

جامعة غرداية

كلية العلوم الاجتماعية و الانسانية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

محاضرات ضمن متطلبات الماستر 1-2 تخصص علم النفس العيادي

محاضرات في العلاجات النفسية

من اعداد الدكتور :

أمال بن عبد الرحمان

السنة الجامعية: 2016-2017

المحتويات المطبوعة:

مقدمة.

المحاضرة 1 : العلاج التحليل النفسي .

1- التحليل النفسي الكلاسيكي .

2- أهم مصطلحات التحليل النفسي .

2-1- وجهة النظر الموقعية .

2-2- من وجهة نظر اقتصادية .

المحاضرة 2: العلاج تحليلي المستوحى من التحليل النفسي .

1- تعريف العلاج التحليلي قصير المدى .

2- أهداف العلاج التحليلي قصير المدى .

3- تقنيات العلاجية في التحليل النفسي .

3-1- العلاج بالتداعي الحر .

3-2- تحليل الاحلام .

3-3- تحليل المقاومة .

3-4- تحليل التحويلات .

3-4-4- التفرغ الانفعالي .

3-6- العلاج بالتنويم المغناطيسي .

المحاضرة (3): العلاج السلوكي .

1- تعريف العلاج السلوكي .

2- الاصول النظرية التاريخية للعلاج السلوكي .

3- أهداف العلاج السلوكي .

4- خطوات العلاج السلوكي.

المحاضرة 4: العلاج المعرفي.

1- تعريف العلاج المعرفي:

2- أهداف العلاج المعرفي:

3- المبدأ الأساسي لتطبيق العلاج المعرفي:

4- خطوات العلاج المعرفي:

5- عيوب العلاج المعرفي:

المحاضرة 5: العلاج المعرفي السلوكي.

1- نشأة العلاج المعرفي السلوكي.

2- تعريف العلاج المعرفي السلوكي.

3- المبادئ الأساسية لتطبيق العلاج المعرفي السلوكي.

4- الأهداف الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي.

5- جلسات العلاج المعرفي السلوكي.

6- تقنيات العلاج المعرفي السلوكي.

المحاضرة 7: تقنية تقليل الحساسية التدريجي أو التحصين التدريجي.

المحاضرة 8: العلاج بتقنية الاسترخاء Relaxation .

1- تعريف بالتقنية الاسترخاء.

2- طرق تطبيق تقنية الاسترخاء.

3- استعمالات تقنية الاسترخاء.

المحاضرة 10: علم النفس الإنساني.

المحاضرة 11: تقنية العلاج النفسي متعدد الأوجه كعلاج حديث.

1- تعريف العلاج النفسي متعدد الأوجه.

2- المبادئ الأساسية لتطبيق العلاج النفسي متعدد الأوجه.

3- أهداف العلاج النفسي متعدد الأوجه.

4- الأبعاد السبعة للشخصية BASIC-ID.

المحاضرة 12: روجرز العلاج النفسي المتمركز حول العميل.

المحاضرة 13: العلاج الأسري.

1- تعريف العلاج الأسري.

2- الجذور التاريخية للعلاج الأسري.

3- أهداف العلاج الأسري.

4- مراحل العلاج الأسري.

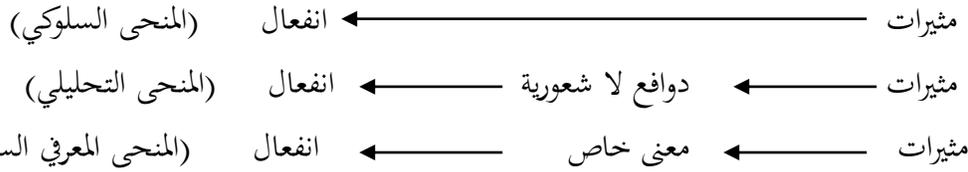
خاتمة

مقدمة:

علم النفس قبل فرويد في عام 1879 أسس " وليم فونت " Wandt. W " أول معمل سيكولوجي في ليبزج " Lipzig " بألمانيا بحيث نما علم النفس معتمدين على مجالين ذوو دعائم و أسس ثابتة هما الفلسفة و علم الفيسيولوجي، لذلك فإن الجهود المبكرة للعالم المنبثقة اختصت بالموضوعات الذاتية مثل قياس النبض في العصب، البحث عن الارتباطات الشرطية في المخ التي تتحكم في وظائف الأعضاء، حتى ذلك الوقت كان فرويد يدرس في العلاج التدريبي بنوع من الشك، ثم بدأ بدراسة الكائن الانساني من مختلف النواحي، كعلاج المرضى الذين يعانون من الاضطرابات التي لا يمكن ارجاعها الى العوامل الفيزيولوجية، ولم يكن عند أنصار "فونت" سوي معلومات سيكولوجية أكاديمية قليلة، مما دفع فرويد للقيام بعدت أبحاث حول المرض النفسي و كانوا يتعامل مع الفرد ككل متكامل لا يتجزأ: "الأعراض، خبرات الطفلية العمليات العقلية و النفسية، الأحلام". (محمد. السيد عبد الرحمان، 1997، ص21)

فلقد تميز العلاج المعرفي السلوكي على ما يفعله المتعالج الآن للإبقاء على أفكاره و أفعاله و عواطفه المختلة وظيفيا، آخذا بعين الاعتبار أن المعلومات التاريخية و التجارب النمائية للمتعالج و العلاقات الاجتماعية و التاريخ المرضي لا يركز عليها إلا في حالة كونها مرتبطة مباشرة بتطور المشكلة و استمرارها. فهو يختلف عن العلاج بالتحليل النفسي في عدم غوصه في ذكريات الطفولة وعالم اللاشعور، كما يختلف عن العلاج السلوكي الذي يهمل التفكير وعالم المريض الخاص به، و يمثل هذا الاختلاف بما يلي :

يبين مقارنة بين المنحى السلوكي و التحليلي و المعرفي السلوكي



(صباح. السقا، 2009، ص 5)

ويعتبر بيك المعنى الخاص للحدث هو جوهر النموذج المعرفي للانفعال و اضطراباته، لأنه يحدد الاستجابة الانفعالية له. هذا المعنى موجود في مفردة معرفية. و يعبر العلاج النفسي عن النشاط الفعلي الذي يعكس أهمية و فاعلية علم النفس، حيث تمثل جانبه الوظيفي، و هي وضعية تفاعلية واعية مصممة من أجل التأثير على الاضطراب النفسي، وحالات المعاناة التي تتطلب علاجا بطرق نفسية في اتجاه نحو هدف متفق عليه. (Huber, W, 1993, p 57)

وتتأثر تقنيات العملية العلاجية بتطور نظريات و مدارس هذا الأخيرة، التي سوف نتطرق إليها في ما يلي :

المحاضرة 1: العلاج التحليل النفسي.

تمهيد:

يخلط الكثرون بين علم النفس و التحليل النفسي، بحيث يعتبر من غير المختصين أن علم النفس هو فرويد، بحيث وضع العديد من الباحثين الاختلاف بين مجالات علم النفس الكثيره التي لا علاقه لها بالتحليل النفسي، كما أن علماء النفس الحديث لا ينكرون فضل فرويد في تطور علم النفس، لهذا سوف نوضح المبادئ النظرية للتحليل النفسي.

1- التحليل النفسي الكلاسيكي:

نشأة و حياة سيجموند "فرويد": يعتبر فرويد هو الأب الشرعي للتحليل النفسي، الذي ولد في 6 ماي 1856 في "فريبرج بمورافيا" بتشيكوسلوفاكيا سابقا"، من أبوين يهوديين و قد كان أبه يعمل في تجارة الصوف، لما كان عمره 4 سنوات انتقلت الأسرة إلى "فيينا" بسبب الحرب العالمية الاولى، و قد كان من النجباء بحيث حصل على البكلوريوس الطب عام 1881، و بعد تخرجه التحق بالمعمل السيكولوجي لأستاذة "إرنست بروك E. Bruche"، و أنجز بعض الدراسات القيمة في التشريح الميكروسكوبي للجهاز العصبي، و قضى ثلاثة سنوات و هو يعمل مساعد لاثنين من علماء الطب هم "هيرمان نوثناجل H. Nothnagel" و "تيورد منيرت T. Meynert"، لمدة ثلاث سنوات، ثم فاز بمنحة دراسية للعمل مع شاركوا في باريس لمدة شهر قليلة، و قد اهتم فرويد اهتماما خاصا بالأبحاث الفيزيولوجية و التشريحية المتعلقة بالجهاز العصبي، و عمل و هو لا يزال طالب في معمل "إرنست بروك B.Bruck"، الفسيولوجي و عينه مساعدا له، و قام بعدة أبحاث في تشريح الجهاز العصبي و في عام 1881 حصل على الدكتوراه في الطب، و في 1882 شغل منصب طبيب في المستشفى الرئيسي بفيينا و نشر بعض الابحاث الهامة في تشريح الجهاز العصبي و في الامراض العصبية، مما لفت إليه الانظار و في عام 1885 عين محاضرا في علم أمراض الجهاز العصبي. (سجموند فرويد، ترجمة: سامي نحمد علي و عبد السلام القفاش، 2000، ص 9)

تأثر فرويد "بجوزيف بروير" من أشهر الاطباء في فيينا الذي يستخدم الإيحاء التنويمية في معالجة مرضاه : بحيث اكتشف أثناء علاجه لفتاة مصابة بالهستيريا أن المريضة ذكرت أثناء نومها حوادث ماضية لم تستطع تذكرها في اليقظة و رأى " بروير" أن المريضة لها حوادث و تجارب شخصية قديمة مرتبطة بانفعالات و عواطف مكبوتة، مما كان له أثر كبير في شفاء المريض، و قد سمي "بروير" فيما بعد هذه الطريقة في العلاج : " بطريقة التفريغ Cathartic Method" فبعد أن سمع فرويد عن هذه الحالة، قام بأبحاثه عن الهستيريا أثناء دراسته في جامعة سالبتريير في باريس 1885.

بحيث اكتشف أن هذه الابحاث إمكانية إحداث أعراض الهستيريا بالإيحاء التنومى و إمكانية ازلتها بالإيحاء أيضا، وقد أكدت هذه التجارب التشابه بين الهستيريا التي تحدث أثناء الإيحاء و الاعراض الهستيرية التي تظهر بين المرضى، ثم عاد فرويد الى فيينا في 1886 و حاول اقناع الاطباء بإمكانية احداث الهستيريا بالإيحاء التنومى، فقبول بمعارضة شديدة. (سجموند فرويد، ترجمة: سامي نحمد علي و عبد السلام القفاش، 2000، ص 10)

فلما عاد و انقضت السنة الرابعة تزوج من "مارتابيرنز" Bernays.M، في 30 سبتمبر 1886، أنجب 6 أولاد 3 ذكور و 3 إناث اصغرهم أنا "Anna" التي برزت في مجال التحليل النفسي للطفل. و رغم أن فرويد كان يؤكد على أهمية الغريزة الجنسية في نظريته، إلا أنه ظل على أكبر ترجيح بدون علاقات جنسية حتى زواجه في الثلاثين من عمره، و لم يطبق أفكاره السيكلوجية على أسرته فهو لم يهتم بالموقف الأوديبى لابنته أنا و لم يشك في تعلقها العاطفي الشديد و غير الطبيعي به، فهي لم تتزوج قط و كرست حياتها في سبيل التحليل النفسي.

(محمد السيد عبد الرحمان، 1997، ص37)

وقررت أنها تلى "مارتا" أمها في حياة فرويد، بحيث زودت حياة فرويد بقدر كبير من الحقائق النفسية القيمة، فقد كان أوديبى لديه عدا لا شعوري قوي إزاء الأب و مرتبط جدا بأمه كانت تصغر أبيه بتسع عشرة سنة. غير أن فرويد استمر في مواصلة بحثه العلمي كطبيب خاص يعالج مرضاه بواسطة الإيحاء التنومى، و لم يلبث فرويد طويلا حتى اتضح له بعض العيوب في التنويم، إذ تبين له أنه لا يستطيع تنويم بعض المرضى، مما دفعة لسفر إلى فرنسا عام 1889 إلى مدينة نانسي بفرنسا، لاتصال بالطبيب ليبولت Libault و برنهام Bernhim .

(سجموند فرويد، ترجمة: سامي نحمد علي و عبد السلام القفاش، 2000، ص 11)

و عانى فرويد من اضطراب عصابي عنيف عام 1890، و رغم ذلك كان مضرب المثل في عمله الذي كان يسير في تقدم بالرغم من حالته النفسية المرضية الطارئة ولقد وصف "الينبرجر" Ellenberger(1970) هذه الحالة باسم الامراض المبدعة و نظرا لطول معاناته من حالته التي كانت تسوء تارة و تتحسن تانية انتابه إحساس جارف بالعزلة وظهر خلال هذه المحنة كشخصية متقلبة و بالتدرج توصل إلى حقائق جديدة خلال تلك الفترة، بدا فرويد في لتحليل النفسي لذاته "Self Analysais" منذ صيف عام 1894 محاولا الوصول إلى أعماقه الداخلية مستخدما أساليبه النفسية التي صورها و رغم أن محنته هذه انتهت في عام 1900 إلا أنه استمر في تحليل شخصية مدخرا لنصف ساعة الاخير من كل يوم لهذا الغرض ومن صفاته الشخصية كان البعض يراه شخصا عاقلا يتمتع بأخلاق طيبة، بينما كان يراه البعض الآخر ضعيف العزيمة غير مبال قاس مرفوض أو متهور و يمثل ذلك النوع الذي يبالي بالوصول إلى السعادة أو أنه أكثر اهتماما باكتشافه التي يحصل عليها المرضى أنفسهم أما البعض الآخر فكان يراه

خماسي مرج عميق التفكير متفاهم طيب القلب (Ellenberger, 1970)، و لقد ظل بعضا من زملائه على ولائهم له مكرسين لذلك كل حياتهم بينما تمرد عليه آخرون مثل: " جوزيف برويد و وليم فليز " W Fliess و كار يونج، و الفرد أدلر"، و ذلك بسبب تأكيده المتشدد على اعتبار الغريزة الجنسية " كاول واهم" دافع لسلوك الانساني، أما عن حياته المهنية فقد كانت مليئة بالموافق المضيئة الممتعة، و أيضا بالأخطاء الشائعة ففي عام 1883 عانى صديقه "فون ماركس Von Marxw" من مرض مؤلم للغاية و أصبح مدمنا على المورفين، الذي كان يتناوله كعلاج ومسكن الألم فقدم له فرويد بديلا أقل ضررا هو الكوكايين، ثم نشر مقالا عن علاج الادمان، و لسوء الحظ اتضح أن الكوكايين هو الآخر مخدر قوي و يسبب الإدمان كذلك، و وجه النقد إلى فرويد بطريقة لاذعة، و في عام 1897 أعلن فرويد و بسبب الإدمان أن معظم مرضاه الذين يقوم يعالجهم قد اعتدى عليهم جنسيا أثناء طفولتهم من راشدين خلعاء (غير أخلاقيين)، و أن اللاشعور لا يستطيع أن يميز بين الذاكرة و الخيال، و على الرغم من ذلك فإن ما حققته من نجاح كان يفوق بمراحل ما فشل فيه فقد بلغ " فرويد و برويد" قمة النجاح في عملهما المشترك "دراسات في الهستيريا" الذي نشر عام 1890 و الذي وصفا فيه العلاج السيكولوجي لمشكلات هستيرية كالشلل، الصداع، وحبس الصوت، و ما إلى ذلك من المشكلات الجسمية التي لا يكون لها أسباب فسيولوجية، و يعد تفسير الأحلام عام 1900 و بعد ثمان سنوات بيعت منه 700 نسخة فقط، و رغم ما وجه إلى إنصار مدرسة التحليل النفسي من أنهم فاسدين، مضللين و مؤكدين على الجنس، فإن فرويد كان متأكد من دوره كبطل وحيد و مناضل ضد شذوذ لا يقهر، و هكذا ظلت مكانته و شهرته في ازدهار مستمر و في عام 1909 تلقى دعوة لزيارة أمريكا الجامعية من: " ستاتلى وهول" عالم النفس الشهير و القى سلسلة من المحاضرات الهامة في جامعة كلارك، و استقبل كأحسن ما يكون غير أنه غادر أمريكا ولديه انطباع بعدم الارتياح، إلا أنه اعتبرها فرصة مناسبة لنشر أفكاره عن التحليل النفسي .

(محمد السيد عبد الرحمان، 1997، ص38)

أطلق فرويد على نظريته التحليل النفسي " Psychanalysais" ، و يستخدم هذا المصطلح بكثرة للدلالة على أحد العلاج النفسي لدى نظمه فرويد غير أن الممارسة الإكلينيكية للتحليل النفسي مجرد واحد من تطبيقاتها المتعددة.

(محمد السيد عبد الرحمان، 1997، ص37)

يقول فرويد: " إن الشعور تعبير وصفي خالص يصدق على أكثر المدركات مباشرة و يقينا".

(سيجموند فرويد، ترجمة سامي محمود علي وآخرون، 2000، ص 160)

حيث يقول "فرويد" (S.Frud, 1969): " إذا مالقينا بقطعة من الكريستال على الارض فإنها تنكسر، و لكن ليس الى قطع متناثرة و يكون الكسر على شكل شروخ و انقسامات داخل إطارها نفسه، بالرغم أن تلك الشروخ غير

مرئية، إلا أنها محددة بتركيب قطعة الكريستال، و بنفس هذا النوع من الانقسام يحدث التصدع البنائي للمرضى العقلين، يكشف على الواقع النفسي الداخلي". (محمد السيد عبد الرحمان، 1997، ص22)

2 - أهم مصطلحات التحليل النفسي:

ظهر مصطلح اللاشعور قبل فرويد فالاعتقاد بأنه هو من ابتكر بعض الافكار و مصطلحات التحليل النفسي، فاللاشعور يحدد نمط السلوك بوضوح و هو فكرة سابقة بمئة سنة على ظهور فرويد، و لقد استخدم التنويم المغناطيسي Hypnotism، كمدخل للعقل الباطن منذ عام 1784 على يد روادها مثل " فرانتز أنطون مسمر " F-A. Mesmer"، و "جيمس بريد" J. Braid"، بالإضافة الى "جين مارتن شاركوا" J-M. Charcot"، الذي تتلمذ على يده فرويد حوالي خمس أشهر في باريس، كذلك بعضا من الفلاسفة الألمان في القرن التاسع عشر مثل "فون شوبيرت" V. Schubert"، "كارل جوستاف كاروس" C-G. Carus"، و "أرثر شوبنهاور" A. Shopenhauer"، و لقد توقع الأخير من نظرية فرويد. (محمد، السيد عبد الرحمان، 1997، ص ص 22-23)

من بين المصطلحات أيضا الانظمة النفسية التي لا يوجد حدود فاصلة بينها ، لأن حركة الطاقة النفسية في الجهاز النفسي تمر من نظام إلى آخر مع وجود رقابة تحكم و تنظم هذه الحركة، و لا تسمح للمادة اللاشعورية بالدخول على نظام ما قبل الشعور أو الشعور إلا بعدما يتعرض لتحويل، و تغير من خاصيتها بخضوعها لتعديلات وفقا لخصائص كل نظام، الذي يبين في مايلي:

2-1- وجهة النظر الموقعية:

تفترض وجهة النظر هذه تمايزا في الجهاز النفسي إلى عدد من الأنظمة تتميز بخصائص مختلفة، و أركان تتوزع تبعا لنظام خاص بالنسبة لبعضها البعض، فهي أنظمة منفصلة ومتصلة و مستقلة ذاتيا تعمل في تناغم و تعاون، أي أن هناك تداخل كبير في عمل هذه الأنظمة، فكل نظام له أسلوبه و مبادئ تحكمه، يعمل من خلاله على معالجة الحوادث والإحساسات التي يتعرض لها فيؤثر على الطاقة التي تعبر من خلاله. (J. Bergert, 1979, p46) و نميز في هذا الإطار موقعتين:

1- تتعلق الأولى بأنظمة: اللاشعور- لما قبل الشعور- الشعور.

2- الثانية تتعلق بالأركان التالية: الهو-الأنا- الأنا الأعلى.

2-1-1-ج- نظام الشعور:

الشعور هو معطي مباشر للخبرات الفردية، لكنه يسمح في نفس الوقت بفهم موضوعي للخبرات المدركة، لذا يطرح سؤال عن مكانة الشعور للإدراكات الداخلية، أي أن الظواهر النفسية: "الشعور يمكن أن تكون مدركة للضغوط محددة من التوتر، و اختلاف الاستشارات، بصفة خاصة عن طريق تعارض أحاسيس اللذة والألم".
(C. Chabert; B. Verdon, 2008, p 55)

2-1-2- الموقعية الثانية :

قسم فرويد الجهاز النفسي إلى ثلاثة أركان حسب الموقعية الثانية و هي الهو "ça" و الأنا "Le Moi" و الأنا الأعلى "Sur Moi".

2-1-2-أ- الهو "ça":

هو قطب النزوي للشخصية خزان الطاقة النفسية، و هو يحتوي على المكبوتات، بالتناظر مع اللاشعور في الموقعية الأولى و يخضع لمبدأ اللذة. (TH. Lemperiere ; A. Feline, 2000, p 46)
تشكل محتوياته التعبير النفسي للنزوات اللاواعية، و هي وراثية فطرية في جزء منها، و مكبوتة مكتسبة في الجزء الآخر، حيث يقول جروديك "أن... ما نطلق عليه اسم الأنا الخاص بنا، يتصرف في الحياة بطريقة غاية في الفتور و أن... قوى مجهولة خارجة عن كل سيطرة تعيش فينا". (جان. لابانش و ج-ب. بونتاليس، 2002، ص ص 70-71).
فهو جزء غامض لا يدرك في شخصيتنا، له روابط تنزع تمثيل التصورات في الجانب الجسدي، و يلح على الحاجات و الدوافع التي نجدها في الخبرات النفسية. (J. Bergert, 2000, p 59)
إذن فالهو هو الأساس الذي تبنى عليه الشخصية عند ولادتها قبل أن تحدث لها تحويرات أو تعديلات نتيجة احتكاكها بالبيئة أو تراكم خبراتها و تجاربها، يحتفظ بطابعه الطفولي مدى الحياة لا يطبق التوتر و إنما يبغى إشباعا فوريا، مطالب مندفع لا يخضع لمنطق العقل.

2-1-2-ب- الأنا:

الأنا هو القطب الدفاعي في الشخصية، يطور الروابط في العلاقات الخارجية، و له دور جوهري في وقاية الأفراد لكي يتكيفوا مع العلاقات والخروج من الصراعات النفسية الداخلية. و يعتبر الأنا كنظام أكثر اتساع من نظام الشعور في الموقعية الأولى، الجزء الأكبر من أساليب الأنا لا شعورية، خاصة سياقات الدفاع النفسية.
(TH. Lemperiere ; A. Feline , 2000, p 46)
إذن فالأنا هو الذي يواجه الناس والمجتمع و يتدبر الأمور ويرسم الخطط و تتحقق به الصور الذهنية و الأحلام.
و هو منطقي و منظم لأن عملياته ليست أصلية أو أولية كعمليات الهو بل سماها فرويد عمليات ثانوية.

2-1-2-ج- الأنا الأعلى:

له دور أساسي في القيام بحماية الأنا، هو يسيطر على الحاجات الداخلية و محرمات الأقارب، الأنا مختلف بالمقارنة مع الهو والأنا الأعلى، يعرف على أنه الوريث الشرعي لعقدة أوديب. (TH. Lemperiere ; A. Feline , 2000, p46) هو آخر أقطاب الجهاز النفسي، يمارس نشاطه على المستويين الشعوري و اللاشعوري أصله الهو و هو جزء من الأنا أصابه التعديل نتيجة امتثال و انصياع الشخص للأوامر و النواهي و المثل العليا و المعايير التي تأتيه من الأبوين و من من يقوم مقامهما في المجتمع، يتلازم تكوين الأنا الأعلى تبعاً لفرويد مع أفول عقدة أوديب، فمن خلال تخيله عن إشباع رغباته الأوديبية التي يطالها التحريم يحول الطفل توظيفه على الأهل إلى تماهي معهم، مستخدماً التحريم من خلال ذلك، و لكن يوجد فرق في تكون الأنا الأعلى بين الصبي والبنت، حيث تصطدم عقدة أوديب عند الصبي لا محال بتهديد الخصاء: "...فيحل محلها أنا أعلى صارم".

