



محاضرات في علم النفس الإكلينيكي (ب)

إعداد

د. حسين أبوالمجد

فهرس الموضوعات

الصفحات	الموضوع
١٦ - ٧	الفصل الأول (تعريف العلاج النفسي)
٣٠ - ١٧	الفصل الثاني (فن ومهارات المقابلة النفسية)
٦٩ - ٣١	الفصل الثالث (العلاج السلوكي)
٩٥ - ٧٠	الفصل الرابع (العلاج المعرفي)
١٢٠ - ٩٦	الفصل الخامس (العلاج المعرفي السلوكي)
١٣٣ - ١٢١	الفصل السادس (العلاج الجدلي السلوكي)
١٥١ - ١٣٤	الفصل السابع (العلاج النفسي التحليلي)
١٦٦ - ١٥٢	الفصل الثامن (العلاج النفسي الأسري)
١٨٤ - ١٦٧	الفصل التاسع (العلاج النفسي الزوجي)
١٩٤ - ١٨٥	الفصل العاشر (العلاج النفسي البينشخصي)
١٩٥	المراجع

الفصل الأول

تعريف العلاج النفسي

الفصل الأول (تعريف العلاج النفسي)

تعريف العلاج النفسي

يمكن أن نقول أن مفهوم العلاج النفسي من المفاهيم الصعبة حيث أن الأراء كانت وما زالت واسعة الاختلاف بدءًا من تعريف قاموس دور لاند الطبي للعلاج النفسي علي أنه "علاج المشاكل العاطفية والعقلية" وهذا التعريف بالطبع تعريف واسع غير محدد وهو شامل لجميع طرق العلاج ووسائله مثل السحر والتعاويذ والجراحة والعلاج بالنباتات وبالأدوية المختلفة، وليس هذا غريبًا إذا عرفنا في الأربعينيات من القرن الماضي عقد علماء النفس الأمريكيون مؤتمرًا استخلصوا بعده النتيجة الآتية :

"العلاج النفسي تكنيك غير محدد يستخدم في علاج مشاكل غير محددة ونتيجته لا يمكن التنبؤ بها" وهذا يعني أن تعريف العلاج النفسي قد اكتنفه الغموض في أوله.

ويعرفه محمد شعلان فيقول "العلاج النفسي هو إحداث تغييرات نفسية في المريض بواسطة وسائل نفسية، ويكون العنصر المعالج هنا هو علاقة الطبيب بالمريض التي قد تعكس أنماط العلاقات مع الآخرين مما يساعد الطبيب علي إحداث تغييرات في هذه الأنماط"

أما فريدمان وكابلان وسادوك فقد عرفوا العلاج النفسي علي أنه "توع من العلاج للأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية ينشئ فيه شخص مدرب عقدًا مهنيًا مع مريض، ومن خلال اتصال علاجي محدد (لفظي أو غير لفظي) يحاول هذا المعالج أن يخفف من اضطرابات المريض العاطفية ويغير أنماط سلوكية سيئة التكيف، ويشجع نمو شخصيته وتطورها، وهو يختلف عن صور العلاج الطبي النفسي مثل استخدام العقاقير والجراحة والصدمات الكهربائية وغيبوبة الأنسولين".

وفي مجمل القول فإن العلاج النفسي "هو وسيلة لمعرفة أسباب الصراع والاضطراب عند الفرد، عن طريق فحص أفكاره وانفعالاته السلبية وسلوكه المرضي، ثم محاولة تغييره وتلخيصه من الإدراك الخاطئ لنفسه وللآخرين، وتقوية ثقته بنفسه ليصبح أكثر قدرة علي التكيف مع نفسه ومع المجتمع، والقدرة علي علاج المشكلات والإنتاج والإبداع وأن يكون أكثر وعياً واتزاناً، وذلك بالطبع في حدود قدراته الشخصية وبالدرجة والنوعية التي يختارها هو بنفسه".

أهداف العلاج النفسي

توجه أساليب العلاج النفسي علي اختلافها للمريض للتمتع بالتكيف الشخصي الملائم وقد يتطلب ذلك تعزى دفاعات ذاته الوسطي الموجودة ego، أو يتطلب إعادة بناء أجزاء في شخصيته، تتوقف هذه الأهداف المحددة علي حاجات المريض وعلي التسهيلات العلاجية المتوافرة .

إن العلاج النفسي معروف منذ القدم فقد عرفوه الأجداد القدماء دون أن يطلقوا عليه هذا الاسم. وفي الوقت الحاضر الصديق الذي يرشد صديقه أو الشخص الذي يهدأ من روع طفل فزع، يمارسان بصورة من الصور ومعني من معاني العلاج النفسي.

إن كلاهما يحاول أن يعيد التوازن الانفعالي في شخص آخر. حتي هذا الذوق العام أو أساليب الحياة اليومية فإنه قائم علي أساس فهم طبيعة الاضطراب ولو أنه فهم حدسي وليس فهماً علمياً، والحديث مع شخص آخر عن مشكلة حادة قائم علي أساس تلك المعرفة الفطرية المعروفة باسم التصريف الانفعالي وآثرها العلاجي أو الشفائي.

إن الشخص المتألم أو المضطرب يحتاج إلى التعضيد الانفعالي الذي تمنحه إياه عن طريق السماح له بالاعتماد علينا والاستناد إلينا. ولأننا نعلم علمًا حدسيًا بأن

الشخص الذي يغمره التهديد والخوف من موقف خطير لا يستطيع أن يستخدم ملكاته الاستدلالية بكفاءة، فإننا نهدي من روعه بإعطائه تعضيدنا. وعندما نناقش معه الموقف موضوعياً فإننا نعيه التعاطف والاهتمام. وبهذا فإننا نكون قد مارسنا مزيجاً من العلاج التعضيدي والتبصيري .

إن العلاج النفسي المنهجي ما هو إلا تطبيق منظم وواعٍ لتلك المناهج التي نؤثر نحن بها علي غيرنا من الناس في حياتنا اليومية. والفرق الرئيسي بينهما هو استبدال المعرفة الحدسية بالمبادئ السائدة المستقرة الخاصة بالديناميات السيكلوجية أي بالعمليات السيكلوجية. وقد يتم العلاج النفسي للمرضي المضطربين جداً داخل المستشفيات. أما الغالبية العظمى من المرضى الذين يعانون من العصاب النفسي كالهستيريا والاكتئاب والقلق والوسواس والفوبيا وكذلك مرضي الإدمان والأحداث والمجرمين تتم رعايتهم خارج جدران المستشفيات.

بصورة عامة يسعى العلاج النفسي إلى نمو الشخصية وسيرها نحو النضج والكفاءة وتحقيق الذات ويتحقق ذلك غالباً عن طريق المرور بالعمليات الآتية:

- ١-زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه.
- ٢-حل أو تصفية الصراعات التي تسبب عجزه.
- ٣-زيادة قبول الفرد لذاته.
- ٤-توفير أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشاكل .
- ٥-تقوية عامة للذات وبنائها عن طريق الملاءمة والشعور بالأمان.

ولكن بالطبع هذه الأهداف ليست سهلة التحقيق ذلك لأن منظور الشخص للبيئة ولذاته يصبح مضطرباً نتيجة لخبرات طويلة جداً، كعلاقته عندما كان طفلاً بأبويه هذه الخبرات التي امتدت سنوات كثيرة. وفي حالات أخرى تكون بيئة الفرد محاطة بمواقف مزعجه في العمل أو التوظيف أو الزواج بدرجه تجعل من الصعب تحقيق

التكيف السعيد حتى مع وجود أمهر المعالجين النفسيين، ولا ينبغي أن نتوقع أنه بمجرد أن يصل المعالج النفسي وفي بضع ساعات يقضيها في مقابلة المريض يذيل كل التاريخ الماضي للمريض، ويجعله قادراً علي مواجهة مواقف الحياة الصعبة بملائمة وكفائه وبأسلوب جيد، بل لا ينبغي أن نتوقع أن كل علاج سيكولوجي لابد وأن ينجح.

وعلي كل حال هناك بعض العوامل التي تساعد المعالج النفسي في بلوغ هدفه، من ذلك وجود دافع داخلي عند المريض نحو التكامل ونحو التمتع بالصحة الجسمية والنفسية وأن معظم المرضى النفسيين يشعرون بالقلق وبالتعاسة وبهبوط الهمة ولكنهم شغوفون للتعاون في أي برنامج يؤدي إلى تحسين تكيفهم الشخصي. ومن هذه العوامل أيضاً تلك العلاقة العلاجية الفريدة التي تتصف بالدفء والود والتي تقوم بين المعالج والمريض. علاقة الصداقة والتسامح هذه تساعد المريض علي اكتشاف صراعاته العميقة ومشاكله الصعبة دون أن يخاف من الرقيب أو من الانتقام أو الثأر أو من النقد أو من العقاب .

الخطوات العلاجية المشتركة أثناء ممارسة معظم أنواع العلاج النفسي

١- عملية تكوين العلاقة العلاجية:

ويتضمن هذا إعداد حجرة العلاج أو مكتب المعالج بحيث يكون هادئاً ومناسباً لإجراء المقابلة أو المناقشة. وينبغي أن يعتنق المعالج إتجاهاً ودياً فيه قبول وتسامح للمريض وآرائه، من شأن هذا أن ينمي الشعور بالثقة في المريض، وبذلك يشعر بالأمان أمام الإفصاح عن مشاكله الحقيقية. وعلي المعالج أن يخطط أو يبني الموقف العلاجي بمعنى أن يحدد الوقت والتكاليف والمسئوليات وما إلى ذلك. وعلي العموم يجلس المريض إلى وجهاً لوجه ويدير المعالج المناقشة أو المقابلة. وفي بعض الأحيان يجلس المريض إلى جانب الطبيب وليس في مواجهته، وقد يجلس المريض بعيداً عن الطبيب.

٢- عملية التنفيس والتفريغ

في الجو التسامحي يستطيع أن يستدعي المريض مشاكله، ويعبر عن عداوته ومخاوفه وذنوبه وغير ذلك من الانفعالات. وعندما يتحدث عن هذه الانفعالات التي لم يكن يعرفها كليه من قبل فإنها تطفو علي السطح (من خلال الإفصاح) وهذا يسمى التصريف أو التنفيس أو الفضفضة، وكذلك التعبير اللفظي أساسي في فعاليات العلاج النفسي ويمهد الطريق نحو تحقيق التكيف السليم. وللمساعدة في عملية الكشف عن الصراعات الانفعالية ولإطلاق سراح التوترات هناك عدة أساليب تستخدم منها أسئلة والتداعي الحر والتنويم الطبي .. إلخ.

٣- عملية التفسير والتبصير

ما أن تصبح صراعات المريض الانفعالية مكشوفة في العلن ويستطيع أن يراها كما هي بالفعل فإنه تلقائيا يكتشف قدرًا كبيرًا من الفهم في دوافعه وسلوكه، فأول وهلة يدرك مثلًا أن مستوى طموحه عال علوًا غير منطقي وهذا يجعله يشعر دائمًا بعدم الموائمة وبالنقص. هذا الفهم أو الاستبصار ربما يصاحبه تفسيرات من قبل المعالج وتقديم لبعض الأسس الصالحة للعمل الفعلي. أنه فقط عن طريق حل مشاكله يستطيع أن يحسن من أساليبه في التكيف.

٤ - عملية التغيير وإعادة التعلم الانفعالي

من العمليات التي تساعد في شفاء المريض إعادة تعلمه انفعاليا. وتقتضي هذه العملية إزالة تلك العادات الانفعالية الخاطئة التي تعلمها المريض وتعليمه عادات أخرى إيجابية، واعتناق أساليب وتقنيات جديدة للتعامل مع مشاكله، ولكن إعادة التعلم عملية طويلة وشاقة، وقد تبدأ بتعلم عادات بسيطة كتعلم الفرد التعبير عن عداوته أو عدوانه بأسلوب مقبول اجتماعيا وذلك أفضل من حبس العدوان في الداخل، لأن الكبت يولد الانفجار ومن شأن هذا التعلم الجديد أن يؤدي إلى مزيد من الشعور بالثقة بالنفس.

٥ - عملية التوقف وإنهاء العلاج:

عندما يحل المريض صراعاته ويحقق مزيداً من التكيف الشخصي الفعال عندئذ يصبح على العلاج النفسي أن يتوقف ويصبح هذا التوقف سهلاً إذا كان المريض يشعر بالثقة بنفسه، وأنه يستطيع أن يسير بمفرده، ولكن المهم أن يترك الباب مفتوحاً للمريض لكي يعود للمعالج متى يشاء.

وهكذا نرى أن عملية العلاج مهما اختلفت اتجاهاتها تتضمن خلق موقف علاجي، وإتاحة الفرصة لإخراج الطاقات الانفعالية وإطلاقها واستبصار المواد غير المكتشفة في لا شعور الفرد واتخاذ خطوات إيجابية للإصلاح الانفعالي ولكسر العادات القديمة ووضع محلها أنماط إيجابية من الاستجابات.

ويمكن أن يحدث هذا التفرغ أي التصريف الانفعالي وكذلك الخبرات التصحيحية أو التعليمية خلال جلسات العلاج النفسي وقد يحضر المريض جلسة واحدة مدتها ساعة في اليوم لمدة خمسة أيام في الأسبوع كما يحدث في التحليل النفسي أو يحضر مرة واحدة كما هو العلاج الجماعي وفي بعض الحالات يكون الشفاء صعباً ولذلك يتم ببطء شديد ويحتاج لجهد جهيد، ولذلك يمر بخطوات صغيرة وبطيئة، وفي حالات أخرى يتم التقدم نحو الشفاء بسرعة معقولة.

طرق وأبعاد العلاج النفسي

تتعدد طرق العلاج النفسي وتتعدد أبعاده حسب تعدد مدارسه، ومهما تعددت أبعاد العلاج النفسي، ومهما اختلفت طرقه، فإنها جميعاً تتكامل وتسعى إلى تحقيق أهداف العلاج النفسي، والفرق بينهما جميعاً هو فرق في الدرجة وليس في النوع .

تصنيف أهم أنواع العلاجات النفسية

هناك أكثر من ٤٠٠ نوع من العلاجات النفسية، وقد أجريت دراسات كثيرة لمعرفة أكثرها انتشارا فكانت النتائج أن أكثر العلاجات النفسية استخداما هي: العلاج المعرفي السلوكي (٤٩%) العلاج التحليلي والدينامي (٢٨%) العلاج الأسري والزواجي والجماعي (١٩%) العلاج النفسي الإنساني (١١%) العلاج السلوكي (٩%).

يوجد عدة تقسيمات للعلاجات النفسية معتمدة على:

- ١- حسب الإطار الذي يتم فيه: العلاج الفردي، والعلاج الجماعي، والعلاج الزوجي والعلاج الأسري.
- ٢- حسب المستوى الذي يصل إليه: العلاج النفسي السطحي، والعلاج النفسي العميق.
- ٣- حسب المدرسة المتبعة: تحليلي (المدرسة التحليلية)، سلوكي (المدرسة السلوكية).
- ٤- ولكن أكثرهم سهولة وقبولاً هي تلك التي تعتمد على الهدف من نوعية العلاج النفسي. وهي تتلخص في ستة مجموعات هي:

أولاً: علاجات نفسية لتخفيف التوتر وطمأنة المريض

- العلاج النفسي التدعيمي.

ثانياً: علاجات نفسية لاستعادة القدرة على التكيف

- العلاج النفسي لحل المشاكل.

- العلاج النفسي بالمشاورة.

- التدخل لعلاج الأزمة.

ثالثا: علاجات نفسية لاستعادة الشفاء والمحافظة علي الوظائف النفسية

- العلاج السلوكي.
- العلاج المعرفي السلوكي.
- العلاج الجدلي السلوكي .
- العلاج النفسي الإنساني.
- العلاج الوجودي.
- العلاج بالمعني.
- العلاج التمرکز حول العميل.
- العلاج الجشطالتي.
- العلاج النفسي المختصر.
- علاج نفسي مختصر موجه.
- علاج نفسي محدود.
- علاج نفسي قصير.
- علاج استفزاري قصير.
- علاج النفسي البيئشخصي.

رابعا: علاجات نفسية لإعادة البناء

- العلاج النفسي التحليلي.
- العلاج النفسي الدينامي.
- التحليل النفسي الدينامي.
- التحليل النفسي الحديث.
- التحليل التفاعلي.
- العلاج النفسي العبر شخصي.

- تكنيك الهولوتريك .

- العلاج بالتأمل .

- اليوجا .

خامسا: علاجات نفسية تجمع أكثر من مريض

- العلاج النفسي الجماعي .

- العلاج النفسي بالتمثيل المسرحي .

- العلاج النفسي الزوجي .

- العلاج النفسي الأسري .

سادسا: علاجات نفسية أخرى

- العلاج النفسي باللعب .

- العلاج النفسي بالفن - بالموسيقى - بالرسم - بالنحت - بالقراءة .

- العلاج النفسي بالعمل

- العلاج النفسي الديني

- العلاج بالتنويم الطبي

- العلاج بالإعادة الحيوية

- العلاج بالطاقة الحيوية

- العلاج النفسي الذاتي

- المعالجة اليدوية

الفصل الثاني

فن ومهارات المقابلة (الجلسة) النفسية

الفصل الثاني (فن ومهارات المقابلة النفسية)

تعتبر المقابلة النفسية هي الوسيلة الأساسية في الفحص والتشخيص والعلاج وهي علاقة مهنية بين المعالج والمريض فهي نوع من المحادثة التي تتم بينهما من أجل الحصول علي معلومات عن سلوك المريض ومشكلاته واضطراباته والعمل علي حلها والإسهام في تحقيق التوافق الشخصي لها.

فهي علاقة اجتماعية مهنية دينامية وجهًا لوجه بين المعالج والمريض في جو يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين يتخللها تفاعل اجتماعي هادف وتبادل للمعلومات والخبرات والمشاعر والاتجاهات، وهي نشاط مهني هادف وليست محادثة عادية"

والمقابلة العلاجية أو الإرشادية عبارة عن علاقة مهنية بين المعالج والمريض تتم في مكان معين، وبموعد محدد، ولمدة زمنية محددة، وذلك من أجل تحقيق أهداف تمثل المقابلة العنصر الرئيسي في العملية العلاجية وهي عمل منظم له استراتيجيات وفنًا ولا يتم إجراؤها بطريقه عفوية، وتشتمل المقابلة علي بعض العمليات منها الوصف والتشخيص والعلاج في أن واحد، ولا يتم التعامل مع المشكلات من خلال مقابلة واحدة وإنما يحتاج المعالج أكثر من مقابلة مع المريض ومع ذوي العلاقة بحالة المريض، وللمقابلة الأولى أهمية كبيرة حيث تتكون منها بناء الألفة مع المريض بما يشجعه علي الاستمرار في الجلسات العلاجية، التهيئة للمقابلة عامل من عوامل النجاح فيها، وتبدأ منذ استقبال المعالج للمريض إلى أن تنتهي المقابلة بتوديعه، تبدأ المقابلة حيث يراعي فيه السرية والخصوصية بمعنى أن يكون باب الغرفة مغلقًا، يفضل أن يجلسا أمام المكتب، المسافة بينهما تتراوح من متر إلى متر ونصف، وتتركز نظره المعالج إلى دائرة الوجه، والتي تتضمن العينين والوجنتين والفم، كل عضو من هذه الأعضاء يتحدث، وهل هناك لغة أبلغ من لغة العينين، وما يعنيه انفراج أسارير الوجه وانقباضها أو حركه الشفتين، وما تمثله حركه الجسم من مدلولات فضلًا عن انتقاء

الكلمات المناسبة أثناء المقابلة، الترحيب بالمريض يعبر عن القيم الإنسانية للمعالج، ويبدأ الترحيب بالبسم عند باب المكتب إلى أن يجلس المريض.

أنواع وفنيات المقابلات العلاجية

يتوقف نجاح المقابلة علي كيفية استخدام المعالج النفسي للفنيات الخاصة بتلك المقابلة والتي تساعد كثيرا في تنفيذ الإستراتيجية العلاجية التي تصل بالمريض إلى تعديل سلوكه نحو الأفضل، وهناك أنواع كثيرة من فنيات المقابلة العلاجية منها:

أولاً: فنيات الفعل

١ - فنية التساؤل:

تعتبر فنية التساؤل الوسيلة الأساسية لاكتشاف المجهول فيما يختص بحالة المريض من جميع جوانبها، حيث أنها تنفيذ في الحصول علي المعلومات الأزمة عنه، وفي تشجيعه علي التغيير عن نفس وفي مساعدته علي اختبار مشاعره وأفكاره، ولتنفيذ فنية التساؤل علي المعالج أن يهتم في تنمية التواصل بينه وبين المريض وبين المريض ونفسه، وبين المريض والآخرين .

٢ - فنية المواجهة:

تعتبر فنية المواجهة وسيلة فعالة يستخدمها المعالج في كشف التناقضات بين ما يقوله المريض وما يفعله، مما يجعله أكثر استبصارا لما بداخله فيعكسه علي سلوكه الخارجي ويفضل أن تستخدم هذه الفنية في نهاية مرحلة بناء الألفة عند المريض وتصبح هناك علاقة إنسانية مهنية وثيقة بينهما .

ثانيا: فنيات رد الفعل:

١- فنية الإنصات:

وهي الأداة الرئيسة التي يستخدمها المعالج النفسي لفهم المريض بعمق أكثر، كما أنها تحقق الشعور بالرضاء والسعادة لديه للإحساس بمدى تقبل المريض له ولفنية الإنصات أهداف هامة مثل: فهم المعالج لكيفية ممارسة المريض للحيل الدفاعية في ظل نظام القيم الذي يؤمن به.

٢- فنية إعادة العبارات:

تتميز فنية إعادة العبارات بتكرار المضمون الأساسي لتواصل المريض اللفظي مع المعالج متضمن المعنى الكلي لعباراته وإن لم يكن متضمنة نفس الكلمات التي احتوتها تلك العبارات، ومن ثم تعتبر بمثابة صدى لكل ما يقوله المريض، مما يشجعه علي الاستمرار في الكلام والاسترسال فيه.

٣- فنية الإيضاح:

تعتبر فنية الإيضاح بمثابة تغذية رجعية مباشرة من جانب المعالج للمريض لتوضيح بعض النقاط التي قد تكون غامضة وغير مفهومة في المناقشة التي تدور بينهما خلال المقابلة العلاجية وتهدف فنية الإيضاح إلى تدعيم الاستجابة التلقائية إذا حدث أي توتر في التواصل بينهما عندما لا يفهم احدهما ما يقوله الآخر، وعندما يعجز الطرفان عن فهم ما يدور في المناقشة بينهما.

ثالثا: فنيات التفاعل

١- فنية التفسير:

يستخدم المعالج النفسي فنية التقدير في الجلسات العلاجية بعد أن يثق فيه المريض ويطمئن إليه مما يساعده علي فهم وإدراك أي مشاعر قد تكون غائرة في

أعماقه، أو أي مفاهيم قد تكون غامضة عليه، وأي أسلوب قد لا يكون له مبرر كما أنها تساعد المريض علي رؤية الأسلوب الذي يستخدم حيله الدفاعية أو التعرف علي الأعراض التي تدل علي سلوكه غير السوي كما أن استخدام هذه الفنية يفيد في بناء المرجع الذاتي للمريض مما يؤثر علي استجاباته للمعالج مثلما تستخدم في تحليل التداعي الحر والأحلام، حيث أنها تعتبر الدعامة الأساسية في فنيات الاتجاه النفسي التحليلي.

٢- فنية الإيحاء:

تكمن أهمية فنية الإيحاء في مساعدة المريض علي الارتقاء بأفكاره وارتداد المجهول في نفسه، مما يوضح رؤيته لها وتنقيتها من شوائبها وازدياد واستبصاره الداخلي بأعماقها، فيفكر تبعاً لذلك بعقلانيه متحررة فيما يتعلق بحالته.

٣- فنية التغذية الراجعة:

تكمن أهمية هذه الفنية في كونها استجابة فورية من المعالج للمريض، حيث يركز المعالج علي كل ما يقوله المريض ويدعم ما يصدر عنه من إيجابيات ويطفئ سلوكه غير المرغوب فيه بالإضافة إلى إشباع رغبته في معرفة رد فعل سلوكه.

رابعاً: فنيات المسؤولية

١- فنية الممارسة التدريبية:

ويقوم بها المعالج النفسي المدرب، وتتضمن هذه الفنية مسؤوليته في كل ما يلقنه للمريض من معلومات هامة أثناء الجلسات ومسؤوليته في تقديم الأنشطة العلاجية المختلفة، بما يساعد في عملية الشفاء والتغيير نحو الإيجابيات وبما يحقق الأهداف المرجوة من العلاج النفسي.

مهارات مقابلة المريض أثناء الجلسة النفسية

- ١- تحية المريض باسمه.
- ٢- التحدث مع المريض وهو جالس.
- ٣- الجلوس في نفس مستوى المريض.
- ٤- النظر إلى المريض أثناء حديثه مع تلامس الأعين.
- ٥- الاستماع والإنصات أثناء حديث المريض.
- ٦- عدم الانشغال مع أي شخص آخر.
- ٧- عدم مقاطعة المريض أثناء كلامه سواء بالتحدث مع آخر أو الكتابة أو التليفون.
- ٨- عدم الاستهزاء أو الضحك على المريض مهما كان كلامه ومرضه.
- ٩- عدم الإكثار من كتابه ملاحظات أثناء كلام المريض.
- ١٠- عدم إظهار الغضب أو العدوانية تجاه المريض.

تجنب الأتي أثناء المقابلة:

- ١- استخدام المعالج ألفاظ وتعابير علمية أو صعبة.
- ٢- السلوك المخالف أو الفاضح وتحديد المعايير الأخلاقية المطلوبة.
- ٣- استمرار المقابلة في حالة تهيج المريض.

الغرض من المقابلة النفسية:

- ١- الحصول على معلومات لا يمكن الحصول عليها عن طريق الوسائل الأخرى.
- ٢- التعرف على أفكار ومشاعر المريض.
- ٣- تكوين علاقة بين المعالج والمريض يسودها الألفة والاحترام والثقة.
- ٤- إتاحة الفرصة للمريض للتفكير بصوت عال في حضور مستمع جيد مما يمكنه من التعبير عن نفسه بحرية.
- ٥- إتاحة الفرصة للتنفيس الانفعالي في جو نفسي آمن.

أنواع العلاقات بين المعالج والمريض

١ - علاقة ايجابي وسلبي:

حيث أن المريض في هذا النموذج سلبي وليس له دور فعال في العلاج ولا أي مسؤولية. مثال: المرضى الفاقدين للوعي أو غير القادرين علي الحركة.

٢ - علاقة المدرس والتلميذ:

المعالج يقوم بدور الوالد المسيطر والمريض يقوم بدور الاعتمادي، لذا يقبل ما يتلقنه من المعالج. مثال: مرحلة النقاءة بعد العمليات الجراحية.

٣ - علاقة مشاركة بالتبادل:

لكل من المعالج والمريض دور ايجابي ونشط وكل منهم يعتمد علي الآخر من أجل إنجاح الخطة العلاجية. مثال: الأمراض المزمنة كالسكر والفشل الكلوي.

٤ - علاقة الصداقة:

يجب أن تكون خاضعة لأخلاقيات المهنة وان يسودها الاحترام والمودة والألفة، وأن تكون مجردة من أي أهداف شخصية يريدها المعالج، مثال: المرضى النفسيين.

مواصفات المقابلة العلاجية

١ - إنها ظاهرة إنسانية:

تستلزم الحضور الشخصي ولا يمكن أن تتم بواسطة المكالمة الهاتفية أو المراسلة، فوجود المريض إلى جانب المعالج وفي مواجهته يعطي للمقابلة وجهها إنسانيا، لها أثرها الفعال في نفس المريض، فضلاً عن العلاقات الودية التي تخلقها المقابلة، فهذه المقابلة تخلق نوعاً من الألفة والشعور بالاطمئنان.

٢- أن تكون محددة بمكان معين:

أعد خصيصًا للعلاج النفسي فمن غير المستحب أن تتم حينما اتفق في محل تجاري، أو علي قارعة الطريق أو مطعم فالمكان هيئته فضلا عن كونه مخزنا لأسرار المريض، يقصده حينما يشعر بالتوتر والقلق، ويترك في نفسه أثرا، وللمكان تأثيره على الأمزجة والمشاعر، بالإضافة لتعويد المريض علي الالتزام بالحضور.

٣- لا يجب أن تحدث المقابلة بالصدفة:

وإلا فقدت قيمتها، لذلك يجب أن تحدد بموعد يتفق عليه من قبل الطرفين، ويفضل أن يكون هذا الزمان مناسباً للطرفين (المعالج والمريض). بحيث لا يشعر أي منهما بأنه محرج تجاه الآخر، أو أنه في وضع لا يسمح به الإصغاء أو الكلام، وفي هذه الحالة تفقد المقابلة أيضا الغاية التي وجدت من أجلها، كما يجب الاتفاق علي تكلفة الجلسات مع مراعاة إمكانيات المريض.

٤- ليس هناك مقابلة من دون هدف:

وهي ليست لمجرد الثثرة أو التداول في أمور خارجة عن نطاق العلاج بعضهم يطلب المقابلة لحل مشكلة، والبعض الآخر اضطراب نفسي أو سلبيات في شخصيته، أو لعدم قدرته علي التكيف أو لإجراء اختبارات الشخصية والمقاييس النفسية أو تحليل الاختبارات وما إلى ذلك.

كل مقابلة نفسية تشمل أربعة أبعاد وهي :

- ١- خلق مودة وثقة .
- ٢- التقييم النفسي للمريض.
- ٣- استخدام فنيات ومهارات معينة.
- ٤- التشخيص.

مكونات المقابلة النفسية:

١ - بداية المقابلة

٢ - محتوى وإجراءات المقابلة.

٣ - إنهاء المقابلة

أولاً: بداية المقابلة

من حق المريض معرفة هوية الأشخاص الذين يجرون معه المقابلة (طبيب نفسي - أخصائي اجتماعي - أخصائي نفسي - طالب بكلية الطب).

- يبدأ المعالج ببداية الحديث (أسئلة مباشرة) ما السبب الذي جعلك تحضر إلى هنا؟ بعد الإجابة نسأل عما إذا كان هناك مشاكل أو شكاوي أخرى.

- أسئلة غير مباشرة (عليك أن تبدأ الحديث بالطريقة التي تراها).

إذا كان محول من طبيب آخر نخبره بمعرفة موجز عن مشكلتك من الطبيب الذي نصحك بالحضور إلى ولكن أفضل أن تعرض لي الشكوى بنفسك، وإذا كان المريض مقاوم أو ممتنع عن الكلام يقوم المعالج بطريقة لطيفة بتشجيع المريض ليعبر عن مشاعره تجاه المقابلة، أو نخبر المريض بالآتي، اعرف أنه من الصعب عليك التحدث مع الطبيب لأن هذا النوع من التعامل جديد عليك، ولكني أتمنى أن يكون هناك استجابة وارتياح لديك أثناء الحديث . وعلي المعالج سؤال المريض لماذا حضرت الآن وليس من بداية المرض.

ثانياً: محتوى وإجراءات المقابلة

محتوى المقابلة

- المحادثة التي دارت والمواضيع التي أثرت بين المعالج والمريض.

إجراءات المقابلة

- التواصل غير اللفظي بين المعالج والمريض.
- المواقف التي حدثت بطريقة غير مباشرة والتي تشمل المشاعر وردود الفعل المباشرة والغير مباشرة مثل استعمال لغة الجسد كالبكاء، أو هروب المريض من الموضوع الرئيسي وذلك بالحديث في مواضيع فرعية.

التدريب على إجراءات المقابلة:

ليست المقابلة عملية سهلة، ولكنها تحتاج إلى تدريب ومران حتى يمكن القيام بها بنجاح، وبحيث توجه نحو تحقيق الهدف المرغوب فيه. ولقد اقترح مور وغيره من العلماء بعض القواعد التي ينبغي إتباعها في المقابلة منها ما يلي:

- ١- تحديد الحقائق والمعلومات والأهداف المراد الحصول عليها من المقابلة.
- ٢- معرفة بعض المعلومات الضرورية عن المريض قبل القيام بالمقابلة وذلك عن طريق المصادر الأخرى مثل التقارير والشهادات الطبية.
- ٣- يجب أن يكون موعد ومكان المقابلة محددين ومعروفين بالنسبة للمريض.
- ٤- القدرة على فهم الأمور من وجهة نظر المريض.
- ٥- ينبغي البعد عن العوامل الذاتية كالتعصب أو الآراء أو الأهواء الشخصية.
- ٦- ينبغي اكتساب ثقة المريض حتى يتعاون مع المعالج ويتحدث عن أسراره.
- ٧- يجب إقامة علاقة ودية بين المعالج والمريض.
- ٨- ينبغي أن يستفيد المريض من المقابلة وذلك عن طريق إسداء النصح والإرشاد إليه حتى يشعر المريض بقيمة المقابلة.
- ٩- يجب أن تبدأ المقابلة بمقدمة تتناول موضوع شيق وسهل يساعد المريض على الاستعداد للكلام، وأن يألف جو المقابلة.
- ١٠- يجب أن يصغي المعالج إصغاءًا تامًا للمريض أثناء المقابلة، كما لا ينبغي أن يتعجله بل يجب تخصيص الوقت الكافي اللازم للمقابلة لكل مريض.

١١- لا ينبغي ضياع الوقت بدون فائدة، ولذلك يمكن للمعالج أن يعيد توجيه الحديث نحو الموضوعات المطلوبة. وعلى كل حال إجراء المقابلة يعد فناً من الفنون المهنية التي يتقنها المعالج بالممارسة والخبرة الطويلة.

أنواع المقابلة من حيث طبيعة الأسئلة أثناء الجلسة

أولاً: المقابلة غير المنظمة

المقابلة غير المنظمة هي التي تسير على غير أساس موضوع ولذلك فهي أقل أنواع المقابلات استخداماً. ليست هناك موضوعات معينة يطلب من المعالج جمع بيانات عنها، وإنما تترك له الحرية لجمع أية بيانات وعلى ذلك فالأسئلة عشوائية وارتجالية وغير مرتبة .

ثانياً: المقابلة المنظمة

ويقوم بإجراء هذا النوع من المقابلة أخصائيو معالجون ومدربون تدريباً عالياً، كما أنها تسير وفقاً لتخطيط منظم ودقيق، يتضمن أهداف المقابلة مرنة وقابلة للتكيف مع المريض.

ثالثاً: المقابلة المقننة

إن علماء النفس حاولوا تحسين المقابلة وذلك بتوخي الموضوعية والدقة والنظام في أدائها، ولذلك ابتكروا طريقة المقابلة المقننة التي تحتوي على أسئلة محددة معدة من قبل إعداداً دقيقاً والتي على المعالج أن يوجهها إلى المريض بطريقة واحدة، وواضح أنها لا تحتاج لتطبيقها مثل ما تحتاجه المقابلة المنظمة من تدريب وخبرة، ولكنها تمتاز عنها بإمكان جمع البيانات عن جميع المجالات المراد بياناتها دون إغفال أي منها، ومن بين مزايا هذه الطريقة توحيد الإجراءات ويؤدي ذلك إلى سهولة تشخيص الأمراض.

ومن الانتقادات التي توجه إلى المقابلة المقننة جمودها وكثرة تعليمها وحرمان المريض من الحرية في التعبير عن نفسه وعدم منح المعالج الحرية في جمع ما قد يظهر له من معلومات هامة. كذلك قد تحول المقابلة المقننة دون إقامة علاقات ودية وإيجابية مع المريض.

مهارات تستخدم أثناء المقابلة:

١ - الأسئلة المفتوحة والأسئلة المغلقة:

يفضل الأسئلة المفتوحة لأن الأسئلة المغلقة تحد من حرية المريض في كلامه وتجعله لا يسرد مشكلته إلا في إطار الأسئلة الموجهة إليه. مثال: سؤال مفتوح: هل من الممكن أن تخبرني أكثر عن ذلك؟ سؤال مغلق: هل حدث ذلك؟ فتكون الإجابة بنعم أو لا. يستخدم السؤال المغلق لمعرفة شدة وتكرار ومدة العرض .

٢ - الإعادة:

يكرر المعالج بطريقة مشجعه بعض العبارات التي ذكرها المريض في مشكلته بهدف التأكد من الفهم الصحيح وبهدف تأكيد التواصل مع المريض.

٣ - التسهيل:

تشجيع المريض علي مواصلة حديثه باستخدام أساليب غير لفظية مثل (إيماءة الرأس أو الانحناء) أو بأساليب لفظية مثل (نعم /ثم /ماذا /شاة...)

٤ - الصمت:

يستخدم لسببين: الأول: حث المريض علي واصلة جزء هام من حديثه. الثاني: إشعار المريض بان الموضوع الذي يتحدث فيه غير متعلق بالموضوع الأساسي للجلسة.

٥- المواجهة:

عندما يستنبط المعالج بعض النقاط قد تكون غائبة عن المريض ولكنها في المشكلة، يجب مواجهة المريض بها ولكن بحظر ومهارة حتى لا يؤدي ذلك إلى المريض موقف عدوانيا تجاه المعالج.

٦- التوضيح:

يلجأ لها المعالج عندما يشعر أن المريض لم يتحدث بالتفصيل في أحد النقاط الهامة.

٧- التفسير:

يفسر المعالج بعض المواقف أو العبارات التي تشير إلى سلوك ومشاعر المريض.

٨- التلخيص:

كل فترة يطلب المعالج من المريض أن يتوقف برهة ويقوم بتلخيص ما سبق.

٩- الشرح:

يشرح المعالجة الخطة العلاجية للمريض علي أن يكون ذلك بأسلوب بسيط ولغة سهلة مع إعطاء المريض الفرصة كاملة لأية استفسارات .

١٠- الانتقال:

يقصد بها نقل المريض من موضوع إلى موضوع ويجب أن يكون ذلك بأسلوب مشجع يساعد المريض عي الاستمرار مثال: عرضك لهذا الموضوع كان وافيا عن ظروفك الحالية وليتك تتحدث عن حياتك أثناء الطفولة.

١١-التعزيز الموجب:

هذا الأسلوب يمكن المريض من سرد الأحداث بارتياح مهما كانت طريقة كلام المريض.

١٢-الطمأننة:

الطمأنينة الحقيقية تزيد من ثقة المريض في المعالج مما يدفع المريض إلى الطاعة والاستجابة الايجابية للتعليمات، ولكن عندما يشعر المريض أن الطبيب لا يخبره الحقيقة ولا يستجيب له إطلاقاً.

١٣-النصح:

في مواقف كثيرة يفض إساءة النصيحة للمريض وذلك بعد توصيل المريض لمرحلة التحدث بصدق وحرية عن مشكلته وكذلك بعد جمع المعلومات والإلمام بالمشكلة عندئذ يكون النصح صحيح وفعال.

ثالثاً: إنهاء المقابلة

- يجب إعطاء المريض الفرصة لأي سؤال أو استفسار.
- يجب إخطار المريض بالخطوات القادمة في خطة العلاج .
- يجب شكر المريض علي تعاونه في إعطاء المعلومات.
- يجب وصف وشرح العلاج الدوائي ببساطة والتأكد من فهم المريض له.
- يجب الاتفاق علي موعد الجلسة القادمة .

الفصل الثالث

العلاج السلوكي

الفصل الثالث (العلاج السلوكي)

تتعدد نظم وأساليب العلاج النفسي بتعدد النظريات العلمية التي تقدم تفسيرات عديدة لعدم السواء أو الاضطرابات المختلفة أو التي تقدم المبادئ العامة التي تفسر السلوك سواء السوي أو غير السوي. وقد وصف هاربر، منذ نصف قرن ٣٦ نظاماً علاجياً نفسياً، كل منها مستقل عن الآخر، والتي لا يحظى أي نظام منها بإجماع أو اتفاق كل المعالجين عليه. ومنذ أقل من ثلاثين عاماً قدر بوتلر عدد أساليب العلاج النفسي بأكثر من مائة وثلاثين طريقة مختلفة، لكل واحدة منها روادها والمتحمسون والممارسون لها.

ترجع بدايات العلاج السلوكي الى عام ١٩١٩ عندما وصف فرويد علاج طفل كان يخاف من الحصان وذلك بتعريضه للحصان تدريجياً وتشجيعه، وفي عام ١٩٢٠ عالج كل من واطسون ورينور الطفل ألبرت البالغ من العمر ١١ شهراً وكان ينتابه نوبات فزع وخوف عند مشاهدة أي حيوان ذو فراء مثل الفأر والأرنب بطريقة الإشراف.

وقد أكد هذه الطريقة وأثبتها علمياً العالم إيفان بافلوف ١٩٢٧، ثم استخدم ثرونديك عام ١٩٣٥ علم النفس التجريبي في العلاج السلوكي، وفي بداية الخمسينات كانت أول تسمية للعلاج السلوكي على يد مور، وفي ١٩٥٨ استخدم جوزيف بولب طرق التحصين التدريجي لعلاج حالات الخوف المرضي البسيط، وفي عام ١٩٦٧ استخدم كل من ستامفل وليفيز طريقة الغمر لعلاج حالات الخوف المرضي.. وفي ١٩٧٤ طبق هاند العلاج الجمعي السلوكي لمجموعة من مرضى خواف الأماكن المتسعة، وفي عام ١٩٧٥ استخدم ماركس طريقة التعرض للمثير في علاج الوسواس القهري، ومع بداية الستينات جاءت فكرة العلاج المعرفي مستمدة من طريقة سكينر الذي استخدم نظام تشجيع ومكافأة المريض، وقولب الذي استخدم طريقة التخيل والتعرض التدريجي لمثير التوتر والقلق.

تعريف العلاج السلوكي

هو أسلوب علاجي يعتمد على استخدام قوانين ونظريات التعليم الشرطي حيث تتم محاولة حل المشاكل وإضطرابات السلوك عن طريق تعديل السلوك المرضى .. والمريض النفسي من وجهة نظر المدرسة السلوكية ما هو إلا تجميعات لعادات وسلوكيات خاطئة مكتسبة من البيئة .. وبما أن هذا السلوك المرضي مكتسب فإنه من السهل التخلي عنه وتعلم السلوك السوي من جديد .. ومن المعروف أن السلوك المضطرب يكتسب نتيجة للتعرض للخبرات التي تؤدي إليه.

وينتمي العلاج السلوكي إلى النظرية السلوكية في الشخصية والتي تقول إن الفرد في نموه يكتسب السلوك (السوي أو المرضى) عن طريق عملية التعلم ..

ولأهداف التيسير صنف بوتلر هذا العدد الكبير من الأساليب في خمس فئات حتى يمكن الإحاطة بها، وبحيث تجمع هذه الفئات بقدر الإمكان خصائص كل مجموعة منها وذلك على الوجه الآتي:

١- التعديل المعرفي:

وتشير هذه الفئة إلى أساليب العلاج السلوكي التي تعتمد على التدخل اللفظي ومن أمثلتها العلاج العقلاني الوجداني، وعلاج العميل لنفسه. الخ.

٢- أساليب الاستبصار المعرفي:

وهي الأساليب التي تؤكد على اكتساب المريض استبصاراً بمرضه باعتباره ناتجاً عن تأثير أحداث ماضية، سابقة على ظهور أعراضه، ويؤدي هذا الاستبصار إلى إدراكه لعوامل الشفاء، والمثال التقليدي لهذه الأساليب هو التحليل النفسي وتحليل الأنا وطريقة أدلر Adler وطريقة سوليفان Sullivan.

٣- أساليب العلاج السلوكي:

والتي تقوم على نظرية التشريط الكلاسيكية أو التشريط البافلوفي وأفكار واطسون Watson ونظرية التعلم والتي تتضمن استخدام التخيل للإعداد لتغيير السلوك، والعلاج بالتسكين المنظم والعلاج التنفييري.

