

جامعة 8 ماي 1945 قالمة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس



مطبوعة محاضرات في
العلاجات السلوكية والمعرفية

الثالثة ليسانس تخصص علم النفس العيادي

دكتورة بن شيخ رزقية

السنة الدراسية: 2018- 2019

مقدمة

1. العلاج السلوكي 2
- 1.1. تاريخ تطور العلاج السلوكي 2
- 2.1. رواد العلاج السلوكي 2
- 3.1. تعريف العلاج السلوكي 3
- 4.1. خصائص العلاج السلوكي 4
- 5.1. أهداف العلاج السلوكي 4
- 6.1. مبادئ العلاج السلوكي 5
- 7.1. إجراءات العلاج السلوكي 6
- 8.1. دور المعالج النفسي في العلاج السلوكي 7
- 9.1. أسس تقدير السلوك 7
- 10.1. أساليب العلاج السلوكي 8
- 11.1. أخلاقيات العلاج السلوكي 12
- 12.1. مزايا وعيوب العلاج السلوكي 13
2. إزالة التحسس آليا
- 1.2. ظهور وتطور أسلوب إزالة التحسس آليا 14
- 2.2. تعريف العلاج بأسلوب إزالة التحسس الآلي 15
- 3.2. التدريب على أسلوب إزالة التحسين آليا 16
- 4.2. مراحل العلاج بأسلوب إزالة التحسين آليا 16
- 5.2. استخدام أسلوب إزالة التحسس آليا 18
- 6.2. نقد أسلوب إزالة التحسس آليا 18
- 7.2. بروتوكول ثلاثي أسلوب إزالة التحسس آليا الأبعاد 19
3. أسلوب الغمر
- 1.3. تعريف الغمر 19

20.....	2.3. أنواع المعالجة بأسلوب الغمر
22.....	3.3. خطوات تطبيق أسلوب الغمر
24.....	4.3. فعالية أسلوب الغمر
24.....	5.3. إيجابيات وعيوب أسلوب الغمر
	4. تأكيد الذات
25.....	1.4. تعريف تأكيد الذات
26.....	2.4. الخصائص السلوكية للذات المؤكدة والذات غير المؤكدة
27.....	3.4. فوائد توكيد الذات
28.....	4.4. خطوات التدريب التوكيدي
29.....	5.4. فنيات وأساليب التدريب على تأكيد الذات
	ثانياً: العلاجات المعرفية

العلاجات	وتطور	1. ظهور
		المعرفية
	31.....	
		2. العلاج العلائقي الانفعالي لأليس
	32.....	1.2. تعرف العلاج العقلاني الإنفعالي لأليس
	34.....	2.2. مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي
	34.....	3.2. نظرية ABC لأليس
	36.....	4.2. الافتراضات الرئيسية للعلاج العقلاني انفعالي لأليس
	37.....	5.2. الأفكار اللاعقلانية التي حددها أليس
	37.....	6.2. فعالية العلاج العقلاني الانفعالي لأليس
	38.....	7.2. اهداف العلاج العقلاني الانفعالي
	39.....	8.2. إستخدامات العلاج العقلاني الانفعالي
	39.....	9.2. نظرة أليس للمرض
	40.....	10.2. خطوات العلاج العقلاني الانفعالي
	40.....	11.2. مزايا وعيوب العلاج العقلاني الانفعالي

3. العلاج المعرفي لبيك.

- 1.3 . تعريف العلاج المعرفي لبيك.....42
- 2.3 . خصائص العلاج المعرفي حسب بيك.....43
- 3.3 . أسس ومبادئ العلاج المعرفي حسب بيك.....43
- 4.3 . المفاهيم الأساسية للعلاج المعرفي حسب بيك.....44
- 5.3 . أهداف العلاج المعرفي حسب بيك.....46
- 6.3 . الافتراضات الأساسية للعلاج المعرفي حسب بيك.....47
- 7.3 . تفسير بيك للمرض النفسي.....48
- 8.3 . خطوات العلاج المعرفي حسب بيك.....48
- 9.3 . فعالية العلاج المعرفي حسب بيك.....50
- 10.3 . التنظيم العام للعلاج المعرفي حسب بيك.....51
- 11.3 . تقنيات وأساليب التشخيص والعلاج.....53
- 12.3 . مزايا وعيوب العلاج المعرفي حسب بيك.....57
- 13.3 . مقارنة العلاج المعرفي عند بيك مع العلاج العقلاني الإنفعالي لأليس.....58

4. التحسس الداخلي

- 1.4 . تعريف أسلوب التحسس الداخلي.....59
- 2.4 . خصائص الافراد ذوي بالتحسس الداخلي.....60
- 3.4 . تطبيق أسلوب التحسس الداخلي.....60
- 4.4 . بعض الفنيات العلاجية المستخدمة في هذه الطريقة.....60

خاتمة

مقدمة:

منذ العشرينيات ظهرت كتابات متناثرة عن تطبيق مبادئ التعلم في علاج الاضطرابات السلوكية، إلا أن تأثيرها في ممارسات الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي ظل محدودا حتى الستينيات حين برز العلاج السلوكي بوصفه منهج نظري شاملا في العلاج، يعتبر العلاج السلوكي أسلوب علاجي فعال ، يهدف لتحقيق تغيرات في سلوك الفرد حيث يقوم على تحديد السلوكيات الغير مرغوب فيها واستبدالها بأخرى مرغوب فيها من خلال التدريب في مواقف تعليمية للوصول إلى اختفاء الأعراض المرضية، ومع تزايد انتشار المشكلات السلوكية و المعرفية بين جميع الفئات العمرية برزت حاجة ملحة إلى علاجها واستخدام الأسلوب المناسب لها، وواصل الباحثين البحث في هذا المجال، ما أدى إلى تعدد وتنوع الأساليب العلاجية المستخدمة في تعديل السلوك الإنساني في مختلف الاضطرابات.

وقد لاحظ بيك أن معظم الصعوبات والمعاناة التي يعاني منها الإنسان ترجع إلى تمسكه بأفكار مثالية وغير واقعية، تكون في الغالب لدى العديد من الأشخاص أفكار وتشوهات معرفية بعيدة عن الصواب حول ذواتهم وحول العالم المحيط بهم، وهي غالبا عبارة عن أفكار واعتقادات غير واقعية وغير مبررة ولا تتوفر على العناصر الأساسية لوجودها.

وتعتبر نظرية العلاج العقلاني الانفعالي للسلوك الإنساني من النظريات العلاجية الأكثر انتشارا في الوقت الحالي والتي ترجع أساسا للعالم الأمريكي ألبرت أليس حيث ان نظريته كانت أكبر محاولة لإدخال العقل والمنطق في عملية الإرشاد والعلاج النفسي حيث سميت أولا بالعلاج العقلاني ثم أضاف إليها الانفعالي لتصبح كما هو شائع في كتاباته العلاج العقلاني الانفعالي.

لتوضيح ما تم الإشارة إليه نقدم من خلال المحاضرات التالية شرحا مفصلا للعلاج السلوكي وبعض أساليبه مثل تأكيد الذات وإزالة التحسس الآلي والغمر، والعلاج العقلاني الانفعالي لأليس والعلاج المعرفي لبيك وأسلوب التحسس الداخلي.

1. العلاج السلوكي:

1.1. تاريخ تطور العلاج السلوكي:

إن ممارسة الأساليب الأساسية التي تشير إليها نظريات التعلم لتعديل السلوك ممارسة قديمة قدم الانسان تعلمها كما تعلم غيرها من أساليب الحياة.

استخدم ولبي 1958 في جنوب افريقيا مبادئ الاشرط وبشكل خاص استنادا الى ايفان بافلوف، وفي إنجلترا كان هناك بداية ايزنك 1959-1960 الذي استخلص المبادئ والتعديلات النظرية التعليمية للاضطرابات النفسية وفضله أصبح العلاج السلوكي في مستشفى ماودسلي Maudsley في لندن واسع التأثير، في عام 1966 تم تأسيس الجمعية الامريكية للعلاج السلوكي

American association for behavior therapy في الولايات المتحدة الامريكية، التي يرمز لها اختصارا AABT، وفي عام 1978 حدث توصيف للعلاج السلوكي من خلال فرانكس و ويلسون، يتضمن العلاج السلوكي بشكل أساسي استخدام المبادئ التي تم تطويرها في أبحاث علم النفس التجريبي و الاجتماعي، و يهدف أساسا الى تخفيض المعاناة و التقييدات الإنسانية لقدرات التصرف الإنسانية. (خميسة، 2015، ص ص 60-61)

عليه يمكننا الحديث عن تطور مستمر للعلاج السلوك منذ حوالي نهاية الخمسينيات ويمكن اعتباره تخصصا علميا شابا، وأولى مبادئه كانت منذ بداية القرن العشرين، وبدأ التأسيس المشار اليه في إنجلترا وجنوب افريقيا والولايات المتحدة الأمريكية في الوقت نفسه.

2.1. رواد العلاج السلوكي:

تطور العلاج السلوكي وتبلور علي يد عدد من الباحثين في علم النفس من بينهم جوزيف فوليه ولازاروس، وإن كانت جذوره تعود الى الأعمال العلمية والتجارب التي أجراها السلوكيون علي الحيوانات، ومن أهم اسهاماتهم:

- بافلوف تنص نظريته في التعلم (الاشراط الكلاسيكي) على ارتباط استجابة ما بمثير ما ولا تربطهما علاقة طبيعية، فبداية علم النفس التجريبي كانت على يدي.

- وطسون دعا في منشوراته الى دراسة وملاحظة السلوكيات والعوامل البيئية والفسولوجية واشتهر بمقولة "يدرس السلوك ولا يفهم" واستفاد من نظرية ثرونديك ودعا الى عدم تفسير السلوكات غير ملاحظة كالكبت والشعور.

- سكينر تعتبر اسهاماته في مجال التعلم من الاسهامات الاساسية التي ساعدت على تطور العلاج السلوكي وتتمثل هذه الاسهامات في قواعد الاشراف الاجرائي ثم توسيع هذه القواعد وتطبيقها علي المشكلات البشرية.

- باندورا أصر على دور الظواهر المعرفية مثل المراقبة الذاتية.

- ثرونديك يتمثل الاسهام الرئيسي له في تعديل السلوك في وصفه لقانون الأثر، ويقول هذا القانون بأن السلوك الذي يؤدي الى احداث أثر مرغوب فيه في البيئة سوف تزداد احتمالية ظهوره في المستقبل (يوبي، 2015، ص ص135-136)

3.1. تعريف العلاج السلوكي:

العلاج السلوكي أسلوب من الأساليب الحديثة يقوم على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم، ويشتمل على مجموعة كبيرة من الفنيات العلاجية التي تهدف الى احداث تغيير إيجابي بناء في سلوك الانسان وبصفة خاصة سلوك عدم التوافق، ويقصد بالسلوك في مجال العلاج السلوكي الاستجابات الظاهرة التي يمكن ملاحظتها، والاستجابات غير الظاهرة مثل الأفكار والانفعالات (الشناوي، عبد الرحمان، 1998، ص13)، وقد أشار هوفمان أن البعض يطلق على العلاج السلوكي اصطلاح تعديل السلوك وبصفة خاصة عندما يستخدم في بيئة غير عيادية (كمال، 2015، ص45) كما يعتبر العلاج السلوكي محاولة لحل المشكلات السلوكية بأسرع ما يمكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل في الأعراض وتنمية السلوك الارادي السوي لدى الفرد. يضيف الشناوي أن العلاج السلوكي محاولة لحل مشكلات سلوكية بضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل في الأعراض، وتنمية السلوك المرغوب والسوي لدى الفرد، هذا في وقت وجيز (الشناوي، عبد الرحمان، 1998، ص 39)

منه يمكن القول أن العلاج السلوكي هو أسلوب علاجي نفسي يعتمد أساسا على مناهج ونتائج علم النفس التجريبي، له علاقة بالأبحاث التجريبية، ويعتبر من الأساليب العلاجية الناجحة والفعالة في علاج الاضطرابات السلوكية، يأخذ بعين الاعتبار الاضطرابات كاستجابة لمثيرات تسبب فيها المحيط والوسط الذي يعيش فيه الفرد، يقوم على نظريات التعلم بحيث يوجد لكل نظرية تقنيات تستعملها وتساعد في تعديل السلوك.

4.1. خصائص العلاج السلوكي:

- يختص العلاج السلوكي بجملة من الخصائص نجملها فيما يلي:
- يميل العلاج السلوكي إلى التركيز على الأعراض أكثر من التركيز على الأسباب.
- يفترض العلاج السلوكي أن السلوكيات المضطربة تكون مكتسبة إلى حد بعيد عن طريق التعلم بنفس الطريقة التي يتعلم بها الفرد أي سلوك آخر.
- يفترض العلاج السلوكي أن الأسس النفسية وبصفة خاصة قواعد التعلم يمكن أن تفيد كثيرا في تعديل السلوك غير المتوافق.
- يتضمن العلاج السلوكي إعداد أهداف علاجية محددة وواضحة لكل فرد على حدى
- يرفض العلاج السلوكي النظرية الكلاسيكية للسمات
- يقوم المعالج السلوكي بإعداد طريقة العلاج بما يناسب مشكلة العميل
- يقوم العلاج السلوكي على مبدأ هنا والآن
- يهتم العلاج السلوكي بالجانب التجريبي (شعبان، 2008، ص 52)
- فالعلاج السلوكي يتميز بأنه يركز على الأعراض وقائم على مبدأ هنا والآن، أهدافه العلاجية تكون محددة ويهتم بالجانب التجريبي، كما يستعين بقواعد التعلم.

5.1. أهداف العلاج السلوكي:

إن الهدف من العلاج السلوكي هو إحداث تغيير في السلوك غير المقبول وتمكين الفرد من تعلم سلوكيات جديدة تكيفه مع محيطه، والتخلص من كل المشاعر السلبية، نذكر فيما يلي بعض هذه الأهداف:

- المساعدة على تعلم سلوكيات جديدة
- المساعدة على زيادة السلوكيات المقبولة اجتماعيا
- المساعدة على تقليل السلوكيات غير المقبولة اجتماعيا
- تعليم أسلوب حل المشكلات
- المساعدة على التكيف مع محيطه وبيئته الاجتماعية
- المساعدة على التخلص من مشاعر القلق والإحباط والخوف. (يوبى، 2015، ص154)

6.1. مبادئ العلاج السلوكي:

ارتبطت نشأة العلاج السلوكي بظهور نظريات التعلم وتطورها ولا تزال من أقوى المصادر على الإطلاق، نذكر بعضها فيما يلي:

- التعلم الشرطي الكلاسيكي:

يتجه العلاج السلوكي الذي يعتمد على هذا النوع من التعلم الى تطوير رابطة بين منبه شرطي ومنبه أصلي بنفس القواعد التي أثبتتها بافلوف في نظريته عن التعلم الشرطي.

- التعلم الإجرائي (الفعال):

سمى سكينر نظريته باسم التشريط الفعال أو الاجرائي للإشارة إلى أنه يمكن تقوية جوانب معينة من السلوك إذا ما أعقبناها بالتدعيم، واثبت أننا نكتسب جزءا كبيرا من سلوكنا من خلال الآثار التي يتركها هذا السلوك على البيئة، والحيوان في تجاربه لم يكن لينتظر تعلم الاستجابة لمنبه يتكرر ظهوره مع منبه أصلي آخر - كما هو الحال في التعلم الشرطي - بل كان عليه أن يتعلم أولا أن يظهر استجابة أو وسلسلة من الاستجابات الفعالة للوصول إلى الهدف. (الشناوي، عبد الرحمان 1998، ص31)

- التعلم الاجتماعي (التعلم بالقدوة):

بين "باندورا" و "روس" اننا نكتسب من مشاهدة الاخرين وهم يقومون ببعض النماذج السلوكية سلوكيات تتراوح من الأفعال والنشاطات الحركية البسيطة كالسباحة، ولعبة كرة القدم، الى أنواع السلوك الاجتماعي المركبة كالقيم والاتجاهات وطرق التعبير عن المشاعر والأفكار.

- التعلم المعرفي:

قدم تولمان (Tolman) أدلة تجريبية تثبت أن الحيوانات في تجاربه لا تتعلم من خلال العادة كما في الطرق السلوكية التقليدية بل تتعلم أيضا من خلال معرفتها المسبقة أو من خلال ما يسميه بالخريطة المعرفية. (J.Cottraux, 1990, p152)

فالسوك تحدثه مثيرات معينة والمنبه غير الشرطي الذي يقدم في تلازم زمني وثيق مع منبه محايد يستثير في بعض الحالات استجابة مختلفة، ومع تكرار المزوجة بين المنبه غير الشرطي و المنبه المحايد، هذا الاخير يكتسب القدرة على استثارة استجابة شبيهة بتلك التي يستثيرها المنبه غير الشرطي وعند هذه النقطة يسمى منبها شرطيا، والتعلم الفعال التشريط الإجرائي هو سلوك يصدر عن الكائن الحي في العالم الخارجي، لا يرتبط بمثيرات محددة من حيث السلوك فالمثير يسبقه وتحدثه

مثيرات معينة، ويحدث التعلم الاجتماعي دون تدريب مباشر من قبل البيئة فهو يحدث من خلال التعلم بالملاحظة او بالمحاكاة أو بالنمذجة، وتم اثبات إمكانية التعلم من خلال معارف سابقة وهو ما يسمى بالخريطة المعرفية.

7.1. إجراءات العلاج السلوكي:

هذه الإجراءات هي بمثابة خطوات متتابعة يتبعها المعالج السلوكي،

وضع غريب إجراءات علاجية تتمثل في:

- تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره: ويتم ذلك في المقابلة العلاجية عن طريق استخدام الاختيارات والمقاييس والتقارير الذاتية.
- تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب: ويتم ذلك عن طريق الفحص والبحث الدقيق في كل الظروف والخبرات التي يحدث فيها السلوك المضطرب.
- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب.
- اختيار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها.
- إعداد جدول لإعادة الترتيب: يتم خلالها تعريض سلوك المريض بنظام للظروف المعدلة
- تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب: أي توجيه نحو تعديل العلاقات بين الاستجابات وبين المواقف التي تحدث فيها.
- تعديل الظروف البيئية: ويتم ذلك لتقليل احتمال حدوث السلوك المضطرب (شعبان،

2008، ص85)

العملية العلاجية تسير وفق عدة خطوات أولها تقدير او تحليل السلوك لتحديد السلوك المراد تعديله ثم تحديد الظروف التي حدثت فيها، أي كل المواقف التي يحدث فيها هذا الاضطراب وإن كان يحدث في كل المواقف أو البعض منها، يتم تحديد ما إذا كان سلوك المريض يظهر انه نتيجة لخوف شرطي بسيط أو كان يعكس خوفا أساسيا معمما، يحدث في مواقف مشابهه ولكنها مختلفة، بعد ذلك القيام بترتيبها من البسيط إلى المعقد، بحيث يتم إنجاز البسيط والقريب قبل المعقد والبعيد، ومن خلال هذا الترتيب يتم التوجه إلى تعديل العلاقة بين الاستجابة والمواقف التي يحدث فيها السلوك من خلال تعديل الظروف البيئية التي يمكن تعديلها، ويكون التركيز فيها على تعديل العلاقات المتبادلة بين الاستجابات ونتائجها التي تؤدي إليها، وهذا التعديل يكون تدريجيا من البسيط والقريب قبل المعقد والبعيد، ثم تعديل كل من الظروف السابقة للسلوك المضطرب والظروف المحيطة به.

8.1. دور المعالج النفسي في العلاج السلوكي:

فالمهمة الأولى التي يقوم بها المعالج هي تحديد المشكلات التي يعاني منها العميل، وتتم عملية تحديد المشكلات من خلال إجراءات خاصة، تعرف بتقدير السلوك أو تحليل السلوك، وهي أهم ما يقوم به المعالج السلوكي فتحديد السلوكيات موضوع العلاج بطريقة متكاملة لا تترك مجالاً للتشكك فيما إذا كانت قد حدثت بالفعل، وعملية وضع الأشخاص في فئات أو وضعهم تحت لا فئات مثل "فصامى" قد ينتج عنه العديد من المشكلات، ذلك أن القائم بالعلاج السلوكي أو بتعديل السلوك سواء كان معالجاً أو مرشداً أو أي متخصص آخر يعمل مع الفرد قد يصوغ سلوكه المهني مسبقاً على أساس هذه الالفة أو هذا المسمى . وكذلك الحال بالنسبة لغير المتخصصين مثل المدرسين والمراقبين الذين يعملون في المدارس والمؤسسات وكذلك زملاء الشخص نفسه. وهؤلاء جميعاً قد يتجاهلون جانباً أو جوانب هامة من سلوك الشخص أو يفترض عن خطأ أن هذا الشخص سيتصرف بنفس الطريق التي يتوقعونها من الأشخاص الذين يوصفون تحت نفس المسمى أو نفس التصنيف المرضي (نفس التشخيص) (الشناوي، عبد الرحمن، 1998، ص ص32-33)

نشير إلى أنه لا يكفي أن نقول على سبيل المثال أن هذا الشخص عصابي وإنما يكون ضرورياً أن نحدد سلوكيات الفرد التي ينبغي تعديلها وكذلك السلوكيات التي يفتقد إليها ويحتاج إلى اكتسابها (تعلمها)، والذي يهمنا أن نؤكد عليه هو أن تقدير السلوك يركز على سلوكيات موضوعية يمكن قياسها.

