



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عباس لغرور - خنشلة -

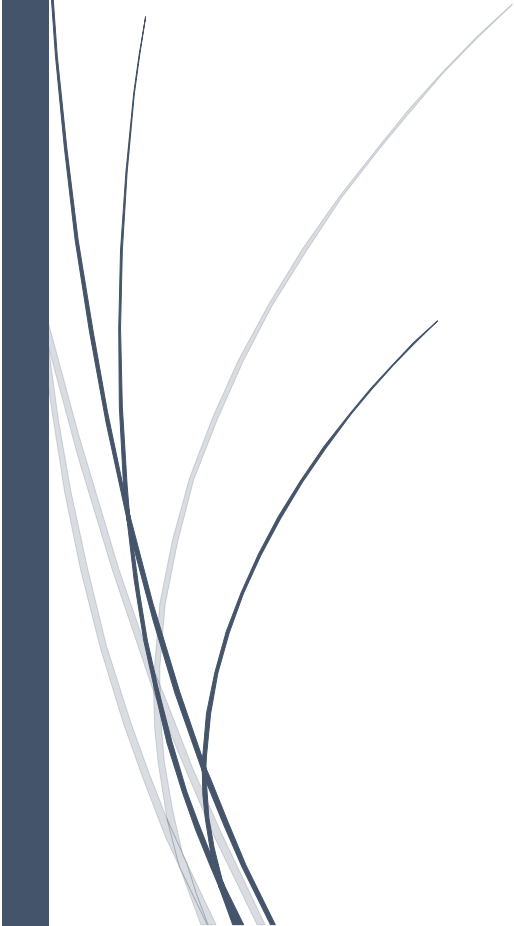


مطبوعة بيداغوجية في مادة العلاجات السلوكية و المعرفية
للسنة الثالثة علم النفس العيادي

من إعداد الدكتور سامعي صهيب

السنة الجامعية 2024/2023

الفهرس



الصفحة	العنوان
1	مقدمة
المحور الأول: العلاجات السلوكية	
3	1. تعريف العلاج السلوكي
3	2. المسلمات الرئيسية التي يقوم عليها العلاج السلوكي
4	3. الأمراض العقلية في العلاجات السلوكية
5	4. بعض المحطات الهامة لتطور العلاجات السلوكية
13	5. اسهامات إيفان بافلوف في نشأة العلاج السلوكي
20	6. اسهامات بيرهوس سكينر في نشأة العلاجات السلوكية
25	7. إزالة الحساسية التدريجي
27	1.7 مفهوم تقنية إزالة الحساسية التدريجي
28	2.7 الأساس النظري لتقنية إزالة الحساسية التدريجي
30	3.7 خطوات تطبيق تقنية إزالة الحساسية التدريجي
34	8. أسلوب الغمر: 34
34	1.8 مفهوم الغمر
36	2.8 أساليب المعالجة بالغمر
37	3.8 المقارنة بين الغمر وإزالة الحساسية التدريجي

فهرس المحتويات

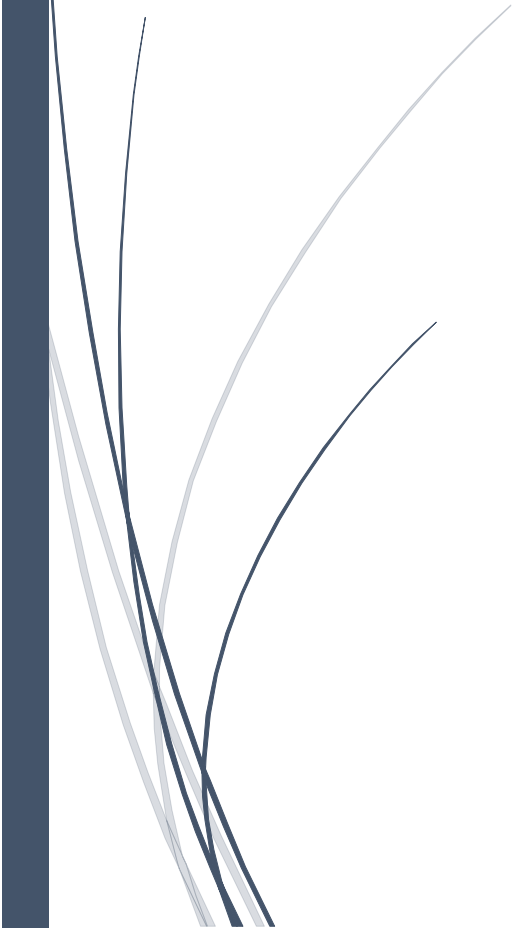
39	9. أسلوب تأكيد الذات:39
39	1.9 مفهوم توكيد الذات:39
40	2.9 التطور التاريخي لمفهوم تأكيد الذات:40
40	3.9 الخصائص السلوكية للذات المؤكدة والخصائص السلوكية للذات غير المؤكدة
41	4.9 أساليب تأكيد الذات
43	5.9 الأهداف التي يسعى إليها أسلوب توكيد الذات
44	10. التحليل الوظيفي للسلوك:44
المحور الثاني: العلاجات المعرفية	
49	1. ظهور وتطور العلاجات المعرفية
51	1.2 السببية المرضية وفق العلاج (ع إ س)
52	2.2 نموذج (D E) A B C لتفسير الاضطراب
54	3.2 التفكير غير العقلاني
55	4.2 الأفكار اللاعقلانية حسب إيس
56	5.2 مستويات التفكير والاضطراب
57	6.2 نظرية التغيير
59	7.2 مساعدة الأشخاص على التغيير
60	8.2 العملية العلاجية وفق العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي
62	9.2 التقنيات المستخدمة في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

فهرس المحتويات

64	10.2 تطبيقات العلاج العقلاى الانفعالى السلوكى
65	3. العلاج المعرفى لـ أرون بيك
65	1.3 مفهوم العلاج المعرفى لـ أرون بيك
66	2.3 الأسس النظرية للعلاج المعرفى لـ بيك
68	3.3 المفاهيم الرئيسية للعلاج المعرفى حسب أرون بيك
71	4.3 السببية المرضية حسب العلاج المعرفى لـ أرون بيك
72	5.3 إجراءات العلاج وتقنياته
73	6.3 التقنيات المعرفية والسلوكية

فهرس المحتويات

مقدمة



مقدمة :

تعتبر مادة العلاجات السلوكية والمعرفية من مواد الوحدة الأساسية في برنامج تكوين طلبة السنة الثالثة تخصص علم النفس العيادي، حيث تمكن الطالب من التعرف على الأسس والمبادئ التي تقوم عليها كل من العلاجات السلوكية والمعرفية، وأهم التقنيات العلاجية السلوكية كإزالة الحساسية التدريجي والغمر، وكذلك التقنيات المعرفية كالعلاج العقلاني الانفعالي لألبرت إليس والعلاج المعرفي لـ أرون بيك، كما تتيح للطالب التعرف على شروط تطبيق هذه التقنيات وخطوات إجرائها، ولتحقيق هذه الأهداف يفترض أن يكون الطالب قد حاز معارف مسبقة في علم النفس المرضي خاصة ما تعلق بالأطر النظرية السلوكية و المعرفية المفسرة لمختلف الاضطرابات النفسية، بالإضافة إلى الإلمام بمختلف مواضيع علم النفس الفيزيولوجي و علم النفس المعرفي.

ولا شك في أن نجاح الطالب في استيعاب الجانب النظري للمحتويات هذه المادة، وبعد اجتيازه لفترة من التربصات الميدانية سيكون قادرا على تقييم وتشخيص مختلف الأعراض والاضطرابات النفسية انطلاقا من فلسفة الاتجاه السلوكي والمعرفي في علم النفس المرضي، واختيار التقنية العلاجية السلوكية أو المعرفية المناسبة للحالة الماثلة، ووضع خطة علاجية تسمح بمساعدة المريض على التخلص من معاناته النفسية.



المحور الأول: العلاجات السلوكية

1. تعريف العلاج السلوكي:

يعرف العلاج السلوكي على أنه شكل من أشكال العلاجات النفسية التي تهدف إلى إحداث تغييرات في سلوكيات الفرد مما يساعده على التكيف مع البيئة التي يعيش فيها وهو ما يجعل حياته وحياة الأشخاص المحيطين به أكثر إيجابية وفعالية، وهذا بالاعتماد على نظريات ومبادئ التعلم التي صاغها العلماء العلام أثال بافلوف، واطسون، هل، سكينر وغيرهم.

2. المسلمات الرئيسية التي يقوم عليها العلاج السلوكي:

تتميز العلاجات السلوكية عن باقي العلاجات النفسية بمجموعة من الخصائص منها:

- لا يوجه المعالج السلوكي مجهوداته للبحث عن التفسيرات اللاشعورية للسلوك، أو محاولة الكشف عن الصراعات التي ميزت مرحلة الطفولة كما هو الحال في العلاج النفسي التحليلي، بل يركز اهتماماته على الحاضر، فهو ينظر للاضطرابات على أنها سلوك شاذ يكتسبه الأفراد من خلال أخطاء في عملية التعلم.

- تندمج عمليتي التشخيص والعلاج في أساليب العلاج السلوكي، إذ أن تشخيص المشكلة هو في الحقيقة محاولة لتحديد السلوكيات أو الأخطاء الصادرة من البيئة الطفل على سبيل المثال والتي جعلته يخاف أو يقلق...، وعليه فإن المعالج السلوكي يسعى في تشخيصه إلى رصد الاستجابات أو ردود الفعل البيئية (الأسرة أو الأشخاص المحيطين بالطفل)، قبل ظهور السلوك الشاذ وبعده، ثم تغييرها ليتخلص من المشكلة برمتها ليتحقق العلاج.

- إنطلاقاً من اعتناق منظري العلاج السلوكي للمنهج العلمي فإنهم يرفضون فكرة وجوب إزالة ما وراء الأعراض من صراعات داخلية مفترضة، فالمعالج السلوكي يرى أن علاج العرض هو علاج للمرض، وأن العلاج الفعال هو العلاج الذي يمكننا من التخلص من كل الأعراض بنجاح.

- يرفض السلوكيون المسلمات التقليدية للعلاجات النفسية الدينامية التي تعتقد بأن الأعراض قد تستبدل أو تتحول إلى أعراض أخرى إذا لم يتم علاج ما وراءها من أمراض، وقد أثبتوا من خلال دراساتهم التجريبية أن علاج الأعراض وحده لا يؤدي إلى ظهورها في أشكال عيادية أخرى.

- بالرغم من اعتماد العلاج السلوكي على الحقائق التجريبية، إلا أنه يستند على مسلمات نظريات التعلم وقوانين الإشراف، فالمعالج السلوكي ينظر للأمراض النفسية بصفتها استجابات شاذة نكتسبها ونتعلمها بفعل خبرات خاطئة، وعليه يمكننا أن نتعلم التوقف عنها، أو نستبدلها باستجابات ملائمة. (إبراهيم وآخرون، 1993، ص ص 32-33)

3. الأمراض العقلية في العلاجات السلوكية:

العلاج السلوكي هو مجموعة من تقنيات التدخل على السلوك وحده (اليوم يركز على السلوك والأفكار)، تهدف إلى تصحيحه أو استبداله بآخر، وهي لا تفترض وجود مرض كامن داخلي من شأنه أن يرسل إشارات أو أعراض تعبر عنه، لذلك لا يعتمد العلاج السلوكي على تفسير هذه العلامات التي من شأنها أن تربط السلوك بالبنى الداخلية، فإلا سواء أو الانحراف السلوكي هما نتيجة للآليات التي تربط الفرد ببيئته.

لذلك العلاج السلوكي قائم على تصميم بيئي محيطي تماما، فالخلل يحدث بسبب البيئة علاوة على ذلك فإن هذا الخلل يتم تحديده وتعريفه في أغلب الأحيان من قبل الأفراد المحيطين الذين يعتبرون أن السلوك غير مناسب لمتطلبات المجتمع.

تتعلق هذه الممارسة بالاضطرابات السلوكية التي يتم ملاحظتها عندما تختل آلية السلوك الطبيعي تؤدي هذه الاختلالات الوظيفية إلى زعزعة السلوك واضطرابه، لأن عدم اختيار السلوك المناسب للموقف مثل سلوك الجلوس في الفصل الدراسي ، عدم مهاجمة الأشخاص ، غسل اليدين أكثر من 30 مرة في اليوم لمدة 15 دقيقة...، وتجدر الإشارة هنا إلى أن اختيار السلوك لا تديره الطبيعة كما في نظرية التطور الداروينية، ولكن من خلال البيئة الاجتماعية، بمعنى آخر ليس من خلال تاريخ النوع البشري بل من خلال

تاريخ الفرد، فالأمر كله يتعلق بالاختيار، و أصل الاضطراب يكمن في تعطيل عملية الاختيار فالفرد تمت تنشئته وتشريطه (الاشرط) بطريقة خاطئة ، و هذه هي العلة التي يسعى العلاج السلوكي لعلاجها .

تاريخيا تطورت العلاجات السلوكية بالتزامن مع التحليل النفسي، واستندت مثلها إلى الاقتناع بأن الاضطراب (المعاناة) هو أي (في الحاضر) وهو نتيجة لأحداث ماضية ، و أن هناك أمراض عقلية ذات أصل عضوي تتطلب العلاج بالأدوية ، كما أن النهج العلاجي يجب أن يعكس بناء المرض خلال ماضي العميل ، حيث يعتمد التحليل النفسي على التفسيرات (العلاج) الرمزية (لفظية ، غير لفظية) في مواجهة الألم الناتج عن الطفولة من خلال عالم رمزي تتقاطع فيه الحاجات الفردية و سلوك الآخرين ، و لكن في العلاج التحليلي يكون العلاج بالعودة إلى الماضي و إعطاء فرصة للعميل بحل صراعاته بصورة سوية ، على عكس العلاج السلوكي الذي يدعونا لنسيان الماضي .

4. بعض المحطات الهامة لتطور العلاجات السلوكية:

لقد مر ظهور وتطور العلاجات السلوكية بعدة محطات هامة نذكر منها:

1.4 السياق التاريخي:

صرح جون واطسون عام 1916 أي بعد ثلاثة سنوات من نشره للبيان الذي يحدد فيه ما بات يعرف بالسلوكية، في مقال حول نشأة الأمراض العقلية الذي استلهمت منه السلوكية، بأنه يمكن وصف الاضطرابات العصابية على أنها أمراض ما لم تكن مصحوبة بخلل في الجهاز العصبي المركزي، ويجب أن ينظر لهذه الاضطرابات العصابية على أنها اضطرابات في العادات، وسوء تكيف، وهي في الواقع استجابات مشروطة سيئة.

و يشرح واطسون فكرته عن طريق هذا المثال : أخذ كلب مصاب بالوهن العصبي لطبيب أمراض عقلية للكلاب ، دون أن نخبر الطبيب بتاريخ الكلب ، فهو يعتمد على ما يمكن ملاحظته فقط ، و على الرغم من تمتع الكلب بصحة جيدة إلا أنه يعاني من

اختلالات وظيفية خطيرة : فهو يستلقي دون حراك أمام قطعة لحم ، و لا يهتم بوجود أنثى ، و يلحق الشخص الذي يعنفه ، باختصار يتصرف بشكل خاطئ كلياً ، فبالنسبة للطبيب فإن هذا الكلب يعاني من الوهن العصبي و وسواس عصابي أي مرض عقلي ، لكن ربما يكون الكلب قد تم تدريبه للتصرف بهذه الطريقة ، و لعلاجه حسب واطسون يكفي أن تتم إعادته للمسار الطبيعي للكلاب ، و هو ما يخلصه من تلك العادات السيئة و هي سلوكية و ليست عقلية.(Parot, 2008)

واصل واطسون طرح أفكاره في علم النفس المرضي، ومحايرته لأطروحات فرويد، فقد نشر عام 1920 مع روزالين راينار قصة حالة مشهورة جداً: قصة الطفل ألبرت، يبلغ من العمر 11 شهراً غرس فيه من خلال الاشراف الكلاسيكي (اشراف بافلوف) الخوف المرضي من كل شيء به فراء، من أجل إظهار حماقة التفسير الفرويدي للرهاب الذي يعود أصله حسب واطسون للبيئة المحيطة (راجع تجربة الطفل ألبرت).

و يواصل واطسون سخريته من المحللين النفسانيين فيقول : بعد عشرون عاماً من الآن إذا قام الفرويديون بتحليل خوف ألبرت من المعطف ذو الفراء ، فإنه من المحتمل أن ينشؤوا قصة حلم منه ، سيكشف التحليل أنه في سن الثالثة حاول ألبرت اللعب بشعر عانة والدته (تلميح إلى ربط المحللين كل شيء بالجنس) فنهزته بعنف (لا ينكر واطسون أن هذا قد يحدث عن طريق الاشراف) ، إذا كان المحلل النفسي قد هبأ ألبرت جيداً بما يكفي لاعتبار هذا تفسيراً لميوله التجنبية ، و إذا كان لدى المحلل ما يكفي من السلطة و الشخصية ، سينتهي الأمر بألبرت إلى الاقتناع التام بأنه كان لديه هذا الحلم الذي يكشف العوامل التي أدت إلى رهابه .(Powell et al., 2014)

و قد اعترف واطسون في عام 1915 في خطابه أمام الجمعية الأمريكية لعلم النفس ، أن أصل مقاربتة السلوكية يعود لإشراف إيفان بافلوف ، فقبل 12 سنة أي في عام 1903 قام بافلوف خلال المؤتمر الدولي الخامس عشر للطب بمدريد بإلقاء محاضرة بعنوان " علم النفس التجريبي و علم النفس المرضي للحيوانات" أين تحدث عن المنعكسات و البيئة المحيطة ، و أكد على أن الاشراف هو آلية وظيفية لربط الكائن

الحي ببيئته ، و قدم تجارب مختلفة يمكن فيها تعديل الاستجابات غير المشروطة (استجابات طبيعية) لخلق أي نوع من الاستجابات و حتى و إن كانت غير متكيفة . (R. Boakes, 2003)

وهي المرة الأولى التي تم فيها طرح الفرضية التي تنص على أن كل سلوك مكتسب يتم تعلمه على أساس الارتباط بين منبه طبيعي (غير شرطي) يؤدي إلى استجابة طبيعية (غير شرطية)، ومنبه آخر حيادي (عادة دون تأثير) مكتسب، واعتبارا من هذا التاريخ قام بافلوف بإجراء العديد من التجارب في علم الأمراض النفسية للحيوان ومن خلال وجهة نظره الفيزيولوجية و قدم فرضيات حول أسباب الخلل الوظيفي لدى الكائن الحي، وهكذا تم عرض تجريبيا ما يسمى بالعصاب التجريبي لدى الكلب من قبل بافلوف.

نبدأ التجربة بربط صوت الجرس بتقديم الطعام الذي يسيل لعاب الكلب بقصص، وعند التأكد من حدوث الاشرط (صوت الجرس يؤدي إلى سيلان اللعاب)، بعد ذلك نربط صوت الجرس بصدمة كهربائية بأرضية القفص، مع التكرار يبدأ الكلب تدريجيا بالخوف من القفص إلى أن يرفض أن يقترب منه.

هذا السلوك لدى الكلب يغلب عليه القلق والاضطراب والذي يبدو دائم، ولكن في الخمسينات أثبت المعالجون السلوكيون أنه يمكن التخلص من ردة الفعل هذه التي وصفت بالعصابية عن طريق تقنية تسمى الكف المتبادل، حيث تم تجويع الكلب وأخذة بعيدا عن القفص و قدم له الطعام، ثم أخذوا يقربونه من القفص تدريجيا إلى أن استطاع تناول الطعام داخل القفص وتم التخلص من السلوك العصابي لديه.

يوضح بافلوف أن هذا الاضطراب الوظيفي (رهاب القفص) الذي يمثل للكلب حادث مؤلم ، ناتج عن تصادم بين عمليات الإثارة (الانجذاب إلى القفص أين يقدم الطعام) و عمليات منع هذا الانجذاب و هو التثبيط ، و بالتالي فإن الرهاب ناتج عن مشكلة في الاشرط ، مما يؤدي إلى النفور ، و الانسحاب و عدم القدرة على إحداث الإثارة ، و ثم القلق ، و عليه فإن المرض ينشأ من خلل في عمليتين فيزيولوجيتين أساسيتين للنشاط العصبي و التي تكون عادة متوازنة ، و يفسر ذلك من خلال التطهير

العصبي الفيزيولوجي "le frayage neurophysiologique" (مرور الاثارة من خلية عصبية إلى أخرى تحدث من مسار تم اتخاذه مسبقا) للمسارات بعد الإشارات غير المتكيفة. (R. A. Boakes, 2023).

من خلال هذا العرض لأعمال لكل من بافلوف، واطسون التي تعد مصدر الهام للسلوكيين وحتى اعتبارهم للمرض النفسي على أنه سوء توافق أو سوء تكيف، لا يجب أن نهمل الانتقادات الكبيرة للمعارضين الراديكاليين للعلاج السلوكي خاصة في فرنسا، الذين اعتبروه مصبوغا بالإيديولوجية الأمريكية وأبعد من ذلك حتى شيوعية روسية.

2.4 السياق السياسي: علماء نفس لغسيل الدماغ

لفهم الكيفية التي فرض العلاج السلوكي نفسه بشكل أفضل، كان من الضروري اللقاء الضوء على الوضع السياسي الدولي الذي وجد علماء النفس أنفسهم متورطين فيه أوائل الخمسينات من القرن العشرين وفي أحيانا كثيرة يخدمون مصالح الدول دون علمهم.

شكلت الحرب الكورية في عام 1950 بداية الصراع بين الولايات المتحدة الأمريكية وحلفائها من جهة والاتحاد السوفياتي وحلفائه من جهة أخرى، وهو ما ميز كل النزاعات الدولية بعد ذلك، وقد صرح بعض الأسرى الأمريكيين بعد عودتهم أنهم تعرضوا لممارسات وصفت بأنها "غسل الأدمغة"، وهي تقنيات غامضة للسيطرة على الأفراد، التجارب الأولى للأمريكيين للتحكم في العقل أجريت على الأراضي اليابانية، وعلى السجناء الكوريين، واستخدمت تقنيات كيميائية مثل "مصل الحقيقة".

في السنوات التالية قامت وكالة المخابرات المركزية الأمريكية (CIA) بتمويل بحوث حول استخدام الصدمات الكهربائية والتنويم المغناطيسي كجزء من مشروع يسمى Bluebird ثم Artichoke، وقامت الأجهزة الأمنية بعد ذلك بتوظيف مستشارين لاختبار الغازات والأدوية المختلفة، والتغييرات في النظام الغذائي، الأشعة، وحتى العزلة الحسية والحرمان من النوم، لمعرفة المزيد عن هذه القوة الغامضة التي استخدمها الشيوعيون. (Taylor, 2006).