و حسب الموقعية الثانية فهو يتضمن ثلاثة أركان و هي الهو، الأنا، الأنا الأعلى تتفاعل في شكل قوي دافعة و محركة و أخرى كاجحة و مقيدة، و جميع صراعات الشخصية يمكن إرجاعها إلى تعارض هاتين المجموعتين من القوى. هذا الذي يتطلب طاقة نفسية لتسيير الحركة بين هذه الأنظمة، هذا الذي سنوضحه من وجهة نظر اقتصادية.

2-2- من وجهة نظر اقتصادية :

تتم بكيفية توزيع الطاقة النفسية، توظيفها و انتشارها عبر مختلف تصورات، مواضيع و أركان الجهاز النفسي. فهي امتداد حتمي و منطقي لوجهة النظر الدينامية، و نجد أن وصف اقتصادي يطلق على كل ما يتصل بالفرضية القائلة أن العمليات النفسية تتمثل في سريان و توزيع الطاقة القابلة للتكميم "الطاقة النزوية" أي قابلة للزيادة و النقصان والتعديلات. (جان. لابانش و ج-ب. بوتنايس، 2002، ص 87)

الطاقة النفسية تسير أيضاً وفق مبدأ الثبات، حيث أنه: "يقوم بالاحتفاظ بكمية الإثارة التي يحتويها في أدنى مستوى ممكن أو على الأقل يحافظ على ثباتها ما أمكن، يأتي هذا الثبات من خلال تجنب ما يمكن أن يزيد كمية الإثارة، والدفاعات ضد هذه الزيادات من ناحية ثانية". مما يحرك أوليات التجنب في مواجهة الاثارات الخارجية و أوليات الدفاع و التفرغ في مواجهة زيادات التوتر ذات المصدر الداخلي. (جان. لابانش و ج-ب. بوتنايس، 2002، ص 446) إذن فالتوظيف في التصورات يتشكل بطريقة أكثر استقراراً بينما يؤجل الإشباع، و هو ما يسمح بقيام التجارب الذهنية التي تخضع للاختيار مسالك مختلفة للإشباع، لأن العمليات الثانوية التي يحكمها مبدأ الواقع تعمل على الحد من العمليات الثانوية التي يحكمها مبدأ اللذة الذي هو في خدمة مبدأ الثبات، عندها تساهم في تحقيق الرغبات بصورة يتقبلها الواقع الخارجي.

خلاصة:

استوحى "سيجموند فرويد" نظريته التي تعطي أهمية بالغة للجانب الجنسي من حياة الفرد، و كذلك من توغل المشكلات و ارتداد جذورها إلى مرحلة الطفولة المبكرة التي يعطيها فرويد الأهمية الكبرى في تشكيل شخصية الفرد. وتقوم نظريته على أن الطاقة الجنسية الحيوية أو ما يسمى " الليبيدو Libido " تدفع الفرد نحو اللذة و يسير الإنسان نحو النضج الجنسي و النفسي، و لكن إذا قابلته معوقات قوية فإن نموه قد يثبت أو يجمد عند مرحلة معينة من مراحل النمو و يظهر هذا الجمود في شكل أعراض مرضية.

المحاضرة 2: العلاج التحليلي المستوحى من التحليل النفسي.

تمهيد:

تعرض العديد من العلماء الى عوائق مختلفة في العلاج التحليلي الكلاسيكي، هذا ما يجعلهم يبحثون عن علاج نفسي أقل تعقيدا منه، و أكثر نفعا للمريض و يستغرق وقتا أقصر من الذي يستغرقه في طرق العلاج المطول، و من هذا تم التوصل إلى علاجات المختصرة أو ما يسمى بالعلاج التحليلي قصير المدى، العلاج المستوحى من التحليل النفسي، المحللون الجدد.

1- تعريف العلاج التحليلي قصير المدى:

ويقصد به ضرورة الكشف عن دوافع النفس ديناميكية و الأسباب الكامنة وراء ظهور الأعراض الإضطرابية لكن خلال مدة قصيرة نسبيا و إنما كافية لإحداث الشفاء، أي التركيز على العارض بالدرجة الأولى بين " مالان Malan " اختلاف التحليل قصير الأمد عن التحليل النفسي بأربع نقاط و هي :

- 1- المعالج ناشط بدل من أن يكون حياذا.
- 2- يحاول بناء أسس العلاج انطلاقا من الصورة التي يكونها عن وضعية المريض.
- 3- يناقش المريض في مدة العلاج وهدفه، و يحاول جاهدا الحفاظ عن على درجة منخفضة من النقلة التحويل، أي تجنب ما يسمى " بعصاب النقلة" .
- 4- المحلل في هذه التقنية دور ناشط منذ بدء العلاج و المريض يجلس بمواجهة الطبيب (وجها لوجه).

(نصار كريستين، 1998، ص 56)

لكنه لا يثير التدايمات الحرة "هذا بالنسبة للمريض"، و على المحلل التدخل بشكل مؤثرا، إذ يمكنه الانتظار لفترات طويلة "لدى صمت المريض" و هو يؤول بشكل متوتر أكثر مما هي الحال مع التحليل النفسي بالنسبة للمحلل.

يرى "الكسندر و فرانش" (1946) أن عملية النقلة في التحليل القصير المدى، هي دائمة الحدوث لكن بالإمكان الاستفادة منها" من النقلة الايجابية بوجه خاص " لتسريع العلاج و مع ذلك ينبغي التنبيه كثيرا لعملية النقلة هذه وضبطها من قبل المعالج، ينتمي العلاج التحليلي قصير المدى الى نفس القاعدة النظرية لتحليل النفسي و الايمان بمفاهيم التحليل النفسي و العمل به. و يحدد الوقت و التقنية في أغلب العقود العلاجية مع المتعالج إلا في حالات لا يضع تاريخ محدد ونهائي للعلاج. ويستعمل "الكسندر" تقنية وجها لوجه مرة و مرة أخرى يستعمل تقنية الاستلقاء على الاريقة و هو يجذب هذه الاخيرة. (نصار كريستين، 1998، ص ص 56-57)

2- أهداف العلاج التحليلي قصير المدى:

- 1- مساعدة المفحوص على حل المشكلات الراهنة الحالية.
- 2- ترميم بناء الشخصية.
- 3- تقوية المفحوص في العلاج، و هذا لأن التحليل النفسي فقد الثقة في تحقيق العلاج بطول مدة العلاج.
- 4- تحديد أهداف العلاج التي يمكن تحقيقها و انهاء العلاج في الوقت المناسب.
- 5- عدم تشجيع المفحوص على التشدد في العلاقة التحويلية.
- 6- تنشيط سير العلاج لأن وعي المتعالج بتحديد أجل لنهاية العلاج يجعله يشارك، و يبذل كل طاقاته للمساعدة الناجحة.
- 7- تحقيق الحاجات و حل الصراعات الشخصية والاسرية و الاجتماعية، حيث يوضح المعالج هذه المشكلات ودوافع المرض و السلوك المرضى و مساعدته حتى تمر الازمه التي تعترض حياته.
- 8- الابتعاد قدر الامكان عن الخيال و التمسك بالواقع. (حامد. عبد السلام زهران، 1998، ص ص 324-325)

3- تقنيات العلاجية في التحليل النفسي:

نجد هذه التقنيات تتماشى مع القواعد التقليدية للتحليل النفسي و تستعمل ايضا في التحليل النفسي قصير المدى، الا أنه لا يوجد من يقبل هذه النظرية من أمثال "كارين هنري " Hanerey" الذي في تقنيته لا يعتبر ماضي المفحوص ما يستحق من تحليل، بل يكتفون بدراسة المفحوص في وضعه الحاضر و ما يتخذه من أساليب حل مشكلات و يري هذا في اختصار مدة العلاج.

تقنية "الكسندر" : تنحصر في تطبيق تفسيرات التحليل النفسي على الصعوبات الاحداث المتعلقة بتاريخ حياة المريض الذي يرويه، بحيث يهيئ المحلل مناخاً آمناً مرناً يستطيع فيه المفحوص أن يعدل عاداته العصابية بسرعة ويستمر هذا الشكل من التحليل لهذه جلسات التي يتراوح عددها بين 3-20 جلسة تفصل بينها فترة تتراوح بين بضعة أيام وشهور. و من مزايا العلاج النفسي المختصر أنه يخدم الكثير من المفحوصين، من حيث زيادة نسبة القبول للعلاج وعدم الرفض، و في نفس الوقت يساعد على سرعة انهاء الحالات، يبرز دور المفحوص في عملية العلاج، و يقلل من اعتماده على المعالج، و يناسب بدرجة أكبر العمل في العيادة النفسية و يتناسب مع بعض المفحوصين.

و من أهم عيوبه أنه يهدف إلى ترقيع شخصية المفحوص بدلا من إعادة بنائها من جديد. فهذا النوع من العلاج يحتاج الى دراسات و بحوث عديدة و معالج متفائل و مفحوص متعاون مقتنع به و بيئة مثقفة.

(حامد. عبد السلام زهران، 1998، ص 329-340)

3-1- العلاج بالتداعي الحر:

تقنية التداعي الحر بالإنجليزية: "Free Association"، اكتشفها "فرويد" بعد أن وجد في طريقة التفريغ بعض العيوب، منها أن نجاح العلاج يتطلب استمرار العلاقة بين المريض و الطبيب، فلجأ إلى أن يحث المرضى بطريق الإيحاء و هم في حالة اليقظة و كان بما عيوب هي أيضاً، فابتكر "فرويد" طريقة التداعي الحر: " و هي أن يطلب من المريض أن يطلق العنان لا فكاره لتستمر من تلقاء نفسها دون قيد أو شرط، فيتكلم بأي شيء يخطر بباله دون إخفاء تفاصيل، مهما كانت تافهة، مؤلمة أو معيبة".

و كشفت له هذه الطريقة الكثير من الحقائق، فمثلاً عرف لماذا تذكر بعض الحوادث و التجارب الشخصية الماضية أمراً صعباً، حيث أنها قد تكون مؤلمة أو مشينة للنفس و لذلك تنسى، و بالتالي تذكرها مرة أخرى أمر شاق نتيجة المقاومة التي تحول عن ظهور هذه الذكريات في الشعور، و من هذه الملاحظات كون فرويد نظريته في الكبت التي يعتبرها حجر الأساس في بناء التحليل النفسي.

لقد تطور المنظور النفسي الديناميكي أو ما يسمى التحليل النفسي الكلاسيكي نتيجةً لتطور التحليل النفسي الذي قدمه عالم النفس " سيجموند فرويد" و يتمثل الهدف الأساسي من التحليل النفسي في جعل اللاوعي واعياً، أي جعل الفرد على علمٍ تام بدوافع اللاوعي المكبوتة لديه، و بالتحديد الدوافع الأساسية التي تتعلق بالجنس، العدوان، و آليات الدفاع المختلفة التي يستخدمها للسيطرة على كل ما يشعر به.

(Gabbard. Glen , 2005, p4)

وتتضمن الأساليب الأساسية لعملية التحليل النفسي استخدام أسلوب التداعي الحر وأسلوب التحويل الذي ينتهجه المريض تجاه المعالج النفسي، و يُعرف هذا الأسلوب بميل الفرد العميل للتعبير عن آرائه، موافقه أو انفعالاته الداخلية، التي ترتبط بشخص مهم في حياته "كالأب مثلاً"، و تحويلها تجاه شخص آخر، و غالبًا ما يكون المعالج النفسي الذي يقوم بدوره بتفسيرها. و هناك نظريات أخرى حديثة ظهرت بصورة مختلفة عن أساليب التحليل النفسي التي اتبعها فرويد ومنها علم نفس الذات و علم نفس الأنا و نظرية العلاقة بالموضوع. و تندرج هذه الاتجاهات الفكرية العامة الآن تحت مظلة المصطلح الشامل علم النفس الديناميكي، الذي يبحث موضوعات عامة منها تفسير المعالج النفسي لأسلوب التحويل و آليات الدفاع التي ينتهجها المريض و إدراك قوى اللاوعي لديه و الاهتمام بمعرفة كيف أن التطورات التي حدثت في مرحلة طفولة الفرد قد ساهمت في تشكيل حالته النفسية الحالية.

(Gabbard. Glen, 2005,p5)

التداعي الحر يكشف عن الموضوعات، الرغبات و الذكريات التي يكتبها المفحوص في منطقة اللاشعور، و محاولة استدعاءها إلى حيز الشعور بهدف الاستبصار بها، و إدراك العلاقة بينها و بين ما يعانيه من مشكلات و اضطرابات حالية.

3-2- تحليل الأحلام :

تعتبر الأحلام تعبيراً شعورياً للاشعور، و لكن أثناء النوم ، فالحلم ما هو إلا محاولة تحقيق لبعض الرغبات المكبوتة في اللاشعور، و التي لا يمكن لها أن تتحقق في عالم الواقع . و قد يكون ذلك الحلم تعليق على أحداث اليوم السابق والتي قد تكون بها مجموعة من الأحداث التي استثارت بعض مكونات اللاشعور. و يقول مؤسس التحليل النفسي أن الأحلام هي الطريق الأساسي إلى اللاشعور، لذلك تعتمد العملية العلاجية على تحليل الحلم بشكل أساسي، و من هذه الأحلام ما يستطيع المريض تذكرها بكل محتوياتها وعناصرها، و منها ما هو غير واضح المحتوى.

يطلق فرويد تسمية أحلام على سيناريو الذي يتخيله الفرد في حالة النوم ، فتتشكل الأحلام بهدف تحقيق الرغبة، في أحلام الليل، و لكن مع سيادة الارصان الثانوي في الحالة الأولى، الذي يلعب دورا غالب مما يؤمن لسيناريو تماسك أكبر في حالة الأحلام الليلية. (جان. لابانش و ج-ب. بونتاليس، 2002، ص234)

فالأفراد تدير صراعات الداخلية أو الخارجية، من خلال الإفراط في التصورات و الهوامات، بدل من العلاقات الإنسانية، فهي عملية فعالة لتحقيق الرغبات أو حل المشكلات. (J. Christopher Perry ,et all, 2004, p 77)

إذن الاحلام هي سياق دفاعي يتميز بالإغراق في الخيال، يجعل صاحبها يسبح في الأوهام هروبا من الواقع من مواجهة الواقع و ارصان لتحقيق اشباعه مما يحقق إشباع وهمي فقط، و تخفيف جزئي لتوترات .

3-3- تحليل المقاومة:

المقاومة: " هي تلك التي تظهر من المفحوص في بعض مراحل العلاج للدفاع عن النفس من أجل عدم الكشف عن المكبوتات غير المرغوب في كشفها كالخبرات الجنسية و العدوان تجاه الأوبين، وتظهر تلك المقاومة بصور مختلفة منها : " الكلام بصوت مسموع، الصمت الطويل، الانصراف عن المعالج ، عدم الإصغاء إليه، الحضور متأخر إلى المعالج وعدم التقيد بمواعيد الجلسات"

لاحظ سيجموند فرويد أن المريض أثناء التداعي الحر أو الترابط الطليق، قد يبدي مقاومة شديدة لا شعورية للحيلولة دون ظهور المواد المكبوتة في اللاشعور إلى حيز الشعور، و من الناحية الإجرائية فإن المقاومة هي أي شيء يعوق سير عملية التحليل و يحاول إجهاضها و هي قوة مضادة للعلاج، فالمريض يقاوم التداعي الحر حين يلمس نقطة حساسة في حياته و تعتبر القوة الانفعالية التي تبعت المقاومة عكس تلك التي تحدث التحويل.

(حامد. عبد السلام زهران، 1997، ص224)

فتتجمع الذكريات تبعا لدرجة مقاومتها في طبقات متتالية حول نواة مركزية مولدة للمرض، فتتشد المقاومة كلما اقتربنا من هذه النواة، و مع حلول الموقعية الثانية اتضح أن اللاوعي لا يمارس أي مقاومة بل الأنا هي التي تقوم بذلك. (جان. لابانش و ج-ب. بونتاليس، 2002، ص ص 486-487)

3-4- تحليل التحويلات:

الية التحويل النفسي تجعل المفحوص يقوم بطرح كل المشاعر و الانفعالات التي بداخله على المعالج، الذي يقوم بتفسير كل ذلك فيما بعد حتى يستبصر بها المفحوص، و من التحويل نجد تحويل إيجابي "يتسم بالحب و الإعجاب"، و تحويل سلبي " يتسم بالكراهية والنفور"، و تحويل مختلط يجمع النوعين السابقين.

فيعتبر التحويل و لو جزئيا على أنها مقاومة بمقدارها يستبدل الاستدكار المنطوق بتكرار الفعل، فالمقاومة تستعمل التحويل و لكن لا تكونه. (جان. لابانش و ج-ب. بونتاليس، 2002، ص ص 486-487)

3-5- التفرغ الانفعالي:

يعتبر التفرغ النفسي: " وسيلة لإفراغ الطاقة السلبية التي قد تملأ الكيان النفسي للإنسان من كآبة، حزن، توتر، قلق، أرق، صراع، إحباط و غيرها من المشاعر النفسية السلبية، التي إذا لم تخرج من داخل الإنسان و تُعبر عن نفسها بطريقة ما، قد تُعبر عن نفسها عن طريق إمرض أعضاء في الجسم بطريقة سيكوسوماتية مسببة أمراض مثل فشل أو اضطراب وظيفي لأعضاء مثل: " البنكرياس، الكلى، الكبد، المعدة، الجلد و غيرها"، مسببة أمراض لا حصر لها بمسميات كثيرة .

التفرغ الانفعالي: " هو التخفيف من المعاناة النفسية و الحد من الألم النفسي عن طريق البوح بكل ما يختلج الى خاطر الفرد قد يورقه و يقلقه لمختص نفسي".

3-5-1- الهدف من التفرغ الانفعالي:

إن الهدف من التفرغ هو يتحقق ما يلي :

- 1- التعبير عن الأفكار والانطباعات والمشاعر.
- 2- تعزيز المنظومة المعرفية من خلال فهم الحدث وردود الفعل تجاهه.
- 3- التدريب على التعبير عن المشاعر بحرية من خلال المشاركة.
- 4- القدرة على الحركة من خلال المجموعة لتحقيق الدعم والمساندة والتماسك.
- 5- إعداد الخبرات السابقة، الحالية و تحديدها ، مثل الأعراض (symptoms)، وردود الأفعال (Reactions) التي يمكن ظهورها.

6- التعريف بطرق المساعدة الإضافية المختلفة عند اللزوم.

3-5-2- مراحل التفرغ الانفعالي :

للتفرغ الانفعالي ثلاث مراحل هي:

المرحلة الأولى: التعبير عن المشاعر و تقويم حجم المعاناة من قبل الآخرين.

المرحلة الثانية: نقاش مفصّل حول الأعراض و إثبات عملية بناء الثقة و الدعم.

المرحلة الثالثة: تعبئة المصادر و إثبات المعلومات، و صياغة خطط مستقبلية. (أحمد، محمد الجواجري، ب س)

اذن التركيز على عمليات التفكير و اتخاذ القرار تحتاج لعملية التفرغ الانفعالي مما يحقق الاستبصار بالحالة التي يعيشها الفرد.

3-6- العلاج بالتنويم المغناطيسي:

تقنية التنويم المغناطيسي حالة شبيهة بالنوم تسمى بحالة الخضر و تستخدم علميًا في علاج المرضى، و هذه الحالة هي ظرف مؤقت ينطوي على تغيير انتباه الفرد.

أظهر العلماء أن حالة التنويم جزء طبيعي من السلوك الإنساني، و أن لها تأثيرًا في تجارب الإنسان النفسية، الاجتماعية و البدنية، كما لا يملك المنوّم قوة خارقة، إذ تتوقف تأثيرات التنويم على طوعية الشخص المنوّم ودوافعه. و يؤدي أي تغيير في صفة انتباه الشخص، أو درجة تركيز انتباهه إلى تغييرات في تجربته الباطنية و الخارجية.

أما اليوم فتقبل المنظمات المهنية التنويم المغناطيسي لمعالجة المرضى الذين يعانون مشاكل طبية أو نفسية تقارن حالة التنويم بحلم النائم، أو سيره وهو نائم، لكن في الواقع لا يمد التنويم بصلة إلى النوم، لأنه يتطلب تركيزًا ذهنيًا أعمق و أنشط. و يمكن للتنويم المغناطيسي أن يكون أداة فعالة للسيطرة على بعض المشاكل العضوية المتصلة بعوامل نفسية، وقد تمكن الأطباء باستخدام التنويم المغناطيسي من مساعدة مرضاهم على استرجاع ذكريات تجاربهم، وتخفيف حدة التوترات العاطفية التي تراكمت على مر الزمن. و تمكن المرضى من استرجاع صحتهم . و من هذه المشاكل النفسية العضوية بعض الحالات في الجهاز العصبي، و كذلك بعض علل القلب، المعدة و الرئتين. و ساعد التنويم المغناطيسي أحيانًا في معالجة المرضى، الذين يشكون من أمراض مزمنة، كداء التهاب المفاصل والسرطان والتصلب المتعدد والألم، والجلطة الدماغية.

في الماضي اعتقد الناس أن بإمكان التنويم المغناطيسي حمل الأشخاص على ارتكاب أفعال إجرامية أو أعمال أخرى ضد إرادتهم . ولكن لا نجد اليوم دليلاً على ذلك، إذ في مقدور هؤلاء الأشخاص مقاومة الإيحاء إليهم، ذلك لأنهم لا يفقدون السيطرة على أفعالهم أثناء تنويمهم، و بإمكانهم التمييز بين الحق و الباطل.

يمكن عزو كثير من سوء الفهم الشائع عن التنويم المغناطيسي إلى الطريقة التي يؤدي بها أمام الجمهور، إذ يتعرف عليه كثير من الناس لأول مرة لدى مشاهدتهم لشريط سينمائي أو لعرض سحري، و كثيرًا ما يجعل هذا العرض التنويم المغناطيسي، يبدو وكأنه تجربة سهلة الأداء، مما قد يغري من لم يتلقوا تدريبًا كافيًا بتجريب عملية التنويم على أنفسهم أو غيرهم. (زهير، حشيم)

أما "فرويد" فاهتم خاصة بنتائج أعمال "شاركو و بيرنهام"، و استخدم التنويم في دراساته المبكرة لحالة اللاوعي. إلا أنه تخلّى لأسباب عديدة عن استخدام التنويم في عيادته، رغم مواصلته اعتبار التنويم ظاهرة مهمة تستحق البحث. كما أنه عدل في أواخر عمره نظريته السلبيّة إلى التنويم

إذ إن العلاج بالتنويم المغناطيسي يشتمل على مميزات ايجابية على درجة عالية من الاسترخاء، و يقليل من مستوى الشد و التوتر العصبي، و قد أوصى العديد من المعالجين النفسانيين و العلماء بأهمية استخدام العلاج بالتنويم المغناطيسي كوسيلة علاجية فعالة لحياة أفضل

المحاضرة 3: العلاج السلوكي.

تمهيد:

العلاج السلوكي هو أسلوب علاجي يطبق خلالها نظريات التعلم الاجتماعي و مبادئ السلوك في عملية العلاج النفسي بهدف تعديل، ضبط السلوك المرضي، تحويله أو توجيهه توجيهها إيجابيا صحيحا يوافق مبادئ السلوك السوي، إذن هي محاولة نفسية مبرمجة لأحداث تغيير في سلوك الفرد المرضى إلى سلوك سوي إيجابي.

1- تعريف العلاج السلوكي:

يتضمن العلاج السلوكي تعديل أو إزالة السلوك غير سوي للتخلص منه، يتم من خلال جهود الأخصائي النفسي، التي تُسهم في إحداث التغيير المطلوب، فيركز العلاج السلوكي على السلوك القابل للملاحظة و للقياس، ويركز على ضرورة فهم العلاقة السلوكية بين البيئة و السلوك، مع استخدام المناهج العلمية في تحليل السلوك اعتمادا على الرصد و التسجيل كشف عن البيانات من خلال أسلوب تجريبي، ينظر العلاج السلوكي إلى نمو السلوك و ارتقائه نظرة شمولية، و يهتم بالأعراض الحالية لذا يسمى أسلوب لا تأريخي.

