

التطورات الحديثة فى العلاج
المعرفى السلوكى

التطورات الحديثة فى العلاج المعرفى السلوكى

شهد العلاج المعرفى السلوكى العديد من التطورات منذ بدايته وحتى الوقت الحالى وذلك فى نماذجه الثلاثة الشائعة. وقد تناولنا فى الفصل الأول جانباً من هذه التطورات بشكل سريع وذلك حتى قرب نهاية الثمانينيات. ويرى ماهونى (١٩٨٨) Mahoney أن العديد من مُنظري العلاج المعرفى السلوكى قد قرروا فى الجزء الأخير من عقد الثمانينيات أن هذا المنحى العلاجى يمكن النظر إليه على أنه يضم إتجاهين رئيسيين، يتمثل الأول منهما فى الإتجاه العقلانى ويمثله إليس، بينما يتمثل الثانى فى الإتجاه الإستدلالى البنائى ويمثله بيك. وقد شهد الإتجاهان عدداً من التطورات فى نهاية الثمانينيات وخلال عقد التسعينيات التى تمثل فى مجملها عدداً من الإتجاهات الحديثة فى كل منهما. وسوف نعرض لتلك التطورات الحديثة على النحو التالى:

أولاً: إتجاه بيك Beck

يمثل إتجاه بيك Beck الإتجاه الإستدلالى البنائى فى العلاج المعرفى السلوكى، وقد شهدت فترة الثمانينيات وخصوصاً الجزء الأخير منها تطبيقات جديدة وموسعة لهذا الإتجاه على مدى كبير من الإضطرابات بدءاً من العمل مع كبار السن وحتى العمل مع مشكلات الأطفال وهو مالم يكن موجوداً من قبل. كما إتسع المجال أيضاً ليشمل التعامل مع العزلة الإجتماعية والإنحرافات الجنسية، ووجدت مرونة كبيرة فى إستخدام إستراتيجيات العلاج المعرفى السلوكى، كما بدأ الإهتمام يتزايد بعد ذلك بالعلاج المعرفى السلوكى الجماعى.

وشهد عام ١٩٨٩ تطوراً جديداً حيث إتخذ العلاج منحى آخر وبدأت التطبيقات الإمبريقية على عينات كانت مستبعدة من قبل حيث كانت تعتبر مريضة لدرجة تجعل العلاج المعرفى السلوكى أمراً صعباً لها. وظهر كتاب «العلاج المعرفى السلوكى لمرضى الفصام» الذى أعده كارلو بيريز Carlo Perris ورأى فيه أنه من الضرورى أن يسير العلاج المعرفى السلوكى لأعضاء هذه الفئة جنباً إلى جنب مع العلاج بالعقاقير. وفى نفس الوقت إتسع مجال إستخدام العلاج المعرفى السلوكى ليشمل العديد من الإضطرابات التى لم يتطرق إليها من قبل، فتناول إضطرابات الطعام، وإدمان الهيروين والكحوليات، والهلع، والإكتئاب الحاد، والإعاقات الذهنية. وفى هذا الإطار وجدبيرسونز وآخرون (١٩٨٨) Persons et. al وذلك على النقيض من الإعتقاد السائد آنذاك أن هذا الأسلوب العلاجى له فاعليته فى التعامل مع المرضى ذوى المستويات المختلفة من التعليم والدخل والخلفية الإجتماعية والثقافية، وحتى غير المتعلمين، أو ذوى التعليم الأقل من المتوسط. وجدير بالذكر أن مثل هذه الفئات كانت من الفئات التى ساد الإعتقاد من قبل بعدم جدوى هذا الأسلوب العلاجى معها.

هذا وقد أضاف بيك (١٩٨٨) خمسة تشويهاات معرفية جديدة لها دورها الفاعل فى توتر العلاقات المختلفة، هى:

- ١ - الرؤية الضيقة (النفق): والتى لا يدرك الفرد من خلالها وفى ضوءها سوى ما يتفق مع حالته العقلية فقط.
- ٢ - التفسيرات المنحازة أو العزو السلبى والذى يتعلق بشريك الفرد.
- ٣ - إطلاق أسماء أو مسميات سلبية على الأشياء والأشخاص.
- ٤ - قراءة العقل أو الأفكار mind reading والتى تفترض أن الفرد يعرف ما يفكر فيه شريكه، وأن هذا الشريك يجب أن يكون قادراً على أن يقوم بتخمين ما يفكر فيه الفرد.

٥ - التعقل أو التفكير الذاتي Subjective reasoning أو الاعتقاد بأن الفرد يشعر أن إنفعالاته قوية بما فيه الكفاية وأن هناك ما يبرر ذلك.

وكتب متشلسون وماركيون (١٩٩١) Michelson & Marchione مقالاً ذكرا فيه أنه من المأمول خلال عقد التسعينيات أن يتسع الإطار النظري والتطبيقي الإكلينيكي في اضطراب الهلع ليتضمن الظواهر المرتبطة باضطراب القلق العام generalized والفوبيا الإجتماعية، و اضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة، والصدمة الناتجة عن إساءة الاستخدام abuse النفسى أو الجسمى أو الجنسى، إضافة إلى اضطراب القلق عند الأطفال، وهو ما تم بالفعل التعامل معه بعد ذلك. ويتضح ذلك أيضاً خلال الباب الثانى من هذا الكتاب.

وشهدت بداية التسعينيات إضافتين نظريتين هامتين قدمهما بيك Beck تتمثل الأولى فى بحثه عن متغيرات الشخصية والإكتئاب، بينما تتمثل الثانية فى إعادة صياغة نظريته عن الإكتئاب فى ضوء ذلك. وتعود مساهمته الأولى إلى الإهتمام بأعمال باولبى Bowlby عن التعلق وما يقابله من إحساس بالضيق، وهو ما دفع بيك وزملاءه إلى إجراء بحث عن الشخصية وما يجعلها عرضة للإكتئاب. فىرى باولبى أن إختلال العلاقات الإجتماعية يعتبر أساساً للإصابة بالإكتئاب، ووجد بيك أن هذا يعد صحيحاً بالنسبة لنمط واحد من نمطى الشخصية فحسب أسماء النمط المتحى إجتماعياً Sociotropic أى الذى يتحرك إستجابة للمثيرات الإجتماعية داخل الجماعة. ووجد أن هذا النمط من الأشخاص يقدر العلاقات الحميمة وبالتالي يصبح مكتئباً عند فسخ علاقة معينة، أو الإحساس بالرفض، أو بعد مروره بخبرة الحرمان الإجتماعى. وفى مقابل هذا النمط وجد بيك نمطاً آخر من الأشخاص أسماه النمط المستقل عن الآخرين autonomous يقدر أصحابه الإستقلال عن الآخرين والحراك. ومن المحتمل إصابتهم بالإكتئاب عندما لا يستطيعون تحقيق الإنجاز الذى يتمنونه أو عندما لا يستطيعون الحراك، أو عندما يفشلون فى تحقيق

أهدافهم. كذلك فإنهم يصبحون عرضة للإكتئاب إذا ما تم إجبارهم على الإمتثال. ويمثل هذان النمطان نهايتين لبعد واحد على مقياس أسماه بيك الإنتحاء الإجتماعى - الإستقلال عن الجماعة. Sociotropy - autonomy وكما قد يؤدي التفاعل بين نمط الشخصية وبين الخبرات السلبية للفرد إلى الإكتئاب فإنه قد يؤدي أيضاً إلى القلق، إلا أنه فى حالة القلق تمثل الضغوط تهديداً بالحرمان أو الفشل وذلك بدلاً من وقوع الحدث فعلاً كما هو الحال فى الإكتئاب.

ويعطى انفرق بين هذين النمطين من الشخصية الفرصة لإجراء مزيد من الدراسات حول التفاعل بين أنماط الشخصية وأحداث الحياة فى تطور الإكتئاب. إلا أن النتائج التى تم التوصل إليها للآن فى هذا المجال ليست حاسمة إذ وجد هامين وآخرون (١٩٨٩) Hammen et. al على سبيل المثال أن هناك علاقة بين نمط الضغوط ونمط الشخصية عند المرضى الذين لديهم تلك النزعة إلى الإستقلال عن الجماعة بدرجة كبيرة فقط، فى حين وجد سيجال وآخرون (١٩٨٩) Segal et. al - على النقيض من ذلك - مثل هذه العلاقة لدى المرضى المتحين إجتماعياً فقط أى الذين يتحركون إستجابة للمثيرات الإجتماعية داخل الجماعة، وليس لدى كل هؤلاء المرضى بل لدى أولئك الذين يتعرضون لحدوث إنتكاسه فقط من بينهم. وهذا يعنى أن أحداثاً معينة من أحداث الحياة يمكن أن تثير الإكتئاب بين الأشخاص من أى من نمطى الشخصية.

وفيما يتعلق بإعادة صياغة بيك لنموذجه عن الإكتئاب فقد حاول أن يحدد ما إذا كانت معارف المرضى المكتئين عقلانية أو لا عقلانية مع تأكيد على سلبية ولا عقلانية تفكيرهم حيث يرى أنه يتسم بما يلى:

- ١ - التأكيد على الجوانب السلبية فى أحداث الحياة.
- ٢ - العزو الذاتى للمشكلات التى قد تحدث فى كل المواقف، أى عزوها للذات وإعتبارها هى المسئولة عن تلك المشكلات، وهو ما يؤكد على مسؤليته الشخصية فى ذلك.

- ٣ - الحط من القيمة الذاتية للفرد نتيجة لعزو المسؤولية لذاته .
- ٤ - التعميم الزائد للأخطاء والنقائص التي تتعلق بالماضى أو الحاضر أو المستقبل .
- ٥ - النظرة الضيقة لحل المشكلات والتي تمنع أو تعوق توليد حلول بديلة ولا تتيح الفرصة للتقدم أو التحسن .
- هذا ولم يؤكد بيك على لاعقلانية الأفكار اللاتواؤمية حيث يرى أن تلك الأفكار أو الإعتقادات ستصبح فى وقت ما من حياة الفرد ذات معنى ومغزى . وإلى جانب ذلك يرى بيك أن تفكير الفرد يسير وفق تتابع معين بحيث يأخذ الشكل التالى :

- ١ - ينحو التنظيم المعرفى للأفراد غير المكتئين نحو الإيجابية .
- ٢ - يصبح هذا التنظيم الإيجابى محايداً مع تحرك الفرد باتجاه الإكتئاب .
- ٣ - ينحو هذا التنظيم والتفكير نحو السلبية مع تطور الإكتئاب .
- ٤ - وأخيراً ينحو هذا التنظيم والتفكير باتجاه السلبية المبالغ فيها فى حالة الإضطراب ثنائى القطب كما هو الحال فى ذهان الهوس والإكتئاب .
- وقد أعاد بيك صياغة نموذج فى الإكتئاب فى ستة نماذج مستقلة ولكنها متداخلة وذلك على النحو التالى :

- ١ - النموذج العرضى أو المستعرض .
- ٢ - النموذج الإستجاجى البنائى .
- ٣ - النموذج المتأثر بالضغط .
- ٤ - نموذج التفاعل المتبادل .
- ٥ - النموذج السيكيوبولوجى .
- ٦ - النموذج التطورى .

ويتناول النموذج العرضى أو المستعرض خبرات الهُنا والآن here and now والتي تلعب دوراً رئيسياً فى حدوث الإكتئاب. أما النموذج الإستدلالي البنائى فيتناول الأبنية المعرفية المسئولة عن الإكتئاب بما تحمله من أفكار أوتوماتيكية وإعتقادات سلبية تؤدى إلى الإكتئاب مع محاولة تفنيد ودحض هذه الأفكار والإعتقادات وإعادة بنائها من جديد. ويعد النموذج المتأثر بالضغط هو الأقرب إلى نظريته الأصلية والتي تمثل فيها الأبنية المعرفية أساساً معرفياً يتم التعبير عنه حينما يثيره حدث ما من أحداث الحياة. ويفترض نموذج الإنتحاء الإجتماعى - الإستقلال عن الجماعة أن أنواعاً معينة من أحداث الحياة من المحتمل أن تثير الإكتئاب بين الأفراد الذين لديهم أنماطاً معينة من الإعتقاد الجوهرى. أما نموذج التفاعل المتبادل فيتناول الديناميات بين الشخصية المسببة للإكتئاب حيث نجد على سبيل المثال أن التفاعلات الصعبة بين المعالج والمريض تعكس تفاعلات بين الإعتقادات الخاصة بهما يتم تعزيزها بشكل تبادلى. ويرى بيك أن نموذج التفاعل المتبادل ينطبق بشكل أكثر على إستمرار الإكتئاب أكثر من إنطباعه على بدايته. ويتناول النموذج السيكوبيلوجى أوجه النقص البيولوجية والسيكلوجية (المعرفية - والإنفعالية - والسلوكية) والتي تؤثر بدورها على الإكتئاب، فى حين يعرض النموذج التطورى لكيفية تطور الأبنية المعرفية المسئولة عن حدوث الإكتئاب. وعلى ذلك يتضح وجود قدر من التداخل بين هذه النماذج الستة.

ومن التطورات الهامة التى شهدتها ميدان العلاج المعرفى السلوكى خلال التسعينيات الإهتمام الزائد باضطرابات الشخصية وتطبيقاتها الإكلينيكية. وقد إستلزم ذلك حدوث تغيرات فى كيفية إستخدام هذا الأسلوب العلاجى فى هذا المجال حيث يوجد العديد من المؤثرات التى كشفت عنها نتائج الدراسات المختلفة والتي تؤثر فى الشخصية وهى الجانب المعرفى، والخصائص النمائية، والجانب الإنفعالى، وكذلك العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض والتي تلعب دوراً حيوياً فى العلاج. وكنتيجة لذلك ظهرت أشكال جديدة من العلاج المعرفى السلوكى من

أهمها «العلاج المعرفى السلوكى المتمركز حول الأبنية المعرفية» Schema - Focused Cognitive behavior therapy. وإلى جانب ذلك إمتدت تطبيقات العلاج المعرفى السلوكى لتشمل مجموعة من الإضطرابات كالغضب والقلق، والإضطرابات النفس إجتماعية، والمشكلات الزوجية، وإضطرابات الأكل، والإدمان، وإساءة استخدام المواد، والعديد من مشكلات الأطفال، والتخلف العقلى، والإضطرابات الذهانية. وقد تضمن العلاج خليطاً من التكنيكات المعرفية والسلوكية. ويرى روزن (١٩٩٣) Rosen أن عدد الدراسات الإمبيريقية التى أكدت فاعلية هذا الأسلوب العلاجى فى علاج الإضطرابات المختلفة قد تزايد بشكل كبير. كذلك فقط ظهرت أهمية التفاعلات بين الشخصية والأبنية المعرفية فى حدوث التوتر النفسى، فصورت الإنفعالات على أنها مصدر للمعلومات حول الفرد وحول البيئة، وتم استخدام المزيد من المفاهيم النمائية والتاريخية. وفى هذا الإطار يؤكد ليوتى (١٩٩١) Liotti وسافران وآخرون (١٩٩٠، ١٩٩٣) Safran et. al على العمليات بين الشخصية وأهمية الإنفعالات فى العلاج النفسى، ويؤكد روزن (١٩٩٣) Rosen على الناحية النمائية. وقد أدت مثل هذه الإتجاهات إكلينيكياً إلى نقل الإهتمام إلى الخبرات الأولى فى الحياة، وإلى استخدام تكنيكات تجريبية وإنفعالية لتناول الإنفعالات وما يرتبط بها من إعتقادات. ويعد الإهتمام بالخبرات الأولى فى الحياة علاجاً لإحدى سلبيات الإتجاه المعرفى السلوكى فى العلاج النفسى حيث كان يتم الإهتمام بأعراض المشكلة فقط دون الرجوع إلى جذورها.