كجز من هذه الأبحاث قامت وكالة المخابرات المركزية الأمريكية بالاستعانة بعدد من الخبراء المتمرسين ذلك الوقت مثل أخصائي التعلم دونالد هيب **Donald Hebb** الذي ترأس لجنة أبحاث العلاقات الإنسانية التابعة لمجلس أبحاث الدفاع الكندي في 1950-1951، وبهذه الصفة تمت دعوته إلى اجتماع لممثلي الحكومات الأمريكية الكندية والإنجليزية، حول قدرة الاتحاد السوفياتي على تحصيل اعترافات "عفوية" لأسرى الحلفاء، وحسب دونالد هيب أنه يمكن كسر إرادة الفرد باستخدام الحرمان الحسي. (Parot, 2008)

كما استعانت (CIA) بـ أوين كاميرون **Ewen Cameron** الذي أصبح رئيساً للجمعية الأمريكية للطب النفسي في عام 1953، حيث ألقى خطاباً أظهر التزامه بمحاربة الشيوعية، وطالب بعالم جديد يترك للمختصين للسيطرة على سلوكيات البشر " وفقاً لتقارير خبراء فإنه تم استخدام أساليب مماثلة مع السجناء العراقيين والأفغان، هذه التقنيات السلوكية والنفسية استلهمت من نتائج الأبحاث في علم النفس العصبي حول النوم، الأنظمة الحسية، وتأثير الأدوية وغيرها.

خلال الخمسينات من القرن الماضي، مولت (CIA) أبحاثاً مستشارياً تحت غطاء مخابر بحث ومجلات علمية مثل أرشيف طب الأعصاب والطب العقلي، وقد اقترح هارولد وولف **Harold Wolff** وهو أستاذ علم الأعصاب بجامعة كورنيل، ورئيس الجمعية الأمريكية لطب الأعصاب، على وكالة المخابرات الأمريكية من أجل السيطرة الكلية على الإنسان أن تدرس العلاقة بين الإنسان وبيئته بأكملها، وأسس تخصص جديد سمي بعلم البيئة الإنسانية " *Ecologie humaine* ».

وقد قام بدمج عدة تخصصات وهي علم النفس، الطب، علم الاجتماع، والأنثروبولوجيا وكان مقتنعاً بأنه من خلال هذا التخصص الجديد ستتمكن وكالة المخابرات الأمريكية من صياغة وقولبة فكر، مشاعر، وسلوك البشر، وكيف يمكن تعليم الفرد حماية نفسه من هذه التلاعبات.

في هذا المسعى قامت جمعية البحث في علم البيئة الإنسانية التي تأسست عام 1955 بتمويل العديد من الباحثين لفائدة الوكالة الأمريكية، ومن أبرز أعضاء مكتب هذه الجمعية جون وايتهورن **John Whitehorn** "أستاذ بقسم الطب النفسي بجامعة جونز هوبكينز، وكارل روجرز 'أستاذ علم النفس والطب النفسي في جامعة وسيكنسن.

و صرح بعض الباحثين فيما بعد بعدم معرفتهم للمصادر الحقيقية التي مولت أبحاثهم مثل تشارلز أوسجود **Charles Osgood** الذي تلقى أموالا كبيرة من جمعية البحث في علم البيئة الإنسانية في دراسته للاختلافات في التعبيرات اللفظية عن المشاعر و الانفعالات عبر الثقافات المختلفة ، كما تلقى مظفر شريف **Muzafer Sheriff** ، مارجريت ميد **Margaret Mead** ، هانز يورجن أيزنك **Hans Jurgen Eysenck** ، و حتى إروين جوفمان **Erwin Goffman** ، أموالا لتمويل دراساتهم صرحوا بعدم معرفتهم لمصدرها . (Price, 2011)

وعلى العموم يمكننا القول بأن هذه الترسانة من تقنيات التحكم في الانسان حتى وإن كانت لا تحدث تغييرات جسدية إلا أنها تترك ندوب دائمة في نفسية الإنسان، وهو ما أكدته الدعاوي القضائية لعائلات الضحايا الذين تعرضوا لهذه الممارسات، وعلينا رفض هذه الممارسات من جانب أخلاقي مثل الممارسات الجراحية، السيطرة الكيميائية «les camisoles chimiques»، التعذيب النفسي والعقلي والتي يمكن تلخيصها جميعا تحت مسمى غسيل الدماغ.

3.4 السياق المهني:

بدأ العلاج السلوكي يفرض نفسه بالولايات المتحدة الأمريكية بعد 15 سنة من نهاية الحرب العالمية الثانية بالتزامن مع مطالبة النفسانيين الإكلينكيين بحقهم في ممارسة العلاج النفسي بعيدا عن سيطرة أطباء الأمراض العقلية.

وفقا لـ رودريك بوكانان **Roderick D. Buchana** كان للحرب تأثير على توجيه الإنتباه إلى تأثير العوامل البيئية على سوء التوافق، وفي مواجهة هذا الاختلال، احتفظ

أطباء الأمراض العقلية بمقاربة العلاج البيولوجي أو بالجراحة النفسية " psychochirurgicales »، رافضين العلاج النفسي "العلاج بالكلام" الذي يميز التحليل النفسي، والمقاربة الإنسانية لكارل روجرز، التي كانت سائدة في الخمسينات.

بدأ الأطباء النفسانيين بتمييز أنفسهم عن نظرائهم أطباء الأمراض العقلية، وحاولوا تطوير علاج نفسي حديث مستوحى من التحليل النفسي إلى حد ما، مع تطور نظريات التعلم، التي تعطي مكانة للعوامل البيئية، وبعد كتاب دولارد وميلر Dollard et Neal E. Miller بعنوان "الشخصية والعلاج النفسي" الذي نشر عام 1950 أحد الشواهد على هذه المساعي، وفي هذا الوقت بالتحديد بدأت الانتقادات توجه للعلاجات النفسية على أنها غير علمية، وهو ما من شأنه التمهيد للعلاج السلوكي في الممارسة السريرية. (Parot, 2008)

تم توجيه الضربة القاضية من قبل أيزنك " لم يمارس أي علاج " في مقال نشر عام 1952 تضمن تقييم تأثير العلاجات النفسية إنطلاقاً من 19 دراسة عن الأعصاب من قبل باحثين مختلفين على عينة قدرت بـ 7000 حالة خضعت للتحليل النفسي أو " علاج انتقائي نفسي «وكانت النتائج كما يلي:

- أن 44 % من الحالات التي تعاني الاضطرابات العصابية التي عالجت بالتحليل النفسي، شفيت أو تحسنت بشكل كبير

- 64 % من الحالات التي عالجت بالعلاج الانتقائي شفيت أو تحسنت.

- والذين لا يتابعون أي علاج نفسي شفي 73 % منهم خلال عامين، فقط من خلال الرعاية الجيدة من قبل بعض الأطباء العاميين.

ورغم الانتقادات المنهجية والاصطلاحية لهذه الاحصائيات إلا أن الضربة كانت موجعة للعلاجات النفسية ذات التوجه التحليلي والإنساني، ويأتي مقال أيزنك بالتزامن مع مطالبات المؤسسات الصحية، الهيئات الحكومية، والصناعة الدوائية، للممارسين النفسانيين بإثبات آثار تدخلاتهم العلاجية وما كان تقنية اشراط واشراط مضاد تجرى

بالمختبرات، سيصبح بالولايات المتحدة الأمريكية ممارسة علاجية يستجيب للمطالب المتزايدة لعلاجات فعالة سريعة وغير مكلفة على عكس العلاجات ذات التوجه التحليلي. (Cuijpers et al., 2018)

و تجدر الإشارة أنه في البداية جاءت هذه التقنيات من خارج الولايات المتحدة الأمريكية ، أيزنك ألماني المولد بريطاني الجنسية ، جوزيف وولب Joseph Wolpe ولد و درس علم النفس بجنوب إفريقيا ، و أرنولد لازاروس Arnold Lazarus و ستانلي راشمان Stanly Rachman ، الذين ساهموا في إنشاء العلاج السلوكي ، و قد قام وولب بنشر العلاج النفسي عن طريق التثبيط المتبادل " الكف المتبادل" الذي عرف فيه السلوك العصابي بأنه " أي عادة مستمرة للسلوك بطريقة غير متكيفة يتم اكتسابها من خلال التعلم لكائن حي فيزيولوجيا " و يقترح العلاج " السلوكي " لتصحيح هذه العادات السيئة .

و يرجع الفضل للعلماء السابق ذكرهم في نشر الفكرة القائلة بأن الاضطراب العقلي دون ارتباطات جسدية يكون مخالفا للنظام الاجتماعي و بالتالي يجب أن يخضع للتدخل العلاجي ، فالعلاجات السلوكية تهدف في المقام الأول إلى تعديل الانحرافات (التي من الواضح تعريفها اجتماعي) مثل : المبالغة في استهلاك التبغ ، الكحول ، المخدرات ، الانحرافات الجنسية ..إلخ ، بالإضافة إلى ما يسميه وولب بالشخصيات المرضية (أطلق هذا التشخيص على الأشخاص الذين اعتادوا التصرف بطريقة غير اجتماعية ، و / أو مضادة للمجتمع ، دون شعورهم بالقلق ، بحيث لا يكون اللوم و تأنيب المجتمع لهم تأثير كبير عليهم) . (Rodríguez-Riesco et al., 2022)

هذا التصنيف طبق بشكل واسع حيث أن كل الأفراد الذين يعيقون سير المجتمع يستحقون الإصلاح والتقويم، والنتيجة المتوقعة هي توسيع السيطرة على أفراد المجتمع من خلال تعديل السلوكي النتيجة المتوقعة هي توسيع السيطرة على السكان من خلال تعديل السلوك.

وقد أسس كل من أيزنك وولب الجبهة الأولى لمحاربة العلاجات التحليلية، وقدموا علاجاً سلوكياً بدأ بفرض نفسه تدريجياً وهو مستوحى من السلوكية الانتقائية، وبعدهما جاء الجيل الثاني من السلوكيين الذين اقتربوا شيئاً فشيئاً من المعرفيون وهو ما ساهم في ظهور العلاجات السلوكية المعرفية فيما بعد. (Parot, 2008)

5. اسهامات إيفان بافلوف في نشأة العلاج السلوكي:

قد تم تعزيز أسس العلاج السلوكي وإنجازاته وانتشاره إلى حد كبير من خلال ما توصل إليه العلماء من مبادئ ونظريات سلوكية، وعلى الرغم من تعدد وجهات النظر السلوكية حول نشأة وعلاج الأمراض النفسية واختلافها في مدى تأكيدها على التكيف الكلاسيكي أو الفعال، ووساطة العوامل المعرفية، ودور المتغيرات البيولوجية، فإن اكتشاف بافلوف لمبادئ الاشراف كان ضروريا لتأسي العلاج السلوكي في علم النفس المرضي في الخمسينات من القرن الماضي، ولا يزال يشكل أهمية مركزية في العلاج السلوكي الحديث.

إن اعتماد بافلوف على النموذج الفسيولوجي للجهاز العصبي، والذي كان منطقياً في سياق علم الأعصاب المبكر، كان له تأثير على المعالجين السلوكيين المهتمين بدراسة أنواع الشخصية، ومع ذلك كان إرث بافلوف الرئيسي في العلاج السلوكي هو اكتشافه لـ " العصاب التجريبي " *experimental neuroses*، الذي يمكن خلقه والتخلص من منه من خلال مبادئ الاشراف والاشراط المضاد، هذا الاكتشاف أسس لأول إجراء علاجي سلوكي تم التحقق منه تجريبياً وهو إزالة الحساسية التدريجي الذي ابتكره وولب.

يعتقد بافلوف أن النشاطات النفسية المركبة نتاج للعلاقة بين العضوية والوسط وليست شيئاً آخر غير ردود الأفعال المنعكسة الشرطية التي تجسد استجابة العضوية إزاء الوسط الذي توجد فيه والذي يمثل بدوره عاملاً خارجياً فالى جانب الأفعال المنعكسة الفطرية والتي تستند إلى أسس تشريحية بيولوجية توجد أفعال منعكسة مكتسبة شرطية تعبر عن الأشكال الأكثر تطوراً للنشاطات الإنسانية.

➤ الفعل المنعكس: وراثي ينشأ في منطقة اللحاء.

➤ المنعكس الشرطي: مكتسب ينشأ في اللحاء.

بدأت قصة الكشف عن الفعل المنعكس الشرطي عندما كان بافلوف يجري أبحاثه الخاصة بالإفرازات اللعابية عند الكلب حيث لاحظ أن لعاب الكلب بدأ بالسيلان قبل وصول الطعام (قطعة اللحم) إلى فمه وأن لعاب الكلب يسيل لمجرد رؤية من يقدم له الطعام أو لدى سماع خطواته. ومع أن هذه الملاحظة عادية وبسيطة إلا أن بافلوف وجد فيها منطلقاً للبحث في وظيفة الدماغ ليصل إلى اكتشافه حول المنعكسات الشرطية. (Plaud, 2003)

1.5 تجربة بافلوف:

الفعل المنعكس الخاص بسيلان اللعاب لا يتم على أثر الاحتكاك المباشر بين الطعام والغدد اللعابية الفموية فحسب بل أن ذلك يتم أيضاً تحت تأثير بعض الإشارات التي ترتبط عفويا بالمتغيرات الطبيعية وذلك مثل الأصوات التي تسبق وجبة الطعام. ويعطي بافلوف للفعل المنعكس عن بعد وهي ردود الفعل الناجمة عن إشارات وأصوات تسمية الأفعال المنعكسة الشرطية.

ومن جهة أخرى وجد بافلوف فرصته في اختبار العلاقة بين الظاهرة النفسية والظاهرة الفيزيولوجية، فسيلان اللعاب لمجرد رؤية من يقدم الطعام أو لمجرد سماع صوته ليس بظاهرة فيزيولوجية، لأنه على المستوى الفيزيولوجي لا علاقة بين الطرفين وأن سيلان اللعاب مرهون على المستوى الفيزيولوجي بالاحتكاك بين الطعام وحليقات اللعاب في الفم.

ومن هذا المنطلق أطلق بافلوف على سيلان اللعاب المرتبط بالمشاهدة اصطلاح اللعاب النفسي وهو يريد بذلك أن يشير إلى أن السلوك الحادث هو سلوك نفسي وليس فيزيولوجي وذلك لغياب العلاقة الموضوعية فيزيولوجيا بين المشاهدة وإفرازات اللعاب.

وفي هذا المسار حاول بافلوف أن يدرس العلاقة الجوهرية بين الظاهرة النفسية والظاهرة الفيزيولوجية عن طريق اكتشاف العلاقة بين المثيرات الخارجية ووظائف الدماغ العصبية العليا. لقد اعتقد بافلوف أن حدوث الإفرازات النفسية تؤدي إلى بناء علاقات جديدة تسجل في لحاء المخ أو في القشرة الدماغية عند الحيوانات العليا. وهو بذلك كله يريد أن يبرهن بأن السلوك النفسي عند الإنسان يرتكز إلى أسس بيولوجية فيزيولوجية مركزها اللحاء المخي عند الإنسان أو الحيوانات العليا.

ويمكن تفسير المنعكس الشرطي في تجربة بافلوف على الكلاب تفسيراً فيزيولوجياً، من خلال تشكل وصلة عصبية مؤقتة ما بين مركز السمع في الدماغ المتواجد في اللحاء وبين مركز اللعاب في منطقة تحت اللحاء "تركز الأفعال المنعكسة"

لقد أطلق بافلوف على المثير الطبيعي وهو الطعام مصطلح المثير غير الشرطي، وعلى الاستجابة الناتجة عنه ' سيلان اللعاب' استجابة غير شرطية أي طبيعية، ثم أطلق على المثير الحيادي ' صوت الجرس' مصطلح المثير الشرطي، والاستجابة الناتجة عنه مصطلح الاستجابة الشرطية.

ويمكن توضيح جوانب المسألة بالمثال التالي:

م1- مثير طبيعي (قطعة اللحم) ----- استجابة طبيعية (إفراز اللعاب) س1

م2- مثير شرطي (صوت الجرس) ----- استجابة طبيعية (السمع) س2

مثير طبيعي (قطعة اللحم) + مثير شرطي (صوت الجرس) + تكرار الارتباط يؤدي

إلى استجابة شرطية هي إفراز اللعاب . (Clark, 2004)

وترتب على بافلوف أن يحدد منظومة مفاهيمه الخاصة بنظرية المنعكسات الشرطية وخاصة هذه التي تتعلق بكيفية بناء الاستجابة الشرطية وحدودها ومدى استمرارية هذه الاستجابات في مدار الزمن وكيفية حدوث الإنطفاء والتعزيز والتعميم.

2.5 المفاهيم المرتبطة بالإشراف الكلاسيكي:

أ. التعزيز:

بادئ ذي بدء يرتهن بناء الاستجابة الشرطية بعدد من فعاليات الارتباط بين مثيرين والصورة العلمية التي يقدمها بافلوف عبر تجاربه تأخذ المخطط التالي الذي يبين الصورة الاشرافية للعلاقة بين صوت الجرس مقترنا بتقديم الطعام وعدد نقاط اللعب عند الكلب ويطلق على هذه العملية عملية التعزيز.

ب. الإنطفاء:

يقابل عملية التعزيز عملية أخرى تسمى بعملية الإنطفاء، ويشير هذا المفهوم إلى اضمحلال وتلاشي الاستجابة الشرطية حين تتوقف عملية التعزيز السابقة بصورة مستمرة، ويعني ذلك أن المثير الشرطي يجب أن يعزز دائما أو بصورة متقطعة ليحافظ على فعاليته في إحداث الارتكاس أو الاستجابة الشرطية.

ويشير بافلوف يشير إلى نوعين من الإنطفاء وهما:

- الإنطفاء الداخلي الناجم عن غياب تقديم الطعام كما هو مبين في التجربة.

- انطفاء خارجي ويعود إلى شروط خارجية مثل سماع أصوات غريبة أثناء التجربة وبشكل مفاجئ.

ج. التعميم:

لاحظ بافلوف في هذا السياق أنه عندما يتم إثارة اللعب وفقا لصوت جرس معين فإن الأصوات المقاربة للذبذبة الصوتية المعينة يمكنها أن تؤدي إلى النتيجة نفسها وهذا ما يطلق عليه بافلوف مفهوم التعميم. (Basri et al., 2020)

3.5 الاستجابات الشرطية والسلوك الإنساني:

ينظر بافلوف إلى الظاهرة النفسية وما يترتب عليها من أنماط سلوكية بوصفها أفعال منعكسة وأفعال منعكسة شرطية محددة بزمان ومكان معينين.

ويعتقد بافلوف أن الإنسان نظام محكوم بالقوانين الطبيعية المشتركة بين كل ظواهر الطبيعة ويرى أن النظام الإنساني هو الوحيد بين الأنظمة الطبيعية الذي يتميز بقدرته الهائلة على التنظيم الذاتي والذي يمتلك المرونة الفائقة لهذه الفعالية. فالإنسان بأنظمته المعقدة خلاصة تطور الطبيعة في صورتها الأكثر رقياً وتقدماً. فالسلوك الإنساني صناعة تتم وفقاً لمبدأ الاستجابات الشرطية وهي صناعة ممكنة أي أنه يمكن لنا التحكم في سلوك الإنسان وتشرطه وتصنيعه مخبرياً أو بصورة اجتماعية عندما يتم التحكم بشروط الحياة الاجتماعية.

فأفكارنا ومفاهيمنا وتصوراتنا وقيمتنا وعاداتنا وأنماط سلوكنا وكل جوانب نشاطاتنا النفسية والاجتماعية هي نتاج لعملية تشريط اجتماعية تربوية بعيدة المدى وأنه يمكن رسم حدود هذه النشاطات والتحكم فيها وفقاً لمبدأ الإشراف ومبدأ الارتكاسات الشرطية التي بين أسرار حركتها في مخايرها وتجاربها الطويلة. لقد بين بافلوف أنه يمكن للتشريط الارتكاسي إيقاع الناس فريسة الأمراض النفسية وأنه وعلى خلاف ذلك يمكن لهذا التشريط نفسه أن يؤدي وظيفة تحرير الناس من آلامهم وعقدتهم وأمراضهم النفسية.

فالإنسان ينطلق في عملية تكيفه وفق منظومة دلالية من الرموز والمثيرات اللغوية التي تجعله في حركة استجابات شرطية تتصف بالاستمرار والديمومة. فالكلام يشكل بالنسبة للإنسان نظاماً ثابتاً من الدلالات الذي يتميز به الإنسان عن الحيوان فالكلام هو بالتأكيد الأمر الذي جعل منا بشراً. فالمثيرات الأولى هي المثيرات الصادرة عن العالم الخارجي مثل الأصوات والروائح ومثيرات اللمس والضوء والأحداث الخارجية هي مثيرات مشتركة بين الإنسان والحيوان ولكن الإنسان يتفرد فيما يطلق عليه بافلوف بالمثيرات الدلالية من المستوى الثاني والتي تتعلق بالرموز واللغة والكلمات والمعاني وهي الرموز أو الدلالات التي يتفرد بها عالم الإنسان عن عالم الحيوان . (Basri et al., 2020)

4.5 المنعكسات الشرطية ووظائف الدماغ العليا:

وكان هدف بافلوف الأساسي عبر دراساته حول الفعل المنعكس الشرطي أن يصل إلى تحديد موضعي للنشاطات العصبية العليا عند الكائن الحي. فالمثير يمكنه أن يطلق

عان عمليات الإثارة أو الكبح وذلك في مستوى القشرة الدماغية ويمكن لذلك أن ينتشر ليعم المناطق الدماغية المجاورة. وفي كلتا الحالتين تنمو عملية إثارة بدرجة كثافة مختلفة وذلك وفقا لنوعية المثير الحيادي أو الطبيعي. فالترابط المؤقت الذي يجمع بين مثير طبيعي ومثير شرطي يمثل ترابطا بين مثيرات وليس بين مثير واستجابة كما يعتقد أنصار السلوكية الأمريكية.

يميز بافلوف بين الفعل المنعكس والفعل المنعكس الشرطي بصورة فيزيولوجية تتعلق بموقع الاستثارة لكل منهما في الدماغ. فالعمليات الخاصة بالفعل المنعكس الشرطي تجري في مجال القشرة الدماغية عند الإنسان وعلى خلاف ذلك فإن الفعل المنعكس (الطبيعي) يجري في المناطق الداخلية للدماغ (مناطق تحت اللحاء). وبناء على هذه الصورة فإن الفعل المنعكس يكون فطريا وراثيا أما الفعل المنعكس الشرطي فيأخذ صورة الفعل الثقافي المكتسب والذي لا يخرج في نهاية الأمر عن مقدماته وشروطه الفيزيولوجية.

ويربط بافلوف بين النماذج العصبية واكتشافاته الخاصة بالأفعال المنعكسة الشرطية التي أتاحت له اكتشاف ما يسمى بالعصاب التجريبي وهو عصاب يحدث عندما يتعرض الحيوان المجرب على لعمليات إثارة وكبح في آن واحد يقع على أثرها الحيوان فريسة الإثارة البالغة وذلك لأنه لا يستطيع التمييز بين المثيرات القادمة المتنافرة وتكون النتيجة إصابة الحيوان المعني بالعصاب . (Plaud, 2003)

5.5 أهمية الإشرط الكلاسيكي في فهم الاضطرابات العقلية:

تعد عمليات الاشرط واحدة من أفضل الآليات النفسية التي تم بحثها، لذلك ليس من المستغرب أن يكون لنماذج الاشرط تأثير كبير في علم النفس السريري، على وجه الخصوص كان العلاج السلوكي المعرفي مرتبطا دائما بالبحث في عملية التعلم، للوهلة الأولى قد يعتقد المرء أن الجزء السلوكي من العلاج السلوكي المعرفي هو الذي يتمتع حصرا بروابط قوية مع الاشرط، ومع ذلك بما أن الإدراك يظهر بقوة في العديد من نماذج

الاشراط الإنساني، فإن الجزء المعرفي من العلاج السلوكي المعرفي يمكن أيضا ربطه بالإشراط وإن كان بدرجة أقل.

