

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة عمار ثليجي - الأغواط-

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية و الأروطوفونيا



محاضرات في العلاجات النفسية

2

مطبوعة بيداغوجية موجهة لطلبة السنة الأولى ماستر تخصص علم النفس العيادي

إعداد الدكتورة:

زعابطة سيرين هاجر

السنة الجامعية: 2022-2023

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique Université Amar
Telidji Laghouat



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عمار تليجي بالأغواط

Faculté des Sciences Sociales

2023/06/08 / يوم الأغواط:

كلية العلوم الاجتماعية
م ع ك ع : الرقم/104.....

مستخرج من محضر اجتماع مكتب المجلس العلمي لكلية
العلوم الاجتماعية

بناء على محضر اجتماع مكتب المجلس العلمي رقم 02 / 2023 المنعقد يوم 2023/06/08

تمت المصادقة على مسطار للدكتور: زعابطة سيرين هاجر من قسم علم النفس الموسوم: محاضرات في العلاجات النفسية بعد دخول التقارير الايجابية للخبراء الأتية أسماؤهم:

الجامعة	الرتبة	الأستاذ الخبير
الأغواط	أستاذ التعليم العالي	قويدري علي
الأغواط	أستاذ محاضر أ	خوحي احلام
ورقة	أستاذ التعليم العالي	بن عبد الرحمان امال
المسيلة	أستاذ محاضر أ	بو علاقة فاطمة الزهراء

رئيس المجلس العلمي.

المجلس العلمي
كلية العلوم الاجتماعية
جامعة عمار تليجي بالأغواط
إمضاء أ.د. نياهي سلاسي

عنوان الماستر: علم النفس العيادي
السداسي: الثاني
اسم الوحدة: وحدة التعليم الأساسية
اسم المادة: العلاجات النفسية 2
الرصيد: 05
المعامل: 02

أهداف التعليم: (تكر ما يفترض على الطالب اكتسابه من مؤهلات بعد نجاحه في هذه المادة، في ثلاثة أسطر على الأكثر)

يمكن التعرف على مختلف التقنيات والفنيات العلاجية بمختلف توجهاتها النظري المستخدمة في علاج الاضطرابات النفسية.

المعارف المسبقة المطلوبة: (وصف تفصيلي للمعرف المطلوبة والتي تمكن الطالب من مواصلة هذا التعليم، سطرين على الأكثر).

أن يكون الطالب قد اكتسب المفاهيم الأساسية المرتبطة بالشخصية والاضطرابات النفسية

محتوى المادة: (إجبارية تحديد المحتوى المفصل لكل مادة مع الإشارة إلى العمل الشخصي للطلاب)
برنامج وحدة العلاج السلوكي المعرفي :

1- النماذج والمبادئ العامة للعلاجات السلوكية المعرفية :

أ- الموجة الأولى للعلاج المعرفي السلوكي :من بافلوف الى سكينر DE Pavlov a Skinner

ب- الموجة الثانية للعلاج المعرفي السلوكي: (التورة المعرفية) La Révolution

Cognitivism

- نموذج بندورة Le Model de Bandura
- العلاج العقلاني الإنفعالي لإليس Thérapie Rationnelle Emotive de Ellis
- النموذج التدريبي التعليم الذاتي ل ميكاكيموم Le model du Self Instructional
- Training de Meichenbaum

ج- العلاج المعرفي السلوكي الموجة الثالثة : هذه الموجة من العلاجات تحتوي على العديد من التقنيات العلاجية المتنوعة وهي :

- ACT :العلاج القائم على القبول والإلتزام et de l'Engagement
- العلاج القائم على التنشيط السلوكي : L'Activation Comportementale
- العلاج القائم على التحليل المعرفي: La CBAST (Système d'Analyse Cognitive et Comportemental de La psychothérapie)
- العلاج الجدلي : La Thérapie Dialectique

• العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية : **La Thérapie Cognitive fondée sur**

la Pleine Conscience

2- خطوات العلاج السلوكي المعرفي

أ- تحليل المحتوى

ب- العقد العلاجي

ج- التقنيات العلاجية

طريقة التقييم: مراقبة مستمرة، امتحان....إلخ (يترك الترجيح للسلطة التقديرية لفرق التكوين)

المراجع: (كتب، ومطبوعات ، مواقع انترنت، إلخ)

- 01- Bensmail .B(1988) : la psychiatrie Aujourd'hui. Opu, Alger.
02-Bottero .A et Coll(1992) : psychiatrie de l'adulte. maloine, Paris
03- Bourcet.S(2001) : Stratégies thérapeutiques, Ellipses, édition marketing.
04- Delay.J-Pichot.P(1990) : Abrégés de psychologie, Masson, Paris
05- Deloune.A(2004) : Pratiquer la psychothérapie, Dunod, Paris.
06- Laland.P- Grunberg.F(1992) : Psychiatrie clinique, approche contemporaine, Géatan Morin, Quebec.
07-Lambotte.M.C et coll (1995): La psychologie et ses applications pratiques, Editions de Fallois
08- Lelord.F- André.G(2000) : Comment gerer les personnalités difficiles, édition Odile jacob, Paris.
09- Lieury.A(2008) : Psychologie cognitive, Dunod, Paris

الصفحة	الموضوع
الموجة الأولى للعلاج المعرفي السلوكي	
10	السلوكية الكلاسيكية
10	1. أصول العلاج السلوكي
11	2. جون واطسون
11	3. إيفيان بافلوف
15	4. إدوارد ثورندايك
21	السلوكية الجديدة
21	1. إدوارد تولمان
23	2. كلارك هل
27	3. بورهوس فريديريك سكينر
31	4. جوزيف والبي
35	خصائص و إجراءات العلاج السلوكي
الموجة الثانية للعلاج المعرفي السلوكي	
44	نموذج باندورا
45	1. التعلم الاجتماعي
47	2. الفعالية الذاتية
50	العلاج المعرفي لبيك
51	1. توطئة حول ظهور العلاج المعرفي
54	2. البناء المعرفي عند أرون بك
52	3. الثالث المعرفي
57	4. التشوهات المعرفية
60	5. خطوات العلاج المعرفي لبيك التعلم وتخزين المعارف المشوهة

62	6.التعلم و تخزين المعارف وفق المعالج المعرفي
63	7.أهداف العلاج المعرفي
65	8.سيرورة العلاج المعرفي
65	9.أسلوب المعالج المعرفي
66	العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لألبرت إيس
66	1.مبادئ النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية
70	2.الأفكار اللاعقلانية عند إيس
71	3.خطوات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
72	4.أساليب العلاج عند ألبرت إيس
75	نموذج التدريب على التعلم الذاتي لميكانبوم
77	1.الحديث الذاتي
81	2.التدريب على التعليم الذاتي
86	3.التدريب على التحصين ضد الضغوط
الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي	
89	العلاج القائم على القبول و الالتزام
89	1. الأسس النظرية والعلمية للعلاج بالقبول والالتزام
91	2. العمليات الرئيسية في العلاج بالقبول و الالتزام
93	3. خصائص العلاج بالقبول و الالتزام
94	4. تقنيات العلاج بالقبول والالتزام
97	5. الانتقادات الموجهة للعلاج بالقبول والالتزام
100	العلاج القائم على التنشيط السلوكي
100	1. أسس ومبادئ العلاج القائم التنشيط السلوكي
102	2. مكونات و تقنيات و مراحل العلاج القائم على التنشيط السلوكي

107	3. انتقادات العلاج القائم على التنشيط السلوكي
109	العلاج القائم على التحليل المعرفي
109	1. الأسس النظرية ومبادئ العلاج القائم على التحليل المعرفي
110	2. مكونات و مراحل العلاج القائم على التحليل المعرفي
113	3. تقنيات العلاج القائم على التحليل المعرفي
117	4. الانتقادات الموجهة للعلاج القائم على التحليل المعرفي
121	العلاج الجدلي
121	1. مفهوم العلاج السلوكي الجدلي
122	2. تاريخ العلاج السلوكي الجدلي
124	3. المبادئ النظرية للعلاج الجدلي
127	4. أنواع التدخلات في العلاج السلوكي الجدلي
128	5. تأثير العلاج الجدلي على الصحة الجسمية والعقلية
131	6. القضايا والأخلاقيات المرتبطة بالعلاج الجدلي
134	7. النقد العلمي الموجه للعلاج السلوكي الجدلي
136	العلاج القائم على اليقظة الذهنية
136	1. تاريخ اليقظة الذهنية
137	2. مفهوم العلاج المعرفي القائم على اليقظة
138	3. المبادئ الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية
139	4. تقنيات العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية
143	5. تطبيقات العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية
145	6. تكييف العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية مع السياقات الثقافية المختلفة

146	7. انتقادات العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية
خطوات العلاج المعرفي السلوكي	
149	مبادئ و خطوات العلاج المعرفي السلوكي
149	1. مفاهيم العلاج المعرفي السلوكي
149	2. أهداف العلاج المعرفي السلوكي
150	3. معايير العلاج المعرفي السلوكي
150	4. جلسات العلاج المعرفي السلوكي
151	5. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
155	تقنيات العلاج المعرفي السلوكي
155	1. تقنيات العلاج المعرفي السلوكي
162	2. العقد العلاجي
164	قائمة المراجع

يعد العلاج المعرفي السلوكي، أحد العلاجات النفسية التي عرفت تطورا كبيرا من خلال البحوث العلمية، نظرا لما تتميز به من تأييد قوي من الأدلة التجريبية و سرعة التراكم، حيث أظهرت الدراسات العديدة في المجال، بأنه من أكثر العلاجات النفسية فاعلية في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية، مثل الاكتئاب و اضطرابات القلق، و الشره المرضي ، و اضطرابات ما بعد الصدمة، و توهم المرض، و الادمان، و عدد كبير من اضطرابات الشخصية. و للعلاج المعرفي السلوكي أيضا الأثر البالغ في تحسين جودة الحياة العامة و كذا في تحسين العديد من الاضطرابات ذات العلاقة بالصحة.

و قد تطور العلاج المعرفي السلوكي على مدى مراحل زمنية، كانت الموجة الأولى منها هي التطور المستقل لكل من العلاج السلوكي لجون واطسون، و إيفيان بافلوف، و إدوارد ثورنديك، إدوارد تولمان، كلارك هل، بورهوس فريديريك سكينر، جوزيف والبي، و العلاج المعرفي في الخمسينيات و الستينيات لألبرت باندورا و أرون بيك، و ألبرت إليس، و ظهرت الموجة الثانية سنة 1980 مع دمج المنحى السلوكي و المعرفي معا(العلاج المعرفي السلوكي) ، حيث بدأت أنواع أخرى من العلاج المعرفي في الظهور تمزج بين جزئيات العلاج السلوكي و جزئيات العلاج المعرفي، حيث تعود بدايات العلاجات المعرفية السلوكية إلى منتصف السبعينات تبعا لأعمال ميكنبوم 1977 و ماهوني 1974 و آخرون. فتم ضم النظرية السلوكية إلى التطبيقات المعرفية للعلاج المعرفي عن طريق حل المشكلات و التدريب، و أصبحت أكثر بروزا في العديد من الطرق العلاجية السلوكية، و تختلف المناحي العلاجية في التركيز المتباين على المبادئ و التكنيكات المعرفية في مقابل السلوكية، و لكنها تسعى جميعا إلى استبدال السلوكيات، و الانفعالات، و الأفكار غير التكيفية بأخرى أكثر تكيفا.

إلى هنا، يبدو أن كل العلاجات السلوكية و العلاجات المعرفية تتطور على خطين متوازيين، مع الوقت اندمجت هاتان المقاربتان مع ما هو متصل بالعلاج المعرفي السلوكي حتى أصبح الخط الذي يميز العلاج السلوكي عن العلاج المعرفي غير واضح إلى حد أضحي فيه العلاج المعرفي السلوكي لإليس و بيك خلال السنوات الماضية أكثر سلوكية، بينما أصبح العلاج السلوكي لباندورا و ميكنبوم مع

مرور الوقت أكثر معرفية ، و مع هذا التحول المتدرج من السلوكية إلى المعرفية و العكس ولد ما يسمى بالعلاج السلوكي المعرفي الحديث.

ثم ظهرت الموجة الثالثة في تسعينيات القرن الماضي، مع ظهور علاجات مثل القبول و الالتزام، و العلاج القائم على اليقظة الذهنية، و العلاج الجدلي السلوكي، و التي تتشارك جميعا في تأكيد حالة اليقظة الذهنية، التي تركز على تعليم المرضى كيفية ملاحظة أفكارهم، و مشاعرهم، و أعراضهم الجسمية في اللحظة الراهنة، دون الحكم عليها أو محاولة تغييرها، بغض النظر عن شدتها، و بالتالي فيتلخص منحى الموجة الثالثة في وظيفة المحتوى أو السياق، بمعنى آخر ملاحظة التأثير السلبي للتفكير السلبي على المشاعر، مع عدم محاولة فحص أو مناقشة هذه الأفكار، و بدلا من ذلك نتعلم تقبل تجاربنا الداخلية كطريقة لتقليل هذا التأثير، و عليه نغير علاقتنا مع تلك الأفكار و لا نغير الأفكار في حد ذاتها.

و قد حاولنا من خلال مطبوعة العلاجات النفسية 2 الموجهة إلى طلبة السنة الأولى ماستر عيادي، أن نلم بجميع الموجات الثلاث التي تطور عبرها العلاج المعرفي السلوكي ،بدء بالموجة الأولى، التي أدرجنا فيها الاسهامات التي بلورت العلاج السلوكي بنوع من التفصيل حتى نصل بالطالب إلى فهم تطور البراديجم السلوكي، ثم تناولنا الموجة الثانية التي ضمت إسهامات كل من أرون بك و ألبرت إيس، و دونالد ميكنبوم. و في الأخير تكلمنا عن الموجة الثالثة التي شملت العلاج بالقبول و الالتزام، و العلاج القائم على اليقظة الذهنية، و العلاج الجدلي السلوكي...

الموجة

الأولى

1. أصول العلاج السلوكي:

العلاج السلوكي هو التطبيق الاكلينيكي للمبادئ السلوكية، و الذي يمتد أصوله النظرية و التجريبية إلى مئات السنين. و قد أحدثت إسهاماته في روسيا نهاية القرن التاسع عشر و بداية القرن العشرين من خلال أعمال **بافلوف 1927** حول الاشراف الكلاسيكي خلال تجربة تدريب الكلاب (جرس-لعاب- طعام)، و بافلوف لم يبدأ حياته المهنية بطموحات ترتبط بعلم النفس على الاطلاق لأنه كان عالم فيسيولوجيا يدرس الجهاز الهضمي لدى الكلاب. وبشكل روتيني، كان بافلوف وزملاؤه يقدمون الطعام للكلاب و يقيسون كمية اللعاب التي تنتجها الكلاب، و هي استجابة آلية طبيعية، و هنا لاحظ أن الكلاب كانت تفرز اللعاب قبل تقديم الطعام، و التي أسماها فيما بعد بالاشراط الكلاسيكي (Classical conditioning). من خلال خبرتهم كانت كلاب بافلوف قد تعلمت أن الطعام كان عادة يسبقه مثير معين ما قد يكون ظهور الباحث، صوت عملية إعداد الطعام، أو أحداثا مشابهة. و بعد وقت قصير كانت الكلاب تفرز اللعاب بمجرد أن تدرك مثيرا عبر المزاوجة المتكررة مع الطعام. و في النهاية حل الاشراف الكلاسيكي محل بحوث هضم الكلاب كاهتمام أساسي، و باستخدام جرس كسابق للطعام قام بالعديد من الأبحاث حول الموضوع.

و اتخذت أعمال بافلوف طريقها إلى الولايات المتحدة الأمريكية مع **جون واطسون (1878-1958)** سنة 1913 حين قام بنشر مقالة بعنوان " علم النفس من وجهة نظر السلوكية"، في مجلة المراجعات السيكلوجية، و الذي أكد فيها ان الدروس المتعلمة من كلاب بافلوف تنطبق على سلوكيات البشر أيضا، و كان واطسن من أكثر الشخصيات البارزة في علم النفس الأمريكي الذين قالوا أن علم النفس يجب أن يدرس فقط الاستجابات القابلة للملاحظة و المثيرات الخارجية التي

تسبقها و القابلة للملاحظة. بدلا من العمليات العقلية الداخلية، والتي قد تحدث بينهما كالمشاعر، الافكار، الوعي وغيرها من العمليات العقلية الداخلية التي كانت ببساطة غير مناسبة للدراسة العلمية وكذلك ليست بقوه إشارات تحديد السلوك (ربيع، 2013) (بوميرونتر، 2018).

وبينما قام بافلوف و واطسون بادخال الاشرط الكلاسيكي الى حقل علم النفس كان هناك نوع ثان من الاشرط يسمى الاشرط الاجرائي (operant conditioning) ويسمى ايضا الاشرط الاستثابي قدمه ادوارد ثورندايك وسكينر . في الواقع ، كان الاسهام الرئيس لثورندايك (1931) بناء على دراسته للقطط أطلق عليها "قانون الأثر" law of effect . وفي الأساس قرر قانون الأثر لدى ثورندايك أن كل الكائنات تنتبه لتبعيات أفعالها والأفعال التي تليها تبعيات ساره أكثر احتمالا للتكرار بينما الأفعال التي تليها تبعيات غير ساره يقل احتمال تكرارها. وقام سكينر بتكريس قدر كبير من أعماله للتجريب على قانون الأثر (تعزيز أو إطفاء السلوك الإرادي)، وأقام الحجة على أن الاشرط الإجرائي - الميكانيزم الذي عن طريقه يؤثر قانون الاثار على السلوك - كان يملك تأثيرا كبيرا على السلوك البشري بنفس قدر الاشرط الكلاسيكي وأصبحت كتابات وبحوث سكينر واسعة التأثير على المنظور السلوكي لأصول المشكلات النفسية والتقنيات التي يمكن علاجها بها (بوميرونتر، 2018).



2. رواد العلاج السلوكي الكلاسيكي:

1.2 جون واطسون (1878-1958)

درس واطسن علم النفس التجريبي والفيزيولوجيا وكانت دراسته

منصبه على المفحوصين من الحيوانات فكانت رسالته في الدكتوراه عبارته عن تطبيقات

في مجال علم نفس الحيوان وفي المقال الذي نشره سنة 1913 والمعنون بعلم النفس من وجهه نظر السلوكية الى أن علم النفس هو فرع تجريبي بحث من العلوم الطبيعية، وهدفه النظر هو التنبؤ بالسلوك والتحكم فيه. وفي عام 1914 أصدر كتابه الأول السلوك مقدمه في علم النفس المقارن. وفي عام 1919 نشر واطسون كتابا ثانيا تحت عنوان علم النفس من وجهه نظر السلوكية، وكان هذا الكتاب إكمالا لأسلوبه في البحث حيث توسعت طرق البحث الموضوعية لتشمل مشكلات السلوك الانساني (ربيع، 2013)

1.1.2 الافتراضات الأساسية في نظرية واطسن :

1) التطورية : تعني الاستمرارية التطورية بين الإنسان و غيره من الكائنات الحية و الاختلاف بين سلوك الإنسان و سلوك الحيوان اختلافا كميًا و ليس كفيًا أي أن الاختلاف يكون في مستوى تعقيد أو تركيب السلوك.

2) الحتمية : تعني السببية المطلقة للسلوك ، إن السلوك يعد نتيجة حتمية للمثيرات البيئية.

3) العلمية : و تعني أن الأسلوب العلمي كالملاحظة و التجريب هو الأسلوب الوحيد الذي يجب أن تتم به دراسة السلوك.

4) الاختزالية : تعني أن أي سلوك مركب يمكن تحليله إلى عناصره الأولية. و تحلل هذه النظرية السلوك الإنساني إلى مبدئين

- المثير أي حدث أو ظرف أو تغيير محدد في البيئة و ينقسم المثير إلى قسمين :

- مثير غير شرطي: أو طبيعي و هو ذلك المثير الذي لا يحتاج إلى الخبرة لمعرفة أثره في السلوك: مثل رائحة أو منظر الطعام، هي مثيرات غير استجابية تنتج استجابة غير شرطية و هي سيلان اللعاب.

- الاستجابة: هي أي نشاط يصدر عن العضوية سواء كان إرادي أو غير إرادي و تنقسم إلى نوعين: استجابة غير شرطية لا إرادية غير متعلمة مثل الطعام ينتج سيلان اللعاب و وخز اليد بدبوس يستجر سحب اليد و هناك استجابة شرطية إرادية متعلمة و تنتج بعد اقتران المثير الشرطي بالمثير غير الشرطي (أسعد، 2010)

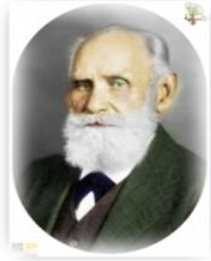
2.1.2 تجارب واطسون

قام واطسن بتجربة استخدم فيها طفلا وليدا (ألبرت) هدف من خلالها إلى توضيح أن المخاوف متعلمة أو شرطية، في بداية التجربة لم يظهر ألبرت خوفا من فأر أبيض أو أرنب أو كلب أو قرد أو أقنعة ذات شعر و بدون شعر و قطن منفوش الخ.... و حين كان عمر ألبرت 11 شهرا و ثلاثة أيام قدم له فجأة فأرا أبيضاً فبدأ في الاقتراب منه و بمجرد أن لمست يده اليسرى الفأر صدر صوت مرتفع من الخلف بواسطة جسم معدني فقفز الطفل بعنف و سقط إلى الأمام مخفياً وجهه في الفراش، إلا أنه لم يبك، و بمجرد أن لمست يده اليمنى الفأر، صدر الصوت المرتفع مرة أخرى، و مرة ثانية قفز الطفل بعنف و سقط إلى الأمام و بدأ يرتعش، و بعد أسبوع حين قدم الفأر للطفل تردد في الوصول إليه و كان يسحب يده قبل أن يلمس الحيوان. ثم قدم بعد ذلك تم القيام بتنبيه مشترك جمع بين الفأر و الصوت 3مرات

كان الطفل يسقط فيها في كل مرة و يبعد رأسه وجسمه عن الحيوان ، ولما قدم الفأر فجأة وحده ، احتقن وجه ألبرت و ارتجف جسمه و سحبه بشدة ، و تكرر التنبيه المشترك و ظهور الفأر وحده بالتبادل ، و في هذه الحالة الأخيرة بدأ ألبرت في البكاء و تحول بحدة إلى اليسار و بدأ يزحف بعيدا الفأر . و تكررت نفس الاستجابة بعد 5 أيام ، كما ظهرت نفس الاستجابة حين قدم كلب بمفرده مرة ثم معطف فراء ، و بعد 31 يوم لم يتم فيها أي اتصال مع الموضوعات السابقة ، اظهر ألبرت نفس استجابات الخوف و التي عممت لتشمل موضوعات أخرى مثل أرنب أبيض قطن منفوشالخ. إلا أن الاستجابة لم تعمم إلى موضوعات تختلف في مظهرها عن الفأر.

و قد أصبحت أفكار واطسن مصدرا للأساليب الرئيسية في العلاج السلوكي بعد فترة كان التأثير المباشر لها في التطبيق الإكلينيكي معدوما تقريبا ، و قد أوضحت ماري كوفر جونز فعالية هذه الأفكار في إزالة مخاوف الأطفال و بخاصة من خلال إعادة الاشرط المباشر أو الإشرط المضاد و التي يرتبط فيها موضوع مثير للخوف مع موضوع سار ، و قد تمت تجربة هذه الطريقة مع الطفل (بيتر) حين كان يعاني في الثالثة من عمره من خوف من الأرانب ، و في اليوم الأول من التجربة و بينما كان الطفل يأكل أمسك راشد بيده أرنا غي ركن من الحجرة ، فلم يظهر الطفل خوفا . و في كل يوم كان ينقل الأرنب إلى مسافة اقرب من بيتر بينما كان يأكل . و قد تعلم الطفل الاسترخاء تدريجيا في وجود الأرنب . وفي نهاية التجربة لم يتردد في اللعب معه. و يلاحظ أن سلوكية واطسن الأولى حاولت أن تختزل كل أفعال الإنسان في صور

فيزيقية تتمثل في: المنبه - الاستجابة و قد أنكر واطسن وجود الشعور و الوعي و رفض التأمل الباطني بوصفه طريقة غير علمية (مليكة، 1990)



2.2 إيفيان بافلوف (1849-1936)

تحصل بافلوف على شهادته الدكتوراه في مجال فيزيولوجيا

الاعصاب وحاز في سنة 1904 الى جائزه نوبل في الفيزيولوجيا خاصه في مجال الدورة الدموية والجهاز الهضمي يعتقد بافلو ان النشاطات النفسية المركبة نتاج للعلاقة بين العضوية والوسط وليست شيئاً اخر غير ردود الافعال المنعكسة الشرطية (أسعد، 2010).

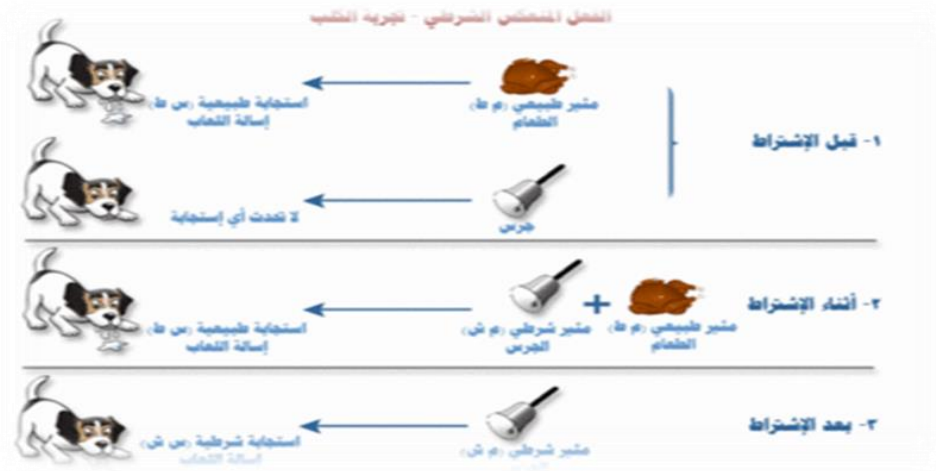
1.2.2 أهم مفاهيم نظرية بافلوف في الإشرط الكلاسيكي :

- الاقتران حدوث الاقتران الزماني بين المثير الشرطي و المثير غير الشرطي كاف لوحده لحدوث الاشرط بين المثير الشرطي و الاستجابة الشرطية .
- المثير الطبيعي: استخدم بافلوف مسحوق الطعام في تجربته على أنه المثير الطبيعي لأن هذا يؤدي على نحو طبيعي الى سيلان اللعاب (استجابة) .
- الاستجابة الطبيعية: و هي الاستجابة غير الشرطية ، سيلان لعاب الحيوان عند رؤية الطعام.
- المثير الشرطي: يعرف باسم المثير الغير طبيعي حسب نظرية الاشرط فان هذه الاستجابة يتم تعلمها وفق مبدأ الاقتران .

- استجابة شرطية: تعرف باسم الاستجابة الغير طبيعية و هي بمثابة الاستجابة المتعلمة للمثير الشرطي نتيجة اقترانه لعدد من المرات بمثير طبيعي معين.
 - **تعميم الاستجابة:** يقصد به تعلم الكائن الحي تقديم استجابة مماثلة لعدد من المثيرات المشابهة.
 - **تمييز المثير:** يقصد به الاستجابة بطرق مختلفة لمجموعة من المثيرات المتشابهة مثل : تعلم الكلب مع مرور الوقت التمييز بين المثيرات المتشابهة (أصوات الجرس من الترددات المختلفة).
 - **الانطفاء :** يشير هذا المفهوم إلى توقف الاستجابة الشرطية المتعلمة للمثير الشرطي نتيجة لتقديمه لعدد من المرات دون أن يتبع بالمثير الطبيعي.
 - **الاسترجاع التلقائي:** يتمثل في العودة التلقائية لظهور الاستجابة الشرطية للمثير الشرطي بعد انقطاعها لفترة من الزمن بالرغم من عدم اقتران هذا المثير بالمثير الغير شرطي ، وهذا يرجع إلى كون الكائن الحي تعلم سابقا أن المثير الشرطي بمثابة منبه تنبؤي لظهور المثير الطبيعي (الزغلول، 2015)
- 2.2.2 أعمال بافلوف :**

يرجع الباحثون بعامة أول معالجة علمية لدور الإشراف في المشكلات السلوكية إلى التجارب الأولى لبافلوف ، و التي تبنى فيها النموذج الذي وضعه أب علم الفسيولوجيا الروسي ايفان سيشنوف . و يتمثل منهج بافلوف في التجربة الكلاسيكية المعروفة في تدريب الكلاب على إفراز اللعاب (استجابة شرطية) عند سماع صوت شوكة رنانة (منبه شرطي) ، و بعد تكرار سبق صوت الشوكة لتقديم

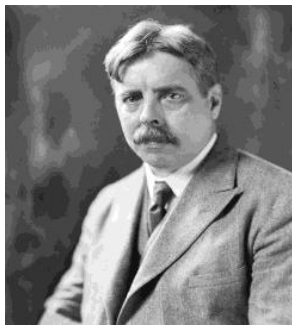
معجون اللحم (منبه غير شرطي)، و قد كان اهتمام **بافلوف** منذ البداية هو في التوصل إلى إجراءات تجريبية لاختبار نموذج الشمولي في فزيولوجيا الجهاز العصبي بحيث يصلح أساسا لفهم الاضطرابات العصبية . و طبقا لهذا النموذج فإن تكوين الأفعال المنعكسة يتأثر بالجوانب البنيوية للكائن العضوي و كذا يتأثر بظروف البيئة . وكان **بافلوف** يرى في استثارة القشرة المخية ، و في كفها ، و في التغيرات الأخرى في عمليات المخ أحداث رئيسية تكمن وراء الاضطرابات السلوكية الملحوظة في بعض الظروف فمثلا وجد أنه يمكن إحداث عصاب تجريبي في كلاب التجارب عن طريق خلق نوع من الصراع بين العمليتين الرئيسيتين (الاستثارة و الكف أو في زيادة نشاطهما) وقد لوحظ أن سوء التوافق في سلوك حيوانات التجارب يمكن أن ينتج عن زيادة التأخير بين عرض الإشارة و تقديم الطعام ، و نظرا لأن كلاب التجارب لم تستجب كلها بصورة متشابهة فقد استنتج **بافلوف** نظرية أن الطابع التكويني للجهاز العصبي يحدد درجة الاستجابة و تحمل المعاناة ، و على هذا الأساس فقد افترض أنواعا مختلفة من الشخصية لتفسير الفروق الفردية بين الحيوانات في استجاباتها لمثيرات المتصاعدة ، وقد توسع عدد من زملاء **بافلوف** في تطبيق النموذج الشرطي الكلاسيكي أو الاستجابي ليشمل الاضطرابات السيكاترية و يهتم العاملون بمنهج **بافلوف** بالسلوك الإرادي الانفعالي المرتبط بوظائف الجهاز العصبي المستقل .



صورة توضح تجربة الاشراف الكلاسيكي عند الكلب (مليكة، 1990)

و في تجارب بافلوف إذا لم يتم التدعيم فإن الاستجابة الشرطية تضعف و تنطفئ كما تنزع المنبهات الشرطية إلا أن تعمم فيمكن أن يستجيب الكلب استجابة شرطية إلى صوت جرس بتردد مختلف . وكذلك فإن طفلا يخاف نتيجة لوقوعه من دراجة قد يعمم هذا الخوف إلى السيارات و غيرها من المركبات ذات العجلات و هذه الطريقة التي تنشأ بها المخاوف طبقا لنموذج بافلوف (مليكة، 1990).

3.2 نظرية إدوارد ثورنديك (1874-1948)



ظهرت الصورة التقليدية لأبحاث ثورنديك في نظريته التعلم في عامين 1913 و 1914 عندما نشر كتابه في علم النفس التربوي الذي يتألف من ثلاثة اجزاء وحدد فيه لإشباع القانونين الاولين لنظريته الارتباط قانون التدريب وقانون الاثر وهي المبادئ التي وضعها على إثر ابحاثه التجريبية والإحصائية ، اما طريقته في البحث فقد كانت قائمة على

اساس المشاهدة وحل المشكلات وذلك على النحو التالي ضع الانسان أو الحيوان في موقف يتطلب حل المشكلة / رتب توجهات الانسان او الحيوان/ اختر الاستجابة الصحيحة من بين خيارات متعددة/السلوك الانسان او الحيوان/ سجل هذا السلوك في صورته كمية أو رقمية. لم يكن ثورندايك يهتم بالتعلم الاجتماعي وكان ينظر الى التعلم بصفته مثير واستجابة (ناصر، 1983)

يتمثل الإسهام الرئيسي لثورندايك في تعديل السلوك في وصفه لقانون الأثر (Law of effect)، و يقول هذا القانون بأن السلوك الذي يؤدي إلى إحداث أثر مرغوب فيه في البيئة فانه سوف تزداد احتمالية ظهوره في المستقبل. و التجربة المشهورة لثورندايك في هذا المجال هو وضعه لقطعة في صندوق، ووضع الطعام خارج هذا الصندوق بحيث تستطيع القطعة رؤيته، و حتى يفتح القفص فإن على القطعة أن تضرب الرافعة بيدها ، و قد أظهر ثورندايك بأن القطعة تعلمت الضرب على الرافعة لفتح باب القفص . و في كل مرة توضع القطعة في القفص فإنها تضرب الرافعة بسرعة أكثر ، لأن سلوك الضرب على الرافعة أدى إلى نتيجة أو أثر مرغوب فيه في البيئة ،أي أن القطعة استطاعت الوصول إلى الطعام (الزريقات، 2007)

كان ثورندايك يحاول من خلال ملاحظة القطعة قياس عدد المرات المهمة للمحاولة و معرفة الزمن المستغرق لإيجاد الحل و الحصول على الطعام. يقول أيضا ثورندايك بأنه في البداية يكون سلوك القطعة بإيجاد الحل بضرب الرافعة و الخروج منها بالصدفة، و لكن بالمحاولات المتعددة لها تصبح القطعة أكثر سرعة و أكثر دقة و انتباهها في محاولاتها بحيث يقل عدد الأخطاء و ينقص الزمن المستغرق في الصندوق.

لقد عبر ثورندايك عن هذه الاستجابات برسم بياني بين فيه مختلف محاولات القطة بالإضافة إلى تبيانها في كتابه "ذكاء الحيوانات" 1911 بأنه يوجد قوانين تسمح بتفسير هذا التعلم من خلال "المحاولة و الخطأ" ، فمن بين هذه القوانين المهمة قانون الأثر بحيث يوضح هذا القانون بأن السلوك يمكن أن يظهر من خلال إشباع الجهاز و إذا لم يشبع هذا الجهاز فإن هذا السلوك يختفي.

ظهرت السلوكية الجديدة على أنقاض السلوكية الكلاسيكية وهيمنت على الساحة قرابة ثلاثين سنة 1930 الى 1960 وفي هذه المرحلة من الاستقرار برزت شخصيات رائده في علم النفس منها تولمان و هيل و سكينر سنتعرف على إسهاماتهم بالتفصيل فيما يلي:



1. ادوارد تولمان (1886-1959) السلوك القصدي

ولد في ولاية ماسا شوستش الأمريكية و هو من السلوكيين المحدثين مزج بين مبادئ النظرية السلوكية و النظرية الجشتالطية و تبلورت نظريته السلوكية الهادفة، نتيجة لذلك عارض المدرسة السلوكية لواطسن، ولكنه أحب السلوكية بوجه عام ، ولهذا جاءت أعماله النظرية مزيجا من السلوكية و الجشتالطية ، حيث ركز على السلوك الرئيسي الكلي الذي تعزز منبهاته بعضها البعض في إثارة الفرد للتحرك نحو الهدف الذي يسعى إلى تحقيقه . وتعرف نظريته بالسلوكية الهادفة (منبه-منبه) مختلفة بذلك عن التقليدية (منبه - استجابة) (حمدان، 1997) .

2.1 مفهوم السلوك الرئيسي الكلي لنظرية تولمان :

إن أكثر ما يميز نظرية تولمان السلوكية الهادفة أن السلوك يبدو هادفا على الدوام أي موجه نحو تحقيق هدف معين يحتاجه الفرد ، إن السلوك الرئيسي في نظر تولمان يجسد كلية مفيدة أو معبرة أكثر من الأجزاء الفرعية المكونة لها و يبدو محقا و منطقيًا في نظرته الكلية للسلوك الإنساني لكون ما يلفت الانتباه أولا عند إدراك الأشياء هو خصائصها الكلية (حمدان، 1997).

يعد مفهوم السلوك الهدفي (المقصود) قريبا من علم نفس التصرف الذي نادى به بيير جاني و الذي يزاوج بين الذاتي و الموضوعي ، و بين السلوكي و الوعي ، بين النزعة الميكانيكية و الغائية (...). و هنا يتضح لنا أن هدف تولمان تمثل في تطهير السلوكية من مبادئ واطسن و ترك التفسيرات الفزيولوجية البحتة، و بلوغ علم يكون بالحقيقة دراسة نفسانية للسلوك (زيغور، 1980).

3.1 النظرية السلوكية الهادفة : المنبه - المنبه

ينظر تولمان إلى التعلم على أنه (كما هو الأمر مع الجشطالتيية) عملية اكتشاف الفرد لما هو موجود في البيئة فالفرد من خلال التأمل و الاستطلاع و البحث يكتشف بأن حوادث معينة تؤدي إلى حوادث أخرى أو أن إشارة محددة تؤدي إلى إشارة أخرى (لاحظ التشابه الكبير في جوهر نظرية تولمان مع نظرية (غيثري))، فحين يرى الطفل مثلا بأن الساعة قد وصلت التاسعة ليلا فانه يذهب مباشرة إلى النوم نتيجة تعلمه السابق لمثل هذه الحوادث، و لهذا تدعى نظرية تولمان بتعلم بالإشارة أي أن الفرد يتحرك خلال التعلم و سلوك الحياة بوجه عام حسب الإشارات (أي منبهات في الواقع) تنقله من خطوة أو مرحلة أو عملية أو مهمة معينة إلى أخرى لتحصيل الهدف الرئيسي المطلوب . والتحفيز هو عامل هام في نظرية تولمان فالفرد الجائع يذهب للأكل ، و الذي يشعر بالبرد يبادر بوضع ملابس ثقيلة عليه ، و الذي يشعر بالحر يدير مفتاح المروحة أو المكيف أو يعمل على تخفيف الملابس عنه والفرد الذي يحتاج لمعرفة موضوع محدد يذهب لقراءة كتاب أو مرجع مناسب لذلك (حمدان، 1997)



2 كلارك هل (1884-1952) نظرية الحافز

هو أحد العلماء السلوكيين المجددين أو المحدثين الذي بحث في المنبه و اقترح في نظريته عاملا وسيطا في العملية السلوكية هو الفرد ، كما قدم هل تفسيراً عملياً مقنعاً لسلوك العادات بالرغم من معاناة هل من شلل جزئي .

