

الأطر النظرية للعلاج
المعرفى السلوكى

الأطر النظرية للعلاج المعرفى السلوكى

تسير النظريات التى عرضت للعلاج المعرفى السلوكى فى إتجاه رئيسى يحاول إدخال العقل والمنطق فى العلاج النفسى وتغيير الأفكار الخاطئة أو اللامنطقية التى تبناها المريض من خبراته المبكرة وذلك بغرض تعديل سلوكه حيث تعبر الإضطرابات النفسية بأشكالها المختلفة فى الأساس بالنسبة للمعالج المعرفى السلوكى عن إضطراب فى التفكير حيث عادة ما تصحبها طرق غامضة ومتناقضة من التفكير ترتبط بالذات والبيئة . ولذا يجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسى على تغيير مفاهيم المريض وإعادة تشكيل مدركاته حتى يتيسر له التغيير فى سلوكه حيث يرى هذا الإتجاه أن الإضطراب النفسى عندما يحدث لايشمل جانباً واحداً من الشخصية فحسب، بل يمتد ليشمل أربعة جوانب هى السلوك الظاهر (الأفعال الخارجية)، والإنفعال (التغيرات الفسيولوجية)، والتفكير (طرق التفكير والقيم)، والتفاعل الإجتماعى (العلاقات بالآخرين).

النماذج العلاجية المعرفية السلوكية

تزايد الإهتمام منذ السبعينيات بهذا المنحى العلاجى، وبرز فى هذا السبيل ثلاثة نماذج علاجية لها الريادة أرسى دعائمها كل من بيك Beck وإليس Ellis وميتشبنوم Meichenbaum. ويعد ذلك النموذج الذى قدمه آرون بيك A. Beck من أبرز النماذج العلاجية فى هذا الإتجاه وأكثرها شيوعاً، ويعتبر منهجاً فينومونولوجياً ومعرفياً معاً. ففي الوقت الذى يركز فيه على معارف ومعتقدات الفرد فى الهُنا - والآن here and now كسبب فى إضطراب الشخصية، فإنه يستعين

أيضاً ببعض الفنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدركاته عن ذاته وعن العالم والمستقبل. ويرى بيك أن الشخصية تتكون من مخططات أو أبنية معرفية Schemas تشتمل على المعلومات والمعتقدات والمفاهيم والإفراضات والصيغ الأساسية لدى الفرد والتي يكتسبها خلال مراحل النمو. ويسلم بأن الأمزجة النفسية والمشاعر السالبة تكون نتاجاً لمعارف محرفة ولا عقلانية، فالمرضى يستحدث رأياً عن نفسه وعن العالم وعن الماضي والحاضر والمستقبل، ويكون عقله مغموراً بمعارف سالبة ومقدمات خاطئة، وينزع إلى الخبرات الخيالية المشوهة. ويبرز الانحراف الحاد في البناء المعرفي في حالة الإضطرابات النفسية. ويرى بيك أن الأبنية المعرفية تميز الإضطرابات الإنفعالية، وتؤثر على إدراكات الفرد والتفسيرات التي يقدمها للأشياء، والذاكرة. ويتم إدراك الخبرات في ضوء علاقتها بالأبنية المعرفية للفرد. ومن المحتمل أن يتم تشويه تلك الخبرات حتى تتناسب مع هذه الأبنية. ولذا نجد في ضوء هذه النظرية أن الفرق الجوهرى بين إضطرابى القلق والإكتئاب يتمثل في تحديدهما في إطار أبنية معرفية مختلفة حيث نلاحظ أن الأبنية المعرفية السائدة في حالة الإكتئاب تتعلق بالآراء السلبية عن الذات والعالم والمستقبل، في حين تتعلق الأبنية المعرفية في حالة القلق بالخطر وإحتمال التعرض له.

هذا وينفعل الناس بالأحداث وفقاً لمعانيها لديهم، وتؤدي تفسيراتهم للأحداث إلى إستجابات إنفعالية مختلفة، وحين يفكر الفرد على أساس تفسيرات خاطئة لمواقف الحياة يقوم البناء المعرفي لكل منها بتعبئة الفرد للإستجابة لها، ويصدر عنها وجداناً يتفق معها سواء كان ذلك هو القلق أو الغضب، أو الحزن، أو الحب، أو غير ذلك. وتصبح الحالة الإنفعالية أو الوجدانية هي نتيجة لتلك العمليات المعرفية أو لطريقة الفرد في رؤية نفسه وعالمه. ويهتم بيك بالأفكار التلقائية أو الأوتوماتيكية السلبية أى التي تظهر وكأنها منعكسات آلية، وتبدو معقولة جداً من وجهة نظر المريض وبالتالي تقاوم التغيير. وتتميز الأفكار الأوتوماتيكية بأنها تعكس مضامين موضوعات معينة تؤدي إلى زملة سيكوباتولوجية، وتكون عند حافة

الوعى، وتسبق بعض الوجدانات كالغضب أو القلق أو الحزن، ويتسق مضمونها مع هذا الوجدان أو ذلك، وتعد معقولة من وجهة نظر المريض الذى يحاول حبسها ولكنها تلح فى الظهور.

ويذهب بيك إلى أن الأفكار الأوتوماتيكية تؤدي إلى التشويه المعرفى الذى يعد نتيجة لها، ومن أمثله التمثل الشخصى Personalization أى تفسير الأحداث من وجهة النظر الشخصية للمريض، والتفكير المستقطب Polarized أى المتمركز عند أحد طرفين متناقضين إما أبيض أو أسود، والإستنتاج التعسفى أى الإستدلال اللامنطقى، والمبالغة فى التعميم أى تعميم نتيجة معينة على كل المواقف على أساس حدث منفرد، والتضخيم والتحقيم، والعجز المعرفى. وإذا كان العلاج وفقاً لهذا النموذج يهدف إلى التعامل مع التفكير اللامنطقى الخاطئ والتشويهات المعرفية، والتعامل مع المشكلات المختلفة والسعى إلى تخفيضها، فإنه يعتمد على عدة أسس أو مبادئ هى المشاركة العلاجية، وتوطيد المصادقية مع المريض، وتقليل أو إختزال المشكلة reduction أى تقسيمها إلى وحدات يسهل تناولها، ومعرفة كيفية العلاج وذلك باستخدام فنيات عديدة بعضها معرفى مثل المناقشة، والمراقبة الذاتية، والتباعد الذى يجعل تفكير المريض وتقييمه للواقع موضوعياً، وإعادة التقييم المعرفى، والعلاج البديلى (مناقشة الأسباب). وبعضها تجريبى إمبيريقى كالإستكشاف الموجه، والتعريض، وبعضها الآخر سلوكى كالواجبات المنزلية، والنمذجة، والتخيل (تخيل الموقف الصدمى)، ولعب الدور. ويرى بيك أن التكنيكات السلوكية ذات فاعلية لأنها تؤدي إلى تغييرات إتجاهية ومعرفية لدى الحالات المريضة.

وسار فيكتور رايمى V. Raimy على نهج بيك وقدم ما يعرف بفرض المفهوم الخاطئ، ورأى أن الإضطرابات النفسية تعد نتيجة لمعتقدات أو إقتناعات خاطئة يتبناها المريض عن ذاته بشكل غير موضوعى مما يدفع به إلى سلوك غير متعقل يؤدي إلى إنهزام الذات. ويهدف العلاج إلى تصحيح التصورات الخاطئة لدى المريض وتعديلها بما يؤدي إلى زوال سوء التوافق. ومن الفنيات المستخدمة فى

العلاج فحص أو تمحيص الذات عن طريق تشجيع العميل على الحديث عن نفسه وعن مفاهيمه الشخصية، وتفسير وتوضيح المفاهيم الخاطئة التي يتبناها المريض، وتشجيعه على الإثبات والبرهنة الذاتية على زيف مفاهيمه حول ذاته وعلاقاته بالآخرين، وأخيراً إعطائه الخبرة البديلة (النموذج) إزاء تصورات ومفاهيمه الخاطئة.

وأرسى ألبرت إليس A. Ellis إتجهاً علاجياً آخر هو العلاج العقلاني الذي زيد له عام ١٩٦١ مصطلح «الإنفعالي»، ثم زيد عام ١٩٩٣ له مصطلح «السلوكي» ليصبح مسماه العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي. ويرى من خلاله أن سلوكيات المرضى تنتج عن أفكار وإتجاهات لامنطقية، ويركز على التشابك بين التفكير والإنفعال والسلوك، ويرى أن الإضطراب النفسى يعد نتيجة للتفكير اللاعقلاني واللامنطقى. ولذلك فإننا لكى نفهم سلوكاً معيناً يجب أن نفهم كيف يشعر الفرد ويفكر ويدرك ويتصرف.

وصاغ إليس الأساس المعرفى للسلوك فى معادلة مبسطة أطلق عليها ABC ويرى أنه حينما تتبع نتيجة مشحونة إنفعالياً (C) حدثاً منشطاً له دلالة (A) فإن ذلك الحدث قد يبدو أنه هو السبب فى تلك النتيجة، ولكنه ليس كذلك فى الحقيقة، وإنما إعتقادات الفرد (B) هى التى تسبب تلك النتائج الإنفعالية (C). كذلك فهو يرى أن الأفكار اللاعقلانية والتى حددها فى إحدى عشرة فكرة هى المسئولة عن العصاب وذلك فى المجتمع الأمريكى، وقسم تلك الأفكار إلى ثلاث مجموعات؛ تضم الأولى تلك الأفكار التى تتعلق بالفرد، وتضم الثانية ما يتعلق بالآخرين، بينما تضم الثالثة ما يتعلق بالعالم وظروف الحياة. وتمثل هذه الأفكار فيما يلى:

- ١ - من الضرورى أن يكون الفرد محبوباً من كل المحيطين به أو مرضياً عنه منهم.
- ٢ - من الضرورى أن يكون الفرد على درجة عالية من الكفاءة والإنجاز حتى يكون ذا أهمية.

٣ - يتصف بعض الناس بالشر والوضاعة والجبن، ولذلك فهم يستحقون أن يوجه لهم اللوم والعقاب.

٤ - إنه لمن النكبات المؤلمة أن تسير الأمور على غير ما يريده الفرد.

٥ - أن التعاسة تنتج عن ظروف خارجية لا يستطيع الفرد التحكم فيها.

٦ - أن الأشياد الخطرة أو المخيفة تعتبر سبباً للإنشغال البالغ، ويجب أن يكون الفرد دائم التوقع لها.

٧ - من الأسهل أن نتفادى بعض الصعوبات والمسئوليات الشخصية عن أن نواجهها.

٨ - ينبغى على الفرد أن يكون مستنداً على آخرين، وأن يكون هناك شخص آخر أقوى منه يستند ذلك الفرد عليه.

٩ - تعتبر الأحداث والخبرات المتصلة بالماضى هي المحددات الأساسية للسلوك فى الوقت الحاضر، وأن تأثير الماضى لا يمكن إستبعاده.

١٠ - ينبغى على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات وإضطرابات.

١١ - هناك دائماً حل صحيح أو كامل لكل مشكلة، ويجب علينا أن نبحث عن ذلك الحل حتى لاتصبح النتائج مؤلمة.