على وجه التحديد، تأثرت النماذج السببية والعلاجية لاضطرابات القلق - بالإضافة إلى الاضطرابات ذات الصلة مثل اضطراب ما بعد الصدمة أو اضطراب الوسواس القهري- بشدة بنماذج الاشرط، فمن ناحية، أظهرت التجارب أن الاشرط يلعب دورا رئيسيا في تطور هذه الاضطرابات، أين تلعب التجارب المؤلمة والمخيفة دورا حاسما، على سبيل المثال حسب وجهة النظر هذه ليس من المستغرب أن يصاب الشخص الذي تعرض لصدمة بردود فعل خوف قوية اتجاه المحفزات المرتبطة بالحدث الصادم والتي يمكن تصنيفها على أنها منبهات مشروطة، لذا فإن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة مثل الضيق الشديد و/أو ردود الفعل الفيزيولوجية الناتجة عن المحفزات المرتبطة بالصدمة من المتوقع حدوثها بالفعل، حتى عندما لا يتذكر الأشخاص أنهم تعرضوا لحدث مؤلم، فالإشراط السيء غالبا ما يكون هو السبب.

من الثابت أن التعلم يحدث بالملاحظة، حيث يمكن تصوره على أنه تجربة اشرطية أين يمكن بسهولة تشكيل ارتباطات بين الحدث غير السار والمحفزات المرتبطة به عن طريق الملاحظة، في ظروف معينة يمكن أن يؤدي التعلم بالملاحظة إلى ارتباطات أقوى من التعلم الفردي، لذلك يمكن أن يفسر الاشرط الكلاسيكي سبب حدوث إصابة الأشخاص باضطراب ما بعد الصدمة لمجرد أنهم شهدوا حدثا صادما فقط، علاوة على ذلك، يمكن الحصول على استجابة مشروطة عندما يتم تمثيل الحدث والمحفزات المرتبطة به عقليا فقط، و هو ما يمن شأنه تفسير حدوث الرهاب لدى الأشخاص من المحفزات التي لم تؤذيهم أبدا في الواقع و لكن لديهم استعداد عالي لتعلم الخوف على سبيل المثال رهاب العناكب. (Michael, 2017)

6.5 الاشرط الكلاسيكي وعلاج اضطرابات الصحة العقلية:

إن علاج الاضطرابات المرتبطة بالمخاوف هو الذي يرتبط ارتباطا وثيقا بالإشراط الكلاسيكي بشكل خاص، ولا سيما عمليات الإنطفاء، أحد المعايير التشخيصية الرئيسية

للاضطرابات المرتبطة بالخوف هو أن المرضى يظهرون خوفا مفرطا ويتجنبون المنبهات التي تشير إلى التهديد لديهم كالعناكب بالنسبة لشخص يعاني من فوبيا العناكب، والسياقات المرتبطة بالتهديد كالحدائق العامة لشخص تعرض للإعتداء في إحداها والذي يعاني من اضطراب ما بعد الصدمة، فإذا لم يكن التجنب ممكنا، فالمواجهة تستمر بالخوف.

وفي هذا الصدد يشير العلاج بالتعريض إلى التعرض المتكرر والممنهج لهذه المواقف في ظل ظروف خاضعة للرقابة، مما يؤدي إلى انخفاض في مستوى الاستجابة للخوف، تظهر نتائج عقود من الأبحاث العلاجية أن العلاجات النفسية الفعالة للاضطرابات المرتبطة بالخوف أن التعرض هو العنصر المشترك بينهم، أين يعد انطفاء الخوف هو العنصر النشط الكامن وراء فعالية تقنية التعريض.

وعلى الرغم من الفعالية الكبيرة للتعريض، إلا أنه لا يستفيد منها الجميع، أين يفشل بعض المرضى في تحقيق تحسن ملحوظ سريريا، ولذلك فإن التقنيات المتعلقة بتعزيز آثار الإنطفاء قد أثارت الاهتمام في المجال السريري منذ بداية القرن الواحد والعشرين، وقد أشارت نتائج البحوث إلى أن التعريض يجب أن يضعف توقعات التهديد بشكل عميق قدر الإمكان لتقليل القوة الترابطية بين المنبهات الشرطية والمنبهات الحياضية غير المشروطة. (Hermann & Sperl, 2023)

6. اسهامات بيروهوس سكينر في نشأة العلاجات السلوكية:

يعد بيروهوس سكينر **Burrhus Skinner** (1904-1974) أحد رواد المدرسة السلوكية حيث اعتمد على المنهج الوصفي الذي يهدف إلى ملاحظة الظاهرة السلوكية ملاحظة واقعية مباشرة تهدف إلى وصفها بكل جوانبها ثم استخلاص نظام معين للقوانين التي تحكمها

اهتم سكينر بدراسة السلوك الذي يمكن ملاحظته، ويرفض بشدة فكرة وجود عوامل فيزيولوجية أو عقلية بين المثيرات والاستجابات، فذلك يؤدي من وجهة نظره إلى إضافة

عوامل ومتغيرات جديدة يصعب جدا ضبطها تجريبيا، كما يرفض سكينر المفاهيم الغيبية مثل الغريزة وقوة الإرادة فذلك يتنافى مع فكرته عن علم النفس الذي يعتبره علم السلوك الظاهر

1.6 المبادئ الأساسية في نظرية سكينر:

يمكن أن توصف هذه المبادئ بأنها:

➤ **موضوعية:** لأنها تأخذ مادتها من الأحداث المتداخلة، ولأنها وصفية حيث يمكن إخضاعها للتجريب

➤ **تحليلية:** لأنها تهدف إلى عزل العلاقات الدالة بين المتغيرات السلوكية التابعة والمستقلة.

➤ **قابلة للتكميم:** لأنها قابلة للصياغات الكمية (تحويل سلوك ما إلى قيمة رقمية)

2.6 أنماط السلوك عند سكينر:

السلوك عند سكينر هو النشاط الصادر عن الكائن الحي، والذي يمكن ملاحظته وقياسه فقط، ويفرق سكينر بين نمطين من السلوك هما:

أ. السلوك الإيجابي: ويحدث هذا السلوك نتيجة وجود مثيرات أو منبهات محددة، وينطبق ذلك على السلوك الإيجابي الذي يتكون من الارتباطات المحددة بين المثيرات والاستجابات التي يطلق عليها الانعكاسات أو المنعكسات التي يولد بها الانسان، ثم يكتسب بعض السلوكيات الأخرى من خلال العمليات الشرطية التي تحدث في المواقف السلوكية أثناء مراحل نموه المختلفة، فالسلوك هنا ينتزع انتزاعا من الكائن الحي نتيجة لتأثير مثير خارجي.

ب. السلوك الإجرائي: يرى سكينر أن أغلب أنماط السلوك الإنساني تختلف عن نمط السلوك الإيجابي، حيث يعتبر هذا الأخير ارتباط بين مثير واستجابة، بينما السلوك

الإجرائي يختلف عن ذلك لأنه لا يرتبط بمثيرات محددة سابقا، وليس هناك مثير معين يعمل على استثارة الاستجابة الإجرائية كما في النمط الإستجابي.

ويحدث هذا السلوك بشكل تلقائي وعملي من الكائن الحي على البيئة ليؤثر فيها بل ويجري تعديلات فيها لكي تصبح أكثر ملائمة ونفعا له، فالكائن الحي هنا يعمل شيئا أو يؤدي عملا في البيئة ليصل إلى هدف، أي يستجيب استجابة إجرائية مثل: تناول الأشياء، التحدث، الانتقال من مكان إلى آخر، والاستجابة الإجرائية لا تعرف لها مثيرات محددة في البيئة ولكن يستدل عليها من أثارها في البيئة.

ويقرر سكينر أن النمط الأول من (السلوك الإستجابي) لا يحتل إلا منزلة لا قيمة لها في السلوك الحيوي عامة والسلوك الإنساني خاصة، وهكذا عدل سكينر تعديلا جوهريا، في مفاهيم النظرية السلوكية حيث أوضح أن هناك جوانب كثيرة من السلوك لا تكون استجابة لمثير أو منبه معين بل تكون لها أغراض ومقاصد. (الشرقاوي، 2017، ص 60)

3.6 الأشرط الإجرائي:

يقوم الإشرط الإستجابي (إشرط بافلوف) على أساس الإرتباط بين المثيرات (صوت الجرس و الطعام) و على العكس منه يتناول الإشرط الإجرائي التعلم على أساس الأحداث التي تلي السلوك (نتائج السلوك) فالعامل يتناول أجره بعد عمل لعدد معين من الساعات ، و الطفل يجزر لاستخدامه ألفاظا نابية ، في هذه الحالات تقوم علاقة بين سلوكات الشخص (العمل عدد من الساعات ، استخدام كلمات نابية) و بين حدث ناتج مشروط (أجر ، زجر) و الإشرط الإجرائي هو نموذج التعلم القائم على أساس تأثيرات الأحداث المشروطة على السلوك ، فإذا أدى الحدث المشروط إلى أن يزيد احتمال أن يسلك الشخص بطريقة مشابهة في موقف مشابه فإن الحدث يسمى مدعم ، و من الناحية الأخرى إذا أدى الحدث المشروط إلى انقاص احتمال وقوع السلوك فإن الحدث يسمى عقابا .

التعزيز هو عملية تقديم مثير مرغوب فيه أو إزالة مثير غير مرغوب فيه بعد القيام بالسلوك المرغوب فيه مباشرة مما يزيد من احتمال تكرار السلوك المرغوب ومن أنواع التعزيز ما يلي:

➤ **التعزيز الإيجابي:** هو تقديم مثير مرغوب فيه بعد القيام باستجابة مرغوب فيها، مثال: كلما أجاب طالب إجابة صحيحة عن السؤال سجل له الأستاذ علامة لذلك.

➤ **التعزيز السلبي:** هو سحب مثير غير مرغوب فيه بعد القيام باستجابة مرغوبة، أي أن التدعيم السلبي يقوم على أساس إنقاص شيء غير مرغوب.

➤ **العقاب الإيجابي:** هو نقص احتمال حدوث سلوك نتيجة زيادة في الحدث المشروط.

➤ **العقاب السلبي:** هو نقص احتمال حدوث سلوك نتيجة نقص في الحدث المشروط
مثال: عرض فلم سينمائي على طفل يتأتى فيتم قطع عرض الفلم في كل مرة يتأتى فيها الطفل. (عرض الفلم حدث مشروط يتم إنقاصه من أجل إنقاص التأتأة.
(الزليطني، 2016)

4.6 بعض استراتيجيات تعديل السلوك في إطار الإشراف الإجرائي:

هناك العديد من استراتيجيات تعديل السلوك تعتمد على مفهوم الإشراف الإجرائي لسكينر نذكر أهمها فيما يلي:

1.4.6 التحكم في المنبه:

هناك منبهات لكل سلوك إجرائي تسمى المنبهات التمييزية، فهي تنزع أو تهدي إلى استجابات محددة، والمنبهات التمييزية لا تستثير السلوك، على عكس المنبهات الشرطية، ولكنها تهيب الفرص للسلوك، وتزيد بمقدار أكبر أو أقل في احتمالات حدوث السلوك،

وهكذا يمكن غالباً أن نغير السلوك الإجرائي للشخص عن طريق تغيير المنبهات التمييزية له، وفيما يلي بعض التقنيات السلوكية التي تعتمد على المنبهات التمييزية:

➤ **إزالة المنبهات التمييزية التي تهدي إلى سلوك غير مرغوب:** فمثلاً للتخلص من التدخين قد نزيل المنبهات التي تزيد من النزعة إلى التدخين مثل منفضة السجائر على المائدة، ولإنقاص الوزن قد نغير الطريق من العمل إلى المنزل لتفادي محلات بيع الحلويات.

➤ **التضييق:** ويتضمن تحديد السلوك لمجموعة محددة من المنبهات مثل: الشخص المفرط في الأكل يحتمل أنه يأكل في مواقف كثيرة، وهذا ينتج منبهات تمييزية عديدة منها مشاهدة التلفاز، القراءة، الجلوس في الحدائق... إلخ، وعي تعمل مهاديات إلى النزعة إلى الأكل، ولإقلال من سلوك الأكل قد نحدد الأكل بموقع واحد مثل المطبخ فقط، وأوقات معينة فقط، ولإنقاص التدخين قد نقصره على ظروف معينة مثل الجلوس في كرسي معين في مكان معين.

➤ **إدخال منبهات تنزع إلى كف السلوك غير المرغوب:** و / أو تهدي إلى السلوك الذي لا يتوافق مع السلوك غير المرغوب فمثلاً: إذا أراد شخص ما إنقاص وزنه فإنه قد يضع صور وعلامات على باب الثلاجة، والشخص الذي أقلع عن التدخين قد يخبر كل أصدقائه بذلك، بحيث وجود الصديق منبه لعدم التدخين.

2.4.6 تدعيم السلوك المرغوب:

وهو أكثر طرق الإشراف الإجرائي شيوعاً، إذ يتطلب الأمر التعرف على الأحداث بوصفها مدعماً ثم تستخدم لهذا الغرض، ومن المهم تحديد ما يدعم سلوك الشخص فعلاً، وليس ما نعتقد أنه مدعماً له، ويمكن أن نسأل الشخص عما يدعم سلوكه، أو استخدام أدوات مثل جدول مسح التدعيم، وهناك مدعماً عديدة يمكن استخدامها في هذه التقنية مثل الثناء، المال، ملابس جديدة، حلويات، رحلات ترفيهية... إلخ

وتجدر الإشارة إلى أن التدعيم لا يمكن تقديمه فقط بعد حدوث السلوك المرغوب مثل: الالتحاق بالعمل في الوقت المحدد، إنجاز الواجبات المنزلية، النظافة الشخصية... إلخ وهو ما لا يمكن في بعض الحالات فمثلاً: مريض يعاني من الفصام الكاتوني لم ينطق حرفاً واحدة خلال سنوات فإنه يكون من الأمور غير الفعالة الانتظار إلى إن ينطق شيئاً لندعمه، ومن ثم فإن هناك حاجة في العلاج السلوكي المستند إلى الإشراف الإجرائي استخدام طرق لمساعدة العميل على المبادأة بالسلوك لتدعيمه ومن هذه الطرق:

➤ **التشكيل:** أو التقريب التتابعي، وهو تدعيم السلوك الذي يقترب تدريجياً من السلوك المرغوب، أو يقاربه في خطوات صغيرة تيسر الانتقال السهل من خطوة لأخرى. ففي التدريب على التأمل مثلاً يستحسن البدء بعشرة دقائق ثم نزيد الوقت تدريجياً كل يوم وذلك لتشكيل سلوك التأمل لفترات طويلة، وقد عولجت مريضة بالفصام كانت ترتدي ملابس كثيرة في نفس الوقت، وقد تضمن علاجها أن توزن قبل كل وجبة طعام لتقدير وزن الملابس، ولكي تحصل على الوجبة (مدعم) كان يتعين أن يكون وزن الملابس أقل من قيمة محددة، وقد سمح لها في البداية بثلاثة وعشرين رطلاً من الملابس. ثم أنقص ذلك تدريجياً إلى ثلاثة أرطال.

➤ **النمذجة:** وهي تتضمن تغيير سلوك العميل نتيجة ملاحظة سلوك شخص آخر هو النموذج وتستخدم النمذجة على نطاق واسع، ويمكن الجمع بين النمذجة والتشكيل فمثلاً في برنامج التدريب على عمليات الإخراج للأطفال اشتمل على دمية في شكل طفل صغير ملابسه مبللة، يقوم الطفل بتعليم الدمية الاستخدام الصحيح للمرحاض بنفس الطريقة التي يتعلم هو بها، الإجراءات الكاملة من خلع وارتداء الملابس واستخدام المرحاض والتنظيف، ويدعم الطفل باستمرار من خلال الثناء والمكافأة على احتفاظه بملابسه جافة. (الشرقاوي، 2017، ص75)

7. إزالة الحساسية التدريجي:

في المحاضرات السابقة عرضنا دراسة بافلوف وتجاريه حول الفعل المنعكس الشرطي التي اكسبته تقديرا واسعا عبر العالم، وعلى الرغم من أن تأثير بافلوف في تطوير العلاج السلوكي لم تتبلور بصورة مبكرة كما هو الحال بالنسبة لتأثير فرويد في التحليل النفسي، فإن الظروف شاءت أن تجعل من بافلوف من أكبر المساهمين في تأسيس المدرسة السلوكية في علم النفس، وذلك عندما استطاع واطسون «Watson» الأمريكي أن يطبق بمهارة نظريات بافلوف في الفعل المنعكس الشرطي لوصف اكتساب الأمراض النفسية وإزالتها.

و لم يكتب لفكرة بافلوف المتعلقة بالتعلم من خلال التشريط أن تؤثر في ميدان علم النفس الإكلينيكي إلا في سنة 1920 عندما أبدى واطسون و راينر «Rayner, Watson» اهتمامها بنظرية التعلم الشرطي فاستطاعا أن يخلقا مرضا نفسيا (فوبيا) لدى أحد الأطفال (ألبرت) بطريقة تجريبية داخل مختبر ، حيث تعلم الطفل الخوف من الفأر عن طريق الاشرط ، و أخذت مخاوفه تتعمم نحو كل الحيوانات ذات الفراء كالأرانب و الكلاب ...إلخ ، و هكذا أمكن النظر إلى الأمراض النفسية بصفتها استجابات و عادات شاذة تكتسب بفعل خبرات خاطئة ، و بنفس المنطق يمكن القول بأن ما يمكن أن نتعلمه يمكن أن نتوقف عن تعلمه ، فإذا كنا قد اكتسبنا السلوك المريض بفعل خبرات شاذة ، فإننا يمكن أن نكتسب السلوك الصحي (السوي) من خلال نفس مبادئ التعلم التي أدت إلى ظهور السلوك المرضي.

وقد أمكن توظيف مبادئ التعلم للعلاج النفسي وتعديل السلوك سنة 1924. ففي هذا العام نشرت أول دراسة إكلينيكية لحالة طفل اسمه " بيتر " على يد ماري كوفر جونز التي استطاعت أن تزيل مخاوفه المرضية من الحيوانات بتعريضه تدريجيا لتلك الموضوعات في الوقت الذي كان فيه الطفل يلتهم طعامه باسترخاء، ومع ذلك، لم يكن من الممكن اعتماد هذا الإجراء بشكل كامل مع بيتر لأنه توقف عن العلاج لمدة شهرين تقريبا، وقد أصبح الإجراء أكثر مباشرة وموضوعية باستخدام الطعام كمحفز منافس لتقليل الخوف.

ويعتمد المنهج الذي استخدمته جونز على مبادئ التعلم والعلاج التي كان قد اقترحها من قبل واطسون وراينر لإزالة مشاعر الخوف عند الطفل ألبرت، وقد قام من بعد ذلك كثير من المعالجين النفسيين بتشكيل أساليب علاجية على نسق نظرية واطسون وزملائه.

تدور فنيات التشريط بالنقيض حول فكرة أن الاستجابة لمنبه معين يمكن إزالتها أو استبدالها بسلوك آخر نحو نفس المنبه. وتعتبر محاولة ماري كوفر جونز الناجحة في إزالة مخاوف الطفل بيتر نموذجا جيدا لاستخدامات هذا المبدأ علاجيا. وهناك فنيات كثيرة قد اعتمدت في تطورها وظهورها على هذا المبدأ نذكر أهمها إزالة الحساسية التدريجي والغمر.

1.7 مفهوم تقنية إزالة الحساسية التدريجي:

استخدم جوزيف ولبي هذه الفنية لعلاج حالات القلق. وقد أطلق على هذا الأسلوب من العلاج مصطلح الكف المتبادل وهو موضوع كتابه الشهير في سنة 1958، والذي يلخص فيه جهودا علاجية لما يقرب 200 حالة من الخوف والقلق أمكن علاج 89 بالمئة منها بالاعتماد على هذه الفنية. والفكرة الرئيسية التي استخدمتها ماري كوفر جونز في علاج بيتر قبل ولبي بثلاثين سنة ومؤداها أننا: إذا نجحنا في استثارة استجابة معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة له، فإن هذه الاستجابات المعارضة تؤدي إلى توقف وكف كامل أو جزئي للقلق. ولهذا يبدأ في النقصان والاختفاء تماما بعد ذلك.

وقد تبين لـ ولبي أن كثيرا من مرضاه يمكن علاجهم وتقوم طريقة ولبي . إجرائيا . على تشجيع العصابي أو المريض النفسي على مواجهة مواقف القلق والخوف تدريجيا. والهدف الرئيسي من ذلك تحييد مشاعر المريض العصابية ومخاوفه من خلال التعرض التدريجي للموقف أو المواقف المثيرة للقلق مع إحداث استجابات معارضة لهذا القلق في كل مرة يتعرض فيها الشخص لهذا الموقف حتى يفقد خصائصه المهددة ويتحول إلى موقف محايد، أي أن تلغى العلاقة بين المنبه والاستجابة العصابية (القلق والخوف)

على الرغم من أن القلق هو أحد أكثر ردود الفعل شيوعاً في العصاب التجريبي، إلا أن هناك ردود أفعال أخرى أيضاً، مثل العدوان، الخمول، الذهول، الحركة النمطية، الاضطراب النفسي الجسدي، اعتبر وولبي السلوك عصابياً عندما يكون غير قادر على التكيف ويتم اكتسابه من خلال التعلم. الإفراط في إثارة الجهاز العصبي يمكن أن يؤدي إلى سلوك غير متكيف، وفي تقنية إزالة الحساسية التدريجي، يحاول المعالج تقديم عنصر واحد من عناصر المحفزة للقلق في ظل ظروف يتم فيها إثارة استجابة بديلة للقلق. وهذا ما يشبه تقريباً "الانتقال" في منهج التحليل النفسي. (Thomas et al., 2017)

2.7 الأساس النظري لتقنية إزالة الحساسية التدريجي:

1.2.7 نظرية الكف (التثبيط) المتبادل:

أوضح وولبي تقنية إزالة الحساسية التدريجي من خلال مفهوم الكف المتبادل. تم تقديم هذا المصطلح لأول مرة من قبل تشارلز شيرينجتون (1906) Charles Sherrington ثم قام وولب بتوسيع هذا المفهوم ليشمل الحالات السريرية وقد ذكر المبادئ العامة للكف المتبادل في الكلمات التالية: "إذا كان من الممكن حدوث استجابة معادية للقلق في وجود منبهات مثيرة للقلق، بحيث تكون مصحوبة بكبت كامل أو جزئي لاستجابات القلق، فإنه سوف تضعف الرابطة بين هذه المنبهات واستجابات القلق"

لقد افترض وولبي أن معظم الأنماط العصبية -أنماط سلوكية تلقائية أو روتينية ينخرط فيها الأشخاص للتخفيف من القلق وتوفير الشعور بالأمان- هي استجابات مشروطة بشكل أساسي للقلق وحاول تدريب العملاء على البقاء هادئين ومسترخيين في المواقف التي كانت تثير القلق لديهم، وهكذا انخفضت الاستجابات العصبية، حيث كانت التأثيرات اللاإرادية التي صاحبت الاسترخاء العميق تتعارض تماماً مع خصائص القلق تلك.