٤- أساليب تعديل السلوك:

ويشار بها إلى إجراءات التدريب التي تستخدم دون اهتمام بالمفاهيم الوسيطة، واعتماداً على حقائق التشريط الإجرائي وأساليب التعزيز، مثال ذلك التشريط التنفييري وأسلوب المكافآت والتدريب على المهارات الاجتماعية.

٥- الاستبصار الوجداني:

وهي مجموعة الأساليب العلاجية التي تؤكد على الإدراك المتنامي لتأثير المشاعر الحالية على اتجاهات المريض وأدائه، ومن أمثلتها طريقة يونج Jung التحليلية، وطريقة رانك Rank وطريقة روجرز Rogers، والعلاج الجشطالتي.

وتتضمن هذه الأساليب العلاجية، كل المناحي العلاجية الفردية والأسرية، وأساليب العلاج الجمعي المختلفة، وتشير جميعها إلى استثمار جديد لمعطيات النظريات النفسية المختلفة، ووضعها موضع التطبيق، واختبارها في الواقع العملي.

غير أنه بعد أقل من عشرين عاماً من التقرير الذي نشره بوتلر لعدد أساليب العلاج النفسي قفز الرقم إلى مائتين وخمسين طريقة علاجية بحلول منتصف التسعينات وهي ظاهرة تشير إلى خصوبة شديدة في المجال، ونمو في توجهات علم النفس إلى مناحي العلاج، كما يشير تعدد الأسس النظرية التي تقوم عليها هذه الأساليب إلى تنوع بالغ في تفسير الظاهرة الباثولوجية؛ في الوقت الذي لا تتوحد فيه معايير موضوعية لتقييم فعالية هذا العدد من الأساليب، ومع ذلك لا يخلو الأمر - في

ضوء عدم الزيادة الملموسة في فئات وليس أعداد بوتلر من تبين أن أغلب هذه الأساليب الجديدة لا تزيد عن كونها فنيات تفصيلية متباينة للطرق الأصلية وتعديلات طفيفة في أغلب الأحيان.

ومع كل هذه النظريات المختلفة التي تقف خلف العلاج النفسي في الثمانينات والتسعينات برزت حقيقة واضحة، هي أنه لا مفر من الإقرار أنه لا توجد حول علم النفس المرضي والعلاج النفسي حقيقة واحدة، بل حقائق، كما ظهر عدم رضا عن فشل الدراسات العلمية في الحسم في تفوق علاج معين عن بقية العلاجات، وعلى النقيض من ذلك فإن أصحاب العلاج المعرفي، والعلاج المعرفي السلوكي يؤكدون على أن أساليبهم العلاجية أكثر فعالية من بقية العلاجات بالنسبة بعدد كبير ومتنوع من الاضطرابات وخلال نصف القرن - منذ هاربر وحتى الآن- ما زالت أساليب العلاج تتزايد، وتنوع الأسس التي تقوم عليها، ونشأت أساليب تجمع بين معطيات أكثر من نظرية، وابتكرت إجراءات تدمج بين طرق ذات مصادر مختلفة.

وتعود بداية طرق العلاج النفسي إلى فترة مبكرة في القرن الماضي من خلال الممارسة في مجال الطب النفسي، وقد نشر جانيه (١٩٢٥) عدداً من تقارير التجارب الإكلينيكية التي قام بها وإن افتقدت - لسوء الحظ - القواعد والأسس التي تجعلها قابلة للاستخدام، كما كان لدى المعالجين في القرن التاسع عشر بعض الأسباب التي دعتهم للثقة في مزايا التعاطف التدعيمي للمريض والنصح، والإقناع والإيحاءات غير المحددة. كما قدم فرويد Freud أول نظام للمناهج العلاجية المعتمدة على التفاصيل والمبادئ النظرية المتماسكة، وكانت نظرية التحليل النفسي مثيرة للخيال وبراقة، وجاء عرض فرويد لها متميزاً في قدرته على الإقناع بالدرجة التي أثارت الاهتمام بمجال العلاج النفسي بصورة لم يسبق حدوثها. غير أن الأساليب العلاجية التي انطلقت من هذه النظرية لم تؤد إلى نمو نتائج إيجابية كما كان متوقفاً.

وكما ذكرنا فإن كل أسلوب من أساليب العلاج يعتمد على نظرية نفسية معينة يستمد منها مبادئه وأساليبه، غير أن التوقف لعرض نماذج من هذه الطرق العلاجية وأسسها النظرية يؤدي إلى جعل هذا الفصل مناقشة تاريخية ونظرية لمدارس العلاج النفسي، وهو أمر خارج خطة هذا الكتاب. وقد يكون الملائم بقدر أفضل أن نتعرض بصورة مختصرة ومركزة لنشأة وتطور العلاج السلوكي والعلاج المعرفي.

مدخل للعلاج السلوكي:

يبدأ المنحى الذي يخططه العلاج السلوكي في التعامل مع الاضطرابات المختلفة من التعرف على المريض بوصفه شخصاً من خلال الحصول على تاريخ دقيق ونوعي ومناقشته حول المشكلة المقدمة. ومهمة المعالج الأولي هي تحديد المشكلة باعتبارها مجموعة من الأفعال وذلك بهدف ترجمة الظاهرة المرضية إلى وحدات سلوكية دقيقة قابلة للملاحظة، وقد يتضمن السلوك حركة الجسم وتعبيرات الوجه، واللغة المكتوبة أو المنطوقة، والاستجابات النفسية.

وقد تتضمن الوحدة السلوكية الواحدة العديد من الأفعال المتتابعة، مثل طفل يضرب رأسه في الحائط، ويجري خارج البيت ويمزق الملابس أو يخلع ملابسه ويصرخ في وجه أحد عبر النافذة، ولن يساعد على وصف حالة هذا الطفل أن نقول إن لديه نوبات غضب مزاجية، ما يميز الوحدات السلوكية هو أنها تقبل الملاحظة الموضوعية الثابتة والتسجيل والوصف من خلال أشخاص مختلفين، وفي المنحى السلوكي التقليدي يقوم الملاحظ بالنظر وتسجيل السلوك الإنساني دون القيام بافتراضات أو استدلالات حول الدوافع الخفية أو الداخلية. وتوضح الأمثلة الثلاثة الآتية الفرق بين المنحى السلوكي في النظر إلى المشكلات والمناحي الأخرى:

١- السيد أحمد يعاني وسواساً قهرياً.

- ٢- السيد أحمد يقوم بغسل يديه ثلاثين مرة متتالية، في كل مرة يغسل فيها يديه يومياً، وهو يغسلها بهذه الطريقة أكثر من ٢٠ مرة يومياً.
- ٣- السيد أحمد يخشى من التلوث ويتجنبه.

الصبغة (٢) وحدها هي التي تمثل وصفاً سلوكياً لمشكلة السيد أحمد، فهي تمثل وصفاً عيانياً ودقيقاً لمشكلة المريض يمكن الحصول عليه بواسطة ملاحظ جيد.

والمعالج السلوكي يهتم بما يفعل المريض وليس أي مريض هو، بمعنى أن السيد أحمد يغسل يديه عشرات المرات كل يوم بشكل قهري، وليس أن السيد أحمد شخص وسواسي قهري. يلاحظ أيضاً أن اللغة المنطوقة هي سلوك، بل هي تشكل النسبة الكبرى الأكثر أهمية من السلوك الإنساني، ويركز الكثير من المعالجين السلوكيين على السلوك غير اللفظي، مثل التغيرات في التقارير الذاتية والتي تمثل مصدراً آخر من التقييم الإكلينيكي من المنظور السلوكي. ويوضح المثال التالي الفرق بين الملاحظة السلوكية والملاحظة غير السلوكية:

- ١- تتحدث السيدة ليلي بطريقة اكتئابية (ملاحظة غير سلوكية).
- ٢- تتحدث السيدة ليلي ببطء شديد وبإيقاع ثابت وتتوقف عدة مرات لتنهج بالبكاء (ملاحظة سلوكية)، المشاعر الوجدانية أيضاً عبارة عن سلوك يمكن وصفه بطريقة صحيحة وثابتة وذلك بالإشارة إلى مكوناتها السلوكية الملاحظة، ويمكن أن نعرف طريقة وصف المشاعر الوجدانية من خلال الإجابة على السؤال الآتي:

ما الذي يفعله الشخص عندما يعاني خبرة وجدانية معينة؟ (من حيث تعبيرات الوجه، الحركة أو السلوك الحركي، التحدث والكلام). ومن الأمور المهمة أيضاً في التقييم السلوكي بهدف التعرف على مشكلة المريض: معرفة السياق الاجتماعي أو البيئي التي تظهر فيه هذه السلوكيات المعينة، تحت أي ظرف تحدث؟ تحت أي موقف تفاعلي تظهر؟

الصورة النمطية للعلاج السلوكي

الصورة النمطية للعلاج السلوكي هي أنه يتعامل مع الظواهر، مع السطح أو الأعراض، مع السلوك الحركي وليس مع العواطف المجردة أو العوامل الدفينة، وهذه الصورة غير صحيحة تماماً، فالمعالج السلوكي يتعامل مع الغضب والعدوانية والقلق والخوف والتوكيدية وتدمير الذات والاشتياق للمخدرات والكحول والبرود والعجز الجنسي والانحراف الجنسي والاستجابات العاطفية، وكل هذه انفعالات ووجدانات، والفرق فقط هو أنه يترجمها دائماً إلى وحدات سلوكية عيانية قابلة للملاحظة، ثم وحدات تقبل التدخل لتعديلها أو كفها أو تبديلها بغيرها.

والكثير من المشكلات ذات الطابع الانفعالي مما ذكرناه يتم التعامل معها بواحد من الأساليب العلاجية السلوكية الكثيرة، ومن بينها الأسلوب الذي يطلق عليه اسم التسكين المنظم والذي يتعامل مباشرة مع المكون الرئيس في هذه الاضطرابات وهو القلق. وهنا يتعين أن نميز بين معنيين للقلق:

١- القلق الذي يتضمن مظاهر عضوية أو سلوكية قابلة للملاحظة مثل الارتجاف، والتعرق، وخفقان القلب، واندفاع الدم إلى الوجنتين، أو الشحوب، والتوتر العضلي.

٢- والقلق الذي يذكر الشخص أنه يعانيه، وحيث يلاحظ أن كثيراً من الناس تعلموا استخدام العديد من المفردات النفسية، والرطانة بالمصطلحات العلمية معبرين عن أعراض معينة بهدف الحصول على الاهتمام أو الرعاية من الآخرين، وهذا الاهتمام أو الرعاية هما في ذاتهما ليسا المشكلة السلوكية، ولكنهما أهداف ثانوية أو مكاسب ثانوية يسعى إليها المريض، ويمكن أن يطلق عليها من المنظور السلوكي اسم التدعيم الاجتماعي، ويلعب التدعيم الاجتماعي بالطبع دوراً

مهماً في استمرار الأعراض المرضية لدى الشخص، ودائماً ما تكون الخطوة الأولى في العلاج السلوكي للانفعالات والحالات الوجدانية هي تحديد المصاحبات الملاحظة للانفعالات، ما الذي يسبقها مباشرة؟ وكيف تستجيب البيئة والأشخاص الموجودين فيها للشخص الذي يعبر عن هذه الانفعالات؟

ولا يلغي الحصول على إجابات لكل هذه الأسئلة ضرورة الحصول على التاريخ الشخصي والمرضي للمريض وكيف بدأت مشكلته؟ وعلى وجه العموم عند تقييم السلوك الانفعالي للمريض يجب أن نعرف على وجه التحديد الإجابة على هذه الأسئلة:

- ١- ما السلوك غير المرغوب فيه الذي يقوم به المريض؟
- ٢- ما الاستجابات المرغوبة والمطلوبة؟
- ٣- ما الموقف أو المواقف التي يحدث فيها السلوك المرضي؟
- ٤- ما المترتبات الناتجة عن السلوك غير التوافقي (المرضي)؟

ويوضح المثال التالي الفرق بين الصيغ العامة للمشكلات والتي تتضمن فروضاً قد لا يمكن التحقق منها والصيغ ذات الطبيعة السلوكية (الوصفية) للسلوك الذي يقوم به الشخص بالفعل. السيد عامر يخشى من دفعاته العدوانية، ولهذا يبدو أنه غير قادر على التعبير عن غضبه المناسب في الوقت المناسب. هنا تتضمن الصياغة فرضاً حول وجود دفعات عدوانية (داخلية وغير منظورة) تعد بمثابة القوى الكامنة التي تستثير استجابة الغضب غير المناسبة لدى السيد عامر.

أما الصيغة السلوكية الصحيحة للمشكلة فتأخذ الشكل الآتي على سبيل المثال: السيد عامر يستطيع التعبير عن انفعالاته الصحيحة بقوة مع رئيسه وزملائه في العمل ولكنه يكون نكداً وسلبيّاً، تحبّطه زوجته في البيت. المهم إذن أن الخطوة الأولى في العلاج السلوكي تتمثل في تحديد ووصف المشكلة بصورة عيانية قابلة للملاحظة؛ دون أن يتضمن الوصف فروضاً أو تفسيرات كامنة.

وتتلخص الاعتبارات السابقة في النقاط الآتية:

- ١- الخطوة الأولى هي تحديد المشكلة أو مشكلات المريض بطريقة عيانية وقابلة للملاحظة والوصف الذي يمكن أن يتفق عليه أكثر من ملاحظ مستقل.
- ٢- اللغة المنطوقة والأفكار والمشاعر التي ترد في تقارير المريض هي أيضاً سلوك لفظي، وهي مجالات ذات علاقة بالإجراءات العلاجية التي يقوم بها المعالج السلوكي.
- ٣- يمكن التعامل مع الحالة الوجدانية للمريض في إطار العلاج السلوكي طالما يمكن وصفها وتحديدها بصورة واضحة تماماً بواسطة المريض، أو إذا كان من الممكن ملاحظة أشكالها المختلفة من خلال ملاحظة سلوكية يقوم بها المعالج.
- ٤- يتعين في العلاج السلوكي تحديد مشكلة المريض وتقرير أي سلوك هذا الذي يبدو مفرطاً في حدوثه وكيف يكون سلوكاً غير توافقي وغير مرغوب، وما السلوك السوي أو التوافقي المستهدف نتيجة للعلاج، ويساعد كلاً من المعالج والمريض على حسن تحديد أهداف العلاج.
- ٥- تحديد المشكلة والأهداف العلاجية عمل مشترك وتعاوني بين المريض والمعالج، ويتوقف عليه نجاح العلاج.

تعدد مسميات العلاج السلوكي

رغم تعدد التعبيرات والمصطلحات التي يشار بها إلى ما يمكن تسميته بالعلاج السلوكي مثل تعديل السلوك والعلاج بالتشريط، وضبط السلوك، والإرشاد السلوكي والعلاج بنظرية التعلم، والعلاج بالتنفير، وتغيير السلوك أو غير ذلك من النظم العلاجية التي تجمع بين اثنين أو أكثر من هذه المصطلحات، إلا أن أغلب هذه المصطلحات تبدو بمثابة مترادفات بالنسبة لأغلب المعالجين الممارسين، وإن كان البعض منهم يرى بينها اختلافات نوعية.

ويعتمد العلاج السلوكي على فرضية رئيسية ترى أن العصاب وسائر أشكال السلوك غير التوافقي التي يعانيها الفرد مكتسبة، أي أنها بمعنى آخر متعلمة، وهي تفسر نتيجة لذلك بقوانين ومبادئ التعلم وإلغاء أثر التعلم، التي تنطبق على السلوك السوي وغير السوي، ومن هنا يوضح ولب Wolpe أن العلاج السلوكي يعتمد بصورة مباشرة على فرضية أن السلوك غير المتوافق المتعلم يمكن أن يصبح غير متعلم، وأن أكثر الطرق المنطقية لتحقيق هذا الهدف تعتمد على المبادئ والمعلومات المتوافرة من عمليات التعلم والتي قدمت على امتداد النصف الأول من القرن العشرين على أيدي كل من بافلوف Pavlov وواطسون Watson وسكنر Skinner. والتعلم هنا يقصد بالمعنى الواسع الذي يتضمن اكتساب أي شكل من السلوك نتيجة للخبرة، مستبعداً بذلك السلوك الذي ينتج عن التأثير المباشر لوظائف الجهاز العصبي أو التغذية.

نشأة العلاج السلوكي

يلاحظ على وجه الخصوص أن العلاج السلوكي والعلاج المعرفي من بين كل أساليب العلاج جميعها هما اللذان شقا طريقهما خلال التسعينات، وقد أوضحت الدراسات التقييمية المتتالية أنهما الأكثر فعالية وتحقيقاً للنجاح في علاج الكثير من الاضطرابات، كما كانت أساليب العلاج المعرفي أكثر الأساليب التي حظيت ببحوث شاملة، ويرجع ذلك إلى نجاحها في علاج الاكتئاب على وجه الخصوص.

وتبدو أهمية توافر أسلوب وفعال لعلاج الاكتئاب من حقيقة أنه حتى صدور الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للأمراض العقلية كانت المحكات التشخيصية المستخدمة والمستمدة أساساً من الدليل التشخيصي الثاني وبتطوير محدود، غامضة ولا توفر توصيفاً فارقاً يتسم بالثبات، فمن ناحية كانت تعتمد على المنحى النفسي مسترشدة في ذلك بأفكار بلويلر، وهذا المنحى استدلالى بطبيعته ويتجه إلى تفسير الأعراض باعتبارها إرجاعاً لتفاعلات نفسية داخلية (وفقاً للمفاهيم الفرويدية)، ومن

ناحية أخرى أدى غموض المحكات إلى اختلافات أساسية في التشخيص، فقد ظهرت اختلافات في التشخيص بين الأطباء النفسيين الإنجليز والأمريكيون يشاهدون أشرطة فيديو لحالات شخصت في بريطانيا ويقدمون لها تشخيصاً مختلفاً.

وقد بدأ إسهام علماء النفس في العلاج بوصفه مهنة منذ فترة غير بعيدة لا تزيد على خمسين عاماً، رغم أن ويتمر Witmer أسس أول عيادة نفسية وصك مصطلح علم النفس الإكلينيكي منذ عام ١٨٩٦. ويذكر كروجمان (Krugman, 1945) في مسح له لميدان علم النفس الإكلينيكي أن هناك تطوراً حديثاً فيه، وهو نمو اهتمام الإكلينيكين بالعلاج النفسي، وبينما ظهر هذا التطور في أمريكا بصورة بطيئة أولاً نحو هذا التاريخ، كان الأمر بالنسبة لبريطانيا أكثر صعوبة نتيجة للمعارضة من جانب الأطباء النفسيين، وكانت مقاومة انخراط علماء النفس الإكلينيكين في العلاج حادة، وحتى ذلك الوقت اقتصر إسهامهم على البحث والتشخيص، وهما الوظيفتان الأساسيتان اللتان كانتا لعلم النفس الإكلينيكي في بريطانيا وقتئذ، ولعل ما يبدو أكثر غرابة في هذا الوضع أن بعض علماء النفس الإنجليز تبنوا أيضاً هذا الاتجاه، فقد كتب أخصائي نفسي إكلينيكي بريطاني لزميل له في أمريكا مؤكداً على أن العلاج النفسي ليس وظيفة مناسبة لعلم النفس الإكلينيكي في بريطانيا للأسباب الآتية:

- ١- أن العلاج مشكلة طبية والأخصائيين النفسيين الإكلينيكين ليسوا أطباء.
- ٢- أن الانخراط في العلاج ينقص ويقلل من مستوى الأداء في البحث والتشخيص.
- ٣- أن ممارسته تؤدي إلى تحيز من جانبهم لصالحه مما يجعل تقييمه العلمي موضع تساؤل.

ورغم المناخ المشحون بالنقد الحاد للعلاج الدينامي والتحليل النفسي اللذين كانا يمارسان منذ فترة مبكرة، ورغم معارضة قيام الأخصائيين الإكلينيكين أساساً بالعلاج ظهر العلاج السلوكي في بريطانيا. جاءت البداية من تطبيق سولمون وكامين ووين

Solomon, Kamin and Wynne، لأساليب التشريط البافلوفي على كلب بهدف استحداث اضطراب سلوكي مشابه لعصاب الوسواس القهري، ثم علاجه بعد ذلك باستخدام أساليب التشريط البافلوفي أيضاً. ولعله من المفيد عرض هذه التجربة الفريدة التي كانت فاتحة لظهور العلاج السلوكي؛ بما تتضمنه من إيضاح لمنطق هذا العلاج والحقائق العلمية المتضمنة فيه. وتنقسم التجربة إلى مرحلتين: الأولى هي استحداث الاضطراب المرضي تجريبياً، والثانية هي شفاء الأعراض وذلك على الوجه الآتي:

١ - استحداث الاضطراب

هدفت التجربة لتعريض كلب لموقف وظروف ذات طبيعة عصابية تنتهي به لتطوير سلوك قهري مشابه للسلوك القهري الإنساني، صمم الباحثون صندوقاً أو حجرة تجارب صغيرة مكونة من جزأين يفصل بينهما حائط عازل غير مرتفع يسمح للكلب بالقفز عبره عند الضرورة، بالإضافة إلى ذلك أعد كل جزء بحيث يمكن التحكم في كهربته منفصلاً عن الجزء الآخر، وزودت الحجرة بجزئيات بتجهيزات تسمح بإصدار ضوء متقطع تحت التحكم لكي يستخدم في تقديم المنبه الشرطي، ويوضع الكلب في أحد جزئي الحجرة، ويضاء الضوء المتقطع (منبه شرطي) يعقبه بعشر ثوان كهربية أرضية الحجرة التي يقف فيها الكلب، وتكون الاستجابة المتوقعة في هذه الحالة - وهي التي تحدث بالفعل - أن يقفز الكلب عبر الحاجز المنخفض هرباً إلى الحجرة الأخرى حيث تمثل منطقة آمنة له تخلو من الكهرباء، وبعد فترة قصيرة يقدم المنبه الشرطي مرة أخرى، ويتعرض الكلب بعدها بعشر ثوان لصدمة كهربائية جديدة، فيقفز مرة أخرى عبر الحاجز من الحجرة التي كانت آمنة عائداً إلى الحجرة الأولى التي أصبحت آمنة هذه المرة تجنباً للصدمة الكهربائية، وبعد عدة محاولات تم تشريط استجابة الكلب بحيث يقفز من حجرة إلى أخرى بمجرد ظهور الضوء (المنبه الشرطي) وقبل حدوث الصدمة الكهربائية، ونتيجة لذلك ظل الكلب يقفز من حجرة إلى أخرى بمجرد إضاءة

الضوء المتقطع، وبعده كبير من المرات، وبشكل قهري مشابهاً تماماً للسلوك القهري عند الادميين، فالكلب يففز لكي يتجنب أو يخفض من الخوف الشرطي أو القلق مثلما يقوم المريض الادمي بتكرار غسل يديه وتنظيف نفسه لكي يتجنب الاستجابة الشرطية للقلق والخوف، بهذا تم استحداث تجريبي لحالة وسواس قهري مشابهة تماماً لما يحدث لدى المريض الادمي، فكيف يمكن باستخدام وسائل التشريط نفسها للشفاء من الاضطراب؟

٢ - العلاج

كانت الطريقة الناجحة التي استخدمها سولمون وزملاؤه في العلاج هي الآتي: أن يتم تقديم المنبه الشرطي (الإضاءة) مع منع الكلب من القفز عبر الحاجز (تعرض) بزيادة ارتفاع هذا الحاجز بما لا يسمح بالقفز أعلاه، ويترتب على ذلك إغراق الكلب في المنبهات المثيرة للقلق (النتيجة عن توقعه للصدمة الكهربائية) نتيجة لهذا التعرض المتصل، مع منعه من الاستجابة بالقفز والتي كان يقوم بها تخلصاً من الخوف والقلق، غير أن هذا الأسلوب سيؤدي في ظاهره (وهو ما يحدث بالفعل) إلى زيادة خوف الكلب وقلقه (لأنه شرط لتوقع حدوث صدمة كهربائية بعد ظهور الضوء المتقطع)، وقد ظهرت بالفعل بعض علامات الخوف الفسيولوجية عليه، وهي العلامات الشائعة في هذه الحالة مثل: التبول والتبرز، الجري باندفاع، القفز نحو الحائط والنباح، وبالتدريج ضعف سلوك الخوف هذا إلى أن جلس الكلب وراق هادئاً غير مبال بالضوء المتقطع، وفقد هذا الضوء المتقطع دلالاته التشريطية في إثارة القلق.

نظرياً يؤدي هذا الضعف لاستجابة الخوف إلى انطفائها وقد شفي الكلب بعد عدة مرات، وهذا ما كان متوقفاً بالفعل، وقد اقترح سولمون وزملاؤه استخدام هذا الأسلوب مع المرضى الادميين وضعت تجربة سولمون وزملاؤه بالفعل موضع التطبيق على الادميين كما أوصى الباحثون، ففي جامعة لندن، ورغم المعارضة من أساتذة

الطب النفسي، وتوقع حدوث كارثة من تطبيق تجارب الحيوان على البشر، تولى راتشمان وهودجسون Rachman and Hodgson زمام المبادرة لتطبيق أسلوب الغمر وذلك على الوجه الآتي: اختياري ٢٠٠ من المرضى الوسواسيين من أصحاب السلوك القهري المقاومين للعلاج (سلوك الاغتسال القهري)، وبعد اختيارهم عرض عليهم المنطق الدقيق للتجربة وتم الحصول على موافقتهم للخضوع لها، وكانوا بالطبع أحراراً في رفض العلاج السلوكي وقبول أي نوع آخر من العلاجات التي تقدم لهم.

إدخال المريض الواحد (حيث يتم العلاج على أسس فردية) إلى حجرة خالية فيما عدا مائدة عليها وعاء كبير وأمامها مقعدان واحد لمعالج والآخر للمريض، وكان الوعاء مليئاً بالقاذورات ويقوم المعالج بوضع يديه كلها في القاذورات ويطلب من المريض أن يفعل مثله ويستمر في ذلك لمدة معينة، وما أن يقوم المريض بتلويث نفسه حتى يرغب بشدة في الذهاب لغسل يديه بسرعة (نتيجة القلق المتزايد من التلوث والجراثيم)، ولكن المعالج يطلب منه البقاء حيث هو (منع الاستجابة) ومثل الكلب في تجربة سولمون وزملاؤه سيظهر المريض قدراً كبيراً من القلق والذي ينخفض تدريجياً بمرور الوقت إلى أن يتبدد القلق تماماً ويتوقف السلوك القهري أي الرغبة في غسل اليدين. بهذه الصورة كان الأسلوب تطبيقاً مباشراً لما قام به سولمون وزملاؤه على الكلاب والمتوقع بالطبع أن ينجح بهذه الخطوات إذا كانت الأسس النظرية سليمة.

وبينما أجمع الأطباء النفسيون ممن نوقشت معهم التجربة قبل إجرائها على رفض النظرية وتنبؤوا بفشلها وتوقعوا كارثة من ورائها، معتقدين أن الاستجابات الإنسانية مختلفة تماماً عن استجابة الحيوانات نتيجة لتدخل العوامل المعرفية لديه، بينما كان الأمر كذلك جاءت النتائج ناجحة نجاحاً باهراً وصل إلى شفاء ٩٠% من الحالات، وعندما كررها كل من ماير Mayer وليفى Levy وشنورير Schnurer، 1974 وفوا وجولدشتين Foa and Goldstein, 1978 كان نجاحاً بنفس الدرجة.

كانت هذه هي البداية القوية التي انطلق بعدها العلاج السلوكي في إنجلترا من ناحية وبجهود وأعمال جوزيف ولب Wolpe وزملاؤه في جنوب إفريقيا من ناحية أخرى، والتي كان لها هي الأخرى الأثر المباشر في تطبيق عديد من الأساليب التي تقف على الأسس النظرية التي استخدمت في إنجلترا لعلاج الوسواس القهريّة.

وتتعدد أساليب العلاج السلوكي، ويصلح بعضها لعلاج الوسواس القهريّة، بينما يصلح البعض الآخر لعلاج المخاوف والقلق العام وهكذا. وبالإضافة إلى أسلوب الغمر (أو التعرض ومنع الاستجابة) تستخدم أساليب أخرى مثل التسكين المنظم والتنفير والكف المتبادل وغيرها من الأساليب والتي يقوم المعالج في أحيان كثيرة بتفصيلها على الموقف والأعراض وحالة المريض؛ بما يسمح بقدر كبير من المرونة في إظهار المعالج لقدراته الإبداعية. وفقاً لهذا المنطق واعتماداً على حقائق التعلم التجريبية والاختبارات الواقعية نشأت هذه الأساليب المتعددة للعلاج السلوكي التي يقف خلفها عدد محدود من مبادئ التعلم التي يمكن تصنيفها في ثلاث فئات:

الأولي: العلاجات التي تعتمد على نظرية التشريط الكلاسيكي لبافلوف Pavlove

منذ أوائل القرن العشرين في روسيا والتي قدمها ولب Wolpe, 1958 وزملاؤه في جنوب إفريقيا. ويتضمن هذا المنحى العلاجي استخدام الاسترخاء العضلي والتحصين التدريجي، باعتبار أن القلق المتعلم هو الأساس لأغلب الاضطرابات العصابية، وأن كل ما يعتقد أنه أعراض لهذا القلق، مثل الوسواس القهريّة والمخاوف وغيرها من الاضطرابات هو الاضطراب نفسه، وليس أعراضاً لاضطراب كامن حسبما ذهب إليه التحليل النفسي، وعلى ذلك فإن الأساليب السلوكية المقترحة تهدف إلى الوصول إلى استجابات سوية تحل بدلاً من الاستجابات غير التوافقية للمنبهات الخارجية، من خلال تعارضها مع استجابات القلق التي يقوم بها المريض، وهو الأسلوب الذي أطلق عليه اسم الكف المتبادل.

والثانية: الأساليب التي تعتمد على نموذج التشريط الفعال لسكنر Skinner, 1953

وحيث يهدف العلاج إلى تنمية أساليب سلوكية جديدة وتوافقية من خلال تدعيم إيجابي لاحق لها يتكرر بعد ظهورها، وفي حالة الاستجابات المركبة يمكن القيام بعملية تشكيل للسلوك، وحيث تكافئ كل خطوة إلى أن يتم تثبيتها ثم تكافئ أو تدعم الخطوات التالية إلى أن يكتمل السلوك، وهي الأساليب التي نجحت بصورة واضحة في مجالات تعديل سلوك الأطفال.

الثالثة: الأساليب التي تستمد من عدد من مبادئ التعلم الاجتماعي لباندورا Bandura, 1968

والأمر الملاحظ هو أن أغلب الأساليب العلاجية السلوكية اكتسبت دلائل تجريبية تؤكد فعاليتها، كما تعرضت لتطورات متتالية، وبينما يرى البعض من الكتاب أن العلاج السلوكي يستمد قوته الحقيقية من تطبيقه للمنهج التجريبي على الحالة الفردية، يرى البعض الآخر أن العلاج السلوكي يقوم في حقيقة الأمر على بيانات واقعية وعلى المبادئ الخاصة بالتعلم. ويصف بيتس Yates ثلاثة مناهج متوازية ومستقلة نسبياً للعلاج السلوكي كما تطور في كل من إنجلترا وجنوب إفريقيا والولايات المتحدة:

المنحى الأول:

تطور في إنجلترا وتزعمه كل من شابيرو Shapiro وزملاؤه في مستشفى المودزلي بجامعة لندن في الفترة المبكرة لتطور العلاج النفسي (بين عامي ١٩٥٠ و ١٩٥٥) يعتمد على الفحص التجريبي الشامل للمريض باعتبار أن لكل مريض مشكلته النوعية الخاصة به التي قد لا تصلح معها الأساليب والإجراءات المعيارية للعلاج، وبالتالي فالعلاج يتم من خلال دراسة تجريبية مضبوطة للمريض ومشكلته.

المنحى الثاني:

جاء من جنوب إفريقيا على أيدي كل من ولب ولازاروس Lazarus و Rachman الذين طوروا أسلوب التسكين المنظم ونشر ولب نتائج سلسلة من التجارب التي تتضمن استحداث العصاب وإزالته من حيوانات التجارب، ثم طبق بعد ذلك المبادئ نفسها على المرضى العصبيين بطرق مختلفة، تعتمد جميعها على التشريط الكلاسيكي لبافلوف، وهي الأساليب التي انتشرت بعد ذلك في إنجلترا.

المنحى الثالث:

الموازي في العلاج السلوكي هو الذي تطور في أمريكا من خلال التشريط الفعال لسكنر الذي يركز على التحكم المنظم في البيئة المحيطة بالاضطراب والعائد الذي يحققه بهدف تعديل السلوك، وقد اتسع استخدام هذا الأسلوب حتى مع المرضى الذهانيين، ومنهم الفصاميون وغيرهم، وقد اكتسبت هذه الأساليب الجديدة أهمية واضحة من استخداماتها مع المرضى المقيمين في المؤسسات العلاجية.

ومن أهم نظريات التعلم التي يركز عليها العلاج السلوكي (نظرية التعلم الشرطي) ومن مفاهيمها ما يلي:

١ - الإشرط الكلاسيكي: وفيه يكون تتابع الأحداث مرتبا بحيث يكون المثير مقترنا أو سابقا للمثير غير الشرطي. وكنتيجة لهذا الاقتران الشرطي يكتسب المثير الشرطي الطاقة على استثارة استجابة شرطية تشبه الاستجابة غير الشرطية. ومن أمثلة التجارب الكلاسيكية تجارب إيفان بافلوف في التعلم الشرطي على الحيوانات وتجارب جون واطسون .. وماري جونز على الطفل ألبرت والأرنب في علاج حالات الخوف .. والتي توصلوا من خلالها إلى مبادئ هامة ومفيدة في العلاج السلوكي منها أن التعلم الشرطي يفسر مخاوفنا الشاذة، وأن هذه المخاوف من

الممكن أن تنتقل وتعمم، وأن عملية الإشراف يمكن أن تستخدم للتخلص من الخوف المكتسب المتعلم. ونجحت ماري جونز في استخدام الإشراف المباشر، وهو ربط موضوع الخوف بمثير يستثير إستجابة سارة مثل الحلوى.

٢- الإشراف الجهازي (الإجرائي): وهو الذي تستخدم فيه الأجهزة، ويهتم بالتركيز على تعزيز الاستجابة حيث يضبط سلوك الفرد (حدوث أو عدم حدوث المثيرات التي تعرف باسم المعززات الموجبة أو المعززات السالبة. وفي الإشراف الجهازي تبرز أربعة عمليات إشراف تمثل ترتيباً لتصنيف العملية المتضمنة في تكوين السلوك المنحرف والطريقة المستخدمة في تعديله وهي: الثواب، والتجنب، والحذف، والعقاب. ويعتمد التصنيف على إذا ما كان سلوك الفرد يؤدي إلى تعزيز موجب أو يتجنب تعزيزاً سالباً.

الإطار النظري للعلاج السلوكي

- معظم سلوك الإنسان متعلم ومكتسب ، والسلوك المضطرب (سواء كان عصاباً أو ذهاناً) متعلم ومكتسب أيضاً.
- والسلوك المضطرب المتعلم لا يختلف من حيث المبدأ عن سلوك العادي المتعلم ، إلا أن السلوك المضطرب غير ملائم أو غير متوافق.
- يكتسب السلوك المضطرب نتيجة التعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه ومن ثم يحدث ارتباط شرطي بين هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب.
- تمثل العناصر السلوكية المضطربة نسبة قليلة أو كثيرة من السلوك الكلي للفرد وهذا يعتمد على دوام وشدة الخبرات التي تؤدي إليه.
- يوجد لدى الفرد دوافع فسيولوجية أولية هي الأصل والأساس في سلوكه وعن طريق التعلم ويكتسب الفرد عادات جديدة ثانوية إجتماعية في جملتها تمثل أهم احتياجاته النفسية. وقد يكون تعلم هذه الدوافع غير سوي ويرتبط بأساليب غير

توافقية في إشباعها ومن ثم يحتاج إلى تعلم جديد أكثر توافقا ويتم ذلك باستخدام العلاج السلوكي.

- ينظر إلى زملة الأعراض النفسية كتجمع لعادات خاطئة متعلمة
- يمكن تعديل السلوك المتعلم

خطوات العلاج السلوكي:

تسير خطوات العلاج السلوكي على النحو التالي:

١- تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره: ويتم ذلك في المقابلة العلاجية وباستخدام الاختبارات النفسية والتقارير الذاتية، وذلك للوصول إلى تحليل السلوك المضطرب الظاهر الذي يلاحظ موضوعيا.

٢- تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب: عن طريق الفحص والبحث والتشخيص في كل الظروف والخبرات التي يحدث فيها السلوك المضطرب وكل ما يرتبط به وما يسبقه من أحداث، وما يتلوه من عواقب.

٣- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب: ويتم ذلك بتقدير ما إذا كان سلوك المريض يظهر أنه نتيجة لخوف شرطي بسيط، أو كان يعكس خوفا أساسيا معمما يحدث في مواقف مشابهة ولكنها مختلفة. وهذا التحليل يركز على البحث عن الظروف الخارجية السابقة واللاحقة التي تحدد السلوك المضطرب.

٤- اختيار الظروف التي يمكن أن تعدل أو تغير: ويتم ذلك باختيار الظروف التي يمكن تعديلها خلال عملية العلاج .

٥- إعداد جدول لإعادة التدريب: وذلك عن طريق تخطيط خبرات متدرجة يتم فيها إعادة التدريب، ويتم خلالها تعريض سلوك المريض بنظام وتدرج للظروف المعدلة، بحيث يتم إنجاز البسيط والقريب قبل المعقد والبعيد، والسهل والممكن قبل الصعب والمستحيل.

٦- تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب: ويتضمن ذلك تعديل العلاقات بين

الاستجابات، وبين المواقف التي تحدث فيها .

٧- تعديل الظروف البيئية: وتوجه الجهود نحو تقليل احتمال حدوث السلوك لأنه غير

مرغوب أو غير متوافق أو شاذ . ويكون التركيز على تعديل العلاقات المتبادلة

بين الاستجابات ونتائجها التي تؤدي إليها ، بهدف زيادة احتمال حدوث السلوك

المرغوب في الظروف التي يتكرر فيها أو يكون فيها غائبا.

٨- إنهاء العلاج: وذلك عندما يصل سلوك المريض إلى السلوك المعدل المرغوب.

فنيات العلاج السلوكي:

نتجه الآن بشكل مباشر نحر أساليب العلاج التي تلقي في الوقت الراهن القدر

الأكبر من القبول، لا نتيجة لوضوح مبادئها النظرية فحسب، بل نتيجة لاختبارات نتائج

العلاج التي توصلت إليها الكثير من البحوث الإكلينيكية في هذا المجال، ونقصد بها

العلاج السلوكي والعلاج المعرفي والعلاج المعرفي السلوكي، والمنحى الأخير هو الذي

يمزج بين المنحيين السابقين في توليفة متماسكة ومتكاملة.

وقد يكون المدخل المناسب لهذا التناول هو التعرف على مشكلة حدود المجال

وجوانبه من خلال رؤية لازاروس Lazarus التي يوضح من خلالها البنية

السيكولوجية التي يتوجه نحرها العلاج، فهو يرى أننا كائنات حية (بمثابة كينونات

فسولوجية عصبية بيولوجية كيميائية):

١- تسلك (بشكل معين).

٢- وتشعر (خبرة الاستجابات الوجدانية).

٣- وتحس (أي تستجيب للمنبهات الحسية المختلفة من خلال الحواس المختلفة).

٤- وتتخيل (أي نستحضر في الذهن صوراً للإحساسات المختلفة).

- ٥- وتفكر (أي لديها معتقدات وآراء وقيم واتجاهات).
- ٦- وتتفاعل مع الآخرين (أي نستمتع وتحمل أو تعاني كثيراً من العلاقات الشخصية) بالإضافة إلى نقطة أخيرة وهي
- ٧- تأثرها بالعقائير التي تعد جزءاً من حياة هذه الكائنات الحية.
- من هذه المكونات السبع (السلوك، والوجدان، والإحساس، والخيال، والمعرفة، والتفاعل، والعقائير أو التأثيرات البيولوجية). يتشكل النموذج الذي يسمح بالتدخلات العلاجية لإعادة التوازن للكائن الحي وعلى ذلك يتعين أن يتجه العلاج الفعال كما يراه لازاروس إلى فهم جيد وتعامل يتسم بالكفاءة مع الآتي:
- (١) المشاعر أو ردود الأفعال المتعارضة أو غير الموازنة.
 - (٢) السلوك غير التوافقي.
 - (٣) مظاهر الاختلالات (في مجال المعتقدات على وجه الخصوص).
 - (٤) نقص المعلومات (مثل ذلك آفات المهارات، والجهل، والسذاجة).
 - (٥) الضغوط والمطالب التفاعلية.
 - (٦) الاختلالات البيولوجية.
 - (٧) الخبرات الصادمة (مثل ذلك الانتهاك الجنسي، أو الإهمال الجسيم في الطفولة)
 - (٨) الضغوط الخارجية التي تقع خارج شبكة العلاقات التفاعلية الشخصية (مثل ذلك الظروف المعيشية الفقيرة، والبيئة غير الآمنة).
- وغالبا ما يكون لجوء المرء لطلب العلاج النفسي ناتجاً عن معاناته من بعض أو كل الأبعاد الخمسة الأولى من هذه المجموعة. من هنا يمكن النظر إلى العلاج النفسي باعتباره يهدف إلى التغلب - أو تحقيق تحسن جوهري - على أنماط السلوك المتعلمة والعادات غير السوية متكررة الطيور المتمكنة التي تحول دون توافقه.

توضح أمثلة من بعض الأساليب السلوكية الأساسية فلسفة العلاج السلوكي، والذي تستخدم فيه الآن أساليب متنوعة تهدف جميعها إلى التعامل مع الاضطرابات من منطلق نظرية التعلم. ويبدأ العلاج السلوكي - كما ذكرنا - من مسلمة أساسية وهي أن السلوك - سواء كان توافقياً سويًا، أو غير سوي وغير توافقي - هو سلوك متعلم. وعلى هذا يمكن النظر إلى تعريف العلاج السلوكي باعتباره استخدام المبادئ والنماذج التجريبية المختبرة في مجال التعلم للتغلب على العادات غير التوافقية.

والتعلم وفقاً لبافلوف يتم من خلال عملية تشريط تربط بين المنبه والاستجابة، وحتى النشاط العصبي في أعلى مستوياته يتضمن تتابعاً بين المنبهات والاستجابات، والمنبه يستثير استجابة، والاستجابة المستثارة تتضمن خصائص تعمل بوصفها منبهاً لاستجابات تالية لها، والاتساق في العلاقة بين منبه واستجابة هو ما يشكل ما يطلق عليه اسم العادات، غير أن هناك عاملاً إضافياً يقوم بالربط بين المنبهات والاستجابات ويؤدي إلى تكرارها بصورة مستقرة، هذا العامل هو التدعيم أو التعزيز.