2- الاصول النظرية التاريخية للعلاج السلوكي:

بدايات ظهور هذه التقنية العلاجية كأسلوب العلاجي في بدايات القرن العشرين، كرد للانتقادات التي وجهت الى بعض المدارس و الاتجاهات القائمة على التحليل النفسي، و التي كانت قابلة على تحليل و تفسير السلوك الخارجي للفرد، الإشارات البدائية في هذه التقنية ظهرت و تجلت في رؤى كل من العالم "جون واطسون" 1875-1958 مؤسس المدرسة السلوكية، و العالم "فرانكس" في شكل مجموعة من التطبيقات المبكرة التي تضمنت استخدام الاشتراط المنفر و ذلك في علاج الإدمان و كانت مؤسسة على نظريات العالم النفسي الشهير "بافلوف" مؤسس نظرية "التعلم الاشتراطي"، و التي تعتبر أحد الأركان الرئيسية للعلاج السلوكي، و في خمسينيات القرن الماضي قام العالم "سكينر" قام بوضع الأسس الفنية العلمية، و كذلك كتاب العلاج النفسي بطريقة الكف التبادلي لـ "ولي"، كما أن لـ "إيزنك" إسهامات لا غنى عنها من خلال تأليفه لكتاب: "العلاج السلوكي و العصبي"، الذي اشتمل على العديد من المبادئ التي أسهمت بتطوير العلاج السلوكي.

3- أهداف العلاج السلوكي:

- تحديد المشكلات في مصطلحات سلوكية.
- مساعده العملاء على إدراك دور الأحداث و تأثيرها على السلوك.
- العمل علي تقييم التغيرات السلوكية و المعرفية . (علي حسين زيدان و آخرون، 2016، ص 258)

4- خطوات العلاج السلوكي:

1- تحديد السلوك المحوري المراد علاجه أو تعديله و يطلق عليه خط الأساس من العناصر الآتية : تجميع المعلومات عن العميل من المصادر البشرية و غير البشرية، و تطبيق المقاييس العلمية لتحديد مظاهر السلوك المشكل، و الملاحظة المسجلة حول مظاهر السلوك.

2- الاتفاق مع العميل أو ولي الأمر.

3- تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب من خلال تحليل المعلومات التي تم جمعها من خلال جمع البيانات الكمية لمقدار شيوع أو معدل السلوك المضطرب، التوقيت الذي تحدث فيها، مع تحديد الظروف التي ترتبط بزيادة أو نقص حدوثه، ثم تعطى فرصة لمتابعة التطورات العلاجية لهذا السلوك بكل دقة.

4- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب و يتضمن ذلك:

1- نوع السلوك "ضرب، سب، عدوان، كذب، سرقة.. الخ".

2- تاريخ حدوث السلوك.

3- الوقت الذي يستغرقه، بمعنى مدة حدوث الاضطراب.

4- مع من حدث.

5- كم مرة يحدث في اليوم، تحديد تكرار السلوك.

6- ما لذي حدث قبل ظهور السلوك.

7- كيفية استجابة الآخرين . الاستجابة العادية عند بقية الافراد و تفسير تعارضها معه.

8- المكاسب التي حصل عليها من إجراء السلوك الخاطئة، أي المكاسب الثانوية.

9- اية ملاحظات ترتبط بظهور المشكلة مثل: "صراع الابوين، ممارسة العادة السرية، تناول مخدرات أو أدوية.. الخ"
10- تحديد و اختيار الظروف التي يمكن أن تعدل أو تغير من عملية العلاج.

6- تحديد الظروف السابقة للسلوك المضطرب و يتضمن ذلك تعديل العلاقات بين الاستجابات و بين المواقف التي تحدث فيها.

7- تعديل الظروف البدنية و فيها توجه الجهود نحو تقليل احتمال حدوث السلوك، لأنه غير مرغوب أو غير متوافق ويكون التركيز على تعديل الاستجابات و تتابعها بهدف زيادة احتمال حدوث السلوك غير المرغوب في الظروف التي لا يتكرر فيها من خلال: " الاسرة، المدرسة تشجيع الاتجاه الإيجابي لدى الطالب و ابتكار و ممارسة نموذج سلوكي معارض للسلوك اللاتوافقي.

8- إنهاء العلاج حين يصل الفرد الى السلوك المرغوب المعدل و تعميم هذا السلوك في المواقف ذات الصلة.

9- تحديد مظاهر التحسن من خلال:

1- القياس البعدي.

2- إعادة تطبيق الملاحظة.

3- طرح التساؤل على الأفراد المحيطين بالظاهرة السلوكية.

10- تتبع الحالة من خلال أسلوب يتم الاتفاق عليه مع العميل أو ولي الأمر. (عبد المنصف حسن علي رشوان،)

خلاصة:

إن المعالج السلوكي بعد تشخيصه لحالة المفحوص، و تحديد أهم التقنيات الملائمة لمواجهة صعوباته، و للتخفيف من معاناته كتحديد أي أسلوب يعالج الاضطراب سواء كان خوف أو قلق... الخ ، فعلى المعالج في هذه الحالة أن يقوم بشرح بسيط للمراحل المختلفة، و التي يمر بها العلاج، و بعد ذلك يبدأ المعالج في تعريف المفحوص للأسلوب الذي يستخدمه في العلاج .

المحاضرة 4: العلاج المعرفي.

تمهيد:

إن "أرون بيك" من الباحثين المعاصرين الذين لديهم أبحاث عديدة في مجال التشخيص و علاج حالات الاكتئاب، وكذلك بعض المقاييس المعرفية في مجال التشخيص و قياس الاكتئاب، فقد وجد أن النموذج المعرفي يقدم تفسير أبسط و أقرب لمشكلات المرضى عما تفعله نظرية التحليل النفسي و نظرية العلاج السلوكي و التي لا تقدم تفسيراً للأعصاب النفسية أو تحسين المرضى. (مفتاح. محمد عبد العزيز، 2001، ص 69)

1- تعريف العلاج المعرفي:

إلا أن بعض العلماء يرى أن العلاج المعرفي السلوكي ارتبط باسم "بيك، Beck"، لأن العلاج المعرفي ارتبط بصورة غالبية باسم " بيك " ، مع أنه وضع البنية الأولى لهذا الأسلوب العلاجي، فقد كانت أفكار "كيلي Kelly" حول التصورات الشخصية مصدراً هاماً في العلاج المعرفي، فلقد كان "لكيلي" أثراً كبيراً على حركة العلاج المعرفي، لأنه ركز على أهمية الطرق الذاتية التي ينظر و يفسر من خلالها الفرد ما يدور حوله من تغيير السلوك، أما عالم النفس الشهير " إيليس Ellis" فقد درس عدداً كبيراً من الأساليب العلاجية، ثم توصل إلى ما أسماه بالعلاج العقلاني، و لكنه غير اسمه إلى العلاج العقلاني الانفعالي، فقد اعتمد "إيليس" في نظريته على دمج جوانب من العلاجات الإنسانية و السلوكية، وكان "إيليس" قد اقترح في بداية صياغته لنظريته العلاج العقلاني الانفعالي عدداً من الأفكار التي يعتقد أنها المسؤولة عن الاضطرابات العصابية. (ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص 6-10)

يرفض العلاج المعرفي ما تنادي به المدرسة التحليلية بأن اللاشعور هو مصدر الاضطراب النفسي، و كذلك ما تنادي به المدرسة السلوكية بما أنها تعطي للسلوك من أهمية، و كذلك ما تدعيه مدرسة الطب الأعصاب التقليدية من اختلافات الفيزيولوجية و الكيميائية هي السبب في الاضطرابات الانفعالية.

ويقوم العلاج المعرفي على الفكرة القائلة بأنها: " يفكر فيه الناس و يقولونه حول أنفسهم، و كذلك اتجاهاتهم وأراءهم، إنما هي أمور هامة و ذات صلة وثيقة بسلوكهم الصحيح و المرضى". فالمعالجين المعرفيين يستخدموا طرق لحل المشكلات التي يستخدمونها خلال الفترات العادية من حياتهم، يقول "أرون بيك": " أن وصفات العلاج، يمكن أن توضع في صورة بسيطة، فالمعالج يساعد على التعرف على التفكير الشخصي، و أن يتعلم طرق أكثر واقعية لصياغة خبراته و هذه الطريقة تعطي معنى للمرض، لأنها تتح لهم استخدام معرفتهم عن المفاهيم الخاطئة و تفسيرات خاطئة في وقت مبكر. (مفتاح. محمد عبد العزيز، 2001، ص 71)

ومع أن العلاج السلوكي محدود، لأنه يغفل تفكير المفحوصين المتعلق بأنفسهم و المتعلق بالمعالج و بالعلاج، إلا أنه بسبب تأكيده على أهمية الحصول على المادة الموضوعية من المفحوصين، و أهمية التخطيط المنسق لعملية العلاج وأهمية التحديد الكمي للتغير السلوكي، أصبح ذا قيمة في نظر "بيك" شجعه على استخدامه في العلاج المعرفي، وبالتالي أصبح العلاج معرفي سلوكي

2- أهداف العلاج المعرفي:

يهدف العلاج المعرفي إلى تحقيق الأهداف التالية:

1- التعامل مع تحريف الفرد للواقع و الذي يُستنتج دون تمييز ، مثلاً عندما يرى أن الآخرين يريدون أن يؤذوه، ومثلاً قد يرى مريض الاكتئاب أنه لم يعد قادراً على أن يكتب على الآلة الكاتبة، أو أن يقرأ أو يقود سيارة، ومع ذلك فحينما يطلب منه أداء هذه المهمة فإنه يقوم بأدائها. وهناك تحريفات سهلة الكشف نسبياً، من أمثلة ذلك (أبي عبء على أسرتي)، وهناك أحكام يتطلب التحقق منها جهداً أكبر. مثل " لا أحد يجني "، و في مثل هذه الحالات فإن الجلسات العلاجية، و بصفة خاصة عندما يصبح المريض مدرباً على تسجيل أفكاره الآلية، تزودنا بعمل جيد لكشف التحريفات. (آرون، بيك، 2000، ص 175)

2- التعرف على التفكير غير المنطقي مشوش و إنما يكون التفكير نفسه قائماً على أساس افتراضات أو استنتاجات خاطئة عن المشاهد و الاحداث، التعامل مع عملية التحريف الواقع و التي تبدأ لدى مرضى البارنوبيا في صورة الهذات و كذلك في بعض الامراض الاخرى.

3- الهدف من العلاج المعرفي هو تصحيح نمط التفكير لدى المريض، بحيث تصحح صورة عن الواقع في نظره و يصبح التفكير منطقياً، كما يركز العلاج المعرفي على حل المشكلات.

(مفتاح. محمد عبد العزيز، 2001، ص ص 71-72)

2- التعامل مع التفكير غير المنطقي فقد لا يكون هناك تشويش للواقع، و إنما يكون التفكير نفسه قائماً على أساس افتراضات خاطئة، و مشتملاً على استنتاجات خاطئة أو الوصول إلى استنتاجات خاطئة من المشاهدات، أو حدوث زيادة في التعميمات. فمثلاً مريض الاكتئاب يلاحظ أن هناك تسرباً بأحد صنبير الماء، أو أن إحدى درجات السلم مكسورة، فيستنتج أن المنزل برمته في تدهور و أنه تالف، و في الحقيقة أن المنزل بحالة ممتازة ماعدا المشكلات الصغيرة، فجد أنه أجرى زيادة تعميم كبيرة. و بنفس النهج فإن المرضى الذين يعانون من مصاعب ناجمة عن سلوكهم الظاهر، كثيراً ما يبدوون بمقدمات خاطئة، و على المعالج أن يتناول هذه الأفكار الخاطئة و مناقشتها وإثبات عدم منطقيتها في الجلسات العلاجية. (محمد، الشناوي و محمد، عبد الرحمن، 1998، ص 151)

3- المبدأ الأساسي لتطبيق العلاج المعرفي:

تعتمد النظرية المعرفية في تناول الأمراض النفسية على تفسير الكيفية التي تتم من خلالها معالجة المعلومات، وتفترض هذه النظرية أن الاضطرابات لدى الفرد ناتج وجود أخطاء في معالجة المعلومات لديه، مما يترتب عليها وجود أبنية معرفية "مخططات" كامنة عاجزة عن التكيف تسيطر على المريض، بناء على ما ينتج عنها من أفكار تلقائية تصاحب الاضطراب و تساعد على استمراره.

و نظراً للتطورات السريعة التي تحدث في العلوم المعرفية بصورة عامة، و في نظرية العلاج المعرفي بصورة خاصة، فقد تم تحديد مبادئ خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي الذي يمارس ضمن حدود مسلمات النظرية المعرفية.

4- خطوات العلاج المعرفي:

- 1- التعرف على الأفكار المرتبطة بسوء التكيف و تعطل قدرة الفرد على التعامل مع مواجهة خبرات الحياة.
- 2- ملئ الفراغات يكون عندما يتحدث المريض عن لأحداث و ردود أفعاله عادة توجد فجوة بين المثير والاستجابة و في نظرية: "إليس" العلاج العقلاني الانفعالي فإن هذه الفجوة في الأفكار أو المعتقدات التي تقع على المعالج مهمة ملئ هذا الفراغ، و هذا يمكن أن يتم من خلال تعليم المريض أن يركز على الافكار التي تحدث أثناء معايشة المثيرة والاستجابة.
- 3- الابتعاد و التركيز التي تمثل حسب " بيك " العملية التي ينظر بها موضوعا إلى الافكار و الأبعاد و هي تشمل الاعتراف بأن الأفكار التلقائية ليست هي الواقع و لا يوثق بها، و هي ضارة بالتكيف و خارجية عن اطار الفرد.
- 4- تدقيق الاستجابات على الرغم مما تحاوله مع المريض ليصبح قادر على التمييز بين العمليات العقلية الداخلية والمثيرات الخارجية ، إلا أنهم لا يزال بحاجة الى أن يتعلم أساليب الحصول على معلومات دقيقة مثل الاستنتاجات وتمحيصها مع الواقع و استخدام قواعد البرهان
- 5- تغيير القواعد من خلال أن تحل محلها قواعد أكثر واقعية و أكثر تكيفا.

(مفتاح. محمد عبد العزيز، 2001، ص ص 71-72)

6 - إحداث تغيير في البناء المعرفي.

7- تحقيق التفاعل بين العوامل المعرفي هو العوامل الأخرى المرتبطة بالأداء الاجتماعي للعميل.

(علي حسين زيدان وآخرون، 2016، ص ص 258-259)

5- عيوب العلاج المعرفي:

1- الاساليب التي يستخدمها المعالج المعرفي تعتمد على التعامل مع الافكار فقطو تتجاهل المشاعر والتصرفات أي السلوكات.

2- اعتبار الافكار التي تولد الانفعالات و توجيهها في حين أن بعض يؤكد على أن الانفعالات أقوى من الافكار فليس من السهل أن تجعل شخص يجب شخص أخر بمجرد اقناعه بذلك.

ويرى باتسون (مفتاح. محمد عبد العزيز، 2001، ص ص 75-76)

خلاصة:

العلاج النفسي المعرفي يركز على أهمية الطرق الذاتية التي ينظر و يفسر من خلالها الفرد لما يدور حوله في تغيير السلوك، حيث يرى في نظريته، نظرية التصورات الشخصية أن الشخص يقوم بصياغة تصورات (توقعات) حول ما يجري من حوله، ثم يتفحص هذه التصورات، و بناء على النتائج التي يتوصل إليها يقوم بتصحيح أو تعديل هذه التصورات، أي أنه يقوم بإعطاء معاني للظواهر لكي يستطيع فيما بعد توقع ما قد يحدث و يحاول التحكم به.

المحاضرة 5: العلاج المعرفي السلوكي:

تمهيد:

العلاج السلوكي المعرفي هو أحد طرق العلاج النفسي الذي يستعمل في الكثير من الأمراض النفسية مثل الكآبة ، القلق، تعكر المزاج الثنائي القطب و حالات نفسية أخرى، و يستند على مساعدة المريض في إدراك و تفسير طريقة تفكيره السلبية، بهدف تغييرها إلى أفكار أو قناعات إيجابية أكثر واقعية، و يستعمل هذا النوع من العلاج بصورة متزامنة مع الأدوية المستعملة لعلاج النفسي.

1- تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

هو أحد الأساليب العلاجية الحديثة التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية، و يهدف هذا الأسلوب إلى إزالة الألم النفسي و ما يشعر به الفرد من ضيق و كرب، و ذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة و تحديدها و العمل على تصحيحها و من ثم تعديلها. و يتوقف تحقيق هذا الهدف على وجود علاقة علاجية دافئة بين المعالج و المريض، الذي يجب أن يتصف بالقبول، التقبل، الود ، الدفء، التعاون

والمشاركة الوجدانية، و أن يقوم المعالج بتدريب المريض و تعليمه كيفية التعرف على المشكلات وحلها، و على مكوناتها الأساسية و أسبابها و علاقتها بالاضطراب. (عبد الله ، 2000، ص ص 67-69)

يعتبر "دونالد هيربرت" هو مؤسس العلاج المعرفي السلوكي الذي يعرفه "فريمان": " بأنه أحد أنواع العلاج السلوكي الذي يهدف لتصحيح المفاهيم الخاصة بالسلوك اللاسوي، فهناك اتجاهين أساسيين في علم النفس هما الاتجاه المعرفي و الاتجاه السلوكي، و من خلالهما بدأت الأفكار المعرفية و السلوكية الأولى يهتم بالجوانب المعرفية والأخر يركز علي الجوانب السلوكية. (علي، حسين زيدان وآخرون، 2016، ص 255)

و يُعرّفه "ستيفن وبيك" بأنه: " تلك المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية". (Steven & Beck, A, 1995, p442)

فالعلاج المعرفي السلوكي يعتمد على تعديل، أو تغيير المكونات المعرفية الخاطئة أو السلبية عن الذات أو الآخرين بأخرى صحيحة أو إيجابية. (Ibid, 1995, p249)

العلاج المعرفي السلوكي أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك و التحكم في الاضطرابات النفسية من خلال تعديل أسلوب تفكير المريض وإدراكاته لنفسه وبيئته. (إبراهيم، عبد الستار ، 1993، 342)

كما عرف: " بأنه منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى العميل. وتمثل أساليبه العديدة في التدريب على مهارات مواجهة التحكم في القلق، التحصن ضد الضغوط - أسلوب صورة الذات المثالية - التدريب على التعليم الذاتي _ وقف الأفكار". (مليكة، لويس كامل، 1994، ص174)

تُعتبر المدرسة المعرفية السلوكية من المدارس الحديثة في مجال علم النفس بصفة عامة، وفي مجال العلاج النفسي بصفة خاصة، حيث بدأ الاهتمام بالاتجاه المعرفي السلوكي مع بداية النصف الأخير من القرن العشرين، ولم يكن ذلك الاهتمام وليد المصادفة، ولكنه كان بمثابة تصديق لفكرة أن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث، ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار. (محمد، الشناوي و محمد، عبد الرحمن، 1998، ص211)

ويُعرّف "كندول (1993)" Kendall العلاج المعرفي السلوكي بأنه " محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي، التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك ومع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة، بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه، بالإضافة إلى ذلك يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض، وبالسياق الاجتماعي من حوله، من خلال استخدام استراتيجيات معرفية ، سلوكية ، انفعالية، اجتماعية وبيئية، لإحداث التغيير المرغوب فيه". (ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص 10)

إذن العلاج المعرفي السلوكي قد يساعدك المفحوص على التحكم بأعراض هذه الاضطرابات، و من غير المحتمل أن يكون لهذا العلاج تأثير سلبي على حياة الانسان، يبدأ بعد معرفة الأسباب عملية استبدال تدريجي للمشاعر السلبية بأفكار إيجابية وواقعية.

2- نشأة العلاج المعرفي السلوكي:

ظهر مصطلح العلاج المعرفي السلوكي في بداية الثلث الأخير من هذا القرن، و يهتم هذا النوع من العلاج النفسي بالجانب الوجداني للمريض، وبالسياق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية ونافعالية واجتماعية وبيئية، لإحداث التغيير المرغوب فيه. فكلمة معرفي Cognitive مشتقة من مصطلح Cognition و لقد استُخدمت بعض المصطلحات العربية كترجمة لهذا المصطلح، منها على سبيل المثال لا الحصر "استغراق ، تعرّف ، ذهن"، إلا أن كلمة معرفي تُستخدم بكثرة في التراث النفسي و الكلمات الثلاث الأولى: "استغراق أو تعرّف أو ذهن" هي الترجمات المناسبة لـ (Cognition)

(ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص 11)

نشأ العلاج السلوكي المعرفي نتيجةً للجمع بين العلاج المعرفي و العلاج السلوكي الانفعالي العقلائي، الذين استُمدوا من علم النفس المعرفي و المدرسة السلوكية. و يعتمد العلاج السلوكي المعرفي على النظرية التي توضح مدى ارتباط كل من أفكارنا (المعرفة) و مشاعرنا (العاطفة) و سلوكياتنا (السلوك) ببعضها، و مدى تفاعلها معاً في صور معقدة.

فمن خلال هذا المنظور يتضح أن هناك أساليب محددة يكون فيها خلل أو اضطراب في تفسير العالم أو تقييمه (ويبدو ذلك غالباً من خلال الخطط أو المعتقدات السلبية الخاطئة التي يتبناها الفرد) يمكن أن تؤدي إلى معاناة هذا الفرد من الضغوط و الاضطرابات النفسية أو المشكلات السلوكية. و يتمثل الهدف من معظم أساليب العلاج المعرفي السلوكي في اكتشاف و تحديد اضطرابات التفاعل أو التواصل، و ذلك من خلال الطرق المنهجية المختلفة التي يتبعها المعالج النفسي لمساعدة المريض في التغلب على هذه الاضطرابات النفسية و تجاوزها و الحيلولة دون حدوثها ليعيش حياة سعيدة و آمنة. (Beck, A, et all, 2007,p8)

يعد العلاج السلوكي أحد المجالات الغنية بالبحث، بحيث يعد من المجالات البحثية التي لاقت إقبالاً كبيراً من الباحثين النفسيين، كما أنه يحظى بقاعدة عريضة من الدراسات و الأعمال البحثية، و ترجع أصوله إلى مفاهيم ومبادئ المدرسة السلوكية. و وفقاً للعلاج السلوكي، يمكن أن تنبئ الأحداث والظواهر البيئية عن الطريقة التي نفكر ونشعر بها. إن سلوكنا يحدد شروط مدى تأثرنا بالظروف والبيئة المحيطة بنا والتي يتم تقييمنا وفقاً لها. وفي بعض الأحيان، يدفع هذا التقييم السلوك إلى زيادة تعزيز الذات، وفي أحيان أخرى يقلل السلوك من العقاب.

و غالبًا ما يستدعي الأمر من إحصائيي العلاج السلوكي إجراء تحليل السلوك التطبيقي. لقد قاموا بدراسة العديد من الجوانب بدءًا من عوامل تأخر النمو ووصولاً إلى الاكتئاب واضطرابات القلق. وفيما يتعلق بمجال الصحة النفسية وحالات الإدمان، نُشر مقال مؤخرًا في القائمة التابعة لجمعية علم النفس الأمريكية يحتوي على عدد من الممارسات العملية الواعدة والمنظمة جيدًا في هذا الصدد ووجد أن هناك عددًا هائلًا منها يعتمد على مبادئ الاشتراط الإجرائي والسلوك الاستجابي. (O'Donohue W, Ferguson KE , 2006, p 7)

هذا، وقد ظهرت أساليب التقييم المتعددة من خلال هذا المنهج، ومن بينها التحليل الوظيفي (علم النفس)، مما أدى إلى وجود اهتمام بالغ بنظام التعليم المدرسي. وعلاوةً على ذلك، فهناك برامج التدخل العلاجي متعددة المحاور التي قد نشأت أيضًا نتيجةً لهذا المنهج السلوكي المعرفي، ومن بينها طريقة تعزيز المجتمع لعلاج المشكلات المرتبطة بحالات الإدمان وعلاج التقبل والالتزام والعلاج النفسي التحليلي الوظيفي، بما في ذلك العلاج السلوكي الجدلي والتنشيط السلوكي. و بالإضافة إلى ذلك، فهناك أساليب علاجية حديثة محددة قد استندت في نشأتها إلى هذا المنهج، مثل التعامل مع حالات الطوارئ والعلاج بالتعرض للمخاوف النفسية.

