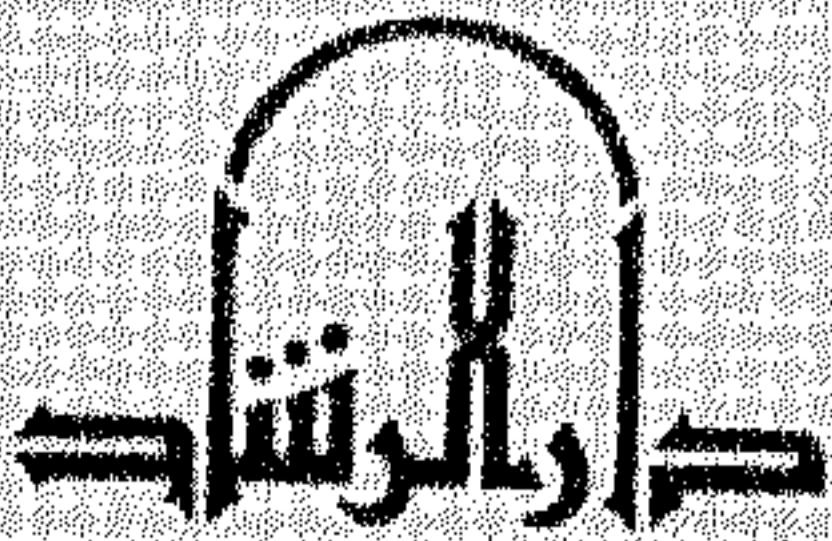


العلاج النفسي الإسلامي

أسس وتطبيقات

أ.د/ عادل عبد الله محمد

أستاذ الصحة النفسية
كلية التربية جامعة الزقازيق



العلاج المعرفي السلوكي

أسس وتطبيقات

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

إهداء

إلى زوجتي وأولادي..
جزاء ما حملوه عني،
وما تحملوه مني
في سبيل إنجاز هذا العمل..

المحتويات

| | |
|-----------|--|
| ١١ | مقدمة |
| ١٥٠ - ١٥ | الباب الأول: الأسس النظرية للعلاج المعرفى السلوكى |
| ٥٥ - ١٩ | الفصل الأول: العلاج المعرفى السلوكى .. المكونات والأركان |
| ٩٥ - ٥٧ | الفصل الثانى: الأطر النظرية للعلاج المعرفى السلوكى |
| ١٥٠ - ٩٧ | الفصل الثالث: التطورات الحديثة فى العلاج المعرفى السلوكى |
| | الباب الثانى: التطبيقات الإكلينيكية للعلاج المعرفى السلوكى |
| ٤٨٢ - ١٥١ | على الإضطرابات المختلفة |
| ١٨٨ - ١٥٥ | الفصل الرابع: الإضطرابات الإكتئابية |
| ٢٥١ - ١٨٩ | الفصل الخامس: إضطرابات القلق |
| ٢٨٤ - ٢٥٣ | الفصل السادس: الآلام المزمنة |
| ٣٣٤ - ٢٨٥ | الفصل السابع: إضطراب صورة الجسم |
| ٣٤٩ - ٣٣٥ | الفصل الثامن: الإعاقات الجسمية الحسية |
| ٣٩٠ - ٣٥١ | الفصل التاسع: إضطرابات الشخصية |
| ٤٢٩ - ٣٩١ | الفصل العاشر: الإضطرابات الذهانية |
| ٤٨٢ - ٤٣١ | الفصل الحادى عشر: التخلف العقلى |
| ٥١٢ - ٤٨٣ | المراجع |

مقدمة

الحمد لله رب العالمين الذى نزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين، وجعل لنا السمع والأبصار والأفئدة، وخصنا بالعقل حتى نستطيع أن نفكر ونتعقل ونتدبر الأمور، ومع ذلك فقد ظل إطمئنان القلوب رهن بذكره سبحانه وتعالى . . . والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين .

وبعد . . .

يعد العلاج المعرفى السلوكى أحد أساليب العلاج النفسى الحديثة نسبياً نتج عن إدخال العمليات المعرفية إلى حيز وأساليب العلاج السلوكى حيث من المؤكد وجود ارتباط بين التفكير والإنفعال والسلوك إذ أن الفرد حينما يفكر فهو ينفعل ويسلك أيضاً، وعندما ينفعل فهو يفكر ويسلك فى ذات الوقت، وعندما يسلك فهو يفكر وينفعل كذلك . وقد شهدت بداية هذا المنحى العلاجى ظهور ثلاثة نماذج علاجية إرتبط كل منها بإسم صاحبه، فجاء على رأس تلك النماذج على التوالى آرون بيك A. Beck وألبرت إليس A. Ellis ودونالد ميتشنيوم D. Meichenbaum إلا أن النموذج الأخير هذا لم يرق إلى مستوى النظرية حيث قدم ميتشنيوم تفسيرات للتغيرات المعرفية التى تحدث من جراء العلاج على هيئة تقرير وليس من خلال دراسات إمبريقية بما تكشف عنه من نتائج، وعلى ذلك فإن هذه الجهود تعد إتفاقاً مع رأى باترسون (1986) Patterson بمثابة محاولة فى هذا الصدد لم تكتمل بعد سواء على المستوى التنظيرى أو التطبيقى . ولذا يقرر ما هونى (1988) Mahoney أنه مع نهاية عقد الثمانينيات رأى جمع من الباحثين فى ذلك

المجال أن هذا المنحى العلاجى يتضمن إتجاهين متميزين، يتمثل أولهما فى الإتجاه الإستدلالى البنائى ويمثله بيك، بينما يتمثل الآخر فى الإتجاه العقلانى ويمثله إليس. وقد شهد الإتجاهان جملة من التطورات الحديثة حتى الوقت الحالى، كما شهدا إدخال عدد حديث من الإستراتيجيات والفنيات العلاجية إلى حيزهما، وإزداد كم الإضطرابات التى أمكنهما التعامل معها، وضم ذلك على سبيل المثال لا الحصر مشكلات الأطفال وكبار السن، والإضطرابات الذهانية، والإدمان وإساءة إستخدام المواد، والتخلف العقلى، والآلام المزمنة، والأرق، وإضطرابات الشخصية، وإضطرابات القلق، وغيرها. ويتسم هذا المنحى العلاجى بأنه يتعامل مع الإضطرابات المختلفة من منظور ثلاثى حيث يتناول المكونات المعرفية والإنفعالية والسلوكية لهذا الإضطراب أو ذاك، ومن ثم فقد تنوعت الفنيات العلاجية المستخدمة بين الفنيات المعرفية والإنفعالية والسلوكية، إضافة إلى إستخدامه لإستراتيجيات المواجهة التى تسهم فى منع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى وهو ما جعل هذا الأسلوب العلاجى أقل أساليب العلاج النفسى فيما يتعلق بإحتمالات حدوث إنتكاسة فيما بعد.

ويتناول الكتاب الحالى هذا المنحى العلاجى من الناحية النظرية والتطبيقية الإكلينيكية، ومن ثم فهو يضم بين طياته باين، يتناول الباب الأول منهما تلك الأسس النظرية للعلاج المعرفى السلوكى، ويشتمل على ثلاثة فصول، يتناول الفصل الأول المكونات والأركان التى يستند إليها هذا المنحى العلاجى، ويتناول الفصل الثانى الأطر النظرية لهذا المنحى العلاجى وأهم الإستراتيجيات والفنيات العلاجية الحديثة التى شهدها المجال. فى حين يتناول الفصل الثالث التطورات الحديثة التى شهدها هذا الميدان حتى الآن. أما الباب الثانى فيتناول التطبيقات الإكلينيكية للعلاج المعرفى السلوكى على عدد من الإضطرابات المختلفة التى تعتبر فى معظمها من التطبيقات الحديثة. ويضم هذا الباب ثمانية فصول نتجول خلالها بين تلك الإضطرابات نوضح ما شهدته المجال من تطورات وكيف يمكن تناول هذا الإضطراب أو ذاك فى ضوء هذا المنحى العلاجى. ولذا فقد حددنا

نقاطاً معينة عند تناول كل إضطراب على حدة وحاولنا الإلتزام بها. وقد تضمنت تلك النقاط تحديداً لطبيعة الإضطراب موضوع الدراسة، والمحكات التشخيصية التي يتم في ضوءها تحديد الإضطراب وذلك وفقاً لأحدث نموذج تشخيصي في المجال والذي يتمثل في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية DSM - IV الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA عام ١٩٩٤، إلى جانب العلاج المعرفي السلوكي للإضطراب، والفنيات العلاجية المعرفية السلوكية التي يمكن إستخدامها وذلك في ضوء طبيعة الإضطراب مع تخطيط للبرنامج العلاجي الذي يمكن اللجوء إليه في هذا الصدد، إضافة إلى دراسات علاجية حديثة أجريت في الغالب خلال عقد التسعينيات المنصرم وذلك لكل إضطراب على حدة أتبعناها بتعليق عام عليها وعلى الفصل ككل وذلك حتى تعم الفائدة. إلا أننا قد آثرنا في بعض الفصول الخروج على تلك النقاط وذلك في الشكل فقط دون المضمون حتى لا يشعر القارئ بنوع من الملل.

هذا ويتناول الفصل الرابع إستخدام هذا المنحى العلاجي مع الإضطرابات الإكتئابية، ويتناول الفصل الخامس إستخدامه مع إضطرابات القلق ويتضمن ذلك إستخدامه مع إضطراب القلق العام، وإضطراب الهلع، وإضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة، والمخاوف المرضية بما تضمه من رهاب الخلاء أو الخوف من الأماكن الواسعة، والمخاوف الإجتماعية، والمخاوف النوعية، إلى جانب إضطراب الوسواس القهري. في حين يتناول الفصل السادس الآلام المزمنة وهي تلك الآلام الجسمية التي لا تعود إلى أي أساس عضوي وتعتبر بمثابة آلام هستيرية والتي تعد من التطبيقات الحديثة لهذا المنحى العلاجي. ويتناول الفصل السابع إضطراب صورة الجسم بما يتضمنه من إضطراب الإنشغال المرضي بشكل الجسم أو ما يطلق عليه تشوه صورة الجسم، وفقد الشهية العصبي، والشراهة العصبي، وإن كان هذان الإضطرابان الأخيران من إضطرابات الطعام فإن النموذج المعرفي لكل منهما يربطهما بصورة الجسم حيث يعد الإنشغال الرئيسي للفرد فيما يتعلق بهذين

الإضطرابين مرتبطيناً بشكل الجسم ووزنه وصورته. أما الفصل الثامن فيتناول الإعاقات الجسمية الحسية، وباستثناء التخلف العقلي الذي أفردنا له فصلاً مستقلاً فلا توجد دراسات علاجية تنتمي إلى هذا المنحى العلاجي قد تناولته مع الإعاقة السمعية، في حين توجد دراسات قليلة جداً إستخدمته مع الإعاقة البصرية. ويتناول الفصل التاسع إضطرابات الشخصية، وقد حاولنا خلال ذلك الفصل أن نوضح ما قد يكتنف علاج تلك الإضطرابات من عقبات، بينما يتناول الفصل العاشر الإضطرابات الذهانية والتي يعد إستخدام هذا المنحى العلاجي معها من التطبيقات الحديثة أيضاً، وهو نفس ما ينطبق على التخلف العقلي الذي يتناوله الفصل الحادى عشر والأخير.

وأدعو الله أن أكون قد وفقت فى عرضى لهذا الكتاب وإخراجه بالشكل الحالى، كما أدعوه سبحانه وتعالى أن أكون بهذا الكتاب قد أضفت جديداً إلى المكتبة العربية فى الصحة النفسية على وجه الخصوص، وفى علم النفس بصفة عامة، وأن يجد فيه الباحثون فى هذا المجال ضالتهن المنشودة.

والله من وراء القصد.

المؤلف

أ. د/ عادل عبد الله محمد

الزقازيق فى ديسمبر ١٩٩٩

رمضان ١٤٢٠

□ الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي □

الأسس النظرية للعلاج المعرفى السلوكى

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

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

وتتمثل الأطر النظرية لهذا المنحى العلاجي فى تلك الأساليب التى قدمها كل من دونالد ميتشنبوم D. Meichenbaum وألبرت إليس A. Ellis وأرون بيك A. Beck وفيكتر رايمى V. Raimy إلا أن باترسون Patterson يرى أن ما فعله كل من ميتشنبوم ورايمى يعد بمثابة محاولة لم تكتمل فى سبيل الوصول إلى نظرية علاجية، ولكنهما مع ذلك قد قطعاً شوطاً كبيراً بإتجاه النظرية المعرفية السلوكية فى العلاج. ولذا يرى ماهونى (1988) Mahoney أنه منذ نهاية عقد الثمانينيات كاد الأمر يقتصر على وجود إتجاهين فقط يضمهما هذا المنحى العلاجي؛ يتمثل أولهما فى إتجاه إليس Ellis بينما يتمثل الإتجاه الثانى فى إتجاه بيك. Beck وقد عمل كلاهما على الدمج بين الإتجاهين المعرفى والسلوكى بشكل واضح لالبس فيه، وهو الأمر الذى دفع إليس Ellis إلى تغيير مسمى أسلوبه العلاجي فى عام 1993 ليصبح العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى. وقد شهد هذان الإتجاهان تطورات عديدة حتى الوقت الحاضر، وظهرت فنيات كثيرة فى كل منهما، وكشفت نتائج العديد من الدراسات التى إستخدمت تلك الفنيات عن فعاليتها الفائقة فى هذا الصدد.

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



الفصل الأول

العلاج المعرفى السلوكى..
المكونات والأركان

الإتجاه المعرفى السلوكى فى العلاج :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

وكانت النتيجة التى توصلت إليها البحوث فى الثمانينيات أن العلاج المعرفى السلوكى له فاعليته فى علاج الإكتئاب سواء البسيط أو المتوسط (حيث كان يتم النظر إليه كذلك، ولم يبدأ علاج الإكتئاب الحاد فى ضوء هذا الإتجاه إلا خلال التسعينيات) والتى تفوق فاعلية العلاج بالعقاقير. وهى نفس النتيجة التى توصل إليها هاجا وآخرون (١٩٩١) Haaga et. al ووجد إيفانز وآخرون (١٩٩٢) Evans et. al أن العلاج المعرفى السلوكى له آثار طويلة المدى بشكل يفوق العلاج بالعقاقير. كما وجد شيا وآخرون (١٩٩٢) Shea et. al أن المرضى الذين كانوا يخضعون للعلاج المعرفى السلوكى قياساً بأقرانهم الذين كانوا يتلقون العلاج بالعقاقير حتى فى حالة الإكتئاب الحاد كانوا أقل عرضة للإنتكاسة، إلا أن العلاج بالعقاقير يعمل على تعزيز فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى حالة الإضطراب الإكتئابى الحاد.

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

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

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

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

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

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

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

يكونوا ودودين فى تعاملهم معى وإلا فسوف يكونوا مصدر إزعاج لى .
يجب أن تكون الظروف التى أحيأ فيها مريحة ومناسبة وتوفر لى الأمان وإلا فسوف يكون العالم مزعجاً ولا يمكننى أن أحتمله ومستصبح الحياة لا تستحق أن أحيأها .

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

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

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

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

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

- 1- المراجعة المستمرة للنظريات فى ضوء الواقع والنظرة الإمبيريقية حتى يتم التأكد من مدى ملاءمتها للظروف الجديدة والمستحدثات المختلفة.
- 2- استخدام المنطق للتأكد مما إذا كانت النظريات الموجودة لاتزال تتسق مع ماتقوم عليه من ثوابت أم أنها قد أصبحت تتعارض مع نظريات أخرى حديثة تعد هى الأفضل نظراً لأنها قد ظهرت فى ضوء الظروف الجديدة.

الإبتعاد عن الدوجماتيقية أو التزمّت وعدم المرونة التى يتم فى ضوءها النظر لى نظرية على أنها صحيحة تماماً تحت كل الظروف وفى جميع الأوقات، ومن ثم يتسم بالبحث الدائم عن النظريات العملية البديلة التى تعد هى الأفضل.

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

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

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

هذا **ويؤكد** العلاج المعرفي السلوكي على تحقيق الذات Self - actualization **وذلك** من خلال جانبين أساسيين يتمثل الأول في مساعدة المريض في التغلب على **إضطراباته** المعرفية الإنفعالية السلوكية بما يساعده على أن يقوم بشكل فعال بالبحث **عن** تحقيق ذاته وترتيب الأمور لذلك. وحتى يتسنى تحقيق هذا الهدف يعمل هذا **المعالج** العلاجي على مساعدة المريض أن يعمل في سبيل تحقيق مايلي:

على هذا النوع من المعارف إسم «المعارف الساخنة» hot. ويرى إليس (1988) أن الأفكار الهازمة للذات والتي يتعرض لها الفرد غالباً ما تكون من **نوع** النوعية الأخيرة التي تعرف بالمعارف الساخنة والتي يمكن تحويلها كخطوة في **سبيل** العلاج إلى معارف تفضيلية دافئة كأن يقول الفرد مثلاً «أنا أحب النجاح **لكن** يمكن أن أقبل الفشل وأتعلم منه ومع ذلك أظل سعيداً في حياتي». وعلى **رغم** من ذلك تظل هناك بعض المعارف الساخنة التي تحمل بعض التعارض فيها **مثل** «يجب أن أنجح، ويجب ألا أفشل، ولكن إذا فشلت فسوف أشعر باليأس»، **تعد** مثل هذه المعارف بمثابة إعتقادات لاعقلانية في حين تعتبر المعارف الدافئة **شاشة** إعتقادات عقلانية. وإذا إعتنق الفرد المعارف أو الإعتقادات اللاعقلانية فإنه **يعرض** نفسه بذلك للإضطراب بكل تأكيد، أما إذا إعتنق المعارف أو الإعتقادات **لعقلانية** فإنه يقلل من فرص التعرض للإضطراب من ناحية، وقد يتخلص من **الإضطراب** الموجود من ناحية أخرى.

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

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

٢ - تفضيل القيام بحل تلك المشكلات المتعلقة بتحقيق الذات .

٣ - التقبل غير المشروط للذات وللآخرين .

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

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

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

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

يهدف العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي في هذا الإطار نسقاً فردياً يعطى مزيداً من الإهتمام للبناء الفردي أو الذاتي للفرد حتى خلال طفولته المبكرة . ويبدو ذلك واضحاً من خلال تلك الفنية التي قدمها جيفرى يونج (١٩٩٠) J. Jung والتي تعرف بإسم العلاج المعرفى السلوكي المتمركز حول البنية المعرفية والذي منعرض له بعد ذلك . ويصور هذا المنحى العلاجي الفرد على أنه يعيش وسط جماعة إجتماعية معينة ويعمل على تشرب معاييرها الإجتماعية والقيم السائدة فيها، ولكنه يقوم بعد ذلك بتحويلها إلى مطالب مطلقة متصلة وتبتعد تماماً عن المرونة ومن ثم تؤدي إلى شعوره بالإضطراب .

العلاجية العلاجية

ويهدف العلاج المعرفى السلوكي في الأساس على مايعرف بالعلاقة العلاجية بين المعالج والمريض، وهى العلاقة التي تلعب دوراً أساسياً فى العلاج، ويشترط فيها من صفوه هذا الأسلوب العلاجي أن تكون تعاونية . وتشير العلاقة العلاجية إلى تلك الإرتباطات والتعلقات المعقدة التي تنشأ بين المعالج والمريض، والفهم المشترك بينهما بشأن بينهما، والأنشطة التي يتم أداؤها من جانب كلا الطرفين والتي تهدف إلى إتمام المعالج بتقديم المساعدة للمريض حتى يتمكن من مواجهة مشكلاته النفسية وتقليل حدتها أو التخلص منها . وفى هذا الإطار تتضمن العلاقة العلاجية ثلاثة أهداف أساسية كالتالى:

١ - الإرتباطات: وهى ما تشير إلى تلك الإرتباطات بين الشخصية التي تنشأ ويتم تنشأها بين الطرفين .

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

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

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

أولاً: الإتفاقات bonds

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

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

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

ثانياً: الأهداف goals

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

توضيح ذلك للمريض وتحديد تلك المهام والمسئوليات المناطة به وما ينبغي عليه أن يقوم به خلال العملية العلاجية ككل. كذلك يجب على المعالج عند العمل للمسئوليات والمهام التي ينتظر أن يضطلع بها المريض أن يراعى ميول وإهتمامات ذلك المريض حتى يتم جذبته بشكل فعال للقيام بذلك وأدائه على النحو المطلوب، وهو ما يجعله يغمس في تلك العملية بشكل إيجابي.

ب- تحديد مشكلات المريض وتقييمها:

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

ج- تغيير الفنيات:

يلجأ المعالج بعد تحديد المشكلة في تحديد تلك الفنيات التي يمكن أن تساعد في تحقيق الهدف العلاجي. ومن ثم يبدأ في مناقشة ذلك مع المريض، وتحديد تلك المهام التي يجب على كل منهما أن يقوم بها. ويرى درايدن (1995) Dryden أن تحديد المهام الموكلة لكل من المعالج والمريض بفاعلية يتطلب توفر عدد من الأمور التالية كالتالي:

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

ثالثاً: المهام tasks

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

أ- تحديد العملية العلاجية:

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

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

وجهة النظر الإنسانية في العلاج

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

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

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

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

٣ - أنه يفترض عدم وجود شيء إنساني خارق للعادة يعمل على زيادة اعتمادية الفرد على الغير، ومن ثم على زيادة إضطرابه الإنفعالي.

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

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

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

وعلى الرغم من أن هذا الأسلوب العلاجي يسلم بوجود مؤثرات أسرية وإجتماعية على اللاعقلانية والإضطراب الإنساني فإنه في الوقت ذاته يسلم بوجود أسس بيولوجية يمكن أن تؤثر أيضاً على اللاعقلانية والإضطراب الإنساني حيث توجد لدى كل الأفراد ميول عصابية هازمة للذات بغض النظر عن أصولهم أو ثقافتهم أو الأسر التي تمت تنشئتهم فيها وبأى أساليب للمعاملة الوالدية.

وعندما ترتبط الإضطرابات بالأسرة فإنها غالباً ما تمثل عاملاً وراثياً يتم تناقله عبر الأجيال، فقد نجد أن بعض الإضطرابات العقلية الإنفعالية الخطيرة كاضطراب الهوس الإكتيابي، أو الإضطراب الإكتيابي الشديد، أو الإضطراب الفصامي، أو الإضطراب القهري الوسواسي تعد إضطرابات ذات مكون وراثي مستقل. وعلى الرغم من أن الأفراد الذين تزداد خطورة إضطرابهم كأولئك الذين يعانون من إضطراب الشخصية الحدية قد يتحسنون كنتيجة للعلاج المكثف فإنهم مع ذلك ما

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

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

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

الإقناع الجدلى التعليمى

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

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

٢ - التدريب على الملاحظة والتمييز بين التقارير الذاتية.

٣ - التدريب على القيام بالتقييم المنطقى والإمبيريقى للتقارير الذاتية.

٤ - الأداء المتدرج للواجبات.

٥ - التغذية الرجعية الإجتماعية المباشرة.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

عنه. يتضح أن الإقناع الجدلي التعليمي يمثل أحد المكونات الهامة التي يركز عليها العلاج المعرفي السلوكي، ولكن لا يتم تقديمه بمفرده للمريض بل يتم ذلك في إطار إستراتيجية شاملة للعلاج. ويتوقف نجاح الإقناع الجدلي التعليمي على قوة العلاقة بين المعالج والمريض وما تتسم به من إحترام وثقة وإهتمام، وهو الذي يعد مطلباً ضرورياً لضمان التطبيق الناجح للإجراءات العلاجية المعرفية حيث يعتمد الإقناع الجدلي والتقييم المنطقي إلى جانب ذلك على العلاقة بين الشخصى للمعالج وقدرته على تطوير تلك العلاقة العلاجية مع المريض بالإضافة إلى إدراك الفرق بين المريض كشخص وبين ما يعتنقه من معارف والإبقاء على مثل هذا الفرق ووضع نصب العين مع مساعدة المريض بأسلوب حياة فعال يساعده على الإنخراط بفاعلية في الحياة.

هذا المنطق يتضح أن المعالج يقوم بإقناع المريض وتبصيره بمنطق العلاج الجدلي الذي ينتظر أن يتم التغيير المنشود من خلاله. وعلى ذلك فإن الجدلي يتم خلال عملية تعلم تنتهي بحدوث التغيير العلاجي في الإتجاه الذي ينتظر كل من المعالج والمريض حدوثه وإعداد المريض من خلال من إستراتيجيات المواجهة للتعامل بفاعلية مع أى مشكلات قد يتعرض لها ويكون البرنامج العلاجي قد إنتهى حتى يكون بإمكانه أن يتجنب حدوث مشكلات. ويمكن للمعالج أن يعمل على تعزيز وتدعيم العملية التعليمية تلك من خلال إقناع المريض على مجموعة من المهارات التي يتوقع أن تلعب دوراً أساسياً في تحقيق الهدف النهائي من تلك العملية إلى جانب استخدام تدخلات فنية معينة من خلالها سيادة الإقناع الجدلي وأهميته وضرورته في تحقيق ذلك الهدف. تلك المهارات كمرشد يتسم بالحساسية لما تدعو الحاجة إليه من تدخلات

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

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

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

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

العلاجية

العلاج المعرفى السلوكى إتجاهاً علاجياً مقنناً يستغرق وقتاً محدداً فى علاج الإضطرابات المختلفة التي يعاني منها الفرد، ويعد من هذا المنطلق ذات أهداف تتمثل فى العمل على تقليل ما يشعر به ذلك الفرد من كرب وعجز عن التوافق مع الواقع إلى الإضطراب الذى يعاني منه، والتقليل من حدة الإضطراب الذى يعتره، وتدعيم مشاركته الفعالة فى المواقف الإجتماعية المختلفة والتمسك على منع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى. ويعمل فى سبيل ذلك على ثلاثة تلميحات إستراتيجيات معرفية، وأخرى سلوكية، وثالثة إنفعالية حيث يتم فى ضوءها إختيار تلك الإستراتيجيات هي المكونات المعرفية والسلوكية والإنفعالية.

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

قائمة علاقة علاجية تعاونية مع المعالج. وعادة ما يبدأ البرنامج العلاجي بجلسات هيدية يتم خلالها إرساء دعائم تلك العلاقة والتي تعد ذات أهمية كبرى في تطور العلاج وفي تحقيقه لما يخطط له من أهداف. ويتم خلال هذه المرحلة استخدام لمقابلات التشخيصية وذلك لتقييم المشكلة التي يعاني الفرد منها، وتقييم تلك العوامل التي تسهم في تطور هذه المشكلة وتعمل على استمرارها. كما يتم خلال هذه المرحلة أيضاً مساعدة الفرد على التحديد الدقيق لمشكلاته التي يعاني منها. ويمكن في هذا الصدد أن يتم اللجوء إلى التقييم السيكومتری لتلك المشكلة وما قد يرتبط بها من توترات ومشكلات ثانوية.

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

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

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

تطبيق عام

شهد العلاج المعرفي السلوكي منذ بدايته وحتى نهاية الثمانينيات العديد من التطورات. وبمنظرة سريعة على تلك التطورات نلاحظ أنه مع تقديم بيك Beek

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

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



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

الأطر النظرية للعلاج
المعرفى السلوكى

الأطر النظرية للعلاج المعرفى السلوكى

تسير النظريات التى عرضت للعلاج المعرفى السلوكى فى إتجاه رئيسى يحاول إدخال العقل والمنطق فى العلاج النفسى وتغيير الأفكار الخاطئة أو اللامنطقية التى تبناها المريض من خبراته المبكرة وذلك بغرض تعديل سلوكه حيث تعبر الإضطرابات النفسية بأشكالها المختلفة فى الأساس بالنسبة للمعالج المعرفى السلوكى عن إضطراب فى التفكير حيث عادة ما تصحبها طرق غامضة ومتناقضة من التفكير ترتبط بالذات والبيئة. ولذا يجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسى على تغيير مفاهيم المريض وإعادة تشكيل مدركاته حتى يتيسر له التغيير فى سلوكه حيث يرى هذا الإتجاه أن الإضطراب النفسى عندما يحدث لايشمل جانباً واحداً من الشخصية فحسب، بل يمتد ليشمل أربعة جوانب هى السلوك الظاهر (الأفعال الخارجية)، والإنفعال (التغيرات الفسيولوجية)، والتفكير (طرق التفكير والقيم)، والتفاعل الإجتماعى (العلاقات بالآخرين). *

النماذج العلاجية المعرفية السلوكية

تزايد الإهتمام منذ السبعينيات بهذا المنحى العلاجى، [وبرز فى هذا السبيل ثلاثة نماذج علاجية لها الريادة أرسى دعائمها كل من بيك Beek وإليس Ellis وميتشبنوم Meichenbaum. ويعد ذلك النموذج الذى قدمه آرون بيك A. Beck من أبرز النماذج العلاجية فى هذا الإتجاه وأكثرها شيوعاً، ويعتبر منهجاً فينومونولوجياً ومعرفياً معاً. ففى الوقت الذى يركز فيه على معارف ومعتقدات الفرد فى هنا - والآن here and now كسبب فى إضطراب الشخصية، فإنه يستعين

فأبعض الفنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه
مدرجاته عن ذاته وعن العالم والمستقبل. ويرى بيك أن الشخصية تتكون من
خططات أو أبنية معرفية Schemas تشتمل على المعلومات والمعتقدات والمفاهيم
لإفتراسات والصيغ الأساسية لدى الفرد والتي يكتسبها خلال مراحل النمو.
سسلم بأن الأمزجة النفسية والمشاعر السالبة تكون نتاجاً لمعارف محرفة
لاعقلانية، فالمريض يستحدث رأياً عن نفسه وعن العالم وعن الماضي والحاضر
للمستقبل، ويكون عقله مغموراً بمعارف سالبة ومقدمات خاطئة، وينزع إلى
فتيرات الخيالية المشوهة. ويبرز الإنحراف الحاد في البناء المعرفي في حالة
اضطرابات النفسية. ويرى بيك أن الأبنية المعرفية تميز الاضطرابات الانفعالية،
وؤثر على إدراكات الفرد والتفسيرات التي يقدمها للأشياء، والذاكرة. ويتم إدراك
فتيرات في ضوء علاقتها بالأبنية المعرفية للفرد. ومن المحتمل أن يتم تشويه تلك
فتيرات حتى تتناسب مع هذه الأبنية. ولذا نجد في ضوء هذه النظرية أن الفرق
نوهري بين اضطرابي القلق والإكتئاب يتمثل في تحديدهما في إطار أبنية معرفية
مختلفة حيث نلاحظ أن الأبنية المعرفية السائدة في حالة الإكتئاب تتعلق بالأراء
سلبية عن الذات والعالم والمستقبل، في حين تتعلق الأبنية المعرفية في حالة القلق
بخطر وإحتمال التعرض له.

هذا وينفعل الناس بالأحداث وفقاً لمعانيها لديهم، وتؤدي تفسيراتهم للأحداث
إلى استجابات إنفعالية مختلفة، وحين يفكر الفرد على أساس تفسيرات خاطئة
تقف الحياة يقوم البناء المعرفي لكل منها بتعبئة الفرد للإستجابة لها، ويصدر عنها
مردداً يتفق معها سواء كان ذلك هو القلق أو الغضب، أو الحزن، أو الحب، أو
ذلك. وتصبح الحالة الانفعالية أو الوجدانية هي نتيجة لتلك العمليات المعرفية
لطريقة الفرد في رؤية نفسه وعالمه. ويهتم بيك بالأفكار التلقائية أو
وتوماتيكية السلبية أي التي تظهر وكأنها منعكسات آلية، وتبدو معقولة جداً من
نقطة نظر المريض وبالتالي تقاوم التغيير. وتتميز الأفكار الأوتوماتيكية بأنها تعكس
سامين موضوعات معينة تؤدي إلى زملة سيكوباتولوجية، وتكون عند حافة

وتسبق بعض الوجدانات كالغضب أو القلق أو الحزن، ويتسق مضمونها
مع هذا الوجدان أو ذلك، وتعد معقولة من وجهة نظر المريض الذي يحاول حلها
بالتفكير في الظهور.

وتذهب بيك إلى أن الأفكار الأوتوماتيكية تؤدي إلى التشويه المعرفي الذي يعد
نتيجة لها، ومن أمثله التمثل الشخصي Personalization أي تفسير الأحداث من
وجهة النظر الشخصية للمريض، والتفكير المستقطب Polarized أي المتمركز عند
أحد طرفين متناقضين إما أبيض أو أسود، والإستنتاج التعسفي أي الإستدلال
الإلزامي، والمبالغة في التعميم أي تعميم نتيجة معينة على كل المواقف على
أساس حدث منفرد، والتضخيم والتحقيم، والعجز المعرفي. وإذا كان العلاج
يهدف إلى النموذج يهدف إلى التعامل مع التفكير اللامنتقي الخاطيء والتشويهاً
المعرفية، والتعامل مع المشكلات المختلفة والسعي إلى تخفيضها، فإنه يعتمد على
مبدأ أسس أو مبادئ هي المشاركة العلاجية، وتوطيد المصادقية مع المريض،
والتفكير أو إختزال المشكلة reduction أي تقييمها إلى وحدات يسهل تناولها،
والتفكير الإيجابية العلاج وذلك باستخدام فنيات عديدة بعضها معرفي مثل المناقشة،
والتفكير الذاتية، والتباعد الذي يجعل تفكير المريض وتقييمه للواقع موضوعياً،
والتفكير الإيجابي المعرفي، والعلاج البدلي (مناقشة الأسباب). وبعضها تجريبي
كالإكتشاف الموجه، والتعريض، وبعضها الأخر سلوكي كالواجبات
والتفكير النمذجة، والتخيل (تخيل الموقف الصدمي)، ولعب الدور. ويرى بيك
أن تغييرات السلوكية ذات فاعلية لأنها تؤدي إلى تغييرات إتجاهية ومعرفية لدى
المريض.

ويذكر فيكتور رايمي V. Raimy على نهج بيك وقدم ما يعرف بفرض المفهوم
الخاطيء، ويرى أن الاضطرابات النفسية تعد نتيجة لمعتقدات أو إقتناعات خاطئة
للمريض عن ذاته بشكل غير موضوعي مما يدفع به إلى سلوك غير متعقل
في إنهماك الذات. ويهدف العلاج إلى تصحيح التصورات الخاطئة لدى
وتعديلها بما يؤدي إلى زوال سوء التوافق. ومن الفنيات المستخدمة في

العلاج فحص أو تمحيص الذات عن طريق تشجيع العميل على الحديث عن نفسه وعن مفاهيمه الشخصية، وتفسير وتوضيح المفاهيم الخاطئة التي يتبناها المريض، وتشجيعه على الإثبات والبرهنة الذاتية على زيف مفاهيمه حول ذاته وعلاقاته بالآخرين، وأخيراً إعطائه الخبرة البديلة (النموذج) إزاء تصورات ومفاهيمه الخاطئة.

وأرسي ألبرت إليس A. Ellis إتجاهاً علاجياً آخر هو العلاج العقلاني الذي زيد له عام ١٩٦١ مصطلح «الإنفعالي»، ثم زيد عام ١٩٩٣ له مصطلح «السلوكي» ليصبح مسماه العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي. ويرى من خلاله أن سلوكيات المرضى تنتج عن أفكار وإتجاهات لامنطقية، ويركز على التثابك بين التفكير والإنفعال والسلوك، ويرى أن الإضطراب النفسي يعد نتيجة للتفكير اللاعقلاني واللامنطقي. ولذلك فإننا لكي نفهم سلوكاً معيناً يجب أن نفهم كيف يشعر الفرد ويفكر ويدرك ويتصرف.

وصاغ إليس الأساس المعرفي للسلوك في معادلة مبسطة أطلق عليها ABC ويرى أنه حينما تتبع نتيجة مشحونة إنفعالياً (C) حدثاً منشطاً له دلالة (A) فإن ذلك الحدث قد يبدو أنه هو السبب في تلك النتيجة، ولكنه ليس كذلك في الحقيقة، وإنما إعتقادات الفرد (B) هي التي تسبب تلك النتائج الإنفعالية (C). كذلك فهو يرى أن الأفكار اللاعقلانية والتي حددها في إحدى عشرة فكرة هي المسئولة عن العصاب وذلك في المجتمع الأمريكي، وقسم تلك الأفكار إلى ثلاث مجموعات؛ تضم الأولى تلك الأفكار التي تتعلق بالفرد، وتضم الثانية ما يتعلق بالآخرين، بينما تضم الثالثة ما يتعلق بالعالم وظروف الحياة. وتمثل هذه الأفكار فيما يلي:

- ١ - من الضروري أن يكون الفرد محبوباً من كل المحيطين به أو مرضياً عنه منهم.
- ٢ - من الضروري أن يكون الفرد على درجة عالية من الكفاءة والإنجاز حتى يكون ذا أهمية.

يهدف بعض الناس بالشر والوضاعة والجبن، ولذلك فهم يستحقون أن يوجه لهم اللوم والعقاب.

٤ - إنه لمن النكبات المؤلمة أن تسير الأمور على غير ما يريده الفرد.

٥ - إن التعاسة تنتج عن ظروف خارجية لا يستطيع الفرد التحكم فيها.

٦ - أن الأشياء الخطرة أو المخيفة تعتبر سبباً للإنشغال البالغ، ويجب أن يكون الفرد دائم التوقع لها.

٧ - من الأسهل أن تنفادي بعض الصعوبات والمسئوليات الشخصية عن أن تواجهها.

٨ - ينبغي على الفرد أن يكون مستنداً على الآخرين، وأن يكون هناك شخص آخر يثق به منه يستند ذلك الفرد عليه.

٩ - تعتبر الأحداث والخبرات المتصلة بالماضي هي المحددات الأساسية للسلوك في الحاضر، وأن تأثير الماضي لا يمكن إستبعاده.

١٠ - ينبغي على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات وإضطرابات.

١١ - هناك دائماً حل صحيح أو كامل لكل مشكلة، ويجب علينا أن نبحث عن ذلك الحل حتى لاتصبح النتائج مؤلمة.

١٢ - وقد أضاف سليمان الريحاني (١٩٨٥) فكرتين أساسيتين تعتبر كل منهما لإعتقادات وشائعة في مجتمعنا العربي، هما:

١ - ينبغي أن يتسم الفرد بالرسمية والجدية في تعامله مع الآخرين حتى تكون له قيمة أو مكانة محترمة بين الناس.

٢ - لا شك أن مكانة الرجل تعد هي الأهم فيما يتعلق بعلاقته مع المرأة.

٣ - إلى جانب ذلك فقد أضاف عبد الستار إبراهيم (١٩٩٤) فكرة أخرى مؤداها:

- أن هناك مصدراً واحداً للسعادة وإنها لكارثة إذا ما أغلق هذا المصدر أو فقد.
ومن الفنيات المستخدمة في العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي ما يلي:

أ- الأساليب المعرفية:

وتتضمن مثل هذه الأساليب التحليل المنطقي للأفكار اللاعقلانية، والتعليم والتوجيه، ومناقشة النتائج غير التجريبية، وتفنيد الإستنتاجات غير الواقعية، ووقف الأفكار، والتثيت المعرفي، وإعادة البناء المعرفي. ويعتمد إعادة البناء المعرفي في هذا الإطار على توضيح العلاقة ABC فالنتائج (C) ليست وليدة الأحداث المنشطة (A) التي تسبقها، وإنما هي وليدة نسق التفكير والمعتقدات (B)، ثم يتم الانتقال إلى تنفيذ (D) disputing الأفكار اللامنتطقية (irB). وعن طريق مساعدة العميل على تنفيذ أفكاره ومساعدته على تكوين أفكار منطقية أفضل يكون المعالج بذلك قد حقق الأثر المعرفي (E) Cognitive effect وساعد العميل على إعادة بناء الجوانب المعرفية لديه. كما يستخدم أيضاً إعادة التشكيل، والتصحيح اللغوي الذي يعتمد على أنه بدلاً من أن يقول المريض على سبيل المثال (أنا شخص غبي لأن الناس تتصرف معي بغباء) يقول (لقد إخترت أن أغضب نفسي بتلك الأفعال السيئة التي يقوم بها الآخرون).

ب- الأساليب التدميمية المساندة:

وتتضمن مثل هذه الأساليب على سبيل المثال تحويل الإهتمام، والتخلي عن المطالب الناتجة عن الأفكار اللاعقلانية.

ج- الأساليب الإنفعالية:

ومن هذه الأساليب لعب الدور، ولعب الدور العكسي، والنمذجة، والوعظ العاطفي، ومهاجمة الخجل، والحوار الذاتي، وإستخدام البشاشة، والعلاقات بين الشخصية.

الأساليب السلوكية:

ومن هنا الواجبات المنزلية، والإسترخاء، وأساليب الإشراف الإجرائي كالتعزيز والعقاب، والتخيل الإنفعالي العقلاني كأن يتخيل الفرد نفسه في موقف الإنفعال وقد قام بتغيير مثل هذا الإنفعال إلى إنفعال أقل منه في المستوى كأن يتم تغيير الطلب إلى مجرد الضيق مثلاً، وهو ما يمكن التعبير عنه بأنه تغيير للإنفعال السلبي غير النسي إلى إنفعال سلبي صحي.

ومن مزايا العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي أنه يستخدم فنيات سهلة الإجراء كالقدرة على الإقناع بما يناسب عقل ومنطق المريض وثقافته، ويسعى إلى الكشف عن المعتقدات اللاعقلانية التي تكمن خلف العصاب ومهاجمتها، وتغيير فكرة المريض عن نفسه ويحل محلها أفكاراً صحيحة، ويحصن المريض ضد الأفكار اللاعقلانية التي يحتمل تعرضه لها في المستقبل) أما عيوبه فتتمثل فيما يعتبر البعض أنه نوع من غسيل المخ أو العلاج التسلطي الذي يعد شكلاً إيحائياً ظاهرياً للعلاج النفسي إذا أخفق في الوصول إلى الأفكار والمشاعر اللاشعورية العميقة. ولا يصلح مع الأفراد ذوي الذكاء المحدود، ولا في حالة الإضطرابات الشديدة أو الأطفال أو كبار السن. إلا أنه قد تم إستخدامه مع المتخلفين ومع الإضطرابات الذهانية، ومع الأطفال، ومع كبار السن كما سنرى عند مناقشة التطورات الحديثة التي شهدتها هذا الأسلوب العلاجي والتطبيقات الإكلينيكية المرتبطة بها، وقد أثبتت نتائج الدراسات التي تناولته في هذا الإطار فاعليته في علاج الإضطرابات التي تتعلق بتلك الفئات، وهو ما سنوضحه عند تناول تلك الإضطرابات في الفصول الخاصة والتي يتضمنها الباب الثاني الذي نتناول خلاله التطبيقات الإكلينيكية للعلاج المعرفي السلوكي على مختلف الإضطرابات.

هذا الإطار قدم دونالد ميتشوم D. Meichenbaum إتجهاً علاجياً معرفياً يعرف بإسم التعديل المعرفي للسلوك يعكس التدميم المتبادل بين المناهج

المعرفة والسلوكية حيث يجمع بين مكونات سلوكية كالنمذجة، والمهام المتدرجة،
والتمرينات المعينة، والتدعيم الذاتى، ومكونات معرفية تتمثل فى مخاطبة النفس أو
الحوار الداخلى (الذاتى). ويستطاع من خلال هذا المنهج أن يحدث تغييرات
مرغوبة فى الأطفال ذوى النشاط الزائد والإندفاعيين، وفى تخفيف حدة القلق،
وغير ذلك.

على النحو التالى:

ويفترض ميتشنوم أن تدريب المرضى على الحوار الذاتى يمكن أن يؤدى إلى
تغيير سلوكهم إذ أنه يؤدى إلى ضبط السلوك والتخفيف من الضغط النفسى، ويؤثر
على الحالة الإنفعالية للفرد، وتشتمل عملية العلاج على ثلاثة أوجه هى ملاحظة
الذات، والسلوك والأفكار المتناقرة، وتطوير الجوانب المعرفية المتصلة بالتغيير.
ويقوم على عدة فنيات من أهمها ما يلى:

أ- فنيات التقدير المعرفى السلوكى:

ويتم ذلك من خلال المقابلات الإكلينيكية والإختبارات السلوكية.

ب- فنيات إدخال العوامل المعرفية فى تعديل السلوك:

وذلك من خلال إشراف تخفيف القلق، والتخلص المنظم من الحساسية،
والنمذجة، والإشراف المضاد.

ج- أساليب التحصين ضد الضغوط:

ويتم خلالها التعريف بردود الفعل المصاحبة للموقف الضاغط، والتزود
بأساليب المواجهة، ومزاولة التدريب.

د- فنيات إعادة البناء المعرفى:

ويتم خلالها استخدام إعادة البنية المعرفية، والعلاج الموجه بالإستبصار،
وأسلوب حل المشكلات.

وجددير بالذكر أن هذه الأساليب الثلاثة التى عرضنا لها تعد هى الأكثر شيوعاً
وإستخداماً فى العلاج المعرفى السلوكى، بل إن الأمر يكاد يقتصر تقريباً على هذه

الإستجابة الإنفعالية أو الإضطراب الإنفعالي لدى الفرد على إدراكه لذلك الموقف أو الحدث، فحينما يشعر الفرد مثلاً بأنه قد فقد شيئاً ما له قيمته ومغزاه بالنسبة له فإنه عادة ما يشعر بالحزن، وحينما يتوقع تحقيق مكاسب معينة فإنه يشعر بالسرور والسعادة، أما حينما يشعر بالتهديد فإن ذلك يؤدي به إلى القلق. كذلك فهو يشعر بالغضب إذا أدرك أن هناك هجوماً معيناً سيتم عليه من جانب شخص ما، وهكذا. وإذا كان ذلك الإدراك مشوشاً أى يشتمل على تشويش للواقع وتشويه ما به من حقائق تكون النتيجة المنطقية هي حدوث الإضطرابات النفسية. ومن ثم فإن مثل هذه الإضطرابات تعكس من وجهة نظريك عدم الإتساق الذى أشرنا إليه من قبل.

وجدير بالذكر أن هذا التشويش للواقع من جانب الفرد حال حدوث الإضطراب كما أسلفنا يؤدي إلى حدوث درجة معينة من إضطراب التفكير، ويتج عن مثل هذا التشويش أفكار أوتوماتيكية أو تلقائية تبدو مقبولة من وجهة نظر المريض، ومن ثم تكون معقولة بالنسبة له. كما أنه يفسر كل الأحداث على أنها تنطبق عليه، وبالتالي تتمركز تلك الافكار حول ذاته وهو ما يعرف بالتمثل الشخصى Personalization ويتسم التفكير بالتطرف ومن ثم يتسق مع أحد طرفين لاوسط بينهما فيكون إما أبيضاً أو أسوداً ولا يمكن أن يقع فى الوسط أو يحصل على درجة معينة بين الطرفين، وهو ما يعرف بالتفكير المستقطب Polarized كذلك فهو يحاول أن يضع قواعد معينة لكل موقف ويحكم على ذلك الموقف فى ضوءها، ويتشكل رد فعله لذلك الموقف فى إطار تلك القواعد التى تحكم ذلك الموقف ويرتبط الفرد بها فى إستجابته وذلك بشكل صارم. وتميز تلك القواعد التى تحكم المواقف المختلفة بين مختلف الإضطرابات النفسية حيث تميز كل مجموعة من تلك القواعد بين هذا الإضطراب أو ذاك إذ يوجد لكل إضطراب مجموعة خاصة به من القواعد.

ويهدف هذا الأسلوب العلاجى إلى إزالة الألم النفسى وما يشعر به الفرد من

وتكرب وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وتعديلها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها وذلك إستناداً إلى أن الإستجابات الإنفعالية التى أتت بالمريض إلى العلاج تعد نتائج تفكيره الخاطى الذى يتميز به هذا الإضطراب أو ذاك، وعلى هذا فإنها تزول عندما يتم تصحيح ذلك التفكير وتعديله، أى أن تعديل السلوك من هذا المنطلق يعتمد على تعديل التفكير وتصحيحه حيث كما أوضحنا من قبل يهدف العلاج فى هذا الإطار إلى التعامل مع تعريف الواقع ومع التفكير اللامنطقى بحيث يتم تصحيح نمط التفكير بما يصحح من صورة الواقع فى نظر المريض. ويتوقف تحقيق ذلك الهدف على وجود علاقة علاجية دافئة بين المريض والمعالج الذى يجب أن يتصف بالتقبل والود والدفء والتعاون والمشاركة الوجدانية، والذى يجب أن يعمل على تعليم المريض كيفية حل المشكلات، وأن يقوم بتدريبه على ذلك من خلال التعرف على المشكلة وأسبابها الأساسية وعلاقتها بالإضطراب موضوع الدراسة.

تلك عدد من الأساليب التى تستخدم خلال هذا الإتجاه العلاجى منها:

تعرف على الأفكار المشوهة والأوتوماتيكية (التلقائية) والعمل على تصحيحها:

تلك الافكار بمثابة أفكار سلبية تؤثر سلباً فى قدرة الفرد على مواجهة الحياة، ومن ثم فى قدرته على التكيف مما يؤدي إلى ردود فعل إنفعالية لا تتلاءم مع الموقف أو الحدث. وقد لا يكون الفرد على وعى بهذه الافكار ويستطيع أن يحددها وبالتالي يمكنه التعامل معها بغرض تصحيحها وتعديلها، ولكن مع التدريب والتعليم يصبح بإمكانه أن يقوم بذلك بدرجة من اليسر.

الإبعاد والتركيز:

حينما ينظر المريض موضوعياً إلى أفكاره ويتعرف على أن هناك أفكاراً تلقائية أوتوماتيكية مشوهة ولا تتفق مع الواقع فإنه يحاول أن «يبعدها» ويتخلص منها عن طريق عملية تصحيح أو تعديل لها يكون من نتائجها التكيف مع الموقف وتعديل السلوك، وهو ما يمثل هدفاً أساسياً فى هذا الصدد.

التحصين التدريجي:

وتتضح عند تناول المريض للحدث أو الموقف وردود الفعل الصادرة عنه تجاه هذا الحدث أو ذلك الموقف أن هناك فجوة توجد بين المثير والاستجابة. وتتمثل هذه الفجوة في الأفكار ويمكن أن يقوم المعالج بملئها من خلال تعليم المريض أن يركز على تلك الأفكار التي تحدث أثناء معايشة المثير والاستجابة.

٤ - الوصول إلى دقة الإستنتاجات:

ويتم ذلك بتدريب المريض وتعليمه كيفية الحصول على المعلومات الدقيقة، وأن تتسم إستنتاجاته في المواقف المختلفة بالواقعية، وهو ما يحتم على المعالج مساعدة المريض على القيام بعملية الإستنتاج، وعلى تحديد تلك الإستنتاجات بشكل جيد، والعمل على تمحيصها وتقييمها في ضوء الواقع.

٥ - التخلي عن المطالب:

وذلك من خلال التخلص من مجموعة «الواجبات المطلقة» musts أو «الينبغيات» Shoulds التي ينظر من خلالها إلى المواقف المختلفة والتي تسبب له المخاوف أو القلق والكره، والتي تعمل بعد ذلك كقواعد منظمة للسلوك ومسببة للإضطرابات المختلفة. فحينما يرى الفرد مثلاً أنه يجب ألا يصدر منه أى خطأ وإلا سيكون غير كفاء، فإن هذا يعد شيئاً لا يمكن الوفاء به حيث يعد أمراً متطرفاً وغير واقعي ومن ثم يضر بالذات. ولذا يجب على المعالج أن يقوم بتعليم المريض أن يضع قواعد بديلة لذلك. وقد يصل المريض مثلاً عند هذه المرحلة إلى أنه «يجب أن يكون كفاء»، وهذا بطبيعة الحال لا يستبعد حدوث الخطأ.

٦ - التحويل:

ويعنى تحويل إهتمام المريض من التركيز على مجموعة الواجبات المطلقة التي تسبب له الإضطراب إلى أوجه نشاط عديدة مثل الألعاب الرياضية والأنشطة الفنية والاجتماعية.

وقد سار فيكتور رايمي V. Raimy على نهج بيك وقدم ما يعرف بفرض الخاطئ misconception والذي يرى خلاله أن الإضطرابات النفسية تعد المعتقدات أو الإقتناعات الخاطئة، أى أنها تعتبر نتيجة للتصورات والمفاهيم. ويتمثل الهدف من العلاج في تغيير تلك التصورات الخاطئة حيث يؤدي التغيير أو التصحيح والتعديل إلى تحسن عملية التوافق، وهو الأمر الذي يتفق عليه نظرياً. ولكن رايمي لم يحدد طريقة محددة يمكن أن يتم بها ذلك، بل يصر نفسه على طرق بعينها، ولكن يريد فقط أن يتم تغيير ذلك التصور الخاطئ وسيلة يمكنه أن يحدد ذلك من خلالها.

مراجعة الإيس:

ومن هذه الإتجاه العلاجي عام ١٩٥٥ وكان يعرف آنذاك بالعلاج العقلاني السلوكي عام ١٩٦١ مصطلح «الإنفعالي» ليصبح مسمى هذا العلاج هو العلاج العقلاني الإنفعالي، وإستمر كذلك إلى أن أضاف له عام ١٩٩٣ مصطلحاً آخر هو «السلوكي» ليصبح مسماه هو العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي.

وليس أن هناك تداخلاً وتشابكاً بين الإنفعال والتفكير، وأن الفرد يفكر فقط في ذات الوقت ونادراً ما يحدث أحد هذه المكونات دون الآخر. وعندما يدرك الفرد موقفاً معيناً يؤدي ذلك إلى إثارة الإنفعالات، وهذا ما

أن يوضح المعالج للمريض أن تفكيره لا عقلاني، وأن يساعده على فهم كيف ولماذا يصبح كذلك مع بيان العلاقة بين مثل هذه الأفكار اللاعقلانية والتعاسة والإضطراب الإنفعالي.

أن يوضح المعالج للمريض أن استمرار الإضطراب يعد رهناً بالإستمرار في التفكير بنفس الطريقة اللامنطقية، أي أن التفكير أو الإعتقادات وليس الأحداث السابقة المنشطة تعتبر هي السبب في ذلك.

أن يساعد المريض على إستبدال تلك الأفكار اللاعقلانية واللامنطقية بأفكار أخرى تتسم بالعقلانية والمنطقية.

أن يساعد المريض على تبني فلسفة للحياة أكثر عقلانية بحيث يمكن له أن يتحاشى الوقوع ضحية أفكار أخرى لامنطقية ولاعقلانية.

ومن هذا المنطلق يمكننا أن نعرض بشكل موجز للهدف من العملية العلاجية للإلتجاه ليس في أنه يتمثل في إكساب المريض فلسفة عقلانية في الحياة، وإعدته على إستبدال الأفكار والإلتجاهات اللاعقلانية بأفكار وإلتجاهات أخرى عقلانية مما يؤدي إلى زوال تلك الإنفعالات السلبية التي تؤدي إلى الإضطراب. وفي سبيل ذلك يمكن إستخدام جملة من الفنيات المتنوعة التي تضم مهارات معرفية، وأخرى إنفعالية، وثالثة سلوكية. وفي هذا الإطار يتم إستخدام مجموعة كبيرة من الفنيات العلاجية المعرفية التي تشتمل على التحليل الفلسفي

للأفكار اللاعقلانية واللامنطقية، والتعليم والتوجيه والجدل، وتقنيذ الإستجابات اللاواقعية، ووقف الأفكار، والإيحاءات، والتثيت المعرفي. كما يستخدم نموذج ABC والذي يعمل المعالج من خلاله على توضيح أن النتائج (C) وليدة الأحداث المنشطة التي تسبقها (A) وإنما هي نتيجة لسنق التفكير أو الإعتقادات (B)، ثم يتم الإنتقال بعد ذلك إلى (D) والتي تعنى دحض وتقنيذ الأفكار اللاعقلانية واللامنطقية، وهو الأمر الذي يؤدي إلى تحقيق الأثر المعرفي (E) ومساعدة المريض على إعادة بناء الجوانب المعرفية لديه والتي تتمثل في

دفع إليس إلى القول بأن الفرد عندما يفعل فإنه يفكر ويتصرف أيضاً، وعندما يتصرف فإنه يفكر ويفعل في الوقت ذاته، وعندما يفكر فإنه يفعل ويتصرف كذلك. ويعتقد إليس أن الإضطراب النفسى والإنفعالي يعد نتيجة للتفكير اللاعقلانى واللامنطقى، ومن ثم فهو يرى أن الأفكار اللاعقلانية هي التي تسبب الإضطرابات المختلفة. وعلى ذلك قام بتقديم إحدى عشرة فكرة لاعقلانية - كما ذكرنا سلفاً - من واقع المجتمع الأمريكى يرى أنها ربما تكون هي المسئولة عن العصاب. وأن التخلص من مثل هذه الإضطرابات يكمن في تعديل هذا التفكير اللاعقلانى وإستبدال الأفكار اللاعقلانية بأفكار أخرى أكثر عقلانية. ولذلك قدم نموذج المعروف ABC كممثل تمثل رؤوسه الثلاثة (A) الأحداث المنشطة، (B) الإعتقادات والتفكير، (C) النتائج المترتبة، ويرى خلاله أن الحدث المنشط لا يؤدي إلى النتيجة بل يؤدي بدلاً من ذلك إلى الإعتقاد، وأن هذا الإعتقاد هو الذى يؤدي إلى النتيجة. وقد يكون هذا الإعتقاد عقلانياً أو غير عقلانى، ومن ثم تصطبغ النتيجة بذلك. وعلى هذا يمكن عن طريق التأثير على تلك الإعتقادات وتغيير الإعتقادات اللاعقلانية وإستبدالها بأخرى عقلانية أن نحقق التغيير المنشود فى النتائج مما يؤدي إلى تغيير وضبط إلتجاهات الفرد وسلوكياته التي تحدث كردود فعل للظروف البيئية المحيطة.

هذا وتمثل أهداف العلاج من وجهة نظر إليس فى خفض حدة الإضطرابات إلى أقل حد ممكن، ومساعدة المرضى على التحليل المنطقى لإضطراباتهم بما يساعد فى تحقيق الهدف الأول، إضافة إلى تحقيق قدر مناسب من الصحة النفسية يحقق للفرد التوافق ويجعل منه إنساناً سويًا. وإذا كانت عملية العلاج فى ضوء هذا الإلتجاه تتلخص فى علاج اللامعقول بما هو معقول، فإن دور المعالج يتمثل فى مساعدة المريض على التخلص من الأفكار والإلتجاهات اللاعقلانية واللامنطقية وأن يحل محلها أفكاراً وإلتجاهات عقلانية ومنطقية. وتتألف العملية العلاجية فى هذا الصدد من أربع خطوات نعرض لها على النحو التالى:

نسق التفكير والإعتقادات حتى يتسنى له مواجهة سلوكياته في المستقبل بما فيها ذلك السلوك الذي جاء يشكو منه. أما الفنيات الإنفعالية التي يتم اللجوء إليها خلال هذا الإتجاه العلاجي فتتمثل في أسلوب التقبل غير المشروط للعميل وهذا لايعنى تقبل أفكاره، بل إنه يتم تقبل العميل ورفض أفكاره ومساعدته على أن يقوم هو الآخر برفض تلك الافكار. كما يستخدم أيضاً لعب الدور، ولعب الدور العكسي، والنمذجة، وأسلوب الفكاهة والمرح، ومهاجمة الشعور بالخجل أو الشعور بالخزي والدونية بل ومهاجمة المشاعر السلبية بشكل عام. ومن بين الأساليب والفنيات السلوكية التي تستخدم في هذا الإطار الواجبات المنزلية والتي تهدف إلى إعطاء الفرصة للعميل ليقوم بممارسة ماتدرب عليه وما تعلمه أثناء العلاج وذلك على مواقف الحياة المختلفة. وجدير بالذكر أن مثل هذه الواجبات المنزلية وتلك المواقف الحياتية تتضمن جوانب معرفية وأخرى سلوكية وهو ما يساعد المريض على إسترجاع كل ما تعلمه وتدريب عليه وممارسته في الحياة الواقعية. كذلك يمكن إستخدام أساليب الإشراف الإجرائي مثل التعزيز والعقاب والتشكيل على سبيل المثال. وإلى جانب ذلك يتم إستخدام أسلوب التدريب على الإسترخاء للتثيت البدني. وأخيراً يمكن إستخدام التعريض exposure بما يضمنه من جوانب معرفية وإنفعالية وسلوكية، وقد يكون هذا التعريض تخلياً وذلك لموقف وهمي placebo حيث يطلب من المريض أن يتخيل نفسه في موقف معين ويوضح كيف يمكنه أن يواجه ذلك الموقف، كما يمكن أن يكون الأمر تعريضاً لموقف واقعي. in vivo وهناك أسلوب آخر يعرف بالتخيل يطلب المعالج خلاله من المريض أن يتخيل نفسه وقد إستطاع أن يقوم بتغيير ذلك الإنفعال الذي يعانى منه إلى إنفعال آخر أقل في مستواه كأن يقوم مثلاً بتغيير إنفعال سلبى غير صحى إلى إنفعال سلبى صحى فيحل الإنشغال محل القلق مثلاً، أو يحل الضيق محل الغضب، وهذا ما يعرف بالتخيل الإنفعالى المنطقي. ثم يطلب منه بعد ذلك أن يؤدي هذا التخيل لمدة زمنية معينة وذلك على هيئة واجبات منزلية عليه أن يقوم خلالها بتخيل نفسه وقد إستطاع أن يقوم بتغيير إنفعال معين إلى درجة أقل منه،

كذلك. وإلى جانب ذلك هناك العديد من إستراتيجيات المواجهة التي يتم استخدامها لمنع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء العلاج ومنها إستراتيجية التدريب على إدارة القلق، وإستراتيجية التشفيل الإنفعالى، والتحصين التدريجي.

ومن هذا المنطلق نلاحظ أن مثل هذه الفنيات تتكامل جميعاً في سبيل تحقيق هدف الأساسى لهذا الإتجاه العلاجي المتمثل في التعرف على الافكار والاعتقادات العقلانية واللامنطقية وتحديدتها، والعمل على تصحيحها وتعديلها وإستبدالها بأفكار واعتقادات أخرى أكثر عقلانية، وتعويد المريض وتدريبه على القيام بذلك باستمرار حيث يكتسب فلسفة حياة عقلانية تمكنه من تحقيق التوافق.

الإتجاه ميتشونوم:

يعرف هذا الإتجاه بالتحصين ضد الضغوط النفسية Stress inoculation بفلم خلاله تعليمات تجريبية تتمثل في الحديث الذاتى وهو ما يعد إبتعاداً عن أسلوب الإجرائي حيث يتم إدخال عنصر معرفى فى العلاج. وقد كشف عن هذه التعليمات الذاتية من جانب ميتشونوم مع مرضى الفصام ومع رائدى النشاط والمدفعين عن حدوث قدر معقول من التحسن حيث تم تحم كبير من تلك السلوكيات.

عندما إستخدم ميتشونوم بعد ذلك طريقة تشتمل على التعليمات الذاتية اللفظية لمثلها المرضى لأنفسهم وذلك لتدريب حالات الفصام على تعديل سلوكهم عن التعليمات اللفظية المستخدمة على ما يلى:

1- صياغة مطالب المهمة أو الواجب.

2- تعليمات أو إرشادات بأداء المهمة ببطء مع التفكير قبل التصرف.

3- أسلوب معرفى يتمثل فى التخيل وذلك للبحث عن حل.

4- عبارات تقدير للذات.

5- مثال لإستجابة ضعيفة أو خاطئة يتبعها سبب عدم ملاءمتها.

ل على توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع سلوكياته غير المتوافقة المراد تغييرها
فيؤثر هذا الحديث الذاتي على الإتيان والتقدير والاستجابات النفسية لولوجية
توليد سلوكيات جديدة مما يؤثر على أبنية العميل المعرفية ويؤدي إلى تغيير
في المشكلة.

الجوانب المعرفية المتصلة بالتغيير:

تتضمن هذه المرحلة قيام العميل بسلوكيات المراجعة والأحداث الذاتية بصفة
بإيلا يبنى التركيز على المهارات السلوكية فقط بل يتم التركيز أيضاً على
العمليات الداخلية الجديدة والابنية المعرفية الجديدة، ومن ثم يحدث تطوير
في المعرفة التي تتعلق بالتغيير.

الاعتماد ذلك الاتجاه الملاحي على مجموعة من الطرق والأساليب الفنية
يمكن إستخدامها بشكل فعال في هذا المجال والتي يمكن أن تعرض لها على
التالي:

تغيير المعرفي السلوكي:

تتم ذلك من خلال الطريقة الوظيفية المعرفية للتقدير في هذه الحالة والتي
تتجهزاً للمقدمات والنتائج في علاقتها بالاستجابات، والتعرف على قوة
السلوك ومدى تكرار الاستجابات في المواقف المختلفة، وتوضيح الدور الذي
تلعبه الجوانب المعرفية في السلوك. كما يعتمد أيضاً على تحليل المهمة لاكتشاف
العوامل التي تؤدي إلى ضعف الاداء لدى العميل. ويتم أيضاً خلال هذا التقدير
التعرف على تلك الجوانب التي يحقق العميل في أن يقولها لنفسه وتؤثر بالتالي
على أدائه، والتعرف أيضاً على محتوى المعارف المشوشة التي تؤثر سلباً على
سلوكه التكيفي. ويتم ذلك من خلال المقابلة الاكينيكية والاختبارات السلوكية،
من جانب استخدام اختبارات إسقاطية ترتبط بالمشكلة التي يعاني منها.

و - عبارة تصف كيفية التعامل مع الفعل وكيفية الوصول إلى الاستجابة المناسبة.

هذا وتقوم فكرة الاحاديث الذاتية أو التعليمات الذاتية على فرض موده أن
الاشياء التي يقولها الناس لانفسهم تعدد باقي الاشياء التي يفعلونها. إلا أن مثل
هذه الاحاديث لا تظهر بشكل مباشر في حالة تناول الضغوط أو الإنعصاب Stress
وكيفية مراجعتها، وإنما يشير الأمر إلى أن الكيفية التي يتعامل بها الفرد مع
الضغوط تتأثر إلى حد كبير بكيفية تقديره لقدرته على التعامل مع مصدر الضغط،
أي أنه يشجع نفسه على مواجهة مصدر الضغط مستخدماً عبارات تعكس قدرته
على التعامل معه وإمكانية السيطرة عليه، وهو ما يؤثر على سلوكه في هذا الموقف
فإذا كانت هذه الاحاديث ايجابية ينخفض معها معدل القلق، والعكس صحيح.

وتشتمل عملية العلاج وفقاً لهذا الاتجاه على ثلاث مراحل هي:

١ - الملاحظة الذاتية.

ب - توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع السلوكيات القديمة.

ج - تطوير الجوانب المعرفية المتصلة بالتغيير.

ويكمن تناول هذه المراحل على النحو التالي:

١ - الملاحظة الذاتية:

ويعمل المريض (العميل) خلالها على تحديد مآلديه من أحداث ذاتية أو
تخيلات غير مناسبة. كما يركز على أفكاره ومشاعره وردد فعله النفسي لوجية وما
يتصل بعلاقاته الشخصية من سلوكيات، وهذا يؤدي بطبيعة الحال إلى إعادة تصور
للمشكلة وإعادة تعريفها بما يساعده على الفهم الدقيق لتلك المشكلة والذي يصل
العميل إليه من خلال توجيهات وارشادات المعالج. وتطوياً إعادة التصور هذه
معان جديدة ومختلفة للأفكار والمشاعر والسلوكيات.

٢ - توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع السلوكيات القديمة:

ويدرك العميل خلال هذه المرحلة أن ما يورده مع نفسه من أحداث ذاتية يجب

ب- إدخال العوامل المعرفية في حيز وأساليب العلاج السلوكي:

ويعتمد ذلك على استخدام أساليب التوجيه الذاتي أو الحديث الذاتي أو العوامل المعرفية في حيز العلاج السلوكي وأساليبه المستخدمة في ذلك ومنها إشارات التخلص من القلق والذي يتم خلاله إستبعاد مثير منفر يرتبط بإدخال كلمة معينة مثل «هدأ» ويطلب من العميل أن يستخدمها ويكررها على أنها حديث ذاتي أو تعليمات ذاتية. وإلى جانب ذلك هناك التخلص المنظم من الحساسية والذي يمكن أن يضاف إليه التعريض التخيلي للمواقف، ثم أخيراً تعد النمذجة من بين هذه الأساليب أيضاً حيث يقوم العميل بتحويل تلك المعلومات التي يحصل عليها من النموذج إلى تخيلات معرفية إدراكية ضمنية وإلى إستجابات لفظية متكررة (تعليمات ذاتية) تستخدم فيما بعد كمؤشر للسلوك الظاهر، ومن ثم يمكن أن يؤدي ذلك إلى تغيير السلوك.

ج- التدريب على التحصين ضد الضغوط: Stress - inoculation training

ويقوم ذلك على أساس مقاومة الضغوط ومواجهتها. ويتضمن التحصين ضد لضغوط ثلاث مراحل على النحو التالي:

- مرحلة التعليم:

ويعمل المعالج خلالها على تزويد العميل بإطار تصوري يمكنه من فهم طبيعة ردود الفعل الصادرة عنه تجاه الضغوط، وكيف يمكنه أن يتجنبها وذلك من خلال تلك العبارات التي يرددها مع نفسه باستمرار والتي تعتبر بمثابة تعليمات ذاتية على أن يتم ذلك بأسلوب بسيط. ويتمثل الهدف من ذلك في مساعدة المريض على فهم مشكلة بشكل عقلائي منطقي. وسوف يساعده ذلك على النظر إلى ردود فعله على أنها تتكون من أربع مراحل هي:

- إعداد نفسه وتهيتها للتعرف على المصدر الضاغط وتمحيده.

- مواجهة مصدر الضغط والتعامل معه.

د- احتمال إرتفاع مستوى الضغط بالنسبة له.

هـ- تعزيز نفسه أو ذاته على أنه قد واجه الضغط.

مرحلة التكرار:

ويتم خلالها تكرار المراحل الأربع التي ذكرناها للتو والتي تكون منها ردود فعل مع تزويد العميل بأساليب المواجهة التي تتضمن الإجراءات المباشرة وأساليب المواجهة المعرفية. وتضم الإجراءات المباشرة الحصول على معلومات حول الأشياء المزعجة، والإعداد لأساليب الهروب، والتدريب على الإسرخاء في حين تتضمن أساليب المواجهة المعرفية إدراك العبارات الهازمة للذات وإستخدامها كإشارات على عبارات ذاتية غير مناسبة للمواجهة. ومن أمثلة العبارات التي يمكن استخدامها مع كل مرحلة من المراحل الأربع التي تتكون منها ردد الفعل مايلي:

- تستطيع أن تعد خطة للتعامل مع الضغط والذي قد يكون الخوف مثلاً (المرحلة الأولى).

- اجتري وخذ نفساً عميقاً (المرحلة الثانية).

- عندما تشعر بالخوف توقف (المرحلة الثالثة).

- ألفت نجحت (المرحلة الرابعة).

مرحلة التدريب التطبيقي:

ويتم خلالها عرض مجموعة من الضغوط التي تهدد أنا الفرد والعمل على مواجهتها بإستخدام مجموعة من الأساليب العلاجية تتضمن التدريب على الكلام الإيجابي، والنمذجة، وتعليمات للذات، وعملية تكرار السلوك، والتعزيز.

إعادة البنية المعرفية: Cognitive restructuring

ويمكن إعادة البنية المعرفية في ضوء هذا الإتجاه العلاجي عن طريق مجموعة من أساليب العلاجية التي تستخدم في هذا الصدد. إلا أن مثل هذه الأساليب ليست

جميعاً من إعداد ميتشونوم، وليست أساليب تخصص إتجاهه العلاجي هذا على وجه التحديد، ولكنها أساليب مستمدة من إتجاهات علاجية أخرى وتستخدم لتحقيق هذا الغرض، ويمكن إستخدام أحدها فقط لذلك. وهذه الأساليب هي:

- إعادة البناء العقلاني (أسلوب إليس).

- إعادة البنية المعرفية (أسلوب بيك).

- أسلوب حل المشكلات (راجع: Patterson, 1986).

أهم الإستراتيجيات والفنيات العلاجية

- التدريب على إدارة القلق anxiety management training

تستخدم هذه الإستراتيجية فى تخفيف حدة القلق وذلك من خلال عدد من الفنيات العلاجية التى تدرج تحتها. ويوضح الفحص الدقيق لفقد الحساسية المنظم قصوره كاستراتيجية تستخدم فى علاج حالات القلق العام. ووفقاً لأسلوب فقد الحساسية المنظم يتم عمل سلم هرمى متدرج للقلق إعتماًداً على قدرة المريض على تحديد تلك المثيرات التى تعمل على إثارة القلق من جانبه على أن يتم تحديد ذلك بشكل دقيق، وهو الأمر الذى لا يستطيع أن يقوم به المريض فى حالة القلق العام. وكتيجة لذلك تم تقديم إستراتيجية علاجية أخرى تصلح لعلاج القلق العام هى التدريب على إدارة القلق. AMT ويقوم الأساس النظرى لهذه الإستراتيجية على مقدمة تفترض أن المريض يمكن أن يتعلم فى البداية أن يحدد تلك الإشارات الداخلية المعرفية والجسمية التى تدل على وجود القلق، ثم يتفاعل مع هذه الإشارات بعد ذلك مستخدماً إستجابات تعمل على إزالتها والتخلص منها. وتقوم مثل هذه الصياغة على أساس تعلم تلك الأسس والمبادئ التى ترى القلق المدرك على أنه يمثل حالة محفزة، وأنه من الممكن أن يتم تعلم السلوكيات التى تعمل على التخلص من تلك الحالة. ويكتسب القلق فى هذه الحالة خواص المثير، ومن ثم فإنه - أى القلق - كمثير يصبح مرتبطاً بإستجابات جديدة كإستجابات المواجهة على سبيل المثال وذلك بنفس الطريقة التى يرتبط بها الجوع كمثير بالبحث عن طعام

ويعكس هذا الطعام الذى يبحث الفرد عنه ثقافة الفرد أو تاريخه التعلّمى. فإننا نجد أنه عندما يزداد معدل القلق يلجأ البعض إلى سلوكيات معينة معينة، أو تناول كميات أكبر من الطعام، أو تعاطى الكحوليات، أو غيرها من كرات، وما إلى ذلك.

يتم التدريب على إدارة القلق لانطلب من المرضى تحديد الأسباب أو المثيرات التى تعمل على إثارة القلق لديهم، بمعنى أن الشخص الذى يعانى من اضطراب القلق العام لا يكون فى حاجة تدفعه إلى أن يقول بوضوح أنه يعانى من نوبة قلق، بل يتم تسليط الأضواء عليه ويجد أن عليه أن يتحدث بأسلوب توكيدى. كذلك لا يكون فى حاجة إلى أن يقرر أيضاً أنه يعانى من قلق حاد فى كل مرة ينتهى عن نقاش مع زوجته مثلاً حول من الذى يجب أن يسيطر ويهيمن على أمور البيت، ولكننا نجد أن خبرة القلق نفسها تستخدم بدلاً من ذلك فى تدريب المريض على الأمر، ولا يكون عليه إلا أن يتذكر فقط آخر مرة خبر فيها نوبة قلق. وعلى المعالج بعد ذلك أن يقوم بتوجيهه لكى يتذكر كيف شعر بتلك الخبرة، وكيف بدأت، وكيف تطورت الأفكار لديه أو غير ذلك من الخبرات المعرفية، أو من خلال زيادة معدل تصيب العرق أو غير ذلك من الخبرات الجسمية، بمعنى أنه يتم تدريب المريض على أن يتبه لتلك الأعراض التى تعكس القلق. ثم تتطور الجلسات بعد ذلك نحو تدريب المريض على أن يقوم بمهارات الإسترخاء عندما يدرك إثارة القلق حيث يمكن للإسترخاء فى هذه الحالة أن يخلصه من حالة القلق أو يقضى عليها.

تتطور الجلسات يتم تدريب المريض على تحديد تلك الإشارات المعرفية الجسمية التى تمثل مراحل بداية إثارة القلق. ويتم فى هذه المرحلة إستخدام الإسترخاء بغير منع حدوث كم أكثر من الإثارة للقلق الحاد حيث يعمل الإسترخاء هنا كأسلوب أو إستراتيجية للمواجهة تعمل على الحد من القلق بمجرد أن يلاحظ المريض أن القلق يزداد، ويتم تدريبه على أن يتذكر كيف شعر بتلك الخبرة، وكيف بدأت، وكيف تطورت الأفكار لديه أو غير ذلك من الخبرات المعرفية، أو من خلال زيادة معدل تصيب العرق أو غير ذلك من الخبرات الجسمية، بمعنى أنه يتم تدريب المريض على أن يتبه لتلك الأعراض التى تعكس القلق. ثم تتطور الجلسات بعد ذلك نحو تدريب المريض على أن يقوم بمهارات الإسترخاء عندما يدرك إثارة القلق حيث يمكن للإسترخاء فى هذه الحالة أن يخلصه من حالة القلق أو يقضى عليها.

بعملية التعميم على مختلف المواقف خارج نطاق البيئة العلاجية، ومن ثم يمثل بذلك خطوة في سبيل تعلم الوقاية. وهكذا نجد أن التدريب على إدارة القلق يعمل على تدريب المريض الاستجابة لتلك الإشارات أو الأعراض الدالة على القلق مما يؤدى إلى تطور نمط جديد للمواجهة يعتمد على الإدارة الذاتية أو الضبط الذاتى وهو ما يجعل جلسات التدريب على إدارة القلق بمثابة جلسات تعليمية تتضمن إتاحة الفرص لممارسة ضبط النفس وذلك فيما يتعلق بالتطبيقات المختلفة على مواقف الحياة الواقعية. ويمكن أن تستخدم إدارة القلق كأداة فى الأساليب العلاجية الأخرى يمكن بمقتضاها خفض مستويات القلق.

ونظراً لأن المريض الذى يعانى من اضطراب القلق العام أو اضطراب الهلع لا يمكنه أن يقوم بتحديد تلك المثيرات التى تعمل على إثارة القلق، وأن التدريب على إدارة القلق لا يتطلب مثل هذا التحديد فإنه كإستراتيجية علاجية يعد من هذا المنطلق أكثر ملاءمة لمثل هؤلاء المرضى. وإلى جانب ذلك فإنه يعتبر ملائماً لاي ظروف يلعب فيها القلق دوراً مرضياً رئيسياً كما يحدث على سبيل المثال عندما يكون القلق هو سبب الأعراض الظاهرة ومصدرها الرئيسى كما هو الحال فى إرتفاع ضغط الدم، أو عندما يكون بمثابة عقبة فى سبيل الأداء كما يحدث فى حالة القلق المرتبط بمستوى الأداء من جانب الفرد. وإضافة إلى ذلك يعتبر التدريب على إدارة القلق ذا قيمة كبيرة فى تدريب المرضى على القيام بالسيطرة على حالات الإثارة وضبطها كما هو الحال بالنسبة للغضب.

ويعتمد التدريب على إدارة القلق على مراقبة الذات Self - monitoring عن طريق تشجيع المرضى على تدوين مذكرات يومية تعكس الاختلاف بينهم فى الأنماط المعرفية فى مقابل أنماطهم النفسية. هذا إلى جانب التدريبات اليومية على مراقبة الذات التى يمكن من خلالها التعرف على تلك الأفكار المشوهة أو المختلة وظيفياً والإعتقادات اللاعقلانية. ومن أمثلة ما يمكن أن تستخدم المذكرات اليومية فى سبيله أن يتم تدوين عدد المرات التى يقوم المريض خلالها بتمارين الإسترخاء فى المنزل، والمدى الذى يصل إليه فى أداء مثل هذه التمرينات، إلى جانب مدى

فى خفض حدة القلق، وما يمكن أن يتم بعد هذا من تدوين عدد المرات يتم فيها استخدام تمارينات الإسترخاء لمواجهة القلق وذلك بنفس الطريقة. أهم مزايا مثل هذه التقارير أنها تسمح للمعالج أن يحدد ما إذا كان المريض يطبق ماتم تعلمه خلال جلسات العلاج أم لا، ومدى التقدم الذى أحرزه هذا الصدد. ويتم بطبيعة الحال مراجعة ذلك فى بداية كل جلسة علاجية لى أى مراجعة ما قام به المريض خلال تلك الواجبات المنزلية وهو ما قد يفيد التخطيط للجلسة أو لغيرها من جلسات. فإذا وجد المعالج على سبيل المثال أن لم يظهر المهارة اللازمة فى القيام بتمارين الإسترخاء بعد الجلسة التى يتم معها لذلك يتحتم عليه أن يكرر ما تم التدريب عليه خلال تلك الجلسة وذلك ليكتشف هذا الأمر، وبطبيعة الحال فإنه سوف يكتشف ذلك فى بداية الجلسة وذلك عندما يقوم بمراجعة الواجبات المنزلية مع المريض وهو الأمر الذى يفيد التخطيط للجلسة من جديد حيث يجد أنه لا بد أن يكرر ما تم خلال الجلسة السابقة وذلك خلال الجلسة الحالية. وإذا إكتشف خلال الجلسات التالية أن لم يستطع أن يسيطر بنجاح على القلق فى مواقف الحياة الفعلية يصبح عليه أن يعيد أو يكرر تلك الجلسات التى تم خلالها تدريبه على إدارة القلق.

إنهما يتعلق بالأنماط المعرفية فى مقابل الأنماط النفسية الجسمية نلاحظ أن المرضى قد يخبرون القلق بصفة أساسية خلال إستجاباتهم المعرفية فى حين أن عليهم سوى أعراض نفسية بسيطة. وفى المقابل يبدى بعض المرضى أعراضاً جسدية جسمية حادة فى حين لا يبدون سوى القليل من الأعراض المعرفية. ولذلك بالذكر أن التدريب على إدارة القلق يتعامل مع كلا النمطين ومع هؤلاء المرضى الذين تتضمن خبرات القلق لديهم وإستجاباتهم للقلق ردود فعل معرفية وعلى هذا الأساس نلاحظ أن التدريب على إدارة القلق يتسم بعدد من المزايا التى يمكن أن نعرض لها على النحو التالى:

يعتمد فى إجراءاته على الإسترخاء الذى يمكن أن نستخدمه كإستراتيجية لمواجهة فى هذا الصدد.

٢ - أنه يهدف إلى إدارة الذات أو الضبط الذاتي الذي يتطلب أن يتحمل المريض القدر الأكبر من المسؤولية في حدوث التحسن على أن تكون مثل هذه المسؤولية متدرجة.

٣ - أنه يستخدم الواجبات المنزلية والتي تعمل على تعزيز عملية التعميم وهي العملية التي يقوم المريض من خلالها بتعميم ما تم تعلمه خلال الجلسات على العديد من مواقف الحياة الفعلية.

٤ - أنه يؤكد بشكل مستمر على ضبط النفس والتي يمكن للمريض من خلالها أن يتقن مهارة معينة يتعلمها خلال جلسات العلاج.

٥ - أنه يعتبر أن المعارف قد يتم تضمينها كجزء من ردود الفعل المتعلقة بالقلق أو كجزء من التابع المبدئي لتلك الإشارات أو الأعراض الدالة على القلق. ومن ثم يعمل التدريب في جانب منه على تركيز الإنتباه على العناصر المعرفية.

٦ - أن من أهم ما يميزه كإستراتيجية علاجية أن كل جلسة تتم في ضوء خطوات يتم تحديدها بشكل واضح، وبالتالي يمكن لأي معالج حتى وإن كان مبتدئاً أن يكون قادراً على تحديد ما يمكن توقعه من العلاج خلال كل جلسة.

هذا ويرى سوين (1990) Suinn أن التدريب على إدارة القلق يتم من خلال خمس جلسات علاجية إضافة إلى مقابلة يتم إجراؤها مع المريض في البداية، ويمكن في بعض الحالات أن يصل عدد هذه الجلسات إلى ثمانية، وتستغرق كل جلسة من هذه الجلسات حوالي ستين دقيقة على أن يتم في بداية كل جلسة مراجعة الواجبات المنزلية التي يكون المريض قد قام بها، وما قد يحزره خلالها من تقدم في خفض حدة القلق. كما يتم قبل نهاية كل جلسة تحديد ما يكون المريض قد إكتسبه من مهارات جديدة. ويعتمد هذا الأسلوب بدرجة كبيرة على استخدام التخيل سواء لإثارة القلق أو لتعزيز الإسترخاء. وتتضمن الجلسة الأولى من هذه الجلسات أربع خطوات تتمثل في التعرف على مفهوم العلاج ومنطقه، وتقديم مشهد للإسترخاء، والتدريب على الإسترخاء، وتحديد الواجبات المنزلية. أما

الجلسة الثانية فتتضمن هي الأخرى أربع خطوات أيضاً تتمثل في تحديد موقف من القلق، والتدريب على الإسترخاء، وإثارة القلق متبوعاً بالإسترخاء، والواجبات المنزلية، في حين تتضمن الجلسة الثالثة نفس الخطوات الأربع المتضمنة بالجلسة الثانية مضافاً إليها خطوتان أساسيتان أخريان هما الإسترخاء المثار ذاتياً، يركز الإنتباه على الأعراض الدالة على القلق. وعلى ذلك تتضمن تلك الجلسة من الخطوات تتضمن القيام بالإسترخاء المثار ذاتياً، وإثارة القلق، والتركيز على أعراض القلق أثناء تلك الإثارة، والعودة إلى الإسترخاء، ثم تكرار تلك الخطوات من الإثارة، والتركيز على الأعراض، والقيام بالإسترخاء، وتكرار ذلك من ثم إلى خمس مرات، ثم يتم تحديد الواجبات المنزلية. أما الجلسة الرابعة فتتضمن إلى جانب ذلك مكونين أساسيين جديدين يتمثلان في تحديد موقف ترتفع حدة القلق والعمل على خفض تلك الحدة، وهو ما يمكن أن نطلق عليه بتعليم هرمي للقلق نستخدم خلاله ما يعرف بفقد الحساسية المنظم على أن يكون المريض درجة أكبر من مسئولية إستعادة السيطرة على نفسه عقب إثارة القلق في هذه المرحلة يتم استخدام نوعين من المراقبة الذاتية إحدهما للوقت time monitoring يقوم المريض خلالها بمراجعة تلك الإشارات الدالة على الضغط في الصباح مثلاً، ثم عند الظهر، فبعد العصر، وأخيراً في المساء. أما في المصباح المصحوب بالتوتر فتتم تلك المراقبة كل ساعتين وذلك لإجهاض أي توتر العضلات. بينما يتعلق النوع الثاني من المراقبة بالمواقف المختلفة ويعرف بالمراقبة الموقفية Situational monitoring والتي يقوم المريض خلالها بتحديد مستوى حدة الضغوط النفسية التي يتعرض لها قبل قيامه بأي نشاط يرتبط بإثارة الضغوط كالإستذكار إستعداداً للإمتحان، أو عند إنتظار طبيب الأسنان على المثال. ويتم مع كلا النوعين من المراقبة القيام بتمرينات الإسترخاء وذلك لخفض حدة القلق.

الجلسة الخامسة على إستكمال ضبط النفس من جانب المريض، ولذا خلالها الإسترخاء المثار ذاتياً مسبوقاً بإثارة القلق حتى ينتهي مشهد القلق

سيطرة المريض عليه. وإذا لم يستطع المريض مع نهاية هذه الجلسة أن يحقق ضبط
لنفس وأن يسيطر على مواقف القلق يتم تكرار هذه الجلسة بحد أقصى ثلاث
مرات حتى يتحقق ذلك الغرض. هذا ويمكن إستخدام ذلك الأسلوب في العلاج
الجماعي بعد أن يتم تقسيم المجموعة العلاجية إلى عدد من المجموعات العلاجية
الفرعية صغيرة العدد والتي قد يتراوح عدد أعضائها بين 6 - 8 مرضى. ويتم
خلال العلاج الجماعي زيادة عدد مرات التدريب، ولا يتم التدريب على محتوى
الجلسة التالية إلا بعد أن يكون جميع المرضى في المجموعة قد أتقنوا ما تم
التدريب عليه في الجلسة السابقة. ولذلك يزداد الوقت الذي يجب أن تستغرقه كل
جلسة لمدة ربع ساعة على الأقل. ويوجه عام يجب أن يلم جميع المرضى بمحتوى
أى جلسة قبل أن يتم الانتقال إلى الجلسة التالية أو يصبح على المعالج أن يكرر
نفس الجلسة مرة أخرى.

وفي ضوء ما سبق نلاحظ أن التدريب على إدارة القلق كإستراتيجية علاجية
يتضمن عدداً من الفنيات العلاجية التي يتمكن المريض بمقتضاها من ضبط نفسه
والسيطرة على تلك المواقف التي تسبب له القلق. وتمثل تلك الفنيات في مراقبة
الذات، والمذكرات اليومية، والتعريض وإثارة القلق، وفقد الحساسية المنظم،
والتدريب على الإسترخاء، والواجبات المنزلية. ويعمل التدريب على الإسترخاء
في هذا الصدد كإستراتيجية للمواجهة يتمكن المريض بموجبها من السيطرة على
تلك المواقف الواقعية التي تسبب له القلق مما يسهم في منع حدوث إنتكاسة بعد
إنتهاء البرنامج العلاجي.

- إستراتيجية التشغيل الإنفعالي emotional processing -

يرى بنبيكر (1993) Pennebaker أن الخبرات التي تتضمن إنفعالات يصعب
التخلص منها والتي قد تسبب في تكرار الأحلام المزعجة والكوابيس وما يرتبط بها
من أفكار مقحمة وصور تتعلق بتهديد سعادة الفرد ورضاه وحالته النفسية العامة،
أو التي تتضمن مخاوف ترتبط بموضوعات محددة كتلك التي ترتبط بالمعركة على

كل المثال والتي يخبرها المحاربون القدماء أو حتى أولئك الذين يعانون من
اضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة والتي يخبرون خلالها كوابيس وصوراً مزعجة
تلك الأحداث التي مروا بها وخبروها من قبل، فإنه يمكن من خلال التحدث
على تلك الخبرات الإنفعالية أو الكتابة عنها أن تقل حدة ما يرتبط بها من توتر
وإحراج. كما يمكن حدوث ذلك أيضاً من خلال كف الحث المرتبط بتلك الخبرات
الإنفعالية وهو ما يعرف بالتشغيل أو التجهيز الإنفعالي، وهو ذلك المفهوم الذي
يؤدي إلى تلك العملية التي يتم بمقتضاها مواجهة الإضطرابات الإنفعالية وتخفيف
تأثيرها وذلك إلى الحد الذي يمكن معه لبعض السلوكيات الأخرى أن تحدث دون
إحراجها أي توتر أو إضطراب. أما إذا لم يتم مواجهة إضطراب إنفعالي معين
على جيد فتصبح هناك بعض الدلائل أو الأعراض واضحة ويحتمل حدوثها
على متقطع قد يكون مباشراً وواضحاً أو غير واضح وغير مباشر. ومن ثم فإن
تعمل الإنفعالي غير الجيد يصاحبه عودة ظهور إشارات أو دلائل مقحمة للنشاط
على كالمساوس والكوابيس وضغط الكلام والمخاوف المرضية والإضطرابات
المرضية والهلاوس (خاصة بعد خيرة الحرمان)، إلى جانب الأفكار المقحمة غير
المرضية أو ظهور تعبيرات غير مناسبة عن الإنفعالات لا تتناسب مع الزمان أو
المكان. أما الإشارات غير المباشرة فقد تتضمن الكرب والضيق والتعب والارق
والتشغال ومقاومة صرف أو تشتيت الإنتباه وعدم القدرة على التركيز، إلى جانب
التهرب أو الضجر المفرط وسرعة الغضب والإنفعال. ومن ناحية أخرى يتضمن
إحراج في التشغيل الإنفعالي قدرة الفرد على أن يتحدث عن الأحداث الإنفعالية
التي يكون قد مر بها، وأن يتخيلها ويستمع إليها من آخرين أو يتذكرها
بأن يخبر الضيق أو الإضطراب.

وتتضمن هذه الإستراتيجية عدداً من الإجراءات العلاجية التي تعمل على خفض
القلق، كما أنها تهدف أيضاً إلى التعرف - إن أمكن ذلك - على تلك الأسباب
التي قد تؤدي إلى القلق. وجدير بالذكر أن هناك بعض الأساليب التي يمكن من
إلها خفض حدة القلق كفقد الحساسية المنظم، والغمر، والنمذجة، والتدريب

على التعود habituation training وهي الأساليب التي يتم تضمينها جميعاً في نموذج التشغيل أو التجهيز الإنفعالي. إلا أن التدريب على التعود يحتاج لكي ينجح كفنفة علاجية إلى فنية أخرى تستخدم إلى جانبه هي التعريض حيث يعمل التعريض المتكرر لتلك المثيرات التي تسبب الخوف كمثير للتدريب على التعود مما يؤدي إلى تقليل الخوف والقلق، وحتى الفرع أيضاً.

ونظراً لأن الخوف يتضمن كما يرى لانج (1986) Lang ثلاثة أنساق مزدوجة تتمثل في النسق اللفظي، والنسق السلوكي، والنسق النفس فيسيولوجي Psychophysiological فلا بد أن تتم إثارته حتى يمكن التعود عليه ومن ثم تقليله وخفض حدته. ويتشابه نموذج التشغيل الإنفعالي كثيراً مع وجهة نظر لانج Lang حيث قد تأثر هذا النموذج بوجهة النظر تلك. إلا أن ذلك النموذج يهدف في الأساس إلى المواءمة بين أكثر من فنية علاجية تستخدم في خفض حدة القلق وإستخدامها معاً لتحقيق هذا الغرض. ومع أن التعريض لمثيرات القلق يعد أمراً جوهرياً للتدريب على التعود كما أوضحنا من قبل فإن هذا النموذج يحاول أن يخفف من حدة القلق دون اللجوء إلى التعريض، كما يحاول أيضاً أن يصل إلى نفس الهدف عن طريق إحداث جملة من التغيرات المعرفية لدى المريض.

وجدير بالذكر أن هناك العديد من الأحداث التي تؤدي إلى القلق والتي تتفاوت في حدتها بين الشديدة والمتوسطة والمنخفضة، وأن السيطرة على مثل هذه الأحداث تتطلب من الفرد الثقة بالنفس وأن يحقق مستوى مرتفعاً من فاعلية الذات. وإلى جانب ذلك فهناك العديد من العوامل التي تعوق التشغيل الإنفعالي الجيد كالإثارة الزائدة، وعدم الإرتياح dysphoria والمرض، والتعب، والحرمات من النوم. وهناك أيضاً عوامل الشخصية التي تؤدي إلى نفس النتيجة كعدم الكفاءة والميول العصابية. كذلك فهناك بعض المثيرات التي تؤدي إلى نفس الشيء كتلك المثيرات الحادة، والمثيرات التي لا يمكن السيطرة عليها أو التنبؤ بها، والمثيرات غير المنتظمة أو غير العادية. وقد يحدث كثير من هذه العوامل والمثيرات في حالة إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة. ولذلك نجد أن هناك بعض العوامل التي تعمل

وجهة النظر العلاجية على حدوث التشغيل الإنفعالي الجيد كالتعرض للمثيرات المتكررة، وسلوكيات المواجهة، والممارسة المتكررة، وإستخدام الإسترخاء، سيطرة على الأحداث، وتصحيح التفسيرات الخاطئة للمخاوف.

ويعتبر الحماس enthusiasm عنصراً أساسياً في التشغيل الإنفعالي وله ضرورته تعمل على تكامل الفنيات المستخدمة مما يسهم بقدر كبير في تغيير وتعديل آراء اللاتواؤمية والتي يمكن تغييرها سواء بالهجوم المباشر أو غير المباشر عليها. ي راتشمان (1990) Rachman أن إستخدام العديد من الإجراءات خلال سبوع من خلال هذه الإستراتيجية يعمل على خفض حدة القلق، وبالتالي ليست عملية واحدة هي المسئولة عن تحقيق الهدف العلاجي بل يعود الأمر بطبيعة العمل إلى وجود العديد من العمليات. ومع أن الهدف الأساسي من هذه الإستراتيجية يتمثل في تحقيق الهدف العلاجي دون اللجوء إلى التعريض فإن راتشمان وليفيت (1988) Rachman & Levitt قد وجدوا أن التفاعل والتكامل بين إجراءات المعرفة وإجراءات التعريض يمكن أن تفيد كثيراً في هذا الصدد حيث أن تفاعل بين هاتين العمليتين يؤدي إلى حدوث خفض كبير في حدة القلق الذي يصاب به الفرد.

وقد أوضحت نتائج الدراسات التي هدفت إلى علاج الفوبيا بإستخدام هذه الإستراتيجية أن إستخدام العلاجات المعرفية يثير التشغيل الإنفعالي الذي يمكن أن يعمل على تحقيق الهدف من إستخدامه حتى بعد أن يظل المريض الذي يعانى من الخوف بعيداً لفترة عن الإتصال بالمثير، ولا يتذكر أى محاولات مقصودة تؤدي إلى خفض حدة الخوف بين الجلسات وهو ما توصل إليه كل من بوث وراتشمان (1992) Booth & Rachman. وعند إستخدام هذا الأسلوب لعلاج الوسواس القهري والخفض من حدتها يرى كل من سالكوفسكى (1991) Salkovskis وإميلكامب وبيتز (1993) Emmelkamp & Beens وفان أوبن وأرنتر (1994) van Oppen & Arntz أن مثل هذا الأسلوب قد أثبت فاعلية واضحة في هذا الصدد.

تقديم الأساس المنطقي للعلاج Rationale

تقوم من خلال هذه الفنية تقديم الفرضيات الأساسية في العلاج، والإعتقادات النظرية المرتبطة بذلك، والأدلة الإمبريقية التي تؤيد الإجراءات العلاجية المتبعة ذلك بأسلوب غير فني يتسم بالبساطة والوضوح. وتكمن أهمية ذلك في تبصير المريض بالأساليب العلاجية التي يمكن إتباعها ودورها في العملية العلاجية مما يعمل على إعداده لتقبل تلك الأساليب وتجنب الأفكار التي تدل على المقاومة. إنهم من خلال ذلك أيضاً تناول المعارف في نسق رمزي يساعده على تقديمها بشكل واضح ويوجه إهتمامه إلى محتوى العناصر المتضمنة في العملية العلاجية وترتب عليها من نتائج وهو ما يساعد على وجود نسق مفاهيمي مشترك بين المريض والمعالج مما يجعل المريض يتقبل الخطة العلاجية ككل وما يمكن أن يؤدي إليه من زيادة احتمال حدوث تغير معرفي شامل.

من ناحية أخرى يؤكد الأساس المنطقي للعلاج على المسئولية الشخصية للمريض عن أفكاره ومشاعره وما تؤدي إليه من معارف لاتواؤمية تلعب دوراً هاماً في حدوث الإضطراب الذي يعاني منه المريض، وهو الأمر الذي يؤكد في الجانب الإيجابي على مشاركة المريض الفعالة في العملية العلاجية حيث يعد أيضاً من هذا الجانب مسئولاً عن تصحيح تلك المعارف، وهو ما يعنى خفض حدة تلك الأعراض المرضية التي يعاني منها.

تحليل المنطقي والتقييم:

من خلال هذه الفنية تطبيق أساسيات المنطق من جانب المعالج بغرض تبصير معارف المريض اللاتواؤمية وذلك إتفاقاً مع آراء كل من بيك Beck و Ellis ويمكن في هذه الإطار توجيه المناقشة المنطقية إلى أمرين أساسيين

الأول: التعرف الصديق المنطقي للإعتقادات والفرضيات التي يعتقد فيها المريض على أنها:

كذلك فإن إعطاء المعلومات للمريض يلعب دوراً هاماً في التشغيل الإنفعالي، وفي هذا الإطار يلعب تصحيح الأفكار اللاتواؤمية والإعتقادات اللاعقلانية نفس الدور الأساسي والهام. ومن هذا المنطلق يمكن القول بأن التشغيل الإنفعالي يعتبر إطاراً عملياً له أهميته يعمل على الربط بين عدد من الظواهر في سبيل تحقيق الهدف العلاجي، كما أنه يعمل أيضاً على تنظيم المعلومات بشكل مترابط ومتكامل يؤدي بطبيعة الحال إلى تحقيق نفس الهدف. كذلك فهو يهدف إلى الربط بين الظواهر الإنفعالية المتباينة مما يوفر العديد من الإجراءات التي تستخدم في خفض حدة الخوف والقلق مما يؤدي بالقطع إلى خفض تلك الحدة. وعلى الرغم من أن هذه الإستراتيجية تعمل في الأساس على خفض حدة الخوف والقلق وغير ذلك من الإنفعالات السلبية دون اللجوء إلى التعريض، فإن هناك العديد من الدراسات التي إستخدمت هذا الأسلوب في علاج الهلع، والتوهم المرضي أو توهم المرض hypochondriasis ووجدت أن دمج التعريض مع الإجراءات المستخدمة خلال هذه الإستراتيجية العلاجية قد أدى إلى نتائج جيدة أكدت على زيادة فاعلية تلك الإستراتيجية من جراء ذلك.

فنيات الإقناع الجدلي التعليمي

ذكرنا في الفصل السابق أن الإقناع الجدلي التعليمي يمثل مكوناً هاماً من تلك المكونات التي يتضمنها العلاج المعرفي السلوكي بدءاً من تقديم الأساس المنطقي للعلاج إلى إقناع المريض بضرورة العلاج وأهمية الإلتزام به، وإيضاح مسئولية المريض الشخصية في حدوث الإضطراب وذلك بسبب ما يعتقد وما يعتقد فيه من أفكار مشوهة وإعتقادات لاعقلانية تلعب الدور الرئيسي في حدوث ذلك الإضطراب، ومن ثم تصبح عليه مسئولية شخصية في خفض حدة ذلك الإضطراب أو التخلص منه وذلك من خلال تصحيح وتعديل تلك الأفكار الإعتقادات المختلة وظيفياً وإستبدالها بأفكار وعقائد عقلانية أخرى. وفي سبيل ذلك يمكن إستخدام عدد من الفنيات تعرف بفنيات الإقناع الجدلي التعليمي مرض لها على النحو التالي:

ب - عدم الإتساق بين سلوكه وبين تلك الإعتقادات والفرضيات .

وهنا يعمل التحليل المنطقي على مساعدة المريض كى يقوم بمواجهة تلك الإعتقادات اللاعقلانية أو الأفكار الأوتوماتيكية . وعند التعامل مع موضوع عدم الإتساق بين الأفكار والسلوك يمكن إستخدام التفكير الإستدلالي أو الإستنباطي حيث يتم الإنطلاق من المقدمة إلى النتيجة أو العكس .

٣ - تقليل لامعقولية الأفكار :

ويتم ذلك من خلال ما يقوم به المعالج من إفتراض وليد اللحظة بأن الفكرة اللاعقلانية التى يبديها المريض تعد صحيحة ، ثم يعمل بمساعدة المريض على تناولها منطقياً فيبدو على الفور للمريض أنها فكرة لامعقولة . وهنا يمكن أن يتناول المعالج مثلاً إحدى أفكار المريض التى يرى من خلالها أن الجميع يجب أن يقبلونه وأن يحوز هو على رضاهم حيث لا يمكنه أن يتحمل غير ذلك . فيقول له أن عليه كى يحوز على رضاهم أن يعيش بالشكل الذى يريدونه هم ، فيأكل ويشرب ويلبس ويمشى مثلاً ، إلى غير ذلك كما يريدون . وعليه فى هذا الصدد أن يتأكد من أن كل فرد قد رضى عن تصرفه هذا أو ذاك ، وأن يعمل على التعديل من سلوكه بما يجعل من لم يرض عن أى سلوك يرضى عنه ، وأن يتأكد من أن هذا التعديل قد جعل غيره لا يرضى ، وهكذا يدور فى تلك الحلقة المفرغة . على الفور سوف يتضح للمريض أن مثل هذه الفكرة لا معقولة ، وهكذا .

٤ - التحليل والتقييم الإمبيريقى :

ويتم من خلال هذه الفنية إجراء المقارنة بين الملاحظات الواقعية والأدلة الإمبيريقية المرتبطة بمحتوى المعارف ، وهو ما يسمح بتقييم مدى واقعية تلك المعارف . فإذا ما كان المريض مثلاً يعتبر نفسه فاشلاً لا يؤدي أى شىء بنجاح فإنه يتم الرجوع إلى تاريخه السابق وتحديد ما أنجزه بنجاح وما أخفق فيه فيتضح أنه قد أنجز بعض المهام التى تم تكليفه بها وهو ما يعنى أنه غير فاشل . وتبدو فاعلية هذه لفنية عندما ترتبط الواجبات المنزلية بها ويتم تحديدها فى ضوء هذه الطريقة حيث

المريض بالملاحظة ويجمع البيانات التى توضح مدى واقعية مآلديه من معارف لا تعكسها خبراته الواقعية .

التعارض بين المعارف والقيم أو الإعتقادات السائدة :

ويعمل المعالج على تناول موقف معين يتضح من خلاله وجود تعارض بين مآلديه وبين مآلدى الفرد من قيم أو إعتقادات . فيقول للمريض مثلاً أنه أذكى من أن يعتقد أن أى شخص آخر يمكنه أن يلبي له جميع متطلباته بنسبة ١٠٠% فى كل أوقات ، وهو ما يؤدي به إلى تعديل هذه الفكرة اللاتواؤمية من خلال التخلص التنافر الواضح .

الإستجابة الدالة على الشك من جانب المعالج :

وهنا يعمل المعالج على تقليل التنافر بين معارف المريض وإعتقاداته أو ما يسود من قيم من خلال إستخدام أسلوب يدل على الشك أو عدم الإعتقاد فى قدرة الشخص على التخلص من فكرة مشوهة أو إعتقاد لاعقلانى معين كأن يقول له (أريد أن أنجز هذا الشىء (ويذكر إسم ذلك الشىء) وأظن أنه لا يتناسب معك ، كذا؟

ويطلب الإستخدم العلاجي لمثل هذه الفنية أن يقوم المعالج بتوجيه الشك نحو مآلدى المريض وليس نحو المريض نفسه كشخص ، وإلا فسوف يستجيب المريض لكك بأسلوب دفاعى أو بالمقاومة حتى يثبت عكس ذلك .

التمائل السلبي :

ويعمل المعالج من خلال هذه الفنية على أن يوضح للمريض لفظياً التماثل أو التشابه بين معارف لاتواؤمية لديه أى لدى المريض وبين مثير سلبي ، أى يستخدم مشهداً متخيلاً غير سار تتم إثارته من خلال مثل هذا التشابه أو التماثل ، وهو ما يؤدي إلى إستخلاص مشاعر المريض السلبية التى تتعلق بتلك المعارف . فعندما يقول المريض مثلاً أنه يشعر بالامان وهو إلى جوار أمه فإن هذا يؤدي به إلى

جميع هذه الفنية التي قدمها ديجيوسيب (١٩٩١) Di Giuseppe مجموعة من المجادلات على غرار طريقة إليس وتير في ضوءها. وتعمل هذه الفنية مساعدة المريض كي يواجه أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية بأسلوب منطقي حتى يعمل على تنفيذها متبعاً طرق جدلية وتعليمية يتعامل من خلالها مع الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية في مختلف السياقات التي يمكن أن تظهر كما يتعلم أيضاً من خلالها أن يقوم بتعزيز تلك الأفكار العقلانية التي تحمل الأفكار اللاعقلانية السابقة. أى أنه يتم من خلال هذه الفنية مواجهة حقيقة وإعتقادات المريض التي تتم باللاعقلانية واللامنطقية والعمل على إعادة عقادات جديدة تتم بالعقلانية والمنطقية تحمل محلها.



السلوك الإعتماى حينما يكون فى عمله أو كليته على سبيل المثال، وهنا يرد المعالج بأن هذا السلوك من جانبه يذكره بالطفل الصغير الذى لا يزال يشعر بالامان طالما لا تزال أمه تقف أمام الباب وهو ذاهب إلى المدرسة لأنه إذا وقع على الأرض فسوف تسرع هى لمساعدته على النهوض من جديد، أما إذا لم تكن واقفة أمام البيت فسوف يعود أدراجه إلى البيت من جديد ولا يذهب إلى المدرسة. ويجب ألا يوجه ذلك إلى المريض نفسه، بل يتم توجيهه إلى سلوكه ومعارفه فقط حتى لا يضطر إلى اللجوء لأسلوب دفاعى أو يظهر العدوانية.

٨- تناول النتائج الإيجابية للتغير:

وينظر كل من المعالج والمريض من خلال هذه الفنية إلى النتائج الإيجابية للمعارف التواؤمية، ويتم تحديد الجانب الإنفعالى المعرفى من المشكلة. ويمكن للمعالج أن يوضح النتائج السلوكية الإنفعالية التواؤمية للتغير المعرفى، وأن يركز فى البداية على تلك النتائج المباشرة والأكثر وضوحاً، وأن يعمل بالتدرج على تطوير تلك النتائج التى تتسم طبيعتها بطول المدى. وهنا يقول المعالج للمريض مثلاً دعنا ننظر إلى تلك الكيفية التى يمكن أن تبدو عليها الأشياء إذا افترضت أنت أن باستطاعتك أن تسترخى فى كل المواقف الإجتماعية وأن تشعر بالثقة فى النفس، فيمكنك أن تحضر الحفلات، وأن تقابل أناساً جدداً، وأن تحدد حياتك الإجتماعية من خلال التنظيم النشط لتلك المواقف التى تستمتع بها.

ويهدف هذا الإجراء إلى إثارة المريض لتقييم النتائج الإيجابية التى تترتب على المعارف التواؤمية خلال مجموعة المواقف. ويتوقف التطبيق الناجح لتلك الفنية على إدراك المريض للعلاقة بين التغير المعرفى والنتائج الإيجابية المتوقعة. ويعمل الأداء المتدرج للواجبات المنزلية المرتبطة بتلك الفنية على تعزيز تلك العلاقة ومساعدته على إحداث قدر أكبر من التغير المعرفى الدائم. وعند إستخدام هذه الفنية إلى جانب تلك الفنيات التى تؤكد على الجوانب السلبية للمعارف اللاتواؤمية فإنها تصبح أكثر فاعلية.

التطورات الحديثة في العلاج
المعرفي السلوكي

التطورات الحديثة فى العلاج المعرفى السلوكى

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

أولاً: إتجاه بيك Beck

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

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

وكتب متشلون وماركيون (1991) Michelson & Marchione مقالاً ذكراً فيه
من المأمول خلال عقد التسعينيات أن يتسع الإطار النظرى والتطبيقات الإكلينيكي
إضطراب الهلع ليتضمن الظواهر المرتبطة باضطراب القلق العام generalized
وسياً الاجتماعية، وإضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة، والصدمة الناتجة عن
الاستخدام abuse النفسى أو الجسمى أو الجنسى، إضافة إلى اضطراب القلق
الأطفال، وهو ما تم بالفعل التعامل معه بعد ذلك. ويتضح ذلك أيضاً خلال
الثانى من هذا الكتاب.

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

وشهد عام 1989 تطوراً جديداً حيث إتخذ العلاج منحنى آخر وبدأت التطبيقات
الإمبيريقية على عينات كانت مستبعدة من قبل حيث كانت تعتبر مريضة لدرجة
تجعل العلاج المعرفى السلوكى أمراً صعباً لها. وظهر كتاب «العلاج المعرفى
السلوكى لمرضى الفصام» الذى أعده كارلو بيريز Carlo Perris ورأى فيه أنه من
الضرورى أن يسير العلاج المعرفى السلوكى لأعضاء هذه الفئة جنباً إلى جنب مع
العلاج بالعقاقير. وفى نفس الوقت إتسع مجال استخدام العلاج المعرفى السلوكى
ليشمل العديد من الإضطرابات التى لم يتطرق إليها من قبل، فتناول إضطرابات
الطعام، وإدمان الهيروين والكحوليات، والهلع، والإكتئاب الحاد، والإعاقات
الذهنية. وفى هذا الإطار وجد بيرسونز وآخرون (1988) Persons et. al وذلك
على النقيض من الاعتقاد السائد آنذاك أن هذا الأسلوب العلاجى له فاعليته فى
التعامل مع المرضى ذوى المستويات المختلفة من التعليم والدخل والخلفية
الإجتماعية والثقافية، وحتى غير المتعلمين، أو ذوى التعليم الأقل من المتوسط.
وجد بالذكر أن مثل هذه الفئات كانت من الفئات التى ساد الاعتقاد من قبل بعدم
جدوى هذا الأسلوب العلاجى معها.

هذا وقد أضاف بيك (1988) خمسة تشبيهات معرفية جديدة لها دورها الفاعل
فى توتر العلاقات المختلفة، هى:

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

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

ويعطى الفرق بين هذين النمطين من الشخصية الفرصة لإجراء مزيد من الدراسات حول التفاعل بين أنماط الشخصية وأحداث الحياة فى تطور الإكتئاب. إلا أن النتائج التى تم التوصل إليها للآن فى هذا المجال ليست حاسمة إذ وجد هامين وآخرون (1989) Hammen et. al على سبيل المثال أن هناك علاقة بين نمط الضغوط ونمط الشخصية عند المرضى الذين لديهم تلك النزعة إلى الإستقلال عن الجماعة بدرجة كبيرة فقط، فى حين وجد سيجال وآخرون (1989) Segal et. al - على النقيض من ذلك - مثل هذه العلاقة لدى المرضى المتحيزين إجتماعياً فقط أى الذين يتحركون إستجابة للمثيرات الإجتماعية داخل الجماعة، وليس لدى كل هؤلاء المرضى بل لدى أولئك الذين يتعرضون لحدوث إنتكاسه فقط من بينهم. وهذا يعنى أن أحداثاً معينة من أحداث الحياة يمكن أن تثير الإكتئاب بين الأشخاص من أى من نمطى الشخصية.

