

1- بطاقة التواصل ومعلومات المقياس:

-كلية: العلوم الانسانية والاجتماعية

-القسم: قسم علم النفس

-المادة: العلاجات النفسية3

-المستوى الدراسي: سنة ثانية ماستر علم النفس العيادي

-السداسي: الثالث

-الرصيد: 05

-المعامل: 02.

-الحجم الساعي: 45 ساعة

-وحدة التعليم: الاساسية

-الاستاذة: خرخاش أسماء

-البريد الالكتروني: asma.kharkhache@univ-msila.dz

2-التقويم التشخيصي والمكتسبات القبلية:

يجب على الطالب ان يكون له اطلاع على المقاييس التالية

*علم النفس العام.

*علم النفس المرضي للراشد.

*علم النفس المرضي للطفل والمراهق.

*تقنيات الفحص وشروط المقابلة العيادية.

*اخلاقيات مهنة الاخصائي النفساني.

3-أهداف المقياس:

-يمكن التعرف على مختلف التقنيات والفنيات العلاجية بمختلف توجهاتها النظرية المستخدمة في

علاج الاضطرابات النفسية.

-تقديم التقنيات العلاج الجماعي

4- الابواب:

مقدمة

تاريخ العلاج السلوكي المعرفي

علاقة العلاج السلوكي المعرفي بأهم العلاجات:

أهم النماذج في العلاج السلوكي المعرفي (نموذج Beck Arone).

أهم النماذج في العلاج السلوكي المعرفي (نموذج Ellis Albert): العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي: (Behavioral Rational Emotive Therapy)

أهم النماذج في العلاج السلوكي المعرفي (نموذج Meichenbaum Donald):

السلوكي المعرفي الجماعي

ديناميات الجلسات العلاجية الجماعية.

الأسس العامة لإجراء الجلسة العلاجية الجماعية

الخطط العلاجية في العلاج السلوكي المعرفي:

تمهيد.

يعد العلاج السلوكي المعرفي من العلاجات الحديثة نسبيًا، إلا أنه من خلال الإطار التاريخي حول هذا النوع من العلاج، نجد أنه تدخلت في نشأته العديد من المدارس بداية من التحليل النفسي، فالطريقة التي صُمِّمَ بها في سنوات 1910-1920 كانت أقرب من السلوكية أكثر منه إلى المعرفية، الأمر الذي جعل كل من Freud و Ferenczi سلوكيين معرفيين رغما عنهما، وأيضًا المؤلف الرائد لـ Pierre Janet والذي قدم مصطلحات قريبة جدا من السلوكية المعرفية (Cottraux, 2004, p 17).

هذا النوع من العلاج يلاقي رواج وفعالية حسب ممارسة العديدين من العاملين فالعديد من الدراسات بينت فعالية هذا النوع من العلاج كدراسة كل من Stuart و Wade (2000) ودراسة كل من Merill و Wade (2003) ودراسة كل من Westbrook و Kirt (2005) حيث أكدت علي مدى فعالية العلاجات السلوكية المعرفية. ولقد توصل كل من Roth و Fonagy (2005) إلى مدى فعالية العلاج سلوكي المعرفي مقارنة مع العلاجات الأخرى مثل العلاج البيئشخصي والعلاج العائلي والعلاج السيكودينامي (Westbrook, Kenneley & Kirt, 2011, chabitre 1) وترى Mac Mahou (2007) أن العلاج السلوكي المعرفي هو المنهج الوحيد الذي طرح نفسه كمذهب علمي قابل للبحث والتقييم العلميين. ويعتقد العاملون في هذا الميدان أن أي علاج ناجح يجب أن يدرس لمعرفة نجاحه. هناك الآن دراسات كثيرة تدعم بانه أفضل طريقة لمعالجة طائفة من الحالات النفسية. وجدير بالذكر أن طريقة العلاج هذه تحظى بتأييد المعهد الوطني للاستطب (NICE) ومؤسسة الضمان الصحي اللتين توصيان باللجوء إلى هذه الطريقة في معالجة حالات الاكتئاب والقلق (مكمهون، 2007، ص 16)

أيضا وجد (Dobson, 1998) عند تحليله للعديد من الدراسات التي قارنت العلاج المعرفي السلوكي وغيره من العلاجات الأخرى، أن من أهم ما توصلت إليه تلك الدراسات من نتائج قد تمثل في أن العلاج المعرفي السلوكي يعد من أفضل أنواع العلاجات المستخدمة من حيث نتائجه بالنسبة للمرضي متفوقا في ذلك علي العلاج السلوكي و العلاج التحليلي، وعند المقارنة بينه وبين العلاج بالعقاقير الطبية المضادة للاكتئاب أوضحت نتائج بعض الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي هو الأكثر فاعلية، في حين أوضحت نتائج دراسات أخرى أنه يتساوى في فاعليته مع العلاج بالعقاقير (عادل عبد الله، 2000، ص ص 25-26).

العلاج المعرفي السلوكي له آثار طويلة المدى بشكل يفوق العلاج بالعقاقير. كما وجد شيئا وآخرون (Shea Et Al(1992) أن المرضى الذين كانوا يخضعون للعلاج المعرفي السلوكي قياسا بأقرانهم الذين كانوا يتلقون العلاج بالعقاقير حتى في حالة الاكتئاب الحاد كانوا أقل عرضه للانتكاسة، إلا أن العلاج بالعقاقير يعمل على تعزيز فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في حالة الاضطراب الاكتئاب الحاد (عادل عبد الله، 2000، ص 26).

لا يختلف الأمر في الدراسة التي هدفت إلى تطبيق برنامج للعلاج النفسي السلوكي-المعرفي على المجتمع السوري على عينه مكونة من 1520 حالة بين عام 1989-1999. ولم يستطع الباحث مقارنة نتائج علاجه بالعلاجات السلوكية المعرفية في البلدان العربية. واستخلص الباحث نجاح هذا العلاج من جهة والصعوبات التي واجهها من جهة أخرى. إذ لاحظ أن نسبة نجاح المعالجة كان 70% من الحالات التي عالجها، وتحسن الأعراض بنسبة 85% والشفاء بعد متابعة بنسبة 55%. أما فيما يخص الانتكاس بسبب عدم الاستمرار بالتدريبات بعد انتهاء المعالجة ومنع المريض من المتابعة العلاجية فقد بلغ نسبة 17% (الحجار، 2004، ص 58).

غير انه لا توجد صناعة كبيرة تعزز من العلاج المعرفي السلوكي، على عكس الصناعة المهمة بشكل كبير بالدواء الطبي. ومع ذلك، في محاولة لزيادة توفر العلاج المعرفي السلوكي، حيث قرر بعض رجال السياسة في بعض الدول عدم ترك مصير رعاية الصحة العقلية تحكمه الأهواء المالية لشركات الدواء، وأخذوا الأمر على عواتقهم. ففي أكتوبر عام 2007، أعلن وكيل وزارة الصحة

في المملكة المتحدة البريطانية عن خطة لإنفاق 300 مليون جنية إسترليني للبدء في برنامج مدته ست سنوات بهدف تدريب جيش من المعالجين النفسيين على العلاج المعرفي السلوكي للمساعدة في التغلب على المشكلات النفسية لدى البريطانيين. هذا التغيير في توفير الرعاية الصحية كان يقوم على بيانات اقتصادية أوضحت أن توفير العلاج المعرفي السلوكي للاضطرابات العقلية الشائعة أقل تكلفة بوجه عام من العلاج الطبي، أو التحليل النفسي. على نحو مشابه، في عام 1996، أوصت الحكومة الأسترالية بتوفير العلاج المعرفي السلوكي وقدمت خدمة تيسر هذه الخدمات للأفراد (هوفمان، 2012، ص15).

وعليه نتناول ست محاضرات تفصل في هذا النوع من العلاج وخاصة في شكله الجماعي كمايلي:

المحاضرة الاولى: تاريخ العلاج السلوكي المعرفي.

1-تاريخ العلاج السلوكي المعرفي:

على الرغم من أن Beck و Ellis يعتبرا الرائدان في هذا المجال، إلا أن الفكرة الرئيسية التي أدت إلى ظهور هذا المدخل الجديد للعلاج النفسي ليست جديدة، إلا أنها تحولت بكل بساطة إلى الممارسة العملية. فقد يعود التعبير عن فكرة العلاج المعرفي السلوكي إلى الفيلسوف الرواقي إبيكتيتس Epictetus الذي عاش من 55 . 134 بعد الميلاد. فمن أشهر مقولاته: "الناس لا تحركهم الأشياء، ولكن يحركهم منظورهم للأشياء" بعد ذلك، كتب ماركوس أوريليوس (121 . 180 بعد الميلاد): "لو أنك تأملت من أي شيء خارجي، فليس هذا الشيء هو الذي سبب لك الإزعاج، ولكن حكمك عليه، وبمقدورك أن تزيل هذا الحكم الآن". كما كتب وليام شكسبير في هامليت: "ليس هناك شيء جيد، وآخر سيئ، ولكن التفكير هو الذي يجعله كذلك" تجدر الإشارة أيضا إلى أن فلاسفة، وأدباء، وشعراء آخرين عبروا عن أفكار مشابهة لهذه الأفكار على مدار تاريخهم (هوفمان، 2012، ص 16).

العلاجات السلوكية المعرفية استعملت في مختلف الأزمنة، ووصفت من قبل العديد من

الباحثين، فقد استعمل Hippokrate بشكل أولى طرق الغمر لعلاج الخوفات، كما وصف Locke في القرن 18م مبادئ الغمر بالمثل المولد للحصر عند طفل مصاب بفوبيا الضفادع المراقبة الإرادية

للوظائف الفيزيولوجية، تم تسليط الضوء عليها منذ ألفيات من قبل اليوغيين Yogis لكنهم لم يتكلموا عن التغذية الرجعية للاسترخاء أو مضاد الإشرافية وقد استعمل تعديل نظام المعتقدات من قبل كل المعتقدات وكل الأحزاب السياسية، ووضعت تحت اسم إما تحويل روحي Conversion Spirituelle وإما الوعي الفكري Prise de conscience idéologique .

إن استعمال نظام الثواب أو التعزيز هو قديم قدم الإنسانية والتي لم تكن تعرف أنها تقوم بالإشراف الإجرائي، يمكننا أن نفهم من هذا البحث والتي تظهر أن مبادئ التعليم والتغيرات المعرفية هي في كل المحاولات الإنسانية للتغيير (Cottraux, 2004, p12).

1-1-تاريخ العلاج السلوكي المعرفي في فرنسا:

كانت البداية في فرنسا في القرن 19 ويعزى لها بعض الأسبقية في بعض المحاولات للعلاج السلوكي حيث كتاب *شظايا نفسه عن الجنون والعلاج الأخلاقي للجنون* لمؤلفة François Leurt يبين أولى المحاولات للعلاج المرضي الذهانيين بالتعديل المباشر للهاء. أما Itard طبق أولى الطرق والتي أنتهجت لاحقا لعلاج الأطفال المتوحدين. العمل الذين قام به مع متوحش غابات L'Aveyron ، وهو الطفل Victor الذي ترك وعاش في الغابات وحيدا، فهو يمثل بالتأكيد عملا رائد، أما فشله فيعود أكثر لأن الفترة الحساسة لتعليم اللغة قد ولت منذ وقت طويلا أثناء علاجه وليس بسبب طرائقه أو شخصيته، أما Perroud طبيب مستشفى Charté في Lyon قدم سنة 1873 حالتين لرهاب الخلاء Agoraphobie عالجها بالتعريض التدريجي للمثير المولد للقلق. وفي نفس الحقبة Legrand Du Saulle عالج أيضا المصابين برهاب الخلاء (Cottraux, 2004, p13).

1-2- تاريخ العلاج السلوكي المعرفي في باقي أوروبا:

قد يمثل التنويم المغناطيسي العلاج الرائد في التثبيط المتبادل. أين كلام المعالج يخفض قلق المريض بالنسبة إليه، ويسمح له بمواجهة خوفه. فمن وجهة نظره هذه الايحاءات التنويمية تعلن فقد الحساسية المنظم لـ Wolpe. وخاصة حلم اليقظة الموجه لـ Desoille، وهي بالتالي قبل فقد الحساسية المنظم و الحساسية الداخلية لـ Cantela. وقد اعتبر Desoille في وقت ما Pavlov بعض العلاجات تحقق قانونه في الأطفال (Cottraux, 2004, p13).

1-3- تاريخ العلاج السلوكي المعرفي في الشرق:

إن علاج Morita هو علاج تقليدي ياباني يعالج المشاكل الاكتئابية، الخوفية والوساوس بالعزل الاجتماعي، الاسترخاء العقلي، والجسدي متبوعة بإعادة تعلم الحياة، هذه الطريقة قريبة من التعويض التدريجي للمواقف المولدة للقلق (Cottraux, 2004, p13).

إن الملاحظ لتتبع التطور التاريخي للعلاجات فإن العلاج السلوكي المعرفي كان دائم الحضور، ولكن فكرة دمج العلاج السلوكي مع العلاج المعرفي هي التي كانت تتبلور مع التطور العلمي والتقني للعلاجات.

2- تعريف العلاج السلوكي المعرفي:

العلاج المعرفي السلوكي من أشكال العلاج النفسي الحديثة نسبياً، ويركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة. ويستند هذا النمط العلاجي على نموذج التشغيل المعرفي للمعلومات (العمليات العقلية) الذي يرى أنه خلال فترات التوتر النفسي يصبح تفكير الفرد أكثر جموداً وأكثر تشويهاً، وتصبح أحكامه مطلقة ويسيطر عليها التعميم الزائد، كما تصبح المعتقدات الأساسية للفرد حول نفسه والعالم من حوله محددة بدرجة كبيرة، ويمثل العلاج المعرفي السلوكي في هذا الإطار شكلاً من أشكال العلاج يتسم بالفاعلية والتنظيم، كما يتحدد أيضاً بوقت معين. وهو عملية تتسم بالتعاون الإمبريقي بين المعالج والمريض في سبيل دراسة معتقدات المريض المرتبطة بسوء التكيف والتوافق، ونماذج تخيلاته، ونماذج التفكير لديه وفحصها إمبريقياً والتوصل إلى الإستجابات البديلة الأكثر فاعلية، كما يتم التعامل مع معتقدات العميل على أنها فروض تتم دراستها من خلال الفحص اللفظي والتجارب السلوكية (عادل عبد الله، 2000، ص 21).

المحاضرة الثانية: علاقة العلاج السلوكي المعرفي بأهم العلاجات:

1- علاقة العلاج السلوكي المعرفي والعلاج التحليل النفسي:

يمكن اعتبار Freud و Ferenczi سلوكيين معرفيين رغما عنهما، فالطريقة التي تم بها تصميم التحليل النفسي في سنوات 1910-1920 كانت أقرب من السلوكية المعرفية منها إلى التحليل النفسي الحالي، إذ كانت مدة العلاج قصيرة (6 أشهر إلى سنة عند بعض الحالات). وكانت أكثر نشاطا وممزوجة دائما بين الهوام والواقع، الأوامر المحضورة وهي مصطلحات ثابتة في العلاج، وتم تعزيزها بالحلويات لجمعية حرة، وجولات في Prater، ودعوات عشاء عند السيد لفتح عقدة التحول كانت عملية شائعة وتوجب على Freud أن يوصي بالتعرض للمثير المولد للقلق بالنسبة للمصاب بالرهاب من الأماكن المكشوفة في مقال في 1919، حيث تطورت العلاج النفسي التحليلي أين اعترف أنه من المستحيل شفاء المصاب بالرهاب من الأماكن المكشوفة إذا ما أنهينا التحليل بالتحضيز على العميل ودفعه للتجول في الشوارع من أجل مواجهة القلق حتى يختفي هذا الأخير.

ولقد كتب Pierre Janet مؤلف هائلا، إذ قدم فيه أسلوبا جديدا فكان منعظا بارزا، حيث اعتمد عليه الكثير من الكتاب الأجانب وأدركوا ذلك، لأن Janet استطاع تحويل السياقين وحتى قبل المحللين النفسانيين إلى العلاج السلوكي المعرفي (Cottraux, 2004, p16).

لقد لقي مؤلف Janet أهمية بالغة في البلدان الأنجلو-سكسون، أين التقنيات التي وضعها استعملت في الغالب، حيث اعترف Isaac Marks أنه استغل معظم الأفكار التي استوحاها من هذا المؤلف وخاصة العلاجات بالتعرض للمثيرات المولدة للقلق.

إن مؤلف Janet: "العلاجات النفسية، هو المؤلف الوحيد للعلامات النفسية، وقراءته خدمتنا لفعل شيء ما" (تواصل شخصي). ولقد وصف أيضا Janet الحالة العقلية للمصاب بالهستيريا، والتوصيات لتجنب تدعيم سلوكياته بمصطلحات قريبة من السلوكية الحديثة (Cottraux, 2004, p17).

2- علاقة العلاج السلوكي المعرفي والعلاجات السلوكية:

قام Wolpe (1952) بالتجريب على الحيوانات في إفريقيا الجنوبية، وذلك تبعا لأعمال Massermam (1943) على الأعصاب التجريبية، وبعد سلسلة من التجارب يضع الأهمية لفقد الحساسية المنظم للخوفات. في كتابه الصادر سنة 1958 بعنوان: علاجات نفسية بالتنشيط المتبادل، حيث أعطى الأولوية للعلاج الحقيقي والفعال للخوفات مع معطيات علمية واحصائية تسند هذه الرؤا (Cottraux, 004, p17).

في إنجلترا، مدرسة Maudsley Hospital ، بالخصوص Shapiro و Esenck، طوروا بحوث حول تأثير العلاجات النفسية ودراسات حالة فردية.

بينما الحدث "التاريخي" الأكثر بروزا هو أعمال Esench حول أثر العلاجات، لأنه هو من أعلن حقيقة عن تطور تيار السلوكية. إختار Esenck (1952) 24 حالة من أصل 7000 حالة الأكثر تعمقا، حيث أسس خط قاعدي ضخم، أين قارن حالات غير معالجة مع حالات خضعت لطرق التحليل النفسي أو علاجات التحليل النفسي بعد التحليل الاحصائي إستخلص مايلي:

• المرضى المعالجين بالتحليل النفسي نحسنوا بنسبة 44%.

• المرضى المعالجين بطريقة كهربائية نحسنوا بنسبة 76%.

المرضى الداخليين في المستشفى العقلي أو معالجين من طرف أطباء ممارسين تحسنوا بنسبة 72%. إذ هذه الدراسة تبين علاقة عكسية بين الشفاء والعلاج بالتحليل النفسي. أهم أثر لهذا العمل هو إظهار العلاج السلوكي. أكد Esenck بالتالي أن الخيار ليس بين التحليل النفسي وعدم العلاج أو بين التحليل النفسي والعلاج الكيميائي إنما سيكون بين التحليل النفس من جهة والعلاج السلوكي من جهة أخرى. غير أنه يجب الاعتراف بأن هذا العمل منتقد من وجهة نظر منهجية صرفة (Cottraux, 2004, p18).

