

□ الأسس النظرية للعلاج المعرفى السلوكى □

obeikandi.com

الأسس النظرية للعلاج المعرفى السلوكى

يعتبر العلاج المعرفى السلوكى إتجاهاً علاجياً حديثاً نسبياً يعمل على الدمج بين العلاج المعرفى بفنياته المتعددة والعلاج السلوكى بما يضمه من فنيات، ويعتمد إلى التعامل مع الإضطرابات المختلفة من منظور ثلاثى الأبعاد إذ يتعامل معها معرفياً وإنفعالياً وسلوكياً بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفى أو الإنفعالى أو السلوكى. كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض لتحديد فى ضوءها المسئولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة وإعتقادات لاعقلانية مختلة وظيفياً تعد هى المسئولة فى المقام الأول عن تلك الإضطرابات التى يعانى منها المريض وما يترتب عليها من ضيق وكره. وبنفس المنطق يتحمل المريض مسئولية شخصية فى إحداث التغير العلاجى من خلال تصحيح الأفكار المشوهة والإعتقادات اللاعقلانية وتعديلها وإستبدالها بأفكار وإعتقادات أخرى تتسم بالاعقلانية والتوازمية.

ويعتمد هذا الإتجاه العلاجى على الإقناع الجدلى التعليمى بما يضمه من فنيات عديدة فى تقديم منطق العلاج وشرحه للمريض وإقناعه بضرورة الإلتزام فى العلاج وقيامه بالدور المناط به، وتوضيح العلاقة بين الأفكار المشوهة والإعتقادات اللاعقلانية من ناحية وبين مايعانى المريض منه سواء تمثل ذلك فى إضطرابات أو ما يترتب عليها من مشاعر سلبية تحد من أدائه الوظيفى فى مختلف المجالات، وتصيغ هذا الأداء الوظيفى بالخلل. ويتم مثل هذا الإقناع من خلال عملية تعليم وتعلم تستند فى المقام الأول على العلاقة العلاجية التى تنشأ بين المعالج والمريض ومدى القوة التى تتسم بها.

وتتمثل الأطر النظرية لهذا المنحى العلاجى فى تلك الأساليب التى قدمها كل من دونالد ميتشنيوم D. Meichenbaum وألبرت إليس A. Ellis وأرون بيك A. Beck وفيكتر رايمى V. Raimy إلا أن باترسون Patterson يرى أن ما فعله كل من ميتشنيوم ورايمى يعد بمثابة محاولة لم تكتمل فى سبيل الوصول إلى نظرية علاجية، ولكنهما مع ذلك قد قطعاً شوطاً كبيراً بإتجاه النظرية المعرفية السلوكية فى العلاج. ولذا يرى ماهونى (١٩٨٨) Mahoney أنه منذ نهاية عقد الثمانينيات كاد الأمر يقتصر على وجود إتجاهين فقط يضمهما هذا المنحى العلاجى؛ يتمثل أولهما فى إتجاه إليس Ellis بينما يتمثل الإتجاه الثانى فى إتجاه بيك. Beck وقد عمل كلاهما على الدمج بين الإتجاهين المعرفى والسلوكى بشكل واضح لالبس فيه، وهو الأمر الذى دفع إليس Ellis إلى تغيير مسمى أسلوبه العلاجى فى عام ١٩٩٣ ليصبح العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى. وقد شهد هذان الإتجاهان تطورات عديدة حتى الوقت الحاضر، وظهرت فنيات كثيرة فى كل منهما، وكشفت نتائج العديد من الدراسات التى إستخدمت تلك الفنيات عن فعاليتها الفائقة فى هذا الصدد.

وعلى هذا الأساس يتناول الباب الحالى ثلاثة فصول نوضح هذه الأمور خلالها. فيتناول الفصل الأول العلاج المعرفى السلوكى بجوانبه ومكوناته وأركانه، ويتناول الفصل الثانى الأطر النظرية لهذا الأسلوب العلاجى وما يتضمنه من فنيات علاجية، فى حين يتناول الفصل الثالث التطورات الحديثة التى شهدها العلاج المعرفى السلوكى وذلك حتى تكتمل الصورة من الناحية النظرية إنتظاراً للباب الثانى بفصوله الثمانية ومانضمه من تطبيقات إكلينيكية حديثة لهذا المنحى العلاجى على مختلف الإضطرابات، وهو مايمثل الجانب التطبيقى المكمل للصورة النظرية التى يقدمها الباب الحالى.



العلاج المعرفى السلوكى..
المكونات والأركان

obeikandi.com

الإتجاه المعرفى السلوكى فى العلاج :

يعد العلاج المعرفى السلوكى من أشكال العلاج النفسى الحديثة نسبياً، ويركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، وإعطاء المعانى لخبراته المتعددة. ويستند هذا النمط العلاجى على نموذج التشغيل المعرفى للمعلومات (العمليات العقلية) الذى يرى أنه خلال فترات التوتر النفسى يصبح تفكير الفرد أكثر جموداً وأكثر تشويهاً، وتصبح أحكامه مطلقة وسيطر عليها التعميم الزائد، كما تصبح المعتقدات الأساسية للفرد حول نفسه والعالم من حوله محددة بدرجة كبيرة. ويمثل العلاج المعرفى السلوكى فى هذا الإطار شكلاً من أشكال العلاج يتسم بالفاعلية والتنظيم، كما يتحدد أيضاً بوقت معين. وهو عملية تتسم بالتعاون الإمبيريقى بين المعالج والمريض فى سبيل دراسة معتقدات المريض المرتبطة بسوء التكيف والتوافق، ونماذج تخيلاته، ونماذج التفكير لديه وفحصها إمبيريقياً والتوصل إلى الإستجابات البديلة الأكثر فاعلية، كما يتم التعامل مع معتقدات العميل على أنها فروض تتم دراستها من خلال الفحص اللفظى والتجارب السلوكية. وتتحدد أهداف هذا النمط العلاجى فى تعليم المريض أن يصحح أداءاته المعرفية الخاطئة والمشوهة، وفى تغيير معتقداته المختلة وظيفياً والتي تعرضه لخبرات مشوهة، أى أن تلك الأهداف تتمثل فى تصحيح التشغيل الخاطئ للمعلومات، وفى تعديل الأفكار والإعتقادات والإفراضات المختلة وظيفياً والتي تعمل على الإبقاء على أنماط السلوك والإنفعالات. ويستخدم هذا النمط العلاجى فى سبيل تحقيق تلك الأهداف استراتيجيات معرفية وسلوكية. ويتناول التغير الذى يحدث عدداً من الجوانب هى الجوانب المعرفية والسلوكية والإنفعالية حيث يقوم التغير المعرفى بإثارة التغير السلوكى مما يعمل على تكوين منظور جديد لدى الفرد يتم

تدعيمه وتعزيزه عن طريق ممارسة الفرد لأنماط سلوكية جديدة، ثم يحدث توسيع لهذا المنظور مدعماً بالتغير الإنفعالي وذلك عندما يبدأ الفرد التفكير في حلول بديلة إذ تلعب الإنفعالات دوراً هاماً في حدوث التغير الإنفعالي حيث يصبح التعلم أكثر أهمية عندما تثار الإنفعالات.

ومن هذا المنطلق يعد الإضطراب النفسى بالنسبة للمعالج المعرفى السلوكى فى الأساس إضطراباً فى التفكير حيث يقوم المريض بتحريف الواقع بطريقة مفرطة الحساسية، وتؤثر عمليات التفكير فى نظرة العميل نحو العالم، وينتج عنها إنفعالات مختلفة وظيفياً ومشكلات سلوكية، ومن ثم يحاول المعالج أن يقوم بتعديل سلوك المريض من خلال التأثير فى عمليات التفكير لديه وذلك بمساعدته على تعيين مفاهيمه الخاطئة، وتوقعاته غير الواقعية، إلى جانب إختبار مدى صدقها ومعقوليتها.

ويستمد هذا الأسلوب العلاجى جذوره من أعمال أرون بيك A. Beck فى الستينيات على مرضى الإكتئاب (١٩٦٣، ١٩٦٤، ١٩٦٧) وأعمال إليس Ellis منذ الخمسينيات. ومنذ ذلك الوقت والعلاج المعرفى السلوكى يلقي تأييداً إمبريقياً لجوانب النظرية التى قدمها بيك وتطبيقاتها المتعددة وذلك على مدى واسع من التشخيصات الإكلينيكية، وعينات مختلفة من المرضى. وقد تزامنت مع هذه الأعمال أعمال إليس (١٩٦٢). ويركز كل من بيك وإليس Beck & Ellis على أفكار وإعتقادات المريض حيث يقوم العلاج المعرفى السلوكى عندهما على مبدأ هام يتمثل فى أن المعارف الخاطئة أو المشوهة هى التى تسبب الإضطرابات الإنفعالية والسلوكية، ويعتقدان أن الأفراد يمكن لهم على المستوى الشعورى أن يستخدموا المنطق. ويصور كلاهما الإفتراضات الأساسية للمريض على أنها أهداف للتدخل العلاجى، كما أنهما يستخدمان الحوار النشط مع المرضى بدلاً من أن يكونوا مستمعين سلبين. وعلى الرغم من الإختلافات بين أسلوب كل منهما، حيث يركز بيك على الأفكار الأوتوماتيكية (التلقائية) فى حين يركز إليس على الأفكار

اللاعقلانية، فقد شاركنا معاً في وضع أسس العلاج المعرفى السلوكى الذى تأثر أيضاً بنظرية التعلم الإجتماعى لباندورا Bandura وقد كان ذلك واضحاً فى إستخدام فنيات مثل النمذجة ولعب الدور.

ويشير العلاج المعرفى السلوكى إلى مجموعة من المبادئ والإجراءات التى تشترك فى إفتراض أن العمليات المعرفية تؤثر فى السلوك، وأن هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية والسلوكية. ويختلف هذا الأسلوب العلاجى عن علاج الإستبصار التقليدى فى أن معارف الـ (هنا والآن) النوعية تكون هى الهدف فى التغيير من خلال إجراءات نوعية أكثر من التأكيد على الماضى كسبب للصعوبات الحالية. وتشتمل المعارف على الإعتقادات ونظم الإعتقادات، والتفكير والتخيلات. وتشتمل العمليات المعرفية على طرق تقييم وتنظيم المعلومات عن البيئة والذات، وطرق تعلم تلك المعلومات للتغلب على المشاكل أو حل المشكلات، وطرق التنبؤ بالأحداث المستقبلية وتقييمها.

وجدير بالذكر أن هناك مجموعة من المبادئ تمثل أساس الإتجاه المعرفى السلوكى فى العلاج تتضمن المعالج والعميل والخبرة العلاجية وما يرتبط بكل منها من جوانب. وتمثل تلك المبادئ فيما يلى:

- ١ - أن العميل والمعالج يعملان معاً فى تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول.
- ٢ - أن المعرفة لها دوراً أساسياً فى معظم التعلم الإنسانى.
- ٣ - أن المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سببى.
- ٤ - أن الإتجاهات والتوقعات والعزو والأنشطة المعرفية الأخرى لها دوراً أساسياً فى إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.
- ٥ - أن العمليات المعرفية تندمج معاً فى نماذج سلوكية.

