

# التقنيات السلوكية المعرفية

## التقنيات السلوكية والمعرفية

نميز بين ثلاث مجموعات من أدوات العلاج النفسي بناءً على نوع التعلم المرتبط بالطرق المختلفة:

تقنيات التعرض في الخيال تعتمد أساسًا على التكييف الكلاسيكي، نميز بين تقنيات التعرض في الخيال والتقنيات المنفردة.

تقنيات التعرض في الواقع (in vivo) تعتمد أساسًا على التكييف الكلاسيكي وأيضًا على التكييف الفعال.

تقنيات تأكيد الذات، وحل المشكلات، وتعديل الأفكار الخاطئة تستند أساسًا إلى التعلم المعرفي.

## تقنيات التعرض

تُعتبر تقنيات التعرض في الخيال وفي الواقع (in vivo) كوسائل لتقليل الخوف والرهاب عن طريق إزالة التعلم المرتبط باستجابة أو أكثر مكتسبة. يتم اعتبار أن العميل تعلم الاستجابة بظهور علامات القلق لمواقف لا تثير القلق لدى معظم الأفراد في نفس العمر. المعالج سيعلم العميل استجابة مثبتة لعملية الخوف. هذه الاستجابة المثبتة ستساعده على مواجهة الموقف الذي أصبح مثيراً للقلق.

الاستجابة الأكثر شيوعًا المقترحة هي استجابة الاسترخاء التي تكون مضادة لاستجابة القلق. يُطلق على هذه العملية مبدأ التثبيت المتبادل من قبل وولبي " (1958): إذا كان يمكن لاستجابة مثبتة للقلق أن تحدث في وجود منبهات مثيرة للقلق، فإن هذه الاستجابة يمكن أن تضعف الروابط الموجودة بين هذه المنبهات والقلق".

## الاستجابة المضادة لتفاعل القلق

أكد العديد من الباحثين الذين درسوا دور الاسترخاء كاستجابة مضادة، القوة المثبتة للاسترخاء، لكنهم أظهروا أن حالات عاطفية أخرى للمريض يمكن أن تثبت القلق أيضًا. الاسترخاء البدني البسيط المرتبط بالتركيز على العنصر المتخيل يقلل بشكل كبير من ردود الفعل الخوف ويسمح بعلاج الأمراض القلقة عند الأطفال التي كانت صعبة العلاج عن طريق طريقة إزالة الحساسية باستخدام الاسترخاء.

غالبًا ما يتم استخدام إثارة عاطفة قوية، تقلل من شدة ردود الفعل القلقة، في علاج القلق عند الأطفال (وفي نفس الوقت يتم التحدث عن العنصر المثير للقلق، يذكر المعالج الهدف المرغوب فيه: الخوف من التواجد في طائرة يرتبط بالسباحة في شاطئ جميل من الماء الفيروزي الدافئ، وركوب الأمواج على الأمواج الجميلة، إلخ).

عوامل أخرى مرتبطة بفعالية العلاج بتقنيات التعرض للمواقف المثيرة للقلق

تشمل:

موقف المعالج: يلعب المعالج دورًا مهمًا من خلال قدرته على إدارة التقنية مما يساهم في طمأنة الطفل.

التعليمات المعطاة للمريض الصغير: تعليم المريض كيفية تطبيق التقنية وكيفية تأثيرها على ردود الفعل القلبية يعزز الامتثال للعلاج (Shirk وآخرون، 2008).

قدرة المريض على اعتبار الطريقة كوسيلة علاجية حقيقية: ليس فقط كدعم أو تشجيع أو عكازة. بعض الأطفال الذين لم يفهموا فائدة الطريقة يقولون: "ما الفائدة من التخيل إذا لم يكن حقيقيًا؟".  
تقديم العديد من الأمثلة للأطفال الذين عولجوا بنفس الطريقة للمريض الصغير: لطمأنته وجعله يتبنى الطريقة العلاجية. هناك حاجة للانتماء إلى مجموعة من الأطفال المجهولين الذين كانوا يعانون من مشكلة وتغلبوا عليها، وهذه الحاجة تكون بارزة بشكل خاص عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 11 عامًا. تعزز فترة ما قبل المراهقة الحاجة للانتماء، ولكن الشعور بالهوية الذاتية (معرفة الذات) يجعل الشاب أقل اعتمادًا على الآخر.

### طرق التعرض المختلفة المناسبة للمريض الصغير

هناك طرق مختلفة للتعرض تُستخدم وتُكيف للأطفال الصغار (4-8 سنوات). تستبدل هذه التكييفات العناصر المجردة للعلاج بعناصر ملموسة ومرئية ويمكن الوصول إليها على المستوى المعرفي للطفل. تتضمن تكييف التقنيات للمراهقين وعناصر معرفية لا يستطيع الطفل الصغير التعامل معها بسبب تفكيره الذي يعتمد أساسًا على العناصر الملموسة والتي لم يكتسب بعد المرونة المعرفية. سنوضح هذه التكييفات في وصف التقنيات

### التعرض في الخيال أو إزالة التحسس المنهجي

إزالة التحسس المنهجي (D S)، التي اقترحها وولبي (1975)، هي التقنية الأكثر شهرة. إنها طريقة يتم فيها وضع المريض في بيئة مناسبة لاستحضار المنبهات المثيرة للقلق في الخيال. يكون هذا الاستحضار تدريجيًا ويرتبط بمنبهات مثبتة للقلق. تُستخدم لدى الأطفال والبالغين. تتضمن عدة خطوات: تعلم تقنية الاسترخاء، تكوين تسلسل هرمي يشمل العناصر المختلفة لمصادر الخوف للمريض، وأخيرًا مرحلة تقديم كل عنصر في الخيال.

### الخطوة الأولى: تعلم الاسترخاء

تستخدم طريقة جاكوبسون (1980) المعدلة لإزالة التحسس المنهجي بواسطة وولبي (1975). يحتاج الطفل إلى حوالي عشر جلسات، مدة كل جلسة حوالي 20 دقيقة. الطفل الصغير قادر تمامًا على الاسترخاء بشرط عدم طلب إغلاق عينيه طوال الجلسة أو البقاء مستلقيًا بدون حركة. تُستخدم وسائل تقنية مختلفة لمساعدته على

الاسترخاء .على سبيل المثال، في تعلم التنفس البطني، يوضع على بطنه دمىة أو لعبة يجب عليه "أرجحتها" بحركة بطنه .يطلب منه التركيز على الدمىة أو اللعبة والانتباه إلى حركاتها الصعود والهبوط .لتقليل عمق التنفس الصدري، توضع نفس الأشياء على صدره ويطلب منه عدم تحريكها .يمكن للمعالج، بحضور أحد الوالدين، أن يظهر "التنفس الجيد" و"التنفس السيء" من خلال الاسترخاء بنفسه مستلقياً مع اللعبة على بطنه .لجعل الطفل يدرك شعور الثقل، يتصح بالضغط على ذراعيه أو ساقيه باتجاه كرسي الاسترخاء .لشعور الدفاء، يستخدم بعض المعالجين النفسيين قطعة قماش مبللة بالماء الدافئ لتدفئة يدي الطفل .تصوير الطفل أثناء تعلمه الاسترخاء والتعليق على الفيديو بحضور الوالدين يعتبر مفيداً جداً لممارسة الاسترخاء في المنزل .كلما كان الطفل أصغر سنًا، زادت حاجته إلى مرافقته أثناء الاسترخاء في المنزل .

يجب أن يفهم الوالدان والطفل أن الاسترخاء يقلل من مستوى التوتر ولكنه أيضًا يساهم في مكافحة الخوف أو الرهاب. الطفل الأكبر من 12 عامًا يمكنه عمومًا اتباع التعليمات دون الحاجة إلى التكيف معها بشكل مرح، لكنه غالبًا ما يحتاج إلى أن يُظهر المعالج الحركات المختلفة لطريقة الاسترخاء. يقدم بيرجيس ومونس (1996) نصائح أخرى مفيدة جدًا في كتابهما المخصص لاسترخاء الطفل. بالطبع، كل معالج نفسي سيجد حيله الخاصة للحفاظ على تركيز الطفل وانتباهه. هاتان الوظيفتان المعرفيتان ضروريتان للانتقال إلى الخطوة الثانية.

### الخطوة الثانية: تشكيل التسلسل الهرمي

تتم ممارستها خلال جلسات الاسترخاء أو قبل بدء تدريب الاسترخاء. يتضمن ذلك تقسيم الموقف المثير للقلق إلى سلسلة من الخطوات التي تذهب تدريجيًا من الأقل إثارة للقلق إلى التي تثير ردود الفعل العاطفية الأكثر شدة. يُطلب من الطفل وصف المواقف المختلفة التي يخشاها. يُساعد في تقسيم المواقف إلى "مواقف صغيرة". على سبيل المثال، الخوف من الصعود ليلًا بمفرده إلى الطابق الأول قد يتضمن عدة خطوات: الدرج يثير "خوفًا طفيفًا"، إضاءة جميع الأضواء قد تكون مريحة، خوف أقوى إذا كان يجب الذهاب إلى غرفة بعيدة عن الدرج، إلخ. يتم استكمال التسلسل الهرمي بتعليقات الوالدين أو الأشخاص المقربين منه. يتضمن التسلسل الهرمي عادةً ما بين عشرة إلى ثلاثين موقفًا من مصادر القلق مرتبة حسب شدة التوتر المتزايدة. يتم تقييم شدة القلق بطريقة ذاتية، حيث يقوم الطفل بنفسه بإعطاء درجة تتراوح بين 0 و 100 في وحدة تسمى "وحدة عدم الراحة الذاتية".

مثال على تسلسل هرمي لمخاوف طفل يبلغ من العمر 12 عامًا ويخاف من الجن بشكل كبير:

1. الصعود بمفرده الدرج في مبناه؛
2. البقاء بمفرده في المنزل خلال النهار؛
3. الذهاب بمفرده إلى الحمام ليلًا؛
4. الذهاب بمفرده إلى غرفته إذا كانت الأنوار مطفأة؛
5. عبور ممر ضعيف الإضاءة في منزله؛
6. سماع أصوات غريبة ليلًا؛
7. رؤية الجن؛
8. أن يتم لمسه من قبل الجن.