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

١ - التأكيد على الجوانب السلبية فى أحداث الحياة.

٢ - العزو الذاتى للمشكلات التى قد تحدث فى كل المواقف، أى عزوها للذات وإعتبارها هى المسئولة عن تلك المشكلات، وهو ما يؤكد على مسئولية الشخصية فى ذلك.

الخط من القيمة الذاتية للفرد نتيجة لعزو المسئولية لذاته.

تصميم الزائد للأخطاء والنقائص التى تتعلق بالماضى أو الحاضر أو المستقبل. النظرة الضيقة لحل المشكلات والتى تمنع أو تعوق توليد حلول بديلة ولا تتيح الفرصة للتقدم أو التحسن.

ولم يؤكد بيك على لاعقلانية الأفكار اللاتوازمية حيث يرى أن تلك أو الاعتقادات تصبح فى وقت ما من حياة الفرد ذات معنى ومعزى. جانب ذلك يرى بيك أن تفكير الفرد يسير وفق تتابع معين بحيث يأخذ التالى:

١ - التنظيم المعرفى للأفراد غير المكتسبين نحو الإيجابية.

٢ - فتح هذا التنظيم الإيجابى محايداً مع تحرك الفرد باتجاه الإكتئاب.

٣ - نحو هذا التنظيم والتفكير نحو السلبية مع تطور الإكتئاب.

٤ - أخيراً ينحو هذا التنظيم والتفكير باتجاه السلبية المبالغ فيها فى حالة اضطراب ثنائى القطب كما هو الحال فى ذهان الهوس والإكتئاب.

٥ - أعاد بيك صياغة نموذجه فى الإكتئاب فى ستة نماذج مستقلة ولكنها متعلقة وذلك على النحو التالى:

١ - النموذج العرضى أو المستعرض.

٢ - النموذج الإستنتاجى البنائى.

٣ - النموذج المتأثر بالضغوط.

٤ - نموذج التفاعل المتبادل.

٥ - النموذج السيكيوبولوجى.

٦ - النموذج التطورى.

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

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

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

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

الأفكار التي تتضمن حب الناس للفرد (الإلتحاء الإجتماعى) Sociotropy والكفاءة (الإستقلال عن الجماعة) autonomy.

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

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

اهتمام بالعمليات الدفاعية:

من العديد من الباحثين والمنظرين فيما يتعلق بهذا المنحى العلاجى أن تحديد الفرد عن إعتقاداته الجوهرية المختلة وظيفياً يولد القلق، ومن ثم يحاول أن يحمى نفسه منه وذلك بتطوير مجموعة من الإعتقادات يبدو أنها تسيير فى محتوى الأبنية الجوهرية. فنجد على سبيل المثال أن المريض الذى لديه بناء من جوهرى عن عدم جدواه أو عدم قيمته قد يطور مجموعة دفاعية من المعرفة تتعلق بقوته وإستعداداته ينتج عنها شعور بالعظمة وذلك بطريقة معينة، وهو ما أطلق عليه يونج (1990) Young عملية التعويض داخل الأبنية Schema Compensation وهناك عملية دفاعية أخرى أطلق عليها يونج تجنب أى تجنب البناء المعرفى Schema avoidance يتم من خلالها تجنب ذلك البناء المعرفى إنفعالياً أو معرفياً أو سلوكياً وذلك على النحو التالى:

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

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

تمثل إحدى التطورات الهامة فى تطبيقات العلاج المعرفى السلوكى من وجهة نظر بيك (1993) فى صياغة نموذج معرفى معين لكل إضطراب من تلك الإضطرابات التى تم تناولها حديثاً. وتعتمد الفكرة الجوهرية فى مثل هذه التطبيقات على ما يلي:

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

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

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

١ - التنظيم الهرمى للأبنية المعرفية:

يرى العديد من الباحثين أن الأبنية المعرفية تترتب بشكل هرمى، فيوجد بناء معرفى جوهرى أو أساسى وآخر سطحي أو ثانوى. وترتبط الأبنية الجوهرية بمفهوم الهوية لدى الفرد. ويرى يونج (1990) Young أن هذه الأبنية ليست إشتراطية، كما أنها تقاوم التغيير. ويرى سافران (1990) Safran أن هناك العديد من الأمور التى يجب مراعاتها عند تقييم الأبنية والعمليات المعرفية الجوهرية منها ما يلي:

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

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

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

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

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

٣ - الإهتمام بالعلاقات بين الشخصية والعلاقة العلاجية:

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

نجد الحديث عنها علاجاً لإحدى السليات السابقة للعلاج المعرفى السلوكى حيث تلتق العلاقة العلاجية الإهتمام الملائم من قبل .

التركيز على دور الإنفعالات:

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

التركيز على الأمور التطورية:

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

الأرق: insomnia

اعتادات نوم لا توأمية وإختلالات وظيفية للمعارف تتضمن الأفكار والإعتقادات
العلقة بالنوم والإتجاهات نحو النوم والتي تزيد من تلك المشكلات المتعلقة بالنوم
سلباً على الأداء اليومي للفرد.

سمنة أو البدانة: Obesity

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

الفرع العصبي: bulimia nervosa

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

إتجاه إليس Ellis

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

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

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

الهلع: Panic

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

القلق: anxiety

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

العُدوان: aggression

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

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

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

إهمامات الدالة على إنهمام الذات:

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

الإهمام غير المناسب من جانب بعض المعالجين:

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

الإهمام غير المناسب من جانب بعض أنماط العلاج المعرفى السلوكى:

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

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

ويحدد إليس ثلاثة عشر محكاً للسواء النفسى هى:

- 1 - إهتمام الفرد بذاته وتحقيق رغباته المقبولة.
- 2 - الحصول على الإهتمام الإجتماعى وجعل رغباته مقبولة على المستوى الإجتماعى.
- 3 - تقبل الإحباط وإمكانية التعامل معه بواقعية.
- 4 - المرونة فى الأفكار والأفعال.
- 5 - توجيه الذات والإعتماد على النفس.
- 6 - بقاء الفرد سعيداً على الرغم من عدم تأكده مما يحمله له المستقبل.
- 7 - القدرة على تحقيق اللذة والسعادة على المدى الطويل.
- 8 - التعهد ببذل محاولات خلاقة.
- 9 - القدرة على التفكير العلمى.
- 10 - القدرة على مواجهة المخاطر.
- 11 - الواقعية.
- 12 - تقبل الذات.

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

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

ويتمثل أحد التطبيقات الجديدة لهذا الأسلوب العلاجى من وجهة نظر إليس (1995) فى إستخدامه لبرنامج الشفاء العقلانى (RR) Rational Recovery الذى قدمه جاك ترمبى (1989) Jack Trimpey والذى يستخدم مع حالات الإدمان المختلفة، ويضم العديد من جماعات الخدمة الذاتية حيث يقومون بخدمة أنفسهم فى التعامل مع مشكلاتهم الإنفعالية والسلوكية. وبذلك فإن هذا البرنامج يهدف إلى منع إعتقاد العميل على المعالج ولكنه فى الوقت ذاته يسمح بوجود تعاون بينهما إضافة إلى التشجيع والمساندة. كما يهدف أيضاً إلى تعليم العملاء أن يقبلوا أنفسهم دون شرط وذلك بتعليمهم القيام بما هو مطلوب منهم فقط، وألا يقوموا بعملية تقييم لتلك الأفعال أو للذات بشكل عام على الأقل فى الوقت الذى تلقون فيه العلاج. ويتم هذا البرنامج من خلال مجموعة علاجية من المرضى وجههم أحد المعالجين، ويعتمدون على أسلوب الخدمة الذاتية (إخدم نفسك) فى الشفاء من إدمان الكحوليات وذلك كتطوير لإتجاه آخر كان سائداً فى هذا المجال يعرف بإسم «مدمنى الكحول ذوى الأسماء الوهمية أو

معارة» Alcoholics Anonymous (A A) ويتمثل الفرق بين هذين الإتجاهين على:

1- يحدد برنامج الشفاء العقلانى R R أن موضع الضبط المشوول عن حدوث الشفاء يكون داخل الفرد نفسه، فى حين يرجعه برنامج مدمنى الكحول ذوى الأسماء الوهمية أو المستعارة A A إلى قوى أعلى مثل الله، أو أثر المجموعة كإلية على سبيل المثال.

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

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

ويرى إليس (1995) أن الفنية الإنفعالية التى قدمها بالإشتراك مع فيلتين (1994) Velten والتي تعرف بالحوار الذاتى أشبه بتلك التى إستخدمها ميتشوم (1994) فى القيام بعملية تسجيل معتقداته وأفكاره اللاعقلانية وتقييمه لذاته على رتبط ويحاول وهو يستمع إليها أن يقوم بدحضها وتفنيدها بعد تدريبه على ذلك،

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

ويؤكد درايدن وديجيوسيب (1990) Dryden & Di Giuseppe أنه على الرغم من أن نموذج إليس ABCDE يعد هو جوهر أسلوب العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى وتطبيقاته فإن الخطوات المتتابعة المتضمنة فى تطبيق هذا النموذج ليست مصورة أو محددة بوضوح . وحتى يتم توضيح هذه العملية قاما معاً بتطوير هذا الأسلوب ليصبح فى تتابع يضم ثلاث عشرة خطوة تشبه إلى حد كبير تلك التى يتم إستخدامها فى الإرشاد . وتحدد تلك الخطوات على النحو التالى:

أ - البحث عن المشكلة (S) وتقييم العناصر المتعلقة بها من أحداث منشطة (A) ونتائج (C) . وتضم الخطوات من 1 - 5 كالتالى:

1 - البحث عن المشكلة .

2 - تحديد المشكلة المستهدفة والموافقة عليها .

3 - تقييم النتائج (C) .

4 - تقييم الأحداث المنشطة (A) .

5 - تحديد وتقييم أى مشكلات إنفعالية ثانوية .

ب - تعليم المريض كيفية تحديد العلاقة أو الارتباط بين الإعتقادات والنتائج B - C والذى يعنى أن الإعتقادات تؤدى على نطاق واسع إلى نتائج إنفعالية، وربط ذلك بالإضطراب الإنفعالى للمريض . ويضم ذلك الخطوات من 6 - 8 كالتالى:

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

7 - تقييم الأفكار اللاعقلانية iB

8 - ربط الأفكار اللاعقلانية B i بالنتائج C (الإضطراب الإنفعالى) .

- تفنيد الإعتقادات اللاعقلانية للمريض (D) dispute وذلك عن طريق إجراء مناقشة معه فى هذا الصدد، وإيضاح كيفية تعميق إقتناعه بالإعتقادات العقلانية المكتسبة حديثاً من خلال مهام الواجبات المنزلية والتى يتم مراجعتها مع المريض فى الجلسة التالية . ويمكن أن نستخدم هنا تلك الفنية التى قدمها دي جيوسيب (1991) Di Giuseppe والتى تعرف بالمناقشة المعرفية الشاملة والتفنيد Comprehensive Cognitive dispute والتى سوف نعرض لها بعد ذلك . وتضم هذه النقطة الخطوات من 9 - 12 كالتالى:

- دحض وتفنيد الأفكار اللاعقلانية .

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

1 - إعطاء العميل واجبات منزلية حتى يتسنى له الممارسة .

2 - مراجعة الواجبات المنزلية .

تواجه الإعتقادات اللاعقلانية للمريض فى مجموعة من المواقف المشكلة لذلك حتى يتسنى له إستدخال نظرتة العقلانية الجديدة . وتمثل هذه المرحلة الخطوة الثالثة عشرة والأخيرة .

ويرى درايدن وآخرون (1993) Dryden et. al أن هذه الخطوات الثلاث عشرة التى فى مجملها التطبيق الفعال ذا الكفاءة للعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى . يشير بالذكر أنها تشبه إلى حد كبير تلك الخطوات المتتابعة التى يتم استخدامها مع الإرشاد فى هذا الصدد، إلا أن الفرق بين الإنجهاين يغدو واضحاً عند إستعراضنا للإرشاد إضافة إلى الفرق الأساسى الذى يتضح بين العلاج والإرشاد .

ومن ناحية أخرى إقتنع إليس (1994) بتطبيق نموذج الإنفعالات الذى إقترحه درايدن (1990) Dryden بعد أن كان نموذج الإنفعالات السابق الذى سار عليه يرى أن هناك إنفعالات ملائمة وأخرى غير ملائمة، وجميعها يمثل حالات سلبية، فى حين يقترح درايدن Dryden تصنيفاً آخر للإنفعالات السلبية على أنها

ضرورة وبصورة آلية إلى تغيرات عقلانية في إعتقادات وأفكار لاعقلانية أخرى.
ويرى أيضاً أن هذه المناقشة المعرفية الشاملة تعد إضافة قوية لتلك التقنيات
تسليح بها المعالج في مواجهته لمختلف الاضطرابات.

بعد هذه الفينة من وجهة نظر ديجيوسيب (1990) Di Giuseppe بمثابة توسع
النموذج الأصلي ABC عند إليس وذلك التعديل أو التوسع الذي قدمه ويسلر
Wessler & Wessler (1980) والذي يريان فيه أن الإعتقادات تتألف من
تأليفين هما الإعتقادات الإستنتاجية والتي تعد بمثابة نتيجة عن العالم يتوصل إليها
والإستنتاجات التقييمية والتي تعتبر بمثابة تقييم ومعاني يعطيها الفرد لهذا
ويعيز ديجيوسيب Di Giuseppe بين أنواع الإعتقادات ويرى أنه عندما
المريض حدثاً منشطاً (A) فإنه يقوم باستنتاج معين عن العالم، ثم يقوم بعد
تقييم هذا الإستنتاج. ومع ذلك فإن هذه الإستنتاجات وتلك التقييمات يتم
بها كنتيجة لنماذجها أو أبنيتها العقلية الجوهرية. كذلك فهو يرى أن
العادات اللاعقلانية تنقسم إلى قسمين هما تقييم الأحداث أو الإستنتاج،
العقلية الجوهرية التي يصور المريض العالم من خلالها. وبذلك فإن هذا
المعالج يقسم الإعتقادات إلى ثلاثة أنواع هي الإستنتاجات، والتقييم،
العادات اللاعقلانية الجوهرية. ومن هذا المنطلق يرى ديجيوسيب Di Giu-
سب أن الإعتقادات اللاعقلانية لاتؤدي إلى الإنفعالات المضطربة في نموذج
ABC حيث يرى في هذا الصدد أن الإنسان يفكر بطريقة إستنتاجية إفتراضية،
الإستنتاجات أو الأفكار الأوتوماتيكية السلبية أو اللاعقلانية التي يخبرها الفرد
وعلى تلك الخبرات التي تتسق مع الأبنية العقلية الجوهرية لديه أو رؤيته عن
العالم، وأن الأفراد يقومون بمناقشة ودحض وتفنيد الإستنتاجات التي يقومون بها
خلال أبنيتهم العقلية الجوهرية، وبالتالي فإن التقييم الذي يقومون به يشتق
من نفس البنية أو رؤيتهم للعالم، أي من الأفكار اللاعقلانية الجوهرية.
عملية المناقشة والتفنيد مواجهة حقيقة إعتقادات المريض وإعادة بناء إعتقاداته

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

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

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

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

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

«الواجبات» musts التي نشأت منها تلك التشويفات المعرفية كأن يعتقد مثلاً أنه كان يجب عليه ألا يخرج مطلقاً بمفرده في ذلك الوقت المتأخر من حتى لا يتعرض للإغتصاب وبالتالي فهو شخص عديم القيمة. ويرى إليس أسلوبه في العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي يتعامل مع مثل هذه الحالات عن الأسباب العميقة لإنعصاب ما بعد الصدمة.

إضافة إلى ذلك فقد توسع إليس أيضاً بأسلوبه هذا لتشمل تطبيقاته الإكلينيكية من الإضطرابات المعرفية كتلك التي تتاب الإنتباه والذاكرة وعمليات التفكير، التي تشمل إضطراب العلاقات الإجتماعية، وإضطرابات الشخصية وخصوصاً إضطراب الحد الفاصل (بين العصاب والذهاب) أو ما تعرف بالشخصية borderline حيث تظهر أعراض للعصاب وأخرى للذهان، ويصبح من على المعالج في ضوء ذلك تحديد الإضطراب، وإن كان قد أقر بوجود من الصعوبات في التعامل مع إضطراب الشخصية حيث قد يضم ذلك إضطراب العديد من المشكلات المعرفية والإنفعالية والسلوكية والعضوية. ويمكن أن يتم تدريب التدرج على المهارة للتخفيف من حدة هذه الإضطرابات. هذا ويتم تناول إضطرابات الشخصية، والإضطرابات الذهانية، والإعاقة، وغيرها من الإضطرابات كل في فصل مستقل على إمتداد الباب الثاني الذي بين أيدينا.

وهكذا نجد أن التطورات التي حدثت في كلا الإتجاهين - إتجاهي بيك وإليس - هي مما لتغطي قدراً كبيراً ومتنوعاً من تلك الإضطرابات التي لم يتم التطرق إليها من قبل مستخدمين في ذلك خليطاً من الفنيات المعرفية والإنفعالية والسلوكية القديمة أو تلك التي تم إستحداثها، إلى جانب تطوير دائم ومستمر لنماذج الأصلية للإتجاهين بغرض الوصول إلى فهم أفضل وأشمل للسلوك البشري والإضطرابات الإنسانية وكيفية التعامل معها والوصول إلى علاج تام لها من مجرد التخفيف منها فقط، وإن كان ذلك يعد هدفاً صعب المنال إلى حد

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

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

Young (١٩٤٠) والتي تعرف بالعلاج المعرفى السلوكى المتمركز حول البنية، وهو ما أشرنا إليه من قبل.

يتمثل حل المشكلات العقلانى الإنفعالى من الأساليب الحديثة التي أصبحت تعلم خلال جلسات العلاج. ويتطلب هذا الأسلوب من المعالج أن يوفر خلال جلسات ظروفاً تناظر تلك الظروف التي يمكن أن يواجهها المريض في الحياة اليومية والتي قد تؤدي إلى حدوث المشكلات الإنفعالية. ويكون لهذا الأسلوب أهمية كبيرة عندما يجد المريض صعوبة في تحديد وتصوير خبراته الإنفعالية وما لها من عمليات معرفية وذلك من خلال الحوار الذى يجريه المعالج مع المريض.

من ناحية أخرى يرى إليس أنه من الممكن اللجوء إلى الأحلام وإستخدامها كوسيلة للتغلب على تفسيرات عقلانية إنفعالية، كما يمكن إستخدامها لأغراض التقييم، فهناك عدداً من الإرشادات التي يجب أن نضعها في الإعتبار عند إستخدام الأحلام خلال جلسات العلاج لأغراض تقييمية نعرض لها في النقاط التالية:

١- لا يتم فهم الحلم بشكل رمزى بل يجب النظر إليه وفقاً للفكرة التي يدور حولها.

٢- نظراً لأن محتوى الحلم يتم بالخصوصية فيجب أن ننظر إليه في سياق حياة الفرد ككل ويتم تفسيره في هذا الإطار.

٣- مكتسب اللغة الخاصة والخيالات أو التخيلات التي تظهر في الحلم أهمية كبيرة بالنسبة للمعنى الذي يكمن خلف الحلم.

٤- يمكن النظر إلى الإستجابات الإنفعالية للحلم على أنها تعتبر مشابهة لتلك الإستجابات الإنفعالية التي تصدر عن الفرد في مواقف اليقظة.

٥- يعتبر طول الحلم أقل في أهميته من محتواه.

٦- يعد الحلم نتاجاً للشخص الذى خبره، كما أنه يعتبر مسؤوليته أيضاً.

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

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

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

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

بأيضاً أن يلم ببعض المعلومات عن المريض كإهتماماته وهواياته وعاداته المعلومات الخاصة به وبحياته وظروفه. ومن الأساليب التي يمكن لها في دحض الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية ما يلي:

١- دحض في وجود المثير:

ذلك من خلال قيام المريض باستدعاء ذلك المثير الذي يسبب له إضطراباً ثم يطلب المعالج منه في ذلك الوقت أن يرسم صورة مغايرة لذلك المثير. هناك شخص ما مثلاً ينظر إليه بتعال على أنه أى ذلك الشخص أفضل إن للمعالج يطلب من المريض في تلك الحالة أن يرسم صورة لكليهما أى ذلك الشخص وهما متساويان وينظران بعضهما البعض، ثم يسأله عن (المريض) نحوه بعد ذلك.

٢- أساليب التخيلية:

الأساليب التخيلية مثلاً آخر لتلك الأساليب التي تستخدم في الدحض، المريض خلالها أنه يقوم بفعل الشيء الذي يخشاه، فإذا كان يخشى الإجتماعية مثلاً كالذهاب إلى حفلة حيث سيكون موضع إهتمام الجميع، يحددون فيه، ويظلون على ذلك، يطلب المعالج منه أن يتخيل كم مرة يحددون فيه والمدة التي سيظلون خلالها على ذلك، وكم مرة سيعاودون فيه، وكم شخص سيحدد فيه. وسوف تكون النتيجة على أثر ذلك على حضور مثل هذه المواقف وعدم تجنبها.

٣- تخيل إلى حد المبالغة:

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

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

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

الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي

تم تطوير أسلوب إرشادي يمكن العمل بموجبه وفق هذا المنحى العلاجي أى في ضوء ما يستند إليه من أسس ومبادئ. وفي هذا الصدد يعرض درايدن ويانكورا (1995) Dryden & Yankura لتلك الخطوات التي تتضمنها العملية الإرشادية في إطار الاتجاه العقلاني الإنفعالي السلوكي والتي تهدف إلى مساعدة العميل كى يتغلب على مشكلاته الإنفعالية وذلك من خلال استخدام نموذج ABC كأداة رئيسية لمساعدة كل من المرشد والعميل على فهم طبيعة المشكلات التي يعاني منها العميل وأن يقوم بتقييمها وذلك قبل أن تبدأ عملية التدخل العلاجي والتي تتمثل في دحض الأفكار اللاعقلانية التي يعتقد العميل فيها. وتولى العملية الإرشادية في هذا الإطار والتي تضم ثلاث عشرة خطوة اهتماماً كبيراً لتعليم العملاء إدراك

بين أفكارهم أو تفكيرهم ومشاعرهم والتي تمثل جوهر الواجبات homework assignment في الاتجاه العقلاني الإنفعالي السلوكي. وتمثل خطوات فيما يلي:

تعرف على المشكلة وتحديدتها.

تحقق على الأهداف وتحديدتها بما يتلاءم مع طبيعة المشكلة.

التتبع المترتبة على المشكلة.

الأحداث المنشطة أو المسببة للمشكلة.

وتقييم أى مشكلات إنفعالية ثانوية.

العمل على إدراك العلاقة بين الإعتقادات والنتائج.

الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية.

الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية بالنتائج.

الأفكار والإعتقادات اللاعقلانية.

بيئة العميل كى يعمق إقتناعه بإعتقاداته اللاعقلانية.

الواجبات المنزلية.

مراجعة الواجبات المنزلية.

تسهيل القيام بالعملية المستهدفة.

يمكن تناول هذه الخطوات على النحو التالي:

تعرف على المشكلة وتحديدتها:

يعمل المرشد بعد إلتقائه بالعميل على تبني توجه معين لحل المشكلة عند بداية ساد فيطلب من العميل أن يقوم على الفور بوصف المشكلة التي يرغب أن يحلها أولاً ويناقشها معه، ويعطى له الإنطباع بأنهما سوف يعملان معاً

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

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

يستخدم العميل كلمات مبهمه في وصف المشكلة التي يعاني منها كأن

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

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

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

ويعتبر الوصول إلى فهم مشترك للمشكلة المستهدفة والإنفاق على أسلوب
يعمل المرشد والعميل من خلاله على حل المشكلة بمثابة مكون هام من تلك
المكونات التي يضمها الإرشاد العقلاني الإنفعالي السلوكي لأن هذا الفهم المشترك

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

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

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

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

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

٤ - تقييم الأحداث المنشطة أو المسببة للمشكلة:

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

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

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

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

٥ - تحديد وتقييم أى مشكلات إنفعالية ثانوية:

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

تعرقل المشكلة الثانوية الجهود التى تبذل فى سبيل مواجهة المشكلة الأولية. تكون المشكلة الثانوية هى الأكثر أهمية قياساً بالمشكلة الأولية.

أن يدرك العميل أهمية تناول مشكلته الإنفعالية الثانوية أولاً.

ما كانت هناك ضرورة للبدأ بالمشكلة الإنفعالية الثانوية أولاً ولكن العميل يرغب فى البدء بالمشكلة الأولية فمن الأفضل فى تلك الحالة أن يستجيب له حتى لا يخل بمفهوم ومضمون التعاقد العلاجى بينهما. ومن ناحية أخرى فإن تناسب المشكلة الإنفعالية مع الإنفعال السلبى سواء كان هذا الإنفعال أو غير صحى.

٦ - العميل إدراك العلاقة بين الإعتقادات والنتائج:

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

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

دحض الإعتقادات اللاعقلانية:

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

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

تفضيلات في مقابل الواجبات: فالتفضيلات تعد شيئاً مستحسناً ينبغي علينا أن
نقوم بتدعيمه في حين تعتبر الواجبات المطلقة absolute demands جوهر
الإعتقادات اللاعقلانية.

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

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

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

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

٨- ربط الإعتقادات اللاعقلانية بالنتائج:

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

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

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

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

أ- التركيز على اللامنطقية: **illogicality**

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

ب- التركيز على الإمبريقية: **empiricism**

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

تركيز على النتائج العملية:

ركز المرشد من خلال هذه الإستراتيجية على أن يوضح للعميل النتائج العملية لإعتناق إعتقادات لاعقلانية. ويكمن الهدف من هذه الإستراتيجية في مساعدة العميل كي يفهم أنه طالما ظل خاضعاً لمثل هذه الإعتقادات فإنه سيظل محبباً.

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

أسلوب السقراطي: **Socratic**

يتم خلاله توجيه الأسئلة من جانب المرشد للعميل، وتتعلق تلك الأسئلة بالجوانب اللامنطقية والمختلة وظيفياً وغير المتسقة إمبريقياً من إعتقادات العميل اللامنطقية. وتعمل مثل هذه الأسئلة على حث العميل على التفكير بنفسه من مجرد قبول وجهة نظر المرشد.

الأسلوب التعليمي: **didactic**

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

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

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

- حينما يبدو العميل دليلاً على أنه يتمتع بروح الدعابة.

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

إلا أن إليس (١٩٨٥) يحذر من الإفراط في استخدام هذا الأسلوب لأن ذلك قد يؤدي إلى نتائج غير مرغوبة.

د- أسلوب الإكتشاف الذاتي:

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

وإلى جانب ذلك يمكن للمرشد أن يستخدم أى أسلوب آخر يراه مناسباً في هذا الإطار، ويؤدي إلى تحقيق النتائج المرجوة.

١٠ - تهيئة العميل كي يعمق إقتناعه في إعتقاداته العقلانية:

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

يحمل أن يؤدي الإقتناع الضعيف في الإعتقادات العقلانية بالعميل إلى الوصول إلى الأهداف التي ينبغي أن يحققها. ويمكن أن يلجأ المرشد في هذا الصدد إلى حوار السقراطى أو الأسلوب التعليمى الموجز حتى يتسنى له أن يقوى من إقتناع العميل بإعتقاداته العقلانية وأن يضعف بالتالى من إقتناعه بإعتقاداته اللاعقلانية، وهو الأمر الذى يتطلب الإستممرار فى استخدام الدحض، وأن يمارس التفكير العقلانى فى سياقات حياتية مرتبطة، ويتم ذلك من خلال مجموعة من الواجبات متنوعة التى يقوم العميل بتطبيقها على مواقف الحياة.

يشجيع العميل على ممارسة ماتعلمه (الواجبات المنزلية):

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

١- أن ترتبط تلك الواجبات المنزلية بالهدف الذى يريد تحقيقه، فتعمل على تقوية وتعميق إقتناع العميل فى الأفكار العقلانية وإضعاف إقتناعه بالأفكار اللاعقلانية.

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

٣- أن تهيم العميل للقيام بدحض أفكاره اللاعقلانية.

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

٥- أن يتم استخدام تلك الواجبات المنزلية خلال البرنامج الإرشادى ككل حيث يمكن للعميل من خلالها أن يقوم بتحديد إنفعالاته المشككة، وأن يكتشف

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

١٢ - مراجعة الواجبات المنزلية:

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

١٣ - تسهيل القيام بالعملية المستهدفة:

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

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

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

مدى تكرار الإنفعالات السلبية غير الصحية.

مدى شدة تلك الإنفعالات.

مدى دوام تلك الإنفعالات (وهل المدة التى تستغرقها تقل عما سبق أم لا).

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

للإضافة وتعقيب

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

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

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

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

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

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

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

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

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

الحالة يجب أن يستمر لمدة لا تقل عن عام حتى نتجنب حدوث إنتكاسة. وقد
فى ذلك الإطار إستخدامه بنجاح مع حالات الهلاوس والضلالات والتأويلات
النوية وإضطرابات التفكير حال حدوث الفصام. ودمج تاريار (1992) Tarrier
الأساليب السلوكية والمعرفية معاً فى تناول الأعراض الذهانية. ولكن هذه
تتعامل مع كل عرض ذهانى على حدة حيث يتم تطوير إستراتيجية مواجهة
، وكان يتم تعديل الخبرات حتى تبدو كالخبرات السوية. كذلك فقد تم
تخدام الفنية التى قدمها جيفرى يونج (1990) J. Young والمسماة بالعلاج
فى السلوكى المتمركز حول البنية المعرفية بنجاح مع المرضى الذهانيين. هذا وقد
لاينهان (1993) Linehan منها فنية أخرى حيث كان يجعل المرضى يقومون
بأفكار معينة تدور فى أذهانهم وكان يتم التعامل معها على أنها أفكار
سلبية. وسوف يتم تناول ذلك بالتفصيل عند عرضنا لإستخدام هذا
العلاج مع الإضطرابات الذهانية وذلك فى الفصل العاشر. أما النقطة
والتي تتعلق بمدى الإهتمام بالعلاقة العلاجية فقد تم التعرض لها عند
نظرية بيك. وفيما يتعلق بعدم وجود معيار موضوعى كالدين مثلاً
من خلاله على مدى عقلانية الأفكار ومنطقيتها فلا تزال هذه النقطة تمثل
أساسية لم تعالج للآن حيث لا يزال المعيار شخصياً من جانب المعالج، كما
فى الأمور قد تعتبر عقلانية فى مجتمع ما، وقد لا تعتبر كذلك فى مجتمع
ولهذا فإن كون المعيار موضوعياً كالدين مثلاً يحل هذه المشكلة بشكل لا يقبل

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

التي وفقاً لهذه النظرية وبين الغاية من خلق الإنسان وهى عبادة الله ووظيفته
فى الأرض وعمارته وهو ما يتسع لكل سلوك بما وراءه من دوافع. وإذا
ذلك وإليس يريان فيما يتعلق باضطراب الشخصية أن الإضطراب النفسى يرجع
إضطراب فى التفكير أو التصورات حيث يؤدى التفكير اللاعقلانى إلى المرض
، فمثلاً يقول إليس أن إهتمام الفرد بالآخرين وبموافقتهم على سلوكه يعتبر
للإضطراب لأنه يمثل فكرة لاعقلانية ولذا يبدأ المعالج بمحاولة تصحيح هذه
وتلك التصورات، فإن الأمر يختلف فى الثقافة الإسلامية حيث ينتج
إب الشخصية عن تعدى الفرد لحدود الله.

يؤخذ على العلاج المعرفى السلوكى بشكل عام إلى جانب ما سبق أنه يركز
الأعراض أكثر مما يركز على جذور المشكلة، وسرعة حدوث الإنتكاسة، وأنه
أقل مع اللاشعور وبالتالي يترك المكبوتات كما هى الأمر الذى يؤثر على
، وأنه يفيد أكثر فى الحالات العصابية وتقل فاعليته مع الحالات الذهانية.
مثل هذه المآخذ بطبيعة الحال إلى النظرية كما بدأت دون التطورات التى
ها حيث عاجلت مثل هذه التطورات الكثير من تلك المآخذ وأثبتت الدراسات
بيكيتها فعاليتها الكبيرة فى هذا الصدد. ولذا فقد لاحظنا أنه بالنسبة للنقطة
التي تتعلق بالتركيز على الأعراض وعدم التركيز على جذور المشكلة أى
البحث عن الأسباب الحقيقية التى تكمن خلف تلك المشكلة فإننا نرى أن
الفنية التى قدمها يونج (1990) Young والتي أشرنا إليها سابقاً تعمل على
على البنية المعرفية التى تميز الإضطراب موضوع الدراسة، وتعمل على تتبع
كار اللاتراؤمية المتعلقة به وذلك فى نشأتها وتطورها، وتذكر الأحداث
أقف التى تطورت فيها، وتصوير مثل هذه المواقف باستخدام المقابلة
بيكيتها ومراقبة الذات وتصوير الأحداث. كما أن التأثير على إنفعالات الفرد
التأثير على ميله لموضوع ما، وهو ما تكون على مدى العديد من السنوات.
يرى يونج Young أن الإهتمام بإثارة الأبنية المعرفية خلال العلاج يستلزم
على ذكريات الطفولة، وهو ما يساعد فى تصور أصول أو جذور الأداء

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

أما بالنسبة للنقطة الثانية والتى تتعلق بسرعة حدوث إنتكاسة فإن ذلك يرتبط بعدم البحث فى جذور المشكلة، وهو ما تم علاجه بالفعل كما أشرنا لذلك فى الفترة السابقة. وإلى جانب ذلك فقد إستخدم هذا المنحى العلاجى العديد من إستراتيجيات المواجهة كالتدريب على الإسترخاء، والتحصين التدريجى، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والتدريب على حل المشكلات، إضافة إلى التدريب على إدارة القلق، وإستراتيجية التشغيل الإنفعالى. ويتم التدريب على مثل هذه الإستراتيجيات وبالتحديد على تلك الإستراتيجيات التى يتم إختيارها وذلك خلال البرنامج العلاجى، ثم يطلب من المريض القيام بممارسة ماتم تعلمه أو التدريب عليه خلال البرنامج فى مختلف المواقف الحياتية الواقعية من خلال الواجبات المنزلية، ثم يعاد تدريب المريض على الإستراتيجيات المستخدمة وذلك خلال المرحلة الأخيرة من البرنامج بما يهيئه على مواجهة أى مشكلات قد تواجهه بعد إنتهاء البرنامج وهو الأمر الذى يساهم فى منع حدوث إنتكاسة، ولذلك تعرف مثل هذه الإستراتيجيات بأنها تعمل على منع حدوث الإنتكاسة relapse prevention Strategies وقد أكدت الدراسات التى أجريت فى هذا الإطار تلك النتيجة حيث كشفت دراسات عديدة كدراسات لارسين (1990) وبتلر وآخرين (1991) وThackwray et. al (1993) وكونى وآخرين (1994) Cote et. al (1994) وسترافينسكى وآخرين (1994) Stravynski et. al وشادويك ولاو (1994) Chadwick & Lowe وروزن وآخرين (1995) Rosen et. al وكاش وجرانت (1996) Cash & Grant ورايتش وآخرين (1997) Raich et. al وسترومر (1998) Stromer وواجونر (1998) Waggoner على سبيل

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

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

ما فيما يتعلق بالفنيات المستخدمة فبعضها معرفى مثل التعليم النفسى Psychoeducational بما تتضمنه من مناقشة ومحاضرة كفنيات، والتعرف على الأفكار العقلانية أو الأوتوماتيكية وتعديلها، وإعادة البنية المعرفية، والعلاج الموجه بالتعبير، والمقابلة الإكلينيكية، والمراقبة الذاتية، وبعضها الآخر إنفعالى كالوعظ النفسى، ويضيف البعض الآخر إلى ذلك لعب الدور، والنمذجة. كما أن بعضها هو سلوكى مثل الواجبات المنزلية، والإسترخاء، والإشراف الإجرائى كالتعزيز الإيجابي، وإشراط تخفيف القلق، والتخيل العقلانى، والتحصين التدريجى، والحساسية المنظم، والتعريض ومنع الإستجابة. كما أن هناك أساليب تدعيمية كالتدريب على إدارة القلق، والتخيل الإنفعالى، وحل المشكلات، والتدريب على المهارات الإجتماعية. وبعد إضافة فنيات مثل العلاج المتمركز حول البنية المعرفية التى قدمها Young وإعادة البناء العقلانى التى قدمها جولد فرايد Goldfried والمناقشة الشاملة التى قدمها دي جيوسيب Di Giuseppe وتعزيز إستراتيجية المواجهة

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

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



الباب الثاني

□ التطبيقات الإكلينيكية للعلاج المعرفي □ السلوكي على الإضطرابات المختلفة

يعد العلاج المعرفي السلوكي من أكثر أنماط العلاجات النفسية شيوعاً في الوقت الراهن في تناول مختلف الاضطرابات حيث تطرق هذا الأسلوب العلاجي إلى كافة الاضطرابات تقريباً، ويعتبر تناوله للبعض منها من الطورات الحديثة التي شهدها هذا الاتجاه العلاجي .

وقد أكدت دراسات عديدة أن العلاج المعرفي السلوكي يعد هو الأكثر فاعلية قياساً بالعلاجات الأخرى النفسية والطبية وذلك في علاج مختلف الاضطرابات، وأنه يعتبر الأفضل على الإطلاق فيما يتعلق بالنتائج المرجوة على المدى الطويل حيث تقل بدرجة كبيرة احتمالات حدوث إنتكاسة بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي . وقد يرجع ذلك إلى أنه يستخدم إستراتيجيات للمواجهة يتم تدريب العميل عليها خلال البرنامج، ويمكن بمقتضاها من مواجهة ما قد يصادفه بعد ذلك من عقبات ومشكلات . كما أنه يركز من ناحية أخرى على المكونات المعرفية والوجدانية والسلوكية التي يتضمنها أي اضطراب، ومن ثم تتنوع الفنيات المستخدمة خلال البرنامج العلاجي لتشمل كل هذه المكونات معاً، وبالتالي نجد هناك تنوعاً في الإستراتيجيات المستخدمة بين الإستراتيجيات المعرفية والاستراتيجيات الإنفعالية والاستراتيجيات السلوكية . كما أنه يركز على حدوث تغير في السلوك يتم من جراء تصحيح وتعديل الافكار المشوهة والاعتقادات المختلفة وظيفياً التي تكمن خلف هذا السلوك وتعدهي المسؤولة في الأساس بدرجة كبيرة عن حدوث ذلك السلوك .

وسوف تلقى المزيد من الضوء على ذلك من خلال تناولنا للتطبيقات الإكلينيكية المختلفة للعلاج المعرفي السلوكي على العميد من الاضطرابات وذلك خلال

الفصول التالية التي يتضمنها الباب الحالى . وتمثل تلك الاضطرابات فى
الاضطرابات الاكتئابية، واضطرابات القلق، والإعاقات الجسمية، واضطراب
صورة الجسم، والآلام المزمنة، واضطرابات الشخصية، والاضطرابات الذهانية،
والتخلف العقلى .



الفصل الرابع

الاضطرابات الاكتئابية

الاكتئاب

تؤكد الدراسات الحديثة ان العصر الذي نعيشه هو عصر الاكتئاب إذ توجد في حياتنا اليومية العديد من الانفعالات التي تمثل في مجملها انكسالا للحزن. وتدرج الانفعالات العامة التي نمر بها كالحب والفخر والإزدراء والحزن والفرح وغيرها تحت خمسة أنواع من المشاعر هي الحب والسعادة والفضيب والحزن والحرف . ويعتبر الاكتئاب هو أكثر مشكلات الصحة النفسية شيوعاً وانتشاراً في الدول المتقدمة ، ويمثل أحد اضطرابات الوجدان . ويشير الوجدان mood إلى الحالة الانفعالية الداخلية الدائمة للفرد في حين تشير العاطفة affect إلى التعبير الخارجي اللفظي للمحوى الانفعالي . ويعتبر الوجدان المكتئب أحد ثلاث حالات للوجدان إذ هناك حالتان غيره هما الوجدان العادي أو السوى والوجدان المرتفع كما في حالات الهوس . ويظهر المرضى ذوو الوجدان المكتئب نقصاً في الطاقة والحيوية والاهتمام ، وتعود مشاعر اللذنب لديهم ، ويجدون صعوبة في التركيز ، ويفقدون شهيتهم للطعام ، وتتأهبهم أفكار عن الموت والانتحار إلى جانب حدوث تغيرات سلبية في مستوى النشاط والقدرات المعرفية والحديث والوظائف النمائية المختلفة كالنوم والشهية والنشاط الجنسي والإيقاعات البيولوجية الأخرى تؤثر سلباً على أدائهم الوظيفي في جوانب الحياة المختلفة .

وقد ساد في علم أمراض النفس تصنيف الاكتئاب على أنه يتضمن ثلاثة اضطرابات هي الوجدان المكتئب ، والزملاات الاكتئابية ، والاضطراب الاكتابي . ونتم من خلال الوجدان المكتئب mood depressed التركيز على الحالة الوجدانية والنظر إلى الاكتئاب كعرض . ويشير ذلك الوجدان المكتئب إلى وجود الحزن أو

الدرجة حيث يمتد الإكتئاب عبر متصل من الشدة، ونادراً ما يحدث دون
أو عوامل مرسبة.

عرف ستور Storr الإكتئاب بأنه مفهوم لحالة إنفعالية يعانى فيها الفرد من
الشديد، وتأخر الإستجابة، والميول التشاؤمية، وقد يصل به الأمر إلى الميل
تأخر. وهو بذلك مركب من الأعراض المتزامنة والمتراطة. ويرى زهران أن
هو حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة،
عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لأعراضه أو حالته
ويضيف أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن الإكتئاب يبدأ بأعراض بسيطة تتدرج في
لم تعالج في بداية الأمر، فيشكو الفرد أولاً من فقدان القدرة على
بالمباهج السابقة مع إنكسار النفس وهبوط الروح المعنوية، ثم يشعر بتغير
القيمة وقيمتها، ويبدأ في التساؤل عن أهميتها، ويعيش في يأس وجزع
س. وهنا تبدأ نوبات متكررة من البكاء الهادئ أو الصراخ الحزين، ثم تزيد
الإكتئاب ويشعر بفقدان الأمل، ويتخلل الخوف والرعب كل حياته، ويصيبه
الشديد، وتتأثر وظائفه العقلية سلباً، ويضطرب سلوكه، ويشعر بعدم
وإحتقار النفس، ويتوهم العلل البدنية، ويشعر بتأنيب الضمير ولوم
وهو ما يفسح المجال للأفكار الإنتحارية. كذلك تظهر في الحالات الشديدة
هانية بعض الضلالات أو الهذات، كما تظهر أعراض فسيولوجية مختلفة
أرب النوم والأرق والأحلام المزعجة والكوابيس، وفقدان الشهية، ونقص
دون إتباع رجين، والإمسك، والضعف الجنسي وإضطرابات الطمث. كما
إلى جانب الحزن والكآبة واليأس أعراض سلوكية على المريض منها ضعف
على العمل، وعدم الإهتمام بالملبس والمظهر مع حدوث هبوط في مستوى
الحركي والكسل العام والخمول الذهني والجسدي، أو العكس فتحدث
والتهيج والإضطراب وزيادة الحركة والصراخ، والتفكير في الإنتحار
أم عليه.

إذا كانت الدراسات التي تتناول المظاهر الإكتئابية خلال مرحلة المراهقة تركز

الكتيبه لفترة غير محددة، إلا أنه لا يشير إلى وجود أو عدم
وجود أعراض أخرى كضعف الشهية أو الأرق على سبيل المثال. أما الزمالات
الإكتئابية فتدل على وجود مجموعة من الأنماط السلوكية والإنفعالات ذات الصلة
بالإكتئاب والتي إتضح إحصائياً أنها تحدث معاً في نموذج محدد بمعدل يتجاوز
الصدفة دون إرجاع أى نموذج معين للطبيعة أو لتلك الأسباب المسئولة عن هذه
الأعراض المترابطة. وتتم رؤية الفروق بين الافراد في إطار من الإنحرافات النوعية
على مستويات الأعراض المرضية. ويعنى الإضطراب الإكتئابى تطور الإكتئاب إلى
إضطراب نفسى لا يتضمن فقط وجود زمالات محددة من الأعراض المترابطة، بل
إن تلك الأعراض ترتبط أيضاً بمستويات دالة من الأسى والعجز، كما ترتبط بدرجة
كبيرة من الضعف فى الوظائف الحيوية للفرد. إلا أن دليل التصنيف الشخصى
والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية قد جمع فى طبيعتها
الرابعة DSM - IV التى صدرت عام ١٩٩٤ بين الإضطرابين الأول والثانى فى
إضطراب واحد يسمى الإضطراب الإكتئابى البسيط أو عسر الوجدان dysthymia
يمثل صورة من الإضطراب الإكتئابى الشديد major depressive disorder أقل فى
حدتها وتستمر لفترة زمنية طويلة وربما غير محددة، وتتميز بالأعراض المزمنة وغير
الذهانية، وتعنى الكآبة والأسى وتعكير المزاج وإحتقار الذات إلى جانب زملة
الأعراض السلوكية المصاحبة.

طبيعة الإضطراب الإكتئابى

مما لاشك فيه أن الإكتئاب يكاد يكون هو العرض الأكثر شيوعاً بين المترددين
على الأطباء النفسيين، وقد يتراوح فى شدته بين الإنخفاض المؤقت فى الروح
المعنوية، وهى حالة يتعرض لها الجميع فى مواجهة ما يصادفونه من عقبات معتادة
وهو النوع البسيط من الإكتئاب والذي كان يعرف سابقاً بإسم الإكتئاب العصابى،
إنى حالة عذاب من الإستسلام واليأس التى قد تؤدى بالفرد إلى الإنتحار وهو ما
كان يعرف فى السابق بإسم الإكتئاب الذهانى. والفرق بين نوعى الإكتئاب هذين هو

عندما يقدم شخص ما على الانتحار فمن المحتمل بالنسبة لنا أن نعتقد أن لديه
شاذة هي المسئولة عن ذلك (Mendlewicz, 1985)، وأنه كان يحتاج إلى
طبية من الإكتئاب (Noll et. al, 1985)، كما أن لديه معتقدات مشوهة
وظيفية عن النجاح والفشل (Sacco & Beck, 1985; Weiner, 1985)،
يفتقر إلى المهارات اللازمة للتوافق مع نفسه ومع الآخرين والتكيف مع
البيئة (Billings & Moos, 1985) أو أنه قد فشل في تكوين شبكة من العلاقات
اجتماعية الناجحة (Cohen & Syme, 1985)، بمعنى أننا حينما نواجه الأخطار
طريق الحياة أو الحرية أو تحقيق السعادة فإن الخطأ بطبيعة الحال لا يمكن أن
كما يرى شيفر وبرينان (1991) Shaver & Brennan في المجتمع أو في
الثقافية السائدة بل يكون في أنفسنا.

يرى أكيسكال (1983) Akiskal أنه وفقاً للتصنيف الذي قدمه
Schneider للشخصية الإكتئابية هناك سبع مجموعات من السمات تميز
الشخصية، هي:

هدوء، والإنطواء، والسلبية، والتردد وعدم الحسم.

الحزن، والتشاؤم، وعدم القدرة على التمتع والإمتاع.

الذات، ولوم الذات وتوبيخها، وإزدراء الذات أو الحط من قدرها.

الشك، والنقد الزائد، وصعوبة إرضائها (كشخصية).

الضمير الحى، والمسئولية، والتنظيم الذاتى.

الترعة أو الميل للقلق.

الإشغال بالأحداث السلبية، وعدم الكفاءة، والنقائص الشخصية لدرجة المتعة
المرضية.

كما وتنتظر النظرية المعرفية - والمعرفية السلوكية بعد ذلك - إلى الإكتئاب بوصفه

على ثلاثة مكونات أساسية هي المزاج الإكتئابى، والزميلات (الأعراض المرضية)
الإكتئابية، والإضطراب الإكتئابى وهو ما أشرنا إليه من قبل، فإن هذه المكونات
تقسم مجموعة مشتركة من الأعراض التى تعكس مشاعر سلبية ولكنها تختلف فى
مدى تضمنها لأعراض القلق، والمشاكل الجسمية Somatic والتركيز المشوش، وفى
مدة وشدة الأعراض التى تتضمنها. وتتداخل هذه المكونات الثلاثة معاً كالثلاثة
مستويات للظواهر الإكتئابية فى نموذج هرمى ومتتابع، ويفترض أن تكون العوامل
الوسيلة هي المسئولة عن تلك العلاقات التى تنشأ بين هذه المستويات الثلاثة.

ويعمل الإكتئاب عند إصابته للأفراد فى مرحلتى الطفولة أو المراهقة على إعانة
النمو الإنفعالى والاجتماعى العادى أو السوى، ويسبب أوجه قصور ذا دلالة فى
وظيفة الذات وفعاليتها، وفى العلاقات بين الشخصية. كما يؤدي إلى إنخفاض فى
معدل التوافق الاجتماعى فى المراهقة، ويرتبط إلى جانب ذلك باضطرابات
الشخصية. وفى هذه الحالة الأخيرة تقل إستجابة المريض للبرامج العلاجية
المختلفة، ويقل أداؤه الاجتماعى، وينخفض معدل تواصله مع الآخرين إلى درجة
كبيرة تعكس معها سوء التوافق الاجتماعى، ويصبح المريض أقل شعوراً بالرعاية
والسعادة، وأقل قدرة على مسابرة الآخرين أو مسابرة أحداث الحياة اليومية.

وقد يصل الشخص الذى يعانى من الإكتئاب فى تشاؤمه وفى شعوره بالشقاء
وضعف الثقة بالنفس والشعور بعدم القيمة إلى محاولة الانتحار. ويرى هولدن
(1986) Holden أن معدل الانتحار قد تزايد بين الشباب ثلاث مرات خلال
العقود الأخيرة، ومعظم هؤلاء الشباب من الذكور البيض ممن تتراوح أعمارهم بين
٢٠ - ٢٤ سنة. كما لاحظ أن زيادة تعاطى الكحوليات والمخدرات بين هؤلاء
الشباب يعتبر عاملاً وثيق الصلة بالانتحار، إلا أنه يعد عرضاً للمشكلة أكثر من
كونه تفسيراً لها. وإلى جانب ذلك هناك جذور نفسية اجتماعية، وإنفعالية،
وبيولوجية للانتحار بين الشباب. ويرى فيفر (1986) Pfeffer أن ذلك قد يرجع
جزئياً إلى تغير العوامل الاجتماعية كزيادة الحراك، وإرتفاع معدلات الطلاق،
والعنف الذى تعرضه وسائل الإعلام، وزيادة أعداد المراهقين.

طراباً في التفكير، وأن الأعراض الاكتئابية تتوالى طبقاً لفاعلية الأنماط المعرفية السالبة، فيرتبط الوجدان والسلوك مع العنصر المعرفي. ومن ثم ينظر بيك Beck الإكتئاب على أنه تنشيط لثلاثة أنماط معرفية رئيسية يسميها الثالوث المعرفي أو كتابته triad هي الأفكار السلبية عن الذات، وعن العالم، وعن المستقبل أي هوم السلبى للذات، والتفسير السلبى للأحداث والخبرات، والنظرة السلبية إلى المستقبل. ويتضمن ذلك أفكاراً عن اللاقيمة، والذنب، وعدم الكفاءة، والإنهزام، الحرمان، والوحدة، واليأس ومن ثم تتحرك أعراض الإكتئاب عن طريق ميل إلى تفسير خبراته ضمن هذا الإطار. وطبقاً للنموذج المعرفي فإن موقفاً غير من مواقف الحياة يستثير أبنية معرفية ترتبط بالهزيمة أو الحرمان، وخبرات سلبية ولوماً للذات تؤدي بدورها إلى التأثيرات المرتبطة بها كالحزن والقلق والشعور بالوحدة إلى جانب تناقص الأداء بشكل واضح.

وأوضحت الدراسات التي أجريت وفقاً لهذا النظرية أن الانحراف والتشويه في لدى الإكتابين يظهر في تحريف خبرات النجاح والفشل وتوقعات النجاح، تحريف الإدراك إذ يرى مثل هؤلاء الأفراد الأحداث بماهم عليه وليس بما هي، إلى جانب تحريف الذاكرة حيث يكثر نسيان المعلومات الإيجابية المرتبطة بالنجاح والسور ويقل نسيان المعلومات السالبة المرتبطة بالألم وعدم السور وتوقعات السلبية. ومن الجدير بالذكر أن الدراسات التي أجريت على الإكتئاب لدى الإكتئاب أحادي القطب، وبعد أن كان الأمر يقتصر على دراسة الإكتئاب فقط تطور الحال إلى درامة الإكتئاب المزمن والإكتئاب الحاد، وقام بيك Beck بل نموذج في الإكتئاب كما تمت الإشارة إلى ذلك من قبل. كذلك فقد قدمنا لأعراض ومظاهر الإكتئاب بشكل واضح وذلك في أربع مجموعات مميزة، في المظاهر الإنفعالية، والمعرفية، والدافعية، والجسمية تضم كل منها مجموعة من الأعراض لاتن فصل عن بعضها أو تستقل ولكنها تتداخل مع بعضها بطريقة أو بأخرى. ومن أمثلة ما تتضمنه المظاهر الانفعالية من أعراض المكتئب، والحزن، والتعاسة، والشعور بالذنب، والهجر، واليأس،

كآبة، والشعور بالذلل والحزن، والمشاغرة السلبية نحو الذات، وعدم الرضا، الروابط الإنفعالية كلفقد التأثير في الآخرين وأنشطتهم وفقد الإهتمام على المثل. أما المظاهر المعرفية فمنها التقييم الذاتى المنخفض أو السلبى والعزوى العاطفى وتشوش التفكير، وتدنى القدرات المعرفية، وعدم القدرة على إتخاذ قرارات مع التردد وعدم الحسم. وتتضمن المظاهر الدافعية العديد من السلوكيات السلبية والدافعية النكوصية، والتجنب والإنسحاب والإعتماد الزائد محاولات الإنتحار. أما المظاهر الجسمية فتتضمن فقد الشهية، وإضطرابات النوم، وسرعة التعب والإجهاد، وفقد الإهتمام بالجنس، والشعور بالخمول انخفاض مستوى النشاط والطاقة والحيوية.

والى جانب ذلك فقد أعد بيك Beck قائمة للإكتئاب تضمنت إحدى وعشرين من الأعراض والإتجاهات هي المزاج، والتشاؤم، والشعور بالفشل، وعدم اليأس، ومشاعر الذنب، والشعور بالعقاب، وكراهية الذات، ولوم الذات، مخبات الإنتحارية، ونوبات البكاء، والهيجان، والإنسحاب الإجتماعى، ودد، وتحريف أو تشويه صورة الجسم، والكف عن العمل، وإضطراب النوم، سرعة التعب، وفقد الشهية، ونقص الوزن، والمشكلات الجسمية، ونقص الطاقة الجنية.

مريض الإضطراب الإكتئابى

ينظر إلى الإكتئاب عامة على أنه مجموعة أعراض متزامنة ومترابطة أى أنه يكتسب من الأعراض تظهر فى وقت واحد. ويعرض دليل التصنيف التشخيصى الإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM - IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى عام ١٩٩٤ لتوعين أساسيين من الإضطرابات الإكتئابية أحادية القطب unipolar هما الإضطراب الإكتئابى البسيط major depressive dysthymia والإضطراب الإكتئابى الشديد major depressive disorder الذى يضم نمطين فرعيين هما الإضطراب الإكتئابى الشديد ذو النوبة

الواحدة Single episode والإضطراب الإكتئابى الشديد الدورى . recurrent وقد كانت الدراسات التى أجريت قبل صدور هذا الدليل فى طبعته الرابعة المشار إليها سلفاً تناوله فى ضوء وجود مرحلة مرضية تتوسط هذين النوعين من الإضطرابات الإكتئابية تعرف بالزملة الإكتئابية Syndrome كما أوضحنا من قبل . وفى ضوء DSM - IV يمكن تمييز الإضطراب الإكتئابى وفقاً للمحكات التالية:

أولاً: الإضطراب الإكتئابى البسيط Dysthymic disorder

يتطلب هذا الإضطراب الشعور بالوجدان المكتئب غالبية اليوم وعلى مدى معظم الأيام وذلك خلال عامين متتاليين على الأقل كما يتضح من التقارير الذاتية أو ملاحظات الآخرين . أما بالنسبة للأطفال والمراهقين فيمكن أن يتسم هذا الوجدان بسرعة الغضب أو الإنفعال أو التهيج على أن يستمر ذلك لمدة سنة واحدة على الأقل . وإلى جانب ذلك يجب أن يتوفر عرضان على الأقل من الأعراض التالية:

١ - ضعف الشهية للطعام أو الإفراط فى تناول الأكل .

٢ - الأرق أو الإفراط فى النوم .

٣ - إنخفاض مستوى الطاقة والحيوية مع سرعة الشعور بالتعب .

٤ - إنخفاض تقدير الذات .

٥ - ضعف القدرة على التركيز ووجود صعوبة فى إتخاذ القرارات .

٦ - الشعور باليأس .

وإلى جانب ذلك يلاحظ أنه خلال فترة الإضطراب والتى تستمر لمدة عامين متتاليين على الأقل أو عام واحد بالنسبة للأطفال والمراهقين أنه يجب ألا تختفى تلك الأعراض لمدة شهرين متتاليين، وألا تحدث نوبة إكتئابية شديدة خلال فترة العام الواحد تلك على ألا ترجع تلك الأعراض إلى إضطراب إكتئابى شديد أو أى نوبة هوسية، أو إضطراب ذهانى، أو إلى آثار فيولوجية

مباشرة لمادة معينة أو حالة طبية (صحية) عامة . كذلك فإن هذه الأعراض يجب أن تؤدى إلى حدوث الضيق النفسى، وإلى حدوث خلل أو تدهور واضح فى الأداء الوظيفى للفرد إجتماعياً أو مهنيًا أو فى أى مجال هام آخر . ويعرف هذا الإضطراب بأنه ذو بداية مبكرة إذا بدأ قبل سن الحادية والعشرين، أما إذا بدأ بعد ذلك فتكون بدايته متأخرة .

ثانياً: الإضطراب الإكتئابى الشديد major depressive disorder

ينضم هذا الإضطراب عَظَين فرعيين يمكن تناولهما على النحو التالى:

نوبة الواحدة Single episode

يتطلب وجود خمسة أعراض على الأقل من الأعراض التالية على مدى شهرين على أن يحدث ذلك كل يوم تقريباً، ويؤدى ذلك إلى حدوث تغير فى الأداء الوظيفى للفرد عما كان عليه سابقاً على أن يكون أحد هذه الأعراض هو أن المكتئب depressed mood أو فقد الإهتمام أو المتعة . وتمثل تلك الأعراض فيما يلى:

١ - شعور بالوجدان المكتئب غالبية اليوم وذلك كل يوم تقريباً كما يتضح إما من التقارير الذاتية (الشعور بالحزن أو الفراغ)، أو من ملاحظات الآخرين (يبدو غير البكاء) . ويمكن أن يظهر ذلك بين الأطفال والمراهقين على هيئة وجدان سريع الغضب أو الإنفعال أو التهيج .

٢ - إنخفاض واضح فى مستوى الإهتمام بكل الأنشطة تقريباً وذلك لمعظم اليوم مع إنخفاض مستوى متعة الفرد بها كما يتضح أيضاً من التقارير الذاتية أو ملاحظات الآخرين .

٣ - تغير الوزن بشكل كبير على الرغم من عدم إتباع أى رجيم، أو حدوث زيادة فى الوزن (على أن يمثل هذا التغير سواء بالزيادة أو النقص أكثر من ٥% من وزن الجسم خلال الشهر السابق)، أو ضعف الشهية للطعام أو زيادتها .

٤ - الشعور بالأرق أو الإفراط في النوم .

٥ - التهيج (الإثارة) الحس حركى أو الإعاقة والتأخر والبطء (وليس المشاعر الذاتية للإستياء أو التأخر والبطء).

٦ - فقد الطاقة والحيوية وسرعة الشعور بالتعب .

٧ - الشعور بعدم القيمة أو الجدوى والشعور المفرط بالذنب .

٨ - ضعف القدرة على التفكير أو التركيز إلى جانب التردد وعدم الحسم .

٩ - تكرار أفكار عن الموت لا تقتصر فقط على الخوف من الموت، وتكرار أفكار عن الإنتحار دون وجود خطة محددة للقيام به، أو الإقدام على الإنتحار فى ضوء خطة محددة لذلك .

ويجب أن تؤدى هذه الاعراض إلى حدوث ضعف أو تدهور فى مستوى الأداء الوظيفى للفرد إجتماعياً أو مهنيأ أو فى أى مجال هام آخر بشرط ألا ترجع تلك الاعراض إلى الآثار الفسيولوجية المباشرة لمادة ما كإساءة إستخدام عقار معين، ولا تعود إلى حالة طبية (صحية) عامة كحدوث قصور فى وظائف الغدة الدرقية مثلاً. كما أنها لا تعود إلى مشاعر الحرمان كفقد شخص عزيز أو حبيب. وتستمر تلك الاعراض على مدى أكثر من شهرين متتالين وتسبب خللاً أو تدهوراً واضحاً فى الأداء الوظيفى للفرد مع إنشغال كبير بعدم القيمة أو الجدوى، أو بالأفكار الإنتحارية، أو بالاعراض الذهانية، أو بالإعاقة الحس حركية .

ب - الإضطراب الإكتئابى الشديد الدورى recurrent

ويتطلب هذا الإضطراب توفر عرضين على الأقل من الاعراض التسعة السابقة. ولكى تعتبر تلك النوبات مستقلة يجب أن تنقضى فترة شهرين متتالين على الأقل بين كل نوبة والأخرى لاتنطبق خلالها المحكات السابقة على الفرد. كما لا يجب أن تعود تلك النوبات الإكتئابية الشديدة إلى أى إضطراب فصامى، وألا تحدث خلال فترة حدوث نوبة هوسية. كذلك يجب ألا ترجع إلى الآثار الفسيولوجية

باشرة لمادة معينة كإساءة إستخدام عقار ما، وألا تعود إلى حالة طبية عامة .

يوجد بالذكر أنه إذا إستمرت تلك الاعراض تنطبق على الفرد لمدة عامين متتالين على الأقل فإن ذلك يعرف بالإضطراب الإكتئابى الشديد المزمن Chronic .

مباحثات المعرفية السلوكية للإكتئاب

يتفق العديد من الباحثين على أن الإكتئاب أحادى القطب يعد بمثابة ظاهرة متعددة العوامل تتضمن تفاعلاً معقداً ودينامياً بين المتغيرات الإجتماعية والبيولوجية الفسيولوجية أى بين الجوانب المعرفية والسلوكية والوجدانية والدافعية وشخصية الفرد. وتعمل النماذج المعرفية السلوكية للإكتئاب فى ضوء هذا التعقيد إلى التأكيد على دور أنماط التفكير المختلفة وظيفياً فى تطور وإستمرار زملة الاعراض المرضية. وتفترض تلك النماذج وجود حلقة مفرغة تضم المعرفة والوجدان والعمليات النفسية. فعندما تسيطر على الفرد فكرة ما مثلاً كأن تكون (أنا لائق) وذلك كإستجابة لحدث معين غير مفضل من أحداث الحياة يمكن أن تتولد مشاعر عدم الإرتياح dysphoria أو اللامبالاة وفنور الشعور. apathy وبالتالي لا يهتم الفرد لتلك المشاعر أن تثير الإنسحاب أو تؤدى إلى بذل الجهد من جانب الفرد لتجنب تلك المواقف التى تتضمن المخاطرة والمواجهة، كما يمكن لهذا السلوك أن يعزز ذلك الاعتقاد الأساسى الذى يحط من قدر الذات أو يتقصص من شأنها .

هذا وقد تم تحديد عدد من المستويات التى قد يحدث عندها التفكير المشوه أو السلوكى وظيفياً حال حدوث الإكتئاب، ومن أهمها الأفكار الأوتوماتيكية والتى تعد أفكار أو صور تحدث بشكل لاإرادى وذلك كجزء من مجرى الشعور المرضية. علماء بأن محتوى تلك الأفكار الأوتوماتيكية يكون سلبياً. وقد لاحظ Beck ثلوثاً سلبياً للمعارف الإكتئابية يتضمن أفكاراً تحط من قدر الذات (أنا لائق)، ورؤية سلبية عن العالم (سوف يقوم الآخرون بإلحاق الأذى بى إذا ما قدمت لهم الفرصة لذلك)، ونظرة متشائمة إلى المستقبل (لن تسير الأمور بشكل جيد). وعلى الرغم من أن هذه الأفكار الأوتوماتيكية تعكس بناء مشوهاً

للواقع، ومن ثم يتسم بالسلبية، فإنها مع ذلك تميل إلى أن تحمل في طياتها تصديقا غير قابل للمناقشة من جانب الأفراد المكتسبين حيث يعتبرونها أشياء بديهية، وبالتالي يفترض أن تلعب تلك الأفكار دوراً هاماً في تطور وإستمرار الكرب الإنفعالي.

ومن المفترض أن يعكس محتوى الأفكار الأوتوماتيكية السلبية إكتمال الإختلال الوظيفي الذى يحدث عند مستوى تجهيز المعلومات. ولذا فإن بيك Beck يركز في نموذجه عن الإكتئاب بشكل خاص على أخطاء المنطق والتفكير التى تحدث بشكل منتظم والتى تبلغ ذروتها فى الأفكار الأوتوماتيكية السلبية. ومن أمثلة هذه الأخطاء التعميم الزائد كأن يقوم الفرد مثلاً «لقد رسبت فى هذا الإختبار وعلى ذلك سأرسب فى كل الإختبارات ومن ثم فأنا فاشل»، وثنائية التفكير أو ما يعرف بالابيض والاسود فى التفكير بمعنى أن يكون الشيء إما كذا أو كذا دون وسط كأن يقول الفرد مثلاً «إذا حصلت على أكثر من ٨٠% فى الإختبار أكون ناجحاً وإن لم يحدث ذلك أكون فاشلاً»، والإستنتاج الإعتباطى كأن يقول الفرد مثلاً «إنه لم يتسم فى وجهى إذن فهو يكرهنى». وفى الوقت ذاته توجد هناك نماذج أخرى تولى أهمية كبيرة للدور الذى تلعبه عمليات العزو اللاتواؤمية فى هذا الصدد، وكذلك للدور الذى تلعبه ميكانيزمات التنظيم الذاتى فى التخفيف من فينومونولوجيا الإكتئاب.

ومن المعتقد أن عمليات التفكير الإكتئابية تعكس عملية الإبقاء على المكونات البنائية لنسق تجهيز المعلومات. وفى هذا الصدد تلقى الأبنية الذاتية أو المخططات العقلية أهمية خاصة، وتعد الأبنية المعرفية الذاتية بمثابة مجموعات من المعارف التى تشير إلى الذات، والتى يتم إشتقاقها تجريبياً، وتتنظم حول أفكار عامة وتعمل كمرشد لعملية تجهيز البيانات الداخلة وتسهل من إستدعاء أو إسترجاع المعلومات التى تتطابق مع تلك البنية. ويتم تخزين المعلومات التى ترتبط بالبنية المعرفية فى الذاكرة طويلة المدى وذلك على هيئة قضايا عامة، وإعتقادات، وإفتراضات، وأحكام، وقواعد للتقييم الذاتى. ويمكن أن يكون لدى الأفراد عدد من الأبنية

الذاتية المختلفة والتى يظل معظمها كامناً حتى تثيره أحداث ترتبط بها من الموضوع أو الفكرة. وطبقاً للإتجاه المعرفى السلوكى يرتبط الإكتئاب بإثارة المعرفة الذاتية التى تنتظم حول الموضوعات السلبية. ويمكن لهذه الأبنية الذاتية أن تؤلف مجموعات من الإفتراضات غير المفضلة التى تتعلق بالذات (أنا أفضل)، والتقييم الذاتى الذى لايشبع غرور الفرد (أنا أدنى من الآخرين ومنزلة)، والقواعد المطلقة والصارمة التى تحكم تقييم الفرد لذاته (إذا جزيئياً فى أداء عمل ما فسوف أكون فاشلاً كلية أو تماماً).

على ضوء ذلك يتمثل الهدف النهائى للعلاج المعرفى السلوكى فى إحداث على المستوى البنىوى للمعرفة. ويعكس هذا الهدف إفتراضاً نظرياً بأن البنىوى سوف يعجل بحدوث تغير ملازم فى التجهيز المختل وظيفياً مماات إلى جانب تغير فى الأفكار الأوتوماتيكية السلبية. ومن هذا المنطلق خصيص المراحل الأولى من العلاج المعرفى السلوكى لتحديد، وتمثيل، تعديل الأفكار الأوتوماتيكية السلبية، بينما تركز الجهود العلاجية التالية على تعديل التجهيز المختل وظيفياً للمعلومات. أما المراحل الأخيرة من العلاج إهتم التركيز خلالها على التعامل مع تلك الأبنية المعرفية السلبية المستهدفة.

العلاج المعرفى السلوكى للإكتئاب

العلاج المعرفى السلوكى من الأساليب العلاجية شائعة الإستخدام بين الإكتئاب، ومن الأساليب التى أثبتت فعاليتها الكبيرة فى علاج هذا المرض. وقد أكدت نتائج العديد من الدراسات أن فاعليته توازى على الأقل العلاج بالعقاقير فى علاج الإضطرابات الإكتئابية، كما أكدت نتائج دراسات التتبع أن له فاعليته الأفضل على المدى الطويل حيث يقلل بدرجة من معدلات حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى إذا ما قورن بغيره أساليب العلاجية الأخرى النفسية أو الطبية وفى مقدمتها العلاج بالعقاقير.

يذكر بالذكر أن العلاج المعرفى السلوكى يركز على المتغيرات المعرفية ويتناولها

كأهداف للتغيير العلاجي، ومع ذلك فإن التغيير المعرفي يمكن أن يتم من خلال تلك التدخلات العلاجية التي تستهدف المكونات السلوكية للأداء الوظيفي الإكتسابي. وقد تلعب التدخلات السلوكية الدور الأكبر في حدوث التغيير المعرفي حيث يعمل التغيير السلوكي في حد ذاته على إعتراض وإعاقة تلك الحلقة المفرغة التي تتضمن المعرفة والوجدان والسلوك، ومن ثم يؤدي إلى حدوث تغيير متزامن على المستويين الوجداني والمعرفي. كما أن زيادة مستويات النشاط قد تثير تدفق الأفكار الأوتوماتيكية التي يمكن تناولها من خلال بعض الإستراتيجيات المعرفية، وقد يعمل أيضاً على مواجهة أفكار الفرد الهازمة للذات (لا أستطيع أن أقوم بعمل أى شيء). وعلى نفس المنوال نلاحظ أنه في تلك الحالات التي يظهر فيها الإكتئاب على شكل أنماط سلوك تجنبيه كالإنسحاب الإجتماعي مثلاً تلعب التدخلات العلاجية السلوكية كمهام التعريض exposure مثلاً دوراً هاماً في فقد الحساسية للمثيرات ومواجهة التوقعات المأسوية من جانب المريض والتي قد تتمثل في إعتقاد الفرد مثلاً أن الآخرين سوف يضحكون عليه.

ومن هذا المنطلق وعلى العكس من العلاج السلوكي البحت للإكتئاب نلاحظ أن العلاج المعرفي السلوكي يستخدم إستراتيجيات سلوكية بهدف تناول المعارف المرتبطة بالإكتئاب. وسوف نعرض في النقاط التالية لعدد من تلك الإستراتيجيات السلوكية التي تتم الإستعانة بها عند إستخدام العلاج المعرفي السلوكي وذلك لتحقيق الغرض الذي أشرنا إليه سلفاً. ومن هذه الإستراتيجيات ما يلي:

١- جدولولة النشاط activity Scheduling

وتستخدم هذه الإستراتيجية في المراحل الأولى من العلاج، وتتضمن أول خطوة فيها تحديد خط قاعدى base line لأنشطة المريض والوجدان المصاحب لها، ثم يقوم المريض في الخطوة الثانية بسرد المهام والمسئوليات وخاصة تلك الأنشطة السارة التي يمكن أن تتضمنها الجداول. ويتبع ذلك تحديد جدول يومي يعمل المريض وفقاً له، ويحدد الوقت الذي سيقوم خلاله بأنشطة معينة.

ويجب أن تتضمن تلك الأنشطة أحداثاً تبعث على السرور وأخرى تبرز سيطرته على تلك الأحداث. كما يجب أن يتعلم المرضى القيام بالمراقبة الذاتية لسلوكهم ليضع تحديد الدرجة الفعلية للسرور والسيطرة على الأحداث في ضوء تلك الأنشطة التي يتضمنها الجدول.

المهام المتدرجة graded tasks

وتتبع هذه المهام بطبيعة الحال من جداول النشاط التي يتم إعدادها، وتعتمد بصفة أساسية على التدرج بحيث يبدأ المريض بتلك المهام التي تتسم بأنها هي الأسهل، ثم ينتقل منها إلى المهام الأصعب فالأصعب بالنسبة له. ولا يقف الأمر عند هذا الحد أى عند تناول المهمة بكليتها، بل إنه من الممكن أن تتم تجزئة المهمة إلى وحدات أصغر، فإذا كان المطلوب من المريض أن يقوم بتنظيف المنزل على سبيل المثال يصبح من الممكن أن نقوم بتجزئته تلك المهمة إلى مكونات أصغر على النحو الذى يتضمن فيه كل مكون القيام بتنظيف إحدى الغرف وترتيبها مثلاً، وهكذا حتى يتم إنجاز المهمة على الشكل المطلوب.

التعزيز الذاتى Self - reinforcement

ويعنى ذلك أن يقوم الفرد بمكافأة نفسه على نجاحه فى إنجاز أهداف معينة، وهو مما يجعل هذه الفنية وسيلة هامة وناجحة لزيادة مستويات النشاط السلوكي وتحقيق الأهداف المرجوة. كما يمكن لهذه الفنية أيضاً أن تعمل بالنسبة للأفراد المكتئبين الذين يرون أنفسهم على أنه لاقيمة لهم كسلوك مضاد، إلى جانب أنه يمكن من خلالها أيضاً القيام بتدعيم وتعزيز التغيير على المستوى المعرفي. ويمكن من سبيل إنجاز هذه المهمة أن نستفيد من جدولولة الأنشطة وتدرج المهام.

ومع تقدم المريض فى العلاج بشكل ملائم يبدأ التركيز بشكل أكبر على المهام المعرفية. وعند هذه المرحلة يتم التركيز على تلك الفنيات التي تستهدف الأفكار الأوتوماتيكية السلبية وما يقابلها من تشويهات معرفية. يلي ذلك التركيز على تلك الجوانب التي يتم من خلالها تناول الإعتقادات الجوهرية والإتجاهات والإفراضات

علا من هذا المنطلق. وبنفس الطريقة يمكن أن تنتقل إلى أى أفكار مشوهة
زى أو أى إعتقادات مختلة وظيفياً، وأن ندرجه على القيام بذلك بنفسه.

والى جانب ذلك يمكن أن نستخدم فنية أخرى هى فنية تحليل
تتبع Consequential analysis عن طريق الاستعانة بالسؤال (ماذا يحدث لو
...؟) كأن يوجه المعالج للمريض سؤالاً كالتالى: ماذا يحدث لو شعرت بالقلق؟
يقوم بعد ذلك بتحليل ما يذكره المريض، ويوضح له مدى العلاقة بين الأفكار
الشاعر، ويطلب منه أن يقوم بتحويل تلك المسلمات التى يعتقد فيها وفى صحتها
فروض علمية يقوم بفحصها والتحقق من صحتها وصدقها. كذلك يمكن
تخدام فنية إعادة العزو reattribution حيث غالباً ما ترتبط الأفكار الأوتوماتيكية
ط عزو لاتواؤمية. وفى هذا الإطار يقدم وليامز (1992) Williams إجراء
م من خلاله المرضى بتحليل حدث سلبى إفتراضى، ويقوم بعزو سبب حدوثه
ك الشكل إلى عوامل معينة من وجهة نظره. ويعمل المعالج على تقديم
تيرات بديلة معقولة للموقف، ثم يتم تقييم الموقف ككل. يلى ذلك تطبيق هذه
ية على أحداث واقعية مع مساعدة المريض على تحديد أنماط العزو اللاتواؤمية
يقوم باستخدامها، ثم العمل على تطوير بدائل معقولة ومقبولة للموقف.

وبعد الإنتهاء من ذلك يتم التركيز على العناصر المعرفية الأكثر دوماً وإستمراراً
إعتقادات والإتجاهات والقواعد التى تلعب دوراً هاماً فى حدوث الإكتئاب
ك بالرجوع إلى جذورها فى خبرات الفرد المبكرة، وهذا بطبيعة الحال
تعارض بأى حال من الأحوال مع الخبرات الراهنة للفرد التى تعرف بكل من
تاً) والآن). وكما يتضح من ذلك فإن تلك الفنية تشبه إلى حد كبير ما يتم
ل عملية التحليل النفسى من الرجوع إلى الخبرات المبكرة للفرد للتعرف على
إامل التى أسهمت فى تشكيل الإضطراب وحدثه لكنها تختلف عن ذلك
ت تهدف إلى التعرف على الجذور التاريخية لأبنية الفرد المعرفية التى تتعلق
ضطراب حتى يمكن توجيه الجهود التى يتم بذلها فى الوقت الراهن لعلاج
ضطراب نحو تلك الأبنية المعرفية، ومن ثم فهى تتفق إلى درجة كبيرة مع تلك

ي يعتقد أن تلعب دوراً هاماً فى بداية حدوث النوبة الإكتئابية وإستمرارها. وعند
المرحلة يطلب المعالج من المريض أن ينظر إلى أفكاره الأوتوماتيكية على أنها
روض علمية تخضع للفحص والتحقق بغرض التحقق من صحتها وصدقها،
لا ينظر إليها على أنها منطقية وصحيحة. وتعرف هذه الفنية بإسم تصميم
جارب. designing experiments فإذا كان المريض ينظر إلى نفسه مثلاً على أنه
لل بسبب عدم تمكنه من أداء مهمة معينة بدرجة نجاح كبيرة، نطلب منه أن يحدد
للوب من أى فرد فى مكانه هذا، وما يجب أن يقوم به، وأن نستعرض مستوى
بعض المحيطين به فى المهام المشابهة، وكيف ينظرون إلى أنفسهم، ثم يعرض
ذلك لمستوى الأداء المتوقع منهم فى المهام التالية إلى أن يدرك أن ما فعله
سبة للمهمة التى كان يؤديها يعد شيئاً عادياً بالنسبة للكثيرين، وأن الأمر لم يكن
كما كان يعتقد هو، وهكذا. وجددير بالذكر أنه يتم من خلال هذه الفنية وضع
أولويات لتناول تلك الأفكار والإعتقادات المشوهة والمختلة وظيفياً التى يعتقد
فى صحتها وصدقها وأخذها كأمر بديهى.

إذا كانت الأفكار الأوتوماتيكية ذات طبيعة مطلقة على نمط إما أن يكون
أبيضاً أو أسوداً دون وجود بديل ثالث بينهما، فإنه بإمكاننا أن نتخلص من
عن طريق إستخدام فنية تعرف بإسم تفعيل الأبنية السلبية Operationalizing
negative constr تستند مبدئياً على تحديد الفكرة (أنا فاشل)، ثم يتم وضع
تات معينة تتمكن بواسطتها من الحكم على مدى صحة تلك الفكرة (الفاشل
لشخص الذى يفشل تماماً فى إنجاز كل ما يطلب منه من أعمال). يلى ذلك
قائمة تشبه المقياس وذلك على غرار نموذج ليكرت Likert نقيس من خلاله
فشله فى أداء المهام التى تم تكليفه ليقوم بها، ثم نقوم بعد ذلك بتصحيح
إباته على تلك القائمة وسنجد أنه قد أنجز بطبيعة الحال بعض المهام حتى وإن
كن أدائه على ما يرام، إلى جانب أنه لم يؤد بعضها الآخر، ومن ثم فلن
عليه ذلك المحك الذى تم الإتفاق عليه مسبقاً، وبالتالي لا يمكن أن يكون

زيادة الأنشطة السارة increasing Pleasant activities حيث يتم حث المريض
وتزاد عدد تلك الأنشطة التي تبعث على البهجة والسرور بالنسبة له والتي
لأن يقوم بها والتي تتضمن التفاعلات الاجتماعية الإيجابية والأنشطة غير
اجتماعية. وحتى يتمكن المريض من تحقيق ذلك يتم تدريبه على كيفية وضع
واقعية، ووضع خطة معينة لتحقيق التغير السلوكي، ومكافأة نفسه عند
على خطوة بنجاح. كذلك هناك فنية أخرى يجب أن يتم اللجوء إليها في هذا
والاستخدامها هي فنية خفض حدة القلق anxiety reduction حيث غالباً ما
تلازم مرضى بين القلق والإكتئاب، وقد يعوق هذا القلق تعلم مهارات
كما قد يعوق الإستجابة في المواقف الاجتماعية، ويقلل من تمتع الفرد
السارة التي يتم حثه على زيادة عددها. وعلى ذلك يتطلب الأمر خفض
القلق والذي يمكن أن نستخدم تدريبات الإسترخاء في سبيل تحقيق ذلك

ناحية أخرى يلعب التدريب على مهارات حل المشكلات- Problem
على مساعدة المريض كي يواجه تلك العقبات التي تعترضه وذلك بشكل
ومقبول، ويقلل من احتمال حدوث إنتكاسة بعد الإنتهاء من البرنامج
، ولذا يسمى ذلك التدريب إلى جانب التدريب على المهارات الاجتماعية
relapse prevention techniques. العلاج. الوقاية من حدوث إنتكاسة بعد العلاج.
يفضل أن يتم تخصيص آخر جلستين في البرنامج لتدريب الأفراد المكتسبين
التخطيط للمستقبل Future planning وكيفية الإستفادة من المهارات التي
عليها وتعلمها وذلك في التنبؤ بما يمكن أن يواجهه من مشكلات، وفي
نفسه لمواجهة تلك المشكلات وحلها، وهو الأمر الذي يساهم أيضاً بقدر
في خفض معدلات احتمال حدوث إنتكاسة مستقبلاً.

يمكن الإستفادة من عدد من المقاييس النفسية في هذا الصدد من بينها المقاييس

الفنية التي قدمها يونج (1990) Young والتي تعرف بالعلاج المعرفي السلوكي
المتمركز حول البنية المعرفية وتعرف هذه الفنية التي نعرض لها هنا بإسم
الإستكشاف التاريخي historical exploration وتعمل تلك الفنية على تحقيق
اللاتمركز من جانب المريض حيث تساعده على أن يتجاوز نطاق خبراته ويكتشف
أن العالم ليس كما يتصور هو، ومن ثم يكتشف أن أفكاره ليست بديهية كما كان
يعتقد. وإذا كانت الإعتقادات بالنسبة للمريض تتشكل على هيئة قواعد لا يمكن
الخروج عليها حتى يمكنه من وجهة نظره أن يحقق الكمال وهو الأمر الذي يسعى
جاهداً إلى تحقيقه، ومن أمثلة تلك الإعتقادات (سيرفضك الآخرون إذا ما
إرتكبت أي خطأ)، فإن من أهم الفنيات التي تستخدم في تلك الحالة فنية خرق
القواعد وعدم الإمتثال لها rule - breaking وبطبيعة الحال لا تمثل تلك القواعد التي
يتم خرقها القواعد التي تنظم حياة الناس في المجتمع وتحكم علاقاتهم ببعضهم
البعض، ولكنها كما قلنا تمثل تلك القواعد العامة التي تتشكل في ضوئها إعتقادات
المريض. وهنا يطلب المعالج من المريض أن يقوم عن عمد بخرق تلك القاعدة فلا
يمثل لها ولا يوليها أي إهتمام من جانبه، فيعمل على إرتكاب خطأ بسيط ويرصد
رد فعل الآخرين لذلك، وسوف يجد أن رد الفعل هذا ليس كما كان يعتقد ولن
يرفضه الآخرون على الإطلاق لمجرد قيامه بإرتكاب مثل هذا الخطأ البسيط، وهو
الأمر الذي من شأنه أن يضعف من مثل هذه الإعتقادات.

وإلى جانب تلك الفنيات السابقة يمكن إستخدام إستراتيجيات للمواجهة تقلل
من احتمال حدوث إنتكاسة بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي منها مراقبة
الذات، وتقييم الذات، والتعزيز الذاتي وهو ما سبق تناوله من قبل خلال هذا
الكتاب. وإضافة إلى ذلك يتم إستخدام التدريب على المهارات الاجتماعية Social
Skills training حيث يتسم الأفراد المكتسبين بقصور في مهاراتهم الاجتماعية،
وعلى ذلك يجب أن يتم تدريبهم على تلك المهارات المطلوبة للدخول في علاقات
اجتماعية معقدة. ويتضمن ذلك التدريب على تكتيكات المحادثة، والتخطيط
للأنشطة الاجتماعية، وإستراتيجيات تكوين الصداقات. كما يتم أيضاً إستخدام

لمس اليأس Hopelessness scale الذى أعده بيك وآخرون (1974). Beck et. al.

لمس بيك لمفهوم الذات Beck self - Concept test والذى قام بإعداده بيك وآخرون (1990). Beck et. al.

الملاحم المميزة للعلاج المعرفى السلوكى للإكتئاب

تلك عدد من السمات التى تميز تناول العلاجى المعرفى السلوكى للإكتئاب بدرجة كبيرة فى تفرد هذا الأسلوب وربما تفضيله فى بعض الأحيان على من أهمها ما يلى:

مبيريكية التعاونية Callaborative empiricism

دخول كل من المعالج والمريض فى علاقة تعاونية علاجية وتعاونهما معاً سبيل تحقيق التغير العلاجى وقيام كل منهما بدور فاعل فى هذا الصدد. ثم يعد ذلك من النقاط الأساسية التى تميز العلاج المعرفى السلوكى عن من العلاجات النفسية الأخرى. وجدير بالذكر أن هذا المصطلح يؤكد على تين أساسيتين هما:

المعالج فى ضوء هذا الإتجاه يعمل تعاقدات تعاونية مع المريض بحيث يعمل كل منهما بغرض تحديد تلك المشكلات التى تواجه المريض، وتناولها، اختيار الإستراتيجيات التى تعمل على إحداث التغير، ثم تنفيذ تلك الإستراتيجيات وتقييمها.

تجمع المعالج مرضاه على تصوير أفكارهم وكأنها فروض علمية يمكن التحقق من صحتها ومدى صحتها إمبيريقياً.

هذا المنطلق يفترض أن يحدث التغير العلاجى ولو جزئياً على الأقل نظراً لثناء تعاونه مع المعالج يعمل باستمرار على توفير الفرص التى يمكنه لها مقارنة أفكاره وما تتضمنه من توقعات وإفراضات وإعتقادات بالنتائج

- مقياس بيك للإكتئاب Beck Depression Inventory الذى أعده بيك وآخرون (1961). Beck et. al. وقد أعده للعربية غريب عبد الفتاح (1985)، ويتألف من إحدى وعشرين عبارة تقيس مدى شدة الإكتئاب وذلك على مقياس متدرج من صفر إلى ثلاث درجات.

- مقياس هاملتون للإكتئاب Hamilton Rating Scale For Depression الذى أعده هاملتون (1967) Hamilton ويقس شدة الإكتئاب ويحدد المكونات الوجدانية والمعرفية والسلوكية للإكتئاب إلى جانب ما يرتبط به من متغيرات تتعلق بالحمول وذلك من خلال سبع عشرة عبارة تمثل كل منها عرضاً مرضياً. ويتم التقدير على مقياس متدرج من خمس درجات تتراوح بين صفر (لا يوجد) إلى أربع درجات (شديد).

- مقياس الإكتئاب الذى أعده مؤلف هذا الكتاب (1997) فى ضوء محكات التشخيص الواردة فى كل من DSM - III - R و DSM - IV والذى يتألف من أربع وخمسين عبارة يجاب عنها بالموافقة على أحد إختيارين (تنطبق) و(لا تنطبق).

- مقياس إستراتيجيات المواجهة Coping Strategies Scale الذى أعده بيكهام وأدمز Beckham & Adams (1984) ويتألف من 139 إستراتيجية مختلفة لمواجهة الإكتئاب والضغط والمرض. ويقرر المريض ما إذا كان قد قام بأى من هذه السلوكيات على مدى الأسبوعين السابقين أم لا، وكيف كانت مشاعره بعد ذلك من خلال إستجابته على مقياس متدرج من ثلاث نقاط (أفضل - أسوأ - لم تتغير).

- إستبيان الأفكار الأوتوماتيكية The Automatic Thoughts Questinnaire الذى أعده هولون وكندال (1980) Hollon & Kendall وهو عبارة عن تقرير ذاتى من جانب المريض يحدد من خلاله مدى تكرار ثلاثين فكرة ترتبط بالإكتئاب وذلك خلال الأسبوع السابق.

الفعلية التي يتم تحقيقها. وإلى جانب ذلك يركز العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي على دور الدحض المنطقي في تدعيم حدوث التغيير المعرفي.

٢- استخدام الأسئلة:

ويمثل استخدام الأسئلة إحدى المهارات العلاجية التي تميز العلاج المعرفي السلوكي. ويحدد بيك (1979) Beck في هذا الإطار عدداً من الوظائف التي تؤديها عملية توجيه الأسئلة خلال العلاج من بينها تسهيل قيام المرضى بترجمة تلك الأفكار والإعتقادات التي يرونها أموراً بديهية لاتقبل النقاش إلى فروض تقبل التحقق من صحتها وصدقها مما يسهل من عملية التجريب وطرح البدائل من جانب المريض، وهو ما يمثل لب عملية حل المشكلات وما يرتبط بها من مهارات والتدريب عليها. كما يمكنها أيضاً أن تعزز من عملية التعاقد العلاجي التعاوني التي يقوم المعالج من خلالها بمساعدة المريض في التركيز على مشاغله أى ما يشغله من أمور يمكن أن تسبب له مشكلات حالية أو لاحقة، ومساعدته على إكتشاف مدى صحة إعتقاداته، وتحديد محكات يمكنه بموجبها أن يعمل على تقييم تلك الإعتقادات، وأن يقوم باختبار النتائج التي تترتب على ما يقوم به من أفعال.

٣- التركيز على (هنا) و(الآن): Here - and - now focus

يهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى إعتراض تلك الحلقة المفرغة للمعرفة والوجدان السلوك التي يعتقد أنها تعمل على الإبقاء على الزملة الإكتئابية وتطورها وإستمرارها. ولذلك فهو يركز على (هنا) و(الآن) مؤكداً بذلك على الموقف الراهن والوقت الراهن والأعراض الحالية التي تبدو على المريض. ولايعنى ذلك التركيز على أمور غير هامة ولا ترتبط بالموضوع على الرغم من أن الإتجاهات والإعتقادات المشوهة والمختلة وظيفياً لاتكون وليدة اللحظة الراهنة ولكنها تستند بطبيعة الحال إلى خبرات سلبية مبكرة أى حدثت في وقت سابق من حياة الفرد وقد يعود ذلك كما ترى مدرسة التحليل النفسى أو الإتجاه السيكودينامى إلى مرحلة الطفولة حيث هناك إتجاه علاجي معرفي سلوكي يعمل على تحقيق التغيير

من خلال إكتشاف الأحداث النمائية التي ترتبط بالتفكير المشوه أو المختل بها والتعرف عليها، ويعمل بالتالى على أن يركز على تلك الأبنية المعرفية خلال علاج حتى يتم إحداث التغيير المرغوب فيها. ويعمل التركيز على (هنا) و(الآن) لتحديد المكونات المعرفية التي تلعب دوراً هاماً فى الإبقاء على الأداء الوظيفي سلبى. وبالتالى فإن مشاغل المرضى وإهتماماتهم هي التي تشكل المادة الخام يتم بمقتضاها توجيه التركيز أثناء عملية العلاج فيتم بالتالى نقل التركيز من (هنا) إلى الآخر بحسب مقتضيات الموقف. كذلك تندرج فى هذا الإطار ومشاعر المريض تجاه المعالج والعملية العلاجية، وهذه بلاشك تلعب دوراً فى سير العملية العلاجية برمتها.

استخدام الواجبات المنزلية:

الجدير بالذكر أن كلاً من المعالج والمريض يعملان معاً أثناء العملية العلاجية لتحديد تلك الواجبات التي يمكن أن يؤديها المريض بين الجلسات والتي تتم فى وتعمل على تعزيز ما تم تعلمه والتدريب عليه خلال جلسات العلاج. وقد من الواجب المنزلى فى الجلسات الأولى من البرنامج الإبقاء على قيام المريض بمراره فى التسجيلات اليومية للوجدان والسلوك والأفكار المختلة وظيفياً والتي أن تتم بأكثر من طريقة واحدة من بينها كتابة المذكرات اليومية وتدوينها بشكل ومنتسق يتم الإتفاق عليه مع المعالج. ومن خلال الإمبيريقية التعاونية يركز عليها هذا الأسلوب العلاجي تأخذ الواجبات المنزلية شكل التجارب كية التي يتم القيام بها حتى يتسنى التحقق من صحة أفكار المريض وإعتقاداته واضاته وصدقها. ومع التدريب على كل مهارة جديدة أثناء العلاج كندية assertiveness مثلاً (التدريب على السلوك التوكيدي) يتضمن الواجب تطبيق تلك المهارة على مواقف حياتية واقعية مع تنويع هذه المواقف. ويمثل استخدام تلك الواجبات المنزلية مكوناً متكاملأ فى هذا الأسلوب

العلاجى له أهميته وله دوره الفاعل فى حدوث التغير العلاجى . وحتى تحدث الإستفادة الكاملة من تلك الواجبات وتحقق الهدف من إستخدامها يجب أن يقوم المعالج بمراجعة تلك الواجبات خلال عشر دقائق فى بداية الجلسة العلاجية التالية مما يتيح له الفرصة كى يتعرف على كيف الأداء فيها، ويكتشف ما قد يحدث خلالها من أخطاء، ويعمل على تصويبها، ويتأكد من أن أداء المريض فيها قد كان بالشكل المطلوب مما يساعد على حدوث تقدم ملحوظ فى العلاج وبالتالي تحقيق نتائج أفضل .

٥ - التوجه قصير المدى : Short - term orientation

يتم تطبيق البرنامج العلاجى على أساس قصير المدى بحيث لايزيد عدد الجلسات عن عشرين جلسة وذلك لعلاج حالات الإكتئاب الشديد . ويعمل هذا التوجه قصير المدى على زيادة دافعية كل من المريض والمعالج للإستمرار فى توجيههم المتمركز حول المشكلة التى يتعاملان معها . كما أن ذلك يزيد من أهمية وضع صياغة معرفية سلوكية واضحة للمشكلة من جانب المعالج، وقيام المريض بالتعاون مع المعالج فى سبيل تحقيق الخطة العلاجية المستهدفة وذلك خلال هذا المدى القصير حتى يتم التغير المنشود .

دراسات تطبيقية

وسوف نستعرض خلال هذا الجزء بعضاً من الدراسات الحديثة التى تم إجراؤها فى ضوء هذا الإتجاه العلاجى وذلك خلال السنوات العشر الماضية، كما سنوضح من خلالها ما تم إستخدامه فيها من إجراءات وفتيات علاجية وأهم ما توصلت إليه من نتائج .

وفى هذا الإطار تناول صلاح الدين عراقى (١٩٩١) العلاج المعرفى السلوكى ومدى فاعليته فى علاج من يعانون من الإكتئاب العصابى من طلاب الجامعة حيث تم إختيار عينة الدراسة من بين الطلاب الذين حصلوا على أعلى الدرجات على، مقياس بيك للإكتئاب، وتم تقسيم العينة المختارة إلى أربع مجموعات تتضمن كل

عشرة طلاب (مجموعتين تجريبيتين إحداهما للذكور والأخرى للإناث، فى الحال بالنسبة للمجموعتين الضابطين). وطبق على المجموعتين التجريبيتين علاجاً علاجياً إستغرقت جلساته اثنا عشر أسبوعاً بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً . لمدة جلسات البرنامج منذ البداية على إقامة علاقة تعاونية بين المعالج والعميل، تعريف بالعلاج، والواجبات المنزلية، وتسجيل الأفكار المختلة وظيفياً، وإعطاء كتيب التغلب على المشكلات الذى أعده بيك، ودراسة المشكلات والمها، وإستعراض المواقف المسببة للإنفعالات الكدرة، وإستنباط الأفكار السلبية بالحزن، وعمل قائمة بالإتجاهات والإفتراضات التى تجعل الفرد حزينا، جمع المعارف الناشئة عن وجدان كدر، وتسجيل التحريفات المعرفية الشائعة ذات المهمة فيها، وتسجيل الأفكار التى تركز على «يجب» ومناقشتها، توضيح التفسيرات البديلة، والتغذية الرجعية، ومناقشة الأهداف المستقبلية .

وتنتج الدراسة عن وجود فروق دالة بين المجموعتين التجريبيتين الضابطين بعد العلاج فى أعراض الإكتئاب لصالح المجموعتين التجريبيتين، كما وجدت فروق دالة بينهما أيضاً فى نفس الإتجاه بعد إنتهاء فترة العلاج وذلك بعد مرور شهرين على إنتهاء البرنامج العلاجى . وقد دلت النتائج على انخفاض الأعراض الإكتئابية لدى أفراد المجموعتين التجريبيتين، ولم تظهر فروق دالة بين الذكور والإناث من المجموعتين التجريبيتين بعد العلاج ولا بعد فترة المتابعة . كما دلت نتائج الدراسة التبعية على إستمرار التحسن وروال التحسن الإكتئابية .

تناولت دراسة هشام عبد الله (١٩٩١) أثر العلاج العقلانى الإنفعالى فى مستوى الإكتئاب لدى الشباب الجامعى من خلال التعرف على الأفكار السلبية المرتبطة بالأعراض الإكتئابية وإستخدام فنيات العلاج العقلانى الإنفعالى لتعديل الأفكار السلبية والمعتقدات الخاطئة، ومن ثم خفض حدة الإكتئاب عن ضغوط الحياة . وتكونت عينة الدراسة الإمبريقية من ٤٧٥ طالباً وطالبة عليهم مقياس ضغوط الحياة، والقائمة المعرفية التى أعدها بيك، وإستبيان

الاحكام التلقائية السلبية، ومقياس التقدير الذاتى للإكتئاب، وتوصلت إلى وجود علاقة موجبة دالة بين درجة الاحكام التلقائية السلبية ودرجات شدة أعراض الإكتئاب، وكذلك وجود علاقة موجبة دالة بين درجات ضغوط الحياة ودرجات شدة أعراض الإكتئاب. أما عن أثر العلاج العقلانى الإنفعالى فقد تم إختيار عينة للدراسة العلاجية من بين العينة السابقة مكونة من عشرة طلاب وعشر طالبات من حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس الدراسة، وتم تقسيمها إلى مجموعتين إحداهما ضابطة وتضم خمسة طلاب وخمس طالبات، والأخرى تجريبية وتضم أيضاً خمسة طلاب وخمس طالبات طُبّق عليها برنامج علاجي مؤسس على مفاهيم إليس Ellis ويتكون من إثنتى عشرة جلسة علاجية تدور حول شرح هدف البرنامج، وشرح نظرية ABC وتوضيح الأفكار اللاعقلانية التى أوردها إليس، وإستخدام عدة فنيات علاجية تضمنت التحويل، وإشباع المطالب، ولعب الأدوار، والإقناع المنطقي، والدحض والحث والتشجيع، والتخلى عن المطالبة، والواجبات المنزلية، وضبط الذات. وتوصلت الدراسة إلى التأكد من فعالية العلاج العقلانى الإنفعالى فى تعديل الاحكام التلقائية (الأوتوماتيكية) السلبية وجوانب التشويه المعرفى لدى المجموعة العلاجية بعد العلاج. كما وجدت فروق دالة بين المجموعة العلاجية والمجموعة الضابطة بعد العلاج فى كل من مقياس الأحكام التلقائية السلبية، ومقياس التشويه المعرفى فى الإكتئاب، ومقياس شدة أعراض الإكتئاب، ومقياس ضغوط الحياة، وكانت الفروق لصالح المجموعة العلاجية. ولم توجد فروق دالة بين الجنسين داخل المجموعة العلاجية فى المتغيرات السابقة. كما أظهرت نتائج الدراسة الإكلينيكية على حالتين من داخل المجموعة العلاجية فعالية العلاج العقلانى الإنفعالى الفردى فى تعديل المتغيرات المرتبطة بالإكتئاب.

وأجرى بورنز ونولين - هوكسيما (1992) Burns & Nolen - Hoeksema دراسة على عينة من المرضى الذين يعانون من إضطرابات وجدانية منهم 168 مريضاً يعانون من إكتئاب حاد MDD أو إكتئاب بسيط dysthymia أو إكتئاب مزدوج أى يجمع بين البسيط والحاد معاً (89 مريضاً يعانون من إضطراب إكتئابى

من، 79 مريضاً يعانون من تلازم مرضى بين الإكتئاب والقلق). وللتأكد من فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج الإكتئاب تم تقسيم أفراد هذه العينة إلى مجموعتين ضمت الأولى 98 مريضاً تلقوا برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى، وضمت المجموعة الثانية 68 مريضاً تلقوا برنامج العلاج المعرفى السلوكى إلى جانب العلاج بالعقاقير وذلك باستخدام مضادات الإكتئاب. وإستغرق البرنامج العلاجي إثنتى عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة فى الأسبوع، وتم خلالها إستخدام تقنيات المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والواجبات المنزلية. وضحت النتائج أنه لا توجد فروق دالة فى درجة التحسن بين مرضى الإكتئاب الحاد وأولئك الذين يعانون من التلازم المرضى بين الإكتئاب والقلق، وهو ما يعكس فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج كل من الإكتئاب والقلق، وأنه لم يحدث تحسن فى مرضى الإكتئاب المزدوج بنفس القدر الذى تحسن به مرضى الإكتئاب الحاد إلا أن هذه الفروق لم تكن دالة. كذلك أوضحت النتائج أنه لا توجد فروق دالة فى درجة التحسن بين المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى فقط والذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى إضافة إلى العلاج بالعقاقير.

كما تناول بروبست وآخرون (1992) Propst et . al فعالية العلاج المعرفى السلوكى قياساً بنسخة معدلة من نفس البرنامج العلاجي ذات محتوى دينى تم تطبيقها فى ضوء التعاليم الكاثوليكية والبروتستانتية وذلك لعلاج مجموعتين من مرضى الإكتئاب الحاد، تضم إحداهما المرضى المتشدددين دينياً (ن = 19)، وتضم المجموعة الأخرى مرضى غير متشدددين (ن = 20)، إضافة إلى مجموعة ثالثة (ن = 20) من مرضى ضابطة لم يتلق أعضاءها أى علاج فيصبح بذلك عدد أفراد العينة 59 مريضاً متوسط أعمارهم 40 سنة. وتم تحديد المحتوى الدينى للبرنامج بعد مراجعة من رجال الدين المسيحي الكاثوليك والبروتستانت. هذا وقد إستغرق تطبيق البرنامج 18 أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وتم إستخدام فنيات المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على الإسترخاء، والواجبات

المنزلية. وتمت نصف الجلسات في مركز ديني تابع لمدرسة دينية في حين تم نصفها الآخر في العمل، وكان نصف المعالجين من المتشددين دينياً ونصفهم الآخر من غير المتشددين. وتم تقسيم أفراد كل مجموعة من المجموعتين التجريبتين إلى مجموعتين فرعيتين ليصبح عدد المجموعات التجريبية بذلك أربع مجموعات على النحو التالي:

أ- المجموعة الأولى: وتلقى برنامجاً ذا محتوى ديني ويشرفه على العلاج أحد المعالجين المتشددين دينياً.

ب- المجموعة الثانية: وتلقى برنامجاً عادياً ويشرف على علاجها معالج متشدد دينياً.

ج- المجموعة الثالثة: وتلقى برنامجاً ذا محتوى ديني ويشرف على العلاج معالج غير متشدد دينياً.

د- المجموعة الرابعة: وتلقى برنامجاً عادياً ويشرف على علاجها معالج غير متشدد دينياً.

وأوضحت النتائج فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة الإكتئاب الحاد مع تفوق في فاعلية البرنامج ذي المحتوى الديني للمرضى المتشددين دينياً، يليه البرنامج العادي للمرضى غير المتشددين دينياً وذلك قياساً بالمجموعة الضابطة. أما أفضل المجموعات الفرعية فكانت مجموعة المرضى المتشددين دينياً الذين تلقوا برنامج العلاج المعرفي السلوكي ذا التوجه الديني وكان يقوم على علاجهم معالج متشدد دينياً (المجموعة الأولى). كما أدت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي (العادي أو الديني) في علاج الإكتئاب الحاد لدى أفراد هذه العينة إلى تحقيقهم لدرجة كبيرة من التوافق النفسي (الشخصي والاجتماعي) قياساً بأعضاء لمجموعة الضابطة التي لم يتلق أعضاءها أي علاج.

والتي دراستهما التي قارنا فيها بين مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بمفرده لعلاج المعرفي السلوكي مقترناً بالعلاج بالعقاقير وذلك لعلاج الإكتئاب الحاد على (ن = ٣٢) تتراوح أعمارهم بين ١٨ - ٦٢ سنة بمتوسط ٣٣,٨ سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضمت كل منهما ستة عشر مريضاً وخضعت لأحد المعالجات فقط. وتألف البرنامج العلاجي للمجموعتين من عشرين جلسة على مدى اثني عشر أسبوعاً بواقع جلستين أسبوعياً في الأسابيع الثمانية الأولى، ثم جلسة واحدة فقط أسبوعياً في الأسابيع الأربعة الأخيرة. وتم استخدام فنيات مثل: مراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفي، والتدريب على الإسترخاء، وإيجابية المنزلية. وإضافة إلى ذلك كان المرضى بالمجموعة الثانية التي تلقت علاج المعرفي السلوكي مقترناً بالعقاقير يتم مقابلتهم مرة واحدة أسبوعياً بجانب الطبيب النفسي في جلسة تركز على معلومات عن جرعات الدواء الجانبية له، كشف النتائج التي توصل إليها جونز وبولوس (١٩٩٣) Jones & P. عن حدوث تحسن في حالة المرضى في المجموعتين واختفاء معظم أعراض المرضية بدرجة كبيرة، إلا أن الفروق بين نتائج كلا الأسلوبين لم تكن واضحة ما يعني أن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بمفرده في علاج الإكتئاب لا تختلف عن فاعليته إذا ما أضفنا إليه العلاج بالعقاقير. ويتفق سترافنسكي وStravynski et. al (١٩٩٤) مع هذه النتيجة في دراستهم التي أجروها على عينة ضمت ٢٤ مريضاً بالإكتئاب الحاد إنسحب منهم ستة مرضى لتصبح العينة النهائية للدراسة ١٨ مريضاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين تلقت كل مجموعة الأولى برنامجاً للعلاج المعرفي السلوكي إستغرق خمسة عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة في الأسبوع، في حين تلقت المجموعة الثانية نفس الأسلوب العلاجي مضافاً إليه عقار إيميبرامين imipramine كعقار مضاد للإكتئاب. وتم استخدام مقياس بيك للإكتئاب، ومقياس هاملتون Hamilton للإكتئاب، ومقياس ليون تم تطبيقها جميعاً قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده، حيث كشفت النتائج

من وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات أفراد العينة فى التطبيقين
قبلى والبعدى لصالح التطبيق البعدى، ولم توجد فروق دالة بين المجموعتين
رجع إلى الأسلوبين العلاجيين المستخدمين. وعند متابعة ستة عشر مريضاً منهم
مد ستة شهور أوضحت النتائج فعالية العلاج المعرفى السلوكى الجماعى فى علاج
الإكتئاب الحاد، وأن إضافة العقار المستخدم للبرنامج العلاجى لم تكن له أى آثار
سلبية.
هذا وقد وجد تيز وآخرون (1994) Thase et. al فى دراستهم لعينة ضمت 62
مريضاً، منهم 22 مريضاً يعانون من الإكتئاب المزمن متوسط أعمارهم 38,1 سنة،
4 مريضاً متوسط أعمارهم 37,9 سنة يعانون من الإكتئاب الحاد. وخضعوا
سبعاً لبرنامج للعلاج المعرفى السلوكى إستمر ستة عشر أسبوعاً، وتم خلاله
تخدام نفس الفنيات التى تمت الإشارة إليها سابقاً، وجدوا أن إستجابات المرضى
بين كانوا يعانون من الإكتئاب المزمن للعلاج المعرفى السلوكى كانت أقل من
بهم الذين كانوا يعانون من الإكتئاب الحاد، كما كانت معدلات التحسن ضعيفة
نسبة للمرضى الذين كانوا يعانون من الإكتئاب المزمن وكانت أعراضهم الإكتئابية
تتحسن وبالتالى كان معدل الشفاء منخفضاً. وعند دراسة فاعلية العلاج المعرفى
وكى الجماعى لمرضى الإكتئاب منخفضى الدخل المترددين على العيادات
جيرة بالمستشفى، ضمت عينة الدراسة التى أجراها أورجانستا وآخرون
(1994) Organista et. al ضمت 175 مريضاً، وإستمر البرنامج العلاجى لمدة
عشر أسبوعاً، وإتضح وجود نقص دال فى متوسط درجات المرضى على
مقياس بيك للإكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدى مما يدل على
تفوقه على التطبيق البعدي. أما المرضى الذين كانوا يعانون من أعراض
الإكتئاب وكانوا يعيشون بمفردهم فكانت إستجاباتهم للعلاج ضعيفة.

من وجد تيز وآخرون (1994) Thase et. al فى دراستهم لعينة ضمت 62
مريضاً، منهم 22 مريضاً يعانون من الإكتئاب المزمن متوسط أعمارهم 38,1 سنة،
4 مريضاً متوسط أعمارهم 37,9 سنة يعانون من الإكتئاب الحاد. وخضعوا
سبعاً لبرنامج للعلاج المعرفى السلوكى إستمر ستة عشر أسبوعاً، وتم خلاله
تخدام نفس الفنيات التى تمت الإشارة إليها سابقاً، وجدوا أن إستجابات المرضى
بين كانوا يعانون من الإكتئاب المزمن للعلاج المعرفى السلوكى كانت أقل من
بهم الذين كانوا يعانون من الإكتئاب الحاد، كما كانت معدلات التحسن ضعيفة
نسبة للمرضى الذين كانوا يعانون من الإكتئاب المزمن وكانت أعراضهم الإكتئابية
تتحسن وبالتالى كان معدل الشفاء منخفضاً. وعند دراسة فاعلية العلاج المعرفى
وكى الجماعى لمرضى الإكتئاب منخفضى الدخل المترددين على العيادات
جيرة بالمستشفى، ضمت عينة الدراسة التى أجراها أورجانستا وآخرون
(1994) Organista et. al ضمت 175 مريضاً، وإستمر البرنامج العلاجى لمدة
عشر أسبوعاً، وإتضح وجود نقص دال فى متوسط درجات المرضى على
مقياس بيك للإكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدى مما يدل على
تفوقه على التطبيق البعدي. أما المرضى الذين كانوا يعانون من أعراض
الإكتئاب وكانوا يعيشون بمفردهم فكانت إستجاباتهم للعلاج ضعيفة.

من وجد تيز وآخرون (1994) Thase et. al فى دراستهم لعينة ضمت 62
مريضاً، منهم 22 مريضاً يعانون من الإكتئاب المزمن متوسط أعمارهم 38,1 سنة،
4 مريضاً متوسط أعمارهم 37,9 سنة يعانون من الإكتئاب الحاد. وخضعوا
سبعاً لبرنامج للعلاج المعرفى السلوكى إستمر ستة عشر أسبوعاً، وتم خلاله
تخدام نفس الفنيات التى تمت الإشارة إليها سابقاً، وجدوا أن إستجابات المرضى
بين كانوا يعانون من الإكتئاب المزمن للعلاج المعرفى السلوكى كانت أقل من
بهم الذين كانوا يعانون من الإكتئاب الحاد، كما كانت معدلات التحسن ضعيفة
نسبة للمرضى الذين كانوا يعانون من الإكتئاب المزمن وكانت أعراضهم الإكتئابية
تتحسن وبالتالى كان معدل الشفاء منخفضاً. وعند دراسة فاعلية العلاج المعرفى
وكى الجماعى لمرضى الإكتئاب منخفضى الدخل المترددين على العيادات
جيرة بالمستشفى، ضمت عينة الدراسة التى أجراها أورجانستا وآخرون
(1994) Organista et. al ضمت 175 مريضاً، وإستمر البرنامج العلاجى لمدة
عشر أسبوعاً، وإتضح وجود نقص دال فى متوسط درجات المرضى على
مقياس بيك للإكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدى مما يدل على
تفوقه على التطبيق البعدي. أما المرضى الذين كانوا يعانون من أعراض
الإكتئاب وكانوا يعيشون بمفردهم فكانت إستجاباتهم للعلاج ضعيفة.