9.1. أسس تقدير السلوك:

عملية تقدير السلوك تهدف إلى تحديد السلوكيات غير المناسبة ومدى تكرار حدوثها في مواقف متنوعة، ويتعامل تقدير السلوك مع السلوكيات والعلاقات بينها كما يركز على سلوكيات موضوعية يمكن قياسها. ويقال إلى أقصى درجة من عملية وضع الأشخاص في تصنيفات مرضية (باثولوجية)، فتقدير السلوك لا يهتم أساساً بأي نوع من الأنواع من الأشخاص يكون هذا العميل وإنما اهتمامه الأساسي هو ماذا يفعل؟ أي ما هي سلوكياته، وأهم ما يقوم به المعالج في هذه العملية هو تحديد السلوكيات موضوع العلاج بطريقة متكاملة لا تترك مجالاً للشك إذا كانت قد حدثت بالفعل.

تختلف الطريقة التي يتم بها تقدير السلوك اختلافاً كبيراً باختلاف نوعية العميل ونوعية

المشكلات، فقد يتم تقدير السلوك باستخدام الملاحظة المباشرة أو غير المباشرة أو من خلال المقابلة أو التسجيل الذاتي أو تمثيل الأدوار أو غير ذلك، ويشترط لنجاح الأسلوب المستخدم لتقدير

السلوك بشكل كبير أن تقوم العلاقة بين المعالج والعميل على أساس من المشاركة. (دليلة، 2018، ص ص 213-214)

منه عملية تقدير السلوك هي أول ما يقوم به المعالج السلوكي وهي عبارة عن تحديد دقيق للسلوكيات التي ينبغي تعديلها، تهدف هذه العملية إلى تحديد السلوكيات المضطربة ومدى تكرارها بطريقة متكاملة لا تترك مجالاً للشك فيها إذا حدثت بالفعل، وتقدير السلوك لا يهتم بوضع الأشخاص في تصنيفات مرضية حيث يهتم بماذا يفعل الفرد ولا يهتم بنوع السلوك، وعملية وضع الأشخاص في فئات ينتج عنه مشكلات حيث أن المعالج قد يأخذ حكم مسبق، والعميل يضع نفسه في قالب التصنيف.

من أشهر نماذج تقدير السلوك النموذج التتابعي المعروف بالحروف الثلاثة A.B.C. حيث يشير الحرف A إلى الأحداث السابقة (المقدمات)، والحرف B إلى السلوك نفسه موضع التقدير، والحرف C إلى الأحداث التي تعقب السلوك، وهذه الحروف هي الحروف الأولى للكلمات الثلاث Behavior – antécédents – conséquences

يركز في عملية تقدير السلوك على ما هو قابل للملاحظة والقياس، ويتجنب وضع الافراد في فئات لا يمكن ملاحظتها أو قياسها بشكل مباشر، كما تختلف أساليب تقدير السلوك باختلاف نوعية العميل ونوعية المشكلات، ويتوقف نجاحها على العلاقة العلاجية المهنية بحيث يمكن للمعالج أن يدرك ويفكر ويشعر من موقع العميل نفسه.

10.1. أساليب العلاج السلوكي:

تختلف أساليب تعديل السلوك باختلاف الميادين المطلوب التدخل فيها بحيث هناك تقنيات تزيد من سلوك معين وتقنيات تحذف سلوك معين وتطفه، هناك أسلوبان رئيسيان يتضمنان مجموعة من الأساليب العلاجية السلوكية وهما:

- أساليب زيادة السلوكيات المرغوب فيها: نذكر منها التقليد أو التعلم بالنيابة أو النموذج، التعميم، التدريب على التعليم الذاتي، التدريب على التحصين ضد الضغوط، التعاقد السلوكي وأخرى، تهدف لزيادة معدل تكرار السلوك المرغوب فيه وسوف نقوم فيما يلي بتوضيح البعض منها.

- أساليب حذف السلوكيات غير المرغوب فيها: نذكر منها التعزيز السالب، العقاب، الإطفاء والمحو التجاهل، التنفير، التصحيح الزائد، الاقصاء وغيرها. (يوبي، 2015، ص 155)

سنوضح فيما يلي البعض منها.

❖ أساليب زيادة السلوكيات المرغوب فيها:

- التعزيز الايجابي: عبارة عن أشياء محببة للفرد يتم تقديمها له بطريقة مبرمجة بعد قيامه بسلوك مرغوب فيه، كالجوائز والهدايا، ما يدفعه لتكرار نفس السلوك في المستقبل، شريطة تقديم التعزيز مباشرة بعد السلوك وعدم تأخيره حتى لا يفقد أهميته، يجب الانتباه الى الفروق الفردية عند تقديم المعززات فقد ينجح معزز مع فرد معين ولا ينجح مع فرد آخر لذا لا يعتبر معززا بالنسبة له.

التعزيز الرمزي: تستخدم هذه الطريقة بهدف احداث تغييرات سريعة في سلوك الاطفال وذلك من خلال زيادة دافعتهم وزيادة احتمالات قيامهم بالسلوك المناسب، ومن أهم شروطه ان لا تكون معززا بذاتها وتلفت نظر الطفل أكثر من المعزز الذي يستبدل به، كأن يقوم المعلم باعطاء التلاميذ مجموع قطع او نجوم او غيرها عند قيامهم بالسلوك المناسب، ثم بعد انتهاء الحصة يقوم التلميذ باستبدالها بأشياء محببة كالهدايا والحلوى (شعبان، 2008، ص87)

-التعزيز السالب: هو إزالة أو اختفاء مثير بعد ظهور السلوك الأمر الذي ينجم عنه تقليل احتمالات تكرار ذلك السلوك في الموقف والأوضاع المشابهة في المستقبل، وقد استخدمه سكينر بشكل فعال في تجاربه، يستخدم عند فشل التعزيز الإيجابي، وله سلبيات تتمثل في إحداث مشاعر سلبية أو إحداث كبت لسلوك مؤقت بشكل مؤقت

- التصحيح الزائد: وفي هذا الأسلوب يتم الطلب من الطفل القيام بتصحيح الخطأ الذي وقع فيه وزيادة عليه، بمعنى إجباره على أن يمارس السلوكيات الصحيحة، فالطفل الذي يعتمد سكب الماء على الأرض فإننا نطلب منه مسحها وإكمال مسح كامل الغرفة، ويعتبر هذا الأسلوب من الأساليب التي أثبتت فاعليتها في معالجة كل من السلوك التخريبي والسلوك العدوانى عند الأطفال المضطربين سلوكيا (J.Cottraux, 1990, p162)

- النمذجة: هي التغيير الذي يحدث في سلوك الفرد نتيجة لملاحظة الآخرين، فغالبا ما يتأثر سلوك الفرد بملاحظة سلوك الآخرين، فالإنسان يتعلم العديد من الأنماط السلوكية مرغوبة كانت او غير مرغوبة من خلال ملاحظة الآخرين وتقليدهم.

وهي على عدة أشكال نذكر منها:

- النمذجة الحية: يقوم النموذج بتأدية السلوكيات المستهدفة بوجود الشخص الذي يراد تعليمه تلك السلوكيات، وفي هذا النوع من النمذجة لا يطلب من الشخص تأدية سلوكيات النموذج وإنما مجرد مراقبتها فقط.

- النمذجة الرمزية: يقوم الفرد بمشاهدة سلوك النموذج فقط من خلال الأفلام أو القصص أو الكتب أو وسائل أخرى، وهذا النموذج يمكن استخدامه أكثر من مرة في الجلسات الإرشادية أو العلاجية.

- النمذجة من خلال المشاركة: يقوم الفرد من خلال هذا النموذج بمراقبة نموذج حي أولاً، ثم يقوم بتأدية الاستجابة بمساعدة وتشجيع المعالج، وأخيراً فإنه يؤدي الاستجابة بفرده.

(حسن، عصام، 2013، ص ص 193-192)

❖ أساليب حذف السلوكيات غير المرغوب فيها:

• العقاب: هو الاجراء الذي يؤدي فيه توابع السلوك الى تقليل احتمالات حدوثه في المستقبل

في المواقف المماثلة، يكون العقاب في أحد الشكلين التاليين:

- اضافة مثيرات سلبية او منفرة ويسمى العقاب في هذه الحالة بالعقاب من الدرجة الأولى

- ازالة مثيرات ايجابية أو تعزيزية ويسمى العقاب في هذه الحالة بالعقاب من الدرجة الثانية

يرى سالي Sallis أنه حتى يكون اسلوب العقاب فاعلا فلا بد من مراعاة الامور التالية عند تطبيقه:

- ان يتم توضيح سبب العقاب

- يلجأ الى العقاب كأسلوب أخير في تعديل السلوك وذلك بعد ان تفشل أساليب التعديل الأخرى.

- يجب ان لا يكون اسلوب العقاب هو النمط المميز

- إذا استخدم العقاب يستخدم أولاً أبسط أشكال العقاب

- لا يكتفي بمعاينة السلوك غير الملائم بل وفي نفس الوقت يعزز ويكافئ السلوك الملائم. (يوبي،

2015، ص 176)

* المحو (الإطفاء): وفي هذا الأسلوب يحاول المعالج محو السلوك غير المتوافق وذلك بإغفاله (غياب

التعزيز) حتى ينطفئ ذلك السلوك، وتجدر الإشارة إلى ضرورة الانتباه إلى نوع السلوك المتجاهل فقد

يكون مؤذياً للذات أو مهدداً للآخرين، وهنا لا يصلح اتباع أسلوب التجاهل وإنما لابد من إتباع

أسلوب آخر.

* الممارسة السالبة: يشتمل هذا الاجراء على ارغام الشخص على تأدية السلوك غير المرغوب بشكل

متواصل ولفترة زمنية محددة على افتراض انه سيصبح مملاً وبغيضاً في النهاية، في العادة يستخدم

هذا الاجراء لتقليل السلوكيات غير الارادية كمص الابهام، وقضم الاظافر، وكذلك تستخدم في معالجة التدخين. (مصطفى، خليل، 2006، ص ص 97-98)

- الاقصاء: يعرف الإقصاء على أنه إجراء عقابي يعمل على تقليل السلوك غير المرغوب فيه من خلال إزالة المعززات الإيجابية مدة زمنية بعد حدوث ذلك السلوك مباشرة.
- التدريب السلوكي: عادة ما يقترن أسلوب المعالجة المعتمدة على التعلم من مشاهدة أشخاص آخرين يقترن بأسلوب لعب الأدوار أو المشاركة أو ما يسمى التدريب السلوكي، ويساعد المعالج الفرد على التمرن على القيام بتصرفات أو سلوكيات أكثر تكييف، أما المواقف التي يمكن إجرائها خلال جلسات العلاج هي:
 - وقوف شخص ما أمامك في الطابور.
 - طلب صديق لك للقيام بعمل لا ترغب به.
 - توجيه مديرك في العمل احتقار لك من دون حق.
 - انزعاجك من تحدث الأشخاص الذين يجلسون خلفك في السينما.
 - قيام الميكانيكي بتصليح سيارتك لكنك غير راضي عن عمله.

يحاول معالج تعليم العميل التعبير عن حاجته بطرق مباشرة وبإرادة حرة دون أن يعدها الأشخاص طريقة عدائية لتعبير. (خميسة، 2015، ص ص 87-88)

- الاسترخاء: يعد الاسترخاء أسلوب علاجي مستقل أو مصاحب للعلاج بالتحصين التدريجي، يتم التدريب على الاسترخاء في غرفة هادئة ذات إضاءة خافتة بعيدة عن الضوضاء تحتوي اثاث بسيط من المفضل ان تحتوي الغرفة على سرير بحيث تسهل عملية الاسترخاء عن طريق استلقاء العميل عليها، فاذا لم تتوفر يمكن استخدام كرسي كبير ومريح ، تبدأ الخطوة الاولى بجلوس العميل على السرير ثم يغمض عينيه ويبدأ المعالج بخطوات الاسترخاء خطوة خطوة ومن المستحسن توجيه تعليمات، الاسترخاء يكون بصوت هادئ ويستغرق التدريب كله نصف ساعة تقريبا، كذلك يستغرق التدريب على الاسترخاء جلسيتين او ثلاث (طه عبد العظيم، 2008، ص ص 152 - 153).

مما سبق نستخلص أن أساليب تعديل السلوك متعددة ومتنوعة بتنوع هدفها، فيعد التعزيز تقوية للسلوك من خلال اضافة مثيرات ايجابية محببة و ذات قيمة عند الفرد، ويتمثل التعزيز السلبي في إزالة مثير غير مرغوب فيه مما يدفع لتكرار و استمرار السلوك المرغوب فيه، التعزيز الرمزي

يشمل توظيف المعززات الرمزية فتستبدل بعدها بمعزز آخر من أجل تحقيق السلوكيات المرغوبة، أما التصحيح الزائد فهو تكليف الفرد بواجبات إضافية لتقصيره، وقد أثبت نجاحه في تعديل كثير من السلوكيات السلبية، وتعد النمذجة من الطرق البسيطة والواضحة ليتعلم الفرد سلوكا ما وتستند الى نظرية التعلم الاجتماعي، حيث يحدث تغيير الاداء (التعلم) نتيجة ملاحظة سلوك يقوم به شخص آخر. كما أنها تتضمن ثلاثة أنواع: النمذجة الحية والنمذجة الرمزية والنمذجة من خلال المشاركة، ويعد أسلوب تقليد النموذج فعالا في اكتساب نماذج سلوك مرغوب فيه كذلك التغلب على الرهاب والمخاوف كونه يعطي فرصة للفرد في مشاهدة شخص آخر يخضع لمواقف تثير الانفعال والخوف دون التعرض لأي أذى، وأما العقد السلوكي فهو اتفاق على مجموعة أهداف يتم وضعها من قبل المعالج وعندما يحققها العميل يتم تعزيزه مع توجب الانتباه لإمكانية تحقيق الأهداف الموضوعية، من جهة أخرى نشير إلى أن الأسلوب العقابي يهدف إلى اضعاف السلوك من خلال اضافة مثير او منفر او ازالة مثير إيجابي، كان منتشر بقوة في الماضي وحاليا لا يميل إليه كثيرا من المعالجين لأنه قد يولد العنف المضاد و لأن أثره طويل المدى و محدود من جهة أخرى، أما الاطفاء فهو اهمال السلوك غير المرغوب فيه والذي يؤدي الى انتهائه بشكل تدريجي دون التنبه اليه وهو يستند الى التجاهل، بهذا فالإطفاء هو التوقف عن الاستجابة نتيجة توقف التدعيم، بالنسبة للممارسة السالبة فهي ارغام الشخص على القيام بالسلوك غير المرغوب به بشكل متواصل لمدة زمنية معينة، أما التدريب السلوكي فهو يقترن بالمشاركة ولعب الأدوار و التمرن للقيام بتصرفات وسلوكيات أكثر تكيف، كلها تلعب دور كبير وفعال في تعديل وتغيير السلوك.

11.1. أخلاقيات العلاج السلوكي:

إن العلاج السلوكي كغيره من العلاجات يقوم على أخلاقيات يجب على الأخصائي التقيد بها، منها:

العلم والخبرة والعمل لمصلحة العميل، تطبيق مبدأ اشراك العميل في تحديد أهداف العلاج ووسائله ومبدأ التدرج، سرية المعلومات، احترام المعالج لزملاء المهنة، مراقبة الذات، انهاء وتجنب العلاقة عند الضرورة، استخدام الاختبارات وأدوات القياس، البحوث والدراسات (يوي، 2015، ص 153) فالعلاج السلوكي عمل متخصص يحتاج الى حماية ورعاية من القائمين به وكذلك من جانب المجتمع الأكبر الذي يمارس فيه، ولهذا فان الممارسين يتفوقون على مجموعة من المبادئ الأخلاقية كالتي تم ذكرها ويلتزمون بها.

12.1. مزايا وعيوب العلاج السلوكي:

- يذكر حامد زهران بعض مزايا العلاج السلوكي نلخصها فيما يلي:
- يقوم العلاج السلوكي على أساس دراسات وبحوث تجريبية وعملية قائمة على نظريات التعلم، ويمكن قياس صدقها قياسا تجريبيا مباشرا، وتخضع فروضه ومسلماته إلى تفسير السلوك للتجريب العلمي
 - يركز على المشكلة والعرض، وهذا يوفر وجود محك لتقييم نتائجه.
 - متعدد الأساليب ليناسب تعدد المشكلات والاضطرابات.
 - عملي أكثر منه نظري.
 - تضيف روس Ross أن أهدافه واضحة ومحدودة.
 - يمكن أن يعاون فيه كل من الوالدين والأزواج والممرضات بعد التدريب اللازم.
 - يوفر المال والجهد والوقت لأنه يستغرق وقتا قصيرا نسبيا لتحقيق أهدافه.
- (مصطفى، خليل، 2006، ص 100)
- يستخدم بنجاح كوسيلة وقائية.
 - يعتبر بديلا ناجحا للعلاج التقليدي في علاج كثير من المشكلات السلوكية، وتطبيقاته أوسع من أي بديل آخر.
 - أثبت نجاحا ملحوظا في علاج المشكلات السلوكية عند الأطفال، وعلاج المشكلات النفسية حتى لو كان المريض يعاني من مشكلات لغوية مثلا وعلاج أمراض عصابية كالخوف والإدمان وغيرها من حالات الاضطراب السلوكي.
 - يبدو مستقبلا أكثر أمنا من الكثير من طرق العلاج التقليدي الأخرى. (كمال يوسف، 2015، ص68)
- رغم ما تم ذكره من مميزات إلا ان هذا العلاج لا يخلو من العيوب ذكر حامد زهران بعض منها كالتالي:
- الاضطرابات السلوكية يصعب تفسيرها جميعا في شكل نموذج سلوكي مبني على أساس الاشتراط.
 - يهتم بالسلوك المضطرب فقط ويركز على التخلص من الاعراض الظاهرة دون البحث عن المصدر الحقيقي للاضطرابات ودون تناول الشخصية ككل، وهذا قد يؤدي الى ظهور اعراض أخرى.
 - احيانا يكون الشفاء وقتيا وعابرا (مصطفى، خليل، 2006، ص100)

- السلوك البشري معقد لدرجة يصعب في كثير من الأحيان عزل وتحديد أنماط بسيطة من العلاقات بين المثير والاستجابة حتى يسهل تعديلها.

- النموذج السلوكي المبني على أساس الاشتراط لا يمكن أن يفسر جميع أنواع السلوك البشري والاضطرابات السلوكية

- لا يمكن أن يدعي المعالجون السلوكيون أن العلاج السلوكي هو علاج لكل أنواع الاضطرابات السلوكية ولكل المرضى النفسيين. (شعبان محمد، 2008، ص85)

من خلال ما تم تقديمه نستخلص أن العلاج السلوكي له العديد من المزايا فهو تقنية مثبتة علميا ويمكن قياس نتائجها تجريبيا وبالتالي يتم معالجته والتخلص منه كذلك له فعالية في علاج المشكلات السلوكية لدى الاطفال وعلاج المشكلات النفسية والعصبية وحالات الاضطراب السلوكي، كما يتميز بأن له وقع واضح وجلي في تغيير مسار العلاجات النفسية كونه ادخل طابع تجريبي كما اهتم بالمشكلة بحد ذاتها مما يعطينا تنوع في أساليب العلاج وريح للوقت والجهد.

بالرغم من النجاح الذي حققه العلاج السلوكي إلا انه كان عرضة لمجموعة من الانتقادات خاصة وانه كان يركز على العرض دون اللجوء للسبب، كما انه يبني نظرياته وتطبيقاته على أساس الاشتراط والذي لا يمكن أن يكون مفسر لجميع السلوكيات، كما تتمثل عيوبه في أنه لا يعالج كل أنواع المرض النفسي، كما أنه يركز على الاعراض من خلال اهتمامه بالسلوك المضطرب وبهذا فان الشفاء أحيانا ما يكون مؤقت كما أن تركيزه على السلوك وإغفاله للأفكار والمشاعر التي تشكل جزءاً هاماً من الوظيفة الشخصية.

بعد التعرف على أهم المفاهيم حول العلاج السلوكي نقدم فيما يلي بعض أساليب هذا العلاج، نبدأ بأسلوب إزالة التحسس الآلي.

