

الفصل الثاني

بعض المدخلات النظرية للدراسة

أولاً: الأمفيتامينات والاعتماد عليها

ثانياً: الفعالية الذاتية

ثالثاً: العلاج المعرفي السلوكي

رابعاً : بعض الدراسات السابقة

خامساً: الفروض

الفصل الثاني بعض المدخلات النظرية للدراسة

أولاً: الأمفيتامينات والاعتماد عليها Amphetamines

مقدمة :

تعد الأمفيتامينات ثاني أكثر المواد المخدرة شيوعاً وتناولاً بعد الحشيش، سواء في المجتمعات الغربية أم الشرقية (Kaplan & Sadocck , 2000). وتعد الأمفيتامينات من المنشطات التي تعمل على الجهاز العصبي المركزي (Rassool , 1998 : 208) وخصوصاً مجموعة الخلايا العصبية الموجودة في جذع الدماغ، ويطلق عليها اسم الجهاز المشبكي الذي يتحكم في دورة اليقظة والنوم والنشاط العام للإنسان (فيصل محمد خير الزراد ، عابد عبد الله أبو مغيصيب ، ٢٠٠١ : ٢١٥). كما تعتبر الأمفيتامينات من المنشطات التخليقية وتتميز بقدرتها على مقاومة الإرهاق والإتهاك والنعاس، لذا فقد أسيء استخدامها بين الطلبة الذين يستعينون بها للسهر من أجل الاستذكار، كذلك السائقون الذين يقودون لمسافات طويلة (المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان ، ١٩٩٨ : ١٤) .

وتعرف أيضاً الأمفيتامينات باسم البنزدرين ومشتقاته، وهي مركبات صناعية لها خواص منبهة للجهاز العصبي المركزي، وهي تؤثر سلباً على الشهية، وتستعمل بدرجة كبيرة في معالجة السمنة (رجب محمد أبو جناح ، ٢٠٠٠ : ٨٠). وقد اكتشفت لأول مرة في أواخر القرن الثامن الميلادي (جابر عبد العزيز عبد اللطيف ، ٢٠١٠ : ١٤٣). وهذه المجموعة من العقاقير أكثر حداثة من الأفيونات والكوكايين (عبد الله غلوم الصالح ، عزت سيد إسماعيل ، ١٩٩٤ : ٢٨٣) . واشتقاق اسم الأمفيتامينات جاء من نفس المركب المعروف باسم فينيل إيثيل أمين (فيصل محمد خير الزراد ، عابد عبد الله أبو مغيصيب ، ٢٠٠١ : ٢١٥). وفي عام ٢٠٠١ أعلنت منظمة الأمم المتحدة أن هناك حوالي ٤٢ مليون شخص يستخدمون الأمفيتامينات باعتبارها نوعاً من المنشطات، وبذلك تعتبر الأمفيتامينات ثاني المواد المخدرة استخداماً في العالم بعد الحشيش (Wills , 2005 : 118) .

نشأتها :

تم تصنيع الأمفيتامين عام ١٨٨٧ م ، ولكنها لم تستخدم طبياً إلا في عام ١٩٣٠ م ، باكتشاف تأثيرها على الشعب الهوائية وتنبيه الجهاز العصبي المركزي (جلال علي الجزازي ، أحمد حسن الحراشنة ، ٢٠١٢ : ٢٥). وفي عام ١٩٣٠ وجد أنه مشابه لعقار الأفيدين المستخرج من النبات، ولكنه يستخدم على نطاق ضيق ومكلف جداً (Wills , 2005 : 116) .

وقد استخدمت الأمفيتامينات سنة ١٩٣٥ م في علاج مرض النوم المفاجيء، وسوقت لأول مرة تحت اسم " بنزدرين "، ثم توالي بعد ذلك تصنيع المنشطات . وقد فجرت الحرب العالمية الثانية استعمال الأمفيتامينات في العالم، حيث ترك الأمريكيون كميات ضخمة في اليابان، ثم تعممت في الولايات المتحدة، وكندا، وانكلترا، وفرنسا، وألمانيا. وبعد أن اكتشف العلماء خطورته على الصحة حظر استعماله، مما أدى الي خروجه للسوق السوداء وزيادة استهلاكه (إبراهيم عبد الرحمن الشرقاوي ، ب ت : ١٢٣) . وفي عام (١٩٧٢) أصدرت منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة قرارين اعتبرتهما مادة الأمفيتامين ومشتقاتها من العقاقير المسببة للإدمان، ومنعت هذه المنظمات بيع هذه المادة إلا بموجب وصفة طبية رسمية، إلا أن الشركات والمصانع مازالت تصنع وتبيع الأمفيتامينات بشكل سري أو علني في كثير من دول العالم (فيصل محمد خير الزراد ، عابد عبد الله أبو مغيصيب ، ٢٠٠١ : ٢١٦) .

تعريفها :

هي مستحضرات كيميائية منشطة على شكل أقراص أو كبسولات متعددة الألوان، لها تأثير مشابه للأدرينالين والكيميائيات العصبية، مثل: النوربنفرين Norepinephrine في الجهاز العصبي السمبثاوي (مدحت عبد الحميد ، ١٩٩٨ : ١٩) .

الاضطرابات المرتبطة بتعاطي الأمفيتامين (أو المواد الشبيهة بالأمفيتامين) :

يعرض الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الخامس الاعتماد علي الأمفيتامينات كما يلي :

• المنشطات والاضطرابات المرتبطة بها

اضطراب استخدام المنشطات (٥٦١)

- تحديد مقدار الشدة الحالي :

بسيط

(F15.10) ٣٠٥.٧٠ الأمفيتامينات .

متوسط أو شديد

(F15.20) ٣٠٤.٤٠ الأمفيتامينات

٢٩٢.٨٩ انسحاب المنشطات (٥٦٧)

- تحديد التسمم المحدد :

٢٩٢.٨٩ الأمفيتامينات أو المنشطات الأخرى دون الإدراك الحسي

(F15.129) خفيف مع سوء الاستخدام.

(F15.229) متوسط أو شديد مع سوء الاستخدام .

(F15.929) دون سوء الاستخدام .

292.89 الأمفيتامينات أو المنشطات الأخرى مع الإدراك الحسي

(F15.122) خفيف مع سوء الاستخدام .

(F15.222) متوسط أو شديد مع سوء الاستخدام .

(F15.922) دون سوء الاستخدام .

٢٩٢.٠ انسحاب المنشطات (٥٦٩)

- تحديد المواد التي تسبب أعراض الانسحاب

(F15.23) الأمفيتامينات أو المنشطات الأخرى .

٢٩٢.٩ منشطات غير محددة مرتبطة بالاضطراب (٥٧٠)

(F15.99) الأمفيتامينات أو المنشطات الأخرى .

استخدامات الأمفيتامينات :

تستخدم في علاج الحالات التالية :

١ - الاكتئاب

٢ - القلق

٣ - الوهن ، اضطرابات الشخصية

٤ - علاج تسمم المنومات

٥ - يقلل الشهية

٦ - احتقان الأنف

٧ - التبول الليلي اللا إرادي

٨ - تشتت الانتباه وفرط الحركة (117 : Wills , 2005) .

الأعراض الجانبية المرتبطة بتناول الأمفيتامينات :

❖ آثار بسيطة مثل :

- ١ - اتساع حدقة العين ، خوف من الضوء ، زغللة في الرؤية ، صداع .
- ٢ - فقدان الشهية ، غثيان ، جفاف الحلق ، تقلصات في البطن ، الإسهال .
- ٣ - التعرق .
- ٤ - سرعة ضربات القلب وخفقان.
- ٥ - الرعشة ، شد عضلي ، عدم اتزان وتأرجح.
- ٦ - عدم وضوح الرؤية (الضبابية في الرؤية) ، قلق .

❖ الأعراض الحادة :

- ١ - ضلالات مزعجة وقلق شديد وتشنجات ونوبات من الهلع وبارانويا.
- ٢ - حوادث وسلوك عدواني.
- ٣ - ضغط عال ، زيادة ضربات القلب بشكل غير منتظم .
- ٤ - جلطات بالقلب والمخ وتشنجات شديدة.
- ٥ - تسمم في الجهاز العصبي المركزي .
- ٦ - ألم شديد بالصدر ، تقلصات شديدة بالبطن، وقرح بالجهاز الهضمي .
- ٧ - احتباس البول .
- ٨ - الصفرا .
- ٩ - جفاف في مراحل متأخرة ، وتقلص في الأوردة والشرابين .
- ١٠ - ارتفاع في درجة الحرارة مع مضاعفاته .
- ١١ - خلل في الأيض .
- ١٢ - زيادة جفاف الحلق .

❖ تفاعلات ناتجة عن التعرض المزمن أو المستمر :

- ١ - إرهاق مستمر.
- ٢ - ضعف عام وهزال.
- ٣ - آلام بالعضلات.
- ٤ - أرق وقلة نوم.
- ٥ - قلق واكتئاب.
- ٦ - أعراض ذهانية.
- ٧ - خيالات وذكريات مؤلمة.
- ٨ - أمراض بالقلب.
- ٩ - خسارة شديدة للوزن (المرجع السابق : ١٢٦) .

أثر المنشطات على الجسم :

يختلف تأثير الأمفيتامينات حسب مزاج الشخص المتعاطي وشخصيته وبينته. ويؤدي تناول الأمفيتامينات إلى اليقظة وعدم النوم، ويشعر المتعاطي بنوع من الانبساط والانتعاش، ويزول شعوره بالتعب، ويشعر بازدياد ثقته بنفسه وبنشاط بدني وعقلي . ومن أعراض الأمفيتامينات أيضا بطء في نبضات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وتقل شهية الإنسان لتناول الطعام بدرجة كبيرة، وبذلك ينقص وزن الجسم. ويتميز المتعاطي بحدوث أفكار وضلالات وشك واضطهاد مسبقة بحالة من التوتر والقلق والعصبية وزيادة في الإدراك مع ظهور رعشة اليدين مع الجرعات الكبيرة . وللأمفيتامين أيضا تأثير على الجهاز العصبي المركزي، ويؤدي إلى زيادة التيقظ وتخفيف الشعور بالقلق (إبراهيم عبد الرحمن الشرقاوي (ب ت) : ١٢٤ - ١٢٥) .

كما تحدث الأمفيتامينات تأثيراً مماثلاً لتأثير النوارابنفرين علي الجهاز العصبي السمبثاوي، حيث تزداد معدلات ضربات القلب، تنقبض الأوعية الدموية في الجلد والغشاء المخاطي، يرتفع ضغط الدم، تتسع حدقة العين، يتم كف حركة الأمعاء، تقل الشهية للطعام، تزداد حالة الصحو، يمر المتعاطي بمشاعر من حسن الحال، تسيطر عليه فكرة أنه يتمتع بطاقة لا حدود لها مع ازدياد الثقة في النفس (عبد الله غلوم الصالح ، عزت سيد إسماعيل ، ١٩٩٤ : ٢٨٨ - ٢٨٩) .

كما أن الأشخاص الذين يتعاطون الأمفيتامينات يشعرون بالطاقة، ويصبحون كثيري الكلام، كما يشعرون أيضاً بالطاقة والقوة والاندفاعية، فعلي سبيل المثال قد يستطيع الفرد أن يرقص لفترات طويلة في النوادي الليلية. وقد يستخدمها الطلاب حتي يستطيعوا الاستذكار لفترات طويلة، وقد يساء استخدامه بين الرياضيين وبناء العضلات لجعلهم قادرين علي التمرين لفترات أطول (Wills , 119 : 2005) .

ظواهر الإفراط في إدمان الأمفيتامينات :

❖ ذهان الأمفيتامين :

يؤدي إلي حالات ذهان يسمى ذهان الأمفيتامين الذي يشبه حالات الفصام إلي حد كبير، وتظهر علي المدمنين أعراض ذهانية حادة واعتلال في السلوك، مثل سرقة المعروضات من المحلات، والغزل ومطاردة النساء، والنشاط الجنسي المفرط غير المسؤول (إبراهيم عبد الرحمن الشرقاوي (ب ت) : ١٢٦ - ١٢٧) .

وقد أوضحت عدة دراسات تشابه الصورة التي تظهر فيها أعراض فصام البارانويا بتلك التي تحدث فيها الذهان الناتج عن الأمفيتامينات، حيث تبرز عدة أعراض إيجابية مثل الهلوس البصرية، وفرط الحركة، وفرط النشاط الجنسي، بالإضافة إلي عدم الاتساق في الحديث وفقدان الترابط اللفظي، واضطراب الوجدان، والاستثارة أو الهياج الحركي، وضلالات الإشارة والضلالات الاضطهادية (Kaplan & Sadck , 2000 : 416) .

❖ ظاهرة باندنج :

وهي ظاهرة تحدث من بعد سنة إلي تسع سنوات من سوء الاستعمال، وقد وصفها ريلاند سنه ١٩٧٢ . ويقوم فيها المدمن بأعمال آلية لا هدف ولا معنى لها لمدة ساعات متواصلة، مثل فك جهاز التليفزيون وإعادة تركيبه مرات متتالية دون الشعور بالملل، وتقوم النساء بتصفيف شعورهن وطلاء أظافرهن ثم يكررن العملية لمدة ساعات بدون داع .

❖ السلوك العدواني :

يكثر بين مدمني المنشطات السلوك العدواني والعنف والقتل بسبب تأثير العقار، وعدم إدراك خطورة المعتقدات الوهمية ، وما تسببه الأمفيتامينات من سرعة الشك والخوف اللذين ليس لهما ما يبررهما، ويقوم بالعزلة والابتعاد عن الناس (إبراهيم عبد الرحمن الشرقاوي (ب ت) : ١٢٧) .

مجموعة الأمفيتامينات وتأثيرها علي القدرة الجنسية :

هذا النوع من المنبهات للجهاز العصبي يحدث نوعاً من النشاط والحيوية في الجسم كله في بداية استعمالها مما يعطي للشخص مزيداً من الثقة التي يشعر بها بتحسن في أدائه الجنسي، ولكن مع كثرة الاستخدام وزيادة تنبيه الجهاز العصبي السمبثاوي ينتج عن ذلك بجانب تدمير الخلايا العصبية ضيق في الشرايين الموجودة في الأعضاء التناسلية مما يسبب ضعف الانتصاب والإحساس أثناء اللقاء الجنسي، والضعف العام وفقد القدرة الجنسية (عبد الهادي مصباح ، ٢٠٠٤ : ١٨٢) .

وقد تستخدم مثل هذه المنشطات في تركيب بعض الأدوية التي تستخدم كمنشطات جنسية، والتي يدخل فيها أيضاً دواء منشط ومنبه آخر هو " ستركنين " وهو من الأدوية التي يمكن أن تؤثر علي خلايا المخ وتسبب تشنجات إذا زادت جرعاته في الجسم، ويضاف عليها زيت جوزة الطيب الذي يحتوي

علي مادة الميريستين وهو مركب خطير، وله مضاعفات جانبية خطيرة أيضاً إذا أسيء استخدامه وتم استعماله بغير إرشادات الطبيب المتخصص، والذي قد يؤدي مع كثرة الاستعمال إلي فقد القدرة الجنسية تماماً مع حدوث اضطرابات حادة في الجهاز العصبي (عبد الهادي مصباح ، ٢٠١٠ : ٩٩).

كما وجد أنه علي الرغم من استخدام بعض الأمفيتامينات في رفع القدرة الجنسية، فإن الجرعات العالية من الأمفيتامينات وطول فترة تعاطيها يصاحبه خلل في كفاءة الوظائف الجنسية للفرد، فتضطرب القدرة علي الانتصاب ويقل الشعور بالرغبة الجنسية كما تحدث آلام حادة أثناء القيام بالعملية الجنسية مما يصيب المعتمد بدرجة عالية من الاكتئاب الشديد (Kaplan & Sadck , 710 : 2000).

تعاطي الأمفيتامينات والأداء العقلي :

من الاستعمالات المشروعة الشائعة المعترف بها علي نطاق واسع لهذه الأدوية تخفيف الشعور بالتعب، ومقاومة الرغبة في النوم، وعلي الرغم من أنه تبين أن الأمفيتامينات تخفف من الشعور بالإعياء، وتساعد علي مقاومة النعاس، فإنه لم يتبين أنها تعزز الأداء العقلي في حالة عدم الإعياء والراحة، فقد تبين أكثر من مرة أن العقل الذي ينبه بالأمفيتامين يستطيع أن يقاوم النوم خلال الدراسة ليلاً، غير أن معظم الباحثين يرون أن العقل المرهق لا يستطيع التعلم أو التفكير كالعقل غير المرهق، فكثرة تعاطي الأمفيتامين تؤدي إلي تعطيل الانتباه، وفقدان الدقة والقدرة علي الإقناع وإصدار الأحكام، وإلي تعطيل القدرة علي حل المسائل (المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان ، ١٩٩٩ : ٦٦).

الآثار النفسية للأمفيتامين :

تختلف الآثار النفسية للأمفيتامين طبقاً للجرعة المتناولة سواء أكانت الجرعة معتدلة أم عالية، فالجرعة المعتدلة تؤدي إلي زيادة النشاط والانتباه، وحدوث حالة مزاجية مرتفعة، ونشوة معتدلة، وتعب بسيط . أما الجرعات العالية فإنها تؤدي إلي نمط ذهاني من خلال الاضطراب والسلوك غير المنتظم، والتكرار الإجباري لأفعال بدون وعي، والضيق، والخوف، والوهن، والشك في كل شيء وفي كل فرد (حسين عادل فايد ، ٢٠٠٧ : ١٠٥ - ١٠٦).

الاعتماد النفسي :

يوصف الاعتماد النفسي علي أنه إجبار علي استخدام العقار بانتظام من أجل الحصول علي الآثار الممتعة له، وبالنسبة للأمفيتامين نجد أن الجرعات المعتدلة منه تسبب النشوة والسعادة، أما الجرعات المنخفضة من العقار فإنها تثير الشهوة الجنسية، وهذا بدوره يؤدي إلي اعتماد نفسي وسوء استخدام متزايد للعقار (المرجع السابق : ١٠٦).

الاحتمال الأمفيتاميني :

بالاستمرار في تعاطي الأمفيتامين يصاب المتعاطي بالاحتمال الأمفيتاميني وهو الرغبة في زيادة الجرعة المتعاطاة، وذلك لغرض الوصول إلي تأثير الجرعات الأولى من التركيز والإثارة واليقظة، ومع زيادة الجرعة قد يصاب متعاطي الأمفيتامين بالتسمم الأمفيتاميني (رجب محمد أبو جناح ، ٢٠٠٠ : ٨١).

التسمم الأمفيتاميني :

عند زيادة الجرعة من الأمفيتامين يصاب المتعاطي بالصداع، والدوار، والذهيان، والإحباط، والحزن، والاكتئاب، أما التسمم الأمفيتاميني فإنه يتميز بالهياج الحركي، وتغير في المزاج، والقابلية للإثارة،

والثرثرة الشديدة، والهذيان، والأرق، والرجفة، وبعض الهلوس السمعية والبصرية واللمسية، وجفاف الحلق، والعرق الشديد (المرجع السابق : ٨١ - ٨٢) .

كما ترتبط حالة الهذيان مع الجرعات العالية من الأمفيتامينات، وتظهر مجموعة من الأعراض منها تشوش الوعي مع انخفاض القدرة علي التركيز، ووجود عدد من التغيرات المعرفية مثل اضطرابات الذاكرة واللغة، وعدم القدرة علي التوجه، وتمتد هذه الأعراض لزمان فيما بين ساعات إلي أيام (Kaplan & Sadck , 2000 : 416) .

ويصنف الدليل التشخيص والإحصائي الخامس التسمم بالأمفيتامين كما يلي :

- أ - استخدام حديث للأمفيتامين.
- ب - تغيرات سلوكية أو نفسية مثل : النشوة، الحكم القاصر، عجز في عملية التوافق المهني والاجتماعي، التهيج النفسحركي، الحساسية الشخصية، القلق، التوتر أو الغضب، سلوكيات نمطية، ضعف الحكم .
- ج - تظهر علامتان أو أكثر من العلامات التالية خلال أو بعد فترة قصيرة من التعاطي :
 - ١ - عدم انتظام أو بطء نبضات القلب .
 - ٢ - تمدد حدقتي العين .
 - ٣ - ارتفاع أو انخفاض ضغط الدم .
 - ٤ - العرق أو القشعريرة .
 - ٥ - الغثيان أو القيء .
 - ٦ - أدلة علي فقدان الوزن .
 - ٧ - هياج نفسحركي أو تخلف .
 - ٨ - ضعف العضلات ، اكتئاب نفسي ، ألم في الصدر .
 - ٩ - الارتباك ، خلل في الحركة واختلالات أو غيبوبة .
- د - لا ترجع هذه الأعراض إلي حالة طبية عامة، أو أي اضطراب عقلي آخر .

١٥ - انسحاب الأمفيتامين Amphetamine Withdrawal :

قد تحدث اضطرابات المزاج في حالة انسحاب الأمفيتامينات وتظهر عدة أعراض منها المزاج الاكتئابي، وفقدان الاهتمام تقريباً بكافة الأنشطة، أو المزاج الهائج وحدة الطباع وتدهور الأداء الاجتماعي والوظيفي بشكل جوهري، هذا بالإضافة إلي أعراض القلق التي قد تحدث بفعل تعاطي بعض الأمفيتامينات خاصة الكوكايين، وقد تحدث اضطرابات أخرى كاضطرابات الوسواس القهري واضطرابات المخاوف والفرع (Kaplan & Sadck , 2000 : 417) .

كما يتضمن ما يلي حسب الدليل التشخيصي الخامس :

- ١ - التوقف عن (أو الإقلال من) استخدام الأمفيتامين (أو مادة شبيهة) كان مكثفًا وطويلاً .
- ٢ - حدوث عسر بالمزاج **Dysphoric Mood** واثنين أو أكثر من التغيرات الفسيولوجية التالية خلال بضع ساعات إلي أيام عديدة بعد المعيار أ : التعب، أحلام مزعجة ناطقة الوضوح، أرق أو إفراط النوم، زيادة الشهية، تأخر أو تهيج نفسحركي .
- ٣ - تؤدي الأعراض المذكورة بالمعيار ب إلي كرب دال إكلينيكيًا أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى .
- ٤ - لا ترجع هذه الأعراض إلي حالة طبية عامة، أو أي اضطراب عقلي آخر .

كما تحدث الأمفيتامينات اعتماداً، وتحدث أعراض انسحاب مشابهة لأعراض انسحاب الكوكايين، والتي تظهر في ٩٠ % من المتعاطين في صورة اكتئاب، لهفة، قلق وأرق، إرهاق، بارانويا وقد تمتد هذه الأعراض خلال الأسبوع الأول، وقد تمتد لشهور، وأحياناً تظهر أفكار انتحارية خلال فترة أعراض الانسحاب (Wills , 2005 : 131) .

ثانياً: الفعالية الذاتية Self – efficacy

مقدمة:

ظهر مفهوم فعالية الذات حديثاً، ويرجع الفضل لظهور ذلك المفهوم إلي باندورا Bandura عام ١٩٧٧ حيث قدم نظرية متكاملة لتفسير هذا المفهوم، وقد جاء ذلك المفهوم ليؤدي دوراً هاماً وأساسياً في فهم أحد مكونات الدافعية وأداء المهام، ويطلق عليه فعالية الذات أو كفاءة الذات – Self Efficacy ويقصد به باندورا أنه تقييمات وتوقعات الفرد ومدرجاته حول كونه قادراً علي أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوباً فيها في أي موقف معين. وفعالية الذات تقوم بدور كبير في التأثير علي أنماط التفكير، بحيث يمكن أن تكون مساعداً أو معوقاً للفرد. والتعرف إلي مستوي فعالية الذات لدي الفرد يعد من الأمور الهامة بوصفه مؤثراً علي دافعيته وإنجازه للمهام التي يقوم بأدائها، كما يحدد بصورة كبيرة تصرفاته في الموقف الذي يواجهه، إضافة إلي أنه يتأثر بالمشاورة وزيادة المجهود والاستثارة الانفعالية، ومن ثم فهو يشتمل علي كثير من العوامل المتداخلة مثل العوامل العقلية والعوامل الوجدانية (أسماء محمد حسين حسن ، ٢٠٠٨ : ٨٧).

