقية ويا ريت تعملى ده

: الباحثة

بسرعة جداً تقريباً فى حوالى ثانية ونص.

تأخذ نفس عميق ثم تومى برأسها.

إيه الأخبار، حسيتى بأيه؟

: الحالة

حاسة بأمان.

: الباحثة

جميل.. ممكن تكررى ده مرة كمان بس بسرعة زيادة عن المرة إلى فانت وبعدين

: الحالة

تتخلى نفسك فى الفيلم من آخره بالضبط، أقفزى جواه وبعدين شوفيه كله بسرعة جداً.

: الباحثة

تبتسم ثم تهز رأسها.

يا ترى حسيت بأمان وراحة أكثر المرة دى؟

آه.

- الحالة :** كويس أوى.. دلوقتى إحنا خلصنا، بس أنا حأطلب منك إنك تعملى حاجة دلوقتى، أنا
- الباحثة :** عيزاكى تغمضى عينيك وترجعى تقعدى فى صالة العرض وتبصى على الشاشة
- الحالة :** علشان تشوفى نفسك الأصغر.
- الباحثة :** تغلق عينها وبعد حوالى خمس دقائق تهز رأسها.
- الحالة :** دلوقتى أنا عيزاكى تعملى حاجة مهمة جداً، عيزاكى تشكرى نفسك الأصغر على
- الباحثة :** مرورها بالتجربة دى بالنيابة عنك ولآخر مرة بالشكل ده، أشكريها بجد وأكديها إنها
- الحالة :** مرت بالتجربة دى فعلاً، ممكن تكون نفسك الأصغر كانت محتاجة إنها تعرف حاجة
- الباحثة :** معينة ما كانتش تعرفها لكن أنت تعرفيها، الحاجة دى متعلقة بالموقف ده، ممكن
- الحالة :** تكون كانت محتاجة إنها تكون مطمئة على نفسها وأن مش يحصل لها أى مشكلة
- الباحثة :** وأن ما فيش حد حيقدر يأذيها، أنتى تقدرى تأكدى لها ده لأنك من مستقبليها.
- الحالة :** أكدى لنفسك الأصغر إلى أصبحت أنتى دلوقتى إنك كبرت وما أتأديتيش وأنك بأيتى
- الباحثة :** أقوى من أى وقت فات، ولما تحسى من نظرة عينها أو أى إشارة تعملها إنها
- الحالة :** مصدقاكى ومفتتعة فى اللحظة دى عيزاكى تمدى إيدك (سواء بالفعل أو فى ذهنك)
- الباحثة :** وتأخديها من الشاشة.. أعملى ده دلوقتى وقولى لنفسك الأصغر [أنا من مستقبلك،
- الحالة :** وعايشة وكويسة وفى أمان] قوليلها أى حاجة هى محتاجة تعرفها.
- الباحثة :** بعد حوالى خمس دقائق تومئ برأسها وهى تبتسم.
- الحالة :** خدى نفسك الأصغر جواكى وخليها تكبر لأنها جزء منك.
- الباحثة :** حاضر.
- الحالة :** ممكن دلوقتى ترجعى تتخيلى نفسك فى أى موقف أو أى خبرة من إلى كنت بتحسى
- الباحثة :** فيها بالخوف وعدم الأمان، حاولى تتخيلى الخبرة دى أو الموقف ده بكل ما فيه من
- الحالة :** صور ومشاعر وأحاسيس وقوليلى حاسة بأيه؟
- الباحثة :** ولا حاجة حاسة براحة كأنى مش أنا.
- الحالة :** يعنى ما فيش أى خوف أو عدم أمان.
- الباحثة :** أنا حاسة إن حياتى أتغيرت كلها.
- الحالة :** ومع الوقت حتحسى إنك أحسن وأحسن.
- الباحثة :**
- الحالة :**
- الباحثة :**

ملحق رقم (٥)

تطبيق استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية للحالة الرابعة

- الباحثة :** عرفت منك قبل كده إنك بتخافى من الطيران .
- الحالة :** أيوة بخاف أوى من ركوب الطائرة .
- الباحثة :** وطبعاً أنا عرفت إنك رغم خوفك ده لكن بتركبى الطائرة كثير .
- الحالة :** أيوة مع الأسف بركبها كثير لكن ده بيبكون غصب عنى لأن بابا وماما مسافرين وأنا دائماً بأضطر أسافر لهم مرتين على الأقل فى السنة والموضوع ده بيوترنى جداً وتاعبنى أوى ونفسى أتخلص من خوفى ده .
- الباحثة :** إيه بالضبط إلى بيخوفك من ركوب الطائرة .
- الحالة :** أنا شايقة إن الفكرة نفسها مجنونة جداً . (نظام تمثلى بصرى) .
- الباحثة :** فكرة أيه إلى شيفاها مجنونة؟
- الحالة :** فكرة أن الواحد يجازف بحياته ويرمى نفسه فى التهلكة ويركب طائرة .
- الباحثة :** بس أنا شايقة إنها فكرة عظيمة .
- الحالة :** هى فعلاً عظيمة ومهمة وما نقدرش نستغنى عنها وأنا فعلاً بأضطر أركبها لكن ده بيبكون غصب عنى . وأنا شايقة أن دى مجازفة كبيرة، الموضوع فعلاً شكله مخيف .
- الباحثة :** إيه المجازفة إلى أنتى شيفاها فيها؟
- الحالة :** فكرى كده فى الموضوع وشوفيه ماشى إزاي . . الواحد بيخاطر بحياته ويروح بنفسه يركب الطائرة دى إلى هى عبارة عن شوية صفيح والله أعلم حاصل فيها عطل ولا أيه ويا ترى فيها بنزين ولا لا ولو خلص حيصل أيه ويا ترى إلى سايق الطائرة نظامه إيه بيسوق كويس ولا لا مزاجه رايق ولا لا يعنى حاجات كثيرة .
- الباحثة :** بس المفروض إن كل الحاجات دى بتكون متأمنة قبل الرحلة والدليل على كده إنك ركبتى كثير جداً والحمد لله كنت بتوصلى بالسلامة .
- الحالة :** بس فى ناس كثير ماتت فى حوادث حصلت قبل كده مش ممكن ده برضه يحصل فى مرة من المرات .
- الباحثة :** الحقيقة إنتى بتخافى من الصورة إلى أنتى رسماها فى دماغك وشيفاها دائماً قدام عينيك .
- الحالة :** أنا نفسى أغير الصورة دى عشان أرتاح لأن الموضوع ده بيبأثر عليه أوى ومسببلى

- مشاكل كثير لأنى بأفضل تعبانة على طول من قبل ما أسافر وأنا مسافرة وحتى بعد ما بأوصل لأنى بأكون مستتية ميعاد الرجوع، أنا نفسى يلغوا موضوع الطيران ده.
- الباحثة :** الأسهل من أنهم يلغوا موضوع الطيران إننا نحاول نغير الصورة إلى أنتى رسماها فى دماغك عن الطيران وده إلى حناول نعمله مع بعض أنا عيزاكى دلوقتى تسترخى وتهدى وتاخذى نفس عميق.
- الحالة :** ترجع إلى الورا وتأخذ نفس عميق.
- الباحثة :** أنا دلوقتى عيزاكى تحاولى تفكرى أو تتخلى أكثر وقت كنت بتحسى فيه بالراحة والأمان والإطمئنان، عيشى الإحساس ده بنفس الطريقة فى الحركات والتعبيرات والأحاسيس، يعنى كأنك عايشة الإحساس ده دلوقتى، ولما توصلى لقمة الإحساس ده يا ريت تقفلى إيدك اليمين كده. "أشارت الباحثة للحالة براحة يدها اليمنى". على فكرة ممكن تغمضى عينك لو حبيتى ده.
- الحالة :** أغمضت عينها وظلت صامته لمدة عشر دقائق وتغيرت تعبيرات وجهها ثم قامت بالقبض على راحة يدها اليمنى.
- الباحثة :** عيزاكى دلوقتى ترجعى تعيشى الإحساس ده تانى وتحاولى تفكرى كمان إذا كان هناك فى أصوات مصاحبة للصورة وأبدأى عيشى الحالة دى تانى بنفس الطريقة إلى فانت ولما توصلى لقمة الإحساس ده أقفلى إيدك اليمنى قوى.
- الحالة :** أرجعت ظهرها للورا وأغمضت عينها ثم قبضت يدها بعد خمس دقائق.
- الباحثة :** دلوقتى أنا عيزاكى ترجعى للوقت الحاضر وتحاولى تفكرى فى أى حاجة تانية غير إلى إحنا عملناه مثلاً فكرى فى إنك ممكن تخرجى تنفسى فى النهاردة وبعدها أبدأى أقفلى إيدك اليمين وقوللى حسيت بأيه.
- الحالة :** حاضر.. وبعد دقيقة قامت بالقبض على راحة يدها اليمنى وقالت أنا فعلاً حسيت بنفس الإحساس والموقف إلى فات لكن مش قوى زى الأول.
- الباحثة :** عيزاكى دلوقتى تفكرى أى موقف من المواقف إلى بتخوفك وبتسببك قلق وتوتر ولما توصلى لنفس الإحساس ده أقفلى إيدك اليمين.
- الحالة :** تغمض عينها وتصمت لمدة ٥ دقائق ثم تستعمل الحركة وتقول وهى تضحك فعلاً أنا حسيت بنفس الإحساس لكن مش قوى بنفس الدرجة.
- الباحثة :** كل ما تستعملى الحركة دى كثير كل ما ممكن تحسى الإحساس ده أكثر.

- الحالة :** ماشى.. إنشاء الله.
- الباحثة :** أنا دلوقتى حأطلب منك نعمل حاجة تانية، أنا عيزاكى تتخيلى نفسك وكأنك قاعدة فى صالة سينما تقدرى تتخيلى ده؟
- الحالة :** أحاول وتتنظر لأعلى يمينا VC (تركب صورة).
- الباحثة :** على فكرة ممكن ده يكون أسهل لو غمضتى عينك.
- الحالة :** تغمض عينها.
- الباحثة :** عيزاكى تتخيلى نفسك إنك بتشوفى صورة لنفسك على شاشة العرض السينمائي، والصورة دى ثابتة بالأبيض والأسود وأنتى فى الموقف إلى أفنكرتية أو تخيلتية من شوية وإلى كنت بتحسى فيه بالخوف والفرع، عيزاكى تعيشى الموقف ده بكل ما فيه من أحاسيس وصوت وصور ولما توصلى لقمة الإحساس ده يا ريت تقوليلى.
- الحالة :** تومى برأسها.
- الباحثة :** يا ترى الموضوع سهل عليكى؟
- الحالة :** أيوة.
- الباحثة :** كويس أوى دلوقتى عيزاكى تسببى الصورة دى إلى بالأبيض والأسود الموجودة على الشاشة، وتتخيلى إنك بتطفو خارج جسمك إلى قاعد هنا على الكرسي وتطلعى تقعدى فى كابينة عرض الأفلام فى السينما أو حتى لكرسى فى آخر الصالة وكمان فى نفس الوقت عيزاكى تقفلى إيدك اليمين بقوة، تقدرى تعملى ده؟ خدى كل الوقت إلى محتاجاه.
- الحالة :** حاضر.
- الباحثة :** من دلوقتى عيزاكى تفضلى قاعدة فى كابينة العرض وتفضلى قافلة إيدك اليمين بقوة، ممكن تقوليلى هل أنتى قادرة تشوفى نفسك مع المشاهدين؟
- الحالة :** تضحك ثم تقول أيوة شايفة نفسى.
- الباحثة :** طيب هل كمان قادرة إنك تشوفى الصورة إلى بالأبيض والأسود على الشاشة؟
- الحالة :** ما زالت تضحك وقالت: أيوة.
- الباحثة :** هل فعلاً الصورة دى صورتك أنتى ؟
- الحالة :** أيوة.
- الباحثة :** ممكن تقوليلى إحساسك بيها إيه؟

الحالة : مش حاسة بالخوف والفرع لكن الموضوع غريب .
الباحثة : مش غريب ولا حاجة.. أنا عيزاكي تفضلى فى كابينة العرض وتفضلى تشوفى نفسك وأنتى قاعدة مع المشاهدين وبتتفرجى على صورتك إلى على الشاشة بالأبيض والأسود وتستمتعى بكل الأحاسيس والمشاعر الطيبة دى وكأنك مراقب مالوش أى علاقة بالموضوع يعنى كأن الموضوع ده بيحصل لحد تانى غيرك مش أنتى خالص . حاضر .