### الخطوة الثالثة (طرق تطبيق مختلفة)

يبدأ العمل في الخيال بعد التحقق من قدرة المريض على التصور الذهني. يُطلب من

الطفل أو المراهق تصور مكان معين (مثلًا، مكان عطلة) ووصفه بصوت عالٍ. يسأل المعالج الشاب عن تفاصيل الألوان في المكان، مشمس؟ ممطر؟ تساؤلات المعالج تحفز الوصف الدقيق للمنظر. يُخبر الشاب أنه يجب عليه تصور الموقف المثير للقلق بدقة كبيرة. إذا لم يستطع تصور المشاهد، ستتم جلسات التعرض في الواقع، وسيتم التخلي عن إزالة التحسس المنهجي.

**عمليًا**

إزالة التحسس المنهجي مع الاسترخاء بشكل عام، يطلب المعالج من المريض الاسترخاء حتى يصل إلى مستوى كافٍ من الاسترخاء. بالنسبة للطفل، يكون مستوى الاسترخاء أقل شدة مما يُطلب من البالغ. يقترح المعالج بعد ذلك مشهدًا من التسلسل الهرمي يصفه بالتفصيل بحيث يتصور الشاب نفسه في الموقف. كل تصور لدى المراهق يستمر من 5 إلى 10 ثوانٍ ويتخللها فترات استرخاء. بالنسبة للطفل، يستمر تصور كل عنصر في التسلسل الهرمي لفترة أطول (من 2 إلى 5 دقائق) وغالبًا ما يُطلب منه سرد بصوت منخفض ما يراه، وقبل كل شيء، يجب عليه الإبلاغ عن شدة الخوف الذي يشعر به عندما يتصور مواجهة الموقف المثير للقلق. كما قلنا سابقًا، يتعلم الطفل تقييم مستوى قلقه عند بناء تسلسله الهرمي. يُطلب من المريض بانتظام تقييم مستوى قلقه، وإذا زاد القلق كثيرًا أثناء تصور مشهد، يظهر ذلك بإشارة (رفع اليد مثلًا). أكثر دقة، إذا بلغ الخوف مستوى يتجاوز 10/3، يتوقف التصور ويُطلب من الطفل استعادة الاسترخاء وألا يفكر في الموقف المثير للقلق. بمجرد أن يشعر بالاستعداد لتصور نفس الموقف بنفس الطريقة، يُحث على رؤيته في الموقف حتى يشعر بخوف طفيف. خفض شدة الخوف لنفس العنصر خلال الجلسة هو أحد العناصر الأساسية لفعالية هذه الطريقة. تُقترح ثلاثة إلى خمسة تصورات في الخيال لكل عنصر في التسلسل الهرمي في كل جلسة. بمرور الوقت، يُلاحظ ظاهرة التعميم: عناصر متقاربة في التسلسل الهرمي تتطلب تصورًا واحدًا فقط. يمكن اقتراح عدة عناصر خلال جلسة واحدة. مدة الجلسة حوالي 45 دقيقة.

### إزالة التحسس المنهجي بدون استرخاء (مع إحساس بالراحة)

دور الاسترخاء كاستجابة مثبتة للقلق محل نزاع. بعض الأبحاث تظهر أن استجابات الجهاز العصبي التلقائية أثناء تصور عناصر مثيرة للقلق تكون أكثر شدة. رغم هذا التناقض، يعتبر جميع الأطباء الاسترخاء وسيلة فعالة للحصول على تركيز أفضل للمريض على الصور المثيرة للقلق وبالتالي تأثير واقعي أفضل. إذا لم يتمكن الطفل من الاسترخاء، من الضروري تهيئة بيئة عمل مريحة له. لتطبيق إزالة التحسس المنهجي، يجب أولاً أن يكون الطفل مستلقيًا بشكل مريح، أو جالسًا على كرسي، ألا يشعر بالقلق وأن يكون مستعدًا لتصور العناصر. ثم يتم المتابعة بنفس الطريقة كما في إزالة التحسس المنهجي مع الاسترخاء. يتم التحقق بشكل منتظم من تركيز الطفل بطرح أسئلة مباشرة حول جودة تصوره وأيضًا حول وجود أي تعب.

### إزالة التحسس المنهجي مع تقليد المعالج

في هذه الطريقة من إزالة التحسس المنهجي، يلعب المعالج دور الطفل ويصوت بصوت عالٍ مراحل التسلسل الهرمي. يُركز على شدة القلق الذي يشعر به عندما يتصور المشاهد، وإذا تجاوز القلق مستوى 3 من 10، يتوقف عن التصور ويسترخي بإعطاء نفسه تعليمات الاسترخاء. ثم عندما يشعر بالاسترخاء، يطلب من الطفل فعل الشيء نفسه. هذه الطريقة تُقترح للأطفال الصغار (6-8 سنوات) الذين يجدون

صعوبة في التركيز. التقليد يعزز الدافعية للتصور.

## إزالة التحسس المنهجي مع تقليد بطل فيلم/مسلسل تلفزيوني أو شخصية من القصص المصورة

في هذه الطريقة، يُوجه المعالج الطفل في عملية التخيل من خلال جعله يتصور بطلًا يتبعه نحو المواقف المثيرة للقلق. من المفترض أن يشعر البطل بالقلق ويحتاج أيضًا إلى الهدوء بين كل عملية تخيل وأخرى.

هذه عملية تهدف إلى تطوير إجراءات لدى المريض لمواجهة أي موقف مثير للتوتر. فور أن يدرك المريض أو يلاحظ أدنى ظهور لقلقه، يبدأ في تطبيق إجراءات الاسترخاء. لم يعد التسلسل الهرمي متمحورًا حول موضوع رئيسي. إنها مجموعة من المواقف التي شعر فيها الشاب بالتوتر أو العصبية أو القلق في الماضي. يكون المراهق متقبلًا لهذه التقنية. يلتزم الطفل بهذه الطريقة لبضعة أيام، لكنه يتخلى عنها بسرعة؛ لأنه أكثر حساسية للتشجيع الخارجي ويحتاج إلى دعم.

### إزالة التحسس في مجموعة

تمارس هذه الطريقة مع خمسة إلى ستة شباب يشكون من نفس الخوف. يُبنى التسلسل الهرمي بالتعاون مع كل المجموعة. تتبع سرعة تقدم الجلسات في الخيال أولئك الذين يواجهون صعوبة أكبر.

### إزالة التحسس بالملاحظة الجماعية

يعرض على المجموعة بأكملها فيلم فيديو يعرض علاج إزالة التحسس المنهجي لنفس الخوف الذي يشعر به المشاركون.

تُلخص الأشكال المختلفة لتطبيق إزالة التحسس المنهجي في الجدول 2.7.

يتعلم المريض الصغير "التعرف على الشيء المتجنب". عند تخيله أنه يمكنه مواجهة المواقف المخيفة، يحصل على ردود فعل إيجابية حول نتائج سلوك عدم التجنب، وبالتالي تزداد دوافعه لمواجهة الموقف.

إذا كان الطفل هو نفسه النموذج، سيحصل على شعور أفضل بالفعالية الشخصية.

تستخدم العديد من الأشكال التقليد والملاحظة، وهما نوعان من التعلم المفضلين لدى الطفل.

الجدول 2.7. إزالة التحسس المنهجي في الخيال: أساليب التطبيق المختلفة

الدواعي	الأعمار المناسبة	الأسلوب
-الرهاب المحدد-قلق الانفصال-	-الطفل: بدءًا من 9 سنوات-	إزالة التحسس مع الاسترخاء
رهاب المدرسة-الرهاب الاجتماعي	المراهق: مقبولة بشكل جيد	

إزالة التحسس بدون استرخاء ) مع شعور بالراحة	-الطفل: بدءًا من 5 سنوات - المراهق: مقبولة بشكل جيد	-الرهاب المحدد- قلق الانفصال - رهاب المدرسة- الرهاب الاجتماعي
إزالة التحسس معتقيد المعالج	-الطفل: بدءًا من 5 سنوات - المراهق: غير مقترحة عمومًا	-الرهاب المحدد- قلق الانفصال

الأسلوب	الأعمار المناسبة	الدواعي
إزالة التحسس معتقيد شخصية محبوبة	-الطفل: من 5 إلى حوالي 8 سنوات	-الرهاب المحدد - > قلق الانفصال
إزالة التحسس من خلال التحكم الذاتي	-الطفل: بدءًا من 8 سنوات - المراهق: مقبولة بشكل جيد	-الرهاب (المحدد، الاجتماعي، رهاب الأماكن المفتوحة، إلخ-) - قلق الانفصال - رهاب المدرسة
إزالة التحسس في مجموعة	-المراهق	-الرهاب المحدد - الرهاب الاجتماعي
إزالة التحسس بالتعلم بالملاحظة في مجموعة	-الطفل	-الرهاب - قلق الانفصال

## التقنيات المنفرة

غالبًا ما يتم انتقادها وقد تم تصويرها بشكل كاريكاتوري في بعض النهج السلوكية، لكن التقنيات المنفرة لا تزال تُستخدم في حالات معينة، مع احترام الأخلاقيات والبيانات العلمية. هناك منشورات تُظهر استخدام هذه التقنيات في تقليل تكرار سلوكيات غير مناسبة، بل وحتى مشوهة. الاستخدامات الأكثر شيوعًا تشمل السلوكيات الإدمانية مثل تعاطي المخدرات عند المراهقين، الشره المرضي، الكليبتومانيا (سرقة الأشياء)، وكذلك السلوكيات النمطية أو المعيقة عند الأشخاص ذوي الإعاقة الذهنية. كما تُستخدم في بعض الأحيان لعلاج سلوكيات إيذاء الذات عند

الأطفال المصابين باضطرابات نفسية أو التوحد. يمكن أن تشمل المحفزات المنفرة أصوات غير مرغوبة، طعم مر لمشروب، رائحة كريهة، إلخ. هذا النوع من البرامج المنفرة مستمد من التكييف البافلوفي. يتم تسليم المحفز المنفر إما بواسطة أحد أفراد الطاقم الطبي كلما قام الطفل بسلوك غير مناسب، أو بواسطة أحد أفراد الأسرة الذي تم إدراجه طوعاً في العقد العلاجي، أو يتم تطبيقه في المنزل بواسطة المراهق الذي يستسلم للسلوك المرضي (مثل تشويه الذات).

