

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة

قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس



كلية العلوم الإنسانية
والاجتماعية

محاضرات مقياس

العلاجات السلوكية والمعرفية

مطبوعة مقدمة لطلبة السنة الثالثة LMD تخصص علم النفس العيادي

إعداد:

د/ نادية بومجان

السنة الدراسية : 2018 / 2019

محتويات المطبوعة

الصفحة	الوحدات
01	مقدمة
	الوحدة الأولى: العلاجات السلوكية
05	تمهيد
05	1. نبذة تاريخية ووصف العلاج السلوكي
08	2. مراحل تطور العلاج السلوكي
10	3. نظرة إلى طبيعة الانسان
11	4 الصفات والافتراضات الأساسية للعلاج السلوكي
13	5. العملية العلاجية
13	1.5 أهداف العلاج
14	2.5 وظيفة ودور المعالج
16	3.5 دور (خبرة) العميل في العلاج
17	4.5 العلاقة العلاجية (العلاقة بين المعالج والعميل)
	الوحدة الثانية: تقليل الحساسية التدريجي التحصين المنهجي أو التعويد التدريجي المنظم
19	تمهيد
19	1. الخلفية النظرية
21	2. مفهوم التقنية (تقليل الحساسية التدريجي)
22	3. مبادئ أسلوب تقليل الحساسية التدريجي
23	4. نماذج استخدام تقليل الحساسية التدريجي
24	5. مراحل عملية العلاج
25	6. خطوات إجراء تقليل (التخلص) الحساسية المنظم

	الوحدة الثالثة: الغمر (الإغراق) أو الإفاضة
33	تمهيد
34	1. تعريف العلاج بالإفاضة
35	2. خصائص الإفاضة (الغمر)
36	3. الافتراض الذي يقوم عليه العلاج بالإفاضة (الغمر)
37	4. أهداف العلاج بالإفاضة
37	5. أساليب المعالجة بالإفاضة
45	6. دور المعالج في العملية العلاجية
47	7. مقارنة بين العلاج بالإفاضة (الغمر) وإزالة الحساسية التدريجي
	الوحدة الرابعة: التدريب على تأكيد الذات (التوكيدية، التدريب التدميمي)
50	تمهيد
	أولاً: تأكيد الذات
50	1.1. الأساس العلمي والتطور التاريخي لمفهوم تأكيد الذات (التوكيدية)
53	2.1. خصائص السلوك التوكيدي
53	3.1. أنماط الاستجابة الصادرة عن الفرد
	ثانياً: التدريب على تأكيد الذات
58	1.2. تعريف التدريب على تأكيد الذات
59	2.2. النظريات المفسرة لأسلوب التدريب على تأكيد الذات
61	3.2. خطوات التدريب على السلوك التوكيدي (العلاج)
68	4.2. حالات استخدام التدريب على السلوك التوكيدي
69	5.2. نماذج من الاختبارات النفسية المستخدمة في تأكيد الذات
	الوحدة الخامسة: العلاج المعرفي السلوكي

76	تمهيد
76	1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي
77	2. مبادئ ومسلمات العلاج المعرفي السلوكي
77	3. الافتراضات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي
81	4. أهداف العلاج المعرفي السلوكي
81	5. العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي
82	6. مراحل العملية العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي
85	7. فنيات العلاج المعرفي السلوكي
	الوحدة السادسة: العلاج المعرفي لأرون بيك
88	تمهيد
88	1. مفهوم العلاج المعرفي
90	2. أهداف العلاج المعرفي
91	3. الافتراضات الأساسية للعلاج المعرفي
92	4. المبادئ الأساسية في العلاج المعرفي عند بيك
93	5. التحريفات (التشويهات) المعرفية
94	6. العملية العلاجية
97	7. أساليب العلاج المعرفي
	الوحدة السابعة: العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لألبرت إليس
101	تمهيد
101	1. تعريف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
101	2. الأفكار غير العقلانية (اللامنطقية) والعقلانية
103	3. نظرة إليس إلى الأمراض النفسية

106	4. نظرية (A-B-C) في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
108	5. العملية العلاجية
112	6. أساليب العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
	الوحدة الثامنة: الحوار الداخلي لدونالد ماكينبوم
116	تمهيد
116	1. تعريف تقنية الحوار الذاتي
116	2. الخلفية النظرية
118	3. افتراضات نظرية ماكينبوم ومفاهيمها
120	4. طرق ماكينبوم في العلاج المعرفي
122	5. مراحل العلاج بالحوار الذاتي
123	6. التقنيات والإجراءات العلاجية
126	المراجع

مقدمة:

يعد العلاج السلوكي متنوع ومختلف ومنتشعب فيما يتعلق بالمفاهيم الأساسية، وكذلك التقنيات التي يستعملها والتي يمكن تطبيقها للتعامل مع مشكلات معينة مع عملاء مختلفين ومتنوعين.

وهناك صعوبة في الوقت الحاضر لتعريف العلاج السلوكي لأن ميدانه قد نما وتوسع وأصبح أكثر تعقيدا، فمنذ أن تطورت المدرسة السلوكية حصل وأن تشابكت بشكل متزايد مع مقاربات علاجية نفسية أخرى منها المعرفية. والتي ترى بأن انفعالات الفرد وسلوكه يرتبط بشكل كبير بالتفكير لديه، فإدراك وتفسير الأحداث يؤثر في الاستجابات الانفعالية والسلوكية للفرد. وأن الاضطرابات الانفعالية هي نتائج تفسيرات وأفكار واعتقادات وتأويلات محرّفة ومشوّهة لخبرات الحياة.

وقد توسع باندورا في مجال تعديل السلوك ليشمل الاهتمام بالتمذجة والتعلم عن طريق الملاحظة، وجعل المعرفة بؤرة التركيز الأساسية في العلاج السلوكي، وقد توالى ترجمة الإجراءات السلوكية في ضوء أسس معرفية حتى أوائل الثمانينات حيث أصبحت السلوكية المعرفية النغمة السائدة.

والخلاصة أن كل التدخلات العلاجية تتضمن بعض العمليات المعرفية، ولكن بعض الإجراءات السلوكية توجه بخاصة إلى إحداث تعديلات في معرفيات لا توائمه محددة، وتكون هذه الإجراءات ما يعرف بالعلاج السلوكي المعرفي أو باختصار بالعلاج المعرفي. وهو ما يعرف بأنه منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى العميل.

وبذلك فإن اختيار المعالج النفسي للطريقة أو الأسلوب العلاجي يتوقف على طبيعة الهدف المحدد وما يمثله هذا الهدف، فإذا كانت الأهداف تعكس تغييرا فإن الهدف النهائي

يكون في صورة اكتساب استجابة، أو زيادة استجابة أو إنقاص استجابة، أو إعادة بناء استجابة (حيث تشتمل الاستجابة على كل من السلوكيات الظاهرة وغير الظاهرة) وهذه الجوانب يمكن استخدام أساليب أو استراتيجيات متنوعة لها، مثل النمذجة والتعزيز والانطفاء، والتخلص التدريجي من الحساسية، والمراقبة الذاتية، وتوكيد الذات والإفاضة وغيرها.

ويجب على المعالج أن يلاحظ أن البرنامج المتكامل لمساعدة العملاء والمرضى على مواجهة مشكلاتهم يجب أن يستخدم كل الاستراتيجيات اللازمة للعمل مع مهارات العميل الأدائية ومهاراته المعرفية واستجاباته الانفعالية والعمليات البدنية والعوامل البيئية، وبذلك فمن الممكن استخدام أكثر من طريقة حسبما تدعوا المشكلة والأهداف المحددة لتناولها.

ومن هنا كان لزاما على الطالب والمختص في علم النفس الإكلينيكي أن يتعرف على العلاجات السلوكية والمعرفية وخصائصها وأهم الأساليب العلاجية المستخدمة فيها وتطبيقاتها، وقد جاءت هذه المطبوعة لتبين للطالب أن هناك أساليب تستخدم بنجاح في علاج بعض الاضطرابات دون البعض الآخر الذي يصلح له أساليب من نوع آخر. وهكذا فعندما يكون الاضطراب مصحوبا بمخاوف مرضية أو قلق من مواقف محددة، فإن استخدام أساليب التدرج وتأكيد الذات وغيرها من أساليب تعديل الاضطراب الوجداني تتجح نجاحا بالغا في التخلص من مصادر الاضطراب، على حين أن الأساليب التي تتجه إلى تعديل قيمنا وأساليبنا الفكرية والمعرفية الخاطئة تفيد أكبر فائدة في تناول الاضطرابات التي تكوننا لأعراض فيها متجهة ضد الاكتئاب والشعور بالنقص وغيرها.

لأجل ما سبق، ولتحقيق الأهداف التعليمية السابقة الذكر تم التطرق إلى العديد من المواضيع التي يشتمل عليها مقياس العلاجات السلوكية والمعرفية، وقد تم طرح هذه المواضيع في ثماني وحدات، بحيث تناولت الوحدة الأولى العلاجات السلوكية، أما الوحدات الثلاثة الموالية فتم التعرض فيها لأساليب وتقنيات العلاج السلوكي بدءا بالوحدة الثانية عن

أسلوب خفض الحساسية التدريجي، والوحدة الثالثة عن أسلوب الإفاضة أو الغمر، والوحدة الرابعة عن أسلوب تأكيد الذات.

أما الوحدة الخامسة فقد حاولنا من خلالها التعريف بالعلاج المعرفي أو ما يسمى بالعلاج السلوكي المعرفي، وجاءت الوحدات التي بعدها للتعرف عن أهم العلاجات المستخدمة فيه انطلاقاً من الوحدة السادسة والتي شملت العلاج المعرفي لأرون بيك، ثم الوحدة السابعة والتي تناولنا فيها العلاج العقلاني الانفعالي لألبرت إليس، وأخيراً الوحدة الثامنة وقد تطرقنا فيها للحوار الداخلي أو تعديل السلوك المعرفي لدونالد ماكينبوم.

الوحدة الأولى: العلاجات السلوكية

تمهيد

1. نبذة تاريخية ووصف العلاج السلوكي
2. مراحل تطور العلاج السلوكي
3. نظرة إلى طبيعة الانسان
4. الصفات والافتراضات الأساسية للعلاج السلوكي
5. العملية العلاجية
 - 1.5. أهداف العلاج
 - 2.5. وظيفة ودور المعالج
 - 3.5. دور (خبرة) العميل في العلاج
 - 4.5. العلاقة العلاجية (العلاقة بين المعالج والعميل)

تمهيد:

يعتبر العلاج السلوكي أحد الأساليب الحديثة المبنية في الأساس على نظريات وقواعد التعلم (بترس، 2008، ص 156).

يعتبر التعلم تغيراً في السلوك ليس بسبب النضج، ومحور العلاج النفسي هو تغيير السلوك. لذلك فإنه ينطوي على التعلم، بل إن العلاج هو التطبيق العملي للتعلم وقوانينه (عبد الله، 2012، ص 18).

ويرى السلوكيون أن المرض النفسي ما هو إلا عبارة عن تراكم لمجموعة من السلوكيات الخاطئة والمتعلمة من البيئة المحيطة بالمريض، وبالتالي لا يكون هذا السلوك -غير السوي- متأصلاً في الفرد وإنما هو دخيل عليه ومكتسب من البيئة التي يتفاعل معها المريض بصورة غير متوافقة مما يتسبب له ظهور أعراض الاضطرابات النفسية والعصبية الناجمة عن السلوك غير السوي والمقلق والمكتسب من البيئة.

يركز المعالجون في المدرسة السلوكية على السلوك الذي يمكن ملاحظته ومحددات السلوك¹ الحالية، تعلم الخبرات التي تساعد على التغيير، تصميم استراتيجيات العلاج على العميل الفرد، وعلى التقييم المحكم.

يستخدم العلاج السلوكي للتعامل مع مدى واسع من الاضطرابات النفسية ومع العديد من مجتمعات العملاء المختلفة، مشاكل القلق، الاكتئاب المعاناة من الألم، والتوتر المفرط، مشاكل تناول الطعام، العنف الأسري، مشاكل جنسية، كل هذه المشاكل تم علاجها بنجاح بالعلاج السلوكي. (Corey، ت: الخفش، 2013، ص 306).

1. نبذة تاريخية ووصف العلاج السلوكي:

يعود أصل المقاربة السلوكية في الخمسينيات وبداية الستينات من القرن الماضي، وكانت افتراقاً جذرياً من المدرسة التحليلية التي كانت سائدة في تلك الأوقات. إن العلاج السلوكي يختلف عن أي مقاربة أخرى فيما يتعلق في تطبيقاتها لمبادئ الاشراف الكلاسيكي والإجرائي في علاج مشاكل السلوك على اختلافها. وحديثاً يجمع العلماء على إيجاد صعوبة في

1 وفقاً للتصور العلاجي السلوكي يتحدد السلوك الإنساني من خلال تاريخ التعلم الشخصي (وبشكل خاص الاجتماعي) الماضي ومن خلال الشروط الموقفية الراهنة ومن خلال عواقب السلوك المعنى. (برودا، ترجمة: رضوان، 2009، ص 115)

تعريف العلاج السلوكي لتمييزه بوجود وجهات نظر مختلفة ومتنوعة وكما يقول "باترسون" ليست هناك نظرية واحدة في التعلم بل هناك العديد من النظريات، ومن هنا يصعب أن نحكم أيها هو الأصلح والأشمل والأكثر قابلية للتطبيق في تفسير هذا السلوك أو ذلك في العلاج النفسي.

وفعلا، عندما تطورت المدرسة السلوكية حصل أن تشابكت بشكل متزايد مع مقاربات علاجية نفسية أخرى.

إن العلاج السلوكي التقليدي نشأ بنفس الوقت في كل من الولايات المتحدة، أفريقيا الجنوبية، وبريطانيا العظمى (انجلترا) في الخمسينيات من القرن الماضي. ففي الولايات المتحدة الأمريكية أعلن سكنر عن مبادئ الاشرط الانتقائي وقوانين تعديل السلوك، وإعادة تشكيله في إطار ما يسمى بالسلوكية الحديثة، وعلى الرغم من أن تطور التحليل السلوكي في الولايات المتحدة قد انطلق من أعمال سكنر (Skinner, 1953) حول التعلم الإجرائي، فإن مبدأ التحليل الوظيفي للسلوك الإنساني الذي يرجع إلى سكنر قد أصبح بالنسبة لتحليل السلوك الذي سمي لاحقا (تشخيص السلوك) مهما جدا. وفي جنوب أفريقيا استخدم ولبى (1958) wolpe مبادئ الاشرط وبشكل خاص استنادا إلى ايفان بافلوف p. pawlow. أو كلارك هل (Clark. Hull) في علاج اضطرابات المخاوف المرضية (العلاج السلوكي بواسطة الكف المتبادل أو الكف بالنقيض) ، وهو إزالة الاستجابة المرضية (الخوف و القلق) تدريجيا بحيث يحل محلها سلوكا معارضا، أي مناقضا للسلوك المرضي عند ظهور الموضوعات المرتبطة به، و أصبحت طريقة خفض الحساسية المنتظم التي طورها هو أو العاملين معه (لازاروس و راخمان (lazarus, Rachman) أنموذجا للطريقة العلاجية السلوكية. وفي إنجلترا كان هناك بداية ايزنيك (Eysenck 1959&1960) الذي استخلص المبادئ

والتعديلات النظرية التعليمية للاضطرابات النفسية، وبفضله أصبح العلاج السلوكي في مستشفى ماودسلي Maudsley في لندن واسع التأثير.

وبالرغم من النقد اللاذع ومن المقاومة من المدرسة التحليلية إلا أن المقاربة عاشت وثبتت. وكان تركيزها على شرح وتوضيح بأن تقنيات الإشراف السلوكي كانت مؤثرة وناجحة وكانت بديلا فعالا للعلاج التحليلي.

وفي الستينات من القرن الماضي طور ألبرت باندورا النظرية التعليمية الاجتماعية، التي جمعت الاشراف الإجرائي والكلاسيكي مع التعليم القائم على الملاحظة. وقد جعل باندورا المعرفة بؤرة التركيز الشرعية للعلاج السلوكي، وخلال الستينات من القرن الماضي ظهر العديد من المقاربات السلوكية المعرفية، التي مازالت لها تأثير مهم في ممارسات العلاج. إن العلاج السلوكي المعاصر ظهر كقوة أساسية في علم النفس خلال السبعينيات من القرن الماضي، وترك بصمة هامة على ميدان التربية، علم النفس، علم النفس العلاجي، والخدمة الاجتماعية، إن التقنيات السلوكية قد توسعت لتقدم حولا لعالم الصناعة عالم الأعمال، ومشاكل تربية الأطفال، وقد عرف الحقل السلوكي ب " الموجة الأولى " وقد نظر العلماء إلى تقنيات العلاج السلوكي كعلاج للكثير من المشاكل النفسية.

إن الثمانينات في القرن الماضي قد تميزت في البحث عن آفاق جديدة فيما يتعلق بالمفاهيم والأساليب التي ذهبت إلى أبعد من نظرية التعلم التقليدية. المعالجون السلوكيون استمروا في اخضاع طرقهم العلاجية للتدقيق الاختباري، والأخذ بعين الاعتبار تأثير الممارسة العلاجية على كل من العملاء والمجتمع العام. وزاد الاهتمام في دور العواطف في العلاج لإحداث التغيير، كذلك دور العوامل البيولوجية في الاضطرابات النفسية. وأهم تطورين اثنين في الميدان كانا:

(1) الظهور المستمر للعلاج السلوكي المعرفي كقوة رئيسية.

(2) تطبيق التقنيات السلوكية على منع وعلاج الاضطرابات الصحية.

في نهاية التسعينيات من القرن الماضي أعلنت جمعية العلاج السلوكي المعرفي عن انضمام 4.600 عضو إلى الجمعية. والوصف الحالي لهذه الجمعية أنها منظمة تضم أكثر من 4.500 من الأخصائيين العاملين في الصحة العقلية والتلاميذ المهتمين في العلاج

السلوكي المتمركز حول التجربة أو العلاج السلوكي المعرفي. هذا التغيير في الاسم والوصف تكشف عن التفكير الحالي لدمج العلاجات السلوكية والمعرفية ويعتبر العلاج المعرفي "الموجة الثانية" في التقليد السلوكي.

وبداية القرن الحادي والعشرين فإن "الموجة الثالثة" للتقليد السلوكي قد ظهرت هادفة إلى توسيع مجال البحث والممارسة، هذا التطور الأحدث شمل العلاج السلوكي القائم على الحوار. خفض التوتر القائم على الوعي بالكامل. العلاج المعرفي القائم على الوعي الكامل (mindfulness) ثم على التقبل والعلاج الملتزم. (كوري، ت: الخفش، 2013، ص 306-307؛ برودا، ت: رضوان، 2009، ص 321-322؛ الخطيب، 2013، ص 370؛ عبد الله، 2012، ص 33)

2. مرحل تطور العلاج السلوكي:

يمكن فهم العلاج السلوكي المعاصر عندما نأخذ بالاعتبار أربعة ميادين رئيسية في التطور:

(1) الاشرط الكلاسيكي.

(2) الاشرط الإجرائي.

(3) نظرية التعلم الاجتماعي.

(4) العلاج السلوكي المعرفي.

1.2. الاشرط الكلاسيكي: " الاستجابة الشرطية" تشير إلى ما يحدث قبل التعلم حيث تتم

الاستجابة عن طريق المزوجة. والشخصية الأساسية في هذا الميدان هو "إيفانبافلوف" الذي

قام بتوضيح الاشرط الكلاسيكي عن طريق التجارب مع الكلاب، لاحظ عند وضع الطعام

في فم الكلب نزول اللعاب، وهو سلوك استجابي طبيعي، وعندما يقدم الطعام بشكل متكرر

مع مثير محايد في الأصل (شيء لا يسبب افراز أي نوع من الاستجابة) مثل صوت

الجرس، وبعد مدة نشاهد الكلب تلقائياً يسيل لعابه عند سماع الجرس فقط بدون طعام. ولكن

إذا استمر قرع الجرس ولكن بدون أن يقترن بالطعام، فإن استجابة اللعاب سوف تقل حتى

تنتهي كلياً. ومثال على الاشرط الكلاسيكي نموذج " جوزيف وولبي" ويسمى " تقليل

الحساسة المنتظم". (سيتم شرحه لاحقاً). ان هذه التقنية تشير إلى أن مبادئ التعلم المشتقة من التجارب المختبرية يمكن تطبيقها في العيادة. فمثلا تقليل الحساسة تطبق على الأفراد الذين تعلموا عن طريق الاشراف الكلاسيكي الخوف الشديد من الطيران بعد مرورهم في تجربة مخيفة أثناء الطيران.

2.2. الاشراف الإجرائي: معظم ردود الفعل المهمة التي نجريها في حياتنا اليومية هي أمثلة على السلوك الإجرائي مثل: القراءة، الكتابة، قيادة السيارة، الأكل باستعمال أدواته، إن الاشراف الاجرائي يتضمن نوعا من التعلم حيث يتأثر السلوك بالنتائج التي تلي ذلك السلوك، وإذا كانت التغييرات البيئية قد نتجت بسبب السلوك وقد تم تعزيز هذا السلوك-بمعنى إذا منحت العضوية التي قامت بالتغيير نوعا من المكافأة أو أن العضوية أطفأت تأثير مثير مزعج-فإن فرص أن يحدث أو يعاد السلوك مرة ثانية تزيد وتقوى. وإذا حصل أن التغييرات البيئية لا تدعم بأي تعزيز أو أنتجت مثيرا مزعجا فإن فرص إعادة السلوك تقل. إن التعزيز الايجابي والسلبى، العقاب، تقنيات الإطفاء. توضح كيف أن الاشراف الاجرائي في الوضع التطبيقي يمكن أن يكون وسيلة في تطوير سلوكيات تكيفية وسلوكيات اجتماعية مقبولة. ان التقنيات الاجرائية يستعملها العلاجيون السلوكيون في برامج تثقيف الآباء وكذلك في برامج الإدارات والمراكز العليا.

إن السلوكيين من كلا المدرستين الكلاسيكية والاجرائية يزيحون جانبا أي دور للمفاهيم التأملية أو التفكيرية من مثل دور التفكير الاتجاهات والقيم.

3.2. نظرية التعلم الاجتماعي: إن المقاربة التعليمية الاجتماعية (المعرفية الاجتماعية) والتي طورها ألبرت "باندورا" و "ريتشارد وولترز" هي مقاربة تفاعلية، متداخلة العلوم، متداخلة الصيغ والأشكال. إن التعلم الاجتماعي ونظرية المعرفة تتضمن تفاعلا ثلاثيا متبادلا بين: البيئة، عوامل شخصية، معتقدات، تفضيلات، توقعات، الإدراكات الشخصية، والتفسيرات، وبين السلوك الفردي، وفي المقاربة الاجتماعية المعرفية نرى أن تأثير الأحداث البيئية على السلوك تتأثر أو تتقرر بالعمليات المعرفية التي تحكم كيفية الإدراك للمؤثرات

البيئية، وكيف تفسر هذه الأحداث، وفرضية أساسية عند باندورا تشير إلى أن الناس قادرون على أحداث سلوك التغيير الموجه من الفرد. وبالنسبة لباندورا فإن الكفاءة الذاتية هي اعتقاد الفرد أو توقعاته بأنه قادر على السيطرة على موقف واحد تغيير مرغوب فيه. وكمثال للتعليم الاجتماعي هو كيف أن الناس يمكنهم أن يطوروا مهارات اجتماعية فعالة بعد أن يتواصلوا مع أناس آخرين يملكون مهارات تفاعلية فعالة.

4.2. العلاج السلوكي المعرفي: إن العلاج السلوكي المعرفي ونظرية التعلم الاجتماعي

تمثلان الاتجاه السائد للعلاج السلوكي المعاصر. فمذ بداية السبعينات من القرن الماضي اتجهت الحركة السلوكية إلى اعطاء نسخة شرعية إلى التفكير. لدرجة الاعتراف بالعوامل المعرفية كركن أساسي في فهم وعلاج المشاكل السلوكية والعاطفية.

وفي منتصف السبعينات تم استبدال العلاج السلوكي بالعلاج المعرفي كنهاية مقبولة. وبدأ الميدان في التأكيد على التفاعل بين الجوانب العاطفية والسلوكية والمعرفية، وأحسن مثال على ما ذكر هو ما نلاحظ من الزيادة في المقاربة الاندماجية المتمثلة في العلاج المتنوع في الصيغ والأشكال. وهناك الكثير من التقنيات خصوصا تلك التي تطورت في العقود الثلاثة الأخيرة.

تركز على العمليات المعرفية التي تتضمن الأحداث الخاصة من مثل حديث الفرد لنفسه كوسائط تقوم بإحداث تغيير السلوك.

وإن التمييز والاختلاف بين العلاج السلوكي والعلاج السلوكي المعرفي هو أقل بكثير الآن مما كان عليه سابقا. وفي الحقيقة فإن المقاربتين هما الآن أكثر اندماجا في النظرية والممارسة والبحث. (كوري، ت: الخفش، 2013، ص ص 308-309).

3. نظرة إلى طبيعة الانسان:

لم تتقدم المدرسة السلوكية بأي افتراض فلسفي فيما يتعلق بالطبيعة الانسانية، لكنها ترى أن الانسان يمتلك الطاقة الايجابية والطاقة السلبية، ولم يهتم (سكنر) ببنية الشخصية، بل كان مهتما بالتأكيد على تغيير السلوك وتعديله، وكيفية حدوث ذلك. وترى النظرية السلوكية

أن البيئة هي التي تصنع سلوك الإنسان بصرف النظر عن قدراته ومواهبه واهتماماته. (الخطيب، 2007، 371). وإن النظرة المعاصرة لها تركز على أن الإنسان هو المنتج للبيئة وهو النتاج أيضا للبيئة التي يعيش فيها. إن الاتجاه المعاصر في العلاج السلوكي يهدف إلى تطوير اجراءات تمنح للعملاء السيطرة وبذلك تزيد من مدى حريتهم. إن العلاج السلوكي يهدف إلى زيادة مهارات الناس حتى يملكو بدائل أكثر من ردود أفعال فقط. (كوري، ترجمة: الخفش، 2013، ص 310).

4. الصفات والافتراضات الأساسية للعلاج السلوكي:

يتصف العلاج السلوكي بستة ميزات أساسية هي:

(1) يركز العلاج السلوكي على مبادئ واجراءات الطريقة العلمية، وعلى مبادئ التعلم التي اشتقت مختبريا وتطبيقها بشكل منظم لمساعدة الناس في تغيير السلوكات غير التكيفية. إن الميزات البارزة للممارسين السلوكيين هي التزامهم المنظم بالدقة وبالتقييم المختبري. المعالجون السلوكيين يضعون أهداف العلاج التي يتم الاتفاق عليها مع العملاء. وخلال سير العلاج يقوم المعالج بتقييم المشاكل السلوكية والظروف التي تعمل على بقائها، وتستخدم وسائل البحث لمعرفة فعالية العملية التقييمية والإجراءات العلاجية. إن تقنيات العلاج المستخدمة يجب أن تثبت فعاليتها.

(2) إن العلاج السلوكي يتعامل مع مشاكل العميل الحاضرة والعوامل التي أثرت عليها، ولا يلجأ إلى تحليل الأسباب التاريخية الممكنة التي أدت إلى حدوث هذه المشاكل، يكون التركيز على عوامل معينة أثرت على الوظائف الحاضرة، وعلى العوامل التي تساعد في تعديل الأداء.

أحيانا معرفة ما حدث في الماضي يقدم معلومات عن أحداث بيئية لها علاقة بالسلوك الحاضر.

يهتم المعالجون السلوكيون في الأحداث البيئية الحاضرة التي حافظت على استمرار المشاكل السلوكية، ويقومون بمساعدة العملاء على أحداث التغيير في السلوك وذلك بواسطة تغيير الأحداث البيئية عن طريق عملية تسمى " التقييم الوظيفي " أو كما يشير إليها وولبي باسم " التحليل السلوكي".

(3) من المنتظر أن يأخذ العملاء دورا نشطا في العلاج السلوكي وذلك بأن ينغمسوا في أعمال محددة ليعالجوا مشكلاتهم. وبدلا من أن يتحدثوا عن ظروفهم يطلب منهم أن يقوموا بعمل شيء ما لإحداث التغيير. ويقوم العملاء بمراقبة سلوكياتهم خلال الجلسة العلاجية وخارجها. يتعلم العميل ويمارس المهارات التي تساعد على التكيف بالإضافة الى لعب أدوار السلوك الجديد. والمهام العلاجية التي يتحملها العملاء أثناء الحياة اليومية أو ما يمكن أن يسمى الواجبات المنزلية، تشكل جزءا أساسيا في هذه المقاربة. إن العلاج السلوكي هو أساسا علاج يتطلب تعلم أداء أو سلوك، وكذلك مقاربة تربوية، حيث أن التعلم فيها يشكل جوهر هذا العلاج. يتعلم العملاء سلوكيات جديدة تكيفية لتحل محل السلوكيات القديمة عديمة الفائدة إن لم تكن خطرة على عملية التكيف.

(4) تفترض هذه المقاربة أن التغيير يمكن أن يحدث بدون استبصار للديناميكيات ذات الصلة. يجري المعالجون السلوكيون عملهم بناء على فرضية أن التغيير في السلوك يمكن حدوثه قبل أو مع فهم العميل لنفسه وأن التغييرات السلوكية يمكن أن تقود إلى زيادة مستوى فهم الفرد لنفسه، وحقيقة أن الاستبصار وفهم الأحداث الطارئة التي تزيد من وقع مشاكل الفرد يمكن أن تقوي الدافعية للتغيير، مع العلم بأن معرفة الفرد بأنه يعاني من مشكلة ومعرفته كيف يغيرها شيئا مختلفان.

(5) التركيز هنا يكون على السلوك الظاهر والباطن مباشرة حيث يتم تحديد المشكلة ثم تقييم التغيير، وهناك تقييم مباشر للمشكلة إياها بواسطة الملاحظة أو مراقبة الذات ويساعد

المعالجون كذلك العملاء ضمن ثقافتهم كجزء من بيئتهم الاجتماعية، ويشمل ذلك الدعم الاجتماعي وكل ما يمكن أن يكون له علاقة بالمشكلة التي يراد حلها.

(6) ان المداخلات السلوكية للعلاج السلوكي يتم تصميمها لمخاطبة مشكلات معينة ومحددة يعاني منها العملاء. ويمكن استخدام تقنيات علاجية متعددة لعلاج مشكلات الفرد بعينه.

(كوري، ت: الخفش، 2013، ص 310-311).

5. العملية العلاجية

1.5. أهداف العلاج:

يحتل موضوع الأهداف مكانا رئيسيا من حيث الأهمية في العلاج السلوكي والأهداف العامة للعلاج السلوكي هي لزيادة الخيار الشخصي ولخلق ظروف ملائمة جديدة للتعلم. إن العميل وبمساعدة المعالج يحدد أهدافا معينة للعلاج في بداية العملية العلاجية. وبالرغم من أن التقييم والعلاج يحدثان معا، إلا أن تقييمهما رسميا يتم قبل العلاج لتقرير أي السلوكيات تكون هي الأهداف للتغيير.

والتقييم الذي يستمر خلال العلاج يقرر الدرجة التي وصلنا إليها فيما يتعلق بتحقيق الأهداف المرسومة. ومن الأهمية بمكان أن يتم تصميم أسلوب يقيس التقدم نحو الأهداف مبني على صدق الاختبار.

يؤكد العلاج السلوكي المعاصر على أن يتحمل العملاء دورا نشطا لتقرير كل ما يتعلق بعلاجهم. فالمعالج يساعد العملاء في تشكيل أهداف معينة يمكن قياسها. إن الأهداف يجب أن تكون واضحة، مفهومة ومتفق عليها من كلا العميل والمعالج، ويبحث كلاهما في السلوكيات التي لها صلة بالأهداف، والظروف المطلوبة للتغيير وطبيعة الأهداف الفرعية وخطة للعمل لتطبيق هذه الأهداف، هذه العملية لتقرير أهداف العلاج تتطلب مفاوضات بين العميل والمعالج ينتج عنها عقد عمل يوجه مسار العلاج. إن المعالجين السلوكيين والعملاء

يستطيعون تغيير الأهداف خلال العملية العلاجية كلما احتاج الأمر لذلك. (كوري، ت: الخفش، 2013، ص 311-312).