3- المبادئ الأساسية لتطبيق العلاج المعرفي السلوكي:

نظراً للتطورات السريعة التي تحدث في العلوم المعرفية بصورة عامة، و في نظرية العلاج المعرفي بصورة خاصة، فقد تم تحديد خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي الذي يمارس ضمن حدود مسلمات النظرية المعرفية.

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على صياغة مشكلة المفحوص، و تنقيحها بصورة مستمرة ضمن الإطار المعرفي، ويركز المعالج في صياغة مشكلة المفحوص على عوامل متعددة مثل:

- 1- تحديد الأفكار الحالية للمفحوص التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي له، والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها. ثم التعرف على العوامل المؤثرة التي أثرت على أفكاره عند ظهور الاضطراب
- 2- وبعد ذلك التعرف على الأسلوب المعرفي الذي يفسر من خلاله المفحوص الحوادث التي يتعرض لها، مثلاً: "عزو النجاح للحظ ولوم النفس على الفشل".
- 3- ثم يقوم المعالج بصياغة المشكلة في الجلسات الأولى، و لكنه يستمر في إجراء تعديلات عليها كلما حصل على معلومات جديدة.

4- يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج و المفحوص تجعل المريض يثق في المعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف و الاهتمام بالمفحوص، و كذلك على الاحترام الصادق و حسن الاستماع.

5- يشدد العلاج المعرفي السلوكي على أهمية التعاون و المشاركة النشطة. العمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات و في إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات.

6- يسعى المعالج إلى تحديد أهداف معينة، يسعى لتحقيقها و حل مشكلات محددة.

7-يركز العلاج المعرفي السلوكي على الحاضر، حيث يتم التركيز على المشكلات الحالية، و على مواقف معينة تشير القلق لدى المفحوص، و مع ذلك فقد يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضي في حالة:

أ - رغبة المفحوص الشديدة في القيام بذلك

ب- عدم حدوث تغير يذكر في الجوانب المعرفية، السلوكية والانفعالية

ج- عندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المفحوص.

8- العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي، يهدف إلى جعل المفحوص معالجاً لنفسه، كما أنه يهتم كثيراً بتزويد المفحوص بالمهارات اللازمة لمنع عودة الاضطراب بعد التحسن "الانتكاس".

9- العلاج المعرفي السلوكي علاج مكثف قصير المدى، يتم علاج معظم الحالات في مدة تتراوح ما بين 4-12 جلسة، و قد يستمر إلى فترة أطول من ذلك.

10- تتم الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي، وفق جدول عمل محدد يحاول المعالج تنفيذه، للتعرف على الوضع الانفعالي للمفحوص ، و يطلب من المفحوص تقديم ملخص لما حدث خلال الأسبوع الماضي، إعداد جدول أعمال الجلسة "بالتعاون مع المفحوص"، التعرف على رد فعل المريض حول الجلسة السابقة، مراجعة الواجبات المنزلية، تقديم ملخصات لما تم في الجلسة بين الحين والآخر، ثم أخذ رأي المريض فيما تم في نهاية الجلسة.

11- يعلم العلاج المعرفي السلوكي المفحوص كيف يتعرف على الأفكار و الاعتقادات غير الفعالة وكيف يقومها ويستجيب لها .

12- يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات متعددة لإحداث تغييرات في التفكير، المزاج، و السلوك.

13- يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحاً مع المريض و يناقش معه وجهة نظره (المعالج) حول المشكلة (الصياغة) و يعترف بأخطائه و يسمح للمفحوص بمعارضته، و عدم القيام بذلك يتعارض مع الطبيعة التعاونية بين المعالج و المريض التي يركز عليها العلاج المعرفي السلوكي.

14- يركز المعالج المعرفي السلوكي بصورة عامة على التعامل مع أعراض الاضطراب النفسي الذي يعاني منه المفحوص أكثر من تركيزه على العوامل التي تعزي إليها هذه الأعراض. (ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص 38-39)

إذن المعالج المعرفي السلوكي يركو على عدة جوانب من أجل نجاح العملية العلاجية، خاصة نوعية العلاقة بين "المعالج والمفحوص".

4- الأهداف الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي:

- مساعدة المريض للتوصل إلى منظور جديد لفهم مشكلته، و تعليمه كيف أن معارفه يمكن أن تساعد في تفسير أسباب الاستجابات الانفعالية والسلوكية التي تتسم بسوء التكيف.
- و كذلك مساعدة الفرد في معرفة أن التغيير المعرفي له أهمية رئيسية في العلاج.
- أن الهدف من العلاج المعرفي السلوكي هو تصحيح التحريف في التفكير لدى المريض والتعامل مع التفكير غير المنطقي، بحيث تصحح صورة الواقع في نظره ويصبح التفكير منطقياً، معتمداً في ذلك على عدة أسس أهمها: المشاركة العلاجية، و توطيد المصدقية مع العميل، و اختزال المشكلة التي يعاني منها العميل ومساعدته في معرفة كيفية التعلم في حل المشاكل، وذلك من خلال المشاركة النشطة في حل المشكلة.

5- جلسات العلاج المعرفي السلوكي:

يمكن تطبيق العلاج المعرفي السلوكي بشكل فردي أو جماعي، يمكن أيضا تطبيقه عن طريق كتب المساعدة الذاتية أو برنامج حاسوبي.

إذا كان العميل في المعالجة الفردية فإنك عادة ستلتقي مع المعالج ما بين 5 الى 20 جلسة، كل أسبوع أو أسبوعين و تمتد كل جلسة ما بين 30 الى 60 دقيقة، في الجلسات 2- 4 الأولى، سيتفحص المعالج إذا كان باستطاعتك أن تستعمل هذا النوع من العلاج، و لك أيضا لترى هل يشعر براحة مع هذا النوع من المعالجة.

سيسأل المعالج أيضا بعض الأسئلة حول توجهاتك و الماضي من حياتك، على الرغم من أن هذا العلاج يركز على الآن و المكان، فربما تحتاج أحيانا للتحدث عن الماضي، لتفهم كيفية تأثيره عليك الآن. أنت تقرر ما تريد أن تتعامل معه على المدى القريب، المتوسط و البعيد مع المعالج .

قد تستمر فترات العلاج و الجلسات من 6 أسابيع الى 6 أشهر، و هذا يعتمد على نوع المشكلة و مدى استجابة المفحوص للعلاج. توفر العلاج المعرفي السلوكي قد يختلف من منطقة لأخرى و ربما يكون هناك قائمة انتظار قبل بدء العلاج، يوجد دائما خطورة بأن الاكتئاب أو القلق قد يعود ثانية بنكسة معينة، و اذا ما حدث ذلك فإن المهارات التي اكتسبها المريض بالعلاج المعرفي السلوكي ستسهل عليه التحكم بأعراضها، لذلك فمن المهم أن يستمر بتطبيق

مهارات العلاج المعرفي السلوكي حتى بعد أن يشعر بتحسن، و هناك بعض الأبحاث التي تشير الى أن العلاج المعرفي السلوكي ربما يكون أفضل من مضادات الاكتئاب لمنع عودة الاكتئاب، إذا دعت الضرورة فيإمكان المفحوص القيام بدورة أخرى لتسترجع مهاراته. (علي، حسين زبدان وآخرون، 2016، ص 255)

أن يبيغ المعالج المفحوص بأن لديه معلومات هامة يجب عليه طرحها في الجلسات، للتوصل إلى أفضل الطرق للتغلب على ما يعانیه من مشكلات، فلدى للمعالج فنيات و أسلوب علاجي ملائم، و لدى المفحوص المعلومات عن خبراته الفريدة، و هو الشخص الوحيد الذي يستطيع شرح أفكاره، مشاعره ، و هذه الخبرات تحدد الكيفية التي تستخدم بها القواعد العلاجية التي ينوي المعالج تطبيقها. (ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص ص 38-39)

إذن أن العلاقة الإيجابية بين المعالج و المفحوص من الأسس الهامة للتوصل إلى علاج ناجح، و يفترض من المعالج المعرفي السلوكي الناجح أن يوفر بيئة آمنة يثق بها المفحوص، قوامها معالج يتصف بالدفء، التعاطف والصدق مع عملائه، و يجب أن تظهر هذه الخصال بوضوح في رغبة المعالج الصادقة في التعرف على خبرات، أفكار ومشاعر المفحوص.

6- تقنيات العلاج المعرفي السلوكي:

وهناك العديد من الأساليب العلاجية التي تستخدمها العلاج المعرفي السلوكي منها

6-1- تقنية رصد الأفكار الخاطئة:

أو ما يسمى بتحديد الأفكار التلقائية: " يقصد بها تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار، و هذه الأفكار تأتي بسرعة كبيرة و بصورة تلقائية، و أحياناً دون أن يلاحظها الشخص ذلك ، و هي أفكار غير معقولة، تسبب الانفعال غير الصحيح لحدث معين، و بالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية. و تهدف هذه التقنية إلى محاولة التعرف على تلك الأفكار، و من ثم تبديلها بأفكار إيجابية، و لذلك يطلب من المفحوص أن يسجل الافكار التلقائية على ورقة كواجب يومي، و يدون فيها كل الأفكار التلقائية التي مرت بذهنه في كل يوم يمر به، و تعتبر هذه الواجبات اليومية جزء من العلاج. (الجلبي، اليحيى، 1996، ص 271)

ويرى " آرون، بيك " : " أن الشخص قد يكون غير مدرك تماما للأفكار التلقائية التي تؤثر كثيراً على أسلوب المريض وشعوره ومدى استمتاعه بخبراته، غير أنه يستطيع بشيء من التدريب أن يزيد إدراكه لهذه الأفكار ويتعرف عليها بدرجة عالية من التناسق، وفي هذه الفنية يطلب المعالج من المريض أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تسبب له ضيقاً لا مبرر له، أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهماجي. (آرون، بيك، ترجمة: عادل، مصطفى، 2000، ص 189)

إلى أن هناك العديد من الأسباب التي تجعل بعض المفحوصين يجدوا صعوبة في التعرف على هذه الأفكار، فقد يتعود المريض على استخدام هذه الأفكار بصورة آلية، و يعتقد أنها أفكاراً معقولة مما يجعله لا يهتم بها. و نظراً لأن الأفكار المرتبطة بالخطر تؤدي إلى القلق، يحاول بعض المفحوصين تفاديها بطريقة ظاهرة أو باطنة، و قد يحاول المفحوص عندما يعي صورة أو فكرة مرتبطة بمأساة متوقعة كبت هذه الصورة، أو التخلص منها بسرعة عن طريق إشغال نفسه أو الابتعاد عن الموقف، و هذا يجعل تذكر الصورة أو الفكرة بوضوح أمراً صعباً. و في مثل هذه الحالات من الأفضل أن يصير المعالج بلطف على طرح الأسئلة، كي تستثار الأفكار المفيدة التي يستطع المعالج استخدامها للتعرف على دقة الخيالات أو الأفكار التي ذكرها المريض. (ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص ص 109-110)

6-2- فنية وقف الأفكار Idea's Termination Technique :

بعد رصد الافكار يستعمل المعالج تقنية غالباً ما تكون الأفكار الخاطئة لها تأثير متزايد ، ونجد أن الفكرة الخاطئة ربما تستدعي فكرة أخرى، وإذا استمرت تلك العملية دون أن يتم إيقافها، قد نجد العميل غير قادر على الاستجابة لهذه الأفكار بشكل مؤثر، وذلك نتيجة لأن ظهور تلك الأفكار الخاطئة أسرع من قدرة العميل على إظهار استجابات تجاه تلك الأفكار. وعندما تكون هذه هي المشكلة نجد أن الحل هو أن يتعلم العميل كيفية وقف تدفق وتزايد هذه الأفكار كي يستطيع أن يتعامل معها بشكل أكثر فاعلية. وهذه العملية (وقف تدفق الأفكار الخاطئة) عملية بسيطة إلى حد ما، حيث إن العميل يقوم ببساطة بإيقاف هذا التيار من الأفكار بواسطة منبه مفاجئ سواءً أكان هذا المنبه حقيقي أم خيالي، ثم بعد ذلك يتحول إلى أفكار أخرى قبل أن يعود هذا التيار من الأفكار مرة أخرى، وذلك من خلال النصيحة التي يتم توجيهها للعميل بشكل متكرر وهي (لا تقلق بشأن ذلك . (وبسبب عدم قدرة العميل على استخدام هذه الفنية بسهولة، نجد أن الشرح البسيط لهذا الأسلوب غير مؤثر بشكل كافٍ ولا يتمتع بالمصدقية، حيث إن هذا الأسلوب يكون أكثر فاعليه عندما يتم عرضه على العميل بشكل مفصل. وبعد أن يجد العميل أن هذا الأسلوب له تأثير، يشعر في هذا الوقت بأنه يتمتع بالمصدقية وأنه يستطيع أن يتعلم استخدام منبه أكثر مرونة، مثل تخيل النداء بصوت عالٍ، قائلاً (توقف)، أو العض على قطعة قماش موضوعة حول معصم يده، ويكون استخدام أسلوب إيقاف الفكرة أسهل بكثير في بداية تواتر هذا الأفكار. (Freeman, D, et, all, 1993,63)

6-3- طريقة مناقشة أحداث الخبرات الانفعالية Discussion of the Events of Emotive Experiences :

في هذه الطريقة يطلب من المفحوص تذكر آخر حادث أو موقف من الحوادث أو المواقف المرتبطة بالموضوع الانفعالي لديه، على أن يكون من الحوادث أو المواقف التي يتذكرها جيداً، بحيث يصف المفحوص الحادثة بشيء من التفصيل، و يحاول المعالج جعل المفحوص يتذكر الأفكار المرتبطة بظهور و استمرار رد الفعل الانفعالي

باستخدام أسئلة مثل: "ما هو أسوأ ما توقعته حدوثه عندما كنت قلقاً جداً؟"، ما الذي خطر في ذهنك آنذاك؟ هل تخيلت شيئاً ما في تلك اللحظة؟".

4-6- استخدام تقنية التخيل لإعادة الخبرة الانفعالية Using Imagery to Get Back the Emotive Experience : عندما لا يستطيع المعالج استخدام الأسئلة البسيطة المباشرة لإثارة الأفكار التلقائية، فمن الممكن أن يطلب المعالج من المريض تخيل الموقف أو تمثيله، و في حالة كون الموقف عبارة عن تفاعل مع الآخرين فبالإمكان الاستعانة بعدد مناسب من الناس للعب الأدوار إلى جانب المريض.

(ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص ص 109-112)

هذه التقنيات تفيد كلاً من المعالج و المفحوص ، في التعرف على الأفكار السلبية التي تؤدي إلى التوتر و الاضطراب، و من ثم تبديلها بأفكار إيجابية تؤدي إلى نهاية حسنة، و ذلك من خلال الواجبات اليومية التي تُعتبر بدورها جزء من العلاج، و من ثمّ تفيد المعالج في اختيار الأسلوب المناسب للتعامل معها.

5-6- تقنية المراقبة الذاتية The Technique of Self Monitoring

يُقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي السلوكي، قيام المفحوص بملاحظة و تسجيل ما يقوم به في مفكرة، أو نماذج معدة مسبقاً من المعالج وفقاً لطبيعة مشكلة المفحوص، و يحرص المعالج على البدء في استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن، خلال عملية التقييم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المفحوص بشكل يسمح له بإعداد صياغة مشكلة المريض و الاستمرار في استخدامها، لمتابعة العملية العلاجية، و بالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض، و تقدم أدلة تحد من ميل المفحوص إلى تذكر فشله بدلاً من تذكر نجاحاته. (ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص 118)

6-6- تقنية المتصل المعرفي Cognitive Continuum Technique

و في هذه التقنية يطلب من المفحوص أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مع الآخرين ، يطلب من المفحوص الذي لديه الاعتقاد "أنا شخص عديم الفائدة" أن يعرف المقصود بعدم الفائدة، ثم يطلب منه أن يشير أين سيكون بعض الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة. يبدأ بصفر "عديم الفائدة تماماً" و 100% (فعال جداً)، وهي فنية مفيدة لاستبدال الأفكار التلقائية و كذلك الاعتقادات الأساسية، و تفيد في التعامل مع التفكير الثنائي كل شيء أو لا شيء. (ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص 217)

6-7- فنية الجدل المباشر Direct Dialogue Technique :

وهذه الفنية إحدى الفنيات المعرفية، فرغم أن العلاج المعرفي يؤيد التوجيه نحو الاكتشاف الموجه أكثر من المواجهة المباشرة لأراء المفحوص، إلا أنه في بعض الأحيان لابد للمعالج من المواجهة المباشرة، و يظهر هذا الأسلوب عندما يكون للمفحوص شعور بالانتحار، فبالتالي يجب على المعالج أن يعمل بسرعة و بشكل مباشر على مواجهة هذا الشعور باليأس، كما تكون المواجهة المباشرة نافعة في المواقف التي يتدخل المعالج فيها للعلاج بشكل سريع في الوقت الذي لا يكون للمفحوص فيه الرغبة أو المقدرة على المشاركة الفعالة في عملية العلاج، فالتنفيذ والنقاش الحاد يعتبر في جوهره من الأدوات الخطيرة ؛ وذلك لأنه من الصعب أن تقدم جدلاً مقنعاً دون أن تسبب للمريض نوعاً من الدونية والهزيمة والضييق، كما أنها بلا نقاش سوف تتحول ببساطة إلى نزاع معرفي. و بشكل عام فإن فكرة تأكيد المعلومات بأكبر قدر ممكن من التعاون أفضل من مجرد إرسال مبادئ منطقية مجردة أو فلسفية، ثم يتم بعد ذلك التحول إلى أسلوب التوجيه نحو الاكتشاف بمجرد أن يكون هذا ممكناً. (Freeman, D, et , all, 1993, p55)

6-8- فنية التعريض Exposure Technique :

هو مكون رئيسي في العلاج المعرفي السلوكي وكذلك في العلاج السلوكي لاضطرابات القلق، فقد وجد الباحثون في هذا المجال، أن التعريض المستمر للمثيرات التي تسبب القلق ينتج عنه تشتت استجابة القلق لدى الفرد الذي يعاني من القلق، فالتعريض له عدة أشكال يتخذها منها: " التعريض التخيلي، والتعريض المتدرج، والتعريض في الحي (الواقع)، وهذا النوع من التعريض يكون بدون تدرج ، و لابد من توفر شروط لهذا النوع من التعريض من أهمها موافقة المفحوص، كما يوجد أنواع أخرى من التعريض منها التعريض بمساعدة المعالج للموقف الذي يسبب القلق بطريقة مباشرة. (Thomas, H ,et.all, 1994,422)

ويعود الهدف من هذه الفنية إلى التأثير على الأعراض السلبية للقلق بإطفائها، و ذلك بمواجهة المثيرات من ناحية، ومواجهة سلوك التجنب الذي هو معزز للقلق من ناحية أخرى.

6-9- فنية التخيل Imagination Technique:

تقوم هذه الفنية على افتراضين أساسيين هما

1- يُكتسب القلق وفق قوانين الاشتراط الكلاسيكي.

2- يُؤد القلق السلوك التجنبي الذي يتعزز بدوره عن طريق تقليل مستوى القلق، حيث إن المثيرات التي تقترن بالألم أو الحرمان تُحدث ردود فعل انفعالية سلبية، و هذه الانفعالات بدورها تؤدي إلى استجابات تجنبيه دفاعية تعزز الاستجابات الدفاعية التي تؤدي إلى إزالة أو إيقاف المثير الشرطي، الذي يبعث على الخوف أو القلق بنجاح . واعتماداً على ذلك، يُطلب في هذا الإجراء من المفحوص تخيل المواقف التي تبعث على الخوف لديه وذلك خلافاً لتقليل الحساسية التدريجي، الذي يشتمل على الانتقال بالمفحوص تدريجياً من الموقف الأقل إثارة إلى الموقف الأكثر إثارة؛ حيث يبدأ هذا الإجراء بالموقف الذي يبعث على الحد الأقصى من القلق، بل إن المعالج يهول الأمر، وذلك بهدف إبقاء المفحوص في حالة من القلق الشديد مدة طويلة . (جمال، الخطيب، 2001، ص360)

ولقد أشار "بيك" Beck إلى أن فنية التخيل تُستخدم في علاج اضطرابات القلق لتوضيح العلاقة بين التفكير والعواطف، فيطلب المعالج من المفحوص أن يتخيل مشهداً أو منظرًا غير سار ويلاحظ استجاباته، فإذا أظهر المفحوص استجابات انفعالية و عاطفية سالبة عندئذ يبحث عن محتوى أفكاره. ثم يطلب المعالج من المفحوص أن يتخيل مشهداً ساراً و يصف مشاعره، كي يستطيع المفحوص أن يدرك التغيير في محتوى أفكاره التي أثرت في مشاعره، وبالتالي يمكن أن يغير مشاعره إذا غير أفكارهما سبق، أن فنية التخيل تساعد المفحوص في تعلم وإدراك أن تغيير الأفكار(السلبية) التي تؤدي إلى مشاعر سلبية، يؤدي إلى تغيير هذه المشاعر نتيجة تغيير محتوى هذه الأفكار و إبدالها بأخرى إيجابية .

6-10- فنية الواجبات المنزلية Homework Technique:

تلعب الواجبات المنزلية دوراً هاماً في كل العلاجات النفسية و لها دور خاص في زيادة فعالية العلاج المعرفي السلوكي إذ إنها الفنية الوحيدة التي يبدأ، و يختم بها المعالج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية ، و تساهم في تحديد درجة التعاون و الألفة القائمة بين المعالج و المفحوص ، و ذلك يؤثر في طريقة أداء المفحوص في كل خطوات أو مهام البرنامج العلاجي، و يستطيع المعالج تقوية العلاقة العلاجية بتكليف المفحوص بعمل واجبات منزلية، و يقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها حديثاً. و تأخذ الواجبات المنزلية عدة أشكال فيطلب المعالج من المفحوص تسجيل الأفكار الآلية، و الاتجاهات المختلفة وظيفياً،

أول إجراء تجربة سلوكية أو معرفية لها أهداف محددة و متعلقة بمشاكلته، ويجب أن يلاحظ المعالج أن للواجبات المنزلية دوراً هاماً في زيادة فعالية العلاج المعرفي السلوكي، وتكوين الألفة و التعاون بينه و بين المفحوص، إذا اهتم بإعطاء واجبات بسيطة ومركزة و متصلة بمشكلة المفحوص، وتوضيح الأساس المنطقي لكل واجب منزلي، بالإضافة إلى توضيح كيفية إجرائها و الاهتمام بمراجعتها في بداية كل جلسة، إن الواجبات المنزلية تستخدم لتحسين إدراك الأفكار الآلية وعلاقتها بردود الفعل الانفعالية، كما أنها تساعد على تقدم العلاج المعرفي السلوكي سريعاً، و تعطي فرصة للمفحوص لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة ومنطقية، لمعرفة أفكاره المحتملة و اتجاهاته غير العقلانية و محاولة تعديلها. كما أنها تُعتبر جزءاً متمماً لنتائج العلاج.