هذا ويمثل العلاج المعرفى السلوكى عند بيك Beck والعلاج العقلانى الإنفعالى

السلوكى عند إيليس Ellis إئتلافاً بين المناهج السلوكية والمناهج المعرفية إذ أن العلاج المعرفى لديهما هو أسلوب علاجى يحاول تعديل السلوك لدى المريض من خلال التأثير فى عمليات التفكير حيث يؤدى تغيير المعارف إلى تغيير فى السلوك. وفى الوقت ذاته ينتج عن تغيير السلوك تغيير فى المعارف، وبالتالي فالعلاج المعرفى عند تأكيده على الدور السببى للتفكير فى حدوث الإنفعالات والسلوك لم يغفل دور تغيير السلوك فى تغيير الإنفعالات والتفكير. وعلى هذا فهو يستند إلى النظرية المعرفية إستناده إلى أساليب تعديل السلوك.

وفى عام ١٩٧٠ أصدر بيك كتاباً بعنوان «العلاج المعرفى: طبيعته وعلاقته بالعلاج السلوكى» Cognitive Therapy: Nature and relation to Behavior Therapy أوضح فيه كيفية تغيير المعارف والأفكار من خلال نماذج إشتراطية، وهو ما يعتبر بمثابة إستراتيجيات سلوكية. كما أوضح أيضاً الدور التوسطى mediating للمعارف فى الخبرات الإنسانية. وخلال عقد السبعينيات تزايد الإهتمام بهذا الإتجاه العلاجى، وتزامن ذلك مع أعمال ألبرت إيليس A. Ellis ومايكل ماهونى M. Ma-honey ومارفين جولد فرايد M. Goldfried وأرنولد لازاروس A. Lazarus ودونالد ميتشنبوم D. Meichenbaum وأصبح إتجاه بيك فى العلاج المعرفى السلوكى أحد ثلاثة نماذج أساسية لها الريادة فى هذا المجال، حيث يتمثل الإتجاهان الآخران فى إتجاه إيليس فى العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى، وإتجاه ميتشنبوم الذى يعرف بالتعديل المعرفى للسلوك. Cognitive behavior modification. إلا أن باترسون Patterson يرى فى نقده لنظرية ميتشنبوم أنها مجرد بداية ناجحة لمحاولة لم تكتمل بعد فى المستوى التنظيرى والمستوى التطبيقى، ولكنه مع ذلك إنتقل خطوة للأمام من ذلك الموقف الذى تتبناه مدرسة العلاج السلوكى فى تفسيرها للسلوك وفى علاجها لهذا السلوك. أما فيما يتعلق بالعمليات التى يستخدمها فى سبيل تعديل السلوك فهو لم يلجأ إلى أى تصور لعمليات أخرى غير أحاديث الذات.

وعمل بيك وزملاؤه خلال السبعينيات على توسيع مجال إهتمامهم بدراسة الإضطرابات المختلفة فبدأوا بدراسة إضطراب القلق، وإستمر ذلك خلال الثمانينيات. وفى عام ١٩٧٩ عرض بيك فى كتابه «العلاج المعرفى للإكتئاب» Cognitive Therapy of depression التداخل والتفاعل بين الفنيات العلاجية المعرفية والسلوكية بغرض تحقيق ما يلى:

- ١ - ملاحظة وتحديد الأفكار الأوتوماتيكية (التلقائية) السلبية.
- ٢ - التعرف على العلاقة بين المعرفة والإنفعال والسلوك.
- ٣ - التحقق من مدى صحة الأدلة المتاحة حول الأفكار الأوتوماتيكية المشوهة سواء كانت معها أو ضدها.
- ٤ - وضع تفسيرات للمعارف المنحازة تتسم بتوجيهها نحو الواقع.
- ٥ - تعليم المريض كيف يقوم بتحديد الإعتقادات المختلة وظيفياً والتي تؤدى به إلى تشويه الخبرة.

وخلال الثمانينيات تزايدت البحوث والدراسات التى تناولت هذا الإتجاه بدرجة كبيرة، وتناولت مدى أكبر من الإضطرابات. وأيدت الدراسات الإمبيريقية المسلمات التى طرحت من خلال النظرية والتى تتعلق بزيادة المعارف السلبية حول الذات وزيادة اليأس والشعور بالخسارة والضياع فى الإكتئاب. ونظراً لأن هذا الإتجاه قد إهتم فى البداية بعلاج الإكتئاب فإن معظم الدراسات المبكرة فى هذا الإتجاه قد إهتمت بعلاج مرضى الإكتئاب المترددين على العيادات الخارجية بالمستشفيات. ووجد دوسون (١٩٨٩) Dobson عند تحليله للعديد من الدراسات التى قارنت بين العلاج المعرفى السلوكى وغيره من أنواع العلاج الأخرى أن من أهم ما توصلت إليه تلك الدراسات من نتائج قد تمثل فى أن العلاج المعرفى السلوكى يعد هو أفضل أنواع العلاج المستخدمة من حيث نتائجه بالنسبة للمرضى متفوقاً فى ذلك على العلاج السلوكى والعلاج التحليلى. وعند المقارنة بينه وبين

العلاج بالعقاقير الطبية المضادة للإكتئاب أوضحت نتائج بعض الدراسات أن العلاج المعرفى السلوكى هو الأكثر فاعلية، فى حين أوضحت نتائج دراسات أخرى أنه يتساوى فى فاعليته مع العلاج بالعقاقير.

وكانت النتيجة التى توصلت إليها البحوث فى الثمانينيات أن العلاج المعرفى السلوكى له فاعليته فى علاج الإكتئاب سواء البسيط أو المتوسط (حيث كان يتم النظر إليه كذلك، ولم يبدأ علاج الإكتئاب الحاد فى ضوء هذا الإتجاه إلاخلال التسعينيات) والتى تفوق فاعلية العلاج بالعقاقير. وهى نفس النتيجة التى توصل إليها هاجا وآخرون (1991) Haaga et. al ووجد إيفانز وآخرون (1992) Evans et. al أن العلاج المعرفى السلوكى له آثار طويلة المدى بشكل يفوق العلاج بالعقاقير. كما وجد شيا وآخرون (1992) Shea et. al أن المرضى الذين كانوا يخضعون للعلاج المعرفى السلوكى قياساً بأقرانهم الذين كانوا يتلقون العلاج بالعقاقير حتى فى حالة الإكتئاب الحاد كانوا أقل عرضة للإنتكاسة، إلا أن العلاج بالعقاقير يعمل على تعزيز فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى حالة الإضطراب الإكتئابى الحاد.

وإذا ما كان هذا الأسلوب العلاجى يهتم بالأفكار والإعتقادات المختلفة وظيفياً فإن هناك نمطين للإختلال الوظيفى المعرفى يتمثل الأول منهما فى إختلال الأداء المعرفى أو العمليات المعرفية وهو ما يتضمن تلك المشكلات التى تعوق الأداء المعرفى، بينما يتمثل النمط الآخر فى إختلال المحتوى المعرفى وهو ما يتناول التشويهات المعرفية. وفى تناول النمط الأول يعتبر أسلوب التدريب على التعليم الذاتى هو الأفضل، ويعد ميتشبنوم Meichenbaum من أبرز أنصاره، ويقوم نموذج على إستدخال مجموعة من التعليمات الذاتية التى تحل محل الأفكار اللااتواؤمية. أما النموذج الثانى الذى يهتم بمحتوى الأفكار والإعتقادات فيعمل على أن يوضح للعميل محتوى أفكاره المشوهة أولاً، ويعد كلاً من بيك وإليس من أبرز أنصاره.

العلاج المعرفى السلوكى المعاصر

يرى إيليس Ellis فى حديثه مع بداية عقد التسعينيات عن أساسيات أو أسس وقواعد العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى التى تنفق مع ذلك العقد أنها لا تختلف فى جوهرها عن تلك التى وضعها منذ البداية لذلك الإتجاه العلاجى على الرغم من وجود بعض الإختلافات التى لا تمثل فى مجملها قدراً كبيراً، وقد تضمن ذلك ما قام به عام ١٩٩٣ بإضافة مصطلح «السلوكى» إلى مسمى أسلوبه العلاجى ليصبح إسمه «العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى».

وفىما يتعلق بأسباب الإضطراب الإنفعالى يرى أنها تجمع بين المصادر المعرفية والإنفعالية والسلوكية والتى لا تتبع من المعارف أو التفكير فحسب ولكنها تتأثر بها بدرجة كبيرة أيضاً. وإلى جانب ذلك يرى أن سلوكيات الأفراد تتأثر بالتفاعل بين إستعداداتهم الفطرية والوسط الإجتماعى الخارجى الذى يعيشون فيه، ومن ثم فهى تتأثر ببيئاتهم الإجتماعية والمادية. كما أنهم نادراً ما يخبرون أفكاراً خالصة Pure أو إنفعالات خالصة أو سلوكيات خالصة، ولكنهم يخبرون حالة معقدة من التفاعل الإنسانى بين هذه المتغيرات الثلاثة. وعلى ذلك يعد الفرد مسئولاً بدرجة كبيرة عما يلحق به من إضطرابات إنفعالية حيث يقوم من الناحية الشعورية أو اللاشعورية وذلك بشكل واضح بإختيار أن تضطرب نفسه. وإذا كان الأمر كذلك يصبح بإمكانه ألا يسبب الإضطراب لنفسه، وأن يحقق ذاته وذلك إذا ما أبدى تفضيلاً قوياً لتحقيق الإنجاز والموافقة والراحة، ولكنه فى ذات الوقت إذا ما قام بوضع مثل هذه التفضيلات فى صورة واجبات مطلقة absolute musts فإنه يعود بنفسه مرة أخرى إلى الإضطراب.

وينظر إيليس إلى الإضطراب الإنفعالى من خلال نموذج الذى قدمه فى هذا الصدد والمعروف بنموذج ABC والذى يرى فيه أن هناك أحداثاً منشطة (A) تعوق رغبة الفرد فى تحقيق النجاح والحب والراحة، أو تهدد تحقيق تلك الأهداف. ومن ثم تميل إلى تحقيق نتائج (C) معرفية وإنفعالية وسلوكية تتعلق بها أى بتلك

الأحداث المنشطة. ومن هذا المنطلق يخبر الفرد مشاعر قلق أو مشاعر إكتئابية هازمة للذات، وغير ذلك من السلوكيات المختلة وظيفياً كالإنسحاب والاندفاعات على سبيل المثال. وجدير بالذكر أن مثل هذه النتائج (C) المدمرة للذات تتكون إلى حد كبير بسبب ما يسود من إعتقادات (B) لدى الفرد. وتضم إعتقادات الفرد إعتقادات عقلانية (rBs) تعد بمثابة تفضيلات ورغبات من جانبه، وإعتقادات لاعقلانية (iBs) عبارة عن واجبات ومطالب دوجماتيقية مطلقة. وبذلك عندما تحدث للفرد بعض الأشياء غير المرغوبة كالفشل والرفض عند النقطة (A) ويختار الفرد الإعتقادات العقلانية عند النقطة (B) مثل (أنا لا أحب الفشل ولا أحب أن أكون مرفوضاً أو منبوذاً من الآخرين، ولكن إذا حدث ذلك فلن يكون هذا الأمر هو نهاية العالم حيث سأظل أجد أن بإمكانى أن أحقق قدراً ما من السعادة)، فسوف يدفعه هذا بدوره إلى أن يخبر المشاعر الصحية فيشعر بالأسف أو خيبة الأمل من جراء ذلك ويعمل بالتالى على تغيير ما يحدث عند (A). أما إذا إختار الإعتقادات اللاعقلانية عند (B) فيقول مثلاً (لا ينبغي لى مطلقاً أن أفسل أو أن يرفضنى الآخرون، وإذا حدث ذلك فسوف يكون شيئاً مزعجاً جداً لى، وسأكون شخصاً غير محبوب وغير كفاء)، وسوف يخبر مشاعر غير صحية وهازمة للذات فيشعر بالقلق أو الإكتئاب أو كراهية الذات. وبذلك نلاحظ أنه إذا إختار الفرد الإعتقادات العقلانية عند (B) فإنه سوف يخبر مشاعر صحية كالأسف والندم والإحباط وعدم الراحة، ولكنه لن يخبر بأى حال من الأحوال مشاعر غير صحية أو سلوكيات عصابية حيث يخبرها فقط إذا إختار الإعتقادات اللاعقلانية عند (B). أما إذا إختار مشاعر وسلوكيات مدمرة عند تلك النقطة فإن ذلك يؤدي إلى حدوث نتائج ثانوية (Cs) تتعلق بالنتائج الأولية. فحينما يخبر الفرد الهلع مثلاً يعتقد بأنه «لا يجب أن يشعر بالهلع» أو أنه «ليس هو الفرد الجيد أو الخير الذى ينبغي أن يكونه وذلك بسبب شعوره بالهلع»، وبالتالي يشعر بهلع حول الهلع الذى يخبره.