إنصبت اهتمامات هل الأولى (1933) في مجال علم النفس على الأداء و التنويم المغناطيسي للتجريب و بجمع كتابه الموسوم بعنوان التنويم والقابلية للإيحاء ثم توجه هل إلى دراسة التعلم و أصدر كتاباً بهذا الشأن بعنوان مبادئ السلوك (1943)، عرض فيه نظريته في مجال التعلم التي تقوم على توليفه من مبادئ الاشراف الكلاسيكي و الاشراف الوسيطي لان هل تأثر إلى درجة كبيرة بأفكار كل من واطسن وبافلوف في الاشراف الكلاسيكي بالإضافة إلى تأثره بقانون الأثر عند ثوريندايك و قد عمل هل على إعادة صياغة العديد من مبادئ الاشراف الكلاسيكي و الوسيطي معتمداً في تفسيرها على نظام قياسي جديد (ربيع، 2013).

1.2 بعض المفاهيم لنظرية هل

العادة : تمثل العادة الوحدة الأساسية في نظرية هل ، فهي تشير إلى رابطة مستقرة نسبية بين مثير و استجابة معززة.

الدافع الحافز : يشير مفهوم الدافع إلى الحاجات البيولوجية الأولية لدى الكائن الحي و تشمل الحوافز الرئيسية مثل الجوع و العطش و مثل هذه الدوافع هي المحركات الأساسية للتعلم و السلوك

الحوافز الثانوية : وهي مجموعة المثيرات المحايدة بالأصل التي يتزامن حدوثها أو وجودها مع الحوافز الأولية بحيث تصبح مثل هذه المثيرات نتيجة لهذا الاقتران قادرة على توليد السلوك الذي تحدثه الحوافز الأولية

الباعث : يشير الباعث بالمفهوم العام إلى الأشياء الخارجية التي ترتبط بإشباع للدوافع أو الحوافز ، فهي بمثابة المعززات أو المكافئات المختلفة التي ترتبط بالدوافع مثل الطعام و الشراب و الدفء و غيرها . أما في نظرية هل فيشير الباعث إلى كمية التعزيز أو التدعيم الذي يتم الحصول عليه .

دينامية شدة المثير : يشير هذا المفهوم إلى أن المثير الأقوى في الموقف الإشرطي يعمل على استثارة استجابة قوية.

جهد الاستجابة : يشير جهد الاستجابة إلى الأداء النهائي الذي يظهره الكائن الحي في موقف ما حيث: **جهد = قوة العادة × الباعث × دينامية شدة المثير .**

2.2 نظرية هل :

تعرف هذه النظرية بأسماء أخرى مثل نظرية الدافع و نظرية هل في السلوك النظامي أو ترابطية هل السلوكية و إلى غير ذلك من الأسماء الأخرى و تصنف هذه النظرية ضمن النظرية السلوكية التي تؤكد مبدأ الارتباط بين مثير و استجابة و مثير

تعزيري (مثير- استجابة - تعزير)و هي أيضا من النظريات الوظيفية التي ترى أن السلوك وظيفة معينة ، و تنظر إلى التعلم على انه العملية التي من خلالها ترتبط استجابات بمثيرات معينة ، وان مثل هذا التعلم يحدث على نحو تدريجي بحيث تزداد الارتباطات قوة بالمران و التدريب مع وجود التعزيز أو المكافأة (الزغلول، 2015).

المضمون النظري لنظريته يعتمد على الفكرة القائلة بأن التعزيز(التدعيم) يتطلب تخفيضا للدافع. و كان هل يرى أن العادة تمثل تغييرا سلوكيا دائما عند الكائن الحي. وتعتبر محاولة كلارك هل محاولة أخرى للخروج من الدائرة الضيقة للاشراط الكلاسيكي المبني على الارتباط المباشر بين المثيرات و الاستجابات ، إلا أنها أيضا لم تخرج السلوكية من هذه الدائرة و لم يصل من خلال تطبيقاته لبعض العمليات الداخلية إلى مستوى التنظير العلمي في محاولة منه تفادي إهمال السلوكيين و كنتيجة لتوجهه السلوكي المؤكد لدراسة الظاهر علميا من خلال دراسة ما يمكن دراسته. فقد صاغ نظريته السلوكية التي تقوم على تأكيد وجود عوامل أخرى أو دخيلة بين المتغير المستقل (المثير) و المتغير التابع(الاستجابة) و عليه فقد توصل إلى نظريته في خفض الدافع (أو الحاجة) (الزغلول، 2015).

3.2 الافتراضات الأساسية في نظرية هل :

- ينطوي التعلم على تشكيل العادات : يمثل مفهوم العادة رابطة مستقرة بين مثير و استجابة ، بوجود التعزيز أو المكافئة ، و يفترض أنها تزداد قوة بعدد مرات التدعيم أو التعزيز.

- تأخير التعزيز يضعف قوة العادة : إذا تشكلت عادة (رابطة بين مثير و استجابة) بوجود تعزيز معين ، فان قوة مثل هذه العادة تضعف إذا تم تنفيذ الاستجابة و تأخر ظهور التعزيز .
- تضعف قوة العادة :بازدياد الفاصل الزمني بين تقديم المثير الشرطي و المثير الغير الشرطي يرى هل أن قوة العادة في حالة الاشرط الكلاسيكي تتناقص بسبب وجود فاصل زمني بين ظهور المثير الشرطي و المثير الغير الشرطي و قد أطلق على الانحراف الزمني اسم اللامتزامن بين المثير و الاستجابة و حتى تكون العادة مرتبطا ارتباطا وثيقا بخفض الحاجة يفترض أن لا يكون الفاصل الزمني طويلا ، ويرى هل أن اللاتزامن الأمثل بين المثير و الاستجابة ذلك الذي لا يتجاوز $\frac{1}{2}$ ثانية
- ينعكس أثر حجم التعزيز في دافعية الباعث :افترض هل في كتابه الذي نشره عام 1943 أن حجم التعزيز هو مظهر من مظاهر التعزيز ، بحيث كلما كان حجمه اكبر كان تخفيف الدافع اكبر مما يتسبب في ذلك زيادة اكبر في قوة العادة
- عدد مرات التعزيز يقوي العادة على نحو متناقص: أي أن اثر التعزيز في قوة العادة يتناقص على نحو تدريجي مع عدد مرات التعزيز .
- تتمثل آثار التعزيز في خفض الحافز (الباعث) :خلاف لما افترضه العديد من علماء النفس من حيث أن التعزيز بحد ذاته يشكل دافعا للقيام بسلوك ما ، فهو يرى أن المعززات ترتبط دائما بدوافع نوعية عند الحيوان و الإنسان
- من خلال الاشرط الكلاسيكي يمكن للمثيرات المحايدة أن تصبح مثيرات تعزيزيه :من خلال اقترانها بالمثيرات التعزيزية الأولية ، و مثل هذه المثيرات يمكن أن تؤثر في

السلوك في المواقف المختلفة و هذا يتضمن ضرورة أن تقتزن هذه المثيرات بمثيرات أولية لها القدرة على خفض الحافز (الباعث)

- يمكن تعميم العادات إلى مثيرات جديدة غير تلك المتضمنة في الاشراف الأصلي :
إذا تعلم فرد ما سلوكا معيناً في موقف معين فإنه من الممكن لهذا الفرد استخدام مثل هذا السلوك في مواقف أخرى مشابهة ، و هذا بالطبع يشير إلى مفهوم تعميم التعلم .
- تنشط السلوكيات المتعددة بفعل الدوافع : يرى هل أن الدوافع تعمل على إثارة السلوك و تنشيطه لان الدافع يعكس الحاجة الكلية لدى العضوية (الزغلول، 2015).



3. بورهوس فريديريك سكينر Skinner (1904-1990)

يعد سكينر وجها من وجوه علم النفس المعاصر، وقد كان

لسنوات عديدة قائد السلوكية الأمريكية بلا منازع، اهتم بدراسة علم النفس بعد اطلاعه على كتابات بافلوف و واطسون فالتحق بجامعة هارفرد ليتحصل على الدكتوراه سنة 1931، أسس مدرسه في البحث التجريبي في علم النفس وهي التحليل التجريبي للسلوك (العتوم، 2015).

1.3 نظرية الاشراف الإجرائي

يطلق على نظريته الاشراف الاجرائي، ولها مسميات عدة منها تعديل السلوك، التعزيز الايجابي، التعلم الشرطي. صاغ سكينر نظريته على أساس أن السلوك محكوم بنتائجه، وأصبحت دراساته تركز على الاشراف الاجرائي وبرمجه التعليم، ونتجت عن دراسته مفاهيم عديدة منها التعزيز، العقاب، التشكيل.

ركز سكينر على الاستجابة أكثر من الاهتمام بالمثير وقد ميز بين سلوكين هما:

- السلوك الإستجابي ويحدث نتيجة مثيرات محددة ومعروفه اي وجود رابط بين المثير والاستجابة الاكل واللعب
- السلوك الاجرائي غير محكوم بمسيرات معينه وقد يتسبب الكائن الحي في حدوثه ولا يحدث من تلقاء نفسه
- فالإشراط حسب هذه النظرية يحصل عادة بالأفعال الإرادية التي يقوم بها الانسان، وهذه الأخيرة تتأثر بالأحداث التي تتبع السلوك عن طريق المعززات او عن طريق العقاب الذي يتبع الفعل (ناصر، 1983).
- ويهتم الاشرط الاجرائي بالنتائج اللاحقة للاستجابة، أي عكس الشرطية الكلاسيكية التي تهتم بدور المثير الذي يأتي قبل الاستجابة. وتهتم الشرطية الإجرائية بالسلوكيات الإرادية وبذلك فهي تعني اتخاذ اجراءات لأحداث عواقب ايجابية للسلوك المرغوب مما يؤدي الى تكراره بعد تدعيمه و تعزيزه (النايلسي، 1991)

2.3 التجربة عند سكينر

أجرى سكينر مجموعة من التجارب منها :

تجربته على سلوك الفأر :

حيث تم وضع فأرا جائعا في صندوق بحيث يمكن رؤيته من الداخل، لوحظ أن الفأر يحاول دوماً البحث عن الطعام داخل الصندوق، ويقوم بحركات عشوائية، وبالصدفة ضغط على مكان معين فظهرت له وجبة صغيرة من الطعام، وكان يكرر هذه المحاولة ليحصل على طعام أكثر ولوحظ زيادة سرعته - تم تسجيلها على ورقة بواسطة مؤشر - نتيجة لاكتساب الخبرة ، و من هذه التجربة اشتق سكينر قانون الاكتساب Law of acquisition (ربيع، 2013).

تجربته على سلوك الحمامة :

حيث كان يضع قرصين أحدهما أحمر تحته طعام، والآخر أخضر لا يوجد تحته شيء. فكانت الحمامة تتجول في المكان للحصول على الطعام فتجده تحت القرص الأحمر، بينما إذا نقرت القرص الأخضر فلا تجد شيئاً.

نستخلص مما سبق التالي:

- أن الحمامة كانت تذهب في النهاية إلى القرص الأحمر مباشرة لأنه مصاحب بالتعزيز.
- أن الحمامة كانت تتجاهل القرص الأخضر لأنه لا يوجد تعزيز بمعنى حدوث الانطفاء.

تجربته في تعلم اللغة :

استخدم سكينر مجموعة من الأصوات المسجلة بعض هذه الأصوات لها معان معينة، مفهومة، مترابطة، والبعض الآخر من هذه الأصوات عشوائي ليس له أي معنى وغير مفهومة. وكان يعرض هذه التسجيلات على المستمعين . لاحظ سكينر أن الأصوات المفهومة المترابطة ذات معنى تتعزز بالفهم والمتابعة، بينما الأصوات غير المفهومة عديمة المعنى تتعرض للإهمال والانطفاء .

وهذا ما يحدث مع الطفل في بداية تعلمه للغة حيث يشجعه الوالدان على تكرار الكلمات الإيجابية المستحبة، ولا يكرران الكلمات النابية والألفاظ الغريبة فتتعرض للانطفاء.

وقد استنتج سكينر أن التعزيز في التعلم للغة يعتمد على :-

- 1- تقسيم المعلومات وتحليلها إلى وحدات صغيرة بقدر الامكان .
- 2- الايجابية والفعالية من قبل المتعلم بحيث يكون مشاركاً في العملية التعليمية .

- 3- التعزيز المباشر لخطوات التعلم الناجحة .
- 4- يحدث الانطفاء للخبرات غير المرغوب فيه .
- و عليه لخص (الشناوي و عبد الرحمن،1998) المفاهيم الأساسية التي تشتمل عليها نظريه الاشراف الاجرائي فيما يلي:
- التعزيز/ التدعيم:** هو تقديم او ازاله شيء من الموقف يؤدي الى تكرار السلوك المرغوب أو العكس وينقسم التعزيز الى قسمين: تعزيز إيجابي يشتمل على إضافة شيء مرغوب بالنسبة للشخص، وتعزيز سلبي يشتمل على استبعاد شيء او حدث غير مرغوب.
- **العقاب:** هو عمليه ينتج عنها اضعاف او توقف الاستجابة التي وقع بعدها العقاب وينقسم بدوره الى قسمين : عقاب سلبي يقع اذا اشتمل على استبعاد شيء سار مثل المدح أو المكافأة، أما العقاب الايجابي يشتمل على إضافة شيء غير سار مثل الضرب او التوبيخ.
- الانطفاء:** هو ذلك الاسلوب الذي يتوقف فيه سلوك معين نتيجة لتوقف تعزيره كالتوقف عن كتابه السلوك بالمكافآت والجوائز او التوقف عن الالتفات للسلوك.
- **التعميم:** يحدث التعميم عندما يمتد تعزيز سلوك ما الى ظروف اخرى غير التي حدث فيها التدريب أي الى مواقف أخرى.

3.3 فرضيات النظرية الاجرائية:

- تمكنت تجارب سكينر من إثبات الفرضيات التالية:
- التحليل السلوكي يدرس العلاقات بين العمليات التجريبية (المثيرات أو الحوادث البيئية) و التغيرات في الاستجابة.
 - النتائج يمكن ان تؤدي إما الى زياده الاستجابة اي تعزيرها او الى تناقصها اي معاقبتها.

- العقاب اجراء فعال في تعديل السلوك لكنه اجراء غير مرغوب .
- تتكون الفئات الإجرائية من الاستجابات عن طريق التعزيز الفارق.
- من الممكن تشكيل سلوك الجديد عن طريق تعزيز التقريبات المتتالية.
- الاجراءات المميزة تتأسس عن طريق تعزيز المثيرات.
- من الممكن ان تكون الاستجابات المتتالية سلاسل او وحدات سلوكيه قائمه بذاتها

- ينبغي على التحليلات الإجرائية ان تأخذ بعين الاعتبار كل من العلاقات السلوكية التحكمية والعلاقات السلوكية التي تعتمد على الخصائص النوعية للكائنات
- السلوك حصيلة التطور (ناصف، 1983).

4. جوزيف والبي J. Wolpe (1915-1997)



جوزيف وولبي طبيب أمريكي من أصل أفريقي ولد في شهر أبريل سنة 1915 في جنوب أفريقيا وتلقى تعليمه في بلده حتى حصل على الدكتوراه في الطب من أحد جامعات جوهانسبرج.

تأثر بأعمال إيمانويل كانط ودافيد هيوم وبارتراند راسل ومولير ثم تبنى وجهة نظري فرويد حول الانسان وفي عام 1944 تخلى عن ايمانه بالتحليل النفسي الكتابات المناهضة، والأمر الذي حير وولبي أن الروس لم يتبعوا افكار فرويد وهذا ما قاده الى دراسة أعمال بافلوف واعمال كلارك هل، و بالدراسات حول العصاب التجريبي على الحيوان والانسان ليدفع ذلك على الققط وقد قام في اطروحة الدكتوراه لدراسة العلاقة بين الاستجابات الشرطية والتبول اللاإرادي .انتقل الى امريكا استاذا للطب. تجلت قمه كتاباته في العلاج النفسي بواسطه الكف بالنقيض 1958 (الزراد، 2005).

1.4 بعض المفاهيم لدى وولبي:

- تتلخص المبادئ التي اعتمد عليها وولبي في بناء طريقته في العلاج النفسي فيما يلي:
- استبعد وولبي الأمراض الذهانية العقلية لأنه يفترض أنها توجد في حالة عضوية غير سوية، واهتم بعلاج الأمراض العصائية و الانحرافات السلوكية.
 - اعتبر وولبي أن مفهوم الحاجة و الدافع و القلق ، كلها مفاهيم لها أساس فطري ، حيث الحاجة تشير إلى شيء لم يشبع . أما مفهوم الدافع ما يكون بين الاستجابات الفسيولوجية و الحركية و يفترض أن العجز البيولوجي الكيميائي الذي يتعرض له الفرد مثل النقص في الغذاء و التعب و الأمراض و التفكير المستمر كلها تؤثر في شدة السيالات العصبية الكهربائية و بالتالي على النشاط الحركي ، أما مفهوم التجريبي، هو استجابة فردية لمثير ما في موقف معين لمواجهة الاستثارة الضارة.
 - **مفهوم النضج** : حيث يعتبر أن السلوك يتطور نتيجة للنمو البيولوجي و لقدرة الفرد على التمييز.
 - **مفهوم الكف التجريبي** : وهو مبدأ أساسي في العلاج الكف بالنقيض ، فمن خلاله يتم إضعاف تدريجي للعادة غير السوية من خلال إيقاف التعزيز.

مفهوم العادة: يرى وولبي أن العادات تتكون من خلال عملية التعلم ، أو هي استجابات متكررة لمواقف مثيرة معينة . و طريقته في العلاج هي نحو هذا التعلم أو إطفاء تتابعات لاستجابة متعلمة خاطئة . و يؤكد وولبي أن لا يمكن الوصول إلى

عادة مطلقة لا يمكن محوها ، حيث أن المبدأ الذي يركز عليه علاجه هو استدعاء استجابة مضادة للاستجابة التي نريد إزالتها ، بالتالي لا يمكن حدوث الاستجابتين في وقت واحد.

تعلم السلوك العصابي عند وولبي: على الرغم من وجود فروق فردية لمعاناة الأفراد من القلق الشديد ، منهم من لديه استعداد و ميل للاستجابة للقلق وهذا ما يجعله لديه أكثر حساسية لنمو السلوك العصابي ، بالإضافة لوجود ظروف تهيئ لذلك مثل التاريخ المرضي بالاضطرابات، العقاقير، قلة النوم و الهرمونات و الضعف العام ، مع ذلك يرى وولبي أن حجر الأساس في كل اضطراب سلوكي هو القلق الحاد. هذا و قد يكون القلق نتيجة ظروف محايدة، أي لأسباب بعيدة الاحتمال أو مواقف خطيرة كالحرب ، و قد يكون نتيجة لوجود صراع بالإضافة الى انه إذا أستثير القلق الحاد فإن أي أحداث تجري في نفس الوقت يمكن ان تصبح مرتبطة بالقلق كمصاحبات كالأصوات و الصور و الروائح (الجهوري، 2018).

2.4 العلاج لدى والبي

افترض والبي إجراء فعالاً في مواجهة القلق المصاحب للاضطراب اسماه بالتقليل التدريجي الحساسية، أو التحصين التدريجي، أو الاشارات المضاد، والذي طوره سنة 1958، ووصف أسس نظريته التي استمدتها منها في كتابه العلاج النفسي بالكف المتبادل ، فقد اقترح أن تقليل الحساسية التدريجي هو أحد أشكال الإشارات المضاد ، ويعني استخدام قوانين التعلم بهدف استبدال استجابة بأخرى . حيث افترض انه بالإمكان محو استجابة مضادة لوجود المثير الذي يستجرها، وهذا ما يطلق عليه بالكف المتبادل، وعليه يتم إزاله الاستجابة المرضية(خوف / قلق) تدريجياً من خلال استبدالها بسلوك آخر معارض للسلوك المرضي عند ظهور موضوعات مرتبطة به. فعلى سبيل المثال لا يستطيع الإنسان أن يشعر بالخوف والقلق وهو في حالة استرخاء

تام ، ذلك أن الاسترخاء يكبح هذه الاستجابة الانفعالية وقد أثبت والبي أن ما يقارب 90% من حالات الخوف والقلق التي قام بعلاجها (200 حالة) شفيت باستخدامها هذا المبدأ (أسعد أ.، 2014).

الهدف الرئيس للعلاج السلوكي هو ملاحظه تغيير السلوك الظاهر هذا الهدف يتناقض بشكل واضح مع أهداف العلاجات التحليلية والإنسانية، و تتركز خصائص العلاج السلوكي في النقاط التالية:

1. خصائص العلاج السلوكي:

- تقوم العلاجات السلوكية على فكرة أن الاضطرابات العقلية سلوكية كانت أو أفكار ذات مصدر مكتسب من خلال قوانين التعلم ، لذلك يمكن أن نغيرها لتحل محلها سلوكات تكيفية.

- يركز العلاج السلوكي على الأعراض ويرى أن الأسباب الكامنة وراء السلوك هي أسباب شرطية ناجمة عن التعلم عن طريق البيئة، و في هذا الصدد نذكر الطالب بالإسهامات التالية:

- بافلوف 1927 أشار إلى نظرية الإشرط الكلاسيكي من خلال تجربة تدريب الكلاب على إفراز اللعاب باستخدام الجرس و تقديم الطعام و فق مبدأ الإشرط - الانطفاء.
- واطسون اختزل كل أفعال الانسان في عوامل فيزيقية تتمثل في المثير و الاستجابة و قد أنكر وجود الشعور و الوعي و رفض التأمل الباطني و يرى أن كل سلوكات الإنسان مكتسبة من البيئة التي يعيش ، فكما يكتسب الفرد السلوك السوي ويكتسب السلوك المرضي وهذا ما أوضحه في تجربة الفار على الطفل البرت ذو 11 شهر الذي أرفقه بصوت مزعج فأحدث لدى الطفل فوبيا من الفأر.
- إدوارد تولمان(1886-1959) تكلم عن السلوك القصدي.
- كلارك هيل(1884-1952) تكلم عن نظرية الدافع، و أشار إلى أهمية العادة لأنها تؤثر على الاستقرار بين المثير و الاستجابة المعززة، و أشار إلى

الدوافع المحفزة البيولوجية كالذكاء، و الباعث (المعزز) و لخصها في المعادلة التالية:

جهد = قوة العادة X الباعث X شدة المثير

السلوك = المثير + الاستجابة + تعزيز.

● ثروندايك أشار إلى قانون الأثر الذي ينص على أن احتمالية تكرر الاستجابة عند الإنسان لاحقاً منوطاً بالنتيجة التي تتولد عنها، فالاستجابات التي تتبعها نتائج ايجابية، تزداد احتمالية حدوثها، بعكس الاستجابات التي تكون نتائجها سلبية، فتتلاشى احتمالية حدوثها.

● سكينر تكلم عن نظرية التعلم بالتعزيز (التعلم الاجرائي) سنة 1938 و أشار إلى أهمية التعزيز بالمدعمات التي يمكن أن تكون إيجابية أو سلبية، و أشار إلى أن المعزز الإيجابي يعمل على زيادة تكرار السلوك أما التعزيز السلبي فيولد تجنب تكرار السلوك أما غياب التعزيز فيؤدي إلى غياب النواتج و بالتالي الانطفاء التدريجي للسلوك.

● جوزيف والب 1958 نشر كتابه الشهير الكف بالنقيض، و استحدث طريقة التخلص التدريجي من الحساسية.

● آيزنك أشار إلى أهمية المتغيرات الوسيطة في تفسير و تعديل السلوك.

● رفض السلوكيون نظرية السمات لأنها بمثابة استقرار مسبق للقيام بالسلوك و حلت محلها النظرية الموقفية بمعنى أن السلوك يتحكم فيه المثير (أشار سكينر إلى أن السلوك العدواني ناجم عن شدة المثير)، أما النظرية التفاعلية (باندورا و آيزنك) فأخذت موقفاً وسطاً و ترى أن السلوك وظيفة تفاعلية بين المثيرات الخارجية و المتغيرات الشخصية (الجوانب الانفعالية و السمات و الحالة و الحالة الفزيولوجية)، بحيث يرون أن السلوك العدواني

للشخص (أ) في موقف معين قد أثير بمثير خارجي لكن بعد أن يتم تشغيل المعلومات الخاصة بالمثير، فتكون المعادلة كما يلي:

مثير ← معالجة معلومات ← استجابة (بداية التوجه نحو السلوكي المعرفي)

- يشترك المعالج والمفحوص في إعداد أهداف العلاج و نوعيته.
- يختار المعالج السلوكي الطريقة العلاجية المناسبة لمشكلة المفحوص أي أن المعالج السلوكي يأخذ بعين الاعتبار طبيعة المشكلة.
- يهتم العلاج السلوكي بالمشكلات الحالية ولا يركز على خبرات الطفولة حيث يجمع السلوكيون على أن سلوكيات المرضى ليست اعراض لمشكله داخلية ما بل تلك السلوكيات هي المشكلة، على سبيل المثال لنأخذ راين الذي لديه عادة الإفراط الشديد في فحص الباب ليتأكد انه مغلق منى يرى السلوكيون انه فحص الباب عادة خاطئة ولا تشير بالضرورة الى مشكلة أعمق وليست هناك فائدة من تشخيصه كوسواس القهري لأن فعل ذلك سيجر الى اقتراح ان فحص الباب هو جزء من مجموعة من الأعراض التي تشترك في مصدر مشترك مع عقل راين وهم يفضلون عدم وضع استنتاجات غير مثبتة عن الأسباب الداخلية لسلوك راين، وبدلا من ذلك يتم التركيز بشكل حصري على سلوكي فحص الباب على أنه المشكلة التي يجب علاجها.

- العلاج السلوكي علاج تجريبي يسمح بمقارنة المعطيات قبل وبعد وأثناء العلاج :
- حيث يتخذ السلوكيون موقفا ثابتا بأن دراسة السلوك البشري سواء كان سويا او لا يجب ان تكون على اساس علمي وعليه فان الاخصائيين الإكلينيكين الذين يعالجون المرضى يجب أن يوظفوا طرائق يمكن تقييمها علميا والنظريات التي تتعلق بعلاج مشكلات السلوك يجب التعبير عنها في فروض يمكن اختبارها وبهذه الطريقة يمكن تأييدها ورفضها وتعديلها وإعادة اختبارها وإذا كانت نظريات التغيير غير معبر عنها

كفروض يمكن اختبارها فإن قد تفتقر للدقة العلمية ويمكن ان تصنف استنتاج أو استدلال أو تخمين.

- جمع البيانات أي عملية تتضمن جمع بيانات والعلاج السلوكي يقوم على جمع البيانات بشكل منتظم وتسمى البيانات التجريبية حول المرضى كمقياس أساسي عند بداية العلاج وعند نقاط مختلفة أثناء العلاج لتقييم التغيرات من جلسة الى أخرى وعند نهاية العلاج كقياس نهائي للتغيير (بوميرونتر، 2018) و (سري، 2000).

2. خطوات العلاج السلوكي:

يتبع المعالج السلوكي الخطوات التالية:

1.2 ملاحظة السلوك أو الظاهرة:

- ملاحظة و قياس سلوك المفحوص من خلال الأدوات الملائمة.
- تعريف السلوك المستهدف و تعني تحديد السلوكيات التي تسبب مشكلة و تعد هذه الخطوة هامة، و تسمى أيضا بالتعريف بالمشكلة، و هذه التعريفات تسهل عملية تحديد السلوكيات المستهدفة و قياس التغيرات في العلاج.
- تأسيس مستوى قاعدي من هذا السلوك المستهدف و تحديد الأولويات : لكل طفل مجموعة من المشاكل السلوكية و كلها تحتاج إلى تعديل، مثال: الطفل يرفض اللعب -الطفل يمزق الأوراق- الطفل يرمي كل شيء على الأرض أو من النافذة - لا يحترم الضيوف. هنا يجب اختيار المشكل الذي يشكل خطر على الطفل و الآخرين.

2.2 وضع فروض لتفسير الظاهرة:

- تحليل وظيفي للسلوك المستهدف لتحديد العوامل التي تسبب أو تؤثر عليه، وذلك بالتعرف على طبيعة السلوك المرضي كيف يتكرر(كم مرة يتكرر-

ماهي المواقف التي يتكرر فيها)، و قد لخصها في: التعرف على حلقة

ABC حيث تمثل:

A: الأحداث السابقة للسلوك

B: السلوك

C: أحداث تعقب السلوك

➤ وضع أهداف سلوكية معينة للعلاج.

➤ تخطيط التدخلات لتعديل السلوك بطريقة مفضلة.

3.2 اختبار الفروض عبر التجريب: بتنفيذ التدخلات كما تم التخطيط لها.

4.2 ملاحظة نتائج الاختبارات:

➤ جمع البيانات حول التغيرات في السلوك المستهدف

➤ مقارنة البيانات المجموعة أثناء أو بعد العلاج مع بيانات المستوى القاعدي.

➤ مقارنة البيانات مع الأهداف.

5.2 تعديل الفروض:

➤ تعديل خطة العلاج حسبما تقترح نتائج الملاحظة

➤ إعادة العملية العلمية مع الفروض المعدلة (أسعد أ.، 2014) و (بطرس،

2010)

3. التحليل السلوكي :

حين يحدد المعالج الاستجابات المعنية المرغوبة فانه من الضروري ان يحدد المتغيرات

التي يمكن أن تؤدي الى هذه الاستجابات والاحتفاظ بها، ويمكنه في هذا السبيل أن

يستعين بالصياغة التي يقدمها كافر بقصد التحليل ، وهي تلخص الظروف التي

تعمل وقت الاستجابة والتي قد تكون لها دلالتها لاحتمال حدوث الاستجابة وتشتمل على خمس مكونات في العلاقات بينها وهي:

* الأحداث المنبهة السابقة (م). S .prior stimulation

* الحالة البيولوجية للكائن (ك). O .biological state of the organism

* الاستجابات الممكنة (س). R. response repertoire

* العلاقة التلازمية (الاشراطية) (ز) K. contingency relationship

* العاقبة (ع). C.consequence

ولتبيان العلاقة الوقتية نسبية ومركزية الاستجابة يمكن صياغتها على النحو التالي:

م ← ك ← س ← ز ← ع

1.3 الأحداث المنبهة: تتضمن وصف عناصر المنبه، وتحديد الظروف البيئية للسلوك المستهدف من قبيل الإجابة على الأسئلة التالية: في أي ظروف يقع هذا السلوك؟ هل هو منبه لاستجابات منعكسة مستقلة أم هو متعلم (سلوك)؟. ويحدد المنبه من وجهة نظر العميل ليس الملاحظ، ولا تستعمل على المنبهات الخارجية فقط وإنما البيئة الداخلية أيضا.

مثال 1: طفل له تاريخ اجتماعي سوي يصبح جرس المدرسة بالنسبة له إشارة إلى الفصل الدراسي.

مثال 2: وزجر الأم إشارة إلى انه عواقب سلبية إذا لم يغير سلوكه.....الخ.

2.3 الحالة البيولوجية : يجب تقدير المتغيرات الفيزيولوجية في الصياغة السلوكية

للتأكد عما إذا كانت الاستجابة في حدود الطاقة البيولوجية للفرد.

مثال 1: مرور فترة طويلة منذ آخر وجبة ، مثانة مليئة ويمكن التأكد من المتغيرات البيولوجية عن طريق القضاء على الظروف الحادة غير العادية أو الوقتية وقد تغير من استجابة الفرد ودوافعه.

3.3 الاستجابات : في نظرية التعلم نوعين من الاستجابات:

- استجابات الإشارة (الاستجابات العادية): والتي يستثيرها المنبه دون الحاجة إلى التدريب.

- الاستجابات المدعومة : وهي مشروطة بالعواقب أي بالثواب أو العقاب ، يتوسط موقعها عادة في سلسلة من الأحداث تشمل بعض المنبهات المتميزة تسبق الاستجابة ويمكن ضبطها عن طريق التدعيم.

- التأثيرات السلوكية: عواقب الاستجابة التي تعمل على البقاء على حدوثها مستقبلاً، أو زيادة حدوثها تسمى المدعمات. وقبل استخدام العواقب لتعديل السلوك ينبغي التأكد من توفر خاصيتين للمنبهات المدعومة هي:

(أ). قدرتها على التغيير (احتمال وقوع استجابة سابقة)

(ب). وظيفتها الموجهة للسلوك : الوصف العملي للأحداث عن طريق الملاحظة (استجابة لا تحدث في غياب ووجود مدعمات معينة).

مثال : لا تقتصر على إطعام حيوان جائع فقط(تشمل السلوك الاجتماعي وتعبيرات السلوك الاجتماعي واللفظي وملامح وحركات الجسم فتعد قائمة للمواقف والأنشطة والأحداث المرغوبة أو المؤثرة في توجه سلوك الفرد والاحتفاظ به).

4.3 العلاقة التلازمية : تشير هذه الفئة إلى العلاقة البرامترية بين الاستجابة

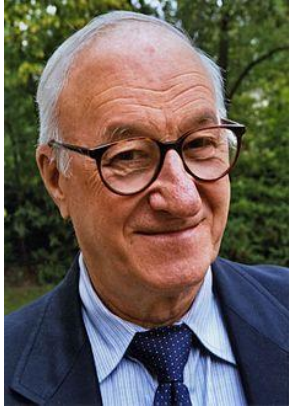
والتدعيم ، و توضح بحوث التعلم أن نسبة الاستجابة لكل تدعيم والجدول الزمني للأحداث المدعومة للاستجابات المدعومة يؤثران في كل من اكتساب السلوك و الإبقاء عليه، و لذلك يتعين أن يشتمل التحليل الكامل على الجدول الذي يضبط

ترتيبات الاستجابة- العاقبة، وأي تغيرات في مثل هذه الجداول عن العواقب السابقة أو الضبط الفوري للسلوك بالجدول المختلفة. فمثلا القيم المختلفة لفئة العلاقة التلازمية (ز) في تفاعل طفل مع أمه و أبيه ستوضح أن الأم تنزع إلى دعم وقوع سلوك من نوع الاقبال، بينما يدعم الأب هذا السلوك بشكل أقل تواترا. و نظرا لأن جداول الأداء لها خصائص تنبؤية مختلفة فإنه يتعين عدم تجاهل هذا المكون (مليكة، 1990).

5.3 العاقبة: و يقصد بها نواتج السلوك أو الاستجابة.

الموجة

الثانية



1. ألبرت باندورا (Albert Bandura)

وُلِدَ في 4 من ديسمبر 1925م، في إحدى محافظات ألبرتا بكندا، التحق باندورا بجامعة كولومبيا، ولكنه حصل على الدكتوراه من جامعة إيووا عام 1952. وقضى سنة واحدة في مركز الارشاد النفسي بولاية كنساس الأمريكية، ثم التحق بجامعة ستانفورد الشهيرة ببحث بقي هناك، ومن أشهر المناصب التي تولها رئاسة الجمعية الأمريكية لعلم النفس عام 1973. قاد حركة جديدة في علم النفس أحدثت ثورة معرفية والسلوكية سميت بالسلوكية الاجتماعية، تجلت في نظريته حول التعلم الاجتماعي (ربيع، 2013).

تؤكد هذه النظرية أهمية الجانب الاجتماعي لعملية التعلم، فهي ترى أن السمة الاجتماعية من الطبيعة البشرية مسؤولة إلى درجة كبيرة عن تعلم أنماط معينة من السلوك والخبرة، بحيث تتباين مثل هذه الأنماط تبعاً لاختلاف المجتمعات ونوعية الخبرات السائدة فيها. و تحديداً فإن هذه النظرية ترى أن التعلم يحدث من خلال الملاحظة والتقليد، فمن خلال ملاحظة سلوكيات الآخرين و ما ينتج عنها من آثار عقابية أو تعزيزية ينشأ الدافع لدى الأفراد في تعلم بعض الخبرات و الأنماط السلوكية.

1.1 التعلم الاجتماعي:

يرى باندورا أن التعلم بالملاحظة و التقليد (النمذجة) يستند إلى ثلاث عمليات أساسية هي:

- **العمليات الابدالية:** الخبرات و الأنماط السلوكية التي يتم تعلمها بطريقة خلال التفاعل مع المثيرات و المواقف، يمكن تعلمها على نحو غير مباشر، و ذلك من خلال ملاحظة سلوكيات الآخرين، و تقليد مثل هذه السلوكيات. حيث يؤثر كل

من التعزيز و العقاب مباشرة في السلوك، كما يمكن أن يكون لهما تأثير على نحو غير مباشر في سلوك ، أي على نحو بديلي من خلال التأثير بالخبرات و التأثير بالعقاب المترتب على سلوك النماذج التي يلاحظونها.

- **العمليات المعرفية:** هناك عمليات وسيطة تتدخل بين التعرض للمثيرات الفعل السلوكي ، حيث تلعب ادراكات و توقعات الفرد و دوافعه دورا في أن يتم تعلمه من سلوك النماذج.

- **عمليات التنظيم الذاتي:** يعمل الفرد على إعادة تنظيم الخبرات التي تم ملاحظتها، بحيث يظهر السلوك المناسب بما يتناسب و التوقعات التي يتم تحقيقها، و بما يتناسب مع طبيعة المواقف التي يواجهها .إنطلاقا من ذلك يرى باندورا أن ليس كل ما يتم ملاحظته من أقوال أو إيماءات يتم تقليدها من قبل الأفراد حيث تتدخل العمليات المعرفية و عمليات التنظيم الذاتي لتحديد ما ينبغي تعلمه أو أداءه ، و هذا يشير للجانب الانتقائي للتعلم من خلال الملاحظة (الزغلول، 2015).

تفترض نظرية التعلم الاجتماعي أن محددات السلوك ليست فطرية وليست ميكانيكية (التحفيز - رد الفعل - التعزيزات) ، بل يتم تعلمها وأن الإدراك يلعب دورًا مهمًا للغاية في ذلك، فهو يحتل موقعًا متوسطًا بين (التحفيز ورد الفعل) ليكون الانسان قادرا على إنتاج السلوك. بالنسبة ل باندورا ، يكتسب الإنسان المهارات والمعرفة من خلال الآليات الداخلية العقلية ، أو العمليات العقلية التي لا يمكن ملاحظتها بشكل مباشر.

فأثناء التبادل الاجتماعي، يتصل كل فرد في بسلوك الأشخاص الآخرين ، ويمكن أن يكون لهذا السلوك ، الذي يتعامل معه بشكل أو بآخر ، تأثير مباشر على

نشاطه الحالي والمستقبلي. هذه الأبعاد التفاعلية للتبادل (يؤثر سلوك أحدهما على سلوك الآخر ، وما إلى ذلك). و يمكن أن يؤدي ما يحدث أثناء التبادلات الاجتماعية أيضاً ، من خلال الملاحظة البسيطة لسلوك الآخرين ، إلى تغييرات في السلوك لدى المراقبو هذا ما عرفه باندورا بالتقليد أو النمذجة (Mödling) ، فمن المرجح أن تسهل رؤية الناس يتصرفون بطريقة معينة اكتساب نفس أنماط الفعل. هذا هو التعلم الاجتماعي لأنه ينطوي بالضرورة على وجود ومراقبة شخص واحد آخر على الأقل. لا تقتصر عملية التعلم الخاصة هذه على الأنواع البشرية فحسب بل لوحظت أيضاً في الحيوانات. و وفقاً لباندورا تمكنا ملاحظة الآخرين من أن نحصل على فكرة عن كيفية إنتاج السلوكيات لاحقاً ، وبعبارة أخرى فالتعلم عن طريق النمذجة يتيح تعلم السلوك من خلال مراقبة النموذج و النتائج المترتبة عليه. و تسمى هذه النظرية أيضاً التعلم القائم على الملاحظة أو التعلم غير المباشر. ومن خلال التقليد والنمذجة (Mödling) لا يحتاج الفرد إلى التعلم عن طريق التجربة والخطأ ، فكثير من السلوكيات و الأعراف والقواعد الثقافية تنتقل ضمناً من خلال مراقبة سلوك العضو (Bandura, 1985).