6-11- فنية صرف الانتباه أو وقف الأفكار الخاطئة Distraction Technique:

تُستخدم فنية صرف الانتباه في العلاج المعرفي السلوكي لأهداف محددة وقصيرة المدى، و ذلك بأن يُطلب من المفحوص الذي يعاني من القلق، مثلاً القيام بسلوك يصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها، لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءاً، و لكن لفنية صرف الانتباه بعض الجوانب السلبية التي قد تؤثر سلباً على سير العملية العلاجية على المدى البعيد، عندما يستخدمه المفحوص كأسلوب لتجنب الأعراض، و يستطيع المعالج المعرفي السلوكي استخدام فنية صرف الانتباه في بداية العلاج لكي يجعل العميل يُدرك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها، و هذه خطوة مهمة جداً في العلاج، و قد تستخدم هذه الفنية في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض، عندما يكون العميل في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية التلقائية، مثال ذلك: عندما تأتي المفحوص الأعراض و هو يتحدث مع شخص ما ففي هذه الحالة بإمكان المفحوص طرد الأفكار السلبية من خلال الاقتراب أكثر من الشخص الذي يتحدث معه مما يُغطي المجال البصري للمفحوص ، أو التركيز على المحادثة نفسها بدلاً من الأفكار المتعلقة بتقويمه لنفسه، و من الممكن استخدام أساليب صرف الانتباه لتوضيح النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية للمفحوص ، فقد يطلب المعالج من المفحوص عندما يكون قلقاً خلال الجلسة أن يصف بصوت مسموع محتويات الغرفة، و من ثم يستخدم الأسئلة ليوضح للمفحوص كيف أن تمرينات صرف النظر تخفف من القلق، مما يدل على أن الأفكار تلعب دوراً كبيراً في ظهور الأعراض لديه، و فيما يلي بعض الأساليب المستخدمة في صرف الانتباه :

أ- التركيز على شيء معين Focus on a Particular Object: يُدرَّب المفحوص على التركيز على شيء ما ويصفه بالتفصيل لنفسه باستخدام الأسئلة التالية و الإجابة عليها: "أين هو بالضبط؟ ما حجمه؟ ما لونه؟ كم يوجد منه؟ ما الفائدة منه .. الخ"

ب- الوعي الحسي Sensational Awareness: يُدرَّب المفحوص على ملاحظة البيئة المحيطة به ككل باستخدام النظر، السمع، الذوق، اللمس، و الشم مستعيناً بالأسئلة التالية: " ما الذي تراه بالضبط إذا نظرت حولك؟. ما الذي تستطيع سماعه داخل جسمك؟ في الغرفة؟ خارج الغرفة؟ خارج المبنى؟".

ج- التمرينات العقلية Mental Exercises: يشتمل ذلك مثلاً على العد إلى الخلف من 100 بطرح 7 كل مرة، التفكير في أسماء الحيوانات التي تبدأ بالحرف (أ) ثم بالحرف (ب) ... و هكذا. تذكر حادثة معينة بالتفصيل.

د- الذكريات و الخيالات السارة Pleasing Memories and Images : تذكر الحوادث السارة بأكبر قدر ممكن من الوضوح مثلاً (رحلة سعيدة) أو التخيل (ما الذي سيفعله العميل لو كسب شيء غير متوقع). أن فنية صرف الانتباه تفيد في خفض مستوى القلق والتوتر عند الفرد بعدة طرق من شأنها أن تصرف انتباه الفرد عن الأعراض التي يشعر بها نتيجة للأفكار التي تدور في ذهنه، مما يؤدي به إلى تغيير محتوى تفكيره إلى أمور أخرى تجعله أكثر هدوءاً وأقل توتراً. (ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص 208)

6-12- فنية ملء الفراغ : Filling in the Blank Technique

من الإجراءات الأساسية لمساعدة العميل على توضيح أفكاره التلقائية أن ندرجه على ملاحظة سلسلة الأحداث الخارجية وردود أفعاله تجاهها. وقد يذكر العميل أحياناً عدد من المواقف التي أحس فيها بكدر وضيق لا مبرر له. ففي هذه الحالة تكون هناك دائماً فجوة ما بين المؤثر أو المثير والاستجابة الانفعالية. وقد يكون باستطاعة العميل أن يفهم سر كدره الانفعالي إذا أمكنه أن يتذكر ويسترجع الأفكار التي وقعت له خلال هذه الفجوة.

(آرون، بيك، 2000، ص 192)

6-13- فنية اختبار الدليل Alternatives Choosing Technique :

وهي من إحدى الفنيات الفعالة لمواجهة الأفكار الخاطئة، بحيث تدعم أو لا تدعم الفكرة بواسطة الحدث المتاح، حتى لو كانت هناك بعض التأويلات الأخرى التي تكون مناسبة بشكل أكثر لهذا الدليل. فالعملية لا تشمل فقط مجرد اختبار للدليل، و لكنها تضع في الاعتبار أيضاً مصدر تلك المعلومات و مدى صلاحية استخدام الآراء التي انتهى إليها العميل، بالإضافة إلى التفكير في ما إذا كان المفحوص قد أغفل بعض المعلومات المتاحة. و الكثير من العملاء يبدأ بإصدار الحكم النهائي مثل "أنا لست شخص جيد"، ثم بعد ذلك يختار الأحداث التي تدعم وجهة نظره والرأي الذي انتهى إليه. الخاطئ الكامن وراء تفسيراتهم ومعتقداتهم المشوهة، إذ يُطلب من المفحوص أن يقدم الدليل

المؤيد أو المعارض لمعتقداته وتفسيراته للأحداث، و أن يقوم بتسجيل الدليل المؤيد أو المعارض في العمود المخصص لذلك. إن طريق اختبار الدليل من الممكن تحديد و مواجهة الأفكار التي انتهت إليها المفحوص، و من ثم العمل على تغييرها .

6-14- فنية الحوار الذاتي Monologue Technique :

ويكون الحوار الذاتي عن الأفكار الأساسية في النظرية المعرفية، فالإنسان يسلك بحسب ما يفكر، وفي ميدان ممارسة العلاج الذاتي ينصب جزء من دور المعالج على تدريب الأشخاص على تعديل مستوى أفكارهم، التي تثير القلق، الاكتئاب وعدم الثقة، فالحوار مع النفس عند أي نشاط معين من شأنه أن ينبه الفرد إلى تأثير أفكاره السلبية على سلوكه، و حديث المرء مع نفسه و ما يجويه من انطباعات و توقعات عن المواقف التي تواجهه، هو السبب في تفاعله المضطرب. و لهذا يعتمد المعالج المعرفي السلوكي على محاولة تحديد مضمون مثل هذا الحديث، و العمل على تعديله كخطوة أساسية في مساعدة الفرد على التغلب على اضطرابه، خاصة المواقف التي تستثير القلق والاكتئاب.

6-15- التعرف على أساليب التفكير الخاطئ غير الفعال- Identifying Wrong and Non-effective Thinking Methods

عند التفكير في حل مشكلة معينة أو فهمها، تحدث أخطاء في الفهم و التفسير مما يشوه صورة الواقع و بالتالي يثير الاضطرابات السلوكية. و من التحريفات المعرفية التي تحدث ما يأتي : المبالغة وتتمثل في الميل للمبالغة في إدراك الأشياء، أو الخبرات الواقعية وإضفاء دلالات مبالغ فيها، كتصور الخطر والدمار فيها. و من الثابت أن المبالغة في إدراك نتائج الأشياء يميز الأشخاص المصابين بالقلق، فتفكير الشخص في حالات القلق يتميز بالمبالغة في تفسير الموقف، مما يؤدي إلى إثارة مشاعر الخوف و التوتر، فهو يتوقع الشر لنفسه ولأسرته أو ممتلكاته ، أو يتوقع الخوف من فقدان مركزه أو وظيفته والأشخاص المهمين في حياته، كما نجد أن التقليل من المخاطر الواقعية، قد تكون له أيضاً نتائج انفعالية سلوكية مماثلة، إذ يؤدي ذلك إلى الاندفاع و تكرار التجارب الفاشلة، كما قد يؤدي إلى تخفيض الدافع إلى مواصلة الجهد والإنجاز. إن الفرد ينبغي أن يراعي التوسط في التعامل مع الأمور و المشكلات، فلا يبالغ في تفسير الموقف فيزيد من شعوره بالخوف، و في المقابل لا يقلل من شأن أي موقف والمخاطر المترتب عليه فيصبح اندفاعياً غير مبالٍ بالفشل الذي قد يتعرض له. (عبد الستار، إبراهيم، 1998، ص ص307-312)

6-16- التعميم الزائد :

في مجال علم النفس من الثابت أن الميل للتعميم من الجزء إلى الكل، يعتبر من العوامل الحاسمة في كثير من الأمراض الاجتماعية، كالتعصب أو غيرها، فكثير من الخصائص السلبية ننسبها لجماعة معينة لكي نبرر تعصبنا نحوها قد يكون في الحقيقة تعميماً خاطئاً لخبرة سيئة مع فرد ينسب لهذه الجماعة. والتعميم أسلوب من التفكير يرتبط بالأنماط المرضية، وخاصة الاكتئاب والفصام، ويعتبر التعميم الخاطئ أيضاً من العوامل الحاسمة في اكتساب المخاوف المرضية. (عبد الستار، إبراهيم، 1998، ص ص 307-312)

إن المعالج المعرفي السلوكي ينبغي أن يقدر دور هذا العامل في المساهمة في اضطرابات البشر، لذا فعليه أن يؤكد باستمرار لعميله بأنه لا يوجد شيء أكيد تماماً، وإنما قد يكون مرجحاً بدرجة قليلة أو كثيرة .

6-17-المقياس الثنائي و التطرف :

يميل بعض الأفراد لإدراك الأشياء إما ببيضاء أو سوداء، جيدة أو سيئة، خبيثة أو طيبة، دون أن يدرك أن الشيء الواحد الذي قد يبدو في ظاهر الأمر سيئاً، قد تكون فيه أشياء إيجابية، أو يؤدي إلى نتائج إيجابية. و ينظر المفحوص إلى الموقف، و كأنه محصور في احتمالين فقط و ليس على أساس أنه متصل يشتمل على درجات كثيرة بين طرفيه. يمكن الاستفادة هنا من فنية المتصل المعرفي، التي ورد ذكرها سابقاً، في تصحيح هذه الأفكار التلقائية السلبية من خلال استخدام معيار متدرج لصفة ما (صفر -100%)، سيجد من خلالها أن هناك أكثر من احتمالين لهذه الصفة كما كان يعتقد ويدرك سابقاً. (عبد الستار، إبراهيم، 1998، ص 307)

6-18- التجريد الانتقائي :

و هو أسلوب خاطئ في التفكير، كأن يعزل الشخص خاصية معينة من سياقها العام، و يؤكد لها في سياق آخر. فمثلاً شخص يرفض التقدم لعمل جديد مناسب، ذلك لأنه سبق أن رُفض في عمل سابق لأسباب لا علاقة لها بإمكانياته ومواهبه وبما يتطلبه العمل الجديد. والتجريد الانتقائي من الأخطاء التي تشيع في أفكار المكتئبين، فقد تبين أن المكتئب يركز على جزء من التفاصيل السلبية ويتجاهل الموقف ككل (مثلاً يعود إلى المنزل بعد حفلة أو لقاء، ولا يذكر من هذا اللقاء إلا أن فلاناً تجاهله ، وفلاناً قاطعه في الكلام وأنه كان يجب أن يقول كذا وكذا، وأن لا يقول كذا وكذا .. إلخ. (عبد الستار، إبراهيم، 1998، ص 312)

إن التجريد الانتقائي قد يكون مفيداً في بعض الحالات إذا استفاد منه الفرد في تعديل بعض جوانب القصور فيه، فمثلاً في المثال الأول رفض طلب التوظيف لسبب معين، قد يكون دافعاً للفرد لتطوير نفسه في هذا الجانب الذي يعاني من القصور فيه. أما بالنسبة للمثال الثاني قد تجعل الفرد يفكر في تقويم نفسه، فقد يكون لبعض سلوكياته سبب في تجاهل أو تجنب الناس له فيصلحها، أو لأنه يحاول دائماً أن يحتكر أي حوار في جماعة ما، لذلك يقاطعه الآخرون فيعدل من طريقته. أما مجرد التركيز على السلبيات و التفكير فيها دون الخوض في أسبابها، فهو يؤدي بالفرد إلى التوتر والقلق بسبب الأفكار الخاطئة، التي قد تراوده حينها بأنه إنسان فاشل لا يصلح لشيء، أو أنه منبوذ و مكروه من الجميع، أخطاء الحكم و الاستنتاج: كثيراً من حالات القلق و الاكتئاب و العدوان يكون السلوك فيها ناتجاً عن خطأ في تفسير الحادثة، بسبب عدم توافر معلومات معينة أو سياق مختلف. (عبد الستار، إبراهيم، 1998، ص 313) "الاستنتاج العشوائي" أو "الخطأ في الاستنتاج" هو الوصول إلى استنتاجات دون أدلة كافية، أو بأدلة واهية لا تتفق مع الواقع الموضوع، وعادة ما يكون الاستنتاج الخاطئ من النوع السيئ، و مما له انعكاسات سلبية على حياة الفرد. لعب الدور يعني تدريب على تحمل الإحباط، و التحكم في السلوكيات غير المرغوبة و معالجة نواحي القصور في السلوك الاجتماعي، كما يستخدم لعب الدور في مساعدة الأفراد على ممارسة السلوكيات التي يرغبون في أن تنمو لديهم، كي يصبحوا أكثر وعياً لانفعالاتهم و أسلوب تفاعلهم مع الآخرين، و يعد لعب الدور أحد الطرق التي تُعين على نمو المهارات الاجتماعي. فتقنية لعب الدور تتيح للفرد الفرصة لتجربة طرق بديلة للتغلب على السلوكيات غير المرغوبة، خصوصاً عند مقارنة النتائج المترتبة على الاختيار ما بين السلوك المرغوب وغير المرغوب.

6-19- فنية الأسئلة السocraticية و الاكتشاف الموجه Socratic Question and Guided Discovery Technique

العلاج المعرفي السلوكي عملية تجريبية تعاونية، يشترك فيها المعالج و المفحوص في وضع أهداف العلاج، و جدول أعمال كل جلسة و جمع الأدلة المنظم لصالح أو ضد اعتقادات المفحوص ، بطريقة تشبه الطريقة العلمية لفحص الفروض. ويتم فحص هذه الفروض باستخدام الأسئلة السocraticية "نسبة إلى سقراط" من قبل المعالج، بدلاً من التحدي المباشر لأفكار العميل و اعتقاداته، إلى جانب الفنيات المعرفية السلوكية الأخرى، و في الأسلوب الأول من أساليب هذه الفنية، يقدم المعالج وجهة النظر البديلة على المفحوص مباشرة، كأن يشير إلى عدم التناسق و وجود أخطاء في التفكير، و يسأل العميل عن مدى موافقته وفهمه لذلك. أما في الأسلوب الثاني فيكون الهدف من الأسئلة السocraticية توجيه المفحوص إلى تفحص جوانب وضعه خارج نطاق الفحص والتدقيق، و مساعدته اكتشاف خيارات وحلول لم يأخذها بعين الاعتبار من قبل، وأخيراً تعويد العميل على التروي والتفكير وطرح الأسئلة (على نفسه)، في مقابل الاندفاع التلقائي وتمكينه بذلك من البدء في تقويم اعتقاداته وأفكاره المختلفة بموضوعية. إن هذه الفنية يحصل

المعالج على معلومات عن المفحوص وعن خبراته الفريدة، فهو الذي يستطيع شرح أفكاره، و مشاعره، و هذه المعلومات بدورها تفيد المعالج في تحديد الكيفية التي تستخدم بها القواعد العلاجية التي ينوي تطبيقها .

(ناصر، بن ابراهيم المحارب، 2000، ص132)

6-20- تقنية توكيد الذات:

يشير مفهوم تأكيد الذات إلى خاصية تبيّن أنها تميز الأشخاص الناجحين، من وجهتي نظر الصحة النفسية والفاعلية في العلاقات الاجتماعية، و بعد أن كان توكيد الذات ينظر إليه كصفة شخصية عامة تتكون لدى الشخص كما تتكون صفات: مثل الانبساط أو الانطواء و تبقى ثابتة أو مقاومة للتغيير، أصبحت النظرة النفسية الأحداث لتوكيد الذات: " هي أنها قدرةً يمكنُ تطويرها و تغييرها من خلال التدريب".

(Garner, D.M. and Wolley , S.C. 1991,p 729)

فتقنية توكيد الذات: " يتعلمَ فيها الفرد كيف يعبر بحرية عن آرائه و عن مشاعره تجاه نفسه و تجاه الآخرين، كيف يستطيع فرض نفسه على المواقف بدلاً من السماح للمواقف أو للآخرين بفرض أنفسهم أو آرائهم عليه، فيكون مستعداً لمواجهة الآراء و التوجهات السلبية، التي قد يقابلها لدى الآخرين، و لعل ممارسة الهوايات و الفنون تفيد في هذه العملية. (إبراهيم عبد الستار، 1998، ص291)

و باختصار فإن التوكيدية تتضمنُ كثيراً من التلقائية، و الحرية في التعبير عن المشاعر الإيجابية و السلبية معاً، وهي عبارة أخرى تساعدنا على تحقيق أكبر قدر ممكنٍ من الفاعلية و النجاح، عندما ندخل في علاقات اجتماعية مع الآخرين، أو على أحسن تقدير تساعدنا على ألا نكون ضحايا لمواقفٍ خاطئٍ من صنع الآخرين، و دوافعهم في مثل هذه المواقف.

6-21- التدعيم الإيجابي: " Positive Rein For Cément ":

ويقصد به المكافئة أو الجزاء أو الثواب الذي يأتي عقب الاستجابة و يؤدي بالفرد العميل إلى الرضا عندما يقوم بالسلوك المرغوب و يكون التدعيم في صورة مادية أو معنوية كتقديم: " نقود، الطعام، المدح، الأشياء المحببة كالرحلات أو اللعب و ينعكس كل ذلك على السلوك السوي، مما يعزّزه، يدعمه و يثبته، و يؤدي الى النزعة نحو تكرار السلوك إذا تكرر الموقف.

6-22- التّدعيم السلبي "Négative Reinfor Cément":

و فيه يتم تعريض العميل الى مثير غير سار مقدما ثم إزالته مباشرةً بعد ظهور الاستجابة المرغوبة، أو ازالة مثير مكروه منفر يلي صدور الاستجابة، و يستخدم مع سلوك العملاء الذي يبدون تكاسلا أو امتناعا عن الإجابة نحو سلوك واحد أو أكثر من مظاهر الاضطراب السلوكي لديهم من خلال حرمانهم من الأنشطة المحببة لديهم.

6-23- التّدعيم المتمايز "Differential Reinforcement":

هذا التّدعيم في اتجاهين:

أ- زيادة استجابة سوية.

ب- إنقاص استجابة مشكلة أو حذفها.

ويتم ذلك من خلال تقديم تدعيم مثير تالي لوقوع الاستجابة السوية مع وقف التّدعيم عند وقوع الاستجابة المشكّلة في نفس الوقت من خلال مثير مرغوب يساعد العميل على التغلب على التردد و الخبرة بين السلوكية.

6-24- تشكيل الاستجابة "Response Shaping":

ويقصد به تقديم المثير يلي إصدار استجابات مرغوبة بطريقة متتابعة ويتضمن ذلك تقسم السلوك المراد تعلمه الى خطوات و مراحل صغيرة و تدعيم السلوك، كلما أبجز خطوة من هذه الخطوات التي تؤدي الى تحقيق أداء السلوك بكامله في النهاية و يستخدم هذا الأسلوب العلاجي في المقابلات الأخيرة بقصد تحديد السلوك النهائي المرغوب الوصول اليه.

6-25- العقاب "Punishment":

ويقصد به تقديم مثير منفر أو مكروه عقب استجابة سلبية و يقصد به أيضا توقيع تأثير لفظي أو بدني أو إظهار منبه مؤلم عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه أو الدال على الاضطراب و يخالف عن التّدعيم السلبي من حيث نتائج كل منهما، و يتضمن الأبعاد المؤقت للتعلم لفترات قصيرة في مكان لا يعود عليه بمدعمات اجتماعية أو نفسية. و يساعد هذا الأسلوب اعطاء العميل فرصة للتأمل في سلوكه بهدوء.

6-26- تقديم النمذجة "Punishment":

في هذا التكنيك يتم عرض نماذج حقيقية أو رمزية للسلوك المطلوب، و يطلق عليه "التعلم الاجتماعي عن طريق التقليد"، و يتم من خلال ذلك متابعة النماذج و التدريب على تأكيد الذات و لعب الأدوار و يتوقف هذا الأسلوب على وجود نموذج يمكن أن يؤدي الدور المراد تعلمه بإتقان وبصورة متسلسلة تؤدي إلى كشف خطوات تأديته أداء السلوك و يتم عن طريق أربع عمليات:

أ- الانتباه Attention الى خصائص السلوك المرغوب فيه.

ب- الاستيعاب و التذكر Réntention عن طريق التكرار و التدريب على السلوك المعروض.

ج- إعادة القيام التلقائي بالسلوك Motoric Reproduction عن طريق مساعدة العميل لتقليد النموذج بشكل لفظي أو رمزي أو تمثيلي في مواقف الحياة الفعلية و الواقعية.

د- التدعيم Reinforcement وهذا المؤثر يساعد العميل على ممارسة السلوك المطلوب ويطلق عليه عملية الواقعية.

النمذجة هي عملية تغير السلوك نتيجة ملاحظة سلوك الآخرين. وهذه العملية أساسية في معظم مراحل التعلم الإنساني لأننا نتعلم معظم الاستجابات من ملاحظة الآخرين و تقليدهم، وكثيرا ما تكون عملية التعلم بالتقليد أو النمذجة عملية عفوية لا حاجة لتصميم برامج خاصة لحدوثها، و لكن هذا صحيح بالنسبة للأشخاص المعوقين وبخاصة ذوي الإعاقات الشديدة، منهم كثيرا ما يعانون من عجز عن التقليد ولذا على معلمهم والقائمين على تنشئتهم تعليمهم مهارات التقليد.

وغالبا ما يلجأ معدلو السلوك إلى هذا الأسلوب عندما يخفق الشخص المعوق في الاستجابة للتعليمات اللفظية. وفي الواقع، فالنمذجة نوع خاص من المثيرات التلقينية يوضح فيه معدل السلوك للشخص كيف يؤدي السلوك. وفي هذه الحالة فإن الشخص يكون ملاحظا (Observer) ومعدل السلوك يكون نموذجا (Model). و في التدريب على التقليد يقوم معدل السلوك بما يلي: الفوز بانتباه الملاحظ، تقديم تعليمات لفظية للملاحظ، تأدية السلوك المراد من الملاحظ تقليده، البدء بسلوك بسيط نسبيا واستخدام التلقين الجسدي عند الحاجة، تعزيز الملاحظ عند تقليد السلوك النمذج بنجاح. (جمال. الخطيب، 2001)

6-27- وضع الحدود والقواعد:

ويُقصد به وضع قاعدة معينة يكون المطلوب أن يتم السلوك وفقاً لها و يتم تحديد التدعيم المتوقع عند تنفيذ السلوك المطلوب و يتم استخدام أسلوب العقاب عند مخالفته للقواعد الموضوعية. ويتضمن ذلك مساعدة العميل في الدخول بعلاقات اجتماعية تمده برصيد هائل من المعلومات و المهارات التي تساعده على القدرة على التوافق:

أ- مهارات التفاعل: مثل مهارات الحضور أو مهارات إستجابية و مهارات تعبيرية أو مهارات التركيز.

ب- مهارات جمع المعلومات والتحليل مثل: مهارات الوصف و التحليل ومهارات الاستكشاف و توجيه الأسئلة وطلب المعلومات.

ت- المهارات العملية والتطبيقية: مهارات التوجيه ومهارات توفير المعونة ومهارات المواجهة مهارات الحوار والمناقشة.

6-28- التعليمات الشفهية " Verbal Instruction " :

و يقصد بها التوجيهات و النصائح التي تُستخدم كأدلة أو مشيرات و يمكن استخدامها في إحداث التغيير المطلوب في السلوك ويتم الاسترشاد بها تدريجياً من المواقف البسيطة الى المواقف الأكثر صعوبة للسلوك الذي يتعامل بها الفرد. 9- سلوك الانتفاء: " Extention " و هو تعلم الكف عن القيام بعمل ما أو إصدار استجابة أو الغاء التدعيم الذي يلي السلوك ومنه تجاهل السلوك غير المرغوب وحين ينخفض معدل السلوك فإن الانتفاء يكون قد حقق تأثيره و يستخدم في حالتين هما:

أ- إذا لم يكف العميل عن القيام بعمل من شأنه أن يقلل من معدل الاستجابة لتعديل السلوك.
ب- إذا أستمر العميل بفعل نفس السلوك ولم يستجب للتدعيمات السلبية، و يتم تطبيقه مع العملاء لكبح جماحهم بعد أن استخدمت أساليب أخرى و لم تحقق فائدة مرجوة. (عبد المنصف حسن علي رشوان)

6-29- فنية التدريب على حل المشكلات Problem Solving Skills :

هناك عدة مراحل يجب اتباعها في أثناء حل المشكلة المطروحة، و هي: مرحلة إدراك وجود المشكلة و فيها يدرك الفرد بأن لديه مشكلة، فمن المهم أن ينتبه إلى مشاعره عندما يكون متوتراً، مضطرباً، مثاراً.. الخ. فالمثير يذكر أنك قلق فهناك شيء ما غير سليم، مرحلة خفض الإثارة عن طريق التوقف عن التفكير التلقائي (قف و فكر قبل أن تتصرف)، فضبط النفس يكسر دائرة الإثارة المفرطة، و فرط الإثارة يمكن أن يستثير سلوكيات غير مرغوبة، لأنها تستطيع أن تقطع تسلسل حل المشكلة. و مرحلة صياغة للمشكلة من خلال التركيز على المطلوب عمله، و ليس من خلال مسبب الإحباط، و تقدير حجم المعلومات المتاحة، ثم عرض المشكلة في شكل يمكن حله بشكل إيجابي وبهذا نحدد الهدف. مرحلة التفكير بطريقة الحل البديل يشير إلى السلوك العقلي المنتج لحلول بديلة عديدة لمشكلة واحدة للاختيار من بينها مرحلة التفكير بالعواقب فإذا فكر الفرد في عواقب الفعل الذي سيقوم به، سواءً أكان على نفسه أو على الآخرين أو الأشياء المحيطة به سيكف عن هذا الفعل، مرحلة تقييم النتائج من خلال النظر إلى السبب، النتيجة و العلاقات بينهما، التعلم من النتائج، و هل وصلت إلى اختيار جيد أم لا، تعلم الأخطاء، تجنب لوم الذات على محاولة تغيير التفكير الضعيف غير المجدي، تعلم القيمة الإستراتيجية لحل المشكلات.