من وجد تيز وآخرون (1994) Thase et. al فى دراستهم لعينة ضمت 62
مريضاً، منهم 22 مريضاً يعانون من الإكتئاب المزمن متوسط أعمارهم 38,1 سنة،
4 مريضاً متوسط أعمارهم 37,9 سنة يعانون من الإكتئاب الحاد. وخضعوا
سبعاً لبرنامج للعلاج المعرفى السلوكى إستمر ستة عشر أسبوعاً، وتم خلاله
تخدام نفس الفنيات التى تمت الإشارة إليها سابقاً، وجدوا أن إستجابات المرضى
بين كانوا يعانون من الإكتئاب المزمن للعلاج المعرفى السلوكى كانت أقل من
بهم الذين كانوا يعانون من الإكتئاب الحاد، كما كانت معدلات التحسن ضعيفة
نسبة للمرضى الذين كانوا يعانون من الإكتئاب المزمن وكانت أعراضهم الإكتئابية
تتحسن وبالتالى كان معدل الشفاء منخفضاً. وعند دراسة فاعلية العلاج المعرفى
وكى الجماعى لمرضى الإكتئاب منخفضى الدخل المترددين على العيادات
جيرة بالمستشفى، ضمت عينة الدراسة التى أجراها أورجانستا وآخرون
(1994) Organista et. al ضمت 175 مريضاً، وإستمر البرنامج العلاجى لمدة
عشر أسبوعاً، وإتضح وجود نقص دال فى متوسط درجات المرضى على
مقياس بيك للإكتئاب قبل وبعد تطبيق البرنامج لصالح التطبيق البعدى مما يدل على
تفوقه على التطبيق البعدي. أما المرضى الذين كانوا يعانون من أعراض
الإكتئاب وكانوا يعيشون بمفردهم فكانت إستجاباتهم للعلاج ضعيفة.

وبذلك نلاحظ أن هذه الدراسات فى مجملها تدعم فاعلية العلاج المعرفى السلوكى لعلاج الإضطرابات الإكتئابية إجمالاً حيث كشفت عن إنخفاض حدة الأعراض لدى المرضى بعد العلاج وربما إختفائها تماماً فى بعض الحالات. وقد يرجع ذلك إلى أن هذا الأسلوب العلاجى بما يضمه من إستراتيجيات متنوعة يتعامل مع الأفكار والمشاعر والأفعال، ويؤدى نجاح تنفيذه حتماً إلى حدوث التعديل والتغيير السلوكى المرغوب، ويؤدى بالتالى إلى قدرة الفرد على إستعادة توافقه من جديد..



إضطرابات القلق

القلق المرضي

يعرف القلق (المرضي) بأنه إنفعال غير سار يتعلق غالباً بالمستقبل وإن كان يتعلق بالماضي في بعض الأحيان وذلك عندما يخشى الفرد مثلاً من أن يحدث له ما حدث في الماضي. ويتبع القلق بشعور بالتوتر والشد والكدر والتهديد والخوف اللاتم دون سبب واضح. وتسم استجابة القلق بأنها تكون مفرطة لا تتناسب مع الموقف أو التأثير لأن مثل هذه المواقف لا تحمل خطراً حقيقياً، ولكنها تحمل الخطر فقط من وجهة نظر الفرد القلق سواء في مخيلته أو في البيئة الخارجية. وتسهم خصائص الشخص القلق في زيادة معاناته تجربة القلق، وتجعل من الصعب التخفيف من استجابة القلق أو تجنبها. وعادة ما يصاحب القلق بأعراض نفسية مثل الأرق، والأفكار الوسواسية، وبأعراض جسدية مثل الصداع، وآلام الصدر، والدرخة، والغثان، وغير ذلك من أعراض.

١ ريفق علماء النفس على أن القلق يعد هو نقطة البداية بالنسبة للإضطرابات النفسية والعقلية. وقد يكون القلق عرضاً في إحدى الزمالات المرضية (المصاحبة) الأخرى، وقد يشتد ويكون مرضاً أولياً. ويرى إليس Ellis أن المعتقدات أو الأفكار الاعتقالية يمكن أن تؤدي إلى حدوث القلق. ويرى أن الناس يتعلمون طرقاً أو اتجاهات للتفكير حول عالمهم هي التي تسبب لهم القلق، فحجم القلق الذي يمكن أن يسيه الفرد لنفسه يتشأ ويتزايد لو اعتقد أنه يجب أن يكون على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة والإنجاز في كل شيء حتى يمكن أن نعتبره شخصاً ذا أهمية. ويمكن أن يتسبب الفرد لنفسه في القلق الاجتماعي أيضاً وذلك لو اعتقد أنه من الضروري بالنسبة له أن يكون محبوباً من كل المحيطين به ومرضياً عنه منهم. يرى بيك Beck أن مدى القلق الذي يشعر به الفرد يستدعي زيادة المبهات،

ولذلك فأى حركة أو أصوات أو تغيرات فى الوسط الذى يعيش فيه تتم ترجمتها إلى نوع من الخطر حيث يخبر المريض أفكاراً عن الخطر المتوقع . ويكون تفكير الفرد مشتتاً ومشوهاً، ويرتبط تركيزه بمفهومه عن الخطر وعلامات هذا الخطر مما يفقده تحكمه الإرادى فى المنبهات الخارجية وهو الأمر الذى يؤدى إلى زيادة القلق إذ تعكس أفكار الفرد تقييمه للموقف وليس الموقف الفعلى، كما أنها أيضاً تثير إستجاباته الإنفعالية والسلوكية.

ويركز المعالجون الذى يستندون إلى العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى على جذب إنتباه العملاء من خلال قضايا معينة (إنهزامية الذات) والتي تؤدى إلى عملية إستنباط قضايا أو أفكار لاعقلانية مثل «إنه لمن النكبات ألا أكون محبوباً من الآخرين» أو «يجب أن أكون محبوباً من جميع الأشخاص المحيطين بى». وفى مثل هذه الحالات يحاول المعالج أن يساعد العميل على تصحيح معتقداته وشجعه على تبنى فهم حقيقى عن ذاته.

ومن أهم الفنيات التى يمكن إستخدامها فى علاج القلق المناقشة، ومراقبة الذات، وتحديد الأفكار اللاعقلانية وتعديلها، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على الإسترخاء، والتدريب على حل المشكلات، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والتحصين التدريجى، والتحكم فى القلق، وضبط الذات، وفقد الحساسية المنظم، والتعريض (التخلى - الواقعى) ومنع الإستجابة.

ويقدم جولدفرايد Goldfried فنية جديدة يتم من خلالها تشجيع العملاء على إعادة تقييم رؤيتهم غير الواقعية لمواقف الحياة المختلفة مما يساعدهم على التمييز بين تهديد حقيقى فى البيئة وتهديد محسوس بشكل خاطئ على أنه خطر. فيدمج بين الإسترخاء والعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فى فنية أسماها إعادة البناء العقلانى التدريجى هى أشبه بالتحصين التدريجى، ولكنه يستخدم إعادة التقييم بدلاً من الإسترخاء. وهى وإن كانت تشبه إعادة البناء المعرفى عند بيك فإن بيك يشرك العملاء فى بحث تعاونى عن دليل يمكن أن يناقش بعض الإدراكات الخاطئة

للمشاكل، فى حين يستخدم إليس Ellis الإقناع المنطقى واللفظى كمحاولة العملاء يغيرون من نظرتهم إلى الأشياء. وتقوم هذه الفنية على ما يلى:
راض أن الأفكار تتوسط الإنفعالات، ومساعدة العملاء على إكتشاف ذلك قديم الأمثلة من حياتهم.

إستخلاص منظور واقعى من العميل وذلك بدلاً من إقناعه بعدم واقعية أفكاره، بل مساعدته على إكتشاف ذلك بنفسه. وفى سبيل ذلك يلعب المعالج دور المريض ويقوم المريض بإقناعه بأن أفكاره غير واقعية كأن يستخلص مثلاً أن إختلافهم معك فى رأى لايعنى أنهم لا يحبونك».

التعرف على الإفتراضات غير الواقعية المحدثة للقلق، وهذه تأتى نتيجة الخطوة السابقة حيث يدرك العملاء تلقائياً أن أفكاراً ضمنية معينة هى المسئولة عن ردود فعلهم القلقة.

توفير الفرصة للقيام بالممارسة لإعادة تقييم المعتقدات غير الواقعية التى تعمل أساساً لرد فعلهم القلق مما يساعدهم على تطبيق ذلك فى مواقف الحياة الحقيقية والمتباينة.

تدبر بالذكر أن القلق الإجتماعى يعد من أكثر المشكلات التى يمكن تطبيق هذا عليها.

عرض المؤلف فى هذا الفصل إضطرابات القلق وذلك فى ضوء التصنيف يورده دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية التى فى طبعته الرابعة DSM - IV الصادرة عام ١٩٩٦ عن الجمعية الأمريكية النفسى، والإضطرابات المذكورة هى:

اضطراب الهلع.

اضطراب القلق العام (المعمم).

اضطرابات الرهاب أو الخوف المرضى (الفوبيا)، وهى:

أ - فوريا الأماكن الواسعة (رهاب الساحة).

ب - المخاوف الإجتماعية.

ج - مخاوف نوعية محددة.

د - إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة.

هـ - الوسواس والأفعال القهرية.

ومرف تعرض لتلك الإضطرابات على النحو التالي:

ولاً: إضطراب الهلع Panic disorder

لتبيعة الإضطراب:

يمثل الهلع حالة من الخوف المرعب، وتعمل كمشكلة أساسية وخطيرة بين من يعانون منه حيث يتعرضون لما يشبه الانفجارات المفاجئة من الخوف، والأعراض فسيولوجية الجياشة، والإحساسات المفزعة بفقد السيطرة على أنفسهم، أو إصابة بالجنون، أو الموت. كما يحدث كم متزايد من الإثارة والقلق والخوف من تكرار مثل هذه الأعراض. وتؤدي تلك الأعراض بما لا يدع مجالاً للشك إلى عجز الفرد عن أن يواجه موقفاً يصبح فيه وحيداً، أو يذهب إلى الأماكن العامة، يخشى حدوث نوبة أخرى، وهذا ما يعرف بالخوف من الأماكن الواسعة agoraphobia والذي غالباً ما يواجه نوبة الهلع ويؤدي في كثير من الأحيان إلى تقييد سلوك الفرد وخوفه من السفر والترحال ومن الأماكن العامة الواسعة والمفتوحة مما يؤدي إلى تجنب الفرد لمثل هذه المواقف.

والى جانب ذلك يكون إضطراب الهلع عادة مصحوباً بخلل واضح في الأداء ليقى الإجتماعى والمهنى والأسرى فيؤدي إلى الخوف والإنزعاج من المواقف المختلفة والإنسحاب من المواقف الإجتماعية بما فيها المهنة، ويصبح الفرد من منزله ولا يقوى على مغادرته، وبسبب تلك الأعراض المتلاحقة يعتقد أنه من بدرجة خطيرة. وإذا كانت نوبة الهلع تحدث غالباً بشكل غير متوقع، فإن

النوبة على العكس من الخوف الإجتماعى تحدث عندما لا يكون الفرد موضعاً لتهديد الآخرين، وترجع إثارتها إلى أحداث ومواقف عادة ماتثير القلق، كما أنها ترجع إلى عوامل عضوية أيضاً. وإذا كانت نوبة الهلع تتسم فى البداية بحدوثها المتوقع فإنها بعد ذلك ومع تطور الإضطراب يمكن أن تثار إذا ما تعرض الفرد من المواقف التى تسبب الخوف.

وتتسم نوبة الهلع عند حدوثها بالخوف الشديد المفاجئ، والترقب، والرعب مع الشعور بالهلاك المحتوم ويصاحبها عدد من الأعراض تصل إلى ذروتها فى الخدة فى عشر دقائق من بداية ظهور أول عرض، وقد تستمر الأعراض من بضعة دقائق وحتى ساعات طوال. هذه الطبيعة المفاجئة للهلع هى ما تميزه كاضطراب عن اضطرابات القلق الأخرى كاضطراب القلق العام على سبيل المثال. وتتسم نوبة الهلع أعراضاً فسيولوجية كالحفقان أى سرعة معدل دقات القلب، الرعشة، والرجفة، وإنخفاض معدل التنفس (كثرة النفس)، والإختناق، وهزء والغثيان، وتخذل الجسم، وآلام فى الصدر. كما تتضمن أيضاً أعراضاً نفسية كالتجريد من الواقعية (الشعور بتغير الحقيقة) derealization أو إختلال الشخصية depersonalization والخوف من الموت، أو الجنون، أو فقد السيطرة، إضافة إلى أعراض سلوكية تعبيرية تتضمن فى الغالب الحاجة الملحة للفرار أو الهروب من المواقف المزعجة. وبذلك يصل عدد هذه الأعراض إلى ثلاثة عشر عرضاً (Rathus & Asnis, 1995).

وغالباً ما يصاحب الهلع بالخوف من الأماكن الواسعة حيث ينتشر ذلك بين من يعانون من إضطراب الهلع تقريباً. ويتمثل ذلك الخوف فى الخوف من الأماكن المغلقة، كما يصعب الهروب منها، كما تصاحبه مخاوف نوعية تتعلق بالحوادث وحدوث المأسى والمصائب. وجدير بالذكر أن الشخص الذى يعانى من الأماكن الواسعة لا يخشى فى الواقع ذلك الموقف الذى يريد تجنبه فى ذاته بقدر ما يخشى الأعراض المأسوية والمهلكة التى قد تحدث نتيجة لذلك. إن بين المواقف التى تثير هذا الإضطراب الإبتعاد عن المنزل، وركوب الأتوبيس

أو القطار أو الطائرة، وقيادة سيارة خاصة فوق كوبرى أو فى نفق أو عند الزحام المرورى، أو التواجد بين حشد كبير من الناس كما هو الحال فى الأسواق مثلاً أو الوقوف فى طابور. ويحدث الهلع المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة بمعدلات متشابهة بين الجنين.

ومن الجدير بالذكر أن نوبة الهلع غالباً ما تصاحب ببعض الإضطرابات الأخرى ومشاعر العجز كالقلق والخوف واليأس والقلق العام والمخاوف النوعية والخوف الإجتماعى والوساوس والإكتئاب وتوهم المرض hypochondriasis والألام الجسمية وبعض الضلالات من النوع الجسمى التى ترتبط بإعتقادات حول إضطراب الجسم أو المرض. هذا وتتطور نوبة الهلع من وجود مشير إلى ظهور عرض جسمى، ففكرة مأسوية ثم تصعيد للموقف يليه الهروب أو تجنب ذلك الموقف ثم شعور باليأس. فعند وجود الفرد وسط حشد من الناس مثلاً يدق قلبه بسرعة يشعر بفقد السيطرة على نفسه، فيزداد قلقه وتظهر أعراض أخرى للنوبة مما يدفعه لى محاولة الإبتعاد عن المكان، ويشعر بالإكتئاب والإثباط وعجزه عن فعل أى شئ حىال ما يشعر به.

ويصف بيك (Beck 1988) نموذجاً للهلع يشير فيه إدراك الفرد للخطر نسق الإستجابة الطارئ، ويعمل هذا النسق على تحقيق البقاء للفرد فى مواجهة خطر يزيقى (مادى) حقيقى وذلك بإعداده للعدوان أو الهرب (القتال أو الإسراع الإبتعاد) أو منعه من الحركة المفاجئة (الإغماء أو التجمد فى مكانه). إلا أن الإستجابة الطائرة فى حد ذاتها قد تعمل كمنبه للفرد حيث تعمل على تجميع لإحساسات الجسمية المضطربة والإختلالات الوظيفية المعرفية العابرة والتى يمكن الفرد أن يدركها على أنها مصادر للخطر. ومن هذه الإحساسات أو المشاعر تضيق القلب وسرعة دقاته، والشعور بالدوار (الدوخة)، والضعف، والإحساس للاواقع، وغيرها من الإحساسات السلبية الأخرى. وعندما تثار الإستجابة الطائرة يتزايد الخوف والقلق بشكل سريع يقل معه التفكير العقلانى، وتبدأ نلقة مفرغة من التوقعات المفزعة والأعراض المخيفة. وبالتالي نجد أن

أزمات المشوهة للخطر من جانب الفرد تلعب دوراً هاماً فى ذلك حيث يميل تضخيم الخطر والتقليل من قدرته على المواجهة. ولذلك يركز العلاج على ف على التفسير المأسوى للأعراض من جانب الفرد ومواجهتها. ولذا يرى أن إضطراب الهلع ينتج عن إساءة تفسير الإحساسات الجسمية التى يتم تقييمها فيها مخيفة، أو خطيرة، أو مهلكة. ويؤدى التفسير المأسوى لها إلى التصعيد والقوى للقلق، ويعطى إثارة إضافية تؤدى إلى الهلع.

معيّن الإكلينيكي

حدد DSM - IV نوبة الهلع على أنها لاتعد إضطراباً مستقلاً. وتتسم تلك بحدوث الخوف الشديد والتوتر والإنزعاج فى فترة تتوفر خلالها أربعة على من الأعراض الثلاثة عشر التالية التى تتطور فجأة وتصل إلى ذروتها خلال دقائق من بداية ظهور أول عرض. وهذه الأعراض هى: الخفقان وسرعة دقات القلب، وتصيب العرق، والرجفة، والشعور بانخفاض معدل التنفس كرشة النفس، والشعور بالإختناق، والشعور بألم فى الصدر، والغثيان، شعور بالدوخة والدوار، والشعور باللاواقع أى التجريد من الواقعية أو إختلال أى الشعور بالإنفصال عن الذات، والخوف من فقد السيطرة على النفس أو الموت، والخوف من الموت، والشعور بتخدر الجسم، والشعور بالقشعريرة أو

ما إضطراب الهلع غير المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة فيتسم بما يلى:

تكرار حدوث نوبات هلع غير متوقعة.

تتبع إحدى النوبات على الأقل بانشغال الفرد لمدة شهر كحد أدنى بواحد على الأقل مما يلى:

الإنشغال الدائم بحدوث نوبات أخرى.

ب - الخوف من النتائج التي تترتب على حدوث النوبة كفقد السيطرة على الذات، أو حدوث نوبة قلبية، أو الإصابة بالجنون.

ج - تغير واضح ودال في السلوك يرتبط بتلك النوبات.

كما تتسم من ناحية أخرى بعدم وجود فوبيا الأماكن الواسعة، وأن مثل هذه النوبات لا تعود إلى أي آثار فيسيولوجية للمواد التي قد يتعاطاها الفرد كإساءة استخدام عقار معين، أو تعاطي أدوية معينة، كما لا ترجع إلى حالة طبية (صحية) عامة كالإفراط في إفراز الغدة الدرقية. كذلك فهي لا ترجع في الوقت ذاته إلى أي اضطراب عقلي آخر، أو إلى الفوبيا الإجتماعية، أو المخاوف النوعية، أو اضطراب الوسواس القهري، أو إنعصاب ما بعد الصدمة، أو اضطراب قلق الانفصال.

ومن جانب آخر نلاحظ أن اضطراب الهلع المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة يتسم هو الآخر بنفس ما يتسم به اضطراب الهلع غير المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة باستثناء وجود خوف من الأماكن الواسعة يشعر الفرد به ويصاحب حدوث نوبة الهلع.

العلاج المعرفى السلوكى للهلع

يمثل تطبيق العلاج المعرفى السلوكى على اضطراب الهلع مجالاً جديداً من تلك المجالات التطبيقية لهذا الأسلوب العلاجي على الاضطرابات المختلفة حيث كان يقتصر من قبل على علاج الهلع إذا ما صوِّح بفوبيا الأماكن الواسعة على اعتبار أنه يوجه في الأصل إلى الفوبيا في حين يستخدم العلاج بالعقاقير لعلاج نوبات الهلع في حد ذاتها، ومن ثم إعتبر غير ضرورى إذا لم يصاحب الهلع بالفوبيا. أما الآن فقد أصبح يستخدم مع نوبات الهلع سواء صاحبها فوبيا الأماكن الواسعة أو لم تصاحبها. ولم يلق العلاج المعرفى السلوكى نجاحاً مثلما وجد بالنسبة للهلع. واعتبر العلاج بالعقاقير ضرورياً في المراحل الأولى من الاضطراب فقط لأنه إذا استخدم في المراحل النهائية من العلاج يمكن أن يؤدي إلى نتيجة عكسية. وقد

ذلك إلى أن العلاج بالعقاقير يهدف إلى السيطرة على الهلع في حين يهدف المعرفى السلوكى إلى إثارة كل من الهلع والقلق في ظل ظروف مضبوطة مع تدريب العميل على المواجهة وهو ما يؤدي إلى السيطرة على نوبات

بجدر بنا أن ننوه هنا إلى أن أول دراسة أجريت في هذا المجال كانت عام ١٩٦١ وأجرها بارلو Barlow وزملاؤه، وقد تزايدت الدراسات بدرجة كبيرة منذ التاريخ وحتى الآن، وكشف العديد منها عن فاعلية العلاج المعرفى السلوكى لعلاج اضطراب الهلع سواء كان مصحوباً بفوبيا الأماكن الواسعة أم لا. وقد تلك الدراسات أنه عندما يتم توجيه هذا العلاج مباشرة إلى نوبات الهلع فإنه يقللها بشكل دال، وأن الغالبية العظمى من المرضى يتخلصون من تلك نوباتها نهائياً مع إنتهاء البرنامج العلاجي. كما أنه من جانب آخر يعد علاجاً فعالاً للقلق المتوقع، وفوبيا الأماكن الواسعة، والإكتئاب الثانوى الذين يرتبطون بالنوبات.

من ناحية أخرى يتساوى العلاج المعرفى السلوكى في فاعليته لعلاج اضطراب الهلع مع عقار البرازولام alprazolam إلا أنه كما يرى كلوم (١٩٨٩) Clum يعتبر من العلاج الطبى ومن أى شكل من أشكال العلاج النفسى الأخرى في الإطار. وعلاوة على ذلك فإن آثاره تدوم لوقت طويل بعد إنتهاء العلاج حيث يظهر على العميل أى أعراض للهلع حتى عامين بعد العلاج. فى حين لا تدوم الآثار طويلاً مع أى شكل آخر من أشكال العلاج إذ يعمل العلاج الطبى على التمثال على التصدى لنوبات الهلع نفسها إضافة إلى ما قد يصاحبها من قلق

يرجع نجاح العلاج المعرفى السلوكى مع اضطراب الهلع قياساً بغيره من أنواع العلاج النفسى الأخرى إلى أنه يتغير وفقاً لتركيزه على الجانب المعرفى أو الوجدانى. سلوكى فيتعامل بالتالى مع اضطراب الهلع بشكل شامل حيث يتناول ما يلي

١ - نوبات الهلع نفسها بأعراضها المعرفية والوجدانية والجسمية.

٢ - القلق المتوقع والذي يعرف بالخوف من الخوف.

٣ - فوبيا الأماكن الواسعة والتي غالباً ما تصاحبه بدرجات متفاوتة.

٤ - مفهوم اليأس الذي يتطور مع تطور الهلع والذي قد يؤدي في أغلب الأحيان إلى إكتئاب ثانوى.

ويضم العلاج ستة مكونات أو فنيات هي التعليم النفسى Psychoeducation وإعادة البناء المعرفى، والتحكم فى معدل التنفس، والتدريب على الإسترخاء. وتعرف هذه المكونات الأربعة بأنها تكنيكات للمواجهة، أما المكونات الأخرى واللذان يتمثلان فى التمرينات التخيلية أو التصورية، والتعريض سواء الإستبطانى أو الموقفى فيعرفان بأنهما فنيان علاجيتان وجدانيتان تعملان على إثارة القلق والهلع. ويتم تقديم هذه المكونات فى ترتيب متسلسل بحيث يتم التركيز خلال الجلسات الأولى من العلاج على تكنيكات المواجهة والتي يقوم العميل بتطبيقها خلال الجلسات التالية وذلك عندما يواجه المواقف والمثيرات التى تثير الهلع والتي يتم خلالها أيضاً الرجوع إلى تلك المهارات التى تعلمها فى الجلسات الأولى وما يكون قد إكتسبه من معلومات خلالها.

ويتم من خلال التعليم النفسى تقديم معلومات كافية عن الهلع إضافة إلى ما يرتبط به من قلق وفوبيا الأماكن الواسعة وأسباب الإضطراب وطبيعته وكيفية المواجهة. ويمكن فى هذا الصدد تقديم مواد مكتوبة كالكتيبات مثلاً تتضمن مثل هذا الموضوع. أما إعادة البناء المعرفى فتتم من خلال التعرف على تلك المعارف المختلة وظيفياً بما تضمه من أفكار وإعتقادات وإفتراسات، والعمل على تعديلها وإعادة تشكيلها وذلك من خلال إستعراض التطور الذى تتبعه نوبة الهلع والذي يكون على الشكل التالى:

١ - كنت أحضر إجتماعاً فى مقر العمل (موقف أو مشير).

لاحظت أن قلبى بدأ يدق بسرعة (عرض جسمى).

دركت أن مثل هذا الخفقان يعتبر إشارة مبكرة لنوبة هلع، وأننى سوف أفقد سيطرة على نفسى وأبدأ فى الصراخ، وسوف يعتقد الجميع هنا أننى قد كنت بالجنون (فكرة مأسوية).

البحث أكثر قلقاً حول فقد السيطرة على نفسى وبدأ العرق يتصبب بغزارة (تصعيد).

خبرت وخرجت من الإجتماع (هروب وتجنب).

عزرت بالإكتئاب والإثباط لأننى لم أستطع حتى أن أستمر فى الإجتماع التالى لم أستطع أن أفعل شيئاً تجاه ما شعرت به (اليأس).

التطور هو ما يجب أن نقوم بتوضيحه للمريض والذي يعد بمثابة أفكار أو حجج داخلية يحدث أثناء النوبة. وإلى جانب ذلك يجب التركيز أثناء العلاج على تحقيق الراحة للمريض وتقبله للوضع القائم حتى نيسر عملية العلاج. هذا أن يقوم المريض بمراقبة الذات أثناء النوبة، وتتم كتابة تلك الأفكار أو ما حتى يتعود عليها وعلى ذلك التطور ويدرك الدور الذى تلعبه المعارف فى ذلك ومن ثم يقوم بإعادة تقييم لتلك المعارف ومواجهتها، وبالتالي تصحيحها لتأهلها باستجابات عقلانية. وتتمثل الخطوة الأخيرة لإعادة البناء المعرفى فى الموقف غير مأسوى بالنسبة للمريض decatastrophize the situation وخاصة التعامل مع فوبيا الأماكن الواسعة وتعريفه أن مثل هذا الموقف يمكن أن يكون له كثير من غيره ولكنهم لا يفعلون مثله مما يقلل من حاجته لتجنب تلك المربطة بالهلع. ويمكن تلخيص الكيفية التى يتم بها إعادة البناء المعرفى:

١ - توضيح الكيفية التى يمكن بها لمعارف معينة أن تثير الهلع.

٢ - فحص الأفكار والإعتقادات والإفتراسات المشوهة للمريض.

- ٣ - مساعدة المريض على إدراك أن مثل هذه الأفكار غير واقعية وليست مأسوية.
- ٤ - جعل الموقف غير مأسوي بالنسبة للمريض وخاصة عند التعامل مع الفوبيا المصاحبة.

وإلى جانب ذلك فإن التحكم فى معدل التنفس يعمل على إستعادة المريض لسيطرته على نفسه وعلى القلق. ويتم ذلك من خلال تعليمه وتدريبه على طريقة معينة للتنفس وزيادة الإسترخاء والإمتناع عن التعبير المفرط عن الشكوى حيث يسبب التعبير المفرط عن الشكوى أعراضاً جسدية متنوعة تجعله غير قادر على أن يقوم بالسيطرة على جسمه. وتمثل الطريقة الأكثر شيوعاً فى هذا الإطار فى تدريبه على أن يتنفس بمعدل إثنتى عشرة مرة فى الدقيقة وأن يصاحب ذلك بحركة البطن وليس الصدر على أن يتم التدريب على ذلك فى العديد من المواقف. وإضافة إلى ذلك فإن التدريب على الإسترخاء يعمل أيضاً على مساعدته فى السيطرة على جسمه، ويقلل من التوتر المصاحب. أما التخيل فيتم من خلال مناقشة تلك المواقف والخبرات المثيرة للقلق وما يصاحبها من صور وإرتباطات وإنفعالات، فنطلب منه مثلاً أن يغمض عينيه ويتخيل تلك المواقف والخبرات بما تتضمنه من تفاصيل، فيصف المريض الصورة التى يتخيلها ويوجه المعالج إليه عدداً من الأسئلة التى تتعلق بما يرتبط بتلك الصورة من أفكار ومشاعر، ثم يقوم بتدريبه على كيفية المواجهة خطوة خطوة. أما المكون الأخير والذى يتمثل فى التعريض يواجه العملاء من خلاله شيرات القلق والفرع والتى قد تكون إما مواقف نارجية أو إحساسات داخلية، ويقومون بتطوير ميكانيزمات مواجهة ملائمة لها. جدير بالذكر أن المريض يقوم فى هذا الإطار بعمل سلم هرمى للمواقف المخيفة من خلال العلاج تعريضه لكل موقف منها. ويسير التعريض استبطانى introspective exposure على نفس المنوال ولكنه يقوم على سلم من الإحساسات الداخلية المخيفة كالدوخة والحفقتان على سبيل المثال. وقد يتم تعريض مثل هذه الإحساسات باستخدام أساليب تتسم بفرط سماسية idiosyncratic كالإفراط فى التنفس، والتشوش ذهنى بقصد التخلص

الفكرة، والإجهاد الجسمى. ويكون التدرج فى مواجهة تلك المثيرات المخيفة أقلها إلى أكثرها إثارة للخوف. كما يتم أيضاً تعريض المرضى من خلال جلسات المنزلية لمثل هذه المواقف المثيرة لثلاث مرات أسبوعياً على الأقل.

هذا ويمكن أن نعرض تلخيصاً للتكنيكات والفنيات المتعددة التى يمكن إستخدامها لهذا الإطار على النحو التالى:

أ - إستراتيجيات معرفية، وتضم:

١ - التعليم النفسى.

٢ - إعادة البناء المعرفى.

ب - إستراتيجيات إنفعالية، تعتمد على إثارة القلق والهلع، وتضم:

١ - التدريب التخيلى.

٢ - التعريض.

ج - إستراتيجيات سلوكية، وتضم:

١ - التدريب على التحكم فى معدل التنفس.

٢ - التدريب على الإسترخاء.

وهناك تفسيران شاملان لفاعلية العلاج المعرفى السلوكى مع مرضى اضطراب القلق وغيره من اضطرابات القلق الأخرى يتمثلان فى ميكانيزمين أو نموذجين هما هذا الأسلوب العلاجى على علاج الهلع من خلالهما هما نموذج التشغيل العالى emotional Processing model ونموذج التعقل toughening up model يمكن العمل من خلال أحدهما فقط، كما يمكن الجمع بينهما فى نموذج مركب. ويعتمد هذان النموذجان على إثارة القلق والهلع فى ظل ظروف مضبوطة فى النهاية إلى التخفيف من أعراض الهلع أو التخلص منها. ويمكن لأى من النموذجين أن يحقق نتائج مرغوبة وذلك من خلال الفصل بين إتخاذ

يتمنى آخر يهدف إلى تجنب القلق أو تجنب المثيرات والمواقف التي تؤدي إليه كان
بالمريض الموقف، أو يعتمد على إشارات أو دلائل أخرى تحقق له الأمان
تترك الاجتماع مثلاً ويخرج مع صديق له إلى مكان آخر، أو يقوم بتناول
من حبوب الدواء، لذا يكون من الطبيعي أن يؤدي ذلك إلى التقليل من
العلاج المعرفي السلوكي. وعلى هذا فإن تلك التعددية لا تفضل خلال
الأخيرة من العلاج بل يفضل اللجوء إليها في المراحل الأولى وخاصة
مراحل التعليم النفسي والتدريب على الاسترخاء.

تطبيقات

جد سوكول وآخرون (Sokol et. al (1989) في دراستهم التي أجروها على
(N = 17) من المرضى الذين يعانون من الهلع وإستمر البرنامج العلاجي لمدة
عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، أن أعراض الهلع قد إختفت تماماً
جميع أفراد العينة مع نهاية البرنامج. وإستمر هذا التحسن بعد البرنامج كما
ت عنه نتائج متابعتهم بعد إثني عشر شهراً. وقام بارلو وآخرون
(Barlow et. al (1989) بالمقارنة بين ثلاثة أساليب علاجية لعلاج اضطراب الهلع
عرب وغير المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة. وقد تمثلت تلك الأساليب في
تدريب على الإسترخاء، والتعريض إضافة إلى إعادة البناء المعرفي، ونموذج
يضم التدريب على الإسترخاء والتعريض وإعادة البناء المعرفي وذلك على
مجموعات إضافة إلى مجموعة ضابطة لم تتلق أى علاج. وتكونت العينة
سنتين مريضاً يعانون من الهلع مصحوباً بفوبيا الأماكن الواسعة أو غير
مصحوب بها، وإستمر البرنامج لمدة خمسة عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة
أسبوعياً، وأوضحت النتائج حدوث تحسن كبير لدى المرضى بالمجموعات الثلاث
إختفاء شبه تام لمعظم أعراض الهلع قياساً بالمجموعة الضابطة وذلك على نحو
مع حدوث التحسن لدى 70% من أعضاء المجموعة التي تلقت التدريب على
الإسترخاء، 85% للمجموعة التي تلقت التعريض وإعادة البناء المعرفي، 87%
المجموعة التي تلقت النموذج المشترك. وأوضحت نتائج المتابعة بعد ستة شهور

أعراض نوبة الهلع معاً حيث تضم أعراضاً معرفية وإنفعالية وجسمية تتداخل ما
عند حدوث النوبة، ويعتبر وجود أى منها إثارة لغيرها من الأعراض كما تظهر.
ويؤدي هذا الفصل بين تلك الأعراض إلى عدم حدوث الأعراض الأخرى للنوبة
إذا ما حدث بعضها، فإذا ما حدثت الإثارة الجسمية كالحرقان أو الدوخة مثلاً فإنها
لا تؤدي إلى الأعراض الأخرى للنوبة، وإذا ما حدث الخوف من فقد السيطرة على
الجسم والذي يمثل إثارة معرفية فإنه لا يؤدي إلى نوبة الهلع بأعراضها الجسمية
والإنفعالية. وهذا يعني أن العلاج المعرفي السلوكي للمهلع يعمل من خلال تعريض
المريض لمثيرات معينة من شأنها أن تثير نوبة الهلع والقلق. ونظراً لأن مثل هذه
الإثارة تتم بطريقة منظمة وفي ظل ظروف مضبوطة فإنها تقلل من إثارتها للقلق مما
يعنى أنه لم يعد هناك إتحاد بين تلك المثيرات وبين نوبة الهلع والقلق. ومن هذا
المطلق يؤدي التعريض المتكرر لمثيرات القلق إلى خفض حدة القلق، وهو الأمر
الذي يساهم في إعادة البناء المعرفي بعد تصحيح الأفكار والإعتقادات المختلة
وظيقياً. ويعمل التعريض وإعادة البناء المعرفي معاً على جعل المريض قادر على
مواجهة القلق في مواقف الحياة العادية، وعلى إستعادة ثقته بنفسه حيث ينسب
تغيير الذي يحدث إلى نفسه وإلى قدرته على القيام بالسيطرة على نفسه وعلى
وقف وليس إلى قوى خارجية.

ويرى ساندرسون وويتزلر (Sanderson & Wetzler (1995) أنه إذا كان تعدد
أساليب العلاجية أو تكاملها معاً في علاج اضطراب معين يعد كما يرى كثيرون
مثيراً فاعلية، فإن الآراء الحديثة حول هذه التعددية في علاج الهلع ترى أنها تعطل
العلاج المعرفي السلوكي عليه حيث يؤدي مثلاً إستخدام عقار
ازولام (alprazolam) والذي يعد من أكثر العقاقير فاعلية في علاج الهلع وخاصة
الجلسات الأخيرة إلى التأثير سلباً على الميكانيزم الذي يعمل العلاج المعرفي
السلوكي من خلاله وهو إثارة القلق والهلع في ظل ظروف مضبوطة ومنظمة إذ
ل هذا العقار على تقليل كم الإثارة حيث يهدف إلى السيطرة على القلق
المهلع. ولا يقتصر هذا الأمر على العلاج الطبي فقط بل ينطبق على أى أسلوب

تحت خلالها فنيات التعريض لمثيرات القلق سواء التعريض التخيلي أو
الحقيقي، والتدريب على الإسترخاء، ومراقبة الذات وجد كلوسكو وآخرون
(Klosko et. al. ١٩٨٧) أنه قد حدث إختفاء تام لأعراض الهلع لدى ٨٧% ممن
العلاج المعرفى السلوكى مقابل ٥٠% ممن تلقوا العلاج بعقار
اللام *alprazolam*، ٣٦% ممن تلقوا العلاج بإثارة جوانب وهمية
بدلاً من *Placebo* وهو ما يؤكد تفوق العلاج المعرفى السلوكى على العلاج
المثير. ويؤكد كل من كلارك وسالكوفيسكز (Clark & Salkovskis ١٩٩٠) أن
العلاج حيث بلغت نسبة التحسن من نوبات الهلع ٩٠% للمجموعة التى
تلقوا العلاج المعرفى السلوكى مقابل ٥٥% للمجموعة التى تلقت العلاج بعقار
المين *imipramine*، ٥٢% للمجموعة التى تلقت التدريب على الإسترخاء.
تلقت الأساليب الثلاثة المستخدمة أفضل فى نتائجها على المجموعات الثلاث
المجموعة الضابطة. وكشفت نتائج الدراسة التى أجراها ميتشلسون وآخرون
(Michelson et. al ١٩٨٠) على عينة (ن = ١٠) من مرضى الهلع إستمر تطبيق
العلاج عليهم لمدة إثني عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً عن
تمام لأفراد العينة جميعاً من نوبات الهلع.

من ناحية أخرى وجد كلارك وآخرون (Clark et. al ١٩٩١) أن ٩٠% من
مرضى اضطراب الهلع الذين شملتهم عينة الدراسة (ن = ١٨) قد تخلصوا نهائياً
من أعراض المرض بعد برنامج علاجى إستمر ثلاثة شهور وتم فيه إستخدام
التقنيات لإعادة البناء المعرفى والتعريض، وهو ما أكدته أيضاً نتائج دراسة
ميرغراف وسكيندر (Margraph & Schneider ١٩٩١) حيث كشفت النتائج أن
مرضى المعارف المتعلقة بالأعراض الجسمية المرتبطة بالهلع يعد نتيجة للعلاج
المعرفى السلوكى الذى تم خلاله إستخدام إستراتيجيات إعادة البناء المعرفى
لمريض إذ حدث تغير إيجابى دال فى هذه المعارف لدى أعضاء المجموعة التى
تلقوا العلاج المعرفى السلوكى قياساً بأقرانهم الذين تلقوا العلاج بالعقاقير.

نظراً لأن الباحثين فى الدراسات السابقة كانوا عند إختيارهم لعيناتهم المرضية

أن الأساليب الثلاثة لها فاعليتها فى خفض حدة نوبات الهلع مع تفوق لكل من
النموذج المشترك (العلاج المعرفى السلوكى) وأسلوب التعريض وإعادة البناء
المعرفى (من أساليب العلاج المعرفى السلوكى) على أسلوب التدريب على
الإسترخاء والمجموعة الضابطة. كذلك فقد وجد ميتشلسون وآخرون (١٩٨٩) *al*
Michelson et. فى دراستهم عن اضطراب الهلع مع فوريا الأماكن الواسعة على
عينة (ن = ٧٤) من مرضى الهلع، وإستمر البرنامج العلاجى ستة عشر أسبوعاً
بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وضمت العينة ثلاث مجموعات تم إستخدام العلاج
المعرفى السلوكى مع المجموعة الأولى مستخدمين تكنيكات إعادة البناء المعرفى،
والمناقشة، والتدريب على إعادة العزوة، أما المجموعة الثانية فاستخدموا معها
أسلوب التعريض التدريجى، فى حين إستخدم أسلوب التعريض التدريجى
والتدريب على الإسترخاء مع المجموعة الثالثة. وأوضحت النتائج أن العلاج
المعرفى السلوكى يعد هو الأفضل فى تناول اضطراب الهلع حيث بلغت نسبة
التحسن فى المجموعة الأولى ٨٦,٤% فى مقابل ٧٣% للمجموعة التى تدرت
على العلاج السلوكى القائم على التعريض التدريجى للمثيرات، ٦٥% للمجموعة
التي تدرت على التعريض التدريجى والتدريب على الإسترخاء. وأوضحت نتائج
المتابعة بعد ثلاثة شهور أن نسبة التحسن بالنسبة للمجموعة الأولى (العلاج المعرفى
السلوكى) بلغت ٨٧,٥% فى مقابل ٦٥% للمجموعة الثانية (التعريض
التدريجى)، ٤٧% للمجموعة الثالثة (التعريض التدريجى والتدريب على
الإسترخاء)، وهو ما يؤكد فاعلية وأفضلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج
الهلع. وبعد متابعة لمدة عام آخر وجد بارلو وآخرون (Barlow et. al ١٩٩٠) فى
تابعتهم لأفراد العينة التى تمت الإشارة إليها من قبل أن ٨٥% من هؤلاء المرضى
تخلصوا نهائياً من الهلع.

وفى مقارنتهم بين فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعقاقير لعينة ضمت
٥ مريضاً ممن يعانون الهلع مع مجموعة ضابطة لم تتلق أى علاج، وتضمن
برنامج العلاج المعرفى السلوكى خمس عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً

(1993) Laberge et. al إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج المفحوصين الذين يعانون من نوبات الهلع إضافة إلى تشخيصهم إكلينيكيًا على أنهم مكتئبين، وهل يمكن من خلال هذا البرنامج أن نحصل على نفس النتائج التى تم التوصل إليها مع المرضى الذين يعانون من نوبات الهلع فقط. وضمت عينة الدراسة خمسة عشر مريضاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين تضم الأولى مائة مرضى يعانون من الهلع إضافة إلى الإضطراب الإكتئابى الشديد كمرض ثانوى وتتراوح أعمارهم بين ٢٢ - ٥٠ سنة بمتوسط ٣٧,١ سنة ومتوسط مدة معاناتهم من الهلع ٦,٧ سنة، أما المجموعة الثانية فضممت سبعة مرضى يعانون من الهلع فقط وتتراوح أعمارهم بين ٢٥ - ٥٨ سنة بمتوسط ٣٥ سنة، ومتوسط مدة معاناة من الهلع يساوى ست سنوات. وإستمر البرنامج العلاجى لمدة إثني عشر سبوعاً وتضمن خمس عشرة جلسة، وتم خلاله إستخدام إستراتيجيات التعليم نفسى، والمناقشة، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على الإسترخاء، والتخيل، وتعريض. وأوضحت النتائج فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى التخفيف من نوبات الهلع لدى المرضى فى المجموعتين دون وجود فروق دالة بين المجموعتين مما يؤكد أن العلاج المعرفى السلوكى له فاعليته فى علاج إضطراب الهلع سواء حدث بمفرده أو صاحبه إضطراب إكتئابى شديد كمرض ثانوى، كما أنه أدى أيضاً إلى التخفيف من حدة أعراض القلق المصاحب.

وهدفت دراسة سبيجل وآخرين (1994) Spiegel et. al إلى التعرف على أثر العلاج المعرفى السلوكى مقارنة بالعلاج باستخدام عقار ألبرازولام alprazolam على (ن = ٢٠) من مرضى الهلع، وإستمر البرنامج العلاجى لمدة إثني عشر سبوعاً. ولم تتوصل هذه الدراسة إلى وجود فروق دالة بين الأسلوبين فى علاج نوبات الهلع إلا أن نتائج المتابعة بعد ستة شهور قد أوضحت حدوث إنتكاسة لنصف من الذين كانوا يتلقون العلاج بالعقاقير فى حين لم تحدث إنتكاسة للمرضى الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى. كما هدفت دراسة كوت وآخرين

يستبعدون منها المرضى الذين يعانون من الإكتئاب فقد هدف لايرج وآخرون (1993) Laberge et. al إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج المفحوصين الذين يعانون من نوبات الهلع إضافة إلى تشخيصهم إكلينيكيًا على أنهم مكتئبين، وهل يمكن من خلال هذا البرنامج أن نحصل على نفس النتائج التى تم التوصل إليها مع المرضى الذين يعانون من نوبات الهلع فقط. وضمت عينة الدراسة خمسة عشر مريضاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين تضم الأولى مائة مرضى يعانون من الهلع إضافة إلى الإضطراب الإكتئابى الشديد كمرض ثانوى وتتراوح أعمارهم بين ٢٢ - ٥٠ سنة بمتوسط ٣٧,١ سنة ومتوسط مدة معاناتهم من الهلع ٦,٧ سنة، أما المجموعة الثانية فضممت سبعة مرضى يعانون من الهلع فقط وتتراوح أعمارهم بين ٢٥ - ٥٨ سنة بمتوسط ٣٥ سنة، ومتوسط مدة معاناة من الهلع يساوى ست سنوات. وإستمر البرنامج العلاجى لمدة إثني عشر سبوعاً وتضمن خمس عشرة جلسة، وتم خلاله إستخدام إستراتيجيات التعليم نفسى، والمناقشة، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على الإسترخاء، والتخيل، وتعريض. وأوضحت النتائج فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى التخفيف من نوبات الهلع لدى المرضى فى المجموعتين دون وجود فروق دالة بين المجموعتين مما يؤكد أن العلاج المعرفى السلوكى له فاعليته فى علاج إضطراب الهلع سواء حدث بمفرده أو صاحبه إضطراب إكتئابى شديد كمرض ثانوى، كما أنه أدى أيضاً إلى التخفيف من حدة أعراض القلق المصاحب.

وهدفت دراسة سبيجل وآخرين (1994) Spiegel et. al إلى التعرف على أثر العلاج المعرفى السلوكى مقارنة بالعلاج باستخدام عقار ألبرازولام alprazolam على (ن = ٢٠) من مرضى الهلع، وإستمر البرنامج العلاجى لمدة إثني عشر سبوعاً. ولم تتوصل هذه الدراسة إلى وجود فروق دالة بين الأسلوبين فى علاج نوبات الهلع إلا أن نتائج المتابعة بعد ستة شهور قد أوضحت حدوث إنتكاسة لنصف من الذين كانوا يتلقون العلاج بالعقاقير فى حين لم تحدث إنتكاسة للمرضى الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى. كما هدفت دراسة كوت وآخرين

وهدفت دراسة سبيجل وآخرين (1994) Spiegel et. al إلى التعرف على أثر العلاج المعرفى السلوكى مقارنة بالعلاج باستخدام عقار ألبرازولام alprazolam على (ن = ٢٠) من مرضى الهلع، وإستمر البرنامج العلاجى لمدة إثني عشر سبوعاً. ولم تتوصل هذه الدراسة إلى وجود فروق دالة بين الأسلوبين فى علاج نوبات الهلع إلا أن نتائج المتابعة بعد ستة شهور قد أوضحت حدوث إنتكاسة لنصف من الذين كانوا يتلقون العلاج بالعقاقير فى حين لم تحدث إنتكاسة للمرضى الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى. كما هدفت دراسة كوت وآخرين

ناقشة، وإعادة البناء المعرفي، والتدريب على الإسترخاء، والتخيل، وتعريض. هذا ويمكن إستخدام فقد الحساسية المنظم، ونموذج التشغيل المعرفي بما في هذا الصدد إلى جانب الواجبات المنزلية.

بأ: إضطراب القلق العام Generalized anxiety disorder

بعدة الإضطراب

بعد القلق العام (المعمم) قلقاً غير محدد الموضوع، وهو شعور عام غامض غير بالتوتر والتأهب تصحبه بعض الأعراض الجسمية والنفسية دون أن ترتبط بل خاص ومحدد بأى حدث أو ظرف، كما قد تظهر دون تحديد المثير بدرجة، أو قد تحدث الإستجابة لأى مثير منخفض. ويتخلل القلق الجوانب تلفة لحياة الفرد، ويوزع الشعور به على الوقت، وبذلك فهو يعتبر قلقاً للاً. وقد يكون هذا القلق حاداً أو مزمناً. وقد يرتبط في حالة الإزمان بعضو أعضاء الجسم، ويسمى بإسمة في تلك الحالة. ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) إذا ما إستمر الصراع لفترة طويلة وأصبح القلق غير محتمل فعادة ما تتحول ض القلق إلى أحد ثلاثة مظاهر هي المخاوف أو عصاب الأعضاء أو قلق يريا.

يتضمن القلق لدى المريض عملية تفاعل بين أنساق الإهتمامات والمفاهيم وكذا باق التخيلية والفيولوجية والإنفعالية والسلوكية تتطور مع مرور الوقت كما ح من الإستجابة المستمرة لبيئة تتغير بشكل ثابت. وهناك سمات عديدة تميز بين العام وغيره من أنواع إضطرابات القلق الأخرى يمكن أن نعرض لها على التالي:

شيرات أو إثارات بيئية للقلق أقل وضوحاً، أو التجنب السلوكى لتلك الشيرات.

تفجيز مسبق لأحداث تهديد متعددة مع تجنب معرفى سريع للكشف عنها.

إنتشار القلق اللفظى الذى قد يعمل على تفاقى جوانب من خبرة القلق عن طريق قمع الخيال المرتبط بالخوف والإثارة الجسمية والتشغيل الإنفعالى.

سمات جسمية غير عادية تتضمن إعاقه نشاط الجهاز العصبى السمبثاوى، وتقييداً لمدى تنوع هذا النشاط، وما ينتج عن ذلك من عدم المرونة الفسيولوجية فى وقت الراحة وعند المواجهة.

ومن الملاحظ أن مرضى القلق العام يرهقون أنفسهم بأنماط تعودية مزمنة من تجابة التفاعلية متعددة الأنساق والتي تعد كل عملية فيها بمثابة رد فعل دفاعى ليدي، وينتج عنها تتابع لإستجابات القلق التي تكتسب قوة كبيرة من خلال رار لتصبح بذلك عادة.

ات التشخيص

يحدد DSM - IV إضطراب القلق العام بأنه قلق مفرط أو توقع وترقب يحدث كل مستمر لمدة لا تقل عن ستة أشهر وذلك فى عدد من الأحداث أو الأنشطة عمل أو الأداء المدرسى. ويصعب على الفرد أن يسيطر على قلقه أو إنشغاله ي يرتبط بثلاثة أعراض على الأقل من الأعراض الستة التالية، أما بالنسبة أطفال فيكفى توفر عرض واحد فقط. وهذه الأعراض هي:

الشعور بالإستياء والضعج أو شعور الفرد بأنه محبوس أو مقيد.

سرعة الشعور بالتعب.

صعوبة فى التركيز أو الوصول للنقطة المستهدفة.

التهيج المفرط.

التوتر العضلى.

صعوبات النوم كأن يجد الفرد صعوبة فى الإستغراق فى النوم، أو البقاء نائماً، أو حدوث النوم غير المشع.

أهمية الأماليب المتعددة للإسترخاء والتي يتم من خلالها تناول مستويات مختلفة من نسق الإستجابة، والعمل على زيادة المرونة التي تتضمن تعليم الإستجابة الحرة العامة للأفكار الخادعة والصور العكسية عن الماضى أو المستقبل.

التدريب المتكرر أثناء الجلسات على كل ذلك لتسهيل عملية الكشف المبكر عن دلائل القلق وتقوية إستجابات المواجهة.

إلى جانب ذلك يتم إستخدام فنية التعريض سواء التخيلى imaginal أو in vivo وذلك للإشارات الداخلية أو الخارجية المرتبطة بالقلق بغرض إثارة القلق وتجنب القلق المرتبط بأعراض جسمية. كما يتم أيضاً إستخدام تمارين الإسترخاء. والضبط الذاتى، وفقد الحساسية المنظم والذي يتناول ترتبط بالقلق، والأفكار المسببة لذلك القلق، والتدريب على مهارات مهمة كاستجابة للقلق.

هذا ويقوم المريض بكتابة يومياته التي يحدد من خلالها مستوى حدة القلق لثلاث مرات يومياً ولمدة أسبوعين قبل العلاج على أن يستمر ذلك خلال العلاج ولمدة أسبوعين بعد إنتهاء العلاج الذى يتألف عادة من إثنتى عشرة علاجية بواقع جلستين أسبوعياً مدة كل جلسة من الجلسات الأولى ساعة (أربع جلسات) تصبح ساعة واحدة فقط فيما يلى من جلسات. ويمكن فى جلستين للبرنامج إذا إقتضى الأمر ليصبح عدد الجلسات التي يتألف منها أربع عشرة جلسة. ويكون الهدف من نصف الساعة الإضافى خلال جلسات الأولى إستغلالها للعلاج غير الموجه nondirective أما إذا لم يتم ذلك مدة الجلسة ساعة واحدة فقط وليست ساعة ونصف.

جدير بالذكر أن فنية التعليم النفسى تستخدم لإعطاء المرضى المعلومات الكافية لطبيعة الإضطراب وأسبابه وأعراضه وكيفية المواجهة، فى حين تستخدم فنية إسترخاء لتوفير فهم ودراية متعمقة عن الذات وللعمل على إستعادة الثقة بالنفس

وجدير بالذكر أن القلق أو الإنزعاج هنا لايرتبط بحدوث نوبة هلع أو بالخوف الإجتماعى أو باضطراب الوسواس القهرى أو بقلق الإنفصال أو بزيادة الوزن كما فى حالة فقد الشهية العصبى أو بوجود شكاوى جسمية متعددة أو باحتمال إصابة الفرد بمرض خطير كما فى حالة توهم المرض أو بإنعصاب ما بعد الصدمة. كما أنه لايرجع إلى آثار فيسيولوجية مباشرة للمواد كإساءة إستخدام مادة معينة أو عقار معين، أو إلى حالة طيبة (صحية) عامة، أو إلى أى إضطراب ذهانى آخر. ويؤدى القلق أو الأعراض الجسمية فى تلك الحالة إلى الضيق النفسى أو حدوث خلل فى أداء الفرد الوظيفى فى المجال الإجتماعى أو المهنى أو أى من المجالات الأخرى الهامة.

العلاج المعرفى السلوكى لإضطراب القلق العام

على الرغم من النجاح الذى حققه العلاج المعرفى السلوكى فى علاج القلق العام فإن بعض الباحثين يرى أن هذا النجاح لم يصل إلى نفس معدل النجاح الذى حققه هذا الأسلوب العلاجى مع الهلع أو المخاوف المرضية، ومع ذلك فهو لايزال من أفضل الأساليب العلاجية الفعالة فى علاج القلق العام حيث أكدت الدراسات التي إستخدمته بما يتضمنه من فنيات كان من أكثرها شيوعاً التدريب على الإسترخاء، وإدارة القلق، والفنيات المعرفية أن مثل هذه الفنيات تحقق تحسناً كبيراً قد يستمر لمدة عامين بعد إنتهاء العلاج وذلك على الرغم من أن الإضطراب قد يكون مزمناً.

ويركز العلاج المعرفى السلوكى أثناء سير العملية العلاجية على مايلى:

- 1 - الأهمية الكبيرة والمحورية للملاحظة الذات فى الكشف عن الحدوث المبكر لعملية القلق فى متابعتها التفاعلى.
- 2 - إعطاء إهتمام علاجى خاص لسلاسل الأفكار المسببة للقلق على أنها تعد بمثابة إحدى الدلائل الأساسية المبكرة لمواجهة إنتشار تلك السلاسل.
- 3 - الحاجة إلى تدريبات إسترخاء دقيقة.

ادتها، أما اليوميات التي يقوم المريض بتدوينها فيتم من خلالها التعرف على أفكار والمشاعر والصور الموجودة لدى المريض والتي تتعلق بالقلق حتى يتم حل على تصحيحها. كذلك يمكن استخدام فنيات مراقبة الذات، وتركيز الإهتمام الخبرة الحالية، والواجبات المنزلية.

ومن أنجح الفنيات التي يمكن إستخدامها في هذا المجال التدريب على إدارة anxiety management training حيث لا يحتاج المريض هنا أن يحدد بدقة المثيرات المسببة للقلق كما هو الحال في فقد الحساسية المنظم. وتضم فنية يرب على إدارة القلق مكونات معرفية وسلوكية معاً، وتعتمد على إعتراض الحلقمة المفرغة التي يسير فيها مريض القلق والتي ترتبط بالأعراض الجسمية، جنب، وفقد الثقة. ويمكن إدارة القلق عن طريق إقتحام تلك الدائرة والذي أن يحدث عن طريق ما يلي:

التدريب على الإسترخاء؛ وتستخدم كفنية للمواجهة متبوعة بواجبات منزلية تساعد الفرد على تحقيق ضبط النفس وتسامح في منع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجي.

لتعرض المتدرج لمثيرات القلق بما فيها المثيرات المعرفية والفسولوجية.

تجديد الأفكار المثيرة للقلق وتصحيحها والذي يمكن أن يتم من خلال المذكرات اليومية أو باستخدام فنية مراقبة الذات.

و جمع تفضيل استخدام فنية التدريب على إدارة القلق هنا إلى عدد من أسباب يأتي في مقدمتها أنها تسهم في أن تهين للمريض المرونة وتنوع التطبيقات يمكن أن تساعده على أن يتفاعل بشكل أفضل مع ما يترتب على هذا للراب من نتائج عامة مثل إضعاف معنوياته، وفقد ثقته بنفسه، والقلق باعى، والإكتئاب، إلى جانب إمكانية مواجهة ظروف الحياة الضاغطة. فإن فقد الحساسية المنظم أو التحصين التدريجي لايجدى كثيراً هنا لأنه يعتمد ليرة المريض على تحديد سلم هرمي للمثيرات التي تسهم في حدوث إستجابة

التي، وهو الأمر الذي لايمكن مريض القلق العام من تحديده بدقة. وتسهم كل الأمور معاً في جعل فنية التدريب على إدارة القلق هي الأفضل والأصح في الصدق. وإلى جانب ذلك فإن هذه الفنية تتصف بعدد من السمات التي تجعلها مفعلة في هذا السياق وتؤدي غالباً إلى حدوث نتائج إيجابية للغاية، ومن هذه سمات ما يلي:

أن هذه الفنية تهدف إلى تحقيق إدارة الذات Self - management وذلك من خلال الإعداد التدريجي للمريض على تحمل مزيد من المسئولية حيث يصبح بإمكانه أن يسيطر على القلق.

إستخدام الواجبات المنزلية وذلك لتعزيز وتدعيم ما تم التدريب عليه وتعزيز المهارات التي تم تعلمها بما يساعد على منع حدوث إنتكاسة فيما بعد.

التأكيد المستمر على ضبط النفس وذلك من خلال تعلم المهارة التي يمكن أن يوظفها الفرد بعد ذلك معتمداً في هذا الأمر على نفسه وهو الأمر الذي يزيد من فاعلية الذات لديه.

التأكيد على أن المعارف قد تمثل جانباً هاماً في إستجابات القلق، أو قد تمثل جانباً هاماً في تتابع المثيرات التي تبعث على القلق.

هذا ويتطلب التدريب على إدارة القلق خمس جلسات أساسية مدة كل منها ساعة مع مقابلة للتقييم. وتضم أولى هذه الجلسات الخمس أربع خطوات تتمثل بتقديم المعلومات وشرح منطق التدريب، وتقديم الإسترخاء وطريقته للعملاء تقديم مشهد له والعمل على تطور هذا المشهد والذي يمثل حدثاً حقيقياً يرتبط بحر الإسترخاء والهدوء كالرؤية والصوت ودرجة الحرارة من حوله وغير ذلك، الخطوة الثالثة فتمثل في تدريبات الإسترخاء، بينما تتمثل الخطوة الأخيرة في تحديد الواجب المنزلي. وتتضمن الجلسة الثانية أربع خطوات أيضاً تتمثل في تحديد موقف مثير للقلق، ثم الإسترخاء، فإثارة القلق متبوعاً بالإسترخاء، وأخيراً تحديد الواجب المنزلي. بينما تضم الجلسة الثالثة نفس الخطوات التي وردت

المثار ذاتياً من جانب العملاء، وإثارة القلق متبوعاً بخفض العملاء لحدة هذا القلق والإسترخاء المثار ذاتياً الذي يمكنهم من خلاله ضبط النفس.

الجلسة السابعة (٦٠ دقيقة): تكرر ما تم بالجلسة السادسة.

الجلسة الثامنة (٦٠ دقيقة): الإسترخاء المثار ذاتياً، وإثارة القلق متبوعاً بالإسترخاء المثار ذاتياً مع تكملة الموقف المثير للقلق وخفض حدته.

وهناك أمثلة عديدة لمقاييس نفسية يمكن إستخدامها فى هذا الصدد، منها:

مقاييس مقابلة إضطرابات القلق Anxiety disorders Interview Schedule الذى صممه دى ناردو وبارلو (١٩٨٨). Di Nardo & Barlow

مقياس هاملتون للقلق. Hamilton Anxiety Rating Scale

مقياس هاملتون للإكتئاب. Hamilton Rating Scale for Depression

مقياس التقدير الذاتى للقلق Self - Rating of Anxiety Scale الذى أعده زوج Zung (١٩٧١).

مقياس شدة أعراض القلق العام - Assessor Severity of GAD anxiety symp- من إعداد بارلو وآخرين (١٩٨٤). Barlow et. al

مقياس سمة وحالة القلق Spielberger State - trait Anxiety Inventory وقد صممه للعبية زكريا الهابط (١٩٨٣).

ملاحظات تطبيقية

جرى بتلر وآخرون (١٩٩١) Butler et. al دراسة هدفت إلى مقارنة مدى فعالية العلاج المعرفى السلوكى والعلاج السلوكى فى علاج إضطراب القلق العام، حيث عينت الدراسة من ٥٧ مريضاً تتراوح أعمارهم بين ١٨ - ٦٥ سنة تم تقسيمهم عشوائياً إلى ثلاث مجموعات؛ تلقت الأولى برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى، فى حين تلقت الثانية برنامجاً للعلاج السلوكى، أما المجموعة الثالثة

بالجلسة الثانية مضافاً إليها خطوتين جديدتين هما الإسترخاء المثار ذاتياً أى الذى لا ينتظر فيه العميل أى تعليمات من المعالج بل يقوم به هو من تلقاء نفسه، والانتباه للأعراض التى يثيرها القلق خلال الإثارة مع تكرار تلك الخطوات الست ما بين ثلاث إلى خمس مرات فى حين تضيف الجلسة الرابعة إلى الخطوات الست السابقة خطوتين هما تحديد موقف ترتفع فيه حدة القلق والعمل على خفض تلك الحدة، وتحمل المريض لدرجة أكبر من مسئولية إستعادة ضبط النفس عقب إثارة القلق. وتعمل الجلسة الخامسة على تعزيز ضبط النفس والتخلص من الضبط من جانب المعالج وذلك من خلال تكرار ما تم بالجلستين الثالثة والرابعة. ويمكن أن يضاف لذلك ثلاث جلسات أخرى يتم خلالها ما تم خلال الجلسة الخامسة مع تنوع المواقف حتى يكتسب المريض الضبط الكامل للذات.

ويرى سوين (١٩٩٥) Suinn أنه فى حالة التدريب الجماعى على إدارة القلق تأخذ الجلسات الشكل التالى:

- الجلسة الأولى (٧٥ دقيقة): تقديم معلومات عن العلاج وشرح منطقته، وتحديد موقف للإسترخاء، والتدريب على الإسترخاء.

- الجلسة الثانية (٦٠ دقيقة): تكرر ما تم بالجلسة الأولى.

- الجلسة الثالثة (٧٥ دقيقة): تحديد موقف للقلق متوسط الحدة، والإسترخاء على أن يتم من خلال التوجيهات التى تصدر عن المعالج، وإثارة القلق متبوعاً بالإسترخاء.

- الجلسة الرابعة (٦٠ دقيقة): الإسترخاء المثار ذاتياً من جانب العملاء، وإثارة القلق متبوعاً بالإسترخاء مع تركيز الانتباه على الأعراض التحذيرية المبكرة.

- الجلسة الخامسة (٦٠ دقيقة): تكرر ما تم بالجلسة الرابعة.

- الجلسة السادسة (٧٥ دقيقة): تحديد موقف للقلق مرتفع الحدة، والإسترخاء

من بين أفراد العينة تسعتمسة مرضى يعانون من القلق إلى جانب ٧٩ مريضاً من تلازم مرضى بين ٨٣ القلق والإكتئاب. وبعد استخدام فنيات المناقشة، الذات، وإعادة البناء المعرفى، والواجبات المنزلية فى برنامج إستمر لمدة شهر أسبوعاً بواقع جلسات تسعة واحدة فى الأسبوع، كشفت النتائج عن فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى علاج القلق حيث وجدت درجة دالة من التحسن لدى المرضى بعد تلقى البرنامج العلاجي، كما لم توجد فروق دالة بين المجموعة التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى بمفرده والمجموعة التى تلقت العلاج المعرفى مقترناً بالعقاقير وذلك فى درجة التحسن، وهو ما يعنى أن إضافة العقاقير إلى العلاج المعرفى السلوكى لم تكن له آثار دالة.

هدفت دراسة بوركوفيتش ريس وكوستيللو (١٩٩٣) Borkovec & Costello إلى ثلاثة أساليب علاجية نبية هى التدريب على الإسترخاء، والعلاج المعرفى، والعلاج غير التوجيهي فى علاج اضطراب القلق العام وذلك لدى عينة من ٣٨ مريضاً متوسط أعمارهم ٥٥ سنة مقسمين إلى ثلاث مجموعات، تلقت المجموعة الأولى (ن = ١٢) العلاج غير التوجيهي، وتلقت المجموعة الثانية (ن = ١٤) التدريب على الإسترخاء، فى حين تلقت المجموعة الثالثة (ن = ١٤) العلاج المعرفى السلوكى. وتضمن البرنامج العلاجي إثنتى عشرة جلسة لكل مجموعة. جلسيتن أسبوعياً، وتم استخدام فنيات المناقشة، وتذكر الخبرات، والتدريب على الإسترخاء، ومراقبة الذات، والتخفيف المتدرج من الحساسية للقلق، والتدريب التخيلى. وأوضحت النتائج أن كلاً من العلاج المعرفى السلوكى والتدريب على الإسترخاء (العلاج السلوكى) هما الأفضل فى تأثيرهما وفعاليتهما التخفيف من حدة القلق، ولا يختلف تأثير أى منهما فى التخفيف من حدة القلق حيث لم توجد فروق دالة بين المجموعتين فى درجة التحسن.

لا أن ساب (١٩٩٦) Sapp وجد أن العلاج السلوكى (التدريب على الإسترخاء) هو الأكثر فاعلية قياساً بالعلاج المعرفى السلوكى والإرشاد التدميمي فى حدة القلق بين طلاب الجامعة، فى حين يعد الإرشاد التدميمي هو الأفضل

فكانت ضابطة وبالتالي لم تتلق أى علاج. وتضمن البرنامج العلاجي إثنتى عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وتم خلاله استخدام فنيات المناقشة، والتدريب على مهارات التنظيم الذاتى لتعديل السلوك، والواجبات المنزلية، وجدولة النشاط الأهداف. وأوضحت النتائج حدوث تحسن ملحوظ لأفراد المجموعتين التجريبتين قياساً بالمجموعة الضابطة، كما أوضحت وجود فروق دالة فى مدى التحسن بين المجموعتين الأولى والثانية لصالح المجموعة الأولى التى تلقى أعضاؤها العلاج المعرفى السلوكى مما يدل على أنه أكثر فاعلية من العلاج السلوكى فى علاج القلق، وهو مادعمته نتائج المتابعة بعد ستة شهور.

كما قام بوركوفيتش وآخرون (١٩٩١) Borkovec et. al بدراسة هدفت إلى مقارنة بين كل من العلاج غير التوجيهي، والإسترخاء، والعلاج المعرفى السلوكى فى علاج القلق العام، وضمت عينة الدراسة ٥٥ مريضاً تم تقسيمهم عشوائياً إلى أربع مجموعات إحداها ضابطة أما المجموعات الثلاث الأخرى فكانت تجريبية تلقت الأولى منها العلاج غير التوجيهي، بينما تلقت الثانية التدريب على الإسترخاء، وتلقت الثالثة برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى. وقد تلقت كل مجموعة إثنتى عشرة جلسة علاجية بواقع جلسيتن كل أسبوع. هذا وقد إنتقى الباحثون أفراد العينة ممن لا يوجد لديهم تشخيص بالإكتئاب أو الهلع أو أى متلاسل ذهانية مع عدم خضوع الفرد حالياً أو سابقاً لأى علاج نفسى. وكشفت نتائج أنه على الرغم من أن العلاج غير التوجيهي قد هباً مستويات عليا من خبرات إنعكست فى النمو الإنفعالى فإن الإسترخاء والعلاج المعرفى قد أحدثا سناً بدرجة أكثر وضوحاً فى ضوء القياس البعدى. كما أظهرت نتائج القياس تبعى أن العلاج المعرفى السلوكى يعد هو الأفضل على المدى الطويل حيث حاجبه أقل نسبة إنتكاسة قياساً بالعلاجات الأخرى. وكان من بين أهداف الدراسة أن أجراها بورنز ونولين - هوكسيما (١٩٩٢) Burns & Nolen - Hoeksema فى تمت الإشارة إليها من قبل المقارنة بين مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى العلاج المعرفى السلوكى مقترناً بالعقاقير وذلك لعلاج القلق العام،

من تلك الأشياء التي لا تخيف في العادة. ويكون الخوف المرضى عاماً غير
كما يكون خوفاً دائماً من وضع أو موضوع معين يعرف بموضوع الخوف
غير مخيف بطبيعته، ولا يستند إلى أساس واقعي أو منطقي، ولا يمكن
أو التخلص منه أو السيطرة عليه رغم المحاولات المتكررة لذلك من جانب
المرضى. ومع تكرار هذه الإستجابة فإنها تأخذ خصائص الوسواس والأفعال
المرضية. ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن إستجابة الخوف (الرهاب) هي حيلة
لاشعورية يحاول المريض أثناءها عزل القلق الناشئ عن فكرة أو موضوع
معين في حياته اليومية وتحويله إلى فكرة أو موضوع أو موقف رمزي
له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي. ولذلك يعلم المريض عدم جدوى ذلك
وعدم خطورته، ولكنه مع ذلك لا يستطيع التحكم في هذا الخوف أو
إزالة عنه. وقد يكون هذا الخوف خوفاً من الأماكن الواسعة، أو من شيء أو
محدد، أو من حيوان ما، أو موضوع يوجد بالبيئة وغير ذلك وهو ما
بالمخاوف النوعية. كما قد يكون خوفاً من مواقف إجتماعية معينة ومن
وسط الغرباء، وهو ما يعرف بالخوف الإجتماعي.

تتم إستجابة الخوف بعدد من السمات يمكن أن تتحدد في ضوءها هي:

١- لا تتناسب مع الموقف المثير لها.

٢- يمكن تفسيرها منطقياً.

٣- يستطيع الفرد التحكم فيها إرادياً.

٤- تؤدي إلى الهروب وتجنب الموقف المخيف.

٥- تنقسم إستجابة الخوف أو المخاوف المرضية إلى ثلاثة أنواع، هي:

أ- الخوف من الأماكن الواسعة (رهاب المساحة). agoraphobia

ب- الخوف الإجتماعي. Social phobia

ج- مخاوف نوعية محددة. Specific phobia

بالنسبة للخريجين وذلك في دراسته التي هدف منها إلى إجراء المقارنة بين هذه
الأساليب الثلاثة في خفض حدة القلق والمكونات الإنفعالية المصاحبة وذلك لدى
عينة ضمت تسعين مفحوصاً نصفهم من طلاب الجامعة والنصف الآخر من
الخريجين.

عليق

يعد اضطراب القلق العام من المجالات التي شهدت نجاحاً للعلاج المعرفي
سلوكي فيها. ومن أهم الفنيات العلاجية التي تم إستخدامها في تلك الدراسات
تتمثل في إجراؤها في هذا المجال المناقشة، ومراقبة الذات، والمذكرات اليومية،
التدريب على مهارات التنظيم الذاتي لتعديل السلوك، وإعادة البناء المعرفي،
التدريب على إدارة القلق، والتدريب على الإسترخاء، والتدريب التخيلي،
لتعريض ومنع الإستجابة، وجدولة النشاط والأهداف، إضافة إلى الواجبات
زلية.

أما عن النتائج التي كشفت عنها هذه الدراسات فكانت في مجملها متناقضة
بشأن حاسمة حيث كانت تتأرجح بين أفضلية العلاج المعرفي السلوكي على
العلاج بالعقاقير (Burns & Nolen - Hoeksema, 1992) إلى عدم إختلاف العلاج
معرفي السلوكي في فاعليته عن العلاج السلوكي (Borkovec & Costella, 1993;
Borkovec et. al., 1999) إلى تفوق العلاج المعرفي السلوكي على العلاج
سلوكي (Butler et. al, 1991) إلى تفوق العلاج السلوكي على العلاج المعرفي
سلوكي (Sapp, 1996)، وهو الأمر الذي يتطلب إجراء مزيد من الدراسات
تحقق من صدق النتائج.

٦- اضطرابات الرهاب (الخوف المرضي) phobic disorders

علاج الإضطراب

الرهاب هو الخوف أو الخوف المرضي أو الفوبيا phobia الذي يدرك المريض
أنه أن مخاوفه ليست عقلانية وغير معقولة أو مقبولة، ومع ذلك يظل على

الخوف من الأماكن الواسعة (رهاب المساحة) agoraphobia

يتمدد في الدليل التشخيصي سالف الذكر أن الخوف من الأماكن الواسعة لا يعد رابياً مستقلاً، وأنه يتسم بالقلق من جانب الفرد حول وجوده في أماكن أو حيث يصعب الهروب منها، أو قد لا يتاح تقديم المساعدة له فيها وذلك حال حدوث نوبة هلع غير متوقعة أو حدوث أعراض شبيهة بأعراض الهلع.

يتضمن المخاوف المرتبطة بفوبيا الأماكن الواسعة مجموعة من المواقف التي من وجود الفرد وحيداً وبعيداً عن منزله، أو وجوده وسط حشد من الناس أو في طابور، أو وجوده فوق كوبري، أو في نفق، أو سفره في أى وسيلة وسائل المواصلات العامة كالأتوبيس أو القطار أو السيارة. ولا يتعلق الخوف فقط من هذه المخاوف دون سواه وإلا أصبح ذلك من المخاوف النوعية، لا يرتبط التجنب هنا بمواقف إجتماعية معينة وإلا أصبح ذلك ضرباً من الخوف العامى. وإلى جانب ذلك فإن سلوك التجنب هذا يرتبط بتوتر أو قلق من حدوث نوبة هلع أو أعراض شبيهة بأعراض الهلع، أو يتطلب الأمر وجود أحد لقاء بصحته.

يؤيد بالذکر أن القلق أو الخوف هنا لا يرجع إلى أى مرض عقلى، أو إلى الخوف الإجتماعى، أو المخاوف النوعية، أو اضطراب الوسواس القهرى، أو ما بعد الصدمة، أو اضطراب قلق الانفصال.

المخاوف الإجتماعية (اضطراب القلق الإجتماعى) Social phobia (Social anxiety disorder)

يتمسم بالخوف من واحد أو أكثر من المواقف الإجتماعية حينما يتواجد الفرد فى الفرباء، أو عندما يكون موضع إهتمام من الآخرين. ويؤدى التعرض لمثل المواقف غالباً إلى إثارة القلق الذى قد يأخذ شكلاً يرتبط بهذا الموقف أو ذاك، يأخذ شكل نوبة الهلع. ويدرك الفرد تماماً أن مخاوفه مبالغ فيها وغير معقولة، مع ذلك يخاف من المواقف الإجتماعية ويتجنبها أو يخبر قلقاً شديداً وتوتراً

وفى حين يرتبط النوع الأول (فوبيا الأماكن الواسعة) بالخوف من مغادرة المنزل، أو التواجد وسط الزحام، أو فى الأماكن العامة، أو السفر وحيداً فى أى وسيلة من وسائل المواصلات، أو التواجد فى مكان يصعب فيه تقديم المساعدة حيث يعنى هذا النوع من المخاوف الخوف من الناس والأماكن المفتوحة كالساحات خاصة إذا كانت مليئة بالناس، إلى جانب الخوف من التجمعات، ودخول الأماكن العامة، والسفر، ولذا فهو يعد أشد إضطرابات الخوف إعاقه نظراً لأن بعض الأشخاص يظلون داخل منازلهم ولا يغادرونها. ويختلف هذا النوع من الخوف عن القلق العام فى أن القلق هنا يكون شديداً ومتركزاً حول موضوع معين يدركه المريض (إكتظاظ الناس فى المكان مثلاً) بينما لا يكون القلق فى حالة القلق العام نوبة الهلع. أما النوع الثانى من هذه المخاوف وهو المخاوف الإجتماعية فيرتبط بالخوف من أن يكون الفرد موضع إهتمام وملاحظة الآخرين، أو يتواجد وسط فرباء مما يؤدى به إلى تجنب المواقف الإجتماعية إذ يتعلق الخوف الإجتماعى بميم زائد يتعلق بالقدرات الإجتماعية للفرد، وتدور أفكاره الخاطئة حول توقع الخطر والأذى، ولذلك يكون لديه تقدير زائد لإحتمال حدوث الأذى، وما قد يحدث، وتقدير أقل لقدرته على مواجهة الموقف والآخرين، ويشتمل ذلك على قمع الرفض، والفشل، والإنزعاج. بينما يمثل النوع الثالث فى المخاوف النوعية حلقة أى البسيطة، وتقتصر على مواقف معينة ومحددة تماماً بالنسبة للفرد لأماكن المرتفعة، ورؤية الدم، والعواصف، والحيوانات، أو أى أشياء أو وضوعات معينة فى البيئة، وعادة ما يبدأ هذا النوع من المخاوف منذ مرحلة الطفولة، وتسمى المخاوف بإسم ما ترتبط به فيقال مثلاً فوبيا الحيوانات، أو للام، أو الدم، أو المرتفعات، وهكذا.

حكايات التشخيصية للإضطراب

يورد DSM - IV ثلاثة أنواع من إستجابات الخوف المرضى على النحو التالى:

ما يؤثر سلباً على روتين حياته العادي وأدائه الوظيفي المهني أو الأكاديمي، وعلى نشاطه الإجتماعية وعلاقاته على أن يستمر ذلك لدى الأفراد الذين تقل أعمارهم عن ١٨ عاماً لمدة لا تقل عن ستة أشهر بحيث لا يرجع هذا الخوف إلى أى آثار فيولوجية مباشرة للمواد التي يتعاطاها الفرد كإساءة إستخدامه للمواد أو تعاطيه للأدوية، كما لا يرجع إلى حالة طبية (صحية) عامة.

ومن ناحية أخرى لا يجب أن يرجع هذا الخوف إلى أى مرض عقلي، أو نوبة هلع مصحوبة أو غير مصحوبة بفوبيا الأماكن الواسعة، أو قلق الانفصال، أو اضطراب صورة الجسم، أو أى اضطراب نمائي، كما يجب أيضاً ألا يرجع إلى اضطراب الشخصية شبه الفصامية Schizoid.

ثالثاً: المخاوف النوعية المحددة Specific phobia

وتسم بكم مفرد من الخوف غير الواقعي الذي يثيره وجود أو توقع وجود شيء أو موقف معين كالطيران، أو الإرتفاعات، أو الحيوانات، أو أخذ حقنة، أو رؤية الدم. ويؤدي التعرض للمثير المسبب للخوف إلى إستجابة قلق مباشرة قد تأخذ شكل نوبة هلع ترتبط بذلك الموقف. وقد يحدث ذلك بالنسبة للأطفال على هيئة صراخ، أو نوبات غضب، أو التجمد، أو التثبث بالآخرين.

وبما لاشك فيه أن الفرد (الكبير وليس الطفل) يدرك أن هذا الخوف مبالغ فيه غير معقول، ومع ذلك لا بد له أن يتجنب الموقف وإلا حدثت إستجابة قلق مديدة تؤثر سلباً على روتين حياته العادي وعلى أدائه الوظيفي المهني أو الأكاديمي على أنشطته الإجتماعية وعلاقاته على أن يستمر ذلك بالنسبة للأفراد الذين يقل عمرهم عن ثمانية عشر عاماً لمدة لا تقل عن ستة أشهر.

وجدير بالذكر أن هذا القلق أو نوبة الهلع أو السلوك التجنبي الذي يرتبط بالمخاوف لا يرجع إلى مرض عقلي، أو إلى الوسواس القهرية، أو إنعصاب ما بعد صدمة، أو قلق الانفصال، أو الخوف الإجتماعي، أو اضطراب الهلع المصحوب فوبيا الأماكن الواسعة. وقد تكون هذه المخاوف من الحيوانات، أو من أشياء

بعض البيئات كالعواصف والإرتفاعات والماء مثلاً، أو من رؤية الدم، أو أخذ حقنة، أو من مواقف معينة كالكبارى والأنفاق والطيران ووسائل المواصلات على سبيل المثال. ويبدأ هذا النوع من المخاوف في مرحلة الطفولة.

سابع المعرفي السلوكي لإضطرابات الخوف المرضي

وكند نتائج العديد من الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي يحقق نتائج جيدة لعلاج المخاوف المرضية حيث يؤدي تصحيح المعارف المشوهة والتفسيرات الخاطئة التي ترتبط بمصادر التهديد إلى حدوث تحسن ملحوظ بين المرضى. فمثل هذه المعارف تستخدم المذكرات اليومية من جانب المرضى ومراقبة. ومن الفنيات التي يمكن إستخدامها لعلاج المخاوف المرضية الإشراف المضاد وخاصة مع المخاوف النوعية، والتدريب على تأكيد الذات أو السلوك الذي خاصة مع المخاوف الإجتماعية وهو ما يساعد المريض على إستعادة ثقته، والتعزيز، والتغذية الرجعية الحيوية. كما يمكن أيضاً إستخدام التدريب على مهارات الإجتماعية خاصة مع المخاوف الإجتماعية، إلى جانب إستخدام إعادة المعرفية، والتعرض ومنع الإستجابة حيث يتم تعريض المريض تخيلياً أو فعلياً لمثيرات غير خطيرة تبعث على القلق والخوف وذلك بشكل متكرر وفي ظل بيئة منظمة ومضبوطة. ومن ناحية أخرى يمكن إستخدام التدريب على إدارة الغم، والذي أثبت نجاحاً كبيراً مع كل إضطرابات القلق وإلى جانب ذلك يمكن إستخدام الغمر، أو فقد الحساسية المنظم أو التدريجي.

يعرى راتشمان (١٩٩٥) Rachman أن إستخدام نموذج التشغيل العاطفي emotional processing model يحقق نتائج جيدة للغاية في علاج القلق والوسواس. ويعتمد هذا الأسلوب على الحديث عن الخبرات الإنفعالية المكتسبة ومعايشتها مما يقلل بالتالي من حدتها وتكرارها وذلك إستناداً على تلك الخبرات التي يمكن أن تحدثها المعرفة أو المعلومات على تناول الخبرات الإنفعالية. وهذا المفهوم إلى تلك العملية التي يتم بموجبها تشرب الإضطرابات الإنفعالية

التهديد والمعارف اللاتواؤمية المرتبطة بذلك، وهو ما يجب أن يتضمنه علاج العلاجى. وبذلك يمثل هذا النموذج إطاراً يرتبط من خلاله عدد من جوانب المعرفة أو الإنفعالية أو السلوكية، ويعمل على تنظيم البيانات ويصاغ في شكل مترابط يسهل عملية الاستفادة منها، ويستخدم في ذلك عدداً من الإجراءات العلاجية في سبيل خفض حدة القلق والخوف. ومن ثم فإن هذا العلاج يكتسب أهمية كبيرة في هذا المجال.

ات تطبيقية

ميرش وآخرون (1989) Mersch et. al بمقارنة مدى فعالية إعادة تشكيل المعرفة بفعالية التدريب على المهارات الإجتماعية في علاج الخوف العاجى وذلك على عينة ضمت 74 مريضاً بالخوف الإجتماعى. وإستعان الباحثون باختبار سلوكى وإستبيان معرفى من أجل تصنيف المرضى إلى فئات؛ تتمثل شكوى الأفراد فى الفئة الأولى فى نقص المهارات الإجتماعية بحجمها 25% من حجم العينة الكلية، أما أفراد الفئة الثانية فتتمثل شكواهم بإضطرابات معرفية، وبلغ حجم هذه الفئة 25% من حجم العينة الكلية، أما الثالثة والتي بلغ حجمها 50% من حجم العينة الكلية فكانت غير مصنفة. وتسمم العينة إلى عشر مجموعات فرعية تضم كل منها ما بين 7 - 8 أفراد. ولقت المجموعات الخمس الأولى تدريباً على المهارات الإجتماعية، فى حين أن المجموعات الخمس الأخيرة العلاج العقلانى الإنفعالى. وتضمن البرنامج جلسات علاجية بمعدل جلسة واحدة أسبوعياً تستغرق ساعتين ونصف ساعة. وأشارت نتائج الدراسة إلى تكافؤ العلاج العقلانى الإنفعالى والتدريب على المهارات الإجتماعية فى علاج الخوف الإجتماعى بغض النظر عن طبيعة المرضى من حيث غلبة ردود الفعل المعرفية أو السلوكية.

يستخدم فرانسيس وأولنديك (1990) Francis & Ollendick فنية التعريض

وإنخفاضها إلى الحد الذى يمكن أن يحدث عنده أى سلوك آخر دون أن يسبب أى مشكلة للمريض. أما إذا لم يتم تشرب تلك الإضطرابات بالشكل المطلوب فتظل هناك بعض الدلائل التى تعبر عن ذلك، ومن ثم تعود الإشارات المقحمة للنشاط الإنفعالى إلى الظهور كالمخاوف والوساوس والكوابيس والهلاوس والأفكار المقحمة والتعبيرات غير الملائمة عن الإنفعالات. ويرجع التشغيل الإنفعالى الناتج إلى قدرة الفرد على التحدث عن أحداث إنفعالية معينة أو رؤيتها أو الإستماع إليها أو تذكرها دون أن يخبر الضيق النفسى أو الكرب. ومن جانب آخر يعتمد هذا المفهوم أيضاً على إثارة تحليل الخوف المتخيل حيث تعد ردود الفعل النفسية الفسيولوجية للأحداث المتخيلة هى البداية فى عملية التشغيل الإنفعالى والتعامل مع تلك الأحداث حيث تعتبر بمثابة أغراض مستهدفة خلال العلاج.

ويعتمد هذا النموذج فى تناوله للفوبيا أو غيرها من إضطرابات القلق على سلسلة من العمليات وذلك نظراً لأن الأشخاص الذين يعانون من المخاوف المرضية قد أظهروا قدراً ضئيلاً من التحسن عند إستخدام فقد الحساسية المنظم أو التدريجى بمفردها كفنية علاجية (علماً بأن هذه الفنية قد حققت نجاحاً كبيراً فى علاج المخاوف عند إستخدامها إلى جانب فنيات أخرى). ويهدف هذا النموذج إلى الموازنة بين أنماط مختلفة من الإجراءات التى تعمل على خفض حدة القلق إتماداً على التغيرات المعرفية حيث يتعامل بشكل صريح مع الخبرات الإنفعالية. ومن هذا المنطلق يتم إستخدام عدد من الإجراءات العلاجية لخفض حدة القلق والكشف عن مسبباته. ويتضمن ذلك إستخدام أربع فنيات علاجية هى فقد الحساسية المنظم، والغمر، والنمذجة، والتدريب على التعود. ويمكن من خلال تلك الفنيات التعامل مع الأنساق الثلاثة المتداخلة التى يضمها الخوف وهى النسق اللفظى، والنسق السلوكى، والنسق النفسى الفسيولوجى.

وإلى جانب ذلك هناك عوامل تساعد على نجاح التشغيل الإنفعالى ولذا يجب التركيز عليها والإستفادة منها خلال العملية العلاجية وهى التعريض، وتقليل السلوك، والتدريب المتكرر، والإسترخاء، وتصحيح التفسيرات والتأويلات الخاطئة

مدرج في علاج فتاة تبلغ السادسة عشرة من العمر وتعاني من قلق تجنب
الاجتماعية كالحفلات والمحلات. وكان التجنب مرتبطاً بالخوف من اللوم
كما ان الاعراض التي عانت منها كانت تشير إلى وجود قلق واكتئاب.
تمديد مدرج للقلق، وتصنيف المواقف من حيث شدتها فكان أقلها شدة
بإلى المحلات، في حين كان أكثرها شدة هو أخذ القمامة خارج المنزل.
نبت ذلك تضمنت الواجبات المنزلية تدريب الفتاة على كيفية مواجهة
اجتماعية مثل ركوب السيارة، والذهاب إلى السينما، والذهاب للتسوق
وفي نهاية البرنامج العلاجي إنخفض القلق بشكل دال لدى الفتاة وان
تماماً ولكنه لم يعقها عن ممارسة حياتها بشكل عادى.

لدفدت دراسة سيجمون (1991) Sigmon إلى التحقق من اثر العلاج
السلوكى فى علاج حالة طفل يبلغ من العمر ست سنوات يعانى من فوبيا
بيث توقف فجأة عن الذهاب إلى الروضة إلا إذا كان بصحبة أحد
أن كان يذهب بمفرده بانتظام ويتسم بالنشاط والحيوية وتمثل له الروضة
ة. وحينما كان يذهب أحد والديه معه إلى الروضة كان يشارك مع
ل كامل وكان يبدو سعيداً مما أربك والديه أيضاً. وبعد الجلسات
هر تجلياً أن بمقدوره أن يذهب إلى الروضة بمفرده دون أن يذهب معه
ن، وأن يشارك أقرانه بشكل كامل، كما تمت فعالية الذات لديه وانتقل
الأول الابتدائى دون حدوث أى مشاكل. إلا أنه قد تطور لديه الخوف
من الأسرة، وتم تناول هذه الحالة أيضاً من خلال العلاج المعرفى
لدى تضمن تغيير جداول التعزيز واستخدام الضبط الذاتى أو ضبط
فت النتائج عن فعالية هذا البرنامج العلاجي فى هذا الإطار حيث
من خوفه من الحرمان من الأسرة.

بعد عمر (1993) دراسة حول مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى
ربط على المهارات الاجتماعية فى تخفيف الفوبيا الاجتماعية لطلاب

ة، وتضمن البرنامج العلاجي إثنتى عشرة جلسة بواقع جلستين فى
لوع، وإستخدمت خلاله فنيات المناقشة، والتدريب على مهارات إعادة البناء
فى، والتعريض لمواقف مصطنعة من القلق الشديد فى محيط العلاج
لهمى، والواجبات المنزلية. وتضمن برنامج المهارات الاجتماعية فنيات التدريب
مهارات المحادثة، والتدريب على المهارات التوكيدية، والتدريب على مهارات
الك الاجتماعى. وأوضحت النتائج فعالية كلا البرنامجين فى خفض الفوبيا
اجتماعية لطلاب الجامعة. وهدفت الدراسة التى أجراها سامى هاشم (1997)
بيان فعالية برنامج العلاج العقلانى الإنفعالى مستخدماً فيه فنيات إعادة البناء
للى والواجبات المنزلية وذلك لعلاج الخوف الاجتماعى لدى ستة من طلاب
ة تنطبق عليهم المحكات الواردة فى DSM - III - R لتشخيص الخوف
اجتماعى، إضافة إلى حصولهم على درجات مرتفعة على مقياس الخوف
اجتماعى المستخدم. وأوضحت النتائج أن أهم الأسباب المؤدية للخوف
اجتماعى هى أساليب المعاملة الوالدية، والإرتباط الشرطى، والأفكار الخاطئة
نطقية أو اللاعقلانية عن عدم الكفاءة. كما أوضحت أن البرنامج المستخدم له
يته فى علاج الخوف الاجتماعى لدى طلاب الجامعة حيث إنخفضت المخاوف
م بصورة جوهرية بعد الجلسات، وهو ما يعكس وجود فروق دالة بين مستوى
الاجتماعى لدى الحالات قبل وبعد الجلسات لصالح التطبيق البعدى.

م
تمثل اضطرابات الخوف أو المخاوف المرضية مجالاً هاماً من تلك المجالات التى
أن يحقق فيها العلاج المعرفى السلوكى نجاحاً ملحوظاً يساعده فى ذلك تضمنه
ونات أساسية ثلاثة هى المكونات المعرفية، والوجدانية، والسلوكية لايهتم
لدها على حساب غيره من المكونات، ولكنه فى واقع الأمر يوليها جميعاً جل
لمامه وهو ما يساعد على تحقيق نتائج إيجابية فى هذا الصدد. ونظراً لحدوث
ور مستمر فى الفنيات المستخدمة لتحتوى بداخلها تلك المكونات وجدنا أن فنيات
ل التدريب على إدارة القلق، ونموذج التشغيل الإنفعالى قد حققت نجاحاً كبيراً

ما قد ترتبط بهاتين المجموعتين بعض الأعراض الأخرى كاضطرابات النوم، التركيز، ونوبات الغضب.

بعد اضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة أو اضطراب الضغوط التالية للصدمة ثم النتائج والآثار النفسية السلبية التي يمكن أن تجمع كل أشكال العصاب. الصدمة بمثابة موقف عصيب يكسر الإيقاع السوي لحياة الفرد اليومية، ويعد لها على المألوف والمتوقع. وهناك العديد من العوامل التي تعتبر مسببات لهذا طراب منها إحتلال الأرض، والإغتصاب، والزلازل، والبراكين، والحوادث سييل المثال. وجدير بالذكر أن هذه العوامل المسببة للإضطراب تتبعها آثار قد تظهر في حينها أو تظهر بعد مرور عدة شهور أو سنوات طوال، وقد تلك الآثار لفترات زمنية غير محددة. وينجم عن هذا الموقف قدر متفاوت من الذلة أو المهانة أو إحتقار الإنسان لنفسه وعدم توقيره لها. ولا يكون غالباً للذنب إقترفه، بل يكون نتيجة قسر أو قهر أو إكراه إذ لا يكون له دخل في ذلك، كما أنه لم يتمن ذلك على الإطلاق.

يجب أن يتسم هذا العنصر الضاغط أو الموقف العصيب الذي تعرض له الفرد بسبب في ظهور أعراض واضحة عليه بعدد من السمات هي:
سبب الضيق والكرب للفرد من الناحية النفسية.
سبب الضيق والغنت لكل فرد تقريباً.
يكون خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية.

لك فإن الأحداث الصدمية تتسم بأنها تمثل تهديداً خطيراً لحياة الإنسان، مثل أعضاء جسمه، وإلحاق الأذى بمن حوله، وأنها ذات آثار تحطيمية، كما تتسم أيضاً بالعنف البدني، وبرؤية الآخرين وهم يتعرضون للأذى، جانب أن هذا الحادث الصدمي يتضمن أيضاً عنصراً بدنياً عضوياً كإصابة أحد أعضاء الجسم مثلاً. وهناك العديد من الأعراض المرضية التي تصاحب هذا طراب كالقلق والهيم والكرب واليأس والأحلام المفزعة والكوابيس المتكررة أو

في هذا الإطار نظراً لما تتضمنه كل منهما من فنيات متعددة تساهم في تحقيق ذلك لنجاح مما يؤدي إلى حدوث التعديل والتغيير السلوكي، وبالتالي يصبح بمقدور الفرد أن يستعيد توافقه من جديد.

وقد كشفت نتائج الدراسات التي إستخدمت العلاج المعرفي السلوكي لعلاج لخواف المرضية عن إنخفاض حدة الأعراض المرضية لدى المرضى بعد العلاج ربما إختفائها تماماً في بعض الحالات، وهو ما يعكس فاعلية هذا الأسلوب العلاجي. وكانت أكثر الفنيات العلاجية إستخداماً في هذه الدراسات المناقشة، مراقبة الذات، والتعريض التخيلي، وإعادة البناء المعرفي، والواجبات المنزلية. إلا أنه يمكن إلى جانب ذلك إستخدام فنيات أخرى كالتحصين التدريجي، وفقد الحساسية المنظم، والغمر حيث يساهم هذا التنوع في تحقيق الفاعلية المرجوة من استخدامنا لمثل هذا الأسلوب العلاجي.

بها: اضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress disorder

بيعة الإضطراب

يعرف اضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة بأنه مجموعة من الأعراض المميزة التي تقب فشل الفرد في مواجهة متطلبات حدث مؤلم من خلال الأنماط العادية سلوك المتوافر لديه وخاصة في غياب المساندة الإجتماعية فيشعر بالعجز في اجهة الحدث. وقد تأخذ هذه الأعراض إحدى صورتين:

- إستعادة خبرة الحدث المؤلم عن طريق التخيل والأحلام أو الأفكار التي يستدعيها الفرد أو التي تقتحم عليه تفكيره.
- إنكار الحدث، وينعكس ذلك في السلوك التجنبي الذي يصدر عن الفرد والذي يشمل التقليل من الإستجابة للعالم الخارجي، والشعور بالعزلة، وعدم الإهتمام بالأنشطة، وضعف الإستجابات الوجدانية، واللجوء إلى المخدرات.

أن يمر الحدث الصدمي بخبرة الشخص مرة أخرى وبشكل مستمر وذلك عن طريق واحدة على الأقل من الطرق أو الأساليب التالية:

التذكر المستمر والمزعج للحدث الذي يقتحم تفكير الفرد، ويتضمن ذلك للصور أو الأفكار أو الإدراكات. أما بالنسبة للأطفال فيتم ذلك عن طريق اللعب التكراري الذي يتم فيه التعبير عن موضوعات الصدمة أو مختلف جوانبها.

تكرار الأحلام المزعجة عن الحادث. وبالنسبة للأطفال قد يكون هناك أحلام خيفة لا يتذكرون محتواها.

التصرف المفاجئ أو الشعور بأن الحادث الصدمي يعاود الحدوث، ويتضمن ذلك إعادة معايشة الخبرة، والخداع، والهلاوس، وفترات من إستعادة الخبرة السابقة. كما يتضمن ذلك تلك المشاعر التي تحدث حال اليقظة أو عندما يكون الفرد تحت تأثير مخدر. وقد يحدث للأطفال صدمة خاصة تتعلق بإعادة مثل ذلك الحدث.

الشعور بالضيق النفسي الشديد أو الحاد عند التعرض لإشارات أو أحداث داخلية أو خارجية ترمز إلى أو تمثل جانباً ما من ذلك الموقف الصدمي.

حدوث إنتكاسة فسيولوجية عند التعرض لإشارات أو أحداث داخلية أو خارجية ترمز إلى أو تمثل جانباً من ذلك الموقف الصدمي.

التجنب المستمر للمثيرات التي ترتبط بالصدمة والشعور بالخدر (فقد الإحساس) في الإستجابة العامة وهو ما لم يكن موجوداً قبل الصدمة، وذلك كما يتضح من توفر ثلاثة على الأقل من الجوانب التالية:

بذل جهد متعمد لتجنب الأفكار أو المشاعر أو المحادثات التي تتعلق بالصدمة.

بذل جهد متعمد لتجنب الأنشطة أو الأماكن أو الأفراد الذين يمكنهم أن يثيروا لدى الفرد ذكريات عن الصدمة.

إسترجاع للحدث أثناء اليقظة والتعايش مع الصدمة، إضافة إلى تناقص الإهتمام بالأنشطة المهمة، والسلوك التجنبي، وصعوبات النوم، وضعف الذاكرة، وصعوبة التركيز، والتهيج وإنفجارات العنف والغضب ومشاعر الذنب للبقاء على قيد الحياة، هذا إلى جانب التشوش العقلي، وحدثت صعوبات في حل المشكلات، وتشوه مفهوم الزمن.

ويختلف إنعصاب ما بعد الصدمة عن الضغط النفسي Stress في أن الحدث يكون واضحاً أو تكون المحنة واضحة في حالة إنعصاب ما بعد الصدمة لكنها تكون خارج حدود خبرات الإنسان مثل الفيضانات والحروب والكوارث والزلازل والبراكين والحرائق مثلاً، في حين تكون المثيرات في حالة الضغط النفسي داخل حدود خبرات الإنسان. وعلى الرغم من أن إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة يتدرج ضمن إضطرابات القلق وأن إستجابة الضغط في تلك الحالة تشبه إستجابة القلق من حيث ظهور أعراض فسيولوجية ونفسية، فإن إستجابة الضغط تأتي نتيجة حدوث مثير ضاغط أما إستجابة القلق فتنتج عن فشل الإنسان المتكرر في الإستجابة الملائمة للموقف الضاغط.

تشخيص الإضطراب

يشخص DSM - IV إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة في ضوء المحكات التالية:

أولاً: أن يخبر الفرد موقفاً صدمياً يتوفر فيه ما يلي:

١ - أن يكون الفرد قد خبر أو شهد أو واجه موقفاً أو مواقف تتضمن موتاً حقيقياً أو تهديداً بالموت أو إصابة بالغة أو تهديداً للتكامل الجسمي للذات أو الآخرين.

٢ - أن تتضمن إستجابة الفرد الخوف الشديد أو الحاد، والعجز، والفرع. ويعبر الأطفال عن ذلك بالسلوك غير المنظم أو الذي يتسم بالتهيج.

٣ - عدم القدرة على تذكر واسترجاع جانب مهم من الصدمة.

٤ - تناقص واضح في الميل إلى الأنشطة المهمة أو الإشتراك فيها.

٥ - الشعور بالإنسلاخ عن الآخرين أو الإنعزال عنهم أو النفور منهم.

٦ - ضيق مدى الوجدان مما ينتج عنه أن يصبح الفرد على سبيل المثال غير قادر على أن تتولد لديه مشاعر الحب.

٧ - الشعور بأن المستقبل غير رحب بالنسبة له كأن يتوقع مثلاً ألا تكون له مهنة معينة يمتنها، وأنه لن يتزوج ولن ينجب أطفالاً، أو لن يحيا حياة عادية.

رابعاً: وجود أعراض مستمرة تزيد من الإثارة والتنبه لم تكن موجودة قبل الصدمة وتتضح من عرضين على الأقل من الأعراض التالية:

١ - صعوبة الإستغراق في النوم أو البقاء نائماً.

٢ - التهيج أو انفجارات الغضب.

٣ - صعوبة التركيز.

٤ - التيقظ الزائد.

٥ - إستجابة الترويع المفاجئة المبالغ فيها.

خامساً: أن يستمر الإضطراب لمدة شهر واحد على الأقل ويؤدي إلى الكرب أو الضيق النفسى، ويحدث خللاً في أداء الفرد الوظيفى إجتماعياً أو مهنياً أو فى أى جانب آخر من جوانب الاداء الوظيفى ذات الأهمية. وتعتبر الأعراض التى تبدو على الفرد حادة إذا إستمرت لمدة تقل عن ثلاثة شهور، أما إذا إستمرت لمدة زمنية تزيد عن ذلك فتعتبر تلك الأعراض مزمنة.

هذا وقد تكون بداية الإضطراب متأخرة وذلك إذا تأخر ظهور الأعراض لمدة ستة شهور على الأقل بعد الصدمة.

٤ - المعرفى السلوكى لإضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة

من الجدير بالذكر أن التعلم الشرطى يعد هو الأسلوب الذى يلعب الدور الحاسم فى نشأة هذا الإضطراب، ومن ثم فإن العلاج السلوكى والعلاج المعرفى وهما الأكثر شيوعاً والأفضل فى نتائجهما فى هذا الميدان، وإن تفوق علاج المعرفى السلوكى نظراً لإعتماده على فنيات إنفعالية تعتمد على إستخراج أمر العميقة والتأثير عليها حتى يصبح الفرد أقل تشدداً فى حكمه على نفسه، ويصبح بإمكانه أن يتقبل الأمر برمته.

يمكن فى هذا الإطار أن يقوم الفرد بكتابة ما يشعر به من مشاعر متنوعة من الشعور بالذنب نظراً لما يكون قد قام به حتى يبقى على قيد الحياة، أفكار التى تتوارد على ذهنه. ويتم التعامل معها على أنها أفكار أوتوماتيكية على أن يتم التعامل مع كل فكرة على حدة. كذلك يجب أن يتم تدريب الفرد على السلوك التوكيدى حتى نساعد على أن يسترد ثقته بنفسه، تلك الثقة التى إفتقدها على أثر الصدمة، إلا أن هذا التدريب يجب أن يكون مصحوباً بتمهيد إجتماعية سواء من باقى أعضاء الأسرة أو من الأصدقاء أو من الهيئات المختصة فى المجتمع.

كذلك يمكننا فى هذا الإطار أن نستخدم إستراتيجيات للمواجهة كأن يتم تدريب الفرد الضحية على أسلوب حل المشكلات، وأن نعمل على التخفيف أو التخلص من الإنفعالات الحادة المترتبة على الأزمة. وهنا يمكننا أن نستخدم فنية التعريض مع الإستجابة سواء كان هذا التعريض واقعياً أم تخيلياً وذلك لمنبهات ليست خطيرة من الناحية الموضوعية ولكنها تخيفه وتثير القلق لديه. ويمكن أن يكون هذا التعريض متدرجاً، وهنا نستخدم التحصين التدريجى ضد القلق أو فقد الحساسية العظمى. كما يمكن أن يكون التعريض غير متدرج، وهو الأمر الذى يتطلب أن نستخدم أسلوب الغمر flooding وذلك بأن يستحضر الفرد فى ذهنه كل الأحداث

تلك بالخبرة الصدمية مع التركيز عليها حتى يتناقص القلق، ويتبعه إختفاء تلك
التي تقتحم عقله، كما تختفى أيضاً اضطرابات النوم.

من ناحية أخرى يمكن إستخدام التدريب على الإسترخاء على أن يكون ذلك
وبأبسط تمرينات الغمر مما يساعد الفرد على تحديد مناظر الحدث الصدمي
، ويمكنه من أن يعيشها بشكل متكرر وهو الأمر الذي يؤدي بالضرورة إلى
القلق.

ويجب أن تتضمن إستراتيجيات العلاج المعرفية السلوكية تمكين الفرد
من القيام بما يلي:

إعادة تحديد الحادث حتى يكتسب معنى متسقاً في العالم وذلك بمقارنة ذلك
بما يمكنهم أقل حظاً منه، والنظر إلى الإستفادة الممكنة من تلك الخبرة.

إعداد معنى وغرض في تلك الخبرة.

تعزيز السلوك لمساعدة الفرد على منع ذلك الحادث من أن يعاود الحدوث.

التفكير عن المساندة الإجتماعية.

إليس Ellis أن العديد من ضحايا إنعصاب ما بعد الصدمة يساعدون إلى
في شعورهم بالكرب أو الضيق النفسى من خلال إعتقاداتهم اللاعقلانية
وظيفية. وحتى يتم التخلص من مخاوفهم وقلقهم فإنه يفضل التعامل
خلال إعادة البنية المعرفية والتعريض. ويقترح نموذجاً للعلاج يعرف
بمجهز المعلومات information processing model يعمل فقط على مواجهة
المعرفية أى اللامنطقية وغير الواقعية كأن تعتقد إحدى المريضات مثلاً أن
إختصابها يرجع إلى ذلك الخطأ الذى إرتكبته والتي كان يجب عليها ألا
تعمل فى تأخرها ليلاً خارج المنزل، ولهذا فهى تافهة ولا قيمة لها (مع أن
هذا المثال له دور كبير فيما حدث، وإن لم يكن هو كل شيء حيث
يكون هناك رادع قوى يحول دون حدوث ذلك علماً بأنها قد تكون

تأخرها) وذلك بدلاً من التركيز على مجموعة اليجبات والينبغيات
«يجب وينبغى» (إن جاز ذلك) الصارمة التى تعد هى المنبع الرئيسى لتلك
التي وما يرتبط بها من مشاعر سلبية والتخلص منها. ومن ثم يجب التعامل
هذا العزو الذاتى وتحميل المسؤولية للذات فيما حدث، وبالتالي الخط من قيمة
. ويمكن أن نستعين فى هذا الصدد بفنية إعادة العزو والتدريب عليها نظراً
الحادث الصدمى يكون لادخل للفرد به حيث لم يرد أن يحدث ذلك ولم يتمنه
أو حتى لغيره. ولهذا يتم تحديد الأفكار المشوهة والعمل على تصحيحها.

والى جانب ذلك يمكن اللجوء إلى فنية التدريب على إدارة الضغوط وإدارة
. والأكثر والأهم من ذلك أن يبدأ العلاج فوراً وبأسرع ما يمكن ودون أى
يرأى نبدأ فيه بعد الموقف الصدمى مباشرة على أن يكون ذلك العلاج مختصراً
جزئياً فلا يستغرق وقتاً طويلاً.

تطبيقات

هناك العديد من الدراسات التى إتخذت من مواقف صدمية معينة خاصة
بموضوعاً لها كتلك الدراسات التى تناولت إنعصاب ما بعد الصدمة الناتج
حرب فيتنام والحرب اللبنانية والغزو العراقى للكويت، ولكنها تعتبر دراسات
فنية إهتمت فقط بتناول تلك الآثار السلبية التى خلفتها مثل هذه الحروب على
تختلفة من الأفراد فى تلك البلاد.

أما الدراسات العلاجية التى تمكن المؤلف من الحصول عليها فقد إنحصرت فيما

إستخدم فيليب صايغ (1987) Saigh فنية الغمر فى علاج ثلاثة أطفال يعانون
إنعصاب ما بعد الصدمة المرتبط بالحرب اللبنانية. وتضمن البرنامج العلاجى
مشاهد مثل سماع صوت إنفجار، والإقتراب من منطقة الإنفجار، ورؤية
إد مصابين. وكان يطلب من الطفل خلال كل مشهد أن يقوم بتقدير شدة
القلق. ثم طلب منهم بعد ذلك أن يتواجدوا فى مكان الإنفجار. وأشارت نتائج
قياس البعدى أن نسبة التحسن قد بلغت 95%.

وأجرى بوتشر وآخرون (1988) Butcher et. al دراسة على عينة من اللاجئيين استخدموا خلالها أربع إستراتيجيات علاجية تم إستخدام كل منها مع إحدى المجموعات التي تضمنتها العينة، وتمثلت تلك الإستراتيجيات فى:

١ - تدخل الأزمة.

٢ - العلاج المعرفى السلوكى.

٣ - العلاج الفردى الدينامى.

٤ - العلاج الأسرى والزواجى.

هذا وقد تم تقسيم العينة إلى تلك المجموعات بناء على السمات السيكوباتولوجية العامة لأفراد العينة والديناميات بين الشخصية التى تميزهم، ووفقاً لثقافتهم التى ينتمون إليها أيضاً. وقد أثبتت هذه الإستراتيجيات فاعليتها فى تخفيف حدة هذا الموقف الصدمى بالنسبة لهم، وكان العلاج المعرفى السلوكى هو الأفضل فى الفاعلية فى هذا الصدد.

تعليق

يمثل إستخدام العلاج المعرفى السلوكى لعلاج إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة مجالاً جديداً من تلك المجالات التى بدأ هذا الإنجاء العلاجى يسبر غورها. ومنذ أن تم وضع هذا الإضطراب على أحد المحاور التشخيصية وذلك فى دليل لتصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الثالثة (1980) DSM - III بدأ إستخدام العلاج السلوكى معه إستناداً على لإشتراط الذى تكوّن هذا الإضطراب من خلاله، ثم تطور الأمر إلى إستخدام العلاج المعرفى السلوكى للغرض ذاته. ومع ذلك فلم يعثر المؤلف على دراسات علاجية تناولته لهذا الغرض خلال التسعينيات على الرغم من المحاولات العديدة التى بذلها لذلك والتى وجد من خلالها العديد من الدراسات الوصفية التى تناولت هذا الإضطراب. وعلى الرغم من عرضنا لدراستين إثنين فقط فى هذا الجزء

تؤكدان على فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى هذا الصدد، وهو الأمر يتفق مع مكوناته العلاجية المعرفية والوجدانية والسلوكية الأمر الذى يجعله الإضطراب بقوة ثلاثية تساعده على تحقيق الفاعلية.

أما: إضطراب الوسواس القهرى Obsessive Compulsive disorder

علاج الإضطراب

يؤم الوسواس القهرى على مجموعة إفتراضات لامنتطقية، وغالباً ما يشخص إضطراب الوسواس على أنه أفكار مشوشة ومزعجة ومتحركة وتحدث مصادفة، تكون محرضة لتصبح طبيعية وحقيقية. أما السلوك القهرى فهو سلوك عنى شكل السلوك المعرفى ويؤدى فيه التابع بين الأفكار والسلوك بصاحبه إلى وبؤس وإضطراب.

تعد الوسواس بمثابة أفكار متسلطة ومتواترة، وتخيلات تبدو غير معقولة لكن مقاومتها من قبل الأشخاص الذين تسيطر عليهم. ويكون للوسواس من التكرار ما يجعله يؤثر على الوظائف العادية للفرد. أما السلوك القهرى فهو إجبارى لتكرار بعض الطقوس الحركية عدة مرات وذلك بشكل لا يتناسب مع الغرض الواضح المراد تحقيقه. وغالباً ما يخاف الفرد من تلك العواقب الوخيمة التى قد يأتى بها أداء مثل هذه الطقوس الحركية التى لا يمكنه مقاومة تكرارها، على سبيل المثال من تلك المحاولات التى يبذلها فى سبيل ذلك.

