

العلاج المعرفي السلوكي لدى الأطفال

إعداد

الباحثة: صفاء على أحمد القبندي

إشراف

أ.د/حسين محمد سعد الدين الحسيني

أستاذ علم النفس

كلية الآداب - جامعة المنصورة

المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال - جامعة المنصورة

المجلد الثالث - العدد الثالث

يناير ٢٠١٧

العلاج المعرفي السلوكي لدى الأطفال

أ/ صفاء على أحمد القبندي**

مقدمة

تتضمن جلسات وأنشطة العلاج النفسي الجماعي الذي نستند عليه في هذه الدراسة علاج معرفي سلوكي، فالهدف من العلاج لا يقتصر على التحليل النفسي كما كان يُعتقد وإنما الهدف الأساسي تنمية الجانب الاجتماعي والنفسي والمعرفي والمهاري لدى المرضى الذين يعانون من الأعراض الاكتئابية المصاحبة للاضطرابات النفسية المختلفة.

وقد كشفت البحوث على وجود أدلة قوية تبين أن وراء كل تصرف انفعالي لمرضى القلق أو الاكتئاب أو الغضب نمط بنائي من التصورات والمعتقدات الخاطئة التي يتبناها الفرد عن الحياة ومشكلاتها وأن التصرفات الانفعالية تتغير بتغير هذه التصورات والمعتقدات (عبد الستار إبراهيم ١٩٨٣).

لهذا كان للعلاج المعرفي السلوكي دوراً مهماً في خفض الأعراض الاكتئابية المصاحبة للاضطرابات النفسية، وذلك لأن من أهدافه تغيير التصورات والمعتقدات الخاطئة التي يتبناها الفرد والتي تؤثر على تصرفاته وانفعالاته وتؤثر على توافقه النفسي والاجتماعي.

**

الفكرة الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي

الفكرة الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي بسيطة، وتتمثل في أن استجاباتنا السلوكية والوجدانية تتأثر كثيراً بمعارفنا (أفكارنا)، التي تحدد الكيفية التي نستقبل بها الأشياء وندركها. بمعنى، نحن نشعر بالغضب، أو الحزن فقط عندما يكون لدينا مبرر لذلك، بمعنى آخر، ليس الموقف في حد ذاته، ولكن مدركاتنا، وتوقعاتنا، وتفسيراتنا (التقييم المعرفي) للموقف هي المسؤولة عن وجدانياتنا (هوفمان، ٢٠١٢).

ويؤكد بيك وآخرون "أن الاضطراب الإنفعالي يعود إلى اضطراب في التكوين المعرفي للفرد الذي يتضمن الأفكار، التفسيرات، التخيلات، الذكريات، المعرفة تلعب دوراً أساسياً في إحداث واستمرار وعلاج الاضطرابات النفسية، وهذه الفكرة ليست وليدة اليوم فلقد تنبه الفلاسفة الرواقيون إلى أن الطريقة التي نرك بها الأشياء، هي التي تؤثر على سلوكنا أحياناً ما تسبب الإضطراب فالتعاسة والسعادة والراحة والتعب لا تنتج عن الأحداث، ولكن من إدراك الفرد ووجهات نظره تجاه تلك الأحداث (كحلة، ٢٠٠٩).

إذا الفكرة الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي تتمثل في أن أفكار الإنسان تتحكم في مشاعره وسلوكه، كما يُستخدم العلاج المعرفي السلوكي في الأساليب العلاجية النفسية المختلفة، فالمعالج يتبعه من غير ان يفطن وذلك عندما يقوم بتدعيم بعض الاستجابات الملائمة للمريض (نجاتي، ٢٠٠٢).

تاريخ العلاج المعرفي السلوكي

يعود التعبير عن فكرة العلاج المعرفي السلوكي إلى الفيلسوف الرواقي إبيكتيتس (Epictetus) (٥٥ - ١٣٤ بعد الميلاد) فمن أشهر مقولاته: "الناس لا

تحركهم الأشياء، ولكن يحركهم منظورهم للأشياء "بعد ذلك، كتب ماركوس أوريليوس Marcus Aurelius (١٢١-١٨٠ بعد الميلاد): "لو أنك تأملت أي شيء خارجي، فليس هذا الشيء هو الذي سبب لك الإزعاج، ولكن حكمك عليه؛ وبمقدورك أن تزيل هذا الحكم الآن" (هوفمان، ٢٠١٢).

ويؤكد فلاسفة الطاوية والبوذية ما أكد عليه الفلاسفة الرواقيون حيث يؤكدون على التالي (سلامة، ١٩٨٥):

١- الانفعالات الإنسانية ذات أصل معرفي:

٢- يرتبط تغير مشاعر الفرد بتغير أفكاره، فحتى يتم ضبط أو تغيير مشاعر الفرد فمن الأفضل أن نغير أفكاره أولاً وقد أكد شكسبير ما ذهب إليه الرواقيون والبوذيون حيث يقول في مسرحية هاملت أنه "ليس هناك شيء جيد وشيء سيئ إنما التفكير ما يجعله كذلك" ويشير (ألبرت آليس Albert Eills) في ذلك بأنه استمد الأصول الفلسفية لنظريته في العلاج العقلاني الانفعالي من هذه الآراء الفلسفية مؤكداً أيضاً أن تفكير الفرد هو سبب الانفعال.

وتجدر الإشارة أيضاً إلى أن فلاسفة وأدباء وشعراء آخرين عبروا عن أفكار مشابهة لهذه الأفكار على مدار التاريخ (هوفمان، ٢٠١٢).

تعتبر هذه الآراء بإيجاز الجذور التاريخية التي أُسِّتد إليها المنظور المعرفي في تفسيره للاضطرابات النفسية. حيث أسهمت هذه الآراء في إلقاء الضوء على أهمية تعديل السلوك الذهني لتحقيق السعادة والتواءم النفسي فهي فلسفة للصحة النفسية والسعادة الخاصة ترشدنا كيف نفكر في أمور الحياة بطريقة منطقية ومتعلقة حتى نستمتع بحياة خالية من الاضطراب.