وتعد فعالية الذات مكوناً نظرياً وضعه باندورا باعتباره ميكانيزماً معرفياً يسهم في تغيير السلوك، وطبقاً لذلك فإن درجة الفعالية تحدد كمية الطاقة المبذولة للتغلب علي تلك المشكلات، وهي بذلك لا تحدد نمط السلوك فحسب ولكنها تحدد أيضاً أي أنماط السلوك أكثر فعالية (المرجع السابق : ٨٨).

كما تعكس فعالية الذات أحد المعتقدات الذاتية التي تحدد خط سير تنفيذ سلوكيات الأفراد، ومن المنطقي أن تتضمن هذه السلوكيات الضغوط المختلفة التي تهدد أولئك الذين لا يستطيعون فهم أنفسهم مثل القدرة علي إنجاز مهام وظائفهم، ويحتمل أن تؤثر الفعالية علي العلاقة بين الضغوط والإجهاد، وذلك لأن الأفراد ذوي فعالية الذات المرتفعة يتعهدون بمستويات مقبولة من الأداء الوظيفي علي الرغم من الضغوط المرتبطة بوظائفهم، كما أن الأفراد الذين يثقون في قدرتهم علي إنجاز مهام وظائفهم يكونون أكثر استخداماً لأساليب مواجهة الضغوط المختلفة التي تواجههم في عملهم (Steve et al,2001).

ويري باندورا ١٩٨٢ أن مفهوم فعالية الذات ليس مفهوماً كلياً ثابتاً، فهو يختلف من موقف إلي آخر، ويتوقف هذا الاختلاف علي الكفاءات المطلوبة للأنشطة المختلفة ووعي وجود أو غياب الآخرين، وعلي الكفاءة المدركة لهؤلاء الآخرين وخاصة إذا كانوا منافسين، وكذلك يعتمد علي ميل الشخص إلي الاهتمام بالإخفاق في الأداء أكثر من اهتمامه بالنجاح، وإلي الحالات الفسيولوجية المصاحبة وخاصة القلق وعدم الاكتراث والضيق ، ويضيف باندورا أن مفهوم فعالية الذات مفهوم متعدد الأوجه، فبالإضافة إلي امتلاك الفرد لإدراك عام حول فعاليته الذاتية فإن ذلك لا يمنع من تباين إدراكه لفعاليته الذاتية تجاه المجالات المختلفة بما فيها المجالات الأكاديمية (سوسن إبراهيم أبو العلا ، ٢٠٠٠ : ٣٤).

وإدراك الأفراد لفعاليته يؤثر علي الخطط التي يعدونها مسبقاً أو يكررونها، فهؤلاء الذين لديهم إحساس مرتفع بفعالية الذات يرسمون خططا ناجحة توضح الخطوط الإيجابية المؤدية للنجاح، بينما يميل الآخرون الذين يحكمون علي أنفسهم بعدم الفعالية إلي رسم خطط غير ناجحة أو غير ملائمة، وتعتبر الفعالية الذاتية المدركة والتي تشير إلي معتقدات الناس حول مقدرتهم علي التحكم في الأحداث التي تؤثر في حياتهم من أهم الميكانيزمات أو القوي الشخصية، وتهمل كفاءة هامة من محددات الدافعية وراء السلوك الإنساني، وتؤثر في الحدث من خلال عمليات دافعية ومعرفية ووجدانية، وتعتبر بعض هذه العمليات مثل الإثارة العاطفية وأنماط التفكير ذات أهمية خاصة في حد ذاتها وليس فقط كمؤثرات عارضة في الأحداث (محمد السيد عبد الرحمن ، ١٩٩٨ : ٦٣٨).

وفي ذلك أيضاً يشير فيرجت Vrugt إلي الطريقة التي تؤثر بها الفعالية الذاتية المدركة للفرد علي أدائه، حيث يوجد ارتباط موجب بين فعالية الذات المدركة المرتفعة وارتفاع مستوي الأداء، حيث نجد أن الأفراد ذوي فعالية الذات المرتفعة لن يعزفوا عن العمل بسهولة، وسيقومون بأقصى جهد ومثابرة في الأداء خاصة في المهام التي تتميز بالصعوبة وذلك بحثاً عن حلول جديدة، ولا يؤدي كل من الجهد

المنظم والمخطط والمثابرة فقط للوصول إلى الأهداف والنجاح في المهام ، ولكن يسهم أيضا في رفع الفعالية الذاتية للفرد، بينما نجد أن الأفراد ذوي فعالية الذات المنخفضة أو ضئيلة يعزفون عن أداء المهام الصعبة ، وعند قيامهم بالمهام التي تتميز بالسهولة نجد أن مثابرتهم علي الأداء تكون ضئيلة، ويتميز الأداء بعدم التأكد والتشكك مما يؤدي لتشتيت التركيز أثناء أدائه للمهمة ، فيفشل في النجاح فيها، وينعكس ذلك علي انخفاض مستوى الفعالية الذاتية لديه (Vrugt, 1994).

ولذلك يري كامل علوان الزبيدي أنه كلما زاد اعتقاد الفرد بقدرته علي إنجاز شيء ما؛ ازدادت احتمالية أن ينجح فعلا في ذلك (كامل علوان الزبيدي ، ٢٠٠٩ : ٩٩).

ويشير جابر عبد الحميد إلي أن فعالية الذات ليست مثيرا لضبط السلوك، ولكنها أحد المؤثرات الذاتية في سلوكنا ومصدر الضبط لا يوجد في المثير أو البيئة ولكنه يوجد في التبادل الذي يحدث بين العوامل البيئية والسلوكية والشخصية (أسماء محمد حسين حسن ، ٢٠٠٨ : ٩٠).

كما أوضح تيرنيس Terence أن الفعالية الذاتية محددها للسلوك الدافع لأداء المهمة، فهي انعكاس لقدرة الفرد علي التعامل مع المواقف وأداء المهام المطلوبة منه بنجاح (Terence, 1999).

وتقوم نظرية فعالية الذات علي أساس الأحكام الصادرة من الفرد عن قدرته علي القيام بسلوكيات معينة، والفعالية الذاتية ليست مجرد مشاعر عامة، ولكنها تقويم من جانب الفرد لذاته فيما يستطيع القيام به، ومدى مثابرتة، والجهد الذي سيبذله، ومرونته في التعامل مع المواقف الصعبة والمعقدة، وتحديه للصعاب ومقاومته للفشل. (عواطف حسين صالح ، ١٩٩٣ : ٤٦١).

وتعد فعالية الذات من المفاهيم التي تحتل مركزا رئيسيا في تحديد وتفسير القوة الإنسانية، فالفعالية الذاتية تؤثر في أنماط التفكير والتصرفات والإثارة العاطفية، فكلما ارتفعت الفعالية الذاتية ارتفع بالتالي الإنجاز وانخفضت الاستثارة الانفعالية، كما أن آلية فعالية الذات يمكن أن يكون لها قيمة كبيرة في تفسير تصرفات الأفراد، لأنها تساعد في تفسير الاختلاف بين أنماط السلوك الذي ينتج عن أسباب مختلفة (محمد السيد عبد الرحمن ، ١٩٩٨ : ٦٣٨).

تعريف الفعالية الذاتية Self – Efficacy :

- يعرفها علاء محمود الشعراوي (٢٠٠٠) بأنها " مجموعة من الأحكام الصادرة عن الفرد، والتي تعبر عن معتقداته حول قدرته علي القيام بسلوكيات معينة، ومرونته في التعامل مع المواقف الصعبة، وتحدي الصعاب، ومدى مثابرتة للإنجاز " (علاء محمود الشعراوي، ٢٠٠٠).
- عرفها كانفر (١٩٩٠) Kanfar بأنها " الأحكام المعرفية المعقدة لقدرات الفرد المستقبلية لتنظيم وإنجاز الأنشطة الضرورية لتحقيق الأهداف " (أسماء محمد حسين حسن ، ٢٠٠٨ : ٩١).
- وعرفتها راوية محمود حسين (١٩٩٥) بأنها " اعتقاد عام للفرد في فعاليته وقدرته علي استخدام كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة كي يدرك ويفسر ويواجه بفعالية أحداث الحياة الضاغطة " (أسماء محمد حسين حسن ، ٢٠٠٨ : ٩٢).
- ويعرفها محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨) بأنها " قدرة الفرد علي التخطيط وممارسة السلوك الفعال الذي يحقق النتائج المرغوبة في موقف ما، والتحكم في الأحداث والمواقف المؤثرة علي حياته وإصدار التوقعات الذاتية الصحيحة عن قدرة الفرد علي القيام بمهمة وأنشطة معينة، والتنبؤ بمدى الجهد ومدى المثابرة المطلوبة لتحقيق ذلك العمل أو النشاط " (محمد السيد عبد الرحمن ، ١٩٩٨ : ٦٣٧).
- وعرفتها نزيه حمدي ونسيمة داود (٢٠٠٠) بأنها " قناعة الفرد بمدى وجود القدرة لديه علي أداء سلوكيات معينة " (نزيه حمدي ونسيمة داود ، ٢٠٠٠).
- وتعرفها عواطف حسين صالح (١٩٩٣) بأنها " تمثل النشاط المعرفي للفرد الذي يقوم علي تقييمه للموقف المشكل في ضوء خبراته السابقة ، وأيضا توقعاته المستقبلية فيما يتعلق بالقدرة علي التحكم الذاتي عند مواجهة موقف يحتاج منه إلي قرار " (عواطف حسين صالح ، ١٩٩٣).
- ويعرفها السيد محمد هاشم (١٩٩٤) بأنها " توقع الفرد لقدرته علي أداء مهمة محددة، وهي كذلك تعني استبصار الفرد بإمكاناته وحسن استخدامها، وأنها وحدها لا تحدد السلوك علي نحو كاف، بل لابد من توافر قدر من الاستطاعة الفسيولوجية أو العقلية " (السيد محمد هاشم ، ١٩٩٤ : ٥٨).

- وهنا يؤكد باندورا (Bandura ١٩٩٧) أن فعالية الذات " عملية استقلالية تشتق من مساهمات علاقية بين القدرة وعوامل لا تتصل بالقدرة، مثل الجهد اللازم، وطبيعة الموقف، وتأثيرات النجاح والفشل والإدراك الذاتي للقدرة، وتنعكس فعالية الذات للفرد في التوقعات التي يصدرها عن كيفية أدائه للمهمة، والنشاط المتضمن فيها، ومدي تنبؤه بالجهد اللازم، والمثابرة المطلوبة " (Bandura,1997:36).
- وقد عرفها عبد المنعم عبد الله حسيب (٢٠٠١) بأنها " مدي الإحساس بالكفاءة الذاتية والقدرة علي التحكم في الأحداث والظروف البيئية المحيطة " (عبد المنعم عبد الله حسيب ، ٢٠٠١).
- ويعرفها جروين (٢٠٠٣) Gerwen بأنها " مجموعة أحكام وتوقعات تتعلق بقدرة ممارسة " (Van Gerwen,et.al,2003).
- ويعرفها كل من شيلي وباكينهام (٢٠٠٤) Shelly&Pakenham بأنها " القدرة علي تحقيق عائد مرغوب وإيجابي " (Shelly&Pakenham ,2004).
- ويعرفها مدحت عبد الحميد (٢٠٠٣) بأنها " منظومة الإدراكات والتوقعات والأحكام والمعتقدات والمشاعر التي يتصورها الفرد عن كفاءة ذاته في الإنجاز، ومدي تأثيرها في تخطي المواقف المثيرة التي تحدو به نحو السلوك الإيجابي سواء أكان ذلك علي المستوى العام أم المستوى الخاص " (مدحت عبد الحميد، ٢٠٠٣ : ٣٧٩).
- من جهة أخرى يعرف كل من نيكول وأندرو (١٩٩٧) Necole&Andrew الفعالية الذاتية بأنها " اعتقاد الفرد بأنه يتمكن من التقدم نحو تحقيق الأهداف " (Necole&Andrew,1997).
- ويعرفها كل من ديمل وبيك (٢٠٠٤) Demmel&Beck بأنها " مدي ثقة الفرد في قدراته " (Demmel&Beck,2004).
- ويعرفها كل من محمد محمود سعودي ، ومحمد محمد البسيوني (٢٠٠٣) إجرائيا بأنها " التوقعات التي يصدرها الفرد بإدراكه الذاتي عن كيفية أدائه لمهمة معينة، والنشاط المتضمن فيها، وقدرته علي التنبؤ بمجهوده الازم لأدائها " (محمد محمود سعودي ، ومحمد محمد البسيوني، ٢٠٠٣).
- وتعرفها إيثر ساسون (٢٠٠٥) Sassoon بأنها " شعور عام بالثقة في القدرة علي التعامل بنجاح مع مدي واسع من المتطلبات والمواقف " (Sassoon, 2005 : 48).
- وتعرفها فائقة محمد بدر (٢٠٠٦) بأنها " تعني إدراك الفرد أن لديه القدرة علي إصدار سلوك معين لإحداث نتيجة مرغوبة " (فائقة محمد بدر، ٢٠٠٦).
- ويعرفها هشام محمد مخيمر (٢٠٠٧) بأنها " ثقة الفرد بنفسه وقدراته الشخصية، والتي تساعد علي التعامل بكفاءة مع ما يستجد من مواقف حياتية، كما تعكس اعتقادات الفرد في قدراته علي أداء سلوك ما بنجاح ، بعيدا عن شروط التعزيز " (هشام محمد مخيمر ، ٢٠٠٧).
- ويعرفها كل من محمد أبو عليا ومحمد العزاوي (٢٠٠٧) بأنها " مدي اعتقاد الفرد بقدرته علي تنظيم برامج العمل المطلوبة لتحقيق نتائج معينة وتنفيذها، ويحدد هذا الإدراك لفعالية الذات مقدار الجهد الذي يبذله، ونوع السلوك والفعل الذي يختاره الفرد، ومقدار صموده أمام العقبات والفشل، وإمكانية تخلصه من الأفكار المعطلة للذات، ومقدار الضغط الذي يجبره على التواء مع متطلبات البيئة، وبناء علي ذلك فإن المعتقدات حول فعالية الذات تصبح من العوامل المهمة في تقرير مستوي الإنجاز الذي يصل إليه الفرد في النهاية " (محمد أبو عليا، ومحمد العزاوي ، ٢٠٠٧).
- ويعرفها كامل علوان الزبيدي (٢٠٠٩) بأنها " حكم يكونه الفرد عن قدراته علي تنظيم وتأدية مجموعة من الأفعال المطلوبة لتحقيق أنماط معينة من الأداء " (كامل علوان الزبيدي، ٢٠٠٩ : ٩٩).
- وتعرفها منال زكريا حسين وآخرون (٢٠١٠) بأنها " الاستعداد والقدرة علي التأثير النشط وممارسة الضبط عبر مظاهر البيئة، والتعامل بإيجابية تجاه الإنجاز وتقدير الذات والارتقاء عامة " (منال زكريا حسين وآخرون ، ٢٠١٠).
- ويشير فتحي مصطفى الزيات (٢٠٠١) إلي أن فعالية الذات هي " اعتقاد أو إدراك الفرد لمستوي أو كفاءة أو فعالية إمكاناته أو قدراته الذاتية، وما تنطوي عليه من مقومات عقلية معرفية، وانفعالية دافعية، وحسية فسيولوجية عصبية لمعالجة المواقف أو المهام أو المشكلات أو الأهداف الأكاديمية والتأثير في الأحداث لتحقيق إنجاز ما في ظل المحددات البيئية القائمة " (فتحي مصطفى الزيات ، ٢٠٠١ : ٥٠١).

ومن خلال التعريفات السابقة يمكن القول بأن معظم تلك التعريفات قد اتفقت علي أن مفهوم الفعالية الذاتية يشير إلي ما يلي:

١. التميز في العمليات الفكرية والعقلية.

٢. الدافعية الذاتية ومرونة في التفكير بحثاً عن حلول.
٣. المثابرة العالية والإصرار في البحث عن حلول.
٤. الخروج من الخبرات الصعبة وتحويل الفشل إلى نجاح.
٥. الثقة بالنفس والقدرات والتحكم الداخلي عند مواجهه الصعاب.
٦. الاعتماد علي النفس في تحقيق الأهداف بإصرار وثقة في القدرة علي النجاح.

ويمكن تصنيف الأفراد تبعاً لمستوي إدراكهم للفعالية الذاتية لديهم علي النحو التالي :

١ – أفراد لديهم فعالية الذات المدركة مرتفعة:

هؤلاء الأفراد يضعون لأنفسهم المهام والأعمال الصعبة والمعقدة باعتبارها تحديات، ويبدلون أقصى جهودهم لتحقيقها، كما يضعون لأنفسهم أهدافاً بعيدة المدى ويسعون لتحقيقها، ويتمتعون بمستوي عالٍ من المثابرة والإصرار علي تحدي الصعاب ومواجهة الفشل في سبيل الوصول لتلك الأهداف، فهم يثقون في قدراتهم وإمكاناتهم، وفي أنهم قادرون علي النجاح في أداء تلك المهام، وذلك من خلال استخدام استراتيجيات التنظيم الذاتي، مثل التركيز علي المهمة، واستخدام الإجراءات المناسبة، وإدارة الوقت بفعالية.

٢ – أفراد لديهم فعالية الذات المدركة منخفضة:

هؤلاء الأفراد يتجنبون المواقف والمهام الصعبة، حيث إن لديهم توقعات سلبية عن نتائج أدائهم، فهم يتوقعون الفشل دائماً، ولديهم لا مبالاة وعدم رغبة في بذل الجهد، ويعزفون عن أداء المهام بسهولة، حيث يتميزون بمستوي منخفض من المثابرة والإصرار علي بذل المزيد من الجهود لتحقيق الأهداف (أماني عادل سعد، ٢٠١٠: ٣٢).

وتعرف الباحثة الفعالية الذاتية إجرائياً بأنها " أحكام ومعتقدات يصدرها الفرد عن إمكاناته، واستعداداته، وقدرته علي التخطيط، وممارسة السلوك الفعال، وتحدي الصعاب، والقدرة علي اتخاذ القرارات، وهي أيضاً منظومة الإدراكات والتوقعات والمعتقدات التي يتصورها الفرد حول قدراته للقيام بسلوكيات معينة بنجاح، ومرونته في التعامل مع المواقف الصعبة، ومدي مثابرته للإنجاز برغم مواجهته للمعوقات، وتعمل هذه المنظومة بمثابة قوة دافعة للحصول علي نتائج مرغوبة وإيجابية".

مفهومها :

هي بناء من بناءات الذات (Choi,2005)، ومحدد مهم من محددات السلوك (Martincevic,2004)، يعبر عن مدي ثقة الفرد في قدراته (Demmel&Beck,2004) لها شق معرفي وآخر وجداني، وتتحدد بمعتقدات الفرد عن فعاليته، وكذلك مشاعر الفعالية (Fellings of Self – Efficacy (Kass&Friedman,2005) وتعد إرهاساً من إرهاسات التنبؤ بإمكان حدوث ارتكاس من عدمه في حال الاضطراب (Demmel&Beck,2004) كذلك تعد إرهاساً من إرهاسات مرحلة التغير، أي أن حجمها ينبئ بمرحلة التغير التي يمر بها الفرد (Hea,et.al.,2004) ولذلك فهي تحتاج إلي شحذ مستمر عن طريق الارتقاء بروح المنافسة (O' Robbins,el.al.,2004) كما تحتاج إلي مران وتدريب لكي يتم تقديرها بشكل صحيح (Bernardin& Villanova,2005) وتتشابه في مفهومها مع الفعالية الذاتية الشخصية (Lamorey&Wilcox,2005) Personal Self-Efficacy.

خصائص فعالية الذات :

١. هناك خصائص عامة لفعالية الذات وهي :-
٢. مجموعة الأحكام والمعتقدات والمعلومات عن مستويات الفرد وإمكانياته ومشاعره.
٣. ثقة الفرد في النجاح في أداء عمل ما .
٤. وجود قدرة من الاستطاعة سواء أكانت فسيولوجية أم عقلية أم نفسية بالإضافة إلي توافر الدافعية في المواقف.
٥. توقعات الفرد للأداء في المستقبل.

٥. أنها لا تركز فقط على المهارات التي يمتلكها الفرد، ولكن أيضا على حكم الفرد على ما يستطيع أدائه مع ما يتوافر لديه من مهارات، ففعالية الذات "هي الاعتقاد بأن الفرد يستطيع تنفيذ أحداث مطلوبة".
٦. هي ليست فقط سمة ثابتة أو مستقرة في السلوك الشخصي، فهي مجموعة من الأحكام لا تتصل بما ينجزه الفرد فقط ولكن أيضا بالحكم على ما يستطيع إنجازه، وأنها نتاج المقدرة الشخصية.
٧. أن فعالية الذات ترتبط بالتوقع والتنبؤ ولكن ليس بالضرورة أن تعكس هذه التوقعات قدرة الفرد وإمكانياته الحقيقية، فم الممكن أن يكون الفرد لديه توقع بفعالية ذات مرتفعة وتكون إمكانياته قليلة.
٨. أن فعالية الذات تنمو من خلال تفاعل الفرد مع البيئة ولآخرين، كما تنمو بالتدريب واكتساب الخبرات المختلفة.
٩. تتحدد فعالية الذات بالعديد من العوامل مثل صعوبة الموقف، كمية الجهد المبذول، مدي مثابرة الفرد.
١٠. أن الفعالية ليست مجرد إدراك أو توقع فقط، ولكنها يجب أن تترجم إلي بذل وجهد وتحقيق نتائج مرغوب فيها (محمد سامح العزب، ٢٠٠٤ : ٤٨-٤٩).

مكونات الفعالية الذاتية :

- أ- للفعالية الذاتية مكونات عديدة، وهذا ما تؤكدته دراسات عديدة أيضا، ومن هذه المكونات :
المكون المعرفي : والذي يعني حجم المعلومات التي يحملها الفرد عن موضوع الفعالية .. فضلا عن الوعي الذاتي بذلك الموضوع ومعتقداته.
- ب- المكون المهاراتي : والذي يعني حجم المهارات التي يمتلكها الفرد للتصرف في المواقف المثيرة (Kranz, 2003).
- ت- المكون الوجداني : والذي يعني بالاتجاه نحو الموضوع ومدي إيجابيته، فضلا عن عملية التقبل أي تقبل الموضوع ومتعلقاته علاوة على تقبل الذات، وتقبل الآخر (Hendry, 2005).