تمكن وولبي في مختبره من انتاج استجابات عصبية في القطط إما عن طريق تقديم الصدمة بمفردها أو بالتزامن مع وجود الطعام، بينما تقترب القطة من الطعام. تضمنت الاستجابات العصبية أعراضاً مثل مقاومة الوضع في القفص، ورفض تناول الطعام حتى بعد مرور 1-3 أيام من الجوع. بعد ذلك، حاول تقليل استجابات القلق هذه عن طريق إطعام الحيوان في غرف تشبه الغرفة الأصلية التي تم فيها إدخال السلوكيات العصبية. بمجرد أن يأكل الحيوان في الغرفة المعينة، يتم إعطاؤه عدة فرص لتناول الطعام حتى تنخفض جميع علامات القلق في تلك الغرفة. ثم تم وضعها على التوالي في غرف أكثر مماثلة حتى يتم القضاء على القلق. واستمر هذا حتى تم القضاء على الاستجابات العصبية بالكامل في الغرفة الأصلية، وبالمثل عند البشر يعمل الاسترخاء في تقنية إزالة الحساسية التدريجي على إحداث استرخاء عضلي، وهو ما يتعارض مع الحالة الفيزيولوجية الناجمة عن القلق أو مثيرات الخوف. (Jena, 2008)

2.2.7 نظرية التعود:

قام كل من لادر ووينغ (Lader and Wing (1966 بتفسير انخفاض الاستجابات غير المرغوب فيها من خلال تقنية إزالة الحساسية التدريجي انطلاقاً من نظرية التعود، ليعيد واتس Watts صياغتها سنوات (1971،1973،1979)، ويعرف التعود على أنه تراجع الاستجابة لمثير ما بسبب عرضه المتكرر، وهو ما ينطبق على الاستجابات غير الشرطية فقط، إن آليات انخفاض استجابات القلق من خلال تقنية إزالة الحساسية التدريجي تشبه إلى حد كبير تلك الموجودة في التعود، لأن كل من المنبهات الجديدة التي تثير استجابات توجيهية و المنبهات التي تم اقترانها مع المنبهات المنفردة و التي تثير القلق، تعمل على تنشيط " نظام التثبيط السلوكي Behavioral inhibition system" الذي اقترحه غراي Gray

بالنسبة ل لادر وماثيو ووينغ فقد استخدموا مصطلح " نظرية التعود الأقصى " «maximal habituation theory»، وافترضت هذه النظرية أن معدل الانخفاض الملحوظ في حجم استجابات الخوف أو القلق للمنبهات المكروهة هو في الحقيقة عملية تعود، وبالتالي يتم تعزيز عملية التعود من خلال إجراءات خاصة (أهمها الاسترخاء) التي تقلل من الإثارة المركزية.

يرى لادر وماثيو أن الاسترخاء له دور فعال في خفض الاستثارة المركزية أن للاسترخاء دور فعال في خفض الاستثارة المركزية مما يزيد من انخفاض معدل استجابات الخوف أو القلق، من الناحية الفيزيولوجية يؤدي استرخاء العضلات العميق إلى تنشيط الجهاز نظير الودي من الجهاز العصبي اللاإرادي، في حين أن القسم الودي من الجهاز العصبي يشارك في استجابات القلق والرهاب، وبالتالي فإن تنشيط الجهاز العصبي نظير الودي له تأثير مثبط وتلقائي على القسم الودي منه، هذه الحالة من تنشيط القلق مشروطة بالتعرض التدريجي، بحيث يتعلم العميل الاسترخاء بدلا من الشعور بالقلق، وبهذا المعنى فإنه شكل من أشكال الاشرط المضاد. (Benito & Walther, 2015)

3.7 خطوات تطبيق تقنية إزالة الحساسية التدريجي:

ويتم تنفيذ هذه الفنية العلاجية على أربع مراحل:

أ. التدريب على الاسترخاء:

خلال هذه المرحلة، يتم تدريب العميل على تعلم كيفية الاسترخاء بنفسه باستخدام أي طريقة من طرق الاسترخاء المعروفة، يتم استخدام أساليب مختلفة للتدريب على الاسترخاء، اعتماداً على مدى ملاءمتها للعميل وبناء كذلك على خبرة المعالج، وعلى العموم يعد أسلوب جاكبسون Jacobson للاسترخاء أحد أكثر الأساليب شيوعاً عند استخدام هذه التقنية، وعادة ما يستغرق 20 دقيقة في كل جلسة من الجلسات الستة الأولى.

ب. تحديد المواقف المثيرة للقلق أو الخوف:

تحدد المواقف المثيرة للقلق من خلال الأسئلة التي تجرى خلال المقابلات التمهيدية، أو من خلال استخدام بعض المقاييس السلوكية. وبالرغم من أن تحديد المواقف التي تستثير القلق قد يبدو يسيراً إلا أن هناك حالات معقدة قد تخفي فيها شكاوى المريض المشكلة الرئيسية مثال: حالة موظف يعمل في شركة مشهورة جاء للمعالج بسبب كرهه لعمله بالرغم من أنه ناجح في عمله، حيث أنه يشعر بقلق حاد كل صباح عند ذهابه لعمله، وبالرغم من أن القلق من مكان العمل قلق شائع، إلا أنه من خلال أسئلة المعالج يتبين أن هذا القلق يقوم على قلق آخر وهو عجزه عن تأكيد ذاته في العمل خاصة مع رئيسه وزملائه، ولهذا وجب علينا أن نتبين الأسباب الرئيسية وراء القلق.

ج. تدرج المنبهات المثيرة للقلق بحسب شدتها:

بعد تحديد المنبه الرئيسي للقلق تأتي مرحلة تدرج المنبهات المثيرة للقلق أو الخوف، و في هذا الصدد قد يقوم المعالج بإعطاء العميل "واجباً منزلياً" لإعداد تسلسل هرمي للمواقف المثيرة للقلق أو الخوف بترتيب تنازلي، في الأعلى نجد الموقف الأكثر إثارة للقلق، أما وفي أسفل الهرم نجد الموقف الأقل إثارة للقلق، يشير التسلسل الهرمي إلى سلسلة متدرجة من الأحداث أو المواقف التي يجب على العميل أن يتخيلها أثناء الاسترخاء. لذلك، يجب أن تكون المشاهد واقعية قدر الإمكان، مع تفاصيل حية للمشهد ذات صلة بالمواقف الملموسة التي مر بها العميل أو يتوقع أن يمر بها. يُطلق على المدى الذي يثير فيه المشهد أو الحدث الفعلي الضيق لدى العميل اسم وحدة الضيق الذاتية (Subjective unit of distress (SUD) يتم تحديد التسلسل الهرمي للأحداث أو المشاهد وفقاً لمستوى الضيق الذي تولده لدى العميل. يمكن إعداد تسلسل هرمي للأحداث من خلال مطالبة العملاء بتقييم كل عنصر. عندما يواجه العميل مجموعة واسعة من الرهاب لأشياء مختلفة، يمكن أيضاً تصنيف كل منهم بالتسلسل وفقاً لدرجة الضيق المعنية.

تتطلب العمل المنزلي من العميل القيام بما يلي: (1) إعداد بطاقات تصور الموقف، (2) ترتيبها مبدئياً من حيث مستويات الضيق ضمن فئات واسعة مثل "خفيفة" و"متوسطة" و"شديدة". أو مستويات القلق "العميقة"، و(3) إعادة ترتيبها من حيث الوحدات الذاتية للضيق. يقوم المعالج بمساعدة العميل على توفير كافة التفاصيل اللازمة حول كل حدث، حتى يتمكن من تصورها بوضوح أثناء الاسترخاء. سيعتمد العدد الإجمالي للمشاهد على شدة المشكلة. اقترح ماركيز ومورجان Marquis and Morgan أنه في معظم الحالات تكون 10 عناصر كافية.

قد يتم إدخال عناصر إضافية خلال مرحلة إزالة الحساسية التدريجي إذا فشل التسلسل الهرمي في تغطية نطاق الرهاب بالكامل. قد تكون هناك تناقضات محتملة في بناء التسلسل الهرمي. قد يُطلب من العميل مرة أخرى إعادة تقييم نفس الحدث (الأحداث) التي تثير القلق في التسلسل الهرمي من خلال استقلاله عن التقييم السابق. وقد ميز بول Paul بين التسلسلات الهرمية الزمانية الموضوعية والمكانية. قد يُطلب من العميل تصور موضوعات لأحداث مماثلة. على سبيل المثال، إذا كان لدى الشخص خوف غير عقلائي من العناكب، فقد يُطلب منه تصور حشرات أخرى تسبب القلق أيضاً وبناء تسلسل هرمي بموضوعات مشتركة. (Jena, 2008)

مثال: تدرج الخوف من رفض الآخرين (القلق الاجتماعي):

- . التقدم لطلب عمل يحتاج لإجراء مقابلة شخصية قد يرفض بعدها الشخص
- . الوجود في تجمع أو حفل من 4 أشخاص.
- . احتمال رفض إدماجه في نشاط اجتماعي مع مجموعته.
- . مخاطبة مجموعة من الأشخاص.
- . شخص آخر يحاول أن يتلمس له العيوب.

. تهكم من الزوج (أو الزوجة) أو الأصدقاء

. تعليقات استهزاء من الأصدقاء

ويجب التنبيه إلى أن وضع هذه التدريجات يتوقف على المريض نفسه وتختلف من شخص إلى آخر.

د. بداية إجراءات التعريض التدريجي:

بعد أن أمكن تدريج المواقف المثيرة للقلق، وبعد أن يكون المريض قد تدرب على الاسترخاء يصبح الطريق ممهدا للبدء في إجراءات العلاج، بالتعرض المريض لأقل المنبهات المثيرة للقلق (إما بطريق التخييل أو في مواقف حية) مع الاسترخاء، فبينما يسترخي العميل تمامًا على كرسي أو أريكة مريحة وعيناه مغمضتان، يطلب منه المعالج تخيل كل موقف في التسلسل الهرمي من أقل المواقف إثارة للقلق إلى أكثرها بطريقة متدرجة. في البداية، يتم تخيل الموقف الأدنى في التسلسل الهرمي؛ فإذا استرخى العميل جيدًا، ينتقل المعالج تدريجيًا إلى العنصر التالي. تتم الإشارة إلى الموقف الذي يشعر فيه العميل بالقلق من خلال رفع إصبع السبابة ويتم إيقاف العلاج وإعادة من الموقف السابق، ويستمر الأمر حتى يظل العميل مسترخيًا عند تخيله للموقف.

يستخدم أسلوب العلاج بالتنظيم المتدرج بنجاح في علاج المخاوف المرضية على شرط أن تكون هذه المخاوف مرتبطة بالمواقف التي تثيرها وليست لسبب عوامل اجتماعية أخرى. فمن العبث علاج المريض بالمخاوف من الامتحانات بوضع تدرج لقلق الامتحانات، بالرغم من أن مخاوفه ناتجة أساسا من فوبيا الأماكن الضيقة. ويشترط أيضا لنجاح هذا الأسلوب في علاج المخاوف المرضية أن يكون الشخص ممن يتناقص قلقه أثناء الاسترخاء، وأن يكون من المقتنعين بفائدته العلاجية، وألا تعود عليه مخاوفه بأي مكاسب ثانوية كالعطف الشديد من الأهل، أو الحصول على اهتمامهم، وتلبية رغباته في التخلي عن بعض المسؤوليات. (Vallejo-Slocker & Vallejo, 2016)

8. أسلوب الغمر:

1.8 مفهوم الغمر:

تم استخدام مصطلح الغمر أول مرة من قبل بولين (1959)، أثناء الأبحاث التي تركزت حول التعريض لمنبهات القلق والقمع الجسدي للاستجابة الحركية على الحيوانات، وتسمى أيضا بمنع الاستجابة، وينطوي هذا الأسلوب على التعرض لفترات طويلة تحت سيطرة المعالج للمثيرات الشرطية للقلق، ومنع الفرد في نفس الوقت من الهروب أو التجنب، وهو ما يساعده على التعود على المنبهات المثيرة للقلق.

في البيئة الطبيعية، تساعد الاستجابات الآلية مثل الهروب من المواقف في تخفيف التوتر لدى الفرد، قد تشمل الاستجابات التي تحدث قبله استجابات مستقلة مثل البكاء وزيادة خفقان القلب، التعرق والإغماء، الغسل المتكرر، التنظيف والتفحص وما إلى ذلك، عندما ترتبط هذه الاستجابات في كثير من الأحيان بالشعور بالارتياح، فإنها تتعزز بشكل سلبي، وهو ما يشكل في نهاية المطاف الاستجابات الرهابية أو القلق أو الوسواس القهري والتي يتم الحفاظ عليها بمرور الوقت، ومن أجل القضاء على الرهاب يجب علينا مواجهة المنبهات المثيرة للخوف، مع منع أي استجابات تجنبية (عصابية) من أجل حلقة التعزيز السلبي.

أثناء الغمر يقدم المعالج منبها شرطيا (مثل كلب) والذي عادة ما يثير استجابة انفعالية شرطية (الخوف)، التعرض المطول للمنبه (الكلب) يطفئ استجابة (الخوف)، ومن خلال منع سلوكيات التجنب أو الهروب في وجود المنبه المثير للقلق أو الخوف، فإن الإنطفاء يحدث بمعدل أسرع، وقد ينطوي الغمر على التعريض الفعلي لمواقف الحياة الحقيقية من خلال الأفلام أو الصور، أو أن يكون التعريض خياليا. (Nestoros, s. d.)

هناك ميكانيزمين يحدثان بالتزامن أثناء عملية الغمر:

أ. ميكانيزم الإنطفاء: عند تقديم المثير الشرطي دون أن يلي ذلك معززات فإن الاستجابة الشرطية تتناقص إلى أن تزول، وهو ما يتحقق من خلال تكرار جلسات الغمر مثال: الخوف من الأماكن المغلقة، السلوكيات التجنبية هي المعززات (لأنها تنقص القلق) وبالتالي تعزز الخوف، في الغمر غياب التعزيز (سلوكيات التجنب) يؤدي إلى الإنطفاء.

ب. ميكانيزم التعود: عندما يتم غمر العميل في وضعية مقلقة أو مخيفة ودون أن يتمكن من الهرب منها فإن كل العمليات الفيزيولوجية تستجيب مثل: زيادة معدل ضربات القلب، صعوبة التنفس، التعرق... إلخ.

إذا كان التعريض لفترة وجيزة يبقي الجسم في حالة عدم راحة، فإن التعريض لفترة زمنية طويلة يجعل الجسم يعود إلى حالة الراحة وبالتالي يتعود على الوضع المقلق أو المخيف، وهذا التعود يصبح أكثر وضوحا عند تكرار الجلسات.

إن استخدام المعالج السلوكي لتقنية الغمر يرتبط بعوامل مختلفة، فعندما لا يكون العميل قادرا على تحمل التحفيز الشديد للغاية، يطلب من المعالج تقديم المنبهات بطريقة متدرجة، أين يتعين على المعالج أن يتبع تسلسل هرمي للقلق، قد يؤدي الفشل تعديل إجراءات العلاج عن طريق خفض مستوى القلق من خلال التعريض المحدود أو المتدرج إلى انسحاب العميل، يجب على المعالج أن يحرص على التأكد من أن منبهات القلق أو الخوف لا يصاحبها منبهات أخرى غير صارة مثل الألم أو أي إصابات جسدية.

إن السؤال المطروح هل الغمر تقنية آمنة للتخلص من الاستجابات غير المرغوب فيها؟ وفي هذا الصدد، فإن قبول أي شكل من أشكال العلاج يعتمد على سلامة العميل تحت العلاج، إن التعرض للمواقف المخيفة في الحياة الحقيقية قد يكون له آثار جانبية خطيرة، وربما يؤدي هذا إلى تفاقم حالة العميل، ومع ذلك فقد سجل كل من شيبلي وبودوينز في دراستهما تسع حالات فقط كانت نتائجها سلبية من أصل 3500 حالة، وبالتالي فإن معظم المعالجون يعتبرون هذا الإجراء آمنا تماما. (Jena, 2008)

2.8 أساليب المعالجة بالغمر:

يمكن للمعالج السلوكي استخدام أسلوبين من أساليب المعالجة بالغمر، وهما المواجهة بالتخيل، أو المواجهة التخيلية، وهو ما سنوضحه فيما يلي:

1.2.8 الغمر بالتخيل:

الغمر بالتخيل هو أحد أشكال أساليب الغمر لكنه يحدث على المستوى التخيلي، تم تطوير هذا الأسلوب من قبل توماس ستامبفل، ويتمثل هذا الأسلوب العلاجي في تعريض العميل للتخيلات السلبية ذات الصلة بالموضوع المثير للقلق لديه، تتمثل مهمة المعالج في وصف المشاهد بطريقة درامية ومتكررة مع التنوع فيها من أجل إثارة أقصى درجة من القلق، والحفاظ عليها عند مستوى لا يطاق تقريباً بالنسبة للعميل، ليتبدد التوتر أو القلق الناجم عن ذلك، عادة ما تكون المشاهد مبالغ فيها ومن غير المرجح أن تحدث في الحياة الواقعية، على سبيل المثال: يطلب من العميل الذي يعاني من رهاب الثعابين أن يتخيل ثعباناً يلتف حول جسده و يبدأ في لدغ إصبعه، و أن يشعر بأنيابه تنغرز في إصبعه، و أن الألم الفظيع ينتشر في جميع أنحاء جسده، و أن دم يقطر من يده، وفي المرحلة التالية يبدأ الثعبان بمهاجمة وجهه و أعضاء الجسم الحيوية الأخرى.

ويستند هذا الأسلوب إلى فرضية مفادها أن الاستجابات التجنبية تستمر لأنها تخفض من درجة القلق، كما افترض ستامبفل أن التجارب المؤلمة المبكرة الناجمة عن العقاب أو الرفض أو الحرمان والإذلال يتم الاحتفاظ بها طوال حياة الفرد، وأن كل المواضيع أو المنبهات المرتبطة بهذه الأحداث تميل إلى إثارة مشاعر القلق لدى الفرد، يمكن تعديل هذه السلوكيات المرضية عن طريق إعادة خلق الصدمة الأصلية، أو أي شيء مشابه لها، مع عدم السماح بأي شكل من أشكال التعزيز، هو ما يؤدي في النهاية من التخلص من السلوكيات المرضية.

2.2.8 الغمر بالواقع:

يسمى كذلك بإجراء منع الاستجابة غير المرغوب فيها سواء كانت استجابات خوف أو قلق، ويتضمن هذا الإجراء إرغام المريض على مواجهة المنبهات المقلقة أو المخيفة بشكل واقعي ومباشر ومنع أي سلوكيات تجنبية من قبله.

في البداية التعريض الحقيقي يختبر المريض مستويات عالية من القلق في وجود المثيرات المخيفة، ومع مرور الوقت وبدون السماح له بالهروب من هذا الموقف يبدأ مستوى القلق بالانخفاض من خلال الإنطفاء.

وتجدر الإشارة إلى أن هذا الإجراء يجب أن يقوم به مختصين نظرا لإمكانية مقاومة المريض لإبقائه في الموقف المخيف ومحاولاته المتكررة بالهروب منه، وهو ما قد يزيد من درجة الخوف أو القلق لديه.

أكدت الأبحاث فعالية تقنية الغمر الواقعي كأحد تقنيات العلاجات السلوكية في علاج اضطرابات القلق، كالمخاوف المرضية، الاضطرابات المرتبطة بالصدمات النفسية، الوسواس القهري وغيرها من الاضطرابات. (بومجان، 2019، ص 42)

3.8 المقارنة بين الغمر وإزالة الحساسية التدريجي:

على الرغم من أن كلا التقنيتين الغمر وإزالة الحساسية التدريجي يتم تصنيفهما ضمن التقنيات العلاجية السلوكية القائمة على التعريض، إلا أن هناك اختلافات جوهرية بينهما، ففي إزالة الحساسية التدريجي يتم تدريب العميل على الاسترخاء العميق، ثم يتم اقتران الاسترخاء مع المنبهات المثيرة للقلق تدريجيا، بينما في الغمر يتم " غمر " العميل بالمنبهات المثيرة للقلق مباشرة مع حجب استجابات التجنب.

هناك أدلة كثيرة تشير إلى أن حجب استجابة الخوق أو القلق هو وسيلة فعالة لتسريع انطفاء استجابة التجنب، وبالتالي فإن الإنطفاء البطيء لاستجابة التجنب (كما يحدث في إزالة الحساسية التدريجي)، لا يرى في الغمر، ومع ذلك وبمراجعة العديد من الدراسات التي تقارن بين الغمر وإزالة الحساسية التدريجي، لاحظ الباحثون أن كلا

التقنيتين لهما نفس القدر من الفعالية، في بعض الأحيان عندما لا يتكون إزالة الحساسية التدريجي، قد تتجح تقنية الغمر في تقليل استجابة التجنب.

من الناحية العملية هناك فرق دقيق بين تقنيتي الغمر والتعريض التدريجي، وهي متشابهة فيما عدا أن التعريض يمكن إجراؤه على أساس متدرج أو هرمي ويهدف إلى تخفيف استجابات الخوف أو القلق، في حين أن الغمر يهدف دائما إلى تضخيم وتعظيم هذه الاستجابات من أجل إطفائها بشكل أسرع.

من خلال إجراء سلسلة طويلة من الدراسات حول التعريض في الاضطرابات الرهابية والوسواس القهري، اقترح ماكس (1981) أن اضطرابات القلق لا تنتج بالضرورة عن الاضطرار، وبدلا من ذلك، وصف حالة الخوف بأنها مثير وسلوك التجنب الذي يتبعها (على سبيل المثال الاستجابة القهرية أو الرهابية) بأنها استجابة، في الغمر والتعريض التدريجي، تتمثل مهمة المعالج في تحديد المثيرات وتقديمها حتى يتم تقليل الاستجابات، وكلما كان المثير أقوى، كانت مدة التعريض المطلوبة أطول لانطفاء الاستجابة، في هذا الصدد حذر يول وزملاؤه من أنه إذا تم إنهاء جلسة التعريض قبل الأوان، فقد يؤدي ذلك إلى زيادة الاستجابة الرهابية.

تعتبر إزالة الحساسية التدريجي تقنية علاجية أكثر شعبية، فهي لا تسمح للشخص تجربة درجة عالية من القلق أو الخوف، في حين أن الغمر يسمح بذلك، ولكن في كثير من الحالات وجد أن الغمر أكثر فعالية من إزالة الحساسية التدريجي التخلي، ومن ناحية أخرى، هناك مواقف حياتية حقيقية (مثل الكوارث الطبيعية أو حوادث الاغتصاب، الإرهاب وغيرها) لا يمكن محاكاتها لخلق حالة من الغمر، وبالتالي هناك قيود ومزايا لكلا التقنيتين.