يرى أحمد عكاشة (1992) أن هذا الإضطراب يتميز بوجود وسواس على أفكار أو إندفاعات أو مخاوف، أو بوجود أعراض قهرية على هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية، أو بوجودها معاً الوسواس والأفعال القهرية. ويكون المرض على يقين بتفاهة مثل هذه الوسواس ولا معقوليتها وأنها لا تستحق منه كل الإهتمام وهو الأمر الذى يميزها عن الضلالات، كما يقوم ببذل المحاولات المتعددة فى سبيل مقاومتها وعدم الإستسلام لها، ولكن طول فترة المرض يضعف مقاومته تلك. وإلى جانب ذلك فإن المريض يشعر بسيطرة تلك الوسواس

القهرية عليه مما يسبب له الشلل الإجتماعى مع آلام نفسية وعقلية شديدة. وتتمثل أعراض اضطراب الوسواس القهرى فى وجود أفكار وسواسية تتمثل بتكرار أو صور، وإندفاعات، وإجترار أفكار، ومخاوف ليس من الشيء نفسه مما يمكن أن يترتب عليه أو ينتج عنه، إلى جانب وجود أفعال قهرية تتمثل بقوس حركية معينة، مع أفكار وأفعال قهرية مختلطة. وليس من الضرورى أعراض كثيرة لدى الفرد ليصبح مريضاً بل يكفى فى الواقع وجود عرض لتصنيفه كذلك.

من هذا المنطلق يتناول هذا الاضطراب الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية بصفة واحدة. ومع ذلك فقد توجد الوسواس بدون الأفعال، إلا أن وجود أحدهما يحتم أن يوجد معها وسواس، ويرجع ذلك إلى أنه عندما تسلط فكرة قهرية على الفرد فإنه قد يلجأ إلى أساليب معينة حتى يتمكن من خفض حدة تلك الأفكار الوسواسية عليه مرة أخرى، وبذلك تتحول الفكرة الوسواسية إلى سلوك قهرى. وعلى الرغم من أن السلوك القهرى عادة ما يهدف إلى خفض قلق فإن ذلك لا يحدث فى الغالب. ويبدو هذا واضحاً فى حالة أولئك الذين يقومون بالمراجعة القهرية للأشياء كالتأكد مرات عديدة من أنه قد أغلق باب الباب على سبيل المثال، أو الذين يقومون بطرح الأسئلة ولكنهم فى الغالب دون لها الإجابة المقنعة. ويبدو أن الحد الأقصى من الراحة يتحقق بعد الإجابة الأولى أو السؤال الأول أما المحاولات المتكررة التالية وذلك من التكرار للأشياء فصاعداً فتعمل على زيادة حدة القلق والشك وليس على خفضها مما يترتب عليه تكرار تلك الأفعال حتى يصل إلى درجة الإنهاك. وجدير بالذكر أن المراجعة Checking هذا قد يكون غير صريح أو غير واضح للعيان كأن يردد بمراجعة مدى تكامل قواه العقلية وذلك باستدعاء الذكريات السابقة من أنه لا يزال يتذكرها بشكل جيد. كذلك يتسم هؤلاء المرضى بمحاولاتهم إلى الدقة والانتقان والكمال، إلى جانب ما يتصفون به من شك فى أى

كل شيء مع أنها تكون شكوك فى غير محلها، كما أنهم يتصفون أيضاً بترحم الحى.

يرى سالكوفيسكز (Salkovskis) (١٩٨٥) فى نموذج عن الوسواس أنها عبارة عن معارف مقحمة يفسر المرضى حدوثها ومحتواها على أنها تعد دليلاً على إلتئيم عن إلحاق الأذى بأنفسهم أو بالآخرين مالم يقوموا بعمل أى شيء ليحتمل بموجبه أن يتقوها. وقد لاحظ أيضاً أن الأفكار الوسواسية تمثل ظاهرة نفسية ومن ثم فإن وجودها ليس هو الذى يحدد الاضطراب، بل إن إستجابة لتلك الأفكار هى التى تحدد ذلك. كما أن وجود إفتراضات مختلة وظيفياً محدداً هاماً لنواتج تلك الأفكار والتي تتمثل فى القلق والإنزعاج، ومن ثم وجود تلك الأفكار بمثابة مصدر إزعاج لهؤلاء الأفراد حيث تشابه مثل هذه الأفكار بدرجة كبيرة مع الأفكار الأوتوماتيكية السلبية. كما أن خفض حدة ذلك السلوك الذى تسببه تلك الأفكار والذى يحدث على أثر قيام الفرد بسلوك تحييدى أن نرجعه إلى الانخفاض المدرك للمسئولية من جانبه، ولذا يصبح من المحتمل أن يتكرر حدوث المعارف الوسواسية. ومع ذلك يبذل الفرد محاولات عديدة كى يقمع أو يتجنب تلك الأفكار، وتنال تلك المحاولات إهتماماً من جانبه. هذا وتحدد الأفكار المقحمة بدرجة كبيرة عن طريق ما يقبض عليه من إعتقادات، ولذلك تنال الإعتقادات المرتبطة بالمسئولية والتراخى أو عدم المسئولية فى نموذج سالكوفيسكز Salkovskis المعرفى السلوكى أهمية كبرى حيث أن الأفراد الذين تضمهم العينات غير الإكلينيكية يعتبرون أنفسهم مسئولين عن ما يفعلونه وليس ما يفشلون فى عمله وهو الأمر الذى لا يستطيع الأفراد الذين تضمهم العينات الإكلينيكية القيام به.

يرى جايدانو وليوتى (Guidano & Liotti) (١٩٨٣) أن هناك بنية معرفية معينة تعمل على تنظيم المعارف والمعلومات لدى مرضى الوسواس القهرى تتألف

الوساوس Obsession

وجود أفكار متكررة وبشكل دائم، كما قد يخبر الفرد إندفاعات أو صوراً في وقت ما أثناء حدوث الإضطراب على أنها مقحمة وغير ملائمة وتسبب القلق والضيق النفسى بشكل واضح.

لا تعد الأفكار أو الإندفاعات أو الصور بمثابة إنشغال مفرط من جانب الفرد بمشكلات الحياة الواقعية أو الفعلية.

يحاول الفرد أن يتجاهل أو يقمع تلك الأفكار أو الإندفاعات أو الصور أو يقوم بتحييدها أو تحييد أثرها مستخدماً فكرة معينة أخرى أو فعل معين.

يلدرك الفرد أن الأفكار الوسواسية أو الإندفاعات أو الصور تعتبر من نسج خياله وأنها ليست مفروضة عليه من الخارج كما يحدث في حالة إدخال الأفكار thought insertion والتي تعد مظهر فصامياً.

الأفعال القهرية Compulsions

حدوث أنماط سلوكية متكررة كغسيل الأيدي، والترتيب، والفحص المتكرر للأشياء، أو حدوث أفعال عقلية متكررة كالتومل، والعد، والتكرار الصامت للكلمات والتي يشعر الفرد أن عليه أداءها كاستجابة لفكرة متسلطة، أو طبقاً لقواعد ينبغي عليه أن يطبقها بحذافيرها.

يهدف الفرد من جراء قيامه بتلك الأنماط السلوكية أو الأفعال العقلية إلى تجنب حدوث الضيق النفسى أو خفض حدته أو تجنب موقف أو حدث مرعب. ومع ذلك فلا ترتبط تلك السلوكيات أو الأفعال العقلية بما ينبغي منها أن تحيّد أثره أو تقي منه.

عندما ويدرك الفرد عند مرحلة معينة فى مضمار الإضطراب أن مثل هذه الوسوس أو الإندفاعات مفرطة وغير واقعية. وجدير بالذكر أنها تسبب له الضيق النفسى، وتستهلك وقته حيث تستغرق أكثر من ساعة يومياً، أو تتعارض مع روتين

من مجموعة من الإعتقادات حول الكمال والحاجة إلى الدقة ووجود حل صحيح بشكل مطلق. وتكون هذه البنية ثابتة نسبياً، وتعد هى المسئولة عن مدى كبير من لأعراض الوسواسية. وإعتقاداً على هذه الفكرة قام وارن وزجورايدز (1991) Warren & Zgourides بتطوير نموذج للعلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى) للوساوس يستند إلى التعرف على تلك الإعتقادات وتصحيحها حيث يعمل المريض على تحديد تلك الأفكار بدقة ثم تناولها الواحدة بعد الأخرى استخدام نموذج إليس Ellis.

وهناك حقيقة هامة يجب أن نلفت الأنظار إليها وهى أن الوسواس القهرى يعتبر أحد أصعب الإضطرابات النفسية فى علاجه إذ أنه من المعلوم أن هذا اضطراب ينشأ نتيجة محاولة إحدى الدوائر الكهربائية فى المخ أن تعزل نفسها عن الدوائر التى تقوم بدورها بمقاومة مثل هذه المحاولات، وينعكس ذلك فى ناع المريض أن أفكاره تافهة ولا معقولة ومع ذلك يشعر بسيطرتها التامة عليه، و الأمر الذى يحتاج إلى التدخل الطبى.

ويرى تاليس (1995) Tallis أن من المشكلات الأساسية التى تتعلق بتطبيق علاج المعرفى السلوكى على المرضى الذين يعانون من الوسواس والأفعال القهرية الكثير منهم لا يستطيع أن يقرر أى الإعتقادات هى التى تشكل الغرض الأساسى تهدف بالعلاج أى بالتدخل المعرفى السلوكى. كما يقوم المرضى الذين يعانون إجترار الأفكار بلى عنق الحوار السقراطى لتقليل أعراضهم المرضية، ولكن لا يتحقق فى الواقع. كما أن أعراض الوسواس بالنسبة للكثير منهم لا تعدو لتكون مجرد سلسلة من الأسئلة التقييمية، كذلك فهم لا يستطيعون أن يجروا معهم سوى القليل من التجارب السلوكية.

مات التشخيص

يحدد DSM - IV أن هذا الإضطراب يتضمن إما الوسواس أو الأفعال القهرية، كلاً منهما يتحدد فى ضوء عدد من الأعراض على النحو التالى:

أدى، وتعطل أداءه الوظيفي المهني أو الأكاديمي إلى جانب أنشطته المعتادة أو علاقاته. كما أن هذا الإضطراب لا يعود إلى الآثار المباشرة لمادة ما كإساءة استخدام عقار معين، ولا تعود إلى حالة طبية.

عرقى السلوكى للوساوس والأفعال القهرية

العلاج المعرفى السلوكى للوساوس والأفعال القهرية بمكوناته المعرفية والسلوكية إلى تخفيف حدة الأعراض المرضية إلى أقصى حد ممكن. هذا العلاج من مجرد التدريب على مهارات التحكم فى الأعراض عليها كفاية فى حد ذاته إلى استخدام إستراتيجيات تعمل على فحص القائمة بالفعل وتصحيحها وتعديلها. ويتطلب الأمر استخدام أسلوب وأطى (خاصة مع المرضى الذين يعانون من إجتراح الأفكار مع ملاحظة أن يقوموا بلى عنق هذا الحوار حتى يقللوا من أعراضهم المرضية) لية تحديد لتلك الأفكار والإعتقادات من خلال المذكرات اليومية للعملاء الذات إلى جانب فنية التعليم النفسى Psychoeducation التى يتم من بام المعلومات للعملاء عن طبيعة الإضطراب وأسبابه وأعراضه وكيفية ذلك يمكن استخدام ماوراء المعرفة metacognition (مصطلح يستخدم رفة الذاتية عن العمليات المعرفية) فى هذا الصدد حيث يتم تحديد تية المختلة وظيفياً ودورها فى حدوث الضيق والألم النفسى المرتبط، ثم العمل على تعديلها.

ت الوساوس تعمل كمثيرات للقلق، وتعمل الأفعال القهرية فى خفض حدة القلق - وإن كان ذلك لا يحدث ولا تنخفض حدة راء ذلك - فإن التعزيز يلعب دوراً هاماً فى هذا الصدد. وإلى جانب ن نستخدم الإشراف المضاد للقلق، والتعريض سواء كان تخيلياً أو لمثيرات غير مؤذية تبعث على القلق لكن تحت ظروف مضبوطة مع

لحدوث الإستجابة. وتعتبر الواجبات المنزلية مجالاً خصباً للتدريب فى هذا إطار. وإلى جانب ذلك يمكن استخدام فقد الحساسية المنظم وذلك عن طريق إغاة سلم هرمى لمثيرات القلق بحسب درجة أهميتها ثم التعامل معها تدريجياً لك من الأقل إلى الأكثر إثارة للقلق، وتدريب الفرد على الإمترخاء حتى ث التغير المعرفى المطلوب. ونظراً لأن مرضى الوساوس القهرية يدركون أن رهم وإعتقاداتهم لاعقلانية فيمكن استخدام نموذج إليس Ellis المسمى ABC وذلك لتعديل تلك الأفكار والإعتقادات وتصحيحها، ومن ثم تعديل المعرفية.

ومن الأساليب والفنيات الفعالة أيضاً فى هذا المجال إجراء وقف الأفكار، رف أو تشتيت الإنتباه. وإلى جانب ذلك فقد قدم فان أوبن وأرنتز (1993) van Oppen & Arntz تكتيكاً يعتمد على قيام المريض بتقدير احتمال ث كل فكرة أو إعتقاد أو حدث، ثم يقوم بمساعدة المعالج بمقارنتها بإحتمال وثها فى الواقع مما يؤدي إلى خفض حدة المأساة التى يخشاها المريض. كما أيضاً استخدام إجراء خفض أو تقليل الشك عن طريق استخدام مثيرات حية متميزة كما فعل تاليس (1993) Tallis. ومن الإمبراتيبيات الأخرى التى ب دوراً هاماً فى هذا الإطار التدريب على السلوك التوكيدى وذلك لإستعادة المريض بنفسه ومساعدته على حل المشكلات التى تواجهه، إلى جانب خدام إستراتيجيات التنظيم الذاتى كالقمع خاصة مع الأفكار المشوهة. وجدير كر أن مثل هذه الإمبراتيبيات تعمل على إمتداد أثر البرنامج على المدى ريل حيث تساعد المرضى على مواجهة المشكلات التى قد تصادفهم بعد إنتهاء أامج العلاجى وحلها.

ومن الإستراتيجيات الأخرى ذات الأهمية التى يمكن إستخدامها التدريب على ة القلق، ونموذج التشغيل الإنفعالى والذين سبق تناولهما من قبل. وإذا كانت بنية معرفية جوهرية تعمل على تنظيم المعارف والمعلومات لدى مرضى وساوس القهرى تتألف من مجموعة من الإعتقادات حول الكمال والحاجة إلى

قياس بادوا The Padua Inventory من إعداد سانافيو (١٩٨٨) Sanavio
يتألف من ستين عبارة على مقياس متدرج من صفر إلى أربع نقاط لتوضيح
درجة الإضطراب.

قياس بيل - براون للوسواس القهري The Yale - Brown Obsessive Compul-
sive Scale الذى أعده جودمان وآخرون (١٩٨٩) Goodman et. al لتحديد عدد
أعراض الوسواسية ومدى حدتها وذلك على مقياس متدرج من صفر إلى أربع
نقاط، ويتألف من عشر عبارات تتعلق العبارة الخمس الأولى منها بالوسواس
العبارات الخمس الثانية بالأفعال القهرية. كما يعطى درجة إضافية لمدى مقاومة
ريض لها.

قياس الأفكار المقحمة The Intrusive Thoughts Questionnaire من إعداد
واردز وديكرسون (١٩٨٧) Edwards & Dickerson ويضم ٢٢ عبارة.

قياس الإعتقادات المرتبطة بالوسواس The Inventory of beliefs related to
obsession الذى أعده فريسون وآخرون (١٩٩٣) Freenon et. al ويتألف من
عشرين عبارة على مقياس متدرج من ست نقاط تتراوح بين «أعتقد بشدة فى
صحة هذه العبارة» إلى «أعتقد بشدة فى خطأ هذه العبارة».

قائمة الأفكار الوسواسية The obsessive Thoughts Checklist من إعداد بوفارد
تخرين (١٩٩٠) Bouvard et. al وتضم ٢٨ عبارة على مقياس متدرج من صفر
إلى أربع نقاط وذلك لبيان مدى حدتها.

اسات تطبيقية

أجرى إميلكامب وآخرون (١٩٨٨) Emmelkamp et. al دراسة على ثمانية
مرضى يعانون من الإضطراب القهرى الوسواسى، وقارنوا بين أسلوب
العلاج العقلانى الإنفعالى الذى يعتمد على تغيير الأفكار اللاعقلانية وبين العلاج

الدقة ووجود حل صحيح بشكل مطلق، فإنه يمكن تعديل تلك البنية باستخدام
واحدة من الإستراتيجيتين التاليتين:

١ - إستخدام الأسلوب الذى قدمه وارين وزجورايدز (١٩٩١) Warren &
Zgourides والذى يعتمد على تحديد الإعتقادات المشوهة وتصحيحها من
خلال التعامل معها الواحدة تلو الأخرى فى ضوء إتجاه إليس Ellis. ومن هذه
الإعتقادات:

- يجب أن أتخذ القرار الصحيح.
- يجب أن أكون دقيقاً بدرجة تصل إلى الكمال فى تحديد مسئوليتى نحو إلخاق
الأذى بأى فرد.

- يجب ألا أعتقد فى أى أفكار غير مقبولة أو أقوم بإندفاعات تتعلق بها.

٢ - إستخدام النموذج الذى قدمه يونج (١٩٩٠) Young والمعروف بالعلاج
المعرفى السلوكى المتمركز حول البنية المعرفية والذى تم تناوله من قبل.

هذا ويمكن إستخدام بعض المقاييس النفسية فى هذا الصدد، ومن أمثلة تلك
المقاييس ما يلى:

- مقياس لايتون للوسواس The Leyton Obsessional Inventory الذى أعده كوبر
Cooper (١٩٧٠) وهو عبارة عن تقرير ذاتى يتألف من ٦٩ عبارة ويقس مدي
كبير من السمات والأعراض الوسواسية، ويعطى درجات إضافية لمقاومة الفرد
لها، ومدى مضايقتها له.

مقياس مودسلى للوسواس القهري The Maudsley Obsessional Compulsive
Inventory الذى أعده هودجسون وراثشمان (١٩٧٧) Hodgson & Rachman
وهو عبارة عن إستبيان للتقدير الذاتى يتألف من ثلاثين عبارة ويميز بين مرضى
الوسواس القهري وغيره من إضطرابات القلق. ويعتمد فى تطبيقه على تحديد ما
إذا كانت العبارة صحيحة أم خاطئة.

سلوكى باستخدام التعريض ومنع الإستجابة. وإستغرق البرنامج العلاجي إثني عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً. وتم تقسيم المرضى إلى مجموعتين تساويتين فى العدد طبق على كل منهما أحد الأسلوبين المستخدمين. وأوضحت نتائج حدوث تحسن دال لكلا المجموعتين. كما دلت التقارير الذاتية على حدوث تحسن للمرضى من القلق والإكتئاب المصاحبين مع حدوث قدر أكبر من التحسن لنسبة للإكتئاب وذلك للمجموعة التى تلقت العلاج العقلانى الإنفعالى. وأجرى يلكامب وبيترز (1991) Emmelkamp & Beens دراسة على 24 مريضاً تم سيمهم إلى مجموعتين؛ ضمت الأولى أحد عشر مريضاً وطبق عليها أسلوب علاج العقلانى الإنفعالى، فى حين ضمت المجموعة الثانية عشرة مريضاً وطبق عليها إجراء التعريض ومنع الإستجابة، وبعد ستة أسابيع (ست جلسات) أوضحت نتائج حدوث تحسن دال لكلا المجموعتين بالنسبة لأعراض الوسواس والأفكار اللاعقلانية والقلق المصاحب مع عدم وجود فروق دالة بينهما. وبعد إنتظار أربعة أسابيع تم إضافة التعريض ومنع الإستجابة إلى العلاج العقلانى الإنفعالى فى ثوب واحد تم تطبيقه لمدة ستة أسابيع على أفراد المجموعتين، وأوضحت النتائج حدوث تحسن دال لدى أفراد المجموعتين مع عدم وجود فروق دالة بينهما. كما سحت نتائج المتابعة بعد ستة شهور من إنتهاء البرنامج عدم وجود فروق دالة بين مجموعتين فى معدل التحسن حيث كان لايزال هناك تحسن مستمر لهم.

ودرس تاليس (1993) Tallis ثلاث حالات تعاني من المراجعة المستمرة بواب والأفكار مستخدماً إجراء خفض أو تقليل الشك والذى إستخدم فيه ات صناعية متميزة، فكان يعطى للمرضى بطاقات ملونة لأشكال هندسية لفة. وعلى الرغم من أن كل شكل هندسى (الدوائر مثلاً) يحمل نفس اللون أخضر مثلاً) فإنه يتضمن مجموعة من نفس الشكل تختلف فى الحجم لتمثل لاً متدرجاً (دوائر خضراء كبيرة جداً XL - كبيرة L - متوسطة M - صغيرة S -

ثيرة جداً VS). وكان يطلب من المرضى أن يربطوا ذهنياً أنماط السلوك بهدف (فقل الأبواب على سبيل المثال) بالأشكال الكبيرة L أولاً ثم يستخدموا كمال الأصغر بعد ذلك. وبالتالي يتم خفض أى شك ينتج عن طريق تكوين رة عقلية للشكل المتميز الذى يتم إستخدامه فى ذلك الوقت. وقد أدى هذا نفس المتدرج للشك من خلال تغيير حجم المثير إلى زيادة إحتتمالات التحسن بعد البرنامج، فقل لدى الحالات الثلاث سلوك المراجعة المستمرة للأبواب فقال وذلك بدرجة كبيرة خلال فترة المتابعة التى إستمرت لمدة عام، وإختفى السلوك تماماً لدى حالة واحدة من هذه الحالات. وقد أرجع تاليس Tallis إلى هذا الأسلوب إلى زيادة ثقة الفرد فى الذاكرة والتى تتوسط تكوين الصورة

وأجرى فان أوبن (1994) van Oppen دراسة على 57 مريضاً يعانون من وسواس قسمهم إلى مجموعتين مستخدماً العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى مع مجموعة الأولى (ن = 28) والعلاج السلوكى باستخدام إجراء التعريض ومنع إستجابة مع المجموعة الثانية (ن = 29). وتراوح أعمار أفراد العينة بين 18 - سنة وتمت المجانسة بينهم فى متغيرات الجنس والسن والحالة الإجتماعية مستوى التعليم ومدة المعاناة من المرض، حيث كانوا يعانون جميعاً من وسواس حال قهرية مع مدة معاناة من المرض لا تقل عن سنة بحد أدنى، ولا يعانون من اضطراب عقلى عضوى أو تخلف عقلى أو اضطراب ذهانى، ولم يتلقوا أى علاج سلوكى أو معرفى سلوكى خلال الشهور الستة السابقة للدراسة، كما لم يستخدموا أى مضادات للإكتئاب خلال نفس الفترة. وتضمن البرنامج العلاجي كلا المجموعتين ست عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً تم تسجيلها جميعاً على شرائط فيديو. وتم إستخدام مقياس للقلق، وقائمة أعراض الوسواس، مقياس الأفكار اللاعقلانية تم تطبيقها قبل وبعد البرنامج. وأوضحت نتائج دراسة حدوث تحسن دال لكلا المجموعتين على كل المقاييس باستثناء قائمة أعراض الوسواس ومقياس الأفكار اللاعقلانية بالنسبة للمجموعة التى تلقت

ج السلوكى، وهو ما يؤكد أن العلاج المعرفى السلوكى أكثر فاعلية من العلاج كى فى علاج الوسوس والأفعال القهرية.

قام محمد سعفران (١٩٩٦) بإجراء دراسة عن فعالية برنامج علاجى يتكون عادة البناء المعرفى والواجبات المنزلية والتغذية الرجعية فى علاج الوسوس أفعال القهرية على حالة واحدة لمريض فى السادسة والعشرين من عمره يعانى سيطرة الأفكار والأفعال القهرية التى تظهر فى طقوس الإغتال والإنشغال ك فى إتمام الصلاة على الوجه الصحيح، ومراجعة الأبواب والأقفال، ك فى دقة وصحة معاملاته مع الآخرين. وتم استخدام إستراتيجيات كية تشخيصية تقوم على المقابلة الشخصية، ومقياس السيكاثينيا (من إختبار صية المتعدد الأوجه)، وإختبار ساكس لتكملة الجمل الناقصة، إلى جانب تفهم الموضوع. كما استخدام إستراتيجيات علاجية تستهدف تعديل البنية بية للمريض من خلال ثمانى عشرة جلسة علاجية بواقع جلستين أسبوعياً بدم فيها فنيات الإستبصار، وربط المعرفة بالإنفعال، وربط الماضى بالحاضر، ك التفكير، وإيقاف الأفكار، والواجبات المنزلية، والتغذية الرجعية لتدريب ك على إدراك العلاقة بين أفكاره وأفعاله القهرية. وكشفت نتائج الدراسة نيكية عن إرتفاع درجة السيكاثينيا، ووجود قلق يتعلق بالأب، وإضطراب ات الأسرية، وكذا إضطراب الإتجاه نحو المرأة، وكثرة المخاوف تجاه الآخرين المستقبل وتجاه قدراته الذاتية. كما كشفت النتائج فى المستوى الأعمق عن التفكير التجريدى والتأملى وكثرة التشكك والتردد وطرح الإحتمالات راب العلاقة بالأم، وكثرة استخدام ميكانيزمات العزل والكبت والخوف من ب، وتوقع الفشل والشر والكوارث، والإنشغال فى الفكر وظهور الأفكار مية. أما عن نتائج البرنامج العلاجى فقد كشفت نتائج القياس البعدى ير الذاتى للحالة أن البرنامج العلاجى كان له فعالية خاصة على مستوى الأفعال القهرية، وعلى مستوى البناء المعرفى المرتبط بالوسوس والأفعال . كما كشفت نتائج المتابعة العلاجية التى تمت بعد إنتهاء البرنامج على

حلتين بفاصل زمنى قدره ستة شهور من خلال التقرير الذاتى للمريض أنه كمل بنجاح مع أعراضه المرضية عن طريق مهاجمتها، كما أنه أصبح متفهما ك الأسباب التى كانت تقف وراء أعراضه مما يدل على عدم إنتكاس المريض. لما يؤكد فعالية البرنامج العلاجى فى تعديل الأفكار والأفعال الوسوسية.

في

بنظرة عامة على الدراسات التى قامت على علاج الوسوس والأفعال القهرية كح أن دراسات إميلكامب وآخرين (١٩٨٨) Emmelkamp et. al وإميلكامب كتز (١٩٩١) Emmelkamp & Beens وفان أوبن (١٩٩٤) van Oppen قد كخدمت العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى والعلاج السلوكى متمثلاً فى إجراء كريض ومنع الإستجابة. وفى حين أوضحت نتائج هذه الدراسات عدم وجود كى دالة بين هذين الأسلوبين العلاجيين أوضحت نتائج دراسة فان أوبن van Oppen تفوق العلاج المعرفى السلوكى على العلاج السلوكى فى هذا الصدد. ومن كية أخرى استخدم تاليس (١٩٩٣) Tallis إجراء خفض أو تقليل الشك والذى ك على استخدام مثيرات صناعية متميزة تتدرج فى الحجم مما يؤدي إلى إثارة ككرة لتقوم بدور فاعل فى تكوين الصور العقلية. وإستخدم سعفران (١٩٩٦) كدرسته فنيات المناقشة، وإعادة البناء المعرفى، وصرف التفكير، ووقف ككار، والواجبات المنزلية، والتغذية الرجعية. وتؤكد نتائج هذه الدراسات فى كملها فاعلية العلاج المعرفى السلوكى لعلاج الوسوس والأفعال القهرية حيث كفت عن إنخفاض حدة الأعراض المرضية لدى المرضى بعد العلاج وربما إختفائها كماً فى بعض الحالات. وجدير بالذكر أن فاعلية هذا الأسلوب العلاجى قد ترجع ك ما يضمنه من إستراتيجيات متنوعة يتعامل من خلالها مع الأفكار والمشاعر كالأفعال، إلى جانب إستراتيجيات المواجهة التى تساعد المريض فى التصدى لما قد كادفه من مشكلات بعد إنتهاء البرنامج العلاجى.



الإعلام التزمنية

طبيعة الآلام المزمنة وتشخيصها Chronic Pains

شهدت السنوات القليلة الماضية زيادة كبيرة في كم الآلام المزمنة وأعداد المرضى الذين يعانون من مثل هذه الآلام. وربما يرجع ذلك إلى التعمد الحفصاري والتناقض والتغيرات السريعة التي شهدتها المجتمعات في تلك الأونة مع تزايد كثير من القيم وتبدل بعضها الآخر في كثير من الأحيان حيث إختفت قيم كانت سائدة، وظهرت قيم أخرى لم يكن لها وجود من قبل، وتبدلت قيم ثالثة وتحوّرت عما كانت عليه في سالف عهدها للدرجة ربما تكون قد أوصلت بعضها إلى النقيض عما كانت عليه سابقاً، فظهرت النفعية والأناطالية، وارتدى النفاق ثوب المجاملة، وازداد الزيف، وانتشرت الرشوة والفساد والمحسورية وغيرها. وفي ظل هذه الظروف إستطاع البعض بطبيعة الحال أن يسائر تلك القيم وأن يكيف نفسه وفقاً لها، في حين لم يستطع البعض الآخر أن يفعل من ذلك شيئاً فبذت على البعض منهم أشكال من الاضطرابات والآلام الجسمية التي لم يعهد مثلها من قبل، وتكررت معهم بشكل أصبح مزمناً ويفطرهم للذهاب إلى العديد من الأطباء وإجراء العديد من الفحوص الطبية والأشعة المختلفة.

ويرى البعض أن هذه الآلام المزمنة التي لا ترجع إلى سبب عضوى واضح تغير بمثابة أعراض مستيرية قد يكون اللدافع من ورائها هو الحصول على منفعة خاصة، أو جلب الاهتمام، أو الهروب من موقف خطير، أو تركيز الاهتمام على الفرد كحماية له من الإجهاد الشديد. ويكون الأفراد الذين يعانون من مثل هذه الآلام أكثر عرضة للإيحاء من غيرهم، ومن ثم يتأثرون بالأحداث اليومية والأخبار الشيرة بشكل سريع، ويتفاعلون مع هذه المؤثرات بنفس السرعة، ويهتمون كثيراً بها

يقتنع عن تناول تلك العقاقير قبل بداية برنامج العلاج النفسى بوقت كاف
لديه البعض بثلاثة شهور.

عن المحكات التشخيصية التى يتم فى ضوءها تشخيص مثل هذه الآلام
المزمنة فإن DSM - IV يحدد عدداً من المحكات اللازمة لتشخيص تلك
بمؤدك على النحو التالى:

حدوث ألم فى جزء من أجزاء الجسم يمثل المحور الأساسى للتركيز فى
تشخيص الإكلينيكي، وأن يكون ذلك الألم من الشدة والحدة بما يكفى
لجلب الإهتمام إكلينيكياً.

أن يسبب هذا الألم قدراً كبيراً من الكرب له دلالاته ومغزاه من الناحية
كلينيكية، أو يسبب خللاً فى أداء الفرد الوظيفى الإجتماعى أو المهنى أو
بعض من مجالات الأداء الوظيفى ذات الأهمية.

تلعب العوامل النفسية الدور الهام والرئيسى فى حدوث تلك الآلام، وفى
بعضها، وتفاقمها، أو فى بقاء ذلك الألم وإستمراره.

لا يظهر هذا الألم أو ذلك العرض عن قصد من جانب المريض، ولا يدعى
بعض حدوثه متعمداً أو يتصنع ذلك كما هو الحال فى إضطراب
كالف *Factitious disorder* أو التمارض *malingering*.

لا يرجع هذا الألم إلى أى إضطراب وجدانى كالإكتئاب أو الهوس،
لا يرجع إلى القلق، كما لا يرجع إلى أى إضطراب ذهاني آخر، ولا تنطبق
عليه المحكات الخاصة بأى من هذه الإضطرابات -

يكون هذا الألم إما حاداً أو مزمناً. والآلام الحادة هى تلك الآلام التى
استمر لدى المريض لمدة لاتصل إلى ستة شهور، بينما تكون الآلام مزمنة إذا
استمرت لدى المريض لمدة ستة شهور فأكثر.

يقال من حولهم. بينما يرى البعض الآخر أنه لا تكون كل تلك الآلام هستيرية إذ
أنها قد ترجع إلى مرور الفرد بأزمة وجدانية أو إجتماعية أو إقتصادية على سبيل
المثال. ويتضح ذلك من عدم وجود أى علامات عضوية عند إجراء الكشف الطبى
على المريض.

ومن هذا المنطلق يحرص الباحثون عند إجراء الدراسات حول هذا الموضوع
على أن يتم إختيار أفراد العينات التى يجرون عليها تلك الدراسات بشكل دقيق
يتطلب أن يتم هذا الإختيار فى ضوء عدد من الأسس والمعايير التى تضمن عدم
وجود أساس عضوى يمكن أن ترجع إليه مثل هذه الآلام، وذلك على النحو
التالى:

1 - عدم وجود سبب عضوى واضح عند إجراء الكشف الطبى على المريض ترجع
إليه مثل هذه الآلام أو يكون هو السبب فى حدوثها وتكرارها.

2 - عدم وجود إضطراب سيكاترى أو مشكلات ذات أساس عصبى تستوجب
حدوث تلك الآلام بالشكل الذى تكون عليه.

3 - الشعور بنوع واحد من هذه الآلام، مع الوضع فى الإعتبار أنه قد يوجد
أحياناً تلازم مرضى بين نوعين منها.

4 - تكرار حدوث الألم للفرد لمدة ثلاثة أيام فى الأسبوع على الأقل ولمدة لاتقل
عن سنة واحدة بأى حال من الأحوال على أن يكون هذا الألم متكرراً أى
يظهر فى حالة نوبات يزداد أحياناً ويقل أحياناً أخرى يتخللها فترات قد يشعر
فيها المريض وكأن نوعاً من التحسن قد طرأ عليه.

5 - تشخيص طبى من جانب أحد الأطباء المتخصصين يفيد بوجود ذلك الألم
ويحدده.

6 - تقرير من أحد الأخصائين النفسيين يفيد بتكرار هذا الألم.
7 - إستمرار المريض فى تعاطى العقاقير المضادة خلال فترة الألم، ولذا يشترط

لا يزال استخدام أساليب العلاج النفسى وخاصة العلاج المعرفى السلوكى لعلاج الآلام المزمنة فى مراحلها الأولى حيث كان يقتصر على علاجها من قبل باستخدام العقاقير والتي حققت نتائج إيجابية وفعالة فى هذا الصدد. وبدأ استخدام العلاج النفسى فى علاج مثل هذه الآلام بالتدريب على الإسترخاء، ثم أضيف إليه بعد ذلك التغذية الرجعية الحيوية biofeed back وكانت نتائجها فعالة إلى حد كبير لكنها كانت مرهقة للمعالج، فبدأ العديد من الباحثين مؤخراً فى التركيز على تلك الأساليب التى يمكن إستخدامها لتعزيز فاعلية التدريب على الإسترخاء، ووجدوا أنه يمكن تعزيز هذا الأسلوب باستخدام العلاج المعرفى السلوكى بقصد التخلص من الشد العصبي المصاحب، إلى جانب أنه يمكن أن يتم جزء من التدريب من جانب العميل (وليس المعالج) فى المنزل على هيئة واجبات منزلية والتي يمكن أن تستخدم العميل لإنجازها كتيبات خاصة أو شرائط تسجيل لإرشاده فى تعلم وتنفيذ تمارين الإسترخاء ومهارات المواجهة المعرفية، وبالتالي يقلل من زيارات المريض لطبيب أو المعالج ومراجعته، وهو الأمر الذى يعتبر ميزة كبيرة فى هذا الإتجاه.

وقد أكدت نتائج الدراسات التى إستخدمت العلاج المعرفى السلوكى أو أسلوب تدريب على الإسترخاء مضافاً إليه التغذية الرجعية الحيوية أن هذه الأساليب تعد أساليب فعالة فى علاج الآلام المزمنة المختلفة، ولكن يؤخذ على العديد من هذه الدراسات أنها لم تتناول الجوانب الثلاثة التى يعتقد أنها تتصل بمثل هذه الآلام، وهى الجانب اللفظى الذى يمثل الشق الذاتى فى هذه الآلام، والجانب الحركى الذى يمثل الشق السلوكى فيها، والجانب الفسيولوجى الذى يمثل شقها العضوى. كما أن عدد الدراسات التى تناولت أساليب العلاج النفسى فى علاج مثل هذه الآلام المزمنة لا يزال قليلاً مما يجعلنا نحتاج إلى أن نتأكد من مدى فاعلية مثل هذه الأساليب المتبعة فى العلاج النفسى فى هذا الصدد.

حقيقة الأمر يعتمد استخدام أساليب العلاج النفسى لعلاج مثل هذه الآلام ويرتبط بتلك الآلام من نتائج يحصل عليها المريض كالحصول على تعاطف من معه، وجلب إهتمامهم به، وتجنب قيامه بالأنشطة غير المفضلة له خاصة فى لا يزال صغيراً فى السن، وجميعها تعمل كعمزازات لسلوك الألم. وبالتالي العديد من الباحثين أنه يمكن تدريب المرضى على مهارات التنظيم أو الضبط للسلوك مثل التدريب على الإسترخاء، وأساليب المواجهة المعرفية، والتعليم، وصرف الإنتباه، وإعادة البناء المعرفى، والتخيل الإيجابى، والتدريب على المشكلات، وهو ما يزيد من قدرة المريض على التحكم فى الألم أو السيطرة

عليه. ونحن نرى أنه يمكننا فى هذا الإطار أن نستفيد من نموذج التشغيل الإنفعالى لعمه من فنيات لفقد الحساسية المنظم، والغمر، والتدريب على التعود، وما من التعريض ومنع الإستجابة سواء كان ذلك التعريض تخيلياً أو واقعياً من مشيرات غير مؤذية يتم اللجوء إليها فى ظل ظروف مضبوطة وتحت إشراف من المعالج.

ومن ناحية أخرى إذا كانت نتائج الدراسات التى أجريت فى هذا الميدان لا تزال تؤكد أن العلاج الطبى يعد هو الأكثر فاعلية، فإنه يمكن القول هنا أن بإمكاننا أن نأخذ إلى الإتجاه التكاملى فى العلاج النفسى وهو الأمر الذى يطالب به الكثيرون الذى يرى أن بإمكاننا أن نستخدم أكثر من أسلوب علاجي واحد فى ذات الوقت، وهو ما يدعونا إلى استخدام العلاج بالعقاقير جنباً إلى جنب مع العلاج المعرفى السلوكى مما قد يضيف إلى فاعليته.

كذلك تؤكد نتائج الدراسات أن آثار العلاج أو الأسلوب العلاجي المستخدم تكون واضحة خلال الدراسة التبعية، وهذا يؤكد على ضرورة أن يتضمن البرنامج العلاجي فترة متابعة يتم خلالها تقييم أثر ذلك الأسلوب العلاجي المستخدم على المريض المزمّن. ونظراً لأن التدريب على مهارات الإسترخاء خلال البرنامج يرتبط

كيف يتم استخدام العلاج المعرفى السلوكى معه وذلك من خلال ما تم
وه فى هذا المجال من دراسات، وهو الأمر الذى يمكن أن يفيد كثيراً عند
دراسات مستقبلية فى هذا الميدان.

آلام الجهاز العظمى والهيكل العظمى

الهيكل العظمى لجسم الإنسان من جزئين أساسيين؛ أولهما هو الهيكل
الذى ويضم الجمجمة والعمود الفقرى والقفص الصدرى، أما الثانى فهو
الطرفى ويضم الطرفين العلويين والطرفين السفليين. ويساعد هذا الهيكل
حركة الجسم عن طريق المفاصل والعضلات. وتتمثل أكثر الآلام المرتبطة بهذا
شيوفاً فى آلام الظهر أو العمود الفقرى وآلام الفكين.

قد راعت الدراسات التى تم إجراؤها فى هذا الصدد القيام بتقييم طبي
نفسى، ثم تقييم المستويات الثلاثة للسلوك المرتبط بالألم، ثم تطبيق برنامج
العلاج النفسى وذلك على النحو التالى:

التقييم الطبى:

يضمن التقييم الطبى للآلام المزمنة وخاصة ما يتعلق منها بالعظام وآلام الظهر
Chronic back pain تقيماً لتلك العظام يعتمد على النماذج الباثولوجية التى
رودى وآخرون (1990) Rudy et. al. ويتضمن هذا التقييم حركة العمود
الفقرى، والأشعة السينية X rays، والأشعة المقطعية CAT Scans على الجزء الذى
المريض أنه هو الذى يسبب الألم، ومقاييس الشد العصبى وطريقة المشى،
وجه القصور فى الحركة، والمشكلات العصبية. وبالنسبة لمرضى الآلام المزمنة فى
Chronic temporomandibular pain يتضمن التقييم تفحص موضع الألم
فحص العضلات، والأشعة السينية والمقطعية، وفحص الأسنان.

بشكل دال بتلك النتائج التى يتم الحصول عليها بعد فترة متابعة تستمر ستة أشهر
بعد إنتهاء البرنامج العلاجى، فمن المحتمل أن يكون قصر مدة البرنامج العلاجى
نوفاً ما له فاعليته وأثره الواضح من خلال الممارسة المستمرة لمثل هذه التدريبات.

ومن الجدير بالذكر أنه يمكن التنبؤ بنتائج العلاج المعرفى السلوكى من خلال
تلك المتغيرات المعرفية المتضمنة، وهو ما يؤكد على أهمية تقييم المستويات الثلاثة
للسلوك المرتبط بالألم، وهذا ما يتفوق به العلاج المعرفى السلوكى على سواه من
العلاجات النفسية الأخرى حيث يعتمد بشكل أساسى على تقييم تلك المكونات
المعرفية والوجدانية والسلوكية للإضطراب، ويتعامل معها بما يضمنه من فنيات
متعددة ومتنوعة. وإلى جانب ذلك يجب التركيز أيضاً على الأعراض المرتبطة
بالألم وعلى الميكانيزمات الفسيولوجية المولدة للألم والمسببة له، وهو ما يمكن أن
يؤدى إلى تحقيق نتائج جيدة فى هذا الصدد. أما المتغيرات الطيبة على الجانب
الأخر فإن نتائج الدراسات التى تناولتها قد أكدت على أن لها قدرة تنبؤية بسيطة
بالنتائج التى يتم التوصل إليها. وربما يرجع ذلك إلى اللجوء إلى محكات معينة يتم
فى ضوءها إستبعاد بعض المرضى من عينات الدراسة وهم أولئك الذين ترجع تلك
الآلام لديهم إلى أسباب عضوية.

وعلاوة على ذلك فإنه لا توجد سوى دراسات قليلة فقط تم من خلالها إجراء
المقارنة بين فعالية أساليب مختلفة للعلاج النفسى فى هذا الصدد. وعلى ذلك فإن
الفاعلية الفارقة للأتمات المختلفة من هذه العلاجات وذلك لمختلف الآلام المزمنة
لا تزال فى حاجة إلى تحديد دقيق لها، ولن يتأتى ذلك إلا من خلال إجراء المزيد
من الدراسات وهو الأمر الذى يجب أن نوليه مزيداً من الإهتمام خلال السنوات
لقليلة القادمة.

نماذج للآلام المزمنة وكيفية استخدام العلاج المعرفى السلوكى لعلاجها

سوف نعرض خلال هذا الجزء لثلاثة نماذج مختلفة للآلام المزمنة هى آلام الجهاز
عظمى والهيكلى، والصداع المزمن، وآلام البطن غير المحددة ونوضح مع كل

أ- المستوى اللفظي (الشق الذاتى):

ويتضمن مقابلة للتقييم الشامل للألم، ومقياس وست هافين - بيل للألم متعدد الأبعاد West Haven - Yale Multidimensional pain Inventory ومقياس بيك للإكتئاب، وتقارير ذاتية عن الألم، ومقياس السيطرة على الألم، ومذكرات يومية للمريض عن الألم. وإلى جانب ذلك يتم تقييم للألم والضغط والحالة الإنفعالية للمريض، ومدى تعاطيه للعلاج الطبي وذلك على مدى أسبوعين قبل بداية برنامج العلاج النفسى، وخلال مضمار هذا العلاج، وبعد أسبوع من نهاية البرنامج العلاجى. يلى ذلك متابعة للمرة الأولى وذلك بعد ستة شهور من إنتهاء العلاج، ثم للمرة الثانية وذلك بعد ثمانية عشر شهراً.

ب- المستوى الحركى (السلوكى):

ويتم خلاله تقييم مدى تعاطى العلاج الطبي من خلال يوميات المريض المرتبطة بالألم. ومع ذلك فنظراً لأن ثلث المرضى تقريباً يستخدمون مسكنات للألم أو مهدئات analgesics بانتظام فلا يعتبر خفض معدل العلاج الطبي (الدواء) مقياساً للنتيجة الإيجابية، ولذا يجب أن يتم تقييم المستوى العام للنشاط. كما يمكن استخدام مقياس جامعة توبنجين (بألمانيا) T u bengin للسلوك المرضى T u bengin pain Behavior Scale وذلك للحصول على تقدير عام لسلوكيات الألم وذلك من خلال تقدير أحد عشر نمطاً سلوكياً من السلوكيات المرتبطة بالألم على مقياس متدرج من صفر إلى درجتين. وإضافة إلى ذلك هناك مهام مختلفة للأداء الوظيفى يؤديها المرضى ويتم تسجيلها على شرائط فيديو. كذلك يتم استخدام ملاحظة مقننة للسلوك، كما يتم سؤال المرضى عن عدد مرات ترددهم على الطبيب خلال لأشهر الثلاثة السابقة لبداية العلاج النفسى، وبعد هذا مقياساً لمدى استخدام لمريض لنظام الرعاية الطبية وإستفادته منه.

للمستوى الفسيولوجى (العضوى):

م خلاله تسجيل مستويات التخطيط الكهربى (EMG) electromyographic وضع الألم وذلك إعتماًداً على التشخيص المبدى. كما يتم تسجيل مدى الزائد فى الجانب الأيسر بالمخ وذلك من خلال خط قاعدى لدقيقتين راحة مهام تخيلية تستغرق دقيقة وتتضمن صوراً لموقف محايد وآخر يتضمن شخصياً. هذا ويعرف مدى نشاط الجانب الأيسر من المخ وتفاعله مع ألم على أنه مقدار التغير عن الخط القاعدى خلال مهمة تخيلية تستغرق دقيقة

برنامج العلاج النفسى:

ما يتعلق بالعلاج النفسى فإنه يشترط لتقدمه ألا تكون هناك أسباب عضوية للألم، ولذلك يتم إستبعاد المرضى من عينات الدراسة فى ضوء عدد من المعايير كما يلى:

رد التهابات معينة تكون هى المسئولة عن الألم كالإلتهابات الروماتيزمية على سبيل المثال.

وجود مشكلات ذات أساس عصبى لدى المريض كالتهاب جذور الأعصاب أو عدم القدرة على القيام بالأداء الوظيفى الحسى أو الحركى.

إتقل مدة الألم عن أربعة شهور.

إتكون المريضة حاملاً.

تحدث تلازم مرضى بين نوعين من الألم كآلام الظهر وآلام الفك على سبيل المثال.

وجود إضطراب سيكاترى.

عن البرامج العلاجية المستخدمة فغالباً ما يتألف البرنامج من ثمانى أو عشر جلسات مدة كل منها ساعة واحدة. ومن أكثر الفنيات المستخدمة شيوعاً الإسترخاء

حيث يتم تدريب المرضى على عمل إسترخاء لعضلات الظهر والفك قدر المستطاع حتى يتخلصوا من توتر الأعصاب أو الشد العصبي. كذلك يتم استخدام ضبط النفس Self - Control والتخيل المعرفي حيث يطلب من المريض أن يقوم بتخيل حدث ضاغط من أحداث الحياة أو وضع معين posture يسبب مشكلة بالنسبة له وأن يستمر في ذلك ويعمل على ضبط النفس حتى يتمكن من الوصول إلى الوضع الذي يقلل من التوتر، وتستمر هذه المحاولة لمدة دقيقتين.

وتلعب فنية المناقشة دوراً هاماً خلال البرنامج حيث تستخدم لتوضيح العلاقة بين الضغوط والشد العصبي والألم. وتمثل الواجبات المنزلية ركناً هاماً من أركان العلاج النفسي للألام المزمنة، وتتضمن تلك الواجبات تمارين لإدراك الشد العصبي وخفض حدته، ويطلب من المرضى أن يقوموا بأداء تلك التمرينات على فترات قصيرة أثناء اليوم، ولذلك تتضمن تلك الواجبات القيام بالسيطرة على الشد العصبي الذي يمكن أن يحدث لهؤلاء المرضى في منازلهم.

وإلى جانب تمارين الإسترخاء تتضمن إستراتيجيات المواجهة التدريب على مهارة حل المشكلات، والتدريب على مهارات مواجهة الألم مثل صرف الإنتباه، واستخدام التعبيرات الذاتية الإيجابية. ولهذه الإستراتيجيات أهميتها القصوى في تمكين المريض من مواجهة ما قد يصادفه من مشكلات بعد إنتهاء البرنامج مما يعمل على تجنب حدوث إنتكاسة.

وإلى جانب ذلك هناك علاج طبي يتضمن استخدام المسكنات أو المهدئات أو العقاقير المخففة للتوتر العضلي، وهذا هو الهدف الأساسى من استخدام تلك العقاقير، ولكن يمكن أن يتم الإستغناء عنها تدريجياً مع تطور العلاج النفسى وتمكن المريض من استخدام فنياته بشكل جيد وبنجاح، وتحقيقه لقدرة جيد من التحسن من جراء ذلك.

٢ - الصداع المزمن

شهدت السنوات القليلة الماضية تطوراً كبيراً فيما يتعلق باللجوء إلى التدخلات

الألم لدى جميع أفراد العينة راجعاً إلى أسباب نفسية أى غير عضوية.
عرض هذه المحركات على النحو التالى:

أض أولية لمرض غالباً ما تظهر مع الصداع المتعلق بالأوعية الدموية.
م أحادى مستمر يؤدي إلى زيادة الخفقان أو النبض.
صداع ذو بداية مفاجئة.

مر من طيبب الأعصاب عن وجود صداع يتعلق بالجيوب الأنفية، أو صداع
يحدث بحالة مرضية، أو بصدمة فى الرأس، أو صداع ناتج عن إساءة
استخدام المهدئات أو المسكنات.

ويشترط فى الدراسات التى تجرى فى هذا الإطار إلى جانب ذلك أن يمتنع
الذين ستألف منهم عينة الدراسة عن إستخدام المهدئات أو المسكنات
مع لمدة ثلاثة أشهر على الأقل قبل بداية البرنامج العلاجى الذى سيتم
دراسة فى الدراسة.

كن إستخدام عدد من المقاييس فى هذا الصداع، منها:

تقييمات طبيب الأعصاب **neurologist's ratings**

تقييم المرضى من جانب الطبيب قبل بداية البرنامج العلاجى، ويعاد التقييم
جرى بعد مرور إثني عشر أسبوعاً من بداية العلاج. كما يتم تقدير التغير فى
الصداع وشدته على مقياس متدرج من سبع نقاط على غرار نموذج ليكرت
ج بين «سوء بدرجة كبيرة» إلى «تحسن كبير». وإلى جانب ذلك يتم تقييم
الجانبية للعلاج الطبى على مقياس متدرج من أربع نقاط على غرار نموذج
ك أيضاً، ويتراوح بين «لا توجد آثار جانبية» إلى «توجد آثار جانبية خطيرة».

تسجيل الصداع: يقوم المرضى بتسجيل الصداع بمعدل أربع مرات فى اليوم قبل
شهر واحد، ويستمر على هذا النحو حتى إعادة التقييم وذلك بعد مرور
عشر أسبوعاً من بداية البرنامج العلاجى. ويتم ذلك على مقياس متدرج من

أما بالنسبة للعلاجات غير الطبية الأكثر إستخداماً فى هذا الصداع فتتمثل فى
إجراءات التدريب على الإسترخاء والذى بدأ الباحثون حديثاً كما يرى بلانشارد
وآخرون (1990) Blanchard et. al فى التركيز على الطرق التى يمكن بموجبها
تعزيز فاعليته كأسلوب علاجى والعمل على خفض التكاليف المطلوبة له. هذا
ويمكن تعزيز فاعلية التدريب على الإسترخاء بإضافة تدخل معرفى سلوكى يتمثل
فى إدارة الضغوط أو السيطرة عليها على أن يتم إستخدامهما جنباً إلى جنب. ومن
ناحية أخرى فإن خفض التكاليف يمكن أن يتم عن طريق تحديد واجبات منزلية
يؤديها المريض فى المنزل وذلك باستخدام دليل مطبوع أو شرائط تسجيل لإرشاده
عن كيفية تعلم الإسترخاء ومهارات المواجهة المعرفية السلوكية. وقد يعمل هذا
الإجراء على تقليل عدد مرات الزيارة التى يكون مطلوباً من المريض أن يقوم بها
للمستشفى مما يقلل بطبيعة الحال من تكاليف العلاج.

وعند التدخل العلاجى النفسى يجب أن يكون الطبيب قد قام بتشخيص المريض
على أنه يعانى من صداع مزمن يؤدي به إلى التوتر Chronic tension headache
وأن تكون التقديرات التى يحددها الأخصائى النفسى تفيد نفس هذا الشيء، وأن
يشعر بهذا الصداع لمدة لا تقل عن ثلاثة أيام فى الأسبوع وذلك لمدة سنة على
الأقل، كما يجب أن تتوفر فى المرضى المحركات التالية:

أ - صداع مستمر يوصف على أنه ألم ممل مستمر يؤثر سلباً على نشاط المريض، أو
شعور بالضيق الشديد والتوتر والضغط والتقلص أو الإنقباض.

ب - صداع مزدوج يبدأ فى الجزء الأمامى من العظم القذالى (عظام مؤخرة
الرأس) ودون القذالى أو فى منطقة مؤخرة الرقبة.

ج - صداع يجعل المريض يشعر وكأن هناك عصابة أو ضمادة توضع فوق رأسه.

هذا ويتم إستبعاد المرضى من العينات التى تجرى عليها تلك الدراسات إذا ما
إنطبق عليهم أى من المحركات التالية وهى المحركات التى يتم من خلالها إستبعاد
أولئك الذين ترجع مثل هذه الآلام لديهم إلى أسباب عضوية أو عصبية حتى

Headache Locus of Control Scale مقياس موضع الضبط بالنسبة للصداع الذى أعدده هولرويد وآخرون (١٩٨٤) Holroyd et. al وهو نسخة معدلة من Multidimensional Health Locus of Control الذى أعدده ولستون وآخرون (١٩٧٨) Walston et. al الذى يقيس تلك الجوانب المدركة من جانب المرضى التى تؤثر على الصداع وتصوره بأنه فى متناول نطاق سيطرتهم أو خارج نطاق سيطرتهم.

تقدير بالذكر أنه يتم إستخدام مثل هذه المقاييس النفسية لتحديد ما إذا كان المريض النفسى أو العقار المهدي أو كلاهما يعملان على:

خفض تلك المعدلات العالية للأعراض النفسية والشكاوى الجسمية التى غالباً ما تبدو على أولئك المرضى الذى يعانون من الصداع الذى يؤدي إلى التوتر. تغيير إدراكات المرضى لمركز التحكم فى الصداع كاضطراب يعانون منه.

برنامج العلاجى المعرفى السلوكى:

من البرامج العلاجية المعرفية السلوكية التى تستخدم فى هذا الصدد ذلك البرنامج الذى إستخدمه هولرويد وآخرون (١٩٩١) Holroyd et. al الذى إستمر ثمانية أسابيع وتضمن ثلاث جلسات علاجية؛ الأولى فى بداية البرنامج، الثانية فى وسطه، والثالثة فى نهايته ومدة كل جلسة ساعة واحدة، إلى جانب تليفونيتين مدة كل منهما خمس عشرة دقيقة كانت أولاهما فى نهاية البرنامج الثانى، أما المكاملة الثانية فكانت فى نهاية الأسبوع السادس، وكان الهدف هاتين المكاملتين هو التعرف على المشكلات التى يواجهها المفحوصون فى بيئات المنزلية.

وفى بداية الجلسة الأولى تم شرح الإجراءات العلاجية، والتدريب على إسترخاء، وتم إعطاء المرضى دليل التعليمات وأشرطة التسجيل التى تتناول إشارات الإسترخاء بشكل مبسط وذلك لتسهيل أداء التمرينات المنزلية وحتى يمكن المرضى من تطبيق تلك المهارات فى حياتهم اليومية. أما فى الجلسة الثانية

إحدى عشرة نقطة تتراوح بين (لا يوجد صداع) وتحصل على صفر، إلى (صداع لا يقاوم) وتحصل على عشر درجات. كما يقوم المرضى بتوضيح نوع وكم الدواء المهدي أو المسكن الذى يتم تعاطيه وذلك على نفس إستمارة التسجيل.

هذا وتشتق من إستمارة التسجيل اليومى للصداع أربعة مقاييس فرعية على النحو التالى:

أ - دليل الصداع: ويستخدم لتسجيل متوسط مرات حدوث الصداع خلال فترة التقييم.

ب - ذروة الصداع: ويستخدم لبيان أعلى تقدير لمتوسطات مرات حدوث الصداع التى يتم الحصول عليها كل أسبوع وذلك خلال فترة التقييم.

ج - النسبة المثوية للأيام التى لا يشعر فيها المريض بالصداع، وهو بذلك يعد مقياساً يوضح الوقت الذى لا يشعر فيه المريض بأعراض وآثار الصداع.

د - متوسط عدد الجيوب المهدة التى يستخدمها المريض فى اليوم قياساً بمدى فاعليتها وأثرها الطبى، وهو ما يوضح كم العلاج المهدي المستخدم.

٣- الإختبارات النفسية:

يقوم المرضى قبل بداية البرنامج العلاجى وعند إعادة التقييم أى بعد مرور إثني عشر أسبوعاً من بداية البرنامج بالإستجابة على أربعة مقاييس هى:

- مقياس بيك للإكتئاب. Beck Depression Inventory

- مقياس سمة وحالة الشخصية State - trait Personality Inventory الذى أعدده شيبيلبرجر وآخرون (١٩٧٩) Spielberger et. al والذى يتضمن مقياساً لكل من القلق والغضب.

- مقياس واهلر للأعراض الجسمية Wahler physical Symptom Inventory الذى أعدده واهلر (١٩٨٣) Wahler والذى يعد مقياساً للشكاوى الجسمية العامة.

آلام البطن المتكررة

تعتبر آلام البطن المتكررة recurrent abdominal pains شكوى عامة بين الأطفال حيث تنتشر بين ١٠% - ١٥% من الأطفال في سن المدرسة. وتتم زملة أعراض غير المحددة المميزة لها بعدم الراحة أو الإنزعاج والقلق والتي تحدث - على ملة الأعراض - على مدى عدة شهور وغالباً ما تعوقهم عن أداء أنشطتهم اليومية، ولكنهم عادة ما يشفون تماماً بين تلك النوبات. وعلى الرغم من ذلك لا يوجد لديهم أى مرض عضوى يعد هو المسئول عن شكواهم تلك. هذا وتغير لمدة التي يستغرقها الألم وذلك من عدة ثوانى إلى يوم كامل، كما تتغير حدة ذلك الألم، ونوعيته، ووقت حدوثه.

وعلى الرغم من وصف هذا الألم على أنه زملة أعراض مرضية تتطور مع نمو الأطفال فإن النتائج التي تم التوصل إليها بخصوص مآل هذا الإضطراب تعد متضاربة. ففي الوقت الذي تؤكد فيه بعض الدراسات أن ثلث الأطفال الذين يعانون من هذه الآلام يستمرون في معاناتهم من هذا الألم المتكرر ونوباته المتعددة لعدة سنوات يؤكد دافيسون وآخرون (١٩٨٦) Davison et. al أن خمسة وعشرين طفلاً من مجموع ستة وعشرين طفلاً قد شفوا تماماً من تلك الآلام عند التقييم الذي تم إجراؤه في الدراسة التبعية والذي تم بعد إنتهاء برنامجهم العلاجي بستة شهور. أما الدراسات القليلة التي تناولت مثل هذه الآلام فقد إستخدمت إجراءات تقييم شاملة للألم، وإستخدمت غالبيتها التقارير الوالدية وذلك في المقابلات التي تم إجراؤها معهم.

ومع أن هناك أسباباً عضوية لآلام البطن مثل الإمساك، والديدان، وإلتهاب الزائدة الدودية، وإضطرابات الأيض، والفتاق، والتبويض (بالنسبة للإناث)، وإضطراب العصارات الهضمية، وتورم الحبل الشوكى، والإنتفاخ أو الإلتواء المتقطع المزمّن للأعضاء، وسوء إمتصاص السكريات فإن مثل هذه الأسباب العضوية وغيرها يعد مسئولاً عن حوالى ٥% - ١٠% من الحالات. إلا أن ما يهمنى بالدرجة

والتي كانت فى الأسبوع الخامس فتم التدريب خلالها على أساليب مواجهة الضغوط المرتبطة بالصداع، وتم إستخدام فنيات إعادة البناء المعرفى، ومهارات حل المشكلات. وتم خلال تلك الجلسة تحديد مشكلة مستهدفة ترتبط بالصداع الذى يعانى منه المريض بدرجة كبيرة. كما تم أيضاً التركيز على إختيار مشكلة مستهدفة يمكن أن تتغير باستخدام العلاج المعرفى السلوكى، ويوضح المعالج أى هذين الفئتين العلاجيتين تعد هى الأفضل فى تناول تلك المشكلة. وقد تضمن دليل التعليمات وأشرطة التسجيل إجراءات للقيام بإعادة البناء المعرفى والتدريب على مهارات حل المشكلات فى المنزل أيضاً. أما فى الجلسة الثالثة والتي كانت فى نهاية الأسبوع الثامن فتمت المراجعة على الإستراتيجيات التى كان المريض يجد أنها هى الأكثر ملاءمة له كى يسيطر على الصداع الذى يعانى منه. أما العلاج الطبى باستخدام العقار المستهدف فكان يشرف عليه الطبيب وذلك لضبط وتنظيم وزيادة الجرعات بحسب البرنامج الذى تم تحديده لهذا الغرض.

وتوضح النتائج فى هذا الصدد أن كلاً من العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بالعقاقير له فعاليته فى خفض حدة الصداع المزمّن المتكرر حيث أدى الأول إلى خفض حدة الصداع بنسبة ٥٦% بينما أدى العلاج بالعقاقير إلى خفض حدة الصداع بنسبة ٢٧% وقد أوضحت تقارير الأطباء أن ٩٤% من المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفى السلوكى، ٦٩% من المرضى الذين تلقوا العلاج بالعقاقير قد تحسّنوا بدرجة معقولة، كما قل إستخدامهم للمهدئات بدرجة كبيرة، وقلت الشكاوى الجسمية من جانبهم، وأوضحوا قدرة شخصية متزايدة فى السيطرة على نوبات الصداع. وقد أكدت الدراسات التى أجريت فى هذا المجال باستخدام العلاج المعرفى السلوكى أن نسبة التحسن تتراوح بين ٥٦% - ٦١% وأن هذا الأسلوب العلاجي يعد فى ضوء هذه النسبة أفضل من العلاج بالعقاقير. ونحن نعتقد أنه إذا ما تمت المزاوجة بين الأسلوبين فإن النتائج سوف تحسن بدرجة كبيرة.

الأولى هنا هو العوامل النفسية والأسرية التي تسهم في حدوث مثل هذه الآلام. وتتضمن مثل هذه العوامل السمات المزاجية للطفل، وسماته الشخصية كالتنوع والقلق والميل للكمال، إلى جانب سمات الوالدين كالقلق المفرط على الطفل، وإنشغالهما بالأمر الصحية المتعلقة به، وحمايتهما الزائدة له، بالإضافة إلى الخلافات الأسرية والزوجية. ومع ذلك فقد لجأت غالبية الدراسات التي أجريت في هذا المجال إلى الملاحظات الإكلينيكية غير المضبوطة إلى جانب أن البعض منها قد قارن بين عينة من الأطفال الذين يعانون من هذه الآلام كمجموعة تجريبية مع عينة من الأطفال العاديين الذين لا يعانون من أي آلام كمجموعة ضابطة.

هذا ولا يزال علاج مثل هذه الآلام المتكررة باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في أطواره الأولى. ونظراً لأن العلاج بالعقاقير لم يثبت فعالية كبيرة في هذا الصدد فقد لجأ بعض الباحثين إلى استخدام فنيات العلاج السلوكي المستمدة من نظرية التعلم الإجتماعي والإشرط التقليدي. وكانت تقوم الفنيات السلوكية على اعتبار أن السلوكيات المرتبطة بالألم تؤدي بالطفل إلى نتائج محتملة ومرغوبة من جانبه كالتعاطف معه، وجذب الإنتباه إليه، وتجنب القيام بالأنشطة التي لا يرغب فيها وهي ما تعمل بطبيعة الحال كمعززات للسلوك المرتبط بالألم. وقد أثبتت فنيات العلاج السلوكي تلك فعاليتها في هذا الصدد.

ومن ناحية أخرى قام باحثون آخرون بتعليم الأطفال مهارات إدارة الذات - Self management كالإسترخاء، وأساليب المواجهة المعرفية، وصرف الإنتباه، والتخيل الإيجابي. إلا أن هناك بعض الأمور التي لاتزال في حاجة إلى حلول ملائمة فيما يتعلق باستخدام مثل هذه الفنيات ضمن أساليب العلاج النفسي لمثل تلك الآلام. ويمكن أن نوجز ذلك على النحو التالي:

أ - أن الدراسات التي استخدمت مثل هذه الإستراتيجيات حتى الآن لم تستخدم التصميم التجريبي الذي يتضمن مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية.

أنه لا توجد دراسات تناولت آثار برنامج متعدد الأبعاد يتضمن إستراتيجيات التعديل سلوك الألم ودمجها مع مصادر الطفل التي تساعد على مواجهة مشاعر الألم وهو ما يعرف بالتدريب على مهارات المواجهة.

ب - لا توجد أي دراسة قامت بتقييم الآثار العامة للعلاج خارج نطاق البيئة المنزلية.

ج - لم تتناول الدراسات القائمة ما إذا كان العلاج يسبب بعض الآثار الجانبية غير المرغوبة أم لا.

د - إلى جانب ذلك فمن غير المعلوم للآن ما إذا كان الأسلوب العلاجي الذي على خفض حدة الألم يكون مصحوباً بتغيرات غير مستهدفة وغير مخطط لها بجوانب أخرى من سلوك الطفل أو توافقه. ومع هذا فإن الدراسات التي استخدمت العلاج المعرفي السلوكي لمثل هذه الآلام قد استخدمت إجراءات التقييم للأبعاد للألم وذلك باستخدام مقياس للملاحظة من جانب الأب، والمعلم، لاحظ المدرب، بالإضافة إلى التقارير الذاتية للأطفال. كما تناولت آثار العلاج في المواقف المدرسية، والآثار الجانبية السلبية المحتملة للعلاج وذلك باستخدام مقياس للتوافق السلوكي للطفل في كل من المنزل والمدرسة.

هـ - ومن ناحية أخرى يتم استخدام العديد من المقاييس لتقييم آثار العلاج يعتمد بعضها على الملاحظة في حين يعتمد بعضها الآخر على التقارير الذاتية. ومن هذه المقاييس ما يلي:

المراقبة الذاتية للألم: Self - monitoring of pain

ويتم من خلالها تحديد مدى شدة الألم وذلك على مقياس متدرج ما بين (وجود ألم) إلى (ألم لا يحتمل)، وعلى الطفل أن يحدد مدى إنطباق العبارة (ألم على الألم) عليه إلى جانب تسجيل مدى شدة الألم في مذكرات يومية وذلك ثلاث مرات يومياً يبدأ أولها قبل أن يذهب إلى المدرسة، والثانية بعد عودته من المدرسة إلى المنزل، والثالثة قبل أن ينام. وتؤكد الدراسات الحديثة في هذا المجال

كما يرى بوش (1987) أن الأطفال يمكنهم بعد سن الخامسة أن يقوموا بتقدير شدة الألم الذى يشعرون به وذلك بشكل صادق وثابت. ويتم تحديد درجة كلية لمدى شدة الألم من جانب الطفل وذلك بجمع التسجيلات اليومية الثلاثة التى يقوم الطفل بتدوينها وذلك لمدة أسبوع، وبذلك نحصل على درجة كلية لمدى شدة الألم الذى يشعر به الطفل خلال الأسبوع.

٢ - الملاحظات الوالدية للألم:

يقوم المعالج بإعطاء الوالدين التعليمات اللازمة كى يقوموا بعملية الملاحظة وتسجيل ما يلاحظونه من أنماط سلوكية دالة على الألم من جانب الطفل وذلك ثلاث مرات فى اليوم على أن تستغرق الملاحظة فى المرة الواحدة ساعة تقريباً. وجدير بالذكر أن هذه المرات الثلاث هى نفسها التى يقوم الطفل خلالها بتسجيل ملاحظاته. وتستغرق هذه الملاحظات ثمانية أسابيع فى المتوسط حيث يستغرق البرنامج العلاجى نفس هذه الفترة الزمنية، أما القياس التبعى فيتم بعد شهر تقريباً من إنتهاء البرنامج العلاجى.

٣ - ملاحظات المعلم للألم:

ويقوم المعلم بتسجيل شكاوى الطفل اللفظية من الألم إضافة إلى طلب الطفل الذهاب إلى طبيب المدرسة، ومعدل غيابه عن المدرسة بسبب هذا الألم. وتستمر الملاحظة طوال اليوم الدراسى، ويتم تحديد درجة لذلك بناء على مدى وجود شكوى من الألم من جانب الطفل، وعدد الأيام التى يقوم الطفل خلالها بسلوكيات تدل على الألم، وعدد الأيام التى يتغيب خلالها الطفل عن المدرسة بسبب ذلك الألم.

٤ - التفاعل بين الوالدين والطفل فى المنزل:

وفى سبيل ذلك يتم استخدام جداول الملاحظات الأسرية-Family observation Schedules التى تعمل على حساب النسب المثوية للسلوك المنحرف من جانب الطفل والسلوك المقابل أو العكسى من قبل الوالدين. ويمكن إضافة أنماط سلوكية

لدى على الألم من جانب الطفل، وهى بطبيعة الحال أنماط سلوكية شبيهة بتلك التى تتضمنها الملاحظات الوالدية للألم. وتتم الملاحظات لعدة مرات يومياً تستغرق ثلاثين دقيقة فى مجملها وذلك خلال فترات زمنية بسيطة قد لا تستغرق دقيقة فى المرة الواحدة، وهو الإجراء الذى يستخدم مع الملاحظات عامة. وتستخدم هذه الملاحظة لتحديد معدل قيام الطفل بسلوكيات أخرى كالعدا والتحدى والسلوك المقابل من جانب الوالدين وذلك لتحديد ما إذا كانت التغيرات التى تحدث فى سلوكيات الطفل الدالة على الألم ترتبط بحدوث زيادة فى معدل حدوث أى أشكال سلوكية أخرى غير مرغوبة أم لا وذلك خلال الفترة التى يستغرقها برنامج العلاجى. ونظراً لأن الأطفال الذين يشعرون بمثل هذه الآلام المفرطة قد يسمون خلال تلك الأثناء بالشكوى والخنوع فإن المشكلات السلوكية قد تتباين فى أثر حدوث نقص فى معدل شدة الألم. ومن هذا المنطلق يمكن إستخدام قائم المشكلات السلوكية behavior problem checklists حتى يتمكن الوالدان من تحديد معدل حدوث مثل هذه المشكلات السلوكية ومدى شدتها. هذا إلى جانب إمكانية إستخدام مقاييس تقدير للمعلمين مثل مقياس كورنرز على سبيل المثال Connors Teacher's Rating Scale وذلك لتقييم تلك الأنماط السلوكية التى يدر عن الطفل فى الفصل كالمشكلات السلوكية، وعدم الإنتباه، والقلق، ونشاط الزائد وذلك قبل أن يتم تطبيق البرنامج العلاجى وبعده مع إجراء المقارنة هذين التطبيقين القبلى والبعدى.

أوقد تتضمن نماذج الملاحظة الوالدية للألم من جانب الطفل تسجيل ملاحظات حول سلوكيات الطفل كالتالى:

أ- أنماط سلوك لفظية تدل على الألم:

الشكوى من الألم: تصدر عن الطفل أمثلة لإحتجاجات صوتية تتعلق بالألم.

طلب المساعدة: يطلب المساعدة من والديه نتيجة لشعوره بالألم.

الصراخ: يبكى ويصرخ من جراء شعوره بالألم.

ب- أنماط سلوك غير لفظية:

الترقب والحذر: يكون متثاقلاً بشكل غير عادى، ويشعر بالإرتباك، وتتسم حركاته بالشدة والصرامة عند التحرك من مكان إلى آخر.

التوتر والإستعداد: يتخذ وضعاً ثابتاً وغير متحرك يقوم خلاله أحد اطرافه بمساندة جزء آخر من أجزاء الجسم لعدة ثوان.

الحك أو الهرش: يهرش الجزء الذى يسبب له الألم ويحكه بشدة لعدة ثوان.

التكشير: يظهر عليه تعبير وجهى واضح عن الألم.

التنهّد: يبدو عليه تعبير وجهى يدل على أخذه لنفس عميق بشكل مبالغ فيه مصحوباً بهز الكتفين صعوداً وهبوطاً.

النوم والراحة: ينام فى السرير فى غير الأوقات المخصصة للنوم أو يستلقى على الأرض فى أى مكان آخر دون أن يقوم بالمشاركة فى أى نشاط.

أما نماذج الملاحظة التى يقوم بها ملاحظون مدربون فقد تتضمن تسجيلاً لسلوكيات الطفل على النحو التالى:

أ- أنماط سلوك منحرفة من جانب الطفل:

عدم الطاعة أو الإذعان: يرفض أن يبادر بطاعة أوامر أو تعليمات معينة خلال فترة الملاحظة والتى قد تستغرق خمس ثوان مثلاً.

الشكوى: تصدر عنه أمثلة للشكوى اللفظية تتضمن الأنين، والصراخ، والإحتجاجات الصوتية، أو الإنفعال.

النفور: يوجه تعليمات لأى شخص آخر يتم الحكم عليها بأنها مكروهة أو ممقوتة.

السلبية الفيزيقية (الجسمية): يقوم بالهجوم الجسمى (البدنى) على أى شخص آخر سواء كان ذلك واقعياً أو تهديدياً، أو يقوم بإلحاق الأذى والضرر بشخص آخر، أو يقوم بتكسير شىء ما.

العناد والتحدى: تصدر عنه سلوكيات أخرى غير ملائمة لا يمكن تصنيفها فى فئات إنحرافية أخرى كالخروج على القواعد الأسرية وعدم الإمتثال لها، وتعمد إغاظة الوالدين ومضايقتهما.

ب- أنماط سلوك ملائمة من جانب الطفل:

التفاعل المناسب: يصدر عنه سلوك مقبول يستمر لمدة خمس وعشرين ثانية ويتضمن ألفاظاً واضحة ومفهومة من جانبه.

الإشتراك فى الأنشطة واللعب: يصدر عنه سلوك مقبول، أو يقوم بنشاط معين يستمر لمدة خمس وعشرين ثانية ولكنه لا يتضمن ألفاظاً واضحة ومفهومة.

ج- أنماط سلوك غير مكروهة من جانب الوالد:

الثناء: أى مديح أو ثناء للطفل من قبل الوالد.

التواصل: أى شكل من أشكال التواصل غير المكروه أو الممقوت.

السؤال: أى طلب مقبول للإستفسار عن معلومات من الطفل.

التعليمات الأولى الألفية: alpha وتشمل أى أمر لفظى يتسم بالوضوح، ويدل على إشارة سلوكية معينة، ويتم بشكل مقبول.

التعليمات الثانية البائية: beta وتتضمن أى أمر لفظى غير واضح، ولا يدل على إشارة سلوكية معينة، ويتم بشكل هادئ.

الإنتباه الإجتماعى: ويتضمن أى إنتباه مقبول سواء كان لفظياً أو غير لفظى ولا يمكن تسجيله تحت أى فئة أخرى.

د- أنماط سلوك ممقوتة من جانب الوالد:

التواصل الممقوت: أى تواصل يسبب أو يمكن أن يسبب الألم والمضايقة للطفل.

التساؤل الممقوت: أى طلب للمعلومات من الطفل يبدو ممقوتاً بسبب محتواه أو نغمة الصوت.

التعليمات الألفية الممقوتة: أى طلب لفظى واضح يدل على إشارة سلوكية معينة ولكنه يصدر بشكل ممقوت أو مكروه.

التعليمات البائية الممقوتة: أى طلب لفظى واضح، ولا يدل على إشارة سلوكية معينة، ويصدر بشكل ممقوت أو مكروه.

الانتباه الإجتماعى الممقوت: يشبه الانتباه الإجتماعى المقبول ولكنه يبدو ممقوتاً أو مكروهاً بسبب محتواه أو نغمة الصوت.

ويعد ذلك مجرد أمثلة للملاحظات التى يمكن إستخدامها فى هذا الصدد سواء من جانب الوالدين أو الملاحظين المدربين وما يمكن أن يتضمن فى تلك الملاحظات.

أما فيما يتعلق ببرنامج العلاج المعرفى السلوكى فيتضمن ثمانى جلسات علاجية، ويشمل مكونين؛ أحدهما هو المكون السلوكى، أما الآخر فهو مهارات المواجهة المعرفية، وذلك على النحو التالى:

أ- المكون السلوكى:

ويتضمن المراقبة الذاتية للألم، وتعزيز نمط سلوكى آخر، وصرف أو تشتيت الإنتباه، والمشاركة فى الأنشطة.

ب- المكون المعرفى:

ويتضمن إجراء معرفياً لضبط النفس يشمل مراقبة الذات، والتعليم الذاتى، التعبير عن كفاءة الذات، والتعزيز الذاتى، والإسترخاء المثار ذاتياً، إلى جانب لتخيل المعرفى لخفض الألم.

كذلك يمكن أن تتضمن إجراءات العلاج التدريب على تعزيز التعميم، والوقاية من حدوث أى إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى. أما عن الجلسات العلاجية الثمانى فيمكن أن تتم على الوجه التالى:

١- يقوم المعالج خلال الجلسة الأولى بتفسير سلوكيات الأطفال الدالة على الألم ومناقشة ذلك مع الوالدين، ويتم هذا التفسير فى إطار نظرية التعلم الإجتماعى نظراً لأن جميع أفراد العينة يعانون من آلام لا توجد لها أسباب عضوية حيث يتم إستبعاد تلك الحالات التى يرجع الألم لديها إلى أى سبب عضوى.

٢- وتتضمن الجلسة الثانية تعليم الأمهات كيفية التمييز بين السلوكيات المرضية والسلوكيات المقبولة. وتصدر التعليمات للوالدين بتجاهل السلوكيات غير اللفظية الدالة على الألم من جانب الطفل، وحث الأطفال وإعادة توجيههم للقيام بالأنشطة المختلفة عندما تصدر عنهم شكاوى لفظية من الألم. وإذا ما إستجاب الأطفال لذلك يقوم الوالدان بمدحهم والثناء عليهم مع الإستمرار فى تجاهل شكاوهم اللفظية الدالة على الألم إذا إستمروا فى تلك الشكاوى. ويقوم الوالد بإعطاء الطفل نجمة عن كل سلوك مقبول ثم يتم إستبدال تلك النجوم بمكافآت عبارة عن أشياء يحبها الأطفال. ومع زيادة عدد الأيام التى لا يشعر فيها الطفل بالألم خلال الأسبوع يحصل أيضاً على تلك المكافآت.

٣- ويتم خلال الجلسة الثالثة مناقشة إستراتيجيات المواجهة مع الأطفال حيث يجب أن يتدربوا على تلك الإستراتيجيات كأساس لتعليمهم السيطرة الذاتية على الألم.

٤- وتشهد الجلسة الرابعة تدريب الأطفال على الإسترخاء كمهارة لضبط النفس.

٥- ويتم فى الجلسة الخامسة القيام بتمارين مختصرة للإسترخاء.

٦- وتشهد الجلسة السادسة تقديم إجراء معرفى لضبط النفس بهدف تغيير تفكير الأطفال وتحويله بعيداً عن الألم. وخلال تنفيذ تلك الخطوات يستمر المعالج

ضم البرنامج مكون مهارات المواجهة السلوكية وإستخدمت له فنيات مراقبة ذات لتقليل الأعراض، والتعزيز، وصرف الإنتباه، إلى جانب مكون مهارات مواجهة المعرفية وإستخدمت له فنيات مراقبة الذات للمساعدة على ضبط النفس، التعليم الذاتى، وتقارير ذاتية عن مدى فاعلية الطفل وتقدمه، والإسترخاء المثار لثياً، والتخيل الإيجابى. وأوضحت النتائج تدعيماً جزئياً لدور العلاج المعرفى سلوكى فى علاج آلام البطن لدى الأطفال حيث بلغت نسبة التحسن لدى أطفال المجموعة التجريبية ٣٧,٥%. وربما يرجع ذلك إلى أن علاج آلام البطن لا يزال موضوعاً جديداً على العلاج المعرفى السلوكى حيث كان يتم التعامل معه من قبل لعقاقير فقط.

وفى دراستهم التى قاموا فيها بالمقارنة بين مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى العلاج بالعقاقير فى علاج الصداع المزمن لدى عينة ضمت ٤١ مريضاً تتراوح أعمارهم بين ١٩ - ٥٥ سنة بمتوسط ٣٢,٣ سنة، تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعتين وإستخدم العلاج المعرفى السلوكى مع إحداهما (ن = ٢٠) بينما تم استخدام العلاج بالعقاقير مع المجموعة الأخرى (ن = ٢١). وإستمر البرنامج لعلاجى المعرفى السلوكى لمدة ثمانية أسابيع بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً مدة كل منها ساعة واحدة، وإستخدمت خلاله فنيات التدريب على الإسترخاء، وإعادة بناء المعرفى، والتدريب على مهارات حل المشكلات، والواجبات المنزلية وجد هولرويد وآخرون (١٩٩١) Holroyd et. al أن كلا الأسلوبين كان فعالاً فى التخفيف من حدة الصداع المزمن، وإن كان العلاج المعرفى السلوكى هو الأفضل فى فاعليته حيث إتضح أن ٥٦% ممن كانوا يتلقونه قد خفت لديهم حدة الصداع وذلك فى مقابل ٢٧% ممن كانوا يتلقون العلاج بالعقاقير.

وعند المقارنة بين مدى فاعلية ثلاثة أنواع من العلاج للآلام المزمنة بالجهاز العضىلى والهيكلى العظمى على عينة من المرضى ضمت ٥٧ مريضاً ممن يعانون من

فى إعطاء التعليمات اللازمة للأطفال مما يساعدهم على تنفيذ الخطوات المطلوبة وصرف إنتباههم عن الألم والوصول بهم إلى حالة الإسترخاء. وعندما يحدث نقص فى مستوى حدة الألم يقوم الأطفال بالتعزيز الذاتى لأنفسهم كأن يقولوا بعض العبارات الإيجابية لأنفسهم على سبيل المثال. أما إذا إستمر الألم فتكون الخطوة النهائية هى إستخدام إستراتيجية التخيل المعرفى التى يقوم الطفل خلالها بتخيل الشخصية الكرتونية المفضلة له وكأنها تقوم من توها بإلتهاام ذلك الألم وتخليص الطفل منه.

٧ - وتتضمن الجلسة السابعة تمرينات إضافية عن إجراء ضبط النفس ولكن ذلك يتم هذه المرة من خلال صرف وتشتيت الإنتباه كأن نجعله يقوم بالإشتراك فى نشاط معين على سبيل المثال وذلك عندما نجد أنه قد بدأ يشعر بالألم.

٨ - أما فى الجلسة الثامنة والأخيرة فيتم تحديد بعض المواقف المستقبلية التى يمكن للألم أن يحدث فيها من جديد، وبالتالي يتم خلال تلك الجلسة أيضاً التدريب على الإستراتيجيات التى يتم من خلالها حل مثل هذه المشكلة.

٩ - وعندما تنتهى هذه الجلسة الأخيرة يتم القيام بالبعدى، ثم تبدأ فترة متابعة تنتهى بالقياس التبعى والذى يكون فى الغالب بعد مرور ثلاثة أشهر على الأقل من إنتهاء البرنامج.

دراسات تطبيقية

أجرى ساندرز وآخرون (١٩٨٩) Sanders et. al دراسة بهدف التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى لعلاج آلام البطن المتكررة وغير المحددة لدى الأطفال فى سن المدرسة الابتدائية، وضمت العينة ستة عشر طفلاً تتراوح أعمارهم بين ٦ - ١٢ سنة بمتوسط تسع سنوات، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين فى العدد إحداهما ضابطة (ن = ٨) والثانية تجريبية أو علاجية (ن = ٨). وإستغرق البرنامج العلاجى ثمانى جلسات بواقع جلسة واحدة أسبوعياً.

الأم مزمنة في الظهر، منهم ٢١ مريضاً يعانون إلى جانب ذلك من آلام في الفك واختلال وظيفي تم توزيعهم على ثلاث مجموعات متساوية العدد تتراوح أعمارهم بين ٢٠ - ٦٥ سنة بمتوسط ٤٢,٤٣ سنة تلقت الأولى العلاج عن طريق التغذية الرجعية الحيوية باستخدام الرسم البياني لكهربية العضلات وذلك خلال مدة البرنامج، بينما تلقت المجموعة الثانية العلاج المعرفي السلوكي لمدة ثمانية أسابيع بواقع جلسة واحدة أسبوعياً مع استخدام فنيات المناقشة، والتدريب على الإسترخاء، وحل المشكلات، والتدريب على مهارات مواجهة الألم كاستخدام التقارير الذاتية وصرف الإنتباه، في حين تلقت المجموعة الثالثة العلاج بالعقاقير وحصل أعضاؤها على تسع جرعات دوائية خلال نفس المدة، كشفت النتائج التي توصل إليها فلور وبرومر (١٩٩٣) Flor & Birbaumer عن حدوث تحسن في المجموعات الثلاث مع حدوث أفضل تحسن في المجموعة التي تلقت التغذية الرجعية الحيوية. وكشفت متابعة الحالات بعد إنتهاء البرنامج العلاجي بستة أشهر وحتى أربعة وعشرين شهراً عن أنه قد لوحظ لدى أعضاء نفس المجموعة نقص دال في حدة الألم، والتوتر الإنفعالي، وزيادة التعبيرات الذاتية الدالة على المواجهة الفعالة وذلك قياساً بالمجموعتين الأخرتين.

وفي دراستهما للتعرف على مدى فاعلية أكثر من أسلوب علاجي واحد في علاج نوعين من الصداع المتكرر هما الصداع النصفي والصداع الناتج عن الشد العصبي وذلك على عينة ضمت ٥١ مريضاً من الراشدين تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات متساوية العدد خضعت الأولى لأسلوب التدريب على الإسترخاء، وتلقت المجموعة الثانية أسلوب التدريب على الإسترخاء إلى جانب التغذية الرجعية الحيوية، بينما تلقت المجموعة الثالثة برنامجاً للعلاج المعرفي السلوكي بقصد التحكم في التوتر والشد العصبي إستمر لمدة ثمانية أسابيع وجد هولرويد وبنزيان (١٩٩٤) Holroyd & Penzien أن التدريب على الإسترخاء يعد هو الأفضل في علاج الصداع المتكرر الناتج عن الشد العصبي، وأن أسلوب التدريب

على الإسترخاء إلى جانب التغذية الرجعية الحيوية يعد هو الأفضل في علاج الصداع النصفي المتكرر. أما العلاج المعرفي السلوكي فيعد هو أقل هذه الأساليب فاعلية في علاج الصداع المزمن سواء كان من النمط الناتج عن الشد العصبي أو الصداع النصفي.

وإستخدم ديلي ودافيد (١٩٩٤) Deale & David برنامجاً للعلاج المعرفي السلوكي وذلك لعلاج زملة أعراض مرضية للإعياء العصبي المزمن لسيدة في الثالثة الثلاثين من عمرها كانت تعمل معلمة سابقة بإحدى المدارس وإستمرت معها تلك الأعراض لمدة ثماني سنوات، وتضمن البرنامج العلاجي الذي إستمر لمدة ثمانية أسابيع مناقشة أسبوعية لأهداف تتصل بنشاط منظم ومخطط يعقبه فترة من الراحة، وكان لا بد من القيام بذلك يومياً وبشكل منتظم بغض النظر عن الأعراض، ثم إزداد كم النشاط تدريجياً وبشكل منتظم أيضاً مع خفض تدريجي وقت الراحة. وكشفت النتائج عن نجاح البرنامج العلاجي المستخدم بشكل تام في علاجها من تلك الآلام المزمنة.

لحق عام

لا يزال العلاج المعرفي السلوكي في مراحله الأولى بالنسبة لإستخدامه في علاج الآلام المزمنة المختلفة، وقد إرتبطت فكرة إدخال هذا الأسلوب العلاجي في ذلك المجال بفكرة إقتصادية حيث يستطيع أن يقلل الكثير من الوقت والجهد والمال المبذول في علاج تلك الآلام المزمنة إذ يقلل من زيارات المريض المتعددة للطبيب أو المستشفى نظراً لتحمله جانباً من هذا العلاج يتمثل في قيامه بعد التدريب على المهارات المتنوعة خلال الجلسات العلاجية بتطبيق تلك المهارات في العديد من المواقف الحياتية المختلفة والمتنوعة وذلك من خلال الواجبات المنزلية. وعلى الرغم من إستخدام هذا الأسلوب العلاجي لفنيات متنوعة تجمع بين كل من إستراتيجيات

إضطراب صورة الجسم

لواجهة السلوكية وإستراتيجيات المواجهة المعرفية، فإن الدراسات التي تناولته قد شفت عن نتائج متضاربة. ونظراً لهذا التضارب فى نتائج تلك الدراسات حول مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى ومدى أفضليته فى علاج الآلام المزمنة فنحن نكد أن الأمر لا يزال يحتاج إلى إجراء مزيد من الدراسات فى هذا الصدد، ولو أن العلاج المعرفى السلوكى يعمل على تخفيف حدة هذه الآلام إلى حد معتدل لكن إذا تم الدمج بينه وبين العلاج بالعقاقير على سبيل المثال كما هو الحال لنسبة لإضطراب الهلع (فى مراحل العلاج الأولى) مثلاً فقد يكون له شأن آخر فى السيطرة الكلية على تلك الآلام خاصة وأنه يتناول الجوانب المعرفية والوجدانية السلوكية، ويعمل العلاج بالعقاقير من خلال المهدئات أو المسكنات المستخدمة لملى مساعدته فى تحقيق الأغراض المستهدفة مما يعنى إمكانية تقديم علاج شامل لهذه الآلام، والأمر مرهون بإجراء الدراسات التى تستخدم هذا الدمج والتحقق من مدى فاعليته فى العلاج..



إضطراب صورة الجسم : مقدمة

بعد إضطراب صورة الجسم body image disorder أو تشوه صورة الجسم body dysmorphic disorder من التطبيقات الحديثة للعلاج المعرفى السلوكى على الإضطرابات المختلفة. ويعنى هذا الإضطراب تشوه صورة الجسم من وجهة نظر الشخص نفسه نتيجة لعدم رضاه عن مظهر جسمه كأن يرفض إجراء معينة فى جسمه أن تكون بما هى عليه كالشكل والوزن وحجم الصدر بالنسبة للإناث والطول أو القصر وما إلى ذلك، وهو ما سنوضحه عند الحديث عن طبيعة هذا الإضطراب.

وهناك إضطرابات أخرى تشترك فى جوهرها مع هذا الإضطراب، فعلى الرغم من أن فقد الشهية المعنى والشه المعنى للطعام يعدان بمثابة إضطارين وثيقى الصلة ببعضهما ويتلان إضطرابات الاكل eating disorders فإنهما يتسمان بإنشغال كبير من جانب الفرد بشكل جسمه، واستخدامه للعديد من الإستراتيجيات التى تساعده على أن يتجنب زيادة الوزن. ومن ثم يمكن فهمهما بشكل أفضل كما يرى كانون وواردل (1٩٨٩) Channon & Wardle على انهما دلائل أو مظاهر لنفس جوهر إضطراب صورة الجسم إذ يتسم البروفيل الخاص بهما بنقص الوزن والأساليب المختلفة التى يلجأ الفرد إليها كي يتحكم فى وزنه. ومن هذا المنطلق تصبح لهما صلة مباشرة باضطراب صورة الجسم حيث يرتبطان بشكل الجسم ووزنه وحجمه من حيث زيادة الوزن أو النحافة، وهو الأمر الذى يقلق الكثيرين، وقد يجعلهم غير راضين عن مظهرهم الجسمى. ولذا فقد آثرنا أن نتناولهما هنا فى هذا الموضع. وعلى هذا الأساس فسوف نتناول فى هذا الفصل تلك الإضطرابات

الثلاثة وهى إضطراب صورة الجسم أو عدم الرضا عن المظهر الجسمى، وفقد الشهية العصبى، والشه العصبى للطعام من منطلق إرتباطهم معاً بفكرة واحدة تتعلق بالمظهر الجسمى.

أولاً: إضطراب صورة الجسم **body dysmorphic disorder**
طبيعة الإضطراب *body dysmorphic*

على الرغم من أن عدم الرضا عن المظهر الجسمى أو الإنشغال المرضى بشكل الجسم يبدو أمراً عادياً فى الوقت الراهن فإن الإنشغال بالمظهر الجسمى يعد أمراً مقلقاً ومزعجاً لعدد كبير من الأفراد. ويضع دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية فى طبعته الرابعة DSM - IV (1994) هذا الإضطراب تحت مسمى تشوه صورة الجسم **body dysmorphic disorder** ويبلغ معدل إنتشار هذا الإضطراب 4% تقريباً بين النساء فى حين تقل النسبة عن 1% تقريباً بين الرجال. وعلى الرغم من أن هذا الإضطراب لا يعد نادراً إلا أن عدد الدراسات أو دراسات الحالة التى تم إجراؤها فى هذا المجال تعتبر قليلة. يبدو أن بعض العلاجات تعد مباشرة فى هذا الصدد، إلا أنه لم يتم للآن تقييم مدى فاعلية تلك العلاجات بطريقة محكمة عن طريق إستخدام مقاييس مقننة.

ويتعرض الأفراد الذين يعانون من هذا الإضطراب للقلق والإنزعاج حول أى جانب من جوانب مظهرهم الجسمى على الرغم من أن مظهرهم قد يبدو عادياً.

ويرى ألبرتيني وفيليبس (1999) Albertini & Phillips أن إضطراب أو تشوه صورة الجسم هو إنشغال مفرط من جانب شخص ذى مظهر جسمى عادى بعيب يفى فى مظهره الجسمى، وربما يكون لا وجود لهذا العيب على الإطلاق سوى مخيلة هذا الفرد. وعادة ما يبدأ هذا الإضطراب خلال مرحلة المراهقة، فنجد المراهقين قد تكثرت شكاوهم مثلاً من حجم الجسم وشكله أو مدى إنسيابية لامح الوجه. وفى حين ينشغل البعض الآخر بالنمش الذى يرون أنه قد يشوه لهم، قد تنشغل أخريات بحجم الثديين أو مدى تناسق حجمهما مع حجم

صم، أو مدى كثافة شعر الرأس، أو غزارة الشعر فى مناطق متفرقة من الجسم، بشكل الأسنان، أو بالطول أو الوزن، كما قد ينشغل البعض من جانبه بحجم أعضاء التناسلية. وقد تصدر عن البعض الآخر شكاوى أكثر غموضاً كأن يقولون لا أن منظرهم يعد قبيحاً. ومن ثم فإن رفض حجم الجسم وشكله يعتبر أمراً عادياً فى الوقت الراهن، إلا أن مثل هذه الشكاوى وغيرها يمكن أن تصل إلى مستوى الإضطراب وذلك إذا ما صوحت بقلق وإنزعاج إلى جانب إنشغال الفرد بالموضوع لدرجة قد تعوقه عن أداء أعماله العادية، كما قد تؤدى إلى إنسحابه من كثير من المواقف الإجتماعية. وكغيره من الإضطرابات جسمية الشكل أو الخط لا يتركز هذا الإضطراب فى موضع معين من الجسم يرى المريض أن الخلل يكز فيه، بل إن المريض فى الواقع ينشغل بهذا الموضوع بدرجة كبيرة وبشكل

أو غالباً ما يحدث الإنشغال بالمظهر الجسمى فى المواقف الإجتماعية التى يشعر ردها فيها بذاته ويتوقع أن يعطيه الآخرون قدراً كبيراً من الإهتمام والتركيز. وقد يرى مثل هذا الإهتمام بالفرد إلى أن يجعله يشعر بالخجل لأنه قد يعتقد أن مثل هذا الخجل يؤدى به إلى إظهار بعض من عدم كفاءته الإجتماعية. هذا وتسم معتقدات التى تتعلق بصورة الجسم والتى تنتشر بين المرضى الذين يعانون من إضطراب صورة الجسم بأنها إعتقادات لاعقلانية قوية أو أفكار مبالغ فيها. ومع ذلك فإن هناك بعض المرضى من بين أولئك الذين لا يظهر شىء غير عادى على مظهرهم أو على مظهرهم الجسمى يعتقدون تمام الإعتقاد بأن لديهم أوجه نقص حقيقية تتعلق بهذا الموضوع، كما توجد لدى البعض منهم أفكار تتعلق بالإشارة بوزنها البصيرة فيما يتعلق بحقيقة أن مثل تلك الأفكار تعد أفكاراً مشوهة. ومن ثم يرى دي ليون وآخرون (1989) de Leon et. al أنه يمكن النظر إلى تلك الأفكار التى تتعلق بصورة الجسم على أنها أفكار ضلالية delusional أى ترتبط بالضلالات وذلك على الرغم من هذا الجدل الذى يدور فى الأوساط السيكولوجية والسيكاترية حول هذا الأمر.

وجدير بالذكر أن العديد من الأفراد الذي يعانون من اضطراب صورة الجسم يعملون جاهدين على تجنب المواقف الاجتماعية التي يعتقدون أنها قد تؤدي إلى تركيز الانتباه على مظهرهم الجسدى وإعطاء مزيد من الإهتمام له. ويرى فيليبس وآخرون (1993) Phillips et. al أن نسبة قليلة من هؤلاء الأفراد يصبحون من جراء ذلك سجناء منازلهم. ومع هذا فإن بعض المرضى يستطيعون القيام على الأقل بقدر محدود من الاداء الوظيفى الاجتماعى والمهنى، ويستخدمون بعض الطرق والأساليب التي يمكنهم بمقتضاها تجنب التعريض الكامل لمظهرهم الجسدى على الملأ وذلك عن طريق إرتداء الملابس التي لا تكشف عن هذا المظهر، والإعتناء بأنفسهم وبمظهرهم، ويغيرون من وضع أجسامهم ومن حركاتهم بطريقة يمكن لها أن تخفى هذا العيب. كذلك فهم يقومون بالعديد من الأنماط السلوكية المختلفة لتفحص الجسم كالتفتيش عن هذا العيب باستخدام المرآة، والقيام بالعديد من الطقوس المتعلقة بالإعتناء بأنفسهم ومظهرهم، وإجراء المقارنات بين مظهرهم الجسدى ومظهر الآخرين الجسدى، ويوجهون الأسئلة لغيرهم حتى يقوموا بتأكيد ذلك لهم.

ومثل الكثير من الدوافع التي يكون من الصعب مقاومتها فإنه يعتبر من الصعب مقاومة تلك الأنماط السلوكية، كما أن السلوكيات الخاصة بتفحص الجسم قد تستمر فى بعض الحالات المتطرفة لعدة ساعات كل يوم. ولاريب أن مثل هؤلاء المرضى يعتقدون تماماً أن الوسيلة الوحيدة التي يمكنهم بمقتضاها أن يقوموا بتحسين تقديرهم لذواتهم تتمثل فى قيامهم بتحسين مظهرهم. وعلى ذلك يقوم العديد من مثل هؤلاء المرضى بإتباع العديد من الأساليب العلاجية والوسائل المختلفة لتحقيق الجمال المفقود والمطلوب لمظهرهم الجسدى، فيقومون مثلاً بإنقاص وزنهم، ويلجأون إلى علاجات للجلد وأخرى للشعر، أو يلجأون إلى جراحات التجميل، وغير ذلك من المقاييس التي يمكن أن يتحقق بواسطتها التخلص من ذلك العيب والتي لا تعتبر فى العادة ضرورية لتغيير الأعراض الراهنة، كما أنها لاتعد مؤثرة فى تلك الأعراض المتعلقة باضطراب صورة الجسم.

وعلى الرغم من أننا لانعلم سوى القليل عن الأسباب المرضية لإضطراب صورة الجسم، فإننا نقترح نموذجاً معرفياً سلوكياً خاصاً بهذا الإضطراب ويمثل الأساس فى علاجه. فعادة ما يبدأ إنشغال المريض بمظهره الجسدى خلال مرحلة المراهقة وذلك عندما يصل إنشغاله بنموه الجسدى والاجتماعى إلى قمته. ومن المعروف أن هذه المرحلة تشهد العديد من الفروق الجسمية الملحوظة بين العديد من المراهقين والتي يمكن لها أن تثير مزيداً من الإهتمام من قبل الآخرين. فيزداد مثلاً احتمال تطور مشكلة لدى المراهق تتعلق بصورة جسمه وذلك إذا ما صوحب هذا الإهتمام بأحداث صدمية معينة كأن يقوم الآخرون بإغاضته ومضايقته أو الخط من قدره وذلك من خلال نظراتهم، أو أن يتعرض لإعتداء جسدى أو جنسى من جانبهم. ويمكن لمثل هذه الخبرات أن تثير لدى الفرد إفتراضات مختلة وظيفياً تتعلق بمدى كون مظهرهم الجسدى عادياً وإنعكاس هذا وأثره على مدى تقبلهم لذلك، وكذا إنعكاسه على شخصياتهم، وعلى قيمتهم الذاتية.

وهناك العديد من الميكانيزمات التي تبقى على إنشغال المريض بمظهره الجسدى. فالمرضى يكرر العديد من التقارير الذاتية السلبية والمشوهة التي تتعلق بمظهره الجسدى وذلك إلى الدرجة التي تجعلها أوتوماتيكية ويمكن تصديقها والإعتقاد فيها. كذلك فإن السلوك التجنبى يمنعه من التعود على المنظر الذى يبدو عليه مظهره الجسدى وخاصة فى المواقف الاجتماعية حيث يزداد إحتمال أن يركز الآخرون إنتباههم عليه وبولونه مزيداً من الإهتمام. كما أن السلوك الذى يصدر عنه بغرض تفحص ذلك المظهر الجسدى قد يريحه بشكل مباشر، ولكنه يجعله على المدى الطويل يقوم بتركيز إنتباهه على جوانب هذا المظهر الجسدى التي تثير القلق لديه.

التشخيص الإكلينيكي للإضطراب

يحدد DSM - IV عدداً من المحكات التي يمكن من خلالها تشخيص إضطراب صورة الجسم body dysmorphic disorder وذلك على النحو التالى:

ولاً: إنشغال كبير من جانب الفرد بعيد متخيل في مظهره الجسمي. ويصبح هذا الإنشغال مفرطاً إذا كان هناك حتى ولو قدر ضئيل من الشذوذ في الجسم أو في أبعاده المختلفة.

انياً: يسبب هذا الإنشغال قدراً كبيراً من الكرب للفرد تكون له دلالة من الناحية الإكلينيكية، كما أنه يسبب له خللاً في أدائه الوظيفي الإجتماعي أو المهني. أو غير ذلك من مجالات الأداء الوظيفي المختلفة ذات الأهمية.

ثالثاً: لا يرجع هذا الإنشغال إلى أى اضطراب عقلي كعدم الرضا عن شكل وحجم الجسم في حالة فقد الشهية العصبى على سبيل المثال.

ومن هذا المنطلق يمكن تحديد عدد من السمات تميز ذلك الفرد الذى يعانى من اضطراب صورة الجسم وذلك على النحو التالى:

- مظهر جسمى عادى.

- زيادة التركيز على المظهر الجسمى فى التقييم الذاتى.

- تقدير سلبى للذات يرجع إلى المظهر الجسمى.

- عدم رضا مزعج عن المظهر الجسمى مع إنشغال كبير به.

- شعور متطرف بالذات فى المواقف العامة والإجتماعية أو قيام الفرد بتجنب تلك المواقف.

- لا يعانى الفرد من فقد الشهية العصبى أو الشره العصبى للطعام.

علاج المعرفى السلوكى لإضطراب صورة الجسم

على الرغم من وجود العديد من الأساليب العلاجية التى يمكن أن تتناول اضطراب صورة الجسم فإن الدراسات التى أجريت فى هذا الإطار لم تكشف عن بجة محددة فى هذا الخصوص لأنها لم تتضمن دراسات حالة محكمة، كما لم تستخدم مقاييس موضوعية ملائمة تتناول صورة الجسم. وإلى جانب ذلك فقد

تلك الدراسات أن حالات قليلة فقط هى التى إستجابت للعلاج الطبى. أما يتعلق بالعلاج النفسى فقد أكدت الدراسات نجاح العلاج السيكودينامى لعلاج السلوكى حيث كان أسلوب فقد الحساسية المنظم - كفنية من فنيات العلاج لوكى - فعالاً فى هذا الإطار. كذلك فإن أسلوب التعريض ومنع الإستجابة قد نجحاً بدرجة معقولة مع المرضى حيث أدى إلى تقليل الأعراض المرتبطة بهذا اضطراب. وهو ما يدل على تحقيق العلاج السلوكى لنتائج فعالة فى هذا

البد.

وقد بدأ الباحثون والمعالجون منذ عام ١٩٨٧ فى إتباع العلاج المعرفى السلوكى مع عدم رضا الأفراد عن أجسامهم ومظهرهم الجسمى، وأكدت نتائج الدراسات لة التى إستخدمته أنه يعد أكثر فاعلية قياساً بغيره من الأساليب العلاجية لرى حيث يؤدى إلى تحسين صورة الجسم وإلى تحسين التوافق النفسى العام هؤلاء الأفراد. إلا أنه لا يمكننا بعد أن نقوم بتعميم تلك النتائج لأنها لاتزال فى مرحلة أولية.

يفضل أن تتضمن البرامج العلاجية المعرفية السلوكية فى هذا الصدد قياساً وآخر بعدياً، وقياساً ثالثاً تبعياً بعد مرور فترة تتراوح بين شهرين وأربعة أو ستة شهور على إنتهاء البرنامج العلاجى. كما يجب أن يتضمن التصميم تجربى المستخدم مجموعة ضابطة إلى جانب المجموعة التجريبية على أن يكون ساوفاً من المرضى أيضاً وإن كانوا لا يخضعون للعلاج، وهذا يؤكد أن أعضاء مجموعة الضابطة لا يجب بأى حال من الأحوال أن يكونوا من الأسوياء أى غير نفسى كما حدث فى بعض الدراسات التى أجريت فى هذا الإطار. أما بالنسبة لمجموعة التجريبية وهى تلك التى تخضع للبرنامج العلاجى المستخدم فيفضل أن تقسمها إلى مجموعات صغيرة يتراوح عدد أعضائها بين أربعة إلى خمسة أفراد لى أن يقوم أحد المعالجين بتقديم البرنامج لهم وتدريبهم على المهارات المتضمنة لى كيفية الإستفادة من تلك الفنيات التى يتم إستخدامها.

الجسم. ويمكن إعطاء درجتين من خلال هذا المقياس إحداهما لمدى وجود تلك الأعراض، والأخرى لمدى شدتها.

استبيان شكل الجسم Body Image Questionnaire الذى أعده كوبر وآخرون (Cooper et. al (١٩٨٧) والذى يقيس رغبة المفحوص فى أن يقل وزنه، وعدم رضاه عن مظهره الجسمى، وإنخفاض مشاعر قيمة الذات بناء على وزن الجسم وشكله.

مقياس تقييم المظهر الجسمى Appearance Evaluation Scale والذى يعد واحداً من سبعة مقاييس يتضمنها إستبيان العلاقات الذاتية الجسمية متعددة الأبعاد Multidimensional body self - relations Questionnaire الذى أعده براون وآخرون (Brown et. al (١٩٩٠) والذى يعتمد على سبعة أوزان للجاذبية الجسمية أو عدم الجاذبية، والرضا أو عدم الرضا عن المظهر الجسمى.

المقياس الموجز للأعراض Brief Symptom Inventory الذى أعده ديروجاتيز وسبنسر (Derogatis & Spencer (١٩٨٢) ويعطى درجة كلية لمدى شدة الإزعاج من الكرب النفسى للفرد فيما يتعلق بمظهره الجسمى.

مقياس روزنبرج لتقدير الذات Rosenberg self - esteem Scale الذى أعده روزنبرج (Rosenberg (١٩٧٩) ويتضمن تقديراً لإتجاهات الفرد فيما يتعلق بقيمته الذاتية.

- ويمكن إستخدام مقياس تقدير الذات الذى أعده المؤلف (١٩٩١).

البا: الشره العصبى للطعام bulimia Nervosa

البيعة الإضطراب

يرتبط بصورة الجسم إضطراب آخر هو الشره العصبى للطعام والذى يعد أيضاً من التطبيقات الحديثة للعلاج المعرفى السلوكى حيث لم تتحدد له محكات شخصية إلا حديثاً، ومن ثم لم ينل الإهتمام الكافى كمشكلة إكلينيكية إلا

حدة أو شدة الأعراض المرضية فيقل معدل تفحص الأفراد لأجسامهم فى المرأة أو مقارنة أنفسهم بغيرهم، ويقل معدل إنشغالهم بمظهرهم الجسمى وعدم رضاهم عن شكلهم أو شكل وحجم أعضاء معينة من أجسامهم، وهو ما يمكن أن يتضح من خلال ما يحصل عليه المفحوصون من درجات على المقاييس النفسية المستخدمة أو من خلال ملاحظة ما يصدر عنهم من أنماط سلوكية. كما يمكن أن يؤدي ذلك أيضاً إلى تحسن تقديرهم لذواتهم.

ولكن هذا لا يمنع من أن بعض المرضى قد لا يتحسنون بالقدر الكافى أو بالقدر الذى نطمح إليه عند بداية تطبيق البرنامج. ويحتاج مثل هؤلاء المرضى بطبيعة الحال إلى مدة أطول من العلاج على أن يتم ذلك بشكل مكثف، وأن يتم إستخدام فنية التعريض ومنع الإستجابة خارج نطاق العيادة أو المكان الذى يتم فيه تقديم العلاج وذلك فى المواقف الإجتماعية الواقعية. كذلك من المفيد فى هذا الصدد أن يتكامل هذا الأسلوب العلاجى لهؤلاء المرضى مع العلاج بالعقاقير إذ من الممكن أن تعطى لهم بعض المهدئات أو المسكنات لعلها تلعب دوراً فى علاج ما يشعرون به من قلق وكرب. وتعتبر مشتقات هرمون السيروتونين Serotonin من أفضل العلاجات الطبية التى يمكن إستخدامها فى هذا الصدد.

ومن المقاييس النفسية التى يمكن أن تفيد فى هذا الجانب ما يلى:

- مقياس إضطراب صورة الجسم Body dysmorphic disorder Examination الذى أعده كل من روزن ورايتر (Rosen & Reiter (١٩٩٤) والذى يتألف من ٣٢ عبارة ويقيس الأعراض المعرفية والسلوكية لإضطراب صورة الجسم. ويمكن أيضاً من خلاله التعرف على شعور الفرد الذاتى بمظهره الجسمى ومدى إنشغاله بذلك، والأفكار المبالغ فيها التى تتعلق بمظهره الجسمى والتى يتضمنها تقييمه الذاتى، وتجنب المواقف الإجتماعية أو تجنب التعرض لما يرى أنه يمثل نقائص أو عيوب فى مظهره الجسمى، والتمويه أو الخداع الجسمى، وسلوك تفحص

حديثاً أيضاً. ويتسم هذا الإضطراب بنوبات من الأكل الصاحب binge eating والتقيؤ المثار ذاتياً، وغالباً ما تصاحبه زيادة فى الوزن. وتبلغ نسبة هؤلاء الأفراد بين ٢٥% - ٣٥% من إجمالى أعداد أولئك الذين يسعون إلى العلاج من زيادة الوزن.

وجدير بالذكر أن معدن إبتشار الأكل الصاحب يزداد مع زيادة المخزون الدهنى فى أنسجة الجسم adiposity ومن ثم يسبب مشكلة عامة نسبياً يبدل الأفراد معها محاولات مستميتة وذلك لمنع زيادة الوزن. ونظراً لما يصاحب الشره العصبى من زيادة فى الوزن، وما يلزمه من إضطرابات نفسية تنعكس فيما يخبره أولئك الأفراد من مستويات مختلفة من الإضطرابات النفسية، فإنه يمثل تهديداً خطيراً لصحة الإنسان النفسية والجسمية. ومن ناحية أخرى فإن هذا التلازم بين زيادة الوزن وتلك الإضطرابات النفسية يسبب مشكلة فى سبيل العلاج ويمثل تحدياً أمام المعالج عليه أن يعمل جاهداً على التصدى له ومواجهته حتى يحقق النجاح فى مهمته.