2.1 الفعالية الذاتية self- efficacy:

يشير هذا المصطلح إلى اعتقاد الفرد بقدرته على تسخير الامكانيات الذاتية الضرورية للتحكم الموفق في الوضعيات التي يخضع لها، و السيطرة على الأحداث التي يتعرض إليها في حياته. و قد وضع هذا المصطلح باندورا سنة 1977 و ضمن فيه بعدين هما توقع الفعالية و توقع النتيجة.

- توقع الفعالية perceived self- efficacy : الاعتقاد بامتلاك القدرة على أداء السلوك المناسب.

- توقع النتيجة perceived outcome expectations الادراك و الاعتقاد بنجاح السلوك في تحقيق الهدف من تنفيذه، و تحقيقه لنتائج إيجابية تمكن من السيطرة على الوضعية (الزروق، 2015).

إذ أكد باندورا Bandura على أن الأفراد لديهم نظاما ذاتيا يمكنهم من التحكم في أفكارهم ومشاعرهم وأفعالهم، وهذا النظام يتضمن القدرة على الترميز، وأن يتعلم الفرد من الآخرين، ويضع استراتيجيات بديلة في تنظيم سلوكه الذاتي، كما تعكس قدرة الفرد على أن يتحكم في معطيات البيئة من خلال الأفعال، وإدراك الأفراد لفاعليتهم الذاتية يؤثر على أنواع الخطط التي يضعونها فالذين لديهم احساس مرتفع بالفعالية يضعون خطط ناجحة، والذين يحكمون على أن أنفسهم بعدم الفعالية أكثر ميلا للخطط الفاشلة والأداء الضعيف والإخفاق المتكرر، ذلك أن الإحساس المرتفع بالفعالية ينشئ أبنية معرفية ذات أثر فعال في تقوية الإدراك الذاتي للفعالية. لأن فاعلية الذات تساعد الأفراد على أن يقرروا المستوى الذي يبذلونه من جهد في أداء مهمة ما، ومقدار مقاومتهم للصعاب التي يمروا بها، ودرجة مرونتهم في المواقف الضاغطة التي تواجههم (أرنوط، 2017)

و عليه تتلخص نظرية باندورا في النقاط التالية:

- التعلم بالملاحظة مصدر رئيس للتعلم: و تتم عبر مراحل الانتباه، الاحتفاظ، التعزيز أو العقاب.
- صفات النموذج: غالبا ما تكون موافقة لخصائصنا (سن، طبع، قيم، المستوى)
- صفات الملاحظ: هو الشخص الذي يقلد السلوك و يمتلك صفات تؤثر على عملية النمذجة مثل القابلية للإيحاء.

- الكفاءة الذاتية: تعني شعور الفرد بذاته و كفاءته إلى جانب شعوره بتقدير الذات ، و يمتاز ذوو الكفاءة بالقدرة على السيطرة على الظروف المحيطة بهم و على تحقيق أهدافهم. و تتحسن النمذجة بتعرض الشخص لنماذج و خبرات ناجحة، و ممارسة الاقناع اللفظي بالقدرة على النجاح (أسعد أ.، 2014) و (ربيع، 2013).

توطئة حول ظهور العلاج المعرفي:

إن التسلسل التاريخي لمكونات العلاج المعرفي تم من الفلسفة وبعدها إلى علم النفس، حيث يعد التفكير الفلسفي الاغريقي مثل مفهوم افلاطون مؤشرا على مفاهيم علم النفس المعرفي إذ قال افلاطون أن هذا العلم موجود بين العقل وبين ما هو مقدم كحقيقة في هذا العالم ، و اهتم سقراط بالأسلوب الحوارى الذى بناه على التهكم و إدعاء الجهل و الرغبة في طرح الأسئلة لتعلم المعرفة من الغير ليوضح دائما في الأخير للمحاور ضرورة الابتعاد عن الذاتية و تجنب الجزم بالمعرفة التامة لأن الانسان غير كامل، و إلى المدرسة الرواقية التي وجدت في التعاليم الأخلاقية المدخل المناسب لصفاء النفس و توازنها. و حثت على أن هموم الحياة إنما ترجع إلى طريقة الحكم عليها. كما أن فلاسفة القرن 17 و 18 بنوا نظرتهم عن العالم من خلال الفكرة القائلة بان "العقل يحدد الواقع " وهذا ما توصل إليه ديكارت حينما قال " أنا أفكر إذا أنا موجود" .

أما في علم النفس الحديث جاءت مقاربات معرفية كردة فعل على النظرة الضيقة في علم النفس السلوكي التي لم تعط أهمية للعمليات المعرفية الداخلية في تغير السلوك وتعديله . كما نشأت من خيبة أمل أرون بيك و إيس اتجاه الطريقة التحليلية التي تدربوا عليها، فسعوا إلى مدخل جديد في العلاج يخاطب المفحوص بشكل مباشر و يركز على الحاضر أكثر من الماضي و يعطي نتائج أكثر حسما.

لذلك بدأ العلاج المعرفي كتنقيح للعلاج السلوكي ، فجاء البرت اليس بالعلاج العقلاني الانفعالي حيث يعتبر هذا المفهوم أصل ظهور النظرية المعرفية، و تعد أعمال اليس تمهيدا لأعمال أرون بيك الذي يعتبر من مؤسسي هذا النوع من العلاج النفسي، و نورد فيما يلي منطلقات العلاج المعرفي، ثم نتناول إسهامات كل رائد على حدى.



أرون بيك (1921-2021) Aaron Beck

ولد سنة 1921 في رود أيلاند بالولايات المتحدة الأمريكية. حصل أرون بيك على شهادته الطبية من جامعة يال الأمريكية سنة 1946 قضى فترة في العمل في المجالين العصبي والطب النفسي في مستشفى بمدينة

فرانجهام ثم درس في جامعة بنسلفانيا حتى توفي. منح بيك شهادة الطب النفسي من الهيئه الأمريكية للطب النفسي والعصبي 1953، وتخرج من معهد التحليل النفسي في فيلادلفيا 1958 ثم أسس مركز للعلاج المعرفي والبحوث في 1964.

مارس التحليل النفسي لاختبار مفاهيم الاكتئاب، وكان متيقنا من نجاحه على حالاته. لكنه فوجئ فشل محاولاته في صدق المفاهيم التحليلية، وتدعيم فروض التحليل عن طريق الدراسات العلمية. ثم انجذب إلى العلاج السلوكي ودرسه وتدرّب عليه ومارسه و شعر ان تقنيات فعالة، لكنه اكتشف أن العلاج السلوكي محدد لأنه يغفل تفكير المرضى المتعلق بأنفسهم و، بالمعالج و، بالعلاج. لكنه كان مؤمنا بأهمية المبادئ السلوكية كالتخطيط المنسق والتحديد الكمي للتغير السلوكي في العلاج فاستمر في استخدامه في العلاج المعرفي (يوسفي، 2016).

قدم أرون بيك مقارنته أساسا على اضطراب الاكتئاب ، ثم طورها وعممها على الاضطرابات الأخرى، وهي تعتمد على أن الأفكار هي الموجه الجوهرية لمكونات النظام الموحد الأخرى، وهي الوجدان، السلوك، والجوانب الفسيولوجية، وعليه فان هذه المقاربة تتجه رأسا إلى أخطاء التفكير، التي وصفها بيك بأنها أخطاء منطقية تظهر على شكل تشويهاة معرفية يوجهها المريض نحو الثالث المعرفي نفسه و محيطه و مستقبله (حسين، 2006).

و يؤمن أرون بيك أن بالافتراضات التالية في العلاج النفسي:

- هناك اسباب متعددة للاضطراب النفسي (النفسية، البيولوجية، الاجتماعية)
- تلعب خبرات الطفولة دورا في التأثير على اكتساب الأفكار و المعالجات المعرفية غير السويدية (أسعد أ.، 2014).

1. البناء المعرفي عند أرون بيك

1.1 الأفكار الآلية Automatic thoughts:

هي مصطلح أطلقه بيك على الأفكار والصور الذهنية التي تظهر بشكل لا إرادي خلال تدفق وعي الشخص، تسمى أيضا العبارات الداخلية او العبارات الذاتية أو الحديث الذاتي او الاشياء التي تخبر بها نفسك. و يقصد بها 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 دائما ذات صفة سلبية لحدث أو حالة معينة، وبالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية (بيك أ.، 2000) . و هذا مثال على الأفكار الأوتوماتيكية التي تصف موقفا متعلقا بالعلاقة الزوجية:

الموقف/الحدث	الفكرة الأوتوماتيكية	الاستجابة الانفعالية
ذهبت ربما إلى أهل زوجها و ألفت التحية على حماتها فلم ترد.	إنها تستهزئ بي و لا تحترمني و تعاملني على أنني أقل منها.	غضب

جدول رقم(1) مثال عن الأفكار الأوتوماتيكية

(أسعد أ.، 2014)

- و هناك عدد من الأسئلة الهامة التي تساعد على القيام بعملية فحص و تحليل الأفكار الأوتوماتيكية و تغييرها. و من أهم تلك الأسئلة:
- ماهي الأدلة المؤيدة و المناقضة للاعتقاد؟
 - ماهي التفسيرات البديلة للحدث أو الموقف؟
 - مالذي يترتب عن الاعتقاد إن كان صحيحا؟ (فراج، 2019)

2.1 المعتقدات المتضمنة

اعتبرها بيك المادة الخام التي شكل منها فهما جديدا للانفعالات و الاضطرابات. و هي المعتقدات beliefs والافتراضات assumptions التي تنتج الأفكار والصور الذهنية ويمكن فهم العلاقة بين الافكار الآلية والمعتقدات المضمره بالنظر بشكل موجز الى مصطلح المخططات schemas . فالمخططات عبارة عن خطط عقلية تعمل كموجهات للفعل لتذكر المعلومات وتفسيرها، وكإطار عمل منظم لحل المشكلات. وكل منا يتبنى عددا واسعا من المخططات التي تمكننا من تكوين حس عام للعالم ، ووضع أي معلومات وخبرات جديدة داخل سياق ما، وهي مثل النظام الشامل الذي يستخدمه كل منا لكي يتعامل مع العالم ، وتلك الأنظمة يبدأ تشكلها منذ الطفولة المبكرة، و بمجرد تشكلها فهي ترشد معالجة المعلومات وتوجهها كما توجه السلوك، تفكير الفرد ، كيف يشعر ، كيف يسلك وكيف يدرك نفسه والآخرين والعالم، و المعتقدات المحورية هي معتقداتهم تعمل في مستوى بدائي فهي كليه وجامده ومفرطة في التعميم كان يميل فرد ما الى الاعتقاد بأنه لا يوجد شخص طيب في العالم.

3.1 المعتقدات الوسيطة intermediate beliefs

تقع بين المعتقدات المحورية والافكار الآلية . هي مركبة من اتجاهات attitude (من المفزع أن أكون في خطر) ، وقواعد rules (يجب ان اكون آمن دائما واتصرف بحرص) ، وافتراضات (لو تصرفت بحذر غالبية الوقت ستكون الحياه أقل خطورة) (كوروين، 2007).

2. الثالث المعرفي:

عندما يواجه شخص موقفاً معيناً ، فإن المخطط هو الأساس لتحويل البيانات إلى إدراك. نظراً لأن الأنماط التي يتم تنشيطها في موقف معين ستحدد كيفية استجابة هذا الشخص ، سيتم تنشيط الأنماط غير المناسبة لدى الأشخاص المصابين باضطراب الاكتئاب.

وبالتالي، أول أعراض الاكتئاب هو تفعيل المخططات المعرفية المتعلقة برؤية الذات والعالم والمستقبل . سيكون الأشخاص الذين لديهم مخططات سلبية أو يميلون إلى ارتكاب أخطاء في المعالجة أكثر عرضة للمعاناة من اضطرابات الاكتئاب.

الثالث المعرفي يشير إلى ثلاثة أنماط مميزة تحت الفرد المكتئب على إدراك نفسه والعالم والمستقبل من وجهة نظر سلبية. بقية أعراض الاكتئاب التي يعاني منها مشتقة من هذه الأنماط المعرفية الثلاثة.

يتكون النمط المميز الذي يعاني منه الأشخاص المكتئبون ، وما يسميه بيك بالثالث الاكتئابي ، من نظرة سلبية إلى:

- يجد ذاتها :غالبًا ما يُعتبر الأشخاص المصابون بالاكتئاب ناقصين وعديمي الجدوى. ينسبون الأخطاء التي يرتكبونها إلى عيب جسدي أو عقلي أو أخلاقي خاص بهم ، ويعتقدون أن الآخرين سيفرضونها.

- من العالم :يشعرون بأنهم مهزومون اجتماعياً ولا يرقون إلى مستوى المطالب ولا يملكون القدرة على تجاوز العقبات.
- من المستقبل :الشخص الذي يعاني من الاكتئاب يعتقد أن هذا الوضع لا يمكن تعديله ، لذلك سيبقى دائماً على هذا النحو (بيك أ.، 2000).

3. التشوهات المعرفية وفق أرون بيك:

إضافة للثالث المعرفي أوضح أرون بيك أن التفكير قد يتعرض لتشوهات لخصها فيمايلي :

1.3 الاستنتاج التعسفي أو الاستدلال الاعباطي:

بمعنى استنباط نتيجة من حدث ما في ظل غياب حجج واقعية أو حتى قبل البحث عن تلك الحجج، فعلى سبيل المثال قد يقول المريض: هذا العلاج لا يناسبني عندما يجد صعوبة في جانب واحد من الواجب المنزلي الذي يطلبه منه المعالج النفسي، أو كأن يتوقع الشخص انه مصاب بالأورام سرطانية قبل دخوله الفحص (علوي، 2009).

2.3 التجريد الانتقائي

وفيه يتم إدراك المعلومة خارج سياقها فيلاحظ الفرد تفاصيل معينة ويتجاهل معلومات أخرى مهمة، أي أن التأكيد على ناحية صغيرة من الموقف و تجاهل كل النواحي الأخرى، فيركز لاعب الكرة الذي لديه نجاح كبير على خطأ واحد حدث معه.

3.3 التعميم الزائد:

ويشير إلى التعميم الشامل على كل المواقف بناءً على موقف واحد، و هنا يستخلص الفرد قاعدة أو يتبنى فكرة على أساس خبرة أو حدث معين و يعممها على مواقف غير مماثلة فعلى سبيل المثال يقول الطالب أن أدائي في الجبر سيء و بالتالي سيكون أدائي في الرياضيات و العلوم سيء. أو يقول شخص ما أن حظه سيء دائما بمجرد أن موعد القطار فاته (عريبات، 2015).

4.3 تضخيم السلبي وتبخيس الايجابي:

بمعنى تحويل أحداث سلبية. و التقليل من الحداث الإيجابية. وتجسد في مجموعة من الأفكار التي تحاول دائما البحث عن مواطن النقص وعن تفسيرات تنتقص من الواقع الإيجابية والمجهودات الذاتية، وهذا الامر يعكس ضعفا بالتقدير الذاتي، او تضخيما للأحداث واعطائها أكثر من حجمها الحقيقي. مثال: لقد تمكنت من النجاح فقط لأنني كنت محظوظا، او كأن يقال لشخص ما انه انيق وله ذوق جيد في انتقاء الملابس فيرد قائلا انها ليست جديدة هذه المواقف تعيق الشخص من الاستمتاع بالأشياء الجميلة في الحياه وبذلك يمنح الفرد وزنين ومقياسين مختلفين بنفس الحدث حسب ما اذا كان هذا الأخير ايجابيا او سلبيا، كأن يخاطب نفسه قائلا بالطبع نجحت في المباراة ولكني لم اتحصل على اي تقدير، أو اني اكثر تجربه من منافس بالمقابل عانيت الكثير للفوز (علوي، 2009).

5.3 الشخصية:

في هذا النوع من أخطاء التفكير يلوم الشخص نفسه على كل ما يحدث له من أخطاء، فيربطها بعجزه و بعدم كفاءته، فيجعل نفسه مسؤولا بصفة شخصيه عن حدث خارج عن نطاق سيطرته، فمثلا متدربه صغيره تعتقد ان مدربها فظ وجاف معها بسبب اخطائها وقد اغفلت الجزء الاخر الخاص باحتمالات تسبب الغير في

سلوك المدرب، او طبيعته الشخصيه الفظة. فعلى سبيل المثال: وجدت الزوجة أن زوجها يعيد ترتيب الفراش بعد أن قضت وقتاً قبله في تربيته بنفسها فتستنجح " لا ترضيه طريقة ترتيبتي"، أو مثل: ابنتي لم تنجح هذا أمر مؤكد مع أم مثلي.

6.3 التفكير المستقطب (الكل أو اللاشيء)

يميل هذا النمط من التفكير الى ان يكون مطلقا ولا مجال فيه لبصيص من الأمل و يتميز هذا النوع من التفكير بالقطبية، أي إما هذا وإما هذا كأن يقول المقبل على شهادة البكالوريا إما أن أنجح بمعدل 18 و إلا لن أدرس بالجامعة، أو فشلت في الامتحان إذا ضاعت حياتي المهنية (كوروين، 2007).

4. خطوات العلاج المعرفي لبيك:

تتضمن إعادة الهيكلة المعرفية أربع خطوات :

- تحديد الإدراكات المعرفية المشوهة، و المعروفة بالأفكار التلقائية التي تكون مختلفة أو تمد بنظرة سلبية عن الذات أو العالم أو المستقبل مستندة إلى معتقدات حول الذات أو العالم أو المستقبل.

- تحديد التشوهات المعرفية في الأفكار التلقائية

- التقييم العقلاني للأفكار التلقائية باستخدام الأسلوب السقراطي

- تطوير دحض عقلائي للأفكار التلقائية.

و يعمل المعالج على تعديل أو تغيير طريقة التفكير الخاطئة والإشارات الذاتية المختلفة

من خلال :

- تعليم الشخص كيف يتعرف على معارفه الخاطئة والمشوهة من خلال عملية

التقييم، ومن خلال جهود تعاونية يتعلم فيها الشخص أن معارفه لها تأثير على

انفعالاته وسلوكياته، كما يتعلم ملاحظة ومراقبة أفكاره وافتراضاته خاصة السلبية.

- بعد ما يحصل الفرد على تبصر بسلبية أفكاره يتدرب على اختبار تلك الأفكار مقابل الحقيقة عن طريق اختبار وقياس الدلائل.

- يقوم الشخص باختبار تجريبي لمعتقداته عن طريق الانخراط بحوار مع المعالج و تقييم الواجبات المنزلية ويتم حفظ سجلات بنشاطه و بتشكيل بدائل مختلفة لتفسيراته.

- يؤكد المعالج على الحاضر، ويركز على المشاكل قيد التداول، مع انه من الممكن ذكر الماضي في العلاج تحت ظروف معينة مثال عندما يجد الضرورة لفهم إجابات على أسئلة مثل متى وكيف حدث الاختلال الوظيفي وكيف إن تلك الأفكار لازالت تؤثر على الفرد.

- مساعدة الشخص على حل أكثر المشاكل الضاغطة وتعليمه استراتيجيات منع الانتكاس (حسين، 2006).

و يتركز العمل العلاجي المعرفي حول استخدام السجل اليومي للأفكار المشوهة، و الذي يتضمن الموقف، و الأفكار الأوتوماتيكية، و الانفعالات، الاستجابة العقلانية البديلة عن الأفكار الأوتوماتيكية اللاعقلانية، أما العمود الأخير فيتضمن درجة اعتقاد المريض في فكرته الأوتوماتيكية، و كذلك درجة الانفعال الناتجة عنها. و يتم تدريب المريض على استخدام السجل اليومي، و يطلب منه استخدامه بشكل خاص في حالة الانفعالات غير السارة، و يقوم المريض بإحضار هذه المعلومات إلى جلسات العلاج حيث يبدأ التدخل العلاجي.

النتائج	الاستجابة العقلانية	الأفكار الأوتوماتيكية	الانفعالات	الموقف
حدد مرة اخرى درجة اعتقادك في الأفكار الأوتوماتيكية من 0-100	أكتب الاستجابة العقلانية التي ترد بها على الأفكار الأوتوماتيكية	اكتب الأفكار الأوتوماتيكية التي سبقت الانفعال	حدد بماذا تشعر؟	صف الحدث الفعلي الذي أدى إلى الانفعال السلبي

تيار الأفكار أو أحلام اليقظة أو الذكريات التي أدت إلى الانفعال السلبي	حدد مقدار الانفعال من 100-0	حدد درجة اعتقادك في الأفكار الأوتوماتيكية من 100-0	حدد درجة اعتقادك في الاستجابة العقلانية من 0-100	حدد مقدار الانفعال من 100-0
---	-----------------------------	--	--	-----------------------------

جدول رقم (2) يبين السجل اليومي للأفكار المشوهة

و يتوقع أن تتغير درجة الاعتقاد في الأفكار الأوتوماتيكية، و في الأفكار العقلانية، و كذلك في درجة الانفعال بعد القيام بتفحص الأفكار الأوتوماتيكية، و معانيها، و بعد أن يتم تغييرها. و يدل عدم حدوث التغير المتوقع على ان عملية الفحص و التحليل لم تتم بشكل جيد، و أن هناك حاجة للمزيد من الفحص خاصة لمعاني الأفكار.

كما يساعد المعالج المريض على التخلي عن الاستنتاجات غير المنطقية، و أن يتخذ موقفا أكثر اعتدالا بدل النظرة المتطرفة للأمور، و أن يحلل استجاباته و يفهم معانيها ثم يقوم بتصحيحها بناء على ذلك.

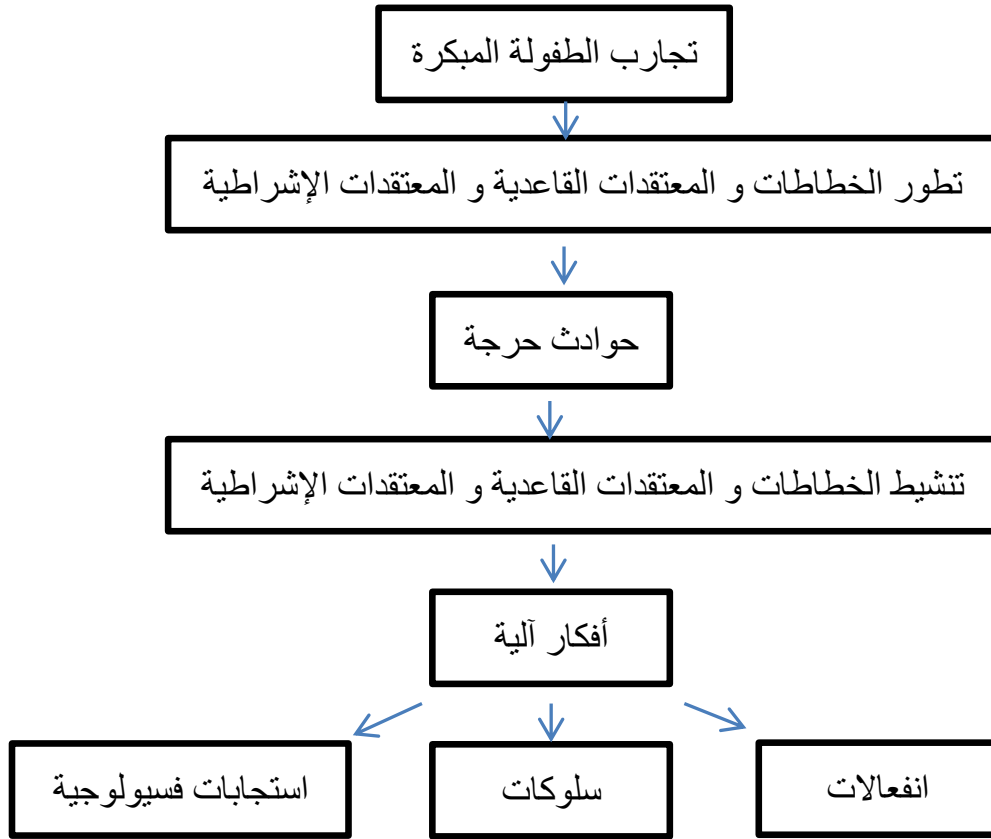
و بجانب ذلك يقوم المعالج بالعمل مع المريض على اكتشاف الاعتقادات الدفينة الكامنة وراء الاعتقادات السطحية. و يستخدم المعالج أحيانا بعض الأدوات المساعدة مثل سجل الأفكار المشوهة. و يشتمل العلاج كذلك على استخدام عدد من الأساليب السلوكية، و منها تكليف المريض بالقيام بالعمال و الأنشطة المختلفة بهدف تغيير المسلمات الذهنية التي أصبحت جزء من نسقه المعرفي المسبب للمرض، مع التخطيط لهذه الأنشطة بشكل جيد و مبسط، بحيث تنمي الاحساس بالنجاح و الانجاز و السيطرة لدى المريض.

كما تستخدم أيضا أساليب التدريب على الجرأة الاجتماعية، و لعب الأدوار، و اساليب تصحيح اللوم الذاتي المبالغ فيه و تصحيح أساليب العزو الداخلي المرضية، و ذلك من خلال إعادة التقييم الواقعي للأحداث (فراج، 2019).

و سنلخص في النقاط التالية المبادئ الأساسية التي ينطلق منها أي معالج معرفي.

1. التعلم وتخزين المعارف المشوهة

إن التعلم الذي يغدو معلومات مخزنة في الذاكرة قد يشوبه التشوه نتيجة لاشتراطات غير سوية بين الذات والمواقف التي تحدث في حياتنا . وبالتالي فإن استحضر هذه المعارف المخزنة سيكون بالضرورة مشوها ، هذا التشوه راجعا بالأساس الى القراءات الخاطئة ، وسوء فهم الرموز، والعلامات الخارجية ، و السلوكات الصادرة عن الآخرين فيقوم الفرد بإسقاطها على مواقف و سياقات جديدة. وبناء عليه يرى المعالجون المعرفيون أن معتقدات الافراد تبدأ في تشكل منذ الطفولة المبكرة ، وتتطور مع التقدم في العمر فالخبرات المبكرة للأطفال تقود الى تشكل المعتقدات القاعدية حول ذاتهم وحول العالم. و الشكل التالي يلخص تطور هذه المخططات والأفكار الآلية:



شكل (1) يوضح نموذج النمو المعرفي
(علوي، 2009، صفحة ص.51).

وعليه فالشخص الذي يعاني من خلل نفسي وظيفي نتيجة تجارب سلبية سابقة، يجد صعوبة في تأويل المعلومات التي يستقبلها من العالم الخارجي، مما قد يقع ضحية اعتقادات سلبية من قبيل أنا غير محبوب ، وأنا غير كفء . هذه التجارب تتطور عبر النمو النفسي وتؤثر سلبا على نظام معتقدات الفرد ، خصوصا اذا اقتزنت بأحداث حرجة أو تجارب صادمة ،مثل: سخرية المعلم من الطفل يمكن ان تقود الى معتقدات شرطية مثل إذا كان الآخرون لا يحبون ما أفعل فأنا لا قيمة لمثل هذه المعتقدات يمكن أن تصبح قاعدية بالنسبة للفرد باعتبارها خطاطات معرفية سلبية تنتج أفكارا اليه سلبية تتحكم في الانفعالات والسلوكيات و الاستجابات الفيزيولوجية.

2. أهداف العلاج المعرفي:

1.2 تحديد الأفكار اللاعقلانية: يعتبر إيس أن مصدر مصاعبنا هو أننا نحدد غالباً أهدافاً غير واقعية تتجاوزنا و تتجاوز العالم الذي يحيط بنا. فالمعتقدات العميقة المتجذرة فينا (مثل يجب أن أكون محبوباً و مقبولاً في كل شيء من طرف الكل و بصورة دائمة) تجعلنا معرضين أكثر للمواقف التي لا تتحقق فيها هذه الأهداف. و بناء عليه يهدف العلاج المعرفي إلى الوصول بالأفراد إلى تحقيق رؤية مختلفة للأشياء، و ذلك من خلال التحلي بالكثير من الهدوء و الوضوح و اتخاذ مسافة معينة اتجاه الحدث و معالجة المواقف بعقلانية بشكل يمكنه من السيطرة على أفكاره و بالتالي السيطرة على سلوكياته. و هنا يدرب الأفراد على الأسئلة التي تفند المعتقدات غير المنطقية و الخاطئة ، و يشجعون على تطبيقها خارج الجلسات.

2.2 تعلم أساليب تفكير جديدة: و ذلك من خلال إحداث التغيير المعرفي و ذلك بحث الأفراد على التحلي على النظرة المثالية للواقع و قبوله كما هو لا كما يجب أن يكون، و أن يقدم نفسه للآخر و يتقبله كما هو و ليس كما يريد أن يكون، حتى لا يقع الفرد ضحية توقعات لاعقلانية مثالية مرضية.

3.2 المواظبة على التساؤل الذاتي: يهدف العلاج المعرفي إلى الوصول بالفرد إلى

تبنى العلاج المعرفي في حياته اليومية عبر المواظبة على التساؤل الذاتي من قبيل:

- ألا أعمل على اجترار إحساسات غير مريحة و عديمة الجدوى؟
- أأست بصدد الخلط بين الأحداث و التأويل الذي أقوم به لهذه الأحداث؟.

ماذا سيقول شخص آخر في وضعية كوضعيتي؟

كما يهدف العلاج المعرفي إلى تدريب الفرد على تبني أسلوب تفكير يتأسس على

مراجعة القناعات و مساءلتها من خلال ما يلي:

- أليست لدي أهداف صعبة البلوغ؟

- ليست لدي نظرة جد صارمة لما يجب أن يفعله الآخرون أو يكونوا عليه؟
- أليس من صالحني ان أبحث على التوافق مع الأحداث عوض أن أنزعج عندما لا تتطابق مع ما أعتقده؟

و عليه نحمل أهداف العلاج المعرفي فيما يلي:

- ✓ أن يعي أفكاره الآلية غير الملائمة.
- ✓ أن يتعرف على العلاقة بين أفكاره و انفعالاته و سلوكه.
- ✓ أن يتعلم مساءلة الأفكار الآلية و فهم مصداقيتها.
- ✓ أن يعوض أفكاره غير العقلانية بتفسيرات بديلة تكون أكثر واقعية.
- ✓ أن يتعرف على أخطائه الانفعالية الكامنة وراء تصرفاته غير السوية و تصحيحها (علوي، 2009).

3. سيرورة العلاج المعرفي:

1.3 مدة العلاج المعرفي:

متوسط عدد جلسات العلاج المعرفي هو حصة 15 تمتد على مدى 12 أسبوعا كوقت قياسي و ذلك بالنسبة لحالات الاكتئاب حديثة الظهور و أكثر من ذلك بالنسبة لاضطرابات الشخصية التي تتخذ أشكالا مرضية. و عليه يقع ضغط كبيرا على الطرفين المعالج و المتعالج لمحاولة استغلال الوقت المتاح بأفضل صورة. و يتم الاتفاق عليها بين المعالج و المتعالج بشكل يحفز هذا الأخير على عملية المشاركة العلاجية ، و بمجرد انتهاء المدة المحددة يتم تقييم تأثيرات العلاج لتجنب السقوط في إشكالية العلاج غير المنتهي (مليكة، 1990).

2.3 المقابلة في العلاج المعرفي:

- تشخيص الحالة و تقييم السيرورة المعرفية و ذلك بطرح العديد من الأسئلة المفتوحة و المغلقة غير الموجهة، و تسجيل الملاحظات.

- تعليم المتعالج كيف يميز بين التفكير و الاحساسات.
 - يتم تدوين أفكار و انفعالات و سلوكات المتعالج عن طريق رسومات تخطيطية تفصل المواقف و ارتباطها بالأفكار و الانفعالات. و يتم تصحيح مسار كل موقف على حدا.

- القيام بالحوار السقراطي (الاكتشاف الموجه) الذي يتيح تغيير المعتقدات غير المتوافقة مع المواقف و ذلك بتوجيه من المعالج إلى اكتشاف طرق جديدة للتفكير و تبنيتها مما يتيح استحضار المزيد من الأفكار الموضوعية، من خلال طرح سلسلة من الأسئلة منها:

* ماهي الدلائل على ماتعتقد؟

* كيف يمكن تفسير الوضعية أيضا؟

* إذا كان ذلك صحيحا فماذا يعني لك؟

- تحديد الأفكار الآلية: يطلب من المتعالج أن يسجل الأفكار التي ترتبط بالمواقف و ذلك باستخدام سجل التفكير غير السليم و إحضاره في الجلسة الموالية و ذلك في شكل مهام منزلية.

و على العموم تنقسم العملية العلاجية إلى مراحل حيث تعنى المقابلة الأولى و الثانية بالإنصات لمشكلة المتعالج و فتح المجال للحديث الحر من أجل وصف المعرفيات و السلوكات المتعددة التي يقوم بها و ذلك من خلال الاجابة على الأسئلة و تنظيم لائحة من السلوكات المقلقة.

في الجلسة الثالثة و الرابعة يتعاقد الطرفين على المهام التي عليهما تنفيذها و ذلك بالاستعانة بمذكرة التسجيل. و في كل حصة يتحاور الطرفان بشأن الصعوبات المختلفة التي تواجههما في ذلك، و في بداية كل جلسة يتم مراجعة ما قام به المتعالج بين الجلستين، و يتم أيضا الاتفاق حول اعمال الجلسة الجارية.

يمكن التخطيط لإنهاء الجلسات منذ بداية العلاج و طيلة مدة العلاج و ذلك بتشجيع المتعالج على رصد أفكاره و سلوكاته و وضعها ضمن تقارير و ملاحظة التحسن ، و في فترة الانتهاء يناقش الطرفان الكيفية التي تمكن المتعالج من تحقيق الأهداف دون الرجوع للمعالج و لتحقيق ذلك يتم تحقيق التباعد بين الحصص (مرة في الأسبوعين/مرة في الشهر) حتى يتم الاستغناء نهائيا على العلاج.

4. أسلوب المعالج المعرفي:

1.4 يتبنى المعالج المعرفي أسلوبا تربويا واضحا يخبر فيه المعالج المتعالج بلغة يفهمها هذا الأخير بكل المعلومات و التعابير التي يمكن أن تساعد على فهم اضطرابه ذلك لأن الشخص كلما كان مطلعاً على صعوباته و على وسائل المقاومة كلما طور أساساً لمراقبة الوضعية و ضبطها و كلما انخرط بفاعلية و باقتناع في العملية العلاجية.

2.4 يتبنى المعالج أسلوبا حواريا: يسير المعرفيون في نفس أسلوب الاتجاه

السقراطي ليس هدفهم أن يعلموا المفحوص كيف يفكر بطريقة صحيحة و، لكن أن يعلموهم كيف يفكر بطريقة نقدية و الحذر من الذاتية في كل مرة يشعر فيها الفرد بالمعاناة و عليه لا يقدم العلاج المعرفي وصفات جاهزة يجب أن يطبقها المتعالج ولكنه يساعد على تعلم أساليب عقلانية في التفكير و ذلك بالتركيز على مبدأ تعلم كيف تتعلم.

3.4 المعالج فاعل و متفاعل: يتدخل المعالج مرارا أثناء الحصة العلاجية من

خلال توقيف حديث المتعالج و إعادة صياغة أقواله بشكل أوضح و طرح الأسئلة للاستفسار عن الأفكار غير الواضحة، و التعليق على كلام المتعالج و الاجابة على أسئلته بأوضح طريقة ممكنة. فالعلاقة بين المعالج و المتعالج أكثر تشابكا و أقل توجيهها (علوي، 2009).



ألبرت إليس (Albert Ellis) (1913-2007)

ولد في 27 من سبتمبر - 1913 وتوفي في 24 من يوليو 2007 ، عالم نفس أمريكي طوّر نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (Rational Emotive Behavior Therapy). وقد حصل على درجتي الماجستير

والدكتوراه في علم النفس السريري من جامعة كولومبيا والمجلس الأمريكي في علم النفس المهني. كما أنه أسس معهد ألبرت إليس الذي يوجد مقره في مدينة نيويورك وترأسه ل عقود. ويُعتبر عامّةً واحدًا من مبتدئي التحول المعرفي الجذري في علم النفس المرضي، ومؤسس العلاجات المعرفية السلوكية. واعتُبر ثاني أكثر طبيب نفسي تأثيرًا في التاريخ بناءً على دراسة مهنية قامت بها الولايات المتحدة وعلماء النفس الكنديون في عام 1985 .

لقد مر الاتجاه العقلاني الانفعالي السلوكي بمراحل تطور منذ بداية نشأته عام 1955 ، فلقد كان يسمى في الأصل " العلاج العقلاني " للتأكيد على استخدام المنطق والعقل في مواجهة الكرب الانفعالي ، ولكن بعض منتقدي العلاج الجديد اتهموه بأنه يتجاهل الانفعالات والسلوك كأدوات للتغيير البناء ، وانشغل بعمليات التفكير فقط ، ولكن " إليس " تجنبًا لهذا الخلط غير اسم علاجه العقلاني في عام 1961 ، إلى العلاج العقلاني الانفعالي ، لأن المصطلح يعني ضمنيًا بهذا الشكل كما تؤكد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي أن التفكير والانفعالات البشرية مرتبطتان ببعضهما ، فبتغيير الأول تتغير الثانية ، ثم تغير العلاج العقلاني الانفعالي مرة ثالثة عام 1993 إلى العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ، حيث يعكس الاسم الجديد ثلاثة أنماط للتعامل مع الاضطراب الانفعالي ، فهو يشير إلى أن الأفراد يجب أن يفكروا

ويشعروا ويعملوا ضد معتقداتهم غير العقلانية إذا أرادوا أن يحدثوا تغييرًا بناءً في حياتهم (عبد القادر، 2001) و (محمد، 2000).

مبادئ نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

وضع إليس مجموعة من المبادئ المرتبطة بنظريته نلخصها فيما يلي:

- ❖ **العقلانية:** هي اختيار طرق التفكير الملائمة و الواقعية التي تؤدي إلى تحقيق هدف الانسان في التوافق مع محيطه، عكس اللاعقلانية التي تشمل التفكير السلبي.
- ❖ **العقل و الانفعال:** يرى إليس بأن التفكير و الانفعال مرتبطان بعلاقة تبادلية وثيقة فالتفكير قد يصبح سببا في الانفعال و العكس صحيح ، و تنقسم الانفعالات إلى قسمين انفعالات ملائمة و انفعالات غير ملائمة.
- ❖ **الميول البيولوجية:** يرى إليس أن الانسان يولد و لديه استعداد طبيعي لأن يسلك بطرق عقلانية أو لا عقلانية و أن يعدل و يستبعد أنماط السلوك غير المرغوب، و اللاعقلانية عند إليس لا ترتبط بالمستوى الثقافي أو الاجتماعي لأنها تنشأ من إحساس الفرد بالفشل أو فقدان شيء عزيز.
- و رأى إليس أن الشخصية في نظرية العلاج العقلاني الانفعالي تتكون من الأسس التالية:

- ❖ **الأسس الفزيولوجية للشخصية:** الإنسان وفق هذه النظرية يصنع اضطراباته الانفعالية بنفسه، و أنه يولد و لديه رغبة قوية للقيام بذلك و أنه يتعلم من خلال الإشراف الاجتماعي تدعيم و تعزيز تلك الرغبة غير العقلانية.
- ❖ **الأسس الاجتماعية للشخصية:** ترى هذه النظرية أن النضج الانفعالي هو الاتزان في اهتمام الفرد بالعلاقات مع الغير (مليكة، 1990).