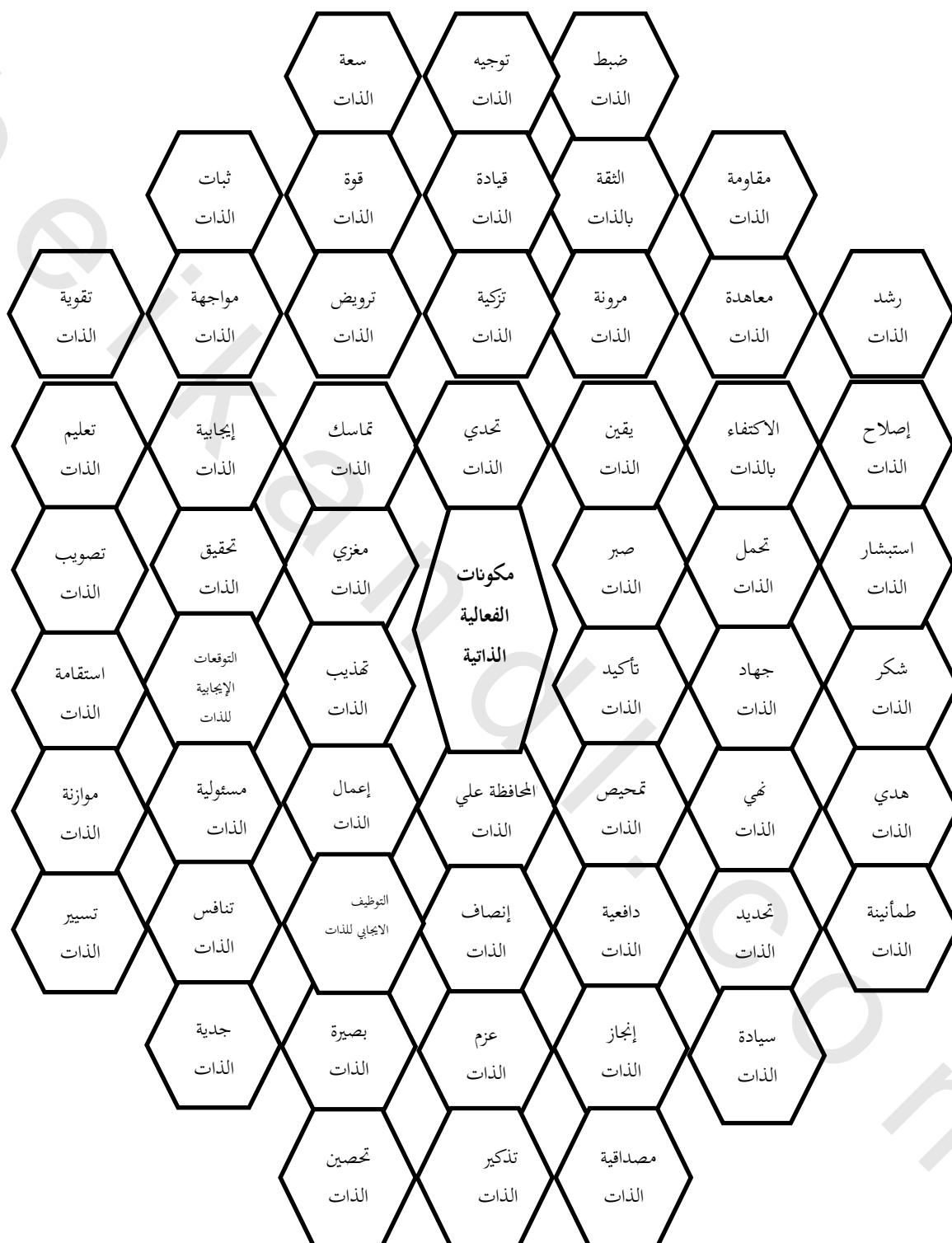
وترى منال زكريا (٢٠١٠) أن الفعالية الذاتية تنقسم إلي :

- فعالية ذات عامة General Self-Efficacy :
وهي أحد سمات شخصية الفرد تعكس إحساسه بالفعالية في العديد من المجالات، فهي تمثل ثقة الفرد العامة في أن لديه المقدرة على أداء أية مهمة (بدون تحديد لهذه المهمة)، كما أنها توقعات الفرد بنجاحه في مختلف المواقف التي يتعرض لها، وقدرته على التغلب على المشكلات والصعاب التي يحتمل مواجهتها، وهي تمثل أيضا الإحساس الواقعي بالثقة في النفس، وإدراك الفرد لقدراته الفعلية والفعالة على أداء المهام المطلوبة.
 - فعالية ذات نوعية Especially Self-Efficacy : وتشمل :
❖ فعالية الذات الاجتماعية Social Self-Efficacy.
❖ فعالية الذات الأكاديمية Academic Self-Efficacy.
❖ فعالية الذات الجسمية أو الرياضية Physical Self-Efficacy (منال زكريا وآخرون ، ٢٠١٠).
- ويرى كوبارا (٢٠٠٩) أن فعالية الذات الاجتماعية Social Self-Efficacy هي : "أحكام يصدرها الفرد عن ذاته، تتحكم في أدائه بناء على مهارات الفرد في التفاعلات الاجتماعية والعلاقات البين-شخصية، كما أنها تشمل استخدام الفرد لقدراته الاستخدام الأمثل، وهي تنمو نتيجة تقييم الفرد لخبراته الحياتية، ويعمل هذا الاعتقاد على تحفيز دافعية الفرد ومساعدته على النجاح في العلاقات الاجتماعية (Koparan, 2009).

وتعرف هانم أبو الخير الشربيني (٢٠٠٣) فعالية الذات الأكاديمية (معرفية) - Academic Self-Efficacy بأنها " تعني إدراك الفرد لقدراته الأكاديمية، أي اعتقاده أنه لديه القدرة على فهم وأداء الأعمال الأكاديمية " (هانم أبو الخير الشربيني ، ٢٠٠٣).

وتعرف فعالية الذات الجسمية أو الرياضية Physical Self-Efficacy بأنها " إدراك الفرد أنه ماهر في الألعاب الرياضية، وأنه قادر على تعلم ألعاب جديدة بسهولة، وتفضيله اللعب بدلا من مشاهدة الآخرين وهم يلعبون " (أماني عادل سعد ، ٢٠١٠ : ٣٦).
هذا ويقترح مدحت عبد الحميد (٢٠٠٥) تصورا لمفردات ومكونات بنية منظومة فعالية الذات من خلال ما يسميه بالتحليل التكامل لمخرجات البنية التفاعلية لمنظومة فعالية الذات Integrative Analysis of Outputs of Interactive Structure of Self – efficacy Array حيث

يقترح المفردات والمكونات التي يوضحها الشكل التالي تلك التي تتفاعل بعضها مع بعضها الآخر
لنتنتج لنا متصل الفعالية الذاتية الذي تختلف إحدائياته من فرد لآخر .



شكل رقم (١)

تصور مقترح من (مدحت عبد الحميد) لمفردات بنية منظومة فعالية الذات ومهاراتها
(مدحت عبد الحميد ، ٢٠٠٥ : ٢٢٩-٢٣٠) .

عملياتها :

لا تنأى عمليات الفعالية الذاتية عن مكوناتها لأن المكونات هي التي تحدد العمليات، والعمليات هي التي تصنع المكونات، ولذلك يحدد براون في دراسته مع آخرين عدداً من عمليات الفعالية الذاتية منها مثلاً : الوعي والإدراك والاتجاه الإيجابي (Brown,et.al.,2005) .

مستويات الفعالية الذاتية :

توضح دراسة ساندرز مع وولي (٢٠٠٥) Sanders&Woolley أهم المستويات المتعلقة بالفعالية الذاتية وهي ثلاثة علي النحو التالي :

- أ- المستوى الكلي Global Level : ويقصد به نشاط الفعالية الذاتية بشكل عام أو عموماً في المواقف العامة.
- ب- المستوى الجزئي أو المجالي Domain Level : ويقصد به نشاط الفعالية الذاتية في مجال معين بعينه دون مجال آخر كأن يكون الفرد فعالاً في مجال أكاديمي دون فعاليته في مجال اجتماعي وهكذا.
- ت- المستوى الخاص والمتعلق بمهمة خاصة Task – Specific Level : ويقصد به نشاط الفعالية الذاتية في أداء مهمة معينة محددة خاصة دون ظهور ذاك النشاط في أية مهمة أخرى (Sanders & Woolley, 2005).

أبعاد الفعالية الذاتية :

حدد باندورا Bandura ثلاثة أبعاد تتغير فعالية الذات تبعاً لها وهذه الأبعاد هي :

١. قدرة الفعالية Magnitude :

يشير هذا البعد إلى مستوى اعتقاد الفرد في فاعليته الذاتية، بمعنى مدى ثقة الفرد في قدراته ومعلوماته، وكذلك مستوى قوة دوافع الفرد للأداء في المجالات والمواقف المختلفة. ويتدرج هذا المستوى مابين مرتفع إلى متوسط إلى منخفض، ويختلف قدر الفاعلية باختلاف طبيعة أو صعوبة الموقف، ويتضح قدر الفاعلية عندما تكون المهام مرتبة وفقاً لمستوى الصعوبة من السهل إلى الصعب والاختلافات بين الأفراد في توقعات الفاعلية. ويطلق علي هذا البعد مستوى صعوبة المهمة Level of Task Difficulty ويمكن تحديدها بالمهام البسيطة المتشابهة ومتوسط الصعوبة، ولكنها تتطلب أداء شاقاً في معظمها. ومع ارتفاع مستوى فاعلية الذات لدى بعض الأفراد فإنهم لا يقبلون علي مواقف التحدي، ويرجع سبب ذلك إلي تدني مستوى الخبرة والمعلومات السابقة (إبراهيم الحسن الحكمي ، ٢٠٠٩) .

٢. القوة Strength :

يشير هذا البعد إلى قوة أو شدة أو عمق اعتقاد أو إدراك الفرد أن بإمكانه أداء المهام أو الأنشطة موضوع القياس. ويتدرج بعد القوة أو الشدة علي مقياس متدرج ما بين قوي جداً إلى ضعيف جداً . ويجب أن تعكس فقرات قياس بعد القوة أو الشدة في مقياس الفعالية الذاتية ما يعتقد الفرد أنه يمكنه عمله أو إنجازه بالفعل، لا ماسوف يعمل به أو ينجزه، ويتراوح مدى الاستجابة علي الفقرات ما بين متأكد تماماً إلى غير متأكد تماماً (فتحي مصطفى الزيات ، ٢٠٠١ : ٥١٠) .

أي أن فاعلية الذات تشير إلي " أي مدى يفكر الفرد في أنه قادر علي الإنجاز " (Lovaglia,2000 : 174) .

٣. العمومية Generality :

يعني انتقال توقعات الفعالية الذاتية إلي مواقف مشابهة ويشير باندورا (١٩٩٧) Bandura إلي عدة حالات يمكن من خلالها تعميم أحكام الفعالية الذاتية عبر النشاطات المختلفة :

- ❖ عندما تتطلب نفس المهام المختلفة نفس المهارات الفرعية، فمن الممكن في هذه الحالة توقع أن أحكام الفرد حول قدراته علي إظهار المهارات الأساسية، يعني أنه يستطيع أن يؤدي مهاماً مختلفة.
 - ❖ إذا كانت المهارات المطلوبة لإتمام نشاطات مختلفة – مهارات متلازمة، أي يتم اكتسابها معاً، فإنه إذا اعتقد الفرد أنه يستطيع أداء أحد هذه الأنشطة فهو بالتالي يستطيع أداء باقي الأنشطة.
 - ❖ أيضاً هناك ما يسمى تحول الخبرات Transforming Experiences ، وهو يأتي باعتباره نتيجة لتحقيق شيء صعب، فهذا الإنجاز المرتفع يقوي اعتقادات الفرد في فاعليته الذاتية عبر الأنشطة أو المهام المختلفة (Bandura,1997 : 42-43).
- يشير هذا البعد أيضاً إلي انتقال فاعلية الذات من موقف إلي مواقف مشابهة، فالفرد يمكنه النجاح في أداء مهام مقارنة بنجاحه في أداء أعمال ومهام مشابهة (عبد المحسن إبراهيم ديم ، ٢٠٠٨) .

نظرية الفعالية الذاتية :

يرجع أصلها إلى باندورا Bandura,A (١٩٧٧-١٩٨٦) والتي اشتقت من منحي التعلم الاجتماعي المعرفي Cognitive Social Learning Prespective ويدور فحواها حول أنه في الموقف ذات الخطورة العالية للارتكاس يتم حدوث عملية معرفية خاصة بالخبرات السابقة والماضية والتي تتحول إلى عملية حكم Judgment أو توقع خاص بكفاءة المعتمد المتوقع، أو المعتدل في تعاطيه، ومدى قدرته على مواجهة الموقف المثير، والتأقلم معه .. وهذا الحكم الذاتي الشخصي هو الذي يحدد تناول العقار من جديد أم لا .. أي أنه يحدد حدوث الارتكاس من عدمه (مدحت عبد الحميد ، ١٩٩٩ : ٢٤) .

كما تمثل الفعالية الذاتية في نظرية باندورا وسيطا معرفيا للسلوك، فتوقع الفرد لفعاليته الذاتية يحدد طبيعته وهذا السلوك الذي سيقوم به، أي يحدد مقدار الجهد الذي سي بذله الفرد ودرجة المثابرة التي سيبدئها في مواجهه المشكلات أو الصعوبات التي تعترضه. فالفعالية الذاتية تحدد ما إذا كان الفرد سيدرك المهمة التي يريد الاضطلاع بها باعتبارها فرصة أو تهديدا، وبهذا تؤثر الفعالية الذاتية على قرار الفرد المتعلق بالقيام بالعمل أو الامتناع عنه، كما تؤثر على سلوك المثابرة لدى الفرد في مواقف التحصيل والإنجاز (نزيه حدي ونسيمه داود ، ٢٠٠٠) .

وقد أشار هاريسون Harrison إلى أن نظرية الفعالية الذاتية تؤكد على كل عمليات وإجراءات التغيير السلوكي الذي يتم من خلال تقييم توقعات الأفراد للفعالية الذاتية، ويشير هذا إلى مفهوم التوقع، والذي بدوره يشتمل على جانبين هما توقعات الفعالية الذاتية، وتوقع النتيجة، بالإضافة إلى المكون الثالث وهو قيمة النتائج، وتشير توقعات الفعالية الذاتية إلى اعتقاد الفرد الجازم بأنه يمكن أن يؤدي بنجاح كل السلوكيات المطلوبة من أجل التوصل إلى النتيجة المطلوبة، وهذا مقابل توقعات النتائج التي تشير إلى اعتقاد الفرد بأن فعلا محددا من شأنه أن يؤدي في النهاية إلى نتائج محددة، كما أن توقعات الفعالية الذاتية من شأنها أن تؤثر في كل موقف يختاره الفرد، وكذلك السلوكيات التي يقوم بها، بالإضافة إلى المثابرة على الأداء (Harrison,1997) .

ويذكر بيرفن وجون Pervin&John أن معتقدات فعالية الذات تؤثر على اختيار الأفراد لأهدافهم، فالأفراد ذوو فعالية الذات المرتفعة يختارون أهدافا صعبة وبها الكثير من التحديات مقارنة بالأفراد ذوي فعالية الذات المنخفضة الذين يفضلون الأهداف السهلة (Pervin& John,1997:412) .

٩- الافتراضات النظرية التي تقوم عليها نظرية فعالية الذات :

تذكر (أماني عادل سعد علي ٢٠١٠) أن أهم الافتراضات النظرية لنظرية الفعالية الذاتية هي كالآتي :

١ - يسعى الناس جاهدين للتحكم في الأحداث التي تؤثر على حياتهم وضبطها، أو على الأقل ضبط إيقاعها .

٢ - مستوى دافعية الأفراد وحالاتهم الانفعالية أو الوجدانية وأفعالهم هي دالة لما يعتقدونه في ذواتهم من إمكانات ليست ما هي عليه بالفعل .

٣ - تؤثر اعتقادات أو إدراكات الفعالية الذاتية للفرد على :

أ - وجهة الفعل أو السلوك وطاقته .

ب - الجهد Effort .

ج - المثابرة في مواجهة التحديات أو الفشل .

د - التكيف أو التوافق مع الشدائد أو المحن .

هـ - ما إذا كانت أنماط التفكير لدى الفرد ذاتية الإحجام أو ذاتية الإقدام .

و - القدرة على مواجهة الضغوط والإحباطات في المواقف الصعبة .

ي - مستوى الإنجاز الفعلي أو الحقيقي للفرد لمهام ملموسة .

٤ - ويمكن للناس أن يتحكموا في أو يضبطوا إيقاع ما يصدر عنهم من سلوك، وما يقوم به الناس أو يفعلونه عمداً هو المحدد لفعاليتهم الذاتية .

٥ - عمليات التفكير تنشأ نتيجة أنشطة المخ التي لا تقبل الاختزال أو الاختصار، إنما تحتاج إلى الأعمال أو التنشيط والاستثارة وإطراء الفاعلية؛ ومن ثم فإن مستوى تأثيرها يرتبط بمستوى تنشيطها واستثارتها .

٦ - تقف الفعالية الذاتية للفرد خلف ما يلي : طموحاته وتوقعاته، سلوكياته وأفعاله، جهوده ومثابرته، وردود أفعاله الانفعالية أو الوجدانية، وعلى ذلك فإن النواتج المعرفية للعقل لديه ترتبط على نحو موجب باعتقادات أو إدراكات الفعالية الذاتية .

٧ - هناك ذات واحدة أو وحدة للذات، لا ذات موضوعية أو ذاتية؛ لذا ترفض النظرية الاجتماعية المعرفية فكرة ثنائية Dualism، حيث تتفاعل العوامل الذاتية الشخصية والمحددات البيئية والسلوك تفاعلا يقوم على تبادل التأثير والتأثر (أماني عادل سعد علي، ٢٠١٠ : ٤٤) .

الأنماط والطرز والتقسيمات الخاصة بالفعالية الذاتية :

كثير من التقسيمات الخاصة بالأنماط والطرز المتعلقة بالفعالية الذاتية يمكن التعرف إليها كما تكشف عنها الدراسات المنوطة بها، وسوف نوجز الحديث عن بعض منها في إيجاز علي النحو التالي:

- أ- **الفعالية الذاتية للامتناع عن التعاطي Abstinence Self-Efficacy**
والتي تتعلق بمعتمد العقاقير، وتعد من المفاهيم الرئيسية في ضبط عملية مواصلة التوقف والإقلاع عن تعاطي العقاقير والكحوليات، وتتصل بمدى مهارات المعتمد علي التوقف وعلي مقاومة المثيرات، والتصدي للحفز الملح، ومقاومة اللهفة، والإغراءات، والثقة في قدراته، وإمكاناته لمواصلة التغير الإيجابي ، وهذا ما أكدته دراسات عدة مثل دراسة ماجير مع آخرين (٢٠٠٢) (Majer,et.al.,2002) ودراسة ديمل مع ريس (٢٠٠٥) (Demmel&Rist,2005).
- ب- **الفعالية الذاتية العامة مقابل الخاصة General Vr. Specific Self-Efficacy**
وتعني الإدراك العام لقدرات الفرد العامة المثبتة لكفاءاته في المواقف العامة في حياته بشكل عام، ولها مقاييسها التي تعني بتقديرها (Ji-Liang&Dan,2004: 342-344). أما الفعالية الذاتية الخاصة فتعني بإدراك الكفاءة المتعلقة بمواقف خاصة أو قضايا خاصة (Choi,2005).
- ت- **الفعالية الذاتية الفردية مقابل الجمعية Individual Vr. Collective Self-Efficacy**
وتتعلق الفعالية الذاتية الفردية بالفرد ذاته بعينه، وبالشخص المفرد وتتشابه مع مفهوم الفعالية الذاتية الشخصية Personal Self-Efficacy (Lamor&Wilcox, 2005).
وتختلف عن نظيرتها الجمعية تلك التي تتعلق بفعالية الجماعة الذاتية مثل الفعالية الذاتية لجماعة الأسرة، أو جماعة العمل، أو جماعة النشاط، أو الجماعة العلاجية.. وهي تعبر عن مدى نجاح الجماعة في إتخاذ القرار، وحل المشكلات، وتخطي الأزمات، وإحراز التقدم والنجاح ... إلخ (Tasa&Whyte,2005).
- ث- **الفعالية الذاتية بين الشخصية Interpersonal Self-Efficacy**
وهي تتصل بالمجال الاجتماعي للفرد وعلاقاته مع ذاته ومع الآخرين ومدى كفاءة تواصله وتفاعله (Caprara&Steca,2005).
- ج- **الفعالية الذاتية الوجدانية Affective Self-Efficacy**
والتي تتعلق بإدراك مدى ملائمة المشاعر، وكفاءة الأحاسيس في التوافق الوجداني للفرد وتحدد مدى التواصل المشاعري مع ذاته ومع الآخرين، ومدى رضاه عن حياته الانفعالية (المرجع السابق).
- ح- **الفعالية الذاتية التعليمية والتربوية Educational Self-Efficacy**
وتشمل كل ما يتعلق بمعتقدات أو توقعات العائد التعليمي والتربوي (Ali,et.al.,2005) كما تشمل الفعالية الذاتية للمعلم (Kass&Friedman,2005) والفعالية الذاتية الخاصة بالعلوم Science Self-Efficacy وتحصيلها (Scott&Mallinckrodt,2005) فضلاً عن ذلك فإنها تشمل حتي الفعالية الذاتية للمرشد المدرسي School Counselor بوصفه جزءاً من العملية التعليمية والتربوية (Bodenhorn&Skaggs,2005) وهي أيضاً تشمل الفعالية الذاتية الأكاديمية Academic Self-Efficacy والتي تتعلق بالتحصيل ، والممارسة، والإنجاز، والتفوق، والاستيعاب، والطموح، والنجاح... إلخ (Choi,2005).
- خ- **الفعالية الذاتية المهنية Vocational Self-Efficacy**
والتي تتعلق بالكفاءة المهنية، والطموح المهني، وجودة الأداء المهني، والمعتقدات الخاصة بالمهنة، وإدراك أهمية الفرد في مجال مهنته، والرضا الوظيفي، والتوافق المهني، والترقي... إلخ فضلاً عن مكونات أخرى تلقي الضوء عليها دراسة مارتينشيك (٢٠٠٤) (Martincevic,2004) مثل : تأثيرية العمل Work Effectiveness ومواجهة الاحتراق الداخلي Burn out في العمل، وتجنب التعب، فضلاً عن مهارات القيادة، وخبرات التدريب المهني (Martincevic,2004) وتتشابه الفعالية الذاتية المهنية مع ما يسمى بالفعالية الذاتية الحرفية Professional Self-Efficacy والتي تعبر عن مدى إتقان الاداء وحرفيته وجودته (Kass&Friedman,2005) كما يرتبط بالاثنتين ما يسمى بفعالية الذات لاتخاذ القرار المهني Carrier Decission – Making Self Efficacy (Eaton,et.al.,2004) وثمة دراسات عديدة قد أجريت بصدها مثل دراسة هامبتون (٢٠٠٥) (Hampton 2005) تلك التي أجريت علي عينة قوامها (٢٥٦) من طلاب الجامعة في الصين لبحث عملية اتخاذ القرار المهني والطلاب، ودراسة بيتز مع آخرين (٢٠٠٥) (Betz,et.al.,2005) تلك التي أجريت علي عينة قوامها (١٨٣٢) مفحوصاً من أجل الفرض ذاته.
- د- **الفعالية الذاتية الوالدية Parental Self-Efficacy**
والتي تتعلق بمدى كفاءة الوالدين في الوفاء بمسئولياتهما في الأسرة وتربية النشء... إلخ وهي تعبر عن المعتقدات الوالدية، والمهارات الوالدية والتوقعات الوالدية ... إلخ (Holloway,et.al.,2005) وينبثق منها ما يسمى بالفعالية الذاتية الأموية Maternal Self-Efficacy

(Sanders&Woolley,2005) وتظهر الفعالية الذاتية الأموية في مدى قدرة الأم علي التأقلم مع حالات اضطراب الأبناء أو إصابتهم باضطراب مثل نقص الانتباه وفرط النشاط، لأن هذا يضيف عبئاً علي الأم، وهنا تظهر أهمية زيادة الفعالية الذاتية للأم لمواجهة مثل هذه الأزمات (Maniadaki & Sonuga-Barke,2005).

د-

الفعالية الذاتية البنوية (للأبناء) Filial Self-Efficacy

ويقصد بها الفعالية الذاتية للأبناء والتي تعني إدراك الأبناء لفعاليتهم في الأسرة، وتدبر العلاقات الوالدية والتي تؤثر علي مدى رضاهم عن الحياة العائلية والتفاعل الأسري حيث إن الأبناء الأكثر فعالية يكون لديهم تواصل أكثر، وهم أكثر تقبلاً، وأكثر شعوراً بالرضا، وأكثر نشاطاً، والأكثر توظيفاً علي المستويين النفسي والاجتماعي، وهذا ما أكدته دراسات عديدة مثل دراسة كابرازا مع آخرين (Caprara,et.al.,2005) تلك التي أجريت علي عينة قوامها (٣٨٠) مراهقاً في إيطاليا.