وبذلك يبدو أن هذا النموذج يعد سهلاً ويمكن شرحه بسهولة لأولئك الأفراد الذين يخبرون إضطرابات إنفعالية ويريدون أن يضعوا نهاية لمثل هذه الإضطرابات إذ نجد ببساطة أن ما يشعرون به من إضطرابات يرجع إلى الأحداث المنشطة (A) التي يتم إدراكها والتفكير فيها، وبالتالي تتطور بعض الإعتقادات (B) حولها، وتتأثر تلك الإعتقادات بنتائج سابقة تتعلق بها وتتضمن سلوكيات وإنفعالات، ويترتب على تلك الإعتقادات نتائج (C) معينة تتمثل فيما يشعرون به من إضطرابات. كما تتأثر الإعتقادات أيضاً بكل من الأحداث المنشطة سواء كانت فى الماضى أو الحاضر، والنتائج وخاصة الإنفعالات. وبنفس الطريقة تتأثر النتائج بكل من الأحداث المنشطة والإعتقادات. ويرى إليس (1991) أن المعارف والإنفعالات والسلوكيات لا توجد بشكل مستقل، ولكنها تتداخل معاً وتتفاعل مع بعضها البعض ويتأثر كل منها بالآخر ويؤثر فيه.

ومن الجدير بالذكر أنه إذا كان حدث منشط معين من جانب أحد الأفراد عند (A) يؤدي إلى تكوين إعتقاد معين لدى فرد آخر عند (B)، ومن ثم يخبر هذا الفرد الآخر نتائج سلبية معينة عند (C)، فإن مثل هذا النتائج قد تعمل كحدث منشط لدى الفرد الأول يسهم فى تكوين إعتقادات معينة من جانبه تؤدي بدورها إلى نتائج معينة قد تعمل كمثير للفرد الثانى، وهكذا يمكن أن يتم التفاعل فى هذا الإطار والذي يمكن أن يؤدي إلى حدوث إضطراب معين وأن يخبر كلاهما الإضطراب من هذا المنطلق. أما إذا كانت الإعتقادات التي تتكون ويخبرها الفرد عند (B) تعتبر إعتقادات عقلانية فإن كلاهما قد يشعر بمشاعر سلبية صحية كما أوضحنا من قبل. ويساعد مثل هذا التصور على فهم الكيفية التي يمكن أن يؤثر بها الأفراد فى أنفسهم وذلك من خلال إستخدامنا لنموذج ABC الذي يتضمن أفكارهم وإنفعالاتهم وسلوكياتهم إلى جانب معرفة الكيفية التي يؤثر بها فى بعضهم البعض، وكيف يؤثرون فى النسق الذي يعيشون فيه، وكيف يؤثر فيهم مثل هذا النسق.

ويتمثل الفرق بين العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى كأحد نماذج العلاج المعرفى السلوكى وبين غيره من الأساليب العلاجية الأخرى فى أنه يميز بوضوح بين معايير الأفراد وأهدافهم وقيمهم ويميزها عن جملة المطالب musts التى تتعلق بها. وبسبب قابلية الفرد الفطرية للتعلم فإنه يتعلم تلك القيم والمعايير السائدة فى الأسرة وغيرها من الجماعات أو المؤسسات الأخرى التى تلعب دوراً هاماً فى عملية التنشئة الاجتماعية. وأثناء عملية التنشئة تلك يتعلم الفرد أن هناك أشياء مرغوبة يثاب إذا إلتزم بها ويعاقب إذا حدث العكس ولم يلتزم بها. كما أنه يتعلم أيضاً أن يحدد لنفسه أهدافاً معينة يعمل على تحقيقها كأن يكون طبيباً مثلاً وليس مهندساً وهى ما تعد بمثابة تفضيلات وليست واجبات مطلقة. ومن ناحية أخرى فإن الفرد يتعلم الواجبات المطلقة من والديه وأقرانه ومعلميه والثقافة التى ينتمى إليها، ولكنه يعتقد بشكل خاطئ أنها ليست شرطية وإن كانت فى جوهرها شرطية إذ نجد مثلاً أن الوالدين كثيراً ما يرددون للطفل أنه يجب أن يودى واجباته بشكل جيد وإلا فسوف يفشل فى المدرسة، وينتج عن ذلك أن الطفل يظن أنه إذا لم يؤد تلك الواجبات بهذا الشكل الجيد فإنه سوف يكون فاشلاً وشخصاً سيئاً، وسوف لاينال الإحترام والتقدير من جانب الآخرين. كذلك فإن الفرد نفسه قد يسهم فى تكوين مثل هذه المطالب أو الواجبات المطلقة عن طريق تغيير بعض الرغبات أو التفضيلات وتحويلها إلى مطالب مطلقة.

وقد وجد إليس أن الأفكار اللاعقلانية التى عرض لها منذ البداية والتى خرج بها من دراسته للعديد من المرضى الذين كانوا يترددون عليه أنها يمكن أن تندرج تحت ثلاث فئات رئيسية تتعلق الأولى بالذات، والثانية بالآخرين، والثالثة بالظروف وذلك كالتالى:

١ - يجب أن يكون أدائى جيداً وأن أنال موافقة الآخرين ورضاهم وإلا فسوف أكون غير كفاء ولاقيمة أو جدوى لى.

٢ - يجب أن يتسم الآخرون تحت كل الظروف وفي كل الأوقات بالعدل وأن يكونوا ودودين في تعاملهم معي وإلا فسوف يكونوا مصدر إزعاج لى .

٣ - يجب أن تكون الظروف التى أحيأ فيها مريحة ومناسبة وتوفر لى الأمان وإلا فسوف يكون العالم مزعجاً ولا يمكننى أن أحتمله وستصبح الحياة لاتستحق أن نحياها .

وجدير بالذكر أن العلاجات المعرفية السلوكية الأخرى كالأسلوب العلاجى عند بيك ومثيله عند ميتشبنوم قد قبلت مثل هذه الواجبات المطلقة والأفكار اللاعقلانية وإعتبرتها هى التى تسبب الإضطراب . ولكن تلك الأساليب العلاجية لم تعتبر أن هذه الواجبات - على العكس من وجهة نظر إليس - هى الأساس فى حدوث الإضطراب . كما أنهم لم يعتبروا أن الإستنتاجات المضللة والعزو والتعميم الزائد والتى تعتبر جميعها لاعقلانية تشتق من مثل هذه الواجبات، بل يرون أنها يمكن أن توجد بعيداً أو بمعزل عن تلك الواجبات .

وفى ضوء هذا الأسلوب العلاجى نلاحظ أنه إذا كان الفرد مضطرباً إنفعالياً بسبب إستنتاجاته الخاطئة والعزو الخاطئ من جانبه فإن تلك الإستنتاجات وذلك العزو يتم إشتقاقهما من تلك الواجبات الدوجماتيقية المطلقة ويكونا ثانوين لها . وبذلك يعتمد العلاج المعرفى السلوكى على تعليم المرضى القيام بتفنييد مثل هذه الإستنتاجات والأفكار والإعتقادات اللاعقلانية .

وجدير بالذكر أنه حينما يدين الفرد نفسه بسبب عدم قدرته على تحقيق النجاح وعلى عدم قدرته على أن يحوز على موافقة الآخرين فإنه يحط من قدر نفسه ولايقتصر الأمر على مجرد إدانته لنفسه على ذلك الأداء السئ أو المستوى المتدنى من الأداء الذى يحققه، ومن ثم يحدث إضطراب الأنا ego disturbance وهذا يدفعه إلى أن يرى وذلك بشكل مدمر للذات أنه يجب على الآخرين وجوباً مطلقاً أن يفعلوا ما يفضل هو لهم أن يفعلوه وأن تكون الظروف كما يفضل هو مما يدفع به إلى الإزعاج وعدم الراحة وإنخفاض مستوى قدرته على مواجهة الإحباط وهو

الأمر الذى يدفع به بكل تأكيد إلى برائن المشكلات العصابية الحادة. ومن هذا المنطلق يتعرض الفرد للخوف المرضى حيث يقتنع بشدة أنه من المزعج جداً ومن الخطر بالنسبة له أن يقود سيارته فوق أحد الكبارى على سبيل المثال مما يخفض من مستوى قدرته على مواجهة الإحباط الناتج عن تلك الكبارى أو الجسور، وهو الأمر الذى قد يدفع به إلى الخط من قيمة نفسه، فبنشأ لديه اضطراب الأنا حيث يرى أنه لا يجب أن يخاف من تلك الكبارى، ومن ثم يرى نفسه على أنه شخص ضعيف وجبان، وهو ما يؤدي إلى ظهور اضطراب ثانوى لديه حيث يرى أن حياته تصبح شيئاً لا يطاق وذلك عندما يحاول أن يتجنب الكبارى، وعندما يكره نفسه بسبب مثل هذه المخاوف المرضية مما يدفع به ثانية إلى أن يرى نفسه ضعيفاً وعاجزاً.

ويرى إليس Ellis أن العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى يعد أسلوباً علمياً من الناحيتين النظرية والتطبيقية فى تناوله للإضطرابات المختلفة وإن كان قد تبع الإيجابية المنطقية منذ بدايته وذلك بشكل يكتفه الخطأ، ولكنه حاول منذ منتصف السبعينيات أن ينتهج الواقعية الناقدة Critical كما يرى ماهونى (1991) Mahoney التى تركز على نظريات التقييم الناقد والتى تعتمد على تعليم الفرد أن يثبت زيف ما يتعرض له وذلك بدلاً من أن يحاول إثبات صحته أو صدقه. ونظراً لأن العلم يتطلب التفتح الذهنى ويقوم على الفرضيات فقد مال هذا المنحى العلاجى إلى أن يكون مرادفاً للمنهج العلمى. ومن هذا المنطلق يرى إليس أنه إذا كان العلم الحديث يتسم بوجود ثلاثة جوانب أو مظاهر تتمثل فيما يلى:

١ - المراجعة المستمرة للنظريات فى ضوء الواقع والنظرة الإمبيريقية حتى يتم التأكد من مدى ملاءمتها للظروف الجديدة والمستحدثات المختلفة.

٢ - استخدام المنطق للتأكد مما إذا كانت النظريات الموجودة لاتزال تتسق مع ماتقوم عليه من ثوابت أم أنها قد أصبحت تتعارض مع نظريات أخرى حديثة تعد هى الأفضل نظراً لأنها قد ظهرت فى ضوء الظروف الجديدة.