❖ الأسس السيكلوجية: و المتمثلة في نظرية إليس Ellis المعروفة بالأحرف الرامزة ABC و التي أكملها فيما بعد بالأحرف D,E و يرى أن معظم النظريات السيكلوجية و المناهج العلاجية اهتمت بالمتغيرين A و C و أهملت المتغير الوسيط او المعتقد B فالمتغير A في نظر إليس Ellis ليس له قيمة كبيرة و لكن المهم هو القناعات أو المعتقدات التي تدرك على أساسها المتغير A حيث:

- **Activating event**: الحدث المنشط الذي يؤثر في الشخصية مثل خبرات الحياة كالزواج الطلاق و النجاح و الفشل...

- **Beliefs**: أي المعتقدات و المعارف و الأفكار الأوتوماتيكية حول الحدث A.

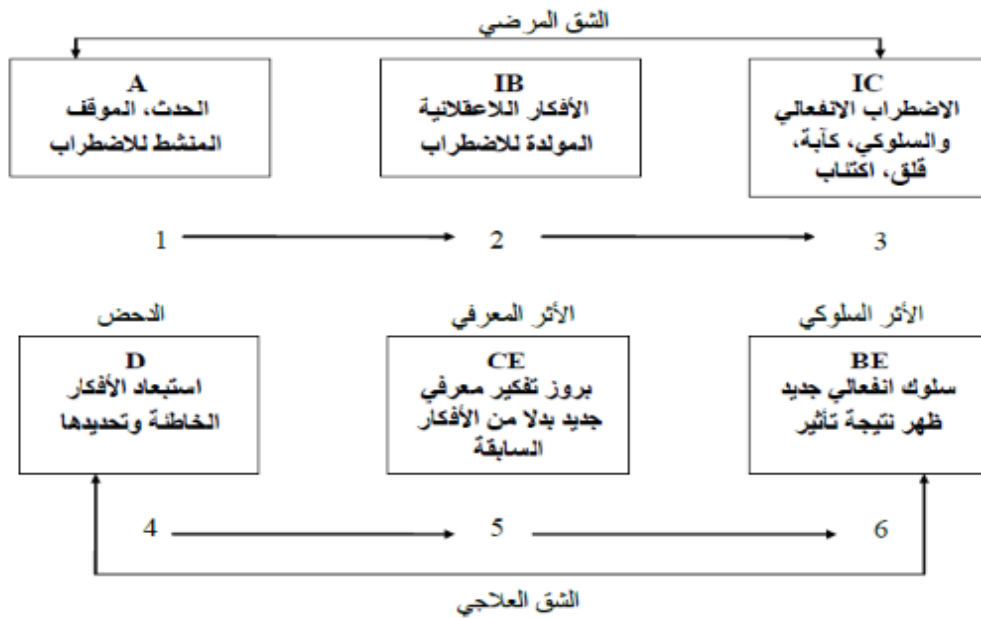
- **Consequences**: نتيجة إنفعالية سلوكية ل B و تسمى هذه العناصر الثلاثة بمرحلة التشخيص. أما مرحلة العلاج فتبدأ بالانتقال إلى المرحلة التالية:

- **Disputation**: تفنيد و مواجهة و تحدي الأفكار اللاعقلانية (لماذا)، و ذلك عن طريق إجراء مناقشة مع العميل بخصوصها، و يأخذ التفنيد عادة شكل أسئلة و جمل تهاجم الطبيعة اللاعقلانية للأفكار.

- **Effects**: هي بؤرة العلاج العقلاني الانفعالي، و في هذه الخطوة يساعد المعالج المفحوص على إعادة هيكلة المعتقد و عقلنته و ذلك من خلال الإجابة على الأسئلة المطروحة في المرحلة السابقة (Disputation) (بلميهوي، 2014). و تشير **E** إلى المعتقد الجديد الفعال الذي تم الوصول إليه من خلال استبدال المعتقد الأصلي غير العقلاني بمعتقد جديد فعال أكثر عقلانية.

- **New Feelings**: تتضمن المشاعر الجديدة التي التي يشعر بها الفرد بع ان يصل إلى حالة من الارتياح العام و الاستقرار النفسي، و هي الخطوة الأخيرة و التي من خلالها تتغير انفعالات الفرد من السلبية إلى الإيجابية. و هو الهدف الرئيسي من العلاج العقلاني الانفعالي.

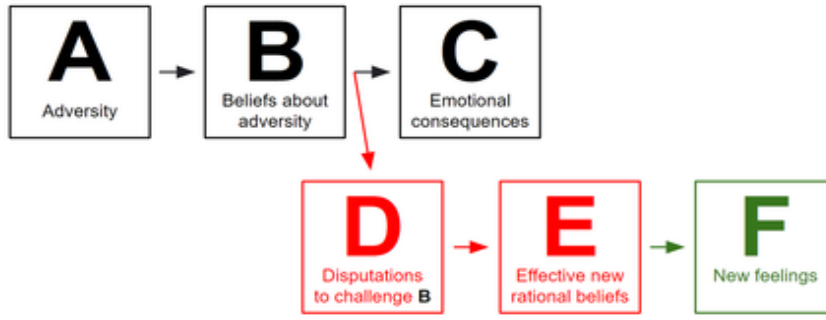
والأشكال التالية توضح سيرورة عمل مفاهيم هذه النظرية:



شكل رقم (2) يبين أسباب الاضطرابات الانفعالية و علاجها وفق النموذج

العقلاني الانفعالي السلوكي

(يوسفي، 2012)



2 الأفكار اللاعقلانية عند إليس:

ذكر أليس إحدى عشرة فكرة غير عقلانية أو غير منطقية أو خرافية تكمن وراء السلوك المضطرب، هي:

- من الضروري أن يكون الشخص محبوباً من جميع المحيطين به.
- يجب أن يكون الفرد على درجة كبيرة من الكفاءة والإنجاز ليصبح شخص ذا أهمية.
- من المصيبة أن تسير الأمور على غير ما يريده المرء لها.
- التعاسة تنتج من ظروف خارجية لا يتحكم بها الفرد.
- الأشياء الخطيرة والمخيفة تستحق الانشغال الكبير بها ولا بد من التوقع الدائم لها.
- تفادي بعض المسؤوليات الشخصية والصعوبات أسهل من مواجهتها.
- من الضروري أن يكون هناك من هو أقوى مني أستند عليه.
- تأثير الماضي لا يمكن استبعاده.
- هناك حل كامل ونموذجي لكل مشكلة ويجب إيجاده.
- بعض الناس يتصرفون بشكل سيئ شرير لذا فهم يستحقون العقاب
- على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من أحداث.

- هذه الأفكار لخصها أليس في:
- يجب أن يكون أدائي ممتازا على الدوام وأن أكون محبوبا من الجميع.
- يجب أن يعاملني الآخرون برفق وعدل وإن لم يفعلوا ذلك فلن أتحمّل سلوكهم وسأعتبرهم أشخاصا سيئين.
- يجب أن يتعامل العالم بشكل طيب وأن يمنحني كل شيء أريده فورا وإلا فإنه يصبح عالما كريها (أسعد ا.، 2010).

3. خطوات العلاج العقلاني الانفعالي:

1.3 البحث عن المشكلة و تقييم العناصر المتعلقة بها من أحداث منشطة **A** و النتائج **C** و يضم ما يلي:

- البحث عن المشكلة.
- تحديد المشكلة المستهدفة و الموافقة عليها.
- تقييم النتائج.
- تقييم الأحداث المنشطة.
- تحديد و تقييم المشكلات الانفعالية الثانوية.

2.3 تعليم المريض كيفية تحديد العلاقة بين المعتقدات و النتائج من خلال التدريب على تقييم الأفكار اللاعقلانية **B** و ربطها بالنتائج.

3.3 تنفيذ الاعتقادات اللاعقلانية للمريض **D** و ذلك عن طريق إجراء مناقشة معه في هذا الصدد و إيضاح كيفية تعميق اعتقاده بالمعتقدات العقلانية المكتسبة حديثا من خلال الواجبات المنزلية و مراجعتها مع المريض في الجلسة الموالية (بوميرونتر، 2018).

4.3 ينتقل العلاج إلى Effect و هنا تحل المعتقدات العقلانية محل المعتقدات اللاعقلانية، و يطرأ في هذه المرحلة تغيير على الانفعال و السلوك بفعل المعالجة.

5.3 ينتقل العلاج إلى مرحلة Feeling و يتضمن زوال مشاعر القلق و الاكتئاب لدى الفرد، و يبدأ بتطوير فلسفة منطقية و فاعلة للحياة، و يصل الفرد إلى استنتاج مفاده مثلا في حالة فشل زواجه يقول مايلي: إنني آسف لعدم نجاح الزواج، و لكنها ليست نهاية العالم، و إن فشل زوجي لا يعني اني فاشل في الحياة، و من الغباء الاستمرار في لوم ذاتي، و جعل نفسي مسؤولا مسؤولة كاملة عن الانفصال (أسعد أ.، 2014).

4. أساليب العلاج عند ألبرت إيس:

يرى ألبرت إيس أن بناء علاقه علاجيه فعاله بين المريض والمعالج عنصر هام، لكنه ليس عنصرا ضروري للعلاج الناجح ويمكن للمعالج أن يستخدم أسلوبا موجهها أو غير موجه في العلاج ودور المعالج أشبه بدور المربي او المعلم الذي يحاول خلق مناخ ملائم للتعلم، ويتقبل المعالج هنا المرضى تقبلا غير مشروط باعتبارهم بشرا معرضون للخطأ. وهنا يميز إيس بين التقبل والدفء ، فالتقبل ضروري ولكن الدفء في العلاقة قد يؤدي الى زيادة حاجة المريض للحب والموافقة وهو شيء غير صحي، وان كان ضروريا في بعض الحالات كالاكتئاب الشديد وذلك لفترة وجيزة ويركز إيس حول أهمية التعاطف الوجداني، فالمعالج يبدي تعاطفه وتفهمه واحساسه بمشاعر المريض ويتفهم فلسفته التي تركز عليها مشاعره (فراج، 2019)

كبقية العلاجات النفسية ، يعتمد العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على مجموعة من التقنيات منها ما هو معرفي، و منها ما هو انفعالي، و منها ما هو سلوكي، يصل المعالج من ورائها الى تحقيق الأهداف المرجوة من التكفل بالمريض انطلاقا من خصوصية الاضطراب الذي يعاني منه، نوجزها فيما يلي:

- دحض الافكار الخاطئة: تعتمد هذه الخطوة على مناهضة كل ما هو غير عقلائي ، كتحقير الذات ، و الاعتقاد في عدم القدرة للقيام بالفعل و كذا الاستسلام لليأس، و ذلك عن طريق تقديم الطرح البديل لذلك بمعية اكتشاف و استقصاء مهدمات الذات. توجد ثلاثة أصناف فرعية للدحض

✓ الاكتشاف ويتألف من البحث والاستقصاء عن الافكار والمعتقدات غير

العقلانية مثل يجب ينبغي من المفروض التي قد تقود الى هدم الذات

✓ المناقشة او التفكير تتألف من عدده استله يوجهها المعالج للمفحوص بحيث تساعده على التخلص من افكاره غير العقلانية اين الاثبات على؟ باي طريقه يمكن معرفه صحه او زيف هذا المعتقد؟ يستمر المعالج بطرح هذه الأسئلة حتى يسلم المفحوص بزيف معتقده

✓ التمييز ويتضمن مساعده المعالج للمفحوص ليكون قادرا على التمييز بوضوح بين افكاره او تقييماته غير المطلقة نسبيا (رغباته وتفضيلاته) و بين تقييماته المطلقة حتميا (حاجات ومطالب و أوامر)

- أسلوب الواجبات الادراكية: يعتبر وسيلة سريعة للوصول إلى الأساليب الخاطئة في التفكير، و هنا يطلب المعالج من الفرد عمل قائمة بالمشكلات التي يعاني منها، ثم النظر في كل مشكلة على حده، و من خلال مساءلة الذات حول نشأة هذه المشكلة و الطريقة التي يفكر بها حولها. أن هذا الأمر يمكن من بناء نظرية ABC حول المشكلة المقصودة ثم مساعدة الفرد على تحديد النمط التفكيري الخاطيء الذي ساهم في تأثير المشكلة، مثل شخص يخاف من التواجد في الأماكن الاجتماعية و يقول لذاته أنا غير محبوب، أبدو بين الناس غريبا، الجميع ينظر إلي.

و هنا يمكن للمتعالجين ان يسجلوا جلسات علاجيه ويستمعون اليها كما يمكن لهم أن يصفوا افكارهم غير العقلانية ويسجلونها،ويمكن لهم كتابة عبارات عقلانية

وترديدها من وقت لآخر بين الجلسات مثل: اذا كان وزني الزائد شيء غير جيد لكن هذا لا يعني اني شخص سيء ، تناولي للطعام بشكل مفرط يجعلني ثقيلا جدا ، وهذا خطأ ولكن ، بإمكانني إصلاحه والحصول على نتائج افضل (العاسمي، 2015) و (أسعد أ.، 2014)

- العلاج بالاستماع: تركز هذه التقنية على الاستثمار والاستعانة بالأشرطة المسجلة و الكتب و المحاضرات التي تتضمن العلاج العقلاني الانفعالي ، حيث توجد في الأسواق الأمريكية العديد من الأشرطة الصوتية التي تساعد مدمني الكحول و المخدرات على التغلب على القلق و الاكتئاب و تحملهم الضعيف للإحباط.

- رصد و تسجيل المشاعر: يعمل المعالج على تدريب المتعالج على كيفية رصد و تسجيل مشاعره السلبية و الايجابية في دفتر يومي و يطلب منه قراءة تلك النقاط مرات عديدة يوميا .

- تشتيت الفكر: يدمج في هذه الفنية أسلوب الاسترخاء لجاكوبسون مثلا في الاسترخاء المتصاعد المتزقي، و التأمل، و تمارين التنفس، و هي تتسم بالفعل المضعف للقلق و التوتر (بلميهوبي، 2014) .

- التخيل العقلاني الانفعالي: و هو عبارة عن تمرين تخيلي ، يركز فيه المعالج على تحفيز المتعالج أن يتخيل نفسه أثناء معاناته ثم بعد تخلصه من الاضطراب أيا كان نوعه ثم يحاول ان يخلق له انتكاسة للمرض اثناء التخيل، ثم يقول له صف مشاعرك و يقارنها بحالته الآنية الواقعية التي تكون بدأت تتحسن ، حتى يخلق المعالج مجالا للمقارنة.

- الأسلوب الفكاهي: تعمل هذه الاساليب على إخراج المفحوصين من الجو الجدي الذي قد يفاقم المشكلة فيخلق جوا من الالهاء الايجابي ؛ الذي يساعد في خفض التوتر الناتج عن الاساليب العلاجية الجدية أثناء الجلسات، و يساعد الأفراد

على التخلص من الضغوط النفسية المصاحبة للمشكلات التي يعانون منها ، و بهذا يكونون أكثر قدرة على التفكير الواعي . لكن يراعى فيها العنصر الزمني (أسعد أ.، 2014).

- الواجبات المنزلية: تلعب دورا حاسما في زيادة فاعلية العلاج، و تحتتم الجلسات العلاجية بالواجبات المنزلية بغية تفعيل المساهمة في الرفع من درجة الالفة القائمة بين المعالج و المتعالج بهدف تقوية العلاقة العلاجية و ترسيخ معالم حصصها. و يقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة (العاسمي، 2015).



دونالد هربت ميكنبوم (Donald H. Meichenbaum)

عالم نفس أمريكي، وأستاذ متميز في علم النفس بجامعة واترلو ، أونتاريو. ، ولد في 10 جوان 1940، تلقى Meichenbaum تعليمه الثانوي في مدينة نيويورك. ثم التحق بعد ذلك بكلية مدينة نيويورك في عام 1958 بهدف أن

يصبح مهندسًا ، قبل أن يغير مساره ويتخرج في عام 1962 متخصصًا في علم النفس، أتم الدراسات العليا بجامعة إلينوي. توجت بأطروحته حول كيفية تدريب مرضى الفصام على التحدث إلى أنفسهم ، وذلك عقب الاهتمام الذي أولاه بموضوع الحديث عن الذات منذ الطفولة. تخرج بدرجة الماجستير والدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي، عمل كمساعد باحث في مستشفى إدارة صحة المحاربين القدامى في دانفيل ، إلينوي إلى جانب دراسته. وهو مدير أبحاث في معهد ميليسا للوقاية من العنف في جامعة ميامي. اشتهر ميكنبوم بأبحاثه ومنشوراته حول العلاج النفسي ، وساهم في تطوير تقنية العلاج المعرفي السلوكي (CBT). في عام 1982 ، صوتت دراسة استقصائية شملت 800 عضو في الجمعية الأمريكية لعلم النفس ميكنبوم على أنه عاشر معالج نفسي مؤثر في القرن العشرين. في وقت تقاعده من جامعة واترلو في عام 1998 ، كان ميكنبوم هو باحث علم النفس الأكثر استشهادًا في إحدى الجامعات الكندية. اشتغل قرابة الثلاثين سنة حول التدريب على التحصين ضد الضغوط (Meichenbaum, 2017).

قدم ميكنبوم نظرية في العلاج حاول فيها أن يربط بين النظريات المعرفية من ناحية و بين تكنولوجيا العلاج السلوكي من ناحية أخرى. و تحاول هذه النظرية الوصول إلى تصور علمي أفضل للعمليات المعرفية، و محاولة لفهم دورها في تغيير السلوك، و تتمحور مسلمات نظرية ميكنبوم فيما يلي:

- يمر تعديل السلوك في حدوثه بطريق متسلسل يبدأ بالحوار الداخلي و البناء المعرفي و السلوك الناتج.
- إن الاتجاه المعرفي يركز على كيفية تقييم الفرد لسبب انفعاله، و إلى طريقة عزوه لسبب هذا الانفعال.
- هناك هدف من وراء تغيير الفرد لحواره الداخلي، و يجب تحديد حاجة الفرد للشيء الذي يريد أن يحققه، و الشيء الذي يرغب في إحداثه في البيئة، و كيف يقيم المثيرات، و لأي شيء يعزو أسباب سلوكه و توقعاته عن قدراته لمعالجة الموقف الضاغط. و إن إدراك الفرد يؤثر على فسيولوجيته و مزاجه.
- إن الانفعال الفسيولوجي بحد ذاته ليس هو المعيق الذي يقف في وجه تكيف الفرد، و لكن ما يقوله الفرد لنفسه حول هذا المثير هو الذي يحدد انفعالاته الحالية.
- إن حدوث تفاعل بين الحديث الداخلي للفرد و بناءاته المعرفية هو السبب المباشر في عملية تغيير سلوك الفرد.
- إن عملية التغيير تتطلب ان يقوم الفرد بعملية الامتصاص، أي أن يمتص سلوكا جديدا بدل السلوك القديم، و ان يقوم بعملية التكامل بمعنى ان يبقي الفرد بعض بناءاته المعرفية القديمة إلى جانب حدوث بناءات معرفية جديدة لديه.
- إن البناء المعرفي يحدد طبيعة الحوار الداخلي، و يغير الحوار الداخلي في البناء المعرفي بطريقة يسميها ميكنيوم بالدائرة الخيرة (أسعد أ.، 2014)

أولاً : الحديث الذاتي:

يرى ميكنبوم أن العوامل المعرفية تؤثر في التغيير السلوكي، لأن الكلمات التي يقولها الأفراد لأنفسهم تحدد الفعال التي يقومون بها، حيث أن أحد وظائف الحديث الذاتي في تغيير الوجدان و التفكير و السلوك، هو التأثير على عمليات الانتباه و التقويم. أما الوظيفة الثانية للحديث الذاتي الداخلي تكمن في التأثير في البنى المعرفية و تغييرها (بلميهوبي، 2014). و هو يستشهد في ذلك بما يقوله العالم السوفيتي سوكولوف عن الحديث الداخلي "inner speech" فالحديث الداخلي ليس سوى حديث المرء لنفسه، و هو عبارة عن كلام لفظي مستتر، و هو في حقيقة الأمر عبارة عن المعالجة المنطقية للمعطيات الحسية، في محاولة لإدراكها و فهمها في نطاق نسق محدد من المفاهيم و الأحكام. و تتواجد عناصر الحديث الداخلي في كل إدراكاتنا الواعية، و أفعالنا، و خبراتنا الانفعالية، حيث تبدو لنا كوجهات لفظية، أو تعليمات يصدرها المرء لنفسه، أو كتفسير لفظي للإحساسات و الإدراكات. و هذا ما يجعل الحديث الداخلي آلية هامة و شاملة، و لا يعتبر ميكنبوم الحديث الداخلي مرادفاً للتفكير كما اعتقد واطسون، و إنما يرى بأن الحديث الداخلي هو أحد المظاهر الهامة لعملية التفكير. و يستند ميكنبوم إلى الدراسات التي اهتمت بدور اللغة في توجيه السلوك و التحكم فيه، خاصة تلك التي قام بها عالم النفس السوفيياتي لوريا، و الذي أكدت دراساته على أهمية الحديث الداخلي في تعديل العمليات المعرفية، و في إدراك البيئة بما يسهل التعامل مع تلك البيئة. فاللغة تساعد على انتقاء مظاهر معينة من البيئة يستجيب لها الفرد، كما تساعد على كف بعض الأفعال، و تنظيم بعضها الآخر (فراج، 2019).

و قد استلهم ميكنبوم نظريته من خلال تجاربه أثناء مرحلة الدكتوراه في جامعة إلينوي ، حيث كان يقوم بتدريب المرضى الفصامين ، ويقوم بتعليمهم الكلام الصحي **Healthy Talk** عن طريق الإشارات الإجرائي ، وقد وجد أن بعض المرضى يقومون بتوجيه تعليمات لأنفسهم بصوت عال **Self-Instructions** من قبيل : "كن واضحاً وصريحاً وفي صلب الموضوع". أما أبحاثه الأخرى فقد أجراها على أحد المعاقين الذي كان يخرج لسانه للعاملين في المصححة، وكان يعالج من قبل طالب في علم النفس ويحاول هذا الطالب تعديل سلوكه عن طريق الإشارات المنفر **Aversive Conditioning** أي يقوم المعالج بإخراج لسانه للمريض لكي ينفر المريض من هذا السلوك، ومن خلال إحدى المقابلات بين المعالج وبين المريض قال المريض: "لماذا يا دكتور لا تطلب مني مباشرة أن لا أخرج لساني - إعطاء أوامر لإنجاز المهمة- بدلا من أن تخرج لساني لي"، وعندها اتبع ميكنبوم نصيحة المريض وطلب منه الكف عن إخراج لسانه فتعدل سلوكه ولم يعد يخرج لسانه.

وقد أدت الخبرات التي عاشها ميكنبوم في تدريبه مع المرضى الفصامين ، إلى تفكيره بخصوص جدوى تدريبهم على التحدث إلى أنفسهم بطريقة تؤدي إلى تغيير سلوكهم. وقد ركز على الحديث الداخلي **Inner-speech** أو المحادثة الداخلية **Inner dialogue**، حديث الذات أو الحوار الداخلي **Self-talk** في محاولة لتغييرها، وكذلك اهتم بالتخيلات **Images** على أمل أن يعرف ما إذا كانت مثل هذه التغييرات ستؤدي إلى تغييرات في التفكير وفي الشعور والسلوك. كما بدأ في تطوير تفسير نظري لوظيفة هذه العوامل في تغيير السلوك. وقد عرض نتائجه في شكل تقرير

ولم يعرضها في صورة نظرية كاملة أو مصحوبة بالأدلة والممارسة في العملية العلاجية (يوسفي، 2011).

و يؤثر الحوار الذاتي على الأبنية المعرفية و غيرها، والبنية المعرفية هي التي تعطي نسق المعاني أو المفاهيم (التصورات) التي تمهد لظهور مجموعة معينة من الجمل أو العبارات الذاتية، حيث يقول ميكينوم : " ما أقصده بالبنية المعرفية، هو ذلك الجانب التنظيمي من التفكير الذي يبدو أنه يراقب ويوجه الاستراتيجية والطريق والاختيار للأفكار". و أن التغير أو التغيرات لا تحدث بدون تغيير في البنية المعرفية، كما أن تعلم مهارة جديدة يتطلب تغييرا في هذه البنية. وتحدث التغيرات البنائية عن طريق:

- التشرّب Absorption حيث تندمج الأبنية الجديدة في القديمة.

- الإحلال أو الإزاحة Displacement حيث تتواصل الأبنية القديمة مع الجديدة.

- التكامل أو الاندماج Integration حيث تستمر أجزاء من البناء القديم في الوجود في بنية جديدة أكثر شمولاً (أسعد أ.، 2014).

و قد كانت نقطة البداية في تطوير ميكينوم لأساليبه المعرفية القائمة على أسلوب التوجيه الذاتي Self-Instruction على الأطفال ذوي النشاط الزائد، و قد استند أسلوبه على التصور المعرفي لطبيعة القصور الذي يعاني منه هؤلاء الأطفال و الذي يؤدي إلى حدوث الاضطرابات السلوكية لديهم، و ذلك راجع إلى عجزهم عن تحليل خبراتهم بشكل تلقائي، و لا يستطيعون صياغة القواعد التي يمكن ان توجههم في

مواقف التعلم الجديدة، و بناء على ذلك رأى ميكنبوم أن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى تعلم تعليمات ذاتية أكثر تكيفا. و يشمل ذلك تعلم العديد من المهارات:

- فهم المهام التي يتعين عليه القيام بها.
- القيام تلقائيا بإنتاج او صياغة الوسائط اللفظية و استراتيجيات التحكم في السلوك
- استخدام تلك الوسائط في توجيهه و رقابة السلوك و التحكم في الأداء (فراج، 2019).

وقد استطاع ميكنبوم من خلال منهجه في تعديل التعبيرات الذاتية تحديث تغييرات مرغوبه لدى الأطفال ذوي فرط النشاط، ولدى الناس الذين يرغبون في تحسين الابتكارية ، أو في التخفيف من الاجهاد والقلق، أو في علاج الخوف من الثعابين أو الخوف من الامتحانات . و التسلسل المعتاد الذي يتبعه دونالد ميكنبوم يكون غالبا على النحو التالي:

يقوم المعالج بتأدية العمل المطلوب نيابة عن المريض وهو يتحدث بصوت عال ، وهنا يلعب المعالج دور النموذج ، ثم يؤدي العميل العمل وفق تعليمات المعالج ، بعد ذلك يؤدي العميل العمل وهو يملئ التعليمات على نفسه بصوت عال، ثم يؤدي العمل وهو يهمس، وفي الأخير يتوصل لأداء العمل وهو يوجه التعليمات إلى نفسه بصوره غير ملاحظة. وتكون التعليمات على شاكلة جملة تعالج صميم المشكلة كان يقول الطفل المندفع "تمهل فكر ثم اجب" (مليكة، 1990).

ثانيا: التدريب على التعليم الذاتي Self-Instructional Training

يعرف بأنه مجموعة من الأساليب والإجراءات المعرفية والسلوكية والتي تهدف الى تعديل معرفي وسلوكي للأفراد وتدريبهم على التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم بطريقة ملائمة دون انتهاك لحقوقهم كالتواصل البصري والإيماءات ووضع الجسم وتعبيرات الوجه ونغمة الصوت والمسافة عند التحدث مع الآخرين.

إن الأساليب المعرفية لعلاج السلوك عند ميكينبوم هي الانتباه الى العناصر المكونة للمشكلة ، والتحدث الى الذات بألفاظ و بنى معرفية دقيقة، ومساعدة الفرد على أن يتخيل نتائج معالجة المشكلة ، ومساعدة الفرد على استحضار صورة ذهنية لشخص يؤدي الأداء المستهدف وتخيل ما يحرزه من نتائج ايجابية ، ومساعدة الفرد على التحدث عما يتحقق لديه اذ ما تخلص من الأعراض السلبية ، وتأدية الفرد وبصوت مسموع ما يريد القيام به لمعالجة الأسباب المرتبطة بالمشكلة ، وتقديم التعزيز الذاتي لتحقيق وأداء السلوك المستهدف (عمر، 2020). ومن خلال التدريب على التعليم الذاتي يتعلم العميل أن ما يعانيه من قلق وضغوط هو نتيجة سوء تفسيره وتأويله للمواقف التي يتعرض لها، وأيضا نتيجة لأحداث الذات السلبية لديه، وبالتالي لا بد من ضرورة استبدالها بأحداث ذات إيجابية ومنطقية. وتتضمن فنية التدريب على التعليم الذاتي الخطوات التالية :

– الخطوة الأولى مراقبة الذات أو الملاحظة الذاتية Self-observation

تشمل مساعدة الفرد على تحديد مشيرات داخلية محددة ناجمة عن المواقف الضاغطة، وتحديد العبارات السلبية الذاتية التي يقولها الشخص لنفسه، مثل "أنا لا أستطيع التعامل مع هذا الموقف". حيث يرى ميكنيوم أن الفرد في فترة ما قبل العلاج يكون لديه حوار داخلي سلبي مع ذاته، وكذلك تكون خيالاته وتصوراته سلبية، أما أثناء عملية العلاج ومن خلال الاطلاع على أفكار الفرد ومشاعره وانفعالاته الجسمية وسلوكياته الاجتماعية وتفسيرها تتكون لديه بناءات معرفية جديدة New Cognitive Structures، الأمر الذي يجعل نظرتة تختلف عما كانت عليه قبل العلاج. والأفكار الجديدة تختلف عن الأفكار القديمة غير المتكيفة. وهنا تحدث عملية إحلال أفكار جديدة متكيفة محل أفكار قديمة غير متكيفة. إن إعادة بناء تكوين المفاهيم هذه تؤدي إلى إعادة تعريف مشكلات الفرد بطريقة تعطيه الثقة والتفهم والقدرة على الضبط، وهذه جميعها من مستلزمات عملية التغيير. و إن الخطوة الأولى في عملية العلاج هي أن يعرف الفرد كيف يتحدث، أو يعبر عن سلوكه، الأمر الذي يزيد من وعيه، وأن لا يشعر بأنه سيكون ضحية للتفكير السلبي، ويجب على المعالج أن يعرف طرق (العزوة) عند الأفراد وعباراتهم التي يوجهونها نحو ذواتهم.

– الخطوة الثانية : السلوكيات والأفكار غير المتكافئة Incompatible

Thoughts and Behaviors

في هذه المرحلة تكون عملية المراقبة الذاتية عند المتعالج قد تكونت وأحدثت حوارا داخليا عنده. إن ما يقوله الفرد لنفسه، أي حديثه الداخلي الجديد لا يتناسب مع حديثه السابق المسئول عن سلوكياته القديمة. إن هذا الحديث الجديد يؤثر في

الأبنية المعرفية لديه ، الأمر الذي يجعله يقوم بتنظيم خبراته حول المفهوم الجديد الذي اكتسبه ، وجعله أكثر تكيفا . و تشمل استخدام النمذجة والتدريب السلوكي لتعليم الشخص حديثنا ذاتيا إيجابيا مضادا للحدث الذاتي السلبي في المواقف الضاغطة ، بحيث يقوم المعالج بنمذجة السلوك المناسب بينما يشرح بالكلام الطرق الفعالة، وتشمل هذه الأقوال على شرح متطلبات الواجب (التعليمات الذاتية التي تقود الأداء المتدرج)، والأقوال الذاتية التي تؤكد كفاءة الشخص وتعارض الانشغال بالفشل، وتعزيز الذاتي الضمني للأداء الناجح .

- **الخطوة الثالثة** تشتمل على تعليم الشخص أن يعلم نفسه أو ذاته خطوات القيام بالفعل أو السلوك المناسب، و يتم ذلك في البداية بإعطاء المفحوص لنفسه التعليمات المناسبة بصوت عال، ثم بعد ذلك يردد التعليمات سرا أي بينه وبين نفسه، وتساعد توجيهات المعالج في هذه المرحلة على تأكيد أن ما يقوله العميل لنفسه في سبيل حل المشكلة قد حل محل الأفكار التي كانت تسبب القلق في الماضي.

- **الخطوة الرابعة المعرفة المرتبطة بالتغيير Cognition Concerning Change:**

يتدرب الشخص على تعزيز ذاته بعبارات فورية تتبع النجاح في مواجهة الموقف الضاغط أو التعامل معه، مثل: "لقد قمت بذلك أحسنت" وبالتالي في هذا النوع من التدريب لدى "ميكنبوم" يسعى إلى تعليم الشخص الذي يمارس السلوك المستهدف عبارات ذاتية محددة من خلال تحسين الأداء أو التأثير في السلوك في أثناء

الموقف، وبالتالي فإن الشخص يخبر نفسه بخصوص ماذا عليه أن يفعل في المواقف ومن ثم، فهذا الأسلوب يعلم الشخص كيفية التعامل مع الانفعالات السلبية المتنوعة بدلا من إزالتها.

و تتعلق هذه المرحلة بتأدية المتعالج لمهام تكيفية جديدة خلال الحياة اليومية، والحوار مع المتعالج ذاته حول نتائج هذه الأعمال. ويشير ميكينبوم بأنه ليس المهم أن يركز الفرد حول السلوكيات المتغيرة التي تعلمها وعلى نتائجها التي سوف تؤثر على ثبات وتعميم عملية التغيير في السلوك. إن ما يقوله المتعالج لنفسه بعد عملية العلاج شيء هام وأساسي، وإن عملية العلاج تشتمل على تعلم مهارات سلوكية جديدة، وحوارات داخلية جديدة وأبنية معرفية جديدة. و على المتعالج أن يهتم بالعمليات الأساسية الثلاث ، وهي :

أ . البناءات المعرفية .

ب . الحوار الداخلي .

ج . السلوكيات الناتجة عن ذلك .

وعليه، فإن عملية العلاج تبدأ بتحديد السلوك القديم المراد تغييره. والحوار السالب المتعلق به ، وتحاول استبداله بحوار داخلي جديد متكيف ينتج سلوكا متكيفا يؤثر في تكوين بناءات معرفية جديدة لدى الفرد بدلا من القديمة ، ومن ثم إحداث السلوك المرغوب ، وتعميمه ومحاولة تثبيته (أسعد أ.، 2014) و (عطاء الله، 2021).

و لقد لخص ميكنبوم و جودمان العملية السابقة في الخطوات التالية:

- 1- يقوم شخص راشد بدور القدوة، فيؤدي المهمة أمام الطفل بينما يكلم نفسه بصوت مسموع (القدوة المعرفية)
 - 2- يؤدي الطفل نفس المهمة في ظل توجيه الشخص القدوة (توجيه خارجي ظاهر)
 - 3- يؤدي الطفل المهمة بينما يعطي لنفسه التعليمات بصوت مسموع (توجيه ذاتي ظاهري)
 - 4- يهمس الطفل لنفسه بالتعليمات اثناء قيامه بالمهمة (توجيه ذاتي، تجرى إزالته)
 - 5- يؤدي الطفل المهمة بينما يوجه نفسه من خلال الحديث الداخلي (توجيهات ذاتية مستترة)
- و يقدم المعالج مجموعة من التعليمات الذاتية اثناء قيامه بدور القدوة أمام المتعالج، بينما يتدرب هذا الأخير على القيام بالمهمة خلال عدد من الجلسات. و تستخدم أيضا أساليب تسلسل الاستجابات chaining، و الاقتراب المتدرج successive approximation في زيادة التعليمات و بنائها بصورة أشمل و أكبر.
- و تشمل التعليمات التي يقدمها المحرب كقدوة على العديد من المهارات المتصلة بأداء المهمة مثل تحديد المشكلة تحديدا واضحا/ تركيز الانتباه و توجيه الاستجابات/التدعيم الذاتي/مهارات التقييم الذاتي للتغلب على المشكلة و تصحيح الأخطاء (فراج، 2019).

ثالثا: التدريب على التحصين ضد الضغوط **Training Inoculation** :**Stress**

تشبه طريقة التدريب على التحصين ضد الضغوط عملية التحصين الطبي البيولوجي (ضد الأمراض)، حيث أن التدريب على التحصين ضد الضغوط يزود الأفراد بالمهارات التي تمكنهم من التعامل مع المواقف الضاغطة في المستقبل، والتحصين الطبي يزود الأفراد بالمضادات التي تساعدهم في الحماية من الأمراض. وتستند هذه الطريقة على فكرة رئيسية مفادها أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد وجود تفاوت بين متطلبات الموقف وبين ما لديه من مصادر شخصية واجتماعية، ولذلك تعمل هذه الطريقة على تزويد الفرد بالمعلومات واكتساب المهارات التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة في البيئة.

ويهتم أسلوب التحصين ضد الضغوط بتعديل الأحداث المعرفية أي الحوار الداخلي والأفكار الآلية، لأنها تؤدي إلى تشتيت انتباه الفرد عن المهمة والانشغال بتوقع الفشل، وينتج عنه خسارة في تقدير الآخرين، وتقدير الذات. ويفترض "ميكنبوم" أن تدريب العملاء على الحوار الذاتي يمكن أن يؤدي إلى تغيير سلوكهم، إذ إنه يؤدي إلى ضبط السلوك والتخفيف من الضغط النفسي، ويؤثر على الحالة الانفعالية للفرد. و تتضمن طريقة التدريب على التحصين ضد الضغوط ثلاث مراحل أساسية متداخلة، وهي :

- المرحلة الأولى: التصور العقلي (تكوين المفاهيم): يعمل المعالج من خلالها

على تزويد العميل بإطار تصوري يمكنه من فهم طبيعة ردود الفعل الصادرة

عنه اتجاه الضغوط، وكيف يمكنه أن يتجنبها، وذلك من خلال تلك العبارات التي يرددها مع نفسه باستمرار، والتي تعتبر بمثابة تعليمات ذاتية على أن يتم ذلك بأسلوب بسيط، ويكون الهدف من ذلك مساعدة العميل على فهم المشكلة بشكل عقلائي منطقي، وأن يتعاون مع المعالج.

- **المرحلة الثانية:** اكتساب المهارات: يقوم المعالج في هذه المرحلة بتزويد العميل بأساليب المواجهة، والتي تشتمل على إجراءات مباشرة ووسائل مواجهة معرفية يستخدمها في كل مرحلة من المراحل الأربع، وتشتمل الإجراءات المباشرة على الحصول على معلومات حول الأشياء المخيفة له، والتدريب على الاسترخاء، أما المواجهة المعرفية فتشتمل على مساعدة العميل بالعبارة السلبية القاهرة للذات، واستخدامها كإرشادات على تكوين العميل أن يصبح واع عبارات ذاتية غير مناسبة للمواجهة.