ويرى بيك (١٩٩٣) Beck أن من التطورات الجديدة فى تطبيقات العلاج المعرفى السلوكى تناوله لإضطراب إنعصاب مابعد الصدمة post - traumatic Stress disorder (PTSD) كحالات الإغتصاب على سبيل المثال، إلى جانب إضطرابات أخرى كتعدد الشخصيات، والغيرة، والفوبيا الإجتماعية، والأرق. ويضيف ساندرسون وويتزلى (١٩٩٥) Sanderson & Wetzler أن إضطراب الهلع قد شهد هو الآخر تطوراً فى تناوله حيث أصبح يتم تناوله دون أن تصاحبه الفوبيا بعد أن كان تناوله فى السابق يقتصر على أن يكون مصحوباً بفوبيا الأماكن الواسعة. كما

تتمثل إحدى التطورات الهامة في تطبيقات العلاج المعرفى السلوكى من وجهة نظر بيك (١٩٩٣) فى صياغة نموذج معرفى معين لكل اضطراب من تلك الاضطرابات التى تم تناولها حديثاً. وتعتمد الفكرة الجوهرية فى مثل هذه التطبيقات على ما يلى:

١ - الإطار العام للنظرية المعرفية، بمعنى أن هناك تحيزاً فى تجهيز المعلومات ينتج عنه سلوك مختل وظيفياً وتوتر مفرط أو كلاهما معاً.

٢ - أن هناك إعتقادات معينة تتجمع معاً فى أبنية معرفية ثابتة نسبياً تؤدي إلى مثل هذه الصعوبات. ويقوم المعالجون بالبحث عن الإعتقادات المختلفة وظيفياً وإكتشافها وتقديم تفسيرات لها.

هذا ويتناول بعض المنظرين والباحثين جانباً من تلك التطورات التى شهدتها ميدان العلاج المعرفى السلوكى منذ نهاية الثمانينيات وخلال عقد التسعينيات وذلك على النحو التالى:

١ - التنظيم الهرمى للأبنية المعرفية:

يرى العديد من الباحثين أن الأبنية المعرفية تترتب بشكل هرمى، فيوجد بناء معرفى جوهري أو أساسى وآخر سطحي أو ثانوى. وترتبط الأبنية الجوهرية بمفهوم الهوية لدى الفرد. ويرى يونج (١٩٩٠) Young أن هذه الأبنية ليست إشتراطية، كما أنها تقاوم التغيير. ويرى سافران (١٩٩٠) Safran أن هناك العديد من الأمور التى يجب مراعاتها عند تقييم الأبنية والعمليات المعرفية الجوهرية منها ما يلى:

أ - أن الأبنية المعرفية الجوهرية تنعكس فى المعارف الذاتية للفرد.

ب - أن الأبنية المعرفية الجوهرية تبدو سائدة فى العديد من تلك المواقف التى يتعرض الفرد لها.

ج - أن هناك أفكاراً عامة ومشاركة لدى العديد من المرضى، وخصوصاً تلك

الأفكار التي تتضمن حب الناس للفرد (الإنحاء الإجتماعى) Sociotropy والكفاءة (الاستقلال عن الجماعة) autonomy .

د - حينما تثار الأبنية الجوهرية ينتج عنها مستوى مرتفع من الإنفعالات يؤثر على تصوير المريض لخبراته .

هـ - يقوم المعالج باختيار الاستراتيجيات العلاجية المناسبة وفقاً للأبنية الجوهرية لدى المريض إذ نجد على سبيل المثال أن الأفراد المتحبن إجتماعياً يستفيدون بشكل كبير من التركيز خلال العلاج على الجانب بين الشخصى، فى حين يستفيد الأفراد الذين يميلون إلى الإستقلال عن الجماعة من ذلك الإنجاء الموجه بدرجة كبيرة نحو أداء مهمة معينة .

٢ - الإهتمام بالعمليات الدفاعية:

يرى العديد من الباحثين والمنظرين فيما يتعلق بهذا المنحى العلاجى أن تحديد وتعبير الفرد عن إعتقاداته الجوهرية المختلفة وظيفياً يولد القلق، ومن ثم يحاول الفرد أن يحمى نفسه منه وذلك بتطوير مجموعة من الإعتقادات يبدو أنها تسير فى مواجهة محتوى الأبنية الجوهرية . فنجد على سبيل المثال أن المريض الذى لديه بناء معرفى جوهرى عن عدم جدواه أو عدم قيمته قد يطور مجموعة دفاعية من الأبنية المعرفية تتعلق بقوته وإستعداداته ينتج عنها شعور بالعظمة وذلك بطريقة نرجسية، وهو ما أطلق عليه يونج (١٩٩٠) Young عملية التعويض داخل الأبنية المعرفية Schema Compensation وهناك عملية دفاعية أخرى أطلق عليها يونج «التجنب» أى تجنب البناء المعرفى Schema avoidance يتم من خلالها تجنب ذلك البناء المعرفى إنفعالياً أو معرفياً أو سلوكياً وذلك على النحو التالى:

أ - من الناحية المعرفية: ويتم ذلك عن طريق القمع، أو إنكار الأحداث، أو إختلال الأنية (فقد الهوية) depersonalization .

ب - من الناحية الإنفعالية: عن طريق فقد الإحساس، أو التفكك والإنفصال dissociation أو التقليل من شأن الخبرات المؤلمة إلى الحد الأدنى .

ج- من الناحية السلوكية: وذلك عن طريق تجنب المواقف التي يحتمل أن تعمل على إثارة البناء المعرفى الجوهري.

كما أن هناك عملية دفاعية أخرى تعرف «بالإبقاء» أى الإبقاء على البناء المعرفى كما هو . ويعد ذلك تطوراً باتجاه العمليات اللاشعورية لم يتم تناوله من قبل خلال هذا المنحى العلاجي .

٣- الإهتمام بالعلاقات بين الشخصية والعلاقة العلاجية:

تعد الأبنية المعرفية المتعلقة بالعلاقات بين الشخصية وأنماط العلاقات التي تطورت على مدى العديد من السنوات هى أهم الأبنية التي يجب أن يتم التعامل معها حيث نجد أن المشكلات السائدة لدى المريض تعكس الأبنية المعرفية المتعلقة بالعلاقات بين الشخصية والمختلة وظيفياً . ويساعد ذلك بطبيعة الحال فى تقييم الموقف، كما أنه يساعد المريض من ناحية أخرى على فحص وتعديل مثل هذه الأبنية وذلك من خلال تكنيكات مثل التدريب على المهارات الإجتماعية، والتدريب على حل المشكلات . كذلك فإن العلاقة العلاجية تلعب دوراً هاماً فى الكشف عن علاقات المريض، وتوفر الفرص اللازمة والهامة لفهم وتعديل كل من الأبنية المعرفية المتعلقة بالعلاقات بين الشخصية، والسلوك . ولذا فقد لقت العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض ومدى دفتها إهتماماً كبيراً وتأكيداً قوياً على أهميتها فى تحقيق التقدم خلال العلاج . وفى هذا الإطار وجد بورنز ونولين - هوكسيما (١٩٩٢) Burns & Nolen - Hoeksema فى دراستهما على عينة من المرضى الذين يعانون من اضطرابات وجدانية مختلفة تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات بحسب مدة خبرة المعالجين وما تعكسه من قوة العلاقة العلاجية ومدى دفتها أن المرضى الذين كان يقوم على علاجهم معالجون أكثر خبرة وبالتالي أكثر دفاء فى العلاقة قد حققوا تحسناً بدرجة أكبر وذى دلالة قياساً بأقرانهم الذين قام على علاجهم معالجون أقل خبرة وأقل دفاء فى علاقتهم، وهو ما يعنى أن العلاقة العلاجية لها تأثير جوهري على درجة التحسن . هذا وتعد هذه النقطة التي نحن

بصدد الحديث عنها علاجاً لإحدى السليبات السابقة للعلاج المعرفى السلوكى حيث لم تتلق العلاقة العلاجية الإهتمام الملائم من قبل .

٤ - التركيز على دور الإنفعالات:

يرى جمع من المنظرين والباحثين أنه عندما يتم فحص أفكار وإتجاهات معينة فى وجود إثارة إنفعالية ملائمة فإن التغير سوف يحدث، وهو مالم يلقى الإهتمام الكافى من قبل، لكن عاد كل من بيك وإليس وأولياى مزيداً من الإهتمام والتركيز حيث هناك علاقة قوية بين المعرفة والإنفعال، وأن مثل هذه العلاقة تميل إلى التركيز إما على أثر الإنفعال على العمليات المعرفية أو دور العمليات المعرفية فى حدوث الحالات الإنفعالية. ويتم تقديم الإنفعال من خلال الفرد وذلك بأسلوبين إما أن يخبر الفرد العادى حالة مؤقتة من الإثارة الإنفعالية، أو قد يخبر إثارة إنفعالية مزمنة إضافة إلى الإنشغال، وبالتالي قد يكون ذلك الإنفعال إما سمة أو حالة، ويمكنه فى تلك الحالة أن يؤثر على التجهيز المعرفى. وإلى جانب ذلك قد توجد هناك علاقة بين المحتوى الإنفعالى للمواد والحالة الإنفعالية للفرد أو إنشغالاته. وجدير بالذكر أن للإنفعال أثراً قوياً على المعرفة، كما أن أثر العمليات المعرفية على الحالات الإنفعالية للأفراد لا يقل عنه، فالتمثيلات المعرفية كالأفكار والصور تترك أثراً قوياً على الإنفعال. ونظراً للأهمية التى أوليت للإنفعالات فقد تم الإهتمام بالإثارة الإنفعالية من خلال التعريض، وهو ما تم تضمينه فى العديد من الإستراتيجيات العلاجية المختلفة مثل التحصين التدريجى، والتدريب على إدارة القلق، والتشغيل الإنفعالى.

٥ - التركيز على الأمور التطورية:

ونعنى بذلك البحث عن الجذور التاريخية لتطور الإعتقادات اللاتواؤمية وخصوصاً فى حالة إضطرابات الشخصية إذ يصف يونج (١٩٩٠) Young البناء المعرفى الجوهرى بأنه عبارة عن بنية لاتواؤمية تكونت فى وقت مبكر من حياة الفرد وتطورت من الطفولة إلى المراهقة فالرشد، ومن ثم فإنها تقاوم التغيير.

وللتعامل الناجح معها يجب الرجوع إلى بدايتها وتذكر التاريخ والمواقف التي تطورت فيها، وهذا من شأنه أن يقلل من الإنفعالات السلبية للمريض. ويتم في هذا الصدد استخدام تكتيكات المقابلة الإكلينيكية، وتخيل الخبرات المبكرة، ولعب الدور العكسى بين المريض والمعالج. ويعد هذا الإهتمام بالخبرات المبكرة علاجاً لإحدى سلبيات الإتجاه المعرفى السلوكى فى العلاج والتي تتعلق بعدم الإهتمام بجذور المشكلة.

وإلى جانب ذلك فقد تم تقديم عدد من النماذج المعرفية للعديد من الإضطرابات. ومن بين أهم هذه النماذج ما يلي:

– الهلع : Panic

تنتج إضطرابات الهلع عن إساءة تفسيرات الإحساسات الجسمية التي يتم تقييمها على أنها مخيفة أو خطيرة أو مهلكة. ويؤدى التفسير المأسوى لها أو تفسيرها على أنها مأساة إلى التصعيد المستمر والقوى للقلق، ويعطى إثارة إضافية تؤدى إلى الهلع.

– القلق : anxiety

وهو عبارة عن أفكار لاتواؤمية مختلة وظيفياً ترتبط بمجموعة من الأعراض الجسمية الدالة على عدم الراحة، وبالمواقف الإجتماعية التي يشعر الفرد فيها بعدم قدرته على مسايرة الآخرين وتوقع الخطر، ويفقد ثقته بنفسه وبقدراته على أداء الأنشطة المختلفة بنجاح. ومن ثم تنشأ دوائر مفرغة ترتبط بتلك الأعراض الجسمية، والتجنب الإجتماعى، وفقد الثقة بالنفس.

– العدوان : aggression

وهو تفكير لاتواؤمى مشوه ومختل وظيفياً وأنماط سلوك لاتواؤمية تتعلق بالقدرة على ضبط النفس، إضافة إلى قدر كبير من التوتر تؤثر جميعاً سلباً على الأداء المعرفى للفرد فى مختلف المواقف الإجتماعية التي تتطلب أن يسبق فيها التفكير السلوك من جانب الفرد.

– الأرق : insomnia

عادات نوم لاتواؤمية وإختلالات وظيفية للمعارف تتضمن الأفكار والإعتقادات المتعلقة بالنوم والإتجاهات نحو النوم والتي تزيد من تلك المشكلات المتعلقة بالنوم وتؤثر سلبا على الأداء اليومي للفرد .

– السمنة أو البدانة : Obesity

معارف مشوهة عن الطعام وعن صورة الجسم، وأنماط سلوك لاتواؤمية تتعلق بالأكل وأداء التمارين، وتعمل على حدوث إختلال فى التوازن بين الطاقة والنشاط المبذول. ويؤدى إختلال التوازن هذا على مدى فترة من الزمن إلى حدوث زيادة كبيرة فى الوزن .

– الشره العصبى : bulimia nervosa

أفكار وإعتقادات وأنماط سلوك مختلة وظيفياً تتعلق بتناول الطعام مع معارف مشوهة عن تناول الطعام أيضاً وعن صورة الجسم تؤدى إلى عدم قدرة الفرد على تحديد نظام غذائى معين يسير عليه، أو تحديد وقت معين لتناول الوجبات أو كمية الطعام، وتؤدى بالتالى إلى زيادة الوزن وإلى سوء التوافق الإجتماعى .

ثانياً: إتجاه إليس Ellis

يعد العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى REBT نسقاً للعلاج النفسى يعلم الأفراد كيف تحدد أنساق إعتقاداتهم بدرجة كبيرة ردود أفعالهم الإنفعالية والسلوكية لأحداث الحياة . ومن الجدير بالذكر أن الإعتقادات المطلقة والصارمة وغير الواقعية والتي يتم تعلمها على هيئة «يجب» و«لا بد» و«يتحتم» هى التى تمثل لب الإضطراب الإنفعالى والسلوكى كالإعتقاد المسبب للإكتئاب على سبيل المثال والذي يرى أنه «يجب أن أنال حب شريكى وأستحوذ عليه وإلا لن تصبح لى أى قيمة» . ويمكن تغيير مثل هذه الإعتقادات عن طريق مجموعة من الطرق والأساليب متعددة النماذج (معرفية - إنفعالية - سلوكية - تخيلية) بغرض تطوير فلسفة عقلانية للحياة

ترتكز على التفضيلات والرغبات. ويفترض هذا الأسلوب العلاجي أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لنسق الإعتقادات المفضل أن يؤدي إلى الثبات الإنفعالي والسلوك البنائي الذي يساعد على تحقيق الهدف وذلك بشكل يفوق نسق الإعتقادات القائم على المطالب الدوجماتيقية. وتعتبر مهام الواجبات المنزلية ذات أهمية فى تحقيق كفاءة وفاعلية هذا العلاج حيث تشجع العملاء على إكتساب الثقة فى مواجهة المشكلات بعيداً عن جلسات العلاج، وتقلل من احتمال إستمرارهم فى الإعتقاد على المعالج. كما أنها تعد بمثابة فنطرة عبور بين الإستبصار العقلانى والإنفعالى فى تلك المشكلات التى تواجههم.