هذا وقد أضاف سليمان الريحانى (١٩٨٥) فكرتين أساسيتين تعتبر كل منهما لاعقلانية وشائعة فى مجتمعنا العربى، هما:

١ - ينبغى أن يتسم الفرد بالرسمية والجدية فى تعامله مع الآخرين حتى تكون له قيمة أو مكانة محترمة بين الناس.

٢ - لاشك أن مكانة الرجل تعد هى الأهم فيما يتعلق بعلاقته مع المرأة.

والى جانب ذلك فقد أضاف عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) فكرة أخرى مؤداها

كالتالى:

- أن هناك مصدرأ واحداً للسعادة وإنها لكارثة إذا ما أغلق هذا المصدر أو فُقد.
ومن الفنيات المستخدمة فى العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى ما يلى:

أ- الأساليب المعرفية:

وتضم مثل هذه الأساليب التحليل المنطقى للأفكار اللاعقلانية، والتعليم والتوجيه، ومناقشة النتائج غير التجريبية، وتفنيد الإستنتاجات غير الواقعية، ووقف الأفكار، والتثيت المعرفى، وإعادة البناء المعرفى. ويعتمد إعادة البناء المعرفى فى هذا الإطار على توضيح العلاقة ABC فالنتائج (C) ليست وليدة الأحداث المنشطة (A) التى تسبقها، وإنما هى وليدة نسق التفكير والمعتقدات (B)، ثم يتم الإنتقال إلى تفنيد (D) disputing الأفكار اللامنطقية (irB). وعن طريق مساعدة العميل على تفنيد أفكاره ومساعدته على تكوين أفكار منطقية أفضل يكون المعالج بذلك قد حقق الأثر المعرفى (E) Cognitive effect وساعد العميل على إعادة بناء الجوانب المعرفية لديه. كما يستخدم أيضاً إعادة التشكيل، والتصحيح اللغوى الذى يعتمد على أنه بدلاً من أن يقول المريض على سبيل المثال (أنا شخص غبى لأن الناس تتصرف معى بغباء) يقول (لقد إخترت أن أغضب نفسى بتلك الأفعال السيئة التى يقوم بها الآخرون).

ب- الأساليب التدعيمية المساندة:

وتتضمن مثل هذه الأساليب على سبيل المثال تحويل الإهتمام، والتخلى عن المطالب الناتجة عن الأفكار اللاعقلانية.

ج- الأساليب الإنفعالية:

ومن هذه الأساليب لعب الدور، ولعب الدور العكسى، والنمذجة، والوعظ العاطفى، ومهاجمة الخجل، والحوار الذاتى، وإستخدام البشاشة، والعلاقات بين الشخصية.

د- الأساليب السلوكية:

ومنها الواجبات المنزلية، والإسترخاء، وأساليب الإشراف الإجرائي كالتعزيز والعقاب، والتخيل الإنفعالي العقلاني كأن يتخيل الفرد نفسه في موقف الإنفعال وقد قام بتغيير مثل هذا الإنفعال إلى إنفعال أقل منه في المستوى كأن يتم تغيير الغضب إلى مجرد الضيق مثلاً، وهو ما يمكن التعبير عنه بأنه تغيير للإنفعال السلبي غير الصحي إلى إنفعال سلبي صحي.

ومن مزايا العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي أنه يستخدم فنيات سهلة الإجراء كالقدرة على الإقناع بما يناسب عقل ومنطق المريض وثقافته، ويسعى إلى الكشف عن المعتقدات اللاعقلانية التي تكمن خلف العصاب ومهاجمتها، وتغيير فكرة المريض عن نفسه ويحل محلها أفكاراً صحيحة، ويحصن المريض ضد الأفكار اللاعقلانية التي يحتمل تعرضه لها في المستقبل. أما عيوبه فتتمثل فيما يعتبر البعض أنه نوع من غسيل المخ أو العلاج التسلطي الذي يعد شكلاً إيحائياً ظاهرياً للعلاج النفسي إذا أخفق في الوصول إلى الأفكار والمشاعر اللاشعورية العميقة. كما أنه لا يصلح مع الأفراد ذوي الذكاء المحدود، ولا في حالة الإضطرابات الذهانية الشديدة أو الأطفال أو كبار السن. إلا أنه قد تم استخدامه مع المتخلفين عقلياً، ومع الإضطرابات الذهانية، ومع الأطفال، ومع كبار السن كما سنرى عند تناولنا للتطورات الحديثة التي شهدتها هذا الأسلوب العلاجي والتطبيقات الإكلينيكية المرتبطة بها، وقد أثبتت نتائج الدراسات التي تناولته في هذا الإطار فاعليته في علاج الإضطرابات التي تتعلق بتلك الفئات، وهو ما سنوضحه عند تناول تلك الإضطرابات في الفصول الخاصة والتي يتضمنها الباب الثاني الذي نتناول خلاله التطبيقات الإكلينيكية للعلاج المعرفي السلوكي على مختلف الإضطرابات.

وفي هذا الإطار قدم دونالد ميتشبنوم D. Meichenbaum إنجهاً علاجياً معرفياً سلوكياً يعرف بإسم التعديل المعرفي للسلوك يعكس التدعيم المتبادل بين المناهج

المعرفية والسلوكية حيث يجمع بين مكونات سلوكية كالنمذجة، والمهام المتدرجة، والتمرينات المعينة، والتدعيم الذاتى، ومكونات معرفية تتمثل فى مخاطبة النفس أو الحوار الداخلى (الذاتى). وإستطاع من خلال هذا المنهج أن يحدث تغييرات مرغوبة فى الأطفال ذوى النشاط الزائد والإندفاعيين، وفى تخفيف حدة القلق، وغير ذلك.

ويفترض ميتشبنوم أن تدريب المرضى على الحوار الذاتى يمكن أن يؤدى إلى تغيير سلوكهم إذ أنه يؤدى إلى ضبط السلوك والتخفف من الضغط النفسى، ويؤثر على الحالة الإنفعالية للفرد، وتشتمل عملية العلاج على ثلاثة أوجه هى ملاحظة الذات، والسلوك والأفكار المتنافرة، وتطوير الجوانب المعرفية المتصلة بالتغيير. ويقوم على عدة فنيات من أهمها ما يلى:

أ- فنيات التقدير المعرفى السلوكى:

ويتم ذلك من خلال المقابلات الإكلينيكية والإختبارات السلوكية.

ب- فنيات إدخال العوامل المعرفية فى تعديل السلوك:

وذلك من خلال إشارات تخفيف القلق، والتخلص المنظم من الحساسية، والنمذجة، والإشراط المضاد.

ج- أساليب التحصين ضد الضغوط:

ويتم خلالها التعريف بردود الفعل المصاحبة للموقف الضاغط، والتزود بأساليب المواجهة، ومزاولة التدريب.

د- فنيات إعادة البناء المعرفى:

ويتم خلالها إستخدام إعادة البنية المعرفية، والعلاج الموجه بالإستبصار، وأسلوب حل المشكلات.

وجدير بالذكر أن هذه الأساليب الثلاثة التى عرضنا لها تعد هى الأكثر شيوعاً وإستخداماً فى العلاج المعرفى السلوكى، بل إن الأمر يكاد يقتصر تقريباً على هذه

النماذج الثلاثة فقط، وإن كان الإتجاهان الأول والثانى وهما إتجاهها بيك وإليس هما الأكثر شيوعاً حيث يعد إتجاه ميتشنيوم بمثابة محاولة لم تكتمل بعد سواء على المستوى التنظيرى أو التطبيقى. وسوف نعرض لهذه النماذج بشيء من التفصيل وذلك على النحو التالى:

أولاً: إتجاه بيك:

يقوم هذا النموذج العلاجى على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه وكذلك إتجاهاته وآراءه ومثله تعد جميعاً بمثابة أمور هامة وذات صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو المريض، وأن ما يكتسبه الفرد خلال حياته من معلومات ومفاهيم وصيغ للتعامل يستخدمها جميعاً فى التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة التى قد تعترض حياته. ويعمل هذا النموذج العلاجى على حث المرضى على استخدام طرق وأساليب حل المشكلات التى يستخدمونها خلال الفترات العادية من حياتهم. ويقوم المعالج بمساعدة المريض فى التعرف على تفكيره الشخصى، وفى تعلم طرق أكثر واقعية لصياغة خبراته مما يتيح له الفرصة للتعرف على ما إكتسبه من مفاهيم خاطئة ومعلومات خاطئة أيضاً، وما قام به من تفسيرات خاطئة للعديد من المواقف والمثيرات مما يعطيه الفرصة لتصحيحها وتعديلها وعلاجها بشكل يحقق له التخلص من تلك الصبغة التى سادت حياته إعتياداً على تلك الأفكار والمفاهيم والمعلومات والتفسيرات.

ويرى بيك أن الإضطرابات النفسية تنشأ كنتيجة لعدم الإتساق بين النظام المعرفى الداخلى للفرد وبين المثيرات الخارجية التى يتعرض لها ذلك الفرد وتحليلها وتفسيرها عن طريق ذلك النظام المعرفى الداخلى الذى يميزه. ويبدأ فى الإستجابة للمواقف والأحداث المختلفة إنطلاقاً من تلك المعانى التى يعطيها لها. وقد تكون هناك ردود فعل إنفعالية متباينة للموقف الواحد بإختلاف الأفراد بل من جانب نفس الفرد الواحد أيضاً فى أوقات مختلفة. كذلك فإن كل موقف أو حدث يكتسب معنى خاصاً يحدد إستجابة الفرد الإنفعالية تجاهه، وتتوقف طبيعة

الإستجابة الإنفعالية أو الإضطراب الإنفعالى لدى الفرد على إدراكه لذلك الموقف أو الحدث، فحينما يشعر الفرد مثلاً بأنه قد فقد شيئاً ما له قيمته ومغزاه بالنسبة له فإنه عادة ما يشعر بالحزن، وحينما يتوقع تحقيق مكاسب معينة فإنه يشعر بالسرور والسعادة، أما حينما يشعر بالتهديد فإن ذلك يؤدي به إلى القلق. كذلك فهو يشعر بالغضب إذا أدرك أن هناك هجوماً معيناً سيتم عليه من جانب شخص ما، وهكذا. وإذا كان ذلك الإدراك مشوشاً أى يشتمل على تشويش للواقع وتشويه ما به من حقائق تكون النتيجة المنطقية هى حدوث الإضطرابات النفسية. ومن ثم فإن مثل هذه الإضطرابات تعكس من وجهة نظر بيك عدم الإتساق الذى أشرنا إليه من قبل.