اليوم، تأخذ هذه التقنيات مكانها في برامج متعددة الأبعاد. على سبيل المثال، يمكن أن تتضمن برامج علاج تعاطي المخدرات عند المراهقين: العلاج النفسي المستوحى من التحليل النفسي، المقابلات لتعزيز إعادة التأهيل والاندماج الاجتماعي إذا لزم الأمر، والمقابلات التعليمية حول تعاطي المواد.

مع ذلك، تتعلق معظم المنشورات عمومًا بحالات فردية حيث تم قياس نسبة تقليل ظهور السلوك المختل وظيفيًا، مما يوضح الاستخدام المحدود لمثل هذه التقنيات.

## الجدول 2.8. تقنيات منفرة

الدواعي	الأعمار المناسبة	التقنية
-تعاطي المخدرات- سلوكيات إيذاء الذات- الشرها المرضي	-الطفل- المراهق	المحفزات المنفرة
-الإعاقة الذهنية- التوحد(السلوكيات النمطية الخطرة على الطفل)نتف الشعر	-الطفل- المراهق	قناع الوجه

تم استخدام تقنية قناع الوجه (التغطية الوجهية) لعلاج المرضى الذين يعانون من نتف الشعر (Barmann وVitali، 1982)، السلوكيات النمطية (Mc Gonigle، 1982)، وآخرون، (1982)، وسلوكيات إيذاء الذات (Singh وآخرون، 1981) تتضمن تغطية وجه المريض بقطعة قماش عند اعتماد السلوك غير المناسب. التأثير المنفر المرغوب فيه هو منعه من النظر حوله لبضع ثوانٍ إلى بضع دقائق. يتم إزالة القماش فور توقف المريض عن السلوك المرضي. برر المؤلفون الذين استخدموا هذه التقنية ذلك بكون المرضى كانوا يعانون من إعاقات ذهنية وكانوا يعانون من جروح ناتجة عن السلوكيات المرضية.

### التعرض في الواقع (ing vivo)

يجب أن يُحدد التعرض للمحفزات التي تثير قلق المريض مدة هذه المواجهة (فترات قصيرة أو طويلة)، وزاوية الاقتراب التي قد تكون إما شديدة أو تدريجية، والمخ (ملموس، مصوّر)، والطريقة التي يمكن أن تكون في مجموعة أو فردية، والتعرض الذاتي بين جلسات العلاج واستخدام نموذج يطبق تعريضًا مماثلًا. عند الأطفال، يتم استخدام التعرض في كثير من الأحيان لعلاج القلق. من المُسلّم به أن شكل التعرض هو عامل مهم ولكن ليس حاسمًا في النجاح العلاجي: يجب على المريض للتعافي ألا يعيق سير العلاج بالتعرض ولا يتجاهله، بل يجب أن يشارك بشكل كامل ويؤثر على المحفز. عامل آخر لفعالية العلاج يتعلق بتعليم المريض تعريض نفسه للموقف المثير للقلق (التعرض الفعلي في البيئة الحقيقية).

### التعرض التدريجي في الواقع (ing vivo)

يقترح على المريض تعريضه للعناصر المختلفة في التسلسل الهرمي المشكل في الواقع. يستخدم المريض الاسترخاء كوسيلة لمواجهة التكييف. الجمع بين التقنيات في الخيال والواقع أمر شائع جدًا. بعد جلسة من إزالة الحساسية المنهجية، يشجع المعالج الطفل على تطبيق ما تخيله. على سبيل المثال، إذا كان الطفل يخاف من الحمام، سيرافقه المعالج إلى مكان يتواجد فيه هذا النوع من الطيور. يشاهد الطفل، وأحد الوالدين، والمعالج الحمام من بعيد. يعلق المعالج بصوت عالٍ على ما يراه من الحمام: "أرى أن الحمام مشغول جدًا بالبحث عن الطعام"، "أرى بعض الحمام يقترب من بعض الأشخاص على أمل، ربما، الحصول على بعض الحبوب من الأرز". إذا كانت الحالة تتعلق بالخوف من المصعد، يمكن للمعالج والمراهق مراقبة الأشخاص الذين يستخدمون المصعد من بعيد. يصر المعالج على أن المراهق سيستخدم المصعد يوميًا ما دون أن يصاب بنوبة ذعر. العنصر الأساسي في هذه الطريقة من التعرض هو تحديد وتعلم الاستجابة الأنسب في حالة حدوث مشكلة. إذا اقترب الحمام كثيرًا من الطفل، سيتعلم كيفية إبعاده بحركة من يده. تعلم الاستجابات المناسبة غالبًا ما يكون غائبًا لأن الطفل الذي كان يهرب أو يتجنب الموقف يعرف ما يجب فعله لكنه لم يقم به أبدًا. من ناحية أخرى، قد تمنحه الأحاسيس الجسدية للقلق انطباعًا بعدم القدرة

على القيام بحركة حماية حتى ولو كانت بسيطة.

## التعرض التلامسي

يشارك المعالج بشكل أكثر نشاطًا في هذه الطريقة: حيث يقوم بدور نموذج للمريض ويوفر العديد من المعلومات حول الإدراكات. على سبيل المثال، لمعالجة فوبيا العناكب، يقترب المعالج تدريجيًا من العنكبوت بيديه، بينما تكون يدا الطفل موضوعة على يديه. يتحدث بصوت عالٍ عن ما يشعر به (عدم وجود خطر، شعور بالشفقة تجاه العنكبوت الذي هو محاصر في مكتب المعالج). هذا السلوك الآمن يسهل تقدم المريض. تدريجيًا، يقلل المعالج من مشاركته خلال الجلسات حتى يصل المريض إلى أهدافه: لمس العنكبوت دون الشعور بأنه سيموت بسبب لدغة الحشرة.

طلبنا من مراهق لمس الورق تدريجيًا، والذي كان مصدر قلق شديد بالنسبة له، لأنه لم يكن يستطيع الكتابة أو القراءة. وضع يديه على أيدينا وبدأ في تقليد صفحات الكتاب. تدريجيًا، بدأ في لمس الكتاب. تلاشت الأحاسيس الجسدية غير السارة التي كانت تسبب له شعورًا بالقرف. وصف الاتصال بالورق بأنه مشابه للأحاسيس غير السارة التي تسببها صوت الطباشير على السبورة. بعد خمس عشرة جلسة، تمكن الطفل من لمس الورق دون نفور أو قلق.

### التعرض التلقائي

يتم هذا النوع من التعرض بفضل برنامج جلسات مسجل مسبقًا على شريط صوتي، مع إعداد التسلسل الهرمي مع المعالج مسبقًا. يكون مفيدًا في تقليل القلق التوقعي للسيطرة والمواقف الاجتماعية عند المراهقين.

### التعرض الذاتي

يتم ذلك بمساعدة كتيب؛ يكون المعالج عندها مجرد مستشار محتمل. يكون مفيدًا في الاضطرابات الرهابية عند الأطفال والمراهقين.

### الإطفاء وفترة التوقف (Time-Out)

يعني الإطفاء عدم متابعة سلوك ما بمكافأة؛ وتقنية التوقف (الابتعاد عن التعزيز) أيضًا، ولكن مع بعض الاختلافات.

يتم توضيح آلية الإطفاء بمثالين: أحدهما يصف تقليل سلوك مناسب (طفل قليل الدافعية يطلب المساعدة في دراسته)، والآخر يصف تقليل سلوك غير مناسب (تقليل فترات التأناة عند طفل):

الحالة الأولى: سلوك مناسب. طفل قليل الدافعية للدراسة يقرر تغيير موقفه ويطلب مساعدة والدته للقيام بواجباته. لسوء الحظ، يختار وقتًا غير مناسب: فهي مشغولة بالطبخ ولا تستطيع أن تتركس له وقتًا. يكرر الطفل طلبه عدة أيام متتالية في نفس الأوقات مع نفس الرد. لا يتم تعزيز دافع الطفل وسلوكه المناسب "طلب المساعدة للدراسة" يتلاشى.

الحالة الثانية: سلوك غير مناسب. يعاني الطفل من التأناة بحضور أشخاص مألوفين وغير مألوفين. عندما يتم التعليق (إيجابي أو نقدي) على تأناته، يصبح من الصعب عليه التحدث دون تأناة. خلال الجلسة العلاجية، يشير المعالج إلى الوالدين بعدم الانتباه إلى تأناة الطفل. يصبح الطفل أكثر استرخاءً وأقل قلقًا. يُلاحظ تدريجيًا تقليل التأناة.

## توضيح آلية التوقف

يتم توضيح آلية التوقف بمثالين: أحدهما يصف تقليل سلوك مناسب (طفل يريد التواصل مع مخاوفه)، والآخر يصف تقليل سلوك غير مناسب (طفل يصرخ ويشعل الغضب):

الحالة الأولى: سلوك مناسب. طفل مكتئب يريد التواصل والتعبير عن مخاوفه لوالديه، يرد الوالدان بإزالة هذه الأفكار من رأسه: "توقف عن التفكير بهذا واذهب إلى غرفتك واستمع للموسيقى. هذا سيساعدك على التهدئة". لا يدرك الوالدان ضيق الطفل والشعور الشديد بالوحدة. يميل الطفل إلى تقليل التواصل معهم.

الحالة الثانية: سلوك غير مناسب. طفل يصرخ ويشعل الغضب بسبب إحباط طفيف تفرضه والدته. تزداد الأزمة وتتسارع الصرخات والتحركات دون تهدئة الوضع. تقرر الأم إرسال الطفل إلى غرفته. بعد بضع دقائق، يهدأ الطفل الذي كان منفصلاً عن والدته. تذهب الأم لإحضار الطفل وتسمح له مجدداً بالتجول في المنزل لأنه هادئ.

من المهم التأكيد على الفرق بين آليتي الإطفاء والتوقف. يحافظ الإطفاء على الطفل في الوضع المسبب للمشكلة؛ إنها عملية مبرمجة في الوقت الذي لا يدرك فيه المشاركون أن التعزيز لم يعد يُعطى. التوقف يخرج الطفل من الوضع؛ إنها عادةً تقنية طارئة غير مبرمجة لفترة زمنية محددة، باستثناء فرط النشاط واضطراب المعارضة.