الحالة : هل قدرتى تعملى إلى بقولك عليه؟
الباحثة : أيوة .

الحالة : دلوقتى عيزاكي تعرضى فيلم لنفسك بالأبيض والأسود وأنتى فى الموقف ده إلى
الباحثة : بيخوفك مثلاً أفتكرى وأنت راكبة الطائرة ومسيطر عليكى مشاعر القلق والخوف من أن ممكن تحصل مصيبة، أعرض الفيلم من البداية للنهاية وأنتى برضه قاعدة فى كابينة العرض، أعرضى الفيلم كله بوضوح حتى النهاية وبصى لنفسك أوى وأنتى مسيطر عليكى الرعب فى الماضى وأنت فى الموقف ده، راقبى نفسك الأصغر وهى بتمر بالتجربة دى لآخر مرة بالشكل ده ولما تخلصى الفيلم ده وقفه كصورة ثابتة على آخر لقطة .

تومى برأسها بعد حوالى ٣ دقائق .

الحالة : ممكن تقوليلى إحساسك كان إيه؟
الباحثة : حسيت إنى مش خايفة زى الأول .

الحالة : يعنى فى حاجة أتغيرت جواكى أو قدرتى تعرفى أو تشوفى حاجة ما كنتيش شايفها
الباحثة : قبل كده؟
 أيوة .

الحالة : دلوقتى عيزاكي تعملى حاجة تانية لكن ما تتفدهاش إلا لما أطلب منك عيزاكي
الباحثة : تخرجى من كابينة العرض السينمائى وتقومى من على الكرسى وسط المشاهدين وتروحي للفيلم ده فى نهايته بعد ما كل حاجة بأتمام وبعدها عيزاكي تعرضى الفيلم ده بالعكس من نهايته لبدايته ممكن تعملى كده؟
 أحاول .

الحالة : ممكن دلوقتى تعرضيه بالمقلوب وبالألوان كمان وممكن تقريبه أو تبعديه أو تغيرى فى

الباحثة : درجة الإضاءة لو حبيتي ده. وعيزاكي تتخيلي نفسك جواه وكأنك هناك مرة ثانية وبتمرى بتجربة حقيقية ويا ريت تعملى ده بسرعة جداً يعنى فى حوالى ثانية ونص تقريباً.
خلاص.

الحالة : يا ريت تقوليلى شوفتى إيه وياه إحساسك؟

الباحثة : شفت نفسى مطمئة مش خايفة.

الحالة : كويس أوى ممكن تكرر ده كمان مرة بس أسرع من المرة إلى فانتت وبعدين تدخلى
الباحثة : فى الفيلم من آخره بالضبط وبعدين شوفيه كله بسرعة البرق.
حاضر.

الحالة : حسيتى بأمان أكثر المرة دى؟

الباحثة : أيوة.

الحالة : إحنا تقريباً خلصنا بس دلوقتى عيزاكي تعملى حاجة أخيرة عيزاكي تغمضى عينيك
الباحثة : وترجعى تقعدى فى صالة العرض وتبصى على الشاشة وتشوفى نفسك الأصغر
ممكن.

تغلق عينها وبعد حوالى ٣ دقائق تقول: ماشى.

الحالة : فى حاجة مهمة جداً لازم تعملوها عيزاكي تشكرى نفسك الأصغر على مرورها
الباحثة : بالتجربة دى بالنيابة عنك ولآخر مرة بالشكل ده، أشكرها بجد وأكديها إنها فعلاً مرت
بالتجربة دى، ممكن تكون نفسك الأصغر كانت محتاجة إنها تعرف حاجة معينة أو
تظمن وتحس إنها حتعيش فى أمان، أنت تقدرى تأكديها ده لأنك من مستقبلها. أكدى
لنفسك الأصغر إلى أصبحت دلوقتى أنتى إنك كبرت وما فيش أى حاجة وحشة
حصلتلك وأنك دلوقتى بأيتى أقوى من الأول ولما تشوفى من نظرة عينها إنها مقتنعة
بكلامك ومصداقكى فى اللحظة دى عيزاكي تمدى إيدك (سواء فى خيالك أو بالفعل)
وتأخديها من الشاشة، ممكن تعملى ده دلوقتى وقولى لنفسك الأصغر [أنا من
المستقبل وعايشة وأقوى من الأول وحأكون دايماً فى أمان] أو قوليلها أى حاجة هى
عايزة تعرفها.

بعد مرور حوالى عشر دقائق خلاص.

الحالة : دلوقتى خدى نفسك الأصغر جواكى وخليها تكبر لأنها جزء منك.

الباحثة : ماشى .

الحالة : أنا عيزاكي دلوقتى تحاولى تشوفى أو تتخيلى أى موقف أو أى خبرة من الخبرات إلى

الباحثة : مريتى بيها وكنت بتحسى بالخوف والقلق فيها من قبل كده، حاولى تتخيلى الخبرة دى

بكل ما فيها من صور ومشاعر وأحاسيس وقوليلى حاسة بأيه؟

تضحك.

الحالة : لسه بتحسى بخوف وتوتر وقلق.

الباحثة : تنتظر لأسفل يمينا K وتقول لأ مطمئة وأعصابى مش متوترة خالص.

الحالة : يعنى لو اتخيلتى نفسك دلوقتى راكبة الطائرة هل كل الاحتمالات السيئة التى قولتيتها

الباحثة : قبل كده حتفكرى فيها وحتحسى بنفس مشاعر القلق والخوف إلى كانت بتحصلك.

الحقيقة إحساسى دلوقتى مختلف خالص يعنى عندى شوية خوف بس غير الأول

خالص وده حيبان أكثر لما أركب الطائرة.

ملحق رقم (٦)

تطبيق استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية للحالة الخامسة

- الباحثة :** عرفت منك إنك بتخافى من الميتين صح كده؟
- الحالة :** أيوة بخاف جداً؟
- الباحثة :** بتخافى منهم فى أيه بالضبط؟
- الحالة :** بأخاف أشوف حد ميت قدامى.
- الباحثة :** أنت عمرك شفتى حد ميت قدامك قبل كده؟
- الحالة :** أيوة شفت قبل كده جدتى وهى بتموت قدامى.
- الباحثة :** وكان عمرك وقتها قد أيه؟
- الحالة :** فى الحقيقة كنت وقتها فى الثالثة إعدادى يعنى كان عندى تقريباً ١٣ سنة.
- الباحثة :** ومن يومها وأنتى عندك المخاوف دى.
- الحالة :** هو أنا تعبت أوى أيامها وفضلت صورتها ما تروحش من قدام عينيا كثير وهى بطلع فى الروح لكن بعدها الأمور مشيت وبقيت أحسن ومن فترة شفت المخاوف دى تانى قدام عينيا وبدأت تسيطر عليه تانى. (نظام تمثلى بصرى).
- الباحثة :** أمته بدأت تشوفى المخاوف دى قدام عينيك؟
- الحالة :** من حوالى سنتين.
- الباحثة :** هل أنتى خايفة على نفسك من الموت؟
- الحالة :** مش عارفة بس أنا بخاف من أنى أشوف حد ميت قدامى.
- الباحثة :** بس أننا نشوف ميتين ده شئ طبيعى.
- الحالة :** أنا عارفة أنه ده شئ عادى وهو ده إلى تا عينى أوى لأن الموضوع ده أصبح فى الفترة الأخيرة مارقنى أوى وما بأتش قادرة أشوف أى حاجة تانية غيره قدام عينيا.
- الباحثة :** كويس أوى إحنا كده متفقين إن المشكلة دى جواكى أنتى ونابعة من تصوراتك العقلية غير المنطقية عن حالات الموت صح كده؟
- الحالة :** متهيألى كلامك ده مضبوط، أنا نفسى أشوف الموضوع ده بشكل طبيعى وما أخافش منه زى بقية الناس إلى بيعتبروه أمر عادى ومش بيسبيلهم كل الخوف والقلق والفرع إلى عندى ده وإلى مخلصى حياتى بأت عذاب.
- * يبدو على الحالة التوتر الشديد وبدأت أطرافها ترتعش والدموع فى عينها.

أنا عيزاكي تهدى أعصابك.

الباحثة : أنا تعبانة أوى يا دكتورة، دايماً بأشوف نفسى ضعيفة وفاشلة ما عنديش أى قدرة أنى

الحالة : أعمل أى حاجة وإنى حافشل فى أى حاجة فى حياتى، أنا فعلاً محبطة.

دى كلها أفكار غلط وتصورات فى دماغك أنتى وده إلى بيعزز سلوك الخوف عندك،

الباحثة : أنتى لازم تكونى واثقة من نفسك أكثر من كده ولازم تتأكدى إنك لو قدرتى تتخلصى

من مشاعرك السلبية دى حتقدرى توصلى لإمكانيات وقدرات جواكى ما كنتيش حاسة بيها.

يا ريت يا دكتورة نفسى أشوف نفسى كويسة وفى أمان، ما أحسش بالخوف والقلق إلى

الحالة : مسيطر عليه دايماً ده.

لازم تعرفى إن كل ما أصبحت أنطباعاتك وأفكارك عن نفسك كويسة كل ما ده غير

الباحثة : من حالتك النفسية، لازم ما تخليش التصورات السلبية دى عن ذاتك تسيطر عليكى.

حاضر أحاول. ويبدو عليها بعض الإرتياح.

الحالة : وإحنا حناول دلوقتى مع بعض نغير الصورة إلى أنتى رسماها فى دماغك عن

الباحثة : الموت والميتين، ودلوقتى عيزاكي تسترخى خالص وتحاولى تخدى نفس عميق جداً.

تأخذ نفس عميق.

أنا دلوقتى حأطلب منك حاجة عيزاكي تحاولى تتخيلي أكثر وقت كنتى بتحسى فيه

الحالة : بالراحة والأمان والثقة، وعيزاكي تعيشى الحالة دى بكل ما فيها من إحساس بنفس

الباحثة : الطريقة فى الحركات والتعبيرات والأحاسيس يعنى كأنك بتعيشى الإحساس ده دلوقتى

وأول لما توصلى لقمة الإحساس ده عيزاكي تضغطى برجلك اليمين بقوة على الأرض

كده "وضغطت الباحثة بقدمها اليمنى على الأرض لكى ترى الحالة".

تنظر لأعلى يسار VR (تتذكر صور) ثم إلى الأسفل يمين K (وما يصاحب هذه

الصور من مشاعر وأحاسيس وإنفعالات).

الحالة : على فكرة ممكن تغمضى عينك لو حبيتى.

لأ أنا مرتاحة كده.

الباحثة : على راحتك.

الحالة : تصمت لمدة خمس دقائق وتستمر فى النظر لأعلى يسار VR ولأسفل يمين K

الباحثة : وتغيرت تعبيرات وجهها ثم قامت بالضغط على الأرض برجلها اليمنى.