ويمكن تلخيص أهداف العلاج السلوكي في النقاط التالية:

- 1- تغيير السلوك المستهدف.
- 2- اكتساب سلوك جديد.
- 3- حذف سلوك غير ملائم.
- 4- تدعيم السلوك المرغوب.
- 5- ويتم الاتفاق على الأهداف حسب المشكلة. (أبو سعد، وعريبات، 2009، ص 125).

2.5. وظيفة ودور المعالج:

يدير المعالجون السلوكيون تقييما وظيفيا متقنا (أو تحليلا سلوكيا) ليحددوا الظروف القائمة وذلك بواسطة جمع المعلومات المقننة عن الأحداث السابقة للموقف، أبعاد السلوك المشكل، ثم نتائج المشكلة، وتسمى هذه العملية نموذج "ABC" والتي هي: الأحداث السابقة للسلوك (A)، ثم السلوكات (B)، ثم النتائج (C) وتكون الأحرف (A) هي ANTECEDENT، Behavior (B)، (C) هي Consequences، هذا النموذج للسلوك يقترح أن السلوك (B) ينتج بسبب حدث معين يسبقه يسمى Antecedent (A)، وما ينتج عن ذلك السلوك يسمى النتيجة. Consequences (C)، إن الأحداث السابقة هي التي تسبب أو تفرز السلوك المعين.

الممارسون السلوكيون يميلون أن يكونوا نشطين ومباشرين ويعملون كمستشارين وإيجاد حلول للمشاكل. ويبدون اهتمام في المفاتيح (الإشارات) التي يرسلها العملاء، وهم راغبون في اتباع تخميناتهم العيادية. إن الممارسين السلوكيين عليهم أن يمتلكوا المهارات، الحساسية والفتنة العيادية. ويستعملون بعض التقنيات المشتركة مع المقاربات الأخرى، من مثل:

الاختصار، التوضيح، والأسئلة المفتوحة - المغلقة. ومع ذلك فإن الممارسين السلوكيين يقومون بوظائف أخرى مثل:

- يقوم المعالجون بناءً على التقويم الوظيفي الشامل، بتشكيل مبدئي لأهداف العلاج، ثم تصميم وتنفيذ خطة علاج لتحقيق هذه الأهداف.
- المعالجون السلوكيون يستخدمون استراتيجيات مدعومة من البحوث لاستخدامها في علاج مشاكل محددة. ومثل هذه الاستراتيجيات تستعمل لوضع تصميمات أكثر وزيادة فرص تغيير السلوك.
- يقيم المعالج نجاح خطة العلاج عن طريق قياس التقدم نحو الأهداف خلال مدة العلاج. ويعطي المعالج نتائج القياس إلى العميل في بداية العلاج (تسمى الخط القاعدة) ثم يتم تجميعها بين وقت وآخر أثناء وبعد العلاج لتقرير فيما إذا كانت الاستراتيجية والعلاج يعملان كما هو مطلوب ومرغوب، وإذا كانت الأمور تسير بغير ذلك، يتم تعديل في الاستراتيجيات المرسومة.
- هناك مهمة أساسية أمام المعالج وهي إدارة تقويم "متابعة" ليرى فيما إذا كانت التغيرات تحمل صفة الديمومة مع مرور الوقت. ويتعلم العملاء كيفية تحديد والتعامل مع النكسات المحتملة. وإن التركيز يقع على مساعدة العملاء في الحفاظ على التغيرات عبر الوقت واكتساب مهارات تكيفية معرفية وسلوكية للوقاية من هذه النكسات.

مثال: كيف يؤدي المعالج السلوكي هذه الوظائف؟ عندما يأتي العميل إلى العلاج ليخفف من قلقه، الذي يمنعه حتى من مغادرة البيت.

- قد يبدأ المعالج بتحليل معين لطبيعة هذا القلق، يسأل المعالج العميل كيف يعيش خبرة القلق عندما يغادر البيت؟ بما في ذلك ما يفعله في مثل هذه المواقف.
- يقوم المعالج بانتظام بجمع المعلومات عن طبيعة هذا القلق. متى بدأت هذه المشكلة؟ في أي المواقف يظهر هذا القلق؟ ماذا يفعل العميل عندما تحدث هذه

الظاهرة؟ ماهي طبيعة مشاعره وأفكاره في مثل هذه المواقف؟ من يكون حاضرا عند ظهور القلق؟ ماذا يفعل ليخفف القلق؟ كيف تؤثر مخاوفه الحاضرة في حياته؟

- بعد هذا التقييم تظهر أهداف سلوكية معينة، وكذا استراتيجيات مثل التدريب على الاسترخاء، تقليل الحساسية المنهجي، والعلاج بالتعرض كل هذه الاستراتيجيات يتم تصميمها لمساعدة العميل لخفض توتره إلى مستوى يمكن التعامل معه.
- سوف يطلب المعالج من العميل الالتزام بالعمل لتحقيق الأهداف المحددة، وكلاهما سوف يقيمان التقدم في تحقيق الأهداف خلال مدة العلاج.

3.5. دور (خبرة) العميل في العلاج:

يزود العلاج السلوكي المعالج بنظام محدد وواضح من الإجراءات ليستعملها وكلا المعالج والعميل يعرفان تماما أدوارهما، وهناك تأكيد على أهمية وعي العميل ومشاركته في العملية العلاجية.

قسم كبير من دور المعالج هو تعليم مهارات ملموسة من خلال الإرشادات النموذجية، أو التغذية الراجعة، وبنهمك العميل في عمل بروفات السلوك مع التغذية الراجعة حتى يتم نقلها بشكل كامل. وبشكل عام يتقبل واجبات بينية (مثل مراقبة الذات فيما يتعلق بالسلوك المشكل) حتى تكتمل متطلبات العلاج. وقد عمل هارتل (2007) على تأكيد فكرة أن التغيير الذي يحصل للعملاء أثناء الجلسات يجب أن يظهر في الحياة اليومية. وعلى العملاء أن يستمروا في متابعة التغييرات التي بدأت في الجلسات العلاجية خلال أسبوع كامل. يجب أن يقوى دافع العملاء إلى التغيير. كما ويتوقع أن يتعاونوا في القيام بأعباء ومسؤوليات النشاطات العلاجية، سواء خلال الجلسات العلاجية أو في الأيام العادية. يتم تشجيع العملاء لإجراء التجارب لهدف توسيع مخزون السلوكات التكيفية، وإن الإرشاد ليس كاملا حتى تتبع الأعمال والأفعال الأساليب اللفظية. ولا يمكن أن نقول بأن

العلاج كان ناجحاً إلا في حالة مشاهدة التغير الذي حصل في الجلسات العلاجية قد انتقل إلى الحياة اليومية، وإن نتائج العلاج استقرت وبقيت حتى بعد انتهاء العلاج. وأخيراً نقول إن العملاء بحاجة أن يكونوا على استعداد دائم لإحداث التغيرات واستقرار أداء السلوك الجديد عند انتهاء العلاج رسمياً.

4.5. العلاقة العلاجية (العلاقة بين المعالج والعميل):

إن شواهد البحوث والعيادات تشير إلى أن العلاقة العلاجية حتى في سياق الخلفية السلوكية تسهم بشكل هام جداً في عملية تغيير السلوك. معظم الممارسين يؤكدون على قيمة إقامة علاقة تعاون عملية. ويعتقد لازاروس (2008) أن مخزوننا مرناً من أساليب مختلفة من العلاقات. بالإضافة إلى مدى كبير من التقنيات تزيد من فعالية العلاج ونتائجه. وأكد على الحاجة إلى المرونة والتعددية في العلاج فوق أي اعتبار آخر. واقتنع لازاروس أن إيقاع التفاعل بين العميل والمعالج تختلف من فرد إلى آخر حتى من جلسة إلى أخرى، إن المعالج السلوكي الماهر يستطيع أن يضع المشاكل في إطار مفاهيمي سلوكي، ويستعمل العلاقة بين المعالج والعميل لتسهيل التغير. معظم الممارسين العلاجيين مقتنعون أن عوامل مثل: التقبل، الدفاء، الأصالة، التسامح، والتعاطف ضرورية، ولكن ليست كافية لإحداث التغير في السلوك. إن العلاقة بين العميل والمعالج هي الأساس الذي تبنى عليه الاستراتيجيات العلاجية لمساعدة العملاء على التغيير في الاتجاه الذي يريدونه. ومع ذلك إن المعالجين السلوكيين يفترضون أن العملاء يتقدمون بالعلاج بسبب يعود أساساً إلى استعمال تقنيات سلوكية محددة وليس بسبب العلاقة مع المعالج.

الوحدة الثانية: تقليل الحساسية التدريجي

التحصين المنهجي أو التعويد التدريجي المنظم

تمهيد

1. الخلفية النظرية
2. مفهوم التقوية (تقليل الحساسية التدريجي)
3. مبادئ أسلوب تقليل الحساسية التدريجي
4. نماذج استخدام تقليل الحساسية التدريجي
5. مراحل عملية العلاج
6. خطوات إجراء تقليل (التخلص) الحساسية المنظم

تمهيد:

يُستخدم عادة عدد من إجراءات العلاج السلوكي لمساعدة الأفراد في التغلب على مشكلات الخوف والقلق. وهذه الإجراءات تنطوي على التدريب على الاسترخاء، والتخلص من الحساسية المنظمة، والتخلص من الحساسية الحيوي (أو الواقعي)، والإغراق بالمثير، وتقوم على مبادئ الاشرط الاستجابي، والاشراط الإجرائي، والمزج بينهما (الزراد وسعد، 2014، ص 566). وسنتناول في هذه الوحدة طريقة التخلص من الحساسية المنظم (التحصين التدريجي).

1. الخلفية النظرية:

على الرغم من أن الصياغة النظرية لأسلوب التحصين التدريجي وتوظيفه للعلاج بدأت في فترة حديثة، فإن المتتبع لتاريخ العلاج النفسي قد يتعرف على بعض الأساليب العلاجية القريبة، مما يدل على أن هذا الأسلوب لم يخف على خبرة المعالجين النفسيين السابقين.

- في سنة 1922 يشرح الطبيب النفسي الألماني المشهور كريتشمر kretchmer طريقته في العلاج النفسي سماها " التعويد المنظم " ومدى فاعلية هذا الأسلوب. حيث قام بعلاج شاب في الثلاثين من العمر كان يعاني من الخوف الشديد عندما يجد نفسه في أماكن فسيحة أو في الشارع. مما دفعه عن الامتناع عن الخروج من منزله لعدة شهور وتطور به الأمر إلى أن أصبح يخشى الخروج من حجرته، وقد بدأت خطة العلاج بأن أمكن تشجيع المريض أن يسير -مصحوبا بالمعالج- لمسافات قصيرة كانت تزداد تدريجيا، ثم تمت الاستعاضة عن الطبيب تدريجيا بشخص آخر. إلى أن أمكن المريض السير وحده خطوات قليلة خارج المنزل كانت تزداد تدريجيا من يوم لآخر حتى أصبح بإمكانه السير والرحيل إلى أماكن بعيدة وغريبة.

- في سنة 1923 استخدم أحد المعالجين أسلوباً قريبا من السابق لشفاء أحد المصابات بمرض الخوف من الأماكن الفسيحة وفق خطة مماثلة، تمثلت الخطوة الأولى في علاجها أن نصحبها إلى ميدان فسيح مجاور. وفي الميدان طلب منها أن تعود إلى المنزل بمفردها، وقد اعترفت المريضة بأن هذه الطريقة قد أفادتها عن أية طريقة أخرى حاولتها من قبل رغم كل الأعراض التي بدت عليها مثل: برودة اليدين، شحوب الوجه، زيادة نبضات القلب، جفاف الريق (الحلق)، وفي اليوم التالي طلب منها أن تكرر الذهاب إلى الميدان والعودة إلى المنزل بمفردها عدداً من المرات.
- وفي ميدان التحليل النفسي يعتبر التحصين المتدرج عملية علاجية من شأنها أن تمكن المريض تدريجياً من مواجهة المواقف المؤلمة وتقبلها ويعترف بعض المحللين أن قيمة الاعتراف والتداعي أمام المعالج تتبع من أن احساسات الشخص نحو هذه المواقف تبرد وتقل.
- في سنة 1949 عولجت حالة طبيب مصاب بعصاب الخوف من الأماكن المغلقة باستخدام أسلوب التطمين مع استخدام الاسترخاء عند تخيل موقف الخوف، ذلك بأنه كان يطلب من المريض تخيل مشاعره وهو في مكان مغلق، وأن يسترخي مطمئناً وهو يفعل ذلك، كذلك طلب منه ألا يجعل خوفه المتخيل أقوى من هدوئه واحساسه بالأمان، وذلك بأن يبعد تفكيره عمداً عن موقف التهديد إذا ما شعر بأن الخوف يشتد. ولعل هذه تعتبر أول حالة يستخدم معها أسلوب التطمين المتدرج جنباً إلى جنب، مع إثارة خيال المريض والاسترخاء وإثارة أحاسيس معارضة للخوف، وهي من الخصائص التي تميز الأساليب الحديثة من التدرج. (ابراهيم، 2011، ص 97-98).
- وقد بدأت أول محاولة منظمة لاستخدام هذا المبدأ على يد ماري كوفر جونز (M. C. Jones) تلميذة واطسن لمساعدة أحد الأطفال للتخلص من مخاوفه المرضية الشديدة المتعلقة بالحيوانات الفرائية.

- و في فترة حديثة نسبيا نشر جوزيف وولبي (J.Wolpe) كتابه الشهير بعنوان العلاج النفسي بالكف المتبادل، و لقد وصف " وولبي " الأسس النظرية التي استمد منها إجراء تقليل الحساسية التدريجي و هو أحد أشكال الاشرط المضاد counterconditioning و ما يشير إليه الاشرط المضاد هو إمكانية استخدام قوانين التعلم بهدف استبدال استجابة بأخرى، وكانت الفرضية التي استند إليها وولبي في تطوير هذا الإجراء هي أنه بالإمكان محور الاستجابة الانفعالية الغير مرغوب فيها كالخوف مثلا إذا استطعنا إحداث استجابة مضادة لها بوجود المثير الذي يستجربها. بعبارة أخرى أن الاستجابات المتناقضة لا يمكن أن تحدث في آن واحد. وهكذا فباستطاعتنا استخدام أحدهما بمنع حدوث الأخرى، وهذا ما يطلق عليه اسم الكف المتبادل، وقد استوحى " وولبي " الفكرة الرئيسية لهذا المبدأ من القاعدة نفسها التي استخدمتها قبله (جونز) بثلاثين عاما.
- ويلخص " وولبي " طريقته على النحو الآتي: إذا نجحنا في استثارة استجابة ما معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة له فإن من شأن هذه الاستجابات المعارضة أن تؤدي إلى توقف كامل للقلق، أو تؤدي على الأقل لكف أو توقف جزئي له إلى أن يبدأ القلق في التناقص ثم الاختفاء التام بعد ذلك.
- وقد اقترح " وولبي " في بادئ الأمر أنه بالإمكان معالجة القلق والخوف باستخدام استجابات نقيضة مختلفة مثلا الاسترخاء والتدعيم أو التوكيد الذاتي، وغير ذلك، ويوظف المعالجون عادة في عملية تقليل الحساسية التدريجي أسلوب الاسترخاء العضلي التام كسلوك بديل لردود الأفعال الانفعالية (الخواجة، 2012، ص 137-138).

2. مفهوم التقنية (تقليل الحساسية التدريجي)

هو أحد الاجراءات العلاجية الفعالة التي كان جوزيف وولبي (wolpe) قد طوره في أواخر الخمسينات (1958) وتسمى أيضا "بالتحصين التدريجي" أو " التعويد التدريجي المنتظم".

وهو إجراء سلوكي أساسي مبني على مبدأ الإشراف الكلاسيكي يقوم على معالجة ردود الفعل القلقية، وهي تتضمن باختصار وضع العميل في حالة من الاسترخاء العضلي في مواجهة تدريجية على مستوى التخيل مع مثيرات تزداد تدريجياً في مقدار قدرتها على استمرار استجابة القلق عند العميل وحين يتمكن العميل من تخيل آخر المواقف المثيرة للقلق من حيث شدتها بنجاح، وهو في حالة الاسترخاء فإن العلاج يكون قد حدث. (الفسفوس، 2006، ص 56؛ كوري، ت: الخفش، 2013، ص 319؛ الخواجة، 2010، ص 138).

إن هذا الأسلوب، الذي يعد أحد التطبيقات النظرية البافلويفية يدعو إلى التحكم بالمثيرات لتغيير الاستجابة، وذلك من خلال تعريض الفرد لمجموعة من المثيرات ذات العلاقة بالاستجابة (الخوف مثلاً) ابتداءً من المثير الأقل تأثيراً إلى الأكثر تأثيراً في حدوث الاستجابة بحيث تقلل من الاستجابة المراد تغييرها بشكل تدريجي. وقد لا نستطيع التحكم بالمثير فنغير الاستجابة. فمثلاً الامتحان كمثير قد يسبب القلق لبعض الأفراد، وبهذا الحال لا بد من التحكم بالاستجابة من خلال أسلوب الاسترخاء، ويعتبر الاسترخاء استجابة نقيضة للخوف والقلق الذي يؤدي إلى إطفاء الاستجابة الأولى لتحل محلها الاستجابة الثانية، وهو شكل من أشكال الإشراف المضاد. (قحطان، 2012، ص 217).

3. مبادئ أسلوب تقليل الحساسية التدريجي:

يقوم مبدأ تقليل الحساسية التدريجي على المبادئ السلوكية الآتية:

- 1- الإطفاء الكلاسيكي من خلال تعرض الفرد للمثيرات الشرطية المثيرة للقلق ومنع ظهور الاستجابة الشرطية (الخوف/ والسلوك التجنبي).
- 2- يعمل تقليل الحساسية التدريجي على فك الارتباط بين المثيرات

المختلفة من خلال توظيف مبدأ الاشارات المضاد حيث وجود استجابتين مختلفتين أو متعاكستين غير ممكن في نفس الوقت، مما سيؤدي إلى أن تكف الاستجابة الأقوى على الاستجابة الأضعف، وهذا ما يسمى بمبدأ الكف المتبادل.

3- ان استخدام وتوظيف المخيلة وقدرات الفرد في استدعاء المواقف المثيرة للقلق والخوف في المخيلة سيكون له أثر فعال في اثاره مشاعر وأفكار الخوف والقلق كما تحدث في الواقع. (إبراهيم، 1994، ص 227).

4. نماذج استخدام تقليل الحساسية التدريجي:

يمكن القول إن المعالجات السلوكيين استخدموا نموذجين من التحصين المنظم يكمل أحدهما الآخر وهما:

1.4. النموذج الأول: ويكون أسلوب إزالة التحسس التدريجي واقعيًا، وذلك من خلال

تعريض الفرد على المواقف الحية الحقيقية الواقعية (الظاهر، 2012، ص 214).

وقد اقترح هذا الأسلوب شيرمان عام (1972)، حيث يعرض العميل أو المسترشد للمواقف التي يشتمل عليها مدرج القلق في موقف حقيقي وفي هذه الحالة لا يستخدم الاسترخاء كاستجابة مضادة للقلق وإنما يستخدم الشعور بالأمن في وجود المرشد أو المعالج والعلاقة الإرشادية كاستجابة مضادة للقلق، ويمكن على سبيل المثال أن يصطحب المعالج العميل في الموقف الذي يخاف منه وذلك بالتدريج. (الفسوس، 2006، ص 62).

2.4. النموذج الثاني: ويعتمد أسلوب التحسس التدريجي على الخيال أو التصور (التحصين

التصوري أو الخيالي). في هذا النموذج يحاول المعالج علاج المريض عن طريق الاستعانة بالتصورات والخيالات المعينة حيث تستثار هذه التصورات في عقل المريض مع تخيل الموقف والمشاهد التي تثير الخوف عند المريض (الزرد، 2005، ص 209-210).

ويرى " وولبي " أن تخيل أو تصور المثيرات الباعثة على الخوف أو القلق لا يقل فاعلية عن مواجهتها بشكل مباشر (كما في الواقع)، وعملية التحصين المنتظم تبدأ عادة بعملية التخيل أو التصور للمشهد المثير للقلق.

وفي المراحل الأخيرة من العلاج يُطلب من المريض مواجهة المثيرات الواقعية وهذا ما يسمى بالمواجهة العلاجية المباشرة، أو المشاركة الفعالة.

و يرى معظم المعالجين السلوكيين أن عملية تخيل العميل أو المريض للمشهد المثير و أن يعيش بكل حواسه في هذا المشهد يؤدي إلى إثارة قلق أقل مما هو في الواقع في المواقف الحية، وهذا أكثر ملائمة من الناحية العملية، من حيث الوقت و الجهد و التكلفة... فضلا عن ذلك يوفر للمعالج قدرا من المرونة، وقد ثبت أن عملية التحصين المنظمة باستخدام التصورات الفكرية يععم أثرها إلى مواقف الحياة العادية و بدون قلق، و لتطبيق هذه العملية نجد المعالج يقدم المثيرات الموجودة على مدرج القلق إلى المريض وهو في حالة استرخاء عضلي و فكري إلى حد ما، و حيث يضمن المعالج باستمرار أنه إذا قدم المثير يكون ما يستثيره من استجابة القلق و الخوف... أضعف من استجابة الاسترخاء، وحيث يقوم المعالج بعملية الكف تدريجي للقلق الضعيف. (الزاد، 2005، ص 19-198).

5. مراحل عملية العلاج:

- 1.5. التعرف على تاريخ الحالة وذلك لمعرفة المثيرات التي تسهم في إزالة الاستجابة غير التكيفية وردود الأفعال العصابية كالخوف والقلق.
- 2.5. التعرف على تاريخ حياة العميل وذلك من خلال التركيز على العلاقات الأسرية وترتيب المسترشد فيها، وعن الفواصل الزمنية بين أخواته وعلاقته بأفراد الأسرة ودور الوالدين في التأثير عليه، ثم هل أصيب المسترشد في طفولته بمخاوف مرضية أو مشكلات عصابية، ثم التعرف على ثقافة المريض واتجاهاته المهنية وعلاقاته الاجتماعية.
- 3.5. تعبئة المريض (العميل) لثلاث قوائم اختبار يعتقد (وولبي) أنها تنبئ عن مدى تحسن المسترشد بعد العلاج وهي:

أ. جدول مسح الخوف: يتكون هذا الجدول من عدد من الفقرات للمثيرات التي تقيس

مدى خوف المريض وتبلغ (106) فقرات.

ب. مقياس الكفاءة الذاتية: وذلك لقياس مدى تحمل العميل للمسؤولية والواجبات التي تتطلب منه أثناء العلاج.

ج. جدول وولبي حيث يحتوي على 25 فقرة بحيث تشير الإجابة الايجابية إلى ردود أفعال عصبية.

4.5. الفحص السري: من خلال اجراء فحص طبي للمستترشد للتأكد من خلوه من أمراض عضوية. (الفسفوس، 2006، ص56-57).

6. خطوات إجراء تقليل (التخلص) الحساسية المنظم:

تتكون طريقة اجراء تقليل الحساسية عادة من أربع مراحل هي:

- تدريب المريض على الاسترخاء العضلي.
- تحديد المواقف المثيرة للقلق.
- تدريج المنبهات المثيرة للقلق.
- التعرض لأقل المنبهات المثيرة للقلق (إما بطريق التخيل، أو في مواقف حية). مع الاسترخاء، ثم التدرج لمواقف أكثر إثارة للقلق فأكثر (ابراهيم، 2011، ص 100).
- اختبار أثر التعليم في الحياة الواقعية (الخواجة، 2010، ص 144).

وفيما يلي بعض التفاصيل عن كل مرحلة:

أولاً: تدريب المريض على الاسترخاء

وعادة ما يستغرق عشرين دقيقة في كل جلسة من الجلسات العلاجية الست الأولى، وهو الوقت الذي يستغرقه المعالجون في العيادات النفسية لتدريب المرضى على الاسترخاء لمدة خمس عشرة دقيقة يوميا بأنفسهم بحسب الارشادات العلاجية. (ابراهيم، 2011، ص

(124

ويطلب من المريض (العميل) أن يمارس الاسترخاء كجزء من عملية تقليل الحساسية، وذلك خارج الجلسة العلاجية كواجب منزلي (كوري، 2013، ص 320).

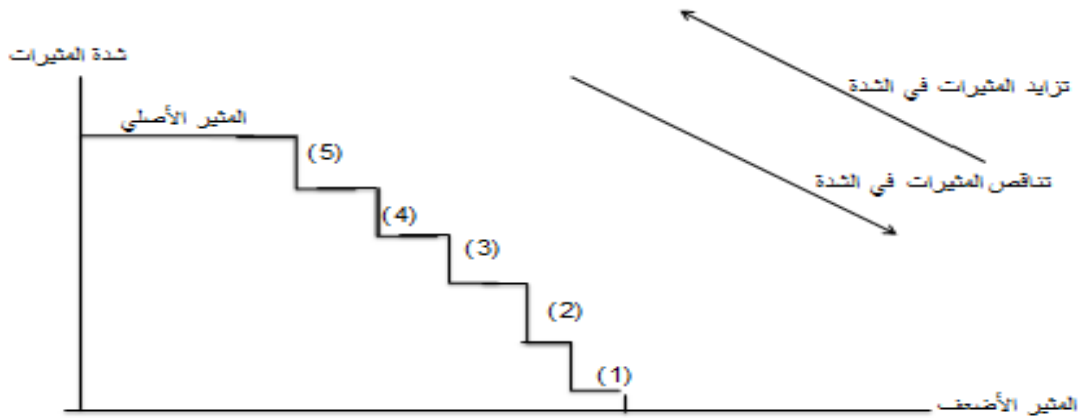
وقد يصعب أحيانا على بعض المرضى الوصول إلى حالة الاسترخاء، فيستعان عادة في مثل هذه الحالة بأنواع خفيفة من المهدئات التي تعطى للمريض قبل جلسة العلاج بحوالي ساعة تقريبا، على أن تعطى هذه الجرعة تحت إشراف الطبيب. أما إذا وصل المريض إلى حالة جيدة من الاسترخاء، وهذا هو المتوقع، فإن المعالج يبدأ بتقديم المثيرات الموجودة في مدرج القلق بدءا من المثير الأضعف إلى المثير الأقوى. (الزراد، 2005، ص199).

ثانيا: تحديد المنبه الرئيسي للمثير للقلق

هل هو خوف من الأماكن المغلقة، أم خوف من الحديث أمام الناس، خوف من التعبير عن العدوان، خوف من تأكيد الذات... الخ
ومن المهم-هنا- أن نتبين الأسباب الرئيسية وراء القلق المباشر الذي يبثه طالب العلاج لمعالجه فقد يكون في كثير من الأحيان أهم من حيث دلالاته العلاجية، والتنبه لذلك ضروري ويوفر على المعالج وعلى المريض على السواء جهدا ضخما. لذلك فإن الخطوة الأولى هي أن نحدد ما إذا كان ذلك القلق أساسيا أم ثانويا (راجع لأسباب أخرى أساسية)، ويمكن - بالطبع- التوصل لذلك من خلال عدد من الوسائل منها: الأسئلة الاستكشافية التي يسألها المعالج، ومنها الاطلاع على تاريخ حياة الشخص وسؤاله عن الملابس التي صاحبت ظهور اضطراباته... فقد تكون هذه الملابس هي السبب الرئيسي للقلق ويمكن أخيرا استخدام استخبارات الشخصية. (ابراهيم، 2011، ص 100-104).

ثالثا: تدرج المنبهات المثيرة للقلق..موقفا موقفا

بعد أن نتمكن من حصر جوانب القلق الرئيسية التي سنعالجها، وبعد أن يتم لنا الحكم بأن تلك المواقف الرئيسية وليست هامشية تبدأ مرحلة أخرى من العلاج، يضع المعالج المواقف المثيرة للقلق في قائمة مدرجة أي قائمة من المواقف التي تستشير القلق في حياة المريض بدرجات متفاوتة، بحيث يوضع الموقف الذي يستشير أعلى درجة من القلق أو الخوف في أعلى تلك القائمة، ويوضع أقلها استثارة في أسفل القائمة (ابراهيم، 2012، ص 104)



شكل توضيحي لمدراج القلق (الزراد، ص 99)

وان مسؤولية اعداد هرم القلق تقع على عاتق المريض فهو الذي يعاني من القلق أو الخوف ولكن المعالج يساعده في تحديدها وبعد ذلك يتم ترتيب المواقف بالتسلسل بدءا بأقلها وانتهاء بأشدّها إثارة. وقد يكلف المعالج المريض بوضع هرم القلق بنفسه كواجب بيبي، بحيث يطلب منه كتابة المواقف أو الأحداث التي تثير القلق عنده على البطاقات وأن يقوم بالخطوات التالية:

- 1- إحضار مجموعة من البطاقات والكتابة على كل بطاقة منها مواقف تثير القلق عند الفرد.
 - 2- إعطاء درجات تتراوح من (0 إلى 100) لكل بطاقة من البطاقات بحيث تشير (100) إلى موقف يثير أقصى درجات القلق وعلامة صفر تشير أن الموقف لا يثير أي مشاعر قلق أو خوف.
 - 3- ترتيب البطاقات بشكل تصاعدي من أقلها اثارة الى أكثرها اثارة.
 - 4- التأكد من أن الفروق بين الفقرات بسيطة ولا تزيد عن (5) درجات.
 - 5- إعطاء أرقام متسلسلة للبطاقات.
- ونفرض هنا مثال على هرم القلق الذي وضعه وولبي لطالبة جامعية كانت تعاني من قلق شديد من الامتحانات.

- 1-أربعة أيام قبل الامتحان.
- 2-ثلاثة أيام قبل الامتحان.
- 3-يومان قبل الامتحان.
- 4-يوم واحد قبل الامتحان.
- 5-ليلة الامتحان.
- 6-الطالبة في طريقها للجامعة يوم الامتحان.
- 7-الطالبة تقف أمام باب قاعة الامتحان.
- 8-الطالبة بانتظار توزيع أوراق الامتحان.
- 9-ورقة الامتحان بين يدي الطالبة.
- 10-أثناء الاجابة عن أسئلة الامتحان.

والتسلسل المنطقي لل فقرات يقتضي أن تتبع الفقرة رقم (10) الفقرة رقم (5)، إلا أن هرم القلق لا يعتمد على المنطق وإنما على ما تعنيه المواقف المختلفة بالنسبة للتعامل نفسه. (الفسفوس، 2006، ص 57-59).

ويجب أن نؤكد أن وضع هذه التدريجات يتوقف على الشخص نفسه، بمعنى أنه لا يجوز تطبيق التدريجات السابقة آلياً على أي شخص حتى ولو كانت مخاوفه من النوع نفسه.

فعلى سبيل المثال، قد يجيء شخصان للعلاج النفسي .. و كلاهما يعبر عن قلقه و اضطرابه عند الحديث أمام الناس .. إلا أن سؤال كل منهما عن الشروط المحيطة بهذا القلق قد تبين أن أحدهما يتوقف ظهور قلقه في هذه المواقف على نوع الأشخاص الحاضرين (الرؤساء أو الآباء أو نماذج السلطة). أما الآخر فقد يتوقف قلقه على حجم المجموعة الحاضرة. وعلى هذا فإن تدريج قلق الشخص الأول يجب أن يراعي تدريج نماذج السلطة:

- 1-الحديث أمام أشخاص غرباء

2-الحديث أمام الجيران.

3-الحديث أمام زملاء.

4-الحديث أمام الآباء.

5-الحديث أمام المدرس (أو الرئيس).

6-الحديث أمام هيئة التدريس بكاملها.

أما في حالة الشخص الآخر، فإن التدرج يجب أن يشمل حجم الجماعة التي يتحدث أمامها الشخص.

1-الحديث مع شخص من الجنس نفسه.

2-الحديث مع شخص من جنس آخر.

3-الحديث مع شخصين.

4-الحديث مع ثلاثة أشخاص أو أربعة.

5-الحديث مع مجموعة من الناس.

لهذا من الأفضل أن تكتب مدرجات القلق لكل شخص على حدة وبعد تساؤل واستفسار عن كل الشروط المحيطة. (ابراهيم، 2011، ص 106-107).