وعلى العموم فقد استخدم المعالجون السلوكيون الغمر والتعريض التدريجي بنجاح لعلاج العديد من الاضطرابات كالرهاب، اضطرابات القلق، الوسواس القهري، الاكتئاب وغيرها من الاضطرابات النفسية. (Bufford, 1999)

9. أسلوب تأكيد الذات:**1.9 مفهوم توكيد الذات:**

يشير هذا المفهوم إلى قدرة الفرد على التحكم والسيطرة والتعبير عن الأفكار والمشاعر سواء كانت مشاعر سلبية كالغضب، الحزن، الألم... إلخ أو إيجابية كالود، الصداقة، والإعجاب وغير ذلك، فالمريض النفسي الذي يعاني من العجز عن تأكيد ذاته يعجز عن التعبير عن ذاته سواء في المواقف التي تحتاج منه إظهار العدوان والغضب أو المواقف التي تحتاج منه إلى إظهار التأييد والود، أي في مواقف التعبير السلبي والإيجابي على حد سواء.

كما يعرف مفهوم تأكيد الذات بأنه القدرة على التعبير المناسب عن أي انفعال نحو أشخاص أو مواقف ماعدا التعبير عن انفعال القلق، فبسبب مخاوف الشخص وعجزه عن التعبير عن مشاعره في مختلف مواقف الاتصال بالناس، يقمع رغبته في الشكوى من التصرفات غير الملائمة من الآخرين، أو يكتف معارضته عند الاختلاف مع الناس والأصدقاء، أو أن يرغم نفسه على البقاء في جماعة مملّة، أو حتى عدم التعبير عن الحب والاستمتاع بالأشياء الجميلة. (إبراهيم، 1990، ص 136)

2.9 التطور التاريخي لمفهوم تأكيد الذات:

لكي نلم بالأساس النظري لمفهوم تأكيد الذات علينا العودة إلى نظرية بافلوف في التعلم ' التعلم الشرطي' وما اكتشفه بافلوف من أن هناك خصائص موروثّة من شأنها أن تساعد الناس والحيوانات على سرعة تكوين عادات التعلم الشرطي، وأن هناك خصائص أخرى تعوق ذلك، وبناء على هذا التصور نجده يميز بين خاصيتين رئيسيتين للجهاز العصبي هما:

➤ **الإستثارة:** وهي عملية تتعلق بإستثارة المخ ومن شأنها توليد نشاطه وتيسير تكوين استجابات شرطية جديدة.

➤ **الكف:** وهو عملية معارضة للإثارة، ومن شأنها التقليل من النشاط والتعلم الجديدين.

وعليه فإن الصحة النفسية تتحقق إذا كان هناك توازن ما بين الإستثارة والكف «راجع العصاب التجريبي لبافلوف»، ومنذ أن صاغ بافلوف هذا التصور، قام عدد من علماء العلاج النفسي السلوكي بتوظيف هذه المبادئ، ولعل من الأسماء التي يذكرها تاريخ العلاج النفسي " أندرو سالتز " الذي قدم نظرية بافلوف بنجاح من خلال منهجه في العلاج النفسي المعروف باسم العلاج بطريقة الفعل المنعكس الشرطي حيث يقول سالتز إذا كان جميع أفعال الطفل تقابل من طرف الأم ب لا. لا تفعل فإن الطفل سيكف انفعالاته ويتفوق على نفسه.

وبناء على هذا التصور نجده يميز بين نمطين من الشخصية الإنسانية:

أ. الشخصية المقيدة المكفوفة: وهي شخصية منسحبة وحبيسة لانفعالاتها.

ب. الشخصية المنطلقة المستثارة وهي شخصية تلقائية، إيجابية، مباشرة وخالية من القلق

أما لماذا تزداد عند البعض عمليات الكف، وتزداد عمليات الاستثارة عند البعض الآخر، فإن هذا يتعلق في الحقيقة بالخبرات الاجتماعية والتعلم في الطفولة.

وتهدف عملية العلاج النفسي وفق هذا التصور السابق، إلى وضع أساليب للتغيير من نمط الكف إلى الاستثارة والانطلاق، ومن الأساليب التي استخدمها سالتز تأكيد الذات بهدف تمكن الشخص من التعبير عن انفعالاته بحرية. (إبراهيم، 1990، ص 128)

3.9 الخصائص السلوكية للذات المؤكدة والخصائص السلوكية للذات غير المؤكدة:

يقصد بسلوكيات الذات المؤكدة تلك السلوكيات التي تتوسط بين الإذعان للآخرين والتسلط والاعتداء عليهم، وفي مراعاة الفرد لمشاعر الناس ومشاعره الشخصية، كما يتطابق فيها السلوك الظاهر من أفعال وأقوال مع المشاعر والرغبات الداخلية. (أحمد، 2011، ص 75)

وتتمثل سلوكيات الذات غير المؤكدة بالخضوع والسلبية، وعدم القدرة على التعبير عن الأفكار والمشاعر والآراء، فالشخص السلبي لا يجرؤ على التعبير عن نفسه خوفا من

إيذاء الآخرين أو رفضهم له، أو الخوف من الظهور بمظهر سخي أو حتى من باب الاحراج أو الخجل، أو القيام بذلك بطريقة غير مباشرة، فغالبا ما يستخدم الشخص غير الحازم الذرائع أو يختلق أذارا كاذبة بدلا من قول ما يفكر به أو ما يريد بوضوح، وكل هذا على حساب حقوقه الشخصية. (Goulet, 2014)

ويرى أحمد عبد اللطيف أو سعد أن من بن أهم سلوكيات الذات غير المؤكدة هي الإكثار من الموافقة الظاهرية "نعم"، "حاضر" في غير وقتها المناسب، وضعف القدرة على إبداء الرفض في الوقت الذي يجب فيه ذلك، ومراعاة مشاعر الآخرين على حساب مشاعره الشخصية، وكثرة الاعتذار عن أشياء لا تستدعي الاعتذار من الآخرين، وضعف القدرة على الدفاع عن وجهة نظر تختلف مع آراء الآخرين، والتردد في اتخاذ القرارات وتحمل تبعاتها، وعدم القدرة على التواصل البصري مع الآخرين، و غالبا ما يرتبط ضعف توكيد الذات بالاكنتاب و القلق و الرهاب الاجتماعي، بالإضافة إلى الصعوبات الاجتماعية و الوظيفية و التعليمية. (رزقية، 2019، ص30)

وعلى العموم يمكننا القول بأن الشخص المؤكد لذاته هو ذلك الشخص الذي يتميز بوسطية بين عواطفه وأفكاره من جهة، وأفعاله وأقواله من جهة أخرى، أما الشخص غير المؤكد لذاته فهو يتميز بعدم القدرة على التعبير عن أفكاره ومشاعره، وكثرة الموافقة على آراء الآخرين حتى وإن كان غير راضي عنها، والاعتذار عن أمور لا تستدعي ذلك، وضعف الحزم واتخاذ القرارات.

4.9 أساليب تأكيد الذات:

أ. أساليب لفظية:

هذه الأساليب من شأنها أن تعلم المريض أن يزيد من حريته الانفعالية وقدرته على تأكيد الذات ومن أهم الأساليب فعالية أسلوب يطلق عليه تطبيق المشاعر feeling talk، أي تحويل المشاعر والانفعالات الداخلية إلى كلمات صريحة ومنطوقة وبطريقة تلقائية، من خلال تعويد المريض وتشجيعه على التعبير المتعمد عن انفعالاته

بطريقة تلقائية، ويجب أن يكون ذلك في حالات انفعالات المختلفة سواء تعلق الأمر بإبداء الحب أو الرغبة، أو عدمها، الدهشة، الأسف... إلخ

ب. التعبير الحر عن الرأي وتأكيده الأنا:

فعندما يختلف «العميل» في الرأي مع أحد الأشخاص، يجب عليه إظهار مشاعره بعدم الموافقة وإبداء معارضته في شكل واضح، كذلك الاستخدام المتعمد لكلمة 'أنا'، استخدام أنا في بداية التدريب على تأكيد الذات بأكبر قدر ممكن أو 'إنني أرى، في اعتقادي... إلخ، كذلك عليه التعبير عن الموافقة إذا امتدح الأشخاص آراء العميل أو لباسه، أو شخصيته، فعليه أن يظهر موافقه على ذلك لأنه سيدعم لديهم البحث عن الإيجابيات لديه، وبالتالي سيتلقى العميل عائدا إيجابيا من المجتمع يدعم عاداته الصحية الجديدة

ج. تدريبات المهارات الاجتماعية:

وفي هذا الصدد يستخدم المعالجون السلوكيون عددا من الأساليب التي من شأنها أن تزيد من قدرة الشخص على التحكم والسيطرة على المواقف الاجتماعية، ومن أهم هذه الأساليب لعب الأدوار، حيث يطلب المعالج من المريض أن يعيد تمثيل المشكلة التي حدثت له (مثل لقاء شخصي مع مدير العمل) بينما يمثل المعالج دور الشخص أو الأشخاص الآخرين فالمطلوب تكوين عادات تكيفية جديدة نحو هؤلاء الأشخاص، كما قد يعكس المعالج الأدوار بحيث يتيح للمريض فرصة اكتشاف أنماط سلوكية جديدة من الاستجابات الملائمة التي يمكن تعلمها عن طريق المحاكاة، وفي حال واجه بعض المرضى صعوبة في تمثيل تلك الأدوار، فعلى المعالج أن يبذل جهدا أكبر في إقناع المريض بذلك.

د. التدريب على إحداث استجابات بدنية ملائمة:

في تدريب القدرة على تأكيد الذات و الحرية الانفعالية ، من الضروري أن تكون الاستجابات البدنية ملائمة ، و يوجه النفسانيون في الوقت الحاضر جزءا من اهتماماتهم

إلى تدريب التعبيرات الوجهية و أساليب الحركة و الكلام و المشي ، كجزء من العلاج النفسي ، و من المهم على أية حال التنبيه إلى عدد من هذه الاستجابات : نبرة الصوت ، إذ يجب على الصوت أن يكون قاطعا ، مسموعا ، واثقا ، كذلك التقاء العيون مباشرة بالشخص الذي نتحدث إليه ، و استخدام عدد كبير من الإشارات باليد و الذراع تساعد الشخص على التحرر من قيود التعبير ، و من المهم أن تكون تعبيرات الوجه ملائمة للمشاعر و لمحتوى الكلام ، لا تبتسم و أنت توجه نقدا لشخص ما ، أو أنت تريد أن تعبر عن الغضب ، لا تجعل للوجه تعبيرات العداوة و أنت تحاول أن تعبر عن حبك و إعزازك لشخص معين . (إبراهيم،1990، ص142)

5.9 الأهداف التي يسعى إليها أسلوب توكيد الذات:

- مساعدة الأفراد الذين يعانون من مشكلة عدم توكيد الذات على التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم والمطالبة بحقوقهم، بحيث لا يلحقون الأذى بالآخرين.
- أن يقوم هؤلاء الأفراد بسلوكيات مقبولة اجتماعيا، وأن يقولوا "لا" إذا كنت المواقف تتطلب ذلك.
- مساعدتهم على الاختيار من بين أشياء كثيرة، وتعلمهم مهارات الاتصال والتفاعل الاجتماعي.
- زيادة مقدرة الفرد على المشاركة في مختلف السلوكيات التوكيدية المختلفة.
- خلق شعور لدى الفرد بأنه موجود ومقبول اجتماعيا.

وعلى العموم فإن توكيد الذات يمنع تراكم المشاعر السلبية ويولد الشعور بالراحة النفسية، ويساعد الشخص على الحفاظ على حقوقه ومصالحه، كما يعزز ثقته بنفسه، ويدفع الشخص للانطلاق في مختلف ميادين الحياة بعد التخلص من المشاعر السلبية.(Goulet, 2014)

10. التحليل الوظيفي للسلوك:

1.10 مفهوم التحليل السلوكي

بعد أن نظرنا إلى مفهوم العلاج السلوكي ومبادئه، وبعد أن عرضنا أهم التقنيات العلاجية السلوكية، تبقى خطوة رئيسية على كل معالج سلوكي القيام بها مهما كانت التقنية السلوكية التي يستخدمها، ألا وهي التحليل الوظيفي للسلوك الذي يستخدمه المعالج السلوكي لتوضيح علاقات السبب والنتيجة بين البيئة والسلوك، ومن ثم سواء كان هدف المعالج زيادة السلوك المرغوب أو خفض السلوك غير المرغوب، فإن التحليل الوظيفي للسلوك يحدد المتغيرات المسؤولة عن ذلك.

2.10 مكونات التحليل السلوكي:

حين يحدد المعالج السلوكي الاستجابات غير المرغوب فيها، فإنه من الضروري أن يحدد المتغيرات التي يمكن أن تؤدي إلى هذه الاستجابات واستمرارها، و يمكنه في هذا السبيل أن يستعين بالصياغة التالية التي وضعها كانفر (kanfer F.H) للتحليل الوظيفي السلوكي، و هي تلخص الظروف التي تعمل وقت الاستجابة و التي قد يكون لها دلالاتها لاحتمال حدوث الاستجابة، و تشمل هذه الصياغة على خمسة مكونات و العلاقات بينها وهي:

- الاحداث المنبهة السابقة يرمز لها بـ (م) (S. prior stimulation)
 - الحالة البيولوجية للكائن يرمز لها بـ(ك) (O.biological state of the organism)
 - الاستجابات الممكنة يرمز لها بـ(س) (R.response repertoire)
 - العلاقات التلازمية الاشرافية يرمز لها بـ(ز) (C.contingency relationship)
 - العاقبة يرمز لها بـ (ع) (C.consequence). (مليكة، 1990، ص33)
- ولتبيان العلاقات الوقتية النسبية ومركزية الاستجابة يمكن صياغة هذه المكونات على النحو التالي: م - ك - س - ز - ع

وغالبا ما تصبح العواقب السلوكية (المكون الأخير) منبهات، وترجع بدورها إلى تنبيه الشخص (إرجاع الأثر) وتنشط سلسلة أخرى من السلوك. وتؤكد الصياغة السلوكية

التقليدية على العلاقة بين الأحداث أو المنبهات قبل حدوث الاستجابة حسب الاشرط الكلاسيكي لـ بافلوف، بينما تؤكد صياغة الاشرط الاجرائي لـ سكينر على العواقب التالية للاستجابة.

ويشتمل التحليل الوظيفي السلوكي الشامل على تقديرات وبيانات عن كل من المكونات السابقة، ولكن في كثير من الحالات قد لا تتوفر المعلومات أو قد لا يكون لها دلالة، ومن أمثلة التحليل السلوكي البسيط نسبيا، حالة طفل يعاني من نوبات الغضب (استجابة) وقد يكشف التحليل السلوكي عن أن السلوك يحدث فقط في وجود الأم (المنبه) حين يكون الطفل متعبا (الحالة البيولوجية). وينتج عن ذلك سحب الأم لمطالبها أو أن تقوم باحتضان الطفل ومحاولة تهدئته (عاقبة). وهي تفعل ذلك في كل مرة تنتاب فيها الطفل هذه النوبات في خلال عشر دقائق من بدايتها (العلاقة التلازمية). (الزريقات، 2017، ص58)

وسنوضح الآن كل مكون من مكونات التحليل الوظيفي السلوكي فيما يلي:

➤ الأحداث المنبهة السابقة (م):

وتشتمل هذه الفئة وصفا لكل عناصر المنبه وتحديدًا للظروف البيئية المرتبطة بالسلوك المستهدف، في أي الظروف يقع هذا السلوك؟ ما الذي يستثيره؟ ويجب على القائم بالملاحظة أن يحدد المنبه من وجهة نظر العميل وليس من وجهة نظر القائم بالملاحظة.

➤ الحالة البيولوجية (ك):

من المفيد تقدير المتغيرات البيولوجية في الصياغة السلوكية و ذلك للتأكد مما إذا كانت الاستجابة المتوقعة تدخل في حدود الطاقة البيولوجية للفرد. ومن أمثلة حالات الكائن البيولوجية التي قد تكون عوامل محددة قوية للاستجابة المستهدفة: مرور فترة طويلة من الوقت منذ آخر وجبة، مثانة مليئة، أو تأثير عقار مهدئ.

➤ الاستجابات الممكنة (س):

يتميز أصحاب نظريات التعلم بين نوعين من الاستجابات: (أ) الاستجابات التي يستثيرها منبه معين دون الحاجة إلى تدريب وتسمى استجابات الإشارة أو الاستجابة العادية، ويتبع قيام ارتباطات بين منبه واستجابة أصلية قاعدة " الاشرط الكلاسيكي". (ب) الاستجابات المدعومة وهي مشروطة بالعواقب، أي بالثواب أو العقاب، وبالرغم من وجود بعض الخلاف حول هذا التمييز فإن المعالج من وجهة نظر براغماتية، يفيد هذا التصنيف، لأن استجابات الإشارة تتأثر بالمؤثرات السابقة، بينما تتأثر الاستجابات المدعومة بعواقبها. على كل يشتمل تعريف الاستجابة على المدى الكامل للسلوك الحركي واللفظي الذي يكون موضوعا يستحق الدراسة.

➤ العاقبة (التأثيرات السلوكية):

عواقب الاستجابة التي تعمل على الإبقاء على حدوثها مستقبلا و تسمى "المدعمات" ، و يجب ملاحظة أن المدعمات ليست أحداثا مادية فقط ، و لكنها قد تشمل السلوك الاجتماعي للناس و التعبيرات اللفظية و ملامح و حركات الجسم و غيرها ، و في تحليل هذه الفئة يكون من المفيد غالبا تحديد مدرج تدعيم ، فتعد قائمة بالمواقف و الأنشطة و الأحداث المرغوبة أو المؤثرة في توجيه سلوك الفرد و الاحتفاظ به .

➤ العلاقات التلازمية الاشرطية (ز):

تشير هذه الفئة إلى العلاقة البارامترية " الاستجابة -التدعيم" وهي المدة الزمنية الفاصلة بين الاستجابة (السلوك) والتدعيم لحدوث لحدوث الاشرط الاجرائي. (رضوان، 2016، ص ص 145-146)

ومما سبق يسعى التحليل السلوكي إلى التوصل إلى عدد من الفروض الاكلينيكية عن المتغيرات التي تضبط السلوك المضطرب و تحافظ عليه، و تشمل الخطوة الثانية في استخدام هذا التحليل السلوكي لتصميم برنامج علاجي مؤقت يتكون أساسا في اختبار للفروض الاكلينيكية من خلال التحكم في المتغيرات التي يعتقد بأنها ترتبط وظيفيا

بمشكلات توافق العميل و لا شك في أن استجابات العميل للتدخل العلاجي يمكن أن يقدم بيانات إضافية تسمح بتطوير و تحسين البرنامج العلاجي.

3.10 طرق وأدوات جمع البيانات في التحليل السلوكي:

تختلف الطريقة التي يجرى بها التحليل السلوكي اختلافا كبيرا طبقا للعميل ولنوع المشكلة، فقد تتضمن الجلوس في نهاية قاعة دراسية وتسجيل سلوك التلاميذ، وقد تجرى بصورة غير مباشرة من خلال تقارير الوالدين والمدرسين، و قد تتضمن قياس عدد مرات ارتكاب سلوك عدواني بعد مشاهدة برنامج تلفزيوني، أو قد يجرى التحليل على أساس عينات من سلوك المرضى في مستشفى للأمراض العقلية أو نزلاء سجن، أو من خلال التقارير الذاتية للمرضى و غيرها.

وقد نستخدم لهذا الغرض مجموعة من الأدوات منها:

➤ **جدول مسح الخوف:** وهو يضم قائمة طويلة بموضوعات مثل أطباء الأسنان، السيارات، حوادث السقوط... إلخ، حيث يطلب من العميل أن يحدد على مقياس من خمس نقاط درجة إزعاج كل موضوع له، وذلك بقصد تحديد المواقف التي تستثير القلق.

➤ **جدول مسح التدعيم:** بغرض تحديد المواقف والموضوعات والأنشطة السارة للعميل ومنها مثلا: الأكل، الرياضة، الثناء... إلخ.

➤ **اختبارات التأكيد الذاتي:** الغرض منها الكشف عن درجة التأكيدية أو اللاتأكيدية أو العدوانية لدى العميل مثلا: كيف يستجيب إذا حاول فرد تخطي دوره في طابور انتظار، أو إذا لم يرق له الطعام المقدم إليه في مطعم، وتفيد النتائج في تحديد مدى الحاجة إلى برنامج للتدريب على تأكيد الذات. (مليكة، 1990، ص 40)

وهناك العديد من الاختبارات في هذا المجال يمكن الاطلاع عليها مثل استبيانات الإرشاد الزوجي، استبيانات للإرشاد العائلي وغيرها.



المحور الثاني: العلاجات المعرفية

1. ظهور وتطور العلاجات المعرفية:

يقصد بالعلاجات المعرفية مجموع العلاجات النفسية التي تعالج الإدراك والسلوكيات غير المتكيفة، فهي تختلف عن تقنيات العلاج النفسي التقليدية مثل التحليل النفسي الذي يركز على الدوافع اللاواعية والأحداث الماضية، حيث أنها تهتم بالمشاكل الحالية المتعلقة بنمط التفكير والسلوك.

تقوم النظرية المعرفية على فكرة أن التشوهات المعرفية تتوسط الأحداث وما يرتبط بها من اضطرابات نفسية، ويبقى الهدف من العلاج المعرفي هو تحسين التنظيم الانفعالي من خلال تطوير آليات التكيف ومهارات معالجة المعلومات. (Eaton, 2019)

وفي الحقيقة فإن حديثنا عن التطور التاريخي للعلاجات المعرفية يقودنا لا محالة إلى أربعينات القرن العشرين أين زاد الطلب على التدخلات قصيرة المدى لعلاج الاكتئاب والقلق والتوتر المزمن بسبب مخلفات الحرب العالمية الثانية، في هذا الوقت بالذات برزت الأبحاث السلوكية وأثبتت نجاح افتراضاتها وتقنياتها وهو ما أدى إلى ظهور الموجة الأولى " العلاجات السلوكية" التي شكلت انحرافاً ثورياً عن العلاجات الدينامية النفسية، والتي لعبت دوراً أساسياً فيما بعد في ظهور العلاجات المعرفية.