طور Issac Marks العلاجات بالتعرض الممتد بالتخيل وبالواقع للمثير المولد للقلق، تكملة للأعمال الرائد في الولايات المتحدة الأمريكية Stampfl (1967) والذي يؤكد على التفجير الداخلي (مواجهة الممتدة بالتخيل للمثير المولد للقلق) وفي كندا في أعمال Baum و Moor. تم القيام سلسلة من الدراسات المراقبة، أعيدت في هولندا، والولايات متحدة وفرنسا. هذه الدراسات أظهرت فعالية العلاجات بالتعرض ومقارنتها بمضادات الاكتئاب وحدها أو مركبة مع العلاج (Cottraux, 2004, p18).

في سنة 1962 Bandura نشر "مبادئ التعديل السلوكي" أين وصف التعلم الاجتماعي بالتقليد النموذج على أنها سبيرة أساسية. طور لاحقا وجهة نظره في مؤلف "النظرية الاجتماعية للتعلم الاجتماعي" سنة 1977 أين أكد على دور الظواهر المعرفية من مثل المراقبة الذاتية، توقعات الفعالية وتباع في التعديل السلوكيات الانسانية. مؤلفة هذا هو إستخلاص أكثر منه أصلي، سيؤثر في آن واحد التطبيق والتنظير للعلاج السلوكية والطب السلوكي إذ يقوم أيضا بالربط بين السلوكية الكلاسيكية والمعرفية (Cottraux, 2004, p18).

3- علاقة العلاج السلوكي المعرفي بالعلاجات المعرفية:

للخوض في تاريخ ظهور العلاج المعرفي سنبحث عن الأصول المعرفية لعلم النفس المعرفي السلوكي، فعند الإطلاع على الدليل الألفبائي للطب العقلي العيادي والعلاجي نجد أنه يعرف العلاج المعرفي على أنه: "العلاج المعرفي يستند على النموذج المعرفي الذي يفترض أن المرض العقلي ما هو إلا خلل في فكر المريض والذي يشوه الواقع". طور منذ سنوات الستينات 1960، إذ أن العلاجات المعرفية تنسب إلى تيار العلاجات السلوكية، فعند بعض الباحثين ماهي إلا واحدة من أشكال عديدة من سلوكية، أي أن المعرفية شكل من أشكال العلاجات السلوكية، وتندرج المعرفية ضمن العلاجات السلوكية، أما بالنسبة للبعض الآخر يتعلق الأمر بشكل كبير بثورة في وسط العلاجات السلوكية الأكثر تطورا. إن العلاجات المعرفية ثورة ضد العلاجات السلوكية وليست ضمنها، وهذه العلاجات انفردت بشكل واضح لدرجة أنها شكلت تيارا منفردا من العلاجات النفسية.

العلاج المعرفي ل Beck هو الأكثر استعمالا، والعديد من الدراسات تناولت مدى فعاليته على بعض الاضطرابات العقلية، بحيث الخطة العلاجية المقترحة تهدف لمساعدة المريض ليكون واعيا بمعارفه المولدة للمرض، ويتعرف على الروابط الموجودة بين أفكاره، انفعالاته، وسلوكياته.

- يتم فحص فعاليته لما يكون مع أو ضد بعض المعارف الخاطئة.

- تقديم تفسيرات أكثر واقعية.

- تمثيل وتعديل المخططات المعرفية اللاوظيفية " (Antonie, 1996, p132).

* نستنتج أنه لا يوجد تحديد في العلاج المعرفي فهو إما:

1- شكلا من أشكال العلاجات السلوكية.

2- أو ثورة في وجه العلاجات السلوكية.

وهذا مايسبب الكثير من التضارب في التعريفات والتسميات في هذا المجال، بالتالي إلى تعريف العلاج المعرفي السلوكي، حيث عرف في الدليل: "أخذت العلاجات المعرفية العديد من الأشكال، حيث إلى جانب تعريف Beck نجد العلاج العقلي الانفعالي لـ Ellis واستراتيجيات أخرى لإعادة البناء المعرفي. كل هذه العلاجات لها عدة خصائص متشابهة والتي نقرها من العلاج السلوكي، ففي الأحيان يطلقون عليها اسم العلاج المعرفي السلوكي" (Antonie, 1996, p 133)

ذهب العديد من الباحثين في استكشاف الظواهر المعرفية (Beck, Meichenbaum, Mahony) وطوروا بذلك العلاج المعرفي الذي يمثل حاليا تيارا عظيما (Cottraux, 2004, p19).

تأسيسا على ما سبق ذكره، نفهم أن تتبع تاريخ مختلف العلاجات النفسية: من التحليل النفسي للسلوكية، ثم الخلط حول المعرفية، وبالتالي التعرف على ما إذا كانت شكلا من أشكال السلوكية أو ثورة عليها. كل هذا يقدم لنا فهما واضحا وأشملا لتاريخ نشأت العلاجات السلوكية المعرفية، ما يربط علاقته بالنماذج العلاجية الآتي ذكرها في العنصر الموالي.

3-1- العلاج العقلي الانفعالي لـ Ellis: انطلق Albert Ellis (1962) من الثنائية المتحملة بين العقل والانفعالات، إذ اعتبر السلوك "العصابي" هو سلوك غبي يصدر عن شخص ذكي. فحسب Ellis المشكل المركزي هو الفكرة المضخمة فيعتقد الأشخاص أنهم مجبرون عليها، ما يطلق عليها Ellis تصوريا "ماينبغي" و"لا بد منه". هذه "لا بد" وما ينبغي هي لاعقلانيات تمثل عبئ انفعالي، والهدف العلاجي هو التقبل اللامشروط للذات، فالشخص لا يجب أن يطلق أحكاما على جوهره، ولكن يعتبرها مرتبطة بالأحداث المتعلقة بوجوده، لقد تم نقد العلاج العقلي الانفعالي بسبب مقدماته المنطقية المتأنية الفلسفية، وبسبب الطريقة العلاجية الجد موجهة وفي بعض الأحيان كريكاتوريا استعملت تشخيصا من قبل Ellis (Cottraux, 2004, p19).

3-2- العلاج المعرفي وBeck: النظرية المعرفية تطورت بداية من الأعمال التي قام بها Beck منذ سنة 1959، حيث قام بدراسة تحليلية أين وجد أن محتوى الأحلام للمرضى المصابين بالاكتئاب تحوى مواضيع ماروخية عن العقاب، القبح، عدم الكفاءة... إلخ، إنطلاقا من فكرة أن الأحلام الماروخية هذه ترتبط برغبات للعداية على الغير الكامنة والتي تعود على الفرد، حيث قارن هذه الأحلام بأحلام لأشخاص آخرين كعينة ضابطة، وعلى عكس فرضية التحليل النفسي، وجد أن الأشخاص المكتئبين لديهم تكرارا أقل للأحلام ذات المحتوى الظاهر المترجم لمحتوى العداية الكامنة على الغير والتي تعود على نواتهم أقل منه عند أفراد العينة الضابطة. هذه النتائج توحي أن أحلام المصابين بالاكتئاب تعكس نظرتهم الرمادية، والاكتئابية عن العالم، وإحساسهم بتحقيق لذاتهم في حالة اليقظة، فهناك تماثل بين المعاش الواعي

والمحتوى الكامن للأحلام، ودراسة دور المعارف الواعية، تم ما قبل الوعي الذي صار مركز أعمال Beck حول الاكتئاب (Cottraux, 2004, p19).

تبعاً لدراسات الحالة الفردية ثم لأعمال ضابطة، نشر Beck العديد من الكتب حول الاكتئاب، حيث اقترح مجموعة تقنيات ونموذج محدد للعلاج النفسي للأفكار الآلية، و الحوار الداخلي يؤدي استقرائياً لتحديث وتجديد للفرضيات المولدة للاكتئاب، وهما الهدفان الأساسيان للتدخل العلاجي. أول دراسة ضابطة إيجابية حول الاكتئاب، جعلت لتكون ضد imipramine وتعود لـ (Rush et coll 1977) وتمثل أول دراسة تظهر علاجاً أفضل من العلاج الدوائي، ودراسات أخرى ضابطة تبعت بنتائج متفجرة، حول العلاج المعرفي امتدت إلى الخوفات، الوسواس، والحصص عموماً للطب السلوكي، مشاكل الجنسية ومعالجة اضطرابات الشخصية (Cottraux, 2004, p20).

4- علاقة العلاج السلوكي، العلاج المعرفي والعلاج السلوكي بالمعرفي:

إن أبوة مصطلح العلاج السلوكي أثارت جدلاً بين العديد من المؤلفين، ويظهر أنها تعود إلى 1953 لـ Skinner و Lindsley.

عاد المصطلح للظهور من قبل Lazarus و Wolpe، وفي نفس الحقبة من قبل Eysenk، وتكلم Skinner عن التعديل السلوكي، ويقصد بذلك أنه لا يتحدد فقط في مجال العلاج، لكن يمكن إخاله أيضاً في مجال التربية. ولقد أسس Beck (1961) العلاج المعرفي وأخذ يزدهر بسرعة في الداخل، وقليلاً على هامش التيار السلوكي بالتحدث عن العلاج سلوكي- معرفي، ويقصد بذلك أنه مركز الاهتمام العلاجي، حتى وإن كانت في النهاية تؤثر في السلوك، فهي تقوم بتعديل الأفكار لأنظمة المعتقدات الواعية واللاواعية وتوقعات الفرد (Cottraux, 2004, p20).

(21).

المحاضرة الثالثة: أهم النماذج في العلاج السلوكي المعرفي:

برغم العديد من النماذج المقترحة اليوم إلا أن المتصفح لتاريخ هذه العلاجات يمكنه اسقاط كل النماذج الى ثلاث نماذج الرئيسية التالي ذكرها. والتي برزت منذ السبعينات وعلى رأسها بيك وإليس وميكنبوم (Meichenbaum.D Ellis.A, Beck.A,) (عادل عبد الله، 2000، ص 72).

1- نموذج Beck Arone:

يقوم هذا النموذج العلاجي على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه، وكذلك اتجاهاته وآراءه تعد جميعاً بمثابة أمور هامة وذات صلة بسلوكه الصحيح أو المريض، ويعمل هذا النوع من العلاج على حث المرضى على استخدام طرق وأساليب لحل مشكلاتهم اليومية، ويعمل كذلك على مساعدة المرضى على التعرف على تفكيرهم الشخصي. ويرى Beck أن الإضطرابات النفسية تنشأ كنتيجة لعدم الإتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد وبين المثيرات الخارجية التي يعترض لها. ويهدف هذا العلاج على إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكرب ويعمل كذلك على تحديد أخطائه وتصحيحها (عادل عبد الله، 2000، ص 72).

وحسب Beck نشأ العلاج المعرفي السلوكي سنة (1960) وهو يهتم بمعالجة المشاكل اليومية للفرد، وتغيير أفكاره المشوهة وبالتالي تغيير السلوكات الناتجة عنها. (Beck and Judith, 1995, p 1)

1-1- أهداف العلاج حسب نموذج Beck: إذ يستهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكرب وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وتحديدها والعمل على تصحيحها ومن ثم تعديلها، وذلك تأسيساً على أنّ الإستجابات الإنفعالية التي أتت بالمريض إلى العلاج تُعدّ نتائج لتفكيره الخاطيء الذي يتميز به الإضطراب أوداك، وعلى هذا فإنها تزول عندما يتم تصحيح ذلك التفكير وتعديله ليتم تعديل السلوك (Beck, 1993, p 61). ويرى Beck أن الشخصية تتكون من مخططات أو أبنية معرفية تشمل على المعلومات أو الأفكار والمفاهيم والإفتراضات والصيغ الأساسية لدى الفرد والتي يكتسبها خلال مراحل النمو، ويسلم بأن الأمزجة النفسية والمشاعر السالبة تكون نتاجاً لمعارف محرّفة ولإعقلانية فالمرض يستحدث رأياً عن نفسه وعن العالم وعن الماضي والحاضر والمستقبل، ويكون عقله مغموراً بمعارف سالبة ومقدّمات خاطئة، ويبرز الإنحراف الحاد في البناء المعرفي في حالة الإضطرابات النفسية، وأنّ الأبنية المعرفية تميز الإضطرابات الإنفعالية وتؤثر على ادراكات الفرد والتفسيرات التي يقدمها للأشياء ويتم إدراك الخبرات في ضوء علاقتها بالأبنية المعرفية للفرد، ومن المحتمل أن يتم تشويه تلك الخبرات لكي تتناسب مع هذه الأبنية (عادل عبد الله، 2000، ص 60).

وتتعلّق الأبنية المعرفية في حالة القلق بالخطر واحتمال التعرّض له، ويقوم البناء المعرفي على حث الفرد

للإستجابة وفق التفسيرات الخاطئة التي كوّنها الفرد عن ذاته والمحيط الذي يعيش فيه، وينتج عن الفرد في الوقت نفسه حالة عاطفية تتلاءم مع ما هو عليه سواء أكان غطباً أم حزناً أم خوفاً أم... إلخ، وبذلك تكون الحالة الإنفعالية نتاج تلك العمليات المعرفية وطريقة رؤية الفرد لنفسه وعالمه (Beck & Rector, 2000).

1-2- الأساليب العلاجية التي تستخدم في نموذج Beck: من أهم تلك الأساليب ما يلي:

1-2-1- إعادة البناء المعرفي Cognitive Restructuring: يُعدّ أسلوب إعادة البناء المعرفي أحد أساليب التدخّل النفسي المعرفي بل وأهمها ويهدف إلى تعديل وتصحيح الأفكار والإتجاهات المضطربة وظيفياً والتي تؤدّي إلى

الإضطراب النفسي، فالسلوك اللا تواؤمي ناتج عن خبرات ومعارف خاطئة، حيث يقوم هذا الأسلوب على إستبدال المعارف الخاطئة بأخرى صحيحة (عبد السميع أباضة، 2003، ص 278). ويستخدم مصطلح إعادة البناء المعرفي للإشارة إلى كل النماذج العلاجية التي تشمل محاولة تعديل العوامل المعرفية. كما أنّ جميع النظريات المعرفية في العلاج النفسي تتفق في الإقتراض بأنّ الإضطراب النفسية هي حصيلة لعمليات التفكير غير العقلاني وغير التكيفي وأنّ الأسلوب الأمثل للتخلص منها يكمن في تعديل البنية المعرفية ذاتها (Carig Head, 1982, p 5). ويستهدف إعادة البناء المعرفي إلى تمكين الفرد من التغلب بنفسه على المواقف والمشكلات وخاصة تلك التي تُثير القلق لديه (غراوه، 1999، ص190). ويُنظر إلى هذا الأسلوب على أنه عملية تعلّم داخلية تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي، وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة وتشمل هذه الأساليب العلاجية:

أ- تحديد أنماط التفكير غير المنطقي.

ب- مساعدة العميل على تفهم الأثر السلبي لهذه الأنماط من التفكير.

ت- استبدال أنماط التفكير غير المنطقية بأخرى منطقية.

ث- تدريب العميل على الإستعانة بكل ما هو شأنه تطوير استراتيجيات الضبط الذاتي (Goldfried & 1975, p 53).
(Goldfried,

1-2-2- التعرف على الأفكار التلقائية المشوهة (AUTOMATIC THOUGHTS) والعمل على تصحيحها: أي

التأكيد على أهمية التعرف على الأفكار التلقائية المشوهة، وهي أفكار سلبية تؤثر في قدرة الفرد على مواجهتها أحداث الحياة، ولما كانت هذه الأفكار تتبثق تلقائياً وبسرعة خاطفة فقد سُميت باسم الأفكار التلقائية (بيك، 2000، ص 45) ويؤكد Beck على وجود عدد من التحريفات تؤدي إلى التشويه المعرفي وهي كالاتي:

1- الشخصية (Personality) أو ذاتية الشخصية: وهي تفسير كل الأحداث من وجهة نظر الشخصية للمريض بطريقة ذاتية لتحل محل الأحكام الموضوعية.

2- التفكير المستقطب (Dichotomous Thinking). أو المتمركز عند أحد طرفين متباعين أو متناقضين أما أبيض أو أسود' أي لا يوجد وسط' (باترسون، 1990، ص 36).

3- الإستنتاج التعسفي (Arbitrary Inference): ويشمل الخروج بالإستنتاجات اعتماداً على أدلة غير كافية، كأن يغضب الإنسان نتيجة كلمة أو نظرة غاضبة من شخص آخر' وهذه الكلمة أو النظرة لم تكن في الأصل موجهة نحوه شخصياً.

4- الإفراط في التعميم (Overgeneralization): وهو تبني اعتقادات وأفكار علمة بناءً على خبرات محددة' كأن يعتقد الشخص أنه فاشل في كل شيء إذا فشل مرة واحدة.

5- المبالغة في تفسير الأحداث: ويشمل المبالغة في معنى أو أهمية الأحداث كأن يشعر الشخص أن عدم قدرته على تحقيق ما يصبوا إليه كارثة (Beck, 1976, p 56).

6- الرؤية الضيقة (Narrow Visibility): والتي لا يدرك الفرد من خلالها وفي ضوئها سوى ما يتفق مع رؤيته العقلية فقط.