مؤسس والعلاج المعرفي السلوكي

أسس كل من آرون بيك Aaron Beck، والبرت إليس Albert Ellis العلاج النفسي الذي أصبح يُعرف بعد ذلك بالعلاج المعرفي السلوكي، وإن كان كلاً منهما يعمل بشكل مستقل عن الآخر.

بالنسبة لبيك Beck فقد تدرّب على التحليل النفسي الفرويدي لكنه شعر بعدم الرضا من قلة استخدام الدعم التجريبي لأفكار فرويد فلجأ إلى استخدام الطرائق التجريبية لعلاج المشكلات النفسية، فطور بيك Beck طريقة علاجية لمساعدة المرضى على تحديد وتقييم الأفكار والمعتقدات التي تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف الموقف أو الحدث، ويؤدي بالتالي إلى استجابة وجدانية، وذلك لتشجيع المرضى على التفكير بشكل أكثر واقعية والسلوك بشكل أكثر فعالية، الشعور بالرضا نفسياً. وتقديراً على أبحاث بيك Beck في العلاج المعرفي السلوكي مُنح جائزة لاسكر Lasker Award عام ٢٠٠٦، وقال رئيس هيئة لاسكر "يعد العلاج المعرفي أحد أهم التطورات الهامة في علاج الأمراض العقلية خلال الخمسين عام الماضية" (هوفمان، ٢٠١٢).

أما إليس Ellis فقد تدرّب أيضاً على التحليل النفسي الفرويدي مثله مثل بيك Beck، ولكنه تأثر كثيراً بالفروديين المحدثين أمثال كارين هورني Karen Horney. ويؤكد المدخل العلاجي لإليس Ellis على العمليات المعرفية، ويبين أن دور المعالجين النفسيين يتمثل في مساعدة المرضى على إدراك أن معتقداتهم الخاصة تسهم بشكل كبير في مشكلاتهم النفسية، بل تبقى عليهم وتسببها، وأشار على أن هذا المدخل العلاجي يساعد المرضى على إدراك لا عقلانية تفكيرهم،

ويساعدهم على التغيير الفعال للمعتقدات والسلوكيات التي تهزم الذات (هوفمان، ٢٠١٢).

تعريف العلاج المعرفي السلوكي Cognitive behavior therapy

يعرف Beck العلاج المعرفي السلوكي على أنه طريقة بنائية مركبة ومحددة الزمن ذات أثر توجيهي فعال يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات النفسية: القلق، الإكتئاب، الغضب،... إلخ (الشناوي وآخرون ١٩٩٦).

وكذلك يُعرف العلاج المعرفي السلوكي على أنه كف نشاط الأفكار السلبية النشطة وفي نفس الوقت تدعيم وتعزيز الأفكار الملائمة في الواقع من خلال العمل الفعلي وتشجيع المريض المصاب بالأعراض الاكتئابية على القيام باختيار مدى الأفكار الإيجابية والأنشطة الفعالة وتعديل المشاعر الداخلية المتعلقة بالمرض النفسي بهدف كشف النقاب عن المعاني التي توصف بها الأحداث غير المستحبة (كحلة، ٢٠٠٩).

جانب التحليلي النفسي والعلاج المعرفي السلوكي

يهتم الجانب التحليلي بالتاريخ الماضي لنشوء الأعراض، وبحياة الفرد السابقة وخبراته الماضية، بينما يركز العلاج السلوكي اهتمامه على الأعراض الموجودة حالياً أثناء العلاج، ولا يهتم بالبحث عن تاريخ نشوئها، ولا عن تاريخ حياة الفرد السابقة (نجاتي، ٢٠٠٢).

ومن وجهة نظر التحليل النفسي، الإضطرابات النفسية لها جذورها في الصراعات العميقة وذلك بناءً على التفكير الفرويدي فقد اعتبر هذه الصراعات

نتيجة لكبت الأفكار غير المرغوب فيها وكذلك الرغبات والدوافع والأمنيات غير المرغوب فيها، لكن بدلاً من التنقيب عن معلومات في الماضي للكشف عن أي صراعات في العلاقات بين الوالد والطفل والتي من شأنها أن تكون سبباً في المشكلة، فإن الأفضل أن نركز بشكل رئيسي على ما هو كائن الآن وليس على ما مضى وهذا ما يركز عليه العلاج المعرفي السلوكي (هوفمان، ٢٠١٢).

الجانب المعرفي في العلاج المعرفي السلوكي

الفكرة الرئيسية في العلاج المعرفي السلوكي تتمثل في الفكرة التي مؤداها أن أفكار الفرد وتوقعاته تؤثر في سلوكه (نجاتي، ٢٠٠٢)، كذلك استجابتنا الوجدانية تتأثر بشكل كبير بمعارفنا والطريقة التي ندرك بها العالم، وأنفسنا، والآخرين، والمستقبل. لذا، فإن تغيير أفكارنا اتجاه شيء ما، أو حدث ما، أو موقف ما يمكن أن يغير من الاستجابة الإنفعالية المصاحبة له (هوفمان، ٢٠١٢). فالمكونات المعرفية للفرد هي المحور الذي يؤثر على مشاعره وسلوكه فإذا كان بمقدورنا أن نغير من معارفنا فإننا سوف نؤثر بالضرورة على مشاعره وسلوكه (كحلة، ٢٠٠٩).

يشير الجانب المعرفي في الاضطرابات ببساطة إلى مجموعة الأفكار والمعتقدات والحجج وربما القيم التي يتبناها الشخص نحو ذاته ونحو بيئته بحيث تؤدي في النهاية إلى إثارة الاضطراب أو تأكيده وهذه الأفكار والمعتقدات غير المنطقية تكاد تكون عامة وعندما يتم تقبلها وتدعيمها عن طريق التلقين الذاتي تؤدي إلى الاضطراب النفسي لأنه لا يمكن العيش معها بسلام فالشخص المضطرب غير سعيد لأنه غير قادر على التخلص من أفكاره مثل "ينبغي ويتحتم ويجب" ونحو ذلك إن هذه المعتقدات الغير منطقية التي يؤدي الإعتقاد بها

إلى أن يصبح المريض مقهوراً شاعراً بالذنب وعدم الكفاءة وبالقصور الذاتي (إبراهيم، ١٩٨٣).