- الحالة :** دلوقتي أنا عيزاكي ترجعى تعيشى الموقف ده تانى، بنفس الإحساس وأفكرى أى صوت فيه أو أى كلام بتقوليه وأى تعبيرات بتظهر على وشك وترجعى تعيشيه بنفس الطريقة ولما توصلى لقمة الإحساس ده أضغطى برجلك اليمين بقوة على الأرض.
- الباحثة :** تغمض عينها وبعد خمس دقائق تضغط برجلها اليمين على الأرض.
- الحالة :** دلوقتي عيزاكي ترجعى هنا تانى فى الوقت الحاضر وتحاولى تفكرى فى أى حاجة تانية أو أى موضوع تانى، ممكن مثلاً تفكرى فى إنك حتتغدى إيه النهاردة، وبعدين أستعملى الحركة دى إلى أتقنا عليها وقوليلى إحساسك إيه؟
- الباحثة :** ضغطت برجلها اليمين على الأرض بقوة ثم قالت.. أنا شفت نفس الصورة فعلاً لكن الإحساس مش قوى. وأكد حيكون أقل بعدين لما نبطل نتكلم فى الموضوع.
- الحالة :** لأ.. حاولى دلوقتي تفكرى موقف من المواقف إلى بتخوفك وبتسبلك زعر وتوتر ولما توصلى للإحساس ده أستعملى الحركة دى.
- الباحثة :** تنظر لأعلى يساراً VR ثم لأسفل يميناً K (تتذكر الصور أو الموقف وما يصاحبه من مشاعر وإنفعالات). ثم تضغط برجلها اليمين على الأرض وهى متعجبة ثم تقول: أيوة حسيت الإحساس لكن برضه مش قوى.
- الحالة :** كل ما تستعملى الحركة دى أكثر كل ما حيقوى الإحساس ده عندك أكثر، وممكن تستعملها كل ما تلاقى نفسك خايفة أو قلقانة.
- حاضر .**
- الباحثة :** دلوقتي حأطلب منك إنك تعملى حاجة تانية خالص، أنا عيزاكي تتخيلى نفسك وكأنك قاعدة فى قاعة سينما ممكن تعملى ده؟
- الحالة :** اه.. تنظر لأعلى يساراً VR (تتذكر صور).
- الباحثة :** ممكن يكون ده أسهل كتير لو Yمضتى عينيك.
- الحالة :** تأخذ نفس عميق ثم تعلق عينها.
- الحالة :** عيزاكي تتخيلى نفسك إنك وHنتى قاعدة فى قاعة السينما إنك بتشوفى صور لنفسك على شاشة العرض، خلى الصورة دى ثابتة بالأبيض والأسود وأنتى فى الموقف إلى أفكرتية من شوية وإلى كان بيسبلك الخوف والقلق والتوتر، عيزاكي تعيشى الموقف
- الباحثة :** ده بكل ما فيه من أحاسيس وصور وصوت ولما توصلى لقمة الإحساس ده ياريت تقوليلى.

بعد حوالي خمس دقائق تقول: خلاص.

قدرتى تعملى ده بسهولة.

أيوة.

الحالة : جميل دلوقتى عيزاكى تسيبى الصورة دى الموجودة على الشاشة والى بالأبيض

الباحثة : والأسود، وتتخيلى إنك بتطفو خارج جسمك الموجود هنا على الكرسي وتطلعى تقعدى

الحالة : فوق فى كابينة عرض الأفلام أو تروحى لكرسى فى آخر الصالة وفى نفس الوقت

الباحثة : تضغطى برجلك اليمين على الأرض، خدى وقتك كله عشان تقدرى تتخيلى ده.

تومى برأسها بعد دقيقتين.

كويس قوى أنا عيزاكى تفضلى قاعدة فى كابينة العرض وتفضلى ضاغطة برجلك

اليمين بقوة على الأرض، هل أنتى شايفة نفسك وأنتى قاعدة وسط المشاهدين؟

تهز كتفها، تم تومى برأسها.

الحالة : شايفة نفسك ولا لأ.

الباحثة : أيوة شايفاها.

وكمان شايفة نفسك فى الصورة إلى بالأبيض والأسود الموجودة على الشاشة؟

الحالة : آه.

الباحثة : أنتى متأكدة أن دى صورتك فعلاً؟

الحالة : أيوة صورتي.

الباحثة : يا ترى إحساسك بالصورة دى إيه؟

الحالة : الحقيقة إحساسى بيها متغير خالص.

الباحثة : متغير إزاي ممكن توضحيلى.

الحالة : يعنى مش خايفة ولا مقبوضة زى الأول، فى شوية قلق آه، لكن الموضوع مختلف

الباحثة : كثير عن الأول.

الحالة : جميل أنا عيزاكى تفضلى فى مكانك فى كابينة العرض وتفضلى تشوفى نفسك وأنتى

الباحثة : قاعدة وسط المشاهدين وأنتى بتشوفى صورتك الموجودة على الشاشة بالأبيض

الحالة : والأسود وتستمع بكل المشاعر والأحاسيس الطيبة المريحة، عيزاكى تعتبرى نفسك

مراقب مالوش أى علاقة بالموضوع يعنى كأن الموضوع ده بيحصل لحد غيرك.

الباحثة : ماشى.

دلوقتي أنا عيزاكي تتخيلي نفسك وأنتى بتشوفى نفسك فى فيلم بالأبيض والأسود وأنتى فى الموقف أو الذكرى إلى إفتكرتها وكانت بتخوفك، غمضى عينك وشوفى الذكرى كلها بداية من قبل بداية الحدث ده وحتى بعد نهايته لما كل شىء أصبح على ما يرام، شوفى وأسمعى نفسك الأصغر وهى بتمر بالتجربة دى، فى الوقت إلى أنتى قاعدة فيه فى كابينه العرض كأنك مالكيش علاقة بالموضوع. شوفى نفسك الأصغر وهى بتمر بالتجربة دى لآخر مرة بالشكل ده ولما تخلصى وقى الفيلم كصورة ثابتة على آخر لقطة.

تأخذ نفس عميق ثم تقول خلاص بعد حوالى خمس دقائق.

يا ترى شفتى إيه وحسيتى بإيه؟

شفت نفسى وأنا مسيطر عليا الخوف والرعب فى الموقف لكن الحقيقة إحساسى مختلف مش مقبوضة ولا خايفة زى الأول، فى الحقيقة تخيلى للصورة مضايقتى فعلاً لكن المهم إنى قادرة أكون مش خايفة ومش متوترة.

الحالة : يعنى قدرتى تشوفى حاجات ما كنتيش شايفها؟

الباحثة : قدرت أشوف إنى أنا إلى عملت كده فى نفسى والخوف ده كان جأى من صورتي

الحالة : الوحشة عن نفسى وعدم ثقنى فى نفسى.

يعنى الصورة دى أتغيرت.

متهيألى إنها أتغيرت.

الباحثة : كويس أوى حأطلب منك دلوقتي حاجة لكن ما تعملهاش غير لما أطلبها منك، عيزاكي

الحالة : تخرجى من كابينه عرض الأفلام وتقومى من على الكرسي وسط المشاهدين وتروحي

للفيلم ده فى نهايته بعد ما كل حاجة أصبحت كويسة وتمام وبعدها عيزاكي تعرضى

الباحثة : الفيلم بالمقلوب يعنى من نهايته لبدائته ممكن تعملى ده؟

الحالة : تضحك ثم تقول ده حيباً فيلم كوميدى.

الباحثة : ممكن تعرضيه دلوقتي بالمقلوب وممكن كمان تخليه بالألوان لو حبيبتى وكمان ممكن

تقربى الصورة أو تبعديها عنك وممكن تغيرى فى درجة الإضاءة، المهم تتخيلي نفسك

جواه وكأنك بتمرى بالتجربة دى مرة تانية يعنى كأنك بتمرى بتجربة حقيقية ويا ريت

يكون ده بسرعة أوى يعنى يكون فى حوالى ثانية ونص.

الحالة : تستمر فى الضحك ثم تقول: خلاص.

- الباحثة :** يا ترى شفتى إيه وإيه الإحساس إلى حسيتيه؟
 شفت نفسى فى نفس الموقف وبرضه إحساسى متغير عن الأول كتير .
 يعنى مرتاحة أكثر .
 أيوة .
- الحالة :** على فكرة ممكن تكررى الموضوع ده تانى بس خليه أسرع من الأول وأدخلى فى الفيلم
الباحثة : من آخره بالضبط وشوفيه بسرعة .
- الحالة :** تومى برأسها وهى تضحك .
الباحثة : واضح أنك مرتاحة أكثر .
الحالة : تفتح عينها وتقول: أوى .
- الباحثة :** إحنا خلاص خلصنا بس فى حاجة أخيرة عيزاكى تعملها وهى إنك تغمضى عينك
 وترجعى تقعدى فى صالة العرض وتبصى على الشاشة وتشوفى نفسك الأصغر .
- الحالة :** تغمض عينها وتومى برأسها بعد دقيقتين .
- الباحثة :** أنا عيزاكى تعملى حاجة مهمة أوى عيزاكى تشكرى نفسك الأصغر على أنها مرت
الحالة : بالتجربة دى بالنيابة عنك ولآخر مرة بالشكل ده، أشكرها بجد وأكديها إنها مرت فعلاً
الباحثة : بالتجربة دى، من المحتمل إن نفسك الأصغر كانت محتاجة تعرف حاجات معينة أو
 تحس بحاجات معينة مثلاً ممكن تكون كانت محتاجة تعرف أنها حتفضل على قيد
الحالة : الحياة وأنها مش حتتعرض لأى أذى، وأنتى دلوقتى تقدرى تأكديها ده لأنك من
الباحثة : مستقبليها . وأكدي لنفسك الأصغر إلى أصبحت أنتى دلوقتى إنك على قيد الحياة وإنك
 فى أمان وأنك دلوقتى أتغيرت وأصبحت أقوى وأحسن من الأول ولما تشوفى من نظرة
 عينها إنها مصدقاكى عيزاكى فى اللحظة دى تمدى إيدك (سواء بالفعل أو فى خيالك)
 وتأخديها من الشاشة . ممكن تعملى ده دلوقتى وتقولى لنفسك الأصغر (أنا من
 المستقبل وعائشة وكويسة ومطمنة وحأكون أقوى وأكثر ثقة فى نفسى) ممكن تقوليلها
 أى حاجة محتاجة تعرفها .
- تضع رأسها على المنضدة وبعد مرور حوالى خمس دقائق ترفعها ثم تومى برأسها .
 عيزاكى دلوقتى تاخدى نفسك الأصغر جواكى وخليها تكبر لأنها جزء منك .
 تومى برأسها .
- دلوقتى عيزاكى ترجعى تتخيلى أى موقف من المواقف إلى كنت بتحسى فيها بعدم

- الأمان والخوف والفرع، حاولى تتخيلى الموقف ده بكل ما فيه من صور وأحاسيس
- الحالة : وصوت وقوليلى إيه إحساسك.
- الباحثة : حاسة إنى كنت غلطانة فى حق نفسى.
- الحالة : يعنى حاسة بخوف ولا لأ؟
- الباحثة : حاسة باختلاف كبير بين نفسى دلوقتى وأول ما أتكلمت وحكيت معاكى.
- يعنى أحسن من الأول.
- أحسن كتير.
- الحالة : يعنى لو شفنى حد ميت دلوقتى أو سمعت حتى إن فى حد ميت حتحسى بخوف
- الباحثة : وقلق؟
- الحالة : أكيد برضه خفاف لأن فكرة الموت نفسها صعبة لكن صدقيني أنا حاسة أن الموضوع
- الباحثة : صورته أتغيرت فى دماغى ومشاعرى السلبية إلى كانت جوايا قلت أوى وأن وجهة
- الحالة : نظرى فى نفسى أتغيرت.
- الباحثة :
- الحالة :

ملحق رقم (٧)

تطبيق استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية للحالة السادسة

- الباحثة :** قلتيلي قبل كده إنك بتخافى من الحقن .
- الحالة :** أيوة .
- الباحثة :** يا ترى بتخافى من الحقن بس ولا أى علاج تانى برضه .
- الحالة :** لأ أنا باخد علاج تانى كتير جداً على فكرة، لكن هى الحقن بالنسبة لى كارثة وهى دى المشكلة .
- الباحثة :** إيه هى المشكلة؟
- الحالة :** المشكلة إن الدكاترة شايفين إنى لو أخذت حقن أفضل لأنى عندى السكر والحقن الخاصة بالسكر أفضل من الحبوب لكن أنا ما بأقدرش وأحياناً بيصروا على كده وخصوصاً لما بأكون تعبانة أوى والموضوع ده بيتعبنى أوى أوى ودايماً بأكون عايشة فى رعب من أنى ممكن أخذ الحقنة دى فى أى وقت، دا أنا حتى ما بأستحملش أشوف حد بياخذها قدامى .
- الباحثة :** يا ترى أمته بدأت معاكى الحكاية دى؟
- الحالة :** الحكاية دى بدأت أحس بيها من زمان أوى وأنا صغيرة لما كنا فى أولى إبتدائى تقريباً كانوا بيدونا فى المدرسة حقن عشان التطعيم والحقيقة الستات إلى كانوا بيدونا الحقن دى كانوا حاجة فظيعة جداً كان شكلهم يخوف كانوا شكل أمانا الغولة كنت بأشوف أنهم جايبين عشان يموتونا والموضوع ده كان بتكرر تقريباً كذا مرة. أنا لغاية النهاردة مش قادرة أنسى شكلهم ولا قادرة أنسى الموقف ده ولا قادرة أنسى شكل التلاميذ فى اليوم ده كان بيبأ يوم زى الميتم بالضبط كلنا بنصرخ وبنعيط والكل عمال يشخط ويزعأ فينا وكان فى أثنين بيكتفونا عشان واحدة تالته تدينا الحقنة.. ياه نفسى الصورة دى تروح عن بالى ودايماً شكل الستات دى بيجيلى فى أحلامى ومش قادرة أنساهم ومن يومها وأنا أى حقنة باخذها بتسببلى مشكلة كبيرة لأنى بأفضل تعبانة أوى أوى وللأسف مش قادرة أننظم فى أخذ علاج السكر إلى وصفهولى الدكتور، أنا نفسى أكون كويسة وأكون طبيعية وأبطل أخاف منها لأنى مريضة وعايضة آخذ علاجى بشكل صح مش عايضة يكون ويلي ويلين . (نظام تمثلى بصرى).
- إحنا أنشاء الله حناول مع بعض نغير الصورة دى إلى موجودة جواكى وفى دماغك .