فنية كف السلوك:

إذن فالتعلم هو الآلية التي يتم من خلالها اكتساب السلوك، سواء كان هذا السلوك توافقيًا أو غير توافقي، وبينما يقوم التدعيم بتيسير اكتساب أنماط سلوكية جديدة، فإن إلغاء التعلم يعد آلية مناسبة للتخلص من السلوكيات غير التوافقية أو المرفوضة، ويمكن إلغاء التعلم من خلال التوقف عن دعم مترتبات السلوك، وهو ما ينتهي إلى إضعاف متزايد لاعتياد الاستجابة للمنبه، الأمر الذي يلاحظ في تجارب التشريط لدى بافلوف، فالسلوك الذي كان يحدث استجابة لصوت الجرس أي تقديم الطعام كمدعم استمر في الضعف وانطفأ نتيجة لتوقف المدعم أي حدث انطفاء للسلوك، ويذكر ولب أن هناك دلائل على تدخل عمليتين مستقلتين في الإطفاء التجريبي للسلوك: الأولى هي آلية استجابة التعب المرتبطة بالكف التي أشار إليها هل

Hull والتي يعتقد ولب أنها إمكانية عصبية فسيولوجية محتملة، والثانية والتي يحتمل أن تكون أكثر فعالية هي تنافس الاستجابة؛ أي استجابات الإحباط التي تتنافس مع الاستجابة الشرطية وتكفها وهو ما ينتهي إلى كف السلوك غير المرغوب أو غير التوافقي، وبما يسمح في حالات كثيرة بإعادة تعلم سلوك توافقي جديد.

ويهدف إلى كف نمطين سلوكيين مترابطين بسبب تداخلهما وإحلال إستجابة متوافقة محل الاستجابة غير التوافقية. ومن أشيع استخدامات الكف المتبادل حالات التبول اللاإرادي وقد استخدمه بولب بنجاح في علاج كثير من هذه الحالات.

فنية التنفير

ويفيد في علاج الانحرافات الجنسية والكحولية وذلك باستخدام مثيرات مؤلمة أو منفرة مما يؤدي إلى إحلال الشعور بالألم والضيق بدلا من المتعة واللذة أثناء ممارسة السلوك المرضي.

وتستخدم تلك الفنية بهدف إزالة المتعة (أو الراحة) المرتبطة بالسلوك المرضي وزرع استجابة غير مريحة مكانها ليتوقف الارتباط بالمثير، وذلك مثل معالجة الجنسية المطلية بالتنفير، بإعطاء المريض صورة تحتوى مشهد جنسى مثلي وجعله يتخيل نفسه في الصورة، وعندما يندمج ويبدأ الشعور باللذة، يحدث له المعالج ألماً أو رائحة سيئة لتقطع شعور اللذة وربط الألم بالموقف الشاذ جنسيا ليتم تجنبه، ونفس الشيء يمكن استخدامه مع مدمني الكحول والتدخين، وهذا النوع من العلاج يعد علاجا عقابيا وهو ليس مفضلا لدى المعالجين النفسيين.

فنية الغمر

استخدم هذا الأسلوب ستامقل وليفيز في علاج المخاوف من الأماكن المتسعة أو الضيقة وذلك بوضع المريض في الموقف المرهب له دفعة واحدة، ومن هنا كانت

تسميتها بالغمر في أكثر المواقف بعثا للقلق، فمثلا في حالات رهاب الأماكن المتسعة، يؤخذ المريض الى الشارع بصحبة المعالج، وفي أول الأمر سوف يكون القلق شديدا الطمأنة ومعايشة الإسترخاء الذي تم تدريب المريض عليه يقل القلق بدرجة كبيرة، ومع استمرار الغمر يتلاشى القلق تماما، حيث أنه من طبيعة الجهاز العصبي السمبثاوي (المرتبط بزيادة نشاطه بالقلق) أن يقل نشاطه بعد دقائق من التواجد في الموقف المرهب.

التحصين التدريجي (إزالة الحساسية المنتظمة):

وهو التعرض لمثير القلق والتوتر بطريقة تدريجية وقد نجح في علاج حالات الخوف المرضى وخوف الجنس المرضى، ويستخدم هذا الأسلوب أساساً في علاج المخاوف المرضية المختلفة، وهي المخاوف التي لا يوجد سبب حقيقي لها أو التي لا تتضمن خطراً أو تهديداً خارجياً واضحاً، ويجب ان نفرق بين الخوف والمخاوف المرضية. فالمخاوف المرضية مشاعر غير عقلانية وغير مبررة، وعندما يخاف الشخص من أشياء لا تمثل خطورة ويبدأ في الشعور بعدم الراحة نحوها وتجنبها يصبح هذا هو الخوف المرضي. ويفرق ماركس بين الخوف والمخاوف المرضية، فالمخاوف المرضية فئة فرعية من الخوف تتميز بـ:

- ١- أنها لا تتناسب مع متطلبات الموقف الذي تحدث فيه.
- ٢- لا يمكن تفسيرها أو تقديم تبرير لها.
- ٣- أنها خارج التحكم الإرادي للشخص.
- ٤- تؤدي إلى تجنب المواقف المثيرة للخوف.

وتتنوع المخاوف المرضية وتحمل مسميات مختلفة يوضحها الجدول الآتي:

المسمى الاصطلاحي	نوع الخوف (خوف من ...)
Acrophobia	المرتفعات

المسمى الاصطلاحي	نوع الخوف (خوف من ...)
Agoraphobia	الأماكن المفتوحة
Aichmophobia	الأشياء الحادة والمدمبة
Aquaphobia	النزول في الماء
Claustrophobia	الأماكن المغلقة
Mikrophobia	الجراثيم
Menophobia	الترك وحيداً
Nyctophobia	الظلام
Ochlophobia	التجمعات
Pyrophobia	النيران
Tanatophobia	الموت
Xenophobia	الغرباء
Zoophobia	الحيوانات

وقد طور ولب Wolpe في بداية الخمسينات من القرن الماضي أسلوب التسكين المنظم لعلاج المخاوف المرضية. والفروض الأساسية التي تقف خلف هذا الأسلوب هي أن استجابة الخوف هي في حقيقة الأمر استجابة متعلمة أو شرطية، وبالتالي يمكن كفها من خلال إحلال نشاط يتعارض معها. والاستجابات الأكثر قابلية للكف نتيجة لاستخدام التسكين هي استجابة القلق المصاحبة للخوف، بحيث تحل استجابة الاسترخاء بديلاً عنها، وقد يعاني أحد الأشخاص مخاوف الأماكن المغلقة، ويشعر بقلق شديد وعدم راحة عندما يكون في مكان مغلق كالمصعد مثلاً. ويرى ولب أنه يصعب إطفاء استجابات القلق هذه في حالة المخاوف، وربما يعود ذلك إلى شدتها حيث لم يؤد كل من التعرض الممتد أو تكرار التعرض للمنبه المثير للخوف إلى كفها لدي حيوانات التجارب ويمكن في هذه الحالة استخدام أساليب التسكين، ويبدأ الأمر بتدريبات الاسترخاء التي تمكن المريض من الوصول إلى السكينة في هذا الموقف، ثم

إحداث تشريط عكسي لخوفه من الموقف المثير لمخاوفه. وتتم عملية التسكين من خلال تعريض الشخص وفق خطوات صغيرة ومتتابعة للموقف المثير للخوف، وذلك أثناء قيامه بالنشاط المتعارض مع القلق الذي يثيره الموقف، ويمكن القيام بالتعرض التجريدي في الموقف الواقعي أو الحي، كما يمكن إجراؤه تخيلياً حيث يطلب من المريض تخيل وجوده في المواقف المختلفة التي تثير خوفه. ويطلق ولب على المبدأ الذي يقف خلف آلية التسكين اسم الكف المتبادل، ويصف هذه العملية بالآتي: إذا أمكن كف استجابة قلق خلال حدوث المنبه المثير للقلق فإنه سيؤدي إلى إضعاف الرابطة بين هذه المنبهات واستجابات القلق. وما إن تؤدي المنبهات المثيرة للقلق إلى إحداث أقل قدر منه حتى يمكن تقديم منبهات أكثر إثارة للقلق للشخص الذي وصل إلى الاسترخاء الكامل، وهنا سيلاحظ أن القدر من القلق الذي تحدثه هذه المنبهات سيكون ضئيلاً للغاية مقارنة بما كانت تحدثه من قبل. وقد توصل ولب وفلود في دراسات تالية إلى أن انخفاض استجابات الخوف دائماً ما يحدث أيضاً، حتى إذا قدمت المنبهات القوية من البداية. والقيمة الجوهرية في هذا العلاج هي تعميم السلوك الناجح في المواقف الواقعية والذي ينمي من الأساليب التوافقية التي يسعى العلاج إلى تحقيقها من خلال الإجراءات المختلفة.

فنية التعريض

هو مكون رئيسي في العلاج السلوكي لاضطرابات القلق، فقد وجد الباحثون في هذا المجال أن التعريض المستمر للمثيرات التي تسبب القلق ينتج عنه تشتت استجابة القلق لدى الفرد الذي يعاني من القلق. فالتعريض له عدة أشكال يتخذها منها: التعريض التخيلي، والتعريض المتدرج، والتعريض في الحي (الواقع)، وهذا النوع من التعريض يكون بدون تدرج، ولا بد من توفر شروط لهذا النوع من التعريض من أهمها موافقة المريض. كما يوجد أنواع أخرى من التعريض منها التعريض بمساعدة المعالج

للموقف الذي يسبب القلق بطريقة مباشرة، ويعود الهدف من هذه الفنية إلى التأثير على الأعراض السلبية للقلق بإطفائها وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية، ومواجهة سلوك التجنب الذي هو معزز للقلق من ناحية أخرى.

فنية الواجبات المنزلية:

تؤدي الواجبات المنزلية دوراً هاماً في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص في زيادة فعالية العلاج المعرفي السلوكي؛ إذ إنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختم بها المعالج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية، وتساهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والعميل، وذلك يؤثر في طريقة أداء العميل في كل خطوات أو مهام البرنامج العلاجي، ويستطيع المعالج تقوية العلاقة العلاجية بتكليف العميل بعمل واجبات منزلية، ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها حديثاً.

وتأخذ الواجبات المنزلية عدة أشكال فيطلب المعالج من المريض تسجيل الأفكار الآلية، والاتجاهات المختلفة وظيفياً، أو إجراء تجربة سلوكية أو معرفية لها أهداف محددة ومتعلقة بمشكلته، ويجب أن يلاحظ المعالج أن للواجبات المنزلية دوراً هاماً في زيادة فعالية العلاج المعرفي السلوكي، وتكوين الألفة والتعاون بينه وبين المريض، إذا اهتم بإعطاء واجبات بسيطة ومركزة ومتصلة بالمشكلة المريض، وتوضيح الأساس المنطقي لكل واجب منزلي، بالإضافة إلى توضيح كيفية إجرائها والاهتمام بمراجعتها في بداية كل جلسة.

فنية لعب الأدوار

وتعتبر من الفنيات التي تُستخدم مع المكون الانفعالي في العلاج المعرفي السلوكي، إذ تتيح هذه الفنية الفرصة للتنفيس الانفعالي وتفريغ الشحنات والرغبات

الظاهرة والمكبوتة، ويتم ذلك من خلال تمثيل سلوك أو موقف اجتماعي معين كما لو أنه يحدث بالفعل، على أن يقوم المعالج بدور الطرف الآخر من التفاعل والحوار والمناقشة. ويتكرر لعب الدور حتى يتم تعلم السلوك المرغوب.

ف لعب الدور يعني تدريب على تحمل الإحباط، والتحكم في السلوكيات غير المرغوبة ومعالجة نواحي القصور في السلوك الاجتماعي. كما يستخدم لعب الدور في مساعدة الأفراد على ممارسة السلوكيات التي يرغبون في أن تنمو لديهم، كي يصبحوا أكثر وعياً لانفعالاتهم وأسلوب تفاعلهم مع الآخرين. ويعد لعب الدور أحد الطرق التي تُعين على نمو المهارات الاجتماعي.

فنية التدعيم والتعزيز:

التدعيم هو العملية التي يتم من خلالها اكتساب استجابات جديدة، وتقوية الاستجابات الموجودة وعلى مدى الحياة تنشأ صلات أو ارتباطات بين المنبهات المختلفة واستجابات تالية عليها، وعندما يتم تدعيم استجابة معينة بواسطة نوع من المكافآت فإن هذه المكافأة تلعب دور المدعم الذي يؤدي إلى تكرار الاستجابة بتكرار حدوث المنبه. والواقع أن هذا النموذج الذي نجده في التشريط التقليدي لبافلوف لا يختلف كثيراً عما يحدث في حالات التشريط الفعال لسكينر Skinner. فالكثير من ظواهر التشريط التقليدي والتشريط الفعال مفيدة في تقييم المصادر المفترضة للعوامل التي تفسر هذا المدى المنوع من الأنشطة الإنسانية المستقرة، وبصيغة أخرى فإن التشريط التقليدي يبدو بمثابة أكثر التفسيرات المقبولة التي توضح لماذا ينفر شخص ما من شيء معين كعصير البرتقال مثلاً، وذلك عندما نكتشف أن هذا الشخص تعرض لموقف تقزز فيه (مدعم سلبي) من مذاق عصير البرتقال عندما إضافة أمه لدواء مر المذاق، كما يكون التشريط الفعال تفسيراً ملائماً للموقف طفل يشكو من صداع دائم بينما لا يجد الطبيب سبباً واضحاً عضوياً لهذا الصداع، عندما نعلم أن لهذا الطفل

والدين يبديان قلقهما عليه ويدللانه (مدعم إيجابي) عندما يشعرهما بأنه معتل أو مريض ويكتسب الارتباط بين المنبه والاستجابة قوته من عمليات التدعيم المستمرة للعلاقة بين المنبه والاستجابة والتي توضح أن هناك ربطاً مستقراً (ومتعلماً) بينهما، سواء كان المدعم سابقاً أو مصاحباً للمنبه، أو كان تالياً لحدوث السلوك.

فنية التعزيز الموجب

هو إثابة الفرد على السلوك السوي مما يعززه ويدعمه ويدفعه إلى تكرار نفس السلوك، وقد تكون الإثابة عينية أو معنوية، ويفيد في علاج حالات فقدان الشهية العصبي والخجل والإنطواء والسلوك المضاد للمجتمع.

فنية التعزيز السالب

يعمل المعالج على زيادة ظهور الاستجابة المرغوبة بتعرض المريض لمثير غير سار ثم إزالته مباشرة بعد ظهور الاستجابة المطلوبة، ويفيد هذا الأسلوب في علاج حالات مص الأصابع وقضم الأظافر، وهو لا يستخدم كثيراً حيث أن تعرض المريض للخبرات مؤلمة متكررة قد يؤثر على إرادته في الإستمرار في عملية العلاج .

فنية الثواب والعقاب

وذلك بأن يثيب المعالج المريض على كل إستجابة سلوكية سليمة ومرغوبة وأن يعاقب على أي إستجابة عكسية ويستخدم في علاج حالات اللزمات الحركية .

فنية تدريب الإغفال - إهمال السلوك المرضي

هو إغفال وتجاهل السلوك المرضي وعدم التعليق عليه وعدم تعرض المريض لأي نتائج على الإطلاق حيث ينطفيء هذا السلوك ويختفي. ويستخدم تدريب الإغفال

في الحالات التي تكون فيها الاستجابة غير المرغوبة تحقق فائدة للمريض مثل نوبات الغضب، والتهتة أو مص الأصابع عند الطفل.

فنية النمذجة

صاحب هذا الأسلوب هو ألبرت باندورا (Bandura) وقد استخدمه في علاج الخوف خاصة خوفا الحيوانات مثل الثعابين عن طريق عرض عملي حي من جانب المعالج باستعمال اللعب والدمى والأفلام والرؤية عن قرب، وهذه الفنية تظهر بوضوح أكثر في العلاج الجماعي حيث يتعلم العضو كيف يتصرف من خلال نموذج يقدمه المعلم أو أحد أفراد المجموعة العلاجية ويقتدي به المريض ويؤديه، ومع التكرار تحدث الإجابة والثقة في أداء السلوك.

ويعتبر التعلم بالنمذجة من أهم الأساليب المستخدمة في تعلم العديد من المهارات الاجتماعية، وذلك من خلال التعرف على النماذج السوية في البيئة والاقتداء بها. فالمعالج يعرض على العملاء النماذج المرغوب تعلمها في سلوكهم فيقومون بتقليدها بعد ملاحظتها مع تعزيز أدائهم للسلوك. ومن استخدامات النمذجة زيادة السلوك الإيجابي وخفض السلوكيات العدوانية غير المرغوبة. وتعتمد هذه الفنية على نظرية التعلم الاجتماعي.

وتوجد ثلاث عمليات أساسية لحدوث التعلم بالنمذجة وهي:

أ- عملية الانتباه:

فمن الضروري الانتباه للنموذج السلوكي لكي يتم التعلم بالملاحظة. ويجب أن يكون النموذج مؤثراً على القائم بالملاحظة كي ينتبه للسلوك المراد تعلمه.

ب- عملية الاحتفاظ:

فمن الضروري أن يتوفر لدى الفرد القدرة على التعلم، فلا يتأثر الفرد بسلوك النموذج المشاهد؛ إلا إذا تذكر السلوك المراد تعلمه.

ج - عمليات الإدراك الحركي:

فالملاحظة لوحدها لا تؤدي إلى تعلم المهارات، كما أن المحاولات والأخطاء لا تساعد وحدها في تعلم المهارات الحركية، ولكن لابد من الممارسة، ثم التغذية المرتدة لهذا الأداء الممارس والذي يفيد في معالجة نواحي القصور في جوانب السلوك المتعلم.

فنية التدريب على حل المشكلات

هناك عدة مراحل يجب اتباعها في أثناء حل المشكلة المطروحة وهي:

١- مرحلة إدراك وجود المشكلة:

وفيها يدرك الفرد بأن لديه مشكلة فمن المهم أن ينتبه إلى مشاعره عندما يكون متوتراً -مضطرباً- مثاراً..الخ. فالمثير يذكرك بأنك قلق فهناك شئ ما غير سليم.

٢- خفض الإثارة:

عن طريق التوقف عن التفكير التلقائي (قف وفكر قبل أن تتصرف)، فضبط النفس يكسر دائرة الإثارة المفرطة، وفرط الإثارة يمكن أن يستثير سلوكيات غير مرغوبة؛ لأنها تستطيع أن تقطع تسلسل حل المشكلة.

٣- وضع صياغة للمشكلة:

من خلال التركيز على المطلوب عمله، وليس من خلال مسبب الإحباط، وتقدير حجم المعلومات المتاحة، ثم عرض المشكلة في شكل يمكن حله بشكل إيجابي وبهذا نحدد الهدف.

٤ - التفكير بطريقة الحل البديل:

يشير إلى السلوك العقلي المنتج لحلول بديلة عديدة لمشكلة واحدة للاختيار من بينها.

٥ - التفكير بالعواقب:

فإذا فكر الفرد في عواقب الفعل الذي سيقوم به، سواءً أكان على نفسه أو على الآخرين أو الأشياء المحيطة به سيكف عن هذا الفعل.

٦ - مهارة التفكير العلمي:

وفيها يتم تقديم إجابات عن الأسئلة؛ مثل لماذا؟ كيف يمكن؟.. الخ فهذه مهارة.

فنية ضبط النفس (Self control)

المريض الذي يستخدم ضبط النفس يكاد يكون هو المعالج وقد قدم كانفر (Kanfer) نموذجاً متعدد المراحل الأسلوب ضبط النفس مطبقاً في علاج السمنة وذلك على النحو التالي :

- إدراك أن نقص الوزن هو الهدف طويل الأمد وأن إنقاص الطعام هو الهدف قصير الأمد.
- تحديد عدد مرات الأكل وكميته وسرعته.
- تشجيع المشي والرياضة .
- تشجيع قوة الإرادة عن طرق التعزيز الاجتماعي .

فنية التدريب على الاسترخاء (Relaxation)

يتعلم أن عضلاته يمكن أن تسترخي تحت سيطرته مما يساعد في تخفيف حدة التوتر والضغوط ، فكما يقبضها ويجعلها متوتره يمكنه أن يبسطها ويجعلها مسترخيه،

فيقبض عضلاته لمدة ١٠-١٥ ثانية ثم يبسطها لنفس المدة ويبدأ ذلك لكل مجموعات العضلات بادئ أسفل الجسم الأعلى أو من أعلى لأسفل متدرجة نحو جميع عضلات الجسم بالترتيب، مثال: بادئة بعضلات الوجه ثم الرقبه ثم الكتفين والزرعنين ثم البطن والظهر والساقين واخيرا القدمين الدماغ.

فنية الإعادة الحيوية (Biofeedback)

يستخدم لذلك جهاز متعدد الأنواع منه الإعادة الحيوية لرسم العضلات أو تخطيط، وعلى سبيل المثال يستخدم جهاز الإعادة الحيوية لرسم العضلات في حالات صداع التوتر وتوضع أقطاب الجهاز على عضلات الجبهة فينتقل توتر عضلة الجبهة الى الجهاز الذي يطلق صوتا عالية يختفي هذا الصوت كلما استطاع المريض الإسترخاء الإرادي ، وبتكرار هذا التدريب يستطيع المريض أن يسترخي إرادية دون معونة الجهاز وهذا يترتب عليه إختفاء الصداع

نقد العلاج السلوكي

على الرغم من قبولنا للعلاج السلوكي بوصفه أحد أفضل منظورين العلاج (والآخر هو العلاج المعرفي)، إلا أنه من الملائم مناقشة النقد الموجه لهذا المنحى والردود المتاحة حتى الآن على هذا النقد.

النقد الأول

يتجه إلى القول إن العلاج بالأساليب السلوكية يتناول الأعراض، ولأن هذه الأعراض المرضية ما هي إلا أساليب توافقية - رغم كونها غير سوية - يلجأ لها الفرد، فإن إزالتها أو خفضها بالعلاج السلوكي يؤدي إلى حلول أعراض مرضية بديلة تحل مكانها لتؤدي الوظيفة التوافقية التي كانت تقوم بها الأعراض التي عولجت، ويبنى أصحاب مدرسة التحليل النفسي هذه الفكرة على النظرية الهيدروليكية التي ترى أن

الصراعات غير الشعورية ستعبر عن نفسها في صورة ما إلى أن يتم حل هذا الصراع، وقد فحص هذا النقد منذ فترة مبكرة من خلال منظورين مختلفين:

الأول: هو الدلائل التجريبية المؤيدة أو الداحضة لظهور أعراض غير سوية بديلة نتيجة لعلاج أعراض مرضية بواسطة أساليب العلاج السلوكي، وقد أشارت النتائج التجريبية لعدم وجود دلائل على ظهور هذه الأعراض البديلة، كما تبين أنه يندر تماماً ظهورها، والحقيقة أن البحوث في فعالية العلاج السلوكي تشير - وفي مجال علاج الوسواس والأفعال القهرية على وجه الخصوص - إلى عدم ظهور أعراض بديلة. وقد أكد ذلك ولب ولازاروس في إشارتهما إلى أن ما يحسم هذه القضية هو بحوث متابعة نتائج العلاج والتي تظهر أن التغيرات السلوكية تدوم، وأنه بالنسبة للحالات القليلة للغاية التي يبدو فيها أن أنماط السلوك التي تغيرت قد عاودت الظهور مرة أخرى فإنها سريعاً ما تشفى بعد علاج قصير خلال فترة المتابعة.

الثاني: أن هناك عدداً من التفسيرات الواضحة لعدم ظهور هذه الأعراض البديلة، من ذلك أن اختفاء الأعراض المرضية إنما يمثل تعلماً جديداً، وهو ما يعبر عن اكتساب ميكانيزمات توافقية سوية، كما أن هناك ظاهرة الشفاء التلقائي والتي تحدث أحيانا بدون علاج ولا يترتب على حدوثها ظهور أعراض بديلة، وكذلك ما يؤدي إليه العلاج السلوكي من تغير في أولويات الاستجابات السلوكية دون بقاء للاستجابات المهجورة أو العودة إليها.

النقد الثاني

وينطلق في واقع الأمر من الأفكار التي يتبناها التحليل النفسي، والتي ترى أن العلاج يجب أن يتجه للأعماق لمحاولة الوصول إلى الأسباب التي تؤدي إلى الاضطراب وليس مظاهره فقط، وطالما أن العلاج السلوكي لا يهدف للتعرف على الأسباب أو الوصول إلى الأعماق فإن النتيجة التي تتحقق منه -القاصرة على علاج الأعراض-

هي في حقيقة الأمر نتيجة مؤقتة، وأنه ما لم يكتسب المريض استبصاراً باضطرابه فلن يتحقق له شفاء حقيقياً، أو أن الشفاء لن يدوم بالصورة المطلوبة. كما لوحظ من ناحية أخرى أن المريض غالباً ما يكتسب استبصاراً بأسباب اضطرابه بعد تحقيقه لنتائج علاجية إيجابية، بالإضافة إلى العديد من التفسيرات التي قدمت للرد على النقد الخاص بحلول أعراض بديلة والتي توفر إجابة أيضاً لهذا النقد.

النقد الثالث:

يدور حول أن العلاج السلوكي يبدو فعالاً فقط في حالة المشكلات المحددة والمعرفة بوضوح مثل حالات المخاوف الأحادية، ومع الأخذ في الاعتبار ما كان معروفاً لفترة طويلة من استعصاء حالات المخاوف بصفة عامة على العلاج، فإن هذا النقد بدأ يتضاءل بشدة ويفقد قيمته بعد ظهور عدد من أساليب العلاج المختبرة التي قدمها وولب ولازاروس في كتابهما (أساليب العلاج السلوكي) الصادر عام ١٩٤٩ والذي عرض فيه الكثير من العلاجات الناجحة لعدد كبير من المشكلات، وانتهيا منها إلى أن العلاج السلوكي فعال وبكفاءة عالية في علاج كل الاضطرابات العصابية وليس المخاوف الأحادية فقط.

النقد الرابع:

يوجه للعلاج السلوكي يدور حول أن الأفكار مهملة في هذا العلاج، بمعنى أن العلاج السلوكي يبسط الأمور من خلال قصر تعامله على السلوك فقط دون الأفكار، والدوافع غير الشعورية لدى المريض، غير أن التحليل السلوكي الشامل يوضح أن كل المتغيرات تؤثر في السلوك، ويتجه منحى التحليل السلوكي إلى تقييم كل المتغيرات المؤثرة في السلوك سواء الحركية أو الفسيولوجية أو الانفعالية أو المعرفية، ويرى ولب من جانب آخر أن المعرفة سلوك وهي تخضع لنفس قوانين الحتمية السلوكية، شأنها في ذلك شأن أي سلوك آخر، والعوامل المعرفية متضمنة في نظرية التعلم ومبادئ

التشريط منذ البداية، وتعمل الكلمات كمنبهات مثلما تعمل الإشارات (صوت الجرس) في تجارب بافلوف وتكون أيضاً الاستجابات الشرطية، وتشير بعض التطورات المهمة في نظرية التعلم إلى أهمية التمثيل المركزي الذي هو في الواقع العمليات المعرفية، لهذا يدرج منظرو التعلم المحدثون بشكل نظامي العمليات المعرفية في آليات التشريط، ومن السهولة بالطبع إيجاد التكامل بين نظرية التشريط وبين نموذج تداول المعلومات Information Processing والذي يعكس الإضافة التجريبية المهمة التي يقدمها علم النفس المعرفي لنظرية التعلم. وقد اقترح راتشمان Rachman منحي ثلاثي النظم في علاج المخاوف، اشتق من أعمال لانج Lang بدلاً من النظرة القديمة للمخاوف باعتبارها مفهوماً أحادياً، وعلى ذلك فهناك ثلاثة نظم للسلوك (الحركي، والفسولوجي، واللفظي) بينها ارتباط ضعيف، بينما كان المفهوم الإجمالي للخوف يتضمن ارتباطاً تاماً بين هذه النظم الثلاثة، وهو فرض برهنت الكثير من بحوث تحليل السلوك على تعذر الدفاع عنه مشيرة إلى هذا الارتباط الضعيف الملاحظ دائماً بينها، مثال ذلك أن مريض الوسواس القهري قد يعبر عن مخاوف شديدة من الموقف، إلا أنه يمكن أن يرغم نفسه على التخفف منه معبراً عن زيادة ضئيلة فقط على المقاييس الفسيولوجية للاستثارة. وقد أطلق راتشمان على الارتباط الضعيف بين هذه النظم اسم اللاتزامن، وعندما يتبقى هذا اللاتزامن بعد العلاج فإنه يكون مؤشراً على فشل العلاج.

ويمكن تلخيص نقاط النقد الموجه لهم فيما يلي:

١- ناقدوا المدرسة السلوكية كمدرسة علاجية يرون أنها تشذ عن النمط الطبي في عدم اهتمامها بالسيكوباتولوجي الذي يكمن خلف الأعراض المرضية، وأنها ترى أن العرض المرضي هو المشكلة وأنه هدف العلاج دون ما يكمن خلفه من اضطراب، وهذا قد يحدث استبدال العرض المرضي بعرض مرضي آخر، أو عودة العرض مرة أخرى لإستمرار سبب وجوده.

٢- أن المدرسة السلوكية تطبق أسلوب تعديل السلوك في حالات القلق والرهابيات المرضية فقط، وفي بعض المشكلات الأخرى.

٣- العلاج السلوكي يغير السلوك ولكن لا يغير المشاعر، وهناك مبدأ يقول إذا أردنا أن نغير السلوك فلا بد من تغيير المشاعر.

٤- تجاهل العلاج السلوكي أهمية العلاقة العلاجية ، وهذا يجعل من أسلوبها ميكانيكية وليس ولا يحقق العلاج النفسي للمريض تبصرة داخلية.

الفصل الرابع

(العلاج المعرفي)

الفصل الرابع (العلاج المعرفي)

مقدمة

كان غموض المحكات في الدليل الثالث محدثا لفروق تشخيصية داخل أمريكا وبين أطبائها تقوم على أسس عنصرية، فالمريض الأمريكي الأسود الإفريقي الأصل يشخص وفق نفس المحكات التي تنطبق على المريض الأبيض بالمفهوم العام غير المحدد وهو الفصام، بينما يشخص الأمريكي الأبيض على أنه اكتئابي، والنتيجة الجانبية هي أن التشخيص الأغلب كان هو الاكتئاب، والعلاج الناجح له هو العلاج المعرفي، وبالتالي فالاهتمام به والتجريب عليه وتقييمه أصبح من الأمور الضرورية، وكل ذلك يوضح مدى إسهام هذه العناصر في تأكيد أهمية العلاج المعرفي.

وقد أظهرت البحوث التقييمية الأحدث ما لهذا الأسلوب العلاجي من قيمة، ففي مراجعة دوبسون (Dobson, 1989) التي تضمنت فحص نتائج ثمانية وعشرين بحثاً، استخلص أن علاج بيك المعرفي يبدو أكثر فعالية من العلاج السلوكي أو الدوائي أو أي علاج نفسي آخر في علاج الاكتئاب.

تقوم النظرية المعرفية على أسس واقعية أو تجريبية وهي تستخدم نتائج البحوث لتقرير مبادئها النظرية، كما أنها تسمح بالمثل بقدر كبير من المرونة في وجهات النظر والتطبيقات الممكنة، ومن الضروري ملاحظة التمييز الواضح بين مناح معرفية مختلفة، فبعض العلاجات المعرفية تتجه إلى التركيز على العمليات العلاجية، وهي عمليات معرفية في طبيعتها، بينما تركز بعض الأساليب العلاجية الأخرى على المضمون المعرفي أو على البنية المعرفية المفترضة، وإذا أخذنا حل المشكلات وهو أسلوب علاجي مهم فسنجد أنه يركز بقدر أكبر على العمليات العلاجية مقارنة بتركيزه على مضمون المشكلات التي يدرب المريض على طرق حلها، ودائماً ما يشترك العلاج

المعرفي والعلاج السلوكي في الالتزام بالمنهج العلمي، كما يقوم كلاهما بالتأكيد على قدرة المريض على تعلم طرق أداء جديدة وتوافقيه، ويعد العلاج المعرفي السلوكي أساساً بمثابة دمج بين النظريات والأساليب السلوكية والمعرفية وهو دمج حقق نتائج إيجابية في علاج الكثير من الاضطرابات، ويذكر أيزنك (Eysenck, 1991) أن أحد الأسس المهمة في تطور العلاج السلوكي في السنوات الحديثة هو المساهمة الكبيرة للاتجاه المعرفي فيه، والتي أدت إلى ما يعرف أحيانا بالاتجاه المعرفي السلوكي **Cognitive behavioral therapy**، مشيراً في ذلك إلى أعمال كل من بيك Beck وماهوني Mahoney وميكنبوم Meichenbaum.

وقد نشأ العلاج المعرفي بالصورة التي نعرفها الآن في أوائل الستينيات من القرن الماضي على يد أرون بيك Aaron Beck في جامعة بنسلفانيا، وبيك أساساً طبيب نفسي ظل مشايحاً ومطبّقاً لأساليب التحليل النفسي لفترة طويلة، وفي عام ١٩٦٣ نشر مقالاً بعنوان التفكير والاكتئاب: المحتوى الذاتي والتشوهات المعرفية (Beck, 1963) لاحظ فيه أن العوامل المعرفية المرتبطة بالاكتئاب مهملّة للغاية في الوقت الذي يجري فيه التأكيد على مفاهيم وصياغات التحليل النفسي الدافعية والوجدانية والتي تفترض أن الاكتئاب غضب ارتجاعي، ونتيجة لفحصه للمضمون المعرفي للمرضى السيكا تريين، تمكن بيك من ملاحظة أن المرضى الاكتئابيين لديهم أنماط معرفية قابلة للتنبؤ تتضمن أفكاراً سلبية حول الذات والعالم والمستقبل أطلق عليها اسم المثلث الاكتئابي، وقد مكّنه ذلك من التعرف على فروق متسقة في المحتوى الفكر المرتبط بالاضطرابات العصابية العامة؛ بما في ذلك الاكتئاب. كما تبين بالمثل أن المرضى يعبرون عن تشوهات منتظمة في أنماط تفكيرهم، ومن هذا المنطلق استنبط نموذجاً للتشوهات المعرفية يتضمن وصفاً لهذه الأخطاء المنظمة، وهي الأخطاء التي تأخذ صورة الفروض غير المختبرة، والإدراكات المشوهة، أو أنساق المعتقدات غير السوية والتي تكون مسؤولة عن صعوبات المرضى.

امتد منظور بيك المعرفي من الاكتئاب الأحادي إلى غيره من الاضطرابات النفسية بما في ذلك الأنماط المختلفة للقلق، والاكتئاب الثنائي، واضطرابات الشخصية، ومشكلات الاعتماد على العقاقير وغيرها. وتعتمد الأساليب المعرفية في علاج هذه الاضطرابات على تأكيد الطريقة التي تحدث بها التشوهات في الأفكار والتقييم المعرفي غير الواقعي للأحداث وما يحدثه من تأثير سلبي في مشاعر الشخص وسلوكه، وبالتالي يمكن افتراض أن الطريقة التي يشكل بها الشخص محددات واقعه تؤثر في حالته الانفعالية، بالإضافة إلى ذلك فإن النموذج المعرفي يفترض أن هناك علاقة تبادلية تقوم بين الوجدان والمعرفة يعزز كل منهما .

مفهوم المخططات:

المخطط عبارة عن بنية معرفية تتشكل في فترة مبكرة من العمر ويفترض أنه يعبر عن نمط التفكير المكتسب خلال المرحلة الارتقائية، وبينما تسمح مخططات الأشخاص الأسوياء بتفسيرات وتقييمات واقعية للأحداث، فإن مخططات الأشخاص غير المتوافقين تؤدي إلى تشويه الواقع، ومن هنا يمكن على سبيل المثال اعتبار أن مخططات المكتتب تعبر عن مثلث معرفي سلبي حول الذات والعالم الخارجي والمستقبل. وتفسر المخططات الكثير من الاضطرابات النفسية وليس الاكتئاب فقط، كما تعد بمثابة المدخل الملائم للعلاج المعرفي.

وفقا لبيك فإن تعبير مخطط ينطبق في مجال علم الأمراض النفسية على أبنية ذات محتوى شخصي شديد الذاتية، ينشط خلال اضطرابات مثل الاكتئاب ونوبات الهلع، والوساوس، والقلق ويصبح مهيمناً. وبالتالي ففي حالة الاكتئاب الإكلينيكي تكون المخططات السلبية هي المسيطرة، وينتج عنها تحيز سلبي منتظم في تفسير واستدعاء الخبرات، وفي التوقعات القصيرة والبعيدة، وتصبح المخططات الإيجابية أقل هيمنة، ويسهل على المكتتب ملاحظة الجوانب السلبية دون الإيجابية في أي موقف، ويصبح

أقدر على تذكر هذه الجوانب السلبية دون الإيجابية، وهو يقدر الاحتمالات السلبية غير المرغوبة بوزن أكبر من الاحتمالات الإيجابية.

مخططات يونج:

ويرى يونج (Young, 1999) أن لمخططات سوء التوافق خصائص معينة، كما يمكن التعرف على فئاتها وأنواعها، وتتسم مخططات سوء التوافق المبكرة عند يونج بعدد من الخصائص المهمة تلاحظ عند اختبارها:

- ١- فهي بالنسبة للشخص حقائق أولية حول نفسه أو العالم أو حولهما معا.
- ٢- أنها اختلال معرفي.
- ٣- أنها دائمة ومقاومة.
- ٤- دائما ما تحفزها بعض التغيرات البيئية (مثل الموت أو الفقدان).
- ٥- وثيقة الصلة بالمستويات الانفعالية العليا أثناء نشاطها.
- ٦- تنتج في العادة عن المزاج الولادي للشخص عبر طفولته، والخبرات غير السوية مع أسرته أو القائمين على رعايته.

ويقدم يونج ثمانية عشر مخططاً في خمس فئات على الوجه الآتي:

المجال الأول: الانفصال والرفض

وتعني أن احتياجات الفرد للأمان والاستقرار والرعاية والانتماء لن تتحقق بطريقة يمكن التنبؤ بها في سياق العلاقات الحميمة أو الأسرية، وحيث تكون الروابط التقليدية متقطعة، ومتفجرة، وغير قابلة للتنبؤ أو فاسدة، وتتضمن المخططات الآتية:

المخطط الأول الهجر / عدم الاستقرار

عدم الاستقرار المدرك أو عدم الثقة في الأشخاص المتوافرين للدعم والاتصال، مع الإحساس بأن الأشخاص ذوي الأهمية بالنسبة له لن يكونوا قادرين على الاستمرار

في توفير الدعم الوجداني، والحماية أو حفظ الصلة، لأنهم غير مستقرين انفعالياً، ولا يمكن التنبؤ بسلوكهم، ولا مصداقية لهم، كما أنهم غير موجودين أو معرضون للموت أو أنهم سيقيمون علاقات جديدة مع شخص آخر.

المخطط الثاني الحرمان العاطفي

- توقع الشخص أن الآخرين لن يحققوا رغبته في الحصول على درجة معتدلة من الدعم العاطفي بشكل ملائم، والأشكال الثلاثة الرئيسية من الحرمان العاطفي هي الآتي:
- أ- الحرمان من الرعاية: غياب العاطفة والدفء، والرفقة.
 - ب- الحرمان من التعاطف: غياب مشاعر التفهم، والإنصات، والوضوح أو الشفافية، وغياب المشاركة المتبادلة للمشاعر مع الآخرين.
 - ج- الحرمان من الحماية: فقدان القوة، والتوجه، وعدم توافر إرشادات الآخرين.

المخطط الثالث عدم الثقة / الاستغلال

توقع قيام الآخرين بالإيذاء والاستغلال، والاحتقار والغش، والكذب والتآمر واستغلال الفرص والتسفيه بعنف أو بغضب، وعادة ما يتضمن ذلك إدراكاً بعد الأذى، أو نتيجة لإمعان في الإهمال غير المبرر، كما يمكن أن يتضمن إحساس الشخص بكونه ضحية باستمرار للظلم أو خداع الآخرين.

المخطط الرابع النقص / الخزي

شعور الشخص بالعطب أو النقص العقلي أو الداخلي، وبأنه سيئ وغير مرغوب فيه، أو معاق في مجالات مهمة، أو أنه لن يكون محبوباً لدى الأشخاص الذين يهتمهم أمرهم. وقد تتضمن هذه الفئة حساسية مفرطة للنقد، والرفض واللوم، والوعي بالذات، والمقارنة بالآخرين، والشعور بعدم الأمان ممن حوله، أو شعور بالخزي مما به من نقائص مدركة، وقد تكون هذه النقائص شخصية (مثل الأنانية أو نوبات الغضب

أو وجود رغبات جنسية غير مقبولة) كما قد تكون علنية (مثل مظهر خارجي غير مقبول، أو عيوب اجتماعية).

المخطط الخامس العزلة الاجتماعية / الاغتراب

شعور الشخص بأنه معزول عن بقية العالم، ومختلف عن بقية الناس، وأنه ليس جزء من أي جماعة أو مجتمع.

المجال الثاني: خلل الاستقلالية / الأداء

وتعنى توقعات الشخص عن نفسه، وعن عالمه، وهي التوقعات التي تتدخل في قدرته الإدراكية على الانفصال، أو مواصلة الحياة، أو العمل مستقلاً، ومصدرها أصول أسرية تقليدية ضاغطة ومشوهة لثقة الطفل في نفسه أو مسرفة في الحماية، أو فاشلة في تعزيز قدرة الطفل على الأداء بكفاءة خارج إطار الأسرة.

المخطط السادس الاعتماد / عدم الكفاءة

اعتقاد الشخص أنه غير قادر على تحمل مسئوليات الحياة اليومية بطريقة تتسم بالكفاءة، ودون مساعدة جوهرية من الآخرين (مثل ذلك رعايته لذاته، وحل مشكلاته اليومية، وإصداره لأحكام صائبة، والقيام بمهام جديدة، واتخاذ قرارات جديدة) ودائماً ما تأخذ شكل فقدان الحيلة.

المخطط السابع الاستهداف للأمراض أو الضرر

خوف مبالغ فيه من كارثة ستقع في أي لحظة، وأنه لن يكون قادراً على حماية نفسه، وتتركز المخاوف حول واحد أو أكثر من الآتي:

(أ) كارثة طبية (مثل ذلك التعرض لذبحة صدرية، أو الإصابة بالإيدز).

(ب) كارثة انفعالية (كالتعرض للجنون).

(ج) كارثة خارجية (كأن يسقط به مصعد، أو تسقط به طائرة، أو يقع ضحية لزلزال).

المخطط الثامن الاحتواء / الذات غير النامية

تورط عاطفي وارتباط انفعالي متزايد بشخص أو أكثر من ذوي الأهمية بالنسبة له (غالباً ما يكونان الوالدين) على حساب الاستقلالية الكاملة، أو الارتقاء الاجتماعي السوي، ودائماً ما يتضمن ذلك الاعتقاد أنه لا يمكنه العيش أو الشعور بالسعادة دون تلقي دعم دائم من الآخرين، وقد يتضمن أيضاً مشاعر أنه معرض لقمع أو احتواء الآخرين له، أو أن هويته الشخصية لا تتسم بالكفاءة، وغالباً ما يعاني ذلك باعتباره حالة من الخواء أو الفراغ وفقدان التوجه، يصل في المستوى المتطرف لإثارة الأسئلة حول وجوده من أساسه.

المخطط التاسع الفشل

اعتقاد الشخص أنه فاشل، أو أنه على وشك الفشل، أو أن أدائه غير ملائم مقارنة بأقرانه في مجالات التحصيل (في المدرسة، أو العمل، أو في النشاط الرياضي الخ)، ودائماً ما يتضمن ذلك اعتقاد الشخص أنه غبي أو أحمق أو غير موهوب أو جاهل، أو منخفض المكانة، وأقل نجاحاً من الآخرين، إلخ.

المجال الثالث: الحدود المختلة

نقص في الحدود الداخلية، والمسئولية عن الآخرين، أو التوجه نحو الأهداف البعيدة يؤدي إلى صعوبة تتعلق بحقوق الآخرين، والتعاون معهم، والوفاء بالالتزامات، أو وضع أهداف شخصية واقعية والوفاء بها، وتتسم الخصائص الأسرية النمطية بالتساهل والإفراط في التسامح، وفقدان التوجه أو إحساس بالتفوق -عوضاً عن المواجهة الملائمة، والخضوع للنظام، وحدود تحمل المسئولية، والتعاون بطريقة تبادلية، ووضع الأهداف. وقد لا يكون الطفل قد حفز، في بعض الحالات، على تحمل المستويات العادية من عدم الراحة، أو قد لا يكون قد حصل على إشراف ملائم، وتوجيه أو إرشاد.