الجانب السلوكي (التنشيط السلوكي)

يركز هذا الجانب على تعلم سلوكيات جديدة توافقية، وقد أكدت عدة دراسات في الولايات المتحدة الأميركية أن خلال السنوات الخمسة عشرة المنصرمة فعالية نظرية التعلم الاجتماعي في علاج الاكتئاب وأخذ بها الكثير من العاملين في العلاج النفسي، ويقوم هذا العلاج على التعزيز الإيجابي لسلوكات جديدة متعلمة تكيفية، والتغيير في نوعية نشاطات المريض خلال تفاعلاته الاجتماعية من خلال التوجيه، والتدريب الميداني وتعليمه مواجهة المثيرات الخارجية المحدثة للاضطراب الاكتئابي والسيطرة عليها (الحجار، ١٩٨٩).

تتأثر الخبرة والسلوك بالتنبؤات والمقولات الذاتية عند المريض ويبرز العنصر الأساسي في المدخل السلوكي في التشجيع على نمو أشكال معينة من السلوك لتحسين الصحة النفسية للفرد المريض.

وتطبيق الجانب السلوكي يتم عند إعطاء المريض بعض المهام وهذه المهام غالباً ما يطلق عليها التنشيط السلوكي Behavioral هذا التنشيط السلوكي يمكن أن يكسر دائرة التفكير السلبي، والطاقة والدافعية المنخفضة. هذا التنشيط السلوكي يرفع من طاقة المريض، غير من إدراكه لذاته، وحسن من مزاجه، بسبب التركيز على المظاهر السلوكية أكثر من المشكلات النفسية، يبدو أن مصطلح العلاج المعرفي السلوكي أفضل من العلاج المعرفي فقط.

وعند إعطاء المريض المهام يفضل نبدأ بالمهام البسيطة ثم الأكثر صعوبة للقيام بها أثناء اليوم، ومن تلك المهام التدريبات الرياضية البسيطة، الأعمال المنزلية، والتسوق، إرسال طلبات التقدم للوظيفة، الذهاب لمقابلات الوظائف، وممارسة الهوايات (هوفمان، ٢٠١٢).

Theory Basic for **العلاج المعرفي السلوكي** Cognitive Therapy

تستهدف العملية العلاجية المعرفية استجلاء الأفكار السلبية ومناقشة صلاحيتها وصحتها وجدواها ومن ثم طرح البدائل المنطقية لهذه التصورات وصولاً لتغيير نمط تفكير الفرد المكتئب ودور المعالج هنا هو مساعدة المريض على الوقوف موقفاً نقدياً من المطلق إلى النسبي، ومن العموميات إلى الأفكار المحددة، ومن الأحادية إلى الاختيارية من عدة بدائل وإخضاعها لمحك الواقع والتجربة العملية. وتعد نتائج العلاج المعرفي إيجابية خاصة عندما تترافق مع استعمال الدواء الملائم وبعض التقنيات السلوكية (سرحان وآخرون، ٢٠٠١)

وتعتمد الفكرة الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي على أن حياة الإنسان لا تخلو من بعض الخبرات التي تبعث على اليأس والعجز وذلك بسبب ما يتعرضون له من نكسات مادية ومعنوية، وهذه الخبرات تتلون حسب ما يستنتجه كل إنسان في ضوء تقييمه الذاتي وقدرته على ضبطها والتفاعل معها وقد يؤدي إلى نوع من التشويه المعرفي الذي يمكن أن يلعب دوراً أساسياً في زيادة الأعراض الاكتئابية لدى الفرد، ومن ثم تسيطر عليه مشاعر سلبية عن ذاته وعن مستقبله والعالم حوله.

وهنا يأتي دور العلاج المعرفي السلوكي حيث يقوم بإعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات تقوم على أن العوامل المعرفية تؤثر في السلوك، وبالتالي تغييرها سيترتب عليه بلا شك تغير في سلوك المريض، ومن المهام المتعلقة بالعلاج المعرفي والتي يجب على المعالج القيام بها، ما يلي (الشناوي وآخرون، ١٩٩٨):

- ١- تعليم المرضى أن يحددوا وقيموا أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة.
- ٢- تعليم المرضى تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة والتشوهات الفكرية.
- ٣- تدريب المرضى على إستراتيجيات وفنيات سلوكية ومعرفية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة أو عند مواجهة ضغوط الطارئة.

مبادئ العلاج المعرفي السلوكي

أولاً: مبادئ العلاج المعرفي

يتضمن العلاج المعرفي المبادئ التالية (بيك، ١٩٩٥):

- ١- يعتمد على إعادة بناء أفكار المريض ومشاكله بالاستعانة بالمصطلحات معرفية.
- ٢- يتطلب تحالف علاجي سليم.
- ٣- يؤكد على التعاون والمشاركة الفعالة.
- ٤- يتجه للهدف ويركز على المشكلة.
- ٥- يؤكد على الحاضر أولاً.
- ٦- يهدف إلى تعليم المريض أن يكون معالج لنفسه .
- ٧- يهدف لأن يكون محدوداً زمنياً.

- ٨- تقنين الجلسات العلاجية.
 ٩- يستخدم في البداية طريقة الحوار السقراطي.
 ١٠- يعتبر الواجب المنزلي علامة بارزة فيه.