٣ - الإبتعاد عن الدوجماتيقية أو التزمّت وعدم المرونة والتي يتم في ضوءها النظر لأى نظرية على أنها صحيحة تماماً تحت كل الظروف وفي جميع الأوقات، ومن ثم يتسم بالبحث الدائم عن النظريات العملية البديلة التي تعد هي الأفضل.

وإذا كان الأمر كذلك فإنه يرى أن الأفراد لو إتبعوا هذا المنهج العلمى فى حياتهم فإنهم سوف يبتعدون تماماً عن المطالب الدوجماتيقية المطلقة حيث سيدركون فى ذلك الوقت أنهم إذا لم يسيروا على هذا النحو فإن أسلوبهم الذى سوف يتبعونه سوف لا يكون علمياً. وعندما يسيرون على ذلك النهج العلمى فسوف يكون من اليسير بالنسبة لهم أن يواجهوا أى مشكلة تعترض حياتهم وأن يقوموا بتفنيد الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية التى قد تتبادر إلى أذهانهم وذلك بشكل إمبريقي ومنطقي، وهو الأمر الذى يتم تدريبهم عليه خلال العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى إذ يفترض هذا المنحى العلاجى أن غالبية الإضطرابات الإنفعالية ترتبط تمام الإرتباط بنمط غير علمى من التفكير يتسم بأنه مطلق وابتعد تماماً عن المرونة. وإلى جانب ذلك يتم النظر إلى العناصر الأساسية للصحة النفسية فى إطار ذلك المنحى العلاجى على أنها تتمثل فى المرونة، والتفتح الذهنى، والتفكير البديل. *alternative thinking* ومن ثم فإن نظرية العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فى الإضطراب العصابى تتسق تماماً مع المناهج العلمية الحديثة.

ومن ناحية أخرى يحدد إليس ثلاثة أنواع من المعارف يقوم النوع الأول منها على مجرد وصف الشئ على أنه غير مناسب مثلاً، ويطلق على هذا النوع من المعارف إسم «المعارف الباردة» Cool أما النوع الثانى فهو يتجاوز ذلك ويصل إلى حد التقييم الذى يتعلق بذلك الشئ، ويحدد الفرد خلاله أنه لا يحب ذلك الشئ غير المناسب. ويطلق على هذا النوع من المعارف إسم «المعارف الدافئة» Warm. أما النوع الثالث فيتجاوز النوع الثانى إذ يتجاوز مجرد الرغبة إلى تحديد موقف وإتخاذ قرار تجاه ذلك الشئ غير المناسب فيقرر الفرد أنه يحب التخلص من ذلك الشئ غير المناسب فى الحال بل والتخلص من كل الأشياء التى تشبهه، ويطلق

على هذا النوع من المعارف إسم «المعارف الساخنة» hot. ويرى إليس (١٩٨٨) أن الأفكار الهازمة للذات والتي يتعرض لها الفرد غالباً ما تكون من هذه النوعية الأخيرة التي تعرف بالمعارف الساخنة والتي يمكن تحويلها كخطوة في سبيل العلاج إلى معارف تفضيلية دائمة كأن يقول الفرد مثلاً «أنا أحب النجاح ولكن يمكن أن أقبل الفشل وأتعلم منه ومع ذلك أظل سعيداً في حياتي». وعلى الرغم من ذلك تظل هناك بعض المعارف الساخنة التي تحمل بعض التعارض فيها مثل «يجب أن أنجح، ويجب ألا أفسل، ولكن إذا فشلت فسوف أشعر بالأس»، وتعد مثل هذه المعارف بمثابة إعتقادات لاعقلانية في حين تعتبر المعارف الدافئة بمثابة إعتقادات عقلانية. وإذا إعتنق الفرد المعارف أو الإعتقادات اللاعقلانية فإنه يعرض نفسه بذلك للإضطراب بكل تأكيد، أما إذا إعتنق المعارف أو الإعتقادات العقلانية فإنه يقلل من فرص التعرض للإضطراب من ناحية، وقد يتخلص من الإضطراب الموجود من ناحية أخرى.

ويؤكد العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي أن الأفراد يعتقدون إعتقادات عقلانية أو إعتقادات لاعقلانية وذلك بشكل محدود القوة أو بشكل قوى. كما أنه يفترض أن الفرد إذا قام بشكل ضعيف بتنفيذ إعتقاداته اللاعقلانية وقام بتصحيحها وتغييرها بنفس الطريقة إلى إعتقادات عقلانية فإنه غالباً ما يظل يتعرض لتلك الإعتقادات اللاعقلانية، ومن ثم يعاني بشكل بسيط من إضطرابات إنفعالية سلوكية. ولذلك فقد تم إبتكار عدد من الفنيات العلاجية القوية والإنفعالية إلى جانب أساليب أخرى تعتمد على القوة والحماس، وأساليب معرفية وأخرى سلوكية يتم إستخدامها خلال هذا الأسلوب العلاجي مثل جمل المواجهة العقلانية والتي يمكن تعليمها للفرد أو تسجيلها على شريط كاسيت بحيث يرددها الفرد ويواجه بها أفكاره اللاعقلانية، وهو مايسهم في تحقيق الأثر المعرفي (E)، وتدوين العيوب أو المساويئ التي قد يلاحظها الفرد في سلوكياته أو عاداته التي يعتبرها سيئة، إلى جانب ترديد تلك العيوب عدة مرات يومياً، ومغذجة السلوكيات الجيدة، وصرف أو تشتيت الإلتباه والتي يمكن لنا أن نستخدم خلالها التغذية الرجعية الحيوية

والإسترخاء، وتنفيذ الإعتقادات الخاطئة، والواجبات المنزلية، وإعادة التشكيل والذي يرى أن المواقف أو الأشياء التي يراها الفرد على أنها مزعجة تتضمن بالقطع نقاطاً إيجابية وهو ما يجب أن نضعه في إعتبارنا وأن ننظر للشئ من هذا المنظور وإلى جانب ذلك يتم إستخدام فنيات معرفية كالتدريب على مواجهة الخجل، والتخيل العقلانى الإنفعالى الذى يتم من خلاله تغيير المشاعر السلبية غير الصحية إلى مشاعر سلبية صحية. كما يستخدم الحوار الذاتى Self - dialogue الذى يقوم خلاله المريض بتسجيل إعتقاداته اللاعقلانية على شريط كاسيت، ويعمل من جانب آخر على تسجيل ذلك التنفيذ الذى يقوم به لتلك الإعتقادات ويقوم بالإستماع إليه باستمرار ويدع الآخرين يستمعون إليه أيضاً، ويحدد ما إذا كان ذلك مقنعاً أم لا. هذا إلى جانب الإهتمام بالعلاقات الشخصية والأسرية وهو ذلك الجانب الذى يخبر فيه الكثيرون مشكلات متعددة فيتناول هذا الأسلوب تلك المشكلات، ويعمل على تعليم المرضى كيف يقيمون علاقات طيبة مع الآخرين. ويعتمد أيضاً فى هذا الإطار على فنية لعب الدور وذلك بأن يجعل أحد أصدقاء المريض يلعب دوره ويقوم هو أى المريض بتنفيذ الإعتقادات، وإلى جانب ذلك يتم لعب الدور انعكسى بين المعالج والمريض. أما الفنيات السلوكية التى يتم اللجوء إليها فى العلاج فتتضمن فقد الحساسية المنظم، والتعريض ومنع الإستجابة، والتعزيز خاصة عندما يقوم المريض بأداء الواجبات المنزلية التى يكون مطلوباً منه أن يؤديها. كما يتم أيضاً التدريب على المهارات سواء فى مجال الأسرة أو العمل أو المدرسة أو النسق الإجتماعى، والتدريب على حل المشكلات.

هذا ويؤكد العلاج المعرفى السلوكى على تحقيق الذات Self - actualization وذلك من خلال جانبين أساسيين يتمثل الأول فى مساعدة المريض فى التغلب على إضطراباته المعرفية الإنفعالية السلوكية بما يساعده على أن يقوم بشكل فعال بالبحث عن تحقيق ذاته وترتيب الأمور لذلك. وحتى يتسنى تحقيق هذا الهدف يعمل هذا المنحى العلاجى على مساعدة المريض أن يعمل فى سبيل تحقيق مايلى:

١ - الإختيار الفعال لأساليب تحقيق الذات التي يتم إنتقاؤها بشكل فردى .

٢ - تفضيل القيام بحل تلك المشكلات المتعلقة بتحقيق الذات .

٣ - التقبل غير المشروط للذات وللآخرين .

٤ - التغلب على ماقد يبدر من المريض من تأجيل أو تسويق (مماطلة) وإنخفاض القدرة على مقاومة الإحباط .

٥ - النظر إلى تحقيق الذات على أنه مشكلة تتعلق بالنسق يمكن تصورها وإعادة تصورها .

٦ - التحرك من (إما - أو) إلى (و - أيضاً) وذلك عن طريق تقبل الغموض والتناقص وعدم الإتساق فى الأفكار، ثم محاولة دفعها نحو تكوين كل متكامل .

أما الجانب الآخر الذى يستند إليه هذا المنحى العلاجى فى تحقيقه للذات فيتمثل فى تحقيق الفاعلية من جانب المريض والتي تتمثل بدايتها فى التقبل الإيجابى غير المشروط له من جانب المعالج وتشجيعه على فقد الحساسية المنظم فى المواقف الفعلية . ومن هذا المنطلق يتم إستخدام الأساليب الموجهة نحو تحقيق الفاعلية efficiency - oriented methods وذلك بغرض تدعيم إقامة العلاقات الإيجابية، والمساندة، وفقد الحساسية، وغير ذلك من الأساليب التقليدية الفاعلة شائعة الإستخدام . وعلى ذلك يتم إستبعاد تلك الأساليب غير الفعالة مثل التداعى الحر، وتحليل الأحلام، والتفسيرات التفضيلية للتاريخ الماضى للفرد . ويقصد بالفاعلية efficiency فى هذا الصدد تلك الممارسات العلاجية التي يتم إستخدامها بغرض التوصل بسرعة إلى مشكلات المريض الأساسية وتعليمه خلال عدد قليل من الجلسات كيف يبدأ العمل على مواجهة تلك المشكلات وخفض حدتها والتخلص منها، وهو ما يمثل نسقاً يوضح للمريض كيف يمكنه أن يحقق بشكل سريع ما يهدف إليه هذا المنحى العلاجى من تغير مرغوب فيه .

ويعد العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي فى هذا الإطار نسقاً فردياً يعطى مزيداً من الإهتمام للبناء الفردى أو الذاتى للفرد حتى خلال طفولته المبكرة. ويبدو ذلك واضحاً من خلال تلك الفنية التى قدمها جيفرى يونج (١٩٩٠) J. Jung والتى تعرف بإسم العلاج المعرفى السلوكى المتمركز حول البنية المعرفية والذى سنعرض له بعد ذلك. ويصور هذا المنحى العلاجى الفرد على أنه يعيش وسط جماعة إجتماعية معينة ويعمل على تشرب معاييرها الإجتماعية والقيم السائدة فيها، ولكنه يقوم بعد ذلك بتحويلها إلى مطالب مطلقة متصلبة وتبتعد تماماً عن المرونة ومن ثم تؤدى إلى شعوره بالإضطراب.