ويحدد إليس ثلاثة عشر محكاً للسواء النفسى هى :

- ١ - إهتمام الفرد بذاته وتحقيق رغباته المقبولة.
- ٢ - الحصول على الإهتمام الإجتماعى وجعل رغباته مقبولة على المستوى الإجتماعى.
- ٣ - تقبل الإحباط وإمكانية التعامل معه بواقعية.
- ٤ - المرونة فى الأفكار والأفعال.
- ٥ - توجيه الذات والإعتماد على النفس.
- ٦ - بقاء الفرد سعيداً على الرغم من عدم تأكده مما يحمله له المستقبل.
- ٧ - القدرة على تحقيق اللذة والسعادة على المدى الطويل.
- ٨ - التعهد ببذل محاولات خلاقة.
- ٩ - القدرة على التفكير العلمى.
- ١٠ - القدرة على مواجهة المخاطر.
- ١١ - الواقعية.
- ١٢ - تقبل الذات.

١٣ - الشعور بالمسئولية الذاتية عن الإضطراب الإنفعالى وعدم لوم الآخرين أو الظروف البيئية على ذلك .

وفى سبيل الوصول بالمرضى إلى درجة معقولة من السواء النفسى كان إلبس حريصاً على توفير علاج مناسب وفعال لهم، ولذلك لفت الأنظار مع بداية عقد التسعينيات إلى موضوع حيوى أطلق عليه الإستحواذ التام على الإهتمام والانتباه والطاقة Consumerism فى العلاج النفسى أى مدى تلبية إهتمامات الفرد من خلال عملية الإرشاد أو العلاج . ولذلك فهو يحدد العديد من الأشكال غير الفعالة للعلاج فى هذا الإطار منها ما يلى :

١ - تلبية الإهتمامات الدالة على إنهزام الذات :

ويستخدم المرضى خلالها العلاج كوسيلة تجعلهم يشعرون بأنهم أفضل أى أنهم يشعرون بدرجة معقولة من التحسن ولكنها فى الواقع لا تجعلهم أفضل بل إنهم يشعرون فقط بذلك، بمعنى أن المسألة كلها تصبح مجرد شعور بالتحسن وإن كان الواقع غير ذلك . ومن ثم فهى تترك أفكارهم التى تؤدى إلى الإضطراب كما هى .

٢ - الإهتمام غير المناسب من جانب بعض المعالجين :

ومن الأساليب التى تدل على ذلك أن يعتقد المعالج مثلاً أن عليه أن يحصل على موافقة مرضاه على ما سيفعله مما يؤدى بالمرضى إلى أن تسوء حالته بدلا من أن تتحسن، وهو ما يجعل مثل هؤلاء المعالجين يرفضون أن يدفعوا بمرضاهم للقيام بما يتطلبه التغيير عادة من أعمال صعبة .

٣ - الإهتمام غير المناسب من جانب بعض أنماط العلاج المعرفى السلوكى :

وتتضمن مثل هذه الأنماط العلاجية مناقشة الإستنتاجات السلبية والمشوهة للمرضى فقط دون أن تعمل على إزالة الأساس الفلسفى لمثل هذه الإضطرابات الإنفعالية والذى يتمثل فى مجموعة «الواجبات» المطلقة مثل «يجب» و«لابد» و«يتحتم» .

ولذلك يرى إليس أنه لكي نتغلب على مثل هذا الأمر وحتى يكون العلاج فعالاً يجب أن يولى المعالج مزيداً من الإهتمام بعملية الإرشاد، وأن يستخدم التكنيكات الملائمة التي تعمل على التخلص من مشكلات المريض وليس مجرد التخفيف منها. وسوف نخصص جزءاً تالياً خلال الفصل الحالى لتناول الإرشاد فى هذا الإطار العقلانى الإنفعالى السلوكى وكيفية إستخدامه فى هذا الصدد.

ومع بداية عقد التسعينيات إتسع مدى أو نطاق المشكلات والإضطرابات التى تناولها العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى ليشمل إدمان الكحوليات، وإساءة إستخدام المواد، وإضطرابات القلق، ومشكلات الأطفال والمراهقين، كما تم إستخدامه أيضاً مع حالات التخلف العقلى القابلة للتعلم. وإلى جانب ذلك إتخذ العلاج عدداً من الأنماط والنماذج فوجدنا العلاج الجماعى، والإرشاد الزوجى، والعلاج الأسرى، إضافة إلى العلاج الفردى.

ويتمثل أحد التطبيقات الجديدة لهذا الأسلوب العلاجى من وجهة نظر إليس (١٩٩٥) فى إستخدامه لبرنامج الشفاء العقلانى (RR) Rational Recovery الذى قدمه چاك ترمبى (١٩٨٩) Jack Trimpey والذى يستخدم مع حالات الإدمان المختلفة، ويضم العديد من جماعات الخدمة الذاتية حيث يقومون بخدمة أنفسهم فى التعامل مع مشكلاتهم الإنفعالية والسلوكية. وبذلك فإن هذا البرنامج يهدف إلى منع إعتقاد العميل على المعالج ولكنه فى الوقت ذاته يسمح بوجود تعاون بينهما إضافة إلى التشجيع والمساندة. كما يهدف أيضاً إلى تعليم العملاء أن يقبلوا أنفسهم دون شرط وذلك بتعليمهم القيام بما هو مطلوب منهم فقط، وألا يقوموا بعملية تقييم لتلك الأفعال أو للذات بشكل عام على الأقل فى الوقت الذى يتلقون فيه العلاج. ويتم هذا البرنامج من خلال مجموعة علاجية من المرضى يوجههم أحد المعالجين، ويعتمدون على أسلوب الخدمة الذاتية (إخدم نفسك بنفسك) فى الشفاء من إدمان الكحوليات وذلك كتطوير لإتجاه آخر كان سائداً فى هذا المجال يعرف بإسم «مدمنى الكحول ذوى الأسماء الوهمية أو

المستعارة». Alcoholics Anonymous (A A) ويتمثل الفرق بين هذين الإتجاهين فيما يلي:

١ - يحدد برنامج الشفاء العقلاني R R أن موضع الضبط المسئول عن حدوث التغيير يكون داخل الفرد نفسه، في حين يرجعه برنامج مدمنى الكحول ذوى الأسماء الوهمية أو المستعارة A A إلى قوى أعلى مثل الله، أو أثر المجموعة العلاجية على سبيل المثال.

٢ - يؤكد برنامج الشفاء العقلاني أن إدمان الكحول يمثل فلسفة حياة شخصية مدمرة للذات فى حين يراه برنامج مدمنى الكحول ذوى الأسماء الوهمية أو المستعارة A A على أنه مرض.

٣ - يؤكد برنامج الشفاء العقلاني R R على إقلاع الفرد عن إدمان الكحول فى الوقت الذى يضع فيه احتمال حدوث إنتكاسة حيث لايزال الفرد عرضة للرجوع إليه مرة أخرى أى أنه يكون عرضة للإنتكاسة فى حين يؤكد برنامج مدمنى الكحول ذوى الأسماء الوهمية أو المستعارة A A على أن الإقلاع عن الإدمان هنا يعتبر شفاء منه مدى الحياة. وهذا أمر غير جائز بطبيعة الحال، وبالتالي يعد برنامج الشفاء العقلاني R R هو الأفضل فى هذا الصدد، ولكن يؤخذ عليه بعده عن الوسائل التى يستخدمها العلاج العقلاني الإنفعالى السلوكى مما أدى إلى ظهور إتجاه جديد مطور عنه يعتمد على الأساليب والفنيات المستخدمة فى هذا الأسلوب العلاجى بدرجة أكبر ويعرف بإدارة الذات والتدريب على الشفاء - Self - Manage- ment and Recovery Training (SMART).

ويرى إليس (١٩٩٥) أن الفنية الإنفعالية التى قدمها بالإشتراك مع فيلتين (١٩٩٢) Velten والتى تعرف بالحوار الذاتى أشبه بتلك التى إستخدمها ميتشبنوم ولكن يقوم العميل خلالها بتسجيل معتقداته وأفكاره اللاعقلانية وتقييمه لذاته على شريط ويحاول وهو يستمع إليها أن يقوم بدحضها وتفنيدها بعد تدريبه على ذلك،

ثم يقوم بالإستماع إلى الدحض والتفنيد الذى قدمه لهذه الأفكار والمعتقدات ويجعل الآخرين يستمعون إليها معه ليروا سوياً ما إذا كانت قوية ومقنعة أم لا .

ويؤكد درايدن وديجيوسيب (١٩٩٠) Dryden & Di Giuseppe أنه على الرغم من أن نموذج إليس ABCDE يعد هو جوهر أسلوب العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى وتطبيقاته فإن الخطوات المتتابعة المتضمنة فى تطبيق هذا النموذج ليست مصورة أو محددة بوضوح . وحتى يتم توضيح هذه العملية قاما معاً بتطوير هذا الأسلوب ليصبح فى تتابع يضم ثلاث عشرة خطوة تشبه إلى حد كبير تلك التى يتم إستخدامها فى الإرشاد . وتحدد تلك الخطوات على النحو التالى :

أ - البحث عن المشكلة (S) وتقييم العناصر المتعلقة بها من أحداث منشطة (A) ونتائج (C) . وتضم الخطوات من ١ - ٥ كالتالى :

١ - البحث عن المشكلة .

٢ - تحديد المشكلة المستهدفة والموافقة عليها .

٣ - تقييم النتائج (C) .

٤ - تقييم الأحداث المنشطة (A) .

٥ - تحديد وتقييم أى مشكلات إنفعالية ثانوية .

ب - تعليم المريض كيفية تحديد العلاقة أو الإرتباط بين الإعتقادات والنتائج B - C والذى يعنى أن الإعتقادات تؤدى على نطاق واسع إلى نتائج إنفعالية ، وربط ذلك بالإضطراب الإنفعالى للمريض . ويضم ذلك الخطوات من ٦ - ٨ كالتالى :

٦ - التدريب على تحديد العلاقة بين الإعتقادات والنتائج B - C وتقييمها .

٧ - تقييم الأفكار اللاعقلانية iB

٨ - ربط الأفكار اللاعقلانية iB بالنتائج C (الإضطراب الإنفعالى) .

ج - تنفيذ الإعتقادات اللاعقلانية للمريض (D) dispute وذلك عن طريق إجراء مناقشة معه فى هذا الصدد، وإيضاح كيفية تعميق إقتناعه بالإعتقادات العقلانية المكتسبة حديثاً من خلال مهام الواجبات المنزلية والتي يتم مراجعتها مع المريض فى الجلسة التالية. ويمكن أن نستخدم هنا تلك الفنية التي قدمها ديجيوسيب (١٩٩١) Di Giuseppe والتي تعرف بالمناقشة المعرفية الشاملة والتنفيذ Comprehensive Cognitive dispute والتي سوف نعرض لها بعد ذلك. وتضم هذه النقطة الخطوات من ٩ - ١٢ كالتالى:

٩ - دحض وتنفيذ الأفكار اللاعقلانية.

١٠ - إعداد العميل لتعميق إعتقاده فى أفكاره العقلانية من خلال المناقشة.

١١ - إعطاء العميل واجبات منزلية حتى يتسنى له الممارسة.

١٢ - مراجعة الواجبات المنزلية.

د - مواجهة الإعتقادات اللاعقلانية للمريض فى مجموعة من المواقف المشككة وذلك حتى يتسنى له إستدخال نظرتة العقلانية الجديدة. وتمثل هذه المرحلة الخطوة الثالثة عشرة والأخيرة.

ويرى درايدن وآخرون (١٩٩٣) Dryden et. al أن هذه الخطوات الثلاث عشرة تؤلف فى مجملها التطبيق الفعال ذا الكفاءة للعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى. وجدير بالذكر أنها تشبه إلى حد كبير تلك الخطوات المتتابعة التي يتم استخدامها مع الإرشاد فى هذا الصدد، إلا أن الفرق بين الإتجاهين يغدو واضحاً عند إستعراضنا للإرشاد إضافة إلى الفرق الأساسى الذى يتضح بين العلاج والإرشاد.

ومن ناحية أخرى إقتنع إليس (١٩٩٤) بتطبيق نموذج الإنفعالات الذى إقترحه درايدن (١٩٩٠) Dryden بعد أن كان نموذج الإنفعالات السابق الذى سار عليه إليس يرى أن هناك إنفعالات ملائمة وأخرى غير ملائمة، وجميعها يمثل حالات سلبية، فى حين يقترح درايدن Dryden تصنيفاً آخر للإنفعالات السلبية على أنها

صحية healthy وغير صحية Unhealthy كالقلق في مقابل الهم، والإكتئاب في مقابل الحزن وذلك كأسباب أكثر تعقيداً لإستجابات الأفراد لأحداث الحياة الضاغطة أو غير السارة. ويرى أن الإنفعالات السلبية غير الصحية تعوق تحقيق الأهداف، وتقلل من قدرة الفرد على الإستمتاع بالحياة، وتؤدي به إلى أنماط سلوكية تدل على إنهزام الذات. أما الإنفعالات السلبية الصحية على الجانب الآخر فهي على الرغم من كونها تساهم إلى حد ما في حدوث التوتر الإنفعالي فإنها مع ذلك تعمل كمثير لتحقيق الأهداف، وتزيد من قدرة الفرد على الإستمتاع بالحياة، وتؤدي به إلى أنماط سلوكية تدل على مساعدة الذات Self - helping behaviors ولذا وجد إليس أن هذا النموذج به مزايا أفضل من نموذج الذي إقترحه هو من قبل. وقد قام إليس في ضوء نموذج الإنفعالات هذا بفحص وتوسيع نموذج ABC في تفسير الإضطراب الإنفعالي حيث وجد أنه لايزال يتسم بالتبسيط الزائد، ولايتناول العديد من المعلومات الهامة عن الإضطراب الإنساني وكيفية علاجه. وتمثل الهدف من ذلك في جعل هذا النموذج يتناول التفاعلات المعقدة بين الأحداث المنشطة (As) والإعتقادات (Bs) والنتائج (Cs). فعلى سبيل المثال نجد أنه إذا إعتقدت سيدة ما (B) بأنها يجب أن تحظى دوماً بقبول الآخرين، فإنها تقوم بتحويل التعنيف الذي يتم توجيهه إليها بشكل لطيف من جانب صديق أو صديقة لها عند (A) إلى رفض صريح لها، وبالتالي فإنها تخبر الإكتئاب بدلاً من الحزن عند (C).

وإقترح ديجيوسيب (1991) Di Giuseppe تكتيكاً يستخدم في هذا الإتجاه العلاجي يعرف بإسم المناقشة المعرفية الشاملة Comprehensive Cognitive disputing ويرى أنه يساعد المريض على مواجهة أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية من خلال خطوط منطقية وإمبيريقية وبناء دلائل عقلانية (طبيعة المناقشة والتفنيد) وذلك بأساليب جدلية وتعليمية يتعامل خلالها مع الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية في سياقاتها المختلفة، ويناقش مجموعة «الواجبات» musts التي يجب على العميل أن يمارسها دون أن نفترض أمامه أن مواجهة الفكرة اللاعقلانية سوف يؤدي

بالضرورة وبصورة آلية إلى تغيرات عقلانية فى إعتقادات وأفكار لاعقلانية أخرى . كما يرى أيضاً أن هذه المناقشة المعرفية الشاملة تعد إضافة قوية لتلك التكنيكات التى يتسلح بها المعالج فى مواجهته لمختلف الإضطرابات .