ثانياً: مبادئ العلاج السلوكي Behavior Therapy

العلاج السلوكي Behavior Therapy أسلوب من أساليبه الحديثة يقوم على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم، ويشتمل على مجموعة كبيرة من الفنيات العلاجية التي تهدف إلى إحداث تغيير إيجابي بناء في سلوك الإنسان وبصفة خاصة سلوك عدم التوافق. ويقصد بالسلوك Behavior مجال العلاج السلوكي الاستجابات الظاهرة التي يمكن ملاحظتها (التصرفات) وكذلك الإستجابات غير الظاهرة مثل الأفكار والإنفعالات (كحلة، ٢٠٠٩). ومن مبادئ العلاج السلوكي (الشناوي، ١٩٩٦):

- ١- يميل العلاج السلوكي إلى التركيز على الأعراض أكثر من التركيز على أسباب فرضية.
 ٢- يفترض العلاج السلوكي أن السلوكيات المضطربة تكون مكتسبة إلى حد بعيد عن طريق التعلم بنفس الطريقة التي يتعلم بها الفرد.
 ٣- أن العلاج السلوكي له الأسس النفسية وبصفة خاصة قواعد التعلم يمكن أن تغير كثيراً في تعديل السلوك غير المتوافق.
 ٤- يتضمن العلاج السلوكي إعداد أهداف علاجية محددة وواضحة لكل فرد على حده.
 ٥- يرفض العلاج السلوكي النظرية الكلاسيكية للسمات.
 ٦- يقوم المعالج السلوكي بإعداد طريقة العلاج بما يناسب مشكلة العميل.

٧- يقوم العلاج السلوكي على مبدأ هنا والآن.

٨- يهتم العلاج السلوكي بالجانب التجريبي .

الفنيات السلوكية Behavioral techniques

ومن الفنيات السلوكية المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي (Beck,)

(1987):

١- جدولة النشاط: جدول النشاط يساعد المرضى على التخطيط لأوقاتهم بفاعلية وتقدير إمكانات فعاليتهم الخاصة.

٢- العلاج بالإتقان والسرور: يسجل المرضى كل ما يقومون به من نشاط، يستعينوا بكل خبرة تمكنهم أن تسيطر عليها بوضع حرف (ت) أمامها، وكل خبرة سارة ومفرحة بوضع حرف (س) أمامها كذلك، وبذلك يزيدون من وعيهم بالخبرات الإيجابية.

٣- واجبات أو مطالب متدرجة(العلاج بنجاح): الهدف هو أن نعطي المريض سلسلة من نجاحات، ففي بعض الأحيان يسمى "العلاج بالنجاح " ويبدأ المعالج بواجب بسيط حيث يكون فيه قادراً على أن يحدد أنه يدخل في نطاق مقدرة المريض. وبالعامل معاً يصمم المعالج والمريض أنشطة أكثر صعوبة في التعقد أو الاستمرار النجاح في أداء الواجبات المتدرجة يغير مفهوم الذات لدى المرضى.

١-٤- اظهار تحريفات المريض: وعلى المعالج أن يؤدي الدور بطريقة تظهر للعيان تحريفات المريض والإستنتاجات الإعتباطية. وهذا يساعد المريض في وقت واحد على إدراك مدى زيف مخرجه الاتهامات وملاحظة تطرف الأحكام السلبية وتغيير وضعه المعرفي من الإنتقادي

إلى المشاركة الوجدانية وبعض الفنيات الأخرى مثل التعزيز الذاتي والتقييم الذاتي وإعادة التدريب.

٤- واجبات منزلية: تحدد الواجبات المنزلية عقب كل جلسة لمواجهة الأعراض الإكتئابية ويسجل المرضى المعارف السلوكية السلبية في عمود والاستجابات المعقولة في عمود مقابل من الصفحة.

وعلى وجه الجملة يمكن أن نقول أن العلاج المعرفي يستخدم الفنيات المعرفية والسلوكية.

- ١- يحدد ويضبط المعارف أو الأفكار الآلية.
- ٢- يفحص ويختبر هذه المعارف.
- ٣- يستحث تنظيمات بديلة من أحداث يوم بيوم.
- ٤- يسجل الأفكار المختلة وظيفياً.
- ٥- يستحث مخططات وتكون قابلة للتكيف أكثر.

العلاج المعرفي السلوكي للفصام

Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia

الفصام يؤدي إلى تدهور المهارات المهنية والاجتماعية لدى معظم المرضى لهذا يحتاج المريض إلى إعادة تأهيل عن طريق تطبيق تقنيات العلاج المعرفي السلوكي. كما أن العلاج المعرفي السلوكي للفصام يهدف إلى تعديل معرفي للأفكار السلبية التي يعتقد بها المريض، ويشمل تقنيات فنية تساعد على إعادة التنظيم المعرفي بمساعدة المعالج للمريض في التعرف على الأفكار السلبية التي تسبب معاناته، ومن ثم يتم تحدي هذه الأفكار ووضعها موضع المناقشة والتفنيد من خلال التساؤل عن منطقيتها، ومحاولة استدعاء واستثارة التبريرات العقلية التي تجعل المريض يتقبلها، ثم التساؤل كما يحدث في

الأسلوب الجدلي عن الدليل المؤيد أو المعارض لهذه الأفكار ومن الممكن إجراء التجارب لتلك الأفكار، ومن ثم ادماج المريض في أنشطة بهدف تثبيت الأفكار البديلة وتعديل سلوك المريض لمساعدته على أن يحيا حياة طبيعية تتوفر فيها المقومات الأساسية التي تساهم في استقراره (Kingdon , 2005).

قد يلجأ بعض المعالجين إلى استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع مرضى الفصام دون اللجوء للعلاج الدوائي، وقد يكتفي معظمهم بالعلاج الدوائي متناسين أهمية العلاج المعرفي السلوكي المرافق للعلاج الدوائي في تأهيل المريض. وقد أثبتت التجارب والدراسات أهمية الاستعانة بالعلاجين معا للوصول لنتائج مرضية للمرضى، وبما أن الاعراض الاكتئابية هي من الأعراض الشائعة والمتداخلة مع اعراض مرض الفصام واضطرابات نفسية أخرى، سنعرض استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي التي ستساعد على خفض الاعراض الاكتئابية لدى مرضى الفصام والتي ستساعدهم على التوافق النفسي والاجتماعي لديهم.