المخطط العاشر الاستحقاق / التكبر

اعتقاد الشخص أنه أو متميز عن الآخرين له حقوقه ومزاياه الخاصة أو أنه غير خاضع للقواعد العامة التي تحكم التفاعلات الاجتماعية السوية. ودائماً ما تتضمن إصرار الشخص على أنه يجب أن يكون قادراً على عمل ما يشاء أو الحصول على ما يرغبه دون اعتبار لما هو واقعي أو ما يعتقد الآخرون أنه معقول أو تكلفة ذلك بالنسبة للآخرين. أو هو تركيز مبالغ فيه على التميز (مثال ذلك أن يكون واحداً من بين أكثر الناجحين، أو المشاهير أو الأغنياء، لكي يحقق القوة أو السيطرة) وليس لغرض جذب الانتباه أو الاعتراف الاجتماعي أساساً). وأحياناً ما يتضمن ذلك إصرافاً في المنافسة مع الآخرين، وتأكيد الشخص لقوته، وفرض وجهة نظره الشخصية، أو التحكم في سلوك الآخرين في اتجاه رغباته الشخصية، دون اعتبار لاحتياجاتهم أو مشاعرهم.

المخطط الحادي عشر عدم القدرة على التحكم الذاتي / الانضباط الذاتي

صعوبة مقاومة أو رفض لممارسة الضبط الذاتي، وتحمل الإحباط عند تحقيق الأهداف الشخصية، أو في كبح التعبيرات المبالغ فيها عن الانفعالات والدفعات حتى حدودها البسيطة، ويعرض المريض تأكيداً مبالغاً فيه عن تجنب مشاعر عدم الراحة، وتجنب الألم، ومواجهة الصراع، وتحمل المسؤولية، أو الإفراط في الجهد - على حساب تحقيق الذات، والالتزام أو التكامل.

المجال الرابع: التوجه نحو الآخر

تركيز زائد على رغبات، ومشاعر واستجابات الآخرين، على حساب احتياجات المرء الشخصية، بهدف كسب حبهم ودعمهم، ومواصلة الإحساس بالارتباط بهم، أو تجنب هجرهم، ودائماً ما يتضمن ذلك قمع ونقص الوعي المتعلق بالغضب والرغبات الطبيعية. وتعتمد الأصول الأسرية النمطية لذلك على التقبل المشروط: على الأطفال أن

يقمعوا خصائصهم المهمة لكي يحصلوا على الحب، والاهتمام، والدعم. وفي الكثير من هذه الأسر تكون احتياجات الوالدين ورغباتهما العاطفية - أو قبولهما ووضعهما الاجتماعي - ذات قيمة أكبر من الاحتياجات والمشاعر الفريدة الخاصة بكل طفل.

المخطط الثاني عشر الخضوع للآخرين

استسلام متزايد للتحكم المبالغ فيه في قراراته الشخصية وتفضيل، وعادة ما يكون ذلك لتجنب إغضاب الآخرين أو هجرانهم، والنمطان الرئيسان للخضوع هما:

- الخضوع للاحتياجات: أي قمع الشخص لتفصيلاته، وقراراته، ورغباته.
- الخضوع الانفعالي: أي قمع الشخص للتعبيرات الانفعالية: الغضب على وجه الخصوص. ودائماً ما يتضمن ذلك إدراك الشخص أن رغباته الشخصية، وآراءه، ومشاعره غير حقيقية أو غير مهمة بالنسبة للآخرين، وكثيراً ما يتم التعبير عنها في صورة إفراط في الخضوع الممزوج بالحساسية المفرطة للمشاعر المعاقة، وعادة ما يؤدي ذلك إلى تراكم الغضب الذي يعبر عنه في صورة أعراض غير توافقية، مثال ذلك: سلوك عدواني سلبي، ثورات غضب خارجة عن التحكم، أعراض نفسية بدنية (سيكوسوماتية)، انسحاب وجدائي، اتجاه نحو سوء استخدام العقاقير والمخدرات.

المخطط الثالث عشر التضحية بالنفس (إنكار الذات)

تركيز مبالغ فيه على الوفاء باحتياجات الآخرين في المواقف اليومية، على حساب المباحج الشخصية، وغالباً ما يكون السبب وراء ذلك هو منع تعرض الآخرين للأذى، وتجنب الشعور بالذنب الناتج عن الشعور بالأنانية، أو للاحتفاظ بالصلات مع الأشخاص الذين يحتاجهم المرء، ودائماً ما يكون ذلك نتيجة لحساسية مفرطة لآلام الآخرين، وأحياناً ما يؤدي ذلك إلى إحساس الشخص بأن احتياجاته لا تعد ملائمة وتثير امتعاض أولئك الذين يوفرون له الرعاية

المخطط الرابع عشر التماس القبول/ التماس الاعتراف

تركيز مبالغ فيه على الحصول على الاستحسان، والاعتراف، أو انتباه الآخرين أو الملائمة، على حساب تطوير حس حقيقي بالذات وبالأمن، ويعتمد تقدير المرء لنفسه في الأساس على ردود فعل الآخرين وليس على رغباته الشخصية، وأحياناً ما يتضمن ذلك تركيزاً مبالغاً فيه على المكانة، والقبول الاجتماعي أو المال أو الإنجاز باعتبارها وسائل للحصول على التقدير والإعجاب أو الانتباه (وليس للحصول أساساً على القوة أو النفوذ)، وهو ما يؤدي غالباً إلى قرارات حياتية حاسمة غير مجدية أو غير مرضية، أو إلى إفراط في الإحساس بالرفض.

المجال الخامس: الحذر والكبت

تأكيد مفرط على كبت الشخص لدفعاته ومشاعره التلقائية، واختياراته، أو مواجهة متصلبة للقواعد الداخلية والتوقعات حول الأداء والسلوك الأخلاقي - دائماً ما يكون على حساب السعادة، والتعبير الذاتي، ومشاعر الاسترخاء، والعلاقات الحميمة، أو الصحة. والأصول الأسرية النمطية لذلك هي التجهم والتطلب المستمر، وتأكيد النمط التأديبي أحياناً : حول الأداء، والواجب، والكمال، والالتزام بالقواعد، وإخفاء الانفعالات وتجنب الأخطاء، وتغليبها على المتعة، والبهجة والاسترخاء. ودائماً ما يوجد تشاؤم مستمر، وهم - حول أن الأمور ستتهور إذا ما فشل المرء في أن يكون متيقظاً وحريصاً طوال الوقت.

المخطط الخامس عشر السلبية / التشاؤم

تركيز مقاوم على مدى العمر على الجوانب السلبية من الحياة (الألم، الموت، فقدان، الإحباط، الصراع، الذنب، الامتناع، المشكلات التي لم تحل، الأخطاء المحتملة، الخيانة، الأشياء الخطة التي قد تحدث، الخ) في الوقت الذي يقل فيه أو تهمل الجوانب الإيجابية أو المتفائلة. ودائماً ما يتضمن ذلك توقعات مبالغ فيها في

مجالات واسعة للعمل والأمور المآلية أو مواقف التفاعل - حول أن الأمور ستنتهي بأخطاء خطيرة، أو أن جوانب حياة الشخص التي يبدو أنها تسير بشكل جيد ستتمزق في نهاية الأمر. ودائماً ما يتضمن ذلك خوفاً متطرفاً من الوقوع في الأخطاء التي قد تؤدي إلى انهيار مالى، وخسارة، ومهانة، أو التعرض للسقوط في موقف سيئ. ولأن النتائج السلبية المحتملة مبالغ فيها، فغالباً ما يتسم هؤلاء المرضى بهم مزمن، وتيقظ، وشكوى مستمرة، وحيرة وتردد.

المخطط السادس عشر الكف الانفعالي

كف مفرط للأفعال والسلوك، والاتصالات التلقائية - دائماً ما يكون بهدف تجنب عدم الحصول على دعم الآخرين، ومشاعر الخزي أو الخوف من فقدان المرء القدرة على التحكم في دفعاته الشخصية. وأكثر المجالات التي يشيع فيها الكف هي:

- كف العصب والعدوان.
- كف الدفعات الإيجابية (مثل ذلك البهجة، والعاطفة، والإثارة الجنسية، واللعب).
- صعوبة في التعبير عن التلقائية أو التواصل حول المشاعر والاحتياجات بحرية.
- تأكيد متزايد على العقلانية دون اعتبار للعواطف.

المخطط السابع عشر المعايير المتشددة/ الانتقاد الزائد

اعتقاد كامن حول أن المرء عليه أن يكافح للوفاء بأعلى المعايير الداخلية السلوك والعمل، ودائماً ما يجب ذلك لتجنب النقد، ويؤدي ذلك بصورة نمطية إلى مشاعر بالضغط أو صعوبة في خفض الإيقاع أو الإبطاء وإلى إفراط في نقد الشخص لنفسه وللآخرين، ويتضمن ذلك عجزاً جوهرياً في الشعور بالسرور والاسترخاء، والصحة، وتقدير الذات، والإحساس بالإنجاز، أو العلاقات المشبعة. وتظهر المعايير الكاملة نمطياً في صورة:

- سعى للكمال، اهتمام مفرط بالتفاصيل، أو تقييم منخفض لكيف أن أداء الأشخاص الجيدين يناسب المعايير.
- قواعد صارمة حول ما يجب في مجالات حياتية متعددة، بما في ذلك معايير رفيعة غير واقعية حول الأخلاقيات، والثقافة أو الاعتبارات العقائدية.
- انشغال باعتبارات الوقت والكفاءة، حيث يمكن تحقيق الكثير من الإنجاز.

المخطط الثامن عشر القسوة

اعتقاد بضرورة أن يعاقب الناس بشدة على ارتكابهم للأخطاء، وتتضمن الميل لأن يكون المرء غاضباً، غير متسامح، معاقباً، وغير صبور مع هؤلاء الناس (بمن فيهم هو نفسه) الذين لا يحققون توقعاته ومعاييره. ودائماً ما يتضمن ذلك صعوبة في غفران الأخطاء الشخصية للمرء وللآخرين نتيجة المقاومة تقدير الظروف اللطيفة للموقف، التي تسمح بعدم الكمال الإنساني أو التعاطف مع المشاعر.

سيكولوجية المعرفة

١ - الوظائف المعرفية (وظائف الجهاز المعرفي)

- الانتباه
- الفهم
- الذاكرة
- التعلم
- التفكير
- اللغة
- الادراك
- الحكم على الأمور
- حل المشاكل
- التوجيه (التشويق)
- الإستبصار

٢ - المحتوى المعرفي لبعض الأمراض النفسية .

النموذج المعرفي يفترض أن الحالات المرضية النفسية المختلفة تتميز بمخططات معرفية محددة. وبناء على ذلك فإن الاكتئاب يرتبط بالمخطط السلبي للفشل والضياع والفراغ. أما القلق فيتميز بالتهديد والتوجس والغضب .

وتتميز البارانويا بموضوعات الخوف من سيطرة وتلاعب ومؤامرة الآخرين. وقد توصل بيك وفريمان (١٩٩٠) من النموذج التخطيطي للاضطرابات الوجدانية، واضطراب القلق إلى نموذج اضطرابات شخصية باعتبار كل اضطراب فى الشخصية يتميز بمحتوى تخطيطى محدد، وأساليب معينة للمواجهة.

إن التضمينات التي يمكن استنتاجها من ذلك أنه لا يوجد علاج معرفى واحد لكل الاضطرابات النفسية فعلى سبيل المثال يعتبر نموذج العلاج للاكتئاب مختلفا بشكل جوهري عن نموذج العلاج المعرفي للاضطرابات الهلع وبالمثل فإن العلاج المعرفي للاضطراب البارنويدي الهذاني يختلف عن العلاج المعرفي للاضطرابات الشخصية.

والجدول التالي يعرض للبرمجة الخاطئة للمحتوى المعرفي فى بعض الاضطرابات النفسية

المحتوى المعرفي الخاطئ	الاضطرابات النفسى
رؤية سلبية للذات والخبرات والمستقبل .	اكتئاب
رؤية منفتحة للنفس والخبرات والمستقبل	الهوس
الخوف من الخطر وتهديد غير معلوم	قلق
الخوف من خطر معين	مخاوف
الاهتمام الزائد بوجود مرض خطير	توهم
الخوف من حدوث كارثة مرضية فورية	هلع
وجود احساسى غير طبيعى بالجسم	اضطراب نفسى جسدى
رؤية الآخرين كما لو كانوا منحازين أو منحرفين	بارنويا
الخوف من السمنة وأن يصبح البدن غير جذاب	اضطراب الاكل
أفكار مستمرة عن الأمن - أفعال متكررة لتجنب الخطر	وسواس قهري

٣ - التشوه (التحريف) المعرفي

يؤكد النموذج المعرفي عددا من العموميات. ويؤكد المعالجون المعرفيون-بصفة عامة- على السلوكيات والأفكار الحاضرة، والمعالجة الشعورية للمعلومات. ويركز المعالجون المعرفيون أيضا على أفكار المريض الآلية أو التحريفات المعرفية، أي الأفكار الشعورية التلقائية التي ترتبط بالحالات الوجدانية السلبية. ومن المعتاد بالنسبة لنا أن نصف هذه التحريفات في ضوء تحيزها وعدم منطقيتها. والأفكار السلبية عبارة عن أخطاء معرفية تؤدي إلى تشوية الإدراك وافتراسات خاطئة نتيجة للتفسير غير العقلاني للخبرات التي يمر بها الفرد. وتشوه المعرفة بوحدة أو أكثر من الطرق الآتية:

١- الحكم التعسفي (الاستنتاج الاعتيابي):

وهو استنتاج بدون دليل أو بناء على أدلة ضعيفة. مثال: قد يقول الشخص أن ما يحدث من انتشار فيروس كورونا نتيجة الإهمال.

٢- التعميم:

هو إصدار أحكام بناء على موقف واحد. مثال: مهندس مرتشى- كل المهندسين مرتشين. أنا فشلت في كذا- أنا فاشل في كل حاجة وفي حياتي كلها .

٣ - المبالغة = التهويل

تكبير الشيء أو الظاهرة عن الحجم الطبيعي، وتتمثل في الميل للمبالغة في إدراك الأشياء، أو الخبرات الواقعية وإضفاء دلالات مبالغ فيها؛ كتصور الخطر والدمار فيها. ومن الثابت أن المبالغة في إدراك نتائج الأشياء يميز الأشخاص المصابين بالقلق، فتفكير الشخص في حالات القلق يتميز بالمبالغة في تفسير الموقف، مما يؤدي إلى إثارة مشاعر الخوف والتوتر، فهو يتوقع الشر لنفسه ولأسرته أو ممتلكاته. مثال: أن يخسر الشخص مبلغا بسيطا إلا أنه يجرم العالم كله بسبب هذا الشأن

٤ - التقليل = التهوين

تقليل الشئ أو الظاهرة عن الحجم الطبيعي، التقليل من المخاطر الواقعية، قد تكون له أيضاً نتائج انفعالية سلوكية مماثلة؛ إذ يؤدي ذلك إلى الاندفاع وتكرار التجارب الفاشلة، كما قد يؤدي إلى تخفيض الدافع إلى مواصلة الجهد والإنجاز. مثال: أن يكون العالم في حالة زعر من انتشار فيروس كورونا والشخص نفسه غير مهتم ويقول لا يوجد شيء مما تقولون.

٥ - التفكير المخالف / ثنائية التفكير

التفكير محصور بين جانبين أحدهما ايجابي وآخر سلبي بدون وجود وسيط بينها مثال: إما أبيض - إما أسود / لا يحبني = يكرهني / ليس معي = هو ضدي.

٦ - تبني أفكار الآخرين

عندما يصعب على الفرد فهم ما يدور حوله فيتبنى آراء الآخرين، مثال: إذا قال أحد الأشخاص بأن العالم سيء من وجه نظره نجد الشخص يؤيد ذلك ويقول عند حق هذا العالم سيء بدون وجود أي مبرر لهذا الرأي.

٧ - التخيل العاطفي

الشخص يحكم الأمور بطريقة تتناسب مع تفكيره فقط. مثال: إذا كان الشخص حزين سيحكم على المواقف بسلبية وتعاسة.

٨ - التفكير الخرافي

عدم تفسير الأحداث الحياتية تفسيراً علمياً مثال: أمنا الغولة.

٩ - التجريد الانتقائي

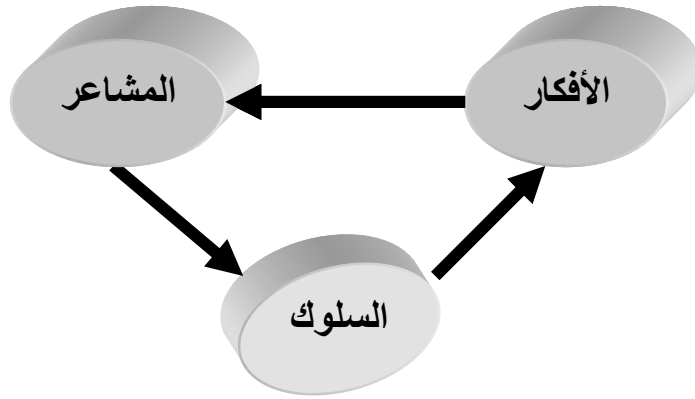
وهو أسلوب خاطئ في التفكير؛ كأن يعزل الشخص خاصية معينة من سياقها العام، ويؤكد لها في سياق آخر فمثلاً شخص يرفض التقدم لعمل جديد مناسب، ذلك لأنه سبق أن رُفض في عمل سابق لأسباب لا علاقة لها بإمكانياته ومواهبه وبما يتطلبه العمل الجديد. والتجريد الانتقائي من الأخطاء التي تشيع في أفكار المكتسبين، فقد تبين أن المكتسب يركز على جزء من التفاصيل السلبية ويتجاهل الموقف ككل (مثلاً يعود إلى المنزل بعد حفلة أو لقاء، ولا يذكر من هذا اللقاء إلا أن فلاناً تجاهله وفلاناً قاطعه).

امثلة للتدخل العلاجي حسب الاجراء المعرفي الخاطئ .

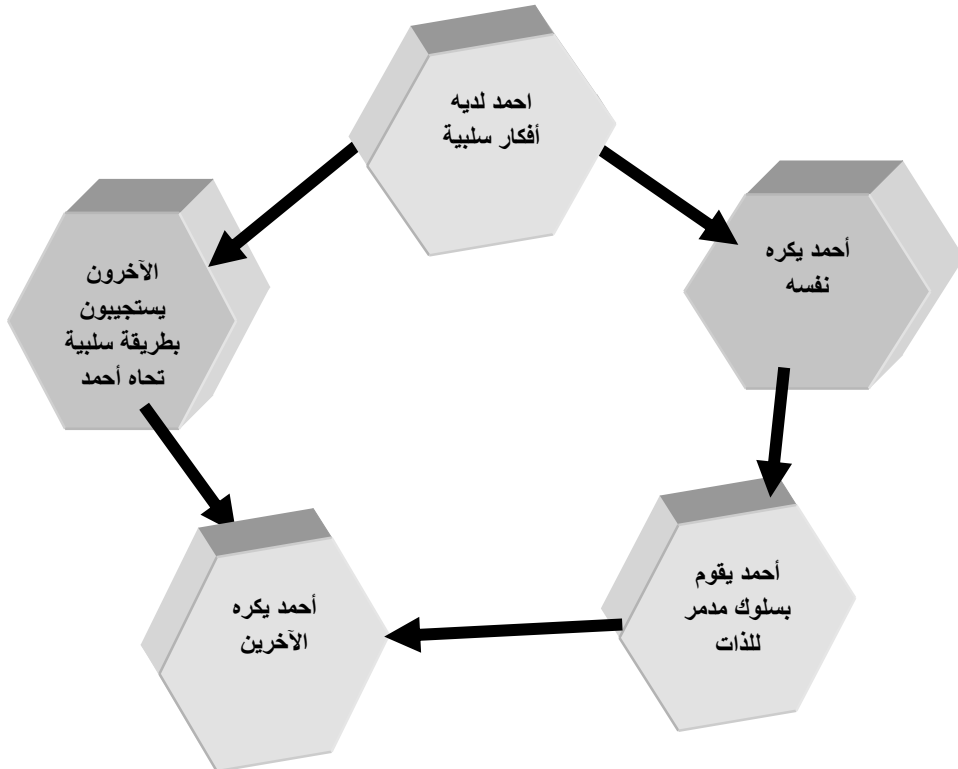
التدخل العلاجي المعرفي	الافتراضات الخاطئة	(التشوه المعرفي)
التعرض للفكرة الخاطئة ومناقشة العوامل التي أدت إلى نتائج الحالة بغض النظر عن أحداث الماضي	ما كان حقيقة في الماضي يجب أن يكون حقيقة ومنطقي دائماً	الاستنتاج الاعتباطي
التعرض للفكرة الخاطئة إثبات خطأ الافتراض	ما يقال على شئ واحد يقال على كل الاشياء	التعميم
توضيح أن أي شئ في الدنيا يقيم في شكل استمرارية تدريجية	كل شئ إما ابيض أو أسود	ثنائية التفكير
استعمال الأساليب التي تذكر المريض بمواقف النجاح السابقة في حياته	اختيار المواقف والأحداث الفاشلة فقط والقياس عليها بوصف الذات بالضعف والفشل	التفكير الانتقائي
التركيز على مناقشة المريض في الأسباب والمعايير التي جعلته يشعر أن الكل ينظر إليه وما هي الحقائق	الكل ينظر إلى أدائي السيئ فقط وأني السبب في معظم المصائب	التفكير الشخصي الانفعالي
جمع الاحتمالات الحقيقة مع التركيز بالأدلة إنه ليس بالضروري حدوث الأسوأ	توقع حدوث الأسوأ دائماً	التشاؤم وتوقع المصائب

٤ - التفكير والمشاعر والسلوك :

تتلخص الوظائف النفسية في هذه المنظومة التي تتكون من الثلاثي الآتية: التفكير (المعرفة) والمشاعر (الانفعالات) والسلوك ... ومن المعروف أن سلوك الإنسان هو ناتج محصلة التفاعل بين التفكير والمشاعر ومن المعروف أيضاً أن الأفكار هي التي تحدد المشاعر والأحاسيس. أي أنه حين يفكر الانسان بطريقة عقلانية يكون فعالاً وسعيداً وحين يفكر بطريقة غير عقلانية يشعر بالحزن والاحباط .



وهذا يعني أن الأفكار السلبية عن الذات تؤدي إلى مشاعر سلبية وبالتالي إلى سلوك وتواصل غير سوي مع الآخرين.



٥ - النموذج المعرفي :

يفترض النموذج المعرفي أن مشاعر الناس وسلوكياتهم تتأثر بإدراكهم للأحداث، أي أن مشاعر الناس ترتبط بالطريقة التي يفكرون بها ويفسرون بها المواقف، ويهتم المعالج المعرفي بمستوى التفكير الذي يحدث في اللحظة نفسها وهو الموقف الذي يعيشه، ولكن هناك مستوى آخر وهو الأفكار التلقائية السريعة التي تخطر ببالنا دون قصد، وعادة لا ننتبه لها بسهولة ولكننا ننتبه أكثر للمشاعر المصاحبة لها، وأفكارنا التلقائية إذا انتبهنا لأي تحول في مشاعرنا .

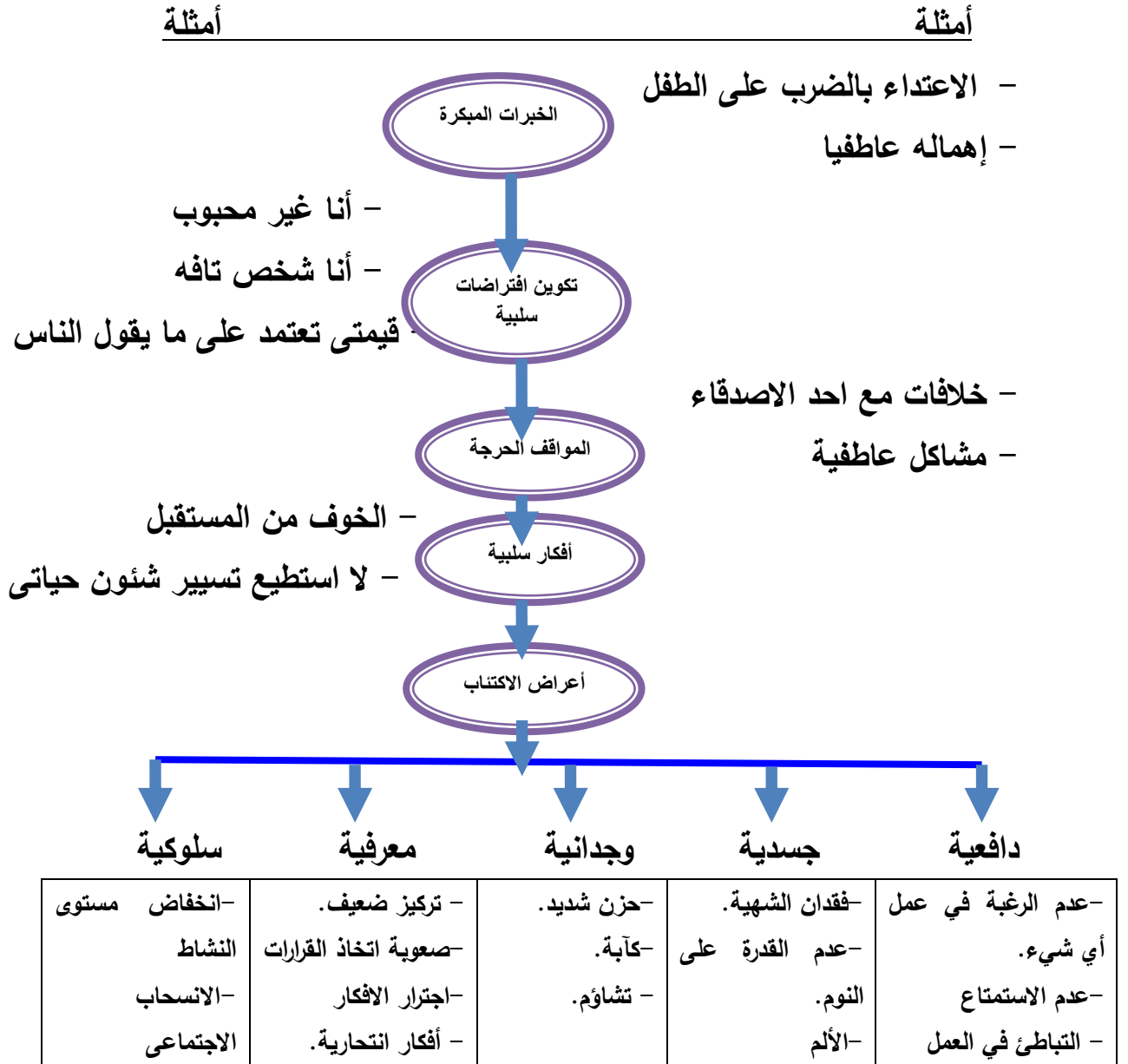
وتتساءل جوديث بيك مؤلفة كتاب " العلاج المعرفي الأسس والأبعاد "

- من اين تنبثق الأفكار التلقائية ؟ ما الذي يجعل شخصا ما يفسر موقفا ما بصورة مختلفة عن شخص آخر؟ ما الذي يجعل نفس الشخص يفسر حدثين متشابهين تماما بطريقة مختلفة في اوقات مختلفة ؟

وتجيب أن ذلك بالمعتقدات، التي تتكون لدى الناس منذ الطفولة عن أنفسهم وعن الآخرين وعن العالم، وينظرون إليها كحقائق مسلمة وهي راسخة في أعماقهم .

نموذج (بيك) المعرفي للاكتئاب:

النموذج المعرفي للاكتئاب



الفنيات المعرفية:

فنية المتصل المعرفي :

وفي هذه الفنية يُطلب من المريض أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مع الآخرين، على سبيل المثال، يطلب من المريض الذي لديه الاعتقاد (أنا شخص عديم الفائدة) أن يعرف المقصود بعديم الفائدة، ثم يطلب منه أن يشير أين سيكون بعض

الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة. يبدأ بصفر (عديم الفائدة تماماً) و ١٠٠% (فعال جداً) . وهي فنية مفيدة لاستبدال الأفكار التلقائية وكذلك الاعتقادات الأساسية، وتفيد في التعامل مع التفكير الثنائي (كل شيء أو لا شيء).

فنية الجدل المباشر:

وهذه الفنية إحدى الفنيات المعرفية، فرغم أن العلاج المعرفي يؤيد التوجيه نحو الاكتشاف الموجه أكثر من المواجهة المباشرة لأراء المريض، إلا أنه في بعض الأحيان لابد للمعالج من المواجهة المباشرة، ويظهر هذا الأسلوب عندما يكون للمريض شعور بالانتحار فبالتالي يجب على المعالج أن يعمل بسرعة وبشكل مباشر على مواجهة هذا الشعور باليأس، كما تكون المواجهة المباشرة نافعة في المواقف التي يتدخل المعالج فيها للعلاج بشكل سريع في الوقت الذي لا يكون للمريض فيه الرغبة أو المقدرة على المشاركة الفعالة في عملية العلاج، فالتنفيذ والنقاش الحاد يعتبر في جوهره من الأدوات الخطيرة ؛ وذلك لأنه من الصعب أن تقدم جداً مقتنعاً دون أن تسبب للمريض نوعاً من الدونية والهزيمة والضيق، كما أنها بلا نقاش سوف تتحول ببساطة إلى نزاع معرفي. وبشكل عام فإن فكرة تأكيد المعلومات بأكبر قدر ممكن من التعاون أفضل من مجرد إرسال مبادئ منطقية مجردة أو فلسفية، ثم يتم بعد ذلك التحول إلى أسلوب التوجيه نحو الاكتشاف بمجرد أن يكون هذا ممكناً.

فنية التخيل

تقوم هذه الفنية على افتراضين أساسيين هما:

١ - يُكتسب القلق وفق قوانين الاشتراط الكلاسيكي.

٢ - يُؤد القلق السلوك التجنبي الذي يتعزز بدوره عن طريق تقليل مستوى

القلق، حيث إن المثيرات التي تقترن بالألم أو الحرمان تُحدث ردود فعل انفعالية سلبية،

وهذه الانفعالات بدورها تؤدي إلى استجابات تجنبية دفاعية تعزز الاستجابات الدفاعية التي تؤدي إلى إزالة أو إيقاف المثير الشرطي، الذي يبعث على الخوف أو القلق بنجاح واعتماداً على ذلك، يُطلب في هذا الإجراء من العميل تخيل المواقف التي تبعث على الخوف لديه وذلك خلافاً لتقليل الحساسية التدريجي، الذي يشتمل على الانتقال بالعميل تدريجياً من الموقف الأقل إثارة إلى الموقف الأكثر إثارة؛ حيث يبدأ هذا الإجراء بالموقف الذي يبعث على الحد الأقصى من القلق، بل إن المعالج يهول الأمر، وذلك بهدف إبقاء العميل في حالة من القلق الشديد مدة طويلة.

ولقد أشار "بيك Beck" إلى أن فنية التخيل تُستخدم في علاج اضطرابات القلق لتوضيح العلاقة بين التفكير والعواطف، فيطلب المعالج من العميل أن يتخيل مشهداً أو منظرًا غير سار ويلاحظ استجاباته، فإذا أظهر العميل استجابات انفعالية وعاطفية سالبة عندئذ يبحث عن محتوى أفكاره. ثم يطلب المعالج من العميل أن يتخيل مشهداً ساراً ويصف مشاعره، كي يستطيع العميل أن يدرك التغيير في محتوى أفكاره التي أثرت في مشاعره، وبالتالي يمكن أن يغير مشاعره إذا غير أفكاره.

فنية صرف الانتباه:

تُستخدم فنية صرف الانتباه في العلاج المعرفي لأهداف محددة وقصيرة المدى، وذلك بأن يُطلب من العميل الذي يعاني من القلق، مثلاً القيام بسلوك يصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها، لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءاً. ولكن لفنية صرف الانتباه بعض الجوانب السلبية التي قد تؤثر سلباً على سير العملية العلاجية على المدى البعيد، عندما يستخدمه العميل كأسلوب لتجنب الأعراض.

ويستطيع المعالج المعرفي استخدام فنية صرف الانتباه في بداية العلاج؛ لكي يجعل العميل يدرك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها، وهذه خطوة

مهمة جداً في العلاج، وقد تستخدم هذه الفنية في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض، عندما يكون العميل في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية التلقائية، مثال ذلك: عندما تأتي العميل الأعراض وهو يتحدث مع شخص ما؛ ففي هذه الحالة بإمكان العميل طرد الأفكار السلبية من خلال الاقتراب أكثر من الشخص الذي يتحدث معه مما يُعطي المجال البصري للعميل، أو التركيز على المحادثة نفسها بدلاً من الأفكار المتعلقة بتقويمه لنفسه. ومن الممكن استخدام أساليب صرف الانتباه لتوضيح النموذج المعرفي للاضطرابات النفسية للعميل.

وفيما يلي بعض الأساليب المستخدمة في صرف الانتباه:

أ- التركيز على شيء معين:

يُدرَّب العميل على التركيز على شيء ما ويصفه بالتفصيل لنفسه باستخدام الأسئلة التالية والإجابة عليها: (أين هو بالضبط؟ ما حجمه؟ ما لونه؟ كم يوجد منه؟ ما الفائدة منه.. الخ).

ب- الوعي الحسي:

يُدرَّب العميل على ملاحظة البيئة المحيطة به ككل باستخدام النظر السمع الذوق اللمس والشم مستعيناً بالأسئلة التالية: (ما الذي تراه بالضبط إذا نظرت حولك؟ ما الذي تستطيع سماعه داخل جسمك؟ في الغرفة؟ خارج الغرفة؟ خارج المبنى؟).

ج- التمرينات العقلية:

يشتمل ذلك مثلاً على العد إلى الخلف من ١٠٠ بطرح ٧ كل مرة، التفكير في أسماء الحيوانات التي تبدأ بالحرف (أ) ثم بالحرف (ب) وهكذا تذكر حادثة معينة بالتفصيل.

د- الذكريات والخيالات السارة:

تذكر الحوادث السارة بأكبر قدر ممكن من الوضوح مثلاً (رحلة سعيدة) أو التخيل (ما الذي سيفعله العميل لو كسب شيء غير متوقع).

فنية ملء الفراغ:

من الإجراءات الأساسية لمساعدة العميل على توضيح أفكاره التلقائية أن ندرجه على ملاحظة سلسلة الأحداث الخارجية وردود أفعاله تجاهها. وقد يذكر العميل أحيانا عدد من المواقف التي أحس فيها بكدر وضيق لا مبرر له. ففي هذه الحالة تكون هناك دائماً فجوة ما بين المؤثر أو المثير والاستجابة الانفعالية. وقد يكون باستطاعة العميل أن يفهم سر كدره الانفعالي عندما يسترجع الأفكار التي وقعت له خلال هذه الفجوة.

فنية الأسئلة السقراطية والاكتشاف الموجه:

العلاج المعرفي السلوكي عملية تجريبية تعاونية، يشترك فيها المعالج والعميل في وضع أهداف العلاج، وجدول أعمال كل جلسة وجمع الأدلة المنظم لصالح أو ضد اعتقادات العميل، بطريقة تشبه الطريقة العلمية لفحص الفروض. ويتم فحص هذه الفروض باستخدام الأسئلة السقراطية (نسبة إلى سقراط) من قبل المعالج، بدلاً من التحدي المباشر لأفكار العميل واعتقاداته، وفي الأسلوب الأول من أساليب هذه الفنية، يقدم المعالج وجهة النظر البديلة على العميل مباشرة؛ كأن يشير إلى عدم التناسق ووجود أخطاء في التفكير، ويسأل العميل عن مدى موافقته وفهمه لذلك. أما في الأسلوب الثاني فيكون الهدف من الأسئلة السقراطية توجيه العميل إلى تفحص جوانب وضعه خارج نطاق الفحص والتدقيق، ومساعدته اكتشاف خيارات وحلول لم يأخذها بعين الاعتبار من قبل، وأخيراً تعويد العميل على التروي والتفكير وطرح الأسئلة (على نفسه)، في مقابل الاندفاع التلقائي وتمكينه بذلك من البدء في تقويم اعتقاداته وأفكاره المختلفة بموضوعية.

فنية وقف الأفكار:

غالباً ما تكون الأفكار الخاطئة لها تأثير متزايد، ونجد أن الفكرة الخاطئة ربما تستدعي فكرة أخرى، وإذا استمرت تلك العملية دون أن يتم إيقافها، قد نجد العميل غير قادر على الاستجابة لهذه الأفكار بشكل مؤثر، وذلك نتيجة لأن ظهور تلك الأفكار الخاطئة أسرع من قدرة العميل على إظهار استجابات تجاه تلك الأفكار. وعندما تكون هذه هي المشكلة نجد أن الحل هو أن يتعلم العميل كيفية وقف تدفق وتزايد هذه الأفكار كي يستطيع أن يتعامل معها بشكل أكثر فاعلية. وهذه العملية (وقف تدفق الأفكار الخاطئة) عملية بسيطة إلى حد ما، حيث إن العميل يقوم ببساطة بإيقاف هذا التيار من الأفكار بواسطة منبه مفاجئ سواءً أكان هذا المنبه حقيقي أم خيالي، ثم بعد ذلك يتحول إلى أفكار أخرى قبل أن يعود هذا التيار من الأفكار مرة أخرى، وذلك من خلال النصيحة التي يتم توجيهها للعميل بشكل متكرر وهي (لا تقلق بشأن ذلك) .

وبسبب عدم قدرة العميل على استخدام هذه الفنية بسهولة، نجد أن الشرح البسيط لهذا الأسلوب غير مؤثر بشكل كافٍ ولا يتمتع بالمصداقية، حيث إن هذا الأسلوب يكون أكثر فاعلية عندما يتم عرضه على العميل بشكل مفصل. وبعد أن يجد العميل أن هذا الأسلوب له تأثير، يشعر في هذا الوقت بأنه يتمتع بالمصداقية وأنه يستطيع أن يتعلم استخدام منبه أكثر مرونة، مثل تخيل النداء بصوت عالٍ، قائلاً (توقف)، أو العض على قطعة قماش موضوعة حول معصم يده، ويكون استخدام أسلوب إيقاف الفكرة أسهل بكثير في بداية تواتر هذا الأفكار

فنية اختبار الدليل:

وهي من إحدى الفنيات الفعالة لمواجهة الأفكار الخاطئة، بحيث تدعم أو لا تدعم الفكرة بواسطة الحدث المتاح، حتى لو كانت هناك بعض التأويلات الأخرى التي تكون مناسبة بشكل أكثر لهذا الدليل.

فالعلمية لا تشمل فقط مجرد اختبار للدليل، ولكنها تضع في الاعتبار أيضاً مصدر تلك المعلومات ومدى صلاحية استخدام الآراء التي انتهى إليها العميل، بالإضافة إلى التفكير في ما إذا كان العميل قد أغفل بعض المعلومات المتاحة. والكثير من العملاء يبدأ بإصدار الحكم النهائي مثل "أنا لست شخص جيد"، ثم بعد ذلك يختار الأحداث التي تدعم وجهة نظره والرأي الذي انتهى إليه.

فنية الحوار الذاتي:

ويكون الحوار الذاتي عن الأفكار الأساسية في النظرية المعرفية. فالإنسان يسلك بحسب ما يفكر، وفي ميدان ممارسة العلاج الذاتي ينصب جزء من دور المعالج على تدريب الأشخاص على تعديل مستوى أفكارهم، التي تثير القلق والاكتئاب وعدم الثقة. إن الحوار مع النفس عند أي نشاط معين من شأنه أن ينبه الفرد إلى تأثير أفكاره السلبية على سلوكه، وحديث المرء مع نفسه وما يحويه من انطباعات وتوقعات عن المواقف التي تواجهه، هو السبب في تفاعله المضطرب. ولهذا يعتمد المعالج المعرفي السلوكي على محاولة تحديد مضمون مثل هذا الحديث، والعمل على تعديله كخطوة أساسية في مساعدة الفرد على التغلب على اضطرابه، خاصة المواقف التي تستثير القلق والاكتئاب.

الفصل الخامس

(العلاج المعرفي السلوكي)

الفصل الخامس (العلاج المعرفي السلوكي)

ربما يكون من الأوفق القول إن هناك علاجات - وليس علاجاً واحداً - معرفية سلوكية، ذلك أن هناك مناحي متنوعة يطلق عليها جميعها اسم العلاج المعرفي السلوكي، والقاسم المشترك بينها هو أنها تتفق في المبادئ العامة لهذا المنحى، والتي يمكن تلخيصها في المبادئ الثلاثة الآتية:

- الأنشطة المعرفية تؤثر في السلوك.
- تقبل الأنشطة المعرفية المختلفة الملاحظة، كما يمكن تغييرها.
- يمكن التوصل إلى التغييرات السلوكية المرغوبة نتيجة للتغيرات المعرفية التي يمكن تحقيقها

وعلى هذا فإن تعبير التعديل المعرفي للسلوك يتضمن أساليب العلاج التي تسعى لتغيير السلوك الواضح والملاحظ من خلال تغيير الأفكار والتفسيرات والفروض واستراتيجيات الاستجابة التي يتبناها الفرد، وهو ما يعني أن التعديل المعرفي السلوكي والعلاج المعرفي السلوكي متطابقان أو مترادفان في الفروض الأساسية التي يقومان عليها، كما أنهما شديداً التشابه في أساليبهما العلاجية. وربما يكون المجال الوحيد الذي يختلف فيه كل منهما عن الآخر هو النتائج التي يسعيان إليها، فالتعديل المعرفي السلوكي ينحو إلى تعديل السلوك الملاحظ، بينما تتركز بعض أهداف العلاج المعرفي الحديثة على تعديل البنية المعرفية في ذاتها من منطلق أن التغيير السلوكي سيتبع بالضرورة هذه التغييرات المعرفية، وهو ما نجده بوضوح في العلاج العقلاني الانفعالي عند إلس الذي يتضمن تعديل المعتقدات فقط، ولا يمتد في هذه الحالة ليكون نوعاً من التعديل المعرفي السلوكي وفقاً لتعريف كازدين، ومن هنا يمكن القول إن تعبير العلاج المعرفي السلوكي أشمل ويتسع في إطاره كل من التعديل المعرفي والتعديل السلوكي.

- إن انفعالات وسلوكيات الفرد تتحدد بناءً على طريقة التفكير ووجهة النظر في الحياة - فنظرة الفرد للعالم تبني على المعرفة سواء كانت لفظية أو فعلية - والمعرفة تبني على الافتراضات التي تتكون نتيجة الخبرات السابقة (أرون بيك).

- إن سلوك الفرد في موقف معين هو خليط من العقلانية واللاعقلانية في آن واحد وأن التفكير والانفعال عمليتين غير منفصلتين وغير مختلطين.

- فالتفكير يتكون من عناصر غير ذاتية وهو موقف يتميز بالانحيازية.

- أما الانفعال فهو موقف تحيزي تغلب عليه الذاتية في إدراك الأمور (ألبرت إلس).