2. إزالة التحسس آليا:

1.1. ظهور وتطور أسلوب إزالة التحسس آليا:

اكتشفت "فرنسيس شابيرو" في سنة 1979 بأنها تعاني من السرطان الشيء الذي جعلها تركز انشغالها حول ما يثير الحصر لدى الناس، تقول "شابيرو" كانت الأعمال التي قام بها Pelletier et Norman Cousins اهتمت بالتفاعل بين العقل و الجسد الشيء الذي سخرني و دفعني للتساؤل لماذا في المجتمع لدينا الكثير من التقدم التكنولوجي ولكن لم نكن قادرين على ادارة هذه الأسئلة عقل-جسم فقررت البحث في أشكال أقوم بها و جعلها في متناول الجمهور الكبير " هذا

كان قولها و بعدها بدأت بحثها، أوقفت شابيرو أعمالها في نيويورك و انتقلت الى كاليفورنيا ونظمت العديد من الملتقيات و الورشات التي تركزت حول العلاقة بين الجسم والعقل فبدأت دراسة علم النفس و نالت شهادة الدكتوراه (أبو اسعد، 2014، ص85)

وفي سنة 1987 بينما كانت تمشي في حديقة مملوءة بالزوار (سانتر بارك) وكانت تتذكر في ذكريات مؤلمة، ألقت وهي واعية وبعضية نظرها يمينا ويسارا فاكتشفت في نفس الوقت أن ثقل الذكريات السلبية بدأ يقل، أدى ذلك إلى افتراضها بأن هناك علاقة بين حركات العين ونقص الإحساس بالذكريات السلبية، حيث تقول شابيرو "لما كنت أعود الى التفكير في ذكريات مقلقة ولما أحرك عيناى بشكل معين فهذا التفكير يتلاشى ويتبدد والسؤال كان: على أي نوع من التفكير يمكن توظيفها؟" ثم أعادت تجربتها على نفسها وعلى أقاربها ثم على مرضاها في العلاج النفسي لمدة شهور، بعدها فكرت شابيرو في النوم المتناقض ومن هنا جاءت فكرت حركات العين، فبالنسبة لشابيرو عندما ننام ونحن نحس بالقلق من شيء معين فإننا عند استيقاظنا نحس بتحسن أحسن عما كنا قبل النوم وهذا ماجعلها تحس بوجود علاقة بين حركات العين والمسار الذي يحدث أثناء النوم وهو الشيء المشترك بين البشر. (وليد، 2011، ص ص 113-117)

في سنة 1989 تم اعتماد هذه التقنية، خلال السنوات اللاحقة تم إضافة أشكال أخرى من التحفيزات وهي الأصوات والطرق على الأشياء

2.2. تعريف العلاج بأسلوب إزالة التحسس الآلي:

هي طريقة علاج مهيكلة من عدة مكونات فعالة من مختلف المقاربات العلاجية (معرفية، سلوكية، سيكوديناميكية، العلاج بالتنويم المغناطيسي)، تعتمد هذه التقنية على مراقبة نفسية علاجية إدماجية ونموذج نظري الذي يركز على نظام معالجة المعلومات واعتبار الخبرات المؤلمة تشكل قاعدة المرض.

كما أنها علاج يكون فيه العميل مدعو أن يضع في عقله صورة الصدمة، خبرة سلبية، انفعالات سلبية وإحساسات مرتبطة بموضوع الصدمة، يطلب من العميل تحريك عينيه على الجانبين وفي الاتجاهين الأيمن والأيسر لمدة مابين 15 و20 مرة مع إصبع المعالج أو أي طريقة أخرى بحيث تسمح بتحريك العين يمينا أو يسارا.

ويستند هذا الأسلوب إلى نظرية تعتمد اعتمادا كبيرا على المفاهيم الفينولوجية المرتبطة ارتباطا وثيقا بالعمليات العصبية، طبيعة المرض والعلاج تعتمد على نموذج يسمى تسريع عملية معالجة المعلومات تكون أقرب إلى المناعة العصبية النفسية. (شعبان محمد، 2008، ص65)

نضيف أنه خلال فترة العلاج يتم استبدال المشاعر السلبية بالمشاعر الإيجابية، وتغير الأحاسيس الجسدية مصحوبة بشعور جديد من الذات باختصار، تحويل الصدمة إلى خبرات تعليمية التي تحول الشخص من شخصية مرضية إلى شخصية ناجحة ونافعة.

3.2. التدريب على أسلوب إزالة التحسين آليا:

وضعت شابيرو نموذجا يشرح عمل إبطال التحسس لحركات العين عن طريق نظام معالجة المعلومات التكوينية، يستعمل النموذج مصطلح تشغيل البيانات، فعندما يتذكر حدث فيؤدي الى اعادة الصور و العواطف و الاحاسيس الجسمية و الاعتقادات و السلوك، بمرور الوقت وفي اثناء النوم و في مرحلة حركة العين السريعة من النوم يتم انتزاع هذه الذكريات الاستطردية و نقلها لتتكامل مع الذكريات الودية، من حين لآخر فان انتزاع و نقل الذكريات الاستطردية الى الذاكرة الودية تكون بطريقة ناقصة و فاشلة مما يؤدي على استمرار اعادة الاحداث، اذا كانت الاحداث المرتبطة بها مؤلمة تؤدي الى مواصلة صيانة الذكريات الاستطردية وهو ما يؤدي عليها على نحو غير ملائم مما يؤدي الى اضطراب الكرب ما بعد الصدمة. (وليد، 2011، ص 135)

4.2. مراحل العلاج بأسلوب إزالة التحسس الآلي: نوضحها كالتالي:

- المرحلة 1: تاريخ العميل ووضع مخطط علاجي

يسعى المعالج الى إرساء علاقة ثقة مع العميل و الى تقييم جاهزيته و ملائمته لهذا العلاج، يتم تدوين تاريخ مفصل عن العميل من ابرز الاحداث التي مر بها في حياته وصحته الجسدية و الادوية التي يتناولها و الدعم الاجتماعي و الاحداث او التجارب الماضية السلبية التي لا تزال تسبب له معاناة عاطفية و حالته العاطفية و السلوكية الراهنة و الاوضاع المزعجة و مسببات التوتر اليومية و الاهداف المنشودة مستقبليا يتم بعدها صياغة مخطط علاجي يتعاون خلاله المعالج والعميل لاستهداف الذكريات الصادمة بمساعدة هذا العلاج، بهدف التوصل الى حل تكيفي.

- المرحلة 2: التحضير

يهيئ المعالج العميل لعملية اعادة معالجة الذكريات المزعجة ويشرح له نظريته ومكوناتها وخطواتها، ثم يشرح له أن هناك ثلاثة انواع من الاستثارات الثنائية وأكثر هذه الاستثارات الثنائية فعالية هي حركة العينين، اذا تعذر استخدام حركة العينين يمكن الاستعانة بأخرى، يعلم المعالج العميل أيضا كيفية تطبيق عدد من تقنيات الاسترخاء، الهدف من عملية التحضير هو مساعدة العميل على الشعور بأنه مسيطر على نفسه وفي حالة اتزان خلال جلسة العلاج و بعدها. (شعبان، 2008، ص12)

- المرحلة 3: التقييم

مرحلة التقييم هي فائقة الاهمية يقوم خلالها المعالج والعميل بتجديد الهدف أي الذكرى المزعجة التي ينبغي العمل عليها، يقوم المعالج بعد ذلك بتدوين المقياس الأساسي لردات الفعل الانفعالية والادراكية والجسدية للعميل.

- المرحلة 4: ابطال التحسس

تشتمل هذه المرحلة على معالجة مسرعة للمعلومات من خلال استعمال الاستثارة الثنائية مع الصورة الاشد ازعاجا والمعتقد السلبي عن الذات والاحاسيس الجسدية، يلاحظ العميل أي تغيير أو تبدل في الصورة والذكريات والافكار والمشاعر والاحاسيس الجسدية ويخبر المعالج بها، بعد كل مجموعة استثارة ثنائية تنتهي هذه المرحلة عندما يعلن العميل أن الصورة لن تسبب له ازعاجا.

- المرحلة 5: التثبيت

في هذه المرحلة يقوم المعالج بإرشاد العميل الى دمج النظرة الايجابية المرجوة للذات مع الصورة الاصلية المزعجة، يلجأ المعالج هنا الى الاستثارة الثنائية لتعزيز النظرة الايجابية الى الذات محسنا بالتالي ثقة العميل بنفسه ومعززا قوة الأنا لديه. (محمد سليم، 2013، ص 33)

- المرحلة 6: مسح الجسد

بهدف التحقق من بقاء اي رواسب للتوتر الجسدي، يطلب المعالج من العميل ان يجري مسحاً ذهنياً لجسده من خلال استحضاره الصورة المزعجة الاصلية من النظرة الايجابية الى الذات في حال كان اي توتر جسدي غير اعتيادي، يجري المعالج مجموعات من الاستثارة الثنائية الى أن تختفي تلك الاحاسيس.

- المرحلة 7: الاغلاق

تمثل هذه المرحلة ختام كل جلسة علاجية ويحرص المعالج خلالها على ان يغادر العميل عيادته بحالة نفسية افضل، في حال لم تكتمل عملية اعادة معالجة الذكرى الصادمة، يقوم المعالج بتوجيه وارشاد العميل عبر استعمال تقنيات الاسترخاء يستعيد العميل شعوره بتوازن مشاعره وأحاسيسه، يقوم المعالج أيضا باطلاع العميل ما يجب ان يتوقع حصوله بين الجلسة العلاجية والأخرى، ويعلمه كيفية استعمال دفتر يوميات لتدوين أي ذكرى أو حلم أو فكرة أو إحساس، يذكره أيضا استعمال تقنيات الاسترخاء بيته أو مكان عمله كلما شعر بتوتر او انزعاج.

- المرحلة 8: اعادة التقييم

تستهل كل جلسة علاجية جديدة بإعادة تقييم فيسرد العميل لمعالجه كل ما اختبره بين الجلسة الاخيرة والجلسة الحالية، يقوم المعالج بتدقيق من الذكرى المستهدفة الاصلية ليرى هل نجح العميل بإعادة معالجتها بالكامل او أنه بحاجة الى مزيد من العمل على الموضوع، هذه المرحلة مهمة جدا اذ انها تشكل مؤشرا على مدى تقدم المخطط العلاجي وعلى درجة نجاح العلاج نفسه (عائشة، 2010، ص ص 81-82).

5.2. استخدام أسلوب إزالة التحسس آليا:

تمتلك هذه التقنية فعالية في علاج الاجهاد ما بعد الصدمة وهي تطبق خاصة على نطاق واسع في المعاناة العيادية، وهناك الكثير من الأبحاث الواسعة التي تدعم استعمال EMDR وبروتوكول EMDR المعدل في علاج الصدمات الحادة سواء على مستوى الجماعات أو الأفراد

6.2. نقد أسلوب إزالة التحسس آليا:

هناك مشاكل قد تظهر أثناء عملية العلاج بهذه التقنية، خاصة مع العملاء الذين يعانون من التفكير إذا لم تتبع هذه التقنية بإجراءات تدابير تكميلية، والمشكل الأكثر مصادفة هو أن العلاج يصل إلى طريق مسدود والعميل يعلن أو يشعر بأنه لم يتغير أي شيء وأن هذا العلاج غير مجدي، هذه النتيجة التي قد تعتبر محبطة قد تكون أيضا إشارة على أنها حالة معارضة الأنا للتحويل.

هذه المعارضة قد تكون نتيجة عدم توافق داخلي على الأهداف المحددة للعلاج على سبيل المثال هناك جزء من الشخصية يرغب في احداث التغيير بينما الجزء الآخر يرفض (وليد، 2011، ص 53)، مثلا في حالة الإدمان من جهة المدمن له رغبة في الإقلاع، هناك دافع آخر للمعارضة

وابقاء الحال على ما هو عليه من جهة أخرى، لهذا على المعالج أن يعقد عقدا مع العميل يتفق من خلاله على وضع الأهداف المسطر تحقيقها حتى لا يفشل العلاج.

7.2. بروتوكول ثلاثي الأبعاد لأسلوب إزالة التحسس آليا:

ينصب الاهتمام في العلاج بهذا الأسلوب على ثلاث مراحل زمنية هي:

- الماضي : أي زمن بروز الذكريات المزعجة
- الحاضر : حيث تقبع المثيرات أو الأوضاع المزعجة اليومية أو الحالية
- المستقبل : حيث تتشكل نماذج من صور ذهنية للسلوك المستقبلي الصحي المنشود (شعبان، 2008، ص15)

فيما يلي عرض أسلوب آخر من الأساليب السلوكية الفعالة بعدما تعرفنا على أسلوب إزالة الحساسية الآلي وهو أسلوب الغمر.

3. أسلوب الغمر:

1.3. تعريف الغمر:

يرى محمد حجار أن أسلوب الغمر هو أسلوب تدريب مركز ولكنه بسيط وسريع نسبيا، هو أحد أساليب الاشرط الكلاسيكي يسمى كذلك بالإغراق أو الافاضة، يرجع الفضل في هذا النوع من العلاج إلى "جرافيتس" و لكن أول من بدأ العمل بهذا الأسلوب هو "ماليسون" 1959، يقوم هذا الأسلوب على وضع الفرد في مواجهة المثيرات و المواقف المقلقة أو المخيفة بصورة مباشرة، لقد انبثق هذا الاسلوب عن تقنية المعالجة الاستفزازية التي ابتكرها توماس ستامفل، فقد جعل ستامفل المخاوف التي يعاني منها مريض الرهاب تزول او تنفجر داخليا بعد تعرضه باستمرار للتوصيفات اللفظية للمواقف التي تخيفه خلال مدة، غير أن معظم المعالجين استنزفوا الموقف فقد يسبب اجهادا كبيرا، حتى ظهر العالم زيف واندرو الذي ابتكر المعالجة الاستفزازية المراقبة فسيولوجيا في بداية الثمانينات، حيث استعمل ضغط الدم كمؤشر حيوي لتحديد العبارات والصور الاكثر ازعاجا في التسلسل الهرمي للمواقف المخيفة للمريض وعن طريق تكثيف حدة الصور(عائشة، 2010، ص 90 - 91).

مثال: كان هناك سيدة تعاني من خوف شديد من القطط استمر معها لأكثر من 10 سنوات، وقد استخدم أحد المعالجين تقنية الغمر معها، حيث قام بإحضار قطة أي واجهها مباشرة بالمشير ثم تركها تواجه خوفها بوجوده، وبعد ساعة من المعالجة تناقصت مخاوفها بشكل كبير.

يتبين من خلال ما سبق أن أسلوب الغمر هو من بين أهم التقنيات العلاجية، تقوم على إجبار العميل على تخيل المواقف المخيفة و العمل على إبقاء هذه الأفكار في ذهنه حتى يتعود عليها، و بالتالي تزول من تلقاء نفسها، والفكرة الرئيسية التي يقوم عليها أسلوب الغمر هي التعريض السريع للعميل لذلك المثير المشروط الذي يخاف منه بدلا من تعريضه على فترات او بالتدريج، الافتراضات التي تقوم عليها تلك الطريقة هو ان تجنب الشخص للمثيرات والاستجابات التي تسبب له القلق يبعده عن الشعور بالقلق والخوف هي افتراضات خاطئة، حيث ان استجابات الفرد التجنبية لا تؤدي الى ازالة الشعور بالقلق والخوف بل على العكس تماما فهي تعمل على تعزيزه وعودته مرة اخرى.

2.3. أنواع المعالجة بأسلوب الغمر:

يطبق هذا الأسلوب إما بالواقع أو بالتخيل ونقدم فيما يلي شرحا لكلا النوعين:

- الغمر بالواقع: ويعتمد على مواجهة الفرد للمواقف التي تقلقه أو تخيفه بشكل مباشر مع عدم السماح له بمحاولة تجنبها، ويهدف ذلك إلى أن يدرك الفرد أن الشيء الذي كان يخيفه لن يترتب عليه النتائج التي كان يتوقعها، هذا ما أكده عدنان احمد الفسفوس حيث وضح أنه يعتمد على تعريض الفرد الذي يعاني من الخوف أو القلق بشكل مباشر إلى المثير الذي يبعث فيه القلق، والفكرة التي يقوم عليها هذا الاسلوب هي التعريض السريع للعميل للمثير المشروط الذي يخاف منه بدلا من تعريضه على فترات أو بالتدريج. (عدنان احمد، 2011، ص 71)

مثال: طفل في السادسة من عمره أصابه خوف شديد من الظلام اثر مشاهدته احد الأفلام حول الكائنات الفضائية، لدرجة جعلته يرفض أن يبقى بمفرده في حجرته أو للخروج منها، تمت معالجته بالتعاون مع الأسرة، بأن يطلب منه والديه أن يذهب إلى حجرته و أن يجلس و ينام على السرير و يطفىء الضوء، و يطلب منه أن يحاول قدر المستطاع ان يبقى في حجرته أطول مدة ممكنة، إذا شعر بالخوف الشديد لا يحاول إشعال الضوء لكن ببساطة يفتح الباب و يخرج سيكون

الوالدين في الخارج، و لكن دون صراخ أو أن ينادي على أحد فقط إذا شعر بالخوف يفتح الباب و يخرج بأمان. (عائشة، 2010، ص94)

- الغمر بالتخيل: ظهرت في أواخر الستينيات أول من وضعها "توماس ستامفل" 1971، تكون بالبداية بالموقف الذي يبعث بالحد الأقصى للقلق لفترة زمنية طويلة، ويأتي دور المعالج هنا لتقديم المثير المخيف على المستوى التخيلي، والهدف من المعالجة بالإفاضة أو الغمر هو معاودة الموقف المخيف بغياب الم نفسي (عدنان احمد، 2011، ص69)، يضيف عبد الستار ابراهيم أنه أسلوب علاجي بسيط يقوم فيه الفرد بتخيل مواقف تثير الخوف لديه او التفكير في افكار تسلطية و الاحتفاظ بهذه المواقف أو الافكار في ذهن المريض لمدة طويلة، على أن تكون حدتها عالية ولا نحاول تجنبها أو تحييدها الى أن نمل منها و تفقد قدرتها على الازعاج و إثارة الضيق. (عائشة، 2010، ص90)

مثال: الشخص الذي يخاف من النمل يمكن ان يعالج من خلال أن نطلب منه ان يتخيل نفسه وهو يتناول طعامه، ومجموعة من النمل بدأت تخرج من هذا الطعام، وتحيط بقمه وجسمه.

من خلال ما تم تقديمه يمكن القول أن أسلوب الغمر بالواقع يقوم على إجبار الفرد على مواجهة المواقف التي تثير لديه القلق والخوف، بشكل مباشر مع عدم السماح له بمحاولة تجنبها حتى يتيقن الفرد أن هذه المخاوف ما هي إلا أوهام ولا وجود لها في الواقع، فحين يتعرض العميل للمثير مباشرة ويواجهه دون أن يتعرض لأذى حينها يدرك لا منطقية قلقه، فيتجه مباشرة وبفعالية نحو تعديل سلوكه، كما يقوم هذا الأسلوب على زيادة فترة التعرض للموضوع المخيف حتى تنطفئ المشاعر والسلوكيات المرضية، ويهدف بذلك إلى أن يدرك العميل أن الشيء الذي يخيفه لن يترتب عليه النتائج التي كان يتوقعها.

هذا الأسلوب اثبت نجاحه في علاج هذه المخاوف، ويمكن للعلاج بالغمر بالتخيل أن يكون كمهد للغمر بالواقع، حيث أن الغمر بالتخيل يكون من طرف الأخصائي النفسي اتجاه العميل و الذي يقوم على إخضاع العميل للتخيل المواقف التي تثير توتره و قلقه، وهذا يكون عن عمد يقوم به الأخصائي اتجاه العميل للتخلص من هذه الافكار والتوترات، وهو أسلوب يعتمد على مدى قدرة الفرد على التخيل، حيث يطلب الأخصائي النفسي من العميل أن يتخيل أحد المواقف التي تخيفه ثم يعطي العميل سلسلة من المؤثرات المحدثة للقلق ليتخيلها، أي أن يقوم الأخصائي النفسي بتحويل الأمر وذلك بهدف إبقاء العميل في حالة من القلق الشديدة لمدة طويلة.

3.3. خطوات تطبيق أسلوب الغمر:

وضع "إيمانويل" خطوات تساعد على التدريب على أسلوب الغمر نلخصها كما يلي:

- بمساعدة المعالج تحدد أولاً المواقف والمثيرات المسؤولة عن الانفعالات العاطفية.
 - تقييم المواقف من خلال بعض الأسئلة مثل: - ما أهم شيء يتمنى العميل ان يتغلب عليه
 - ما الشيء الذي يتجنبه دائماً ويرغب في التغلب عليه ومواجهته
 - ما الشيء الذي يرغب في القيام به ولكنه يخشاه
 - ما الذي يدفعه للتراجع
- ومهم في هذه الخطوة أو المرحلة عدم التردد في البحث على معلومات أكثر.
- نبدأ التعريض عادة في جلسات مع المعالج لكن مهم التدريب عليها في المنزل، وتكون مواجهة هذه المثيرات، ولكي تكون الجلسة فعالة يجب ان تستثار درجة معينة من العاطفة لكن لا تكون مرتفعة جداً يكفي فقط ان تكون ملحوظة.
 - البقاء على اتصال مع ذلك الوضع دون تجنبه حتى تلك الكثافة العاطفية تنقص ربع منها
 - يجب ان يبقي العميل في مواجهة هذا الموقف المثير حتى يعتاد عليه ويصبح الوضع غير مخيف، فلا بد من ترسيخ هذه الوضعية حتى يستطيع التعامل معها مستقبلاً إذا تم التعرض لهذه الوضعية،
 - إعادة الجلسات يوميا وقدرة المستطاع إلى الشعور بأن الموقف المعرض له لا يشكل خطر أو عائق للفرد. (Granier, 2011, p p 46-48)
- في نفس المجال قدمت قنون خميسة ستة خطوات لطريقة الغمر بالتخيل وهي:
- مقابلات التشخيص: يحدد فيها المعالج الظروف التي تثير العصبية والقلق عند العميل.
 - التدريب على الأفكار المحايدة: يطلب من العميل أن يغلق عينه ويتصور مناظر محايدة، ويطلب منه من وقت لآخر أن يركز على تفاصيل هذه المناظر.
 - جلسات معالجة الكبت: يلجا المعالج إلى جعل المريض يعيد الأفكار المحايدة التي تم تطبيقها في المرحلة الثانية، ثم يتحول إلى جعله يتخيل أفكارا تثير ردة فعل لديه مثل الخوف والقلق أو الشعور بالذنب، وهذه الأفكار هي التي تقف وراء أعراض المرض أو مشاكله فالعلاج في هذه المرحلة هو أن يرغب العميل على التفكير بالأشياء التي تثيره والتي تخفي وراءها مشاكل العميل.

- وضع افتراضات تقريبية: بما أنه من الصعب تحديد كل ما يثير العميل بدقة بسبب أن هناك أمور في ماضيه لا يرغب في الحديث عنها، فيتوقع المعالج هذه الأمور أو أي أشياء أخرى أن تثيره حتى يصل إلى درجة من التشابه بين ما يتوقعه وبين الحقيقة.