وتعد هذه الفنية من وجهة نظر ديجيوسيب (١٩٩٥) Di Giuseppe بمثابة توسع على النموذج الأصيل ABC عند إليس وذلك التعديل أو التوسع الذى قدمه ويسلر وويسلر (١٩٨٠) Wessler & Wessler والذى يريان فيه أن الإعتقادات تتألف من عنصرين هما الإعتقادات الإستنتاجية والتى تعد بمثابة نتيجة عن العالم يتوصل إليها الفرد، والإستنتاجات التقييمية والتى تعتبر بمثابة تقييم ومعانى يعطيها الفرد لهذا العالم . ويميز ديجيوسيب Di Giuseppe بين أنواع الإعتقادات ويرى أنه عندما يواجه المريض حدثاً منشطاً (A) فإنه يقوم باستنتاج معين عن العالم، ثم يقوم بعد ذلك بتقييم هذا الإستنتاج . ومع ذلك فإن هذه الإستنتاجات وتلك التقييمات يتم القيام بها كنتيجة لنماذجها أو أبنيتها العقلية الجوهرية . كذلك فهو يرى أن الإعتقادات اللاعقلانية تنقسم إلى قسمين هما تقييم الأحداث أو الإستنتاج، والأبنية العقلية الجوهرية التى يصور المريض العالم من خلالها . وبذلك فإن هذا النموذج يقسم الإعتقادات إلى ثلاثة أنواع هى الإستنتاجات، والتقييم، والإعتقادات اللاعقلانية الجوهرية . ومن هذا المنطلق يرى ديجيوسيب Di Giuseppe أن الإعتقادات اللاعقلانية لاتؤدى إلى الإنفعالات المضطربة فى نموذج خطى، حيث يرى فى هذا الصدد أن الإنسان يفكر بطريقة إستنتاجية إفتراضية، وأن الإستنتاجات أو الأفكار الأوتوماتيكية السلبية أو اللاعقلانية التى يخبرها الفرد تقتصر على تلك الخبرات التى تتسق مع الأبنية العقلية الجوهرية لديه أو رؤيته عن العالم، وأن الأفراد يقومون بمناقشة ودحض وتنفيذ الإستنتاجات التى يقومون بها من خلال أبنيتهم العقلية الجوهرية، وبالتالي فإن التقييم الذى يقومون به يشتق منطقياً من نفس البنية أو رؤيتهم للعالم، أى من الأفكار اللاعقلانية الجوهرية . وتمثل عملية المناقشة والتنفيذ مواجهة حقيقة إعتقادات المريض وإعادة بناء إعتقاداته

الجديدة. وما لاشك فيه أن مثل هذه المناقشة تتبع مجموعة معقدة من المجادلات على غرار طريقة إليس وفي ضوءها.

ولايفوتنا في هذا المقام أن نذكر أن إليس قد قام في عام ١٩٩٣ بتعديل إسم أسلوبه العلاجي من «العلاج العقلاني الإنفعالي» RET إلى «العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي» REBT إذ يقرر أن العلاج العقلاني الإنفعالي كان معرفياً وإنفعالياً بدرجة كبيرة، ومع ذلك كان سلوكياً بشكل خاص، أما الإسم الجديد المتمثل في العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي فيعكس الإتجاه ذا النموذج الثلاثي في التعامل مع الإضطرابات الإنفعالية، وهو أن الفرد يجب أن يفكر ويشعر ويسلك في الإتجاه المعاكس لإعتقاداته وأفكاره اللاعقلانية حتى يمكن أن يحدث تغير بنائي في حياته. وأنا لكي نفهم سلوكاً معيناً علينا أن نفهم كيف يشعر الفرد ويفكر ويسلك، إذ أنه عندما يشعر أو يفعل فإنه يفكر ويسلك أيضاً، وعندما يفكر فإنه يفعل ويسلك، وعندما يسلك أو يتصرف فإنه يفكر ويفعل.

هذا وقد توسع إليس (١٩٩٤) بأسلوبه العلاجي ليتناول إضطراب إنعصاب مابعد الصدمة Post - traumatic Stress disorder ورأى إتفاقاً مع الإتجاهات الأخرى من العلاج المعرفي السلوكي أن ضحايا إنعصاب مابعد الصدمة كأولئك الذين يتعرضون للإغتصاب أو لحوادث تحطم السيارات مثلاً يساهمون بدرجة كبيرة في تعرضهم لإضطراب شديد وذلك بإعتناقهم أو إعتقادهم في إعتقادات وأفكار لاعقلانية أو مختلة وظيفياً. وحتى تتمكن من تخفيف ما يغمرهم من أحزان من الأفضل أن يتم علاجهم بإستخدام أسلوب إعادة البناء المعرفي إضافة إلى أسلوب التعريض. exposure ويرى إليس أن معظم إتجاهات العلاج المعرفي السلوكي تركز في تعاملها مع إنعصاب مابعد الصدمة على نموذج تجهيز المعلومات (العمليات العقلية) الذي يعمل فقط على مواجهة التشويشات المعرفية اللامنطقية وغير الواقعية للعميل كأن يعتقد على سبيل المثال أن الإغتصاب الذي تعرض له قد تم نتيجة خروجه بمفرده في وقت متأخر من الليل، وهذا يعتبر خطأً بطبيعة الحال، وذلك بدلاً من التركيز على إزالة الأفكار اللاعقلانية للعميل والمستمدة من

مجموعة «الواجبات» musts التي نشأت منها تلك التشويهاات المعرفية كأن يعتقد العميل مثلاً أنه كان يجب عليه ألا يخرج مطلقاً بمفرده فى ذلك الوقت المتأخر من الليل حتى لا يتعرض للإغتصاب وبالتالي فهو شخص عديم القيمة. ويرى إلس أن أسلوبه فى العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى يتعامل مع مثل هذه الحالات بالبحث عن الأسباب العميقة لإنعصاب ما بعد الصدمة.

وإضافة إلى ذلك فقد توسع إلس أيضاً بأسلوبه هذا لتشمل تطبيقاته الإكلينيكية عدداً من الإضطرابات المعرفية كتلك التى تتاب الإنتباه والذاكرة وعمليات التفكير، وكذلك تشمل إضطراب العلاقات الإجتماعية، وإضطرابات الشخصية وخصوصاً إضطراب الحد الفاصل (بين العصاب والذهاب) أو ما تعرف بالشخصية الحدية borderline حيث تظهر أعراض للعصاب وأخرى للذهان، ويصبح من الصعب على المعالج فى ضوء ذلك تحديد الإضطراب، وإن كان قد أقر بوجود العديد من الصعوبات فى التعامل مع إضطراب الشخصية حيث قد يضم ذلك الإضطراب العديد من المشكلات المعرفية والإنفعالية والسلوكية والعضوية. ويمكن إستخدام تكتيك التدريب على المهارة للتخفيف من حدة هذه الإضطرابات. هذا وسوف يتم تناول إضطرابات الشخصية، والإضطرابات الذهانية، والإعاقة الذهنية، وغيرها من الإضطرابات كل فى فصل مستقل على إمتداد الباب الثانى بالكتاب الذى بين أيدينا.

وهكذا نجد أن التطورات التى حدثت فى كلا الإتجاهين - إتجاهى بيك وإلس - تتواكب معاً لتغطى قدراً كبيراً ومتنوعاً من تلك الإضطرابات التى لم يتم التطرق إليها من قبل مستخدمين فى ذلك خليطاً من الفنيات المعرفية والإنفعالية والسلوكية سواء الفنيات القديمة أو تلك التى تم إستحداثها، إلى جانب تطوير دائم ومستمر فى النماذج الأصلية للإتجاهين بغرض الوصول إلى فهم أفضل وأشمل للسلوك الإنسانى والإضطرابات الإنسانية وكيفية التعامل معها والوصول إلى علاج تام لها وليس مجرد التخفيف منها فقط، وإن كان ذلك يعد هدفاً صعب المنال إلى حد كبير.

أساليب وفنيات علاجية حديثة

وسوف نتناول هنا بعض الأساليب والفنيات العلاجية التي تم في إطار التطورات الحديثة في هذا المنحى العلاجي إشتقاق بعضها من نظريات وأساليب علاجية أخرى مع إجراء بعض التعديلات عليها حتى تتناسب مع فلسفة وطبيعة العلاج المعرفى السلوكى. ونظراً لأن الهدف من العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى كما يرى إليس يتمثل فى مساعدة العميل على أن يحقق أهدافه من خلال التطبيق المنظم للأساليب المعرفية والإنفعالية والسلوكية فقد تعددت الأساليب والفنيات المختلفة التي يمكن الإستعانة بها خلال جلسات العلاج. وجدير بالذكر أن كلاً من المعالج والمريض يعتمدان بشكل كبير على الحوار اللفظى فى المواجهات التي تتم بينهما خلال الجلسات العلاجية. ويعد الصوت ونبرته خلال هذا الحوار ذات أهمية ومغزى كبيرين حيث يعملان على الحث والإثارة بالنسبة للعميل. ومع ذلك يظل الأساس متمثلاً فى مساعدة المريض على تحديد وتصوير إستنتاجاته وأفكاره وإعتقاداته اللاعقلانية وفحصها والعمل على تصحيحها وتعديلها وإستبدالها بأفكار وإعتقادات عقلانية أخرى. كما يتطلب العلاج أيضاً أن يقوم المعالج بتقييم المشكلة التي يعانى منها المريض وهو الأمر الذي يتطلب منه الفهم الواضح لمشكلات ذلك المريض بجوانبها المعرفية والإنفعالية والسلوكية، وأن يلم بتلك السياقات التي تحدث فيها مثل هذه المشكلات، إلا أن المعالج يظل مع ذلك معتمداً فى هذا الإطار على ذلك الوصف النظرى الذي يقدمه له المريض عن مثل هذه الأمور.

وإلى جانب ذلك يقرر إليس أن العلاج يجب ألا يكون بسيطاً، بل يجب أن يكون متعمقاً، وقد وجد إليس ضالته فى البحث فى خبرات الفرد الماضية، تلك الخبرات التي تمثل أهمية كبيرة بالنسبة له حيث تسهم فى التعرف على أصول أو جذور الإضطراب الذي يعانى منه الفرد فى الوقت الراهن. وتعد هذه النقطة إحدى الإضافات النظرية الأساسية التي قدمها إليس فى هذا المجال. أما الفنية التي يفضل أن تستخدم فى هذا السبيل فهي تلك الفنية التي قدمها يونج

(١٩٩٠) Young والتي تعرف بالعلاج المعرفى السلوكى المتمركز حول البنية المعرفية، وهو ما أشرنا إليه من قبل.

ويعتبر حل المشكلات العقلانى الإنفعالى من الأساليب الحديثة التى أصبحت تستخدم خلال جلسات العلاج. ويتطلب هذا الأسلوب من المعالج أن يوفر خلال الجلسات ظروفاً تناظر تلك الظروف التى يمكن أن يواجهها المريض فى الحياة اليومية والتى قد تؤدى إلى حدوث المشكلات الإنفعالية. ويكون لهذا الأسلوب أهميته الكبيرة عندما يجد المريض صعوبة فى تحديد وتصوير خبراته الإنفعالية وما يرتبط بها من عمليات معرفية وذلك من خلال الحوار الذى يجريه المعالج معه والذى عرضنا لنا من قبل.

ومن ناحية أخرى يرى إليس أنه من الممكن اللجوء إلى الأحلام وإستخدامها كمادة تحتاج إلى تفسيرات عقلانية إنفعالية، كما يمكن إستخدامها لأغراض التقييم، إلا أن هناك عدداً من الإرشادات التى يجب أن نضعها فى الإعتبار عند إستخدام الأحلام خلال جلسات العلاج لأغراض تقييمية نعرض لها فى النقاط التالية:

- ١ - ألا يتم فهم الحلم بشكل رمزى بل يجب النظر إليه وفقاً للفكرة التى يدور حولها.
- ٢ - نظراً لأن محتوى الحلم يتسم بالخصوصية فيجب أن ننظر إليه فى سياق حياة الفرد ككل ويتم تفسيره فى هذا الإطار.
- ٣ - تكتسب اللغة الخاصة والخيالات أو التخيلات التى تظهر فى الحلم أهمية كبيرة بالنسبة للمعنى الذى يكمن خلف الحلم.
- ٤ - يمكن النظر إلى الإستجابات الإنفعالية للحلم على أنها تعتبر مشابهة لتلك الإستجابات الإنفعالية التى تصدر عن الفرد فى مراقف اليقظة.
- ٥ - يعتبر طول الحلم أقل فى أهميته من محتواه.
- ٦ - يعد الحلم نتاجاً للشخص الذى خبره، كما أنه يعتبر مسئوليته أيضاً.

٧ - يتم اللجوء إلى الأحلام عندما يبدو أن المريض لم يستطع أن يحرز تقدماً في العلاج بالشكل المقبول.

فعندما يقرر أحد المرضى على سبيل المثال أنه يشعر بالإكتئاب ولا يكون بمقدوره أن يقرر أو يحدد السبب الذى يجعله يخبر تلك المشاعر، ولايستطيع المعالج أيضاً من خلال إستخدامه لأساليب التقييم المختلفة أن يصل إلى ذلك السبب وأن يجعل المريض يحدد ويصور تلك الأفكار الباعثة على الإكتئاب فى المواقف المختلفة التى يخبر المريض فيها تلك المشاعر الإكتئابية فإنه لابد فى مثل هذه الحالة أن يلجأ إلى الأحلام وخاصة تلك التى تتكرر مع المريض والتعرف على إنعكاساتها عليه، وما قد تتركه من تشويهاات معرفية وأفكار أو إعتقادات لاعقلانية يمكن أن تمثل الأساس فى عملية إعادة البناء المعرفى.

وعلى نفس المنوال يمكن أن تمثل أحلام اليقظة day dreams مادة ذات أهمية كبيرة فى عملية التقييم حيث كثيراً ما نلاحظ لدى البعض أن هناك أحلام يقظة معينة تحدث كاستجابة لحادث منشط سلبى معين وكتعويض فى الوقت ذاته. وقد لايجب بالضرورة أن يكون إستخدام حلم اليقظة من جانب المريض ممثلاً لأفكار مختلة وظيفياً ولكنه قد يعوقه عن الوصول إلى لب المشكلة التى يعانى منها. وإذا كانت أحلام اليقظة تعد فى الغالب تعبيراً عن آمال الفرد وطموحاته فإنه يصبح من المفيد أن نسأل المريض عن محتوى أحلام اليقظة التى تتكرر معه إلى جانب تلك الأسباب التى تعوقه أو تمنعه من تحقيق أهدافه.

ويمثل دحض الأفكار اللاعقلانية خطوة هامة فى هذا الإتجاه العلاجى وأساساً هاماً فى عملية إعادة البناء المعرفى حيث يساعد المريض على فهم طبيعة إعتقاداته اللاعقلانية، وأن يستبدلها بإعتقادات أخرى أكثر عقلانية. كما تساعد من ناحية أخرى على أن تكون إستنتاجاته عن المواقف المختلفة أكثر دقة. ولذلك يجب أن يعمل المعالج قبل أن يشرع فى جعل المريض يقوم بعملية الدحض تلك على تدريب ذلك المريض وتعليمه أن يفهم العلاقة بين أفكاره وإنفعالاته وسلوكياته.