6-30- تقنية العلاج التنفير " Aversion " :

أسلوب العلاج بالتنفير: " هو طريقة تربط الاستجابة بشيء منفر بهدف كف الاستجابة و إطفائها، و تقوم على ممارسة العميل لأدوار اجتماعية، تساعده على الاستبصار بمشكلاته، و ذلك بأن يحمّل العميل و يغرم شيئاً مادياً أو معنوياً إذا قام بالسلوك غير المرغوب، و هذا يؤدي إلى تقليل ذلك السلوك مستقبلاً.

خطوات تطبيق إجراءات المعالجة بالتنفير : تتمثل في ما يلي :

1- خلال جلسات المعالجة يتبع المثير المنفر المعزز غير المقبول، و الذي يراد التخلص منه مباشرة و يستمر اقتراحهما لمدة زمنية قصيرة و بعد ذلك يختفي كل من المثير و المعزز في الوقت نفسه.

2- يقترن زوال المثير عادة بظهور مثير يريد المسترشد أن يحصل عليه ك معزز بديل للمعزز غير المقبول.

3- يقوم المعدل بتنظيم الظروف البيئية وبالتالي يحصل المسترشد على التعزيز في حال اختياره للمعزز البديل وعزوفه عن المعزز غير المقبول.

استعمالاته: يمكننا استخدام هذا الأسلوب أثناء ممارسة العميل للعادة السرية، عندما تراود خياله تجربة مكروهة تعافها النفس، يستخدم بفعالية في علاج النشاط الحركي الزائد، السلوك العدواني، و مع حالات الانحراف الجنسي، اللزمات العصبية، التدخين، الإدمان، الجنوح و حالات السممة الناتجة عن الشراهة في الطعام.

إذن تُعتبر الفنيات التي تُستخدم في العلاج المعرفي السلوكي، إذ تتيح هذه الفنية الفرصة للتنفيس الانفعالي، تفرغ الشحنات، الرغبات الظاهرة و المكبوتة، و يتم ذلك من خلال تمثيل سلوك أو موقف اجتماعي معين، كما لو أنه يحدث بالفعل، على أن يقوم المعالج بدور الطرف الآخر من التفاعل، الحوار و المناقشة. و يتكرر لعب الدور حتى يتم تعلم السلوك المرغوب.

المحاضرة 7: تقنية تقليل الحساسية التدريجي أو التحصين التدريجي:

تمهيد:

إن أكثر الاتجاهات النظرية التي أظهرت نجاحا في معالجتها للمخاوف المرضية، كما دلت على ذلك الدراسات التجريبية، هي نظريات التعلم، و خاصة أساليب تقليل الحساسية التدريجي، أو ما يسمى بالتحصين التدريجي "systematic desensitization" و الإشراف المضاد "counter conditioning" و الإشراف الإجرائي بواسطة تشكيل السلوك تدريجيا "shaping"، و قد شهدت السنوات الماضية اهتماما متزايدا للإجراء المعروف باسم تقليل الحساسية التدريجية، و الذي كان "جوزيف ويلي، Joseph Wolpe" قد طوره عام 1958، وصف "ولي" أسس النظرية التي استمد منها هذا الإجراء في كتابه "العلاج النفسي بالكف المتبادل"، فقد اقترح أن تقليل الحساسية التدريجي هو أحد أشكال الإشراف المضاد، و يعني استخدام قوانين التعلم بهدف استبدال الاستجابة بأخرى، حيث افترض أنه بالإمكان محو استجابة مضادة لها لوجود المثير الذي يستجرها و هذا ما يطلق عليه اسم الكف المتبادل.

و الاستجابات المتناقضة لا يمكن أن تحدث في وقت واحد، فعلى سبيل المثال لا يستطيع إنسان أن يشعر بالخوف والقلق و هو في حالة استرخاء تام ذلك أن الاسترخاء يكبح هذه الاستجابة الانفعالية.

وقد أثبت "جوزيف ولي" في كتابه أن ما يقرب من 90% من حالة الخوف و القلق التي قام بعلاجها "نحو 200 حالة" شفيت باستخدام هذا المبدأ. المهم أن الفكرة العامة و الرئيسية لهذا الأسلوب العلاجي حول إزالة الاستجابة المرضية "الخوف أو القلق" تدريجياً من خلال استبدالها بسلوك آخر معارض للسلوك المرضي عند ظهور الموضوعات المرتبطة به. (إبراهيم، عبد الستار، 1994)

يقوم العلاج السلوكي بطريقة التحصين التدريجي على تشجيع الشخص العصابي القلق على مواجهة مواقف القلق تدريجياً، و الهدف الرئيسي من ذلك هو تحييد مشاعر المريض العصبية بإلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف، و يكون ذلك خلال التعرض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق مع إحداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تماماً خاصيته المهذدة و يتحول إلى موقف محايد، أي إلى أن تلغي العلاقة الاشتراكية بين المثير و الاستجابة، وهذا ما سوف يقوم به. (إيهاب، الببلاوي، 2001، ص 177)

خلاصة:

العلاج المعرفي السلوكي هو أحد الأساليب العلاجية الحديثة، التي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية، فهذا الأسلوب يهدف إلى إزالة الألم النفسي و ما يشعر به الفرد من ضيق و كرب، و ذلك من خلال التعرف على المفاهيم و الإشارات الذاتية الخاطئة، و العمل على تصحيحها و من ثم تعديلها. وتدريب المفحوص على تغيير هذه الاستجابة غير تكيفية و التعرف مكوناتها الأساسية و أسبابها و علاقتها بالاضطراب.

المحاضرة 8: العلاج بتقنية الاسترخاء Relaxation

تمهيد:

لاشك أن الضغوط النفسية تعتبر آفة العصر، و أنها تزداد يوماً بعد يوم، مما يجعلها تمثل حجر الزاوية في نشوء الاضطرابات النفسية، و بصفة خاصة مع ازدياد التقنية و مطالب الحياة، و كذلك تشابك ظروف الحياة في عالمنا المعاصر، فكل فرد متوتر أكثر عرضة للقيام بسلوكيات غير مرغوبة، بل قد تسبب له مشاعر سلبية مثل القلق، فالاسترخاء عامل عضلي نفسي يعمل على خفض التوتر، لأن الخبرة الذاتية لأي حالة من الحالات الوجدانية لها ارتباط بعملية تقلص العضلات التي ترافقها بشدة، بمعنى آخر إن هناك علاقة بين درجة التوتر العضلي و ب ين إدراك الفرد لحالته الانفعالية، فإذا زال التوتر العضلي تزول عن الفرد حالة التوتر النفسي الوجداني.

استخدام تقنية الاسترخاء العضلي كأسلوب علاجي، يعطي للعميل تصورا عاما لطبيعة اضطرابه النفسي، و يوضح له أن ذلك الاسترخاء من أهم الأساليب العلاجية التي تؤدي إلى خفض التوتر و القلق النفسي، كما أشار إليها العديد من العلماء و الباحثين في هذا المجال، و مما يجب ذكره للعميل، و أن تدريبات الاسترخاء التي يتدرب عليها المفحوص ما هي إلا وسيلة لتنمية قدرته على التحكم في الذات و التخلص السريع من الانفعالات و القلق النفسي. و هذا النوع من الاسترخاء يحقق استرخاء لمختلف العضلات بعد إدراك شعوري من العميل بمدى التوتر العضلي الذي يتحقق عن طريق استخدام أجهزة التغذية الراجعة البيولوجية (Biofeedback) التي تبصر المفحوص أو العميل بمدى توتره العضلي.

1- تعريف بالتقنية الاسترخاء:

و يعتبر عالم النفس الأمريكي " جاكوبسون Jacobsen " من أوائل العلماء الذين بحثوا في تدريبات الاسترخاء وتطبيقاتها في مجال العلاج النفسي، وقد توصل إلى أن حالة الاسترخاء خبرة مضادة لحالة القلق و الانفعالات الحادة، وتقوم الفكرة الأساسية لفنية الاسترخاء على أن الجسم في حالة القلق والانفعالات الحادة يتعرض لعمليتين هما الشد العضلي والتوتر النفسي، وتكون جميع عضلات الجسم مشدودة في درجة توازي التوتر النفسي الذي يكون عليه الإنسان في حالة القلق، وإذا تم إيقاف أو تحويل حالة التوتر والشد العضلي لجسم الإنسان إلى حالة من الاسترخاء، فإن التوتر النفسي لا يمكن أن يستمر على نفس الوضع، إنما يتحول إلى حالة من الاسترخاء مما يخفف درجة القلق عند الإنسان. وبذلك لا يكون الإنسان متوترًا جسديًا و مسترخيًا نفسيًا في آن واحد.

(حسام الدين عزب، 1981، 111)

ومن المفيد في إنجاح هذه عملية الاسترخاء أن يحاول الشخص أثناءها اكتساب القدرة على التركيز، و الإيحاء أيضًا إن كان يستخدم شريطًا مسجلًا للاسترخاء التصاعدي أو إن كان يمارس التدريب بمعاونة المعالج، فيتم بذلك تدريب التفكير على التركيز في عملية الشد و الإرخاء، فإذا لاحظ الشخص أن تشتتا ما يعتري انتباهه و أفكاره فإنه ينصح لا بمقاومة هذه المشتتات وإنما فقط بتجاهلها وإعادة تركيزه إراديا إلى الإحساس بالجسد أو العضلات، أو إلى التركيز في صوت الشريط أو المعالج، ومن الممكن أيضًا أن تستخدم ملكة التخيل للمساعدة على تحقيق أكبر قدر من الاسترخاء في أقصر وقت ممكن، فيستطيع الشخص من خلال خلق صور ذهنية للحظات حياته التي كان يعيشها بمشاعر هادئة و فياضة أن يحقق أكبر قدر من القضاء على التوتر. و عندما يتعلق الأمر بتدريبات الاسترخاء في حالات المشكلات المتعلقة بصورة الجسد فإن للتخيل وظيفة أخرى، فبعد أن يتقن الشخص تدريبات الاسترخاء وتصبح عملية سهلة بالنسبة له، يبدأ المعالج في إرشاده إلى كيفية التدرج التدريجي من خلال التخيل أولاً على التعرض للمواقف التي يكون جسده فيها معرّياً بشكلٍ أو بآخر للآخرين. فعلى سبيل المثال هناك من يحجمون عن ممارسة

الرياضة نظرًا لخلجهم من هيئة أجسادهم، و هنا يرشدُ المعالجُ الشخص إلى أن يبدأ في تخيل نفسه في ذلك الموقف بعد أن يحدث حالة الاسترخاء التي تعود على إحداثها والدخول فيها بنفسه، ومن الممكن أيضًا تدريبُ المواقف المتخيلة من الأسهل للأصعب بحيث لا ينتقلُ الشخص من مرحلةٍ إلى المرحلة التي تليها إلا بعد إتقان المرحلة الأولى تمامًا، فهنا يستغلُ المعالجُ أو يعلمُ الشخص أن يستغلَّ، حالة الهدوء التي يحدثها في نفسه في مساعدته على مواجهة ما يخشى مواجهته، وعندما يتقنُ الشخص كل المراحل المطلوبة من خلال التخيل ينتقلُ بعد ذلك إلى أداء نفس المواقف في الحياة الواقعية. (Polonsky , W.H. 2001, p10)

فعملية الاسترخاء تساعد على إطلاق التوتر والقلق، مما ينتج عنه توافق أفضل مع الموقف الذي سبب القلق، كما أن إطلاق التوتر العضلي يحسن قدرة الفرد على الاستماع لما يقوله الآخرون و التفكير بشكل أفضل، و من ثم التفاعل مع الحدث بطريقة إيجابية. (بشير، الرشيدى، راشد، على، 2000، ص 300-302)

ترجعُ الدراسة المنظمة للاسترخاء إلى كتاب الاسترخاء التصاعدي (Jacobson , 1964) مؤلفه جاكسون، حيثُ بينَ الكاتبُ أن استخدام طرق الاسترخاء يمكنُ أن يؤدي إلى الكثير من التحسن في العديد من الاضطرابات النفسية والضعف الحياتية المختلفة ومنها القلق، والاكتئاب، اللياقة الصحية البدنية والنفسية، وتلاه بعد ذلك الكثيرون من المعالجين السلوكيين في استخدام وتطوير أساليب تدريبات الاسترخاء، فأصبح يستخدمُ كطريقة لمساعدة الشخص على اكتساب الهدوء إزاء المواقف التي قد تكونُ مصدرًا للإثارة الانفعالية لديه (كالظهور أو الحديث أمام الناس، أوالمقابلات الشخصية عند الترشح لعمل ما على سبيل المثال)، واكتساب المعانين من عدم الرضا عن صورة أجسادهم لمهارة القدرة على الاسترخاء ستجعلُ قدرتهم على مواجهة المواقف التي يتجنبونها أكبرُ بكثيرٍ.

(Jacobson , E. 1964, p110)

لعل القارئُ لقانون ابن سينا، ولغيره من علماء العرب والمسلمين القدماء يجدُ العديدَ من الإشارات إلى أهمية الراحة و الاسترخاء، بالصلاة و الانعزال المؤقت ابتعادًا عن الضجيج، كطريقٍ للصحة النفسية و البدنية على حد سواء. (إبراهيم عبد الستار، 1998، ص 238)

2- طرق تطبيق تقنية الاسترخاء:

يتم التدريب على الاسترخاء في غرفة هادئة ذات إضاءة خافتة، و تكون بعيدة عن الضوضاء الخارجية، و من الأفضل أن تشتمل الغرفة على أريكة، حتى يمكن تسيير الاسترخاء عن طريق استلقاء العميل عليها، فإذا لم توجد الأريكة، يمكن استخدام كرسي كبير و مريح، و في المعتاد أن يستغرق التدريب على الاسترخاء من جلستين إلى ثلاث جلسات، كما يمكن لمعالج أثناء التدريب أن يستعمل بعض الكلمات المشجعة و المساعدة مثل: " خذ نفسا عميقا،

احتفظ بعضلاتك مسترخية، لاحظ كيف تحس الآن أن عضلاتك دافئة و ثقيلة، و مسترخية. و في ما يلي عرض مفصل لهذه التمارين :

التمرين الأول: تدريبات التنفس :

- خذ نفساً عميقاً (شهيقاً) و أحبسه لمدة ثانية واحدة، الشهيق الكامل يؤدي الشعور بالتوتر.

- أطلق النفس (التنفس) تدريجياً (الزفير) أثناء العد تنازلياً من ثلاثة إلى واحد (3، 2، 1)، الزفير، يؤدي إلى الشعور بالاسترخاء أو إزالة حالة التوتر.

- حاول أن تستمتع بحالة الاسترخاء التي تكون عليها بعد إطلاق النفس.

التمرين الثاني: تدريبات الذراعين :

- استرخ إلى أقصى درجة ممكنة، ثم أغمض عينيك (لحظة صمت) وجه كل انتباهك إلى ذراعك اليمين أولاً، كل انتباهك الآن و تركيزك على ذراعك اليمين، الذراع اليمين بشكل خاص.

- أقبض كفك اليمين بشدة مع شد ذراعك إلى أقصى درجة (لحظة صمت) لاحظ أن عضلات يدك اليمنى وعضلات مقدمة الذراع اليمنى تنقبض و تتوتر.

- ركز على هذا التوتر الشديد الناتج عن هذا النشاط.

- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان.

- افتح يدك اليمنى و أرخها تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد)، حتى يصل إلى حالة استرخاء تام.

- لاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد و توتر، و ما هي عليه الآن من استرخاء، و استمتع بحالة الاسترخاء التي تعيشها حالياً لفترة من الوقت (عشر ثوان صمت)

- كرر هذا التمرين ثلاث مرات حتى تتمكن من ضبط هذه العضلات بشكل جيد.

- لنتجه الآن لليد اليسرى.

- أغلق الآن يدك اليسرى بشدة مع شد ذراعك إلى أقصى درجة، و لاحظ أن عضلات يدك اليسرى و عضلات مقدمة الذراع اليسرى تنقبض و تتوتر.

- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان.
- افتح يدك اليسرى و أرخها تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد)، حتى يصل إلى حالة استرخاء تام.
- لاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد و توتر، و ما هي عليه الآن من استرخاء، استمتع بحالة الاسترخاء التي تعيشها حالياً لفترة من الوقت.
- كرر هذا التمرين ثلاث مرات حتى تتمكن من ضبط هذه العضلات بشكل جيد.
- الآن دعنا نتجه إلى راحة اليدين :
- اثن راحتيك كليهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد و التوتر في المعصم وظهر اليد.
- لاحظ هذا التوتر.
- الآن استرخ و عد بمعصمك إلى وضعه الطبيعي المريح.
- لاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء.
- كرر هذا التدريب مرة أخرى.
- الآن اترك يديك مسترخيتين تماماً، و انتقل إلى عضلة الذراع اليمنى.
- اثني كوعك الأيمن لتشد عضلة الذراع الأمامية اليمنى و عضلات الساعد الأيمن.
- شد العضلات بقوة أكبر، و ركز على الإحساس بالشد.
- افرد ذراعك الأيمن و أرخيه تماماً.
- لاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع و ما هي عليه الآن من استرخاء تحس به الآن.
- كرر هذا التمرين مرة أخرى.
- ننتقل بعدها للذراع الأيسر :
- اثني كوعك الأيسر لتشد عضلة الذراع الأمامية اليسرى و عضلات الساعد الأيسر.
- شد العضلات بقوة أكبر و ركز على التوتر و الشد.

- افرد ذراعك الأيسر و أرخيه تماماً.

- لاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع و ما هي عليه الآن من استرخاء تحس به الآن.

- الآن اترك العضلات على سجيتهأ أكثر فأكثر لمدة عشر ثوان.

التمرين الثالث: تدريبات الرجلين.

- استرخ إلى أقصى درجة ممكنة.

- أفرد ساقيك و أبعدهما بقدر ما تستطيع، افردهما حتى تلاحظ التوتر المستشار في منطقة الفخذ.

- الآن استرخ ودع ساقيك يسترخيان.

- لاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق للفخذين، و ما هما عليه الآن من وضع مريح.

- اجذب قدمك اليمنى باتجاهك إلى أقصى درجة ممكنة، مع شد كامل لرجلك كلما أمكن.

- حافظ على وضع الشد هذا لمدة عشر ثوان حتى تشعر بالتوتر والإجهاد.

- أرخ عضلات رجلك اليمنى تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد) حتى تصل إلى حالة استرخاء كامل.

- لاحظ كيف تشعر و عضلات رجلك في حالة استرخاء تام بعد عملية الشد التي قمت بها. هل يوجد فرق؟

- استمتع بالفرق بين حالتي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.

- كرر نفس التمرين مع رجلك اليسرى بحيث تبدأ بالآتي:

- حافظ على وضع الشد هذا لمدة عشر ثوان حتى تشعر بالتوتر والإجهاد.

- أرخ عضلات رجلك اليسرى تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد) حتى تصل إلى حالة استرخاء كامل .

- لاحظ كيف تشعر وعضلات رجلك في حالة استرخاء تام بعد عملية الشد التي قمت بها. هل يوجد فرق؟

-استمتع بالفرق بين حالتي الشد و الاسترخاء لمدة عشر ثوان.

التمرين الرابع: عضلات الكتفين:

- الآن دعنا نتحول إلى منطقة أخرى أي الكتفين:
- ارفع كتفك إلى أقصى نقطة تستطيعها باتجاه الأذنين.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان مع التركيز على حالة الشد العضلي و التوتر في هذه المنطقة.
- أرخ عضلات الكتفين تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالي الشد و الاسترخاء في منطقة الكتفين. و هل يوجد فرق؟
- استمتع بالفرق بين حالي الشد و الاسترخاء لمدة عشر ثوان.
- كرر ذلك مرة ثانية.

التمرين الخامس: عضلات الوجه

عضلات الجبهة:

- الآن أرجو أن تعطي اهتماماً خاصاً للجبهة.
- حاول أن تشد عضلات جبهتك عن طريق النظر إلى أعلى بأقصى ما تستطيع.
- حاول أن تعرف على مكان الشد في هذه الأثناء. هل تشعر بالتوتر في منطقة الجبهة؟
- أرخ عضلات جبهتك تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالي الشد و الاسترخاء لمدة عشر ثوان.

عضلات العينين:

- أغلق عينيك بإحكام شديد حتى تشعر بوجود توتر يحيط بالعضلات بالمحيط بالعينين.
- حاول أن تركز اهتمامك على منطقة العينين، هل تشعر بالتوتر في منطقة العينين؟
- افتح عينيك تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).

- لاحظ الفرق بين حالتي الشد و الاسترخاء في منطقة العينين. هل يوجد فرق؟
- استمتع بالفرق بين حالتي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.

عضلات الفكين:

- أطبق فكيك بإحكام كما لو أنك تعض على شيء بقوة.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان. هل تشعر بالتوتر في منطقة الفكين؟
- أرخ عضلات فكيك تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالتي الشد و الاسترخاء في منطقة الفكين. هل يوجد فرق؟
- استمتع بالفرق بين حالتي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.

التمرين السادس: عضلة الرقبة.

- ادفع برأسك إلى الخلف بشدة كما لو أنك تريد أن تشاهد شيئاً خلفك بشكل مقلوب مع المحافظة على استقامة الظهر.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الرقبة؟
- ارجع إلى الوضع العادي تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء في منطقة الرقبة، هل يوجد فرق؟
- كرر الحركة السابقة للرقبة في الاتجاهات الأخرى (أمام، يمين، يسار).
- بعد استكمال دفع الرقبة بالاتجاهات الأربعة وشعورك بالتوتر، حاول الآن الاستمتاع بحالة الاسترخاء.

التمرين السابع: عضلات الصدر.

- حاول أن تطبق كتفك بقوة إلى الأمام كأنك تريد أن يتلامسا في منتصف الصدر.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الصدر؟
- ارجع إلى الوضع العادي تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).

- لاحظ الفرق بين حالي الشد والاسترخاء في منطقة الصدر، هل يوجد فرق؟
- استمتع بحالة الاسترخاء التي تشعر بها الآن.

التمرين الثامن: عضلات الظهر.

- حاول أن تجذب كوعيك إلى الخلف بقوة كأنك تريد أن يتلامسا وراء ظهرك.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان. هل تشعر بالتوتر في منطقة الظهر؟
- ارجع إلى الوضع العادي تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من عشرة إلى واحد).
- حاول أن تقوس ظهرك إلى الأمام كما لو أنك تريد أن تلتصق رأسك ببطنك.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الظهر؟
- لاحظ الفرق بين حالي الشد والتوتر، هل يوجد فرق؟
- استمتع بحالة الاسترخاء التي تشعر بها الآن.
- خذ نفساً عميقاً (شهيقاً) و امسكه لمدة خمس ثوان ولاحظ حالة التوتر التي تعيشها الآن. إن التوتر سوف ينتشر في معظم الأعضاء التي مارست فيها تدريبات الاسترخاء.
- أطلق النفس تدريجياً (زفير) واسترخ مع الاستقرار في تنفسك العادي.