- الواجبات المنزلية: خلال مدة العلاج تتراجع تأثير المثير ويطلب من العميل التدريب على ذلك من خلال إعطاء واجبات بيتية (خميسة، 2015، ص ص 68-70)

كما وضع محمد عبد المصطفى بعض التعليمات لتطبيق أسلوب الغمر نلخصها في محاولة قراءة موقف أو فكرة بصوت عال ثم إضافة مزيد من التفاصيل إليها والنظر إلى أي مدى تبدو مخيفة ثم وصف العميل للخوف الذي يشعر به بأقصى درجة ممكنة من التفصيل والوضوح، كما لو أنه يعايشه الآن بشكل فعلي، إذا كانت الفكرة بصدد إغراق العميل بالصورة المثيرة للخوف، يجب محاولة الاستمرار والاحتفاظ بها في ذهنه ليس مقاومتها بأفكار أو عبارات ايجابية لتثبيط تأثيرها. مثال: لا يمكن ان يحدث هذا سوف تنتهي قريباً ان الامر ليس بهذا الحد من السوء وهكذا، ثم التوقف عندما ينخفض أعلى مستوى بعدم الارتياح إلى النصف، ولا يجب التوقف عن ذلك قبل انقضاء الوقت المحدد لان التوقف المبكر يعد شكلاً من أشكال التجنب، والتجنب الناجح سوف يكون بمثابة تعزيز للخوف وقد يجعله أكثر حدة في المرة القادمة. (كمال يوسف، 2015، ص122)

من خلال ما تم عرضه نجد أنه يشترط في أسلوب الغمر تعريض العميل سواء عن طريق التخيل أو بالواقع لمثير القلق أو الخوف، بطريقة مباشرة وبقوة أي دون التدرج في ذلك مع عدم ترك مجال لانسحاب العميل من التعريض للمثير، وهذا بعد التعرف والتشخيص الدقيق لمثير الخوف أو القلق عند العميل، ويمكن لهذا الأخير التدريب على هذا الأسلوب بالمنزل على شكل واجب منزلي مع ضرورة تكرار التعرض حتى الوصول إلى حالة لا تأثر، أي أن الموقف المثير يفقد فاعليته و يصل العميل إلى الشعور بأن المثير أو الموقف المعرض له لا يشكل خطر أو عائق بالنسبة له، يجب الإشارة إلى أن على المعالج التأكد من صحة العميل الجسدية قبل التطبيق مع ضرورة أخذ موافقته مسبقاً، وخلال هذه الخطوات نقدم التعليمات التي تقوم على تسجيل كل ما يقوله العميل وكل ما يثير خوفه بالإضافة الى التعبير فيها عن مشاعره وعواطفه، و يسأل عن طبيعة هذه الأفكار التي تدور في رأسه وهل يمكن له مواجهتها والتغلب عليها.

4.3. فعالية أسلوب الغمر ومتطلباتها:

الغمر حسب ما كلين عادة ما يكون هو الملاذ الأخير في العلاج نظرا لكونه أسلوب مزعج يتقبله العميل بتردد، له فاعلية في علاج الإشكال البسيطة للرهاب وغير ذلك، كما أن هناك فعالية في الحد من الأفكار التسلطية غير المصحوبة بسلوكيات قهرية مثل الخوف من فقدان التحكم أو الإصابة بأذى أو الإصابة بالجنون، ولأن أسلوب الغمر يجعل ضغط الدم يتصاعد لمدة زمنية ممتدة، فينبغي عدم تجربته إذا كان مشكل صحي مثلا ارتفاع ضغط الدم أو تاريخ مرضي للإصابة بالأزمات القلبية أو السكتات الدماغية، كذلك يحظر استعمال هذه التقنية فقد يمكن أن يكون هناك احتمال للإتيان بحركة مخيفة أو الانتحار أو إيذاء الآخرين. (شعبان محمد، 2008، ص132)

ويعد أسلوب الغمر فعال جدا، اثبتت فعاليتها في دراسات وبحوث علمية عديدة ولكن للحصول على آثار جيدة يجب اتباع بعض القواعد نذكرها كما يلي:

- يجب التعرض إلى موقف او اثنين محددتين حتى تتم معالجتهم قبل الانتقال الى موقف آخر
 - يجب ان يؤدي التعريض الى قلق قابل للتنبؤ به ويمكن التحكم فيه حتى نعتاد عليه.
 - يجب أن يكون التعريض كليا دون تحايل لتقاعديه
 - يجب ان تكون ممتدة حتى ينخفض ذلك القلق على الأقل 50 أو 60 بالمئة
 - يجب أن يكون التعريض منظم ويومي في المنزل على النموذج المطبق مع المعالج.
- (Granier, 2011, p p 45 - 46).

بعدما تعرفنا على أسلوب الغمر نتعرف في الجزء التالي على أسلوب آخر هو أسلوب تأكيد الذات كأسلوب علاجي سلوكي فعال.

3-5- إيجابيات وعيوب أسلوب الغمر:

الغمر يستخدم مع المواقف التي تثير مشاعر الخوف والقلق حيث يكون القلق مرتبط بأفكار متكررة، ومن المميزات الرئيسية لأسلوب الغمر أنها توفر الوقت والجهد على المعالج وأنها أسرع في تأثيرها من التحصين التدريجي أما من عيوب هذه الطريقة فإنها لا تنفع مع مرضى القلب والجهاز التنفسي أما العيب الأساسي فيها هي أنها قد تزيد من قوة الاستجابة المشروطة من خوف أو قلق بدلا من أن تطفئها. (عائشة، 2010، ص95)

إضافة إلى ما تم ذكره يمكن القول إنه ليس من السهل التكهّن بما إذا كانت النتيجة ستكون انطفاء الاستجابة غير المرغوبة أو زيادتها.

4. أسلوب تأكيد الذات:

1.4. تعريف تأكيد الذات:

أشار كل من ولبى وسالتر إلى هذا الأسلوب.

يعرف عبد اللطيف أبو أسعد هذا الأسلوب أنه إحدى الأساليب العلاجية التي تهدف إلى زيادة قدرة العميل على القيام بسلوك يعبر من خلاله عن مشاعره السلبية مثل الغضب والضيق، كذلك عن مشاعره الايجابية مثل الفرح والحب والامتناع، ومن خلال هذا السلوك يحقق العميل ميزات اجتماعية هامة ويشعر بالراحة والرضا عن الحياة، ولهذه الأسباب يعتبر السلوك التوكيدي استجابة مضادة للقلق، كما يعرف بأنه القدرة على ممارسة الحق الشخصي دون الاعتداء على حقوق الآخرين، ويتضمن التعبير عن المشاعر والأفكار بصدق وبمعنى آخر التعبير عن الذات. (عبد اللطيف، 2014، ص 141)

يعرفه عدنان أحمد الفسفوس أنه سلوك إجرائي لتحسين الثقة بالنفس والتخفيف من الخجل والانسحاب من المواقف الاجتماعية وعدم القدرة على التعبير على المواقف والأفكار والاتجاهات (عدنان أحمد، 2011، ص74).

منه تأكيد الذات هو من أساليب تعديل السلوك، وهو قدرة الشخص على التعبير الملائم - لفظاً وسلوكاً- عن مشاعره وأفكاره وآرائه ومواقفه تجاه الأشخاص والأحداث والمطالبة بحقوقه دون ظلم أو عدوان، بتعبير آخر تأكيد الذات هو القدرة على التعبير عن كل ما هو داخلي ويخص الفرد بطريقة مباشرة ومناسبة مع احترام حقوق الآخرين، كما يعتبر تأكيد الذات من الامور الدالة على الصحة النفسية.

ضعف تأكيد الذات يؤثر سلبا على الافراد فيزيد من الاكتئاب والقلق والخوف الاجتماعي، ومن ثم يؤدي الى مضاعفات اجتماعية ووظيفية وتعليمية وكل هذا يؤدي الى تقليل تقدير الذات على المدى البعيد، هدفه مساعدة الفرد من أجل تكوين علاقات فعالة مع الآخرين، وهو الأسلوب المطلوب والفعال لتعديل السلوك غير سوي في العلاقات بين الأشخاص، على أساس افتراض أن للفرد الحق في أن يكون ما هو عليه وأن يعبر في حرية عن مشاعره طالما أنه لن يسبب الأذى لأحد، مع الإشارة إلى أنه أحد الأساليب السلوكية المستخدمة في تحسين الثقة بالنفس وزيادة قدرة الفرد على التعبير عن مشاعره وأفكاره واتجاهاته، أمام الآخرين دون خوف على صورته وآراء من حوله.

2.4. الخصائص السلوكية للذات المؤكدة والخصائص السلوكية للذات غير المؤكدة:

تتمثل سلوكيات الذات المؤكدة في الوسطية بين الإذعان للآخرين والتسلط والاعتداء عليهم، والوسطية في مراعاة الفرد لمشاعر الناس وحقوق الذات، كما يتوافق فيها السلوك الظاهري من أقوال وأفعال مع السلوك الباطني من مشاعر ورغبات وأفكار (عدنان احمد، 2011، ص75)

تتمثل سلوكيات الذات غير المؤكدة في عجز الفرد عن التعبير عن عواطفه ورغباته وآرائه، أو القيام بذلك بطريقة غير مباشرة على حساب حقوقه الخاصة، والتعبير عن رغباته ومشاعره بسلوك عدواني، وأحيانا يتعدى على حقوق الآخرين بطريقة غير مناسبة، والتلاعب السلوكي الذي يتميز بالتعبير عن مشاعره وأفكاره ورغباته بهدف الدفاع عن حقوقه وإشباع رغباته بطريقة غير مباشرة وغير شريفة وعلى حساب حقوق الآخرين. (Charlout, 2014, p p5-6)

كما يضيف احمد عبد اللطيف ابو اسعد سلوكيات أخرى تتمثل في الاكثار من الموافقة الظاهرية: "نعم"، "حاضر" في غير وقتها المناسب، وضعف القدرة على الرفض المناسب في الوقت المناسب، كذلك تقديم مشاعر الآخرين على مشاعره وحقوقه، وكثرة الاعتذار للآخرين عن أمور لا تدعو للاعتذار، وضعف القدرة على التعبير عن المشاعر والرغبات والانفعالات، وضعف القدرة على إظهار وجهة نظر تخالف آراء الآخرين ورغباتهم، وضعف الحزم في اتخاذ القرارات والمضي فيها وتحمل تبعاتها، وضعف التواصل البصري بدرجة كبيرة. (شعبان، 2008، ص165).

كما تختلف عواقب ضعف توكيد الذات من شخص لأخر باختلاف الظروف، ولكن كثيرا ما يصاب هؤلاء بالاكتئاب والقلق والرهاب الاجتماعي إضافة إلى المضاعفات الاجتماعية والوظيفية والتعليمية.

منه الشخص المؤكد لذاته هو شخص يكون وسط في علاقاته وأفكاره، حيث تكون متناسبة مع أفعاله وسلوكياته، أما غير المؤكد لذاته فهو يتميز بالعجز عن التعبير أو يعبر بأسلوب عدواني أو بتلاعب سلوكي، كذلك يكثر من الموافقة الظاهرية في غير وقتها أو يكثر من الاعتذار، ويتصف بضعف القدرة على الرفض في الوقت المناسب وتقديم مشاعر الآخرين على مشاعره، وضعف الحزم في اتخاذ القرارات.

3.4. فوائد توكيد الذات:

- من خلال هذا الأسلوب يمكن مساعدة العميل عن طريق ما يلي:
- يتعلم تحديد مشاعره وآراءه وأفكاره.
 - كذلك معرفة حقوقه وحقوق الآخرين في محيطه.
 - التواصل فيتدرب على استعمال أساليب خاصة لكي يطور نوعية تبادل في علاقاته الشخصية بمعنى يوضح مشاعره وأفكاره وآرائه ويعمل على جعل الآخرين يحترمون حقوقه هذا بموازات احترام حقوق الآخرين (Charlout , 2014, p p5-6)
 - نضيف إلى هاته الأهداف مساعدة العملاء الذين يعانون من مشكلة عدم توكيد الذات على التعبير عن افكارهم ومشاعرهم والمطالبة بحقوقهم بحيث لا يلحق الأذى بالآخرين
 - يقوم هؤلاء العملاء بسلوكيات مقبولة اجتماعيا وان يقولوا "لا" إذا كانت المواقف تتطلب ذلك
 - زيادة مقدرة الفرد في المشاركة في السلوكيات التوكيدية المختلفة
 - خلق شعور عظيم لدى الفرد بأنه موجود ومقبول اجتماعيا (عدنان أحمد، 2011، ص74)
 - في نفس السياق يضيف عبد اللطيف أبو أسعد فوائد أخرى لهذا الأسلوب هي:
 - يولد شعورا بالراحة النفسية ويمنع تراكم المشاعر السلبية
 - يحافظ الشخص على حقوقه ومصالحه ويحقق أهدافه
 - يقوي الثقة بالنفس
 - يعطي انطلاقا في ميادين الحياة فكرا وسلوكا بعد التخلص من المشاعر السلبية المكبوتة. (عبد اللطيف، 2014، ص164)
- إذن تتمثل فوائد السلوك التوكيدي في انه يخلق لدى الفرد شعورا بالراحة النفسية وتحسين قدرته على التوافق الاجتماعي وعدم كبت المشاعر، وهذا الأسلوب يستهدف مساعدة الأفراد على التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم والمطالبة بحقوقهم، بحيث لا يلحقوا الأذى بالآخرين وان يقوموا بسلوكيات مقبولة اجتماعيا، وتعلم مهارات الاتصال والتفاعل مع خلق شعور لدى الفرد بأنه موجود ومقبول اجتماعيا، يبقى الهدف الأساسي تنمية الثقة بالنفس والمطالبة بحقوقه التي يستحقها دون ظلم او عدوان، والقدرة على التعبير على مشاعره الايجابية أو السلبية دون شعور بالذنب.

4.4. خطوات التدريب التوكيدي:

يطبق هذا الأسلوب عبر خطوات متتالية وهي كما يلي:

- التخمين الأولي:

في هذه الخطوة لابد من تحديد درجة انزعاج العميل من خلال أسئلة مثل: هل تجامل أصدقائك؟ هل تعتذر عندما تخطئ بالشكل الصحيح أم المبالغ فيه؟ هل ترفض طلبا غير عادل من شخص ما؟

ويلاحظ بان الشخص غير المؤكد غالبا ما يجيب بـ"لا" على معظم هذه الأسئلة.

- مناقشة مفهوم التدريب التوكيدي مع العميل:

بعد أن يتعرف المعالج على أن مشكلة العميل تعكس افتقاره الى التوكيد يقوم بتعريف العميل بهذا الأسلوب ويشاركه بالنقاش حول مبررات التدريب التوكيدي. (حسين، 2005، ص159)

- قياس الخط القاعدي:

فيه يتعرف المعالج بشكل محدد ودقيق على الدلائل اللفظية وغير اللفظية التي تظهر عدم التوكيد، ويتعرف على عواطف وانفعالات العميل التي تدل على عدم التوكيد، ويبين له نتائج عدم توكيده لذاته وكيف يمكن أن يتغير سلوكه عندما يصبح أكثر توكيدا.

- تطبيق الإجراءات المدعمة على العميل:

باستخدام التقنيات والاستراتيجيات التي أرفق بعضها بعد هذه الخطوات.

- الوظائف البيئية:

تعطى يوميا لمساعدة العميل على التخلص من عدم التوكيد في الحياة مثل حديث الذات، النظر إلى الناس بأعينهم، حديث التحية والحديث عن المشاعر. (عبد اللطيف، 2014 ص ص168-169)

من خلال ما سبق نستخلص بأن خطوات التدريب التوكيدي تتمثل في تحديد درجة الانزعاج

أولا من خلال طرح مجموعة الأسئلة، ثم مناقشة مفهوم السلوك التوكيدي وتعريف العميل بتقنية توكيد الذات والهدف من هذه التقنية، بعد ذلك يقوم المعالج بالتعرف على الدلائل اللفظية وغير اللفظية التي تظهر عدم التوكيد، والتعرف على الانفعالات والعواطف التي تدل على عدم التوكيد، التبيان للعميل لنتائج عدم التوكيد وكيف يمكنه ان يغير سلوكه إلى أكثر توكيد، إضافة إلى استخدام

تقنيات واستراتيجيات يمكن الاستعانة بها، مثل الواجبات المنزلية التي تضمن لنا التكرار وإعادة التأهيل لكسب سلوكيات سوية، ويمكن مساعدة الافراد الذين يعانون من عدم توكيدهم لذاتهم عن طريق الوقاية من خلال تشجيع المربين والآباء لهؤلاء الافراد على أن يكونوا اجتماعيين، وتشجيع ثقة الأفراد بأنفسهم، وأن يقدم الآباء والمربون لهؤلاء الأفراد الجو الدافئ والريح وإشعارهم بأهميتهم.

5.4. فنيات وأساليب التدريب على تأكيد الذات:

يمكن مساعدة الأفراد على اكتساب السلوك التوكيدي بإتباع عدة أساليب علاجية سلوكية نذكر منها الأساليب التالية:

-النمذجة: يعرض المعالج استجابات سلوكية أمام الفرد فيقوم بتقليدها أو بتعريضه لنماذج مصورة تشتمل على استجابات مؤكدة.

-التعزيز الاجتماعي: في حال إتقانه للاستجابات المؤكدة يتم مدحه والثناء عليه

-تقليل الحساسية للخجل: اشراك الفرد في المناسبات الاجتماعية وتدريبه على الاسترخاء

-استخدام الهرم: عن طريق قيام المعالج بإعداد هرم يشتمل على المشكلات غير المؤكدة

للعمل والتي تثير الخوف والقلق لديه (خميسة، 2015، ص132)

-التغذية الراجعة: وذلك بتقديم المعالج تغذية راجعة للعمل عن السلوكيات الايجابية والسلبية، وعن استخدامه للسلوكيات المؤكدة وغير المؤكدة لكي يبتعد عن السلبيات ويستمر في الإيجابيات.

- لعب الدور: ان يقوم المعالج بدور الاهل او المعلم او الصديق او اي دور يشعر العميل بالضيق في التعامل معه، ويلعب العميل دوره كطفل ويمكن عكس الدور، والهدف من ذلك هو التدريب على اكتساب مهارات التعامل مع الاخرين.

-الواجبات البيتية: وذلك بتكليف المسترشد بواجبات بيتية محددة يطلب منه القيام بها مع مواقف حياتية يتضايق منها ومن ثم يطلب منه تمثيلها في المرة القادمة وبعد ذلك يقدم له التغذية الراجعة والتعزيز المناسب. (عدنان احمد، 2011، ص 77-79)

يضيف فيصل محمد خير الزراد في نفس المجال أساليب أخرى هي:

- أسلوب تطبيق المشاعر والتعبير عنها بصوت مرتفع مع اسلوب المعارضة اذا كان هناك اختلاف في الراي مع الاخرين.

- تعويد العميل على استخدام كلمات مثل (انا _ في اعتقادي _ انني ارى _ غير موافق _ غير صحيح...)

- التدريب على بعض المهارات الاجتماعية التي يجد المعالج أن فيها قصورا لدى العميل ويتم ذلك عن طريق المحاكاة واطافة الى التدعيم الاجتماعي من قبل المعالج. (حسين، 2005، ص177)

ويضيف عبد الستار ابراهيم التدريب على احداث استجابات جسمية مناسبة: فمن الضروري ان تكون الاستجابات البدنية ملائمة ومن المهم ايضا التنبه الى هذه الاستجابات، مثل نبذة الصوت اذ يجب ان يكون قاطعا عاليا واثقا، كذلك التقاء العيون مباشرة بالشخص او الاشخاص الذين نتحدث معهم كذلك تشكيل الجسم وحركاته، فاستخدام عدد كبير من الاشارات باليد والذراع تساعد الشخص على التحرر من قيود التعبير، ومن المهم أن تكون تعبيرات الوجه ملائمة للمشاعر ولمحتوى الكلام.

(كمال يوسف، 2015، ص156)

في نفس السياق يضيف احمد عبد اللطيف ابو اسعد أساليب أخرى تساعد في توكيد الذات

هي:

-التعبير البسيط الفعال: وهو ان يستجيب الفرد للمواقف المسببة للإزعاج بكلمات بسيطة ذات معنى ودون ان تسبب له اي توتر

-اسلوب التصعيد: إذا لم تحقق الاستجابة البسيطة الفعالة النتيجة المرجوة نلجأ الى التصعيد وهي تقديم استجابات أكثر قوة وشدة من قبل ولكن عليه ان يستخدمها في المواقف التي تستدعي ذلك

- الاصرار على المواقف: اي اصرار الفرد على الموقف الذي يعتقد انه صحيح حول مسألة معينة، والتعبير عنه بطرق متنوعة وعبارات تحمل نفس المعنى، حتى يتيقن الفرد الاخر من انعدام الحصول على ما يريد من الشخص المصر.

- تكرار السلوك: ويقصد به رؤية الفرد لموقف معين سواء كان واقعيا او من خلال فيلم يمثل فيه شخص مؤكد لذاته، ومن ثم يمثل هذا الدور عدة مرات الى ان يصل لدرجة الاتقان.