العلاقة العلاجية

يعتمد العلاج المعرفى السلوكى فى الأساس على مايعرف بالعلاقة العلاجية بين المعالج والمريض، وهى العلاقة التى تلعب دوراً أساسياً فى العلاج، ويشترط فيها فى ضوء هذا الأسلوب العلاجى أن تكون تعاونية. وتشير العلاقة العلاجية إلى تلك الإرتباطات والتعلقات المعقدة التى تنشأ بين المعالج والمريض، والفهم المشترك الذى ينشأ بينهما، والأنشطة التى يتم أداؤها من جانب كلا الطرفين والتى تهدف إلى قيام المعالج بتقديم المساعدة للمريض حتى يتمكن من مواجهة مشكلاته النفسية وخفض حدتها أو التخلص منها. وفى هذا الإطار تتضمن العلاقة العلاجية ثلاثة مكونات أساسية كالتالى:

١ - الإنفاقات: وهى ماتشير إلى تلك الإرتباطات بين الشخصية التى تنشأ ويتم عقدها بين الطرفين.

٢ - الأهداف: وتشير إلى ما يصبو إليه الطرفان وما يرغب فى تحقيقه فى إطار العملية العلاجية ككل.

٣ - المهام: وتشير إلى تلك الأنشطة التى يتم أداؤها من جانب كلا الطرفين والتى تعمل على تحقيق الأهداف التى ينبغى أن يحققها المريض من خلال العملية العلاجية. . ومن هذا المنطلق لا يحدث العلاج الفعال للإضطرابات المختلفة

إلا إذا قامت بين كل من المعالج والمريض علاقات عمل يتم الإتفاق عليها، إلى جانب حدوث إتفاق متبادل بينهما على الأهداف التي ينتظرون تحقيقها من خلال هذه العملية العلاجية، والفهم الجيد من جانب كل منهما لما ينبغى عليه أن يقوم به من مهام علاجية وموافقتة على القيام بها فى سبيل تحقيق ماتم التخطيط له من أهداف. ويمكن تناول هذه المكونات الثلاثة على النحو التالى:

أولاً: الإتفاقات bonds

يتركز الإهتمام من جانب المعالج خلال هذا المكون على التعهد بإقامة علاقة علاجية مشتركة تشجع المريض على تحقيق المهام العلاجية الموجهة بالأهداف. وجدير بالذكر أنه ليست هناك صيغة معينة لعلاقة علاجية واحدة يمكن أن تنشأ بين المعالج والمريض، لكن ما يحدث بينهما يعد بمثابة تعهد وإتفاق على أن يقوم كل طرف منهما بأداء دوره الذى يتم تحديده والإتفاق عليه فى سبيل تحقيق الهدف النهائى من العملية العلاجية. ومن ثم فقد تختلف تلك الإتفاقات أو التعهدات من مريض إلى آخر ومن معالج إلى آخر، لكنها جميعاً فى النهاية تعمل على تحقيق الهدف العلاجى العام والخاص وفقاً لظروف كلا الطرفين. وفى ضوء ذلك قد يتم العمل مع مريض معين بشكل رسمى، بينما قد يتم العمل مع مريض آخر بشكل أكثر حرية، وهكذا على أن يلتزم كل طرف من الطرفين بدوره المحدد إذ يجب على المعالج أن يلبى توقعات المريض فيما يتعلق بالكيفية التى يتوقع أن يعامله بها ذلك المعالج لأن هذا يلعب بطبيعة الحال دوراً أساسياً فى تطور العملية العلاجية وفى قيام المريض بدوره بفاعلية، ومن ثم فى تحقيق الهدف العلاجى المتفق عليه.

وإضافة إلى ذلك هناك جانب آخر فى العملية العلاجية يعد على درجة كبيرة من الأهمية يتمثل فى الأسلوب العلاجى الذى تدير العملية العلاجية فى ضوءه والذى يمكن من خلاله أن تتحقق تلك الأهداف التى يتم الإتفاق عليها أو يكون من الصعب تحقيقها. وقد يتسم هذا الأسلوب بالإيجابية والنشاط، أو يكون توجيهياً. فإذا كان المريض يتسم بالسلبية إستوجب ذلك من المعالج أن يكون أكثر

إيجابية ونشاطاً. وفي هذا الإطار قد يبدي المرضى الذين يتسمون بالحساسية للمؤثرات بين الشخصية والذين يتسمون بأسلوبهم السلبي فى إقامة العلاقات مع الآخرين قدراً أكبر من التحسن إذا ما عمل الأسلوب العلاجى المتبع على توجيههم وتعزيز ما يحرزونه من تقدم. وعلى هذا الأساس يعتبر الأسلوب العلاجى بمثابة وسيلة أو عملية للإقناع أى لإقناع المريض وإغرائه بفعل شىء معين يتفق مع الهدف العلاجى المحدد والذي قد يتمثل فى حالة العلاج المعرفى السلوكى فى التعرف على الأفكار المشوهة والإعتقادات اللاعقلانية المختلة وظيفياً إلى جانب العزو السلبي للأشخاص والأشياء والعمل على تصحيح ذلك وتغييره فىكون العزو طبيعياً يتفق مع الواقع، وتصبح الأفكار والإعتقادات أكثر عقلانية وتقوم على منطق سليم وصحيح. ومن هنا فإن مثل هذا الأسلوب يمثل إستراتيجية العمل العلاجى مع المريض.

ثانياً: الأهداف goals

ويتعلق هذا المكون بما ينبغى أن يتم التوصل إليه من خلال العملية العلاجية والذي يتمثل بشكل عام فى التغيير الذى ينتظر أن يحدث نتيجة للعلاج. ويتطلب تحقيق ذلك فهماً مشتركاً لتلك المشكلات التى يفصح عنها المريض على أن يكون مثل هذا الفهم قائماً على أساس منطقى يعتمد على التأكد وعدم الإنحياز خاصة لتلك القيم التى يستدخلها المريض. ويعتمد ذلك على فتح قناة للإتصال بين الطرفين خلال العملية العلاجية تتسم بالصراحة والوضوح يدعمها ما يحدث بينهما من مناقشات مستمرة يفصح المريض خلالها عن أهدافه التى تم تحديدها كأهداف مبدئية من جانبه يرغب فى تحقيقها وذلك دون أن يقوم بإخفاء أى جانب منها أو من تلك الأمور الأخرى التى تتعلق بها عن المعالج، وهى أمور تعتمد فى الجانب الأكبر منها على تلك العلاقات التى يقيمها المريض مع الآخرين، ومن ثم فهى تتأثر بكلا النسقين الفردى والأسرى أو حتى النسق الإجتماعى للمريض، وهو الأمر الذى يدفع المعالج إلى تحديد الأثر النسبى لمثل هذه الأمور المتعلقة بمشكلات المريض والعلاقات المتعددة مع غيره من الأفراد فى حدوث تلك المشكلات التى

يعانى منها المريض، وفى تحديده لأهدافه المبدئية. وعلى ذلك تتم مراجعة تلك الأهداف المبدئية بشكل جيد من جانب المعالج فى الأساس على أن يشرك معه المريض فى ذلك. وعلى أساس من الصراحة والوضوح والحوار المفتوح بينهما يتم تحديد أهداف أكثر واقعية وقابلة للتحقيق، كما تخدم المريض بشكل فعال فتساعده مثلاً فى التقليل من حدة ما يعانى منه من مشكلات أو التخلص منها على المدى الطويل، وتجعله يتوقف عن أن يسبب لنفسه الإضطراب وذلك من خلال التفكير المشوه أو المعارف المشوهة والإعتقادات اللاعقلانية، وأن يتخلص من الإنفعالات غير الصحية ويستبدلها بإنفعالات أخرى صحية.

ثالثاً: المهام tasks

بمجرد أن تتم الموافقة على الإشتراك فى العلاج يقوم المعالج بتحديد العملية العلاجية للمريض بما تقوم عليه من أسس وأهداف، وما تسير فى ضوئه من إستراتيجيات، ويبدأ بتقييم تلك المشكلات التى يعانى منها المريض، ويساعده على القيام هو الآخر بتقييمها فى ضوء الإطار الذى يسير عليه العلاج، ثم يتم تحديد الأهداف بناء على ذلك التقييم. ويترتب على ذلك تحديد الإستراتيجيات والفنيات العلاجية التى تعد هى الأكثر ملاءمة لتحقيق التغير المنشود. كما يتم أيضاً تحديد وتحليل تلك العقبات التى قد تحول دون تحقيق الهدف العلاجى والتى يأمل الطرفان - المعالج والمريض - التغلب عليها حتى يتم فى النهاية تحقيق ماتم تحديده من أهداف. وهناك مهام معينة يسعى المعالج إلى تحقيقها خلال كل مرحلة من تلك المراحل التى عرضنا لها هنا والتى تتضمنها العملية العلاجية. ويمكن تحديد ذلك على النحو التالى:

أ - تحديد العملية العلاجية:

تقوم العملية العلاجية فى أساسها على الفهم الواضح من جانب طرفيها لمسئوليات كل منهما فى تطور العلاج وتحقيقه للهدف منه، والإتفاق على ذلك، وقيام كل طرف بمسئوليته من خلال تنفيذه للمهام الموكلة إليه. وتتركز مهمة المعالج

فى توضيح ذلك للمريض وتحديدده لتلك المهام والمسئوليات المناطة به وما ينبغى عليه أن يقوم به خلال العملية العلاجية ككل. كذلك يجب على المعالج عند تحديدده للمسئوليات والمهام التى ينتظر أن يضطلع بها المريض أن يراعى ميول وإهتمامات ذلك المريض حتى يتم جذبده بشكل فعال للقيام بذلك وأدائه على النحو المنتظر، وهو ما يجعله ينغمس فى تلك العملية بشكل إيجابى.

ب - تحديد مشكلات المريض وتقييمها:

ويتم ذلك من خلال التعرف على المتغيرات المعرفية والسلوكية ذات الصلة بالمشكلة وفهم تلك المتغيرات وتقييم أثرها. ومن وجهة نظر التعاقد العلاجى هناك أمران أساسيان يتضحان خلال هذه المرحلة يتمثل أولهما فى الوصول إلى تحديد مشترك من جانب المعالج والمريض لتلك المشكلات التى يعانى المريض منها. أما الأمر الثانى فيتمثل فى إجراء المناقشات بينهما للوصول إلى تصور مشترك لتلك المشكلات والتعرف بالتالى على ما يكمن خلفها من أسباب حتى يكون تحركهما فى سبيل العلاج فعالاً. وهنا يفضل أن يستخدم المعالج اللغة التى يستخدمها المريض فى حديثه عن تلك المشكلات، والمفاهيم التى يعتقها فيما يتعلق بذلك حيث يساعد هذا فى جعل المريض يساهم بفاعلية فى العملية العلاجية. ولذلك قد يضطر المعالج فى البداية أن يقبل تصور المريض للمشكلة حتى يستطيع بعد ذلك أن يصل معه إلى فهم مشترك فى ضوء الواقع لتلك المشكلات التى يعانى منها.