رابعاً: إجراءات العلاج

بعد أن أمكن تدرج الموقف (أو المواقف المثيرة للقلق، وبعد أن يكون المريض قد تدرب على الاسترخاء يصبح الطريق ممهداً للدخول في إجراءات العلاج، وتتحصر إجراءات هذه المرحلة في أن نطلب من المريض وهو في حالة من الاسترخاء العميق والهدوء أن يتصور نفسه مستخدماً قدرته على التخيل إلى أقصى حد، وهو في الموقف الذي يثير أقل درجة من القلق في البداية، وليكن هذا التصور مثلاً (النظر من النافذة من مكان مرتفع)، و يدوم تصور المريض حوالي (5-8) ثانية، بعدها يقوم المعالج بوقف المريض عن التصور، وعلى أن يسترخي ثانية لمدة (10-15) ثانية، ثم تثار لدى المريض الصورة نفسها أو يتعرض ثانية للمثير عينه، ثم تتكرر العملية مرة ثالثة، ورابعة، وتكون التعليمات للمريض

في هذه الأثناء أنه إذا ما شعر بأي قلق أو خوف أثناء تصوره للمثير، عليه أن يعطي إشارة باليد اليسرى للمعالج و حسب الطريقة المتفق عليها، وفي هذه الحالة، أي عند إعطاء الإشارة، يوقف المعالج المثير أو الصورة و يطلب من المريض العودة ثانية إلى الاسترخاء أو على أساس أنه لو حاول مرة ثانية ووجد أن القلق لا يختفي يكون من الخطر الاستمرار في عملية العلاج، وإنما من المفروض على المعالج أن يكتفي بهذا القدر في الجلسة.

وفي الجلسة التالية يضطر المعالج إلى العودة للمثير السابق ويقدمه للمريض مرة ثانية، حتى يتم الفصل التام بين المثير وبين استجابة القلق، ثم يتقدم المعالج خطوة ثانية نحو المثير التالي ويقوم بإجراء العمليات السابقة بالأسلوب نفسه. وقد تبين أن المعالج لا يستطيع التقدم أكثر من درجتين أو ثلاث درجات في الجلسة الواحدة التي تتراوح مدتها بين (45-50) دقيقة يأخذ منها المعالج حوالي (10-15) دقيقة للاسترخاء.

والواقع أن عملية التحصين التدريجي أو المنظم تعتبر أدق مراحل العلاج وأصعبها، وتنعكس هذه الصعوبة على نجاح العلاج أو فشله، بمعنى أن نسبة كبيرة من الحالات التي تم فيها الفشل في العلاج كان السبب الأساسي فيها أن مدرج القلق لم يتكون بصورة صحيحة، وبمعنى أن المعالج قد يتصور أن المثيرات التي استطاع الوصول إليها هي كل شيء بالنسبة للمريض. في حين يشير الأمر في الواقع إلى أن هناك مثيرات أخرى ناقصة، حيث إذا تقدم المريض من مثير إلى آخر ومن درجة إلى أخرى لا يكون هذا الارتفاع تدريجياً بما فيه الكفاية، لهذا كان على المعالج النفسي أن يتدرب على كيفية الوصول إلى هذه المثيرات بصورة صحيحة.

خامسا: اختبار أثر التعليم في الحياة الواقعية

وذلك بنقل المريض إلى واقع الحياة وتعرضه للمثيرات المقلقة أصلا للتأكد من أنها لم تعد مثيرة لذلك القدر من القلق الذي كان يستثار في السابق. وتعد هذه المرحلة، مرحلة تقييم ضرورية يجب فيها متابعة أثر العلاج للتأكد من استمراريته لفترة زمنية طويلة، كما أنها تلعب دورا هاما في تعزيز شعور المريض بقدراته على مواجهة الموقف فعلا، وإذا عاد الوضع إلى ما كان عليه سابقا أصبحت جلسات التقوية ضرورية. (الخواجة، 2010، ص

(160)

الوحدة الثالثة: الغمر (الإغراق) أو الإفاضة

تمهيد

1. تعريف العلاج بالإفاضة
2. خصائص الإفاضة (الغمر)
3. الافتراض الذي يقوم عليه العلاج بالإفاضة (الغمر)
4. أهداف العلاج بالإفاضة
5. أساليب المعالجة بالإفاضة
6. دور المعالج في العملية العلاجية
7. مقارنة بين العلاج بالإفاضة (الغمر) وإزالة الحساسية التدريجي

تمهيد:

الغمر طريقة تستعمل عادة في العلاج السلوكي لعلاج اضطرابات الخوف أو المخاوف الوسواسية (bloch et autres, 1994 p 369).

والعلاجات التي تسمى علاجات الغمر (التغطيس) مشتقة من أبحاث ستامبفل "T.G. stampfl" ولفيس "D. T Levis" حول العلاجات الانبجاسية (الانفجارية) بعكس علاجات ابطال التحسس تعرض العلاجات الانبجاسية المريض مباشرة على المثيرات الأكثر تسببا للقلق التي يعزو إليها التحليل النفسي-دينامي-أصل مشاكل المريض.

فالمعالجون السلوكيون، بعد أن برهنوا على قلة فائدة هذه الافتراضات الدينامية، استخدموا هذا النمط من المقاربة تحت اسم العلاج بواسطة الغمر، فالهدف هو وضع الفرد في وضعية قلق قصوى للوصول إلى ظاهرة الخفوت (الانطفاء)، (دورونوبارو، تعريب شاهين، 1997، ص 568).

والغمر أسلوب يتلخص بتعرض الفرد للمثيرات التي سببت له الخوف أو القلق دون أي منفذ للتخلص أو الهروب.

وهذا الأسلوب يختلف عن أسلوب العلاج الانفجاري في كونه:

1- لا يجري التأكيد على مظاهر القوى النفسية (الديناميات النفسية) للسلوك (psychodynamic)¹

2- لا يحاول هذا الأسلوب تنشيط الذكريات المخزونة والتي يعتقد أنها المسؤولة عن تطور ذلك السلوك المستهدف.

¹Psychodynamic : مبحث القوى النفسية، وهو العلم الذي يرد الظواهر العقلية إلى ألوان الصراع بين أجزاء الشخصية، فيفسر مثلا الأحلام على أنها شكل توفيق بين الهو و الذات و الذات العليا. ويصف التفاعلات وردود الفعل التي تنشأ داخل الشخصية بين مختلف أجزائها. متناولا أصل هذه التفاعلات وأهدافها وتفصيلاتها الحاضرة.

3- هناك بعض الشعور بأن استحضار القلق خلال فترة العلاج بهذه الطريقة ليس مطلوباً لإطفاء السلوك.

ولكن تشير الشواهد، كما يشير إلى ذلك كالش (kalish. 1981) إلى الميل بشكل كبير لاستحضار المثيرات المسببة للقلق في كلا من أسلوب العلاج الانفجاري و أسلوب الغمر ليكون العلاج فاعلاً. (الظاهر، 2012، ص 231).

ويعتمد العلاج بالإفازة على مبدأ الإمحاء (Extinction) والإمحاء هو ما يطلق على الاجراءات التي تكرر تقديم المثيرات أو السلوكات بدون تعزيز. ويستعمل عادة في علاج المخاوف المرضية أو السلوكات القهرية عن طريق مواجهة المريض لموضوع خوفه إما على مستوى الذاكرة (أي تخيل مشاهد لها علاقة بموضوع مرضه). أو عن طريق المواجهة الحقيقية لموضوع مرضه. وتقديم المثيرات بحيث يتم الحصول على أعلى مستوى من القلق. (أبو أسعد وعريبات، 2009، ص 154) وإن المبدأ الأساسي في هذا العلاج هو التعرض للموقف المشكل حتى يتم التعود عليه.

<http://tcc.apprendre-la-psychologie.fr//la-technique-d-exposition.html>

هذا ويعتبر بعض المعالجين أن العلاج بالإفازة (الغمر) والتفجير هما متشابهان، في حين أن هناك مفارقات بين الافازة وعلاج تقليل الحساسية التدريجي والذي سنتطرق له من خلال هذه الوحدة.

1. تعريف العلاج بالإفازة:

يقصد بالإفازة (الاعراق بالمثير) مواجهة سريعة مع تنفيذ أقصى للموقف (البند الأعلى) يفترض للمريض أن يعيش القلق بدرجة قصوى وأن يتحملة (برودا: ت رضوان، 2009، ص 375).

وهو إجراء يتطلب أن يواجه المريض الموضوع المثير للقلق في أعلى درجاته ولفترة زمنية طويلة، مما ينتج عنه إغراقه بالقلق. وقد يتم ذلك على مستوى التخيل، إلا أن النتائج تكون أحسن باستخدام المواقف الفعلية. (مليكة، 1990، ص 63).

و في هذا الأسلوب يقوم المعالج على إرغام المريض على مواجهة المثيرات أو المواقف التي تخيفه، أو التي تسبب له القلق بدون مقدمات من التراخي أو التدرج، سواء هدف ذلك بالمواجهة الخيالية أو الفعلية مع الموقف، كما يقوم المعالج على رفع مستوى القلق لدى المريض إلى أقصى حد ممكن في ظروف تجريبية منظمة بهدف مساعدته على تجاوز الخوف، فوفق ستامبفل (stampfle.1975) فإنه عندما يصل القلق إلى ذروته لدى المريض، و باستخدام هذا الأسلوب (الغمر) فإن القلق عادة يتبدد و ينطفئ إذا ما استمر المريض في هذا الموقف مدة كافية، (الفسفوس، 2006؛ عبد العظيم، 2013، ص 41؛ الخطيب، 2013، ص 379).

ويكمن مبدأ التفسير المركزي في الإفاضة في نموذج الاعتياد (habituation) فمن خلال وقت العرض الطويل يحصل تزايد بطيء ولكن متصاعد للاستثارة الفيزيولوجية والمعرفية، وبالنسبة لتثبيت هذه العملية من التعلم لا تكفي في العادة مواجهة واحدة، وإنما يحتاج الأمر إلى عدة إعادات حتى يمكن أن يتم اعتبار الموقف المشكل قد تمت مواجهته. (برودا: ت رضوان، 2009، ص 375).

وإجمالاً يمكن أن تعرف هذه الطريقة بأنها: التعرض المتكرر والممتد سواء واقعياً أو باستخدام التخيل وذلك لمنبهات ليست مؤذية من الناحية الموضوعية، ولكنها مخيفة للمريض، وذلك بهدف تقليل قلقه.

2. خصائص الإفاضة (الغمر):

يقترح عدد من الباحثين خصائص معينة يجب توافرها في العلاج بالإفاضة لكي يحقق الفائدة القصوى للمريض:

- يجب أن تكون الإفاضة لمدة طويلة لا قصيرة (ساعتين أو أكثر و جلسات متقاربة)
(Bloch et autres , 1994 p 369).

وان المواجهة اليومية لعدة ساعات لأيام متتالية (تمرين مكثف) هو الأوثق والأسرع تحقيقا للنجاح. وتتراوح مدة المعالجة اللازمة للإفاضة المكثفة ما بين خمسة أيام إلى عشرة تقريبا وذلك حسب مدة الجلسات المنفردة. (هانز: ت رضوان، 2009، ص 170).

- يجب أن يتكرر التعرض حتى يتم إزالة الخوف أو القلق.

- ينبغي أن ينتبه المريض للمثير الذي يخاف منه، وأن يتفاعل معه بأكبر قدر ممكن.

وفي حالة استخدام التعريض بالتخيل والتعريض الواقعي معا في الجلسات العلاجية يفضل البدء بالتعرض التخيلي في حالات خاصة منها: عندما يعجز المريض على تحديد الأفكار المثيرة للقلق، وأيضا عندما يعاني المريض من اضطرابات في القدرة على التخيل أو التذكر. (بلحسيني، 2013، ص 76).

3. الافتراض الذي يقوم عليه العلاج بالإفاضة (الغمر):

ان الافتراض الذي يقوم عليه العلاج بالإفاضة (الغمر) هو تجنب الشخص للمثيرات والاستجابات التي تسبب له القلق أو الخوف وهذا ما يسمى بالسلوكيات التجنبية، وهي سلوكيات متعلمة لأنها تخّصه من معاناة القلق أو الشعور بالخوف، فالشخص يتجنب الموقف الذي يقلقه، وفي ذلك تعزيز سلبي، ولهذا تصبح امكانية محو الاستجابة الانفعالية أمرا صعبا أو مستحيلا لأن انطفاء الاستجابة الشرطية يتطلب مواجهة الشخص للمثير الشرطي دون أن يحدث المثير البغيض (الخطيب، 2008، ص 258).

و يرى ستامبفل "stampfle" بأن استجابات الفرد التجنبية للقلق لا تعمل على محوه بل العكس تعمل على تعزيزه و عودته ولذلك فإن السلوك التجنبي سوف يستمر لأنه يقود إلى خفض التوتر عند الفرد و تجنب القلق و يعتبر ستامبفل بأن الاستجابات التجنبية لها نفس أعراض العصاب، و يعتمد في علاجه للمخاوف على مواجهة هذه المواقف إما بالخيال و إما بالواقع و تعريض المريض إلى أقصى حد ممكن من التوتر دون أن يتجنب ذلك

الموقف المخيف، و يطلب المعالج من المريض أن يواجه خوفه وجها لوجه وليس في جو استرخائي كما يري "وولبي" "wolpe" في العلاج عن طريق التحصين التدريجي. (العزة و عبد الهادي، 1999، ص ص 99-100؛ مصطفى علي: 2011، ص 143).

4. أهداف العلاج بالإفاضة:

يهدف العلاج بالإفاضة إلى تمكن المريض من مواجهة مخاوفه إما بالواقع وإما بالخيال عن طريق تعريضه لمثيرات القلق والتوتر إلى أقصى حد ممكن، ومنعه من عدم مواجهتها أو تجنبها بشرط ألا يلحق به الأذى. ومن ناحية أخرى تهدف عملية العلاج إلى معرفة وفهم السلوكيات المتعلمة عند الفرد والمسؤولة عن تكوين مخاوفه، وأن تحليلها يساعد على تعديلها وفق مبادئ التعلم. وبرستامبفل لذلك بأنه يجب أن يصنف الهدف بطريقة سلوكية النتيجة المرغوب فيها وصياغة هذا الهدف بطريقة تكفل للمعالج استعمال التقنية اللازمة له، وأن يتضمن الهدف السلوك النهائي المرغوب في حدوثه والمعايير اللازمة له. (العزة، 1999، ص 101؛ الفسفوس، 2006).

5. أساليب المعالجة بالإفاضة:

يستخدم العلاج السلوكي أكثر من طريقة لمعالجة المخاوف وعندما تفشل طريقة ينصح بتجريب طريقة أخرى معتمدة ومجربة، والعلاج بالإفاضة يأخذ شكلين من المواجهة هما:

أ- المواجهة بالتخيل.

ب- المواجهة الحقيقية.

1.5. المواجهة بالتخيل أو الافاضة التخيلية:

هو أسلوب علاجي يتمثل بمواجهة المثيرات أو المواقف المسببة للخوف والتي تكون في الغالب أشد وأخطر من المثيرات أو المواقف الحقيقية، وهذا الأسلوب يختلف عن أسلوب إزالة التحسس التدريجي في أن الأخير يعرض الفرد لمجموعة من المثيرات أو المواقف

المسببة للخوف أو القلق وتكون من المثيرات البسيطة إلى المثيرات الشديدة. (الطاهر، 2012، ص 228).

إن الافاضة بالتخيل يمكن عن طريقها أن نعيد خلق الظروف التي شكلت التجربة المؤلمة بطريقة لا تسمح بردود فعل ونتائج سلبية على المريض. (كوري: ترجمة الخفش، 2013، ص 323).

وقد ظهرت هذه الطريقة في أواخر الستينات، وكان أول من وضعها هو توماس ستامبفل "thomesstampfle, 1971" واعتمد في تطوير هذا الاجراء على نظرية العاملين (لمورر) "Mowrer, 1939" والتي تقوم على افتراضين هما:
أ-يكتسب القلق وفق قوانين الاشرط الكلاسيكي.

ب-يولد القلق السلوك التجنبي والذي يتعزز بدوره عن طريق تقليل مستوى القلق.
فكما يرى مورر، تستجر المثيرات التي تفتقر بالألم أو الحرمان ردود أفعال انفعالية تجنبيه دفاعية وتعزز الاستجابات الدفاعية التي تؤدي إلى إزالة أو إيقاف المثير الشرطي، الذي يبعث على الخوف أو القلق بنجاح ويقول مورر: إن استمرار حدوث السلوكاتالتجنبيه الدفاعية (تجنب مواجهة المثيرات التي تولد ردود الأفعال الانفعالية السلبية) يمنع حدوث المحو.

واعتمادا على ذلك، يطلب من المتعالج تخيل المواقف التي تبعث على الخوف لديه، وخلافا لتقليل الحساسية التدريجي، يبتدئ هذا الاجراء بالموقف الذي يبعث على الحد الأقصى من القلق، ويكون دور المعالج تهويل الأمر، وتكبير وتجسيد هذه الأحداث، بهدف ابقاء المريض في حالة من القلق الشديد مدة طويلة.

مثلا في حالة الأجورافوبيا، قد تقرر المريضة أنها تحس بالقلق حين تغادر المنزل بمفردها و أن حدة القلق تشتد في المواصلات العامة وفي المصاعد، وفي الزحام، و هي تخشى أن يغمى عليها و أن الناس سوف يظنون أنها " مجنونة" و قد ترسل إلى مصحة و لن يرعى أحد أطفالها... الخ يطلب المعالج من المريضة أن تغمض عينيها و أن تتخيل بصورة حية

قدر الامكان ما تصفه دون أن تفكر فيه أو تحكم على درجة مواعته لموقفها ، و يبدأ المعالج بأن يصف بتفصيل حي العواقب ابتداء من استعداد المريضة لمغادرة منزلها بمفردها، و يستمر متتبعا ما يلي من أحداث، و هو يهتدي في ذلك باستجابات المريضة. فكلما زاد قلقها استنتج أن وصفه يحقق الهدف المقصود، كما أنه يعدل من اجراءاته مهتديا بما قد يستنتجه من استجابات أو تعبيرات المريضة. وقد يكرر المعالج نفس الموضوع طالما أنه يستثير القلق والعدد ضروري من الجلسات طالما أن المريض يقرر أن القلق يتناقص من جلسة لأخرى وطالما أن المريضة تحاول الاعتماد على ذاتها والتحرر من القلق (مليكة، 1990، ص 64).

ان الهدف من هذا الاسلوب هو مواجهة المواقف المثيرة للخوف دون تراجع أو اختباء، وتجنب العوامل التي تساعد على الهرب من الموقف. إضافة إلى أن المعالجة بالإفاضة عن طريق التخيل يسمح بإعادة الموقف المخيف بغياب أي عقاب أو حرمان أو ألم جسمي (الفسفوس، 2006؛ الخطيب، 2008، ص 259).

ان السمة المميزة كما يقول ليفيس (levis) لأسلوب العلاج بالإفاضة التخيلي، يقوم على افتراض أن السلوك التجنبي متعدد الجوانب. إذ يتطلب اشارات تجنب شرطية خارجية وداخلية يتعلق المثير الخارجي بظروف بيئية أو مواقف. على سبيل المثال: منظر بناية عالية، سياقة سيارة خطرة، مكان ضيق مغلق.

أما المثير الداخلي فهي التجارب المخزونة في الذاكرة والتي تتطلب عادة التعبير في الكراهية والعدوان تجاه الصور الوالدية، انتقام الفرد للأعمال العدوانية، تصور درجات مختلفة من الجروح الجسمية وكذلك تلك التي ترتبط بتجارب الرفض والحرمان والاهمال والنبذ والذنب والخجل والجنس.

وتجدر الإشارة إلى أن أسلوب الافاضة التخيلي لا يركز على الحدث أو الموقف الذي سبب ذلك السلوك الشائك فحسب، بل يهتك بأفكار الفرد ومخاوفه لما يحدث لهذا الموقف أو

الحدث. فقد لا يخاف الناس من الفئران بحد ذاتها، ولكنهم يخافون مما يمكن أن تسببه من مشاكل. (الظاهر، 2012، ص 230).

خطوات العلاج بالإفاضة التخيلية:

إن أسلوب العلاج بالإفاضة التخيلية يقوم على عدة خطوات لا يشترط السير في ترتيبها بشكل متتابع وهذه الخطوات هي:

1-مقابلات التشخيص (دراسة الأعراض): وفيها يقوم المعالج بتحديد الظروف التي تثير العصبية والقلق عند المريض.

ويتطلب من المعالج كتابة قائمة بالأفكار والأوهام المخيفة له ويسأل المعالج المريض. ماهي المثيرات المخيفة له؟ ومتى يشعر بأقصى حد للقلق؟ وماهي المواقف أو المزيلات لهذا القلق وعدم الارتياح؟ ويقوم المعالج باستثارة المريض للروح بكل مخاوفه.

2-التدريب على التخيل لمواقف (أفكار) محايدة: يرى ستامبفل بأن المناظر المتخيلة أساسية في عملية العلاج، ويطلب المعالج من المريض أن يقوم بتصورات أو تخيلات متنوعة كأنها حقيقية كان يتصور مواقف في بيئته أو بلدته أو أشخاص تعامل معهم في الماضي ويعلمه التخيل البصري والسمعي. حيث يطلب من المريض أن يغلق عينيه و يتصور مناظر محايدة مثل مشاهدة التلفاز، تناول وجبات الطعام و مناسبات تتعلق بالبيت و المدرسة و الألعاب، و يطلب المعالج من المريض من وقت لآخر بأن يركز على تفاصيل هذه المناظر مثل مراقبة تفاصيل وجه الشخص الذي يتحدث معه و غيرها على أن يضمن المعالج بأن هذه التصورات لا تحدث ردة فعل عاطفية عند المريض و إن حدث ذلك يطلب منه تغيير هذه الفكرة أو المنظر، و يستطيع المعالج معرفة مدى التوتر عند المريض من ملامح وجهه و باستخدام جهاز استجابات الجلد (الجلفانوميتر) و يلعب المعالج دور الموجه لهذه الأفكار و يخبر المريض بأن بإمكانه أن يتخيل أشياء حدثت له أو لم تحدث أو مستحيلة، ومن ثم يستطيع أن يتعرف على الأفكار التي تثير قلقه حقيقة.

3- جلسات معالجة الكبت: يلجأ المعالج إلى جعل المريض يعيد الأفكار المحايدة التي تم تطبيقها في المرحلة الثانية، ثم يتحول إلى جعله يتخيل أفكار تثير ردة فعل لديه مثل الخوف، القلق أو الشعور بالذنب، وهذه الأفكار هي التي تقف وراء أعراض المرض أو مشاكله ويقوم المعالج هنا بإثارة المريض إلى أقصى حد ممكن بمثيرات القلق وإذا حاول المريض تجنب الأفكار المخيفة يقوم المعالج بإرغامه على الاستمرار بها. فروح المعالجة في هذه المرحلة هي أن يرغم المريض على التفكير بالأشياء التي تثيره والتي تخفي وراءها مشاكل المريض.

4- وضع افتراضات تقريبية: بما أنه من الصعب تحديد كل الأشياء التي تثير المريض بدقة، بسبب أن هناك أمور في ماضي المريض لا يرغب في الحديث عنها، فيمكن للمعالج أن يتوقع من هذه الأمور أو أي أشياء أخرى، أن تثير المريض حتى يصل إلى درجة من التشابه بين ما يتوقعه وبين الحقيقة.

5- الواجبات المنزلية: و الهدف منها تدريب المريض على مزاوله علاجه بنفسه ففي نهاية أول جلسة معالجة، يجب على المعالج أن يطلب من المريض أن يمارس في البيت تمارين لتخيل أمور تثيره و تصور مواقف حياتية مخيفة له حقيقة كواجب منزلي، و أن يتابع ذلك في نهاية كل جلسة و تكمن أهمية هذا الواجب في أنه يساعد المريض على مواجهة مخاوفه الحقيقية في الحياة و تعويده على الأمور التي تثيره، و يساعد على إطفائها، و يشمل ذلك التدريب على المخيفات في الماضي و بعد أن يتعلم المريض هذا الأسلوب يمكنه استخدامه في أي مشكلة تواجهه في حياته اليومية دون أي مساعدة من المعالج. فالمريض يتعلم في مجرى الأسلوب مواجهة المواقف الحرجة والصعبة في المستقبل وعدم تجنبها بأي شكل من الأشكال (برودا، 2009، ص 375).

6- خلال مدة العلاج: يعاد التفكير في كل جلسة جديدة في المثيرات السابقة أو يطلب من المريض مثيرات أخرى، ويعطى المزيد من الواجبات المنزلية حتى يعتاد على التفكير فيها

دون أن تثير فيه أية ردة فعل عصبية، وفي هذه المرحلة يوقف العلاج، ولكن يجب عقد جلسات متابعة للتأكد من الشفاء الكامل للمريض.

2.5. الافاضة بالواقع (المواجهة الحقيقية):

لا يختلف هذا الاجراء والذي يسمى أيضا بإجراء منع الاستجابة (استجابة القلق أو الخوف) من حيث المبدأ عن الافاضة بالتخيل، فهو يشتمل على ارغام المريض على مواجهة المواقف المخيفة بشكل مباشر وحرمانه من فرص تجنبها. (الخطيب، 2008، ص 260). في البداية يختبر الفرد مستوى مرتفع من القلق في وجود المثير المخيف، ولكن مع الوقت هذا المستوى من القلق يقل من خلال عملية الانطفاء الاستجابي. على سبيل المثال الفرد الذي يخاف من الكلاب يمكن أن يجلس في حجرة (مع معالج نفسي) في وجود كلب لفترة طويلة من الوقت وقد يكون الفرد قلقا بشكل كبير. ولكن مع الوقت يقل هذا القلق، ويشعر بالراحة في وجود الكلب. نظرا لوجود المثير الشرطي (الكلب) المثير المخيف، بدون المثير غير الشرطي (العض من الكلب) ولفترة طويلة من الوقت (ساعتين) فإن المثير الشرطي لم يعد يظهر الاستجابة الشرطية (القلق).

ولا بد أن يقوم بذلك شخص متخصص نظرا لأن المريض قد لا يكون مستريحا تماما في وجود المثير المخيف في البداية، فإنه قد يهرب من الموقف أثناء اجراء الافاضة. وبالتالي قد يصبح الخوف أكثر سوءا. (الزراد وسعد، 2014، ص 581).

وإن هذه التقنية تستعمل غالبا في العلاج السلوكي في الاضطرابات المرتبطة بالقلق، المخاوف المرضية، اضطراب الوسواس القهري، الاضطراب النفسي بعد الأحداث المؤلمة، الخوف المرضي من الفضاء الخالي أو الأماكن العامة.

وتشير الأبحاث أن العلاج بالمواجهة يخفض درجة القلق والخوف لدى المريض وان النجاحات المتكررة لعلاج المواجهة للعديد من الاضطرابات النفسية قد جعلت تقنية المواجهة

كواحدة من أكثر الاستعمالات في العلاج السلوكي المعرفي خصوصا اضطرابات القلق.
(كوري، ترجمة الخفش، 2013، ص 323).

أشكال المعالجة:

تأخذ المعالجة الشكلين التاليين:

أ- **التلوث:** فإذا كان التلوث هو السلوك المستهدف للإفاضة في الواقع تشتمل على أن يلوّث الشخص نفسه بالمادة التي يحاول تجنبها ومنعه من القيام بالاستجابات التي تهدف إلى تخفيف مستوى القلق (كما هو الحال في تنظيف اليدين).

مثال:

احتاجت مريضة إلى ثمان وأربعين أداة في البداية لتحضير السلطة (سكاكين، ملاعق...). حيث قامت بعد كل لمس لأي أداة إلى غسلها بدرجة كبيرة، واستخدمت أدوات جديدة بسبب الخوف من التلوث، الذي يمكن أن يحدث بسبب ملامسة الأدوات لطاولة المطبخ. وقد استغرق اعداد الطعام عدة ساعات، إلى درجة أصبح فيها هذا الموقف مرهقا جدا للمريضة، وأصبح لا يطاق وبعد تحديد الموقف المثير للمشكلة (وهو إعداد السلطة) تمت مناقشة الحدث مع المريضة في الجلسة العلاجية بصورة مستفيضة وتم التحضير للتعرض للأيام القادمة. أما التعرض الفعلي فقد حدث في مطبخ المريضة، حيث قامت بغسل مواد السلطة المتفرقة (تعرض) وكان قد تم الاتفاق معها قبل ذلك على عدم غسل يديها أثناء قيامها بهذا العمل (منع رد الفعل)، ووجب عليها استخدام أداة أو أداتين فقط لتحضير السلطة، ووضع الأدوات والمفرمة والخضار... إلخ على الطاولة واستخدامها بعد ذلك دون أن تقوم بطقوس التنظيف. وقد كانت المريضة أثناء الجلسة شديدة التوتر وكانت ترتجف ومستثارة. ولم تكن متأكدة أنها ستواجه هذه المهمة. وقد تمت اعداد السلطة والتعامل مع أدوات المطبخ... إلخ في مجرى الجلسة العلاجية (لمدة ساعتين) أكثر من مرة. وعلى الرغم من أن المتعالجة قد بدت مرهقة في نهاية الجلسة إلا أنها كانت منشرحة بشكل عام بحيث أنها واجهت الموقف المرهق بالفعل.

ب-التأكد (التحقق): يقوم المعالج بدور النموذج لمواجهة الخوف والقلق ليوضح للمريض أن مثير الخوف أو القلق لا تترتب عليه نتائج خطيرة.

مثال:

عرض نيسبيت (nesbitt, 1973) حالة سيدة عمرها 24 سنة كانت تعاني من خوف شديد ونفور من المصاعد الكهربائية، استمر معها لمدة سبع سنوات، وقد اشتمل العلاج على اصطحابها في المصعد لمرّة واحدة مع المعالج ثم تركها بعد ذلك بمفردها وبعد نصف ساعة من هذه المعالجة تناقصت مخاوفها بشكل كبير. (الشناوي، 1996، ص 367).

3.5. المواجهة من خلال الواقع الافتراضي:

تشتمل التطورات الأكثر حداثة في علاج المخاوف المرضية الخاصة (الخوف من الطائرات، المرتفعات، العناكب...) على الحقيقة الافتراضية أو الواقع الافتراضي، هذا العلاج يستخدم برنامجا كمبيوتريا لإصدار نسخة ثلاثية الأبعاد رقمية للشيء أو الموقف المخيف، ويمكن المرضى من تنفيذ ممارسات التعرض في البيئة المحفزة.

هذا النموذج العلاجي مفيد لعرض المرضى على الأشياء والمواقف الصعبة والمكلفة لإعادة النشاط (مثلا: رحلة مضطربة في حالة المخاوف المرضية من السفر بالطائرة) كما أن هذا العلاج يقدم بديلا للمرضى الذين يرفضون أسلوب التعرض في الواقع (هوفمان، 2015، ص 84).

والواقع الافتراضي هو تكنولوجيا جديدة تتكون من بيئة بيانية (جرافيك) من خلالها يشعر المريض أنه موجود جسميا في العالم التخيلي، ويتفاعل معه، وهي تقوم على خلق بيئة مماثلة ومناظرة للمواقف التي تحدث في البيئة الواقعية ومزايا عدة، فهي تمثل بيئة آمنة للمريض يستطيع فيها إعادة معايشة الموقف المخيف عدة مرات حيث أن المريض يعرف أن ما يعيشه في هذا الواقع الافتراضي ليس حقيقي وهو ما يشجعه على مواجهة الموقف الذي يتجنبه في الواقع.