استمدت فكرة العلاج المعرفي من محصلة علم النفس التجريبي والعلاج السلوكي والعلاج التحليلي وكان من رواد العلاج المعرفي السلوكي ألبرت إلس وهو من أشهر المحللين النفسيين في ذلك الوقت في نيويورك وقد وجد أن التحليل النفسي يستغرق وقت طويل ونتائجه غير أكيدة لذا ابتكر علاج أكثر نشاطاً وتوجيهاً وأقل مدة واطلق عليه العلاج العقلاني الانفعالي الذي يرمز له ويهدف إلى تغيير الأفكار السلبية التي تؤدي إلى مشاعر غير منطقية مما يؤدي إلى معظم الاضطرابات النفسية. وفي نفس الوقت توصل آرون بيك من بنسلفانيا إلى وضع النموذج المعرفي للاكتئاب في الفترة من (١٩٦٥ - ١٩٦٠) حيث بدأ عمله قبل هذه الفترة في محاولة للتوصل إلى تفسيرات. وقواعد علمية للتحليل النفسي ولكنه انتهى بوضع أساسيات وخصائص العلاج المعرفي السلوكي كما وصفها ألبرت إلس بالإضافة على فنيات أخرى مثل تعلم مهارات حل المشاكل والمهارات الاجتماعية ومهارات السيطرة على الذات وقد وصف السير دافيد جولد بيرج أن ما فعله بيك في توصله للعلاج المعرفي السلوكي من التحليل النفسي مثلما فعل جورباتشوف في ثورته البيروقراطية بالاتحاد السوفييتي .

وحدد كلا من بلوك ودوبسون ١٩٨٨ العلاج المعرفي السلوكي بثلاث أبعاد :

- أن النشاط المعرفي يؤثر فى السلوك .
- أن النشاط المعرفي يمكن قياسه واختباره وتغييره
- أنه من الممكن استبدال السلوك السلبى عن طريق تغيير الافكار الخاطئة.

ومما ساعد فى رسوخ هذا العلاج فى العشرين سنة الأخيرة هو التطور الكبير والسريع فى العلوم المعرفية مثل: علم الكمبيوتر- علم اللغة- إجراء المعلومات- العلوم العصبية والفلسفة. ويطبق حاليا العلاج المعرفي السلوكي على نطاق واسع فى أوروبا وأمريكا، ويوجد أكثر من عشرين مجلة تنشر كل الدراسات الجديدة فى هذا المجال.

تعريف العلاج المعرفي السلوكي

العلاج المعرفي السلوكي هو أحد الأساليب العلاجية الحديثة التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية ويهدف هذا الأسلوب إلى إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكرب وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وتحديدها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها.

ويتوقف تحقيق هذا الهدف على وجود علاقة علاجية دافئة بين المعالج والمريض، الذي يجب أن يتصف بالقبول والتقبل والود والدفء والتعاون والمشاركة الوجدانية، وأن يقوم المعالج بتدريب المريض وتعليمه كيفية التعرف على المشكلات وحلها.

هو أسلوب جديد من أسلوب العلاج النفسى وهو علاج مباشر توجيهى تستخدم فيه آليات وأدوات معينة وفنيات معرفية وسلوكية لمساعدة المريض لتحديد أفكار السلبية ومعتقداته اللاعقلانية التلى يصاحبها خلل انفعالي وسلوكى وتحويلها إلى معتقدات يصحبها ضبط انفعالى وسلوكى .

ومن المعروف أن السلوك الانفعالي ينتج من الداخل يتسبب أفكار في وجدان الفرد حول موضوع هو الذى يكون مادة انفعالية نحو هذا الموضوع .. فالجهد العلاجي لابد وأن يبدأ بتغيير الافكار والافتراضات والادراكات الذاتية الخاطئة والتي ينتج عنها الانفعالات السلبية والسلوك المضطرب ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي على باثولوجيا النفس المشتقة من علم النفس المعرفي ونظرية إجراء المعلومات ونظرية التحليل النفسى. وتعتمد فنيات وآليات قواعد العلاج المعرفي السلوكي جزئياً على الإلمام بالإطار النظرى وجزئياً على الخبرات والممارسة العلمية .

خصائص العلاج المعرفي السلوكي

- ١- يعتمد العلاج المعرفي السلوكي فى صياغة مشكلة المريض على عوامل متعددة، ومنها تحديد الأفكار الحالية للمريض، والأفكار التي تساهم فى استمرار الوضع الانفعالي للمريض والتعرف على سلوكيات غير المرغوب فيها، ثم العوامل المرسبة التي اثرت على أفكار المريض عند ظهور المرض، والأسلوب المعرفي الذى يفسر به المريض المواقف التي يتعرض لها .
- ٢ - يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق فى المعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض وكذلك الاحترام الصادق له، وحسن الاستماع، بالإضافة إلى كفاءة المعالج التي تظهر من خلال سير العملية العلاجية .
- ٣ - يشدد العلاج المعرفي السلوكي على أهمية التعاون والمشاركة النشطة والعمل كفريق يشترك فى وضع جداول عمل للجلسات وفى إعداد الوجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات.
- ٤ - يسعى المعالج إلى تحقيق أهداف معينة لحل المشكلات معينة .
- ٥ - يركز العلاج على الحاضر وعلى المواقف التي تثير القلق والاكتئاب لدى المريض ومع ذلك فقد يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضي .

- ٦ - العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي يهدف إلى جعل المريض معالجا لنفسه كما أنه يهتم كثيرا بتزويد المريض بالمهارات اللازمة لمنع (الانتكاسة).
- ٧ - تتم الجلسات فى العلاج المعرفي السلوكي وفق أجندة (جدول عمل معين) يحاول المعالج تنفيذه قدر المستطاع.
- ٨ - يعلم العلاج السلوكي المعرفي المريض كيف يتعرف على الآثار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يقومها ويستجيب لها .
- ٩ - يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات ومهارات متعددة لإحداث تغيير فى التفكير والمزاج، والسلوك.
- ١٠ - يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحاً مع المريض يناقش معه وجهة نظره حول المشكلة ويتعرف على أخطائه ويسمح للمريض بمناقشته.

أهداف العلاج المعرفي السلوكي

- تحديد واختبار السلوك والمضطرب والافكار الآلية الخاطئة.
- زيادة اهتمام المريض بنفسه وتقبله لذاته وتقبله للتفكير العقلاني المعرفي .
- مساعدة المريض على التخلص من الأمراض السلبية عن طريق إيجاد أفكار بديلة صحيحة.
- التدريب على الاستجابات المعرفية السلوكية الجديدة.
- تغيير التفكير السلبي (الاجراء المعرفي الخاطئ) بتفكير أكثر ملائمة ونضج.

تفكير ناضح	تفكير خاطئ
زوايا متعددة	تفكير من زاوية واحدة
متغير ومرن	تفكير مجمد
نسبى	تفكير مطلق
واقعى	تفكير انفعالى

أمثلة للفكر المنطقية في مقابل غير منطقية

أفكار غير منطقية	أفكار منطقية
لا اقدر أن اتحمل هذا الشئ	يمكن أن اتحمل ما لا أحبه
هذا الشئ بغيض جدا أو ردي	هذا مخيب للامل ما فعلته كان حماقه
أنا غبي	إنه ليس مثالي
هذا الشئ كان لابد أنه لا يحدث	أنا مخطئ وليس ملام
أنا الملموم	معه الحق أن ينفذ أفكاره بالطريقة الصحيحة
ليس له الحق	ليس من الضروري أن يفعلوا كل ما اريد
أنا احتاج له أو لها لإداء ما أريد	احيانا أفضل
كل مرة أحاول فيها أفضل	كثيرا من الاشياء تتم كما يجب
دائما أنجح في محاولاتي	هذا جزء مهم في حياتي
هذا أكبر من الحياة	اتمنى أن يكون ذلك أسهل
هذا لابد أن يكون سهل	ليس هناك مكسب بدون ألم

استخدامات العلاج المعرفي السلوكي .

- ١-الاكتئاب: اثبتت الدراسات أن ٧٠% من مرضى الاكتئاب يتحسنون على هذا العلاج لمدة لا تقل عن سنتين وهذا معدل يفوق استعمال مضادات الاكتئاب يفضل تجنب هذا العلاج في حالات الاكتئاب المصاحبة للفصام - الخوف أو الهوس الحاد.
- ٢- حالات العصاب (الخوف- الهيستريا- الوسواس القهرى- الكرب- الهلع).
- ٣- الاضطرابات السلوكية والانحرافات الاجتماعية.
- ٤- حالات البارانويا وبعض حالات الفصام المستقرة.
- ٥- علاج الادمان والتدخين.
- ٦- الاضطرابات النفسية والاضطرابات النفسجسدية.

٧ - المشاكل الأسرية والزواجية ومشكلات المراهقة.

٨ - اضطرابات القلق.

٩ - الاضطرابات النفسية عند الطفل.

١٠ - بعض اضطرابات الشخصية.

يستخدم بمفرده في الحالات التالية:

- عدم الاستجابة للأدوية مثل مضادات الاكتئاب بعد محاولتين.

- حالات الاكتئاب المزمن.

- حالات الضغوط البيئية والاجتماعية.

- حالات عسر المزاج.

- الاضطرابات شبه الجسدية (النوم-الوزن - الشهوة الجنسية - الصداع ...).

- عدم القدرة على تحمل التأثيرات الجانبية للأدوية.

يستخدم بالإضافة للعلاج بالعقاقير في الحالات الآتية

- في حالة عدم الاستجابة للعلاج المعرفي بمفرده.

- في حالة استجابة جزئية للعلاج بالعقاقير.

- وجود أعراض شبه جسدية شديدة.

- وجود ميول انتحارية مع الاكتئاب.

- وجود ضلالات أو اضطرابات الذاكرة.

المواصفات الفنية للعلاج المعرفي السلوكي

• المعالج له دور إيجابي فعال .

• حوالي من ١٥ - ٣٠ جلسة مرة أو مرتين أسبوعياً بحد أقصى ستة أشهر.

• علي المعالج أن يكون متفاهم - حنون- صادق مع نفسه ومع المريض - متفاعل

مع المريض.

- من الممكن أن يطبق العلاج المعرفي السلوكي في العلاج النفسي الفردي والجماعي والزواجي والأسري وعلاج الأطفال.

مواصفات المريض الذي يطبق عليه العلاج المعرفي السلوكي:

- أن يكون لديه عقلية متفتحة علي تقبل المعلومات.
- أن يستطيع التعرف علي مشاعره.
- أن يستطيع إدراك الأفكار السلبية الآلية.
- أن يستطيع الربط بين الأفكار والمشاعر والسلوك.
- أن يتقبل مسؤولية التغيير.

مواصفات المعالج الذي يستخدم العلاج المعرفي السلوكي :

- أن يكون عطوف وحنون ومرن.
- أن يكون لديه القدرة علي جذب المريض وعدم إجراجه.
- أن يكون لديه مهارات توصيل المعلومة بما يتناسب مع النموذج المعرفي السلبي لدي المريض.
- أن يكون متدرباً علي مهارات وفنيات العلاج المعرفي السلوكي لمدة سنة علي الأقل قبل ممارسته.

تركيب ومسار الجلسة

١ - بداية كل جلسة

- إية أخبارك - كيف حال مزاجك.
- عرض سريع وموجز للجلسة السابقة.
- الواجب المنزلي.

٢- الأجندة

- هل في حاجة من الأسبوع الماضي تحب تتكلم فيها.
- أنت عايز تتكلم في إيه اليوم.
- إختيار أهم مشكلة حالية للتحدث عنها.
- ٣- السؤال علي كل الأفكار التي مرت ببالك أثناء هذه المشكلة.
- ٤- الدخول في موضوع آخر ولكن متعلق بالموضوع السابق.
- ٥- سؤال المريض أن يلخص ما دار في الجلسة ويطلب منه التغذية الراجعة.
- ٦- الواجب المنزلي: لابد أن يكون محدود ويعطي في كل جلسة.

شرح مكونات ومسار جلسة العلاج المعرفي السلوكي

- موضوع جدول لما سيدور بالجلسة:
- يبدأ المعالج بالتوضيح ما نود عمله اليوم ثم يشرح بعض الأمور مثل كون الوقت محدود ويجب أنا نناقش أكثر الأمور أهمية ويعلق على الجلسة السابقة ويراجع الواجب المنزلي.
- الأحداث السابقة بين الجلستين:
- تراجع الأحداث التي حدثت للمريض بعد الجلسة السابقة والمشاكل التي اعترضت المريض خلال هذه الفترة وخلال قيامه بالواجب على أن تتم مراجعتها باختصار وبطريقة مقبولة مع إيجاد الحلول الملائمة .
- المواضيع الأساسية للجلسة الحالية:
- يستغرق ذلك معظم الوقت للجلسة وتستخدم الفنيات التي تساعد المريض على التعامل مع الأفكار السلبية وتختلف المواضيع التي تتناقش من جلسة لأخرى.

• الواجب المنزلي:

يكون مرتبط بما حدث بالجلسة - يعرض بطريقة محددة وواضحة - يكون مفهوم ومقبول لدى المريض. فالهدف هو اختبار صحة الفكرة وليس التعرف على ما سيحدث- ويصمم بطريقة بحيث لا يخسر فيها المريض، ويحدث أحيانا أن تضعف عزيمة المريض على القيام بالواجب المنزلي لذا من المهم مناقشة الصعوبات التي من الممكن أن تحدث مستقبلا وكذلك الإجراءات التي يمكن إتخاذها للتغلب على هذه الصعوبات .

التعليق:

آخر الجلسة يطلب المعالج من المريض التعليق على الجلسة ويطلب منه تلخيص ما تعلمه وكذلك رآيه في موضوع الجلسة، وعلى المعالج أن يرحب بأي ملاحظة يبديها المريض مهما كان نوعها لأن ذلك يساعد على التفاهم ويشعر المريض بالأمان.

فنيات العلاج المعرفي السلوكي

أولا : الفنيات المعرفية

تستخدم هذه الفنيات للحد من العملية إجترار الأفكار السلبية التي تساعد على الاستمرار المشكلة - وهي مهمة في بداية العلاج - وهي قد لا تحدث تغييرات معرفية جوهرية ولكنها تحسن من مزاج المريض الأمر الذي يساعد على حل المشكلة وتسمى فنيات صرف الانتباه مثل:

١ - التركيز على شئ معين :

يُدرَّب المريض على التركيز على شئ ما ويصفه بالتفصيل نفسه باستخدام

الأسئلة الآتية :

١- أين هو بالضبط؟

٢ - ما لونه وشكله؟

٣ - مما صنع؟

٤ - كم يوجد منه؟

٥ - ما الفائدة منه؟

٢ - الوعي الحسي:

يُدرَّب المريض على ملاحظته لما يدور لما يدور بداخل جسمه أو من حوله.

مثال: ما الذي تراه بالظبط إذا نظرت حولك؟ ما الذي تستطيع سماعه داخل جسمك؟

٣ - التمرينات العقلية:

مثال : العدد التنازلي بطرح ٧ من ١٠٠ أو الحيوانات التي تبدأ بنفس الحرف

الهجائي أو تذكر حدث معين.

٤ - الذكريات والخيالات السارة:

اذكر الأحداث السارة بأكبر قدر من الوضوح (رحلة سعيدة مثلا) بينك وبين نفسك.

٥ - ممارسة نشاط مركب :

ممارسة النشاطات العقلية والجسدية مما فى وقت واحد. مثال : الاستماع إلى

الراديو أثناء القيام بنشاط جسدى .

- كلمات متقاطعة .

- لعبة رياضية .

ثانيا الفنيات السلوكية

تهدف إلى رفع مستوى مشاركة المريض الفعلية فى النشاطات التي تحسن مزاجه

وهي تساعد على التخلص من السلوك غير المرغوب واستبداله بسلوك مرغوب فيه .

١ - مراقبة النشاط (سجل الأفكار والمشاعر السلبية)

يطلب من المريض تسجيل (تدوين) المشاعر والمواقف التي يمر بها طوال اليوم وكذلك تقييم كل نشاط من حيث ارتياحه له وقدرته على التحكم فيه وبالتالي يستطيع المعالج والمريض التحقق من الأفكار السلبية - ولمساعدة المريض في اكمال السجل يقوم المعالج بتدريبه على ما يلي:

- تحديد الانفعالات غير السارة: تغيير المزاج في الاتجاه السلبي دليل على وجود أفكار سلبية آلية (من السهل على المريض ملاحظة كيف يشعر قياسا على قدرته على ملاحظة ما يفكر فيه) ويسجل شعوره مثل حزن - غضب - شعور بالذنب ... إلخ.
- تحديد المواقف التي تحدث فيها الانفعالات: يصف المريض الموقف الذي حدث فيه وماذا كان يفعل أو يكتب الموضوع العام الذي كان يفكر فيه .
- تحديد الأفكار الآلية المصاحبة: يسجل المريض ما يجول في خاطره من أفكار بكل دقة عندما يبدأ بالشعور بعد الارتياح ويقيم مدى تصديقه بالفكرة على مقياس (صفر، ١٠٠).

٢ - وضع جدول للنشاطات

وضع جدول للنشاطات اليومية بأفكار جديدة بهدف الحصول على أكبر قدر من الراحة والشعور بالقدرة على التحكم .

٣ - التعامل مع المواقف التي يخافها المريض بصورة متدرجة:

ويتم بتجزأة العمل أو الموقف المرغوب بصورة تجعل المريض قادرا على انجازه .
ثالثا: الفنيات المعرفية السلوكية.

يخصص معظم وقت الجلسات العلاجية والواجبات المنزلية لتدريب المريض على تحديد أفكاره السلبية الآلية غير العقلانية وافتراضاته الخاطئة على تفحصها واختبارها،

حيث يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى تخفيف التوتر عن طريق تعلم مهارات للتعرف على وتقييم الأفكار والافتراضات الغير صحيحة ومن ثم يتيح إعادة صياغتها بالطريقة الصحيحة واستبدال السلوك السلبي بالايجابى - ومن أنسب العلاجات السلوكية المعرفية هو نموذج بيك الذى يتلخص فى أربع خطوات على جزئين:

الجزء الأول: إخراج الأفكار الأوتوماتيكية واختبار دقتها ومدى صلاحيتها

صعوبة تحديد الأفكار السلبية الآلية والافتراضات الخاطئة:

- قد لا يلاحظ المريض وجود أفكار سلبية فى المواقف المزعجة: على المعالج أن يسأله: ما أهمية ذلك الموقف بالنسبة لك - ماذا يعنى بالنسبة لوضعك أو مستقبلك، هذه الاسئلة تساعد على التعرف على أهمية الحادثة بالنسبة للمريض.
- عدم القدرة على ملاحظة الافكار المهمة: من الضروري التأكيد على معرفة الأفكار أو الخيالات أو المعاني الكافية لإحداث المعاناة الانفعالية .
- يطلب من المريض شرح الفكرة وليس سببها: مثال: ما الذى يجول بخاطرك أثناء لحظة الغضب؟ بدل من لماذا كنت غاضبا لأن الإجابة على الأخير قد تكون بطرق مختلفة تكون بعيدة عند تقديم معلومات حول الفكرة السلبية (مثل شرح تاريخى - شرح بيولوجى - وصف الشخصية).
- قد يعتقد أنها افكار معقولة: واعتاد على استخدامها بشكل إلى .
- كبت الأفكار: أو الصورة المرتبطة بخطر متوقع عن طريق إشغال نفسه أو الابتعاد عن الموقف.
- الافتراضات الخاطئة تكون متصلبة، مععمة، متطرفة: لا تراعى تفاوت الظروف وتمنع تحقيق الأهداف ولا تتأثر بالخبرات العادية.

فنيات تحديد الأفكار السلبية والافتراضات غير العقلانية والعمل على تصحيحها:

يقصد بالأفكار التلقائية، تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار، وهذه الأفكار تأتي بسرعة كبيرة وبصورة تلقائية، وأحيانا دون أن يلاحظها الشخص، وهي أفكار غير معقولة، وهي السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين، والأفكار التلقائية هذه تكون دائماً ذات صفة سلبية لحدث أو حالة معينة، وبالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية. وتهدف هذه الفنية إلى محاولة التعرف على تلك الأفكار ومن ثم تبديلها بأفكار إيجابية تؤدي إلى نهاية حسنة، ولذلك يطلب من المريض أن يسجل الواجبات اليومية على ورقة، ويُدون فيها كل الأفكار التلقائية التي مرت بذهنه في كل يوم يمر به، وتعتبر هذه الواجبات اليومية جزء من العلاج.

وهناك العديد من الأسباب التي تجعل بعض المرضى يجد صعوبة في التعرف على هذه الأفكار، فقد يتعود المريض على استخدام هذه الأفكار بصورة آلية ويعتقد أنها أفكاراً معقولة مما يجعله لا يهتم بها. ونظراً لأن الأفكار المرتبطة بالخطر تؤدي إلى القلق، يحاول بعض المرضى تفاديها بطريقة ظاهرة أو باطنة. وقد يحاول المريض عندما يعي صورة أو فكرة مرتبطة بمأساة متوقعة كبت هذه الصورة، أو التخلص منها بسرعة عن طريق إشغال نفسه أو الابتعاد عن الموقف، وهذا يجعل تذكر الصورة أو الفكرة بوضوح أمراً صعباً. وفي مثل هذه الحالات من الأفضل أن يصر المعالج بلطف على طرح الأسئلة، كي تستثار الأفكار المفيدة التي يستطع المعالج استخدامها للتعرف على دقة الخيالات أو الأفكار التي ذكرها المريض. وهناك العديد من الفنيات التي تساعد المرضى على تحديد أفكارهم التلقائية السلبية. ومن أشهر هذه الفنيات:

١ - مناقشة أحدث الخبرات الانفعالية :

يطلب من المريض تذكر أحدث موقف أو حادثة مرتبطة بالقلق والتوتر ويطلب منه وصفه بالتفاصيل واستمرار رد الفعل باستخدام أسئلة مثل:

- ما الذى خطر بذهنك آنذاك؟

- هل تخيلت شئ فى تلك اللحظة؟

- ما هو أسوء ما توقعته حدوثه عندما كنت قلق جدا؟

عندما يكون المريض هادئ أثناء هذا الحوار يكون بإمكانه أحيانا إدراك عدم معقولية أفكاره ومن ثم محاولة تجاهلها. وعلى المعالج طرح إمكانية كون هذه الأفكار السلبية عبارة عن تفسيرات الأحاسيس ومن أمثلة العلاقة بين إحساس معين وأفكار معينة:- خفقان ← سوف أصاب بنوبة قلبية: هناك مشكلة خطير بالقلب.

- صعوبة فى التنفس ← سوف يتوقف التنفس وأموت .

- شعور بالوخة والدوار ← سوف أصاب بحالة إغماء تؤدي إلى الموت .

- صعوبة فى التركيز ← سوف أصاب بالجنون

٢ - استخدام التخيل أو لعب الأدوار لإعادة الخبرة الانفعالية:

يطلب من المريض تمثيل الموقف أو تخيله وبالإمكان التمثيل معه أو الاستعانة بعدد من الأشخاص للعب الأدوار خاصة إذا كان الموقف بينشخصى وفي حالة عدم استطاعته إثارة الأفكار السلبية الآلية- يجري المعالج تمارين الاسترخاء للمريض ويطلب منه أن يتخيل شئ بسيط مثل الوردة ثم يسأل أسئلة تفصيلية حولها - ثم بعد ذلك وأثناء استرخاء المريض يقال له: الآن بعد أن تدربت على التخيل أود منك أن تتخيل الموقف الذى سبب لك التوتر. استمر فى التخيل ببطئ ولاحظ باستمرار ما يحدث. وكيف تشعر وما الذى يجول فى ذهنك. ماذا ترى الآن. فيما كنت تفكر فى اللحظة التي شعرت فيها فجأة بتزايد القلق لديك .

٣ - فنية المراقبة الذاتية:

يُقصد بالمراقبة الذاتية فى العلاج المعرفي السلوكي، قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به فى مفكرة، أو نماذج معدة مسبقاً من المعالج وفقاً لطبيعة مشكلة المريض. ويحرص المعالج على البدء فى استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن،

خلال عملية التقييم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المريض بشكل يسمح له بإعداد صياغة مشكلة المريض والاستمرار في استخدامها؛ لمتابعة العملية العلاجية، وبالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض.

ويطلب المعالج من المريض تعبئة هذه الاستمارة بتسجيل وقت ومصدر المواقف التي تسبب القلق والخوف، والأعراض الجسدية والأفكار التي صاحبته. ومن الممكن أيضاً أن يقوم بتقييم قلقه بمقياس من (صفر - 100) ليصف كيف يواجه الموقف، ونضع هذه المعلومات أساساً لتسجيل مدى تكرار نوبات التوتر أو أي أعراض جسدية أخرى، ويساعد المعالج على معرفة مصادر ومظاهر القلق لدى المريض، كما تساعد مراقبة الذات المريض على رؤية متاعبه بشكل مختلف فتشجعه على المحاولة، وأن يكون موضوعياً مع نفسه مما يساعده على تحديد مشكلته بأسلوب سلوكي معرفي متعلم، ومن ثم تستخدم المعلومات من قوائم مراقبة الذات في الجلسة التالية كأساس للنقاش. وتعد هذه الوسيلة وسيلة مقبولة تماماً، فتتزايد السلوكيات المرغوب فيها وتتناقص السلوكيات غير المقبولة عندما يتم مراقبتها.

٤- لتحديد الافتراضات الخاطئة:

- يفضل الاستدلال عنها وملاحظتها بدلا من السؤال عنها وذلك من خلال.
- مواضيع عامة تبرز خلال العلاج.
 - الشمولية في تقييم الذات (مثال : غبي - ضعيف ...).
 - الفرح الشديد (المبالغة في الفرح).
 - الذكريات: عن طريق وجه الشبه بين خبرات الطفولة والاعتقادات الحالية- ومن الأسئلة التي تفيد في معرفة الذكريات: هل سبق وأن شعرت بهذا الشعور من قبل؟ هل يذكرك هذا بشئ ما في الماضي؟

الجزء الثاني: وضع أفكار بديلة إيجابية لتحدي الأفكار الأولى الخاطئة

ويتم هذا عن طريق البحث عن بدائل واقعية للأفكار والافتراضات السلبية.

أ) التحدي اللفظي

يهدف إلى تدريب المريض على الكيفية التي يستطيع بها إعادة تقييم الأفكار بنفسه ويتحقق هذا أن يطرح المعالج الاسئلة المنظمة والحساسة مثل: (ما هو الدليل فى الغالب يكون الدليل الذى يدعم الافكار السلبية مشوهة مثل تذكر المعلومات السلبية التي تدعم الفكرة بسهولة أو تفسير المعلومات تفسيراً سلبياً - وعلى المعالج يركز الجهود على اكتشاف الادلة المضادة التي يعيها المريض بالطرق الآتية :

(ما هي البادئ المتوفرة): من المهم أن تقوم البدائل مرتبطة بالحقائق وإذا لم يكونوا كذلك فقد يعتبرها المريض مجرد تطمين فارغ .

(ما هي مزايا وعيوب التفكير بهذه الطريقة): يفيد هذا النوع من الأسئلة فحص الأفكار المتعلقة بالذات الذى قد يكون ضرورى وبناء وقد يكون محبط .

(ما الخطأ المنطقى الذى وقعت فيه): هذه الطريقة مفيدة بالنسبة للمرضى الذين يكررون نفس الأخطاء - وتكشف عن أسباب تشوه المعرفة :

- هل أن ألوم نفسي كشخص على أساس ما نتج عن حادثة واحدة (المبالغة فى التصميم).

- هل أنا ألوم نفسي على نقاط الضعف وانتاسى نقاط القوة لدي (تفكير انتقائى).

- هل أنا افكر بطريقة كل شئ أو لا شئ (ثنائية التفكير).

- هل أنا ألوم نفسي على أخطاء لم ارتكبها (تحمل مسؤولية غيري).

- هل أنا اتسرع فى الأحكام (تفكير اعتباطى).

ب) التجارب السلوكية

قد يعرف الشخص كيف يعبر عن عدم موافقته على شئ ما ولكنه لا يستطيع ذلك تحت تأثير الفكرة السلبية (إذا لم أوافق فلن يحبني فلان) وفي حالات أخرى قد لا يعرف المريض كيف يتصرف في مثل هذه المواقف بصورة فعالة حتى لو لم يكن لديه أفكار عقلانية - وفي هذه الحالة يكون من الضروري تعلم سلوكيات جديدة عن طريق التدريب على المهارات الاجتماعية مثل: (تأكيد الذات- حل المشاكل - مهارات التواصل والتكيف - الثقة في النفس - التعبير عن المشاعر ...الخ) .

ج) تحدي الافتراضات الخاطئة

عندما تكتشف الافتراضات الخاطئة يقوم المعالج باستخدام طرح الأسئلة والتجارب السلوكية للاستبدال هذه الافتراضات باخى تكون أكثر اعتدالا وواقعا - وكذلك عن طريق :

- ما الذى يجعل هذه الافتراضات غير معقول ومخالفا لطبيعة البشر؟.
- ما الذى يجعل هذا الافتراض عاملا يحد من قدرتك على ممارسة حياتك بصورة فعالة؟ (بتحديد مزايا وعيوب هذا الافتراض).
- من أين أتى هذا الافتراض؟ من الأفضل معرفة الكيفية التي تطور بها الافتراض حتى يستطيع الابتعاد عنه - ما قد يكون ملائما خلال فترة الطفولة قد لا يكون ملائما عندما يكبر الفرد.
- قد يكون من الضروري إطالة فترة التجارب السلوكية وذلك عن طريق:
 - جمع معلومات معايير الآخرين بدلا من الافتراضات بأن معايير الفرد هي كل الناس.
 - ملاحظة ما يفعله الآخرين لمعرفة كيف تختلف الأفعال عن الأقوال.
 - التصرف تصرفات تتاقض مع الافتراض وملاحظة العواقب- وأخيرا اختبار الافتراضات البديلة عمليا.

د) الإعداد للمستقبل :

عند اقتراب نهاية العلاج يعاني بعض المرضى من التوتر نتيجة لخوفهم من أنهم قد لا يستطيعون مقاومة اضطرابهم بمفردهم - يتم التعامل مع ذلك كما يحدث مع كل الأفكار السلبية فقد يطلب من المريض كواجب منزلي: ما الذى تعلمته من الجلسات؟ وكيف تستطيع استخدام ما تعلمته؟

أمثلة واقعية من العيادة النفسية (دراسة حالة)

مريضة عمرها ٦٢ سنة أرملة لها ولدين وابنه حضرت بمفردها للعيادة تشكو (أنا مكتئبة منذ أربع شهور بعد موت زوجي) كانت تعاني خلالها من نقص في الوزن وقلة الشهية- أرق- الشعور بالتعب- عدم الإحساس بالسعادة- البعد عن الأصدقاء وصعوبة فى التركيز) قبل بداية الاضطراب بحوالى شهر ذهبت المريضة لزيارة ابنتها وعرفت منها أنها ستسافر إلى مدينة أخرى بسبب نقل زوجها إلى عمل أفضل وفى بداية المرض تناولت المريضة مضادات الاكتئاب لكن بدون تحسن بل حجزت بالمستشفى بضعة أيام بسبب تسرع القلب كتأثير جانبي للدواء وبعد خروجها من المستشفى تناولت عقار من مجموعة أخرى مضادة للاكتئاب لكن دون استجابة - وما زالت تعاني من الأعراض السابقة إلى سلبية المزاج والشعور بالحزن فى مواجهة الأحداث الحياتية.. ولذلك كان المدخل المعرفي السلوكي هو العلاج الذى استغرق عشر أسابيع فى كل أسبوع جلسيتين.. وبالفعل بدأ التحسن الملحوظ من الجلسة الرابعة .

ما هى خطوات العلاج المعرفي السلوكي الذى تطبق مع هذه المريضة ؟

الخطوة الأولى:

أعطيت المريضة واجب منزلي (أن تسجل فى جدول النشاطات الأسبوعي المواقف التي تمر بها ساعة بساعة ومشاعرها فى كل موقف) بهدف معرفة كيفية تقييم ذاتها فى كل المواقف. وكذلك جدول تحديد الأفكار السلبية.

مثال: كتبت فى الجدول الشعور بحزن شديد أثناء موقف تنظيف المطبخ وحجرة النوم وكانت تفكر أن ابنتها الحبيبة لم تكن معها بعد الآن بسبب سفرها ولذلك أن حاليا أكره أعمال تنظيف المنزل فى حين أننى كنت استمتع جدا بها من قبل.

الخطوة الثانية:

بمساعدة المعالج استطاعت المريضة تحديد أفكارها السلبية والأسباب التي أدت إلى تشوه المعرفة لديها مثل التعميم ومحاولة تصحيحها وذلك بإجابات المريضة على الأسئلة المستمرة التي تدور حول أفكارها الآلية.

الخطوة الثالثة:

يتوصل المعالج إلى أن أهم فكرة سلبية تسيطر على المريض هي (بدون ابنتى الحبيبة أنا لا أساوي شئى وعديمة الفائدة) تم مساعدة المريضة لانتقاض هذا الاعتقاد السلبي الخاطئ وذلك بالآتى :

١- أن ابنتها عاشت معها ٢٤ سنة فقط خلال عمرها كله ٦٢ سنة بمعنى أنها نجحت فى الحياة لمدة ٣٨ بدون ابنتها .

٢- أن ابنتها كانت تعيش بعيد عنها حتى قبل زواجها حيث أنها التحقت بكلية فى مدينة أخرى ثم عملت بعد تخرجها معظم الوقت بعيد عن المنزل - وهذا يعنى أن تستطيع المشاركة فى بعض الأعمال والأنشطة المفيدة مثلما كانت تفعل من قبل .

٣- فى الفترة قبل المرض كانت تشغل وقتها فى بعض الأعمال الخيرية مما اشعرها بالاستمتاع والرضى الذاتى بالرغم من عدم وجود ابنتها معها بسبب زواجها - وهذا يعنى أن فكرة (ليس للحياة معنى ولا قيمة بسبب سفر ابنتها) خاطئة .

الخطوة الرابعة :

وضع بدائل للحفاظ على مداومة التواصل مع ابنتها مثل التليفون - المراسلة أو
أشرطة الكاسيت/ وقد اقتنعت المريضة بهذه البدائل من أجل توفيق ابنتها وزوجها في
عمله الجديد/ أن سفر الإبنة لا يعنى الاختفاء من حياة أمها - وبذلك سيقوم دور الأم
شهادة لاكمال نجاح حياة ابنتها وزوجها.

أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى تغيير أفكار وتفسيرات المريض غير الواقعية
والمشوهة لأحداث الحياة، وإحلال أفكار أخرى واقعية وتوافقية وتقييمات إيجابية
للأحداث، وهذه الفروض والتفسيرات المشوهة هي الناتج الحقيقي المخططات المبكرة
التي تشكلت خلال مراحل التنشئة. ويقوم العلاج المعرفي على منحي مشترك نفسي
تعليمي يتضمن تصميماً لخبرات تعلم نوعية؛ بهدف تعليم المريض مهارات جديدة
تتحدى هذه المخططات وتصححها، من ذلك:

(١) مراقبة أفكاره الآلية.

(٢) التعرف على العلاقة بين المكونات المعرفية والانفعالية والسلوكية.

(٣) اختبار صحة الاختبار الآلية.

(٤) إحلال أفكار واقعية بدلا من الأفكار المشوهة.

(٥) تحديد وتغيير الأفكار والفروض أو المخططات التي تهيئ المريض للانخراط
في أنماط التفكير الخاطيء ويقوم المعالج باستخدام مجموعة من الفنيات العلاجية التي
تتضمن تحدي الأفكار الآلية، وتمكين المريض من اختبار أفكاره، ويحث احتمالات
صحتها أو احتمالات حدوث الأفكار الكارثية التي تقود تفكيره التشاؤمي أو الكارثي،
وإستخدام شواهد إيجابية من حياته الشخصية، ويتعين أن يتميز المعالج المعرفي
السلوكي بالقدرة على إدارة الحوار بالأسلوب السقراطي الذي ينحو نحو توليد أفكار

جديدة من المريض ومساعدته على القيام بالاستنباطات العقلانية، كما يجب أن يكون على خبرة كافية وقدرة على ابتكار مهام وواجبات سلوكية تساند تطور تحسن المريض.

فنيات العلاجات المعرفية السلوكية:

تتضمن العلاجات المعرفية السلوكية عددا من الفنيات التي تحقق أهداف علاجية مختلفة، ويستطيع المعالج اللجوء إلى أي منها حسب حالة المريض والأهداف المتوقعة من العلاج، كما يمكنه استخدامها جميعاً إذا ما تطلب الأمر، ومن بين الفنيات المهمة الآتي:

إعادة التشكيل المعرفي:

يشار أحيانا إلى إعادة التشكيل المعرفي بإعادة التشكيل العقلاني النظامي، ويعود هذا المصطلح إلى جولدفرايد وزملاؤه (Goldfried *et al.*, 1974) الذي استعاره من أعمال دولارد وميلر Dollard and Miller في الخمسينات من القرن الماضي، ويرى جولدفرايد أن خبرات التعلم الاجتماعي المبكرة تعلم الفرد إطلاق مسميات معينة على المواقف بطرق مختلفة، وبالتالي فإن ردود الفعل الانفعالية لهذه المواقف قد يمكن فهمها باعتبارها استجابة للطريقة التي يسمي بها الفرد الموقف، بعكس الاستجابة للموقف في ذاته، ويصبح المدي الذي يميز فيه الفرد بطريقة غير ملائمة مؤشرات المواقف الاجتماعية باعتبارها مصدر تهديد شخصي هو الذي يحدد استجاباته السلوكية والانفعالية غير التوافقية، ويفترض جولد فرايد أن الفرد يمكن أن يكتسب مهارات تغلب أكثر فعالية من خلال تعلم كيفية تعديل النظم المعرفية غير التوافقية التي ترتبط آليا باستجاباته عندما يواجه مواقف مثيرة للقلق، وبالتالي فإن الهدف من إعادة التشكيل العقلاني هو تدريب العميل على إدراك المؤشرات الموقفية بطريقة أكثر صحة، ومن ثم يمكن تقسيم خطوات تطبيق إعادة التشكيل العقلاني إلى خمس مراحل:

- (١) التعرض للمواقف المثيرة للقلق باستخدام تعرض تخيلي أو من خلال لعب الأدوار.
- (٢) القيام بتقييم ذاتي لمستوى القلق.
- (٣) مراقبة مصاحبات إثارة القلق في الموقف.
- (٤) تقييم عقلائي لهذه الأفكار غير التوافقية.
- (٥) ملاحظة الشخص لمستوى قلقه الذاتي التالي لإعادة التقييم العقلائي.

وتتضمن الأساليب المستخدمة في الموقف العلاجي البروفات السلوكية والتكليفات الحية والنمذجة وأساليب الاسترخاء التي يمكن التوصل إليها من خلال التدريب على التسكين المنظم، والذي يعمل من منظور جولد فرايد بمثابة برنامج شامل لتنمية مهارات التغلب، وحيث يؤكد فيه على أربعة مكونات هي:

- (١) وصف منطق العلاج باعتباره تدريباً على المهارات.
- (٢) استخدام الاسترخاء بوصفه استراتيجية تغلب عامة أو متعددة الأهداف .
- (٣) استخدام سياقات متدرجة متعددة.
- (٤) التدريب على استخدام الاسترخاء في كل المواقف التي تستثير القلق.

والهدف النهائي من منحي إعادة التشكيل المعرفي بوصفه منحي لمهارات التغلب هو تزويد المريض بالمصادر الشخصية والمهارات اللازمة لكي يتغلب بصورة مستقلة على مصادر الكدر الحياتية المستقبلية.

حل المشكلات:

يقصد بحل المشكلات عملية معرفية تتيح تنوعاً من بدائل الاستجابة للتغلب على مشكلة موقفية، تؤدي لزيادة احتمال اختيار أكثر الاستجابات المتاحة فعالية ، ويحدد ديزوريا وجولد فرايد خمس مراحل متداخلة لعمليات حل المشكلات، تتلخص في الآتي:

- ١- توجه عام أو توجه عقلي نحو المشكلة.
- ٢- تعريف وصياغة المشكلة.
- ٣- توليد بدائل الحلول.
- ٤- اتخاذ قرار حول أي البدائل تختار.
- ٥- التحقق من القرار أو الحل.

ويتضمن التدريب على حل المشكلات تعليم العميل هذه المهارات الأساسية وتوجيه تطبيقاته لها في المواقف الواقعية، ومن الواضح أن هذه الأساليب تأخذ شكل التفكير الإبداعي الذي يعتمد على التدريب على المرونة، وتنمية القدرة على استكشاف البدائل المختلفة والحلول المتنوعة الموقف الواحد، ويذكر ديزوريلا ونيزو أن أي نظرية في حل المشكلات الاجتماعية يتعين أن تحدد بوضوح ثلاثة مفاهيم رئيسة هي الآتي:

- عملية حل المشكلة: ويمكن تحديد هذا المفهوم باعتباره العمليات المعرفية الموجهة ذاتياً، والتي يحاول الفرد من خلالها تحديد أو اكتشاف الحلول التوافقية الفعالة لمشكلات نوعية من تلك التي يواجهها في حياته اليومية، وحيث يتضمن هذا التعريف كون حل المشكلات جهداً راعياً وعقلانية ونشاطاً غرضياً.
- المشكلة: أو الموقف المشكل: وقصد بها تعرف أي موقف حياتي أو مهام حالية أو متوقعة تتطلب استجابة توافقية، في الوقت الذي لا تكون فيه أية استجابة فورية فعالة واضحة أو متاحة في الموقف بالنسبة للشخص، نتيجة لضغوط بعض المعوقات ، وقد تنشأ متطلبات الموقف المشكل من الموقف أو البيئة أو من داخل الشخص.
- الحل: هو استجابة تغلب في موقف نوعي أو هو نمط استجابة (معرفي أو سلوكي أو معرفي سلوكي) يكون نتاجاً لعمليات حل المشكلات.

الفصل السادس

(العلاج الجدلي السلوكي)

الفصل السادس (العلاج الجدلي السلوكي)

تفسير فلسفي

فى الفلسفة اليونانية كلمة (جدلية) تعنى تبادل الاطروحات والاطروحات المضادة، وبعبارة أخرى هو مناقشة الاطروحات والمقترحات مما يؤدي إلى تحليل وتشكيل معارضة يؤكد على السير فى الاتجاه الصحيح من الحوار.

وتهدف الطريقة الجدلية إلى حل خلاف أو تعارض فى الآراء من خلال مناقشة متوازنة. هناك طريقتان لتحقيق ذلك. تعرف بالطريقة السقراطية حيث تستخدم فريديات معينة للحصول على نتيجة مقنعة، وبالتالي يتناقض مع الفرضيات الأولى الخاطئة من أجل الحقيقية؟ والطريقة الثانية للقيام بذلك من خلال رفض أي فرضيات موجودة بالفعل والتحرك من أجل التوليف الثالث (تلاقى الآراء).

العلاج الجدلي السلوكي - نظرة ثورية إلى إستعادة الصحة النفسية

منذ يحاولون الأطباء النفسيين والمعالجين النفسيين لمساعدة المرضى الذين يعانون من اضطراب فى الشخصية الحدية طبيعة مرض يجعل من الصعب علاج مع التقنيات التقليدية. حتى توصلت مارشا لينهان بمنهج جديد فى علاج هذا الاضطراب الصعب، العلاج السلوكي الجدلي يتم استخدام هذا العلاج الثورى، الذى يجمع بين كل من المهارات المعرفية وتدريب الذهن وليس فقط للمرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية ولكن بالنسبة لأولئك الذين يعانون من أمراض نفسية.