التخطيط للعلاج المعرفي السلوكي لمرضى الفصام

عند التخطيط للعلاج المعرفي السلوكي يجب الأخذ بعين الاعتبار ما يلي (Kingdon,2005):

أولاً: اختيار مرضى الفصام الملائمين للعلاج المعرفي السلوكي:

والأسئلة التالية هي التي ستساعد المعالج في أن يقرر إذا العلاج المعرفي السلوكي سيساعد أم لا في حالة المريض:

١- هل المريض يعاني من الأعراض الاكتئابية؟

٢- ما هو نوع الفصام؟ تبعاً لنوع الفصام سيختلف العلاج.

- ٣- ما مدى شدة الأعراض الاكتئابية؟
 ٤- هل يتحدث المريض عن معارف محيطية؟
 ٥- إلى أي مدى سيقبل المريض العلاج؟
 ٦- ما مدى قدرت المريض على تكوين علاقة متعاونة؟
 ٧- ما كمية المهارات المتوفرة لدى المريض؟

ثانياً: عدد ومعدل تكرار جلسات العلاج

عند تخطيط العلاج فإن عدد الجلسات يختلف على حسب حاجة المريض، وعادتا يكون العدد ٢٠ جلسة كل منها مدتها ساعة بمعدل جلستين كل أسبوع خلال ال ٣ أو ٤ أسابيع الأولى لإعطاء قوة الدفع الضرورية ومحااربة اليأس ثم مرة واحدة أسبوعياً بعد ذلك. وقد يختلف العدد أثناء الممارسة تبعاً للظروف الخاصة بعلاج كل فرد أن بعض الناس خاصة هؤلاء الذين كانوا يعيشون حياتهم بصورة واضحة قبل إصابتهم بالإكتئاب، يستجيبون جيداً ٥ أو ٦ جلسات منظمة بينما آخريين يحتاجون العشرين جلسة كاملة أو أكثر حيث أن مشاكلهم مزمنة (Fennell, 1987).

ثالثاً: تقييم الصعوبات الحالية

أن تقييم الصعوبات الحالية قد تم تلخيصه في قائمة المشاكل التي تتفق مع المريض. أن القائمة ستشمل نوعين من المشاكل أعراض الفصام ومشاكل الحياة أي المشاكل البعيدة عن الفصام ذاته التي قد تصاحبه مثلاً (Fennell, 1987):

- ١- مشاكل عملية: السكن غير مناسب أو البطالة.

٢- مشاكل شخصية: صعوبة في تكوين علاقات حميمة.

٣- مشاكل داخل الشخصية: نقص الثقة بالنفس.

ما هو مثال لقائمة المشاكل:

١- عدم القدرة على التعبير عن الذات.

• صعوبة قول "لا".

• صعوبة عدم الموافقة.

• صعوبة التعبير عما "أريده" عندما يريد الآخرين شيء آخر.

٢- الشعور بالدونية كشخص.

٣- صعوبة متعلقة بأنهيأ زواجي.

• المريض لن أستطيع أن أتوافق مع الأشياء العملية وحدي (إيجاد مكان للمعيشة).

• المريض لن أجد علاقة طويلة المدى أبداً.

٤- الاعراض الاكتئابية.

• الشعور بعبء المطالب اليومية.

• تجنب الناس.

• الجلوس والتفكير.

• عدم القدرة على التركيز.

• عدم الاستمتاع بشيء.

فنيات العلاج المعرفية

عند البدء للتخطيط للجانب المعرفي يجب تحديد ما يلي:

أولاً تحديد الأفكار التلقائية Automatic Thoughts

الأفكار التلقائية هي التي تجعل الشخص يفهم موقفاً معيناً بطريقة مختلفة عن شخص آخر، فهذا الفهم يتعلق بالمعتقدات الداخلية التي تؤثر على إحساس الشخص والتي يعبر عنها بأفكار تلقائية خاصة بالموقف التي يتعرض له كما أنها تؤثر على إنفعالاته وسلوكه وفي النهاية تؤدي إلى تغير وظيفي. فالمريض إذا قرأ شيئاً قد تتكون لديه فكرة تلقائية تقول: (أنا لا أفهم) بسبب اعتقاده بأن ذكائه محدود ومن ثم يشعر بالقلق. كما أن الأفكار التلقائية تظهر بشكل عفوي ولا تقوم على النقد والتروى، وتصاحبها مشاعر معينة (Beck,1995).

يمكن تحديد الأفكار التلقائية من خلال استخدام أحد الأساليب الآتية (Beck,1995):

الإستدعاء: Recall: ويكون من خلال السؤال التقليدي أو النمطي (ماذا كان يدور في ذهنك؟) عندما يصف المريض لفظياً موقف إشكالي معين أو عند حدوث تغير وجداني للمريض يكون قد شعر بها بنفسه. كما يقوم المعالج بمساعدة المريض غالباً بأن يطلب منه وصف تفصيلي أكثر لذلك الذي حدث له.

التخيل: Imaginary: إذا كان الوصف اللفظي للموقف غير كافي لتوضيح الأفكار التلقائية، فإن على المعالج أن يطلب من المريض أن يتخيل ذلك الموقف كما لو كان أنه يحدث تماماً الآن وأن يشجعه تحديد أكثر تفاصيل ممكنة مستخدماً الزمن الحاضر.

لعِب الدور Role Play : إذا ما وجد المريض صعوبة في تحديد أفكاره التلقائية في موقف يتعلق بعلاقاته الشخصية فإن المعالج يستطيع المساعدة في إعادة بناء الموقف من خلال التمثيل (لعِب الدور) فيقوم المعالج نفسه بدور الشخص الآخر في الموقف.

تقديم الفروض Hypothesizing : إذا كان المريض لا يزال غير قادر على التعبير عن أفكاره فإن المعالج عليه أن يعلمه بوضوح كيف يفترض أفكاره إن هذه الطريقة هي الخيار الثاني لأن الاحتمال الأكبر أن المريض سيقدم تفسير آخر بدلاً من أفكاره الحقيقية.