وجدير بالذكر أن هذا التشويش للواقع من جانب الفرد حال حدوث الإضطراب كما أسلفنا يؤدي إلى حدوث درجة معينة من إضطراب التفكير، وينتج عن مثل هذا التشويش أفكار أوتوماتيكية أو تلقائية تبدو مقبولة من وجهة نظر المريض، ومن ثم تكون معقولة بالنسبة له. كما أنه يفسر كل الأحداث على أنها تنطبق عليه، وبالتالي تتمركز تلك الأفكار حول ذاته وهو ما يعرف بالتمثل الشخصى Personalization ويتسم التفكير بالتطرف ومن ثم يتسق مع أحد طرفين لاوسط بينهما فيكون إما أبيضاً أو أسوداً ولا يمكن أن يقع فى الوسط أو يحصل على درجة معينة بين الطرفين، وهو ما يعرف بالتفكير المستقطب Polarized كذلك فهو يحاول أن يضع قواعد معينة لكل موقف ويحكم على ذلك الموقف فى ضوءها، ويتشكل رد فعله لذلك الموقف فى إطار تلك القواعد التى تحكم ذلك الموقف ويرتبط الفرد بها فى إستجابته وذلك بشكل صارم. وتميز تلك القواعد التى تحكم المواقف المختلفة بين مختلف الإضطرابات النفسية حيث تميز كل مجموعة من تلك القواعد بين هذا الإضطراب أو ذاك إذ يوجد لكل إضطراب مجموعة خاصة به من القواعد.

ويهدف هذا الأسلوب العلاجى إلى إزالة الألم النفسى وما يشعر به الفرد من

ضيق وكرب وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وتحديدتها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها وذلك إستناداً إلى أن الإستجابات الإنفعالية التي أتت بالمريض إلى العلاج تعد نتائج تفكيره الخاطئ الذي يتميز به هذا الإضطراب أو ذاك، وعلى هذا فإنها تزول عندما يتم تصحيح ذلك التفكير وتعديله، أى أن تعديل السلوك من هذا المنطلق يعتمد على تعديل التفكير وتصحيحه حيث كما أوضحنا من قبل يهدف العلاج فى هذا الإطار إلى التعامل مع تحريف الواقع ومع التفكير اللامنطقى بحيث يتم تصحيح غلط التفكير بما يصحح من صورة الواقع فى نظر المريض. ويتوقف تحقيق ذلك الهدف على وجود علاقة علاجية دافئة بين المريض والمعالج الذى يجب أن يتصف بالتقبل والود والدفء والتعاون والمشاركة الوجدانية، والذى يجب أن يعمل على تعليم المريض كيفية حل المشكلات، وأن يقوم بتدريبه على ذلك من خلال التعرف على المشكلة ومكوناتها الأساسية وأسبابها وعلاقتها بالإضطراب موضوع الدراسة.

وهناك عدد من الأساليب التى تستخدم خلال هذا الإتجاه العلاجى منها:

١ - التعرف على الأفكار المشوهة والأوتوماتيكية (التلقائية) والعمل على تصحيحها:

وتعد تلك الأفكار بمثابة أفكار سلبية تؤثر سلباً فى قدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة، ومن ثم فى قدرته على التكيف مما يؤدي إلى ردود فعل إنفعالية زائدة لاتتلاءم مع الموقف أو الحدث. وقد لا يكون الفرد على وعى بهذه الأفكار حتى يستطيع أن يحددها وبالتالي يمكنه التعامل معها بغرض تصحيحها وتعديلها، ولكن مع التدريب والتعليم يصبح بإمكانه أن يقوم بذلك بدرجة من اليسر.

٢ - الإبعاد والتركيز:

وحينما ينظر المريض موضوعياً إلى أفكاره ويتعرف على أن هناك أفكاراً تلقائية أو أوتوماتيكية مشوهة ولا تتفق مع الواقع فإنه يحاول أن «يبعدها» ويتخلص منها أو «يركز» على عملية تصحيح أو تعديل لها يكون من نتائجها التكيف مع الموقف أو الحدث وتعديل السلوك، وهو ما يمثل هدفاً أساسياً فى هذا الصدد.

٣ - ملاء الفراغ Filling in the blank

ويتضح عند تناول المريض للحدث أو الموقف وردود الفعل الصادرة عنه تجاه هذا الحدث أو ذلك الموقف أن هناك فجوة توجد بين المثير والاستجابة. وتمثل هذه الفجوة في الأفكار ويمكن أن يقوم المعالج بملئها من خلال تعليم المريض أن يركز على تلك الأفكار التي تحدث أثناء معايشة المثير والاستجابة.

٤ - الوصول إلى دقة الإستنتاجات:

ويتم ذلك بتدريب المريض وتعليمه كيفية الحصول على المعلومات الدقيقة، وأن تتسم إستنتاجاته في المواقف المختلفة بالواقعية، وهو ما يحتم على المعالج مساعدة المريض على القيام بعملية الإستنتاج، وعلى تحديد تلك الإستنتاجات بشكل جيد، والعمل على تمحيصها وتقييمها في ضوء الواقع.

٥ - التخلي عن المطالب:

وذلك من خلال التخلص من مجموعة «الواجبات المطلقة» musts أو «الينبغيات» Shoulds التي ينظر من خلالها إلى المواقف المختلفة والتي تسبب له المخاوف أو القلق والكرب، والتي تعمل بعد ذلك كقواعد منظمة للسلوك ومسببة للإضطرابات المختلفة. فحينما يرى الفرد مثلاً أنه يجب ألا يصدر منه أى خطأ وإلا سيكون غير كفاء، فإن هذا يعد شيئاً لا يمكن الوفاء به حيث يعد أمراً متطرفاً وغير واقعي ومن ثم يضر بالذات. ولذا يجب على المعالج أن يقوم بتعليم المريض أن يضع قواعد بديلة لذلك. وقد يصل المريض مثلاً عند هذه المرحلة إلى أنه «يجب أن يكون كفاء»، وهذا بطبيعة الحال لا يستبعد حدوث الخطأ.

٦ - التحويل:

ويعنى تحويل إهتمام المريض من التركيز على مجموعة الواجبات المطلقة التي تسبب له الإضطراب إلى أوجه نشاط عديدة مثل الألعاب الرياضية والأنشطة الفنية والاجتماعية.

٧ - التحصين التدريجي:

وتقوم هذه الطريقة على تشجيع المريض على مواجهة مواقف القلق تدريجياً. ويتمثل الهدف الرئيسي من ذلك في تحديد المشاعر العصابية بإلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف، ويكون ذلك من خلال التعريض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق مع إحداث إستجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تماماً خاصيته المهددة ويتحول إلى موقف محايد، أى إلى أن تلغى العلاقة الإشرطية بين المثير والإستجابة.

هذا وقد سار فيكتور رايمى V. Raimy على نهج بيك وقدم ما يعرف بفرض المفهوم الخاطئ misconception والذي يرى خلاله أن الإضطرابات النفسية تعد نتيجة للمعتقدات أو الإقتناعات الخاطئة، أى أنها تعتبر نتيجة للتصورات والمفاهيم الخاطئة. ويتمثل الهدف من العلاج فى تغيير تلك التصورات الخاطئة حيث يؤدي هذا التغيير أو التصحيح والتعديل إلى تحسن عملية التوافق، وهو الأمر الذى يتفق مع وجهة نظر بيك. ولكن رايمى لم يحدد طريقة محددة يمكن أن يتم بها ذلك، كما لم يقصر نفسه على طرق بعينها، ولكن يريد فقط أن يتم تغيير ذلك التصور الخاطئ بأى وسيلة يمكنه أن يحدد ذلك من خلالها.

ثانياً: إتجاه إليس:

بدأ إليس هذه الإتجاه العلاجى عام ١٩٥٥ وكان يعرف آنذاك بالعلاج العقلانى ثم أضاف له عام ١٩٦١ مصطلح «الإنفعالى» ليصبح مسمى هذا العلاج هو العلاج العقلانى الإنفعالى، وإستمر كذلك إلى أن أضاف له عام ١٩٩٣ مصطلحاً آخر هو «السلوكى» ليصبح مسماه هو العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى.

ويرى إليس أن هناك تداخلاً وتشابكاً بين الإنفعال والتفكير، وأن الفرد يفكر ويشعر ويتصرف فى ذات الوقت ونادراً ما يحدث أحد هذه المكونات دون الآخر حيث أنه عندما يدرك الفرد موقفاً معيناً يؤدي ذلك إلى إثارة الإنفعالات، وهذا ما

دفع إليس إلى القول بأن الفرد عندما يفعل فإنه يفكر ويتصرف أيضاً، وعندما يتصرف فإنه يفكر ويفعل في الوقت ذاته، وعندما يفكر فإنه يفعل ويتصرف كذلك. ويعتقد إليس أن الإضطراب النفسى والإنفعالى يعد نتيجة للتفكير اللاعقلانى واللامنطقى، ومن ثم فهو يرى أن الأفكار اللاعقلانية هى التى تسبب الإضطرابات المختلفة. وعلى ذلك قام بتقديم إحدى عشرة فكرة لاعقلانية - كما ذكرنا سلفاً - من واقع المجتمع الأمريكى يرى أنها ربما تكون هى المسئولة عن العصاب. وأن التخلص من مثل هذه الإضطرابات يكمن فى تعديل هذا التفكير اللاعقلانى وإستبدال الأفكار اللاعقلانية بأفكار أخرى أكثر عقلانية. ولذلك قدم نموذج المعروف ABC كممثلث تمثل رؤوسه الثلاثة (A) الأحداث المنشطة، (B) الإعتقادات والتفكير، (C) النتائج المترتبة، ويرى خلاله أن الحدث المنشط لا يؤدي إلى النتيجة بل يؤدي بدلاً من ذلك إلى الإعتقاد، وأن هذا الإعتقاد هو الذى يؤدي إلى النتيجة. وقد يكون هذا الإعتقاد عقلانياً أو غير عقلانى، ومن ثم تصطبغ النتيجة بذلك. وعلى هذا يمكن عن طريق التأثير على تلك الإعتقادات وتغيير الإعتقادات اللاعقلانية وإستبدالها بأخرى عقلانية أن نحقق التغيير المنشود فى النتائج مما يؤدي إلى تغيير وضبط إتجاهات الفرد وسلوكياته التى تحدث كردود فعل للظروف البيئية المحيطة.

هذا وتمثل أهداف العلاج من وجهة نظر إليس فى خفض حدة الإضطرابات إلى أقل حد ممكن، ومساعدة المرضى على التحليل المنطقى لإضطراباتهم بما يساعد فى تحقيق الهدف الأول، إضافة إلى تحقيق قدر مناسب من الصحة النفسية يحقق للفرد التوافق ويجعل منه إنساناً سويماً. وإذا كانت عملية العلاج فى ضوء هذا الإتجاه تتلخص فى علاج اللامعقول بما هو معقول، فإن دور المعالج يتمثل فى مساعدة المريض على التخلص من الأفكار والإتجاهات اللاعقلانية واللامنطقية وأن يحل محلها أفكاراً وإتجاهات عقلانية ومنطقية. وتتألف العملية العلاجية فى هذا الصدد من أربع خطوات نعرض لها على النحو التالى:

١ - أن يوضح المعالج للمريض أن تفكيره لا عقلاني، وأن يساعده على فهم كيف ولماذا يصبح كذلك مع بيان العلاقة بين مثل هذه الأفكار اللاعقلانية والتعاسة والإضطراب الإنفعالي.

