



جامعة لونيبي علي -البليدة 2-

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

مطبوعة بيداغوجية لمجموعة محاضرات في مقياس:

العلاجات السلوكية المعرفية موجهة لطلبة السنة الثالثة ليسانس علم النفس العيادي

إعداد: د. أيت قني سعيد نعيمة

السنة الجامعية: 2021-2022

الفهرس

المحاضرة الأولى: تاريخ وأصول العلاج السلوكي المعرفي	4
تمهيد	4
1-تاريخ العلاجات السلوكية المعرفية:	4
2-الأسس النظرية للعلاج السلوكي المعرفي:	8
المحاضرة الثانية : جدول أعمال الجلسات الأولى في العلاج السلوكي المعرفي	26
تمهيد	26
المحاضرة الثالثة: مراحل سير العلاج السلوكي المعرفي	38
تمهيد	38
1-المقابلات الأولى:	40
اعتبارات مهمة في العلاج السلوكي المعرفي:	41
2- تطوير علاقة علاجية جيدة:	43
3- فهم مشاكل المفحوص:	44
4- فهم ضغوطات المفحوص ونقاط قوته:	46
المحاضرة الرابعة: التقييم العلاجي و صياغة الحالة	49
1- التقييمات التشخيصية	49
2- تقييمات العلاج	49
3- بناء النموذج التعاوني	53
4- القياس المتكرر:	54
المحاضرة الخامسة: التحليل الوظيفي	57
تمهيد	57
1- التحليل الوظيفي، مرحلة من التيار التجريبي المطبق على المنهج العيادي:	57
2-التحليل الوظيفي، نمذجة حالة معينة للمريض:	60
المحاضرة السادسة: التدخلات العلاجية على المستوى السلوكي في علاج CBT	66

تمهيد:	66
1- ضبط المحفزات و اختيار الموقف	66
2- إدارة الطوارئ في العلاج السلوكي المعرفي:	72
3- الوصفات السلوكية المباشرة وتخصيص المهام المتدرجة:	75
4- تقنية التعرض:	79
5- التدريب على المهارات السلوكية:	84
المحاضرة السابع: التدخلات العلاجية على المستوى المعرفي في علاج CBT	93
تمهيد	93
1- لماذا يفكر المفحوص:	93
2- ما هي الأفكار التي نبحث عنها؟	94
3- استخدام الأسئلة السقراطية لاستنباط التفسيرات	95
4- استخدام لعب الأدوار لاستنباط التفسيرات:	96
5- استخدام قوائم التحقق لتحديد التفسيرات:	96
6- مراقبة الأفكار	97
المحاضرة الثامنة: التدخلات العلاجية على المستوى المعرفي عن طريق إعادة البناء المعرفي	99
تمهيد	99
1- تحديد أخطاء التفكير:	99
2- مساعدة المفحوص في الوصول والقبول والتدريب طريقة تفكير أكثر تكيفاً	101

المحاضرة الأولى: تاريخ وأصول العلاج السلوكي المعرفي

الهدف البيداغوجي: تعرف الطالب على تاريخ ومصدر العلاج السلوكي المعرفي

تمهيد:

في أوائل القرن العشرين، قدم التحليل النفسي للذين يستطيعون تحمل نفقاته علاجات طويلة الأمد قائمة على إيجاد جذور الطفولة للاضطرابات، لم يكن العديد من الممارسين راضين عن مثل هذا النهج وطرقه، إلى حد كبير لأنه لم يتم تكييفه مع احتياجات ومشاكل الصحة العامة، حيث كان غالبًا ما يقضي المرضى فترات قصيرة في أقسام مزدحمة وغير مناسبة. وفيما بعد تم تطوير العلاجات الجماعية، العلاجات قصيرة المدى بنفس نهج التحليل النفسي، ولكن في نهاية المطاف مع تأثير ضئيل. في الواقع، كان الطلب مرتفعًا وكان الإجراء غير فعال بسرعة، ولم يحل المشكلات والمعاناة حقًا. سمحت في أحسن الأحوال بالأطر المحددة لفهمها. بينما ادعى العديد من المرضى أن التحليل النفسي ساعدهم، رفض المحللون النفسيون تقييم نهجهم وتجربته. لقد أظهروا أنه لا فعالية ولا فائدة لأسلوب تكفلهم.

(Chaplle, 2018)

1- تاريخ العلاجات السلوكية المعرفية:

وفي هذا السياق ومع نهاية الجزء الأول من القرن العشرين، تطورت مجموعة من التقنيات القائمة على تيار علم النفس التجريبي، والتي تم تبنيها سريعًا من طرف أطباء العقل والأخصائيين النفسيين الذين كانوا لا يدعون بانتمائهم لتحليل النفسي، وعكس هذا الأخير يعرف علم النفس العلمي الجديد على أنه دراسة السلوك وتطور تحت اسم (العلاج السلوكي)، بهدف تكفل سريع، فعال ومفيد للصحة العامة، تبحث هذه التقنيات الجديدة على اقضاء الأعراض وليس على معرفة الأسباب الغير واعية للاضطرابات والتي لا يمكن التحقق منها بطبيعتها. كما تقوم هذه العلاجات بطريقة استثنائية على امتداد الاكتشافات الخاصة بقوانين الاشرط. وهذا ما يجعلها قابلة للاختبار التجريبي، كما انها قريبة من تيارات وأساليب العلوم الأخرى التي تهتم بالإنسان مثل الطب والبيولوجية. وهذا هو الحال مع التكفل بمختلف الاضطرابات الفوبية التي لا تصلح للمقاربات الكلاسيكية. فاستخدام القواعد الاصطلاحية للتعلم سمح في النفس الوقت بفهم الاضطرابات وإمكانية الشفاء الأولية بهذه العلاجات الجديدة. والفكرة لم تعد تتعلق بالبحث عن سبب نوع الاضطراب- لأنه أصبح واضحاً أنه يكتسب جزء منه عن طريق الاشرط - ولكن بالبحث عن إطفاء الاشرط، فالمعالج لا يبحث عن أسباب خوف الطفل من مواجهة الماء، و لكنه يرافقه في اكتشاف هذا العنصر، باللجوء إلى تقنيات مثل: النمذجة، التعرض (مرافقته إلى المسبح، و مساعدته على وضع رجله في ماء الواحدة تلو الأخرى و مع انخفاض القلق لديه يدخل كل جسمه في ماء. تُظهر هذه الأمثلة أيضًا أن الفطرة السليمة يمكن أن تتضمن إلى التكفل النفسي، ومن خلال ملاحظة ما يعمل مع التفكير في

هذه الملاحظات، طور المعالجون النفسيون طرق رعاية مبتكرة في ذلك الوقت. ما يصلح موجود وقد تم تطبيقه قبل وقت طويل من العمل الأول على الاشراف. لطالما عرفت الأم أن الضرب على اليد ستمنع طفلها من لمس ما لا يحق له لمسه، تمامًا كما تعلم الجدة أن الحلوى التي تُعطى في الوقت المناسب لحفيدها يمكن أن يكون لها تأثير معزز. فقط، الأمهات والجذات يخطئون أحيانًا لأنهن لا يأخذن دائمًا في الاعتبار الوضع الحقيقي للعقوبات والمكافآت، لذلك أن المعالج السلوكي يعرف كيف يفعل ذلك، ويعرف كل العواقب. هذا هو السبب في أن العلاجات السلوكية والمعرفية غالبًا ما تعتبر علاجات الفطرة السليمة، لكن الحس السليم يطبق بالعقل والمعرفة والمنهجية العلمية. (Chaplle, 2018)

من أول العلماء السلوكيين نذكر بالطبع **Pavlov** الذي وضع أسس نظرية الاشراف الكلاسيكي الذي كان يهدف من خلال التوصل إليها إلى دراسة دور القشرة المخية في انتاج بعض السلوكيات، حيث أصبح هذا النموذج يطبق على مجموعة من الظواهر النفسية بما فيها النشاط العصبي و اللغة، (و لنا عودة لتفاصيل هذه النظرية في العناوين اللاحقة) ، إلى جانب **Watson (1878-1958)** الذي قدم مصلح (السلوكية) « **behaviorism** » و نشر العديد من الكتب و الأعمال في هذا التيار الجديد القائم على التحليل التجريبي للسلوكيات، و قد قام رفقة **Rosalie Rayner** بإجراء تجربة اشراف الخوف على الطفل **Albert** و حسب **Watson (1878-1958)** فإن السلوكيات لا تقف عند حركات الجسم، بل هي تجتمع في مجموعة من الاستجابات الداخلية المخية و الخارجية المفتوحة نحو الأحداث التي تسير في المحيط.

يقترح سكينر (1971) نموذجًا للسلوك يتم فيه تشكيل كائن حي سلبياً بواسطة البيئة التي تعلم الفرد إنشاء سلسلة من الاستجابات الناجحة. تختار البيئة السلوكيات التكيفية التي يتم تعزيزها أو القضاء عليها وفقاً لنتائجها الإيجابية أو السلبية. وفقاً لهذا النموذج السلوكي الراديكالي، لا يمكن إخضاع الفكر وآليات اكتساب المعلومات واسترجاعها للدراسة العلمية. المتغيرات الوحيدة التي يمكن ملاحظتها بشكل موضوعي هي المحفزات ومعدل الاستجابة. وقدم في الأخير نموذج النظرية المعروف بالاشتراط الاجرائي، الذي كان في الواقع مواصلة لنموذج **Pavlov** في الاشراف الكلاسيكي. (لنا عودة لهذا النموذج ج لاحقاً) يرى **Skinner** أن التعلم يصطدم بخصائص كل نوع من أنواع الحيوانات. تتم برمجة هذه الخصائص وراثيًا ويتم التعلم خلال فترات حساسة محدودة الوقت عندما تؤدي المنبهات إلى ظهور أنماط سلوكية فطرية. و لقد ترك لنا **Skinner** منهجية تحليل وتعديل سلوك لا يمكن الاستغناء عنها يتم تطبيقها يوميًا في إدارة وإعادة تأهيل مرض انفصام الشخصية واضطراب طيف التوحد.

دون أن ننسى اسهامات **Wolpe (1915-1997)**، فبعد سلسلة التجارب التي قام بها في جنوب افريقيا على الحيوانات، وضع الأسس الأولى لتقنية سلب الحساسية المنتظم للفوبيا عند الانسان، فكتبه

(1958) Psychothérapie par inhibition réciproque قدم أول علاج حقيقي وفعال لاضطراب القوبيا وذلك بمعطيات علمية وإحصائية لدعم ما توصل اليه.

وفي سنة 1969 نشر **Miller** في مجلة **Science** تجارب أقامها على الحيوانات واقترح أنه يمكن أنه يمكن أن نشرط بطريقة إجرائية النظام العصبي المستقل، لهذا اختف الفرق بين الاشرط البافلوفي واشراط سكينر. لهذا تم إطلاق ما يسمى بتقنية التغذية الرجعية البيولوجية بدون احتياطات كبيرة في سوق العلاجات النفسية بهدف جسدي. وتمثل تقنية التغذية الرجعية البيولوجية أول المحاولات للاستثمار في حق علم النفس الجسدي من طرف التيار السلوكي المعرفي.

وفي حوالي سنة 1975 ولد تيار جديد وهو الطب السلوكي الذي يطبق مبادئ العلاجات السلوكية على العديد من المشاكل الطبية. كان هذا التيار موجها نحو المشاكل الأساسية مثل الضغط وعلاقته مع أحداث الحياة والتغيرات الهرمونية والمناعية.

بعدها طور **Isaac Marks** (1981, 1987) تقنية التعرض المطول بالخيال وفي الواقع للمنبهات المقلقة، ولقد أجرى الباحث سلسلة من الدراسات الخاضعة للرقابة، أعيد إنتاجها في هولندا والولايات المتحدة وفرنسا، والتي تُظهر فعالية علاجات التعرض في الوسواس القهري والقوبيا.

بعدها طور **Robert Paul Liberman** (1991) نموذجا لإعادة تأهيل مرض الفصام والذي لقي نجاحًا دوليًا كبيرًا في خدمات الطب النفسي. في عام 1969، نشر **Bandura** مبادئ تعديل السلوك حيث وصف التعلم الاجتماعي عن طريق التقليد النموذجي كعملية أساسية. وبعدها طور وجهة نظره في نظرية التعلم الاجتماعي (1977). ولاحقا، أصر على دور الظواهر المعرفية، مثل ضبط النفس وتوقعات الكفاءة والنتائج في تنظيم السلوك البشري وسيجعل هذا تنظيرًا مهمًا لكل من ممارسة العلاج النفسي والوقاية من الحالات الطبية أو الإدارة الذاتية. (**Bandura, 2007**) لذلك فإن عمله سيؤثر على كل من ممارسة وتنظير العلاجات السلوكية والطب السلوكي. كما أنه سد الفجوة بين علماء السلوك وعلماء الإدراك.

نحو تيار سلوكي معرفي: ومع ذلك لم يرضي مجموع هذه التقنيات بعض المعالجين، حيث انتقد البعض حقيقة تطبيق الأبحاث التجريبية على الحيوانات مثل الجرذان والكلاب والحمائم على البشر، كما أن العلاج لا يمكن أن يتطور إذا أخذنا بعين الاعتبار السلوكيات فقط، لهذا من الضروري إضافة عنصرين أساسيين للإنسان: الانفعالات والتفكير. كما نذكر ان هذه التقنيات السلوكية لا تكاد تصلح لعلاج الاكتئاب الذي يعرف أساسا بالاجترار السلبي للأحداث الماضية، والتوقعات الكارثية في المستقبل. إن تقدم العلوم سمح برؤية دخول حلول أخرى في هذا العلاج، مثل **Bandura** الذي اظهر أن الاشرط

كان مفهومًا باعتباره فعلاً للطوارئ الاجتماعية، والعادات، والتقاليد، وثقافتنا ذاتها. كما أظهرت نظريات معالجة المعلومات، المستوحاة جزئياً من ظهور الحوسبة والتطورات في علم الأعصاب، أنه لا يمكن فهم السلوك دون تدخل بعض أشكال النشاط. التي يمكن ترجمتها في التفكير. إن إضافة التفكير لتقنيات السلوكية سمح بتطور فهم الاضطرابات والتكفل بها. لا سيما أنه مع الفكر، بطبيعة الحال، تأتي العاطفة. في الستينيات من القرن الماضي، اقترح المعالجون مثل **Ellis** أن تركز التقنيات على العواطف وتعبيرها واستخدامها في العلاج النفسي. أم آخرون، مثل **Beck**، ركزوا تدخلهم على فكرة اختلالاتها. اقترح **Beck** علاجات فعالة لعلاج الاضطرابات مثل الاكتئاب أو الاضطرابات المقاومة للأدوية والمناهج أخرى. وكانت هذه بداية العلاجات المعرفية المستوحاة من البحث في علم النفس المعرفي. (**Chaplle, 2018**)

مع نهاية سنوات 1970 تجمعت هذه العلاجات تحت نفس التسمية (العلاجات السلوكية المعرفية) وما يجمعها أنها تتحدر من منهج علمي وتجريبي يسمح بنموذج واحد وهو فهم المفحوص، وفهم توظيفه وإمكانيات التكفل به. نموذج يقوم على اندماج المحيط، الأفكار، الانفعالات والسلوكيات، فكل استجابة إنسانية سواء كانت مرتبطة بالتوظيف المرضي أو لا، لا يمكن فهمها دون الأخذ بعين الاعتبار لمختلف هذه المتغيرات وتفاعلها. وكذلك المثل انفعالات / أفكار / سلوكيات، وهذا هو قاعدة العلاجات السلوكية المعرفية.

كان انتشار التيار السلوكي المعرفي سريعاً في عالم بأسره، بسبب فعاليته المصادقة عليها من الأبحاث العلمية، حيث بينت الدراسات أن هذا العلاج سمح بتكفل سريع نسبياً وفعال للمفحوصين، كما أن إمكانية انتكاسهم كانت أقل بكثير من المفحوصين المعالجين بأساليب علاجية أخرى، بعدها برهنت هذه الفعالية على مجموعات أخرى من الاضطرابات أكثر فأكثر مع البحث في تطوير التقنيات السلوكية المعرفية. ولم تبقى سوى الإصابات العقلية الخطيرة والإصابات العصبية التي لم تكن العلاجات السلوكية المعرفية فعالة في التكفل بها. ومع ذلك، نظراً لأن السلوكيات والأفكار التي يحتمل أن تكون إشكالية مرتبطة بهذه الاضطرابات المحددة، فإن الأساليب السلوكية المعرفية سمحت بتقديم استجابات فعالة، إن لم يكن للشفاء، على الأقل للمعالجة. (**Chaplle, 2018**)

واليا نجد العلاجات السلوكية المعرفية أكثر بناء من أجل القدرة على فهم والاستجابة لاضطرابات محددة، ويوجد حالياً علاجات خاصة لعلاج القلق، الاكتئاب، نوبات الهلع، اضطرابات الشخصية و لقد سمحت التطورات التي حصلت في العلاجات السلوكية المعرفية بالتكفل بغير الاضطرابات الكلاسيكية، و يشجع المعالجين السلوكيين المعرفيين يومياً على علاج فقدان الشهية، الشرهية، الألعاب الاندفاعية أو ما

يعرف اليوم بالإدمان على الانترنت و ألعاب الفيديو، كما يدعون إلى بعض الصعوبات العائلية و مشاكل تقدير الذات ...الخ

بعد الموجة السلوكية الأولى والموجة المعرفية الثانية، بدأت "الموجة الثالثة" بالاندفاع في أواخر التسعينيات، ومركز جاذبيتها هو نهج دقيق للعلاقات بين السلوكيات والعواطف والأفكار والشخصية، تتضمن هذه الأشكال الجديدة من العلاج ثلاث اتجاهات رئيسية: العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات الشخصية، علاج القبول والالتزام وممارسة اليقظة (علاج اليقظة). والتي غالبًا ما يتم دمجها مع بعضها البعض. (Cottraux, 2020)

لهذا نجد أحد أبرز الأحداث في العقد الماضي في هذا المجال هو التأكيد المتزايد على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في اضطرابات الشخصية. العلاج السلوكي الجدلي ل (Linehan, 2002). يعتبر علاج القبول والالتزام ل (Hayes, S, 1999) ، الذي يعتبر أن العديد من الاضطرابات النفسية تنجم عن ثلاث عمليات: الجهود المرضية للسيطرة على العواطف والأفكار والتجارب الذاتية ؛ هيمنة الوظائف المعرفية والتفكير على التجربة العاطفية ؛ عدم التحكم في القيم الأساسية وعدم القدرة على التصرف وفقًا لهذه القيم. وبالتالي، فإن العلاج يتمثل في مساعدة الشخص على تحرير نفسه من الفكر، من أجل الاتصال المباشر بمشاعره المعاشة. تحتاج أيضًا إلى مساعدتهم على تبني موقف وسلوك يتوافق مع قيمهم الشخصية: هذه هي مرحلة الالتزام. (Hayes, 1999) كما يعتبر التدريب على الذهنية، بعبارة أخرى علاج اليقظة الذهنية، كطريقة دعم للمرضى وطريقة تدريب للمعالجين، تتم ممارسته بشكل متزايد ضمن أشكال مختلفة من العلاج المعرفي السلوكي: العلاج السلوكي المعرفي (ACT)، والعلاج السلوكي الجدلي للمرضى الحدين والعلاج المعرفي للاكتئاب. إنها تأتي من الفلسفات الشرقية، ولا سيما من البوذية، بينما تظل مرتبطة بالتقاليد المعرفية. و نتساءل إذا كانت الموجة الثالثة تختلف عن الموجة الثانية أم أنها تمثل فقط توسعا بسيطاً مع إعادة صياغة النظريات و التقنيات، و أخيراً يبقى اسهام الموجة الثالثة في إدخال علاج اليقظة الذهنية في برامج العلاج السلوكي المعرفي وفي تكوين المعالجين. (Cottraux, 2020)

2- الأسس النظرية للعلاج السلوكي المعرفي:

تقوم العلاجات السلوكية المعرفية على أسس نظرية منها من يعود إلى النظريات السلوكية الجذرية ومنها من يعود إلى النظريات المعرفية التي جاءت نتيجة لولادة الموجة المعرفية الثانية والموجة الانفعالية الثالثة

1-2 **النظرية السلوكية (نظرية التعلم):** تنقسم نظرية التعلم إلى 4 نماذج وهي التعلم الاشرطي، التعلم الاجرائي، التعلم الغير مترابط والتعلم بالتقليد.

- نظرية التعلم البافلوفي او الاشرط الكلاسيكي:

وصف **Pavlov** الاشرط المتجاوب في مخطط: منبه _ استجابة والاشراط الاستجابي هو استجابة من طرف العضوية لوضعية من المنبهات الخاصة التي تمثل سابقة، وقد وصف بافلوف إمكانية إنشاء استجابة مشروطة من خلال ربط منبه محايد (شوكة رنانة) معلناً تقديم منبه غير مشروط (طعام) يؤدي دائماً إلى استجابة إفراز اللعاب في حالة الحرمان من الطعام لدى الكلب. علاوة على ذلك، فقد سطر **Pavlov** (1963) الضوء على قوانين أخرى كلاسيكية الآن، مثل الاطفاء والتعميم والإفراط في التعميم والتمييز. هذا هو عبارة عن اشرط بالاستبدال، كما هو موضح في الشكل 3.1.

• قوانين الاشرط الكلاسيكي (الاستجابي):

- قانون التعميم: لا يتم الحصول على الاستجابة الشرطية (CR) فقط بمنبه معين، ولكن مع تلك التي تشبه إلى حد ما هذا المنبه الشرطي (CS).
 - قانون التمييز: يتم الحصول على الاستجابة الشرطية (CR) في وضعيات مع منبهات محددة جداً وليست كذلك مع أخرى حتى لو كانت متشابهة.
 - قانون الإطفاء: يتناقص الاستجابة الشرطية وتختفي عندما يتم تقديم المنبه الشرطي (SC) في كثير من الأحيان بدون المنبه غير المشروط (SI).
 - قانون الاسترجاع التلقائي: تظهر الاستجابة الشرطية (CR) مرة أخرى بعد فترة الانطفاء.
- ### • العلاقة الزمنية بين المنبهات الشرطية والغير شرطية: إن مشكلة العلاقات الزمنية بين المنبه المشروط (SC) والمنبه غير المشروط (SI) غير معروفة جيداً، مما يؤدي غالباً إلى أخطاء، خاصة في علاجات بعض الأعراض في الاضطرابات مثل الاشمئزاز الكحولي. ولقد تم وصف خمسة أنواع رئيسية من العلاقات:

- الاشرط المتزامن، حيث تسبق المنبه الشرطي SC المنبه الغير شرطي SI بنصف ثانية. لقد ثبت بالفعل أن هذه الفترة الزمنية تؤدي إلى اشرط أسرع من أي فترة زمنية أخرى؛ لذلك فهو النموذج الذي يجب استخدامه بشكل تفضيلي؛
- الاشرط المتأخر، حيث يكون الفاصل الزمني بين SC و SI أطول، عادةً عشر ثوانٍ. في كلتا الحالتين، تنتهي المنبهات الشرطية وغير المشروطة في نفس الوقت.
- اشرط الأثر: حيث يتم تقديم المنبه الشرطي SC قبل IS، والذي يتم فصله عنه بفواصل زمني؛

- الاشراف الزمني، حيث يتم تقديم المنبه غير المشروط على فترات زمنية منتظمة يمكن أن يكون لها قيمة المنبهات الشرطية؛

- الاشراف الرجعي، حيث يتم تقديم المنبه غير المشروط قبل المنبه المشروط ولفترة طويلة إلى حد ما.

* الكف المتبادل:

اقترح **Charles S. Sherrington** (1857-1952) الحائز على جائزة نوبل عام 1932 مصطلح المشبك؛ حيث أجرى بحثا في ردود الفعل في الحبل الشوكي وسلط الضوء على ظاهرة الكف المتبادل. حيث قادته تجاربه إلى وضع قانون التعصيب المتبادل (المعروف باسم "Sherrington") الذي ينص على أن كل إثارة للعضلة تتوافق مع تثبيط خصمها على هذا الأساس قام **Joseph Wolpe** (1915-1997) باقتراح النموذج الأول للعلاج السلوكي: وهو العلاج بالكف المتبادل، حيث قام بسلسلة من التجارب عند القطط، وهذه التجارب كانت تمثل في تلك الفترة تقدما نظريا كبيرا، ولقد أوضح **Wolpe** أن المواجهة التدريجية لمنبه مقلق مع كف عن طريق الاطعام يسمح بإضعاف القلق عند الحيوان. بعدها بحث عند الانسان عن الاستجابات التي تكف القلق: فظهر الاسترخاء له كأفضل طريقة لأشراط بالتضاد القلق بربطه بمنبهات شرطية مولدة من للقلق (صورة عقلية التي تثير المشاهد الفوبية المتدرجة) من أجل سلب حساسية المريض للوضعيات المقلقة. بعدها تم توسيع هذا النموذج إلى الاستجابات الإنسانية الأخرى: الغضب يكف القلق، وحتى بالنسبة للتعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية..

- نظرية التعلم الاجرائي لـ Skinner

جاءت هذه النظرية وليدة استخدام العلبة التجريبية أو علبة **Skinner** أين نجد حيوان محبوس فيها (الصورة رقم 2) تحتوي العلبة على رافعة، و إذا اكتشف الحيوان بالصدفة أن الضغط على **la barre** سيسمح له بالحصول على الطعام، سيكون له الميل إلى تكرار هذا الفعل الذي تم تسجيله على منحني من قبل القلم المتصل بالرافعة.

وفقاً **Skinner** (1971)، المتغير التابع المراد دراسته في أي السلوك هو الاستجابة ومعدلها. يعمل الكائن الحي أو العضوية على البيئة وتؤدي نتائج أفعاله إلى تعديل سلوكه. سوف يكرر أو يلغي إجابات معينة. يتم تعزيز الأفعال من خلال نتائجها. وحدة تحليل السلوك هي متغير التعزيز. وتحدد الصيغة

الملائمة للتفاعل بين الكائن الحي وبيئته أربعة مستويات للتحليل الوظيفي مع الأخذ في الاعتبار نموذج بسيط علم نفس الحيوان:

- الحالة التحفيزية الداخلية: الجوع
- الظروف التي تحدث فيها الاستجابة أو بالأحرى نقول المنبه التمييزي الذي يشير للفرد أنه عليه أن يستجيب: مثلاً إشارة ضوئية.
- الاستجابة نفسها (دفع الرافعة)
- النتائج المعززة (الطعام)

فالعلاقة بين العناصر الأربعة هو المتغير المعزز. فإذا كان الاشرط الكلاسيكي تعلم عن طريق استبدال المنبهات، بحيث يتم اكتساب وظائف المنبه الغير شرطي عن طريق الارتباط المتكرر بالمنبه الشرطي، وهذا ما يتعلق بالنظام العصبي الاعاشي والاستجابات الحشوية، فإن الاشرط الاجرائي هو تعلم لسلوك حسب النتائج التي تتولد عن فعل العضوية على المحيط.

يمكن أن تكون عواقب السلوك ممتعة أو غير سارة. الإشرط الاجرائي يشير إلى الجهاز العضلي الهيكلي. إذا فالأشرط الاجرائي هو التعلم من خلال عواقب الفعل. يميل الفعل الذي له عواقب إيجابية إلى التكرار (التعزيز الإيجابي). على العكس من ذلك، في مواجهة النتائج السلبية لفعل ما، يميل الكائن الحي إلى إصدار سلوكيات تجنب أو الهروب من الموقف الذي يحتمل أن يسبب الانزعاج. هذا تعزيز سلبي: إشرط الهروب أو تجنب المواقف المكروهة. كما قد يؤدي عدم وجود نتائج سلبية أو إيجابية لفعل ما إلى اختفاء هذا الفعل تدريجياً بسبب عدم وجود أي تعزيز: هذا هو الانطفاء.

الاشراط الكلاسيكي: انطلاق الاستجابة بالارتباط

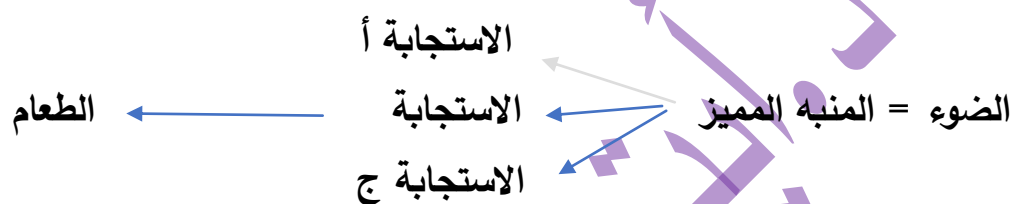
1- المنبه الغير شرطي (الطعام) ← الاستجابة الغير شرطية (اللعب)

2- المنبه الغير شرطي (الطعام) المرتبط بالمنبه الحيادي (الضوء) ←

استجابة شرطية (اللعب)

3- المنبه الشرطي (الضوء) لوحده ← الاستجابة الشرطية (اللعب)

الاشراط الاجرائي: اختيار الاستجابة عن طريق التعزيز



المنبه المميز ← استجابة ← تعزيز

الاستجابة الوحيدة المعززة هي الاستجابة ب



الشكل رقم (1) مخطط مقارنة بين الاشراط الاجرائي والاشراط الكلاسيكي

و بالنسبة لتعزير حسب Skinner فهناك نوعين منه: التعزير الإيجابي و التعزير السلبي و كلاهما يعتبران نتائج لسلوكات التي تسبقها، في حالة التعزير الإيجابي يضل السلوك مع وجود المعزز في حين أن في حالة التعزير السلبي يتجنب السلوك المعزز و يبتعد عنه و في ما يلي يلخص الجدول التالي العلاقة بين السلوك و المعزز:

المعزز الإيجابي	وجود المعززات يسمح بزيادة شدة وتكرار السلوك الذي يسبقه
المعزز السلبي	انسحاب المعززات يسمح بزيادة شدة وتكرار السلوك الذي يسبقه
النفور (العقاب)	وجود المنبه المنفر يؤدي إلى انخفاض شدة و تكرار السلوك الذي يسبقه

الجدول رقم (1) : التعزير الإيجابي ، التعزير السلبي و منفر

في مجال التطبيق العلاجي، تم استخدام التعلم الاجرائي على شكل مبادئ موجهة إلى تغيير السلوكيات خصوصاً في مجال طيف التوحد وتأهيل الفصام، وعرضت هذه المبادئ تحت شكل برامج مبنية بالتعزيز حسب مشكلة كل مريض او مجموعة مرضى، ومن اهم البرامج المعروفة في هذا المجال هو برنامج **ABA (Applied Behavioral Analysis)** ، وتقوم مبادئ تعديل السلوك على اتباع نتائج السلوكيات التي يريد المريض تعديلها بالاتفاق مع المعالج:

- **التعزيز الإيجابي:** نقول إن هناك تعزيز إيجابي عندما تكون لدى نتائج السلوك تأثير على رفع قوة وتكرار هذا السلوك، وحتى يكون التعزيز فعالاً يجب ان يكون مباشراً أي يتبع ظهور الاستجابة. ومع ذلك يلعب التعزيز المؤجل دوراً هاماً عند الانسان، لأننا عندما نتحدث عن المعززات فهي عبارة عن تعويضات ملموسة أو أحداث معلومة زمنياً. وهذه المعززات يمكن أن تكون أولية مثل الاكل وتجنب الألم أو ثانوية التي تتمثل أساساً في التعزيزات الاجتماعية مثل الاستحسان، الانتباه.

مثال: التعزيز الإيجابي لتغيير السلوك من سلبية المصلحة، في هذا المجال نقدم مثلاً عيادياً من خلال اقتصاديات الرموز المميزة، حيث يتلقى الشخص المصاب بالفصام رمزاً يمكن استبداله بمكافآت ملموسة في كل مرة يصدر عنه من استجابة يعتبرها هو والمعالج إيجابية، على سبيل المثال التحدث، القيام بنشاط التنظيف. في الواقع، يتم تعزيز جميع السلوكيات الاجتماعية الإيجابية بشكل انتقائي لمساعدة المريض على إعادة الاتصال بحياة تتكون من التبادلات الاجتماعية التي ستمكنه لاحقاً من العيش في المجتمع بدلاً من البقاء في بيئة مثبثة للهمم في مستشفى للأمراض النفسية أو وفقاً للصيغة المعمول بها، انتظر فريق الرعاية "ظهور رغبة المريض"، بدلاً من إثراء البيئة بفرص تسمح بإعادة توطين المرضى.

التعزيز السلبي: يظهر هذا التعزيز عند انقطاع المنبه المنفر الذي يعتبر نتيجة لسلوك، فيزيد بذلك تكرار وقوة هذا السلوك. وبالتالي الهروب وتجنب النتائج المنفرة هو الذي يعزز السلوك. مثال مريض فوبيا الأماكن الواسعة الذي يتجنب القلق بعدم مواجهة العالم الخارجي، والذي يجد نفسه معزز لتكرار هذا التجنب ولهذا نقول إن سلوك التجنب يعزز سلبياً بالقلق، والعلاج السلوكي المعرفي يعتبر أن خفض القلق بواسطة الاسترخاء والتعرض المتدرج وتعزيز الإيجابي عن طريق استحسان السلوك النشط لتعرض.