من الضروري الاستمرار في توجيه الأسئلة للمريض حتى بعد أن يحدد أفكاره التلقائية الأساسية. هذه التساؤلات الإضافية قد يكشف عن أفكار أخرى هامة وينبغي أن يكون المعالج مدركاً بأن المريض لديه أفكاره تلقائية أخرى لا تتعلق بنفس الموقف ولكن برده فعله اتجاه ذلك الموقف والتي تتعلق بشعوره أو سلوكه أو رد فعله الفسيولوجي بطريقة سلبية.

ثانياً: الأسئلة السقراطية Socratic Questioning

الأسئلة المطروحة أثناء الجلسات العلاجية تساعد المريض على التوصل إلى الاستنتاج المنطقي وتركز على توضيح وتحديد وتعريف المشكلات، وتحديد الأفكار الكامنة وراء المشكلات، وفحص معاني الأحداث لدى المريض، وتقييم النتائج التي يمكن أن تنتج عن الاحتفاظ بالأفكار والسلوكيات سيئة الكيف. ومن الأسئلة التي تطرح أثناء الجلسات (Beck, 1995):

١- ما الدليل؟

• ما هو الدليل الذي يدعم هذه الفكرة؟

• ما هو الدليل ضد هذه الفكرة؟

- ٢- هل هناك تفسير بديل؟
- ٣- ما هو أسوأ ما يمكن حدوثه؟ هل يمكنني معاشته؟
- ما افضل ما يمكن حدوثه؟
 - ما هو النتائج الأكثر واقعية؟
- ٤- ما هو أثر اقتناعي بالفكرة التلقائية؟
- ما هو تأثير تغيير التفكير؟
- ٥- ماذا ينبغي أن أفعل حيالها؟
- ٦- بماذا سأخبر صديقاً لو كان في نفس الموقف؟

ثالثاً: التجارب السلوكية Behavioral Experiments

أن التجارب السلوكية تختبر صلاحية أفكار وافتراضات المريض مباشرة وهي تمثل وسيلة هامة للتقييم بمفردها أو مع أسئلة سقراط هذه التجارب يمكن إجرائها داخل أو خارج مكتب المعالج فمثلاً: يعبر المريض عن توقع سلبي، فيفترض المعالج اختباره خلال الأسبوع يقرران المريض والمعالج، كيف ومتى وأين سوف يختبرها المريض ويقترح المعالج تغييرات إذا كانت حاجة إليها لزيادة احتمالات النجاح. ويسأل المعالج المريض ردت الفعل الذي سوف تحدث له لو أن التجربة أكدت مخاوف المريض، فيستنتجوا أنهم يستطيعون أن يستنبطوا مقدماً رد فعل (Goldfried, 1994).

دور المعالجين النفسيين في تطبيق العلاج المعرفي السلوكي

للمعالجين النفسيين دور مهم في تطبيق ونجاح العلاج المعرفي السلوكي يتضح فيما يلي (هوفمان، ٢٠١٢):

يتمثل دور المعالجين النفسيين في مساعدة المرضى على إدراك أن معتقداتهم الخاصة التي تسهم بشكل كبير في مشكلاتهم النفسية، وتبقي عليها وتسببها. وهذا يساعد المرضى على إدراك لا عقلانية، وحدة تفكيرهم، ويساعدهم على التغيير الفعال للمعتقدات والسلوكيات التي تهزم الذات. وعند تطبيق العلاج المعرفي السلوكي يتعلم المرضى كجزء من المدخل العقلاني تحديد المفاهيم الخاطئة لديهم، واختبار صحة أو صدق أفكارهم، واستبدالها بأفكار أخرى أكثر تكيفية. أما المدخل السلوكي، فيساعد المرضى على عرض أنفسهم على المراقف من أجل تغيير هذه المفاهيم الخاطئة.

يعتبر المعالجين النفسيين أن أفكار الانتقاص من الذات، عدم النشاط، الإفراط في النوم أعراض الفصام الاكتئابية؛ في حين يعتقد المعالجون النفسيون في مجال العلاج المعرفي السلوكي أن هذه العوامل مسئولة جزئياً عن أعراض الاكتئاب الذي يعاني منها المريض.

يجب أن تكون العلاقة بين المعالج النفسي والمريض علاقة طيبة ودودة، وثقة، مباشرة تسودها الثقة والإحترام المتبادل. وأن لا يُنظر إلى المريض على أنه به عيب، ولا يُنظر إلى المعالج النفسي على أنه كلي القدرة، أي لديه القدرة على الشفاء الكلي. والعلاقة بينهم يجب أن تكون تشاركية عند حل مشكلة ما، كما يجب أن يبين المعالج للمريض القواعد الأساسية لهذا العلاج.

يساعد المعالج النفسي المريض في العلاج المعرفي السلوكي على الدراسة الناقدة ليعرف ما إذا كان هناك ما يبرر استجابته لموقف معين أم لا، ويحرص المعالج النفسي في العلاج المعرفي السلوكي على تشجيع المرضى لتحديد ما يبرر استمرار المشكلة، ويساعدهم لتغيير هذه المبررات أو الأسباب من خلال

علاج الأفكار كفروض، فالمرضى يتم وضعهم في دور الملاحظين أو العلماء وليس كضحية للمشكلات النفسية.

أحد أصعب الخطوات التي يواجهها المعالج في العلاج المعرفي السلوكي هو استبدال الأفكار اللاتكيفية بأفكار أخرى تكيفية. ولكي يدرك المرضى الأفكار البديلة، ينبغي أن يسألوا أنفسهم الأسئلة التالية: "ماهي الطرق البديلة لتفسير هذا الحدث؟" أو كيف يفسر الآخرون هذا الحدث؟، ومع تكرار الممارسة يتعلم المرضى تغيير منظورهم، منتقلين من الضحية السلبية لمشكلاتهم النفسية، إلى الملاحظ النشط، في الغالب ما تستخدم أشكال مراقبة الذات لتوجيه هذه العملية.

وكلما تقدم العلاج، يجب أن يتوقع المعالج أن يصبح المرضى أكثر نشاطاً في العلاج، وأكثر استقلالية وأكثر تأثيراً في الأحداث. عادة ما يسعى المرضى في طلب المساعدة للعديد من المشكلات المختلفة. وغالباً ما يبين التحليل أنواع من المشكلات المختلفة ترتبط مباشرة ببعضها البعض أو أن المشكلات الفرعية المختلفة يمكن أن تصنف تحت مشكلة أكبر.