- **المرحلة الثالثة:** التطبيق والمتابعة: تتضمن تطبيق المهارات التي تم تعلمها على مواقف حقيقية واقعية متنوعة بعد تطبيقها في المواقف العلاجية، أي تطبيقها في حياة العملاء اليومية، ويجرى التركيز على النشاطات اللازمة لنقل أثر التدريب على المهارات التكيفية إلى الحياة الواقعية، ويتم ذلك من خلال أداء الأدوار، واستخدام المواقف المشابهة للواقع، ثم تعقد جلسات المتابعة بصورة دورية كجزء من الجهد المبذول لمنع الانتكاسة (عطاء الله، 2021)

الموجة

الثالثة



1. الأسس النظرية والعلمية للعلاج بالقبول والالتزام

Acceptance and Commitment Therapy

العلاج القبول والالتزام (ACT) هو نهج علاجي اكتسب اعترافا كبيرا بفعالته في علاج مجموعة واسعة من حالات الصحة العقلية والعقلية ، طوره ستيفن هايز سنة

1999، و يركز على إطار نظري قوي وتعتمد على الأدلة التجريبية لتوجيه مبادئها وممارساتها، ونحاول من خلال هذا العرض التعرف على الأسس النظرية والعلمية للعلاج بالقبول والالتزام ، وتسلط الضوء على مبادئها ومفاهيمها الرئيسية، من خلال الاطلاع على المصادر التالية:(Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012) ، (Harris, 2009)، (Powers, Zum Vörde Sive Vörding, & Emmelkamp, 2009)

– **السياقية الوظيفية:** من منظور السياقية الوظيفية فإن الأفكار و المشاعر ليست مختلة أو مرضية بطبيعتها، ففي سياق من الاندماج المعرفي و التجنب التجريبي، غالبا ما تعمل أفكارنا و مشاعرنا و ذكرياتنا بطريقة سامة تفسد حياتنا، بينما في سياق فك الاندماج المعرفي و التقبل (اليقظة الذهنية) فإن نفس المشاعر و الأفكار و الذكريات تحمل بشكل مختلف تماما و بأقل تأثير علينا: قد تظل مؤلمة، لكنها لم تعد سامة، و الأهم من ذلك أنها لا تبعدنا عن قيمنا أو توجهاتنا الحياتية (قاصب، 2021).

و يتم التأكيد على السياق عندما في تدخلات العلاج بالقبول و الالتزام، حيث تهدف هذه التدخلات بشكل أساسي إلى تغيير السياق الاجتماعي أو اللفظي الذي تحدث فيه الأفكار و السلوكيات، بدلا من محتواها أو شكلها. على سبيل المثال، إذا تعرض أحدهم لفكرة "أنا بلا قيمة" في سياق النقد الذاتي، و مع محاولاته للسيطرة على الفكرة أو قمعها أو تجنبها، من المحتمل أن يؤدي ذلك إلى درجة أعلى من الضيق مقارنة بما إذا كانت نفس الفكرة قد بدأت في سياق الوعي من القبول بدون أحكام، مع التراحم الذاتي. و نظرا لأنه من الصعب التحكم في الفكرة نفسها، فإن العلاج بالقبول و الالتزام سوف يركز على مساعدة العميل على تغيير السياق الذي يتم فيه التفكير . و يمكن أن يشمل ذلك عددا من الاستجابات لتيسير مسافة نفسية بعيدا عن الفكرة، مثل مراقبة الفكرة على أنها مجرد فكرة و ليست حقيقة حرفية، أو الاستجابة بتعاطف و تراحم ذاتي، مع ملاحظة أن الفكرة هي مجرد صدى للرسائل التي أعطيت للعميل أثناء نموه (بينيت و أوليفر، 2021)

– نظرية الإطار العلائقي (RFT) Relational Frame Theory: هي نظرية سلوكية تبحث في كيفية تأثير اللغة والإدراك على السلوك البشري، تفترض هذه اللغة بأن اللغة تسمح للأفراد بإقامة علاقات ذات مغزى بين المحفزات، مما يؤدي إلى القدرة على فهم العلاقات الرمزية المعقدة ومعالجتها، و توفر هذه النظرية الأساس لفهم دور العمليات المعرفية في المعاناة الإنسانية والتنظيم العاطفي، والتي يعالجها العلاج بالقبول والالتزام من خلال تدخلاته العلاجية.

2. العمليات الرئيسية في العلاج بالقبول والالتزام:

للعلاج بالقبول والالتزام ست عمليات أساسية تشكل أساس نهجها العلاجي

وهي :

- **القبول مقابل التجنب التجريبي:** يؤكد العلاج بالقبول والالتزام على أهمية

قبول تجارب الفرد الداخلية ، بما في ذلك الأفكار والعواطف والأحاسيس الجسدية، بدلا من محاولة السيطرة عليها أو القضاء عليها. و يتضمن القبول احتضان هذه التجارب دون حكم أو تجنب، مما يسمح للأفراد بتطوير المرونة النفسية. و هو يقابل التجنب التجريبي و يقصد به عدم الرغبة في قبول و تجربة الاحداث الخاصة.

- **الذات كسياق مقابل الانصهار المعرفي:** تتضمن هذه العملية إبعاد النفس

عن الأفكار والمعتقدات غير المفيدة من خلال مراقبتها كأحداث عابرة بدلا من حقائق مطلقة، و تطوير إحساس متعال بالذات منفصل عن أفكار المرء وعواطفه، من خلال إدراك أن التجارب الداخلية للفرد لا تحدد هويته الأساسية، يمكن للأفراد تعزيز التعاطف مع الذات وخلق مساحة نفسية للتغيير من خلال نزع فتيل محتوى أفكارهم.

- **الاتصال باللحظة الحالية مقابل التركيز على أحداث الماضي:** يسلط

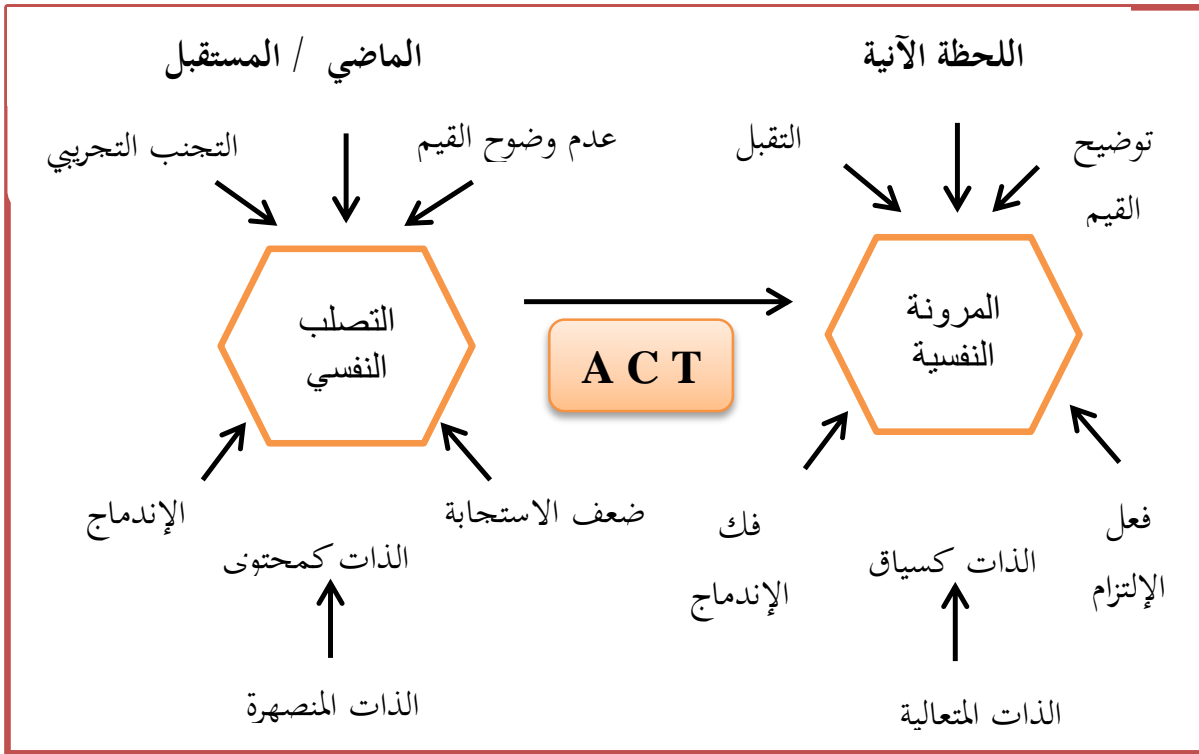
العلاج بالقبول والالتزام الضوء على أهمية التواجد الكامل في اللحظة الحالية و أن يصب اهتمامه إراديا على التجربة الحاضرة دون إصدار أحكام. و ذلك من

خلال تنمية اليقظة وزيادة الوعي بتجارب الفرد، و يمكن للأفراد الانفصال عن التفكير التكراري والانخراط في الإجراءات القيمة بشكل فعال.

● **توضيح القيم مقابل عدم وضوحها:** يؤكد العلاج بالقبول والالتزام على تحديد القيم الشخصية التي توجه الأفراد نحو إجراءات هادفة وهادفة، من خلال توضيح القيم، يمكن للعملاء موازنة سلوكهم مع ما يهمهم حقاً، وتعزيز الشعور بالرضا والرفاهية.

● **العمل الملتزم مقابل ضعف الاستجابة:** تركز هذه العملية على تحديد ومتابعة الأهداف التي تتوافق مع قيم الفرد، يتضمن العمل الملتزم اتخاذ خطوات فعالة نحو عيش حياة ذات قيمة، حتى في وجود أفكار وعواطف صعبة. و أن يكون مرناً فيما يتعلق بمدى مواجهته للضغوط والخبرات الآتية أو الأحداث الداخلية.

● **فك الاندماج مقابل الاندماج:** يعبر فك الاندماج المعرفي على فصل تجاربنا النفسية عن أحداث الواقع و تقليل تأثير أحاسيسنا و أفكارنا على إدراك أحداث الواقع. ففي حالة الاندماج المعرفي يؤمن المتعالج بأفكاره و كأنها حقيقة مطلقة و على أساسها يسلك. و الشكل التالي يوضح هذه العمليات:



شكل رقم (3) يبين العمليات الرئيسية في العلاج بالقبول والالتزام

3. خصائص العلاج بالقبول والالتزام:

- **الدعم التجريبي:** جمع العلاج بالقبول والالتزام بين مجموعة متزايدة من الأدلة التجريبية التي تدعم فعاليتها عبر مختلف المجموعات السريرية والاهتمامات النفسية، أظهرت الدراسات البحثية التأثير الإيجابي للعلاج بالقبول والالتزام في الحد من أعراض القلق والاكتئاب والألم المزمن وتعاطي المخدرات والعديد من الصعوبات النفسية الأخرى، كما أظهر العلاج بالقبول والالتزام، دور في تعزيز الرفاهية النفسية ونوعية الحياة، حتى في غياب علم النفس المرضي.

- **التكامل مع الأساليب العلاجية الأخرى:** يتوافق العلاج بالقبول والالتزام مع العلاجات الأخرى القائمة على الأدلة ويمكن دمجها معها، مثل العلاج السلوكي

المعرفي (CBT) والعلاج السلوكي الجدلي (DBT) و تسمح هذه الأساليب التكاملية للمعالجين بتخصيص خطط العلاج لتلبية الاحتياجات الفريدة لعملائهم وتحقيق أقصى قدر من النتائج العلاجية.

من خلال ما سبق نلاحظ بأن العلاج بالقبول والالتزام يركز على الإطار النظري لنظرية الإطار العلائقي (RFT) ويتضمن ست عمليات أساسية تعزز المرونة النفسية والرفاهية، كما حصل العلاج بالقبول والالتزام على دعم تجريبي لفعالته في علاج مجموعة واسعة من الصعوبات النفسية، من خلال تبني القبول، والانصهار المعرفي، والاتصال باللحظة الحالية، والذات كسياق، وتوضيح القيم، والعمل الملتزم، يمكن للأفراد زراعة حياة غنية وذات مغزى، بغض النظر عن صراعاتهم الداخلية.

4. تقنيات العلاج بالقبول والالتزام

● **التقنيات القائمة على اليقظة:** اليقظة هي حجر الزاوية في العلاج بالقبول والالتزام، وويتم دمجها في التقنيات العلاجية المختلفة.، وتساعد تمارين اليقظة، مثل التنفس الواعي أو مسح الجسم، الأفراد على تطوير الوعي في الوقت الحاضر والملاحظة غير القضائية لأفكارهم وعواطفهم وأحاسيسهم الجسدية، من خلال ممارسة اليقظة الذهنية، كما يمكن للأفراد زيادة قدرتهم على البقاء حاضرين وقبول تجاربهم دون الوقوع في الحكم أو التجنب. (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012)

● **تقنيات التسريب المعرفي:** تهدف تقنيات التسريب المعرفي إلى مساعدة الأفراد على إبعاد أنفسهم عن الأفكار والمعتقدات غير المفيدة.، والهدف ليس تغيير محتوى الأفكار ولكن تغيير العلاقة معهم.، وتساعد تقنيات مثل الأوراق على التيار أو "تصنيف الأفكار الأفراد على مراقبة أفكارهم على أنها أحداث عقلية عابرة بدلا من انها حقائق، ويسمح هذا التفرغ للأفراد بتقليل تأثير التفكير السلبي وخلق مساحة نفسية لمزيد من الاستجابات التكيفية، (Harris, 2009)

● **تقنيات توضيح القيم:** يساعد توضيح القيم الأفراد على تحديد وتوضيح قيمهم الشخصية، والتي تعمل كمبادئ توجيهية لأفعالهم وقراراتهم، و يسهل المعالج المناقشات أو التمارين أو الصور الموجهة لمساعدة الأفراد على استكشاف قيمهم الراسخة والتعبير عنها، من خلال هذه العملية، و يكتسب الأفراد وضوحا حول ما يهمهم حقا ويمكنهم مواءمة سلوكياتهم مع قيمهم المحددة. (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006)

● **تقنيات العمل الملتمزم:** تساعد تقنيات العمل الملتمزم الأفراد على اتخاذ خطوات ملموسة نحو العيش بما يتماشى مع قيمهم، و يساعد المعالجون العملاء على تحديد أهداف محددة وذات مغزى، وتقسيمها إلى خطوات قابلة للتنفيذ، وتطوير استراتيجيات للتغلب على العقبات، و ينصب التركيز على الانخراط المستمر في الإجراءات التي تساهم في حياة غنية وذات مغزى، حتى في مواجهة التحديات أو عدم الراحة (Strosahl, Hayes, و Wilson, 2012).

● **الاستعارات والتمارين التجريبية:** كثيرا ما تستخدم الاستعارات والتمارين التجريبية في العلاج بالقبول والالتزام لمساعدة الأفراد على فهم المفاهيم المعقدة وتعزيز التعلم التجريبي.، قد يستخدم المعالجون استعارات مثل ركاب الحافلة لتمثيل الأفكار والعواطف المختلفة أو "شد الحبل" لتوضيح الصراع مع الصراعات الداخلية، وتسمح التمارين التجريبية، مثل لعب الأدوار أو الصور، للأفراد بالتفاعل مباشرة مع أفكارهم ومشاعرهم وقيمهم، مما يعزز فهمهم وتطبيقهم لمبادئ العلاج بالقبول والالتزام (Strosahl, Hayes, و Wilson، 2012)

● **تقنيات القبول والاستعداد:** يؤكد العلاج بالقبول والالتزام على قبول التجارب الداخلية للفرد، بما في ذلك الأفكار والعواطف والأحاسيس، و تتضمن تقنيات القبول الاعتراف بهذه التجارب والسماح لها بالظهور دون محاولة قمعها أو السيطرة عليها، كما تركز تقنيات الاستعداد على استعداد الأفراد لتجربة عدم الراحة أو تحدي المشاعر في السعي لتحقيق قيمهم وأهدافهم، و هذا يساعد الأفراد على تطوير المرونة النفسية وتقليل الصراع مع الأفكار والعواطف غير المرغوب فيها. (Harris، 2009)

● **إعادة الهيكلة المعرفية:** تهدف تقنيات إعادة الهيكلة المعرفية في العلاج بالقبول والالتزام إلى مساعدة الأفراد على تحدي وتعديل أنماط التفكير غير المفيدة أو الجامدة.، ويساعد المعالجون الأفراد في فحص الأدلة المؤيدة والمعارضة لأفكارهم ومعتقداتهم، والنظر في وجهات نظر بديلة، وتحديد طرق تفكير أكثر

تكيفاً، تعزز هذه العملية المرونة المعرفية وتساعد الأفراد على تطوير علاقة صحية مع أفكارهم. (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006)

5. الانتقادات الموجهة للعلاج بالتقبل والالتزام (ACT)

- **نقص الأدلة التجريبية:** أحد الانتقادات الموجهة للعلاج بالتقبل والالتزام هو الكمية المحدودة من الأدلة التجريبية عالية الجودة التي تدعم فعاليتها مقارنة بالعلاجات الأخرى.، ويرى بعض النقاد بأن قاعدة البحث الخاصة به، صغيرة نسبياً وأن هناك حاجة إلى مزيد من الدراسات ذات أحجام عينات أكبر ومنهجيات صارمة لإثبات فعاليتها عبر مختلف السكان ومخاوف الصحة العقلية (Hofmann, Asmundson, & Beck, 2013).

- **عدم وجود بروتوكول موحد:** يشتهر العلاج بالتقبل والالتزام بمرونتها ونهجها الفردي، مما يسمح للمعالجين بتكييف التدخلات مع الاحتياجات الفريدة لكل عميل، يرى النقاد بأن هذا الافتقار إلى بروتوكول موحد قد يعيق الاتساق وتكرار نتائج العلاج عبر المعالجين والإعدادات المختلفة، إن عدم وجود نهج علاجي يدوي، يمكن أن يجعل من الصعب مقارنة وتقييم فعالية تدخلات العلاج القائم على التقبل والالتزام. (Westra, Arkowitz, & Dozois, 2009)

- **تركيز محدود على الحد من الأعراض:** يركز العلاج بالتقبل والالتزام بشكل أساسي على القبول والعمل المدفوع بالقيم، وغالباً ما يعطي الأولوية للمرونة

النفسية على تقليل الأعراض، و يرى النقاد بأن هذا النهج قد لا يعالج بشكل كامل الضيق والمعاناة الفورية التي يعاني منها الأفراد الذين يبحثون عن العلاج، وقد ينظر إلى التركيز على القبول والالتزام بالقيم على أنه تجاهل لأهمية التخفيف من الأعراض ويمكن أن يستفيد من نهج أكثر تكاملاً. (Eifert, Forsyth, J, & Arch, 2009)

● **التكيف الثقافي المحدود:** يعكس، كما تم تطويره في الأصل، القيم الثقافية الغربية وقد يتطلب مزيداً من التكيف لتلبية احتياجات الأفراد من خلفيات ثقافية متنوعة بشكل فعال، ويرى النقاد بأن التركيز على الفردية وتحقيق الذات في العلاج بالتقبل والالتزام قد لا يتردد صداه تماماً مع الثقافات الجماعية، حيث تكون العلاقات المجتمعية والشخصية مركزية. يعد تكيف تدخلات القائمة على التقبل والالتزام، لتكون أكثر حساسية من الناحية الثقافية أمراً ضرورياً لضمان أهميتها وفعاليتها عبر مجموعات سكانية متنوعة.

● **الاهتمام المحدود بالصدمة:** انتقاد آخر للعلاج بالتقبل والالتزام هو تركيزه المحدود على القضايا المتعلقة بالصدمة. في حين أنه يمكن أن يكون مفيداً للأفراد الذين يعانون من الصدمات، ويرى النقاد بأنه قد لا يعالج بشكل كافٍ الاحتياجات والتعقيدات الفريدة للناجين من الصدمات، وقد تكون العلاجات التي تركز على الصدمات، مثل إزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة (EMDR) أو العلاج السلوكي المعرفي الذي يركز على الصدمات (TF-CBT)، أكثر ملاءمة للأفراد الذين لديهم تاريخ كبير من الصدمات.

(Powers, Zum Vörde Sive Vörding, & Emmelkamp, 2009)

- **تركيز محدود على الحد من الأعراض:** يركز العلاج بالقبول والالتزام ، بشكل أساسي على القبول والعمل المدفوع بالقيم، وغالبا ما يعطي الأولوية للمرونة النفسية على تقليل الأعراض، ويرى النقاد بأن هذا النهج قد لا يعالج بشكل كامل الضيق والمعاناة الفورية التي يعاني منها الأفراد الذين يبحثون عن العلاج. قد ينظر إلى التركيز على القبول والالتزام بالقيم على أنه تجاهل لأهمية التخفيف، ومن الأعراض ويمكن أن يستفيد من نهج أكثر تكاملا. (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006)

- **احتمال سوء التطبيق:** يثير النقاد مخاوف بشأن سوء التطبيق المحتمل لتقنيات العلاج بالقبول والالتزام من قبل المعالجين دون تدريب أو فهم كاف، تتطلب الطبيعة المعقدة للعلاج بالقبول والالتزام ممارسين مهرة وذوي معرفة يمكنهم تصميم التدخلات بشكل فعال وفقا لاحتياجات العملاء الفردية، وبدون التدريب المناسب، هناك خطر إساءة تفسير تقنيات العلاج بالقبول والالتزام أو الإفراط في تبسيطها ، مما قد يؤدي إلى نتائج علاجية غير فعالة أو غير مناسبة. (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006)

1. أسس ومبادئ العلاج القائم على التنشيط السلوكي Behavioral Activation Treatment

العلاج القائم على التنشيط السلوكي (BA) هو علاج متحذر من مبادئ علم النفس السلوكي ويعتمد على الاعتقاد بأن سلوك الشخص يلعب دوراً حاسماً في التأثير على حالته العاطفية، و تم تطوير علاج العلاج القائم على التنشيط السلوكي ، كبديل للعلاج السلوكي المعرفي ، ويركز على زيادة المشاركة في الأنشطة الإيجابية والهادفة للتخفيف من أعراض الاكتئاب، من خلال فهم الأسس والمبادئ النظرية التي سنحاول توضيحها فيما يلي:

1.1 الأسس النظرية:

- النظرية السلوكية: يركز العلاج القائم على التنشيط السلوكي على النظرية السلوكية التي تفترض أن السلوكيات تتأثر بعواقبها، يؤكد على أهمية العوامل البيئية والتعزيز والعقاب في تشكيل السلوك البشري. في سياق الاكتئاب، تشير النظرية السلوكية إلى أن أعراض الاكتئاب لدى الفرد قد تنشأ بسبب نقص التعزيز الإيجابي أو تاريخ من سلوكيات التجنب.
- نظرية التعزيز: تعتبر مبادئ نظرية التعزيز، وخاصة التعزيز الإيجابي، أساسية في علاج العلاج القائم على التنشيط السلوكي، و يتضمن التعزيز الإيجابي تحديد وزيادة السلوكيات المحزية والممتعة، من خلال الانخراط في أنشطة ممتعة، يمكن للأفراد تجربة التعزيز الإيجابي، والذي يمكن أن يعزز مزاجهم ورفاههم العام.

2.1 مبادئ العلاج القائم على التنشيط السلوكي:

- التقييم السلوكي: تتضمن الخطوة الأولى في علاج العلاج القائم على التنشيط السلوكي إجراء تقييم سلوكي شامل لتحديد أنماط السلوك، وتعزيز المحفزات،

والحواجز المحتملة أمام المشاركة في الأنشطة الإيجابية، و يهدف هذا التقييم إلى اكتساب نظرة ثاقبة على الروتين اليومي للفرد والتفاعلات الاجتماعية والأنشطة التي تجلب لهم الفرح أو الشعور بالإنجاز.

➤ **جدولة النشاط:** بناء على نتائج التقييم السلوكي، يعمل المعالج بشكل تعاوني مع العميل لتطوير جدول النشاط، و يتضمن هذا الجدول مجموعة من الأنشطة الممتعة والهادفة التي تتوافق مع قيم الفرد واهتماماته، تشجع عملية الجدولة العميل على زيادة مشاركته تدريجياً في الأنشطة الإيجابية ومراقبة مستويات مشاركته.

➤ **تعيين المهام المتدرجة:** في العلاج القائم على التنشيط السلوكي، يساعد المعالج العميل في تقسيم الأنشطة أو الأهداف الكبيرة إلى مهام أصغر يمكن التحكم فيها. تساعد هذه التقنية، المعروفة باسم تعيين المهام المتدرجة، الأفراد على التغلب على مشاعر الإرهاق وتعزز الشعور بالإنجاز أثناء إكمالهم خطوات أصغر نحو أهدافهم، وتسمح الزيادة التدريجية في صعوبة المهام وتعقيدها بالتوسع التدريجي في الذخيرة السلوكية للفرد.

➤ **التحليل الوظيفي:** يستخدم العلاج بالتحليل الوظيفي لفهم العلاقة بين السلوك والمزاج، من خلال استكشاف سوابق وعواقب السلوك، يمكن للمعالجين تحديد الأنماط التي تعزز السلوكيات السلبية أو التجنب، من خلال هذا التحليل، يكتسب العملاء نظرة ثاقبة حول كيفية مساهمة سلوكهم في أعراض الاكتئاب ويتعلمون تعديل استجاباتهم وفقاً لذلك.

➤ **منع الانتكاس:** تركز المرحلة الأخيرة من العلاج القائم على التنشيط السلوكي على تزويد الأفراد باستراتيجيات لمنع الانتكاس. يعمل المعالجون بشكل تعاوني مع العملاء لتطوير آليات التأقلم وتحديد المحفزات المحتملة وبناء نظام

دعم. تهدف الوقاية من الانتكاس إلى تعزيز المكاسب التي تحققت أثناء العلاج وتمكين الأفراد من الحفاظ على التغييرات السلوكية طويلة الأجل (Kanter, Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001) و (Ruggiero, Lejuez, Hopko, Busch, & Rusch, 2009) و (Eifert, 2003)

نستخلص مما سبق العلاج القائم على التنشيط السلوكي يركز على النظريات السلوكية والتعزيز، مما يوفر نهجا عمليا وفعالاً لعلاج الاكتئاب. من خلال إعطاء الأولوية للتغيير السلوكي وزيادة المشاركة في الأنشطة الإيجابية، القائم على التنشيط السلوكي بديلاً للتدخلات السلوكية المعرفية التقليدية.

2. مكونات و تقنيات و مراحل العلاج القائم على التنشيط السلوكي:

قمنا بمراجعة مجموعة من المصادر (Smith, Barkley, & Shapiro, 2018) و (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001) لحصر تقنيات و مكونات العلاج القائم على التنشيط السلوكي.

1.2 مكونات العلاج القائم على التنشيط السلوكي:

- **التقييم السلوكي:** يتضمن المكون الأولي القائم على التنشيط السلوكي ومراحله تقييمًا سلوكيًا شاملاً، يهدف هذا التقييم إلى تحديد أنماط السلوك وميول التجنب أو الانسحاب ومصادر التعزيز أو العقاب، من خلال استكشاف الروتين اليومي والتفاعلات الاجتماعية والأنشطة التي تجلب الفرح أو الشعور بالإنجاز، يكتسب المعالجون نظرة ثاقبة على الذخيرة السلوكية للفرد والعوامل التي تساهم في أعراض الاكتئاب.

- **مراقبة النشاط وجدولته:** بناء على نتائج التقييم السلوكي، يتعاون المعالجون مع العملاء لتطوير نظام مراقبة النشاط.، يتضمن ذلك تتبع الأنشطة اليومية وتقلبات الحالة المزاجية ومستوى المشاركة في كل نشاط. ثم يتم استخدام جدول النشاط لإنشاء روتين منظم وزيادة المشاركة في أنشطة ممتعة وذات مغزى، يتم تشجيع العملاء على تحديد الأنشطة التي تتماشى مع قيمهم واهتماماتهم وأهدافهم الشخصية.
- **تعيين المهام المتدرجة:** يعد تعيين المهام المتدرج مكونا أساسيا في القائم على التنشيط السلوكي ومراحله ، حيث يتضمن تقسيم الأنشطة أو الأهداف الأكبر إلى مهام أصغر يمكن التحكم فيها. يسمح هذا النهج للأفراد بالانخراط تدريجيا في الأنشطة التي ربما تجنبوها سابقا بسبب مشاعر الإرهاق أو انخفاض الدافع، من خلال البدء بخطوات صغيرة قابلة للتحقيق وزيادة صعوبة المهام وتعقيدها تدريجيا، يشعر العملاء بشعور بالإنجاز ويننون الزخم نحو أهدافهم.
- **التحليل الوظيفي:** التحليل الوظيفي هو جانب حاسم من العلاج، يهدف إلى فهم العلاقة بين السلوك والمزاج، يعمل المعالجون مع العملاء لتحديد المحفزات والسوابق وعواقب سلوكيات معينة. من خلال فحص كيفية تعزيز السلوكيات أو معاقبتها، يكتسب الأفراد نظرة ثاقبة حول كيفية مساهمة أفعالهم في أعراض الاكتئاب لديهم. يساعد هذا التحليل العملاء على تطوير استراتيجيات لتعديل سلوكياتهم، واستبدال الأنماط غير القادرة على التكيف، وزيادة المشاركة في الأنشطة الإيجابية.
- **الوقاية من الانتكاس:** تعد الوقاية من الانتكاس مكونا حيويا في القائم على التنشيط السلوكي ومراحله، مع التركيز على تزويد الأفراد بالمهارات والاستراتيجيات للحفاظ على تقدمهم بعد جلسات العلاج. يعمل المعالجون

بشكل تعاوني مع العملاء لتطوير آليات تكيف فعالة وتحديد المحفزات المحتملة وإنشاء شبكة دعم. من خلال التعرف على علامات الإنذار المبكر وتنفيذ استراتيجيات استباقية، يمكن للأفراد منع الانتكاس والحفاظ على التغييرات السلوكية طويلة الأجل.

- **التعاون بين المعالج والعميل وتحديد الأهداف:** يعد التعاون بين المعالج والعميل أمراً أساسياً لعلاج العلاج القائم على التنشيط السلوكي. يعمل المعالج بالشراكة مع العميل لتحديد أهداف العلاج وتحديد القيم ووضع أهداف ذات مغزى، من خلال المناقشات التعاونية، يكتسب العملاء ملكية علاجهم ويتطورون إحساساً بالتمكين والتحفيز. تساعد الأهداف الواضحة والمحددة في توجيه العملية العلاجية وتوفير إطار لرصد التقدم.

2.2 تقنيات العلاج القائم على التنشيط السلوكي:

- **استراتيجيات التنشيط السلوكي:** تم تصميم استراتيجيات التنشيط السلوكي لمواجهة التجنب وزيادة المشاركة في السلوكيات الإيجابية. تتضمن هذه الاستراتيجيات التجارب السلوكية، حيث يختبر الأفراد معتقداتهم أو افتراضاتهم حول أنشطة معينة لتحدي الأفكار أو التوقعات السلبية، و يتضمن الواجب المنزلي للتنشيط السلوكي ممارسة المشاركة في الأنشطة الإيجابية بشكل مستقل بين جلسات العلاج. هذا يساعد العملاء على بناء الثقة والتحفيز في متابعة الأنشطة التي تجلب لهم السعادة والشعور بالإنجاز.
- **إعادة الهيكلة المعرفية:** إعادة الهيكلة المعرفية هي تقنية تستخدم في العلاج القائم على التنشيط السلوكي لتحديد وتحدي أنماط التفكير السلبية التي تساهم في أعراض الاكتئاب. يتعلم العملاء التعرف على أفكارهم التلقائية السلبية وإعادة

صياغتها عن طريق استبدالها بأفكار أكثر واقعية وإيجابية. تساعد هذه العملية الأفراد على تطوير منظور أكثر توازناً وتكيفاً ، مما يؤدي إلى تقليل أعراض الاكتئاب.

- **مهارات حل المشكلات:** تعد مهارات حل المشكلات جزءاً لا يتجزأ من علاج العلاج القائم على التنشيط السلوكي لأنها تمكن الأفراد من التغلب على العقبات والانخراط في سلوكيات حل المشكلات التكيفية. يوجه المعالجون العملاء في تحديد المشكلات وتوليد الحلول المحتملة وتقييم إيجابيات وسلبيات كل خيار. من خلال معالجة المشكلات بشكل ممنهج ، يطور العملاء آليات تكيف فعالة ، ويحسنون مهارات صنع القرار ، ويعززون قدراتهم على حل المشكلات.

3.2 مراحل العلاج القائم على التنشيط السلوكي

- **مرحلة ما قبل العلاج:** خلال مرحلة ما قبل العلاج ، ينشئ المعالجون تحالفاً علاجياً مع العميل ، ويشرحون الأساس المنطقي وراء علاج BA ، ويقدمون نظرة عامة على عملية العلاج. تتم مناقشة أهداف العميل وتوقعاته والحوجز المحتملة أمام المشاركة ، ويتم التأكيد على أهمية الالتزام والمشاركة النشطة في العلاج.
- **التقييم السلوكي وصياغة الحالة:** تتضمن المرحلة الثانية إجراء تقييم سلوكي شامل لجمع معلومات حول سلوكيات العميل الحالية وروتينه ومحفزاته لأعراض الاكتئاب. يعمل هذا التقييم كأساس لصياغة الحالة ، مما يساعد المعالجين على فهم الفرد ، في سياق تجاربهم وظروفهم الفريدة.
- **تخطيط العلاج التعاوني:** في هذه المرحلة، يعمل المعالجون بشكل تعاوني مع العملاء لتطوير خطة علاج بناء على المعلومات التي تم جمعها أثناء التقييم، تتضمن خطة العلاج تحديد أهداف محددة وتحديد السلوكيات المستهدفة وتحديد الاستراتيجيات والتقنيات التي سيتم استخدامها أثناء العلاج.

● **تنفيذ الاستراتيجيات السلوكية:** بمجرد وضع خطة العلاج، يبدأ العملاء في تنفيذ استراتيجيات سلوكية لزيادة مشاركتهم في الأنشطة الإيجابية. قد يتضمن ذلك استخدام نماذج مراقبة النشاط وجدولة الأنشطة وإدخال تعيينات المهام المتدرجة تدريجياً. يقدم المعالجون التوجيه والدعم والتعليقات طوال هذه العملية، مما يساعد العملاء على التغلب على الحواجز والحفاظ على الدافع.

● **التقييم والتعديل المستمر:** طوال عملية العلاج، يعد التقييم المستمر وتعديل خطة العلاج أمراً ضرورياً. يقوم المعالجون بانتظام بتقييم التقدم المحرز وتقييم فعالية الاستراتيجيات المنفذة وإجراء التعديلات اللازمة لتحسين النتائج. تضمن هذه العملية التكرارية أن يظل العلاج مصمماً وفقاً لاحتياجات العميل وظروفه المتطورة.

● **الإنهاء و منع الانتكاس:** عندما يحرز العملاء تقدماً كبيراً ويحققون أهدافهم العلاجية، يدخل العلاج مرحلة الإنهاء. يقوم المعالجون بمراجعة التقدم المحرز، وتعزيز المكاسب، وإعداد العملاء للانتقال إلى الصيانة المستقلة لتغييراتهم السلوكية. تتم مناقشة استراتيجيات الوقاية من الانتكاس وممارستها لتزويد العملاء بالمهارات والموارد اللازمة للحفاظ على تقدمهم بعد العلاج.

نستخلص مما سبق ذكره أن العلاج القائم على التنشيط السلوكي يشمل العديد من المكونات والمراحل الرئيسية التي تساهم في فعاليته في علاج الاكتئاب، من خلال إجراء تقييم سلوكي شامل، وتنفيذ مراقبة النشاط وجدولته، واستخدام مهام المهام المتدرجة، وإجراء التحليل الوظيفي، والتأكيد على الوقاية من الانتكاس، يقدم علاج القائم على التنشيط السلوكي ومراحله علاجاً منظماً وقائماً على الأدلة لمعالجة أعراض الاكتئاب، إن فهم مكونات ومراحل العلاج بمكتبة الإسكندرية يوفر للأطباء والباحثين رؤية قيمة لتنفيذ هذا النهج العلاجي ودعم الأفراد في رحلتهم نحو التعافي وتحسين الرفاهية، يمكن أن يساهم المزيد من البحث والاستكشاف السريري للعلاج.

3. انتقادات العلاج القائم على التنشيط السلوكي

اكتسب العلاج القائم على التنشيط السلوكي، اعترافاً كنهج علاجي فعال للاكتئاب. ومع ذلك، مثل أي تدخل علاجي، فإنه ليس محصناً ضد النقد. تقدم هذه المقالة تحليلاً شاملاً لأهم الانتقادات الموجهة إلى العلاج القائم على التنشيط السلوكي، نستكشف المخاوف المتعلقة بالتركيز المفرط على السلوك، والاهتمام المحدود بالعمليات المعرفية الأساسية، والتحديات المحتملة مع الالتزام بالعلاج، وتعميم النتائج، وتتناول في هذا العرض أهم الانتقادات الموجهة ضد العلاج القائم على التنشيط السلوكي، وتلقي الضوء على القيود والتحديات المرتبطة بتطبيقه.

1.3 التركيز المفرط على السلوك: أحد الانتقادات للعلاج هو تركيزه الحصري على السلوك مع التقليل من دور العمليات المعرفية، يجادل النقاد بأن الاكتئاب ينطوي على أنماط معرفية معقدة ودورات تفكير سلبية تحتاج أيضاً إلى معالجة للعلاج الشامل. يجادل البعض بأن إهمال العوامل المعرفية قد يحد من فعالية العلاج القائم على التنشيط السلوكي على المدى الطويل.

2.3 الاهتمام المحدود بالعمليات المعرفية الأساسية: تم انتقاد العلاج القائم على التنشيط السلوكي لعدم معالجة التشوهات المعرفية وأنماط التفكير المختلفة وظيفياً التي تساهم في أعراض الاكتئاب بشكل كافٍ، يجادل النقاد بأن دمج التقنيات المعرفية، مثل إعادة الهيكلة المعرفية وتحدي المعتقدات السلبية، يمكن أن يعزز فعالية العلاج القائم على التنشيط السلوكي من خلال استهداف كل من السلوك والإدراك.

3.3 الالتزام بالعلاج والتردد: انتقاد آخر للعلاج القائم على التنشيط السلوكي هو التحديات المحتملة مع الالتزام بالعلاج ومقاومة العملاء الأولية للانخراط في

الأنشطة الإيجابية. قد يجد بعض الأفراد صعوبة في كسر أنماط التجنب المتأصلة وقد يقاومون الجدولة والانخراط في الأنشطة التي يرون أنها صعبة أو غير ممتعة. ويرى النقاد بأن معالجة حواجز الالتزام بالعلاج والعوامل التحفيزية أمر بالغ الأهمية للتنفيذ الناجح للعلاج القائم على التنشيط السلوكي.

4.3 قابلية تعميم النتائج: يشكك النقاد في قابلية تعميم نتائج العلاج القائم على التنشيط السلوكي خارج نطاق العلاج، بينما أثبتت الدراسات فعالية في الحد من أعراض الاكتئاب، تنشأ مخاوف بشأن الحفاظ على المكاسب وقدرة الأفراد على نقل المهارات المكتسبة إلى مواقف الحياة الحقيقية، يجادل النقاد بأن هناك حاجة إلى مزيد من البحث لدراسة الآثار طويلة المدى وقابلية تعميم نتائج العلاج القائم على التنشيط السلوكي.