ومما لا شك فيه أن مصطلح الواقع الافتراضي حديث، حيث قدمه جارون (Garon) منذ سنوات ولكنه استخدم بشكل كبير في هذه السنوات القليلة، والواقع الافتراضي هو أحد العروض المرئية التي تتضمن صوراً من صنع الحاسب الآلي. إن نظم الواقع التخلي تعتمد على حالات التوهم أو ما يتم تكوينه داخل عقل الشخص من صور ذهنية سواء مسموعة أو مرئية أو محسوسة أو ملموسة تبدو له كما لو كانت جزءاً من الواقع الفعلي الذي يعيشه، وإن كانت تختلف عن نظيراتها في هذا الواقع الفعلي، حيث أن بإمكان الشخص التحكم فيها حسب رغبته ووفق إرادته، ولقد تم استخدامه في علاج اضطراب الرهاب الاجتماعي وخاصة المواقف الاجتماعية التي تتضمن الخوف من الحديث في الأماكن العامة أمام الناس. وفي هذه التقنية قد يكون الأمر ممكناً لأن يخبر المرضى إلى أقصى حد صوراً ساطعة ومكثفة بشكل أكثر تدرجاً من مواقف مخيفة بدون التعرض لها واقعياً. ففي دراسة روثبوم (Rothbaum, 1995) وقف عملاء مصابون برهاب الأماكن المرتفعة على رصيف محاط بسكة حديدية وهم يضعون على الرأس جهاز عرض بصري. وقد أعطت الصورة المقدمة على جهاز العرض ذي الحقيقة الواقعية انطباعاً بالوقوف على قناطير فوق الماء كانت تتراوح من سبعة إلى ثمانية متراً، على شرفات في الهواء الطلق بارتفاعات متزايدة، أو مصعد زجاجي ارتفع إلى تسعة وأربعين طابقاً. ومن خلال هذا النوع من المواجهة يواجه المريض المواقف المقلقة إلى أن ينخفض مستوى قلقه تماماً، وهو ما ينسحب على المواقف الواقعية بعد ذلك، إلا أن هذه التقنية مازالت حديثة وقيد التجريب. (بلحسيني، 2013، ص 78).

6. دور المعالج في العملية العلاجية:

يساعد المعالج على معرفة أسباب مخاوفه ويهيئ له الظروف لكي يتعلم كيف يواجه مشكلاته ويشركه في نشاطات لحلها ويقدم له المعززات التي تساعد على التخلص من مخاوفه. (العزة وعبد الهادي، 1999، ص 104).

ويتم تنفيذ الإفازة (الغرق) في العادة في الواقع، وفي الحالات الاستثنائية (على سبيل المثال إذا ما لم يكن بالإمكان اللجوء للموقف لأسباب مختلفة) تبدو المواجهة بالتخيل مفيدة، وإن التعريض المكثف ولمدة طويلة يمكن أن يكون فعالاً لتخفيض قلق المريض، فإذا ما دخل المريض في موقف صعب بالنسبة له وعاش في هذا بأن العواقب التي يخشاها (الإغماء، الموت... الخ) لم تظهر، فإنه بهذا يكون قد حصل اختراق مهم للقلق في علاج القلق. وبسبب عدم الشعور بالارتياح المرتبط بعلاج التعريض المكثف ولمدة طويلة، فإن بعض المرضى يتجنبون هذا النوع من العلاج، ومن المهم للمعالج السلوكي أن يتعامل مع المريض لخلق دافعية واستعداد للعلاج والقبالية لتحمل الإرهاق.

ومن منظور أخلاقي فإن المرضى يجب أن يكون لديهم معلومات كافية عن العلاج بالتعريض خصوصاً مدة العلاج وهي طويلة وكذلك كونه علاجاً مكثفاً، قبل أخذ موافقته بالاشتراك في العلاج. فمثلاً من المهم أن يعرف المرضى أن المعالج سوف يضع القلق في نفس المريض لغاية تخفيضه بعدئذ (برودا، 2009، ص 375؛ كوري، 2013، ص 323).

ويقول هوفمان (Hoffman): إذا قرر المعالج النفسي إجراء التعرض الكبير غير التدريجي فمن المنصوح به عدم مناقشة مواقف معينة إلا قبل دخول المريض -بفترة قصيرة- إلى هذه المواقف تحت توجيه المعالج، ثم بعد ذلك يخبر المريض بأنه سوف تقدم له تعليمات قبل جلسة التعرض بقليل من أجل التقليل من القلق المتوقع.

ونظراً لأن هذا يتطلب جهداً كبيراً و "قفزة وإيمان" من جانب المريض، من الأهمية بمكان أن يتخذ المريض قراراً يؤدي إلى تعهد بالخضوع للعلاج. وعادة ما يقوم بعض المعالجين النفسيين بإعطاء المريض على الأقل ثلاثة أيام للتفكير في الأمر، وغالباً ما يرتبون لاتصال هاتفي بعد الثلاثة أيام لاتخاذ القرار ما إذا كان المريض سيخضع للعلاج أم لا. هذه الاستراتيجية ينتج عنها معدل منخفض جداً من الرفض (هوفمان ت عيسى، 2015، ص 104).

7. مقارنة بين العلاج بالإفاضة (الغمر) وإزالة الحساسية التدريجي:

يختلف العلاج بالإفاضة أو الغمر عن طريقة إزالة الحساسية التدريجي... فالعلاج بالإفاضة يركز على تعريض المريض و مواجهته مباشرة للمثير أو الموقف المخيف حتى يصل قلقه إلى أقصى حد، أما إزالة الحساسية التدريجي فتكون المواجهة للموقف بطريقة تدريجية (Bloch et autres, 1994, p 369).

وكلتا الطريقتين-التدريجية والكلية-تهدفان على أية حال إلى التغلب على مصادر التوترات الخارجية بالتقليل من القلق والصراعات المصاحبة لها. (ابراهيم، 2011، ص 228).
و كثير من الدراسات قارنت بين الفاعلية الحقيقية للإفاضة مع إزالة الحساسية التدريجي، بعض الدراسات القديمة، استعملت العينات من طلبة كليات التربية الذين لديهم نسبة متوسطة من الخوف و ليس لديهم دافعية عالية لتغيير سلوكهم فوجدوا أن إزالة الحساسية تبدو أفضل من الافاضة، و الدراسات اللاحقة مع نسبة خوف أكبر وعينات إكلينيكية لديها دافعية عالية لإنهاء مشاكلهم، كانت النتيجة الافاضة فعالة أو أكثر فاعلية من إزالة الحساسية و استنتج الباحثون ومنهم جيلفر (Gelfer) أن العلاج بالحساسية و الافاضة متساويين و أن كلا العلاجين يحتويان المعاشية (أوضاع المخاوف الحقيقية) بالإضافة إلى التعريض لتخيل أوضاع القلق.

ويرى ويلسون (Wilson) ان الافاضة منتهية بعلاج الحساسية مع اختلاف بأن إزالة الحساسية يتم بالتدريج. (أبو أسعد وعربيات، 2009، ص ص 162-163).
ويرى " ابراهيم عبد الستار" أن التعرض التدريجي وبحسب ما تبينه خبرته الاكلينيكية يصبح ذا فاعلية أكثر عندما تكون مصادر القلق معروفة وعندما تكون الاستجابة لها حادة وتصل لما يسمى بالفزع. في مثل هذه المواقف تصعب المواجهة بالغمر، ويضيف أن المرضى أنفسهم يقاومون ذلك المنهج إلا إذا كان بالإمكان استخدام بعض المهدئات الطبية كتمهيد للدخول في العلاج. على أن فوائد العلاج بالغمر تكون ملموسة خاصة في الحالات

التي يتحول فيها القلق إلى طقوس وأفعال قهرية أي حالات عصاب الوسواس القهري (اللوازم الحركية والرغبات اللاإرادية، النظافة المبالغ فيها...). (ابراهيم، 2011، ص 228). وبالرغم من وجود اتفاق واسع حول الطريقتين إلا أن دراسات تتبعية تشير إلى أن الإفازة بالمثير أكثر فاعلية على المدى البعيد، ففي هذا الاجراء تبدأ المعالجة مباشرة مع المواقف التي تثير الخوف الشديد.

ويرى ممثلو اتجاه العلاج بالإفازة (من نحو فيغينباوم 1988, 1986, Fiegebbaum) بأنه في هذا الشكل من المواجهة المحشودة تنتهي الظروف الملائمة للوقاية من الانتكاس: فالمريض يتعلم في مجرى الأسلوب مواجهة المواقف الحرجة والصعبة في المستقبل وعدم تجنبها بأي شكل من الاشكال بالمقارنة مع المواجهة المتدرجة (برودا، 2009، ص 375). ويشير فيغينباوم "Feigebbaum" إلى أن الدراسات التتبعية اظهرت تحقيق نجاحات جيدة. فقد كان 88% من أصل مائة وأربع رهابي أماكن عامة خاليين من الشكوى بعد خمس سنوات من العلاج بالإفازة المكثفة، غير أن المشكلة الكبرى لهذا العلاج تبدو في النقبل، وتشير بعض الدراسات إلى أن حوالي 25 % من المتعالجين رفضوا العلاج أو أنهوه في وقت مبكر.

ويشير كل من "بارلوفوفاديل" إلى أن نسبة الرفض في الأسلوب التدريجي تبدو أقل (ما دون 5 % في ثلاث دراسات).

الوحدة الرابعة: التدريب على تأكيد الذات

(التوكيدية، التدريب التعديمي)

تمهيد

أولاً: تأكيد الذات

1.1. الأساس العلمي والتطور التاريخي لمفهوم تأكيد الذات (التوكيدية)

2.1. خصائص السلوك التوكيدي

3.1. أنماط الاستجابة الصادرة عن الفرد

ثانياً: التدريب على تأكيد الذات

1.2. تعريف التدريب على تأكيد الذات

2.2. النظريات المفسرة لأسلوب التدريب على تأكيد الذات

3.2. خطوات التدريب على السلوك التوكيدي (العلاج)

4.2. حالات استخدام التدريب على السلوك التوكيدي

5.2. نماذج من الاختبارات النفسية المستخدمة في تأكيد الذات

تمهيد:

لقد اعتقد العديد من المرشدين والمعالجين الذين استخدموا أسلوب التدريب التدميمي لأول مرة بأنه ليس شكلا من أشكال العلاج السلوكي، ذلك لأنه يتميز بطابع انساني معقد ويتشابه مع العلاج التقليدي. إن هذا الاعتقاد الخاطيء يعود لسوء الفهم حول طبيعة العلاج السلوكي والاعتقاد بأنه علاج آلي أكثر من كونه علاج منظم. (الخواجة، 2010، ص 101).

ويعتبر جوزيف وولبي "wolpe" المؤسس الأول لطريقة التدريب على السلوك التوكيدي. وإن كانت الأسس العامة لهذا التدريب قد أوردها أندرو سالتر "salter" ضمن كتاباته عن العلاج بالفعل المنعكس (1948) أي قبل المرحلة النشطة للعلاج السلوكي التي بدأت مع كتابات وولبي عن طريق الكف بالنقيض (1958) بعشر سنوات. (الشناوي، 1996، ص 357؛ أبو أسعد، 2009، ص 164)، وقد كان سالتر "Salter" أول من قدم المبررات والاجراءات التي تساعد على الوصول إلى السلوكيات المؤكدة للذات، وقد سمى طريقته في العلاج اسم "العلاج بطريق الفعل المنعكس الشرطي" منطلقا تماما من المفاهيم نظرية "بافلوف"، وقد اعتبر وولبي " wolpe" أن العلاج بالتدريب التدميمي هو حالة من حالات الكف المتبادل، إذ يعمل توكيد الذات على خلق استجابة مضادة للقلق بمثل استجابة الاسترخاء. (ابراهيم، 2011، ص 148؛ الخواجة، 2010، ص ص 101-102).

أولاً: تأكيد الذات**1.1. الأساس العلمي والتطور التاريخي لمفهوم تأكيد الذات (التوكيدية):**

يعد هرزبرغHersberg (1945) الطبيب الألماني أول من استخدم التوكيدية في علاج مرضاه و أطلق عليها العلاج الإيجابي، حيث يرى أن من أهداف المعالج أن يزيل مخاوف مرضاه من النشاط و الجهد بمضاعفة النشاط و الجهد نفسه، و يقترح على المعالج أن

يقوم بتكليف مرضاه بواجبات منزلية تتلاءم مع قدراتهم الذهنية و البدنية و الخلقية، من ذلك يكلف المرضى الذين يلمس منهم تقاعسا دينيا دون أسباب عضوية بممارسة الألعاب الرياضية، و أولئك الذين يفتقدون إلى الثقة كان يكلفهم بأعمال مثل رفع الصوت أثناء الحديث أو رفض نوع من الطعام أو المساومة على ثمن شيء من الباعة بالمحلات التجارية. (موسى، 2013، ص 189)

وتعد نظرية بافلوف في التعليم الشرطي الأساس النظري العلمي للتدريب على تأكيد الذات. فمنذ أن صاغ بافلوف نظريته. قام عدد من علماء العلاج النفسي السلوكي بتوظيف مبادئ هذه النظرية في الخدمة النفسية والعلاج، ومن أبرز هؤلاء المعالجين " سالتر " (salter) الذي كان استاذ بجامعة نيويورك حتى وفاته 1949. لقد استطاع " سالتر " أن يستخدم نظرية بافلوف بنجاح في منهج من مناهج العلاج النفسي أثر على كل المناهج الحديثة في العلاج السلوكي. (ابراهيم، 2011، ص 148).

يرى سالتر في طريقته العلاجية بواسطة الفعل المنعكس الشرطي، واستنادا إلى نتائج دراسات بافلوف حول الإثارة والكف والتوازن بين الإثارة والكف حيث تتحقق الصحة النفسية. أن شخصية الانسان إما من النوع المقيد أو المكفوف الذي لا يستطيع تأكيد ذاته، وإما من النوع المنطلق المستثار الايجابي. وهذه الشخصية غالبا ما تخلو من القلق، وتهدف عملية العلاج إلى التغيير من نوع الكف إلى الاستثارة والانطلاق. (الزاد، 2005، ص 176).

ويعتبر لازاروس (Lazarus) أستاذ العلاج السلوكي بجامعة " راتجرز " من أشهر المعالجين استخدموا أسلوب تأكيد الذات، و من بين الباحثين الذين أصلوا التوكيدية، و يري لازاروس أن أسلوب تأكيد الذات يعني بشكل عام حرية التعبير الانفعالي و حرية الفعل على السواء، سواء كان ذلك في الاتجاه الايجابي (أي في اتجاه التعبير عن الأفعال و التعبيرات الانفعالية الايجابية الدالة على الاستحسان و التقبل و حب الاستطلاع و الاهتمام، و الحب و الود، و المشاركة، و الصداقة و الاعجاب) أو في الاتجاه السلبي

(أي في اتجاه التعبير عن الانفعال و الشك و الخوف و الأسى). وهو بذلك لم يغفل عن الطبيعة الثنائية في تأكيد الذات، وبيّن أن السلوك التوكيدي يتكون من أربع استجابات هي: قدرة الفرد على قول (لا) والقدرة على فعل المتطلبات، والقدرة على التعبير عن المشاعر الموجبة والسالبة، والقدرة على بدء واستمرار وانهاء المحادثات. (ابراهيم، 2011، ص 144-145؛ أبو عباد، 2014، ص 133).

ويعتبر جوزيف وولبي "Joseph. Wolpe" هو من جاء بمصطلح تأكيد الذات (التوكيدية) الذي يقصد به حصول الفرد على حقوقه كاملة و حرية التعبير الانفعالي دون خوف و دون المساس بحقوق الآخرين، وقد عدل هذه النظرة للتوكيدية كي تتسجم مع متطلبات السوية فعرّفها سنة 1973 بأنها قدرة الفرد على التعبير عن انفعالاته كما تحدث في المواقف المختلفة و مع أشخاص عاديين. ويظهر هذا التعبير في صورة سلوكية مقبولة اجتماعيا. (أبو عباد، 2014، ص 134).

ويقترح جولدشتين مصطلحا يراه أدق تعبيرا عن المعاني المقصودة وهو " التدريب على التعبير الملائم". ذلك أن التعبير الملائم هو الذي ينقل بدقة مشاعر الشخص بطريقة تؤدي إلى أكثر النتائج الايجابية الممكنة، وهو تعبير من حيث أن ما يتدرب عليه الشخص هو الطرق التي ينقل بها ما يشعر به حقيقة في الموقف. (مليكة، 1990، ص 110).

ومن خلال ما تقدم يبدو أن مفهوم تأكيد الذات كان مقصورا في بداية استخدامه للإشارة على قدرة الفرد على التعبير عن المعارضة بالغضب والاستياء والامتعاض تجاه شخص آخر أو موقف ما من المواقف الاجتماعية. إلا أن هذا المفهوم قد اتسع في الوقت الحاضر ومنذ أن ظهرت الأسس العلمية للسلوك التوكيدي ليشتمل في الأخير على كل التعبيرات المقبولة اجتماعيا للإفصاح عن الحقوق والمشاعر الشخصية. فالمعالجون السلوكيون يرون أن الشخص التوكيدي ليس فقط الذي يؤكد وجوده بالتحكم في الآخرين أو لإعطاء الأوامر لهم، أو العدوان إلى غير ذلك، بل يتضمن أيضا الاتجاهات الايجابية كإظهار الود والحب وأداء الواجبات والمشاركة الايجابية للآخرين.

2.1. خصائص السلوك التوكيدي:

قد يختلف الباحثون فيما بينهم حول تعريف السلوك التوكيدي ولكنهم رغم ذلك يتفقون إلى حد كبير على الخصائص الآتية لهذا النوع من السلوك:

1- السلوك التوكيدي سلوك يتصل بالعلاقات الشخصية، ويتضمن التعبير الصادق والمباشر عن الأفكار والمشاعر الشخصية.

2- السلوك التوكيدي سلوك ملائم من الناحية الاجتماعية.

3- عندما يسلك الشخص بطريقة توكيدية فإنه يأخذ في اعتباره مشاعر وحقوق الآخرين.

(مصطفى وعلي، 2011، ص 153-154)

ويرى فينستريهيم (1975) أن الشخص المؤكد لذاته (الحازم) يتمتع بأربع خصائص هي:

1- يشعر بالحرية في أن يظهر نفسه عن طريق الكلمات والتصرفات يقول: هاأنذا، وهذا ما أشعر به وأفكر فيه وأريده.

2- يمكنه الاتصال مع الآخرين في كل المستويات مع الغرباء، والأصدقاء، والأسرة، وهذا الاتصال يكون دائما صريحا، ومباشرا، وصادقا وملائما.

3- يكون له توجه نشط في الحياة، وعلى عكس الشخص السلبي الذي ينتظر الأشياء لتحدث فإنه يحاول أن يجعل الأشياء تحدث.

4- يتصرف بطريقة يحترمها شخصا، واعيا بأنه لا يستطيع أن يكسب دائما، وهو يتجنب جوانب القصور لديه ويبقى دائما على احترامه لذاته. (الشناوي، 1996، ص 355-356)

3.1. أنماط الاستجابة الصادرة عن الفرد:

يهتم الباحثون في مجال السلوك التوكيدي بالتمييز بين التوكيد (الحزم) "Assertion"

والعدوان "Agression" من جهة أخرى. ويمكن أن نميز العدوان بعدة طرق منها:

حسب وولبي (1973 Wolpe) العدوان هو سلوك كدر من الناحية الاجتماعية.

وبالنسبة ل (لانجوجاكبوسكي) العدوان هو انتهاك لحقوق الغير.

كما يرى البعض أنه لكي نقول عن سلوك بأنه عدواني فإنه ينبغي أن يتوافر قصد العدوان. (الشناوي، 1996، ص 356).

ومن هنا يمكن القول إن السلوك العدواني سلوك له آثار سلبية على رفاهية الغير. وتقسم نظرية توكيد الذات انطلاقاً من المبدأ القائل بأن كل شخص له حقوق إنسانية لا بد من احترامها، والناس يقسموا في عدة أنماط هي:

أ. نمط مؤكد لذاته: ويعبر فيه الفرد عن ذاته بشكل يحترم فيه حقوقه الشخصية وحقوق الآخرين في مختلف المواقف التي تواجهه.

ب. نمط غير مؤكد لذاته: وهنا لا يقوم هو بنفسه بتخطيط حدوده بل يترك هذا الحق للآخرين مما يؤدي إلى اعتدائهم على حقوقه.

ج. نمط عدواني: ويبدو واضحاً عندما يتعدى الفرد على حقوق من حوله.

وهناك تشابهاً بين كل من نمط العدوانية وعدم توكيد الذات فكلاهما يخلق حالة من عدم التوازن العاطفي بين طرفي الاتصال وكلاهما غير وظيفي وغير فعال، كما أنهما يستخدمان وسائل غير مباشرة للتعبير عن الرغبات والمشاعر.

• فعندما يرفض الفرد غير المؤكد لذاته أن يجاهد لأخذ حقوقه، فهو يخلق حالة من

عدم التوازن يهتم فيها بحقوق الآخرين دون أن يأخذ بالاعتبار حقوقه الخاصة به.

• وبالنسبة للشخص العدواني فهو يخلق أيضاً حالة من عدم التوازن ولكن بشكل

آخر، حيث يعطي نفسه أكثر مما تستحق من حقوق.

• ومن ناحية أخرى فإننا نجد الشخص المؤكد لذاته يسعى إلى إيجاد التوازن وذلك

لمحاولته الحصول على حقوقه وفي نفس الوقت يبقى محافظاً على حقوق الآخرين.

(الخواجة، 2010، ص 107).

ويصف كيلي "KELLY" الاستجابات الصادرة عن الفرد في حالة كونه غير مؤكد لذاته،

أو في حالة كونه مؤكداً لذاته، أو في حالة كونه عدوانياً نوضحها في الجدول التالي:

جدول رقم (1): يوضح أوصاف الاستجابة وفق (Kelly) (الخواجة، (2010)، ص 108)

عدواني	مؤكد للذات	غير مؤكد للذات
كثيرة وسريعة	سلوكيات ملائمة وكافية في الوقت المناسب	قليلة جدا، متأخرة جدا، لا توجد أبدا
يوجد صراعات في العلاقات الشخصية	حل المشكلات	يوجد صراعات في العلاقات الشخصية
شعور بالذنب	شعور ايجابي نحو الآخرين	اكتئاب
رؤية ضعيفة للذات	شعور ايجابي تجاه الذات	شعور بالعجز
ايذاء الآخرين	شعور بالرضى والاكتفاء	ايذاء النفس
تضييع الفرص	خلق فرص عديدة	تضييع الفرص
الشعور بالضغط والتوتر	الشعور بالاسترخاء	الشعور بالضغط والتوتر
عدم القدرة على ضبط الذات	القدرة على ضبط الذات	عدم القدرة على ضبط الذات
كره الآخرين	حب الذات والآخرين	كره النفس والآخرين

كما يمكن توضيح أنماط الاستجابات الثلاثة المؤكدة للذات وغير المؤكدة، والاستجابة العدوانية، من خلال التعرف على انفعالات الفرد وسلوكاته غير اللفظية إضافة إلى اللغة المستعملة وفي الأخير النتائج من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (2) يوضح: أنماط الاستجابات الثلاثة

نمط الاستجابة	الانفعال المصاحب	السلوك غير اللفظي	اللغة اللفظية المستعملة	النتائج
استجابة مؤكدة للذات Assertive	* يعبر عن مشاعره الحقيقية. * لا ينكر حقوق غيره. * مرتاح مستمع. * أعصاب هادئة. * صوت مريح وبمستوى عادي. * لا يكبت مشاعره. * توتره بمستوى معقول ومقبول. * متناغم مع نفسه بين ما يقول ويفعل ويشعر ولا يعكس صورتين متناقضتين في شخصيته. * يتعامل مع مشاعره كما تحدث.	* يقف بشكل مريح وبإقدام. * اتصال بصري جيد (نظرات ثابتة ومتنقلة وتجنب البحظة وخفض النظر للأسفل تعبيراً عن الخجل). * يتحدث بصوت قوي ونغمة ثابتة (لا عالي ولا منخفض). * يترك يديه على جنبه. * يدافع عن نفسه بطريقة مستقلة. * تعابير الوجه وإيماءات الجسم مريحة وغير متوترة.	* غالباً ما تبدأ جملة ب (أنا أريد، أنا أشعر، أنا أعتقد، ماذا تعتقد، كيف يمكن أن تحل ذلك، ماذا ترى، كيف يمكن أن نتوصل إلى... الخ	* يعمل على حل المشاكل. * سلوكه مناسب وكافي في الوقت المناسب. * يشعر بشكل جيد تجاه الآخرين. * يشعر بالاكتماء. * يشعر بالرضا عن نفسه. * يشعر شعوراً حسناً تجاه نفسه والآخرين. * يصنع غالبية الفرص كما يختلقها. * يشعر بالارتياح. * يشعر بالسيطرة على النفس. * الشعور بالثقة بالنفس. * يحب نفسه والآخرين.
نمط الاستجابة	الانفعال المصاحب	السلوك غير اللفظي	اللغة اللفظية المستعملة	النتائج

<p>* استجابات قليلة ونادرة، متأخرة جدا لا توجد.</p> <p>* صراع في العلاقات الشخصية، الشعور بالغضب.</p> <p>* الشعور بالاكتئاب.</p> <p>* الشعور بعدم القدرة.</p> <p>* صوت الذات ضعيفة.</p> <p>* يؤدي نفسه.</p> <p>* يضيع الفرص.</p> <p>* يشعر بالضغط.</p> <p>* يشعر بفقدان السيطرة.</p> <p>* يكره نفسه والآخرين.</p> <p>* مدمن.</p> <p>* يشعر بالوحدة.</p>	<p>* يمكن بتصوري، إذا كنت تستطيع.</p> <p>* فقط، لو، لا أستطيع.</p> <p>* من الجمل: (آه، حسنا، أنت تعرف، أحرف العطف).</p> <p>* كلمات للنفي مثلا: في الحقيقة، ليس مهما، لا تقلق.</p>	<p>* اعتمادي، يتلمل جسمه مرخي وكأنه سقط فجأة.</p> <p>* طمس النفس.</p> <p>* حشجة في الصوت.</p> <p>* عيون مسدله.</p> <p>* يتحرك بعيدا عن الموقف.</p> <p>* يتردد تمتمة.</p> <p>* فرك وعصر اليدين.</p>	<p>* يخفي مشاعره وتوتراته ويتعاش مع انفعالاته مثل: الخوف والقلق والاكتئاب لأنه لا يستطيع أن يعبر عن مشاعره لفظيا.</p> <p>* الشعور بالضعف.</p> <p>* توتر الأعصاب.</p>	<p style="text-align: center;">استجابة غير مؤكدة للذات Non-Assertive</p>
<p>النتائج</p>	<p>اللغة اللفظية المستعملة</p>	<p>السلوك غير اللفظي</p>	<p>الانفعال المصاحب</p>	<p>نمط الاستجابة</p>

<ul style="list-style-type: none"> * استجابة عديدة ومتنوعة سريعة جدا، متأخرة جدا. * صراع في العلاقات الشخصية * الشعور بالذنب. * الشعور بالإحباط * صورة الذات ضعيفة. * يؤذي الآخرين. * يضيع الفرص. * الشعور بالضغط * يشعر بفقدان السيطرة. * يكره الآخرين. * مدمن. * يشعر بالوحدة. * يشعر بالغضب. 	<ul style="list-style-type: none"> * تهديدات باستمرار (من الأفضل لك، إذا لم تنتبه يجب، سيئ الألفاظ وتثير العصبية، حتما، إنك تمزح... الخ 	<ul style="list-style-type: none"> * صوت مرتفع. حماسة. * انحناء للأمام. * نغمة صوت مرتفعة. * عجرفة. * جمل متقطعة وغير واضحة. * رسالة مشوشة. * تعبير بأسلوب غير لفظي. * التحرك ضد الموقف. 	<ul style="list-style-type: none"> * توتره يتوجه إلى الخارج. * غاضب جدا. * صوت عالي ومرتفع. * يتهجم ويهدد باستمرار. 	<p>استجابة عدوانية Aggressive</p>
--	--	--	---	-----------------------------------

ثانيا: التدريب على تأكيد الذات: Self Assertion

1.2. تعريفه:

يرى جولدشتين (Goldstein، 1973) أن التدريب على تأكيد الذات هو أعلى التدخلات السلوكية قيمة، وهو الأسلوب الذي يغلب أن يكون مطلوبا لتعديل السلوك غير الموائم في العلاقات بين الأشخاص. ويمارس هذا التدريب من خلال الجمع بين تدخلات تقود المريض

إلى الشعور وإلى الفعل على أساس افتراض أن له الحق في أن يكون ماهو عليه وأن يعبر في حرية عن مشاعره طالما أنه لن يسبب الأذى لأحد. (مليكة، 1990، ص 109).

ويعرف أيضا أنه مجموعة متنوعة من الأساليب والاجراءات المعرفية والسلوكية الهادفة إلى تعديل معارف وسلوك الأفراد، وتدريبهم على التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم وأراءهم والدفاع عن حقوقهم، ومواجهة من يستغلونهم بطريقة ملائمة دونما انتهاك لحقوقهم. ويسمى بأسلوب التدريب على الجرأة الاجتماعية، ويمكن استخدامه في حالات العلاقات الاجتماعية والشخصية التي يواجه فيها الفرد صعوبة في التعبير عن شعوره لأنه لا يعرف. (موسى، 2013، ص 194).

2.2. النظريات المفسرة لأسلوب التدريب على تأكيد الذات:

ينطلق أسلوب التدريب على تأكيد الذات لمعالجة عدم تأكيد الذات من عدة نظريات من بينها: النظرية السلوكية، والنظرية المعرفية، ونظرية التعلم الاجتماعي.

1.2.2. النظرية السلوكية: تنظر النظرية السلوكية إلى سلوك عدم تأكيد (توكيد) الذات بأنه سلوك متعلم يمكن فهمه وتفسيره في ضوء مفاهيم التعلم السلوكية، ويمكن ضبطه وتعديله في ضوء هذه المفاهيم.

وقد اهتم سالتز "salter" بتوكيد الذات واعتبر أن كل الاضطرابات النفسية ناتجة عن الكبح وعلى ذلك فإن عملية الإرشاد هي إزالة الكبح وإبطاله عن طريق إعادة الاشرط بواسطة الإثارة، الأمر الذي يؤدي إلى تحرير كل الانفعالات لدى الفرد مما يمكنه أن يعبر عنها بحرية وصراحة.

كما اهتم وولبي "wolpe" بتوكيد الذات واعتبر أن العلاج بالتدريب على توكيد الذات هو حالة من حالات الكف المتبادل، إذ يعمل توكيد الذات كاستجابة مضادة للقلق تماما كالاسترخاء، واستجابة توكيد الذات تستمر خارج موقف العلاج، وتظهر في مواقف الحياة المناسبة.

أما لازاروس "Lazarus" فينظر إلى أسلوب تأكيد الذات على أنه حرية الفرد في التعبير الانفعالي وحرية في العمل. وقد يكون في اتجاهين:

- اتجاه ايجابي ويتم التعبير فيه عن الأفعال والانفعالات الايجابية الدالة على الاستحسان والتقبل.
- اتجاه سلبي ويتم التعبير فيه عن الأفعال والانفعالات الدالة على الرفض وعدم التقبل.

وقد استخدم لازاروس هذا الأسلوب بنجاح، حيث اتجه في تدريب مرضاه على الرفض والغضب والعدوانية أحيانا (الزباد، 2005، ص 177).

2.2.2. نظرية العلاج العقلي العاطفي:

يرى ألبرت إيس Albert Ellis مؤسس هذه النظرية أن الأفكار والمعتقدات والألفاظ غير العقلانية لدى الأفراد تساهم بشكل كبير في السلوك اللاعقلاني والسلوك غير المؤكد للذات، وهم يعتبرون أن هذه المعتقدات ذات طبيعة لا إرادية، ذلك أنهم يفتقرون إلى تأكيد الذات في كل المواقف وبالتالي يقومون بعقاب وتوبيخ أنفسهم ويخلقون لأنفسهم قدرا كبيرا من عدم الراحة والاضطراب في علاقاتهم. ومن هذه الأفكار مثلا: من الضروري أن يكون الانسان محبوبا ومقبولا من الآخرين في كل ما يقوم به. (الخواجة، 2010، ص 104-106).