كذلك كلما زادت المعلومات عن المشكلة المستهدفة كلما تغيرت أساليب العلاج التي يتبعها المعالج، وعلى الرغم من أن العلاج المعرفي السلوكي أصبح مألوفاً ومعروفاً، إلا أن هناك مازالت مفاهيم خاطئة، وأخطاء معرفية تتعلق بهذا العلاج، والمداخل المعاصرة للعلاج المعرفي السلوكي مازالت تحتاج إلى صدق من التجارب العيادية، والإختبارات المعملية، فالأساليب العلاجية الخاصة التي اتبعتها المعالجون تغيرت وسوف تستمر في التغيير كلما تقدمت البحوث الرئيسية في مجال علم الأمراض النفسية.

وعلى الرغم من أهمية العلاج المعرفي السلوكي إلا ان الافراد ذو المشكلات النفسية لا يحصلون بسهولة على خدماته، لا يوجد ما يعززه ويشجعه على عكس الصناعة المهمة بشكل كبير بالدواء الطبي. ففي أكتوبر عام ٢٠٠٧، أعلن وكيل وزارة الصحة في المملكة المتحدة عن خطة الإنفاق ٣٠٠ مليون جنيه إسترليني للبدء في برنامج مدته ست سنوات بهدف تدريب المعالجين النفسيين على تقنيات العلاج المعرفي السلوكي للمساعدة في التغلب على المشكلات النفسية لدى البريطانيين. هذا التغيير في توفير الرعاية الصحية كان يقوم على بيانات إقتصادية أوضحت أن توفير العلاج المعرفي السلوكي للإضطرابات العقلية الشائعة أقل تكلفة بوجه عام من العلاج الطبي، أو التحليل النفسي. على نحو مشابه، في عام ١٩٩٦، أوصت الحكومة الاسترالية بتوفير العلاج المعرفي السلوكي وقدمت خدمة تيسر توفير هذه الخدمات (هوفمان، ٢٠١٢).

المشاكل التي تواجه المعالج أثناء إعداد الجلسات العلاجية

هناك مشكلات قد تواجه المعالج النفسي في مجال العلاج المعرفي السلوكي أثناء إعداد الجلسات العلاجية منها (Beck, 1995):

١- الحديث المفصل إن أحد المصاعب العامة أن يبدأ المريض الجلسة بسرد مفصل جداً وغير منظم عن أحداث الأسبوع هنا يأتي دور المعالج محاولاً التركيز على المشاكل المهمة في العلاج.

٢- صعوبة التعبير عن الحالة المزاجية تتعلق المشاكل العامة بفشل المريض في ملأ الإستمارات، انزعاجه منها أو صعوبة التعبير عن الحالة المزاجية بصورة واقعية خلال الأسبوع إذا ما كانت الصعوبة هي ببساطة عدم الألفة مع عملية ملأ الاستمارات وهنا يتدخل المعالج ويسأل المريض إذاً

ما كان يتذكر أو يوافق على أهمية ملاءمة الاستمارات وأن تحدد المشكلة العملية عند ملئها والتي يمكن حلها مثل عدم وجود وقت كافي أو النسيان أو عدم ترتيب المشاكل.

٣- تنظيم جدول الأعمال الجلسات: أن المشكلة التقليدية هنا هي فشل المريض في المشاركة في تنظيم جدول الجلسات وذلك بسبب بأسه في مناقشة مشاكله خلال جدول الجلسات فالمريض إما أن يكون غير متألف تماماً أو يحمل معنى سيئ للمشاركة في ذلك.

٤- مراجعة الواجب المنزلي: هناك مشكلة قد تنشأ عندما يكون المعالج في عجلة وينتقل إلى جدول الأعمال الخاص بالمريض ولا يسأل المريض عن الواجب المنزلي الخاص بالأسبوع السابق فالمعالج يجب أن يسأل عن الواجب المنزلي.

٥- مناقشة عناصر الجلسة: المناقشة الغير مركزة أو السطحية غالباً ما تنشأ عندما يفشل المعالج في وترتيب عناصر المناقشة بطريقة سليمة، كذلك عندما يفشل في التأكيد على الأفكار التلقائية الأساسية، المشاعر، المعتقدات، السلوك أو فشله في تلخيص الأحداث. وحتى يتجنب المناقشة السطحية الغير مجدية ممكن أن يقاطع المريض بلطف ليعيده إلى العنصر الذي هو موضع المناقشة إذ خرج المريض عن عناصر الجلسة.

٦- تحديد الواجب المنزلي الجديد: حتى لا يتكاسل المرضى عن عمل الواجب يجب أن يأخذ المعالج بعين الاعتبار ما يلي:
أ - اقتراح مهمة صعبة للغاية أو بعيدة عن إهتمامات المريض.
ب- عدم تقديم مبرر مقن لأهمية الواجب.

ج- عدم مراجعة واجب المرات السابقة.

د- عدم الشرح الواضح للمريض عن طريقة عمل المهمة، أو سؤال أسئلة تقليدية عن المصاعب المحتملة.

هـ- عدم المشاركة مع المريض في تحديد المهمات سيؤدي إلى مهمات لا يريد المريض فعلها.

٧- **الملخص النهائي:** يجب أن يلخص المعالج كل فترة خلال الجلسة ليضمن فهمه لما يقوله المريض. كذلك يجب أن يطلب المعالج من المريض أن يسجل النقاط المهمة أو الملاحظات أثناء الجلسة، وبذلك سيسهل على المعالج اعداد تلخيص للجلسة العلاجية.

٨- **الانتهاء بالوقت المحدد:** يجب أن لا يزيد وقت الجلسة عن وقتها المحدد حتي لا يشعر المريض بالملل، ويفضل أن تنتهي الجلسة قبل وقتها بخمسة عشر دقيقة، حتي يكون هناك وقت كافي لتحديد الواجب المنزلي الجديد، وتلخيص الجلسة وتحديد استجابة المريض نحو الجلسة.