- 7- إطلاق أسماء (Name Release): أوعناوين سلبية على الأشياء والأشخاص.
- 8- قراءة محرفة للأفكار (Mind Reading): والتي تفرض أنّ الفرد يعرف ما يفكر فيه شريكه، وأنّ هذا الشريك يجب أنّ يكون قادراً على أن يقوم بتخمين ما يفكر فيه الفرد.
- 9- التفكير الذاتي المشوه (Self Thinking): اعتقاد الفرد أن إنفعالاته مستتارة بدرجة كبيرة وهذه الإستتارة لها ما يبررها (عادل عبد الله، 2000، ص 100).
- وتتضمن الإدراكات السلبية أفكاراً تلقائية تحدث دون أن يميّزها الفرد أو يتحدّى منطقتها كما إن الفكرة السلبية تُشدّ بمساعر سلبية داخل الفرد كالقلق والإكتئاب.
- والأفكار التلقائية تسبق المشاعر وتشمل أفكاراً لفظية وأفكاراً صورية (لويس كامل، 1990، ص 239).
- إنّ طبيعة الأفكار التلقائية السلبية لا يلاحظها الفرد ما لم يتم التدريب في التركيز عليها، ومع ذلك فإنه بالإمكان مساعدة ذوي المشكلات النفسية للتوصل إلى الأفكار التلقائية وتحويل الإنتباه إليها، وكلما إشتد الإضطراب زادت الأفكار التلقائية السلبية بروزاً ووضوحاً، كلما تحسّنت حالته خفّ وضوحها (Davidson, 2000, P 547). ولذا فإنّ الأفكار التلقائية تقاوم التغيير و إنّ مهاجمتها من الناحية المعرفية كثيراً ما تبدو غير سهلة إذ هناك علاقة بين الأفكار والإنفعالات والسلوك، وإنّ هذه الأفكار التلقائية قد أصبحت تشبه الإتجاهات (عادل عبد الله، 2000، ص 144).
- 1-2-3- ملء الفراغات Blanks Filling:** ليس هناك صعوبة تذكر في التعرف على الأفكار الآلية مادامت ماثلة في مركز الوعي، وتبرز الصعوبة في الحالات المصابة بالإضطراب النفسي إذ يتوجب على الفرد إمتلاك المهارة في تحديد تلك الأفكار، وقد استخدمت (لنهان) أساليب تدريبية عديدة من أجل التعرف على الأفكار الآلية، ومن سلسلة تلك التدريبات ملاحظة الفرد للأحداث الخارجية وردود أفعالها حيالها، وبتكرار التدريبات سوف يدرك الفرد أنّ هناك فجوة ما بين الأحداث الخارجية والإستجابة الإنفعالية وربما سيكون باستطاعته فهم سر شعوره بالضيق والإنزعاج إذا أمكنه تذكر استرجاع سيل الأفكار التي حدثت له خلال هذه الفجوة وتصبح مهمة المعالج هنا مناقشة الفرد من أجل التوصل إلى وضع يكون فيه بالإمكان مليء الفراغ بمادة مستمدة من المنظومة المعرفية للفرد (بيك 2000 ص 192).
- 1-2-4- الإبعاد Distancing:** يُطلق (بيك) على العملية التي يُنظر بها إلى الأفكار بالإبعاد وهي تشمل الإعراف بأنّ الأفكار التلقائية ليست هي الواقع ولا يوثق بها، وهي ضارة بالتوافق النفسي وتشمل على أحداث خارجه عن إطار الفرد (أبو اسعد و عربيات، 2009، ص 238).
- 1-2-5- الوصول إلى دقة الإستنتاجات (Conclusions):** ويتم ذلك بتدريب الفرد وتعليمه كيفية الحصول على المعلومات الدقيقة وأن تتسم استنتاجه في المواقف المختلفة بالواقعية وهو ما يُحتم على المعالج مساعدة الفرد على القيام بعملية الإستنتاج.
- 1-2-6- النخلي عن المطالب (Demand Abandonment):** وذلك من خلال التخلص من مجموعة (الواجبات المطلقة) أو (الينبغيات) التي يُنظر من خلالها إلى المواقف المختلفة والتي تسبب القلق والمخاوف.
- 1-2-7- التحويل (Transfer):** ويعني تحويل إهتمام المريض من التركيز على مجموعة الواجبات المطلقة التي تسبب له الإضطراب إلى أوجه عديدة من النشاط مثل (الألعاب الرياضية والأنشطة الفنية).

1-2-8-التحصين التدريجي (Gradual Entrenchment): وتقوم هذه الطريقة على تشجيع المريض على مواجهة مواقف القلق تدريجياً (عادل عبد الله، 2000، ص 170-171).

2- نموذج Ellis Albert العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي: (Behavioral Rational Emotive Therapy): يُشير Ellis إلى أن التفكير والإنفعال والسلوك لدى الإنسان فيه جوانب لا تنفصل عن بعضها البعض، بل أنها تتفاعل جميعها بصورة ذات دلالة (Ellis, 1995, pp 1-3).
لقد صمم العلاج العقلي الإنفعالي في الأصل لمعالجة الإضطرابات المعتدلة عند الأفراد ويمكن بواسطته مساعدة العديد من الأفراد قليلي الخبرة والتجربة والذي يعانون من القلق والعدوان (حسني العزة وعزت عبد الهادي ، 1999، ص 142).

بدأ Ellis هذا الإتجاه العلاجي عام (1955) وكان يعرف بالعلاج العقلاني ثم أضاف له عام (1961) 7مصطلح الإنفعالي ليصبح العلاج العقلاني الإنفعالي. وفي عام (1993) أدخل مصطلح آخر وهو السلوكي ليصبح العقلاني الإنفعالي السلوكي. ويرى Ellis أن هناك تداخلاً وتشابكاً بين الإنفعال والتفكير. وهذا ما دفع به إلى القول بأن الفرد عندما يفعل فإنه يفكر ويتصرف' وعندما يتصرف فهو يفكر وينفعل في الوقت ذاته، وعندما يفكر فإنه يفعل ويتصرف. ويعتقد Ellis بأن الإضطراب النفسي الإنفعالي يعد نتيجة للتفكير اللاعقلاني واللامنطقي. ومن ثم فهو يرى أن الأفكار اللاعقلانية هي التي تسبب الإضطرابات' ومن هذا فهو قدم نموذج المعروف (ABC) كمثلاث حيث: A الأحداث النشطة' B:الإعتقادات، C: النتائج المترتبة' ويرى من خلال هذا المثلث أن الحدث المنشط لا يؤدي إلى النتيجة بل يؤدي إلى الإعتقاد وهذا الإعتقاد هو الذي يؤدي إلى النتيجة.

ويرى Ellis أنّ الأسس والمفاهيم الأساسية لنظرية العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي قد تم صياغتها على أساس أن الإنسان كائن عاقل في نفس الوقت، فالإنسان يعتقد أنه على صواب حينما يسلك مسلكاً معيناً، وهو في نفس الوقت لديه طاقة انفعالية سالبة تؤدي إلى القلق، والمشكلات التي يعاني منها الإنسان ترجع أساساً إلى أفكاره اللاعقلانية (عبد السلام زهران، 2004، ص 71). وترى هذه النظرية بأنّ الناس الذين يختارون بفعالية ويتمسكون بإصرار بالمعتقدات التي تسبب انهزام الذات والإحباط يمكنهم أيضاً أن يختاروا أن يغيروا أفكارهم ومشاعرهم وسلوكهم إذا ما تمّ تعليمهم وتوجيههم للتصدي ومعارضة أفكارهم بطرق فعالة (Ellis, 1992, p 199).

كما أنّ الإضطرابات الإنفعالية تنتج من المعتقدات اللاعقلانية أو غير المنطقية وهذه المعتقدات مطلقة وغير واقعية وغير مقصودة (العيسوي، 2006، ص 119). والإضطرابات النفسية يمكن أن تكون واضحة من خلال معتقدات وأفكار الفرد تجاه العالم والأحداث التي عاشها والتي يغلب عليها التفسير اللاعقلاني، ويمكن للفرد أن يستفيد من التجارب ويأخذ العبر منها لا أن يكون أسيراً لها، وإنّ عملية التغيير يمكن أن تأتي من خلال فهم السلوك على أنّه سلسلة من الأحداث (Ellis, 1992, p12). كما يؤكد Ellis على أن الإنسان يميل إلى أن يفكر ويتعاطف ويتصرف في وقت واحد، ولذلك فإنه ذو رغبة وإدراك وحركة، وهو نادراً ما يتصرّف بدون إدراك، ونادراً ما يتعاطف بدون تفكير، ونادراً ما يتصرّف بدون تفكير وتعاطف (الزيود، 1998، ص 253-254). وقد حدّد Ellis إحدى عشرة فكرة اعتبرها أفكاراً غير عقلانية وهي المسؤولية عن الإضطرابات النفسية وهي:

1. من الضروري أن يكون الشخص محبوباً ومقبولاً من كل فرد من أفراد بيئة المحلية.
2. من الضروري أن يكون الفرد على درجة عالية من الفعالية والكفاءة والإنجاز بشكل يتصف بالكمال حتى يكون ذو قيمة وأهمية.
3. يتصف بعض الناس بالشر وبدرجة عالية من الخسة والندالة ولذلك يجب أن يوجّه لهم العقاب واللوم.
4. هناك كارثة عندما تسير الأمور على غير ما يريده الفرد.
5. تنتج التعاسة عن ظروف خارجية لا يستطيع الفرد السيطرة عليها أو التحكم بها.
6. إنّ الأشياء المخيفة تُعد سبباً للإنشغال الدائم والتفكير بها، ويجب أن يكون الفرد دائم التوقع لها.
7. إنّ من السهل أن نقادى بعض الصعوبات والمسؤوليات الشخصية بدلاً من مواجهتها.
8. ينبغي على الفرد أن يكون معتمداً على الآخرين ويجب أن يكون هناك من هو أقوى منه ليعتمد عليه.
9. إنّ الخبرات الماضية تحدد السلوك في الوقت الحاضر وإنّ خبرات الماضي لا يمكن استبعادها.
10. ينبغي على الفرد أن يشعر بالحزن لما يُصيب الآخرين من المشكلات والإضطرابات.
11. هناك دائماً حل صحيح ومثالي لكل مشكلة، وعلينا البحث عن هذا الحل لكي لا تصبح النتائج مؤلمة (محمد سعيد الخوجا، 2002، ص 283).

* ويضيف سليمان الريحاني فكرتين هما:

- ينبغي أن يتّسم الشخص بالرسمية في التعامل مع الآخرين حتى تكون له قيمة ومكانة محترمة بين الناس.
 - لا شك أنّ مكانة الرجل هي الأهم فيما يتعلّق بعلاقته مع المرأة (الريحاني، 1975، ص 31).
- وأما Ellis يختلف عن Beck من حيث الهدف، فهو يرى أن هدف العلاج هو خفض من حدة الإضطرابات إلى أقل هدف ممكن، ومساعدة المرضى على التحليل المنطقي لإضطرابات إلى تحقيق قدر مناسب من الصحة النفسية، ومساعدتهم على التخلص من أفكارهم اللاعقلانية (عادل عبد الله، 2000، ص 75).
- 2-1- أهداف العلاج حسب نموذج Ellis:** ويستخدم العلاج العقلي العاطفي مع المجموعات الكبيرة التي تتراوح بين 50 و 100 عضواً أو أكثر ومع المجموعات الصغيرة من 3 إلى 10 أعضاء لتحقيق الأهداف التالية:
- يساعد أعضاء المجموعة على فهم جذور مشكلاتهم السلوكية والعاطفية والتغلب على أعراضها، وفهم مشكلات الآخرين ويعلمهم كيف يساعدهم في التغلب عليها، يعلمهم الطرق التي تقلل من تصرفاتهم اللاعقلانية ومن إضطراباتهم إلى حد أدنى، كما يسهم أعضاء المجموعة بتقديم الإقتراحات والإفتراضات والتعليقات حول حل المشكلات، وتوفر المجموعة التغذية الراجعة فالمشاركون يبدوون برؤية أنفسهم كما أن الآخرين يرونهم ويوجد مجال لأن يلاحظوا سلوكياتهم بشكل واضح كما يكتسبوا مهارات اجتماعية خلال الجلسات، ويعتبر العلاج الجماعي أفضل اقتصادياً من العلاج الفردي من ناحية تشجيع المشاركين في الإنخراط فيه (عادل عبد الله، 2000، ص 75).

- 2-2- أساليب العلاج حسب نموذج Ellis:** ومن أهم الأساليب المستخدمة في العلاج العقلي العاطفي: التقنيد والإقناع والتعليم، الواجبات أو المهمات البيئية، التقليد ولعب الدور، الضبط الإجرائي للتفكير الوجداني من خلال التشجيع والتعزيز العملاء عند انجازهم الأشياء التي يعتبرونها صعبة، التدريب على استخدام المهارات كضبط الذات وتوكيد الذات والمهارات

الإجتماعية' التغذية الراجعة التي تساعد أعضاء المجموعة على ممارسة سلوكيات جديدة تقوم على افتراضات جديدة تبعث على الإرتياح. كما تستخدم في طريقة العلاج العقلي العاطفي أساليب تعليمية مساعدة تعتبر جزءا مهما من الجلسات مثل: القراءات، مشاهدة الفيديو، الأفلام إلخ (حسني العزة وعزت عبد الهادي، 1999، ص ص 142-149).

فيما يلي أهم أساليب العلاج التي إستخدمها Ellis في علاجه العقلي الإنفعالي السلوكي:

- 1-التنفيذ والإقناع: يحاول المعالج أن يفند الأفكار اللاعقلانية للفرد، ويحاول إقناعه بالأمتثلة المنطقية.
- 2-الواجبات أو المهمات: وهي الواجبات التي ينفذها الأفراد داخل الجلسات العلاجية وخارجها، وتساعدهم هذه الواجبات على أن يفكروا أو يشعروا ويسلكوا بطريقة أكثر عقلانية.
- 3-التقليد وأداء وظيفية: يجب على المعالج الإستعانة بالتقليد والمحاكاة وترك أثر ليتمكن الفرد من إعادة البناء المعرفي والتعلم الذي يحدث من خلال المحاكاة والتقليد.
- 4-التغذية الراجعة: وهو جزء أساسي في العلاج بطريقة (أليس) وبالأخص إذا كان العلاج جماعياً ويحصل الأعضاء عليها من خلال المجموعة (الزويد، 1998، ص ص 264-268).

3- نموذج Meichenbaum Donald:

واضع هذه النظرية هو Meichenbaum Donald وقد كتب Meichenbaum مجموعة من المراجع حول الإرشاد والعلاج السلوكي - المعرفي، وكذلك طريقته التي اشتهر بها التحصيص ضد الضغوط النفسية (Stress Inoculation). إن نظريته قد بدأت أثناء تدريبه في دراسته للدكتوراه بجامعة ايلينوي' حيث إشتغل هذا التدريب على العميل مع مرضى الفصام وتدريبهم على تنمية نوع من الحديث الصحي وذلك بإستخدام أساليب الإشراف الإجرائي' وقد لاحظ ميكينبوم أن بعض المرضى كانوا يرددون نفس العبارات أثناء المقابلات التتبعية لتقوم فاعلية الطريقة حيث كانوا يقولون "تحدث حديثا صحيحا، كن متمسكا وملثما" وبذلك فقد كانوا منخرطين في نوع من الأحاديث الذاتية التلقائية. ومما يلاحظ أن هذا الأسلوب في حد ذاته -أي استخدام التعليمات التجريبية يمثل إبتعاد عن الإشراف الإجرائي المعروف من حيث أنه قد أدخل عنصرا معرفيا (Cognitive) في العلاج (باترسون، 1990).

وقد أوضح ذلك ويليام جلبرت الذي كان يعمل مديرا لمركز الإرشاد في جامعة إيليوبي في نفس الوقت الذي كان فيه Meichenbaum منشغلا ببحثه. وقد أدت الخبرات التي عاشها ميكينبوم في تدريبه مع المرضى الفصاميين وغيرهم أن يفكر فيما إذا كان من الممكن تدريبهم على أن يتحدثوا إلى أنفسهم بطريقة تؤدي إلى تغيير سلوكهم' وقد ركز Meichenbaum على الحديث الداخلي (Inner-Speech) (حديث الذات) في محاولة لتغييرها وكذلك أهتم بالتخيلات (Images) على أمل أن يعرف ما إذا كانت مثل هذه التغييرات ستؤدي إلى تغييرات في التفكير وفي الشعور والسلوك' كما بدأ في تطوير تفسير نظري لوظيفة هذه العوامل في تغيير السلوك. وقد نجح Meichenbaum في تعديل سلوكيات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية مثل "الإندفاعية والنشاط الزائد و العدوانية " عن طريق إستخدام التعليمات الذاتية (Self- Instructions) وقد أدى استخدام هذه الطريقة مع طرق الإشراف الإجرائي الي إعطاء نتائج أفضل، وقد خلص Meichenbaum من هذه البحوث إلى أن التدريب على التعليمات الذاتية يمكن أن يكون فعالا في

تغيير الأنماط المعرفية. وقد استخدم Meichenbaum طريقة بعد ذلك في تدريب حالات الفصام على تعديل سلوكهم حيث اشتملت التعليمات اللفظية التي يقولونها لأنفسهم على:

- 1- إعادة صياغة مطالب المهمة أو الواجب.
- 2- تعليمات (إرشادات) بأداء المهمة ببطء وأن يفكر قبل التصرف.
- 3- أسلوب معرفي باستخدام التخيل في البحث عن حل.
- 4- عبارات تقدير للذات.
- 5- مثال لإستجابة ضعيفة أو خاطئة يتبعها سبب عدم ملاءمتها.
- 6- عبارة تصف كيفية التعامل مع الفشل ' وكيفية الوصول إلى الإستجابة المناسبة.

يمكن القول بأن الدراسات أجريت في ثلاث مجالات قد تناولت الأحاديث الداخلية (أحاديث النفس) وهذه المجالات هي:

- 1- التوجهات الخاصة بالعلاقات الشخصية.
- 2- العوامل المعرفية في الإجهاد (Stress) والضبط (Coping)
- 3- تأثير التعليمات الذاتية على ردود الفعل الفيزيولوجية.

وبالنسبة للمجال الأول وهو الخاص بالتعليمات المتصلة بالعلاقات الشخصية فإن هناك تشابها كبيرا بين الوظيفة التي تؤديها هذه التعليمات والوظيفة التي تؤديها التعليمات الذاتية.

أما بالنسبة للبحوث الخاصة بالإنضباط أو الإجهاد (Stress) والضبط (Coping) فإنها لا تتعامل مع الأحاديث الذاتية بشكل مباشر وإنما تشير إلى أن الكيفية التي يستوجب بها الشخص للإنضباط تتأثر إلى حد كبير بكيفية تقديره لقدرته وإنما تشير إلى أن الكيفية التي يستجيب بها الشخص للإنضباط تتأثر إلى حد كبير بكيفية تقديره لقدرته على التعامل مع مصدر الإجهاد.

فالعبارات التي يقولها الشخص لنفسه حول موقف الإجهاد وقدرته على التعامل معه تؤثر على سلوكه في هذا الموقف، وبذلك فإن القلق يرتبط في مستواه بتلك التقديرات الذاتية المرتبطة بالموقف، ويرتبط القلق الزائد مع التركيز على الذات وعدم القدرة والافكار المقلقة للذات بينما يرتبط القلق المنخفض بالتركيز على الموقف الخارجي مما ينتج عنه مستوى أعلى من التعامل والمواجهة' وبذلك فإن الدور الذي يلعبه حديث الذات في تغيير الوجدان والتفكير والسلوك يأتي من خلال التأثير على عمليات الإنتباه والتقدير التي يجريها الفرد حول الموقف الضاغط. وفي مجال العلاقة بين الأحاديث الذاتية والآثار الفيزيولوجية' فقد أوضحت البحوث أن الجوانب المعرفية تؤثر على الجوانب الفيزيولوجية والإنفعالات. كما تشير الدراسات إلى أن هناك علاقة بين التقديرات الذاتية والحالة المزاجية (Meichenbaum, 1992).