- مبدأ **Premack**: يطلق عليه أحياناً "قانون الجدة". جاء ذلك على النحو التالي: "أيها الأطفال، يمكنكم اللعب بعد الانتهاء من ترتيب الأسرة. بطريقة أكثر علمية، يمكننا القول إنه من الممكن زيادة السلوك منخفض الاحتمال باستخدام سلوك احتمالية عالية كمعزز لهذا السلوك. يمكن استخدام هذا المبدأ على المستوى الخارجي، حيث يتطلب تحكماً مهماً في البيئة: تكون المكافآت مشروطة بظهور سلوك يعتبره الفرد مملاً مما يطرح مشكلة أخلاقية. قانون الجدة ينطبق على الجميع. استخدامه فعال في الأطفال المصابين بالتوحد والذهان. يمكن استخدام هذا المبدأ على المستوى المعرفي في الأشخاص المكتئبين من أجل تعديل التفكير والحوار الاكتئابي. يبرم المعالج عقداً مع هذا الفرد حيث تسبق الشكوى أو التفكير في تقدير الذات فترة من التفكير الإيجابي أو اللطيف. يمكن أن يساعد أيضاً في الإدارة الذاتية اليومية عن طريق أداء المهام الشاقة أولاً وتعزيزها بنشاط ممتع.
- التعزيز التدريجي: يمكن إنتاج السلوك الذي نريد تطويره تدريجياً من خلال تعزيز أي سلوك يقترب منه في مراحل متتالية وتقريباً. مثال: التشكيل التدريجي للكفاءة الاجتماعية يمكن العثور على مثال في الحزم، حيث يدعم المعالج في لعب الأدوار أي تقدم يتم إحرازه في الاتجاه الصحيح من قبل شخص خجول (رهاب اجتماعي). على سبيل المثال، عندما يواجه الموضوع مشاكل في الحفاظ على التواصل البصري مع المحاور، سيتم تعزيز أي خطوة؛ انظر إلى الذقن، ثم الجبهة، ثم العين أخيراً، لبضع ثوانٍ ثم لفترة أطول. يمكن أيضاً تشكيل تعلم اللغة عند الأطفال المصابين بالتوحد أو استئناف الاتصال الاجتماعي عند مرضى الفصام بشكل تدريجي من خلال احترام مستوى الأداء المنخفض في البداية، وذلك لتحقيق السلوك المطلوب تدريجياً.
- العمل في سلسلة: معظم السلوكيات عبارة عن تسلسل منظم يتكشف، بطريقة مستقرة نسبياً، حتى تؤدي الاستجابة النهائية إلى التعزيز. لذلك فإن التحليل السلوكي للسلاسل السلوكية هو وقت حاسم لتنظيم برنامج علاجي، كما هو موضح في المثال التالي: اجراء السلسلة: افتح الباب - انظر إلى المحاور - قل مرحباً - ابتسم - تعززه مرحباً وابتسامة - و "ماذا تريد يا سيدي؟". لا يلزم تعزيز كل استجابة للحفاظ على التسلسل السلوكي بأكمله. فقط تعزيز الإجابة الأخيرة هو ضروري. التعلم هنا على سبيل المثال مع الفرد الخجول يتبع بتأكيد الذات الذي يقوم على تثبيت الرد الأخير لتسلسل: ابحت، ابتسم - احصل على استجابة معززة بابتسامة، والتي ستؤدي إلى تثبيت التسلسل الكامل للسلوك: تجرأ على دخول متجر ومخاطبة البائعة.
- التمييز والتحكم في المنبه: يخضع جزء كبير من سلوكياتنا لسيطرة المحفزات ونتعلم مبكراً الاستجابة للموقف "أ" ولكن ليس للموقف "ب". عندما تتبعث استجابة في موقف ما ولكن ليس في موقف آخر، يكون هناك تمييز. عندما تتبع عواقب مختلفة سلوكنا في بيئات مختلفة، نتعلم التمييز

بين تعزيزاتنا. تعمل المحفزات التمييزية التي تعلن عن طوارئ التعزيز كإشارات ستقودنا إلى تغيير سلوكنا. الكائن الحي قادر على التعرف على المحفزات بالطريقة المثلى ولكن يجب أن يظل يقظاً ليختار من البيئة الإشارات التي تعلن السلوك المناسب. يخبّرنا استدعاء الذاكرة للحافز التمييزي على أهمية السلوك في بيئة معينة. قد يحدث السلوك الذي تم تعلمه في ظروف معينة في مواقف مماثلة، وبالتالي يتم تعميمه، اعتماداً على تشابه هذه المواقف مع موقف التعلم.

- تعميم المنبه عندما يصبح المنبه حافزاً شرطياً، يؤدي إلى سلوك معين، نلاحظ أن المحفزات من نفس النوع من المحتمل أن تحفز. مثلاً شخص تعرض لحادث سيارة، سوف يخاف ليس فقط من القيادة ولكن حتى سماع ضجيج محرك أو رؤية سيارات في التلفاز. فهو سيطور ويعمم سلوكيات التجنب لكل شيء يشبه من بعيد أو من قريب السيارة.

- نظرية التعلم الغير ارتباطي:

رأينا في السابق نوعين من التعلم الارتباطي وهو التعلم الاستجابي و التعلم الاجرائي على العكس من ذلك ، أثناء التعلم غير الارتباطي ، يكتسب الكائن الحي بشكل نهائي معلومات حول حافز واحد ، في مواجهة واحدة تكشف عن مجموعة من الاستجابات السلوكية والمعرفية والعاطفية المستمرة. هناك نوعان رئيسيان من التعلم غير النقابي: البصمة والوعي.

- **البصمة:** تم تسليط الضوء على البصمة من قبل علماء السلوك، ولا سيما **Konrad Lorenz** الحاصل على جائزة نوبل في عام 1973 والذي قام بدراسة الحيوانات في البيئة الطبيعية واستجابة للنموذج سكينر أشار إلى أن التعلم يمكن أن يحدث بطرق خاصة بالأنواع ومن خلال التعرض لمحفز خلال فترة حرجة أو فترة بصمة. ثم تطلق فئة من المحفزات سلوكاً خاصاً بالأنواع: على وجه الخصوص، السلوك الجنسي والروابط الناتجة. لكي يكون هناك بصمة، يجب أن يكون هناك تعرض لشيء يوجه الميول الجنسية، بطريقة لا رجوع فيها، ويجعل من الممكن التعرف على نوعه. ظاهرة البصمة مبرمجة وراثياً. مجالاتها الرئيسية هي الرابطة الأسرية، الرابطة الجنسية واختيار الموطن. ولكي يكون التعلم ممكناً، يجب بالضرورة أن توجد آليات محددة وراثياً يمكن للحيوان أن يتعلم من خلالها. لا يمكن للحيوان أن يتعلم أي شيء، فقط ما صمم من أجله نظامه العصبي. والقيود المفروضة على التعلم من ثلاثة أنواع: فترة البصمة، وأنماط العمل الثابتة المبرمجة وراثياً والتي تم إطلاقها خلال فترة البصمة، وأخيراً السلوكيات الخاصة بالنوع.
- **الحساسية والتعود:** الوعي هو عكس التعود. العرض الموجز والمكثف للمحفز الضار يزيد من شدة الاستجابات العاطفية. هذا ما نلاحظه في ضغوط ما بعد الصدمة. إن العرض الموجز

للمثيرات التي توحى بالوساوس والأفعال القهرية أو الرهاب يزيد فقط من شدة الاستجابات الحركية والإدراكية والنباتية في المستقبل.

تلقى **Erich Kandel (2006)** جائزة نوبل في 2000 من أجل أبحاثه حول التعلم الغير مرتبط الناتج عن لقاء واحد مع الحدث الصدمي، حيث عاش الباحث تجربة صدمية مبكرة تركت لديه ذكرى **souvenir indélébile** (الهروب من فينا سنة 1938 ليلة الكريستال)، ولقد استعان بنموذج حيواني من أجل محاولة تفسير هذه الذكرى الإنسانية، ويتعلق الأمر ب **l'aplysie, une limace de mer**, الذي يملك نظام خلايا عصبية كبيرة تسمح بدراسة الظواهر الكيميائية للنواقل العصبية. وكشف أن ظواهر التخزين الذاكري يمكن ان تتبع سياقين عصبيين وكيميائيين وهما: كمون على المدى الطويل (**LTP**) الذي يسهل استجابة دائمة لمنبه ضعيف أو فريد واكتئاب على المدى الطويل (**LTD**) أو ما يسمى بظاهرة اكتئاب النشاط المشبكي. درس **Kandel** بشكل مفصل تدفق الأحداث الكيميائية التي تتطوي تحت هاذين السياقين. فالتعود هو خاص بمنبه أو وضعية ولكن بالعكس من الوعي فهو يقوم على تعلم ما يجب عدم القيام به: الاستجابة بطريقة مبالغه لمنبه حيادي، فهو يقوم على خفض الاستجابة الغير شرطية التي يتم الاستمرار فيها تدريجيا ونسبيا. فهي تتعلق ارهاق السبل المتوفرة لمجموع العصبونات التي تستثير الاستجابة.

و في العلاج السلوكي المعرفي يعتبر التعود مبدأ أساسيا في تقنية التعرض، فهو متعلق بخفض قوة الاستجابات الغير شرطية التي يمكن التحكم فيها على مستوى نسبي ادنى من الجهاز العصبي المركزي: في جذع الدماغ بالذات: بالعكس نجد أن التعرض القليل لمنبه مستثير للوساوس و الأفعال القهرية او للفوبيا لا يزيد إلا من شدة الاستجابة الحركية ، المعرفية و الاعاشية المستقبلية هذه هي الظاهرة المعاكسة لتعود: الوعي، و أخيرا يعتبر التعود أكثر سهولة من ان يدخل الفرد في وضعية مقلقة مع مستوى تنشيط انفعالي منخفض نسبيا على مستوى المقاييس النفسية العصبية، وهذا يفسر تأثير التقنيات التي تستخدم التعرض في التخيل والاسترخاء لتحضير الموضوع لمواجهة المواقف. لا ينبغي الخلط بين عادة الاستجابات الفسيولوجية (معدل ضربات القلب، ومعدل التنفس، وموصلية الجلد، والقدرات الدماغية) مع انقراض الاستجابات الحركية (الطقوس، وسلوك التجنب) التي تنتج عن ذلك.

- نظرية التعلم الاجتماعي:

تم تطوير هذه النظرية من قبل ألبرت باندورا في الجامعة ستانفورد ويتم عرضه بشكل رئيسي في ثلاثة كتب (1969 ، 1977 ، 2007). إنه يمثل بالتأكيد الجانب الأكثر اكتمالا لنظريات التعلم اليوم. كما أنه يجعل من الممكن دمج الظواهر المعرفية التي غالبًا ما أهملتها النظريات السابقة وتستند إلى أسس

تجريبية. بالإضافة إلى ذلك، إنها نظرية اجتماعية: لذلك فهي تشير بشكل أساسي إلى السلوك البشري وتبقى أقل تصميمًا على علم نفس الحيوان من التعلم الفعال. يبدأ **Bandura** من نقد المدارس الديناميكية النفسية التي تضع الدافع داخل الفرد دون تبرير سببي دقيق يعتمد على التحليل التجريبي. لكنها تتحدى أيضًا السلوكية المتطرفة لسكينر، والتي تضع مشكلة التحفيز بالكامل في البيئة والطوارئ التعزيز الخارجي. اتخذ معظم المشاركين في هذا النزاع بين الدوافع الخارجية والداخلية موقفًا مفاده أن البيئة والشخص يحددان بعضهما البعض. يقترح باندورا مخططًا يكون فيه السلوك الخارجي والشخص والبيئة في تفاعل مستمر. إنه نموذج تفاعلي الذي يفترض ، على عكس الاشارات الاجرائي الفعال ، وجود كائن حي نشط ، ويمثل هذا النموذج في الشكل 3.5



الشكل رقم (2) نموذج ثنائي الأبعاد لـ Bandura, 1977.

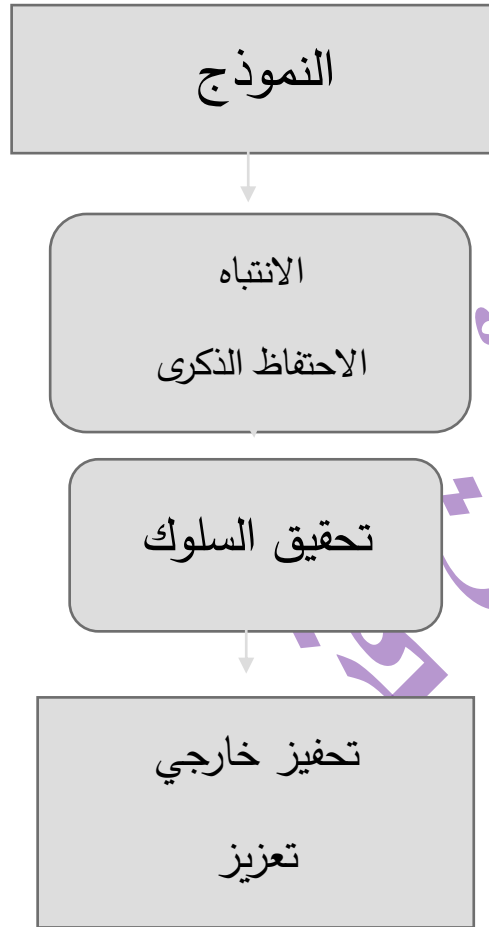
ترتبط العمليات الرمزية والتعلم الاجتماعي عن طريق التقليد ارتباطًا وثيقًا. يلعبون دورًا رئيسيًا في التنظيم الذاتي للسلوك البشري. إنها تمثل تعلمًا أقل تكلفة وأسرع من التعلم عن طريق التجربة والخطأ. التعزيز الميكانيكي والخارجي هو نموذج تعليمي تفضيلي لما يسمى بالكائنات الدنيا ، أي تلك ذات القدرات الرمزية المحدودة. هناك نوعان من العمليات التي تحكم التعلم البشري:

- العمليات الرمزية أو المعرفية (الأفكار ، الصور الذهنية ، المعتقدات ، إلخ). هذه العمليات متاحة للتحليل التجريبي وليست استنتاجات محضة. أظهر دراسات (باندورا ، 1977) أنه عند الخضوع لبرنامج تعليمي فعال يسعى إلى تعزيز التعبير عن كلمات معينة فيها (التكييف اللفظي) ، يكون الأداء أفضل إذا كان الأشخاص على دراية ببرنامج التعزيز المجرب. من الواضح أنها أقل جودة إذا تجاهل الأشخاص طوارئ التعزيز وتم تعزيزهم بطريقة خارجية بحتة. الوعي بالتعزيز ضروري لتعديل السلوك.
- التعلم الاجتماعي عن طريق التقليد. هذا يتكون من التعلم غير المباشر. يحدث من خلال ملاحظة النماذج التي يمكن أن تكون حقيقية أو رمزية أو خيالية (نمذجة).

وبالتالي، فإن الملاحظة وقناة الاتصال المرئية لها دور حاسم في هذا النوع من التعلم. يظهر هذا في التجارب الشهيرة التي أجراها **Bandura et Walters**: يتعلم الأطفال الصغار السلوك العدواني من خلال نماذج حقيقية أو مصورة. يؤدي هذا عملياً إلى تحليل دور التلفزيون في إطلاق السلوك العدواني والحفاظ عليه. يستخدم الإعلان التعلم عن طريق التقليد بشكل مكثف. من الممكن أيضاً استخدامه لتعديل السلوك الصحي في اتجاه إيجابي. يؤكد باندورا أيضاً على دور التعلم النشط والإبداعي. لقد ثبت أن الأشخاص الذين تعرضوا لعدة نماذج أكثر إبداعاً من الأشخاص الذين تعرضوا لواحد فقط. من خلال "النمذجة المجردة"، يطور الموضوع المبادئ العامة من ملاحظة العروض المختلفة. سيكون من الأفضل التحدث عن تنظيم السلوك عند الإنسان بدلاً من الحديث عن التعزيز، وهو مصطلح يجب أن يكون محجوراً للتجارب الحيوانية، مقصوراً بالضرورة على تقييم الظواهر الميكانيكية.

في التعلم الاجتماعي عن طريق التقليد، تسمح أربع مراحل للفرد بإعادة إنتاج سلوك مكافئ وظيفياً لسلوك النموذج:

- التركيز : يسمح بالملاحظة والتمثيل.
 - الاحتفاظ بالذاكرة مع الترميز الرمزي والتنظيم المعرفي والتكرار الرمزي والتكرار الحركي العقلي
 - إعادة الإنتاج الحركي
 - الدافع الذي يمكن أن يتدخل في كل مرحلة من مراحل عملية التعلم الاجتماعي عن طريق التقليد.
- هناك ثلاثة أنواع من التعزيزات: التعزيز الخارجي، التعزيز غير المباشر، حيث يلاحظ الشخص موضوعاً يعاقب أو يكافأ لسلوك يتجنب عندها إصداره أو تقليده؛ والتعزيز الذاتي المرتبط بتوقع المكافآت، وهو ما يطلق عمليات الانتباه من أجل تقليد النموذج. قد ينتج فشل المراقب في أداء سلوك مشابه لسلوك النموذج عن أوجه القصور في أنشطة المراقبة؛ الترميز غير الكافي لتمثيل الذاكرة؛ عدم القدرة على أداء السلوك؛ الدافع غير الكافي في كل مرحلة من المراحل (الانتباه، الاحتفاظ، التكاثر الحركي، أداء السلوك)
- عند البشر، يلعب التوقع دوراً كبيراً وغالباً ما يتأخر التعزيز أو لا يحدث أبداً. التوقعات والمعلومات السابقة حول التعزيز هي معيّلات للسلوك والتمثيلات اللفظية هي مركبتهم. يتم استخدام التعزيز كعامل إعلامي وتحفيزي بدلاً من زيادة قوة ومعدل الاستجابات ميكانيكياً. يقال إن التعزيز الاستباقي أكثر أهمية من التعزيز الفعلي في تنظيم السلوك البشري. أخيراً، يعتبر التعزيز نتيجة لذلك سيكون ببساطة حالة خاصة من نظرية التعلم الاجتماعي. يصور الشكل 3.6 نموذج التعلم الاجتماعي لباندورا



الشكل رقم (3) نموذج التعلم عن طريق التقليد لـ Bandura, 1977

- أهم المبادئ العلاجية الصادرة من نظرية التعلم الاجتماعي :

هناك ثلاثة مبادئ صدرت عن نظرية التعلم لـ Bandura, 1977 وهي: مبادئ التعلم بالإجابة عن طريق التقليد، مبدأ التحكم الذاتي ومبدأ تطوير الفعالية الذاتية

- مبادئ التعلم بالإجابة عن طريق التقليد: إنه تعلم اجتماعي وليس مجرد تقليد، لأنه يمكن للمرء أن يقلد حيوان - يتعلق الأمر بـ "التقليد" وليس "النمذجة" - وكذلك عن طريق الملاحظة. يبدو أن البصر هو الحس المميز في هذا النوع من التعلم. إنه تعلم غير مباشر لأن النموذج يلعب دور الوسيط فيما يتعلق بالمراقب. يمكن تطبيق المبادئ المختلفة للتعزيز الخارجي على هذا النوع من التعلم: التعزيز غير المباشر، والعقاب بالنيابة أو النفور. يمكن استخدام التعلم بالتقليد لمنع السلوك، واكتساب الوظيفة، والسلوك الذي لم يتم تعلمه من قبل، وتسهيل الاستجابة غير الكاملة

وجعلها أكثر فاعلية، وكذلك تمكين الانقراض غير المباشر للقلق من خلال رؤية عدم وجود عواقب سلبية ناتجة عن سلوك النموذج. ومن الناحية التطبيقية يخضع التعلم عن طريق التقليد لعدد من الشروط:

- يجب أن يكون النموذج قريباً من الفرد من حيث العمر والجنس وخصائصه الاجتماعية والثقافية
- يجب أن تقدم هيبة معينة؛
- يجب أن يعرف المريض مسبقاً الصفة التي يريد مراقبتها وتقليدها بعد تحديده مع المعالج؛
- يجب تعزيزها بالموافقة على كل إنجاز إيجابي.
- من الممكن استخدام الفرد نفسه كنموذج خاص به: الفرد والمعالج يحدداني على شريط فيديو اللحظات الإيجابية التي يريد الفرد أن يقلد من أدائه؛ بعد ذلك، يسمح لعب الأدوار من تكرر لصورة نفسه وجدها الفرد إيجابية.
- مبدأ التحكم أو الضبط الذاتي: يكون هناك ضبط للذات عندما يغير الموضوع سلوكه من خلال تعلم قياسه وتقييمه وتحديد الأهداف وإسناد المكافآت والعقوبات إلى نفسه، وبالتالي ضبط الذات هو عملية معرفية تنشأ عندما ينخرط الشخص، في ظل الغياب النسبي للقيود الخارجية، في سلوك أقل احتمالاً من السلوك المعاكس. أو بديل. هذا ما يمكن العثور عليه في اختيارات السمنة (الأكل / عدم الأكل)، المدمن على الكحول، المدخن، في بيئة لا تُفرض فيها الاعتدال أو الامتناع.
- مبدأ الفعالية الذاتية: طور **Bandura** (1977) نظرية عامة لتغيير السلوك بافتراض بُعد معين للأداء العقلي: الكفاءة الذاتية المدركة. يلعب الإدراك الذاتي دوراً في التغيير بقدر ما يعتبر الموضوع نفسه قادراً أو غير قادر على إصدار سلوك (توقعات الفعالية) ويعتقد أن هذا السلوك سيؤدي أو لا يؤدي إلى نتيجة (توقعات النتيجة)
- وفقاً **Bandura** (1969 ، 1977 ، 1997) ، فإن العلاج النفسي سيكون له ميكانيزم مشترك وغير محددة و هي الزيادة في توقعات الكفاءة الذاتية التي يراها المريض. لذلك فإن أي تغيير هو معرفي في نهاية المطاف، حتى لو كان لتغيير المفهوم الانهزامي لعالم المريض، فإن إحدى أفضل التقنيات هي مساعدته على التصرف. يقترح باندورا إعادة تفسير مختلف تقنيات العلاج النفسي من خلال هذا المبدأ.

2-2- النظرية المعرفية ونموذج معالجة المعلومات:

تقوم هذه النظرية على مبدأ أساسي مفاده ان العضوية تعالج المعلومة (المنبه) حسب المخططات، التي تم اكتسابها بالتفاعل بين المحيط والجهاز العصبي المركزي. تكون هذه المخططات غير واعية و مخزنة في الذاكرة طويلة المدى و توظف بطريقة آلية، خارج إرادة و وعي الفرد، تحوي هذه المخططات مجموعة

من المعارف المكتسبة حول العالم و الذات و الآخرين و هي تنظم على شكل مجموعات، يمكن تنشيطها من خلال الانفعالات التي تشبهها عندما تم تخزينها، كما انها تسير السلوكات التي تأكدها (تمثيل الواقع بالمخطط) او تعديلها (موائمة المخطط للواقع) و تعتبر الموائمة و التمثيل سياقات معرفية تسمح بالمرور من بنيات عميقة و هي المخططات إلى بنيات سطحية التي تمثل الأحداث المعرفية، بالنسبة لسياق التمثيل هو سياق آلي و بالتالي هو غير واعى أما الموائمة فيتطلب مجهودا واعى

- **تعريف المخططات المعرفية:** تم تقديم مصطلح المخطط أو المخطط في علم النفس من قبل **Kant** ، في نقد العقل الصافي ، ثم تناوله **Piaget** (1964) لوصف بناء الفكر المنطقي. ترتبط المخططات التي ناقشها **Beck** (1976) أساسًا بالانفعالات وتتكون من معتقدات وتفسيرات. تظهر المخططات في سرد المرضى في العلاج في شكل مسلمات .

هناك مسلمات غير مشروطة غالبًا ما تكون سلبية لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب في الشخصية: على سبيل المثال "أنا غير كفء" أو "لا قيمة لي" ، "لا يمكن لحياتي إلا أن تكون فاشلة". ولكن يمكن أن يكون لهذه الفرضيات أيضًا دلالة إيجابية بشكل مفرط: "أنا أستحق اهتمامًا خاصًا"، "الآخرون هناك لخدمتي"

هناك أيضًا مسلمات مشروطة: "إذا تحدثت ، فسيتم الحكم عليّ على أنني غير كفء" وهي افتراض شرطي في "If... then". سيؤدي إلى قواعد السلوك وقواعد التشغيل: "أخرس. تجنب الاختلاط بالآخرين. هذه الافتراضات وهذه القواعد هي على سبيل المثال، تلك الموجودة في الفوبيا الاجتماعية، القلق وأيضًا في الشخصيات المتجنبة. يلخص الجدول التالي مستويات المعارف عند الشخصية التي تعاني من فوبيا اجتماعية وقلق معمم:

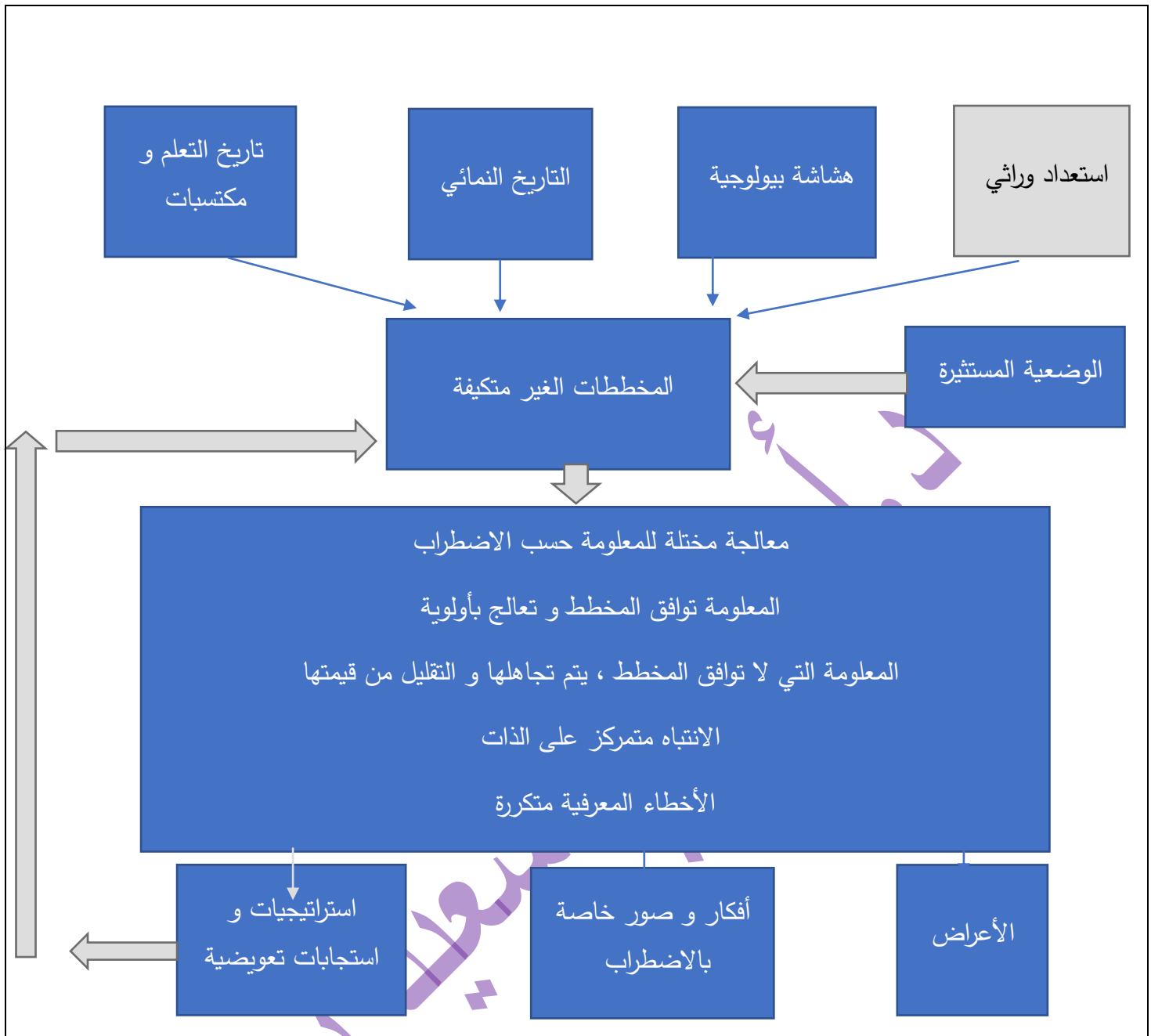
الجدول رقم (2) المخططات المعرفية و توظيفها مثال عن فرد يعاني من فوبيا الاجتماعية

المستويات الثلاثة للأفكار المتصلة ببعضها البعض
1. مخطط غير مشروط (أو مسلمة): "لا أحد يستطيع أن يحبني"
2. مخطط شرطي (أو مسلمة) (= فرضية أساسية) إذا تعرف على الآخرون، لن يحبونني."
3. الأفكار التلقائية: "لن أستمتع الليلة"، "سيتم الحكم علي وترفضني"
النتائج
1. المعرفية: قاعدة تشغيل صارمة (استراتيجية المواجهة): "تجنب الآخرين، أبقى في منزلك"
2. السلوكية: التجنب الاجتماعي، الوحدة
3. العاطفي: زيادة القلق والاكتئاب

- النموذج المعرفي للاضطرابات النفسية:

يمكن تلخيص النموذج المعرفي الحالي للاضطرابات النفسية في عشرة اقتراحات.

- 1- تمثل المخططات تفسيرات شخصية وتلقائية للواقع: فهي بالتالي تعالج المعلومات دون وعي.
- 2- أنها تؤثر على استراتيجيات التكيف الفردية.
3. تظهر على شكل تشوهات معرفية وتحيزات محددة لكل نوع من أنواع الأمراض النفسية الرئيسية. من الواضح أنها أحكام مسبقة أو "مواقف مختلة".
4. يمكن أن تكون هذه المخططات أساس الشخصية، وخاصة المخططات المكتسبة في وقت مبكر.
- 5- أنها تنعكس عن طريق الهشاشة والضعف المعرفي الفردي.
6. ينتج كل اضطراب نفسي مرضي عن تفسيرات غير متكيفة حول الذات والبيئة الحالية والمستقبل. على سبيل المثال: مخططات التفسير السلبي للأحداث في الاكتئاب، ومخططات الخطر في الرهاب ونوبات الذعر، ومخططات الإفراط في المسؤولية في اضطراب الوسواس القهري.
7. تؤدي هذه المخططات إلى الانتباه الانتقائي للأحداث التي تؤكد لها: وبالتالي فهي تمثل تنبؤًا يتحقق.
8. المخططات المرضية هي بنيات عقلية يتم اختيارها من قبل بيئة واحدة وتصبح غير مناسبة لبيئة أخرى. ربما كانت لها قيمة بقاء في تاريخ الفرد أو تاريخ الأنواع التي يمثلون بقاياها، والتي تجاوزت فائدتها العملية.
9. تتعلق بالشبكات العصبية، وإدارة كل من الانفعالات والمعتقدات والسلوكيات.
10. تنشيط الانفعالات والأفكار الآلية المرتبطة بها تتيح الوصول إلى المخطط. نعني بالفكرة الآلية صورة أو فكرة لا يدركها الفرد ما لم يركز عليها. عندما يشعر هذا الأخير، خلال جلسة العلاج، بعاطفة قوية، يسأله المعالج ما هي الفكرة أو الصورة التي تتبادر إلى ذهنه. هذا التحديث لمجموعات من الأفكار الآلية سيجعل من الممكن تدريجياً فهم وتقييم الأنماط وموضوعاتها.



الشكل رقم (4) النظرية المعرفية لعلم النفس المرضي (حسب Clark, 2009).

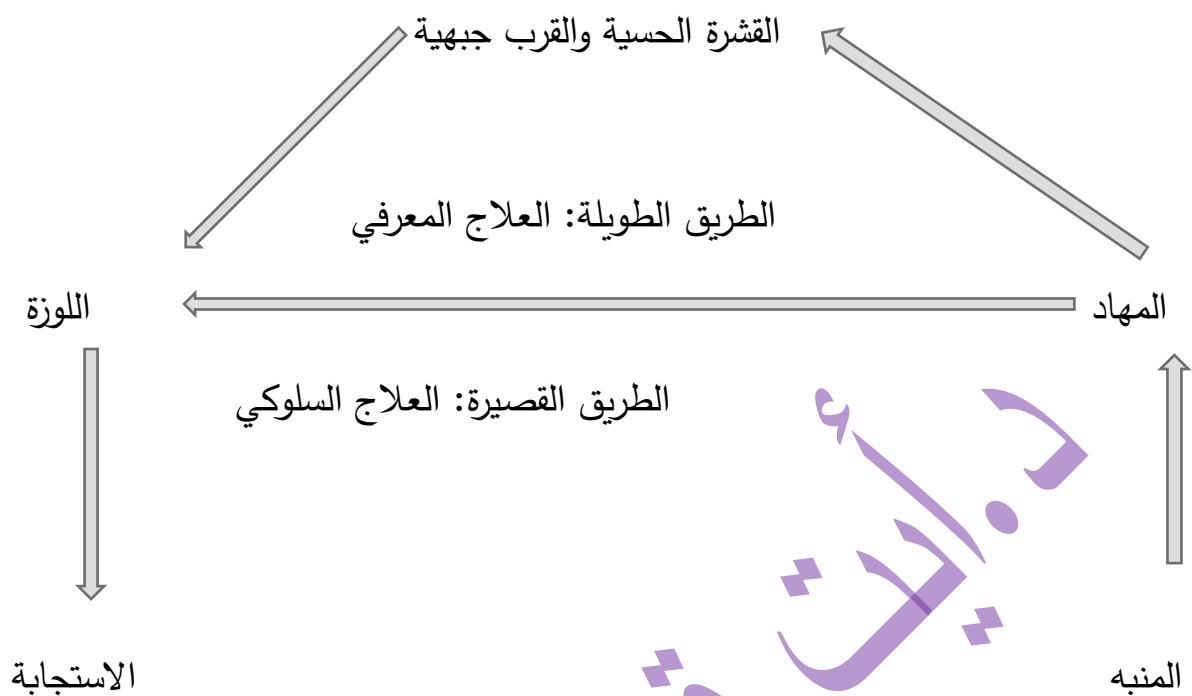
جزء كبير من الانفعالات لا يمر عبر الوعي. الأحكام العاطفية هي تقضيلات تعمل بطريقة تلقائية، فورية، حتمية وغير قابلة للنقض. افترض **Zajonc (1980)** أن الأحكام العاطفية هي ما وراء معرفية، وغير لفظية، وتلقائية وحتمية. تنتمي كل من الانفعالات والمعارف إلى نظامين منفصلين ولكنهما مترابطان. الانفعالات لا تحتاج إلى تسمية معرفية؛ إنه ببساطة هي تشهد فقط على خيار لا واعي ومستمر مهما حدث ومهما كانت الحجج التي تثبت طبيعته الخاطئة. يتم تسليط الضوء على هذه الظواهر التلقائية من خلال علم النفس

العصبي، وتتيح طرق تصوير الدماغ دراسة الدماغ في الوقت الفعلي أثناء معالجة المعلومات التي تكون سريعة جدًا للوصول إلى الوعي.