التمرين التاسع: عضلات البطن.

تعتبر عضلات البطن من العضلات التي يواجه فيها بعض المعالجين إجهاداً مضاعفاً خاصة عند كبار السن، والنساء الذين تكون عندهم عضلات البطن في حالة ترهلات كبيرة، حيث يكون من الصعب عليهم ضغط عضلات المعدة "Stomach Muscles"، و شد منطقة البطن، و لتمارين هذه العضلات يوجه المعالج إلى العميل التعليمات الآتية:

- حاول أن تشد بطنك إلى الداخل بقوة.
- حافظ على الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة البطن؟
- أرخ عضلات بطنك تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من عشرة إلى واحد).

- لاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء، هل يوجد فرق؟

- استمتع بحالة الاسترخاء التي تعيشها الآن.

- خذ نفساً عميقاً (شهيقاً) وامسكه لمدة عشر ثوان ولاحظ حالة التوتر التي تعيشها الآن. إن التوتر سوف ينتشر في معظم أنحاء جسدك التي حصلت على تدريبات الاسترخاء.

- أطلق النفس الآن (زفير) تدريجياً وحاول أن تستمر في تنفسك العادي.

التمرين العاشر: عضلات الرجلين.

- مد ساقك الأيمن مع أصابع القدم بقدر ما تستطيع من قوة حتى تشعر بالتوتر والإجهاد في منطقة الساق والخصد .
-أرخ عضلات ساقك الأيمن مع أصابع القدم تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).

- لاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء.

- اجذب قدمك اليمنى باتجاهك بقدر ما تستطيع.

- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الرجل اليمنى؟

- أرخ عضلات الرجل اليمنى تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).

- لاحظ الفرق بين حالتي الشد والاسترخاء، هل يوجد فرق؟

-كرر نفس التدريب مع رجلك اليسرى.

- كمر نفس التدريب للرجلين مع بعض.

- استمتع بحالة الاسترخاء التي تحصل عليها بعد الانتهاء من تكرار التدريب.

و أخيراً بعد أن قمت بإجراء تدريبات الاسترخاء على جميع عضلات الجسم، حاول أن تجري جميع التدريبات الآن، مع التركيز على الفرق بين حالتي الشد و الاسترخاء بعد الانتهاء من كل تمرين. كذلك حاول أن تستمتع بحالة الاسترخاء التي تكون عليها بعد الانتهاء من التمرينات، قد تواجهك بعض الصعوبات مع بعض العضلات، فهذا الأمر معتاد، و يجب أن لا يقلقك، بل حاول تكرار التمرين حتى تشعر بالفرق بين الحالتين و تستمتع به، إنه من المهم أن تصل إلى هذه المرحلة و إلا لن تحصل على نتائج إيجابية من تدريباتك على الاسترخاء.

3- استعمالات تقنية الاسترخاء:

تقنية الاسترخاء تعتبر أمر مطلوب في حد ذاته في مواجهة الضغوط النفسية و ما ينشأ من قلق، مخاوف، تشتت أو تزاخم في الأفكار، بل و ما ينتج عن هذه الضغوط من اضطرابات نفسية و فسيولوجية مثل: العمليات الجراحية، ضغط الدم، السكري، قرحة المعدة و أمراض القلب، بل أن بعض العلماء يرجع مرض السرطان إلى هذه الضغوط، ولهذا يحتاج المعالج أن يستخدم أسلوب الاسترخاء مع مرضاه في مرحله مبكرة جداً. من العمل معهم لأنه يعمل على تهدئته الفرد، و من أكثر طرق الاسترخاء شيوعاً هي برامج العلاج التي طورها "جاكوبسون".

(محمد، محروس الشناوي و محمد، السيد عبد الرحمن، 1998، ص83)

خلاصة:

كما أن مواجهة الفرد لتلك المواقف و هم في حالة الاسترخاء سيقبل جدا من الأفكار السلبية التأثير التي عادة ما تهاجمهم و لا يستطيعون مقاومتها وهم في حالة التوتر، فمن الممكن للمدرب على الاسترخاء أن يسترخي في جميع المواقف التي يريد الاسترخاء فيها حتى و هو يقود سيارته مثلاً، لأن الاسترخاء لا يشترط فيه أن يكون كلياً، بمعنى أن بعض العضلات التي لا نستخدمها في موقفٍ أو نشاطٍ معينٍ يمكن أن يقيها الشخص في حالة استرخاء، وهذا ما يساعده كثيراً في التقليل من مستوى توتره في ذلك الموقف، و من الأفضل أن يبدأ الشخص بتدريب عضو واحد أو مجموعة واحدة من العضلات من أعضاء جسده على الاسترخاء.

المحاضرة 9: علم النفس الإنساني.

تستند العلاجات النفسية الإنسانية و التي تُعرف أيضاً باسم "العلاجات التجريبية" على علم النفس الإنساني، وقد ظهرت هذه العلاجات كرد فعل على كل من المدرسة السلوكية و التحليل النفسي، و يطلق عليها اسم " القوة الثالثة"، و تهتم هذه العلاجات بالتنمية البشرية و احتياجات الفرد، مع التركيز على معنى الذاتية، و رفض الحتمية، والاهتمام بالنمو الإيجابي بدلا من الاهتمام بالأمراض.

يفترض البعض قدرة الإنسان الكامنة على تحقيق أقصى قدر من إمكاناته، و النزعة لتحقيق ذاته، و تكمن مهمة هذا العلاج في خلق بيئة متناغمة تزدهر فيها هذه القدرة و النزعة، وبالتالي فإن جذور علم النفس الإنساني يمكن أن توجد في الوجودية الاعتقاد بأن الإنسان يمكنه أن يجد المعنى من خلال إنشائه، و هذا هو هدف العلاج الوجودي، والعلاج الوجودي بدوره مرتبط فلسفياً بعلم الظواهر.

يهتم العلاج المتمركز حول العميل بإظهار المعالج لحالة من الانفتاح و التعاطف و التقدير الإيجابي غير المشروط تجاه العميل، و ذلك لمساعدته على التعبير عن ذاته وتطويرها.

يأخذ العلاج الجشطالتي و الذي كان يُسمى في الأصل "العلاج بالتركيز"، الشكل التجريبي- الوجودي، حيث يُسهل من عملية الدراية تجاه السياقات المختلفة في الحياة، من خلال الانتقال من الحديث عن المواقف البعيدة نسبيا إلى العمل و الخبرة المباشرة الحالية، و هناك شكل من أشكال العلاج الإنساني أكثر إيجازا، و هو نهج " المعطيات البشرية"، و الذي عُرض عام 1989، و يأخذ شكل التمرکز علي الحل، اعتمادا على تحديد الاحتياجات العاطفية كالحاجة للأمن و الحكم الذاتي و الاتصال و الاجتماعي، و يستخدم هذا النهج طرق تربوية و نفسية مختلفة لمساعدة الناس على تلبية تلك الاحتياجات بشكل كامل و مناسب.

(Deci. Edward ; L. Ryan ; Richard. M 1985,p10)

المحاضرة 10: روجرز العلاج النفسي المتمركز حول العميل.

تمثل العلاقة الفريدة بين المفحوص و المعالج مركبة أو وسيلة لتحقيق العلاج، و قد بدأت بعض المواضيع الفكرية ذات الصلة بالعلاج النفسي في الظهور خلال عقد 1950 اعتمادا علي أعمال "كارل روجرز و أبراهام ماسلو"، و التسلسل الهرمي للاحتياجات البشرية، و قد جلب روجرز العلاج النفسي المتمركز حول الشخص إلى الانتباه العام، و كانت هناك متطلبات أساسية للعلاج بأن يستلم (العميل أو المريض أو المفحوص) ثلاثة "حالات" أساسية من مستشاره أو معالجه: التقدير الإيجابي غير المشروط و يوصف أحيانا بـ "تثمين أو تقدير" إنسانية العميل، و التزامن أو التعاون بين المعالج و المفحوص، و الفهم التعاطفي للمفحوص. و كان يُعتقد أن هذا النوع من التفاعل سيُمكن العميل من الوصف و التعبير الكامل عن نفسه، و بالتالي يتطور وفقا لقدراته الفطرية. (كريستين نصار، 1998، ص 66)

وتشير (Roberta Greene, 1991) إلى أن العلاج المتمركز حول العميل يرتكز على الأطر النظرية الأساسية

التالية:

1- الإيمان بقيمة الإنسان وأنه يمتلك القدرات والإمكانات والقدرة على استثمارها من خلال عملية الاستثمار الذاتي.

2- عملية الاستثمار الذاتي (وهي القدرة على توظيف الطاقات الكامنة في الوصول إلى التوافق النفسي والاجتماعي)، هي عملية مستمرة مدى الحياة.

3- الإنسان يستطيع أن يحقق النمو النفسي والاجتماعي متى ما توفر المناخ الإيجابي الذي يساعده على ذلك.

4- الاحترام والتعاطف والعلاقة المهنية هي مقومات العملية العلاجية ومتى ما توفرت أنشأت حالة من الاستقرار تساهم في دفع عملية العلاج نحو تحقيق أهدافها.

5- دور الأخصائي الاجتماعي هو دور المساعد وليس الأساسي في العملية العلاجية ويقع على عاتقه توفير الاحترام والتقدير.

6- التركيز على الموقف الحالي والآني وما يرتبط به من مشاعر وسلوك يحضرها العميل للعملية العلاجية.

7- الوصول إلى معرفة العميل لذاته هو الهدف النهائي للعلاج فإذا ما تحقق ذلك أصبح العميل قادراً على التمتع بالاستقلال في الشخصية والتكامل في وظائفها. (Cain, D. J. 1988, pp 353-390)

المحاضرة 11: تقنية العلاج النفسي متعدد الأوجه كعلاج حديث.

تمهيد :

أن التطور و الانتقال من آراء فرويد إلى الأساليب الحديثة في العلاج يرجع جزئياً إلى اشتعال الحرب العالمية الثانية، فقد وجد المعالجون أنفسهم مرغمون على ابتكار وسائل سريعة وبسيطة تساعد على اقتصاد الجهد والوقت لحل مشكلات المجندين و المواطنين الذين كانت تلقي بهم الحرب و مخاوفها في حالات انهيار عصبي بأعداد متزايدة. فمنذ الحرب العالمية الثانية أصبحت التيارات الحديثة في العلاج النفسي والسلوكي تمثل قوة حقيقية في مواجهة الأساليب الفرويدية التقليدية. و أمكنها بالفعل أن تقدم مساهمات فعالة في علاج الكثير من المشكلات و الأمراض التي تغطي مجالات مختلفة من الاضطرابات كحالات القلق، الاكتئاب، الشعور بالوحدة و البرود الجنسي والعجز الجنسي و المخاوف المرضية وغيرها، وباختصار فقد أصبحت لدينا الآن وسائل علاجية متعددة لمواجهة كثير من الاضطرابات النفسية التي كان يبدو أن الأسلوب الوحيد الذي ينجح فيها هو أسلوب التحليل النفسي.

(عبد الستار، ابراهيم، 1980، ص 60)

ومن هنا اسلوب العلاج النفسي متعدد الأوجه أو ما يسمى بالأسلوب الشامل متعدد الأشكال أو الأبعاد والمختصر، و هو من العلاجات الحديثة التي حققت نجاح كبير في الممارسة النفسية بعيداً عن التقييد بتوجه معين، فالدكتور "ارنولد لازاروس" من رواد هذا الاتجاه، فقد تمكن من خلال هذا الأسلوب العلاجي من تحقيق الأهداف المسطرة له، و التي تتمثل في القضاء أو على الأقل الإنقاص من المعاناة النفسية عند الأفراد و تحسين النمو الشخصي

عندهم، مع الوصول بهم إلى حالة من الراحة و الاتزان النفسي بأسرع وقت ممكن، سواء كان مشكل أو اضطراب نفسي أو عقلي، ذلك باستعمال مختلف الوسائل العلاجية الفعالة التي تمكن المعالج الانتقائي من تقييم و التقويم المتكامل للإشكالية الموجودة عند المفحوص.

سابقا كان التشخيص يختلف من معالج الى آخر، و ذلك حسب المدرسة العلاجية التي ينتمي اليها المعالج بحيث لا يتناسب أحيانا العلاج الموصوف مع الفرد، فقد وضحت عدة دراسات، أن شخصية المعالج بغض النظر عن انتمائه النظري لهذه النظرية أو تلك تساعد على إعطاء دفعات قوية للعلاج، مما يدفع بعض المعالجين إلى تركيز جهودهم في البحث عن أساليب فعالة دون النظر إلى ارتباطات بنظرية نفسية معينة، وهناك أيضا ما يدل على أن المعالجين الناجحين يتشابهون في خصائص معينة مهما اختلف انتماؤهم النظري، بينما تشابه الناجحين بالأقل نجاحا في داخل النظرية الواحدة يعتبر أقل من ذلك، وعلى هذا فإن المعالج الناجح الذي ينتمي لنظرية التحليل النفسي أقل تشابها بزميله الأقل نجاحا في نفس النظرية، و أكثر تشابها في خصائصه من معالج ناجح ينتمي لنظرية العلاج الوجودي مثلا، و قد تبين أيضا أن الناجحين في العلاج النفسي يتميزون بخصائص منها: الدفاء، الخلو من القلق، الثقة بالنفس، والقدرة على علاقة فعالة مريضه. (Bronfenbrenner, U.1961, p. 56)

1 - تعريف العلاج النفسي متعدد الواجه:

هو أسلوب حديث جدا يتسم بالمنهجية الكاملة الشاملة في التشخيص، من خلال التشخيص و العلاج معا، فقد صمم ليجرد كامل الشخصية و يتحرى الجوانب غير السوية في الشخصية من خلال تحليله لكل جانب من جوانب الشخصية و هي A السلوك، F العاطفة، S الاحاسيس، I التخيل، C الادراك، I العلاقات البينشخصية، D الادوية، الحالة البدنية و العضوية و ذلك وفق الصيغة التي ستركرر كثيرا BASIC-ID و التي تمثل مختلف جوانب الشخصية . (ارنولد، لازاروس، ترجمة: محمد حمدي الحجار، 2002، ص 5)

يرى "لازاروس Lazarus" (1981) أن العلاج النفسي متعدد الأوجه أو الوسائل يهتم بخبرات الفرد المتعددة و يظهر التعبير في العلاج عادة كنتيجة لاستخدام الطرق والأساليب التي تعتمد على الأداء، فردود الافعال لحواسهم أو إدراكاتهم و في تخيلاتهم العقلية و في التشغيل المعرفي، فمعظم حالات الاستبصار تتم بعد تطبيق العلاج النفسي متعدد الواجه يحصل عليه الفرد بعد أن ينمي إدراكه و وعيه و التفهم للمحتوى والعلاقات التفاعلية للأبعاد السبعة لشخصيتهم. (مفتاح، محمد عبد العزيز، 2001، ص 148)

فالعلاج النفسي متعدد الأوجه يتضمن التقويم الشامل من خلال الطيف الكامل للشخصية. و يركز على علاج الوظائف التي يرمز لها بـ BASIC-ID و الذي يسمي بالكيان الأساسي، من خلال هذا الاسلوب فالمعالج لا يلائم المفحوص للعلاج، بل يعطي دليل على كيف يتلاءم العلاج مع احتياجات المفحوص.

(ارنولد، لازاروس، ترجمة: محمد حمدي الحجار، 2002، ص 10)

إن المعالج الذي يأخذ بالعلاج النفسي متعدد الأوجه « Multimodal » يطرح الاسئلة التالية: ما هو العلاج الانسب و الافضل لهذا الفرد؟، فالتقرب العلاجي بحد ذاته هو فردي و خاص بشخصه، فالمعالجون بالأساليب المتعددة يركزون على الفروق الفردية، بالمسبة للقاعدة العامة و المبادئ العلاجية إذ التقويم يمس سبع معايير أو مدخلات رئيسية. (ارنولد، لازاروس، ترجمة: محمد حمدي الحجار، 2002، ص 5-6)

و يسمي بالانتقائية النموذجية « Systématique Eclecticism »: فالمعالج الانتقائي النموذجي يختار طرق، نظريات، و تقنيات علاجية وفق قاعدة واسعة من المطلب الذاتي، أي بتغيير آخر يستخدم كل شيء يبدو له عقلانيا ذا معنى، أو أي أسلوب يشعره بالراحة، إن هذا النوع من الانتقائية النموذجية أو الافتراضية مع معالج مرن و طليق الحركة و يتصف بالانتقائية على المستوى التقني تحقق نتائج فعالة.

فالانتقائية التقنية: تتضمن استخدام العديد من التقنيات المستمدة من مصادر مختلفة، دون أن يكون هناك التزام بنظريات محددة أو أنظمة علاجية، فالانتقائيون الفنيون يسعون الى الاجابة على السؤال البراغماتي الأساسي و هو: ما هي الطريقة العلاجية المناسبة؟، و مع من تكون صالحة و تحت أي ظروف؟ مع التعرف على لماذا كانت مناسبة أو ملائمة، فهذا النوع من الممارسة السريرية ، تضمن الامتناع عن التدخلات غير الفعالة و غير المفيدة، أو قد تكون لا إنسانية و غير مهنية، مثل ما حدث في حالة استغلال المعالج للعميل بمخترق الطرق، و هذا الملاحظ أثناء الممارسة النفسية. (ارنولد، لازاروس، ترجمة: محمد حمدي الحجار، 2002، ص 6-7)

2- المبادئ الأساسية لتطبيق العلاج النفسي متعدد الأوجه:

و بعد اكتشاف الاضطراب وفق التحليل المسطر في العلاج النفسي متعدد الأوجه، حينئذ يحدد المعالج خطته علاجية التي من خلالها يختار التقنية العلاجية الحديثة والملائمة لكل اضطراب أو حالة و في الوقت المناسب بتحقيق المبادئ التالية:

1- اقتراح التقنية العلاجية المناسبة في الوقت المناسب للحالة المناسبة.

2- التقليل من استعمال الأدوية بقدر الإمكان و استبدالها باستجابة فيزيولوجية محضة.

3- الانتقاء الفعال للتقنيات العلاجية دون سيطرة توجه بعينه، لا لهدف بل للتدخل المناسب و الفعال في وقت أقصر مع الفرد الذي يطلب المساعدة النفسية.

3- أهداف العلاج النفسي متعدد الأوجه: يهدف هذا العلاج إلى:

1- القضاء أو على الأقل التقليل و الانقاص من المعاناة النفسية عند الأفراد الذين يطلبون المساعدة النفسية ويعانون من الالم النفسية .

2- تحسين النمو الشخصي عندهم بأسرع وقت ممكن و بالطريقة العلمية المطلوبة.

3- تجنب الشعارات الطبية النفسية "السيكاثرية" بقدر الامكان و تأكيد بقوة على الحاجة إلى التعددية العلاجية. (ارنولد، لازروس، ترجمة: محمد حمدي الحجار، 2002، ص 9)

فالعلاج النفسي متعدد الأوجه يهتم بالمشكلات و الاضطرابات النوعية أو الصعوبات ضمن وظيفة معينة، إضافة الى التفاعل القائم بين هذه الوظائف، من أجل التعرف على الأسباب الرئيسية للإصابة، أي التشخيص الدقيق.

4- الأبعاد السبعة للشخصية BASIC-ID:

الانسان كائن حي يتحرك، يشعر، يحس، يتخيل، يفكر، يتعامل مع الغير، و هو كيان نفسي، عصبي، بيو كيميائي، و فيزيولوجي، ومكونات شخصيته هي نتاج لسلوكيات مستمرة و متكررة لعمليات عقلية معرفية وأحاسيس و تخيلات، و علاقات بينشخصية مع التفاعلات الحيوية البيولوجية.

و قد أوضح بلاتشيك "Plutchik" 1980 و لازروس 1986 لبروفيل الخاص بالأبعاد السبعة للشخصية BASIC-ID الموضحة في الجدول التالي كمثال نموذجي:

إليك الحالة التالية : تقدمت الحالة " تسنيم " إلى الفحص النفسي جراء المعاناة النفسية، التي أصبحت تشكل خطورة عليها، مما دفع أفراد الاسرة خاصة الام التي تتألم لحالة ابنتها، بحيث وصفت حالتها بأنها : "حالة من الكآبة وفقدان الرغبة في الحياة، مع عدم الرغبة في الكلام مع أي أحد من أفراد اسرتها، و قد فقدت كل الحيوية و النشاط الذي كانت تملكه سابقا "، تبلغ تسنيم من العمر 25 سنة، قد كانت تزاول دراستها الجامعية، رغم أنها شارفت على الانتهاء، أي مرحلة التخرج، ولكنها انقطعت عنها، بعد أن تعرضت إلى صدمة نفسية حادة بعد وفاة إحدى صديقاتها المقربات إليها، بشكل مفاجئ و دون سابق اندار . فأصبحت تعاني من فقدان حاد للشهية ، مع حالة من الرغبة في القيء، و اضطرابات سيكوسوماتية، قد كانت تنام لفترات طويلة، و تبقي منفردة و منعزلة عن الآخرين

لوقت طويل. تتابها أفكار سلبية حول الذات و الآخرين ، قد قامت بمحاولة انتحار، فتناولت مواد التنظيف، وبعد إسعافها استطاعوا إنقاذها .

الجدول رقم (1): الأبعاد السبعة للشخصية BASIC-ID

النموذج	تشخيص الاضطراب و المشكلات النفسية	التقنيات العلاجية
السلوك Behavior	الانقطاع عن الدراسة، الرغبة في البقاء منفردة منعزلة عن الآخرين، السلوكيات التجنبية الانطوائية : تبقي منفردة ومنعزلة عن الآخرين لوقت طويل، فقدت كل الحيوية و النشاط الذي كانت تملكه سابقا، حاولت الانتحار.	العلاج معرفي سلوكي، تقنية تأكيد الذات. العلاج بالصدمة مثل: الصدمات الكهربائية
العاطفة Affect	التعرض إلى صدمة نفسية حادة بعد وفاة إحدى صديقاتها المقربات إليها. حالة الكآبة و اليأس وفقدان الرغبة في الحياة.	جلسات التفريغ الانفعالي، التداعي الحر.
الإحساس S	فقدان الشهية الحاد، الرغبة في القىء، اضطرابات سيكوسوماتية... الخ	الحوار الذاتي الفعال، العلاج العقلائي الانفعالي .
الخيال I	تصورات سلبية حول المستقبل، تصورات حول فقدان السيطرة وعدم تقبل الآخرين.	العلاج التخيلي من أجل استرجاع الثقة بالنفس. تقنية توكيد الذات
الإدراك Cognitive	تتابها أفكار سلبية حول الذات والآخرين : التفكير السلبي حول الذات و الآخرين والمستقبل الذي يظهر في فقدان الرغبة في الحياة، فقدان الثقة في الآخرين ناتج عن الصدمة العاطفية.	العلاج المعرفي السلوكي، تقنية تصحيح الأفكار الخاطئة حول الذات والآخرين.
العلاقات البيئشخصية I	اضطراب العلاقات الشخصية بسبب التعلق المفرط بالصديقة الحميمة، انعدام علاقات، انعزل عن الآخرين.	تدريب على طرق التواصل الصحيحة والفعال مع الذات و الآخرين، مع وضع حدود بين الذات و الأخر من أجل حمايتها، السيكدراما و النمذجة .
الأدوية Drug	استعمال مضادات الاكتئاب .	تكليف الحالة بالقيام ببعض الانجازات والنشاطات التي تجعلها في حالة حركة لا لخمول .

خلاصة :

فمن خلال ممارسة العلاج النفيّر متعدد الأوجه أو الانتقائيّ علاجاً فنياً ، نجد أن العياديّ الذي يبقى مراقباً، منهجياً، إدراكياً يمكنه من اتخاذ القرار الجيد لاختيار الاتجاهات المختلفة و مجموعة الطرق المفيدة، فهذه المعطيات المتحصل عليها يجب أن تكون قابلة للمعاينة والاختبار كما يجب أن تكون متوافقة مع المعطيات العلمية القائمة حالياً.

المحاضرة 13: العلاج الأسري.