تعريف العلاج الجدلي السلوكي

العلاج الجدلي السلوكي هو علاج تعليمي يساعد المريض من خلال المناقشات والتدريب على اكتساب مهارات التأقلم والتعامل مع الاجهاد، وإدارة العواطف وتحسين العلاقات مع الآخرين. وهو يعتمد على وجود علاقة قوية وعلى قدم المساواة بين

المريض والعلاج. وفيه يذكر المعالج المريض لاستمرار لسلوكه المرضى أو غير الصحي عندما يتجاوز الحدود. ويستخدم فى جلسات فردية لتعليم المهارات الجديدة، وجلسات جماعية لممارسة هذه المهارات. وتستمد هذه المهارات من تقنيات العلاج المعرفة السلوكي، وكذلك من تعاليم الذهن.

ما هو الفرق بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الجدلي السلوكي؟

العلاج المعرفي السلوكي هو مزيج من تقنيات العلاج هما: المعرفية والسلوكية، العلاج المعرفي يشير إلى النهج الذى يركز على إدراك الأشخاص وأفكارهم والافتراضات، والمعتقدات. مع هذا النهج العلاجى يتعلم الشخص الاعتراف بأفكاره السلبية وتغيير أنماط التفكير الخاطئ، وينصب التركيز على إعادة البناء المعرفي المختل من خلال عملية تحديد وإعادة تشكيل لها، وعادة ما يكون له فترة زمنية محددة.

أما العلاج السلوكي فهو يركز على تغير سلوكيات الشخص المرضية الغير الصحيحة، والتركيز ليس على " لماذا" يحدث الشئ، ولكن التركيز على تغييرها او استبدالها بسلوك أكثر صحة وفعالية.

أما العلاج الجدلي السلوكي (جدلية العلاج السلوكي) يركز على مناقشة وإقناع المريض وهو علاج مخطط ومأخوذ من أنواع متخصصة ويهدف إلى التدريب على مهارات المعاملات الاجتماعية ومهارات التحكم الانفعالي والتقلبات العاطفية. ومن رواد هذا العلاج مارشا لينهان.

تقول جيفرى يونغ (قسم الطب النفسى فى جامعة كولمبيا) وهى واحدة من الطلاب الأوائل لأرون بيك مؤسس العلاج المعرفي: لقد وجدت أن العلاج المعرفي السلوكي ذو فائدة عظيمة وفعالة للغاية مع معظم الاضطرابات النفسية الموجودة فى المحور الأول، ولقد كشفت البحوث أنه أقل فعالية فى علاج مرضى اضطرابات الشخصية فى المحور

الثانى. لقد بدأت فى البحث عن طرق لتوسيع العلاج المعرفى السلوكى للعمل مع قضايا المحور الثانى وذلك من خلال دمج عناصر مستمدة من المناهج الأخرى، بما فى ذلك العلاج النفسى البينشخصى، والعلاج النفسى "الجشطلتى".

مكونات العلاج الجدلي السلوكى

[جلسات فردية- جلسات جماعية- الواجبات المنزلية- الاستشارات الهاتفية (أحياناً)]

ملاحظة: الواجبات المنزلية تشكل جزءاً لا يتجزأ من العملية العلاجية فى العلاج الجدلي السلوكى ويراعى المعالج الجدلي أن يكون الواجب متعلق بالمهارة أو الموضوع الذى نوقش أثناء الجلسة.

ديناميات العلاج الجدلي تعتمد على:

- ١- طرح الاسئلة على المريض ومناقشته لمعرفة تفكيره الخطأ للوصول إلى ما يجري استبعاده فى فهم طبيعة منتظمة ومترابطة من الأداء البشرى والواقع.
- ٢- محاولة لأيجاد بدائل لردود فعل المريض العنيفة التى يمكن أن تؤدي إلى خلل وظيفى.
- ٣- تعزيز الطمأنينة ومساعدة المريض على قطع الشك باليقين وتغيير الطريقة الخطأ التى ينظر بها الحياة المختلفة.

الأهداف الأساسية للعلاج الجدلي السلوكى

(١) المساعدة لتحقيق حالة ذهنية تعرف باسم العقل الحكيم:

العقل الحكيم هو مرحلة وسيطة بين العقل الرشيد والعقل العاطفى الشديد. العقل الرشيد يعنى النظر فى الوقائع والارقام وقمع المشاعر. أما العقل العاطفى الشديد فهو يعنى النظر لأمور بالمشاعر والعواطف الخاصة بها وليس النظر فى الوقائع، العلاج السلوكى الجدلي يساعد المريض على تحقيق الوسيطة بين هاتين المرحتين للعقل.

٢) تحديد نقاط الضعف في المشاعر والعواطف (الخطوة الأهم في هذا العلاج):

بعد التعرف على العواطف يلجأ المعالج الجدلي للبحث عن والتعرف على وجود عقبات لتغير هذه المشاعر. وينبغي عليه أن يعمل على الحد من عدم التحكم في الانفعالات الحادة، وزيادة تنبيه الذهن إلى الوصول إلى فقدان الصواب الانفعالي مما يحتاج إلى مهارات تهدئة النفس ومهارات التسامح، العلاج الجدلي السلوكي يضع اهتماما كبيرا لمعرفة كيفية تحمل الألم النفسي بمهارة.

٣) العلاج السلوكي الجدلي يساعد المريض القلب السلوك المتطرف والانفعالات

الحادة، بشكل متوازن للوصول إلى حياة صحية سليمة وإيجابية.

أساليب العلاج الجدلي السلوكي

التي وضعتها مارشا ليهان (قسم علم النفس بجامعة واشنطن) وتقول: أن العلاج الجدلي يستهدف مباشرة الميول الانتحارية وغيرها من خطورة السلوكيات الشديدة عند المريض، أو من يعانون من عدم الاستقرار الانفعالي أو من التقلبات العاطفية ومن يعانون أيضاً من تشويش التفكير. والعلاج الجدلي يسعى جاهدا لزيادة القدرات السلوكية، وتحسين الدافع للسلوك البارع خلال تعلم ادارة العديد من القضايا والمشاكل الحياتية، والحد من العواطف المتقلبة والادراكات الخاطئة. وهذا الاسلوب العلاج يسمى بالعقلنة وهو القدرة على فهم كل السلوك والمشاعر، وكيف أنها مرتبطة مع بعض الأعراض النفسية الخاصة، وهي تساعد الفرد لإعادة النظر وإعادة التقييم لتصوراته الخاصة بالواقع والعقلنة موجودة في معظم أنواع العلاج النفسي التقليدي بشكل سطحي، ولكنها في العلاج الجدلي عادة ركيزة أساسية لهذا النهج.

مكونات العلاج الجدلي السلوكي

يتكون العلاج الجدلي من جزئين أساسيين هما: جلسات نفسية فردية أسبوعية للتدريب على المهارات، وجلسات جماعية أسبوعية للتشاور والمناقشات ولتعزيز الدوافع والمهارات التي تساعد في تنظيم العاطفة.

أ- العلاج الفردي :

يعتمد على المعالج ويحدد هذا البرنامج العلاجي التدريبي على أساس المسائل المتعلقة بنوعية الحياة، والنتائج في نهاية المطاف إلى العمل من أجل تحسين مهارات التأقلم في الحياة الشخصية. ويتم النقاش مع المريض في العقبات الحياتية ولا مانع من دمج استكشاف الماضي والتاريخ السابق للمريض، لمساعدته على فهم أفضل لكيفية تأثير المشاكل الماضية على الحالة الراهنة. ومع ذلك التركيز على مناقشة الماضي وحده ليس هو الهدف العلاج الجدلي. ويؤخذ في الاعتبار ربط هذه المهارات بعضها البعض، وتتم معالجة العقبات التي تعترض العمل بمهارة.

٢ . العلاج الجماعي:

تعقد الجلسات عادة مرة في الأسبوع تستغرق نحو ساعتين إلى ثلاث ساعات ويهدف العلاج في التعلم واستخدام مهارات معينة. وتصنف هذه المهارات المختلفة بالإضافة إلى المهارات الأساسية إلى مهارات: فعالية الشخصية، وضيق التسامح، قبول الواقع، وتنظيم المشاعر، ومهارات الذهن، وهو المكان المثالي لتعلم وممارسة هذه المهارات، لأنها توفر بيئة آمنة وداعمة. وهي تتم عن طريق:

١ - تحديد ووضع المشاعر المتقلبة.

٢ - تحديد العقبات التي تحول دون تغيير المشاعر.

٣ - الحد من التعرض لعقلنة العواطف.

- ٤ - زيادة الأحداث العاطفية الإيجابية .
- ٥ - زيادة اليقظة إلى المشاعر الحالية.
- ٦ - إتخاذ الإجراءات المعاكس.
- ٧ - تطبيق تقنيات التسامح.

استخدامات العلاج الجدلي السلوكي:

هذا العلاج كان مصممًا أصلاً مساعدة مرضى اضطرابات الشخصية الحدية، ولكنها تستخدم الآن لعلاج مجموعة واسعة من الحالات: مثل:

- ١ - اضطراب الشخصية الحدية.
- ٢ - الاكتئاب.
- ٣ - القلق العام الشديد.
- ٤ - اضطراب ثنائي القطب.
- ٥ - اضطراب صدمة بعد الكرب.

فنيات العلاج الجدلي السلوكي

يمر بأربع مراحل علاجية تتناسب مع سلوكيات المستهدفة هي:

المرحلة الأولى: التحكم بالمشاعر والسلوك:

ويمكن تصنيف تلك المشكلات الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها العميل عبر تسلسل هرمي تنازلي بدءاً من المشكلات الشديدة إلى المشكلات البسيطة .

- تناقص المخاطر الشديدة للسلوكيات الانتحارية.
- خفض سلوك التدخل في العلاج.
- خفض السلوكيات التي تتعارض مع نوعية الحياة.
- خفض التعامل مع استجابات التوتر ما بعد الصدمة.
- تعزيز احترام الذات.

- تنمية المهارات السلوكية.
- تنمية مهارات الوعي.
- تنمية الكفاءة التفاعلية.
- التحكم فى الانفعال.
- تقبل الكدر أو الكآبة.
- التحكم بالذات.

وتدرس تلك المهارات السلوكية فى سياق مجموعة الأهداف التي وضعتها مارشا، إضافة إلى جلسات علاج جماعية أسبوعيا حول الفعالية الشخصية ومهارات التسامح والقبول، وتنظيم المشاعر، ومهارات النقطة الذهنية ومحور المرحلة الاولى من العلاج هو اكتساب نمط حياتي فعال ومستقر بصورة معقولة، وبتحليل العلاقة بين الأفكار الحالية والمشاعر والسلوك، وعلى تقبل وتغيير الأنماط الراهنة، وتعد هذه المرحلة - مرحلة الكبت- حسب تغيير العلاج النفسى الدينامى ويتم التوجه نحو الأهداف تدريجيا ومتكررا كلما عاود السلوك ذو الأولوية المرتفعة الظهور، وعادة ما يمكن توقع تحقيق هذه الأهداف بصورة جوهرية، بالنسبة للمرضى شديدي الاضطرابات ومرتفعي الميول الانتحارية خلال عام أو أكثر كما يتجه العلاج الجدلي السلوكي إلى تعليم المريض مهارة تحمل الألم، وبالتالي تهدف مهارات التحكم فى الانفعال إلى خفض الكدر الانفعالي ويتضمن التدريب على التفاعل مع الآخرين تطوير كفاءة اتخاذ القرارات حول الأهداف فى المواقف المتسارعة وتقدير أولوية هذه الأهداف من خلال المقارنة بينها.

المرحلة الثانية خفض الكدر الانفعالي ما بعد الصدمة :

تركز على المجموعة من أجل السيطرة على الانفعال والخبرة من خلال الانتقال من حالة الصمت لمعايشة الخبرة كاملة إلى حالة التغيير عن الأفكار والمشاعر بطريقة آمنة وذات مغزى، وتهدف هذه المرحلة إلى :

علاج العمليات الانفعالية المتعلقة بالخبرات الصادمة السابقة على وجه الخصوص وذلك من خلال التعرض للمؤشرات المرتبطة بها خلال الجلسات. وبالتالي فإن الهدف الأولي لهذه المرحلة هو خفض ضغوط ما بعد الصدمة وتمر بأربع خطوات:

- ١- تذكر وتقبل الحقائق الخاصة بالأحداث المبكرة الصادمة
- ٢- خفض مشاعر الاحساس بالصدمة، ولوم الذات التي عادة ما ترتبط ببعض أنماط الصدمات.
- ٣- خفض الإنكار المتذبذب وزملة الاستجابات المقتحمة المعتادة لدى الأفراد الذين عانوا من الصدمات حادة.
- ٤- حل التوترات الجديدة المتعلقة بمن التوجه إليه اللوم عند الصدمة.

وهنا لابد من الإشارة بأن المعالج لا يتقدم إلى هذه المرحلة إلا بعد التحقق مما يلي:

- أن يكون المريض القادر على مقاومة إلهام الانتحار ومحاولاته.
- يتوقف عن الاختلالات السلوكية مثل تعاطي المخدرات أو القيام بسلوك جنسي قهري أو الإسراف دون تعقل.
- يجب أن يواصل نمطاً مستقرًا من الحياة بقدر متسق، كأن يكون له مكان يعيش فيه وانشطة يومية منتجة، وعلى الأقل لابد أن يكون لديه بعض مبادئ التفاعل مع الآخرين وتحكم في الانفعالات ومهارات تفلل الكدر، وأن يكون أماناً في إطار العلاقات العمل التعاونية، وأن يكون المريض قادر على التغلب على الانفعالات المصاحبة للتعرض للعلاج للمؤشرات المتعلقة بالصدمة.

نقول هنا أن المرضى الذين يدخلون هذه المرحلة وهم الآن في حالة من السيطرة على سلوكهم، ولكن في حالة "اليأس الهادئ". في هذه المرحلة، يعمل المعالج مع المريض لعلاج اضطرابات ما بعد الصدمة ويعلم المريض معاشة تلك المشاعر من دون انتقاد.

المرحلة الثالثة: بناء حياة عادية وإدارة الاضطرابات

تركز على تحديد المزيد من المشاكل العادية والضعفوات التي لا تزال تظهر في حياة الفرد، في حين تمارس المهارات اللازمة لزيادة الوعي والقبول والرحمة والتسامح والثقة في قدرة الفرد للتغيير عن خبرته ومشاعره وأفكاره داخل المجموعة.

المرحلة الرابعة: الانتقال من عدم الاكتمال /التواصل

تركز على زيادة الوعي الروحي الخاص، والشعور العام بالسعادة فمعظم الناس قد يعانون من مشاكل النضال "وجوديا" على الرغم من قرب الانتهاء العلاج في نهاية المرحلة الثالثة فإنهم قد يشعروا بحالة من الفراغ من نوع ما أو أنهم غير متكاملين وأضافت مارشا إلى أن بعض الناس يشعرون بأن لديهم خواء روى "مشاعر فارغة" إلا أن بعض المرضى حصلوا على المعنى الروحي من خلال زيادة أماكن العبادة، وهذا ما أدى بهم إلى تغيير مسارات حياتهم المهنية والاجتماعية.

بالرغم من أن هذه المراحل قد تكون مالوفة، إلا أن الترتيب المراحل العلاجية مهم ويجب أن تكون مترابطة إذا كان الشخص ما يقول أنه سيقتل نفسه. وأنه لم يحصل على المساعدة التي هو بحاجة إلى التغيير نوعية حياته. لذلك فالتركيز على السلوك المهدد للحياة ياتي في المرحلة الاولى من العلاج. إما إذا كان المريض يرغب بالبقاء على قيد الحياة ولكنه لأي اتى العلاج ولا تفعل الأشياء المطلوبة منه في العلاج، ولأنه يرى بعدم حصوله على المساعدة اللازمة لحل مشكلاته، مثل الاكتئاب، أو تعاطي المخدرات.

فاعلية العلاج الجدلي في اضطرابات الشخصية الحدية

يقوم هذا الأسلوب على فكرة مفادها أن معاملة الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية يجب أن تتضمن العناصر النفسية والاجتماعية والتقليدية.

ومن هذا المبدأ انطلقت مارشا لينهان فى تحديد منهجها فى المعالجة، وهو أن بعض الناس أكثر عرضة للرد بطريقة خارجة عن المألوف نحو مواقف انفعالية معينة. وذلك نتيجة لما تلقاه الفرد من تربية داخل الأسرة والعلاقات مع الآخرين وهذا العلاج صمم أصلا لمساعدة الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الشخصية الحدية، إلا أن هذا الأسلوب يستخدم بشكل واسع فى علاج كثير من المشكلات النفسية والسلوكية.

كما تشير هذه النظرية إلى أن مستويات الاستثارة لدى بعض الأفراد فى مواقف عديدة يمكن أن تبلغ مستويات شديدة من الاستثارة بالمقارنة مع الشخص العادى. وهذا يقوده إلى تحقيق مستوى مرتفع من التحفيز الانفعالي عما هو مألوف، وأنه قد يستغرق وقتا طويلا فى العودة إلى مستوى الإثارة الانفعالية الطبيعية (وهذا ما يسمى زمن الرجوع الانفعالي).

ويتم ذلك عبر جلسات من العلاج الفردى الجماعى واستثارة المعالج والاتصال عبر التلفون. حيث يتم فيها تعليم مجموعة أربع مهارات أساسية مختلفة، هى: الفعالية الشخصية، ضيق التسامح/ قبول الواقع، تنظيم المشاعر، واليقظة العقلية. ويتم ذلك عن طريق المناقشات الجماعية فى الجلسة العلاجية على اعتبار أن العلاج الجماعى هو المكان المثالى لتعلم وممارسة مثل هذه المهارات لأنه يوفر بيئة آمنة وداعمة للعملاء. يوجد افتراضا آخر فى العلاج السلوكى الجدلي مفاده أن تعلم السلوكيات المدمرة للذات يتم بواسطة تقنيات التعامل مع الانفعالات السلبية الشديدة التي لا تطاق، مثل الخجل، والشعور بالذنب والحزن، والخوف والغضب التي هى جزء طبيعى من الحياة ومع ذلك فإن بعض الناس يميلون لان يكون لديهم انفعالات سلبية شديدة متكررة. صدمة جسدية أو انفعالية شديدة تؤدي فى النهاية إلى تغيرات فى الدماغ لجعلة أكثر عرضة للشعور بالحالات الانفعالية الشديدة بالاضافة إلى ذلك، فى بعض الأحيان يعاني المرضى من اضطرابات المزاج مثل الاكتئاب أو القلق العام- التي لا

يمكن السيطرة عليها بالأدوية مما تؤدي بالتالي إلى المعاناة النفسية. يمكن لأي واحد من هذه العوامل، أو مزيج منها يؤدي إلى مشكلة الضعف الانفعالي.

فالشخص الذي هو أكثر عرضة للمشكلات الانفعالية يميل أن يكون ضعيفا، ويصعب السيطرة على ردود أفعاله الانفعالية والتي تجعل حياته تبدو وكأنه يعيش في دوامة. ونادرا ما يكون الضعف الانفعالي الشديد هو أكثر الأسباب للمشاكل النفسية. فبيئة المريض التي تعد أيضا عاملا مساهما رئيسيا، حيث يشير أشخاص آخريين إلى الفشل في علاج شخص ما بطريقة ينقل إليه الاهتمام، والاحترام، والتفاهم. يمكن لأمثلة هذه أن تقوم بها شخصيات مهمة للمرضى كالأباء والأمهات.

وترى مارشا ليهان "أن ثمة طرقا متعددة لظهور اضطرابات الشخصية الحدية، فذكر أن بعض الحالات ترتبط بالاستهداف البيولوجي، وبعضها يظهر الاضطرابات لديهم بسبب التعرض لصدمات نفسية شديدة في الطفولة بدون وجود أي استهداف بيولوجي، والبعض الآخر يظهر الاضطراب لديهم من خلال تفاعل العوامل البيولوجية مع النفسية. والعوامل البيولوجية تعد من الشروط الأساسية لظهور الشخصية الحدية، وتضيف " ليهان "أن هناك أربعة أبعاد أساسية لاضطراب الشخصية الحدية وهي الاندفاعية، والتقلب الوجداني، والعجز المعرفي، والهوية المشوشة، وتعتبر الاندفاعية، والتقلب الوجداني أقوى بعدين لهذا الاضطراب "ويقوم البعض الآخر بتصريفات يشوبها نوع من الاختلال كاستجابة لما يعانون منه.

كما أشارت أيضا إلى أن جزءا كبيرا من مرضى اضطرابات الشخصية الحدية يترعرعون في بيئة يكون فيها الأشخاص الذي يقومون بالاعتداء عليهم في الطفولة أشخاصا ذو أهمية كبيرة (الأباء والأخوة الكبار) وكون الشخص المفترض أن يكون مهما أو محبوبا لدى الطفل هو نفسه الشخص الذي يقوم بالاعتداء الجسدي أو الجنسي يتسبب في الصدمة، نقطة مهمة جدا ليس فقط بالنسبة للعلاج، ولكن لفهم

الظواهر التي يعبر بها المريض عما بداخله أثناء العلاج، فالأطفال الذين تربوا في مثل هذا الجو من العنف تظهر لديهم روابط كثيرة تربط بين أسباب المرض وبين الأشخاص الذين قاموا بالاعتداء عليهم.

ومن نتائج الدراسات الإحصائية التي أجرتها لينهان على الشخصية الحدية الآتية:

اضطراب الشخصية الحدية هو اضطراب مزمن وثابت لدى بعض الناس، ويعاني منه ما يقرب من (١١%) من مرضى العيادات الخارجية النفسية (٢٠%) من المرضى النفسيين، وتشير نتائج الدراسات إلى أن تشخيص هو اضطراب مزمن. ويعتمد بأن شدة الاضطراب تسبب في معدل وفيات عالية تقدر بحدود (١٠%) يموتون منتحرين في نهاية المطاف ويصل المعدل بين (٣٦%) إلى (٦٥%) من الأفراد الذين حاولوا الانتحار أو قاموا بإذاء أنفسهم عمدًا على الأقل مرة واحدة في الماضي نتيجة المشاعر السلبية كالغضب المزمن، والفراغ والقلق، أو الإحباط الشديد، وأحيانًا نوبات ذهنية.

الصعوبات التي تواجه العلاج الجدلي السلوكي

يقول جويل بارس ٢٠٠٦ "لا يوجد توافق في الآراء حول ما إذا كان أحد العلاجات النفسية أفضل من الأخرى أم لا، وعلى الرغم من ثبت فعالية المؤكدة إلا مازال توجه بعض الصعوبات مثل :

- ١- يحتاج جهد كبير من المعالج والمريض.
- ٢- تطبيق العلاج الجدلي يحتاج كفاءة عالية من المعالج.
- ٣- عدم اقتناع وعدم معرفة كثيرة من المعالجين النفسيين للعلاج.
- ٤- صعوبة تشخيص اضطرابات الشخصية الحدية.
- ٥- اكتفاء الأطباء بالعلاج الدوائي فقط لهذا الاضطراب وهو لا يكفي.
- ٦- طول مدة البرنامج العلاجي الذي يستغرق من ستة إلى سنتين ربما أكثر.
- ٧- تكاليف مادية كثيرة على المريض .

الفصل السابع

العلاج النفسي التحليلي

الفصل السابع (العلاج النفسي التحليلي)

التحليل النفسي هو نظرية سيكولوجية عن ديناميات الطبيعة الإنسانية وعن بناء الشخصية. وهو منهج بحث عن دراسة السلوك الإنساني. وهو أيضاً طريقة علاج فعالة يتم فيها الكشف عن المواد المكبوتة في اللاشعور من أحداث وخبرات وذكريات مؤلمة وانفعالات شديدة وصراعات عنيفة سببت الاضطراب النفسي، واستدرجها من أعماق اللاشعور إلى مجال الشعور بهدف إحداث تغيير أساسي في بناء الشخصية.

وهكذا يعتبر التحليل النفسي علي المستوي العلمي مجموعة مترابطة من النظرية والممارسة. ولما كان العلاج النفسي يشكل معالجة تتركز علي العلاقة شخصية ذات طرفيين هما المعالج والمريض، وأن التحليل النفسي يؤكد علي أهمية العلاقة الدينامية بين المعالج والمريض، فالتحليل النفسي يعتبر علاجاً نفسياً عميقاً .

المبادئ الأساسية للتحليل النفسي نحن نعرف أن فرويد نظر للعقل الإنساني من الناحية الدينامية علي أنه يتكون من ثلاثة عناصر:

- ١- الأنا الدنيا (الهو): وتتمثل الدوافع العريزية والعوانية.
- ٢- الأنا الوسطي أو (الأنا): وتتمثل مبدأ الواقع والالتزام بمطالب المجتمع، وتمثل حلقة لوصل بين الأنا الدنيا والواقع الخارجي.
- ٣- الأنا الأعلى: وتتضمن المثل الخلقية العليا والضمير والقيم والمبادئ.

ومن ناحية تفسير للسلوك أرجعه أولاً للدوافع الجنسي، وعندما درس بعض مظاهر السادية والماشوسية وضع فرضاً آخر أو غريزة أخري سماها غريزة الموت أو الآخرين، والماشوسية تعني التمتع بإلحاق الأذي بالذات. فتوجد الدوافع الجنسية والعدوانية في الفرد منذ الميلاد، ففي الأصل توجد الأنا الدنيا ثم ينشق منها كل من الأنا الوسطي والأنا الأعلى، ويصبح لكل منهما مستقلة وتسير الأنا الدنيا حسب مبدأ اللذة.

أما الأنا الوسطي فيبدأ نموها من الشهر السادس تقريباً. وتنمو الأنا الوسطي في الطفل عن طريق الأوامر والنواهي التي يتلقها من الوالدين فيكف عن الرغبة في الإشباع لدوافعه، فالأنا الوسطي هي الوسيط بين الهو والأنا الأعلى وهي المسئول عن العمليات العقلية، كالادراك والتفكير والمعرفة والوجدان والاختيار. وهي التي تضبط الرغبات الفجة للأنا الدنيا، ولا تبدأ الأنا العليا في أداء وظيفتها قبل السنة الخامسة أو السادسة من عمر الطفل حيث تصبح القواعد والضوابط الخلقية داخلية عند الطفل.

وقبل ذلك الطفل يسلك سلوكاً خلقياً تبعاً لتعليمات الوالدين ويعتبر فرويد جزءاً من الأنا العليا لا شعورياً، وهو بذلك يختلف عن الضمير ويعمل عمل الرقيب علي السلوك، والناقد والقاضي، ويرى فرويد أن الأنا الأعلى يتكون من مدركات نشأت في ذهن الطفل في مرحلة الطفولة وينقل صورة الأبوين، ولذلك يصبح جزءاً من وظيفة المعالج النفسي مساعدة المريض أن يعيد تقويم معايير الخلقية بشكل أكثر موضوعية وعقلانية ولقد اهتم فرويد بدراسة بعض العمليات الدفاعية التي تقوم بها الأنا الوسطى كالكبت والتبرير والإسقاط والإزاحة والنكوص.

وينسب إلى فرويد أنه اكتشف اللاشعور، وإن كان هناك من يقول بأن علماء آخرين ابتدوا إلى فكرة اللاشعور، حيث وصفه بأنه خزان يغلى بالرغبات الجنسية التي لم تتحلق منذ الطفولة حتى الآن. ولقد اقام نظريته الأولى عن السلوك البشري نتيجة لعمله بالتنويم الطبّي، ثم بخبرته بالتداعي الحر، وتحليل الأحلام وخاصة أحلامه هو وأحلام مرضاه.

لقد اهتم فرويد في أول الأمر بعلاج مرضى الهستيريا وهي عصاب نفسي قد يصيب الأطراف والحواس الذي لا يرجع إلى تلف أو خلل عضوي في جسم المريض ومن أمثلها الشلل الهستيرى والصمم والعمى وحركات الأحشاء. ولقد أمكن علاج بعض مرضاه بمساعدته التنويم الطبّي الذي يساعد علي تفريغ المريض لانفعالاته والإفصاح

عن آلامه. ولقد استغل ما لاحظته علي استجابات المريض أثناء عملية التفريغ الانفعالي استغل ذلك في مجرى العلاج، وخاصة المظاهر الجنسية ودور الجنس في حياة المريض، ثم ظاهرة تحويل المريض لانفعالاته نحو المعالج. على مبدأ الحتمية النفسية، أو لكل سبب نتيجة فالظواهر النفسية لا توجد بدون أسباب. فالأفكار والانفعالات التي كان يظن أنها تأتي عرضاً أو لا معني لها لا بد وأنها ترجع إلى سبب ما شعوري أو لا شعوري. كذلك إدراك فرويد بأن هناك كثيراً من الأفعال التي تعزي خطأ لأسباب شعورية، ولكنها في الحقيقة ترجع لأسباب لا شعورية، لا يفتن المرء لها، ولا يعيها أو يدركها، ولا يعترف بها وقال أن التفريغ الانفعالي أثناء النوم واليقظة لا يساعد في الكشف عن اللاشعور ولذلك اهتمت إلى استخدام التداعي الحر سواء تحت تأثير التنويم الطبي أو بدونه وفي العادة يستلقي المريض علي أريكة مريحة.

مراحل النمو النفسي جنسية

استوحى فرويد نظريته التي تعطي أهمية باللغة للجانب الجنسي من حياة الفرد، وكذلك من توغل المشكلات وارتداد جذورها إلى مراحل الطفولة المبكرة التي يعطيها فرويد الأهمية الكبرى في تشكيل شخصية الفرد. وتقوم هذه النظرية علي أن الطاقة الجنسية الحيوية أو ما يسمى الليبيدو تدفع الفرد نحو اللذة وتساعد الإنسان علي النضج الجنسي والنفسي، ولكن إذا قابلته معوقات قوية فإن نموه قد يثبت أو يجمد عند مرحلة معينة من مراحل النمو ويظهر هذا الجمود في شكل أعراض مرضية.

وأول مرحل النمو الجنسي هي المرحلة الفمية حيث يتم الإشباع الجنسي باللذة عن طريق الفم، يلي ذلك المرحلة الشرجية حيث يستشعر الطفل باللذة عن طريق عملية الإخراج والاحتفاظ بالبراز، وتدور اهتمامات الطفل حول ذاته فيمتاز بالانرجسية أو حب أو عبادة الذات حيث يستمد اللذة من جسمه هو.

وفي آخر هذه المرحلة يتحول الاهتمام إلى الأعضاء الجنسية لدى الذكر والأنثى، وتعرف هذه المرحلة باسم المرحلة القضيبية ثم يتحول الاهتمام نحو الوالدين، وتبدأ المرحلة الأوديبيية وتمد من ٣-٦ سنوات حيث يهتم الطفل جنسياً بالولد المخالف لجنسية، فتتعلق البنت بأبيها وتحبه وتغير من أمها، بينما يتعلق الولد بأمه ويغير من الأب ويعتبره منافساً قوياً له. وسرعان ما يدرك الطفل أن كراهية الأب أمر محرم، ولذلك يشعر بالذنب والقلق ويولي ذلك طور من أطوار النمو الجنسي أطلق عليه طور الكمون حيث تمتاز الحياة الجنسية بالهدوء النسبي، وتبدأ من سن ٧ سنوات حتى مطلع المراهقة. ولا بد أن ينجح الفرد في حل عقدة أوديب حلاً سليماً وإلا تعرض لمشكلات في مرحلة المراهقة والرشد.

التحليل النفسي عند فرويد

وهنا يكشف فرويد عن حقيقة هامة هي ازدواجية النزعات الجنسية، ففي كل فرد جزء من الاهتمامات الجنسية الذكرية والأنثوية معاً، ولذلك قد تظهر بعض أعراض الجنسية المثلية. كذلك يفترض وجود ازدواج في الحياة الانفعالية أو التذبذب الواجدي، فمشاعر الحب نحو الشخص ما يصحبها بعض مشاعر الكراهية. ولكن الظروف الاجتماعية تحول دون ظهور الجانب السلبي من الانفعالات، لذلك يكبت في منطقة اللاشعور، فالزوج قد يحب زوجته حباً شعورياً علي حين يكمن في لاشعوره بعض مشاعر الكراهية نحوها.

وينتج عن تحليل فرويد للمشاعر الجنسية في الإنسان فرض التسامي أو الإعلاء ومعناه تحويل جزء من الطاقة الجنسية أو العدوانية إلى مجالات أخرى غير جنسية وغير عدوانية مقبولة خلقياً واجتماعياً. والأعلاء هو أساس من الأسس القوية للمدنية الحديثة.

كذلك ساعده في التحليل تفسير مبدأ الإزاحة أو النقل وهو نقل الانفعال من موضوع إثارته الأصلي إلى موضوعات أخرى، كخوف الطفل من كل رجل ذي شعر أبيض، وذلك لأنه مر بخبره مريرة مع رجل معين كان شعره أبيض، أو نقل الانفعالات من موضوع قوي يصعب تحمله إلى موضوع أضعف منه يمكن لنا أن نصب انفعالاتنا عليه دون خوف من الردع أو الانتقام من قبله.

ومن المبادئ التي استفاد منها فرويد أيضا مبدأ التحويل ومواده أن ينقل المريض انفعالاته ومشاعره المتعلقة بشخص له صلة به في الماضي، كالأب أو الأم أو المعلم إلى شخص المعالج فيتعلق به أو يحبه أو يكرهه، وهكذا يحل المعالج محل الأب. وهذه العملية تمثل محورا أساسيا من محاور العلاج حيث لم يعد المريض، ذلك الطفل الضعيف العاجز أمام الأب المتسلط القوي بل أصبح شخصا ناضجا يستطيع مواجهة الانفعالات حاليا بكثير من الموضوعية والفهم.

وتساعد عملية التداعي الحر علي حدوث عملية حدوث التحويل الانفعالي حيث يمتاز الموقف بالقبول والتسامح وبسلبية المعالج، وبتشجيع المريض علي أن يذكر كل ما يرد علي خاطره، مع تكرار هذا الموقف خمس مرات في الأسبوع، حتى يصبح المعالج شبعا للأشخاص الأقوياء في ماضي المريض. ويبقى المعالج ساكنا طالما كان المريض يروي انفعالاته، ولا يتدخل إلا إذا ظهرت عوامل المقاومة التي تعوق انطلاق المريض لكي يعود إلى مواصلة الحديث والإفصاح. كذلك أمكن استدعاء خبرات بالأحلام وتحليلها أثناء عملية التداعي الحر.

واعتمد فرويد في فهم الدوافع اللاشعورية علي تفسير الأحلام والأخطاء والنكات وزلات القلم وزلقات اللسان وهفوات الذاكرة. ويرى أن الفرد إذا تعرض لمعوقات قوية أو ضغوطات انفعالية شديدة أصيب بعملية تعرف باسم النكوص حيث يرتد إلى مرحلة سابقة من مراحل النمو سبق له أن اجتازها ومر بها، فطفل الثالثة قد يرتد إلى عادة

مص الأصابع أو إلى بلل فراشه عندما يتعرض لموقف انفعالي سيئ كمولد أخ جديد له، ويرى أيضا أن إدمان الكبار علي الخمر ارتداد إلى المرحلة الفمية، وظهور الأعراض الهستيرية ارتداد إلى المرحلة القضيبيية، والإصابة بالعصاب النفسي القهري أو الاستحوادي ارتداد إلى المرحلة الشرجية.

ومهمة العلاج النفسي تحرير الليبدو من الجمود أو التثبيت الذي تعرضت له، لكي تثير في طريقها الصحيح نحو النضج الجنسي.

وهناك اتجاهان رئيسان في التحليل النفسي:

التحليل النفسي الكلاسيكي: ورائده فرويد

التحليل النفسي الحديث مثل: كارل يونج، أنا فرويد، ألفريد أدلر، كارين هورني، أوتورانك، إيريك فروم، هاري ستاك سوليفان.

وعلي الرغم من التكامل بين اتجاه التحليل النفسي الكلاسيكي والتحليل الحديث، فإن بينهما اختلافات تظهر عند مقارنة آراء سيجموند فرويد رائد التحليل النفسي الكلاسيكي، ورواد التحليل النفسي الحديث.

مقارنة بين: آراء التحليل النفسي الكلاسيكي (سيجموند فرويد) والتحليل النفسي

الحديث (الفرويديون الجدد)

التحليل النفسي الحديث	التحليل النفسي الكلاسيكي
من مفاهيمه الأساسية العوامل الثقافية والنفسية والاجتماعية وبنية الشخصية، والتكيف والخبرة الشعورية إلى جانب اللاشعورية.	مفاهيمه الأساسية الغرائز، والجنسية الطفلية، وعقده أوديب (إلكترا)، والحتمية البيولوجية، والتركيز علي العمليات اللاشعورية.
تطبيقه علاجيا: مع المرضى متنوعي الاضطراب مثل مرضى اضطراب الشخصية والذهان والعصاب	تطبيقه علاجيا: مع المرضى العصبيين الذين يتحملون المدة الطويلة للتحليل النفسي الكلاسيك

التحليل النفسي الحديث	التحليل النفسي الكلاسيكي
عدد جلسات العلاج: من ٢-٥ جلسات أسبوعياً	عدد جلسات العلاج: عادة من ٣-٤ جلسات أسبوعياً
يستخدم سرير التحليل أو وجهها لوجه	يستخدم سرير العلاج
أهداف العلاج تؤكد الأداء الوظيفي الحالي إلى جانب إعادة بناء الشخصية	أهداف العلاج تؤكد إعادته بناء الشخصية
يكون أكثر نشاطاً وتوجيهاً	أسلوب العلاج يؤكد حياد المحلل
أسلوب العلاج يتنوع وقد يستغني عن التفسير مع التأكيد على تحليل التحويل	أسلوب العلاج يؤكد على فنيات أسلوب التداوي الحر، والتفسير، وتحليل التحويل، وتحليل المقاومة

مقارنة بين: سيجموند فرويد وألفريد أدلر

الفردي أدلر	سيجموند فرويد
الإنسان كائن اجتماعي	الإنسان كائن بيولوجي
الحاجات الاجتماعية هامة	الحاجات البيولوجية هامة
الميل إلى الانضمام إلى جماعة دافع هام	الغرائز والدوافع هامة
الانفعالات يمكن السيطرة عليها	الانفعالات لا يسيطر الفرد عليها
الجنس أقل أهمية	الجنس هام جداً
الشخصية تكوين كلي لا ينقسم	الشخصية (الجهاز النفسي) يتكون من الأنا الأعلى والأنا والهو
عقدة أوديب وعقدة إنكتر ليست بهذه العمومية	عقدة أوديب وعقدة إنكتر
العلاج مختصر ووجهها إلى وجه	العلاج طويل الأمد والعمل مستقل عي السرير لا يري المحلل

أسس العلاج التحليلي

يستهدف العلاج التحليلي الحديث إعادته بناء الشخصية على أسس تؤدي إلى زيادة قدرة الفرد على إيجاد إشباع لحاجاته الذاتية بطرق مقبولة بالنسبة لنفسه وبالنسبة للعالم الذي يعيش فيه وتحريره بحيث ينمي قدراته.

ولتحقيق ذلك يضع علماء العلاج التحليلي خطة للعلاج قائمة على أساس التشخيص التحليلي لشخصية المريض والمشاكل التي عليه أن يحلها في حياته. وعلى المعالج أن يحدد في هذه الخطة ما إذا كان سيستخدم منها ما يقتصر على تغيير البيئة الخارجية للمريض. ولكن العلاج يجب أن يكون مرنا رغم هذه الخطة في أن يكون في الإمكان الانتقال من أسلوب إلى آخر حسبما يتطلب مجرى العلاج.

فيقوم العلاج التحليلي على أساس عدة مفاهيم رئيسية نجملها فيما يلي:

١- الحتمية النفسية:

بمعنى أن ظواهرنا النفسية ليست وليدة الصدفة أو العفوية أو العرضية، وإنما هي تخضع لمبدأ العلية، أو السببية كظواهر طبيعة تماما. ويعني هذا أن هناك تفسير عقلي لظواهر الأحلام والخيالات والأوهام والزلات والزلاقات.

٢- الكبت واللاشعور:

يعني هذا المبدأ أن هناك بعض العمليات العقلية التي لا نشعر بها ولا نعيها، وخاصة الرغبات والصراعات التي تترسب في أعماق اللاشعور عن طريق الكبت، وغيره من العمليات الدفاعية واللاشعورية.

٣- التداعي الحر والمقاومة:

إن آليات الذات الوسطى تحمي الفرد من الكشف عن الذكريات المؤلمة والصراعات ولذلك ينتج عن الذات ما يسمى بالمقاومة ولقد ابتكر فرويد أسلوب التداعي الحر للتغلب على مقاومة المريض.

المرض من منظور التحليل النفسي

الصراع: وهو مفهوم أساسي في التحليل النفسي، ويتطلب من الفرد التوفيق بين مطالب الهو الأعلى عن طريق مسابته للدين وللمعايير الاجتماعية والعادات والتقاليد هذا بدوره يؤدي - في حاله اخفاقه - إلى ظهور مثل العصاب والقلق.

العصاب: يعرف العصاب بأنه حل مرضي للصراع الأوديبي يصل إليه الأنا الذي يستخدم الدفاعات ضد القلق والذنب الناتجان عن التوتر بين الأنا والهو أو الأنا الأعلى والهو أو الأنا الأعلى والهو، ويقول فرويد أن العصاب يرجع إلى عوامل حيوية، وأن القلق مركزه العصاب ومحوره، وأن عقدة أوديب هي نواته ومنشأه.

القلق: يقول فرويد أنه توجد علاقة وثيقة بين القلق والكبت الجنسي، وبين الحرمان والتهديد بالخصاء الذي يثير القلق في المرحلة القضيبية.

الذهان: اعتبر فرويد الذهان الصورة الخطيرة في اضطراب سلوك الإنسان حيث تظهر تغيرات في إدراك الواقع والانفصال عنه، واعتبر الذهان دفاعا يقوم به الفرد ضد إحباطه أوقعه الواقع ويعتبر النكوص والتثبيت في الذهان أشد وأعمق منه في العصاب.

أساليب العلاج النفسي التحليلي

من المعروف أن التحليل النفسي منهج لعلاج العصاب النفسي أسسه عالم النفس النمساوي سيجموند فرويد (١٨٥٦-١٩٣٩) وعلي الرغم من أن العلاج النفسي لا يعد مهنة كبيرة أو واسعة الانتشار حيث لا تضم جمعية المحللين النفسيين الأمريكية ما لا يزيد عن ١٠٠٠ عضوا، فتأثيره أكثر من حجم الجماعة التي تمارسه .

ولقد افترض فرويد مع منهجه في العلاج جسما كاملا لنظرية سيكولوجية أثرت في علم النفس والطب والعلوم الإنسانية الأخرى ومن أهم الأساليب المستخدمة في التحليل النفسي أسلوب الترابط الحر أو التداعي .

التداعي الحر:

في الغالب وفي العادة ما يرى المحلل النفسي المريض لمدة ٥٠ دقيقة في كل زيارة لعدة مرات في الأسبوع، ولمدة تتراوح ما بين سنة وعدة سنوات. وهكذا فإن العلاج

من طريق التحليل النفسي في صورته الأصلية ليس فقط مكلفا وإنما أيضا طويلا وممتدا. فيه تشبه الجلسات العادية في الإرشاد النفسي، حيث يعطي للمريض وصفاً لاعراضه أو آلامه، إن هذه القاعدة الأساسية قاعدة يصعب تنفيذها. لقد مضى المريض طول حياته السابقة في تعلم الضبط الذاتي، أن يمسك لسانه وأن يفكر قبل أن يتكلم، هكذا من الضوابط والأوامر والنواهي حتى ذلك المريض الذي يحاول بإخلاص أن يتبع هذه القاعدة الأساسية يفشل في الإفصاح عن كثير من الأشياء. فهناك بعض الأفكار العابرة أو التي تمر بذهن الفرد، ويبدو أنها غير مهمة ولا تستحق أن يذكرها، وبعضها أفكار غبية جدا والبعض الآخر أفكار طائشة أو حمقاء أو غير حكيمة.