وترتبط الأفكار والمجموعات المعرفية للشخص بالإضطرابات النفسية البدنية (السيكوسوماتية)، وبذلك يمكن القول بأن هناك أدلة عديدة مستمدة من البحوث بأن التفكير يؤثر على السلوك. إلا أنه علينا أن نتذكر ونذكر أن كثيرا من سلوكيات الناس تكون تلقائية أو نتيجة لعادات ألفوها' فكثيرون هم الذين لا يفكرون قبل التصرف، إلا أن Meichenbaum يرى أننا إذا كنا بصدد إحداث تغيير في السلوك فإن علينا أن نفكر قبل أن نتصرف، ومثل هذا

التفكير (وهو نتيجة لحديث داخلي) يقلل من تلقائية السلوك غير المتوافق ويعطينا الأساس الذي نبني عليه سلوكا جيدا متوافقا (الشناوي، 1996). ثم هناك وظيفة ثانية للحديث الذي يتم داخل الفرد وهو تغيير الأبنية المعرفية (cognitive structures) وهذه الابنية هي التي تحدد طبيعة الحديث الداخلي ولكن تغييرات المحادثات الداخلية تؤدي أيضا لتغييرات في الأبنية المعرفية الأمر الذي جعل Meichenbaum ينظر إلى هذه العملية إنها دائرية وتشتمل على ثلاث مراحل أساسية:

المرحلة الأولى: أن يدرك المسترشد أو يصبح واعيا بسلوكياته غير الملائمة.

المرحلة الثانية: يؤخذ هذا الوعي كمؤشر يولد حديثا داخليا معينا.

المرحلة الثالثة: يكون هناك تغيير في طبيعة الحديث الداخلي عن ذلك الذي كان موجدا له المسترشد قبل العلاج.

وتحدث في هذه المرحلة عملية ترجمة من جانب المرشد المعالج عن طريق الإنعكاسات والشروح والتأويلات وإعطاء المعلومات وكذلك عن طريق النمذجة المعرفية، كما ينخرط المسترشد خارج الإرشاد في سلوكيات مواجهة وتعامل يعود يكررها في الجلسات العلاجية مما ينتج عنها أحاديث ذاتية تؤثر على البنية المعرفية وعلى سلوكياته. وتشبه هذه الطريقة عملية التحصين البيولوجي ضد الأمراض العامة وهي تقوم على أساس مقاومة الضغوط (Stress) عن طريق برنامج يعلم المسترشد كيفية المواجهة (Coping) مع موافق متدرجة لضغوط. وهذا الأسلوب متعدد الأوجه نظرا لما يحتاجه من مرونة في مواجهة المواقف المتنوعة للضغوط وكذلك لوجود فروق فردية وثقافية وأيضا لتنوع أساليب المواجهة.

مما سبق فإن التركيز على فهم الفرد كمسئول عن إحداث سلوكياته يعتبر أساس نظرية Meichenbaum. و لقد استنتج بأن للتفكير والمعتقدات والمشاعر والحديث الإيجابي مع النفس وتوجيهات الفرد لنفسه (إعطاء أوامر لنفسه) لها دور كبير في عملية التعلم. كما ركز على أهمية الحوار الداخلي (Self Talk) عند الإنسان وكيف يمكن تغييره وتغيير التفكير والمشاعر ليتم تعديل السلوك في النهاية (حسني العزة وعزت عبد الهادي، 1999، ص 150).

اذ انطلق Meichenbaum من النظرية التي تقول: بأن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تترك أثرا في تحديد السلوك الذي سيقومون به' وإن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تُعمم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة (بطرس، 2007، ص 180). ويعتبر التدريب على التعليم الذاتي (Self Instruction) من الفنيات الهامة التي يتضمنها اتجاه ميكينوم (Meichenbaum.D) وهي تتضمن التعرف على الأفكار والتعبيرات الذاتية السلبية المرتبطة بالضغوط والتي تسبب الضيق والكدر والمشقة للفرد ومساعدة العميل على تعديل التعبيرات الذاتية السلبية لديه واستبدالها بتعبيرات ذاتية إيجابية وهكذا من خلال التدريب على التعليم الذاتي يتعلم العميل أن ما يعانيه من قلق وضغوط هو نتيجة سوء تفسيره وتأويله للمواقف التي يتعرض لها وأيضا نتيجة لأحاديث الذات السلبية لديه (الحوار الداخلي السلبي) وبالتالي لابد من ضرورة استبدالها بأحاديث ذات إيجابية و منطقية (عبد العظيم حسين وعبد العظيم حسين ، 2006، ص 272).

ويرى Meichenbaum أن الإنفعال الفسيولوجي بحد ذاته ليس هو المعيق الذي يقف في وجه تكيف الفرد ولكن ما يقوله الفرد لنفسه حول المثير هو الذي يحدد انفعالاته الحالية. ويرى Meichenbaum بأن حدوث تفاعل بين الحديث الداخلي عند الفرد وبنائه المعرفية، هو السبب المباشر في عملية تغيير سلوك الفرد، كما يرى بأن عملية

التغيير تتطلب أن يقوم الفرد بعملية الإمتصاص أي يمتص الفرد سلوكا بديلا جديدا بدلا من السلوك القديم وأن يقوم بعملية التكامل بمعنى أن يبقى الفرد بعض بناءاته المعرفية القديمة إلى جانب حدوث بناءات معرفية جديدة لديه. إذ يرى ميتشنيوم بأن البناء المعرفي (Cognitive Structure) يحدد طبيعة الحوار الداخلي والحوار الداخلي هذا يغير في البناء المعرفي بطريقة يسميها Meichenbaum بالدائرة الخيرة (Virtuous Cycle) (عزت عبد الهادي وحسني العزة، 1999، ص 152).

يشير إبراهيم عبد الستار (1994) إلى ما اقترحه Meichenbaum والمتمثل في أن من أنجح الوسائل للتغلب على التفكير الإنهزامي للشخص في حالات الضغط النفسي في أن ننبهه إلى الأفكار والآراء التي يرددها بينة وبين نفسه (المونولوجات) عندما يواجه موقفا يتسم بالتهديد. أن من رأي هذا العالم أن الضغط الذي ينتابنا من المواقف المختلفة يعتبر نتيجة مباشرة لما نقوله لأنفسنا وما نقنع به ذواتنا من أخطار وكوارث. ولهذا فهو يقترح منهجيا يقوم على تعديل محتوى ما يقوله الشخص لنفسه في المواقف التي يراها مهددة لنفسه وأمنه وفق ثلاث قواعد رئيسية: القاعدة الأولى هي أن تقنع نفسك بأن الخوف والهلع الذي يمتلكه مشاعرك عند التفكير فيما قد يحدث من أشياء سيئة أسوأ بكثير من الأشياء التي ستحدث فعلا. قل لنفسك بأنك ستحول الموقف أسوأ مما هو عليه بالفعل بتفكيرك وتهويلاتك. القاعدة الثانية فهي تتمثل في إقناع النفس بشتى الوسائل الممكنة أن الموقف الذي يثير مخاوفك الآن سينتهي حتما. أما القاعدة الثالثة هي أن تقل لنفسك بأن التخلص من كل المشاعر المكدره والتوترات المرتبطة بالقلق تماما أمر صعب إذ لا بد أن نقبل بعض جوانب التوتر مؤقتا (عبد الستار، 1994، ص 433).

3-1-اهداف العلاج حسب نموذج Meichenbaum: إنَّ الفكرة الرئيسة في تعديل السلوك المعرفي هي أنَّ التلطف الذاتي سوف يُترجم إلى تعديلات تظهر في السلوك الظاهر (قطامي، 2006، ص 139). وإنَّ الكلام مع الذات المتضمن دحض وتنفيذ للأفكار الخاطئة من شأنه أن يزيل الاضطراب النفسي (حجار، 2004، ص 38). ويركز العلاج المعرفي السلوكي تركيزاً شديداً على المعتقدات التي يحملها الناس إزاء عاداتهم الصحية وإذ غالباً ما يقوم الناس بإجراء محادثات داخلية مع الذات تتدخل في قابليتهم لتغيير سلوكهم (Meichenbaum & Cameron, 1983, p 69).

ولقد اقترح Watson أنَّ التفكير مُجرد حديث غير صوتي وذلك أنَّ الناس عندما كانوا منشغلين في هذه الأنشطة العقلية كانوا بالفعل يتحدثون إلى أنفسهم (أندرسون، 2007، ص 479). ويرى Meichenbaum بأنَّ تعديل السلوك يمر بطريقة متسلسلة في الحدوث يبدأ بالحوار الداخلي والبناء المعرفي والسلوك الناتج (باترسون، 1990، ص 122). وثمة وظيفة ثانية للحديث الذاتي يتم داخل الفرد وهي التأثير والتغيير في البنية المعرفية والتي تعطي نسق المعاني والمفاهيم (التصورات) التي تُمهّد لظهور مجموعة معينة من الجمل، أو العبارات الذاتية (بطرس، 2007، ص 181).

ويقول Meichenbaum إنَّ ما أقصده بالبنية المعرفية: هو ذلك الجانب التنظيمي من التفكير الذي يبدو أنَّه يراقب ويوجّه الإستراتيجية (الطريقة) والإختيار للأفكار (لويس كامل، 1990، ص 171). وإنَّ حدوث تفاعل بين الحديث الداخلي عند الفرد وبناءاته المعرفية هو السبب المباشر في عملية تغيير السلوك، فالبناء المعرفي يحدّد طبيعة الحوار

الداخلي وهذا الحوار يغيّر في البناء المعرفي، وهكذا يكون تغيير السلوك حسب هذا التفاعل Cameron, 1983, p (Meichenbaum & 115).

3-2-2-أساليب العلاج حسب نموذج Meichenbaum: من أساليب هذا العلاج هو كيفية التدريب على مقاومة الضغط النفسي (Stress Inoculation Training) التي أعدها Meichenbaum والتي تمر بثلاثة مراحل:

3-2-1-المرحلة الأولى والمتمثلة في مرحلة الكشف عن الضغط بحيث يجعل المعالج العميل يفصح عن إنفعالاته في حالة الضغط. الهدف من ذلك 'مساعدة العميل على إدراك مشكلته بطريقة عقلانية. إن الضغط يرفع من مستوى الإنفعال الجسدي لدى الفرد مثل خفقان القلب، وسرعة التنفس، وتعرق اليدين ويكون لديه مجموعة من الأفكار المثيرة للتوتر ولديه أفكارا مخيفة كالرغبة في الهرب من الخجل' ويهدف العلاج إلى مساعدة العميل على السيطرة على إنفعالاته الجسدية وتغيير الكلمات التي يقولها لنفسه حول المشكلة وهناك أربعة مراحل يجب أن يمر بها العميل للوصول لهذه الغاية وهي الإستعداد لمواجهة ما يسبب الضيق لديه والتعامل مع الموقف الذي يسبب هذا الضيق واحتمالية تأثيره به وتعزيز ذاته لإنجاح عملية التكيف بواسطة عبارته المشجعة.

3-2-2-المرحلة الثانية وهي مرحلة التدريب، بحيث يعلم المعالج العميل أساليب التكيف مع المشكلة والتوتر وذلك بمعرفة مخاوفه، والمواقف التي تؤدي إلى توتره وطرق التخلص منها وتعلم الإسترخاء العضلي، أما طريقة التكيف المعرفي فتكون بأن يقول العميل بأنه يستطيع أن يضع خطة للتعامل مع الوضع، وأن يسترخي وأنه هو المسيطر على الوضع وأن يتوقف إذا شعر بالخوف ثم يقول لنفسه لقد نجحت.

3-2-3-المرحلة الثالثة وهي مرحلة التطبيق' بحيث عندما ينجح العميل في التدريبات السابقة يعرض لمواقف تثير توتره أو مواقف مؤلمة' ويكون قد علمه المعالج كيفية التعامل مع تلك المثيرات (حسني العزة وعزت عبد الهادي، 1999، ص ص 154-155).

تعتبر طريقة التدريب على التحصين ضد الضغوط (Stress Inoculation Training) التي أعدها Meichenbaum كما يرى كل من عبد العظيم حسين طه وعبد العظيم حسين سلامة (2006) طريقة هامة من طرق التعديل المعرفي السلوكي وتشبه طريقة التدريب على التحصين ضد الضغوط عملية التحصين البيولوجي ضد الأمراض العامة وتستند هذه الطريقة إلى فكرة رئيسية مفادها أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد وجود تفاوت بين متطلبات الموقف وبين ما لديه من مصادر شخصية وإجتماعية وتعمل هذه الطريقة على تزويد الفرد بالمعلومات واكتساب المهارات التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة في البيئة (عبد العظيم حسين وعبد العظيم حسين، 2006، ص 272).

كما أنّ من أنجح الوسائل للتغلب على التفكير الإنهزامي للشخص في حالات القلق هي أن تُنبهه إلى الأفكار والآراء التي يرددها مع نفسه عندما يواجه موقف يتسم بالتهديد' وعليه يُقدّم Meichenbaum منهجاً يقوم على أساس تعديل محتوى ما يقوله الشخص لنفسه في المواقف التي يراها مهددة لنفسه وأمنه وفق ثلاث قواعد أساسية وهي:

1- أن تُقنع نفسك بأنّ الخوف والهلع الذي يمتلك مشاعرك عند التفكير فيما قد حدث من أشياء سيئة أسوأ بكثير من الأشياء التي ستحدث فعلاً.

2- إقناع النفس بشئى الوسائل الممكنة أن الموقف الذي يثير مخاوفك الآن سينتهي حتماً.

3- أن تقول لنفسك بأنّ التخلص من كل المشاعر المكدرّة والتوترات المرتبطة بالقلق تماماً أمر صعب ' إذ لا بدّ أن نقبل بعض جوانب التوتر مؤقتاً (عبد الستار، 1994، ص 433).

3-2- عملية العلاج: وتتضمن ثلاث مراحل وهي:

3-2-1- المرحلة الأولى-مراقبة الذات (Self Monetring) أو الملاحظة الذاتية (Objectiv-Observation): حيث يكون الفرد في مُدّة ما قبل العلاج يحدث حواراً داخلياً سلبياً مع ذاته ' أما أثناء عملية العلاج ومن خلال الإطلاع على أفكار العميل، وكذلك مشاعره وإنفعالاته، وسلوكه، وتفسيرها تتكون عنه بناءات معرفية جديدة، الأمر الذي يجعل نظريته تختلف عما كانت عليه قبل العلاج، وإن كثيراً من البرامج المعرفية السلوكية، تستخدم الملاحظة الذاتية، والمراقبة الذاتية كخطوة أولى باتجاه تغيير السلوك، وهي تستند إلى منطق يرى أن على الفرد أن يدرك أبعاد السلوك المراد تعديله قبل البدء في عملية التغيير، فملاحظة الذات، ومراقبة الذات تقيمان مدى تكرار السلوك المقصود تغييره، والأحداث التي تسبق حدوثه، والنتائج التي تترتب على القيام به (تايلور، 2008، ص 101).

3-2-2- المرحلة الثانية: غياب التكافؤ بين سلوك الفرد وأفكاره (Incompatible Thoughts And Behavior): في هذه المرحلة تتكون عملية المراقبة الذاتية عند العميل قد تكونت وأحدثت حواراً داخلياً عنده، وهذا الحديث الذاتي الجديد لا يتناسب مع الحديث الذاتي السابق والذي هو مسؤول عن سلوكه القديم، إن هذا الحديث الجديد يؤثر في الأبنية المعرفية بحيث يستطيع العميل أن يتجنب السلوك غير المناسب وفقاً للأفكار الجديدة.

3-2-3- المرحلة الثالثة: التغيير المرتبط بالمعارف: (Cognitions Concerning Change)

وتتعلق هذه المرحلة بتأدية العميل لمهام تكيفية جديدة خلال الحياة اليومية ' وأن يهتم بالعمليات الأساسية الثلاث

هي :

أ-البناءات المعرفية.

ب-الحوار الداخلي.

ج-السلوك الناتج عن ذلك (حسني العزة وعزت عبد الهادي ، 1999، ص 103).

المحاضرة الرابعة: العلاج السلوكي المعرفي الجماعي

بعد التعرض لتفاصيل العلاج المعرفي السلوكي والنماذج الثلاث الرئسة له، نخصص هذا الجزء لتناول هذا العلاج في شكله الجماعي وما له من اساسيات وتقنيات ووسائل تختلف كثيرا عن التطبيق الفردي رغم انها يتشابهان في العديد من الاساسيات العلاج سنخوض تفاصيلها في ما يلي:

1-لمحة تاريخية عن العلاج النفسي الجماعي

بالرجوع الي تاريخ لايد أن نبدا عند اتجاه التحليل النفسي وما أخذ عليه من ملاحظات مثل طول فترة العلاج، التكاليف الباهظة، وعدم توفر المحللين المتمرسين، وحاجة المعالجين إلى خبرة وتدريب طويلين، ثم عدم إقتناع البعض بفاعلية هذا الإتجاه، جميع هذه الأمور دفعت الأخصائيين أثناء وبعد الحرب العالمية الثانية (حيث ازداد وبشدة عدد مرضى العصاب) إلى استخدام العلاج النفسي بصورة جماعية، وقد ساعد على ذلك تشابه عدد كبير من مشكلات الجنود، واعراضهم المرضية، وكذلك ظروف حياتهم في المعسكرات، وفي الحرب، وهذا ما ساعد أيضا الباحثين على إجراء تجاربهم حول العلاج الجماعي (محمد خير الزراد، 1984، ص 120). ويؤكد Rotto (1989) بأن العديد من الشواهد التاريخية تدل على أن العلاج النفسي الجماعي، هو من نتائج الحرب العالمية الثانية، وذلك عندما طلب السيكولوجيين الكلينيين في المؤسسات العسكرية، بسبب العجز في أفراد الفئات الأخرى أن يقوموا بالعلاج النفسي الجماعي، وقد تكونت مثل هذه الجماعات في السجون، ومراكز النقاهاة، والمستشفيات، ومراكز التدريب، وكان يطلق على هذه الإجتماعات في معظم الأحيان (جلسات التذمر أو الشكوى)، إذا كان الإفتراض الأكثر شيوعا هو أنه إذا استطاع المرضى أن يتخلصوا من عداوتهم المكتوبة بالتعبير أو التحدث عنها، فإنهم يصبحون أقل عداوة لمطلب السلطة، وأكثر إدراكا لها (أحمد الدايري، 2005، ص 176).

يمكن ان يأرخ العلاج النفسي الجماعي منذ عام (1905) حين عمد Pratt) إلى إدخال طريقة علاجية، حديثة في حينه، "طريقة الصفوف العلاجية". وقد طبق Pratt هذه الطريقة على مرضى السل، فكان يجمعهم في مجموعات تشبه الصفوف المدرسية ويكتشف المشاكل التي يعانها أعضاء الصف ليعمد بعد ذلك إلى علاجها بشكل جماعي (أحمد النابلسي، 1991، ص 177).