تمهيد:

ظهور العلاج الأسري أحدث تطوراً هائلاً في ممارسة الخدمة الاجتماعية، إلا أنه تولّد عنه بعض الانتقادات التي وجهت لنظرية الخدمة الاجتماعية و ممارستها، مثل ما حدث تماماً بالنسبة لحركة التحليل النفسي، حيث حول بشدة اهتمام الأخصائيين الاجتماعيين للتركيز على العمليات النفسية الداخلية، أكثر من تركيز الاهتمام على العوامل الدينامية الأخرى و التي لها علاقة بطبيعة المشكلة. وعلى الرغم من اعتراف المعالجين الأسريين بأهمية أداء الفرد داخل الأسرة إلا أنهم لم يرحبوا بفكرة العلاقات العلاجية المنفردة في ضوء استخدامهم للعلاج الأسري، مما ساعد على ضعف العلاقة بين المداخل الأسرية ، و المداخل الفردية.

1- تعريف العلاج الأسري :

عرف " فرج عبد القادر طه " : العلاج الأسري بأنه أسلوب منظم يهدف إلى تحقيق تغييرات فعّالة في العلاقات الأسرية أو الزوجية المضطربة غير الصحية ، وذلك من خلال عمليات تفاعل صحي بين أفراد الأسرة ، وتوفير الفرص المحققة له تحت توجيه المعالج ، والهدف النهائي هو البحث عن الطرق المؤدية لتحقيق تعايش بين جميع أفراد الأسرة بحيث يتحقق أفضل صور التفاعل الإيجابي ، وتحتل بذلك مواقف الصراع والتصادم ، كما أن موقف العلاج الأسري دائماً تفاعلي ووحدة متكاملة ، ولا يكون المدخل إلا مدخلاً جمعياً ، أي أنه موقف لا بد من أن يشمل كل أو معظم أفراد الأسرة وبدرجات متفاوتة وفقاً لموقع وأهمية كل فرد فيها.

والعلاج الأسري أحد اتجاهات الممارسة الحديثة في طريقة العمل مع الحالات الفردية ويهدف إلى تغيير بعض عناصر نسق العلاقات الأسرية ذات التأثير السلبي على قيام الأسرة وأعضائها بوظائفهم.

العلاج الأسري أو العلاج الجمعي هو ذلك العمل الذي يقوم به المعالج مع الأزواج و العائلات، كما أنه يركز على العلاقات الأسرية باعتبارها عاملاً مهماً في مجال الصحة النفسية. ويهتم هذا العلاج النفسي كثيراً بالعلاقات و

أساليب التفاعل بين الأشخاص، و لا سيما ملاحظة كيف أن التغيير الذي يطرأ على أحد الأفراد سوف يؤثر على المجموعة بأكملها.

و يتم توجيه العلاج الأسري هنا لمعظم أفراد المجموعة كلما أمكن ذلك. و يمكن أن تشمل أهداف العلاج الأسري في هذه الحالات تعزيز التواصل بين أفراد المجموعة، و ترسيخ الدور الصحي و سماع أفراد المجموعة و هم يعبرون عن مشاعرهم و مشكلاتهم و مناقشة السلوكيات و التحديات و المشكلات المشتركة فيما بينهم. و من أشهر علماء النفس المساهمين في مجال العلاج الأسري "جون جوتمان و جاي هالي و سو جونسون و فرجينيا ساتير".

(Bitter, J. & Corey. G, 2001)

اذن العلاج الأسري هو أسلوب مخطط يركز على التدخل في نواحي سوء التكيف الأسري، و هو يهدف إلى تحسين التوظيف الدينامي للأسرة كوحدة كلية ، و يعتبر استخدام أشكال الجلسات الأسرية هي الوسيلة العلاجية الأساسية فيه و هذا لا يمنع من استخدام المقابلات الفردية أو الجماعية إذا تطلب الأمر ذلك .

2- الجذور التاريخية للعلاج الأسري:

تعاظم دور الخدمة الاجتماعية في مجال التعامل مع الأسر وذلك مع ظهور وتطور الطب النفسي في العشرينات من هذا القرن للإرتباط الوثيق الذي حدث بين الطب النفسي والخدمة الاجتماعية خلال تلك الحقبة ، مما دعى وزاد من مسئولية الأخصائي الاجتماعي ، حيال الأسرة ، حيث كانت مسئوليات تحديد المرضى سواء كانوا أطفال في عيادات التوجيه أو راشدين في المستشفيات العقلية تقع على عاتق الطبيب النفسي بينما يتعامل الأخصائيين الاجتماعيين مع الأسرة أو بتعبير أدق مع مناطق الخلل داخل الأسرة. ومن ثم ظهرت حركة العلاج الأسري والتي تطورت حتى أنها ازدهرت في الخمسينات من هذا القرن وذلك في صورة منظور جديد لممارسة الخدمة الاجتماعية مع الأسر، وقد اعتمد الأساس النظري لهذا المدخل العلاجي ، وكذلك جوهر الممارسة نفسها على ما يسمى بالمدخل التعددي .

صاحب نمو العلاج الأسري باستخدام المدخل التعددي نموًا مماثلًا في مراكز التدريب على ممارسة هذا النوع من العلاج ، كذلك البرامج والتنظيمات المهنية ومعايير تأهيل المعالجين الأسريين ، هذا فضلاً عن نشأة الدوريات العلمية الخاصة بهذا النوع من العلاج ، ولذلك فإن تطور العلاج الأسري لم يكن يرجع لكونه مدخلاً علاجياً متماسكاً فحسب وإنما أيضاً لكونه مدخلاً علاجياً يجمع بين المداخل النظرية المختلفة والتي ساهمت في تحديد مضمون

3- أهداف العلاج الأسري:

تتمثل أهداف ممارسة العلاج الأسري في مايلي . :

1-إحداث تغييرات في بيئة صاحب المشكلة هو الذي تقدم المشكلة مستخدمًا التأثير على مناطق الضغط الأسري خاصة تلك التي يفرضها أي من أفراد النسق الأسري، كما أنه يهدف إلى زيادة إشباع غالبية احتياجات أعضائها هذا بجانب مساعدة أعضائها على تناول مشكلاتهم بطريقة بناءة .

2- المحافظة على التجانس الداخلي للأسرة في ديناميتها و تفاعلها الدائم مع المحيط الخارجي في تغير مستمر حسب المستجدات الخارجية و حسب نمو أفرادها، فعندما يهتز التجانس الأسري يبذل مختلف الأفراد الكثير من الطاقة للمحافظة عليه. (V. Satir, 1982p14)

3- العمل على وضع حدود مناسبة لاحتياجات الأسرة وتحقيق التوازن في الأسرة.

4- القدرة على جعل الأسرة تتغير من حيث تنظيمها و مكانة أفرادها للتكيف مع وضعية جديدة، حيث أن فقدان أحد الأفراد يعيد تنظيم كل النسق، فتتغير المكانة والعلاقات و كل فرد عليه اتخاذ مكانة جديدة وفقا للآخرين، هذا التغير ينشئ نسق جديد متكيف مع الواقع الجديد. (Picard,D,1998, p69)

5 - مساعدة الأسرة على رفع مستوى الأداء الاجتماعي ، وأداء وظائفها بشكل أفضل.

6- مساعدة على تساوي الأعراض مع الغايات في حالة تصلب النسق، و مقاومته للتغير تظهر الأعراض التي تؤدي وظيفة المحافظة على التجانس، فالأزمات الأسرية تتناسب مع عدم قدرة النسق المتصلب على استدخال التغير . (Marc.E ; Picard .D,1989,p196)

7- فهذه الطاقة داخل النسق بفعل الاضطرابات العلائقية قد تصبح سلبية و تؤثر على الطفل فتظهر عليه الأعراض و بالتالي يجسد الطفل معاناة الجماعة الأسرية. (Scelle,R,1997 , p52)

8- فهم و تفسير الاعراض التي تظهر عند الطفل التي قد يكون الآباء مصدرها.

(Mannoni, M,1964, p79)

تختلف أهداف العلاج الأسري من أسرة لأخرى، حسب نوع التغير المطلوب لذلك يجب أن يستل المعالج الأسري كل فرد فيها عن ما يتمناه من تغييرات، و عليه أن يناقش هذه التغييرات حتى يصل إلى ما يحقق التوازن السليم الذي يحقق إشباع احتياجات أعضائها.

4- مراحل العلاج الاسري:

العملية العلاجية تتطلب ثلاثة مراحل مهما كان مستوى الاضطراب ومدى انتشاره:

المرحلة الأولى: يتم فيها تحديد الأعراض و التعرف على الاضطرابات الدافعة لها، توضيح طبيعة العلاقات والاتصالات و ثقافة الحياة الأسرية. يحاول الأخصائي في هذه المرحلة جذب أفراد الأسرة للمساهمة في العلاج، وتشمل هذه المرحلة المهام الآتية:

1- الاجتماع الأول ينطوي على مقابلة اجتماعية، فهو يقوم بتعريف نفسه للأسرة، و يلاحظ هذه الأسرة من حيث الجلوس، القيادة و كيفية عرض المشكلة، و تنتهي هذه المهمة بأنه يضع القواعد الأساسية للمقابلات.

2- عرض المشكلة في هذا المجال يسئل الأخصائي عن ما هي المشكلات، و ماذا تريد الأسرة، و فيها يعرض جوانب الاختلاف، و كيفية إدارة الحوار، و عليه أن يلاحظ التفاعل، و في هذا يحاول الأخصائي أن يعيد صياغة المشكلة على أنها تخص الأسرة و ليس الفرد صاحب المشكلة .

3- التفاعل أو وضع القواعد و يعني ذلك أن الأخصائي يحاول أن يُدخل كل أفراد الأسرة في الحديث، ليعرف كيف يتفاعل مع كل منهم، و بالرغم من أن كل فرد له شخصيته المتفردة إلا أنه أثناء الاجتماع مع الأسرة، فإنه يضبط سلوكه، و ملاحظة الأخصائي لهذا التفاعل تساعده على تصور طرق بديلة للتفاعل عند تفكيره في الحل، و يحاول الأخصائي أثناء التفاعل أن يوسع بؤرة الاهتمام، فبدلاً من أن تركزها الأسرة على الفرد صاحب المشكلة، يحاول هو أن يوسع تعريفهم للمشكلة، حيث يرى كل منهم دوره في موقف الأسرة الحالي و كيف ساهم في استمرار الوضع و يساهم هذا في سهولة جمع المعلومات و وضع قواعد جديدة لتناول مشكلات الأسرة و رؤية حقيقة الأسرة.

وفي نهاية هذه الجلسة أو الجلسات الأولى يحدد ما هو التغيير المطلوب أي أنه يسئل أفراد الأسرة عما تريده الأسرة من العلاج ومحاولته تشكيل أهداف العلاج

المرحلة الثانية: هي أصعب و أهم مرحلة، حيث يتوقف عليها إما نجاح أو فشل العملية العلاجية، و هي عملية التوعية التي يتم من خلالها تفسير الأعراض، و ربط الاضطراب بأسباب الأعراض، كما يتم خلالها التحضير النفسي للأفراد ودفعهم نحو الشعور بالرغبة في التغيير وتغيير الآخر. تمثل هذه المرحلة جوهر العلاج الأسري، حيث يتفق المعالج مع الأسرة على القيام بزيارتهم بانتظام مرة كل أسبوع و تتراوح مدة الزيارة من ساعة إلى ساعة ونصف تقريباً، و في هذه المرحلة قد يواجه المعالج بعض المقاومة من بعض أفراد الأسرة في كشف أسرارها و إظهار مواطن ضعفها وقد تأخذ هذه المقاومة شكلاً شعورياً أو لا شعورياً .

ويركز المعالج هنا على التفاعلات بين أعضاء الأسرة و الوقوف على خبرات كل فرد في الأسرة ، و نظرة كل فرد في الآخر حتى يتمكن من معرفة ألوان الضغط و مواطن الصراع ، و يحرص على ألا يقابل أحدًا من أفراد الأسرة سرًا ، ولا ينظم تكتلات أو تحيزات داخل الأسرة، و أن يحرص أثناء الجلسات على مساعدة الأسرة في تغيير نمط العلاقات والتجمعات الهدامة داخل الأسرة .

المرحلة الثالثة:

مرحلة العلاج الواعي و فيه يتم الاشتراك مع الأفراد قصد التغيير تدريجيا، حسب طبيعة الحياة الأسرية وطبيعة الاضطراب. يتم فيها متابعة التغييرات و نتائجها ثم العمل على تعميمها على كل أفراد الأسرة و في كل المجالات، كما يتم تكييف وتوحيد الجهود و تدعيم الثبات على الإيجابيات. يستغرق العلاج الأسري كما يرى "Bell" من 8-20 جلسة أي من 8 إلى 20 أسبوعًا، و لا ينهي المعالج تدخله إلا بعد التأكد من أن الأسرة، أصبحت قادرة على حل صراعاتها ، و أن في مقدورها قيادة نفسها بنجاح ، وأنها تستطيع أداء وظائفها الاجتماعية بالشكل المطلوب .

ويتفق معظم الأخصائيين الاجتماعيين الذين مارسوا العلاج الفردي و العلاج الأسري على أن العلاج الأسري عادة ما ينتهي بيسر وسهولة مقارنة بالعلاج الفردي، حيث أن الأسرة قد اعتادت من خلال الجلسات الأسرية، أن تعتمد على نفسها في حل مشاكل العلاقات فيها، و في نهاية العلاج الأسري يجب أن يقوم الأخصائي بجهود تدعيم الأسرة أو زيادة فاعليتها للإبقاء على التغييرات والمكاسب التي تحققت مع ضمان الاستمرار في عملية التغيير كلما لزم الأمر .

(Les relations familiales, le handicap et le traitement familial , pp 11-28)

خلاصة:

العلاج الأسري هو عملية يقوم بها المعالج لمعالجة المشكلات الأسرية، حيث يتعامل مع أفراد الأسرة الواحدة كجماعة أو كوحدة من خلال التعرف على طبيعة العلاقات الاجتماعية التي تجمع بين أفراد أو أعضاء هذه الخلية ، و كذلك طرق الاتصال بينهم، صورته وأنماطه ، و التعرف على الدور و المكانات داخل الأسرة ، وهناك الكثير من الحالات تتطلب التعرف على تاريخ الأسرة و التركيز هنا يكون كنظام موحد ، و أنماط العلاقات و الاتصالات بين أفرادها.

الخاتمة:

يستهدف العلاج النفسي إعادة بناء الشخصية، على أسس تؤدي إلى زيادة قدرة الفرد على إيجاد إشباع لحاجاته الذاتية بطرق مقبولة بالنسبة للفرد، هو بالنسبة للعالم محيط به و تحريره بحث ينمي قدراته. فقد تأسست سمعة "سيجموند فرويد" الشهيرة كمؤسس للعلاج النفسي عن طريق استخدامه لمصطلح التحليل النفسي، و كذلك ارتباطه بنظام شامل من النظريات و الأساليب، و قد طور آخرون مناهج أخرى للعلاج النفسي، كالعلاج الجشطلي "لفريتز و لورا بيرلز"، التواصل اللاعنفي، "المارشال روزنبرغ"، والتحليل التفاعلي "إريك برن"، و قد كونت هذه المناهج ما أصبح يعرف لاحقاً باسم العلاج النفسي الإنساني، و زاد انتشار مجموعات وكتب المساعدة الذاتية. و أنشأ "ألبرت إليس" خلال عقد الخمسينيات العلاج العقلي الانفعالي، و طوّر الطبيب النفسي "آرون بيك" بصورة مستقلة شكل من أشكال العلاج النفسي المعروف باسم العلاج المعرفي لاحقاً، و احتوي كل من العلاج المعرفي والعلاج العقلي الانفعالي، تقنيات قصيرة نسبياً ذات تركيب و تنظيم يركز على الوقت الحاضر، و تهدف هذه التقنيات إلى تحديد و تغيير المعتقدات الشخصية و التقييمات و أنماط التفاعل، على عكس التقنيات طويلة المدى المبنية على الرؤية الموجودة، و التي تُستخدم في علاجات الدينامية النفسية أو العلاجات الإنسانية. جُمعت منهجيات العلاج المعرفي و العلاج السلوكي تحت مظلة المصطلح العام العلاج السلوكي المعرفي في فترة السبعينيات، و لاحقاً تطورت "موجة ثالثة" من العلاج المعرفي السلوكي تضمنت العلاج بالقبول و الالتزام و العلاج السلوكي الجدلي، كما تطورت أساليب الإرشاد النفسي، بما في ذلك العلاج المرتكز علي الحل والتدريب المنهجي. تمتنع علاجات ما بعد الحداثة مثل العلاج بالرواية والعلاج بالتماسك عن فرض تعريفات للصحة النفسية و المرض النفسي، و ترى العلاج على أنه عملية بناء تتم بواسطة المفحوص و المعالج في سياق اجتماعي. و تطور أيضاً العلاج المنهجي الذي يركز على دينامية الأسرة أو المجموعة، و كذلك علم نفس ما وراء الشخصي، و الذي يركز على الجانب الروحي في معاناة الإنسان، كما تطور عدداً من التوجهات في العقود الثلاثة الماضية مثل العلاج المختصر و العلاج النفسي الحديث متعدد الواجهه، علم النفس الجسدي، العلاج التعبيري و علم النفس الإيجابي.

المراجع بالعربية:

1. إبراهيم، عبد الستار (1998): "العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليب ومبادئ تطبيقه"، الفجر، القاهرة.
2. إبراهيم، عبد الستار (1998): "الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث، فهمه و أساليب علاجه"، سلسلة عالم المعرفة العدد 239، المجلس الوطني للثقافة و الفنون والآداب- الكويت.
3. ارنولد لازاروس (2002): "العلاج النفسي الشامل الحديث"، ترجمة محمد حمدي الحجار، مؤسسة الرسالة، بيروت، ط1.
4. آرون بيك (2000): "العلاج المعرفي و الاضطرابات الانفعالية"، ترجمة: عادل، مصطفى، دار الآفاق، القاهرة، ط1.
5. إيهاب البلاوي (2001): "قلق الكفيف تشخيصه وعلاجه"، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
6. إبراهيم، عبد الستار (1994): "العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث"، دار الفجر، القاهرة.
7. حامد. عبد السلام زهران (1997): "الصحة النفسية و العلاج النفسي"، عالم الكتب، القاهرة، ط2.
8. حامد. عبد السلام زهران (1998): "الصحة النفسية و العلاج النفسي"، عالم الكتب، القاهرة، ط3.
9. حمدي الحجار، محمد (1998): "المدخل الى علم النفس المرضى"، دار النهضة العربية، بيروت، ط1.
10. سجموند فرويد (2000): "الموجز في التحليل النفسي"، تقديم محمد عثمان النجاشي، ترجمة: سامي محمد علي و عبد السلام القفاش، مكتبة الأسرة، القاهرة.
11. سيجموند فرويد (2000): "الموجز في التحليل النفسي"، ترجمة سامي محمود علي واخرون، مكتبة الاسرة، القاهرة
12. الشناوي محمد محروس: "العلاج السلوكي الحديث"، دار قباء، القاهرة 1998.
13. صباح. السقا (2009): "العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب"، محاضرة في مشفى البشر للأمراض النفسية العصبية .
14. عادل عبد الله محمد (2000): "العلاج المعرفي و السلوكي أسس و تطبيقات"، دار الرشد، القاهرة.
15. عبد الستار، ابراهيم (1980): "العلاج النفسي الحديث"، علم المعرفة، الكويت.
16. العزة و عبد الهادي (2001): "نظريات الإرشاد و العلاج النفسي"، دار الثقافة، عمان.
17. علي حسين زيدان وآخرون (2016): "نماذج ونظريات الممارسة المهنية في خدمه الفرد"، دار السحاب، القاهرة .
18. محمد، السيد عبد الرحمان (1997): "نظريات شخصية"، دار القباء، القاهرة .
19. محمد، الشناوى و محمد، عبد الرحمن (1998): "العلاج السلوكي الحديث أسسه و تطبيقاته"، دار قباء، القاهرة.
20. مفتاح محمد عبد العزيز (2001): "علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة"، دار قباء، القاهرة.
21. مفتاح. محمد عبد العزيز (2001): "علم النفس العلاجي"، دار قباء، القاهرة، ط1.
22. ناصر، بن ابراهيم المحارب (2000): "المرشد في العلاج الإستعرافي السلوكي"، دار الزهراء، الرياض.

23. نصار كريستين (1998) : "اتجاهات معاصرة في العلاج النفسي" ، شركة المطبوعات ، بيروت ، ط1.

المعاجم و القواميس:

24. لا بلانش. حان و بونتاليس. ج- ب (2002): "معجم مصطلحات التحليل النفسي"، ترجمة حجازي. مصطفى، المؤسسة الجامعية للدراسات، بيروت، ط4.

25. جمال الخطيب (2001): "الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل"، تم نشر هذا الجزء بإذن خطي من المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل و الشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربي، المنامة، مملكة البحرين

المراجع باللغة الفرنسية:

26.Beck. A, et all ,(2007) : "Cognitive Therapy of Personality Disorders", 2nd Ed. New York: Guilford Press. ISBN 978-1-59385-476-8.

27.Bergeret. J (1979):"Psychologie pathologique", Masson, Paris, 3^{ème} éd.

28.Bergeret. J(2000) :"Psychologie pathologique théorique et clinique", Masson, Paris.

29.Bitter, J. & Corey, G.(2001) "Family Systems Therapy", in Gerald Corey (ed, Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. Belmont, CA: Brooks/Cole.

30.Bronfenbrenner, U : "The mirror image in Soviet-American, relations-a Social Psychologist approach ". J. Of Social Issues, 1961, 17, No. 3 pp. 56-56.

31.Cain, D. J. (1988) : " Roundtable Discussion" . Person-centered Review, 3 (3), 353-390.

32.Chabert. C; Verdon. B(2008):"Psychologie clinique et psychopathologie ", P.U.F, Paris,1^{er} édition.

33.Christopher Perry. J, et all (2004):"Échelés d évaluation des mécanismes de défense", Masson, Paris.

34.Gabbard, Glen (2005):"Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice",4th Ed, Washington, DC: American Psychiatric Press, ISBN 1-58562-185-4.

35.Garner, D.M. and Wolley, S.C. (1991) : "Confronting the Failure of Behavioral and Dietary Treatments For Obesity. Clinical Psychology Review", 11, 729-780

36.Huber, W, (1993): "Les psychothérapies, quelle thérapie pour quel patient?", Ed Nathan, Paris.

37. Jacobson , E. (1964) : "Progressive Relaxation. Chicago ", University of Chicago Press.

38. Lemperiere. TH; Féline. A(2000):"Psychiatrie de l'adulte", Masson, Paris.

39. Les relations familiales, le handicap et le traitement familial ,Résumé | Index | Plan | Notes de la rédaction | Texte | Bibliographie | Notes | Citation | Auteur ,p 11-28.

40. Mannoni, M: " L'enfant arriéré et sa mère ", Paris, Ed Seuil, 1964.

41.Marc, E. ; Picard, D: "L'interaction Sociale ", Paris, Ed PUF, 1989.

- 42.Nunbreg. H (1975) : "**Les Principes de psychanalyse et leur application aux névroses**", P.U.F, Paris.
- 43.O'Donohue W, Ferguson KE (2006) : "**Evidence-based practice in psychology and behavior analysis**" , PDF, Behav Analyst Today 7 (3): 335–50.
- 44.Picard, D : "**Politesse, savoir-vivre et relations sociales** ", Paris, Ed PUF, 1998.
- 45.Polonsky , W.H. (2001) : "**Relaxation Training. In** ", J. L. Jacobson and A. M. Jacobson (Eds), Psychiatric Secrets , 2nd Edition. Hanley and Belfus, Inc.
- 46.S. Freud (1969) : "**The question of lay analysis**".Ne york , Norton.
- 47.Satir, V : "**Thérapie du couple et de la famille** ", édition EPI, 1982.
- 48.Scelles, R: "**Fratricie et handicap**", Paris, Ed l'Harmattan, 1997.

المراجع الالكترونية:

49. <http://www.almualem.net/maga/tasnif.html>.

أحمد محمد الحواجري - مشرف ورئيس قسم التوجيه والإرشاد - دائرة التربية والتعليم - وكالة الغوث الدولية - مجلة المعلم غزة.

50. " zuhair@khusheim.net " دكتور زهير خشيم: " اخصائي العلاج بالتنويم المغناطيسي "