3.2.2. نظرية التعلم الاجتماعي:

أشار العالم باندورا إلى التأثيرات القوية للنماذج على الأطفال ويرى أن الأطفال يميلون لأن يسلوكوا سلوكا عدوانيا عندما يشاهدون فيلما كرتونيا، أو يشاهدون أناس يتصرفون بعدوانية، وأن الكثير من الناس يسلكون سلوكا غير مؤكد لأنه لم تتح لهم الفرصة لمشاهدة نماذج في أدوار مؤكدة. (الضلاعين، 2011، ص 22)

وبشكل عام، فإن عملية تأكيد الذات لدى جوزيف وولبي وهو صاحب هذه التقنية أن التدريب على تأكيد الذات هي عملية فنية تجمع بين الاشراف الكلاسيكي والاجرائي، وطريقة التعلم بالنمذجة، واجراءات ضبط الذات. والعلاج السلوكي الذي يعتمد على تأكيد الذات يعتبر أن

الحرية الانفعالية والتعبير عن الانفعالات الايجابية أو السلبية، وفي مواقف الحياة المختلفة هي أساليب تتعارض مع حالات القلق والعصاب، فالفرد لا يمكن أن يكون توكيديا وقلقا في الوقت نفسه. (الزباد، 2005، ص 177).

وإن تكوين عادات الحرية الانفعالية تعطي للفرد القدرة على أن يكشف عن مشاعره الحقيقية وأن يفعل ذلك في صراحة وانفتاح ونتائجها بهذا المعنى غالبا ما تعود بانخفاض في مستوى القلق ومقدرة على تكوين علاقات وثيقة وانسانية، واحترام للذات، ومقدرة على التكيف الاجتماعي الفعال. (ابراهيم، 2011، ص 146).

3.2. خطوات التدريب على السلوك التوكيدي (العلاج):

يبدأ العلاج بالتدريب التدميمي من خلال خطوات محددة نوضحها فيما يلي:

1.3.2. التقييم الأولي:

يبدأ التدريب التدميمي من خلال تقييم حاجة المريض لهذا التدريب وتقييم مدى ملائمة هذا النوع مع العلاج لهذه الحالة. (الخواجة، 2010، ص 115)، ومن حسن الحظ أن المعالج النفسي السلوكي لا يجد مشكلة تذكر في تقدير مستوى مريضه من حيث قدرته على تأكيد الذات، أو على أقل تقدير فإن المشكلات التي يواجهها هنا أقل مما يواجهه في الأنماط المرضية الأخرى. فمن ناحية نجد أن المريض نفسه على دراية واضحة بضعفه في جانب معين، وربما قد يكون دافعه الاساسي لطلب العلاج هو عجزه عن المطالبة بحقوقه، أو التعبير عم نفسه في المواقف التي تتطلب علاقة بالسلطة أو الجنس الآخر. أو عجزه عن الحديث في موقف يتطلب ذلك، ويشعر بالأسف بعد ذلك لأنه ترك الفرصة تمر دون اقتنائها.

لكن لب المشكلة لا يكمن في اكتشاف العجز أو عدم العجز في التعبير عن الذات والثقة بمقدار ما يكمن في تحديد أنماط وأنواع المواقف الاجتماعية المختلفة التي يعجز فيها المريض عن هذا التعبير.

وهناك عدد من الاختبارات الشخصية التي تساعد من ناحية على تقدير مستوى الشخص من حيث القدرة على تأكيد الذات، كما تساعد من ناحية أخرى على تحديد المجالات النوعية المرتبطة بالعجز عن تأكيد الذات. من بينها مقياس ويلوبي "willoubghy" والذي أعد خصيصا للكشف عن مجالات العجز عن الثقة وتأكيد الذات سنة 1934. (ابراهيم، 2011، ص 158).

وتوجد في الوقت الحاضر مجموعة من المقاييس التي تساعد المعالج على التعرف على مستوى السلوك التوكيدي لدى الفرد مما يساعد على التعرف على هذه المشكلة في بدء العمل العلاجي، ومن بين هذه المقاييس المقياس الذي طوره جالاسوباشتين (1974) والمقياس الذي طوره جامبريك وريكي (1971)، وكذلك المقياس الذي أعدته راثوس (1973) "Rathus" وقد نقل إلى العربية واستخدم في عدد من البحوث. ويمكن للمعالج أن يستفيد من العبارات المستخدمة في هذه المقاييس في عمله العلاجي في تصوير المشكلة، وفي الغالب فإن المشكلات التي يعرضها المرضى والتي تدل على نقص في السلوك التوكيدي ترتبط بالخوف أو القلق الاجتماعي والخجل والقلق بصفة عامة، والشكوى من اضطرابات الكلام، وكذلك في بعض حالات الاكتئاب. (الشناوي، 1996، ص 360).

بالإضافة إلى استخدام مقاييس التوكيدية المقننة، قد يكون من المناسب أيضا أن يطلب المعالج من المريض أن يقوم بتسجيل للسلوك لفترة من الزمن (عدة أيام) ويوجه المريض جهده لتسجيل جميع التفاعلات الاجتماعية التي يتصرف فيها، كما يوجه جهده لتحديد الكيفية التي يرغب أن يتصرف بها خلال هذه المواقف وعندما يتأكد المعالج بأن المريض:

1- غير قادر على الدفاع عن نفسه في المواقف التي شعر خلالها بأنه قد عومل بطريقة غير عادلة.

2- عندما لا يستطيع الاستجابة من خلال مصلحته الشخصية للمواقف والأحداث التي تؤثر في حياته أو حياة أسرته، أو أنه يواجه صعوبة في الاستجابة.

3- عندما يواجه صعوبة في التعبير عن مشاعر الحب والعاطفة للأشخاص المهمين في حياته. (الخواجة، 2010، ص 116).

يبدأ المعالج بتطبيق اجراءات التدريب التدميمي عندما يتأكد مما سبق ذكره، ويكشف عن مدى حاجة المريض إلى علاج توكيدي.

2.3.2. مناقشة مفهوم التدريب التوكيدي مع المريض:

في هذه الخطوة، وبعد أن يتعرف المعالج على أن مشكلة المريض تعكس إلى افتقاره إلى التوكيد، عندها يقوم المعالج بتعريف المريض بهذا الأسلوب، ويشارك المريض بالنقاش حول مبررات التدريب التوكيدي (أبو أسعد، 2009، ص 168).

وينبغي اطلاع المريض على ما سيتم اجراءه مع التأكيد بأن هذه الاجراءات كانت فعالة عند استخدامها في حالات مشابهة.

وعند بداية تقديم العلاج، فمن المهم أن يكون واضحاً لدى المريض حقه لأن يطلب ما يريد، وحقه في رفض الأمور التي لا يرغب بها، وعلى المعالج أن يؤكد له بأنه إذا تنازل عن ممارسة هذا الحق، فإن الأشخاص الآخرين لن يقيموا إيجابياً، وإذا ظهر المريض نفسه كإنسان خاسر وتصرف كإنسان فاشل، فإن الآخرين سيعاملونه كإنسان فاشل وبالتالي سيكون فاشلاً.

كذلك من المهم أن يساعد المعالج المريض على التمييز بين سلوك تأكيد الذات وغيره من السلوكيات، وذلك على المتصل يضع تأكيد الذات في منتصفه وأحد طرفيه هو سلوك العدوان، والطرف الآخر هو سلوك السلبية وهو ما يوضحه المخطط التالي:

استجابة السلوك السلبي

استجابة العدوان

توكيد الذات

خجل وانسحاب

← * →

عدوانية

ومن خلال هذا المتصل يكون سلوك تأكيد الذات هو حق الفرد لممارسة طلب شيء أو رفض شيء. دون الاعتداء المتعمد على حقوق الآخرين. أما العدوان فيتضمن اعتداء على حقوق الآخرين من خلال ممارسة شيء على شكل اعطاء امر. وعندما يطلب شخص شيئاً ما، فإن الشخص الآخر يستطيع الرفض، أما إذا قام شخص بأمر الآخر بشيء فكأنه يفترض أن الشخص الآخر لا يمتلك حق الرفض، أما السلوك السلبي فيتضمن التخلي عن حق الطلب أو الرفض إن هذا التقديم السابق للمريض يساعده على الاستبصار، وتؤكد الأبحاث بأن مثل هذا التقييم لعملية العلاج يسهل اجراءات المعالجة في المراحل التالية.

3.3.2. قياس الخط القاعدي:

وفيه يتعرف المعالج بشكل محدد ودقيق على الدلائل اللفظية وغير اللفظية التي تظهر عدم التوكيد، ويتعرف على عواطف وانفعالات المريض التي تدل على عدم التوكيد، ويتبين للمريض نتائج عدم توكيده لذاته، وكيف يمكن أن يتغير سلوكه عندما يصبح أكثر توكيدا (أبو أسعد، 2009، ص 169).

وقد تبدو هذه الخطوة وكأنها إعادة للخطوة الأولى (التقييم الأولي) إلا أن الغرض من هذه الخطوة مختلف تمام. إن الهدف من هذه الخطوة هو تحديد المواقف التي يتحتم على المعالج والمريض التعامل معها في العلاج، بالإضافة للتقييم المستمر لفاعلية المواقف التي تم التعامل معها بطريقة تدعيمية، كما على المريض أن يجيب من خلال عملية التسجيل عن الأسئلة التالية: ماذا حدث؟ مع من؟ متى؟ أين؟ (الخواجة، 2010، ص 118).

4.3.2. تطبيق الاجراءات المدعمة على المريض:

بعد التعرف على معنى تأكيد الذات والمجالات المختلفة التي يشعر فيها المريض بالافتقار لذلك، تبدأ مرحلة تعديل السلوك باستخدام عدد من الأساليب تثبت البحوث والخبرة فاعليتها إلى حد بعيد. (ابراهيم، 2011، ص ص 161-167).

والجدول الموالي يوضح أهم الأساليب التي تستخدم للتدريب على السلوك التوكيدي.

جدول رقم (3) يوضح أهم الأساليب التي تستخدم للتدريب على السلوك التوكيدي.

الأسلوب	معناه	متى تستخدم
1-تطبيق المشاعر (أساليب لفظية)	التعبير المتعمد والتلقائي عن الانفعالات بكلمات صريحة ومنطوقة.	التعود على التلقائية والتحرر من القلق الاجتماعي، وتشجيع الآخرين على تكوين علاقات مريحة معك.
2-التأكيد السلبي.	الاعتراف بالخطأ عندما تقوم بعمل يستحق اللوم على ان تبين أن هذا الخطأ لا يعني أنك بكاملك سيئ.	عندما تحس أنك قمت بخطأ يستحق اللوم والنقد، توطيد العلاقة الطيبة بالرؤساء والمقربين من الأصدقاء أو الأزواج، عندما تريد أن تطوي صفحة سلبية وتبدأ صفحة ايجابية
3-تجريد غضب الآخرين من قوتهم	تجاهل محتوى الرسالة أو السلوك، الغاضب والتركيز بدلا من ذلك على طريقة الشخص الانفعالية في الحديث أو التواصل.	تجنب الدخول في معركة لست مستعدا لها، والتعامل مع الاشخاص الانفعاليين والمتهجمين، ضبط النفس، ايقاف سلوك عدواني خارجي.
4-التعميه والإرباك	إظهار الموافقة على ما يوجه لك من اتهامات مع ابداء الاستعداد لتغيير سلوكك عندما يظهر من الطرف الآخر ما يستحق ذلك.	يستخدم هذا الأسلوب عندما يكون الطرف الآخر من النوع اللوح الذي يكثر من الإدانة واللوم والنقد، عندما يكون الشخص الآخر غير مستعد للتفاهم والتراجع على الرغم

من محاولتك، ايقاف سلوك عدواني خارجي.		
يساعدك هذا الاسلوب على الإحساس الهادئ في حالات المناقشات غير الهادئة، يجنبك الدخول في متهات جانبية تبعك عن موضوعك الأصلي، التدريب على ضبط النفس والاصرار على تحقيق الهدف الرئيسي لك.	تجاهل الاستجابة المعارضة مع الاستمرار في التعبير عن السلوك أو الفكرة التي بدأتها واستئناف التعبير عنها على الرغم من المعارضة والمقاطعة.	5-الأسطوانة المشروخة.
مع الأصدقاء والأشخاص الأعزاء والمقربين والرؤساء عندما تريد أن تنتهي بعض الخلافات المنفرة معهم، التقليل من الضغوط أو الصراعات الأسرية، حل الصراعات الاجتماعية.	الاستجابة لانتقاد الآخرين بالسؤال عن المزيد من الانتقادات والأخطاء التي ترتكبها مع ابداء الاستعداد للتغيير.	6-التساؤل السلبي
القلق الاجتماعي، المناقشات العامة اعطاء أوامر، خطابات عامة، استبيانات ولقاءات العمل أو القبول، المواقف الجديدة التي لم يحدث التدريب الجيد عليها، مواجهة الإحباط والخوف من الفشل وتجنب الاندفاع.	القيام بالتدريب على أداء دور أو سلوك جديد قبل حدوثه الفعلي.	7-لعب الادوار.
الإقناع، الفاعلية الاجتماعية،	التدريب على الاستجابة	8-التدريب على الاستجابة

<p>خلق انطباع جيد ومتحمس، الثقة بالنفس، إعطاء اوامر أو توجيهات، التدريب على اتخاذ قرارات.</p>	<p>البدنية الملائمة للحالة الانفعالية والموقف الاجتماعي بما في ذلك نبرات الصوت، والتقاء العيون، وتعبيرات الوجه، والحركة.</p>	<p>البدنية الملائمة</p>
<p>تكوين علاقات اجتماعية دافئة ووثيقة، إنهاء المواقف الاجتماعية دون انفعالات سلبية أو قلق، التخلص من القلق الاجتماعي، تحقيق مكاسب متبادلة لكل الأطراف الداخلة في عملية التفاعل، ضبط النفس.</p>	<p>التدريب على الانفعالات المختلفة والمتعارضة بما فيها المعارضة والهجوم، وتقبل المدح، وإظهار الود، وتأكيد الأنا... الخ</p>	<p>9-التلون الانفعالي</p>

5.3.2. الوظائف البيئية (الواجبات المنزلية):

في هذه المرحلة يوجه المريض لممارسة واجبات بيئية يومية بسيطة تتضمن القيام بمهام من عالمه الحقيقي وخارج نطاق غرفة العلاج، والهدف منها مساعدة المريض على التخلص من عدم التوكيد في الحياة مثل: حديث الذات، السؤال بلماذا؟ النظر إلى الناس بأعينهم، حديث التحية، الحديث عن المشاعر.

6.3.2. ممارسة الدور التأكيد في الحياة:

في هذه المرحلة يكون المريض مستعدا لممارسة السلوك التوكيدي المناسب في مواقف الحياة الحقيقية والتي قام بتسجيلها مسبقا كمواقف صعبة ومشكلة، وينبغي تشجيع المريض

على ممارسة السلوك التوكيدي مع الإيمان بأن النجاح يعتمد على مدى الفعالية من ممارسة حق الطلب أو حق الرفض.

4.2. حالات استخدام التدريب على السلوك التوكيدي:

يستخدم التدريب على السلوك التوكيدي في عدة حالات نذكر منها:

- 1- يستخدم التدريب على تأكيد الذات في حالات الخجل والخوف من مواجهة الآخرين، والخشية من التقييم السلبي للفرد، ويعتبر التوكيد مضاد للخجل، ومن شأن التدريب على توكيد الذات الاسهام في مواجهة تلك المشكلة، ومنع تفاقم تداعياتها التي تعد أكثر خطورة منها.
- 2- يستخدم كذلك في العديد من مشكلات الإدمان، حيث أن التدريب على التوكيد يزيد من قدرة الفرد على مواجهة الضغوط الرامية لحثه على بدء التعاطي، فضلا عن أنه سيقبل توتراته، لأنه لن يكبت مشاعره، وسيعبر أولا بأول عما يتراكم في صدره منها، وبذا لن يكون في حاجة إلى اللجوء للتعاطي، وكذلك فإن تعبيره عن اختلافه مع الآخرين ومواجهة ضغوطهم ودفاعه عن حقوقه ومواجهة مشكلاته لن يجعل لهروبهم إلى المخدر مبررا.
- 3- في حالات الاكتئاب الخفيف (العصابي) والذي يعتبر من أكثر الأمراض المعرفية التي تنطوي على الشعور بالعجز، والنفور من، والعزوف عن المشاركة في التفاعلات الاجتماعية، فالتدريب سيزيد من ثقته بذاته، وكفاءته في مواجهة تلك المواقف. وستغذي خبرات النجاح الفعلي في تنمية شعوره بالكفاءة الذاتية، والذي سيقبل من إحباطاته، ويجعل من اليسير عليه مستقبلا مواجهة نظيراتها.
- 4- في حالات الاقدام على الانتحار: حيث أن الانتحار يعزى إلى عدم قدرة الفرد على مواجهة المشكلات والمواقف العصبية التي يتعرض لها، وإن الأشخاص الذين حاولوا الانتحار وفشلوا فيه في حاجة إلى وسيلة تزيد من صلابتهم الشخصية، وفعاليتهم الاجتماعية، بحيث يصبحون قادرين على اعلان مواقفهم بوضوح ومواجهة الضغوط التي

تمارس حيالهم، والدفاع عن حقوقهم والاعتراف بأخطائهم، وهي سلوكيات لن يمكنهم إصدارها بدون تمتعهم بقدر مرتفع من التوكيد.

5.2. نماذج من الاختبارات النفسية المستخدمة في تأكيد الذات:

1.5.2. اختبار ويللوبي "Willoughby" للشخصية أو قائمة ويللوبي للميل العصابي:

أعد هذه القائمة في صورتها الانجليزية عالم النفس الأمريكي " ريموند ويللوبي " بعد مراجعته لقائمة ثيرستون للشخصية في العام 1934، وهي تستخدم في مجال علم النفس الإكلينيكي و العلاج السلوكي لدى جوزيف ولبي منذ عام (1958)، (1973)، وكمؤشر لمدى التحسن في العلاج السلوكي، و يطلق على القائمة حاليا اسم قائمة ويللوبي للميل العصابي، حيث أن مصطلح الميل العصابي أدق من مصطلح الشخصية العام و هذه القائمة تقيس ردود الفعل العصابية العامة، ويستخدم جوزيف ولبي الاختبار كاختبار للعصابية أو لردود أفعال القلق الدائمة، كما تعتبر القائمة مقياسا للقلق الذي هو محور الأعصاب و مقياسا للعصابية. والعصابية هي الاستعداد للإصابة بالعصاب أو الميل إلى تكوين أعراض عصابية عند التعرض للضغوط البيئية (stress) ولهذه القائمة بعض المزايا يمكن تطبيقها على عدد كبير من الأفراد في الوقت نفسه. وتستغرق وقتا قصيرا، ويمكن تصحيحها بسرعة، ولها صدق وثبات مقبولان، وتتكون القائمة من 25 سؤالا، يجاب عن السؤال من خلال مقياس من خمس درجات تمتد من الصفر حتى رقم 4. وتشير الدرجة المنخفضة إلى عدم وجود العصابية والعكس، وللقائمة مفتاح تصحيح. وتقسّم الأسئلة إلى معلومات ترتبط بالعلاقات بين الأشخاص، وإلى درجات من الحساسية الانفعالية العامة، وللقائمة تعليمات للتطبيق. وتشير الدراسات التي أجريت على القائمة أن النساء أكثر عصابية من الرجال. والعصابيون يميلون إلى أن يظلوا بدرجة عصابيتهم نفسها أو يصبحون أكثر عصابية مع تقدم العمر، بينما تتخفف العصابية لدى الأسوياء بشكل طفيف حتى عمر السنتين تقريبا، ثم يحدث ارتفاع حاد في العصابية بعد ذلك.

ومن المشكلات التي تواجه هذا المقياس مشكلة تزييف الاستجابة نحو الأحسن أو نحو الأسوأ، وهذا ما يسميه ريموند كاتل بالتشويه الدفاعي، وللقائمة معايير معينة للذكور والإناث (الميتينيات).

ويرى ولبى أن بعض الحالات قد تحصل على درجة منخفضة في القائمة، ورغم ذلك تعاني من العصاب في مجالات أخرى لم تغطيها القائمة، وبالنسبة لجوزيف ولبى تستخدم القائمة كواحدة من المصادر في بناء مدرج القلق، كما تستخدم الدرجة الكلية كمقياس لتحسن العلاج السلوكي (الزرد، 2005، ص ص 370-372).

• تقديم المقياس:

فيما يلي بعض الأسئلة، والمرجو أن تجيب عنها بوضع دائرة حول أحد الأرقام التالية لكل منها، ليس هناك خطأ أو صواب في الإجابات، ولكن المهم هو أن تعبر عما يصف سلوكك بدقة حسب مايلي:

الاسم: صفراً، أبداً

العمر: 1 أحياناً، قليلاً

العنوان: 2 بدرجة متوسطة

التاريخ: 3 عادة كثيراً

4 دائماً، تماماً

4	3	2	1	صفر	هل تخاف من مواجهة الجمهور والتحدث إليه؟	1
4	3	2	1	صفر	هل يشغل بالك الهم حين تتعرض للإهانات؟	2
4	3	2	1	صفر	هل تخاف من أن تسقط عندما تطل من مكان مرتفع؟	3
4	3	2	1	صفر	هل يجرح الناس شعورك بسهولة؟	4
4	3	2	1	صفر	هل تتجنب الظهور أمام الناس في المناسبات الاجتماعية؟	5
4	3	2	1	صفر	هل تصاب بنوبات متوالية من السرور والحزن دون أن تعرف لها سبباً؟	6

4	3	2	1	صفر	هل أنت من النوع الخجول؟	7
4	3	2	1	صفر	هل يسرح ذهنك وتستسلم لأحلام اليقظة في كثير من الأحيان؟	8
4	3	2	1	صفر	هل تضعف همتك بسهولة حتى تفشل في عمل من الأعمال؟	9
4	3	2	1	صفر	هل تقول أشياء فوراً ودون تمهل ثم تتدم عليها بعد ذلك؟	10
4	3	2	1	صفر	هل تحب أن تكون وحيداً؟	11
4	3	2	1	صفر	هل تصرخ في كثير من الظروف والمناسبات؟	12
4	3	2	1	صفر	هل يضايقك أن يراقبك الناس وأنت تعمل حتى وإن كنت تؤدي عملك بإتقان؟	13
4	3	2	1	صفر	هل يجرح الناس شعورك بشدة حتى ينتقدونك؟	14
4	3	2	1	صفر	إذا قابلت في الطريق شخصاً لا تريد مقابلته، فهل تعبر الشارع تجنباً لمقابلته؟	15
4	3	2	1	صفر	إذا كنت في اجتماع أو حفلة شاي فهل تتجنب مقابلة الشخص البارز منهم؟	16
4	3	2	1	صفر	هل تشعر في كثير من الأحيان بأنك شخص بائس؟	17
4	3	2	1	صفر	هل تتردد في الاشتراك في مناقشة أو مناظرة تجرى بين جماعة من الناس؟	18
4	3	2	1	صفر	هل تكون وحيداً في كثير من الأحيان؟	19
4	3	2	1	صفر	هل تشعر بالخشية والتهيب أمام الرؤساء؟	20
4	3	2	1	صفر	هل تنقصك الثقة بالنفس؟	21
4	3	2	1	صفر	هل أنت حساس بمظهرك الخارجي بوجه خاص؟	22
4	3	2	1	صفر	إذا رأيت حادثاً في الطريق، فهل تشعر أن هناك شيئاً يمنعك من تقديم المساعدة؟	23
4	3	2	1	صفر	هل تشعر بالنقص وأنت أقل من غيرك؟	24
4	3	2	1	صفر	هل يصعب عليك أن تتخذ قراراً في موضوع ما حتى تفوت عليك الفرصة؟	25

2.5.2. مقياس توكيد الذات لدى جوزيف ولبي ولازاروس:

يفيد هذا الاختبار في مجال العلاج النفسي السلوكي، و طريقة الكف بالنقيض، و قد أعد هذا المقياس جوزيف ولبي و لازاروس (J. wolpe and Lazarus) و يتكون المقياس الأصلي من ثلاثين سؤالاً، ظهرت بعضها و لأول مرة داخل كتاب جوزيف ولبي " العلاج النفسي بطريقة الكف بالنقيض" عام 1958، و كذلك في كتاب ولبي ولازاروس (1966) " تقنيات العلاج السلوكي"، و بعد ذلك انتشر المقياس في كتب علم النفس تحت اسم مقياس ولبي- لازاروس للتوكيد الذاتي (wolpe- lazarusassertivenessscale) أو (WLAS)، وقد أجريت بعض التعديلات الطفيفة على عبارات المقياس في المركز الغربي للطب النفسي في جامعة بيتسبورغ (pittsburgh) (في ولاية بنسلفانيا في أمريكا، و ترجم المقياس إلى اللغة العربية من قبل الدكتور فيصل الزراد في سوريا، و الدكتور غريب عبد الفتاح مع إجراء بعض التعديلات حيث تم حذف خمسة أسئلة من الثلاثين سؤالاً لأنها لا تناسب التطبيق في مجتمعاتنا العربية، و تبين أن حذف هذه الأسئلة لم يؤثر على بناء درجات المقياس، وكما أشرنا في السابق أن مفهوم تأكيد الذات لدى جوزيف ولبي يعني كافة التعبيرات المقبولة اجتماعياً للتعبير عن الحقوق و المشاعر و الأفكار، ولهذه فإن المقياس يعتمد في بناء بنوده و تحليله على أن السلوك التوكيدي هو " التعبير الملائم بأي سلوك أو انفعال أو فكر ملائم عدا القلق و المعارضة و العدوان أو الغضب أو إيذاء الآخرين... وما شابه ذلك. و المقياس يجاب عليه ب (نعم) و (لا)، و للمقياس عدة استخدامات كوسيلة سريعة لتقدير ما لدى الفرد من سلوك توكيدي، وتحديد فيما إذا كان الفرد يعاني من عادة أو مشكلة القلق والخوف من المواقف الاجتماعية، ويمكن الاستعانة باستجابات الفرد على المقياس لبناء بعض المقابلات السريرية معه، وكذلك في اجراء الدراسات والبحوث العلمية حول تأكيد الذات، وفي عمليات التشخيص السريري، وبناء خطة للعلاج السلوكي.

وللمقياس صدق وثبات عالين، حيث بلغ مستوى الثبات في أمريكا (0.69-0.80)، وفي البيئة العربية بلغ مستوى الثبات نحو (0.87) كما أن صدق المقياس وعلى اعتبار أن هناك

علاقة عكسية بين السلوك التأكيدي وبين حالة الاكتئاب ووصل معامل الارتباط السالب نحو (0.41). ويطبق المقياس بشكل فردي وجماعي، وهولا يستغرق أكثر من (7-10) دقائق، وليس هناك زمن محدد للإجابة، وهناك مفتاح خاص للتصحيح، ومعايير مئينية، وفيما يلي أسئلة المقياس:

الأسئلة	لا	نعم
هل تعبر عن موقفك إذا تعداك شخص في طابور؟		1
هل من الصعب عليك أن تعترض على مرؤوس لك؟		2
هل تتجنب الشكوى على خدمة سيئة في مطعم أو في أي مكان؟		3
هل تعتذر كثيرا؟		4
لو انتقدك صديق بدون مبرر، هل تعبر له عن ضيقك في الحال؟		5
هل تتجنب عادة الأشخاص الميالين للسيطرة أو المريسة؟		6
إذا وصلت متأخرا عن اجتماع، هل تفضل أن تقف على أن تذهب إلى مقعد أمامي حيث يراك كل الحاضرين؟		7
هل تستطيع أن تختلف مع شخص دائما يرى نفسه على حق؟		8
إذا ما أوقف شخص سيارته أمام منزلك بحيث يعوق دخولك وخروجك بسهولة-هل تتكلم مع هذا الشخص في ذلك؟		9
إذا بالغ بائع في عرض سلعته عليكلا ترى أنت أنها مناسبة لك أو أنك لست بحاجة إليها، هل تجد صعوبة في أن تقول لا؟		10
هل عموما تعبر عما تشعر به؟		11
إذا سمعت أن أحد أصدقاءك ينشر عنك إشاعات كاذبة هل تتردد في مواجهته؟		12
هل تجد صعوبة في جمع بعض المال-تبرعات-لسبب وجيه؟		13
هل أنت عادة تحتفظ بأرائك لنفسك؟		14
هل تجد صعوبة في بدء محادثة مع شخص غريب؟		15
هل تستطيع أن تعبر عن الحب والعاطفة بسهولة؟		16
إذا حضرت ندوة أو محاضرة وصدرت عن المتحدث كلمة أو عبارة تعتقد أنت أنها خاطئة، هل يمكنك أن تعبر له عن ذلك؟		17

18	إذا صدر عن شخص كبير السن ومحترم عبارة أو معلومة تعترض أنت عليها بشدة، هل تعبر له عن وجهة نظرك؟
19	إذا طلب منك صديق طلباً تعتبره أنت طلباً غير معقول، هل تستطيع أن ترفضه؟
20	لو لاحظت بعد مغادرتك محلاً أنك قد أعطيت باقي نقودك غلط، هل ترجع ثانية وتوضح ذلك؟
21	إذا ضايقك شخص محترم وقريب لك، هل تفضل إخفاء مشاعرك عن أن تعبر عنها؟
22	هل تجد من السهل عليك أن تعبر عن غضبك تجاه أفراد من نفس جنسك عن أن تعبر عن هذه المشاعر تجاه أفراد من الجنس الآخر؟
23	هل من الصعب عليك أن تقول أشياء حسنة للآخرين؟
24	هل لديك صديق حميم يمكنك معه مناقشة كل شيء تقريباً؟
25	هل يعجبك الشخص الذي حين يفشل يحاول مرات أخرى بوسائل جديدة؟

مفتاح التصحيح:

نعم	(1-5-8-9-11-16-17-18-19-20-24-25)
لا	(2-3-4-6-7-10-12-13-14-15-21-22-23)

(الزباد، 2005، ص ص 382، 379)

الوحدة الخامسة: العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد

1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي
2. مبادئ ومسلمات العلاج المعرفي السلوكي
3. الافتراضات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي
4. أهداف العلاج المعرفي السلوكي
5. العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي
6. مراحل العملية العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي
7. فنيات العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد:

لقد أشرنا في الوحدات السابقة إلى أن أساليب العلاج السلوكي التقليدي تركز على العلاقة بين السلوك الظاهر والمتغيرات البيئية الخارجية، وتتجنب الخوض في الحياة العقلية والعمليات النفسية الداخلية، وقد عرف الحقل السلوكي بـ "الموجة الأولى".

ولكن هذا الوضع قد بدأ يتغير مع بداية السبعينيات فأصبح العاملون في ميدان العلاج السلوكي يبدون اهتماماً أكبر بتحليل وتعديل العمليات المعرفية (مثل: التخيل، التفكير، والتحدث الذاتي، الخ) بهدف تغيير السلوك الظاهر. وقد انتهى هذا الدمج بين العلاج السلوكي وأساليب العلاج المعرفية بميلاد المجال المعروف بـ "العلاج السلوكي المعرفي" أو باختصار "العلاج المعرفي"، ويعتبر العلاج المعرفي "الموجة الثانية" في التقليد السلوكي.

وتحاول هذه الوحدة التعريف بهذا النوع من العلاج مستعملة مصطلح العلاج المعرفي السلوكي بدلا من العلاج المعرفي، وبالفرضيات الأساسية التي يقوم عليها العلاج المعرفي السلوكي ويتم في الوحدات التي تليها وصف النماذج المختلفة والرئيسية في مجال العلاج المعرفي السلوكي والمتمثلة في نموذج "أرون بيك" ونموذج "ألبرت إليس"، ونموذج "دونالد ماكينبوم".

1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

يعرف كندول (1993) **kendal** العلاج المعرفي السلوكي بأنه محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك ومع الجوانب المعرفية لطالب العلاج بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه، بالإضافة إلى ذلك يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض وبالسياق الاجتماعي من حوله، من خلال استخدام استراتيجيات معرفية، سلوكية، انفعالية، اجتماعية وبيئية، لإحداث التغيير المرغوب فيه. (بومجان، 2016، ص 151)

ومن هنا تبرز خصائص استخدام العلاج المعرفي السلوكي فهو يعطي للمعالجين حرية تطبيق مدى واسع من الأساليب العلاجية، بالإضافة إلى مرونة خاصة بتطبيق أساليب علاجية تتناسب مع شخصيات وخلفيات المتعالجين.