٢ - أن يوضح المعالج للمريض أن إستمرار الإضطراب يعد رهناً بالإستمرار فى التفكير بنفس الطريقة اللامنطقية، أى أن التفكير أو الإعتقادات وليس الأحداث السابقة المنشطة تعتبر هى السبب فى ذلك.

٣ - أن يساعد المريض على إستبدال تلك الأفكار اللاعقلانية واللامنطقية بأفكار أخرى تتسم بالعقلانية والمنطقية.

٤ - أن يساعد المريض على تبنى فلسفة للحياة أكثر عقلانية بحيث يمكن له أن يتحاشى الوقوع ضحية أفكار أخرى لامنطقية ولاعقلانية.

ومن هذا المنطلق يمكننا أن نعرض بشكل موجز للهدف من العملية العلاجية وفقاً لإتجاه إليس فى أنه يتمثل فى إكساب المريض فلسفة عقلانية فى الحياة، ومساعدته على إستبدال الأفكار والإتجاهات اللاعقلانية بأفكار وإتجاهات أخرى أكثر عقلانية مما يؤدى إلى زوال تلك الإنفعالات السلبية التى تؤدى إلى الإضطراب. وفى سبيل ذلك يمكن إستخدام جملة من الفنيات المتنوعة التى تضم فنيات معرفية، وأخرى إنفعالية، وثالثة سلوكية. وفى هذا الإطار يتم إستخدام مجموعة كبيرة من الفنيات العلاجية المعرفية التى تشمل على التحليل الفلسفى والمنطقى للأفكار اللاعقلانية واللامنطقية، والتعليم والتوجيه والجدل، وتفنيد الإستنتاجات اللاواقعية، ووقف الأفكار، والإيحاءات، والتشتيت المعرفى. كما يستخدم نموذج ABC والذى يعمل المعالج من خلاله على توضيح أن النتائج (C) ليست وليدة الأحداث المنشطة التى تسبقها (A) وإنما هى نتيجة لنسق التفكير أو الإعتقادات (B)، ثم يتم الإنتقال بعد ذلك إلى (D) والتى تعنى دحض وتفنيد الأفكار اللاعقلانية واللامنطقية، وهو الأمر الذى يؤدى إلى تحقيق الأثر المعرفى (E) ومساعدة المريض على إعادة بناء الجوانب المعرفية لديه والتى تتمثل فى

نسق التفكير والإعتقادات حتى يتسنى له مواجهة سلوكياته فى المستقبل بما فيها ذلك السلوك الذى جاء يشكو منه . أما الفنيات الإنفعالية التى يتم اللجوء إليها خلال هذا الإتجاه العلاجى فتتمثل فى أسلوب التقبل غير المشروط للعميل وهذا لايعنى تقبل أفكاره، بل إنه يتم تقبل العميل ورفض أفكاره ومساعدته على أن يقوم هو الآخر برفض تلك الأفكار . كما يستخدم أيضاً لعب الدور، ولعب الدور العكسى، والنمذجة، وأسلوب الفكاهة والمرح، ومهاجمة الشعور بالهزل أو الشعور بالخزى والدونية بل ومهاجمة المشاعر السلبية بشكل عام . ومن بين الأساليب والفنيات السلوكية التى تستخدم فى هذا الإطار الواجبات المنزلية التى تهدف إلى إعطاء الفرصة للعميل ليقوم بممارسة ماتدرب عليه وما تعلمه أثناء العلاج وذلك على مواقف الحياة المختلفة . وجدير بالذكر أن مثل هذه الواجبات المنزلية وتلك المواقف الحياتية تتضمن جوانب معرفية وأخرى سلوكية وهو ما يساعد المريض على إسترجاع كل ما تعلمه وتدرب عليه وممارسته فى الحياة الواقعية . كذلك يمكن إستخدام أساليب الإشارات الإجرائى مثل التعزيز والعقاب والتشكيل على سبيل المثال . وإلى جانب ذلك يتم إستخدام أسلوب التدريب على الإسترخاء للتثيت البدنى . وأخيراً يمكن إستخدام التعريض exposure بما يضمه من جوانب معرفية وإنفعالية وسلوكية، وقد يكون هذا التعريض تخيلياً وذلك لموقف وهمى placebo حيث يطلب من المريض أن يتخيل نفسه فى موقف معين ويوضح كيف يمكنه أن يواجه ذلك الموقف، كما يمكن أن يكون الأمر تعريضاً لموقف واقعى . وهناك أسلوب آخر يعرف بالتخيل يطلب المعالج خلاله من المريض أن يتخيل نفسه وقد إستطاع أن يقوم بتغيير ذلك الإنفعال الذى يعانى منه إلى إنفعال آخر أقل فى مستواه كأن يقوم مثلاً بتغيير إنفعال سلبى غير صحى إلى إنفعال سلبى صحى فيحل الإنشغال محل القلق مثلاً، أو يحل الضيق محل الغضب، وهذا ما يعرف بالتخيل الإنفعالى المنطقى . ثم يطلب منه بعد ذلك أن يودى هذا التخيل لمدة زمنية معينة وذلك على هيئة واجبات منزلية عليه أن يقوم خلالها بتخيل نفسه وقد إستطاع أن يقوم بتغيير إنفعال معين إلى درجة أقل منه،

وهكذا. وإلى جانب ذلك هناك العديد من إستراتيجيات المواجهة التي يتم استخدامها لمنع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء العلاج ومنها إستراتيجية التدريب على إدارة القلق، وإستراتيجية التشغيل الإنفعالى، والتحصين التدريجى.

ومن هذا المنطلق نلاحظ أن مثل هذه الفنيات تتكامل جميعاً فى سبيل تحقيق الهدف الأساسى لهذا الإتجاه العلاجى المتمثل فى التعرف على الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية واللامنطقية وتحديدتها، والعمل على تصحيحها وتعديلها وإستبدالها بأفكار وإعتقادات أخرى أكثر عقلانية، وتعويد المريض وتدريبه على القيام بذلك بشكل مستمر حيث يكتسب فلسفة حياة عقلانية تمكنه من تحقيق التوافق.

ثالثاً: إتجاه ميتشنيوم:

ويعرف هذا الإتجاه بالتحصين ضد الضغوط النفسية Stress inoculation ويستخدم خلاله تعليمات تجريبية تتمثل فى الحديث الذاتى وهو ما يعد إبتعاداً عن الإشراف الإجرائى حيث يتم إدخال عنصر معرفى فى العلاج. وقد كشف إستخدام هذه التعليمات الذاتية من جانب ميتشنيوم مع مرضى الفصام ومع الأطفال زائدى النشاط والمدنفين عن حدوث قدر معقول من التحسن حيث تم تعديل كم كبير من تلك السلوكيات.

وعندما إستخدم ميتشنيوم بعد ذلك طريقة تشتمل على التعليمات الذاتية اللفظية التى يقولها المرضى لأنفسهم وذلك لتدريب حالات الفصام على تعديل سلوكهم إشملت التعليمات اللفظية المستخدمة على ما يلى:

- أ - إعادة صياغة مطالب المهمة أو الواجب.
- ب - تعليمات أو إرشادات بأداء المهمة ببطء مع التفكير قبل التصرف.
- ج - أسلوب معرفى يتمثل فى التخيل وذلك للبحث عن حل.
- د - عبارات تقدير للذات.
- هـ - مثال لإستجابة ضعيفة أو خاطئة يتبعها سبب علم ملاءمتها.

و - عبارة تصف كيفية التعامل مع الفشل وكيفية الوصول إلى الإستجابة المناسبة .

هذا وتقوم فكرة الأحاديث الذاتية أو التعليمات الذاتية على فرض مؤداه أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقى الأشياء التي يفعلونها . إلا أن مثل هذه الأحاديث لا تظهر بشكل مباشر فى حالة تناول الضغوط أو الإنعصاب Stress وكيفية مواجهتها، وإنما يشير الأمر إلى أن الكيفية التي يتعامل بها الفرد مع الضغوط تتأثر إلى حد كبير بكيفية تقديره لقدرته على التعامل مع مصدر الضغط، أى أنه يشجع نفسه على مواجهة مصدر الضغط مستخدماً عبارات تعكس قدرته على التعامل معه وإمكانية السيطرة عليه، وهو ما يؤثر على سلوكه فى هذا الموقف فإذا كانت هذه الأحاديث إيجابية ينخفض معها معدل القلق، والعكس صحيح .

وتشتمل عملية العلاج وفقاً لهذا الإتجاه على ثلاث مراحل هى :

أ - الملاحظة الذاتية .

ب - توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع السلوكيات القديمة .

ج - تطوير الجوانب المعرفية المتصلة بالتغيير .

ويمكن تناول هذه المراحل على النحو التالى :

١ - الملاحظة الذاتية:

ويعمل المريض (العميل) خلالها على تحديد مآلديه من أحداث سلبية ذاتية أو تخيلات غير مناسبة . كما يركز على أفكاره ومشاعره وردود فعله الفسيولوجية وما يتصل بعلاقاته الشخصية من سلوكيات، وهذا يؤدي بطبيعة الحال إلى إعادة تصور للمشكلة وإعادة تعريفها بما يساعده على الفهم الدقيق لتلك المشكلة والذى يصل العميل إليه من خلال توجيهات وإرشادات المعالج . وتعطى إعادة التصور هذه معان جديدة ومختلفة للأفكار والمشاعر والسلوكيات .

٢ - توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع السلوكيات القديمة:

ويدرك العميل خلال هذه المرحلة أن ما يردده مع نفسه من أحداث ذاتية يجب

أن تعمل على توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع سلوكياته غير المتوافقة المراد تغييرها على أن يؤثر هذا الحديث الذاتي على الإنتباه والتقدير والاستجابات الفسيولوجية وإستثارة سلوكيات جديدة مما يؤثر على أبنية العميل المعرفية ويؤدى إلى تغيير سلوكياته المشكلة .

٣ - تطوير الجوانب المعرفية المتصلة بالتغيير:

وتتضمن هذه المرحلة قيام العميل بسلوكيات المواجهة والأحاديث الذاتية بصفة يومية. ولا يكفى التركيز على المهارات السلوكية فقط بل يتم التركيز أيضاً على الأحاديث الداخلية الجديدة والأبنية المعرفية الجديدة، ومن ثم يحدث تطوير للجوانب المعرفية التى تتعلق بالتغيير .

هذا ويعتمد ذلك الإنجاء العلاجى على مجموعة من الطرق والأساليب الفنية التى يمكن إستخدامها بشكل فعال فى هذا المجال والتى يمكن أن نعرض لها على النحو التالى:

أ - التقدير المعرفى السلوكى:

ويتم ذلك من خلال الطريقة الوظيفية المعرفية للتقدير فى هذه الحالة والتى تتضمن تمحيصاً للمقدمات والنتائج فى علاقتها بالإستجابات، والتعرف على فئة السلوك، ومدى تكرار الإستجابات فى المواقف المختلفة، وتوضيح الدور الذى تقوم به الجوانب المعرفية فى السلوك. كما يعتمد أيضاً على تحليل المهمة لإكتشاف العوامل التى تؤدى إلى ضعف الأداء لدى العميل. ويتم أيضاً خلال هذا التقدير التعرف على تلك الجوانب التى يخفق العميل فى أن يقولها لنفسه وتؤثر بالتالى على أدائه، والتعرف أيضاً على محتوى المعارف المشوشة التى تؤثر سلباً على سلوكه التكييفى. ويتم ذلك من خلال المقابلة الإكلينيكية والإختبارات السلوكية، إلى جانب إستخدام إختبارات إسقاطية ترتبط بالمشكلة التى يعانى منها.