ج - تغيير الفنيات:

يبدأ المعالج بعد تحديد المشكلة فى تحديد تلك الفنيات التى يمكن أن تساعد فى تحقيق الهدف العلاجى. ومن ثم يبدأ فى مناقشة ذلك مع المريض، وتحديد تلك المهام التى يجب على كل منهما أن يقوم بها. ويرى درايدن (1995) Dryden أن إنجاز المهام الموكلة لكل من المعالج والمريض بفاعلية يتطلب توفر عدد من الأمور نوجزها كالتالى:

- ١ - أن يفهم المريض تلك المهام التي توكل إليه وطبيعتها .
 - ٢ - أن يدرك أن إنجازها لتلك المهام سوف يساهم في تحقيق الأهداف العلاجية .
 - ٣ - أن يكون بمقدوره القيام بتلك المهام وأداؤها بالشكل المطلوب .
 - ٤ - أن يدرك أن التغيير المنشود يحدث من خلال الإنجاز المتكرر لتلك المهام .
 - ٥ - أن يفهم طبيعة المهام الموكلة إلى المعالج ، وأن يدرك العلاقة بينها وبين ما يقوم هو به من مهام ، وأن تكون العلاقة بين المهام التي توكل لكل منهما وبين تلك الأهداف المنشودة واضحة بالنسبة له .
 - ٦ - أن يقوم المعالج بإعداد المريض لفهم وتنفيذ ما يوكل إليه من مهام .
 - ٧ - أن يؤدي المعالج المهام الموكلة إليه بفاعلية ، وأن يستخدم في سبيل ذلك عدداً كبيراً من الفنيات بشكل جيد وفعال .
 - ٨ - أن يلجأ المعالج إلى تلك الفنيات العلاجية التي تتسق مع أساليب التعلم التي تميز مرضاه الذين سيتعامل معهم .
 - ٩ - أن يتيح المعالج الفرصة للمريض كي يشاركه في إختيار الفنيات ، أى يجعل المريض يقتنع بها ويوافق عليها حيث يعد المعالج هو الأكثر خبرة ودراية بذلك ، من ثم يمكنه أن يقنع المريض بالفنية التي يرى أنها هي الأكثر ملاءمة وأن يحصل على موافقته عليها .
 - ١٠ - أن يتقدم المعالج في العملية العلاجية بخطى مناسبة .
 - ١١ - أن يستخدم المعالج تلك الفنيات التي يرى أنها هي الأقدر على مساعدة المريض كي يحقق ما تم تحديده من أهداف ، أى يختار الفنيات العلاجية وفقاً لطبيعة الإضطراب الذى يعانى منه المريض .
- وفيما يتعلق بالتغير العلاجي نلاحظ أن العلاج المعرفى السلوكى يعمل على حث المريض للعمل والممارسة عن طريق إستخدام عدد من الأساليب والفنيات المعرفية

والإنفعالية والسلوكية التي تهدف إلى مساعدة المريض على تغيير إعتقاداته اللاعقلانية. وإلى جانب ذلك فإن هذا المنحى العلاجي يضع أهمية كبيرة على تلك الأنشطة التي يمكن للمريض أن يؤديها خارج نطاق جلسات العلاج والتي تأخذ شكل الواجبات المنزلية حيث تلعب دوراً هاماً في حدوث التغيير حيث يمارس المريض خلالها ما تم تدريبه عليه من مهارات وغير ذلك خلال جلسات العلاج. كذلك فهي تلعب دوراً هاماً خاصة إذا كان ماتم التدريب عليه خلال العلاج هو إستراتيجيات المواجهة حيث تعمل تلك الواجبات المنزلية على إتقان المريض لتلك الإستراتيجيات وهو الأمر الذي يساعده بدرجة كبيرة على منع حدوث إنتكاسة بعد أن ينتهى البرنامج العلاجي.

وجهة النظر الإنسانية فى العلاج

يرى إليس (1991) Ellis أن هذا الأسلوب العلاجي يعد علاجاً نفسياً إنسانياً وجودياً حيث يتضمن جانباً إنسانياً وآخر وجودياً، فهو يقرر أن الفرد لم يضطرب بشكل شرطى، ولكنه يسهم بشكل كبير فى حدوث الإضطرابات ثم يعانى منها فيما بعد وذلك بسبب المطالب الدوجماتيكية المطلقة التي يتبناها. وهناك عدد من المبادئ والأسس التي يركز عليها فى نظرتة الإنسانية والوجودية نعرض لها على النحو التالى:

١ - أنه يتناول السلوكيات والإنفعالات والتقييمات الإنسانية المضطربة، وينظر إلى الفرد على أنه هو الذى يوجد مشكلاته الإنفعالية، وبالتالي فهو يعد قادراً على أن يخفف من حدة تلك المشكلات وأن يقف بها عند حدها الأدنى.

٢ - أنه يتسم بالعقلانية بدرجة كبيرة، كما يعتبر إتجهاً علمياً يستخدم كلا الجانبين الذين يتمثلان فى العقلانية والعلم ويسخرهما فى سبيل خدمة الفرد فى محاولة لتمكينه من أن يحيا ويشعر بالسعادة. كما أنه يبحث أيضاً عن اللذة بعيدة المدى ولذلك يمكن للفرد أن يحقق اللذة فى الوقت الحالى وفى المستقبل وأن يصل إلى الحد الأقصى من الحرية والنظام.

٣ - أنه يفترض عدم وجود شيء إنسانى خارق للعادة يعمل على زيادة إعتماذية الفرد على الغير، ومن ثم على زيادة إضطرابه الإنفعالى.

٤ - أنه يفترض أيضاً عدم وجود أفراد مهما كان سلوكهم المضاد للمجتمع يعدون فى مرتبة أذنى من المرتبة الأذمية. وعلى ذلك يقوم المعالج بإحترام المريض وتقبله بشكل غير مشروط نظراً لكونه إنساناً.

٥ - أنه يعمل على مساعدة الفرد أن يحقق تفرده وحرية وإهتماماته الذاتية وضبط النفس بدلاً من الخضوع لسيطرة وتوجيه الآخرين بمافيهم المعالج. وفى الوقت ذاته يعمل على مساعدة الفرد أن يحيا بالطريقة التى يفضلها، وأن يتعامل مع الآخرين بالطريقة الأفضل والأكثر ملاءمة التى تضمن تحقيق إهتماماته الفردية والإجتماعية.

٦ - أنه يؤكد على أهمية الإرادة والإختيار فى الأمور الإنسانية على الرغم من تسليمه بحدوث السلوك الإنسانى جزئياً تحت تأثير قوى بيولوجية وإجتماعية وغير ذلك.

وعلى الرغم من أن هذا الأسلوب العلاجى يسلم بوجود مؤثرات أسرية وإجتماعية على اللاعقلانية والإضطراب الإنسانى فإنه فى الوقت ذاته يسلم بوجود أسس بيولوجية يمكن أن تؤثر أيضاً على اللاعقلانية والإضطراب الإنسانى حيث توجد لدى كل الأفراد ميول عصابية هازمة للذات بغض النظر عن أصولهم أو ثقافتهم أو الأسر التى تمت تنشئتهم فيها وبأى أساليب للمعاملة الوالدية. وعندما ترتبط الإضطرابات بالأسرة فإنها غالباً ما تمثل عاملاً وراثياً يتم تناقله عبر الأجيال، فقد نجد أن بعض الإضطرابات العقلية الإنفعالية الخطيرة كاضطراب الهوس الإكتئابى، أو الإضطراب الإكتئابى الشديد، أو الإضطراب الفصامى، أو الإضطراب القهرى الوسواسى تعد إضطرابات ذات مكون وراثى مستقل. وعلى الرغم من أن الأفراد الذين تزداد خطورة إضطرابهم كأولئك الذين يعانون من إضطراب الشخصية الحدية قد يتحسنون كنتيجة للعلاج المكثف فإنهم مع ذلك ما

إن يتعرضون لإنتكاسة حتى يعودون مرة أخرى إلى أساليب مضطربة من الأداء الوظيفي . كذلك فإن العديد من الأفراد لا يعملون على إضطراب أنفسهم فحسب بل إن سلوكهم غالباً ما يؤدي إلى إصابتهم بالإكتئاب والهلح حول إضطراباتهم تلك، وغالباً ما تمثل الحلول التي يقدمونها لمشكلاتهم جزءاً من المشكلة . وبذلك يتضح أن هناك أسباباً بيولوجية وأخرى بين شخصية للإضطراب الإنساني .

ومن الجدير بالذكر أن العديد من المرضى يمكنهم أن يتعلموا نموذج ABC كأحد النماذج المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي وذلك بشكل فعال وتوجيهي directive منذ الجلسات العلاجية الأولى في البرنامج العلاجي، ويمكنهم بذلك إستخدامه بفاعلية حيث يقوم المعالج بعرض أساسيات هذا النموذج للمرضى حتى يتمكنوا من تحديد إعتقاداتهم اللاعقلانية ويقومون بتفنيدها وإستبدالها بإعتقادات أخرى أكثر عقلانية حيث يعمل هذا الأسلوب العلاجي على جعل الأفراد الذين يعانون من إضطرابات مختلفة وعلى رأسها إضطرابات الشخصية والإضطرابات الذهانية يتقبلون أنفسهم بشكل كامل بماهم عليه من إضطرابات حادة . وجدير بالذكر أن التطورات الحديثة للعلاج المعرفي السلوكي قد شهدت تطبيقات عديدة لهذا العلاج على تلك الإضطرابات . وقد أكدت الدراسات التي أجريت في هذا الإطار على فاعلية ذلك الأسلوب العلاجي في علاج مثل هذه الإضطرابات، وإستمرار أثر العلاج لمدة طويلة بعد إنتهاء البرنامج العلاجي . ولم يقتصر الأمر على علاج مثل هذه الإضطرابات فحسب، بل إمتد ليشمل الإعاقه العقلية أيضاً وظهرت تطبيقات حديثة متعددة له على المتخلفين عقلياً . ويعتبر التصدي لهذا المجال حديثاً نسبياً حيث كان يعتقد من قبل أن هذا الأسلوب العلاجي بما يعتمد عليه من مكون معرفي لا يجدى مع أعضاء هذه الفئة حيث تتمثل إعاقاتهم أصلاً في هذا الجانب . إلا أن الدراسات الحديثة التي أجريت في هذا الإطار قد أكدت على فاعلية العلاج حيث أمكن من خلاله تحقيق الأهداف العلاجية التي تم تحديدها وذلك بشكل جيد، كما تم تطوير شكل مبسط من

نموذج ABC على يدى داجنان وشادويك (١٩٩٧) Dagnan & Chadwick بغرض تطبيقه على المتخلفين عقلياً، وهو ما يمثل تطوراً هاماً فى هذا الصدد.

الإقناع الجدلى التعليمى

من الجدير بالذكر أن العلاج المعرفى السلوكى يضم عدداً من المكونات التى تلعب دوراً بالغ الأهمية فى إحداث التغير العلاجى. وتتمثل هذه المكونات فيما يلى:

١ - الإقناع الجدلى التعليمى بنسق إعتقادات يعمل على التخلص من مجموعة من الأفكار اللاعقلانية التى تؤدى إلى تعرض الفرد للكرب والضيق، وتسبب قصوراً فى أدائه الوظيفى فى المجالات المختلفة.

٢ - التدريب على الملاحظة والتمييز بين التقارير الذاتية.

٣ - التدريب على القيام بالتقييم المنطقى والإمبيريقى للتقارير الذاتية.

٤ - الأداء المتدرج للواجبات.

٥ - التغذية الرجعية الإجتماعية المباشرة.

٦ - توفر التعليمات اللازمة لإحداث التغير فى التقارير الذاتية مع وجود التعزيز الإنتقائى اللازم لذلك.

٧ - قيام المعالج بالنمذجة إلى جانب لعب الدور فيما يتعلق بالأساليب المعرفية المرغوبة.

وعلى هذا الأساس يعتبر الإقناع الجدلى التعليمى أحد المكونات ذات الفاعلية فى العلاج المعرفى السلوكى، ويعد خطوة هامة فى العلاج حيث نجد أن المعالج يعتمد خلال هذا الإتجاه العلاجى بدرجة كبيرة على الإقناع اللفظى الذى يستطيع من خلاله أن يساعد المريض فى التعرف على ذلك الدور الذى تلعبه الأفكار اللاعقلانية أو الأفكار الأوتوماتيكية السلبية فى حدوث الضيق والكرب للمريض، وفى تطوير نسق إعتقادات يتسم بدرجة أكبر من العقلانية وذلك من خلال تصحيح

مثل هذه الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية وتغييرها وإستبدالها بأفكار وإعتقادات عقلانية تسهم فى خفض حدة الإضطراب الذى يعانى منه المريض بدرجة كبيرة، وربما التخلص فى بعض الحالات من مثل هذا الإضطراب.