ر-

الفعالية الذاتية المجتمعية Community Self-Efficacy

وهي شق آخر من الفعالية الذاتية الاجتماعية Social Self-Efficacy والتي تضم الفعالية الذاتية بين الشخصية، والمجتمعية، والزواجية، والأسرية، والوالدية ... إلخ. وتعتبر الفعالية الذاتية المجتمعية عن مدى إدراك الاتجاه الإيجابي للفرد نحو المجتمع، ومدى الإحساس بالمجتمع، والرضا عنه، والشعور بالمسئولية تجاهه، ومدى إيجابية الفرد في المجتمع، ومدى تأثير دوره فيه.... إلخ (Ferrari,2004).

ز-

الفعالية الذاتية الجنسية Sexual Self-Efficacy

وتتعلق بمدى إدراك كفاءة الفرد في المجال الجنسي والنشاط الجنسي، والحياة الجنسية، ومفهوم الذات الجنسية الإيجابي، ومدى الرضا عن ذلك بما فيها المعلومات الجنسية، والخبرات الإيجابية، والإحساس بالإشباع والإنجازات للذات والشريك، حتي بما يتعلق بالأداءات الجنسية الآمنة مثل استخدام الواقي الطبي وما شابه ذلك (Halpern- Felsher,et.al.,2004).

س-

الفعالية الذاتية للمواجهة والتأقلم Coping Self-Efficacy

وهي التي تضم مجموعة مهارات التعامل مع المواقف الصعبة، والأمراض، والمثيرات السالبة (Wong,et.al.,2004) وتتفرع بحسب موضوعاتها، فهناك الفعالية الذاتية لمواجهة العنف Violence Self-Efficacy وتعني مدى إدراك كفاءة الفرد للتعامل مع العنف ومواقفه ومثيراته ومتعلقاته مثل الإهانة ، والإساءة، واليأس، والفقر، والإذلال، والجرح، والصدمات (Benight,et.al.,2004) وهناك أيضاً فرع آخر لها يسمى بفعالية المواجهة الذاتية للاكتئاب Depression Coping Self-Efficacy وتعني إدراك الفرد لكفاءته في مواجهة الاكتئاب والتعامل معه، والتأقلم معه، ولقد أوضحت دراسة توكر مع آخرين (٢٠٠٤) (Tucker,et.al.,2004) أهميتها، والتي أجريت علي عينة قوامها (٤٩) مكتئباً حيث أوضحت الدراسة أنه كلما زادت الفعالية الذاتية لمواجهة الاكتئاب قلت أعراض الاكتئاب، وبالتالي انخفاض معدل ارتكاسه علي الأقل بنسبة (٢٥%)، وذلك بعد عامين من التدخل والمتابعة للعينة. كذلك يوجد نمط يرتبط بفعالية المواجهة يسمى بالفعالية الذاتية للتمسك الطبي Medication Adherence Self-Efficacy وهي التي تتعلق بقدرات تحمل المرض، وطاقة الأدوية وتناولها والاستجابة لها، ومدى القدرة علي إظهار التمسك الطبي (Kalichman,et.al.,2005). وبما أن المواجهة والتمسك والتأقلم موضوعات شبيهة بالتدبر فهناك أيضاً ما يسمى بالفعالية الذاتية التدبرية Managerial Self-Efficacy وتفيد مدى إدراك الفرد لقدراته وكفاءته في تدبر أموره، وتخص أيضاً الأفراد في موقع المسئولية والإدارة ومدى إيفائهم بمستلزمات وظائفهم وهكذا (Lu,et.,2005).

ش-

الفعالية الذاتية القبلية مقابل البعدية Pre&Post Self-Efficacy

حيث تعرف الفعالية الذاتية القبلية بمدى إدراك الفرد لكفاءته في إنجاز مهمة سوف يقوم بها، والفعالية الذاتية البعدية هي المحصلات الإيجابية لعائد الخبرات الناتجة عن مواقف وتجارب تم إنجازها، وهي مجموعة مشاعر الفرد عن كفاءته الشخصية بعد إتمام المهمة والتي سوف تؤثر فيه للدخول في مهمة أخرى قادمة (Robbins,et.al.,2004).

مفهوم الفعالية الذاتية وعلاقته ببعض المفاهيم الأخرى :

الفعالية الذاتية ومفهوم الذات Self – Efficacy and Self – Concept

يعرف حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٥) مفهوم الذات بأنه : (تكوين معرفي منظم موحد ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتعميمات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد ويعتبره تعريفاً نفسياً لذاته، ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية عن العناصر المختلفة لكونيته الداخلية الخارجية، وتشمل هذه العناصر المدركات والتصورات التي تحدد خصائص الذات لما تظهر إجرانياً في وصف الفرد لذاته كما يتصورها هو " الذات المدركة " " Perceived Self " والمدركات والتصورات التي

تحدد الصورة التي يعتقد أن الآخرين يتصورونها، والتي يمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين الذات الاجتماعية " Social Self ، والمدرجات والتصورات التي تحدد الصورة المثالية للشخص التي يود أن يكون عليها " الذات المثالية " Ideal Self ، ووظيفة مفهوم الذات ووظيفة دافعية تعمل على تكامل وبلورة عالم الخبرة المتغير الذي يوجد الفرد في وسطه ؛ ولذا فإنه ينظم ويحدد السلوك (حامد عبد السلام زهران، ٢٠٠٥ : ٢٩٩).

أما الفعالية الذاتية فتعرفها منال زكريا وآخرون (٢٠١٠) بأنها " عبارة عن المعرفة القائمة حول الذات، وتحتوي على توقعات ذاتية حول قدرة الفرد على التغلب على الصعوبات في مواقف ومهام متنوعة بطريقة ناجحة، كما أنها يعد من أبعاد الشخصية يتسم بالديموم النسبي، تتمثل في معتقدات ذاتية حول القدرة على التغلب على المتطلبات والمشكلات الصعبة التي قد تواجه الفرد (منال زكريا وآخرون، ٢٠١٠) .

ويري مصطفى قسيم هيلات وآخرون (٢٠١٠) أن التوقعات المرتبطة بالفعالية الذاتية تدخل في تكوين مفهوم الذات، فإن كان مستوى فعالية الذات لدى الفرد مرتفعاً؛ أسهم ذلك في تكوين مفهوم ذات مرتفع، والعكس صحيح، حيث إن المفهوم الإيجابي عن الذات يسهم في رفع مستوى الفعالية الذاتية (مصطفى قسيم هيلات وآخرون، ٢٠١٠) .

❖ فعالية الذات والكفاءة الذاتية Self-Efficacy and Self-Competency

إن الكفاءة الذاتية " هي توفر الإمكانيات الشخصية والتي يتاح لها عن طريقها بذل الجهد للتمكن من حل المشاكل التي تواجهها، والتغلب على العقبات التي لا يمكن لغيره لتحقيق الأهداف التي لا يمكن لغيره بلوغها، بينما نجد أن الفعالية الذاتية تعني " السلوك الأدائي Instrumental الموجه نحو حل المشكلات، ومقاومة الضغوط عن طريق المواجهة المباشرة لمصدر هذه المشاكل والضغوط، ومحاولة التغلب عليها، واتخاذ الأساليب الإيجابية لذلك ولما يصاحبها من توترات أو مخاوف ومحاولة الوصول إلى هذه الأهداف، على الرغم من الصعوبات والتوترات حين تكون لهذه الأهداف قيمتها وأهدافها (أيمن غريب قطب، ١٩٩٧).

❖ الفعالية الذاتية والثقة بالنفس Self-efficacy and Self-confidence

يختلف مصطلح الفعالية الذاتية عن الثقة بالنفس في أن الفعالية الذاتية للفرد هي مصطلح أكثر خصوصية وتحديدًا من مصطلح الثقة بالنفس، كما أنها تتميز بالنمو والتغيير المستمر من فترة لأخرى بالمقارنة بالثقة بالنفس وهي أيضاً منبئية قوي لمستوى أداء الأفراد في الأعمال المسندة إليهم مقارنة بالعلاقة بين مستويات الثقة بالنفس والأداء المتوقع من الأفراد (Heslin & Klehe , 2006) .

❖ الفعالية الذاتية وتقدير الذات Self-efficacy and Self – Esteem :

يمكن القول بأن تقدير الذات هو مدي حكم الفرد على قيمته الذاتية ويتميز هذا الحكم بالثبات النسبي عبر مواقف الحياة المختلفة، في حين يشير مفهوم فعالية الذات لمدي تقدير الفرد لقدرته على أداء عمل أو نشاط معين، وبالتالي تتباين الفعالية الذاتية للفرد خلال المواقف المختلفة، وهذا ما أكدته دراسة فريجت (Vrugt , 1994) حيث يرى فريجت أن مفهوم فعالية الذات المدركة يمكن اعتباره شكلاً خاصاً لمفهوم تقدير الذات داخل الموقف .

❖ الفعالية الذاتية والعزو السببي Self-Efficacy and Attribution

يوضح مصطفى قسيم وآخرون أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين الفعالية الذاتية ونظرية العزو Attribution Theory ، ولكن على الرغم من هذا الارتباط إلا أن العزو يشير إلى العلاقة التي يدركها الفرد بين أعماله والنواتج التي تترتب على هذه الأعمال في حياته، أما مفهوم الفعالية الذاتية فيدمج العزو مع الفعالية، إذ يتضمن مفهوم الفعالية قناعة الفرد بمدى وجود القدرة لديه على أداء سلوكيات معينة، وهذا يعني أن مفهوم الفعالية الذاتية أعم وأشمل من مفهوم العزو (مصطفى قسيم هيلات وآخرون، ٢٠١٠).

تأثير فعالية الذات على أداء الفرد :

تعد فعالية الذات من أهم أبنية الفروق الفردية التي تؤثر على فعالية تنظيم الذات، وذلك في مجالات تحقيق الأهداف الشخصية كما أنها تعتمد على معتقدات الفرد حول قدرته على النجاح فيما يقوم به من أعمال يكلف بها، وهي تسهم في فعالية الأداء من خلال زيادة الدافعية وبذل الجهد بالإضافة إلى أنها تعمل على خفض حدة القلق والشعور بانهازم الذات والتفكير السلبي فهي بذلك تهتم بالحكم على القدرة الشخصية (Steven et al ., 2001) .

كما يذكر باندورا Bandura أن أفعال الناس ترتكز على إدراكاتهم الذاتية لفعالية المواجهة المدركة في المواقف التي يعتبرونها مواقف خطيرة، فكلما زادت فعالية المواجهة المدركة اتسم السلوك بالمثابرة، وأن الناس يجتنبون المواقف والانشطة ذات التهديد المحتمل، ليس لأن القلق يهاجمهم

ويحذرهم من كل جانب، ولكن لأنهم يعتقدون أنهم سيعجزون عن مواجهة المواقف التي يعتبرونها مواقف خطيرة، فيمارسون أفعال الوقاية الذاتية بغض النظر عما إذا كانوا سيعانون أم لا ، والخبرات التي تزيد فعالية المواجهة يمكن أن تزيل إثارة الخوف، وتزيد الاتصال الاحتكاك بالمواقف التي كان المرء يتجنبها ويخشها من قبل (علي عبدالله إبراهيم ، ٢٠٠٠ : ١٩ - ٢٠).

إن لمعتقدات الفرد عن فعاليته الذاتية تأثيرات متعددة، فمع ارتفاع هذه المعتقدات ينظر الفرد إلى المهام الصعبة على أنها مصادر للتحدي، كما تتنوع وتزداد الاهتمامات، ويستغرقون في الأعمال، ويضعون لأنفسهم أهدافاً بعيدة يحاولون الوصول إليها، كما أنهم يبذلون الجهد في مواجهة الفشل ويستطيعون وبسرعة استعادة معتقداتهم عن الفعالية عقب الفشل، وهذا الفشل عندما يفسرونه يرون أنه ناتج عن عدم كفاية الجهد المبذول، وأنه ناتج عن نقص المعلومات، وهذه الصفات بصفة عامة تشير إلى الاتجاه الموجب نحو التعلم الذاتي لذوي المعتقدات عن فعالية ذاتهم (علاء محمود الشعراوي ، ٢٠٠٠).

تأثير فعالية الذات على عمليات الاختيار:

تؤدي فعالية الذات دوراً بارزاً في مجال اختيار الأفراد للمهنة، حيث تنبئ الفعالية الذاتية بالمتابعة العملية واتخاذ القرارات المهنية، واختيار التخصصات الجامعية، والرغبة في المشاركة، وترتبط أيضاً بالميول والاهتمامات، سواء في مجال المهنة أو في الحياة بصفة عامة، حيث وجد أن الفعالية الذاتية تكون مرتفعة إذا كانت المهنة في مجال اهتمامات الفرد، وبالتالي تكون توقعات النجاح أعلى وعلى العكس فإن الفعالية الذاتية تكون منخفضة حينما تكون المهنة التي يؤديها الفرد بعيدة عن مجال اهتماماته، وبالتالي يمكن توقع الفشل (Hackett & Bets , 1990).

١٤ - تأثير الفعالية الذاتية على بعض سمات الشخصية :

نظراً لأن الفعالية الذاتية هي عبارة عن اعتقاد المرء في قدرته على أداء مهمة معينة إلى جانب أنها آلية مركزية تتحكم في نشاطات الفرد وقدرته على تحمل الصعوبات في أدائه وسلوكياته، لذلك فهي تعد بناءً محورياً لفهم السلوك الإنساني .

ولقد استخدم باندورا Bandura نظريته المعرفية الاجتماعية كنموذج يقترح (٢٨) ثمانية وعشرين بنداً متصلة بخمس بنائيات أساسية ترتبط بالفعالية الذاتية وهي :

❖ التحصيل الأكاديمي .

❖ التعلم .

❖ الأنشطة الترفيهية وغير المنهجية .

❖ التنظيم الذاتي لمقاومة الضغوط في المشاركة بالأنشطة ذات المخاطر العالية كالإدمان .

❖ العلاقات الاجتماعية (Carl & Brian , 2009) .

وبالتالي تتحكم الفعالية الذاتية في تنظيم العديد من الميكانيزمات النفسية والسلوكية داخل الفرد، وتعتبر الفعالية الذاتية أساساً في قياس العديد من الخصائص النفسية وسمات الشخصية المميزة للأفراد (Freeman et al ., 2003).

مصادر الفعالية الذاتية:

يري باندورا (١٩٩٧) Bandura أن معتقدات الأفراد عن فعاليتهم الذاتية تؤلف نمطاً أساسياً لمعلوماتهم الذاتية، أو معتقدات الفعالية الذاتية، وتتكون مصادر الفعالية الذاتية من أربعة مصادر أساسية وهي كالتالي :

١ - الخبرات النشطة السائدة في حياة الفرد Enactive Mastery Experience:

إن هذا المصدر له تأثير خاص، لأنه يعتمد أساساً على الخبرات التي يمتلكها الشخص، فالنجاح عادة يرفع توقعات الفعالية، بينما تقل نتيجة للفشل المتكرر، خاصة إذا حدث الفشل في وقت مبكر من الأداء ولم يكن انعكاساً لنقص في الجهد أو ظروف خارجية ضاغطة (Juvonen & Wentzel , 1996 : 161).

ويؤكد باندورا (١٩٩٧) أن تلك الخبرات النشطة السائدة في حياة الفرد تستمد تأثيرها على فعاليته الذاتية من كونها تقدم الأدلة الفعلية الحقيقية على مدى إمكان سيطرة الفرد أو نجاحه فيما يسعى لتحقيقه، وأن النجاحات المتكررة تنمي حساً قوياً ثقة في الفعالية الذاتية للفرد، بينما يضعف الفشل المتكرر هذا الحس (Bandura , 1997 : 79 - 81). وبرغم هذا التأثير لخبرات النجاح المتكررة على نمو الفعالية الذاتية للفرد فإن تأثير هذه الإنجازات يتوقف على طبيعتها، وقيمتها المدركة، ومدى تقدير المجتمع والأشخاص المهمين في حياة الفرد لهذه الإنجازات (Sassoon , 2005 : 49).

٢ - الخبرات البديلة Vicarious Experiences:

وهي ملاحظة الفرد لخبرات النجاح أو الفشل لدى الآخرين في مواقف متشابهة، فمن الملاحظ أن الأفراد لا يعتمدون كثيراً على خبراتهم المباشرة كمصدر وحيد للمعلومات، والتي تلزم لخلق مستوى

معين من الفعالية الذاتية، فكثير من التوقعات يستقي من الخبرات البديلة، فالخبرات البديلة عملية استدلالية تفيد في رفع مستوى الفعالية الذاتية للفرد، حيث إن ملاحظة الآخرين وهم ينجحون يرفع الفعالية الذاتية، وعلى العكس من ذلك نجد أن ملاحظة فرد آخر بنفس مستوى القدرات والإمكانات وهو يخفق في عمل يميل إلى خفض الفعالية، ومع أن الخبرات من خلال الآخرين أضعف من الخبرات المباشرة، فإنها يمكن أن تنتج تغيرات دائمة ذات تأثير على الأداء (Bandura , 1997: 86-87).

وبالإضافة إلى ما يمثله النموذج من أهمية لحياة الملاحظ فإنه يساعد على غرس معتقدات ذاتية تحسن من سير ووجهة حياة هذا الملاحظ، كما أن المقارنات الاجتماعية التي يجريها الفرد بين نفسه والآخرين تمثل جزءاً هاماً من هذا المصدر – التعلم بالنموذج – فهذه المقارنات يمكن أن تؤثر بقوة في تطوير اعتقادات الفرد حول قدراته، ومن الضروري في هذا المجال أن نلاحظ أن الفشل الذي يواجهه النموذج يؤثر تأثيراً سلبياً في فاعلية ذات الملاحظ إذا كان هذا الملاحظ يري أن لديه نفس قدرات النموذج الذي يلاحظه، أما إذا كان الملاحظ يري أن لديه قدرات تفوق قدرات النموذج فإن فشل هذا الأخير لا يكون له تأثيره السلبي في هذه الحالة (Pajares , 1999 : 3-4).

٣ – الإقناع اللفظي Verbal Persuasion :

تتأثر الفعالية الذاتية للفرد مهما كانت طبيعتها عامة أو اجتماعية أو أكاديمية بالقدرات الإقناعية اللفظية أو بعوامل الإقناع اللفظي المصحوبة بأنماط من التأثيرات الاجتماعية، وترتبط القدرات الإقناعية اللفظية ارتباطاً دالاً موجباً بالقدرات اللغوية والطلاقة الفكرية واللفظية وقدرات الفهم القراني والسمعي (Bandura , 1997 : 101).

ويري فتحي مصطفى الزيات (٢٠٠١) أن الفعالية الذاتية للفرد أياً كانت طبيعتها، فإنها تتأثر بالقدرات الإقناعية اللفظية والمصحوبة بأنماط من التأثيرات الاجتماعية، كما ترتبط القدرات الإقناعية اللفظية ارتباطاً دالاً موجباً بالقدرات اللغوية والطلاقة الفكرية واللفظية وقدرات الفهم القراني والسمعي (فتحي مصطفى الزيات ، ٢٠٠١ : ٥١٦).

٤ – الاستثارة الانفعالية Emotional Arousal :

يذكر باندورا (١٩٩٧) أن الاستثارة الانفعالية تظهر في المواقف الصعبة التي تتطلب من الفرد مجهوداً كبيراً؛ وتعتمد على الموقف وتقييم الفرد لقدراته، حيث تتوقف على الحالة الدافعية للفرد بالإضافة إلى حالته الانفعالية، كما تعتبر الاستثارة الانفعالية مصدراً أساسياً لمعلومات فعالية الذات وتؤثر عليها، فالأفراد يعتمدون جزئياً على الاستثارة الفسيولوجية في الحكم على فعاليتهم، فالقلق والإجهاد يؤثران على فعالية الذات، كما أن الاستثارة الانفعالية المرتفعة عادة تضعف الأداء، ويمكن معالجتها عن طريق خفض مقدار الاستثارة الانفعالية بواسطة النمذجة (Bandura , 1997 : 106).

الكيفية التي تؤثر بها الفعالية الذاتية في حياة الفرد :

توجه فعالية الفرد الذاتية سلوك الفرد في أربع نواح وهي :

❖ اختيار السلوك :

تعتبر الفعالية الذاتية موجه لسلوك الفرد نظراً لأنها تتحكم في تعزيز الفرد وتحفيز دافعيته للإنجاز، كما تتحكم في مقدار المثابرة والجهد المبذول لمواجهة الصعوبات ومدى قدرته على مواجهة الإحباطات والضغوط، كما تؤثر في اختيار نوعية القرارات الخاصة ببعض المواقف الهامة في حياة الفرد (Bandura & Lock , 2003).

ولقد أوضحت نتائج العديد من الدراسات تأثير معتقدات الفعالية الذاتية في سلوكيات اتخاذ القرار حيث أثبتت النتائج أنه كلما ارتفع معدل الفعالية الذاتية زاد معدل التصدي والالتزام بالمتطلبات التعليمية والأدوار المهنية، أي أن مستوى الفعالية الذاتية المرتفع ينبئ باختيارات مهنية وتحديات تعليمية ومثابرة لتخطي هذه التحديات وتحقيق هذه الأهداف إلى جانب ذلك فإنها تنبئ بارتفاع مستوى التحصيل الأكاديمي والاهتمام والتحكم في المهام المهنية (Bandura , 2001).

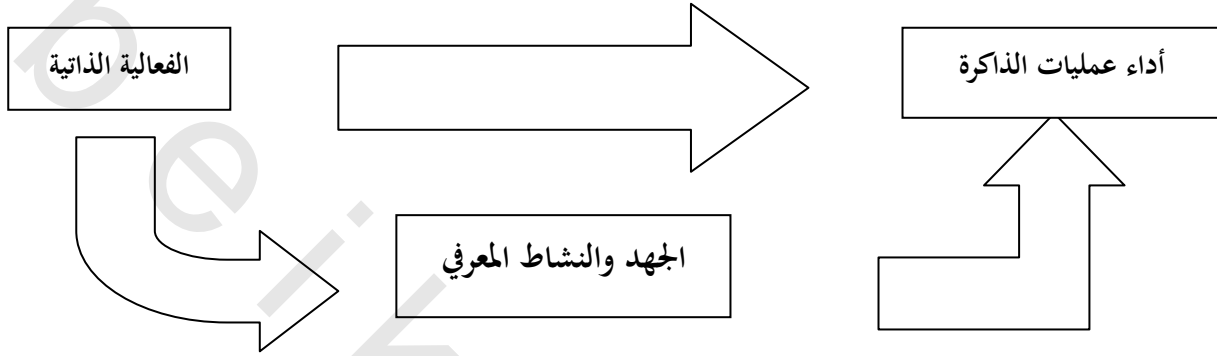
❖ كم ومعدل الجهد المبذول في أداء المهام :

حيث تحدد الاعتقادات عن الفعالية الذاتية كم ومعدل الجهد الذي يبذله الأفراد، ومدى حرصهم على مواجهته أو مثابرتهم في أداء النشاط وصولاً للهدف، فالأشخاص الذين لديهم إدراكات عالية بقوة فعالية الذات يبذلون جهوداً أكبر ويحتفظون لمدد أطول بمعدلات أعلى للنشاط والمثابرة، وترتبط المثابرة بارتفاع مستوى الفعالية الذاتية، حيث تؤدي المثابرة لمستوى مرتفع من الأداء والذي يعود مرة أخرى ليوثر بارتفاع مستوى الفعالية الذاتية (Heslin & Klehe , 2006).