ولقد سمحت أعمال (Ledoux, 1997) في أحداث تقدم كبير في بيولوجية الانفعالات وعلاقتها مع العوامل المعرفية، فالوعي لا يلعب دورا كبيرا في هذا النوع من التعلم الذي نجده في بنيتين عصبيتين تنتميان إلى بنى بدائية للدماغ: المهاد واللوزة وأيضًا جذع الدماغ. يحدث التعلم عن ردود فعل الخوف والقلق في المهاد واللوزة، على طول المسار الذي يتجاوز قشرة الفص الجبهي. يتم استخدام هذا المسار عندما يتعلق الأمر بردود البقاء الفورية: الفرار والمواجهة والقتال أو الوقوف بلا حراك. لذلك يتوافق هذا المسار القصير مع عمليات الاشارات الكلاسيكية. أمام هذه الطريق تتوضع طريق طويلة التي ستسمح بمعالجة واعية وأكثر تزيثا للمعلومة، هذه الطريقة تربط بين الساحات القرب جبهية التي تعتبر جزء من القشرة المخية الحديثة، فأى إصابة في القشرة القرب جبهية سيمنع انخفاض استجابة الخوف والقلق عن طريق التعرض المتكرر للوضعيات التي تستثير القلق (Ledoux, 1997). وهذا ما يعني ان الوعي يلعب دورا هاما في سياق التعود.

من المحتمل أن يستخدم الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عاطفية كبيرة بشكل أساسي الطريقة القصيرة والتلقائية واللاواعية، والتي من شأنها أن تفسر ردود الفعل غير المتناسبة من الغضب أو العنف أو الخوف فيما يتعلق بالموقف الذي يثير المشاعر. نجد هذا الأداء الاندفاعي في الشخصية الحديثة.

يمثل الشكل () المسارات الطويلة والقصيرة لمعالجة المعلومات العاطفية وفقاً لـ Ledoux كما أنه يضع الإجراءات المحتملة للعلاج السلوكي على المسار العاطفي القصير والعلاج المعرفي على المسار الطويل الأكثر عقلانية. مثل هذا الرسم البياني ينادي بأن يعمل العلاج المعرفي السلوكي على حد سواء العواطف والسلوكيات والإدراك.



الشكل رقم (5) طرق علاج المعلومة الانفعالية حسب Ledoux (1997-2003)

المحاضرة الثانية : جدول أعمال الجلسات الأولى في العلاج السلوكي المعرفي

تمهيد:

الخطوة الأولى في جلسة العلاج المعرفي السلوكي. **CBT** هي تحديد جدول أعمال الجلسة ، أو تحديد الموضوعات التي سنتناولها المعالجة لفهم مشاكل العملاء. من أهم بنود جدول الأعمال المتعلقة بتعلم نظرية العلاج المعرفي السلوكي الأساسية هي:

البند رقم 1 من جدول الأعمال: لبنات بناء العلاج السلوكي المعرفي: الأفكار والمشاعر وردود الفعل الجسدية والسلوك

البند رقم 2 من جدول الأعمال: كيف تحافظ الأفكار على المشاكل

البند رقم 3 من جدول الأعمال: كيف تحافظ السلوكيات على المشاكل

البند رقم 4 من جدول الأعمال: كيف تؤثر المعتقدات الأساسية على الفكر

عمل جدول الأعمال الخطوة الثانية في جلسة العلاج المعرفي السلوكي هي العمل على جدول الأعمال، أو معالجة مشاكل عملائك؛ في حالتنا، هذا يعني تعلم المعلومات والمهارات المتعلقة بكل بند من بنود جدول الأعمال.

يأتي المفحوصين إليك مع مجموعة متنوعة من المشاكل. قد يكونون مكتئبين. قد يتعاطون المخدرات أو يشربون الكثير؛ قد يكونون قلقين. أو قد يكونون غير سعداء لأسباب مختلفة ويريدون إيجاد طريقة لتحسين حياتهم. عندما يأتي المفحوص لأول مرة إلى الفحص، يجب أن يتسأل المعالج السلوكي المعرفي سؤالان رئيسيان. أولاً، كيف يمكن مساعدة المفحوص على فهم مشاكله بطريقة منطقية بالنسبة له وتساعد على الشعور بالأمل؟ ثانياً، كيف يمكن فهم مشاكل المفحوص بطريقة تؤدي إلى تدخلات مفيدة؟ للإجابة على هذه الأسئلة، أنت بحاجة إلى نظرية جيدة - نظرية عملية للغاية وتساعدك أنت وعميلك على فهم العوامل التي تسببت في مشاكله، والتي تحافظ حالياً على مشاكله. تؤدي النظرية الجيدة أيضاً إلى تدخلات فعالة تكون منطقية للمفحوص. لذا، قبل أن نبدأ بكيفية "عمل" العلاج المعرفي السلوكي، من المهم أن نفهم النظرية الكامنة وراء العلاج المعرفي السلوكي

1- البند رقم 1 من جدول الأعمال: اللبنة الأساسية للعلاج CBT: الأفكار والمشاعر ردود الفعل الجسدية و السلوك.

عندما نشعر بالضيق، يمكن أن تكون ردود أفعالنا انفعالية. قد يكون من الصعب معرفة ما يجعلنا مستاءين، وغالبًا ما نلوم الموقف. يذكر لنا في هذا السياق (Josefowitz 2016) (مفحوصة تبلغ من العمر خمسة وعشرين عامًا ، وتعيش في المنزل ، وقد أنهت للتو دراستها الجامعية. تحاول العثور على وظيفة وتقدمت لعدد من الوظائف المختلفة. بالأمس تلقت خطاب رفض آخر. جلست في غرفتها كلها ليلاً، الشعور بالاكتئاب الشديد، تصفح الإنترنت، والبكاء. في اليوم التالي، أخبرت المفحوصة معالجها أنها مكتئبة لأنها لم تحصل على الوظيفة. من الطبيعي أن تشعر بالضيق، وبالطبع إذا حصلت على الوظيفة لكنت تشعر بشكل مختلف. يمكننا التفكير في رد فعلها تجاه خطاب الرفض على أنه خليط كبير من الأفكار والمشاعر وردود الفعل الجسدية والسلوكيات، وكلها محشورة في حقيبة ظهر ثقيلة تحملها حولها. سوف تساعدنا أنت في تفريغ حقيبة الظهر. ستفتح الحقيبة الخلفية وتصنف أفكارها ومشاعرها وردود أفعالها الجسدية وسلوكياتها بشكل منفصل. ونسمي هذا نموذج العوامل الأربعة. يوفر نموذج العوامل الأربعة هيكلًا يمكننا نحن ومفحوصنا استخدامه لفهم العوامل التي تحافظ على مشاكلهم. عندما يكون لدى المفحوصين هيكل لفهم ردود أفعالهم، فغالبًا ما يبدأون في الشعور بقدر أقل من الإرهاق ويعتقدون أن التغيير ممكن أكثر. مجرد تفريغ حقيبة الظهر، تصبح أخف وزناً. عندما تكون مشاعرها وردود أفعالها الجسدية وسلوكياتها وأفكارها على الأرض في أكوام نظيفة، يمكن أن تبدأ في التفكير فيما تريد الاحتفاظ به في الرحلة، وما الذي تريد تغييره، وما لم تعد بحاجة إليه. أكاد أسمعها تقول، "يا للعجب، يا لها من راحة!" p7 و تواصل (Josefowitz 2016) القول دعونا نرى ما يحدث عندما نخرج حقيبة ظهرها ونصنف رد فعلها في العوامل الأربعة.

الموقف: خطاب رفض آخر

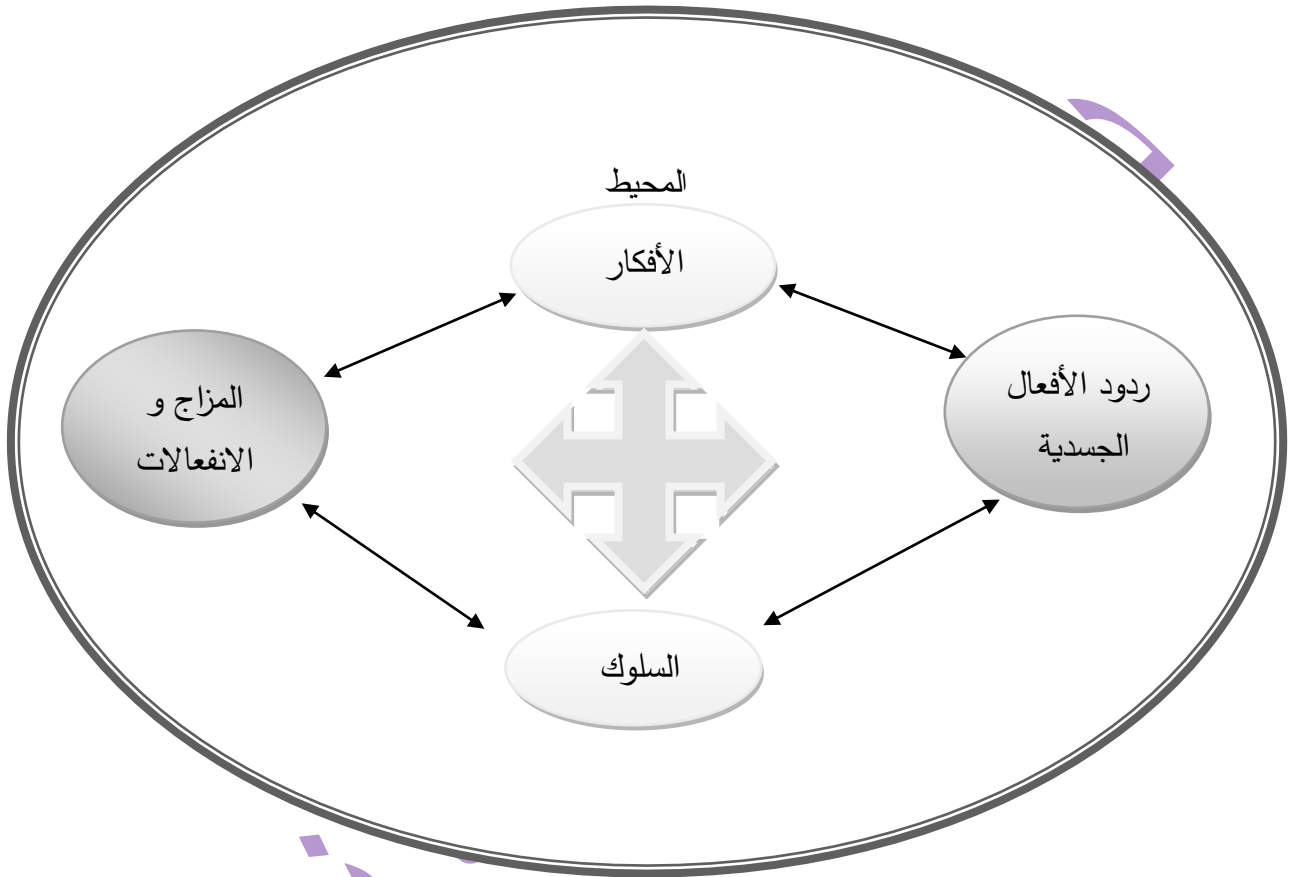
أفكار المفحوصة: لن أحصل على وظيفة أبدًا، أنا فاشلة للغاية.

مشاعر المفحوصة: الاكتئاب واليأس.

ردود الفعل الجسدية للمفحوصة: المعدة مؤلمة ومرهقة.

سلوك المفحوصة: مكثت في غرفة نومها وتصفح الإنترنت وبكت. تركت فصل الصالة الرياضية في صباح اليوم التالي لأنها نامت. لم تكلف نفسها عناء التقدم لوظيفة أخرى كانت المعلن عنها في الجريدة في اليوم التالي. أثناء قيامنا مع المفحوصة بفرز رد فعلها باستخدام نموذج العوامل الأربعة، يبدأ رد فعلها في جعلها أكثر منطقية وأقل تشويشًا. (p7)

يضيف (Padesky & Mooney 1990) العامل الخامس - البيئة - في نموذجهم لكيفية تأثير العوامل على بعضها البعض ، كما هو موضح في الشكل (5)



الشكل رقم (5) نموذج من خمسة أجزاء لفهم تجارب الحياة حسب علاج CBT (Josefowitz, 2016)

عندما ننظر إلى الشكل (5)، نرى كيف يؤثر التغيير في أحد العوامل الأربعة على التغيير في المجالات الثلاثة الأخرى. بمجرد أن يكون لدينا نموذج لفهم ردود فعل مفحوصنا، يمكننا البدء في التفكير حول كيفية تغيير ردود أفعاله بحيث يكون أقل انزعاجًا ويمكنه التعامل بشكل أفضل. يعتبر نموذج العوامل الأربعة منطقيًا أيضًا للمفحوص؛ يمكنهم البدء في استخدامه على الفور لفهم معاناتهم.

• ماهي الوضعية:

يفصل نموذج العوامل الأربعة الأفكار والمشاعر وردود الفعل الجسدية والسلوك عن الموقف. فالوضع هو ما حدث بالفعل، أو الواقع الموضوعي دون أي تفسير. على سبيل المثال، الاختبار القادم هو الوضعية؛ الاختبار القادم "الصعب" هو موقف وتفسير - التفسير هو أن الاختبار سيكون صعبًا. لنأخذ مثالاً آخر لوضعية: يخبرك مفعوصك أن طفلاً في المدرسة اقترب منه في الردهة وقال، "أنت قبيح". هذا هي الوضعية. إذا أضاف مفعوصك، "هذا الطفل لئيم ويحاول التباهي"، فهذا هو تفسير العميل.

• ما هو الفرق بين الأفكار والانفعالات:

في نموذج العوامل الأربعة، عندما نريد فصل المشاعر عن الأفكار. تبدو هذه مهمة سهلة إلى حد ما، ولكن في لغتنا اليومية، نميل إلى الخلط بين الأفكار والمشاعر. على سبيل المثال، نقول، "أشعر أنه لا يحبني"، بينما ما نعنيه حقًا هو، "أعتقد أنه لا يحبني". بسبب ميلنا إلى الخلط بين الأفكار والمشاعر، فإن إحدى أصعب المهارات للتعلم في العلاج المعرفي السلوكي هي التفريق بين الاثنين. بالنسبة للمبتدئين، عادة ما تكون المشاعر كلمة واحدة، مثل الحزن، والجنون، والسعادة، والقلق، والإحراج، والقلق، والإثارة، بينما تأتي الأفكار بشكل عام في شكل جمل أو عبارات. (Josefowitz, 2016)

في العلاج المعرفي السلوكي نشير إلى الأفكار التي لدينا في مواقف محددة على أنها أفكار تلقائية. تحدث أفكارنا التلقائية بسرعة كبيرة وهي أقل بقليل من مستوى الوعي الواعي. الأفكار بناءً على ما يعنيه الموقف بالنسبة لنا، أو تفسيرنا. على سبيل المثال، يقترب منك رجل في الشارع ويسأل عن الاتجاهات. إذا كان تفكيرك الأولي هو أنه جزء من عملية احتيال النشالين، فستفكر أيضًا، إنه خطير؛ اريد الذهاب بعيدا. ومع ذلك، إذا كان تفكيرك الأولي هو أنه سائح، فقد تفكر أيضًا، كيف يمكنني مساعدته؟ اريد ان اكون ودود.

الأفكار التلقائية هي كلمات أو صور تمر بأذهاننا. العديد من أفكارنا التلقائية تدور حول أشياء عادية جدًا، مثل أتساءل عما إذا كانت ستمطر اليوم؟ أو عندما تغادر المنزل، هل لدي قائمة التسوق الخاصة بي؟ ليس لدينا ردود فعل عاطفية قوية تجاه هذه الأنواع من الأفكار، وفي العلاج المعرفي السلوكي لا نوليها اهتمامًا كبيرًا في العادة. بل يتم الاهتمام أكثر بالأفكار المرتبطة بمشاعر سلبية قوية بالإضافة إلى تلك التي تمثل أحكامًا على أنفسنا أو الآخرين أو المستقبل. على سبيل المثال، قد تكون فكرة المرء عن نفسه غبية، في حين أن التفكير في الآخرين قد يكون والدتي غير مراعية، والتفكير في المستقبل قد يكون الجميع سيضحكون علي. عادة ما تكون هذه الأفكار أقل بقليل من وعينا، ولكن إذا سألت نفسك ، ما الذي كنت أفكر فيه؟ يمكنك عادة التعرف عليهم. الأفكار التلقائية عفوية وسريعة. لدينا الكثير منهم، وهم

يأتون ويذهبون بسرعة كبيرة لدرجة أننا لا نلاحظهم في كثير من الأحيان. ومع ذلك، بمجرد أن نلاحظ أفكارنا، يمكننا البدء في فحصها والبدء في تغييرها خلال العملية. بمجرد أن نغير أفكارنا، تتغير مشاعرنا وسلوكياتنا أيضًا.

• الفرق بين الانفعالات وردود فعل الجسدية:

ردود الفعل الجسدية هي تغيرات في جسمك (مثل التعرق أو الوخز أو التوتر). الانفعالات القوية مصحوبة بردود فعل جسدية، وغالبًا ما يكون من الصعب فصل الانفعال عن ردود فعل جسمك. على سبيل المثال، عندما تشعر بالقلق، قد يصبح جسمك متوترًا، وقد ينبض قلبك بسرعة أكبر، وقد تتعرق. يمكن أن يكون للناس نفس المشاعر ولكن ردود فعل جسدية مختلفة. يختلف الأفراد أيضًا في شدة ردود أفعالهم الجسدية. قد يكون من المفيد جدًا أن تسأل عن ردود الفعل الجسدية المحددة لمفحوصنا وشدها. بعض الناس على دراية بردود أفعالهم الجسدية ولكنهم غير مدركين لما يشعرون به. بالنسبة لهؤلاء الأفراد، يمكن أن يكون تحديد ردود الفعل الجسدية مكانًا جيدًا لبدء فهم الانفعالات. (Josefowitz, 2016)

يمكن للناس أيضًا أن يكون لديهم أفكار حول ردود أفعالهم الجسدية. على سبيل المثال، إذا كنت تحمر خجلًا، فهل هذا يعني فقط احمرار وجنتيك أو أن احمرار الوجه يعني أنك تجعل من نفسك أضحوكة وأن ذلك سوف يسخر منك الآخرون.

• ماذا عن السلوك:

السلوك هو ما نفعله (على سبيل المثال، الجلوس، التحدث إلى طفل، تقديم عرض تقديمي). من المفيد تحديد السلوك كعامل منفصل حتى تتمكن من البدء في استكشاف كيفية تأثير العوامل الثلاثة الأخرى على سلوك وكذلك النظر في عواقب سلوك العميل. عندما ننظر إلى دورات الحفاظ على الأعراض لاحقًا، سوف نركز على كيف يمكن لسلوك المفحوص أن يحافظ على أعراضه.

• التعرف و تحديد الوضعية، الأفكار، الانفعالات، ردود فعل الجسدية و السلوك:

خلال هذا المؤلف سوف تصادف عزيزي الطالب دورك! على شكل تمارين. هذه فرصة لممارسة ما تعلمته للتو. أعتقد أنك ستجدهم ممتعين! جرب هذا الخيار الأول، انظر إلى الأمثلة التالية ولاحظ ما إذا كان بإمكانك تحديد ما إذا كانت مواقف أو أفكار أو مشاعر أو ردود فعل جسدية أو سلوكيات. يمكنك العثور على إجاباتي في الملحق

الجدول رقم (3) تحديد والتعرف على الوضعية، الأفكار، الانفعالات، ردود فعل الجسدية والسلوكيات

وضعية، فكرة، انفعال، ردود فعل جسدية أو سلوك	
أسهر لوقت متأخر وأدرس	
بغض النظر عما أفعله، لا أحد يحبني	
أشعر بالتوتر في كل مكان.	
حتى لو درست بجد، سأظل أفسل.	
أنا سعيد جداً	
رئيسي يكره عملي.	
تأخرت عن العمل	

(Josefowitz, 2016)

2-البند رقم 2 من جدول الأعمال: كيف تحافظ الأفكار على المشكل:

لقد تحدثنا عن أهمية فرز ردود أفعال العميل باستخدام العوامل الأربعة: الأفكار والمشاعر وردود الفعل الجسدية والسلوك. نريد الآن استخدام نموذج العوامل الأربعة لفهم ما يحافظ على مشاكل المفحوص. لنبدأ بفهم دور الأفكار.

تؤدي أفكارنا أو تفسيرنا للموقف إلى مشاعرنا وردود أفعالنا الجسدية وسلوكنا. على سبيل المثال، عندما تلقت المفحوصة خطاب الرفض، فكرت، لن أحصل على وظيفة أبداً، أنا فاشل. إذا كانت هذه هي أفكارها، فمن المنطقي أنها تشعر بالاكئاب واليأس. ومع ذلك، إذا كانت تعتقد أنني سأحاول مرة أخرى، سيأتي شيء آخر، كانت ستشعر بالحياد أو الأمل المعتدل. تؤدي الأفكار المختلفة إلى مشاعر وردود فعل جسدية وسلوكيات مختلفة جداً. انظر إلى الشكل (1). نبدأ بحالة معينة؛ يؤدي فهمنا الفوري للموقف إلى أفكارنا، مما يؤدي إلى مشاعرنا وردود أفعالنا الجسدية وسلوكنا. في الوقت الحالي، سنضع المشاعر وردود الفعل الجسدية في نفس المربع، حيث إنها مرتبطة ارتباطاً وثيقاً



الشكل رقم (6) أفكارنا تؤثر على مشاعرنا وردود فعلنا الجسدية وسلوكنا.

كيف تؤثر الأفكار على المشاعر وردود فعل الجسدية والسلوك: لفهم هذا التأثير نقدم المثال التالي صديقان، يعملان في نفس الشركة. كلاهما ذاهب إلى مؤتمر، حيث لن يعرف أي شخص. الأولى قلقة وتخشى المؤتمر. عندما تتخيل الذهاب، تعتقد أن هذا سيكون فظيلاً. لن يتحدث معي أحد. سيعتقد الجميع أنني غبية، ويصيبها شعور بالغثيان في معدتها. في هذه الأثناء تعتقد الثانية أن هذه فرصة جيدة للتواصل والتعرف على أشخاص جدد. سيكون من الممتع أن يكون لديك شيء مختلف تفعله. إنها متحمسة ومليئة بالطاقة ولا يمكنها الانتظار حتى يبدأ المؤتمر. عندما نفحص أفكارهم، يمكننا أن نبدأ في فهم سبب كون ردود أفعالهم كذلك مختلف. عندما تصلاني إلى المؤتمر، تجلس الأولى في زاوية من الغرفة بمفردها، بينما تختلط الثانية مع الحاضرين الآخرين.

3-البند رقم 3 من جدول الاعمال: كيف يحافظ السلوك على المشكل:

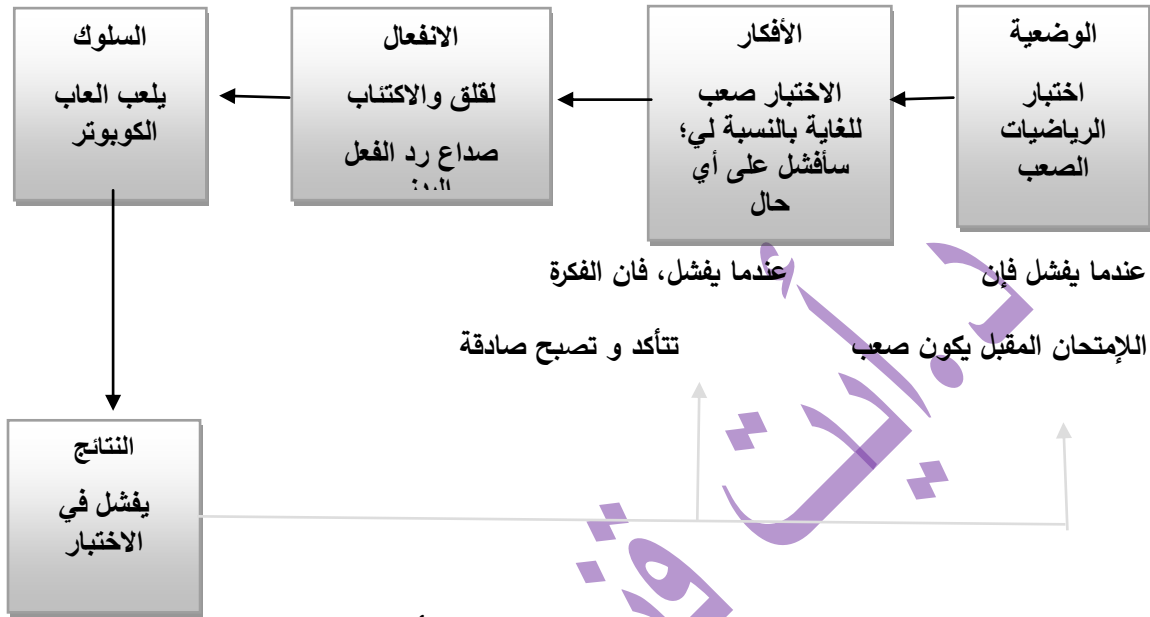
لفهم كيف تحافظ سلوكيات المفحوص على مشاكله، فنحن نريد أن تفهم كيف يؤثر سلوكهم على أفكارهم ومشاعرهم وردود أفعالهم الجسدية. نبدأ بالنظر في التبعات المترتبة على سلوك المفحوص. دعنا نفحص أولاً كيف يمكن لعواقب السلوك أن تعزز أفكار المفحوص، وثانياً، كيف يمكن لعواقب السلوك أن تؤثر على الموقف من أجل تعزيز أفكار العميل الأصلية أو تفسيره.

مفحوص يبلغ من العمر سبعة عشر عاماً، فيما يلي ملخص لرد فعله باستخدام نموذج العوامل الأربعة. يعتقد المفحوص، انه سيجتاز اختبار صعب للغاية في مادة الرياضيات وأنه سيفشل على أي حال. يشعر بالقلق ويصاب بالصداع. سلوكه هو العودة إلى المنزل ولعب ألعاب الكمبيوتر.

كيف تعزز عواقب سلوك المفحوص أفكاره والوضعية؟ المفحوص لم يدرس، لقد فشل في الاختبار. عندما فشل، كان يعتقد أن الاختبار صعباً جداً بالنسبة له منذ أن فشل، وسيفشل على أي حال. يصبح الرسوب في الاختبار دليلاً على أن الاختبار "صعب للغاية". وبالتالي، فإن عواقب السلوك تعزز أفكاره الأصلية. هل هذا منطقي حتى الآن؟ بالإضافة إلى ذلك، لم يحظى المفحوص بفرصة اختبار تنبؤاته، وسأفشل على أي حال. ربما لو أنه كان قد درس، لكان قد نجح، لكنه لن يعرف أبداً. سيأخذ فشله كدليل على أنه "سيفشل على أي حال".

الآن، دعونا نلقي نظرة على كيفية تأثير عواقب سلوك المفحوص على الموقف. نظراً لأنه فشل في الاختبار، فمن المحتمل أنه لا يفهم المادة. لأن مفاهيم الرياضيات تميل إلى البناء على بعضهم البعض، هذا يجعل من المرجح أن يفشل، أو يؤدي بشكل سيء، في الاختبار التالي. وبالتالي، فإن سلوكه يغير المواقف الفعلية في حياته بحيث تكون أفكاره السلبية أكثر احتمالية لأن تكون صحيحة. يوضح الشكل

1.6 كيف يمكن لسلوك المفحوص حسب (Josefowitz, 2016) أن يعزز أفكاره ويؤثر على الموقف. تم القبض على ألفريد فيما يسميه معالجو العلاج المعرفي السلوكي دورة صيانة الأعراض.



الشكل رقم (7) دورة صيانة الأعراض (Josefowitz, 2016)

4-البند رقم 4 من جدول الأعمال: كيف تؤثر المعتقدات الأساسية على الأفكار

سنركز على الأفكار التلقائية، لكن يجب أن تفهم أيضًا المعتقدات الأساسية، التي تكمن وراء الأفكار التلقائية. المعتقدات الأساسية هي معتقدات مستقرة وعميقة تتقاطع مع المواقف وتؤثر على الأفكار التلقائية. تستخدم بعض كتب CBT مصطلح المخطط؛ المعتقدات الأساسية والمخططات متطابقة تقريبًا. يوجد بشكل عام ثلاثة أنواع من المعتقدات الأساسية. (Clark, Beck, & Alford, 1999):

- القواعد بسيطة عن الحياة: هذه قواعد حول كيفية إدارة الحياة أو كيف يعمل العالم. عادة ما يكون لها تأثير ضئيل للغاية على الرفاهية العاطفية للمفحوص قد تكون الأمثلة:
- كن مهذبًا مع الغرباء.
- للنجاح في الحياة، الحصول على تعليم جيد.
- ارتد دائمًا سترة نجاة في القارب

• **معتقدات وافتراضات وسيطة.** هذه هي قواعد المعيشة التي غالبًا ما تتخذ شكل **if... then** عبارات أو ما لم. تلعب هذه القواعد دورًا مهمًا في تحديد المشاعر والسلوكيات. قد تكون الأمثلة:

• ما لم أكن مثاليًا، سأفشل.

• إذا صرخت، فسوف يستمع إلى الناس.

• إذا رأى الناس حقيقتي، فسيفضونني.

• **المعتقدات الأساسية:** هذه معتقدات راسخة عن النفس أو الآخرين أو العالم والتي تؤثر على شعور الناس بأنه يتصرف في العديد من المواقف المختلفة. إنها عبارات مطلقة وعامة يشعر بها الجميع بعمق ويمكن التقاطها في بضع كلمات. يمكن أن تكون المعتقدات الأساسية قابلة للتكيف أو غير قادرة على التكيف، والعكس صحيح، قد يصعب تغييرها وتعديلها. قد تكون الأمثلة:

-المعتقدات الأساسية عن الذات: أنا ذكي، أنا محبوب، أنا أناني، غير كفء، أنا غير محبوب

-المشاعر الجوهرية تجاه الآخرين : الآخرون طيبون ، والآخرون سيهتمون بي ، والبعض الآخر لئيم ،
والآخرون سوف تستفيد مني

-الجوهر هو العالم: العالم عادل، العالم مستقر، العالم خطير، العالم غير عادل.

على الرغم من أن المعتقدات الأساسية للفرد تتأثر بمزاجه الفطري، إلا أنها تميل إلى أن تتشكل بشكل أساسي من خلال تجارب الحياة المبكرة ويتم تعديلها من خلال تجارب الحياة اللاحقة للفرد (Young، Klosko، & Weishaar، 2006). فمثلاً، هل تتذكر من تمرينك الأول؟ كانت قلقة بشأن حضور المؤتمر. عندما كانت ماريا في الصف الرابع، واجهت بعض المشاكل في الرياضيات وتعرضت للتنمر الشديد من قبل مجموعة من الفتيات. كان زملاؤها يصفونها بانتظام بـ "الغبية". رفضت جميع الفتيات اللواتي لعبت معها من قبل اللعب معها ، وأصبحت المدرسة فرسًا ليليًا. لم تخبر والديها حتى أواخر العام ، ولم تحصل على دعم من والديها أو المعلمين. دعونا نلقي نظرة على كيفية تأثير هذه التجربة على معتقداتها الأساسية.

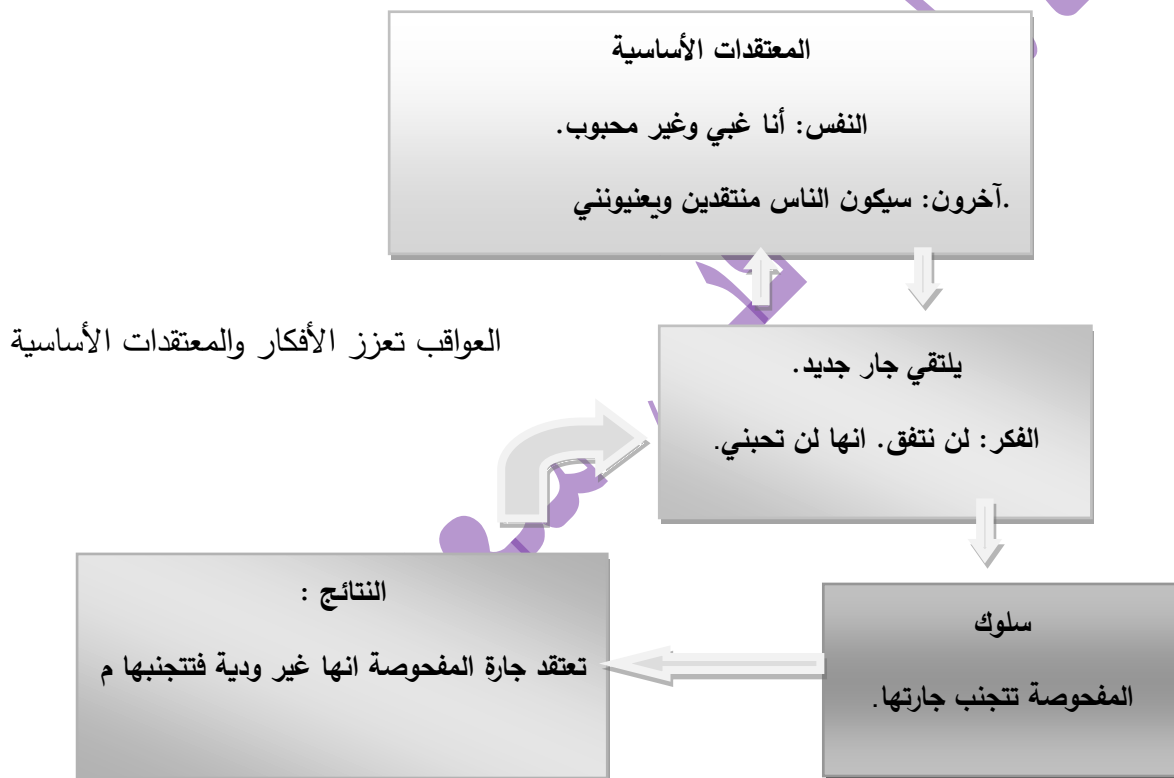
معتقدات المفحوصة الأساسية:

• النفس : أنا غبي وغير مرغوب فيه.