كما يجب أيضاً أن يلم ببعض المعلومات عن المريض كإهتماماته وهواياته وعاداته وبعض المعلومات الخاصة به وبحياته وظروفه. ومن الأساليب التي يمكن إستخدامها فى دحض الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية ما يلى:

أ- الدحض فى وجود المثير:

ويتم ذلك من خلال قيام المريض باستدعاء ذلك المثير الذى يسبب له إضطراباً معيناً، ثم يطلب المعالج منه فى ذلك الوقت أن يرسم صورة مغايرة لذلك المثير. فإذا كان هناك شخص ما مثلاً ينظر إليه بتعال على أنه أى ذلك الشخص أفضل منه، فإن المعالج يطلب من المريض فى تلك الحالة أن يرسم صورة لكليهما أى المريض وذلك الشخص وهما متساويان ويناظران بعضهما البعض، ثم يسأله عن إتجاهه (المريض) نحوه بعد ذلك.

ب- الأساليب التخيلية:

وتعد الأساليب التخيلية مثلاً آخر لتلك الأساليب التى تستخدم فى الدحض، ويتخيل المريض خلالها أنه يقوم بفعل الشئ الذى يخشاه، فإذا كان يخشى المواقف الإجتماعية مثلاً كالذهاب إلى حفلة حيث سيكون موضع إهتمام الجميع، وسوف يحدقون فيه، ويظنون على ذلك، يطلب المعالج منه أن يتخيل كم مرة سوف يحدقون فيه والمدة التى سيطولون خلالها على ذلك، وكم مرة سيعاودون التحديق فيه، وكم شخص سيحدق فيه. وسوف تكون النتيجة على أثر ذلك مشجعة على حضور مثل هذه المواقف وعدم تجنبها.

ج- التخيل إلى حد المبالغة:

ويعتبر ذلك بمثابة أسلوب آخر يرتبط بنفس الفكرة ويطلب المعالج خلاله من المريض أن يتخيل مثلاً أنه قد ذهب إلى أحد المقاهى وكانت يده ترتعش وهو يتناول الشاى الذى طلبه، وظل جميع الأفراد الموجودين بالمقهى آنذاك يحدقون فيه بشكل مستمر لمدة ثلاث ساعات متصلة تقريباً. وحينما يتخيل المريض ذلك فسوف يجد أن الإستنتاج الذى توصل إلى يعد مبالغاً فيه.

وإلى جانب ذلك هناك أسلوب يستخدم من قبل في هذا الصدد له أهميته عند استخدامه إلى جانب التخيل إلى حد المبالغة وهو أسلوب لعب الدور العكسى وذلك بأن يلعب المعالج دور المريض وأن يلعب المريض دور المعالج، ومن ثم يصبح على المعالج الجديد (المريض) أن يساعد المريض الجديد (المعالج) على أن يقوم بدحض أفكاره اللاعقلانية .

ومن ناحية أخرى هناك العديد من التكنيكات السلوكية التي يمكن اللجوء إليها في سبيل مواجهة المشكلات التي يعاني منها المريض، ومن بينها تمرينات مهاجمة الخجل Shame - attacking exercises والتي يعمل المعالج خلالها على تشجيع المريض على القيام ببعض الأفعال التي كان يعتبرها مخجلة بالنسبة له وذلك دون أن يسبب الأذى لنفسه أو لغيره من الأفراد أو يسبب لهم الإزعاج . وهذا يمكنه من أن يضع يده على تلك الأفعال وما يسبب الخجل خلالها مما يدفعه إلى التغيير . ويمكن اللجوء أيضاً إلى أسلوب فقد الحساسية المنظم وهو ما تمت الإشارة إليه سلفاً .

الإرشاد العقلانى الإنفعالى السلوكى

تم تطوير أسلوب إرشادى يمكن العمل بموجبه وفق هذا المنحى العلاجى أى فى ضوء ما يستند إليه من أسس ومبادئ . وفى هذا الصدد يعرض درايدن ويانكورا (1995) Dryden & Yankura لتلك الخطوات التي تتضمنها العملية الإرشادية فى إطار الإتجاه العقلانى الإنفعالى السلوكى والتي تهدف إلى مساعدة العميل كى يتغلب على مشكلاته الإنفعالية وذلك من خلال إستخدام نموذج ABC كأداة رئيسية لمساعدة كل من المرشد والعميل على فهم طبيعة المشكلات التي يعاني منها العميل وأن يقوموا بتقييمها وذلك قبل أن تبدأ عملية التدخل العلاجى والتي تتمثل فى دحض الأفكار اللاعقلانية التي يعتقد العميل فيها . وتولى العملية الإرشادية فى هذا الإطار والتي تضم ثلاث عشرة خطوة إهتماماً كبيراً لتعليم العملاء إدراك

العلاقة بين أفكارهم أو تفكيرهم ومشاعرهم والتي تمثل جوهر الواجبات المنزلية homework assignments فى الإتجاه العقلانى الإنفعالى السلوكى . وتمثل تلك الخطوات فيما يلى :

- ١ - التعرف على المشكلة وتحديدھا .
- ٢ - الإتفاق على الأهداف وتحديدھا بما يتلاءم مع طبيعة المشكلة .
- ٣ - تقييم النتائج المترتبة على المشكلة .
- ٤ - تقييم الأحداث المنشطة أو المسببة للمشكلة .
- ٥ - تحديد وتقييم أى مشكلات إنفعالية ثانوية .
- ٦ - تعليم العميل إدراك العلاقة بين الإعتقادات والنتائج .
- ٧ - تقييم الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية .
- ٨ - ربط الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية بالنتائج .
- ٩ - دحض الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية .
- ١٠ - تهيئة العميل كى يعمق إقتناعه بإعتقاداته اللاعقلانية .
- ١١ - الواجبات المنزلية .
- ١٢ - مراجعة الواجبات المنزلية .
- ١٣ - تسهيل القيام بالعملية المستهدفة .

ويمكن تناول هذه الخطوات على النحو التالى :

١ - التعرف على المشكلة وتحديدھا:

يعمل المرشد بعد إلتقائه بالعميل على تبنى توجه معين لحل المشكلة عند بداية الإرشاد فيطلب من العميل أن يقوم على الفور بوصف المشكلة التى يرغب أن يعرض لها أولاً ويناقشها معه، ويعطى له الإنطباع بأنهما سوف يعملان معاً

لمساعدته فى التغلب على مشكلاته الإنفعالية . وهناك إستراتيجيتان يمكن أن يلجأ إليهما المرشد خلال هذه المرحلة من عملية الإرشاد تعتمد أولاهما على إختيار العميل، وهنا يسأله المرشد عن المشكلة التى يرغب أن يبدأ بها والتى تمثل نقطة البداية أو نقطة الإنطلاق فى هذا الإطار . أما الإستراتيجية الثانية فتعد موجهة بدرجة أكبر، وتعتمد على المشكلة التى يرى العميل أنها هى الأكثر خطورة بالنسبة له حيث يطلب المرشد منه أن يبدأ بتلك المشكلة التى يراها بمثابة المشكلة الأخطر أو التى تسبب له القدر الأكبر من الضيق والألم فى حياته . وإذا لم يستطع العميل أن يحدد المشكلة يمكن للمرشد أن يلجأ إلى عدد من الإستراتيجيات كى يشجعه على أن يقوم بتحديد المشكلة كأن يخبره بأنه ليس من المهم مثلاً أن يختار مشكلة خطيرة ليبدأ بها، بل يمكنه أن يختار موضوعاً يسبب له الضيق ولو بدرجة بسيطة . كذلك يمكن للمرشد أن يطلب من العميل أن يحدد المشاعر والسلوكيات التى يعمل على أن يزيد من حدتها أو يقلل منها، كما يمكنه أيضاً أن يسأل العميل عما يرغب أن يقوم بإنجازه خلال عملية الإرشاد . وبعد أن يقوم العميل بتحديد هدف معين يمكن للمرشد أن يسأله عما قد يعوقه عن تحقيق ذلك الهدف فى الوقت الحالى وهو ما قد يعمل على توليد مناقشات مثمرة حول المشاعر والسلوكيات التى يمكن أن تحول دون تحقيق الهدف .

٢ - الإتفاق على الأهداف وتحديد ما يتفق مع طبيعة المشكلة:

بعد إجراء المناقشات المبدئية مع العميل تتضح طبيعة المشكلة التى يعانى منها بما يسمح للمرشد أن يقوم بتقييمها . أما إذا لم تتضح طبيعة المشكلة يصبح من الضرورى الوصول إلى تعريف أو تحديد للمشكلة يتم الإتفاق عليه مع العميل، وإذا كانت هناك مشكلات أخرى يكون على العميل أن يحدد أى المشكلات يريد أن يبدأ بها أولاً .

ويعتبر الوصول إلى فهم مشترك للمشكلة المستهدفة والإتفاق على أسلوب يعمل المرشد والعميل من خلاله على حل المشكلة بمثابة مكون هام من تلك المكونات التى يضمها الإرشاد العقلانى الإنفعالى السلوكى لأن هذا الفهم المشترك

يعد هو الأساس لعملية التعاقد العلاجي therapeutic alliance التي يعمل كلاهما من خلالها كفريق وذلك بشكل أكثر فاعلية وهو الأمر الذي يجعل العميل يشعر أن المرشد يفهمه، ومن ثم يجعله يثق في المرشد وفي خبرته وقدرته على تناول مثل هذه المشكلات. وعند هذه النقطة يجب أن يعمل المرشد على مساعدة العميل في التمييز بين مشكلاته العملية ومشكلاته الإنفعالية لأن مثل هذا الأسلوب الإرشادي يتعامل فقط مع المشكلات الإنفعالية وليس مع المشكلات العملية على الرغم من أن بعض العملاء قد يعانون من مشكلات إنفعالية تنبع في الأساس من مشكلات عملية حيث أن العميل إذا ما نجح في السيطرة على المشكلة الإنفعالية يصبح باستطاعته أن يحقق نجاحاً مماثلاً في المشكلات العملية.

وجدير بالذكر أن العميل حينما يواجه أحداثاً سلبية للحياة تتطور لديه بعض الإعتقادات اللاعقلانية التي تجعله يخبر إستجابات إنفعالية سلبية غير صحية تؤدي إلى العديد من الإنفعالات السلبية مثل القلق والغضب والشعور بالذنب والإكتئاب، في حين تعمل مساعدة العميل على تعديل مثل هذه الإعتقادات إلى إعتقادات عقلانية حول تلك الأحداث السلبية تعمل على جعل الإستجابات الإنفعالية صحية وإن كانت لاتزال سلبية حيث يستتبعها إنفعالات سلبية صحية كالإنشغال، وخيبة الأمل، والضيق، والندم، والحزن. ويطلب المرشد من العميل أن يعزز من إنفعالاته السلبية الصحية لأنها تعد من الناحية النفسية ردود فعل صحية للأحداث السالبة تساعد الفرد على أن يتعامل مع ظروف الحياة غير المواتية أو غير المرغوبة بأسلوب بنائي، في حين يعمل المرشد على مساعدة العميل القيام بتغيير إنفعالاته السلبية غير الصحية لأنها تحول دون تحقيقه للتوافق أو لتلك الأهداف التي يرغب في تحقيقها. وعلى هذا الأساس يجب أن يعمل المرشد مبدئياً على تعليم العميل كيف يفرق بين إنفعالاته السلبية الصحية وغير الصحية، وكيف يمكنه من جانب آخر أن يقوم بتعديل تلك الإنفعالات السلبية غير الصحية إلى إنفعالات سلبية صحية.

وعندما يستخدم العميل كلمات مبهمه في وصف المشكلة التي يعاني منها كأن

يقول مثلاً أن صديقه إنسان غير طبيعي يصبح من المهم أن يقوم المرشد بمساعدته على تفعيل المشكلة operationalise وهذا يتطلب من العميل أن يقوم بتحديد عناصر المشكلة بما يساعد المرشد على استخدام هذا الأسلوب الإرشادي، ولذا يجب على المرشد أن يسأله عما فعله صديقه هذا على وجه التحديد وأدى به إلى مثل هذه النتيجة، وبماذا شعر عندما تصرف صديقه هذا على ذلك النحو. ومن ثم يستطيع المرشد أن يستخدم نموذج ABC في هذا الصدد فيطلب من العميل أن يحدد الأحداث المنشطة من ناحية، وأن يحدد النتائج المترتبة على ذلك من ناحية أخرى. وعند هذه المرحلة يصبح على المرشد أن يساعد العميل على أن يقوم بتغيير النتائج وليس الأحداث المنشطة. وجدير بالذكر أن تغيير الأحداث المنشطة (A) يعتبر هو الحل العملي لتلك المشكلة، في حين يعتبر تغيير النتائج المترتبة (C) هو الحل الإنفعالي. وللوصول إلى ذلك يمكن للمرشد أن يستخدم عدة إستراتيجيات حيث يمكنه أن يوضح للعميل الذي لديه مهارات عملية لحل المشكلات أن بإستطاعته أن يستخدم تلك المهارات بشكل فعال ليغير الأحداث المنشطة (A) إذا لم يتعرض لمشكلات إنفعالية عند (C). كما يمكنه من ناحية أخرى أن يوضح للعميل الذي ليس لديه مهارات عملية لحل المشكلات أنه سوف يحقق نجاحاً كبيراً في إكتساب المهارات المطلوبة لتعديل الأحداث المنشطة (A) التي تسبب المشكلات إذا إستطاع أن يتخلص من تلك العقبات الإنفعالية التي يواجهها عند (C).

أما إذا لم يستطع العميل أن يحدد المشكلة التي تؤرقه فيطلب المرشد منه أن يلجأ إلى نظام المذكرات اليومية الخاصة بمثل هذه المشكلة، وأن يسجل من خلال تلك المذكرات ما يخبره من مشاعر مضطربة، وأن يحدد فيها متى وأين خبر مثل هذه المشاعر، وهو الأمر الذي يتيح الفرصة للمرشد أن يقوم بتفعيل المشكلة وأن يستخدم نموذج ABC معها، وأن يدرّب العميل على إستخدامه.

٣- تقييم النتائج المترتبة:

من المنطقي أن يتم تقييم كل من الأحداث المنشطة (A) والنتائج المترتبة (C) قبل

الإعتقادات (B). وعند هذه المرحلة يقوم المرشد بتقييم أحد المكونين إما الأحداث المنشطة أو النتائج المترتبة وذلك إستناداً إلى العنصر الذى يصفه العميل أولاً من بين عناصر المشكلة. وإذا ما قام المرشد بتقييم النتائج المترتبة أولاً فإنه سوف يقوم بإعادة فحص الإنفعالات السلبية غير الصحية لأن المشكلة التى يعانى منها العميل يتم النظر إليها من هذا المنطلق حيث تسهم الإعتقادات بدرجة كبيرة فى حدوث السلوكيات الهازمة للذات وتعوق بالتالى عن بلوغ الهدف.