يا ريت لأن الموضوع ده موترنى جداً وببسيلى مشاكل كثير لأنى صاحبة مرض
الباحثة : (تمتلئ عينها بالدموع وتبدو عليها علامات التوتر والقلق وتعض على أصبع
 السبابة).

الحالة : يا ريت تحاولى تهدى نفسك وتسترخى خالص، خدى نفس عميق.
 تأخذ نفس عميق وترجع إلى الوراء وتمسح دموعها.

أنا دلوقتى عيزاكى تحاولى تتخيلى أكثر وقت مر عليكى وكنت بتحسى فيه بالراحة
الباحثة : والأمن والاطمئنان، أنا عيزاكى تحاولى تعيشى الحالة دى بكل ما فيها من إحساس
الحالة : ومشاعر وبنفس الطريقة فى الحركات والتعبيرات والتنفس وبكل جسمك يعنى كأنك
الباحثة : عايشة الإحساس ده دلوقتى ولما توصلى لقمة الإحساس ده إبدأى بلمس ودنك الشمال
 كده (أشارت الباحثة لأذنها اليسرى).

تضع رأسها على المنضدة لدقيقة ثم ترفعها وتقول: ممكن أغمض عينيا.
 يا ريت ده حيكون أسهل عليك كثير.

تغمض عينها وبعد حوالى ٧ دقائق تلمس أذنها اليسرى ويبدو على وجهها بعض
الحالة : علامات الإرتياح.

دلوقتى عيزاكى ترجعى تعيشى نفس الإحساس ده تانى وتحاولى تفكرى إذا كان فى
الحالة : صوت فى الموقف ده ولما توصلى لقمة الإحساس ده إبدأى بلمس ودنك الشمال.
 بعد خمس دقائق تلمس أذنها.

دلوقتى عيزاكى ترجعى هنا تانى فى الوقت الحاضر وتحاولى تفكرى فى أى حاجة
الباحثة : تانية مثلا ممكن تفكرى فى إنك حنتغدى إيه النهاردة وبعدين استعملى نفس الحركة
الحالة : دى والمسى ودنك الشمال.

حاضر، سكتت لمدة دقيقتين وهى تنتظر لأعلى يساراً VR (تتذكر صور) ثم قامت
الباحثة : بلمس أذنها اليسرى.
 حسيتى بأيه؟

الحالة : أنا فعلاً شفت الموقف قدامى تانى بس إحساسى مش قوى زى الأول.

طيب دلوقتى حاولى تفكرى أو تتخيلى أى موقف من المواقف إلى بتخوفك وبتسببلك
الباحثة : خوف وقلق وتوتر ولما توصلى للإحساس ده أستعملى نفس الحركة دى تانى.

الحالة : تظهر عليها بعض علامات التوتر البسيطة ولكن بعد حوالى خمس دقائق تلمس أذنها

الباحثة : اليسرى ثم تقول خلاص .

إيه إلى حصل؟

أنا فعلاً حسيت أنى مش تعبانة أوى لكن برضه فى شوية قلق وخوف .

الحالة : على فكرة كل ما تستعملى الحركة دى أكثر كل ما حيقوى الإحساس ده جواكى،
وممكن تستعملها كل ما تحسى إنك قلقانة أو خايفة وعايزة تحسى بالراحة والأمان .

الباحثة : ماشى إنشاء الله .

الحالة : دلوقتى إحنا حنعمل حاجة تانية خالص، أنا عيزاكى تتخيلى نفسك وكأنك قاعدة فى

الباحثة : قاعة سينما تقدرى تتخيلى ده؟

أيوة.. ثم تغمض عينها وترجع إلى الورا .

الحالة : عيزاكى تتخيلى نفسك إنك بتشوفى صورة لنفسك على شاشة العرض السينمائى،

الباحثة : وخلي الصورة دى ثابتة بالأبيض والأسود وأنتى فى الموقف إلى أفكرتته من شوية
والى بيخوفك وبيسبلك قلق وتوتر، أنا عيزاكى تعيشى الموقف ده بكل ما فيه من

الحالة : أحاسيس وصور وصوت ولما توصلى لقمة الإحساس ده قوليلى .

الباحثة : بعد مرور عشر دقائق، تومئ برأسها .

دلوقتى أنا عيزاكى تسيبى الصورة دى الموجودة على الشاشة والى بالأبيض والأسود،

وأتخيلى نفسك وكأنك بتطفو خارج جسمك الموجود هنا على الكرسي وتطلعى تقعدى
فوق فى كابينة العرض السينمائى وعيزاكى فى نفس الوقت تلمسى ودنك اليمين، خدى

الحالة : كل الوقت إلى أنتى محتاجاه .

الباحثة : حاضر .

قدرتى تتخيلى إلى أنا بأقوله؟

بعد حوالى خمس دقائق تومئ برأسها .

جميل، أنا عيزاكى تفضلى قاعدة فى كابينة العرض وتفضلى تلمسى ودنك اليمين .

الحالة : تقدرى تشوفى نفسك وأنتى قاعدة فى القاعة مع المشاهدين؟

الباحثة : تبتسم ثم تقول: أيوة .

الحالة : طيب هل برضه أنتى شايفة صورتك إلى بالأبيض والأسود على الشاشة .

الباحثة : أيوة شايفاها .

ممكن تقوليلى إحساسك إيه بالصورة دى؟

- الحالة :** يعنى الصورة شكلها مضايقتى لكى مش مخوفنى أوى زى الأول.
- الباحثة :** كويس أوى أنا عيزاكى تفضلى فى كابينة العرض وتفضلى تشوفى نفسك وأنتى قاعدة
- الحالة :** وسط المشاهدين وبتشوفى صورتك الموجودة عل الشاشة بالأبيض والأسود وتستمعى
- الباحثة :** بكل المشاعر والأحاسيس الطيبة دى.
- الحالة :** حاضر.
- الباحثة :** من المهم جداً إنك تستمرى فى تخيل إنك فى قاعة سينما وقادرة إنك تشوفى نفسك وأنتى بتشوفى نفسك فى فيلم ليكى بالأبيض والأسود فى مرة من المرات أو موقف من المواقف إلى أفكرتها وكانت بتسببك قلق وخوف وتوتر. أعرضى الفيلم من البداية
- الحالة :** للنهاية وشوفى الذكرى كلها بداية من قبل بداية الحدث ومروراً بيه وحتى بعد نهايته،
- الباحثة :** لما كل حاجة أصبحت كويسة. لاحظى نفسك الأصغر سناً وهى بتمر بالتجربة دى،
- لآخر مرة بالشكل ده، وأنتى قاعدة فى كابينة العرض كأنك مراقب مالوش أى علاقة بالموضوع وكأن الموضوع ده بيحصل لحد تانى، ولما تخلصى الفيلم ده وقفيه كصورة ثابتة على آخر لقطة.
- يبدو عليها الارتياح وتبتسم إبتسامة عريضة.
- ممكن تقوليلى إيه إحساسك وأنتى بتشوفى الفيلم ده؟
- وأنا بشوفه شايفة قدام عينى الصورة المؤلمة والرعب إلى مسيطر عليه وعلى صحابى لكن إحساس التوتر متهيألى قل عن الأول.
- الحالة :** قل كثير ولا شوية؟
- الباحثة :** الحقيقة أنا حسيت أنى بتفرج فعلاً ومش خايفة ولا قلقانة وكأنى فعلاً مش أنا إلى فى
- الحالة :** الصورة.
- بس أنتى عارفة إنك أنتى إلى فى الصورة صح ولا لأ؟
- الباحثة :** طبعاً عارفة لكن إحساسى مختلف.
- الحالة :** أنا حأطلب منك حاجة بس مش تبدأى عملها إلا لما أقولك، عيزاكى تخرجى من
- كابينة عرض الأفلام وتقومى من على الكرسى وسط المشاهدين وتروحى للفيلم ده فى
- الباحثة :** نهايته بعد ما كل حاجة أصبحت تمام وعيزاكى بعدها تعرضى الفيلم ده بالمقلوب
- الحالة :** يعنى من النهاية إلى البداية، تقدرى تعملى الحكاية دى؟
- الباحثة :** أحاول

ممكن تبدأى دلوقتى وتعرضيه بالمقلوب وممكن تخليه بالألوان لو حبيبتى ده، وكمان ممكن تقربى الصورة أو تبعيها عنك وممكن تغيرى فى درجة الإضاءة المهم إنك تتخيلى نفسك جواه وكأنك بتمرى بتجربة حقيقية ويا ريت تعملى ده بسرعة أوى يعنى

الحالة : فى حوالى ثانية ونص.

الباحثة : تنظر لأعلى يساراً VR (تتذكر صور) ثم تقول خلاص.

ممكن تقوليلى إحساسك إيه دلوقتى؟

مطمئنة مش خائفة، مش شايفة الصورة مرعبة أوى زى الأول.

يعنى مرعبة شوية؟

الحالة : تضحك وتقول مش أوى.

الباحثة : أنتى ممكن تكررى الحكاية دى تانى بس خليها المرة دى أسرع وأدخلى فى الفيلم من

الحالة : آخره بالضبط وشوفيه بسرعة جداً.

الباحثة : تستمر فى الضحك وتومئ برأسها.

الحالة : يا ترى أياه الأخبار؟

الباحثة : كله تمام.

يعنى مرتاحة أكثر

الحالة : الغريبة إنى فعلاً مرتاحة أوى.

الباحثة : كويس أوى إحنا تقريباً خلصنا بس فى حاجة أخيرة حأطلبها منك، عيزاكى تغمضى

الحالة : عينك وترجعى تقعدى فى صالة العرض وتبصى على الشاشة عشان تشوفى نفسك

الباحثة : الأصغر.

الحالة : ترجع إلى الخلف ثم تغلق عينها وتقول خلاص.