-اذابة الثلج: اي تدريب الفرد على المبادرة بطرح فكرة او تقديم معلومة مع الاخرين، مما يسمح له اقامة علاقات مع اشخاص يعرفهم ولا يعرفهم، وهنا يتم تدريبه على فنية طرح الاسئلة المفتوحة والابتعاد عن الاسئلة المغلقة.(عبد اللطيف، 2014، ص 325)

وعليه يمكن القول أنه توجد العديد من الفنيات و الأساليب المتبعة من اجل القيام بتعديل سلوكيات الأفراد الذين يعانون من عدم توكيد الذات، وهي متنوعة يستخدمها الفرد للتكيف مع الواقع من بينها نمذجة تغذية راجعة ..الخ، كذلك من بين الفنيات والأساليب التي تساعد الأفراد على اكتساب السلوكيات التوكيدية التشجيع على التعبير المتعمد عن الانفعالات والمشاعر، بكلمات مريحة مسموعة

وبطريقة تلقائية وتقبل المدح والثقة في أداء الأدوار وتدريب المهارات الاجتماعية وإحداث استجابات بديلة ملائمة للتعبير الشعوري.

يجب على المعالج معرفة درجة الانزعاج لكي يستطيع التدرج ويبدأ بوضع مدرج للسلوك التوكيدي المراد تطبيقه، طبقاً لواقع العميل وما يعانيه بحيث يبدأ بالأهون فالأشد منه، وممارسة أسلوب التكرار أي إعادة السلوك والتدريب عليه مراراً حتى إتقانه، كذلك استخدام أسلوب الاستجابة الفعالة أي استعمال السلوك التوكيدي الذي يحقق المطلوب الأدنى بأدنى ثمن نفسي، والبدء بذلك قبل البدء بما هو أشد منه، واستخدام أسلوب التصاعد في السلوك التوكيدي، وحتى يكون الأسلوب أكثر فاعلية يجب أن نشرحها للمفحوص لكي تزداد درجة اندفاعته واستجابته، كما نشرح للمفحوص نتائج عدم توكيده لذاته والعواقب التي قد تتجم عن ذلك، وأخيراً نعطيه تمارين منزلية تضمن لنا التكرار وإعادة السلوك ذاته.

ثانياً: العلاجات المعرفية:

1. ظهور وتطور العلاجات المعرفية:

تعتبر المدرسة المعرفية من أحدث مدارس علم النفس بصفة عامة وفي مجال العلاج النفسي بصفة خاصة، فكانت العملية العقلية بعيدة عن بال الباحثين في المدارس السابقة لها سواء في تفسير السلوك السوي أو المرضي، أو في علاج الاضطرابات النفسية وفي الوقت الحالي المدرسة المعرفية لها صدى كبير في تفسير الاضطرابات النفسية وعلاجها (محمد سليم، 2013، ص44).

في السنوات الأخيرة برز توجه يركز على أهمية الجانب المعرفي من شخصية الأفراد في توافقيهم النفسي والاجتماعي بوجه عام، وفي تكيفهم مع مقتضيات البيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها ويتفاعلون مع عناصرها المختلفة بوجه خاص، من بين الاهتمامات التي تبلورت دور الجانب المعرفي في تناول انفعالات الأفراد وتقديرها وما يمكن أن يؤدي إليه من أشكال سوء التوافق، في هذا الإطار تعد نظرية إيليس Ellis في العلاج العقلاني الانفعالي ذات إسهام ملموس (إسماعيل، زغبوش، 2009، ص54).

ظهر العلاج المعرفي الذي يتوجه إلى أن التفكير أدى إلى سلوك معين وتطور، في بداية الخمسينات استناداً إلى نظريات بافلوف وعلم النفس السلوكي حيث شكل اتجاه جديد للعلاج (Ginger, Edmond , et autre, 2012, p211)، ظهر بالولايات المتحدة الأمريكية على يد

Albert Ellis، Aaron Beck (وكلاهما معالج نفسي)، إن العلاج العقلاني الانفعالي لأليس Ellis والعلاج المعرفي الذي طوره بيك Beck يعتبران الأسلوبان الأقدم والأكثر انتشارا في هذا الميدان، وكان بيك Beck يمارس التحليل النفسي قبل أن يتبنى العلاج المعرفي لما اقتنع بأن تقنيات التحليل النفسي والمبادئ القائمة عليه لا تفضي إلى نتائج سريعة وإيجابية، واقتنع بضرورة اعتماد مقاربة علاجية جديدة هي المقاربة العلاجية المعرفية. من رواد العلاج المعرفي نذكر ألبرت أليس الذي دارت أعماله حول العلاج العقلاني انفعالي، وكذلك أعمال أيرون بيك الذي استخدم العلاج المعرفي في علاج الاكتئاب وأعمال ميكنبوم 1977 وبنادورا 1969-1982 (عائشة، 2010، ص44).

نضيف ان الرواد كلهم عملوا على إدماج الاتجاهين معا أي الإتجاه المعرفي مع الإتجاه السلوكي بحيث يمكن علاج طريقة التفكير وتغيير المشاعر بطريقة تقوم على الحوار وتعديل فكرة غير منطقية، منهم ألبرت أليس الذي وصف العلاج المعرفي بأنه عبارة عن مدرسة حكمة ورقي تهدف الي تقبل الفرد لذاته.

2. العلاج العلائقي الانفعالي لأليس (R.E.T) (Rational Emotional Therapy) :

1.2. تعرف العلاج العقلاني الانفعالي لأليس:

يرى شاهين وجرادات يقوم هذا العلاج على تعليم الأفراد كيف يحددون أنظمة المعتقدات لديهم إلى حد كبير وكيف يشعرون حول الأحداث في حياتهم وكيف يتصرفون حيالها. (شاهين، جراتاد، 2012، ص127).

يرى سرى أنه أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي، رائده "البيرت أليس" وهو علاج مباشر وتوجيهي يستخدم فنيات معرفية وانفعالية لمساعدة المريض لتصحيح معتقداته اللاعقلانية وتحويل معتقدات لا معقولة التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي إلى المعتقدات يصحبها ضبط انفعالي وسلوكي. (سرى، 2000، ص171).

تري عائشة نحوي أنه علاج يعتمد على تصحيح الأفكار الخاطئة عند المريض بمعنى آخر العلاج يكون معتمدا على المفاهيم الموجودة لدى المريض المشوهة والخطئة كما هي بحيث يمكن إعادة بنائها وتشكيلها بمدركات تغير سلوكه بكل بساطة عن طريق صياغة اكثر واقعية للخبرات بواسطة تقنيات معرفية مختلفة. (عائشة، 2010، ص 44).

يضيف جمال محمد بأن هذا العلاج من أساليب العلاج النفسي يرى أن المشكلات الإنسانية لا تنجم عن الأحداث والظروف بحد ذاتها، وإنما عن تفسير الإنسان وتقييمه لتلك الأحداث والظروف.

يعتقد "ألبر أليس" أن السبب وراء الانفعال والسلوك هو اعتقادات الإنسان وأفكاره حول الأحداث التي يتعرض لها، لذا فإن المعالجة تشمل مواجهة الإنسان وتحديه بهدف تنفيذ تلك الاعتقادات ودحضها وتطوير طرق جديدة في التفكير تتصف بكونها منطقية وعقلانية. (دليلة، 2018، ص ص 273-274).

كما يعتقد أليس بوجود ميل فطري لدى البشر للتفكير بشكل غير عقلائي وقد تلعب العوامل والمتغيرات الفسيولوجية دورا بالتأثير على مثل هذا التفكير. وقد طور أليس هذا الاتجاه وقدم نموذج (A.B. C.D.E) بالعلاج المعرفي. (سامية، 2007، ص 204)

أشار محمد الشناوي سنة 1994 إلى الفكرة التي عبر عنها "أليس" بقوله "عندما يفعلون فإنهم أيضا يفكرون ويتصرفون، وعندما يفكرون فإنهم أيضا يفعلون ويتصرفون"، ولكي نفهم سلوك قهر الذات يجب أن نفهم كيف يشعر الناس ويفكرون ويدركون ويتصرفون. (حسين، 2005، ص 92)، فلا يمكن فصل الجسد عن الانفعالات حيث هناك ارتباط بين الجسد و الانفعالات، مهما كانت نوع العاطفة المؤثرة علينا إيجابية أو سلبية، نحن نعلم ذلك وجسدا يشير لذلك بطريقته، بمعنى آخر الانفعالات باختلافها يعبر عنها الجسد من خلال أعراض ظاهرة على شكل سلوكيات أو أعراض فزيولوجية، كما يجب الإشارة إلى أن الاعراض الجسدية المصاحبة للشعور ليست ذاتها عند كل الأفراد (Regard, Eyrolles, 2007, p p 17-18).

يمكن القول إن العلاج العقلاني الانفعالي هو أحد أساليب العلاج النفسي، يقوم بتحديد أنظمة المعتقدات اللاعقلانية ومحاولة إلغائها أو استبدالها بأخرى عقلانية، يستخدم لتصحيح أفكار خاطئة ويعتمد المعالج على العمليات عقلية مختلفة لضبط انفعالات وسلوك المريض، كما يعد أحد الأساليب العلاجية التي يتم فيها تحويل معتقدات العميل اللاعقلانية إلى أفكار ومعتقدات معقولة انفعاليا وسلوكيا. يقوم هذا العلاج على مبدأ أن هناك علاقة بين التفكير والانفعال، وعند التفكير بعقلانية يكون الإنسان فعالا وسعيدا والعكس إذا فكر بطريقة غير عقلانية، يكتسب التفكير غير العقلاني من الأسرة والثقافة أو البيئة، وينشأ الاضطراب من الأفكار اللاعقلانية، عليه يجب مهاجمة الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية بالتفكير العقلاني. العناصر الرئيسية لهذا العلاج هي الحدث المؤثر A، الأفكار حول الحدث B، الانفعالات والسلوكيات التي تنجم عنها C، محاولات تنفيذها D، التغيير E.

2.2. مبادئ العلاج العقلاني الانفعالي:

التفكير غير العقلاني يرجع في أصله ونشأته إلى التعلم المبكر، فالفرد يكتسب ذلك من والديه بصفة خاصة ومن الثقافة التي يعيش فيها، ولديه الاستعداد لذلك التعلم، فالتفكير يصاحب الانفعال، ولا تؤدي الوقائع أو الظروف الخارجية إلى الاضطراب الانفعالي بل الاتجاه نحو هذه الأحداث وكيفية إدراكها والتفكير بشأنها هما اللذان يحددانه، ويستمر الاضطراب ما دام التفكير غير العقلاني مستمرا، وتعد القاعدة الأساسية في العلاج العقلاني الانفعالي هي أن السلوك الانفعالي للفرد ينتج عن حوار داخلي، وان ما يكلم به الفرد نفسه أثناء هذا الحوار الذاتي، من مدركات وتصرفات هو الذي يشكل انفعالاته الخاصة ويشكل سلوكه في الموقف (سامية، 2007، ص ص 59-60) من المبادئ الأخرى نجد أن الإنسان يكون عقلانيا وغير عقلاني أحيانا، ويتميز الإنسان بأنه يفكر دائما وأثناء التفكير يصاحبه الانفعال، حين يفكر بطريقة عقلانية يكون فعالا وسعيدا، وحين يفكر بطريقة غير عقلانية يكون غير كفاء وغير سعيد، فحيث يوجد التفكير غير العقلاني يوجد الاضطراب الانفعالي. أيضا يؤثر التزمتم الديني وعدم التسامح ومشاعر الدونية والتفكير الخرافي بدرجة كبيرة في إحداث الاضطراب الانفعالي. كما ينشأ العصاب نتيجة لأفكار ومعتقدات لاعقلانية، يجب أن تواجه وتهاجم الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية بالمعرفة والادراك والتفكير العقلاني المنطقي. (سرى، 2000، ص ص 172-173)

نستخلص أن "أليس" يرى بأن التفكير غير العقلاني يظهر مبكرا في مرحلة الطفولة فالطفل حساس يتأثر بمؤثرات البيئة الخارجية، الاضطراب الانفعالي والسلوك العصابي يعتبران نتيجة للتفكير غير المنطقي والتفكير الانفعالي حيث أنهما ليسا منفصلين، حيث أن التفكير والانفعال جانبان لزاوية واحدة وكلاهما يصاحب الآخر في التأثير والتأثر، والانفعال في حقيقته تفكير منحاز ذاتي وغير عقلاني، كما يمكن مهاجمة الأفكار والانفعالات السلبية والمدمرة للذات بإعادة تنظيم المدركات والأفكار بحيث يصبح التفكير أكثر منطقية وعقلانية. والإنسان حين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يصبح ذا فاعلية ويشعر بالسعادة والكفاءة.

3.2. نظرية ABC لأليس:

تمثل هذه النظرية مركز وجوه العلاج العقلاني الانفعالي، حيث يرى أليس Ellis في هذه النظرية أن نظام الفرد وتفسيره للأحداث والخبرات التي مر بها هي المسؤولة عن اضطرابه الانفعالي

وليس الحوادث أو الخبرات ذاتها، يمكن توضيح الأساس المعرفي للسلوك عند أليس من خلال هذه المعادلة المبسطة التي تشرح نظرية ABC، وقد طور أليس هذا الاتجاه وقدم نموذج (A.B. C.D.E) حيث إن A هو حدث محرك نشط، B هو نظام معتقدات لا عقلانية، C نتيجة إنفعالية، تمثل D تنفيذ ومناقشة الأفكار اللاعقلانية، E يشير إلى أثر الصحة النفسية. (سامية، 2007، ص61)

ووضح لنا جلال كايد ضمرة أنه يمكن وصف العملية العلاجية حسب منظور "أليس" بالنقاط

التالية:

- (A) الحدث النشط: وقد يكون هذا الحدث عبارة عن موقف أو حادث تعرض له الفرد وقد ينطوي على فقدان أو الفشل أو الخسارة.

- (B) المعتقدات: وهي عبارة عن الاعتقادات والأفكار والتخيلات التي يحملها الفرد ضمن المنظومة المعرفية.

ج- (C) الحالة الانفعالية اللاحقة: وهي عبارة عن مشاعر القلق أو التوتر أو الانزعاج أو الاكتئاب التي يشعر بها الفرد بسبب تدخل محتوياته المعرفية في التأثير على إدراك الحدث النشط.

وتقوم العملية العلاجية على محاولة لفحص وهزم الأفكار والمحتويات غير العقلانية (-D) (Dispute) من خلال استخدام أساليب المجادلة والمناقشة المنطقية وفي نهاية العملية العلاجية لا بد للمعالج من إكساب الفرد مهارات التفكير الفعالة أو العقلانية (E-Effect) للوقاية من المشكلات المستقبلية ولضمان استمرار النواتج الإيجابية للعلاج. (شاهين، وعبد الكريم، 2012، ص125)

طبقاً لنموذج ABC لأليس، فالانفعالات والمشاعر لا تسببها المواقف حسنة كانت أو سيئة، ولكنها تحدث نتيجة للأفكار التي لدينا، تعني A الحادثة المؤثر أو النشاط، وتعني B التفكير وطريقة التأويل، C تعني النتيجة انفعالية. فلو أن حادثة (A) متمثلة في عدم النجاح في مسابقة توظيف أثار استجابة انفعالية (C) كالإحباط، قد يبدو أن هذه الاستجابة جاءت نتيجة للموقف المحرض (A) لكن في الواقع لا يكون هو السبب الرئيسي لأن الاستجابة تختلف باختلاف طريقة إدراك وتفسير وفهم الموقف أي (B)، التي تعتبر مسؤولة عن ذلك الانفعال، الذي يرجع إلى الأفكار غير المنطقية لدى الشخص، بالتالي عند مواجهة هذه الأفكار ودحضها بشكل فعال ينخفض الإحباط أقل مستوى ويختفي.

4.2. الافتراضات الرئيسية للعلاج العقلاني انفعالي لأليس:

- استند ألبرت أليس في العلاج العقلاني العاطفي إلى الافتراضات الرئيسية التالية:
- فاعلية العلاج المعرفي حيث أن تغيير أنماط التفكير يترتب عليه تغيرات جوهرية في السلوك والشعور.
 - الأفكار غير المنطقية تأخذ شكل التحدث السلبي إلى الذات، ولهذا فهو يقترح استبدال ذلك بالتحدث الإيجابي إلى الذات.
 - سبب الاضطرابات الانفعالية جميعا هو التفكير اللامنطقي.
 - أهمية الاستبصار: الاهتمام كله ينصب على الأفكار اللاعقلانية من حيث تطورها ودورها وأساليب تعديلها.
 - الإنسان يصنع عالمه بيديه فهو المسؤول عن المشكلة التي يعاني منها.
 - تفاعل الأفكار والمشاعر والأفعال والتأثير الثقافي.
 - إضافة إلى أن البشر يشتركون في غايتين أساسيتين أولهما المحافظة على الحياة وثانيهما الإحساس بالسعادة النسبية والتحرر من الألم، وغير العقلانية في التفكير تصبح حجر عثرة في سبيل تحقيقها، بذلك فإن العقلانية يمكن تعريفها على أنها المنطق في تحقيق الأهداف الحالية والبعيدة (سامية، 2007، ص59).
- يضيف جلال كايد أن نظرية العلاج العقلاني العاطفي تفترض أن:
- للأفراد مسؤولية نحو أفكارهم وتصرفاتهم.
 - تنظر إلى الطبيعة البشرية ككل متكامل.
 - سعادة الأفراد مرتبطة لحد كبير مع العقلانية والتي تقودهم إلى الكفاءة والمرونة والمنطق.
 - تشدد النظرية على دور العوامل البيولوجية في تحديد شخصية الفرد وتأطير أنماط سلوكه.
 - تلعب العوامل الاجتماعية دورا في التأثير على الأفراد.
 - تكمن مشكلات الأفراد في أنماط تفكيرهم ذات الطابع المتشدد المرتبط بالوجوبيات. (كمال يوسف، 2015، ص211)

من خلال ما تم عرضه يتبين أن أهم ما قدمه "ألبرت إليس" من افتراضات أن التفكير يحدث الانفعال، وأنه توجد علاقة متبادلة بين كل من المعرفة والانفعال والسلوك، وتتأثر الحالة المزاجية

للفرد بمعرفته و معتقداته، كما يضطرب انفعال الفرد بالتفكير غير العقلاني وبانخفاض درجة تحمل الفرد للإحباط ويتوقع الفرد الدائم للتهديد، من الافتراضات الأساسية للعلاج العقلاني انفعالي لأليس أيضا أن التفسير اللاعقلاني للأحداث، التي يمر بها الفرد واعتقاده بأنها مخيفة أو مؤلمة أو محزنة، يعد مسؤولا عما يمكن أن يعانیه من اضطرابات نفسية، ويرتكز هذا العلاج كذلك على افتراض أن لكل فرد نظام من المعتقدات والاتجاهات النفسية التي من خلالها يفسر أحداث الواقع ومواقف الحياة.

5.2. الأفكار اللاعقلانية التي حددها أليس:

بين أليس في عام 1962 وجود مجموعة من الأفكار غير العقلانية تقود الأفراد إلى السلوك غير تكيفي:

- يجب أن أكون محبوبا من قبل الجميع.
- يجب أن أكون مؤهلا وكفؤا، ومنجزا لكي تكون لي قيمة.
- بعض الناس شريريون ويجب أن يلاموا ويعاقبوا بشدة.
- من المرعب ألا تسير الأمور بالطريق التي أريدها.
- يجب أن يبدي الفرد اهتماما وقلقا بالأشياء الخطيرة التي لا يمكن العمل على ضبطها.
- يجب على الفرد الاعتماد على طرف آخر قوي بدلا من تحمل المسؤولية.
- يجب أن أقلق وانزعج بشدة لمشكلات ومعاناة الآخرين.
- يجب أن أجد الحل الصحيح والوحيد لمشكلاتي.
- عدم السعادة تأتي بسبب الظروف الخارجية وليس للفرد أي سيطرة على ضبطها.
- من الأسهل تجنب الصعوبات والمسؤوليات بدلا من مواجهتها.
- الخبرات والأحداث السابقة تقرر سلوك الفرد الحالي أو المستقبلي. (حسين، 2005، ص82)

6.2. فعالية العلاج العقلاني الانفعالي لأليس:

يجب أن تظهر لدى المعالج النفسي العقلاني الانفعالي كفاءة عالية، وهذا يساعده ويسهل له التعرف والتعريف بالاضطراب بطريقة غير متساهلة، وبالأثر العلاجي المنتظر وبالوسائل وآليات الوصول اليه. (Ginger, Edmond, et autre, 2012, p 203)

نضيف أن الأسلوب العلاجي لأليس يتم فيه إعلام العميل بشكل منطقي أفضلية التوقف عن إخبار نفسه بالأفكار والاعتقادات اللاعقلانية، وضرورة تقبل الواقع كما هو، والتوقف عن إدانة نفسه والآخرين، وأن يكون فعالا ويقوم بنشاط يجعله سعيدا بقدر ما يستطيع في عالم بعيدا عن المثالية.

7.2. أهداف العلاج العقلاني الانفعالي:

يحدد ألبرت أليس أهداف العلاج العقلاني الانفعالي على النحو التالي:

-الاهتمام بالذات: لكن دون أن يصبح أنانيا ويتمركز حول الذات بالكامل ودون أن يخطئ بحق الآخرين.

-التوجيه الذاتي: على الإنسان أن يتحمل المسؤولية الشخصية، ويعمل باستقلالية.

-تقبل عدم اليقين: إذ ليس هناك حقائق مطلقة وأكيدة، والعيش في هذه الحياة ليس شيئاً مروعا.

-المرونة: الإنسان السوي يتصف بمرونة التفكير وهو يتقبل التغيير.

-التفكير العلمي: الإنسان السوي يتصف بكونه موضوعيا وعلميا ومنطقيا.