2. مبادئ ومسلمات العلاج المعرفي السلوكي:

يشير العلاج المعرفي السلوكي إلى مجموعة من المبادئ تمثل أساس الاتجاه المعرفي السلوكي في العلاج، وتتضمن المعالج والعميل والخبرة العلاجية وما يرتبط بكل منهما من جوانب. وتتمثل هذه المبادئ فيما يلي:

1. أن العميل والمعالج يعملان معا في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول.
2. أن المعرفة لها دورا أساسيا في معظم التعلم الإنساني.
3. أن المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سببي.
4. أن الاتجاهات والتوقعات والعزو والأنشطة المعرفية الأخرى لها دورا أساسيا في إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.
5. أن العمليات المعرفية تتدمج معا في نماذج سلوكية. (عبد الله، 2000، ص 23)

3. الافتراضات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي:

يقوم العلاج المعرفي السلوكي على عدد من التصورات وثيقة الصلة بالكائن البشري من حيث الدوافع والانفعالات والتفكير، والتي تعد من وجهة نظر أصحاب الاتجاهات المعرفية هي المحرك للسلوك البشري، فهي إما تأخذ الوجهة العقلانية، أو تدفع الفرد إلى السلوك بطريقة مناقضة تماما للعقلانية، وبالتالي تولد القلق، والإحباط، وتسبب للفرد الاضطراب النفسي.

وقد وضع ألبرت إليس مجموعة من الفروض الخاصة بالإطار النظري للعلاج المعرفي السلوكي وهي توضح العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك الإنساني، نقدمها كما يلي:

- **التفكير يحدث الانفعال:** يعتبر هذا الفرض أساس العلاج المعرفي السلوكي، ومفاده أن إدراك الإنسان للأشياء-وليس الأشياء نفسها-تلعب دورا هاما في تحديد نوع استجابته، وهي التي تسم سلوكه وتصفه بالاضطراب أو السواء.
- **عمليات تعلم المفاهيم:** ترجع المشكلات النفسية بالدرجة الأساس إلى قيام الفرد بتحريف الواقع والحقائق، بناء على مقدمات مغلوبة وافتراسات خاطئة، وتنشأ هذه الأوهام عن تعلم خاطئ في إحدى مراحل النمو المعرفي.
- **الأحاديث الذاتية:** ويفضل أرون بيك تسميتها بالأفكار الأوتوماتيكية وكان يصفها إيليس لمرضاه بأنها "أشياء تقولها لنفسك"، ويقول ماكينبوم: "إن الأحاديث الذاتية وما يقوله الناس لأنفسهم عن الأشياء والبيئة التي يعيشون فيها، تلعب دورا في تحديد السلوكيات التي سيقومون بها".
- **الحالات المزاجية للفرد والمعرفة:** تتأثر الحالات المزاجية للفرد بمعارفه وأفكاره ومعتقداته، وما يقوله لنفسه، حيث أن الأفكار التي تنتم بالتفاؤل والأمل تبعث على السعادة والسرور، أما الأفكار المتشائمة فهي تبعث على الحزن وفقدان الأمل في المستقبل مما يسبب القلق والاكتئاب.
- **الوعي والاستبصار ومراقبة الذات:** يؤثر الوعي والاستبصار ومراقبة الذات في انفعال الفرد وسلوكه، بل في تغيير السلوك أيضا، فيمكن للفرد عن طريق الوعي ومراقبة الذات أن يغير بعض العادات السلوكية السيئة، مثل: التدخين، وذلك عن طريق حساب عدد السجائر التي يدخنها، والوعي بأثرها الضار والمدمر للصحة.
- **التصور والتخيل:** لا يتأثر انفعال الفرد وسلوكه بالكلمات والعبارات اللفظية فقط، ولكن يتأثر أيضا بالطرق غير اللفظية، مثل: التصور والتخيل والأحلام، وهذه العمليات المعرفية تؤثر في انفعال الفرد وسلوكه.
- **توجد علاقة متبادلة بين المعرفة والانفعال والسلوك:** هناك علاقة متبادلة بين معرفة الفرد وانفعاله وسلوكه وأي تغيير في إحدى هذه الأشياء الثلاثة يتبعه تغيير في باقي

الأشياء الأخرى، لأن كل منهم يؤثر في الآخر، فالمعرفة تؤثر في الانفعال والسلوك، والانفعال يؤثر في المعرفة والسلوك، والسلوك يؤثر في الانفعال والمعرفة.

● **التغذية الراجعة والتحكم في العمليات الفسيولوجية:** تؤثر التغذية الراجعة والعمليات الفسيولوجية كما أن التركيز على ردود الأفعال الفسيولوجية يجعل الفرد أحيانا أكثر اضطرابا.

● **تؤثر الميول الفطرية على انفعال الفرد وسلوكه:** لدى الفرد ميول بيولوجية فطرية، وأخرى مكتسبة ومتعلمة، وأحيانا تساهم هذه الميول الفطرية والمكتسبة في حدوث الاضطراب الانفعالي.

● **يؤثر توقع الفرد في انفعاله وسلوكه:** للتوقع والاستباق تأثير قوي في مجرى المشاعر والأفعال، يفوق كل التصورات فما يتوقعه الشخص لخبراته من نتائج عاجلة وآجلة هو الذي يحدد معنى هذه الخبرات على حدكبير، فالتوقعات السارة ترفع مزاج الشخص وهمته، بينما تثبطه التوقعات السيئة وتجعله فاترا بليدا.

● **يؤثر مركز تحكم الفرد في انفعاله وسلوكه:** يسلك الأفراد في كثير من المواقف تبعا لمركز تحكمهم، فعندما يكون مركز التحكم داخليا، فإن الفرد يصبح أكثر استقلالا في اتخاذ قراراته، وفي ردود أفعاله. وعندما يكون مركز التحكم خارجيا، فإن الفرد يصبح أكثر اعتمادية على الآخرين وأكثر مسايرة لهم.

● **أثر خصائص الفرد في انفعالاته وسلوكه:** يمتلك كل فرد مجموعة من الخصائص الفردية مثل الدافعية والغرضية (الهدفية) والسببية، وعندما تكون دوافع الأفراد وأغراضهم قائمة على مفاهيم وأفكار لاعقلانية لا تتلاءم مع قدراتهم وإمكاناتهم فإن هذا يؤدي إلى الاضطراب الانفعالي، وهذا يتطلب مساعدتهم على فهم وتغيير هذه الخصائص المعرفية بحيث تكون دافعيتهم وأهدافهم ملائمة لقدراتهم وإمكاناتهم.

● **التفكير اللاعقلاني يحدث الاضطراب الانفعالي:** فعندما تتداخل الأفكار اللاعقلانية مع أفكار الفرد عن الصحة والانفعال والسلوك، تؤدي إلى الاضطراب الانفعالي، وعندما

تفسر للأفراد هذه الأفكار اللاعقلانية، يغيرونها أو ينفذونها، ويتبنون أفكارا عقلانية يتغير سلوكهم المضطرب وتتحقق لهم السعادة والصحة النفسية.

- **سوء تقدير الذات يؤثر على انفعال الفرد وسلوكه:** فإذا كان هناك خطأ في تقدير الفرد لذاته، فإن الفرد لا يتسامح مع ذاته، مما يؤثر في انفعاله وسلوكه ويؤدي إلى الاضطراب الانفعالي، لذا يتوجب على المعالج المعرفي السلوكي تعليم الأفراد تقييم أنفسهم بطريقة صحيحة، وتعليمهم التسامح مع ذاتهم، مما يؤدي إلى تغيير انفعالهم وسلوكهم.
- **الأساليب الدفاعية اللاشعورية تؤثر على انفعال الفرد وسلوكه:** عندما يعرف الأفراد أن سلوكهم خاطئ، أو أنهم تصرفوا بطريقة سيئة فإنهم يرفضون الاعتراف لأنفسهم أو للآخرين بأن لديهم أفكارا خاطئة، أو أن سلوكهم خاطئ، لذلك يستخدمون العديد من الأساليب الدفاعية اللاشعورية لإخفاء وإنكار أفعالهم الخاطئة، مما يزيد من القلق والاضطراب النفسي.
- **درجة تحمل الفرد للإحباط تؤثر على انفعاله وسلوكه:** لدى الأفراد ميول فطرية ومكتسبة لتحمل القليل من الإحباط، ولذلك يبحثون عن الأعمال السهلة، والتي تحقق لهم إشباعا فوريا ومباشرا، ويتجنبون الأعمال التي تحقق لهم الإشباع على المدى الطويل، وبذلك لا تكون لديهم القدرة على تغيير المثيرات المؤلمة أو تقبلها، إذا كانت غير قابلة للتغيير، ويؤدي تعارض ميولهم القوية لتحقيق اللذة والإشباع مع عدم تحملهم للعمل الذي يحقق لهم ما يريدون، إلى حدوث الاضطراب النفسي.
- **توقع الفرد التهديد يزيد اضطرابه الانفعالي:** يظهر الأفراد ردود فعل للتهديد عندما يكون هناك خطر حقيقي، كما أنهم يترقبون ويتخيلون مواقف التهديد، ويظهرون الخوف والقلق والتشاؤم عندما لا تكون هناك مواقف تهديد حقيقية، ويؤدي ترقب وتوقع التهديد إلى حدوث الاضطراب النفسي. (بومجان، 2016، ص ص 156-158)

4. أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

يلخص كل من بيك وفريمان وبيلاك وماكينبوموباترسون أهداف العلاج المعرفي السلوكي بالنقاط التالية: (بومجان، 2016، ص160)

- ✓ مساعدة المريض كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه.
- ✓ مساعدة المريض على أن يكون واعيا بما يفكر فيه.
- ✓ مساعدة المريض على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.
- ✓ تعديل الأفكار التلقائية والمخططات أو المعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب.
- ✓ تعليم المرضى طريقة تقييم أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة.
- ✓ تعليم المتعالجين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة وتشويهات معرفية.
- ✓ تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات.
- ✓ تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات، ومن ثم تعديل سلوكهم وطريقتهم في التفكير باستخدام الحوار الداخلي.
- ✓ تدريب المتعالجين على استراتيجيات وفتيات سلوكية ومعرفية متبادلة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة، وعند مواجهته ضغوط طارئة.

5. العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي:

يعتمد الاتجاه المعرفي السلوكي في الأساس على ما يعرف بالعلاقة العلاجية بين المعالج والمريض وهذه العلاقة تلعب دورا أساسيا في العلاج. ويشترط في ضوء هذا الأسلوب العلاجي أن تكون تعاونية، وتشير العلاقة العلاجية إلى تلك الارتباطات والتعلقات المعقدة التي تنشأ بين المعالج والمريض، والفهم المشترك بينهما، والأنشطة التي يتم أداؤها من جانب كلا الطرفين. والتي تهدف إلى قيام المعالج بتقديم المساعدة للمريض حتى يتمكن

من مواجهة مشكلاته النفسية وخفض حدتها أو التخلص منها، وفي هذا الإطار تتضمن العلاقة العلاجية ثلاث مكونات أساسية كالتالي:

- **الاتفاقات:** وهي بمثابة تعهد واتفاق بين المعالج والمريض على أن يقوم كل طرف منهما بأداء دوره الذي يتم تحديده والاتفاق عليه في سبيل تحقيق الهدف النهائي من العملية العلاجية.
 - **الأهداف:** ويتعلق هذا المكون بما ينبغي أن يتم التوصل إليه من خلال العملية العلاجية. والذي يتمثل بشكل عام في التغيير الذي ينتظر أن يحدث نتيجة للعلاج.
 - **المهام:** وتشير إلى تلك الأنشطة التي يتم أدائها من جانب كلا الطرفين، والتي تعمل على تحقيق الأهداف التي ينبغي أن يحققها المريض من خلال العملية العلاجية.
6. مراحل العملية العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاها علاجيا مقننا يستغرق وقتا محددا في علاج المشكلات والاضطرابات المختلفة التي يعاني منها الفرد. ويستخدم في سبيل ذلك قوة ثلاثية تضم استراتيجيات معرفية، وأخرى سلوكية وثالثة انفعالية، ويتوقف عدد الجلسات العلاجية والوقت الذي يستغرقه البرنامج على مدى حدة وتعقد المشكلة أو الاضطراب الذي يعاني منه الفرد، ومدى رغبته في إقامة علاقة علاجية تعاونية مع المعالج. (عبد الله، 2000، ص51)، ويمر عادة البرنامج العلاجي بالمراحل التالية:

- **الجلسات التمهيديّة:** ويتم خلالها إرساء دعائم العلاقة العلاجية والتي تعد ذات أهمية كبرى في تطوير العملية العلاجية وفي تحقيق ما يخطط له من أهداف. ويتم خلال هذه المرحلة ما يلي:

1. تقييم المشكلة التي يعاني منها الفرد.
2. تقييم العوامل التي تسهم في تطور مشكلة العميل وتعمل على استمرارها.
3. مساعدة الفرد على التحديد الدقيق لمشكلاته التي يعاني منها.

ويتم ذلك باستخدام المقابلات التشخيصية كما يتم اللجوء إلى التقييم السيكومتري لمشكلات العميل وما قد يرتبط بها من توترات ومشكلات ثانوية.

● **المرحلة الثانية من العملية العلاجية:** ويتم خلالها تدريب المريض على استخدام مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات المعرفية السلوكية التي يمكن أن تساعد على إدارة ومواجهة خبراته المزعجة وردود فعله الانفعالية الحادة أو ما قد يصدر عنه من أفعال اندفاعية، ويمكن الهدف خلال هذه المرحلة في تعزيز سلوك العميل وذلك بالسيطرة على تلك المشاعر وقدرته على ضبطها، وضبط النفس، وبتث الأمل فيه حول إمكانية التغيير.

● **المرحلة الثالثة:** يقوم المعالج خلال هذه المرحلة بعرض الصياغة المعرفية للأعراض المرضية التي يشعر العميل بها والتي يتسم بها الاضطراب الذي يعاني منه، ويقوم المعالج هنا بإجراء العديد من المناقشات التي تدور حول مدى إسهام تلك المعاني والمفاهيم التي يكونها الفرد عن الأحداث والمواقف في حدوث خبرات معينة لديه، ولذلك فإن المراحل الآتية تتركز حول تناول الأعراض المرضية ومحاولة التصدي لها من خلال تكوين مفاهيم واعتقادات وأفكار بديلة عن طبيعة تلك الخبرات، على أن تستند هذه الأفكار والمفاهيم إلى الواقع وذلك بهدف تخليص المريض من الضيق والكرب والتوتر الذي يشعر به، وتعزيز محاولاته لإعادة التوافق وذلك من خلال إعادة البناء المعرفي عن طريق التخلص من تلك الأفكار الأوتوماتيكية (التلقائية) السلبية، ثم استبدالها بأفكار واعتقادات أخرى أكثر عقلانية، وإلى جانب ذلك يمكن استخدام استراتيجيات المواجهة والتي تلعب دوراً جوهرياً في مواجهة مشكلة المريض أو اضطرابه.

● **المرحلة الأخيرة:** وتدور حول إقامة وتعزيز منظور جديد لمشكلة الفرد مع التأكيد على استراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية وإعادة تدريب المريض عليها من جديد، حيث أن القيام بذلك خلال هذه المرحلة تفيد في منع حدوث انتكاسة بعد انتهاء البرنامج وتعرف هذه المرحلة الأخيرة بمرحلة الإقفال أو الانتهاء من البرنامج.

(عادل عبد الله، 2000، ص 52-53)

- وتتكون جلسات العلاج المعرفي السلوكي من عدة مكونات وهي على النحو التالي:
- 1- وضع جدول لما يدور بالجلسة ثم يوضح المعالج للمتعالج ما يود عمله خلال الجلسة، ثم يشرح بعض الأمور، مثل كون الوقت محدد، ويجب أن تناقش أكثر الأمور أهمية، ويعلق المعالج على الجلسة السابقة، ويراجع الواجب المنزلي
 - 2- الأحداث السابقة بين الجلستين: يراجع المعالج الأحداث التي حدثت للمريض بعد الجلسة السابقة، والمشاكل التي اعترضت المريض خلال هذه الفترة، وخلال قيامه بالواجب المنزلي على أن تتم مراجعتها باختصار، وبطريقة مقبولة مع إيجاد الحلول الملائمة.
 - 3- الموضوعات الأساسية للجلسة الحالية: يستغرق ذلك معظم وقت الجلسة، وتستخدم الفنيات التي تساعد المريض على التعامل مع الأفكار السلبية، وتختلف الموضوعات التي تناقش من جلسة لأخرى.
 - 4- الواجب المنزلي: ويكون مرتبط بما حدث في الجلسة، ويعرض بطريقة محددة وواضحة ويكون مقبول ومفهوم لدى العميل.
 - 5- التعليق آخر الجلسة: حيث يطلب المعالج من المريض التعليق على الجلسة ككل، ويطلب منه تلخيص ما تعلمه، وكذلك رأيه في الجلسة وعلى المعالج أن يرحب بأي ملاحظات يبديها المريض مهما كان نوعها لأن ذلك يساعد على التفاهم ويشعر المريض بالأمان، أي يطلب منه التغذية الراجعة.
 - 6- عادة ما يتراوح عدد جلسات العلاج المعرفي السلوكي اثني عشر جلسة بواقع جلستين أسبوعياً.
 - 7- وقد يحتوي البرنامج العلاجي على 16 جلسة، وينفذ البرنامج إما في صورة جلسات جماعية أو فردية، والجلسة الأولى تكون تربية، وتركز على بناء الثقة بين الأفراد، أهمية الحفاظ على سرية المعلومات التي تتداول في الجلسات ويتراوح زمن الجلسة ما

بين 30 إلى 60 دقيقة (فرغلي، 2008، ص ص 46-47؛ موسى والدسوقي، 2013، ص ص 379-380)

~ ويمكن تلخيص تركيب وبناء جلسة العلاج المعرفي السلوكي التي تستغرق حوالي ستين دقيقة بنظام [20/20/20] كما يلي:

✓ العشرين دقيقة الأولى: يتم فيها وضع جدول أعمال الجلسة، التركيز على فهم نوع مشكلة المريض (عاطفية، اجتماعية، أسرية، سلوكية، معرفية، مهنية، جسدية)، التركيز على أي مدى تسببت المشكلة في الإعاقة الوظيفية، مناقشة الواجب السابق.

✓ العشرين دقيقة الثانية: يتم فيها مناقشة موضوع معين يطرحه المعالج حسب احتياج المريض، تدريبه على مهارة جديدة، تطبيقات عملية، التأكد أن المريض استوعب ما قيل في الجلسة.

✓ العشرين دقيقة الثالثة: يتم فيها الاستماع إلى المريض، استكشاف مدى استجابة المريض لتغيير الأفكار والسلوك السلبي، إعطاء الواجب المنزلي الجديد. (فرغلي، 2008، ص 47)

7. فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

في الحقيقة هناك زيادة كبيرة في اهتمام المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي منذ عام 1970، ذلك لما يتمتع به من فنيات تسمح من معالجة العديد الاضطرابات، ويوضح الجدول الموالي بعض الطرق والفنيات التي تستخدم في العلاج المعرفي السلوكي. (موسى والدسوقي، 2013، ص 378)

جدول يوضح بعض الطرق والفنيات التي تستخدم في العلاج المعرفي السلوكي

التحصين التدريجي "التشريط المضاد"	يتعلم المريض تدريجياً ضعف انفعالات القلق عن طريق تعريضه لحالة استرخاء "إما أن يتخيل الأفكار أو العالم الواقعي" مع تكرار كافي لفقد موقف العقاب التي تجعل الشخص شديد القلق.
التعرض الاستجابية الوقائية	يواجه المريض بشكل متكرر المثيرات التي تستثير الضغوط، والقلق "مثل الثعبان، والمصعد" أثناء الاجراءات الوقائية لخفض السلوك التجنبي، او التوتر، وتمكن عمليات التعود الانفعالي من تهدئة خبرات القلق المرتفعة.
الاسترخاء	فنية الاسترخاء مثل الاسترخاء التدريجي للعضلات تدرس وتمارس الاسترخاء لخفض مستوى الاستثارة النفسية.
التعزيز الايجابي والسلبى	تعزيز منظم "من شخص أو من آخرين" يستخدم ليؤسس سلوكيات جديدة مثل زيادة المستويات الاجتماعية العامة والأنشطة الممتعة، وربما تستخدم النتائج السلبية لضعف الاضطرابات السلوكية مثل الاندفاع والعدوانية.
التعديل المعرفي	مثل الأفكار التلقائية، والمخططات المعرفية المسببة لسوء التوافق "مثل أنا سمين جداً، وهذا غير مفيد" وعن طريق استخدام بروتوكولات مقننة تصحح الأفكار الخاطئة مؤسسا جملاً ذاتية إرشادية مثل "قف، فكر، افعَل".
التدريب على التوكيدية	تعليم المريض ممارسة فنيات سلوكية لإدارة المواقف بين الأشخاص بطريقة أكثر فاعلية مثل خفض المطالب غير المعقولة من الآخرين، وطلب الأشخاص حقوقهم بأسلوب غير عدواني، وتفاوض الشخص للحصول على ما يريده من علاقات بالآخرين، فالتوكيدية مصل ضد السموم للخوف والخجل، والسلبية، وحتى الغضب.
إدارة الضغوط	مجموعة استراتيجيات لخفض التوتر، والضغوط، وإعادة الفحص الهام للحياة الضاغطة الحالية، وإدارة أهداف الحياة التي لها أسبقية، وحل الصراعات بين الأشخاص، وانتشار الغضب، وتحسين إدارة المواقف.
حل المشكلات	عملية تحديد المشكلة ووصفها، وتحديد الهدف والحلول الممكنة بشكل عام، واتخاذ القرار، وتقديم خبرات جديدة تدرس وتمارس.

الوحدة السادسة: العلاج المعرفي لأرون بيك

تمهيد

1. مفهوم العلاج المعرفي
2. أهداف العلاج المعرفي
3. الافتراضات الأساسية للعلاج المعرفي
4. المبادئ الأساسية في العلاج المعرفي عند بيك
5. التحريفات (التشويهات) المعرفية
6. العملية العلاجية
7. أساليب العلاج المعرفي

تمهيد:

يعد العلاج المعرفي الذي قدمه "بيك" من أبرز النماذج العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي وأكثرها شيوعاً، ففي الوقت الذي يركز فيه على معارف ومعتقدات الفرد في الهُنا والآن (Here and Now) كسبب في اضطراب الشخصية، فإنه يستعين أيضاً ببعض الفنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدركاته عن ذاته وعن العالم والمستقبل، فوفقاً لنظرية بيك Beck فإن أسباب الاضطراب النفسي لدى الأفراد يرجع إلى ثلاثة عوامل هي:

1. نظرة العميل السلبية إلى نفسه، وإلى قدراته، وشعوره المرتفع بالنقص.
2. نظرة العميل السلبية لحياته، وخبراته اليومية، وتفسير تصرفات الآخرين، وكأنها موجهة له.
3. نظرة العميل السلبية والتشاؤمية إلى المستقبل، وإلى قدراته.

1. مفهوم العلاج المعرفي:

ظهر مفهوم العلاج المعرفي عام 1960 وهو يقوم على حقيقة مؤداها أن لكل فرد منا أفكار وتوقعات ومعاني وافتراسات عن الذات وعن الآخرين وعن العالم المحيط به وهي التي توجه سلوكه وتحدد انفعالاته أو هي تشكل في جملتها الفلسفة الأساسية للشخص في الحياة، وأن المشكلات والصعوبات النفسية (قلق اكتئاب، عدوان وغيره) في الحياة تحدث عندما تكون هذه الأفكار والاعتقادات والافتراضات لديه ذات طبيعة سلبية وخاطئة (حسين، 2007، ص 157).

وقد كان العلاج المعرفي منذ أكثر من عشرين سنة مضت مقصوداً على علاج الاكتئاب

، ويفترض آرون بيك A.Bek في السبعينات من القرن الماضي "العلاج المعرفي والاضطرابات المعرفية 1976" أن الاكتئاب هو النتيجة التي تترتب على الأفكار الشعورية

السلبية لدى المكتئب الذي ينظر لذاته وللخبرة وللمستقبل على أنها جميعا كئيبة وفارغة المضمون ، وقد افترض بيك أن هناك محتوى معرفيا معيناً يميز كل اضطراب نفسي، وأن هدف العلاج هو تحديد وتعديل تحريفات وتحيزات التفكير لدى المريض ، وكذلك تحديد وتعديل المخطط المعرفي الخاص لدى المريض (ليهي، ت: يوسف وآخرون، 2006، ص 27).

• ويمكن تعريف العلاج المعرفي كما يلي: هو ذلك العلاج الذي يستند على النموذج المعرفي الذي يفترض أن انفعالات الناس وسلوكياتهم تتأثر بإدراكهم للأحداث فهو لا يحدد كيف يشعر الناس في موقف معين بل أنه يحدد الطريقة التي يتابع بها الفرد موقفا ما (إبراهيم، 2006، ص 207).

• ويعرّف آرون بيك العلاج المعرفي بأنه طريقة بنائية مركبة، محددة الوقت وذات أثر توجيهي فعال يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات النفسية مثل: القلق والاكتئاب، المخاوف المرضية، ومشكلات الألم وغيرها.

• ويعرف أيضا بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي يقوم على فكرة رئيسية مفادها أن انفعالات الفرد وسلوكه ترتبط بشكل كبير بالتفكير لديه.

فإدراك وتفسير الأحداث يؤثر في الاستجابات الانفعالية والسلوكية للفرد وأن الاضطرابات الانفعالية هي نتاج تفسيرات وأفكار واعتقادات وتأويلات محرفة ومشوهة لخبرات الحياة. معنى ذلك أن الطريقة التي يفكر بها الفرد ويدرك بها الموقف تكون مرتبطة إلى حد بعيد بإدراك الفرد لما يستطيع أدائه في الموقف، فالإنسان يفكر أولاً ثم يستجيب للموقف، فهو لا يستجيب للموقف كما هو عليه بالفعل في الواقع بل تكون استجاباته مرهونة بطريقة إدراكه للموقف.

هذا وإذا كانت أنماط التفكير تختلف باختلاف الأفراد فإن انفعالات الأفراد هي الأخرى تتنوع وتختلف في درجتها وعليه يمكن تصنيف أفكار الفرد حسب درجة الانفعال المرتبطة به إلى ثلاثة أنواع من التفكير وهي على النحو التالي:

- **تفكير بارد:** وهي أفكار بسيطة من الواقع وخالية من أي استجابة انفعالية.
- **تفكير دافئ:** وهذا النوع يرتبط بدرجة متوسطة أو معتدلة من الاستجابة الانفعالية وهو إلى حد كبير يرتبط بتفضيلات الشخص.
- **التفكير الحار:** وهذا النوع من التفكير مرتبط بدرجة شديدة من الانفعالات من قبيل الغضب الشديد والاكتئاب العميق، والشعور بالقلق ونوبات الهلع، وهذا النوع من التفكير هو الذي يثير الاستجابات الانفعالية الشديدة للفرد، وغالبا ما يكون هذا التفكير متطرفا أو متصلبا أو في صورة ينبغيات مطلقة، وكذلك أيضا يتضمن التفكير المأسوي المرتبط بتوقع الكوارث، ويعد هذا النمط من التفكير هو المسؤول عن ظهور الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد. (حسين، 2007، ص ص 157-159).

ومما سبق نخلص إلى أن العلاج المعرفي يركز على تغيير أفكار الفرد بحيث يتغير سلوكه وحالته الانفعالية.

ونشير إلى أن هذا النوع من العلاج قد استخدم في البداية مع مرضى الاكتئاب، ولكنه أصبح يستخدم في علاج تشكيلة واسعة من الاضطرابات والمخاوف المرضية، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وغيرها. (حسين، 2007، ص 161).

2. أهداف العلاج المعرفي:

تتحدد أهداف العلاج المعرفي فيما يلي:

- التعرف على المعارف المختلة وظيفيا والمرتبطة بمشكلة المريض.
- التعرف على العلاقة بين المعارف والوجدانيات والسلوكيات.

- فحص الدليل مع أو ضد الاعتقادات والأفكار التلقائية السلبية لدى المريض (حسين، 2007، ص 161). أي التفرقة ما بين " أنا أظن " وهي الفكرة التي تقبل التشكيك وبين " أنا أعرف " وهي حقائق لا تحمل الرفض.
- التعامل مع التفكير غير المنطقي (أبو أسعد وآخر 2009، ص 234).
بمعنى تشجيع المريض على مقاومة ودحض هذه الأفكار والاعتقادات الخاطئة، وتكوين اعتقادات وأفكار أكثر فاعلية ومنطقية أي استبدال الينبغيات لدى الفرد بالتفضيلات وتكوين فلسفة سوية في الحياة (حسين، 2007، ص 161).
- كيفية حل المشكلة وذلك باشتراك المريض في حل المشكلة بمساعد المعالج، حيث يتعلم المريض بدوره كيف يحل المشكلات (الشناوي، 1994، ص 151).

3. الافتراضات الأساسية للعلاج المعرفي:

- يستند العلاج المعرفي على عدد من الافتراضات يمكن تحديدها كما يلي:
- 1- أن الاضطرابات الانفعالية هي نتاج نماذج وأساليب تفكير خاطئة ومختلة وظيفيا، أي أن الأفكار والاعتقادات لدى الفرد هي المسؤول الأول عن حدوث انفعالاته وسلوكه.
 - 2- أن هناك علاقة تبادلية بين الأفكار والمشاعر والسلوك فهي تتفاعل مع بعضها البعض فيما بينها، ولهذا فالعلاج يشمل التعامل مع المكونات الثلاثة معا.
 - 3- أن المعارف السلبية الخاطئة وأنماط التشويه المعرفي متعلمة، تعلمها الفرد من الخبرات السابقة وأحداث الماضي.
 - 4- أن الأبنية المعرفية للفرد (الأفكار والصور العقلية والتخيلات والتوقعات والمعاني) ذات علاقة وثيقة بالانفعالات والسلوكيات المختلة وظيفيا.
 - 5- أن المعارف المختلة وظيفيا قد تبدو للعيان غير منطقية للآخرين ولكنها تعبر عن وجهات نظر العميل الشخصية عن الواقع.

- 6- أن التحريفات المعرفية تعكس وجهات نظر غير واقعية وسلبية للعميل عن الذات والعالم والمستقبل.
- 7- تعديل الأبنية المعرفية للعميل يشكل أسلوب هام لإحداث تغيير في انفعالاته وسلوكه.
- 8- أن التحريفات المعرفية يتم استئثارها غالبا عن طريق أحداث الحياة غير الملائمة بالإضافة إلى أنه قد تم الإبقاء عليها عن طريق الإدراك الثابت للقواعد والمخططات.
- 9- أن المخططات المعرفية هي الأساس المسؤول عن انتظام وتصنيف تقييم الخبرات الجديدة للفرد وذكريات الأحداث الماضية والحكم عليها.
- 10- أن المخططات غالبا ما تنمو مبكرا في الحياة ويتم تشكيلها عن طريق الخبرات الملائمة.
- 11- أن المخططات المعرفية المختلفة وظيفيا هي المسؤولة عن الاضطرابات الانفعالية للفرد.
- 12- أن تغيير الأفكار والاعتقادات السلبية للفرد يترتب عليها تغيرات جوهرية في الانفعالات والسلوك (حسين، 2007، ص ص 164-165).
4. المبادئ الأساسية في العلاج المعرفي عند بيك:

- 1- لقد أبدى بيك اهتماما كبيرا في الأفكار الأوتوماتيكية للمريض، والتي عرفها بأنها "أفكار شخصية تعمل على تنبيهه بسبب مثير معين والتي بدورها تؤدي إلى ردود فعل انفعالية/عاطفية.
- 2- اهتم بيك بمحتوى الأحلام للأشخاص المكتئبين والذين يعملون على تحويل الغضب نحو ذواتهم. وأفاد بأن الغضب الموجه نحو الذات له أساس، بسبب تفسيرات المرضى وطريقة تفكيرهم.

3 يرى أصحاب هذا الاتجاه أن المشكلات النفسية تتبع من عمليات التفكير الخاطئة المبنية على معلومات خاطئة، والفشل في التمييز بين الخيال والواقع. (أبو زعيزع، 2013، ص59)

5. التحريفات (التشويهات) المعرفية:

لقد اقتنع بيك بأن الناس الذين يعانون من المصاعب الانفعالية يلجؤون إلى ما يسمى

"الأخطاء المنطقية" التي تشوه الواقع الموضوعي في اتجاه تحقير الذات وأطلق عليها

"التحريفات (التشويهات) المعرفية"

ويقصد بالتشويهات (التحريفات) المعرفية أن المعاني والأفكار التي يكونها الفرد عن الحدث

أو الموقف تكون خاطئة ولا تمثل بالضرورة مكونات الواقع الفعلي، وهذه التحريفات المعرفية

يمكن المبالغة فيها كما وكيفا.