ومع حلول سنة (1920) و التطورات العديدة التي واكبت تلك الفترة، نضجت فكرة علاج المجموعة في أذهان العديدة من المعالجين ممن وجهوا جهودهم للعلاج الجماعي، ومن أهم هؤلاء المعالجين وأكثرهم أثرا في علاج المجموعة نذكر: كلايمان، شيندليز، لاوو، ألتشولير (Klapman, Schindler, Low, Altschuler). والواقع أن التحليل النفسي قد ساهم مساهمة هامة في علاج المجموعة، فهو وإن لم يعتمد تقنية العلاج الجماعي آن ذاك إلا أنه ناقش هذا الموضوع مناقشة نظرية على درجة كافية من الأهمية.

أيضا الجشتالت ساهموا في هذا المجال، إذا عمد Kert Lewin (1940) إلى تطبيق مبادئ علم النفس الشكل "الجشتالت" في العلاج الجماعي، و Lewin هو الذي أدخل "دينامية العلاج الجماعي". وفي العام (1947) نشر Lewin طريقة "التشخيص النفسي الجماعي". وهي طريقة لا تزال متبعة لغاية اليوم (أحمد النابلسي، 1991، ص ص 177-178).

إن تاريخ العلاج النفسي الجماعي يزخر بعديد من أسماء الأقطاب الذين يرجع لهم فضل للتطوير، والإبداع، والإبتكار، وإعادة التنظيم لمتغيرات المفاهيم، والأفكار، والمناهج، والأساليب العلاجية المختلفة. ويفوق عدد الأعلام ذوي السبق في الإسهام في تطوير العلاج النفسي الجماعي عن تسع وعشرون منذ (1895) مع ليبتون، وتربيلت (1897)، وبرات (1905-1930)، وأدلر (1919-1960)، ومورينو (1931-1959)، وليفين (1935)، ويالوم (1975)، وجازدا (1985)، وغيرهم (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص ص 19-20).

2-تعريف العلاج السلوكي المعرفي الجماعي

يعرفه Edwards (1968) العلاج الجماعي بأنه: "جلسة مع عدد من المرضى، حيث يشجعون الاشتراك في المناقشات الحرة" (أحمد الدايري، 2005، ص 174).

يعرفه فيطم (1993) العلاج النفسي الجماعي مايلي: لقد ظهرت عبارة العلاج النفسي الجماعي لأول مرة عند Moreno (1932) ليعبر بها عن أسلوب علاجي يجمع بين تكنيك توزيع الأدوار أو المهام، وبين تكنيك العلاج التلقائي أو المباشر، و رأى انه يمكن تحسين الأحوال الاجتماعية تلقائيا نتيجة للتفاعلات بين أعضاء الجماعة (أحمد الدايري، 2005، ص ص 174-175).

كما تعرفه إجلال محمد سري (2000) العلاج النفسي الجماعي على انه: "علاج عدد من المرضى الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا في جماعة علاجية صغيرة، ويستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد من تفاعل وتأثير متبادل بينهم بعضهم وبعض وبين المعالج بما يؤدي إلى تغيير سلوكهم المشكل أو المضطرب. والعلاج النفسي الجماعي هو طريقة المستقبل (محمد سري، 2000، ص 133).

أما مدحت عبد الحميد أبو زيد (2008) فهو يعرف العلاج النفسي الجماعي كمايلي: "هو علاقة نفسية اجتماعية حوارية تفاعلية بين عدد من الأفراد، و معالج أو أكثر وقد يكون هؤلاء الأفراد مرضى، أو مضطربين، أو شواذ، أو جانحين، وقد يكونوا أطفالا أو مراهقين، أو راشدين، أو مسنين، وقد يكونوا ذكورا، أو إناثا، أفرادا، أو عائلات، وتكون هذه الجماعة إما صغيرة، أو متوسطة، أو كبيرة الحجم، وقد تكون متجانسة، أو غير متجانسة وفقا لمستويات حده مشكلاتهم و كثافتها، و تختلف طبيعة العلاج وفق طبيعة الاضطرابات والنظرية، والأسلوب العلاجي، ومهارة المعالج، ونضج الجماعة، ودافعيتها وذلك من خلال تحقيقا لأهداف الجلسات العلاجية، التي قد تطول أو تقصر وفقا للخطة العلاجية بغية التخلص من شكاوى الجماعة، وتعديل اتجاهاتها وسلوكياتها وزيادة استبصارها، ونموها، و اتجاهها نحو التغيير الايجابي بعد حل الصراعات وإحداث التوافق.(عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص 19).

نستشف من التعريفات المذكورة سابقا، رغم أن العلاج النفسي الجماعي يتشابه في مبادئ للعلاج الفردي، إلا انه يركز مختلف التفاعلات العلاجية من خلال شخصية المعالج والمساعد له في بعض الأحيان اللذان يسيران أعضاء الجماعة العلاجية.

3. أهداف العلاج النفسي الجماعي:

إن الهدف من العلاج الجماعي حسب Friedman (1989) هو تسهيل عملية التغيير في سلوك الأفراد-والتغيير في الاتجاهات أو الاعتقادات حول الآخرين وكيفية إقامة علاقات معهم. إن العلاج الجماعي مكان يتبادل فيه أعضاء المجموعة العلاقات الشخصية الداخلية لحل مشكلاتهم الخاصة بالعلاقة الشخصية المتبادلة (وليام، 1997، ص 2). يهدف إلى تعليم العملاء البدائل لحل مشكلاتهم الخاصة، وذلك عن طريق مشاهدة سلوكيات الآخرين. كما أن الطرق العلاجية الجماعية تؤكد جميعها على التفاعل بين أعضاء المجموعة (عادل عبد الله، 2000، ص 582). يمكن تصنيف العلاج النفسي الجماعي وفق ثلاثة أبعاد اعتمادا على ما صنف محمد شعلان (1985): أهداف يشترك فيها العلاج الجماعي مع أي علاج ويمكن ان نقول عنها انها أهداف عامة، وأهداف مشتركة حيث يشترك فيها مع مختلف العلاجات النفسية، وأهداف ينفرد بها العلاج الجماعي يمكن اصطلاحا اعتبارها اهداف خاصة، فنصل ما سبق كما يلي:

3-1-الأهداف العامة: التي يشترك فيها العلاج الجماعي مع أية علاج آخر:

تتمثل في اختفاء الأعراض وإزالتها من خلال مساعدة المرضى على التخلص من شكاواهم، ومعاناتهم، وآلامهم، وبالتالي الشعور بالرضا كهدف ختامي من أهداف العلاج (شعلان، 1985، ص 107).

3-2-الأهداف المشتركة: التي يشترك فيها العلاج الجماعي مع العلاج النفسي عامة:

يهدف العلاج النفسي فرديا كان أم جماعيا إلى مساعدة المريض أو الجماعة العلاجية على مواجهة ميكانيزمات الدفاع السالبة. ثم مواجهة مصادر الصراع الأصلية، ثم الاستعانة بأساليب دفاعية إيجابية مثل التسامي (sublimation) شريطة أن يتسم بالمعقولية، والمنطقية، والواقعية، ويتناسب مع قدرات الفرد أو الجماعة، ويكون محمود العاقبة. تعد قوة الأنا (Ego Strength) من معايير الصحة النفسية، ويعد مقلوبها أي ضعف الأنا (Ego Weakness) من معايير الاعتلال والاضطراب النفسي، لذلك يهدف العلاج النفسي الجماعي والفردي إلى تقوية الأنا، وتدعيمها. ويهدف العلاج النفسي الفردي الجماعي إلى مساعدة الفرد بمفرده أو داخل جماعته العلاجية على تفهم الصراعات، وتفهم أسبابها. ومصادقة الذات في الإفصاح على مكونات الصراعات المختلفة، ثم تفهم العلاقة بين متغيرات الصراع. ويهدف العلاج النفسي الفردي والجماعي إلى تحسين قدرة المرضى على اختيار الواقع... حتى يعودون إلى درب الصحة النفسية من جديد. يهدف العلاج النفسي الجماعي مشتركا مع العلاج النفسي الفردي إلى إصلاح مفهوم الذات لدى المريض، ومساعدة الفرد على تنمية شعوره بالمسؤولية الفردية (محمود على، 2007، ص 61).

3-3-الأهداف الخاصة: التي ينفرد بها العلاج النفسي الجماعي: فتتمثل في النقاط التالية:

أولاً: خلق منظور جماعي لكل عضو في الجماعة بحيث تتعدل رؤية المريض لأموره، وقضاياها، ومشكلاته من خلال رؤية الجماعة العلاجية، وتصبح نظرة المريض لمشكلاته، نظرة شاملة، عمومية، جماعية متعددة الزوايا، ومتعددة المنظور، ومتعددة الإتجاهات، ومتعددة الأبعاد، متعددة المحاور، فلقد ساهم فيها كل فرد في الجماعة العلاجية...كل برأيه، كل بوجهة نظرة، كل باعتقاده، كل بمفهومه. فتصبح المحصلة الكلية عبارة عن معالجة جماعية مركبة لمشكلة منفرد أو مشتركة. وبذلك تكون الجماعة أداة علاجية لإصلاح مسار تفكير كل عضو فيها نحو مشكلته أو حتى نحو مشكلات الآخرين (محمود على، 2007، ص 61) .

ثانياً: إن العلاج النفسي الجماعي يهدف إلى تدعيم الفرد وتدعيم الجماعة، واستخدام الجماعة في تدعيم الفرد واستخدام الفرد في تدعيم الجماعة في علاقة دائرية تحاورية تفاعلية متصلة، ومستمرة، ومتطورة، ومقننة كفريق غنائي يقوده معالج جيد سياسة المجموعة، ويمتحن فن قيادتها في تناعم ملحي هادف.

ثالثاً: كما يهدف العلاج النفسي الجماعي إلى إعادة التطبيع الإجتماعي للفرد والجماعة ككل. فكلما زاد نضج الجماعة العلاجية، وزادت قدرتها على تقبل التغيير، كلما أمكن إعادة التطبيع الإجتماعي الفردي والجماعي، فتصبح ثقافة الفرد هي ثقافة الجماعة، وتتوحد المعايير، والأنساق، وتتجانس المفاهيم، وبذلك تتحقق الفائدة العلاجية المرجوة من العلاج النفسي الجماعي (لطي فطيم، 1994، ص ص 90-101).

رابعاً: تنمية القدرة على البوح الذاتي، بحيث أن الجماعة أداة علاجية ووسط علاجي يساعد في هذا الغرض، فمن الممكن أن يستخدم المعالج الجماعة العلاجية في التأثير على المريض لإخراج مابداخله، والضغط عليه بالشكل الذي يتقبله المعالج ويرضى عنه، فيبوح المريض بما داخله من مشاعر، وأحاسيس، ويعبر عن انفعالاته. والمريض الذي ينجح في ذلك داخل جماعته، يشجع مريضاً آخر للقيام بالمهمة ذاتها.

خامساً: الخروج من الحيز الميكروسكوبي فالعلاج النفسي الجماعي يهدف إلى فك أسر المريض من حيز إدراكه الضيق، وإطلاق سراحه من مجال تصورات، والإفراج عنه من دائرة أوهامه، وضبط زاوية الرؤية الخاصة بنظرته المكروسوبية للأمر. حيث أن الحيز الميكروسكوبي الفردي سوف يتبدل بواسطة الجماعة العلاجية التي سوف تفرض نظرتها هي الأخرى على المريض، وسوف يدرك المريض بعد عدة جلسات جماعية أن إدراكه لا يتماشى مع إدراك الجماعة، وإن مغالاته تستثير نقد الجماعة العلاجية، وأنه لا جدوى من أن يظل حبيساً لأوهامه الخاصة، فيبدأ شعورياً في تعديل تصورات، وتصحيح اتجاهاته، ومسار رؤيته للأمر ويكون هذا بفضل الجماعة العلاجية، وبفضل توجيه المعالج، ولكن هذا بالطبع لا يتحقق من جلسة أو اثنتين، ولكن يتطلب الأمر بعض الوقت حتى تصل الجماعة على مستوى لائق من الارتقاء الشفائي، والنضج من الزاوية الإكلينيكية (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص 49).

سادساً: تطور الجماعة العلاجية ونموها، بحيث لا يوجد علاج دون نمو إيجابي، وتطور فعال، وإرتقاء ملحوظ، وينبغي أن يتيقظ المعالج للفترة التي إستغرقتها جماعته العلاجية في تخطي مرحلة الإعداد (Pre-Groping)، أو كم استغرقت من الوقت لتتعدى مرحلة بناء الكيان الإجتماعي (Establishment)، أو كم مضى عليها من الزمن لتخطي مرحلة العصف (Storming) أو مرحلة ما قبل التشكل (Perfoming)، أو مرحلة التشكل (Forming) أو مرحلة الإنهاء (Termination)، أو غير ذلك من المراحل العلاجية السابقة أو اللاحقة.

وعلى المعالج ألا يسأل نفسه عن كم الزمن فحسب بل عليه أن يتساءل عن أسباب تأخر الجماعة في مرحلة، دون مرحلة، وأن يتعرف على العوامل المؤدية إلى ذلك، ويسبر أغوارها، ويتعامل معها بروية بمساعدة جماعته. وعلى المعالج أن يسجل ملاحظاته الخاصة بتطور الجماعة، من خلال رسم بروفييل بياني لنمو الجماعة، وتقدمها، والعوامل المسؤولة عن أحداث هذا التطور، وعلتهن وما الذي يمكن عمله لإحداث مزيد من التطور (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص 51).

سابعاً: يسعى العلاج النفسي الجماعي على تنشيط التوظيف النفسي بصورة إيجابية، وإعادة توجيهه حتى تستطيع الأنا التعامل من جديد مع كيانها، ومع الآخر، ومع الواقع. هذا فضلاً عن كف النزاعات التدميرية للأنا، ومساعدتها على استبدالها بأخرى إبداعية. مع إعادة التوجه نحو إزاحة الهدف، وإزاحة الموضوع ومحاولة فض الصراع بينهما. ويمكن تحقيق ذلك من خلال عمليات التفاعل بين أعضاء الجماعة العلاجية. ذلك التفاعل الذي يكشف عن جوانب القصور، والتشويه في التوظيف النفسي لأفراد الجماعة، ثم يبدأ الأفراد في تفهم خطوات إعادة التوظيف إلى قنواته الصحية التوافقية بمساعدة الجماعة بأفرادها ومن خلفهم معالجهم (مارتن، 1986، ص، 70).

ثامناً: لا يهدف العلاج النفسي الجماعي على تنمية الشعور بالمسؤولية الفردية فحسب بل يتعدى ذلك إلى مستوى المسؤولية الجماعية. وهو هدف يصعب تحقيقه إلا من خلال جماعة علاجية. فأفراد الجماعة يمثل كل واحد منهم مثيراً علاجياً، حيث يؤثر كل فرد في الآخر بشكل مباشر، بشكل قصدي أو عفوي، ويتعلم كل فرد من الآخر. فالجماعة العلاجية موقف تعلم. وحين تصل الجماعة إلى درجة مرتفعة من النضج العلاجي، يشعر أفرادها بالمسؤولية تجاه بعضهم البعض.

الشعور بالمسؤولية يتضمن الشعور بالتقدير والمشاركة والتفهم. ويتضمن تقديم العون لمن يفقره من أعضاء الجماعة. وأية خلل يصيب نظام الجماعة يشعر كل الفرد بالمسؤولية تجاهه.

تاسعاً: لن يظهر اضطراب مفهوم الذات الاجتماعية إلا من خلال إثارة الجماعة، التي من شأنها أن تكشف عما هو مستور داخل غلاف الذات من توهمات، وضلالات، واعتقادات خاطئة، وأفكار سوداوية، وأفكار قهوية، وسوء توافق الذات، ومركبات نقص ودونية، وجوع اجتماعي، أو نبذ اجتماعي، أو اغتراب أو فشل علاقات سابقة، أو عدم الاحتفاظ بالعلاقات الاجتماعية، أو انزواء أو انطواء مرضي، أو انسحابية مفرطة، أو غير ذلك مما يمكن احتواءه داخل الجماعة العلاجية التي تعد في كثير من الأحيان بمساعدة المعالج قادرة على إصلاح ما بمفهوم الذات الاجتماعية من عطب (لويس كامل، 1990، ص ص 60-61).

عاشراً: يهدف العلاج النفسي الجماعي إلى تنمية قدرة الفرد، والجماعة على حل مشكلاتها السابقة، والراهنة، والمستقبلية، وذلك من خلال تعلم أساليب مواجهة المشكلات، ومهارات حلها التي يفرضها الموقف الجماعي. فإذا طرحت مشكلة ما للمناقشة خلال جلسة علاجية جماعية فلن يبرح أعضاء الجماعة مقاعدتهم دون مواجهتها. ويتعلم الأفراد أيضاً متى، وأين، وكيف، ولماذا يمكن اتخاذ هذا القرار المناسب لحل المشكلة، وتذوب مشكلات الفرد داخل مشكلات الجماعة، فيصبح الشاغل الاغضم لزيد -ليست مشكلته- ولكن كيف يساعد عمرا في حل مشكلته. لان مشكلة عمر بها بعض المتغيرات في مشكلة زيد، وعندما ينجح كل فرد في مساعدة الاخر في حل مشكلته يمكن القول بأن الشفاء أصبح على مرمي بصر (صبري، 1982، ص 25).

المحاضرة الخامسة: ديناميات الجلسات العلاجية الجماعية.

4-1-1- المفاهيم الأساسية في ديناميات الجلسات العلاجية:

4-1-1- مفهوم المجموعة:

حسب Mucchielli (1995) لا تكون مجموعة من الأشخاص مجموعة إلا إذا كان هناك رابط وجه لوجه يربط ما بين الأشخاص، بحيث يجعلهم في وحدة "الوجود الجماعي". فالجماعة هي واقع أين تكون فيه تفاعلات فيما بين الأشخاص، أو حياة عاطفية واحدة أو مشاركة الجميع، حتى وإن كان هذا الوجود الجماعي غير واعي (Mucchielli, 1995, p 104). أما العالم الاجتماعي الأمريكي Cooley (1997) فهو يرى بأن الوسيلة الوحيدة والسهلة لوصف المجموعة هي ربما أن نقول "نحن" الذي يحتوي على نوع من التعاطف الجماعي (Cooley, 1997, p 39).

2.1.4 مفهوم الديناميات: الديناميات يعرفها مدحت عبد الحميد أبو زيد (2008) على أنها ظواهر، ومشاعر، وأحداث حية متأججة داخل الجماعة وبين أفرادها، مرئية، وخفية تارة، هادئة تارة، واضحة، وغامضة تارة أخرى. وفي كل الأحوال تكون مركبة، ومتعددة، ومتشابكة، ومعقدة، ومحيرة، وعلى المعالج أن يتسلح بالحذر، والروية، وعدم التسرع في تفسيرها لأن ليس هينا كما يبدو.

3.1.4 التفاعل النفسي الاجتماعي: ويقصد به شكل العلاقات النفسية الاجتماعية بين أفراد الجماعة فيما بينهم، وبين المعالج، تلك العلاقات التي يتأثر بها الأفراد، ويؤثرون بها في الآخرين. ويتضمن التفاعل النفسي الاجتماعي وصفا لهيكل من المتغيرات المتعلقة بالعلاقات النفسية الاجتماعية المتبادلة.