• الآخرون : سيكون الناس منتقدين ولئيمين بالنسبة لي.

• العالم: العالم لا يمكن التنبؤ به.

تتمتع قوة المعتقدات الأساسية، في قدرتها على التأثير في كيفية تفاعلنا مع مجموعة متنوعة من المواقف المختلفة. على سبيل المثال، عندما نقابل المفحوصة جارةً جديدًا، سنفكر على الأرجح، لن نتوافق. عندما لا يعلق مشرفها على تقريرها الأخير، نعتقد أنه ربما كان يعتقد أنه كان منطقيًا للغاية. تتأثر أفكارها التلقائية في هذه المواقف بمعتقداتها الأساسية. تخيل الآن أن المفحوصة تتلقى بريدًا إلكترونيًا من قسم العلاقات الإنسانية في شركتها تطلب فيه لقاء. ما هي أفكارها المحتملة؟ (أ) فعلت شيئًا خاطئًا، فسوف أعاقب، هذا فظيع، أو (ب) أتساءل عما يريدون، من المحتمل أن يكون الأمر جيدًا، إذا كانت هناك مشكلة يمكنني أن أشرح نفسي لهم.



الشكل (8) هو رسم تخطيطي لكيفية سيطرة المعتقدات الجوهرية على الأفكار التلقائية (Josefowitz, 2016)

غالبًا ما يبدأ معالج العلاج المعرفي السلوكي عادةً بالتركيز على أفكار العملاء وسلوكهم التلقائي لأن هذا يعلم العملاء مهارات العلاج السلوكي المعرفي الأساسية ويمكن أن يؤدي إلى تحسن سريع إلى حد ما في سلوكيات العملاء وحالاتهم المزاجية. نظرًا لأن المعتقدات الأساسية مرتبطة بالأفكار التلقائية، غالبًا عندما يغير العملاء أفكارهم وسلوكياتهم التلقائية، تبدأ معتقداتهم الأساسية أيضًا في التغيير.

من المفيد أن تبدأ في وضع افتراضات حول المعتقدات الأساسية لعميلك منذ بداية العلاج. إن ملاحظة نوع المواقف التي تسبب صعوبة لعميلك جنبًا إلى جنب مع ملاحظة نمط الأفكار التلقائية لعميلك توفر أدلة على معتقداته الأساسية. (Josefowitz, 2016)

4-الواجب المنزلي: ممارسة العلاج المعرفي السلوكي:

يعد أداء الواجب المنزلي مكونًا أساسيًا لتعلم العلاج السلوكي المعرفي، و يضع (Josefowitz, 2016) للممارس العلاج السلوكي المعرفي و عملائه الرابط التالي حتى يتسنى الاستفادة من التدريب على الواجبات المنزلية في ممارسة العلاج السلوكي المعرفي (<http://www.newharbinger.com/38501>)

قم بتطبيق ما تعلمته على المثال السريري

واجب منزلي 1

استخدم نموذج العوامل الأربعة لفهم وضعك الخاص بمجرد ممارسة بعض التدريب على ملاحظة أفكارك ومشاعرك، حاول استخدام العوامل الأربعة بالكامل نموذج. أكمل نموذج العوامل الأربعة أدناه لموقف واحد كان لديك فيه انفعال سلبي وقوي. اكتب إجاباتك؛ يحدث فرقًا. كيف أثر استخدام نموذج العوامل الأربعة في فهم أم رد فعلك؟

- الوضعية :	
- الأفكار	
- الانفعالات	
- الاستجابات الجسدية	
- السلوك	

تمرين منزلي للطالب :

ما هو المهم بالنسبة لك؟

كلما زادت قدرتك على ربط المادة التي قرأتها للتو بحياتك الخاصة، ستتذكر أكثر. خذ لحظة للإجابة على الأسئلة التالية. إنها فرصة لك للتفكير في الفصل ومدى ارتباطه بممارستك الخاصة. ما هي الفكرة (الأفكار) أو المفاهيم التي تود أن تتذكرها؟ ما هي الفكرة (الأفكار) أو المهارة (المهارات) التي تود التقدم إليها حياتك الخاصة؟ ما الذي تود تجربته في الأسبوع القادم مع أحد العملاء؟ (اختر عميلاً محدداً). كيف كانت المراجعة؟ هل ساعدت في تعزيز ما تعلمته

الكتاب في سبيل النجاة

المحاضرة الثالثة: مراحل سير العلاج السلوكي المعرفي

تمهيد:

غالبا يصنف العلاج السلوكي المعرفي في حقل العلاجات المختصرة، فالمدة العادية للعلاج السلوكي الانفعالي المعرفي حوالي 6 أشهر إلى سنة بصفة عامة من 12 إلى 20 حصة، ويكون عدد الحصص تابع للمفحوص نفسه ومشكلته الأساسية، الاضطرابات المصاحبة لها، أو وجود اضطراب شخصية، وبصفة عامة يدور العلاج السلوكي المعرفي حول 5 مراحل:

المراحل الخمسة للعلاج السلوكي المعرفي:

- 1- التشخيص العيادي والسلوكي: يعتبر التشخيص السلوكي تشخيصا مختلفا ومكملا للتشخيص العيادي الذي تم تطويره فيما يتعلق بالتصنيف النزوغرافي، وهو تشخيص يتم تحده من خلال مقابلة مخصصة للتحليل الوظيفي العاطفي والسلوكي والمعرفي. هذا ما يسمح بتحديد العناصر الحالية والماضية التي لها علاقة بالسلوكيات المشكلة الملموسة والحالية للمفحوص. وهنا يكون نمط لعلاج قائم على الاستجابات الاستقرائي، من أجل الحصول على المعلومات أكثر. في التطبيق يتناول هذا التحليل عدد محدود من السلوكيات، وهذا ما يسمح بتكوين فرضيات حول مشكلة المفحوص.
- 2- مقابلات التقييم: يعتمد التقييم في المقام الأول على المقابلة العيادية النوعية ؛ يتم استكمال ذلك من خلال التقييمات الكمية ، عن بُعد (المقاييس والاستبيانات في أوقات مختلفة من التكفل) والقريبة (الأدوات الكمية التي تم إنشاؤها خصيصاً مع المريض لقياس سلوك معين وتكرارها بانتظام بين المقابلات ؛ على سبيل المثال ، من الممكن الاتفاق على قياس المزاج الشخصي على أساس يومي ، وتكرار سلوك استهلاك الكحول خلال الأسبوع ، وعدد الطقوس في وقت معين ، وما إلى ذلك)
- 3- إعلام المفحوص بالتشخيص و نتائج التقييم العلاجي : يصف المعالج السلوكيات المزعجة ويحدد العناصر التي تعززها ، ويؤكد على الأسباب الحالية التي تساهم في الحفاظ على المشاكل.

4- بناء عقد علاجي: يتضمن العقد العلاجي سواء كان شفهي أو كتابي: اختيار الأهداف التي يريد الوصول إليها ومخطط العلاج، مع الإشارة إلى الوسائل و الاستراتيجيات العلاجية الأكثر ملائمة و كيفية على المفحوص الذي سيتلقى العلاج، يجب أن تتبنى أهداف العقد العلاجي خصائص « SMART » (Mirabel-Sarron et Vera, 2014) خاص، قابلة للقياس، مقبولة، قابلة لتحقيق و محددة بطريقة مؤقتة ، من الضروري مشاركة هذا العقد العلاجي والموافقة عليه من قبل فاعلي العلاج ، المريض والمعالج.

5- المقابلات العلاجية:

تعتبر العلاقة شيء ضروري في العلاج السلوكي المعرفي وتساهم على نطاق واسع في التأثيرات العيادية للعلاج. تفترض هذه العلاقة العلاجية تعاونًا نشطًا بين المريض والمعالج.

.عادةً ما تستغرق المقابلات 30-60 دقيقة، وتبدأ أسبوعيًا. يعد الهيكل التقليدي للمقابلات أمرًا مهمًا: ملخص الأسبوع وأداء المهام التي تم الاستماع إليها خلال الجلسة السابقة، واختيار الموضوع الذي سيتم تحليله في الجلسة، ثم أخيرًا وصف المهام للأسبوع القادم. يتركز العلاج السلوكي المعرفي على "هنا والآن" (يتم أخذ الماضي في الاعتبار بقدر ما يجلب العناصر التي تساهم في فهم الاضطرابات الحالية) ويتطلب دورًا تعاونيًا نشطًا للمريض (تقييم الدافع والمشاركة ضروريان أيضًا، في الإطار العام للرعاية المعرفية السلوكية (جمع المعلومات والتقدم في الرعاية العلاجية) ، يتميز المعالج بأسلوب توجيهي (يبحث مباشرة عن المعلومات التي تسمح له بوضع تصور لحالة المريض) وموضوعي وتجريبي (هو يستخدم المنطق الاستقرائي من تسجيل البيانات التي تم جمعها). في موقفه، يظهر الدفء والانتباه والتسامح والتعاطف.

1-المقابلات الأولى:

من الناحية التخطيطية، تسمح الجلسات الأوليان بجمع المعلومات المتعلقة بالمريض وتقديم المعالج لطرق ممارسة العلاجات السلوكية المعرفية. الجلسات التاليتان مخصصتان للتحليل الوظيفي

سير الحصص بطريقة نظامية و حسب كل حالة خاصة

- يتم فيها بناء الاتصال مع المفحوص، المقابلة الأولى هي مقابلة عيادية تقليدية تسمح بالحصول على تاريخ الحالة، جمع المعلومات، خاصة فيما يتعلق بتاريخ الاضطراب، وقبل كل شيء هي تسمع بوضع التشخيص العرضي و تساهم في توضيح طلب و حوافز المفحوص، كما تسمح أيضا بتقييم النوايا الأولى للعلاج الجيد ومضادات العلاج السلوكي المعرفي، و في آخر هذه المقابلة الأولى تقدم معلومات حول تيار العلاجي السلوكي المعرفي من طرف المعالج.
- تخصص المقابلة الثانية لتقييم الكمي للأعراض، بواسطة التقييم الذاتي والغيري و الذي يختار بطريقة أكثر تناسبا وتوجيها للمشكلة في قلب عالم واسع من المقاييس و الاختبارات المقننة. قياس بعض السلوكيات يمكن أن يتم بطريقة مباشرة من طرف المفحوص نفسه في حياته اليومية، فنسجل مثلا: تكرار و نماذج ظهور بعض الصعوبات و هذا ما يقدم فرصة لبناء (خط قاعدي) سلوكي قبل الشروع في أي اجراء علاجي، هذا النوع الأخير من القياس يمكن ان يتكرر بطريقة منتظمة خلال العلاج من أجل تقديم ملاحظة موضوعية لتطور السلوكي للمفحوص .
- تركز المقابلة الثالثة على التحليل الوظيفي، الذي يتم من خلال مقابلة شفوية موجهة تسمح بجمع معلومات حول تزامنية وطولية السلوكيات المشكلة. و الهدف من كل هذا هو تصور الحالة من أجل فهم أفضل للأعراض، و كيفية ظهورها و الاحتفاظ بها، و تعتبر هذه المقابلة مرحلة تشخيص قائمة على أسئلة مغلقة تهدف للحصول على المعايير الضرورية لتصنيف النزو غرافي و يمكن أن تخصص أكثر من حصة واحدة لتحليل الوظيفي

بعد جمع البيانات والتحليل الوظيفي، يقوم المعالج بتطوير فرضيات حول العوامل التي تحافظ على مشكلة السلوك أو تقللها، من حيث التعزيزات الإيجابية أو السلبية. وبالتالي فإن المعالج يقترح نموذجًا لاضطراب

المريض ويبلغه به، فإن موافقة المعالج والمريض ضرورية حقًا. تتيح هذه الخطوة بلورة فرضيات العمل واقتراح عقد علاجي صريح ناتج عنها، مكتوبًا أو غير مكتوب، وتظهر فيه الأهداف العلاجية المستهدفة والوسائل التقنية المقترحة لتحقيقها. وفي نهج TCC ، يتم اختيار التدخلات العلاجية بالفعل وفقًا للفرضيات الوظيفية وفهم الاضطرابات.

ومن المهم أيضا ان نشير إلى أنه حسب تطور العلاج، من الممكن اجراء تحاليل وظيفية جديدة سواء لنفس السلوك- المشكل، إذا كان الاقتراح العلاجي غير فعال، أو لسلوك - مشكل آخر والذي سيتم تناوله بطريقة مقطعية.

وأخيرا فيما يتعلق بتقييم تطور المفحوص في إطار التكفل، فإن هذا التقييم يتم قبل وأثناء وبعد التدخل العلاجي، ويقوم هذا التقييم على العائدات الذاتية للمفحوص، النظرة العيادية للمعالج ويستكمل باستخدام المقاييس. وتسمح هذه التقييمات المتكررة بالمصادقة على الفرضيات العيادية المطروحة في البداية او نفيها.

اعتبارات مهمة في العلاج السلوكي المعرفي:

بالإضافة إلى عناصر الأسلوب العلاجي المذكورة أعلاه ، من المهم مراعاة بعض المعالم ، أيضًا بطريقة عرضية في إطار التكفل النفسي في العلاج السلوكي والمعرفي.

- الحوار السقراطي: يعكس الأسلوب السقراطي المعتمد من قبل المعالج السلوكي المعرفي، طريقة الأسئلة العلاجية التي يُقصد بها أن تكون استقرائية ، مما يسمح للمريض بحل مشاكله بنفسه. تعزز طريقة العمل هذه، التقييم الذاتي والحجج وفتح وجهات النظر لدى المريض. هذه التقنية تعليمية وتوفر للجميع الإمكانية لمعرفة المزيد عن نفسه بنفسه. تهدف الأسئلة إلى التوضيح، وتطوير الفرضيات، ومراقبة العناصر الواقعية، وتحديث السوابق والنتائج المتعلقة بالمشكلة. وبالتالي تساعد هذه العملية المريض على التقدم في تصورات، وتمثيله للصعوبات التي يواجهها، وانعكاسه فيما يتعلق بها. يعبر المعالج عن فضول وانفتاح على التصورات الحالية للمريض، لتوضيح بعض العناصر التي لم يأخذها هذا الأخير بعين الاعتبار. يمكن أن تأخذ الأسئلة السقراطية جوانب مختلفة، في شكل أسئلة. مثلا:

" -ماذا تقصد بـ [عن المريض] ؟

" -هل يمكنك إعادة صياغة هذا التصريح الأخير؟

" -هل يمكنك إعطاء مثال ملموس يثير هذا الانطباع؟

" -ما الذي يجعل هذه الفكرة مهمة جدًا بالنسبة لك؟

- "ما الذي يمكن استنتاجه من هذه التجربة؟

- "هل صحيح دائما أن (تعليقات المريض)؟(Chapelle, 2018)

بالإضافة إلى ذلك، يشرع المعالج بانتظام في إعادة الصياغة والتغذية الراجعة التي تعزز الوعي والتراجع، وتدرجياً، يتم تقديم لحظات إعادة الصياغة هذه، للمريض، الذي يتطور بنفسه أكثر فأكثر. وتجدر الإشارة إلى أن المعالج لا يفسر كلام المريض، لا معنى أو معنى خفي أو ضمني ليتم تحديثه بهذه الطريقة. من ناحية أخرى، أي سوء فهم أو فرضية يجب أن تكون قابلة لتوضيح من قبل واحد من الفاعلين في العلاج.

• **عوائق التفاعل:** بينما تتطلب العلاج المعرفي السلوكي إنشاء عمل تعاوني بين المريض والمعالج، كما يتضح من صورة العمل الجماعي، يمكن أن تتداخل بعض العناصر مع هذا الشرط المسبق. وبالتالي، قد يتقاجأ بعض الأشخاص الذين يبحثون عن مكان للاستماع، بالالتزام والمشاركة النشطة المطلوبة لهذا النوع من الرعاية. يمكن للآخرين، المدرجين في ثقافة نموذج العلاج الطبي البيولوجي، أن يتوقعوا "الحل" مباشرة من المعالج ويتبنون موقفاً سلبياً، لا يمكن أن يتوافق مع نهج

TCC

بشكل عام، يجب أن تكون المواقف أو العواطف أو المعتقدات (العدوانية، والقلق، واليقين من عدم الجدوى، وما إلى ذلك) التي قد تكون لدى المرضى حول العلاج قابلة للتعبير عنها ومراعاتها وأخذها في الاعتبار بمبادرة من المتخصص "

• **تفعيل التطبيق المنزلي:** يمثل العلاج المعرفي السلوكي طريقة جذابة للمرضى. في هذا السياق، فإن العمل خارج الجلسات مهم بالنسبة لهم على الأقل مثل العمل في الجلسة. وخارج الجوانب المعلوماتية أو النفسية التربوية والتبادلات والتوضيحات اللفظية في التفاعل، يحمل العلاج السلوكي المعرفي في تأسيسه تياراً تجريبياً ووجودياً. وكل التغيرات الانفعالية والمعرفية السلوكية تصدر من تفعيل التطبيق البرجماتي في قلب الحصص العلاجية في البداية ثم الشروع في العلاج داخل الحياة الأيكولوجية للأفراد.

يتم بناء هذه التطبيقات (أو الأعمال / التمارين المنزلية) أيضا بشكل تعاوني و ادماج نوعين من الخبرة: المعالج (كخبير مهني في العلاج السلوكي المعرفي) و المفحوص (كخبير في معاشه و سياقه الشخصي الداخلي و الخارجي) . يتم تحديدها من خلال النظر في كل مرة الأهداف المتفق عليها في العقد العلاجي ، ويمكن اعتبارها بمثابة "تدريب" للمريض في جلسة ما بين الجلسات. يمكنهم أيضاً السماح بإثراء جمع المعلومات الأولية من بداية العلاج.

يجب تحديد التطبيقات المتصورة بطريقة ملموسة وعملية للغاية، دون ترك أي غموض أو عدم يقين أو استجواب للمريض. أيضًا، يجب تعديلها وفقًا لقدرات ومهارات الأشخاص حتى يتم وضعها بشكل تدريجي للغاية، لذلك من الممكن "تكرار" التمرين المتوخى أثناء الجلسة.

إن التزام المريض، الشفهي أو الكتابي، بتنفيذ المهمة المتوخاة والمسموعة في المنزل أمر ضروري. من جانبه، من الضروري أن يخصص المعالج وقتًا رسميًا للجلسة التالية لتناول إنجازات المريض ومراعاة ملاحظاته وتجارب الإيجابية وصعوباته في التنفيذ. من الضروري أيضًا أن تكون قادرًا على مراعاة المهام التي لم يكن من الممكن تنفيذها على الرغم من الاتفاق المسبق. في الواقع، يمكن اعتبار "عدم الإدراك" هذا بمثابة تجارب حقيقية للعلاج من خلال معالجة الصعوبات التي يواجهها الشخص في سياق الشخص (النسيان، والخوف المسبق، والإحباط، والتمثيل الخاطئ للكمال، والمماثلة، وما إلى ذلك) أو في الاتصال بالرعاية (علاقة علاجية، سوء فهم أو عدم ثقة، إلخ). خلال الجلسة، يمكن أن تكون المهام التي لم يتم تنفيذها مناسبة لتحليل وظيفي معين و / أو حل مشكلة (انظر ورقة حل المشكلات الملحق رقم).

2- تطوير علاقة علاجية جيدة:

بالنسبة لجميع أنواع العلاج، بما في ذلك العلاج المعرفي السلوكي، فإن العلاقة العلاجية الجيدة تنتجاً بنتيجة إيجابية (Martin, Garske, & Davis, 2000; Norcross & Wampold, 2011) يحدث العلاج الفعال في سياق علاقة داعمة يشعر فيها العميل بالفهم والقبول. كما هو الحال مع أي شكل من أشكال العلاج، عند ممارسة العلاج السلوكي المعرفي، من المهم أن يكون المعالج دافئًا وغير تحكمي، يعمل على تطوير علاقة تعاونية مع مفرصه، والعمل معًا لحل مشاكله. أنت تجلب معرفتك بعلم النفس والعلاج المعرفي السلوكي، وتجلب عميلك معرفته حول حياته وتجربته.

لقد أثبتت دراسات متعددة أن التعاطف هو عنصر أساسي في أي علاج فعال (Norcross and Wampold, 2011). ولكن يجب أن نحدد تعريف التعاطف، فعادة ما يرتبط تعريفه بالمشاعر؛ وتقريبًا لا أحد يذكر الأفكار. إن فهم المشاعر أمر مهم، لكن فهم الأفكار مهم بنفس القدر. (Elliott, 2011; Bohart, Watson, & Greenberg, 2011).

يعطينا (Josefowitz, 2016) مثال يخبرنا فيه عن مفوضته Surina، أنها تشعر بالحزن والتعب. تخبره أيضًا أنها تعتقد أنها أم غير مناسب وأن أطفالها لا يحترمونها ولا يحبونها. إذا أردت أن تكون متعاطفًا حقًا، فهل ستركز فقط على مشاعر سورينا أم أيضًا على أفكارها؟ يبدو لي أن استخدام نموذج العوامل الأربعة والسؤال عن المشاعر والأفكار يزيد من التواصل التعاطفي.

عادة ما يعتبر المعالجين حسب (Josefowitz, 2016) أنهم يعتقدون أن العلاج المعرفي السلوكي هو نوع من العلاج البارد لأننا نولي اهتمامًا للأفكار. إذا نظرت إلى المثال السابق، ما رأيك؟ من الواضح لي أن الأفكار خاصة وعاطفية مثل المشاعر. من المهم أن تتذكر ذلك عندما تسأل العملاء ما "يفكرون به"، فأنت تطلب منهم الكشف عن جزء خاص جدًا من أنفسهم. في هذا الكتاب سنركز على كيفية أن تكون معالجًا دافئًا ومتعاطفًا مع استخدام تدخلات العلاج المعرفي السلوكي المنظمة.

3- فهم مشاكل المفحوص:

هناك ترتيب في تطبيق العلاج المعرفي السلوكي. و مع ذلك هناك بعض المرونة في تنفيذ الترتيب التالي:

- استكشف عرض مشكلة المفحوص واحصل على نظرة عامة على وضع حياته الحالي، بما في ذلك الصعوبات ونقاط القوة.

- أخذ التاريخ النفسي الاجتماعي للمفحوص.

- اشرح العلاج المعرفي السلوكي بشكل عام والنموذج رباعي العوامل بشكل خاص.

- وضع أهداف العلاج.

- ركز على مساعدة عميلك على تغيير.

في المرحلة الأولى من العلاج، تبدأ في تكوين علاقة جيدة وفي نفس الوقت تحصل على لمحة عامة عن مشاكل المفحوص وكيف تؤثر على حياته. أياض نعمل للحصول على معنى نقاط قوته وكيف تعامل معها في الماضي، هناك ثلاث خطوات رئيسية للحصول على فهم أولي لمشاكل عميلك أو سبب وصولها إلى العلاج:

1. نسأل المفحوص عن مشاكله ونقوم بعمل قائمة.

2. نكتشف كيف تؤثر مشاكل المفحوص على حياته وكيف يتعامل معها.

3. حدد بشكل تعاوني المشكلة (المشكلات) التي يريد المفحوص أن يبدأ العمل عليها في العلاج

في البداية نسأل عن مشاكله ونقوم بعمل قائمة لهذه المشاكل. وعادة ما يبدأ معالجو العلاج المعرفي السلوكي بـ "كيف يمكنني مساعدتك؟" أو "أخبرني، ما الذي دفعك إلى العلاج؟" من المهم أن تشرح مفحوصك مشاكله بكلماته الخاصة. في البداية، أركز على الاستماع، واستخدام العبارات الموجزة للتأكد من أنني قد فهمت، ثم أطرح أسئلة مفتوحة. حيث تشجع الأسئلة المفتوحة الاستكشاف ولا يتم الرد عليها

بكلمة واحدة فقط. على سبيل المثال، "هل لديك مشكلة؟" هو سؤال مغلق. الجواب نعم أم لا. "ما نوع المشكلة التي لديك؟" هو سؤال مفتوح. إحدى طرق التفكير في هذه المرحلة هي أنه عندما يبدأ المفحوص العلاج، تكون الصورة ضبابية. تساعدنا الأسئلة الجيدة على التركيز بشكل تدريجي على الصورة وشحذها بحيث تكون نقية ومشركة، أو على الأقل أكثر وضوحًا.

بعد أن يكون لدينا فكرة عامة عن مشاكل المفحوص، من المفيد أن نعد قائمة بحيث يمكنك استكشاف مشاكله بشكل كامل، واحدة تلو الأخرى. فكتابة قائمة تعطي رسالة مفادها أن العلاج سوف يفعل وتعالج مشاكل محددة وألا تكون مجرد مكان تأتي فيه وتحدث بشكل عام. يبدأ عمل قائمة أيضًا في إعطاء التوجيه للعلاج. غالبًا ما يصف العملاء مشاكل عامة، مثل صعوبة الزواج أو الشعور بالقلق. لفهم كيف

تؤثر مشكلة على حياة المفحوص، نحتاج إلى مزيد من الاستكشاف. و يقدم لنا (Josefowitz, 2016) قائمة من الأسئلة المفيدة التي يمكننا تنزيلها بصيغة download على الرابط التالي (<http://www.newharbinger.com/38501>)

- أسئلة لاستكشاف مشاكل المفحوص:

السؤال الأول: ما هي بعض الأمثلة على المواقف التي تنشأ فيها هذه المشكلة؟ عندما تواجه هذه المشكلة، ما هي أفكارك الرئيسية ومشاعرك وردود أفعالك الجسدية وسلوكك؟

عادة ما يبدأ المعالج السلوكي المعرفي بهذا السؤال. و بمجرد أن يكون لدينا أمثلة لمواقف محددة، فإن المشكلة عادة تصبح أكثر تحديدًا.

السؤال الثاني: ما هو أسوأ جزء من المشكلة؟

من المهم أن يطرح هذا السؤال ولا نفترض فقط أننا نعرف الإجابة. غالبًا ما أتفاجأ بإجابة المفحوص.

السؤال الثالث: كيف تؤثر هذه المشكلة على حياتك؟ ما هي بعض الصعوبات التي أوجدها لك هذه المشكلة؟ على وجه الخصوص، هل هناك أنشطة توقفت عن القيام بها أو تتجنبها بسبب المشكلة؟ هل هناك أنشطة بدأت في القيام بها بسبب المشكلة؟

إذا كان المفحوص يتجنب أنشطة معينة، فنتبع ذلك بالسؤال عما تعتقد أنه سيحدث إذا لم تتجنبها؟

السؤال الرابع: ماذا فعلت لمحاولة التغلب على المشكلة؟ هل ساعدتك أي من طرق التأقلم الخاصة بك؟ أريد أن أعرف ما إذا كان أي شيء قد ساعد، حتى ولو قليلاً، حتى تتمكن من التوسع في هذا التأقلم.

السؤال الخامس: متى بدأت هذه المشكلة؟

في بعض الأحيان يمكن للمفحوص تحديد الموقف المحفز على الفور. في بعض الأحيان لا يستطيع تحديد فيما إذا كانت الصعوبات التي واجهته مرتبطة بتغيرات أو أحداث معينة في حياته. يمكن أن تؤدي سلسلة من التغيرات الطفيفة نسبياً، على مدى فترة زمنية قصيرة، إلى قدر كبير من الضغط.

4- فهم ضغوطات المفحوص ونقاط قوته:

بالإضافة إلى فهم مشاكل المفحوص، تحتاج إلى فهم كيف تؤثر هذه المشكلات على حياته العامة. لهذا نبحث عن شكل حياته الحالية، وكيف تعمل، وأي ضغوطات أو صعوبات أخرى في حياته إلى جانب الدعم الإيجابي في حياته ونقاط قوته. يمكنك تقديم هذا القسم بالقول، "لقد بدأت أفهم مشاكلك. أعتقد أنه سيكون من المفيد أن تخبرني أيضاً عن أجزاء أخرى من حياتك". والفئات الأساسية التي نسأل عنها هي العائلة والأصدقاء والاتصالات الاجتماعية، والترفيه والمشاركة في المنظمات خارج المنزل، والعمل أو المدرسة، والصحة، والشؤون المالية. تشمل الموارد المالية القدرة على إعداد الميزانية ودفع الفواتير في الوقت المحدد وكل ما يتعلق بتحمل المسؤولية المالية. عندما نسأل عن الصحة، إذا لم نسأل بالفعل عن تعاطي الكحول والمخدرات، فهذه مناسبة جيد للقيام بذلك. كما نسأل عن الرعاية الذاتية، سواء في مجال الترفيه أو الصحة. كما نبحث ما إذا كان المفحوص يشارك في أنشطة يراها وما إذا كانت يشارك في أي تمرين منتظم. بالإضافة إلى ذلك، أسأل عما إذا كان هناك خلال العام الماضي أو السنوات القليلة الماضية أي تغييرات كبيرة في حياته، أو عدد من التغيرات الصغيرة.

ويقدم لنا (Josefowitz, 2016) مثالا عن الضغوط التي تعرضت لها مفحوصته في الجدول التالي:

الجدول رقم (4) يمثل صعوبات و ضغوطات حالة مفحوصة (Josefowitz, 2016)

ضغوطات و صعوبات المفحوصة	
• في حلة غضب في كثير من الأحيان من الأطفال والزوج • تعتقد أنها لم تعد أماً صالحة • مسؤولية عن الأبناء والمنزل لأن الزوج يعمل لساعات طويلة • تعتقد أن زوجها سيتركها إذا لم تغير مزاجها و سلوكها	العائلة
مجهول	الأصدقاء و الاتصال الاجتماعي
مجهول	التنظيم و الرفاهية
مدرسة الصف الرابع التي "تخشى" العمل	العمل أو الدراسة
متعبة دائماً وإلا غير معروف	الصحة

المجال المالي	مجهول
التغيرات	• بدأ التدريس في مدرسة جديدة تستغرق 30 إلى 40 دقيقة من المنزل • لم يعد قادراً على المشي إلى العمل كل يوم وبدلاً من ذلك يضطر إلى القيادة • تستخدم للقيام بأشياء ممتعة مع الصديقات والمشاركة في ما بعد المدرسة أنشطة مع الأطفال • اعتادت أن تحب وظيفتها

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه، يمكننا البدء في رؤية المناطق التي نحتاج فيها إلى مزيد من المعلومات. يستمر معالج المفحوصة في التساؤل عن حياتها. حيث كانت دائماً خجولة ولكن لديها مجموعة صغيرة من الأصدقاء المقربين منها. ومع ذلك، فقد كانت تتجنب أصدقاءها مؤخراً، لأنها متعبة جداً بحيث لا تستطيع الخروج. زوجها هو مصدر الراتب الرئيسي، وهي تشعر بالذنب لأن تطلب منه المزيد من المساعدة في المنزل لأنها تكسب أقل مما يكسبه. كانت تحب العمل، لكنها غيرت المدرسة هذا العام. واجهت صعوبة في الاندماج في المدرسة الجديدة؛ تشعر أنها مختلفة عن المعلمين الآخرين، الذين يبدو أنهم يشكلون مجموعة ضيقة. في مدرستها السابقة كانت نشطة في مسرح المدرسة، لكنها كانت مترددة في التطوع لأنشطة ما بعد المدرسة في مدرستها الجديدة، حيث يبدو أن الجميع يعرفون بعضهم البعض. وذكرت أنه بصرف النظر عن نقص الطاقة والتعب، كانت صحتها جيدة وليست لديها مشكلة في تعاطي الكحول أو المخدرات. كما أشارت إلى أنه على الرغم من رغبتهم بشكل عام في الحصول على المزيد من الأموال، إلا أن الموارد المالية لا تمثل مشكلة كبيرة. بين العمل ورعاية الأطفال، ليس لديها وقت للهوايات أو الترفيه، على الرغم من أنها استمتعت بممارسة المسرح المدرسي العام الماضي.

أشارت المفحوصة إلى أنها لم تواجه أي ضغوط أو تغييرات كبيرة بخلاف وظيفتها الجديدة في السنوات القليلة الماضية. ومع ذلك، كانت حماتها، التي اعتادت مجالسة الأطفال، تعاني من بعض المشاكل الصحية ولم تعد قادرة على المساعدة. أصيبت ابنتها بعدوى مزمنة في الأذن. غالباً ما كان على المفحوصة أن تأخذ إجازة من العمل لرعاية ابنتها واصطحابها إلى الطبيب. على الرغم من أن ابنتها أفضل، إلا أن المفحوصة قلقة بشأن الشتاء القادم. أيضاً، غادرت الصديقة المقربة للمفحوصة، وهي تفتقدها. لهذا فهي فوجئت بحجم التغيير في حياتها على مدار السنوات الماضية وتمكنت من رؤية أن كل هذه التغيرات معاً تسببت في الكثير من التوتر. (Josefowitz, 2016)

إلى هذه المرحلة جمعنا الكثير من المعلومات ولكن دعونا نتوقف للحظة، فقد نسينا نقاط القوة ومجالات المرونة للمفحوصة. يحدث هذا غالباً؛ بصفتنا معالجين، تعودنا على التفكير حول مشاكل المفحوص التي تنسينا أحياناً التفكير في نقاط قوتهم.