ويتضمن هذا الإضطراب عناصر معرفية وأخرى سلوكية؛ أما العناصر المعرفية فتتضمن الإنشغال الزائد بوزن الجسم، وحجمه، وشكله، وتشوه صورة الجسم، ورغبة من الفرد فى أن يكون أكثر نحافة حيث تضع النماذج الخاصة بالشره العصبى أهمية كبيرة على نسق القيم فى المجتمع والذي يجعل من النحافة هدفاً مرغوباً خاصة بالنسبة للإناث. هذا إلى جانب إدراك الفرد أنه لا يمكنه أن يسيطر على نفسه أثناء نوبات الأكل الصاحب أو حتى عندما يرى الطعام، فى حين تضم العناصر السلوكية نوبات متكررة من الأكل الصاحب، والتقيؤ المثار ذاتياً، وزيادة فى الوزن. وغالباً ما يصاحب هذا الإضطراب بالعديد من التوترات والإضطرابات كالإكتئاب والقلق، إلى جانب إنخفاض تقدير الذات، وجميعها يثار عن طريق التفاعل بين الشخصى.

وتؤكد الأدلة الإكلينيكية أن الشره العصبى يميل إلى أن يسلك مضماراً مزمناً

فى يكون لمعظم المرضى تاريخ مرضى سابق يتضمن إستمرار تلك الأعراض لعدة سنوات، وغالباً لا يكون هؤلاء المرضى قد قاموا من قبل بأى محاولات سابقة تهدف إلى العلاج. ومن هذا المنطلق تعد إستجابة مثل هؤلاء المرضى للعلاج على مدى البعيد بمثابة النتيجة موضع الإهتمام عند إستخدام أحد أساليب العلاج التى تسمى معهم والتي تراوحت بين العلاج المعرفى، والعلاج السلوكى، والعلاج بين شخصى، والعلاج المعرفى السلوكى، والعلاج بالعقاقير.

وهناك العديد من المؤشرات التى يمكن أن نتنبأ من خلالها بتلك الإستجابة للعلاج على المدى البعيد منها على سبيل المثال مستوى تقدير هؤلاء المرضى ذاتهم حيث تزداد إيجابية النتائج كلما إرتفع مستوى تقدير الذات لدى هؤلاء المرضى، والعكس صحيح. كذلك فهناك مؤشر آخر يتمثل فى مدى تشوه إيهاماتهم وإعتقاداتهم وأفكارهم المتعلقة بهذا الموضوع وإختلالها أى مايتعلق منها بالأكل وعادات الطعام ووزن الجسم وشكله وصورة الجسم بشكل عام، وكلما كانت تلك الإتجاهات والإعتقادات والأفكار مشوهة أثر ذلك سلباً على إستجابة المرضى على المدى البعيد، والعكس صحيح. ومن هذه المؤشرات أيضاً مدة دوام الإضطراب، وسن الفرد عند بداية هذا الإضطراب، ووجود تاريخ مرضى لفقد شهية العصبى، ومعدل تكرار نوبات الشره، ومدى حدة الإضطراب وشدته، ومدى وجود إضطرابات سيكاترية أخرى، والدرجة الكلية لإضطراب الشخصية حيث نجد أنه كلما إستمر الإضطراب لمدة طويلة، وبشكل أكثر حدة، وبدأ لدى الفرد عندما كانت سنه لاتزال صغيرة، وكان يعانى من فقد الشهية العصبى، وكلما زادت نوبات الشره ولم يستطع الفرد أن يمسك نفسه عن الأكل، وكان يعانى من اضطرابات سيكاترية أخرى كالمشاعر الإكتئابية والقلق والخوف من تشوه صورة الجسم أدى ذلك إلى حدوث إختلال فى الشخصية وكان له أثر سلبى على إستجابة الفرد على المدى البعيد، والعكس صحيح.

والى جانب ذلك فهناك عدد من الميكانيزمات التى تترك أثراً واضحاً على نجاح الأسلوب العلاجى المستخدم ومدى فاعليته، منها معدل الجوع والشبع كما يدركه

أولاً: حدوث نوبات متكررة من الأكل الصاحب. وتتميز نوبة الأكل الصاحب بما يلي:

أ - أن يأكل الفرد خلال فترة زمنية محددة - كأن تكون ساعتين على سبيل المثال - كمية من الطعام أكثر بشكل واضح مما يمكن أن يأكله غالبية الناس خلال فترة زمنية مماثلة وفي ظل ظروف مشابهة.

ب - أن يشعر الفرد بأنه غير قادر على أن يقوم بالسيطرة على نفسه، ومن ثم لا يستطيع الإمتناع عن الأكل خلال النوبة كأن يشعر بأنه لا يستطيع التوقف عن تناول الطعام أو أنه لا يستطيع التحكم في نوع أو كم الطعام الذى يتناوله.

ثانياً: حدوث سلوك تعويضى متكرر وغير ملائم يتغنى الفرد من ورائه إيقاف زيادة وزنه كأن يعمل على أن يجعل نفسه يقوم بالتقيؤ (التقيؤ المثار ذاتياً)، أو يسئ استخدام المليينات laxatives أو الأدوية المدرة للبول diuretics أو الحقن الشرجية enemas أو أى عقاقير أخرى، أو يلجأ إلى الصوم، أو يفرط فى أداء التمرينات الرياضية.

ثالثاً: حدوث الأكل الصاحب والسلوكيات التعويضية غير الملائمة مرتين فى المتوسط أسبوعياً على الأقل وذلك لمدة ثلاثة شهور.

رابعاً: أن يتأثر التقييم الذاتى للفرد بشكل جسمه ووزنه.

خامساً: لا يحدث هذا الإضطراب خلال نوبات فقد الشهية العصبى.

والى جانب ذلك يجب أن نحدد ما إذا كان هذا الإضطراب من النوع المصحوب بقئ أم من النوع غير المصحوب بقئ وذلك على النحو التالى:

أ - النوع المصحوب بقئ: يقوم الفرد خلال نوبة الشره العصبى بشكل منتظم بالقئ المثار ذاتياً، أو يقوم بإساءة استخدام المليينات، أو الأدوية المدرة للبول، أو الحقن الشرجية.

الفرد، ومدى وجود أنماط سلوكية معينة تتعلق بالأكل، وعدم تحديد الفرد لأوقات معينة يتناول فيها وجباته، أو تناول وجبات خفيفة بشكل غير منتظم بين الوجبات الأساسية أى تناولها فى أى وقت بين الوجبات الأساسية، والفشل فى تخطيط ووضع نظام معين لتناول الطعام وتنفيذه، إضافة إلى العمليات المعرفية كالكفاءة أو المقدرة الذاتية، وعمليات العزو.

ويرى روسيل Russel أن هناك أسلوبين يقودان إلى الشره العصبى للطعام يتمثل الأول منهما فى الشعور بفقد الشهية العصبى، أما الثانى فيتجج مباشرة من أسباب نفسية أخرى. ووفقاً للأسلوب الأول فإن الشره العصبى ينشأ من فقد الشهية العصبى الذى يتسبب فى حدوثه مجموعة من العوامل النفسية والأسرية والبيئية والفسىولوجية أو الحرمان الفسيولوجى الناتج عن قصور فى الدورة الغذائية. ويرى جمع من الباحثين أن فقد الشهية العصبى يؤدي إلى إرسال إشارات عصبية إلى القشرة المخية فتؤدى بدورها إلى إختزان الطعام. كذلك فإن سلوك مرضى فقد الشهية العصبى حيال دخولهم المستشفى نظراً لخطورة حالاتهم، ووجود برنامج غذائى لفترة محددة كمحاولة لزيادة وزنهم بسرعة مع الخوف من تطور الحالة إلى جانب بعض العوامل الأخرى سوف يؤدي إلى رفض تلك الحالات للطعام الذى تعرضه على نفسها فتقع بالتالى تحت ضغط من النوع البيولوجى الداخلى وضغط من النوع البيئى الخارجى (الأسلوب الثانى) يعملان بمثابة تعزيز موجب للأكل يفقدها عملية الضبط التى تفرضها على الطعام. كذلك فمن الأسباب المؤدية إلى الشره العصبى قيام الفرد بتقليد نماذج أخرى من أولئك الذين يعانون من هذا الإضطراب، هذا التقليد الذى يدفع به إلى أن يكون واحداً منهم.

المحكات التشخيصية للإضطراب

يحدد DSM - IV جملة من المحكات التى يتم فى ضوءها تشخيص هذا الإضطراب نعرض لها على النحو التالى:

ب - النوع غير المصحوب ببقى: يقوم الفرد خلال نوبة الشره العصبى باللجوء إلى سلوكيات تعويضية أخرى غير ملائمة كالصوم أو الإفراط فى أداء التمرينات الرياضية، ولكنه لا يقوم بالقى المثار ذاتياً أو بإساءة استخدام المليينات أو الأدوية المدرة للبول أو الحقن الشرجية .

العلاج المعرفى السلوكى للشره العصبى

يعد العلاج المعرفى السلوكى من العلاجات الفعالة مع الشره العصبى للطعام bulimia Nervosa حيث يعمل على التأثير فى سلوكيات الأكل الصاحب فيؤدى إلى الإقلال من معدل حدوثه إلى جانب الإقلال من حدة الإضطرابات النفسية التى تلازمه . وعندما يقلع الفرد عن الأكل الصاحب بسبب العلاج يقل وزنه كثيراً . وهذا يعنى أننا يجب أن نعالج الأكل الصاحب أولاً، ثم نلتفت بعد ذلك إلى الوزن .

وإذا كان من الممكن إستخدام بعض أشكال العلاج النفسى الأخرى لعلاج الشره العصبى كالعلاج المعرفى، أو العلاج السلوكى، أو العلاج بين الشخصى، أو حتى العلاج بالعقاقير فإنها لم تصل إلى درجة الفاعلية المطلوبة، ومن ثم يعتبر العلاج المعرفى السلوكى هو أفضل هذه الأساليب العلاجية على الإطلاق فى علاج الشره العصبى حيث تقوم العلاجات الأخرى كالعلاج السلوكى على سبيل المثال بالإقلال من المعدلات المرتفعة لتناول الطعام فى الوقت الذى تبقى فيه العديد من العادات المرتبطة بتناول الطعام كما هى . أما العلاج المعرفى فيركز على الجوانب المعرفية فقط، فى حين يعتمد العلاج بالعقاقير على مضادات الإكتئاب التى تدخل فيها مشتقات السيروتونين والتى وإن كانت قد أثبتت بعض الفاعلية فى هذا الصدد فإنها تعد غير مفضلة فى كثير من الأحيان نظراً لما يصاحبها من آثار جانبية غير مرغوبة كالإمتناع الحاد عن الطعام الذى قد يصل إلى حد فقد الشهية والذى يمكن أن يؤدى إلى حدوث إنتكاسة مع إنتهاء العلاج . أما العلاج المعرفى السلوكى فيعمد من خلال الميكانيزمات المتضمنة فى العملية العلاجية إلى التأثير على الإتجاهات

المشوهة التى تتعلق بشكل الجسم ووزنه وصورته والعادات الغذائية، ومن ثم تساعد على تحديد نظام غذائى معين تتحدد فيه ملامح ثابتة لثلاث وجبات غذائية حصك المريض به ويغير بالتالى من مفهومه لذاته، ومن مقدرته الذاتية، ومن اعتقاداته وأفكاره المشوهة، ومن ثم يعد هذا الأسلوب العلاجى هو الأفضل على المدى البعيد . ومن هذا المنطلق يعد فعلاً فى هذا الإطار ولا يعادله أو حتى يتفوق عليه فى بعض المواقف سوى العلاج بين الشخصى Interpersonal therapy الذى يعتمد على التعامل مع المشكلات الإجتماعية التى تنتج عن هذا الإضطراب ومدى تأثيرها على وجدان الفرد مما يعمل على زيادة قدرته على التعامل مع المواقف الإجتماعية والإنفعالية المشكلة .

وإذا كان الشره العصبى يرتبط ببعدين أولهما شخصى ويتعلق بالأفكار والعادات الغذائية للفرد، فإن العلاج المعرفى السلوكى يعد هو الأفضل فى هذا الجانب، أما بعد الثانى فيتعلق بالتغيرات الوجدانية الناتجة عن التفاعلات بين الشخصية ويعد علاج بين الشخصى هو الأفضل فى ذلك الجانب . وفى حالة عدم إستجابة بعض لمرضى للعلاج المعرفى السلوكى بالشكل المطلوب يمكن اللجوء للعلاج بين لشخصى حيث يعمل كلاهما من خلال العديد من الميكانيزمات . ويمكن إستخدام كل منهما بمفرده لكن يفضل دمجهما معاً كشكل من أشكال التكامل العلاجى integration وهو الإتجاه الذى إزداد فى الآونة الأخيرة، وكشف عن نتائج مبشرة .

وإذا كان النموذج المعرفى السلوكى ينظر إلى الشره العصبى على أنه الإمتناع الشديد عن إتباع أى نظام غذائى والذى يؤدى إلى صياغة قواعد صارمة لتناول الطعام مما يؤدى إلى الأكل الصاحب الذى يؤدى بدوره إلى زيادة الوزن، ومن ثم إلى التقيؤ كسلوك تعويضى غير ملائم، فإنه من المعتقد أن هذه الدائرة من الأحداث تحركها قوى مجتمعية كإعلانات الموضة وغيرها التى تضع قيمة كبيرة على مدى نحافة الجسم . ولذا يهدف العلاج المعرفى السلوكى إلى التغلب على تلك المشكلات وذلك بتحديد نمط سلوكى عادى لتناول الطعام، إلى جانب تعريض

المرضى لتلك الأطعمة التي يخشونها، وتعديل معارفهم المشوهة التي تتعلق بتناول الطعام وصورة الجسم، إضافة إلى أخطاء التعميم الزائد، وتحديد التغيرات الإنفعالية التي تحدث عند رؤية الطعام وذلك بغرض تعديلها. من هذا المنطلق تعد مراقبة الذات Self - monitoring فيما يتعلق بالعادات الغذائية، والأحداث التي تسبق الأكل الصاحب والتقيؤ إلى جانب النتائج المترتبة على ذلك بمثابة إجراء علاجي أساسية في هذا الصدد حيث تعمل على الفحص الشامل والدقيق للعادات الغذائية، وتعمل كأساس للعملية العلاجية وما يحدث فيها من تقديم للمشورة والنصحة، ومن تغير سلوكي مرغوب. وتعمل المعلومات التي يتم الحصول عليها من خلال مراقبة الذات على تشكيل نمط عادي لتناول الطعام وذلك من جانب كل من المريض والمعالج على أن يتضمن ذلك النمط ما يلي:

أ - تناول المريض لثلاث وجبات محددة في اليوم.

ب - زيادة متدرجة في كمية الطعام التي يتناولها المريض وخاصة في الصباح.

ج - تقديم تشكيلة متنوعة من الأطعمة في الوجبة الواحدة تتضمن ذلك النوع من الطعام الذي يخشاه المريض.

وإلى جانب ذلك فإن تقديم المعلومات التي تتعلق بهذا الإضطراب للمرضى ومناقشتها معهم، وفحص تلك المواقف التي يمكن أن يحدث خلالها إفراط من جانب المريض في تناول الطعام، والتدريب على إستراتيجيات حل المشكلات تلعب دوراً أساسياً وهاماً في هذا الصدد. وقد أكدت الدراسات التي إستخدمت هذا الأسلوب العلاجي أنه قد أدى إلى تقليص معدل حدوث الأكل الصاحب والتقيؤ المثار ذاتياً بنسب تتراوح بين ٥٢% - ٩٦% وأن النسب المثوية للمرضى الذين إمتنعوا عن الأكل الصاحب والتقيؤ مع إنتهاء البرنامج العلاجي تتراوح بين ١٥% - ٩٠% وأن آثار العلاج قد تستمر كما يرى فيربورن (١٩٨٨) Fairburn لمدة طويلة بعد نهاية العلاج قد تصل إلى أربع سنوات.

أما عن البرامج العلاجية في حد ذاتها والتي يمكن إستخدامها مع هؤلاء الأفراد

هي تتراوح فيما ترضه من جلسات بين ثمانى جلسات إلى إثنتى عشرة أو أربع عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً مدتها ساعة واحدة، حيث هناك من الباحثين من صمم برنامج العلاجي على هذا النحو أو ذاك، ولكل من الطرفين مبرراته. وتعمل البرامج التي تستغرق ثمانى جلسات على تناول الشق الذاتى من المشكلة أولاً، ومن ثم تحاول من خلال الجلستين الأولى والثانية أن تقوم بتغطية مراقبة الذات وأهميتها فى العلاج، وإعطاء معلومات للمرضى عن التغذية، وعن الأكل الصاحب، وتتم المناقشة فى هذا الإطار. وعلى ذلك تتمثل الإستراتيجيات المستخدمة خلال هاتين الجلستين فى التعليم النفسى، ومراقبة الذات. ويتم خلال جلسات من الثالثة إلى السابعة إتباع النموذج المعرفى السلوكى مع التركيز على نشاط المعرفى كعامل وسيط بين الأحداث البيئية، والسلوك، وما يترتب على ذلك من نتائج. ويتم التركيز فى هذا الصدد على المعتقدات المختلفة وظيفياً والمعارف المشوهة. ويمكن خلال تلك الجلسات إستخدام فنيات إعادة البناء المعرفى، وتصحيح وتعديل وتغيير الإعتقادات المختلفة وظيفياً، والتدريب على سلوك التوكيدى (التوكيدية)، والتدريب على مهارة حل المشكلات، والتدريب على الإسترخاء. ومما لاشك فيه أن الإعتقادات المختلفة وظيفياً تتعلق فى هذا الإطار بكل من الأكل والوزن وصورة الجسم، وأنه يتم التوصل إليها وتحديدتها عن طريق مراقبة الذات والتي يمكن أن تفيد أيضاً فى التعرف على عادات الأكل وما يرتبط بها من تشويهات معرفية. ويقوم المعالج بتوضيح أفكار العميل المشوهة ومخاوفه، ويطلب منه أن يقوم بإعادة صياغتها من جديد وذلك بعد تدريبه على الإستراتيجيات التواؤمية لمواجهة المعارف والمشاعر والمواقف التي يمكن أن تؤدي إلى الأكل الصاحب والتقيؤ. ويتم فى كل جلسة تحديد الواجبات المنزلية التي ترتبط بما تم التدريب عليه أثناء الجلسة. أما فى الجلسة الثامنة فيتم إعطاء العملاء معلومات حول التعزيز الذاتى، ويطلب منهم الإستمرار فى مراقبة الذات، والإبقاء على نظام غذائى جيد، والإستمرار فى إستخدام المهارات التي تم تعلمها والتدريب

عليها خلال البرنامج. كما يتم أيضاً تعزيز إستراتيجيات حل المشكلات لأنها تعد عاملاً أساسياً في منع حدوث الإنتكاسة. relapse prevention Strategy في حين تتم المتابعة بعد مرور فترة زمنية لا تقل عن ستة شهور من إنتهاء البرنامج العلاجي.

ومن ناحية أخرى نجد أن البرامج العلاجية التي تستغرق ما بين إثنتى عشرة إلى أربع عشرة جلسة تنطلق من مبدأ أن هناك بعدين أساسيين في هذا الإضطراب أحدهما ذاتى وهو ما يتم البدء به وذلك من خلال العلاج المعرفى السلوكى، أما الآخر فهو بعد إجتماعى يفضل أن نستخدم العلاج بين الشخصى عند تناوله على الآخر فهذا الجانب من البرنامج يهدف إلى منع حدوث إنتكاسة. وهناك برامج أخرى ماثلة تتبع مع هؤلاء الأفراد ولكنها تستخدم العلاج المعرفى السلوكى لمدة إثنى عشر أسبوعاً تقريباً، فإذا حدثت إستجابة للعلاج من جانب المرضى تبدأ معهم مرحلة ثانية من العلاج تستغرق مدة ماثلة وتهدف إلى تقليل الوزن. أما إذا لم يستجب المرضى للعلاج المعرفى السلوكى فيتم البدء معهم من جديد فى برنامج للعلاج بين الشخصى interpersonal therapy يستمر لمدة ماثلة، ثم تنتقل بعد هذه المرحلة إلى مرحلة تقليل الوزن والتي تستمر لمدة أخرى ماثلة.

وكما سبق القول عند بداية الحديث عن العلاج المعرفى السلوكى للشه العصبى أننا يجب أن نعالج الأكل الصاخب أولاً، ثم ننتقل بعد ذلك إلى الوزن، وهذا ما يحدث بالنسبة لكل البرامج العلاجية المعرفية السلوكية سواء إستغرقت ثمانية أسابيع أو إثنى عشر أسبوعاً أو أربعة عشر أسبوعاً حيث يتم عند إنتهاء البرنامج اللجوء إلى برنامج لتقليل الوزن يستغرق مدة ماثلة، أو برنامج للعلاج بين الشخصى لمدة ماثلة ثم برنامج لتقليل الوزن.

وفى هذا الإطار يتكون البرنامج العلاجي فى الغالب من إثنتى عشرة أو أربع عشرة جلسة علاجية بواقع جلسة واحدة أسبوعياً تستمر ساعة واحدة أو ساعة ونصف الساعة فى بعض البرامج وتتطلب بعض البرامج التأكد من وزن الجسم

واجعته أسبوعياً مع برنامج للمشى يتضمن قيام العميل بالمشى ثلاث مرات أسبوعياً مدة كل منها نصف ساعة كحد أدنى، وتعليم العملاء إختيار الأطعمة التى تحتوى على نسبة الدهون التى تحتوى على نسبة أقل من الدهون. ويتمثل الهدف من مثل هذه الإضافات التى تلحق بالبرنامج إلى إيقاف زيادة الوزن التى تحدث خلال البرنامج العلاجي. ويتم إستخدام فنية مراقبة الذات ليقوم العملاء من خلالها بتصوير أسلوبهم فى تناول الطعام، وملاحظة التغيرات التى تحدث لهم، وتصوير نوبات الأكل الصاخب من جانبهم، وأفكارهم، وجداناتهم قبل وبعد الأكل الصاخب. وهذا بطبيعة الحال يمثل لب العلاج حيث يهدف إلى التغيير التدريجى لأنماط الأكل حتى نصل فى النهاية إلى تدريبهم على المشى ثلاث مرات منتظمة ومتوازنة فى اليوم، مع تدريبهم أيضاً على خفض معدل تناولهم للأطعمة الممنوعة وذلك لتعزيز ضبط الذات، وتقليل مشاعر الحرمان إلى الحد الأدنى.

والى جانب ذلك يتم تدريب العملاء على أنماط السلوك التكيفية التى تستخدم كأساليب مواجهة، وتدريبهم على الإجراءات اللازمة لمنع حدوث إنتكاسة والتي تتمثل فى حل المشكلات، والتدريب على أساليب المواجهة الأكثر فاعلية.

وهناك شروط يجب أن تتحقق فى العميل كى ينجح البرنامج يمكن إجمالها فيما يلى:

- أن يكون وزن العميل قد قل قبل نهاية البرنامج بأربعة أسابيع على الأقل.
- أن يودى برنامجاً لتمرينات الأيروبيك أو يقوم بالمشى ثلاث مرات أسبوعياً لمدة لا تقل عن نصف ساعة على الأقل فى كل مرة.
- أن يمتنع عن الأكل الصاخب قبل نهاية البرنامج بأسبوعين على الأقل.
- وجددير بالذكر أن العملاء الذين لا تنطبق عليهم هذه الشروط يجب أن يتم

إخضاعهم لبرنامج العلاج بين الشخصي وذلك لمدة ماثلة، أما أولئك الذين تنطبق عليهم تلك الشروط فيخضعون لبرنامج آخر لتقليل أوزانهم يتضمن إثنتي عشرة جلسة علاجية ويهدف إلى تعليمهم التحكم في أوزانهم، ومدة كل جلسة ساعة واحدة أو ساعة ونصف الساعة أيضاً.

أما برنامج العلاج بين الشخصي فيتضمن هو الآخر إثنتي عشرة جلسة معه حل منها ساعة ونصف الساعة، ويركز على الأمور بين الشخصية كذلك التي تستخدم لعلاج الإكتئاب. وتركز الجلسات الأولى على إعطاء العملاء خلفية عن العلاج، والهدف منه، وطريقة تنفيذه، وتبصيرهم بأن الأكل الصاحب يثار عن طريق مشاعر سلبية تنبع من العديد من المشكلات بين الشخصية كالعزلة الإجتماعية والخوف من الرفض. كما يعمل أيضاً على تحديد المجالات التي تظهر خلالها تلك المشكلات. أما الجلسات الوسطى فتركز على توضيح وتغيير المشكلات بين الشخصية التي تم تحديدها. في حين تركز المرحلة الأخيرة من العلاج على تقييم مدى التقدم الذي يحققه العملاء مع التمهيد لإنهاء البرنامج العلاجي.

هذا ويتم عند إختيار عينة الدراسة إستبعاد المفحوصين وفقاً للشروط التالية:

- ١ - إذا قل السن عن ١٨ سنة أو زاد عن ٦٥ سنة.
- ٢ - إذا كان العميل يتعاطى علاجاً طبيياً معيناً (عقاقير) أو أى علاج نفسى آخر.
- ٣ - إذا كان هناك تلام مرضى كان يعاني العميل إلى جانب الشره العصبي من الفصام، أو أى اضطرابات وجدانية، أو كان يتعاطى الكحوليات أو المخدرات، أو كان يعاني من أى مرض عضوى آخر.
- ٤ - أن يكون العميل الأثنى حاملاً.
- ٥ - أن تحدث للعميل نوبات من فقد الشهية العصبي.

ومن الفتيات التي يمكن إستخدامها في تلك البرامج العلاجية المعرفية السلوكية التعريض لأنواع مختلفة من الأطعمة ومنع الإستجابة، أى تغيير الأحداث البيئية

ونواتجها التي يعتقد أنها تتحكم في الإستجابة لدورة الأكل الصاحب وما يليها من تقوي، وهذا يعنى التعريض للطعام ومنع حدوث التقوي. كما تستخدم مراقبة الذات وذلك لتصوير أنماط الأكل، والتفكير، والوجدانات المختلفة وظيفياً مما قد يساعد في خفض مستوى القلق المصاحب، والخوف من زيادة الوزن، وما يرتبط بذلك من اضطراب صورة الجسم، ويسهم إلى جانب ذلك في التعرف على الإعتماد المتبادل بين نسق إعتقدات الفرد وأنماطه السلوكية، والعمل على تغيير العمليات المعرفية المختلفة وظيفياً حول الفرد وحول البيئة، ومن ثم تغيير الجوانب المعرفية والسلوكية للأكل الصاحب. كما يمكن أيضاً إستخدام التدريب على السلوك التوكيدي، والتدريب على حل المشكلات والتي تعمل كإستراتيجيات للمواجهة تسهم في عدم حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجي. وكذلك يمكن إستخدام ضبط النفس، والواجبات المنزلية.

ويمكن إستخدام عدد من المقاييس النفسية في هذا الصدد وذلك بغرض التشخيص وتقييم مدى التقدم الذي يتم إحرازه من خلال البرنامج العلاجي المستخدم. ومن هذا المنطلق تستخدم في كل من القياس القبلى والبعدى والتبعي. ومن هذه المقاييس ما يلي:

١- إستبيان العوامل الثلاثة المرتبطة بالأكل - The Three - Factor - Eating Questionnaire الذى أعدته ستونكارد وميسيك (١٩٨٥) Stunkard & Messick لقياس المانع أو التقيد المعرفى، والجوع، وعدم الإمتناع عن الأكل.

٢- مقياس الأكل الصاحب The Binge Eating Scale الذى أعدته جورمالى وآخرون (١٩٨٢) Gormally et. al والذى يستخدم لقياس مدى حدة الأكل الصاحب بالنسبة للعميل.

٣- قائمة الأعراض The Symptom Check List التي أعدها ديروجاتيز (١٩٧٧) Derogatis وذلك للتعرف على تلك الأعراض المرتبطة بالأكل الصاحب والتي يعاني منها العميل.

- مقياس إضطرابات الأكل The Eating Disorders Inventory الذي أعده جارنر وأولستيد (١٩٨٤) Garner & Olmsted ويتكون من ٦٤ عبارة تعمل على تقييم الأبعاد المعرفية والسلوكية التي ترتبط بإضطرابات الأكل وذلك لدى أفراد العينة.

- مقياس روزنبروم لضبط النفس Rosenbaum Self - Control Rating Scale وهو المقياس الذي أعده روزنبروم (١٩٨٠) Rosenbaum والذي يتألف من ٣٦ عبارة لتقييم ميل الفرد إلى ملاحظة، وتنظيم، ومحاولة تعديل الأحداث غير السارة سواء كانت تلك الأحداث داخلية أو خارجية والتي تتضمن إختلالات وظيفية.

- مقياس المشكلات بين الشخصية The Inventory of Interpersonal problems والذي أعده هورويتز وآخرون (١٩٨٨) Horowitz et. al.

- مقياس بيك للإكتئاب Beck Depression Inventory وقد أعده للعربية غريب عبد الفتاح (١٩٨٥).

- كما يمكن استخدام مقياس الإكتئاب الذي أعده المؤلف (١٩٩٧).

- مقياس روزنبرج لتقدير الذات Rosenberg Self - esteem Scale أو مقياس كوبر سميث Coopersmith لتقدير الذات والذي أعده للعربية عبد الرحيم بخيت (١٩٨٥).

- كما يمكن استخدام مقياس تقدير الذات للمؤلف (١٩٩١).

ثالثاً: فقد الشهية العصبي anorexia nervosa

طبيعة الإضطراب

يعتبر فقد الشهية العصبي من تلك الإضطرابات ذات الصلة بإضطراب صورة الجسم على الرغم من أنه يعد من إضطرابات الأكل ولكنه يرتبط بشكل الجسم ووزنه ومن ثم بصورته. ومن هنا باتت صلته وثيقة باضطراب صورة الجسم حيث يتسم هذا الإضطراب بالهزال الشديد، وبالإلتغال الدائم بشكل الجسم، وإستخدام الإستراتيجيات المناسبة لتجنب زيادة الوزن. وبذلك فهو يعد من

الإضطرابات التي تتسم باهتمام شديد بشكل الجسم ومحاولات تجنب زيادة الوزن إذ يرتبط فقد الشهية العصبي بالعزوف عن الطعام أو الإمتناع عنه بغرض الرشاقة وتحقيق معايير الجاذبية الجسمية وفقاً لثقافة المجتمع الذي يحيا فيه الفرد. وبالتالي يزداد معدل إنتشار هذا الإضطراب بين الإناث حيث قد يصل إلى حوالي ١٠% بينهن، ويكثر في العمر الزمني الذي يتراوح بين ١٢ - ١٨ سنة وحتى سن الخامسة والعشرين، وقد تصل تلك النسبة إلى حوالي ٢٠% بين طالبات الجامعة.

وجدير بالذكر أن هذا الإضطراب لا يرجع إلى أى أساس عضوي، بل يرجع في الواقع إلى خبرة سلوكية ضاغطة يترتب عليها إنخفاض مخزون الطعام في الجسم، ومن ثم يحدث نقص في وزن الجسم. كما يصاحب تلك الخبرة الضاغطة تكوين مفاهيم وإعتقادات خاطئة من جانب الفرد عن كل من الأكل والوزن وشكل الجسم وصورته.

ويرى سليد (١٩٨٢) Slade أن هناك بعدين سلوكيين أساسيين يعتبران هما السبب وراء حدوث هذا الإضطراب هما البحث عن الكمال، وعدم الرضا العام. وأضاف عام ١٩٩١ إليهما بعداً آخر يعد هو ثالث هذه الأبعاد المميزة لشخصية يعانون من هذا الإضطراب هو بعد الضبط والسيطرة. وتعد تلك الأبعاد الثلاثة بمثابة جوهر نموذج سليد Slade المعروف بالنموذج التحليلي الوظيفي لفقد الشهية العصبي الذي يصور من خلاله مسببات الإضطراب في إطار مجموعتين من المتغيرات تمثل الأولى في تلك الأحداث السابقة على الإضطراب والتي يطلق عليها إسم الأحداث المسببة (A) antecedent events والتي نرى أنه بإمكاننا أن نطلق عليها إسم الأحداث المنشطة إن جاز لنا أن نستعير هذا المصطلح من إيس. أما المجموعة الثانية فتتمثل في تلك النتائج التي تترتب على السلوك الحالي (C) Consequences والذي يتضمن الأعراض المرضية للإضطراب. في حين نجد أن السلوك الحالي (B) Behavior يتوسط هاتين المجموعتين. ومن ثم يمكننا إختصار ذلك في نموذج بسيط يعرف بنموذج ABC على غرار نموذج

إليس Ellis العلاجي يتضح من خلاله أن A يؤدي إلى B الذى يؤدي بدوره إلى C.

ومن ناحية أخرى يقدم فورنهام وأنتيرا (1992) Furnham & Antera نموذجاً آخر لتلك الأسباب يعرف بالنموذج الوضعى Lay model وذلك من خلال آراء وإعتقادات وأفكار الحالات المرضية والسوية حول هذا الإضطراب والتي تتعلق بالنسق الأسرى وما يدور فيه من علاقات وتفاعلات، والنسق المجتمعى وما يسود فيه من معايير ومقاييس خاصة بشكل الجسم ووزنه وخصوصاً عند الإناث، والتغيرات الفسيولوجية وما يرتبط بها من صراعات نفسية خلال مرحلة المراهقة.

وبالنظر إلى هذين النموذجين يرى المؤلف أنه بإمكاننا أن نضع نموذج فورنهام وأنتيرا Furnham & Antera بما يضمه من آراء وإعتقادات وأفكار حول الإضطراب تتعلق بكل من النسق الأسرى والمجتمعى والتغيرات الفسيولوجية ضمن B من نموذج سليد Slade حيث أن لمثل هذه الإعتقادات والأفكار دوراً كبيراً فى تشكيل سلوك الفرد بما لا يدع مجالاً للشك. ويمكن فى ضوء هذا النموذج الجديد أن نخضع ذلك الإضطراب للعلاج باستخدام نموذج إليس ABC نظراً لأن تغيير الآراء والإعتقادات والأفكار المؤثرة على الإضطراب تؤثر بلا ريب على السلوك وذلك كما سنوضح فيما بعد.

ومن الجدير بالذكر أن هناك بعض الإضطرابات كالقلق والإكتئاب والوساوس القهرية والتوتر والخوف المفرط من السممة ترتبط بفقد الشهية العصبى وتتلازم مرضياً معه. ويتضمن هذا الإضطراب مكونات سلوكية وأخرى معرفية تعتبر جميعاً بمثابة أسباب تكمن خلف هذا الإضطراب. وتضم المكونات السلوكية عدم الرضا لعام عن الحياة وعن الذات، وإنخفاض تقدير الذات وهو ما ينشأ عن صراعات لمراهقة والعلاقات بين الشخصية والضغوط التي يتعرض لها الفرد وخبرات الفشل التي يمر بها. كما تضم أيضاً البحث عن الكمال وهو ما يعد ميلاً وسواسياً، إلى جانب الحاجة إلى الضبط الكامل للعديد من الأمور والوصول إلى النجاح الكامل

فى أحد المجالات على الأقل وهو ما يعد كذلك ميلاً وسواسياً. فى حين تتضمن المكونات المعرفية آراء وإعتقادات وأفكار مختلفة وظيفياً ومشوهة أحياناً تتعلق بالنسق الأسرى والمجتمعى والتغيرات الفسيولوجية التي يتعرض لها الفرد خلال المرحلة العمرية التي يمر بها وهي المراهقة.

هذا وقد مر علاج إضطراب فقد الشهية العصبى بالعديد من التغيرات ما بين الراحة فى السرير إلى التغذية السائلة من الأنف، إلى جانب إستخدام بعض العقاقير ذات الصلة، وكان يوجه ذلك فى الأساس نحو إستعادة الوزن. وعندما تم إستخدام العلاج السلوكى بعد ذلك كان يعتمد على نظام يقوم على تعزيز إستعادة الوزن أثبت فعاليته على المدى القريب، إلا أن إحتمالات حدوث إنتكاسة تتزايد مع علاجه يمثل هذا الشكل حيث يستمر العديد من المرضى على معاناتهم من إتجاهاتهم نحو الأكل والوزن. ولذلك كان لابد من التعامل مع ما يرتبط به من إضطرابات إنفعالية، ومعرفية، وسلوكية وهو ما مهد الطريق لإدخال العلاج المعرفى السلوكى إلى هذا المجال. ومع ذلك لا يوجد سوى دراسات قليلة منذ بداية الثمانينيات هي التي إستخدمته ولم تكن نتائجها حاسمة، وهو الأمر الذى يتطلب إجراء المزيد من الدراسات لتطوير وتحسين الآثار العلاجية لهذا الأسلوب العلاجي من خلال تحديد السمات الأساسية لأولئك المرضى الذين يتلقونه.

وعلى الرغم من التاريخ القصير نسبياً للعلاج المعرفى السلوكى فى هذا المجال فقد أصبح أسلوباً علاجياً شائعاً بين المرضى الذى يعانون من هذا الإضطراب، وهو ما فتح مجالاً جديداً أمامه.

ويرى بعض الباحثين أن ضغوطاً خارجية معينة مثل الإمتحانات أو الضغوط الباعثة على القلق الداخلى مثل البلوغ تتفاعل فى أنواع الشخصيات الحساسة مما يترتب عليه النظر إلى الرجيم الغذائى فى مثل تلك الحالة على أنه يعد حلاً لتلك المشكلات. ويتعزز نقص الوزن خارجياً من قبل الآخرين ونسق القيم الثقافية السائدة فى المجتمع والذى يؤكد على النحافة، كما يتعزز نقص الوزن داخلياً أيضاً

وجدير بالذكر أن فقد الشهية العصبى كاضطراب قد يأخذ أحد نمطين، وذلك على النحو التالى:

أ- النمط المانع أو التقييدى: restricting

ويتميز هذا النمط بعدم قيام الفرد بالمشاركة خلال نوبة فقد الشهية العصبى بشكل منتظم فى الأكل الصاحب، ولايقوم بأى سلوك يهدف بواسطته إلى التخلص من الأكل الموجود بالبطن كالحث الذاتى على التقيؤ، أو إساءة استخدام المليينات أو الأدوية المدرة للبول أو الحقن الشرجية.

ب- نمط الأكل الصاحب المصحوب بسلوك يهدف إلى التخلص من ذلك الأكل الموجود فى البطن:

ويتسم هذا النمط بقيام الفرد بشكل منتظم خلال نوبة فقد الشهية العصبى بالأكل الصاحب أو بأى سلوك يهدف عن طريقه إلى التخلص من الأكل الموجود بالبطن كالحث الذاتى على التقيؤ، أو قيامه بإساءة استخدام المليينات أو الأدوية المدرة للبول أو الحقن الشرجية.

العلاج المعرفى السلوكى لفقد الشهية العصبى

يعد العلاج المعرفى السلوكى على الرغم من تاريخه القصير نسبياً كأسلوب علاجى يستخدم مع هذا الاضطراب من الأساليب العلاجية الفاعلة ذات التأثير الجيد، كما يعتبر من الأساليب الشائعة بين المرضى الذين يعانون من هذا الاضطراب. وأقصد بذلك أنه من الأساليب شائعة الاستخدام التى أثبتت فاعلية كبيرة فى هذا الصدد. وقد تطور العلاج المعرفى السلوكى لهذا الاضطراب من خلال تحليل ما يرتبط به من اضطرابات إنفعالية كالإكتئاب والقلق، ومعرفة كالأعتقادات المختلة وظيفياً، وسلوكية كالشبع والتقيؤ.

ويعتمد هذا الأسلوب العلاجى فى تناوله لفقد الشهية العصبى على فنيات رئيسية كالتعليم النفسى لتقديم المعلومات عن مفهوم الاضطراب وطبيعته وأسبابه

بفضل شعور الفرد بالإحجاز. وعلى هذا الأساس يعد اضطراب فقد الشهية العصبى دليلاً أو مظهراً لنفس جوهر اضطراب صورة الجسم حيث يتم البروفيل الخاص به بنقص الوزن، وبتلك الأساليب المختلفة التى يلجأ الفرد إليها كى يتمكن من التحكم فى وزنه.

المحكات التشخيصية للإضطراب

يحدد DSM - IV المحكات التالية لتشخيص اضطراب فقد الشهية العصبى كأحد اضطرابات الطعام:

أولاً: رفض الإبقاء على وزن الجسم عند المعدل الطبيعى الذى يتناسب مع السن والطول، أو أكثر من ذلك بقليل حيث يؤدى فقد الوزن فى هذه الحالة إلى الإبقاء على وزن الجسم أقل من ٨٥% من المتوقع، أو عدم القدرة على تحقيق الزيادة المتوقعة فى الوزن خلال فترة النمو مما يؤدى إلى أن يصبح وزن الجسم أقل من ٨٥% مما هو متوقع.

ثانياً: الخوف الشديد من زيادة الوزن أو من أن يصبح الفرد بديناً حتى إن كان وزنه أقل من معدله الطبيعى.

ثالثاً: حدوث اضطراب فى الطريقة أو الأسلوب الذى يخبر به الفرد وزن أو شكل جسمه، مع التأثير المفرط لوزن الجسم أو شكله على تقييم الفرد لذاته، أو إنكاره لخطورة إنخفاض وزن جسمه أو نقصه وذلك بالصورة التى يكون عليها.

رابعاً: إنقطاع الطمث إنقطاعاً غير سوى amenorrhea لدى الإناث وذلك بعد بداية الدورة الشهرية Postmenarcheal كأن ينقطع الطمث لمدة ثلاث دورات شهرية متتالية مثلاً (علماً بأن الأنثى تعتبر قد إنقطع عنها الطمث إنقطاعاً غير سوى إذا لم تحدث الدورة الشهرية عندها إلا بعد إفراز هرمون الأستروجين (estrogen). هذا إلى جانب حدوث اضطراب فى إفراز الهرمونات.

لاج والمعروف ABC والذي أضاف إليه بعد ذلك DE ليصبح ABCDE ممثلاً لك الأحداث المنشطة، ونسق الإعتقادات، والنتائج، والتفنيذ أو الدحض، لأثر المعرفى وهو ما يمكن أن نستخدمه فى تعديل السلوك فى هذا الإطار حيث إستخدامه فى إعادة البنية المعرفية التى تسهم بقدر كبير فى خفض حدة هذا اضطراب ومن ثم يمكن أن تؤدى بعد ذلك إلى التخلص منه .

أما عن البرامج العلاجية فهى لا تختلف فى مدتها عن تلك التى يتم إستخدامها الشره العصبى للطعام . ويجب عند إعداد مثل هذه البرامج وتطبيقها فى هذا المجال أن تتضمن الجلسات الأولى تقديم معلومات للمرضى عن الإضطراب من أجل فنية التعليم النفسى وإجراء المناقشة معهم حول تلك المعلومات وكيفية جهة الإضطراب . كما يتم أيضاً تبصيرهم بضرورة إتباع نظام غذائى معين يتم إرفاقه عليه . كذلك يجب أن تتطرق المناقشة إلى ما يرتبط بهذا الإضطراب من طرابات كالقلق والإكتئاب . أما الجلسات الوسطى فتتضمن تحديد العلاقة بين الرف والسلوكيات، وتعديل الأفكار المختلفة وظيفياً والذي قد يكون موقفياً كما الحال فى أوقات تناول الطعام أو إرتداء الملابس، أو يكون إنفعالياً كالتغيرات البدنية أو المزاجية . كما تتضمن تلك الجلسات أيضاً التدريب على إعادة البناء النفسى، ومراقبة الذات (حيث لايجب الإقتصار بها على الجلسات الأولى فقط)، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والتدريب على حل المشكلات كأساليب مهمة للإضطراب . وإلى جانب ذلك يتم التدريب على الإسترخاء، والواجبات المنزلية . فى حين تتم إعادة التدريب على مهارة حل المشكلات فى الجلسة الأخيرة يطبقها العملاء بعد ذلك فى المواقف المختلفة التى قد يتعرضون لها فيما بعد لتجنب حدوث إنتكاسة بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج العلاجى . أما القياس فى فترته بعد مرور ستة شهور على الأقل من إنتهاء البرنامج .

هذا ويجب أن تسير خطة العلاج على النحو التالى :

وتطوره وكيفية مواجهته، إلى جانب مراقبة الذات للتعرف على عادات الأكل وتذبذب الوزن والأفكار والإتجاهات المختلفة وظيفياً التى ترتبط بحجم الجسم وشكله . كما يعتمد أيضاً على فنيات خفض القلق، والتحكم الذاتى فى السلوك، وتعديل المعارف اللاتواؤمية . وإضافة إلى ذلك فهو يلدجاً إلى التدريب على الإسترخاء، والواجبات المنزلية، وإستراتيجيات المواجهة التى تعمل على منع حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى، ومن هذه الإستراتيجيات التدريب على المهارات الإجتماعية والتدريب على حل المشكلات .

وإذا كان سليد (1991) Slade فى نموذج عن التحليل الوظيفى لمسببات فقد الشهية العصبى ينظر إلى السلوك الحالى - كما أوضحنا سلفاً - بوصفه وظيفة لمجموعتين من المتغيرات أطلق على الأولى منهما إسم الأحداث المسببة أو المنشطة (A) ورأى أنها تشمل الحالات أو التشریطات الثابتة والمثيرات المتميزة، فى حين أطلق على الثانية إسم النواتج أو النتائج (C) ورأى أنها تتضمن التعديم بطبيعته السلبية (السلوك التجنبى) أو الإيجابية، وتاريخه، والنموذج الخاص به، ورأى أن السلوك (B) يتوسط بين هاتين المجموعتين، وأنه يثار من خلال المجموعة الأولى (A) ويؤدى بدوره إلى المجموعة الثانية (C)، فإنه يمكننا أن نختصر هذا النموذج فى معادلة بسيطة على غرار نموذج إليس Ellis العلاجى لتصبح ABC . وإلى جانب ذلك يضع فورنهام Furnham نموذجاً آخر لهذا الإضطراب يرى من خلاله أن أسباب الإضطراب ترجع إلى آراء وإعتقادات وأفكار الفرد حول ذلك الإضطراب والتى تتعلق بالنسق الأسرى والمجتمعى والتغيرات الفسيولوجية . ونحن بدورنا نرى أنه بإمكاننا أن نضع ذلك ضمن B من نموذج سليد Slade لأن الآراء والإعتقادات والأفكار تؤثر فى سلوك الفرد وتشكله . وفى ضوء هذا النموذج الجديد ترمز B إلى السلوك الحالى وما يكمن خلفه ويتأثر به - السلوك هو الذى يتأثر - من آراء وإعتقادات وأفكار مختلفة وظيفياً أو مشوهة تحتاج إتفاقاً مع رأى إليس Ellis إلى تعديل حيث أن الإعتقاد يؤثر فى السلوك، وأن أى تغيير فيه يؤدى قطعاً إلى تغيير وتعديل فى السلوك . ومن ثم يمكن أن نستخدم أسلوب إليس فى

١ - تقديم نموذج العلاج المعرفى السلوكى على أن يتضمن ذلك ما يلى:

أ - التعرف على منطق العلاج.

ب - التعرف على تلك الضغوط التى يمكن أن تؤدي إلى الإضطراب.

٢ - تقديم المعلومات وإجراء المناقشات حول ما يلى:

أ - مخاطر نقص الوزن والعروف عن الأكل.

ب - الضغوط الثقافية التى ترتبط بالأكل وحجم الجسم.

ج - التقيد بنظام غذائى معين وعدم الخروج عنه.

د - التغذية الجيدة والأنماط الجيدة لتناول الأكل.

هـ - التخطيط للوصول إلى الوزن العادى

و - التذبذب فى الوزن وكيفية الوصول إلى الوزن العادى.

٣ - زيادة كم ونوع الأغذية المراد تناولها بغرض إستعادة الوزن والوصول به إلى المستوى الصحى العادى.

٤ - تحديد المعارف المختلفة وظيفياً والتى ترتبط بالأكل والوزن وحجم الجسم.

٥ - العمل على تعديل تلك الأفكار المختلفة وظيفياً من خلال إتباع إستراتيجيات علاجية معينة.

٦ - تناول جوانب أخرى ذات صلة بالإضطراب كتقدير الذات، والإكتئاب، والمهنة، والأسرة، إلى جانب العديد من الأمور الإجتماعية المختلفة.

٧ - التدريب على إستراتيجيات المواجهة حتى تجنبنا حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجى.

هذا ويجب خلال النقطة السادسة أن يتم التعامل مع أى إضطراب يمكن أن ينشأ إلى جانب فقد الشهية العصبى كالقلق أو الإكتئاب أو أى أفكار وسواسية،

سافة إلى إنخفاض تقدير الذات ونقص الثقة فى النفس، وربما تجنب المواقف الإجتماعية أو غيرها من الأمور ذات الصلة بالأسرة والتفاعلات التى تنشأ داخلها بين أعضائها. أما فيما يتعلق بالدراسة التبعية فهى تسير على نفس المنطق الذى يسير به فى حالة الشره العصبى للطعام.

ومن الجدير بالذكر أن هناك عدداً من المقاييس النفسية التى يمكن أن نستخدمها فى هذا الصدد، والتى يتم تطبيقها خلال القياسين القبلى، والبعدى وذلك للتعرف على أثر البرنامج العلاجى وتقييمه. كذلك يمكن أن تطبق مثل هذه المقاييس فى قياس التبعى وذلك للتعرف على مدى إستمرار ذلك الأثر الذى يخلفه البرنامج المستخدم. ومن أمثلة هذه المقاييس ما يلى:

مقياس سلوكيات ومسببات فقد الشهية العصبى Setting Condition of anorexia nervosa الذى أعده سليد وديوى (١٩٩١) Slade & Dewey والذى يقيس مسببات فقد الشهية العصبى وما يرتبط بها من سلوكيات وذلك فى إطار نموذج سليد Slade ذى المسببات الثلاثة، ولذا إشتمل هذا المقياس على ثلاثة مقاييس فرعية كالتالى:

أ - الميول الكمالية.

ب - عدم الرضا العام عن الحياة وعن الذات وإنخفاض تقدير الذات.

ج - الحاجة إلى الضبط الكامل لبعض مفاهيم ومواقف الحياة.

مقياس إضطرابات الأكل The Eating Disorder Inventory الذى أعده جارنر وآخرون (١٩٨٣) Garner et. al وذلك للتعرف على إتجاهات المريض نحو الطعام ونحو تناول الأكل بشكل عام.

إستييان سلوكيات الأكل The Dutch Eating Behaviour Questionnaire وهو ذلك المقياس الذى قام بإعداده فان شترين وآخرون (١٩٨٦) van Strien et. al

وذلك للتعرف على درجة سيطرة الفرد على نفسه عند رؤية الطعام، ومدى إستجابته للإشارات الخارجية أو الإنفعالية المرتبطة بالأكل.

- مقياس بيك للإكتئاب Beck Depression Inventory وقد أعده للتعربية غريب عبد الفتاح (١٩٨٥).

كما يمكن إستخدام مقياس الإكتئاب الذى أعده المؤلف (١٩٩٧).

- مقياس روزنبرج لتقدير الذات Rosenberg Self - esteem Scale أو مقياس كوبر سميث Cooper Smith لتقدير الذات والذى توجد نسخة عربية منه أعدها عبد الرحيم بخيت (١٩٨٥).

ويمكن أيضاً إستخدام مقياس تقدير الذات للمؤلف (١٩٩١).

- مقياس الثقة بالنفس Self - Confidence للمؤلف (١٩٩٧).

دراسات تطبيقية عامة حول اضطراب صورة الجسم.

أجرى أجراس وآخرون Agras et. al (١٩٨٩) دراسة على ٧٧ سيدة تعانين من الشره العصبى تتراوح أعمارهن بين ١٨ - ٦١ سنة، وتم تقسيمهن عشوائياً إلى أربع مجموعات، واحدة ضابطة لم تتلق أى علاج (ن = ١٩)، وتم تدريب المجموعة الثانية على مراقبة الذات وذلك لمنع سلوك التقيؤ (ن = ١٩)، أما الثالثة (ن = ٢٢) فقد خضعت للعلاج المعرفى السلوكى، فى حين خضعت المجموعة الرابعة (ن = ١٧) للعلاج المعرفى السلوكى أيضاً ولكن مصحوباً بالتدريب على منع التقيؤ. وإستمر البرنامج العلاجى لمدة أربعة شهور وتضمن أربع عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وتم إستخدام إستراتيجيات المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على حل المشكلات، والواجبات المنزلية. وأوضحت النتائج حدوث تحسن فى كل المجموعات التجريبية الثلاث، وأن العلاج المعرفى السلوكى كان هو الأكثر نجاحاً وفاعلية فى التقليل من التقيؤ وتدعيم التغييرات النفسية الإيجابية التى حدثت نتيجة للعلاج حيث توقف ٥٦% من

عن للعلاج المعرفى السلوكى عن الشره مع نهاية البرنامج العلاجى، وتوقف ٧٧,٢% لديهن. وعند متابعتهم بعد ستة شهور من إنتهاء البرنامج كان ٥٠% ممن خضعن للعلاج المعرفى السلوكى قد تحسنت وقل التقيؤ لديهن بنسبة ٥٠%. وبذلك يتضح أن إضافة التدريب على منع إستجابة التقيؤ إلى برنامج علاج المعرفى السلوكى لم يدعم فاعليته حيث إتضح من خلال ماكشفت عنه أنه يمكن أن يؤدى بدونها إلى تلك النتائج.

وفى دراسة أجراها روزن وآخرون Rosen et. al (١٩٨٩) على ٢٣ سيدة من ذوي الوزن العادى تعانين من اضطراب صورة أجسامهن ولكنهن لاتعانين من أى طراب من اضطرابات الأكل. وتم تقسيمهن إلى مجموعتين إحداها ضابطة لم تتلق أى علاج والأخرى تجريبية خضعت لبرنامج علاجى معرفى سلوكى لمدة ستة أسابيع بواقع جلسة واحدة أسبوعياً وذلك بعد تقسيم أفرادها إلى مجموعتين. وقد ركز هذا البرنامج العلاجى على تصحيح التقييم المفرط للوزن الجسم، وتصحيح وتعديل الأفكار السلبية والمشوهة التى تتعلق بالمظهر الجسمى، وتغيير المواقف التى تثير مايرتبط بالمظهر الجسمى من أفكار. وأوضحت نتائج التقييم البعدى والتبعى حدوث تحسن كبير فى تقييم حجم الجسم، ومدى الرضا بالمظهر الجسمى، ومدى تجنب المواقف المثيرة وذلك من جانب المجموعة التجريبية قياساً بالمجموعة الضابطة مما يدعم فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى هذا الشأن. وقد تأكدت هذه النتائج فى دراسة أخرى أجراها روزن وآخرون Rosen et. al (١٩٩٠) على ٢٤ فتاة جامعية من ذوات الوزن العادى ممن تعانين من اضطراب صورة أجسامهن. وقد خضعت هؤلاء الفتيات لبرنامج علاجى معرفى سلوكى بعد تقسيمهن إلى مجموعتين تم تدريب إحداها على الإدراك الحقيقى لحجم الجسم فى حين لم يتم تدريب المجموعة الثانية على ذلك. وتم تقسيمهن إلى مجموعتين صغيرتين عند خضوعهن للبرنامج العلاجى الذى إستمر لمدة أسابيع. هذا وقد تضمن البرنامج العلاجى لكلا المجموعتين تصحيح وتعديل الأفكار السلبية والمشوهة المرتبطة بالمظهر الجسمى، والتعريض للمواقف التى

يحاول المريض أن يتجنبها والتي تعمل على إثارة صورة سلبية للجسم. وإضافة إلى ذلك فقد تلقت المجموعة الأولى تدريباً يؤهل أعضائها لتصحيح تقديرهن الزائد لحجم ووزن الجسم وهو الأمر الذي يساعدهن على الإدراك الدقيق لحجم أجسامهن. وأظهرت نتائج القياسين البعدي والتبعي حدوث تحسن متكافئ لدى المجموعتين في التقييم الزائد لحجم الجسم مع تحسن في مدى تقبلهن صورة أجسامهن، وإنخفاض معدل التجنب من قبلهن للمواقف المثيرة. كما أصبح تقديرهن لذواتهن أكثر إيجابية، وقل سلوك الإمساك عن تناول الطعام، وقل إنشغالهن بالطعام وشعورهن بالذنب المرتبط بذلك، كما قل أيضاً معدل التغيير المتأراً ذاتياً من جانبهن.

وفي الدراسة التي أجرتها فيفيان لويس وآخرون (1992) Lewis, V. et. al. على 24 سيدة تحاولن السيطرة على أوزانهن وتتراوح أعمارهن بين 19 - 51 سنة بهدف التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في تقوية الفاعلية الشخصية وزيادة تقدير الذات خضعت تلك السيدات لبرنامج علاجي تضمن ثمانى جلسات بعد أن تم تقسيمهن إلى أربع مجموعات صغيرة، كما تم متابعتن لمدة ستة شهور بعد إنتهاء البرنامج العلاجي. وأوضحت النتائج حدوث تحسن من جراء العلاج وذلك فى تقدير الذات، مع تحكمهن إنفعالياً فى الإفراط فى تناول الطعام، وحدوث تحسن فى فاعلية الذات من جانبهن مع تغير عاداتهن فى تناول الطعام، وإتجاهاتهن نحو حجم الجسم. وهو ما أكدته نتائج الدراسة لتتبعية. كذلك فقد حدث نقص فى الوزن أيضاً بسبب البرنامج وهو ما يرجع إلى لتحسن فى كل من فاعلية الذات وتقدير الذات وتغير عادات الأكل.

وتوصل ولفلى وآخرون (1993) Wilfley et. al فى دراستهم التى أجروها على 56 سيدة تعانين من الشره العصبى تتراوح أعمارهن بين 27 - 64 سنة بتوسط 44,3 سنة تم إختيارهن بشكل عشوائى وتقسيمهن إلى ثلاث مجموعات تلقت الأولى العلاج المعرفى السلوكى الجماعى (ن = 18) الذى تضمن ست شرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً تم خلالها استخدام إستراتيجيات

المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على عادات طعام معينة، والواجبات المنزلية. وتلقت المجموعة الثانية (ن = 18) العلاج بين الشخصى الذى إستمر لنفس المدة وضم نفس عدد الجلسات، وتضمن استخدام إستراتيجيات المناقشة، والتدريب على الأدوار الإجتماعية، والانتقال بين الأدوار (المعالج - المريض)، والتدريب على السيطرة على عادات الطعام. أما المجموعة الثالثة (ن = 20) فكانت مجموعة ضابطة وعلى ذلك لم تتلق أى علاج. وتوصل هؤلاء الباحثون إلى حدوث تحسن واضح ودال فى المجموعتين الأولى والثانية قياساً بالمجموعة الضابطة حيث قلت حدة الشره بدرجة كبيرة، ولم توجد فروق دالة بين المجموعتين الأولى والثانية فى درجة التحسن. كذلك فقد وجدت لأكوراي وآخرون (1993) Thackwray et. al فى الدراسة التى تم إجراؤها على عينة ضمت 38 سيدة تتراوح أعمارهن بين 15 - 62 سنة بمتوسط 31,3 سنة تم تقسيمهن عشوائياً إلى ثلاث مجموعات تلقت الأولى برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى، وتلقت الثانية برنامجاً للعلاج السلوكى، أما الثالثة فكانت مجموعة ضابطة ومن ثم لم تتلق أى علاج. وتضمن البرنامج العلاجي ثمانى جلسات بواقع جلسة واحدة إسبوعياً، وتم استخدام إستراتيجيات التدريب على عادات الطعام، والتعزيز الذاتى (البرنامج السلوكى)، ومراقبة الذات، ومواجهة الإعتقادات المنخلة وظيفياً، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على توكيد الذات أى على السلوك التوكيدى، والتدريب على مهارة حل المشكلات، والتدريب على الإسترخاء، والواجبات المنزلية (العلاج المعرفى السلوكى). ووجد هؤلاء الباحثون أن هناك تحسناً قد حدث بنسبة 92% للمجموعة التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى فى مقابل 100% للمجموعة التى تلقت العلاج السلوكى. وأوضحت نتائج المتابعة بعد ستة شهور من إنتهاء البرنامج أن نسبة التحسن لدى المجموعة التى تلقت العلاج المعرفى السلوكى كانت 69% فى مقابل 38% للمجموعة التى تلقت العلاج السلوكى وهو ما يؤكد أولاً على فاعلية كلا الأسلوبين، وثانياً أن نسبة حدوث الإنتكاسة تقل فى حالة العلاج المعرفى السلوكى. ونحن نرى أن هذا

يرجع إلى استخدام إستراتيجيات المواجهة التي تجعل العلاج المعرفى السلوكى هو الأفضل كأسلوب علاجى وذلك على المدى الطويل. وعلى جانب آخر قام فيربورن (Fairburn 1993) بإجراء دراسة على 75 مريضاً ممن يعانون من الشره العصبى تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات تلقت كل منها أسلوباً علاجياً قصير المدى مع المقارنة بين مدى فاعلية كل منها، فتلقت المجموعة الأولى العلاج المعرفى السلوكى، وتلقت الثانية برنامجاً للعلاج السلوكى، فى حين تلقت المجموعة الثالثة برنامجاً للعلاج بين الشخصى. وتضمن البرنامج العلاجى لكل أسلوب تسع عشرة جلسة على مدى ثمانية عشر أسبوعاً. وأوضحت النتائج اختلاف أثر هذه الأساليب الثلاثة، فكان العلاج السلوكى هو أقلها أثراً وكانت نتائجه ضعيفة، بينما كان العلاج المعرفى السلوكى والعلاج بين الشخصى هما الأفضل وكانت نتائجهما متقاربة ولم توجد فروق دالة بينهما.

وإلى جانب ذلك أجرى بلوين وآخرون (Blouin et. al 1994) دراسة لتحقيق عدد من الأهداف من بينها التعرف على مدى حدوث تحسن لدى 69 سيدة تعاني من الشره العصبى على أثر مشاركتهن فى برنامج للعلاج المعرفى السلوكى الجماعى تضمن عشر جلسات وإستمر لمدة عشرة أسابيع، وتم إستخدام عدد من المقاييس النفسية هى مقياس التشويشات المعرفية المرتبطة بالشره، ومقياس اضطرابات الطعام، وقائمة أعراض الشره العصبى طبقت قبل إستخدام البرنامج وبعده، وبمقارنة متوسطات الدرجات فى التطبيقين القبلى والبعدى إتضح حدوث معدل كبير من التحسن لدى أفراد العينة. هذا وقد وجد كوكر (Coker 1994) فى دراسته لحالة سيدة فى الرابعة والستين من عمرها توفى زوجها قبل عامين وأصيبت بالشره من وقتها، وكان هذا الشره مصحوباً بالتقيؤ المثار ذاتياً وإساءة إستخدام الأدوية المليئة. وبعد إستخدام برنامج للعلاج المعرفى السلوكى لمدة عشرة أسابيع متضمناً إستراتيجيات المناقشة، وإعادة البناء المعرفى، والتدريب على نظام غذائى معين كشفت النتائج عن نجاح البرنامج العلاجى فى علاج هذه السيدة حيث إختفت أعراض الشره لديها. كذلك فقد هدفت دراسة أجرامس وآخرين (1994)

Agras et. al إلى فحص نتائج المتابعة لمدة عام بعد نهاية البرنامج العلاجى باستخدام عقار ديسيرامين desipramine بمفرده على مجموعة لمدة ستة عشر أسبوعاً، والعلاج المعرفى السلوكى لمجموعة ثانية لمدة أربعة وعشرين أسبوعاً، أو لهما معاً كبرنامج مشترك لمدة أربعة وعشرين أسبوعاً وذلك لعلاج 61 سيدة اثنين من الشره العصبى وتتراوح أعمارهن بين 18 - 65 سنة. وكشفت النتائج العلاج المعرفى السلوكى المصحوب بالعلاج بالعقاقير كان هو الأفضل فى تحسن حالات هؤلاء السيدات، يليه العلاج المعرفى السلوكى بمفرده. أما العلاج بالعقاقير فإن أقلها فى النتائج، وأنه كان يجب أن يستمر هو الآخر لمدة أربعة وعشرين أسبوعاً على الأقل إما بمفرده أو مصحوباً بالعلاج المعرفى السلوكى.

ومن ناحية أخرى إستهدف فيشر وتومسون (Fisher & Thompson 1994) مقارنة مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى والعلاج باستخدام تمارين الأيروبيك لتلك لعلاج المستويات المرتفعة من اضطراب صورة الجسم لدى 54 طالبة جامعية ت مجانستهن فى درجة الشحوم المخزونة فى أنسجة أجسامهن، وتم تقسيمهن فى مجموعتين ضمت كل منهما 27 طالبة. وقد تلقت أولى المجموعتين برنامجاً لعلاج المعرفى السلوكى إستمر ستة أسابيع، وتلقت المجموعة الثانية برنامجاً رياضياً يقوم على تمارين الأيروبيك لمدة مماثلة. ثم تمت بعد ذلك مقارنة كل من اثنتين المجموعتين مع مجموعة ضابطة مماثلة. وقد أوضحت النتائج حدوث نقص شساو تقريباً فى شكل الجسم (الحجم والوزن) فى المجموعتين قياساً بالمجموعة لضابطة كما تعكسه درجاتهن على مقياس اضطراب صورة الجسم والذى يعكس قلق المرتبط بوزن الجسم وذلك كحالة وكسمة، والجوانب المعرفية السلوكية للمظهر، وعدم الرضا عن المظهر الجسمى. كما يؤكد روزن وآخرون (Rosen et. al 1995) أن برنامج العلاج المعرفى السلوكى قد أدى إلى حدوث نقص دال فى أعراض تشوه صورة الجسم لدى أفراد المجموعة العلاجية، وإختفى الإضطراب تماماً لدى 82% من الحالات بعد العلاج، ولدى 77% منها فى الدراسة التتبعية. كما حدث أيضاً تحسن فى الأعراض النفسية بشكل عام وإزداد

ن تقدير الذات وذلك في دراستهم التي أجروها على ٥٤ سيدة ممن ترفضن صورة أجسامهن وتتراوح أعمارهن بين ٢٠ - ٦١ سنة بمتوسط ٣٦,٥ سنة ولا يقل مستوى تعليمهن عن المرحلة الثانوية، وكان تقديرهن لذواتهن المرتبط بصورة أجسامهن سلبياً . وقد تم إختيارهن عشوائياً ومن ثم تصنيفهن إلى مجموعتين إحداهما علاجية (تجريبية) تلقت برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى تضمن ثمانى جلسات بواقع جلسة واحدة أسبوعياً بعد تقسيمهن إلى مجموعات صغيرة تضم كل مجموعة من أربع إلى خمس سيدات، وتضمن البرنامج إستخدام فنيات المناقشة، وتعديل أفكارهن عن صورة أجسامهن وعدم رضاهن عنها، وإعتقاداتهن المبالغ فيها عن مظهرهن الجسمى، والتعريض لمواقف صورة الجسم، والتخلص من الفحص الدائم للجسم كالوزن المستمر وقياس محيط الجسم والنظر الدائم فى المرآة للملاحظة الجسم . أما المجموعة الثانية فكانت ضابطة ولم تتلق بالتالى أى علاج . وفى دراسة أخرى أجراها نفس الباحثون [روزن وآخرون (١٩٩٥)] Rosen et. al على ٥١ سيدة بدينة تتراوح أعمارهن بين ٢٣ - ٦١ سنة تم تقسيمهن عشوائياً إلى مجموعتين إحداهما تجريبية قسمت إلى مجموعات صغيرة وتلقت برنامجاً للعلاج المعرفى السلوكى بهدف تحسين صورة أجسامهن إستمر لمدة ثمانية أسابيع بواقع جلسة واحدة أسبوعياً مدتها ساعتان، وتضمن البرنامج معلومات تساعدن على مواجهة الأنماط السلبية للبدانة، وتصحيح وتعديل الأفكار المقحمة المتعلقة بعدم الرضا عن المظهر الجسمى وما يرتبط به من إعتقادات مختلفة وظيفياً، والتعرض لتلك المواقف التى يحاول المريض أن يتجنبها، وخفض معدل الفحص المتكرر للجسم . ولم يتضمن البرنامج ما يتعلق بتغيير سلوكيات تناول الطعام أو أداء التمرينات الرياضية . أما المجموعة الثانية فكانت ضابطة ولم تتلق أى علاج . وأوضحت النتائج حدوث تحسن فى صورة الجسم لدى أعضاء المجموعة التجريبية مع حدوث تحسن فى تقديرهن لذواتهن، وقل الإفراط فى تناول الأكل من جانبهن، كما قل شعورهن بالذنب الناتج عن إفراطهن فى تناول الطعام . أما الوزن فلم يتغير لدى العديد من المفحوصات حيث لم يهدف البرنامج إلى ذلك .

وهدفت دراسة فيلى وآخرين (١٩٩٦) Veale et. al أيضاً إلى التأكد من فاعلية علاج المعرفى السلوكى فى علاج إضطراب صورة الجسم وذلك لدى عينة شوائية من المرضى ضمت تسعة عشر مريضاً من الجنسين فى عقد الثلاثينيات من أعمارهم من المترددين على العيادة الخارجية بالمستشفى . تم تقسيمهم إلى مجموعتين خضعت إحداهما وهى المجموعة التجريبية لبرنامج علاجى معرفى سلوكى إستمر إثنى عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، فى حين كانت مجموعة الثانية بمثابة مجموعة ضابطة وضمت أولئك المرضى الذين إعتبروا على قمة الإنتظار . وأوضحت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطى درجات المجموعة الضابطة فى أى من المقاييس المستخدمة وذلك بين القياسين قبلى والبعدى، فى حين كانت هناك فروق دالة إحصائياً بين القياسين القبلى والبعدى للمجموعة التجريبية فى المقاييس المرتبطة بإضطراب صورة الجسم لإكتئاب لصالح القياس البعدى . وإلى جانب ذلك كانت هناك فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين الضابطة والتجريبية فى القياس البعدى تدل على التحسن ذلك فى المقاييس المرتبطة باضطراب صورة الجسم والإكتئاب مما يؤكد فعالية علاج المعرفى السلوكى فى هذا الصدد .

ويذكر فنسنت وآخرون (١٩٩٦) V. H. Vincent et. al أن كلاً من كاش وجرانت (١٩٩٥) Cash & Grant قد أجريا دراسة باستخدام العلاج المعرفى السلوكى على ٢٣ سيدة غير راضيات عن صور أجسامهن بدرجة كبيرة، وتتراوح أعمارهن بين ١٨ - ٤٧ سنة . وتم تقسيمهن إلى مجموعتين تلقت إحداهما العلاج المعرفى السلوكى الجماعى فى حين خضعت الأخرى للعلاج المعرفى السلوكى فردى الذى يعتمد على التوجيه الذاتى القائم على قدر أقل من الإتصال بالمعالج . وقد تضمن البرنامج إحدى عشرة جلسة علاجية، وأوضحت النتائج حدوث تحسن كبير فى صورة الجسم لدى هؤلاء السيدات مع عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين فى هذا الصدد . وفى عام ١٩٩٧ أجرى كاش ولافالى Cash & Lavalley دراسة على عينة تضم إثتى عشرة سيدة غير راضيات عن صورة

وأوضحت النتائج حدوث تغيرات إيجابية في المكونات الإدراكية، والإنفعالية،
عامة، والسلوكية المرتبطة باضطراب صورة الجسم وذلك من جانب المجموعة
علاجية. وقد أكد القياس التبعي بعد مرور عام على إنتهاء البرنامج إستمرار تلك
التغيرات.

هدفت إيرين واجونر (Waggoner, Irene (1998) إلى إختبار مدى فاعلية
تدخلات العلاجية في تحسين إدراك صورة الجسم وتقدير الذات لدى البنات في
عائلة المراهقة المبكرة واللاتي كن في مدرسة متوسطة بغرب جورجيا. وتم
إعداد البنات من العينة في ضوء المحركات التالية:

تعود تاريخ مرضى لأحد إضطرابات الأكل.

تأثراً من مشكلات صحية أخرى.

التحاق بفصول التربية الخاصة.

يكون الوزن غير عادي أو شاذاً.

لا تكون البنت من الجنس القوقازي.

وقد تضمنت العينة النهائية 23 بتاً بمتوسط عمري 11, 12 سنة تم تقسيمهن
كل عشوائى إلى ثلاث مجموعات تلقت الأولى (ن = 8) برنامجاً للعلاج
عرفى السلوكى، وتلقت الثانية (ن = 8) برنامجاً للعلاج المعرفى، فى حين كانت
الثالثة (ن = 7) ضابطة لم تتلق برنامجاً علاجياً ولكنها تلقت معلومات دراسية عن
اضطراب صورة الجسم وتم تقديمها لهن فى الفصل. وضمنت المقاييس المستخدمة
بعض مقاييس تتناول المكونات الثلاثة لإضطراب صورة الجسم والمجال الوجدانى
مرتبط بها. وهذه المقاييس هى:

مقياس عدم الرضا عن صورة الجسم، وهو مقياس فرعى من مقياس إضطرابات
الأكل (المكون المعرفى).

أجسامهن مستخدمين العلاج المعرفى السلوكى الفردى الذى يعتمد على التوجيه
الذاتى الذى يقوم على قدر أقل من الإتصال بالمعالج وهو الأسلوب الذى
إستخدمه كاش Cash من قبل. وأوضحت النتائج حدوث درجة من التحسن فى
صورة الجسم ذات دلالة إحصائية لدى هؤلاء السيدات أدت إلى تحقيقهن للدرجة
ذالة من التوافق وذلك دون حدوث أى تغيرات فى وزن الجسم. وكانت النتائج
التي تم التوصل إليها فى هذه الدراسة تكافئ تلك النتائج التى توصل إليها كاش
وجرانت (Cash & Grant (1995).

ومن ناحية أخرى إستهدفت دراسة رايتش وآخرين (Raich et. al (1997) نفس
الهدف وذلك لدى 42 سيدة أسبانية متوسط أعمارهن 23, 4 سنة تم تقسيمهن إلى
مجموعتين إحداهما تجريبية ضمت ثلاثين سيدة، فى حين كانت الثانية ضابطة
وضمت إثنى عشرة سيدة. وتم من خلال مقابلة مقننة تقييم المتغيرات الإجتماعية
الديموجرافية وصورة أجسامهن. أما البرنامج العلاجى الذى خضعت له المجموعة
التجريبية فقد تألف من تسع جلسات علاجية تناولت معلومات عن المظهر،
وتصحيح الإدراكات المشوهة، وفقد الحساسية المنظم، والتدريب على الإسترخاء،
وإعادة البناء المعرفى، والتعريض ومنع الإستجابة، وتدريب خاصة بمنع حدوث
إنتكاسة. وتم إستخدام المقاييس التالية فى القياسات المختلفة (قبلى - بعدى -
تبعى) على التوالى:

- إستبيان صورة الجسم Body Shape Questionnaire الذى أعده كل من روزن
وريتز (Rosen & Reiter (1995).

- مقياس إضطراب صورة الجسم Body dysmorphic disorder Examination
الذى أعده روزن وريتز (Rosen & Reiter (1995).

- إستبيان تجنب صورة الجسم Body Image Avoidance Questionnaire الذى أعده
روزن وآخرون (Rosen et. al (1990).

- إستبيان تجنب صورة الجسم (المكون السلوكي).

- مقياس التقديرات البصرية لحجم الجسم (المكون الإدراكي).

- بروفييل الإدراك الذاتي للأطفال (المكون الوجداني).

وتضمن البرنامج العلاجي سبع جلسات تم التركيز خلالها وذلك في البرنامجين المستخدمين على موضوعات كالمظهر الجسمي وصورة الجسم، والدور الذي تلعبه الإعتقادات في صورة الجسم، والأخطاء المعرفية، والتحصين ضد الضغوط، والجوانب السلوكية لصورة الجسم، ومنع حدوث إنتكاسة. وأوضحت نتائج القياس البعدي حدوث تحسن دال في المكونات الثلاثة لإضطراب صورة الجسم مع حدوث تحسن دال في تقدير الذات للمجموعات الثلاث. كما أوضحت أيضاً أن العلاج المعرفي السلوكي قد أدى إلى حدوث تحسن دال في الجانب السلوكي لإدراك صورة الجسم.

هذا وقد هدفت دراسة إليوت (1998) Eliot إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي بمفرده، والتمارين الرياضية، والعلاج المعرفي السلوكي مضافاً إلى التمرينات الرياضية وذلك لعلاج صورة الجسم لدى سيدات ذوات وزن عادي ويبحثن عن وسيلة لتحسين صورة أجسامهن. وإلى جانب ذلك فقد هدفت تلك الدراسة إلى تقييم سمات المفحوصين التي قد توضح ما يمكن للمرأة أن تستفيده بدرجة كبيرة من خلال العلاج باستخدام التمرينات الرياضية. وقد أوضحت النتائج أن هذه العلاجات المستخدمة أدت إلى حدوث تغير في كل مكون من تلك المكونات التي تتضمنها صورة الجسم وهي المكونات الإدراكية، والإتجاهية، والوجدانية، والسلوكية. وكانت التمرينات الرياضية هي الأكثر تأثيراً على زيادة دقة المجال الإدراكي، أما العلاج المعرفي السلوكي مضافاً إلى التمرينات الرياضية فكان له الأثر الأكبر في حدوث الرضا عن صورة الجسم يليه العلاج المعرفي السلوكي فقط. كما كان هذا الدمج بين الأسلوبين له أكبر الأثر على لمجال الوجداني، أما العلاج المعرفي السلوكي فقط فقد أدى إلى زيادة السعادة

الجسمي. ولم يؤثر أى من هذه التدخلات العلاجية الثلاثة على الإنشغال بالجسم من جانب أفراد العينة أو على تقديرهن الذاتي لهذا الوزن. أما الحفاصة بالجانب السلوكي من صورة الجسم فكانت في الإتجاه العكسي لما تم في البداية. ولم يقلل العلاج بشكل عام من مدى تجنب المواقف المثيرة، ولم تؤد التمرينات الرياضية إلى تقليل إهتمام أفراد المجموعة بمظهرهن منى. كذلك فقد كشفت النتائج عن سمات شخصية معينة ترتبط بحدوث تحسن في صورة الجسم وذلك في المجموعتين اللتين إستخدمتا التمرينات الرياضية فوضح أن المفحوصات اللاتي أدت تلك التمرينات الرياضية بغرض تحقيق قدر من السعادة والسرور، واللاتي كن أقل في قيامهن بالتمارين بشكل قهري، في لم تشتركن في أنشطة تدل على الإنشغال بالجسم أو الإشتراك في رياضات على نحو العضلات قد أظهرن تحسناً بشكل أفضل في المكونين الوجداني السلوكي لصورة الجسم بعد إشتراكهن في برنامج العلاج المعرفي السلوكي المضاف التمرينات الرياضية. كما أن المشتركات في التمرينات الرياضية فقط قد أظهرن تحسناً في المكون السلوكي لصورة الجسم.

إلى جانب ذلك أجرت سوزان سترومر (1998) Stromer, Susan دراسة نفس التحقق من إستجابة كلا الجنسين لبرنامج يتعلق بصورة الجسم، وكذلك عرف على الفرق في أثر البرنامج على كل من الذكور والإناث. وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين إحداهما ضابطة ضمت ١٢٤ مفحوصاً من الجنسين (٥٣ ذكور، ٧١ إناث)، أما المجموعة الأخرى فكانت تجريبية وضمت ١٢٠ مفحوصاً من الجنسين (٤٧ ذكور، ٧٣ إناث) وخضعت لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي الذي يعتمد في الأساس على فنية التعليم النفسى بعد إستخدام تكنيك جديد يوفر المعلومات اللازمة عن الصورة المثالية للجسم يعتمد على الجاذبية المثالية والشكل المثالي للجسم كما تقدمه وسائل الإعلام مع إستخدام رسوم بيانية بالكمبيوتر تتناول هذا الموضوع. وتم عرض هذه المعلومات على المفحوصين بالمجموعة التجريبية وذلك خلال جلسة إستمرت نصف ساعة تقريباً مع مناقشتهم

إزداد في الآونة الأخيرة معدل اضطراب صورة الجسم خاصة بين أولئك اللائي
 ين بشد الوجه أو شفت الدهون والتي إنتشرت بمعدل كبير، أو حتى تعديل
 لسان أو عمليات تجميل لمناطق معينة في الوجه كتلك التي يتم إجراؤها على
 شف على سبيل المثال. وإلى جانب عدم الرضا عن المظهر الجسمي هناك
 اضطرابات أخرى تشترك معه في إرتباطها بصورة الجسم هي الشره العصبي للطعام
 والشهية العصبي.

ويتضح من العرض السابق أن العلاج المعرفي السلوكي له فاعليته في علاج
 اضطرابات صورة الجسم، وأنه يتفوق على غيره من أنواع العلاج الأخرى باستثناء
 علاج بين الشخصي الذي يتساوى معه في الفاعلية وخاصة في علاج الشره
 عصبي للطعام، أما بالنسبة لتشوه صورة الجسم فالعلاج المعرفي السلوكي هو
 أفضل. ولم يعثر المؤلف على دراسات علاجية تتناول فقد الشهية العصبي
 استخدام العلاج المعرفي السلوكي خلال التسعينيات، وربما يرجع ذلك إلى إمكانية
 سيطرة عليه بالعقاقير، كما أن الإتجاه الإيجابي فيما يتعلق بصورة الجسم بين عامة
 الناس هو الرشاقة ولذا نلاحظ أن غالبية أفراد العينات التي أجريت عليها هذه
 دراسات من النساء. وكانت أكثر الفنيات إستخداماً خلال هذه الدراسات هي
 مناقشة وإعطاء المعلومات، ومراقبة الذات، وتحديد الأفكار المشوهة واللاعقلانية
 وتعديلها، وإعادة البناء المعرفي، والتدريب على حل المشكلات، والتدريب على
 السلوك التوكيدي، والتدريب على الإسترخاء، والتدريب على نظام غذائي معين،
 والتعريض ومنع الإستجابة أو ما يعرف بالتدريب التجنبي وخاصة في حالة عدم
 الرضا عن المظهر الجسمي، والواجبات المنزلية.

أما عن البرامج العلاجية المستخدمة فقد تراوحت في المتوسط بين ٨ - ١٩
 جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعياً. وكانت المتابعة تتم بعد إنقضاء ستة شهور على

في تلك المعلومات. وتضمنت المقاييس المستخدمة مقياس القلق المرتبط بصورة
 الجسم body image anxiety ومقياس اضطراب صورة الجسم، ومقياس التقدير
 الكمي المرتبط بشكل الجسم Figure rating Scale measure. وكانت النتائج التي
 تم الحصول عليها في الإتجاه المتوقع بالنسبة للمجموعة التجريبية حيث قل معدل
 القلق المرتبط بصورة الجسم، وقل كثيراً معدل عدم الرضا عن المظهر الجسمي
 وخاصة من جانب الإناث. وقد إتضح هذه الفروق بين القياسين القبلي
 والبعدي للمجموعة التجريبية، وكانت الفروق بطبيعة الحال لصالح القياس
 البعدي. كما وجدت فروق دالة في القياس البعدي بين المجموعتين الضابطة
 والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية وذلك فيما يتعلق بالوعي بصورة الجسم
 وبإستدخال الصورة المتضمنة للجاذبية المثالية كما تقدمها وسائل الإعلام وإن لم
 يكن هذا الإستدخال ذا مستوى مرتفع. كما كشفت الدراسة أيضاً عن حدوث
 زيادة في تقدير الإناث بالمجموعة التجريبية دون الضابطة للحجم المثالي المدرك
 للجنس الآخر وذلك من خلال الأحكام المتعلقة بالجاذبية بين الجنسين. وأوضحت
 نتائج الدراسة التبعية أن إنخفاض معدل إستدخال المثال الإجتماعي الثقافي من
 جانب المجموعة التجريبية قد إستمر مع مرور الوقت، وأن المستويات الأولية العليا
 لهذا الإستدخال من جانب الإناث قد إنخفضت إلى معدل يكافئ نظيره لدى
 الذكور في التقييم النهائي.

إلا أن ألبرتيني وفيليس (١٩٩٩) Albertini & Phillips عند مقارنتهما بين
 فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج بالعقاقير في هذا الصدد وذلك على عينة
 سمت ٣٣ مفحوصاً تتراوح أعمارهم بين ٦ - ١٧ سنة مقسمين إلى مجموعتين
 لملت الأولى (ن = ١٩) العلاج بالعقاقير متمثلاً في مشتقات السيروتونين، في
 حين تلقت الثانية (ن = ١٤) برنامجاً علاجياً معرفياً سلوكياً، وجدا أن المفحوصين
 الذين تلقوا العلاج بالعقاقير قد أبدوا تحسناً كبيراً فيما يتعلق بأعراض اضطراب
 صورة الجسم في حين لم يبد المفحوصون الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي
 تحسناً مماثلاً، وهو ما يعني تفوق العلاج بالعقاقير على العلاج المعرفي السلوكي في
 هذا الصدد.

لأقل من إنتهاء البرنامج، وكشفت نتائج المتابعة أن أثر العلاج المعرفى السلوكى بدوم لمدة أطول، وأنه من الأقل احتمالاً أن يتعرض المرضى الذين تلقوا هذا لأسلوب العلاجى للإنتكاسة وذلك نظراً لما تدربوا عليه من إستراتيجيات لمواجهة تفيدهم كثيراً فى التعامل مع ماقد يصادفهم من عقبات أو مشكلات بعد إنتهاء البرنامج العلاجى .



الإعاقات الجسمية الحسية

طبيعة الإعاقات الجسمية الحسية

تنوع الإعاقات الجسمية بين سمعية وبصرية وعقلية، إلى جانب مشكلات البتر والتشويه وما إلى ذلك، وإن كانت هذه الأخيرة لا ترتبط بالجانب الحسي. ولذا فسوف تقتصر على الإعاقات الثلاث الأولى بشرط ألا يعاني الفرد من أكثر من إعاقة واحدة منها. وإلى جانب ذلك فسوف نخصص فصلاً مستقلاً هو الفصل الحادى عشر للتخلف العقلى، وعلى هذا فسوف نتناول فى الفصل الحادى الإعاقين السمعية والبصرية فقط.

أولاً: الإعاقة السمعية:

يلعب السمع دوراً كبيراً فى تنظيم سلوك الفرد وتكيفه مع واقع الحياة. وعلى ذلك عندما يعاني الفرد من ضعف سمعى شديد فإنه يتعرض من جراء ذلك للعديد من المشكلات التى ترتبط بتكيفه وتوافقته حيث يعاني من جملة من المشكلات الاجتماعية والتربوية والإنفصالية والتي قد ترجع إلى عدم قدرته على التواصل بشكل عادى مع أفراد الجماعة، وإلى حاجته لاستخدام أساليب وفتيات معينة للتواصل لا يعرفها ولا يجيدها سوى القليل من الأفراد.

ويطلق مفهوم الإعاقة السمعية من الناحية التربوية على أولئك الأفراد الذين يتسمون بضعف سمعى شديد يعوقهم عن اكتساب المعلومات اللغوية عن طريق حاسة السمع سواء باستخدام أدوات لتضخيم الصوت أو بدون استخدامها مما يؤثر سلباً بطبيعة الحال على أدائهم التربوى. أما من الناحية الاجتماعية فيتم هؤلاء الأفراد بعدم قدرتهم على سماع الكلام المنطوق مما يضطرهم إلى أساليب معينة

للتواصل مع الآخرين. ومن الناحية الطبية يعرف الأفراد المعاقون سمعياً بأنهم أولئك الأشخاص الذين لديهم غياب كلي لحاسة السمع قد يكون مرجعه وراثياً أو مكتسباً. ومن هذا المنطلق تتطور حياتهم دون الإتصال بالبيئة على أساس سمعي. وقد يكون الفرد في هذا الإطار قد وُلد وهو لا يستطيع السمع أو يسمع إلى حد ضئيل جداً، أو يكون سمعه قد أصيب في حضناته أو طفولته المبكرة بحيث لا يستطيع معه النطق أو تعلم اللغة عن طريق المحاكاة. وربما يكون الفرد قد فقد حاسة السمع قبل أن يتعلم الكلام، أو يكون قد فقدتها بمجرد أن تعلم الكلام مما يعمل على فقد آثار التعلم بسرعة.

ويعرف الطفل الأصم وفقاً للقرار الوزاري رقم ٣٧ لسنة ١٩٩٠ بأنه ذلك الطفل الذي فقد حاسة السمع أو كان سمعه ناقصاً لدرجة تجعله يحتاج إلى أساليب تعليمية جيدة تمكنه من الإستيعاب دون مخاطبة كلامية. ومن هذه الأساليب والفنيات التي يمكن استخدامها في التواصل مع ذوى الإعاقة السمعية ما يلي:

١ - طريقة قراءة الشفافة: Lip reading وتعنى أن يعى الأصم الكلمات التي ينطق بها غيره من العاديين من خلال حركة الشفافة لديهم. وتضم هذه الطريقة أسلوبين يتمثل أحدهما في الأسلوب التحليلي الذي يستند على حركات شفاه المتكلم والتي تهدف إلى إيصال معنى معين، بينما يتمثل الثاني في الأسلوب التركيبي الذي يهدف إلى إيصال معنى الكلام أكثر من التركيز على حركات الشفافة.

٢ - لغة الإشارة: Sign language وتعتمد على الإيماءات وحركات الجسم التي يراد بها إيصال معنى معين. وتضم هذه الطريقة نوعين من الإشارات هما الإشارات الوصفية والتي تعنى الإشارات اليدوية التي تعبر عن فكرة معينة، والإشارات غير الوصفية وهي إشارات مميزة يستخدمها ذوو الإعاقة السمعية فقط وتكن ذات دلالات معينة، وتضم معها هجاء الأصابع وهو الأسلوب الذي يتسم بأنه عبارة عن إشارات حسية مرئية يدوية تدل على الحروف الهجائية. ويمكن استخدام قراءة الشفافة مع هذه الطريقة ودمجهما معاً.

إذا كان الطفل الأصم مثله كزميله العادى يملك أجهزة الإستقبال المختلفة أثناء حاسة السمع وهو الأمر الذي يجعله يشعر بما يشعر به الطفل العادى، كما بما يتأثر به من مشاعر وعواطف وغيرها، وإن كان يعاني من مشكلات عدم تفق مع غيره ممن يسمعون وهو ما يفرض عليه ردود فعل معينة يشعر من خلالها بالفشل وعدم القدرة على إشباع الحاجات. كما يشعر بالدونية نتيجة إعاقته الأمر الذي قد يؤدي به إلى الإكتئاب والحزن والتشاؤم والإنسحاب من المجتمع. وهناك عدد من الخصائص يتسم بها الفرد الأصم وتفتح أمامنا مجالاً للدراسات في هذا الصدد حيث لم يعثر المؤلف على دراسات تناولت العلاج السلوكي مع ذوى الإعاقة السمعية وهو ما سنعود إليه بعد قليل خلال هذا الفصل. أما عن هذه الخصائص والسمات فيمكن إيجازها فيما يلي:

الطفل الأصم غير ناجح اجتماعياً بدرجة كافية حيث ينسحب من المجتمع بسبب عاقته الحسية وإن إتصل بغيره من العاديين فإنه لا يتصل بهم بفاعلية.

ذلك فهو أكثر ميلاً إلى الإنطواء وأقل حباً للسيطرة، كما أن التكيف الاجتماعي غير واضح لديه. أما من ناحية النضج الاجتماعي فإن الطفل الأصم من الطفل العادى بنسبة ٢٠% تقريباً. وإلى جانب ذلك فإنه يبدى عجزاً في قدرته على تحمل المسؤولية.

من الناحية الإنفعالية يتسم الطفل الأصم بالإضطراب النفسى والإنفعالى بسبب الإنطوائية التي يعيشها والتي ترجع إلى عدم شعوره بالحنان وعطف الأم في مرحلة الطفولة نظراً لأنه لم يسمع صوتها بنغماته أثناء عنايتها به، ومن ثم سيطر عليه الإحباط. كما أنه يميل إلى الإشباع المباشر لحاجاته.

من الناحية العقلية يقل ذكاء الطفل الأصم عن قرينه العادى بنحو ٥% تقريباً من ثم فإن استجابته لإختبارات الذكاء لا تختلف تقريباً عن إستجابة الطفل العادى. إلا أن هذه الإعاقة الحسية تؤدي به إلى سوء التحصيل وإلى

صعوبات فى النطق والإهتمام والتركيز مما يجعله متأخرًا أربع أو خمس سنوات دراسية عن قرينه العادى.

٤ - لا يختلف الطفل الأصم من الناحية الجسمية عن قرينه العادى سوى فى عدم قدرته على إصدار الأصوات بسبب فقد السمع.

٥ - من الناحية السلوكية يعانى الطفل الأصم من بعض المشكلات السلوكية كالعدوان وسب الآخرين والكيد لهم وإلحاق الأذى بهم.

٦ - من الناحية النفسية تدفعه تلك السمات إلى أن يخبر العديد من التوترات والإضطرابات المختلفة كالمشاعر الإكتئابية والقلق والخوف وخاصة من المستقبل، كما تنخفض ثقته بنفسه وتقديره لذاته وغير ذلك مما يفتح المجال أمامنا للتدخل فى سبيل المساعدة.

وفىما يتعلق بالتشخيص فإنه يرتبط بالناحية الطبية ويعتمد عليها فى الأساس وذلك بالنسبة للإعاقة، أما بالنسبة للإضطرابات المختلفة فإن تشخيصها لا يكاد يختلف عما تناولناه بالنسبة للعاديين مع وضع طبيعة الإعاقة وسمات شخصية الأصم فى إعتبارنا. أما بالنسبة لاستخدام العلاج المعرفى السلوكى كأسلوب علاجى لخفض حدة ما يعانىه الصم من مشكلات أو الحد منها فلم يعثر المؤلف على أى دراسة فى هذا الصدد، وربما يرجع ذلك إلى ضرورة أن يتقن من يتصدى لذلك لغة الإشارة على الأقل حتى يمكن أن يحقق نجاحًا فى هذا الصدد، وهو الأمر الذى يجعل هذا المجال بكرًا وخصبًا أمامنا لإجراء الدراسات العلاجية على أعضاء هذه الفئة التى يمكننا من خلالها أن نساعدهم فى التغلب على إعاقاتهم وأن نضيف شيئًا فى هذا المجال حتى وإن كان قليلاً.

ونحن نقترح أن يلم الباحث أولاً بلغة الإشارة حتى يتمكن من التعامل معهم بفاعلية، وأن يكتب المقاييس التى يستخدمها فى دراسته بلغة الإشارة نظرًا لما يعانىه هؤلاء الأفراد من مشكلات منها مشكلات القراءة والفهم والتركيز، وأن يتضمن بحثه أو رسالته ملحقًا بذلك إلى جانب الملحق الأسمى الذى يضم تلك المقاييس

كلها الذى تقدمه للعاديين. وهو نفس ما ينطبق على البرنامج العلاجى أو شادى المستخدم حيث يجب أن يكون هناك ملحقان أحدهما مكتوب بالطريقة العادية، أما الآخر فيجب أن يكون مكتوبًا بلغة الإشارة.

وهناك العديد من التوترات والإضطرابات والمشكلات المختلفة التى يعانى منها أفراد الصم يمكن أن نتناولها بالدراسة مستخدمين فى ذلك أساليب إرشادية أخرى علاجية، وأرى أنه سوف يكون لذلك رد فعل طيب على المدى القريب.

١٠: الإعاقة البصرية:

يعرف الشخص المعاق بصريًا - الكفيف - بأنه ذلك الشخص الذى يفقد القدرة على الإبصار كليًا أو جزئيًا بحيث يكون الكف الجزئى بمثابة قصور بصرى حاد يغله غير قادر على القراءة بالطريقة العادية ومن ثم يعتمد على القراءة بطريقة برايل التى تعد نظامًا من الحروف والأرقام وعلامات التنقيط والرموز العلمية بحيث تصلح كلغة للمكفوفين عن طريق تشكيلات النقاط البارزة على سطح الورقة. ولا يستطيع هذا الشخص نتيجة عجزه فى حاسة الإبصار أن يعتمد على تلك الحاسة فى أداء تلك الأعمال التى يؤديها غيره.

وتختلف الإعاقة البصرية من حيث شدتها ومدى تأثيرها على فاعلية الإبصار باختلاف الجزء المصاب من العين، وبدرجة الإصابة. كما تختلف أيضًا باختلاف مدى قابلية الإصابة للتحسن عن طريق استخدام المعينات البصرية أو العمليات الجراحية. ويعد الشخص الذى يرى على مسافة عشرين قدمًا (سنة أمتار) ما يراه كصم على مسافة مائتى قدم (ستين مترًا) معاقًا بصريًا.

وتتسم شخصية الكفيف بفقد الصور البصرية ومحدودية الإدراك الحسى بحدود الحواس السليمة الباقية، وشعوره بهذا النقص عند مقارنة نفسه بالمبصرين. كما يفتقر بالانسحاب الاجتماعى نتيجة لذلك النقص ونتيجة إعماده على المبصرين فى الحركة وخضوعه لإرادتهم فى هذا الإطار. ويعتمد الكفيف على الذاكرة السمعية واللمسية فى التعرف على المثيرات المختلفة والأشخاص. وفى حين يكون الكفيف

فنيات حظت فنية الكف بالنقيض أو التحصين التدريجى والاسترخاء بقدر كبير
من الاستخدام. وتتبع هذه الفنية فى الأساس للعلاج السلوكى ولكنها تستخدم
بعض فنيات العلاج المعرفى السلوكى. وقد طبقت هذه الفنية على نطاق واسع
مبتاين فيما يتعلق بالظروف ذات الصلة بمواقف انقلق والخوف وذلك على عينات
من الأفراد تتعدد وتباين فى طبائعها وسماتها التى تشكل الخلفية المميزة لكل
مريض. وقد أكدت فاعليتها دراسات وأبحاث إمبريقية على درجة عالية من الضبط
حيث يعمل عنصر التحصين التدريجى وهما الاسترخاء والتقديم الخيالى المتدرج
بمثيرات على تحقيق فاعلية هذا العلاج.

والى جانب ذلك فإن أسلوب إليس Ellis والمعروف بالعلاج العقلانى الإنفعالى
السلوكى يعد من التكنيكات ذات الفاعلية فى هذا الصدد. ويعتمد هذا الأسلوب
على تحديد الأفكار المشوهة والمعتقدات المختلفة وظيفياً والتى تؤدى إلى
الإضطرابات الإنفعالية، ويقوم المعالج بتدريب عملائه على أن يقوموا بدحض
افتراضاتهم المتخاذلة عن أنفسهم والآخرين وتصحيحها وتعديلها، ومن ثم إعادة
بناء المعرفى. ويمكن إلى جانب ذلك استخدام تكنيك التدريب على حل
مشكلات، والتدريب على إدارة القلق، مع الواجبات المنزلية. هذا ويجب أن
يسبق ذلك استخدام تكنيك التعليم النفسى الذى يعتمد على تقديم المعلومات عن
الإضطراب موضوع الدراسة من حيث طبيعته وأعراضه وأسبابه وتطوره وكيفية
مواجهته، ويعتمد فى ذلك على فنيى المحاضرة والمناقشة مما يوفر الأساس لمواجهة
هذا الإضطراب أو ذلك.

وهناك نقطة أساسية فى هذا الصدد تتمثل فى ضرورة الاعتماد أثناء البرنامج
على الجانب السمعى والإدراكى والبعد قدر الإمكان عن الجانب الحركى لأن حركة
الكفيف بمفرده فى المكان يمكن أن تسبب مشكلات أخرى نكون فى غنى عنها فى
ذلك الوقت حيث هناك واجبات منزلية سوف يؤديها الكفيف بمفرده دون أن يكون
المعالج موجوداً إلى جواره.

ومن الفنيات الأخرى التى يمكن استخدامها فنية النمذجة والتى تعتمد فى هذه

ودوداً ومتعاطفاً مع أقرانه المكفوفين فإنه إن لم ينسجم مع المبصرين يشعر بالجرح
ويثور عليهم ويميل إلى السخرية منهم والتقليل من شأنهم ومن ثم يصبح
عدوانياً. وإن انسجم معهم يحاول أن يجاريهم ويجادلهم ويناقشهم حتى يثبت لهم
أن عاهته الحسية لا تقلل من قدرته العقلية أو منطقته. وإضافة إلى ذلك يميل
الكفيف أيضاً إلى أن يتناول طعامه وحده ويفضل الأغذية الجامدة على السائلة
ويكره حضور حفلة يكون فيها مائدة للطعام.

ويعانى الكفيف من عدد من التوترات والضغوط والإضطرابات، فيعانى مثلاً
من الإضطراب فى المهارات الحركية، والإفتقار إلى المهارات اللغوية سواء اللفظية
كمعدل الكلام ومعدل الصوت ونغمته والتنوع الصوتى، أو غير اللفظية كالإشارات
والإيماءات. إلى جانب عدم قدرته بطبيعة الحال على قراءة تعبيرات الوجه لمعرفة
أثر كلماته على من يستمع إليه، وعدم قدرته على استخدام التعبيرات الوجهية
لتصوير إنفعالاته، وإضطراب علاقاته الاجتماعية التى تبدو أحادية الجانب فى كثير
من الأحيان. هذا إلى جانب القلق الاجتماعى والإضطراب الانفعالى، وعدم
القدرة على النوم بسبب الأحلام المزعجة، والشعور المستمر بالتعب، والخوف من
المجهول، والشعور بعدم الكفاءة وعدم القيمة والفشل، والشعور المستمر بالتهديد
لنفسى والجسمى والاجتماعى.

هذا ولا يزال التشخيص الإكلينيكى يعتمد فى الأساس على التشخيص الطبى
ذلك بالنسبة للإعاقه، أما بالنسبة للإضطرابات العديدة فهى تكاد لا تختلف عن
شيلاتها عند العاديين مع وضع طبيعة الإعاقه وسمات الشخصية المعاقه فى
اعتبار.

علاج المعرفى السلوكى لبعض الإضطرابات المرتبطة بالإعاقه البصرية

تم استخدام العديد من الفنيات العلاجية المعرفية السلوكية لعلاج بعض
اضطرابات المرتبطة بالإعاقه البصرية، وكشفت عن نتائج جيدة تعد مبشرة فى
المجال وتحت على إجراء مزيد من الدراسات فى ذلك الإطار. ومن بين هذه

الحالة على سماع قصة معينة تتضمن التحدى مثلاً فى ضوء الإضطراب موضوع الدراسة وكيف استطاع بطل تلك القصة أن يتحدى ظروفه ويقهرها ويجتاز العقبة التى يمثلها ذلك الإضطراب. كما يمكن استخدام فنية التحويل وذلك لتحويل اهتمام العملاء إلى مجالات أخرى تصرف إنتباههم واهتمامهم من ذلك الموضوع الذى يؤرقهم إلى موضوع آخر لا يسبب مشكلة لهم.

هذا ويمكن أيضاً استخدام فنية التدريب على السلوك التوكيدى، والتعلم من خبرات الآخرين. وهناك فنية أخرى لها أثر كبير على المكفوفين هى فنية إشباع لمطالب والى يمنح المعالج المفحوصين خلالها التقبل هدير الشروط والطمأنينة، إلى جانب توفير جو من الثقة والصراحة. أما فنية الدحض والتشجيع فتؤكد على ضرورة التخلّى عن الأفكار اللاعقلانية مع التشجيع والثناء المستمر على ذلك. ويعمل المعالج من خلال فنية التخلّى عن المطالب على تعليم المجموعة العلاجية عدم الإصرار اللاعقلانى على مطالب معينة كطلب الكمال أو الإعتماد على الآخرين، وكذا التخلّى عن كلمات «يجب»، و«ينبغي»، و«لا بد».

ويمكن أن يسير البرنامج العلاجى والذى قد يستغرق فى المتوسط خمسة عشرة جلسة وذلك وفق الخطوات التالية:

١ - الجلسات الأولى: وتستخدم خلالها فنية التعليم النفسى التى يتم من خلالها تقديم المعلومات اللازمة عن موضوع الإضطراب من حيث طبيعته وأسبابه وأعراضه وتطوره وكيفية مواجهته وعلاجه وذلك من خلال فيتين أساسيتين هما المحاضرة والمناقشة.

٢ - الجلسات الوسطى: ويتم خلالها التعرف على الأفكار المشوهة والمعتقدات المختلفة وظيفياً التى تكمن خلف الإضطراب موضوع الدراسة وذلك تمهيداً لدحضها وتعديلها وتصحيحها، وإعادة البناء المعرفى. ويمكن أيضاً استخدام التدريب على السلوك التوكيدى، وفقد الحساسية المنظم، والنمذجة، وتحويل الاهتمام.

ويجب أن تتضمن هذه الجلسات التدريب على استراتيجيات المواجهة كالتدريب على الاسترخاء، والتدريب على حل المشكلات، والتدريب على إدارة القلق، يجب ألا نغفل عن الواجبات المنزلية خلال تلك الجلسات.

٣ - الجلسات الأخيرة: ويتم خلالها إعادة التدريب على استراتيجيات المواجهة مع استمرار الاهتمام بالواجبات المنزلية، ثم إنهاء البرنامج.

٤ - المتابعة: وتم خلال الشهور الستة التالية للبرنامج. ويتضح خلالها أهمية التدريب على إستراتيجيات المواجهة الذى تم خلال الجلسات الأخيرة حيث يساعد العميل على مواجهة أى عقبات تواجهه بعد إنتهاء البرنامج والتغلب عليها.

هذا وقد أثبتت الدراسات التى استخدمت هذا الأسلوب العلاجى أنه يؤدى إلى علاج جيدة تستمر لمدة طويلة بعد انتهاء البرنامج، ويسهم إلى حد كبير فى تقليل سمالات حدوث إنتكاسة بعد العلاج.

اسمات تطبيقية

تندرج الدراسات العلاجية التى أجريت فى هذا الإطار باستخدام العلاج المعرفى سلوكى على المكفوفين. وهناك دراستان رائدتان فى هذا المجال أجريت الأولى فى عام ١٩٨٢ وأجرها إيفانز Evans وكانت حول علاج الوحدة النفسية والعزلة الاجتماعية لدى عينة من كبار السن المعاقين بصرياً قوامها ١٥ مفحوصاً تتراوح أعمارهم بين ٥٦ - ٧٨ عاماً مستخدماً أسلوب حل المشكلات، وكشفت نتائجها عن زيادة الفاعلية الاجتماعية لأفراد العينة وإنخفاض دال فى درجة شعورهم بعزلة الاجتماعية. أما الدراسة الثانية فكانت تلك التى أجرها إيفانز وآخرون (Evans et. al (١٩٨٧ مستخدمين برنامج معرفى سلوكى لكبار السن المعاقين بصرياً وذلك لدى عينة قوامها إثنا عشر مفحوصاً متوسط أعمارهم ٦٢ عاماً يمثلون مجموعة التجريبية، وإثنا عشر مفحوصاً من كبار السن المبصرين كمجموعة سيطرة. وأوضحت النتائج حدوث تغيرات دالة فى السلوك وفى وسيلة الوصول إلى الهدف وتحقيق التوافق والذى كان يمثل هدفاً أساسياً فى تلك الدراسة.

داد العينة، وأوضحت نتائج المتابعة استمرار تلك الفاعلية وذلك خلال فترة
البيعة.

واستهدفت دراسة إيهاب البيلاوي (١٩٩٩) التعرف على أثر كل من التحصين
تدريجي والعلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي في خفض حدة القلق لدى
واهبين المكفوفين. وتكونت عينة الدراسة من ١٨ طالباً بمدرستي النور
المكفوفين بالزقازيق، وطه حسين للمكفوفين بالزيتون تم تقسيمهم إلى ثلاث
مجموعات متساوية العدد (ن = ٦) وفقاً لاستجاباتهم على المقاييس المختلفة، فمن
سلوا على أعلى الدرجات في مقياس الأفكار اللاعقلانية تم وضعهم في
مجموعة التجريبية الأولى التي تلقت العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، أما
التي تم وضعهم في المجموعة التجريبية الثانية التي تلقت التحصين التدريجي
اتوا من أولئك الذين اتضح من استجاباتهم على المقياس الفرعي «الأعراض
سيولوجية للقلق» أنهم يعانون من ردود فعل فسيولوجية، في حين كانت
مجموعة الثالثة ضابطة ولم تتلق أى علاج. وتمت مجانسة المجموعات الثلاث في
عمرات العمر الزمني، ومستوى الذكاء، والمستوى الاجتماعي الاقتصادي،
مستوى القلق. وتمثلت أدوات القياس في مقياس قلق المكفوفين الذي أعده عادل
شول وعبد العزيز الشخص، وإستبانة مستشفى ميدل سكس MHQ التي أعدها
سب وآخرون Chrisp et. al وترجمها وقتها رشاد عبد العزيز، ومقياس الأفكار
لاعقلانية لذوي الإعاقة البصرية من إعداد (الباحث). وتضمن برنامج
تحصين تدريجي ١٤ جلسة مقسمة إلى أربع مراحل تمثلت المرحلة الأولى في
جلسة الأولى التي خصصت للتهييد والتعارف ومدتها ساعة، أما المرحلة الثانية
تمت الجلستين الثانية ومدتها ساعة ونصف، والثالثة ومدتها ساعة وربع وتم
تخصيصهما لإعطاء معلومات عن القلق، والعلاج بالتحصين التدريجي، في حين
تمت المرحلة الثالثة الجلسات من ٤ - ٨ ومدة كل منها ساعة إلا ربعاً وخصصت
لتدريب على الاسترخاء بدءاً من استرخاء اليدين والكفين، فالرأس والرقبة، ثم
صدر البطن والظهر، فالساقين والقدمين، يليها استرخاء الجسم بالكامل. وإلى

أما في البيئة العربية فلم تسفر المحاولات التي قمنا ببذلها للحصول على
دراسات في هذا المجال أجريت خلال التسعينيات سوى عن دراسات ثلاث فقط
حيث أجرت أماني عبد المقصود (١٩٩٣) دراسة للوقوف على مدى فاعلية برنامج
إرشادي قائم على الإرشاد العقلاني الإنفعالي عند إليس Ellis في خفض حدة
الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين المكفوفين من الجنسين. وتألفت عينة
الدراسة من ٧٦ طالباً وطالبة من الصف الثاني الإعدادي بمدارس المكفوفين
بالقاهرة قسمت إلى أربع مجموعات فرعية قوام كل منها تسعة عشر مفحوصاً،
إثنتين من الذكور، واحدة تجريبية والأخرى ضابطة، وكذلك الحال بالنسبة للبنات.
وكانوا جميعاً متجانسين من حيث الذكاء، والعمر الزمني، والمستوى الاقتصادي
الاجتماعي. وتضمن البرنامج العلاجي إحدى عشرة جلسة بواقع جلستين
أسبوعياً، ثم قامت بمتابعتهم بعد مرور شهر من إنتهاء البرنامج. واستخدمت خلال
البرنامج فنيات المحاضرة والمناقشة، والتدريب على المهارات الاجتماعية، وبعض
الأنشطة الترفيهية، ولعب الدور. وأسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج الإرشادي
المستخدم في خفض حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد المجموعتين
التجريبيتين قياساً بأفراد المجموعتين الضابطتين، وعن استمرار تلك الفاعلية أثناء
فترة المتابعة. وسوف نعود لهذه الدراسة مرة أخرى عند التعليق على هذا الفصل
وذلك في النقطة التالية.

وأجرى سيد عبد العظيم (١٩٩٨) دراسة على عينة من المكفوفين شملت تسعة
مفحوصين من الذكور متوسط أعمارهم ١٦,٧٨ سنة مستخدماً أسلوب بيك Beck
للتعرف على أثره في خفض الشعور باليأس لدى أفراد العينة. واستخدم مقياساً
لشعور باليأس من إعداد. وقد تألف البرنامج المستخدم من عشر جلسات إرشادية
مدة كل منها ساعة ونصف بواقع جلستين أسبوعياً. وتضمن فنيات الحوار
سقراطي، وتحديد الأفكار السالبة واستحداث حلول منطقية للمشكلات التي
سببها، وتعديل تلك الأفكار، والتدريب على الاسترخاء، وجدولة الأنشطة،
لتواجبات المنزلية. وتمت المتابعة بعد مرور ستة أسابيع من إنتهاء البرنامج،
ووضحت النتائج فاعلية هذا الأسلوب الإرشادي في خفض الشعور باليأس لدى

جانب ذلك ضمت هذه المرحلة أيضاً الجلسات من ٩ - ١٣ ومدة كل منها ٣٥ دقيقة وتم تخصيصها لإجراء عملية التحصين. وانتهى البرنامج بالمرحلة الرابعة التى ضمت الجلسة الرابعة عشرة ومدتها ساعة وتم تخصيصها لتقييم البرنامج. ومن ناحية أخرى تضمن برنامج العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى ١٥ جلسة موزعة على أربع مراحل ضمت المرحلة الأولى أول جلسة ومدتها ساعة وتم تخصيصها للتمهيد والتعارف. وضمت المرحلة الثانية الجلسات الثلاث التالية وتراوح مدة الجلسة بين ٧٥ - ٩٠ دقيقة وخصصت لتقديم المعلومات والتدريب على نموذج ABC، بينما ضمت المرحلة الثالثة الجلسات من ٥ - ١٤ وتراوح مدة كل منها بين ٦٠ - ٩٠ دقيقة وتناولت تطبيق نموذج إليس على الأفكار اللاعقلانية فى الجوانب المختلفة والثى تثير القلق لدى الكفيف. أما المرحلة الأخيرة فضمت الجلسة الأخيرة ومدتها ساعة ونصف وخصصت لتقييم البرنامج. وكشفت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامجين المستخدمين فى خفض حدة القلق لدى المكفوفين مع عدم وجود فروق دالة بينهما. كما كشفت النتائج أيضاً عن استمرار تلك الفاعلية أثناء فترة المتابعة حيث تم القياس التبعي بعد شهر ونصف من انتهاء البرنامج.