4.1.4 التفاعل اللفظي: وهو التفاعل بالألفاظ، والكلمات، والعبارات، والجمل، والحوار، والأحاديث، والتعبير، والروايات. إنه تفاعل باللغة، واللسان، والثقافة. وله أنماط عديدة داخل الجماعة العلاجية من بينها: التعبير الحر الصادق المعياري الذي يعد مزيجا بين البوح الذاتي والتغذية المرتدة، المشاركة اللفظية، المناقشة، التساؤل، البوح الذاتي، الصراحة وغيرها.

5.1.4 التفاعل غير اللفظي: التفاعل غير اللفظي يشمل على جانبين، فالأول يتمثل في استجابات حركية وتفاعل لغة البدن والثاني يتمثل في استجابات وجدانية وصامتة (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص ص 153-116).

6.1.4 العوامل العلاجية: من أشهر العلماء الذين تعرضوا لمسألة العوامل العلاجية في العلاج النفسي الجماعي هو Yalom، حيث اقترح إحدى عشر عاملا في هذا الشأن هي: غرس الأمل، العمومية، نقل المعلومات، الإيثارية (حب الغير)، التجديد الصحيح لجماعة الأسرة الأولية، تطوير أساليب التعامل الاجتماعي، سلوك المحاكاة، التطهير الانفعالي، العوامل الوجدانية، التماسك، والتعلم بين الشخصي.

7.1.4 عمليات الجماعة: تتعدد عمليات الجماعة، وتختلف تارة باختلاف المدرسة العلاجية، وتارة باختلاف النظرية المفسرة، وتارة باختلاف عقائد المعالج. ومن بين هذه العمليات يذكر مايلي: الاعتمادية، الكر والفر أي تجنب أداء المهام العلاجية، المعايير الجماعية (العلاجية ضد العلاجية)، اختبار الواقع، ضغط الجماعة، الذات الجماعية، المقارنة الاجتماعية، التنافس الاجتماعي وغيرها.

8.1.4 الظواهر العلاجية: تتعدد أيضا الظواهر العلاجية التي يمكن ملاحظتها أثناء مراحل العلاج النفسي الجماعي، ومن بينها التناقض الوجداني، والعصف (فوران الجماعة)، والاحتماء بالجماعة، والإرتكاس، وانتقال أثر العلاج، وانهيار الجماعة وغيرها (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص ص 169-184).

2.4 مميزات ديناميات الجلسات العلاجية:

يرى Mucchielli (1977) بأن العدد المناسب يتراوح ما بين 5 إلى 10 أفراد مما يؤدي إلى توازن ما بين دينامية الجماعة وقوة الإنتاج وغناء هذا الإنتاج الذي سوف يصبح جماعيا من خلال التفاعلات وإنتاج كل الأدمغة الحاضرة. كما أن الشروط

المادية ضرورية في سير ونجاح دينامية الجماعة مثل: مكان مريح، وغياب الإزعاجات الخارجية، وغياب الجماعات الضاغطة لجماعة العمل، والراحة النسبية، والوقت الكافي (من ساعة ونصف إلى ثلاثة ساعات). بالإضافة إلى أهمية الجانب الفضائي مثل الطاولات المستطيلة، والطاولات على شكل U أو المربعة تعتبر عوامل معقدة للمجموعة (Facteurs de Stérilisation Du Groupe)، كما أنها تسمح بالتفاعل والإنتاج الجماعي، وتسهيل التبادل مابين أفراد الجماعة في وضعية وجه لوجه.

ويضيف Mucchielli بأن مراحل التطور العاطفي ونضج المجموعات الصغيرة للنقاش تتمثل فيمايلي:

المرحلة الأولى وهي مرحلة الأمان في موقف هنا والآن (الفرد يكون في مجموعة).

المرحلة الثانية وهي مرحلة بناء الأمان من خلال الثقة مابين الأشخاص.

وفي **المرحلة الثالثة** يكون هناك تطور في المشاركة.

وفي **المرحلة الرابعة** يتم تهيكلمجموعة.

أما **المرحلة الخامسة** والأخيرة يتم التنظيم الذاتي.

يشير Mucchielli في شرحه لهذه المراحل بأن في المرحلة الأولى تتصارع المجموعة في عدما (Le groupe se débat dans le néant)، وفي المرحلة الثانية تبحث عن نفسها، في المرحلة الثالثة تشعر بأنها موجودة كحقيقة وكعضوية، أما في المرحلة الرابعة تنظم نفسها، وفي المرحلة الخامسة تنظم وتراقب وتفكر وتحكم نفسها.

كما أن تفاعل الجماعة يكون من خلال نظامها الذي هو مرتبط مباشرة بعدد أفرادها ونوعية تفاعلها، بالإضافة إلى شدة وتساوى المشاركة. (Mucchielli, 1977, pp 64-69).

والسياق نفسه يرى موكييلي روجي بأن كل مجموعة تحتوي على سبعة مميزات: التفاعلات، وجود أهداف جماعية موحدة، سلوكيات قائمة على أساس معايير وقواعد، ظهور بنية غير رسمية ذو طابع عاطفي (التعاطف والكرهية) فهي غالبا غير واعية، وجود لاشعور جماعي (Mucchielli, 1995, p:27-28).

ويضيف De Martino (2003) الميزة السابعة التي تطرق إليها Mucchielli وهي وجود انفعالات وعواطف جماعية موحدة (مثل نحن) معادلة Jean Lacan.

من أهم المميزات العلاجية الذي تطرق إليها Mucchielli نذكر العدد المناسب للجماعة العلاجية، والشروط المادية الضرورية مثل المكان المريح وغيره، والجانب الفضائي الملائم مثل الطاولات المستطيلة، أو الطاولات على شكل U وغيرها. **5-الأسس العامة لإجراء الجلسة العلاجية الجماعية:**

سيتم إيجاز الأسس العامة لإجراء الجلسة العلاجية الجماعة فيمايلي:

5-1-أسس تتعلق بإعداد المعالج وتدريبه:

حيث يؤكد Galanter (1993) على ضرورة تدريب المعالجين، ويشير Chappel (1993) إلى ضرورة إلمام المعالجين بكافة أنواع العلاجات النفسية، والتشخيصات الفارقة... إلخ.

5-1-1-المعالج فرد أم فريق: من الجائز في العلاج النفسي الجماعي أن يكون المعالج شخص واحد أو أكثر، ولكن لابد أن يكون وراء ذلك منطلق مقبول، ويستحسن أن يكون هذا واضحا جليا لأفراد الجماعة العلاجية منذ البداية حتى لا يشعر أفرادها بالحرج من الإفضاء بمشاعرهم أمام حشد من المعالجين. هذا ويفضل أفراد الجماعات العلاجية أن يكون المعالج شخص واحد حتى يمكن تسهيل عملية البوح الذاتي والبوح الاجتماعي، والفضفضة الانفعالية أمام معالج واحد لا يتغير عبر الجلسات (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص ص 95-97).

5-1-2- القيادة: هناك مجموعة من الصفات لابد أن يتمتع بها القائد العلاجي وهي أن يتمتع بمكانه سوسيو مترية عالية وذات مغزى بين أفراد جماعته، أن يحظى بقدر فائق من التقدير والإحترام بين أفراد جماعته، أن يكون قوي الشخصية ولديه مقدرة على اتخاذ القرار المناسب في الوقت المناسب والمكان المناسب وللشخص المناسب، أن يحظى بثقة أفراد جماعته فيه وبقدراته وإمكاناته، أن يكون مقنعا لأفراد جماعته وذوي تأثير بين في جماعته، أن تكون سلوكيات نموذجها وقوة يقتدي بها أفراد الجماعة، أن تكون لديه مهارات اجتذاب الجماعة نحوه وتمركزها حوله، أن يكون عادلا في أحكامه وسديدا في رؤية وصادقا في قوله ومحقا في أفعاله، أن تشعر الجماعة في حضوره بالأمن والطمأنينة والارتياح و الانسيابية العاطفية، أن يلعب دورا فعالا في فض خلافات الجماعة وحل مشاكلها، أن يحافظ على بنية الجماعة وتماسكها وتحالفها وتآلفها و وحدتها وكيانها، أن تتوافر لديه بعض المهارات الآتية:

*مهارات رد الفعل(الإنصات، وتكرار الأفكار الأساسية بلغة المريض نفسها، والإظهار، التوضيح، والتلخيص).

*مهارات التفاعل (التوسط والموازنة، والتفسير، والربط، وسد الثغرات ووقف الإستجابات السالبة، التدعيم، والتحديد، والحماية، واكتشاف إدراك الجماعة لمشاكلها).

*مهارات الاستجابة (التساؤل والاستفهام، والمساعدة على سبر غور الآخرين، توفير مناخ علاجي ونعمة مناسبة للجلسة، المواجهة، المشاركة الشخصية، القدوة والنمذجة).

وينبغي على القائد أن يكون مكتفيا ذاتيا أي معتمدا على معرفته وخبرته وسلطته في الجماعة، أن يكون لبقا ولديه قدرة على التحايل الإيجابي حتى يمكن أن يفلح في التعامل مع التحايل السلبي للمرضي والتعامل مع مراوغتهم المستمرة، أن يكون تكامليا حتى يمكن أن يؤدي وظيفة تنسيق العمل العلاجي وحل مشكلات الاتصال والتفاهم و التوافق.

كما ينبغي أن تكون للقائد القدرة على المحافظة على عضوية الجماعة وتسهيل تفاعلها ومساعدتها على الإنتاج الإيجابي العلاجي الشفائي، أن تكون لديه القدرة على التعايش مع مشكلات أفراد جماعته العلاجية دون ملل أو كلال أو عناء أو ضيق. وهي تلك بعض صفات القيادة العلاجية، فالمريض قد يبحث عن مثال يحاكيه، أو قدوة يقتدي بها. فيمكن أن يجدها في معالجه الذي يقود الجماعة، وأحيانا يتوحد المريض بنموذج المعالج ولو أن هذا التوحد في الغالب سوف يكون عابرا أو مؤقتا. إلا أن نموذج المعالج من النماذج التي سوف تلعب دورا مهما في حياة المرضى داخل الجماعة العلاجية، وأحيانا خارجها (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص 98-99).

نلاحظ أن دور المعالج هو دور القائد الذي يتمتع بقوة الشخصية والحكمة، بالإضافة إلى تمتعه بعدة مهارات علاجية تساعده في تسيير أفراد جماعته.

5-2. اسس تتعلق بعملية إعداد الجماعة وتأهيلها لتلقي العلاج:

تعد الركيزة الثانية من حيث الأهمية في نجاح الجلسات العلاجية.

5-2-1-وظيفة الجماعة: لقد قدم مدحت عبد الحميد أبو زيد (2008) مجموعة من وظائف الجماعة العلاجية ويمكن تلخيصها فيما يلي:

أ. الجماعة العلاجية بوصفها أداة علاجية: المعالج الماهر يدرك أن جماعته العلاجية ليست مجرد مجموعة من العملاء أو المرضى، أو المضطربين، بل الجماعة في حد ذاتها أداة علاجية، فالجماعة تساعد المعالج في علاج أفرادها، ويمكن للمعالج أن يستخدم ضغط الجماعة في تغيير بعض أفرادها، وتساعد الجماعة المعالج في غزو المنطقة المريضة في بعض أفرادها، وهي أيضا تساعده في تدعيم هؤلاء الأفراد.

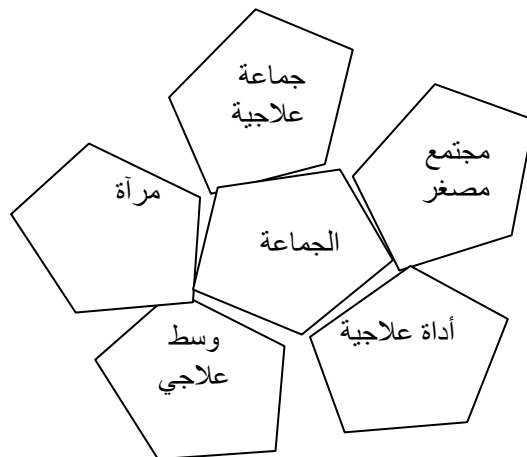
ب . الجماعة بوصفها وسطا علاجيا: الوسط العلاجي الجماعي يوفر لكل فرد من أفراد الجماعة الإحساس بأنه ليس وحيدا في هذا العالم. وأنه ليس المضطرب الفريد على أرض هذه الكرة، وأن مشكلته ليست قدره فقط، بل يوجد أناس آخرون يعانون من هذه المشكلة أو على شاكلتها، وهذا الإحساس يمنحه شعورا بالطمأنينة، ويبصره بعوامل أخرى في مشكلته كان غافلا عنها، ويجعله أكثر قدرة على تحديد أبعاد مشكلته، ومتغيراتها من ملاحظة الآخرين داخل الجماعة ممن يعانون من المشكلة نفسها، أو حتى ممن يعانون من مشكلات أخرى، فتبادل الرأي والمنشور ومحاولة سبر أغوار المشكلة عملية علاجية قيمة لا تتوفر إلا في الوسط العلاجي الجماعي.

ج . الجماعة بوصفها مرآة: فالجماعة ترى الفرد أحيانا بصورة أكثر واقعية مما يرى هو ذاته، وهي تلعب دورا في تعلمه كيف يرى ذاته على حقيقتها، وعلى الجماعة أن تقدم لكل فرد فيها تغذية مرتدة صحيحة عن صورته، وعن التغيرات التي تطرأ عليه، وعن اتجاهات هذا التعبير هل هو للأفضل؟ أم النقيض؟ وتلبي الجماعة في هذا الحال حاجة الفرد الكامنة أو الصريحة لمعرفة كيف يراه الآخرون، اتجاهاتهم إليه، وغير ذلك من ديناميات مرآة الجماعة لأفرادها.

د . الجماعة بوصفها جماعة مرجعية ثانوية مؤقتة: الجماعة العلاجية تعد بمثابة جماعة مرجعية ثانوية مؤقتة نسبيا بالنسبة لأفرادها، فإن كانت الجماعة العلاجية تحظى بقدر طيب من التماسك، والتحالف، والرضا ينخرط أفرادها داخل إطارها، وتصبح بالنسبة لهم جماعة مرجعية يرجعون إليها في حل مشكلاتهم، وتشبع لديهم الشعور بالانتماء الاجتماعي، وكلما كانت العلاقات بين الأفراد تتسم بالإيجابية كلما سهل ذلك لجوء الأفراد إليها. فكل فرد هو جزء من تلك الجماعة، وأحيانا يستمر الشعور بالحاجة إليها حتى بعد انتهاء الجلسات العلاجية المقررة.

هـ . الجماعة بوصفها مجتمعا صغيرا: من الأسس العلاجية في العلاج النفسي الجماعي مساعدة المريض على تعلم الأساليب الصحيحة والإيجابية في التفاعل مع المجتمع الكبير، والجماعة العلاجية تعد بمثابة مجتمعا صغيرا فإن تعلم الفرد تلك الأساليب واستوعبها و تماثل لها، وأصبح قادرا على الإتيان بها في صورة مقبولة أمكنه بعد ذلك استخدامها مع المجتمع الكبير، والفرد الذي يعاني من سوء التوافق مع المجتمع، ويلتحق بجماعة علاجية، سوف يتعلم داخل هذه الجماعة كيف يسلك السلوك الصحيح مع الآخرين، وكيف يحترم معايير المجتمع، وكيف يأتي بالسلوكيات التي تثيب الآخرين، وكيف يكسب مودتهم، وبذلك يمكنه أن يخرج للمجتمع الكبير مرة ثانية ولديه مهارات تمكنه من التوافق والتكيف و التواءم مع ذاته و الآخرين ومع المجتمع من جديد (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص ص 100-103) .

والشكل الموالي يوضح الأنماط المختلفة لوظيفة الجماعة العلاجية



شكل رقم (18): الأنماط المختلفة لوظيفة الجماعة العلاجية

نلاحظ أن نجاح العملية العلاجية لا يعتمد فقط على مجموعة من الصفات التي ينبغي أن يتحلى بها المعالج بل لابد أن تتوفر مجموعة من الوظائف لدى أفراد الجماعة العلاجية.

5-2-2-الأدوار العلاجية: فيما يلي شرح حول طبيعة الأدوار العلاجية الخاصة بالجماعة والمعالج كما قدمها مدحت عبد الحميد أبو زيد (2008) والمتمثلة فيما يلي:

أ. الأدوار العلاجية الخاصة بالجماعة: تجنب الدور الغامض، تجنب الدور السلبي، تجنب الدور المنحرف، تجنب الدور الصامت، تجنب الدور المستمع، تجنب اللادور، تجنب صراع الدور، تجنب دور المحامي العالم، تمثل دور نموذج الدور الإيجابي الحي. ب. الأدوار العلاجية الخاصة بالمعالج: ملاحظ ومراقب ومشاهد، معلق، موجه قنوات الحديث (الذي يقوم بإعطاء التغذية المرتدة)، مسهل ومسير، منسق، شاحذ الدافعية ومدعم، مفاعل (خلق التفاعل بين الجماعة)، مفسر ومبصر، موزع أدوار، مصمم خطة الأهداف، مشارك، صاحب القرار، قائد، مقوم، خبير، معلم، نموذج، متعدد القبعات (أي يلعب الدور العلاجي المناسب للجماعة)، عامل قمامة (أي عليه دائماً أن يقنع أفراد جماعته بإخراج كل مافي داخلهم من قمامة نفسية ونفايات انفعالية في حجرة العلاج). نلاحظ من خلال ما قدمه مدحت عبد الحميد أبو زيد (2008) أن الأدوار العلاجية لا تقتصر على المعالج فقط بل على أفراد الجماعة العلاجية كذلك.

5-3- اسس تتعلق بظروف جلسة العلاج الجماعي:

5-3-1-حجرة العلاج: حيث أن حجرة العلاج تعد من أسس إجراء الجلسة العلاجية الناجحة، فإن كانت غير مناسبة فإن ذلك من شأنه أن يؤثر على العملية العلاجية. ومن الشروط الواجب توافرها في حجرة العلاج مايلي: أن تكون واسعة نسبياً و مناسبة لحجم الجماعة وتسمح لهم بالتحرك داخلها، ويكون لون طلائها مريحاً للأعصاب ويسر الناظرين، أن تكون بعيدة عن الضوضاء، أن تحتوي على مقاعد مريحة للجسم، أن تكون مغلقة وليست ومفتوحة، أن تكون جيدة التهوية وليست (باردة أو رطبة أو حارة) بل معتدلة، ألا تحتوي على صور أو لوحات أو ملصقات على الحوائط الجدران حتى لا تشتت انتباه أفراد الجماعة، أن يكون لون فراش الأرض مريحاً أيضاً للأعصاب و أن لا تحتوي على رسومات تشتت الذهن، إن كان بها نافذة فيجب ألا تطل على ما يشتت انتباه الجماعة، أن يكون لون الستائر مريحاً للأعصاب. أيضاً، ان تكون جيدة الاضاءة، ان تكون غير مهددة لأي فرد في الجماعة (Eitington, 1990, p 99).