وجدير بالذكر أن النتائج المترتبة (C) قد تكون إنفعالية فى طبيعتها أو سلوكية. ومع أن السلوكيات المختلة وظيفياً تقوم بوظيفة دفاعية فإن التركيز يجب أن يكون على الإنفعالات السلبية غير الصحية وليس على مثل هذه السلوكيات لأن تلك الإنفعالات تسهم بدرجة كبيرة أيضاً فى حدوث هذه السلوكيات المختلة وظيفياً. وعلى ذلك إذا كان العميل يرغب فى أن يقلع عن التدخين مثلاً فإنه يجب على المرشد أن ينظر إلى التدخين على أنه سلوك دفاعى، ومن ثم يصبح عليه أن يشجع العميل على أن يقوم بتحديد الإنفعالات المشكلة التى قد يخبرها إذا ما أقلع عن التدخين. ومن ناحية أخرى يطلب المرشد من العميل أن يوضح النتائج المترتبة (C) التى يخبرها حيث أن إنفعالات العميل السلبية غير الصحية تقدم عند (C) إشارات ذات قيمة تتعلق بطبيعة إعتقاداته اللاعقلانية. وإذا كان الوصف الذى يقدمه العميل للنتائج المترتبة غامضاً يلجأ المرشد إلى عدد من الفنيات حتى يتمكن من إيضاح طبيعة تلك النتائج. وتدرج تلك الفنيات ضمن التمرينات الجشطلتية مثل فنية الكرسي الخالى (الكراسى الموسيقية) empty - chair technique وفنية التركيز. كما يمكن أيضاً استخدام أساليب التخيل حيث يطلب من العميل أن يتخيل مثلاً لإحدى المشكلات التى يعانى منها وأن يحدد المشاعر التى يخبرها وأن يقوم بالربط بينها.

وإذا لم يستطع العميل أن يفهم لماذا يعد ذلك الإنفعال الذى يسبب له إضطراباً غير صحى يصبح من المهم أن يحدد المرشد أو يخصص له وقتاً أطول حتى يتمكن

من مساعده على رؤية ذلك . ويمكن أن يتم ذلك من خلال الخطوات الثلاث التالية:

أ - مساعدة العميل على أن يقوم بتقييم النتائج المترتبة على الإنفعال السلبى غير الصحى كأن يسأله عما حدث عندما شعر بذلك ، وهل هو يميل إلى أن يسلك بشكل بنائى أو بشكل هازم للذات .

ب - التأكيد على أن الهدف المنشود يتمثل فى أن يحل الإنفعال السلبى الصحى محل الإنفعال السلبى غير الصحى كأن يحل الإنشغال مثلاً محل القلق .

ج - مساعدة العميل على تقييم النتائج المترتبة التى سوف تحدث عندما يخبر الإنفعال السلبى الصحى المقابل وذلك عند مواجهته لموقف مشكل . فيتخيل مثلاً كيف سيتصرف وكيف ستختلف النتائج إذا ماخبر الإنفعال الصحى فى مواجهة حدث منشط سلبى ، ثم يقوم بعد ذلك بمقارنة تلك النتائج التى تترتب على الإنفعالات الصحية فى مقابل الإنفعالات غير الصحية .

هذا وقد يواجه المرشد بعض المشكلات المحتملة عند قيامه بتقييم إنفعالات العميل المشكلة عند (C) ، ولكن يكون بإمكانه أن يتجنب تلك المشكلات إذا ما إبتعد عن إستخدام أسئلة تعزز فكرة أن (A) تؤدي إلى (C) ، وإذا ما إبتعد عن الوصف الغامض للإنفعالات .

٤ - تقييم الأحداث المنشطة أو المسببة للمشكلة:

إذا ما قام المرشد بتقييم النتائج المترتبة أولاً تصبح الخطوة التى تليها هى تقييم الأحداث المنشطة أو الإستنتاجات أو التفسيرات التى يسوقها العميل للأحداث المنشطة . ويمكن أن يحدث ذلك إذا ما قام المرشد بسؤال العميل عن حدوث تلك الأحداث المنشطة . وتتضمن هذه المرحلة مساعدة العميل أن يحدد ذلك الجانب من الحدث المنشط الذى يثير الإعتقادات اللاعقلانية عند (B) . وقد يكون ذلك أمراً صعباً نظراً لما قد يستنتجه العميل حول الموقف . ويمكن للمرشد فى هذا الصدد أن يلجأ إلى فنية تسلسل الإستنتاجات وذلك لتحديد الإستنتاج الذى يعمل على إثارة

تلك الإعتقادات. ولكى يتأكد المرشد مما إذا كان الإستنتاج الذى يقدمه العميل ضمن سلسلة الإستنتاجات يمثل بحق أكثر جوانب الحدث المنشط إرتباطاً بالمشكلة الإنفعالية التى يعانى منها العميل أم لا فإن عليه أن يقوم بتدوين سلسلة الإستنتاجات التى يعرض العميل لها، وأن يقوم بمراجعتها مع العميل، ويطلب منه أن يحدد أيها يعد هو الأكثر أهمية فى هذا الصدد. وهناك فنية أخرى يمكن أن يستخدمها المرشد تتمثل فى فحص إستجابات العميل عند (C). وبمجرد أن ينتهى العميل من هذه الخطوة يصبح من المهم أن يقوم المرشد بإعادة تقييم أى تغير يحدث فى مشاعر العميل عند (C) وذلك منذ أن يقوم بالتحليل المبدئى للمشكلة. وهنا يمكن التركيز على مشاعر العميل عند (C) أو يطلب المرشد منه أن يتخيل أن حدثاً منشطاً آخر قد حدث بالفعل، ثم يتم التعامل مع تلك المشاعر التى يحتمل حدوثها عند (C).

وجدير بالذكر أن الأحداث المنشطة (A) يمكن أن تشير إلى فكرة، أو إستنتاج، أو صورة، أو إحساس، أو سلوك، أو حدث حقيقى فى بيئة العميل يمكن أن يؤكده ملاحظون محايدون. وإلى جانب ذلك فإن مشاعر العميل عند (C) يمكن أن تعمل كحدث منشط (A)، فالشعور بالذنب الذى قد يخبره العميل على سبيل المثال عند (C) يمكن أن يعمل كحدث منشط جديد (A) يجعل هذا العميل يشعر بالخجل، وهو ما يمثل نتائج جديدة (C) حول الشعور بالذنب. وهذا بطبيعة الحال يمثل مشكلة إنفعالية ثانوية حول مشكلة إنفعالية أولية. ولكننا عند هذه النقطة نلاحظ أن مثل هذه المشكلات الإنفعالية الثانوية قد يقتصر ظهورها على بعض العملاء دون بعضهم الآخر. إلا أن عملية تحديد ظهور أو عدم ظهور مثل هذه المشكلات بالنسبة للعميل تمثل جانباً مهماً من التقييم فى تسلسل العملية الإرشادية، وهو الأمر الذى سوف نعرض له فى الخطوة التالية. وإذا ما إتضح أن الأحداث المنشطة (A) لدى العميل تمثل تشويهاً للواقع فإن المرشد يقوم بمساعدته على دحض تلك الأحداث حتى يتم تصحيح تفسيراته الخاطئة لها.

وقد يواجه المرشد عدداً من المشكلات عن تقييمه للأحداث المنشطة، ولكن يمكنه أن يتجنب ذلك إذا ما إبتعد عن طلب تفاصيل عديدة عن تلك الأحداث المنشطة، وأن يمنع العميل من تقديم وصف غامض لتلك الأحداث، وأن يمنعه من تناول عدد من الأحداث المنشطة فى المرة الواحدة، وأن ينصح العميل بكتابة مذكرات يومية عن تلك الأحداث المنشطة التى تسبب له الضيق. ومن هذا المنطلق يمكن للمرشد أن يصل إلى إتفاق مع العميل حول الهدف من عملية التغيير وهو ما يأخذ شكل التعاقد العلاجى على أن تكون مثل هذه الأهداف أهدافاً على المدى البعيد وليس على المدى القريب. وفى هذا الإطار يجب ألا يكون الهدف أن يخبر العميل قدرأ أقل من الإنفعال السلبى غير الصحى كأن يخبر قدرأ أقل من القلق أو الشعور بالذنب لأن ذلك يمكن أن يؤدى إلى إعتقاد لاعقلانى. كذلك يجب ألا يكون الهدف أن يصبح العميل محايداً أو غير مبال فيما يتعلق بحدث منشط ما، أو أن يخبر مشاعر إيجابية حول حدث منشط سلبى كأن يشعر بالسعادة مثلاً وهو يخبر أحد الأحداث السلبية فى الحياة مما يجعله يفضل عدم مواجهة ذلك الحدث، وألا يكون الهدف غامضاً كأن يقول مثلاً إنه يريد أن يكون سعيداً.

٥ - تحديد وتقييم أى مشكلات إنفعالية ثانوية:

يخبر بعض المرضى مشكلات إنفعالية ثانوية تنتج عن مشكلات إنفعالية أولية، فقد تكون المشكلة الأولية التى يعانى منها العميل هى القلق مثلاً، وقد ترتبط بها مشكلة إنفعالية ثانوية كالخجل على سبيل المثال حيث قد يشعر العميل بالخجل لوجود مشكلة معينة لديه. ولذا يجب على المرشد أن يبحث عن وجود مثل هذه المشكلات الإنفعالية الثانوية. وعلى الرغم من ضرورة مواجهة المشكلات الأولية فى البداية فإن هناك ظروفاً تستوجب مواجهة المشكلات الثانوية أولاً، وتتمثل تلك الظروف فيما يلى:

- أ - أن تعرقل المشكلة الثانوية الجهود التي تبذل في سبيل مواجهة المشكلة الأولية.
- ب - أن تكون المشكلة الثانوية هي الأكثر أهمية قياساً بالمشكلة الأولية.
- ج - أن يدرك العميل أهمية تناول مشكلته الإنفعالية الثانوية أولاً.

وإذا ما كانت هناك ضرورة للبدأ بالمشكلة الإنفعالية الثانوية أولاً ولكن العميل ظل يرغب في البدء بالمشكلة الأولية فمن الأفضل في تلك الحالة أن يستجيب المرشد له حتى لا يخل بمفهوم ومضمون التعاقد العلاجي بينهما. ومن ناحية أخرى يجب أن تتناسب المشكلة الإنفعالية مع الإنفعال السلبي سواء كان هذا الإنفعال صحيحاً أو غير صحيح.

٦ - تعليم العميل إدراك العلاقة بين الإعتقادات والنتائج:

وعند هذه المرحلة يكون قد تم بالفعل تقييم كل من الأحداث المنشطة (A) والنتائج المترتبة (C) التي تتعلق بالمشكلة الإنفعالية الأولية أو الثانوية التي يعاني منها العميل، ومن ثم ينبغي على المرشد أن يقوم بتعليم العميل أن يدرك العلاقة بين الإعتقادات والنتائج المترتبة B - C وهو المفهوم الذي يرى أن الإعتقادات وليس الأحداث المنشطة هي التي تسبب المشكلات الإنفعالية وتؤدي إليها. وإذا لم يدرك العميل ذلك جيداً فإنه لن يفهم السبب الذي يتم من أجله تقييم تلك الإعتقادات وذلك خلال الخطوة التالية. ويمكننا هنا أن نسوق مثلاً لتوضيح هذه العلاقة فنقول مثلاً لو أن حدثاً غير مرغوب من جانب الفرد قد حدث، فإن إعتقاده في نفسه وفي قدرته وثقته في نفسه إلى جانب إعتقاده حول ذلك الموقف أيضاً هو الذي يحدد النتائج التي سوف تترتب عليه. فإذا وجد أن باستطاعته المواجهة، وكانت إعتقاداته عقلانية فإن هذا سوف يؤثر بطبيعة الحال على ما سوف يترتب على ذلك من نتائج. أما إذا كانت إعتقاداته لاعقلانية فسوف تحدث نتائج مغايرة لذلك تماماً، ومن ثم يتضح أن الإعتقادات هي التي ترتبط بالنتائج.

٧- تقييم الإعتقادات:

يجب على المرشد عند هذه المرحلة أن يقوم بالتمييز بين الإعتقادات العقلانية والإعتقادات اللاعقلانية للعميل، وأن يساعده على فهم كلا النوعين من الإعتقادات بشكل جيد، وأن يوضح له أن الإعتقادات اللاعقلانية تتألف في الغالب من مقدمة Premise وإشتقاقات معينة تميل إلى أن تنبع من تلك المقدمة التي تتألف من مجموعة من «الواجبات» musts تمثل مجموعة من المطالب الموجهة نحو الذات، أو الآخرين، أو العالم وظروف الحياة. أما الإشتقاقات فتكون سلبية بطبيعة الحال. ويعمل المرشد هنا على تقييم كلا المكونين الذين يؤلفان الإعتقادات اللاعقلانية وهما المقدمة والإشتقاقات. ولتقييم الإشتقاقات يمكن إستخدام أسلوب الإرشاد (العلاج) العقلانى الإنفعالى السلوكى أو لغة العميل نفسه على أن تعكس الكلمات المستخدمة الإعتقادات اللاعقلانية بشكل دقيق. ويمكن إستخدام التغذية الرجعية فى هذا الصدد.

ومن ناحية أخرى يقوم المرشد باستخدام الأسئلة التي تتسق مع النظرية عند قيامه بتقييم إعتقادات العميل اللاعقلانية وذلك كبديل لإستخدام الأسئلة المفتوحة لنفس الغرض إذ أن ذلك يوجه العميل إلى البحث عن أفكاره اللاعقلانية والتدقيق فيها وتمحيصها. ومن أمثلة هذه الأسئلة أن يسأل المرشد عما يعتقد العميل أنه قد أدى إلى حدوث إنفعال سلبى غير صحى عند (C).

٨- ربط الإعتقادات اللاعقلانية بالنتائج:

وبعد أن يكون العميل قد تعلم القيام بتقييم إعتقاداته اللاعقلانية يعمل المرشد على التأكد من أن هذا العميل قد أدرك العلاقة بين إعتقاداته اللاعقلانية وما يخبره من إنفعالات تسبب له الإضطراب عند (C) إذ أن هذه الخطوة يجب أن تسبق أى محاولة من جانب المرشد لتعليم العميل القيام بدحض مثل هذه الإعتقادات. وحتى يتأكد من إدراك العميل لتلك العلاقة يقوم المرشد بتوجيه بعض الأسئلة إليه، يلى ذلك قيامه بالتأكد من أن العميل يدرك تماماً العلاقة بين الإعتقادات

والنتائج المترتبة. ويمكنه في ذلك الوقت أن يسأله عما يجب أن يفعله أولاً حتى يتمكن من إستبدال شعوره بالقلق إلى شعور بالإنشغال. وبعد ذلك أفضل من أن يخبره المرشد بتلك العلاقة. أما إذا لم يفهم العميل تلك العلاقة يقوم المرشد بتوضيحها له والتأكد من أنه قد أدركها حتى يتسنى لهما الانتقال بعد ذلك إلى دحض مثل هذه الإعتقادات اللاعقلانية.

٩ - دحض الإعتقادات اللاعقلانية:

بعد أن يتم التحديد الدقيق للمشكلة المستهدفة، وتحديد وتقييم المشكلات الإنفعالية الثانوية، وتعليم العميل إدراك العلاقة بين الإعتقادات والنتائج المترتبة، تتمثل الخطوة التالية في دحض إعتقادات العميل اللاعقلانية. وتتمثل أهداف هذا الدحض في مساعدة العميل على فهم أن تلك الإعتقادات تعتبر غير إنتاجية حيث تؤدي به إلى سلوكيات ومشاعر هازمة للذات، كما أنها تعتبر لامنتطقية وغير متسقة مع الواقع، وأن البديل لتلك الإعتقادات اللاعقلانية هو الإعتقادات العقلانية التي تعد إنتاجية ومنطقية ومتسقة مع الواقع.

وفي حقيقة الأمر يمكننا أن نلخص أهداف هذا الدحض للأفكار اللاعقلانية في أنه يساعد العميل على فهم النقاط التالية:

أ- التفضيلات في مقابل الواجبات: فالتفضيلات تعد شيئاً مستحسنًا ينبغي علينا أن نقوم بتدعيمه في حين تعتبر الواجبات المطلقة absolute demands جوهر الإعتقادات اللاعقلانية.