ب - إدخال العوامل المعرفية فى حيز وأساليب العلاج السلوكى:

ويعتمد ذلك على إستخدام أساليب التوجيه الذاتى أو الحديث الذاتى أو العوامل المعرفية فى حيز العلاج السلوكى وأساليبه المستخدمة فى ذلك ومنها إشارات التخلص من القلق والذى يتم خلاله إستبعاد مثير منفر يرتبط بإدخال كلمة معينة مثل «إهدأ» ويطلب من العميل أن يستخدمها ويكررها على أنها حديث ذاتى أو تعليمات ذاتية. وإلى جانب ذلك هناك التخلص المنظم من الحساسية والذى يمكن أن يضاف إليه التعريض التخيلى للمواقف، ثم أخيراً تعد النمذجة من بين هذه الأساليب أيضاً حيث يقوم العميل بتحويل تلك المعلومات التى يحصل عليها من النموذج إلى تخيلات معرفية إدراكية ضمنية وإلى إستجابات لفظية متكررة (تعليمات ذاتية) تستخدم فيما بعد كمؤشر للسلوك الظاهر، ومن ثم يمكن أن يودى ذلك إلى تغيير السلوك.

ج - التدريب على التحصين ضد الضغوط: Stress - inoculation training

ويقوم ذلك على أساس مقاومة الضغوط ومواجهتها. ويتضمن التحصين ضد الضغوط ثلاث مراحل على النحو التالى:

١ - مرحلة التعليم:

ويعمل المعالج خلالها على تزويد العميل بإطار تصورى يمكنه من فهم طبيعة ردود الفعل الصادرة عنه تجاه الضغوط، وكيف يمكنه أن يتجنبها وذلك من خلال تلك العبارات التى يرددها مع نفسه باستمرار والتى تعتبر بمثابة تعليمات ذاتية على أن يتم ذلك بأسلوب بسيط. ويتمثل الهدف من ذلك فى مساعدة المريض على فهم المشكلة بشكل عقلانى منطقى. وسوف يساعده ذلك على النظر إلى ردود فعله على أنها تتكون من أربع مراحل هى:

- إعداد نفسه وتهيئتها للتعرف على المصدر الضاغط وتحديدته.

- مواجهة مصدر الضغط والتعامل معه.

- احتمال إرتفاع مستوى الضغط بالنسبة له .

- تعزيز نفسه أو ذاته على أنه قد واجه الضغط .

٢ - مرحلة التكرار:

ويتم خلالها تكرار المراحل الأربع التي ذكرناها للتو والتي تتكون منها ردود الفعل مع تزويد العميل بأساليب المواجهة التي تتضمن الإجراءات المباشرة وأساليب المواجهة المعرفية . وتضم الإجراءات المباشرة الحصول على معلومات حول الأشياء المخيفة، والإعداد لأساليب الهروب، والتدريب على الإسترخاء، فى حين تضم أساليب المواجهة المعرفية إدراك العبارات الهازمة للذات وإستخدامها كإشارات على تكوين عبارات ذاتية غير مناسبة للمواجهة . ومن أمثلة العبارات التي يمكن إستخدامها مع كل مرحلة من المراحل الأربع التي تتكون منها ردود الفعل مايلى :

- تستطيع أن تعد خطة للتعامل مع الضغط والذي قد يكون الخوف مثلاً (المرحلة الأولى).

- إسترخى وخذ نفساً عميقاً (المرحلة الثانية).

- عندما تشعر بالخوف توقف (المرحلة الثالثة).

- لقت نجحت (المرحلة الرابعة).

٣ - مرحلة التدريب التطبيقي:

ويتم خلالها عرض مجموعة من الضغوط التي تهدد أنا الفرد والعمل على مواجهتها بإستخدام مجموعة من الأساليب العلاجية تتضمن التدريب على الكلام، والمناقشة، والنمذجة، وتعليمات للذات، وعملية تكرار السلوك، والتعزيز .

د - إعادة البنية المعرفية: Cognitive restructuring

ويمكن إعادة البنية المعرفية فى ضوء هذا الإتجاه العلاجى عن طريق مجموعة من الأساليب العلاجية التي تستخدم فى هذا الصدد . إلا أن مثل هذه الأساليب ليست

جميعاً من إعداد ميتشبنوم، وليست أساليب تخصص إتجاهه العلاجي هذا على وجه التحديد، ولكنها أساليب مستمدة من إتجاهات علاجية أخرى وتستخدم لتحقيق هذا الغرض، ويمكن إستخدام أحدها فقط لذلك. وهذه الأساليب هي:

- إعادة البناء العقلاني (أسلوب إليس).

- إعادة البنية المعرفية (أسلوب بيك).

- أسلوب حل المشكلات (راجع: Patterson, 1986).

أهم الإستراتيجيات والفنيات العلاجية

- التدريب على إدارة القلق anxiety management training

تستخدم هذه الإستراتيجية فى تخفيف حدة القلق وذلك من خلال عدد من الفنيات العلاجية التى تدرج تحتها. ويوضح الفحص الدقيق لفقد الحساسية المنظم قصوره كاستراتيجية تستخدم فى علاج حالات القلق العام. ووفقاً لأسلوب فقد الحساسية المنظم يتم عمل سلم هرمى متدرج للقلق إعتماداً على قدرة المريض على تحديد تلك المثيرات التى تعمل على إثارة القلق من جانبه على أن يتم تحديد ذلك بشكل دقيق، وهو الأمر الذى لا يستطيع أن يقوم به المريض فى حالة القلق العام. وكنتيجة لذلك تم تقديم إستراتيجية علاجية أخرى تصلح لعلاج القلق العام هى التدريب على إدارة القلق. AMT ويقوم الأساس النظرى لهذه الإستراتيجية على مقدمة تفترض أن المريض يمكن أن يتعلم فى البداية أن يحدد تلك الإشارات الداخلية المعرفية والجسمية التى تدل على وجود القلق، ثم يتفاعل مع هذه الإشارات بعد ذلك مستخدماً إستجابات تعمل على إزالتها والتخلص منها. وتقوم مثل هذه الصياغة على أساس تعلم تلك الأسس والمبادئ التى ترى القلق المدرك على أنه يمثل حالة محفزة، وأنه من الممكن أن يتم تعلم السلوكيات التى تعمل على التخلص من تلك الحالة. ويكتسب القلق فى هذه الحالة خواص المثير، ومن ثم فإنه - أى القلق - كمثير يصبح مرتبطاً بإستجابات جديدة كاستجابات المواجهة على سبيل المثال وذلك بنفس الطريقة التى يرتبط بها الجوع كمثير بالبحث عن طعام

معين، ويعكس هذا الطعام الذى يبحث الفرد عنه ثقافة الفرد أو تاريخه العلمى .
ولذا فإننا نجد أنه عندما يزداد معدل القلق يلجأ البعض إلى سلوكيات معينة
كالتدخين، أو تناول كميات أكبر من الطعام، أو تعاطى الكحوليات، أو غيرها من
المسكرات، وما إلى ذلك .

وعند التدريب على إدارة القلق لانطلب من المرضى تحديد الأسباب أو المثيرات
التي تعمل على إثارة القلق لديهم، بمعنى أن الشخص الذى يعانى من اضطراب
القلق العام لا يكون فى حاجة تدفعه إلى أن يقول بوضوح أنه يعانى من نوبة قلق
عندما يتم تسليط الأضواء عليه ويجد أن عليه أن يتحدث بأسلوب توكيدى . كذلك
فهو لا يكون فى حاجة إلى أن يقرر أيضاً أنه يعانى من قلق حاد فى كل مرة ينتهى
فيها من نقاش مع زوجته مثلاً حول من الذى يجب أن يسيطر ويهيمن على أمور
المنزل، ولكننا نجد أن خبرة القلق نفسها تستخدم بدلاً من ذلك فى تدريب المريض
على هذا الأمر، ولا يكون عليه إلا أن يتذكر فقط آخر مرة خبير فيها نوبة قلق .
ويصبح على المعالج بعد ذلك أن يقوم بتوجيهه لكى يتذكر كيف شعر بتلك الخبرة،
أى كيف بدأت، وكيف تطورت الأفكار لديه أو غير ذلك من الخبرات المعرفية
المرتبطة، أو من خلال زيادة معدل تصبب العرق أو غير ذلك من الخبرات
الجسمية، بمعنى أنه يتم تدريب المريض على أن ينتبه لتلك الأعراض التي تعكس
وجود القلق. ثم تتطور الجلسات بعد ذلك نحو تدريب المريض على أن يقوم
بتمرينات الإسترخاء عندما يدرك إثارة القلق حيث يمكن للإسترخاء فى هذه الحالة
أن يقلل من حالة القلق أو يقضى عليها .

ومع تطور الجلسات يتم تدريب المريض على تحديد تلك الإشارات المعرفية
والجسمية التي تمثل مراحل بداية إثارة القلق . ويتم فى هذه المرحلة إستخدام
تدريبات الإسترخاء بغرض منع حدوث كم أكثر من الإثارة للقلق الحاد حيث يعمل
الإسترخاء هنا كأسلوب أو إستراتيجية للمواجهة تعمل على الحد من القلق بمجرد
إثارته . وإلى جانب ذلك يتم تحديد واجبات منزلية كى يتحقق عدد من الأغراض
تمثل فى تحسين مهارات الإسترخاء فى العديد من المواقف، وزيادة قيام المريض

بعملية التعميم على مختلف المواقف خارج نطاق البيئة العلاجية، ومن ثم يمثل بذلك خطوة في سبيل تعلم الوقاية. وهكذا نجد أن التدريب على إدارة القلق يعمل على تدريب المريض الإستجابة لتلك الإشارات أو الأعراض الدالة على القلق مما يؤدى إلى تطور نمط جديد للمواجهة يعتمد على الإدارة الذاتية أو الضبط الذاتى وهو ما يجعل جلسات التدريب على إدارة القلق بمثابة جلسات تعليمية تتضمن إتاحة الفرص لممارسة ضبط النفس وذلك فيما يتعلق بالتطبيقات المختلفة على مواقف الحياة الواقعية. ويمكن أن تستخدم إدارة القلق كأداة فى الأساليب العلاجية الأخرى يمكن بمقتضاها خفض مستويات القلق.