5-3-2-حرية العلاج مقابل جبريته: حسب Kellerman و Plutchik (1978) من أساسيات العلاج النفسي الجماعي خاصة لذوي الاضطرابات العصابية أن يكون تطوعياً، وأن يكون المريض لديه الرغبة الأصلية في العلاج، ولديه الدافعية الكافية. وأن يسعى لطب العلاج بنفسه دون جبر، أو إلزام، أو قهر، أو دافع خارجي حتى نضمن إثمار العلاج معه وفلاحه فيه، ولكن في بعض الأحيان كما يرى Khantzian و Kates (1978) قد يكون من اللازم أن نضغط على المريض لتلقي العلاج إذا احتدت أعراضه المرضية، وزادت مقاومته، وقبل إدراكه لها، ولعواقبها، ومضاعفاتها. كذلك الحال فيما يتعلق ببعض الفئات الإكلينيكية الإجرامية والجنائية والتي قد تشكل خطراً على المريض ذاته والمحيطين به. فهنا يستلزم جبر المريض على العلاج. لأنه من الجائز أن يغير المريض من موقفة بمرور الجلسات وقد تزداد دافعيته جلسة بعد أخرى (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص 95).

5-3-3- مدة العلاج وتكرار الجلسات: تختلف مدة العلاج وتكرار الجلسات باختلاف المنهج العلاجي وطبيعته فضلاً عن طبيعة الفئات الإكلينيكية التي تنتمي لها الجماعة العلاجية.

وقد يكون إجراء الجلسات مكثفاً بواقع جلسة يومياً أو أكثر من جلسة يومياً، أو أكثر من جلسة يومياً، أو ثلاث جلسات أسبوعياً، أو قد يكون غير مكثف بواقع جلسة واحدة أسبوعياً، أو كل عشرة أيام، أو جلسة كل أسبوعين وفقاً لخطة البرنامج.

5-3-4- حجم الجماعة (الافتراضي مقابل الفعلي): في كل الأحوال لا بد من تحديد حجم الجماعة قبل الشروع في الجلسات العلاجية لأن المهام العلاجية يفصلها المعالج، ويحكيها وفقا لحجم الجماعة الذي يتم تحديده من البداية وهو ما يعرف بالحجم الافتراضي (Presupposed Size) ومن المتوقع أن يظل هذا الحجم ثابتا ومساويا للحجم الفعلي (Real Size) في نهاية الجلسات. وهذا ما يجب الإلتزام به خاصة في الجماعات المغلقة.

أما فيما يخص يتعلق بالجماعات المفتوحة فعادة ما يحدث تناقص بين الحجم الافتراضي والحجم الفعلي نظرا لغياب أفراد وحضور أفراد جدد. فالتركيب الإجتماعي للجماعة في حالة صيرورة مستمرة، فالوجه تختلف في كل جلسة، وقد يعد هذا مقبولا لأن فورمات الجلسة يسمحان بذلك.

ولكن الأمر يختلف كليا بالنسبة للجماعات المغلقة فغياب الأفراد يؤثر على سريان الجلسة، ولا يسمح في هذه الجماعات بدخول أفراد جدد، وبالتالي يمكن أن يحدث تناقص في العدد الافتراضي بمرور الجلسات خاصة وإن كان التغيب دون عذر، ودون إخطار مسبق للعلاج. وقد ينتهي المقرر العلاجي بوجود فرد واحد من الجماعة، وهذا ما يسمى بالفقد العلاجي.

لذلك بات من الضروري على كل فرد من أفراد الجماعة الإلتزام بحضور الجلسات في الموعد المحدد دون غياب، ودون تأخير، ودون مقاومة، ودون مراوغة لأنه لا يؤدي نفيه فقط بل الجماعة كلها لأنه أصبح عضوا منها، أي عضو من جسد الجماعة. وبات أيضا على المعالج توضيح هذا الأمر، وشرح تلك القاعدة لأفراد جماعته حتى يمكن للعملية العلاجية أن تتم بنجاح.

5-3-5- حجم الجلسات العلاجية ونوعية المرض: حسب Karas (1989) إن حجم الجلسات العلاجية يكون حسب طبيعة الاضطرابات والمشكلة التي يعاني منها العميل. (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص ص 117-118).

ويري Canceil، Cottraux وآخرون (2004) بأن العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يكون على شكل علاج فردي، أو علاج جماعي، أو علاج زوجي، أو علاج عائلي. وعدد الحصص العلاجية يتراوح ما بين 10 إلى 25 حصة (بمعدل حصة واحدة أسبوعيا) (Canceil, Cottraux & Al, 2004, p 16).

توافقا مع ما سبق يرى مدحت عبد الحميد أبو زيد (2008) بأنه على المعالج أن يترك وقتا كافيا بين كل جلسة وأخرى كي يمنحهم فرصة هضم مناسب لتلك الوجبة العلاجية حتى تتم الاستفادة منها (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص 119).

المحاضرة السادسة: الخطط العلاجية في العلاج السلوكي المعرفي:

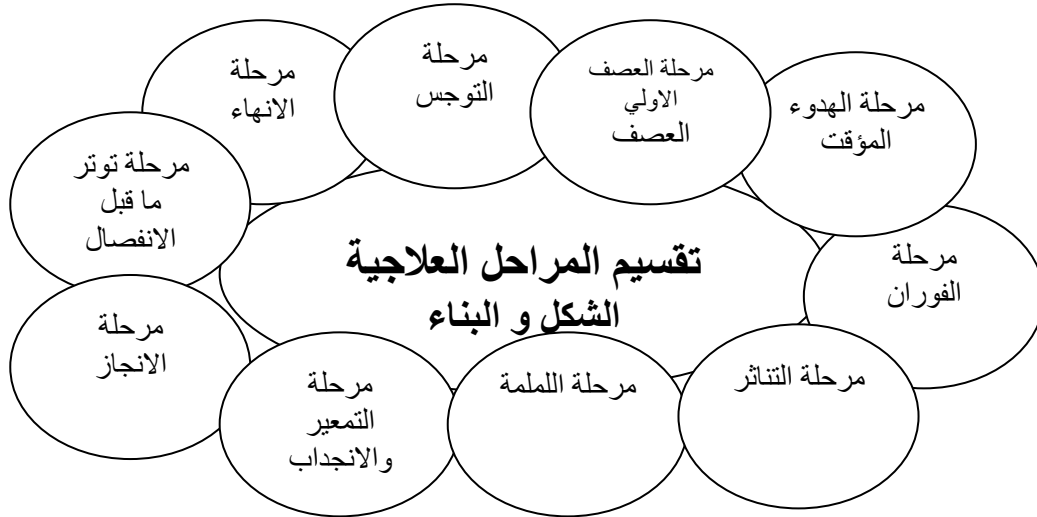
6-1 المراحل العلاجية في العلاج السلوكي المعرفي

وهي تنقسم إلى قسمين مراحل الشكل والبناء ومرحل في المضمون والوظيفية.

6-1-1-1-مراحل الشكل والبناء: فالتقسيم الكلاسيكي لمرحل الشكل والبناء يشمل المراحل الثلاث التالية: مرحلة البداية، ومرحلة الوسط، ومرحلة النهاية. (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص ص 104-106).

هناك العديد من التقسيمات سنكتفي بتقديم التقسيم الذي قدمه مدحت عبد الحميد أبو زيد (2008) وهو تقسيما مفصلا

موضحا في الشكل التالي:



شكل رقم (19): المراحل العلاجية العامة للجماعة العلاجية (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص. 115)

6-1-1-1-1-مرحلة التوجس: يتمثل توجس كل فرد من الآخر في الجماعة، والحذر، والشك، والقلق، والغربة، والاستغراب، وتغطية الذات قدر المستطاع، والحيطة، والتوقعات السالبة، والانتظار، والترقب، وغيرها وهي مرحلة هدوء ما قبل العصف.

6-1-1-2-مرحلة العصف الأولي: وتتميز بالانفعالات الحادة من ثورة، وغضب، وتأکید للذات حتى الذات الزائفة فليس لدى المريض غيرها الآن لأنه ليس مستبصرا بذاته الحقيقية.

6-1-1-3-مرحلة الهدوء المؤقت: وهي فترة يرى كل فرد فيها ماذا حدث؟ وماذا قال؟ وماذا دار؟ وهي فترة تأمل، وتساؤل، وحيرة والنقاط أنفاس.

6-1-1-4-مرحلة الفواران: وهي تشبه فواران البركان ليأتي البركان بكل ما في باطنه، وكل ما في جعبته، ليرى كل فرد ماذا كان يضم، ويشهد على نفسه بما في داخلها.

6-1-1-5-مرحلة التناثر: يكون كل فرد قد وضع قمامته أمامه، ويبدأ الشعور بالخجل، والخزي، والعار، والاشمئزاز، والتباعد، والتناثر. فكل ينفرد بقمامته الشخصية من سلبيات، وسلوكيات شاذة، ومعتقدات خاطئة.

6-1-1-6-مرحلة اللملمة: بعد أن تفرز القمامة، ويتم الاستفادة منها، يتم كنسها، ويزداد الاستبصار بتكرار محاولات المعالج مع الجماعة، وتتم عملية اللملمة، وانتلاف الجماعة من جديد فكل عرف نفسه الآن، ولا داعي للخجل، أو العار، والمشكلات أصبحت واضحة الآن، والجماعة في حاجة إلى التماسك الآن، والترابط، والثقة، والتعاون، والمودة.

6-1-1-7 مرحلة التمهير والانجذاب: حيث تبدأ الجماعة الآن في خلق معايير خاصة بها تختلف عن المعايير الأولية، المبدئية التي ارتضتها في باكورة الجلسات. فالمعايير الحالية أكثر قوة، وأكثر ثباتاً لأنها نتاج خبرة الجماعة، وتبدأ الجماعة في الالتزام بتلك المعايير. ويزداد انجذاب كل فرد في الجماعة إلى دائرة الآخر، ويزداد التلاحم والتماسك، وتنمو روح الجماعة، والأمل الجماعي، والقوة الجماعية.

6-1-1-8 مرحلة الانجاز: حيث تكون الجماعة الآن في وضع يسمح لها بإنجاز المهام المطلوبة منها، وتأدية الأدوار المناطة بها، وممارسة حلول المشكلات ممارسة عملية واقعية نسبياً، ويتم تحقيق الأهداف، وتأكيد الذوات، ونيل المراد، والسعي نحو التغيير الإيجابي.

6-1-1-9 مرحلة توتر ما قبل الانفصال: بحيث الفراق يولد القلق والتوتر، وتكون خشية المعاناة من جديد، وخشية الوحدة من جديد، وخشية الفشل دون الجماعة.

6-1-1-10 مرحلة الانفصال والاستقلالية: بحيث بالتدعيم المناسب يستطيع المعالج أن ينتقل بجماعته إلى النهاية السعيدة، وتنتهي الجلسات العلاجية بود، وسلام، ومحبة، ووثام، مع نمو الشعور بالاستقلال الذاتي لدى كل فرد من الجماعة.

6-1-2 مراحل المضمون والوظيفة: لقد اقترح مدحت عبد الحميد أبو زيد (2008) المراحل التالية: مرحلة الإعداد القبلي، مرحلة تحديد المشكلات، مرحلة التقويم القبلي، مرحلة الغزو والتدخل العلاجي، مرحلة الاستبصار، مرحلة ممارسة التغيير، مرحلة التقويم البعدي، مرحلة الأعمال غير المنتهية أو التعامل مع البواقي. والشكل الموالي يوضح مراحل المضمون

(عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص ص 106-117).



شكل رقم (20): مراحل المضمون والوظيفة العلاجية (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص 117).

6-2- الخبوات الاجرائية في العلاج السلوكي المعرفي

6-2-1- الإختيار الأولي للجماعة العلاجية:

6-2-1-1- أشكال الإختيار الأولي للجماعة العلاجية: أن الإختيار الأولي للجماعة العلاجية يكون على عدة أشكال والمتمثلة

في النقاط التالية: الإختيار العشوائي، التطوع، اختيار الجماعة، اختيار المعالج، الإحالة. وقد اقترح الشكل التالي:
الإختيار العشوائي (Random Choice): في كثير من الأحيان من الأحيان يؤدي الإختيار العشوائي لأعضاء الجماعة العلاجية إلى نتائج عشوائية أيضا، وقد يؤدي إلى فشل المجموعة، وعدم تحقيق الأهداف العلاجية المرجوة، وقد يؤدي شعور الجماعة بالفشل إلى تعميم خبرة الفشل هذه على أية موقف علاجي آخر.

التطوع (Voluntary): قد يقوم بعض المرضى بالتطوع للدخول ضمن تشكيل جماعة علاجية، خاصة في حالات المرضى الخارجيين في أقسام العيادات الخارجية أو العيادات الخاصة، أو المستشفيات التي تسمح بتطوع المرضى للعلاج دون تدخل من قبل القائمين على البرنامج العلاجي، ويوجد كثير من المعالجين يفضلون تكوين الجماعة من مجموعة من المتطوعين حيث تتوفر الدافعية الكافية للعلاج (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص. 70).

اختيار الجماعة (Group Choice): قد تقوم الجماعة بنفسها بإختيار أفرادها، أو قد ينظم عضو للجماعة بناء على اختيارها، وقد تساهم الجماعة في عملية الإختيار بتقديم المعلومات عن بعض العملاء الذين يمكن إدراجهم ضمن تشكيل الجماعة. ويوجد من يستحسن هذا الأسلوب تحقيقا لمبدأ الموافقة على عضوية الفرد من قبل الجماعة، ورضاها عنه ويمكن للمعالج أن يشرك جماعته في عملية الإختيار من قبل بث الثقة في الجماعة، ويسند المعالج دورا مهما لها فهي ليست مجرد جماعة مكونة من عدد من الأفراد بل تصبح جماعة مختارة قام كل فرد فيها باختيار الآخر و فقا لمعايير كثيرة منها الصداقة، أو الألفة، أو المكانة السوسيو مترية، أو الإرتياح الشخصي، وعلى المعالج أن يتحقق من تبرير اختيار الجماعة لأفرادها لأن هذا قد يكون لأغراض غير علاجية أخرى (محمود على، 2007، ص ص 91-92).

اختيار المعالج (Therapist Choice): في كل أحوال الإختيار يساهم المعالج بدوره، ويدي بدوله في هذا الإختيار الذي سوف يسفر في النهاية عن تكوين الجماعة التي سوف يتعامل معها، فلا بد أن تكون له وجهة نظر محددة في هذا الشأن، ولا بد أن تكون في رأسه أفكارا معينة، وأبعادا معينة، وتصورات معينة، وهو في النهاية يكون ملتزما بمحكات محددة لا بد أن يراعيها في اختياره، وإنقاؤه لأفراد جماعته، ولأنه سوف يصبح مسؤولا فيما بعد عن تلك الجماعة، ومسئولا عن تماسكها، وتطورها، ونضجها، ومسئولا عن مساعدتها على تلمس سبل الشافي.

الإحالة (Referral): تختلف ظروف الإحالة وفقا لنوع المؤسسة العلاجية و وفقا لنوع البرنامج العلاجي الذي تتبناه تلك المؤسسة، ففي بعض الأحيان تأتي الإحالة من غير متخصص نفسي مثل الإحالات التي تأتي عن طريق الطبيب الباطني، أو أخصائي الأعصاب وفي بعض الأحيان تأتي الإحالة إلى الطبيب النفسي المقيم أو تأتي مباشرة إلى أخصائي الطب النفسي أو تأتي إلى استشاري الطب النفس والذي يقوم بدوره بتقويم الحالة، وإعادة إحالتها إلى أخصائي العلاج النفسي الذي يقوم بدوره بتقويم الحالة. وقد تكون الإحالة عن طريق التوصية أي يوصى الطبيب بإحالة شخص ما للعلاج الجماعي نظرا لعدة أسباب ثم يذكرها في توصيته (عبد الحميد أبو زيد 2008، ص ص 70-71).

6-2- مفهوم لمرحلة ما قبل العلاج الجماعي (pre grouping preparation)

1.2.6. مفهوم مرحلة الإعداد ما قبل العلاج الجماعي: إن مرحلة الإعداد ما قبل العلاج الجماعي تعني تهيئة الأفراد غير المستعدين لتلقي العلاج النفسي الجماعي لأن يصبحوا أكثر استعدادا لتلقي العلاج، وأكثر إماما بما سوف يحدث، وأكثر تحريبا

بالعلاج، وتعد عملية الإعداد عملية معرفية من الرتبة الأولى، وتزيد من حسن توجه الأفراد نحو العلاج ونحو الجماعة العلاجية. ويرى Scogin وآخرين (1996) أن التهيؤ للعلاج وإعداد المريض له قد يكون الفيصل في نجاح أو فشل كثير من العلاجات (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص.ص.72-73).