ب- الترويع أو الرعب: awfulness حيث عادة ما يقوم الأفراد الذين يخبرون الإضطراب الإنفعالي بتحديد أحداثهم السلبية المنشطة على أنها مروعة على الرغم من كون ذلك يعد هراء.

ج- عدم الإحتمال: ويعتقد العميل أنه لا يقوى على تحمل ما يحدث وأن ذلك يعد هلاكاً له على الرغم من أنه لا يزال على قيد الحياة ويتحمل ما إعتقد أنه لا

يحتمل، كما أن بإمكانه أن يجد درجة ما من السعادة حتى في ظل وجود تلك الأحداث السلبية المنشطة .

د - إستحقاق الإدانة: وعلى الرغم من لاعقلانية تلك الأفكار ولامنطقيتها وعدم إتساقها مع الواقع فإنها تؤدي إلى الإضطراب الإنفعالي الذي يدين الفرد نفسه على حدوثة . ويتمثل البديل لهذا المفهوم في تقبل الفرد لنفسه وللآخرين وللعالم على أنهم غير كاملين ويتسمون بالتعقيد وذلك إلى الدرجة التي يصعب معها إعطاؤهم تقدير كلي واحد .

ويستمر المرشد بعد ذلك في متابعة تحقيق هذا الهدف حتى يساعد العميل على إستدخال مدى كبير من الإعتقادات العقلانية حتى تمثل جزءاً من الفلسفة العامة للحياة العقلانية . وخلال عملية الدحض التي نحن بصدد الحديث عنها الآن يلجأ المرشد إلى إستخدام الأسئلة التي يطلب منه خلالها تقديم الدليل على ما يعتقد . كما أن عليه أيضاً أن يصر على القيام بعملية الدحض تلك . وهناك ثلاث إستراتيجيات يمكن للمرشد أن يلجأ إليها خلال تلك العملية هي :

أ - التركيز على اللامنطقية : illogicality

ويتم من خلال هذه الإستراتيجية مساعدة العميل كي يفهم السبب الذي من أجله تعد أفكاره اللاعقلانية لامنطقية حيث أن الفرد عندما يريد شيئاً ما أن يحدث فليس من المنطقي أن يحدث ذلك بالضرورة، ومن ثم فإن تلك الأفكار اللاعقلانية تعتبر لامنطقية .

ب - التركيز على الإمبريقية : empiricism

وتهدف هذه الإستراتيجية إلى أن تثبت للعميل أن كلاً من الواجبات المطلقة التي يتمسك بها وأفكاره اللاعقلانية لايتسقان عادة مع الواقع . ولتحقيق هذا الهدف يستخدم المرشد الأسئلة التي يطلب خلالها من العميل أن يقدم الدليل العملي على صدق إعتقاداته اللاعقلانية .

ج- التركيز على النتائج العملية:

ويركز المرشد من خلال هذه الإستراتيجية على أن يوضح للعميل النتائج العملية لإعتناق إعتقدات لاعقلانية. ويكمن الهدف من هذه الإستراتيجية في مساعدة العميل كي يفهم أنه طالما ظل خاضعاً لمثل هذه الإعتقدات فإنه سيظل مضطرباً.

وبعد أن يتعلم العميل دحض الإعتقدات اللاعقلانية فإنه يصبح في حاجة إلى تعلم كيفية إستبدال مثل هذه الإعتقدات بإعتقدات أخرى عقلانية. ويأتي دور المرشد هنا في إختيار وإستخدام أكثر الإعتقدات العقلانية توافقاً مع الحدث المنشط. وبعد أن تتم صياغة هذا الإعتقاد العقلاني يتم اللجوء إلى إستراتيجيات الدحض الثلاث التي إنتهينا من عرضها للتو، ويتم تطبيقها حتى يثبت المرشد للعميل أن الإعتقدات التي تمت صياغتها تعد عقلانية في طبيعتها. وإلى جانب ذلك هناك أربعة أساليب للدحض يمكن للمرشد أن يلجأ إليها هي الأسلوب السقراطي، والأسلوب التعليمي، والأسلوب الهذلي أو الفكاهي، وأسلوب الإكتشاف الذاتي نعرض لها على النحو التالي:

أ- الأسلوب السقراطي : Socratic

ويتم خلاله توجيه الأسئلة من جانب المرشد للعميل، وتتعلق تلك الأسئلة عادة بالجوانب اللامنطقية والمختلة وظيفياً وغير المتسقة إمبيريقياً من إعتقدات العميل اللامنطقية. وتعمل مثل هذه الأسئلة على حث العميل على التفكير بنفسه وليس مجرد قبول وجهة نظر المرشد.

ب- الأسلوب التعليمي : didactic

ويعتمد على تقديم تفسيرات مباشرة للسبب الذي تعد من أجله تلك الإعتقدات اللاعقلانية هازمة للذات، ومن ثم فهي لا إنتاجية، في حين تعد الإعتقدات العقلانية إنتاجية.

ج- الأسلوب الهزلى أو الفكاهى : humorous

ويمثل إستخدام الفكاهة وسيلة إنتاجية يوضح المرشد من خلالها عدم جدوى الإعتقادات اللاعقلانية. ويجب اللجوء إلى هذا الأسلوب فى الحالات التالية فقط :

- حينما يتمكن المرشد من إقامة علاقة عمل جيدة مع العميل .

- حينما يبدى العميل دليلاً على أنه يتمتع بروح الدعابة .

- حينما يتم توجيه التدخلات الفكاهية بشكل مباشر نحو لاعقلانية إعتقاد العميل وليس نحو العميل كشخص .

إلا أن إليس (١٩٨٥) يحذر من الإفراط فى إستخدام هذا الأسلوب لأن ذلك قد يؤدى إلى نتائج غير مرغوبة .

د- أسلوب الإكتشاف الذاتى:

ويلعب الإكتشاف الذاتى دوراً هاماً فى دحض الإعتقادات اللاعقلانية. ويساعد على إكتشاف أن التفكير العقلانى يعمل على تجنب الفرد مشكلات إنفعالية معينة. ويعرف هذا الأسلوب بأسلوب المواجهة حيث يحث العميل على مواجهة اللاعقلانية من جانبه، وإكتشاف ما تسببه له من مشكلات .

والى جانب ذلك يمكن للمرشد أن يستخدم أى أسلوب آخر يراه مناسباً فى هذا الإطار، ويؤدى إلى تحقيق النتائج المرجوة .

١٠ - تهيئة العميل كى يعمق إقتناعه فى إعتقاداته العقلانية:

بعد أن يدرك العميل أنه لا يوجد دليل واحد يؤيد الإعتقادات اللاعقلانية فى حين يوجد هناك العديد من الأدلة التى تؤيد الإعتقادات العقلانية، وأنه من الأكثر منطقية أن نفكر بعقلانية، وأن الإعتقادات العقلانية تؤدى إلى نتائج إنفعالية أكثر إنتاجية وذلك قياساً بالإعتقادات اللاعقلانية، بعد ذلك يعمل المرشد على مساعدة العميل كى يعمق إقتناعه بإعتقاداته العقلانية الجديدة والبديلة حيث من غير

المحتمل أن يؤدي الإقتناع الضعيف في الإعتقادات العقلانية بالعميل إلى الوصول لتلك الأهداف التي يبغى أن يحققها. ويمكن أن يلجأ المرشد في هذا الصدد إلى الحوار السقراطي أو الأسلوب التعليمي الموجز حتى يتسنى له أن يقوّى من إقتناع العميل باعتقاداته العقلانية وأن يضعف بالتالي من إقتناعه باعتقاداته اللاعقلانية، وهو الأمر الذي يتطلب الإستممرار في إستخدام الدحض، وأن يمارس التفكير العقلاني في سياقات حياتية مرتبطة، ويتم ذلك من خلال مجموعة من الواجبات المنزلية المتنوعة التي يقوم العميل بتطبيقها على مواقف الحياة.

١١ - تشجيع العميل على ممارسة ماتعلمه (الواجبات المنزلية):

ويمكن من خلال هذه النقطة أى من خلال تشجيع العميل على ممارسة ماتم تعلمه وتحقيق النجاح في تلك الممارسة وذلك في العديد من المواقف الحياتية تعميق إقتناع العميل بأفكاره العقلانية وأهميتها بالنسبة له. ويتم تصنيف الواجبات المنزلية في هذا الإطار إلى واجبات عقلية أو سلوكية أو تخيلية. وعند إستخدام الواجبات المنزلية مع العميل يجب أن يضع المرشد في ذهنه عدداً من النقاط هي:

أ - أن ترتبط تلك الواجبات المنزلية بالهدف الذي يريد تحقيقه، فتعمل على تقوية وتعميق إقتناع العميل في الأفكار العقلانية وإضعاف إقتناعه بالأفكار اللاعقلانية.

ب - أن تحقق التعاون بينه وبين العميل وذلك عند مناقشة الواجبات المنزلية المناسبة.

ج - أن تهىء العميل للقيام بدحض أفكاره اللاعقلانية.

د - أن تساعد العميل على تقييم ما قد يصادفه من عقبات، وأن يختار الأساليب المناسبة التي تمكنه من التغلب عليها قبل تنفيذ تلك الواجبات المنزلية.

هـ - أن يتم إستخدام تلك الواجبات المنزلية خلال البرنامج الإرشادي ككل حيث يمكن للعميل من خلالها أن يقوم بتحديد إنفعالاته المشكّلة، وأن يكتشف

إعتقاداته اللاعقلانية، وأن يتعرف على ما يمكن أن يسبب له الإضطراب. كما أنها تعد وسيلة يمكن من خلالها تعليم العملاء إستخدام نموذج ABC الذي يمثل جوهر هذا الأسلوب.

١٢ - مراجعة الواجبات المنزلية:

ويتم خلال هذه المرحلة مناقشة الواجبات المنزلية مع العميل وذلك فى بداية كل جلسة على حدة. و جدير بالذكر أن عدم مراجعة تلك الواجبات مع بداية كل جلسة يعطى للعميل إنطباعاً بأن المرشد لايعتبرها جزءاً من عملية التغيير. ولذلك يجب مراجعتها معه باستمرار لأنها تعتبر وسيلة لمساعدته على تحقيق الأهداف المنشودة. كما يجب أن يتأكد المرشد من أن العميل قد قام بمواجهة الأحداث المنشطة المشكلة، وأن يترك الفرصة له كى يبتكر ما قد يراه مناسباً من إستراتيجيات وأساليب لمواجهتها. وإذا لم يستطع العميل أن يودى تلك الواجبات المنزلية فإن المرشد يعمل على مساعدته على القيام بتحديد بعض العقبات التى تعوقه عن الأداء المطلوب وأن يقوم بمواجهتها. كما يعمل المرشد أيضاً من خلال تلك الواجبات على التأكد من أن العميل قد إستطاع أن يدحض أفكاره اللاعقلانية وأن يقوم بإستبدالها بأفكار أخرى عقلانية. أما إذا تكرر عدم أداء العميل للواجبات يصبح على المرشد أن يتأكد من عدم إستطاعته القيام بها، ومن ثم يستخدم معه نموذج ABC كى يساعده على تحديد أفكاره اللاعقلانية التى تعوقه عن أداء تلك الواجبات المنزلية ويساعده على أنه يقوم بدحضها ثم يحدد له واجبات أخرى.

١٣ - تسهيل القيام بالعملية المستهدفة:

من غير المحتمل أن يقوم العميل بتحقيق التغيير المنشود مالم يستطع أن يواجه أفكاره اللاعقلانية فى سياقات مرتبطة بذلك عند (A). وبذلك يتمكن من تعميق إقتناعه بالأفكار العقلانية، ويستمر فى قيامه بإضعاف إقتناعه بالأفكار اللاعقلانية. وتمثل عملية التغيير المستهدفة تلك وسيلة يتمكن العميل بموجبها من دمج معتقداته العقلانية فى مخزونه الإنفعالى والسلوكى. ولتحقيق هذا الغرض يعمل المرشد

على تحديد العديد من الواجبات المنزلية المتنوعة التي يهدف من خلالها إلى التخلص من تلك الأفكار اللاعقلانية وذلك باستخدام العديد من الأساليب لدحضها. وهنا يوضح المرشد للعميل أن عملية التغير المستهدف ليست عملية خطية حيث تواجهه العديد من العقبات والمشكلات خلال قيامه بعملية الدحض لتلك الأفكار اللاعقلانية وذلك فى السياقات والمواقف المختلفة. كما أنه من المحتمل أن تحدث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج، وهو الأمر الذى يتطلب من العميل أن يجيد تحديد تلك الأفكار اللاعقلانية، وأن يجيد مواجهتها ودحضها وإستبدالها بأفكار عقلانية.

كذلك يعمل المرشد على تعليم العميل القيام بتقييم التغير الحادث وذلك من خلال ثلاثة أبعاد رئيسية هى:

أ - مدى تكرار الإنفعالات السلبية غير الصحية.

ب - مدى شدة تلك الإنفعالات.

ج - مدة دوام تلك الإنفعالات (وهل المدة التى تستغرقها تقل عما سبق أم لا).

وإلى جانب ذلك عليه أن يشجع العميل على تحمل مسئولية التغير المستمر وذلك من خلال مساعدته على تحديد واجبات منزلية من تلقاء نفسه يقوم من خلالها بتغيير الإعتقادات المستهدفة، كما يقوم بدحض أى إعتقادات لاعقلانية أخرى فى مواقف مختلفة، ومن ثم يتحمل العميل مسئولية التغير المستقبلى الذى يمكن أن يحدث بعد إنتهاء البرنامج.

خلاصة وتعليق

شهدت السنوات الأخيرة إدخال العمليات العقلية إلى حيز العلاج السلوكى وهو ما يعرف بالعلاج المعرفى السلوكى حيث تُعطى أهمية كبيرة للعمليات المعرفية فى إستمرار وعلاج إنحرافات السلوك، ويطلق على ذلك إعادة البناء المعرفى للفرد. ومن ثم فالعلاج المعرفى السلوكى يعد بمثابة إتجاه علاجى حديث نسبياً إهتم منذ

البداية بتعديل الأفكار اللاتواؤمية التي أطلق عليها بيك Beck الأفكار التلقائية أو الأوتوماتيكية، وأطلق عليها إليس Ellis الأفكار اللاعقلانية، وإحلال الأفكار العقلانية المنطقية محلها مما يعكس تركيزاً على جانب واحد فقط من الشخصية حيث صورها كلاهما على أنها عبارة عن أفكار أو تصورات تنمو مع الشخص من خلال التعلم، وإذا كانت هذه الأفكار أو تلك التصورات سوية كانت شخصية الفرد كذلك، والعكس صحيح.

ويرى بعض النقاد أن نظرية بيك يعيها ثلاثة جوانب أساسية هي:

أ - أنها تعتبر أن الأفكار هي التي تولد الإنفعالات وتوجهها.

ب - أن الأساليب التي تستخدمها النظرية تتعامل مع الأفكار فقط وتتجاهل المشاعر والتصرفات أو السلوك.

ج - أن العلاقة العلاجية أو الإرشادية غير واضحة في هذه النظرية.