ولكن ما هو الهدف من عملية التداعي الحر هذه؟

الهدف الأساسي منها هو استدعاء الأفكار والمشاعر المكبوتة إلى حيز الوعي أو الفهم، ووضعها في عبارات أو كلمات، تلك الأفكار التي يعيها أو يدركها المريض أو تلك الأفكار التي لا يعترف بها أو التي لا يقبلها إذا طفت إلى حيز وعيه.

فلنفرض علي سبيل المثال أن حرية شخص ما أصبحت معاقة أو معرقله عن طريق وجود شخص مريض في منزله، يعد هو مسئول عن العناية به. تحت هذه الظروف ربما يرغب لا شعوريا في الراحة التي سيجلبها موت هذا المريض. ولكنه سوف لا يوافق علي رغبة الموت هذه باعتبارها خرقا لولائه للشخص المريض.

في الواقع رغبة الموت من هذا النوع ربما تكون قريبة جدا من الوعي ولكن عادات طول العمر تجعل المريض ينكر ذلك حتى علي نفسه. وأنه قد يراها في خيالاته وأوهامه أو أحلام يقظته. فقد يرى الأغاني أو الأناشيد التي تصاحب الجنازات. وعن طريق الاعتراف بمثل هذه الأفكار والمشاعر بدلا من كبتها يصبح واعيا ومدركا لتلك الأفكار التي يمكن أن يعترف بها من قبل وبالتمرين في هذا التداعي الحر يستحضر المريض إلى حيز الوعي أفكارا ومشاعر كانت مكبوتة في الأعماق.

إن الفرد يكبت بعض الأفكار المعينة والمشاعر، لأنه يخاف من الاعتراف بها ذلك الاعتراف الذي سوف يهدده أو يقلل من شأنه. ولذلك فإنه استدعائها أو تذكرها، وينبغي التغلب علي هذه المقاومة قبل أن يتمكن من التداعي بحرية.

في بعض الأحيان يوجد لدي فيض حر من الترابطات يستمر حتى يأتي إلى شئ ما يغلق هذا الانسياب وعندئذ يصبح عقله صفحة بيضاء، ولا يستطيع أن يفكر في أي شئ يقوله. هذا الفراغ الذهني يفسر على أنه مقاومة ضد تذكر استدعاء شئ ما مكبوت كبتا شديدا. وفي بعض الأحيان يعد إتمام الجلسة معبرة تماما قد ينسي المريض موعد جلسته المقبلة، وهذا أيضا دليل على المقاومة ضد الإفصاح أو الكشف عما هو مختبئ وحيث أن المقاومة تكون لاشعورية فإنها تعني أن المريض غير قادر على التعاون كلية، على الرغم من أنه يرغب شعوريا في التعاون. يحاول المحلل النفسي أن يتغلب على المقاومة، وأن يقود المريض إلى فهم كامل لذاته خلال ما يعرف باسم عملية التفسير أو التاويل.

والغالب أن يتخذ هذا التفسير صورتين أو شكلين

أولا: أن يلفت المحلل انتباه المريض إلى مقاومته، وفي الغالب ما يتعلم المريض شيئا ما عن نفسه عندما يعرف أو يكتشف أن سلسلة الأفكار تغلق فجاءه، أو أنه نسي مواعده مع المحلل، أو أنه يريد أن يغير مجرى الحديث وما إلى ذلك.

ثانيا: ربما يستطيع المحلل وحده أن يستنتج الطبيعة العامة لما وراء عبارات المريض عن طريق غرس إحياءه أو إشارة ربما تسهل انسياب مزيد من الترابطات أو الأفكار المتداعبة، فقد يقول المريض شيئا يبدو أنه ثانوي أو تافه ويكاد أن يعتذر لعدم أهميته وهنا يشير المعالج إلى أن ما يبدو تافها ربما يقود إلى شيء مهم وذو دلالة ولكن ينبغي على المحلل ألا يوحى للمريض عما هو مهم بالنسبة له، لأن المريض ينبغي أن يكتشف الحاجات المهمة بنفسه.

تختلف التفسيرات التي يعطيها المحلل للمريض باختلاف مراحل العلاج أو التحليل، في المراحل الأولى ربما يعطي تفسيرات تساعد المريض في فهم المقاومة ويشجعه علي التداعي الحر وذلك بالإشارة إلى أهمية الأشياء التي تبدو تافهة، أو عن طريق إدراك علاقات في تداعي المريض بين تلك الأفكار التي كانت تبدو غير مرتبطة تماما. ولكن باستمرار العلاج وتقدمه يميل المعالج إلى إعطاء تفسيرات أكثر تعقيدا حول مضمون أفكار المريض، فإذا روى المريض حلما قد رآه كما يفعل ذلك في العادة فإذا المحلل يشجعه أن يعطي مزيدا من الأفكار التي ترتبط، أو تتداعي مع هذا الحلم لكي تساعده في تفسيره، وبعد ذلك يظهر المحلل نفسه أحلام المريض وتداعيه وتصبح العلاقة بينهما قابلة للتفسير. إن اتجاهات المريض الانفعالية نحو المحلل تعرف باسم عملية التحويل فما الذي نقصده بعملية التحويل هذه؟.

التحويل:

يقصد بهذه العملية في التحليل النفسي، كما يحددها هيلجارد، العملية التي تجعل المريض المحلل فيها موعدا لاستجابته الانفعالية، وعلي ذلك يحول إليه استجابات تخص أناس آخرين، لهم أهمية خاصة في تاريخ حياة المريض أما هاريمان فيعرفها بأنها عملية إزاحة اللبido من موضوع الحب الطفلي إلى شخص أو شئ آخر، وخاصة إلى المحلل النفسي في عملية التحليل النفسي أو العلاج وهناك ما يعرف باسم التحويل السلبي وهو عبارة عن تحويل مشاعر السخط والحقن ضد شخص ما، وخاصة ضد الآباء، إلى المحلل النفسي في أثناء عملية العلاج.

وتبعا لمفهوم انجلش فانها عبارة عن إزاحة أي انفعال أو عاطفة من موضوع إلى موضوع آخر، فهي العملية التي ينقل بها الفرد انفعالاته وعواطفه التي تنطبق علي شخص ما ينقلها إلى المحلل النفسي.

من أمثلة ذلك نقل مشاعر الكراهية نحو الأب إلى المحلل النفسي، فالتحويل إما أن يكون إيجابيا أو سلبيا ومعني هذا أن يكون حبا أو كراهية نحو المحلل، وفي التحليل النفسي تصبح اتجاهات المريض استجابات انفعالية قوية نحو المحلل ، ربما يعجب به اشد الاعجاب في جلسه ما، وربما يحتقره في الجلسة القادمة، ومعني هذا ان المحلل يصبح موضوعا لاستجابات المريض. وطبقا لهذه النظرية فإن المريض يرى المحلل كشخص يمتلك اتجاهات تشبه اتجاهات والده أو أخوه أو أخته على الرغم من أن المحلل قد يكون في الواقع بعيد الشبه عن أولئك الذين يحل محلهم.

ومن الأمثلة علي ذلك سيدة شابه كانت تتلقى العلاج علي يد امرأة محللة، وفي ذات يوم عندما دخلت عليها المريضة، قالت المريضة إنني سعيدة لإنك لا ترتدين ذلك القميص المصنوع من الدانتيل الذي ارتديتيه في المرات السابقة. أنني أكرهه عليك، وفي خلال الجلسة استطاعت المحللة أن تشرح للمريضة دور أمها ورؤيتها في لباس أمها عندما كانت هي صغيرة، وكانت تمر بخبرات انفعالية مضطربة، تلك الانفعالات التي كانت محل مناقشة في هذه الجلسة. وعلي الرغم من أن المريضة كانت مندهشة إلا أنها قبلت تأويل المحللة وفهمت عملية التحويل.

ولكن التحويل لا يتضمن دائما مدركات زائفة، ففي الغالب ما يعبر المريض عن مشاعره تجاه المحلل هي نفس المشاعر التي شعر بها نحو أشخاص كان لهم أهمية في حياته المبكرة، وعلي أساس من هذه المشاعر يستطيع المحلل أن يفسر طبيعة الدوافع التي ازيحت نحوه، فعلى سبيل المثال المريض الذي كان يعجب دائما بأخيه الأكبر كان يتحرى في اتجاه المحلل شيئا ما يذكره بذلك الأخ.

إن التحويل من العمليات الضرورية في العلاج التحليلي إذا كان هناك ضرورة لإعادة التعلم الانفعالي. وكما يصفه الكسندر فإنه أداة هامة تساعد المريض على أن يعيد إحياء صراعاته المبكرة الشخصية، وذلك في علاقته الحالية مع المعالج، والسمة

الأساسية للتحويل هي النكوص لاتجاهات الاعتماد علي الغير في الطفولة والرضاعة ويمكن تصحيح الآثار المرضية للخبرات الانفعالية، كشفها في الموقف العلاجي.

وهنا يستجيب المعالج بطريقة مختلفة كالأباء أو المعلمين أو الأقارب أو الأصدقاء في الماضي. إن العامل الأساسي في العلاج هو ذلك الاختلاف بين رد فعل المعالج الأساسي في العلاج هو ذلك الاختلاف بين رد فعل المعالج ورد الفعل الأصلي ورد الفعل الأبوي. إن اتجاه المعالج موضوعي فهو يسعى إلى مساعدة المريض، أنه لا يستجيب لعدوان المريض بالثار، وهنا يشعر المريض أن انفعالاته اصبحت قديمة، وليست مناسبة للحاضر، وإذا استمر المريض في استجابته الطفلية في التحويل يستمر المعالج في استجابته الموضوعية، وبذلك يصبح سلوك المريض من جانب واحد، ويؤدي هذا إلى إحساس المريض باللامعقولية في استجابته الانفعالية.

بالنسبة لعملية التصريف الانفعالي يقصد بها التعبير الحر عن الانفعالات المحبوسة أو المكبوتة، والمرور بالخبرة ثانية، ذات الطابع الانفعالي القوي وإعادة إحيائها. وتعرف هذه العملية أيضا بعملية التفريغ الانفعالي، وهي نوع من التطهير الانفعالي أن التعبير الحر يجلب الراحة، ولكنه وحدة لا تزيل أسباب الصراع .

أما الاستبصار فيشير إلى فهم جذور الصراع، وأحيانا يأتي الاستبصار عند استعادته ذكريات مكبوتة، ولكن الفكرة درامية واحدة، هذه الفكرة خاطئة وليست صحيحة وأن متاعب المريض ليس لها مصدرا واحدا بعينه، وينبغي أن يعمل الاستبصار أو التصريف الانفعالي معا وينبغي أن يفهم المريض مشاعره، وأن يشعر أنه يفهم. وأن إعادة التوجيه لا يمكن أن تكون مجرد عملية عقلية.

وحتى عندما يكون المريض عي طريق الشفاء، فإنه يمر في عملية مطولة من إعادة التعلم، وحل المشاكل، تعرف باسم عملية وذلك بمواجهة نفس الصراعات المرة تلو الأخرى، فيتعلم المريض أن يستجيب بطريقة أكثر نضجا ويتعلم أساليب حل

المشكلات بمعنى أن يواجه أكثر من أي ينكر الحقيقة، وذلك بتعزيد من المحلل في موقف لمقابلة المتسامح. وعن طريق هذا العمل يصبح المريض قويا لدرجة تسمح له بمواجهته تهديد الصراع الأصلي. دون إفساد ردوده شعوريا بحصر لا مبرر له .

النتيجة النهائية للتحليل النفسي الناجح هي حصول تعديل عميق وراسخ في الشخصية يسمح للمريض بالتكيف والتعامل والتعايش مع مشاكله علي أسس واقعية دون حدوث أعراض، ويقود ذلك إلى حياة أكثر راحة وثناء.

أهمية تفسير الأحلام في العلاج النفسي

استخدم فرويد نظريته هذه في تفسير الأحلام للتعرف علي محتويات اللاشعور وعملياته، ولتفسير الكثير من أحداث الحياة اليومية ومعرفة لغة الابداع الفني.

ويرى فرويد أنه أثناء النوم يحدث استرخاء لعملية الكبت التي تحدث أثناء اليقظة وهذا يعطي فرصة للربغبات اللاشعورية للظهور، وحيث أن الجهاز الحركي للشخص يتوقف أثناء النوم فإن هذه الربغبات لا تجد الفرصة أمامها للتحقيق إلا في صورة خيالات ويتحقق هذا من خلال شينين :

الأول: هو تحويل هذه الربغبات إلى أفكار

الثاني: هو تحويلها إلى صور تستمد من تلك الصور المحفوظة في الذاكرة بحيث يتم جميعها بشكل معين لتؤدي الغرض المطلوب.

ويستمد الشخص هذين الشينين-الفكرة والصورة المعبرة عن الحلم - من خلال تجاربه الشخصية في أحوال يقظته، ويتدخل أيضا المثيرات المحيطة بالشخص أثناء نومه من ضوء وصوت وخلافه مع الربغبات اللاشعورية لتكون في النهاية محتوى الحلم. ولكن محتوى الحلم هذا لا يستطيع أن يعلن عن نفسه صراحة لانه عبارة عن

رغبات ودوافع غير مقبولة اجتماعياً، لذلك فهي تمنع من التعبير الصريح بواسطة جهاز رقابة في النفس. إذن لكي تمر من جهاز الرقابة هذا لابد وأن يجري لها عملية تنكر لتستطيع المرور، ويتم هذا بواسطة أربعة عمليات هي (الازاحة - التكثيف - الرمزية - الإسقاط)

بعض نواحي تكوين الحلم عند فرويد:

١- المشاعر في الحلم

ان محتوى اللاشعور الجنسي أو العدوانى يظهر في صورة مشاعر أو انفعالات بعد تحوره وتخفيه من خلال العمليات السابق ذكرها وهذه المشاعر والانفعالات تظهر في الحلم بصورة مخفية أو محورة أو قد لا تظهر علي الاطلاق أو يظهر عكسها.

٢- أحلام القلق

إذا عجزت الآليات الأربعة السابق ذكرها عن تحويل محتوى الحلم ففي الحالة يصل محتوى اللاشعور إلى الشعور صريحا ومهددا للجهاز النفسى وهنا يحدث الخوف والقلق أثناء الحلم وربما يستيقظ النائم في حالة فزع شديد.

٣- أحلام العقاب:

حين تمر مشاعر الجنس أو العدوان من اللاشعور إلى الشعور دون تحويل وتستر كاف فإن الأنا يشعر بعدم القدره علي السيطرة وكبت هذه المشاعر، وفي نفس الوقت يتوقع العقاب من الأنا وهكذا يتجسد معنى العقاب علي الشخص في الحلم.

تكرار الحلم: وعناك بعض الناس يشكون من تكرار حلم معين في أوقات كثيرة، وغالبًا ما يسبب هذا الحلم نوعًا من الضيق لصاحبه لأنه في كثير من الأحيان يكون معبرًا عن مخاوف أو صعوبات معينة.

إذا فالأحلام المتكررة تمثل صراعا قائما لم يجد حلا أو يمثل رغبة ملحة لم تشبع أو خوفا أو تهديدا مستمرا للشخص، من هنا تأتي أهمية الحلم المتكرر بالنسبة للطبيب النفسي فهو يعطي دلالة علي إحدى سمات الشخص من خلال مخاوفه أو صراعاته أو رغباته، وإن تكرار الحلم يعني أن هذه الأشياء تبحث عن حل ولا تجده. ولذلك فلا بد من مناقشتها مع هذا الشخص وفك رموزها ومقابلتها بالواقع حتى يكون الشخص علي بصيره بها.

أهمية الاحلام في العلاج النفسي التحليلي:

يهتم المعالج النفسي بأحلام المريض حيث أن تحليله ودراستها يعتبر نافذة علي دخيلة نفس المريض ويساعد بدرجة كبيرة في النواحي التشخيصية والعلاجية. وفي حالة تفسير الأحلام علي هذه الصورة في عملية العلاج النفسي يجب أن تتوفر للمفسر الصفات التالية :

- ١- الدراسة الوافية لتاريخ حياة المريض .
- ٢- الدراسة الوافية لظروف المريض العائلية.
- ٣- دراسة البيئة التي يعيش فيها المريض وعائلته.
- ٤- الإلمام بالظروف الدينية والثقافية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية المحيطة.
- ٥- معرفة الرموز السائدة في البيئة ودلالاتها.
- ٦- القدرة علي الاستماع الجيد والفهم العميق وربط جزئيات الحلم بعضها ثم ربطها بظروف حياة المريض للخروج بصورة كلية ذات معنى.
- ٧- القدرة علي توصيل رؤيته لمعاني الحلم للمريض أي ليزيد قدرته علي الاستبصار بعالمه الداخلي وباحتياجاته ورغباته وصعوباته، في محاولة للاستفادة من كل هذه الأشياء في عملية التغيير الذي يتم أثناء رحلة العلاج النفسي.

الفصل الثامن

العلاج النفسي الأسري

الفصل الثامن (العلاج النفسي الأسري)

مقدمة

ترجع جذور العلاج الأسري إلى الثقافات الغربية مستمدة قواعده من العمل الاجتماعي منذ القرن ١٩ في إنجلترا والولايات المتحدة. والبداية الفعلية للعلاج الأسري تعود إلى أواخر الأربعينيات وأوائل الخمسينيات من القرن الماضي منذ إنشاء الجمعية الأمريكية للعلاج الأسري والزواجي. وفي منتصف الستينيات جاء العلاج الاستراتيجي على يد سلفادور مينشن أحد رواد الأسري معتمدا على التحكم الآلي ونظرية النظم ثم العلاج الأسري التجريبي على يد (فيرجينيا سارتر ويتاكر كارل) من الولايات المتحدة الأمريكية مؤكدين على أهمية المشاعر في عملية التواصل، وفي بداية السبعينيات تطور العلاج الأسري بواسطة شبنيك روس وكارولين مبتكرين العلاج السلوكي الزوجي (الذي سمي فيما بعد بالعلاج الأسري). ومنذ عام ١٩٨٠ بدأت نظم ميلان في العلاج الأسري معتمدة على مهارات العلاج المعرفي السلوكي التي تتلخص في تحسين العلاقات والمشاعر بين الأجيال داخل الأسرة.

بعض رواد العلاج الأسري الآخرين:

- ألفريد أدلر
- ناثان أكرمان
- توم أندرسون
- غريغوري بيتسون
- إيفان
- لين هوفمان
- موراي بوين
- غرغوري بيتسون
- ميلتون أريكسون
- سلفادور
- فيرجينيا
- مارا
- كارل ويتاكر

أنواع العائلات من وجهات النظر المختلفة

أولاً: من حيث المعاملة مع الأبناء :

- عائلة منغلقة.

- عائلة منفتحة.

- عائلة عشوائية.

ثانياً: من حيث التعامل مع الواقع

- عائلة متأثرة بالمجتمع .

- عائلة متأثرة بمدى الارتباط بين أفرادها.

- عائلة ترضى بالواقع وتتقبله.

ثالثاً: من حيث الفاعلية

- عائلة مرنة.

- عائلة عنيدة.

- عائلة تستطيع التأقلم.

سمات الأسرة السوية

- حسن الاستماع بين أفراد الأسرة .

- التشجيع والمساندة .

- الثقة المتبادلة.

- اللعب والفكاهة.

- الاحترام المتبادل .

- المشاركة في المسؤولية.

- معرفة الخطأ والصواب.

- الانتماء الديني .

- التحكم الانفعالي.

تعريف بالعلاج الأسري

تعد الأسرة مجموعة من الأفراد الذين تربطهم علاقة الدم والنسب بينهم تفاعلات وأنماط علاقات ولهم قائد وأهداف ومعايير خاصة بهم كأسرة، ولذا فإنه ينطبق على العلاج الأسري الكثير مما ينطبق على العلاج الجماعي، ويهدف العلاج الأسري أن يسلط الضوء على الأنماط الخفية التي تحافظ على توازن المجموعة ويساعد المجموعة في فهم وتعديل أنماط التفاعل بين أفرادها.

عاده يحضر أحد أفراد الأسرة كمريض وتعرفه الأسرة بأنه هو مشكلة الأسرة ككل ولكن المريض هو ضحيتها، فالأسرة تشبه سلسلة متشابكة الحلقات، وعند حدوث شد على تلك السلسلة فإن الحلقة الضعيفة هي التي تنكسر، وكل ظروف الشد والتوتر تسود الأسرة كلها، لذا يطلب المعالج أن يكون العلاج للأسرة جميعا، علاجاً يشترك فيه أكثر من فرد من الأسرة في العلاج،

حيث أن هدف المعالج هو مساعدة الأسرة أن تفهم أن أعراض المريض في الحقيقة تخدم وظيفة هامة في المحافظة على استقرار العائلة، وعملية العلاج الأسري تكشف عن أنماط التواصل المتكررة والمتوقعة التي تعكس سلوك المريض ومن ثم فهو علاج يركز على تقييم ومعالجة العلاقة وليس الفرد.

والتقييم يشمل :

١- تاريخ العلاقة

٢- أهداف الأفراد من العلاقة

٣- آليات التوافق التي لم تكن مكللة بالنجاح

٤- أنماط التواصل سواء بناءة او هدامة

٥- وصف القوى المتفاعلة في العلاقة

٦- الاحتياجات غير المشبعة للأفراد في العلاقة

- ٧- مستوى الطموح يكون مناسب
- ٨- معرفه امكانيات الفرد وقدراته
- ٩- تكامل الأدوار بين أفراد الأسرة
- ١٠- الصراحة والحوار بين أفراد الأسرة
- ١١- تحديد الهدف

والعلاج الأسري يتناول ويبحث في محاور وأنواع العلاقات داخل الأسرة

- العلاقة العاطفية
- العلاقة الاجتماعية
- العلاقة المادية
- العلاقة السلطوية

أهداف العلاج الأسري

يهدف هذا المنهج العلاجي إلى تحسين اداء الأسرة ككل، وذلك من خلال تفهم العلاقات داخلها أولاً ثم وضع خطة علاجية تسعى إلى تغيير العلاقات الشخصية المتبادلة بين أفرادها، وتشارك الأسرة المعالج في إعداد هذه الخطة، كما يهدف إلى محاولة تحقيق الانسجام والتوازن في العلاقات بين أعضاء الأسرة، وتقوية القيم الأسرية الإيجابية وإضعاف السلبية منها لدي أعضاء الأسرة.

كما يهدف إلى تأكيد وإظهار الفروق بين أفراد الأسرة، أي تنمية هوية كل فرد وتطوير إحساسه بالاستقلالية دون الشعور بالخوف والقلق من هذا الاستقلال فالصحة النفسية تتحقق من خلال القدرة علي خلق توازن بين الولاء للأسرة وإشباع الذات وأخيراً يهدف إلى إعادة بناء الانقسامات بين أعضاء الأسرة فقد نجد الأبناء في جانب والأم وضد الأب مثلاً، أو نجد انقسام داخل الأسرة بشكل آخر فالأم وابنها في جانب والأب وابنته في جانب آخر، وكأن هناك عداً وانقسام بين أعضاء وحدة الأسرة.

ويمكننا تلخيص أهداف العلاج الأسري في الآتي :

- تحسين المناخ الأسري
- تحسين التواصل الإيجابي بين أفراد الأسرة
- تخفيف حدة التوتر والضغط داخل الأسرة
- حرية التعبير عن المشاعر داخل الأسرة
- التدريب علي مهارات حل المشكلات
- تقوية روح التعاون بين أفراد الأسرة في مواجهة المشاكل
- توضيح القيم والمبادئ حتي يتمثل كل فرد بها
- اندماج الأسرة في المجتمع كله بكافة أنشطته.
- تجنب حدوث الانتكاسة
- تحسين المهارات الاجتماعية والنفسية بين أعضاء الأسرة
- تحديد الأدوار ومهام كل فرد داخل الأسرة

مواصفات العائلات المضطربة نفسيا

- ١- ي قللون من شأن بعضهم البعض وينتقدون ويعيرون بعضهم البعض
- ٢- لا يوفون بوعودهم
- ٣- لا يعبرون أو يببالغون في التعبير عن مشاعرهم
- ٤- يقللون من قيمه النجاح ويشمتون في الفشل
- ٥- يحتفظون بالكثير من الأسرار
- ٦- قد يتنافس الكبار مع الصغار
- ٧- حرمة الثقافه الجنسية
- ٨- عدم القدرة علي التعامل مع الضغوط
- ٩- يشعرون بعضهم بعضا بالذنب
- ١٠- محيط غير آمن للتعبير عن المشاعر

- ١١ - قيمة مهزومة للذات وتحكم في النفس
- ١٢ - عدم الشعور بألم الآخرين
- ١٣ - يخيفون بعضهم بعضا
- ١٤ - يسيئون لبعضهم البعض
- ١٥ - الخصام المستمر والمشاعر الكئيبة

مواصفات العلاج الأسري

يتم العلاج الأسري بمعدل جلسة اسبوعيا مدتها ساعتان، إذا لم تكن هناك ظروف أزمه طارئة تحتاج إلى تدخل سريع ومكثف ومتوسط عدد الجلسات حوالي من ٥ إلى ٢٠ وهو يعتمد فقط على طبيعة المشكلة ولكن على نمط العلاج المستخدم الذي يقرره المعالج الأسري.

دور المعالج في العلاج الأسري

يلعب المعالج دورا هاما وفعال في العلاج الأسري، لأنه ينظر لعمله كأداة لإحداث تغييرات في السلوك لدى أفراد الأسرة. والمعالج يساعد أعضاء الأسرة في تعريف المشكله وتحديد أهداف المطلوب تحقيقها، وقد يعطيهم واجبات منزلية يقومون بها، ويعلمهم آليات التوافق بصورة افضل مع مهارات تواصل ومهارات التفاوض وتحديد مشاكلهم واكتشاف أسبابها.

هل يتم العلاج الأسري في العيادة؟

يمكن أن يتم في أي منهما ولكن الأفضل أن يتم في العيادة، ولكن تعطي صورة مفصلة لمكونات المنزل لكي يتصور المعالج البيئة المنزلية والإطار الذي يتم فيه التفاعلات وهل هناك زحام وعدم مساحة كافية لحدود كل فرد؟ أم أنه يوجد تباعد مكاني ويعيش كل في حجرة منفصلة ولا يلتقون إلا بالصدفة؟

أساليب العلاج الأسري حسب المدرسة المتبعة

١ - العلاج الأسري المعرفي السلوكي ويهدف إلى:

• إزالة المشكلة الحاضرة

• تشجيع التواصل وحل المشكلات

• التوازن بين التغيير والقبول

• يؤكد على نتائج السلوك

أساليب العلاج الأسري المعرفي السلوكي

فيما يتعلق بالعلاج السلوكي المعرفي للأطفال يوجد مدي واسع من الاجراءات التي تستند على نظرية التعلم الاجتماعي من أجل تعديل سلوكياتهم وتشتمل أنظمة التعزيز مثل لوحة النجوم والتعزيز الرمزي لزيادة السلوكيات الإيجابية، واستخدام أسلوب العزل لتقليل السلوكيات السلبية.

التدريب على مهارات الاتصال وحل المشكلات :

إن التدريب على مهارات الاتصال وحل المشكلات هو من العناصر الأساسية في العلاج السلوكي المعرفي للأسرة التي تضم مراهقين وازواج، من خلال التدريب على مهارات الاتصال فإن العلماء يمارسون التواصل عن طريق النمذجة ولعب الدور وذلك بإرسال رسائل واضحة ومباشرة وبدقة لأبائهم، والاستماع بطريقة تعكس التعاطف وعكس محتوى رسائل أبائهم مما يؤكد صحة فهمهم لما يقول الآباء ما فيما يتعلق بالتدريب على مهارات حل المشكلات فيتم من خلال تدريب العملاء على تعريف المشكلات الكبيرة على أنها سلسلة من المشكلات الصغيرة القابلة للحل .

إعادة البناء المعرفي:

يستخدم لمعالجة الادراكات السببية لدي أفراد الأسرة والعمل علي تحديها، حيث يطلب من أفراد الأسرة أن يقوموا بمراقبة وتسجيل المواقف التي يظهر لديهم ادراكات خاصة حولها، ويوضح المعالج الأثر الناجم عن الادراكات علي مزاجهم وسلوكياتهم مع الآخرين.

٢-العلاج الأسري الدينامي التحليلي:

ويهدف إلى

- ١- تحسين الاستبصار
- ٢- تنمية الوعي لدي الأفراد الأسرة عن تاريخهم الأسري
- ٣- تشجيع التفهم كل منهم للآخر
- ٤- حل عقدة النظرة المرضية المتبادلة

ويركز علي مفاهيم هي:

- العلاقة بالموضوع
- التوحد الاسقاطي
- كبش الفداء
- الانشقاق

ويستخدم فنيات

- تحليل الطرح والمقاومة والطرح المقابل
- خلق جو من التماسك
- التفسير
- التأكيد علي التحالف العلاجي

٣- العلاج الأسري التعليمي النفسي ويهدف إلى:

- تشجيع مهارات التوافق
- تحسين مهارات التواصل وحل المشكلات
- منع الانتكاس

وستحقق ذلك عن طريق

- تعليم الأسرة معلومات تحقق الأهداف مع تنمية إدارة الأسرة.
- استخدام موازي للعقابر النفسية إذا لزم الأمر.

٤- علاج الأسرة المتمركزة علي حل المشكلة

ويبنى هذا النوع على المفاهيم الآتية

- التركيز علي الحلول وليس المشكلات
- عدم التركيز علي أسباب المشكلة

ويهدف هذا النوع من العلاج إلى خلق حلول لمواجهة المشكلة الموجودة،

ويستخدم في ذلك انواع من الأسئلة التقديرية:

- الموقف ومشكلة الأسرة
- أسئلة تهدف لتقوية أفراد الأسرة
- أسئلة لتنمية التوافق الأسري

٥- العلاج السلوكي الاجتماعي

وفيه يضم كل الأفراد المتعلقين بالمريض وليس فقط المتعلقين بالأسرة في شكل

جلسات جماعية مثل الأقارب - الأصدقاء - المدرسين - الزملاء.

٦-العلاج المعاكس

اسلوب علاجي جديد يجبر المريض على أن يسلك السلوك غير المرغوب فيه أثناء الجلسة مثل الخوف من شئ معين أو بعض الأفعال القهريه أو الخوف من أفراد معينين.

٧-العلاج الأسري المبني علي التحليل التفاعلي

فنيات ومهارات العلاج الأسري

(فنيات المقابلة الأسرية)

يستخدم المعالج الأسري مجموعة واسعة من فنيات المشاورة وغيرها من التقنيات في جلسات العلاج الأسري.

وعليه أن يسأل نفسه الآتي:

- هل الأسرة قائمة علي
- حياة أسرية سعيدة أم صراع
- تكامل وتوافق أم المشاكل
- أسس بناء شركة الزواج
- الصدق والصرحة
- التوافق الاجتماعي
- تكامل الادوار
- الدور الاقتصادي
- الدور الاجتماعي

وبمعرفة تاريخ الأسرة بحقائقه وتواريخه يجعل المعالج يسأل أسئلة مألوفة للأسرة، ويجعله أيضا يقدم المفاهيم اللازمة لحدوث تغيير بصوره مناسبة، والكلام علي تاريخ الأسرة الزمني فعال وغير مهدد، ويحول الكلام بعيدا عن العضو المريض ليؤكد علي العلاقات الأسرية، وذلك عكس ما تفعله الأسرة من التركيز علي المريض، أي أنهم يهربون من مواجهة سوء العلاقات إلى الشكوي من أعراض المريض.

كما أن الماضي جزء من حياة الأسرة وفيه نجاحات وتغلب علي صعوبات يمكن ان يعبروا عنها فليست حياة الأسرة هي الفشل الحالي فقط، وهناك أي ضا احداث تؤثر علي الوالدين وبريق غير مباشر علي الاطفال وربما تكون قبل ولادتهم، كما يوضح كيف أن الزوجين يتوافقان مع المشاكل التي تعترضهم.

من المهم أن يعي الوالدين أنهما يتصرفان طبقا لنماذج آبائهم وكما عايشوهم في طفولتهم، فهم يتصرفان مثلهم كأزواج وكأباء دون أن يتعلمو كيف يكونا زوجين ووالدين. ومن المهم أيضا أن يعي المعالج أن الأسرة تدخل إلى العلاج وهي متخوفة من شعور اللوم واكتشاف أنه لا شئ صائب في تفاعلاتها وحياتها، وأحيانا تكون الأسرة يائسة وعلي المعالج بعث الأمل في نفوسهم والوالدان في حاجة لأن يشعرا أنهما فعلا أفضل ما يمكنهما كأباء، وهما في حاجة ليخبرا المعالج لماذا فعلوا كذا؟

فيرجينيا ساتير: من رواد العلاج النفسي الأسري حددت الجلسات الأولى ليتعرف المعالج من خلالها علي حياة الأسرة وشكل العلاقات بين أعضائها وذلك بالأسئلة المباشرة من المعالج كما يأتي: الأسئلة الموجهة من المعالج

إلى الزوجة | الزوج

- ما شكل العلاقات مع الوالدين والأخوة
- كيفية تعرف الزوجين ببعضهم
- ما هي توقعاتها بالنسبة للزواج قبل حدوثه

إلى الأبناء

- ما هو انطباعهم وعلاقتهم بالوالدين من عدمه

- ما هي علاقاتهم ببعض

إلى الأسرة كلها:

- يجب طمأنة أفراد الأسرة وجعلهم يتحدثون بحرية ويعبرون عن صدق مشاعرهم ويتواصلون بتلقائية.

في نهاية الجلسة يتم تلخيصها وإشعارهم بمزيد من الأمل في الإصلاح.

فنيات مهارات التواصل

أنواع التواصل داخل الأسرة:

١- الالتحام

وهو مدي الارتباط العاطفي بين أفراد الأسرة أم ضعيف أو قوي (أسره مفككة) (ولاء وانتماء).

٢- التكيف :

وهو القدرة علي التغيير المتزن نتيجة المؤثرات بسبب النمو: إما أن تكون ضعيف أو تكيف عالي جدا (عائلة متسلطة)(عائلة مشوشة واندفاعية).

٣- التفاعل الإيجابي والسلبي:

هو تمكن الأسرة من التحرك علي المحورين السابقين: إما تواصل إيجابي أو تواصل سلبي (المشاركة والفهم)(النقد-الاستهزاء-الأوامر).

يمكن استخدام فنيات بون التي تركز علي التحديد الشخصي للفرد من قبل الأسرة وقدرته في مواجهة الضغوط الأسرية التي تهدده، مثل فقد الحب والقبول او الوضع الاجتماعي، ويتم ذلك من خلال تقييم درجة الترابط والتواصل بين أفراد الأسرة، ومن خلال التفاعل الأسري يمكن ان يكتشف المعالج الأدوار المختلفة التي يلعبها أفراد الأسرة مثل دور الضحية الذي يقدم كالقربان لكل مشكلة تحدث داخل الأسرة، فهو السئ دائما وهو المسئول عن كل مشاكل الأسرة، وهو مستهدف لكل المشاعر السيئة من أفراد الأسرة، وهناك الحسن الذي يتصرف طبقا لتوقعات الأسرة ونلاحظ أن العلاج الأسري مبني علي نظرية أن الأسرة هي نظام يحاول الحفاظ علي الاتزان البدني بصرف النظر إلى مدي هذا النظام غير متكيف.

فنيات أخرى يستخدمها المعالج الأسري

- يطمئن المعالج الأسرة أنه لن تحدث كارثة ويراعى أن يكون صادقا وحقيقيا
- تكون البداية بالاسئلة غير الحساسة، وأن يكون التدخل المنظم والمنضبط يعطي الأمل ويفتح الطريق أمام التناغم.
- وعلي المعالج الأسري ان يتوقع رفض او مقاومة من بعض أفراد الأسرة
- وعليهان يوظف الأدوار القائمة في مساعدته علي تحقيق هدف العلاج.
- يراعي أن يوجه الانتباه لاشياء أخرى غير التركيز علي المريض.
- حرية التعبير عن المشاعر بين أفراد الأسرة.
- تخفيف الضغوط بسبب التعبير العاطفي الخاطيء.
- المناقشات التعليمية حول المرض.
- التدعيم العلاجي من أفراد الأسرة للمريض.

انهاء العلاج

يعتمد علي الأسلوب المتبع في العلاج

أمثلة:

- مهارات حل المشاكل: يستغرق عدد قليل من الجلسات .
- نموذج النمو الإدراكي يستغرق مده طويله قد تصل إلى سنتين

يعتبر العلاج اكتمل عندما :

- يحدث تفاعل بين أفراد الأسرة وكل منهم يسأل الآخر.
- يستطيع أفراد الأسرة تفسير أي عدوان بداخلها.
- معرفة كيف الآخرين ينظرون إليهم.
- معرفة كيف ينظرون لانفسهم.
- عندما يستطيع كل فرد أخبار الآخر بأيجابياته وسلبياته.
- عندما يستطيع أن يقول لا أوافق.
- عندما يستطيع الاختيار.
- عندما يستطيع التعلم من خلال الممارسة.
- عندما يكون السلوك والمشاعر في كل فرد متوافقة.

الفصل التاسع

(العلاج النفسي الزوجي)

الفصل التاسع (العلاج النفسي الزواجي)

مفهوم الحياة الزوجية - ارتباط رباني- ميثاق غليظ - مودة ورحمة- التقاء روحي وجسدي. الخلافات الزوجية أمر لا مفر منه، وهي ترجع إلى التفاعلات اليومية التي تحدث بين الزوجين أحيانا تكون تلك الخلافات علامة علي صحة الزواج وحيويته وأحيانا أخرى تدق ناقوس الخطر محذرة من اقتراب كارثة عائلية قد تنتهي بانتهيار الزواج تماما.

لذا علي الأزواج الأذكياء أن يتحكموا في إدارة الصراع ليجعلوه في دائرة الحب والاحترام دون أن يفلت الزمام منهم وكلما تحلو بالذكاء العاطفي الذي يعني الحس المرهف والمهارة الاجتماعية والقدرة علي ضبط النفس وتوجيه الانفعال والتعاطف مع الآخرين. تبني العلاقة الزوجية علي أربع محاور أساسية هي العلاقة العاطفية العلاقة الاجتماعية العلاقة الجنسية والعلاقة الاقتصادية والتواصل الصحيح بين الزوجين في هذه العلاقة يؤدي إلى علاقة زوجية ناجحة إما عدم التوافق في واحدة أو أكثر يؤدي إلى علاقة زوجية غير منسجمة ومضطربة .

ونظرا لأن الزواج علاقة شديدة القرب لدرجة الالتحام فإنه غالبا ما ينشأ مشكلات ويساهم في زيادة المشكلات اختلاف شخصية كل من الزوجين عن الآخر، واختلاف البيئة التي نشأ بها والطرق التي ترعرعوا عليها، واختلاف وجهات النظر في الأمور الحياتية التي يعيشونها وإحباط التوقعات سواء العاطفية أو المادية أو سوء التواصل.

يهدف العلاج النفسي الزواجي إلى تصحيح العلاقة بين الزوجين وذلك بالتركيز علي أساليب التواصل وطريقة التفاعل وتحمل كل منهما الاختلافات الموجودة بينهما وتقبل كل منهما الآخر، وكذلك يركز علي علاج الصعوبات والمشاكل التي بينهما.

نبذة تاريخية

يعتبر العلاج الزوجي أسلوباً حديثاً في مساعدة الزوجين على حل الخلافات بينهما ويقوم به أخصائي متخصص في علومه ومدرب في فنونه وأساليبه، ويستخدم لإرشاد المتزوجين والمخطوبين والمطلقين، ففي الوقت الذي لم تكن فيه التطبيقات السلوكية المرتبطة بوصف الزواج الناجح كان هناك باحثون قد وضعوا عدة خصائص للعلاقات الزوجية غير الناجحة.

وفي السنوات الأخيرة بدأ الباحثون بدراسة شكل خاص من العلاقات الزوجية الناجحة أمثال جاكسون وماركمان. ويرى ستوارت أنه يمكننا التأكيد ببساطة أن العلاقة المتوترة تحدد بندرة النتائج الإيجابية لكلا الطرفين ، فالنتائج التجريبية بينت أن الأزواج المتوترين يستخدمون بصورة أكثر العقاب والتعزيز السلبي، مقارنة بالأزواج غير المتوترين بغض النظر عن تعريف المكافأة والعقاب من طرف ملاحظين موضوعيين أو الأزواج أنفسهم. يرى بعض رواد العلاج النفسي الزوجي أمثال: "جاكسون ومارجولين" ١٩٧٩ أن الأزواج المتوترين عموماً يستجيبون أكثر للمثيرات المباشرة سواء كان أثرها عبارة عن مكافأة أو عقاب.

أنواع العلاج النفسي الزوجي

١- أسلوب المشاورة :

٢- المدخل السلوكي:

وهو يركز على أسلوب معاملة كل طرف للآخر وتصحيح السلوك الخاطئ.

٣- الأسلوب المعرفي :

يركز على التقارب بين الطباع والعادات للطرفين وطريقة التواصل بينهم وذلك بمعرفة الأفكار السلبية والمفاهيم الخاطئة عند كل منهما.

٤- التحليل النفسي:

يركز علي جوانب التفاعل اللاشعوري بين الزوجين.

٥- التحليل النفسي التفاعلاتي :

أسلوب علاجي متميز مبني إلى حد كبير علي النظرية التحليلية و ينص علي ان العلاقة بين الزوجين إما ان تكون ناضجة متساوية وإما أن يقوم فيها أحد الطرفين بدور أبوي أو أموي ويقوم الآخر بدور الطفل ويظهر هذا في أسلوب تعامل الاول مع الأخير والذي يغلب عليه الحماية والرعاية والارشاد والسلطة، وصاحب هذه الفكرة العلاجية هو (إريك برن) وقد شرح نظريته في كتاب صدر في الستينات اسمه (الألعاب التي يلعبها الناس) وكلمة اللعبة هنا تعني الحيلة النفسية أي الوسيلة التي يحتال بها الطرفان علي أنفسهما وعلي الآخرين لتغطية أسباب أكثر عمقا وألما.

أساليب العلاج النفسي الزواجي

١- العلاج الفردي:

حيث يعالج كل من الزوجين مع معالج مختلف، وليس من المهم إيصال كل منهم بالأخر، وهدف العلاج تقوية قدرة كل من الزوجين علي التكيف، وقد يكون أحد الزوجين فقط هو الخاضع للعلاج، وفي مثل تلك الحالات قد يكون مفيدا للشخص الذي هو خارج العلاج أن يزور المعالج، فقد يعطي المعالج معلومات عن المريض من وجهة نظره، كما يمكن التعرف علي قلقه الناتج من المريض، حيث يتم تداركه والتعامل معه، كما يمكن تصويب معتقداته غير المنطقية عن العلاج، وحاولاته الشعورية واللاشعورية في العمل ضد علاج المريض.

٢- العلاج الزواجي الفردي:

كل من الطرفين في العلاج الزواجي أما متوازيين مع نفس المعالج أو في نفس الوقت مع معالج آخر.

٣- علاج زواجي مشترك للزوجين:

أي الزوجين معا في وجود مساعد معالج من الجنس الآخر، ويقوم المعالج بعلاج الزوجة والمعالجة بعلاج الزوج، وقد وجد أن هذه الطريقة لها تأثير علاجي أفضل.

٤- جلسة الأطراف الأربعة:

حيث يعالج كل طرف عند معالج ولكن تنظم جلسات تجمع الاطراف الاربعة ، ويفضل وجود اثنين معالجين مختلفين النوع مع الزوجين.