5.3 الفروق الفردية وتكييف العلاج: يجادل النقاد بأن العلاج القائم على التنشيط السلوكي قد لا يفسر بشكل كاف الفروق الفردية والاحتياجات الفريدة لكل عميل. و قد لا تعالج البروتوكولات والتقنيات الموحدة المستخدمة فيه، بشكل كامل مجموعة متنوعة من العوامل التي تساهم في الاكتئاب، يؤكد النقاد على أهمية تكييف العلاج مع الظروف الفردية والتفضيلات والخلفيات الثقافية لتحسين النتائج (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007)، (Ekers, et al.)

1. الأسس النظرية ومبادئ العلاج القائم على التحليل المعرفي

Cognitive analytic therapy

➤ النموذج المعرفي: النموذج المعرفي هو فكرة أن أفكارنا تؤثر على مشاعرنا وسلوكياتنا. فإذا اعتقدنا أننا سنفشل في الامتحان، فمن المحتمل أن نشعر بالقلق ونتجنب الدراسة. إذا اعتقدنا أننا لسنا جيدين بما فيه الكفاية، فمن المحتمل أن نشعر بالاكئاب والانسحاب.

➤ النموذج السلوكي: النموذج السلوكي هو فكرة أنه يمكن تغيير سلوكياتنا عن طريق تغيير طريقة تفكيرنا وشعورنا. فإذا كنا خائفين من العناكب، فيمكننا أن نتعلم التغلب على خوفنا من خلال تعريض أنفسنا تدريجياً للعناكب في بيئة آمنة وخاضعة للرقابة.

➤ نموذج علاقات الكائنات: نموذج علاقات الكائن هو فكرة أن علاقاتنا المبكرة مع مقدمي الرعاية لدينا تشكل الطريقة التي نفكر بها ونشعر بها تجاه أنفسنا والآخرين.، فإذا كان لدينا مقدم رعاية كان ناقدا ورافضا، فقد تطور صورة ذاتية سلبية وصعوبة في الثقة بالآخرين. (Ryle, 2007)

➤ المبادئ القائمة على الأدلة: يتبع العلاج القائم على التحليل المعرفي العديد من المبادئ القائمة على الأدلة. إنه تعاوني، مع التركيز على التحالف العلاجي بين المعالج والفرد. يوفر المعالجون الثقيف النفسي حول العلاقة بين الأفكار والعواطف والسلوكيات، مما يمكن الأفراد من أن يصبحوا مشاركين نشطين في علاجهم (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012)

وتتلخص أهم مبادئ العلاج القائم على التحليل المعرفي في:

➤ **التعاون:** العلاج القائم على التحليل المعرفي هو علاج تعاوني، مما يعني أن المعالج والعميل يعملان معا لتحديد مشاكل العميل وتغييرها.

➤ **التركيز على الحاضر:** يركز العلاج القائم على التحليل المعرفي على مشاكل العميل الحالية، بدلا من ماضيهم.

➤ **استخدام التركيبة:** يعمل المعالج والعميل معا لإنشاء تركيبة العلاج القائم على التحليل المعرفي، وهي عبارة عن رسم تخطيطي يوضح كيفية ارتباط مشاكل العميل بأفكاره ومشاعره وسلوكياته.

➤ **التركيز على أنماط عدم التكيف المبكرة:** يركز العلاج القائم على التحليل المعرفي على أنماط العميل المبكرة غير القادرة على التكيف، وهي أنماط غير مفيدة من التفكير والشعور والسلوك التي تطورت في مرحلة الطفولة. (Beck, 2011)

2. مكونات و مراحل العلاج القائم على التحليل المعرفي :

العلاج القائم على التحليل المعرفي (CBAST) هو شكل من أشكال العلاج النفسي الذي يهدف إلى تحديد وتعديل الأفكار والمعتقدات والعمليات المعرفية غير القادرة على التكيف. من خلال استهداف هذه العوامل المعرفية، يسعى إلى تخفيف المشكلات العاطفية وتحسين الرفاهية النفسية بشكل عام، تستمد مكونات CBAST من علم النفس المعرفي، الذي يؤكد على تأثير الأفكار على العواطف والسلوكيات.

■ **التقييم المعرفي:** تتضمن المرحلة الأولى من العلاج القائم على التحليل المعرفي تقييما معرفيا شاملا، يساعد هذا التقييم المعالجين على تحديد أنماط التفكير المختلفة وظيفيا والتحيزات المعرفية والمعتقدات غير القادرة على التكيف التي تساهم في الاضطراب العاطفي.، تستخدم أدوات وتقنيات التقييم المختلفة، مثل المقابلات واستبيانات التقرير الذاتي والاختبارات المعرفية، لجمع معلومات حول الأداء المعرفي للعميل. (Clark & Beck, 2010)

■ **إعادة الهيكلة المعرفية وإعادة الهيكلة المعرفية** : هي عنصر أساسي في العلاج القائم على التحليل المعرفي، وينطوي على تحديد وتحدي الأفكار غير العقلانية أو السلبية واستبدالها ببدائل أكثر تكيفا وواقعية، يعمل المعالجون بشكل تعاوني مع العملاء لفحص الأدلة المؤيدة والمعارضة لمعتقداتهم، والنظر في وجهات نظر بديلة، وتطوير طرق تفكير جديدة أكثر انسجاما مع الواقع. (Beck, 2011)

■ **التجارب السلوكية**: تستخدم التجارب السلوكية في العلاج القائم على التحليل المعرفي لاختبار صحة المعتقدات وأنماط التفكير غير القادرة على التكيف. من خلال الانخراط في مهام سلوكية محددة، يمكن للعملاء جمع أدلة مباشرة لتحدي تشوهادهم المعرفية، توفر هذه التجارب فرصا للعملاء لتجربة نتائج بديلة وتعزيز التفكير الأكثر تكيفا. (Butle, Chapman, Forman, & Beck, 2006)

■ **استراتيجيات ما وراء المعرفة**: يتضمن العلاج القائم على التحليل المعرفي استراتيجيات ما وراء المعرفة لمساعدة العملاء على تطوير الوعي بعمليات التفكير الخاصة بهم، من خلال ما وراء المعرفة، ويتعلم العملاء التعرف على استجاباتهم المعرفية والعاطفية وتنظيمها، هذا الوعي يمكنهم من تحديد ومقاطعة دورات التفكير السلبية، وتعزيز قدرتهم على التعامل مع المواقف المؤلمة. (Butle, Chapman, Forman, & Beck, 2006)

■ **التثقيف النفسي**: يلعب التثقيف النفسي دورا مهما في العلاج القائم على التحليل المعرفي، لأنه يساعد العملاء على فهم العلاقة بين أفكارهم وعواطفهم وسلوكياتهم، يوفر المعالجون التثقيف حول العمليات المعرفية والتحييزات المعرفية وتأثير الأفكار على الرفاهية العاطفية، تمكن هذه المعرفة العملاء من المشاركة بنشاط في علاجهم واتخاذ خطوات نحو التغيير.

■ **الواجبات المنزلية** تستخدم الواجبات المنزلية بشكل شائع في العلاج القائم على التحليل المعرفي لتسهيل تطبيق التقنيات العلاجية خارج جلسة العلاج يتم إعطاء العملاء المهام التي تشجع على ممارسة إعادة الهيكلة المعرفية والتجارب السلوكية واستراتيجيات ما وراء المعرفة. يعزز الانتهاء المنتظم من الواجبات المنزلية تعميم المكاسب العلاجية على مواقف الحياة الحقيقية.

■ **منع الانتكاس:** يؤكد العلاج القائم على التحليل المعرفي على استراتيجيات الوقاية من الانتكاس لمساعدة العملاء على الحفاظ على التقدم المحرز أثناء العلاج. يتعلم العملاء تحديد المحفزات ومراقبة أفكارهم وعواطفهم وتنفيذ استراتيجيات المواجهة لمنع الانتكاس، يعمل تطوير أنماط التفكير التكيفي ومهارات حل المشكلات الفعالة كعامل وقائي ضد الضائقة العاطفية في المستقبل. (Simons, & Gaher, 2005)

■ **التفرد والمرونة:** العلاج القائم على التحليل المعرفي هو نهج علاجي مرن يصمم التدخلات لتلبية احتياجات العملاء الفردية. يقوم المعالجون بتكييف التقنيات والاستراتيجيات بناء على الأسلوب المعرفي للعميل وتفضيلاته وأهدافه. يضمن هذا التفرد تخصيص العلاج وزيادة فرص النجاح العلاجي.

■ **التكامل مع الأساليب العلاجية الأخرى** يمكن دمج العلاج القائم على التحليل المعرفي مع الطرائق العلاجية الأخرى لتلبية الاحتياجات الفريدة للعملاء، كدمج العلاج القائم على التحليل المعرفي مع التقنيات القائمة على الذهن لتعزيز الوعي الذاتي وقبول الأفكار والعواطف، كما يمكن دمجها مع العلاجات السلوكية لمعالجة أنماط سلوكية محددة مرتبطة بالتشوهات المعرفية.

■ **العلاقة العلاجية** هي عنصر أساسي في العلاج القائم على التحليل المعرفي بحيث يوفر المعالجون بيئة داعمة وغير قضائية حيث يشعر العملاء بالراحة في التعبير عن

أفكارهم وعواطفهم.، يعد التحالف العلاجي القوي أمراً بالغ الأهمية لتعزيز الثقة والتعاون والتواصل المفتوح، وهو أمر ضروري لفعالية CBAST.

■ **التقييم والرصد:** العلاج القائم على التحليل المعرفي يشمل التقييم المستمر ومراقبة التقدم العلاجي.، ويقوم المعالجون بانتظام بتقييم فعالية التدخلات، وجمع التعليقات من العملاء، وإجراء التعديلات حسب الحاجة، كما يمكن استخدام مقاييس النتائج ومقاييس التقرير الذاتي لقياس التغيرات في الأنماط المعرفية والرفاهية العاطفية بشكل موضوعي. (Padesky & Mooney, 2012)

■ **قاعدة البحوث والأدلة:** العلاج القائم على التحليل المعرفي مدعوم بمجموعة متزايدة من الأبحاث والأدلة. حيث أثبتت الدراسات فعاليته في علاج الاضطرابات النفسية المختلفة، مثل الاكتئاب والقلق واضطراب الوسواس القهري.، كما سلطت الأبحاث الضوء على الفوائد طويلة الأجل للعلاج القائم على التحليل المعرفي في تقليل معدلات الانتكاس وتحسين الأداء العام.

■ **التدريب والكفاءة للتنفيذ:** يحتاج المعالجون إلى تدريب متخصص وكفاءة في التقنيات القائمة على التحليل المعرفي، ويعد التطوير المهني المستمر والإشراف أمراً ضرورياً للمعالجين للبقاء على اطلاع بأحدث التطورات في هذا المجال والحفاظ على المهارات اللازمة لتقديم العلاج القائم على التحليل المعرفي عالي الجودة. (Clark & Beck, 2010)

3. تقنيات العلاج القائم على التحليل المعرفي

يجمع العلاج القائم على التحليل المعرفي بين الأسس النظرية من علم النفس المعرفي والتقنيات العلاجية العملية لمعالجة أنماط التفكير المختلفة والعمليات المعرفية، اخترنا أهمها من خلال الاطلاع على (Leahy, 2003)، (Wells, 2009)، (Beck, 2011):

■ **الجدال السقراطي:** الاستجواب السقراطي هو أسلوب أساسي في العلاج القائم على التحليل المعرفي ، يتضمن تحقيقا علاجيا موجها في أفكار العميل ومعتقداته وافتراضاته، من خلال الانخراط في حوار تعاوني، يشجع المعالجون العملاء على فحص الأدلة والاتساق المنطقي وصحة أنماطهم المعرفية بشكل نقدي، يساعد الاستجواب السقراطي العملاء على تحديد التشوهات المعرفية وتطوير أفكار بديلة أكثر تكيفا.

■ **سجلات الفكر:** تستخدم سجلات الفكر على نطاق واسع في العلاج القائم على التحليل المعرفي كأداة لتوثيق وتحدي الأفكار التلقائية السلبية، و يتم تشجيع العملاء على كتابة أفكارهم المؤلمة، وتحديد المشاعر والسلوكيات المرتبطة بها، وتحليل الأدلة التي تدعم أو تتناقض مع تلك الأفكار، تسهل سجلات الفكر إعادة الهيكلة المعرفية من خلال تعزيز الوعي بالتحيزات المعرفية وتعزيز تطوير التفكير المتوازن والواقعي.

■ **إعادة الصياغة المعرفية:** تتضمن إعادة الصياغة المعرفية تغيير منظور أو تفسير الموقف لتقليل ردود الفعل العاطفية السلبية، ويساعد المعالجون العملاء في تحديد التشوهات المعرفية، مثل التفكير بالأبيض والأسود أو التعميم المفرط، ومساعدتهم على إعادة صياغة هذه الأفكار بطريقة أكثر إيجابية وتكيفا. تعزز إعادة الصياغة المعرفية المرونة المعرفية وتشجع على استكشاف وجهات نظر بديلة.

■ **التجارب السلوكية:** تعمل التجارب السلوكية في CBAST كفرص تعليمية تجريبية لاختبار وتحدي المعتقدات والافتراضات غير القادرة على التكيف. ينخرط العملاء في مهام سلوكية محددة أو تمارين التعرض لجمع الأدلة التي تتعارض مع

أفكارهم المختلفة. توفر التجارب السلوكية فرصا للتعلم الجديد ، مما يعزز تطوير أنماط معرفية أكثر تكيفا.

■ **إعادة تقييم الفكر الكوارثي:** هي تقنية تستخدم لمساعدة العملاء على إعادة تقييم وتقليل التفكير الكارثي، يوجه المعالجون العملاء من خلال عملية استكشاف الاحتمالية الواقعية والعواقب المحتملة للأحداث المخيفة. من خلال تحدي التفسيرات الكارثية، يكتسب العملاء منظورا أكثر توازنا ويطورون استراتيجيات مواجهة لإدارة القلق والضيق.

■ **التباعد المعرفي:** يتضمن التباعد المعرفي مساعدة العملاء على خلق مسافة نفسية من أفكارهم وعواطفهم، وتهدف هذه التقنية إلى تقليل حدة ردود الفعل العاطفية وتعزيز الموضوعية في تقييم المحتوى المعرفي، و يشجع المعالجون العملاء على النظر إلى أفكارهم على أنها أحداث عقلية بدلا من الحقائق المطلقة، مما يعزز الشعور بالانفصال والملاحظة الذاتية.

■ **الصور الموجهة والتصوير:** تستخدم تقنيات الصور والتصوير الموجهة في العلاج القائم على التحليل المعرفي لتسهيل التغيير المعرفي، يتم توجيه العملاء من خلال التمارين العقلية التي تنطوي على تخيل سيناريوهات إيجابية أو مواقف صعبة بوضوح، وتساعد هذه التقنيات العملاء على إعادة صياغة استجاباتهم المعرفية وتعزيز تطوير أنماط تفكير بناءة وتكيفية أكثر.

■ **البروفة المعرفية:** تتضمن البروفة المعرفية ممارسة الاستجابات المعرفية التكيفية عقليا واستراتيجيات حل المشكلات، يتم تشجيع العملاء على تصور المواقف الصعبة والتدرب على طرق أكثر فعالية للتفكير والتصرف، و تساعد البروفة المعرفية العملاء على بناء المهارات المعرفية وتعزيز الثقة بالنفس وتحسين قدرتهم على التعامل مع مواقف الحياة الواقعية.

■ **التعرض المتدرج:** يتم استخدام التعرض المتدرج في العلاج القائم على التحليل المعرفي لمعالجة سلوكيات التجنب والمواقف المثيرة للقلق، ويوجه المعالجون العملاء من خلال عملية تدريجية ومنهجية لمواجهة المنبهات أو المواقف المخيفة، مما يسمح لهم بتحدي معتقداتهم غير العقلانية وتجربة انخفاض القلق بمرور الوقت، يعزز التعرض المتدرج إعادة تقييم التقييمات المعرفية وتطوير تفسيرات أكثر واقعية.

■ **إعادة التقييم المعرفي:** تتضمن إعادة التقييم المعرفي إعادة تفسير وإعادة تقييم معنى موقف أو حدث لتوليد المزيد من التكيف الاستجابات العاطفية. يساعد المعالجون العملاء على تحديد التفسيرات السلبية وتحديدها، مما يسهل تطوير وجهات نظر بديلة أكثر إيجابية. تعزز إعادة التقييم المعرفي التنظيم العاطفي وتعزز المرونة في مواجهة الظروف الصعبة.

■ **حل المشكلات التعاوني:** هو تقنية تستخدم في العلاج القائم على التحليل المعرفي لمعالجة الصعوبات المتعلقة بالتشوهات المعرفية وأنماط التفكير غير التكيفية، يعمل المعالجون بشكل تعاوني مع العملاء لتحديد الحلول العملية وتقييم جدواها وتنفيذ استراتيجيات للتغلب على العقبات المعرفية والسلوكية. يعزز حل المشكلات التعاوني التمكين ويعزز المشاركة النشطة في العملية العلاجية.

■ **الإرساء المعرفي:** يتضمن التثبيت المعرفي استخدام الأشياء أو الرموز أو الإشارات الملموسة لترسيخ وتعزيز الأفكار الإيجابية والتكيفية.، يساعد المعالجون العملاء على تحديد نقاط ارتكاز ذات مغزى يمكن أن تكون بمثابة تذكير بأنماط معرفية بناءة أكثر. يساعد الإرساء المعرفي في تحويل الانتباه بعيدا عن الأفكار السلبية وإعادة توجيه التركيز نحو المعتقدات الإيجابية والتمكينية.

■ **دفتر اليوميات المعرفي:** اليوميات المعرفية هو أسلوب يشجع العملاء على الانخراط في الكتابة التأملية المنتظمة حول أفكارهم وعواطفهم وتجاربهم، يتم توجيه

العملاء لاستكشاف الأنماط وتحديد التشوهات المعرفية وتوثيق حالات إعادة الهيكلة والنمو المعرفي، وتعزز اليوميات المعرفية الوعي الذاتي، وتوفر سجلاً للتقدم، وتعزز التأمل الذاتي المستمر.

■ **الواجبات المنزلية:** تتضمن مهام الواجبات المنزلية في CBAST ممارسة وتطبيق التقنيات العلاجية خارج جلسات العلاج. يتم إعطاء العملاء مهام محددة، مثل تمارين سجل الفكر، أو ممارسة إعادة الهيكلة المعرفية، أو التجارب السلوكية، لتعزيز التعلم وتسهيل تعميم المهارات على مواقف الحياة الحقيقية. تعزز الواجبات المنزلية المشاركة النشطة والتغيير الموجه ذاتياً.

4. الانتقادات الموجهة للعلاج القائم على التحليل المعرفي

تم استخدام العلاج القائم على التحليل المعرفي (CBAST) على نطاق واسع في علاج الاضطرابات النفسية المختلفة، إلا أنه تعرض إلى موجة من الانتقادات (Association, American Psychological, 2016)، (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012)، (Wampold & Imel, 2015) نحاول التعرف على بعضها فيما يلي:

■ **علاج اختزالي:** أحد الانتقادات الموجهة نحو العلاج القائم على التحليل المعرفي هو أنه علاج إختزالي لفهم المشاكل النفسية، ويرى النقاد بأن العلاج القائم على التحليل المعرفي، يركز في المقام الأول على تعديل العمليات المعرفية مع إهمال العوامل الأخرى التي قد تسهم في الضائقة النفسية، مثل التأثيرات الاجتماعية والبيئية. وقد يجد هذا التركيز الضيق من فعالية العلاج القائم على التحليل المعرفي في معالجة القضايا المعقدة والمتعددة الأوجه.

■ **التركيز المفرط على إعادة الهيكلة المعرفية** انتقاد آخر الموجه إلى العلاج القائم على التحليل المعرفي هو تركيزه المفرط على إعادة الهيكلة المعرفية كتقنية علاجية أساسية، ويرى البعض بأن هذا النهج قد لا يعالج بشكل كاف المعتقدات المتأصلة بعمق والقضايا العاطفية التي تكمن وراء الأفكار المختلفة. قد يتجاهل التركيز الحصري على إعادة الهيكلة المعرفية أهمية معالجة العمليات العاطفية الأساسية والتفاعل بين العواطف والإدراك.

■ **نطاق محدود للقضايا المتعلقة بالصدمات** تم انتقاد العلاج القائم على التحليل المعرفي بسبب قابليته المحدودة للتطبيق في معالجة القضايا المتعلقة بالصدمات، بحيث غالباً ما تنطوي الصدمة على عوامل عاطفية وفسولوجية وشخصية معقدة قد تتطلب تدخلات أكثر تخصصاً تتجاوز إعادة الهيكلة المعرفية وحدها، ويرى النقاد بأن العلاج القائم على التحليل المعرفي قد لا تكون كافية لتلبية الاحتياجات والتحديات الفريدة المرتبطة بالاضطرابات المرتبطة بالصدمات.

■ **الفعالية طويلة الأجل والانتكاس**: مصدر قلق مشترك بشأن العلاج القائم على التحليل المعرفي هو قدرته على الحفاظ على الفعالية على المدى الطويل ومنع الانتكاس، ويرى البعض بأن التركيز على إعادة الهيكلة المعرفية قد لا يعالج بشكل كامل العوامل الأساسية التي تساهم في الأنماط المتكررة للتفكير المختل، بدون استراتيجيات شاملة لمعالجة الوقاية من الانتكاس والحفاظ على المكاسب العلاجية، قد تكون فعالية العلاج القائم على التحليل المعرفي على المدى الطويل محدودة.

■ **ملاءمة العميل ومشاركته**: قد لا يكون العلاج القائم على التحليل المعرفي مناسبة لجميع العملاء، لأنها تعتمد بشكل كبير على مشاركة العميل النشطة والمشاركة في تمارين إعادة الهيكلة المعرفية، و قد يعاني بعض الأفراد من مستوى الاستبطان والجهد المعرفي المطلوب، مما قد يؤدي إلى انخفاض المشاركة العلاجية وفوائد محدودة.

و قد يؤدي تكييف تقنيات العلاج القائم على التحليل المعرفي لاستيعاب خصائص وتفضيلات العملاء المتنوعة إلى تعزيز قابليتها للتطبيق وفعاليتها.

■ **عدم وجود اعتبارات ثقافية :** من الانتقادات الموجهة ضد العلاج القائم على التحليل المعرفي هو اهتمامها المحدود بالعوامل الثقافية والسياقية، ويمكن أن تتأثر العمليات المعرفية وأنماط التفكير بالمعايير الثقافية والقيم والنظم الاجتماعية، و يرى النقاد بأن العلاج القائم على التحليل المعرفي يجب أن يأخذ بعين الاعتبار السياق الثقافي وتكييف التقنيات العلاجية وفقا لذلك لضمان الصلة والحساسية لمختلف السكان.

■ **قيود البحث** يسلط النقاد الضوء أيضا على القيود في البحث الحالي حول العلاج القائم على التحليل المعرفي، في حين أثبتت العلاج القائم على التحليل المعرفي فعاليتها في علاج الاضطرابات النفسية المختلفة، هناك حاجة إلى دراسات أكثر صرامة ، بما في ذلك التجارب المعشاة ذات الشواهد وتقييمات النتائج طويلة الأجل، من الضروري إجراء مزيد من الأبحاث للتحقق من فعالية العلاج القائم على التحليل المعرفي عبر مجموعات سكانية متنوعة وفحص فعاليتها النسبية مقابل الأساليب العلاجية الأخرى.

■ **التدريب وكفاءة المعالج** يتطلب CBAST تدريباً متخصصاً وكفاءة معالج لتقديم العلاج بفعالية. ويرى النقاد بأن توافر العلاج القائم على التحليل المعرفي للمدربين قد يكون المتسابقون محدودين ، مما قد يعيق التنفيذ على نطاق واسع والوصول إلى CBAST. يعد التدريب المستمر والإشراف والالتزام بأفضل الممارسات أمراً بالغ الأهمية لضمان كفاءة وفعالية معالجي العلاج القائم على التحليل المعرفي.

- الحاجة إلى التكامل مع الأساليب العلاجية الأخرى : يرى بعض النقاد بأن العلاج القائم على التحليل المعرفي قد يستفيد من تكامل أكبر مع الأساليب العلاجية الأخرى. بينما يركز CBAST في المقام الأول على العمليات المعرفية، فإن دمجها مع تقنيات من طرائق أخرى ، مثل العلاج الذي يركز على العاطفة أو التدخلات القائمة على الذهن، قد يعزز فعاليته في معالجة الجوانب العاطفية والتجريبية للضائقة النفسية.
- الاعتبارات الأخلاقية : أثرت مخاوف أخلاقية فيما يتعلق باستخدام العلاج القائم على التحليل المعرفي، كما يؤكد النقاد على أهمية الموافقة المستنيرة، مما يضمن أن العملاء يفهمون تماما طبيعة العلاج القائم على التحليل المعرفي وقيودها المحتملة. كما يحتاج المعالجون إلى توخي الحذر في تحدي معتقدات العملاء وأفكارهم لتجنب الضرر المحتمل أو خلق ضائقة إضافية.



العلاج الجدلي (DBT) هو نهج علاجي مبتكر اكتسب اهتماما كبيرا في مجال الصحة العقلية. تم تطويره من قبل عالمة النفس مارشا لينهان، يدمج عناصر العلاج السلوكي المعرفي مع مبادئ من الديالكتيك ، مع التركيز على القبول والتغيير، وتهدف هذه المحاضرة إلى توفير فهم شامل للتعريف والسمات الأساسية للعلاج السلوكي الجدلي ، وإلقاء الضوء على نهجها الفريد للتدخلات العلاجية.

1. مفهوم العلاج السلوكي الجدلي Dialectical behavior therapy:

العلاج السلوكي الجدلي (DBT) هو نوع من العلاج النفسي الذي تم تطويره من قبل مارشا ليهان، M. Linehan في ثمانينيات القرن العشرين. إنه علاج منظم قائم على المهارات مصمم لمساعدة الأشخاص الذين يجدون صعوبة في تنظيم عواطفهم والتحكم في سلوكياتهم الاندفاعية. غالبا ما يستخدم DBT لعلاج الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية ، ولكنه قد يكون مفيدا أيضا للأشخاص الذين يعانون من حالات صحية عقلية أخرى ، مثل اضطرابات الأكل واضطرابات تعاطي المخدرات والاضطراب الاكتئابي الشديد. (Rizvi & Linehan, 2009)

يعتمد العلاج السلوكي الجدلي على فكرة مفادها أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية يجدون صعوبة في قبول أنفسهم وعواطفهم والتحكم في

سلوكياتهم الاندفاعية ، لهذا يساعد هذا النمط من العلاج الناس على تعلم كيفية قبول أنفسهم وعواطفهم، وتحمل الضيق، وتنظيم عواطفهم بطريقة صحية. وقد ثبتت فعالية العلاج السلوكي الجدلي في علاج مجموعة متنوعة من حالات الصحة العقلية. حيث أظهرت الدراسات أنه يمكن أن يساعد في تقليل الأفكار والسلوكيات الانتحارية، وتحسين الحالة المزاجية، وزيادة نوعية الحياة. كما يمكن أن يكون مفيدا للأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية واضطرابات الأكل واضطرابات تعاطي المخدرات واضطراب الاكتئاب الشديد.

فالعلاج السلوكي الجدلي هو نهج علاجي قيم يجمع بين استراتيجيات القبول والتغيير لمعالجة عدم التنظيم العاطفي وتعزيز النمو الشخصي ، والتركيز على التحقق من الصحة ، ودمج التدريب على المهارات ، والنهج التعاوني ، والتركيز على التغيير السلوكي .

2. تاريخ العلاج السلوكي الجدلي

مر تاريخ العلاج السلوكي الجدلي بتطورات مهمة في مجال العلاج النفسي، مع جذوره التي تعود إلى العمل الرائد لعالم النفس مارشا لينهان في 1993 . حيث تم تطوير العلاج السلوكي الجدلي DBT استجابة لاحتياجات الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية [اضطراب الشخصية الحدية هو مرض عقلي خطير يتميز بمشاعر غير مستقرة وسلوكيات متهورة وصعوبة في تنظيم سلوك المرء. غالبا ما يعاني الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية من مشاعر شديدة، مثل الغضب والحزن والقلق.، قد ينخرطون أيضا في سلوكيات مدمرة للذات، مثل إيذاء النفس ومحاولات الانتحار]، ففي سبعينيات القرن العشرين ، كانت مارشا

لينهان طالبة دراسات عليا في علم النفس في جامعة واشنطن. كانت تعمل مع مجموعة من النساء المصابات باضطراب الشخصية الحدية ، وكانت محببة بسبب نقص العلاجات الفعالة المتاحة لهذه الفئة من المجتمع. وأعربت عن اعتقادها بأن هؤلاء النساء بحاجة إلى علاج شامل وقائم على المهارات (Neacsiu, Rizv, Dimeff, Linehan, & Rathus, 2015).

وقد تأثرت لينهان بالعلاج السلوكي المعرفي (CBT) و اعتمدت على العديد من تقنياته، مثل إعادة الهيكلة المعرفية والتعديل السلوكي، لاستهداف الأفكار والسلوكيات غير القادرة على التكيف لدى الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية، وبرغم من ذلك اعترف لينهان أيضا بوجود قيود لطرق العلاج المعرفي السلوكي التقليدية في التعامل مع عدم التنظيم العاطفي والسلوكيات المدمرة للذات الشائعة في هذه الفئة من السكان (Linehan, 1993).

بدأت لينهان في تطوير العلاج الجدلي في أوائل ثمانينيات القرن العشرين. و اعتمدت في تدريبها على العلاج السلوكي، بالإضافة إلى تجاربها الشخصية مع المرض العقلي، كما أدرجت عناصر من الفلسفة الشرقية، مثل التأمل والقبول. و ظهور العلاج الجدلي جاء نتيجة لعمل لينهان مع دمج الديالكتيك (الجدل) في العلاج. و يشير مفهوم الديالكتيك، الذي نشأ من الفلسفة اليونانية القديمة، إلى تكامل المفاهيم أو الأفكار المتعارضة. فقد أدركت لينهان أهمية تحقيق التوازن بين القبول والتغيير، معترفة بالتوترات والتناقضات التي غالبا ما يعاني منها الأفراد المصابون باضطراب الشخصية الحدية.

قدمت لينهان الإطار الشامل للعلاج الجدلي، من خلال كتابها "العلاج السلوكي المعرفي لاضطراب الشخصية الحدية"، الذي نشر في كتاب عام (Linehan, 1993)، وفيه أوجزت لينهان المبادئ الأساسية والاستراتيجيات العلاجية له، بما في

ذلك التحقق من الصحة ، واليقظة، والتدريب على المهارات، واستخدام العضلات الجدلية. يمثل هذا العمل نقطة تحول مهمة في علاج اضطراب الشخصية الحدية ووضع الأساس لمزيد من التقدم في مجال العلاج الجدلي.

و قد اكتسب(العلاج الجدلي) الاعتراف والقبول داخل الفاعلية في ميدان الصحة العقلية والنفسية منذ نشر لينهان لكتابها، و تم دعم فعاليته من خلال الأبحاث التجريبية والتجارب السريرية عبر مختلف السكان وحالات الصحة العقلية. حيث تم اختبار العلاج الجدلي لأول مرة في تجربة سريرية في أوائل تسعينيات القرن العشرين. فأظهرت نتائج التجربة أنه كان فعالا في تقليل الأفكار والسلوكيات الانتحارية، وتحسين الحالة المزاجية، وتنمية نوعية الحياة. منذ ذلك الحين، تمت دراسة العلاج الجدلي على نطاق واسع ، وقد ثبت أنه علاج فعال لمجموعة متنوعة من حالات الصحة العقلية. (Neacsiu, Rizv, Dimeff, Linehan, & Rathus, 2015)

3. المبادئ النظرية للعلاج الجدلي:

1.3 الفلسفة الجدلية: يعتمد العلاج الجدلي على مبادئ الفلسفة الجدلية التي تؤكد على أهمية القوى أو الأفكار المتعارضة. في العلاج الجدلي ، ينظر إلى هذه القوى المتعارضة على أنها ضرورية للنمو والتغيير. على سبيل المثال ، ينظر إلى قوى القبول والتغيير المتعارضة على أنها ضرورية للأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية لتعلم قبول أنفسهم وعواطفهم ، مع العمل أيضا على تغيير سلوكياتهم المدمرة للذات.

2.3 تقييم الفرد: يقدر العلاج الجدلي الفرد وتجاربه الفريدة. و يتم تدريب المعالجين الذين يعملون في إطار العلاج الجدلي على قبول عملائهم وعدم إصدار أحكام

عليهم. كما أنهم يعملون على مساعدة عملائهم على قبول أنفسهم وعواطفهم، حتى عندما تكون هذه المشاعر صعبة أو مؤلمة

3.3 التركيز على اللحظة الحالية: يركز العلاج الجدلي على اللحظة الحالية. يساعد المعالجون عملائهم على تعلم الانتباه إلى أفكارهم ومشاعرهم وسلوكياتهم في الوقت الحاضر ، دون حكم. هذا يساعد العملاء على تطوير وعي أكبر بأنفسهم وعواطفهم ، واتخاذ خيارات أكثر فعالية في الوقت الحاضر.

4.3 استخدام مجموعة متنوعة من المهارات: يعلم العلاج الجدلي العملاء مجموعة متنوعة من المهارات التي يمكن أن تساعدهم على تنظيم عواطفهم والتعامل مع الضيق وتحسين علاقاتهم. وتشمل هذه المهارات مهارات الذهن ، ومهارات تحمل الضيق ، ومهارات تنظيم العاطفة ، ومهارات الفعالية الشخصية.

5.3 العمل بشكل تعاوني: العلاج الجدلي هو نهج تعاوني للعلاج. يعمل المعالجون والعملاء معا لتطوير خطة علاج مصممة خصيصا لتلبية الاحتياجات الفردية للعميل. يقدم المعالجون أيضا الدعم والتشجيع لعملائهم طوال عملية العلاج. (Linehan, Neacsiu, Rizv, Dimeff, Linehan, & Rathus, 2015) (Rizvi & Linehan, 2009)1993)

6.3 التحقق من الصحة وخلق بيئة آمنة وتعاطفيه: التحقق من الصحة هو جانب أساسي من العلاج السلوكي الجدلي. فيستمع المعالجون بنشاط ويتعاطفون ويتحققون من صحة تجارب الأفراد وعواطفهم ووجهات نظرهم، من خلال توفير بيئة غير قضائية والتحقق من صحتها، يشجع العلاج السلوكي الجدلي الأفراد على استكشاف أفكارهم وعواطفهم دون خجل أو خوف من الرفض، هذا التحقق يعزز التحالف العلاجي ويعزز رغبة العميل في المشاركة في عملية التغيير.

7.3 التغيير: استهداف الأنماط غير القادرة على التكيف، في حين أن القبول ضروري في العلاج السلوكي الجدلي ، فإن النهج يؤكد أيضا على الحاجة إلى التغيير السلوكي. يتم تشجيع الأفراد على تحديد أنماط عدم التكيف والعمل على تطوير سلوكيات أكثر تكيفا واستراتيجيات مواجهة. هذا التركيز على التغيير يمكن الأفراد من تحسين أدائهم العام وتحقيق أهدافهم العلاجية.

8.3 العضلات الجدلية: استكشاف وجهات النظر المتضاربة يعد استخدام العضلات الجدلية مكونا رئيسيا في العلاج السلوكي الجدلي. هذه العضلات هي المواقف التي تسلط الضوء على التناقضات أو الصراعات داخل أفكار الشخص أو عواطفه أو سلوكياته، من خلال دراسة هذه العضلات، يكتسب الأفراد نظرة ثاقبة لصراعاتهم الداخلية ويتم تشجيعهم على إيجاد توليفة بين وجهات النظر المتعارضة. هذه العملية تعزز المرونة المعرفية وتمكن الأفراد من استكشاف حلول بديلة. (Lynch, Chapman, Rosentha, Kuo, & Linehan, 2006)

توفر المبادئ النظرية للعلاج الجدلي إطارا شاملا لفهم وتنفيذ هذا النهج العلاجي. من خلال ما تم عرضه سألما من مبادئ، بحيث يقدم العلاج السلوكي الجدلي طريقة فريدة وفعالة لمعالجة عدم التنظيم العاطفي وتعزيز النمو الشخصي، توجه هذه المبادئ المعالجين في تقديم تدخلات متعاطفة والتحقق من الصحة وتركز على المهارات التي تمكن الأفراد من إحداث تغييرات ذات مغزى ودائمة في حياتهم.

4. أنواع التدخلات في العلاج السلوكي الجدلي Dialectical behavior therapy:

و العلاج السلوكي الجدلي (DBT) هو علاج شامل يتضمن أربع أنواع في التدخلات هي:

– **العلاج الفردي:** في العلاج الفردي، يساعد المعالج العميل على تطوير خطة علاج مصممة خصيصا لاحتياجاته الفردية. يساعد المعالج أيضا العميل على تعلم وممارسة المهارات التي يتم تدريسها في العلاج السلوكي الجدلي.

– **العلاج الجماعي:** العلاج الجماعي هو جزء مهم من DBT. في العلاج الجماعي، يتعلم العملاء كيفية تطبيق المهارات التي يتعلمونها في العلاج الفردي على حياتهم اليومية. يتعلمون أيضا كيفية دعم بعضهم البعض وكيفية التعامل مع المشاعر الصعبة.

– **التدريب عبر الهاتف:** التدريب عبر الهاتف هو وسيلة للعملاء للحصول على الدعم من معالجهم بين جلسات العلاج. يمكن للعملاء الاتصال بمعالجهم في أي وقت للتحدث عن مشاكلهم أو للحصول على المساعدة في استخدام المهارات التي يتعلمونها.

– **التدريب على المهارات:** يعلم العلاج السلوكي الجدلي العملاء مجموعة متنوعة من المهارات التي يمكن أن تساعد على تنظيم عواطفهم والتعامل مع الضيق وتحسين علاقاتهم. وتشمل هذه المهارات:

مهارات اليقظة: تساعد مهارات اليقظة العملاء على الانتباه إلى اللحظة الحالية دون إصدار أحكام.

مهارات تحمل الضيق: تساعد مهارات تحمل الضيق العملاء على التعامل مع المشاعر الصعبة بطريقة صحية.

مهارات تنظيم العاطفة: تساعد مهارات تنظيم العاطفة العملاء على تحديد مشاعرهم والتعبير عنها بطريقة صحية.