-الالتزام: إن الناس السوي يهتمون وينشغلون بأشياء مختلفة خارج نطاق أنفسهم، وهذه الأشياء قد

تشمل العلاقات مع الآخرين أو الأفكار وما إلى ذلك. (دليلة، 2018، ص215)

وأشار كمال يوسف بلان إلى أهداف أخرى هي:

- خفض الاضطرابات النفسية والانفعالية إلى أقصى حد ممكن
- تزويد العميل بطريقة تمكنه من تخطي أية اضطرابات نفسية مستقبلية من خلال إكسابه فلسفة أكثر عقلانية تعتمد على استخدام العمليات العقلية وأساليب تعليم التفكير المنطقي
- العمل لإثبات لا منطقية العميل وتوضيح العلاقة بين أفكاره غير المنطقية وبين ما يشعر به.
- تساعد العميل على ان يغير تفكيره ويتخلص من الافكار غير المنطقية وتجعله يعمم وينتقل من مجرد التعامل مع مجموعة الافكار غير المنطقية الى الافكار الاعم والاشمل.
- إعداد العميل لمواجهة أي أفكار ومعتقدات أخرى غير منطقية في المستقبل وتجنبه الوقوع مرة ثانية في الاضطراب. (كمال يوسف، 2015، ص242)

يمكن القول إن العلاج العقلاني الانفعالي له جملة من الأهداف المهمة، منها أنه يهدف إلى أن يقتنع العميل أن أفكاره غير العقلانية هي سبب اضطرابه، وأنه يمكنه التخلص منها، كذلك تبديل الأفكار غير العقلانية للعميل بأفكار عقلانية ما يؤدي إلى خفض الاضطرابات السلوكية والانفعالية، بحيث يمكنه تفكيره السوي الجديد من الابتعاد مستقبلا عن الاضطرابات النفسية.

8.2. استخدامات العلاج العقلاني الانفعالي:

تتعدد الحالات التي تتطلب استخدام العلاج العقلاني الانفعالي وفيما يلي أهمها:

- علاج اضطراب القلق والخوف والاكتئاب والهستيريا
- علاج المضطربين سلوكيا والجانيين وحالات الإدمان
- حالات المشكلات الزوجية والأسرية ومشكلات الشباب
- حالات الهروب من المدرسة
- الأشخاص الذين يعانون من مشكلات سيكوسوماتية
- يصعب استخدامه مع الأشخاص الذين فقدوا الاتصال بالواقع. (دليلة، 2018، ص74)

منه استخدامات العلاج العقلاني الانفعالي متعددة ومتنوعة فهو يستخدم على مجال واسع مثلا في علاج الجانيين والمشكلات الزوجية والمدرسية وبعض المشكلات السيكوسوماتية لكن يصعب استخدامه مع المرضى الذهان.

9.2. نظرة أليس للاضطراب النفسي:

وضح أليس أن كل شخص تكون له طريقته الخاصة في الشعور، إننا نمثل نظام كامل حيث أجسادنا تؤثر على أفكارنا و أفكارنا على أجسادنا، فبعض العواطف تجبر البنية الجسدية على تحرير طاقة بهدف التغلب على التهديد للدفاع أو القرار بسرعة، جسدا عندما يحس بالتهديد فهو يستعمل نظامين للدفاع، الأول سريع و مختصر و الثاني عكس الأول، هي ردة فعل في حالة الطوارئ لما نحس بالتهديد هنا الجسد يخرج من مخزونه طاقة جسدية لمواجهة التهديد، و نكون فجأة أقوى أو أسرع لكن للأسف مصدر الطاقة هذا ينفذ بسرعة، تحدث الإجابة الثانية البطيئة والمستمرة لما لا تكفيها الأجابة الاولى لدفع التهديد. (Jacques Regard, Eyrolles, 2007, p19)

تتفق نظرة "إليس" للمرض أو الاضطراب مع نظرة "بيك" للمرض، فحسب أليس المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية لديهم ميل كبير لأن يعتقدوا اعتقادات غير منطقية يرفضها معظم الناس الأسوياء، أكدت لنا الحالات التي عمل عليها نيومارك وزملاؤه ذلك، حيث وجدوا أن 65% من مرضى القلق وافقوا على العبارة "من المهم أن يستحسن بواسطة كل فرد في مجتمعه في الواقع"،

والعبارة "يجب على الفرد أن يكون مثاليا تماما، وكفؤا وناجحا ليعتبر نفسه ذا قيمة"، 80%. (حسين، 2005، ص92).

نستخلص أن أليس يعتقد بأن الاضطرابات النفسية سببها وجود نسق أفكار خاطئة غير سوية لدى المريض، وأن معالجتها وتغييرها يخفض الاضطرابات الانفعالية ويحسن التوافق لديه.

10.2. خطوات العلاج العقلاني الانفعالي:

يتم هذا العلاج عبر عدة خطوات نلخصها كما يلي:

-أولى خطوات العلاج هي التعرف على أفكار المريض وتحديد غير العقلانية منها، بمعنى تحديد الأفكار اللاعقلانية بأسلوب واضح وبسيط يتمثل أساسا في تصميم أداة مناسبة وإعدادها لقياس التفكير اللاعقلاني، كما هو الشأن في الأفكار اللاعقلانية التي وضعها إيليس Ellis، والتي تم التأكد من صلاحيتها في دراسات تجريبية عديدة، بحيث شكلت البناء الأساسي للعديد من محاولات القياس النفسي التي انصبت على قياس التفكير اللاعقلاني.

-الخطوة الثانية هي تعريف العميل أن تلك الأفكار غير منطقية وغير معقولة وإنما أدت إلى اضطرابه الانفعالي وذكر أمثلة من سلوكه المضطرب.

-الخطوة الثالثة إعلام العميل أن اضطرابه يستمر إذا استمر يفكر تفكيرا غير منطقي، أي أن تفكيره غير المنطقي الحالي هو المسؤول عن حالته وليس استمرار تأثير الأحداث السابقة.

-الخطوة الرابعة يكون فيها تغيير تفكير العميل مع دحض وإلغاء الأفكار غير العقلانية.

-الخطوة الخامسة يتم فيها تناول أفكار عقلانية وإرساء دعائم فلسفة عقلانية جديدة للحياة، بحيث يتجنب العميل الوقوع ضحية أفكار ومعتقدات غير عقلانية أخرى. (دليلة، 2018، ص75)

مما سبق عرضه نستخلص أن المعالج يتبع خطوات في مساره العلاجي تبدأ بالتعرف على أفكار العميل خاصة غير العقلانية، ثم يعرف بها العميل ويوضح له أنها سبب الاضطراب الذي يعاني منه، ويشرح له أن اضطرابه يستمر باستمرار تفكيره غير المنطقي، أي أن تفكيره غير المنطقي الحالي هو المسؤول عن حالته، يجتهد لإلغاء وإطفاء أفكاره غير المنطقية، وأخيرا يعمل على استبدال أفكاره غير العقلانية بأخرى عقلانية بهدف التخلص من الأعراض المضطربة.

11.2. مزايا وعيوب العلاج العقلاني الانفعالي:

من أهم مزايا العلاج العقلاني الانفعالي ما يلي:

- مناسب لمجتمعنا حيث المعتقدات والأفكار اللاعقلانية منتشرة.
- يستخدم فنيات سهلة مبسطة مثل القدرة على الإقناع بما يناسب عقل ومنطق المريض وثقافته.
- يسعى للكشف عن الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية التي تكمن وراء الاضطراب ومهاجمتها.
- يسعى لتغيير فكرة المريض عن نفسه، وفحص ما يقوله لنفسه داخليا، ويعدله، ويحل محله الفكرة الصحيحة.
- يتعرض للأسئلة والحديث داخل المريض، ويمكنه من التخلص منها.
- يعتبر أسلوبا مثاليا لتغيير المعتقدات غير العقلانية وغير المنطقية وإبدالها بأخرى عقلانية ومنطقية.
- يحصن المريض ضد الأفكار اللاعقلانية الأخرى التي يحتمل أن يتعرض لها مستقبلا، ويكسبه أفكارا عقلانية تحقق له الصحة النفسية والسعادة. (سرى، 2000، ص ص 177-178).

بالرغم من الميزات التي يتصف بها العلاج العقلاني الانفعالي إلا أن هناك ما يعيبه نلخصها في النقاط التالية:

- لا يفيد في علاج بعض الاضطرابات كالهستيريا والفوبيا والوسواس القهري، أحيانا لا بد من إدماج علاجات أخرى معه.
- لا يصلح مع الشخصيات العنيدة.
- نظرا للفروق الفردية لا يعطى كعلاج فريد لنتائج مماثلة.
- يتطلب أحيانا وقت وجهد كبيرين دون الوصول إلى نتائج مرضية للأفراد المجادلين والمتعصبين لآرائهم. (عائشة، 2011، ص59).

نستخلص ان العلاج العقلاني الانفعالي له عدة مميزات منها أنه يستخدم للكشف عن المعتقدات اللاعقلانية ومهاجمتها وتغييرها بتغليب المنطق في التفكير، كما يحمي العميل من الأفكار اللاعقلانية الأخرى في مجالات أخرى من حياته طيلة ما بقي منها حيث يكسبه الأفكار العقلانية والواقعية التي تبعد عنه التوتر وتجعله مرتاحا ويشعر بالسعادة. يبقى العلاج العقلاني انفعالي كباقي العلاجات التي تعرضت للنقد فهو ليس علاج كامل حيث تشوبه بعض العيوب نذكر على سبيل المثال أنه لا ينجح مع كل الاضطرابات كالهستيريا.

3. العلاج المعرفي لبيك:

1.3. تعريف العلاج المعرفي لبيك:

يرى برادلي bradley أنه حزمة علاجية مشتقة من النظرية المعرفية تهدف إلى تحديد ومحاربة الأفكار الذاتية السلبية، للعمل على تنمية أفكار بديلة أكثر دقة وأكثر تكيفا وتشجيع الاستجابات المعرفية والسلوكية المعتمدة على تلك الأفكار الكيفية. (محمد سليم، 2013، ص44) وضح "فان أوبن" (1987) Van Oppen أن النموذج الذي قدمه أرون بيك Aron Beck في العلاج النفسي من أبرز النماذج العلاجية في هذا الاتجاه وأكثره شيوعا، ويعتبر منهجا فينومونولوجيا ومعرفيا معًا، في الوقت الذي يركز فيه على معارف ومعتقدات الفرد في الهنا والآن (here and now) سبب في الاضطراب النفسي، فإنه يستعين أيضا بالتقنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدرجاته عن ذاته، وعن العالم والمستقبل. (سامية، 2007، ص62)

حسب أرون بيك العلاج المعرفي هو طريقة بنائية مركبة، ومحددة الوقت وذات أثر توجيهي فعال، سمي بالعلاج المعرفي لأن الفنيات التي يستخدمها تكون موجهة نحو تغيير التحريفات المعرفية لدى العميل، وهذا يشمل الطريقة التي يدرك بها العميل الموقف والافتراضات التي يكونها عن الذات والعالم والمستقبل والتي تؤدي إلى هذه الاضطرابات. (طه عبد العظيم، 2007، ص ص157-160)

يرى أرون بيك أن السلوك غير السوي ناتج عن أفكار غير سوية أو عن معتقدات مشوهة تؤثر على سلوك الفرد، وبالتالي ينبغي الاشتغال على تغيير هذه الأفكار من خلال التأثير على البعد المعرفي لدى الفرد. (Houde et autre, 1998, p320)

فالعلاج المعرفي لبيك هو أسلوب علاجي أعده بيك يؤكد على أهمية الاعتقادات والتفكير في تحديد السلوك المضطرب لدى الفرد، يركز على فهم الاعتقادات المشوهة، ويستخدم فنيات معرفية لتغيير أساليب التفكير غير السوي لدى المريض، وفي العملية العلاجية يكون الاهتمام منصبا على الأفكار التلقائية التي يكون المريض غير واعي بها، وعلى أنماط التفكير السلبي لديه.

2.3. خصائص العلاج المعرفي حسب بيك:

يقوم العلاج المعرفي عند بيك على عشرة مبادئ تكاد تشترك فيها كافة التيارات الواقعة في

اطاره المعرفي العام، ويلخص "بيك" خصائص العلاج المعرفي على النحو التالي:

- أن العلاج المعرفي يقوم على أساس النموذج المعرفي للاضطرابات الانفعالية.
 - أن العلاج المعرفي علاج مختصر ومحدود المدة.
 - من الضروري أن تتوفر علاقة مناسبة بين العلاج والعميل.
 - أن العلاج يمثل جهداً مشتركاً بين المعالج والعميل.
 - يركز العلاج المعرض على توجيه الأسئلة.
 - يعتبر العلاج المعرفي علاجاً منظماً ومباشراً.
 - يتجه العلاج المعرفي نحو التركيز على المشكلة.
 - يقوم العلاج المعرفي على نموذج تعليمي.
 - تستند نظرية وأساليب العلاج المعرفي على الطريق الاستنتاجية. (محمد سليم، 2013، ص50)
- يرى إسماعيل علوي وبن عيسى زغبوش أن هذا العلاج يتميز باعتماده على خطوات المنهج العلمي الذي ينطلق من فرضيات، ويتأكد من صلاحيتها ومدى علاقتها بالوقائع والمعطيات التي قد يتوصل إليها المعالج عن طريق التقويم التشخيصي، وقد تم التأكد من صلاحية العلاج المعرفي علمياً في إطار الدراسات الإكلينيكية المقارنة التي تم إجراؤها بشكل منهجي صارم.
- (Houde et autre, 1998, p342)

إضافة إلى ما تم عرضه إلى أن تهيئة تقرير علاجي جيد هو شرط ضروري بالنسبة لعلاج

ناجع، كما يتأسس العلاج بناء على التعاون بين المعالج والعميل، ويرتكز على المنهج الحوارية المبني على توجيه الأسئلة الجيدة وجعل المفحوص يصل إلى استنتاجات عقلية ومنطقية.

3.3. أسس ومبادئ العلاج المعرفي حسب بيك:

يتأسس العلاج المعرفي حسب بيك على خمسة مبادئ أساسية هي:

- كل المشاكل النفسية هي نتائج انفعالية وسلوكية.
- تنبثق المشاكل عن معتقدات (صور، أفكار) وليس عن الحدث المثير في حد ذاته.

- توجد علاقات متوقعة بين المعتقدات (صور، أفكار) وبين النتائج الانفعالية والسلوكية المترتبة عنه.

- تأتي كل المعتقدات المركزية (صور، أفكار) من أولى تجارب الفرد.

- إن التخفيف من حدة المعتقدات يقلل الاضطرابات والمعاناة. (إسماعيل، زغبوش، 2009،

ص86)

وعليه يمكن القول إن العلاج المعرفي لبيك يعتبر علاجاً موجهاً يختص بوضع جدول أعمال كل حصة، أهداف خاصة تتم صياغتها بدقة، وهو علاج متمركز حول المشكل، هدفه حل المشكل الحالي الذي يعاني منه المعالج، على عكس التحليل النفسي الذي يركز على الخبرات السابقة التي تشكلت في مرحلة الطفولة، تولى أهمية للواجبات التي يجب على المعالج القيام بها في بيته بين الحصص العلاجية.

4.3. المفاهيم الأساسية للعلاج المعرفي حسب بيك:

نوضحها كما يلي:

أ- الأفكار التلقائية (الأوتوماتيكية):

يعرفها حامد بن أحمد ضيف الله الغامدي بتلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار، وهذه الأفكار تأتي بسرعة كبيرة وبصورة تلقائية، وأحياناً بدون أن يلاحظها الشخص، وهي أفكار غير منطقية تكون السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين، ودائماً ما تكون السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين وذات صفة سلبية لحدث أو حالة معينة، وبالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية.

يشير ناصر المحارب أن هناك العديد من الأسباب تجعل بعض المرضى يجدون صعوبة في التعرف على هذه الأفكار، فقد يتعود المريض على استخدام هذه الأفكار بصورة آلية ويعتقد أنها أفكاراً معقولة مما يجعله لا يهتم بها، ونظراً لأن الأفكار المرتبطة بالخطر تؤدي إلى القلق يحاول بعض المرضى تقاديتها بطريقة ظاهرة أو باطنة، وفي مثل هذه الحالات من الأفضل أن يصر المعالج بلطف على طرح الأسئلة حتى تستثار الأفكار المفيدة التي يستطيع المعالج استخدامها للتعرف على دقة الخيالات أو الأفكار التي ذكرها المريض. (حامد بن أحمد، 2013، ص ص171-173)

ب- المخططات المعرفية:

سبق بيك في استخدام هذا المصطلح بعض العلماء مثل سيجل وبياجيه (1952) وبارتليت Bartlett (1932) الذي يعتبر أول من استخدم هذا المصطلح، كان بياجيه يستخدم كلمة مخطط للإشارة إلى الأبنية المعرفية في لحظة معينة، فالمخططات المعرفية هي بناء معرفي يستخدم في تصفية وغرلة وتشفير وتقييم المثيرات التي تؤثر على الفرد، قد تكون كامنة خلال المراحل غير الضاغطة من حياة الفرد، وتصبح نشطة عندما تتداخل مع مثيرات أو ضغوط أو ظروف معينة، وقد تكون توافقية أو غير توافقية، وتمثل المخططات غير التوافقية نماذج أولية مرضية لتفاعل الفرد مع الأفراد الآخرين، وبالتالي فهي تجعل الفرد عرضة للاضطرابات أي هي التي تسبب المشكلات السلوكية والانفعالية للفرد. (طه عبد العظيم، 2007، ص ص 113-114)

أشار بيك وكلاارك Beck & Clark إلى أن هناك خمسة أنواع من المخططات المعرفية وهي المخططات المعرفية-الإدراكية، المخططات الوجدانية، المخططات الفسيولوجية، المخططات السلوكية، والمخططات الدافعية، الاعتقادات الجوهرية التي تكون في المخططات المعرفية هي التي تبنى عليها معالجة المعلومات، والمخططات المختلة وظيفيا لدى الفرد يسهم في تكوينها عدة عوامل وهي:

- الخبرات المؤلمة التي يتعرض لها الفرد في طفولته

- أن هذه المخططات قد تم معالجتها بطريقة خاطئة.

- تأثير التعلم الاجتماعي. (حسين، 2005، ص ص 155-157)

نشير إلى أن هناك علاقة بين المخططات والافتراضات والأفكار التلقائية، حيث تؤدي الافتراضات أو القواعد والمخططات الكامنة التي تتكون لدى المريض إزاء الحدث أو الموقف الذي يتعرض له إلى ظهور أفكار تلقائية سلبية عن الحدث، ومن ثم يعطي الحدث معاني غير واقعية وسلبية قد تؤدي به إلى الاضطراب النفسي.