## الوقاية من الاستجابة

طريقة مختلفة من التعرض تستخدم في اضطراب الوسواس القهري هي الوقاية من الاستجابة. تتضمن هذه التقنية التعرض للمحفزات. تتضمن مساعدة المريض على المغامرة في المواقف المثيرة للقلق (في الخيال أو في الواقع)، بحضور المعالج، ومنعه من تنفيذ طقوسه، سواء كانت فكرية (العد، استبدال صورة مقلقة بأخرى محايدة، إلخ) أو قهرية (التأكد، غسل اليدين، طرح أسئلة غير منطقية، إلخ). الهدف هو إظهار للمريض أنه بعد بضع دقائق أو ساعات، يتناقص القلق دون اللجوء إلى طقوسه. أحد الأهداف العلاجية هو قطع الصلة بين القلق وتنفيذ الطقوس. غالبًا ما يُطلب من الأسرة المشاركة في العلاج بالوقاية من الاستجابة، لأن التعرض مع الوقاية من الاستجابة في البيئة الحقيقية هو عنصر علاجي أساسي. يُستخدم بطرق متعددة: تعرّضات متكررة متباعدة أو متقاربة، وكل تعرّض يدوم فترة متغيرة من بضع دقائق إلى 90 دقيقة. إذا كان المريض في المستشفى، يشارك فريق الرعاية أيضًا في العلاج، والهدف العلاجي هو بقاء الحركات اليومية القهرية. للبطء القهري، نوصي بالعمل على الوقت والحركات.

على سبيل المثال، مريض في المستشفى كان يستغرق 3 ساعات لارتداء ملابسه تمت معالجته بالوقاية من الاستجابة. كل يوم، كان يجب أن يكون ارتداء كل قطعة من الملابس مرتبطًا بصورة مهدئة (منظر طبيعي، سماء، إلخ)، وإلا كان يجب على المريض أن يبدأ من جديد حتى يتصور الصورة. كان هذا الطقس يمنع حدوث كارثة لعائلته. كان يجب أن يكون المريض مركزًا تمامًا. كان الممرضون، لكي ينجح في إتمام هذه الحركات بسرعة طبيعية، يحفزونه على زيادة السرعة تدريجيًا. في البداية، كانت مجرد وجود الممرض كافية لتسريع الحركات؛ ثم قاموا بعمل عقود تدريجية (وقت يجب ألا يتجاوزه). من الصعب التواصل بكل التفاصيل التي تم أخذها في الاعتبار لتخطيط برنامج علاجي، ولكن يمكننا القول إنه معقد للغاية، ويتم مراجعته باستمرار مع التقدم أو العقبات.

## وقف التفكير

تُستخدم هذه التقنية غالبًا في اضطرابات الوسواس القهري. في الواقع، الأفكار الوسواسية دون طقوس يصعب علاجها أكثر من السلوكيات القهرية. عمومًا، يُقترح التعرض للأفكار غير المناسبة ثم مقاطعتها عدة مرات. تم تنظيم تعلم وقف واستئناس الأفكار الوسواسية، أي تنظيم التفكير، في شكل تقنية معروفة باسم وقف

التفكير .عند الأطفال، تكون هذه التقنية مفيدة في علاج الغضب العنيف .يتخيل الطفل موقفًا يرى فيه "أحمر" ويتفاعل دائمًا بعدوانية .يتم تشجيعه على مقاطعة تصوراتها واستبدالها بتصور سلوك أكثر هدوءًا .يساعد وقف التفكير في تنظيم التفكير يمكن اعتباره طريقة لتعلم مواجهة مشكلة .نعتقد أنها تهدف أكثر إلى اكتساب مهارات عامة لإدارة الصعوبات النفسية وليس تحديدًا اختفاء الأفكار الوسواسية (Vera ، 2005) ،

## الجدول 2.9.تقنيات العلاج بالتعرض في الواقع

الدواعي	الأعمار المناسبة	التقنية
-الرهاب -القلق العام -نوبات الهلع -اضطراب الوسواس القهري	-الطفلا لصغير-الطفل- المراهق	التعرض التدريجي في الواقع (in vivo)
الدواعي	الأعمار المناسبة	التقنية
-الرهاب- اضطراب الوسواس القهري	-الطفلا لصغير-الطفل- المراهق	التعرض التلامسي
-الرهاب	-المراهق	التعرض التلقائي
-القلق العام -نوبات الهلع -رهاب الأماكن المفتوحة	-الطفل-المراهق	التعرض الذاتي
-اضطراب الوسواس القهري	-الطفل-المراهق	الوقاية من الاستجابة
-اضطراب الوسواس القهري-القلق العام	-الطفل-المراهق	وقف التفكير
-القلق العام-نوبات الهلع-الرهاب	-الطفلا لصغير-الطفل- المراهق	الاندماج
	-الطفل-المراهق	الواقعا لافتراضي

## التعرض عبر الحاسوب

أخيرًا، يسمح الحاسوب بالتعرض لمواقف يصعب الوصول إليها (مثل فصل دراسي يتم فيه عرض موضوع، مشاهدة الجلوس في طائرة، مشاهدة والاقتراب من

عنكبوت غير ضار وغير مهتم بالمريض). يتم تزويد المريض بنظارات تخفي بالتناوب رؤية عين واحدة ثم الأخرى، ويتولى الحاسوب عرض الصورة المقابلة بشكل متزامن. يلخص الجدول 2.9 التقنيات الرئيسية للتعرض المستخدمة عند المريض الصغير.

## تقنيات تعتمد أساسًا على التكييف الفعال

### التعزيز

سكينر (1953) أعاد طرح مفهوم التكييف الفعال الذي يأخذ في الاعتبار شروط المكافأة. يُعرّف المحفزات المسماة تعزيزات، التي إذا كانت إيجابية أو سلبية، تسمح بزيادة احتمال حدوث السلوك. الصفة النوعية الإيجابية تشير إلى أن السلوك يتبع بإضافة محفز، في حين تشير الصفة النوعية السلبية إلى سحب محفز بعد ظهور السلوك:

التعزيز الإيجابي هو "العملية التي تتبع السلوك بإضافة محفز أو حدث، مما يؤدي إلى زيادة تكرار حدوث هذا السلوك (Malcuit وPomerleau، 1977).  
التعزيز السلبي هو "العملية التي تتبع السلوك بسحب محفز أو حدث، مما يؤدي إلى زيادة تكرار حدوث هذا السلوك" (Malcuit وPomerleau، 1977).

يمكن أن تكون السلوكيات المعززة مناسبة أو غير مناسبة. يوضح الجدول 2.10 تطبيق التعزيزات الإيجابية والسلبية.

إذا كان السلوك غير المناسب يتم تعزيزه إيجابيًا، وكان من المرغوب التخلص منه، فيجب إيقاف الربط بين السلوك وتعزيره. على سبيل المثال، الطفل الذي يبكي بشكل منهجي عند الخروج من المدرسة للحصول على الحلوى ويحصل عليها رغم معاناته من السكري من النوع 1 سيتوقف عن البكاء بعد رفض الحلوى بشكل منتظم لفترة من الوقت. بالطبع، سيزداد البكاء، وسيحتج، ولكن إيقاف الحلوى رغم احتجاجاته ودموعه وغضبه سيؤدي تدريجيًا إلى تقليل ردود أفعاله. سيدرك الطفل أنه لن يحصل على الحلوى. بالطبع، سيتلقى الطفل شرحًا لأسباب وقف ما كان يحصل عليه بشكل منتظم سابقًا.

هدف البرامج التي تستخدم التعزيزات هو تحقيق تعميم السلوك المكتسب بالتكييف الفعال أو تقليل السلوك غير المرغوب (الإطفاء). تُستخدم هذه البرامج بشكل واسع في التعليم للطلاب، في إدارة سلوكيات المعلمين، أو في العيادات. على سبيل المثال، يُعتبر البرنامج الناجح هو الذي يمكن الطفل من تعلم لغة أجنبية والتحدث بها، ولكن الأهم هو أن يصبح قادرًا عن طريق التعميم على الرد والحوار مع شخص ناطق بهذه اللغة. من السهل فهم أن الوصول إلى هدف مثل تعلم لغة أجنبية أو تعلم ارتداء الملابس بشكل مستقل، يتطلب سلسلة من السلوكيات المتتالية حتى تحقيق هذا الهدف. لهذا السبب، تتكامل البرامج الفعالة مع استخدام تقنيات سلوكية أخرى مثل التحكم في المحفز (الهدف المراد تحقيقه) والتشكيل (shaping) الذي يقوم به المعالج الذي يقدم معلومات ويصحح السلوك غير الصحيح عند الحاجة. بعد اكتساب السلوك، يكون الحفاظ عليه أمرًا أساسيًا، والتدخل المنتظم للتعزيزات الإيجابية يسمح بالحفاظ على هذا المكتسب. لذلك، يجب التحكم في...

## الجدول 2.10. تطبيق التعزيزات الإيجابية والسلبية

التعزيز	السلوك المناسب	السلوك غير المناسب
التعزيز الإيجابي	<p>1) الطفليغتسلو يتوجه للغرفته (رغم قلقهم من الانفصال  2) &lt;br&gt;). يشيد الوالدان  بالطفل &lt;3&gt;. يشعر الطفل بالرضا. يشعر  بالقرب من والديه رغم الانفصال  الجنسي &lt;4&gt;. يرغب الطفل بالاستمرار في  الذهاب للغرفته هو يقترح أن يستمر في ذلك دون  التحقق من وجود والديه 10 مرات كما كان يفعل من قبل.  5) &lt;br&gt; يستمر الوالدان في مدح الطفل كل ليلة عندما يذهب للغرفة  .4</p>	<p>1) الطفل مستلق في سريره. يشعر برغبة في الانضمام إلى والديه  بها للذين قد استلقيا  بالفعل &lt;2&gt;. يقبل الوالدان الطفل في سريره &lt;3&gt;.  يشعر الطفل بالاطمئنان في سريره والوالدين. لا يرغب في العو  دة إلى سريره والشعور بالقلق عندما يقرب من  والديه &lt;4&gt;. ليس له بالطفل أينية للنوم في سريره طال  ما يقبلها والوالدان دون احتياج.</p>
التعزيز السلبي	<p>1) الطفليجد صعوبة في التواصلمع  والديه &lt;2&gt;. يتعطلا لتلفاز &lt;3&gt;. التعزيز  السلبي (بدون التلفاز يتواصل الطفل مع والديه).</p>	<p>1) الطفل يؤدي حركات  تعويذية &lt;2&gt;. يقل القلق &lt;3&gt;. يربط الطفل قليلا للقلق  تبنني  الحركات التعويذية (تزيد).</p>

## التبعات الإيجابية للسلوك

التعزيزات الإيجابية متنوعة في طبيعتها: إما مادية مثل الطعام، أو عاطفية أو اجتماعية مثل موافقة الآخرين أو المعالج.