ويعد التركيز على الإقناع اللفظى فى العلاج المعرفى السلوكى بذلك أمراً بالغ الأهمية حيث يلعب دوراً هاماً فى نجاح البرنامج العلاجى المستخدم إذ أن الدور الذى يلعبه هذا الإقناع فى إعادة البناء المعرفى يعتبر دوراً رئيسياً، إلى جانب ذلك الدور الرئيسى والهام الذى يلعبه أيضاً فى تحقيق ضبط النفس من جانب المريض. ويبدأ ذلك الدور بشرح منطق العلاج للمريض وإقناعه بضرورة الإلتزام به وتنفيذه وأداء ما يطلب منه من مهام مختلفة ومن واجبات منزلية كممارسة عملية لما يتم التدريب عليه خلال البرنامج العلاجى، وهو الجزء الأساسى الذى تقوم عليه الجلسات الأولى فى أى برنامج علاجى يصمم فى هذا الإطار حيث تقوم تلك الجلسات على إعطاء معلومات للمريض عن طبيعة الإضطراب وأسبابه وتطوره وأعراضه وكيفية العلاج، وهو ما تستخدم خلاله فنية المحاضرة، ثم يتم اللجوء بعد ذلك إلى فنية المناقشة التى يلعب الإقناع الجدلى اللفظى دوراً هاماً فيها. يلى ذلك شرح منطق العلاج وضرورته وكيفية تنفيذه وإقناع العملاء بضرورة الإستمرار فيه وذلك من خلال تبسيط الإجراءات المستخدمة لهم وتبصيرهم بها وبالكيفية التى يمكنهم بموجبها أن يقوموا بتنفيذ مثل هذه الإجراءات. ومن ثم تلعب تلك الفنيات التى تضمها إستراتيجية التعليم النفسى psychoeducation دوراً هاماً فى إقناع المريض بتقبل الأسلوب العلاجى المستخدم وبمدى ملاءمته له، إلى جانب إقناعه بتقبل مسئوليته الشخصية عن الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية أو الأفكار الأوتوماتيكية السلبية التى تلعب الدور الأساسى فى حدوث ما يعانى منه من إضطراب، ومن ثم مسئوليته الشخصية عن إستبدال مثل هذه الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية بأفكار وإعتقادات أخرى تتسم بالعقلانية والتواؤمية تؤدى إلى خفض حدة ما يعانى منه من إضطرابات، وهو الأمر الذى ينتج عن التحليل المنطقى لتلك الأفكار والإعتقادات وتقييمها بعد أن يقوم بمناقشتها بشكل منطقى

مع المعالج مما يتيح الفرصة أمامه ليرى كم تعد تلك الأفكار والإعتقادات لا معقولة وذلك إلى الدرجة التي تجعله هو نفسه يرفضها ويعمل جاهداً على تصحيحها وتعديلها.

ومما لاشك فيه أن الأمر لا يتوقف عند هذا الحد، بل يمتد أيضاً إلى التحليل الإمبريقي لمثل هذه المعارف وتقييمها في ضوء الملاحظات المرتبطة بمواقف الحياة الواقعية والأدلة الإمبريقيّة التي ترتبط بمحتوى المعارف وهو ما يساعد على إجراء المقارنة بين تلك المعارف المشوهة وبين الملاحظات الواقعية وتلك الأدلة الإمبريقيّة التي تتعلق بمحتوى المعارف مما يتيح الفرصة للتعرف على مدى واقعية تلك المعارف. وعندما ترتبط الواجبات المنزلية بهذا الأمر فإن ذلك يساعد المريض على أن يقوم بالملاحظات وأن يجمع المعلومات التي توضح مدى ما تعكسه مثل هذه المعارف من خبرات واقعية. كذلك فإنها توضح له أن الوجود المطلق للشيء أو للقيمة التي يعتقد فيها يعد بمثابة أمر لا منطقي إذ لا يمكن على سبيل المثال أن يكون هناك تقبل من جانب الفرد أو إعتقاد في آرائه إعتقاداً مطلقاً أى تصل نسبته إلى مائة في المائة، ثم يعمل المعالج على إقناع المريض بأنه أذكى من أن يعتقد مثل هذا الإعتقاد أو يجعل فكرة كهذه تسيطر عليه لأن ذلك أمراً غير جائز أو مقبول تحت كل الظروف.

وعلى هذا الأساس يتم من خلال المناقشة والإقناع اللفظي إقناع المريض وتبصيره بأن أنماطه السلوكية اللاتواؤمية وما يترتب عليها من نتائج سلبية إنما هي في الأساس تعد إنعكاساً لمعارف مشوهة وإعتقادات لاعقلانية يعتنقها، وهو الأمر الذي يساعد كما سبق القول في إقناعه بضرورة العمل على تصحيح تلك المعارف وتعديلها وإستبدالها بمعارف وأفكار وإعتقادات عقلانية تواؤمية. وإلى جانب ذلك يقوم المعالج باستخدام نفس هذا المنطق بإيضاح التشابه الذي يربط بين المعارف اللاتواؤمية للمريض مع مثيرات سلبية وذلك من خلال الإثارة التي تبني على التخيل لأحد المشاهد الذي يتضمن هذا الأمر حتى يتسنى توضيح مدى إرتباط المشاعر السلبية بتلك المعارف المشوهة. ومن ثم يعمل المعالج والمريض معاً من

خلال العلاقة العلاجية التعاونية التي تربط بينهما على الفصل بين تلك المشاعر السلبية والمعارف المشوهة والذي يتم إيضاحه من خلال التعريض التخيلي لمشهد يرتبط بذلك، ولذا يتم اللجوء إلى فنية منع الإستجابة أو تشتيت أو صرف الإنتباه.

وبذلك يتضح أن الإقناع الجدلى التعليمى يمثل أحد المكونات الهامة التي يتضمنها العلاج المعرفى السلوكى، ولكن لا يتم تقديمه بمفرده للمريض بل يتم ذلك فى إطار إستراتيجية شاملة للعلاج. ويتوقف نجاح الإقناع الجدلى التعليمى على مدى قوة العلاقة بين المعالج والمريض وما تتسم به من إحترام وثقة وإهتمام، وهو الأمر الذى يعد مطلباً ضرورياً لضمان التطبيق الناجح للإجراءات العلاجية المعرفية السلوكية حيث يعتمد الإقناع الجدلى والتقييم المنطقى إلى جانب ذلك على الأسلوب بين الشخصى للمعالج وقدرته على تطوير تلك العلاقة العلاجية مع المريض بالإضافة إلى إدراك الفرق بين المريض كشخص وبين ما يعتنقه من معارف وإعتقادات، والإبقاء على مثل هذا الفرق ووضع نصب العين مع مساعدة المريض على تطوير أسلوب حياة فعال يساعده على الإنخراط بفاعلية فى الحياة.

ومن هذا المنطلق يتضح أن المعالج يقوم بإقناع المريض وتبصيره بمنطق العلاج وبالأسلوب العلاجى الذى ينتظر أن يتم التغير المنشود من خلاله. وعلى ذلك فإن هذا الإقناع الجدلى يتم خلال عملية تعلم تنتهى بحدوث التغير العلاجى فى الإتجاه المرغوب والذى ينتظر كل من المعالج والمريض حدوثه وإعداد المريض من خلال مجموعة من إستراتيجيات المواجهة للتعامل بفاعلية مع أى مشكلات قد يتعرض لها بعد أن يكون البرنامج العلاجى قد إنتهى حتى يكون بإمكانه أن يتجنب حدوث إنتكاسة له. ويمكن للمعالج أن يعمل على تعزيز وتدعيم العملية التعليمية تلك من خلال تدريب المريض على مجموعة من المهارات التى يتوقع أن تلعب دوراً أساسياً فى تحقيق الهدف النهائى من تلك العملية إلى جانب إستخدام تدخلات فنية معينة يتضح من خلالها سيادة الإقناع الجدلى وأهميته وضرورته فى تحقق ذلك الهدف. وتعمل تلك المهارات كمرشد يتسم بالحساسية لما تدعو الحاجة إليه من تدخلات

يمكن أن تساعد المريض فى الإتجاه المرغوب فيه إلى جانب تحديد الوقت الملائم لتحقيق الأهداف المنشودة.

هذا ويمكن للمعالج خلال هذه العملية أن يتوقع التصورات الخاطئة للمريض عن العلاج إذا كانت لديه المهارة، التى تساعده على إدراك الأهمية والمغزى المحتمل لتلك المعلومات التى يتم إشتقاقها من التقييم المبدئى للمشكلات والإضطرابات التى يعانى منها المريض إلى جانب قدرته على إستخلاص التغذية الرجعية من خلال إستجابات ذلك المريض لما يقدمه له إضافة إلى إستجابته للعلاج خاصة إذا لم يبد المريض أى إشارات تدل على إبدائه لشكل واضح وصريح من المقاومة.

أما عن المشكلات التى قد تعوق التطبيق الجيد للإقناع الجدلى فيمكن للمعالج الماهر أن يتوقعها. وعموماً فإن مثل هذه المشكلات يمكن أن تتمثل فى مجالات عديدة تضم التاريخ الشخصى، والأسلوب المعرفى، وبنية الشخصية، ومدى شدة الأعراض المرضية الخاصة بعدم التعويض decompensation فقد يظهر التاريخ الشخصى للمريض فشل سابق فى الإستفادة من العلاج مما يترك لدى المريض إتجاهات لاتواؤمية لأى علاج آخر، وهو الأمر الذى يتطلب مناقشة الأساس الفلسفى لذلك، وبذل جهد مضاعف للعمل على تغيير تلك الإتجاهات من خلال الإقناع. كما أن التعرف على الأسلوب المعرفى للمريض قد يظهر مثلاً تفضيلاً للمشاعر على التفكير أو العكس كأسلوب للخبرة، وهو ما يجب أن يستفيد منه المعالج حتى يتسنى له إختيار ما يلائم ذلك من الأساليب الجدلية. أما تقييم بنية الشخصية فقد يظهر بعض السمات من جانب المريض كالإندفاعية أو إنخفاض القدرة على مواجهة الإحباط على سبيل المثال أو غير ذلك من سمات وهو ما يعكس توترات أو إضطرابات معينة يعانى منها المريض ترتبط بكل سمة من تلك السمات. بينما قد يعكس تقييم درجة الأعراض المرضية الخاصة بعدم التعويض إرتفاع الدرجة التى يحصل عليها المريض على مقياس الإكتئاب مثلاً مما يستدعى التقدم بخطى معينة خلال العلاج.

ويتلخص الهدف من العملية التعليمية خلال العلاج فى تقديم معلومات جديدة للمريض تتصل بواحد أو أكثر من تلك الجوانب الهامة التى نتناولها بالعلاج، كما أنه يتمثل إلى جانب ذلك فى إختيار الفنيات المناسبة التى يمكن من خلالها إقناع المريض بتلك الأمور التى من شأنها أن تؤثر على سير العملية العلاجية. ولذا يتم تغيير أو تصحيح مفاهيم المريض الخاطئة عن العلاج خلال الجلسة الأولى، كما يتم أيضاً التعرف على موقفه من العلاج، وتقديم الأساس المنطقى للعلاج. كما يتم إلى جانب ذلك تقديم المعلومات التى يتم بمقتضاها تصحيح المفاهيم نظرياً ويعمل المعالج على إقناع المريض بها. وبذلك نلاحظ أن الإقناع المنطقى يلعب دوراً هاماً خلال العملية العلاجية، وأن العلاج المعرفى السلوكى يولى هذا الجانب أهمية كبيرة نظراً لأنه ينظر إلى المعارف والأفكار والاعتقادات على أنها تعد بمثابة المسببات الأساسية لأى إضطراب، وأن تعديلها وتصحيحها يمثل الأساس لحفض حدة هذا الإضطراب أو ذاك.