الباحثة : أنا عيزاكى تعملى حاجة مهمة جداً عيزاكى تشكرى نفسك الأصغر سناً على إنها مرت

بالتجربة دى بالنيابة عنك ولآخر مرة بالشكل ده، أشكرها بجد وأكديها إنها بالفعل

مرت بالتجربة دى، ممكن تكون نفسك الأصغر سناً كانت محتاجة تعرف حاجات

الحالة : معينة مثلاً ممكن تكون كانت محتاجة تعرف إنها فى أمان وأن ما فيش أى أذى

الباحثة : حيحصل لها وإن الناس دى عملت معاها كده عشان خائفة عليها من الأمراض وأن

التطعيم ده شئ ضرورى جداً وأنه بيحميها مش بيضرها..، وأنتى تقدرى تأكديها ده

لأنك من مستقبليها. أكدي لنفسك الأصغر سناً وإلى أصبحت إنتى دلوقتى إنك كويسة

وفى أمان وعلى قيد الحياة وإنك قدرتى تشوفى الأمور بشكل مختلف، ولما تشوفى من نظرة عينيها إنها مقتنعة ومصدقة عيزاكى فى اللحظة دى تمدى أيدك (سواء بالفعل أو فى خيالك) وتأخديها من الشاشة وتأخديها جواكى وتخليها تكبر لأن نفسك الأصغر جزء منك.

تضع رأسها على المنضدة لمدة خمس دقائق وبعدها تقول: خلاص. دلوقتى عيزاكى تحاولى تتخيلى أى موقف من المواقف إلى كانت بتخوفك وبتسببلك قلق وتوتر، حاولى تتخيلى الموقف ده بكل ما فيه من صور وأحاسيس وصوت وقوليلى إيه إحساسك؟

الحالة : حاسة إنى شايفة الموقف بصورة مختلفة وفعالاً إحساسى أحسن كثير .
الباحثة : يعنى فعالاً حتقدرى إنك تخذى حقنة العلاج إلى كتبها الدكتور ليكى .
 تنظر لأسفل الحقيقة أنا ما بأنتش رافضة الرفض الفظيع بتاع الأول بس مش عارفة حاقدر على نفسى ولا لأ، بس أنا شايفة إنى مش حاكون زى الأول.

الحالة :

الباحثة :

الحالة :

ملحق رقم (٨)

المقابلة الشخصية

إعداد الباحثة

الاسم:.....

السن:.....

النوع:.....

- صف حالة الخوف التي تعاني منها بالتفصيل. وماهى الأشياء/ المواقف التي تسبب لك الخوف وكيف تشعر بهذا الخوف؟.....
- منذ متى وأنت تعاني من هذه المشكلة؟.....
- هل مررت بهذه المشكلة خلال الأسابيع الثلاثة الماضية؟.....
- ما هو معدل تكرار شعورك بالخوف والتوتر، فى المتوسط؟.....
- هل أتخذت أى إجراءات للتغلب على الخوف؟.....
- ولو كنت أتخذت أى إجراءات ، صف ما قمت به (أذكر أى علاج أو دواء).....
- هل مررت عليك أوقات لم يمثل لك الخوف الذى تعاني منه مشكلة؟.....
- صف هذه المواقف.....

ملحق رقم (٩)

نموذج استبيان التقرير الشخصي

إعداد الباحثة

الاسم:.....

التاريخ:.....

- كم مرة شعرت بالتوتر وعدم الاستقرار نتيجة الخوف قبل هذه الدراسة؟
(أبداً - قليل جداً - قليل - بعض الشيء - كثير - كثير جداً - رهيب).
- ما مدى توترك وعدم راحتك الذى تشعر به نتيجة مخاوفك حالياً؟
(أبداً - قليل جداً - قليل - بعض الشيء - كثير - كثير جداً - رهيب).
- هل قابلت الشيء / الموقف الذى يسبب لك المخاوف خلال الأسبوع الماضى؟ (نعم _ لا) وإن كنت قابلته، صف الموقف ورد فعلك تجاهه.....
.....
- لو قابلت الشيء / الموقف الذى يسبب لك المخاوف خلال الأسبوع القادم، هل تتوقع أن تشعر
(ضع علامة على الشعور المناسب:
(أقل بكثير - أقل - نفس الشعور - أكثر - أكثر بكثير).
- على وجه العموم أشعر بأن الجلسات مع المعالج.....
.....
- يرجى استخدام السطور الآتية لذكر أى تعليقات / ملاحظات / مشاعر إضافية عن تجربتك
خلال أو بعد اللقاء مع المعالج.....
.....

ملحق رقم (١٠)

SCL-90-R

ورقة الأسئلة

الإسم	الجنس	التعليم
الحالة الاجتماعية	العمر	التاريخ

التعليمات

فيما يلي قائمة بالمشاكل والشكاوى التي قد يعاني منها عامة الناس. اقرأ كل عبارة بدقة. وبعد التأكد من درجة انطباق العبارة عليك أرجو أن تضع دائرة حول أحد الأرقام الموجودة إلى يسار السؤال والتي تصف معاناتك أحسن وصف ، أى إلى أى مدى تنطبق عليك هذه المشكلة خلال الأسبوع الماضى حتى اليوم. ضع دائرة واحدة فقط على أحد الأرقام بعد كل مشكلة مع عدم اغفال الإجابة عن أى عبارة. وإذا غيرت رأيك فى الاستجابة ، امسح الدائرة الأولى تماماً وضعها حول الرقم المناسب. اقرأ المثال الآتى قبل أن تبدأ.

مثال	مطلقاً	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
ما مقدار معاناتك من الأعراض الآتية :					
١- الشعور بالألام فى أسفل الظهر	صفر	١	٢	٣	٤

ما مقدار معاناتك من الأعراض الآتية	مطلقاً	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً
١- الصداع.....	صفر	١	٢	٣	٤
٢- سرعة الانفعال أو الاضطراب الداخلى.....	صفر	١	٢	٣	٤
٣- وجود أفكار أو خواطر أو ألفاظ غير مرغوب فيها لا تفارق بالك..	صفر	١	٢	٣	٤
٤- الشعور بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة.....	صفر	١	٢	٣	٤
٥- فقدان الاهتمام الجنسى أو اللذة الجنسية.....	صفر	١	٢	٣	٤
٦- الشعور بالحساسية تجاه الآخرين.....	صفر	١	٢	٣	٤
٧- الاعتقاد بأن شخصاً ما يستطيع السيطرة على أفكارك.....	صفر	١	٢	٣	٤
٨- إلقاء اللوم على الآخرين فى معظم متاعبك.....	صفر	١	٢	٣	٤
٩- الصعوبة فى تذكر الأشياء.....	صفر	١	٢	٣	٤
١٠- الانشغال الزائد فيما يتعلق بالقذارة والإهمال.....	صفر	١	٢	٣	٤

إلى الصفحة التالية

ملاحظة	تأريخاً	أجانباً	كثيراً	قليلاً	ما مقدار معاناتك من الأعراض الآتية
صفر	١	٢	٣	٤	١١- الشعور بسرعة المضايقة والاستثارة.....
صفر	١	٢	٣	٤	١٢- الإحساس بآلام في القلب أو الصدر.....
صفر	١	٢	٣	٤	١٣- الشعور بالخوف في الأماكن المفتوحة أو الشوارع.....
صفر	١	٢	٣	٤	١٤- الشعور بالخمول أو قلة النشاط.....
صفر	١	٢	٣	٤	١٥- التفكير في إنهاء حياتك.....
صفر	١	٢	٣	٤	١٦- سماع أصوات لا يسمعونها الآخرون.....
صفر	١	٢	٣	٤	١٧- رعشة بالجسم.....
صفر	١	٢	٣	٤	١٨- الشعور بعدم الثقة في معظم الناس.....
صفر	١	٢	٣	٤	١٩- ضعف الشهية للطعام.....
صفر	١	٢	٣	٤	٢٠- اليكأ بسهولة.....
صفر	١	٢	٣	٤	٢١- الشعور بالخجل أو الاضطراب مع الجنس الآخر.....
صفر	١	٢	٣	٤	٢٢- الشعور بأنك محبوبوس أو مقيد الحركة.....
صفر	١	٢	٣	٤	٢٣- رعب مفاجئ بدون سبب.....
صفر	١	٢	٣	٤	٢٤- ثورات مزاجية لا يمكنك السيطرة عليها.....
صفر	١	٢	٣	٤	٢٥- الشعور بالخوف من أن تخرج من المنزل بمفردك.....
صفر	١	٢	٣	٤	٢٦- لوم نفسك على الأحداث التي تمر بك.....
صفر	١	٢	٣	٤	٢٧- الإحساس بآلام أسفل الظهر.....
صفر	١	٢	٣	٤	٢٨- عدم القدرة على إتمام أعمالك.....
صفر	١	٢	٣	٤	٢٩- الإحساس بالوحدة.....
صفر	١	٢	٣	٤	٣٠- الإحساس بالانقباض.....
صفر	١	٢	٣	٤	٣١- القلق على الأشياء بصورة مبالغ فيها.....
صفر	١	٢	٣	٤	٣٢- الشعور بعدم الاهتمام بما حولك.....
صفر	١	٢	٣	٤	٣٣- الشعور بالخوف.....
صفر	١	٢	٣	٤	٣٤- الإحساس بأن مشاعرك يمكن أن تجرح بسهولة.....
صفر	١	٢	٣	٤	٣٥- الاعتقاد بأن الآخرين يطلعون على أفكارك الخاصة.....
صفر	١	٢	٣	٤	٣٦- الشعور بأن الآخرين لا يفهمونك أو لا يتعاطفون معك.....
صفر	١	٢	٣	٤	٣٧- الشعور بعدم صداقة الناس لك أو أنهم لا يحبونك.....
صفر	١	٢	٣	٤	٣٨- الاضطراب إلى أداء أعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من دقتها....
صفر	١	٢	٣	٤	٣٩- الإحساس بضربات القلب وزيادة سرعتها.....
صفر	١	٢	٣	٤	٤٠- الإحساس بالغثيان واضطراب المعدة.....

إلى الصفحة التالية

دائماً	كثيراً	أحياناً	نادراً	مطلقاً	ما مقدار معاناتك من الأعراض الآتية
٤	٣	٢	١	صفر	٤١ - الإحساس بأنك أقل من الآخرين (الشعور بالنقص).....
٤	٣	٢	١	صفر	٤٢ - الشعور بالألم في العضلات.....
٤	٣	٢	١	صفر	٤٣ - الشعور بأن الآخرين يراقبونك أو يتحدثون عنك.....
٤	٣	٢	١	صفر	٤٤ - صعوبة الاستغراق في النوم.....
٤	٣	٢	١	صفر	٤٥ - الاضطراب إلى إعادة التأكد من أفعالك (تعيد وتزيد).....
٤	٣	٢	١	صفر	٤٦ - صعوبة اتخاذ القرارات.....
٤	٣	٢	١	صفر	٤٧ - الشعور بالخوف عند السفر بالقطارات أو الأتوبيسات.....
٤	٣	٢	١	صفر	٤٨ - الصعوبة في التقاط أنفاسك.....
٤	٣	٢	١	صفر	٤٩ - الإحساس بنوبات من السخونة أو البرودة في جسمك.....
٤	٣	٢	١	صفر	٥٠ - الاضطراب إلى تجنب أشياء أو أفعال أو أماكن معينة لأنها تسبب لك الإحساس بالخوف
٤	٣	٢	١	صفر	٥١ - الإحساس بأن ذهنك خالي من الأفكار.....
٤	٣	٢	١	صفر	٥٢ - تتميل أو شكشكة في أجزاء من جسمك.....
٤	٣	٢	١	صفر	٥٣ - الإحساس بأن شيئاً يقف في زورك (يسد زورك).....
٤	٣	٢	١	صفر	٥٤ - الإحساس باليأس من المستقبل.....
٤	٣	٢	١	صفر	٥٥ - صعوبة في التركيز.....
٤	٣	٢	١	صفر	٥٦ - الشعور بضعف في أجزاء من جسمك.....
٤	٣	٢	١	صفر	٥٧ - الشعور بالتوتر أو أنك مشدود داخلياً.....
٤	٣	٢	١	صفر	٥٨ - الشعور بقل في ذراعيك أو رجليك.....
٤	٣	٢	١	صفر	٥٩ - التفكير في الموت.....
٤	٣	٢	١	صفر	٦٠ - الإفراط في تناول الطعام.....
٤	٣	٢	١	صفر	٦١ - الشعور بالاضطرابات والضيق عندما يتحدث الناس عنك أو يراقبونك..
٤	٣	٢	١	صفر	٦٢ - الشعور بأن أفكارك ليست من صنعك.....
٤	٣	٢	١	صفر	٦٣ - الإحساس بدافع ملح لأن تضرب أو تجرح أو تؤذي شخص معين
٤	٣	٢	١	صفر	٦٤ - الاستيقاظ من النوم في الساعات المبكرة من الصباح.....
٤	٣	٢	١	صفر	٦٥ - الاضطراب إلى تكرار نفس الأفعال كاللمس والعد والغسيل.....
٤	٣	٢	١	صفر	٦٦ - نوم مضطرب أو غير مريح.....
٤	٣	٢	١	صفر	٦٧ - الشعور بدافع ملح لتكسير أو تخريب الأشياء.....
٤	٣	٢	١	صفر	٦٨ - وجود أفكار أو معتقدات لديك لا يشاركك فيها الآخرون.....
٤	٣	٢	١	صفر	٦٩ - الإحساس بالخجل والهيبة في وجود الآخرين.....
٤	٣	٢	١	صفر	٧٠ - الشعور بضيق في الأماكن المزدحمة كالسواق والسينما.....