ومن الملاحظ أن النقطة الثانية تعد نتيجة منطقية للنقطة الأولى، إلا أن تلك التطورات التي شهدتها النظرية قد عاجلت كثيراً من هذه العيوب حيث نجد في الواقع أن الإنفعالات تعد أقوى من الأفكار إذ ليس من السهل أن نجعل شخصاً ما يحب شخصاً آخر بمجرد إقناعه عقلياً بذلك. ولذا يرى بيك أن الأفكار الأوتوماتيكية تقاوم التغيير وأن مهاجمتها من الناحية المعرفية كثيراً ما تبدو غير سهلة حيث هناك علاقة بين الأفكار والإنفعالات والسلوك، وأن هذه الأفكار الأوتوماتيكية قد أصبحت تشبه الإتجاهات. وعلى ذلك وجدنا تعدداً للفنيات المستخدمة بين فنيات معرفية، وأخرى إنفعالية، وثالثة سلوكية. وعرض بيك للتداخل والتفاعل بين هذه الفنيات في علاج الإضطرابات وذلك في كتابه «العلاج المعرفي للإكتئاب» وهو ما ساهم في تناول كم كبير من الإضطرابات التي لم يتم التعرض لها من قبل. كما نالت العلاقة العلاجية إهتماماً كبيراً في عقد التسعينيات، ورؤى أنها يجب أن تتسم بالدفء والمصادقية، وأنها توفر الفرصة للمريض لفهم وتعديل الأبنية المعرفية المتعلقة بكل من العلاقات بين الشخصية والسلوك. ويؤكد

بورنز ونولين - هوكسيما (١٩٩٢) Burns & Nolen - Hoeksema أن مدى دفء العلاقة العلاجية يؤثر على درجة تحسن المرضى وذلك في دراستهما التي أجريها علي بعض الإضطرابات الوجدانية .

ويؤخذ على نظرية إيس على الجانب الآخر أنها لاتعلم العملاء كيف يفكرون لأنفسهم بل تجعلهم يعتمدون على المعالج، وأنها - في شكلها الأولى - لاتستخدم مع الأطفال أو حالات التخلف العقلي أو حالات الإضطراب الشديد، وأنها لا تهتم بإقامة علاقة دافئة مع العميل، وأنه لا يوجد معيار موضوعي (كالدين مثلاً) نحكم به على مدى عقلانية الأفكار ومنطقيتها. وفيما يتعلق بالنقطة الأولى فقد قدم جولد فرايد Goldfried فنية أشبه بالتحصين التدريجي يجمع فيها بين الإسترخاء والعلاج العقلاني الإنفعالي، ولكنه إستبدل الإسترخاء بإعادة التقييم وأسماها إعادة البناء العقلاني يعلم العملاء من خلالها كيف يفرقون بين تهديد حقيقي في البيئة وبين تهديد يتم إدراكه بشكل خاطئ على أنه خطر، ويعلمهم أيضاً من خلالها كيفية تطبيق هذا الإجراء في مواقف الحياة المختلفة وخصوصاً مواقف القلق، ومن أهمها القلق الإجتماعي. أما عن النقطة الثانية فمن الملاحظ أنه قد بدأ تطبيق هذه النظرية على مدى كبير من إضطرابات ومشكلات الأطفال، وإستخدمت مع حالات التخلف العقلي بعد تعديل أسلوب التقرير الذاتي ليضم مادة مصورة وليست مسموعة، وأحياناً تضاف مادة مسموعة إلى المادة المصورة، وجعل الإجابة على أسئلته مفتوحة بدلاً من تحديدها بنعم أو لا، وإختيار عملاء لديهم قدرة لفظية معقولة وتدريبهم على مهارات إجتماعية معينة تساعدهم في الدخول إلى عالم المنطق بدرجة معقولة، ومن ثم يتم تدريبهم على تكنيكات المواجهة التي أثبتت الدراسات أنها كانت فعالة معهم. وفي هذا المجال قدم كل من داجنان وشادويك (١٩٩٧) Dagnan & Chadwick تبسيطاً لنموذج ABC الذي قدمه إيس يتم إستخدامه مع المتخلفين عقلياً، ويتم من خلاله تحديد الإنفعالات وأسبابها والنتائج المتوقعة، وأثبتت النتائج فعالية ذلك البرنامج. كذلك فقد تم إستخدام هذه النظرية مع الإضطرابات الذهانية، إلا أن البرنامج العلاجي في مثل

هذه الحالة يجب أن يستمر لمدة لاتقل عن عام حتى نتجنب حدوث إنتكاسة . وقد تم فى ذلك الإطار إستخدامه بنجاح مع حالات الهلاوس والضلالات والتأويلات البارانونية وإضطرابات التفكير حال حدوث الفصام . ودمج تاريار (١٩٩٢) Tarrier بين الأساليب السلوكية والمعرفية معاً فى تناول الأعراض الذهانية . ولكن هذه الفنية تتعامل مع كل عرض ذهانى على حدة حيث يتم تطوير إستراتيجية مواجهة معينة ، . وكان يتم تعديل الخبرات حتى تبدو كالخبرات السوية . كذلك فقد تم إستخدام الفنية التى قدمها جيفرى يونج (١٩٩٠) J. Young والمسماة بالعلاج المعرفى السلوكى المتمركز حول البنية المعرفية بنجاح مع المرضى الذهانيين . هذا وقد طور لاينهان (١٩٩٣) Linehan منها فنية أخرى حيث كان يجعل المرضى يقومون بكتابة أفكار معينة تدور فى أذهانهم وكان يتم التعامل معها على أنها أفكار أوتوماتيكية سلبية . وسوف يتم تناول ذلك بالتفصيل عند عرضنا لإستخدام هذا المنحى العلاجى مع الإضطرابات الذهانية وذلك فى الفصل العاشر . أما النقطة الثالثة التى تتعلق بمدى الإهتمام بالعلاقة العلاجية فقد تم التعرض لها عند الحديث عن نظرية بيك . وفيما يتعلق بعدم وجود معيار موضوعى كالدين مثلاً نحكم من خلاله على مدى عقلانية الأفكار ومنطقيتها فلاتزال هذه النقطة تمثل سلبية أساسية لم تعالج للآن حيث لايزال المعيار شخصياً من جانب المعالج ، كما أن بعض الأمور قد تعتبر عقلانية فى مجتمع ما ، وقد لاتعتبر كذلك فى مجتمع آخر ، ولهذا فإن كون المعيار موضوعياً كالدين مثلاً يحل هذه المشكلة بشكل لايقبل الجدل .

وعن مدى ملاءمة النظرية للثقافة الإسلامية فإنه يؤخذ عليها إلى جانب النقطة السابقة أن بيك وإليس قد نظرا إلى الشخصية فى حدود فكرة واحدة حيث إقتصرا على الجانب العقلى أو المعرفى فقط إذ يريان أن الشخصية عبارة عن أفكار أو تصورات تنمو مع الفرد من خلال التعلم ، ويتحدد فى ضوئها مدى سواء الشخصية أو لاسوائها ، فى حين ينظر الإسلام إليها بشكل أشمل من ذلك يجمع فيه بين جوانبها المختلفة . كما أن دافع السلوك يختلف بين السواء المتمثل فى

العقلانية وفقاً لهذه النظرية وبين الغاية من خلق الإنسان وهي عبادة الله ووظيفته الخلافة في الأرض وعمارته وهو ما يتسع لكل سلوك بما وراءه من دوافع. وإذا كان بيك وإليس يريان فيما يتعلق باضطراب الشخصية أن الاضطراب النفسي يرجع إلى اضطراب في التفكير أو التصورات حيث يؤدي التفكير اللاعقلاني إلى المرض النفسي، فمثلاً يقول إليس أن إهتمام الفرد بالآخرين وبموافقتهم على سلوكه يعتبر سبباً للإضطراب لأنه يمثل فكرة لاعقلانية ولذا يبدأ المعالج بمحاولة تصحيح هذه الأفكار وتلك التصورات، فإن الأمر يختلف في الثقافة الإسلامية حيث ينتج اضطراب الشخصية عن تعدد الفرد لحدود الله.

ومما يؤخذ على العلاج المعرفي السلوكي بشكل عام إلى جانب ما سبق أنه يركز على الأعراض أكثر مما يركز على جذور المشكلة، وسرعة حدوث الانتكاسة، وأنه لا يتعامل مع اللاشعور وبالتالي يترك المكبوتات كما هي الأمر الذي يؤثر على المشكلة، وأنه يفيد أكثر في الحالات العصائية وتقل فاعليته مع الحالات الذهانية. وتوجه مثل هذه المآخذ بطبيعة الحال إلى النظرية كما بدأت دون التطورات التي شهدتها حيث عاجلت مثل هذه التطورات الكثير من تلك المآخذ وأثبتت الدراسات الإكلينيكية فعاليتها الكبيرة في هذا الصدد. ولذا فقد لاحظنا أنه بالنسبة للنقطة الأولى التي تتعلق بالتركيز على الأعراض وعدم التركيز على جذور المشكلة أي عدم البحث عن الأسباب الحقيقية التي تكمن خلف تلك المشكلة فإننا نرى أن تلك الفنية التي قدمها يونج (1990) Young والتي أشرنا إليها سابقاً تعمل على التركيز على البنية المعرفية التي تميز الاضطراب موضوع الدراسة، وتعمل على تتبع الأفكار اللاتناوؤية المتعلقة به وذلك في نشأتها وتطورها، وتذكر الأحداث والمواقف التي تطورت فيها، وتصوير مثل هذه المواقف باستخدام المقابلة الإكلينيكية ومراقبة الذات وتصوير الأحداث. كما أن التأثير على إنفعالات الفرد يعنى التأثير على ميله لموضوع ما، وهو ما تكون على مدى العديد من السنوات. كذلك يرى يونج Young أن الإهتمام بإثارة الأبنية المعرفية خلال العلاج يستلزم التعرف على ذكريات الطفولة، وهو ما يساعد في تصور أصول أو جذور الأداء

الوظيفى الراهن للأبنية المعرفية. كما يؤكد أيضاً على المحاولات اللاشعورية والإرادية التى يتم القيام بها للإبقاء على تماسك الأبنية المعرفية اللاتواؤمية، ويحدد ثلاث عمليات دفاعية لذلك هى الإبقاء، والتجنب، والتعويض مما يستلزم اللجوء إلى تكتيكات معرفية وإنفعالية وسلوكية، وهو ما يعتبر علاجاً للنقطة الثالثة.

أما بالنسبة للنقطة الثانية التى تتعلق بسرعة حدوث إنتكاسة فإن ذلك يرتبط بعدم البحث فى جذور المشكلة، وهو ما تم علاجه بالفعل كما أشرنا لذلك فى الفترة السابقة. وإلى جانب ذلك فقد إستخدم هذا المنحى العلاجى العديد من إستراتيجيات المواجهة كالتدريب على الإسترخاء، والتحصين التدريجى، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والتدريب على حل المشكلات، إضافة إلى التدريب على إدارة القلق، وإستراتيجية التشغيل الإنفعالى. ويتم التدريب على مثل هذه الإستراتيجيات وبالتحديد على تلك الإستراتيجيات التى يتم إختيارها وذلك خلال البرنامج العلاجى، ثم يطلب من المريض القيام بممارسة ماتم تعلمه أو التدريب عليه خلال البرنامج فى مختلف المواقف الحياتية الواقعية من خلال الواجبات المنزلية، ثم يعاد تدريب المريض على الإستراتيجيات المستخدمة وذلك خلال المرحلة الأخيرة من البرنامج بما يهيئه على مواجهة أى مشكلات قد تواجهه بعد إنتهاء البرنامج وهو الأمر الذى يساهم فى منع حدوث إنتكاسة، ولذلك تعرف مثل هذه الإستراتيجيات بأنها تعمل على منع حدوث الإنتكاسة *relapse prevention Strategies* وقد أكدت الدراسات التى أجريت فى هذا الإطار تلك النتيجة حيث كشفت دراسات عديدة كدراسات لارسين (١٩٩٠) Larsen وبتلر وآخرين (١٩٩١) Butler et. al وثاكوراى وآخرين (١٩٩٣) Thackwray et. al وكوتى وآخرين (١٩٩٤) Cote et. al وسترافينسكى وآخرين (١٩٩٤) Stravynski et. al وشادويك ولاو (١٩٩٤) Chadwick & Lowe وروزن وآخرين (١٩٩٥) Rosen et. al وكاش وجرانت (١٩٩٦) Cash & Grant ورايتش وآخرين (١٩٩٧) Raich et. al وسترومر (١٩٩٨) Stromer وواجونر (١٩٩٨) Waggoner على سبيل

المثال أن العلاج المعرفى السلوكى يعد أقل الأساليب العلاجية فى نسبة حدوث إنتكاسة، وأن أثره يمتد فترة طويلة بعد إنتهاء العلاج.

وفيما يتعلق بالنقطة الأخيرة والتي تتعلق بأنه يفيد أكثر فى الحالات العصائية وتقل فاعليته مع الحالات الذهانية فإن هذا قد يرجع إلى أن التفكير فى حالة الإضطرابات العصائية لم يتأثر بعد بنفس الدرجة التى يكون قد تأثر بها فى حالة الإضطرابات الذهانية، وأن الشخصية لاتزال أكثر إنتظاماً فى حالة الإضطرابات العصائية، وتكون أكثر عرضة للإيحاء مما يسهل للمعالج مهاجمة الأفكار اللاعقلانية أو المشوهة أو الأوتوماتيكية، وإن كانت الدراسات التى إستخدمته مع الإضطرابات الذهانية قد أثبتت فاعليته. وقد أسهمت التطورات التى شهدتها المجال فى هذا الجانب كثيراً فى علاج تلك النقطة كما يتضح من خلال الفصل العاشر من هذا الكتاب.

أما فيما يتعلق بالفنيات المستخدمة فبعضها معرفى مثل التعليم النفسى Psycho education بما تتضمنه من مناقشة ومحاضرة كفنيات، والتعرف على الأفكار اللاعقلانية أو الأوتوماتيكية وتعديلها، وإعادة البنية المعرفية، والعلاج الموجه بالإستبصار، والمقابلة الإكلينيكية، والمراقبة الذاتية، وبعضها الآخر إنفعالى كالوعظ العاطفى، ويضيف البعض الآخر إلى ذلك لعب الدور، والنمذجة. كما أن بعضها الآخر سلوكى مثل الواجبات المنزلية، والإسترخاء، والإشراف الإجرائى كالتعزيز والعقاب، وإشراف تخفيف القلق، والتخيل العقلانى، والتحصين التدريجى، وفقد الحساسية المنظم، والتعريض ومنع الإستجابة. كما أن هناك أساليب تدعيمية مساندة مثل تحويل الإهتمام، والتخلى عن المطالب الناتجة عن الأفكار اللاعقلانية. وإلى جانب ذلك هناك إستراتيجيات مواجهة تستخدم فى هذا الصدد مثل التدريب على إدارة القلق، والتشغيل الإنفعالى، وحل المشكلات، والتدريب على المهارات الإجتماعية. ويعد إضافة فنيات مثل العلاج المتمركز حول البنية المعرفية التى قدمها يونج Young وإعادة البناء العقلانى التى قدمها جولد فرايد Goldfried والمناقشة المعرفية الشاملة التى قدمها ديجيوسيب Di Giuseppe وتعزيز إستراتيجية المواجهة

التي قدمها تاريار Tarrrier (للإضطرابات الذهانية) بمثابة إضافات قوية لتلك
التكنيكات التي يتسلح بها المعالج إذ كان لها دور فاعل في العلاج كما يتضح من
نتائج الدراسات التي تناولتها.

وبذلك يتضح من خلال هذا العرض أنه قدتم علاج العديد من تلك السلبيات
التي إتضحت خلال تطبيقات النظرية على الإضطرابات المختلفة وهو ما أضاف
الكثير إلى هذا المنحى العلاجي وعمل على تدعيم فاعليته وجعله أسلوباً متميزاً في
تناوله للإضطرابات المختلفة . .