-معرفة نقاط قوة المفحوص:

قبل أن نتمكن من مساعدة المفحوص على رؤية نقاط قوته، علينا أولاً أن نرى نقاط قوته. يبدو الأمر سهلاً، لكن قد يكون من الصعب رؤية نقاط القوة. من إحدى الطرق التي يستخدمها (Josefowitz, 2016) للتعرف على نقاط قوة المفحوص هي أن تتذكر أن الأشياء الجيدة لا تحدث عن طريق السحر. على سبيل المثال، قالت إحدى مقصوصته إن ابنها "كان محظوظاً" لأنه طُلب منه العودة للعمل بدوام كامل بعد فترة تدريبه. توقف للحظة - مما تعرفه عن العالم، ما الذي يجب أن يحدث حتى يُطلب من الشاب العودة إلى وظيفة بدوام كامل بعد فترة تدريب؟ هل تأتي الساحرة الخيالية وتقول، "ها هي وظيفتك؟" كان على ابنها أن يعمل في الوقت المحدد، ويعمل بجد، ويقوم بعمل جيد، وربما يكون من الجيد العمل معه. كل هذه الخصائص تعكس قوة ابنها. الآن، يجب أن يكون محظوظاً أيضاً، لكن الحظ نادراً ما يكون كافياً.

المحاضرة الرابعة: التقييم العلاجي و صياغة الحالة

1- التقييمات التشخيصية

يختلف تقييم العلاج عن التقييم التشخيصي، على الرغم من إمكانية دمج بعض العناصر في الزيارات. يجب إجراء التقييم التشخيصي لجميع المفحوصين قبل التدخل. في كثير من الأحيان، نريد أن نعرف تشخيص الشخص وفقًا لـ **DSM** أو التصنيف الدولي للأمراض (**ICD**). لتحقيق ذلك، قد نستخدم المقابلات التشخيصية مثل المقابلة السريرية المنظمة لاضطرابات في المحور الأول من **DSM-IV**، المقابلة المصغرة لطب الأعصاب، جدول مقابلة اضطرابات القلق. الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة. على الرغم من أن التشخيص خاليا لا يعتبر بالضرورة كدليل جيد جدًا للعلاج، إلا أن المقابلات التشخيصية المنظمة يمكن أن تكون مفيدة في التأكد من أنك لم تفوت أي شيء.

كما يبحث المعالج السلوكي المعرفي على معلومات حول شدة الأعراض. إن مجرد معرفة أن المفحوص يفي بمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للوسواس القهري، على سبيل المثال، لا يخبرنا كثيرًا عن نوع أعراض الوسواس القهري التي يعاني منها الشخص أو شدة تلك الأعراض. تتمثل إحدى طرق تحقيق ذلك في استخدام الأدوات الرسمية - غالبًا ما تكون مقاييس التقرير الذاتي بالورق والقلم الرصاص والتي يمكن للعملاء ملؤها بسرعة.

الشيء الجيد هو أن الكثير من الإجراءات متاحة بدون تكلفة. يمكنك العثور على ثروة من المقاييس المجانية عبر الإنترنت. هناك مقاييس أخرى متاحة مقابل رسوم، ولكنها تستحق النظر فيها، ويجب أن يتضمن التقييم التشخيصي أيضًا تاريخًا شاملاً، بما في ذلك تاريخ المشاكل والعلاجات النفسية والطبية، فضلاً عن الملاحظات السلوكية للمفحوص.

2- تقييمات العلاج

تقييم العلاج له أهداف مختلفة. على الرغم من أنه يمكن دمجه مع التقييم التشخيصي، إلا أنه في تقييم العلاج يتم الاهتمام بتحديد مدى ملاءمة العلاج، وفهم العوامل التي تزيد أو تقلل من فرص المفحوص في النجاح، والبدء في تطوير نموذج للمرض أو عرض المشكلة. قد يستغرق تقييم العلاج جلسة واحدة أو قد يستغرق أكثر. في بعض النواحي، لا ينتهي تقييم العلاج حقًا، كما سنرى لاحقًا

أ- تحديد مدى ملاءمة العلاج

كثيراً ما نتساءل، "كيف يمكن تحديد ما إذا كان ينبغي علاج هذا العميل باستخدام العلاج المعرفي السلوكي مقابل نوع آخر من العلاج النفسي؟" في النهاية، هذا سؤال تجريبي. بناءً على ما تعرفه عن العميل، ما العلاجات التي لها دعم علمي للفعالية؟

يمكننا هذا نقطة انطلاق جيدة في معرفة أنواع التدخلات التي قد تكون مفيدة. تقع العديد من العلاجات ذات الدعم البحثي القوي ضمن النطاق الواسع للعلاج المعرفي السلوكي.

ب- توقع جيد للتحسن

يجب أن يشمل جزء من التقييم العلاجي تقييم توقعات المفحوص وربما تعديلها. بالطبع، نريد أن تكون توقعات عملائنا واقعية، أولاً وقبل كل شيء؛ لا نريد خداعهم للاعتقاد بأن العلاج سيكون أكثر فعالية مما هو متوقع. هناك مقاييس رسمية لذلك، مثل نموذج التقييم المتوقع (Borkovec & Nau, 1972)، على الرغم من أنه من الجيد أيضاً طرح سؤال بسيط مثل، "ما مدى التحسن الذي تتوقع أن تشعر به بعد العلاج (Sotsky et al., 1991). بعض الأحيان،

وحسب (Tolin.D, 2016) فإن توقعات العملاء غالباً ما تكون منخفضة للغاية - أي أنهم لا يتوقعون شعوراً أفضل بكثير عندما نخبرنا الأدبيات البحثية، في الواقع، أنه من المحتمل أن يكون لديهم استجابة جيدة للعلاج. في بعض الأحيان، تكون التوقعات عالية جداً - على سبيل المثال، يتوقع العملاء أن تختفي مشاكلهم تماماً ولن تعود أبداً، عندما نخبرنا الأدبيات البحثية أن الانتعاش الجزئي والانتكاس أمر شائع. هنا، يمكننا استخدام التربية النفسية لتصحيح توقعاتهم. عندما يكون لأكثر من شكل من أشكال العلاج دليل علمي كافٍ لتبرير استخدامه، يمكن أن يلعب تفضيل العميل دوره. لذلك.

ج- أهداف العلاج المحددة بوضوح

في بعض الأحيان، يعرف العميل بالضبط ما يريده من العلاج. في أوقات أخرى، تكون أهدافه أو أهدافها أكثر ضبابية. وحسب (Tolin.D, 2016) في أنه في الجلسة الأولى غالباً ما يعبر المفحوص «أريد فقط أن يكون لدي شخص لأتحدث إليه». هذا هدف غامض إلى حد ما، وهو وصفة لفشل العلاج.

يأتي العملاء الآخرون للعلاج وهم يحملون أهداف، مثل: "أريد فقط أن أشعر بالاكتمال بدرجة أقل". هذا أفضل، ولكن ربما لا يزال غير كافٍ لمنحنا إحساساً قوياً بالاتجاه. لذلك في كلتا الحالتين، يجب أن نساعد العميل على تطوير النتائج المرجوة المحددة للعلاج.

يستخدم العلاج السلوكي المعرفي على السؤال المعجزة، والذي يطلب من العملاء تحديد أهدافهم بمصطلحات أكثر واقعية وسلوكية في كثير من الأحيان. مثال على السؤال المعجزة قد يكون: "إذا استيقظت غدًا، وحدثت معجزة حتى لا تكون مكتئبًا، فماذا سيكون مختلفًا؟"؛ "ما هي أولى العلامات على حدوث المعجزة؟"؛ "ما الذي سيلاحظه شخص آخر ليخبرهم بحدوث المعجزة؟" للإجابة على هذا السؤال، يجب على المفحوص ألا يفكر فقط في هدفه العام المتمثل في "الشعور بالاكئاب الأقل"، ولكن أيضًا التفكير في كيفية تصرفه بشكل مختلف إذا كان هو أو هي أقل اكتئابًا. قضاء وقت في السرير ومزيد من الوقت مع الأصدقاء. أو ربما يكون أدائه أفضل في العمل. هذه المؤشرات السلوكية الملموسة هي أهداف محتملة جيدة للعلاج:

(يبدو عمومًا أنك تريد أن تشعر بالاكئاب بدرجة أقل. ومن بعض الطرق التي قد نعرف بها أنك تشعر باكتئاب أقل هي أنك ستقضي وقتًا أقل في السرير، وأنت ستفعل المزيد من الأشياء مع أصدقائك، وأنت ستحقق أداءً أفضل في العمل. أتمنى عما إذا كان بإمكاننا تضمين هذه الأنشطة في أهدافنا الفورية للعلاج، ومعرفة تأثير ذلك على شعورك بالاكئاب؟) (Tolin.D, 2016)

لاحظ أيضًا أن هذا النوع من تحديد الأهداف يقلب طريقة شائعة في التفكير. كثيرًا ما يفترض العملاء أنهم يجب أن يشعروا بالتحسن أولاً، ثم يبدؤون في العيش بشكل أفضل - "اشعر بتحسن من أجل القيام بعمل أفضل". يطرح العلاج المعرفي السلوكي، ولا سيما العناصر الأكثر سلوكية في العلاج المعرفي السلوكي، فكرة (قم بعمل أفضل من أجل الشعور بتحسن): إذا بدأت في العيش بشكل أفضل، فستبدأ في الشعور بالتحسن)

د- تقبل مبررات العلاج

كجزء من تقييم العلاج الأولي، نستخدم التثقيف النفسي لمساعدة المفحوص على فهم سبب رغبتنا في استخدام العلاجات التي نقوم بها، فإن التربية النفسية أو التثقيف النفسي هي أكثر من مجرد محاضرة للمفحوص. إنه ينطوي على توجيه الحوار، من خلال الاستخدام الحكيم للأسئلة، لمساعدة المفحوص على الوصول إلى الأساس المنطقي. عندما يكتشف العميل الأساس المنطقي، على الرغم من أنك وجهته أو وجهتها في هذا الاتجاه، فإنه يميل إلى أن يكون أكثر قبولاً لهذا الأساس المنطقي لأنه يبدو "بديهيًا بشكل حدسي". وغالبًا ما يكون كذلك.

هـ - الدافع الكافي للتغيير

نظرًا لأن العلاج السلوكي المعرفي هو علاج فعال وتوجيهي، فإنه يفترض مستوى معينًا من التحفيز من جانب العميل. فلنفترض، بشكل صحيح أو غير صحيح، أن العميل:

• يعرف أنه يعاني من مشكلة.

• تقدر تماما خطورة هذه المشكلة.

• تريد أن تفعل شيئاً حيال المشكلة.

• مستعدة لبدء ومواصلة الجهود للعمل على حل المشكلة.

في كثير من الأحيان، نحصل على مفحوص مثل هذا، خاصة إذا كنا نعمل في عيادة خارجية خاصة. لكن في كثير من الأحيان نجد أن المفحوص:

• لا يبدو أنه يفهم أنه يعاني من مشكلة ، أو إلقاء اللوم على الآخرين أو صرف النظر عن المسؤولية عن المشكلة.

• لا يبدو أنه يقدر خطورة هذه المشكلة ، ويقلل من الأعراض أو تأثيرها.

• لا يبدو مهتماً بشكل خاص بفعل شيء حيال المشكلة.

• يظهر استعداداً منخفضاً أو غير متسق لبدء جهود العمل والحفاظ عليها المشكلة.

يمكننا قياس مستوى التحفيز رسمياً باستخدام أدوات مثل استبيان تقييم التغيير بجامعة رود آيلاند (Greenstein, Franklin, & McGuffin, 1999) حيث يُطلب من العميل التقييم، على مقياس رقمي، مدى استعداده للتغيير. ولكن يمكننا في كثير من الأحيان تكوين فكرة جيدة عن مستوى تحفيز العميل بمجرد التحدث معه أو معها مباشرة حول هذا الموضوع: "إلى أي مدى تزعجك هذه المشكلة؟"؛ "ما مدى أهمية إجراء تغيير الآن؟"؛ "ما هو شعورك حيال فكرة أن تكون في علاج لهذه المشكلة؟"

يقترح ميلر Miller and Rolnik (2002) أن الدافع هو الأفضل كشيء يفعله المرء، وليس شيئاً يمتلكه. أي أنهم يقترحون أن الدافع هو مجموعة من السلوكيات التي قد يقوم بها الشخص أو لا يفعلها في أي لحظة، وليس سمة شخصية عامة. ويترتب على ذلك أنه لا يوجد شيء اسمه "مفحوص غير متحمس" عالمياً، ولا يوجد شيء مثل "عميل متحمس" عالمياً. بدلاً من ذلك، فإن الدافع هو حالة يمكن أن تتقلب بمرور الوقت.

يحدد العديد من العلماء حسب (Tolin.D, 2016) الحالة التحفيزية للعميل وفقاً لمرحلة التغيير، تم تحديد هذه المراحل بطرق مختلفة، ولكنها تشمل بشكل عام:

• ما قبل التأمل. هذه هي مرحلة العميل الذي يبدو دفاعيًا أو لا يعترف بالمشكلة أو لا يعبر عن اهتمامه بالتغيير.

• التأمل. هذه هي مرحلة العميل ربما يكون قد اعترف بوجود مشكلة ولكنه غير مقتنع بأنه يحتاج أو يريد فعل شيء حيال ذلك.

• عمل. هذه هي مرحلة العميل الذي هو على استعداد للذهاب ويعمل على حل المشكلة.

• أعمال صيانة. هذه هي مرحلة العميل الذي أجرى بالفعل تغييرًا في سلوكه ويحاول الحفاظ على تدريج الكرة.

التقدم على طول مراحل التغيير هذه ليس بالضرورة خطيًا، ولا هو أحادي الاتجاه. قد يزيد العملاء أو ينقصوا استعدادهم للتغيير بمرور الوقت بناءً على عدة عوامل.

3- بناء النموذج التعاوني

يبدأ بناء النموذج التعاوني في وقت مبكر من العلاج، غالبًا أثناء التقييم العلاجي، ولكنه سيكون عملية مستمرة طوال فترة العلاج. الهدف الأساسي لبناء النموذج التعاوني هو فهم مشكلة (مشاكل) تقديم العميل من منظور سلوكي معرفي.

كما ذكرنا في المحاضرات الأولى، يهتم العلاج السلوكي المعرفي بمسببات المشكلة (العوامل التي ساهمت في البداية في تطور المشكلة)، لكننا نركز بشكل أكبر على الحفاظ على المشكلة (تلك العوامل التي تسبب المشكلة لتستمر في الحاضر).

أثناء تطوير النموذج المفاهيمي، تتضمن بعض النقاط المهمة التي يجب وضعها في الاعتبار كما يلي:

• يجب أن يكون النموذج تعاونيًا. بمعنى، يجب على المعالج والعميل تطوير النموذج معًا. كل شخص لديه شيء فريد للمساهمة في هذه العملية. المعالج لديه الخلفية التعليمية وغالبًا ما يكون لديه خبرة في تقييم وعلاج هذه الأنواع من المشاكل مع المفحوصين الآخرين. من ناحية أخرى، يتمتع العميل بخبرة مباشرة مع مشكلته ويمكنه تقديم تفاصيل حول أفكار ومشاعر وسلوكيات محددة وما إلى ذلك.

• يجب أن يكون النموذج واضحًا للمفحوص. سيشكل هذا النموذج الإطار الأساسي لـ CBT، لذلك من المهم أن يفهمه المفحوص. لهذا يجب أن نحافظ على اللغة بسيطة؛ نتجنب المصطلحات الفنية أو المصطلحات اللغوية مثل الاعتماد المشترك، والانتقال، والتحفيز المشروط، وما إلى ذلك. استخدم أبسط المصطلحات الممكنة لوصف ما تعنيه.

- يجب أن يزيل النموذج الغموض عن المشكلة. في كثير من الحالات، لا يفهم العملاء جيدًا سبب تجربتهم لما يختبرونه. إنهم لا يعرفون لماذا يشعرون بالطريقة التي يتصرفون بها، أو لماذا يتصرفون بالطريقة التي يتصرفون بها، أو لماذا يستجيب العالم لهم كما يفعل. جزء من الهدف من بناء النموذج هو إزالة الغموض منه - لمساعدة المفحوص على فهم أن هذه الأشياء عادة ليست عشوائية وأنها تحدث غالبًا لأسباب مفهومة.
- يجب أن يكون النموذج شحيحًا. من الناحية العملية، هذا يعني أنه يجب عليك السعي للحصول على أبسط تفسير يشرح ما يحدث، مع وضع افتراضات قليلة حول الأشياء التي لا يمكن التحقق منها قدر الإمكان. بشكل عام، هذا يعني أن نموذجنا سوف يلتزم بالأشياء التي يمكن للمفحوص أو الآخرين ملاحظتها، مثل السلوكيات والعواطف والأحاسيس الفسيولوجية والأفكار، وكذلك الأحداث الخارجية مثل المحفزات والمعززات وتاريخ التعلم.
- يجب أن يكون النموذج تجريبيًا. في العلوم التجريبية، يتم التعامل مع جميع الأفكار على أنها فرضيات وليست حقائق. (سيظهر هذا لاحقًا كجزء مهم من تدخلات CBT معينة في المحاضرات التالية) خلال عملية بناء النموذج التعاوني (وفي الواقع، خلال عملية CBT)، نتخذ تخمينات مستنيرة. علينا ذلك، لأننا ببساطة لن تكون لدينا كل الحقائق تحت تصرفنا. لذلك نتخذ أفضل تخمين يمكننا بناءً على العلم الذي نعرفه وما نتعلمه من العميل. جزء من التعامل مع أفكارنا كفرضيات هو حقيقة أننا سنكون مخطئين في بعض الأحيان. خبير و معالج العلاج المعرفي السلوكي، كونه عالمًا في القلب، على استعداد لأن يكون مخطئًا ويتحقق مرارًا وتكرارًا مما إذا كانت أفكاره أو أفعاله لا تزال قائمة أو ما إذا كانت بحاجة إلى المراجعة.
- يجب اعتبار النموذج عملاً قيد التنفيذ. عندما تتعلم أشياء جديدة عن المفحوص على مدار العلاج المعرفي السلوكي، سترغب في مراجعة نموذجك وفقًا لذلك. ربما يأتي العميل برؤية أو فكرة جديدة. ربما ينتج عن واجب منزلي نتيجة غير متوقعة. ربما تقوم ببعض الملاحظات السلوكية الجديدة للعملاء. لم يتم وضع النموذج في حجر، ومع ظهور هذه الأشياء، يجب على المعالج والمفحوص معًا إعادة النظر في النموذج للتأكد من أنه يعكس أفضل فهم ممكن.

4- القياس المتكرر:

تذكر أن العلاج السلوكي المعرفي هو في جوهره عملية تجريبية. نحن نصوغ الفرضيات (التي قد تكون خاطئة)، وننشئ استراتيجيات لاختبار تلك الفرضيات، ثم نجمع المعلومات لتحديد ما إذا كانت الفرضية دقيقة. على سبيل المثال، بصفتي معالجًا، قد أقوم بمحاكاة فرضية أن التدريب على المهارات الاجتماعية

سيساعد مفحوصا مصاب بالقلق الاجتماعي، يصبح العلاج بعد ذلك تجربة ، حيث يحاول المعالج التدخل ثم نتحقق لمعرفة ما إذا كان قلقه الاجتماعي أفضل أم نفس الشيء أم أسوأ.

هناك عدد من البرامج المحوسبة اللطيفة العابرة التشخيص التي ستتبع تقدم العملاء على أساس كل جلسة على حدة، بما في ذلك شركاء من أجل نظام إدارة نتائج التغيير (S. D. Miller, Duncan,) (Sorrell, & Brown, 2005) واستبيان النتائج. (Lambert et al., 2005) إذا كنت أرغب في استخدام التكنولوجيا الأقل، فيمكنني بشكل دوري إدارة أحد المقاييس العديدة الموجزة للقلق الاجتماعي أو الأداء الاجتماعي (العديد منها متاح مجانًا على الإنترنت). حتى أقل من ذلك، يمكنني ببساطة أن أسأل المفحوص في كل جلسة لتقييم شدة قلقه الاجتماعي على مقياس من 0 إلى 10. الاستراتيجية الأخيرة أقل من مثالية من منظور القياس، ولكن على الأقل، من منظور العلاقة العلاجية، أتأكد من وأرى ما إذا كان ما نقوم به يعمل أم لا ، وأناقش النتائج معه بصراحة.

يتم تحديد القرار بشأن ما يجب قياسه على أساس كل حالة على حدة، ولكن القياسات المتكررة لأي عميل معين يمكن أن تشمل:

- مقاييس موحدة للأعراض المستهدفة.
- المقاييس المعيارية للضعف الوظيفي أو نوعية الحياة.
- تقييمات رقمية (على سبيل المثال ، "على مقياس من 0 إلى 10 ، ما مدى شعورك بالاكئاب أسبوع؟")
- المراقبة الذاتية لتكرار السلوكيات المشككة.

قد يكون تفسير انخفاض في درجة اختبار معين أو إجراء آخر أمرًا صعبًا. لنفترض أنك تعالج مفحوص مكتئب، وتستخدم مقياس ضغط القلق للاكتئاب (DASS؛ Lovibond & Lovibond، 1995)، وهو إجراء تقرير ذاتي لطيف تم التحقق من صحته جيدًا ، ويمكن تطبيقه على مجموعة واسعة من العملاء البالغين ، سهل الاستخدام ومجاني للتنزيل (على www2.psy.unsw.edu.au/groups/dass) ، لقياس مستوى اكتابه في كل جلسة. يبدأ المفحوص العلاج بدرجة اكتئاب فرعية تبلغ 25 درجة في النطاق الشديد. في جلسة اليوم، كانت النتيجة 19، في النطاق المعتدل. هل المفحوص يتحسن حقًا؟ أم أن هذا مجرد تقلب عشوائي في كيفية إجابته على الأسئلة؟

الإستراتيجية المفيدة حقًا هي حساب وجود تغيير موثوق به وتغيير دال عياديا (N. S. Jacobson, Follette, & Revenstorf, 1984). إذا لم تكن مهتمًا بالإحصاءات، فلا تبتعد عني الآن. هذا

سهل. يخبرك التغيير الموثوق به ما إذا كان التخفيض في درجات الاختبار موثوقًا به إحصائيًا - أي أنه ليس مجرد تقلب عشوائي في درجات الاختبار. من يوم لآخر، ستتذبذب درجة اختبار الشخص، حتى إذا كانت المشكلة التي تم التأكد منها لا تتغير حقًا (على سبيل المثال، ستتغير درجات **DASS** الخاصة بالمفحوص بمرور الوقت، سواء كانت بالفعل أقل اكتئابًا أم لا - في أي يوم، يستجيب الناس للأسئلة الشفوية والمكتوبة بشكل مختلف قليلًا). لذلك لتحديد التغيير الموثوق به، عليك أولاً تحديد مقدار التذبذب العشوائي الذي يمكن توقعه، مع مراعاة الانحراف القياسي للمقياس (مقدار "التشتت" الذي يميل إلى أن يكون حول المتوسط) وموثوقية الاختبار - إعادة الاختبار من المقياس (مدى قوة الدرجات في إدارتين ترتبط ببعضها البعض). إذا تغيرت نتيجة عميلك بأكثر من هذا المقدار، يمكنك أن تستنتج أن التغيير يمكن الاعتماد عليه - أي أنه تغيير حقيقي ، وليس مجرد تقلب عشوائي.

يخبرنا التغيير الدال عياديا ، بطرق مختلفة ، ما إذا كانت درجة العميل تعكس أنه أو أنها تعمل بشكل جيد. اعتمادًا على نوع البيانات التي لدينا ، قد يعني هذا (1) أن درجة الشخص بعيدة بدرجة كافية عن الدرجة العيادية (غير الصحية) مما يعني أنه يمكن تسمية الشخص بأنه "غير صحي" وفقًا لهذا المقياس؛ (2) نتيجة الشخص قريبة بدرجة كافية من المعيار (الصحي) مما يعني أنه يمكن تسمية الشخص "بصحة جيدة" في هذا المقياس ؛ أو (3) درجة الشخص أقرب إلى المتوسط المعياري (الصحي) منه إلى الوسط العيادية (غير الصحي) ، بحيث يمكن استدعاء الشخص "أقرب إلى الصحة من غير الصحي" بناءً على هذا المقياس.

المحاضرة الخامسة: التحليل الوظيفي

تمهيد :

يتميز التحليل الوظيفي عن التشخيص الذي يتعلق بعملية التصنيف في علم النفس المرضي، فالتحليل الوظيفي يتعلق بنموذج تفاعلي يربط السلوك المشكل بانفعالات وأفكار المريض، وكذلك سوابقه ونتائجه. يعتبر التحليل الوظيفي مرحلة أساسية في إطار العلاج السلوكي المعرفي. و هو يشهد على الشراكة التي جمعت النظرية السلوكية بالنظرية المعرفية.

1- التحليل الوظيفي، مرحلة من التيار التجريبي المطبق على المنهج العيادي:

هناك العديد من نماذج التحليل الوظيفي، ولكن كلها تهدف للحصول وجمع الملاحظات التي تسمح ببناء وصياغة الفرضيات حول محددات وعوامل ظهور والحفاظ على السلوكات المشكلة الخاصة بالمريض. ويرى (Chapelle، 2018) ان التحليل الوظيفي يجسد الأسلوب التجريبي في التطبيق العيادي باتباع المراحل الأربعة التالية:

المرحلة الأولى: ملاحظات الأفعال التي تعلق بجمع المعلومات الكاملة كميا ونوعيا وكل ما يتعلق بملاحظات السلوك المشكل.

المرحلة الثانية: صياغة الفرضيات التي تربط العلاقة السببية بين الأفعال والمعلومات المتحصل عليها.

المرحلة الثالثة: تجريب الفرضيات، بتطبيق التقنيات العلاجية المختارة دحضها إذا لم تكن قاطعة؛

المرحلة الرابعة: تفسير النتائج، بناءً على البيانات النوعية والكمية التي تسمح بتحديد التأثير العلاجي، وربما صياغة جديدة للفرضيات، (Chapelle، 2018)

يمكن بالتالي وضع مراحل النهج السلوكي المعرفي بالتوازي مع التفكير التجريبي (انظر الجدول في الصفحة التالية). يُظهر التحليل الوظيفي أيضًا اهتمامًا مباشرًا بالمريض لأنه يعزز فهمه الجيد للعلاقات القائمة بين سلوكياته وأفكاره وعواطفه وبيئته. بشكل عام، يسمح بفهم أفضل لعلم النفس وعلم النفس المرضي للحياة اليومية. ومن ثم نجد تطبيقات ذات صلة في مجالات أخرى غير العيادة: التعليم (بما في ذلك مع الفئات السكانية الضعيفة أو في البيئات المحمية)، وعلم نفس الشركة، وعلم النفس الرياضي، وعلم نفس الصحة والطب.

عند إجراء التحليل الوظيفي، يسترشد المعالج بعدد معين من الأسئلة التي يجب أن يجيب عليها من أجل فهم أفضل للحالة الفردية للمريض.

• منذ متى تطور السلوك المشكل؟

• في أي المواقف يظهر؟

• متى يظهر؟ في أي وقت؟

• كيف يعبر عن نفسه؟ وكم تدوم عندما يظهر؟

• ما هو تكراره؟ كم مرة يظهر في فترة معينة؟

• مع من يظهر أم يختفي؟

• ما هي المساعدة التي وجدها المريض بالفعل (الناس داعمة ، تخفيف المخدرات) ؟

• هل هناك مواقف أو أوقات أكثر ملاءمة للمريض؟

• ما الذي يسبق السلوك المشكل؟ • ما الذي يقلل من السلوك المشكل؟

• ما الذي يزيد من مشكلة السلوك؟ • ما يثبط مشكلة السلوك

كما يأخذ المعالج في الاعتبار عواقب السلوك المشكل، على المدى القصير والمتوسط والطويل:

• العواقب المترتبة على المريض، وخاصة العاطفي.

- العواقب على البيئة، ولا سيما تأثير السلوك على من حوله (الأسرة، والمهنية، والاجتماعية) و مراعاة الوسائل المساعدة أو العواقب التي قد تكون موجودة حول المريض، ولا سيما ردود الفعل المحتملة التي قد تظهر لتعديل السلوك الذي يسبب المشكل، على سبيل المثال، قد يجد الزوج الذي يرافق بانتظام زوجته التي تعاني من رهاب الخلاء في الخارج صعوبة في تجربة تطور استقلاليته مع تقدم التدخل.)

الجدول رقم (5) مراحل النهج السلوكي المعرفي و التفكير التجريبي

التفكير التجريبي	مراحل النهج السلوكي المعرفي :
تحديد التغيرات المراد الحصول عليها	A
بناء أهداف بصيغة السلوك	
اقتراح فرضيات فيما يخص العوامل المؤيدة أو	B
لا لظهور تغيير السلوك	ملاحظة السلوك : وصف ظروف ظهوره
التركيز و تطبيق مجموعة من الإجراءات التي	C
من المفروض أن تطور السلوك في الاتجاه	التركيز على البرنامج العلاجي و تطبيقه
المراد	
تقييم التغيرات : هل التدخل انتج التغيرات المرادة:	D
إذا كان الأمر كذلك يعني العلاج فعال، أما إذا كان	تقييم نتائج التدخل
لا فيجب دراسة:	
أ- ملائمة الأهداف حسب الخصائص الفردية	
للمفحوص	
ب-نوعية تحليل المحيط و ملاحظاته	
ت-ملائمة الإجراءات المختارة و الظروف الواقعية	
للتطبيق .	

في الواقع، فإن المقابلة العيادية تجعل من الممكن التعرف على قائمة السلوكيات التي تزعج المريض، لكل سلوك، يتم إجراء تحليل وظيفي. يتم استكمال ذلك من خلال التقييم الكمي للاضطرابات من خلال الاستبيانات، والتي يتم تجديدها بعد مدة لتقدير التعديلات العلاجية مع مرور الوقت من العلاج.

يتيح التحليل الوظيفي إمكانية التحليل سلوك المريض بطريقة غير متزامنة (في التطور الزمني الطولي) ومتزامنة (في السياق الحالي). الهدف هو النظر في العوامل التي كانت تلعب دوراً في اكتساب تلك التي تساهم في الحفاظ الحالي للسلوك المعين. يركز التحليل على:

1. خصوصية سلوك المشكلة (التكرار ، الشدة ، المدة ، أنماط التعبير ، إلخ) ؛
2. توضيح الموقف الذي تجد المشكلة نفسها فيه (الحفاظ على العوامل والعواقب على المريض وبيئته)؛
3. تحليل دوافع التغيير (عناصر تعزيز التغيير أو، على العكس من ذلك، للحفاظ على المشكلة) ؛
4. التحليل التنموي (التغيرات السلوكية البيوساجتماعية في التطور ، والتاريخ الطبي، والتاريخ العيادي، وتاريخ الأعراض)؛
5. دراسة قدرات المريض على الضبط الذاتي (الاستراتيجيات العفوية في مواجهة الصعوبات على وجه الخصوص).
6. نوعية العلاقات الاجتماعية (العلاقات مع الأبناء، تأثيرات السياق الاجتماعي)؛
7. البيئة الاجتماعية - الثقافية والمادية (الخصائص الثقافية المحتملة، عناصر السياق الحياة، إلخ).

2- التحليل الوظيفي، نمذجة حالة معينة للمريض:

هناك العديد من نماذج التحليل الوظيفي و من أكثرها استخداماً:

• نموذج (SORC) (Situation-Organisme-Réponse-Conséquence)

اقترح من طرف سكينر ويسمح بتحليل:

- الموقف (S): الموقف الذي توجد فيه مشكلة؛
- الكائن الحي (O): كل المشاعر، الأحاسيس الجسدية، الإدراك التي تظهر في الشخص في تلك اللحظة؛
- الاستجابة (R): سلوك المريض، موقفه.

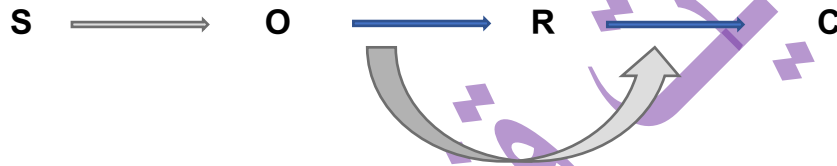
• العواقب (C) : العواقب على المريض وبيئته، والتي يمكن أن يكون لها أثر رجعي على الكائن الحي.

يتيح هذا النموذج البسيط اكتساب عادة التفكير بطريقة وظيفية من حيث النتائج:

• ما الأحداث البيئية التي سبقت السلوك تؤثر على احتمال حدوثها؟

• الأحداث البيئية التي تتبع السلوك

تؤثر على احتمال حدوثها؟ لذلك يمكن تخطيط هذا النموذج على النحو التالي:



الشكل رقم (9) نموذج SORC

فَقًا لنظريات التعلم التي يعتمد عليها النهج السلوكي، فإن شبكة قراءة SORC تجعل من الممكن مراعاة:

• سلوكيات الاستجابة: سلوكيات من النوع اللاإرادي والانعكاسي ، "تحفزها" العناصر التي تسبقها مباشرة.

• السلوكيات العملية: السلوكيات ذات الطبيعة الطوعية في أغلب الأحيان، "المنبعثة" من قبل الموضوع وتحت السيطرة من العواقب التي تليها مباشرة ("المنطوق" لأن الموضوع يعمل على البيئة)

• نموذج ABC :

مستمد من نظرية ABC للعلاج الانفعالي العقلاني لـ **Albert Ellis**، يهدف هذا النموذج إلى تشجيع جمع المعتقدات غير العقلانية للمرضى الذين يعبرون عن مشاعر وسلوكيات مؤلمة وصفها المؤلف بأنها "مدمرة للذات":

A (تفعيل الحدث) يعين الحدث أو تجربة التنشيط : موقف مزعج ، خارجي (ملاحظة حقيقة ، حدث تجربة ، سلوك الآخرين) أو داخلي (أفكار أو عواطف شخصية) ، حقيقي أو تخيلي.