❖ أنماط التفكير وردود الأفعال :

حيث تتحكم الفعالية الذاتية في كل من العزو السببي للنجاح والفشل، ومقدار الدافعية والمثابرة في مواجهة التحديات والصعاب والعوائق، ويظهر ذلك من خلال :

- توجه الأفراد ذوي الفعالية الذاتية المرتفعة للاشتغال بالمهام التي يشعرون فيها بقدر عال من إمكانية المنافسة والثقة والإنجاز، ويتجنبون تلك المجالات أو المهام التي لا يشعرون فيها بذلك .
 - ميل ذوي الإحساس بقوة الفعالية الذاتية إلى إعزاء أو تفسير الفشل في المهام الصعبة إلى نقص الجهد أو عدم كفايته، وهذا الإعزاء أو التفسير يدعم التوجه إلى النجاح، في حين يعزو ذوو الإحساس بانخفاض مستوى الفعالية الذاتية ذلك الفشل إلى نقص القدرة (Bandura , 2001) .
- كما تؤكد نتائج عدة دراسات على أن الفعالية الذاتية تعمل على تعزيز الأداء لعمليات الذاكرة، وذلك بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من خلال زيادة عمليات التجهيز المعرفي للمعلومات، وهذا ما يوضحه الشكل التالي :



شكل رقم (٢) العلاقة بين الفعالية الذاتية وعمليات الذاكرة (Bandura, 1993)

❖ الفرد منتج للسلوك :

حيث نجد أن اعتقادات أو إدراكات الفرد حول الفعالية الذاتية لديه لا تؤثر على سلوكه فحسب، ولكنه يستخدم هذه الإدراكات أو الاعتقادات بشكل إيجابي نشط وملمس، لكي يسلك أو يستجيب من خلالها حيث تمثل كل من العوامل البيئية والعوامل الشخصية والسلوك الإنساني ثلاثة مكونات رئيسية تتبادل التأثير والتأثر، وتقف خلف إمكانات الفرد أو قواه الذاتية، وبذلك نجد أن الثقة بالنفس تولد النجاح الذي يقود إلى مستوى أفضل من الأداء، أما ضعف الثقة في النفس فيولد التردد والتراجع عن المحاولة لتجنب الفشل، وبذلك تمثل الفعالية الذاتية أفضل المنبئات بسلوك الفرد في المواقف المختلفة (Sassoon , 2005 : 51) .

وبذلك تؤكد نظرية فعالية الذات على توسط رضا الفرد عن ذاته وقدراته بين الأداء السابق والأداء في المستقبل، حيث تتكون الفعالية الذاتية للفرد من خلال نتائج السلوك في الماضي ويمثل مستوى فعالية الذات الدافع الداخلي الذي يدفع الفرد نحو السلوك في المستقبل (Bandura & Locke , 2003 : 94) .

ثالثاً: العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy

مقدمة :

يعد العلاج المعرفي السلوكي محاولة لدمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي مع الجوانب المعرفية بهدف إحداث تغيرات إيجابية في السلوك غير المرغوب فيه، كما أشار " كاندل " Kandall بالإضافة إلى الاهتمام بالجانب الوجداني والاجتماعي مع استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية وانهفاعلية (ناصر المحارب ، ٢٠٠٠ : ١) .

ويهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى التعامل مع التفكير الخاطيء والتشويهات المعرفية، والتعامل مع المشكلات المختلفة والسعي إلى تخفيفها ، معتمداً في ذلك على عدة مبادئ أهمها : المشاركة العلاجية، وتوطيد المصداقية مع الحالة، وتقليل أو اختزال المشكلة أي تقسيمها إلى وحدات يسهل تناولها (سالوفيسكس ، مترجم ، ٢٠٠٢ : ٩٨) .

كما أن العلاج المعرفي السلوكي يساعد المرضى على تصحيح المعتقدات الذاتية الخاطئة التي يمكن أن تؤدي إلى الحالة المزاجية السلبية، فالافتراض الأساسي لهذا العلاج هو أن الفكرة تسبق المزاج،

وبالتالي فإن استبدال هذه الأفكار السلبية بأفكار إيجابية أخرى من شأنه أن يحدث تغييرا إيجابيا في الحالة المزاجية للشخص (83 : 2006 , Rupke, Blecke & Renfrow). ويتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والفرد، تجعله يثق في المعالج، ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف، والاهتمام بالمريض، وكذلك على الاحترام الصادق وحسن الاستماع (كوروين ورودل وبالمر ، مترجم ، ٢٠٠٨ : ٨٤) . ويؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أهمية التعاون والمشاركة النشطة، والعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات، وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها الفرد بين الجلسات (طه عبد العظيم ، ٢٠٠٦ : ٢٢٢) .

الأصول النظرية واتجاهات العلاج المعرفي السلوكي :

يشمل العلاج المعرفي السلوكي مناهج عديدة تتشابه في جوهرها، وتختلف في فنيات تطبيقها . وعلى الرغم من أن هناك أكثر من عشرين نوعاً منها، فإن أشهرها هو منهج " بيك " في العلاج المعرفي، ومنهج " ألبرت إليس " في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وتأتي بعد ذلك مناهج أخرى أقل شهرة مثل منهج " ميكينبوم " في التعديل السلوكي المعرفي، ومنهج " ويسلر وهانكين " المعروف بالعلاج التقويمي المعرفي Cognitive Appraisal Therapy الذي حاول فيه الجمع بين العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ومكتشفات التعلم الاجتماعي وعلم النفس الاجتماعي المعرفي، ومنهج " كيللي " للتصورات الشخصية، ومنهج " ألبرت باندورا " في التعلم الاجتماعي، ومنهج " لازاروس " في العلاج متعدد النماذج Multi-Modal Therapy ، ومنهج " ماهوني " في علاج التعلم المعرفي Cognitive Learning Therapy (سعيد عبد الرحمن ، ٢٠٠٨ : ٢٥) .

وقد استمدت فكرة العلاج المعرفي السلوكي من محصلة علم النفس التجريبي والعلاج السلوكي والعلاج التحليلي، وكان بيك واليس من المحللين النفسيين الذين ابتكروا العلاج المعرفي السلوكي للتغلب على بعض العيوب التي يريانها في العلاج التحليلي، ومما ساعد في رسوخ هذا العلاج هو التطور الكبير والسريع في العلوم المعرفية، كعلوم اللغة والحاسوب والعلوم العصبية والفلسفية المرتبطة بالمعرفة (علاء الدين فرغلي ، ٢٠٠٨ : ١٤) .

ثم قدم كيللي Kelly عام ١٩٥٥ أفكاره حول سيكولوجية البيانات الشخصية Psychology of personal Constructs وكان له كبير الأثر على بداية العلاج النفسي المعرفي ، لأنه يركز على المسالك الذاتية التي ينظر من خلالها ، ويفسر ما يدور حوله، وأهمية تلك المسالك في تغيير السلوك، حيث يري في نظريته (النظرية البنائية الشخصية) Personal Construct Theory أن الشخص يقوم بصياغة تصورات أو توقعات حول ما يجري من حوله، ثم يتفحص هذه التصورات . وبناء على النتائج التي يتوصل إليها يقوم بتصحيح أو تعديل هذه التصورات، أي يقوم بإعطاء معانٍ للظواهر، لكي يستطيع فيما بعد توقع ما قد يحدث ويحاول التحكم به (Wells, 2005 : 111) . فالطريقة السالبة التي ينظر بها الناس لأنفسهم وللعالم من حولهم قد تسبب لهم الاضطرابات النفسية. حيث إن لدى كل مجموعة من التصورات الأساسية التي يكون من خلالها هوية لنفسه، وعندما يضطر إلى الابتعاد عن هذه الهوية في سبيل استيعاب خبرات جديدة، فإن ذلك يؤدي إلى شعوره بالذنب، وقد يشعر بالقلق في حالة عدم قدرته على التوقع لما سيؤول إليه موقف معين، وعدم استطاعته بالتالي على القيام بسلوكيات ملائمة .

وقد تظهر المشكلات النفسية عندما يعجز النسق البنائي Construct System لدى الفرد عن توقع الحوادث أو احتوائها ضمن الخبرات السابقة، بطريقة تكفل القيام بسلوك منظم، الأمر الذي يؤدي إلى إحداث تشويه في النظام التصوري للفرد، وهذا بدوره يقود إلى التوتر. ومع كل ذلك لم تلق نظرية " كيللي " قبولا كبيراً من قبل المشتغلين بالعلوم المعرفية لصعوبة فهمها، ولكثره تفاصيلها مع قلة المنشور حولها من كتب ودراسات (Freeman et al , 2005 : 223) .

نشأة العلاج المعرفي السلوكي :

إن العلاج المعرفي السلوكي يعد بمثابة التقاء بين كل من نظريات العلاج السلوكي، ونظريات العلاج المعرفي، حيث تأثر أولاً بنظريات التعلم ثم بالنظريات المعرفية، وتطور بعد ذلك من خلال تطبيقات علم النفس الإكلينيكي، والأبحاث السيكلوجية المعتمدة على النظريات السلوكية، والمزج بين فنيات السلوكيين والمعرفيين، وقد أوضح شيلدون ١٩٩٥ (Sheldon) جوهر النظرية على أساس أنها تفصل بين السلوك والعقل، بينما أكدت النظريات السيكدونامية على أن السلوك هو نتاج للعمليات التي تمر داخل العقل (مدحت عبد الحميد ، ٢٠٠٨ : ١٧) .

ويرجع تأسيس الاتجاه المعرفي السلوكي إلى دونالد هيربت ميكنبوم (Donald Herbart Meichenbum) وقد شعر ميكنبوم ١٩٩٦ أن هناك الكثير من المساعدات للعملاء أفضل من

التحدي غير العقلاني لأفكار ومعتقدات العملاء، فهناك التركيز علي القوة والمرونة أو العلاج القصصي بالإضافة لقصة المشكلة، وهناك هدف آخر للعلاج وهو مساعدة العملاء علي تغيير القصص أو سرد الحكايات التي بنوها عن أنفسهم ؛ ولذا يكون التقييم والعلاج من خلال هذا الإطار النظري عمليات تعتمد علي بعضها البعض، علي سبيل المثال أنواع الأسئلة التي يسألها المعالج، والاختبارات الدقيقة التي تقدم للعملاء، وتمارين المراقبة الذاتية التي يطالب العملاء القيام بها بالإضافة للتركيز علي حديث الذات (Joan Lesser & Donna Pope, 2007 : 67- 68).

تعريف العلاج المعرفي السلوكي :

يعرف جودمان وآخرون Goodman et al (٢٠٠٠) العلاج المعرفي السلوكي علي أنه تدخل معرفي في إطار العلاج السلوكي، ولعل أفضل ما يمكن الوصول إليه من تصنيف لهذا التدخل المتميز هو أنه استراتيجي تدخل علاجي سلوكي مشتقة من نموذج معرفي في علم النفس المرضي، وأنه علي الرغم من تركيز الأهداف المبدئية لهذه الاستراتيجيات علي المعتقدات والعمليات المعرفية والمدرجات العقلية التي يفترض أنها أساس الاضطراب النفسي، فإن العديد من الفنيات السلوكية النوعية يتم استخدامها أيضاً في إطار هذا التدخل (Goodman et al , 2000 : 251).

وفي الكتاب الدولي للعلاجات المعرفية السلوكية للاضطرابات النفسية يعرف كابالو Caballo (٢٠٠١) العلاج المعرفي السلوكي علي أنه منهج تفسيري علاجي للاضطرابات السلوكية والانفعالية، يقوم علي فكرة موداها أن التصورات والمعتقدات، والأفكار السالبة تسهم في نشأة الاضطرابات الانفعالية النفسية، بمعنى أن الإنسان يضطرب انفعالياً ونفسياً وجسدياً واجتماعياً بسبب نظريته وتفسيره للأحداث تفسيراً سالباً، ويعد العلاج المعرفي نموذجاً محدد البناء من حيث الوقت والأهداف؛ فهو علاج قصير الوقت، يستخدم بفعالية مشتركة بين المعالج والمريض، وقد استخدم بنجاح في علاج كثير من الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق ونوبات الهلع والوسواس القهري . (Caballo , 2001 : 11)

بينما عرف بوند Bond (٢٠٠٢) العلاج المعرفي السلوكي بأنه منحي علاجي يضم مجموعة من التوجهات العلاجية. ويؤكد هذا المنحي العلاجي علي أهمية العمليات المعرفية في تحديد وتشكيل السلوك الإنساني، فالمعالجون المعرفيون يجمعون علي أن السلوك والانفعال هما إلي حد كبير نتاج تقييم المرء للأحداث وللمواقف، وللعالم، ولذاته؛ وهذا التقييم يتأثر بمعتقداته وافتراضاته والصور المتخيلة لديه. وهذه العمليات المعرفية وفقاً لهذا الاتجاه تصبح هي المستهدفة في العملية العلاجية (Bond & Dryden , 2002 : 19).

ويعرف واجنر Wagner (٢٠٠٢) العلاج المعرفي السلوكي بأنه مركب من العلاج المعرفي والعلاج السلوكي، يهتم بتغيير كل من أنماط السلوك والتفكير والمشاعر (Wanger A.P , 2002). وفي تعريف أكسفورد (٢٠٠٥) للعلاج المعرفي السلوكي والذي ظهر علي يد آرون بيك عام ١٩٦٠ ضمن نظريته في علاج الاكتئاب، بأنه العلاج الذي يهتم بإجراء تغييرات في طريقة تصور الفرد وإدراكه للأمور، حتي يتغير أسلوبه المكتنظ بالتشوه المعرفي والذي يصيبه بالاضطراب النفسي (Semple, et al , 2005 : 786).

والعلاج المعرفي السلوكي في موسوعة العلاج المعرفي السلوكي عرفه فريمان Freeman (٢٠٠٥) بأنه نموذج علاجي تعليمي تعاوني مكثف وموجه، وتغيير البنية المعرفية، وتبني مخططات معرفية سليمة، وتدريبه علي المهارات الحياتية، وتوجهه نحو التخلي عن التشوهات المعرفية والأفكار السالبة (Freeman et al , 2005 : 12).

ويعرف طه عبد العظيم (٢٠٠٧) العلاج المعرفي السلوكي بأنه طريقة بنائية مركبة ومحددة الوقت، وذات أثر توجيهي فعال، يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات النفسية، ومن المهام التي يتعين القيام بها تعليم المرضى أن يحددوا وأن يتعرفوا علي أفكارهم الخاطئة التي ترتبط بالانفعالات المؤلمة والسلوك المضطرب لديهم، وتعليم المرضى تصحيح ما لديهم من أفكار واعتقادات خاطئة وتحريفات معرفية، ومساعدة المرضى علي تغيير المخططات الكامنة والمختلة وظيفياً، وتدريب المرضى علي الفنيات السلوكية والمعرفية لمقاومة أفكارهم واعتقاداتهم الخاطئة (طه عبد العظيم ، ٢٠٠٧ : ١٥٧)

ويعرف علاء الدين فرغلي (٢٠٠٨) العلاج المعرفي السلوكي بأنه أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي، وهو علاج توجيهي تستخدم فيه آليات وأدوات معينة، وفنيات ومهارات معرفية وسلوكية، لمساعدة المريض علي تحديد أفكاره السالبة ومعتقداته غير العقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي، وتحويلها إلي معتقدات يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي (علاء الدين فرغلي ، ٢٠٠٨ : ١٥)

وقدم بيرني كوروين ورودل وبالمر (٢٠٠٨) تعريفاً للعلاج المعرفي السلوكي المختصر بأنه : علاج توجيهي له هدف، ويتميز بوجود إطار عملي ومكثف ومفصل، موزع علي عدد من الجلسات العلاجية تبعاً لنوع مشكلة العميل وعمقها وتعقيدها، والمبدأ الأساسي والمركزي للعلاج المعرفي هو أن الأفكار

والوجدان والسلوك والجوانب الفسيولوجية هي كلها مكونات لنظام موحد؛ فالتغير الحادث في أي مكون منها يكون مصحوبًا بتغير في المكونات الأخرى (كوروين ورودل وبالمر ، مترجم ، ٢٠٠٨ : ٣) . ويعرف كوبر وفابريورن وهاوكر (٢٠٠٩) العلاج المعرفي السلوكي بأنه العلاج التكاملي الذي يعمل على تعديل الآليات المعرفية والسلوكية المسلم بها والتي تسهم في استمرار المشكلة أو الاضطراب . ويتم ذلك التعديل عن طريق حزمة من الإجراءات المعرفية والسلوكية، في سبيل تبني طرائق سلوكية جديدة . وتؤدي التجارب السلوكية وأساليب إعادة البناء المعرفي دوراً مركزياً في إحداث هذا التعديل (كوبر وفابريورن وهاوكر ، مترجم ، ٢٠٠٩ : ١٥) .

يعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه نوع من العلاج الكلامي يعني أن يناقش المريض أفكاره ومشاعره وأفعاله مع متخصص، ويركز على كيفية تأثير الطريقة التي يفكر بها الفرد على مشاعره وتصرفاته (Kassel , 2007) وهو علاج موجه مباشرة إلى تعديل العمليات المعرفية وتعديل السلوك (Young , 2005) .

يشير أنجير Unger (٢٠٠٤) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي باعتباره نهجاً يهدف إلى استبدال طرق التفكير السلبي بأخرى أكثر دقة وبنائية وتفاعلاً، وتؤدي إلى العمل الفعال، والفكر العقلاني، ومواجهة الإحباط ، والرغبة في الحياة، وتقوي مهارات التفكير الفعال، والعمل البناء، والتعرف إلى السلوكيات المحبطة، وطرق تعديلها (Unger , 2004 : 4) .

يشير راي몬드 كورسني Corsini (٢٠٠٢) إلى العلاج المعرفي السلوكي بأنه " مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تشترك في الافتراض القائم على أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك، وأن هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية والسلوكية وتؤثر في السلوك، وقد أكد هذا المنحني العلاجي على عملية هنا والان (Here and Now) من دون التأكيد على العلاقة السببية بينهما (Corsini , 179 : 2002) .

بينما يتحدد العلاج المعرفي السلوكي في موسوعة جال لعلم النفس The Gale Encyclopedia of Psychology بأنه " نهج علاجي يستند إلى مبدأ تغيير الحالة المزاجية والسلوكيات غير التوافقية عن طريق استبدال التشوهات غير المناسبة في طرق تفكيرهم إلى أنماط تفكير تكون صحية وأكثر واقعية (Strickland , 2001 : 128) .

ويعرفه كوبرا Chopra (٢٠٠٥) بأنه أحد أنواع العلاج النفسي التي تنطوي على مزيج من السلوكية (استناداً إلى نظريات التعلم) والعلاج المعرفي (على أساس النظرية القائلة أن الإدراك لدينا يمثل الأفكار التي تسيطر على سلوكنا) (Chopra , 2005 : 52) .

ويعرفه باسافانا Basavanna (٢٠٠٧) بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي التي تركز على تغيير أنماط التفكير (Basavanna , 2007 : 68) .

وتضيف ميلسا موري Moore (٢٠٠٨) في الموسوعة الصحية أن العلاج المعرفي السلوكي هو أحد أساليب العلاج النفسي الذي يدمج بين فنيات العلاج السلوكي والعلاج المعرفي ويقوم على الأساس النظري لنظرية التعلم والعلوم المعرفية (Moore , 2008 : 215) .

ويعرف أندريوس Andrews (٢٠١٠) العلاج المعرفي السلوكي بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي التي تدمج بين المعالجة بالعلاج المعرفي والعلاج السلوكي، فالعلاج المعرفي يهدف إلى مساعدة الأشخاص على الإدراك وتغيير أنماط التفكير المتعلقة بهزيمة الذات أما العلاج السلوكي فيهدف إلى مساعدة الأشخاص على تحديد وتغيير سلوكياتهم غير التوافقية (Andrews , 2010 : 112) .

ويعرفه كارلن Karlin (٢٠١١) بأنه العلاج النفسي المنظم الذي يركز على الأدوار الرئيسية للإدراك والسلوك في ظهور المرض النفسي (Karlin , 2011 : 1) .

ويوضح شيلدون Sheldon (٢٠١١) أن العلاج النفسي هو نهج علمي قائم على الأدلة النفسية يسعى لمساعدة العملاء على تحليل واختبار الوقائع لأنماط التفكير وردود الفعل الانفعالية والسلوك (Sheldon , 2011 : 3) .

فلسفة العلاج المعرفي السلوكي :

يبين فريمان (٢٠٠٥) نقلاً عن بيك أن فاعلية العلاج تنشأ من التغيرات الحاصلة في الاتجاهات والمعارف، ولهذا اهتم بصفة خاصة بالأفكار التلقائية، وهي أفكار تقييمية مستمرة تضع الأساس لتفسير المثيرات، وهذه الأفكار يدركها الفرد بشكل ضئيل جداً، كما تخضع تفسيرات معنى الحدث أيضاً للفروق الفردية. فطبي سبيل المثال: عندما يطلب شخص ما من أحد أصدقائه أن يتناول معه طعام الغداء ويعتذر الآخر عن قبول الدعوة لأنه مشغول، فربما تفسر هذه الاستجابة على أنها رفض، ويستنتج صاحب الدعوة بتقييمه التلقائي أنه شخص غير مرغوب فيه، وغير جدير بالاحترام، وقد ينتهي به الحال إلى الشعور بالغضب والاكتئاب، والشعور بالعجز والنقص تجاه الشخص الآخر، فمع أن كون المرء مشغولاً يعتبر عذراً جيداً لعدم قبول الدعوة، إلا أن تفسير الموقف من منظور آخر اعتماداً على استنتاج عشوائي، يؤدي إلى استنتاجات خاطئة، وهذا المثال يبين لنا أن جوهر العلاج

المعرفي هو تفسير الفرد للأحداث الدافعة بدلاً من تفسير الأحداث نفسها التي تسبق السلوك، مما يؤدي إلى سوء التوافق (Freeman, 2005 : 213).

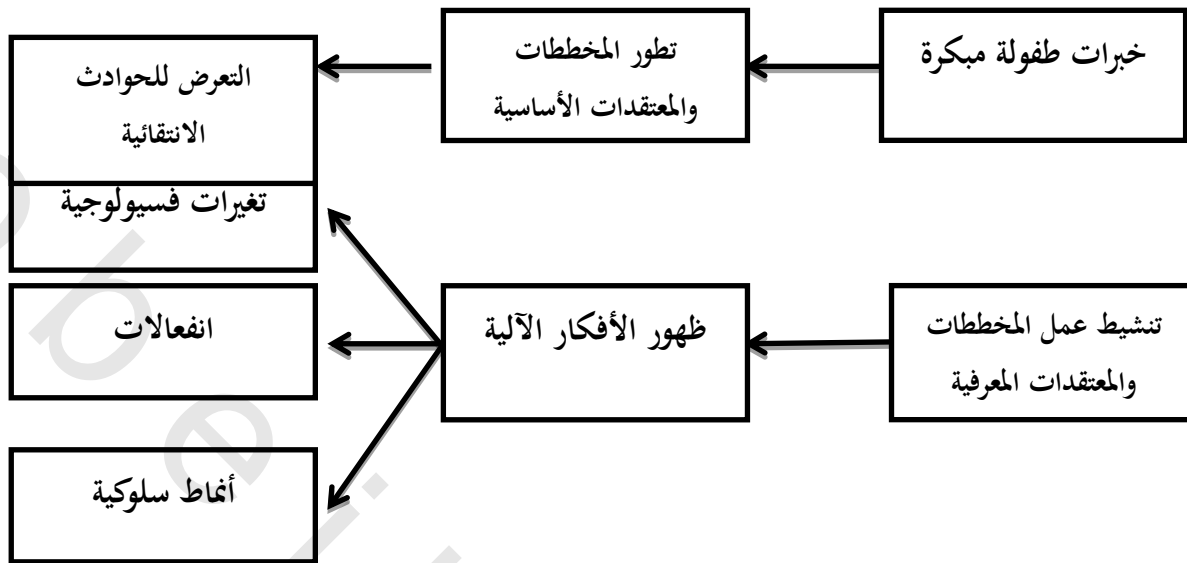
ويركز المعالج في معظم الحالات على الحاضر وعلى المشكلات الحالية وعلى مواقف معينة من تلك التي تثير القلق لدى المريض، ومع ذلك فقد يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضي في حالة رغبة المريض الشديدة في القيام بذلك، أو عندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المريض (Beck, 1996 : 8).