تم اختبار مشاركة الوالدين في العلاج في دراسة عشوائية من قبل كيندال وآخرين (2008): قبل سن 14 عامًا، دورهم في فعالية العلاج النفسي أساسي.

## توزيع المهام التقديمية

تعريف "توزيع المهام التقديمية" يهدف إلى تنظيم سلسلة من السلوكيات لمساعدة المرضى الصغار (الذين يعانون عادة من رهاب المدرسة، الاكتئاب، القلق العام) على تبني سلوك معقد يرغبون في اتباعه، ولكن التعب، الإحباط، الخوف من الفشل، البطء يجعل تحقيقه مستحيلًا. أظهرت العديد من الدراسات أن نجاح المهام يحسن المزاج والتفاؤل (Loeb وآخرون، 1971؛ 1964)، وكذلك الأداء في المهام اللاحقة (Klein

و Seligman، 1976). تهدف هذه الإجراءات خطوة بخطوة إلى تحفيز النشاط، من خلال تعزيز سلسلة من

السلوكيات الإيجابية. بالإضافة إلى ذلك، فإن توزيع المهام يجنب المريض عملية اتخاذ القرار. وفقًا لميلر ونورمان (1979)، البطء النفسي الحركي الذي يُلاحظ لدى بعض الاكتئابيين وبعض الأطفال القلقين يرجع أكثر إلى عدم القدرة على اتخاذ القرار بدلًا من عدم القدرة على تنفيذ الفعل. لم تخضع هذه الاستراتيجية العلاجية لدراسات مضبوطة، لكنها تعمل على مستوى الأعراض.

## التلاشي والتوجيه

يمكن أيضًا ربط تقنيات التلاشي (fading) والتوجيه (prompting) بالتعزيزات في مثل هذه البرامج. التلاشي يتضمن إضافة محفزات إلى الموقف المثير للقلق. على سبيل المثال، سنجعل الطفل الذي يظهر علامات قلق شديدة عند سماع صفارات الإنذار لسيارة الإسعاف يستمع إلى موسيقى تم تسجيل صفارات الإنذار عليها. خلال الجلسات، سنقوم بخفض الموسيقى وسيصبح صوت الصفارات أكثر وضوحًا. الهدف هو تدريب المريض على محاولة تجنب الاستماع إليه.

التوجيه هو إجراء يتم فيه استخدام إشارة لمساعدة المريض على العثور على السلوك المناسب. هذا الإجراء مفيد بشكل خاص عند التدريب على التمييز بين محفز معين. على سبيل المثال، المراهق في موقف جماعي الذي، بسبب القلق الاجتماعي، يتحدث بسرعة ولا يكمل جملته، يلاحظ إشارة ضوئية تنطفئ إذا اعتمد السلوك القلق وتضيء إذا تحدث بطريقة مفهومة. خلال الجلسات، يتم استخدام الإشارة بشكل أقل تدريجيًا لتعزيز الإدراك الذاتي وهو الهدف المنشود.

## برنامج الأنشطة

تم تصميم هذا البرنامج من قبل لوينسون (1974) بشكل أساسي للمرضى الصغار والكبار الذين يعانون من الاكتئاب: يتم تقديم برنامج منظم للأنشطة. المبدأ يتكون من زيادة احتمال وقوع الأحداث السارة وتقليل احتمال وقوع الأحداث غير السارة. يتكون العلاج من 12 جلسة منظمة للغاية: تتضمن الفترة الأولية تقييم المحتوى الهيدوني وتكرار الأحداث التي تلعب دورًا في وجود المريض؛ ثم يركز المريض على تعلم مهارات محددة يمكنه من تعديل تفاعلاته مع البيئة: الاسترخاء، تأكيد الذات، تقنيات التحكم في التفكير، تخطيط النشاط. تستند هذه الاستراتيجية، القائمة على التكييف الفعال، في الواقع إلى طرق تتجاوز ذلك (تدريب المهارات الاجتماعية، قياس الخصائص الذاتية من حيث المتعة).

## التغذية الراجعة الحيوية

يشير مصطلح التغذية الراجعة الحيوية (Biofeedback) في العيادة إلى طريقة تدريب للتحكم الطوعي في الوظائف الذاتية. في هذا الإجراء، يتم التقاط المعلومات التي عادة ما تكون غير متاحة والمتعلقة بحالة واحدة أو أكثر من الوظائف العضوية

بواسطة أجهزة التسجيل، وتحويلها إلى شكل تناظري، وإعادة إرسالها إلى الأعضاء الحسية، مما يسمح للجسم بتطوير قدرته على إدراك وتعديل نشاط وظائفه العضوية وفقًا لخطة علاجية. يمثل هذا الإجراء طريقة للتحكم الذاتي والتنظيم الذاتي للوظائف الفسيولوجية. وبالتالي، يمكن أن تكون الأنشطة الحشوية، وأنشطة الجهاز العصبي المركزي، والأنشطة الحركية الجسمية هدفًا علاجيًا. هناك عدة أنواع من التغذية الراجعة الحيوية: درجة حرارة الجلد، معدل ضربات القلب، توصيل الجلد الكهربائي وتخطيط كهربية العضلات. على سبيل المثال، يتم إجراء التغذية الراجعة الحيوية لتخطيط كهربية العضلات بواسطة أجهزة إلكترونية تقيس التغيرات في النشاط الكهربائي العضلي وتحويلها إلى بيانات بصرية وسمعية.

## تقنيات مستمدة من التعلم الاجتماعي (تقنيات معرفية)

### تقنيات تأكيد الذات

تعد هذه التقنيات مساعدة علاجية فعالة للمرضى الذين يعانون من تدهور كبير في الأداء الاجتماعي و/أو المدرسي والذين لديهم تقدير ذاتي منخفض (Michelson وآخرون، 1987) تركز هذه التقنيات على التخفيف من الأعراض القلقية وتعليم سلوكيات التواصل. يُقترح تأكيد الذات في مجموعات أو فرديًا.

### الجدول 2.11. تقنيات علاجية قائمة على التعلم الفعال

التقنية	الأعمار المناسبة	الدواعي
التعزيز	حتى 16 سنة	جميع الأمراض
توزيع المهام للتقدمية	4-16 سنة	الاكتئاب، رهبا بالمدرسة
برنامج الأنشطة	6-16 سنة	الاكتئاب، تقدير الذات المنخفض، فرط النشاط
التلاشي والتوجيه	4-16 سنة	الرهبا بالمحدد
التغذية الراجعة الحيوية	6-16 سنة	القلق العام، نوبات الهلع
المهام المعينة	4-16 سنة	جميع الأمراض

يشير Kazantzis وآخرون (2005) إلى أن المهام المعينة هي النقطة المركزية في العلاجات السلوكية والمعرفية. من الناحية العملية، تمثل هذه المهام الفرصة للمرضى لنقل المهارات والأفكار من الوضع العلاجي إلى حياتهم اليومية التي تظهر فيها المعاناة النفسية. وفقًا لهؤلاء المؤلفين، فإنها الأنشطة المخططة في الجلسة تتعلق مباشرة بموقف استشارة المريض. وهي العملية الرئيسية التي من خلالها يعيش المريض، يشعر، يمارس ويعزز التغييرات السلوكية والمعرفية التي تم تحقيقها في الجلسة. تظهر المقاومة للتغيير أيضًا في المهام المعينة.

### تشمل الإجراءات العلاجية لتأكيد الذات:

#### لعبة الدور

التعلم بالمحاكاة (Modeling)  
التغذية الراجعة (Feedback)  
تشكيل الاستجابة (Shaping)

#### لعبة الدور

تتمثل عملية تكرار الاستجابة أو لعبة الدور في مساعدة المريض على الشعور بالراحة تجاه السلوكيات المكتسبة حديثًا وتكرارها بسهولة في المواقف الاجتماعية المناسبة. تطلب لعبة الدور السلوكية من المريض التظاهر بأنه في موقف حقيقي والتصرف

بطريقة مؤكدة في هذا الموقف . لعبة الدور هي إحدى التقنيات المستخدمة في تعلم تأكيد الذات . قبل ممارسة لعبة الدور في جلسة فردية أو جماعية، من المهم شرح المريض ما تتضمنه، ما هي قواعدها وكيف يمكن أن تساعد هذه المحاكاة المنظمة . يتم بناء قائمة بالمواقف التي يتم

محاكاتها مع المعالج وتصنيفها حسب الصعوبة التي يشعر بها المريض، مثل: رفض إعارة الأدوات الدراسية بشكل مستمر، رفض إعطاء وجبته لزميل قد تناول وجبته بالفعل، رفض إعارة لعبة فيديو لأنه يرغب في اللعب بها في نهاية الأسبوع، إلخ، حيث تشكل مواقف الرفض مصدرًا متكررًا لصعوبات التواصل.

### التعلم بالمحاكاة (Modeling)

في التعلم بالمحاكاة، يقدم نموذج سلوكيًا يجب تقليده (محاكاة إيجابية) أو تجنبه (محاكاة سلبية). على سبيل المثال، كيفية التعبير عن فكرة في مجموعة، كيفية الاقتراب من أشخاص لا يعرفهم. يتضمن التعلم بالمحاكاة في الخيال وصف وجعل المريض يتخيل موقفًا يتصرف فيه شخص بنفس العمر والجنس بطريقة اجتماعية ماهرة. هذه التقنية فعالة بشكل خاص لتشكيل سلوكيات في مواقف منفردة (مثل: الرفض، الانتقاد). يتصرف النموذج بطريقة مؤكدة. لذلك، إنه عملية تعلم حيث يتم تشكيل سلوك الفرد أو المجموعة بناءً على محفز (مواقف، سلوكيات وأفكار) من خلال ملاحظة هذا النموذج.