تعليق

لم يعثر المؤلف على دراسات استخدمت العلاج المعرفى السلوكى لذوى الإعاقات الجسمية الحسية سوى بعض الدراسات فى مجال الإعاقة البصرية الذى يعد من الميادين الجديدة التى بدأ هذا الإتجاه العلاجى يسير غورها مؤخراً مستخدماً فنيات عديدة من بينها تكنيك التعليم النفسى الذى يضم فنى المحاضرة والمناقشة. لى جانب النمذجة، ولعب الدور، والتحصين التدريجى، والتدريب التخيلى، التدريب على الاسترخاء، والتدريب على حل المشكلات، والواجبات المنزلية، تحديد الأفكار اللاعقلانية والعمل على تصحيحها وتعديلها، والاستفادة من الخبرة.

أما الدراسات العربية التى استخدمت هذا الأسلوب العلاجى فهى تكاد تنحصر تلك الدراسات الثلاث التى عرضنا لها والتى تم إجراؤها من جانب أمانى عبد صود (١٩٩٣)، وسيد عبد العظيم (١٩٩٨)، وإيهاب البيلاوى (١٩٩٩). كمن يلاحظ على الدراسة الأولى من هذه الدراسات أن مضمون البرنامج مستخدم، وكذا الفنيات المستخدمة لا تتصل بنموذج إليس الذى ذكرت الباحثة أنها سيرة فى ضوءه لتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد العينة. ولم تتضمن جلسات البرنامج أى إشارة لاستخدام ذلك النموذج، بل إن النشاط الوحيد الذى منه بغرض تعديل الأفكار قد تمثل فى تقديم القصص التى تدور حول الإعاقة صرية وقهر اليأس وذلك فى إطار الأنشطة الثقافية المتضمنة، ولكنها ذكرتها مثلاً لأشخاص مكفوفين قهروا اليأس مثل طه حسين، فكانت تعرض عليهم قصة وتسالهم عن الاستفادة منها فقط، واكتفت بما طلبته منهم بأن تكون تلك قصص حافزاً لهم على التفوق والنجاح وتجاوز الإعاقة ومحاولة تحقيق ذواتهم تحقيق أمانيتهم فى المستقبل. كما سخرت الأنشطة التى تضمنها البرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية والحرص على العلاقات الاجتماعية والتعاون. وإذا كانت أنشطة المستخدمة قد اعتمدت على تنمية بعض المهارات الاجتماعية الخاصة اتصال والتعاون وحسن الإصغاء، إلى جانب تفجير طاقات الفرد المكتوبة وإشباع حاجاته النفسية من خلال عدة أساليب من أهمها تدريب المراهق على التفاعل مع محيطه به، وتكوين علاقات سليمة مع الآخرين، وتعزيز السلوك الإيجابى لدى الكفيف بما يكسبه تقدير الآخرين له فإنها تصلح مع الإرشاد أو العلاج بين شخصى أو الاجتماعى interpersonal وليس العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى. كما أن هذا الأسلوب العلاجى يعد هو الأفضل على المدى الطويل وهو أكدته الدراسات التى قارنت بينه وبين غيره من الأساليب العلاجية الأخرى، ذلك لا يجب تحت أى ظروف أن تقل فترة المتابعة عن ثلاثة شهور حتى نتأكد ذلك.



إضطراربات الشخصية

طبيعة إضطرابات الشخصية

شهدت السنوات الأخيرة من القرن العشرين اهتماماً متزايداً بحوث ودراسات إضطرابات الشخصية personality disorders وجدير بالذكر أن إضطرابات الشخصية قد نالت قدراً كبيراً من الاهتمام منذ أن وضعت على محور خاص في دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والإضطرابات النفسية والمقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي فازدادت البحوث والدراسات في هذا المجال منذ منتصف الثمانينات وحتى الآن، كما ظهرت إلى جانب ذلك مجلة إضطرابات الشخصية كمجلة علمية متخصصة في هذا المجال.

وعلى الرغم من ذلك فقد ظلت هناك مشكلة نظرية لم تحل وذلك بشأن إضطرابات الشخصية إذ أننا نلاحظ أنه في الوقت الذي يفترض فيه الدليل التشخيصي DSM وفقاً لمحكات التشخيص القيام بتقسيم أو تصنيف المرضى إلى فئات متباينة يختلف التشخيص في كل حالة منها عن الأخرى توضح التقارير ونتائج الدراسات أن هناك تداخلاً بين تلك الفئات حيث هناك أعراض مشتركة بين أكثر من فئة من فئات الإضطرابات تلك مما قد يشير إلى نوع من التكرار أو التقص في صدق البناء الفاهيمي لهذه الفئات التشخيصية. ويضاف إلى ذلك أيضاً ما يمكن أن نلاحظه من أعراض مرضية مشتركة بين إضطرابات المحور الأول والثاني حيث يتناول المحور الأول مختلف الإضطرابات الإكلينيكية ما عدا إضطرابات الشخصية والتخلف العقلي وهما معاً يمثلان إضطرابات المحور الثاني. ومن المعروف أن DSM - IV يتناول تلك الإضطرابات من خلال خمسة محاور. وإضافة إلى ذلك فإن المحور الثالث يتناول تلك الإضطرابات التي ترجع إلى

ظروف طبية أو صحية عامة، ويتناول المحور الرابع المشكلات النفس اجتماعية والبيئية، بينما يتناول المحور الخامس تلك الاضطرابات التي تتعلق بالمستوى العام للأداء الوظيفي للفرد سواء في المجال النفسى أو الاجتماعى أو المهنى.

ويمكن حل تلك المشكلات إذا استخدمنا أبعاداً متصلة بدلاً من تلك الفئات التشخيصية، إلا أنه لم يستقر رأى بعد على ما يمكن أن نستخدمه من أبعاد فى هذا الصدد. وكخطوة فى هذا السبيل قدم بجمان (١٩٩٠) Pigman وماكراى (١٩٩٢) Mc Crae نموذج العوامل الخمسة لسمات الشخصية Five Factor model والذي يتضمن العصائية، والإنبساطية، والفتوح، والتقبل، والضمير الحى. ويبدو من خلال ما كشفت عنه نتائج الدراسات فى هذا المجال أن هناك ما يؤكد شمول هذا التصنيف واعتباره إطاراً لفهم اضطرابات الشخصية. وهنا لابد أن يثار سؤال حول إمكانية قيام تلك الدراسات التى تستخدم هذا النموذج إلى جانب أساليب تناول الشخصية السوية بالقاء الضوء على اضطرابات الشخصية، وهو الأمر الذى يتطلب منا بطبيعة الحال أن نقوم أولاً بالقاء الضوء على ذلك النموذج الذى يعرف بالنموذج الخماسى لعوامل الشخصية والذي يعتبر بمثابة توزيع هرمى متدرج سمات الشخصية، تلك السمات التى تعد أبعاداً ثابتة تدل على وجود أنماط متسقة مستديمة فى التفكير والمشاعر والسلوكيات، كما تعكس فى الوقت ذاته استعدادات لدى الفرد تدوم طويلاً بما يميزها عن الحالات أو المزاج التى تكون ابرة وليس لها صفة الدوام.

ولأبعاد الشخصية تاريخ طويل فى علم النفس يرجع إلى غطى يونج Young من الإنطوائية والإنبساطية، ثم تلاه آيزنك Eysenck وقدم بعد العصائية الإنبساطية، ولكنه أصبح من أصحاب النمط ثلاثى الأبعاد عندما أضاف عام ١٩٧٠ إلى ذلك بعداً ثالثاً هو بعد الذهانية. وقدم تيليجين (١٩٨٥) Telle-ge نموذجاً بديلاً ثلاثى الأبعاد حيث استبدل بعد الذهانية بعداً آخر هو كبح تفاعلات Constraint وجعل البعدين الآخرين يمثلان الانفعالية السلبية negative affectivity والانفعالية الإيجابية. وقدم كلونجر (١٩٨٧) Cloninger نموذجاً

فى الأبعاد يقوم على التكيف العصبى neuroadaptation ويتضمن تجنب الأذى ما يقابل العصائية عند آيزنك والانفعالية السلبية عند تيليجين، ويتمثل البعد فى البحث عن الجديد والمثير وهو ما يمثل درجة منخفضة من الكبح عند آيزنك، أما البعد الثالث فهو الاعتماد على الإثابة.

وإلى جانب ذلك هناك نماذج أخرى تتضمن عوامل تزيد عن العوامل الخمسة زفة منها العوامل العشرة عند جليفورد وزيمرمان Guilford & Zeimerman عوامل الستة عشر عند كاتل Cattle ولكل هذه النماذج دورها فى فهم طرابات الشخصية، إلا أن الدلائل المختلفة تشير إلى إمكانية استخلاص تلك نماذج من النموذج الخماسى، كما يمكن تفسيرها فى إطاره حيث تعد الأبعاد التى تزيد عن هذه الأبعاد الخمسة استكشافاً لأبعاد السمات عند مستوى أدنى من ك التدرج الهرمى الذى تمثله سمات الشخصية. هذا وقد شهدت فترة الثمانينيات بناء لبنية الشخصية وتقديراتها نظراً لزيادة الاهتمام بتقديرات الشخصية، إلى جانب تحليل استبيانات الشخصية حيث إزداد استخدام الاستبيانات العديدة وفى مقدمتها 16pf وغيره مثل إستبيان جليفورد وزيمرمان للمزاج، وإستبيان آيزنك لشخصية. وقد أدى ذلك إلى أن ساد فى الوقت الراهن رأى يرى أن الأبعاد الخمسة التى يتضمنها النموذج الخماسى هى الأبعاد الأساسية للشخصية. ويمكن عرض تلك الأبعاد كالتالى:

العصائية (N) Neuroticism

ويشير هذا البعد إلى المستوى المزمّن للتوافق الانفعالى وعدم الاتزان، وتميز بدرجة المرتفعة على هذا البعد الأفراد الأكثر ميلاً إلى الضيق النفسى. ويتطابق هذا البعد كسمة مع الانفعالية السلبية، ويشتمل أيضاً على أفكار غير واقعية مبالغ فيها، وصعوبة تحمل ذلك الإحباط الناتج عن عدم تنفيذ الفرد لدفعاته، وكذلك على الاستجابات غير التوافقية، كما يشمل القلق والغضب والعداونية والاكتئاب والحساسية المفرطة والقابلية للمرض.

، والقابلية للاستشارة والتهيج، والتلاعب بالآخرين واستغلالهم، كما يكونون مستقيمين، ولا خلاق لهم.

الضمير الحي (c) Conscientiousness

تتعلق هذه السمة بالتنظيم والمثابرة والتحكم والدافعية في السلوك الموجه نحو هدف. ويميل من تزيد لديهم هذه السمة إلى أن يكونوا منظمين، ويمكن الاعتماد عليهم، كما يميلون أيضاً إلى المثابرة، والتوجيه الذاتي، والحفاظ على الهدوء، والدقة في العمل، والطموح. بينما يكون من تقل لديهم هذه السمة أكثر إلى الكسل، والتباطؤ، والسعي للذة، كما لا يعنون بشيء.

هذا وتعد اضطرابات الشخصية بمثابة أوجه نقص في نسق الشخصية يؤثر سلباً على مواجهتها لنواح معينة في البنية النفسية الاجتماعية ويؤدي إلى حدوث خلل في ملحوظ أو ما يعرف باختلال الأداء الوظيفي وما يستتبعه من شعور بالضيق والعباس. وتمثل اضطرابات الشخصية حالات ارتقائية تظهر في الطفولة أو المراهقة وتتم في مرحلة الرشد. ولا تعد تلك الاضطرابات ثانوية لإضطراب عقلي آخر أي مرض مخي، وإن كان يمكنها أن تسبق اضطرابات أخرى أو تتزامن معها. يتم تصنيف اضطرابات الشخصية وفقاً لمجموعات من السمات تمثل أكثر المظاهر السلوكية لتلك الحالات شيوعاً، ومن ثم تعتبر كل فئة من فئات التصنيف شكلاً من أشكال انحرافات الشخصية يمثل عادة اختلالاً شديداً في التكوين الوصفي الشخصية والميول السلوكية للفرد ويتضمن سلوكيات واتجاهات غير متجانسة إلى كبير تغطي جوانب متعددة في الأداء كالوجدان والتنبه والإدراك والتفكير أسلوب الارتباط بالآخرين وهو ما يسبب صعوبة التكيف في المواقف الشخصية والاجتماعية المتعددة، وعادة ما يكون مصحوباً بخلل في الأداء المهني والاجتماعي.

ويوجد عدد من هذه الفئات المثلثة للإضطرابات يتمثل كل منها بمجموعة مميزة من السمات، فيتسم اضطراب الشخصية البارانونية بالحساسية المفرطة نحو الهزائم

وتشير إلى كم وشدة التفضيلات في التفاعلات بين الشخصية، ومستوى النشاط والحاجة إلى الاستشارة، والقدرة على الاستمتاع. ويميل الأفراد الذين تزيد لديهم هذه السمة إلى الاجتماعية والنشاط والتفاؤل والمرح والتوجه نحو الآخرين وحب اللذة إلى جانب أنهم ودودون، بينما يميل الأفراد الذين تقل لديهم هذه السمة إلى أن يكونوا متحفظين، ومتزينين، ومتباعدين، ومستقلين، ويفضلون الهدوء. لذلك لا يكون لديهم الدرجة العالية من الحماسة والمرح التي تميز الإنبساطيين أي من تزيد لديهم درجة هذه السمة.

٣ - التفتح (O) Openness to experience

وتشمل هذه السمة البحث الجاد عن الخبرات وتذوقها لذاتها، ومن ثم يتسم الأفراد المتفتحون بحب الاستطلاع، وسعة الخيال، والاستعداد للتعامل مع الأفكار الجديدة والقيم غير التقليدية، والاستمتاع بكافة الانفعالات بشكل أكثر حيوية من المغلقين الذين تقل لديهم هذه السمة فيميلون إلى التقليدية في معتقداتهم واتجاهاتهم، ويكونون متحفظين في آذواقهم، وذوي معتقدات جامدة (دوجماتيين)، ومتصلبين في آرائهم، ويتبعون من الناحية السلوكية طرائق واحدة لا تتغير، كما يعتبرون غير متجاوبين إنفعالياً.

٤ - التقبل (A) agreeableness

وتشير هذه السمة إلى نوع التفاعلات التي يفضلها الفرد عبر متصل يمتد من لتراحم إلى العدا. ويميل الأفراد الذين يحصلون على درجة مرتفعة على هذا لبعده إلى أن يكونوا من أصحاب القلوب الرحيمة، وإلى الطبيعة الخيرة، والثقة الغير، وتقديم العون للآخرين، والعفو عند المقدرة، والإيثارة، والتجاوب والتعاطف، والاعتقاد بأن الآخرين أو معظمهم يبادلونهم نفس المشاعر والسلوك. ما الذين تقل لديهم هذه السمة وهم العدائين فيميلون إلى التشاؤم والسخرية، يتسمون بالوقاحة وجرح الآخرين ومشاعرهم، والشك فيهم، وعدم التعاون

والرفض وعدم التسامح فى الإهانات، وحمل الضغائن للآخرين والشك فىهم وفى نواياهم، والغيرة المرضية، والإحساس المفرط بأهمية الذات، وأنه لم ينل حقوقه وما يستحقه. ومن ثم تصبح الشخصية البارانونية paranoid من الشخصيات غير المرغوب فيها فى أى عمل. أما اضطراب الشخصية الشيفصامية أو شبه الفصامية Schizoid فيتسم بالانعزال عن تلك المجالات التى تتضمن التواصل فى أى شكل من الأشكال سواء التواصل العاطفى أو الاجتماعى أو غير ذلك مع عدم القدرة على التعبير للآخرين عن المشاعر مما يجعل من يعانى من هذا الاضطراب غير قادر على تحقيق النجاح فى تلك الأعمال التى تتطلب منه الاحتكاك بالآخرين والتفاعل معهم. كما يتسم أيضاً بالخيال والأنشطة الذاتية والإطواء مما يسهم فى نجاح من يعانى من هذا الاضطراب فى الأعمال التى تتطلب منه مثل ذلك أى التى تتطلب العمل الفردى. بينما يميل اضطراب نمط الشخصية الفصامى Schizotypal إلى وجود صعوبة فى إقامة علاقات ذات معنى ومغزى مع الآخرين مع قلق اجتماعى بقدر مبالغ فيه، وتسود معتقدات وأفكار غريبة وخرافات وخبرات إدراكية شاذة وأوهام مع عدم الاهتمام بالمظهر والسلوك إضافة إلى الشك فى الآخرين والريبة منهم.

أما اضطراب الشخصية المضاد للمجتمع antisocial فيتسم بعدم الامتثال للقوانين أو الأعراف والتقاليد، وعدم الإلتزام بالاهتمامات الاجتماعية، والعنف، والاستهتار، واللامبالاة، وعدم مراعاة حقوق الآخرين، والعدوان مع تقديم مبررات للسلوك تبدو مقبولة من وجهة نظر صاحبها، وعدم القدرة على تحمل الإحباط، وعدم الاستفادة من الخبرة والتجربة، وعدم جدوى العقاب معها، وعدم الشعور بالندم، وعدم القدرة على المثابرة. كما نلاحظ أيضاً تعدد الزيجات، وعدم القدرة على الاستمرار فى عمل معين، إلى جانب الإدمان، والشذوذ الجنسى، وإرتكاب بعض المخالفات والجنح أو الجرائم، والبحث عن المنفعة الذاتية فقط، وعدم التمسك بمبادئ أخلاقية أو اجتماعية. ويسود لدى بعض الحالات حب السلطة والسادية. فى حين يتسم اضطراب الشخصية الحدية borderline بالاندفاع

دوان وعدم استقرار المزاج أو الوجدان، أو العلاقات مع الآخرين وعدم حكم فى الغضب، واضطراب الهوية، وتذبذب الوجدان، وعدم تحمل الوحدة محاولات لتعطيم الذات كالإقدام على الإنتحار أو جرح الجسم أو تشويهه، جانب بعض الأفكار البارانونية، وعدم توازن العلاقات بين الشخصية بحجها بين الإفراط فى قيمة الذات إلى تحقير الذات والآخرين والحط من

من جانب آخر يتسم اضطراب الشخصية الهستيرى histrionic بالأداء المسرحى، لغة فى العاطفة وفى محاولات جذب الانتباه، وسطحية الوجدان، والقابلية لهاء وسهولة التأثر بالآخرين، والتقلب فى الإنفعالات، وعدم وضع أى اعتبار لمرين، والعجز عن إقامة علاقات ثابتة لمدة طويلة، إلى جانب عدم القدرة على رة، كما تتأثر القرارات التى تتخذ بالحالة المزاجية الإنفعالية أكثر من تأثرها بحية الموضوعية، والأنانية، والمبالغة فى الكلام والملبس إلى درجة التكلف صبح، وتأويل الكثير من الظواهر والمواقف العادية بطريقة جنسية، كما تتسم بتعدد العلاقات العاطفية. وينجح صاحب هذه الشخصية فى تلك المهن التى لب العلاقة المباشرة مع الجمهور كالتمثيل والصحافة والعلاقات العامة. أما لمراب الشخصية النرجسى narcissistic فيتسم بشعور مفرط بالعظمة وعلو الشأن هور متعاطف بالأهمية، والأنانية واستغلال الآخرين لتحقيق مآرب خاصة، هور مفرط بالجدارة والأهلية، وتوقع أن ينساق الآخرين للفرد صاحب هذه خصية وطاعته طاعة عمياء ومعاملته بشكل خاص وذلك بوصفه شخص متميز أنه يتسم بانخفاض فى مستوى التعاطف معهم، إلى جانب الغطرسة والعجرفة سى تسيطر على سلوكه وهو ما يرتبط بطبيعة الحال بشعوره المتعاطف بالأهمية عظيمة. وإضافة إلى ذلك فهو دائم الحسد للآخرين ويعتقد أنهم يعاملونه بنفس طريقة حيث دائماً ما يحسدونه على ما يعتقد أنه فيه.

كذلك فإن اضطراب الشخصية التجنبية أو الاجتنابية avoidant فيتسم بالتوتر التوجس والوعى الشديد بالذات، وشعور بالدونية وعدم الأمان يدفع به بعيداً

عن الآخرين على الرغم من المحاولات المستمرة لكسب جهم وتقبلهم. كما يتسم أيضاً بمشاعر عدم الكفاءة والحساسية المفرطة والتقييم السالب للذات، والخنوع، والحساسية المفرطة نحو النقد والرفض. وينشغل الفرد صاحب هذه الشخصية بما يمكن أن يحدث له في المواقف الاجتماعية من رفض وتوجيه للنقد وتوقع المخاطر بما يجعله يعمل على تجنب مثل هذه المواقف وما تتضمنه من أنشطة يمكن تجنبها هنا لا يصل إلى تلك الدرجة التي يحدث بها في الرهاب. كذلك لا توجد علاقات حميمة لهذا الشخص مع الآخرين، وقد يرجع ذلك إلى خوفه من شعوره بالخجل أو قيامهم بالسخرية منه. أما اضطراب الشخصية الاعتمادية dependent فيتميز بحاجة الفرد المفرطة إلى أن يعتنى الآخرون به مما يؤدي إلى تعلقه بهم وخضوعه لهم وخوفه من الانفصال عنهم والاعتماد الشامل عليهم والسماح لهم بتولى مسئولية جوانب هامة في حياته. ويقصد بهذا الاضطراب أنه نمط ثابت من الحاجة المستمرة لتلقى الرعاية مع مظاهر السلوك التعلقى والإلتصاق بالآخرين، والخوف الشديد من الانفصال عنهم، وصعوبة اتخاذ القرارات اليومية بدون توجيه وتشجيع الآخرين، وإلقاء مسئولية أعماله على الآخرين، والإفتقار إلى الثقة بالنفس، والإنشغال غير الواقعي بالخوف من غياب المساندة. وهناك ثلاثة محاور يقوم عليها هذا الاضطراب هي الحاجة الدائمة للرعاية والمساندة، والإفتقار إلى النضج وعدم تحمل المسئولية، والتعلق الزائد والخوف من الانفصال.

هذا ويتسم اضطراب الشخصية الوسواسى القهرى Obsessive - Compulsive بعدم الإستقرار على رأى، والشك، والحذر الشديد، والإنشغال بالكمال والدقة والإتقان، والإنشغال المفرط بالتفاصيل الذى لا يتناسب مع أهمية الموقف أو المهمة، مما قد تضيق معه الرؤية العامة للموقف. وإلى جانب ذلك تميل هذه الشخصية إلى الإلتزام الصارم بالقواعد والنظام والتنظيم والتخطيط لكل الأنشطة بالتفاصيل الدقيقة لذلك، ومحاولة إخضاع الآخرين لنظامه من حيث السير وفق نظام وفكر معين، والسير وفق روتين معين في حياته لا يتغير لأى سبب حيث يسير على وتيرة معينة لا يحيد عنها إطلاقاً. ويهتم صاحب هذه الشخصية إلى

بجة كبيرة بنظافة ملبسه ومسكنه وجسمه وما يستخدمه من أدوات وغير ذلك. ذلك فهو يتسم بالصرامة والصلابة وعدم اللين والتقتير فى الإنفاق سواء على نفسه أو على غيره مع تميزه بالضمير الحى وعدم التساهل فى المسائل الأخلاقية قيمية. وينجح صاحب هذه الشخصية كثيراً فى الأعمال التنفيذية والإدارية. وأكد أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن هذه الشخصية تتميز بالنظام الشديد، والدقة الشاهية فى الأمور، والمطالبة بالمثل العليا واحترام التقاليد، وعدم القدرة على تغييرها متى وصلت إلى قرار معين مما يعنى الميل إلى الصلابة فى الرأى، وعدم مرونة فى المعاملة، إلى جانب الميل إلى الروتين، ومحاسبة الذات ولومها على هذه الأسباب.

وجدير بالذكر أن مسألة اضطرابات الشخصية قد احتلت مركزاً بارزاً فى المحاور الشخصية، ويرجع ذلك إلى عدد من الأسباب يمكن أن نعرض لها على النحو التالى:

- أن معظم العملاء اليوم الذين يعانون من مثل هذه الاضطرابات يعدون ممن يترددون على العيادات الخارجية بالمستشفيات، ويمثلون الغالبية فى مقابل المرضى الذهانيين. ويعانى هؤلاء العملاء من ضغوط ومحن وشدائد شخصية، وعدم كفاءة اجتماعية، وصراعات مع الآخرين، وتضخ مشكلاتهم فى أعراض مثل القلق والإكتئاب أو الإدمان. ولكنها فى الواقع ترجع إلى نمط ذى تاريخ طويل من السلوك اللاتوافقى والمشاعر والأفكار والعلاقات اللاتوافقية، أى ما يمكن لنا أن نسميه نمط الحياة.

- أن تحديد محور خاص على دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية لإضطرابات الشخصية يعد أمراً ذا دلالة كبيرة حيث يعكس ذلك وضع الشخصية وما يكتنفها من اضطرابات ولأول مرة فى مكان بارز بين فئات التشخيص وهو الأمر الذى يؤكد على جدوى مفهوم الشخصية باعتباره الأساس للإستعدادات الوجدانية والمعرفية والسلوكية مما يتيح الفرصة للمعالج كى يستوعب معنى «مرضاه» بشكل أكثر من مجرد معرفته بالأعراض وإلمامه بها.

٣ - أن ذلك يعكس تحولاً واضحاً في بؤرة الاهتمام للعلاج النفسى من الأعراض السطحية إلى الوظائف الشخصية الكامنة، وهو تحول يعكس تطوراً في تناول مفهوم الطبع character حيث لم يعد ينظر إليه على أنه تنظيم دفاعى ولكن على أنه تنظيم مركب يعتبر بمثابة الهدف الذى تتوجه إليه التدخلات العلاجية. وعلى ذلك شهد المجال تحولات أخرى انعكست فى اللجوء إلى التقييم الكمي والقياس النفسى. واتجهت الأنظار إلى إيجاد مقاييس يمكن الاعتماد عليها فى تناول مثل هذه الإضطرابات إلى جانب التشخيص حيث أصبح هناك ما يعرف بتشخيص وتقييم تلك الإضطرابات، وهو الأمر الذى إنسحب على كافة الإضطرابات.

هذا وقد وضعت النظرية المعرفية السلوكية نماذج معرفية لهذه الإضطرابات تقوم على أهم ما يسود من أفكار مشوهة واتجاهات لاعقلانية مختلفة وظيفياً تؤثر بدرجة كبيرة على سلوك الفرد، ولذلك تم استخدام واستحداث عدد من الفنيات العلاجية التى يمكن بموجبها التعامل مع هذه الأفكار والاعتقادات. وتحدد طبيعة كل إضطراب ما يمكن أن نستخدمه معه من فنيات وإستراتيجيات أو إجراءات علاجية مختلفة. وهو الأمر الذى سوف نتناوله فى النقطة الخاصة بذلك.

المحكات التشخيصية

يعرض DSM - IV لعشرة أنماط محددة من هذه الإضطرابات إلى جانب تلك المحكات التى تستخدم عند تشخيص هذه الإضطرابات. وإضافة إلى ذلك فإن هذا الدليل يعرض لمحكات تشخيصية عامة لإضطرابات الشخصية نعرض لها على النحو التالى:

أولاً: يمثل إضطراب الشخصية نمطاً للخبرة الداخلية والسلوك يشق بشكل واضح من تلك التوقعات التى تسود فى الثقافة التى ينتمى إليها الفرد. ويتضح ذلك الإضطراب فى جانبين أو أكثر مما يلى:

الجانب المعرفى: ويتمثل فى أساليب إدراك الذات والآخرين وإدراك الفرد للأحداث وتفسيره لها.

الجانب الوجدانى: ويتمثل فى مدى وشدة وملاءمة الإستجابة الإنفعالية. الأداء الوظيفى بين الشخصى.

السيطرة على البواعث

: يتسم هذا النمط الدائم للخبرة الداخلية والسلوك بالمرونة والشمولية خلال مدى كبير من المواقف الشخصية والاجتماعية، ويؤدى إلى الشعور بالكرب أو إختلال الأداء الوظيفى فى جملة من المجالات سواء الاجتماعية أو المهنية أو غيرها. كما يتسم هذا النمط أيضاً بالثبات وبأنه يدوم لفترة طويلة، وعادة ما ترجع بدايته إلى مرحلة المراهقة أو الرشد المبكر. إلا أن مثل هذا النمط لا يعد مسئولاً عن التفاعلات الأخرى التى يمكن أن تؤدى إلى المرض العقلى. كما أنه لا يرجع إلى الآثار الفسيولوجية المباشرة لإساءة استخدام المواد أو إلى حالة أو وضع طبي عام كحدوث صدمة فى الرأس مثلاً head trauma.

أما عن إضطرابات الشخصية العشرة المحددة التى يعرض لها فيمكن أن نتناولها من النحو التالى:

* إضطرابات المجموعة (أ) cluster A personality disorders

: إضطراب الشخصية البارانوية paranoid personality disorder:

ويعد بمثابة ميل شامل وعام ليس له ما يبرره يبدأ عند بدايات البلوغ، ويتجلى فى سياقات متعددة ومتنوعة. ويفسر الفرد الذى يعانى من هذا الإضطراب تصرفات الآخرين بأنها تهدف عن عمد إلى إهانته والتحقير من شأنه والخط من تهديده مكانته كما يتضح فى أربعة أعراض على الأقل من الأعراض التالية التى لا يقتصر حدوث تلك الأعراض على وجود حالات الفصام أو الضلالات، و المرض العقلى، أو أى إضطراب ذهائى آخر، كما أنها لا ترجع إلى الآثار

الفيولوجية المباشرة لإساءة استخدام عقار معين أو للحالة الطبية أو الصحية العامة. وهذه الأعراض هي:

- ١ - يتوقع دون أسباب كافية أن يقوم الآخرون باستغلاله أو إلحاق الأذى والضرر به.
- ٢ - يشك دون مبررات في مدى إخلاص الأصدقاء والمخالطين له أو المحيطين به ومدى الوثوق بهم.
- ٣ - يستخلص معاني من شأنها أن تعمل على التحقير من شأنه أو تهديد مكانته وذلك من ملاحظات وأحداث لا ضرر منها.
- ٤ - يحمل الضغينة في نفسه ولا يتسامح أو يتساهل مع تلك الإهانات أو التلميحات أو الأخطاء البسيطة التي تصدر عن الآخرين.
- ٥ - ينفر من الوثوق في الآخرين بسبب خوف لا مبرر له من أنهم سوف يقومون باستخدام ما لديهم من معلومات عنه ضده.
- ٦ - يشعر بالإهانة أو الاستخفاف بشأنه بسهولة مما يجعله يثور ويغضب أو يقوم بالهجوم على الآخرين.
- ٧ - يشك دون مبرر في مدى إخلاص زوجته له.

ثانياً: اضطراب الشخصية الشيفصامية (شبه الفصامية): Schizoid

وهو نمط شامل وعام من اللامبالاة بالعلاقات الاجتماعية. وبعد هذا النمط ذا مدى محدود من التعبيرات والخبرات الإنفعالية يبدأ مع بدايات البلوغ، ويتجلى في سياقات متعددة ومتنوعة كما يتضح في أربعة على الأقل من الأعراض التالية على ألا يقتصر حدوث مثل هذه الأعراض على وجود حالات الفصام أو الضلالات، أو أى اضطراب ذهاني أو نمائي، وألا ترجع إلى الآثار الفسيولوجية المباشرة لإساءة استخدام عقار معين أو للحالة الطبية أو الصحية العامة للفرد. وتتمثل هذه الأعراض فيما يلي:

لا يرغب الفرد في إقامة علاقات وثيقة أو حميمة مع الآخرين بما في ذلك العلاقات العائلية ولا يستمتع بمثل هذه العلاقات.

- ١ - يختار في الغالب الأنشطة الفردية ويفضل القيام بها.
- ٢ - يجد متعة حقيقية (إن حدث ذلك) في قلة عدد الأنشطة التي يشارك فيها أو يقوم هو بها.
- ٣ - لا تظهر عليه أى رغبة أو لا يبدي أى رغبة في إقامة علاقات جنسية مع شخص من الجنس الآخر.

- ٤ - لا يبالي بما يوجهه الآخرون له من نقد، كما لا يبالي أيضاً بمدحهم له.
- ٥ - لا يوجد له أصدقاء حميمون أو من يقوم بالإسرار إليهم بمكونات صدره غير أقاربه من الدرجة الأولى. First - degree relatives.
- ٦ - يبدو عليه البرود الإنفعالي والتبلد العاطفي.

ثالثاً: اضطراب نمط الشخصية الفصامي: Schizotypal

وهو نمط عام وشامل من النقص في الارتباط بعلاقات مع الآخرين، مع تميز كل من التفكير والمظهر والسلوك بخصائص غير مألوفة أو غريبة يبدأ ظهورها مع بدايات البلوغ، وتظهر في سياقات متعددة ومتنوعة تتضح في خمسة على الأقل من الأعراض التالية على ألا يقتصر حدوثها على فترات الذهان والضلالات أو أى اضطراب ذهاني أو نمائي آخر. وهذه الأعراض هي:

- ١ - ظهور الأفكار التلميحية لدى الفرد، وهذه الأفكار بطبيعة الحال ليست هي ضلالات التلميح أو الإشارة حيث تستبعد مثل هذه الضلالات نهائياً.
- ٢ - قلق اجتماعي مبالغ فيه من جانب الفرد كالإنزعاج الشديد في المواقف الاجتماعية التي تتضمن الغرباء مع وجود خوف بارانوي وأفكار سلبية عن الذات.
- ٣ - تسود لدى الفرد معتقدات شاذة وتفكير (سحري) يؤثر على سلوكه ولا يتفق

مع المعايير الثقافية السائدة ولا مع المعايير الثقافية الفرعية مثل الاعتقاد في الخرافات أو التشاؤم والاعتقاد في إمكانية قراءة أفكار الآخرين، والتخاطر أى نقل الأفكار، والشفافية أو ما يعرف بالحاسة السادسة. أما بالنسبة للأطفال والمراهقين فتسود لديهم خيالات مضطربة وغريبة.

٤ - يمر الفرد بخبرات إدراكية غريبة أو غير عادية تتمثل في أوهام الشعور بوجود قوى أو أشخاص غير موجودين أمامه بالفعل، وهو ما يعرف بالضلالات الجسمية.

٥ - يبدو مظهر الفرد وسلوكه شاذًا وغريبًا كالبهذلة وعدم الإهتمام بالمظهر، واللوازم السلوكية الشاذة، والتحدث مع النفس.

٦ - لا يوجد أصدقاء حميمون للفرد يمكن له أن يفضى إليهم بمكنونات صدره حيث لا يتعدى أصدقاؤه أقاربه من الدرجة الأولى.

٧ - يصدر عن الفرد كلام شاذ أو غريب يفتقر إلى الترابط أو التماسك، كما يعد ذا مفردات قليلة مما يجعل هذا الكلام فقيرًا في مفرداته، إلى جانب أنه يتسم بالغموض والإبهام أو التجريد غير الملائم. كذلك فإن الفرد يكثر من الدخول في موضوعات جانبية عديدة.

٨ - حدوث قصور وعدم ملاءمة في الوجدان.

٩ - يشك الفرد في كل شيء وكل من حوله، ويرتاب منهم بدرجة كبيرة، كما تسود لديه الأفكار البارانونية.

* اضطرابات المجموعة (ب) Cluster B personality disorders

إبعا: اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع antisocial

ويعد بمثابة غط ثمانع للخروج على القوانين وعدم الإمتثال لها، وعدم مراعاة حقوق الآخرين من جانب الفرد وذلك منذ أن يبلغ الخامسة عشرة من عمره. لا يقتصر حدوث هذا السلوك على فترات الفصام أو نوبات الهوس. ويتضح ذلك

في ثلاثة أعراض على الأقل من الأعراض التالية على ألا يقل سن الفرد عن مائة عشر عامًا.

١ - الفشل في الإنصياع للمعايير الاجتماعية فيما يتعلق بالخضوع للقانون مثل تكرار القيام بأفعال مضادة للمجتمع تؤدي إلى إلقاء القبض على الفرد من جانب الشرطة مثل تدمير ممتلكات الغير وإزعاج الآخرين والقيام بالسرقة، وامتهان مهن غير قانونية.

٢ - سهولة الإستشارة والعدوانية كما يتضح من دخول الفرد في مشاجرات عديدة أو هجومه على الآخرين دون أن يكون ذلك من مقتضيات عمله أو للدفاع عن النفس أو الغير.

٣ - تكرار عدم الوفاء بالالتزامات المالية كما يتضح في عدم الوفاء بالدين أو الدفع المنتظم لما تتطلبه إعالة من يعولهم. كذلك نجد اللامسئولية كما يتضح من عدم إستمرار الفرد في أى عمل.

٤ - الفشل في التخطيط المسبق، أو الإندفاعية كما يتضح في واحد على الأقل من الأمرين التاليين أو في كليهما، وهما:

أ - الانتقال من مكان إلى آخر دون وجود إتفاق على عمل أو هدف واضح خلال فترة السفر، كما لا توجد لدى الفرد فكرة واضحة عن الوقت الذي يمكن أن تنتهي فيه أو عنده مثل هذه الرحلة.

ب - عدم وجود عنوان ثابت للفرد لمدة شهر أو أكثر.

٥ - لا وجود للصدق في إعتبار الفرد كما يتضح في الكذب المتكرر من جانبه، واستخدامه لأسماء زائفة، أو خديعة الآخرين حتى يتسنى له الحصول على فائدة أو منفعة شخصية.

٦ - التهور فيما يتعلق بالسلامة الشخصية أو سلامة الآخرين.

٧ - عدم الإحساس بالندم، ويتضح ذلك من شعور الفرد باللامبالاة إذا ما أساء معاملة شخص ما، أو أحدث له أذى جسميًا، أو قام بسرقة.

أما عن دلائل إضطرابات السلوك قبل سن الخامسة عشرة فتمثل فى عدد من الأعراض التى تتضح فيما يلى:

أ- العدوان على الآخرين والحيوانات:

١ - غالبًا ما يتنمر بالآخرين ويهددهم ويلحق الأذى بهم.

٢ - كثيرًا ما يبادر بالشجار مع الآخرين.

٣ - يستخدم سلاحًا يمكن أن يسبب للغير أذى جسميًا بالغًا. وقد يتمثل هذا السلاح فى سكين، أو مسدس، أو زجاجة مكسورة، أو قالب طوب، أو عصا غليظة.

٤ - يميل إلى القسوة الجسمية على الآخرين.

٥ - يميل أيضًا إلى القسوة بدنيًا على الحيوانات.

٦ - يسرق من ضحاياه فى خفية وقد يكون مسلحًا أثناء قيامه بتلك السرقة. وقد يتمثل السلاح فى واحد أو أكثر مما سبق إيضاحه.

٧ - يرغب شخصًا ما على ممارسة الجنس.

ب- تدمير الممتلكات:

٨ - يعتمد القيام بإشعال الحرائق بنية إحداث تلف خطير.

٩ - يعتمد تدمير ممتلكات الآخرين بطريقة أخرى غير إشعال الحرائق.

ج- الخداع أو السرقة:

١٠ - إقتحام منزل شخص آخر أو سيارته.

١١ - غالبًا ما يلجأ إلى الكذب للحصول على منافع شخصية. كما يلجأ إلى خداع الآخرين وتجنب الالتزامات.

١٢ - يسرق أشياء ذات قيمة دون أن يواجه الضحية كالسرقة من المحلات دون إقتحامها، إلى جانب القيام بالترزيف.

د- الخروج على القواعد بشكل خطير:

١٣ - غالبًا ما يتأخر ليلاً خارج المنزل على الرغم من محاولات والديه لمنعه عن ذلك على أن يبدأ هذا السلوك من جانب الفرد قبل سن الثالثة عشرة.

١٤ - يهرب من المنزل ليلاً مرتين على الأقل وذلك من منزل الوالد أو بديله، أو الهروب مرة واحدة دون عودة وذلك لمدة طويلة.

١٥ - يهرب كثيرًا من المدرسة قبل أن يبلغ الثالثة عشرة من عمره.

خامسًا: إضطراب الشخصية الحدية: **borderline**

ويمثل هذا الإضطراب نمطًا شاملاً من عدم استقرار المزاج، والعلاقات مع الآخرين، وصورة الذات، والوجدان، والإندفاعية الواضحة يبدأ مع بدايات الرشد ويتجلى فى سياقات عديدة ومتنوعة، كما يتحدد بوجود خمسة مظاهر على الأقل من المظاهر التالية:

١ - جهود محمومة أو مسعورة من جانب الفرد حتى يتمكن من تجنب هجر متخيل أو واقعى (لا يشمل ذلك محاولات الانتحار أو التشويه التى ستعرض لها فى البند رقم ٥).

٢ - نمط أو أسلوب من العلاقات مع الآخرين يتسم بالتوتر وعدم الإلتزان والتأرجح بين نقيضين هما المثالية والحط من قيمة الشيء، إلى جانب المبالغة فى تهوين الموقف.

٣ - إضطراب مستمر وواضح فى الهوية يتضح فى وجود صورة غير ثابتة للذات أو معنى ثابت للذات.

٤ - الإندفاعية فى مجالين على الأقل من المجالات الهادمة للذات كالإنفاق، والجنس، وإساءة استخدام المواد، والسرقة والإختلاس، والقيادة المتهورة للسيارة، والإفراط فى الأكل. ولا يشمل ذلك السلوك الإنتحارى أو جرح الجسم أو محاولة تشويهه.

٥ - تكرار سلوك التهديد بالقيام بالانتحار أو التلويح به أو حتى الإقدام عليه أو القيام بجرح أو تشويه الجسم.

٦ - عدم الإتران الإنفعالي ويتمثل ذلك في الانتقال الواضح من المزاج المعتاد إلى الإكتئاب، وسهولة الإستثارة أو القلق الذى يستمر عادة لعدة ساعات و...
ما يستمر هذا القلق لعدة أيام.

٧ - إحساس مزمن من جانب الفرد بالخواء أو الملل.

٨ - غضب شديد وغير ملائم أو نقص فى قدرة الفرد على التحكم فى الغضب كما يتضح فى ثورات الغضب المتكررة، والغضب الدائم، والشجار المتكرر باليد.

٩ - أعراض عابرة لأفكار بارانوية أو أعراض تفككية (هستيرية) عابرة أيضاً.

سادساً: اضطراب الشخصية الهستيرية: **Histrionic**

وهو عبارة عن نمط شامل من المبالغة فى العاطفة، ومحاولة جذب الإنتباه يبدأ مع بدايات الرشد ويظهر فى سياقات متعددة ومتنوعة، ويتضح فى خمسة على الأقل من المظاهر التالية:

١ - لا يبدى الفرد إرتياحاً لتلك المناسبات التى لا يكون فيها هو مركز الإهتمام من أولئك الذين يحضرون هذه المناسبة أو تلك.

٢ - تتسم تفاعلات الفرد مع الآخرين بالإغراء أو الإغواء الجنىسى أو ما يمكن أن نطلق عليه الإستفزاز الجنىسى.

٣ - يبدى الفرد إنفعالات سريعة القلب وتتسم بالسطحية.

٤ - يعمل على المبالغة الواضحة بشكل مستمر فى مظهره الجسمى وذلك حتى يتمكن من لفت أنظار الآخرين إليه.

٥ - يتسم أسلوبه فى الحديث بالمبالغة - وذلك من خلال هذا الأسلوب - فيما

يأخذه من إنطباعات عن الآخرين، كما أن هذا الأسلوب تنقصه التفاصيل وهو الأمر الذى لا يتناوله فى حديثه.

يعبر عن عواطفه وإنفعالاته بشكل مبالغ فيها وغير ملائم وغالباً ما يلجأ إلى الدراما الذاتية فيحتضن معارفه العابرين مثلاً بحماسة شديدة، أو التأوه والائين بلا رباط فى المناسبات العاطفية البسيطة.

- يتأثر كثيراً بالإيحاء ومن السهل أن يؤثر الآخرون أو المواقف عليه.

- يعتبر تلك العلاقات التى يقيمها مع الآخرين حميمة وذلك بدرجة تفوق ما هى عليه فى الواقع.

أيضاً: اضطراب الشخصية النرجسية: **Narcissistic**

يعد هذا الإضطراب بمثابة نمط شامل من الشعور بالعظمة وعلو الشأن سواء فى الخيال أو فى السلوك مع نقص التعاطف مع الآخرين وفرط الحساسية لتقييمهم. ويبدأ هذا الإضطراب فى الظهور مع بدايات الرشد، ويظهر فى سياقات عديدة ومتنوعة كما يبدو فى خمسة على الأقل من المظاهر الآتية:

- يبدو لدى الفرد إحساس متعظم بالأهمية فيبالغ فى وصف مواهبه وإنجازاته، ويتوقع من الآخرين أن يعاملونه على أنه شخص متميز وذلك دون أن يكون لديه ما يميزه بالفعل.

- دائماً ما يكون منشغل البال بخيالات النجاح الذى لا حدود له، وبالقوة والنفوذ والشهرة والجمال أو الحب المثالى.

- يعتقد أنه شخص من نوع خاص وفريد، ولا يمكن أن يفهمه إلا أناس ذو طبيعة خاصة ومن طبقة راقية.

- يتطلب من الآخرين الإعجاب المفرط به.

٥ - يسيطر عليه إحساس بالجدارة والاستحقاق، ويتوقع من الآخرين أن يعاملونه

بشكل خاص حتى وإن لم يكن منطقيًا فيما يفعله أو يتوقعه، كذلك فهو يتوقع منهم أن يطيعونه طاعة عمياء وأن يلبون له تلك التوقعات.

٦ - يكون الفرد إستغلالياً في علاقته بالآخرين حيث يعمل على أن يستغل الآخرين لتحقيق مآرب شخصية.

٧ - نقص أو إنخفاض في مستوى التعاطف من جانب الفرد يتجلى في عدم رغبته في أن يحدد مشاعر الآخرين أو حاجاتهم والتعرف عليها.

٨ - تسيطر عليه مشاعر الحسد للآخرين أو يعتقد بما لا يدع مجالاً للشك أن الآخرين يحسدونه.

٩ - يبدى سلوكيات أو اتجاهات تدل على الغطرسة أو العجرفة.

* إضطرابات المجموعة (ج) Cluster C personality disorders

ثامناً: اضطراب الشخصية التجنبية أو الاجتنابية: avoidant

يعد هذا الإضطراب بمثابة نمط من عدم الإرتياح أو الإنزعاج الاجتماعي وسيادة مشاعر عدم الكفاءة والحساسية المفرطة للتقييم السلبي مع سلوك يدل على الخنوع.

كما يبدأ هذا النمط في الظهور عادة مع بدايات الرشد، ويظهر في سياقات متنوعة وكثيرة ومتعددة، ويتضح في أربعة مظاهر على الأقل من تلك المظاهر التالية:

١ - يتجنب الفرد الأنشطة المهنية التي تتضمن اتصالات بالآخرين لها أهميتها وذلك بسبب الخوف من النقد أو عدم الموافقة أو الرفض.

٢ - لا يرغب في الاندماج مع الآخرين إلا إذا تأكد من أنهم سيحبونه.

٣ - يرفض إقامة علاقات حميمة مع الآخرين بسبب خوفه من الشعور بالخجل أو قيامهم بالسخرية منه.

٤ - يشغل بما يمكن أن يحدث له في المواقف الاجتماعية من توجيه الآخرين النقد إليه أو إعلانهم الرفض له.

٥ - يبعد نفسه عن المواقف الاجتماعية الجديدة بسبب شعوره بعدم الكفاءة.

٦ - ينظر إلى نفسه على أنه غير بارع اجتماعياً، ولا يتمتع بالجاذبية، وأنه يعد أدنى من الآخرين.

٧ - عادة ما يرفض القيام بمخاطرات شخصية أو الإشتراك في أنشطة جديدة حتى لا يشعر بالخجل والإحراج.

ثاسعاً: اضطراب الشخصية الاعتمادية: dependent

ويعتبر هذا الإضطراب نمطاً شاملاً من السلوك يتسم بالحاجة المفرطة من جانب الفرد ذاته لأن يعتنى الآخرون به، وهو ما يؤدي إلى سلوك التعلق أو الخضوع والخوف من الانفصال. ويبدأ هذا الإضطراب مع بدايات الرشد، ويتبدى في خمسة على الأقل من المظاهر التالية:

١ - يجد الفرد صعوبة في اتخاذ القرارات المطلوبة في الحياة اليومية دون أن ينال كمًا كبيراً من النصيح والتأكيد من الآخرين على هذا أو ذاك.

٢ - يسمح للآخرين أن يتحملوا مسؤولية الجانب الأكبر من المجالات الهامة في حياته كالمسكن والوظيفة التي يشغلها.

٣ - يجد صعوبة في التعبير عن إختلافه مع الآخرين بسبب الخوف من فقد تأييدهم أو عدم الحصول على موافقتهم على ألا يتضمن ذلك بأى حال من الأحوال مخاوف حقيقية من عقابهم له.

٤ - يجد الفرد صعوبة في أن يبادر بفعل شيء ما، أو القيام به على مسؤوليته الشخصية وذلك بسبب نقص ثقته في نفسه فيما يتعلق بالحكم على الأشياء، إلى جانب تدنى قدراته وليس بسبب أى أمور تتعلق بالدافعية أو الطاقة.

٥ - يذهب لمسافات بعيدة للحصول على الغذاء أو تأييد الآخرين وذلك إلى الدرجة التي تجعله يتطوع للقيام بأشياء غير سارة أو مهينة في سبيل ذلك.

٦ - يشعر بالإنزعاج أو العجز عندما يكون وحيداً وذلك بسبب مخاوفه المفرطة من عدم قدرته على العناية بنفسه والاهتمام بها.

٧ - يبحث بسرعة عن علاقة جديدة كمصدر للرعاية والتأييد والمساندة وذلك على أثر إنتهاء علاقة حميمة كانت قائمة من قبل.

٨ - كثيراً ما ينشغل بالخوف غير الواقعي من الهجر أو تركه يقوم بالإعتناء بنفسه وبأموره.

عاشراً: اضطراب الشخصية الوسواس القهري: **obsessive - compulsive**

ويعتبر نمطاً شاملاً من الإنشغال بالكمال والإتقان والسيطرة على النواحي لعقلية والشخصية وذلك على حساب المرونة والتفتح والكفاءة. وعادة ما يظهر هذا الإضطراب مع بدايات الرشد، ويتبدى فى سياقات عدة على أن تتوفر فى لشخص الذى نعتبره يعانى منه أربعة على الأقل من المظاهر التالية:

١ - الإنشغال بالتفاصيل والقواعد والقوائم والنظام والتنظيم والترتيب أو الجداول إلى الحد الذى تضيع معه النقاط والأمور الأساسية فى العمل أو النشاط الذى يقوم به أو يشارك فيه.

٢ - البحث عن الكمال والإتقان الذى يعوق إنجاز الأعمال كعدم القدرة على إتمام مشروع ما لأنه لا يتفق مع معايير الخاصة بالصارمة.

٣ - الإخلاص المبالغ فيه فى العمل والإنتاجية وذلك إلى حد إستبعاد أنشطة الترويح والصدقات غير تلك التى تتطلبها الضرورات الاقتصادية.

٤ - الضمير الحى المبالغ فيه، والحرص الدقيق، وعدم المرونة فى مسائل الأخلاق والقيم أو تلك المسائل التى لا تستند إلى الدين أو الثقافة.

٥ - عدم القدرة على التخلص من الأشياء البالية أو عديمة القيمة حتى ولو لم يكن لها قيمة انفعالية.

٦ - الإصرار على عدم مناقشة المهام المختلفة مع الآخرين، وعدم العمل مع هؤلاء الآخرين ما لم يخضعوا تماماً لأسلوبه فى العمل والأداء.

٧ - يتبع أسلوباً ضئيلاً فى الإنفاق على نفسه وغيره، وينظر إلى النفود على أنها شىء ضرورى لمواجهة محن المستقبل.

٨ - يتسم بالصرامة والصلابة وعدم اللين.

وإلى جانب هذه الأنماط العشرة السابقة هناك نمط آخر هو اضطراب الشخصية غير المحدد personality disorder not otherwise specified وهو النمط الذى لا تنطبق عليه المحكات الكاملة التى تم عرضها مع أى من الإضطرابات السابقة. ومن أمثلة ذلك وجود مظاهر لأكثر من إضطراب واحد محدد، ولكنها لا تنطبق على المحكات الخاصة بأحد هذه الإضطرابات، وهو ما يعرف بالشخصية المختلطة mixed personality والذى يسبب الكرب والخلل فى جانب أو أكثر من جوانب الأداء الوظيفى كالجانب الاجتماعى أو المهنى. كذلك فإن الأخصائى يقوم بتحديد هذا الإضطراب عندما لا تنطبق عليه المحكات الخاصة بأحد الإضطرابات السابقة، ومن أمثله إضطراب الشخصية الإكتئابية وإضطراب الشخصية العدوانية والذين يمكن أن نعرض لهما على النحو التالى علماً بأن ذلك لم يرد فى DSM - IV

أ- إضطراب الشخصية الإكتئابية: **depressive**

ويعد بمثابة نمط شامل من السلوك الهازم للذات يظهر مع بدايات الرشد، ويتجلى فى سياقات عديدة ومتنوعة، ويدفع بالشخص إلى تجنب أو هدم الخبرات السارة، وينزلق إلى تلك المواقف أو العلاقات التى يعانى فيها ويحول بين الآخرين وبين مساعدته كما يتضح فى خمسة على الأقل من المظاهر التالية علماً بأنها أى المظاهر لا تحدث فى مناسبات خاصة، ولا تكون قاصرة على الإساءة الجسدية أو الجنسية أو النفسية، كما لا تحدث فى حالة الإكتئاب. وتتمثل هذه المظاهر فيما يلى:

١ - يختار الأفراد والمواقف الذين يؤدون به إلى خيبة الأمل أو الفشل أو سوء المعاملة حتى وإن أتاحت خيارات أفضل.

٢ - يرفض محاولات الآخرين لمُد يد العون له ويفسد تلك المحاولات.

٣ - يستجيب للأحداث الشخصية الإيجابية بالإكتئاب والشعور بالذنب أو بسلوك يحدث ألاماً.

٤ - يستثير استجابات غاضبة أو رافضة من جانب الآخرين ثم يشعر بالإهانة والهزيمة أو المهانة (كأن يسخر من زوجته مثلاً في مكان عام مما يثير رداً غاضباً من جانبها يشعر هو على أثره بالمهانة).

٥ - يرفض الفرص التي تلوح له للإستمتاع بالأشياء أو يفر من الإعراف بأنه سعيد رغم وجود مهارات اجتماعية لديه وقدرة على الاستمتاع.

٦ - يفشل في إنجاز المهام الحاسمة التي ترتبط بتحقيق أهدافه الشخصية على الرغم من أنه يكون قادراً على القيام بها.

٧ - لا يهتم أولئك الذين يعاملونه دائماً بلطف بل إنه غالباً ما يرفضهم.

٨ - يقحم نفسه في توضيحات مبالغ فيها لا يريدتها أو يتقبلها أولئك الذين يتلقون تلك التوضيحات.

ب - اضطراب الشخصية العدوانية - السلبية: passive - aggressive

ويعتبر نمطاً شاملاً من المقاومة السلبية لمقتضيات الأداء الاجتماعي والمهني الملائم يظهر مع بدايات الرشد ويتبدى في سياقات متنوعة ومتعددة كما يتضح في خمسة على الأقل من المظاهر التالية.

١ - المماطلة والتسويف حيث يؤجل الأشياء التي ينبغي القيام بها حتى تنقضى المواعيد التي يجب تسليمها أو إنجازها فيها.

٢ - يصبح عبوساً متجهماً سهل الإستشارة أو مجادلاً إذا ما طلبنا منه أن يقوم بشيء لا يريد القيام به.

٣ - عندما يبدأ في القيام بمهام معينة لا يريد في الواقع أن يقوم بها فإنه يعتمد أن يؤديها ببطء أو يفسد الأمر.

٤ - غالباً ما يبدي إحتجاجات لا مبرر لها مدعيًا أن الآخرين يطالبونه بما لا يطيق أو يحتمل.

٥ - يتجنب الإلتزامات المختلفة متعللاً أنه قد نسى ذلك.

٦ - يعتقد أنه يقوم بعمله بدرجة عالية من الكفاءة تفوق ما يظنه الآخرون.

٧ - يرفض ما يقدمه له الآخرون من اقتراحات مفيدة يمكن أن تسهم حقيقة في زيادة كفاءته أو إنتاجيته.

٨ - يعمل على عرقلة ما يبذله الآخرون من جهود في أمور مختلفة عن طريق التملص من أداء الدور المطلوب منه.

٩ - يعتمد القيام بتوجيه النقد للآخرين الذين يشغلون مراكز السلطة بلا منطق، كما يبدي لهم الإزدراء دون مبرر.

العلاج المعرفي السلوكي لإضطرابات الشخصية

عندما نقل بيك وزملاؤه (Beck (1990) اهتماماتهم إلى إضطرابات الشخصية، ونشر كتاباً حول هذا الموضوع رأى أنه عند التعامل مع إضطرابات الشخصية يصبح العلاج ذا مدى أطول، أى علاج على المدى الطويل، ويركز بدرجة أكبر على العلاقات العلاجية، كما يولى مزيداً من الاهتمام لخبرات التعلم الأولى أى المبكرة وذلك بغرض فهم جذور أو أصول الأبنية المعرفية schemas والتي تعتبر بمثابة الوحدة الجوهرية أو الأساسية في الشخصية أى أن مثل هذه الأبنية المعرفية ذات معنى ومعزى كبيرين بالنسبة للشخصية يجعلانها هي الوحدة الجوهرية لها.

ويعد إضطراب الشخصية واحداً من أهم الصور التي قدمها بيك عن البناء المعرفي Schema والذي يعتبر بمثابة منظم للخبرة أو السلوك، وبالتالي يحكم تجهيز المعلومات وتشغيلها. ويرى أيضاً أن هناك عدداً من الأبنية المعرفية الشخصية Personal والأسرية، والثقافية، والدينية، والمهنية، وتلك المرتبطة بالجنس يمكن أن نقوم باستنتاجها من خلال السلوك أو تقييمها من خلال مقابلة. وعندما تحدث إختلالات وظيفية في السلوك يؤدي ذلك إلى حدوث مشاكل عديدة بحسب البناء المعرفي الذي نشأت عنه مثل هذه الإختلالات، ومن ثم يحدث إضطراب الشخصية. ويرى بيك (1990) Beck أن الأبنية المعرفية اللاتواؤمية

الإضطرابات الشخصية يتم إثارتها خلال العديد من المواقف، ويكون لها صفة الإندفاعية، ويصبح من غير اليسير السيطرة عليها أو التحكم فيها أو تعديلها كما هو الحال عند الأسوياء. كما أن الأنماط السلوكية والإتجاهات المختلفة وظيفياً تخضع للتعميم الزائد، ولا تتسم بالمرونة، وتقاوم التغيير.

ومن ناحية أخرى فإن أنماط الإتجاهات والإعتقادات التي تظهر في حالة إضطرابات الشخصية تعتبر بمثابة أشكال مبالغ فيها من المعتقدات أو الإعتقادات لدى الأفراد الذين لا يعانون من مثل هذه الإضطرابات. وكما هو الحال بالنسبة للأسوياء فإنه توجد لدى من يعانون من مثل تلك الإضطرابات علاقات بين الإعتقادات والإنفعالات وأنماط السلوك. ويتسم كل إضطراب من إضطرابات الشخصية بمجموعة من الإعتقادات والإتجاهات والمشاعر وأنماط السلوك وتشكل بذلك بروفياً معرفياً معيناً لذلك الإضطراب. فعلى سبيل المثال نجد أن الإعتقاد الأساسى بالنسبة للشخصية الإعتمادية هو «أنا عاجز» أو «لا حول لى ولا قوة»، وبالتالي يكون النمط السلوكى المقابل باتجاه التعلق. كما أن الإعتقادات التي تتعلق بلب إضطرابات الشخصية تظهر كنتيجة للتفاعل بين الاستعداد الوراثى للفرد وتعرضه للمؤثرات غير المرغوب فيها من الآخرين، ومع أحداث صدمية معينة.

هذا ويقدم بيك Beck وجهة نظر تطويرية يفسر من خلالها ظهور إضطرابات الشخصية وتطورها. ويفترض النموذج المعرفى فى هذا الإطار أن النماذج الأصلية أو الأولية لأنماط شخصياتنا يمكن أن تمثل إستراتيجيات تؤثر فى بقاء ذلك الإضطراب وإستمراره وتحقيق النجاح خلال مضمار النمو الإنسانى. ومن هذا المنطلق تمثل الإضطرابات الراهنة فى الشخصية تعبيرات مبالغ فيها تتعلق بتلك الإستراتيجيات البدائية أو الأولية.

وتهدف التغييرات الإكلينيكية فى تناول إضطرابات الشخصية إلى التغلب على تلك العقبات التي تعترض إقامة علاقة علاجية تعاونية، وقد حدد بيك وآخرون (Beck et. al (1990 عددًا من العقبات يمكن لها أن تعوق هذا التعاون الإمبريقي تتضمن بعض مشكلات مثل إفتقار المريض إلى مهارة أن يكون متعاوناً، وصرامة

المريض وعدم مرونته. وتتضمن التغييرات فى العلاج إعطاء مزيد من الإهتمام لإثارة الأبنية المعرفية خلال جلسة العلاج، والتعرف على ذكريات الطفولة والتي تساعد فى تصور أصول أو جذور الأداء الوظيفى الراهن للأبنية المعرفية. ونظراً لأن إعتقادات المريض تظل صارمة وغير مرنة فإن الفنيات المعرفية السلوكية المعيارية التي تعتمد على المناقشات المنطقية والتجارب السلوكية قد لا تكون كافية لإحداث التغيير اللازم. ومن ثم فهناك تكتيكات علاجية يمكن إستخدامها والإستفادة منها فى هذا الصدد مثل لعب الدور، والتخيل، وإستعادة خبرة أحداث الطفولة بغرض إثارة تلك الأبنية المعرفية والإستجابة لها بأصاليب توافمية.

وفى هذا الإطار قام جيفرى يونج (1990) J. Young - والذى تدرب على يدى بيك Beck - بتطوير إتجاه سلوكى جديد فى التعامل مع إضطرابات الشخصية أسماه العلاج المعرفى السلوكى المتمركز حول الأبنية المعرفية - Schema - Focused Cognitive behavior therapy يركز خلاله على محتوى الأبنية المعرفية اللاتوافمية المبكرة (early maladaptive schemas) (EMS) والعمليات الدفاعية المتضمنة فيها والتي تعتبر بمثابة أفكار عامة حول الذات وحول علاقات الفرد بالآخرين. وعادة ما تتكون مثل هذه الأبنية مبكراً فى حياة الفرد، وتتسم بأنها غير إشتراطية، وأنها تقاوم التغيير. كما أنها ترتبط بالإنفعالات، وتؤدى إلى صدور أنماط سلوكية من جانب الفرد تعبر عن إنهزام الذات إلى جانب أنه ينتج عنها أنماط تفكير لاتوافمية تعزز هذه الأبنية المعرفية. وتتطور مثل هذه الأبنية المعرفية من الطفولة إلى المراهقة فالرشد. ويوجد عدد من الأبنية المعرفية اللاتوافمية المبكرة تميز كل إضطراب من إضطرابات الشخصية.

ومن هذا المنطلق هناك عدد من الأبنية المعرفية اللاتوافمية المبكرة تميز إضطراب الحد الفاصل فى الشخصية (الشخصية الحدية) هى الشعور بالهجر أو الحرمان، وشعور الفرد بعدم حب الآخرين له، والإعتمادية، والخنوع، وفقد الثقة بالآخرين، والإفتقار إلى التنظيم الذاتى، والخوف من فقد التحكم الإنفعالى أى

قد السيطرة على الإنفعالات، والشعور بالذنب وإستحقاق العقاب، والشعور بالحرمان الإنفعالي.

ويقترح كل من يونج ولاينمان (1992) Young & Linemann وجود العديد من الأبنية المعرفية اللاتواؤمية المبكرة تتجمع في ستة مجالات هي:

١ - التقلب والإنفصال instability and disconnection.

٢ - الإختلال الوظيفي للتنظيم الذاتي.

٣ - اللامرغوبية.

٤ - قصور التعبير عن الذات.

٥ - التضخيم.

٦ - الإختلال الوظيفي للحدود.

وهناك نقطة إختلاف رئيسية من الناحية النظرية بين نموذج بيك ونموذج يونج تتمثل في أن يونج يحدد الأبنية المعرفية وفقاً لمحتوياتها في حين يرى بيك أنها عبارة عن أبنية وأن محتوياتها تعد ذات خصوصية من الناحية البنيوية والمزاجية. كما يؤكد يونج أيضاً على المحاولات اللاشعورية والإختيارية أى الإرادية التي يتم القيام بها بغرض الإبقاء على تماسك الأبنية المعرفية اللاتواؤمية، ويحدد لذلك ثلاثة عمليات دفاعية هي الإبقاء والتجنب والتعويض وذلك على النحو التالي:

١ - الإبقاء على البنية المعرفية. Schema maintenance

٢ - تجنب البنية المعرفية. Schema avoidance

٣ - تعويض البنية المعرفية. Schema Compensation

هذا ويتم الإبقاء على البنية المعرفية عن طريق التشويهات المعرفية وأنماط السلوك التي تجعلها تبدو معقولة ومقبولة من وجهة نظر المريض، كما تبدو له وكأنها بألوفة. أما تجنب البنية المعرفية سواء معرفياً أو إنفعالياً أو سلوكياً فيتم بإبعاد الفرد عن أن يخبر الألم الذي يحدث عندما تثار تلك البنية المعرفية بمعنى أن الفرد يمكن

أن يتجنب تلك المواقف التي يحتمل أن تثار فيها تلك البنية المعرفية، ولا يفكر فيما يعكس صفوه، أو يبعد نفسه عن أن يخبر الإنفعال. ويحدث تعويض البنية المعرفية عندما يسلك الفرد على النقيض من تلك البنية المعرفية، ولكن ذلك لا يدوم طويلاً نظراً لأن الفرد يكون غير مهياً للتعامل مع النتائج. فعلى سبيل المثال نجد أن الفرد إذا شعر بالإستعباد وتصرف بشكل عدواني دون أى إستعداد فإنه من غير المحتمل أن يصدر إستجابة إيجابية بل سيشعر بمزيد من الخنوع والإستعباد. وبذلك فقد أعطى هذه الإستراتيجية عكس النتائج المرجوة، ويتم بذلك تعزيز البنية المعرفية.

وعلى هذا الأساس نجد أن العلاج المعرفي السلوكي المتمركز حول البنية المعرفية مثله في ذلك مثل نموذج بيك - يستخدم تكتيكات إنفعالية، وبين شخصية، ومعرفية، وسلوكية بغرض تحديد البنية المعرفية وتغييرها. ويلاحظ على النقيض من نموذج بيك أن التكتيكات الإنفعالية وبين الشخصية تسبق التكتيكات المعرفية والسلوكية حتى تكون الأبنية المعرفية أكثر إنسياباً وسهولة التناول. ومن ناحية أخرى لقد قدم بيك وزملاؤه (1990) دليلاً علاجياً يضم العديد من الإعتقادات التي تجاوز المائة وتغطي كل أنواع إضطرابات الشخصية.

هذا وقد توسع إليس Ellis أيضاً بأسلوبه العلاجي ليشمل إضطرابات الشخصية وخصوصاً إضطراب الشخصية الحدية borderline personality disorder وإن كان قد أقر بوجود العديد من الصعوبات في التعامل مع إضطرابات الشخصية حيث قد يضم الإضطراب في هذه الحالة العديد من المشكلات المعرفية، والإنفعالية كتوتر الأعصاب والتكلف والأعراض الهستيرية، إلى جانب المشكلات السلوكية كالنشاط الزائد والإندفاعية، والمشكلات العضوية وذلك لأسباب عديدة تتضمن الإستعدادات الوراثية إضافة إلى أن مثل هؤلاء الأفراد قد يحطون من قدر أنفسهم. ومن هذا المنطلق يمكن إستخدام تكتيك التدريب على المهارة وذلك للتخفيف من حدة إضطراباتهم وتحسن قدراتهم المعرفية وتحقيق تحسن يتبع عن تلك العملية العلاجية.

ويبدو على هذه الشخصية (الحدية) أعراض عصابية وأخرى ذهانية مما قد يجعل

الأمر صعباً على الأخصائي كى يقوم بتحديد الإضطراب بسهولة. ويحدد بيك وآخرون (Beck et. al (1990) ستة خصائص يتسم بها هذا الإضطراب نعرض لها على النحو التالي:

- ١ - تقلب العلاقات وعدم إستقرارها.
- ٢ - عدم وجود مفهوم واضح للهوية.
- ٣ - نوبات غضب يصعب السيطرة عليها.
- ٤ - سلوك إندفاعى.
- ٥ - مشاعر مستمرة بالفراغ والملل والوحدة.
- ٦ - أنماط سلوكية متمرده وفاضحة.

ومن ثم تلعب العلاقة العلاجية التعاونية بين المعالج والمريض دوراً هاماً فى هذا الصدد، إلى جانب ضبط النفس، والتنظيم الذاتى للسلوك. كما يلعب التدريب على الإسترخاء، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والتدريب على حل لمشكلات كاستراتيجيات للمواجهة دوراً هاماً وأساسياً. كذلك تعد النمذجة والواجبات المنزلية من الفنيات ذات الأهمية فى هذا الإطار إلى جانب إعادة البناء المعرفى.

وفى تناوله لإضطراب الشخصية القهرى الوسواسى عدلّ إليس Ellis من نموذج السابق الذى قدمه فى الستينيات والذى رأى فيه أن سبب هذا الإضطراب يرجع إلى حاجة الفرد الوصول إلى اليقين كأن يريد أن يتقن ويثق بشكل مطلق فى يديه على سبيل المثال قد أصبحتا نظيفتين بعد إتساخهما حيث رأى فى عام ١٩٩٠ فى تناوله لنفس هذا الإضطراب أن سببه يعد أكثر تعقيداً مما كان يعتقد من قبل إذ قرر أن أولئك الأفراد الذين يعانون من هذا الإضطراب مثلهم كغيرهم ممن يعانون من الإضطرابات الأخرى للشخصية عادة ما توجد لديهم أوجه نقص بولوجية (معرفية - وإنفعالية - وسلوكية) تؤثر على أدائهم الوظيفى وتتضمن عليهم الشديد للتركيز الزائد على مشكلة معينة، وللأداء الإندفاعى الشديد لبعض

لقومس الحركية والعادات الأخرى كفسيل اليدين والتأكد المتكرر من إحكام قفل أبواب على سبيل المثال.

ويقوم مثل هؤلاء الأفراد بتطوير نوع من القبول للإحباط الذى يتعرضون له مع العمل على مواجهته فى كثير من الأحيان. وقد يرجع ذلك القبول إلى أنهم يعون أنفسهم بأنهم فى المقام الأول هم سبب المشكلات التى يتعرضون لها مما قد تقع بهم إلى إزدراء الذات، وإلى الحط من قدر ذاتهم. وبالإضافة إلى ذلك هم يطورون مشكلات إنفعالية ثانوية تتعلق باضطرابهم كالقلق والإكتئاب على سبيل المثال. ومن ثم نجد أن مثل هذه المشكلات العديدة التى تتعلق باضطرابات شخصية وما تفرضه على المعالج من أن يحدث تغييراً فى حياة هؤلاء الأفراد كى يامل بنجاح مع هذا الإضطراب أو ذاك هو الذى دفع إليس Ellis إلى الإعتراف بحوبة التعامل مع هذه الإضطرابات، وهو الذى دفعه أيضاً إلى أن يطلق على تلك الأفراد الذين يعانون منها على أنهم عملاء غاية فى الصعوبة.

ومع تعدد الفنيات العلاجية التى يضمها العلاج العقلانى الإنفعالى السلوكى فى هذه الإضطرابات فإنه غالباً ما يتم جنباً إلى جنب مع العلاج بالعقاقير مما يعد أولئك الذين يعانون منها على تقليل أنماطهم السلوكية الدالة على أى من الإضطرابات والوصول بها إلى الحد الأدنى، إلا أنه نادراً ما يتم عن طريق التخلص منها نهائياً. هذا الدمج لأكثر من أسلوب علاجى واحد كأن نستخدم كما أوضحنا من قبل العلاج بالعقاقير، أو العلاج بين الشخصى إلى جانب العلاج المعرفى السلوكى مثلاً، وإستخدام خليط من الفنيات العلاجية التى تستخدم أساليب علاجية مختلفة كالفنيات المعرفية، والسلوكية، والإنفعالية على سبيل المثال هو ما يعكس إتجاهاً تكاملياً فى العلاج إزدهر خلال عقد التسعينيات. وهذا بل بطبيعة الحال حيث قد يكون أحياناً من غير الممكن أن نصل إلى علاج اضطراب ما بإتباع إتجاه واحد أو أسلوب علاجى واحد أو حتى فنية واحدة.

ومن الفنيات العلاجية التى يشيع إستخدامها مع إضطرابات الشخصية تأتى من المحاضرة والمناقشة اللذان يشكلان إستراتيجية التعليم النفسى التى نستعمل بها

البرنامج العلاجي الذي يستمر إلى نحو خمس عشرة جلسة علاجية في المتوسط مدة كل جلسة ساعة واحدة فقط. وتعمل هذه الإستراتيجية على تقديم المعلومات المطلوبة عن الإضطراب الذي نتعامل معه من حيث طبيعته وأسبابه وأعراضه وكيفية المواجهة والعلاج. وتشغل مثل هذه الإستراتيجية الجلسات الأولى من البرنامج العلاجي بطبيعة الحال. ويأتى بعد ذلك خلال الجلسات الوسطى من البرنامج إستراتيجية مراقبة الذات وكتابة المذكرات اليومية بغرض تحديد الأفكار المشوهة والإعتقادات المختلة وظيفياً والتي يجب أن نعمل على تصحيحها وتعديلها من خلال إعادة البناء المعرفى سواء تم ذلك فى إطار أسلوب بيك أو أسلوب إليس والمسمى ABCDE. كما يمكن أيضاً استخدام فنيات النمذجة، ولعب الدور، وضبط النفس. أما المشكلات والتوترات المصاحبة فيمكن أن نستخدم لها فنيات التعريض ومنع الإستجابة، ووقف الأفكار، وتشتت التفكير، وفقد الحساسية المنظم، إلى جانب التدريب على الإسترخاء. هذا ويمكن إستخدام فنيات التدريب على الإسترخاء، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والتدريب على حل المشكلات كاستراتيجيات للمواجهة تسهم فى مساعدة العميل على التصدى لما يواجهه من عقبات ومشكلات قد تحول دون إتمام العلاج أو تؤدى إلى حدوث إنتكاسة بعد إنتهاء البرنامج العلاجي، ومن ثم يطلق عليها إستراتيجيات منع حدوث الإنتكاسة. وهذا يتطلب تدريب العميل عليها خلال الجلسات الأخيرة مرة ثانية حتى نعزز من أثرها وفعاليتها. وإلى جانب هذه الفنيات يتم اللجوء إلى الواجبات المنزلية كأمر حتمى كى يطبق العميل المبادئ التى تم تدريبه عليها خلال البرنامج العلاجي على مختلف المواقف التى تواجهه فى الحياة مما قد يزيد من ثقته فى نفسه، ومن تقديره لذاته إيجاباً حيث يترك خلال تلك المواقف كى يواجهها بمفرده. ومن ثم يجب أن يخصص المعالج جزءاً فى بداية كل جلسة علاجية لمراجعة تلك الواجبات المنزلية مع المرضى مما يجعلهم يهتمون بها ولا يهملونها ومن ثم يأخذون الأمر مأخذ الجد.

ولا يفوتنا هنا أن نذكر نموذج يونج Young المسمى العلاجي السلوكى المتمركز

حول البنية المعرفية حيث يمكن أن يتم إعادة البناء المعرفى من خلاله أيضاً. ويعكس هذا النموذج الإهتمام الزائد بالتنظيم الهرمى للابنية المعرفية وبالخبرات الأولى المبكرة ودورها فى تكوين الإضطرابات. ويعد هذا الإتجاه علاجاً لإحدى سليات علاج المعرفى السلوكى حيث كان يتم التركيز من قبل على الأعراض أكثر من التركيز على جذور المشكلة بمعنى أنه كان لا يبحث عن الأسباب الحقيقية للمشكلة ودورها فى تكوين الإضطراب، مما كان يترك احتمالاً بحدوث إنتكاسة، إلا أن هذا الاحتمال قد قل كثيراً فى الوقت الراهن وذلك نظراً للتعامل مع أسباب المشكلة جذورها إلى جانب إستخدام إستراتيجيات المواجهة. ومن ناحية أخرى نجد أن الإستراتيجيات العلاجية المستخدمة فى هذا الصدد تتناسب مع طبيعة الإضطراب لئلا يثار من بنية معرفية بعينها إذ أن الإهتمام بالعمليات الدفاعية للفرد التى قد يخفى وراءها جوهر هذا الإضطراب أو ذاك وهى ما حددها يونج فى الإبقاء والتجنب والتعويض يساعد فى تحديد وإستخدام ما يتناسب وطبيعة الإضطراب من إستراتيجيات وفنيات علاجية، وهو الأسر الذى يتم من خلاله التعامل مع الجانب اللاشعورى للفرد وما يقوم به ذلك الفرد من ميكانيزمات دفاعية.

ويتبقى لدينا فى هذا الصدد نقطة أخيرة وهى تلك التى تتعلق بالمتابعة. ونحن نرى أن المتابعة يجب أن تكون بعد فترة لا تقل عن ستة شهور من إنتهاء البرنامج حيث أثبتت الدراسات التى تناولت هذا الأسلوب العلاجي مع مختلف الإضطرابات أنه يعد هو الأفضل قياساً بغيره من الأساليب العلاجية الأخرى وذلك من حيث نتائجه على المدى الطويل. ومن ثم تعتبر تلك المدة الزمنية التى نقترح إنقضاءها بين القياسين البعدى والتبعي مدة متوسطة، وهو ما يتناسب مع هذا الإتجاه العلاجي.

دراسات تطبيقية

أجرت لاينان Linehan وزملاؤها (١٩٨٨) دراسة إستخدموا فيها العلاج باستخدام أسلوب مناقشة الحوار فى مقابل العلاج بالعقاقير لعينة ممن يعانون من

للإجتماعى لأفراد العينة إلى حد كبير. كما أوضحت نتائج المتابعة بعد سنة من انتهاء البرنامج العلاجى أن ٥٩,٨% منهم لم يقبض عليهم من جانب الشرطة خلال تلك السنة التى إستغرقتها فترة المتابعة.

ومن ناحية أخرى كان من بين أهداف الدراسة التى قام بإجرائها كل من بورنز ونولين - هوكسيما (١٩٩٢) Burns & Nolen - Hoeksema التأكد من مدى فاعلية برنامج للعلاج المعرفى السلوكى فى علاج اضطراب الشخصية الحدية. وكان عدد أفراد العينة الذين يعانون من هذا الإضطراب عشرين مريضاً من المترددين على العيادات الخارجية بالمستشفى تتراوح أعمارهم بين ١٨ - ٧٥ سنة بمتوسط ٣٦,١ سنة. وإستغرق البرنامج العلاجى إثنى عشر أسبوعاً بواقع جلسة واحدة فى الأسبوع، وتم إستخدام تكتيكات المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفى، والواجبات المنزلية. وكشفت نتائج الدراسة الخاصة بهؤلاء المفحوصين أن مرضى اضطراب الشخصية الحدية كانوا أقل الفئات تحسناً حتى عند تثبيت المتغيرات الأخرى فى الدراسة.

هذا وقد هدفت دراسة دافيز وبوستر (١٩٩٢) Davis & Boster إلى التعرف على أثر برنامج العلاج المعرفى السلوكى فى خفض أو تقليل الأنماط المختلة وظيفياً من المعارف والمشاعر والأنماط السلوكية لدى مجموعة من الشباب ذوى الشخصيات العدوانية. وأوضحت النتائج فعالية هذا البرنامج فى خفض حدة العدوانية لديهم من خلال تغيير معارفهم المشوهة وأفكارهم الخاطئة أو اللاعقلانية، وبالتالي تغيير إنفعالاتهم ومشاعرهم. ووجد آرنتز (١٩٩٤) Arntz فى دراسته حالة سيدة فى السابعة والعشرين من عمرها تعاني من اضطراب الشخصية الحدية الناتج عن خبرات صدمية فى مرحلة الطفولة، وتضمن البرنامج العلاجى خمس مراحل هى إقامة علاقة علاجية، والسيطرة على الأعراض، وتصحيح أخطاء التفكير، وإعادة التقييم المعرفى والإنفعالى للأحداث الصدمية فى الطفولة والتغيرات التى طرأت على البناء المعرفى، ثم المرحلة النهائية وهى إحراز

إضطراب الشخصية الحدية الذين كانوا يحاولون الإنتحار. ووجدوا أن المرضى الذين تلقوا الأسلوب الأول (المناقشة والحوار) قد تحسّنوا بشكل أفضل وقل سلوكهم الموجه نحو إلحاق الأذى بالذات قياساً بأقرانهم الذين تلقوا العلاج بالعقاقير. ومع ذلك فقد أظهر أفراد المجموعتين قدراً متوسطاً من التحسن فيما يتعلق بالأعراض الإكتئابية. وفى الدراسة التى أجراها تشامبليس ورنبرج (١٩٨٨) Chambless & Renneber عن أثر العلاج الجماعى فى مقابل العلاج الفردى لمينة من الراشدين ضمت مجموعتين، كانت الأولى تضم الأفراد من ذوى اضطراب الشخصية الإجتناية المصحوبة بفوبيا الأماكن الواسعة، وتم تقسيم أفراد هذه المجموعة إلى مجموعتين فرعيتين تلقت الأولى العلاج الجماعى فى حين تلقت الثانية العلاج الفردى، وهو نفس ما حدث مع أفراد المجموعة الثانية والذين كانوا من ذوى اضطراب الشخصية السلبية العدوانية المصحوبة بفوبيا الأماكن الواسعة أيضاً. وجد الباحثان أن العلاج المعرفى السلوكى الجماعى كان أكثر فاعلية من جلسات العلاج الأسبوعية الفردية، وأن ذوى اضطراب الشخصية الإجتناية لم يستجيبوا بشكل أفضل للعلاج الجماعى قياساً بأقرانهم الذين كانوا يتلقون جلسات علاج أسبوعية فردية. أما ذوى اضطراب الشخصية السلبية العدوانية فكانت إستجاباتهم ضعيفة لجلسات العلاج الفردية الأسبوعية.

وفى دراسة الحالة التى إجراها بيك (١٩٩٠) Beck على مريض واحد عمره تسع وثلاثين سنة يعاني من اضطراب الشخصية الإجتناية تضمن البرنامج العلاجى فنيات المناقشة، والواجبات المنزلية، ولعب الدور كشفت نتائج الدراسة عن حدوث زيادة فى كم السلوك الإجتماعى لدى المريض وتحسن علاقاته الإجتماعية.

وأجرى لارسين (١٩٩٠) Larsen دراسة عن السلوك للإجتماعى لدى عينة من المراهقين ضمت ٨٢ مفحوصاً، وإستخدم خلالها فنيات المناقشة، ومراقبة الذات، والنمذجة، وإعادة البناء المعرفى، والتعريض ومنع الإستجابة، والواجبات المنزلية. وكشفت النتائج عن فاعلية البرنامج العلاجى فى الحد من السلوك

التقدم. وإستخدم فنيات المناقشة، ومراقبة الذات، والتنظيم الذاتي، وإعادة البناء المعرفي، والتقارير الذاتية، والواجبات المنزلية، وجد أن البرنامج المستخدم قد حقق فاعلية في علاج هذه الحالة حيث أدى إلى تحسن ملحوظ ودال. وتطرق ناردى وآخرون (Nardi et. al (1994) إلى مجال جديد إستخدموا فيه العلاج المعرفي السلوكي حيث درسوا إضطرابات التأخر لدى ثلاثة حنة د في بداية حياتهم العسكرية تتراوح أعمارهم بين 18 - 20 سنة، وتم إستخدام فنيات فقد الحساسية المنظم وذلك للتخلص من القلق والسلوك التجنبي، والتعريض، والمناقشة، وتحديد الإعتقادات والتوقعات اللاتواؤمية وتغييرها من خلال إعادة البناء المعرفي، والتدريب على مهارات المواجهة. وكشفت النتائج عن فعالية البرنامج المستخدم في علاج هؤلاء الجنود حيث تمكنوا من إستعادة مستوى أدائهم الوظيفي كاملاً وذلك بعد التخلص من المشكلات التي واجهتهم في سبيل تحقيق التوافق.

وكشفت دراسة فالينت وآخرين (Valliant et. al (1995) التي تم إجراؤها على مجموعة من السيكيوباتيين ضمت 107 مفحوصاً بغرض إختبار فاعلية العلاج المعرفي السلوكي قصير المدى في خفض حدة العدوانية والسلوك السيكيوباتي المضاد للمجتمع لديهم، وإستخدموا فنيات المناقشة، وتنفيذ الأفكار، ولعب الدور، والواجبات المنزلية، ومراقبة الذات، كشفت الدراسة عن وجود تغيرات دالة على مقياس بوس - دوركي Buss - Durkee للشعور بالذنب بالنسبة لأوئك الأفراد الموضوعين تحت المراقبة، مع وجود تغيرات دالة في عدائهم اللفظي وإحتقارهم لأقرانهم المسجونين. وهو ما يدل على فاعلية البرنامج المستخدم في هذا الصدد.

ومن ناحية أخرى قام عصام العقاد (1997) بإجراء دراسة عن أثر العلاج العقلاني الإنفعالي في خفض السلوك العدواني لدى المراهقين. وأجريت الدراسة الإمبريقية على عينة ضمت 202 مفحوصاً من المراهقين تتراوح أعمارهم بين 15 - 18 سنة، وتم إستخراج وإستباط عينة الدراسة العلاجية ممن حصلوا على أعلى الدرجات في مقياس الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية المدعمة للعدوان، والسلوك

عدواني للمراهقين. وقد قسمت هذه العينة إلى مجموعتين إحداهما ضابطة لأخرى تجريبية تتكون كل منهما من عشرة طلاب. وقد توصلت الدراسة إمبريقية إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين درجات مقياس المعتقدات والأفكار اللاعقلانية المدعمة للعدوان لدى المراهقين ودرجات السلوك العدواني اللفظي لديهم مع وجود فروق دالة بين الجنسين في هذه المعتقدات والأفكار اللاعقلانية لصالح الذكور. وأوضحت نتائج الدراسة العلاجية فعالية برنامج علاج العقلاني الإنفعالي في خفض حدة السلوك العدواني لدى المراهقين وفي دليل الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية المدعمة للعدوان لديهم وذلك بعد تطبيق برنامج علاجي يعتمد على مفاهيم العلاج العقلاني الإنفعالي على المجموعة تجريبية بهدف ضبط العدوان إشتمل على ثماني جلسات علاجية جماعية بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، وكانت تدور حول التعريف بالبرنامج وشرح نموذج ABC ووضيح دور الأفكار في حدوث العدوان، ومناقشة الأفكار والمعتقدات المدعمة للعدوان، وتوضيح بعض الأساليب التوكيدية كاستجابة بديلة للعدوان، وكذلك توضيح الأفكار التلقائية أو الأوتوماتيكية المرتبطة بالعدوان، ونموذج لحل مشكلات، وإستخدام فنيات التدريب على الإسترخاء، والواجبات المنزلية، والمناقشة، ودحض الأفكار اللاعقلانية، والتغذية الرجعية، والتدريب على حل مشكلات، إلى جانب جلسة متابعة بعد مرور شهرين من إنتهاء البرنامج العلاجي.

الوقاية

من العرض السابق يتضح لنا أن العلاج المعرفي السلوكي بما يضمه من فنيات متعددة تشمل على سبيل المثال المناقشة، ومراقبة الذات، وإعادة البناء المعرفي، والتعريض، والواجبات المنزلية إضافة إلى إستراتيجيات المواجهة كالتدريب على الإسترخاء، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والتدريب على حل المشكلات بعد فعالاً إلى حد كبير في علاج إضطرابات الشخصية، وإن كان إضطراب

الشخصية الحدية لايزال يمثل صعوبة أمام هذا الأسلوب العلاجي حيث لم تصل هذه الشخصية بعد إلى القدر المطلوب من التحسن حيث كان المفحوصون الذين يعانون من هذا الإضطراب هم أقل الفئات تحسناً بعد خضوعهم لبرامج العلاج المعرفى السلوكى، وربما يرجع ذلك إلى ما يتطور لديهم من إضطرابات ثانوية كالقلق والإكتئاب على سبيل المثال، وما يضمنه هذا الإضطراب من مشكلات معرفية وإنفعالية وسلوكية وعضوية إلى جانب بعض الأعراض الذهانية.

كذلك فإن الإتجاه العلاجي الذى قدمه جيفرى يونج J. Young والمسمى العلاجي المعرفى السلوكى المتمركز حول البنية المعرفية قد أضاف الكثير إلى مجال علاج إضطرابات الشخصية حيث يركز على الأبنية المعرفية اللاتواؤمية التى تكونت مبكراً فى حياة الفرد ويعمل على تعديلها مما يسهم فى علاج تلك الإضطرابات.



الإضطرابات الذهانية

يتميز الذهان بانحلال واضح فى القوى العقلية للفرد إذ تضطرب تلك القوى العقلية ووظائفها إلى الحد الذى لا يستطيع معه ذلك الفرد أن يشارك فى أنشطة الحياة اليومية، فينفصل بالتالى عن الواقع، ويكون سلوكه خطراً على نفسه أو على المجتمع، كما يكون عاجزاً عن حماية نفسه أو الإهتمام بها، ويعجز عن التوافق مع المجتمع حيث يفقد صلته بالحياة الواقعية، ويتوقع كلية تقريباً فى عالم من صنعه ومن معتقداته، ويحصل على الرضا والإشباع من خلال ما يسود لديه من ضلالات وهلاوس.

ويرى أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن الأمراض الذهانية أو العقلية هى تلك الأمراض التى تتسم بما يلى:

- ١ - إضطراب واضح فى السلوك بعيداً عن طبيعة الفرد من إنطواء وإنعزال وإهمال فى الذات والعمل، والإهتمام بأشياء بعيدة عن طبيعته الأصلية.
- ٢ - تغير فى الشخصية الأصلية، وإكتساب عادات وتقاليد وسلوكيات تختلف عن الشخصية الأولى.
- ٣ - تشوش فى محتوى ومجرى التفكير وأسلوب التعبير عنه.
- ٤ - تغير الوجدان عن سابق أمره.
- ٥ - عدم إستبصار المريض بعلته فلا يشعر بمرضه، ويرفض العلاج أحياناً إعتقاداً منه بأنه لايعانى من أى مرض.
- ٦ - إضطراب فى الإدراك مع وجود الضلالات والهلاوس.

٧ - البعد عن الواقع والتعلق بحياة تنشأ عن اضطراب تفكيره.

ومن الجدير بالذكر أن الأمر لا يستلزم وجود كل هذه الأعراض معاً لدى المريض، بل أحياناً ما يبدأ المرض بمجموعة واحدة فقط من هذه الاضطرابات. ويعتبر الفصام Schizophrenia أكثر أمراض هذه المجموعة شيوعاً، ويتميز كمرض ذهاني بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إذا لم يتم علاجها في أول الأمر إلى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك. وأهم هذه الأعراض اضطراب التفكير، والوجدان، والإدراك، والإرادة، والسلوك (راجع: أحمد عكاشة ١٩٩٢).

ويحدد دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM - IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA (١٩٩٤) الأعراض المميزة للفصام بمجموعة من الأعراض يشترط توفر اثنين منها على الأقل أو أكثر من ذلك لدى المريض بحيث يترتب عن تلك الأعراض التي تتوفر لديه خلال فترة زمنية تستغرق شهراً واحداً على الأقل، ويمكن أن تقل هذه المدة عن ذلك إذا تم علاج تلك الأعراض بنجاح. وتمثل هذه الأعراض فيما يلي:

١ - الضلالات.

٢ - الهلاوس.

٣ - الكلام غير المنظم وغير المترابط.

٤ - السلوك الجسدي غير المنظم أو الكتاتوني.

٥ - أعراض سلبية كالتبليد الإنفعالي والسلبية والتذبذبات الإنفعالية والطاعة العمياء.

كما يحدد أيضاً أنه منذ بداية الاضطراب يحدث إختلال في الأداء الوظيفي في واحد أو أكثر من المجالات الوظيفية الهامة كالعمل، أو العلاقات بين الشخصية، أو الإهتمام بالنفس ورعاية الذات فيقل الأداء كثيراً وبشكل واضح عن المستوى

سابق الذي يكون الفرد قد حققه سلفاً ويستمر ذلك لفترة من الوقت. وعندما يصاب المريض في مرحلة الطفولة أو المراهقة بفشل الفرد في تحقيق أو الوصول إلى مستوى المتوقع للإنجاز الشخصي، أو الأكاديمي، أو المهني. وتستمر دلائل اضطراب هذه أو تلك الأعراض لمدة ستة شهور على الأقل على أن تتوفر خلال المدة الزمنية مجموعتان على الأقل من المجموعات الخمس السابقة للأعراض، في تستمر لمدة لا تقل عن شهر. ويلاحظ في حالة الضلالات أو الهلاوس أنه يجب أن تتوفر مجموعة واحدة فقط على الأقل من تلك المجموعات السابقة للأعراض على أن تتضمن ضلالات غريبة وشاذة أو هلاوس تتضمن وجود صوت غير في التعليق على سلوكه أو أفكاره، أو وجود صوتين أو أكثر يتعارضان مع بعضهما البعض. بينما يتطلب الأمر في حالة الفصام البارانوي الإنشغال بضلالات شاذة سواء كانت واحدة أو أكثر مع وجود هلاوس سمعية متكررة. وقد لا يتضح وجود الكلام غير المنظم، أو السلوك الكتاتوني أو غير المنظم، أو تبدل الوجدان أو عدم ملاءمته. وفي حالة الاضطراب الضلالي delusional disorder لا تكون الضلالات شاذة أو غريبة خاصة إذا كانت ترتبط بمواقف الحياة الواقعية، ويستمر ذلك لمدة شهر على الأقل. ويمكن أن توجد في تلك الحالة هلاوس لمسية tactile الحسية Olfactory إذا إرتبط ذلك بموضوع الضلالات، كما لا يكون الخلل في أداء الوظيفي والسلوك صارخاً. وإذا إقترنت نوبات وجدانية بالهلاوس فإن تلك نوبات تستمر لفترة زمنية تقل قياساً بما يكون عليه الأمر في حالة الضلالات

وهذا بطبيعة الحال لا يمنع وجود أنماط وأنماط فرعية أخرى من الفصام للاضطرابات الذهانية، ولكن ما ذكرناه هنا يعد هو الأكثر شيوعاً.

١٤ - اضطرابات الذهانية

هناك عوامل فيسيولوجية وأخرى نفسية وثالثة ترتبط بإساءة استخدام المواد المخدرة بشكل كبير وأساسي في حدوث الاضطرابات الذهانية المختلفة. وتلعب

العقاقير دوراً هاماً في علاج تلك الاضطرابات، إلا أن العديد من الذهانيين مع ذلك لا يستجيبون للعقاقير بالشكل المطلوب حيث وجد ليرمان وآخرون (1991) Lieberman et. al أن 14% من المرضى الذين تبدو عليهم أول نوبة من نوبات الفصام لم يستجيبوا للعقاقير بالشكل الذي ينبغي أن يكون، ومن ثم تبدو على الكثير من مثل هؤلاء المرضى العديد من الأعراض الذهانية وتستمر معهم على الرغم من تعاطيهم العقاقير.

كذلك هناك العديد من الإعتقادات التي ترتبط بالضلالات والتي تكون عادة معقدة ومتعددة الأبعاد. وترتكز الإتجاهات التقليدية للذهان في تصنيفها للضلالات على محتوى الإعتقادات المرتبطة بها، وتميز بالتالي بين البارانويا، وضلالات العظمة، والإعتقادات الإكتئابية، وضلالات الإضطهاد. وتؤكد الدراسات التي أجريت في هذا الصدد على أن تلك الإعتقادات تتباين بشكل مستقل وذلك على إمتداد عدد من الأبعاد كالإعتقاد والإنشغال والشدة، أي مدى إعتقاد الفرد في تلك الضلالات، ومدى إنشغاله بها ومقدار حدوثها له، والدرجة التي تحدث بها تلك الضلالات. وما يزيد الأمر تعقيداً أن العديد من الذهانيين يعانون من إضطرابات إنفعالية شديدة يأتي القلق في مقدمتها، وكذا اليأس والكرب والعزلة والشعور بعدم القيمة والتفاهة والرفض من جانب الآخرين. ولاتقل مثل هذه الإضطرابات في أهميتها عن الأعراض الذهانية في حد ذاتها.

وتؤكد العديد من الصياغات المعرفية الحديثة لمشكلات الأفراد الذهانيين أن الإضطراب الإنفعالي يعد جانباً أساسياً في الإضطراب الذهاني. فالإكتئاب لدى هؤلاء الأفراد على سبيل المثال يرتبط بمشاعر العجز واليأس والألم، ويمكن النظر إليه على أنه مشتق من رد فعل عام للخبرات المعاكسة التي يتضمنها الإضطراب الذهاني وما يتعلق به من مآزق الحياة وأحداثها. كما أن الهلاوس والضلالات تتضمن هي الأخرى أفكاراً إنفعالية. ومن المحتمل أن تكون هناك عمليات وجدانية وبيولوجية يتم تضمينها في تكوين وإستمرار الأعراض الذهانية كالهلاوس السمعية

والبارانويا وضلالات العظمة، وهو الأمر الذي يزيد من مدى الحاجة إلى إتجاه الحديث لتناول تلك الإضطرابات يتمثل في العلاج المعرفي السلوكي يمثل فيه تناول الإضطراب الإنفعالي مرحلة أساسية.

ومن الجدير بالذكر أن من أهم المشكلات التي تواجه المرضى الذهانيين حدوث الإبتكاسة وإعادتهم مرة أخرى إلى المستشفى. وتؤكد العديد من الدراسات أن الإبتكاسة الحادة التي تحدث لهؤلاء المرضى تؤثر على السياق الإجتماعي الذي يواجهون فيه حيث تحدث العديد من المشكلات في العلاقات بين الشخصية مع قرب الأقارب وغيرهم من الآخرين المقربين للمريض، كما أنها ترتبط أيضاً بحدوث حياة متقلبة. ويعمل الإنتظام في العلاج الطبي لمدة طويلة على الإقلال من احتمال حدوث مثل هذه الإبتكاسة. ويرى هندمارش (1994) Hindmarch على الرغم من أن العلاج الطبي يعمل كعامل وقائي من حدوث مثل هذه الإبتكاسة فإن له آثاراً عكسية تؤدي إلى شعور المريض بالكرب وأحياناً بالعجز، إلا الفائدة التي يحصل عليها المريض من إستمراره في العلاج الطبي تفوق تلك آثار العكسية التي يحتمل أن تحدث له في هذا الصدد.

ويعد العجز الإجتماعي هو الآخر من أهم المشكلات التي يواجهها أولئك الذين يعانون من إضطراب ذهاني مزمن، إلى جانب شعورهم باضطرابات سلوكية أخرى إنفعالية. ويرى جونستون وآخرون (1991) Johnstone et. al أن المسح الطبي والسيكياتري والسيكولوجي قد أكد أن حوالي 60% من المرضى الذين تبدو عليهم أعراض فصامية قد أبدوا معدلات من العجز الإجتماعي تتراوح بين المستوى المتوسط إلى المستوى الشديد. وقد يتضمن ذلك عدم القدرة على القيام بالعمل أو إستمرار في العلاقات المختلفة أو تنفيذ الأنشطة العادية التي تعج بها الحياة اليومية العادية.

هذا ويمكن أن يتم فهم الإضطرابات الذهانية وما يرتبط بها من مشكلات بشكل

جيد، كما يمكن أن يتحسن أيضاً إذا ما أولينا مزيداً من الاهتمام للخبرة الذهانية الذاتية للمريض، والأساليب التي يحاول بموجبها أن يدرك ويفهم خبراته الذاتية تلك، ثم يقوم بعد ذلك بمواجهتها حيث تفترض التحليلات المعرفية الحديثة أن الأفعال التي يتم القيام بها كاستجابة لتلك التهديدات التي تتعلق بالصحة من المحتمل أن تعتمد على الخبرة الذاتية للفرد بمثل هذا الإضطراب، والطريقة التي قد يطور بها ذلك الفرد فهماً شخصياً للإضطراب يقوم على تلك الخبرة.

وهناك ثلاثة أنماط من ردود الفعل النفسية للذهان تعتبر كأساليب مواجهة يمكن عرضها على النحو التالي:

١ - إنكار الإصابة بالإضطراب الذهاني ونقص الوعي به:

ومن هذا المنطلق لا يوافق معظم المرضى على آراء الأخصائيين والأطباء حول تلك المشكلات التي يعاني منها هؤلاء المرضى. كما أن بعضهم قد لا يدرك تلك المشكلات ويصبح مصدر ألم وإزعاج واضح للآخرين، ويمر بخبرات غريبة، ويتبنى معتقدات غريبة وشاذة، وتصدر عنه أفعال خطيرة وغير مسؤولة، ومن ثم يصبحون خطراً على أنفسهم وعلى الآخرين. ومن ناحية أخرى تتعد حياتهم كثيراً عن الترتيب والتنظيم فنجدهم لا يأكلون مثلاً بانتظام، ولا يبقون على الإعتناء بأنفسهم. وإلى جانب أنهم يفتقرون إلى الوعي بوجود إضطراب ذهاني لديهم فإن هناك معتقدات ضلالية أى ترتبط بضلالات معينة تسود بينهم، وتعد مثل هذه الإعتقادات غريبة وشاذة من المنظور الطبي. كما أنهم قد يفقدون بصيرتهم، ومن ثم يرفضون التعاون مع الأخصائيين.

٢ - التخلي عن أو الإنغماس في الدور الإجتماعى للمريض العقلى ذى المرض المزمن:

وقد يقترن ذلك بقبول المرض الذهاني والتعاون مع الأخصائيين، ومع ذلك فإن أولئك الذين يتبنون رد الفعل هذا غالباً ما يراهم الآخرون على أنهم قد إنغمسوا في الدور المرضى وأنهم قد غاصوا في الهوية الشخصية للمريض الذى يعاني من

مرض عقلى شديد بآثاره السلبية على تقدير الذات. وقد يعبر مثل هؤلاء الأفراد عن رغبتهم فى البقاء تحت رعاية الأخصائيين وما يقدمونه لهم من خدمات، ويقررون خوفهم من تحمل أى مسؤوليات شخصية مستقلة إذ أنهم يتسمون بالإعتمادية الزائدة، وقد تبدو عليهم مشكلات إكلينيكية أخرى كالإكتئاب، أو الإنحطاط الأخلاقى، أو التفكير فى الإنتحار.

٢ - تقبل المرض الذهاني:

وقد يتخذ معظم المرضى حلاً وسطاً يبدو للكثير من الأخصائيين بمثابة أفضل الحلول بالنسبة لهؤلاء المرضى فيقبلون مرضهم الذهاني ويصبحون على وعى به. وقد يتضمن هذا النمط من رد الفعل القدرة على تبنى الدور المرضى عند الضرورة، وهو ما قد يتضمن التوافق لأسلوب الحياة والسلوك والإقبال على علاج الطبى والإستفادة من تلك الخدمات التى يقدمها الأخصائيون لهم، ومحاولة الوصول إلى الحد الأقصى من الإستقلال والإبقاء على الهوية الشخصية منفصلة عن هوية الشخص الذى يعاني من مرض عقلى مزمن. وتؤكد الأدلة المختلفة والدراسات التى تم إجراؤها فى هذا الصدد أن هذه الإستراتيجية للتكيف مع المرض العقلى لا يتم التوصل إليها إلا بعد صراع طويل ومرير مع العديد من المشكلات التى قد ترتبط بالأعراض الذهانية وبالمحنة الإجتماعية المرتبطة بالمرض العقلى المزمن.

وإلى جانب ذلك هناك العديد من الأفكار المختلفة وظيفياً التى تنتشر بين الأفراد الذهانيين، وغالباً ما تعكس مثل هذه الأفكار محتوى الأعراض الذهانية فيشيع مثلاً بين المرضى ذوى الإعتقادات البارانونية أفكار تدل على عدم ثقتهم فى الآخرين. كما قد تشيع أيضاً بينهم أفكار أخرى مختلفة وظيفياً بأنهم فاشلون، وقد يرجع ذلك إلى خبرتهم المستمرة لعدم القدرة على تحقيق النجاح فى العمل أو فى مجال العلاقات الشخصية. وقد يؤدي بهم ذلك أيضاً إلى سماع أصوات تدل على نفس هذا المعنى وتخبرهم بأنهم غير أكفاء وأنهم يمثلون خطراً على الآخرين.

و غالباً ما يواجه مثل هؤلاء الأفراد خمسة أنماط من الأفكار أو الإعتقادات المختلة وظيفياً في هذا الصدد يمكن تصنيفها على النحو التالي:

١ - الإعتقاد بأنه الذات عرضة بشكل كبير للخطر من جانب الآخرين. ويرتبط مثل هذا الإعتقاد بالضلالات والأصوات التي تدور حول رغبة الآخرين أو أفراد أسرته في قتله.

٢ - الإعتقاد بأنه عرضة لفقد سيطرته على ذاته. ويسود هذا الإعتقاد بين أولئك الأفراد الذهانيين الذين يعتقدون بأن هناك قوى خارجية أو أصوات تسيطر عليهم، وبأنهم غير قادرين على أن يقوموا بالسيطرة على أفعالهم. كما يسود بينهم إعتقاد أيضاً بأنهم سوف يفقدون عقولهم وسوف يصبحون مجنونين.

٣ - الإعتقاد بأن العزلة الإجتماعية شيء محتوم على الذات ومقدر لها. ويسود هذا الإعتقاد بين من يرون أنفسهم على أنهم منبوذون من مجتمعهم وأن الآخرين يستاءون من وجودهم بينهم. وقد ينشأ هذا الإعتقاد من خبرات واقعية للرفض والشعور بالوصم.

٤ - الإعتقاد في وجود قصور داخلي أو عيوب ونقائص داخلية. وقد ينشأ هذا الإعتقاد نتيجة لما يتسم به مثل هؤلاء الأفراد من عجز إجتماعي، فنجدهم يعتقدون من جراء ذلك بأنهم هم المشولون عن سوء حظهم، ومن ثم يبدأون في النظر إلى أنفسهم على أنهم تافهون ولاقيمة لهم. وترتبط مثل هذه الإعتقادات باعتقادات أخرى قوية بأنهم معطلون عن العمل والإنتاج بشكل لايجدى معه إصلاح، كما قد ترتبط هذه الإعتقادات في بعض الأحيان بضلالات يرون من خلالها أنفسهم على أنهم شريرون، وأن الآخرين يحاولون رؤية ما في عقولهم والإطلاع عليه وقراءته أو إذاعته للغير.

٥ - الإعتقاد في معايير صارمة يحكم من خلالها الفرد على نفسه. وترتبط مثل هذه المعايير الصارمة بضلالات العظمة، وتنتج عن الفشل المتكرر الذي يحققه

الفرد في العديد من المواقف مما يدفع به في سبيل التعويض إلى أن يرى نفسه غير ما هي عليه في الواقع فيرى نفسه مثلاً على أنه نجم لامع أو قائد سياسي كبير.

وفي مثل هذه الحالات يجب على المعالج أن يعدل من تلك المفاهيم حتى يتم تعديل أفكار المريض المشوهة. ومن المفيد كما سنرى فيما بعد أن يتم استخدام تلك الفنية التي قدمها يونج (١٩٩٠) Young في هذا الصدد والتي أسماها العلاج

المركز حول البنية المعرفية. Schema - Centred therapy

الإتجاه المعرفى والذهان

تهتم النظريات المعرفية النفس عصبية Cognitive - neuropsychological بالأسلوب الذي يعمل به العقل حيث ترى أن العقل هو العضو الذي يساعد الفرد على أن يفهم البيئة التي تحيط به، وأن العقل في ذلك يعمل مثل الكمبيوتر ويؤدي بدءاً من الوظائف تتضمن تجهيز وتخزين المعلومات، والتخطيط، والتقييم، وغيرها. وترى أيضاً أن الأسلوب الذي يشغل به العقل المعلومات المعقدة ويقوم تجهيزها يمكن فهمه في ضوء ناتج عدد من العمليات المستقلة التي تعمل معاً في عطف متواز. ويرى شاليس (١٩٨٨) Shallice أن أى تلف بالمخ يؤدي إلى تعطيل واحدة أو أكثر من الوظائف المعرفية، وأن الخبرات والإعتقادات السائدة لدى الذهانيين تتأثر كما يرى إليس ويونج (١٩٨٨) Ellis & Young باختلال الأداء الوظيفي البيولوجي لديهم. ويعتقد نيلسون وآخرون (١٩٩٣) Nelson et. al أن هذا هو الذي يجعل أداء الفصامين على العديد من المهام المعرفية يقل بكثير جداً عن أداء أقرانهم من العينات غير الإكلينيكية، كما تقل نسبة ذكائهم عن أولئك الأقران بمعدل عشر نقاط. ويرى سايكن وآخرون (١٩٩١) Saykin et. al أنهم يعدون أيضاً أقل من هؤلاء الأقران في التعلم اللفظي ووظائف الذاكرة. ويضيف تاملين وآخرون (١٩٩٢) Tamlyn et. al أن هذا العجز يزداد بالنسبة للذاكرة قصيرة المدى بينما يقل نسبياً فقط في حالة الذاكرة طويلة المدى. ويؤكد كوتنج ومورفي

Cutting & Murphy (١٩٨٨) أن أداءهم على المهام المعرفية تكتنفه العديد من المشكلات وخاصة فيما يتعلق بتكوين المفاهيم، والحكم على الأشياء الجديدة، والتعقل الإجتماعى.

ومن ناحية أخرى تعتبر العديد من الإعتقادات المرتبطة بالضلالات والخبرات المرتبطة بالهلاوس ذات محتوى ومعنى شخصى، وغالباً ماتكون على درجة عالية من التهديد بالنسبة للمريض. فالأفراد الذين تتطور لديهم ضلالات العظمة على سبيل المثال يزداد احتمال أن تتطور لديهم مجموعة من الإعتقادات المختلة وظيفياً حول ذواتهم، ومن ثم تتعلق بالتهديد المرتبط بالذات. وهذا يجعلهم فى حاجة إلى تحقيق النجاح فى العمل وتحقيق قدر معقول من الإنجاز. ولكن نظراً لفشلهم فى تحقيق ذلك يتطور لديهم ميل لتعويض هذا الفشل وذلك عن طريق الخيالات المتكررة التى تعمل على إبعاد ذواتهم عن الأفكار غير المرغوبة، وهو ما يعتبر بمثابة دفاع هوسى من جانب الفرد يلعب دوراً هاماً فى تكوين وإستمرار ضلالات العظمة *grandoise delusions* والتى قد تساعده فى كثير من الأحيان على تجنب المشاعر المؤلمة للعديد من الإضطرابات الإنفعالية والوجدانية المرتبطة بها كالإكتئاب على سبيل المثال. وهذا بطبيعة الحال يجعلهم أقل دافعية فى تحقيق التغيير.

ومن الجدير بالذكر أن هناك إفتراضات أساسية للإتجاه المعرفى حول الذهان يمكن تلخيصها فى النقاط التالية.

١ - من المفيد أن نفهم كيف (تمط) حياة الشخص الذهانى على أنها أسلوب لمواجهة المرض. ويمكن تصويرها بشكل جيد إذا ما نظرنا إليها من هذا المنطلق حيث قد يناضل هذا الشخص للإبقاء على معنى الكرامة، وتقدير الذات، والهدف من حياته وذلك عند مواجهته للتهديدات التى قد تشتت بشكل مباشر من الذهان كالهلاوس السمعية (الأصوات) والبارانويا، أو قد تشتت من المشكلات الإجتماعية المرتبطة بالمرض العقلى المزمن كفقْد الأدوار الأساسية

والعلاقات على سبيل المثال. كما أنه قد ينظر إلى هذا المرض على أنه وصمة له، أو قد ينغمس فى الدور المرضى. Sick role وهناك ثلاث مزايا لمساعدة المرضى على فهم أن مشكلاتهم المتعددة التى يعانون منها تنتج عن مرضهم. وتمثل تلك المزايا فيما يلى:

أ - إدراك أنهم غير ملامين على تلك المشكلات المختلفة التى تعج بها حياتهم، وبالتالي غير مسئولين عنها.