- التحريفات المعرفية:

تظهر التحريفات المعرفية عندما تكون معالجة المعلومات غير فعالة أو غير دقيقة، وبالتالي تكون الاعتقادات والمخططات لدى الفرد عرضة للتحريف المعرفي، وتعتبر التحريفات المعرفية همزة الوصل بين المخططات المعرفية والأفكار التلقائية لدى المريض، ويقصد بالتحريفات المعرفية أن المعاني والأفكار التي يكونها الفرد عن الحدث أو الموقف تكون خاطئة ولا تمثل بالضرورة مكونات الواقع الفعلي، كما يمكن المبالغة فيها كما وكيفا، هذه التحريفات المعرفية تعكس نظرة غير واقعية

وسلبية عن الذات والعالم والمستقبل لدى الفرد، إن ظهور الانفعالات المؤلمة لدى الفرد، أو الاستجابة الانفعالية المبالغ فيها نحو الحدث هي علامات أكيدة على التفكير المشوه. (حمدي، 2013، ص 156-157)

حدد بيك العديد من التحريفات المعرفية وهي:

- الاستنتاج الاعتباطي: وهو يعني توصل الفرد إلى استنتاج معين دون وجود دليل كاف عليه.
- التجريد الانتقائي: وهي التوصل إلى نتيجة استنادا إلى عنصر واحد فقط من عناصر الموقف. أي أنه يتجه دائما إلى انتقاء الأحداث السلبية يعرف أحيانا بالفلتر السلبية Negative Filtering.
- التعميم الزائد: هو التوصل إلى استنتاجات كلية على أساس حدث واحد وقد يكون هذا الحدث تافها.
- التفكير المستقطب: وهو التفكير في الكل أو لا شيء، يعني الميل للتفكير في صورة مطلقة (Grider, et autre, 1993, p28)

- الشخصنة: وهي تفسير الأحداث من وجهة نظر المرضى، أنها تنطبق عليهم أي الإحالة الذاتية.
- التضخيم والتهوين: أي ميل الفرد إلى التضخيم من أهمية الأحداث السلبية والتقليل الإيجابية.
- لوم الذات وانتقادها: هي إساءة تفسير الأحداث بما يقلل من شأن الذات وإلقاء اللوم عليها.
- تعبيرات الينبغيات: هي تفسير الأحداث في ضوء ما ينبغي أن تكون عليها بدلا مما هي عليه.
- العنونة (التسمية): ينسب الفرد السمات السلبية لنفسه وللآخرين مثل أنا شخص خاسر.
- قراءة الحظ: وهي تعني اعتقاد الفرد أنه يمكنه التنبؤ بوجود خطر في المستقبل على الفرد
- الكمالية: والتي تفترض انه ينبغي يفعل وينجز الفرد كل شيء بصورة كاملة وتامة وإلا يكون فاشلا.
- التفكير الانفعالي: يدع الفرد المشاعر توجه تفسيره للواقع، فإذا اعتقد أنه يأس فإنه يشعر باليأس.
- قابلية التعرض للخطر: إدراك الفرد أنه يكون عرضة لأخطار داخلية وخارجية تجعله غير قادرا على التحكم في نفسه، ويكون غير كفاء في أن يعطي نفسه الإحساس بالأمان. (طه عبد العظيم، 2007، ص ص 142-152)

5.3. أهداف العلاج المعرفي حسب بيك:

يشير حسين أحمد فايد أن أحد الأهداف الرئيسية للعلاج المعرفي هي تغيير نماذج تفكير المريض المكتئب، المشوهة وانهزامية الذات والافكار التلقائية في اتجاه أكثر إيجابية وواقعية. (حسين، 2005، ص 90)، إحدى الاهتمامات المركزية لهذا العلاج هي الكشف عن الطرق التي يمكن أن يتجاوز بها الفرد الأساليب المعتادة أو الآلية في التفكير، وبلورة حلول مبتكرة للمشاكل الجديدة، وهذا

العلاج يعمل على تغيير المعتقدات اللاعقلانية أو تليينها، حتى يستطيع الفرد أن يحقق أكبر قسط من القبول الذاتي ويطور الوظيفة البين-فردية، كما يهدف هذا العلاج إلى حذف السلوكيات التي تؤثر سلبا على الافراد مثل القلق، وتعويض هذه السلوكيات المضطربة التي تمثل الأعراض بأخرى متوافقة اجتماعيا. (Ginger et autre, 2012, p211)

في نفس السياق يرى إسماعيل علوي وبن عيسى زغبوش أن هدف هذا العلاج يكمن أن يتعلم العميل أسلوبا جديدا في التفكير والنظر إلى الأحداث والمواقف التي تتبني كما يلي:

- الوعي بالاشتغال المعرفي للفرد والمسافة الممكنة بين معرفياته وبين الواقع، كأن يداوم على طرح السؤال التالي: هل نظرتي للأشياء تقودني أحيانا إلى الخطأ؟ هل تقودني إلى إدراك ما يقع لي بشكل خاطئ؟

- إقامة العلاقة بين المتغيرات المعرفية للفرد وردود فعله الانفعالية أو السلوكية من خلال التساؤل: فيما تنعكس طريقة تفكيري على انفعالاتي ومواقفي؟

تغيير المكونات المعرفية للفرد، وذلك عبر البحث عن معرفيات بديلة، وتصحيح التحريفات، وتليين الخطاطات المتصلبة، والمواظبة على التساؤل التالي: كيف أغير طريقتي المعتادة في التفكير؟ (إسماعيل، زغبوش، 2009، ص125)

يمكن القول إن أهداف العلاج المعرفي لبيك متعددة منها تشجيع العميل على تكوين فلسفة سوية والتفكير المنطقي، أي ليس تعلم التفكير الإيجابي فقط بل يهدف إلى مساعدة العميل على استبصار وفهم المشكلات لديه من منظور واقعي، كما تتحدد أهدافه في التعرف على المعارف المختلة وظيفيا والمرتبطة بمشكلة المريض، والتعرف على العلاقة بين المعارف والانفعالات والسلوكيات، وتشجيع العميل على دحض هذه الأفكار والاعتقادات الخاطئة وتعويضها بأخرى منطقية، وفحص الدليل مع أو ضد الاعتقادات والأفكار الآلية السلبية لدى العميل.

6.3. الافتراضات الأساسية للعلاج المعرفي حسب بيك:

يمكن تحديد الافتراضات التي يستند عليها هذا العلاج كما يلي:

- أن الأبنية المعرفية للفرد (الأفكار والصور العقلية والتخيلات والتوقعات والمعاني) ذات علاقة وثيقة بالانفعالات والسلوكيات المختلة وظيفيا.

- أن المعارف المختلفة وظيفيا قد تبدو غير منطقية للآخرين، ولكنها تعبر عن وجهات نظر شخصية للعميل عن الواقع.
- أن التحريفات المعرفية تعكس وجهات نظر غير واقعية وسلبية للعميل عن الذات والعالم والمستقبل.
- أن تعديل الأبنية المعرفية للعميل يشكل أسلوب هام لإحداث تغيير في انفعالاته وسلوكه.
- أن التحريفات المعرفية يتم استثارها غالبا عن طريق أحداث الحياة غير الملائمة.
- أن تغيير الأفكار والاعتقادات السلبية للفرد يترتب عليها تغيرات جوهرية في الانفعالات والسلوك.
- أن المخططات المعرفية هي الأساس المسؤول عن انتظام وتصنيف وتقييم الخبرات الجديدة للفرد وذكريات الأحداث الماضية والحكم عليها. (طه عبد العظيم، 2007، ص165)
- يمكن القول إن افتراضات العلاج المعرفي لبيك تقوم على أن المعارف السلبية وأنماط التحريف المعرفي يتعلمها الفرد من الخبرات السابقة، وأن الاضطرابات الانفعالية سببها أساليب تفكير خاطئة ومختلة وظيفيا، فهناك علاقة تبادلية بين الأفكار والمشاعر والسلوك، إضافة إلى أن المخططات المعرفية المختلفة وظيفيا هي المسؤولة عن الاضطرابات الانفعالية للعميل.

7.3. تفسير بيك للمرض النفسي:

يرى بيك أن النماذج المعرفية السلبية تدعم عن طريق المعتقدات الخاطئة مثال "لا أستطيع عمل أي شيء صائب"، أو عن طريق الأفكار التي تقلل إلى أدنى حد قيمة إنجازات الفرد مثال "أي فرد يمكن أن يفعل ذلك" وتؤدي مثل هذه الأفكار والمعتقدات إلى تقدير ذات منخفض واكتئاب وقلق، يركز العلاج المعرفي لبيك على المخططات المعرفية وهي أساس تأويل وتفسير الأحداث التي يتعرض لها الفرد، هذه المخططات تتضمن اعتقادات وأفكار، وإذا حرفت هذه المخططات فإن ذلك يؤثر على مضمونها بشكل سلبي، في الأخير تؤدي إلى بروز أفكار تلقائية سلبية تدفع بالفرد إلى الاضطراب النفسي، ومن ثم يجب تعديلها واستبدالها بمخططات أكثر توافقية وواقعية.

(حسين، 2005، ص ص 87-88)

8.3. خطوات العلاج المعرفي حسب بيك:

وضح لنا زيزي السيد إبراهيم نقلا عن محمد سليم خميسي ثلاثة مراحل أساسية للعلاج المعرفي حسب بيك وهي:

أ- مرحلة بداية العلاج:

في بداية العلاج يضع المعالج نقاط يعمل على تحقيقها وهي:

- التعرف على مشكلة المريض وبناء جسور الثقة والتفهم.

- عمل صياغة للحالة على ضوء المفاهيم المعرفية.

- تحديد الأهداف العلاجية.

- تقديم منطوق العلاج للمريض.

- بدأ العلاج الفعلي مع مشكلة العميل.

ب- المرحلة الوسطى من العلاج:

تمثل المرحلة العملية الأساسية في العلاج إذ يركز المعالج في هذه المرحلة على النقاط التالية:

- مساعدة المريض على التعرف على الأفكار التلقائية والاعتقادات المختلة وظيفيا التي تظهر مرتبطة بالمشكلة لديه.

- تحديد وفحص صدق أنماط التفكير والاعتقادات الخاطئة.

- فحص الحالة المزاجية لدى المريض.

- مقاومة الأفكار السلبية والأفكار الخاطئة واستبدالها بأفكار عقلانية ومنطقية

- تعليم المريض أساليب من البدائل التوافقية ومهارات جديدة من التفكير والاستجابات تساعده على حل مشكلته

ت- المرحلة الأخيرة من العلاج:

وتتضمن مهمة الوقاية من الانتكاسية والهدف هو تحديد ما إذا كان المريض قادرا على الاستجابة

للمشكلة بطريقة توافقية أم غير ذلك من خلال ما تم تعلمه في العملية العلاجية. (محمد سليم،

2013، ص48)

في نفس السياق لخصت سامية حجازي إدريس خطوات العلاج المعرفي كالتالي:

- مرحلة أولى: يصبح المريض فيها واعيا بأفكاره بمساعدة المعالج.

- مرحلة ثانية: يتعلم كيف يتعرف على الأفكار غير المنطقية واللاعقلانية.

- مرحلة ثالثة: استبدال هذه الأفكار غير العقلانية بأفكار عقلانية. (سامية، 2007، ص

ص62-63)

9.3 . فعالية العلاج المعرفي حسب بيك:

في البداية استخدم هذا العلاج مع مرضى الاكتئاب، ولكن أصبح يستخدم في علاج تشكيلة واسعة من الاضطرابات النفسية متضمنا الاضطرابات الوجدانية، واضطرابات الشخصية، والمخاوف المرضية، واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وغيرها، ومع هذا فإن هذا العلاج لا يكون ملائما لكل المرضى، فهناك مرضى لديهم إعاقات معرفية مثل المرضى الذين لديهم إصابات صدمية في المخ أو مرض عضوي في المخ، وكذلك الأفراد الذين لم تكن لديهم رغبة في القيام بدور نشط في عملية العلاج. (طه عبد العظيم، 2007، ص161)

كما يمكن توظيف العلاج المعرفي في المجالات التالية:

- المرافقة السيكولوجية:

خارج سياق العلاج النفسي الصارم، يستعمل العلاج المعرفي في سياقات أخرى من قبيل العلاقة طبيب-مريض أو على أشكال علاقات المساعدة (مساعدة الأفراد الذين يعانون أمراضا مزمنة أو خطيرة، مساعدة الأطفال في وضعية صعبة، مساعدة العاملين في مؤسسات الإنتاج والإدارات).

- الإرشاد والتكوين:

خصوصا في مؤسسات الإنتاج والمؤسسات التعليمية والإدارات، ويفيد في تشخيص بعض الصعوبات التي يشعر بها الأفراد في مجالهم الحيوي، ومساعدتهم على التوافق مع محيطهم من خلال تخفيف الضغط النفسي الناتج عن الحياة المهنية أو العلاقات الزوجية، وتدبير أحسن لصعوبات الفرد في الحياة اليومية، وتحسين قدراته على وضع مسافة معينة بينه وبين الأحداث، وكذا التعامل المنطقي والعقلاني مع المثيرات.

- إدارة الضغط النفسي: يلعب التقييم الذاتي للأحداث دورا محوريا في تحديد طبيعة تأثيرات الضغط النفسي على الفرد، فإذا كان العلاج المعرفي يهدف إلى تغيير المعرفيات، فإنه سيكون جد ملائم لتدبير الضغط النفسي. (شاهين، عبد الكريم، 2012، ص ص152-153) من خلال ما تم عرضه فإن الاضطرابات النفسية القابلة للتحسن أو العلاج بواسطة العلاج المعرفي كثيرة منها اضطراب الاكتئاب، والأمراض المرتبطة بالضغط النفسي stress وحالات الضغط التي تعقب الصدمات، اضطرابات الهلع والتوتر، والمخاوف المرضية، كذلك من الممكن الاستفادة من هذا العلاج في الوقاية

النفسية، أي تقديم المساعدة لتحقيق التقدير الذاتي والتوافق النفسي ومواجهة العوامل المسببة للإحباط واليأس والانفعال.

10.2. التنظيم العام للعلاج المعرفي حسب بيك:

أ- الجلسات العلاجية: يتسم عادة المسار النموذجي للحصة العلاجية بما يلي:

- وضع خطة للجلسة العلاجية: وتتجلى في تحديد موضوع العمل، أي هل هناك نقاط يريد المعالج أو العميل أن تكون محور اشتغال للجلسة اليومية.
- جمع معطيات الأسبوع: أي ماذا لاحظ الفرد، أو ماذا استطاع القيام به مما اتفق عليه مع المعالج في الجلسة السابقة.
- تفسيرات محتملة للمعالج حول اضطرابات العميل، أو حول التقنيات المستعملة في العلاج.
- إختيار مشكل -هدف أو عدة مشاكل.
- أهداف الجلسة اليومية.
- العمل على الأهداف المختارة والاشتغال عليها وتنفيذها.

- التخطيط للتدريبات التي يجب على المعالج تطبيقها والقيام بها طيلة الأسبوع إلى غاية للجلسة الموالية.

- رجع الصدى المتبادل حول الجلسة العلاجية بين المعالج العميل. (إسماعيل، زغبوش، 2009، ص103)

ب- دور المعالج في العلاج المعرفي حسب بيك:

يتحدى المعالج فروض العميل ويقدم مجادلات أنه يجب أن يبني افتراضات أكثر ايجابية عن نفسه وعن العالم وعن المستقبل، ويمكن أن يتضمن هذا تدريباً على إعادة العزو الذي يبين فيه المعالج العوامل المتنوعة، وليس عدم قيمة المريض الذي ساهم في الخبرات السلبية للمريض. ويستخدم المعالجون المعرفيون سلسلة من التقنيات الاضافية من أجل تغيير الطرق السلبية في التفكير.

يهدف المعالج خلال المقابلة في التقييم الأولي إلى تكوين نظرة عن مختلف الجوانب

الخارجية للموضوع، وفي نفس الوقت يركز على ربط علاقة عمل جيدة مع المعالج.

اقترحت كاندل سنة 1981 في هذا المجال طرح الأسئلة الخاصة أكثر من الأسئلة العامة، الأسئلة المفتوحة-المغلقة يمكنها أن تفضي إلى إنتاج معلومات دقيقة، كما أوضح فريمان وآخرون (1990) أهمية الحصول على تقارير مفصلة عن الأحداث، وحذروا من الأسئلة التوجيهية. (حسين، 2005، ص90)

ج -العلاقة العلاجية:

تكون مهمة المعالج المعرفي في البداية هي تحديد هذه الأفكار التلقائية السلبية باعتبارها المادة الخام التي تكونت على أساسها الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد، بالتوجيه التالي: "حالما انتابك شعور أو احساس مؤلم حاول أن تستدعي الأفكار التي كانت لديك قبيل هذا الشعور"، يتمثل دور العميل في أن يسجل هذه الأفكار التلقائية السلبية التي يقولها لنفسه، ويفضل تسجيل هذه الأفكار في مفكرة معه، يسجل فيها المواقف التي تحدث فيها واولقات تكرارها لكي يستطيع تجنب حدوثها في المستقبل بعد العلاج. (طه عبد العظيم، 2007، ص103)

مثال: شخص في كل مرة يمر عبر الجسر المعلق يشعر بضربات في القلب وضيق في الصدر ويبدأ في التنفس بسرعة ويظن أنه يحتضر.

في هذا المثال هناك سلسلة من الأفكار والصور العقلية تتوسط بين الحدث والانفعالات السلبية التي تنجم عنه، يسميها بيك النقر في نسق التواصل الداخلي للفرد، ومع التدريب يصبح الفرد قادرا على مراقبة أفكاره ويصبح على وعي بأفكاره التي تحدث بين الحدث والاستجابة الانفعالية، عندما يتمكن الفرد من ملاءمة هذه الفجوة بين الحدث ونتائجه الانفعالية ينكشف مغزى الاستجابة الانفعالية لديه.

إن النظام العام لسيرورة العلاج خاص وموجه الأهداف، فيرى بيك Beck أن العلاقة بين العميل والمعالج علاقة تشاركية، فالمعالج يحمل خبرة حول المعرفيات والسلوكيات الانفعالات، يعمل مع العميل إلى تحديد أهداف العلاج وسبل الوصول إلى هذه الأهداف. أما عمل المعالج في العلاج المعرفي لبيك يتمثل في توظيف المعطيات الخام لإحداث التغيير (تغيير الأفكار والمشاعر)، يتشارك المعالج والعميل في انتقاء الأهداف ويتقاسمان مسؤولية التغيير، ويمكن للمعالج أن يستعمل مهارات الاستماع مع التركيز على إحساسات العميل، هنا تشبه مقاربة كارل روجرز لفهم قلق المتعالج بشكل أعمق من جهة ومن جهة ثانية لتطوير العلاقة بينهما.

11.3. تقنيات وأساليب التشخيص والعلاج:

وتضمنت طرق تعديل الأفكار عند بيك Beck الآتي:

- اختبار صحة الأفكار: يطلب من المريض وفق هذا الأسلوب كما سبق بأن يبحث عن الأدلة على أفكاره الأوتوماتيكية، التي تسبق مشاعره غير السارة، كما يطلب فحص الأدلة التي تدحض هذه الأفكار.

- البحث عن البدائل: يطلب من المريض على ضوء هذا الأسلوب أن يحدد طرق أخرى لتقييم الموقف، وتفسيرات بديلة تناسب الحقائق وتقوم على الواقع.

- إعادة العزو: وتتضمن هذه الطريقة مساعدة المريض في إعادة عزو الموقف للأسباب الحقيقية.

- تقليل التفكير الكارثي: ويطلق على هذه التقنية (ماذا، لو) ويعلم المريض وفق هذا الأسلوب أن يسأل ما أسوأ ما يمكن أن يحدث في هذا الموقف؟

حتى لو سعت الأمور إلى أقصى حد أن الأمر لا يمثل كارثة كما يتصور، ويقضي على مشاعر اليأس والعجز في مواجهتها.

- تحديد المحاسن والمساوي: بأن يطلب منه تسجيل الجوانب السلبية وأن يبحث لها عن أسباب خارجية ممكنة، وأن يفحص الجوانب الإيجابية، وأن يبحث لها عن أسباب داخلية ممكنة حتى يزداد تبصراً، بما يمكنه من اتخاذ القرار. (سامية، 2007، ص76)

في نفس السياق وضح اسماعيل علوي وعيسى زغبوش أهم تقنيات التشخيص والعلاج وهي:

- تحديد الافكار الآلية:

يتجلى أهم تدخل مبكر في أن نطلب من المتعالج أن يسجل الافكار السلبية ويتم مناقشتها

مع المعالج، يتم تحديد الافكار باستخدام سجل التفكير غير السليم واحضاره الى الجلسة الموالية، يمكن أن يكون مفيدا للعمل في الجلسات

- تحديد ثنائية المعنى:

يمكن أن يكون للكلمات المختلفة معان مختلفة عند الناس وذلك وفق افكارهم الآلية وخطاطاتهم المعرفية

- تحدي المسلمات:

يعبر المتعالج في كثير من الاحيان عن معاناته الحالية من خلال تصريحات متطرفة والتساؤل عن هذه المسلمات أو تحديها مهم حتى يتمكن من التعبير عن معاناته بشكل اكثر دقة

- اعادة الاسناد:

باستخدام تقنية اعادة الاسناد يساعد المعالج المتعالج على اعادة توزيع المسؤولية عن الحدث مع الاخرين

- التخفيف من التهويل:

قد يكون المتعالج خائفا جدا من النتيجة غير المريحة التي يمكن أن تحدث له، التقنية التي غالبا ما تستعمل مع هذا الخوف هي " ماذا إذا" انها تقنية ملائمة بوجه خاص للمتعالجين الذين يفرطون في توقع النتائج الممكنة.

- تحديد التفكير بكل شيء أو بلا شيء:

يصف العميل الاشياء احيانا ب " كل شيء" او ب "بلا شيء" او " أن كل شيء أسود أو أبيض"
- ضبط لائحة المزايا والمساوي:

يساعد هذا الاجراء على الابتعاد عن موقف كل شيء او لا شيء

- التدريب المعرفي:

يمكن للمعالج المعرفي استخدام تقنيات سلوكية اخرى من مثل "جدولة النشاط" التدريب السلوكي " التدريب على المهارات الاجتماعية " والعلاج بالقراءة" والتدريب على تأكيد الذات" والتدريب على الاسترخاء" في ممارسة العلاج النفسي يستخدم الكثير من هذه التقنيات في اوقات مختلفة في العملية العلاجية من أجل إحداث تغيير في المعرفيات والمشاعر والسلوك. (إسماعيل، زغبوش، 2009، ص ص93-102)

إضافة إلى ما تم تقديمه نعرف التقنيات التالية:

- الأعمدة الثلاثة:

يتم من خلالها التعرف على الأفكار الخاطئة، فنجد في العمود الأول يصف المريض الموقف الذي يسبب له القلق والعمود الثاني يدون الأفكار التلقائية المرتبطة بالموقف، وفي العمود الثالث يدون البدائل أو الاستجابات الصحيحة من التفكير والسلوك.

- المذكرات اليومية:

وهي مذكرة يومية يسجل فيها العميل أفكاره ومشاعره وسلوكه عندما يتعرض لموقف مؤلم ثم يراجعها مع المعالج لاستكشاف أنماط التفكير غير التوافقية وآثارها على السلوك.

- السهم المنحدر:

ويتضمن تحديد الموقف المشكل بطريقة يوجه فيها المعالج للمريض بعد الحديث عن مشكلته وهو: نفرض أن ذلك حقيقي فعلا، فماذا يعني ذلك بالنسبة لك؟ والهدف من توجيه هذه الأسئلة هو أنها تعمل كمجسات للمعنى الشخصي إلى غاية الوصول للاستنتاج المثمر للعلاج. (محمد سليم، 2013، ص ص 49-50)

- الحوار السقراطي:

وهو يتطلب مهارات كبيرة من المعالج فلا بد أن يكون المعالج يقظا ومتنبها لكي يكون قادرا على طرح سلسلة من الأسئلة المناسبة، فهذه الأسئلة سوف تجعل المريض يعيد بناء الموقف في عقله ويعرف ما كان يحدث بالفعل، وهذا الأسلوب أيضا يشكل نموذجا للمريض ويساعده في اكتساب مهارات مراقبة أفكاره، وبالتالي من خلال استخدام الأسئلة يستطيع المعالج أن يساعد المريض في التعرف على أفكاره التلقائية.