مهارات الفعالية الشخصية: تساعد مهارات الفعالية الشخصية العملاء على توصيل احتياجاتهم ورغباتهم بطريقة صحية. (Linehan, 1993)

5. تأثير العلاج الجدلي على الصحة الجسدية والعقلية

1.5 آثار العلاج الجدلي على الصحة الجسدية:

يمكن أن يكون للعلاج السلوكي الجدلي عدد من الآثار الإيجابية على الجسم، بما في ذلك:

- تقليل التوتر: يمكن أن يساعد العلاج السلوكي الجدلي الناس على تقليل التوتر ، مما قد يؤدي إلى عدد من الفوائد الصحية ، مثل تحسين صحة القلب ، وخفض ضغط الدم ، ونظام
- تحسين النوم: يمكن أن يساعد العلاج السلوكي الجدلي الناس على تحسين نومهم ، مما قد يؤدي إلى زيادة الطاقة وتحسين الحالة المزاجية وتحسين الوظيفة الإدراكية.
- تقليل الألم: يمكن أن يساعد العلاج السلوكي الجدلي الناس على تقليل الألم ، مما يمكن أن يحسن نوعية حياتهم ويسهل عليهم المشاركة في الأنشطة التي يستمتعون بها.
- تحسين عادات الأكل: يمكن أن يساعد العلاج السلوكي الجدلي الناس على تحسين عاداتهم الغذائية ، والتي يمكن أن تؤدي إلى فقدان الوزن أو الحفاظ عليه ، وتحسين التحكم في نسبة السكر في الدم ، وتقليل خطر الإصابة بالأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والسكتة الدماغية والسكري.

- زيادة النشاط البدني: يمكن أن يساعد العلاج السلوكي الجدلي الناس على زيادة نشاطهم البدني ، مما قد يؤدي إلى تحسين صحة القلب والأوعية الدموية ، وتقليل السمنة ، وتقليل مخاطر الإصابة بالأمراض المزمنة.
- الحد من سلوكيات إيذاء النفس: غالبا ما ينخرط الأفراد المصابون باضطراب الشخصية الحدية في سلوكيات إيذاء النفس كآلية تكيف غير قادرة على التكيف. كان العلاج السلوكي الجدلي فعالا بشكل خاص في الحد من سلوكيات إيذاء النفس، بما في ذلك التفكير في الانتحار وإيذاء النفس غير الانتحاري، أظهرت الدراسات البحثية انخفاضا كبيرا في سلوكيات إيذاء النفس بين الأفراد الذين يتلقون تدخلات العلاج السلوكي الجدلي ، مما يؤدي إلى تحسين السلامة والرفاهية. (Neacsiu, Rizv, Dimeff, Linehan, & Rathus, 2015) (Lynch, Chapman, Rosentha, (Rizvi & Linehan, 2009) Kuo, & Linehan, 2006)

2.5 آثار العلاج الجدلي على الصحة العقلية والنفسية:

- انخفاض الاضطراب العاطفي: يمكن أن يساعد العلاج السلوكي الجدلي الناس على تقليل الضائقة العاطفية ، مما قد يؤدي إلى تحسين الحالة المزاجية وزيادة احترام الذات وتحسين نوعية الحياة.
- تحسين الوظيفة المعرفية: يمكن أن يساعد العلاج السلوكي الجدلي الأشخاص على تحسين وظائفهم المعرفية ، مما قد يؤدي إلى اتخاذ قرارات أفضل وحل المشكلات والذاكرة.

- زيادة الوعي الذاتي: يمكن أن يساعد العلاج السلوكي الجدلي الناس على زيادة وعيهم الذاتي ، مما قد يؤدي إلى تحسين العلاقات الشخصية وزيادة الشعور بالسيطرة على حياتهم.
- تحسين مهارات التأقلم: يمكن أن يساعد العلاج الجدلي الجدلي الناس على تطوير مهارات أفضل للتأقلم ، مما قد يؤدي إلى تحسين المرونة وتقليل خطر الانتكاس.
- زيادة الأمل: يمكن أن يساعد العلاج السلوكي الجدلي الناس على زيادة أملهم في المستقبل ، مما قد يؤدي إلى زيادة الدافع وزيادة الشعور بالهدف في الحياة.
- التأثيرات البيولوجية العصبية: أظهرت تدخلات العلاج السلوكي الجدلي تأثيرات واعدة على البيولوجيا العصبية للدماغ. كشفت دراسات التصوير العصبي عن تغيرات في مناطق الدماغ المرتبطة بتنظيم العاطفة والمعالجة المرجعية الذاتية بعد تدخلات العلاج السلوكي الجدلي. تشير هذه التغييرات إلى أن DBT قد يعدل المسارات العصبية المشاركة في عدم التنظيم. العاطفي ، مما يؤدي إلى معالجة عاطفية أكثر تكيفا وتحسين الصحة العقلية العامة. (Goodman, et al., 2014)
- الرفاهية الشاملة ونوعية الحياة: يساهم نهج العلاج السلوكي الجدلي الشامل ، الذي يعالج التحديات العاطفية والشخصية ، في تحسين الرفاهية العامة ونوعية الحياة. غالبا ما يبلغ الأفراد الذين يخضعون لتدخلات DBT عن شعور أكبر بالرضا عن الحياة ، وزيادة المرونة ، وتحسين الأداء في مختلف مجالات الحياة ، بما في ذلك العمل والعلاقات والنمو الشخصي.
- قبول الذات والنمو الشخصي: يدمج العلاج السلوكي الجدلي التحقق من الصحة كمبدأ أساسي ، مما يعزز قبول الذات والتحقق من الذات. من خلال العلاقة العلاجية واستخدام تقنيات التحقق من الصحة ، يتعلم الأفراد الاعتراف

بأفكارهم ومشاعرهم وخبراتهم وقبولها. تعزز هذه العملية التعاطف مع الذات وقبول الذات ، وتضع الأساس للنمو الشخصي والتنمية الذاتية الإيجابية. (Neacsiu, Rizv, Dimeff, Linehan, & Rathus, 2015)

تمتد آثار العلاج الجدلي إلى ما وراء العقل لتؤثر على الجسم والرفاه العام. من خلال تحسين التنظيم العاطفي ، وتعزيز الأداء الشخصي ، وتعزيز قبول الذات ، والحد من سلوكيات إيذاء النفس ، يعزز DBT التغييرات الإيجابية التي يمكن أن تؤدي إلى حياة أكثر إرضاء وذات مغزى. تدعم الأدلة العصبية البيولوجية الناشئة فعاليته في تعديل وظائف المخ وتعزيز المعالجة العاطفية التكيفية. كنهج علاجي شامل، و يوفر العلاج السلوكي الجدلي للأفراد الفرصة لتنمية الرفاهية العاطفية، وتطوير علاقات أكثر صحة، وتجربة النمو الشخصي.

6. القضايا والأخلاقيات المرتبطة بالعلاج الجدلي:

اكتسب العلاج الجدلي اعترافا كبيرا كعلاج قائم على الأدلة للأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية، وحالات الصحة العقلية المعقدة الأخرى، حيث يجمع بين عناصر العلاج السلوكي المعرفي (CBT) و اليقظة الذهنية، بهدف تعزيز التنظيم العاطفي، وتحمل الضيق ، والفعالية الشخصية، ومهارات الذهن، ومن الأهمية بمكان أن يلتزم أخصائيو الصحة العقلية بالمبادئ التوجيهية الأخلاقية ومعالجة المشكلات المهنية المحتملة لضمان أعلى مستوى من الرعاية، ومن بينها:

- **تقرير المصير:** يؤكد العلاج السلوكي الجدلي على أهمية تقرير المصير، أو حق الأفراد في اتخاذ قراراتهم الخاصة بشأن حياتهم، ويتحمل معالجو العلاج الجدلي أيضا مسؤولية حماية عملائهم من الأذى، وهذا يمكن أن يخلق في بعض الأحيان تعارضا بين حق العميل في تقرير المصير وواجب المعالج في حماية العميل.

- إدارة الأدوار كـمعالج فردي وجماعي: غالبا ما يكون لمعالجي العلاج السلوكي الجدلي أدوار مزدوجة، حيث يعملون كمعالجين فرديين وجماعيين لعملائهم، كما يمكن أن يؤدي ذلك إلى تضارب في المصالح، حيث قد يكون المعالج مطلعاً على المعلومات التي يمكن استخدامها ضد العميل في الدور الآخر.

- التواصل مع "الآخرين المعنيين": غالبا ما يطلب من معالجي العلاج السلوكي الجدلي التواصل مع "الآخرين المعنيين"، مثل أفراد الأسرة وأصدقاء عملائهم. يمكن أن تكون هذه عملية دقيقة، حيث يجب على المعالج أن يوازن بين الحاجة إلى حماية سرية العميل والحاجة إلى إبقاء الآخرين المعنيين على اطلاع.

- اتخاذ قرارات بشأن السلامة: يجب على معالجي (CBT) اتخاذ قرارات صعبة حول موعد دخول عملائهم إلى المستشفى لأسباب تتعلق بالسلامة، كما يمكن أن تكون هذه عملية مرهقة ومشحونة عاطفياً، حيث يجب على المعالج أن يزن مخاطر وفوائد الاستشفاء. (Waldron & Linehan, 2006)، (Linehan, 1993).

- الموافقة المستنيرة: هي حجر الزاوية في الممارسة الأخلاقية في العلاج النفسي. قبل البدء في العلاج السلوكي الجدلي، من الضروري تزويد العملاء بمعلومات شاملة حول العلاج وأهدافه ومدته والمخاطر والفوائد المحتملة وأي بدائل متاحة، بالإضافة إلى ذلك، يجب على المعالجين التأكد من أن العملاء لديهم القدرة على تقديم الموافقة المستنيرة، يجب أن تكون الموافقة مستمرة ويجب أن يتمتع العملاء بحرية الانسحاب من العلاج في أي وقت، ويعد التوثيق الواضح لعملية الموافقة المستنيرة أمراً ضرورياً لحماية كل من العميل والمعالج.

- الكفاءة: يجب أن يمتلك المهنيون المشاركون في العلاج السلوكي الجدلي الكفاءة والخبرة اللازمة لتنفيذ طريقة العلاج المتخصصة هذه، وهذا يشمل الحصول على

التدريب الكافي والإشراف والتطوير المهني المستمر، و يجب أن يكون لدى المعالجين فهم قوي للأسس والمبادئ النظرية للعلاج السلوكي الجدلي ، وكذلك القدرة على تكييف العلاج مع الاحتياجات الفردية لكل عميل، و التشاور والإشراف المنتظمين أمران حاسمان للحفاظ على المهارات العلاجية وتعزيزها.

- **الحدود:** الحفاظ على الحدود المناسبة أمر ضروري في أي علاقة علاجية، وهذا ينطبق على العلاج السلوكي الجدلي أيضا. نظرا للطبيعة المكثفة له، والتي غالبا ما تتضمن التدريب عبر الهاتف والاتصال بين الجلسات، من الضروري وضع إرشادات واضحة فيما يتعلق بالاتصال والتوافر، وكما يجب وضع حدود لضمان استقلالية العميل، ومنع التبعية، وتعزيز التحالف العلاجي كما قد يكون من الضروري إجراء مناقشة منتظمة وإعادة التفاوض بشأن الحدود للتكيف مع احتياجات العميل وظروفه المتطورة.

- **السرية:** احترام سرية العميل هو مبدأ أخلاقي أساسي في العلاج النفسي، ويتضمن العلاج السلوكي الجدلي نهجا جماعيا شاملا، مع العلاج الفردي ، والتدريب على المهارات ، وفرق الاستشارات ، وشبكات دعم المعالجين. في مثل هذه الحالات، يعد التواصل الواضح والمبادئ التوجيهية لمشاركة المعلومات بين أعضاء الفريق أمرا بالغ الأهمية لحماية سرية العميل، من الضروري الحصول على موافقة مستنيرة فيما يتعلق بإشراك المهنيين الآخرين ومناقشة حدود السرية مع العملاء في بداية العلاج (Lnehan, 2015)، (American Psychological Association, 2017).

بالإضافة إلى هذه القضايا الأخلاقية، يثير العلاج السلوكي الجدلي أيضا عددا

من القضايا المهنية، و تتضمن بعض أهم المشكلات المهنية في ما يلي:

- **التدريب والإشراف:** العلاج السلوكي الجدلي هو علاج معقد ومتطلب، ومن المهم أن يتم تدريب المعالجين والإشراف عليهم بشكل صحيح قبل البدء في ممارسته.

- **التعلم المستمر:** العلاج السلوكي هو مجال سريع التطور، ومن المهم أن يظل المعالجون على اطلاع دائم بأحدث الأبحاث والتطورات.
- **البحث:** العلاج السلوكي الجدلي هو علاج جديد نسبياً ، ولا يزال هناك الكثير الذي لا نعرفه عن فعاليته على المدى الطويل.، من المهم أن يشارك المعالجون في الدراسات البحثية حتى يتمكن من معرفة المزيد عن وكيفية تحسينه. (Waldron & Linehan, 2006)

7. النقد العلمي الموجه للعلاج السلوكي الجدلي

لقد ثبت أن العلاج الجدلي هو علاج فعال لاضطراب الشخصية الحدية. وجد التحليل التلوي للدراسات حول العلاج الجدلي أنه كان فعالاً في الحد من أعراض اضطراب الشخصية الحدية، مثل التفكير في الانتحار وإيذاء النفس والاندفاع. كما ثبت أن العلاج الجدلي فعال في تحسين نوعية حياة الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية.

غير أن العلاج الجدلي لا يخلو من منتقديه. ويرى بعض النقاد بأن العلاج الجدلي يركز بشكل كبير على الفرد ولا يعالج العوامل الاجتماعية والبيئية التي تساهم في اضطراب الشخصية الحدية، ويرى آخرون بأن العلاج الجدلي مكلف للغاية ويستغرق وقتاً طويلاً ونستعرض فيما يلي أهم الانتقادات الموجهة للعلاج السلوكي الجدلي.

- **الدعم التجريبي:** أثار النقاد مخاوف بشأن الدعم التجريبي للعلاج الجدلي. في حين أظهرت دراسات متعددة نتائج إيجابية، ويرى البعض بأن قاعدة الأدلة قد تكون محدودة من حيث أحجام العينات، ونقص مجموعات التحكم الصارمة، وهيمنة الدراسات في موقع واحد، وهناك حاجة إلى تجارب معيشة ذات شواهد على نطاق

أوسع لإثبات فعالية ، خاصة عند مقارنتها بالعلاجات الأخرى لاضطراب الشخصية الحدية والحالات ذات الصلة.

- **قابلية التعميم:** كانت قابلية تعميم العلاج السلوكي الجدلي أيضا موضوعا للتحليل النقدي. في حين تم تطويره، واختباره في المقام الأول للأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية، إلا أن قابليته للتطبيق على الفئات الآخرين وحالات الصحة العقلية لا تزال غير مؤكدة، يؤكد النقاد على الحاجة إلى البحث الذي يستكشف فعالية وتكييف العلاج السلوكي الجدلي للفئات متنوعة ، مثل أولئك الذين يعانون من أمراض مصاحبة أو خلفيات ثقافية مختلفة، كما يمكن أن يؤدي فهم قيود وحدود العلاج الجدلي إلى إبلاغ استخدامه المناسب ومنع التعميم المفرط.

- **الاعتبارات الثقافية:** أثار النقاد مخاوف بشأن الحساسية الثقافية وملاءمة العلاج السلوكي الجدلي.، فيرى البعض بأن الأسس والتقنيات النظرية له قد تكون متجذرة في وجهات النظر الفردية الغربية، مما قد يتجاهل الفروق الدقيقة والقيم الثقافية للسكان غير الغربيين. وتعد التعديلات الثقافية ضرورية في هذا النوع من العلاج حتى تحقق فعاليتها وأهميتها عبر سياقات ثقافية متنوعة. (Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2007)

العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية Mindfulness-based cognitive therapy

1. تاريخ اليقظة الذهنية

إن ممارسة اليقظة الذهنية قديمة تعود إلى آلاف السنين، و كثير من التقاليد الملهمة شجعت على عيش اللحظة كطريقة داخلية تتيح لنا التواصل مع ذواتنا أو مع الكينونة الإلهية. فعلى سبيل المثال في البوذية تعد اليقظة الذهنية جزء أساسيا من تعليماتها. وقد اهتم المفكرون البوذيون اهتماما كبيرا خلال عدة قرون بالطريقة التي يعمل بها العقل الانساني، و بتطوير أساليب لتدريب الذهن ليكون أكثر حضورا و تركيزا و انتباها. و عليه فإن التقنيات الذهنية التي يتم استخدامها في الوقت الحالي وصلت إلينا بشكل كبير من التقاليد البوذية، بالإضافة إلى العناصر التي تم اقتباسها من التدريب الهندي لـ "هاثا يوغا".

و نظرا للأوضاع السياسية في عام 1960 في الدول الآسيوية مثل فيتنام و إقليم التبت، تم إرسال معلمين بوذيين إلى منفى في الغرب، مما اضطرهم إلى الاستفادة من هذا التحدي في تعليم شعوب جديدة. إن ممارسات اليقظة الذهنية التي تمت بصورة تقليدية بواسطة الرهبان في الغابات و در العبادة، تم تكييفها لتصبح مناسبة للغربيين. و من المعلمين المؤثرين البوذيين الياباني "شائريا سوزوكي"، و الراهب الفيتنامي "فيتش نيات هان" و ذو البصيرة "تيبان شوقيام ترونقبا" و الزعيم الروحي لإقليم التبت "دالاي لاما"

و منذ عام 1970 تطورت اليقظة الذهنية في الغرب إلى دروس علمية منظمة، مما جعلها في متناول الجميع بشكل متزايد و انتشرت في الوعي العام للمجتمع. و في عام 1979 أنشأ الأمريكي "جون كابات زين" برنامجا تعليميا مكونا من ثمانية

أسابيع في الكلية الطبية لجامعة "ماساتشوستس" المساعدة للناس الذين يعانون من حالات حرجة مثل الأمراض المزمنة و الإيدز و السرطان. و دون أن يكون قادرا على مساعدتهم فقد اكتشف أن اليقظة الذهنية قد تساعدهم على اتصالمهم بضغوطاتهم و معاناتهم بطريقة مختلفة. و في عام 1990 حققت اليقظة الذهنية نقلة نوعية في عالم الصحة النفسية و العلاج النفسي عندما أسس ثلاث رواد من المملكة المتحدة و كندا و بانغور Zindel Segal (clinicien et directeur de recherche, Université de Toronto Canada), John Teasdale (spécialiste de la psychologie cognitive, Université de Cambridge) et Mark Williams (psychologue clinicien, Université du Pays de Galles à Bangor). العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية كعلاج للأفراد الذين لديهم اكتئاب دوري (وات، 2021).

2. مفهوم العلاج المعرفي القائم على اليقظة

العلاج المعرفي القائم على اليقظة (MBCT) هو نوع من العلاج النفسي الذي يجمع بين عناصر العلاج السلوكي المعرفي (CBT) والتأمل الذهني. تم تصميم MBCT لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب المتكرر على تعلم كيفية التعرف على أنماط التفكير السلبية وتحديها وتطوير نهج أكثر وعيا للعيش. (Williams J. M.-J., 2014)

كما تعرف اليقظة بأنها ممارسة الانتباه إلى اللحظة الحالية دون حكم. إنه ينطوي على مراقبة الأفكار والمشاعر والأحاسيس الجسدية دون الوقوع فيها. يمكن أن تساعد اليقظة الذهنية الناس على تطوير رؤية أكثر توازنا وواقعية لأنفسهم وتجاربهم. (Baer, 2003)

3. المبادئ الأساسية العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية

- الوعي في الوقت الحاضر: يؤكد العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية على تطوير الوعي بالتجارب الداخلية للفرد في الوقت الحاضر، ويتضمن ذلك مراقبة الأفكار والعواطف والأحاسيس الجسدية دون حكم أو تعلق.

- إعادة الهيكلة المعرفية: يتضمن العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية تقنيات العلاج المعرفي السلوكي التقليدية لتحديد وتحدي الأفكار السلبية التلقائية والتشوهات المعرفية. يساعد اليقظة الأفراد على التعامل مع إعادة الهيكلة المعرفية بعقلية غير قضائية ومقبولة.

- القبول: يشجع العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية على قبول تجارب الفرد دون تجنب أو مقاومة، وهذا يشمل قبول المشاعر الصعبة والمواقف الصعبة بموقف رحيم.

- التعاطف مع الذات: يعزز العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية التعاطف مع الذات كوسيلة للتواصل مع الذات بلطف وتفهمها، كما يساعد التعاطف مع الذات الأفراد على تنمية موقف غير قضائي تجاه صراعاتهم الخاصة ويعزز المرونة (Kabat-Zinn, 2003).

و يمكن تلخيص مبادئ العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية فيما يلي:

- العقل ليس هو العدو. الأفكار والمشاعر ليست سيئة أو ضارة بطبيعتها.
 - يمكننا أن نتعلم مراقبة أفكارنا ومشاعرنا دون الوقوع فيها.
 - يمكن أن تساعدنا اليقظة على تطوير رؤية أكثر توازناً وواقعية لأنفسنا وتجاربنا.
 - يمكن أن تساعدنا اليقظة على الاستجابة للمواقف الصعبة بطريقة أكثر مهارة.
- (Williams J, 2014).

4. تقنيات العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية

1.4 - تأمل اليقظ (الذهني) : يتضمن العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة الذهنية CBT-MB العديد من ممارسات التأمل الذهني مثل الانتباه المركز على التنفس ومسح الجسم والتأمل المحب للطف، وهذه الممارسات تعزز الوعي في الوقت الحاضر والتعاطف مع الذات وهي:

➤ **التنفس الواعي ومسح الجسم:** يتضمن التنفس الواعي جلب الوعي إلى التنفس، مع التركيز على الاستنشاق والزفير العميق والبطيء. يتضمن مسح الجسم توجيه الانتباه بشكل منهجي إلى أجزاء مختلفة من الجسم، ومراقبة الأحاسيس وتعزيز الاسترخاء، ويمكن الجمع بين هذه الممارسات والعلاج بالايبر لتعزيز الآثار العلاجية.

➤ **التأمل الإيجابي:** يتضمن التأمل الإيجابي تنمية الأفكار والعواطف الإيجابية من خلال تكرار التأكيدات أو العبارات الإيجابية. من خلال دمج التأمل الإيجابي مع العلاج بالايبر، ويمكن للأفراد تعزيز استجابة الاسترخاء وتعزيز عقلية إيجابية.

2.4 - **إعادة الهيكلة المعرفية مع اليقظة:** يدمج العلاج المعرفي السلوكي القائم على اليقظة العقلية مجموعة من تقنيات إعادة الهيكلة المعرفية مع اليقظة، مما يسمح للأفراد بمراقبة وتحدي الأفكار والمعتقدات السلبية مع الحفاظ على موقف مقبول وغير قضائي. كما تعد إعادة الهيكلة المعرفية هي عنصر أساسي في العلاج السلوكي المعرفي. تستكشف هذه المقالة تكامل ممارسات اليقظة مع تقنيات إعادة الهيكلة المعرفية لتعزيز فعاليتها في تعزيز أنماط التفكير التكيفي.

➤ **تحديد الأفكار التلقائية:** يلعب اليقظة دورا حاسما في تحديد الأفكار التلقائية من خلال زيادة الوعي الذاتي والاهتمام بتجارب اللحظة الحالية.، من خلال اليقظة ،

يمكن للأفراد مراقبة أفكارهم دون حكم، والتعرف على الأفكار السلبية التلقائية عند ظهورها.

➤ **تحديد التشوهات المعرفية:** يمكن أن يساعد اليقظة الذهنية الأفراد على تحدي التشوهات المعرفية من خلال تعزيز الملاحظة غير القضائية وفحص أنماط التفكير المشوهة.، من خلال تنمية عقلية الفضول والانفتاح، ويمكن للأفراد تحدي التشوهات المعرفية بمزيد من الموضوعية والمرونة.

➤ **تطوير المرونة المعرفية الواعية:** تسهل ممارسات اليقظة المرونة المعرفية الواعية من خلال تشجيع الأفراد على التفكير في وجهات نظر وإمكانيات بديلة. من خلال تنمية عقلية غير تفاعلية ومنفتحة، يمكن للأفراد تكييف أنماط تفكيرهم بشكل أكثر فعالية مع المعلومات والخبرات الجديدة (Beck, 2002)

3.4- التعرض الواعي ومنع الاستجابة Exposure and response

prevention: يتضمن العلاج المعرفي السلوكي القائم على اليقظة الذهنية مجموعة من تقنيات التعرض من العلاج المعرفي السلوكي التقليدي ، إلى جانب اليقظة ، لتسهيل استكشاف وقبول المشاعر أو المواقف الصعبة.

ويعتبر **التعرض الواعي ومنع الاستجابة (ERP)** هو تقنية قوية تستخدم في العلاج المعرفي السلوكي. تركز هذه على تكامل الأساليب القائمة على المنع تقنيات تخطيط موارد المؤسسات الواعية، مما يعزز فعاليتها في الحد من السلوكيات غير القادرة على التكيف والضيق العاطفي. تستند طريقة التعرض ومنع الاستجابة على فكرة أن التأثير العلاجي يتحقق بمواجهة المريض لمخاوفه والتوقف عن الاستجابة الهروبية تجاه الخوف ، وكمثال عن كيفية حدوث هذه العملية نتخيل شخص مصاب بالوسواس القهري مثلا يتحقق مرارا وتكرار من مفاتيح الإضاءة لضمان أنها في وضع إيقاف التشغيل، حتى عند دخول غرفة مظلمة بشكل واضح، وتعمل الطريقة العلاجية

بتعرض الشخص لحزمة من التحفيزات التي يخشاها أو تسبب له القلق (بترك الأضواء مشتتة)، ورفض الاستجابة بأي نوع من أنواع سلوكيات السلامة (محاولات اطفاء النور).

➤ **الملاحظة الواعية للأحاسيس:** تسهل الممارسات القائمة على اليقظة الملاحظة الواعية للأحاسيس المرتبطة بالمحفزات المخيفة أثناء تخطيط موارد المؤسسات، من خلال تنمية الوعي في الوقت الحاضر، يمكن للأفراد مراقبة أحاسيسهم الجسدية وأفكارهم وعواطفهم دون إصدار أحكام أثناء تمارين التعرض.

➤ **الانزعاج الدائم بوعي:** تؤكد الأساليب القائمة على اليقظة على التحمل الواعي للانزعاج دون الانخراط في سلوكيات التجنب أو الهروب، من خلال تطوير موقف غير تفاعلي وقبول الانزعاج المؤقت، يمكن للأفراد تقليل سلوكيات التجنب تدريجياً وبناء المرونة.

➤ **عدم الاستجابة للرضا الشديدة أو الحث:** تمكن التقنيات القائمة على اليقظة الأفراد من مراقبة الرغبة الشديدة أو الحوافز دون التصرف بناء عليها، من خلال تنمية موقف غير قضائي وممارسة اليقظة، يمكن للأفراد تعلم تحمل هذه التجارب دون الاستسلام للسلوكيات الاندفاعية. (Williams, Teasdale, Segal, & Kabat-Zin, 2007)

كما ينبغي للممارس أثناء تطبيق هذه التقنيات مراعاة ما يلي:

- الأدلة التجريبية على العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة الذهنية: حيث أثبتت العديد من الدراسات فعالية للعلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية عبر مختلف المجموعات السريرية، بما في ذلك اضطرابات القلق والاكتئاب واضطرابات تعاطي المخدرات والألم المزمن، كما أظهرت الأبحاث أن العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية يمكن أن يؤدي إلى انخفاض كبير في الأعراض،

وزيادة التعاطف مع الذات ، وتحسين تنظيم العاطفة ، وتعزيز الرفاهية العامة.
(Segal, Williams, & Teasdale, 2002)

- **تدريب المعالج:** يجب أن يتلقى المعالجون الذين يطبقون العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة الذهنية تدريباً كافياً في كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاجات القائمة على اليقظة لضمان الكفاءة في تقديم العلاج المتكامل.

- **مشاركة العميل:** إن مناقشة الأساس المنطقي للعلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة الذهنية وأهدافه بصراحة مع العملاء، ويمكن أن يعزز فهمهم ودوافعهم للمشاركة في العملية العلاجية.

- **التفرد:** يجب تصميم العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة الذهنية وفقاً للاحتياجات والتفضيلات الفريدة لكل عميل، ويجب على المعالجين مراعاة عوامل مثل الخلفية الثقافية والاستعداد لممارسة الذهن والأهداف العلاجية المحددة عند تنفيذه.

- **الممارسة والتكامل:** تعد الممارسة المتسقة والمنتظمة لتمارين اليقظة خارج جلسات العلاج أمراً بالغ الأهمية للعملاء لدمج المهارات المكتسبة في العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية بشكل كامل في حياتهم اليومية، ويمكن للمعالجين دعم العملاء في تطوير روتين ممارسة اليقظة الذهنية وتقديم التوجيه حول دمج اليقظة في جوانب مختلفة من حياتهم.

- **الاعتبارات الأخلاقية:** يجب على المعالجين الالتزام بالمبادئ التوجيهية الأخلاقية والتأكد من أن دمج اليقظة في العلاج حساس ثقافياً ومحترم ومستنير بالمصالح الفضلى للعميل، يجب إيلاء الاهتمام للمخاطر والفوائد المحتملة ، والموافقة المستنيرة ، والاستخدام المناسب لتقنيات الذهن. (Veehof, Trompette, Bohlmeijer, & Schreurs, 2016)

من خلا ما سبق عرضه يمكننا القول بأن العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة يجمع بين مبادئ العلاج السلوكي المعرفي السلوكي وممارسات اليقظة لتعزيز النتائج العلاجية، من خلال تنمية الوعي في الوقت الحاضر والقبول والتعاطف مع الذات يقدم العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة الذهنية نهجا فريدا وفعالاً لمعالجة مجموعة من الصعوبات النفسية، كما يمكن للمعالجين تنفيذه من خلال دمج تمارين الذهن وإعادة الهيكلة المعرفية وتقنيات التعرض، و تدعم الأدلة التجريبية فعالية في مختلف المجموعات السريرية، مما يسלט الضوء على إمكاناتها لتعزيز الرفاهية والمرونة و من خلال فهم مفهوم ومبادئ العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة الذهنية، يمكن للمعالجين والعملاء العمل بشكل تعاوني من أجل المراسلة الفورية.

5. تطبيقات العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية

لقد ثبت أن العلاج المعرفي السلوكي القائم على اليقظة العقلية فعال في مجموعة متنوعة من الأماكن، بما في ذلك المدارس وأماكن العمل والمستشفيات. كما يتم استخدامه بشكل متزايد في الجيش ومع قدامى المحاربين، ولعل أبرز تطبيقاته كانت في مجال الاضطرابات التالية:

➤ اضطرابات القلق: تركز تدخلات العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق، مثل اضطراب القلق العام واضطراب الهلع والرهاب، وعلى تحديد الأفكار والسلوكيات غير العقلانية وتحديدها، من خلال دمج اليقظة العقلية واليقظة، يمكن للأفراد زيادة وعيهم بالأفكار المثيرة للقلق، وتطوير القبول، والمشاركة في استجابات أكثر تكيفا.

➤ الاكتئاب: العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية فعالان في علاج الاكتئاب من خلال استهداف أنماط التفكير السلبية وتعزيز التنشيط السلوكي، و إن دمج ممارسات اليقظة العقلية واليقظة يعزز الوعي الذاتي،

ويسهل التعرف على الأفكار التلقائية السلبية، ويشجع على تنمية التعاطف مع الذات.

➤ تعاطي المخدرات: أظهر العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية فعالية في معالجة تعاطي المخدرات من خلال استهداف الرغبة الشديدة وتحديد المحفزات وتطوير استراتيجيات المواجهة والتكيف، و تساعد تقنيات اليقظة العقلية الأفراد على مراقبة الرغبة الشديدة دون رد فعل متهور، مما يزيد من قدرتهم على تحمل الانزعاج واتخاذ خيارات أكثر وعياً.

➤ **الألم المزمن:** تركز تدخلات العلاج المعرفي السلوكي و العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية لإدارة الألم المزمن على تغيير المعتقدات المتعلقة بالألم وتعزيز استراتيجيات المواجهة التكيفية. من خلال دمج اليقظة العقلية، يمكن للأفراد تنمية قبول الألم، وزيادة التعاطف مع الذات، وتطوير تقنيات فعالة لإدارة الألم (Segal, Williams,, & Teasdale , M, 2014)

بالإضافة إلى الاضطرابات سابقة الذكر، فقد ثبت أيضاً أن العلاج المعرفي السلوكي القائم على اليقظة العقلية فعال في علاج مجموعة متنوعة من حالات الصحة العقلية الأخرى مثل :

- اضطرابات الأكل
- اضطراب الوسواس القهري (OCD)
- اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)
- إدارة الغضب
- إدارة الألم

6. تكييف العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية مع

السياقات الثقافية المختلفة :

لعل أهم الاعتبارات والتحديات في تكييفه للسياقات الثقافية المختلفة تتمثل في:

➤ **الحساسية الثقافية:** يتطلب تكييف العلاج بالسلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية مع السياقات الثقافية المختلفة فهم وتقدير المعايير والقيم والممارسات الثقافية، فيجب أن يكون المعالجون حساسين للمعتقدات الثقافية والمواقف تجاه الصحة العقلية ودور الروحانية في الثقافة المستهدفة.

➤ **اللغة والترجمة:** تعد ترجمة مواد وتدخلات العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية إلى اللغة المحلية أمراً بالغ الأهمية لضمان التواصل والتفاهم الفعالين، فالترجمة الدقيقة لمفاهيم وممارسات اليقظة مع الحفاظ على الأهمية الثقافية أمراً ضرورياً للتكيف الناجح.

➤ **أنظمة المعتقدات واليقظة:** قد تحتاج ممارسات اليقظة إلى دمجها مع أنظمة المعتقدات الحالية في السياق الثقافي، ويمكن أن تؤدي مواءمة اليقظة مع الممارسات الدينية أو الروحية المحلية إلى تعزيز القبول والمشاركة في العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية.

➤ **التعديلات العلاجية:** إن المرونة في تكييف التقنيات والتدخلات العلاجية ضرورية لمراعاة الاختلافات الثقافية، ويمكن أن يؤدي تعديل التمارين والأمثلة والاستعارات لصدى السياق الثقافي إلى تعزيز المشاركة والفعالية.

➤ **التدريب والكفاءة الثقافية:** يجب أن يتلقى المعالجون التدريب والإشراف الذي يتناول على وجه التحديد الكفاءة الثقافية في العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية. تمكن الكفاءة الثقافية المعالجين من التنقل بين الفروق الثقافية الدقيقة، وتكييف التدخلات، وإقامة تحالف علاجي مع العملاء من خلفيات متنوعة.

و عليه فإن التكيف الناجح العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية يجب أن يراعي لاعتبارات الثقافية:

- إجراء تقييمات ثقافية شاملة لفهم السياق الثقافي ومعتقدات العملاء.
 - التعاون مع الخبراء أو الاستشاريين الثقافيين المحليين لضمان الدقة الثقافية والملاءمة.
 - الانخراط في الحوار المستمر والتغذية الراجعة مع العملاء لفهم تجاربهم ووجهات نظرهم الثقافية الفريدة.
 - الانفتاح على التعلم من العملاء ودمج معرفتهم الثقافية في العملية العلاجية.
- (Beck, 2002) (Kabat-Zinn, 2003)

7. انتقادات العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية

اكتسب العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية، اعترافاً واسع النطاق كتدخل فعال، إلا أنه لا يخلو من انتقاداته. ونحاول تقديم نظرة شاملة لأهم الانتقادات الموجهة إليه وهي:

➤ **الأسس النظرية لليقظة العقلية:** يجادل بعض النقاد بأن الأسس المفاهيمية لليقظة ، مثل أصولها البوذية والتكيف العلماني في العلاج ، قد تفتقر إلى الوضوح،

وهي تسلط الضوء على الحاجة إلى تعريفات أكثر دقة وتصور متسق لتعزيز الفهم العلمي لليقظة.

➤ **الآثار الضارة المحتملة:** يثير النقاد مخاوف بشأن الآثار الضارة المحتملة لممارسات اليقظة، خاصة بالنسبة للأفراد الذين يعانون من حالات صحية عقلية معينة ويرون بأنه بدون التوجيه المناسب أو إذا تم ممارسته بشكل غير صحيح، فإن اليقظة يمكن أن تزيد من حدة التجارب المؤلمة أو تؤدي إلى تفاقم الأعراض.

➤ **القياس والتوحيد القياسي:** يشكل قياس اليقظة وتقييم فعاليتها في تدخلات العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة تحديات. يشير النقاد إلى القيود المفروضة على مقاييس التقرير الذاتي، وغياب تعريف مقبول عالمياً لليقظة، والحاجة إلى منهجيات بحث أكثر صرامة لإنشاء بروتوكولات موحدة.

➤ **الاعتبارات الثقافية:** يجادل النقاد بأن العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة بأصوله في الفلسفة الشرقية، قد لا يندمج بسلاسة في جميع السياقات الثقافية. ويشددون على أهمية الحساسية الثقافية والتكيف لضمان أن يكون لهذه الممارسة صدى لدى مختلف السكان دون تمييع مبادئها الأساسية.

و لمعالجة الانتقادات والمضي قدما قام الباحثون باقتراح مايلي:

➤ توضيح الأسس النظرية لليقظة وتكاملها مع مبادئ العلاج المعرفي السلوكي من خلال البحث التجريبي والتطوير النظري.

➤ إجراء دراسات دقيقة لاستكشاف الآثار السلبية المحتملة لليقظة وتحديد معايير اختيار العميل المناسبة.

➤ التحسين المستمر وتطوير تدابير موثوقة وصالحة لتقييم اليقظة ونتائجها في تدخلات العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية .

➤ التأكيد على الكفاءة الثقافية وتكييف العلاج السلوكي المعرفي القائم على اليقظة العقلية مع سياقات ثقافية محددة، مع الحفاظ على الإخلاص للمكونات الأساسية للتدخل. (Lomas, Cartwright, Edginton, & Ridge, 2019) (Baer, 2003)، (Van Gordon, Shonin, Dunn, arcia-Campayo, & Griffiths, 2017)

1- مفاهيم العلاج المعرفي السلوكي.

- العناصر و التركيبة المعرفية: تشمل الأفكار الأوتوماتيكية و التوقعات، التقييمات و العزو و الإفتراضات الضمنية و المعتقدات الاساسية و السلوك.
- يساعد العلاج المعرفي السلوكي الأفراد على تعلم سلوكات جديدة و تعديل السلوكات القديمة و إكتساب جوانب جديدة ، أو مهارات جديدة لمواجهة الاحداث الحياتية مثل تنمية المهارات الاجتماعية، حيث يمكن لضعف المهارات الاجتماعية أن يؤدي إلى فقدان الدعم او عدم القدرة على التعامل مع المواقف الصعبة، لذا يعد أساس تنمية تقدير الذات.

2- أهداف العلاج المعرفي السلوكي

- التعرف على التفكير المختل وظيفيا، فلا يوجد شيء سيء أو جيد و إنما التفكير يجعله كذلك عن طريق التعريفات و الاخطاء المعرفية.
- اختبار الفرضيات التي تكونت من خلال الميراث الثقافي لكل فرد بالمخططات و التي يقصد بها بنية معرفية عميقة تقود عملية معالجة المعلومات و فهم التجارب الحياتية و التي تتشكل منذ الطفولة من خلال (الأسرة - الدين - المجتمع بكافة أقسامه).
- استخدام مجموعة من التقنيات المعرفية و السلوكية لتغيير أفكار المتعالج و مزاجه و سلوكه مثل أداء الدور، الواجبات المنزلية، التخيل، الاسترخاء، النمذجة و الحديث الذاتي.
- التركيز على العلاقات بين الشخصية المتبادلة مع الآخرين و ذلك أن الذي لديه أفكار غير ملائمة لا يمتلك الانماط السلوكية المعرفية و لا يتوفر على المهارات الجيدة لمواجهة العقبات و المشاكل اليومية، و ذلك من خلال التدريب على التقنيات التالية:

مهارات تعلم الاتصال، التدريب على التوكيد، مهارات تحسين العلاقة، مهارات التعامل مع العدوان، بناء المهارات الإجتماعية الملائمة.