ب - تقديم أمل حقيقى لهؤلاء المرضى فى المستقبل مما يجعلهم يقبلون على العلاج الذى سوف يساعدهم فى التغلب على تلك المشكلات.

ج - تدعيم فكرة قبول حدود معينة لآثار التدخل العلاجى النفسى مما يساعد كلاً من المعالج والمريض على وضع أهداف واقعية للعلاج والعمل الجاد على تحقيقها.

د - يخبر المريض الذهان على أنه أفكار ومشاعر متغيرة. وقد تدل مثل هذه الخبرات بالنسبة له على أن العالم من حوله قد تغير وليس هو الذى أصيب بمرض. ومن هذا المنطلق قد تفضل محاولات المعالج فى إقناع المريض أنه مصاب بمرض وخاصة فى حالة وجود إعتقادات ترتبط بالضلالات، وهو الأمر الذى يتطلب أن نهتم بخبرة المريض الذاتية بالذهان. ومن ثم يجب عند التعامل مع هؤلاء المرضى الذهانيين أن نتعامل معهم من منظورهم حيث نجدهم فى الغالب يتكرون إصابتهم بالذهان، ولذلك فهم فى حاجة إلى أن يقوموا بمراقبة وتصوير أعراضهم، والمداومة على أخذ العلاج الطبى والإنتظام فيه. كما أن مثل هؤلاء المرضى الذين تكون لديهم ضلالات يتبنون بشدة إعتقادات معينة تتعلق بطبيعة مشكلاتهم، فإذا ما سألناهم على سبيل المثال عما يعتقدونه فيما يتعلق بطبيعة ما يعانون من مشكلات يكون من المحتمل أن تتضمن إجاباتهم أن هناك قوى خاصة خفية لها الدور الأساسى فى هذا الصدد. ولايكون من السهل التخلص من مثل هذه الإعتقادات عن

طريق التعليم النفسى Psychoeducation حول الفصام كما يرى سميث وآخرون (1992) Smith et. al وذلك بإعطائهم العديد من المعلومات حول طبيعة ذلك المرض وأعراضه. إلا أن ذلك قد يصبح سهلاً إذا ما بادر المعالج بالاستماع بعناية إلى وجهة نظر المريض حول تلك المشكلات حيث سيصبح بإمكانه فى مرحلة لاحقة وذلك بمجرد أن تتكون علاقة حميمة بينه وبين المريض أن يقوم بتقديم تفسيرات بديلة للمريض فى سياق علاقة تعاونية أو مشتركة. Collaborative ومن المعروف أن مثل هذا العمل التعاونى أو المشترك يمثل جوهر العلاج المعرفى السلوكى للضلالات.

٣ - قد تتضمن عملية تكون الأعراض الذهانية وإستمرارها أنماطاً مختلفة من العمليات النفسية. وجدير بالذكر أن مثل هذه الأعراض قد تختلف من حالة إلى أخرى. كما أن الخبرات الذهانية تنشأ نتيجة حدوث إختلال فى الأداء الوظيفى للمخ. وقد تلعب الإضطرابات الإنفعالية والوجدانية كالاكتئاب مثلاً دوراً هاماً فى ظهور الأعراض الذهانية وخاصة ضلالات العظمة والإعتقادات التى يتبناها المريض حول الأصوات التى يسمعاها. هذا وتسهم العمليات النفسية المختلفة فى حدوث كم كبير من الأعراض الذهانية وذلك وفقاً للجوانب المختلفة من الإضطراب الذهانى والحالات الفردية المختلفة.

العلاج المعرفى السلوكى للذهان

ظل العلاج المعرفى السلوكى لمعظم الوقت منذ بدايته يستخدم مع حالات الإضطرابات العصابية، ولكنه تدريجياً ومن خلال الأبحاث التى قامت على منهج دراسة الحالة بدأت تتجمع الأدلة التى تؤكد أنه يمكن إستخدام إتجاهات شبيهة مع تلك الحالات التى يتم تشخيصها على أنها حالات ذهانية على الرغم من أن هذه الحالات تتسم بأنها حالات معقدة ومتعددة الأبعاد حيث يعانى معظمهم من مشكلات ترتبط كما أوضحنا سلفاً باضطرابات إنفعالية والعجز الإجتماعى إضافة لى تلك الأعراض الذهانية التى تميز الإضطراب الذهانى الذى يعانون منه، كما زداد لديهم احتمال حدوث إنتكاسة بعد العلاج.

وربما تعد الدراسة التى أجراها ميتشنيوم Meichenbaum للحصول على درجة الدكتوراة (1966) خطورة رائدة فى هذا المجال حيث قام خلالها بتدريب مجموعة من مرضى الفصام على إصدار كلام صحى منظم عن طريق إستخدام الإشتراط الإجرائى مع تقديم عناصر معرفية فى عملية العلاج حيث إستخدم أسلوب مخاطبة النفس (الحوار الذاتى) وذلك بطريقة تؤدى إلى تغيير السلوك. وهو بذلك قد لفت الأنظار إلى إمكانية التعامل مع أعضاء هذه الفئة، وإن لم يزدهر ذلك إلاخلال التسعينيات.

ويرى فاولر وآخرون (1995) Fowler et. al أن هناك ثلاثة أهداف رئيسية لإستخدام العلاج المعرفى السلوكى مع الإضطرابات الذهانية يمكن عرضها كالتالى:

- ١ - تخفيف حدة الكرب والمشاعر السلبية والعجز المرتبط بالأعراض الذهانية.
- ٢ - تخفيف حدة الإضطرابات الإنفعالية المصاحبة.
- ٣ - تدعيم المساهمة الفعالة للفرد فى الأنشطة المختلفة مما يخفف من شعوره بالعجز الإجتماعى ويقلل من احتمال حدوث إنتكاسة.

هذا ويتم إعداد البرامج العلاجية وتحديدتها بعناية فى إطار العلاج المعرفى السلوكى وفقاً لحاجات الأفراد الذهانيين نظراً لتباين المشكلات التى يبدونها، كما يتم توجيه الفنيات المستخدمة عن طريق الصياغة الدقيقة والتحديد الدقيق لمشكلات هؤلاء الأفراد. أما عدد الجلسات التى يتضمنها البرنامج العلاجى ومدة كل منها وطول الفترة الزمنية التى يستغرقها العلاج فتختلف اعتماداً على مدى تعقيد وشدة الإضطرابات التى يتم التعامل معها، ومدى إستعداد المريض للمشاركة فى علاقة علاجية تعاونية حيث يبدأ البرنامج العلاجى بإقامة علاقة علاجية تعاونية مع المريض يسودها الأمانة والصدق والدفء والإهتمام به وتقديم النصيحة الصادقة له، وتحديد المشكلة من خلال جلسات العلاج، والقيام بتقييم شامل للعوامل المرتبطة بتطور تلك المشكلة. ونادراً مايتضمن البرنامج العلاجى أقل من عشر جلسات، إلا أن عدد تلك الجلسات عادة ما يتراوح بين ٢٠ - ٢٥ جلسة، ويستمر

ذلك أيضاً تقيماً شاملاً ودقيقاً لمنظور العميل أو وجهة نظره فيما يتعلق بتلك المشكلات. وقد يحتاج الأمر إلى إجراء بعض القياسات السيكومترية. ومن الأساليب التي تستخدم خلال هذه المرحلة أسلوب المناقشة والطرح. وتهدف هذه المرحلة إلى تحقيق وظيفتين أساسيتين هما:

أ - إقامة علاقة علاجية تعاونية مع المريض.

ب - جمع المعلومات التي سوف تساعد كلاً من المعالج والمريض على تطوير صياغات معرفية شخصية لمشكلات المريض.

والى جانب ذلك فهناك ثلاثة أهداف علاجية يجب أن تتحقق خلال الجلسات الأولى، وذلك كالتالى:

١ - أن ننقل للمريض شعوراً بأنه سوف يتم التعامل مع مشكلاته بشكل جدى وسوف يتم إخضاعها للعلاج.

٢ - أن نعطي للمريض صورة واضحة عما يحتمل حدوثه أثناء العلاج، وأن نوضح له أن التحسن المنتظر قد لا يحدث فى الحال ولكن هناك أملاً فى حدوثه مستقبلاً.

٣ - أن نحدد للمريض بشكل واضح ما يعانى منه من مشكلات، وما يمكن أن ينشأ بين تلك المشكلات من علاقات كالعلاقة بين ما يسمعه من أصوات وبين شعوره بالإكتئاب أى أن هناك تداخلاً بين مشكلاته وبين غيرها من المشكلات، كما يجب أيضاً أن نحدد له الأحداث والعوامل التي قد تسهم فى تطور وإستمرار تلك المشكلات.

المرحلة الثانية: تطبيق إستراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية على الأعراض الذهانية:

وتتضمن هذه المرحلة تقديم النصيحة والتدريب للمعالج لإستخدام مجموعة من الإستراتيجيات المعرفية السلوكية بغرض مساعدة المريض فى السيطرة على أو

البرنامج لمدة ستة أشهر تقريباً بواقع جلسة كل أسبوع تستغرق ساعة تقريباً. وأحياناً يبدأ البرنامج بجلستين فى الأسبوع وذلك خلال أول أسبوعين أو ثلاثة أسابيع، ثم يليها جلستان فى الأسبوع خلال الشهور الثلاثة التالية، وهذا يعنى وجود حاجة إلى جلسات إضافية، حيث غالباً ما يحتاج الأمر إلى جلسات إضافية لتعزيز البرنامج وذلك بواقع جلسة كل شهر لمدة ستة أشهر أو جلسة كل أسبوع لمدة ستة أسابيع. وأحياناً تكون هذه الجلسات الإضافية على هيئة جلستين بواقع جلسة واحدة كل أسبوعين، ثم ثلاث أو أربع جلسات بواقع جلسة واحدة كل شهر، يلى ذلك فترة متابعة لمدة ستة أشهر يتبعها القياس التبعي.

ويتضمن العلاج المعرفى السلوكى للذهان ست مراحل هى:

١ - مرحلة الإنغماس والتقييم.

٢ - تطبيق إستراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية على الأعراض الذهانية.

٣ - مناقشة تعاونية لنموذج جديد للإضطراب الذهانى للمريض.

٤ - تطبيق الإستراتيجيات المعرفية السلوكية على الإعتقادات المرتبطة بالضلالات والهلاوس.

٥ - تطبيق إستراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية على الإفتراضات المختلة وظيفياً.

٦ - تطبيق إستراتيجيات مواجهة العجز الإجتماعى والإنتكاسة.

ويمكن عرض هذه المراحل كالتالى:

المرحلة الأولى: مرحلة الإنغماس والتقييم:

تبدأ هذه المرحلة بتكوين أو إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض نظراً لما لها من أهمية قصوى فى هذا الصدد. ويتم خلال هذه المرحلة إجراء مقابلات مع المريض لتقييم وضعه، والتعرف على المشكلات التي يعانى منها، وتقييم العوامل التي تسهم فى تطور وإستمرار مثل هذه المشكلات. كما يتضمن

مسيرة خبراته الذهانية التي تتضمن الكرب، وردود أفعاله الانفعالية الشديدة، أو إندفاعاته. ويتم بالتالي تدريب المريض على كيفية إستخدام تلك الإستراتيجيات. وتهدف هذه المرحلة إلى تعزيز مشاعر الضبط والسيطرة لدى المريض، وبث الأمل فيه، وإحتواء المشاعر العامة لليأس أو فقدان الأمل التي تنتابه. ومن الجدير بالذكر أن مثل هذه الإستراتيجيات قد تتكامل معاً وخاصة إذا ما كانت هناك حاجة ماسة لتقديم مساعدة منظمة للعملاء في المرحلة المبكرة من العلاج.

- المرحلة الثالثة: مناقشة تعاونية لنموذج جديد للإضطراب الذهاني للمريض:

وتتضمن هذه المرحلة عرضاً من جانب المعالج لمنظور جديد حول طبيعة خبرات المريض ومشكلاته الحياتية العامة. ويتحدد هذا المنظور الجديد عن طريق قيام المعالج بالصيغات المعرفية للأعراض الذهانية للمريض من خلال ما يجربه معه من مناقشات تعاونية يتحدد من خلالها أيضاً مدى ما تسهم به العوامل المختلفة في حدوث تلك الخبرات التي يقرر أنه قد مر بها وعانى ولايزال يعاني منها. كما تتضمن هذه المرحلة أيضاً قيام المعالج بعرض منظور جديد لحياة المريض وخبراته وذلك من خلال نماذج الإضطرابات الذهانية وأسباب تلك الإضطرابات.

- المرحلة الرابعة: تطبيق الإستراتيجيات المعرفية السلوكية على الإعتقادات المرتبطة بالضلالات والهلاوس:

وتركز هذه المرحلة على إعتقادات معينة تتعلق بالضلالات السائدة، وعلى التفسيرات البارائوية الخاطئة للأحداث، أو على إعتقادات المريض حول ما يسمعه من أصوات. ويحاول المعالج أن يجد تفسيرات مناسبة لتلك الإعتقادات والخبرات الذهانية للمريض والتي قد تحدث نتيجة لحدوث إختلال في أدائه الوظيفي البيولوجي. كما يحاول أيضاً أن يحث المريض على البحث عن حلول بديلة وتفسيرات مناسبة لذلك.

- المرحلة الخامسة: تطبيق إستراتيجيات المواجهة المعرفية السلوكية على الإفتراضات المختلة وظيفياً:

وتركز هذه المرحلة على الإختلالات الوظيفية وما يتعلق بها من أفكار وإفتراضات تتعلق بالذات وبالآخرين. وتكون تلك الإفتراضات من النوع الذي يرى المريض من خلاله أنه عديم القيمة، أو خطير، أو شرير، أو أن الآخرين لا يمكن تصديقهم والثقة بهم حيث لا يستحقون ذلك، وأنهم يحاولون إلحاق الأذى به ومن ثم فهم يمثلون خطراً عليه. وتهدف هذه المرحلة إلى تعديل مثل هذه الأفكار والإعتقادات وذلك من خلال إستراتيجيات للعلاج المعرفي السلوكي شبيهة بتلك التي تستخدم مع الإكتئاب وإضطرابات الشخصية. وإلى جانب ذلك تتم عملية التقييم السيكوسرى للإختلالات الوظيفية. ويستخدم في هذا الإطار عدد من الإختبارات في عملية التقييم المعرفي وذلك عن القراءة والذكاء والأداء المعرفي والتفكير. ومن هذه الإختبارات ما يلي:

- إختبار القراءة للراشدين.

- The National Adult Reading Test, (Nelson, 1982).

- مقياس وكسلر المعدل لذكاء الراشدين.

- Wechsler Adult Intelligence Scale - Revised, (Wechsler, 1981).

- إختبار التقديرات المعرفية.

- The Cognitive Estimations Test, (Shallice & Evans, 1978).

- مهمة التفكير الإحتمالي.

- Probablistic Reasoning Task, (Huq et al., 1988).

ويتضح أنها عبارة عن إختبارات لقياس القدرة على القراءة، والذكاء، والتفكير، والقدرات المعرفية، أما في تقييم الأداء الإنفعالي فيمكن إستخدام الإختبارات التالية:

- مقياس الإتجاهات المختلة وظيفياً.

- The Dysfunctional Attitudes Scale, (Weissman & Beck, 1978).

- تقييم الأبنية المعرفية الذاتية.

- The Assessment of Self - Schemas. (Bellew, 1990).

- المرحلة السادسة: تطبيق إستراتيجيات مواجهة العجز الإجتماعى والإنكاسة:

وتمثل هذه المرحلة آخر المراحل التى يتضمنها العلاج، وترتكز على تكوين منظور جديد لمشكلات الفرد التى تطورت خلال مضمار البرنامج العلاجى. وتساعد المريض على عملية التنظيم الذاتى التى تساعده بدورها على المواجهة. ويتضمن العمل العلاجى خلال هذه المرحلة ما يلى:

أ - إسداء النصيحة حول إستراتيجيات العلاج المعرفى السلوكى الملائمة للإستخدام مع الأعراض الذهانية التى تبدو على المريض.

ب - مساعدة المريض على تطوير خطة علاجية معينة تساهم فى عدم حدوث إنتكاسة.

ج - تطوير إستراتيجيات معينة تساعد المريض فى التغلب على عجزه الإجتماعى مستقبلاً سواء على المدى القريب أو البعيد.

د - تطوير خطط معينة تساعد فى التغلب على أى مشكلات إنفعالية يمكن أن تظهر.

ومن المشكلات الأساسية التى قد تواجهنا عند العمل مع الأفراد الذهانيين عدم رغبتهم فى حضور الجلسات العلاجية، وعدم رغبتهم فى الإفصاح عن خبراتهم أو الحديث عن مشكلاتهم، وعدم ثقتهم فى المعالج، إلى جانب إثارتهم لبعض الأسئلة الشخصية التى لا يكون لها علاقة بالموضوع الذى يتم تناوله. ولذا يجب على المعالج أن يحاول فهم مثل هذه المشكلات من منظور المريض، وأن يتسع صدره لذلك، وأن يشجع المريض على أن يقيم معه علاقة علاجية تعاونية وأن يشاركه فى المناقشات التى يجريها.

وإذا كانت العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض يجب أن تقوم على الأمانة والدفء والاهتمام بالمريض، وتقديم النصيحة الصادقة له، فيجب أن يتسع صدر المعالج لأى إختلاف يمكن أن يحدث بينه وبين المريض وذلك فى وجهات النظر، كما أنه من الممكن أن يحدث سوء فهم من جانب المريض لمقاصد المعالج، وهنا يمكن للمعالج أن يوضح ذلك له من خلال التغذية الرجعية. ويتم خلال الجلسات

تستخدم عدد من الفنيات والإستراتيجيات، ويمكن للمعالج أن يلجأ إلى بعض الأشياء التى يمكن لها تسهيل الإستخدام الجيد والفعال لتلك الفنيات الإستراتيجية كأن يخرج مع المريض مثلاً فى جولة بحديقة المستشفى ويحاول أن ناقش معه مشكلاته خلال تلك الأثناء. ويجب عليه أيضاً أن يتجنب الإلتحام بصرى eye Contact مع المريض بقدر المستطاع ولذلك يفضل أن يجلس إلى جواره وليس فى مواجهته. وإذا أحدث المريض أى مشكلة أثناء الجلسة يمكن للمعالج أن ينتقل بالمناقشة إلى موضوع آخر، أو يعطيه قسطاً من الراحة، أو تناول معه كوباً من الشاي أو القهوة. كما يمكن أيضاً فى هذا الإطار تدريب المريض على مهارات مواجهة القلق مثل التدريب على تمرينات الإسترخاء، أو التحكم فى معدل التنفس، أو التحدث فى موضوعات لا تمثل بالنسبة له أى تهديد. ومن ناحية أخرى يجب على المعالج أن يجهز أجندة للموضوعات التى عليه أن يتناولها خلال الجلسات وعلى الأخص خلال الجلسات الأولى. وتتضمن مثل هذه الأجنحة ما يلى:

1- تحديد المشاغل الحالية للمريض والمشكلات التى يعانى منها. ويقصد بالمشاغل كل ما يشغل الفرد.

2- تقييم مشكلات المريض بشكل كامل ودقيق.

3- وصف عملية العلاج وأهدافها.

4- الأمور التى يجب مناقشتها مع المريض.

5- العمل من منظور المريض، وهذا يتطلب التعرف على وجهة نظر المريض واحترام وجهة نظره هذه فى الأحداث المختلفة.

6- تدوين الملاحظات بشكل مستمر خلال الجلسات والعمل على الإستفادة منها بقدر المستطاع.

إنهاء الجلسة؛ ويجب على المعالج أن يخصص آخر خمس أو عشر دقائق في الجلسة لمراجعة ماتم تناوله خلال تلك الجلسة.

وجه الشبه والإختلاف بين العلاج المعرفى السلوكى للذهان وللإضطرابات سيكاترية الأخرى:

من الجدير بالذكر أنه كما يستخدم العلاج المعرفى السلوكى فى علاج إضطرابات الذهان فإنه يستخدم كذلك فى علاج العديد من الإضطرابات سيكاترية الأخرى. وقد أثرتنا هذه النقطة هنا نظراً لما يرتبط بالذهان من إضطرابات سيكاترية متعددة أشرنا إليها من قبل أثناء تناولنا لطبيعة الإضطرابات الذهانية. وقد ثرنا عند تناول العلاج المعرفى السلوكى للذهان أن البرامج العلاجية التى يتم استخدامها لا تكون بمثابة أكلشيه يستخدم مع الإضطرابات الذهانية ومع كل أفراد، بل إننا لن نكون مبالغين إذا قلنا أن البرنامج العلاجى يتم تفصيله على حالة التى نتناولها. ومع إرتباط الإضطرابات الذهانية بجملة من الإضطرابات سيكاترية الأخرى نتساءل عما إذا كان يمكننا أن نستخدم نفس الإجراءات فى حالتين أم لا. وللإجابة على ذلك نقرر أنه على الرغم من وجود تشابه فى كنيكات المستخدمة مع الإضطرابات الذهانية والإضطرابات السيكاترية الأخرى فإنه يجب على المعالجين القيام بعدد من التغييرات فى التكنيك بما يتلاءم مع طبيعة مشكلات الأفراد الذهانيين. وفى هذا الإطار هناك بعض الجوانب الهامة لمشكلات الخاصة بالذهانيين لها دلالاتها الهامة فى إحداث جملة من التغييرات فى تطبيق العلاج المعرفى السلوكى عليهم يمكن إجمالها فيما يلى:

- تستخدم التكنيكات المعيارية فى العلاج المعرفى السلوكى بما يتلاءم مع مستوى حدة مشكلات الأفراد الذهانيين حيث تسم المشكلات المرتبطة بالذهان بأنها مزمنة وأكثر حدة قياساً بتلك التى ترتبط بالإضطرابات السيكاترية الأخرى. ويعرض سكوت (1992) Scott لتلك التغييرات التى ينبغى إدخالها على تكنيك العلاج المعرفى السلوكى عند تناول حالات الإكتئاب المزمن فىرى أن

الاسلوب العلاجى المستخدم فى هذا الصدد يجب أن يكون على درجة عالية من التنظيم، ويجب على المعالج أن يستخدم الفنيات العلاجية بأسلوب خلاق ومرن حتى تتلاءم مع تلك التغييرات والتذبذبات التى تنتاب الحالة العقلية للمريض. وقد تتضمن هذه التغييرات أيضاً استخدام إستراتيجيات معينة، وعدم استخدام الأجنده بشكل صارم، وقصر مدة الجلسات العلاجية إذا تطلب الأمر ذلك. وعند حدوث إنتكاسة للمريض يحاول المعالج أن يساعده على أن يصبر كلاهما على تحقيق التقدم حتى وإن لجأ المعالج إلى أسلوب تطبيق الفنيات المستخدمة خطوة خطوة. وفيما يتعلق بحدة المشكلة فإنه لا يمكن فى كثير من الأحيان الإقتصار عند تناول المشكلات المرتبطة بالذهان على العلاج المعرفى السلوكى فقط، بل يتم اللجوء أحياناً بالإضافة إلى ذلك للعلاج الطبى والتأهيل الإجتماعى، كما يتم اللجوء أحياناً أخرى إلى أسلوب العمل المشترك من جانب المعالجين بحيث يشترك أكثر من معالج واحد فى التعامل مع الحالة.

تشعب المشكلات المرتبطة بالإضطراب الذهانى، فتبدو على الأفراد الذهانيين أعراض سيكاترية أخرى، ولايتشابه إثنان أو أكثر من المرضى فى تلك الأعراض. وإلى جانب ذلك قد تبدو عليهم أعراض متشابهة ولكنها تنشأ عن عمليات مختلفة كما هو الحال بالنسبة لضلالات الإضطهاد. Persecutory delusions كذلك فالمرضى الذى يعانى من البارانويا على سبيل المثال قد تبدو عليه أعراض إكتشائية وقلق وأعراض للوساوس إلى جانب البارانويا، وقد يقرر فى الوقت ذاته وجود مدى كبير من الأعراض الذهانية كاضطراب التفكير، وإضطراب الإدراك أو الهلاوس. وجدير بالذكر أننا نلاحظ فى مثل هذه الحالة وجود عمليات مختلفة تكمن خلف الضلالات التى يعانى منها هذا المريض حيث قد يكون هناك خلل معرفى نفس عصبى يسبب مشكلات فى الإدراك، إضافة إلى وجود مشكلات وجدانية، إلى جانب وجود دفاعات مختلفة.

٣ - ترتبط المشكلات الإكلينيكية بوجود خلل معرفي يؤثر بشدة في القدرة على فهم وتجهيز المعلومات، كما قد يؤثر أيضاً على العديد من الوظائف النفسية إذ قد يتضمن الخلل مشكلات في الإنتباه، والتركيز، والذاكرة، والتخطيط، ومشكلات في القدرة على فهم المعلومات الإجتماعية والإنفعالية المعقدة. وقد يعوق ذلك الخلل عملية العلاج بأكثر من وسيلة فلا يستطيع المريض مثلاً أن يجيب حتى على أبسط الأسئلة مثل «كيف حالك الآن؟» أو «لماذا تفعل ذلك؟». ويضيف أحمد عكاشة (١٩٩٢) أن المريض في مثل هذه الحالة لا يفهم سوى المعنى القريب فقط من الكلام بمعنى أنه لا يفهم المقصود منه على وجه الدقة، فعندما نقول مثلاً «من كان يبتته من زجاج يجب ألا يقذف الآخرين بالحجارة» نجد فهم ذلك على أن الشخص الذي يعيش في بيت من زجاج يجب عليه ألا يقذف الناس بالحجارة. كما أن بعض هؤلاء المرضى قد يعطى إجابة غير واضحة وغير مناسبة لسؤال واضح جداً. وعلى العكس من ذلك قد يتمتع المريض بقدرة لفظية جيدة تغطي على هذا الخلل فينخدع فيها المعالج مما قد يؤثر على سير العملية العلاجية، ولكن يمكن إكتشاف ذلك عندما لا يستطيع المريض أن يفهم ما يطلبه منه المعالج، ولا يتذكر الواجب الذي يكلفه به، ويعود باستمرار للتحدث عن موضوع تم الإنتهاء منه من قبل. ويتطلب هذا الخلل من المعالج إجراء تغيير وتعديل في أسلوب التواصل مع المريض ليعوضه عن مثل هذه المشكلة فيوضح للمريض المشكلات المختلفة ببساطة ووضوح على سبيل المثال فيستخدم إستراتيجية التقديم أو العرض اللفظي البسيط للمشكلة، ويستخدم الأسئلة المباشرة الواضحة والبسيطة، ويلجأ إلى التكرار ما أمكن، وإلى تبسيط المعلومات.

٤ - ترتبط المشكلات الإكلينيكية بالحساسية الإنفعالية، وهذا يتطلب من المعالج الحذر من حدوث إثارة إنفعالية عالية عند العمل مع الذهانيين إذ أن ذلك قد يؤدي إلى حدوث نوبة ذهانية، ومع الإستمرار يمكن أن يؤدي إلى حدوث إنتكاسة مما يستوجب الحفاظ على درجة الحرارة الإنفعالية أثناء الجلسات في

مداها الطبيعي، وهو الأمر الذي يساعد على إتمام عملية العلاج. وعلى ذلك يجب تجنب الفنيات التي تتطلب درجة عالية من الإنفعال مثل الفنيات الجشطولية.

- ترتبط المشكلات الإكلينيكية بنقص الثقة في المعالج وإساءة تفسير ما يقصد. ومن هذا المنطلق يشعر العديد من الذهانيين بمشكلات كثيرة تتعلق بالثقة في الآخرين، كما قد تتكون لديهم بعض الإعتقادات البارائوية حول المعالج. وهنا يجب التعامل مع مثل هذه المشكلات بصراحة تامة ولا يتم تجاهلها، ويجب الإهتمام بإقامة علاقة علاجية مع المريض مع تصحيح إعتقاداته المشوهة حول هذه العلاقة.

- ترتبط المشكلات بالأفكار المتعلقة بالضلالات، وجدير بالذكر أنه إذا كانت بعض الإضطرابات السيكاثرية الأخرى كالإكتئاب مثلاً ترتبط بأفكار مشوهة عن العالم فإن تشويهاً الواقع في حالة الإضطرابات الذهانية تكون مصحوبة بمستويات عالية من الإعتقاد فيها والإنشغال بها، كما تصل مثل هذه التشويهاً إلى حد مبالغ فيه وتؤدي بالتالي إلى رؤية مختلفة عن العالم. ومن ثم فإن عملية العلاج يجب أن تهتم بملاً الفراغ الذي قد ينشأ بين رؤية المعالج ورؤية المريض للعالم وخاصة في المراحل الأولى من العلاج. ويجب في هذا الإطار إحترام وجهة نظر المريض وإقناعه بأنه لن يتم الضغط عليه حتى يقبل وجهة نظر المعالج. ثم يعمل المعالج بعد ذلك على معرفة الأسباب التي تكمن خلف إعتناق المريض لتلك الإعتقادات حتى يتم التعرف على طبيعة مشكلاته من خلال علاقة تعاونية تجمعها معاً.

- عند إستخدام الفنيات التقليدية كتلك التي تستخدم في علاج الإكتئاب أو إضطرابات الشخصية وذلك في علاج الإعتقادات الذهانية المختلفة وظيفياً وما يرتبط بها من هلاوس وضلالات وغيرها تواجهنا ثلاث مشكلات أساسية هي:

أ - أن العديد من الذهانيين مثلهم في ذلك مثل من يعانون من اضطرابات في الشخصية لا يستطيعون وصف مشاعرهم وأفكارهم الأوتوماتيكية المرتبطة بخبراتهم الذهانية، وقد ينكرون ذلك في بعض الحالات وخاصة فيما يتعلق بالضلالات.

ب - أن بعض المرضى قد يقاومون بشدة التحرى المباشر عن مشاعرهم. وقد يجدون أن ما يتبع مع حالات الإكتئاب من أسئلة مباشرة مثل: «صف ما تشعر به» أو «صف لنا ما يدور في ذهنك» يعد بمثابة أمر مهدد لهم.

ج - أن المرضى الذهانيين يرفضون فكرة وجود علاقة مباشرة بين التفكير والمشاعر وهو ما يعد أساساً للعلاج. وقد ينكرون أيضاً التقييم الذاتى السالب أو الأفكار المختلة وظيفياً أو أن مثل هذه الأفكار تعد هي السبب الرئيسى وراء سوء التفسير والعزو وذلك بدلاً من أن يتقبلوها على أنها حقائق واضحة في حد ذاتها.

الفنيات العلاجية المعرفية السلوكية للذهان

يمكن إستخدام عدد من الفنيات والإستراتيجيات العلاجية لتخفيف حدة شعور المريض بالهم والكرب واليأس المرتبط بأعراضه الذهانية. ومن الأعراض الذهانية المستهدفة بالعلاج التأويلات البارائوية، والهلاوس، والإندفاعات، ومشاعر العجز وإنهزام الذات، وإذاعة الأفكار، وغيرها. ويتم التركيز خلال العلاج على مثل هذه الأعراض والمشاكل لأنها هي التى تسبب الكرب والعجز.

وهنا نوصى باستخدام عدد من الإستراتيجيات والفنيات المعرفية السلوكية التى يجب أن تستخدم بمرونة والتى تساعد فى تنظيم الذات (أو إستراتيجيات المواجهة) من جانب العديد من المرضى مثل أخذ علاج طبي إضافي، وتحجيم الإنسحاب الإجتماعي، وفهم الذات والعالم، وفهم طبيعة المرض وأعراضه وذلك من خلال التعليم النفسى Psychoeducation وضبط النفس. Self - Control

ويحدد براير وستروس (1983) Breier & Strauss ثلاث فئات منفصلة لهذه

الإستراتيجيات هي التعليم الذاتى Self - instruction وتقليل الإشتراك فى الأنشطة، وزيادة الإشتراك فى الأنشطة. أما تاريار (1992) Tarrier فيصنف هذه الإستراتيجيات فى أربعة فئات هي:

١ - إستراتيجيات معرفية، مثل تحول أو تشتيت الإنتباه.

٢ - إستراتيجيات سلوكية، كزيادة أو تقليل مستويات النشاط.

٣ - إستراتيجيات تعديل المدخل الحسى، مثل الإستماع إلى الموسيقى خاصة مع الهلاوس السمعية وذلك باستخدام سماعات للأذن.

٤ - إستراتيجيات فيولوجية، مثل الإسترخاء.

ومن الجدير بالذكر أن هذه الإستراتيجيات يزداد إستخدامها مع الهلاوس والضلالات. إلا أنه يمكننا أن نستخدم عدداً من الإستراتيجيات والفنيات الأخرى فى هذا الصدد مثل مراقبة الذات Self - monitoring، والتدريب على بعض المهارات مثل التدريب على الإسترخاء، وجداول المهارات، وفقد الحساسية المنظم، والتدريب على السلوك التوكيدي، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والتعليم الذاتى، وضبط التفكير. وتستخدم مثل هذه الإستراتيجيات كما يرى هاوتون وآخرون (1989) Hawton et. al فى ضبط النفس. وهناك من الفنيات والإستراتيجيات الأخرى ما يمكن إستخدامه أيضاً مثل تخطيط النشاط وذلك حتى تتجنب مصادر معينة للضغوط، والتدخل المباشر وذلك لتخفيف آثار الأحداث الضاغطة. ومن أمثلة التدخل المباشر التدريب على فقد الحساسية لمصادر الضغوط، والتعرض المتدرج للموقف الحقيقى.

ويمكن فى حالة الهلاوس السمعية إستخدام مراقبة الذات، وتشتيت الإنتباه كأن يطلب من المريض مثلاً أن يقرأ شيئاً ما بصوت مرتفع، أو يدندن، أو يكرر أشياء معينة نطلبها منه وذلك بصوت مرتفع. كما يمكن إستخدام وقف الأفكار، ورفع الروح المعنوية للمريض، وبت ثقته بنفسه فيه. ويرى شادويك وبرشوود

الإنفعالات الحادة، وهذا يسبب الأفكار المتعلقة بالضلالات المختلفة ويزيد من حدتها.

- مساعدة المريض على أن يواجه الأصوات والإنذاعات بعقلانية، وأن يسيطر على تلك الإنذاعات.

ومن ناحية أخرى تعمل إستراتيجيات التدريب المعرفى السلوكى على مساعدة المريض كى يؤدي شيئاً ما وذلك بدلاً من مجرد التخفيف من حدة العرض فى حد ذاته، وهو ما يعود عليه بالفائدة. ومن هذا المنطلق يمكننا أن نعمل على تعويده أن يلعب للسينما مثلاً مرة كل أسبوع، أو يذهب ليتسوق ويقضى حاجياته بنفسه، أو يأتى للعيادة بشكل منتظم. وهذا يساعده بطبيعة الحال على أن يقوم بتحديد أهداف معينة لنفسه ويعمل على تحقيقها.

وبعيداً عن الفنيات المستخدمة لتدعيم التنظيم الذاتى وهى تلك التى أشرنا إليها سلفاً فى بداية حديثنا عن الفنيات العلاجية هناك إستراتيجية أخرى على درجة كبيرة من الأهمية تستخدم فى خفض حدة الكرب والعجز المرتبط بالأعراض الذهانية تتضمن العمل مع المريض على تطوير فهم مشترك لطبيعة إضطرابه الذهانى مما يساهم فى فهمه لخبراته المختلفة، ويوفر له الأساس اللازم كى يقوم بإعادة تفسير أعراضه وعزوها إلى أسبابها الحقيقية مما يخفف من مشاعر الذنب ولوم الذات التى قد يشعر بها تجاه بعض الأفعال، كما قد يخفف أيضاً من شعوره بالفشل. ومع ذلك يمكن الاستفادة منها أيضاً فى التنظيم الذاتى حيث تساعد المريض على أخذ العلاج الطبى، وتجنب مصادر معينة للضغوط، وتحديد أهداف واقعية يعمل على تحقيقها. وتعتمد هذه الفنية على ما يعرف بالتعليم النفسى Psychoeducation ولكننا نعلم فى تقديم هذه الفنية على سمات العميل حتى يمكن الاستفادة من ذلك فى تقديم المعلومات المناسبة له حول طبيعة مرضه والأعراض التى تبدو عليه. وهناك عدد من العناصر يجب أن نضعها فى الاعتبار عند استخدام هذه الفنية نوردتها كما يلى:

(1994) Chadwick & Birchwood أن هذه الإستراتيجيات إضافة إلى فنية الطرح أى طرح هذه الأصوات من جانب المريض ومناقشتها معه أثناء الجلسات تعد ذات أهمية كبيرة فى هذا المجال. وإستخدم وليامز (1992) Williams إستراتيجية تقليدية فى علاج الأصوات التى يسمعها المريض متبعاً فى ذلك خطوات بيك حيث كان يطلب من المريض أن يقوم بتسجيل وكتابة الأصوات التى يسمعها، ثم يبدأ بعد ذلك فى التعامل معها على أنها أفكار أوتوماتيكية سلبية. كما كان يستخدم الحوار السقراطى Socratic dialogue مع المريض فى هذا الصدد ويسأله عما يعتقد أن الآخرين قد يفكرون فيه. وفى هذا محاولة من جانب المعالج كى يجعل المريض يضع نفسه موضع شخص آخر فيلعب دوره ويفكر فى الأمور من هذا المنطلق. وهذا قد يساعده بطبيعة الحال على أن يبدأ الشك فى حقيقة تلك الأصوات والإعتقادات، وأن يبدأ البحث عن أفكار بديلة بعيداً عن تلك الأفكار التى تحقق من عدم جدواها.

وفيما يتعلق بالإنذاعات والمشاعر الإنتحارية يمكن الاستفادة من إتجاه لاينهان (1993) Linehan فى السيطرة على الأفكار الإنتحارية المرتبطة باضطراب لشخصية الحدية borderline الذى يقوم على استخدام عدد من المهام إلى جانب علاج بالعقاقير. ومن هذه المهام ما يلى:

- تحديد السلوك المستهدف بدقة والقيام بتحليل معرفى سلوكى للأحداث وما يترتب عليها من نتائج.

- الوصول إلى إتفاق مع المريض حول مدى حاجته إلى ضبط سلوكه، وتوضيح مزايا ضبط هذا السلوك بالنسبة له كتقليل القيود التى تعوقه عن أداء عمله، والقدرة على القيام بوظيفة معينة، ومعاملته من جانب الأخصائيين والأقارب والآخرين على أنه مسئول عن هذا السلوك.

- التحليل المعرفى السلوكى للأحداث وما يترتب عليها من نتائج حتى نحدد بؤرة الإهتمام فى التدخل العلاجى حيث نجد أن الإنذاعات عادة ما تسبق

١ - تحديد خبرات العميل المستهدفة كالأصوات، وسحب الأفكار، والإدراكات الشاذة، إلى جانب الإعتقادات المرتبطة بالضلالات.

٢ - تحديد الإعتقادات التي يعتنقها العميل حول هذه الخبرات والتي قد ترتبط بالضلالات وقد لا تكون كذلك.

٣ - تحديد مدى إهتمام العميل وإنشغاله بمثل هذه المظاهر ومدى تأثيرها عليه وعلى ما يصدر عنه من سلوكيات.

٤ - قياس الحالة الوجدانية للعميل، وتقديره لذاته، وجوانب مختارة من أدائه المعرفي، ثم مناقشة ذلك معه وتوضيح ما يمكن أن تتركه عليه من آثار حتى يتم وضع أهداف لها والعمل على تحقيقها.

وإلى جانب ذلك فهناك فنيات أخرى يمكن إستخدامها والإستفادة منها في هذا الصدد مثل إعادة تشكيل reframing الخبرة الذهانية وذلك حتى تقل حدة الكرب يبدأ المريض في تطوير أساليب جديدة لفهم خبراته الذهانية من أصوات، هلاوس، وضلالات، وإدراكات شاذة، وغيرها. وهنا يحاول المعالج أن ينقل له ثلاثة أفكار أو موضوعات أساسية هي:

١ - قد يكون هناك تفسير منطقي لما يبدو له كخبرات غريبة مثل ما يحدث من إساءة تفسير الإستجابة الجسمية العادية أو احتمال أن تنتج تلك الخبرات عن خداع الإدراك.

٢ - على الرغم من أن مثل هذه الخبرات تعد غير سارة فإنها في حد ذاتها لا يجب أن تكون بالضرورة خطيرة أو تسبب تهديداً له.

٣ - أن العديد من الأفراد سواء كانوا ذهانيين أو من العينات غير الإكلينيكية يمرون بمثل هذه الخبرات، وهذا من شأنه أن يجعل تلك الخبرات أقل تهديداً له.

ومن جانب آخر قدم يونج (١٩٩٠) Young أسلوباً أو إستراتيجية جديدة في علاج المعرفي السلوكي تعرف بالعلاج المتمركز حول البنية العقلية المعرفية Schema

Centered therapy - يرى من خلالها أنه يجب عند العمل مع الأفكار والإعتقادات المختلة وظيفياً حول الذات وحول الآخرين أن نقوم بتحديد مثل هذه الأفكار والإعتقادات وتوضيحها أولاً، ثم نعمل على تعديلها بعد ذلك باستخدام إستراتيجيات معينة خلال جلسات العلاج كمناقشة تلك الأفكار والإعتقادات مثلاً، ونعمل بعدها على تعديل خبرات المريض عنها، وتخطيط الأنشطة اللازمة لهذا التعديل مما يساعده على مواجهتها. ومن الإستراتيجيات الأخرى التي يمكن استخدامها في هذا الصدد إعادة التأهيل النفسي، ولعب الدور.

كذلك قام تاريار وآخرون (١٩٩٢) Tarrier et. al بتطوير إتجاه يعرف بتعزيز إستراتيجية المواجهة Coping Strategy Enhancement (CSE) يتضمن عدداً من خطوات على النحو التالي:

١ - تقييم الأعراض الذهانية لدى المريض.

٢ - العمل مع المريض على تطوير إستراتيجية معينة للمواجهة لكل عرض ذهاني، ويتم التعامل مع كل عرض على حدة.

٣ - تنفيذ البرنامج العلاجي في عشر جلسات علاجية على مدى خمسة أسابيع. استخدام فنيات معرفية وأخرى سلوكية.

إساليب تطبيقية

١ - إستخدام فاولر ومورلي (١٩٨٩) Fowler & Morley العلاج المعرفي السلوكي لإلاج خمس حالات يعانون من هلاوس وضلالات مزمنة. وتضمن البرنامج علاجي عشر جلسات على مدى ثلاثة شهور. وتم التركيز خلاله على محاولات تدليل إعتقادات المريض حول الأصوات التي يسمعاها، كما إستخدمت إستراتيجية تنظيم الذاتى. وكشفت النتائج عن تحسن تام لأحد المرضى وإختفاء الهلاوس تماماً. وإستطاع ثلاثة آخرون السيطرة على ما يسمعون من هلاوس مع إنخفاض حدة المشاعر السلبية التي ترتبط بأعراض الهلاوس. وهى تغيرات بطبيعة الحال لها دلالتها ومغزاها الإكلينيكي. كما كشفت النتائج أيضاً عن حدوث العديد

لك فقد قرر ١٦ مريضاً أن البرنامج قد عاد عليهم بفائدة كبيرة، فى حين قرر
عشر مريضاً أنهم سوف يستمرون فى استخدام تلك الإستراتيجيات بعد إنتهاء
لاج نظراً للتحسن الذى طرأ عليهم.

وقام كنجدون وتوركنجتون (١٩٩١) Kingdon & Turkington باستخدام
تويين علاجيين هما تعديل الخبرات لتصبح سوية، وإعادة العزو وذلك على عينة
مت ٦٤ مريضاً من مرضى الفصام المترددى على المستشفى كعلاج مقنن. وبعد
طءاء معلومات للمرضى عن طبيعة أعراضهم الذهانية، قيل لهم أن الخبرات
ذهانية التى يعانون منها يمكن أن يعانى منها أناس آخرون غيرهم، وقد تستمر
الخبرات حتى بعد تعديلها لتصبح سوية، وبالتالي لايجب بالضرورة أن تكون
ات خطيرة أو مهددة أى ليست مأسوية. وتم استخدام إجراءات معرفية سلوكية
تل فى أساليب التركيز focusing وتعديل الأفكار والإعتقادات، وإدارة القلق أو
بطرة عليه anxiety management والتدريب على المهارات. وكشفت النتائج عن
لية هذا البرنامج العلاجى حيث تغيرت التفسيرات التهديدية للأعراض الذهانية،
ت المخاوف المرتبطة بها.

ولاحظ فاولر (١٩٩٢) Fowler أن الأفكار والإفتراضات المختلة وظيفياً والتي
لق بموضوعات عدم القيمة، والكرهية، والشر، والتهديد المدرك من الآخرين
ت موجودة لدى سبعة من تسعة عشر مريضاً من مرضى الفصام أجرى دراسته
عليهم. وكانت الإعتقادات التى تتعلق بتلك الموضوعات لدى كل حالة من
الحالات تنعكس فى محتوى أو موضوعات الإعتقادات الضلالية. ولاحظ أنه
تم بنجاح استخدام برنامج العلاج المعرفى السلوكى الذى يتألف من إثنين
شرين جلسة علاجية إستمرت لمدة عام تم خلاله مناقشة مثل هذه الإعتقادات
رض بدائل تخفف بدرجة كبيرة من التفكير الدال على إنهزام الذات وذلك مع
س حالات، وأدى أيضاً إلى حدوث تحسن ملحوظ لديهم وتغير دال فى أدائهم
ن مقاييس الأعراض الذهانية وما يرتبط بها من إكتئاب وقلق إجتماعى. كما

من التغيرات نتيجة للعلاج، منها تغيرات فى الأداء الوظيفى مثل القدرة على قراءة
الكتب، ومشاهدة التلفزيون، وحضور المواقف الإجتماعية المختلفة والمشاركة
فيها. وأوضحت الدراسة التبعية إستمرار هذه التغيرات لمدة عام بعد إنتهاء البرنامج
العلاجى. وكشفت دراسة بيريز (١٩٨٩) Perris التى أجراها على ثلاثين مريضاً
من مرضى الفصام لم يكمل تسعة منهم البرنامج العلاجى، واستخدم خلالها
إستراتيجية التنظيم الذاتى، وتحديد الإعتقادات والأفكار السلبية المرتبطة
بالهلاوس، عن أن هذا الأسلوب العلاجى له فاعليته حيث أدى إلى تحسن دال فى
الأداء الإجتماعى لهؤلاء المرضى ظهر واضحاً فى علاقاتهم الإجتماعية. وهو ما
أكدته الدراسة التبعية لهم والتى إستمرت ثلاث سنوات. كما نوصى بيشاى
وآخرون (١٩٨٩) Bishay et. al باستخدام نفس أسلوب العلاج المعرفى السلوكى
للإكتئاب الشديد، وتضمن مناقشة الأفكار الأوتوماتيكية السلبية والإفتراضات
المختلة وظيفياً لدى أحد عشر مريضاً ممن يعانون من ضلالات الغيرة، وتوصلوا
إلى حدوث تحسن دال إختفت معه تلك الضلالات وذلك لدى عشرة من هؤلاء
المرضى الأحد عشر.

ويرى فيلسون وآخرون (١٩٩١) Nelson et. al أن استخدام إستراتيجيات
المواجهة له آثار دالة وفعالة على الرغم من كونها محدودة وذلك فى دراستهم التى
أجروها على عينة ضمت تسعة عشر مريضاً يعانون من هلاوس سمعية مزمنة،
وإستخدموا ثلاث إستراتيجيات علاجية هى:

- ١ - مصم للأذن earplug لديها.
- ٢ - صرف الإنتباه، وذلك عن طريق موسيقى يسمعها المريض من خلال سماعات
يضعها فوق رأسه وأذنيه. headphones
- ٣ - العد المتكرر. repetitive Counting

وتم الحكم على مدى فاعلية هذا البرنامج عن طريق التقارير الذاتية للمرضى
حيث قرر خمسة منهم حدوث تحسن عام لهم، وقرر إثنان إختفاء الهلاوس نهائياً.

كشفت النتائج عن حدوث نقص كبير في الأعراض الذهانية لدى أفراد مجموعتين العلاجيتين قياساً بأفراد المجموعة الضابطة والذين لم يحدث لهم أى بسن. كذلك فقد أثبتت النتائج أن إستراتيجية التعزيز CSE أفضل في فاعليتها علاجية من إستراتيجية حل المشكلات حيث كانت نسبة التحسن لدى المرضى الذين يستخدمونها ٦٠% فى مقابل ٢٥% للمرضى الذين كانوا يستخدمون إستراتيجية حل المشكلات. ووجد هادوك وآخرون (١٩٩٣) Haddock et. al أن علاج المعرفى السلوكى له فاعليته فى علاج الهلاوس حيث كشفت النتائج عن انخفاض حدة الهلاوس لدى أفراد العينة مع إختفائها تماماً لدى بعض المرضى الذين خضعوا للبرنامج العلاجى، وذلك فى دراستهم التى إستخدموا فيها إستراتيجية التركيز Focusing لخفض تكرار الأصوات التى كان يسمعونها هؤلاء المرضى وما يرتبط بها من مشاعر سلبية وذلك عن طريق إعادة العزو التدريجى لتلك الأصوات إلى الذات. وتضمن البرنامج العلاجى خليطاً من مراقبة ذات Self - monitoring وأساليب تشجيع المرضى على إعادة عزو الأصوات التى يسمعونها، وفقد الحساسية للقلق الذى تسببه تلك الأصوات، إضافة إلى مناقشة فنية السيطرة على مشكلات المرضى.

وأوضحت نتائج الدراسة التى أجراها موريسون (١٩٩٤) Morrison على سيدة من الثامنة والثلاثين من عمرها تعاني من هلاوس سمعية مستخدماً فنيات التعليم الحسى، وإعادة البناء المعرفى، وصرف الإنتباه أن تكرار حدوث الهلاوس السمعية قل بدرج دالة، وقل معها الشد العصبى المصاحب، كما قل أيضاً إعتقاد الحالة من مدى واقعية مثل هذه الهلاوس. وفى الدراسة التى أجراها شادويك ولاو Chadwick & Lowe (١٩٩٤) واعتمداً فيها على تغيير الإعتقادات والأفكار المشوهة لدى عينة ضمت إثني عشر مريضاً ممن يعانون من الضلالات كشفت النتائج عن حدوث قدر كبير من الإنخفاض فى الإعتقاد فى أفكار معينة ترتبط بتلك الضلالات لدى عشرة من هؤلاء المرضى، فى حين إختفت الضلالات نهائياً لدى خمسة منهم. وقد بدأ البرنامج العلاجى بتقييم للأعراض الذهانية للمرضى

لاحظ أيضاً أن خمسة مرضى قد حدث لديهم تحسن دال كما يتضح من أدائهم على إختبارات الأعراض المرضية، فى حين إنسحب خمسة آخرون ولم يكملوا العلاج. ويرى سميث وآخرون (١٩٩٢) Smith et. al فى دراستهم التى إستخداموا فيها إستراتيجية التعليم النفسى Psychoeducation من خلال محاضرات ومناقشات مع مرضى الفصام إستمرت أربع جلسات وتضمنت الموضوعات التالية:

أ - مفهوم الفصام.

ب - أعراض الفصام.

ج - العلاج والعقاقير اللازمة.

د - الحجز بالمستشفى أو العلاج خارج المستشفى.

وفى إختبار تم إجراؤه بعد البرنامج العلاجى إتضح زيادة معلومات المرضى عن الفصام. وأوضحت النتائج أن العلاج كان له أثره على بصيرة المريض وتعاونه خلال البرنامج العلاجى، وأنه كان يتم إستيعاب المعلومات الملقاة على المرضى إذا كانت تتصل فقط بإعتقاداتهم التى يعتقدونها أو بأعراضهم الذهانية التى تتضمن الضلالات بطبيعة الحال. كما إتضح أن البرنامج المستخدم قد ساهم بقدر كبير فى حدوث تحسن فى حالة المرضى وفى إختفاء العديد من أعراضهم الذهانية.

وأجرى تاريار وآخرون (١٩٩٣) Tarrier et. al دراسة على عينة من مرضى الفصام ضمت ٢٧ مريضاً تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات؛ إثنين تجريبيتين (علاجيتين) والثالثة ضابطة، وقارنوا فى هذه الدراسة بين مدى فاعلية إستراتيجيتين علاجيتين؛ تتمثل الأولى فى تعزيز إستراتيجية المواجهة CSE والثانية فى حل المشكلات PS. وتضمنت إستراتيجية حل المشكلات تعليم المرضى إستخدام مجموعة من الأساليب العامة لحل المشكلات تتعامل مع مشكلات إجتماعية كالتفاعلات بين الشخصية على سبيل المثال. أما تعزيز إستراتيجية المواجهة كإستراتيجية علاجية فهى تلك التى قدمها تاريار Tarrier عام ١٩٩٢ والتى تناولناها من قبل. وتم تطبيق إستراتيجية واحدة مع كل مجموعة علاجية.

لوب صرف الإنتباه. وتضمن البرنامج العلاجي لكلا المجموعتين ثمانى عشرة
ساعة على مدى ستة شهور. وقد أثبتت نتائج هذه الدراسة أن أفراد المجموعة
التي اولى الذين كانوا يستخدمون أسلوب التركيز قد أظهروا تحسناً على العديد من
البيس تضم إستخبارات للشخصية لتحديد مدى مساهمة الهلاوس فى حدوث
طرايات مختلفة لهم فى حياتهم، ومدى تكرار تلك الهلاوس. كما لم يحدث
تغير فى الإنفعالات السلبية المرتبطة بالهلاوس، أو فى القلق أو الإكتئاب. بينما
فى أسلوب صرف الإنتباه إلى تخفيض المشاعر السلبية المصاحبة للهلاوس
نقص تكرارها. وبذلك نجد أن كلا الأسلوبين لهما فاعلية فى علاج الهلاوس
كان أحدهما هو الأكثر فاعلية، إلا أن هذين الأسلوبين يعتبران من الأساليب
تخدمة فى العلاج المعرفى السلوكى، وهذا يعنى أن له فاعليته فى علاج
الهلاوس.

النتائج العامة

من العرض السابق لإستخدام العلاج المعرفى السلوكى مع الإضطرابات الذهانية
نلاحظ أن الإهتمام بهذا المجال قد إزداد زيادة كبيرة كما يعكسه زيادة عدد
الدراسات التى تناولته ومدى ماحققته من نجاح فى هذا الصدد على الرغم من أن
نتائج هذا الأسلوب العلاجي على الذهانيين يعد تطوراً حديثاً نسبياً.

ويتضح من خلال إستعراضنا للتراث السيكولوجى والسيكاترى حول هذا
الموضوع تعدد التكنيكات المستخدمة فى العلاج المعرفى السلوكى، وربما يرجع ذلك
إلى خصائص المرضى الذين أجريت عليهم تلك الدراسات. ومن الملاحظ أن هذه
الدراسات قد تناولت أعداداً صغيرة من المرضى، كما أن بعضها قد إهتم بالتأكيد
على وتقييم جوانب معينة من العلاج المعرفى السلوكى فركز هادوك وآخرون
Haddock et. al (1996) مثلاً على علاج الهلاوس، وركز سميث وآخرون
Smith et. al (1996) على التعليم النفسى والذى يعتبر بمثابة إستراتيجية علاجية
متمركزة على إعطاء العملاء المعلومات الكافية عن المرض الذى يعانون منه وجعلهم

ومناقشة هذه الأعراض، ثم عرض تفسيرات بديلة لها. وفى بعض الحالات كان
يتم تشجيع المريض على القيام باختبار سلوكى للواقع وذلك بخصوص الأفكار
والإعتقادات. وإستغرقت جلسات العلاج عشرين جلسة. وأوضحت نتائج
الدراسة التبعية لهؤلاء المرضى بعد مرور ستة شهور من العلاج إستمرار أثر
التغيرات فى الأفكار والإعتقادات فى خفض حدة الضلالات لديهم وإستمرار
تحسنهم. وفى دراستهم التى أجروها على مجموعة من مرضى الفصام الذين
يعانون من الضلالات قوامها إثنا عشر مريضاً يستخدمون العلاج المعرفى السلوكى
ومقارنتهم مع مجموعة أخرى ضمت سبعة مرضى كمجموعة ضابطة يستخدمون
العلاج بالعقاقير، وإستغرق البرنامج العلاجي ست عشرة جلسة على مدى ستة
أشهر وإستخدموا خلاله أسلوب التعليم النفسى الذى يقوم على إعطاء معلومات
للمرضى عن طبيعة مرضهم وأعراضه وجد جاريتى وآخرون (1994) Garety et. al
أن هذا الأسلوب العلاجي قد أدى إلى حدوث تغيرات فى العلاقة العلاجية مع
المعالج، وفى بعض الأفكار والإعتقادات لدى بعض هؤلاء المرضى أدت إلى
حدوث نقص فى الضلالات لديهم وفى الأعراض المرضية والإكتئاب قياساً
بالمجموعة الضابطة مع وجود فروق فى المشاعر السلبية والعجز المدرك ومدى
الإنشغال بالإعتقادات المرتبطة بالضلالات وذلك بين المجموعتين. إلا أن الفروق
بين المجموعتين مع ذلك لم تكن دالة، وقد أرجع هؤلاء الباحثون ذلك إلى أن
عددًا من المرضى بالمجموعة الضابطة كانوا يتلقون علاجاً بالعقاقير قبل بدء البرنامج
العلاجى مع المجموعة التجريبية. وهذا بطبيعة الحال يعد خطأ تجريبياً لم يتمكن
هؤلاء الباحثون معه من إحداث التجانس المطلوب بين المجموعتين قبل بداية
البرنامج العلاجي، وهذا من شأنه أن يؤثر على النتائج.

وفى دراسة أخرى أجراها هادوك وآخرون (1996) Haddock et. al على تسعة
عشر مريضاً ممن يعانون من الهلاوس تم تقييمهم إلى مجموعتين تضم الأولى
عشرة مرضى يستخدمون أسلوب التركيز Focusing أى تجاهل تلك الهلاوس
والتركيز على موضوع آخر، بينما تضم المجموعة الثانية تسعة مرضى يستخدمون

مرحلة مبكرة نسبياً مما يجعله يحتاج إلى مزيد من التوضيح والتأييد. وإذا كانت الدراسات التي أجريت للآن قد أثبتت فعاليته مع أفراد هذه الفئة إلى حد كبير فإنه لا توجد هناك أدلة على استخدامه بنجاح مع مجموعات كبيرة من المرضى حيث استخدمت هذه الدراسات مع عينات صغيرة من المرضى. كذلك فالمدة التي يستمر فيها البرنامج العلاجي مع هؤلاء المرضى يجب ألا تقل عن عام كحد أدنى (متضمناً دراسة متابعة مدتها ستة شهور) وذلك حتى تكون نتائجه فعالة بدرجة كبيرة. وإن كانت نتائج الدراسات التي أجريت للآن في هذا المجال تكشف عن أن العلاج المعرفي السلوكي مع هذه الفئة من المرضى يبشر بنتائج طيبة، وبالتالي يستحق المتابعة والتطوير.



على دراية تامة بطبيعته والأعراض التي تميزه، وركز شادويك ولاو (Chadwick & Lowe 1994) على تعديل الإعتقادات الخاطئة، وتناول نيلسون وآخرون (Nelson et. al 1991) وتاريار وآخرون (TARRIER et. al 1993) استراتيجيات المواجهة للأعراض الذهانية، وإستخدام بيريز (Perris 1989) إجراءات العلاج المعرفي السلوكي على مرضى الفصام من خلال العلاج الجماعي. كذلك فقد أوضحت هذه الدراسات في علاجها للهلاوس والضلالات استخدام عدد من الإستراتيجيات مثل مراقبة الذات، والإنصات، وتعديل الأفكار والإعتقادات، وخفض حدة القلق عن طريق التحصين التدريجي وفقد الحساسية، ووصف الإنتباه عن طريق الإستماع إلى الموسيقى من خلال سماعات headphones وتركيز الإنتباه. وإستخدام كل من تاريار (TARRIER 1992) وفاولر ومورلي (Fowler & Morley 1989) خليطاً من إستراتيجيات المواجهة السلوكية وتلك التي تعتمد على إعادة البناء المعرفي. وإستخدام تاريار وآخرون (TARRIER et. al 1993) إستراتيجية حل المشكلات إلى جانب تعزيز إستراتيجية المواجهة CSE التي قدمها عام 1992. هذا إلى جانب استخدام عدد آخر من الإستراتيجيات في بعض الدراسات مثل أساليب التفسير، والتعليم الذاتي، ووقف التفكير.

وقد أكدت هذه الدراسات على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من حدة الإضطرابات الذهانية المختلفة، والإستخدام الناجح لإجراءات هذا العلاج في تعديل مدى واسع من الخبرات والأنماط السلوكية المرتبطة بالذهان والمتعلقة أساساً بالهلاوس والضلالات. كما أكدت أيضاً على فاعليته في التخفيف من إضطراب التفكير. ولكن مع ذلك يؤخذ على هذه الدراسات أنها حاولت أن تعدل جانباً واحداً فقط من جوانب الخبرة الذهانية كالهلاوس أو الضلالات مثلاً ولم تنطرق إلى الجوانب الأخرى المتضمنة في تلك الخبرة، كما لم تقدم دليلاً على ما إذا كان تغيير مثل هذه الجوانب له أثره على الإضطراب الذهاني ككل أم لا. وقد يرجع ذلك إلى أن إستخدام هذا الأسلوب العلاجي مع الأفراد الذهانيين لا يزال في

_____ الفصل الحادي عشر

التخلف العقلي

التخلف العقلي

يصنف التخلف العقلي mental retardation فى الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفسية والعقلية-DSM IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى (١٩٩٤) ضمن إضطرابات المحور الثانى (axis II) وهو من الإضطرابات التى تبدأ خلال مرحلة المهد أو الطفولة. ويكون الأداء العقلى للطفل دون المتوسط حيث تبلغ نسبة ذكائه حوالى ٧٠ أو أقل وذلك على أحد مقاييس الذكاء الفردية للأطفال، وعادة مايكون مصحوباً بخلل فى السلوك التكيفى وذلك خلال سنوات النمو حيث لا يصل الطفل إلى المعايير السلوكية المتوقعة من الأطفال فى مثل سنه وفى جماعته الثقافية وذلك فى إثنين على الأقل من المجالات التالية:

التواصل - العناية بالنفس - الفاعلية فى المنزل - المهارات الإجتماعية أو بين الشخصية - الإستفادة من موارد المجتمع وإستغلالها - التوجيه الذاتى - المهارات الأكاديمية - العمل - الفراغ - الصحة - الأمان.

ويتحدد مستوى التخلف العقلى بناء على درجة شدته، ويميز DSM - IV بين أربعة مستويات للتخلف العقلى، هى:

١ - التخلف العقلى البسيط: mild وتتراوح نسبة الذكاء بين ٥٠ - ٥٥ تقريباً إلى حوالى ٧٠.

٢ - التخلف العقلى المتوسط: moderate وتتراوح نسبة الذكاء بين ٣٥ - ٤٠ تقريباً إلى حوالى ٥٠ - ٥٥

٣ - التخلف العقلي : الشديد: Severe وتتراوح نسبة الذكاء بين ٢٠ - ٢٥ تقريباً إلى حوالى ٣٥ - ٤٠

٤ - التخلف العقلي الشديد جداً: profound وتكون نسبة الذكاء أقل من ٢٠ أو ٢٥

العلاج المعرفى السلوكى للمتخلفين عقلياً

تعد فئة ذوى الإعاقة العقلية (المتخلفين عقلياً) من أكثر الفئات التى لم تلق أى اهتمام من قبل فى التطبيق الإكلينيكي للعلاج المعرفى السلوكى. وربما يرجع ذلك إلى أن أعضاء هذه الفئة تنقصهم الكفاءة العقلية والقدرة على التنظيم الذاتى - Self regulation وبالتالي فالإهتمام بهذه الفئة وإتساع نطاق تطبيقات العلاج المعرفى السلوكى عليها يمثل تطوراً جديداً لكل من العلاج المعرفى السلوكى والإهتمام بأعضاء هذه الفئة إذ يعد تطبيق هذا الأسلوب العلاجي على ذوى الإعاقة العقلية من الإتجاهات الحديثة فى هذا المجال بدأ فى نهاية الثمانينيات وازدهر خلال التسعينيات، وازدادت الدراسات التى تناولته زيادة كبيرة تعكس هذا الإهتمام المتزايد.

ومن الجدير بالذكر أن أعضاء هذه الفئة يتسمون باختلال الأداء الوظيفى المعرفى، وفى هذا الإطار يميز كندول (Kendall ١٩٨٥) فيما يتعلق بالعمليات المعرفية والمحتوى المعرفى بين العجز المعرفى والتشويهاة المعرفية كمنظيرين من إختلال الأداء الوظيفى المعرفى، يشير النمط الأول منهما (العجز المعرفى) إلى مشكلات فى الأداء تتعلق بالعمليات المعرفية، بينما يشير النمط الثانى (التشويهاة المعرفية) إلى المحتوى المعرفى. هذا وقد إرتكزت الأنماط المبكرة من العلاج المعرفى السلوكى على نموذج العجز deficit model وركزت على المعرفة كعملية، أى أنها تناولت العجز فى الطريقة التى يقوم هؤلاء الأفراد بمقتضاها بجمع المعلومات عن العالم وتفسيرها، وبحل المشكلات. ومن هذا المنطلق يصبح الهدف من التدريب على التعليم الذاتى كما قدمه ميتشوم Meichenbaum على سبيل المثال هو تعلم وإستدخال مجموعة من التعليمات الذاتية الصريحة التى تحل محل الأفكار

لا توازمية. أما الإتجاهات الأكثر حداثة فى العلاج المعرفى السلوكى والتى يمثلها من أرون بيك Beck, A. وألبرت إليس Ellis فتركز بدرجة أكبر على تحديد المحتوى الحقيقى للأفكار والإعتقادات والتعرف عليها حيث يفترض كلاهما أن محتوى المعارف المشوهة يجب أن يكون واضحاً من جانب العميل، وأن يوجه العلاج للعميل الأسئلة التى يتحقق من خلالها من وضوح هذا المحتوى وذلك قبل حدوث عملية الإكتشاف الموجه خلال العلاج. وهذا ما جعل تطبيق مبادئ العلاج المعرفى السلوكى على المتخلفين عقلياً بدرجة كبيرة تعترضه بعض العقبات.

ويوضح التراث السيكلوجى الذى يتناول العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض العميل فى مثل هذه الحالات أنها قد تكتنفها صعوبات عديدة. إلا أن العديد من الباحثين النفسيين قد وجدوا منذ صدور كتاب «العلاج النفسى للمتخلفين عقلياً» Psychotherapy and mental handicap الذى قام بتحريره كل من ويتمان وونبوى - هيل (١٩٩٢) Waitman & Conboy - Hill أن هناك احتمالاً لدخولهم فى علاقة علاجية مع مثل هؤلاء الأفراد الذين ليس لديهم من المهارات اللفظية ذى القدر المحدود، إلى جانب أنهم يعتبرون أفراداً غير مستجيبين لبيتهم.

ويوضح المسح السيكلوجى الذى أجراه هارشيك وآخرون (١٩٩٢) Harchik et al لتسع وخمسين دراسة تستخدم أساليب إدارة الذات Self - management أن عمداً من هذه الدراسات تناولت خفض حدة سلوك العناد، بينما هدفت خمسون دراسة إلى زيادة المهارات الإجتماعية أو زيادة الأداء وتحسينه فى المواقف الأكاديمية المهنية بمعنى تحقيق الدقة والسرعة فى الأداء. وإنتهى هؤلاء الباحثون إلى أن إجراءات ضبط أو إدارة الذات لها تأثيرها الواضح بالنسبة لذوى الإعاقة العقلية. كما أنهم قد لاحظوا إلى جانب ذلك أن الأساليب المتبعة لزيادة مدى إجراءات إدارة الذات لتشمل تلك الإجراءات التى تتضمن الفرد فى صميمها سوف يكون لها أهميتها بالنسبة للباحثين. كذلك فإن أساليب العلاج المعرفى السلوكى للمتخلفين عقلياً تهتم بالضبط الإجتماعى، وتحدد أهداف العلاج إلى حد كبير من جانب المعالج. ويتم تقييم مدى نجاح مثل هذه الأساليب فى ضوء الإنتاجية من جانب العميل، أو الإنتاجية ونقص السلوكيات الدالة على العناد.

وعند تقييم المحتوى المعرفى للمتخلفين عقلياً بعد التقرير الذاتى جانباً هاماً من إجراءات القياس. وتتضمن التشويهاات المعرفية مفاهيماً مجردة ومعقدة، وغالباً ما ترتبط بحالات إنفعالية يعتبر التقرير عنها من جانب العميل الذى يتسم بالتخلف لعقلى أو بالأحرى بالعجز المعرفى من الأمور المشكلة. وعلاوة على ذلك فإن لمعالج الذى يتعامل مع التشويهاات المعرفية لدى عملاء يعانون من العجز المعرفى قد يتوقع نتائج معقدة حيث يكون من الصعب أن تتضح علاقات سببية فى ظل عدم وجود تقارير ذاتية تتسم بالصدق والثبات.

وقد يرجع إهمال التعامل لفترة طويلة مع أعضاء هذه الفئة باستخدام العلاج المعرفى السلوكى إلى عدم التأكد من عدد من الأمور الهامة التى تتعلق بمدى ملاءمة هذا الأسلوب العلاجى للمتخلفين عقلياً، وتمثل الأسئلة الثلاثة التالية أهم هذه الأمور:

١ - هل يستطيع من يعانون من إعاقات عقلية استخدام مقياس التقرير الذاتى للتعبير عما لديهم من معارف وذلك بشكل ثابت وصادق؟
من الجدير بالذكر أن القدرات العقلية المحدودة لأعضاء هذه الفئة تلقى بظلال من الشك على مدى صدق وثبات التقارير الذاتية التى تصدر عنهم، ومن ثم فإن هذه التقارير الذاتية لا تستخدم سوى على نطاق ضيق وإن كان سايجلمان Sigelman et. al يرون أنه مع إجراء بعض التعديلات فى أسلوب مثل هذه التقارير يمكن لها أن تكون مفيدة. وتتضمن تلك التعديلات أن نجعل الإجابة عن الأسئلة المتضمنة مفتوحة وليست محددة بنعم أو لا، وأن نعتمد فى تقييم تلك العبارات التى تستخدم للمساعدة فى الفهم والتذكر على مواد مصورة بدلاً من المادة لسموعة، أو أن تستخدم المادة المصورة إلى جانب المادة المسموعة.

٢ - هل يمكن التغلب على الصعوبات التى تواجه أعضاء هذه الفئة فى فهم وإستيعاب المفاهيم المجردة والتعبير عنها؟
تؤكد الأدلة الإمبريقية أن أعضاء هذه الفئة غالباً ما يكون لديهم تشوش وعدم

٣ - هل يمكن التغلب على الصعوبات التى تواجه ذوى الإعاقة العقلية فى التنظيم الذاتى؟
يرى العديد من الباحثين ومن بينهم أتباع العلاج المعرفى السلوكى أنه يمكن التغلب على مثل هذه الصعوبات خلال جلسات العلاج وذلك باستخدام عدد من الأساليب مثل التدريب على المهارات الإجتماعية، وحل المشكلات، والنمذجة. وهذا يعنى أنه بعد تدريب العميل على المهارات المستهدفة باستخدام الأساليب المناسبة فإنه يدخل إلى عالم المنطق إلى حد مقبول، ويمكن بعد ذلك تدريبه على استخدام تكتيكات المواجهة والتى أثبتت الدراسات أنها كانت فعالة مع مثل هؤلاء الأفراد، وهو ما يساهم كما يرى جونستون (1995) Johnstone فى إعادة تأهيلهم نفسياً وإنخراطهم فى الحياة الإجتماعية.

وك، ويهتم بتدريب أعضاء هذه الفئة على أداء مهارات معينة ويقوم هذا الإتجاه بنموذج العجز deficit الموجود لدى هؤلاء الأفراد وخصوصاً في الأداء اللفظي ، قد يمنهم في بعض الأحيان من القيام بالتعليم أو التدريب الذاتي بفاعلية ، كإما بسبب إفتقارهم إلى السلوك اللفظي أو بسبب القصور الوظيفي في فهم اللفظي . ولذلك فإن الدراسات التي أجريت في إطار هذا الإتجاه كانت في من أعضاء هذه الفئة من هم عند حد أدنى معين في الأداء اللفظي كدراسة ن (1990) Whitman على سبيل المثال . وكان الباحثون يشترطون في أفراد تهم أن يتحدث المفحوص عدداً من الجمل على الأقل بحيث تحتوى كل منها على كلمتين أو ثلاثة كحد أدنى . أما الإتجاه الثاني فقد تطور عن مناهج وأساليب علاج النفسى، ويهتم بالإضطرابات الإنفعالية والسلوكية التي يعانى منها أعضاء هذه الفئة والتي تعتبر محصلة لمعارفهم المشوهة بما تتضمنه من صور وإستنتاجات يسيما تعد الإضطرابات السلوكية والإنفعالية نواتج لها . ويسير هذا الإتجاه في رء إجتاهى بيك وإليس . Beck & Ellis ولا يوجد سوى قدر ضئيل من الدراسات في هذا الإتجاه قياساً بالإتجاه الأول . وقد حاولت تلك الدراسات أن تقوم بتقييم د من الأبعاد التي ترتبط بهؤلاء الأفراد وذلك لإختيار عينات الدراسات المختلفة ف بالتقييم قبل العلاجى، وهو تقييم للمهارات والأنشطة التي يتطلبها علاج . كما حاول بعض الباحثين في دراسات أخرى مثل سافران وآخرين (1990) Safran et. al بوضع بطارية للتقييم تتضمن مدى وعى العميل بالمشاعر إنفعالات، وقدرته على التمييز بينها، ومدى قابليته لإحداث التغيير، وقدرته إقامة علاقات ناجحة مع الآخرين، وقدرته على التركيز على المشكلة، ومدى نه على القيام بالتعبير اللفظي .

وتجدر الإشارة هنا إلى أن تراور وآخرين (1988) Trower et. al قد قاموا بـ نموذج للحدث - الإعتقاد - النتيجة Antecedent - Belief - Consequence على غرار نموذج إليس . وفي ضوء هذا النموذج يقع ت معين ويتم لفت نظر العميل له مع وصف تام لهذا الحدث، ويتم بالتالى

تصنيف مثل هذه العملية على أنها «حدث» . أما تفسير وتقييم هذا الحدث فيصنفان على أنهما «إعتقاد» . وفي ضوء النموذج المعرفى يرتبط الإعتقاد وليس الحدث بالنتيجة والتي قد تتضمن «إنفعالاً» أو ميلاً سلوكياً معيناً . وقام هؤلاء الباحثون بالتمييز بين نوعين من الإعتقادات على غرار ما قام به إليس هما الإعتقادات الإستنتاجية والإعتقادات التقييمية . ومن المعروف أن إليس Ellis هو أول من قام بهذا الفصل بين هذين النوعين . وتتضمن الإعتقادات التقييمية في هذا الإطار إصدار أحكام على الشيء بأنه حسن أو ردىء، أو إصدار تفضيلات معينة من جانب الفرد كأن يقول إنه يفضل الشخص (أ) على الشخص (ب) مثلاً، أو أن (أ) قد فعل شيئاً حسناً، أما الإستنتاجات أو الإعتقادات الإستنتاجية فهي عبارة عن إفتراضات موقفية معينة كأن يقول مثلاً أن الشخص (أ) لايجنبى، أو أننى سوف أفشل في أداء ذلك، أو أن الناس تتجسس على . وتعمل مثل هذه الإستنتاجات إلى أن تكون أوتوماتيكية مشوهة . ويرى بيك Beck أنها تميل لأن تكون مشوهة لأنها تتأثر بالوجدان . ومن الجدير بالذكر أن إستخدام نموذج ABC في العلاج يتطلب ثلاثة أشياء أساسية هي :

أ - أن يقوم الفرد بتمييز وتحديد الحدث (الحدث) والفكرة المستتجة المرتبطة به (الإعتقاد) والنتيجة السلوكية أو الإنفعالية المترتبة عليه (النتيجة).

ب - أن يدرك الفرد أن النتيجة ترتبط تماماً بالإعتقاد وليس بالحدث.

ج - أن يدرك الفرد أن الإعتقاد عرضة للتحقق من صحته .

وهذا هو الأمر الذى حاول هؤلاء الباحثون أن يقوموا بتدريب أعضاء هذه الفئة عليه حتى يكون هذا الأسلوب العلاجى فعالاً فى تناول مشكلاتهم المختلفة .

وفى هذا الإطار أجرى داجنان وشادويك (1997) Dagnan & Chadwick دراسة على 29 مفحوصاً من ذوى الإعاقات العقلية تم إختيارهم ممن لديهم قدرة لفظية تكفى للإجابة عن الأسئلة التى يمكن أن توجه إليهم، منهم 15 ذكوراً، 14 إناثاً متوسط أعمارهم 39 سنة . وكانت الإعاقة العقلية لديهم تتراوح بين الإعاقة البسيطة إلى المتوسطة، وقد تم تحديد درجة الإعاقة من خلال أدائهم على إختبار

دات الإنجليزية المصورة The British Picture Vocabulary Scale الذى أعده
، وآخرون (1982). Dunn et. al. وإستخدم الباحثان نموذج إليس ABC فكان
التركيز على حدث معين عندما كان العميل يشعر بالتوتر، وكانا يطلبان منه أن
د أولاً النتيجة الإنفعالية (C) ثم الحدث (A) وأخيراً الإعتقادات (B) التى لديه
لاقنتها بالنتائج. وكانا يعرضان على كل مفحوص صورة لوجه حزين ثم صورته
غاضب، ويطلبان منه تسمية كل إنفعال، وأن يحدد سببين جعللا هذا حزينا،
سببين جعللا الآخر غاضباً، ثم يسألانه عما يفكر فيه ذلك الوجه فى الوقت
هن. وتم تصنيف النتائج طبقاً للحكم الذى أصدره المفحوص عن العلاقة بين
وجة والإنفعال (B - C). وكشفت النتائج عن أن إجابات 80% من المفحوصين
ت إجابات صحيحة. وهو ما يؤكد فاعلية البرنامج فى مساعدة المتخلفين عقلياً
تحديد المشاعر وتقييمها وتسميتها مما يساهم فى تفاعلهم الإجتماعى.

ويرى داجنان وآخرون (1994) Dagnan et. al وداجنان وروديك
(1994) Dagnan & Ruddick أنه يمكن قياس التغير فى سلوك أعضاء هذه الفئة
للعلاج، وكذا التغير فى حدة إعتقاداتهم وإنفعالاتهم باستخدام التقارير
تية حيث يصبح باستطاعتهم نتيجة للعلاج أن يستخدموا مقاييس التقارير الذاتية
ة على حدة الإعتقادات إضافة إلى ملاحظة سلوكهم وتقييمه.

ومن الأساليب أو التكنيكات العلاجية التى تستخدم مع الأفراد ذوى الإعاقات
تلية تلك الأساليب السلوكية ذات المكون المعرفى والتى من أهمها الضبط أو
ظيم الذاتى للسلوك Self - regulation والتدريب على التواصل. ويعرف سميث
(1994) Smith التنظيم الذاتى للسلوك بأنه تعلم المهارات اللازمة لإحداث التغير
سلوك الفرد والتى تعمل كموجه لسلوكه بعد ذلك. فى حين يعرفه فينست
(1994) Vincent بأنه قدرة الطفل على أن يسلك ويؤدى ما يطلب منه فى أى
قف بشكل مستقل عن الآخرين، كما يعنى أيضاً قدرة الطفل على أن ينظم
ليات التفكير لديه عند قيامه بمهمة معينة. ويؤكد سالند (1994) Salend أن
رات التنظيم الذاتى تعد على درجة كبيرة من الأهمية للطفل ذى الإعاقة

لأنهاتهم فى إندماجه بشكل ناجح مع أقرانه ومع الآخرين من حوله سواء كان
ذلك الطفل فى مواقف خاصة أو فى فصل عادى، وبالتالي يمكن أن تؤدى به إلى
السلوك التكيفى.

ويرى نايت (1994) Knight أن تدريب الطفل المعاق عقلياً عن قصد على
التنظيم الذاتى للسلوك يساعد فى تحقيقه للإستقلالية ويؤدى به إلى ذلك. وحتى
يتم تعليم ذلك للطفل يجب على المعلم ما يلى:

أ - أن يعتقد ويؤمن بأن مثل هذا التعليم له أهميته، وأنه من الممكن أن نعلم
مهارات التنظيم الذاتى لأولئك الأطفال الذين يفكرون إليها.

ب - أن يحدد بدقة أى المهارات وأنماط السلوك هى المطلوبة بدرجة كبيرة من جانب
أولئك الأطفال حتى يمكنهم التصرف بدرجة كبيرة من الإستقلالية فى المواقف
المختلفة.

ويقترح سالند (1994) Salend برنامجاً يضم ست خطوات لتعليم التنظيم
الذاتى للأطفال ذوى الحاجات الخاصة بوجه عام، وذلك كالتالى:

١ - الشرح والتفسير والمناقشة: explanation ويعنى مناقشة السبب الذى من أجله
يعد نمط سلوكى معين أو مهارة معينة على درجة كبيرة من الأهمية.

٢ - التعمين: identification ويعنى مساعدة الطفل فى التعرف على أمثلة أو نماذج
من السلوك الذى يتم تدريبه عليه.

٣ - النمذجة: model ويقوم المعلم أو أحد الأقران بنمذجة المهارة المطلوب تعلمها،
أو السلوك المستهدف.

٤ - التمييز: differentiation ويعنى تعليم الطفل التمييز بين الأمثلة أو النماذج
الملائمة وغير الملائمة من السلوك.

٥ - لعب الدور: role - play ويمارس الطفل عن طريقه السلوك المستهدف مع
وجود تغذية رجعية.

- التقييم: assessment ويتم التأكد على فترات، منتظمة من أن الطفل قد اكتسب المهارة المستهدفة أو السلوك المستهدف مع مرور الوقت.

وفي سبيل تحقيق التنظيم الذاتي للسلوك للوصول بالطفل إلى السلوك التكيفي Wang (1992) وLailey (1996) أن النموذج الأمثل لذلك هو ج الأطفال المتخلفين عقلياً في فصول عادية مع أقرانهم العاديين.

ويعد هذا الأسلوب (التنظيم الذاتي) ذا أهمية لذوى الإعاقات العقلية، كما يد الإهتمام به في الآونة الأخيرة وذلك للأسباب التالية:

يمكن لهؤلاء الأفراد عن طريق تعلم مهارات التنظيم أو الضبط الذاتي للسلوك أن يكونوا قادرين على إظهار سيطرتهم على حياتهم بأحداثها ومواقفها المختلفة والتي تسم بالاعتمادية المتزايدة.

- يمكن إستخدام هذا الأسلوب لفترة طويلة من الوقت حتى دون وجود أى تدخل علاجى كالإشتراك فى أحد البرامج العلاجية على سبيل المثال.

- يمكن إستخدام هذا الأسلوب وتوظيفه وتطبيق فنياته والإستفادة منها فى العديد من المواقف.

يمكن من خلال مساعدة الفرد على إكتساب القدرة على ضبط سلوكه غير الملائم أن يحدث تطور مستقبلى لدى هذا الفرد فى مجموعة من الأنماط السلوكية المرغوبة إضافة إلى السلوك المستهدف بالتغيير.

ومن الجدير بالذكر أنه كان يتم النظر إلى التنظيم الذاتي للسلوك فى الماضى أنه أعلى من قدرات الأفراد المتخلفين عقلياً، إلا أن الدراسات الحديثة يديد من دراسات الحالة قد أثبتت على العكس من ذلك أن بإمكان مثل هؤلاء راد الإستفادة من تلك الفنية العلاجية فى تعديل سلوكهم حيث وجد زجيوب وون (1978) Zegiob et. al أن إضافة المراقبة الذاتية للسلوك الذى يؤدى إلى ث إصابات متنوعة لدى إحدى المراهقات المتخلفات عقلياً والتي تبلغ من العمر س عشرة سنة قد أدى إلى خفض حدة هذا السلوك لديها. وأجرى برايون

Bryon (1988) دراسة على أربعة مفحوصين لديهم تخلف عقلى متوسط، وتتضمن سلوكياتهم الصباح ومقاطعة الآخرين. وكشفت النتائج عن نقص فى أنماط السلوك تلك عند ما تم تعليمهم القيام بمراقبة الذات Self - monitoring كأحد عناصر التنظيم الذاتى للسلوك. وتم تعزيز هذا النقص فى تلك الأنماط السلوكية عندما تم تعليمهم القيام بتقييم سلوكهم على أنه جيد أو ردى. وإستخدم ثيرمان ومارتين (1989) Thierman & Martin أسلوب التنظيم الذاتى للسلوك لأربعة من المراهقين الذين يعانون من إعاقة عقلية شديدة وبالتالي عدم قدرة على التعليم وذلك بغرض تحسين مهاراتهم فى تنظيف المنزل. وتم إستخدام أربع مهام تتضمن النظافة، والصور ذات الإشارات المتابعة، ومراقبة الذات (حيث يضع العميل علامة على الصورة يحدد من خلالها المكان الذى تم تنظيفه)، والتغذية الرجعية. وكشفت النتائج عن فاعلية هذا البرنامج فى تحسين المهارة المستهدفة حيث تحسنت هذه المهارات بشكل كبير ودال.

ومن ناحية أخرى قام كوجل وكوجل (1990) Koegel & Koegel بالتأكد مما إذا كان أربعة من التلاميذ المتخلفين عقلياً يعانون من التوحدية autism وتراوح أعمارهم بين 9 - 14 سنة يمكنهم أن يتعلموا الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك وذلك بغرض التقليل من أنماطهم السلوكية النمطية. وتم تدريب ثلاثة منهم على تسجيل سلوكهم النمطى فى غرفة العلاج، أما الرابع فقد تم تدريبه على القيام بذلك فى المواقف الإجتماعية. وكشفت النتائج عن أنهم كانوا قادرين على أن يسجلوا بدقة العديد من الأمثلة عندما لم يشاركون فى السلوك النمطى، ولكنهم لم يكونوا دقيقين فى تسجيلهم لمدى وجود تلك النمطية. وعلى الرغم من ذلك فقد أظهر كل التلاميذ الأربعة نقصاً فى معدل حدوث السلوك المستهدف بالدراسة وهو التوحدية خلال البرنامج العلاجى. وعند ملاحظة نفس هؤلاء التلاميذ الأربعة فى مواقف التفاعل الإجتماعى وجد أن إثنين منهم قد تعلموا بسرعة إجراءات الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك فى هذه المواقف الجديدة، وأن النقص فى حدوث السلوك

طى الدال على التوحيدية قد إستمر لفترة طويلة فى المواقف الجديدة حتى مع
ف البرنامج العلاجي .

كذلك فقد حاول وتمان (1990) Whitman التغلب على نقص الدافعية،
مصحح الإعتقادات السلبية الخاطئة لدى عينة من المتخلفين عقلياً باستخدام
بط أو التنظيم الذاتى للسلوك، ومن ثم تعميم هذه الخبرة على مواقف أخرى
يتم التدرب عليها. وبدأ التدريب باستخدام مناقشة مفتوحة، ثم تم تدريبهم
على الجلسات على العناصر الجديدة المطلوبة فى التنظيم الذاتى وذلك من خلال
ب الدور والنمذجة مع إعطاء واجبات منزلية. وحاول خلال الجلسات التى
تمرت ثمانية أسابيع أن يشرك المفحوصين فى أنشطة تهدف إلى زيادة دافعتهم
تمامهم فى الوقت الذى يعمل فيه على تصحيح إعتقاداتهم وأفكارهم الخاطئة
قد تعوق إنتقال أثر التدريب. وكشفت النتائج عن فاعلية هذا البرنامج
على إستراتيجية الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك حيث حدث تحسن دال فى
سلوك هؤلاء المفحوصين. وإستخدم ديوراند وكار (1991) Durand & Carr
لضبط التنظيم أو الضبط الذاتى للسلوك لخفض حدة السلوك الذى يؤدى إلى
إلحاق الأذى بالذات لدى عينة من المتخلفين عقلياً، ووجد أن هذا الأسلوب
علاجى كتكنيك يستخدم فى العلاج المعرفى السلوكى له فاعليته فى خفض أو
إزالة السلوك الذى يعكس إلحاق الأذى بالذات حيث قل هذا السلوك لدى أفراد
عينة بشكل كبير ودال.

هذا وقد قام كوبكن (1994) Koppekin بمحاولة خفض السلوك الإندفاعى
لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقلياً باستخدام برنامج للضبط الذاتى المعتمد على
لضبط التعليمات الذاتية. وتضمنت هذه الدراسة ثلاث مراحل تمثلت المرحلة
الاولى منها فى قيام الأطفال المتخلفين عقلياً بالإختيار بين ثلاثة مثيرات تتمثل فى
ثلاث متنوعة من الأطعمة تشابه مع بعضها إلى حد كبير، وتختلف من حيث
إلحاحيتها للأكل حيث يقوم الطفل بالتمييز بين الأطعمة الصالحة وغير الصالحة
كل. أما المرحلة الثانية فتمثل فى تقديم المدعم وفقاً للفترة الزمنية التى يستغرقها

الطفل للوصول إلى الإستجابة الصحيحة، فى حين تضمنت المرحلة الثالثة تدريب
الأطفال على التمييز بين الأطعمة وفقاً لكمية الطعام. وأسفرت النتائج عن أن
برنامج الضبط الذاتى قد أحدث تحسناً ملحوظاً فى قدرة الأطفال المتخلفين عقلياً
على التمييز بين نوعية المثيرات وفقاً لإلحاحيتها وكميتها، إضافة إلى خفض
سلوكهم الإندفاعى. وإلى جانب ذلك قام سعيد دببى والسيد السمدونى
(1997) بمحاولة خفض الإندفاعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً من الدرجة
البسيطة باستخدام برنامج معرفى سلوكى يقوم على أسلوب الضبط الذاتى عن
طريق التعليمات اللفظية الذاتية. وإتضح من النتائج أن التدريب على الضبط
الذاتى كان ذا فاعلية كبيرة فى الأداء على إختبار تجانس الأشكال، وهو ما يؤكد أن
برنامج الضبط الذاتى المستخدم عن طريق تقديم التعليمات اللفظية للذات كان
مثير فاعلية وكفاءة فى إحداث تغيير إيجابى فى أداء الأطفال المتخلفين عقلياً على
محاولة حل المشكلات فى فترات زمنية أقل. كما توصل الباحثان أيضاً إلى أنه يمكن
استخدام اللغة الخاصة بفئة المتخلفين عقلياً للتأثير على إستجاباتهم إذا ما توفر لهم
تدريب المناسب على إستخدام التعليمات الذاتية.

وبذلك يتضح أن ذوى الإعاقة العقلية يمكنهم القيام بالتنظيم أو الضبط الذاتى
سلوكهم. وهذا ليس مستبعداً بطبيعة الحال إذ أن الدراسات التى إستخدمت هذه
تقنية العلاجية قد إستخدمتها فى الغالب مع ذوى الإعاقة العقلية البسيطة، أى مع
عينة القابلين للتعلم والذين تتراوح نسبة ذكائهم بين 50 - 70 على أى مقياس
معدل الذكاء.

تدريب على التواصل

يتضمن التدريب على التواصل كأسلوب علاجى العديد من عناصر الضبط أو
تنظيم الذاتى للسلوك، ويعمل على خفض حدة السلوك غير المرغوب فيه،
ويمكن توظيفه فى العديد من المواقف المختلفة. وقد يكون هذا التواصل رمزياً أو
غير رمزى. ويتمثل المبدأ الذى يكمن خلف هذا الإتجاه فى أن الأنماط السلوكية

غير الملائمة قد تعمل كأفعال تواصلية لفظية ومعززات أو مدعّمات للسلوك سواء كانت إيجابية أو سلبية وتتوسط الأداء الإجتماعى للأفراد. ويرى ديوراند وبيروتى (1991) Durand & Berotti أنه فى حالة الإعاقات العقلية الشديدة أو الإعاقات الحسية المتعددة يكون هذا التواصل رمزياً، ويتم من خلاله لهؤلاء الأفراد تحقيق أشياء عديدة من البيئة كجذب إنتباه الآخرين إليهم وإهتمامهم بهم أو طلب الطعام على سبيل المثال. ثم يمكن للمعالج بعد ذلك أن يحول هذا التواصل إلى نسق غير رمزى للمهارات التى كانت تستخدم فى التواصل الرمزى فيحصل على الطعام بنفسه مثلاً أو يساعد فى الحصول عليه.

وهناك العديد من التكنيكات العلاجية التى يمكن إستخدامها مع تلك الفئة من الأفراد منها إعادة البناء المعرفى، وخفض الإثارة، والتدريب على المهارات السلوكية، والتدريب على الإسترخاء، والتعليم الذاتى، وحل المشكلات.

وفى هذا الإطار إستطاع جاردنر وكول (1989) Gardner & Cole تدريب مجموعة من المراهقين ذوى الإعاقات العقلية على تطوير مهارات العمل فى ورشة وذلك باستخدام تكنيك التعزيز الذاتى. وتم تعليمهم أنهم إذا صمموا على أن يكونوا عمالاً جيدين فإنهم سوف يكسبون الكثير من المال. وعندما تعلموا السلوك المناسب كانوا يحصلون على المال كتعزيز ذاتى. كما توصلت هوجيز (1992) Hughes إلى أن إستخدام أسلوب التدريب على التعليم الذاتى - Self instructional training يمكن من خلاله تعليم ذوى الإعاقة العقلية الشديدة مهارات مهنية معينة حيث دربتهم على تركيب المصاييح وإضاءتها وإطفائها. كما وجدت أيضاً أن هذا التدريب يمتد إلى مواقف أخرى لم تتدرب عليها عينة المراهقين المتخلفين عقلياً التى أجرت عليها دراستها تلك.

كذلك فقد قام وليامز وآخرون (1996) Williams et. al بدراسة أثر تعليم مهارات التواصل لذوى الإعاقات العقلية على أدائهم المعرفى والإجتماعى وذلك من خلال برنامج تقليدى للتدريب على التعليم الذاتى. وقد هدفت الدراسة إلى تحقيق هدفين يتمثل أولهما فى مقارنة أثر التدريب على التعليم الذاتى عن طريق

تدريب اللفظى فى مقابل تشجيع العملاء على إكتشاف الحلول عن طريق حل المشكلات وذلك على الأداء المعرفى والإجتماعى، فى حين يتمثل الهدف الثانى فى تعرف على ما إذا كانت الفروق الفردية فى الأداء اللفظى والمعرفى يمكن من خلالها التنبؤ بنتائج التدريب أم لا. وقد ضمت عينة الدراسة ٢٥ فرداً يعانون من إعاقات عقلية وتراوح أعمارهم بين ٢١ - ٦٠ سنة. وكان متوسط عدد الكلمات الجمل التى ينطقون بها لا يقل عن كلمتين، كما لم تكن لديهم أى إعاقات حسية جوهرية. وتم تدريب هؤلاء المفحوصين على مهارات التواصل حتى أصبحوا حديثين ماهرين، كما تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات؛ تدرت المجموعة الأولى فى التعليم الذاتى اللفظى كى يصبحوا متحدثين ماهرين وذلك من خلال جلسات برنامج الثمانى (لكل المجموعات) والتى إستمرت كل منها لمدة خمس وأربعين دقيقة. وتدرت المجموعة الثانية على التعليم الذاتى القائم على التريديد اللفظى، حين تدرت ثالثة تلك المجموعات على التعزيز الذاتى. وكان المفحوصون يخلون فى نقاش مع المعالج للذى كان يعرض عليهم تدرجاً هرمياً للأسئلة اعدهم على إكتشاف الغرض من المهمة ومراقبة الذات من خلال الأداء المناسب. وضحت نتائج تلك الدراسة فعالية هذا البرنامج مع هؤلاء العملاء حيث تعلموا لوباً للأداء الجيد فى المهام التى تدرّبوا عليها، ولم يبد أنهم قد إكتسبوا معلومات خلال التعليم الذاتى (أى الدخول فى حديث ذاتى) كاستراتيجية لحل المشكلات. وأوضحت النتائج أيضاً أن الفروق الفردية فى الأداء اللفظى والمعرفى بر عاملاً له أهمية كبيرة فى نجاح التدريب.

ومن الجدير بالذكر أن نقص المهارات وخاصة مهارات التواصل يعد بمثابة عقبة حاسية أمام ذوى الإعاقة العقلية فى سبيل تحقيقهم للإستقلال، كما تعتبر هى مشكلة فى الغالب كما يرى لجنوجريز - كرافت وآخرون (1988) Lignugaris Kraft et. عن فقدهم لوظائفهم حيث تحتاج تلك الوظائف إلى مهارات يتم سببها فى كثير من الأحيان عن طريق التواصل. ويرى فريزر (1992) Frazer مثل هؤلاء الأفراد يفشلون فى إستخدام تلك المهارات وتوظيفها فى مواقف

مشابهة بعد أن يكونوا قد تدرّبوا عليها في موقف معين. ويضيف جونز وآخرون (1993) Jones et. al أن ذلك يعكس صعوبة أساسية أمام هؤلاء الأفراد حيث لا يكون بإمكانهم أن يروا أنفسهم على أنهم هم الذين يقومون بتشكيل أنماطهم السلوكية أو أنهم هم المسؤولون عنها، وربما يرجع ذلك كما يرى فيجوتسكي (1987) Vygotsky إلى تلك العزلة الاجتماعية حيث يتم عزلهم في مؤسسات خاصة بهم مما يحرمهم من كثير من تلك الخبرات الاجتماعية التي يحتاجون إليها خلال مضمار نموهم الاجتماعي والمعرفي وهو الأمر الذي يؤدي إلى تأخر نموهم في تلك الجوانب قياساً بأقرانهم العاديين على سبيل المثال. وإلى جانب ذلك فإن لها أيضاً آثار إنفعالية سالبة عليهم وعلى مستوى دافعيتهم.

ومن ناحية أخرى يرى فيجوتسكي Vygotsky أن هؤلاء الأفراد يصبحون أكثر اعتماداً على تلك الإشارات التي يتلقونها من البيئة الخارجية والتي تعمل كمرشد سلوكهم، فيقون إعماديين ويكتسبون موضعاً خارجياً للضبط. ويضيف وتمان (1990) Whitman أنهم يواجهون إلى جانب ذلك صعوبات في الضبط أو لتنظيم الذاتي للسلوك نتيجة تلك الإعمادية والتي تعمل أيضاً على إحداث صعوبات عديدة تؤثر سلباً على إنتقال أثر التدريب حيث يتعلم هؤلاء الأفراد لإعماد على الآخرين في القيام بالسلوك بدلاً منهم أو تنظيمه لهم، وبالتالي يجدون صعوبة كبيرة في أن يقوموا من تلقاء أنفسهم باستخدام تلك المهارات التي ملموها وذلك بشكل مستقل.

وهناك عدد من العوامل تلعب دوراً هاماً في تعليم هؤلاء الأفراد التنظيم الذاتي لسلوك منها دمجه مع أقرانهم العاديين في المدرسة حيث يوفر الدمج مدى متسعاً من الخيارات لتعلم المهارات المطلوبة يساعد في الإستجابة بشكل مناسب لحاجات هؤلاء الأفراد، ويوفر لهم العديد من الأساليب كي يصبحوا أكثر خبرة في السيطرة على سلوكهم والتحكم فيه. كما أن تدريب مثل هؤلاء الأفراد على أن يقوموا تقل أثر التدريب إلى مواقف أخرى شبيهة لم يتم التدريب عليها من قبل يتطلب

أيضاً الدافعية الذاتية وضبط النفس Self - Control إضافة إلى الإستخدام الجيد للغة بما لها من دور فاعل في تعلم التنظيم الذاتي للسلوك والدافعية الذاتية.

ويرى مارتن وبيير (1992) Martin & Pear أن هناك عدداً من العوامل تساهم في ضبط وتنظيم السلوك في المواقف الإكلينيكية والتربوية. ويأتى ضبط النفس أو كما يطلق عليه البعض الضبط الذاتي في مقدمة هذه العوامل، ويعتمد على قيام الفرد بتعزيز سلوكه. ويتضمن ضبط النفس عدداً من المكونات هي:

١ - مراقبة الذات: Self - monitoring ويعنى تسجيل سلوك الفرد من جانبه.

٢ - التقييم الذاتي: Self - evaluation ويعنى تقدير سلوك الفرد بناء على محك معين.

٣ - التعزيز الذاتي: Self - reinforcement ويعنى حدوث تعزيز أو تدعيم لسلوك الفرد من جانبه.

وعن طريق ذلك يصبح للفرد التحكم أو السيطرة الكاملة على سلوكه. وفيما يتعلق بالمكون الأول والذي يمثله «مراقبة الذات» فقد طلب ريز وآخرون (1984) Reese et. al من فتاة تتسم بالعدوانية وتعانى من تخلف عقلى بسيط وتبلغ الثانية والعشرين من عمرها أن تسجل ما إذا كان بإمكانها أن تقوم بالسيطرة على أعصابها أو أنها تفقد أعصابها في المواقف المختلفة وذلك بوضع علامة أمام العبارات على الورقة المعدة لذلك والتي تم إعطاؤها إياها. وعلى الرغم من أنها لم تستطع أن تصور سلوكها غير الملائم بدقة فقد إتضح وجود نقص دال في سلوكها العدواني. هذا وقد أوضحت دراسات عديدة وجود إرتباط ضعيف بين دقة مراقبة الذات وأثرها في تغيير السلوك الذي يتم تسجيله. أما فيما يتعلق بالمكون الثانى والذي يمثله التقييم الذاتى فقد إستخدم برايون (1988) Bryon هذا الإجراء عند دراسته لأربعة من المتخلفين عقلياً يعانون من تخلف عقلى بسيط وتتضمن سلوكياتهم الصياح ومقاطعة الآخرين، وأوضحت النتائج أن تلك السلوكيات قد قلت عند تعليمهم القيام بتقييم سلوكهم على أنه جيد أو ردى، وقد أشرنا إلى

ك من قبل. في حين يتم المكون الثالث المتمثل في التعزيز الذاتي بعدد من مسائل حيث تم في بعض الدراسات قيام المفحوص بوضع صورة لوجه مسرور أمامه كدليل على أنه أنهى المهمة المطلوبة منه مما أدى أيضاً إلى تحسن الأداء. استطاع جاردنر وكول (Gardner & Cole 1989) في الدراسة التي أشرنا إليها لفظاً وباستخدام هذا المكون أن يعلموا مجموعة من المراهقين المتخلفين عقلياً أن ونوا عمالاً جيدين.

ومع ذلك فإن جونز وآخرين (Jones et. al 1993) يرون أنه لا يوجد في مراث السيكلوجي حول ذلك الموضوع مثال لأحد المتخلفين عقلياً استطاع أن يتخذه التعزيز الذاتي في تعديل سلوكه حيث كان يقوم أفراد آخرون غير هؤلاء المتخلفين عقلياً كالباحثين أو المعلمين مثلاً يقومون بوضع معايير معينة للأداء، يقومون بتعيين تلك المعززات لهؤلاء الأفراد المتخلفين عقلياً. ومع ذلك فقد وضحت النتائج حدوث نقص في السلوك غير الملائم وزيادة في السلوك المستهدف لخل المهمة إلا أنه حينما كانت تحدث تغيرات في السلوك فلم يبد أنها كانت ترتبط بكل مباشر بتلك العناصر المحددة في البرنامج التدريبي. ومن ناحية أخرى فإنه على الرغم من أهمية تعلم قواعد لفظية للسلوك فإنها مع ذلك لا تحتاج إلى معززات خارجية حيث يمكنها أن تؤدي من تلقاء نفسها إلى حدوث نقص في معدل حدوث السلوك غير الملائم، وبالتالي فإن تعلم القواعد اللفظية يمكن أن يؤدي إلى تنظيم السلوك والتحكم فيه، وهو ما يعرف بالضبط أو التحكم اللفظي في السلوك.

وإذا كان التحكم الذاتي في السلوك يمثل قدرة الفرد على استخدام اللغة بصف سلوكه والتحكم فيه، فقد تطور أسلوب آخر هو التعليم الذاتي - Self instructional أو الحديث الداخلي inner Speech وفقاً لما قدمه ميتشبنوم Meichenbaum أما البرنامج المستخدم هنا فقد تطور عن نظرية بيجوتسكي ولوريا Vygotsky & Luria والتي تعرف بالنظرية النمائية الاجتماعية التي تتناول الكيفية التي يمكن بمقتضاها للأطفال التحكم في سلوكهم عن طريق

إستدخالهم للأحداث التي يستخدمها الآخرون في السيطرة عليها، وهو ما تم استخدامه مع الأطفال العاديين وخاصة في تجنب السلوك الإندفاعي من جانبهم، وهو ما تم استخدامه أيضاً لمواجهة القلق عند المراهقين. إلا أن ميتشبنوم (1990) Meichenbaum يرى أن استخدام هذا الأسلوب مع المتخلفين عقلياً لا يزال يدور حوله الكثير من الجدل. ومع ذلك ترى هوجيز وأجران (Hughes & Agran 1993) أن استخدام هذا الأسلوب مع المتخلفين عقلياً وحتى مع ذوى التخلف العقلي الشديد يساعدهم على أن يحيوا حياة شبه عادية وذلك في المواقف التي لا يتوفر فيها مثل هذه التعليمات كما هو الحال في وسائل النقل العام أو في الأسواق. ومع ذلك فلا يزال الباحثون مترددين في استخدام مثل هذا الأسلوب مع أفراد ذوى مهارات لفظية محدودة.

وأخيراً فإن نجاح أسلوب التواصل اللفظي مع أعضاء هذه الفئة يعد بمثابة مثال جيد للنجاح في استخدام شكل من أشكال التدخل العلاجي الذي كان مستبعداً من قبل مع أعضاء هذه الفئة حيث كان يتم النظر إليه على أنه أعلى من قدراتهم.

الدافعية وتقدير الذات والمعرفة الإجتماعية

من الجدير بالذكر أن استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع ذوى الإعاقة العقلية يعتبر فرصة تزيد من احتمال زيادة عدد أنماط العجز المعرفي التي يمكن أن يظهرها هؤلاء الأفراد والتي قد تتضمن سرعة أداء العمليات العقلية والإندفاع في ذلك، وحل المشكلات، والتفكير المادى الملموس أو المحسوس، والصعوبات التي تتعلق بكل من الذاكرة واللغة. وقد تجعل تلك الأنماط من هذا الأسلوب العلاجي عملية معقدة، ولكنها مع ذلك تفسح المجال لظهور فنيات جديدة يمكن بمقتضاها التغلب على مثل هذه الصعوبات، وهو ما حدث بالفعل مع إدخال هذا الأسلوب العلاجي إلى حيز هذه الفئة من الأفراد.

ويرى جونز وآخرون (1997) أنه لا تزال هناك مجالات أخرى تمثل صعوبة وتحدياً أمام العلاج المعرفي السلوكي فيما يتعلق بأعضاء هذه الفئة. وتتمثل تلك

المجالات في كل من الدافعية، وتقدير الذات، والمعرفة الاجتماعية. ويشير زيجلر وهوداب (1986) Zigler & Hodapp فيما يتعلق بالدافعية إلى أن الأطفال المتخلفين عقلياً غالباً ما يخبرون الفشل المتكرر الذي يؤدي بهم إلى الإقلاق بدرجة كبيرة من تحديد أهداف خاصة بهم، وإلى العجز المتعلم، وإلى تكوين صورة سلبية للذات، وإلى عدم الرغبة في بذل أى محاولات لتحقيق الأهداف مما يسلمهم بالتالي إلى الاعتماد على الآخرين. كما أن الحرمان الإجتماعى الذى يتعرضون له ووضعهم فى مؤسسات خاصة بهم يؤدي إلى زيادة دافعيتهم فى الحصول على التعزيز الإجتماعى مما يدفع بهم إلى تعلم القيام ببعض الأشياء حتى يستطيعوا إرضاء الآخرين، ولكنه فى الوقت ذاته يؤدي بهؤلاء الأفراد إلى أن يكونوا أكثر دافعية بوجه عام. ويؤكد ميرفى وآخرون (1990) Merighi et. al ذلك حيث يرون أن الحرمان الإجتماعى يؤدي إلى زيادة دافعية هؤلاء الأطفال إلى التعزيز الإجتماعى والذى يبدو بالتالى أنه يؤثر سلباً على الإلتباه إلى مهام التعلم، وحينما يحدث إلى النقص الحادث فى نسبة الذكاء. هذا إلى جانب أن غالبية أعضاء هذه الفئة الذين يمكن أن نستخدم معهم هذا الأسلوب العلاجى يتسمون باعتمادهم الزائد على الآخرين، وبعجزهم الشخصى الزائد أيضاً، وهو ما قد يؤدي بالتالى إلى اعتماد أولى من جانبهم على المعالج فى تحديد المشكلة المستهدفة بالعلاج، وإلى البطء الزائد فى تطوير مفهوم عن القدرة الشخصية والتوكيدية، وهو ما قد يمثل عقبة أمام المعالج المعرفى السلوكى. وفى ضوء ذلك يصبح من الواضح أن هؤلاء الأطفال يكون لديهم تقدير للذات منخفض بدرجة كبيرة، إذ أن غالبيتهم يكون قد مر بخبرات عديدة للفشل مما ينمى لديهم الإعتقاد بعجزهم فى القيام بالسيطرة على البيئة. كما أنهم من ناحية أخرى يكونوا قد خبروا قدراً كبيراً من الخبرات الشخصية غير السارة والتي تؤدي بهم أيضاً إلى الرؤية السلبية للذات وللعالم والمستقبل وذلك قياساً بأى مجموعات علاجية أخرى. هذه الخبرات إضافة إلى الرفض الإجتماعى من جانب البعض قد يؤدي بهم إلى مقاومة التغير الذى يمكن أن يحدث نتيجة للتدخل العلاجى حيث قد يؤدي إعادة البناء المعرفى لديهم على

سبيل المثال إلى مواجهة خلفياتهم الشخصية والتي تتسم بطبيعتها بتقدير منخفض للذات وبانخفاض فعالية الذات لديهم.

كذلك يرى لندساي وآخرون (1994) Lindsay et. al أن هؤلاء الأفراد لهم حياتهم الإنفعالية الخاصة بهم ومع ذلك يمكن إخضاع جوانبها المختلفة للبحث الإمبريقي حيث وجد هؤلاء الباحثون أن مجموعة الأفراد ذى الدرجة البيطة من التخلف العقلى الذين أجروا دراستهم عليها كانوا قادرين على أن يوردوا تقارير عن مشاعرهم وإنفعالاتهم تتسم بمستويات مرتفعة من الثبات. وإلى جانب ذلك يرى أوليفر (1986) Oliver أن هناك صعوبة فى قياس مفهوم الذات بشكل دقيق لدى مثل هؤلاء الأفراد، ومع ذلك يمكن التغلب على هذه المشكلة باستخدام بعض الأساليب إذ أوضح أنه أمكن لإحدى المتخلفات عقلياً فى الرابعة عشرة من عمرها وتعانى من زملة داون Down Syndrome ونسبة ذكائها أربعين أمكن لها باستخدام الصور أن تكون شبكة تستطيع من خلالها التعرف على أن الأطفال المتخلفين عقلياً مختلفين عن بعضهم البعض، ولكنها مع ذلك لم تطبق هذه الفروق على نفسها. وكانت العلاقة بين رؤيتها لذاتها ولذاتها المثالية وللآخرين واضحة. وقد أوضح تكرار هذه المهمة ثبات تلك الرؤى.

أما بالنسبة للمعرفة الإجتماعية فمن المعروف أن مجال العلاقات الإجتماعية يعد هو المجال الذى يواجه فيه المتخلفون عقلياً تحديات كبيرة. ومع ذلك فهناك العديد من المواقف المهنية والتعليمية التى يمكن فيها خفض درجة وطبيعة الإعاقة العقلية وذلك عن طريق تعليمهم توقع أى صعوبة محتملة والعمل على التخطيط لمواجهةها. ومع ذلك فإن مجال العلاقات بين الشخصية يعد من المجالات المعقدة بدرجة كبيرة والتي لا يمكن توقعها. كما أن ذلك المجال غالباً ما يتضمن إشارات إجتماعية تتسم كما يرى كليمتس (1987) Clements بالغموض والتناقض.

وتؤكد دراسات عديدة على وجود أوجه نقص أو عجز فى النسق المعرفى الإجتماعى للمتخلفين عقلياً يأتى فى مقدمتها التوحدية، والصعوبات فى مجال التشغيل المعرفى الاجتماعى كما يرى فوكس وبنسون (1995) Fuhs & Benson

إضافة إلى خلفياتهم الشخصية التي تؤدي إلى صعوبات في الدافعية ومفهوم الذات. كما أنه من غير المحتمل أن نجد من بين هؤلاء الأفراد من يفهم الموقف بشكل متكامل، إضافة إلى عدم قدرته على الاستجابة للموقف بشكل مناسب وذلك بسبب عدم الإهتمام أو القلق.