- سجل الأفكار:

استخدام سجل الأفكار المختلة وظيفيا يعتبر أسلوب هام في اكتشاف الأفكار التلقائية لدى المرضى، وفي بداية العلاج يقوم المريض بملء الأعمدة الثلاثة من هذا السجل والباقي سوف يتم تكملته أثناء جلسات العلاج. (طه عبد العظيم، 2007، ص ص 111-112)

- حل المشكلات:

ذكر لابيروج وآخرون (1999)، أن أسلوب حل المشكلات منهج يعتمد في تناوله للسلوك على مسلمة رئيسية، مفادها أن الإنسان يتعلم من خلال تفاعلاته وخبراته بالعالم، وتفاعلات العالم والآخرين به، واستجاباتهم له، يتطلب هذا الأسلوب توجيه المريض بطريقة بناءة، وتعليمه استراتيجيات فعالة تمكنه من إحتواء مشكلته الحالية، وإمكانية التغلب على مشاكله في المستقبل.

يهدف أسلوب حل المشكلة إلى مساعدة المريض على التعرف على المشاكل التي تسببت في الشعور بالأزمة، ومساعدة المريض على تنمية القدرات التي يمتلكها للتغلب على المشكلة، كما يتعلم المريض طريقة منظمة وأسلوب منظم للتغلب على المشكلة الحالية، وتنمية إحساس المريض بقدرته على التغلب على مشكلته، مع تزويده بطرق تساعده في التغلب على مشاكله المستقبلية.

(سامية، 2007، ص ص68-71)

- الواجب المنزلي:

لها دورا هاما في زيادة فعالية العلاج وتكوين الألفة والتعاون بينه وبين المريض إذ اهتم ببعض النقاط أهمها إعطاء واجبات بسيطة ومركزة ومتصلة بمشكلة المريض، وتفسير وتوضيح الأساس المنطقي لكل واجب منزلي، مع توضيح كيفية اجرائها والتأكد من استيعاب المريض لهذه الإجراءات، مراجعتها في بداية كل جلسة وفحص الأسباب الكامنة وراء عدم إتقانها عند البعض. تزداد فائدة هذه الواجبات حينما تكون مرتبطة بما يحدث في الجلسة، وتعرض بطريقة محددة وواضحة. ولتفادي سوء الفهم يجب أن يكتب الواجب والهدف منه وما تم فعله والنتائج التي خرج بها المريض. - الممارسة الخفية: ويشتمل هذا الأسلوب على أن يتخيل الفرد نفسه وهو يقوم بتأدية الاستجابة المطلوبة في أوضاع مختلفة فهي ممارسة سلوكية ولكن بالتخيل.

- فنية ملء الفراغ:

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

- وقف الأفكار:

حيث إن المريض يقوم بإيقاف تيار من الافكار بواسطة منبه مفاجئ سواء كان هذا المنبه حقيقي أم خيالي، ثم بعد ذلك يتحول إلى أفكار أخرى قبل أن يعود هذا التيار من الأفكار مرة أخرى وذلك بما يتم توجيه المريض بشكل متكرر، يرى Freeman 1993 أن المريض يستطيع أن يتعلم استخدام منبه أكثر مرونة، مثل تخيل النداء بصوت عالي قائلا توقف. (حمدي، 2013، ص ص 183-188)

كان بيك يطلب من المريض أن يقوم بالمراقبة الذاتية للأفكار التلقائية السلبية لديه، وبعد مراقبة الأفكار كان يقوم بطرح عدد من الأسئلة من أمثلتها:

- ما هي الأفكار التلقائية السلبية لديك في الموقف؟ - حدد المواقف المرتبطة بالأفكار التلقائية السلبية لديك؟ - ما هو الدليل الذي يدعم ويؤيد هذا التفكير/ والدليل الذي يخالف ويناقض هذا التفكير؟

-هل يوجد لديك تفسيراً بديل لهذا التفكير السلبي؟

إن معرفة درجة الاعتقاد في هذا التفكير تتم على مقياس متدرج، وكذلك يتم معرفة نوع الانفعالات التي يولدها هذا التفكير وتقدير درجة الانفعال على مقياس متدرج. إذا لم تعمل الأسئلة المباشرة على إظهار الأفكار التلقائية لدى المريض يستخدم المعالج أسلوب الحوار السقراطي وهو يعتبر الأسلوب الرئيسي في العلاج المعرفي. (طه عبد العظيم، 2007، ص ص 108-110)

نشير إلى أداة فعالة في مساعدة المرضى في التعرف على أفكارهم التلقائية ومراقبتها لاسيما في بداية العلاج، هي استخدام لحظات الانفعال القوية أو التغيرات المزاجية القوية، حيث يمكن استخدامها كمؤشرات يمكن من خلالها أن يكتشف المعالج الأفكار التلقائية لدى المريض أثناء جلسات العلاج، كما قد يكون من المفيد استخدام التخيل المعرفي إذا لم ينجح الحوار السقراطي في مساعدة المريض في التعرف على أفكاره التلقائية.

12.3. مزايا وعيوب العلاج المعرفي حسب بيك:

يمثل هذا العلاج حالياً تيار العلاج النفسي الأكثر مصداقية من قبل الهيئات العلمية الرسمية فيما يخص الصحة العقلية (انظر مناظرة منظمة الصحة العالمية O.M.S لسنة 1989) (إسماعيل، زغبوش، 2009، ص 37)

وضح محمد سليم خميسي بعض مزايا هذا العلاج نعرضها فيما يلي:

- تعليم المرضى أن يحددوا وأن يتعرفوا على أفكارهم الخاطئة التي ترتبط بالانفعالات والسلوك المضطرب لديهم.
- تعليم المرضى تصحيح ما لديهم من أفكار واعتقادات خاطئة وتحريفات معرفية.
- مساعدة المرضى على تغيير المخططات الكامنة والمختلة وظيفياً.
- تدريب المرضى على الفنيات السلوكية المعرفية لمقاومة أفكارهم واعتقاداتهم الخاطئة. (محمد سليم، 2013، ص 51)
- العلاج المعرفي لبيك لا يقتصر فقط على سيرورات المعالجة على المستوى الذهني، بل إنه ينظر إلى الإنسان في شموليته، إنها نظرة ثلاثية الأبعاد تجمع بين ما هو معرفي وما هو وجداني وما هو سلوكي، وأن هذه الأبعاد الثلاثة في تفاعل مستمر بينها ويؤثر بعضها

باستمرار على البعض الآخر، منطلقها يكون دائما المعرفيات، وعليه فإن هذه النظرة الشمولية هي ما يميز العلاج المعرفي عن باقي العلاجات الأخرى. (إسماعيل، زغبوش، 2009، ص55)

بالرغم من هذه المميزات الخاصة بالعلاج المعرفي لبنيك، تتسبب إليه عيوب متنوعة ومشاكل غير محلولة، منها:

- يركز العلاج المعرفي استثنائيا على العمليات المعرفية التي يكون المريض واعيا بها شعوريا.
- بالرغم من حقيقة أن التغيرات المتنبئ بها في معارف المرضى تحتل مكانا خلال سير العلاج المعرفي، فليس من الواضح بصفة عامة كيف حدثت هذه التغيرات، فقد تكون نتيجة تغير قد حدث بطريقة أخرى معينة.

- إن العلاج المعرفي يتضمن خليطا من عناصر مختلفة عديدة معرفية وسلوكية وإذا ما ثبت أن أي صورة معينة من العلاج المعرفي فعالة فإنه ليس أمرا سهلا أن نقرر أي من العناصر المتنوعة قد لعبت دورا جوهريا في إنتاج تلك الفاعلية. (حسين، 2005، ص105)

حسب باتريستون (patterson) فإن هذا العلاج يعيبه ثلاث جوانب أساسية وهي:

- اعتبار الأفكار هي التي تولد الانفعالات وتوجهها في حين أن البعض يؤكد على أن الانفعالات أقوى من الأفكار.
- الأساليب التي يستخدمها العلاج تعتمد على التعامل مع الافكار فقط وتتجاهل المشاعر والتصرفات (السلوك).

- العلاقة العلاجية غير واضحة في هذا العلاج. (محمد سليم، 2013، ص51)

13.3. مقارنة بين العلاج المعرفي عند بيك والعلاج العقلاني الإنفعالي لأليس:

يمكن تلخيص أوجه الاختلاف والتمايز بين أسلوب إليس Ellis واسلوب بيك Beck في

النقاط التالية:

- الهدف الأساسي الذي يتوخى تحقيقه العلاج العقلاني الانفعالي حسب إليس Ellis، يتمثل في جعل الأشخاص أن يقبلوا ذواتهم كما هي وليس كما يجب أن تكون، وإذا استطاع الإنسان تقبل الواقع والافتناع بوضعيته الراهنة، حينئذ يمكن أن يتوقع جميع التغيرات، ويدخل على أفكاره التحسينات المعقولة. لكن ذلك لن يتحقق إلا من خلال التفكير المنطقي السليم والتفكير الواقعي.

-يرى بحير 1996 أن العلاج المعرفي الذي أسسه بيك ينصب خصيصا على معالجة الاكتئاب، وأن الصعوبات النفسية ناجمة عن فهم خاطئ يحمله الفرد عن ذاته وعن علاقاته ومكونات المجتمع، كما حول بيك Beck العلاقة بين المفحوص والمعالج إلى علاقة أكثر تشاركا وتعتمد على الحوار السقراطي. (إسماعيل، زغبوش، 2009، ص ص 63-62)

- تختلف الإجراءات التي تستخدم في كل العلاج المعرفي والعلاج العقلاني الانفعالي.
- لم يعطي أليس العلاقة الإرشادية الاهتمام الكافي، هو يميل إلى مهاجمة الاعتقادات اللاعقلانية لدى العميل بشكل مباشر عن طريق الجدل، في حين المعالج المعرفي يكون أكثر تعاوناً.
- يركز العلاج المعرفي على الأفكار التلقائية والتحريفات المعرفية والمخططات المختلة وظيفياً، بالتالي يسعى إلى تغيير كل هذه المستويات المعرفية الخاطئة، في حين يركز العلاج العقلاني الانفعالي على نسق الأفكار اللاعقلانية وخاصة الينبغيات.
- يستخدم العلاج المعرفي الطريقة السقراطية والتدعيمية التي تجند العميل على فحص صحة وصدق الاعتقادات لديه، بينما العلاج العقلاني الانفعالي يشير إلى أن العميل يجب إخباره بالأفكار اللاعقلانية الموجودة لديه، والتي تؤدي إلى هزيمة الذات والشعور بالقلق والإحباط والعمل على دحضها. (طه عبد العظيم، 2007، ص ص 163-164)

4. أسلوب التحسس الداخلي:

1.4. تعريف أسلوب التحسس الداخلي:

هناك من يعتبر أن هذه الطريقة قد تضاهاى الطرق الموظفة أو المعتمدة في العلاج بالأدوية خصوصا في علاج بعض أنواع الاكتئاب، يسعى من خلالها المعالج إلى بناء علاقة تعاونية تقوم على أساس من الألفة والثقة في العلاج، ويقوم بجهد فعال في استكشاف وفحص الأخطاء المعرفية التي تكمن وراء أنماط الانفعالات غير التوافقية للمرضى، والأجدى هو أن يقوم المريض نفسه باستكشاف أفكاره، بالتالي تضعف مقاومته في تعديل أفكاره مما يجعل التغيير ممكن، حيث يقوم المريض بالتعاون مع المعالج في تصميم تجارب انفعالية لفحص صحة وصدق اعتقاداته. (كمال يوسف، 2015، ص 56)

2.4. خصائص الفرد المتحسس داخليا:

يمتاز الفرد الذي يعاني هذا الاضطراب من أعراض عدة هي:
مشاعر مبالغ فيها تجاه بعض الاشخاص أو الاحداث، من مظاهرها التأويل السيئ للقول او الفعل، وسوء الظن بالآخرين وسرعة الانفعال لأقوالهم، وضعف التحمل وسرعة التأثر، كثرة الاعتراض وحب العزلة لتجنب سماع الآخرين، وكثرة الخصومات واغتياب الآخرين، وعدم تحمل النقد، والاهتمام الشديد باللفظات البسيطة مثل عيد الميلاد والشعور بالإهانة والألم الشديد لو تجاهله أحد والاعتقاد بأنه عن عمد، والحرص المبالغ فيه على مشاعر الآخرين والشعور بالذنب الشديد عند الخطأ، ولا يتحمل أن يشفق عليه أحد، يصفه المقربون بأنه شخصية حساسة يحب الخلوة مع النفس، مع الشعور بعدم القيمة لو لم يحصل على احترام جميع المحيطين به، والمسارة في كسب رضاهم وحبهم، يشعر بخيبة أمل لو وقع في أي خطأ حتى لو كان تافها، يعتقد ان اساءة الآخرين لبعضهم بعضا هي سبب شقاء وتعاسة الناس، يحاول أن يحتفظ بمشاعره لنفسه بدلا من أن يفسرها للآخرين.

<https://acofps.com/vb/59596.html>

3.4. تطبيق أسلوب التحسس الداخلي:

بعد اكتشاف الأحاسيس والمشاعر الداخلية الخاطئة يعمل المعالج والمريض معا على فحص صدقها، ويتم ذلك من خلال طرح الاسئلة والمناقشة لكي يقدم المريض الدليل على صحة ما يشعر به وواقعيته أو الدليل الذي يخالفها ويناقضها، هذا إلى جانب الكشف عن المعاني المتضمنة التي تقف خلف هذه العواطف والانفعالات، ثم يتم تقديم تفسيرات بديلة لها متوازنة وأكثر توافقية. (شاهين فرنسيس وعبد الكريم جرادات، 2012، ص ص165-166)

4.4. بعض الفنيات العلاجية المستخدمة في هذه الطريقة: نوضح بعضها كما يلي:

- مناقشة أحداث الخبرات الانفعالية:

يصف المريض الحادثة بشيء من التفصيل ويحاول المعالج جعل المريض يتذكر الافكار المرتبطة بظهور واستمرار رد الفعل الانفعالي باستخدام اسئلة.

- فنية الفحص الذاتي:

يقصد بالمراقبة الذاتية قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به، وتساعد على رؤية متاعبه بشكل مختلف، وأن يكون موضوعيا مع نفسه مما يساعده على تحديد مشكلته، ومن ثم تستخدم المعلومات كأساس للنقاش. (حمدي، 2013، ص ص147)

- استخدام التخيل لإعادة الخبرة الانفعالية:

يطلب المعالج من المريض تخيل الموقف أو تمثيله وي طرح عليه الأسئلة التالية:

- "أود منك أن تتخيل نفسك في الموقف الذي تحدثنا عنه وخصوصا اللحظة التي لاحظت فيها أنك بدأت تحس بالقلق؟"

- "عندما تتخيل ذلك صف لي باختصار ما ترى؟"

- "الآن استمر في التخيل ببطء، ولاحظ باستمرار ما يحدث؟"

- "كيف تشعر، وما الذي يجول في ذهنك، ماذا ترى الآن؟"

- "فيما كنت تفكر في اللحظة التي شعرت فيها بتزايد القلق لديك؟"

- فنية المتصل المعرفي:

يطلب من المريض أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مع الآخرين، على سبيل المثال يطلب من المريض الذي لديه الاعتقاد (أنا شخص عديم الفائدة) أن يعرف المقصود بعديم الفائدة، ثم يطلب منه أن يشير أين سيكون بعض الناس، يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة يبدأ بصفر (عديم الفائدة تماما) و100% (فعال جدا).

وهي فنية مفيدة استبدال الأفكار التلقائية وكذلك الاعتقادات الأساسية، وتفيد في التعامل مع التفكير الثنائي كل شيء أو لا شيء. (شاهين وعبد الكريم، 2012، ص ص 175-176)

يمكن القول أن العلاج بالتحسس الداخلي علاجا يهدف الى دحض السلوكيات والأفكار المضطربة، يعتبر من الأساليب الفعالة والبسيطة، يعتمد على مجموع أساليب تهدف لتعديل وتغيير الأفكار غير السوية واكتساب أفكار منطقية وواقعية، بهدف الوصول بالفرد إلى درجة من الصحة والتوافق النفسي، خاصة أننا نعيش في عالم يعج بالتجارب التي يمكن أن تكون قاسية.

خاتمة:

إن الصدمات النفسية أمرًا واردًا يمكن أن تصادفنا في أي مرحلة من مراحل حياتنا، ويمكن أن ينجم عنها اضطرابات نفسية قد تعرقل تطور الفرد، والعلاجات السلوكية والمعرفية مجال واسع ومتميز في مجال العلاجات النفسية، يفيد في كثير من الاضطرابات النفسية اهتم به عديد من الاخصائيين النفسانيين لتعدد أساليبه، واختصاره للوقت والجهد رغم بعض الانتقادات الموجهة له. عرضنا بعض الأساليب المهمة في العلاج السلوكي يستعين بها الأخصائي في العلاج ويستخدمها حسب الحاجة إليها، كأسلوب الغمر وأسلوب تأكيد الذات، وأغلب الأساليب العلاجية السلوكية هي تقنيات متداخلة تستخدم مع بعضها البعض.

كما تم عرض عناصر مهمة في موضوع العلاج العقلاني الانفعالي لأليس، والعلاج المعرفي لبيك والعلاج بالتحسس الداخلي، وهي علاجات معرفية تشترك في الفكرة التي تقوم عليها وهي أن الأفكار غير المنطقية وأساليب التفكير الخاطئة هي سبب الاضطرابات النفسية، تشترك كلها في الهدف الذي يتمثل في دحض الأفكار السلبية المسببة للاضطرابات النفسية.

قائمة المصادر والمراجع:

- باللغة العربية:

- الشناوي محمد محروس، السيد عبد الرحمان محمد، 1998، العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- أبو اسعد احمد عبد اللطيف، 2014، تعديل السلوك الإنساني النظرية والتطبيق، ط2، دار الميسر للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
- إجلال محمد سرى، 2000، علم النفس العلاجي كلية الدراسات الانسانية، جامعة الازهر، عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة، القاهرة
- إسماعيل علوي، زغبوش بن عيسى، 2009، العلاج النفسي المعرفي، الأردن، عالم الكتب الحديث.
- بوضياف دليلة، 2018، الافكار اللاعقلانية وعلاقتها بتشكيل هوية الانا لدى المراهقين، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه، تخصص علم النفس العيادي جامعة محمد بوضياف المسيلة.
- حسين أحمد فايد، 2005، العلاج النفسي (أصوله-تطبيقاته-أخلاقياته) مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة.
- حمدي عبد الله عبد العظيم، 2013، برنامج تعديل السلوك مجموعة برامج علمية ونماذج تطبيقية، مراجعة سامية خضير، مجد للنشر، الجيزة.
- سامية حجازي إدريس، 2007، فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في تحسين درجات القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تحت الاستشفاء الدموي، أطروحة دكتوراه، كلية الآداب - قسم علم النفس-جامعة خرطوم.
- شاهين فرنسيس وعبد الكريم جرادات، 2012، مقارنة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بالتدريب على المهارات الاجتماعية في معالجة الرهاب الاجتماعي، مجلة جامعة النجاح للأبحاث العلوم الإنسانية، مجلد6، العدد2.

- شعبان محمد فضل، 2008، العلاج المعرفي السلوكي الاستراتيجيات والتقنيات، الدار الجامعية للنشر والتوزيع والطباعة، بنغازي-ليبيا.

- طه عبد العظيم حسين، 2007، العلاج النفسي المعرفي - مفاهيم وتطبيقات-، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر، الإسكندرية.

-عائشة نحوي، 2010، العلاج النفسي عن طريق البرمجة العصبية اللغوية، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي، جامعة قسنطينة.

-عائشة نحوي، 2011، محاضرات في مقياس العلاجات النفسية، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

- قنون خميسة، محاضرات في العلاجات النفسية مقدمة لطلبة السنة الثالثة علم النفس العيادي،

VIRTURICAMPU ;UNIV MSILA ,DZ :FACSHS :WP2474

-كمال يوسف بلان، 2015، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار الاعصار العلمي للنشر والتوزيع، دمشق.

- محمد سليم خميسي، 2013، فاعلية برنامج علاجي معرفي-سلوكي في التخفيف من حدة القلق والاكتئاب لدى المصابين بالأمراض المزمنة، رسالة تخرج لنيل شهادة الدكتوراه تخصص علم النفس العيادي، جامعة قسنطينة.

- وليد خالد عبد الحميد، 2011، إبطال التحسس وإعادة العلاج بحركات العين، مجلة شبكة العوم النفسية العربية، العدد 13.

- باللغة الأجنبية:

-Serge Ginger, Edmond Marc, et autre, 2012, La psychotherapie aujourd'hui, Dunod, Paris.

-Jacques Regard, Eyrolles, 2007,Les émotions, Dunod, Paris.

-Louis Charlout, 2014, l'affirmation de soi, Payot, Paris.

-Emmanuel Granier – 2011, petit guide de thérapie comportementale et cognitive, Gaeten Monin ed, Presse universitaire de Lille.

-J.Cottraux, 1990, Les Therapies comportementales et cognitive, Masson ed, Paris.

- Grider, A.B, Goethals, G.R., Kavanaugh, R.D.,Solomon, R.P, 1993,
Psychologie, Harper Collin, 4th Ed, new york.
- Houde, O., Kayser, D., Proust, K. et Rastier, F., 1998, Vocabulaire de
sciences cognitives, Puf, Paris.

– مواقع الإنترنت

<https://acofps.com/vb/59596.html> –

–<http://virtuelcampus.univ-msila.dz/facshs/> p=2474