ونظراً لأن المريض الذى يعانى من اضطراب القلق العام أو اضطراب الهلع لا يمكنه أن يقوم بتحديد تلك المثيرات التى تعمل على إثارة القلق، وأن التدريب على إدارة القلق لا يتطلب مثل هذا التحديد فإنه كإستراتيجية علاجية يعد من هذا المنطلق أكثر ملاءمة لمثل هؤلاء المرضى. وإلى جانب ذلك فإنه يعتبر ملائماً لآى ظروف يلعب فيها القلق دوراً مرضياً رئيسياً كما يحدث على سبيل المثال عندما يكون القلق هو سبب الأعراض الظاهرة ومصدرها الرئيسى كما هو الحال فى إرتفاع ضغط الدم، أو عندما يكون بمثابة عقبة فى سبيل الأداء كما يحدث فى حالة القلق المرتبط بمستوى الأداء من جانب الفرد. وإضافة إلى ذلك يعتبر التدريب على إدارة القلق ذا قيمة كبيرة فى تدريب المرضى على القيام بالسيطرة على حالات الإثارة وضبطها كما هو الحال بالنسبة للغضب.

ويعتمد التدريب على إدارة القلق على مراقبة الذات Self - monitoring عن طريق تشجيع المرضى على تدوين مذكرات يومية تعكس الاختلاف بينهم فى الأنماط المعرفية فى مقابل أنماطهم النفسية. هذا إلى جانب التدريبات اليومية على مراقبة الذات والتى يمكن من خلالها التعرف على تلك الأفكار المشوهة أو المختلة وظيفياً والإعتقادات اللاعقلانية. ومن أمثلة ما يمكن أن تستخدم المذكرات اليومية فى سبيله أن يتم تدوين عدد المرات التى يقوم المريض خلالها بتمرينات الإسترخاء فى المنزل، والمدى الذى يصل إليه فى أداء مثل هذه التمرينات، إلى جانب مدى

نجاحه فى خفض حدة القلق، وما يمكن أن يتم بعد هذا من تدوين عدد المرات التى يتم فيها إستخدام تمرينات الإسترخاء لمواجهة القلق وذلك بنفس الطريقة. ومن أهم مزايا مثل هذه التقارير أنها تسمح للمعالج أن يحدد ما إذا كان المريض يقوم بتطبيق ماتم تعلمه خلال جلسات العلاج أم لا، ومدى التقدم الذى أحرزه فى هذا الصدد. ويتم بطبيعة الحال مراجعة ذلك فى بداية كل جلسة علاجية جديدة أى مراجعة ما قام به المريض خلال تلك الواجبات المنزلية وهو ما قد يفيد فى التخطيط للجلسة أو لغيرها من جلسات. فإذا وجد المعالج على سبيل المثال أن المريض لم يظهر المهارة اللازمة فى القيام بتمرينات الإسترخاء بعد الجلسة التى يتم تخصيصها لذلك يتحتم عليه أن يكرر ما تم التدريب عليه خلال تلك الجلسة وذلك عندما يكتشف هذا الأمر، وبطبيعة الحال فإنه سوف يكتشف ذلك فى بداية الجلسة التالية وذلك عندما يقوم بمراجعة الواجبات المنزلية مع المريض وهو الأمر الذى يجعله يعيد التخطيط للجلسة من جديد حيث يجد أنه لا بد أن يكرر ما تم خلال الجلسة السابقة وذلك خلال الجلسة الحالية. وإذا إكتشف خلال الجلسات التالية أن المريض لم يستطع أن يسيطر بنجاح على القلق فى مواقف الحياة الفعلية يصبح لزاماً عليه أن يعيد أو يكرر تلك الجلسات التى تم خلالها تدريبه على إدارة القلق.

أما فيما يتعلق بالأنماط المعرفية فى مقابل الأنماط النفسية الجسمية نلاحظ أن بعض المرضى قد يخبرون القلق بصفة أساسية خلال إستجاباتهم المعرفية فى حين لا يبدو عليهم سوى أعراض نفسية بسيطة. وفى المقابل يبدى بعض المرضى أعراضاً سيكولوجية جسمية حادة فى حين لا يبدون سوى القليل من الأعراض المعرفية. وجدير بالذكر أن التدريب على إدارة القلق يتعامل مع كلا النمطين ومع هؤلاء المرضى الذين تتضمن خبرات القلق لديهم وإستجاباتهم للقلق ردود فعل معرفية وجسمية. وعلى هذا الأساس نلاحظ أن التدريب على إدارة القلق يتسم بعدد من الخصائص يمكن أن نعرض لها على النحو التالى:

١ - أنه يعتمد فى إجراءاته على الإسترخاء الذى يمكن أن نستخدمه كإستراتيجية للمواجهة فى هذا الصدد.

٢ - أنه يهدف إلى إدارة الذات أو الضبط الذاتى الذى يتطلب أن يتحمل المريض القدر الأكبر من المسؤولية فى حدوث التحسن على أن تكون مثل هذه المسؤولية متدرجة .

٣ - أنه يستخدم الواجبات المنزلية والتي تعمل على تعزيز عملية التعميم وهى العملية التى يقوم المريض من خلالها بتعميم ما تم تعلمه خلال الجلسات على العديد من مواقف الحياة الفعلية .

٤ - أنه يؤكد بشكل مستمر على ضبط النفس والتي يمكن للمريض من خلالها أن يتقن مهارة معينة يتعلمها خلال جلسات العلاج .

٥ - أنه يعتبر أن المعارف قد يتم تضمينها كجزء من ردود الفعل المتعلقة بالقلق أو كجزء من التتابع المبدئى لتلك الإشارات أو الأعراض الدالة على القلق . ومن ثم يعمل التدريب فى جانب منه على تركيز الإنتباه على العناصر المعرفية .

٦ - أن من أهم ما يميزه كإستراتيجية علاجية أن كل جلسة تتم فى ضوء خطوات يتم تحديدها بشكل واضح ، وبالتالي يمكن لأى معالج حتى وإن كان مبتدئاً أن يكون قادراً على تحديد ما يمكن توقعه من العلاج خلال كل جلسة .

هذا ويرى سوين (١٩٩٠) Suinn أن التدريب على إدارة القلق يتم من خلال خمس جلسات علاجية إضافة إلى مقابلة يتم إجراؤها مع المريض فى البداية ، ويمكن فى بعض الحالات أن يصل عدد هذه الجلسات إلى ثمانية ، وتستغرق كل جلسة من هذه الجلسات حوالى ستين دقيقة على أن يتم فى بداية كل جلسة مراجعة الواجبات المنزلية التى يكون المريض قد قام بها ، وما قد يحزره خلالها من تقدم فى خفض حدة القلق . كما يتم قبل نهاية كل جلسة تحديد ما يكون المريض قد إكتسبه من مهارات جديدة . ويعتمد هذا الأسلوب بدرجة كبيرة على إستخدام التخيل سواء لإثارة القلق أو لتعزيز الإسترخاء . وتتضمن الجلسة الأولى من هذه الجلسات أربع خطوات تتمثل فى التعرف على مفهوم العلاج ومنطقه ، وتقديم مشهد للإسترخاء ، والتدريب على الإسترخاء ، وتحديد الواجبات المنزلية . أما

الجلسة الثانية فتتضمن هي الأخرى أربع خطوات أيضاً تتمثل في تحديد موقف معين للقلق، والتدريب على الإسترخاء، وإثارة القلق متبوعاً بالإسترخاء، والواجبات المنزلية، في حين تتضمن الجلسة الثالثة نفس الخطوات الأربع المتضمنة في الجلسة الثانية مضافاً إليها خطوتان أساسيتان أخريان هما الإسترخاء المثار ذاتياً، وتركيز الإنتباه على الأعراض الدالة على القلق. وعلى ذلك تتضمن تلك الجلسة عدداً من الخطوات تتضمن القيام بالإسترخاء المثار ذاتياً، وإثارة القلق، والتركيز على أعراض القلق أثناء تلك الإثارة، والعودة إلى الإسترخاء، ثم تكرار تلك الدورة من الإثارة، والتركيز على الأعراض، والقيام بالإسترخاء، وتكرار ذلك من ثلاث إلى خمس مرات، ثم يتم تحديد الواجبات المنزلية. أما الجلسة الرابعة فتتضمن إلى جانب ذلك مكونين أساسيين جديدين يتمثلان في تحديد موقف ترتفع فيه حدة القلق والعمل على خفض تلك الحدة، وهو ما يمكن أن نطلق عليه تحديد سلم هرمى للقلق نستخدم خلاله ما يعرف بفقد الحساسية المنظم على أن يتحمل المريض درجة أكبر من مسئولية إستعادة السيطرة على نفسه عقب إثارة القلق. وفي هذه المرحلة يتم إستخدام نوعين من المراقبة الذاتية إحداهما للوقت time monitoring يقوم المريض خلالها بمراجعة تلك الإشارات الدالة على الضغط النفسى فى الصباح مثلاً، ثم عند الظهر، فبعد العصر، وأخيراً فى المساء. أما فى حالة الصداع المصحوب بالتوتر فتتم تلك المراقبة كل ساعتين وذلك لإجهاض أى بداية لتوتر العضلات. بينما يتعلق النوع الثانى من المراقبة بالمواقف المختلفة ويعرف بالمراقبة الموقفية Situational monitoring والتي يقوم المريض خلالها بتحديد مستوى حدة الضغوط النفسية التى يتعرض لها قبل قيامه بأى نشاط يرتبط بإثارة تلك الضغوط كالإستذكار إستعداداً للإمتحان، أو عند إنتظار طبيب الأسنان على سبيل المثال. ويتم مع كلا النوعين من المراقبة القيام بتمرينات الإسترخاء وذلك بغرض خفض حدة القلق.

وتعمل الجلسة الخامسة على إستكمال ضبط النفس من جانب المريض، ولذا يستخدم خلالها الإسترخاء المثار ذاتياً مسبقاً بإثارة القلق حتى ينتهى مشهد القلق

بسيطرة المريض عليه. وإذا لم يستطع المريض مع نهاية هذه الجلسة أن يحقق ضبط النفس وأن يسيطر على مواقف القلق يتم تكرار هذه الجلسة بحد أقصى ثلاث مرات حتى يتحقق ذلك الغرض. هذا ويمكن إستخدام ذلك الأسلوب فى العلاج الجماعى بعد أن يتم تقسيم المجموعة العلاجية إلى عدد من المجموعات العلاجية الفرعية صغيرة العدد والتي قد يتراوح عدد أعضائها بين ٦ - ٨ مرضى. ويتم خلال العلاج الجماعى زيادة عدد مرات التدريب، ولا يتم التدريب على محتوى الجلسة التالية إلا بعد أن يكون جميع المرضى فى المجموعة قد أتقنوا ما تم التدريب عليه فى الجلسة السابقة. ولذلك يزداد الوقت الذى يجب أن تستغرقه كل جلسة لمدة ربع ساعة على الأقل. وبوجه عام يجب أن يلم جميع المرضى بمحتوى أى جلسة قبل أن يتم الإنتقال إلى الجلسة التالية أو يصبح على المعالج أن يكرر نفس الجلسة مرة أخرى.