وفيما يلي نستعرض بعض التحريفات المعرفية التي وصفها بيك:

1- الاستدلالات (الاستنتاجات) العشوائية:

وتتضمن التفكير بنتائج سلبية أو بالخروج باستنتاجات من غير أن يكون هناك دلائل

واقعية.

2- التجريد الانتقائي (الاختياري):

ويعني الوصول إلى استنتاجات بناء على حادثة واحدة فقط بمعزل عن أي أحداث

أخرى، وهنا يتم تجاهل المعنى الحقيقي للحديث. وهنا يكون التركيز على الأحداث التي

تخص الفشل والحرمان.

3- التعميم المبالغ به:

يتضمن تبني معتقدات معينة بناء على حادثة واحدة وتعميمها على حوادث مشابهة.

4- التضخيم والتضعيف (التقليل):

يتضمن إدراك موقف أو حالة بطريقة أكبر أو أقل مما تستحق.

5- النزعة نحو الذات (الشخصنة):

وفي هذا النوع من التشويه يعزو الفرد الأحداث الخارجية لنفسه، حتى ولم يكن له علاقة بالموضوع.

6- العنونة والعنونة الخاطئة:

تتضمن تصوير هوية الفرد على أساس أخطاء الفرد وعيوبه التي حدثت في الماضي، والسماح في تحديد هوية المسترشد من خلالهم.

7- التفكير (الثنائي) ذو القطب الواحد:

تتضمن هذه الطريقة التفكير والتفسير للأحداث إما بطريقة مأساوية أو ممتازة لا حل وسط بينهما. (حسين، 2007، ص 142؛ كوري، ت: الخفش، 2013، ص ص 373-374)

6. العملية العلاجية:

تسير عملية العلاج المعرفي في عدة خطوات هي:

1. بناء علاقة علاجية تعاونية في بداية العلاج تقوم على أساس من الدفاء والتقبل للمريض من جانب المعالج.
2. تقديم الأساس المنطقي للعلاج المعرفي: وفي هذه الخطوة يقدم المعالج النموذج المعرفي حيث يعمل المعالج على توضيح العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك مستعينا في ذلك

ببعض الأمثلة، على أن يتم تفسير العلاقة بين المكونات الثلاثة (التفكير، الانفعال، السلوك) بأسلوب يتسم بالبساطة والوضوح.

3. مراقبة وتحديد الأفكار التلقائية: وفي هذه الخطوة يطلب المعالج من المريض مراقبة أفكاره التلقائية السلبية وأن يدرك العلاقة بين هذه الأفكار وما يتولد عنها من مشاعر وسلوكيات في المواقف التي يتعرض لها، ويقوم المعالج مع المريض بمناقشة بعض هذه الأفكار التي سجلها أثناء الجلسة.

4. إعداد جداول الأنشطة: وتستخدم هذه الجداول في علاج الاكتئاب لما يعانيه المكتئب من نقص في مستوى النشاط العام، فيطلب من المريض الاشتراك في الأنشطة التي تجلب له السرور والمتعة وأن يؤدي كل يوم نشاط معين.

5. مقاومة الأفكار التلقائية والاعتقادات والتعريفات المعرفية: حيث أن النتيجة المطلوبة والمرغوبة من العلاج المعرفي هي أن يتعلم المرضى مراقبة أفكارهم بطريقة عقلانية وتقويم هذه الأفكار التي تكون مرتبطة بالانفعالات والسلوكيات غير التوافقية ومقاومتها واستبدالها بأنماط تفكير وتفسيرات بديلة أكثر توافقية ومنطقية (حسين، 2007، ص ص 235-236) وفي ضوء ما سبق يمكن القول إن العلاج المعرفي يمر بثلاثة مراحل متصلة هي:

المرحلة الأولى:

تنطوي المرحلة الأولى من العلاج على عدة أهداف وهي:

1. بناء علاقة تعاونية بين المريض والمعالج.

2. تحديد وتقييم المشكلة التي يعاني منها المريض وتاريخ المشكلة.

3. تكوين صياغة معرفية عن الحالة ومشكلته.

4. تحديد أهداف العلاج ومدته.

5. تقديم وشرح النموذج المعرفي.
6. تحديد الواجبات المنزلية.
7. إثارة التغذية الراجعة: وهي العنصر الأخير في كل جلسة علاج، حيث يطلب المعالج من المريض التغذية الراجعة وذلك في شكل سؤال من قبيل هل يوجد أي شيء يثير قلقك بشأن الجلسة، وبإجابة المريض على هذا التساؤل يتمكن المعالج من تصحيح الإدراكات الخاطئة في الحال، كما أنها تضمن التواصل الفعال بين المعالج والمريض.

المرحلة الوسطى من العلاج:

وتتمثل هذه المرحلة العملية الأساسية من العلاج فهي تتضمن:

1. مساعدة المرضى من التعرف على الأفكار التلقائية والاعتقادات المختلة وظيفيا التي تظهر لديهم إزاء المواقف التي يتعرضون لها والمرتبطة بالمشكل لديهم وذلك من خلال استخدام سجل الأفكار المختلة وظيفيا.
2. يركز المعالج اهتمامه أيضا على المعاني التي يعطيها المريض للحدث لما لها من ارتباط بمشاعره وسلوكه غير الملائم.
3. تحديد وفحص صدق وصحة أنماط التفكير والاعتقادات الخاطئة لدى المريض، حيث أن هذه الأفكار السلبية تكون غير صحيحة ومبالغ في الوثوق بها.
4. فحص الحالة المزاجية لدى المريض.
5. مقامة الأفكار السلبية والاعتقادات الخاطئة لدى المريض واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية ومنطقية.

6. تعليم المريض أساليب من البدائل التوافقية ومهارات جديدة من التفكير والاستجابات تساعد على حل المشكلة.

7. تعليم المريض أساليب واستراتيجيات المواجهة كالتدريب على الاسترخاء والتدريب التوكيدي والتدريب على حل المشكلات.

المرحلة الأخيرة من العلاج:

وتتضمن مهمة الوقاية من الانتكاسة والهدف هو تحديد ما إذا كان المريض قادراً على الاستجابة للمشكلة بطريقة توافقية أم غير ذلك (حسين، 2007، ص ص 237-241) ومن المفيد أن يؤكد المعالج للمريض أن المهارات التي تعلمها بمثابة مساعدات له مدى الحياة، وأنه يمكن أن يستخدمها الآن مع عدد من المواقف وفي المستقبل، حيث أنها ليست محددة فقط باضطراب واحد، بل أنها يمكن أن تستخدم في أي وقت يشعر فيه الفرد أنه يتصرف بشكل شديد الانفعالية أو بطرق غير تكيفية.

وأخيراً فإن تدريب المريض على مواجهة مشكلات قد تواجهه بعد العلاج هو أمر هام يساهم في منع حدوث الانتكاسة.

7. أساليب العلاج المعرفي:

يستخدم المعالج المعرفي مجموعة من الأساليب المعرفية نورد البعض منها في الجدول الموالي مع إعطاء أمثلة لذلك: (ليهى، ت: يوسف والصبوة، 2006، ص ص 35-36)

الأمثلة	الأسلوب
يستعرض المريض الأفكار التي ترتبط بالاكئاب والقلق والغضب مثال: يستعرض المريض ذاتيا ما يفكر فيه عندما يشعر بالسوء يستعرض "عندما شعرت بالقلق كنت أفكر بأنني على وشك الفشل"	تحديد الأفكار السلبية
بعد أن يحدد المريض مشاعره السلبية مثل "الحزن، الغضب، الإحباط" يشير إلى الأفكار التي ترتبط بكل منهما، ثم يقدر بعد ذلك "من صفر إلى 100° إلى أي مدى يشعر بالحزن ومقدار أفكاره السلبية مثال: شعرت بالحزن بنسبة 85٪، عندما فكرت في أنني لن أجد شخصا يمكن أن يحبني واعتقدت في هذه الفكرة بنسبة 90٪.	تقدير درجة الاعتقاد في التفكير (الفكرة) ودرجة الانفعال المرتبطة بالفكرة
يصنف المريض الأفكار طبقا لتحريف التفكير (أي معرفيا) كما تتبدى بواسطة الأفكار ومن أمثلة هذه التحريفات قراءة الغيب، وقراءة الأفكار، التسميات الخاطئة، التفكير المأساوي، ووسم الذات، التفكير في الكل أو اللا شيء، بخس الإيجابيات والمبالغة في التعميم.	تبويب أو تصنيف الأفكار السلبية
يسأل المعالج لو كانت فكرتك صحيحة ماذا يعني لك ذلك؟ لماذا تعتبر ذلك مشكلة؟ ماذا سيحدث؟ توجه هذه الإجابة لكل إجابة تقدم. مثال: عندما شعرت أنك مرفوض في حفلة فقد قلت إن هذا يعني أنك غير جذاب ماذا سيحدث لو كنت غير جذاب؟	ماذا ستعني لو كانت الفكرة صحيحة (الترتيب الهابط)
يفحص المعالج قواعد المريض الضمني مثال: عبارات المريض المتصلة "ماذا بعد ذلك؟، أو "إذا كان هناك شخص لا يحبني فهذا يعني أنني غير محبوب".	ما هو الافتراض الضمني؟
يطلب المعالج من المريض أن يضع قائمة بكل مزايا وعيوب الفكرة لنفسه، وأن يقسم 100 نقطة على المزايا والعيوب، وهذا سوف يستثير دافعية المريض لتغيير الفكرة.	ما هي مزايا وعيوب الفكرة؟
يضع المريض قائمة بالأدلة التي تدعم أو تدحض فكرته، ما هو وزن هذا الدليل؟ وما نوعية الدليل؟.	ما هو الدليل؟
يطلب من المريض أن يفحص الحدث على متصل من صفر إلى 100، ماذا سيحدث بالفعل لو وقع الحدث؟، ما هو السيئ والحسن والمتمائل في	وضع الحدث في منظور

المتريبات؟، ماذا يتبقى لديك لتفعله إذا وقع الحدث بالفعل؟	
يسأل المعالج المريض "هل ستطبق المعيار نفسه على الآخرين؟، لماذا؟، لماذا لا؟".	ازدواجية المعايير
يأخذ المعالج والمريض الأدوار التي يطلب فيها من المريض لمناقضته تفكيره السلبي، ويمكن تغيير الأدوار.	مناقضة الفكرة
هل يستنتج المريض الاستنتاجات التي تكون غير مبررة؟ مثال: إذا فشلت في الاختبار فهل معنى ذلك أنني فاشل؟	التحليل المنطقي
هل يملك المريض كل المعلومات الضرورية لاستنتاج الاستخلاصات؟ مثال: تلاحظ المريضة نتوءاً على ثديها وتخلص من ذلك على أنها مصابة بالسرطان، هل يستطيع الطبيب أن يمدّها بمزيد من المعلومات الدقيقة؟	نقص المعلومات
يطلب من المريض أن يفحص العديد من الأسباب والمتريبات البديلة ما أمكنه ذلك، خاصة البدائل الأقل سلبية.	هل هناك تفسير بديل؟
هل يستطيع المريض أن يقترب من تفكيره كحلّ للمشاكل؟ ما هي المشكلة؟ ماذا سيكون الهدف؟ وما هي مصادر المعلومات والمهارات والأفعال المناسبة؟ ما هي الخطط التي يستطيع المريض تنفيذها لحل المشكلة؟.	هل هناك مشكلة بحاجة للحل؟
هل هناك واقع يمكن للمريض أن يتعلم تقبله بدلاً من محاولة الوقوف أمامه أو مقاومته؟	القبول (التقبل)

ويجدر الإشارة في الأخير إلى أن المعالج المعرفي الخبير "المتمرس" لن يقترب من أي مريض بنفس الذخيرة من الحيل، فالمعالج يحاول تطوير تصور عن الحالة، أخذاً في الاعتبار مخططات المريض المعرفية الذاتية وأساليب المواجهة (التوافق) والواقع التفاعلي.

ومن الصعب في الحقيقة تنفيذ العلاج المعرفي دون توظيف الأساليب السلوكية، سواء لتنشيط المريض المكتئب، أو توظيف أساليب التعرض في اضطراب الهلع أو الوسواس القهري، أو تعديل أنماط التفاعل وأنماط السلوك الجنسي وأنماط التخاطب لدى الأزواج.

الوحدة السابعة: العلاج العقلاى

الانفعالى السلوكى لألبرت إلس

تمهيد

1. تعريف العلاج العقلاى الانفعالى السلوكى
2. الأفكار غير العقلاىة (اللامنطقىة) والعقلاىة
3. نظرة إلس إلى الأمراض النفسىة
4. نظرىة (A-B-C)العلاج العقلاى الانفعالى السلوكىفى
5. العملىة العلاجىة
 - 1.5. هءاف العلاج العقلاى الانفعالى السلوكى
 - 2.5. خطوات العلاج وءور المعالج
 - 3.5. . ءور المرىض أثناء العلاج
 - 4.5. العلاءة بىن المعالج والعمىل
6. أسالىب العلاج العقلاى الانفعالى السلوكى
7. استءءامات العلاج العقلاى الانفعالى السلوكى

تمهيد:

يعتبر "ألبرت إيليس" من أهم رواد الاتجاهات المعرفية السلوكية في العلاج النفسي، ولقد اقترن اسمه بالعلاج الانفعالي السلوكي، وفي هذا يشير إيليس إلى أنه بدأ اتجاهه العلاجي تحت تسمية العلاج العقلاني والذي توصل إليه في يناير 1955، ثم في عام 1961 اسماه العلاج العقلاني الانفعالي، وأخيرا في عام 1993 توصل إلى أن أسلوبه سلوكي وانفعالي بنفس القدر كما هو معرفي فقام بتغييره إلى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

إن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي "REBT" اختصارا لـ "Rational Emotive Behavior Therapy" هو أول نسخة من المقاربات السلوكية المعرفية ولا زالت إلى اليوم المقاربة السلوكية المعرفية الرئيسية.

1. تعريف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

يعرف "ألبرت إيليس" العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بقوله "هو علاج مباشر موجه يستخدم فنيات معرفية وانفعالية لمساعدة المريض لتصحيح معتقداته غير العقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي (حسين فايد، 2006، ص 92).

2. الأفكار غير العقلانية (اللامنطقية) والعقلانية:

يشير "إيليس" إلى أن نسق الاعتقادات لدى الفرد يتكون من جزأين وهما:

- الأفكار اللاعقلانية: وتعتبر هي المسؤولة عن إحداث الاضطرابات الانفعالية للفرد، حيث تسيطر على تفكيره وتوجه سلوكه. وهي عبارة عن معارف وأفكار غير واقعية وغير

أمبريقية وغير مرنة في طبيعتها وغير ملائمة لأنها تؤدي إلى نتائج انفعالية سلبية، ويعبر عنها الفرد في شكل الينبغيات (Shoulds, musts) مثل (يجب أن، ينبغي أن، من الضروري أن).

الأفكار العقلانية: وتكون منطقية ومتسقة مع الواقع وتساعد الفرد على تحقيق أهدافه والتوافق النفسي والتحرر من الاضطرابات الانفعالية وتؤدي بالفرد إلى الإبداع والإنجاز والإيجابية والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين. (بومجان، 2016، ص 169)

وقد حدد إيليس الأفكار غير العقلانية واللامنطقية في المجتمع الغربي والتي تؤدي إلى هدم الذات وانتشار العصاب، وهذه الأفكار هي:

1. من الضروري أن يكون الشخص محبوباً أو مقبولاً من جميع الأفراد فيما يقول وما يفعل.
2. إن تصرفات الناس خاطئة أو شريرة أو مجرمة، ولذلك يجب لوم وعقاب الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات عقاباً شديداً. أما الشخص العقلاني فيقول إن العقاب لا يقلل من الاضطرابات العاطفية وربما يقود إلى سلوك أسوأ، وأنه يحاول تغيير سلوكهم وتحسينه عن طريق الإقناع.
3. إنه لمن المصيبة الفادحة أن تأتي الأمور على غير ما يتمنى الفرد، أما الشخص العقلاني فيشير إلى تجنب المبالغة في الأمور غير السارة، ويعمل على تحسين المواقف والظروف أو تقبلها إذا لم يكن تحسينها ممكناً.
4. تنشأ تعاسة الفرد عن ظروف خارجية لا يستطيع السيطرة عليها أو التحكم بها، أما الشخص العقلاني فيدرك أن التعاسة تأتي من تفكيره وموقفه تجاه هذه الظروف والحوادث الخارجية.

5. إن من الطبيعي أن يشعر الإنسان بالقلق والتوتر عندما تحدث له أشياء خطيرة وسيئة. بينما الشخص العقلاني يدرك إمكانية المخاطرة، وأن القلق والتوتر الدائم لا يمنع تلك الأحداث وإنما يزيد منها.
6. من السهل تجنب مصاعب الحياة ومسئولياتها بدلا من مواجهتها، والعقلاني يشير إلى تجنب المهمات غالبا ما يكون أكثر إيلاما من القيام بها، ويدرك أن المسؤولية والحل هي جزء من حياة سعيدة.
7. يجب أن يعتمد الشخص على أشخاص آخرين أكثر خبرة، ليساعده على تحقيق أهدافه بنجاح. والعقلاني يشير إلى أن المبالغة في الاعتماد على الآخرين تؤدي إلى عدم الاستقلالية وعدم التعبير الذاتي الحر.
8. يجب أن يكون الفرد فعالا ومنجزا بشكل يتصف بالكمال حتى تكون له قيمة. والعقلاني يقول ان هذه الفكرة مستحيلة لأن الإنسان لا يمكن ان يصل باستمرار إلى درجة الكمال.
9. تقرر الخبرات والأحداث الماضية سلوكنا الحاضر، وان تأثير الماضي لا يمكن محوه أو تجاهله. والعقلاني يقول إن ما حدث في الماضي وكان ضروريا في ظروف معينة، قد لا يكون ضروريا في الوقت الحاضر، وأنه لا بد من إخضاع معتقدات الماضي لشيء من المحاكمة والتساؤل.
10. ينبغي أن ينزعج الفرد أو يحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات. والعقلاني يفكر ثم يقرر إذا كان سلوك الآخرين يستحق الانزعاج، ويحاول أن يفعل شيئا ليخلص الآخرين منه.
11. هناك دائما حل مثالي وصحيح لكل مشكلة، وهذا الحل لا بد من إيجاده وإلا فالنتيجة تكون مفاجئة. بينما يحاول الشخص العقلاني أن يجد الحلول المختلفة للمشكلة ويقبل الأفضل منها مدركا أنه لا توجد حلول كاملة. (العزة، 1999، ص ص 139-141)

ويمكن توضيح الأفكار العقلانية والأفكار اللاعقلانية المقابلة لها في الجدول الموالي:

الأفكار العقلانية	الأفكار اللاعقلانية
1 ليس من الضروري أن أكون محبوبا ومقبولا من كل الأفراد، لأن هناك من الأفراد من يحب ومن يكره.	من الضروري أن أكون محبوبا ومقبولا من كل الأفراد الآخرين.
2 الكمال ليس من صفات البشر وقد ينجح الفرد في أمور ويفشل في أخرى.	يجب أن أكون جديرا وكفوفا بالنجاح في كل الميادين حتى اعتبر نفسي أنني ذو قدر وقيمة ذاتية
3 يوجد في الحياة الخير والشر ويوجد الكريم والبخيل، ولا يمكن ان تقتصر الحياة على جانب واحد سواء الخير ام الشر.	بعض الأشخاص اشرار وأخساء ويجب ان يلاموا بشدة وان يعاقبوا على خستهم.
4 لا يحقق المرء كل ما يريد.	إنها مصيبة ان لا تكون الامور كما اريد.
5 قد تكون تعاسة الانسان وشقائه نابعة من ذاته، لذلك يجب ان يغير من افكاره لكي يغير من تعاسته فرحا.	تعاستي، شقائي، سببه ظروف خارجية لا يمكنني السيطرة عليها.
6 مواجهة الخطر لا تكون بالقلق والامعان في كيفية حدوثه، بل بمواجهته بالعقل والعمل على تفاديه	يجب ان اكون قلقا امام خطر حقيقي ويجب ان أفكر في امكانية حدوث الخطر باستمرار.
7 الهروب من المواقف الصعبة في الحياة وعدم	من الأسهل بالنسبة لي تجنب مواجهة بعض

<p>صعوبات الحياة والهروب منها وعدم تحمل بعض المسؤوليات.</p>	<p>تحمل المسؤولية افلاس عقلي وادارة فاشلة وان الاقدام بداية لتأكيد الذات ونجاحها.</p>	
<p>يجب أن اعتمد على الآخرين وأكون تابعا لهم، وإنني بحاجة إلى شخص أقوى مني اعتمد عليه</p>	<p>ثق بنفسك واعتمد عليها يأت الناس إليك ليطلبوا مساعدتك، اعتمد على غيرك يهرب الناس منك وتفقد الأصدقاء.</p>	8
<p>إن ماضي يحدد لي سلوكي الحالي وما أثر عليّ بعمق في الماضي يمكن ان يكون له أثر مشابه الى اجل غير مسمى.</p>	<p>الاستسلام للماضي هزيمة وشلل للعقل والإرادة ففي داخلك طاقات هائلة فاستفد منها وواجه الحاضر مستقيدا من الماضي.</p>	9
<p>يجب أن أتأثر بشدة بمشكلات الآخرين واضطرابهم</p>	<p>يجب ان يشارك الإنسان الآخرين أحزانهم ويتعاطف معهم دون أن يغرق في الحزن واليأس.</p>	10
<p>يوجد بالتأكيد حل دقيق وصحيح وتام للمشكلات الانسانية وستكون كارثة ان لم يوجد مثل هذا الحل</p>	<p>وراء كل مشكلة عشرات الاسباب وعشرات الحلول ولا توجد مشكلة ليس لها حل الا الموت.</p>	11
<p>إنك لا تستطيع الوصول الى أقصى السعادة الإنسانية إلا بالخمول والكسل وعدم العمل أو بتسلية نفسك دون الالتزام بشيء.</p>	<p>السعادة تكون في الجد والاجتهاد والعمل من اجل الوصول إلى الأهداف وتحقيق الطموحات.</p>	12

(عبد الله، 2012، ص168)

3. نظرة إيليس إلى الأمراض النفسية:

يرجع "إيليس" نشوء الأمراض النفسية إلى ما تم تعلمه الفرد من الأفكار غير العقلانية من الناس المهمين خلال فترة الطفولة (بفعل التنشئة الاجتماعية)، بالإضافة إلى ما يبتدعه الأطفال أنفسهم من اعتقادات غير منطقية وخرافات، وبعد ذلك يقوم الناس بإعادة تنشيط هذه الاعتقادات غير الفعالة من خلال الإيحاء الذاتي والتكرار. وتنتج معظم الانفعالات من التفكير ويشكل اللوم للنفس وللآخرين حجر الأساس في معظم الاضطرابات الانفعالية، ولذلك فإن الاضطرابات الانفعالية تنتج عن أنماط التفكير الخاطئة وغير المنطقية ومن ثم لا بد من مساعدة الأفراد في التغلب عليها واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية ومنطقية.

4. نظرية (A-B-C) في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

يستند العلاج العقلاني الانفعالي في تفسيره للاضطراب النفسي على نموذج "إيليس" المعروف بالأحرف (ABC)، يعتبر هذا النموذج مركزي بالنسبة إلى REBT (Rational Emotive Behavior Therapy) فهو يعطينا أداة ذات قيمة حتى نفهم مشاعر العميل، أفكاره، الأحداث ثم السلوك.

حيث أن (A) هي وجود حقيقة هي الحدث النشط أو السلوك تجاه الفرد.

(C) هي النتيجة أو ردود الفعل للفرد والتي تتميز بالعاطفة أو الانفعال، وردة الفعل

قد تكون صحيحة ومرضية.

(A) (Activating Event) الحدث النشط، لا تتسبب في حدوث النتيجة الانفعالية

(C) (the emotional Consequence)، ولكن (B) وهي معتقدات الشخص عن (A) هي

التي تسبب غالبا (C) وهي الاستجابة الانفعالية.

والمعادلة هي كالتالي:

A	B	C
(Activating event)	(Belief System)	(Consequences)
حدث خارجي(مثير)	منظومة الاعتقاد الآراء المنطقية وغير المنطقية حول الحدث A	استنتاجات سلوكية انفعالية التي نستخلصها من خلال الحدث -قادمة من منظومة اعتقادنا-

شكل(1): مبدأ نظرية (A-B-C) لإليس(برودا، ت: رضوان، 2009، ص 413)

A: الحدث البسيط

B: المعتقد

C: النتائج السلوكية والانفعالية

D:المداخلة "تحديد الأفكار غير المنطقية ودحض تلك الأفكار وتفنيدها" Duisputing

Intervention

E:الأثر "تغيير معرفي في نظام المعتقدات". Effect.

F: الشعور الجديدFeeling. (كوري، ترجمة: الخفش، 2013، ص 358)

ومهمة العلاج تكمن في تعديل مظاهر "منظومة الاعتقاد (B) التي وصفها إيسباللامنطقية والتي تتعلق بفرضيات تقود إلى مشكلات واضطرابات نفسية. والتدخلات العلاجية وفق إليس لا تكمن في تعديل الأحداث (A);فتعديل العواقب (الانفعالية) المرضية (C) لا يمكن أن يكون مستمرا إلا إذا تم تحديد القناعات اللامنطقية واستبدالها من خلال فرضيات منطقية.

وهنا تأتي (D) (Disputing) "المعادلة السابقة" لتطبيق المبادئ التي تساعد العملاء

على تحدي وتفنيد الأفكار غير العقلانية. وهناك ثلاثة عناصر في عملية تفنيد المعتقدات:

أولاً: التحري، يتعلم العملاء كيف يتحرون عن معتقداتهم الخاطئة، خصوصاً عبارات الوجوب.

ثانياً: المناقشة، ويقوم العملاء بمناقشة معتقداتهم الخاطئة وذلك بتعلم كيفية فحصها منطقياً، والانطلاق بالسلوك عكس هذه المعتقدات.

ثالثاً: يتعلم العملاء التمييز بين المعتقدات التي تقود إلى هزيمة الذات وتلك المعتقدات العقلانية الداعمة للذات.

ويركز (REBT) على عملية تنفيذ الأفكار (D) خلال جلسات العلاج وفي الحياة اليومية أيضاً.

وتلقائياً يصل العملاء إلى (E) وهي النتيجة الفلسفية التي تتضمن جانبا عمليا. يتشكل نظام جديد من المعتقدات فعال ويتألف من استبدال الأفكار غير الصحية بأفكار صحية بدلا منها.

إذا نجح العملاء في ذلك، يظهر عندهم (F)، وهي مادة جديدة من المشاعر وبدلا من أن يشعر العملاء بالقلق والاكتئاب بشكل خطير، يشعرون بالأسف والإحباط بشكل طبيعي وصحي طبقاً للموقف. (كوري، ت: الخفش، 2013، ص ص 359-360)

5. العملية العلاجية:

تشتمل عملية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على عدد من الخطوات، كما تتبع عدداً من الأساليب، ويقوم المعالج بمجموعة من المهمات والأدوار، وسنتناول فيما يلي: أهداف العلاج، خطوات العلاج ودور المعالج ووظيفته، دور المريض أثناء العلاج، العلاقة بين المعالج والمريض (العلاقة العلاجية).

1.5. أهداف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

إن الهدف الأساسي من العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هو خفض النتائج غير المنطقية والاضطرابات الانفعالية عند المريض، ويمكن وضع هذا الهدف في هدفين:

- **الهدف الأول:** تقليل القلق (تهديد الذات وقهرها) إلى أدنى درجة ممكنة، وتخفيض العدوان والغضب إلى أدنى حد (إلقاء اللوم على الآخرين والأحداث).

- **الهدف الثاني:** تزويد المتعالج بطريقة تمكنه من الحفاظ على المستوى الأدنى من القلق والغضب عن طريق التحليل المنطقي لأفكاره.

أما **الأهداف الفرعية** التي تسعى إليها المعالجة فهي: تكوين اهتمام ذاتي لدى الفرد بحيث يعترف بحقوق الآخرين، وتنمية الاستقلالية والتوجه أو الضبط الذاتي، وتحمل أخطاء الآخرين وتقبل الأشياء غير المثبتة أو المؤكدة، والانفتاح على التغيير واكتساب مهارات التفكير المنطقي وتقبل المخاطر. (عبد الله، 2012، ص 170)

2.5. خطوات العلاج ودور المعالج:

هناك عدة خطوات أو مراحل تمر بها عملية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وهي:

المرحلة الأولى: وتكمن مهمة المعالج في هذه الخطوة في أن يشرح للمريض كيف تم دمج الكثير من عبارات الوجوب اللاعقلانية: (يجب، عليك ان، من الواجب أن) في النسيج

العقلي والانفعالي لديه. ويقوم المعالج بتقنين معتقدات المريض اللاعقلانية ويشجعه في القيام بنشاطات تواجه معتقداته الهادمة للذات واستبدالها بما هو ايجابي فعال.

الخطوة الثانية: يقوم المعالج بالتوضيح للمريض كيف يعمل على الاحتفاظ بالاضطرابات

الانفعالية نشطة وذلك لأنه باستمرار يفكر بطريقة غير منطقية وغير واقعية. بمعنى أنه هو

المسؤول عن مشاكله الشخصية.

الخطوة الثالثة: وتتمثل في قيام المعالج بتعديل تفكير المريض والتقليل من أفكاره اللاعقلانية

وبالرغم من ان هناك استحالة من التخلص كلياً من الميل الى الأفكار اللاعقلانية، على الاقل

يعمل على تقليل تكرارها.

يعمل المعالج بمواجهة المريض بالمعتقدات التي لم يحدث ان ناقشها مع نفسه او وضع

علامات الاستفهام حول واقعيته وصدقها ويبين له مسؤوليته في الابقاء على هذه المعتقدات.

الخطوة الرابعة: هي الطلب من المريض أن يطور فلسفة حياة عقلانية حتى تحميه من عودة

المعتقدات غير العقلانية وتركيز تفكيره في المستقبل.

3.5. دور المريض أثناء العلاج:

عندما يتقبل المريض فكرة أن مشاكله الانفعالية والسلوكية نتجت من معتقدات لا عقلانية

مزروعة في عقله، تصبح مشاركته فعالة في العلاج لتغيير أنماط التفكير والانفعالات التي

تعلمها في وقت مبكر من حياته.

ويهتم العلاج هنا على تحمّل المريض مسؤولية نشطة خارج الجلسات العلاجية من مثل الواجبات المنزلية، هذه الواجبات يتم التخطيط لها بعناية ويتم الاتفاق عليها بين المعالج والمريض وتهدف إلى تشجيع المريض على تحمل أعمال ايجابية تعمل على تحفيز التغيير الانفعالي، وتقييم تقدمه وتحديد الاستراتيجيات لمواجهة المشاكل الصعبة والمستمرة.

4.5. العلاقة بين المعالج والعميل:

إن REBT هي عملية سلوكية مباشرة ومعرفية ولذا لا تحتاج إلى أن تكون هناك علاقة حميمة وقوية بين المعالج والعميل، وهذا العلاج REBT يشبه علاج روجرز المتمركز حول العميل في أن الممارسين في العلاج يتقبلون جميع العملاء بدون شروط ويعلمونهم أن يتقبلوا الآخرين أيضا بدون شروط بالإضافة إلى تقبل أنفسهم أيضا.

ان المعالجين في مقاربة REBT يتقبلون عملائهم كأناس يقاسون من العجز والنقص ويحاول المعالجون أن يساعدهم عن طريق تقنيات مختلفة مثل: التعليم، تاريخ المشكلة النفسية ثم تعديل السلوك.

يبني إليس علاقة دافئة مع عملائه عن طريق وضع إيمان كبير فيهم من ناحية قدرتهم لتغيير أنفسهم وأن لديه الأدوات لتحقيق ذلك. (كوري، ترجمة: الخفش، 2013، ص ص 361-363).