الخطة العلاجية

يعتبر العلاج المعرفى السلوكى إتجهاً علاجياً مقنناً يستغرق وقتاً محدداً فى علاج المشكلات والإضطرابات المختلفة التى يعانى منها الفرد، ويعد من هذا المنطلق ذا ثلاثة أهداف تتمثل فى العمل على تقليل ما يشعر به ذلك الفرد من كرب وعجز يرجع فى الواقع إلى الإضطراب الذى يعانى منه، والتقليل من حدة الإضطراب الإنفعالى الذى يعتره، وتدعيم مشاركته الفعالة فى المواقف الإجتماعية المختلفة والعمل على منع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى. ويعمل فى سبيل ذلك بقوة ثلاثة تضم إستراتيجيات معرفية، وأخرى سلوكية، وثالثة إنفعالية حيث يضم مكونات ثلاثة يتم فى ضوئها إختيار تلك الإستراتيجيات هى المكونات المعرفية والسلوكية والإنفعالية.

ويتوقف عدد الجلسات العلاجية والوقت الذى يستغرقه البرنامج على مدى حدة وتعقد المشكلة أو الإضطراب الذى يعانى الفرد منه، ومدى رغبة ذلك الفرد فى

إقامة علاقة علاجية تعاونية مع المعالج. وعادة ما يبدأ البرنامج العلاجي بجلسات تمهيدية يتم خلالها إرساء دعائم تلك العلاقة والتي تعد ذات أهمية كبرى فى تطور العلاج وفى تحقيقه لما يخطط له من أهداف. ويتم خلال هذه المرحلة استخدام المقابلات التشخيصية وذلك لتقييم المشكلة التى يعانى الفرد منها، وتقييم تلك العوامل التى تسهم فى تطور هذه المشكلة وتعمل على إستمرارها. كما يتم خلال هذه المرحلة أيضاً مساعدة الفرد على التحديد الدقيق لمشكلاته التى يعانى منها. ويمكن فى هذا الصدد أن يتم اللجوء إلى التقييم السيكومترى لتلك المشكلة وما قد يرتبط بها من توترات ومشكلات ثانوية.

ويتم الإنتقال بعد ذلك إلى المرحلة التالية من العلاج والتى يتم خلالها تقديم النصيحة من جانب المعالج وتدريبه للمريض على استخدام مجموعة متنوعة من الإستراتيجيات المعرفية السلوكية التى يمكن أن تساعده على إدارة ومواجهة خبراته المزعجة وردود فعله الإنفعالية الحادة أو ما قد يصدر عنه من أفعال إندفاعية. ويكمن الهدف خلال هذه المرحلة فى تعزيز سلوكه وذلك بالسيطرة على تلك المشاعر وقدرته على ضبطها، وضبط النفس، وبث الأمل فيه حول إمكانية التغيير. وقد تتكامل مثل هذه الإستراتيجيات منذ البداية إذا كانت هناك حاجة ملحة لتقديم مساعدة منظمة ومقننة للمريض منذ المراحل المبكرة فى عملية العلاج. أما فى المرحلة الثالثة فيقوم المعالج بعرض منظور جديد لطبيعة خبرات المريض والأحداث الحياتية التى تترك الخبرات بصماتها عليها بشكل عام. ويعتمد هذا المنظور الجديد على الصياغات المعرفية للأعراض المرضية التى يشعر المريض بها والتى يتسم بها الإضطراب الذى يعانى منه. وتبذل محاولات عديدة خلال هذه المرحلة بغرض إجراء المناقشات التى تدور حول مدى إسهام ذلك المنظور فى حدوث خبرات معينة من جانب المريض، وهو الأمر الذى يجعل المرحلة التالية من العلاج تتركز حول تناول الأعراض المرضية ومحاولة التصدى لها، ومن ثم التوصل إلى منظورات بديلة تتعلق بطبيعة تلك الخبرات على أن تستند تلك المنظورات إلى تفسيرات تستند إلى الواقع. كما يتم خلالها أيضاً التعامل مع نسق

إعتقادات المريض بغرض الحد من الضيق والكرب والتوتر الذى يشعر المريض به، وتعزيز محاولاته التى تهدف إلى تحقيق التوافق الذى يتم من خلال إعادة البناء المعرفى عن طريق التخلص من تلك الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية أو الأفكار الأوتوماتيكية (التلقائية) السلبية، ثم إستبدالها بأفكار وإعتقادات أخرى أكثر عقلانية. ويمثل ذلك بطبيعة الحال جوهر الخطوة التالية والتى يتم خلالها إلى جانب ذلك التعامل مع الإفتراضات المختلة وظيفياً سواء تعلقت بالذات أو بالآخرين. ومن أمثلة هذه الإفتراضات تلك التى تشعر المريض بعدم القيمة، والتفاهة، وهو الأمر الذى يتطلب اللجوء إلى إستراتيجيات معينة كتلك التى يمكن إستخدامها مع الإكتئاب أو مع إضطرابات الشخصية، إلى جانب إستخدام إستراتيجيات المواجهة والتى تلعب دوراً جوهرياً فى مواجهة تلك المشكلة أو ذلك الإضطراب الذى يعانى المريض منه.

أما المرحلة الأخيرة من العلاج فتدور حول إقامة وتعزيز منظور جديد لمشكلة الفرد مع التأكيد بوضوح تام على بعض دلائل معينة تتعلق بالتنظيم الذاتى. كما يمكن خلالها أيضاً التأكيد على إستراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية وإعادة تدريب المريض عليها من جديد حيث أن القيام بذلك خلال هذه المرحلة يفيد فى منع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى. وتعرف هذه المرحلة الأخيرة من العلاج بمرحلة الإقفال أو الإنتهاء من البرنامج. ونظراً لما كشفت عنه دراسات عديدة تناولت مختلف الإضطرابات مستخدمة هذا الأسلوب العلاجى من أنه يعد هو الأفضل على المدى البعيد، وأن أثره يمتد لفترة طويلة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى، فإنه من المتوقع أن يتم إجراء القياس التبعى خلال فترة لاتقل بأى حال من الأحوال عن ثلاثة شهور وذلك بحسب طبيعة الإضطراب.

تعليق عام

شهد العلاج المعرفى السلوكى منذ بدايته وحتى نهاية الثمانينيات العديد من التطورات. وبمنظرة سريعة على تلك التطورات نلاحظ أنه مع تقديم بيك Beck

لنموذجه المعرفى فى العلاج خلال الستينيات فإن العلاج السلوكى الذى يعتمد على العلاقة بين المدخلات والمخرجات (المثيرات والإستجابات) قد ظل حتى السبعينيات هو العلاج المفضل للعديد من الإضطرابات النفسية. واتخذ المعالجون النفسيون ذوو التوجه السلوكى فى العلاج من نظريات التعلم أساساً نظرياً يهتدون به فى تطبيقاتهم الإكلينيكية المختلفة. وخلال الجزء الأخير من السبعينيات أوضح باندورا Bandura من خلال التعلم بالملاحظة أن الجانب المعرفى يلعب دوراً هاماً فى التعلم. وقدم كل من كانفر وكارولى Kanfer & Karoly نموذجاً علاجياً للضبط الذاتى وضبط النفس يقوم على مراقبة الذات Self - monitoring والتقييم الذاتى والتعزيز الذاتى. ووجد ميتشبنوم Meichenbaum أن مفهوم السلوك العقلى يعد جوهرياً فى تفسير التغير السلوكى، ثم ظهر مفهوم ما وراء المعرفة metacognition أى المعرفة عن المعرفة Knowing about Knowing أو معرفة كيف تعلم Knowing how to Know أو المعرفة الذاتية للعمليات المعرفية- Self Knowledge about Cognitive processes وظهرت بالتالى تكتيكات عديدة لحل المشكلات. ومن ثم إزدهر العلاج المعرفى السلوكى وإتسع نطاق تطبيقاته الإكلينيكية خلال الثمانينيات، وكان لأصحاب نظريات العلاج المعرفى السلوكى أثرهم الفعال فى تناول مدى واسع من المشكلات النفسية حيث رأوا أن مثل هذه المشكلات ترجع جزئياً إلى إختلال الأداء الوظيفى المعرفى، وأنه مع تعليم المرضى طرق جديدة ومتوائمة للتفكير تتحسن حالاتهم النفسية ويشعرون بالرضا والسعادة. ومن ناحية أخرى تعددت الأساليب السلوكية التى إستخدمها المعالجون المعرفيون السلوكيون وتضمنت جدولة نشاط معين، والتدرج فى أداء مهمة معينة، والتدريب السلوكى rehearsal، وحل المشكلات، والتدريب على الإسترخاء، ولعب الدور، والنمذجة، وهذه تستخدم فى الأساس لمساعدة المرضى على إختبار أفكارهم بأنفسهم والتحقق من مدى صدقها، وتعديلها بأنفسهم أيضاً مما يؤدي إلى تغيير سلوكهم حيث يؤدي التغيير فى هذه الأفكار إلى تغيير فى المشاعر والسلوك. ثم ظهرت تكتيكات جديدة مثل رؤية أو تصوير الأفكار السلبية من جانب المريض

وذلك بطريقة منظمة، ومساعدته فى التعرف على العلاقات القائمة بين المواقف والأفكار والمشاعر، وأن يحاول من خلال المناقشة مع المعالج البحث عن بدائل لتلك الأفكار، والتعرف على الأفكار المشوهة، وفحص مدى صحة التعميمات المطلقة الموجودة لديه، وتقييم احتمالات النتائج، وقد ساهمت تلك التكنيكات بقدر كبير فى تحقيق نجاح وفاعلية العلاج المعرفى السلوكى.

ومن ناحية أخرى نلاحظ أن ما أطلق عليه العلاج المعرفى لم يكن معرفياً خالصاً منذ البداية سواء على المستوى النظرى أو على المستوى التطبيقى. فعلى المستوى النظرى يتم التعامل مع الأفكار الأوتوماتيكية أو الأفكار اللاعقلانية بقصد تغييرها حتى يتسنى حدوث تغييرات سلوكية مرغوبة. ومن الملاحظ أن المعارف ترتبط بالإنفعالات والسلوك، وأنها يمكن أن تحدث تغييرات فى كليهما، وأن كليهما يمكن بالتالى أن يحدث تغييرات فى المعارف. وعلى المستوى التطبيقى لم يتوقف بىك عند إستخدام الفنيات المعرفية فقط فى العلاج بل إستخدم إلى جانبها فنيات سلوكية، وهذا ما أكده بنفسه فى كتابه الذى نشره عام ١٩٧٠ عن طبيعة العلاج المعرفى وعلاقته بالعلاج السلوكى، وعام ١٩٧٩ فى كتابه العلاج المعرفى للإكتئاب. هذا إلى جانب أن نظرية باندورا Bandura عن التعلم الإجتماعى تعد من المصادر الأساسية التى أثرت على هذا الأسلوب العلاجى، وأن أهم ما أخذ عنها كان العلاج بالنموذج ولعب الدور..