إلى الصفحة التالية

مطلقاً	نادراً	أحياناً	كثيراً	دائماً	ما مقدار معاناتك من الأعراض الآتية
صفر	١	٢	٣	٤	٧١- الشعور بأن كل شيء عناء في عناء (الدنيا تعب في تعب).....
صفر	١	٢	٣	٤	٧٢- نوبات من الفزع أو الذعر بدون سبب معقول.....
صفر	١	٢	٣	٤	٧٣- الإحساس بالضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام.....
صفر	١	٢	٣	٤	٧٤- الدخول في كثير من الجدل والمناقشات.....
صفر	١	٢	٣	٤	٧٥- الشعور بالتوتر عندما تكون بمفردك.....
صفر	١	٢	٣	٤	٧٦- الشعور بأن الآخرين لا يعطونك ما تستحق من ثناء وتقدير على أعمالك وإنجازاتك.....
صفر	١	٢	٣	٤	٧٧- الشعور بالوحدة حتى في وجود الآخرين.....
صفر	١	٢	٣	٤	٧٨- الشعور بعدم الاستقرار لدرجة لا تمكنك من الجلوس هادئاً في مكان.....
صفر	١	٢	٣	٤	٧٩- الشعور بأنك عديم الأهمية.....
صفر	١	٢	٣	٤	٨٠- الشعور بأن الأشياء المألوفة تبدو غريبة أو غير حقيقية.....
صفر	١	٢	٣	٤	٨١- نوبات من الصراخ وقذف الأشياء.....
صفر	١	٢	٣	٤	٨٢- الشعور بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة.....
صفر	١	٢	٣	٤	٨٣- الإحساس بأن الناس سوف يأخذون فرصتك لو مكنتهم من ذلك....
صفر	١	٢	٣	٤	٨٤- أفكار عن الجنس تسبب لك اضطراباً شديداً.....
صفر	١	٢	٣	٤	٨٥- أفكار تسيطر عليك بأنك لا بد وأن تعاقب على ذنوبك.....
صفر	١	٢	٣	٤	٨٦- الاعتقاد بأنك مدفوع لعمل أشياء معينة.....
صفر	١	٢	٣	٤	٨٧- الاعتقاد بأن هناك شيئاً خطيراً قد حل بجسمك.....
صفر	١	٢	٣	٤	٨٨- عدم الشعور بأنك قريب من أي إنسان آخر.....
صفر	١	٢	٣	٤	٨٩- الشعور بالذنب.....
صفر	١	٢	٣	٤	٩٠- الاعتقاد بأن هناك تغييراً غريباً قد طرأ على أفكارك.....

ملحق رقم (١١)

قائمة مسح المخاوف

وضع

جوزيف وئبه ، بيتر لانج

اعداد

أحمد محمد عبد الخالق

الاسم :

المهنة :

الجنس (ذكر/انثى) :

العمر :

فيما يلي قائمة لبعض المواقف أو الخبرات والاشياء التي يمكن أن تسبب الخوف أو غيره من الاحاسيس غير السارة المتصلة به . اقرأ كل فقرة وقرر الى أى حد تسبب لك الضيق ، ثم ضع دائرة حول الرقم المناسب تبعا للمقياس التالي :

صفر	لا مطلقا
١	قليلا
٢	متوسط
٣	كثيرا
٤	كثيرا جدا

فاذا كانت مزاولتك لرياضة التجديف مثلا لا تحدث لديك شعورا بالخوف ضع دائرة حول (صفر) تحت العمود (لا مطلقا) ، أما اذا شعرت بخوف قليل فضع دائرة حول (١) تحت العمود (قليلا) ، واذا أحسست بأن خوفك يزيد على ذلك قليلا فضع الدائرة حول (٢) تحت العمود (متوسط) . أما الدرجة (٣) أو (كثيرا) فتشير الى ما يزيد على ذلك ، على حين تدل (٤) أو (كثيرا جدا) على أعلى درجة .

تذكر أن تضع الدائرة في مكان واحد فقط أمام كل فقرة ، أجب عن كل الفقرات ، ونرجو أن تجيب بسرعة وألا تقتضى وقتا طويلا في التفكير في عبارة واحدة .

لا مطلقا	تلييلا	متوسط	كثيرا	كثيرا جدا	
١	٢	٣	٤	٤	١ - الضوضاء الناتجة عن آلات تنظيف السجاد
١	٢	٣	٤	٤	٢ - الجروح المفتوحة
١	٢	٣	٤	٤	٣ - الوحدة
١	٢	٣	٤	٤	٤ - الأصوات المرتفعة
١	٢	٣	٤	٤	٥ - الموتى
١	٢	٣	٤	٤	٦ - التحدث أمام الجمهور
١	٢	٣	٤	٤	٧ - عبور الشوارع
١	٢	٣	٤	٤	٨ - الأشخاص الذين يبدو عليهم الجنون
١	٢	٣	٤	٤	٩ - وجودك في مكان غريب
١	٢	٣	٤	٤	١٠ - السقوط (الوقوع)
١	٢	٣	٤	٤	١١ - السيارات
١	٢	٣	٤	٤	١٢ - أن يغيبك أحد الأشخاص
١	٢	٣	٤	٤	١٣ - اطباء الأسنان
١	٢	٣	٤	٤	١٤ - للرعد
١	٢	٣	٤	٤	١٥ - صفارات الانذار أو صفارات السيارات (الكلاكس العالي)
١	٢	٣	٤	٤	١٦ - النشل
١	٢	٣	٤	٤	١٧ - دخول حجرة يجلس فيها أشخاص آخرون
١	٢	٣	٤	٤	١٨ - الأماكن المرتفعة عن الأرض
١	٢	٣	٤	٤	١٩ - أن تظل من مبنى المرتفعة
١	٢	٣	٤	٤	٢٠ - انديدان
١	٢	٣	٤	٤	٢١ - تكائنات الخيئية (كالاشباح والنعفاريات)
١	٢	٣	٤	٤	٢٢ - أن تأخذ حثنة (بيرة)
١	٢	٣	٤	٤	٢٣ - الأشخاص الغرباء (الاجانب)
١	٢	٣	٤	٤	٢٤ - الخفافيش
١	٢	٣	٤	٤	٢٥ - رحلة بالقطار
١	٢	٣	٤	٤	٢٦ - لشعور بالغضب
١	٢	٣	٤	٤	٢٧ - الأشخاص في مركز السلطة
١	٢	٣	٤	٤	٢٨ - الحشرات الطائرة
١	٢	٣	٤	٤	٢٩ - رؤية شخص يأخذ حثنة
١	٢	٣	٤	٤	٣٠ - الضوضاء المفاجئة
١	٢	٣	٤	٤	٣١ - رحلة بالسيارة
١	٢	٣	٤	٤	٣٢ - الطقوس (الجو) - ردىء
١	٢	٣	٤	٤	٣٣ - الزحام
١	٢	٣	٤	٤	٣٤ - انتطط
١	٢	٣	٤	٤	٣٥ - شخص يستخدم قوته لايداء الضعفاء
١	٢	٣	٤	٤	٣٦ - أشخاص تبدو عليهم التمسوة

لا مطلقا	قليلا	متوسط	كثيرا	كثيرا جدا	
١	٢	٣	٤	٤	٣٧ - الطيور
١	٢	٣	٤	٤	٣٨ - منظر المياه العميقة
١	٢	٣	٤	٤	٣٩ - أن يراقبك أحد أثناء عملك
١	٢	٣	٤	٤	٤٠ - الحيوانات الميتة
١	٢	٣	٤	٤	٤١ - الأسلحة
١	٢	٣	٤	٤	٤٢ - القذارة
١	٢	٣	٤	٤	٤٣ - رحلة بالأتوبيس
١	٢	٣	٤	٤	٤٤ - للحشرات الزاحفة
١	٢	٣	٤	٤	٤٥ - أن ترى مشاجرة (خناقة)
١	٢	٣	٤	٤	٤٦ - أشخاص منظرهم قبيح
١	٢	٣	٤	٤	٤٧ - النار
١	٢	٣	٤	٤	٤٨ - المرضى
١	٢	٣	٤	٤	٤٩ - التعرض للنتد
١	٢	٣	٤	٤	٥٠ - الأشكال القريبة (غير المألوفة)
١	٢	٣	٤	٤	٥١ - أن يلمسك الآخرون
١	٢	٣	٤	٤	٥٢ - أن تكون داخل مصعد (أسانسير)
١	٢	٣	٤	٤	٥٣ - مساعدة عملية جراحية
١	٢	٣	٤	٤	٥٤ - الأشخاص انغاضبون
١	٢	٣	٤	٤	٥٥ - الجرذان أو الفئران
١	٢	٣	٤	٤	٥٦ - دم الإنسان
١	٢	٣	٤	٤	٥٧ - دم الحيوان
١	٢	٣	٤	٤	٥٨ - رحيل الأصدقاء أو الانقراض عنهم
١	٢	٣	٤	٤	٥٩ - الأماكن المغلقة
١	٢	٣	٤	٤	٦٠ - أن تتوقع عملية جراحية
١	٢	٣	٤	٤	٦١ - الشعور باهمال الآخرين لك
١	٢	٣	٤	٤	٦٢ - رحلة بالطائرة
١	٢	٣	٤	٤	٦٣ - راحة الدواء
١	٢	٣	٤	٤	٦٤ - الشعور بعدم تقبل الآخرين لك
١	٢	٣	٤	٤	٦٥ - انشعابين غير الضارة
١	٢	٣	٤	٤	٦٦ - المتأير (المدائن)
١	٢	٣	٤	٤	٦٧ - أن يتجاهلك الآخرون
١	٢	٣	٤	٤	٦٨ - الغلام
١	٢	٣	٤	٤	٦٩ - مرعة ضربات القاب واضطرابها
١	٢	٣	٤	٤	٧٠ - الرجال العرايا
١	٢	٣	٤	٤	٧١ - النساء العاريات
١	٢	٣	٤	٤	٧٢ - البرق