وبعد عشرين عاماً وبالضبط في أواخر الستينات بدأ علماء النفس بما فيهم السلوكيون بالدراسة التجريبية لكيفية تأثر السلوكيات والانفعالات بالإدراك، أين عرف هذا الاتجاه بالموجة الثانية من العلاج السلوكي المعرفي. (Miller, 2003)

مع تزايد أنصار العلاج المعرفي بدأت السلوكية تفقد شعبيتها، رغم أن العلاجات السلوكية أثبتت فعاليتها في علاج العديد من الاضطرابات كالمخاوف المرضية وغيرها، إلا أنها كانت أقل فعالية في علاج العديد من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب على سبيل المثال، أين أصبح من الواضح أن التفكير والإدراك يتضمنان عناصر سلوكية والعكس صحيح، كانت هذه الاستنتاجات بمثابة الدافع لتطوير العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي الذي تطور فيما بعد إلى العلاج السلوكي المعرفي بحلول الثمانينات، وبحلول 1990 لم

يعد العلاج السلوكي المعرفي يعتبر تقنية فردية بل أصبح شامل لتقنيات متعددة تمثل اتحاد المبادئ السلوكية والمعرفية، وهو ما اعتبر كموجة ثالثة من العلاج السلوكي المعرفي. (Hayes & Hofmann, 2017)

2. مفهوم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لـ ألبرت إليس:

تأسس العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Rationnel Emotive Behavior Therapy (REBT) عام 1955 على يد ألبرت إليس Albert Ellis، مثل العديد من مؤسسي العلاجات النفسية الحديثة في ذلك الوقت، أصبح إليس محبباً بشكل كبير من علاجات التحليل النفسي، على الرغم من أن خيبة الأمل هذه كانت مسؤولة جزئياً عن نشأة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وتجدر الإشارة في هذا الصدد أن إليس كان له اهتمام كبير بالفلسفة حيث تأثر بشكل خاص بكتابات الفلاسفة الرواقيين، مثل إبيكتيتوس Epictetus وماركوس أوريليوس Marcus Aurelius، وقد تبلورت عبارة إبيكتيتوس " لا ينزعج الناس من الأشياء، و لكن من نظرتهم للأشياء " إلى عبارة " يضطرب الناس بمعتقداتهم الصارمة و المتطرفة اتجاه الأشياء " و هو الدور المركزي الذي أعطته نظرية العلاج (ع إ س) في فهم جذور المرض النفسي للمعتقدات الجامدة و المتطرفة.

بالإضافة إلى الفلاسفة الرواقيين فقد تأثر إليس بفلاسفة آخرين على سبيل المثال إيمانويل كانط Immanuel Kant حول كل من قوة و حدود الإدراك و التفكير في كتابه الشهير ' نقد العقل الخالص أو المحض '، كما يرتبط العلاج (ع إ س) بمبادئ النزعة الإنسانية الأخلاقية ' هي فلسفة تؤكد على أن الناس مسؤولون و قادرون على عيش حياة أخلاقية، بهدف تحقيق الذات و الصالح العام '، علاوة على ذلك فإن هذا العلاج له جذور وجودية مميزة، حيث قال إليس في هذا الصدد أنه تأثر بشكل خاص بأفكار بول تيليش Paul Tillich، و مثل الوجوديين الآخرين يتفق منظروا العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على أن " البشر هم مركز الكون - لكن ليس الكون ذاته- و لديهم قوة الاختيار

ولكن ليس الاختيار غير المحدود- فيما يتعلق بعالمهم العاطفي " ، و قد أكد إليس أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يعمل على :

➤ مساعدة الناس على زيادة فرديتهم، حريتهم، مصالحهم الشخصية، وضبط النفس

➤ يساعدهم على العيش في محيطهم بمحبة، اندماج، والتزام.

و أخيرا تأثرت أفكار إليس بأعمال علماء السيميولوجية ' علم الدلالات' ، حيث قدموا معلومات عن الأثر الفعال للغة على التفكير ، و أكدوا بأن عملياتنا النفسية يتم تحديدها إلى حد كبير من خلال تعميماتنا المفرطة و اللغة غير المنتقاة التي نستخدمها ، مثل كورزيبسكي Alfred Korzybski رأى إليس أن تعديل الأخطاء في تفكيرنا و لغتنا له تأثير ملحوظ على عواطفنا و أفعالنا .

عندما قدم إليس عرضه حول ما أسماه ' العلاج النفسي العقلاني' في منتصف الخمسينات، شدد على الجوانب المعرفية والفلسفية للعلاج للتأكيد على اختلافه عن العلاجات التحليلية، هذا الموقف دفع النقاد إلى اتهام العلاج النفسي العقلاني بتجاهل مشاعر عملائه، وهو ما لم يكن كذلك، وفي عام 1961 قام إليس بتغيير اسم العلاج إلى العلاج العقلاني الانفعالي إلى غاية 1993، أين غير التسمية مرة أخرى لتصبح العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، الذي دعا دائما إلى استخدام الأساليب السلوكية النشطة، والواجبات المنزلية.

1.2 السببية المرضية وفق العلاج (ع إ س):

إن العلاج (ع إ س) ليس مجرد مجموعة من التقنيات ' إنه أيضا نظرية شاملة للسلوك الإنساني'، هذا العلاج يتبنى النموذج البيو نفسي اجتماعي للسببية المرضية، أي أن مجموعة من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية تتدخل في الطريقة التي يشعر ويسلك بها البشر.

إن أبسط الفرضيات الأساسية للعلاج (ع إ س)، و التي يشترك فيها مع باقي العلاجات المعرفية السلوكية، هي أن جميع المشاعر و السلوكات البشرية تقريبا هي

نتيجة لما يعتقد الناس أو يفترضونه أو يؤمنون به (عن أنفسهم، و الآخرين، و العالم بصفة عامة)، ما يعتقد الناس بشأن المواقف التي يواجهونها - و ليس المواقف نفسها- هو الذي يحدد كيف يشعرون و يتصرفون.

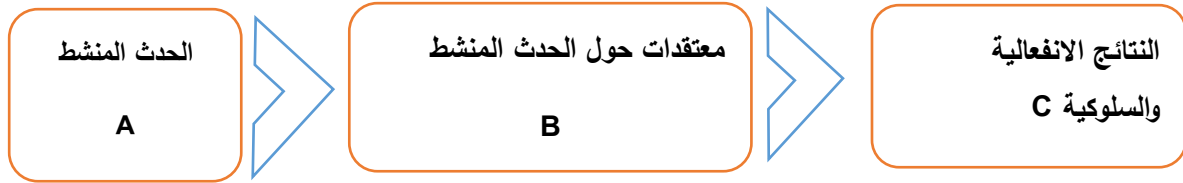
ومع ذلك فإن هذا العلاج لا ينكر بأن الجانب البيولوجي للفرد يؤثر أيضا على مشاعره وسلوكياته - وهي نقطة مهمة، لأنها تذكير للمعالج بأن هناك قيودا على المدى الذي يمكن للإنسان أن يحقق فيه التغيير-، ينظر إلى نظام معتقدات الفرد على أنه نتاج كل من الميراث البيولوجي والتعلم طوال الحياة.

2.2 نموذج (D E) A B C لتفسير الاضطراب:

حدد إليس أن A (Activating event) هو الحدث المنشط (أو الشدائد)، والذي عادة ما يكون منبه حقيقي أو متصور بغيض أو تعيس، يمثل C (Consequences) العواقب الانفعالية والسلوكية غير الوظيفية (أنظر الشكل 1)، B (Beliefs) يمثل معتقدات العميل، تتكون المعتقدات من جزأين: معتقدات عقلانية وغير عقلانية، إن وجود معتقدات غير عقلانية وغياب أو ضعف المعتقدات العقلانية هي محور التركيز في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

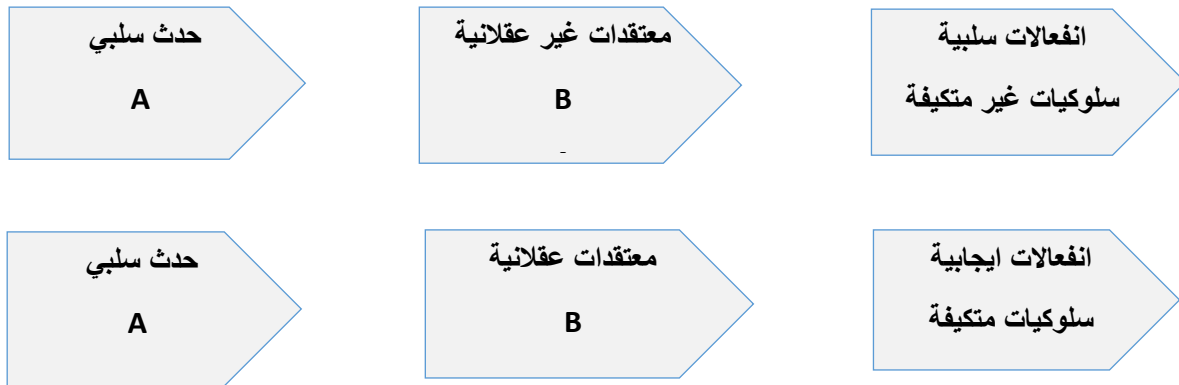
المعتقدات العقلانية مفيدة و مرنة و قابلة للتكيف و متسقة مع الواقع الاجتماعي ، تساعدنا على تحقيق أهدافنا ، و لها نتائج وظيفية (انفعالات إيجابية ، سلوكيات تكيفية) و هي رغباتنا و تفضيلاتنا على النقيض من ذلك ، فإن المعتقدات غير العقلانية جامدة ، غير مفيدة ، و غير قادرة على التكيف ، و غير متسقة مع الواقع الاجتماعي ، و عادة ما تعيق تحقيق أهدافنا ، إنها مطالبنا (ما يجب علينا ، احتياجاتنا ، ضرورة لنا) ، و لها نتائج غير فعالة غير وظيفية (انفعالات سلبية ، سلوكيات غير متكيفة) يوضح الشكل (رقم 2) كيف تؤدي المعتقدات العقلانية مقابل غير العقلانية إلى عواقب مختلفة .

الشكل رقم (1): نموذج تفسير الاضطراب ABC



نلاحظ من الشكل رقم (1) كيف أن معتقدات الفرد (B) حول الأحداث تتوسط بين الحدث نفسه (A) ونتائجه الانفعالية والسلوكية (C)

الشكل رقم (2): نتائج المعتقدات العقلانية غير العقلانية



نلاحظ من خلال الشكل رقم (2) كيف أن معتقدات الفرد تؤثر على انفعالاته وسلوكياته بتوجيهها نحو الصحة أو المرض أمام نفس الحدث السلبي.

يؤكد العلاج (ع إ س) على أهمية المساعدة في خلق و دعم المعتقدات العقلانية لدى العميل للتأثير على العواقب الانفعالية و السلوكية بصورة إيجابية ، و مطالبنا في الحياة هي بالتأكد أمر جيد ما بقيت رغبات و تفضيلات ، فهي تتسم بالمرونة و تقود إلى التكيف في حال لم تتحقق هذه الأخيرة ، و بمجرد أن تتحول تفضيلاتنا إلى حاجة ضرورية و الزامية - ما لم يكن الطعام أو اللباس ، و ما نحتاجه للبقاء على قيد الحياة- فعندئذ يكون لدينا القليل من المرونة عندما لا نتمكن من تحقيق مطالبنا ، إذا كنت أو من و بقوة (بشكل غير عقلائي) أنني بحاجة ضرورية إلى شيء ما و لا يمكنني الحصول عليه فهذا يعني كارثة حقيقية تهدد الحياة و ستكون ردود أفعالي وفقا لذلك .

إحدى النقاط التي يثيرها العلاج (ع إ س) مع العملاء هي أنه حتى عندما يكونون في حالة اضطراب وظيفي شديد، فإن ردود أفعالهم تكون منطقية تماما بناء على ما يخبرونه لأنفسهم عن الموقف، وعليه يصبح السؤال هو ما إذا كان ما يقولونه لأنفسهم منطقيا أم لا عند التدقيق والاختبار؟

يتم ذلك من خلال الجدل (Disputation (D)، وهو شكل من أشكال تحدي معتقدات الفرد، وهو يهدف إلى مساعدة العملاء على استيعاب العواقب المعرفية، الانفعالية والسلوكية الجديدة للرؤية العقلانية، وهذا ما نسميه التأثيرات الجديدة (E) new Effects في نموذج (A B C (D E).

يرى إليس أن هناك ثلاثة مطالب أساسية لدى الفرد (المعتقدات غير العقلانية) التي تغذي بقدر كبير الخلل الوظيفي لديه وهي:

➤ يجب أن يكون أدائي مثاليا وأن أحظى بحب الآخرين، أو أنني شخص فاشل عديم القيمة (مطالب نفرضها على أنفسنا وتقود إلى نقد الذات ولومها البديل الصحي هو قبول الذات والاعتراف بضعفها وقصورها ونقاط القوة الإيجابية فيها والسعي العملي لتجاوز النقص).

➤ يجب أن يعاملني الآخرون بشكل عادل، أو أنهم أشخاص فاسدين (مطالب نريدها ونتوقعها من الآخرين).

➤ يجب أن تكون الظروف التي أعيش في ظلها مريحة تماما ويجب ألا تكون مؤلمة أو محبطة، وعندما لا أشعر بالراحة يكون الوضع فظيحا كارثيا، ولا يمكنني تحمله، والعالم مكان فاسد (مطالب نريدها ونتوقعها من العالم).

3.2 التفكير غير العقلاني:

لقد رأينا فيما سبق أن ما نفكر فيه يحدد ما نشعر به، ولكن ما هي أنواع التفكير التي تعتبر إشكالية للبشر؟

وصف معتقد بأنه غير عقلاني يعني أن:

➤ يمنع الشخص من تحقيق أهدافه، ويخلق مشاعر متطرفة مستمرة تؤدي إلى الضيق والشلل، كما تؤدي إلى سلوكيات تضر بالذات والآخرين والأشخاص، وبالحياء بشكل عام.

➤ يشوه الواقع (إنه تفسير خاطئ لم يحدث ولا تدعمه الأدلة المتاحة).

➤ يحتوي على طرق غير منطقية لتقييم الذات والآخرين والعالم: المطالب، الفظاعة، عدم الراحة، عدم التسامح، وإصدار أحكام قيمية على الناس.

4.2 الأفكار اللاعقلانية حسب إيس:

لقد حدد إيس 11 فكرة للاعقلانية وتبلورت تلك الأفكار حول عدة محاور هي:

- ✓ من المهم أن يكون الفرد محبوباً من المحيطين به.
- ✓ ينبغي أن يكون الفرد على درجة عالية من الكفاءة والإنجاز
- ✓ أن هناك عقوبة تفرض على من يتصرفون بالجبن والوقاحة.
- ✓ أن الأمر يصبح مريعاً إذا سارت الأمور على عكس ما يتمناه الفرد.
- ✓ أن تعاسة الإنسان تعزى لأمر خارجية لا قبل له بها.
- ✓ إن الإنسان يشعر دوماً بالخوف من وقوع الأحداث المخفية، وينبغي توقع حدوثها باستمرار.
- ✓ من الأفضل تجنب العقبات على مواجهتها.
- ✓ يجب على الفرد الإعتماد على الآخرين، وأن يكون هناك من هو أقوى منه ليستند عليه.
- ✓ أن الخبرات السابقة هي محددات سلوك الفرد في الحاضر ولا يمكن محو أثرها.
- ✓ أن الفرد يجب عليه أن يحزن إذا وقع الآخرين في مشكلات.

✓ أي مشكلة ليس لها إلا حل واحد يجب أن نضل إليه وإلا وقعت الكارثة.

5.2 مستويات التفكير والاضطراب:

يقترح العلاج (ع إ س) أن هناك ثلاثة مستويات على الأقل من التفكير تؤدي إلى الاضطراب (انظر الشكل 3)، المستوى الأول من الأفكار هو الذي يحدث على الفور وهو ما أشار إليه وليام جيمس على أنه تيار الوعي، معظم الناس لديهم ما يمكن أن نطلق عليه بالمونولوج (حديث داخلي) الذي يدور في رؤوسهم طوال يقظتهم، هذا التفكير المبدئي من المستوى الأول هو استنتاجي في طبيعته، كل البشر لديهم تصوراتهم الخاصة عن الواقع، والتفكير الاستنتاجي هو الاستنتاجات التي يستخلصها الفرد من هذه التصورات.

على سبيل المثال افترض أنك تمشي بالشارع و رأيت زميلا لك في العمل يقترب من الجانب الآخر من الشارع ، فتلوح بيدك لإلقاء التحية ، لكن لا تتلقى أي تحية من زميلك ، قد تستنتج من هذا الحدث أن زميلك في العمل لم يراك ، أو قد تستنتج أنه رآك و قرر تجاهلك ، يمكن أن تذهب أبعد من ذلك و تستنتج أن عدم رد التحية له معنى آخر ، ربما يكون زميلك منزعجا منك أو غاضبا منك ، أو لا يحبك ، أو لا يحبك أحد من زملائك في العمل ، قد يكون هذا التفكير عبارة عن استنتاجات خاطئة و غير صحيحة ، و التي يمكن أن تأخذ شكل تصورات سلبية (مثال : هو لا يحبني) .

يمكن اختبار هذه الاستنتاجات من خلال جمع الأدلة المؤيدة أو المعارضة لها لتحديد ما إذا كانت صحيحة أم لا، يرتبط العديد من هذه التركيبات المعرفية الاستنتاجية بالعديد من الاضطرابات الانفعالية والأمراض النفسية.

المستوى الثاني من التفكير تقييمي إلى حد كبير ويشار إليه على أنه معتقدات غير عقلانية مشتقة: الترويع، تقييم عام للذات، للآخرين، والعالم، وعدم تحمل الإحباط، يعتبر التفكير التقييمي مهم وأساسي في الاضطرابات الانفعالية مقارنة بالتفكير الاستنتاجي الاستدلالي من المستوى الأول.

تقوم الأنواع الثلاثة من معتقدات المستوى الثاني بتقييم أهمية الواقع المحتمل الذي يتم تصويره في الاستدلال ، أو قيمة الأشخاص المعنيين إذا كان الاستنتاج صحيحا ، أو تقدير قدرة الفرد على التعامل مع الموقف المتصور أو تحمله ، الترويع هو المبالغة في النتائج السلبية لموقف ما إلى درجة قصوى ، حيث يصبح حدث سلبي ' فظيع ' ، و تشير التقييمات العامة لقيمة الانسان ، للذات أو الآخرين ، إلى أنه يمكن النظر إلى البشر على أنهم كائنات كاملة و أن بعض الناس لا قيمة لهم ، أو على الأقل أقل قيمة من الآخرين ، و ينشأ عدم تحمل الإحباط من مطالب السهولة و الراحة و يعكس عدم القدرة على تحمل الانزعاج ، و في العلاج (ع إ س) تسمى هذه المعتقدات بالمعتقدات غير العقلانية المشتقة لأنه يفترض أنها مستنبطة من المعتقدات غير العقلانية الأكثر مركزية .

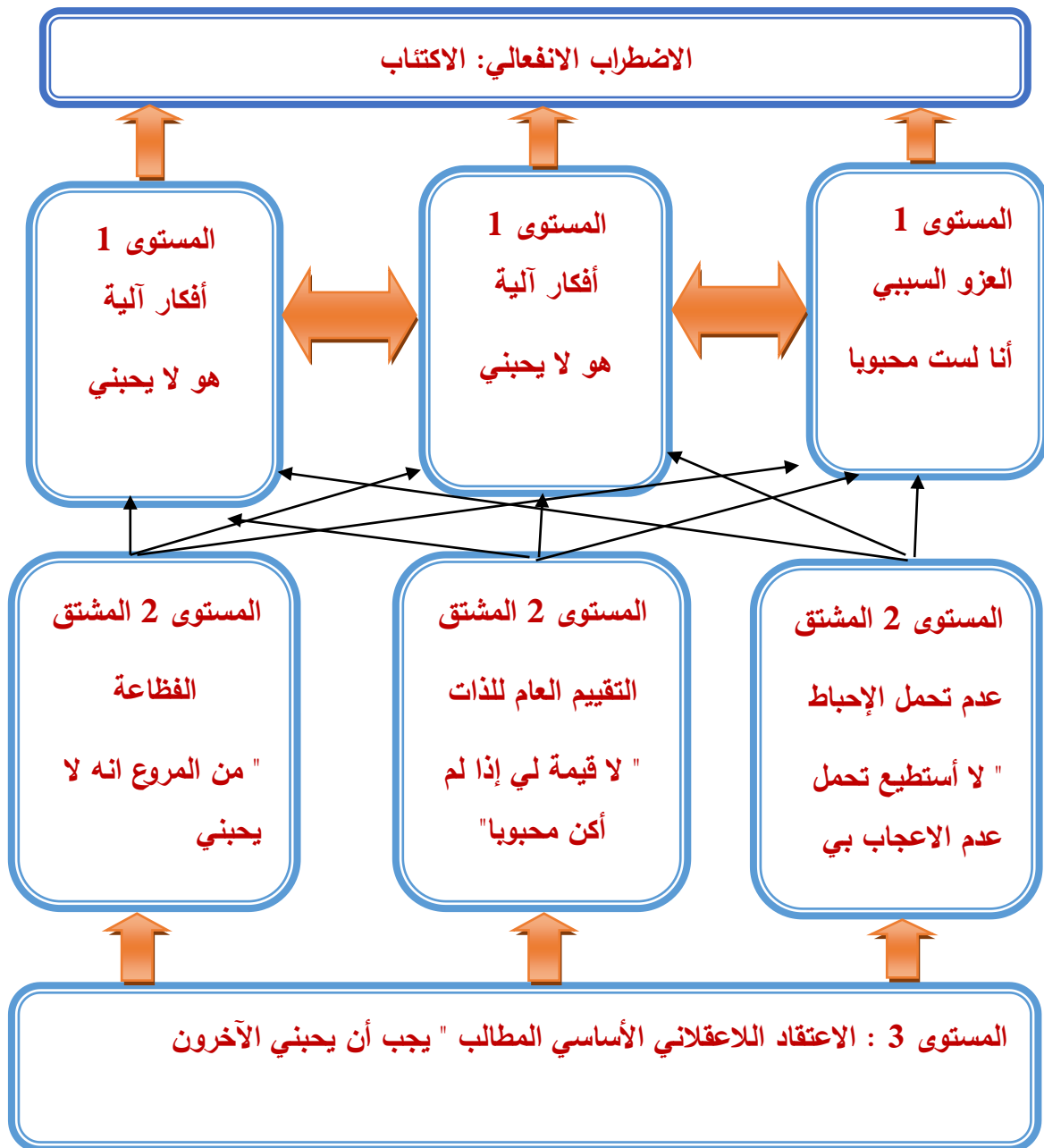
يشار للمستوى الثالث من التفكير بالمعتقدات غير العقلانية الأساسية، و هي مخططات ضمنية، و أحيانا غير واعية، تشتق المعتقدات اللاعقلانية من المتطلبات الحتمية الأكثر مركزية، و هي الأفكار حول الطريقة التي يجب أن يكون عليها الواقع، بهذه الأفكار يبني الناس فلسفتهم عن العالم كما يريدون و ليس بالضرورة كما هو، و يفترض هذا العلاج أن التفكير الجامد و عدم القدرة على التكيف مع المعلومات الجديدة هما أساس الاضطراب الانفعالي.

6.2 نظرية التغيير:

و فقا للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، يمكن أن يحدث التغيير على مستويات مختلفة، لنفترض على سبيل المثال، أنك قلق لأنك تعتقد أن شخصا ما يرفضك، على المستوى السطحي يمكنك أن تشعر بتحسن عن طريق تغييرات بنية جسمك (مثلا: ممارسة الرياضة، تغيير النظام الغذائي أو حتى بالأدوية)، أو عن طريق تغيير الموقف (على سبيل المثال تجنب الاتصال مع هذا الشخص)، أو عن طريق تغيير الاستنتاجات الخاصة بك حول الموقف (على سبيل المثال خفض القلق لديك من خلال اقناع نفسك بأن الرفض لن يحدث).