المعالج والأفكار التي تعاني من التشوهات المعرفية لدى الفصامية

يجب أن يأخذ المعالج بعين الاعتبار التشوهات المعرفية التي قد يعاني منها المرضى الذين يعانون من الاعراض الاكتئابية ومن أمثلها مايلي (كحلة، ٢٠٠٩):

١- الكل أو لا شيء (الأبيض أو الأسود أي التفكير المطلق): الميل للتفكير في صورة مطلقة "إما" أو"، ولا توجد منطقة وسط مثل، إما أن أكون ناجحاً تماماً في هذا أو إما أن أكون فاشلاً تماماً.

- ٢- التعميم المفرط: استخلاص قاعدة أو فكرة على أساس من حادث معين وتعميمه لمواقف غير مماثلة مثل "دائماً"، "أبداً" مثل "لا أنجح أبداً في أي شيء".
- ٣- قراءة أفكار الآخرين: القيام باستنتاجات حول أفكار أو نوايا أو دوافع الآخرين مثل "إنها لا تحبني".
- ٤- قراءة الطالع أو التنبؤ السلبي: يتم استخدام التشاؤم أو الفشل السابق بشكل غير ناضج أو غير مناسب للتنبؤ بالفشل في المواقف الجديدة مثل "ما جدوى المحاولة، لن أفجح".
- ٦- التفكير المأساوي: هو مثال متطرف من التعميم الزائد يتم فيه تضخيم أثر حدث سلبي بشكل مبالغ فيه ومتطرق مثل "إذا أصبت بحالة رعب سوف أفقد السيطرة واجن".
- ٧- يجب أو ينبغي أو يتحتم، أو لا بد: أوامر مطلقة توجه للذات أو للآخرين، تملئ هذه الأوامر بدورها معايير جامدة أو تعكس درجة غير واقعية من التحكم المفترض على الأحداث الخارجية.
- ٨- التفكير غير المنطقي و الإستنتاج العشوائي: إقامة علاقات بين أفكار غير مرتبطة، أو مرتبطة بطريقة متعسفة مثل إذا لم أكن قد تحسنت تحسناً ملموساً حتى الآن فلن أشفى أبداً.
- ٩- التفكير الإنفعالي العاطفي: يفترض أن مشاعره السلبية تنعكس تلقائياً في طبيعة الأشياء مثل "أشعر بفقدان الأمل لذا سأكون أفضل لو مت".

- ١٠- الشخصية والذنب: يتم تفسير المواقف والأحداث على أنها مؤشرات لشيء سلبي خاص به، بينما هي في الحقيقة لا تمت لحالته بصلة مثل "المدير صامت لأنني غير محبوب أو غير كفاء أو لأنني أخطأت".
- ١١- التسمية (التلقيب): يتم التوحيد بين نواحي القصور والفضائل وبين شخصية الفرد مثل "لأنني السبب في الامتحان أنا فاشل".
- ١٢- التفسير الجسدي (الخاطيء): الاستعداد المسبق لتفسير المنبهات الداخلية (مثل: زيادة نبض القلب، الدوخة، ضيق التنفس.... الخ) على أنها مؤشرات محددة لأحداث مأساوية مقبلة (مثل نوبة قلبية، إغماء، اختناق.... الخ).
- ١٣- وهم العدل والتغير: أن يعتقد الآخرين ينبغي عليهم أن يسلكوا بطرق ترضيه دائماً أو أن الناس ينبغي أن يتغيروا لمجرد أنه يرغب في ذلك.
- ١٤- المبالغة في تحديد الخطر: كأن يبالغ في تقدير احتمال حدوث الخبرات السلبية مثل "أعرف أنهم لن يحبوني"، أو المبالغة في تقدير ناتج ما سيحدث لو تحققت الخبرة السيئة مثل "إذا رفضوني لن أتمكن من تحمل هذا".
- ١٥- التجنب المعرفي: يتم إدراك الأفكار أو المشاعر أو الأحداث غير المرغوبة (غير المبهجة) على إنها شديدة جداً ولا يمكن التغلب عليها فيتم كبتها أو تجنبها بشكل نشط.

قائمة المراجع

- أحمد المدخلي (١٩٩٧). فعالية العلاج العقلاني والانفعالي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين، رسالة ماجستير. كلية التربية، قسم علم نفس، جامعة الملك سعود.
- ألفت كحلة (٢٠٠٩). العلاج المعرفي السلوكي والعلاج المعرفي عن طريق التحكم الذاتي. القاهرة: اتراك للنشر والتوزيع.
- عبد الستار ابراهيم (١٩٨٠). العلاج النفسي الحديث. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- عبد الستار ابراهيم (١٩٨٠). العلاج النفسي الحديث. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- محمد الحجار (١٩٨٩). الطب السلوكي المعاصر. ط ١. بيروت: دار الملايين.
- محمد الشناوي، محمد السيد (١٩٩٦): العلاج السلوكي الحديث اسسه وتطبيقاته. دار قباء للطباعة والنشر
- محمد شحيمي (١٩٩٧). الإرشاد النفسي، التربوي، الاجتماعي لدى الأطفال. الطبعة الأولى. بيروت: دار الفكر اللبناني.
- ميخائيل إبراهيم أسعد (١٩٩٨). مشكلات الطفولة والمراهقة. الطبعة الثانية. بيروت: دار الجيل.
- هوفمان إ.س. جي (٢٠١٢). ترجمة: مراد عيسى. العلاج المعرفي السلوكي المعاصر. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

- وليد سرحان وآخرون (٢٠٠١). الإكتتاب. ط ١. عمان: دار مجدلاوي للنشر والتوزيع.
- Fennell, M. J. V., & Teasdale, J. D. (1987). Cognitive therapy for depression: Individual differences and the process of change. Cognitive Therapy and Research.
- Katzman, D. K. and Pinhas, L. (2005). Help for Eating Disorder. A Parent's Guide to Symptoms, Causes and Treatments. Canada: Robert Rose.