لا مطلقا	قليلًا	متوسط كثيرا	كثيرا	كثيرا جدا	
٤	٣	٢	١	صفر	٧٣ - الأطباء
٤	٣	٢	١	صفر	٧٤ - الشخص الكسيف أو المشوه .
٤	٣	٢	١	صفر	٧٥ - أن تصدر عنك غلطة
٤	٣	٢	١	صفر	٧٦ - أن تبدو غيبيا
٤	٣	٢	١	صفر	٧٧ - أن تفقد السيطرة على نفسك .
٤	٣	٢	١	صفر	٧٨ - الاغماء
٤	٣	٢	١	صفر	٧٩ - أن تصاب بالغثيان (غممان النفس)
٤	٣	٢	١	صفر	٨٠ - العنكبوت غير الضار
٤	٣	٢	١	صفر	٨١ - أن تكون مسئولًا عن اتخاذ لقرارات
٤	٣	٢	١	صفر	٨٢ - منظر السكاكين أو الأشياء الحادة
٤	٣	٢	١	صفر	٨٣ - التفكير في أن تكون مريضًا عقليًا
٤	٣	٢	١	صفر	٨٤ - الاجابة عن الاختبارات التحريرية
٤	٣	٢	١	صفر	٨٥ - أن توجد مع شخص من الجنس الأخر
٤	٣	٢	١	صفر	٨٦ - الأماكن الطيقة الواسعة
٤	٣	٢	١	صفر	٨٧ - الكلاب
٤	٣	٢	١	صفر	٨٨ - الجراثيم
٤	٣	٢	١	صفر	٨٩ - أن يشاهدك أحد عاريا
٤	٣	٢	١	صفر	٩٠ - تناول دواء
٤	٣	٢	١	صفر	٩١ - أن تثار جنسيا
٤	٣	٢	١	صفر	٩٢ - أن يعاقبك الله
٤	٣	٢	١	صفر	٩٣ - التفكير في احتمال أن تكون شاذًا جنسيا
٤	٣	٢	١	صفر	٩٤ - ارتداء ملابس لا تليق بالمناسبة
٤	٣	٢	١	صفر	٩٥ - الوزراء أو رجال الدين
٤	٣	٢	١	صفر	٩٦ - جرح شعور الآخرين
٤	٣	٢	١	صفر	٩٧ - التقبيل
٤	٣	٢	١	صفر	٩٨ - دافن الموتى (الحائزتى)
٤	٣	٢	١	صفر	٩٩ - البوليس
٤	٣	٢	١	صفر	١٠٠ - الأسماك
٤	٣	٢	١	صفر	١٠١ - الاستمنا (المادة السرية)
٤	٣	٢	١	صفر	١٠٢ - ترك المنزل (الرحيل)
٤	٣	٢	١	صفر	١٠٣ - الفحص الطبى
٤	٣	٢	١	صفر	١٠٤ - الزواج
٤	٣	٢	١	صفر	١٠٥ - مبيدات الحشرات
٤	٣	٢	١	صفر	١٠٦ - الفقيس
٤	٣	٢	١	صفر	١٠٧ - تحمل المسئولية
٤	٣	٢	١	صفر	١٠٨ - المستشفيات

ملحق رقم (١٢)

أختبار تيلور للقلق الصريح

الاسم : السن : التاريخ :

العبارات التي حترقها دلوقتي بتحصل لناس كثير زيك، والمطلوب منك أنك تشوف الحاجات دي بتحصل ليك أم لا، فإذا كانت بتحصل ليك ضع أمامها علامة (√) وإذا كانت محصلتش ليك ضع أمامها علامة (x). وده مش أمتحان لكن مطلوب منك أنك تحاول فهم نفسك كويس وتكتب وتجاوب على الحاجة إلى تدل على حقيقة نفسك وحاول فهم نفسك كويس وتكتب وتجاوب على الحاجة إلى تدل على حقيقة نفسك وحاول أنك تحط علامة (√) أو علامة (x) أمام كل عبارة.

الاجابة	العبارة	٢
	تومي قلقان ومتقلع	١٠
	انا غدى شوية مخاوف اكثر من اصحابى	٢
	كان يمر على أيام مايجليش نوم ابدا بسبب الهم	٣
	افتكر انا مش عصبى اكثر من الناس التانيين	٤
	قليل قوى لما يحصل لى كابوس وانا نايم	٥
	كثير قوى يحصل غدى تعب فى المعدة (يعنى بطنى تمنص عليه)	٦
	كثير الاحظ ان ايدى بترتعش لما آجى اعمل حاجة	٧
	بيحصل لى اسهال كثير	٨
	انا بيحصل لى كثير ان نفسى تغم على	٩
	مسألة القلوس والشغل بتسبب لى هم كثير	١٠
	انا غالبا اخاف احسن بيان على انى مكسوف	١١
	دايما اشعر اننى جـــــمان	١٢
	انا واثق فى نفسى لآخر درجة	١٣
	انا ما اتعشش بسرعة	١٤
	لما اضطر انى انتظر حاجة او احد ابقى عصبى ومتترفض	١٥
	ساعات ابقى مش على بعضى لدرجة الاقى نفسى مش قادر انام	١٦
	انا باستمرار هادى ومفشر اى حاجة تغضبني	١٧
	بتمر على ساعات ابقى قلقان بشكل فظيح لدرجة ما اقدر اش اقعده مدة طويلة على الكرسي	١٨
	انا سعيد له اياما فى كل وقت	١٩
	صعب قوى على انى انتبه كويس مدة عمل بعمله	٢٠
	تقريبا تلاقيني دايما شاعر انى قلقان على حاجة او شخص	٢١

الاجابة	المعبارة	٢
	لما الاقنى عركه او شكله او حاجة صعبة ابعده عنهم.....	٢٢
	نفسى ابقى سعيد زى الناس التانيين ، ما هم باين عليهم السعادة	٢٣
	فى الغالب الاقنى نفسى عندى مشغولية على حاجة كده	٢٤
	بعض الاحياس احسس انى واحد مالوش فايدة	٢٥
	ساعات احسن انى قربت افرقع وأطق ومتنرفز ورهقان	٢٦
	اعرق كثير بسهولة ايام البرد	٢٧
	المعيشة بالنسبة لى دايمتا تعب ومضايقة	٢٨
	انا مشعول دايمتا وخايف يحصل لى حاجة وحشة او سوء حظ	٢٩
	ساعات كثير احسن بان قلبى بيدق وصد رى طابق على	٣٠
	انا فى العادة اخجل من نفسى وانكسف	٣١
	اعيط بسهولة	٣٢
	ساعات اخاف من حاجات او من ناس اعرف انها مش ممكن تضرنى	٣٣
	بلاقى دايمتا انى حامل هم كل حاجة	٣٤
	ساعات كثيرة بيبجى لى صداع	٣٥
	ساعات ابقى مشغول ومهتم بشكل مش معقول على حاجات مكش لهما	٣٦
	أهمية فى الحقيقة	
	ما اقدرش اركز على وانتبه لحاجة واحدة بس	٣٧
	ساعات افكر انى ماليش فايدة ابدأ بالمره	٣٨
	سهل قوى انى ارتبك واتلخبط لما اعمل حاجة	٣٩
	انا شخص قوى جدا	٤٠
	ساعات لما ارتبك اعرق ودى حاجة بتضايقتى جدا	٤١
	انا ما انكسفش ابند	٤٢
	انا حساس اكثر من اغلب الناس التانيين	٤٣
	انا فعلا عمرى ما وشى احمر من الكسوف	٤٤
	كنت اشعر احيانا ان البلاوى والصعوبات بتتكوم وتتكوم لى رجلة	٤٥
	انى ما اقدرش انغلب عليها واخلص منها	
	انا لما اشتغل فى اى حاجة اشتغل وانا متضايق	٤٦
	ايدية ورجلية فى العادة دفيانين كفاية	٤٧
	انا غالبا احلم بحاجات الاحسن انى ما اقولش عليها لحد	٤٨
	انا ما عندى شقة فى نفسى	٤٩
	قليل لما يحصل لى حالات امساك تضايقتى	٥٠

ملحق رقم (١٣)

نموذج استبيان التقييم الشخصي كمرودود للعلاج

إعداد الباحثة

- بعد أن مررت بخبرة علاجية ما هو مستوى مخاوفك وقلقك المرتبط بالموقف الذى كنت تخاف منه:
(لا شئ - قليل جداً - قليل - بعض الشئ - كثير - كثير جداً - رهيب).
- هل شعرت بعد العلاج بالثقة بأنك تغلبت على قلقك ومخاوفك؟
لا إلى حد ما نعم
- هل خططت لمحاولة مواجهة المواقف التى تشعر فيها بالخوف؟
لا نعم
- فى حالة الرد بنعم، هل واجهت الموقف الذى تشعر فيه بالخوف عن عمد؟
نعم أذكر ما حدث
.....
.....
لا (ما الذى منعك من محاولة تنفيذ ما خططت له؟)
.....
.....
- هل واجهت الموقف الذى تشعر فيه بالخوف فى أى وقت منذ العلاج؟
نعم لا
- فى حالة الإجابة (بنعم) وكون الإجابة مختلفة عن إجابة السؤال السابق، يرجى وصف حالتك البدنية وأفكارك ومشاعرك.....
.....
.....
- *** يرجى استكمال البيانات الآتية بأكبر قدر ممكن من التفصيل:
.....
.....
.....
- ساعدنى العلاج الذى تلقينته على
.....
.....
- هل أدى العلاج إلى أى فوائد تتعدى ما يرتبط مباشرة بحالة الخوف التى تم علاجها؟.....

.....
.....
.....
• إذا وجدت نفسك فى أى وقت تعاني من مخاوف مختلفة، هل ستترغب فى تلقى نفس العلاج؟.....

.....
.....
• يرجى ذكر أى ملاحظات أخرى لديك.....

ملخص الدراسة باللغة العربية

مقدمة

إن الخوف يمثل ظاهرة وهو جزء لا يتجزأ من الطبيعة البشرية فنجد لدى الراشد والطفل والرجل والمرأة والقوى والضعيف فالخوف إنفعال يشعر به الإنسان فى بعض المواقف الخطرة والتي يصعب مواجهتها ويسلك فيها سلوكاً يبعده عادة عن مصدر الضرر.

ولكن الخوف المرضى هو خوف شديد غير منطقي ومفرط إلى درجة غير سوية، فالمخاوف المرضية من الاضطرابات التي تهدم كيان الفرد النفسى وسعادته وتجعله شخصاً آخر غريب عن الآخرين بل غريب عن نفسه، ومن هذه المخاوف أنواعاً كثيرة تضم بين جنباتها كل شئ وأى شئ، فكل ما فى الحياة هو موضوع للخوف المرضى، كما أن كل إنسان مهما كان مركزه ومكانته يمكن أن يكون عرضة لهذا النوع من المخاوف.

فالخوف المرضى يدمر فى الإنسان أسمى ما فيه كإحساسه بذاته وقدرته على الاستمتاع بحياته، ولكن على الرغم من ذلك فإن الخوف المرضى مثله مثل أى اضطراب نفسى يصيب الإنسان يمكن علاجه والتغلب عليه.

والبرمجة اللغوية العصبية منحى علاجى جديد تم تطويره حتى أصبح يضاهى غيره من العلاجات المختلفة، فالبرمجة اللغوية العصبية هى طريقة لتنظيم وفهم بناء الخبرة الشخصية، وقد أظهرت التجارب العلاجية للبرمجة اللغوية العصبية أنها تمثل تكنولوجيا مفيدة لتوليد التغيير.

وتهدف الدراسة الحالية إلى معرفة مدى فعالية البرمجة اللغوية العصبية فى علاج المخاوف المرضية ومدى فعاليتها فى تخفيف القلق والتوتر وعدم الراحة المصاحب لشعور الخوف.

فروض الدراسة:-

فى ضوء الإطار النظرى والدراسات السابقة، تم صياغة الفروض الآتية:-

- يؤدى العلاج بالبرمجة اللغوية العصبية إلى تخفيف وطأة الإحساس بعدم الراحة العام الذى تسببه المخاوف المرضية.

- تتراجع حدة الأعراض العامة وشدة القلق لدى المرضى باستخدام البرمجة اللغوية العصبية.

- تتراجع حدة المخاوف المرضية باستخدام فنيتى الربط والانفصال.

عينة الدراسة:-

تكونت عينة الدراسة من ست حالات ممن انطبقت عليهم معايير تشخيص الدليل الإحصائي الرابع للمخاوف المحددة كعينة مقصودة، تراوحت أعمارهم من ١٧ : ٣٠ عاماً بمتوسط عمري ٢١.٥ عاماً وتمثلت في (٥) إناث، (١) ذكر.