وفى ضوء ما سبق نلاحظ أن التدريب على إدارة القلق كإستراتيجية علاجية يتضمن عدداً من الفنيات العلاجية التى يتمكن المريض بمقتضاها من ضبط نفسه والسيطرة على تلك المواقف التى تسبب له القلق. وتمثل تلك الفنيات فى مراقبة الذات، والمذكرات اليومية، والتعريض وإثارة القلق، وفقد الحساسية المنظم، والتدريب على الإسترخاء، والواجبات المنزلية. ويعمل التدريب على الإسترخاء فى هذا الصدد كإستراتيجية للمواجهة يتمكن المريض بموجبها من السيطرة على تلك المواقف الواقعية التى تسبب له القلق مما يسهم فى منع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى.

- إستراتيجية التشغيل الإنفعالى emotional processing -

يرى بنبيكر (١٩٩٣) Pennebaker أن الخبرات التى تتضمن إنفعالات يصعب التخلص منها والتى قد تسبب فى تكرار الأحلام المزعجة والكوابيس وما يرتبط بها من أفكار مقحمة وصور تتعلق بتهديد سعادة الفرد ورضاه وحالته النفسية العامة، أو التى تتضمن مخاوف ترتبط بموضوعات محددة كتلك التى ترتبط بالمعركة على

سبيل المثال والتي يخبرها المحاربون القدماء أو حتى أولئك الذين يعانون من اضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة والتي يخبرون خلالها كوابيس وصوراً مزعجة عن تلك الأحداث التي مروا بها وخبروها من قبل، فإنه يمكن من خلال التحدث عن تلك الخبرات الإنفعالية أو الكتابة عنها أن تقل حدة ما يرتبط بها من توتر وإزعاج. كما يمكن حدوث ذلك أيضاً من خلال كف الحث المرتبط بتلك الخبرات الإنفعالية وهو ما يعرف بالتشغيل أو التجهيز الإنفعالي، وهو ذلك المفهوم الذي يشير إلى تلك العملية التي يتم بمقتضاها مواجهة الاضطرابات الإنفعالية وخفض حدتها وذلك إلى الحد الذي يمكن معه لبعض السلوكيات الأخرى أن تحدث دون أن يصاحبها أى توتر أو اضطراب. أما إذا لم يتم مواجهة اضطراب إنفعالي معين بشكل جيد فتصبح هناك بعض الدلائل أو الأعراض واضحة ويحتمل حدوثها بشكل متقطع قد يكون مباشراً وواضحاً أو غير واضح وغير مباشر. ومن ثم فإن التشغيل الإنفعالي غير الجيد يصاحبه عودة ظهور إشارات أو دلائل مقحمة للنشاط الإنفعالي كالوساوس والكوابيس وضغط الكلام والمخاوف المرضية والاضطرابات السلوكية والهلاوس (خاصة بعد خبرة الحرمان)، إلى جانب الأفكار المقحمة غير السارة أو ظهور تعبيرات غير مناسبة عن الإنفعالات لاتتناسب مع الزمان أو المكان. أما الإشارات غير المباشرة فقد تتضمن الكرب والضيق والتعب والأرق والإنشغال ومقاومة صرف أو تشتيت الإنتباه وعدم القدرة على التركيز، إلى جانب الإستياء أو الضجر المفرط وسرعة الغضب والإنفعال. ومن ناحية أخرى يتضمن النجاح فى التشغيل الإنفعالي قدرة الفرد على أن يتحدث عن الأحداث الإنفعالية المختلفة التي يكون قد مر بها، وأن يتخيلها ويستمتع إليها من آخرين أو يتذكرها دون أن يخبر الضيق أو الاضطراب.

وتضم هذه الإستراتيجية عدداً من الإجراءات العلاجية التي تعمل على خفض حدة القلق، كما أنها تهدف أيضاً إلى التعرف - إن أمكن ذلك - على تلك الأسباب التي قد تؤدي إلى القلق. وجدير بالذكر أن هناك بعض الأساليب التي يمكن من خلالها خفض حدة القلق كفقء الحساسية المنظم، والغمر، والنمذجة، والتدريب

على التعود habituation training وهي الأساليب التي يتم تضمينها جميعاً في نموذج التشغيل أو التجهيز الإنفعالي. إلا أن التدريب على التعود يحتاج لكي ينجح كفنية علاجية إلى فنية أخرى تستخدم، إلى جانبه هي التعريض حيث يعمل التعريض المتكرر لتلك المثيرات التي تسبب الخوف كمثير للتدريب على التعود مما يؤدي إلى تقليل الخوف والقلق، وحتى الفرع أيضاً.

ونظراً لأن الخوف يتضمن كما يرى لانج (1986) Lang ثلاثة أنساق مزدوجة تتمثل في النسق اللفظي، والنسق السلوكي، والنسق النفس فسيولوجي Psychophysiological فلا بد أن تتم إثارته حتى يمكن التعود عليه ومن ثم تقليله وخفض حدته. ويتشابه نموذج التشغيل الإنفعالي كثيراً مع وجهة نظر لانج Lang حيث قد تأثر هذا النموذج بوجهة النظر تلك. إلا أن ذلك النموذج يهدف في الأساس إلى المواءمة بين أكثر من فنية علاجية تستخدم في خفض حدة القلق وإستخدامها معاً لتحقيق هذا الغرض. ومع أن التعريض لمثيرات القلق يعد أمراً جوهرياً للتدريب على التعود كما أوضحنا من قبل فإن هذا النموذج يحاول أن يخفف من حدة القلق دون اللجوء إلى التعريض، كما يحاول أيضاً أن يصل إلى نفس الهدف عن طريق إحداث جملة من التغيرات المعرفية لدى المريض.

وجدير بالذكر أن هناك العديد من الأحداث التي تؤدي إلى القلق والتي تتفاوت في حدتها بين الشديدة والمتوسطة والمنخفضة، وأن السيطرة على مثل هذه الأحداث تتطلب من الفرد الثقة بالنفس وأن يحقق مستوى مرتفعاً من فاعلية الذات. وإلى جانب ذلك فهناك العديد من العوامل التي تعوق التشغيل الإنفعالي الجيد كالأثارة الزائدة، وعدم الإرتياح dysphoria والمرض، والتعب، والحرمان من النوم. وهناك أيضاً عوامل الشخصية التي تؤدي إلى نفس النتيجة كعدم الكفاءة والميول العصابية. كذلك فهناك بعض المثيرات التي تؤدي إلى نفس الشيء كتلك المثيرات الحادة، والمثيرات التي لا يمكن السيطرة عليها أو التنبؤ بها، والمثيرات غير المنتظمة أو غير العادية. وقد يحدث كثير من هذه العوامل والمثيرات في حالة إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة. ولذلك نجد أن هناك بعض العوامل التي تعمل

من وجهة النظر العلاجية على حدوث التشغيل الإنفعالي الجيد كالتعرض للمثيرات المسببة للتوتر، وسلوكيات المواجهة، والممارسة المتكررة، واستخدام الإسترخاء، والسيطرة على الأحداث، وتصحيح التفسيرات الخاطئة للمخاوف.

ويعتبر الحماس enthusiasm عنصراً أساسياً في التشغيل الإنفعالي وله ضرورته التي تعمل على تكامل الفنيات المستخدمة مما يسهم بقدر كبير في تغيير وتعديل المعارف اللاتواؤمية والتي يمكن تغييرها سواء بالهجوم المباشر أو غير المباشر عليها. ويرى راتشمان (١٩٩٠) Rachman أن إستخدام العديد من الإجراءات خلال العلاج من خلال هذه الإستراتيجية يعمل على خفض حدة القلق، وبالتالي ليست هناك عملية واحدة هي المسئولة عن تحقيق الهدف العلاجي بل يعود الأمر بطبيعة الحال إلى وجود العديد من العمليات. ومع أن الهدف الأساسي من هذه الإستراتيجية يتمثل في تحقيق الهدف العلاجي دون اللجوء إلى التعريض فإن راتشمان وليفيت (١٩٨٨) Rachman & Levitt قد وجدا أن التفاعل والتكامل بين الإجراءات المعرفية وإجراءات التعريض يمكن أن تفيد كثيراً في هذا الصدد حيث أن التفاعل بين هاتين العمليتين يؤدي إلى حدوث خفض كبير في حدة القلق الذي يعاني منه الفرد.

وقد أوضحت نتائج الدراسات التي هدفت إلى علاج الفوبيا باستخدام هذه الإستراتيجية أن إستخدام العلاجات المعرفية يثير التشغيل الإنفعالي الذي يمكن أن يصل إلى تحقيق الهدف من إستخدامه حتى بعد أن يظل المريض الذي يعاني من الخوف بعيداً لفترة عن الإتصال بالمثير، ولا يتذكر أى محاولات مقصودة تؤدي إلى خفض حدة الخوف بين الجلسات وهو ما توصل إليه كل من بوث وراتشمان (١٩٩٢) Booth & Rachman. وعند إستخدام هذا الأسلوب لعلاج الوسواس القهري والخفض من حدتها يرى كل من سالكوفسكز (١٩٩١) Salkovskis وإميلكامب وبينز (١٩٩٣) Emmelkamp & Beens وفان أوبن وآرنتز (١٩٩٤) van Oppen & Arntz أن مثل هذا الأسلوب قد أثبت فعالية واضحة في هذا الصدد.

كذلك فإن إعطاء المعلومات للمريض يلعب دوراً هاماً فى التشغيل الإنفعالى، وفى هذا الإطار يلعب تصحيح الأفكار اللاتواؤمية والإعتقادات اللاعقلانية نفس الدور الأساسى والهام. ومن هذا المنطلق يمكن القول بأن التشغيل الإنفعالى يعتبر إطاراً عملياً له أهميته يعمل على الربط بين عدد من الظواهر فى سبيل تحقيق الهدف العلاجى، كما أنه يعمل أيضاً على تنظيم المعلومات بشكل مترابط ومتكامل يؤدى بطبيعة الحال إلى تحقيق نفس الهدف. كذلك فهو يهدف إلى الربط بين الظواهر الإنفعالية المتباينة مما يوفر العديد من الإجراءات التى تستخدم فى خفض حدة الخوف والقلق مما يؤدى بالقطع إلى خفض تلك الحدة. وعلى الرغم من أن هذه الإستراتيجية تعمل فى الأساس على خفض حدة الخوف والقلق وغير ذلك من الإنفعالات السلبية دون اللجوء إلى التعريض، فإن هناك العديد من الدراسات التى إستخدمت هذا الأسلوب فى علاج الهلع، والتوهم المرضى أو توهم المرض hypochondriasis ووجدت أن دمج التعريض مع الإجراءات المستخدمة خلال هذه الإستراتيجية العلاجية قد أدى إلى نتائج جيدة أكدت على زيادة فاعلية تلك الإستراتيجية من جراء ذلك.