لكي يتخطى الشخص مجرد الشعور بالتحسن إلى التحسن الفعلي - أي تحقيق تغيير أساسي ودائم- عليه تعديل المعتقدات الأساسية التي تخلق له الصعوبات في المواقف المختلفة، باستخدام المثال أعلاه بدلا من اقناع الشخص لنفسه بأن الرفض لن يحدث، فيجب عليه القبول بأنه قد يحدث، أين يجب أن يتعامل مع اعتقاده الأساسي الخاطيء بأنه بحاجة إلى القبول ويجب ألا يتلقى رفضا أبدا.

شكل رقم 3: المستويات الثلاثة للتفكير المسؤولة عن الاضطراب الانفعالي



في بعض الأحيان يقبل المعالجون بالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي التغيير السطحي بحكم أنه الأكثر واقعية لبعض العملاء، لكنهم يسعون إلى التغيير الأساسي حيثما أمكن ذلك، ولتحقيق هذا التغيير يستخدم العديد من الأساليب المعرفية والانفعالية والسلوكية سنستعرضها لاحقاً.

7.2 مساعدة الأشخاص على التغيير:

يمكن مساعدة العملاء على التغيير وفق الخطوات التالية:

1. مساعدة العميل على فهم أن الانفعالات والسلوكيات ناتجة عن المعتقدات وطريقة التفكير، قد يكون هذا عن طريق شرح موجز يتبع بتكليف العميل ببعض القراءات في هذا الإطار.

2. توضيح كيفية الكشف عن المعتقدات ذات الصلة بالاضطراب: باستخدام نموذج A B C وهو مفيد جداً هنا، فباستخدام حلقة من تجربة العميل الخاصة، ينوه المعالج بالنتائج C، ثم الحدث المنشط A، ويطلب من العميل التفكير (أي نظام المعتقدات B): " ماذا كنت أخبر نفسي عن الحدث المنشط A، لأشعر وأتصرف بالطريقة التي فعلت بها في "النتائج C"؟ وشيئاً فشيئاً يطور العميل فهمه لطبيعة التفكير اللاعقلاني، بحيث تصبح عملية " ملء الفراغ " أسهل يمكن تحقيق هذا التعلم عن طريق القراءة، التفسير المباشر، والتحليل الذاتي، وهذا بمساعدة المعالج وكواجب منزلي بين الجلسات.

3. تعليم العميل كيفية مناقشة واختبار معتقداته اللاعقلانية، واستبدالها ببدائل أكثر عقلانية، مرة أخرى يستعين المعالج بنموذج A B C ليصل إلى الجدال D (معارضة المعتقدات اللاعقلانية)، والتأثير E (التأثير الجديد الذي يرغب العميل في تحقيقه، بمعنى الطرق الجديدة للشعور والتصرف) و F (إجراء إضافي يتخذه العميل).

4. مساعدة العميل على الانخراط في المواجهة: العمل ضد المعتقدات اللاعقلانية، هو أمر ضروري في العلاج (ع إ س)، فهو يركز على إعادة التفكير و الانخراط في

المواجهة و هو ما يجعله أداة قوية للتغيير، و عادة ما يشار إلى مثل هذه النشاطات باسم "الواجب المنزلي".

8.2 العملية العلاجية وفق العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

فيما يلي ملخص للمكونات الرئيسية للتدخل العلاجي العقلاني الانفعالي السلوكي

❖ إشراك العميل في البرنامج العلاجي:

1. الخطوة الأولى هي بناء علاقة مهنية مع العميل، يمكن تحقيق ذلك من خلال التقبل، التعاطف، والاحترام.

2. يجب الانتباه إلى " الاضطرابات الثانوية " حول قدوم العميل لطلب المساعدة: الانهيار الذاتي بسبب وجود مشكلة أو الحاجة للمساعدة، والقلق من الحضور إلى المقابلة.

3. وأخيرا ربما تكون أفضل طريقة لإشراك العميل في الخطة العلاجية هي أن يظهر المعالج للعميل في مرحلة مبكرة أن التغيير ممكن وأن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي قادر على مساعدته على تحقيق هذا الهدف.

❖ تقييم المشكلة، العميل، والموقف:

يخالف التقييم من شخص إلى آخر، ولكن فيما يلي بعض المجالات الأكثر شيوعا التي سيتم تقييمها كجزء من التدخل العلاجي.

1. ابدأ بنظرة العميل لما هو خاطئ بالنسبة له.

2. تحقق من وجود أي اضطراب ثانوي: كيف يشعر العميل حيال هذه المشكلة؟

3. قم بإجراء تقييم عام: حدد وجود أي اضطرابات سريرية ذات صلة، وأحصل على التاريخ الشخصي والاجتماعي، وقم بتقييم خطورة المشكلة، خذ بعين الاعتبار أي عوامل شخصية ذات صلة، التحقق من أي عوامل سببية غير نفسية: الظروف المادية، الأدوية، تعاطي المخدرات، أسلوب الحياة...إلخ

❖ تحضير العميل للعلاج:

1. توضيح أهداف العلاج، والتأكد من أنها أهداف واقعية ومحددة وموافق عليها من قبل العميل والمعالج، مع تقييم دافع العميل للتغيير.
2. تقديم مناقشة حول أساسيات العلاج العقلاني الانفعالي
3. مناقشة الأساليب التي سيتم استخدامها والآثار المترتبة على العلاج، ثم وضع العقد العلاجي.

❖ تنفيذ البرنامج العلاجي:

ستعقد معظم الجلسات العلاجية باستخدام الأنشطة التالية:

1. تحليل حلقات محددة للمشكلة أو المشاكل المستهدفة، التأكيد على المعتقدات ذات الصلة وتغييرها، وتطوير الواجبات المنزلية وهو ما يمكن تسميته بالتحليل العقلاني.
2. تطوير المهام السلوكية لتقليل المخاوف أو تعديل طرف التصرف.
3. استخدام الاستراتيجيات والتقنيات التكميلية عند الحاجة، على سبيل المثال التدريب على الاسترخاء، التدريب على مهارات التعامل مع الآخرين...إلخ

❖ تقييم التحسن:

قرب نهاية التدخل العلاجي، سيكون من المرغوب عادة التحقق مما إذا كان التحسن في حالة العميل ناتج عن التغييرات في طريقة تفكير العميل، أو ببساطة تحسن عرضي في الظروف الخارجية.

❖ تحضير العميل لإنهاء العلاج :

عادة ما يكون من الحكمة إعداد العميل لمواجهة الانتكاسات ، يعتقد الكثير من الناس بعد فترة التحسن أنهم شفوا مدى الحياة ، و عندما تعود مشاكلهم في الظهور ، فمن المحتمل أن ييأسوا و يتخلوا عن مواجهة مشاكلهم ، يجب إفهام العميل أن الانتكاسات

واردة في العديد من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، ويجب التأكد من أنه يعرف ما يجب عليه فعله عند عودة الأعراض ، و مناقشة وجهة نظره حول طلب المساعدة إذا لزم الأمر في المستقبل ، يجب التعامل مع أي معتقدات لاعقلانية مثل " يجب أن أتعافى إلى الأبد " أو " قد يعتقد المعالج أنني كنت فاشلاً إذا عدت للحصول على مزيد من المساعدة تعامل مع أي معتقدات غير عقلانية حول العودة، مثل: "يجب أن أتعافى إلى الأبد"، أو: "قد يعتقد المعالج أنني كنت فاشلاً إذا عدت للحصول على مزيد من المساعدة".

9.2 التقنيات المستخدمة في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

يوصي إليس باتباع نهج " انتقائي " للعلاج، باستخدام استراتيجيات من العلاج (ع إ س) ومناهج أخرى، وللتأكيد من الاستراتيجيات متوافقة مع نظرية العلاج (ع إ س) سنعرض فيما يلي بعض الأمثلة عن الإجراءات شائعة الإستخدام.

➤ **التحليل العقلاني:** تحليل حلقات معينة لتعليم العميل كيفية الكشف عن المعتقدات اللاعقلانية ومعارضتها يتم إجراؤها عادة في بداية العلاج، وعندما يتعلم العميل القيام بها تصبح واجب منزلي.

➤ **مجادلة ومعارضة المعايير المزدوجة:** إذا كان العميل يستخدم كلمة ' ينبغي ' أو يتجاهل سلوكه، فاسأل عما إذا كان سينتقد شخصا آخر عموماً (مثل صديق مقرب له، المعالج ... إلخ) لفعله نفس الشيء، أو أن يوصي هذا الشخص بالاحتفاظ بهذه المطالب اللاعقلانية، إذا كان جوابه ' لا'، يجب على المعالج مساعدة العميل على رؤية أنه يمارس معايير مزدوجة، وهذا مفيد في حالة وجد العميل صعوبة في التخلي على بعض المعتقدات اللاعقلانية.

➤ **لعب الأدوار العكسي:** تم تصميم هذه التقنية الفعالة لجعل العميل يجادل ضد معتقداته المختلفة، حيث يقوم المعالج بلعب دور العميل و يتبنى معتقداته و يدافع عنها، و في المقابل يحاول العميل ' اقناع ' المعالج بأن هذا الاعتقاد غير فعال، تكون هذه التقنية مفيدة بشكل خاص عندما يرى العميل أن الاعتقاد غير منطقي، و

لكنه يحتاج إلى مساعدة لترسيخ هذا الفهم " ملاحظة كغيرها من التقنيات يجب شرحها للعميل قبل استخدامها " .

➤ **إعادة الصياغة:** هناك استراتيجية أخرى لوضع الأحداث السيئة في منظورها الصحيح وهي إعادة تقييمها على أنها " مخيبة للآمال " أو " غير مريحة " أو " مقلقة «، بدلا من كونها " مروعة " أو " لا تطاق «، هذه التقنية تساعد العميل على رؤية أنه حتى الأحداث السلبية يمكن أن يكون لها جانب إيجابي.

➤ **التصور العقلاني الانفعالي:** وهي تدخل افعالي يخدم وظيفتين: مساعدة العميل على معرفة كيف يريد أن يشعر في موقف معين، والسماح للعميل باستكشاف ذلك تجريبيا، يطلب من العميل إغلاق عينيه وتصور الموقف الصعب واستحضار المشاعر سلبية المصاحبة له، ثم يطلب المعالج منه تغيير المشاعر السلبية إلى استجابة عقلانية حددها كهدف، بشير العميل إلى المعالج عندما يتمكن من فعل ذلك، ويتبع بمناقشة حول كيفية تمكن العميل من تحقيق هذا الهدف،

➤ **تمارين مواجهة الشعور بالعار:** ابتكر إليس هذه التمارين لمساعدة العملاء الذين يميلون إلى التقليل من قيمتهم ونقويض الصورة الذاتية لديهم، والفكرة أنه بعد العمل على مجادلة الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية، فإن المعالجون يوجهون عملائهم إلى القيام بشيء أحمق عمدا في الأماكن العامة، سيسمح ذلك للعملاء باختبار المعتقدات العقلانية التي اكتسبوها، كما تسمح لهم هذه التجربة من التأكد من أنه رغم ظهورهم بشكل أحمق في الأماكن العامة، إلا أنهم لا يزالون قادرين على عيش حياة مرضية

➤ **التعرض :** و هي الاستراتيجية السلوكية الأكثر شيوعا ، يطلب من العميل الدخول في مواقف يخشاها أو يتجنبها في العادة ، هذا التعرض يكون متعمد و مخطط له ، باستخدام المهارات المعرفية و غيرها مهارات المواجهة ، و الغرض من ذلك هو : 1 اختبار صحة مخاوف المرء (مثال : إذا تم رفضي فإنني لا يمكن أن أبقى على قيد الحياة) ، 2 نزع مشاعر الفظاعة و التهويل (برؤية أن الكارثة المتوقعة لم تحدث) ،

3 تنمية ثقة العميل في قدرته على التأقلم (من خلال إدارة ردود أفعاله بنجاح) ، 4 زيادة تحمل الانزعاج و الإحباط (بالتعرض يكتشف أنه يمكنه تحمل الانزعاج بشكل تدريجي) .

➤ **المجازفة:** بغرض تحدي المعتقدات القائلة بأن سلوكيات معينة خطيرة للغاية بحيث لا يمكن المجازفة بالقيام بها ، في حين المنطق يقول أن النتيجة السيئة غير محسومة نهائيا ، و تستحق المحاولة ، مثل الخوف من الفشل فقد يبدأ العميل في انجاز مهام حيث توجد فرصة متساوية للفشل أو النجاح ، أو قد يتحدث شخص ما لديه مخاوف من الرفض إلى شخص جذاب في مناسبة ما .

➤ **تأجيل الاشباع:** يشع استخدامه لمواجهة انخفاض تحمل الإحباط عن طريق التأخير المتعمد للتدخين، تناول الحلويات، الجنس... إلخ

➤ **الواجبات المنزلية:** يعتبر استخدام الواجبات المنزلية أو الهام بين الجلسات أمرا بالغ الأهمية للنجاح على المدى القصير و الطويل العلاج (ع إ س) ، حيث يتم تشجيع العملاء على الاستفادة من الوقت المتاح لهم خارج الجلسة العلاجية . لاستكشاف و تعزيز و ممارسة ما يناقشونه و يكتشفونه في العلاج ، يمكن أن تكون الواجبات ذات طبيعة معرفية ، سلوكية أو انفعالية اعتمادا على العميل و طبيعة اضطرابه .

10.2 تطبيقات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

يتم استخدام هذا العلاج بنجاح مع الأشخاص الذين يعانون من مجموعة من المشكلات السريرية باستخدام مجموعة متنوعة من التقنيات نذكر منها:

الاكتئاب، اضطرابات القلق بما فيها الوسواس القهري، الفوبيا، اضطراب القلق العام، اجهاد ما بعد الصدمة، اضطرابات الأكل، الإدمان، السلوك العدواني، اضطرابات الشخصية، ضحايا الاعتداءات الجنسية، التكيف مع مشكلة جسدية مزمنة، الإعاقة، إدارة الألم، إدارة الإجهاد العام، اضطراب السلوك لدى الأطفال والمراهقين، مشاكل العلاقات الأسرية.

3. العلاج المعرفي لـ أرون بيك:

1.3 مفهوم العلاج المعرفي لـ أرون بيك:

كثيرا ما يستخدم مصطلح العلاج المعرفي (CT) Cognitive Therapy ومصطلح العلاج المعرفي السلوكي (CBT) Cognitive Behavior Therapy كمترادفات لوصف العلاجات النفسية القائمة على النموذج المعرفي، كما يستخدم مصطلح العلاج المعرفي السلوكي لوصف مجموعة من التقنيات التي يتم فيها الجمع بين المنهج المعرفي ومجموعة من الإجراءات السلوكية.

منذ الستينات من القرن الماضي، برز دور الإدراك في وصف وعلاج الإكتئاب لأول مرة في أدبيات علم النفس، ومنذ ذلك التاريخ سجل تقدم مستمر في تطور كل من النظرية المعرفية والعلاج المعرفي، وأدى الإختبار التجريبي لكليهما إلى تحسين النموذج المعرفي على مر السنين، وكان التركيز على تأثير التفكير المشوه والتقييمات المعرفية غير الواقعية للأحداث على مشاعر الفرد وسلوكه، أين صاغ أرون بيك Aaron Beck وهو من أبرز مؤسسي العلاج المعرفي إطارا نظريا متماسكا قبل تطور الإستراتيجيات العلاجية.

كانت المبادئ التوجيهية لتطوير وتقويم النظام الجديد لعلم النفس المرضي وكذا العلاج النفسي هي لبناء نظرية شاملة لعلم النفس المرضي تتناسب مع منهج العلاج النفسي، ودعمها تجريبيا من خلال الدراسات التجريبية التي اختبرت فعالية العلاج. اشتمل البحث بعد ذلك على محاولة التعرف على المكونات المعرفية الخاصة المشتقة من البيانات السريرية لمختلف الاضطرابات، وتنظيم هذه الملاحظات السريرية، وإعداد خطط العلاج والمبادئ التوجيهية له.

أظهرت الأبحاث و الممارسة السريرية أن العلاج المعرفي فعال في تقليل الأعراض المرضية و معدلات الإنكاس مع أو بدون دواء ، و هذا في مجموعة متنوعة من الإضطرابات النفسية ، و قد قام بيك بتطبيق علاجه على الإكتئاب ، اضطرابات القلق

و الرهاب ، اضطرابات الهلع ، اضطرابات الشخصية ، و تعاطي المخدرات ، بالإضافة إلى ذلك أظهرت النماذج المعرفية الأكثر حداثة تأثيرا إيجابيا إلى جانب الأدوية على الفصام ، و اضطراب ثنائي القطب ، و كذا مشاكل الإفراط في تناول الطعام ، و لازالت الدراسات مستمرة إلى الآن لتقييم العلاج المعرفي ، و أبعد من ذلك فقد أكدت بعض الدراسات على أن العلاج المعرفي السلوكي يحدث تغييرات فيزيولوجية و وظيفية في العديد من مناطق الدماغ .

على مر العقود ظهرت مجموعة متنوعة من أساليب العلاج المعرفي السلوكي، تختلف في درجة نجاحها وتطبيقها مع مختلف الاضطرابات النفسية، ويمكن فرزها وفق ثلاثة أقسام رئيسية هي:

1. مهارات التأقلم: coping skills وهي تؤكد على تطوير مهارات مصممة تسمح للتعامل بالتعامل مع مجموعة متنوعة من المشكلات.
 2. حل المشكلات problem-solving: وهي تركز على تطوير استراتيجيات عامة للتعامل مع مجموعة واسعة من الصعوبات الشخصية.
 3. العلاجات المنظمة: restructuring therapies التي تفترض أن المشاكل الإنفعالية هي نتيجة لأفكار غير قادرة على التكيف، وأن الهدف من العلاج هو إعادة صياغة التفكير المشوه وتعزيز الأفكار التكيفية
- وسنناقش في هذه المحاضرة العلاج المعرفي لـ أرون بيك.

2.3 الأسس النظرية للعلاج المعرفي لـ بيك:

تم تأسيس العلاج المعرفي في الأصل بعد الدراسات التي أجراها بيك لتفسير العمليات النفسية في الإكتئاب ، في محاولة منه لإثبات نظرية فرويد من أن الإكتئاب ناتج عن عدوانية مكبوتة موجهة نحو الذات ، و أظهر البحث في أحلام المرضى أنها

مواضيع تتعلق بالإحساس بالهزيمة و الفشل والخسارة ، و أن أحلامه كانت متسقة مع مواضيع اليقظة ، أحلام يمكن أن تكون مجرد إنعكاس لأفكار الشخص ، مرتكزا على البحث المنهجي و الملاحظات السريرية إقترح بيك أنه يمكن تفسير أعراض الإكتئاب بمصطلحات معرفية كتفسيرات متحيزة للأحداث منسوبة إلى تفعيل النظرة السلبية للذات، و العالم ، و المستقبل (الثالث المعرفي) .

كنتيجة لذلك بدأ بيك يتسأل على جدوى نموذج التحليل النفسي خصوصا أنه تجاهل العوامل المعرفية التي أثبتتها من خلال نتائج أبحاثه حول الإكتئاب ، و بدأ يؤسس للعلاج المعرفي الذي يركز على المشاكل الحالية ، بدلا من الكشف عن الصدمات النفسية المكبوتة في الماضي ، و على تحليل الخبرات النفسية التي يمكن الوصول إليها ، بدلا من اللاشعور ، و مع ذلك كانت تجربة التحليل النفسي مهمة في ظهور المفاهيم و الاستراتيجيات العلاجية للعلاج المعرفي ، من خلال الصيغة الفرويدية للبناء الهرمي للإدراك في العمليات الأولية (أي في اللاشعور و قائمة على الهومات و الرغبات) و العمليات الثانوية (الشعورية التي يمكن الوصول إليها بناء على الواقع الموضوعي) .

منذ تدريبه على التحليل النفسي ، اعتبر بيك نفسه من المحللين الجدد مثل ألفريد أدلر Alfred Adler ، كارين هورني Karen Horney ، أوتو رانك Otto Rank ، و هاري سوليفان Harry Sullivan ، الذين أكدوا على أهمية فهم تجارب المرضى الواعية و التعامل معها ، و كذلك الحاجة لمعالجة المعاني التي يعطيها المرضى للأحداث التي يمرون بها في حياتهم ، حتى أن تركيز النظرية المعرفية على العمليات داخل الفرد (العمليات العقلية) بدلا من السلوك الظاهر هي إرث من نظرية التحليل النفسي ، على الرغم من أن الإجراءات العلاجية أكثر تشابها مع العلاج السلوكي .

علاوة على ذلك تم بناء الهيكل النظري للعلاج المعرفي من مساهمات مدارس أخرى، مثل المقاربة الظاهرية والإنسانية في علم النفس، ومستوحى جزئيا من الفلاسفة أمثال كانط، هايدجر Heidegger، و هوسرل Husserl، في تبني التركيز على التجربة الذاتية الواعية، ومشتق من الفلسفة الرواقية اليونانية " يضطرب البشر من معاني

الأحداث وليس الأحداث نفسها"، كما ألهم العلاج المتمركز حول العميل لكارل روجرز المعالجين المعرفيين في تبني أسلوب الاستجواب اللطيف و التقبل غير المشروط للمريض.

وكان تأثير العلوم المعرفية وعلم النفس المعرفي بارزا في تشكل أسس العلاج المعرفي، خاصة نظرية بناء الشخصية لـ جورج كيلي George Kelly إلى جانب مفهوم المخططات لـ بياجيه Piaget التي طور من خلالها بيك مفهومه عن المخططات المعرفية، بالإضافة إلى أعمال ريتشارد لازاروس Richard Lazarus، غولدفريد Goldfried، ألبرت باندورا Albert Bandura، دونالد مكينبوم Donald Meichenbaum.

كما جذبت المدرسة السلوكية بيك فدرس العلاج و مارسه ، و اقتنع بأن الأساليب السلوكية لها فعالية كبيرة و لكن ليست نتيجة الأسباب التي تحدث عنها المعالجون السلوكيون ، و إنما لأنها تؤدي إلى تغيير معرفية لدى المرضى ، و اعتبر بيك العلاج السلوكي محدود لأنه يهمل تفكير المرضى حول أنفسهم و حول العلاج و المعالج ، و قد مكنت التقنيات السلوكية التي استخدمها بيك من حصوله على بيانات موضوعية من المرضى ، مما كان له الأثر الأكبر في تطوير العلاج المعرفي عند بيك ، و يرى بيك أن النموذج المعرفي يقدم تفسيراً بسيطاً و أقرب لمشكلات المرضى مما تفعله النظرية التحليلية ، و السلوكية ، كما أنه نموذج بسيط و اقتصادي في الجهد و الوقت المطلوب .

3.3 المفاهيم الرئيسية للعلاج المعرفي حسب أرون بيك:

تؤثر الطريقة التي يدرك بها الأفراد الواقع على الطريقة التي يشعرون ويتصرفون بها، وهكذا فإن هدف العلاج المعرفي منذ نشأته هو إعادة صياغة وتصحيح الأفكار المشوهة، لإحداث تغيير سلوكي وتخفيف الاضطرابات الانفعالية.