٥-العلاج النفسي الزواجي الجماعي:

وتتم الجلسات لثلاثة أو أربع أزواج مع المعالجين، حيث يتعارفون ويتشاركون مشاكلهم ليعرفوا إنها متشابهة ومن خلال تلك الجلسات يكتسبون المساندة والتفهم من رفاق المجموعة من نفس الجنس أو الجنس المقابل، ويكشفون عن توجهاتهم، ولديهم فرصة لإكتساب معلومات جديدة من رفاق المجموعة، ويحصلون علي تغذية راجعة عن سلوكياتهم الموجبة والسالبة. ويمكن دمج أي من الطرق السابقة معا أو كلها .

استخدام العلاج الزواجي

١- عندما يفشل العلاج الفردي لحل صعوبات العلاقة

٢- عندما يكون احدهما او كلاهما مكروبا أو مضغوطا بسبب العلاقة

٣- عندما يطلبان العلاج الزواجي لحل صراع

وعلي المعالج تقييم كل نواحي العلاقة الزوجية قبل محاولة علاج أي مشكلة

علي حدة، فقد تكون عرضا لاضطراب زواجي أكثر عمقا.

والتقييم يشمل:

- ١- أهداف الزوجين من العلاقة
- ٢- آليات التوافق التي لم تكلل بالنجاح
- ٣- أنماط التواصل بينهما سواء بناءة أو هدامة
- ٤- وصف القوي المتفاعلة في العلاقات
- ٥- من الذي جعل الزوجين يبحثان عن العلاج؟ ولماذا الآن بالذات؟ وما هو التغيير الذي طرأ؟
- ٦- ماهي الاحتياجات غير المشبعة للزوجين في العلاقة؟

والمعالج يساعد الزوجين في تعريف المشكلة وتحديدها، وتحديد الأهداف المطلوب تحقيقها، وقد يحتاج أن يوقف سلوكيات معينة يأتيها أحد الزوجين أو يشجع علي سلوكيات أخرى من خلال العلاج، وقد يعطيهم واجبات منزلية [كتابية أو أدائية] يقومون بتنفيذها، ويعلمهم آليات للتوافق بصورة أفضل مع مهارات التواصل ومهارات التفاوض وتحديد مشاكلهم واكتشاف أسبابها.

والعلاج الزوجي غير مناسب في الحالات الآتية: حالات زهان شديدة/حالات إصرار أحد الطرفين علي الطلاق أو كلاهما / حالة رفض أحد الطرفين الاشتراك في العلاج لقلقه أو خوفه.

أهداف العلاج الزوجي

- ١-تحسين التواصل بين الزوجين. فغالبا ماتكون مشكلة العلاقة الزوجية ف التواصل .
- ٢-مساعدة كل منهما أن يرى الآخر بواقعية.
- ٣-تخفيف التوتر والانضغاط العاطفي بين الزوجين.
- ٤-مساعدة الزوجين أن ينمو لدا كل منهما مستوي أفضل من الصحة النفسية.

- ٥- استبدال دفاعاتهم المرضية بأخرى سليمة.
- ٦- تحفيز مناعتهم ضد التأثيرات المفككة للاضطراب العاطفي.
- ٧- تنمية التكامل في العلاقة بين الطرفين.
- ٨- حل الصراعات الخاصة بعدم وضوح الأدوار الاجتماعية والاقتصادية والأبوية والعاطفية.

أهم أسباب الطلاق

علي المعالج النفسي الزواجي معرفة اهم الاسباب المؤدية للطلاق والبحث فيها اثناء الرحلة العلاجية حتي يستطيع حلها وعلاجها.

كان موضوع الخلافات الزوجية، محل اهتمام جون جوتمان في معمل الأبحاث الذي يديره، وهو طبيب نفسي في جامعة واشنطن - حيث أجرى أهم بحث تفصيلي عن العوامل التي تؤدي إلى انهيار الروابط بين الزوجين والزيجات المهددة بالفشل، ويستعرض نتيجة أبحاثه التي اتسمت بالمتابرة والعمق.

أربع خطوات في الطريق إلى الطلاق:

الخطوة الأولى:

النقد القاسي وهو علامة التحزير المبكر في الزواج المهدد والنقد القاسي هو تعبير عن انفعال الغضب بأسلوب هدام وذلك بالهجوم على شخصية الزوجة او الزوج بدلا من التعبير على مجرد الاستياء.

الخطوة الثانية

الأفح من ذلك أن يأتي الهجوم محملا بالاحتقار وهو انفعال مدمر وعادة لا يعبر عنه بالألفاظ وغنما بنبرة صوت غاضبة أو بسخرية مريرة كما يظهر في تعبيرات الوجه التي تنم عن الازدراء وقد يتطور الأمر إلى التفوه بالشتائم والسباب وهذا السلوك السلبي العدائي يؤدي إلى هجوم مضاد.

الخطوة الثالثة

من الطبيعي أن يشعر الأزواج ببعض اللحظات المتوترة من وقت إلى آخر عندما يختلفان أو يتعاركان لكن المشكلة الحقيقية تأتي حين يشعر أحد الزوجين أنه وصل إلى مرحلة طفح الكيل بصورة مستمرة تقريبا.

الخطوة الرابعة

يؤدي الوصول إلى مرحلة طفح الكيل إلى التفكير غلغيا طول الوقت في سلبيات وأسوأ ما في الطرف الآخر، بحيث يترجم كل ما يفعله سلبيا فالمشاكل الصغيرة تصبح معارك كبيرة.

ومن ذلك نستخلص أهم العوامل التي تؤثر على التوتر بين الزوجين وهي:

- ١- نقص القدرة على حل المشكلات أو تغيير بعض السلوكيات.
- ٢- العوامل الخارجية التي تزيد من الابتعاد عن الحلول أو إيجاد البدائل.
- ٣- المطالبة بتوفير الوقت الذي يقضيانه مع بعض.
- ٤- المطالبة بالتعبير عن العواطف والمشاعر.
- ٥- المطالبة بالتعبير بالاستقلالية مثل ممارسة نشاطات مستقلة.

محتوى العلاج النفسي الزوجي:

علاج مشكلات التفاوض :

- كيف تتفاوض مع الآخر .
- كيف تكسب أهدافك في عملية التفاوض.
- كيف تجد حلول ابداعية في التفاوض.

علاج مشكلات التواصل بين الزوجين :

- كيف تقصد ما تقوله .
- كيف تقول ما تقصد.
- كيف تقوم بتوصيل رسالة قصيرة إلى الشريك الزواجي.
- كيف تصغى إلى شريكك بإحساس.
- كيف تستخدم تكتيك (طريقة) مناسبة لتسمع الشريك .
- كيف تظهر التعاطف.

علاج المشكلات الجنسية :

- دور الجنس في توثيق العلاقة الزوجية.
- كيف تفكر إيجابيا في العلاقة الجنسية .
- المشكلات الجنسية المشتركة بين الجنسين .
- المشكلات الخاصة بالزوج.
- المشكلات الخاصة بالزوجة.
- التعامل مع نقص الرعاية الجنسية .

ويتضمن العلاج النفسي الجنسي :

- التثقيف الجنسي وشرح مراحل العملية الجنسية .
- كيف تخلق بيئة جنسية سعيدة .
- كيف تضع الجنس في قائمة حساباتك .
- مسئوليتك عن الجنس في العلاقة .
- التفاوض حول طقوس البدايات.
- التعامل مع " ليس الآن "

- تقليل الضغوط الجنسية علي الشريك .
- فن ومهارات المداعبات.

علاج مشكلات العلاقة الاجتماعية:

التي تنحصر في :

- (١) علاقة إجتماعية بين الزوجين مثل (قضاء أوقات ترفيهية خارج المنزل سويًا أو داخل المنزل بممارسة ألعاب مشتركة)
- (٢) علاقة إجتماعية بين الزوجين وبين الأهل والأصدقاء وذلك بالتزاور والمعاملة.

علاج مشكلات العلاقة العاطفية:

وذلك بتوضيح كيفية حدوث المشاعر وكيفيه التعبير عنها لفظيا وغير لفظيا، وبتوضيح أيضا معنى الحب الحقيقي وأنه لا بد أن يتوافر فيه مشاعر الحب مع التركيز علي أهمية الصفات العقلانية للحب.

علاج مشكلات العلاقة المادية :

- توضيح أسباب الخلافات المادية.
- توضيح كيف تخطط ميزانية الأسرة بما يتناسب مع الامكانيات والعائد المادي.

مراحل العلاج النفسي الزوجي

مرحلة التقدير:

تتضمن هذه المرحلة تحديد مخطط الأفكار السلبية والسلوكيات الحالية التي ادت إلى التوتر في العلاقة الزوجية الحالية، ومن وجهة أخرى تحديد المتغيرات التي هي اصل هذه السلوكيات. ثم يحدد المعالج العوامل المعرفيه والعاطيفية التي تساهم في

توتر الزوجين والتفاعل السلوكي الملاحظ كما يقوم بالتقدير المباشر للسلوكيات مع التأكيد علي الوصف وتوضيح العلاقات الوظيفية الموجودة. وترتبط خطة العلاج مباشرة بنتائج القياس ويستمر طوال مرحلة العلاج .

في حالة الأزمة الحادة تخصص الجلسات الثلاثة الاولى فقط للتقدير، حيث تخصص الجلسة الأولى للمقابلة مع الزوجين حول المشكلة الحالية والعلاجات السابقة، وهي الجلستين التاليتين يلتقي المعالج مع كل زوج علي إنفراد وفي مرحلة التقدير يتم إجبار الطرفين لا أحد منهما قرر الدخول في العلاج وأن هدف العلاج هو تحديد ما إذا كان العلاج الزوجي مناسباً أم أن العلاج الفردي يكون أفضل لأحد الطرفين أو لكليهما ويحس الطرفين بأن لا يتوقعا تحسناً في العلاقة في مرحلة التقدير لأنها مرحلة جمع المعلومات أن تقدير التوتر الزوجي يستدعي طرفاً عديدة ومختلفة لتقدير نقاط القوة والضعف في العلاج حسب مخططات التفاعل الزوجي، وحسب تعدد السلوكيات التعزيزية والعقابية الموجودة والمتبادلة فعلاً، وحسب القدرات التي يمتلكها الزوجان في الحوار وحل المشكلات وقبل البدء في الجلسات العلاجية علي الزوجين واستبيان التوافق الزوجي، ومقياس مدي الانسجام الزوجي، واختبار الشخصية متعدد الأوجه إذا لزم الأمر.

المائدة المستديرة

يلتقي الزوجان مع المعالج (أو المعالجان) بعد اتمام عملية التقدير ويقدم لهما ملخصاً عن نطاق القوة، والضعف ويقترح عليهما القيام بعلاج زوجي ويشرح لهما الانعكاسات السلبية لهذا النوع من العلاج ويحدثهما عن أنواع أخرى من العلاج وعلي الزوجين اتخاذ القرار الذي يناسبها. في حالة الاتفاق علي العلاج الزوجي والذي يستغرق تقريباً ٢٠ جلسة كل جلسة تستغرق ٦٠ إلى ٩٠ دقيقة بمعدل مرة في الأسبوع بأهداف محددة، أي تطوير العلاقة كما يرغب الطرفان. العلاج الزوجي مرتبط

بإرادة الطرفين العمل مع المعالج. للأسف في غالب الأحيان ينتظر الزوجان من المعالج أن يطلب من أحدهما التغيير وليس من كليهما ولهذا تكون المائدة المستديرة فرصة لآراء قواعد التعاون كما يتم التأكيد علي تحمل المسؤولية المشتركة للمشكلات العلائقية وليس تحميل طرف واحد مسؤوليتها. ويعد تقديم خطة العلاج يطلب من الطرفين الإلتزام أم لفظيا أو كتابيا بتطبيق البرنامج العلاجي مما يلزمهم الحضور والقيام بالمطلوب في الجلسات العلاجية والقيام بالواجبات المنزلية .

البنية العامة للجلسات:

التحدث عن مشكلة محددة أو تحليل الأحداث الإيجابية والسلبية أو اكتساب قدرة ومهارة جيدة والتدرب عليها.

التقنيات المحددة: زيادة توافر التبادلات الإيجابية .

التركيز علي السلوكيات الإيجابية في المحيط الزوجي وزيادة تواترها مما يؤدي إلى زيادة الأمل في تحسين العلاقة وصرف نظر الزوجين علي ترصد السلبيات فقط، ثم يطلب منهما التركيز علي أنفسهما واختبار كيفية مساهمة كل واحد منهما في المشكلات وماذا بإمكانهما فعله لتحسين العلاقة وتغيير من سلوكياتهم مما يؤدي إلى بذل الجهد من أجل التحسين وتغيير النظرة إلى الذات كضحية.

تعليم الزوجين كيفية تحديد السلوكيات الإيجابية التي في حوزتهما بدقة والتي تؤدي إلى الرضا اليومي، والتأكيد علي ضرورة إنجاز الواجبات المنزلية يطلب من الطرفين وضع فرضيات حول ما يمكن أن يكون معززا للطرف الآخر بدلا من الطلب منهما ما ينتظره من الآخر .

فنيات العلاج المعرفي السلوكي الزوجي

علي المعالج النفسي الزوجي مناقشة وتحليل وتقييم وتفسير كل الجوانب في العلاقات الزوجية كل علي حدة والوقوف علي نقاط الضعف بينهما. ويهدف المعالج إلى إعادة بناء العلاقة الزوجية بشكل سوي بالإضافة إلى إكسابهم مهارات جديدة اجتماعية ونفسية تساعدهم في المحافظة علي استمرارية هذه العلاقة.

ومن أهم الفنيات والمواضيع التي تستخدم في العلاج ما يأتي :

تحديد أهم المشكلات الزوجية: أسباب داخلية مثل: غياب الهدف - عدم التكافؤ - قلق - غيرة - إحباط - سوء تعامل - غياب الحوار - ضعف المهارات الاجتماعية.

أسباب خارجية مثل: مشكلات مع الأهل - عوارض اقتصادية - عوارض صحية - تغيرات فكرية - كثرة الاعباء .

٢- أسباب متبادلة:

لتحديد مدي تأثير المشاكل الموجودة في الأسرة علي العلاقة بين الزوجين وكذلك لمناقشة الانسجام بين الزوجين في العلاقة الزوجية.

٣- الأدور:

لتحديد دور كل الزوجين في تدبير شئون الحياة وتربية الأبناء وإدارة المنزل.

٤- علاقة ثلاثية:

يكتشف المعالج وجود شخص ثالث من الأقارب أو الأصدقاء يقوم بالتأثير في اتخاذ القرارات علي أحد الزوجين مما يسبب لهما المشاكل ويزيد من سوء العلاقة بينهما حيث اصبحت العلاقة هنا ثلاثية.

تعني أن لكل من الزوجين أن يشعر بذاته وأنه شخصية مستقلة وذلك يتم من خلال مناقشة تحديد دور الزوجين - والتوقعات ونمط الحياة.

٦- استخدام المعالج لفنية لعب وقلب الادوار

لتحسين التواصل يمكن للمعالج أن يجعل كل من الزوجين أخذ دور الطرف الآخر علي أن يجعلهم من خلال لعب الدور المقابل Roly play ومعايشة مشاعر الطرف الآخر والشعور بها؛ خلال الآخر حتي يتفهم ويتعاطف ويستبصر به، خلال التعامل بتلك الفنية يتدربون علي الإنصات للآخر بصورة إيجابية، مع تحسين التواصل غير اللفظي المتمثل في نظرات العين وتعبير الوجه ولغة الجسد، وتنمية الاستبصار بهذا النوع من التواصل الذي يؤثر بعمق في علاقة الزوجين وتفاعلاتهما.

٩- التدريب علي التواصل

أشار عدد كبير من الباحثين إلى أهمية التواصل في العلاقة الزوجية، فالحوار اللفظي يساهم في فهم اتجاهات وسلوك الزوجين لبعضهما ويعتبر التواصل مصدرا للرضا العميق في حد ذاته، وهو أساس السعادة الزوجية.

وقد قدم جيرني (Gern, 1977) ويعد أحد المتخصصين في هذا المجال اتجاها تعليميا يسمح للمشاركة أن يتعلم كيف يعبر عن نفسه ويستمع للآخرين بقدر من التعاطف، وذلك تبعا لارشادات سلوك معينة فمثلا: يكون علي الشخص الذي يعبر عن نفسه رؤية المواقف من وجهة نظر ذاتية أكثر من رؤية الحقائق، وأن يعبر عما يشعر به وكذلك استخدام الوصف المحدد للأفكار والمشاعر وتوصيل التعاطف مع مشاعر الشخص الآخر أيضا. أما بالنسبة لمهارة الاستماع فيكون علي المستمع محاولة التعاطف مع أفكار ومشاعر الآخر حتي إذا كان يحتاج إلى عدم الإشارة للاتفاق مع أفكار من يعبر عن نفسه.

التدريب على حل المشكلات

تتضمن مهارات حل المشكلات نوعا معينا من التواصل يستخدمها الزوجان في تحديد مشكلة معينة في علاقتهما تتطلب حلا، وتقييم الحل الذي يتم التوصل إليه بحيث يكون حلا عمليا ومناسبا لهما وتنفيذ الحل المختار. ويعتبر حل المشكلات معرفيا وموجها نحو مقومات الحل بعكس المهارة السابقة التي تركز على الاستماع الانفعالي والعاطفي، ويستخدم المعالج هنا أيضا تعليمات لفظية وكتابية، والنمذجة، والتدريب على المهارات الفعالة لحل المشكلات.

نقاط هامة للنقاش أثناء جلسات العلاج الزوجي

الحنان والاهتمام

غير مطالب منك ان توقف حياتك بأكملها من أجل الطرف الآخر لكن لا مانع أن تكون إنسان رقيق في معاملتك مع الطرف الآخر عند الاحتياج لك وأن تكون متواجد إن لم يكن هناك احتياجا ملحا لإظهار الرعاية والحب في المقام الأول لأن ذلك سيعطيك قدرا كبيرا من السعادة والاحترام لنفسك قبل الطرف الآخر.

تذكرا دائما أن العلاقة الناجحة هل أنت وشريكك/ شريكته مستقلان كشخصين مختلفين لكن مندمجين كروح ومشاعر واحدة وهذا عند طريق التصرف بلطف واحترام مع الشريك الآخر حتي تستمر علاقة زوجية منسجمة، وفيما يلي بعض الطرق التي يمكن أن يتأكد منها الشخص عما إذا كان لطيفا مع شريك حياته أم لا؟ هل يستخدم كلمة نعم أكثر من كلمة لا عند تلبية أي مطلب من مطالب الشريك.

- هل يستمع للطرف الآخر بصدق؟
- لا يقاطع شريكه/ شريكته أثناء التحدث؟
- التأدب أثناء التحدث مع الطرف الآخر واستخدام الكلمات من فضلك وشكرا؟

- هل يتحدث عن الصفة الحميدة في الشريك الآخر؟
- هل يبتعد مع التعليقات التي تبعث علي الغضب؟
- هل يشارك الطرف الآخر في كل شئ حتي اقتسام الطعام؟
- هل يستخدم الدعابة والمرح وليس بغرض السخرية أو إيذاء المشاعر؟
- هل يساعد الشخص الطرف الآخر، ويكون عنوانا دائما له؟
- هل يبحث عن كل ما هوه جديد وإيجابي في الشخص الآخر؟
- هل يبدي الاهتمام بكل ما يفعله الطرف الآخر أو يقوله (عدم إدارة العين بعيدا أثناء الحديث) حتي وإن لم يكن علي اتفاق معه؟
- هل يحرص علي أن يشعر الطرف الآخر بتقديره له؟
- هل يحرص علي اللفتات الحانية مثل مساعدة الزوج لزوجته في الأعمال التي يصعب إنجازها بفرداها؟
- إظهار الحب والاحترام المتبادل.
- إظهار الحب للشريك معناه التعبير عنه وإظهار هذه العاطفه القويه بطرق شتى من أجل تحريك الحياة الزوجية في طريقها الإيجابي.
- لا تبدو بعض الكلمات البسيطة والأفعال وكأنها غير مهمة في إحياء الحياة الزوجية عند البعض، إلا أن هذا غير صحيحا.

والطرق التالية هي لكيفية التعبير عن الحب لشريك الحياة:

- قول كلمة أحبك للزوج أو للزوجة مرة واحدة على الأقل في اليوم.
- كتابة تعليقات غير موقعة عن الحب .
- إعطاء قبلة رومانسية وأحضان دافئة.
- مشاركة الطرف الآخر في استرجاع الذكريات (الصور مثلا) واللحظات السعيدة التي مرت بها.

- الاتصال الجيد بالطرف الآخر هذا دليل علي الحب وليس الاحترام فقط.
- طهي الطعام سويا .
- الإيماءات الرقيقة .
- الابتسامه في وجه الطرف الآخر .
- عدم نسيان تواريخ أعياد الميلاد والزواج .
- تبادل الهدايا غير مدفوعة الثمن من حين لآخر، وذلك من خلال القيام ببعض الواجبات المنزلية مثل شراء متطلبات المنزل، المساعدة في ترتيب المنزل.

ماذا عن الرومانسية؟! للرومانسية أولوية هامة في الحياة الزوجية ولا بد أن تنصدر قائمة الأولوية المتعددة المثقلة بالأعباء. والرومانسية في الزواج تكون: المشاركة- المرح- الاحترام- التخطيط- الفعل- الاهتمام- الترابط- العطاء- الأخذ- المفاجأة- الاستماع- الاختيار- المنزلة الخاصة.

أفعال الإنسان تتحدث عنه وتكون أكثر تأثيرا من القول، فمحفظة خاوية من النقود ليس معناها لا مكان للرومانسية فهذا اعتقاد خاطئ .

الرومانسية ليس معناها التضحية بالذات من الآخر، ولكن معناها أن الشريكين يعيشان حياتهما سويا باتصال وجداني مرهف، أو من خلال فعل بعض الأشياء التي تبعث عن السرور للشريك الآخر... فالرومانسية هي رغبة كل طرف في البقاء مع الطرف الآخر.. إن تجديد الحياة شئ ضروري وهام وحتى لا تتعرض حياتهم إلى الملل والروتين الذي يشعر بهما ازواج عديدة .. لا تخجل من أن تجدد الرومانسية في حياتك الزوجية. الرومانسية موجودة في الحياة من حولنا مثل العبير الحلو الذي نستنشقه في الهواء، كما أن لها شفافيتها وجاذبيتها. لا يهم عدد السنين التي مرت هل خمسة شهور أم خمسين عاما. لكن علي الزوجين أن يبدئا ممارسة الرومانسية الآن.

نتائج العلاج النفسي الزوجي

توصل هالفورد إلى أن العلاج الزوجي يحسن من مهارات التواصل للزوجين ويقلل الصراعات المدمرة ويزيد إيجابية التفاعلات اليومية ويزيد إيجابية أفكار الزوجيين عن بعضهما، ويزيد الرضا عن العلاقة. ورغم ذلك فإن كفاءة هذا الاتجاه لها حدود حيث أنه من ٢٠% إلى ٣٠% من الأزواج والزوجات لا يظهرون تحسناً يمكن قياسه كما أن من ٣٠% إلى ٤٠% يتحسنون بطريقة أو بأخرى لكنهم يظلون غير متوافقين أيضاً بعد العلاج.

وأظهرت نتائج الدراسة التي أجراها جوتمان ما يلي:

١- معظم الأزواج والزوجات (٧٥%) يظهرون تحسناً علي الرضا الزوجي فور انتهاء العلاج الزوجي.

٢- تتساوي فاعلية الأنواع المختلفة من العلاج علي وجه التقريب بغض النظر عن مدرسة العلاج.

٣- توجد انتكاسات كثيرة، فبعد متابعة طويلة المدى نجد أن ما بين ٤٠% و ٦٠% فقط من الأزواج والزوجات يبقون في حالة تحسن .

من ذلك يبدو أن تأثير العلاج الزوجي قد يرجع إلى عوامل غير محددة مثل الثقة في المعالج والدافع، والأمل. ووجود برنامج محدد وكلها عوامل ذات طابع إيجابي وبل وقد يرجع إلى مهارات المعالج وخبراته واتجاهاته أكثر من توجهه النظري والتكنيات المفضلة لديه، ومما يتنبأ بنجاح العلاج وجود ضيق أقل أثناء العلاج، والسن الأصغر ومرونة الأدوار الجنسية وعدم ظهور مشاعر الاكتئاب ووجود اهتمام إيجابي أكبر منذ بداية العلاج.

الفصل العاشر

(العلاج النفسي الـبـيـنـشـخـصـي)

الفصل العاشر (العلاج النفسي الـبـيـنـشـخـصـي)

من العيادة النفسية

١. تشكو (م) أن زوجها يعاملها كطفلة، وتقول أنه متسلط، شديد السيطرة وغير حساس تجاه مشاعرها، وغير متفاهمين والنقاش بينهما دائما ينقلب إلى شجار وخصام، أن (م) وزوجها لـديهما مشكلات بينشخصية.
٢. (ب.س) مخطوبان وقد تكونت لـديهما عادة الشجار علي أي شئ وعلي كل شئ. وأن كلا منهما ينتقد الآخر، ويشكو منه لأقل استثارة، وشديدي الحساسية تجاه بعض بالإضافة لكثرة الشك بينهما، أنهما يعانيا من مشكلات بينشخصية.
٣. (و.ي) شابة في السابعة عشر من عمرها، وحيدة وهي تعيش مع أمها وجدتها حيث والدها متوفي، وتصبر والدتها أن تعود إلى المنزل قبل السابعة مساءً، (و.ي) غاضبة من أمها وتقول: لماذا لا أستطيع البقاء في الخارج بعد السابعة مثل كل صديقاتي؟؟ لا أرى سببا لذلك. وأمها في حالة يأس وحيرة وعجب: لماذا لا تستطيع (و.ي) أن ترى أنني أحاول حمايتها فقط ؟ (و.ي) وأمها بينهما مشكلات بينشخصية.

كيف تنشأ الاضطرابات بين الاشخاص

من العرض السابق يتبين أن هناك أنواع كثيرة من العبارات والكلمات الشخصية التي تعكس الاستجابات للمشكلات بين الشخصية مثل (لقد انكسر قلبي) أو (أنه حقير). كلها أنماط من السلوك تؤدي إلى الاضرار بالذات أو تدميرها بين شخصين أو أكثر.

وباختصار هي علاقة بشرية مضطربة، وتستخدم كلمة مباريات أحيانا للإشارة إلى المشكلات بين الشخصية وقد اقترح ذلك الاستخدام إريك بيرن الطبيب النفسي ورائد التحليل التفاعلاتي، وهو نظرية في الشخصية، وطريقة في العلاج تفسر المشكلات بين الشخصية من خلال أنماط التواصل المضطربة.

وترجع اصول العلاج النفسي البينشخصي إلى "هاري ستاك سوليفان" وادلف ماير اللذان استخدمتا نظرية الارتباط لجون بولبي.

وإذا سألت شخصا مضطربا انفعاليا أو لديه مشكلة ما: من الذي يجعلك تشعر هكذا؟ أو من هو مشكلتك؟ من المحتمل أن تتلقى إجابات مثل (إنه زوجي الذي يجعلني مكتئبة) أو (إنها زوجتي التي تجعلني أعيش دائما مثل رجل غاضب) أو (أنها أُمي التي جعلتني سمينا فهي تفرض علي الأكل فرضا) أو (أن ابنتي تدفعني للجنون، فهي لا تطيع تعليماتي) كل تلك الاجابات توحى بوجود مشكلات بينشخصية خطيرة.

وهناك علامات أو أعراض أخرى ترتبط بالمشكلات البينشخصية:

- الشعور بالاستغلال وإساءة المعاملة .
- الشعور بالانعزال الاجتماعي.
- فقدان التواصل الفعال وسوء الفهم المتكرر .
- فترات من الاستثارة الانفعالية مثل القلق والاكتئاب .
- نوبات من الاكتئاب .
- تجنب الشخص للفرد مصدر الاكتئاب .
- التساؤل عما إذا كان الشخص الآخر يفكر ويتصرف بنية حسنة .
- وجود علاقة مع الآخر تتميز بالتعامل معه كما لو كان شيئا .

علي المعالج الاهتمام بهذه الأعراض والبحث عنها حتى يستطيع علاج المريض وعلاج العلاقة المرضية بين الأشخاص وعليه أن يدرك أن علاقة (الأنا - الشئ) هي علاقة يشعر فيها الشخص الأول انه ذات حية ولكنه لا يدرك الشخص الآخر ولا يعرفه علي أنه ذات حية. أما علاقة (الأنا - أنت) ففيها يحترم الشخص الأول الشخص الآخر علي أنه ذات حية وكائن حي. وقد قام بهذه التفرقة بين نوعي العلاقة كل من عالم اللاهوت مارتن بوبر والفيلسوف الوجودي الفرنسي جين بول سارتر.

الأسباب والعوامل المؤدية لسوء العلاقة والتواصل بين الأشخاص :

لانجاح هذا النوع من العلاج النفسى من الضرورى معرفة العوامل السلبية التي ترتبط بالمشكلات الشخصية ففى كل حالة فردية قد نجد أحد هذه العوامل أو بعضها متورطا فيها، من هذه العوامل ما يأتى:

العامل الأول:

يقع الشخص فى حب الحب ويلعب هذا العامل دورا مهما فى اضطراب العلاقة بين الزوجين. والفكرة الأساسية هى أن الشخص الذى يحب، لا يحب بالفعل شخصا آخر، ولكنه يحب العاطفة، وقد فكر فى أن يحب، وهى حالة من الافتنان بالحب. وحين يفيق الشخص تضطرب العلاقة، فحين يبرأ الشخص من تلك الحالة ينظر إلى الشريك نظرة جديدة ويتساءل فى نفسه: ما الذى رأيت فيه وجعلنى أحبه !!؟

ويرتبط بظاهرة الوقوع فى حب الحب أعراض نفسية كثيرة تعوق التواصل والعلاقة بين الزوجين مثل: خيبة الأمل، وسوء الفهم، وانتهاك الاتفاقات الصغيرة، واكتشاف العيوب والقصور، وتحبط آمال وأحلام الفرد ثم تأتى مرحلة انخفاض الروح المعنوية وفيها يكون الشخص غاضبا حزينا ومكتئبا ويعتقد أنه قد ارتكب خطأ فظيعا، وأنه ينبغى إنهاء العلاقة وإذا كان الشخص متزوجا ينبغى الطلاق ويبدو المستقبل كئيبا، وبلا متعة.

العامل الثانى:

هناك عامل يلعب دورا فى المشكلات بين الشخصية والحاجة البشرية الطبيعية للاعتراف. أن معظم الناس يريدون أن يحبهم الآخرون، ويعجبوا ويهتموا بهم ويكرهوا أن يتجاهلهم الناس.

فإذا كان الفرد طرفاً في علاقة تتميز بالإهمال وفقدان الدفء والاهتمام، فإنه قد يسيء التصرف لكي يحصل على الاعتراف حتى لو كانت الاستجابة للمضايقة، والازعاج، والشكوي والنقد، هي الغضب والرد بالمثل، فإن ذلك أفضل من التجاهل لا يوجد شخص يريد أن يعيش في فراغ اجتماعي فإذا لم يستطع أن يحصل على الاعتراف الإيجابي فإنه سيفعل شيئاً يولد الاعتراف السلبي.

العامل الثالث:

تسوء العلاقات البشرية حين يكون أحد طرفيها مستعداً لتلقي كل إساءة وسفه الطرف الآخر بإحساس بالاضطهاد لأن ذلك يسمح له بلعب دور الطفل الصغير المقهور ونادراً ما يكون ذلك ضرورياً، ومطلوباً في الموقف الفعلي الواقعي، أنه نوع من الاختيار السالب نابع من إحساس عام بانخفاض تقدير الذات أن الناس الذين يلعبون دور الضحية يميلون إلى الشعور بأن الآخرين يستغلونهم ويسئون معاملتهم في العلاقات المضطربة.

العامل الرابع:

وتسوء العلاقات البشرية حين يعطي الشخص بسخاء للطرف الآخر مما يسمح له بلعب دور الرئيسي أو الحاكم ونادراً ما يكون ذلك ضرورياً أو تتطلبه معطيات الواقع. فهو نوع من الاختيار الموجب النابع من الشعور العام بالتكبر والغطرسة والناس الذين يلعبون دور المسيطر يميلون إلى الشعور بالوحدة والانعزال في العلاقات المضطربة.

العامل الخامس:

هناك عامل سببي آخر في المشكلات بين الشخصية وهي الاستجابة المفهومة والتي مؤداها العين بالعين والسن بالسن والبادئ أظلم، ويمثل ذلك الرغبة في التعادل،

لقد سرقت مني وسأرد عليك بالسرقة منك، وتلك هي سيكولوجية التخاصم والتشاجر، أن الشخص الأول يقول أنك بخيل ويرد عليه الآخر ويقول وأنت مبذر .

يقول الزوج لزوجته أنتي لا تستطيعين الطهي، فتقول له لا بل أنك انت الذي لا تتذوق الطعام، يقول الأول أنك لا تفهمني فيرد عليه الآخر، بل أفهمك جيدا. لا يوجد تواصل مجرد تبادل التعليقات الجارحة السلبية وهدفه عمل الأسعافات الأولية لجراح الفرد السيكولوجية.

العامل السادس:

وهناك عامل له تأثير سلبي علي العلاقات وهو الرسالة الكامنة الخفية وهي رسالة يتم توصيلها علي المستوي النفسي بواسطة تعبير لفظي أو نبرة صوت، أو وضع جسمي (مثل الوقوف متصلب الذراعين، وقبضة يد مطبقة) وكثيرا ما تتعارض الرسالة الكامنة الخفية مع الكلمات المنطوقة فمثلا علي المستوي اللفظي يقول الشخص بالطبع أحب أن أرى هذا الفيلم معك ولكن علي المستوي النفسي يقول "أنا أكره أفلام المغامرات. وعلي المستوي اللفظي يقول الشخص بالطبع أحبك ولكن علي المستوي النفسي تكون الرسالة: لست متأكداً أشك في ذلك.

العامل السابع:

ترتبط عوامل القابلية للإيحاء والاسقاط بالمشكلات بين الشخصية ولسوء الحظ فمن الممكن أن يفتتن الشخص بشخص آخر، وتحدث القابلية للإيحاء حين يعتبر عبارات ووعود وآراء الطرف الآخر مهمة جدا وحقيقية وشديدة المعقولية والحكمة ويحدث الاسقاط حين يدرك الشخص الأول شخصا علي أن لدي قوى وسمات لا يمتلكها بالفعل لمجرد أنه يتمناها، إن تفاعل القابلية للإيحاء مع الاسقاط يكون مؤثرا وقويا ويجعل الشخص ضحية للشعور بالضعف والعجز والإعاقة النفسية.

مواصفات العلاج النفسي الـبـيـنـشـخـصـي

يهدف العلاج إلى تحسين مهارات التواصل والتعامل بين شخصين ويتم في شكل جلسات مرة أو مرتين أسبوعياً لمدة ١٢-١٦ أسبوع والجلسة تستغرق ٤٥-٦٠ دقيقة وهو يعتبر أحد أنواع العلاجات النفسية المختصرة يعتمد أساساً على العلاج بالتحليل التفاعلي لرائد هاريك بيرن والتحليل التفاعلي يعلم الناس أن يفهموا طبيعة أنماط التواصل اللفظي وغير اللفظي وبالتالي يتحدثوا مع بعضهم البعض بشكل أكثر وضوحاً وفاعلية وبشكل بناء، حيث أن التنافر بين الأشخاص يتم بسبب عيوب في التواصل فمن الصعب أن تحافظ على علاقة مشبعة بتواصل خاطئ وحين تحدث المشكلات بين شخصين وأكثر.

ومن المفيد أن يتعلم الناس كيف يتم التواصل بين ذواتهم الراشدة (يتحدث بيرن عن حالات الأنا وهو يشير إلى ما نسميه هنا الذات الراشدة على أنه حالة الأنا الراشدة) حيث أن الشخصية عند بيرن تتكون من ثلاث أجزاء: (الطفل والوالد والراشد) وإشباع هؤلاء المكونات يساعد الشخص على السواء النفسي والتواصل مع الآخر بدون مشاكل ويقول بيرن أيضاً على الشخص عندما يتواصل معه بشكل مناسب مثال: (عندما يتحدث الآخر بالطفل الذي داخله لا يجوز أن اتواصل معه بالطفل الذي بداخلي مما يؤدي إلى تنافر وسوء تواصل ربما يصل إلى حد الشجار لذلك يجب أن اتواصل معه بالذات الأبوية أو الذات الراشدة التي داخلي) وهو ما أطلق عليه بيرن عندما أكون صح يكون الآخر صح وقد يستخدم المعالج التحليل التفاعلي أو صورة منه لترقيته وتحسين مهارتك التفاعلية.

استخدام العلاج النفسي الـبـيـنـشـخـصـي:

- ١- العلاقات المضطربة بين الزوجين.
- ٢- العلاقات المضطربة داخل الأسرة.

٣-العلاقات المضطربة في بيئة العمل.

٤-العلاقات المضطربة بين الأصدقاء.

٥-العلاقات المضطربة بين زملاء الدراسة.

فنيات العلاج النفسي الـبـيـنـشـخـصـي:

لعل أهم فنيات هذا العلاج: الطمأنة، توضيح مشكلات المشاعر والتدريب علي توكيد الذات وتحسين مهارات التوصل أثناء الجلسات يوضح المعالج نقاط الضعف التي سببت المشاكل الـبـيـنـشـخـصـية وسوء التواصل مع الآخرين وكيفية التغلب عليه.

وفيما يلي أمثلة لما يقوله المعالج للمريض ويدربه عليه:

- اعلم أنك قد تكون مفتونا بالعاطفة وربما كنت تحب الحب انظر في اتجاهات نظرة جادة فربما كنت تضع متطلبات مستحيلة ميالة للاتقان علي الطرف الآخر فإذا كانت توقعاتك عالية جدا فقد تشعر بالإحباط والأذى.
- لا تحاول أن تحصل علي الاعتراف عن طريق إساءة التصرف بالانين والتذمر والشكوي والتقطيب أو البرود، أن تلك الاستراتيجيات الاستغلالية المبتزرة قد يكون لها رد فعل مماثل، احصل علي الاعتراف بأفعال إيجابية، افعل شيئا يسعد الطرف الآخر مثل مجاملة أو مديح وفي بعض الحالات يكون من المناسب أن تطلب الاعراف ببساطة مثل ((أحب أن احصل علي بعض الاهتمام)) أو ((استمع إلى بعض دقائق)) أو ((أريد حضنا)).
- ارفض أن تلعب دور الضحية: لا تنطوي وتتحول إلى كتلة سيكلوجية يهملها الآخرون ويسئوا معاملتها فقد يكون ذلك هو السبيل المختصر لحل مشكلة وتجنب صراع ولكنك علي المدى الطويل ستدفع ثمنا باهظا مثل الاكتئاباً التحقير أو الإذلال.
- لا تلعب دور الرئيس أو الحاكم في العلاقة فلا أحد يحب ديكتاتورا وقد يفلح ذلك على المدى القصير، ولكنك على المدى ستدفع ثمنا فادحا مثل الوحدة والانعزال الاجتماعي.

- تخلى عن اتجاه (العين بالعين والسن بالسن والবাদئ اظلم) أن العلاقة الإنسانية ليست حربا وإذا تبادلت الإهانات مع شخص آخر ستتصاعد العداوة بينكما وتخرج عن نطاق السيطرة.
- توقف عن إرسال الرسائل الخفية الكامنة لا تخفى إحباطك وغضبك وعدائك وراء ساتر من الكلمات الكاذبة المسؤولة قل ما تقصد بطريقة أمينة منطقية تكشف عن ذاتك.
- اسأل نفسك هل لديك حاجة زائدة للسيطرة فإذا كانت الإجابة نعم واجه الحقيقة أن حاجتك للسيطرة تؤدي إلى تفاقم مشكلاتك بين الشخصية.
- اختبر احتمال أنك تسقط لي لآخر قوي لا يمتلكها بالفعل فإذا أمكنك أن تتوقف عن الإسقاط ستصبح أقل عرضة للإيحاء وأقل شعورا أنك تحت رحمة محاولات الآخر للسيطرة عليك.

دمج العلاج البنشخصي في علاجات نفسية أخرى:

هناك العديد من أساليب العلاج النفسي الأخرى تستخدم مع العلاج البنشخصي ولعل أهم هذه الأساليب هي:

١ - الأسلوب السيكودينامي:

يساعد المعالج علي تحديد مصادر اتجاهات المريض نحو الآخرين والملاحظة العامة هي أن العداوة المكبوتة نحو أحد الوالدين أو كليهما قد ينتج عن طرح وتحويل نفس العداة إلى شخص آخر يلعب دور مماثلا لدور الوالد - فالشخص الذي لديه عداة مع والد قد يجد مشكلة في التعامل مع المشرف أو المدرس أو حتي الزوج، والأسلوب السيكودينامي أيضا يساعد علي فهم كيف أن تقدير الذات المنخفض بشكل زائد قد يسهم في إذعان المريض واحترامه الزائد والمبالغ فيه للآخرين.

٢ - الأسلوب السلوكي:

يساعد المريض علي ان يصبح أكثر توكيدا لذاته والتدرب علي توكيد الذات وهو وسيلة لتعليم لمهارة التواصل التي تجعله ألا يكون شديد السلبية والعدوانية.

٣ - الأسلوب المعرفي:

حتي يكون المريض أكثر وعيا بالكيفية التي قد تكون جعلت بها العلاقة رومانسية بشكل غير عقلائي، ومن المحتمل أن يضع متطلبات غير واقعية ومستحيلة على الطرف الآخر أو علي نفسك.

أن التفكير بطريقة (إما - أو) خطأ معرفي يجعل الفرد يعتقد أن العلاقة لابد أن تكون كاملة والحقيقة أن القليل من العلاقات هي التي تناسب تصور الفرد المثالي لما ينبغي أن تكون عليه العلاقة.

٤ - الأسلوب الإنساني:

المعالج يساعد المريض علي رفض الدخول في مصيدة علاقة (الأنا - الشئ) ويساعده علي تفهمه أن الشخص الآخر شخص مثله ويؤدي هذا إلى تقدير الإنسانية كلها لدى الآخرين المهمين لأن الآخرين المهمين لأن الآخرين في حياته لهم أهمية قصوى.

المراجع

- أحمد عكاشة؛ طارق عكاشة (٢٠١٥). الطب النفسي المعاصر. ط١٧، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أرون بيك (٢٠٠٠). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. ترجمة عادل مصطفى، القاهرة: دار الآفاق العربية.
- جوديث بيك (٢٠٠٧). العلاج المعرفي. الأسس والأبعاد. ترجمة: طلعت مطر، القاهرة: المركز القومي للترجمة.
- حامد عبد السلام (٢٠٠٥). الصحة النفسية. ط ٤، القاهرة: عالم الكتب.
- حسين أبو المجد (٢٠١٥). الأعراض الجسدية وعلاقتها بالاكنتاب دراسة مقارنة بين المكتبيين وغير المكتبيين. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة جنوب الوادي.
- حسين أبو المجد (٢٠١٨). المخططات المعرفية كمنبئات بالأعراض الجسدية واضطراب الشخصية الحدية. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة جنوب الوادي.
- عادل عبد الله (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي. القاهرة: دار الرشاد.
- عبد الستار إبراهيم؛ وعبد الله عسكر. (٢٠٠٨). علم النفس الإكلينيكي فى ميدان الطب النفسى. ط٤، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- لطفى الشربيني (٢٠٠٣). معجم مصطلحات الطب النفسى. الكويت: مركز تعريب العلوم الصحية.
- محمود عيد (٢٠٠٩). العلاج المعرفى السلوكى للاكنتاب، القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- هوفمان إس جي (٢٠١٢). العلاج المعرفى السلوكى المعصر (الحلول النفسية للمشكلات العقلية). ترجمة مراد على عيسى، القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.