حل المشكلات الإجتماعية

يعد حل المشكلات الإجتماعية بمثابة عملية معرفية إنفعالية سلوكية يتم فيها الأفراد بمقتضاها من تحديد واكتشاف أو ابتكار أساليب للتعامل مع مشكلات الحياة اليومية. وتعتبر في الوقت ذاته عملية تعلم إجتماعي، أو أسلوب للتفكير الذاتي، أو إستراتيجية عامة للمواجهة يمكن تطبيقها كما يرى دازوريللا (1988) D' Zurilla على عدد كبير من المشكلات. ومن المصطلحات الأخرى التي يمكن استخدامها تطلق عليها حل المشكلات الشخصية Personal problem - Solving والمشكلات بين الشخصية interpersonal وحل المشكلات المعرفية interpersonal Cognitive. ومن المعروف أن الحل الجيد للمشكلات الاجتماعية يواجه الفرد يساعده على تحقيق التوافق، والعكس صحيح.

ويختلف حل المشكلات الإجتماعية عن التدريب على المهارات الإجتماعية حيث يعمل التدريب على المهارات الإجتماعية على إكساب العميل إستجابات تتناسب مع المواقف الإجتماعية التي يمر بها ذلك العميل، في حين يشير حل المشكلات الإجتماعية إلى عملية إكتشاف سلسلة من التصرفات أو السلوكيات فاعليتها في مجابهة المشكلات اليومية التي يواجهها الفرد، وهذه تأتي بالتالي التدريب، أي أن التدريب على المهارات الإجتماعية يسبق حل المشكلات الإجتماعية. هذا ويمكن تطبيق حل المشكلات الإجتماعية على مدى كبير من المواقف، كما يمكن تعميمه على مشكلات يحتمل ظهورها في المستقبل.

ومن الجدير بالذكر أن ذوي الإعاقة العقلية يجدون صعوبات كثيرة في التعامل مع المشكلات الإجتماعية وبين الشخصية كما يرى بوفارد (1990) Buffard

حيث تسود بينهم أنماط من السلوك الإجتماعي اللاتوافقي وهو ما يعوق حدوث الإدماج بين أعضاء هذه الفئة أو بينهم وبين غيرهم من العاديين. كما أن هذا السلوك اللاتوافقي قد يكون ناتجاً عن نقص في قدرتهم على حل المشكلات سواء الشخصية أو الإجتماعية. وعلى الرغم من أهمية التدريب على حل المشكلات الإجتماعية كأسلوب علاجي فإن المتحلفين عقلياً لا يستطيعون في الغالب إستخدام مثل هذا الأسلوب بنجاح نظراً لقيادة أنماط السلوك اللاتوافقي أو اللاتواؤمي بينهم. ولذلك فهناك إقتراح يرى تدريب أعضاء هذه الفئة على هذا الأسلوب العلاجي في خمس خطوات كالتالي:

١ - التعرف على المشكلة المراد حلها وتحديدتها.

٢ - التفكير الموجه لتحقيق أغراض معينة.

٣ - التفكير الواسع أو الذي يتضمن الغاية والوسيلة.

٤ - التقييم وإتخاذ القرار.

٥ - التوصل إلى الحل.

ويفضل ألا تكون مدة التدريب طويلة حيث يرى جمع من الباحثين أن هذه المدة يجب أن تتراوح بين أربعة أسابيع إلى ثمانية أسابيع مع زيادة عدد الجلسات خلال هذه الفترة وذلك بقدر المستطاع كذلك يجب إستخدام الأسئلة القصيرة مع إستخدام الإثابة الدورية حتى ناهم في تحسين فهمهم للمشكلات المختلفة. إلا أنه مع ذلك لا يمكن أن يكون حل المشكلات الإجتماعية كأسلوب علاجي كافياً بمفرده لتحقيق قدر مناسب من الصحة النفسية أو تحقيق التوافق الإجتماعي لأعضاء هذه الفئة. ويمكن قياس أثر هذا الأسلوب عند إستخدامه برنامج علاجي من خلال مقاييس السلوك التكيفي adaptive أو مقاييس الضغوط النفسية

هذا وتقدم إدارة الصحة والرعاية الإجتماعية البريطانية Department of Health and Social Security برنامجاً مقترحاً للتدريب على حل المشكلات الإجتماعية لذوي الإعاقة العقلية على أساس من الأدلة النظرية والتطبيقية للتدريب على حل

٣- تدريس المكون الجديد:

وبمجرد شرح المكون الجديد يتم تشجيع كل عميل على أن يردد ذلك ويعطى أمثلة عليه. ويمكن هنا استخدام إستراتيجيات معينة مثل لعب الدور والنمذجة. كما يجب أيضاً ربط هذا المكون الجديد بما سبقه حتى يتم تحقيق التواصل في عملية حل المشكلات.

٤- التدريب على جزئيات حل المشكلة:

ويتم خلال كل جلسة التدريب على الجزئيات الصغيرة على أن تتدرج في مدى صعوبتها، وأن تتدرج من المشكلات الشخصية إلى المشكلات بين الشخصية التي تتضمن العديد من الأدوار (السلطة - الأصدقاء - الغرباء)، كما يجب أيضاً تعزيز تلك المحاولات التي يبذلها هؤلاء الأفراد في سبيل ذلك.

٥- الواجبات المنزلية:

يجب تحديد واجبات منزلية في كل جلسة، ويطلب خلالها من العملاء تطبيق ما تم إكتسابه من مهارات في حل المشكلات وذلك على مواقف مختلفة من الحياة الواقعية.

٦- مراجعة محتوى الجلسة والتدريب على الإسترخاء:

تمثل المرحلة الأخيرة في كل جلسة في إعطاء ملخص سريع لما تم تناوله والتدريب عليه وذلك كمراجعة للجلسة، ويتم تحديد الواجبات المنزلية المطلوبة، ويتبع ذلك بضع دقائق من الإسترخاء.

- ثانياً: المواد المستخدمة:

وتتضمن هذه المواد ما يتعلق بالمشكلات الشخصية، وجزئيات محددة من هذه المشكلات، ووسائل سمعية وبصرية تتضمن بطاقات بها مكونات التدريب، وأشرطة مسجلة، وواجبات منزلية، وأجندة. ويتم تحديد عدد من المشكلات للتدريب عليها سواء كانت هذه المشكلات شخصية أو إجتماعية على أن تتم إثارة هؤلاء العملاء لتناولها.

المشكلات مع عينات مختلفة، وأهمية التدريب على الدور الإجتماعي بالنسبة لأعضاء هذه الفئة وفي سبيل الإهتمام بهم حتى يمكنهم الإنخراط في الحياة الإجتماعية، مع وجود بعض المرونة في التطبيق تترك للمعالج بحسب خصائص الأفراد الذين يتم تطبيق هذا البرنامج عليهم. ويمكننا أن نعرض ملخصاً لهذا البرنامج على النحو التالي:

- أولاً: طريقة التدريب:

تقترح الإدارة أن يتم التدريب وفق الخطوات التالية:

١- المناقشة المفتوحة:

وتعتبر مثل هذه المناقشة ضرورية خاصة عندما يتطلب الأمر لفت الإنتباه للمشاكل الراهنة حيث يؤدي عدم القدرة على لفت الإنتباه لتلك المواقف تتضمن قدراً كبيراً من الإضطراب الإنفعالي إلى صرف إنتباه البعض عن التدريب.

٢- مراجعة الجلسة السابقة:

ويجب أن تبدأ كل جلسة بمراجعة لما يكون قد تم التدريب عليه في الجلسة السابقة حتى يتم:

أ- استدعاء المكونات الأساسية التي تضمنتها الجلسة السابقة حتى لا ينساها العميل.
ب- التأكد من أن من لم يحضر الجلسة السابقة قد أصبح على دراية بمحتوى الجلسات.

ج- مراجعة الواجبات المنزلية والتأكد من إتمامها وهو ما يعتبر بمثابة تغذية راجعة في هذا الصدد.

د- ربط الجلسة السابقة بالجلسة الحالية حتى يكون هناك نوع من التواصل بالبرنامج للبرنامج.

٣ - عدد الحلول الإستقلالية التي يتم توليدها.

٤ - عدد التقارير البديلة التي تتوفر كتلك الحلول والإستجابات غير المرتبطة بالمشكلة.

٥ - عدد الإستجابات غير المرتبطة بالمشكلة والتي يتم توليدها.

٦ - درجة التفكير المقارن.

٧ - القدرة على تبرير الحل الذي يتم إختياره.

٨ - درجة التقبل الإجتماعى للحل.

٩ - درجة فاعلية الحل أو أثره.

١٠ - عدد الأفكار المرتبطة بالمشكلة والقابلة للتطبيق.

١١ - عدد الوسائل المقترحة لتحقيق الغايات.

١٢ - درجة واقعية الوسائل المستخدمة.

إلا أن تطبيق مثل هذا البرنامج يكتنفه بعض الصعوبات حيث نجد أن بعض مكونات البرنامج ليست سهلة الفهم أو الإستيعاب من جانب ذوى الإعاقة العقلية، وبالتالي يجب إستخدام أمثلة ملموسة ووسائل ومعينات بصرية وتعليمات ذاتية. كما يجب أن نبقى على إهتمام هؤلاء الأفراد بالبرنامج، وهذا يتطلب بطبيعة الحال أن يتعامل ذلك البرنامج مع حاجاتهم المختلفة، وأن نبقى على دافعتهم للمشاركة فى البرنامج والإستفادة منه.

وفى هذا الإطار تعتبر المهارة الإجتماعية على درجة كبيرة من الأهمية، وتعد بمثابة بعض عناصر للسلوك ذات أهمية بالنسبة للأفراد حتى يتمكنوا من أخذ المبادأة أو المبادرة فى العلاقات الإيجابية بين الشخصية والإبقاء عليها وإستمرارها. ويذكر أريال (١٩٩٢) Ariel عدداً من هذه المهارات سواء اللفظية أو غير اللفظية التي يمكن تعليمها لهؤلاء الأطفال من بينها:

ومن الخطوات الأساسية فى البرنامج تدريب العملاء على التعرف على الأحداث وعلاقتها بالإنفعالات والنتائج فى نموذج ABC الذى قدمه إليس Ellis والذي يقوم على إكتشاف العلاقة بين الحدث A والنتيجة C وذلك عن طريق تشجيع العملاء على إكتشاف الإعتقاد أو الإعتقادات B التي تعمل كمسبب للإستجابات اللاواعية. ويتم التدريب على ذلك من خلال الموضوعات التالية:

أ - مشاعر سلبية ترتبط بمشكلات مختلفة.

ب - السيطرة على البواعث إذ يساهم ذلك فى منع حدوث النتائج السلبية.

ج - وضع مشاعر وأفكار الفرد فى الإعتبار حيث يساعد ذلك على تحديدها والمشكلة.

د - التغذية الرجعية من أفراد آخرين حيث يمكن أن يساعد ذلك فى حل المشكلة.

هـ - إثارة المفحوصين لمحاولة إكتشاف تلك الأحداث المسببة للإنفعالات السلبية مثل:

- ما الذى جعلنى حزينا؟

- ما الذى كنت أفكر فيه قبل أن يحدث ذلك؟

- ثالثاً: التقييم:

ويتم من خلال إستخدام عدد من الإختبارات يكشف أداء المفحوصين عليها مدى التقدم الذى أحرزوه بعد تطبيق البرنامج. كما يمكن أن يتم ذلك أيضاً من خلال ملاحظة المعالج لأداء المفحوص.

والى جانب ذلك هناك عدد من المحكات يمكن إستخدامها فى هذا الصدد ويمكن إجمالها كالتالى:

١ - طبيعة المشكلة التي يتم تحديدها وهل هى ضمنية أم علنية.

٢ - أسلوب حل المشكلات، وهل هو إستقلالى، أم إعتمادى، أم شبه مستقل.

- التواصل بالعين: eye Contact وتعنى قدرة الطفل الإبقاء على تواصله عن طريق العين مع شخص آخر يستمع إليه أو يتحدث معه وذلك لفترة زمنية قصيرة على الأقل.

- التعبير الوجهي: facial expression وتعنى القدرة على إظهار أو إستخدام تعبيرات الوجه كالإبتسام أو إبداء الإهتمام للإبقاء على تواصله مع شخص آخر.

- الإبقاء على المسافة الإجتماعية: Social distance وتعنى معرفة أين يقف الفرد قياساً بالآخرين، ومعرفة متى يكون التواصل الجسمي غير مناسب.

- خصائص الصوت: quality of voice وتعنى المهارة فى إستخدام عدد من الخصائص المتعلقة بالصوت كالحدة، والنغمة، ومعدل الكلام، والوضوح والمحتوى وذلك فى الإبقاء على التواصل مع الغير.

- الترحيب بالآخرين: Greeting others كالبدء بالتواصل أو الإستجابة للترحيب، أو دعوة طفل آخر ليشركه فى القيام بنشاط معين.

- التحدث مع الآخرين: وتعنى مهارات المحادثة التى تتناسب مع العمر الزمنى للطفل، والتعبير عن المشاعر، وتوجيه الأسئلة، وحسن الإستماع، وإبداء الإهتمام، والإستجابة للأسئلة المطروحة.

- اللعب مع الآخرين والعمل معهم: وتتضمن الإمتثال للقواعد، والمشاركة، والقدرة على الوصول إلى حل وسط، والمساعدة، وأخذ الدور، وتحية الآخرين، وتقديم الشكر لهم فى المواقف التى تتطلب ذلك، أو الإعتذار لهم فى تلك المواقف التى يجب أن يقدم فيها ذلك.

- لفت الإنتباه أو طلب المساعدة: وذلك باستخدام الأساليب التى تتناسب مع تلك المواقف.

- مواجهة الصراع: وتتضمن السيطرة على العدوان، والتعامل مع الغضب من جانبه ومن جانب الآخرين بشكل مقبول، وتقبل النقد، والتحلّى بالروح الرياضية.

ويقترح أريال Ariel أن يتم التدريب على المهارات الإجتماعية بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً فى ست خطوات كالتالى:

١- التحديد أو التعيين: وتعنى تحديد المهارة المستهدفة وبيان أهميتها.

٢- نمذجة المهارة: وذلك بتقديمها من خلال نموذج سواء كان ذلك نموذجاً حياً أو نموذجاً رمزياً من خلال الفيديو أو الأفلام أو أفلام الكرتون.

٣- التقليد: ويعنى محاولة الطفل أن يؤدي نفس المهارة التى يكون قد تم أداءه أمامه.

٤- التغذية الرجعية: ويمكن إستخدام الفيديو لتوضيح أنه لم يؤد المهارة كما ينبغى.

٥- إتاحة الفرصة أمام الطفل لإستخدام المهارة: وذلك عن طريق إشراكه فى العديد من الأنشطة المتنوعة.

٦- التعزيز: ويتم بشكل إما مادي أو لفظى وذلك عن طريق المكافأة أو الثناء.

وفى هذا الإطار إستطاع مورفى وكليمر (1991) Murphy & Clare تدريب مراهق فى التاسعة عشرة من عمره على المهارات الإجتماعية مما أدى إلى حدوث نقص كبير ودال فى معدل سلوكه العدوانى. وإستطاع شورت وآخرون (1993) Short et. al باستخدام أفلام كرتون كنماذج مع أطفال فى العاشرة من العمر من المتخلفين عقلياً وكان يتم عرض تلك الأفلام عليهم كنماذج وذلك لنتهم مهاراتهم الإجتماعية من معارف وإدراك وحساسية فى التفاعل، أن يحسنوا مستوى المهارات الإجتماعية لهؤلاء الأطفال. كما توصل بوب وجير (1998) Pope & Jones فى دراستهما لحمسة أفراد يعانون من تخلف عقلى

متوسط، وإستخدامها فيها مراقبة الذات كأحد عناصر الضبط أو التنظيم الذاتي للسلوك إلى جانب تدريبهم على المهارات الإجتماعية وذلك بغرض التقليل من سلوكهم اللاتواؤمي، فتم تعليم كل منهم أن يرى ويسجل مدى تكرار السلوك المستهدف، وكشفت النتائج أن تلك الإجراءات قد أدت إلى حدوث نقص دال في السلوك اللاتواؤمي لكل منهم حتى مع عدم إستخدام أى تعزيز خلال الدراسة.

الإضطرابات الإنفعالية والوجدانية

يرى نيزو ونيزو (1994) Nezu & Nezu أنه إذا كان أولئك الذين يتلقون العلاج المعرفى السلوكى يتم تشجيعهم على فهم وجداناتهم وعلى تعلم مهارات المواجهة مع أسباب وأعراض تلك الوجدانات فإن ذوى الإعاقة العقلية يعيشون في بيئات تعج بالعديد من الضغوط التى يتعرضون لها سواء فى العمل أو العلاقات بين الشخصية، ونظراً لإفتقارهم إلى المهارات المختلفة سواء المهارات بين الشخصية أو المهارات الإستقلالية وتعرضهم لتلك الضغوط فإن ذلك يؤثر سلباً على وجداناتهم. ومع ذلك فقد إزداد إستخدام العلاج المعرفى السلوكى مع أعضاء هذه الفئة نظراً لأن:

أ - العلاج المعرفى السلوكى يعد وسيلة ثابتة وصادقة لإحداث التغير المرغوب فى الوجدانات وأنماط السلوك.

ب - المتخلفين عقلياً يحتاجون إلى تشجيعهم على تعلم المهارات اللازمة لإحداث التغير فى جوانب حياتهم المختلفة، وفى هذا الإطار يعد العلاج المعرفى السلوكى أسلوباً فعالاً لتعلم المهارات.

ومن الجدير بالذكر أن جليك وزيجلر (1995) Glick & Zigler يقترحان تفسيراً نظرياً للاختلافات التى يمكن أن تظهر فى فينومولوجيا الإضطراب الإنفعالى لذوى التخلف العقلى البسيط والشديد حيث يريان أن هناك تطوراً نمائياً فى التعبير عن الإضطراب الإنفعالى حيث يتم السلوك فى المراحل الأولى من التطور باستجابات مباشرة وسريعة ولاتتغير وذلك للمثيرات الخارجية، كما يتم

الأداء الوظيفى بأنه يكون غير مباشر وتخيلى إضافة إلى أنه يتخذ أنماطاً لفظية رمزية. ومن ثم فإن ذوى التخلف العقلى الشديد سوف يظهرون إضطراب الإنفعالى من خلال أفعالهم وليس من خلال معارفهم، كما أنه يكون من الأ احتمالاً بالنسبة لهم أن يبدوا أعراضاً تدل على بغضهم للآخرين وليس بغض لأنفسهم. فى حين يظهر ذوو التخلف العقلى البسيط كماً أكبر من الأعراض تدل على بغضهم للآخرين كالعدوان الجسمى عليهم، إلى جانب أعراض أقل تدل على بغضهم لأنفسهم كالشكاوى الجسمية وفقد الشهية على سبيل المثال، مضافاً إلى أعراض أخرى تدل على التعبير من خلال الأفعال المباشرة وليس من خلال التفكير. وبالتالي فإن المتخلفين عقلياً الذين يكونون فى المراحل الأولى من التطور يميلون إلى التعبير عن توترهم بإتجاه الخارج أى يوجهونه نحو الآخرين، فى حين يميل المتخلفون عقلياً الذين يكونون فى المراحل الأعلى من التطور إلى التعبير عن توترهم بإتجاه الداخل أى يوجهونه نحو أنفسهم، كما يعبرون عن مشكلات الإنفعالية بنفس الطريقة أيضاً. وهذا يوضح كيف يختلف التعبير عن الإضطراب الإنفعالية باختلاف مستويات الإعاقة العقلية، وهو الأمر الذى يجب أن نضعه الإعتبار عند التعامل مع أعضاء هذه الفئة ووضع البرامج العلاجية لهم.

ومن المقاييس التى يمكن إستخدامها فى هذا الصدد مقياس الأعراض السيكوباتولوجية للمتخلفين عقلياً (Psychopathology Instrument for Mentally retarded Adults (PIMRA) والذى أعده سيناتور وآخرين (Senatore et. al (1985) وذلك لتحديد الأعراض السيكوباتولوجية التى تظهر عليهم سواء بشكل عام أو بشكل خاص. ويتكون هذا المقياس من 65 عبارة تم بناؤه فى ضوء الدليل التشخيصى والإحصائى للأمراض والإضطرابات النفس والعقلية فى طبعته الثالثة DSM - III والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى عام 1980 ويضم ذلك المقياس سبعة مقاييس فرعية، إلا أن ما يؤخذ عليه أنه

تم تصميمه من خلال المعرفة بالأقران العاديين، وعلى هذا فقد قدم بيروودسكي وآخرون (Pirodsky et. al (1985) مقياساً بيولوجياً للإكتئاب يمكن استخدامه من المتخلفين عقلياً وغيرهم بعنوان The Dexamethasone Suppression Test ويكفي اختصاراً DST. وقد وجد هؤلاء الباحثون علاقة دالة إحصائياً بين إثنين أو ثلاثة من الأنماط السلوكية كإلحاق الأذى بالذات، والعدوان الجسمي، والإنسحاب الاجتماعي وبين النتيجة الإيجابية لهذا المقياس. إلا أن تطبيقه على أعضاء هذه الفئة من المتخلفين عقلياً يحدث الكثير من الجدل إذ لا يمكن الإعتماد عليه بشكل كبير نظراً لما يتميز به هؤلاء المفحوصون من سمات، ومن ثم يفضل أن يكون هذا المقياس بمثابة مقياس تشخيصي فقط وأن نعتمد إلى جانبه على الملاحظة الإكلينيكية.

هذا وعلى الرغم من وجود كم كبير من الدراسات التي يتضمنها التراث السيكولوجي حول القلق والهلع والإكتئاب وغير ذلك من الإضطرابات الإنفعالية لدى الأفراد العاديين والتي يتراوح علاجها بين التدريب على الإسترخاء، والتحكم التدريجي في القلق، والعلاجات المعرفية المختلفة التي تتضمن العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج المتمركز حول البنية المعرفية، والعلاج المعرفي التحليلي، فإن مثل هذه الدراسات تندر تماماً أو تكاد تنعدم بالنسبة للمتخلفين عقلياً حيث تكاد بصعوبة بالغة نحصل على دراسة واحدة أجريت في هذا المجال أو حتى تتناول ذلك الأثر البسيط لأي شكل من أشكال العلاج المستخدم مع مثل هذه الإضطرابات. وفي هذا الإطار يقدم لندساي وآخرون (Lindsay et. al (1997) إقتراحاً نظرياً يتضمن عدداً من الإجراءات التي يمكن أن تتبع لخفض حدة القلق لدى هؤلاء الأفراد، وإن لم توجد هناك أدلة على مدى صحة مثل هذه الإجراءات وقيمتها الإكلينيكية في خفض حدة القلق لدى المتخلفين عقلياً. وهذه الإجراءات هي:

- ١ - وضع أجنده معينة تتحدد فيها الخطوات التي يمكن أن تتبع خلال الجلسات المختلفة، وهذا بطبيعة الحال يسمح للعميل أن يسير وفق ما تم تحديده له في هذه الخطوات بشكل منظم ووفقاً لنسق معين، ومن ثم تصبح مثل هذه الأجنده ذات أهمية كبيرة خلال جلسات العلاج. ومن الجدير بالذكر أن هناك نقاطاً معينة يتم تحديدها في الإجنده حتى يتم تناولها خلال الجلسة بحيث يتم التركيز على كل نقطة من تلك النقاط على أن تكتب النقاط بلغة بسيطة وسهلة ومحددة حتى لايساء فهمها.
 - ٢ - تحديد الأفكار السلبية التي يعتقد أنها هي المسؤولة عن القلق وذلك كما في الدراسة التي أجراها ليندساي (Lindsay (1991) عندما قام بتحديد تلك الأفكار من خلال لعب الدور وذلك عن طريق تمثيل بعض الأحداث الصعبة التي مر بها العميل في الماضي. ويذكر مثلاً لذلك حالة العميل الذي أتى إليه وهو يخاف من وجوده مع إناث في غرفة واحدة، فطلب منه أن يقوم بلعب هذا الدور وتمثيله، وبعد ثلاث جلسات شعر العميل بالراحة والأمان. وقد لاحظ الباحث أن ذلك العميل كان يبدو عليه القلق أثناء قيامه بلعب الدور، فقام بتوجيه سؤال إليه عما يفكر فيه، فاستطاع بهذه الطريقة أن يحدد الأفكار الأوتوماتيكية السلبية التي كانت تدور في ذهنه والتي ذكرها كالتالي:
- لا أستطيع أن أتحمل البقاء هنا مع هؤلاء البنات.
 - سوف يصبح وجهي أحمرأ.
 - إنهن ستضحكن عليّ.
 - هذا شيء مزعج بالنسبة لي.
 - أنا لا أحب البنات.
 - إنه لشيء سيء ومزعج أن توجه حديثك إلى البنات.

- هل شعرت بالقلق اليوم؟

| الساعة | لا | بدرجة قليلة | بدرجة كبيرة | كثيراً |
|-----------------|----|-------------|-------------|--------|
| ٩ - ١٠ صباحاً | | | | |
| ١٠ - ١١ صباحاً | | | | |
| ١١ - ١٢ صباحاً | | | | |
| ١٢ - ١ ظهراً | | | | |
| ١ - ٢ بعد الظهر | | | | |
| ٢ - ٣ بعد الظهر | | | | |
| ٣ - ٤ بعد الظهر | | | | |

٥ - تحديد محتوى الإعتقادات من خلال الأفكار الأوتوماتيكية السلبية: وذلك عن طريق لعب الدور على سبيل المثال، فيعاد تمثيل المواقف المثيرة للقلق مثلاً حتى تساعد العميل على فهم العلاقات بين أفكاره ومشاعره المرتبطة بالقلق وبين سلوكه. كما يستخدم لعب الدور أيضاً بصورة مستمرة لمساعدة العميل على ممارسة أساليب للتفكير أكثر تكيفاً في المواقف الحرجة. وفي هذا الإطار يتم استخدام لعب الدور كتهييد لمهام الواجبات المنزلية حيث يمكن للعميل أن يقوم باستخدام مثل هذه الأفكار في المواقف الواقعية.

٦ - مواجهة الإعتقادات اللاتواؤمية: ويتم بعد تحديد تلك الأفكار العمل على دحضها وتفنيدتها من خلال المناقشة التي يجربها المعالج مع العميل ويساعده من خلالها على القيام بذلك. ويمكن استخدام أفلام الكرتون كنماذج في هذا الإطار على أن يتبعها مناقشة لما يتم في هذا الصدد خلال الفيلم.

٧ - تطوير أفكار تواؤمية من خلال توليد معارف بديلة: ويتم هنا استخدام أبسط

كذلك يمكن في هذا الإطار القيام بلعب الدور العكسي وذلك بين المعالج والعميل، فيقوم العميل بدور المعالج ومن ثم يعمل على توجيه الأسئلة الموجهة إلى (المعالج) الذي يقوم بدور العميل. ويستطيع المعالج الذي يقوم بدور العميل في تلك الحالة أن يقوم بتوجيه أسئلة لها مغزاه ومدلولها في العملية العلاجية التي يقوم بها المعالج في تلك الحالة مما يساعد على ظهور الأفكار الأوتوماتيكية السلبية وتحديدتها حتى يتم التعامل معها بعد ذلك. كما يمكن من خلال هذه الطريقة تطوير وعي العميل بالعلاقة بين مآلديه من إعتقاد وتوقع وإنفعال وبين ما يقوم به من سلوك.

٣ - تحديد العلاقة بين الأفكار وخبرة القلق والسلوك: ويمكن هنا تحديد العلاقة بين أفكار العميل ومشاعره وإعتقاداته وسلوكه حيث نجد أن الأفكار الأوتوماتيكية ترتبط بإعتقاده وهو ما يؤدي بطبيعة الحال إلى إثارة العديد من الأفكار التي تؤثر على السلوك. ومن ناحية أخرى هناك بعض الإعتقادات لدى الفرد ترتبط بفكرته عن ذاته يصعب فصلها عن الأفكار الأوتوماتيكية وتحديدتها حتى تتم مواجهتها. وعند العلاج يتم التعامل مع مثل هذه الإعتقادات على أنها بمثابة أفكار أوتوماتيكية.

٤ - تصوير monitoring الأفكار الأوتوماتيكية والمشاعر: وفي هذا الإطار استخدم لندساي (١٩٩٧) Lindsay أسلوباً جديداً لذلك يتم فيه تحديد مثل هذه الأفكار والمشاعر من خلال التعرف عليها في أفلام الكرتون، كما يتم أيضاً من خلال مقياس يعرف بمقياس التناظر أو التماثل analogue scale ويتم بالمرونة ويستخدم بشكل يومي لقياس الأفكار والمشاعر. وأحياناً يتم استخدامه في المنزل كل ساعة، ويمكن استخدامه لقياس عدد من المتغيرات كالقلق والخجل والإكتئاب وحتى الإنتباه. ويوضح الشكل التالي مثلاً لإستخدامه مع القلق والذي يعد بمثابة إستمارة لتسجيل الإنفعالات.

المعارف التي تظهر بالدليل وذلك في إطار العلاج. ويتم ذلك باستخدام عكس تلك الأفكار السلبية كلما أمكن. فإذا ما عدنا إلى المثال الذي ذكرنا فيه أن بين الأفكار التي قدمها العميل أنه قال: «أن البنات سوف يضحكن عليّ» وذلك حينما كان لا يريد أن يجلس في غرفة واحدة مع بنات، فيمكننا هنا أن نستخدم عكس هذه الفكرة فنقول: «لن يضحك عليّ أي إنسان»، وكذلك الحال بالنسبة لفكرة أخرى ولتكن مثلاً: «إنه لشيء سيء أن نتحدث إلى البنات» لتصبح بعد أن نستخدم عكسها «إنه لشيء جيد أن نتحدث إلى البنات». وبهذه الطريقة تصبح الفكرة مساعدة ويتم بالتالي التأكيد عليها في تناول المواقف المثيرة للقلق بدلاً من تناولها في مواقف الخوف أو تلك المواقف التي يحدث فيها إضعاف المكانة أو الخط من القيمة الذاتية.

٨ - التدريب على هذه الأفكار خلال جلسات العلاج من خلال لعب الدور: وقد استخدم لندساي Lindsay تلك الفنية في دراساته السابقة ١٩٩١، ١٩٩٣. وبعد لعب الدور ولعب الدور العكسي تمهيداً لمهام الواجبات المنزلية مما يساعد العميل على استخدام تلك الأفكار في مواقف الحياة الواقعية المتباينة.

٩ - تكوين إفتراضات بنائية جديدة حول الذات: ومن المعروف أن مثل هذه الإفتراضات تتم بناء على تحديد الأفكار الأوتوماتيكية السلبية حول الذات، ثم تناول عكس هذه الأفكار بعد دحضها وتفنيدها، أي تتم مواجهتها، ويتم بعد ذلك تطوير أفكار تواؤمية من خلال المعارف البديلة.

١٠ - إعطاء الواجبات المنزلية وذلك لمراجعة المعارف اللاتواؤمية وتعزيز الإفتراضات البنائية الجديدة عن الذات والأفكار التواؤمية، ومن ثم تصبح المهام المتضمنة في الواجبات المنزلية ذات أهمية إذ يمكن من خلالها تصوير الأفكار اللاتواؤمية التي تحدث خلال الأسبوع، كما أنها تعمل أيضاً على توفير مواقف تتم فيها ممارسة الأفكار التواؤمية والتدريب عليها.

هذا وقد استخدم لندساي Lindsay أسلوب لعب الدور للتخفيف من

الأفكار الأوتوماتيكية السلبية المتعلقة بالقلق، ثم قام بتبديل الأدوار بين المعال والعميل، وقام كذلك بمناقشة الأسباب المؤدية للقلق مع العميل وإستخدام إلى جانب ذلك مراقبة وتصوير الأفكار والمشاعر، وأفلام الكرتون لتوضيح المشاء وذلك لدى عميل واحد نسبة ذكائه ٦٧ على مقياس وكسلر، ويبلغ من العم الزمنى ٢٧ سنة، وإستغرق البرنامج العلاجي أربعة عشر أسبوعاً، وكشفت النتائج عن حدوث نقص كبير في الأفكار السلبية المتعلقة بالقلق وهو ما أدى إلى خفض حدة القلق لدى هذا المفحوص. وهذا يدل بطبيعة الحال على فاعلية البرنامج المستخدم في خفض حدة القلق. كما كشفت الدراسة التتبعية بعد ستة شهور عن إستمرار إنخفاض مستوى القلق لدى العميل. ومن ناحية أخرى قام لالى Lally (١٩٩٣) باستخدام أفلام كرتون كنماذج لتدريب عينة من الأطفال من المتخلفين عقلياً في العاشرة من أعمارهم على فهم وإستيعاب البشاشة كانفعال، إضافة إلى إستيعاب الإنفعالات الإيجابية. ووجد أن البرنامج قد أدى إلى قدر كبير من التحسن في قدرة هؤلاء الأطفال على فهم وإستيعاب تلك الإنفعالات.

وفيما يتعلق بالغضب يرى نوافكو Novaco (١٩٩٣) أن خبرات الغضب الخاصة بالمتخلفين عقلياً الموجودين داخل المؤسسات الخاصة بهم تنحصر في بيئاتهم الفيزيقية (المادية) والإجتماعية. كما أن الفرص المتاحة أمامهم للمتعة والعمل والأنشطة الإجتماعية تعد محدودة، إضافة إلى أنهم كثيراً ما يتعرضون لإساءة الإستخدام اللفظي والجسمي من جانب المشرفين نظراً لنشاطهم الزائد، وهو ما يؤدي في الغالب كما يرى أتوود وجوكيم Attwood & Joachim (١٩٩٤) إلى تعرض هؤلاء المشرفين للإحترق النفسى. ويرى مكالبين وآخرون (١٩٩١) Mc Alpine et. al أن العديد من المتخلفين عقلياً يعانون من صعوبات في التذكر، والتنظيم السلوكى، والتعبير عن إنفعالاتهم المختلفة كانفعال الغضب على سبيل المثال والذي يعد من الإنفعالات السلبية القوية، كما أنهم لا يستطيعون القيام بالتمييز بين الإنفعالات. ويضيف باتيس Bates (١٩٩٢) إلى ذلك عجزهم عن التعبير بشكل مناسب ومقبول عن إنفعالاتهم السلبية. ويرى هولت Holt (١٩٩٤)

أن العجز في التعبير عن الإنفعالات يعني أنه قد يتم تجاهل حاجات الفرد وحزنه، أو قد تتم إثارة ذلك حتى يتفاقم وهو ما يؤدي إلى أن تنشأ دائرة مفرقة من السلوك العدواني. وقد يدل الغضب في مثل هذه الحالة على عدم قدرة المشرفين على التعاطف معهم وعلى إقامة علاقات متبادلة معهم.

ويرى كل من نونفاكو وويلش (1989) Novaco & Welsh أن هناك عدداً من العوامل المعرفية تتوسط حدوث الغضب. ويشير مثل هذا التوسط المعرفي إلى تلك العمليات المعرفية التي تحدث قبل الحدث الذي يؤدي إلى هذه الإثارة، وأثناء إدراك هذه الإثارة وذلك كجزء من العملية الإدراكية، وكذلك بعد حدوث مثل هذه الإثارة. وأن مثل هذه العمليات تؤثر على السلوك وتؤثر به، ومن ثم ترتبط بالسلوك ارتباطاً وثيقاً، وتصبح من جرائها توقعات الشخص المرتبطة بالموقف غير واقعية وجامدة أي غير مرنة، وتؤدي به إلى زيادة مدى ومدة الحساسية للإشارات الموقفية المرتبطة بالابنية العقلية المرتبطة بتلك الإثارة. وعلى ذلك تتأثر العمليات الإدراكية كاليقظة والنشاط، والانتباه الانتقائي، وأهمية الإشارة بالوضع المعرفي وبالتغيرات المرتبطة بالسياق. وتعد عمليات التقييم والتي يتم بمقتضاها إعطاء المعنى الشخصية للأحداث ذات أهمية محورية وجوهرية بالنسبة للإنفعالات والتوترات.

وفيما يتعلق بإثارة الغضب فإن الأفعال التي تصدر عن الآخرين يمكن تفسيرها على أنها تهديد للصورة الذاتية للفرد، وبالتالي تعتبر عدوانية ومن ثم تحظى بأهمية شخصية مبالغ فيها. ويرى هاويلز (1989) Howells أن توجيه اللوم للآخرين يعكس بمثابة مظهر أساسي بالنسبة للغضب، أما باندورا (1973) Bandura فيرى أن إجترار الأفكار حول حدث معين يطيل من الإثارة الحادثة. إلا أن أهمية الإجتراء في التأثير على مدة دوام الغضب وردود الفعل المرتبطة به لا يمكن إعطاؤها من حيثها من التركيز وذلك حتى نستطيع فهم خبرات الغضب لدى المتخلفين عقلياً الذين يقيمون في تلك المؤسسات الخاصة بهم حيث يرى هاويلز (1989) Howells أن هناك العديد من الصعوبات في التقييم الإكلينيكي للأفراد الذين يعانون من الغضب ويقيمون في مثل هذه المؤسسات نظراً لأن هذا التقييم يعتمد على مقياس التقرير

الذاتي للغضب مثل ذلك المقياس الذي أعده نونفاكو (1983) Novaco والمسمى بمقياس نونفاكو للغضب والإثارة Novaco Provocation Inventory ومقياس الغضب كسمة وكحالة أو ما يعرف بحالة وسمة الغضب الذي أعده شيبيلبرجر وآخرو Spielberg et. al (1983) المعروف Spielberg State - trait anger Scale وفى هذا الإطار قام نونفاكو (1994) Novaco بتطوير مقياس جديد يقوم على إطا مفاهيمي يستخدم مع عينات مختلفة من المرضى.

وفيما يتعلق بالعلاج المعرفي السلوكي للغضب فقد بدأ على يدي نونفاكو (1975) Novaco وبمرور الوقت تم تطويره وتعديله على أنه إتهام يقوم على تطوير مهارات مواجهة الضغوط والتوترات حيث يهدف إلى تطوير مهارات المواجهة التي يتم تطبيقها بشكل تدريجي أى عن طريق التعرض التدريجي لجرعات من الإثارة. ويضم إجراء يتضمن ثلاث مراحل هي الإعداد المعرفي، وإكتساب المهارة، والتدريب على التطبيق وهو ذلك الإجراء الذي قدمه ميتشبنوم Meichenbaum منذ البداية لعلاج المشكلات المتعلقة بالقلق ثم طوره نونفاكو (1977، 1980) Novaco لعلاج الغضب المزمن. وتتألف المكونات الأساسية للعلاج من:

- ١ - إعادة البناء المعرفي . Cognitive reconstructing
- ٢ - خفض أو تقليل الإثارة . arousal reduction
- ٣ - التدريب على المهارات السلوكية . behavioral Skills training

ومن الصعوبات التي تواجه علاج أولئك الأفراد الذين يعانون من الغضب أن العديد من هؤلاء الأفراد يتسمون بالعدوانية والتعجل والإندفاعية والقابلية للإثارة، كما يميلون للحساسية الزائدة للتهديد المدرك ويستجيبون لذلك بشكل عدواني. وغالباً ما يجد المعالجون صعوبة في مواجهة مثل هذه الإنفعالات الصعبة. ونظراً لوجود بعد خارجي في الغضب يرى نونفاكو (1994) Novaco أن ذلك قد يمنع الفرد من قبول المسئولية الشخصية عن حدوث تغير، كما أنه يؤثر سلباً على دافعية الفرد تجاه العلاج.

هذا ويمكن استخدام العلاج المعرفى السلوكى فى علاج مشاعر الغضب والإحباط لدى المتخلفين عقلياً، إلا أن بلوندين وآلان (Lunden & Allen 1987) يريان أنه نادراً ما يتم تناول تلك الصعوبات المرتبطة بمشاعر الغضب لدى أعضاء الفئة. ولم تصل بنسون Benson وزملاؤها (1986) إلى نتائج مشجعة عند استخدامهم للتعديلات التى أدخلها نونفاكو Novaco على علاج الغضب بالرغم من حدوث نقص فى متوسط درجات أعضاء المجموعات التى تم إجراء تلك الدراسات عليها من المجموعات الأربع التى تضمنتها العينة حيث تم استخدام التدريب على الإسترخاء مع المجموعة الأولى، والتعليم الذاتى مع المجموعة الثانية، وحل المشكلات مع المجموعة الثالثة، أما المجموعة الرابعة فقد استخدم أعضاؤها كل هذه الأساليب معاً، ولم تكن الفروق بين هذه المجموعات دالة، وهو الأمر الذى جعل بنسون (1994) Benson تركز فى تناولها للغضب على إجراء يتضمن مكرراً عن تعيين الحالات الإنفعالية.

وعند محاولتهما خفض حدة الغضب والعدوانية لدى مراهق متخلف عقلياً فى التاسعة عشرة من عمره استخدام مورفى وكليير (Murphy & Clare 1991) برنامجاً علاجياً لمدة عام تضمن أسلوب الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك وذلك لضبط الغضب وما يتبعه من عدوانية، إضافة إلى مراقبة الذات، والتدريب على المهارات الإجتماعية، ومهارات مواجهة المواقف المثيرة للغضب. وأوضحت النتائج حدوث نقص كبير ودال فى العدوان الجسمى واللفظى للمفحوص بعد البرنامج العلاجى، وهو ما يؤكد فعالية ذلك البرنامج فى تعديل السلوك. ودرس بلاك ونونفاكو (Black & Novaco 1993) حالة عميل فى نهاية العقد الرابع من عمره وذلك لخفض حدة العدوان الجسمى واللفظى لديه، وهدف العلاج بطبيعة الحال إلى تعديل سلوكه. وقد قسما البرنامج العلاجى إلى ثلاث مراحل أطلقا على المرحلة الأولى منه مرحلة الإعداد المعرفى، وتم تقسيمها إلى جزئين يعرف أولهما بمرحلة مراقبة الذات، أما الثانى فيعرف بمرحلة الحصول على المعلومات، وحدداً لكل مرحلة فرعية منهما أربع جلسات علاجية. بينما أطلقا على المرحلة الثانية

إسم مرحلة إكتساب المهارة، وقسماها أيضاً إلى مرحلتين فرعيتين تعرف الأولى بمرحلة إثارة العميل لخفض حدة العدوانية، والثانية تعليم إستراتيجيات المواجهة، وحدداً لكل مرحلة فرعية منهما عشر جلسات علاجية، فى حين أطلقا على المرحلة الثالثة التدريب أو التطبيق وإستمرت حتى نهاية الدراسة التتبعية. وإستخداما فنيات مراقبة الذات، والمناقشة، وخفض الإثارة، والتدريب على المهارات السلوكية والإجتماعية. وأوضحت النتائج أن العميل قد حقق ضبطاً كبيراً للغضب والعدوان ساعده على تعديل سلوكه وضبط نفسه عند شعوره بالغضب، كما ساعده أيضاً على التفاعل مع الآخرين. وباستخدام نفس هذه الإجراءات إضافة إلى لعب الدور، ومراقبة الذات وذلك خلال برنامج علاجى إستمر لمدة تسعة شهور درس لندساي وآخرون (Lindsay et. al 1994) حالات أربع من الذكور المراهقين المتخلفين عقلياً وذلك لخفض حدة الغضب والعدوانية لديهم. وأوضحت النتائج أن إثنين منهم قد تحسنا بشكل كبير ودال، بينما تحسن الثالث بشكل بسيط، أما بالنسبة للرابع فلم يكن هناك دلالة للتحسن الذى طرأ عليه.

وبذلك يتضح أن ذوى الإعاقة العقلية البسيطة يمكن أن يستفيدوا من المكونات الفردية للعلاج المعرفى السلوكى مثل المراقبة الذاتية، والتعليم الذاتى، والسيطرة على الإندفاعات، والتدريب على الإسترخاء، وحل المشكلات الإجتماعية.

ويرى نونفاكو (Novaco 1994) أن هناك عدداً من الصعوبات التى ترتبط بعلاج الغضب لدى ذوى الإعاقة العقلية، وهى:

١- الظروف البيئية:

وتعمل مثل هذه الظروف على إثارة الغضب، ومن أمثلتها الخبرات المبكرة، ونماذج الدور المستخدمة فى حل الصراع، والإبعاد من المدرسة (الفصل)، والمشكلات التى تعترض إقامة علاقات مع الآخرين، وأنماط السلوك العدوانى، والعلاجات السابقة.

٢ - المحددات المعرفية:

وتتضمن تقييم الأبنية والعمليات المعرفية قبل الأحداث المسببة للغضب (الانتباه والتوقعات) وأثناء إدراك تلك الأحداث (النشاط واليقظة، والانتباه الانتقائي ومغزى الإشارة، والتقييم) وبعد الأحداث (الإجترار، والإنعكاسات). كما تؤكد أيضاً على المعنى الشخصي للأحداث، وعلى تلك المتغيرات التي تصاحب أو تقلل من ذلك المعنى.

٣ - الإثارة الجسمية:

ويتم التركيز على نمط الإثارة ومغزاها، والإستراتيجيات المستخدمة لتقليلها وأثر الإثارة الزائدة على الفرد كتلك الآثار الناتجة عن مشكلات النوم ونقص الاهتمام بمتابعة الأفعال، والعوامل التي تزيد أو تقلل من هذه الإثارة.

٤ - المظاهر السلوكية:

ومن هذه المظاهر التعبيرات غير المباشرة، والميكانيزمات التي يلجأ إليها الفرد مثل القمع أو الإنسحاب أو التجنب، وأثر تلك المظاهر على السلوك.

وحتى يكون هذا الأسلوب العلاجي فعالاً مع ذوى الإعاقة العقلية لا بد أن نتغلب على نقص الدافعية لديهم حيث يجب أن يكون هناك دافعية لدى الفرد حتى يشترك فى البرنامج العلاجي ويقبل عليه حتى يتم التغيير. وفى هذا الإطار حاولت وتمان (١٩٩٠) Whitman التغلب على نقص الدافعية وتصحيح الإعتقادات السلبية الخاطئة لدى عينة من المتخلفين عقلياً باستخدام الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك، ومن ثم تعميم هذه الخبرة على مواقف أخرى لم يتم التدريب عليهما وبدأ التدريب باستخدام مناقشة مفتوحة، ثم التدريب خلال الجلسات على العناصر الجديدة المطلوبة فى التنظيم الذاتى وذلك من خلال لعب الدور والنمذجة مع إعطاء واجبات منزلية. وحاول خلال الجلسات التى إستمرت ثمانية أسابيع أن يشرك المحوصين فى أنشطة تهدف إلى زيادة دافعيتهم وإهتمامهم فى الوقت الذى يعمل فيه على تصحيح إعتقاداتهم وأفكارهم الخاطئة والتى قد تعوق إنتقال أثر

التدريب. وكشفت النتائج عن فاعلية هذا البرنامج وفاعلية إستراتيجية الضبط الذاتى للسلوك حيث حدث تحسن دال فى سلوك هؤلاء المحوصين.

ولكى يستطيع الفرد بوجه عام أن يستفيد من برنامج العلاج المعرفى السلوكى هناك عدد من الشروط التى يجب أن تتوفر والتى يعمل المعالجون جاهدين لضمان مدى توفرها لدى ذوى الإعاقة العقلية حتى يمكنهم الإستفادة من البرنامج. وهذه الشروط هى:

١ - مهارات التواصل:

ويمكن قياس التواصل التعبيرى أو اللفظى من خلال مهام تعتمد على الطلاقة اللفظية والقدرة على الوصف كوصف المشاهد المصورة على سبيل المثال. ويمكن فى هذا الإطار قياس التواصل المدرك باستخدام مقياس المفردات المصورة والمعروف بإسم The British Picture Vocabulary Test الذى أعده دون ودون (١٩٨١) Dunn & Dunn والذى يوضح المستوى العمرى للمفحوص من خلال تعبيره عن المفردات المسموعة.

٢ - الإستعداد المعرفى:

ويتم قياسه من خلال المراقبة الذاتية وتصوير القدرات الأولية لفهم وتمثيل التدرج «أكبر من» أو «أصغر أو أقل من» على سبيل المثال، وتسجيل الأحداث التى تتضمن الإثارة، إلى جانب تحديد مدى القصور فى الذاكرة قصيرة المدى، والانتباه، والتركيز.

٣ - التحديد الإنفعالى:

ويعد التعرف على الإنفعالات وتحديدتها وتسميتها لدى الفرد والآخرين أمراً ضرورياً لنجاح العملية العلاجية. ويمكن فى هذا الإطار إستخدام الصور وشرائط الفيديو أو أفلام الكرتون أو حتى البرامج التليفزيونية العادية. وترى بنسون (١٩٩٤) Benson أن تمييز مشاعر الغضب عن السلوك العدوانى يعد أمراً جوهرياً فى هذا الصدد.

يعد الغضب إنفعالاً إجتماعياً يتضمن العديد من المثيرات التي تحدث في التفاعلات الإجتماعية. ويرى هولين وتراور (Hollin & Trower 1986) يمكن تقييمه باستخدام لعب الدور. ويهدف العلاج إلى تطوير إستراتيجيات ملائمة من الناحية الإجتماعية للتعبير عن الغضب وحل الصراع مما يستوجب تحديد وتصوير المهارات الإجتماعية المطلوبة.

أما فيما يتعلق بالإكتئاب فمن الغريب أن تشخيص وعلاج الإكتئاب لدى فئتي الإعاقة العقلية لم يتلق سوى قدرأ ضئيلاً جداً من الإهتمام من جانب علماء النفس والطب النفسى على الرغم من وجود العديد من العوامل المسببة للإكتئاب لدى الأفراد العاديين يعانى منها أعضاء هذه الفئة مثل نقص المساندة الإجتماعية والبطالة. ومن الأكثر احتمالاً بالنسبة للمتخلفين عقلياً أن يصابوا بالإكتئاب قياً بغيرهم من المجموعات الأخرى حيث يتعرض هؤلاء الأفراد خلال مرحلتى الطفولة والمراهقة للعديد من خبرات الفشل سواء فى داخل الأسرة أو فى المدرسة نتيجة لما لديهم من عجز معرفى وقصور عقلى مما يكسبهم مشاعر العجز.

وترى ريس وبنسون (Reiss & Benson 1982) أنه من المحتمل بالنسبة لأعضاء هذه الفئة أن يخبروا عدداً من الإتجاهات الإجتماعية السلبية التى تتضمن وصمهم بالإعاقة العقلية، والإحتفاظ بخصائص الطفولة الجسمية والعقلية والإنفعالية إلى ما بعد سن البلوغ، وتسميتهم بالمتخلفين عقلياً وهو ما يجعل القليلين فقط هم الذين يهتمون بهم أو يتحدثون معهم عن مشاعرهم بشكل جدى. وهذا ما يجب أن يضعه المعالجون نصب أعينهم. كذلك فإن أعضاء هذه الفئة يحتاجون إلى أن يخبروا تقديراً لذواتهم بشكل كاف، وأن يكون لديهم مفهوماً إيجابياً للذات حتى يكون باستطاعتهم أن يحموا أنفسهم من التغذية الرجعية السلبية التى يتلقونها من الأفراد العاديين. وهنا يمكن إستخدام برامج إرشادية، والتدريب على المهارات الإجتماعية، والعلاج الجماعى. ويجب أن يتضمن التدريب على المهارات الإجتماعية المهارات التوكيدية والوعى الإنفعالى.

ويرى دافيز وروجرز (Davis & Rogers 1980) عند إستعراضهما للترسيكلوجى الذى يتضمن برامج التدريب على المهارات الإجتماعية لذوى الإعاقات العقلية أن أربع دراسات فقط من مجموع إثنين وثلاثين دراسة هى التى إهتمت بالمهارات التوكيدية، مع أن التدريب على توكيد الذات وعلى التعبير عن مشاعر الغضب والحزن فى إطار مقبول إجتماعياً يعد أهم من تدريبهم على الكيفية التى يمكن بمقتضاها أن يكونوا مهذبين. ويرى سكلوس (Schloss 1982) الدراسات التى أجريت فى هذا الإطار قد أوضحت أن المتخلفين عقلياً لديهم قدر ضئيل جداً من مهارات التفاعل الإجتماعى ومن الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يعانون من الإكتئاب. ويعتمد العلاج فى مثل هذه الحالة على تطوير أساليب مواجهة للمواقف الإجتماعية الصعبة التى يتعرضون لها وعلى مواجهة إتجاهات الأفراد العاديين نحوهم.

ومن الجدير بالذكر أن عقد الثمانينيات قد شهد قبولاً من جانب المشتغلين بالصحة النفسية بأن المتخلفين عقلياً يمكن أن يخبروا إضطراباً نفسياً أو سيكاترياً ومن ثم يصبح لهم تشخيص مزدوج وذلك بعد أن كان الأخصائيون يرون غير ذلك فى الماضى. ويرى بعض الباحثين والأطباء الممارسين أن المتخلفين عقلياً ليس لديهم القدرة العقلية الكافية التى تؤهلهم للتعبير عما لديهم من مشاعر إكتئابية، فى حين يرى آخرون أنهم لا يخبرون بالإكتئاب نظراً لتلك القدرة العقلية المحدودة التى يتسمون بها، والتطور الدينامى النفسى المحدود من جانبهم، وعدم وصولهم إلى درجة مقبولة من النضج العقلى وهى ما تعد كما يرى سيناسون (Sinason 1992) بمثابة شروط ضرورية لأى إضطراب وجدانى. ومن ناحية أخرى هناك جدل كبير يدور بين المعالجين ذوى التوجه المعرفى حول ما إذا كان أعضاء هذه الفئة يمكن أن يعانون فعلاً من الإكتئاب أم لا حيث يرى بيك (Beck) أن الإكتئاب يحدث إذا ما وجدت لدى الفرد مجموعة من الإعتقادات السلبية حول الذات، وحول أحداث الحياة، وحول توقعاته للمستقبل. ومن ثم يرى البعض أن المتخلفين عقلياً لا يمكنهم إدراك حياتهم بهذا الشكل، وبالتالي لا يمكن بالنسبة لهم

أن يعانون من الإكتئاب. وما يؤيد ذلك أن بعض الباحثين قد وجدوا أن توزيع التشخيص السيكاترى بين المتخلفين عقلياً يختلف عن مثيله بين الأسوياء حيث يزداد الفصام بينهم قياساً بالإكتئاب أو القلق بين العاديين. إلا أن أولئك الذين يؤيدون فكرة تعرض المتخلفين عقلياً للإكتئاب يرون أنهم لا يعبرون عن المشاعر الإكتئابية بشكل مباشر، بل يجب أن نتتج نحن الأعراض والأنماط السلوكية الدالة عليه والتي من أهمها العدوان الجسمى، وإتلاف الممتلكات. وفى حين نجد أن الأفراد ذوى التخلف العقلى البسيط تظهر لديهم الأعراض الإكتئابية مثلها يحدث بالنسبة للعاديين، فإن الأمر يختلف بالنسبة للتخلف العقلى الشديد حيث يعتمد التشخيص السيكاترى فى تلك الحالة على التغيرات فى الوظائف البيولوجية والسلوك.

تعليق عام

يرى المؤلف أنه من الملاحظ فى هذا الصدد أن عقد التعيينات قد شهد اهتماماً متزايداً بتطبيق أساليب العلاج المعرفى السلوكى على ذوى الإعاقة العقلية، وأن التعديلات التى تم إجراؤها على التقارير الذاتية كى تتناسب معهم يمكن أن تاتى بنتائج جيدة.

وبالنسبة لنموذج تراور وآخرين Trower et. al والذي تم تطويره على نموذج إليس Ellis فإنه يهدف إلى مساعدة هؤلاء الأفراد على تنفيذ المهام البسيطة المتضمنة فى البرنامج العلاجى، وبالتالي فهو يعتبر محاولة لتحسين الأداء المعرفى لأعضاء هذه الفئة مع العلم بأن بعضهم لن يكون قادراً حتى على استخدام أبسط أنواع العلاج معرفياً وسلوكياً. ولكن يمكننا من خلال البرنامج وبعد إنتقاء نوعية معينة من هؤلاء الأفراد هم الأكثر ذكاء وتدريبهم على أداء مهارات معينة أن نسلّم فى تقدمهم بحيث يصبحون قادرين على تحديد الإنفعالات المختلفة وتسميها والتحكم فيها ما أمكن.

وفيما يتعلق بالتكنيكات المستخدمة فإن تكنيك الضبط أو التنظيم الذاتى للسلوك يؤدى نتيجة التدريب على مهارات معينة إلى مساعدة هؤلاء الأفراد على ضبط

سلوكهم إلى حد مقبول. ولذلك ركزت غالبية الدراسات التى أجريت فى ذلك المجال على هذا التكنيك. ويتضمن التدريب على التواصل عدداً من عناصر الضبط الذاتى للسلوك، كما تعمل الأنماط السلوكية كأفعال تواصلية لفظية، ويصبح له فاعليته فى خفض أو تقليل السلوك اللاتواؤمى. أما تكنيك التعليم الذاتى والذي يقوم على تكرار الكلام الذى يتلقاه الفرد عن شخص آخر حتى يؤدى مهارة معينة أى ضبط السلوك عن طريق الحديث الذاتى فيؤخذ عليه أن أعضاء هذه الفئة على الرغم من أنهم يتعلمون مهارات معينة من خلال هذا التكنيك إلا أنهم لا يستطيعون تعميم ما تعلموه على مهارات أخرى أو نقلها لمهارات أخرى حيث لا يستطيعون أن يكرروا فى مثل تلك المواقف نفس التعليمات التى تدرّبوا عليها من قبل، وهو بذلك يختلف عن إتجاه حل المشكلات، وربما يرجع ذلك إلى أن أحدهما نظرى والآخر عملى. كما أن هناك صعوبات لفظية تعوق تقدم أعضاء هذه الفئة، إلى جانب أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يتعلموا تلك المهارات التى تؤدى أمامهم من قبل أفراد آخرين قياساً بتلك المهارات التى يتعلمونها عن طريق التعليم الذاتى والتى تشكل تدريجياً أمامهم.

وبالنسبة لبرنامج حل المشكلات المقترح فإنه يجب عند التعامل مع هذه الفئة أن تكون المشكلات التى نتناولها ملموسة، وأن نجذب إنتباه المفحوصين للبرنامج حتى يكن أن يحدث إنتقال لآثر هذا التدريب، وأن نجعلهم يتواءمون مع الخبرات التى قدمها لهم لأن عدداً غير قليل منهم لديه خبرات محدودة جداً، كما يجب أن نعمل على ألا تكون دافعتهم للبرنامج منخفضة. ومع ذلك فلا يزال غير واضح إذا كانت تدخلات علاجية معرفية سلوكية معينة تؤدى إلى تغيرات معرفية شروعة أم لا، وأن مثل هذه التغيرات تؤدى إلى تغيرات متوقعة فى السلوك وإن كانت الدراسات التى استخدمت حل المشكلات قد أكدت فاعليته. أما فيما يتعلق ندرة أو إنعدام الدراسات حول اضطراب القلق أو الهلع أو الإكتئاب وغيرها على

التنظيم الذاتي للسلوك، وإستخدمت دراسات لندساي (1991) Lindsay و لندساي وآخرين (1994) Lindsay et. al لعب الدور. فى حين إستخدمت دراسات هوجيز (1992) Hughes، ووليامز وآخرين (1996) Williams et. al التعليم الذاتى. كما تنوعت السلوكيات المستهدفة فى هذه الدراسات بين التدريب على مهارات التواصل وحل المشكلات، والتدريب على مهارات مهنية معينة، وفهم البشاشة والانفعالات الإيجابية، وخفض حدة الغضب والعدوان. أما دراسة لندساي (1991) Lindsay فكانت هى الوحيدة التى هدفت إلى التخفيف من الأفكار الأوتوماتيكية السلبية التى تتعلق بالقلق.

هذا وتراوح تلك الدراسات بين دراسات قامت على دراسة حالة واحدة فقط مثل دراسات مورفى وكليير (1991) Murphy & Clare، و لندساي (1991) Lindsay، وبلاك ونوفاكو (1993) Black & Novaco إلى دراسات تناولت مجموعات صغيرة من المفحوصين وهى باقى الدراسات التى أوردناها فى هذا الفصل.

كذلك يتضح من هذه الدراسات أن العديد منها يهدف إلى تحسين المهارات الإجتماعية لذوى الإعاقة العقلية، أو تحسين أدائهم فيما يتعلق بالدقة والسرعة وذلك فى المواقف الأكاديمية أو فى مواقف العمل. وبذلك فهى تتركز حول الضبط الإجتماعى وما يتعلق به من مهارات، وأن أسلوب الضبط أو التنظيم الذاتى لسلوك وكذا التدريب على التواصل هما الأفضل فى هذا الإطار، كما تحقق من خلالهما نتائج مبشرة. وفى الوقت ذاته لم تتعرض هذه الدراسات لتلك لإضطرابات التى يمكن أن يتعرض لها هؤلاء الأفراد كالقلق والإكتئاب والهلع وغيرها، ويبدو أن دراسة لندساي (1991) Lindsay هى الوحيدة التى تم فيها تناول موضوع القلق.

ذوى الإعاقة العقلية على الرغم من وجود كم كبير منها على الأفراد العاديين ذلك يمكن أن يرجع إلى أن هذه الفئة لاتمثل سوى قدر ضئيل فقط من الإهتمام فى مجال البحث الإكلينيكى، وأن الخلل الموجود فى النسق المعرفى لدى أعضاء هذه الفئة لايجعل لديهم معارف ثابتة، ويترتب على ذلك أنه يصبح من الصعب التأكد من أن التغيرات التى سوف تحدث تعود إلى التدخل الإكلينيكى. هذا إلى جانب أن بعض الباحثين يفترض أن القلق على سبيل المثال كاضطراب يتبع نفس النهج لدى كل الأفراد، وبالتالي لاداعى لتركيز البحث فى هذا المجال على أعضاء هذه الفئة نظراً لما يمكن أن يصادفنا من صعوبات وعقبات، وإن كان البعض يرى أن الأمر يختلف فى حالة الإعاقة العقلية حيث تعمل المعارف بطريقة مختلفة، وهذا ما دفع لندساي وآخرين (1997) Lindsay et. al إلى إفتراض عدة إجراءات فى نموذج يمكن إستخدامه لخفض حدة القلق لدى ذوى الإعاقة العقلية. إلا أنه للآن لايزال على المستوى النظرى ولا توجد أى أدلة على مدى صحته. ولكنه مع ذلك يعد خطوة فى سبيل الإهتمام بالمتخلفين عقلياً، ومن المؤكد أنه سوف تجرى دراسات مستقبلاً على هذا النموذج وسوف نتأكد من خلال نتائجها من مدى ملاءمة ذلك النموذج وفاعليته.

ومن ناحية أخرى يرى المؤلف أنه يتضح من خلال إستعراض التراث السيكلوجى الذى يتناول تطبيقات العلاج المعرفى السلوكى على المتخلفين عقلياً أن هذا يعد تطوراً حديثاً نسبياً، وأن زيادة عدد الدراسات التى أجريت على أعضاء هذه الفئة يعكس إهتماماً متزايداً بهم. ويتضح من هذه الدراسات تعدد التكنيكات المستخدمة فى العلاج المعرفى السلوكى، فاستخدمت دراسات لندساي (1991) Lindsay، ولالى (1993) Lally، وشورت وآخرين (1993) Short et. al أفلام الكرتون، وإستخدمت دراسات ثيرمان ومارتن (1989) Thierman & Martin، ووتمان (1990) Whitman، وديوراندا وكار (1991) Durand & Carr، ومورفى وكليير (1991) Murphy & Clare ودييس والسمادونى (1998) الضبط أو

وفيما يتعلق بالنتائج التي كشفت عنها هذه الدراسات فهي تؤكد في مجملها أن أعضاء هذه الفئة يمكنهم الاستفادة من العلاج المعرفى السلوكى بتكنيكاته المختلفه حيث يؤدي ذلك إلى خفض معدل السلوك اللاتواؤمي من جانبهم مما يساعدهم في تقليل مشكلاتهم السلوكية، ويؤدي في الوقت ذاته إلى زيادة توافقهم الإجتماعي، ويساعدهم على الإنخراط في الحياة، ومن ثم فهي تعد بذلك نتائج مبشرة..



المراجع

- ١ - أحمد عكااشة: الطب النفسي المعاصر. ط ٨ - القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩٢.
- ٢ - أحمد متولى عمر: مدى فعالية التدريب على المهارات الاجتماعية والملاج السلوكي المعرفي في تخفيف الفربيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية جامعة طنطا ١٩٩٣.
- ٣ - أحمد محمد عبد الخالق: اضطراب الضغوط التالية للصدمة. الكويت، مجلة عالم الفكر ١٩٩٣، م ٢٢، ع ١.
- ٤ - أحمد محمد عبد الخالق ومايسة النبال: فقدان الشهية العمسى وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية. مجلة دراسات نفسية ١٩٩٢، م ٢، ع ١.
- ٥ - أمال عبد السميج باظة: الشخصية والاضطرابات السلوكية والوجدانية. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩٧.
- ٦ - أماني عبد المقصود عبد الوهاب: مدى فاعلية برنامج إرشادي في خفض حدة الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين مكفوفى البصر. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة عين شمس ١٩٩٣.
- ٧ - أنطونى ستور: فن العلاج النفسى. ترجمة لطفي فطيم. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩١.
- ٨ - إيهاب عبد الباقي البيلاوى: فعالية الملاج المعرفى والسلوكى فى خفض

مستوى القلق لدى ذوى الإعاقة البصرية. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية جامعة الزقازيق ١٩٩٩.

٩ - حامد زهران: الصحة النفسية والعلاج النفسى. القاهرة، عالم الكتب ١٩٧٨.

١٠ - حسين على فايد: صورة الجسم والقلق الإجتماعى وفقدان الشهية العصبى لدى الإناث المراهقات. المجلة المصرية للدراسات النفسية ١٩٩٩، ع ٢٣.

١١ - زينب شقير: دراسة لبعض مظاهر الصحة النفسية لدى عينة من ذوى إضطرابات الأكل من طلاب الجامعة. القاهرة، المؤتمر الدولى السادس لمركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس ١٠ - ١٢/١١/١٩٩٩.

١٢ - زينب شقير: مقياس صورة الجسم. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية ١٩٩٨.

١٣ - سامى محمد هاشم: فعالية الإرشاد العقلانى الإنفعالى مقترناً بالواجبات المنزلية فى علاج الخوف الإجتماعى. مجلة كلية التربية بالزقازيق ١٩٩٧، ع ٢٩.

١٤ - سعيد دبس والسيد السمدونى: التدخل السلوكى المعرفى لخفض الإندفاعية لدى الأطفال المتخلفين عقلياً. المملكة العربية السعودية، مجلة جامعة أم القرى ١٩٩٨ - ١٤١٩هـ، ع ١٧.

١٥ - سليمان الريحانى: تطوير إختبار الأفكار العقلانية - اللاعقلانية. عمان، مجلة دراسات ١٩٨٥، م ١٢، ع ١١.

١٦ - س. هـ. باترسون: نظريات الإرشاد والعلاج النفسى، القسم الثانى. ترجمة حامد عبد العزيز الفقى. الكويت، دار القلم ١٩٩٠.

١٧ - سيد عبد العظيم محمد: أثر الإرشاد المعرفى فى خفض الشعور باليأس لدى عينة من المكفوفين. مجلة الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس ١٩٩٨، ع ٨.

١٨ - صلاح الدين عراقى محمد: العلاج المعرفى - السلوكى ومدى فاعليته فى

علاج مرضى الإكتئاب العصابى. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية بينها جامعة الزقازيق ١٩٩١.

١٩ - عادل عبد الله محمد: مقياس الحالة النفسية العامة. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩٩.

٢٠ - _____: مقياس الإكتئاب. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩٧.

٢١ - _____: مقياس الثقة بالنفس. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩٧.

٢٢ - _____: مقياس تقدير الذات للمراهقين والراشدين، ط ٢. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ١٩٩٩.

٢٣ - عبد الرحيم بخيت: مقياس كوبر سميث لتقدير الذات. المنيا، دار حراء للطباعة والنشر ١٩٨٥.

٢٤ - عبد الستار إبراهيم: العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث: أساليبه وميادين تطبيقه. القاهرة، دار الفجر للنشر والتوزيع ١٩٩٤.

٢٥ - عبد الفتاح القرشى: الضغوط التى تعرض لها الأطفال الكويتيون خلال العدوان العراقى وعلاقتها بمدى توافقهم النفسى والإجتماعى. الكويت، مجلة عالم الفكر ١٩٩٣، م ٢٢، ع ١.

٢٦ - عصام عبد اللطيف العقاد: أثر العلاج العقلانى الإنفعالى فى خفض العدوانية لدى المراهقين. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية الآداب جامعة الزقازيق ١٩٩٧.

٢٧ - علاء الدين كفافى ومايسة النيال: صورة الجسم وبعض متغيرات الشخصية لدى عينات من المراهقات، دراسات إرتقائية إرتباطية عبر ثقافية. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية ١٩٩٥.

٢٨ - غريب عبد الفتاح غريب: مقياس الإكتئاب. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية ١٩٨٥.

- Psychology, 1989, 57, 2, 215 - 221.
- 38 - Albertini, Ralph S. & Phillips, Katharine A. : Thirty - three cases of body dysmorphic disorder in Children and adolescence. Journal of the American Academy of Child and adolescent Psychiatry, 1999,, 38, 4, 453 - 459.
- 39 - American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical Manual for Mental disorders. 4 th ed., (DSM - IV). Washington, D C., 1994, author.
- 40 - _____: Diagnostic Criteria from DSM - IV TM. Washington: DC., 1994, author.
- 41 - Ariel, A.: Education of Children and adolescents with learning disabilities. New York: Merrill, 1992.
- 42 - Arntz, Arnoud: Treatment of borderline Personality disorder: A Challenge for Cognitive behavioral therapy. Behaviour Research and Therapy, 1994, 32, 4, 419 - 430.
- 43 - Barlow, D. H. et. al.: Behavior treatment of Panic disorder: A two - year follow up. Paper Presented at the annual meeting of the Association for the advancement of behavior therapy. San Francisco, Nov. 1990.
- 44 - _____: Behavior treatment of Panic disorder. Behavior Therapy, 1989, 20, 261 - 282.
- 45 - Beck, Aaron T.: Cognitive therapy: Past, Present, and future. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993, 61, 2, 194 - 198.
- 46 - _____: Cognitive therapy as the integrative therapy: comment
- ٢٩ - لويس كامل مليكة: العلاج السلوكى وتعديل السلوك، ط٢. الكويت، دار القلم ١٩٩٤.
- ٣٠ - محمد أحمد سعبان: القلق النفسى فى ضوء الإتجاهات الحديثة. بحث مرجعى غير منشور، ١٩٩٨.
- ٣١ - _____: فعالية برنامج علاجى يتكون من إعادة البناء المعرفى والواجبات المنزلية والتغذية الرجعية فى علاج الوسواس والأفعال القهرية (دراسة حالة). مجلة كلية التربية بالزقازيق ١٩٩٦، ع ٢٧، ج ١.
- ٣٢ - محمد النوبى على: أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بمستوى الطموح لدى الأطفال الصم. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة الزقازيق. ١٩٩٩.
- ٣٣ - محمد عاطف زعتر ومحمد سعيد أبو الخير: إضطراب الشخصية الإعتمادية وعلاقته بإدراك الضوابط الوالدية والإتجاه نحو تعاطى المخدرات لدى طلاب المرحلة الثانوية. القاهرة، المؤتمر الدولى السادس لمركز الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس ١٠ - ١٢/١١/١٩٩٩.
- ٣٤ - محمد محروس الشناوى: نظريات الإرشاد والعلاج النفسى. القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ١٩٩٤.
- ٣٥ - هشام إبراهيم عبد الله: أثر العلاج العقلانى الإنفعالى فى خفض الإكتئاب لدى الشباب الجامعى. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التربية جامعة الزقازيق ١٩٩١.
- 36 - Agras, W. Stewart et. al.' One - year Follow - up of Psychosocial and Pharmacologic treatments for bulimia nervosa. Journal of Clinical Psychiatry, 1994, 55, 5, 179 - 183.
- 37 - _____: Cognitive - behavioral and response - Prevention treatments for bulimia nervosa. Journal of Consulting and Clinical

- 55 - Blouin, Jane H. et. al.: Prognostic indicators in bulimia nervosa treated with Cognitive behavioral grouptherapy. *International Journal of Eating disorders*, 1994, 15, 2, 113 - 123.
- 56 - Borkovec, T. & Costello, E.: Efficacy of applied relaxation and cognitive - behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, 61, 4, 611 - 619.
- 57 - Borkovec, T. et. al.: Efficacy of nondirective therapy, applied relaxation, and Combined Cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder. Paper Presented at the 15 th annual convention of the association for the advancement of behavior therapy. New York: Nov. 1991.
- 58 - Breier, A. & Strauss, J. S.: Self - Control in Psychotic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 1983, 40, 1141 - 1145.
- 59 - Bryon, M.: The reduction of disruptive behaviour using self - management: A Component analysis. Unpublished research dissertation. Leicester: The British Psychological Society, 1988.
- 60 - Burns, David D. & Nolen - Hoeksema, Susan: Therapeutic empathy and recovery from depression in Cognitive behavioral therapy: A Structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992, 60, 3, 441 - 449.
- 61 - Bush, J.: Pain in Children: A Review of the literature from a developmental perspective. *Psychology and Health*, 1987, 1, 215 - 236.
- 62 - Butcher, James N. et. al.: Psychological interventions with refugees. of Alford and Norcross. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1991, 1, 191 - 198.
- 47 - _____: Cognitive therapy: A 30 year retrospective. *American Psychologist*, 1991, 46, 4, 368 - 375.
- 48 - _____: Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1987, 1, 1, 5 - 37.
- 49 - Beck, Aaron T. et. al.: *Cognitive therapy of Personality disorders*. New York: Guilford Press, 1990.
- 50 - Beck, A. T. & Weishaar, Marjorie: Cognitive therapy. In Freeman, A. et. al. (eds.), *Comprehensive handbook of Cognitive therapy*. New York: Plenum Press, 1989.
- 51 - Bishay, N. et. al.: An uncontrolled trial of Cognitive therapy in morbid jealousy. *British Journal of Psychiatry*, 1989, 154, 386 - 389.
52. Black, L. & Novaco, R.: Treatment of anger with a developmentally handicapped man. In R. Wells & V. Giannetti (eds.), *Case book of the brief psychotherapy*. New York: Plenum Press, 1993.
- 53 - Black, Lauria et. al.: Anger assessment for people with mild learning disabilities in secure Settings. In B. S. Kroese et. al. (eds.), *Cognitive behaviour therapy for People with learning disabilities*. London: Routledge, 1997.
- 54 - Blanchard, E. et. al.: Placebo - Controlled evaluation of abbreviated Progressive muscle relaxation and Combined with Cognitive therapy in the threatment of tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, 58, 210 - 215.

- 70 - Clum, G.: Psychological interventions vs. drugs in the treatment of Panic. *Behavior Therapy*, 1989, 20, 452 - 457.
- 71 - Coker, Sian: Onset of bulimia nervosa in a 64 - year - old woman. *International Journal of Eating Disorders*, 1994, 16, 1, 89 - 91.
- 72 - Compas, Bruce E. et. al.: Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 1993, 114, 2, 323 - 344.
- 73 - Cote, Guyliane et. al.: Reduced therapist Contact in the cognitive behavioral treatment of Panic disorder. *Behavior Therapy*, 1994, 25, 1, 123 - 145.
- 74 - Craighead, Linda W. & Agras, S.: Mechanisms of action in cognitive - behavioral and Pharmacological interventions for obesity and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, 59, 1, 115 - 125.
- 75 - Cutting, J. & Murphy, D.: Schizophrenic thought disorder: A Psychological and organic interpretation. *British Journal of psychiatry*, 1988, 152, 310 - 319.
- 76 - Dagnan, D. & Chadwick, P.: Cognitive - behaviour therapy for people with learning disabilities: Assessment and intervention. In B. S. Kroese et. al. (eds.), *Cognitive Behaviour therapy for people with learning disabilities*. London: Routledge, 1997.
- 77 - Davis, Daniel L. & Boster, Lucinda H.: Cognitive behavioral expressive interventions with aggressive and resistant youths. *Child Welfare*, 1992, 71, 6, 557 - 573.
- 78 - Davison, I. et. al.: Research note: temperament and behaviour in Six - Minnesota university, Minneapolis. Refugee Assistance Program, Mental Health Technical Assistance Center, 1988.
- 63 - Butler, Gillian et. al.: Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 1991, 59, 1, 167 - 175.
- 64 - Cash, Thomas F. & Grant, Jill R.: Cognitive behavioral treatment of body image disturbances. In v. Hincant et. al. (eds.), *Sourcebook of Psychological treatment manuals for adult disorders*. New York: Plenum Press, 1996.
- 65 - Cash, Thomas F. & Lavalley, Danielle M.: Cognitive behavioral body image therapy: Extended evidence of the efficacy of a self - directed Program. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 1997, 15, 4, 281 - 294.
- 66 - Chadwick, P. & Lowe. C.: A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 1994, 32, 3, 355 - 367.
- 67 - Channon, Shelley & Wardle, Jane: Eating disorders. In Jane Scott et. al. (eds.), *Cognitive therapy in Clinical Practice: An illustrative Case book*. London: Routledge, 1989.
- 68 - Clark, D. et. al.: Long - term Outcome of Cognitive therapy for Panic disorder. Paper Presented at the meeting of the association for advancement of behavior therapy. New York: Nov. 1991.
- 69 - Clark, D. & Salkovskis, P.: Cognitive model of Panic: A Comparative Outcome study. Paper Presented at the international Conference on Panic disorder. Gothenburg, Sweden, Jan. 1990.

Challenging behavior: Maintenance and application in new settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1991, 24, 251 - 264.

- 88 - Eliot, Anner B.: Enhancing Women's body image: A Comparison of treatment interventions. Unpublished Ph. D. thesis, University of New Mexico, 1998 (Dis. Abs. Int., 1998, Vol. 59, 03 B, P. 1356).
- 89 - Ellis, Albert: Fundamentals of Rational - Emotive Therapy for the 1990 s. In W. Dryden (ed.), *Rational Emotive Behaviour Therapy: A reader*. London: Sage Publications Ltd, 1995.
- 90 - _____: The treatment of borderline Personalities with rational emotive behavior therapy. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 1994, 12, 2, 101 - 119.
- 91 - _____: Rational - Emotive Behavior Therapy approaches to Obsessive - Compulsive disorder (OCD). *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 1994, 12, 2, 121 - 141.
- 92 - _____: Post - traumatic stress disorder (PTSD): A rational emotive behavior therapy. *Journal of Rational - emotive and Cognitive Behavior therapy*, 1994, 12, 1, 3 - 25.
- 93 - _____: Letter to mental health professionals. *Catalogue of The Institute for Rational - Emotive Therapy*, 1993, 4, P. 2.
- 94 - Ellis, A. et. al.: *Rational - Emotive Therapy with alcoholics and substance abusers*. New York: Pergamon, 1988.
- 95 - Emmelkamp, P. & Beens, H.: Cognitive evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 1991, 29, 293 - 300.
- 96 - Emmelkamp, P. et. al.: Cognitive therapy vs. exposure in vivo in the

year - olds with recurrent abdominal Pain: A follow - up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1986, 27, 539 - 544.

- 79 - Deale, Alicia & David, Anthony: Chronic fatigue syndrome: Evaluation and management. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 1994, 6, 2, 189 - 194.
- 80 - de Leon, J. et. al.: Dymorphophobia: body dysmorphic disorder, Somatic Subtype ? *Comprehensive Psychiatry*, 1989, 30, 457 - 472.
- 81 - Di Giuseppe, R.: Comprehensive Cognitive disputing in RET. In W. Dryden (ed.), *Rational Emotive Behaviour Therapy: A reader*. London: Sage Publications Ltd, 1995.
- 82 - Dobson, K. S.: A meta - analysis of Consulting and Clinical Psychology, 1989, 57, 3, 414 - 419.
- 83 - Dryden, Windy: The therapeutic alliance in rational emotive therapy. In W. Dryden (ed.), *Rational Emotive Behaviour Therapy: A reader*. London: Sage Publications Ltd, 1995.
- 84 - Dryden, W. & Di Giuseppe, R.: *A Primer on Rational Emotive Therapy*. Champaign, IL; Research Press, 1990.
- 85 - Dryden, W. et. at.: Professional rationality: An interview with Windy Dryden, the rational emotive therapist. *Journal of the Association For Rational Emotive Therapist*, 1993, 1, 1, 5 - 11.
- 86 - Durand, V. & Berotti, D.: Treating behavior problems with communication. *Bulletin of the American speech - Language - Hearing Association*, Nov. 1991, 37 - 39.
- 87 - Durand, V. & Carr, E.: Functional Communication training to reduce

- 103 - Fowler, David et. al.: Cognitive behaviour therapy for Psychosis: Theory and Practice. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 1995.
- 104 - Fowler, D. & Morley, S.: The Cognitive behavioural treatment of hallucinations and delusions. A Preliminary study. Behavioural Psychotherapy, 1989, 17, 267 - 282.
- 105 - Francis, G. & Ollendick, T.: Anxiety disorders. In E. L. Feindles & G. R. Kafus (eds.), Casebook in adolescent behavior therapy. New York: Springer, 1990.
- 106 - Furnham, A. & Antera, H.: Lay theories of anorexia nervosa. Journal of Clinical Psychology, 1992, 48, 1, 20 - 36.
- 107 - Gardner, W. & Cole, C.: Self - management approaches. In E. Cipani (ed.), The treatment of severe behavior disorder: Behavior analysis approaches. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 1989.
- 108 - Garety, P. et. al.: Cognitive behavioural therapy for drug resistant Psychosis. British Journal of Medical Psychology, 1994, 67, 259 - 271.
- 109 - Goldfried, Marvin R.: Self - Control Skills for the treatment of anxiety disorders, In S. R. Brien et. al. (eds.), Anxiety disorder: Psychological and biological Perspectives. New York: Plenum Press, 1986.
- 110 - Greenberg, Ruth L.: Panic disorder and agoraphobia. In J. Scott et. al. (eds.), Cognitive therapy in clinical Practice: An illustrative Casebook. New York: Routledge, 1989.
- 111 - Haddock, G. et. al.: Psychological treatment of auditory hallucinations: focusing and distraction. In G. Haddock & P. Slade (eds.), treatment of obsessive - Compulsives. Cognitive Therapy and Research, 1988, 12, 103 - 114.
- 97 - Evans, M. et. al.: Differential relapse following Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Archives of General psychiatry, 1992, 49, 802 - 808.
- 98 - Fairburn, Christopher G.: Predictors of 12 - month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. Journal of Consulting and Clinical psychology, 1993, 61, 4, 696 - 698.
- 99 - _____: The current Status of Psychological treatment for bulimia nervosa. Journal of Psychosomatic Research, 1988, 32, 635 - 645.
- 100 - Fisher, Erik & Thompson, J. Kevin: A comparative evaluation of Cognitive - behavioral therapy (CBT) versus exercise therapy (ET) for the treatment of body image disturbance: Preliminary findings. Behavior Modification, 1994, 18, 2, 171 - 185.
- 101 - Flor, Herta & Birbaumer, Neils: Comparison of the efficacy of electromyographic biofeed back, Cognitive behavioral therapy, and Conservative medical interventions in the treatment of Chronic musculoskeletal Pain. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993, 61, 4, 653 - 658.
- 102 - Fowler, D.: Cognitive behaviour therapy in management of Patients with Schizophrenia: Preliminary Studies - In A. Werbart & J. Cullberg (eds.), Psychotherapy of Schizophrenia: Facilitating and obstructive factors. Oslo: Scandinavian University Press, 1992.

- 20 - Holroyd, Kenneth A. & Penzien, Donald B.: Psychosocial interventions in the management of recurrent headache disorders: 1. Overview and effectiveness. *Behavioral Medicine*, 1994, 20, 2, 53 - 63.
- 121 - Hughes, C.: Teaching self - instruction utilizing multiple exemplars to produce generalized problem solving among individuals with severe mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 1992, 97, 302 - 314.
- 122 - Jacobson, Neil S. & Hollon, Steven D.: Cognitive behavior therapy versus pharmacotherapy: Now that the Jury's returned its verdict, it's time to Present the rest of the evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996, 64, 1, 74 - 80.
- 123 - Johnstone, E. et. al.: Clinical Findings: abnormalities of mental state and their Correllates. The Northwick Park follow - up study. *British Journal of Psychiatry*, 1991, 159, 21 - 25.
- 124 - Johnstone, L.: What Clinical Psychology trainees will discover about Psychiatric rehabilitation. *Clinical Psychology Forum*, 1995, 82, 27 - 29.
- 125 - Jones, E. & Pulos, S.: Comparing the Process in Psychodynamic and Cognitive behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, 61, 2, 306 - 316.
- 126 - Jones, Robert S. et. al.: Theoretical and Practical issues in Cognitive - behavioural approaches for people with learning disabilities: A radical behavioural perspective. In B. S. Kroese et. al. (eds.), *Cognitive - behaviour therapy for People with learning disabilities*. London: Routledge, 1997.
- Cognitive behavioural interventions with Psychotic disorders. London: Routledge, 1996.
- 112 - _____: Psychological treatment of Chronic auditory hallucinations: two case Studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1993, 21, 335 - 346.
- 113 - Haggaa, D. et. al.: Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 1991, 110, 2, 215 - 236.
- 114 - Hammen, C. et. al.: Vulnerability to specific life events and Prediction of Course of disorder in unipolar depressed Patients. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 1989, 21, 377 - 388.
- 115 - Harrell, Thomas H. et. al.: Didactic Persuation techniques in Cognitive restructuring. In W. Dryden (ed.), *Rational - Emotive Behaviour Therapy: A reader*. London: Sage Publications Ltd, 1995.
- 116 - Hawton, K. et. al.: *Cognitive behaviour therapy for Psychiatric Problems*. Oxford: Oxford University Press, 1989.
- 117 - Hindmarch, I.: Neuroleptic induced toxicity syndrome. In R. J. Ancill et. al. (eds.), *Schizophrenia: Exploring the Spectrum of Psychosis*. Chichester: Wiley, 1994.
- 118 - Holden, Constance: Youth suicide: New research focuses on agrowing social problem. *Science*, 1986, 233 (4766), 839 - 841.
- 119 - Holroyd, Kenneth A. et. al.: A Comparison of pharmacological (Antitriptyline HCL) and nonpharmacological (cognitive behavior) therapies for Chronic tension headaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, 59, 3, 387 - 393.

- der with Secondary major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, 61, 6, 1028 - 1037.
- 35 - Larsen, James D.: Cognitive behavioral group therapy with delinquent adolescents: A Cooperative approach with the juvenile Court. *Journal of Offender Counseling, Services, and Rehabilitation*, 1990, 16 (1 - 2), 47 - 64.
- 36 - Lewis, Vivien J. et. al.: Outcome of group therapy for body image emotionality and weight Control self - efficacy. *Behavioural Psychotherapy*, 1992, 20, 2, 155 - 165.
- 137 - Lieberman, J. et. al.: Biological indices of heterogeneity in schizophrenia: relationship to Psychopathology and treatment outcome. *Schizophrenia Research*, 1991, 4, 289 - 290.
- 138 - Lindsay, W.: Psychological therapies in mental handicap. In W. Fraser et. al. (eds.), *Caring for people with mental handicaps*. London: Butter worth, 1991.
- 139 - Lindsay, W. et. al.: Cognitive behaviour therapy for anxiety in People with learning disabilities. In B. S. Kroese et. al. (eds.), *Cognitive behaviour therapy for people with learning disabilities*. London: Routledge, 1997.
- 140 - _____: Responses to anger management training in Clients with intellectual disability. Unpublished manuscript, 1994.
- 141 - Linehan, M. M.: *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press, 1993.
- 142 - Loumidis, K. & Hill, A.: Social Problem - Solving groups for adults with learning disabilities. In B. S. Kroese et. al. (eds.), *Cognitive be-*
- 127 - Kendall, P.: Cognitive - behavioural therapies with youth: Guiding theory, Current status, and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, 61, 2, 235 - 247.
- 128 - Kingdon, D. & Turkington, D.: The use of cognitive behaviour therapy with a normalising rationale in Schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1991, 179, 207 - 211.
- 129 - Klein, Daniel N. et. al.: Primary early - onset dysthymia: Comparison with Primary nonbipolar nonchronic major depression on demographic, Clinical, familial, Personality, and Socioenvironmental Characteristics and short - term Outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 1988, 97, 4, 387 - 398.
- 130 - Klosko, J. et. al.: A Comparisou of alprazolam and behavior therapy in the treatment of Panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, 58, 1, 77 - 84.
- 131 - Koegel, R. & Koegel, L.: Extended reductions in Stereotypic behavior of Students with autism through a self - management treatment Package. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1990, 23, 119 - 127.
- 132 - Koppekin, A. L.: An experimental analysis of Preference Problems in self - Control Choice Procedure by adults with mental retardation - Unpublished M. A. thesis, University of North Texas, 1994.
- 133 - Kroesc, Biza S.: Cognitive behaviour therapy for learning disabilities: Conceptual and Contextual issues. In B. S. Kroese et. al. (eds.), *Cognitive behaviour therapy for People with learning disabilities*. London: Rontledge, 1997.
- 134 - Laberge, Benoit et. al.: Cognitive behavioral therapy of Panic disorder

- lems. 2. Assessment, treatment, and outcome for service users and service effectiveness. *Mental Handicap Research*, 1991, 4, 2, 180 - 206.
- 151 - Nardi, Chen et. al.: Adjustment disorder of Conscripts as a military Phobia. *Military Phobia*, 1994, 159, 9, 612 - 616.
- 152 - Neenan, Michael & Dryden, windy: Trends in rational emotive behaviour therapy. In W. Dryden (ed.), *Developments in Psychotherapy: Historical Perspectives*. London: Sage Publications Ltd, 1995.
- 153 - Nelson, H. et. al.: Cognitive functioning and symptomatology in schizophrenia. In A. S. David & J. Cutting (eds.), *The Neuropsychology of schizophrenia*. London: Erlbaum, 1993.
- 154 - _____: Practical ways of alliviating auditory hallucinations. *British Medical Journal*, 1991, 302 - 307.
- 155 - Novaco, R. W.: Anger as arisk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan & H. Steadman (eds.), *Violence and Mental Disorder: Developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press, 1994.
- 156 - _____: Clinical Problems of anger and its assessment and rcgulation through a stress coping skills approach. In W. O; Donohue & L. Krasner (eds.), *Handbook of Psychological skills training: Clinical techniques and applications*. Boston: Allyn & Bacon, 1994 a.
- 157 - Organista, Kurt C. et. al.: Cogitive - behavior therapy for depression in low - income and minority medical out Patients: Description of a Program and explanatory analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 1994, 18, 3, 241 - 259.
- 158 - Paiva, T. et. al.: Effects of frontalis EMG biofeed back and diazepam in the treatment of tension headache. *Headache*, 1982, 22, 216 - 220.
- haviour therapy for people with learning disabilities. London: Routledge, 1997.
- 143 - Margraph, J. & Schneider, S.: Outcome and active ingradient of Cognitive behavioral treatments for Panic disorder. Paper Presented at the meeting of the association for advancement of behavior therapy. New York: Nov. 1991.
- 144 - Mersch, P. et. al.: Social Phobia: individual response Pattern and the effects of behavioral and Cognitive interventions. *Behavioral Research and Therapy*, 1989, 27, 4, 421 - 434.
- 145 - Michelson, L. et. al.: Panic disorder: Cognitive behavioral treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 1990, 28, 141 - 151.
- 146 - _____: Cognitive behavioral treatments of agoraphobia. Paper Presented at the annual meeting of the associaition for the advancement of behavior therapy, washington, Dc., Nov. 1989.
- 147 - Michelson, Larry K. & Marchione, Karen: Behavioral, Cognitive, and Pharmacological treatments of Panic disorder with agoraphobia: Critique and Synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, 59, 1, 100 - 114.
- 148 - Morin, Charles M. et. al.: Cognitive - behavior therapy for late - life insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, 61,1, 137 - 146.
- 149 - Morrison. Anthony P.: Cognitive behaviour therapy for auditory hallucinations without Concurrent medications: A Single case. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1994, 22, 3, 259 - 264.
- 150 - Murphy, G. & Clare, I.: MIETS: a service option for people with mild mental handicaps and challenging behavior or Psychiatric Prob-

- 8 - Rathus, J. & Asnis, G.: Panic disorder: Phenomenology and differential diagnosis. In G. Asnis & H. van Praag (eds.), Panic disorder: Clinical, biological, and treatment aspects. New York: John Wiley & Sons, Inc. 1995.
- 59 - Reed, Julie: Understanding and assessing depression in people with learning disabilities: A cognitive behavioural approach. In B. S. Kroese et. al. (eds.), Cognitive behaviour therapy for People with learning disabilities. London: Routledge, 1997.
- 70 - Reed, J. & Clements, J.: Assessing the understanding of emotional states in a population of adolescents and young adults with mental handicaps. *Journal of Mental Deficiency Research*, 1989, 33, 229 - 233.
- 171 - Robins, Clive J. & Hayes, Adele M.: An appraisal of cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1993, 61, 2, 205 - 214.
- 172 - Rosen, H.: Developing themes in the field of cognitive therapy. In K. T. Kuehlwein & H. Rosen (eds.), *Cognitive Therapies in action: Evolving innovative Practice*. San Francisco: Jossey - Bass, 1993.
- 173 - Rosen, James C.: The nature of body dysmorphic disorder and treatment with Cognitive behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1995, 2, 1, 143 - 166.
- 174 - Rosen, James C. et. al.: Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behavior Therapy*, 1995, 26, 1, 25 - 42.
- 175 - _____: Cognitive behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995, 63, 2, 263 - 269.
- 159 - Patterson, C. H.: *Theories of Counseling and Psychotherapy*. New York: Harper & Row Publishers, 1986.
- 160 - Perris, C.: *Cognitive therapy for patients with Schizophrenia*. New York: Cassel, 1989.
- 161 - Persons, J. B. et. al.: Predictors of dropout and outcome in Cognitive therapy for depression in a private Practice Setting. *Cognitive Therapy and Research*, 1988, 12, 557 - 575.
- 162 - Pfeffer, R.: Suicidal tendencies in Children and adolescents. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 1986, 20,2, 64 - 67.
- 163 - Phillips, K. et. al.: Body dysmorphic disorder: 30 Cases of imagined Ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150, 302 - 308.
- 164 - Pope, S. & Jones, R.: The therapeutic effect of reactive self - monitoring on the reduction of inappropriate social and Stereotypic behaviour. *British Journal of Clinical Psychology*, 1998, 78, 1, 57 - 69.
- 165 - Propst, L.R. et. al.: Comparative efficacy of religious and non - religious Cognitive behavioral therapy for the treatment of Clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992, 60, 1, 94 - 103.
- 166 - Rachman, Stanley J.: *Emotional Processing in anxiety disorders*. In K. D. Craig & K. S. Dobson (eds.), *Anxiety and depression in adults and Children*. California: SAGE Publications, Inc., 1995.
- 167 - Rajch, R. M. et. al.: Tratamiento Cognitivo - Conductual de la insatisfaccion corporal (Cognitive behavioral therapy in body image disturbance). *Analisis - Y - Modificacion de Conducta*, 1997, 23, 89, 405 - 424.

185. Sanderson, William C. & Wetzler, Scott: Cognitive behavioral treatment of panic disorder. In G.M. Asnis & H.M. Van Praag (eds.), *panic disorder: Clinical, biological, and treatment aspects*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1995.
186. Sapp, Marty; Three treatments for reducing the worry and emotionality components of test anxiety with undergraduate and graduate college students: Cognitive - behavioral hypnosis, relaxation therapy, and supportive counseling. *Journal of College - Student Development*, 1996, 37, 1, 79 - 87.
187. Saykin, A. et. al: Neuropsychological Function in Schizophrenia: selective impairment in memory and learning. *Archives of General Psychiatry*, 1991, 48, 618 - 624.
188. Scott, Jan: Chronic depression: can cognitive therapy succeed when other treatments fail? *Behavioural psychotherapy*, 1992, 20, 25 - 36.
- 189 Segal, Z. et. al.: Life stress and depression: A test of congruency hypnosis for the life event content and depressive subtype. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 1989, 21, 389 - 400.
190. Shallice, T.: *From Neuropsychology to mental structure*. Cambridge: Cambridge University press, 1988.
191. Shaver, Phillip R. & Brennan, Kelly A.: Measures of depression and loneliness. In J. Robinson et. al. (eds.), *Measures of personality and Social psychological attitudes*. vol. 1. California: San Diego, Academic press, Inc. 1991.
192. Shea, M. Tracie et. al.: personality disorders and treatment outcome in the NIMH treatment of depression, Collaborative Research Pro
- 176 - _____: Cognitive behavior therapy for body image disorder. *Behavior Therapy*, 1992, 23, 1, 5 - 17.
- 177 - _____: Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women for body image disturbance. *Behavior Therapy*, 1990, 21, 4, 481 - 498.
- 178 - _____: Cognitive behavior therapy for negative body image. *Behavior Therapy*, 1989, 20, 3, 393 - 404.
- 179 - Rudy, T. et. al.: Quantification of biomedical findings in chronic Pain Patients: Development of an index of Pathology. *Pain*, 1990, 42, 153 - 166.
180. Safran, J.: Towards a refinement of Cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. Theory. *Clinical psychology Review*, 1990, 10, 87 - 105.
181. Safran, J. et. al: Assessing patient suitability for short - term cognitive therapy with an interpersonal focus. *Cognitive Therapy and Research*, 1993, 17, 23 - 38.
182. Saigh, P.A.: In vivo flooding in the treatment of a 6 - year - old boy's post traumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 1986, 6, 685 - 688
183. Salkovskis, P. & Campbell, P.: Thought suppression induces intrusion in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behavior Research and Therapy*, 1994, 32, 1 - 8.
184. Sanders, M. et. al.: cognitive - behavioral treatment of recurrent non - specific abdominal pain in children: An analysis of generalization, maintenance, and side effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57, 2, 294 - 300.

nal of psychiatry, 1994, 151, 6,876 - 881.

201. Stravynski, Ariel et. al.: The treatment of depression with group behavioural - Cognitive therapy and imipramine. Canadian Journal of psychiatry, 1994, 39, 7, 387 - 390.
202. Stromer, Susan - Marie: The cross gender effects of an experimental media - Focused psychoeducation program (body image). Unpublished Ph. D.thesis, University of South Florida, 1998 (Dis. Abs. Int., 1998, vol. 59, 11B, p. 6080).
203. Suinn, Richard M.: Anxiety management training. In K.D. Craig & K.S. Dobson (eds.), Anxiety and depression in adults and children. California: SAGE publications, Inc. 1995.
204. Swallow, S. & Segal, Z.: Cognitive behavioral therapy For unipolar depression. In K. D. Craig & K.S.Dobson (eds), Anxiety and depression in adults and children. California: SAGE publications, Inc., 1995.
205. _____: Cognitive assessment of unipolar depression: Measuring products, processes and Structures. Behaviour Research and Therapy, 1994, 32, 147 - 158.
206. Tallis, Frank: Obsessive Compulsive disorder: A cognitive and Neuropsychological perspective. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 1995.
207. _____: Douht reduction using distinctive stimuli as a treatment For compulsive checking: An exploratory investigation. Clinical psychology and psychotherapy, 1993, 1, 45 - 52.
208. Tamlyn, D. et. al.: Memory impairment in schizophrenia: Its extent, gram. American Journal of psychiatry, 1990, 147, 6,711 - 718.
193. Short E. et. al.: Analysis of humor skills among elementary school Students: Comparisons of children with and without intellectual handicaps. American Journal of Mental Retardation, 1993, 12, 265 - 297.
194. Sigmon, Scott B.: CBT theory and application: A School phobic Kindergarten case. American Journal of psychiatry, 1991, 148, 6, 876 - 881.
195. Slade, peter; Towards Functional analysis model of anorexia and bulimia nervosa. British Journal of Clinical psychology. 1982, 21, 167 - 179.
196. Slade, P. & Dewey, M.: Development and preliminary validation of SCANS: A Screening instrument of developing anorexia and bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 1991, 5, 517 - 538.
197. Smith, M.: Autism and life in the community: successful interventions for behavioral challenges. Baltimore: paul H. Brooks, 1990.
198. Smith, M.J. et. al.: Informing people with schizophrenia about their illness: The effect of residual Symptoms. Journal of Mental Health, 1992, 1, 61 - 70
199. Sokol, L. et. al.: Cognitive therapy of panic disorder: A non - pharmacological alternative. Journal of Nervous and Mental Disease, 1989, 177, 711 - 716.
200. Spiegel, David A. et. al.: Does cognitive behavior therapy assist slow - taper alprazolam discontinuation in panic disorder? American Jour-

6. Van Oppen, P.; Obsessive Compulsive disorder: Issues in assessment and treatment. Unpublished ph.D thesis, vrije Universteit, Amsterdam. 1994.
7. Van Oppen, P. & Arntz, A.; cognitive therapy For obsessive compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 1994, 32, 79 - 87.
8. Veale, David et. al.; Body dysmorphic disorder: Acognitive behavioural model and pilot randomised Controlled trial. Behaviour Research and Therapy, 1996, 34, 9, 271 - 279.
19. Waggoner, Irene R.; cognitive behavior therapy and cognitive therapy For body image awareness in sixth grade Females. Unpublished ph. D. thesis, Auburn University, 1998 (Dis. Abs. Int.: 1998, vol. 59, 11A, P. 4060).
- 20 Wang, M.C.; Adaptive education strategies. Baltimore: Brookes, 1992.
21. Weishaar, Marjorie E.; Developments in cognitive therapy. In W. Dryden (ed); Development in psychotherapy:Historical perspective. London: Sage publications Ltd, 1996..
22. Westwood, peter; commonsense methods for children with special needs. 3rd ed., London: Routlege, 1997.
23. Whitman, T.; Self - regulation and mental retardation. American Journal of Mental Retardation, 1990, 94, 347 - 362.
24. Wilfley, Denise E. et. al.; Group cognitive - behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nunpurging bulimic individuals: Acontrolled comparison. Journal of Consulting and clinical psychology, 1993, 61, 2, 296- 305.
- affiliations, and neuropsychological character. Psychological Medicine, 1992, 22, 101 - 115.
209. Tarrier, N.; Management and modification of residual positive psychotic symptoms. In M. Birchwood & N. Tarrier (eds.); Innovation in the psychological management of Schizophrenia. Chichester: Wiley, 1992.
210. Tarrier, N. et. al.; A trial of two cognitive - behavioural methods of treating drug resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients. 1. Outcome. British Journal of psychiatry 1993, 162, 524 - 532.
- 211, Thackwray, Donna E. et. al.; Acomparison of behavioral and Cognitive behavioral interventions For bulimia nervosa. Journal of Consulting and clinical psychology, 1993, 61, 4, 639 - 645.
212. Thase, Michael E. et. al.; Response to cognitive behavioral therapy in chronic depression. Journal of psychotherapy practice and Research, 1994, 3, 3, 204 - 214.
213. Thierman, G.& Martin, G.; Self - management with picture prompts to improve quality of household cleaning by severely mentally handicapped persons. International Journal of Rehabilitation Research, 1989, 12, 27 - 39.
214. Trower. P. et. al.; Cognitive - behavioural counselling in action. London: Sage publicationc, Inc.; 1988.
215. Valliant, Paul M. et. al.; Acognitive - behavior therapy model For anger management with adult offenders. Journal of Offender Rehabilitation, 1995, 22 (3 - 4), 77 - 93.

الفهرس

| | |
|----------|---|
| ٧ | إهداء |
| ٩ | المحتويات |
| ١١ | مقدمة |
| ١٥ - ١٥٠ | الباب الأول: الأسس النظرية للعلاج المعرفى السلوكى |
| ١٩ - ٥٥ | الفصل الأول: العلاج المعرفى السلوكى . . المكونات والأركان |
| ٢١ | الإتجاه المعرفى السلوكى فى العلاج |
| ٢٧ | العلاج المعرفى السلوكى المعاصر |
| ٣٧ | العلاقة العلاجية |
| ٤٣ | وجهة النظر الإنسانية فى العلاج |
| ٤٦ | الإقناع الجدلى التعليمى |
| ٥١ | الخطة العلاجية |
| ٥٣ | تعليق عام |
| ٥٧ - ٩٥ | الفصل الثانى: الأطر النظرية للعلاج المعرفى السلوكى |
| ٥٩ | النماذج العلاجية المعرفية السلوكية |
| ٦٧ | أولاً: إتجاه بيك |
| ٧١ | ثانياً: إتجاه إليس |
| ٧٥ | ثالثاً: إتجاه ميتشنيوم |
| ٨٠ | أهم الإستراتيجيات والفنيات العلاجية |
| ٨٠ | التدريب على إدارة القلق |

225. Williams, Huw & Jones, Robert; Teaching cognitive Self - regulation Of Independence and emotion cotrol skills. In B.S. kroese et. al (eds.); cognitive - behaviour therapy for people with learning disabilities. London: Routlege, 1997.
226. Willians, J.; The psychological treatment of depression: A guide to the theory and Practice of cognitive. behaviour thery and practice of cognitive behaviour therapy. London: Routledge, 1992.
227. _____: The psychological treatment of depression, New York: Routledge, 1992 a.
- 228 Williams, Mark G. et. al.; cognitive psychology and emotional disorders. 2nd ed., New York: John wiley & Sons, Inc., 1997.
229. Williams, W. et. al.; Teaching communication skills to persons with developmental disabilities: Effects of teaching by self - Instructive and metacognitive approaches and of individual differences on generalization of skills. American Journal on Mental Retardation, 1996, 111, 252 - 271.
230. Young, Jiffery; cognitive therapy for personality disorders. Sarasata, FL: professional Resource Exchange Inc., 1990.

| | |
|-----|---|
| ١٩٨ | العلاج المعرفى السلوكى للهلع |
| ٢٠٥ | دراسات تطبيقية |
| ٢٠٩ | تعليق |
| ٢١٠ | ثانياً: إضطراب القلق العام |
| ٢١٠ | طبيعة الإضطراب |
| ٢١١ | محكات التشخيص |
| ٢١٢ | العلاج المعرفى السلوكى لإضطراب القلق العام |
| ٢١٧ | دراسات تطبيقية |
| ٢٢٠ | تعليق |
| ٢٢٠ | ثالثاً: إضطرابات الرهاب (الخوف المرضى) |
| ٢٢٠ | طبيعة الإضطراب |
| ٢٢٢ | المحكات التشخيصية للإضطراب |
| ٢٢٥ | العلاج المعرفى السلوكى لإضطرابات الرهاب |
| ٢٢٧ | دراسات تطبيقية |
| ٢٢٩ | تعليق |
| ٢٣٠ | رابعاً: إضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة |
| ٢٣٠ | طبيعة الإضطراب |
| ٢٣٢ | تشخيص الإضطراب |
| ٢٣٥ | العلاج المعرفى السلوكى لإضطراب إنعصاب ما بعد الصدمة |
| ٢٣٧ | دراسات تطبيقية |
| ٢٣٨ | تعليق |
| ٢٣٩ | خامساً: إضطراب الوسواس القهرى |
| ٢٣٩ | طبيعة الإضطراب |
| ٢٤٢ | محكات التشخيص |
| ٢٤٤ | العلاج المعرفى السلوكى للوسواس والأفعال القهرية |

| | |
|-----------|---|
| ٨٦ | إستراتيجية التشغيل الإنفعالى |
| ٩٠ | فنيات الإقناع الجدلى التعليمى |
| ٩٧ - ١٥٠ | الفصل الثالث: التطورات الحديثة فى العلاج المعرفى السلوكى |
| ٩٩ | أولاً: إتجاه بيك |
| ١١١ | ثانياً: إتجاه إليس |
| ١٢٢ | أساليب وفنيات علاجية حديثة |
| ١٢٦ | الإرشاد العقلانى الإنفعالى السلوكى |
| ١٤٣ | خلاصة وتعقيب |
| | الباب الثانى: |
| | التطبيقات الإكلينيكية للعلاج المعرفى السلوكى على الإضطرابات |
| | المختلفة |
| ١٥١ - ٤٨٢ | الفصل الرابع: الإضطرابات الإكتئابية |
| ١٥٧ | الإكتئاب |
| ١٥٨ | طبيعة الإضطراب الإكتئابى |
| ١٦٣ | تشخيص الإضطراب الإكتئابى |
| ١٦٧ | الصياغات المعرفية السلوكية للإكتئاب |
| ١٦٩ | العلاج المعرفى السلوكى للإكتئاب |
| ١٧٧ | أهم الملامح المميزة للعلاج المعرفى السلوكى للإكتئاب |
| ١٨٠ | دراسات تطبيقية |
| ١٨٧ | تعليق عام |
| ١٨٩ - ٢٥١ | الفصل الخامس: إضطرابات القلق |
| ١٩١ | القلق المرضى |
| ١٩٤ | أولاً: إضطراب الهلع |
| ١٩٤ | طبيعة الإضطراب |
| ١٩٧ | التشخيص الإكلينيكى |

| | |
|-----------|--|
| ٣١٥ | العلاج المعرفى السلوكى لفقد الشهية العصبى |
| ٣٢٠ | دراسات تطبيقية عامة حول إضطراب صورة الجسم |
| ٣٢٣ | تعليق عام |
| ٣٢٥ - ٣٤٩ | الفصل الثامن: الإعاقات الجسمية الحية |
| ٣٢٧ | طبيعة الإعاقات الجسمية الحسية |
| ٣٢٧ | أولاً: الإعاقة السمعية |
| ٣٤١ | ثانياً: الإعاقة البصرية |
| | العلاج المعرفى السلوكى لبعض الإضطرابات المرتبطة بالإعاقة |
| ٣٤٢ | البصرية |
| ٣٤٥ | دراسات تطبيقية |
| ٣٤٨ | تعليق |
| ٣٥١ - ٣٩٠ | الفصل التاسع: إضطرابات الشخصية |
| ٣٥٣ | طبيعة إضطرابات الشخصية |
| ٣٦٢ | المحكات التشخيصية |
| ٣٧٧ | العلاج المعرفى السلوكى لإضطرابات الشخصية |
| ٣٨٥ | دراسات تطبيقية |
| ٣٨٩ | تعليق |
| ٣٩١ - ٤٢٩ | الفصل العاشر: الإضطرابات الذهانية |
| ٣٩٣ | الذهان |
| ٣٩٥ | طبيعة الإضطرابات الذهانية |
| ٤٠١ | الإتجاه المعرفى والذهان |
| ٤٠٤ | العلاج المعرفى السلوكى للذهان |
| | أوجه الشبه والاختلاف بين العلاج المعرفى السلوكى |
| ٤١٢ | للذهان وللإضطرابات السيكاترية الأخرى |
| ٤١٦ | الفنيات العلاجية المعرفية السلوكية للذهان |

| | |
|-----------|--|
| ٢٤٧ | دراسات تطبيقية |
| ٢٥١ | تعليق |
| ٢٥٣ - ٢٨٤ | الفصل السادس: الآلام المزمنة |
| ٢٥٥ | طبيعة الآلام المزمنة وتشخيصها |
| ٢٥٨ | العلاج المعرفى السلوكى للآلام المزمنة |
| | نماذج للآلام المزمنة وكيفية استخدام العلاج المعرفى السلوكى |
| ٢٦٠ | لعلاجها |
| ٢٦١ | ١ - آلام الجهاز العضلى والهيكلى العظمى |
| ٢٦٤ | ٢ - الصداع المزمن |
| ٢٧١ | ٣ - آلام البطن المتكررة |
| ٢٨٠ | دراسات تطبيقية |
| ٢٨٣ | تعليق عام |
| ٢٨٥ - ٣٣٤ | الفصل السابع: إضطراب صورة الجسم |
| ٢٨٧ | إضطراب صورة الجسم: مقدمة |
| ٢٨٨ | أولاً: إضطراب صورة الجسم (نشوه صورة الجسم) |
| ٢٨٨ | طبيعة الإضطراب |
| ٢٩١ | التشخيص الإكلينيكى للإضطراب |
| ٢٩٢ | العلاج المعرفى السلوكى لإضطراب صورة الجسم |
| ٢٩٧ | ثانياً: الشره العصبى للطعام |
| ٢٩٧ | طبيعة الإضطراب |
| ٣٠٠ | المحكات التشخيصية للإضطراب |
| ٣٠٢ | العلاج المعرفى السلوكى للشره العصبى |
| ٣١٠ | ثالثاً: فقد الشهية العصبى |
| ٣١٠ | طبيعة الإضطراب |
| ٣١٤ | المحكات التشخيصية للإضطراب |



| | |
|---|------------|
| دراسات تطبيقية | ٤٢١ |
| تعليق عام | ٨٢٧ |
| الفصل الحادى عشر: التحالف العقلى | ١٨٣١ - ٨٧٣ |
| التحالف العقلى | ٨٣٣ |
| الملاج المعرفى السلوكى للمتخلفين عقلياً | ٣٣٣ |
| التنظيم الذاتى للسلوك | ٨٣٧ |
| التدريب على التواصل | ٥٣٣ |
| الدافعية وتقدير الذات والمعرفة الإجتماعية | ١٥٣ |
| حل المشكلات الإجتماعية | ٣٥٣ |
| الإضطرابات الإنفعالية والوجدانية | ٨٦٢ |
| تعليق عام | ٨٧٣ |
| المراجع | ٨٧٣ - ١٢ |
| فهرس | ١١٥ - ٧١٥ |