### تشكيل الاستجابة (Shaping)

تشمل إجراءات تشكيل الاستجابة مساعدة المريض على تأكيد سلوكياته المكتسبة حديثًا من خلال التغذية الراجعة والتعزيز. توفر التغذية الراجعة معلومات محددة ووصفية للمريض حول سلوكه الخاص. تتضمن التغذية الراجعة السلبية إبلاغ المريض بأن تغيير السلوك ضروري، بينما تخبره التغذية الراجعة الإيجابية بمدى ملاءمة سلوكه. يتم استخدام التعزيز عادةً في شكل موافقة أو تهنئة عندما يظهر المريض تحسنًا في سلوكه.

### تقنية حل المشكلات

يصف كازدين (2003) تقنية حل المشكلات في سبع خطوات:

1. شرح المعالج للطفل أن المواقف التي يجب فيها حل مشكلة شائعة وهي جزء من الحياة الطبيعية. يشرح أيضًا أن المشكلة يمكن حلها بحلول مناسبة وأنه يجب تجنب غياب الحل أو الاستجابة الاندفاعية. إن التردد مصدر للاضطراب.
2. تعريف مشكلة الطفل.
3. البحث عن حلول بديلة. يتم تشجيع الطفل على البحث عن الحلول حتى لو كانت غير واقعية. كلما اقترح حلولًا أكثر، زادت فرص طرح الحلول الجيدة.
4. اتخاذ قرار بتطبيق حل.
5. التحقق في الواقع من مدى ملاءمة أو عدم ملاءمة الحل المختار.
6. تعديل الحل.

## 7. تطبيق الحل المُعرّف حديثًا.

تظهر بيانات علم النفس التنموي الاستراتيجيات التي يستخدمها الأطفال من سن 8 إلى 11 عامًا في مهمة "الإبداع" Greca (La، 1980). تتكون المهمة من العثور على جميع الاستخدامات غير المعتادة الممكنة لعنصر مثل صحيفة، علبة قصدير. بغض النظر عن العمر، الأطفال الذين يظهرون إبداعًا عاليًا يصنعون "سياقات" لتوليد استخدامات الأشياء:

تذكر الاستخدامات المعتادة لتوليد الاستخدامات غير المعتادة من خلال التباين. وضع العنصر في سياق مألوف (تخيل أننا في المنزل، إلخ) ومحاولة تكييف العنصر لمهام يتم تنفيذها في هذا السياق. النظر حولهم للعثور على أشياء يمكن أن تشير إلى المهام التي يتم تنفيذها باستخدام العنصر المحفز، إلخ.

لاختراع الحلول، يحتاج الطفل إلى الرجوع إلى مواقف محددة (سياقات)؛ يجب أن يكون نشطًا على المستوى المعرفي لتوليد أفكار بديلة.

لذلك من المهم في تكييف هذه التقنية للطفل أن يرافقه نفسيًا في المراحل المختلفة للإجراءات العلاجية (اقتراح سياقات، إعطاء أمثلة عن حلول قدمها أطفال آخرون، إلخ).

### نظرية التشاؤم المكتسب وآثارها العلاجية

تدرس النظرية المعروفة بـ "التشاؤم المكتسب" أو "نظرية الإسناد" (Seligman، 1995) الطريقة التي يطور بها الطفل طريقة اكتئابية لرؤية وتفسير وتوقع أحداث الحياة. كما تقترح أيضًا نمطًا للعمل العلاجي.

### كيف ننسب الأسباب للأحداث

هذه هي الفكرة الأساسية الأولى التي يجب تذكرها من هذه النظرية. تشير "الإسنادات" إلى المحاولات التي نقوم بها لفهم أسباب وآثار الأحداث التي نشهدها. يتم تقليل هذه الأحداث، في هذه النظرية، إلى السلوكيات الشخصية - أفعال الشخص الذي يفكر - والاجتماعية - أفعال الأشخاص الآخرين. تستبعد هذه المقاربة الأحداث التي تمس العالم المادي والبيئة.

هكذا، يحاول الطفل والبالغ بطبيعتهم العثور على أسباب لما يفعلونه وما يفعله الآخرون: نقول إن لدينا "عملية عقلية سببية". يتم تفسير السلوكيات عن طريق الاستشهاد بأسباب تبدو تفسيرية للشخص الذي يلاحظها. تُسند للسلوكيات أسبابًا معينة. "لا بد أنك لاحظت أن البائعة كانت تحمّر كلما طلبنا منها شيئًا؛ هي بالتأكيد خجولة جدًا". "في هذا البيان، يتم إسناد السبب للتورد إلى الخجل. غالبًا ما يستشهد الناس بأسباب مختلفة من شخص لآخر". "لا بد أنك لاحظت أن البائعة كانت تحمّر كلما طلبنا منها شيئًا؛ لقد أعجبتنا بالتأكيد". "هنا، السبب لم يعد الخجل، بل الجاذبية.

### أنواع الأسباب أو الإسنادات المختلفة

الفكرة الأساسية الثانية تتعلق بالأسباب أو العوامل المسؤولة، وفقًا للشخص، عن أفعال معينة. في علم النفس، يتم تحليل كل سبب وفقًا لجدول محدد:

الكفاءة": حصلت على درجة جيدة في الفرنسية، أنت موهوب".  
الحالة المزاجية": حصلت على درجة جيدة في الفرنسية، كنت مرتاحًا".  
الجهد": حصلت على درجة جيدة في الفرنسية، لقد عملت جيدًا من بداية  
السنة".

خصائص المهمة": حصلت على درجة جيدة في الفرنسية، كان الاختبار سهلًا".  
خصائص الأشخاص": حصلت على درجة جيدة في الفرنسية، المعلم كريم  
جداً".

الحظ": حصلت على درجة جيدة في الفرنسية، كيف تمكنت من تحقيق هذا الإنجاز؟"

## كيف يخلق الطفل أسلوبه في الإسناد

للتحدث مع نفسه، سيستخدم الطفل نفس الأساليب التي يسمعا عنه: سيشرح نفسه أو ينتقص من قدره اعتمادًا على نوع الأسباب التي سمعا عنه. سيكون لديه "أسلوب إسناد". هذا سيحدد طريقته المعتادة في رؤية الأمور: متفائلة أو متشائمة.

### أسلوب الإسناد المتشائم

يقيّم النجاحات والإخفاقات وفقًا لنمط معين:

تُعزى النجاحات إلى أسباب خارجية (الحظ، سهولة المهمة، إلخ): "فزت في مسابقة التنس لأن الآخرين كانوا سيئين"; "استمتعت بالمدرسة لأنني كنت أملك كرات زجاجية أعجبت الآخرين. عادةً، لا يحبون اللعب معي"; "نجحت في واجب الرياضيات: هذا طبيعي، كانت التمارين سهلة". لا يشعر الطفل بمسؤولية عن نجاحاته.

بالمقابل، تُعزى الإخفاقات إلى أسباب داخلية (نقص المهارة): "لم أفز في مسابقة التنس لأنني سيئ"; "لم أستمتع بالمدرسة لأن لا أحد يهتم بي"; "لم أنجح في اختبار الرياضيات: لا أفهم شيئًا، بينما ينجح الآخرون بشكل جيد". لن تسمع طفلًا لديه أسلوب إسناد متشائم يقول: "لم أنجح في اختبار الرياضيات لأن التمارين كانت صعبة جدًا".

### أسلوب الإسناد المتفائل

يقيّم النجاحات والإخفاقات وفقًا لمعايير أكثر مرونة وموضوعية:

تُعزى النجاحات إلى عوامل داخلية (الجهد، المهارة): "ألاحظ أنه عندما أعمل بجد (جهد)، أحصل على درجات جيدة. ربما، أنني لست غبيًا جدًا" ("الكفاءة"). تُعزى الإخفاقات إلى عوامل خارجية أو داخلية، ولكنها ظرفية: "عملت جيدًا في الرياضيات، لكنني لم أنجح في الاختبار، كنت متعبًا جدًا".

تم تكييف هذا النهج المعرفي بواسطة دويك (1975) للأطفال الذين يظهرون سلوكيات فشل كبيرة. تم تقسيم هؤلاء الأطفال إلى مجموعتين: مجموعة تعرضت لتجارب النجاح فقط، والثانية لظروف علاجية تعزز الشعور بالمسؤولية أمام الفشل وتشجع الأطفال على المثابرة في البحث عن حلول للمشكلات المقدمة. هكذا، تعلم هؤلاء الأطفال إسناد الفشل إلى عوامل غير مستقرة، داخلية أو محددة (نقص الجهد على سبيل المثال). الأطفال الذين تعرضوا لظروف النجاح فقط استمروا في الشعور بالإحباط أمام الفشل. يُظهر هذا البرنامج التدريبي لتعديل الإسنادات أن استجابة

تكيفية أمام الفشل يمكن تعلمها وأنها تمثل بديلاً للأطفال المحبطين من الفشل .  
يبدو أن الأطفال المكتئبين والأطفال المحبطين من الفشل يظهرون أسلوب إسناد  
مشابهاً للبالغين (Vera)، .(1985)

الطفل ذو المزاج المكتئب:

يفكر الطفل ذو المزاج المكتئب بأنه، بشكل عام، في العديد من المواقف، لا ينجح في ما يقوم به. بالإضافة إلى ذلك، يعتقد أنه في كثير من الأحيان، إذا لم تسر الأمور بشكل جيد، فإنها خطأه، وأنه ليس "بالمستوى المطلوب". هذا الميل المفرط إلى الشعور بالذنب، حتى بالنسبة للأخطاء الصغيرة، يدل على تدني احترام الذات (Seligman)، (1995).

## العلاج العقلاني العاطفي

وفقًا لإليس (1977)، تلعب الآليات المعرفية دورًا أساسيًا في تطوير واستمرار بعض السلوكيات النفسية المرضية: يأتي العديد من الاضطرابات من خلل في هذه الآليات. تتطور الأفكار غير العقلانية من هذا الخلل وتنتج سلوكيات غير عقلانية أو مرضية، وعلاوة على ذلك، تعزز النتائج العاطفية السلبية أو المدمرة التي تتداخل مع رفاهية وبقاء المريض. حدد إليس العديد من الأفكار غير العقلانية:

- " يجب أن أفعل جيدًا وأنجح في كل ما أقوم به لأكسب موافقة الآخرين، وإلا يمكن القول أنني فاشل."
- " يجب أن يعاملني الآخرون بلطف واحترام، وأن يفعلوا تمامًا ما أتوقعه منهم؛ وإلا يجب لومهم ومعاقبتهم بشدة."
- " يجب أن تكون الأمور سهلة المنال، دون الكثير من الجهد. لا ينبغي أن يحدث شيء غير سار."