B (المعتقدات) تشير إلى نظام المعتقدات ، والإدراك غير العقلاني في أغلب الأحيان عندما يتم تحديدها في سياق العلاج المعرفي.

C(العواقب) تشير إلى مشاعر مؤلمة أو سلوكيات مزعجة.

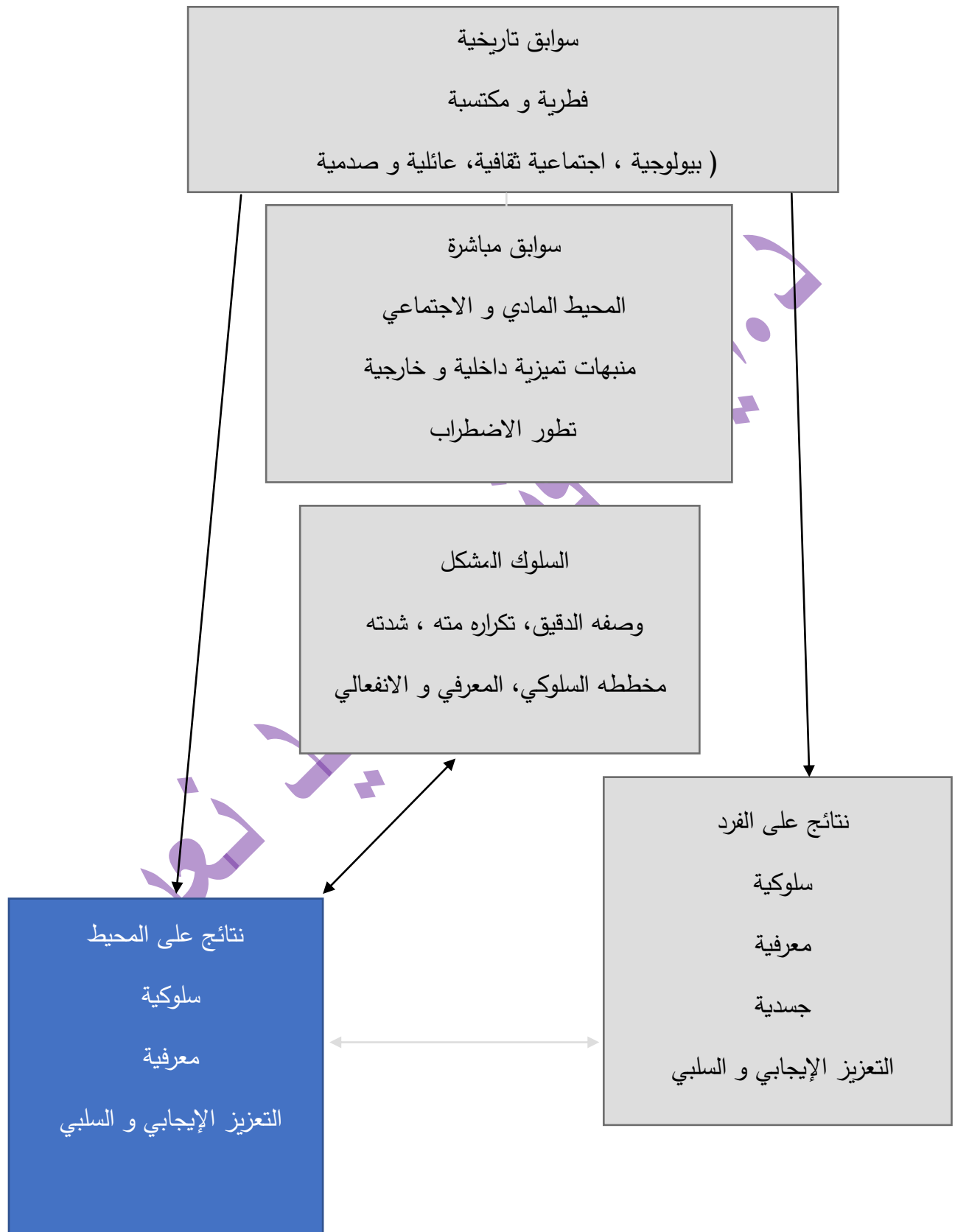


الشكل رقم (10) نموذج ABC (Ellis, 2007)

بعد أن غذى بشكل كبير تطوير العلاج المعرفي السلوكي أثناء تطوره خلال "الموجة" الثانية ، يمثل هذا النموذج عنصرًا أساسيًا في العلاج الانفعالي العقلاني **Albert Ellis** ، وكما يعرب عنه هذا المؤلف ، يفضل اتباع عمل "تحدي" الأفكار غير المنطقية ، ثم تطوير معتقدات أكثر عقلانية من شأنها إحداث "تأثيرات جديدة" (انفعالات أكثر صحة وسلوكيات بناءة) (Ellis, 2007)

• مخطط التحليل الوظيفي:

تم تطويره في أوائل الثمانينيات من قبل **Ylief و Fontaine** ، يسمح هذا المخطط بتشكيل التفاعلات الموجودة بين السوابق البعيدة، والاستجابات المحفزة، والعواقب على الفرد وبيئته. وبالتالي من الممكن مراعاة السوابق التاريخية من الزاوية التجريبية، أي في شكل فرضيات في نمذجة حالة المريض.



الشكل رقم (10) نموذج مخطط التحليل الوظيفي (Chapplle، 2018)

• نموذج BASIC IDEA:

صممه **Lazarus** في عام 1977 وأكمله **Cottraux** في عام 1985، وهو يسهل التجميع الكامل والدقيق للمعلومات مما يسمح للمعالج بالحصول على "فكرة أساسية" قبل اختيار الأساليب العلاجية ذات الصلة. يتمتع نموذج التحليل الوظيفي هذا أيضًا بميزة مراعاة السلوكيات "المفتوحة" (التي يمكن ملاحظتها) و "المغطاة" (غير القابلة للملاحظة، والداخلية)، ويراجع هذا النموذج معايير اهتمام المختلفة وهي:

• السلوك (**B-Behavior**): تحليل السلوك المفتوح (يمكن ملاحظته)، والعوامل التاريخية والمحفزة والمُعجلة • العواطف (**A-Affect**): تسجيل جميع المشاعر (الغضب، إلخ) التي قد تصاحب السلوك؛

الأحاسيس (**S-Sensations**): النظر في المظاهر الجسدية المرتبطة بالعواطف (العلامات الفسيولوجية الخضرية للقلق على سبيل المثال)،

• الصور الذهنية (**I-Imagery**): دراسة الصور الذهنية للمريض (مشاهد كارثة، إلخ) وقدرته على تطوير التمثيلات المرئية (لا سيما تفضيل استخدام تقنيات استرخاء معينة)؛

• الإدراك (**C-Cognitions**): مجموعة من الحوارات الداخلية ("لن أخرج من هذا...")، والأفكار، وأنظمة المعتقدات (على سبيل المثال، القدرة المطلقة للماضي، والشعور بالذنب المرتبط بالفشل، ونظام الإسناد، وما إلى ذلك)؛

• العلاقات الشخصية (**I-Interpersonal**): الاعتبار النوعي والكمي للعلاقات الشخصية وتلك المحيطة بالمريض (الأسرة، العمل، الهوايات، النشاط الجنسي)

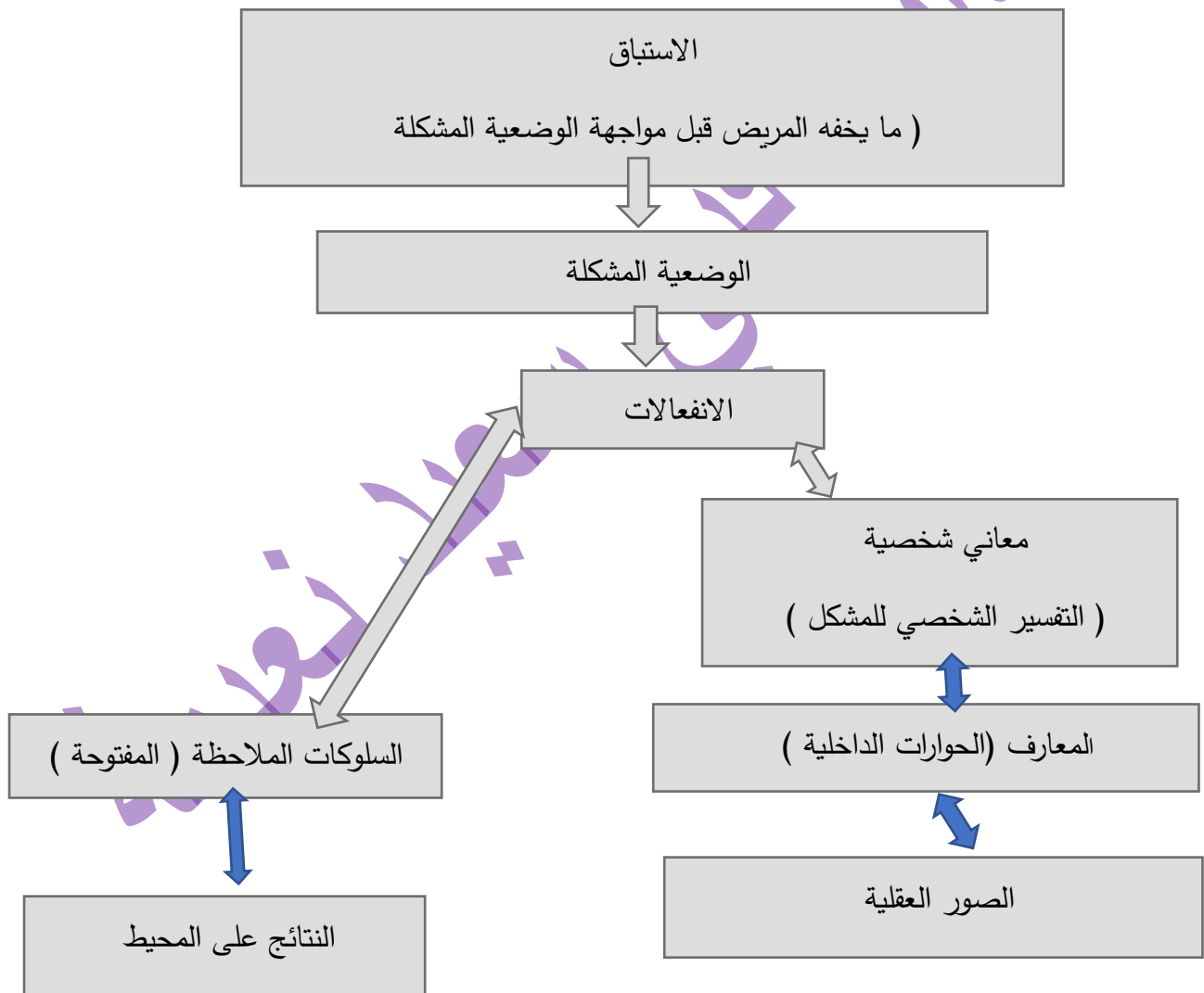
• "المخدرات" (**D-Drugs**): تسجيل تناول المؤثرات العقلية (الأدوية أو الكحول أو التبغ أو غير ذلك من المواد المشروعة أو غير المشروعة، وما إلى ذلك) وأيضًا هناك مشاكل جسدية (حالة الصحة البدنية أو السوابق أو الأمراض الحالية الإجراءات الطبية أو الجراحية)؛

• توقعات المعالج (**A-Attitude**): مراقبة مواقف المعالج وتوقعاته فيما يتعلق بالمريض والعلاج ونفسه (وفقًا لخصائصه الشخصية وخبرته المهنية)

تتمثل ميزة شبكة التحليل الوظيفي لـ **BASIC IDEA** في أنها تتيح مجموعة كبيرة وكاملة وشاملة من البيانات؛ عيبه هو أنه يتطلب عملاً إضافيًا لتحديد التفاعلات بين عناصره المختلفة قبل اختيار الهدف العلاجي.

• شبكة (Situation-Émotion-Cognition-Comportement- Anticipation)
SECCA

تم تطويرها من طرف **Cottraux** في عام 1985 ، وهي شبكة تسمح بالتعبير المتزامن وغير المتزامن للتحليل الوظيفي: يسلط الضوء الجزء الغير متزامن (أي الطولي) على العوامل التاريخية للمحافظة ، والانطلاق الأولي والأحداث التي قد تكون قد عجلت بالاضطرابات الحالية ، بالإضافة إلى الجوانب الأسرية (الجينية) والهيكلية (الشخصية) ، فضلاً عن العلاجات المختلفة (الأدوية ، العلاج النفسي) الذي قد يكون قد تم اتباعه سابقاً ؛ أما الجزء المتزامن فيسمح بالربط الحالي لمختلف العناصر المشاركة في مشكلة سلوكية معينة.



الشكل رقم (11) شبكة التحليل الوظيفي SECCA

المحاضرة السادسة: التدخلات العلاجية على المستوى السلوكي في علاج CBT

تمهيد:

سنتناول في هذا الفصل التدخلات العلاجية التي يقوم بها المعالج في العلاج السلوكي المعرفي على المستوى السلوكي، وحسب (Tolin.D, 2016) تتمثل أهداف العلاج السلوكي المعرفي على المستوى السلوكي في: محفزات السلوك، السلوكيات نفسها، طوارئ السلوكيات، قصور المهارات السلوكية، الآثار السلبية للسلوك. ولتأثير والعمل على هذه الأهداف، يمكننا الاختيار من بين عدة تدخلات، بما في ذلك:

• اختيار الموقف والتحكم في التحفيز.

• إدارة الطوارئ.

• الوصفات السلوكية المباشرة.

• جدولة الأنشطة.

• المهام المتدرجة.

• التعرض.

• التدريب على المهارات السلوكية

و انطلاقاً من توظيف العمليات المرضية الأساسية فإن الأنظمة السلوكية والمعرفية والعاطفية تؤثر جميعها على بعضها البعض. لذلك يمكن أن يؤدي التدخل السلوكي إلى إحداث تغيير معرفي وعاطفي أيضاً.

1- ضبط المحفزات و اختيار الموقف

في العلاج النفسي، نقضي الكثير من الوقت في التفكير في طرق لمساعدة المفحوص على التغيير. وفي العلاج المعرفي السلوكي، على سبيل المثال، قد نكون مهتمين بتغيير مشاعر المفحوص وإدراكه وسلوكياته. ومع ذلك، غالباً ما يكون من المنطقي بالنسبة لنا أن نفكر أبعد من ذلك "المنبع" والنظر في التدخلات التي تؤثر على المحفزات (وتسمى أيضاً السوابق) للعملية المرضية الأساسية.

أ- إختيار الموقف: إختيار بيئتك

تركز هذه الاستراتيجية على جدلية إختيار الموقف. باختيار الدخول في موقف معين أو تجنبه، فإننا نزيد أو نخفض احتمالية المشاعر والسلوكيات التي تتجم عن هذا الموقف. فمثلاً:

- النسبة لمفحوص في بيئة عنيفة أو مسيئة، قد نشجعه على ترك هذا الموقف (أو في حالة قاصر أو مسن أو شخص ضعيف آخر، ندافع عن إزالته من البيئة)
- النسبة للعميل المصاب باضطراب تعاطي الكحول، قد نشجعه على الابتعاد عن الحانات، وقد نشجعه أيضًا على إزالة الكحول من المنزل.
- بالنسبة للطفل الذي لا يمثل لطلبات الوالدين ، قد نقوم بتغيير الطلبات التي يقدمها الوالدان ، أو كيفية تقديمها

وبقدم لنا (Tolin.D, 2016) مثالاً في هذا الحوار عن مفحوصه الذي يسعى جاهداً للتعافي من الاعتماد على المواد. يستخدم المعالج اختيار الموقف للمساعدة تقليل احتمالية استخدام المواد:

المعالج: لنتحدث قليلاً عن نمط استخدامك. على وجه الخصوص، لدي فضول لمعرفة الظروف التي ارتبطت باستخدامها في الماضي. إلى عن على سبيل المثال، أين ومتى ومع من وما إلى ذلك.

المفحوص: حسنًا، عادةً ما أستخدمه مع مجموعة معينة من الأصدقاء. كان هناك أربعة منا، وكنا نجتمع طوال الوقت ونستخدمها معًا.

المعالج: أرى إذا ارتباط الالتقاء مع هؤلاء الأشخاص الثلاثة واستخدامك. هل تراهم عندما لا تستخدم المواد؟

المفحوص: ليس كثيرًا. لم نكن نتسكع معًا إلا إذا كنا نستخدمها. مرة واحدة في لفترة من الوقت كنا نجتمع معًا ولا نستخدمها، ولكن في الغالب كنا هناك لنتعاطى.

المعالج: حسنًا. متى وأين يحدث؟

المفحوص: عادة في منزل أحد هؤلاء الاصدقاء. كان المضيف ونحن عادة ما نجتمع ونستخدم في المساء.

المعالج: ما مقدار استخدامك للمواد المخدرة في منزل صديقك، مقارنة ببعض الأماكن الأخرى؟

المفحوص: أعتقد أن حوالي 90٪ من الوقت الذي كنت أستخدمه، كنت سأفعل ذلك هناك.

المعالج : ليس عادة في أماكن أخرى مثل شقتك.

المفحوص : ليس عادة ، لا.

المعالج: إذا كنا نفكر في تعاطي المخدرات، فيمكننا التفكير في بعض المواقف المحددة المرتبطة بالتعاطي. يبدو أنك عندما تكون في صديقك، أو عندما تكون مع هذه المجموعة المكونة من ثلاثة أشخاص آخرين، فأنت تستخدم. أتساءل عما إذا كانت هؤلاء، وهذا العدد، أصبح بمثابة إشارة بالنسبة لك؟

المفحوص: ماذا تقصد بـ " الإشارة"؟

المعالج : حسناً ، أعتقد أنه ربما عندما ترى هؤلاء الأشخاص ، أو عندما تذهب إلى منزل صديقك ، فهذه إشارة تخبرك أن وقت الاستخدام قد حان.

المفحوص: أعتقد أن هذا ممكن. أتوق أحياناً عندما أتلقي رسالة نصية منه، أو عندما أتلقي رسالة نصية أفكر في الذهاب إلى منزله.

المعالج: إذن إذا كان هدفك هو عدم الاستخدام، فما الذي سيكون منطقياً من هذا المنظور؟

المفحوص: ربما سيكون من الأفضل لو لم أراهم كثيراً. لكنهم أصدقائي بعد كل شيء.

المعالج: نعم هم كذلك. إلى أي مدى تعتقد أنه يمكنك رؤيتهم، ولا تتعطى؟

المفحوص: . . . أعتقد أنه من الصعب القيام بذلك.

المعالج: إذن لدينا معضلة هنا. من ناحية، تحب رؤية أصدقائك، ومن ناحية أخرى من ناحية أخرى ، من الصعب أن تظل دون تعاطي عندما تراهم ، فما هو الحل؟

المفحوص: ربما مجرد أخذ استراحة منهم أو شيء من هذا القبيل؟

المعالج: نعم ، ربما في الوقت الحالي على الأقل ، حتى تصبح نظيفاً.

المفحوص: أعتقد أنه يمكنني فعل ذلك على الأرجح.

المعالج: هذا لا يعني بالضرورة أنه يجب ألا تراهم مرة أخرى. لكن الآن، انت تواجه صعوبة في السيطرة على هذه المشكلة. وجزء من الحصول على التحكم يعني أن تضع نفسك في مواقف تساعدك، لا تؤذي.

في هذا المثال، افترض المعالج أن هذه المجموعة من الأصدقاء، ومنزل صديقه، كانوا بمثابة إشارات إيجابية لتعاطي المخدرات. هناك عدة عوامل تجعل هذا يبدو محتملاً:

- عادة ما يحدث تعاطي المخدرات في وجود هذا الموقف.
- كان احتمالاً استخدام المواد المخدرة خارج هذا الموقف ضئيل
- اقتصر اتصال المفحوص بهذا الموقف على الأوقات التي كانت يتعاطى فيها المخدرات

نظرًا لأن المفحوص كان يبدو أن لديه قدرة محدودة على ضبط النفس في وجود تلك الإشارات، فإن المعالج شجعها على تجنب الموقف مؤقتًا. ومع ذلك، يمكن أن يكون اختيار الموقف عملاً صعباً. في كثير من الأحيان، حيث يصبح المفحوصين صارمين للغاية في اختيارهم للمواقف، معتمدين على استراتيجيات السلوك غير القادر على التكيف مثل التجنب المزمن. فمثلاً: مفحوص مصاب باضطراب الهلع، يتجنب أي شيء قد يرفع قلبها المعدل، خوفاً من الإصابة بنوبة هلع. مفحوصة أخرى مصابة باضطراب ما بعد الصدمة، تتجنب أي شيء يمكن أن يذكرها بصدماتها خوفاً من أن تبثلى بذكرات مؤلمة. كما يتجنب المفحوص المكتئب، أي شيء يتوقع أنه لن يكون محققاً أو مخيباً للآمال، خوفاً من الانجرار إلى المزيد من الحزن. وآخر مصاب بالشره المرضي، يتجنب الأطعمة المرغوبة طوال اليوم خوفاً من زيادة الوزن (على الرغم من أنها تأكل لاحقاً وتناول الطعام بنهم في المساء)

كما هو معروف غالباً ما يضر سلوك التجنب المزمن أكثر مما ينفع. حيث لا يفوت الشخص الأنشطة أو الأحداث المهمة فحسب، بل يساهم التجنب أيضاً في الحفاظ على الاضطراب من خلال السماح للمعتقدات غير عقلانية من التأكيد.

جزء من سبب ظهور سوء اختيار الموقف بشكل متكرر في الاضطرابات العقلية هو أن الناس يميلون إلى أن يكونوا سيئين في التنبؤ بما سيشعرون به في المستقبل. قد يكون هذا صحيحاً بشكل خاص في العملاء القلقين (والمبالغة في تقدير مدى شعورهم بالخوف) أو الاكتئاب (الذين يقللون من قدر المتعة التي سيشعرون بها)

إن كيف نعرف ما إذا كان التجنب سيساعد أو يضر؟ أفضل طريقة حسب (Tolin.D, 2016) هي العودة إلى تصور الحالة . بناءً على المعلومات الموجودة أمامنا ، فهل يبدو أن سلوك التجنب متورط حالياً في الحفاظ على المشكلة؟ على سبيل المثال ، هل يساهم التجنب في الحفاظ على المعتقدات غير متكيفة أو يعيق تطوير استراتيجيات تكيف أكثر تكيفاً؟ إذا كان الأمر كذلك ، فسيبدو التجنب جزءاً من المشكلة هنا ، ونريد من المفحوص تقليل هذا التجنب. على العكس من ذلك، هل المشكلة مدفوعة أكثر بحقيقة أن المفحوص يواصل وضع نفسه في مواقف لا تتكيف وظيفياً وتقلل من قدرته على التحكم الذاتي؟ قد يشير ذلك إلى أن بعض التجنب الموجه قد يكون مفيداً. على سبيل المثال في الحالة الأولى عندما تم تشجيع المفحوص على تجنب أصدقاء وأماكن معينة، هذا لا يعني بالضرورة أنها لن يتمكن من رؤية هؤلاء الأصدقاء أو الذهاب إلى تلك الأماكن مرة أخرى. بل فقط التي لا يستطيع المفحوص التعامل معها الآن. لذلك من خلال وصف اختيار الموقف، منحنا للمفحوص قليلاً من مساحة التنفس التي تسمح لتطوير استراتيجيات أكثر تكيفاً. وبمجرد أن يصبح أقوى، يمكننا اختبار قدرته على إعادة الدخول في هذه المواقف.

ب- التحكم في المحفزات: التلاعب ببيئتك

هناك إستراتيجية أخرى لتنظيم المشاعر تركز على التلميح وهي التحكم في التحفيز. من خلال الاشراف، يمكن أن ترتبط الاستجابات العاطفية والسلوكية بمرور الوقت بمجموعة متنوعة من الإشارات الداخلية والخارجية. وببساطة، إذا انخرط المرء في السلوك بشكل متكرر في سياق معين، فإنه بمرور الوقت يبدأ هذا السياق في إثارة هذا السلوك. على سبيل المثال، إذا كنت تتناول وجبة خفيفة من رقائق البطاطس بشكل متكرر أثناء الجلوس على الأريكة ومشاهدة التلفزيون، فأنت قد تجد أنك تصبح أكثر جوعاً (إحساس فسيولوجي) بمجرد تشغيل التلفزيون (إشارة إيجابية) ولديك الرغبة في البدء في تناول الطعام (السلوك).

هذا يعني أن بعض المشاعر والسلوكيات يمكن أن تصبح عادات، تعتمد جزئياً على سياقها البيئي. لقد أصبحت استجابات شبه تلقائية لمجموعة خاصة من الإشارات البيئية. لذلك، قد يعتمد التحكم في العادة جزئياً على التحكم في السياق الذي تحدث فيه. بمعنى آخر، من خلال وضع المرء نفسه في موقف مختلف أو عن طريق تغيير البيئة بطريقة ذات مغزى، يصبح من السهل التحكم في السلوك المشكل.

تكييف العملية: التحكم في التحفيز..

- مع عملاء عالي الأداء. كلنا نستجيب لإشارات السلوك الإيجابية والسلبية. انشر مقالاً عن السمعة على باب الثلاجة، اترك حذائك الرياضي بالقرب من الباب لتذكيرك بالجري أو برمجة التذكيرات على هاتفك الذكي، أمثلة على ذلك. يمكن لمستخدمي الهواتف الذكية استخدام تطبيق Reminder القياسي، وهناك العديد من تطبيقات المصممة لهذا الغرض.
- مع العملاء ذوي الأداء المنخفض. قد يواجه العملاء ذوو الأداء المنخفض، العديد من الحواجز أمام السلوكيات المرغوبة. لذلك، غالباً لا يكفي توجيه تعليمات للمفحوص للانخراط في سلوك معين. غالباً ما يكون من الضروري إجراء مناقشة شاملة (ربما تشمل أفراد العائلة أو أشخاص آخرين يتفاعلون بانتظام مع المفحوص) حول العوائق وكيفية حلها. تحت على الانخراط في السلوكيات المرغوبة أو عدم الانخراط في السلوكيات غير المرغوب فيها يجب أن تكون مباشرة وواضحة ومتكررة.
- . مع الاطفال. يميل الأطفال إلى الاستجابة بشكل جيد لتدخلات التحكم في التحفيز. يمكن أن تكون الملاحظات التذكيرية للسلوكيات المنشورة في مكان ظاهر مفيدة. بالنسبة للأطفال الذين يحبون علوم التكنولوجيا ، هناك حتى أدوات خيالية يمكن للعملاء شراؤها ، مثل Fitbits أو الساعات التي تحت على السلوكيات المرغوبة على فترات عشوائية أو في أوقات محددة (على سبيل المثال ، www.watchminder.com)

- في وحدة المرضى الداخليين. تعتبر وحدات المرضى الداخليين مكانًا رائعًا لتدخلات التحكم في التحفيز، لأن الطبيب لديه قدر كبير من التحكم في بيئة المفحوص. يمكن للموظفين تذكير المفحوص شفهيًا بالمشاركة في السلوكيات المرغوبة بشكل منتظم، أو يمكن نشر التذكيرات في غرفة المفحوص. يمكن للموظفين وضع قيود على سلوكيات مثل النوم وتناول الطعام، بحيث تحدث في أوقات معينة وليس في أوقات أخرى. قد تساعد هذه التدخلات المفحوص على اكتساب سيطرة أكبر على السلوكيات.

كيف نفعل اختيار الموقف والتحفيز السيطرة مثل البطل	كيف نفعل اختيار الموقف والتحفيز السيطرة الضعيفة
وصف نهج للعملاء الخائفين. بالنسبة للعملاء الذين يعانون من مخاوف مفرطة، من المحتمل أن الاقتراب من الموقف المخيف لن يتسبب في حدوث أي شيء سيئ (بخلاف مشاعر القلق العابرة). لذلك، عادة ما تكون الاستراتيجيات الأخرى مثل التعرض (انظر الفصل 11) أكثر ملاءمة.	وصف تجنب الأشياء التي لا تشكل خطورة موضوعية. إذا كان العميل يخاف بشكل مفرط من شيء ما ، أخبره أن يتجنب هذا الموقف تمامًا. بهذه الطريقة ، لا يشعر العميل بالضيق أبدًا ولن يتم حل المشكلة أيضًا.
وصف التجنب للمفحوصين ذوي القدرة المحدودة على ضبط النفس: يمكن أن يؤدي إرسال شخص يعاني من ضعف القدرة على إدارة الذات إلى موقف صعب إلى جعله عرضة للفشل. قد تكون درجة معينة من التجنب مفيدة، على الأقل مؤقتًا، حتى تتاح للمفحوص فرصة لبناء وتعزيز قدرته على ضبط النفس في العلاج المعرفي السلوكي.	وصف نهج لعميل ذي قدرة محدودة على ضبط النفس. عندما يعاني العملاء من مشاكل اندفاعية أو عدوانية أو إدمانية ، أرسلهم مرة أخرى إلى المواقف التي لا يمكنهم التعامل معها بشكل واقعي. هذا يهيئ العميل للفشل
أكد على إضافة أو طرح الإشارات: إذا كنت تتطلع إلى تقليل السلوك، فاستخرج الإشارات الإيجابية وأضف بعض الإشارات السلبية. إذا كنت تتطلع إلى زيادة السلوك، فاستخرج الإشارات السلبية وأضف بعض الإشارات الإيجابية.	تجاهل الإشارات. إذا كنت تتطلع إلى تقليل السلوك، فابدأ واترك الإشارات الإيجابية في مكانها حتى يتم تشجيع العميل باستمرار على الانخراط في السلوك الذي يأمل في تقليله. إذا كنت تتطلع إلى زيادة السلوك، فاترك الإشارات السلبية في مكانها حتى يتم تثبيط العميل باستمرار عن القيام بالسلوك الذي تريد منه أو منها القيام به. هذا سيبقي العميل في حيرة من أمره
التأكيد على إضافة أو طرح الحواجز وإزالة الحواجز للسلوك المرغوب وإضافة الحواجز للسلوك غير المرغوب فيه	تجاهل الحواجز. اترك الحواجز أمام المطلوب في مكانه الصحيح ، بحيث يكون من الصعب جدًا على المفحوص إحراز تقدم

دعونا نلقي نظرة على حالا أخرى حسب (Tolin.D, 2016) لديها سلوكيات نريد زيادتها أو البدء بها وكيف يمكن أن تساعد تدخلات التحكم في التحفيز:

- ليس لدى زوج الكثير من التفاعلات الإيجابية مع بعضهما البعض. فهم لا يكملون بعضهم البعض أو يظهرون التقدير لبعضهم البعض كثيرًا. لا يعبرون عن المودة تجاه بعضهم البعض. هذه هي السلوكيات التي نرغب في زيادتها. عمل المعالج بالفعل عن استخدام التحكم في المحفزات لاحتواء تفاعلاتهم المركزة على المشكلة، كما حاول أيضًا زيادة وتيرة السلوكيات المحبة، قد يكون الدليل الإيجابي القوي لهذه السلوكيات هو ليلة موعد أسبوعية يُطلب فيها عدم التحدث عنها مشاكلهم بل الانخراط في محادثة أكثر متعة - الفن، والرياضة، والأفكار، والخطط، أيا كان. قد يستفيدون أيضًا من بعض التذكيرات المستتدة إلى الوقت أو الموقف، مثل "كل يوم عندما تعود إلى المنزل من العمل، يذهب الزوج ويقبل زوجته ويسألها كيف كان يومها." هذا يبنى روتينًا يعمل كإشارة إيجابية.

- • حالة أخرى مصابة بالفصام، لا تأخذ أدويتها بشكل موثوق. هذه مشكلة كبيرة، لأنها عندما تتوقف عن تناول أدويتها، تتدهور حالتها بسرعة ويمكن أن ينتهي بها الأمر في المستشفى. لذلك نريد زيادة سلوكها في تناول الأدوية. قد ننظر أولاً لإزالة الحواجز. وجد المعالج أن الأسرة تحتفظ بأدويتها في غرفة المعيشة. ما علينا سوى نقلهم إلى الحمام، حيث تذهب كل صباح، وهذا من شأنه أن يساعد في تقليل هذا الحاجز. قد يؤدي استخدام علبة حبوب كل يوم إلى تقليل الحواجز التي تحول دون تناول الأدوية بالمثل. ماذا عن علامة كبيرة على مرآة حمامها تقول ، تذكر أن تأخذ أدويةك"

2- إدارة الطوارئ في العلاج السلوكي المعرفي:

يتم التحضير لإدارة الطوارئ حسب علاج CBT حسب المراحل التالية:

الخطوة 1: اختيار الهدف

الخطوة الأولى في إدارة الطوارئ الناجحة هي تحديد وتعريف السلوك المستهدف. الهدف هنا عادة ليس محاولة تغيير كل سلوك دفعة واحدة؛ بدلاً من ذلك، نريد اختيار عدد صغير (ربما واحد أو اثنين في البداية) من السلوكيات المستهدفة المهمة حقًا وذات الصلة بمشكلة المعروضة من طرف المفحوص. غالبًا ما يكون تحديد السلوك صعبًا، العمل، مثلاً حالة مصابة باضطراب ما بعد

الصدمة، تنتقد الناس، ولكن ماذا نعني بالضبط بهذا السلوك؟ حالة أخرى تتعاطى المخدرات، لا ينخرط في سلوكيات مكتفية ذاتيًا كافية، ولكن ما الذي يمكن أن تستتبعه مثل هذه السلوكيات؟

نقصد بالهدف الخصائص التي يمكن ملاحظتها للسلوك. أي أننا نريد تحديد ما يفعله العميل وما لا يفعله (بالنسبة للمثال الاول تتحدث بصوت عالٍ للناس)، بدلاً من المشاعر المفترضة أو الخصائص الداخلية للشخص (على سبيل المثال: تغضب" أو عدوانية").