6. أساليب العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

إن ما يفعله المعالجون في عملية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هو تعليم المريض

كيف يفكر بطريقة منطقية بحوادث الحياة وفلسفتها، وبالتالي تغيير سلوكه وانفعالاته، ومن

أهم الأساليب المستخدمة في هذا العلاج:

1.6. التنفيذ والإقناع والتعليم: يفند المعالج الأفكار اللاعقلانية المفجعة للمريض

ويساعد على جعل أفكاره عقلانية، ويشرح مستعينا بالأمثلة له، كيف تسبب هذه الأفكار

اللاعقلانية الاضطرابات الانفعالية بحيث يقنعه أن يهاجم اعتقاداته غير العقلانية

والسلوكات الشاذة. لذلك يزود المعالج المرضى بالمعلومات التي تساعد على فهم

اضطراباتهم الانفعالية والخطوات التي يستطيعون إتباعها لتقليل الاضطراب، كما يعلم

أعضاء المجموعة استخدام التحليل المنطقي الكامل وأن يقللوا من افتراضاتهم الخاطئة.

2.6. الواجبات أو المهمات المنزلية: يهتم المعالج في هذه الطريقة بالمهمات المنزلية

لأنها تساعد الأعضاء على أن يفكروا ويشعروا ويسلكوا بطريقة أكثر عقلانية.

يطلب المعالج من المرضى ان يكتبوا قائمة للمشكلات التي يعانون منها، ويبحثون

عن المعتقدات التي يؤمنون بها بشكل مطلق من ثم يفندوا هذه المعتقدات. ويمكنهم احضار

هذه القائمة الى جلسات العلاج ويناقشوها مع المعالج بكل عناية وحرص. إن الواجبات

المنزلية هي وسيلة لتتبع المعتقدات الوجوبية (should. Musts) التي هي جزء من داخل

نسيجهم الذاتي.

3.6. التقليد ولعب الدور: يعتبر الوضع الجماعي مناسباً بشكل خاص للعديد من أساليب تعديل السلوك والمعرفة، مثل إجراء التدريب على القيام بالسلوك والتدريب على توكيد الذات. ولكن قد يتردد بعض الأعضاء في الكشف والإفصاح عن أنفسهم أمام المجموعة لخوفهم من النبذ والرفض. والمجموعة توفر لهؤلاء الأعضاء فرصة أن يجازفوا في الكشف عن ذواتهم ويروا ماهي النتائج.

ويقول إليس إن العلاج الفعال يتضمن باستمرار التقليد والمحاكاة، فالقائد وأعضاء آخرون يمكنهم القيام بدور النماذج، فمثلاً إذا أتاحت فرصة لعضو في المجموعة أن يحدد ويغير أساليب التفكير والمشاعر والسلوك التي تسبب انهزام الذات، فإنه يستطيع أن يكون نموذجاً للمشاركين الآخرين.

4.6. الضبط الإجرائي للتفكير الوجداني: يشير إليس إلى أن المرضى يجب أن يتعلموا كيف يتخلوا عن اعتقاداتهم اللاعقلانية وأن يغيروا سلوكياتهم غير المرغوبة من خلال تشجيعهم وتعزيزهم عند إنجاز مهماتهم الصعبة، ويظهر مستخدمو العلاج العقلاني للمرضى كيف يستخدمون أسلوب الإشراف الإجرائي في إنجاز الأشياء التي يعتبرونها صعبة أو التي يخافون من عملها.

5.6. التدرب على استخدام المهارات: إن التدرب على مهارات ضبط الذات، تعني تدريب المرضى على المهارات الخاصة التي يرغبونها ويثقون فيها، مثل مهارة توكيد الذات والمهارات الاجتماعية والدراسية. والافتراض هو أنه من خلال اكتسابهم المهارات التي كانوا

يفتقرون إليها سابقا، سيشعرون بالثقة بأنفسهم وسيتعلمون بالخبرة تغييرات مهمة في طريقة تفكيرهم وشعورهم وسلوكهم. ويقول إيس: تظهر التغييرات ليس بسبب زيادة مهاراتهم فحسب بل أيضا من خلال إدراكهم لتقديرهم لذاتهم حول كفاءتهم المكتسبة حديثا.

6.6. التغذية الراجعة: تعتبر جزءا أساسيا في العلاج الجماعي ويحصل الأعضاء عليها من خلال المجموعة آخذين بعين الاعتبار إنجازاتهم غير الفعالة وتفكيرهم غير العقلاني والسلوكات والجمل والأفكار التي تسبب تخريب الذات، وبالتالي عندما يستخدم الأعضاء التغذية الراجعة فإنهم يستطيعون ممارسة سلوكات جديدة تقوم على افتراضات جديدة تبعث عن الارتياح. (العزة وعبد الهادي، 1999، ص ص 144-146).

الوحدة الثامنة: الحوار الداخلي

لدونالد ماكينبوم

تمهيد

1. تعريف تقنية الحوار الذاتي

2. الخلفية النظرية

3. افتراضات نظرية ماكينبوم ومفاهيمها

4. طرق ماكينبوم في العلاج المعرفي

5. مراحل العلاج بالحوار الذاتي

6. التقنيات والإجراءات العلاجية

تمهيد:

يؤكد دونالد ماكينبوم في نموذج العلاج السلوكي المعرفي على أهمية ما يسمى باللغة المتمثلة (المجتافة) من الإنسان لنفسه، ويستند هنا إلى نماذج علم النفس النمائية للوريا (Luray, 1961) وفيجوتسكي (Vygotsky, 1962)، حيث يريان أن اللغة تحث في البداية وظيفة توجيه أوتوماتيكية خارجية وبالتدريج تصبح داخلية بالنسبة للتصرف الإنساني. وقد أطلقت على هذا تسمية "الحوار الداخلي".

1. التعريف بتقنية الحوار الداخلي (الذاتي):

جاء بهذه التقنية دونالد ماكينبوم وتقوم على إعادة التنظيم المعرفي وذلك بالتحدث الايجابي مع الذات بهدف تعديل سلوك الأفراد.

فالتعديل السلوكي المعرفي لماكينبوم Cognitive behavior modification (CBM) يركز على تغيير الجانب اللفظي أو الشفوي للذات، وبهذا المنظور كل الأفكار والجمل والتعبيرات التي يخاطب بها الفرد نفسه تؤثر على سلوكه بنفس الأثر الذي تتركه تعبيرات شخص آخر، والركيزة الأساسية لـ CBM هي أن يلاحظ العملاء كيف يفكرون، يشعرون، ويسلكون وكذلك يلاحظون الأثر الذي يتركونه على الآخرون. (الخفش، 2013، 383)

فتقنية الحوار الذاتي (الداخلي) أو التحدث الذاتي تعد أحد أساليب العلاج المعرفي السلوكي التي تستخدم الحوار والتعليمات الذاتية لإحداث التغيير المرغوب، حيث تعمل بالأساس على خلق أفكار ايجابية ونفي تلك الغير عقلانية لتعديل سلوك الفرد.

2. الخلفية النظرية:

في حين أن ألبرت إيليس يؤكد في نظريته العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على أن السلوك حصيلة أفكار الشخص بدلا من تفاعل المثير والاستجابة، وأن أفكار الشخص

مسئولة عن حدوث النتائج السلوكية، وأنه إذا أردنا أن نغير سلوك الفرد لا بد من تغيير معتقداته وأفكاره، حيث أن الأفكار والمعتقدات هي التي توجه السلوك، فإن ماكينبوم يركز على أن التفكير والمعتقدات والحديث الداخلي مع النفس وتوجيهات الفرد لنفسه، لها دور كبير في التعلم والسلوك.

وطبقاً لرؤية ماكينبوم فإن الأفكار أو الجمل والتعبيرات التي يخاطب بها الفرد نفسه تؤثر على سلوك الفرد بنفس الأثر الذي تتركه تعبيرات شخص آخر، والركيزة الرئيسية لـ "CBM" هي أن العملاء - كمتطلب لتغيير السلوك - يجب أن يلاحظوا أنفسهم كيف يفكرون، يشعرون، ويسلكون وكذلك يلاحظون الأثر الذي يتركونه على الآخرين. وحتى يحدث التغيير، يحتاج العملاء إلى أن يغيروا طبيعة سلوكهم حتى يستطيعوا أن يقيموا سلوكهم تبعاً للمواقف المختلفة.

وهذه المقاربة تشترك مع العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لـ "إليس" ومع العلاج المعرفي لـ "بيك" في الفرضية التي ترى أن الانفعالات البائسة هي في العادة نتيجة لأفكار غير مناسبة للتكيف والتأقلم.

وعلى الرغم من أوجه الشبه الكثيرة فيما بين هذه النماذج العلاجية نجد بعض الاختلاف، ففي حين يركز كل من إليس وبيك على التعامل مع الأحداث بطريقة منطقية، ينصب اهتمام ماكينبوم في رؤياه عن تدريب الذات وتوجيهها على التحدث الذاتي، باعتباره العنصر الأساسي في توجيه السلوك والضبط الذاتي، فنرى ماكينبوم يركز أكثر على مساعدة العملاء ليصبحوا أكثر وعياً حول حديثهم مع أنفسهم.

ولقد استنتج ماكينبوم بأن للتفكير والمعتقدات والمشاعر والحديث الإيجابي مع النفس وتوجيهات الفرد لنفسه (إعطاء أوامر لنفسه)، لها دور كبير في عملية التعلم من خلال التجارب التي كان يقوم بها وهو يعد للدكتوراه في جامعة "الينوي" حيث كان يقوم بتدريب مجموعة من الفصامين وتعليمهم الكلام الصحي والسوي عن طريق الإشارات الإجرائي ووجد أن بعض المرضى يقومون بتوجيه تعليمات لأنفسهم بصوت عال كأن يقولوا "كن واضحاً

وصريحا في صلب الموضوع. "أما التجربة الثانية فقد أجراها على أحد المعاقين الذي كان يخرج لسانه للعاملين في المصحة وكان يعالج من قبل طلاب علم النفس حيث يحاول الطالب المتدرب أن يعدل سلوك هذا المعاق عن طريق الإشراف بالتنفير والإكراه حيث يقوم المعالج بإخراج لسان المريض ويعرضه لحادثة تنفير وإكراه لهذا السلوك غير المرغوب. وفي إحدى المقابلات بين الفاحص والمفحوص قال المفحوص : "لماذا يا دكتور لا تطلب مني مباشرة ألا اخرج لساني" أي إعطاء أوامر مباشرة لإنجاز المهمة، حينما اتبع ماكينبوم نصيحته وطلب منه مباشرة الكف من إخراج لسانه تعدل سلوكه ،فبدا ماكينبوم منذ ذلك الوقت يستعمل طريقة التعليمات المباشرة ثم فكر في تطويرها بجعل المفحوص يحاور نفسه ويقوم بتوجيه ذاته حتى يغير سلوكه وقد استخدم أسلوب التوجيه الذاتي على أطفال ذوي النشاط الزائد ودرهم أن يتكلموا مع أنفسهم بحيث يفهموا المهمات المطلوب القيام بها من أجل ضبط سلوكهم واستخدم أسلوب النمذجة والتقليد والتعزيز والعلاج المعرفي لتحقيق هذه الغاية .

ولقد أكد ماكينبوم على أن الحديث الذاتي مع النفس يجب أن يكون ايجابيا ويتضمن رغبة المفحوص في التغيير المطلوب، وقد وضع برنامجا تدريبيا للأطفال المندفعين ذوي النشاط الزائد بحيث يشتمل على تدريبهم على أن يتحدثوا لأنفسهم بشكل متميز، وان يستخدموا عبارات لفضية تساعدهم في ضبط سلوكهم وقد نجح في ذلك واستخدم نفس الطريقة مع الفصامين. (مليقة ،1990،245؛ عبد الله،2012، ص 118؛ العزة وعبد الهادي، 1999، ص 150؛كوري، ترجمة: الخفش، ص 283؛ الخطيب، 2007، ص 350)

3. افتراضات نظرية ماكينبوم ومفاهيمها:

1.3. الفرضية الأساسية لنظرية ماكينبوم:

إن الفرضية الأساسية لنظرية ماكينبوم المعرفية تقول " إن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم والتعليمات الذاتية تلعب دورا مهما في تحديد السلوكيات التي تصدر عنهم. وسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته والتي توجه بتكوينات متنوعة مثل: الاستجابات الفيزيولوجية، والانفعالية، والمعرفية، والتفاعلات الاجتماعية، ويعتبر الحديث الذاتي الداخلي أحد هذه الأنشطة والتكوينات".

ووفق ماكينبوم فإن الهدف من التقدير الوظيفي المعرفي أن نصف بطريقة احتمالية الأهمية والدلالة الوظيفية للانخراط في الأحاديث الذاتية من نوع معين، وما يتبعها من سلوك واستجابات انفعالية (مزاجية) وردود فعل عضوية (جسمية)، ومعرفية. (عبد الله، 2012، 120،

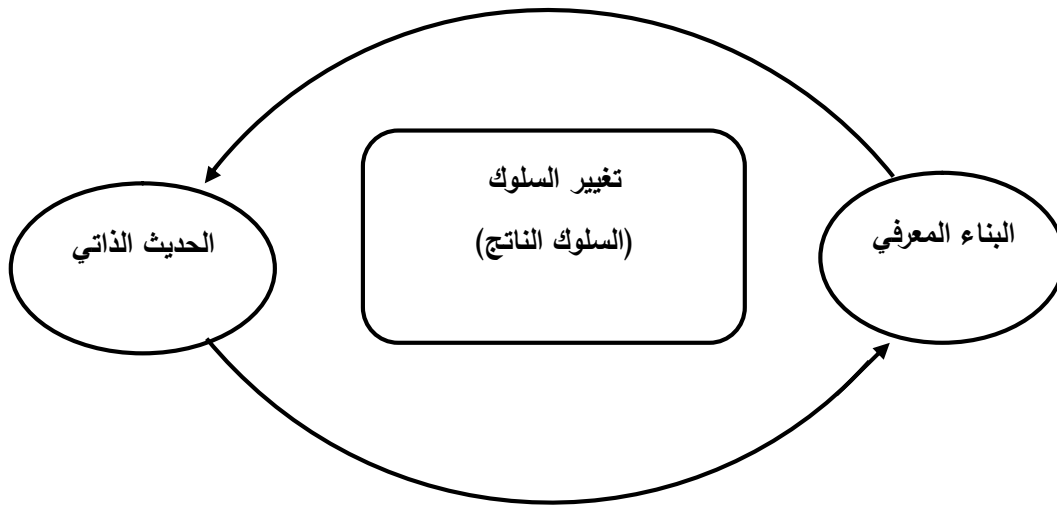
2.3. بنية الحديث الذاتي:

المقصود بالبنية المعرفية هو "منظومة التفكير التي توجه الطريقة والاختيار للأفكار، وأن التعلم يتطلب تغيرا في هذه البنية المعرفية، هذا التغير يحدث من خلال التشرب أو الامتصاص إذ تندمج أبنية جديدة بالأبنية القديمة، كما يحدث من خلال الإزاحة حين تواصل الأبنية المعرفية القديمة مع الجديدة، وقد تحل واحدة منها محل الأخرى وتبقى مندمجة في بنية أكثر شمولاً من خلال عملية التكامل والاندماج "

ويرى ماكينبوم أن تعديل السلوك يمر بطريق متسلسل في الحديث يبدأ بالحوار الداخلي والبناء المعرفي والسلوك الناتج. وان التفاعل بين الحديث الذاتي الداخلي للفرد وتراكيبه أو بنيته المعرفية هو السبب المباشر في عملية تغير سلوكه. ومن جهة أخرى فان عملية التغيير تتطلب بان يقوم الفرد بعملية الامتصاص، أي أن يمتص الفرد سلوكا بديلا جديدا

بدلاً من السلوك القديم، ويقوم بعملية التكامل بحيث يبقى الفرد تراكيبه المعرفية القديمة إلى جانب حدوث تراكيب وتكوينات جديدة لديه. ويعتبر ماكينبوم التراكيب أو البنية المعرفية هي أساس تحديد الحوار الذاتي الداخلي للفرد، وأن هذا الحوار بدوره يعدل من التراكيب المعرفية بطريقة يسميها بالدائرة الخيرة (virtuose cycle). (الشناوي، 1994، ص 128 بطرس، 2008، ص 180)

ويمكن توضيح ذلك بالشكل الموالي:



شكل يوضح: افتراض ماكينبوم بين البناء المعرفي والحديث الذاتي

4. طرق ماكينبوم في العلاج المعرفي:

لقد صاغ ماكينبوم طريقتين في العلاج المعرفي حظيت بأهمية كبيرة وهي:

- التدريب على التعليم الذاتي (Self-Instruction training)
- التدريب على التحصين ضد الضغوطات النفسية (Stress)

(Inoculation Training)

1/ التدريب على التعليم الذاتي (التدريب على التوجيهات الذاتية):

ويتضمن هذا الأسلوب التعرف على الأفكار والتعبيرات الذاتية السلبية المرتبطة بالموقف والتي تسبب الضيق والكدر والمشقة للفرد ومساعدة العميل على تعديل التعبيرات الذاتية السلبية لديه واستبدالها بتعبيرات ذاتية إيجابية، وهكذا من خلال التدريب على التعليم الذاتي يتعلم العميل أن ما يعانيه من القلق هو نتيجة سوء تفسيره وتأويله للمواقف التي يتعرض لها وأيضاً نتيجة لأحاديث الذات السلبية لديه (الحوار السلبي)، وبالتالي لا بد من ضرورة استبدالها بأحاديث ذات إيجابية ومنطقية ، وبعبارة أخرى وكما يرى ماكينبوم فإن التخلص من المشكلة يعني التخلص من التحدث إلى الذات بطريقة انهزامية وسلبية ، واستبداله بالتحدث الذاتي الايجابي أو التعود على الاسترخاء في المواقف التي تبعث على القلق وعدم الراحة في نفس الإنسان.

2/ التدريب على مقاومة القلق والتوتر أو التدريب على التحصين ضد الضغوط:

تشبه هذه الطريقة عملية التحصين البيولوجي ضد الأمراض العامة ، وهي تقوم على أساس مقاومة الضغوط Stress عن طريق برنامج يعلم العميل كيف يواجه أو يتعامل مع مواقف متدرجة للضغط، والتحصين ضد الضغوط أو التوتر هو الأسلوب الذي يهيئ للعميل فرصاً للتعامل مع مواقف مثيرة للضغط متوسطة نسبياً ويقوم العميل بالتدرج بتطوير قدرة تحمله لدافع ومثير أقوى، ويستند هذا التدريب على أساس أنه بالإمكان التأثير على قدرتنا الاحتمالية للتعامل مع الضغوط من خلال تعديل معتقداتنا وعبارتنا الذاتية في مواقف الشدة والضغط، ويرى ماكينبوم أن تعديل السلوك معرفياً يتم عن طريق تقديم المعلومات والتعليمات الذاتية التي تركز على تعليم العملاء كيفية التخطيط والتفكير قبل الاستجابة ومساعدتهم على استخدام الحوار الداخلي الايجابي حيث أن التخلص من الضغوط يكون مرهوناً بالتخلص من

الأحاديث الذاتية السلبية واستبدالها بأحاديث ذاتية ايجابية وهكذا يهدف التدريب على التحصين ضد الضغوط إلى تدريب الفرد على أحاديث الذات الايجابية. (بومجان، 2013)

5. مراحل العلاج بالحوار الذاتي:

اقترح ماكينبوم ان السلوك يتغير من خلال عمليات تفكيرية تأملية متتابعة تتضمن تفاعل الحديث الداخلي، التراكيب المعرفية والسلوكيات، ثم النتائج التي تحدث من هذا التفاعل الكلي ووصف عملية تتألف من ثلاثة مراحل للتغيير وهي كالتالي:

1.5. المرحلة الأولى: مراقبة (ملاحظة) الذات: وفيها يعرف المتعالج كيف يتحدث أو

يعبر عن سلوكه الذي يزيد من وعيه وان لا يشعر المتعالج بأنه سيكون ضحية للتفكير السلبي ويجب على المتعالج أن يعرف طرائق العزو عند الأفراد وعباراتهم التي يوجهونها نحو ذواتهم.

2.5. المرحلة الثانية: السلوكيات والأفكار غير المتكافئة أو البدء بحوار داخلي جديد:

في هذه المرحلة يؤثر الحديث الجديد للمتعالج في البنية المعرفية له، فإذا كان المطلوب تغيير سلوك المتعالج، فينبغي أن يولد ما يقوله لنفسه سلسلة من سلوكيات جديدة غير متكيفة مع سلوكياته الحالية وهنا يستطيع المتعالج أن يتجنب السلوكيات غير المناسبة ويختار السلوكيات المناسبة وفقا للأفكار الجديدة.

3.5. المرحلة الثالثة: المعرفة المرتبطة بالتغيير أو تعلم مهارات جديدة: وفيها يؤدي

المتعالج مهارات تكيفية جديدة خلال حياته اليومية، ليكون التركيز على ما يقوله المتعالج لنفسه حول السلوكيات المتغيرة الجديدة التي تعلمها وعلى نتائجها التي ستبقى وستعمم إلى مواقف أخرى وإن ما يقوله المتعالج لنفسه بعد عملية العلاج شيء هام وأساسي، وإن

عملية العلاج تشتمل على تعلم مهارات سلوكية جديدة، وحوارات داخلية جديدة وأبنية معرفية جديدة.

إن على المعالج أن يهتم بالعمليات الأساسية الثلاث هي:

(أ) البناءات المعرفية.

(ب) الحوار الداخلي.

(ج) السلوكيات الناتجة عن ذلك.

وعليه فإن عملية العلاج تبدأ بتحديد السلوك القديم المراد تغييره، والحديث السالب المتعلق به، ومحاولة استبداله بحديث داخلي جديد متكيف ينتج سلوكا متكيفا يؤثر في تكوين بناءات معرفية جديدة لدى الفرد بدلا من القديمة، ومن ثم إحداث السلوك المرغوب، وتعميمه ومحاولة تثبيته.

6. التقنيات والإجراءات العلاجية:

1.6. التقدير السلوكي المعرفي: صمم ماكينبوم طريقة التقدير المعرفي السلوكي والتي تسمى أيضا الطريقة الوظيفية المعرفية، لتشخيص الاضطرابات النفسية.

ويشتمل التحليل الوظيفي للسلوك على فحص تفصيلي للمقدمات والنتائج البيئية (المثيرات والمعززات) في علاقتها بالاستجابات. ويتطلب ذلك تحديدا دقيقا للسلوك ونسبة تكراره في المواقف المختلفة. كما تركز هذه التقنية على الدور الذي تلعبه البنية المعرفية في السلوك. ويعتمد المعالج على طريقة تحليل المهمة التي تجزأ السلوك الكلي إلى سلوكيات ومهام فرعية يتطلب من المتعالج القيام بكل واحدة منها. وفي تقنية التقدير المعرفي السلوكي يقوم المعالج بالإجابة عن التساؤلين التاليين:

1- ما هي الجوانب التي يخفق المتعالج في أن يقولها لنفسه، والتي إذا وجدت تساعد على أداء السلوك الملائم والتكيفي؟

2- ما محتوى المعارف (والتعليمات الذاتية) التي تشوش على السلوك الملائم والتكيفي؟

وللإجابة على هذين التساؤلين يستخدم المعالج أداتين هما:

- المقابلة الإكلينيكية، (يطلب من المفحوص أن يتخيل المواقف التي تشتمل على مشكلاته الشخصية، وان يفضي بأفكاره وتخيلاته قبل وبعد وأثناء هذه الأحداث أو المشكلات) فينتج عنها أن العميل يعي ما يقوله لنفسه.

- الاختبارات النفسية وتكشف لنا عن المشاعر والانفعالات خلال هذه الخبرة ويتم ذلك في الواقع أو في المختبر ليتم مناقشتها بعد ذلك مع المعالج. (عبد الله، 2012، ص 123)

2.6. اشرط التخلص من القلق: تعتمد هذه التقنية العلاجية على اقتران المثير المنفر مع التعبير والحديث الداخلي للفرد مع نفسه، كأن يقول لنفسه "هدأ" أو "استرخي" حين يتعرض لمثير غير مستحب لمدة قليلة ثم توقف. أو وقف المثير مباشرة بعد إشارة معينة، فان هذه الإشارة ستصبح مشروطة مع التغيرات التي ستلحق وهي إيقاف المثير غير مرغوب.

ولقد أجرى ماكينبوم تجربة لإزالة الخوف المرضى من الثعابين مستخدماً الصدمات الكهربائية وذلك عن طريق تدريب المرضى بنطق اسم الثعبان يعقبه تفكير مرتبط بالخوف مثلاً "إن شكله قبيح"، وحين ينطق المريض بهذه العبارات الذاتية يتم تعريضه للصدمة الكهربائية، أما حين ينطق بعبارات المواجهة والتعامل مثل "هدأ واسترخي" يعقب هذه التعليمات الذاتية اختفاء الصدمة الكهربائية.

- 3.6. النَّمْدَجَة:** هي طريقة يحصل فيها المريض على معلومات من الشخص النموذج، ويحولها إلى صورة ومفاهيم معرفية ضمنية، وإلى حديث داخلي عنه ليعبر عنها بسلوك خارجي وهو تقليد النموذج ويعطي معلومات وأوامر لتوجيه المريض ليقوم بالعمل المطلوب.
- 4.6. الإِشْرَاطُ بِالْإِكْرَاهِ وَالتَّنْفِير:** مثل تعريض الطفل الذي يعاني من التبول الليلي إلى عقاب بصدمة كهربائية ترتبط بالسلوك مع تكرار عبارات "إن التبول غير محبب".
- 5.6. أسلوب خفض الحساسية التدريجي المنظم:** كأن يطلب المعالج من المريض أن يكتب هرما من المثيرات التي تخيفه ويسلسلها من الأدنى إلى الأعلى وبعد أن يكون المريض قد تدرب على الاسترخاء، يطلب منه تخيل المثيرات المخيفة في جو من الاسترخاء، مما يؤدي إلى إطفاء مثيرات الخوف والقلق ويصبح الفرد أكثر قدرة على التحكم في مشاعره وأفكاره المخيفة. (عبد الله، 2012، ص 124)

1. إبراهيم، زيزي السيد (2006). **العلاج المعرفي للاكتئاب**، القاهرة: دار غريب.
2. إبراهيم، عبد الستار (2011). **العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه وميادين تطبيقه**، (ط5). القاهرة: الهيئة المصرية للكتاب.
3. أبو زعيزع، عبد الله يوسف (2013)، **الاتجاهات النظرية في الإرشاد والعلاج النفسي**، (ط1)، الأردن: زمزم ناشرون وموزعون.
4. أحمد، أبو أسعد وعربييات، أحمد (2009). **نظريات الإرشاد النفسي والتربوي**، (ط1). عمان: دار المسيرة.
5. الببلاوي وعبد الحميد (دون سنة). **أساليب التوجيه والإرشاد النفسي المدرسي**، المكتبة الإلكترونية، www.guilfkids.com
6. برودا، ميشال وسينف، وولف جينج (2009). **ممارسة العلاج النفسي: الأسس النظرية للتحليل النفسي والعلاج السلوكي**، (ترجمة رضوان، سامر جميل)، غزة، فلسطين: دار الكتاب الجامعي.
7. بطرس، بطرس حافظ (2008). **المشكلات النفسية وعلاجها**، (ط1). عمان: دار المسيرة.
8. بلحسيني، وردة (2013). **التدخل السلوكي واستراتيجية التعرض (ET) في علاج القلق الاجتماعي**، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة ورقلة (الجزائر)، العدد العاشر، 71-86.
9. بومجان، نادية (2013). **الاتجاهات الرائدة في الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي**، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، جامعة بسكرة (الجزائر)، العدد (1)، 205-234.
10. بومجان، نادية (2016). **بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدى الأساتذة الجامعية المتزوجة**. رسالة دكتوراه، جامعة بسكرة: الجزائر.

11. بيك، أرون (2000). **العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية**، (ترجمة: عادل مصطفى)، القاهرة: دار الأفاق العربية.
12. حسين، طه عبد العظيم (2007). **العلاج المعرفي: مفاهيم وتطبيقات**، (ط1). الإسكندرية، مصر: دار الوفاء.
13. حسين، طه عبد العظيم وحسين، سلامة عبد العظيم (2006). **استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية**، (ط1). عمان: دار الفكر
14. الخطيب، جمال (2007). **تعديل السلوك الانساني**، (ط2). الاردن: مكتبة الفلاح.
15. الخطيب، جمال (2008). **تعديل السلوك الانساني**، (ط1). الأردن عمان: دار الفكر.
16. الخطيب، صالح أحمد (2013). **الإرشاد النفسي في المدرسة: أسسه ونظرياته وتطبيقاته**، (ط1). عمان: دار المسيرة.
17. الخواجة، عبد الفتاح (2010)، **أساليب الإرشاد النفسي**، (ط1). عمان: دار البداية.
18. دورون، رولان وبارو، فرنسواز (1997). **موسوعة علم النفس: المجلد الثاني F-P**. (تعريب: فؤاد شاهين)، (ط1). بيروت: عويدات للنشر والتوزيع.
19. رينكر، هانز (2009)، **علم النفس الإكلينيكي أشكال من الاضطرابات النفسية في سن الرشد**، (ترجمة: رضوان سامر جميل)، (ط1)، فلسطين، غزة: دار الكتاب الجامعي.
20. الزراد، فيصل محمد خير (2005). **العلاج النفسي السلوكي**، (ط1). لبنان، بيروت: دار العلم للملايين.
21. الشناوي، محمد محروس (1994). **نظريات الارشاد والعلاج النفسي**، القاهرة، مصر: دار غريب.

22. الشناوي، محمد محروس (1996). **العملية الإرشادية والعلاجية**، (ط1). القاهرة، مصر: دار غريب.
23. الظاهر، قحطان أحمد (2012)، **تعديل السلوك**، (ط3)، الأردن، عمان: دار وائل.
24. عبد العظيم، حمدي عبد الله (2013). **برامج تعديل السلوك وطرق تصميمها**، (ط1)، مصر، الجيزة: مكتبة أولاد الشيخ للتراث.
25. عبد اللطيف، أبو أسعد أحمد (2009). **المهارات الإرشادية**. (ط1). عمان: دار المسيرة.
26. عبد الله، محمد عادل (2000). **العلاج المعرفي السلوكي**، أسس وتطبيقات، مصر: دار الرشد.
27. العزة، سعيد حسني وعبد الهادي، جودت عزة (1999). **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**، (ط1). عمان، الأردن: دار الثقافة.
28. فايد، حسين (2006)، **العلاج النفسي أصوله تطبيقاته أخلاقياته**، (ط1)، القاهرة: مؤسسة طيبة
29. فرغلي، علاء الدين بدوي (2008). **مهارات العلاج المعرفي السلوكي**، (ط2). مكتبة النهضة المصرية.
30. الفسفوس، عدنان أحمد (2006). **أساليب تعديل السلوك الإنساني**، موجودة على الرابط:
- [https:// pulpit.alwanvoice.com/content/print/51851.html](https://pulpit.alwanvoice.com/content/print/51851.html) 27/03/2018
31. كوري، جيرالد (2013). **النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي**، (ترجمة: الخفش، سامح وديع)، (ط2). عمان: دار الفكر.
32. مليكه، لويس كامل (1990). **العلاج السلوكي وتعديل السلوك**، الكويت: دار القلم.
33. موسى، رشاد علي عبد العزيز والدسوقي، مديحة منصور (2013). **علم النفس العلاجي**، (ط1). القاهرة: عالم الكتب.

34. ميلتبرجر، ريموند. (2014). **تعديل السلوك-المبادئ والإجراءات**، (ترجمة:

الزباد، فيصل محمد خير وسعد مراد علي عيسى) (ط1). عمان: دار الفكر.

35. هوفمان إس جي (2015). **العلاج المعرفي السلوكي المعاصر**، (ترجمة:

عيسى مراد علي) (ط1). الجزائر: الدار الجزائرية.

36. Bloch,j . chemama,r . gallo, a . Leconte , p . le NY, j-f . Postel, j .

Moscovici, s. reuclin ,m . et vurpillot,e.(1994). **Grand dictionnaire de la psychologie** .la rousse.

37. <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr//la-technique-d-exposition.html>.