## دور المجموعة

تمت دراسة دور المجموعة من قبل بعض الأطباء (Liber وآخرون، (2008) يبدو أن الفعالية العلاجية تعتمد أكثر على التقنية المستخدمة أكثر من حالة المجموعة.

هذه المقاربة تُمارس جنبًا إلى جنب مع تقنيات أخرى في حالات القلق العام، الرهاب الاجتماعي، ورهاب المدرسة. عند الطفل، يُكيّف المعالج موقفه من تحدي الأفكار غير العقلانية: يُعيد صياغتها بشكل شكّي، بينما عند البالغ، يكون الموقف أكثر حدة ونقدًا. من المهم عدم انتقاد الأفكار غير العقلانية التي يتواصل بها الطفل: فكرته في طور التطور، ولم يحصل بعد على جميع عناصر العقلانية، ورؤيته للانتقاد قد تجعله يفقد متعة التفكير والتخيل. يجب أن نريه بلطف أنه، أحيانًا، فكرته تسبب له مشاعر غير سارة يمكنه تجنبها إذا كانت أفكاره مختلفة. يجب استخدام الأسلوب الاقتراحي: "ألا تعتقد أنه ربما لا يتم رفضك طوال الوقت ولكن فقط أحيانًا؟".

## تقنية بيك المعرفية

لاحظ بيك (1970) لدى المكتئبين والقلقين تشوهات معرفية. تعود هذه التشوهات إلى عدم قدرة المريض على إدراك المعلومات بشكل صحيح. لا يوجد دليل على وجود تشوهات معرفية عند الأطفال كما لوحظ عند البالغين. في الواقع، يُعترف عمومًا أن

إمكانية وأشكال معالجة المعلومات تعتمد على المستوى المعرفي للمريض، لأنه يشكل المعرفة والمهارات المتاحة (George)، (1983).

**يتم تصنيف التشوهات المعرفية إلى مجموعتين:**

**أخطاء النمط:** التي تشير إلى طريقة تفكير ثنائية، مانويتشيانية (فكر "الكل أو لا شيء")؛ ما لم يكن نجاحًا تامًا أو قبولًا بدون تحفظ يعتبر فشلًا أو رفضًا .  
"ماما، حصلت على 18 من 20 في اختبار

الرياضيات، لكن المعلمة لم تشيد بي. بالتأكيد تعتقد أنني فاشل."؛ "أديت  
الشعر أمام الصف بدون أخطاء، لكن لم أتمكن من القيام بالحركات لأنني أشعر  
بالغباء، لن أتمكن أبدًا من الأداء بحركات: لا فائدة من تعلم شعري!؛ "هذا  
الصيف ذهبنا إلى مدينة الملاهي. استمتعنا كثيرًا في المسبح مع مسدسات  
الماء، لكنني لم أتمكن من الانزلاق على المنزلقات المائية لأنني لم أبلغ 12 عامًا  
بعد، الأمر فظيع. لم أعد أرغب في الذهاب".

### أخطاء المنطق:

**الاستدلال التعسفي:** يستنتج الطفل استنتاجات بدون دليل، بناءً على  
معلومات غير كافية: "إذا لم يرغب الآخرون في اللعب معي، فهذا لأنني  
فاشل. أخاف من الأشباح وقد اكتشفوا ذلك".

**الاختيار الانتقائي:** يركز الطفل على تفاصيل خارج السياق ويستخلص  
استنتاجًا متجاهلاً الجوانب الأخرى للوضع التي قد تعطي معنى  
مختلفًا. أي أن الطفل غالبًا ما يولي اهتمامًا فقط للجوانب السلبية  
للحدث.

**التعميم المفرط:** من حادثة واحدة، يوسع الطفل التجربة غير السارة  
إلى جميع المواقف الممكنة.

**التضخيم:** يفسر الطفل حادثًا بسيطًا على أنه كارثة أو كارثة  
كبيرة. **التقليل:** ينسب الطفل قيمة أكبر للإخفاقات ويقلل  
من قيمة النجاحات.

**الشخصنة:** يبالغ الطفل في تقدير العلاقة بين الأحداث السلبية ويشعر  
بالمسؤولية عن كل الأحداث السلبية.

### تقنية تعديل المخططات المعرفية وفقًا لليونغ

هذه المقاربة هي امتداد لطريقة تعديل المخططات المعرفية لبيك. بالنسبة لليونغ  
(2003)، توجد في الأساس تصورات خاطئة تتضمن مخططات مبكرة غير مناسبة.  
تساعد تقنية ليونغ العلاجية المريض على تحديد المخطط الأساسي لسلوكياته  
المرضية، ثم يتم تنفيذ تقنيات تعديل المخططات: تقنيات معرفية، سلوكية، بين  
شخصية، وعاطفية. لم تثبت هذه المقاربة فعاليتها عند الأطفال حتى الآن، حيث تبدو  
صعبة التطبيق نظرًا لتعقيد الإدراك العقلي المطلوب لفهم الوظيفة المعرفية  
الخاصة بالطفل، حيث لا يتم تحقيق المعرفة الفوقية قبل سن 10 سنوات.

الجدول 2.12 يلخص التقنيات المعرفية الرئيسية المستخدمة لدى الأطفال والمراهقين

### الجدول 2.12. تقنيات علاجية قائمة على التعلم المعرفي

التقنية	الأعمار المناسبة	الدواء
تقنيات تأكيد الذات: لعبة الدور والتعلم بالمحاكاة تشكيل الاستجابة	4-16 سنة	- الرهاب الاجتماعي - رهاب المدرسة - الاكتئاب - تدني احترام الذات
تقنية حل المشكلات	6-16 سنة	- الاكتئاب - فرط النشاط - القلق العام - الإدمانات - القلق العام - الاكتئاب - الرهاب الاجتماعي -
تقنيات معرفية: - إسنادات السببية	6-16 سنة	رهاب المدرسة - تدني احترام الذات - اضطراب الوسواس القهري - الإدمانات

التقنية	الأعمار المناسبة	الدواعي
- العلاج العقلاني العاطفي	6-16 سنة	
- تقنية بيك المعرفية	11-16 سنة	
- تقنية تعديل المخططات المعرفية	11-16 سنة	

الأطفال القلقون والمكتئبون يميلون إلى التفكير بطريقة سلبية.

تُظهر الدراسات المختلفة أن أكثر أنواع الأخطاء شيوعًا هو التعميم المفرط. الأطفال الطبيعيون عندما يكونون في مزاج سيئ أو يشعرون بحزن طفيف يميلون إلى استخدام التجريد الانتقائي بشكل أكبر.

### تقنية تعديل المخططات المعرفية وفقًا لليونغ

هذه المقاربة هي امتداد لطريقة تعديل المخططات المعرفية لبيك (الموضحة سابقًا). بالنسبة لليونغ (2003)، توجد في الأساس تصورات خاطئة تتضمن مخططات مبكرة غير مناسبة. تساعد تقنية ليونغ العلاجية المريض على تحديد المخطط الأساسي لسلوكياته المرضية، ثم يتم تنفيذ تقنيات تعديل المخططات: تقنيات معرفية، سلوكية، بين شخصية، وعاطفية. لم تثبت هذه المقاربة فعاليتها عند الأطفال حتى الآن، حيث تبدو صعبة التطبيق نظرًا لتعقيد الإدراك العقلي المطلوب لفهم الوظيفة المعرفية الخاصة بالطفل، حيث لا يتم تحقيق المعرفة الفوقية قبل سن 10 سنوات.

- Bandura, A. (Ed.). (1980). *L'apprentissage social*. Bruxelles : Pierre Mardaga.
- Bandura, A. (Ed.). (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle* (1re éd.). Paris : De Boeck Université.
- Barkley, R.A. (Ed.). (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook for diagnosis and treatment* (3rd ed.). New York : Guilford Press.
- Barmann, B.C., & Vitali, D.L. (1982). Facial screening to eliminate trichotillomania in developmentally disabled persons. *Behavior Therapy*, 13, 735–742.
- Beck, A. (Ed.). (1991). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. London : Penguin Books.
- Beck, A.T. (Ed.). (1970). *Cognitive therapy : Nature and relation to behavior therapy*.  
*Behavior Therapy*, 1, 184-200.
- Bergès, J., & Mounes, M. (Eds.). (1996). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant* (2ème édition). Paris : Masson.
- Blackburn, I.M., & Cottraux, J. (Eds.). (2001). *Thérapie cognitive de la dépression* (2e éd.). Paris : Masson.
- Bloomquist, M.L. (Ed.). (2006). *Skills training for children with behavior problems*.  
New York : The Guilford Press.
- Bouvard, M. (Ed.). (2008). *Échelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : Masson.
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (Eds.). (2005). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*. Paris : Masson.
- Castaneda, A., Mac Candless, B.R., & Palermo, D.S. (1956). The Children's form of the Manifest Anxiety Scale. *Child Development*, 27, 317–326.

Coopersmith, S. (Ed.). (1984). Manuel de l'inventaire d'estime de soi (S E I). Paris : Centre de Psychologie Appliquée.

Cottraux, J., Bouvard, M., & Légeron, P. (Eds.). (1985). Méthodes et échelles d'évaluation des comportements. Issy-les-Moulineaux : Échelles d'Applications Psychotechniques.

De Voge, C. (1974). A behavioral approach to Rational Emotive Therapy with children. *Rational Living*, 9 (1), 23–26.

Di Giuseppe, R.A. (1977). The use of behavior modification to establish rational self-statements in children. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of Rational Emotive Therapy*. New York : Springer Publishing Company.

Dweck, C.S. (1975). The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness. *J. Pers. Social Psychol*, 31, 674–685.