وترى جوديث Judith (٢٠٠٠) أن العلاج المعرفي السلوكي يستند إلى طريقة إدراك الفرد للمواقف المختلفة، والتي تؤثر في كيفية شعوره الانفعالي، لذلك فإن الموقف لا يؤثر مباشرة في كيفية الشعور الانفعالي، ولكن الأفكار عن المواقف هي التي تؤثر في ذلك الشعور، وحينما يكون الفرد فريسة للضغط فإن تفكيره يكون مشوشاً، وتكون انفعالاته سلبية. (Judith, 2000:1).

الافتراضات النظرية للاتجاه المعرفي السلوكي :

الاتجاه المعرفي السلوكي - باعتباره أحد الاتجاهات المعرفية - تستند افتراضاته النظرية إلى الافتراضات العامة للنظريات المعرفية، بالإضافة إلى افتراضات خاصة بالاتجاه تميزه عن غيره من الاتجاهات المعرفية، وفيما يلي عرض لتلك الافتراضات النظرية :

- يركز السلوك وما يبدو من أقوال بدرجة كبيرة على المعرفة والمدرجات أكثر مما يركز على السلوك الظاهري، فإذا كانت الحاجة هي تغيير السلوك الظاهري فإن الأفكار والمدرجات سوف تتعدل تبعاً لذلك والتغيرات التي تطرأ على السلوك الخارجي يمكن الوصول إليها عن طريق إحداث تغيرات في العمليات المعرفية.
- التفكير والانفعال والسلوك أشكال متبادلة، فمن الخطأ القول أن تغيير الانفعال وحده يؤدي إلى تغيير التفكير أو أن تغيير الفكر يؤدي إلى الانفعال، لأن تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعال والعكس أيضاً صحيح .
- التعلم المعرفي مقاوم للنسيان، ويتضمن العمليات الوسيطة بين المثيرات والاستجابات، وتنظيم موقف التعلم وإعادة بنائه حتى يتمكن العميل من التفاعل مع المتغيرات البيئية، ولذلك يتحدد دور المعالج بمعرفته للأبنية العقلية المعرفية ومساعدة العميل على تطوير بنية معرفية جديدة، ووضعها في بناء يسهل عليه استرجاعها .
- أنماط السلوك غير السوية تبدأ فيم تفكر ؟ " محتوى الإدراك " وكيف نفكر ؟ " العملية الإدراكية " ويتم تعديلها بواسطة تغيير أو تعديل الذات السلبية للعميل، وتقديم عبارات بديلة أكثر إيجابية .
- اضطراب الأفكار يظهر نتيجة لاحتواء العقل على معان خاطئة أو نتيجة لنقص معرفي عام ، وتنشأ المعاني الخاطئة إما لعادات تعليمية غير سليمة أو انسياق وراء وسائل الإعلام الخاطئة ، أو عدم تصحيح لأفكار الطفولة، والفكرة هي دائماً حاضرة ومرتبطة بموقف حاضر، وتعديلها يتوقف على مدى رسوخها في الذهن (روبرت ليهي ، مترجم ، ٢٠٠٦ : ٢٩ - ٣٥) .
- تؤدي خبرات الطفولة دوراً في التأثير على اكتساب الأفكار والمعالجات المعرفية غير السوية من خلال المخطط التالي :



شكل رقم (٣) يوضح الافكار والمعالجات المعرفية
(جلال كايد ضمرة وآخرون ، ٢٠٠٧ : ٢٠٧ - ٢٠٨)

يعكس الشكل السابق أن خبرات الطفولة المبكرة مثل خبرات التهديد أو الكذب تعرض الطفل للقلق الدائم، وتؤدي إلى وجود معتقدات خاطئة لدى الطفل ترتبط بهذه الخبرات مما قد يعرضه لأشكال متنوعة من الحوادث المؤلمة، فيدفع ذلك الفرد إلى ظهور العديد من الأفكار الآلية النشطة في ذهنه باعتبارها نتيجة منطقية للمعتقدات المعرفية، مما قد يؤدي إلى سيادة التغيرات الفسيولوجية أو الانفعالات أو الانجرافات السلوكية المهددة لأداء الفرد لأدواره الاجتماعية .
وهناك عدة تعريفات مرتبطة بهذا الشكل وهي :

١ - الأفكار الآلية Automatic thought : تعتبر من أهم المتغيرات المعرفية المستهدفة في العلاج المعرفي، وتعرف بأنها عبارة عن تلك التخيلات أو العبارات أو الأفكار التي تظهر على السطح الشعوري مباشرة بعد التعرض لموقف ما، وغالبًا ما تكون هذه الأفكار مشوهة بشكل كبير، الأمر الذي يؤثر على الحالة الانفعالية للأفراد .

٢ - الأبنية المعرفية Cognitive Schemata : تشير إلى كيفية إدراك الأفراد لعالمهم الخاص وافتراساتهم الأساسية حول البيئة المحيطة بما تحتويه من حقائق وأفراد ومعارف، وتعتبر مكونا معرفيًا أكثر عمقا وتأثيرًا من الأفكار الآلية ومن أمثلة ذلك بعض الأبنية المعرفية السلبية إما النجاح أو الفشل ، كل شيء أو لا شيء ، لا يمكن مواجهة الحياة ، الهروب أفضل من المواجهة .

٣ - التشويهات المعرفية Cognitive Distortion : تشير لتلك الأخطاء في التفكير والإدراك للمواقف مما يدفع الفرد للتصرف والانفعال بشكل سلبي (بيرني كوروين وآخرون ، ٢٠٠٨ : ٦١) .

أهداف العلاج المعرفي السلوكي :

يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى مساعدة الفرد على تطوير المهارات المعرفية لديه، وذلك من خلال الأساليب المختلفة (حل المشكلات، والنمذجة المعرفية، وتصحيح المعتقدات المعرفية) بالإضافة إلى ممارسة السلوك الصحيح الذي يتم تعديله من خلال الأساليب الأخرى (لعب الدور، والواجب المنزلي) . وبذلك يهدف إلى التعديل المعرفي والتعديل السلوكي في آن واحد (Tasman et al , 345 : 2008).

ويذكر أنجير Unger أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى فهم الأسباب الكامنة وراء الانفعالات السلبية والمعتقدات غير العقلانية مستعينا بفنيات معرفية وسلوكية لتعديل هذه المعتقدات السلبية ، وزيادة الدافعية للتصورات الإيجابية ، بحيث تكون النتائج أفضل بالنسبة لتحديات الحياة (Unger , 2004 : 1) .

ويشير كوستر Custer إلى أن النظرية المعرفية السلوكية تهدف إلى دحض الأفكار السلبية لدى الأفراد من خلال مناقشة التطور الطبيعي لديهم، والتركيز على حل المشكلات، والانفعالات والعلاقات

الشخصية التي تسهم في ضبط الانفعالات السلبية : كالعدوان والغضب والاكتئاب والقلق وضعف الانتباه وفرط النشاط . (1 : 2001 , Custer)

ويري بيك أن أهداف العلاج المعرفي هي أن يصبح الفرد واعياً بما يفكر فيه، وأن يميز بين الأفكار السليمة والمشوهة ويستبدل الأحكام المختلة بأحكام دقيقة وصحيحة (آرون بيك ، ٢٠٠٠ : ١٧٤) .

ويمكن صياغة أهداف العلاج المعرفي السلوكي في ثلاث نقاط رئيسية وهي :

أ - تعليم الأفراد فحص وتقييم أفكارهم واتجاهاتهم، ومن ثم تغييرها إلى الأفضل .

ب - تعليم الأفراد استراتيجية سلوكية تساعد على التخلص من مشكلاتهم .

ج - مساعدة الأفراد على زيادة الدافعية للأداء، وزيادة وعيهم بذواتهم، وتنمية مهاراتهم، وكذلك رؤية أكثر موضوعية للمواقف أو المشكلات (علاء الدين فرغلي ، ٢٠٠٥ : ١٤٠) .

كما يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى تعديل التشوهات المعرفية لدى العميل واستبدالها بأفكار أكثر عقلانية بغية التكيف مع أحداث الحياة، ويتم ذلك من خلال التفاعل التكامل بين مجموعة من الفنيات المعرفية والسلوكية بهدف مساعدة العميل على تعلم ما يلي :

١ - رصد الأفكار التلقائية السلبية .

٢ - التعرف إلى العلاقة بين المعرفة والمشاعر والسلوك .

٣ - التأكد من صحة الأفكار التلقائية .

٤ - مساعدة العميل على تعديل الأفكار الخاطئة بأخرى أكثر عقلانية .

٥ - تحديد وتعديل المعتقدات الأساسية أو الافتراضات أو المخططات التي تهيج الفرد للتفكير (Dobson & Dozois , 2010 : 14 - 15) .

وبناء على ما سبق يمكن صياغة أهداف العلاج المعرفي السلوكي في هذه الدراسة بالسعي نحو شحذ الفعالية الذاتية لدى عينة الدراسة من خلال تدريبهم على إعادة الثقة بالنفس وزيادة الدافعية من خلال التعرف إلى الأفكار غير المنطقية، وتمييز الأفكار والمشاعر والتدريب على تنمية مهاراتهم وقدرتهم على التوافق .

مبادئ العلاج المعرفي السلوكي :

١ - يقوم العلاج المعرفي السلوكي على إعادة صياغة متطورة وباستمرار لمشاكل المريض والتصورات الفردية لكل مريض من حيث مصطلحاته المعرفية .

٢ - العلاج المعرفي السلوكي يتطلب تحالفاً علاجياً سليماً .

٣ - العلاج المعرفي السلوكي يؤكد على التعاون والمشاركة الفعالة .

٤ - العلاج المعرفي السلوكي هو علاج موجه بأهداف ويركز على المشكلات .

٥ - العلاج المعرفي السلوكي يؤكد على الحاضر .

٦ - العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي يهدف إلى تعليم المريض كيف يكون معالج نفسه، ويؤكد على منع الانتكاسة .

٧ - العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى أن يكون محدداً بزمناً .

٨ - العلاج المعرفي السلوكي جلساته مقننة البناء .

٩ - يقوم العلاج المعرفي السلوكي بتعليم المريض أن يتعرف ويقيم ويتصدي لأفكاره المختلفة وظيفياً ومعتقداته .

١٠ - العلاج المعرفي السلوكي يستخدم مجموعة متنوعة من الفنيات لتغيير التفكير والمزاج والسلوك (Beck , 2011 : 7 - 10) .

كما يرى Freeman أن للعلاج المعرفي السلوكي عدة مبادئ وهي :

أ - أن العميل والمعالج يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل للحلول .

ب - أن التغيير المعرفي يجعل الفرد نشطاً مما يؤدي لنجاح العلاقة .

ج - أنه ينبغي التركيز على فهم الفرد للجانب المراد تعديله .

والمبدأ الأساسي للعلاج المعرفي السلوكي هو أن الأفكار والانفعالات والسلوكيات يعد كل منها جانباً من نظام موحد بحيث أن التغير الحادث في أي جانب منها يكون مصحوباً بتغيرات في الجوانب الأخرى (Freeman et al , 2005 : 252) .

ويوضح بيرني كوروين وآخرون (٢٠٠٨) مبادئ العلاج المعرفي السلوكي الأساسية وتتمثل في :

الأسلوب العلاجي، وصياغة المشكلة، والعلاقة التعاونية المشتركة، وإعداد والتخطيط للجلسات والعلاج، والعلاج الموجه نحو الهدف، وفحص ومناقشة التفكير غير المساعد (المشوه)، وتعليم العميل أن يكون معالماً لنفسه، واستخدام عديد من الأساليب والوسائل المساعدة، ووضع الواجب المنزلي، وتحديد الوقت، وجلسات التسجيل الصوتي (بيرني كوروين وآخرون ، ٢٠٠٨ : ٤٠) .

كما يرى زافرا كوبر وآخرون (٢٠٠٩) أن هناك ثلاث سمات للعلاج المعرفي السلوكي تعمل معاً وتميزه عن العلاج السلوكي، وكذلك عن الصور والمناحي الأخرى من العلاجات النفسية، وهي :

اعتماد العلاج المعرفي السلوكي علي استخدام المفهوم المعرفي للعملية التي تسهم في استمرار المشكلة، أي أن هذا النوع من العلاجات مشتق من نظرية تهتم باستمرار المشكلة وتولي اهتماماً كبيراً للعمليات المعرفية والسلوكية المسلم بها، والتي تسهم في استمرار المشكلة، ويستخدم العلاج المعرفي السلوكي حزمة من الإجراءات المعرفية والسلوكية لمساعدة العميل علي تحديد وتغيير آليات الاستمرار المحتملة .

كما أوضح تسمان Tasman (٢٠٠٨) أن هناك عدداً من المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي تتمثل في : أنه يركز علي التغيير الذي يجعل الفرد نشطاً مما يؤدي إلي نجاح العلاج والتركيز علي فهم الفرد للجانب المراد تعديله (Tasman et al , 2008 : 125) .
ويبين علاء الدين فرغلي (٢٠٠٨) أهم المبادئ الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي الذي يمارس ضمن حدود مسلمات النظرية المعرفية فيما يلي :

- ١ - يركز العلاج المعرفي السلوكي علي الحاضر حيث يتم التركيز علي المشكلات الحالية وعلي مواقف معينة تثير القلق لدي الفرد ومع ذلك فقد يتطلب الأمر الرجوع إلي الماضي في حالة :
- رغبة الفرد الشديدة في القيام بذلك .
- عدم حدوث تغير يذكر في الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية .
- عندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدي الفرد .
- ٢ - العلاج المعرفي السلوكي علاج مكثف قصير المدي، حيث يتم علاج معظم الحالات في مدة تتراوح ما بين ٤ - ١٢ جلسة، وقد يستمر إلي فترة أطول من ذلك (علاء الدين فرغلي ، ٢٠٠٨ : ٣٤) .

مراحل وخطوات العلاج المعرفي السلوكي :

يصنف كوروين ورودل وبالمير (٢٠٠٨) الخطوات العلاجية إلي ثلاث مراحل :
المرحلة الأولى : وهي بداية العلاج لتوثيق العلاقة العلاجية، ويتم فيها التقييم الدقيق لحالة الشخص من كافة الجوانب وخاصة المعرفية .

المرحلة الثانية : هي تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي بفنياته المتعددة .
المرحلة الثالثة : وهي ختام البرنامج العلاجي (كوروين ورودل وبالمير، ٢٠٠٨ : ٨١) .
وحدد علاء الدين فرغلي (٢٠٠٨) الخطوات الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي في تحديد الخبرة أو الموقف المرتبط بالحالة النفسية، ثم تسجيل الحوارات الداخلية والتفسيرات الآلية للموقف، ثم تحديد التفسيرات السالبة، ثم تسجيل المشاعر والنتائج السلوكية التي تمتلك الشخص نتيجة التفسير غير المنطقي، ثم يلي ذلك دحض الفكرة السالبة وتفنيدها، وتقديم التفسير الصحيح، وتسجيل المشاعر والنتائج السلوكية المرتبطة (علاء الدين فرغلي ، ٢٠٠٨ : ٥٢) .

نماذج العلاج المعرفي السلوكي :

برز في الاتجاه السلوكي ثلاثة نماذج معرفية لها الريادة في هذا الأسلوب العلاجي، وهم بيك Beck وأليس Ellis وميتشيبوم Meichenbaum ونباتول فكرة مختصرة عن بعض أساليب وفنيات العلاج المعرفي السلوكي في هذا المجال :

أولاً : العلاج المعرفي عند بيك Beck Cognitive Therapy

علاج بيك Beck المعرفي عبارة عن حزمة علاجية مشتقة من نظرية أهدافها تحديد ومواجهة الأفكار السلبية، بهدف تطوير وإنتاج بدائل أكثر مناسبة وأفكار توافقية، ويتم تشجيع الاستجابات المعرفية والسلوكية القائمة علي هذه الأفكار التوافقية، وهناك تأكيد علي العلاقة بين المعالج والمريض، والعلاج المعرفي علاج قصير الأمد، وعادة مايكون متوسط فترة العلاج أقل من خمسة عشر أسبوعاً (براندن ، ٢٠٠٠ : ١٣٢ - ١٣٣) .

ويشير بيك إلي أن العلاج المعرفي يركز علي دور العمليات العقلية بالنسبة للدوافع والانفعالات والسلوك، حيث تتحدد الاستجابة الانفعالية والسلوكية الخاصة بشخص ما عن طريق كيفية إدراكه وتفسيره والمعنى الذي يعطيه لحدث ما، فإن اضطرابات الشخصية بأشكالها المختلفة عادة ما يصاحبها طرق متناقضة وغامضة من التفكير عن الذات والبيئة، ولهذا يجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسي علي تغيير مفاهيم المريض، وإعادة تشكيل مدركاته حتي يتيسر له تغيير سلوكه (آرون بيك وآخرون ، ٢٠٠٢ : ٣٧٩) .

ومن ثم فإن النظرية العلاجية لبيك قد اهتمت بعلاج الاضطرابات الوجدانية والسلوكية المختلفة من خلال تعديل الجوانب المعرفية المشوهة لدي المريض من أجل إحداث تغيرات إيجابية علي جميع جوانب شخصيته المعرفية والانفعالية والسلوكية (Tan , 2011 : 258) .

ويهدف العلاج إلي تصحيح التصورات الخاطئة لدي المريض وتعديلها بما يؤدي إلي زوال سوء التوافق، ومن الفنيات المستخدمة في العلاج فحص أو تمحيص الذات عن طريق تشجيع العميل علي

الحديث عن نفسه وعن مفاهيمه الشخصية، وتفسير وتوضيح المفاهيم الخاطئة التي يتبناها المريض، وتشجيعه علي الإثبات والبرهنة الذاتية علي زيف مفاهيمه حول ذاته وعلاقته بالآخرين، وأخيراً إعطاؤه الخبرة البديلة إزاء تصورات ومفاهيمه الخاطئة (خالد محمد عسل ، ٢٠٠٨ : ٧٣) .

ثانياً : العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي A.Ellis Rational-Emotive-Behavioral

:Therapy

واضع هذه النظرية هو " ألبرت إليس Albert Ellis " ففي بداية الخمسينيات بدأت قناعة إليس وثقته في التحليل النفسي في الهبوط، مما دفعه إلي البحث عن طريق له في المدرسة الفرويدية الحديثة ومنها العلاج النفسي الموجه بالتحليل، وزاد اهتمامه بعد ذلك بنظرية التعلم والإشرط الأمر الذي جعله أكثر فاعلية ونشاطاً . وبدأ إليس 1954 Ellis طريقه نحو أسلوب منطقي للعلاج النفسي وذلك تأسيساً علي نموذج فلسفي أكثر منه علي نموذج نفسي، وقد بدأ الكتابة عن أسلوبه الجديد في العلاج في سلسلة من المقالات منذ عام (١٩٦٢) عندما نشر كتابه " السبب والانفعال في العلاج النفسي Reason and Emotion in Psychology " ويركز إليس في علاجه علي التفكير، والحكم والتقدير والتحليل والفعل (التصرف)، بينما لا يهتم كثيراً بالتركيز علي المشاعر (مفتاح محمد عبد العزيز ، ٢٠٠١ : ٣٣) .

بدأ إليس هذا الاتجاه العلاجي عام ١٩٥٥ وكان يعرف آنذاك بالعلاج العقلاني، ثم أضاف له عام ١٩٦١ مصطلح الانفعالي ليصبح مسمى هذا العلاج هو " العلاج العقلاني الانفعالي " واستمر كذلك حتي عام ١٩٩٣ وأضاف له مصطلحاً آخر هو " السلوكي " ليصبح مسماه هو " العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي " (أشرف احمد عبد القادر ، ٢٠٠١ : ١-٢) .

ويقوم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي علي نظرية إليس Ellis التي تفترض أن الاضطرابات النفسية إنما تنشأ من أنماط تفكير خاطئة أو غير منطقية. ويرى إليس أن الناس يشتركون في غيتين أساسيتين، هما المحافظة علي الحياة والإحساس بالسعادة النسبية المصحوب بالتححرر من الألم، وتسهم العقلانية في إيجاد نمط من التفكير يحقق هذين الهدفين، في حين أن عدم العقلانية تخلق نمطاً من التفكير يقف مجرد عثرة في سبيل عدم تحقيقها (محمد السيد عبد الرحمن ، ١٩٩٩ : ٤٨٠) .

ويشجع العلاج العقلاني الانفعالي الأفراد علي أن يكونوا مسؤوليين عن أفعالهم وأن يركزوا علي تغيير سلوكهم للأفضل في المستقبل، كما أنه يعتمد بصفة أساسية علي عملية التربية والتعليم التي يتم من خلالها التعرف إلي أساليب التفكير لدي الفرد وعلي أدائه ومعتقداته والأفكار غير العقلانية وتحديددها، مما يؤدي إلي تغيير التفكير عن طريق المنطق العقلي والإقناع وتحديد بعض الأنشطة التي يمارسها الفرد التي تساعد علي تحدي المعتقدات المطلقة لا الإحباط الذاتي . (Vernon, 1996 : 5) ويعتمد هذا النوع من العلاج علي التأثير الواضح الذي يمارسه الفكر في تشكيل ملامح الانفعال ومن ثم السلوك، فالاضطراب النفسي في أساسه اضطراب معرفي قبل أن يكون اضطراباً انفعالياً أو سلوكياً، فالفكر والانفعال يرتبطان معاً ويكونان أكثر تأثيراً، فالأفكار العقلانية يترتب عليها انفعالات متزنة مما يبدو في النهاية في صورة سلوك متزن، والعكس يبدو صحيحاً في هذا السياق والتفكير سواء أكان عقلانياً أو غير ذلك يتم تعلمه من خلال الوسط الاجتماعي عن طريق عمليات التعليم المباشرة وغير المباشرة عبر التفاعلات العديدة المتنوعة من الجماعات الكثيرة، والأسرة، والأصدقاء، والثقافة، ومؤسسات التربية، فإذا أخذنا في الاعتبار أن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية ما هي إلا اضطراب معرفي في أساسه يمكننا حينئذ من وضع تصورات علاجية تستهدف التحويل لتلك الأفكار من إطار عدم عقلانية إلي الإطار العقلاني (فتحي مصطفى الشرقاوي ، ٢٠٠٣ : ١٥٩ - ١٦٠) .

ثالثاً : التعديل المعرفي السلوكي عند ميتشنبوم Meichenbaum`s Cognitive Behavior

Modification :

واضع هذا المنهج هو دونالد ميتشنبوم ويذكر أن بداية نمودجه قد بدأ أثناء تدريبه في دراسته للدكتوراه، فقد اشتمل هذا التدريب علي العمل مع مرضي الفصام وتدريبهم علي تنمية نوع من الحديث الصحي، وذلك باستخدام أساليب الإشرط الإجرائي، وقد لاحظ ميتشنبوم ان بعض المرضي كانوا يرددون نفس العبارات أثناء المقابلات التتبعية لتقويم فاعلية الطريقة، حيث كانوا يقولون " تحدث حديثاً صحيحاً ، كن متمسكاً وملانماً " وبذلك فقد كانوا منخرطين في نوع من الأحاديث الذاتية التلقائية، ومن ثم تقوم فكرة التدريب علي الأحاديث أو التعليمات الذاتية علي فرض مؤداه أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها، وهناك وظيفة أخرى للحديث الذي يتم داخل الفرد وهي التأثير علي الأبنية المعرفية Cognitive Structures وتغييرها (مفتاح محمد ، ٢٠٠١ : ٥٥ - ٥٧) .