أدوات الدراسة:-

تكونت أدوات الدراسة من:-

- مقابلة شخصية.
 - نموذج استبيان التقرير الشخصي.
 - قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R).
 - قائمة مسح المخاوف (FSS).
 - مقياس القلق الصريح (MAS).
 - نموذج استبيان التقييم الشخصي كمردود للعلاج.
 - استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية والتي تتضمن:-
- (أ) جمع واستخراج المعلومات في ضوء مهارات التجاوب والتناغم اللفظي وغير اللفظي مع الحالة، وتحديد المشكلة، وتحديد أنظمة التمثل الذهني الأساسية.
- (ب) فنية الربط.
- (ج) فنية الانفصال.
- (د) التغيير في الأنظمة التمثيلية الذهنية لتغيير شكل الخبرة الذاتية المرتبطة بالمخاوف.

نتائج الدراسة:-

وقد أشارت النتائج إلى حدوث تغييرات كبيرة في استجابات الحالات في كل الإجراءات من قبل العلاج إلى بعد العلاج إلى المتابعة فقد شعر أفراد العينة بعد العلاج بانخفاض مستوى عدم الراحة والتوتر المرتبط بالمخاوف وقد استمر هذا الشعور في الزيادة حتى مرحلة المتابعة. كذلك لاحظنا انخفاض ملحوظ للأعراض العامة وفقاً لمؤشرى الشدة العام (GSI) والأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) كمؤشرين على مدى وشدة القلق المدرك لدى جميع أفراد العينة وذلك في مرحلة بعد العلاج وفي المتابعة. وكذلك لاحظنا انخفاض درجات الخوف العام بمرور الوقت لدى أفراد العينة من خلال نتائج اختبار مسح المخاوف حيث انخفضت درجة الخوف العام لدى الأفراد بدرجة ملحوظة في مرحلة بعد العلاج والمتابعة.

وكذلك أظهرت النتائج انخفاض نسبة القلق لدى أفراد العينة فى مرحلة بعد العلاج والمتابعة وذلك من خلال استجاباتهم على اختبار القلق الصريح.

وفى ضوء النتائج السابقة ومن خلال استجابات الحالات على نماذج استبيانات التقرير الشخصى ونموذج استبيان التقييم الشخصى كمردود للعلاج يتضح لنا شعور أفراد العينة بتحسن كبير بعد تعرضهم لتلك الخبرة العلاجية مما يشير إلى فعالية استخدام استراتيجيات وفنيات البرمجة اللغوية العصبية فى علاج المخاوف المرضية وخاصة فنيتى الربط والانفصال وما يصاحبهم من تغيير فى الأنظمة التمثيلية الذهنية الفرعية من اجل تغيير الصورة الذهنية المرتبطة بتذكر المواقف والخبرات الباعثة للخوف.

ملخص الدراسة باللغة العربية

إن الخوف يمثل ظاهرة وهو جزء لا يتجزأ من الطبيعة البشرية فنجدته لدى الراشد والطفل والرجل والمرأة والقوى والضعيف فالخوف إنفعال يشعر به الإنسان فى بعض المواقف الخطرة والتي يصعب مواجهتها ويسلك فيها سلوكاً يبعده عادة عن مصدر الضرر.

ولكن الخوف المرضى هو خوف شديد غير منطقي ومفرط إلى درجة غير سوية، فالمخاوف المرضية من الاضطرابات التي تهدم كيان الفرد النفسى وسعادته وتجعله شخصاً آخر غريب عن الآخرين بل غريب عن نفسه، ومن هذه المخاوف أنواعاً كثيرة تضم بين جنباتها كل شئ وأى شئ، فكل ما فى الحياة هو موضوع للخوف المرضى، كما أن كل إنسان مهما كان مركزه ومكانته يمكن أن يكون عرضة لهذا النوع من المخاوف.

فالخوف المرضى يدمر فى الإنسان أسمى ما فيه كإحساسه بذاته وقدرته على الاستمتاع بحياته، ولكن على الرغم من ذلك فإن الخوف المرضى مثله مثل أى اضطراب نفسى يصيب الإنسان يمكن علاجه والتغلب عليه.

والبرمجة اللغوية العصبية منحنى علاجى جديد تم تطويره حتى أصبح يضاهى غيره من العلاجات المختلفة، فالبرمجة اللغوية العصبية هى طريقة لتنظيم وفهم بناء الخبرة الشخصية، وقد أظهرت التجارب العلاجية للبرمجة اللغوية العصبية أنها تمثل تكنولوجيا مفيدة لتوليد التغيير.

وتهدف الدراسة الحالية إلى معرفة مدى فعالية البرمجة اللغوية العصبية فى علاج المخاوف المرضية ومدى فعاليتها فى تخفيف القلق والتوتر وعدم الراحة المصاحب لشعور الخوف.

فروض الدراسة:-

- فى ضوء الإطار النظرى والدراسات السابقة، تم صياغة الفروض الآتية:-
- يؤدى العلاج بالبرمجة اللغوية العصبية إلى تخفيف وطأة الإحساس بعدم الراحة العام الذى تسببه المخاوف المرضية.
- تتراجع حدة الأعراض العامة وشدة القلق لدى المرضى باستخدام البرمجة اللغوية العصبية.
- تتراجع حدة المخاوف المرضية باستخدام فنيى الربط والانفصال.

عينة الدراسة:-

تكونت عينة الدراسة من ست حالات ممن انطبقت عليهم معايير تشخيص الدليل الإحصائى الرابع للمخاوف المحددة كعينة مقصودة، تراوحت أعمارهم من ١٧ : ٣٠ عاماً بمتوسط عمرى ٢١.٥ عاماً وتمثلت فى (٥) إناث، (١) ذكر.

أدوات الدراسة:-

- تكونت أدوات الدراسة من:-
- مقابلة شخصية.
- نموذج استبيان التقرير الشخصى.
- قائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R).
- قائمة مسح المخاوف (FSS).
- مقياس القلق الصريح (MAS).
- نموذج استبيان التقييم الشخصى كمردود للعلاج.
- استراتيجيات البرمجة اللغوية العصبية والتى تتضمن:-
- أ) جمع واستخراج المعلومات فى ضوء مهارات التجاوب والتناغم اللفظى وغير اللفظى مع الحالة، وتحديد المشكلة، وتحديد أنظمة التمثل الذهنى الأساسية.
- ب) فنية الربط.

ج) فنية الانفصال.

د) التغيير فى الأنظمة التمثيلية الذهنية لتغيير شكل الخبرة الذاتية المرتبطة بالمخاوف.

نتائج الدراسة:-

وقد أشارت النتائج إلى حدوث تغييرات كبيرة فى استجابات الحالات فى كل الإجراءات من قبل العلاج إلى بعد العلاج إلى المتابعة فقد شعر أفراد العينة بعد العلاج بانخفاض مستوى عدم الراحة والتوتر المرتبط بالمخاوف وقد استمر هذا الشعور فى الزيادة حتى مرحلة المتابعة.

كذلك لاحظنا انخفاض ملحوظ للأعراض العامة وفقاً لمؤشرى الشدة العام (GSI) والأعراض الإيجابية المنذرة بالخطر (PSDI) كمؤشرين على مدى وشدة القلق المدرك لدى جميع أفراد العينة وذلك فى مرحلة بعد العلاج وفى المتابعة.

وكذلك لاحظنا انخفاض درجات الخوف العام بمرور الوقت لدى أفراد العينة من خلال نتائج اختبار مسح المخاوف حيث انخفضت درجة الخوف العام لدى الأفراد بدرجة ملحوظة فى مرحلة بعد العلاج والمتابعة.

وكذلك أظهرت النتائج انخفاض نسبة القلق لدى أفراد العينة فى مرحلة بعد العلاج والمتابعة وذلك من خلال استجاباتهم على اختبار القلق الصريح.

وفى ضوء النتائج السابقة ومن خلال استجابات الحالات على نماذج استبيانات التقرير الشخصى ونموذج استبيان التقييم الشخصى كمردود للعلاج يتضح لنا شعور أفراد العينة بتحسن كبير بعد تعرضهم لتلك الخبرة العلاجية مما يشير إلى فعالية استخدام استراتيجيات وفنيات البرمجة اللغوية العصبية فى علاج المخاوف المرضية وخاصة فنيتى الربط والانفصال وما يصاحبهم من تغيير فى الأنظمة التمثيلية الذهنية الفرعية من اجل تغيير الصورة الذهنية المرتبطة بتذكر المواقف والخبرات الباعثة للخوف.

ABSTRACT

A phobia is defined as an an, "exaggerated usually inexplicable and illogical fear of a particular object on class of objects. Marked anticipatory anxiety occurs if the individual is Confronted with " the feared object on class of objects.

There are over 250 systems of psycho therapy exist and new psycho therapies appear each year, some of which fail to gain the popularity necessary for survival while others thrive. Neuro-linguistic programming (NLP) is one relatively new therapeutic system which has grown rapidly in popularity. Neuro-linguistic programming was formulated by Richard Bandler and John Grinder with the good of: integrating macroscopic information about human behavior and experience available to each of us through our sensory experience with the unobservable microscopic information of the neuro-physiology of behavior and experience into a useful cybemetic model.

Since 1975, Neuro-linguistic programming theorists have advanced avariety of techniques for producing behavior change in clients. These techniques, afew of which are anchoring, reframing, change history, pacing, chaining, matching, and swishing, are taught in NLP training seminars and in books about NLP. The NLP phobia cure is

one technique that has received considerable emphasis and is frequently demonstrated in NLP training seminars.

In 1979 Bandler and Grinder stated that this technique was capable of eliminating a phobia, or a less intense fear, in less than one hour. Bandler and Grinder (1979) used a classical conditioning paradigm to explain the elimination of the fearful or phobic response. Both phobia cures require the client to confront, via imagery, the phobic stimulus. During this Confrontation, a more preferred response, such as Calmness, becomes paired with the fear-producing stimulus.

The phobia cure requires the client to alter the initial memory in a way that typically seems humorous or ridiculous. Specifically, the client is requested to remember the memory but to imagine the memory being replayed at high speed in reverse order.

Sample of the study:

Six subjects meeting the (DSM-4) criteria for simple phobia, with mean age 21.5 years old.

Tools of the study :

- Inter view.
- Self-report questionnaires.

- General Symptomology (SCL-90-R).
- Global fears (FSS-III).
- Taylor anxiety scale.
- Self-evaluation questionnaires.
- The strategies of (NLP) that involved on:-
 - a) Identify the primary representational systems.
 - b) Anchoring techniques.
 - c) Disassociation techniques.
 - d) Change the submodalities systems.

The result of study:

Subjects were evaluated at pretest, one-week posttest and eight-week follow-up.

The neuro linguistic programming was demonstrated to be effective in reducing phobias behavior, subjective distress, discomfort, anxiety and the intensity of a wide variety of symptoms.

The results of this study suggest that (NLP) techniques may be an important element of the therapeutic repertoire for the treatment of phobias.

ABSTRACT

Aim of the study:

This study represents the first experimental test of the effectiveness of neuro linguistic programming (NLP) techniques in ameliorating phobic behavior and attendant fear and discomfort.

Sample of the study:

Six subjects meeting the (DSM-4) criteria for simple phobia, with mean age 21.5 years old.

Tools of the study :

- Inter view.
- Self-report questionnaires.
- General Symptomology (SCL-90-R).
- Global fears (FSS-III).
- Taylor anxiety scale.
- Self-evaluation questionnaires.
- The strategies of (NLP) that involved on:-
 - e) Identify the primary representational systems.
 - f) Anchoring techniques.
 - g) Disassociation techniques.
 - h) Change the submodalities systems.
 - i)

The resuil of study:

Subjects were evaluated at pretest, one-week posttest and eight-week follow-up.

The neuro linguistic programming was demonstrated to be effective in reducing phobias behavior, subjective distress, discomfort, anxiety and the intensity of a wide variety of symptoms.

The results of this study suggest that (NLP) techniques may be an important element of the therapeutic repertoire for the treatment of phobias.

Zagazig University
Faculty of Arts
Psychology Department



The Extent of Effectiveness of Neuro-linguistic Programming In The Treatment of Phobias.

Thesis Submitted

By

Dina El-Prince Adel Abd-El-Rahman

In Fullfillment of The Requirment
For The ph.D.Degree in psychology

Supervised by

Prof. Dr.

Abd Allah El-Sayed Askar

Chairman of Department of psychology
Faculty of Arts
Zagazig University

2009