2.2.6. مكونات مرحلة الإعداد ما قبل العلاج الجماعي: تتكون مرحلة الإعداد ما قبل العلاج الجماعي من ستة خطوات أساسية يجب مراعاتها والإلتزام بها حتى يمكن لعملية الإعداد أن تؤتي ثمارها وذلك حسب مدحت عبد الحميد أبو زيد (2008) وهي كمايلي:

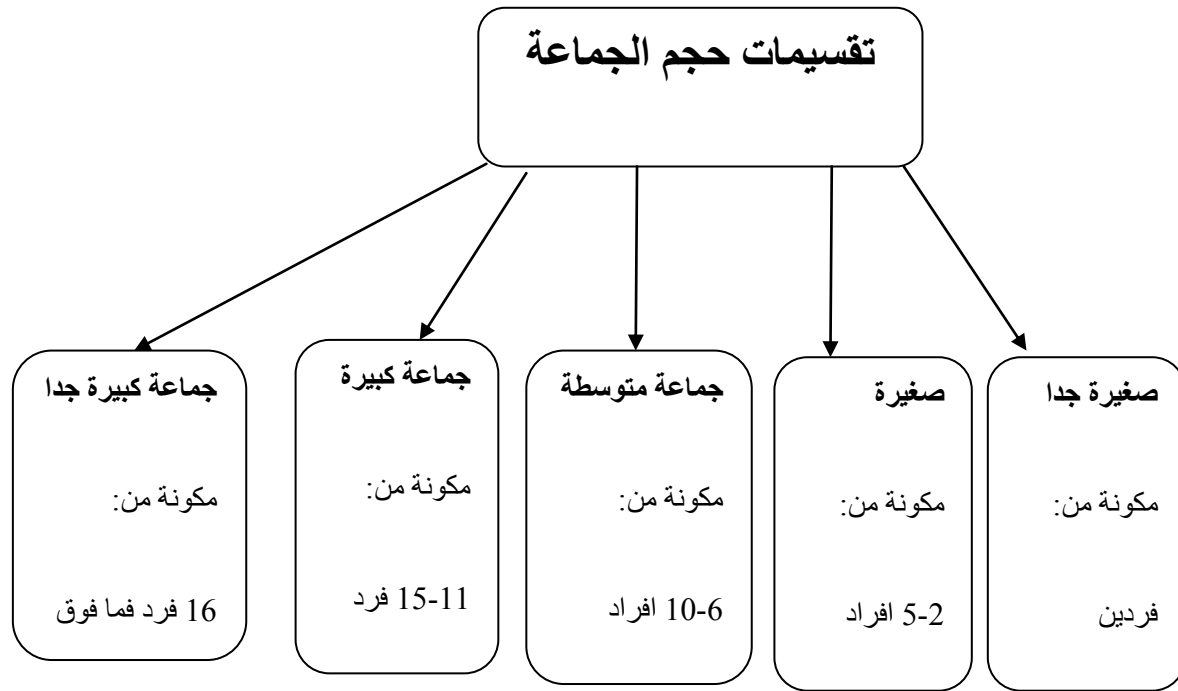
ملف المريض: يعد ملف المريض هو الوسيلة الموثقة للإتصال بين أعضاء الفريق المعالج في أي جهة يتعامل معها المريض، وهو أحد مصادر المعلومات المتعلقة بالمريض، ويحتوي على بيانات متباينة ومتنوعة مثل المعلومات المتعلقة بالجانب الطبي، والجانب النفسي، والجانب الإجتماعي، والجانب الجنسي، وعلى المعالج أن يقرأ ملفات الجماعة العلاجية قراءة متفحصة، ويطلع على تقارير كل أفراد الفريق المعالج، يدون ملاحظاته بهذا الشأن، وعليه أن يتأكد من أن كل فرد من أفراد جماعته قد أصبح له تشخيصا إكلينيكيًا دقيقًا في ملفه، ويصبح هذا التشخيص متفق عليه. كذلك لابد في كثير من الأحيان الإستعانة بأسرة المريض للإستفادة من بعض البيانات التي قد يراها المعالج مهمة، وأن أمكن الإستعانة بأصدقاء المريض، وحتى زملائه في العمل (حسب الحالة) (عبد الحميد أبو زيد، 2008، 74-75).

المقابلة الإكلينيكية: حسب Hollender و Ford (1990) في هذه المرحلة يفضل أن تكون المقابلة الإكلينيكية فردية أي مقابلة كل مريض على حده، وسوف نلجأ إلى المقابلة الجماعية في حالة تنفيذ برنامج الإعداد، وتهدف المقابلة الإكلينيكية الفردية إلى: التأكد على تشخيص الحالة، إستفادة بعض البيانات المهمة التي قد تكون غير واردة في الملف، تطبيق بعض المقاييس النفسية على المريض لاستكمال وضوح الصفحة النفسية. وعلى المعالج أن يتعرف على احتياجات المريض (عبد الحميد أبو زيد، 2008، 75).

الاستشارة: يرى Pattern وآخرون (2001) أنه بعد الإنتهاء من عمليتي الإطلاع على ملف المرضى وعقد المقابلات الإكلينيكية يستحسن أن يقوم المعالج بعرض كل ماتوصل إليه من بيانات ومعلومات عن مرضاه على الفريق المعالج للتشاور والاستشارة حتى يمكن وضع النقط على الحروف، ومضاهات تصورات أعضاء الفريق المعالج بالبيانات الإكلينيكية المكتشفة والتي استحدثت من واقع المقابلات الإكلينيكية. وفي النهاية يصبح الطريق ممهدا أمام اتخاذ تدابير تحديد البرنامج العلاجي المناسب (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص 77).

2-3- تحديد برنامج مرحلة الإعداد: يتم تحديد البرنامج الخاص بعملية الإعداد في ضوء المعطيات السابقة، وعلى المعالج تحديده وفقا للمتغيرات الآتية: حجم الجماعة المناسب، تصنيف مشكلات المرضى التي تم التعرف عليها من خلال المقابلات، تحديد نوع العلاج الجماعي واسلوبه للتعامل مع تصنيفات المشكلات، النتائج السيكومترية، الامكانيات المتاحة.

حجم الجماعة المناسب: يرى فازولو (Fasolo, 1989) بأن الجماعات الصغيرة أو معقولة الحجم أفضل في العلاج. ويؤكد عبد الحميد أبو زيد عبد الحميد أبو زيد (2008) بأن نوع العلاج يحدد حجم الجماعة اللائق والمناسب لتلقي العلاج، وعموما فإن الجماعات الصغيرة والمتوسطة الحجم تعد أفضل الجماعات وفقا لمتغيرات التفاعل العلاجي والاستفادة العلاجية. والشكل الموالي يوضح تقسيمات الجماعة العلاجية من حيث الحجم. (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص.79)



شكل رقم (21): تقسيمات الجماعة العلاجية من حيث الحجم (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص 79)

مدى تجانس الجماعة: تتخلص عناصر تجانس الجماعة حسب مدحت عبد الحميد أبو زيد (2008) في الآتي: الجنس، العمر، المستوى الاجتماعي والثقافي والاقتصادي والتعليمي، الذكاء والقدرات العقلية والمعرفية والذهبية، التشخيص الإكلينيكي والأعراض السيكوباتولوجية، الخبرات العلاجية السابقة (سواء كانت علاجات فردية أو جماعية سابقة)، حده الأعراض وكثافتها ومدى سفورها، نوع المشكلات وتصنيفها، المعرفة السابقة لأعضاء الجماعة بعضهم ببعض، التاريخ السيكاتري، السلالة والجنسية والأصل العرقي والحضاري، الديانة، اللغة.

وعلى المعالج أن يقرر أن تكون جماعته متجانسة أم غير متجانسة، أم متوسطة التجانس. وهناك من يفضل كما يرى سادوك (Sadock, 1989) أن تكون الجماعة غير متجانسة بقدر الإمكان للتوصل إلى أقصى تفاعل ممكن حيث تتخلف الفئات الإكلينيكية لأفراد الجماعة، وتختلف الأنماط السلوكية لهم.

حجم الجلسات لإعداد والتجهيز المناسب: على المعالج أن يحدد حجم الجلسات المناسب الذي سوف تستغرقه عملية الإعداد، والحد الأدنى لهذه الجلسات هو جلستين على الأقل، والحد الأقصى خمس جلسات، وعليه أن يحدد توقيت كل جلسة، وليكن ساعة بحد أدنى لكل جلسة، ويمكن أن يزيدا وفقا لمتغيراته، ويحدد مكان هذه الجلسات.

تصنيف مشكلات المرضى: تعد عملية تصنيف مشكلات المرضى من الخطوات المهمة، وذات المغزى في تحديد البرنامج، بل وفي نجاح العملية العلاجية كلها. فبناء على التصنيف الصحيح للمشكلات سوف يتم توزيع المرضى على أنواع العلاجات المختلفة. فإذا كان التصنيف خاطئا فسوف يكون العلاج في غير محله. فإن كانت المشكلات الخاصة بالمرضى زيد تتعلق بضعف القدرة على السيطرة على الذات، وضعف الضبط الذاتي، والاندفاعية، فسوف يتم توزيع هذا المريض على العلاج النفسي الجماعي بطريقة العلاج السلوكي المعرفي بأسلوب جماعة التحكم الذاتي أو الضبط الذاتي (Self. Control Group). وأن كانت لدى

المريض عمر مجموعة من المشكلات الإجتماعية، وسوء توافق اجتماعي، واحباطات اجتماعية، وضعف القدرة على مواجهة المواقف الاجتماعية، فسوف يتم توزيعه على العلاج النفسي الجماعي بطريقة العلاج السلوكي المعرفي الاجتماعي بأسلوب جماعة المهارات الاجتماعية (Social Skills Group).

تحديد نوع العلاج، ونمطه، وطرزه، وأسلوبه، ومنهجه: وحسب Woody وآخرون (1988) لابد للمعالج أن يلم بكافة أنواع العلاجات النفسية الجماعية التي ازدادت في الفترة الأخيرة باطراد ازدهار العلاج النفسي الجماعي، والتقدم الملحوظ الذي حظي به. وتقع على المعالج مسئولية اختيار نوع العلاج، وعليه أن يقدم تبريراته لاختيار نوع علاج معين وتفضيله على نوع آخره، وما هي الأسس التي ارتكز عليها في اختياره للعلاج لحالة المريض؟ وظروفه، ومعاناته، وشكواه، وسفور أعراضه، وهل سوف يحيل المريض لنوع من العلاج؟ أم نوعين من العلاج في آن واحد وفقا لمشكلاته؟ وهل سيكون المريض تحت رعاية العلاج النفسي الجماعي فقط؟ أم سوف يأخذ جرعات أدوية أخرى بجانب العلاج النفسي؟ ولا بد على المعالج أن يتأكد من درايته الكافية بفنيات العلاج حتى يحدث تفاعلا بين المعالج وأفراد الجماعة (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص ص 80-81)

النتائج السيكومترية: تتحدد مرحلة الإعداد بما تسفر عنه النتائج السيومترية في التعرف إلى شكاوى المرضى، ومشكلاتهم، ومعاناتهم، وصراعاتهم وإحباطاتهم، ومواطن الضعف والقصور والوهن في ذواتهم، وجوانب التشويه المعرفي لديهم، ودفاعاتهم، وقدراتهم على مواجهة الضغوط، وتحمل الألم، وتحمل الغموض، وتباين إدراكاتهم، واستبصارهم بما يعانون من اضطرابات. ولا يمكن أن تؤتي مرحلة الإعداد ثمارها دون معرفة المعالج بكل هذه المتغيرات التي سوف تقيده أيضا في الانتقال النهائي، وفي اختيار نوع العلاج، والتي سوف تقيده في المقارنة بين تلك المعطيات قبل العلاج وبين المعطيات التي سوف يحصل عليها بعد العلاج، فإن كانت الفروق بين الموقفين إيجابية ودالة وذات مغزى، كان ذلك مؤشرا طيبا لنجاح العلاج.

الإمكانات المتاحة: تتحدد مرحلة الإعداد في ضوء الإمكانيات المتاحة في المؤسسة العلاجية، فلا يصح أن نضع خطة طموحة جدا للعلاج ولا توجد أية إمكانات تساعد في ذلك، وفي بعض الأحيان يواجه المعالج مثل هذا الموقف. أي يكون له مريض يعاني من مشكلات معينة تتطلب نوعا من العلاج غير متوفر في المؤسسة العلاجية. فسوف يجد المعالج نفسه أمام خيارا من ستة: إحالة المريض إلى جهة علاجية أخرى إذا كانت الحالة تستوجب ذلك، محاولة خلق جماعة علاجية يكمن معها تطبيق هذا النوع من العلاج الجماعي، إحالة المريض إلى العلاج النفسي الفردي مؤقتا، محاولة رعاية المريض طبيا بالعقاقير التي يمكن أن تجعله يتجاوز الأزمة، محاولة البحث عن مشكلات أخرى داخل المريض ومحاولة علاجها بالاساليب المتاحة، عرض الأمر برمته على الفريق المعالج للاستشارة (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص ص 82-83).

6-2-4- تنفيذ مرحلة الإعداد والتجهيز للعلاج: يتم تنفيذ مرحلة الإعداد والتجهيز للعلاج وفقا للخطوات الآتية:

أ. **مرحلة التدعيم الاجتماعي:** وتهدف إلى تخفيف قلق الأفراد فيما يتعلق بالعلاج، وتدفئة العلاقة بين الأفراد، وزيادة معرفتهم بعضهم ببعض الآخر.

ب. **مرحلة التلقين المعرفي:** تهدف إلى تقديم شرح واف، وكاف، ومنطقي، وموجز، وواضح، وبسيط، وعياني، وتدعيمي عن المتغيرات الآتية: مفهوم العلاج النفسي الجماعي، أهداف العلاج بصفة عامة وأهداف عملية الإعداد بصفة خاصة، المدة المحدد لعملية الإعداد والزمن المحدد الافتراضي لعملية العلاج نفسها، المكان الذي سوف تجرى به الجلسات وزمن كل جلسة علاجية، حصر المفاهيم الخاطئة والتوقعات السالبة ومحاولة تصحيحها مبدئيا، تلك التي تتعلق بالعلاج، قواعد الجلسة العلاجية والمعايير المفترض إتباعها والسلوكيات المقبولة، فكرة مبسطة عن الأدوار العلاجية لكل من المعالج و الأفراد، فكرة مبسطة عن الأساليب العلاجية والطرق والمناهج، فكرة مبسطة عن المراحل العلاجية التي يمر بها الأفراد خلال فترة العلاج، محكات إنهاء الجلسات ومحكات إنهاء البرنامج العلاجي، التقويم و المتابعة وإجراءات كل منها.

ج . **مرحلة المناقشة:** وتهدف هذه المرحلة إلى مناقشة الأفراد فيما استمعوا إليه، والإجابة عن تساؤلاتهم، واستفساراتهم، والأمور التي صعب عليهم فهمها، والحصول على تغذية مرتدة عن انطباعاتهم، وجمع مقترحاتهم بشأن العلاج، وعن الجماعة العلاجية، وهذا من شأنه أن يترك أثر طيباً في نفوس الأفراد بأنهم يشتركون في العملية العلاجية بأنفسهم.

د. **التعاقد:** العقد يلزم أطرافه بمجموعة من الالتزامات لادمن مراعاتها، وقد يحتوي على بنود خاصة بتوقيع عقوبة ما يرتضيها الأطراف في حالة مخالفة التعليمات، أو الإلتزامات. وأسلوب التعاقد في العلاج أسلوب حديث نسبياً تم إدخاله ضمن برامج العلاجات السلوكية.

التعاقد العلاجي قد يكون فردياً أو جماعياً، والتعاقد الفردي يكون بين المريض والمعالج، أما التعاقد الجماعي فيكون بين المعالج والجماعة العلاجية. وأبسط صورة لهذا التعاقد مثل: "اتفق الطرفان المواعيد أدناه على أن يلتزم الطرف الثاني (مريض/جماعة) بالبنود التالية: الإلتزام بحضور الجلسات العلاجية، الإلتزام بالاستمرار في متابعة العلاج، احترام قواعد الجلسة العلاجية المتفق عليها، احترام آراء الجماعة العلاجية والمحافظة على أسرارها، الإلتزام بالزمن المحدد لكل جلسة، ألا ينهي الطرف الثاني العلاج بنفسه إلا بعد موافقة الطرف الأول المعالج.

ولقد ارتضى الطرفان هذه البنود، وأي إخلال بها من قبل الطرف الثاني يعرضه للعقاب المتفق عليه "ضمناً". ويتم التوقيع على هذا العقد البسيط من قبل الطرفين، ويصبح ملزماً لكل منهما بمراعاة إتباع تعاليم العقد وشروطه Derisi & Butz, 1975, (pp 11-12).

6-2-5- **تقويم مرحلة الإعداد:** يتم التقويم بهدف تقدير مستوى الاستفادة التي حصلها أفراد الجماعة، وعلاوة على تقدير مستوى الاستعداد للقيام بالمهمة العلاجية التي تلي سائر مراحل العلاج (Wolpe, 1958, p 100).

الانتقاء التقويمي النهائي: هذه هي المرحلة الأخيرة في بناء الجماعة العلاجية، والتي لا بد أن تصب فيها كل المعرفة التي كونها المعالج عن شكل الجماعة وحجمها. وتتمثل خطوات الانتقاء النهائي في النقاط التالية: استبعاد المؤقت للحالات التي رفضت التعاقد، الاستبعاد المؤقت للحالات التي لا تتفق مشكلاتها مع نوع العلاج المطروح، الاستبعاد المؤقت للحالات التي أثبتت النتائج السيكومترية أنها غير صالحة للعلاج أو غير مستعدة الآن لتلقي العلاج، الاستبعاد المؤقت للحالات التي لم تستوفي محكات بناء الجماعة المطلوب. ويتم كل ذلك وفقاً لرؤية المعالج وتصورات، وفيما يلي بيان المحكات العامة والاسس العامة الواجب مراعاتها في الانتقاء النهائي: الاعتراف بالمشكلة أو المرض، الحاجة إلى المساعدة، دافعية العلاج، الاستعداد للقيام بالمهمة العلاجية، الرغبة في التغيير والقدرة على بذل الجهد لإحداث التغيير المطلوب، المثابرة لتحمل العلاج، الأمل. (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص ص 84-85).

نلاحظ أن بناء الجماعة العلاجية وإعدادها، والتي تتركز حول الاختيار الأولي والإعداد لمرحلة ما قبل العلاج الجماعي والانتقاء التقويمي النهائي، مرحلة جد مهمة في نجاح البرنامج العلاجي.

كتلخيص لما سبق فإن القواعد العامة لإجراء الجلسة العلاجية الجماعية نذكر مايلي: الإلتزام بالزمن (قصير نصف ساعة معتدلة من ساعة إلى ساعة ونصف، طويلة من ساعتين إلى ثلاثة ساعات، وممتدة تتراوح بين يوم إلى يومين)، الإلتزام بالهدف والاتجاه نحوه، آداب الجلسة وأخلاقياتها، التدريبات العلاجية، شكل العلاقة بين المعالج الجماعة التي ينبغي أن تكون واضحة وصریحة ومحددة ودافئة دون تجاوزات، حفظ المعالج لأسماء جماعته، الفرص المتكافئة للمشاركة، الذاكرة، تسجيل الملاحظات، اختيار المادة الحوارية ومضمونها، التغذية المرتدة، الواجب المنزلي، طبيعة الجلوس في الجلسة (من الأفضل أن تكون على شكل دائري لأنها تتيح أكبر فرصة لكي يرى الأفراد بعضهم البعض)، إكمال المقرر العلاجي، المساعدة الذاتية والغيرية، الأمل في الشفاء، آداب مابعد الجلسة العلاجية ومن بينها حفظ أسرار المرضى ورصد تقدمهم وعدم إنهاء الجلسة إذا كان أحد الأعضاء

يشعر بأن جرحه مازال ينفذ، الإجابة على استفسارات الجماعة و الحصول على التغذية المرتدة حتى يعلم المعالج مدى استعادتهم من الجلسة العلاجية. وعلى الجماعة أن لا تقشي بأسرار الآخرين وعدم اتهام الآخرين بما ورد بالجلسة، وممارسة الواجب المنزلي وغير ذلك (عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص 124).

5- التقويم النهائي

ماهي اهم النظريات المفسرة للسلوك العدواني حسب اطلاقك.

ما هي الاجراءات الواجب اتخاذها من طرف الاخصائي النفساني لتحديد السلوك المضطرب.

6- المصادر والمراجع:

7- صبر اراء حول المقياس