الخطوة الثانية: اكتشاف معدل التكرار الأساسي

قبل أن نتدخل، نحتاج إلى معرفة مدى تكرار حدوث هذا السلوك. كم مرة في اليوم، هناك دائماً استدعاء للحكم حول نوع المعدل الأساسي الذي يعتبر غير قادر على التكيف ونوع المعدل الأساسي الذي يمكن اعتباره قابلاً للتكيف أو مقبولاً على الأقل. ما مقدار التفاعل الاجتماعي الذي يجب أن يتمتع به المفحوص؟ هل يجب أن يكون مفتوحاً أم أقل عزلة مما هو عليه الآن؟ ما مقدار نتف الشعر الذي نقبله من حالة أخرى تعاني من نتف الشعر؟ لا شيء على الإطلاق، أو لا يكفي فقط للتسبب في تساقط الشعر بشكل مرئي؟ هل ينبغي لمفحوص آخر مدمن أن يتمتع تماماً، أم ينبغي أن نسعى للاعتدال في تعاطي المخدرات

في كثير من الحالات، تعد المراقبة الذاتية طريقة رائعة لتقييم تكرار السلوك. على سبيل المثال، يمكننا أن نعطي للمفحوص نموذجاً للمراقبة الذاتية ونطلب منه التسجيل، لمدة أسبوع كامل، في كل مرة تقوم فيها بنزع شعر. في بعض الأحيان، يمكننا الاستعانة بالأشخاص الذين لديهم الفرصة لمراقبة العميل في بيئته أو بيئتها. يمكننا، على سبيل المثال. يمكن أن تكون ملاحظتنا الخاصة أثناء العلاج مفيدة. على سبيل المثال، يمكننا تتبع عدد المرات التي يحدث فيها السلوك المرغوب أو غير المرغوب فيه أثناء جلسات العلاج. في بعض الظروف العلاجية، لدينا الفرصة للمشاركة في ملاحظات مطولة للعميل. في وحدة المرضى الداخليين، على سبيل المثال، قد نختار مراقبة العميل لفترة طويلة من الوقت، مع الإشارة إلى عدد المرات التي يحدث فيها السلوك المرغوب أو غير المرغوب فيه.

الجدول رقم (6). نموذج مراقبة العينة للتكرار والمدة والسوابق والعواقب السلوك

التاريخ و الوقت	السوابق: صف ما كان يحدث بشكل صحيح قبل السلوك.	كم مرة فعل المفحوص السلوك؟	كم من الوقت قام العميل بهذا السلوك؟	العواقب: صف ما حدث بعد ذلك السلوك مباشرة
مشاهدة التلفزيون والشعور بالتوتر	3 شد شعر	10 دقائق	شعرت بإحساس بالراحة	

الخطوة الثالثة: التحليل الوظيفي:

ما الذي يأتي قبل وبعد؟ الخطوة الثالثة هي تطوير تحليل وظيفي للسلوك. كما هو موضح في المحاضرات السابقة، فإن التحليل الوظيفي هو وسيلة لفهم سبب حدوث أو عدم حدوث السلوك من خلال النظر إلى السوابق (ما يأتي قبل السلوك) والعواقب (ما يأتي بعد السلوك). السوابق هي محفزاتنا (تم تعديلها بواسطة عوامل داخلية مثل الانتباه والأفكار والعواطف)، والعواقب هي حالات الطوارئ لدينا. على سبيل المثال، لنفترض أننا نريد أن نفهم سلوكيات حالة الضارة بالنفس. قد نكتشف أن أحد السوابق الشائعة لهذه السلوكيات هو صراع شخصي من نوع ما، خاصة عندما يبدو أن الشخص الآخر يتجاهلها أو يقلل من شأنها. وقد نتعلم أيضاً أن النتيجة الشائعة (المعزز) لسلوكها هي الانتباه الآخرين.

يمكننا معرفة السوابق وعواقب السلوك بنفس الطرق التي نكتشف بها المعدل الأساسي للسلوك. لذلك ، في كثير من الحالات ، يكون المفحوص مصدرًا جيدًا للمعلومات. حتى العملاء الذين يكافحون لفهم "لماذا" يفعلون شيئاً ما يمكن أن نخبرونا عما حدث قبل السلوك وما الذي جاء بعد السلوك. يمكن استخدام نماذج المراقبة الذاتية لهذا الغرض.

الخطوة 4: اختر الطوارئ الخاصة بك

الخطوة الرابعة هي تحديد الحالات الطارئة التي سيتم استخدامها. في حالة استخدام التعزيز، يجب أن تكون لدينا فكرة عما سيجده العميل داعمًا. يختلف كل شخص عن الآخر، لذلك يجب تحديد ذلك على أساس كل حالة على حدة. قد تشمل المعززات (على سبيل المثال لا الحصر):

• العلاقات الشخصية (على سبيل المثال ، الانتباه ، والثناء ، ووقت إضافي مع شخص محبوب).

• الطعام (على سبيل المثال، وجبات خفيفة أو مشروبات خاصة)

• المواد (مثل المجلات والألعاب).

• الأنشطة المرغوبة (على سبيل المثال، مشاهدة التلفزيون وممارسة الألعاب - هذا هو مبدأ

(Premack

الخطوة 5: اشرك الجميع

الخطوة الخامسة هي الحصول على اتفاق من أكبر عدد ممكن من الأطراف. اعتمادًا على إعداد العلاج والعميل وطبيعة المشكلة، قد تشمل الأطراف المشاركة في إدارة الاستمرارية المعالج والعميل

وأفراد الأسرة (على سبيل المثال، الآباء، الزوج) والأطباء المعالجين الآخرين وموظفي الوحدة. تتطلب إدارة الطوارئ الاتساق من أجل النجاح. في كثير من الأحيان، لا يتطلب الأمر سوى شخص واحد "

هناك 3 أنواع من استراتيجيات إدارة الطوارئ في العلاج السلوكي المعرفي :

- إدارة الطوارئ قيد التنفيذ: موجه - مدح - تجاهل

- إدارة الطوارئ قيد التنفيذ: الاقتصاد المميز.

- إدارة الطوارئ قيد التنفيذ: استراتيجيات التحكم الذاتي.

- إدارة الطوارئ قيد التقدم: تعزيز السلوك ذي الصلة سريريًا في الجلسة

3- الوصفات السلوكية المباشرة وتخصيص المهام المتدرجة:

يعود جزء كبير من الجانب السلوكي للعلاج المعرفي السلوكي إلى الوصفات السلوكية المباشرة. على وجه التحديد، يقدم المعالج توصيات مباشرة للعميل لفعل شيء مختلف. يعني هذا أحيانًا أننا نوجه العميل إلى فعل المزيد من سلوك معين. يعني هذا أحيانًا أننا نوجه العميل إلى فعل القليل من سلوك معين. يعني هذا أحيانًا أننا نوجه العميل للقيام بشيء ما بطريقة معينة. ولكن بغض النظر عن التفاصيل، فإن العلاج المعرفي السلوكي يقدم المعالج فيه تعليمات مباشرة للعميل حول ما يجب القيام به خارج الجلسة. هناك العديد من الوصفات السلوكية المباشرة التي قد يقوم بها المعالج أهمها جدولة النشاط ، التي يشجع استخدامها للعملاء المصابين بالاكتئاب ، تتضمن المراقبة الذاتية للنشاط ، بما في ذلك فحص مستوى الإلتقان والمتعة التي يتم الحصول عليها من تلك الأنشطة، و يساعد المعالج مفعوصه على تحديد وجدولة أنشطة معينة لإضافتها. كما يمكن استخدام تعيين المهام المصنفة لتقسيم مهمة معقدة إلى الأجزاء المكونة لها. يمكن أيضًا استخدام تعيين المهام المقدره لمساعدة العميل على إجراء تقديرات تقريبية متتالية للنشاط يقدم لنا (Tolin.D, 2016) في هذا المجال الأمثلة التالية :

- زوجان، عالقان في دائرة من التفاعلات السلبية. قد يقوم المعالج بعمل وصفة سلوكية مباشرة من خلال تشجيعهم على قضاء 15 دقيقة على الأقل يوميًا في التحدث مع بعضهم البعض حول أيامهم وتحديد موعد أسبوعي "ليلة" معًا.

- حالة مفعوص مصاب بالأرق، ينخرط في عدد من السلوكيات الليلية التي لا تتوافق مع النوم. قد يقوم المعالج بعمل نصيحة سلوكية مباشرة له لتغيير روتينه الليلي، على سبيل المثال، الانخراط

في أنشطة أكثر هدوءًا، والتوقف عن العمل في وقت مبكر من المساء، لتقليل تناول الطعام في وقت متأخر في المساء وما إلى ذلك

- حالة الشابة التي تتعافى من إدمان الكوكايين، لديها عدد قليل نسبيًا من المنافذ الاجتماعية أو الترفيهية التي لا تنطوي على تعاطي المخدرات. قد يقوم المعالج بعمل وصفة سلوكية مباشرة لها للبحث عن مصادر جديدة للمتعة والرفقة.

- حالة مفحوص مصاب باضطراب الشخصية الحدية حيث كان له تاريخ طويل من السلوكيات الضارة بالنفس، غير متسق في استعداده للالتزام بالعلاج المؤقت. قد يقوم المعالج بعمل وصفة سلوكية مباشرة لها لحضور عدد معين من جلسات العلاج الجماعي قبل اتخاذ قرار حول الاستمرار أم لا.

- حالة مفحوصة المصابة بنوبات الشراهة، تحد من تناول الطعام خلال النهار، محاولة تجنب الأطعمة ذات السعرات الحرارية العالية. بحلول المساء، تكون جائعة وأكثر عرضة للإفراط في تناول الطعام. قد يقوم أخصائي العلاج بعمل وصفة سلوكية مباشرة لها للالتزام بجدول وجبات منتظم على مدار اليوم.

يمكن إقران هذه الصفات السلوكية المباشرة باستراتيجيات فعالة مثل ضبط النفس والتعاقد الطارئ و غيرها

• جدولة النشاطات :

عندما يعاني المفحوص من صعوبات ذات عواقب وخيمة عليه. بسبب خموله، شعوره بالحزن، اعتقاده بأن لا أحد يحبه، يحرم نفسه من فرصة التعزيز الإيجابي ، ولديه شبكة دعم متقلصة باستمرار. سنواجه صعوبة في إخراجهم من هذا المأزق دون أن نجعله تفعل شيئًا مختلفًا. تبدو هذه الحالة كمرشح ممتاز لجدولة النشاط. جدولة النشاط هي عنصر أساسي في حزمة أكبر من استراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي تسمى تنشيط السلوك.

- المراقبة الذاتية للأنشطة

كما هو الحال مع العديد من التدخلات، تبدأ جدولة النشاط الناجحة بالمراقبة الذاتية. في هذه الحالة، نريد أن يتابع المفحوص أنشطته اليومية. أي تتبع ما يفعله على أساس كل ساعة. من المهم أن نلاحظ أنه لا يوجد شيء مثل "عدم فعل أي شيء"، وبالتالي لا ينبغي أن يكون هناك أي مساحات فارغة في نموذج المراقبة الذاتية. حتى الجلوس والتحديث بهدوء في الحائط يفعل شيئًا ما.

ومن المفيد أيضًا، أن يخصص لكل أنشطة ساعة، حيث نطلب من المفحوص تقييم درجة الإتقان والمتعة التي يستمدّها من الأنشطة. يشير الإتقان إلى الشعور بالرضا، بينما تشير المتعة إلى السعادة. إنه لأمر رائع أن يقدم نشاط ما كلاً من الإتقان والمتعة، ولكن في كثير من الحالات يكون أمرًا جيدًا عندما يقدم نشاطًا واحدًا فقط. قد تمنحك مشاهدة فيلم رائع إحساسًا بالسعادة، ولكن ليس شعورًا كبيرًا بالإتقان. قد يمنحك إنهاء ورقة للمدرسة إحساسًا بالإتقان، ولكن ليس كثيرًا من المتعة. هذا جيد، طالما أن اليوم يحتوي على كمية كافية من الاثنين. و فيما يلي نموذج المراقبة الذاتية كل يوم على مدار الأسبوع لحالة مصابة بالاكْتئاب:

الجدول رقم (7) يمثل المراقبة الذاتية للأنشطة اليومية لحالة مصابة بالاكْتئاب

الوقت	النشاط	الإتقان	المتعة
7-6	النوم	0	0
8-7	الاستلقاء على السرير و التفكير	0	1
9-8	الاستلقاء في السرير و تصفح مجلة	0	2
10-9	تناول الفطور (حبوب وقهوة)	1	2
11-10	الجلوس على الأريكة ومشاهدة التلفاز	0	2
12-11	الجلوس على الأريكة و مشاهدة التلفاز	0	2
1-12	الجلوس على الأريكة و مشاهدة التلفاز	0	2
2-1	تناول الغداء (بقايا بيتزا باردة من الليلة الماضية)	1	1
3-2	تحاول القيام ببعض التنظيف في جميع أنحاء المنزل	4	3
4-3	القيام ببعض التنظيم في المرآب	5	4
5-4	الجلوس على الأريكة ومشاهدة التلفاز	0	2
6-5	الاتصال بوالدتي والتحدث عن وظيفتها الجديدة	2	4
7-6	تناولوا العشاء (المزيد من البيتزا المتبقية)	1	0
8-7	ذهب إلى الفراش مبكرًا وقراءة كتاب	2	2

- وصف النشاطات

بعد ذلك، نحتاج إلى فهم السلوكيات التي يجب إضافتها. قد يكون من المغري في هذه المرحلة التخلص من بعض السلوكيات التي نعتقد أنه يجب تعزيزها، مثل "الذهاب في نزهة في الحديقة". لكن لا يمكننا أبدًا

أن نفترض أن ما يدعمنا سيعزز العمل. لذلك علينا معرفة أنواع السلوكيات التي من شأنها أن تمنح المفحوصة إحساسًا بالإتقان و / أو المتعة.

في بعض الأحيان، قد يكون من المفيد أن يقوم المفحوص بمراجعة قائمة الأنشطة التي يحتمل أن تكون مجزية والإشارة إلى الأنشطة التي قد تكون مجزية له أو لها. (Tolin.D, 2016) ويقدم لنا قائمة مرجعية للإتقان والنداء نجدها في الملحق رقم (). بالطبع ، يتعين علينا استخدام الحكم العيادي عند اختيار الأنشطة المجزية. فلا نريد أن يختار بعض المفحوصين الذين يعانون من الوسواس القهري تنظيف المنزل.

• تعيين مهام متدرجة

غالبًا ما تكون الأنشطة المطلوبة طموحة جدًا أو مربكة للمفحوص. يقدم لنا (Tolin.D, 2016) حالة مفحوص مصاب بالفصام، حيث كان «الحصول على وظيفة» هو النشاط الذي يريده. ولكن من المحتمل ألا يعمل بشكل جيد للغاية بالنسبة للعلاج لتعيين ذلك كواجب منزلي في الأسبوع الموالي. يتضمن تعيين المهام المتدرج تقسيم مهمة معقدة (على سبيل المثال ، الحصول على وظيفة) إلى مكونات "صغيرة الحجم" يمكن التحكم فيها. قد يشمل الحصول على وظيفة ، على سبيل المثال ، ما يلي:

تحديد نوع العمل المطلوب البحث عنه.

•إلقاء نظرة على الإعلانات المطبوعة والإلكترونية التي تريدها.

•الحصول على طلب وظيفة.

•استكمال طلب الوظيفة.

•تقديم طلب الوظيفة.

• حضور مقابلة عمل

تتمثل الخطوة الأولى في تعيين المهام المصنفة في تحديد جميع الخطوات الأصغر اللازمة لإنجاز الهدف ووضعها في ترتيب منطقي. بمجرد تحديد الخطوات الأصغر ووضعها في النظام ، يقوم المعالج بجدولة الخطوة الأولى مع العميل. يتم تعيين الخطوات التالية بالتسلسل.

4- تقنية التعرض:

ترتبط العديد من المشاكل بشكل من أشكال التجنب. هذا ينطبق بشكل خاص على الأفراد الذين يعانون من مشاكل متعلقة بالخوف مثل الرهاب، واضطراب الهلع، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب القلق العام، والوسواس القهري. لكن التجنب شائع في العديد من أشكال علم النفس المرضي، وليس فقط تلك المصنفة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية على أنها اضطرابات قلق. يعد تحديد وعكس نمط التجنب أمرًا مهمًا لمجموعة واسعة من المفحوصين، والتعرض هو عملية مواجهة المحفزات التي تم تجنبها سابقًا. قد تكون هذه المحفزات خارجية بالنسبة للشخص، أو قد تكون داخلية بالنسبة له

يعتبر التعرض تقنية سلوكية مباشرة لمواجهة المنبهات التي تثير الخوف والقلق (المنبهات المتجنبة) حتى يهدأ الضيق الذي يشهر به المفحوص أو يتحقق الشعور بالراحة. في معظم الحالات، يتم إجراء التعرض تدريجيًا، بنفس الطريقة التي يتم بها تعيين المهام كما ذكرنا سابقًا. يتم توجيه المفحوص لإجراء التعرضات الصعبة بشكل معتدل في البداية، وبعد ذلك، بمجرد أن تصبح هذه التعرضات أسهل يتم تعيين التعرض. في المقابل، يستخدم بعض المعالجين استراتيجية تسمى الغمر **flooding**، حيث يبدأ التعرض بأكثر التمارين صعوبة. من الناحية العملية، يبدو التعرض المتدرج والغمر فعالين بنفس القدر على المدى الطويل. لذلك، فإن اختيار التعرض المتدرج مقابل الغمر هو إلى حد كبير مسألة تفضيل شخصي ومستوى راحة. حيث يعتمد الاختيار على مقايضة الراحة مقابل الكفاءة: ما مقدار الانزعاج الذي يرغب العميل في تحمله من أجل تسريع العملية؟ يكون أحد الخيارات أسهل بشكل عام بالنسبة لمعظم الناس لتحمله، ولكن الخيار الآخر غالبًا ما ينجز المهمة بسرعة أكبر. في النهاية، ينتهي الأمر بالجميع في المسبح، وتميل الأمور إلى العمل. يميل معظم المعالجين والمفحوصين إلى تفضيل النهج المتدرج. (Tolin.D, 2016)

• التعرض في الواقع:

كلما كان ذلك ممكنًا (وآمنًا)، فإن الطريقة الأكثر فعالية وكفاءة لأداء التعرض هي مواجهة المواقف التي يتم تجنبها في الحياة الواقعية. وهذا ما يسمى بالتعرض في الواقع. قد تتضمن أمثلة التعرض في الواقع ما يلي:

- يذهب مفحوص إلى حفلة ويتحدث إلى أشخاص لا يعرفهم جيدًا.
- تشاهد مفحوصة أخرى وتتفاعل مع الأفلام التي تذكرها بتجاربها الصادمة اجتماعياً مع الرجال.
- مفحوصة أخرى تطير على متن طائرة.
- تذهب مفحوصة إلى مراكز التسوق والمسارح.

- تتعامل أخرى مع الأشياء الحادة وتلمس الأشياء التي تعتقد أنها قد تكون "ملطخة" أو "قذرة".
- تخرج مفحوصة أخرى إلى الأماكن العامة.

• التعرض في الخيال:

في بعض الأحيان يكون التعرض في الواقع غير ممكن. على سبيل المثال حالة نعاني من فوبيا الطائرات، قد تجد أنه من المحظور من الناحية المادية الطيران بشكل متكرر على متن طائرة. في مثل هذه الحالات، يمكن استخدام التعرض التخيلي لتصوير النشاط الذي تم تجنبه. لذلك قد يطلب المعالج من المفحوص أن تجسد، بتفصيل كبير، فعل الصعود على متن الطائرة، والانحناء للداخل، والإقلاع، وحتى تجربة الاضطرابات المخيفة. وغالبًا ما يستخدم التعريض الخيالي التسجيلات الصوتية بحيث يمكن تكرار التعرض. أثناء جلسة التعريض الخيالية، كما قد يتم تسجيل سرد المفحوص (على سبيل المثال، على تطبيق هاتف ذكي)، مع تعليمات للاستماع إلى التسجيل بشكل متكرر للواجب المنزلي.

و حسب (Meyerbrocker & Emmelkamp, 2010) في السنوات الأخيرة، تم اختبار العلاج بالتعرض للواقع الافتراضي (حيث غمر المفحوص في عالم "افتراضي" يسمح له بمواجهة مخاوفه) كوسيلة بديلة للتعرض الخيالي، وتشير البيانات الأولية إلى أنه يمكن أن يكون فعالاً.

• التعرض للأفكار:

كما ذكرنا سابقاً، في بعض الأحيان تكون المنبهات المخيفة والمتجنبة داخلية، وفي كثير من الحالات، يكون المنبه المخيف والمتجنب عقلياً، مثل فكرة أو ذكرى. قد نستخدم التعرض للأفكار كطريقة لمواجهة وتقليل التوتر بشأن هذه "المنبهات" العقلية. في بعض الأحيان، يكون هذا التعرض لأفكار دخيلة ومخيفة، مثل الوسواس التي يعاني منها شخص مصاب بالوسواس القهري. في حالات أخرى، يكون التعرض لأسوأ السيناريوهات، مثل الكوارث التي تخيلها شخص مصاب باضطراب القلق العام. قد تتضمن أمثلة التعرض للأفكار ما يلي: تتخيل مفحوصة أسوأ السيناريوهات. وقد تذكر أخرى عمداً ما تعرضت له من إساءة في طفولتها. كما قد تفكر عمداً في إيذاء شخص ما، أو أنها مصابة.

• التعرض للانفعالات:

في حالات أخرى، يكون المنبه المخيف والمتجنب فسيولوجياً أو عاطفياً. قد نستخدم التعرض للعواطف والأحاسيس الفسيولوجية، والتي تسمى أحياناً التعرض الداخلي، لتقليل الضيق تجاه تلك المنبهات الداخلية. قد تتضمن أمثلة التعرض للعواطف والأحاسيس الفسيولوجية ما يلي: • تتخطى مفحوصة عمداً في أنشطة تؤدي إلى زيادة معدل ضربات قلبها أو ذلك تسبب لها الشعور بالدوار، أو تثير مشاعر

الغضب عمداً عندما يشعر المفحوص بالحزن في الجلسة، يشير المعالج إلى ذلك ويطلب منه الجلوس معه وتجربته بشكل كامل

- كيف تعمل تقنية التعرض:

تم تفسير فعالية التعرض من طرف العديد من النظريات السلوكية المعرفية، فمثلاً يفسره كل من (Barlow & Allen, 2004; Craske et al., 2008) بمبدأ التعود ، والذي يقلل الاستجابة بمرور الوقت لأي منبه يتم تقديمه مراراً وتكراراً على سبيل المثال ، يمكن أن يكون التعرض الأولي لمياه البحر بارداً. ومع ذلك، بمرور الوقت ومع استمرار التعرض، يصبح الماء أقل برودة عندما يتأقلم الشخص مع حرارته. وبالمثل، عند مواجهة منبه يثير الخوف بشكل متكرر في علاج التعرض، يتعود المفحوص، أو يحدث انخفاض طبيعي في استجابة الخوف.

الكثير مما نعرفه عن كيفية عمل العلاج بالتعرض حسب (Tolin.D, 2016) هو من دراسات التي أجريت على الانطفاء في سياق الاشرط الاجرائي. على الرغم من أن تباين الانطفاء الذي نتحدث عنه الآن يعتمد على نموذج الاشرط الكلاسيكي للخوف وفقاً لهذا النموذج، فإن الموضوع الذي يسبب الخوف والنشاط والوضع وما إلى ذلك هي بمثابة منبهات مشروطة و من خلال التعرض المتكرر للمنبه المشروط (على سبيل المثال ، كلب) بدون المنبه غير مشروط (مثل الألم والضرر) ، تضعف الاستجابة المشروطة (الخوف).

في الأساس، يعد انطفاء الاستجابات العاطفية (مثل الخوف) شكلاً من أشكال التعلم. على وجه التحديد، يبدو أن الانطفاء يعتمد على التعلم المثبت: تتداخل تجربة تعليمية واحدة مع أخرى أو تمنعها لذلك، على سبيل المثال، إذا تعلمنا الخوف من الكلب، فمن خلال التعرض نتعلم معلومات جديدة عن الكلاب تمنع خوفنا المكتسب. المعنى الضمني هو أن التعلم القديم لا يمحي - نحن لا "نتخلص" من خوفنا - بل نتعلم أشياء جديدة من خلال التجربة التي يمكن أن تتجاوز هذا الخوف.

اقترح Kraske et al. (2008) أن التعرض قد يعمل من خلال تعزيز التسامح مع الخوف بدلاً من الحد من الخوف. وهذا يعني أن الهدف الأساسي للتعرض قد يكون مساعدة المفحوص على تعلم تحمل مشاعر الخوف بدلاً من الانخراط في محاولات يائسة للشعور بالتحسن. يرتبط هذا المبدأ ارتباطاً وثيقاً بفكرة تحمل القلق والضيق ولأغراض عملية في العلاج، فإن فكرة التسامح مع الخوف تعني أننا لا نحاول بالضرورة مساعدة المفحوص على الشعور بالتحسن، على الأقل ليس في لحظة. بدلاً من ذلك، نحاول تغيير طريقة تفكيرهم بشأن الخوف نفسه - على سبيل المثال، مساعدتهم على اكتشاف أنه لا يدوم إلى الأبد ويمكن التحكم فيه. دعم هذه الفكرة هو حقيقة أنه عندما يقترن التعرض بالعقاقير التي تزيد من نشاط

الجهاز العصبي الودي (أي خلق المزيد من مشاعر القلق والتوتر)، فإنه يبدو في الواقع أنه يعمل بشكل أفضل مما يحدث عندما يتم الجمع بين التعرض للعلاج الوهمي أو مع الأدوية التي تقلل من نشاط الجهاز العصبي.

أما (Bandura, 1977) فيقترح أن التعرض يعمل من خلال تحسين الكفاءة الذاتية للتعامل. الفكرة هنا هي أنه بدلاً من مجرد تقليل استجابة الخوف، فإن التعرض يزيد من إحساس العميل بالسيطرة على الموقف أو الأداء.

- كيفية بناء التسلسل الهرمي لتقنية التعرض:

تتمثل الخطوة الأولى في علاج التعرض المتدرج في تطوير تسلسل هرمي للتعرض، وهو عبارة عن قائمة بأنشطة التعرض التي يتعين القيام بها. يتم تطوير العناصر بشكل تعاوني مع المفحوص من خلال تحديد الأنشطة التي ليست خطيرة من الناحية الموضوعية ولكنها مع ذلك تثير الخوف والرغبة في تجنبها.

بعدها نقوم بتعيين مستوى الخوف لكل عنصر، والذي يشار إليه أحيانًا بالوحدات الذاتية لقياس عدم الراحة، وهو تصنيف رقمي لمدى الخوف والقلق من القيام بنشاط. وعادةً ما يستخدم مقياسًا من 0 إلى 100، على الرغم من أن المقياس الدقيق ليس بالغ الأهمية (هناك بعض المفحوصين من بفضل استخدام المصطلحات نادرة ومتوسطة وجيدة الأداء. جيد بما فيه الكفاية). يتم تقييم مستوى الخوف من خلال السؤال عن مدى خوف المفحوص أو قلقه عند إجراء كل نشاط، ثم يتم ترتيب التسلسل الهرمي للتعرض وفقًا لمستوى الخوف.

الشكل رقم (8) عينة من التسلسل الهرمي للخوف لعميل لديه خوف من الكلاب

مستوى الخوف	النشاط
90	1. ترك كلب كبير يلحق وجهي
85	2. ملاعبة كلب كبير
80	3. التواجد في غرفة مع كلب كبير مقيد
75	4. التواجد في غرفة مع كلب كبير مقيد
70	5. السماح لكلب صغير بلحق وجهي
65	6. ملاعبة كلب صغير
60	7. التواجد في غرفة مع كلب صغير مقيد 60
55	8. التواجد في غرفة مع كلب صغير غير مقيد
40	9. زيارة محل الحيوانات الأليفة والنظر إلى الكلاب في أقفاص

35	10. مشاهدة أفلام الكلاب
30	11. النظر إلى صور الكلاب

و يقدم لنا (Tolin.D, 2016) بعض الأمثلة على أنشطة التعرض التي طبقها مع مفحوصيه ويؤكد على أن علاج التعرض الناجح يتطلب الكثير من الإبداع من المعالج

عينة من تمارين التعرض

الفوبيا الخاصة

التعرضات المرتبطة بالحيوان

- إمساك الأفاعي أو العناكب أو الحيوانات الأخرى.
- زيارة متجر الحيوانات الأليفة.
- القراءة عن الحيوان المخيف أو النظر إلى صورته أو مشاهدة أفلام عنه.
- رسم صور للحيوان المخيف أو غناء الأغاني عنه

التعرضات المتعلقة بالوضعيات

- الذهاب إلى المباني الشاهقة والنظر إلى الأسفل من فوق الشرفة.
- القيام برحلات تجارية.
- قضاء الوقت في الأماكن الضيقة مثل الخزانات.
- الخروج أثناء العواصف.
- التواجد في الظلام.
- ذهاب للسباحة.
- مشاهدة أو الاستماع إلى الناس يتقيؤون أو يتظاهرون بالتقيؤ.
- القراءة عن أو مشاهدة صور أو مشاهدة أفلام عن الموقف المخيف.
- رسم صور للموقف المخيف أو ترديد الأغاني عنه.

اضطراب الهلع ، أو رهاب الخلاء ، أو مخاوف من أحاسيس تشبه الذعر في الجسم

تمارين للحد من الدوخة أو الدوار أو الإغماء

- فرط التنفس.
- غزل على كرسي.
- اهتزاز الرأس ذهابًا وإيابًا بسرعة.

• خفض الرأس بين الركبتين لمدة 30 ثانية ، ثم رفع الرأس بسرعة للحث
الإحساس "بالتجفيف".

• الذهاب في جولات في مدينة الملاهي.

• تمارين لرفع معدل ضربات القلب

• الجري صعودا وهبوطا على الدرج.

• مشاهدة أفلام مخيفة.

• شرب المشروبات التي تحتوي على الكافيين.

تمارين لخلق شعور بالاختناق

• التنفس من خلال قشة.

• حبس النفس لأطول فترة ممكنة.

• الاستلقاء مع كومة ثقيلة من الكتب على الصندوق.

• ارتداء وشاح أو ربطة عنق ضيقة.

• تمارين للحث على توتر العضلات أو وجعها

• شد جميع عضلات الجسم.

• تمارين للحث على الشعور بعدم الراحة في الجهاز الهضمي

• شم الطعام الفاسد أو أعقاب السيجار للحث على الغثيان.

• الأكل لدرجة الشعور بالامتلاء.

• الاحتفاظ بكرات القطن في فم المرء لتجفيف الفم والحلق.

• البلع بسرعة مرات ومرات.

5- التدريب على المهارات السلوكية:

يعد التدريب على المهارات السلوكية جزءًا مهمًا من العلاج المعرفي السلوكي. الهدف هنا هو تدريب المفحوص على المهارات السلوكية اللازمة للتعامل بفعالية مع البيئة. يحدد Linehan (1993) ثلاث خطوات مهمة قابلة للتطبيق على نطاق واسع للتدريب على المهارات السلوكية. والتي تشمل:

- تقييم المهارة. يخلق المعالج ظروفًا تساعد على أداء مهارة المفحوص، ويلاحظ سلوك المفحوص في الجلسات، ويسأله المعالج كيف سيتعامل بشكل مثالي مع موقف أو مشكلة، ويطلب منه تجربة سلوكيات جديدة أثناء الجلسة عن طريق لعب الأدوار.

- تعليمات المهارة. يصف المعالج السلوك المطلوب وتسلسل السلوك ، ويقسم التعليمات إلى خطوات سهلة ، ويبدأ بمهام بسيطة ، ثم ينتقل إلى جوانب أكثر صعوبة من المهارة ، ويزود المفحوص بأمثلة للمهارة التي يجب تعلمها ، ويقدم نشرات تصف مهارة.

- نمذجة المهارة. يلعب المعالج دورًا مع المفحوص، ويستخدم المهارة المناسبة عند التفاعل معه، ويفكر بصوت عالٍ (باستخدام الحديث الذاتي لنموذج التفكير التكيفي) ، ويفصح عن استخدامه الخاص للمهارة في الحياة اليومية ، ويروي قصصًا توضح المهارة ، ويشير إلى النماذج في البيئة (على سبيل المثال ، الأشخاص الذين يعرفهم المفحوص ، والشخصيات العامة ، والشخصيات من الكتب أو الأفلام) لكي يراقبها المفحوص.

- ويضيف (Tolin.D, 2016) الممارسة والتغذية الراجعة. يوجه المعالج مفحوصه لممارسة المهارة في بيئة اصطناعية، ويقدم تغذية راجعة مباشرة حول الجوانب الناجحة وغير الناجحة لتطبيق المهارات، ويوجه المفحوص للمحاولة مرة أخرى مع الاهتمام الخاص بجوانب المهارة الأكثر احتياجًا للتحسين، والتوسع تدريجيًا في نطاق الممارسة مع زيادة التحدي، ويصف الواجب المنزلي لممارسة المهارة خارج جلسة العلاج.

هناك مجالان للتدريب على المهارات السلوكية يظهران كثيرًا وهما التدريب على المهارات الاجتماعية والتدريب على حل المشكلات. يمكن تنفيذ هذه التدخلات بعدة طرق مختلفة، حسب احتياجات المفحوص، من الجدير بالذكر أيضًا أن جميع الأفراد الذين يعانون نفسيًا قد يُنظر إليهم على أنهم يعانون من نقص في المهارات في مجال تنظيم المشاعر. إن تنظيم العاطفة مصطلح واسع النطاق للاستراتيجيات التي تهدف إلى تقليل العواطف غير القادرة على التكيف و / أو زيادة العواطف التكيفية. لذلك يمكننا استخدام صياغة عجز في مهارة تنظيم المشاعر.