فنيات الإقناع الجدلى التعليمى

ذكرنا فى الفصل السابق أن الإقناع الجدلى التعليمى يمثل مكوناً هاماً من تلك المكونات التى يتضمنها العلاج المعرفى السلوكى بدءاً من تقديم الأساس المنطقى للعلاج إلى إقناع المريض بضرورة العلاج وأهمية الإلتزام به، وإيضاح مسئولية المريض الشخصية فى حدوث الإضطراب وذلك بسبب ما يعتنقه وما يعتقد فيه من أفكار مشوهة وإعتقادات لاعقلانية تلعب الدور الرئيسى فى حدوث ذلك الإضطراب، ومن ثم تصبح عليه مسئولية شخصية فى خفض حدة ذلك الإضطراب أو التخلص منه وذلك من خلال تصحيح وتعديل تلك الأفكار والإعتقادات المختلفة وظيفياً وإستبدالها بأفكار وإعتقادات عقلانية أخرى. وفى سبيل ذلك يمكن إستخدام عدد من الفنيات تعرف بفنيات الإقناع الجدلى التعليمى نعرض لها على النحو التالى:

١ - تقديم الأساس المنطقي للعلاج Rationale

ويتم من خلال هذه الفنية تقديم الفرضيات الأساسية فى العلاج، والإعتقادات النظرية المرتبطة بذلك، والأدلة الإمبيريقية التى تؤيد الإجراءات العلاجية المتبعة وذلك بأسلوب غير فنى يتسم بالبساطة والوضوح. وتكمن أهمية ذلك فى تبصير المريض بالأساليب العلاجية التى يمكن إتباعها ودورها فى العملية العلاجية مما يعمل على إعداده لتقبل تلك الأساليب وتجنب الأفكار التى تدل على المقاومة. كما يتم من خلال ذلك أيضاً تناول المعارف فى نسق رمزى يساعده على تقديمها بشكل واضح ويوجه إهتمامه إلى محتوى العناصر المتضمنة فى العملية العلاجية وما يترتب عليها من نتائج وهو ما يساعد على وجود نسق مفاهيمى مشترك بين المعالج والمريض مما يجعل المريض يتقبل الخطة العلاجية ككل وما يمكن أن يؤدى ذلك إليه من زيادة احتمال حدوث تغير معرفى شامل.

ومن ناحية أخرى يؤكد الأساس المنطقي للعلاج على المسئولية الشخصية للمريض عن أفكاره ومشاعره وما تؤدى إليه من معارف لاتواؤمية تلعب دوراً هاماً فى حدوث الإضطراب الذى يعانى منه المريض، وهو الأمر الذى يؤكد فى الجانب الآخر على مشاركة المريض الفعالة فى العملية العلاجية حيث يعد أيضاً من هذا المنطلق مسئولاً عن تصحيح تلك المعارف، وهو ما يعنى خفض حدة تلك الأعراض المرضية التى يعانى منها.

٢ - التحليل المنطقي والتقييم:

ويتم من خلال هذه الفنية تطبيق أساسيات المنطق من جانب المعالج بغرض تعديل معارف المريض اللاتواؤمية وذلك إتفاقاً مع آراء كل من بيك Beck وإليس Ellis. ويمكن فى هذه الإطار توجيه المناقشة المنطقية إلى أمرين أساسيين هما:

أ - عدم توفر الصدق المنطقي للإعتقادات والفرضيات التى يعتقد فيها المريض ويؤمن بها.

ب - عدم الإتساق بين سلوكه وبين تلك الإعتقادات والفرضيات .

وهنا يعمل التحليل المنطقي على مساعدة المريض كى يقوم بمواجهة تلك الإعتقادات اللاعقلانية أو الأفكار الأوتوماتيكية . وعند التعامل مع موضوع عدم الإتساق بين الأفكار والسلوك يمكن إستخدام التفكير الإستدلالي أو الإستنباطي حيث يتم الإنطلاق من المقدمة إلى النتيجة أو العكس .

٣- تقليل لامعقولية الأفكار:

ويتم ذلك من خلال ما يقوم به المعالج من إفتراض وليد اللحظة بأن الفكرة اللاعقلانية التى يبديها المريض تعد صحيحة، ثم يعمل بمساعدة المريض على تناولها منطقياً فيبدو على الفور للمريض أنها فكرة لامعقولة . وهنا يمكن أن يتناول المعالج مثلاً إحدى أفكار المريض التى يرى من خلالها أن الجميع يجب أن يقبلونه وأن يحوز هو على رضاهم حيث لا يمكنه أن يتحمل غير ذلك . فيقول له أن عليه كى يحوز على رضاهم أن يعيش بالشكل الذى يريدونه هم، فيأكل ويشرب ويلبس ويمشى مثلاً، إلى غير ذلك كما يريدون . وعليه فى هذا الصدد أن يتأكد من أن كل فرد قد رضى عن تصرفه هذا أو ذاك، وأن يعمل على التعديل من سلوكه بما يجعل من لم يرض عن أى سلوك يرضى عنه، وأن يتأكد من أن هذا التعديل قد جعل غيره لا يرضى، وهكذا يدور فى تلك الحلقة المفرغة . على الفور سوف يتضح للمريض أن مثل هذه الفكرة لا معقولة، وهكذا .

٤ - التحليل والتقييم الإمبيريقى:

ويتم من خلال هذه الفنية إجراء المقارنة بين الملاحظات الواقعية والأدلة الإمبيريقية المرتبطة بمحتوى المعارف، وهو ما يسمح بتقييم مدى واقعية تلك المعارف . فإذا ما كان المريض مثلاً يعتبر نفسه فاشلاً لا يودى أى شىء بنجاح فإنه يتم الرجوع إلى تاريخه السابق وتحديد ما أنجزه بنجاح وما أخفق فيه فيتضح أنه قد أنجز بعض المهام التى تم تكليفه بها وهو ما يعنى أنه غير فاشل . وتبدو فاعلية هذه الفنية عندما ترتبط الواجبات المنزلية بها ويتم تحديدها فى ضوء هذه الطريقة حيث

يقوم المريض بالملاحظة ويجمع البيانات التي توضح مدى واقعية مآلديه من معارف كما تعكسها خبراته الواقعية .

٥ - التعارض بين المعارف والقيم أو الإعتقادات السائدة:

ويعمل المعالج على تناول موقف معين يتضح من خلاله وجود تعارض بين المعارف وبين مآلدى الفرد من قيم أو إعتقادات . فيقول للمريض مثلاً أنه أذكى من أن يعتقد أن أى شخص آخر يمكنه أن يلبي له جميع متطلباته بنسبة ١٠٠% فى كل الأوقات، وهو مآلؤدى به إلى تعديل هذه الفكرة اللاتواؤمية من خلال التخلص من التنافر الواضح .

٦ - الإستجابة الدالة على الشك من جانب المعالج:

هنا يعمل المعالج على تقليل التنافر بين معارف المريض وإعتقاداته أو ما يسود لديه من قيم من خلال إستخدام أسلوب يدل على الشك أو عدم الإعتقاد فى قدرة المريض على التخلص من فكرة مشوهة أو إعتقاد لاعقلانى معين كأن يقول له مثلاً أريد أن أنجز هذا الشئ (ويذكر إسم ذلك الشئ) وأظن أنه لايتناسب معك، أليس كذلك؟

ويتطلب الإستخدام العلاجى لمثل هذه الفنية أن يقوم المعالج بتوجيه الشك نحو إتجاه المريض وليس نحو المريض نفسه كشخص، وإلا فسوف يستجيب المريض لذلك بأسلوب دفاعى أو بالمقاومة حتى يثبت عكس ذلك .

٧ - التماثل السلبى:

ويعمل المعالج من خلال هذه الفنية على أن يوضح للمريض لفظياً التماثل أو التشابه بين معارف لاتواؤمية لديه أى لدى المريض وبين مثير سلبى، أى يستخدم مشهداً متخيلاً غير سار تتم إثارته من خلال مثل هذا التشابه أو التماثل، وهو ما يؤدى إلى إستخلاص مشاعر المريض السلبية التى تتعلق بتلك المعارف . فعندما يقول المريض مثلاً أنه يشعر بالأمان وهو إلى جوار أمه فإن هذا يؤدى به إلى

السلوك الإعتماىى حينما يكون فى عمله أو كليته على سبيل المثال، وهنا يرد المعالج بأن هذا السلوك من جانبه يذكره بالطفل الصغير الذى لا يزال يشعر بالأمان طالما لا تزال أمه تقف أمام الباب وهو ذاهب إلى المدرسة لأنه إذا وقع على الأرض فسوف تسرع هى لمساعدته على النهوض من جديد، أما إذا لم تكن واقفة أمام البيت فسوف يعود أدراجه إلى البيت من جديد ولا يذهب إلى المدرسة. ويجب ألا يوجه ذلك إلى المريض نفسه، بل يتم توجيهه إلى سلوكه ومعارفه فقط حتى لا يضطر إلى اللجوء لأسلوب دفاعى أو يظهر العدوانية.

٨- تناول النتائج الإيجابية للتغير:

وينظر كل من المعالج والمريض من خلال هذه الفنية إلى النتائج الإيجابية للمعارف التواؤمية، ويتم تحديد الجانب الإنفعالى المعرفى من المشكلة. ويمكن للمعالج أن يوضح النتائج السلوكية الإنفعالية التواؤمية للتغير المعرفى، وأن يركز فى البداية على تلك النتائج المباشرة والأكثر وضوحاً، وأن يعمل بالتدرج على تطوير تلك النتائج التى تتسم طبيعتها بطول المدى. وهنا يقول المعالج للمريض مثلاً دعنا ننظر إلى تلك الكيفية التى يمكن أن تبدو عليها الأشياء إذا إفترضت أنت أن بإستطاعتك أن تسترخى فى كل المواقف الإجتماعية وأن تشعر بالثقة فى النفس، فإمكانك أن تحضر الحفلات، وأن تقابل أناساً جدداً، وأن تحدد حياتك الإجتماعية من خلال التنظيم النشط لتلك المواقف التى تستمتع بها.

ويهدف هذا الإجراء إلى إثارة المريض لتقييم النتائج الإيجابية التى تترتب على المعارف التواؤمية خلال مجموعة المواقف. ويتوقف التطبيق الناجح لتلك الفنية على إدراك المريض للعلاقة بين التغير المعرفى والنتائج الإيجابية المتوقعة. ويعمل الأداء المتدرج للواجبات المنزلية المرتبطة بتلك الفنية على تعزيز تلك العلاقة ومساعدته على إحداث قدر أكبر من التغير المعرفى الدائم. وعند إستخدام هذه الفنية إلى جانب تلك الفنيات التى تؤكد على الجوانب السلبية للمعارف اللاتواؤمية فإنها تصبح أكثر فاعلية.

وتتبع هذه الفنية التي قدمها ديجيوسيب (١٩٩١) Di Giuseppe مجموعة معقدة من المجادلات على غرار طريقة إليس وتسير في ضوءها. وتعمل هذه الفنية على مساعدة المريض كي يواجه أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية بأسلوب منطقي وإمبيريقى يعمل على تنفيذها متبعاً طرق جدلية وتعليمية يتعامل من خلالها مع تلك الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية في مختلف السياقات التي يمكن أن تظهر فيها. كما يتعلم أيضاً من خلالها أن يقوم بتعزيز تلك الأفكار العقلانية التي تحل محل الأفكار اللاعقلانية السابقة. أى أنه يتم من خلال هذه الفنية مواجهة حقيقة أفكار وإعتقادات المريض التي تتسم باللاعقلانية واللامنطقية والعمل على إعادة بناء إعتقادات جديدة تتسم بالعقلانية والمنطقية تحل محلها.