وتشير الباحثة إلى أن كثيراً من الدراسات أكدت علي أن العلاج المعرفي السلوكي هو الأكثر فاعلية في علاج مختلف الاضطرابات، وأنه يحقق نتائج إيجابية في علاج مختلف الاضطرابات النفسية والانفعالية والسلوكية، وأن حدوث انتكاسة بعد تطبيق البرنامج قد تكون شبه معدومة، حيث إن العلاج المعرفي السلوكي يساعد الفرد علي معرفة أفكاره غير المنطقية وتحديدها، والعمل علي تغيير هذه الأفكار الخاطئة وتصحيحها واستبدالها بأفكار أخرى جديدة، مما يساعد علي خفض حدة الاضطراب وخاصة مع مرضي الإدمان.

العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي :

بحسب بيك تقوم العلاقة العلاجية علي ثلاث دعائم، وهي :

١ - التعاون العلاجي : من المسلم به أن التعاون الوثيق بين المعالج والمريض هو مكون أساسي لأي علاج فعال، حيث إن الاتفاق حول طبيعة العلاج ومدته هو عامل حاسم في تحديد نتائجه، كما يتعين علي المعالج أن يلتفت إلي التقلبات التي تعترى مشكلات المريض من فترة إلي أخرى، وليست مهمة المعالج أن يحاول حل جميع مشكلات المريض، بل أن يتحالف معه ضدها أي ضد مشكلات المريض .

٢ - تأسيس العلاقة : لا تبرا الاقتراحات والصياغات التي يقدمها المعالج في كثير من الأحيان من أن تكون مصدراً لبعض المشكلات، فحين ينظر المرضي إلي المعالج علي أنه يتمتع بقدرات خارقة فإنهم يكونون أميل إلي قبول تفسيراته وتوجيهاته والتسليم بها، وهناك مشكلة من نوع آخر تتعلق بالمرضي الذين يستجيبون آلياً لتصريحات المعالج بالشك والريبة، لذا يتحتم علي المعالج أن يؤسس أرضية عامة بشكل ما أو يجد نقطة التقاء بينه وبين المريض، ولذا فمن الحكمة بوجه عام ألا يعمد المعالج إلي مهاجمة الأفكار المحرفة مباشرة، فإن لم ينجح المعالج في أن يتحدي الأفكار المحرفة ذاتها فبوسع أن يعين المريض علي احتمالها .

٣ - اختزال المشكلة : كثير من المرضي يأتون إلي المعالج بحشد من الأعراض والمشكلات قد تستلزم عمراً بأكمله إذا هو عمد إلي حل كل مشكلة منها بمعزل عن باقي المشكلات، حينئذ لا مفر من اختزال المشكلة أي تحديد المشكلات المتشابهة في المنشأ وضمها معاً، وحينئذ يكون بوسع المعالج أن يتخير الفنيات المستخدمة لكل مجموعة منها (أرون بيك ، مترجم ، ٢٠٠٠ : ١٧٧ - ١٨٠) .

تقييم العلاج المعرفي السلوكي :

العلاج المعرفي السلوكي يدعو الأشخاص إلي رؤية الأمور كما هي لا أسوأ مما هي عليه، ويكون العلاج المعرفي فعالاً بدرجة خاصة عندما يكون لدي العميل القدرة علي التمييز بين الإدراك والانفعال والسلوك والاستجابات الفسيولوجية، وأن يكون قادراً علي أن يفهم بوضوح أن الاضطرابات الانفعالية تنتج بسبب التقييم الخاطيء أو المختل وظيفياً للمواقف، وهنا ينبغي أن يقدم المعالج هذا الشرح والتفسير لطبيعة الاضطرابات موضوع العلاج في الجلسة الأولى ويكرره طوال فترة العلاج، فكثيراً ما تكون هذه الشروح والتفسيرات علاجاً، وقد يساعد في التفسير استخدام الرسوم التوضيحية واستخدام السبورة للوصول لفهم أكبر .

ومعظم الاضطرابات النفسية غالباً ما يصاحبها اضطرابات في طرق التفكير، ويسلم العلاج المعرفي السلوكي المعاصر بأن كثيراً من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات النفسية تعتمد الي حد بعيد علي معتقدات فكرية خاطئة يتبناها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به (عبد الستار ابراهيم ، ٢٠٠٠ : ١٥٤) .

وترى المدرسة العلاجية المعرفية السلوكية أن هناك تغيرات إيجابية تحدث في السلوك نتيجة تأكيد الذات، وأنها تشمل ضمناً التغير في طريقة تفكير الفرد، وبالتالي يساعد المعالج المريض علي التعرف إلي تفكيره الملتوي وعلي تعلم طرق أكثر واقعية في صياغة خبراته، وأن السلوك غالباً ما يسبقه تفكير، ومن ثم فإن تغيير نمط التفكير يتبعه تغيير في نمط السلوك (Toastes&Toastes ، 2005 : 154) .

ويوضح طه عبد العظيم (٢٠٠٧) أن من معوقات العلاج المعرفي السلوكي المريض الذي يرفض أن يشارك أو يفكر أو يفلسف الأمور بمعزل عن الوجدان، وكذلك المريض الذي يتوقف عن حضور الجلسات العلاجية أو لا يقوم بالواجب المنزلي (طه عبد العظيم ، ٢٠٠٧ : ٣٦٥) .

استراتيجيات التدخل في العلاج المعرفي السلوكي :

هناك استراتيجيتان أساسيتان في العلاج المعرفي السلوكي هما :

١ - الاستعراض المعرفي :

يمثل الاستراتيجية الأساسية للتدخل في العلاج المعرفي السلوكي، وهو يشتمل علي العملية الكلية للتحديد " التقدير المعرفي " والتغيير " العلاج " فيما يتعلق بسوء توظيف الأفكار والمعتقدات والمدرجات، والهدف من هذه الاستراتيجية هو إعادة بناء وتنميط المدرجات من خلال الاستخدام

المستمر لإجراءات مثل التحليل اليومي من أجل اكتشاف سوء توظيف الأفكار (طه عبد العظيم ، ٢٠٠٧ : ١٦٤) .

٢ - إعادة البناء المعرفي :

من الاستراتيجيات الهامة التي يتم من خلالها مساعدة العملاء ليكونوا أكثر وعياً بطبيعة أفكارهم وتقويم مدي صحة هذه الأفكار، فإن كانت سلبية وغير واقعية يتم توضيح ذلك للعملاء بشكل غير مباشر، وشرح ما تسهم به في حدوث المشكلة، بعد ذلك يتم مساعدة العملاء علي استبدال هذه الأفكار بأفكار إيجابية وواقعية، ونركز في هذه الاستراتيجية علي تعديل تفكير العميل واستدلالاته وافتراضاته والاتجاهات التي تقف وراء الجوانب المعرفية لديه، والهدف منه مساعدة العميل علي اكتساب جوانب معرفية جديدة يستطيع من خلالها أن يوظف هذه الأفكار الجديدة في ممارساته اليومية . (Ronen & Freeman , 2007 : 39)

أساليب التدخل في العلاج المعرفي السلوكي :

لما كانت الأساليب العلاجية في الاتجاه المعرفي السلوكي مأخوذة من أساليب النظرية المعرفية والسلوكية ونظرية التعلم الاجتماعي فهي بذلك تتميز بتعدد الأساليب التي تستهدف مساعدة العملاء علي اكتساب مهارات مختلفة لمواجهة المشكلات الحالية والمستقبلية، ومساعدتهم علي التعلم الذاتي الذي يتمشي مع فكرة نضج الشخصية بالممارسة، والعمل يؤدي دوراً أساسياً ومحورياً عند تطبيق هذه الأساليب فعملية التدخل المهني مشتركة بين الأخصائي والعميل. وتصنف أساليب التدخل المهني لأساليب رئيسة :

١ - الأساليب المعرفية :

تعرف الأساليب المعرفية Cognitive Style بأنها الأسلوب الشخصي المفضل في استقبال المعلومات وترتيبها ذهنياً وترجمة تلك المعلومات إلي أداء يتناسب مع طبيعة أسلوب التفكير، فالمرء عندما يحاول أداء عمل فإنه بطريقة آلية يستقبل المعلومات الخاصة بالعمل المطلوب، ثم يعمل علي إصدار الأوامر والقرارات اللازمة لأداء ذلك العمل، والأساليب المعرفية تؤدي أدواراً مختلفة في تحديد كيفية تفاعل الأفراد مع بيئاتهم المتنوعة، وطريقة تعاملهم مع الأحداث (Richard & Stephen , 2000 : 392).

وينبثق منها مجموعة من الأساليب الفرعية نذكر منها ما يلي :

١ - التعلم الذاتي :

أسلوب معرفي يركز علي الحديث الداخلي للعميل الذي بدوره يسهم في ردود الفعل تجاه المواقف الحياتية المختلفة، فإذا كان رد الفعل سلبياً فإنه ينم عن حديث داخلي غير سوي للعميل، ومن خلال هذا الأسلوب يساعد المعالج العميل في كتابة التقارير الذاتية، بمعنى تسجيله للحديث الداخلي بنفسه ليتعلم وينتبه لطبيعة التفكير المسيطرة علي ذهن (Tammie Ronen , 2003 : 71) .

وعند تطبيق التعلم الذاتي يجب مراعاة الآتي :

١ - العلاقة المهنية الجيدة التي تساعد العملاء علي التعلم وإزالة أية معوقات تعرقل التقدم.

٢ - التفكير الواقعي بوضع البدائل الأكثر منطقية من أجل مواجهة الموقف الإشكالي .

٣ - تدريب العميل علي القيام بعملية العصف الذهني، أي تصور الاحتمالات المختلفة والتحديات المتعددة التي تواجه الموقف الإشكالي بغض النظر عن منطقيتها أو عدم منطقيتها مع محاولة إخضاع هذه الاحتمالات للمناقشة مع الأخصائي لاختيار أفضلها .

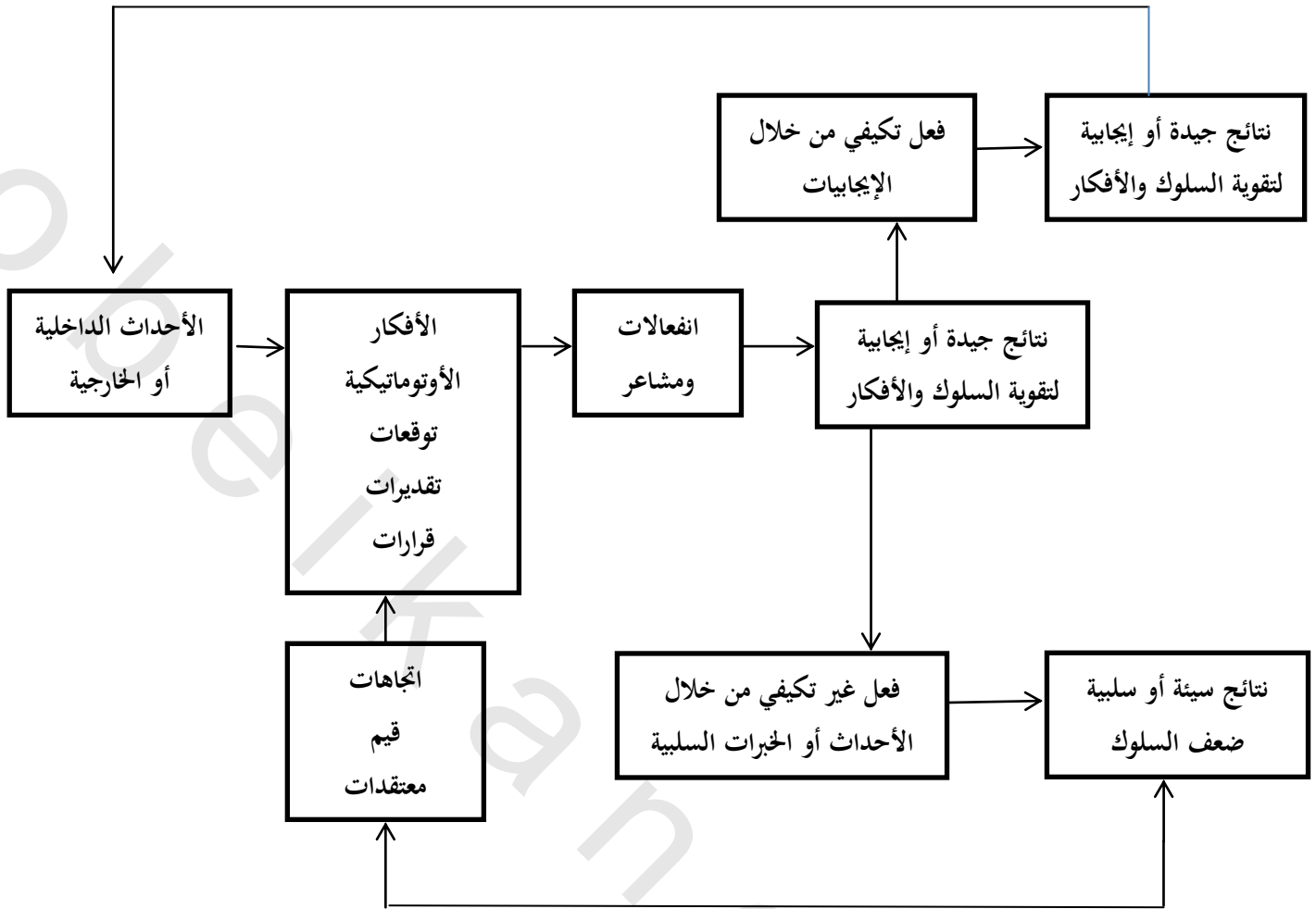
٤ - تحديد المهام التي ينبغي القيام بها لتنفيذ الأفكار ومحاولة مسبقة لاختيار مدي واقعيتها .

٥ - مراجعة تنفيذ المهام مع إعطاء مدعّمات من جانب الأخصائي إذا كانت تتمشي مع المنطق والواقعية أو سحب مدعّمات إذا كان العميل مازال ينظر إليها بأسلوب غير واقعي لا يتمشي مع متطلبات وأهداف الحياة والموقف (أنور محمد الشرقاوي ، ٢٠٠٣ : ٨ - ٩) .

٢ - حديث الذات :

يري ميكنبوم Meichenbaum ١٩٨٧ أن حديث الذات عند أداء نشاط معين من شأنه أن ينبه العميل إلي تأثير أفكاره السلبية في سلوكه، ويقترح منهجاً كاملاً يمكن للمعالج من خلاله أن يطلب منه أن يعيد ويردد عبارات مضادة للفكرة الخاطئة مثل " توقف " ... " فكر قبل ان تجيب " ... " ساعد لعشرة قبل أن أستجيب " . وبالتدريج يمكن للمعالج أن ينتقل بالعمل إلي ترديد تعليمات ذاتية أكثر تعقيداً من ذلك (Knapp , 2007 : 99) .

وقد أوضح كل من كينث وهارف في ٢٠٠٦ كيفية تعديل الأفكار وتعزيزها من خلال النمط التالي :



شكل رقم (٤) يوضح كيفية تعديل الأفكار باستخدام الأساليب المعرفية

يوضح الشكل السابق كيفية تعديل الأفكار باستخدام الأساليب المعرفية عن طريق حديث الذات بتنبية العميل أن الأفكار التي يرددها بينه وبين نفسه هي المسنولة عن طبيعة الانفعال والسلوك الصادر منه، فإن كانت هذه الأفكار سلبية أو خاطئة ستؤدي لانفعال وسلوك سلبي فيقوم المعالج بتصحيح هذه الأفكار وتعديلها إلى أفكار إيجابية تنعكس على الانفعال والسلوك .

٢ - الأساليب المعرفية :

عدة أساليب يستخدمها المعالج مع العميل بهدف تقليل الانفعالات السلبية الصادرة منه في موقف معين مثل القلق والاكتئاب والغضب، وإكسابه مشاعر إيجابية تساعد في مواجهة المشكلة التي يعاني منها ومواجهتها بالانفعالات المناسبة لها، لكي يستطيع التخلص من الاضطراب الانفعالي وتكوين بصيرة حول الذات لما يجب أن تكون عليه تفكيره من منطقية واتزان (Morgillo & Freeman, 2005 : 41) .

ومن هذه الأساليب ما يلي :

١ - ضبط الذات Self - Control :

يوصف بأنه استراتيجية علاجية للمواقف التي يكون فيها الفرد نفسه أداة لتغيير سلوكه، حيث ينتقل العميل من الضبط الخارجي لسلوكه إلى الضبط الداخلي لهذا السلوك (Tammie Ronen , 1994) .

٢ - التأمل Meditation :

من الأساليب الانفعالية الهامة عند التدخل المهني مع العملاء، فهو زيادة الوعي الحسي للمشاعر والانفعالات التي يشعر بها العملاء في التو واللحظة، ويتطلب الانتباه المستمر للعمليات الحسية التي

تحدث ويؤدي لتنظيم المشاعر وإعطاء فرصة للذهن لتحديد الأولويات مع الاهتمام بالمهارات الشخصية التي تسهم في حل مشكلات العملاء، ومن البديهي عند تنظيم وتهدئة المشاعر سيعود إيجابياً علي التفكير والمعتقدات التي تسيطر علي الذهن (Bruno Cayoun , 2011 : 11).
بعض الفنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي :

١ - التدريب علي مهارات حل المشكلات Problem – Solving training وهي مهارات يتم تعلمها للتعامل مع مشكلات الحياة الواقعية، وتتضمن أن يقوم الأخصائي والمريض بتقسيم المشكلة إلي عناصر فرعية ووضع قائمة بالحلول الممكنة، ثم بعد ذلك يقوم المريض بتجربة وتنفيذ هذه الحلول في الواجب المنزلي، وتتم مناقشة النتيجة في الجلسات التالية للعلاج واختبار وفحص حلول إضافية إذا استدعي الأمر (طه عبد العظيم ، ٢٠٠٧ : ٢٨١ - ٢٨٢) .
وعلي العميل أن يتبع عدة إجراءات منطقية في تتابع وتسلسل منظم وإلا فشل في مواجهة مشكلته، وهذه الإجراءات هي :

- ١ - إدراك المشكلة أو الصعوبة.
- ٢ - تعريفها وتحديد هدفها بدقة.
- ٣ - وضع مقترح للحلول الممكنة ومناقشتها منطقياً وجمع البيانات اللازمة عنها.
- ٤ - اختيار الحل الأمثل من بين الحلول الممكنة.
- ٥ - تنفيذ الحل الذي وقع عليه الاختيار (عبد العزيز النوحى ، ٢٠٠٧ : ١٥) .

ويعرف " هارب برلاند " حل المشكلة بأنه القدرة علي الانتقال من المرحلة الأولية في التعامل مع المشكلة إلي المرحلة النهائية التي تشكل الهدف المراد تحقيقه، ولقد حدد النمط التسلسلي في حل المشكلات بالتطبيق علي مثال كما بالجدول الآتي :

طبيعة المشكلة Nature The Problem	الفعل الإدراكي المعرفي Cognitive Action	رقم
في شهر أيار من العام القادم سوف أخرج في الجامعة، إنها نهاية إحدى مراحل حياتي.	Identifying the مشكلة Problem	١
سأكون عاطلاً عن العمل دون تمويل، إذن يجب علي أن أحصل علي عمل، حيث إنني لم أعد أحصل علي موارد مادية من أسرتي .	Representation of المشكلة the Problem	٢
سأكتب سيرتي الذاتية CV واستقصي سوق العمل، وأعمل علي استشارة أصحابي والمعلمين .	Planning thee المشكلة Solution	٣
سأحدد مواعيد مع مجموعة الشركات الهامة وسوف أقابلهم واعتبرها مغامرة .	Execute the Plan مشكلة تنفيذ الخطة	٤
سأفكر في كل عرض يعرض علي في ضوء احتياجاتي ورغباتي، ومن ثم سأخذ قراراً في ضوء مجموعة من المحكات والمعايير، مثل الذي يعرض راتباً كبيراً وإجازات طويلة .	Evaluate the Plan تقويم الخطة	٥
سأتأمل في عملية حل المشكلة لأنقلها في المستقبل في حل مشكلات مشابهة.	Evaluate the Solution تقويم الحل	٦

جدول رقم (١) يوضح النمط التسلسلي في حل المشكلات
(صالح محمد ، محمد بكر ، ٢٠٠٦ : ٣١٧)

٢ - فنية إيقاف التفكير :
تعني أن يقول المريض لنفسه بصوت عال " توقف "، أو الصياح بكلمة " توقف " أو جذب شريط مرن من المعصم لإحداث لدغة، وفي المحاولات التالية لذلك يلقي المريض تعويقات أقل تعقيداً مثل أن يهمس المعالج فقط بكلمة توقف، عندئذ يقول المريض توقف بهدوء أكثر وبشكل غير مسموع لمن يلاحظه، ويكون إيقاف التفكير عادة للاجترارات الوسواسية (ريتشارد ستيرن ، ويلفورد ريس ، مترجم ، ٢٠٠٢ : ٧٦) .

٣ - فنية الحوار السقراطي :
هي الفنية التي يتم استخدامها من أجل تدريب الفرد علي استخدام التساؤل باعتباره جانباً أساسياً علاجياً (كوروين ورودل وبالمر ، مترجم ، ٢٠٠٨ : ١٣٩) .

٤ - فنية إعادة البناء المعرفي :
هي فنية تقوم علي تحديد الأفكار الآلية واختبار صحتها والبحث عن أفكار بديلة إيجابية لتحدي الفكرة الآلية الأولى (علاء الدين فرغلي ، ٢٠٠٨ : ٦٠) .
ويذكر بيك Beck (٢٠٠١) أن التدريب علي التعلم الذاتي يكون فعالاً في التعويض عن نقص المهارات المعرفية، حيث إن إعادة البناء المعرفي يركز علي الانحرافات المعرفية، ويتم تعليم المريض أن يرصد الأفكار التي ترتبط بالانفعالات البغيضة مثل : الاكتئاب والغضب والعداوية، وعند تحديد تلك الأفكار التلقائية يتم استخدام مجموعة من الأساليب لتوضيح طبيعتها المنحرفة (أرون بيك ، ٢٠٠١ : ٣٥٧)
وتقوم فنية إعادة البناء المعرفي علي استبدال المعارف الخاطئة بأخري صحيحة، ويشتمل إعادة البناء المعرفي علي عدة خطوات :

- التعرف إلي المواقف السلبية والمعتقدات الخاطئة .
- فصل وتحديد الأفكار والمعتقدات المشوهة معرفياً .
- التدعيم الإيجابي للحفاظ علي استمرارية ممارسة السلوك الصحيح .
- المتابعة بما يعرف باستمارة الواجب المنزلي (آمال عبد السميع باظة ، ٢٠٠٢ : ٢٧٨) .

٥ - فنية ملء الفراغات :
يذكر بيك (٢٠٠١) أنه ليست هناك صعوبة في التعرف إلي الأفكار الأوتوماتيكية مادامت سائدة وموجودة في مركز الوعي، وتعد فنية ملء الفراغ من الإجراءات الأساسية لمساعدة الفرد علي تبين أفكاره الأوتوماتيكية، وتدريبه علي ملاحظة سلسلة الأحداث الخارجية وردود أفعاله حيالها، فهي وسيلة فعالة لمساعدة الأفراد الذين يعانون من الخجل المفرط أو القلق أو الغضب أو الحزن في المواقف البين شخصية (أرون بيك ، مترجم ، ٢٠٠١ : ١٩٢) .

٦ - فنية تنمية الوعي بعمليات التفكير :
إن الاضطرابات التي تحدث للفرد بأشكالها المختلفة عادة ما يصاحبها طرق غامضة متناقضة من التفكير عن الذات وعن البيئة، ولهذا يجب أن تعتمد سياسة تغيير مفاهيم العميل حتي تيسر له التغيير في سلوكه المضطرب، فالفكرة الرئيسية التي تعتمد عليها أساليب تعديل التفكير تري أنه لا يمكن الفصل بالنسبة للسلوك الإنساني بين جوانب التفكير والانفعال والسلوك، فجميع هذه الجوانب تتفاعل فيما بينها ويكمل بعضها بعضاً، فالقيام بعملية التفكير في حل مشكلة ما تصاحبه جوانب انفعالية متعلقة بالموقف أو الموضوع الذي أفكر فيه، فضلاً عن ظهور جوانب حركية وسلوكية تصاحب عملية التفكير والانفعال، وعندما يسلك إنسان معين مسلكاً نتيجة لمنبه خارجي فإن التفكير يتوسط ظهور هذا المنبه والاستجابة له، فالتفكير إذن يكون له بمثابة همزة الوصل بين الاستجابة الانفعالية السلوكية والموقف الذي يسببها (رنيقة رجب عوض ، ٢٠٠١ : ٦٤) .