Emmelkamp, P.M., & Wessels, H. (1975). Flooding in imagination versus flooding in vivo: A comparison with agoraphobics. *Behaviour Research & Therapy*, 13, 7–15.

Ellis, A. (1977). The basic clinical Theory of Rational Emotive Therapy. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of Rational Emotive Therapy*. New York : Springer Publishing Company.

George, C. (Ed.). (1983). *Apprendre par l'action*. Paris : Presses Universitaires de France.

Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M.H., Ladoueur, R., Dugas, M.J., & Pelletier, O. (2002). Le questionnaire d'évitement cognitif (Q E C) : développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 12 (1), 24–37.

Guelfi, J.D. (Ed.). (1993). *L'Évaluation Clinique standardisée en psychiatrie. Tome I*.

Boulogne : Editions Médicales Pierre Fabre.

Guelfi, J.D. (Ed.). (1997). *L'Évaluation Clinique standardisée en psychiatrie. Tome I I*.

Boulogne : Editions Médicales Pierre Fabre.

Jacobson, E. (Ed.). (1980). *Savoir relaxer*. Québec : Les Éditions de l'Homme.

Kazantzis, N., Deane, F., Ronan, K., & L'Abate, L. (Eds.). (2005). *Using homework*

*assignments in cognitive behavior therapy*. New York : Routledge, Taylor and Francis Group.

Kazdin, A.E. (2003). Problem-solving skills training and parent management training for conduct disorder. In A.E. Kazdin & J.R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 241–262). New York : Guilford Press.

Kendall, P.C., Hudson, J.L., Gosch, E., Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. (2008).

*Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth : a randomized clinical trial evaluating child and family modalities*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (2), 282–297.

Klein, D.C., & Seligman, M.E. (1976). Reversal of performance deficits and perceptual deficits in learned helplessness and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 11–26.

Kovacs, M. (Ed.). (1978). *Interview schedule for children (I S C)*. Pittsburgh : University of Pittsburgh school of medicine.

La Greca, A.M., & Santogrossi, D.A. (1980). Social skills training with elementary school students : a behavioral approach. *J. Consult. Clin. Psychol*, 48 (2), 220–227.

Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. In R.M. Friedman & M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression : contemporary theory and research*. Washington : Winston Wiley.

Liber, J.M., Van Widenfelt, B.M., Utens, E.M., Ferdinand, R.F., Van der Leeden, A.J.,

Van Gastel, W., et al. (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomised clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 49 (8), 886–893.

Loeb, A., Beck, A.T., & Diggory, J. (1971). Differential effects of success and failure on depressed and nondepressed patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 152, 106–114.

Loeb, A., Feshback, S., Beck, A.T., & Wolf, A. (1964). Somme effects of reward upon the social perception and motivation of psychiatric patients varying in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 68, 609–616.

Malcuit, X., & Pomerleau, A. (Eds.). (1977). *Terminologie en conditionnement et apprentissage*. Montréal : Presse Université de Québec.

Mc Gonigle, J.J., Duncan, D., Cordisco, L., & Barret, R. (1982). Visual screening : An alternative method for reducing stereotypic behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 461–467.

Meichenbaum, D., & Goodman, J. (1977). Training impulsive children to talk to themselves : a means of developing self-control. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Handbook of Rational Emotive Therapy*. New York : Springer Publishing Company.

Melot, A.M., & Nguyen-Xuan, A. (1981). La connaissance des phénomènes psychologiques. In P. Oléron (Ed.), *Savoirs et savoir-faire psychologiques chez l'enfant*.

Bruxelles : Pierre Mardaga.

Michelson, L., Sugai, D.P., Wood, R.P., & Kazdin, A.E. (Eds.). (1987). *Las habilidades sociales en la infancia*. Barcelona : Ediciones Martinez Roca S.A.

Miller, W., & Norman, W.H. (1979). Learned helplessness in humans : A review and attribution theory model. *Psychol Bull*, 86, 93–119.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (Eds.). (2006). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement* (Inter Edition). Paris : Dunod.

Piaget, J. (Ed.). (1974). Réussir et comprendre. Paris : Presses Universitaires de France.

Remond, A. (1995). Le biofeedback thérapeutique, trente ans après. *J Ther Comp Cognit*, 5, 107–108.

Rusinek, S., & Hautekeete, M. (1999). Instrument d'étude des schémas des enfants.

L'inventaire de schémas précoces pour enfants (I P S E). *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 9 (2), 55–61.

Seligman, M. (Ed.). (1995). *The optimistic child*. New York : Houghton Mifflin Company.

Shirk, S.R., Gudmundsen, G., Kaplinski, H.C., & Mc Makin, D.L. (2008). Alliance and outcome in cognitive-behavioral therapy for adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (3), 631–639.

Singh, N.N., Beale, I.L., & Dawson, M.J. (1981). Duration of facial screening and suppression of self-injurious behavior : Analysis using an alternating treatments design. *Behavioral Assessment*, 3, 411–420.

Skinner, B.F. (Ed.). (1953). *Science and human behaviour*. New York : Mc Milan.

Spielberger, C.D. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for adults*. Palo Alto, California : Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C.D. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for children*.

Palo Alto, California : Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C.D. (Ed.). (1973). *Manual for the State-Trait anxiety inventory for children*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.

Turgeon, L., & Chartrand, E. (2003). Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in a French-Canadian sample. *Psychol. Assess*, 15(3), 378–383.

Vera, L. (1985). Le modèle comportemental de la dépression. In M. Dugas (Ed.), *La dépression chez l'enfant, théories et réalités* (pp. 59–70). Paris : Éditions Médecine et Enfance.

Vera, L. (1996). Échelle comportementale d'anxiété phobique (E C A P) : Construction, validation et intérêt en clinique enfant-adolescent. *Neuropsychiatrie Enfance Adolesc*, 44 (9–10), 429–438.

Vera, L. (Ed.). (2005). *Le trouble obsessionnel compulsif chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : Dunod.

Vera, L., & Nollet, Ch. (1993). Questionnaires : autoquestionnaires et hétéroquestionnaires. In M.C. Mouren-Siméoni, G. Vila & L. Vera (Eds.), *Troubles Anxieux de l'Enfant et de l'Adolescent*. Paris : Maloine.

Vera, L., & Leveau, J. (Eds.). (1990). *Les thérapies cognitivo-comportementales en psychiatrie infanto-juvénile*. Paris : Masson.

Wolpe, J. (Ed.). (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford : Stanford University Press.

Wolpe, J. (Ed.). (1975). *Pratique de la thérapie comportementale*. Paris : Masson.

Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (Eds.). (2003). *Schema Therapy : a Practitioner's Guide*. New York : The Guilford Press. Pour en savoir plus

Ayllon, T., & Azrin, N. (Eds.). (1968). *Traitement comportemental en Institution Psychiatrique*. Bruxelles : Dessart.

Beidel, D.C. (1991). Social Phobia and Overanxious Disorder in School-Age Children. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 30 (4),

545–552.

Bouchard, S., St-Jacques, J., Robillard, G., & Renaud, P. (2007). Efficacité d'un traitement d'exposition en réalité virtuelle pour le traitement de l'arachnophobie chez l'enfant. Une étude pilote. *Journal de Thérapie Comportementale et*

*Cognitive*, 17 (3), 101–108

Bowlby, J. (Ed.). (1978). *Attachement et perte*. Paris : Presses Universitaires de France.

Cottraux, J. (Ed.). (2007). *Thérapie cognitive et émotions. La troisième vague*. Paris :

Elsevier Masson.

Cottraux, J., & Blackburn, I.M. (Eds.). (2006). *Les thérapies cognitives des troubles*

de la personnalité

. Paris : Masson.

Dweck, C., & Licht, B. (1980). *Learned helplessness and intellectual achievement*.

In J. Garber & M. Seligman (Eds.), *Human Helplessness : Theory and applications* (pp. 197–222). New York : Academic Press.

Ellis, A. (Ed.). (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York : Lyle Stuart Press.

Gesell, A. (Ed.). (1953). *L'embryologie du comportement*. Paris : Presses Universitaires de France.

Hannesdottir, D.K., & Ollendick, T.H. (2007). The role of emotion regulation in the treatment of child anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10 (3), 275–293.

Hirshfeld-Becker, D.R., Masek, B., Henin, A., Blakely, L.R., Rettew, D.C., Dufton,

L., et al. (2008). Cognitive-behavioral intervention with young anxious children. *Harvard Review of Psychiatry*, 16 (2), 113–125.

Kendall, P.C. (Ed.). (2000). *Child and adolescent therapy : Cognitive-behavioral procedures* (2nd ed.). New York : Guilford Press.

- Le Heuzey, M.F. (Ed.). (2003). *L'enfant hyperactif*. Paris : Odile Jacob.
- Lieberman, A.F., & Van Horn, P. (Eds.). (1971). *Psychotherapy with Infants and Young Children : Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment*. New York : Guilford Press, 2008.
- Maier, S.F., & Seligman, M. (1976). Learned Helplessness : Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology : General*, 105, 3–46.
- Mowrer, O.A. (Ed.). (1960). *Learning theory and behavior*. New York : Wiley.
- Öst, L.G., Svensson, L., Hellström, K., & Lindwall, R. (2001). One-session treatment of specific phobias in youths : A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (5), 814–824.
- Roy, H., & Gillett, T. (2008). E-mail : a new technique for forming a therapeutic alliance with high-risk young people failing to engage with mental health services ? A case study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13 (1), 95–103.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.T. (Eds.). (2001). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression : A New Approach to Preventing Relapse*. New York : The Guilford Press.
- Seligman, M., Kaslow, N.J., Alloy, L.B., Peterson, C., Tnanembaum, R., & Abramson, L.Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 235–238.
- Watson, J.B. (Ed.). (1924). *Behaviorism*. Chicago : Univ. of Chicago Press.
- Watson, J.B. (Ed.). (1928). *Psychological care of infant and child*. New York : Norton.
- Watson, J.B., Gaind, R., & Marks, I.M. (1972). Physiological habituation to continue phobic stimulation. *Behaviour Research & Therapy*, 10, 269–278.

Watson, J.B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 48–55.

Zlomke, K., Thompson, E., & Davis, B. (2008). One-Session Treatment of Specific Phobias : A Detailed Description and Review of Treatment Efficacy. *Behavior Therapy*, 39 (3), 207–223.