1.3.3 الأفكار الآلية:

مع أن المرضى لا يدركون عادة أو يغفلون الأفكار التي تتوسط بين الحدث الخارجي و الاستجابة الانفعالية ، و بالتالي لا يذكرونها أو لا يشيرون لها ، إلا أنه يمكن تعليمهم ملاحظتها استنباطيا قبل أن تخبر انفعالا من الانفعالات ، و في الحقيقة يصعب إدراك كيف يكون رد الفعل الانفعالي للفرد لحدث ما قبل معرفة تقديره ، أو تقويمه لطبيعة ذلك الحدث ، و عن طريق استدعاء معارف الفرد فإن المعالج يستطيع أن يصل إلى فهم ردود الفعل الانفعالية غير الواقعية أو غير الحقيقية ، ولما كانت هذه الأفكار التي تسبق ردود الفعل الانفعالية تظهر بصورة عفوية وبسرعة قصوى ، فقد أطلق عليها بيك الأفكار الآلية و هذه الأفكار لا تصدر عن عمد و لا عن تعقل ، و لكنها آلية و غير طوعية ، و تعتبر مقبولة من وجهة نظر المريض ، حتى و إن بدت مستحيلة من وجهة نظر الآخرين ، أو كانت مناقضة للدليل الموضوعي ، هذه الأفكار مرتبطة بمشكلات المريض .

2.3.3 المخططات المعرفية:

حسب بيك فإن العمليات المعرفية هي آليات ترميز وتخزين واسترجاع المعلومات الموجودة في الهياكل المعرفية (المخططات)، لذلك فإن العمليات المعرفية تشمل الإدراك، الإنتباه، الذاكرة، والتفسير، في معالجة المعلومات، يمكن أن تحدث أخطاء في أي من مراحلها التي ينتج عنها تغيير أو تشويه في تقييم وتفسير الحقائق، وهو ما يسميه المؤلف "التشوهات المعرفية".

الهياكل المعرفية لتنظيم المعلومات في الذاكرة هي المخططات، و التي تمثل مجموعة التجارب السابقة و تعمل كقوالب توجه الانتباه و تؤثر على تفسير الأحداث و تسهل الذاكرة، و بالنسبة لبيك فإن " المخططات هي أنماط معرفية مستقرة نسبيا تشكل الأساس لتنظيم تفسيرات الواقع، يستخدم الناس مخططاتهم لتحديد، ترميز، تمييز، و إسناد المعاني إلى بيانات العالم " ، بعبارة أخرى المخططات هي هياكل عقلية ذاتية مستقرة إلى حد ما ، تعمل كمرشحات ' Filtres ' عندما يتعلق الأمر بإدراك العالم من قبل الفرد .

فجميع الأفراد يمتلكون صيغ معرفية تساعدهم في استبعاد معلومات معينة غير متعلقة بهم وبيئاتهم ، و الاحتفاظ بمعلومات هامة ، أما الأفراد المكتئبون فيمتلكون كذلك صيغ ذاتية معرفية سلبية تستبعد على نحو انتقائي المعلومات الإيجابية عن الذات و تبقى على المعلومات السلبية ، و يقترح بيك انه عند نقطة معينة في الطفولة ينمي الأفراد المكتئبون مثل هذه الصيغة و ذلك بسبب النقد المتزايد من الوالدين أو بسبب شدة الحياة ، و حينما يقع حدث مماثل في الرشد فإن الصيغة المعرفية السلبية تنشط لدى المكتئبون و تعمل على غرلة خبراتهم الشخصية السلبية .

3.3.3 الشويهات المعرفية:

قام بيك بوصف جملة من التشويهات المعرفية، وهي عبار عن أفكار غير منطقية تتمثل في:

- التجريد الإنتقائي: يعني الوصول إلى استنتاجات بناء على حادثة واحدة فقط.
- التعميم المبالغ: يتضمن تبني معتقدات معينة بناء على حادثة واحدة، وتعميمها على حوادث غير مشابهة
- التضخيم والتضعيف: يتضمن إدراك موقف أو حادثة بطريقة أقل أو أكثر مما تستحق.
- النزعة نحو الذات: وفيه يعزو الفرد الأحداث الخارجية لنفسه حتى ولو لم يكن له علاقة بها.
- التفكير المستقطب: تفسير الأحداث إما بطريقة ممتازة أو مأساوية.
- العنونة الخاطئة: تتضمن تصور هوية الفرد على أساس أخطاء الفرد وعيوبه التي حدثت بالماضي.

4.3 السببية المرضية حسب العلاج المعرفي لـ أرون بيك:

يقوم النموذج المعرفي على افتراض أن بعض المعتقدات تزيد من إمكانية الإصابة بالاضطرابات الإنفعالية ، على سبيل المثال إذا كان الفرد يحمل مكون معرفي اتجاه موضوعات من الخسارة و الفشل ، فإن العواقب الانفعالية و السلوكية تشمل الحزن ، الشعور باليأس ، و الانسحاب الاجتماعي كما هو موجود في الإكتئاب ، أما إذا كن لدى الفرد معتقدات موجهة نحو الخطر ، فسوف يسوده القلق و يجعله يركز انتباهه على التهديد المصور ، و إجراء تفسيرات كارثية لمنبهات غامضة أو حيادية ، و الانخراط في سلوكيات السلامة الغير فعالة ، و سوف يضطر إلى الهروب أو تجنب خطر الرفض ، الإحراج .

التحيزات الموجهة نحو الخطر والتي تحدث تلقائيا وليست بالضرورة تحت السيطرة الواعية، في كل مرحلة من مراحل معالجة المعلومات (الإدراك، التفسير، والتذكر) في جميع اضطرابات القلق.

وفي المرضى الذين يعانون من حساسية اتجاه موضوعات الإذلال أو الظلم أو ما شابه، سيكون الغضب هو المسيطر عليهم، ويمكن تبرير الاستجابة السلوكية بطريقة انتقامية كدفاع عن النفس، ويتميز كل اضطراب ن اضطرابات الشخصية بمجموعة محددة من المحتويات المعرفية المختلفة، مثل الهجر، التبعية، العيب، والتي تشكل الضعف الإدراكي للفرد.

عندما يتم تنشيط المخططات المعرفية عن طريق الأحداث الخارجية، تنتج المحتوى المعرفي النموذجي المميز لكل اضطراب، مع مجموعة خاصة بكل منها من المعتقدات (أنظر الجدول رقم 2)

جدول رقم (2): البروفيل المعرفي للاضطرابات النفسية

المحتوى المعرفي	الاضطراب
النظرة السلبية للذات، العالم ، و المستقبل	الإكتئاب
نظرة متضخمة عن الذات ، الآخرين ، و العالم	الهوس
الخوف من مخاطر جسدية أو نفسية	القلق العام
الخوف من الخطر في مواقف معينة	الرهاب
الخوف من خطر جسدي أو عقلي وشيك	الهلع
رؤية الآخر على أنه متلاعب و سيء النية	جنون العظمة
فكرة الشذوذ الحسي أو الحركي	اضطراب التحويل
التفكير المستمر حول الأمان و منع التهديدات	الوسواس القهري
الخوف من السمنة أو عدم الجاذبية	فقدان الشهية
القلق من مرض خبيث	الخوف من المرض 'المراق'
اليأس و مفهوم عدم الأهلية	السلوك الانتحاري

5.3 إجراءات العلاج وتقنياته:

العلاج المعرفي ليس مجموعة من التقنيات تطبق ألياً كما يتبادر إلى ذهن البعض، بل أن على المعالج أن يتقن مجموعة كاملة من المهارات العلاجية لضمان فعالية العلاج، كما يشير بيك أولاً وقبل أي شيء من المهم إقامة مهنية جيدة مع العميل، إجراء يسمى التعاون العلاجي، حيث يعمل العميل والمعالج كفريق في تقييم معتقدات العميل واختبارها لمعرفة ما إذا كانت صحيحة ام خاطئة، وتعديلها حسب الواقع.

ثانياً، يستخدم المعالج الأسئلة السقراطية كوسيلة لإرشاد العميل لطرح الأسئلة الواعية التي من شأنها تمكينه من الحصول على نظرة ثاقبة على تفكيره المشوه، يسمى هذا الإجراء الاكتشاف الموجه.

طوال فترة العلاج يتم استخدام المنهج التعاوني والتعليمي، مع خبرات تعليمية محددة ومصممة لتعليم العملاء: مراقبة وتحديد الأفكار الألية، التعرف على العلاقة بين الإدراك، الإنفعال، والسلوك، تصحيح المفاهيم المنحازة عن طريق استبدال الأفكار المشوهة بأخرى أكثر واقعية، تحديد وتغيير المعتقدات أو الافتراضات أو المخططات التي تكمن وراء أنماط التفكير الخاطئ.

على عكس العلاجات التحليلية، فإن جلسات العلاج المعرفي منظمة ومهيكلية، أين يلعب فيها المعالج المعرفي دوراً نشطاً من خلال مساعدة العميل على تحديد المجالات المهمة والتركيز عليها، واقتراح تقنيات معرفية وسلوكية والتدريب عليها، والتخطيط التعاوني للمهام بين الجلسات، وتتم مناقشة خطة العلاج، وجدول أعمال كل جلسة مع العميل، ويتم طرح ملاحظات مستمرة أثناء سير العلاج من أجل معالجة أي مفاهيم خاطئة وسوء فهم قد يحدث خلال مسار العلاج.

يشجع العلاج المعرفي المرضى على تبني المنهج التجريبي لحل المشكلات، ويكون المعالج كنموذج يحتذى به لمرضاه، من خلال غرس الكفاءة الذاتية، والحماس، والأمل، لتغيير التفكير غير المتكيف، وأي مظهر من مظاهر مقاومة العلاج يتم التعامل معه ومعالجته على أنه معتقدات مختلفة.

6.3 التقنيات المعرفية والسلوكية:

إن فصل التقنيات المعرفية عن نظيرتها السلوكية هو فصل توضيحي فقط ، حيث أن العديد من التقنيات تؤثر على عمليات تفكير المريض و أنماطه السلوكية ، كما نعلم فإن التغيير المعرفي يعزز التغيير السلوكي و العكس صحيح ، و يمكن استخدام أساليب مختلفة اعتماداً على المحتوى المعرفي للاضطراب ، و مرحلة العلاج ، و الصور

المعرفي الخاص بكل حالة ، قد تكون الأساليب السلوكية أكثر استخداما في حالات الإكتئاب الشديد التي تستوجب الحاجة إلى تعزيز التنشيط السلوكي للمريض ، على العكس من ذلك عندما لا يحتاج المريض إلى التنشيط السلوكي ، سيتم الإعتماد على الأساليب المعرفية البحتة ، بالنسبة للمرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق ، يجب أن يكون الفهم الأساسي للنموذج المعرفي ضروري قبل إدخال أي تقنية سلوكية .

1.6.3 التقنيات المعرفية:

يركز العلاج الأولي على زيادة وعي المرضى بأفكارهم الآلية ، و سيركز على العمل على المعتقدات الأساسية ، قد يبدأ العلاج بتحديد الأفكار الآلية و التشكيك بها ، يمكن تحقيق ذلك بطرق مختلفة ، حيث يمكن للمعالج توجيه المرضى لتقييم أفكارهم الآلية خاصة عندما يكون هناك إثارة عاطفية متصورة أثناء الجلسة ، و يكون عن طريق طرح السؤال التالي : " ما الذي يدور في ذهنك ؟" ، يمكن الكشف عن التشوهات المعرفية بالسؤال على سبيل المثال : " ما هي الأدلة على استنتاجك ؟" ، " هل تحذف الأدلة المتناقضة؟" ، هل يتطابق استنتاجك منطقيا مع الملاحظات التي قدمتها؟" ، " هل هناك تفسيرات بديلة قد تكون أكثر دقة في شرح هذه الحلقة بالذات؟" عندما يطلب من المرضى التفكير في تفسيرات بديلة ، قد يدرك المرضى أن تفسيراتهم الأولية تطورت من خلال الاستدلالات غير الصحيحة ، مما يقودهم إلى التفكير في تفسيرات مختلفة للأحداث ، و بالتالي إضافة معاني جديدة بها

معظم الناس لا يدركون أن الأفكار الآلية السلبية تسبق المشاعر غير السارة ، و أن الإنفعالات تنسجم مع الأفكار الآلية ، و لزيادة وعيهم بهذه الأفكار ، يمكن للمرضى تعلم رصدها ، من خلال التدريب المنهجي لتحديد نوع الأفكار التي تسبق مباشرة الانفعال أو السلوك ، أو ردة فعل فيزيولوجي كنتيجة لذلك التفكير ، يمكن استخدام جدول التفكير المختل لمساعدة المرضى على تتبع الأفكار التي تم تنشيطها بواسطة موقف منبه و التي ولدت الانفعالات و السلوكيات اللاحقة ، قد يمكن جدول التفكير المختل المرضى من اكتشاف و توضيح و تغيير المعاني التي خصصوها للأحداث المزعجة ، و تكوين

استجابة بديلة أو عقلانية ، في بعض الأحيان تكون المهمة البسيطة المتمثلة في تحديد الأخطاء المعرفية بمفردها ، أو بالإشتراك مع جدول التفكير المختل تمرينا جيدا للعمل عليه في مكتب الفحص أو كواجب منزلي .

لكي تحدث التغييرات الهيكلية، يجب الذهاب إلى أبعد من تغيير الأخطاء المعرفية المرتبطة باضطراب معين، ويكون هذا من خلال تحليل وتصحيح المعتقدات الأكثر رسوخا، وتغيير تنظيم هذه المعتقدات، للوصول إلى إعادة البناء المعرفي، يجب أن يركز العلاج على المعتقدات الأساسية للمريض مثل " أنا غير محبوب" والتي يتم التحقق منها بنفس طريقة الأفكار الألية أي البحث عن الأدلة التي تدعمها وتصحيحها باختبار الواقع.

التدريب المعرفي هو أسلوب تخيلي تم ابتكاره لمساعدة المرضى على اختبار المواقف المخيفة لهم سواء بمكتب الفحص أو كمهمة بين الجلسات، يطلب من المريض تصور الموقف المخيف وتبني أفضل استراتيجيات المواجهة للتغلب عليه بنجاح، بنفس الطريقة يمكن للمرضى التدرب على حل المشكلات.

2.6.3 التقنيات السلوكية:

يتم دمج التقنيات السلوكية في برنامج العلاج المعرفي بأشكال مختلفة ، مثلا في حالة الإكتئاب الشديد أين ينخفض مستوى نشاط المرضى ، و يترددون في الالتزام بأي هدف لأن توقعاتهم منخفضة حول أي إنجازات ، يجب استخدام التنشيط السلوكي ، على سبيل المثال قد يقوم المعالج و المريض بتحديد التجارب بشكل تعاوني لمعرفة ما إذا كانت التوقعات السلبية للمريض صحيحة أم أنها تأتي من استنتاجات خاطئة عن نفسه و عن الآخرين و العالم ، مثلا قد تعتقد امرأة مكتئبة أنها لم تعد قادرة على تحضير الحلوى التي يحبها أحفادها كثيرا ، بل أنها تعتقد أنها غير قادرة على البقاء بعيدا عن الفراش لفترة كافية لعمل أي شيء تقريبا ، لجمع أدلة على قدرتها المتوقعة على إتقان إعداد الحلوى ، و القدرة المتوقعة على الاستمتاع بمهاراتها في الطهي ، يتم تحفيزها على تقييم توقعاتها قبل أداء المهمة و مقارنتها بعد إكمالها للمهمة ، من المحتمل أن تتلقى كالعادة العديد من ردود الفعل الإيجابية ، و التي تساعد على تصحيح توقعاتها ، كثيرا من

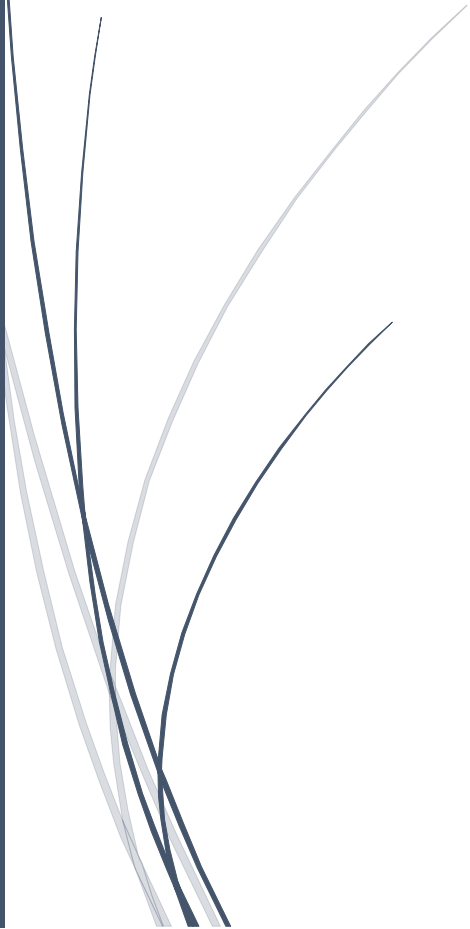
مرضى الاكتئاب لديهم توقعات مختلة حول قدراتهم ، و يفاجؤون بنتيجة أفضل بكثير مما كانوا يتوقعون ، عندما نضعهم في الإختبار ، فالنتيجة تجلب منظورا مختلفا .

نظرا لأن المرضى قادرون على تقييم أفكارهم بشكل أكثر موضوعية، مما يوجد مجموعة جديدة من الأفكار تصبح فرضيات يجب إختبارها في الواقع، ونظرا لأن معظم المرضى يحتاجون إلى المضي قدما في خطوات صغيرة، فقد تم تصميم عدد من المهام السلوكية المتدرجة حسب كل حالة لخوض تجارب ناجحة دون إرهاقهم بمهام أكبر من قدراتهم على التكيف الحالية.

يستخدم في العلاج المعرفي الكثير من تقنيات حل المشكلات ، حيث يتعلم المرضى اتباع الخطوات اللازمة ، لتحديد المشكلة بدقة ، و إيجاد طرق بديلة لحلها ، و تنفيذ تلك الحلول ، كما ان التدريب على المهارات الاجتماعية قد يكون أداة ضرورية كجزء من خطة علاج مريض يخشى المواقف الاجتماعية ، حيث يستفيد من لعب الدور مع المعالج لبناء المهارات الاجتماعية و التغلب على المشكلة ، و يكون المعالج كنموذج يحتذى به ، حيث يمكن المرضى من تعلم الأداء الاجتماعي ، بعد لعب الأدوار بمكتب الفحص ، يتم تشجيع المرضى على أداء ما قاموا به في مواقف الحياة الواقعية .



قائمة المراجع



- إبراهيم، عبد الستار. (1990). العلاج النفسي الحديث. عالم المعرفة. الكويت
- بومجان، نادية. (2019). محاضرات مقياس العلاجات السلوكية والمعرفية. جامعة محمد خيضر. بسكرة
- الزريقات، إبراهيم عبد الله. (2017). تحليل السلوك التطبيقي مبادئ و إجراءات في تعديل السلوك. دار الفكر. الأردن
- الزليطيني، نجاه أحمد. (2016). نظريات التعلم وتطبيقاتها التربوية نظرية سكينر نموذجاً. مجلة الجامعة. (3).
- مليكة، لويس كامل. (1990). العلاج السلوكي و تعديل السلوك. دار القلم للنشر و التوزيع. الكويت

Basri, H., Amin, S., Umiyati, M., Mukhlis, H., & Irviani, R. (2020). Learning Theory of Conditioning. *Journal of Critical Reviews*, 7, 2024-2031.
<https://doi.org/10.31838/jcr.07.08.378>

Benito, K., & Walther, M. (2015). Therapeutic Process During Exposure : Habituation Model. *Journal of Obsessive–Compulsive and Related Disorders*, 6. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.01.006>

Boakes, R. (2003). The Impact of Pavlov on the Psychology of Learning in English–Speaking Countries. *The Spanish journal of psychology*, 6, 93–98.
<https://doi.org/10.1017/S1138741600005242>

Boakes, R. A. (Éd.). (2023). Ivan Pavlov, Conditioned Reflexes and Experimental Neuroses. In *Pavlov’s Legacy : How and What Animals Learn* (p. 1–25). Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/9781009057530.002>

Bufford, R. (1999). *Flooding* (p. 462-463).

Clark, R. (2004). The classical origins of Pavlov's conditioning. *Integrative physiological and behavioral science : the official journal of the Pavlovian Society*, 39, 279-294. <https://doi.org/10.1007/BF02734167>

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Reijnders, M., & Ebert, D. (2018). Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28, 1-10. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000057>

Eaton, S. (2019). *The History of Cognitive–Behavior Therapies*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27628.33924>

Goulet, J. (2014). *Chaloult, L. et collaborateurs*.

Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245-246. <https://doi.org/10.1002/wps.20442>

Hermann, C., & Sperl, M. F. J. (2023). Classical conditioning. In *Handbook of clinical child psychology : Integrating theory and research into practice* (p. 425-457). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-031-24926-6_21

Jena, S. P. K. (2008). *Behaviour therapy : Techniques, research and applications*. Sage Publications.

Michael, T. (2017). *Classical Conditioning*. <https://doi.org/10.4135/9781483365817.n256>

Miller, G. (2003). The Cognitive Revolution : A historical perspective. *Trends in cognitive sciences*, 7, 141-144. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(03\)00029-9](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(03)00029-9)

Nestoros, J. N. (s. d.). *Hellenic Integrative Psychotherapy : A Total Holistic Approach*.

Parot, F. (2008). La maladie mentale dans les thérapies comportementales : Approche historique et épistémologique. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, N° 2(1), 63-93. <https://doi.org/10.3917/ccgc.002.0063>

Plaud, J. (2003). Pavlov and the Foundation of Behavior Therapy. *The Spanish journal of psychology*, 6, 147-154. <https://doi.org/10.1017/S1138741600005291>

Powell, R. A., Digdon, N., Harris, B., & Smithson, C. (2014). Correcting the record on Watson, Rayner, and Little Albert : Albert Barger as “Psychology’s lost boy”. *American Psychologist*, 69(6), 600-611. <https://doi.org/10.1037/a0036854>

Price, D. (2011). How the CIA and Pentagon Harnessed Anthropological Research during the Second World War and Cold War with Little Critical Notice. *Journal of anthropological research*, 67, 333-356. <https://doi.org/10.3998/jar.0521004.0067.302>

Rodríguez-Riesco, L., Universidad de Cádiz, Spain, Vivas, S., Universidad de Córdoba, Spain, Mateos Herrera, A., Universidad de Granada, Spain, Pérez-Calvo, C., Universidad de Sevilla, Spain, Ruiz-Duet, A., & Universidad de Cádiz, Spain. (2022). Behavior therapy : Roots, evolution and reflection on the relevance of behaviorism in the clinical context.

Papeles Del Psicólogo – Psychologist Papers, 43(3), 209.

<https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2994>

Taylor, K. (2006). *Brainwashing : The Science of Thought Control*.

<https://doi.org/10.1093/oso/9780192804969.001.0001>

Thomas, K., Dowd, C., & Broman–Fulks, J. (2017). *Systematic*

Desensitization (p. 1-3). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-](https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_952-1)

[8_952-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_952-1)

Vallejo–Slocker, L., & Vallejo, M. A. (2016). Sobre la desensibilización

sistemática. Una técnica superada o renombrada. *Acción Psicológica*, 13(2),

157-168. <https://doi.org/10.5944/ap.13.2.16539>