٧ - فنية لعب الدور :
وهي فنية سلوكية تستهدف تعليم العميل الاستجابات الملانمة تجاه المواقف المثيرة للقلق، والتي يمكن استخدامها للتعرف إلي الأفكار الكامنة لدي العميل، فهي تساعد المريض علي اكتساب خبرات جديدة تساعد بدورها في تغيير الأفكار السلبية والسلوكيات غير الملانمة لديه، فالخبرات الجديدة التي يتعلمها العميل تساهم في تغيير أفكاره ومشاعره . ومن خلال لعب الدور يستطيع العميل أن يتعلم أنماطاً جديدة من التفكير تكون أكثر ملانمة ومنطقية مما يساعد علي مواجهة المواقف بكل ثقة (طه عبد العظيم ، ٢٠٠٧ : ٢٨٠) .

كما يؤكد بيك وآخرون أن فنية لعب الدور تستخدم في تنمية المهارة والتغلب علي المثبطات، مثل ما هو قائم في التدريب التوكيدي حينما يتضمن الشحن الانفعالي والاضطراب الوظيفي المعرفي للفرد من خلال الأفكار الأوتوماتيكية (Beck et al ., 2004 : 87) .

ويعتبر لعب الدور من الأجزاء الهامة في العلاج المعرفي السلوكي، حيث يستخدم كأسلوب في العلاج لإعطاء الفرد فرصة مناسبة لممارسة التعايش والتدريب علي تحمل أعراض الاكتئاب واختيار الحلول المتعددة للمشكلة، كما يتضمن لعب الدور تصميم حدث مفتعل من خلال المواقف المثيرة لمشاعر الحزن واليأس والإحباط (صلاح الدين عبد الغني ، سحر عبد الغني ، ٢٠٠٣ : ٣٥٥) .

٨ - الواجبات المنزلية :

يعد استخدام الواجبات المنزلية من الفنيات السلوكية الهامة في العلاج المعرفي السلوكي، حيث إن الهدف من ورائها يمكن في إعطاء العميل الفرصة ليقوم بممارسة ما تدرب عليه وما تعلمه أثناء جلسات العلاج، وذلك على مواقف الحياة الواقعية، وعلى هذا يقوم الأخصائي مع بداية كل جلسة بمراجعة ومناقشة هذه الواجبات مع العميل لأن عدم مراجعتها يعطي المريض إحساساً بأن الأخصائي لا يعتبر جزءاً من عملية التغيير العلاجي، ولذلك لابد من مراجعتها باستمرار لأنها وسيلة هامة تساعد على تحقيق الأهداف العلاجية، وإذا لم يستطع العميل أن يؤدي تلك الواجبات يقوم الأخصائي بمساعدته على تحديد الصعوبات التي تعوقه عن أدائها، ويشجعه على مواجهة المواقف التي يخشاها، وهذه الواجبات قد تشمل على جوانب معرفية وأخرى سلوكية، وقد تكون الواجبات مراجعة شريط كاسيت أو قراءة كتيبات أو مقالات ملانمة عن العلاج (طه عبد العظيم ، ٢٠٠٧ : ٢٧٨ - ٢٧٩) .

وقد اعتاد الأفراد التفكير والانفعال والتصرف بطرق مختلفة وظيفياً، ولأن هذا السلوك يستمر معهم سواء بطريقة شعورية أو لا شعورية لفترة زمنية طويلة فيتحول إلى شيء متأصل في طبيعتهم، فهم يحتاجون إلى ممارسة فعالة نشطة ومناسبة من أجل تعطيل أو وقف العادات الانهزامية المدمرة للذات، وتشمل الواجبات المنزلية الأنشطة الموجهة بما تحويه من تدريبات مرتبطة بالتفكير والتخيل والتصور وتكرار بعض المعلومات، وحل بعض التمرينات التي تهدف إلى تنمية القدرة على التفكير العقلاني في المواقف المختلفة (Ellis , 1997 : 13) .

ولكي يتمكن العميل من تدعيم التغيرات الإيجابية التي يكون قد أنجزها في الجلسات العلاجية، ولكي تساعد على أن ينقل خبراته الجديدة إلى المواقف الحية، ولكي يقوي ويدعم أفكاره أو معتقداته الصحية الجديدة يتم توجيهه وتشجيعه على تنفيذ بعض الواجبات المنزلية التي تتمثل في مجموعة من السلوكيات والمهارات التي يتعين أدائها من قبل المريض، ولابد من اختيار نوع الواجبات المنزلية بما يتناسب مع هدف العلاج (أبو بكر مرسي محمد ، ٢٠٠٢ : ١٥٠) .

٩ - التعليمات الذاتية :

في هذا الأسلوب يشير ميكنبوم إلى أن العميل يتدرب على كيفية إثارة حوار داخلي إيجابي يحثه على المواجهة الإيجابية، ومناهضة الأفكار السلبية المتولدة لديه تجاه مواجهة مواقف الضغط، فتساعده على تهوين الموقف وبث الثقة والطمأنينة في نفسه، ورفع كفاءة ذاته وقدرتها على المواجهة، حيث تحثه على الهدوء والتخلص من الانفعالات السلبية، وضرورة التفكير المتعمق المرن قبل التصرف أثناء مواجهة الموقف الضاغط ، وهذه التعليمات تكون من خلال الحوار الداخلي الذي يدور بين الفرد ونفسه أثناء مواجهة المشكلة، وهي قائمة على افتراض أن ما يقوله الناس لأنفسهم يكون له تأثير كبير على السلوكيات التي تصدر منهم .

ويكون ذلك من خلال ترديده لفظياً بينه وبين نفسه لتعليمات ذاتية مقننة يحاول من خلالها التخلص من الأفكار السلبية، ويساعده على ذلك التفكير المتعمق فيها ومعايشتها حتي تحدث تغييراً في السلوك غير التوافقي لديه، وهنا يكون قد تحول البناء المعرفي السلبي إلى بناء إيجابي يأخذ صورة التوجيه والإرشاد تجاه السلوك الأفضل (Meichenbaum , D , 1996 : 48) .

١٠ - المراقبة الذاتية :

يقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي السلوكي قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة أو نماذج معدة مسبقاً وفقاً لطبيعة مشكلة المريض. فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض، وتقدم أدلة تحد من ميل المريض إلى تذكر فشله بدلاً من تذكر نجاحاته (ناصر إبراهيم المحارب ، ٢٠٠٠ : ١١٨) .

وتقوم هذه الفنية على أساس مساعدة المريض على القيام بمتابعة وتسجيل نشاطاته اليومية على مدار الساعة بصورة يسهل من خلالها تحديد المهام والأنشطة التي يقبل عليها العميل بدافعية ونشاط، وتعطي له إحساساً بالسعادة والسرور والرضا، وهنا يقوم المعالج بتعزيزها وتكثيفها للمريض، ومن منحي آخر تساعد المعالج في تحديد الأنشطة اليومية التي تستثير المزاج الاكتئابى لدى المريض، حيث يتم مناقشتها ومعالجة الأخطاء أو التشوهات التي تكتنفها (DeRubeis et al , 2010 : 278 - 279) .

١١ - فنية تحدي التفكير الثنائي :

تهدف هذه الفنية لمواجهة التفكير الثنائي، حيث تستهدف المرضى الذين لديهم أسلوب التفكير الثنائي الخاطيء والمتمثل في احتمالين فقط (الكل أو لا شيء) وهذه الفنية تركز على كسر الانقسام الفكري

من خلال استخدام استراتيجيات المناقشة المجردة من التأثير الانفعالي قدر الإمكان، وذلك للحد من هذا التفكير الخاطيء ومساعدة المريض علي الاستبصار بحقيقة الأمور كما هو الواقع المعاش (Freeman , Pretzer , Fleming & Simon , 2004 : 48).

١٢ – التدريب علي الاسترخاء :

وهي إحدى التقنيات العلاجية التي قدمها آدموند جاكوبسون في وقت مبكر من القرن العشرين، حينما كان يعمل علي أطروحة (الدكتوراه) في جامعة هارفارد، وتتضمن هذه الفنية مجموعة متنوعة من الإجراءات لإحداث استرخاء عضلي عميق، وتقوم معظم هذه الإجراءات علي أساس الطريقة التي وضعها جاكسون والمعروفة باسم الاسترخاء التدريجي، وهي تتطلب من المريض التوتر ثم استرخاء المجموعات العضلية الرئيسية بداية من قمة الجسم إلي أسفله وبطريقة ثابتة ونظامية (Ferguson 532 : 2009 & Sgambati).

١٣ – فنية إعادة العزو :

وهي إحدى الفنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي، والتي تركز علي تشجيع المريض علي إعادة تقييم أفكاره التلقائية وافتراضاته من خلال استكشاف الطرق المعرفية الأخرى التي تساعده علي النظر إلي الأشياء أو الأسباب البديلة للأحداث بصورة جديدة تتسم بأنها أكثر عقلانية وواقعية (Tan , 2011: 259).

فعالية العلاج المعرفي السلوكي :

إن النجاح الذي أحرزه العلاج المعرفي السلوكي في علاج عدد من من الاضطرابات الاكتئابية وخفض مخاطر التعرض للانتكاس قد شجع علي استخدامه في مشكلات إكلينيكية غير الاكتئاب، ويتمشي هذا الاستخدام واسع النطاق مع النموذج المعرفي الذي لم يكن مقصوداً منذ البداية أن يقتصر علي الاكتئاب، ولكن استخدامه في علاج اضطرابات انفعالية وسلوكية أخرى (جان سكوت وآخرون ، ٢٠٠٢ : ٩).

وتناول العلاج المعرفي السلوكي الاضطرابات النفسية بالدراسة والبحث، فهناك العديد من الدراسات التي أجريت باستخدام العلاج المعرفي السلوكي، وأثبتت فعالية تناوله للفنيات المختلفة للاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والحماية من الانتحار وفي مجال سوء استخدام العقاقير والفصام والوسواس القهري والقلق .

وقد نال العلاج المعرفي السلوكي شهرة واسعة في علاج الاكتئاب في مثل دراسة هيدز ٢٠١٠ Hides et al 2010 ، ودراسة كوري وآخرين ٢٠٠٣ Curry et al 2003 . وفي مجال سوء استخدام العقاقير كدراسة كوبلاند وآخرين ٢٠٠١ Copeland et al 2010 ، ودراسة بولاك ٢٠٠٢ Pollack 2002 ، ودراسة لاتيمر ٢٠٠٣ Latimer 2003 ، ودراسة روبك وآخرين 2006 Rupke et al ، ودراسة ودراسة باول وآخرين 2008 Powell et al ، ودراسة فارابوج وآخرين ٢٠١٠ Farabaugh et al ، ودراسة فوجيساوا وآخرين 2010 Fujisawa et al ، ودراسة باركر وآخرين 2003 Parker et al . وفي علاج الفصام والأمراض الذهانية مثل دراسة لوسيا ٢٠٠٨ Lucia et al 2008 ، ودراسة كافانج ٢٠٠١ Kavanagh 2001 . وفي علاج الذعر الليلي مثل دراسة كراسك وآخرين ٢٠٠٥ Craske et al 2005 .

كما أظهر العلاج المعرفي السلوكي فاعلية واضحة في خفض أعراض اضطراب الوسواس القهري مثل دراسة هارتل وفروست 1999 Hartl & Frost ، ودراسة ابراموwitz 2001 Abramowitz ، ودراسة فرانكلين وآخرين 2001 Franklin et al . ، ودراسة وارن وتوماس 2001 Warren & Thomas ، ودراسة ابراموwitz وآخرين 2003 Abramowitz et al . ، ودراسة تايلور وآخرين 2003 Taylor et al . ، ودراسة زوكر وآخرين 2006 Zucker et al . ، ودراسة ميتشل وآخرين 2006 Mitchell et al . ، ودراسة اندرسون وريس 2007 Anderson & Rees ، ودراسة تولين فروست 2007 Tolin, Frost & Steketee ، ودراسة ستورث وآخرين 2011 Storch et al . ، ودراسة كالاكمب وسالكوفيكس 2011 Dieffenback et al. ، ودراسة ديفينبك وآخرين 2007 Veale .

وفي خفض مستوى الشعور بالقلق مثل دراسة كانتاساكا توم أوم Kanetsuki, Tomomi 2008 ، ودراسة أدومية 2006 Adomeh ، ودراسة لندن وآخرين 2005 Linden, M et al. ، ودراسة أرنتز ٢٠٠٣ Arntz ، ودراسة شيو 2010 Chiu .

وفي علاج القلق الاجتماعي مثل دراسة هامبورج 2002 Heimberg . وفي علاج اضطراب ما بعد الصدمة مثل دراسة جراسو وآخرين 2011 Grasso et al . وفي علاج الأرق الأولي مثل دراسة أدينجر ومينس 2005 Edinger & Means . وفي علاج الخرف مثل دراسة سينديا وافتين 2011 Cindea & Iftene . وفي علاج اضطرابات الأكل مثل دراسة كافاليني 2011 Cavallini .

منهج صياغة الحالة إلى العلاج المعرفي السلوكي :

تعتبر صياغة الحالة الكلينيكية مفهوماً واسعاً قد تم تطبيقه واستخدامه في العديد من أنواع العلاج النفسي بما في ذلك العلاج المعرفي السلوكي، فصياغة الحالة أداة مركزية لجميع العلاجات النفسية تقريباً، وقد تم وضع طريقتين لصياغة الحالة في العلاج المعرفي السلوكي أولاهما وضعها بريسونس Presons ، وثانيهما وضعها جوديث بيك J , Beck والطريقتان هما :

❖ الصياغة السلوكية The Behavioral Formulation :

وهي تركز على التقلب أو التغير في المواقف بدلاً من التركيز على استقرارها .

❖ الصياغة البنشخصية The Interpersonal Formulation :

وهي تركز على عوامل العلاقة السببية بين إدراكات المريض والأنماط البنشخصية المتكررة

(Dobson & Dobson , 2009 : 33 – 34) .

ويشير جاكليين بريسونس وجون دافيدسون إلي أن صياغة الحالة في العلاج المعرفي السلوكي ليست جديدة على العلاج، وهي إطار منهجي يستوفي معرفة الاحتياجات الخاصة بالمريض، مما يساعد المعالج علي اتخاذ القرار المناسب، كما أنها أسلوب تجريبي معتمد، يبدأ المعالج من خلاله جمع وتقييم البيانات للحصول علي التشخيص الدقيق، ومساعدة المعالج علي وضع خطة علاجية شرط أن يوافق عليها المريض، ولهذا يستخدم المعالج هذه الصياغة في اتخاذ القرارات والعمل مع المريض علي جمع البيانات ومراقبة التقدم المحرر في أثناء العملية العلاجية، وكل هذا يحدث ضمن سياق العلاقة العلاجية التعاونية (Persons & Davidson , 2010 : 172 – 174) .

العلاقة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاجات الأخرى :

١ - علاقة العلاج المعرفي السلوكي بالعلاج التحليلي :

يذكر بيك Beck (٢٠٠١) أن العلاج المعرفي السلوكي يختلف مع العلاج بالتحليل النفسي، ذلك لأن الأخير يتطلب بنية تحتية معقدة لشرح الإضطرابات النفسية والاختلالات السلوكية، أما العلاج المعرفي السلوكي فهو يوفر حلولاً أسهل وطرقاً أكثر دقة في إعادة تنظيم السلوك لدي الفرد (Beck , 2001 : 2) .

ويشير ميتشبنوم Meichenbaum (١٩٩٧) إلي أن العلاج المعرفي السلوكي يجعل فهم الاضطرابات الانفعالية وعلاجها أكثر اتصالاً بخبرات الحياة اليومية للفرد، وللفرد حينئذ أن يطمئن إلي أن اضطرابه لا يعدو أن يكون ضرباً من ضروب سوء الفهم التي كثيراً ما مر بمثلها في حياته السابقة وكثيراً ما نجح في تصحيحها حين توفرت له المعلومات الصحيحة أو حين كشفت له المغالطة الكامنة، ومن شأن هذا المدخل العلاجي أن يغير نظرة الإنسان إلي نفسه وإلي عالمه الخارجي، وهو حين يضع يده علي مواطن المغالطة في تفكيره ويجري عليها التصحيح اللازم فإنه يجعل حياته أكثر إرضاء له. أما مدرسة التحليل النفسي فتعزو الاضطراب إلي عوامل لا شعورية، وأن عناصر اللاشعور هذه عبارة عن شيء مكنون ختم عليه بأختام منيعة وضربت دونه حجب نفسية لا يملك كشفها إلا المحلل النفسي (Meichenbaum, 1997 : 8) .

٢ - علاقة العلاج المعرفي السلوكي بالعلاج السلوكي :

يشير بيك (٢٠٠٠) إلي أن المدرسة السلوكية لا تري في الاضطراب الانفعالي أكثر من انعكاسات لا إرادية قائمة علي إشرطات قديمة طرأت علي الفرد في خبرته الماضية، وهذه الانعكاسات الشرطية لا يملك الفرد تعديلها بمجرد فهمها، فوعي الفرد بما يجري لا يغني عنه شيئاً وإنما يلزمه أشرط مضاد يقوم به معالج سلوكي، وهذا ما يتنافي مع العلاج المعرفي السلوكي الذي يجعل فهم الاضطرابات الانفعالية وعلاجها أكثر اتصالاً بخبرات الحياة اليومية للفرد (أرون بيك ، ٢٠٠٠ : ٦-٨) .

مزايا العلاج المعرفي السلوكي :

- تذكر جوديث Judith (٢٠٠٠) أن العلاج المعرفي السلوكي يؤكد علي تطوير علاقة علاجية قوية بين المعالج والعميل والتي تجعل من الممكن تفادي العديد من الصعوبات المحتملة، كما أن العلاج المعرفي السلوكي يعتبر من العلاجات التكاملية التي تستخدم فنيات من العلاجات الأخرى، وذلك لإحداث تغيير معرفي انفعالي سلوكي، ومن ثم فإنه يلبي المتطلبات الضرورية للفرد من خلال تدريبات التعلم الذاتي وحل المشكلات وتعديل السلوك، كما أن المعالجين المعرفيين السلوكيين يقدمون خططا علاجية مرنة مبنية علي طبيعة اضطراب الفرد ويعملون علي التنقية المستمرة للتصورات العقلية والخصائص الشخصية والتفضيلات والأهداف، كما أنهم يحاولون إيجاد علاقة علاجية قوية بين المعالج وأفراد المجموعة العلاجية (Judith , 2000 : 1) .
- يذكر أنجير Unger (٢٠٠٣) أن العلاج المعرفي السلوكي يتميز بأنه يستند علي منهج يهدف إلي التقييم الموضوعي للمشكلة يضمن التعاون والفحص المتبادل بين المعالج والفرد للمشكلات أثناء الجلسات أو في ممارسة الواجب المنزلي المنظم خارج الجلسات، كما أنه قصير الأمد في التنفيذ وفعال في معالجة العديد من المشكلات منها : القلق الاجتماعي واضطراب نقص الانتباه والخجل والقلق العام والنشاط المفرط والانزعاج والخوف والعصاب القهري (Unger, 2003 : 2) .

رابعا : بعض الدراسات السابقة

دراسة فيني (٢٠٠٦) Feeney 2006 :

التحسن في اتخاذ التدابير للضغوط النفسية بين مسيني استخدام الأمفيتامين باستخدام العلاج المعرفي السلوكي قصير الأمد :

تهدف هذه الدراسة إلي التركيز علي الفعالية الذاتية، تحسين أساليب حل المشكلات والتخطيط الجيد لمنع الانتكاسة مع معتمدي الأمفيتامينات باستخدام العلاج المعرفي السلوكي .

وقد طبقت هذه الدراسة علي عينة قوامها (٥٠٧) وقد استخدمت في هذه الدراسة مقياس شدة الاعتماد، استبيان الصحة العامة، ومقياس الكفاءة الذاتية لرفض الأمفيتامينات وتم تحديد الحالة النفسية لأفراد العينة من خلال أربعة مقاييس فرعية من استبيان الصحة العامة وفقاً لمعايير البيئة الأسترالية .

وقد أظهر ٩٠ ٪ من معتمدي الأمفيتامينات نتائج ٨.١٥ + ٣.١٧ قبل الخضوع للعلاج وقد سجل استبيان الصحة العامة نتائج أقل من معايير المجتمع الأسترالي، بينما سجل مقياس تحديد الحالة النفسية نتائج أعلى من معايير المجتمع الأسترالي متمثلة في (الأعراض النفسجسمية ٥٢.٣ ٪ ، القلق ٦٨ ٪ ، سوء التوافق الاجتماعي ٤٦.٥ ٪ ، الاكتئاب ٣٣.٧ ٪) وقد خضع ١٦٨ فرداً من العينة والذي يمثل نسبة ٣٣ ٪ من نسبة العينة إلي البرنامج العلاجي كاملاً. وقد أوضحت نتائج الدراسة تحسناً في كل الاختبارات الفرعية لمقياس الحالة النفسية (الأعراض النفسجسمية ، القلق ، سوء التوافق الاجتماعي ، الاكتئاب) كما سجلت أيضاً تحسناً في الفعالية الذاتية لرفض الأمفيتامينات واستمرار التحسن استناداً للبيانات الأساسية للمواد التي لم تخضع للبرنامج . وقد تنبأ مقياس الصحة العامة واستبيان الفعالية الذاتية لرفض الأمفيتامينات ومقياس شدة الاعتماد بنجاح البرنامج .

التعليق علي الدراسة :

١ - العينة :

ندرة الدراسات العربية والأجنبية في حدود علم الباحثة التي تناولت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في شحذ الفعالية الذاتية لدي عينة من معتمدي الأمفيتامينات .

٢ - الأدوات :

استخدمت الدراسة السابقة أدوات سيكومترية مختلفة لقياس الفاعلية الذاتية مثل مقياس الكفاءة الذاتية لرفض الأمفيتامينات.

٣ - الأهداف :

هدفت هذه الدراسة إلي التركيز علي الفاعلية الذاتية وتحسين أسلوب حل المشكلات والتخطيط الجيد لمنع الانتكاسة .

٤ - النتائج :

أظهرت الدراسة أنه كان للعلاج المعرفي السلوكي فعالية في تحسين الفعالية الذاتية لدي أفراد العينة الذين خضعوا للبرنامج، كما أظهرت استمرار التحسن لدي أفراد العينة .

****الصعوبات التي واجهت الباحثة :**

- ١ – ندرة عينة البحث، وذلك لأن عدد معتمدي الأمفيتامينات قليل جداً ومن الصعب إيجادهم .
- ٢ – ندرة الدراسات السابقة، فلم تجد الباحثة أية دراسات عربية تناولت أياً من متغيري الدراسة، بينما وجدت دراسة أجنبية واحدة فقط تتكلم عن متغيرات الدراسة .

خامساً: الفروض:

تتلخص فروض الدراسة في الثلاثة التالية:

- ١- توجد فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي للجماعة العلاجية في متغيري الفعالية الذاتية وتقويم العلاج لصالح القياس البعدي إيجاباً.
- ٢- توجد فروق جوهرية بين الجماعتين العلاجية والضابطة للقياس البعدي في متغيري الفعالية الذاتية وتقويم العلاج لصالح الجماعة العلاجية إيجاباً.
- ٣- لا توجد فروق جوهرية بين القياس البعدي لمرحلة العلاج والقياس البعدي لمرحلة المتابعة للجماعة العلاجية في متغيري الفعالية الذاتية وتقويم العلاج .