- الوقاية من الانتكاسة: رغم أن عدد الجلسات يكون محدد مسبقاً، إلا أنها تتميز بالمرونة و القابلية للتفاوض، و هذا يعتمد على المعالج، و على طبيعة المشكل و ما تتضمنه الحياة من أحداث. كما أن العلاج موجه لمساعدة العميل على عدم الانتكاس مستقبلاً. و يهدف إلى تجهيز الأفراد بأحسن المهارات التي سوف يحتاجونها لمواجهة المشاكل المستقبلية و تعزيزها.

3- معايير العلاج المعرفي السلوكي

حقق العلاج المعرفي السلوكي معايير العلاج النفسي المتمثلة في:

- شمولية النظرية.
- دعم النظرية بالملاحظة و التجربة.
- جاهزية النظرية للتنفيذ.
- إمكانية التحقق من فعالية العلاج المعرفي السلوكي عن طريق الملاحظة و التجربة.

4- جلسات العلاج المعرفي السلوكي

يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالتفاعلات بين كيف تفكر و كيف تشعر و كيف تتصرف من خلال التعرف على الانماط و المعتقدات المعرفية و الانفعالات التي ترتبط بالسلوكيات و ذلك محدد بعدد من الجلسات المقدرة بين 15 و 20 جلسة.

- تركز في الحالات المتوسطة إلى الشديدة من الاضطراب على جلستين أسبوعياً لمدة 4 إلى 5 أسابيع ثم مرة أسبوعياً من 10 إلى 15 أسبوعاً.

- غالباً ما يتبع العلاج الناتج بجلسات متابعة على فترات للمحافظة على النتائج التي تحققت و الاستمرار في دعم و تقوية المتعالج.

- الزمن المخصص لكل جلسة يقارب 50 دقيقة باستثناء الاولى التي تتطلب وقتا أكبر (بلميهوبي، 2014).

5- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي

1.5 المشاركة العلاجية :

يرتكز هذا المبدأ على التعاون بين المعالج و المتعالج في تحديد الاهداف العلاجية و ذلك بالاتفاق حول ماهية المشاكل التي تتطلب المساعدة ، و ما هو الهدف من العلاج و كيف يخططان لبلوغ هذا الهدف، و ماهية المدة الزمنية الكافية لبلوغه، فليست مهمة المعالج أن يحاول اصلاح المتعالج بل أن يتحالف معه ضد مشكلته و أن يركز الاهتمام على حل مشكلات المتعالج لا على العيوب الشخصية المفترضة، و عليه يتمكن المتعالج و المعالج على حد سواء من فحص المصاعب بموضوعية أكثر و يساعد مفهوم (التشارك) مشاركة المعالج على الحصول على تغذية راجعة عن كفاءة التقنيات العلاجية و على مزيد من المعلومات المفصلة عن تفكير المتعالج و مشاعره و سلوكه.

تشير المشاركة العلاجية إلى المشاركة النشطة للعملاء في عملية العلاج ، حيث يلعبون دورا نشطا في تحديد الأهداف واتخاذ القرارات وتنفيذ التدخلات. و وفق هذا المبدأ يصبح المتعالجون خبراء في تجاربهم الخاصة (McLeod، 2013). تعد المشاركة العلاجية أمرا حيويا في العلاج المعرفي السلوكي لأنها تعزز مشاركة العملاء ، وتعزز الدافع ، وتسهل تطوير المهارات والسلوكيات التكيفية. و يتوقف تحقيق المشاركة العلاجية على النقاط التالية:

- تمكين العملاء من خلال اتخاذ القرارات المشتركة: إن وضع أهداف العلاج والتدخلات بشكل تعاوني يمكن العملاء الالتزام بالعملية العلاجية و يعزز الشعور بالسيطرة والاستقلالية، فأشراك العملاء في عملية صنع القرار ، يجعل المعالجين

يعترفون بخبراتهم وقيمهم ، مما يؤدي إلى زيادة الحافز والالتزام بالعلاج (Swift، 2009).

- التعاون الفعال في تخطيط العلاج: إن التعاون النشط بين المعالج والعميل أثناء التخطيط للعلاج. معا ، يحددون احتياجات العميل الخاصة ونقاط قوته وتفضيلاته ، ويصممون التدخلات لتناسب ظروفهم الفريدة. و يعزز التعاون النشط إحساس العميل بالاستثمار والأهمية الشخصية في عملية العلاج ، مما يعزز تحالفا علاجيا أقوى ويحسن نتائج العلاج (Waller ، 2009).

2.5 ترسيخ المصداقية و بناء الثقة: يتطلب بناء الثقة تجنب المعالج الطرق التسلطية التي تقود من جهة إلى التقبل الاعمى من جانب بعض المتعالجين للتفسيرات و الافتراضات، و من جهة أخرى تقود إلى المقارنة و الرفض لدى بعض المتعالجين، فترسيخ المصداقية هو جانب أساسي من جوانب العلاج المعرفي السلوكي و الذي يضع الأساس لنتائج علاجية فعالة. و تشير المصداقية إلى قدرة المعالج على غرس الثقة في العملاء ، مما يعزز مشاركتهم وتحفيزهم واستعدادهم للمشاركة بنشاط في العلاج. و تعمل العلاقة العلاجية على تأسيس المصداقية في العلاج المعرفي السلوكي. إذ يعد بناء تحالف قوي مع العملاء أمرا بالغ الأهمية لتعزيز الثقة والألفة والشعور بالتعاون. فالمعالجون عليهم إظهار الدفء والتعاطف والأصالة لخلق بيئة آمنة وغير قضائية. و ذلك من خلال الاستماع النشط وإظهار الاحترام وإظهار الرعاية الحقيقية.

و يعد إظهار الخبرة والمعرفة في العلاج المعرفي السلوكي أمرا ضروريا لإثبات المصداقية. إذ يتوقع العملاء أن يمتلك المعالجون فهما شاملا للأسس النظرية والتقنيات القائمة على الأدلة والتطبيقات العملية للعلاج المعرفي السلوكي، و تساعد مشاركة هذه الخبرة مع العملاء على غرس الثقة في العملية العلاجية وقدرة المعالج على

معالجة مخاوفهم بشكل فعال. كما يلعب التثقيف الصحي بخصوص فعالية التقنيات في علاج الاضطراب مثلاً دوراً فعالاً في تعزيز الثقة لدى المتعالج.

توفير التثقيف النفسي:

يلعب التثقيف النفسي دوراً حيوياً في ترسيخ المصدقية من خلال تمكين العملاء من معرفة وفهم الصعوبات التي يواجهونها والأساس المنطقي وراء تدخلات العلاج المعرفي السلوكي (كازانتزيس وآخرون، 2013). تثقيف العملاء حول النموذج المعرفي السلوكي، والعلاقة بين الأفكار والعواطف والسلوكيات، والأدلة الداعمة للعلاج المعرفي السلوكي تعزز المصدقية. من خلال تقديم تفسيرات واضحة وأمثلة ملموسة، يعزز المعالجون ثقة العملاء في فعالية تقنيات العلاج المعرفي السلوكي وقدرتهم على الاستفادة منها.

و تساعد عملية تحديد الأهداف و التخطيط للعلاج بكل شفافية في تكريس المصدقية في العلاج المعرفي السلوكي، ذلك أن تحديد الأهداف بشكل تعاوني مع العملاء وإشراكهم في عملية صنع القرار يعزز إحساسهم بالثقة. كما أن مراقبة التقدم بانتظام وتقديم التغذية الراجعة أمران ضروريان لإثبات المصدقية وغرس الشعور بالمساءلة في العلاج من خلال استخدام التقييمات الموضوعية، مثل مقاييس التقرير الذاتي والملاحظات السلوكية، لتتبع تقدم العملاء وإبلاغ فعالية التدخلات يساعد العملاء على فهم تقدمهم، ويعزز الثقة، وتخفّضهم على مواصلة مشاركتهم النشطة. و يعد استخدام البروتوكولات القائمة على الأدلة، و تلك المدعومة بالبحوث، حجر الزاوية في بناء الثقة في العلاج المعرفي السلوكي، كونها توظيف التقنيات ذات الفعالية المثبتة، و تستند إلى الدراسات التجريبية ذات الصلة (Flückiger، 2018)، (McGovern، 2017)، (Kazantzis، 2013)، (Swift، 2009)، (Lambert،

(Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T, 200).

3.5 اختزال المشكلة: ينطوي تخفيف المشكلة على ثلاث خطوات:

- أ- التعرف على المشكلات ذات الأسباب المتشابهة و تجميعها معا ليستطيع المعالج اختبار التقنيات المناسبة لكل مجموعة من المشكلات.
- ب- التركيز على العناصر المحورية التي تشكل مفتاح الاضطراب، فعندما يتركز العلاج عند المكتئبين مثلا على عناصر مثل التوقعات السلبية أو نقص الاعتبار يمكنه ان يؤدي إلى تحسين للمزاج و في السلوك الظاهر و في الشهية و نمط النوم لدى المتعالج.
- ج- تحديد الحلقة الاولى في سلسلة الأعراض باعتبارها قد تكون مشكلة صغيرة تمخضت عنها نتائج مثل الإصابة بعجز يعوق عن العمل أو فقدان الاهلية (باترسون، س.ه.، 1990).

4.5 **تعلم كيف تتعلم:** ليس من الضروري أن يساعد المعالج المتعالج ليحل كل مشكلة تصادفه و لا من الضروري أن يتوقع المعالج أن كل المشكلات التي تحدث بعد انتهاء العلاج و يحاول أن يحلها مقدما لأن بالمشاركة العلاجية يساعد المتعالج على استنباط طرق جديدة ليتعلم من خبراته. و يعد تعليم استراتيجيات التعلم مكونا رئيسيا لتسهيل تعلم كيفية التعلم في العلاج المعرفي السلوكي. حيث يمكن للمعالجين تزويد العملاء بمجموعة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية لمعالجة المعلومات بشكل فعال، وتحدي المعتقدات غير المفيدة، وتنفيذ التغييرات المطلوبة، و ذلك من خلال تعليمهم مجموعة من التقنيات مثل إعادة الهيكلة المعرفية وحل المشكلات والتدريب التعليمي الذاتي تزود العملاء بالأدوات التي يحتاجونها للانخراط في التعلم الفعال وحل المشكلات (Meichenbaum, 2017).

1. تقنيات العلاج المعرفي السلوكي

تتنوع تقنيات العلاج المعرفي السلوكي التي تستهدف الأفكار و السلوكات و الانفعالات و المهارات الحياتية، و قد اخترنا عرض التقنيات التالية:

1.1 فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها:

يعد تحديد وتعديل الأفكار الآلية أو التلقائية جانبا أساسيا من العلاج المعرفي السلوكي ، تتمثل الخطوة الأولى في تحديد الأفكار الآلية في مساعدة الأفراد على إدراك أفكارهم والتعرف على الصلة بين أفكارهم وعواطفهم وسلوكياتهم. باستخدام تقنيات مثل مراقبة الفكر أو الاحتفاظ بسجلات التفكير ، يمكن للأفراد تتبع أفكارهم في مواقف مختلفة وتحديد الأنماط أو الموضوعات المتكررة (بيك ، 2011). تمكن هذه العملية الأفراد من أن يصبحوا أكثر وعيا بالأفكار التلقائية التي تؤثر على استجاباتهم العاطفية وردود أفعالهم السلوكية. و بمجرد تحديد الأفكار التلقائية ، فإن الخطوة التالية تكمن في تقييم دقتها وصلاحيتها. غالبا ما يستخدم المعالجون الإدراكيون التشوهات المعرفية كإطار لفهم الأفكار الآلية وتحديدها. التشوهات المعرفية هي أخطاء في التفكير يمكن أن تؤدي إلى تصورات مشوهة للواقع وتساهم في المشاعر السلبية والسلوكيات غير القادرة على التكيف (Burns، 1999). من خلال تحديد التشوهات المعرفية المحددة الموجودة في الأفكار التلقائية ، يمكن للمعالجين مساعدة الأفراد على فحص الأدلة التي تدعم أو تدحض هذه الأفكار وتوليد تفسيرات بديلة وأكثر توازنا.

و يتضمن تعديل الأفكار الآلية تحدي وإعادة هيكلة الأفكار المشوهة من خلال تقنيات إعادة الهيكلة المعرفية. تهدف إعادة الهيكلة المعرفية إلى استبدال الأفكار التلقائية بأفكار أكثر دقة وعقلانية وتكيفا. تتضمن هذه العملية تشجيع الأفراد على الفحص النقدي للأدلة المؤيدة والمعارضة لأفكارهم التلقائية ، والنظر في

تفسيرات بديلة ، وتطوير وجهات نظر أكثر توازنا وواقعية (Beck، 2011). قد يستخدم المعالجون استراتيجيات مختلفة مثل الاستجواب السقراطي ، أو تقديم معلومات قائمة على الأدلة ، أو استخدام تقنيات إعادة الصياغة المعرفية لتسهيل إعادة الهيكلة المعرفية (Padesky، 1995)

2.1 التخيل العقلائي الانفعالي:

هو من ابداع ماكسي مولستي وقد تم تعديله ليكون اكثر تعبيراً وملائمة للعلاج العقلائي الانفعالي ويكون التمرين على الشكل التالي :اغمض عينيك و تخيل اسوا شيء يمكن ان يصيبك فيتعكر صفو حياتك ويسوء الوضع في عملك تخيل هذا الموقف الكارثي. الآن ماهي حقيقه مشاعرك؟، في هذه الحالة ينتظر المعالج حتى يصرح المفحوص بالمشاعر التي انتابته مثل القلق، الغضب، تحقير الذات الشعور و بالذنب وفي هذه الحالة يطلب المعالج ثانية من المفحوص تفسير مشاعره وتحويلها لتكون مشاعرا انزعاج او تأسف او احباط (بلميهوي، 2014).

3.1 التعليم كأداة للعلاج

يقوم المعالجون المعرفيون بشكل صريح بتنظيم تعليم عملائهم حول المدخل المعرفي داخل واجباتهم، فقد يستخدمون مجموعه من المحاضرات المصغرة، والمذكرات والقراءات ليشرحوا للعملاء الفرق بين النماذج ذات الخطوتين (الاحداث تؤدي مباشرة الى المشاعر) وذات الثلاث خطوات (الافكار والمعتقدات تتداخل بين الاحداث والمشاعر) لفهم مصادر مشاعره . فوق ذلك هم يدرّبون العملاء على إدراك الافكار غير المنطقية، ووضع مسميات لها وتعقبها في سيرة مكتوبة خاصة.

ويطمح المعالجون المعرفيون أن يكون عملاؤهم في النهاية قادرين على استخدام الدروس لتعليم أنفسهم بدل أن يظلوا معتمدين على المعلم (بوميرونتز، 2018).

4.1 فنية المراقبة الذاتية

يُقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي السلوكي ، قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة، أو نماذج معدة مسبقاً من المعالج وفقاً لطبيعة مشكلة المريض، ويحرص المعالج على البدء في 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، وتقدم أدلة تحد من ميل المريض إلى تذكر فشله بدلاً من تذكر نجاحاته

ويطلب المعالج من المريض تعبئة 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 (بوجمان، 2016).

5.1 الواجبات المنزلية:

المعالجون المعرفيون يؤمنون بقوة أن قدرا كبيرا من العلاج يتم تنفيذه بين الجلسات وبشكل يشبه كثيرا الوقت بين حصص الدروس، و الميزة الأساسية لاستخدام الواجبات المنزلية تكمن في أنها توفر المتابعة و استمرار العلاج بين الجلسات. فعندما يدرك المرء أن المسترشد يقضي ساعة واحدة من حوالي 112 ساعة استيقظ أسبوعيا في جلسة علاجية، من السهل ان ترى كيف يمكن تخفيف الأفكار من جلسة المساعدة من خلال الأنشطة الأخرى. و يمكن أن تؤدي الواجبات المنزلية، خاصة إذا كانت تتطلب بعض العمل اليومي، إلى تحسين العلاج. بالإضافة على ذلك تقوم الواجبات المنزلية بتحويل الأفكار إلى سلوكيات ملموسة و تمنع المساعدة من أن تكون فقط مكانا لتفريغ مشاعر الفرد.

يتم تسهيل نقل التدريب أو تعميم التعلم من خلال تطبيق الأوصاف و نماذج السلوك على مواقف الحياة الواقعية في أقرب وقت ممكن. و تبدأ ممارسة الواجبات المنزلية أيضا في نقل التحكم من المعالج إلى المتعالج، الأمر الذي يرفع من شعوره بالفعالية و تقدير الذات. و يتم استخدام الوقت بين جلسات العلاج المتعلمة بين الحفظ في بعض الحالات يكون الواجب المنزلي مكتوبا اين يطلب من العملاء الاحتفاظ بسجلات للأحداث والأفكار والمعتقدات والمشاعر والمحاولات لتنقيح الأفكار والمعتقدات لتغيير المشاعر التي يمرون بها (يونغ، 2021)

6.1 إيقاف الفكر:

في بعض الأحيان ينزعج المتعالجون من الأفكار والصور غير المرغوب فيها، التي تخلق القلق والاكتئاب، وتؤدي إلى تدمير الذات. قد تكون الأفكار والصور هي ذكريات الفشل أو القلق بشأن الأحداث القادمة وبمجرد أن تبدأ هذه الأفكار فإنها

تنمو . مما يخلق مزيدا من القلق ما لم تكن لدينا المهارات لقمع تفكيرها عندما يخرج عن نطاق السيطرة.

لهذا يستخدم وقف الأفكار لعلاج أنواع الأفكار المتكررة جميعا ويستخدم المعالجون المتمرسون التوقف عن التفكير لعلاج الأفكار مثل: تشتت الفكر والملل والحديث السلبي عن النفس خلال جلسات العلاج وهو إجراء طارئ لوقف تدفق الرسائل السلبية فيعلم المعالج المتعالج هذه التقنية خلال الجلسة في المكتب ليتمكن من تطبيقه لها كل ما انتابه تفكير مزعج وقد تم تحديد ثلاث خطوات في تقنية إيقاف التفكير هي:

- التصريح عن الفكرة
- إيجاد تدخل مذهل
- التعويض بفكره جديده

بمجرد تحديد الفكرة المثيرة للقلق يطلب من المتعالج أن يصفها ويذكرها إما بصوت عال أو ذهنيا ، هذا التكرار يؤدي بالفكر إلى تركيز واضح ثم يخلق المتعالج إستجابة مذهله قويه بما يكفي لإيقاف نمط التفكير السلبي كأن يصرخ بأعلى صوت ممكن قائلا قف، أما في الأماكن العامة فيفضل أن يقول قف ذهنيا . أما الخطوة الأخيرة في إيقاف التفكير هي إدخال فكره ايجابييه لتحل محل الفكرة المحبطة) لم أقلق بشأن علامتي سأبذل قصارى جهدي (يونغ، 2021).

7.1 تحديد نسبة الإتقان و الرضا:

يشير مصطلح الاتقان إلى الاحساس بالإنجاز عند تأدية مهمة معينة، في حين تشير المتعة إلى المشاعر السارة الناتجة عن هذا النشاط. و يمكن استخدام جدول

النشاط اليومي لتقييم انجاز المتعالج لكل نشاط و ذلك بإعطاء درجة لكل من الإتقان و الرضا و تسجل بجانب النشاط و تتراوح من الصفر (0) الذي يمثل عدم الإتقان أو عدم المتعة و خمسة (5) التي تمثل الحد الأعلى من الإتقان والرضا. و باستخدام مقياس التقدير هذا يدرك المتعالج النجاحات الجزئية و الدرجات الصغيرة من المتعة، الأمر الذي يرفع من تقييمه لذاته ، أو يمكن لدرجة الإتقان و الرضا أن تكونا مستقلتين عن بعضهما البعض، و أن أي إتقان للمتعالج يعد خطوة للأمام تستحق التشجيع رغم أنه ربما لا يشعر خلال الانجاز بأية متعة.

8.1 التغذية الراجعة:

التغذية الراجعة هي جانب أساسي من العلاج المعرفي السلوكي الذي يسهل الوعي الذاتي والتعاون وتنفيذ تقنيات العلاج المعرفي السلوكي. تعزز التغذية الراجعة الفعالة فهم العملاء لأفكارهم وسلوكياتهم، وتعزز التحالف العلاجي التعاوني، وتدعم دمج مهارات التأقلم الجديدة. و تتألف التغذية الراجعة من ملاحظة الاستجابة الانفعالية الصريحة للمتعالج و من تعبيرات المتعالج عن رد فعله اتجاه المعالج و عملية العلاج، و عليه يمكن للمعالج أن يحصل على التغذية الراجعة بطرح الأسئلة بشكل متكرر طوال الجلسة لتلخيص النقاط الأساسية، و لتوجيه الجلسة نحو هدفها المرجو، و يتم ذلك بفواصل زمنية متعددة لكل جلسة لمعرفة ما إذا كان المتعالج قد استوعب جوهر التدخل العلاجي و ذلك لاستشارة جهود المتعالج للتعلم و مكافئته.

9.1 الاسترخاء:

تأتي أهمية الاسترخاء من العلاقة بين الاضطرابات الانفعالية و التوتر العضلي مما يضعف قدرة الفرد على التوافق و النشاط البناء، و يعني الاسترخاء توقف كامل الانقباضات و التقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، و يستطيع المتعالج تعلم تمارين

الاسترخاء ليتدرب عليها بالمنزل و يمكن أن يعد المعالج أشرطة سمعية تساعد في التدريب على الاسترخاء.

حيث لاحظ وولي أن استجابة القلق مرتبطة بالحالة البيولوجية و بالتوتر العضوي لذلك كان الاسترخاء من أهم الاستجابات المضادة لمثيرات القلق و الانفعال. لذلك من المهم تدريب المريض على الاسترخاء و الأفضل أن يتم ذلك على فترات من أجل راحة المريض و عدم إرهاقه، و تقسم حسب حاجته ومدى استجابته حيث أن بعضهم بطيئين جدا في الوصول للمستوى المطلوب من الاسترخاء (الجهوري، 2018).

و يتم في الاسترخاء بشكل منتظم شد العضلات المختلفة. وعادة يستخدم المعالج السلوكي تعليمات مكتوبة اثناء تدريب الاسترخاء. وهذه التعليمات يمكن أن يحصل عليها المفحوص في العديد من الأشكال (مكتوبه على ورقه /مسجله على أسطوانة مدججة) لتيسير التدرب عليها في المنزل بين الجلسات. وبمجرد أن يتعلم المفحوص مهمه الاسترخاء ويتقنها و تكون عادة بعد نحو ست جلسات يتحرك، عبر هرم القلق كما وصفنا في السابق ويشترط تحقيق الاسترخاء قبل كل تعرض ليصبح الاسترخاء مقترنا بالتعرض للمثير المسبب للقلق فيتم تدريجيا التغلب على حاله الخوف (بوميرونتر، 2018)

10.1 التدريب على مواجهة الضغوط:

هي عملية تقوم على أساس مقاومة الضغوط عن طريق برنامج يتم فيه تعلم كيفية مواجهة المواقف المتدرجة للضغوط عبر ثلاث مراحل هي:

- مرحلة التعلم: يزود فيها المتعالج بإطار تصوري لفهم طبيعة ردود الفعل اتجاه الضغوط و النظر للمشكلة بشكل عقلائي.

- مرحلة التكرار: يتم فيها تزويد المتعالج بأسلوب مواجهة الضغوط كالأسترخاء و وسائل مواجهة معرفية.
- مرحلة التطبيق: تشتمل على المنافسة و تكرار السلوك و تعزيزه.

2. العقد العلاجي في العلاج المعرفي السلوكي

العقد العلاجي هو اتفاقية تعاونية بين المعالج والعميل تضع الأساس للعلاقة العلاجية وتؤسس إطار التغيير. و يحدد العقد العلاجي الأهداف والأدوار والمسؤوليات والحدود لكلا الطرفين المشاركين في عملية العلاج، كما يساعد العقد العلاجي في الحفاظ على التركيز والتحفيز طوال فترة العلاج. و يبدأ العقد العلاجي بتحديد الأهداف والغايات المحددة للعلاج، و تتضمن هذه العملية تقييما شاملا لمشكلات العميل، يليه وضع أهداف علاجية متفق عليها بشكل متبادل، توفر الأهداف الواضحة التوجيه والغرض من عملية عملية العلاج، و توجيه كل من المعالج والعميل في جهودهما لمعالجة أعراض محددة، تحسين الأداء، وتحقيق النتائج المرجوة من خلال تحديد أهداف واضحة (Ellis، 2005)

- تحديد الأدوار والمسؤوليات في العقد العلاجي:

يتمثل دور المعالج في تقديم التوجيه والدعم والخبرة في تنفيذ تقنيات العلاج المعرفي السلوكي ، بينما يتمثل دور العميل في المشاركة بنشاط في العلاج ، والانخراط في الواجبات المنزلية ، وتطبيق المهارات المكتسبة خارج الجلسات. يؤكد هذا النهج التعاوني على المسؤولية المشتركة والمشاركة النشطة، مما يعزز الشعور بالتمكين والملكية للعميل (Beck، 2011).

- وضع الحدود والمبادئ التوجيهية:

يعد وضع الحدود والمبادئ التوجيهية جانبا حيويا من العقد العلاجي في العلاج المعرفي السلوكي، و يتضمن مناقشة السرية وعدد و وتيرة الجلسات ومدتها و توضيح الاعتبارات الإدارية أو الأخلاقية ذات الصلة. بحيث تخلق هذه المناقشات بيئة علاجية آمنة ويمكن التنبؤ بها، مما يمكن العميل من الشعور بالأمان، الدعم، الثقة، و التواصل المفتوح طوال فترة العلاج (Persons, 2008)

- تشجيع ردود الفعل التعاونية:

يشجع العقد العلاجي أيضا على خلق بيئة علاجية تعاونية، و يمكن الحصول على الاستجابات من خلال عمليات التسجيل المنتظمة أو الاستبيانات أو الحوار المفتوح. و يعزز هذا النهج الموجه نحو التغذية الراجعة مشاركة العميل وتمكينه والشعور بالملكية المشتركة في عملية العلاج، و ذلك من خلال تقييم مدخلات العميل ودمج وجهات نظرهم، و عليه يعزز العقد العلاجي تحالفا علاجيا أقوى ويزيد من فعالية نتائج العلاج (Lambert و Barley, D. E، 2001)

المراجع باللغة العربية:

- أرنوط, ب. ا. (2017). فاعلية الذات البحثية لدى طلبة الدراسات العليا باجلامعات جملة الإرشاد النفسي.(50)
- أسعد, ا. ع. (2010). علم نفس الشخصية (éd. ط. (1)إربد, الأردن :عالم الكتب الحديث.
- أسعد, أ. ع. (2014). تعديل السلوك الانساني (éd. ط. (2)عمان, الأردن :دار المسيرة للنشر و التوزيع.
- الجمهوري, م. ع. (2018). الكف بالنقيض ..كطريقة في العلاج النفسي .
<http://www.arabpsynet.com/Documents/DocMaanBookZarrad.pdf>.
- الزراد, ف. م. (2005). العلاج النفسي السلوكي (éd. ط. (1)بيروت, لبنان :دار العلم للملايين.
- الزروق, ف. ا. (2015). علم النفس الصحي .الجزائر :ديوان المطبوعات الجامعية.
- الزريقات, ا. ع. (2007). تعديل سلوك الأطفال و المراهقين (éd. ط. (1)عمان, الأردن :دار الفكر.
- الزعبي, ا. ع. (s.d.). فنيات العلاج المعرفي السلوكي Consulté le 15, 2022, sur جويلية
أطفال الخليج : <http://www.gulfkids.com/ar/artical-1343.htm>
- الزغلول, ع. ع. (2015). نظريات التعلم (éd. ط. (1)عمان, الأردن :دار الشروق للنشر و التوزيع.
- الشناوي, م. م. (1998). العلاج السلوكي الحديث أسسه و تطبيقاته .القاهرة :دار قباء.
- العاسمي, ن. (2015). العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (éd. ط. (1)عمان, الأردن :دار الاعصار العلمي.
- العتوم, ع. ي. (2015). نظريات التعلم (éd. ط. (1)عمان, الأردن :دار المسيرة.
- النابلسي, م. أ. (1991). مبادئ العلاج النفسي و مدارس له .لبنان :دار النهضة العربية للطباعة و النشر و التوزيع.
- باترسون, س. ه. (1990). نظريات الارشاد و العلاج النفسي .دار القلم.
- بطرس, ب. ح. (2010). تعديل و بناء سلوك الأطفال (éd. ط. (1)عمان, الأردن :دار المسيرة.
- بلميهوبي, ك. (2014). تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية .
الجزائر :مركز البحث في الانترنتوبولوجيا الاجتماعية و الثقافية.

- بومجان ن. (2016). بناء برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي بسكرة , الجزائر :جامعة بسكرة.
- بوميروننز, أ. (2018). علم النفس الأكلينيكي. عمان: دار الفكر.
- بيك, أ. (2000). العلاج المعرفي و الاضطرابات الانفعالية (éd. ط). (1ع. مصطفى (Trad. , القاهرة, مصر :دار الأفق العربية.
- بيك, ج. (2007). العلاج المعرفي (éd. ط). (1ط. مطر (Trad. , القاهرة :المركز القومي للترجمة.
- بينيت, ر & , أوليفر, ج. (2021). العلاج بالقبول و الالتزام). ع. ص. السيد (Trad. , القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
- حسين, ط. ع. (2006). العلاج النفسي المعرفي-مفاهيم و تطبيقات (éd. ط). (1الاسكندرية , مصر :دار الوفاء لنديا الطباعة و النشر.
- حسين, ط. ع. (2008). استراتيجيات تعديل السلوك. الاسكندرية, مصر :دار الجامعة الجديدة.
- حمدان, م. ز. (1997). نظريات التعلم. دمشق, سوريا: دار التربية الحديثة.
- ربيع, م. ش. (2013). علم نفس الشخصية (éd. ط). (1عمان: دار المسيرة.
- زيعور, ع. (1980). مذاهب علم النفس (éd. ط). (3بيروت, لبنان: دار الأندلس للطباعة و النشر و التوزيع.
- سري, إ. م. (2000). علم النفس العلاجي (éd. ط). (2القاهرة, مصر :عالم الكتب.
- عبد القادر, ا. ا. (2001). التفكير-الانفعال-السلوك. نظرية في العلاج النفسي. القاهرة: مكتبة الأنجلومصرية.
- عريبات, أ. أ. (2015). نظريات الارشاد النفسي و التربوي (éd. ط). (3عمان: دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة.
- عطاء الله, م. خ. (2021). العالج المعرفي السلوكي وفقاً لنموذج "دونالد ميتشنيوم :المفهوم، المبادئ الأساسية، الفنيات العالجية مجلة البحث في التربية و علم النفس. 262-241, (1)36 ,
- علوي, ز. (2009). العلاج النفسي المعرفي (éd. ط). (1عمان, الأردن: عالم الكتب الحديث.
- عمر, ب. خ. (2020). أثر برنامج معرفي سلوكي قائم على نظرية ميكنييوم-316, (27)17 . 294.

- فراج م. ف. (2019). علم النفس الاكلينيكي -التطورات المعاصرة في الفحص و التشخيص و العلاج -القاهرة :مكتبة الأنجلومصرية.
- قاصب ب. (2021). المرشد في العلاج بالتقبل و الالتزام. الجزائر: دار ومضة للنشر و التوزيع و الترجمة.
- كوروين ب. (2007). العلاج المعرفي السلوكي المختصر. (éd. ط). (1م. ع. مصطفى (Trad. , القاهرة, مصر: ايتراك للطباعة و النشر و التوزيع.
- محمد ع. ع. (2000). العلاج المعرفي السلوكي أسس و تطبيقات. (éd. ط). (1القاهرة, مصر : دار الرشاد.
- مليكة ل. ك. (1990). العلاج السلوكي و تعديل السلوك. (éd. ط). (1الكويت, الكويت: دار القلم للنشر و التوزيع.
- ناصف م. (1983). نظريات التعلم). ع. المعرفة (Éd., الكويت, الكويت: المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب.
- وات ت. (2021). اليقظة الذهنية). س. ب. العرجان & ف. ع. الشخي (Trad., عمان , الأردن: دار الفكر.
- يوسف ح. (2011). التدريب التحصيني ضد الضغوط كأسلوب من اساليب العلاج السلوك المعرفي عند ميكنيوم دراسات نفسية. 74-49, 2(6) ,
- يوسف ح. (2012). فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تنمية بعض المتغيرات الواقية من الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة. الجزائر: جامعة باتنة.
- يوسف ح. (2016). الاستراتيجيات الارشادية لتخفيف الضغوط النفسية و تنمية الصحة النفسية. (éd. ط). (1عمان, الأردن: دار أسامة للنشر و التوزيع, دار نبلاء للنشر و التوزيع.
- يونغ م. (2021). تعلم فن المساعدة). ا. م. الدين (Trad., عمان, الأردن: دار الفكر.

- American Psychological Association 2017 *Ethical principles of psychologists*. United States of America: American Psychological Association
- Association, American Psychological 2016 *Cognitive-behavioral case formulation*. USA : American Psychological Association
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review, 10(2), 125-143
- Bandura, A. (1985). *l'apprentissage social*. Bruxelles: Mardaga.
- Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck J. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press.
- Burns, D. D. (1999). *Feeling good: The new mood therapy*. Harper.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 1(26), 17-31.
- Clark, D; Beck, A.T. (2010). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Eifert, H; Forsyth J; Arch, J. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol: *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(4), 368-385
- Ekers D, Webster L, Van Straten A, Cuijpers P, Richards D, Gilbody S (2014) Behavioural Activation for Depression; An Update of Meta-Analysis of Effectiveness and Sub Group Analysis. *PLoS ONE* 9(6): e100100.

- Ellis, A. &. (2005). *Rational emotive behavior therapy: A therapist's guide* (éd. 2). Impact Publishers.
- Flückiger, C. D. (2018). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 6(65), 636-649.
- Forman, E; Herbert, J; Moitra, E; Yeomans, P; Geller, P.(2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression,31(6), 772-799
- Goodman, M; Carpenter, D; Tang, C.Y; Oldstein, K. E; Avedon, J; Fernandez, N; New, A.(2014). Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in response to emotional stimuli in patients with borderline personality disorder: *Journal of Psychiatric Research*,57, 108-116
- Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on Acceptance and Commitment Therapy*. USA: New Harbinger Publications.
- Hayes, S; Strosahl, K; Wilson, K.(2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press
- Hayes, S; Luoma, J; Bond, F; Masuda, A; Lillis, J.(2006). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology*,44(1), 1-25
- Hofmann, S., Asmundson, G., & Beck, A. (2013). . The science of cognitive therapy. *Behavior Therapy*(2), pp. 199-212.
- Hopko, D; Lejuez, C; Ruggiero, K; Eifert, G.(2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress.*Clinical Psychology Review*, 23(5):699-717

- Jacobson, N S; Martell, C; Dimidjian, S.(2001). behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots: *Clinical Psychology: Science and Practice*,8(3), 255-270
- Kabat-Zinn, J.(2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future: *Clinical Psychology Science and Practice*,10(2), 144-156
- Kanter, J; Busch, A; Rusch, L.(2009). Behavioral Activation: Guide to Assessments that Work: oxford University Press, 533-557
- Kazantzis, N. D. (2013). *Using homework assignments in cognitive behavior therapy* . Routledge.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (éd. 6). Wiley.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 4(38), 357-361.
- Leahy, R. L. (2003). *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide*. (2nd Ed.),New York: Guilford Press
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*,New York: Guilford Press
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* ,New York: Guilford Press
- Lynch, T. R; Chapman, A.L; Rosentha, M. Z; Kuo, J. R; Linehan, M.M.(2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations, *Journal of Clinical Psychology* 62(4):459-80
- Lynch, T. R; Trost, W. T; Salsman, N; Linehan, M.(2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder, *Annual Review of Clinical Psychology*, 3:181-205.
- McGovern, M. P. (2017). Fidelity and quality in the delivery of cognitive-behavioral therapy for substance use disorders: A review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1(49), 59-68.

- McLeod, J. (2013). *An introduction to counseling* (éd. 5th ed). Open University Press.
- Meichenbaum, D. (2017). *The Evolution of Cognitive Behavior Therapy*. new york: routledge.
- Neacsiu, A. D; Rizv, S. H; Dimeff, L.A; Linehan, M; Rathus, J. H.(2015). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A 20-year review: *Annual Review of Clinical Psychology*,11 441-464
- Padesky, C. A. (1995). *Clinician's guide to mind over mood*:Guilford Press.
- Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. Guilford Press.
- Powers, M; Zum Vörde Sive Vörding, M; Emmelkamp, P.(2009). Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review , *Psychother Psychosom*, 78(2):73-80
- Rizvi, S. H; Linehan, M.(2009). Dialectical behavior therapy: An overview, *Current Psychiatry Reports*
- Ryle, A.(2007). Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: A 10-year follow-up: *British Journal of Psychiatry* , 190, (5)444-449
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press
- Simons, J.S., Gaher, R.M. (2005).The Distress Tolerance Scale: Development and Validation of a Self-Report Measure. *Motiv Emot* 29, 83–102
- Smith, B; Barkley, R; Shapiro, C.(2018). Evidence-Based Interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: *The Clinical Neuropsychologist*,4(32). 462-505
- Swift, J. K. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 4(65), 368-381.

- Van Gordon, W., Shonin, E., Dunn, T. J., Garcia-Campayo, J., Demarzo, M. M. P., & Griffiths, M. D. (2017). Meditation awareness training for the treatment of workaholism: A controlled trial. *Journal of Behavioral Addictions, 6*(2), 212–220.
- Veehof, M. M; Trompette, H. R; Bohlmeijer, E , T.(2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review, *Cogn Behav Ther, 45*(1):5-31
- Waldron, M; Linehan M. M.(2006). Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents, New york: Guilford Press
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy, 2*(47), 119-127.
- Wampold, B; Imel, Z.(2015). The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work: Routledge
- Wells, A.(2009). metacognitive therapy for anxiety and depression, , New york: Guilford Press
- Westra, H; Arkowitz, H; Dozois, D.(2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: a preliminary randomized controlled trial .*Journal of Anxiety Disorders, 23*(8)1106-1117
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J. V., Hackmann, A., Krusche, A., Muse, K., Von Rohr, I. R., Shah, D., Crane, R. S., Eames, C., Jones, M., Radford, S., Silverton, S., Sun, Y., Weatherley-Jones, E., Whitaker, C. J., . . . Russell, I. T. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial.*Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(2), 275–286.

- Williams, M., Teasdale, J., Segal, I., & Kabat-Zin, . (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. New York: Guilford Press.