• التدريب على المهارات الاجتماعية:

يمكننا تقسيم المهارات الاجتماعية إلى فئتين أساسيتين: محتوى الكلام، والميزات شبه اللغوية، والعنصر غير اللفظي:

- يشير محتوى الكلام إلى ما يقال. على سبيل المثال، هل تصريحات المفحوص "خارج الموضوع" أم ذات صلة بالمحادثة؟ هل يطرح أسئلة مناسبة، أو يشارك في حوار؟ هل يفصح عن نفسه بطريقة مناسبة؟

- السمات اللغوية للخطاب التي تشير إلى الكيفية التي تُقال بها الأشياء. على سبيل المثال، هل يتحدث المفحوص بصوت عالٍ جدًا أم بصوت منخفض جدًا؟ هل نبرة الصوت مناسبة للحالة؟ هل توقيت الكلام مناسب؟

- يعكس السلوك غير اللفظي ما يفعله الشخص بجسده أثناء التفاعل الاجتماعي. تشمل هذه العوامل التقاربات (مدى قرب الشخص من الشخص الآخر)، وعلم الحركة (كيف يتحرك الشخص وإيماءاته)، والتواصل البصري، وتعبيرات الوجه.

يمكن استخدام التدريب على المهارات الاجتماعية لإضافة مهارات جديدة (في حالة عجز الاكتساب)، أو يمكن استخدامه لتقوية الكفاءة الذاتية للمفحوص واستخدام مهارة معينة في ظل الظروف العصيبة (في حالة عجز في الأداء أو الفعالية). يوضح الجدول 12.2 الخطوات الأساسية المشتركة لبرامج التدريب على المهارات الاجتماعية

الجدول رقم (12) مراحل التدريب على الكفاءات الاجتماعية

المراحل	الوصف
التقييم	تحديد عجز (أوجه) المهارات الاجتماعية باستخدام التقارير الذاتية و / أو الملاحظات السلوكية و / أو تقييمات الطرف الثالث.
التوجيه المباشر	تعليم وشرح الأساس المنطقي للسلوك الاجتماعي المرغوب، مع اقتراحات محددة لكيفية تفعيل السلوكيات.
النمذجة	أداء السلوك الاجتماعي المطلوب للمفحوص. احصل على مساعد أظهر السلوك أو استخدم مثالاً بالفيديو للسلوك.
لعب الأدوار	شجع العميل على لعب دور السلوك المطلوب مع المعالج أو مع مساعد.
التغذية الراجعة	تقديم ملاحظات للعميل فوراً بعد لعب الأدوار، ولفت الانتباه إلى نقاط القوة والضعف.
الواجبات المنزلية	الواجبات إرشاد العميل لأداء السلوكيات الاجتماعية المطلوبة في العالم الحقيقي. ابدأ بسلوكيات سهلة وتقدم إلى سلوكيات أكثر تعقيداً.
المتابعة	استخلاص المعلومات عن مهام الواجبات المنزلية وإعادة التقييم والمعايرة حسب الحاجة

• التدريب على حل المشكلات:

يتبع التدريب على حل المشكلات خطوات أساسية لتحديد حل المشكلات والتي تتضمن تعزيز التوجه الإيجابي للمشكلة، متبوعاً بأربع خطوات عملية: تحديد / صياغة المشكلة، وتوليد البدائل، واتخاذ القرار، وتنفيذ الحلول / التحقيق، تظهر الأبحاث أن التدريب على حل المشكلات يكون أكثر فاعلية عندما يتم تضمين كل هذه العناصر. (Bell & D'Zurilla, 2009)

- تعزيز التوجه الإيجابي للمشكلة

معظم المفحوصين لديهم توجه سلبي تجاه المشكلة، حيث يميلون إلى النظر إلى المشكلات على أنها مهددة ولا يمكن التغلب عليها. حيث يتم مساعدة المفحوص على البدء في تغيير وجهة نظره من فكرة أن المشاكل طبيعية إلى مقبولة، و (في الغالب) قابلة للحل. هناك عدة طرق يمكننا من خلالها القيام بذلك:

• **تأطير مشاكل الحياة كجزء من الحياة الطبيعية:** غالباً ما يأتي المفحوصين للعلاج معتقدين أن مشاكلهم خاصة بهم أو أنها أسوأ بكثير من مشاكل أي شخص آخر. في بعض الأحيان يكونون كذلك، لكنهم ليسوا كذلك في الغالب. مشاكل في العمل أو المدرسة، مشاكل في الزواج، توتر العلاقات الاجتماعية أو الأسرية، مخاوف صحية، وضغوط مالية منتشرة على نطاق واسع. لكن لا نهدف إلى التقليل من قلق المفحوص بشأن هذه المشكلات ("هيا الآن، كل شخص لديه مشاكل، استسلم!")، ولكننا نريد مساعدته على إدراك أن العديد من الأشخاص يواجهون هذه الأنواع من المشاكل وأن العديد منهم قد وجدوا حلولاً لائقة.

• **مساعدة المفحوص على فهم أن قدرته على حل المشكلات قد تعرضت للخطر.** من المعروف أن الاكتئاب والقلق وتعاطي المخدرات ومجموعة كبيرة من المشكلات النفسية الأخرى لها تأثير سلبي على قدرة الفرد على حل المشكلات. حتى الأشخاص الأكثر ذكاءً وقدرة يمكنهم، عند تعرضهم لفرط عاطفي كبير، أن يواجهوا صعوبة في التفكير في المشكلات ومعالجتها بشكل مناسب. حتى ضغوط الحياة الروتينية يمكن أن تقلل من القدرة على حل المشكلات. لذلك ندع المفحوص يعرف أنه من المفهوم تماماً أنه سيواجه صعوبة في حل مشاكله في العيش في ظل الظروف المحيطة. يبدو أن هذا المنطق بحد ذاته له تأثير مفيد للمفحوصين الذين يعانون من أزمات حادة مثل الانتحار، مما يوفر الأمل ويجعل المشكلة تبدو أكثر قابلية لتسيير (Bilsker & Forster, 2003).

• **مناقشة وتسوية حدود الدماغ البشري.** يبالغ العديد من المفحوصين في تقدير ما "ينبغي" أن يكونوا قادرين على فعله معرفياً. ربما تكون إحدى أكبر الخرافات هي أن الناس يجب أن يكونوا قادرين على "تعدد المهام"، أو الاهتمام بمشكلات متعددة في نفس الوقت. يعتقد الآخرون أنه يجب أن يكونوا قادرين

على تذكر كل شيء أو أنه يجب أن يكونوا قادرين على حل مشكلة كبيرة وشائكة مرة واحدة. لا عجب أن ينتهي بهم الأمر بالشعور بخيبة الأمل في أنفسهم. لذلك، قد يكون من المفيد مناقشة حقيقة عدم كفاءة عقل أي شخص بما يكفي للقيام بكل ذلك. بدلاً من ذلك، نميل جميعًا إلى القيام بأفضل ما يكون عندما نقسم المشكلات الأكبر إلى مشاكل أصغر، ونأخذ شيئًا واحدًا في كل مرة، ونستخدم وسائل مساعدة خارجية مثل أجهزة الكمبيوتر المحمولة أو التقويمات أو الهواتف الذكية حسب الحاجة.

• **تحدي المعتقدات غير القادرة على التكيف:** يعد تحدي المعتقدات غير القادرة على التكيف حول حل المشكلات، بالطبع، تدخلًا معرفيًا، على الرغم من أنه يخدم هدفًا سلوكيًا واضحًا: مساعدة المفحوص على تبني توجه أكثر إيجابية للمشكلة قبل التدريب على حل المشكلات.

• **التدريب على الإستراتيجية الأساسية للتنظيم العاطفي وحل المشكلات تحت الضغط.** Nizo et al (2013) استخدموا الاختصار **SSTA**، والذي يرمز إلى:

Stop قف. يتم تعليم العميل أن المشاعر القوية والسلوكيات غير الفعالة والأفكار غير السارة هي إشارات على وجود مشكلة. هذا يعني أن الوقت قد حان لاستخدام مهارات حل المشكلات.

Slow down تامل. من الصعب حل المشكلات بشكل فعال في ظل ظروف الإجهاد الحاد. لذلك يجب تعليم العميل التريث بمجرد تحديد المشكلة. العد، والتنفس العميق، وأخذ مهلة قصيرة كلها طرق لإبطاء الأمور بما يكفي للسماح للشخص بالتفكير بشكل أكثر وضوحًا.

Thought ,فكر. بعد أن التريث يمر المفحوص بعد ذلك بخطوات حل المشكلات المحددة الموضحة أدناه ، ويفكر بوضوح فيما يجب فعله.

Act الفعل : بمجرد تحديد الحل ، يقوم العميل بتنفيذ هذا الحل بطريقة تهدف إلى التعامل الفعال.

- تعريف / صياغة المشكلة

تشمل الجوانب الحاسمة لتعريف / صياغة المشكلة ما يلي:

• **جمع المعلومات حول المشكلة.** يتم توجيه المفحوصين لطرح أسئلة مثل من وماذا ومتى وأين وكيف حول مشكلة ما. في بعض الأحيان، قد يكون من المفيد تشجيع العميل على "التصرف كمحقق" من أجل الحصول على الحقائق ذات الصلة.

• **تحديد المشكلة بشكل موضوعي ودقيق.** عندما نكون تحت ضغط عاطفي، يمكن أن تصبح لغتنا حول المشاكل دراماتيكية جدًا: "أنا غاضب جدًا من زوجتي وأعتقد أن رأسي سينفجر!" أو، "أن تكون وحيدًا هو

كابوس؛ يبدو الأمر كما لو أنني سأصاب بالجنون! " لذلك نريد من المفحوص أن يصف المشكلة باستخدام لغة موضوعية: "أنا وزوجتي لدينا نقاشات في الأسبوع أشعر فيها بالغضب الشديد. يبدأ قلبي بالتسارع. لا أعرف ماذا أفعل سوى المغادرة ". "خوفي في أسوأ حالاته عندما أكون وحدي. أخشى ألا يتمكن أحد من مساعدتي، وبدأت أشعر بالدوار والقلق من أنني سأصاب بالإغماء.

• فصل الحقائق عن الافتراضات. يتعلق هذا من نواحٍ عديدة بالتشوهات المعرفية غالبًا ما يتفاعل الناس مع ما يعتقدون أو يفترضون أنه يحدث، بدلاً مما يحدث بالفعل. لذلك نحتاج غالبًا إلى النظر في الأدلة والنظر في البدائل من أجل رؤية الأشياء بوضوح قدر الإمكان.

• تحديد ما يجعل هذا الموقف مشكلة. من أجل فهم سبب كون موقف معين مشكلة، نريد أن نفهم العقبات التي تحول دون الوصول إلى الهدف. هل هناك شخص ما أو شيء ما في الطريق؟ هل لدى الشخص أهداف متضاربة؟ هل يفتقر المفحوص إلى المهارات أو الموارد اللازمة؟ هل هذا وضع جديد ومربك؟ هل المشكلة معقدة ومربكة بشكل خاص؟ ما هو رد فعل الشخص العاطفي بمثابة عائقًا أمام القرار الفعال؟

• تحديد أهداف واقعية. ناقشنا في المحاضرات السابقة أهمية تحديد أهداف علاجية واضحة وقابلة للقياس ويمكن تحقيقها. على الرغم من أننا لا نرغب في تثبيط الأهداف السامية مثل "أن تكون مستقلاً مالياً تماماً بحلول هذا الوقت من العام المقبل"، فمن الأكثر إنتاجية تحديد الأهداف الفرعية التي يمكن إدارتها مثل "خفض النفقات الإجمالية بنسبة 5% هذا الشهر من أجل زيادة مدخرات.

- توليد البدائل:

نؤكد للمفحوص أنه غالبًا ما يكون هناك أكثر من حل لمشكلة ما، وأن المشكلة غالبًا لا يكون لها حل "مثالي" واحد، وغالبًا ما يكون الحل الأول الذي يتبادر إلى الذهن ليس هو الحل الأفضل. لذلك نشجع **العصف الذهني brainstorming** كوسيلة لتوليد حلول محتملة متعددة للمشكلة. تشمل الجوانب الحاسمة للعصف الذهني ما يلي:

• الكمية تؤدي إلى الجودة. بشكل عام، كلما زادت الحلول المحتملة التي يتوصل إليها المرء، زادت احتمالية أن يكون حل واحد أو أكثر من هذه الحلول جيدًا.

• تأجيل الحكم. أثناء العصف الذهني، نريد الحفاظ على تدفق الأفكار الإبداعية. لا نريد أن يتورط المفحوص حتى الآن في تقرير ما إذا كان هناك شيء معقول أم لا. سيأتي ذلك لاحقًا. في الوقت الحالي، نريد ببساطة تشجيع أكبر عدد ممكن من البدائل، حتى البدائل "السخيفة"

•التنوع يعزز الإبداع. يمكن أن تكون الحلول المحتملة إما استراتيجيات أو تكتيكات. تعتبر الطرق المتدرجة مسارات عامة للعمل، في حين أن التكتيكات هي خطوات محددة مطلوبة لسن استراتيجية. قد يتوصل المفحوص عند إنشاء البدائل، إلى 10 أساليب مختلفة تخدم جميعها نفس الإستراتيجية. يشجع المفحوص على ابتكار استراتيجيات وتكتيكات متعددة.

- صناعة القرار

بعد إنشاء مجموعة متنوعة من الحلول المحتملة، حان الوقت لبدء تقييم كل منها من أجل تضيق القائمة. تشمل خطوات اتخاذ القرار:

• التخلص من الأشياء غير الفعالة بشكل واضح. انطلاقاً من العصف الذهني، ربما يتوصل المفحوص إلى بعض الحلول المحتملة التي من الواضح أنها غير مجدية أو تنطوي على مخاطرة مفرطة أو من غير المحتمل أن تكون فعالة على الإطلاق. يمكننا شطب هؤلاء من القائمة دون مناقشة كثيرة. هذا يترك لنا قائمة أصغر من الحلول التي يحتمل أن تكون أكثر قابلية للتطبيق.

• توقع مجموعة من العواقب. هنا، يأخذ المفحوص في الاعتبار كل حل محتمل بدوره ويقيم (1) احتمالية أن الحل قابل للتنفيذ وسيعمل حليفاً و (2) النتائج الإيجابية والسلبية المحتملة للحل.

• تقييم النتائج المتوقعة. يسأل المفحوص لكل حل محتمل: (1) هل سيحل هذا الحل المشكلة؟ (2) هل يمكنني حقاً تنفيذ هذا الحل؟ (3) ما هي التأثيرات الإجمالية المحتملة عليّ، سواء على المدى القصير أو الطويل؟ (4) ما هي التأثيرات الإجمالية المحتملة على الآخرين، سواء على المدى القصير أو الطويل؟ هنا، نقوم بتحليل التكلفة والعائد. هل الإيجابيات تفوق السلبيات؟ غالباً ما يكون من المفيد كتابة إيجابيات وسلبيات الخيارات المختلفة، كما هو موضح في الشكل ؛ يتم توفير نموذج فارغ في الملحق رقم

•تحديد الحلول الفعالة ووضع خطة العمل. السؤال الأول الذي يجب طرحه، بعد تقييم الحلول المحتملة، هو: هل هذه المشكلة قابلة للحل؟ غالباً لا يوجد حل "مثالي" لمشكلة ما. في بعض الأحيان، لا يوجد حتى شخص لائق. هذه حقيقة مهمة يجب التعرف عليها. على الرغم من أن تحديد مشكلة ما على أنها غير قابلة للحل قد يكون أمراً محبطاً، إلا أنه قد يكون أيضاً محرراً. إذا تم اعتبار مشكلة ما غير قابلة للحل، فإنها تحرر العميل من الشعور بأنه مضطر لمواصلة محاولة إصلاحها. إن تحديد المشكلات غير القابلة للحل، في الواقع، هو عنصر أساسي في جوانب حل المشكلات الاجتماعية لبعض العلاجات السلوكية للأزواج فحسب (Tolin.D, 2016) يميل الأزواج إلى الاستمرار في طرح المشكلات غير القابلة للحل، وتوضيحها مراراً وتكراراً، دون حل جيد. في بعض الأحيان، يكون من الأفضل إدراك أنه لا يوجد حل جيد وإيجاد طريقة للتعامل مع المشكلة والتغلب عليها، بدلاً من معالجتها مباشرة. بافتراض أننا

ندعي أن المشكلة قابلة للحل بالفعل، فإن السؤال التالي هو ما إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات قبل أن نتمكن من تحديد حل. إذا كان الأمر كذلك، فنحن بحاجة إلى وضع خطة لكيفية الحصول على تلك المعلومات.

أخيراً، نحدد الحل أو مجموعة الحلول التي سيختار المفحوص تنفيذها. غالباً ما يكون من المفيد تحديد كل من الحل المفضل والحل "الاحتياطي" في حالة فشل الحل الأول.

- تنفيذ الحل / التحقق

بمجرد أن يختار العميل حلاً أو مجموعة من الحلول، فإن الخطوة التالية هي تجربته بالفعل. لكن العملية لا تنتهي عند هذا الحد. نحتاج بعد ذلك إلى التحقق ومعرفة ما إذا كان الحل فعالاً. في بعض الأحيان، يتطلب هذا القليل من التحدي المعرفي، مثل عندما يكون لدى العميل توقعات عالية بشكل غير واقعي حول مدى جودة الحل، مثال:

مشكلتي هي: أنا مشغول جداً في العمل وأواجه صعوبة في إنهاء المهام في الوقت المحدد.

هذه مشكلة لأنني لا أستمتع بالعمل وأدائي بدأ في الانخفاض.

هذه من هذه المشكلة هو: عدم التخلف عن أداء المهام والتوتر.

الجدول رقم (9) نموذج لورقة عمل حل المشكلات لتقييم الحلول المحتملة.

الحل المحتمل	الإيجابيات	السلبيات
اترك عملي	لن أضطر إلى التعامل مع التوتر بعد الآن	سأكون أسوأ حالاً من الناحية المالية وسيؤدي ذلك إلى مشاكل أخرى
تفويض المهام لعدد أكبر من الموظفين المبتدئين	أود أن أخفف عبء عملي	قد يستأثرون من ذلك
أراقب عبء العمل وأناقش مع المدير	علياً أن أعلم أن لدي الكثير لأفعله	قد يعتقد أنني لا أستطيع القيام بعمل
العمل لساعات أطول	سأقوم بإنجاز المزيد ولن يكون لدي الوقت لأفعل أشياء أخرى	شيء ممتع
ابحث عن طرق لتكون أكثر كفاءة	سوف أنجز المزيد	قد يكلف الكثير من المال ويستغرق المزيد من الوقت على المدى القصي
حدد أولويات المهام والقيام بمعظم المهام الملحة أولاً	لن يعرف أحد أنني متأخر	إنه لا يحل المشكلة لأنني لا أستطيع أن أفعل كل شيء

اسأل الآخرين عن الوقت الذي يستغرقونه للقيام بالأشياء	سيساعدني ذلك في معرفة ما إذا كنت بطيئاً جداً أو أقوم بالكثير من الأشياء	قد يعتقدون أنني لا أستطيع التعامل مع وظيفتي وإخبار رئيسي
ممارسة تدريب إضافي	قد يساعدني في إنجاز الأمور بشكل أسرع	سيستغرق الأمر وقتاً للتنظيم والاستفادة منه

لا يجب أن يكون الحل المرضي مثالياً. الأسئلة المهمة التي يجب طرحها في هذه المرحلة هي:

"ما مدى نجاح هذا الحل أو مجموعة الحلول في حل المشكلة؟"

"ما مدى رضاك عن تأثيرات الحل عليك؟"

"ما مدى رضاك عن تأثيرات الحل على الآخرين؟"

"ما مدى توافق النتائج مع النتائج المتوقعة ، سواء كانت إيجابية أو سلبية؟"

"بشكل عام ، ما مدى رضاك عن النتائج؟"

المحاضرة السابع: التدخلات العلاجية على المستوى المعرفي في علاج CBT

تمهيد:

في هذه المحاضرة، نناقش التدخلات على المستوى المعرفي في العلاج المعرفي السلوكي. يتم استخدام هذه التدخلات عندما تريد استهداف العمليات المعرفية غير القادرة على التكيف بشكل مباشر، بدلاً من استهداف تلك العمليات بشكل غير مباشر من خلال التدخلات على مستوى السلوك أو الانفعالات، وتتمثل أهداف التدخلات العلاجية على المستوى المعرفي في: • التحيز في الانتباه والذاكرة. التفسيرات الخاطئة للأحداث. معتقدات جوهرية غير قادرة على التكيف.

للتحقق هذه الأهداف، يمكننا الاختيار من بين عدة تدخلات. فهناك طريقتان واسعتان للوصول إلى المعارف غير متكيفة. الأولى هي تحدي محتوى الأفكار بشكل مباشر، وتشمل الاستراتيجيات في هذه المجموعة ما يلي: تحديد التفسيرات الخاطئة وتحديها. تحديد وتحدي المعتقدات الأساسية غير القادرة على التكيف. استخدام المراقبة الذاتية لتسهيل الوعي وتحدي الأفكار. استخدام الاستدعاء الميسر لمكافحة الذاكرة الانتقائية

الطريقة الثانية تتخذ نهجًا مختلفًا تمامًا لتحدي استجابة الشخص للأفكار، ولكن ليس محتوى الأفكار نفسها. تشمل هذه الاستراتيجيات: استخدام استراتيجيات اليقظة والقبول لزيادة التسامح مع غير المرغوب فيه، تدريب إعادة تخصيص الاهتمام.

1- لماذا يفكر المفحوص:

وتذكر من عمليتنا المرضية الأساسية أن الأنظمة السلوكية والمعرفية والعاطفية تؤثر جميعها على بعضها البعض. لذلك يمكن للتدخل المعرفي أن يخلق تغييرًا سلوكيًا وعاطفيًا أيضًا، إن التشوهات المعرفية هي أخطاء تفسيرية شبه تلقائية نرتكبها جميعًا. في المشكلات النفسية، يرتكب الشخص نفس النوع (الأخطاء) مرارًا وتكرارًا، مما يؤثر سلبًا على المشاعر والسلوكيات. فمثلاً: مفحوصة مصابة باضطراب الهلع، تعاني من الدوار ولديها تفسير "سأفقد الوعي". يزيد هذا التفسير من شعورها بالخوف واحتمالية الانخراط في سلوكيات التجنب والهروب. ونظرًا لأن التفسيرات المشوهة يمكن أن يكون لها تأثير سلبي على العواطف والسلوكيات، يمكن القول بأن التعديل المباشر لتلك التفسيرات سيكون له تأثير إيجابي على المشاعر والسلوكيات. لذلك، على سبيل المثال: إذا لم تعتقد المفحوصة أنها ستفقد وعيها، فربما ستشعر بخوف أقل وستكون أقل عرضة للانخراط في سلوكيات التجنب والهروب،

يتضمن العمل على المستوى المعرفي إجراءين متداخلين إلى حد ما: استبطان وتحديد الأفكار غير القادرة على التكيف وتحدي الأفكار غير القابلة للتكيف وتعديلها. قبل أن نتمكن من العمل مع تفسيرات

المفحوص، علينا أن نخرجهم "على قدر الإمكان". بمعنى، يجب أن يفهم كل من المعالج والمفحوص ما يفكر فيه هذا الأخير.

2- ما هي الأفكار التي نبحث عنها؟

كل شخص لديه تيار من الوعي، وليس كل ذلك له معنى إكلينيكي أو يفضي إلى النجاح. ويرى (Green & Padesky, 2016)) أنه من المفيد التمييز بين الأفكار الباردة والأفكار الساخنة، فالأفكار الباردة وصافية ولا تثير الكثير من الاستجابة العاطفية. على النقيض من ذلك، فإن الأفكار الساخنة مثيرة للذكريات العاطفية. كلاهما يتأثر بالعاطفة ويؤثر على العاطفة.

بينما نناقش الأفكار مع مفحوصنا، يتمثل جزء من مهمتنا في التخلص من الأفكار الباردة ومحاولة العثور على الأفكار الساخنة - تلك الأفكار التي تشكل جزءًا من العملية المنطقية المرضية الأساسية للأفكار والعواطف والسلوك.

يمكن أن تدور الأفكار حول أحداث خارجية، مثل الأنشطة والأشخاص الآخرين والأشياء وما إلى ذلك. لذلك، على سبيل المثال، قد يكون لدى الفرد المكتئب أفكار ساخنة مثل "لا أحد يحبني"، أو قد يكون لدى الشخص القلق أفكار ساخنة مثل "سوف أتأذى".

يمكن أن تدور الأفكار أيضًا حول العواطف أو الأحاسيس الفسيولوجية. ناقشنا اجترار الحرمان فقد يكون لدى الفرد المكتئب فكرة ساخنة "أنا فاشل للغاية لشعوري بالحزن". أي أن لدينا رد فعل معرفي ("أنا فاشل") على عاطفة (حزن). ليس من المستغرب أن يتراجع رد الفعل المعرفي ويؤجج المزيد من مشاعر الحزن. بطريقة مماثلة، قد يكون لدى المفحوص المصاب باضطراب الهلع فكرة ساخنة "هذا الألم في صدري يعني أنني أعاني من نوبة قلبية!" هذا رد فعل معرفي ("أعاني من نوبة قلبية") لإحساس فسيولوجي (ألم في الصدر). على الأرجح، الفكرة خاطئة - معظم ألم الصدر لا يشير إلى نوبة قلبية.

يمكن أن تدور الأفكار أيضًا حول الأفكار، وهي عملية تسمى حسب (Wells, 2009) ما وراء المعرفة. وهذا يعني أنه يمكن للمرء أن يكون لديه رد فعل إدراكي لأفكاره. يمكن رؤية مثال واضح حقًا لما وراء المعرفة في المفحوص المصاب بالوسواس القهري الذي يعتقد "لقد فكرت للتو في إيذاء طفلي - وهذا يعني أنني قاتل!" يمكنك أن ترى في هذه الحالة أن هناك بالفعل فكرتان تجريان - التطفل (صورة إيذاء طفل) وتفسير للصورة العقلية على أنها تعني أن الشخص قاتل. غالبًا ما يكون ما وراء المعرفة سياقات مشوهة: معظم الأشخاص الأصحاء تمامًا لديهم أفكار غريبة أو عنيفة تبرز في رؤوسهم، ومع ذلك لا يجعلهم ذلك أشخاصًا عنيفين.

3- استخدام الأسئلة السقراطية لاستنباط التفسيرات

يعني طرح الأسئلة السقراطية أننا نستخدم الأسئلة، بدلاً من العبارات، لمساعدة المفحوص على الوصول إلى النتيجة. في هذه الحالة، سنستخدم سلسلة من الأسئلة التي تساعد المفحوص على تحديد تفسيراته. يعرف (Padesky, 1993 p 4) الأسئلة السقراطية بأنها استخدام الأسئلة التي:

1. المفحوص لديه المعرفة للإجابة. 2. لفت انتباه المفحوص إلى المعلومات ذات الصلة بالمسألة التي يتم مناقشتها ولكن قد تكون خارج نطاق التركيز الحالي للمفحوص؛ 3. الانتقال بشكل عام من الملموس إلى الأكثر تجريداً، بحيث يكون 4. يمكن للمفحوص، في النهاية، تطبيق المعلومات الجديدة إما لإعادة تقييم النتيجة السابقة أو بناء فكرة جديدة.

يقدم لنا (Tolin.D, 2016) مثالاً مفحوص مصاب باضطراب الشخصية الحدية وتاريخ طويل من السلوكيات التي تؤذي النفس والتي أدت إلى دخول المستشفى عدة مرات. هدف المعالج في هذه المناقشة هو مساعدة المفحوص على تحديد التفسيرات التي تسبق تلك السلوكيات، في هذا المثال، يستخدم المعالج عدة استراتيجيات مختلفة المضمنة في الإطار العام لأسئلة سقراط، لاستنباط تفسيرات المفحوص:

- يركز المعالج على مثال محدد للمشكلة السريرية. فغالباً ما يكون من السهل التحدث بعموميات (على سبيل المثال، "ما أنواع الأفكار التي تراودك عادةً قبل أن تفعل ذلك بنفسك؟")، ولكن من المحتمل أن تكون النتائج أقل موثوقية وأقل احتمالاً لإثارة "الأفكار الساخنة." بدلاً من ذلك، يطرح المعالج أسئلة مثل، "متى كانت آخر مرة جرحت فيها نفسك؟" هل يمكنك تذكر ما كان يحدث؟ " يستخدم المعالج أيضاً الصور من خلال مطالبة المفحوص بتخيل نفسه مرة أخرى في الموقف واستخدام استعارة فيديو من خلال مطالبة "إرجاع المشهد إلى الوراء" و "أعطني إلى ما بعد إغلاق الباب مباشرة وكنت بمفردك". بهذه الطريقة، يمكن للمعالج تحديد أطر زمنية محددة داخل الموضع الأكبر.

- المعالج يستخدم التعاطف والتحقق من صحة. بدون الاستخدام الليبرالي لتصريحات التعاطف والتحقق من الصحة، يمكن أن تبدو عملية استنباط الأفكار غير القادرة على التكيف نقدية أو قضائية. هنا ، يبذل المعالج قصارى جهده لتقوية التحالف مع المفحوص ، مستخدماً عبارات مثل "يجب أن تشعر وكأنك خارج عن السيطرة" و "رائع ، هذا يبدو وكأنه موقف بائس حقاً".

- يؤكد المعالج على التعاون. يؤكد مبدأ التجريبية على أن المعالج والمفحوص يعملان معاً للعثور على الإجابات. باستخدام عبارات مثل "ربما إذا وضعنا أفكارنا معاً، يمكننا الخروج ببعض الأفكار" و "ربما ننقل إلى شيء ما هنا"، يؤكد المعالج حقيقة أنهم في نفس الفريق.

- يستخدم المعالج التنقيف النفسي للمساعدة في تخطي المفحوص النقاط العالقة. في بعض الأحيان أثناء المناقشة، قد يبدو المفحوص لا يعرف الإجابة، أو على الأقل لم يستطع التوصل إلى الإجابة على الفور. بدلاً من طرح المزيد من الأسئلة عليه، ينتقل المعالج إلى وضع تعليمي أكثر، باستخدام عبارات مثل "في كثير من الأحيان، نشعر بالأشياء حتى لو لم نتمكن من فهمها تمامًا" ؛ "كلنا نتحدث مع أنفسنا في بعض الأحيان ، وأنا أتساءل عما إذا كنت تتحدث إلى نفسك في ذلك الوقت" ؛ و "في كثير من الأحيان ، عندما يشعر الناس بالحزن حقًا ، فإنهم يفكرون في شيء يائس". أيضًا يساعد المعالج مفحوصه في التمييز بين الأفكار والمشاعر. غالبًا ما نستخدم كلمة "إحساس" عندما نعني حقًا التفكير - على سبيل المثال، قد تخبر شخصًا ما، "أشعر أنك لا تستمع إلى الآن". لكن هذه فكرة وليست شعورًا. يحتاج بعض العملاء إلى ممارسة التمييز بين الاثنين.
- يلاحظ المعالج تغييرًا مزاجيًا في المفحوص ويستفيد من المشاعر لتقديم المزيد من التفسيرات: "ألاحظ أن لديك بعض المشاعر الآن. ما الذي حدث لك للتو؟" تذكر أن المشاعر والسلوكيات والأفكار تميل إلى التلاقي معًا، لذلك إذا أظهر المفحوص تحولًا في المشاعر أثناء الجلسة، فمن المحتمل جدًا أن يكون هناك أيضًا تحول في الأفكار

4- استخدام لعب الأدوار لاستنباط التفسيرات:

أحيانًا يكون من الصعب على المفحوص تحديد أفكاره باستخدام الحوار وحده. كما نعلم من مناقشتنا حول معالجة المعلومات المتوافقة مع الحالة المزاجية، عندما يكون الشخص في نقاش هادئ ومنطقي في مكتب هادئ، قد يكون من الصعب استرجاع ذكرياتك عما كنت تفكر فيه عندما كنت أكثر حزنًا (تمامًا كما لو كنت "إذا شعرت بالضيق، فقد يكون من الصعب استعادة ذكرياتك عما كنت تفكر فيه عندما كنت هادئًا). في مثل هذه الحالات، يمكن أن يكون لعب الأدوار في الأحداث الحرجة مفيدًا كطريقة لتسهيل إتاحة الأفكار للوعي. هذه طريقة أخرى لإدخال المشكلة إلى الغرفة.

الحكم السريري أمر بالغ الأهمية عند استخدام لعب الأدوار. إذا كان التحالف العلاجي يبدو هشًا، أو إذا بدا أن المفحوص بحاجة إلى إبقاء المعالج في "جانبه" أثناء تمرين لعب الأدوار ، فقد يكون من المفيد إحضار شخص ثالث ليكون الفاعل.

5- استخدام قوائم التحقق لتحديد التفسيرات:

في بعض الأحيان، يكون من المناسب استخدام قوائم المراجعة المكتوبة مسبقًا للتفسيرات الشائعة لسوء التكيف. بهذه الطريقة، يمكن للمفحوص ببساطة قراءة أمثلة على الأفكار غير القادرة على التكيف والتحقق من الأفكار التي يبدو أنها تنطبق. يوجد عدد منها، ويمكن الحصول على العديد منها مجانًا على الويب، لا تُعد هذه الإجراءات بديلاً عن التحدث إلى العميل حول أفكاره - وقد نتعرف على العديد من

العناصر الموجودة في هذه المقاييس على أنها مشاعر وليست أفكارًا - ولكنها قد تكون طريقة مفيدة لبدء المحادثة.

• استبيان الأفكار التلقائية (Hollon & Kendall, 1980) هو قائمة مراجعة للأفكار غير القادرة على التكيف المرتبطة عادة بالاكنتاب.

• مقياس أفكار الأطفال التلقائي (Schering & Rapee, 2002) هو مقياس للأفكار المتعلقة بالتهديد الجسدي والتهديد الاجتماعي والفشل الشخصي والعداء في الأطفال والمراهقون

مقياس أفكار اضطراب ما بعد الصدمة (Foa et al., 1999) مقياسًا للمعتقدات السلبية عن الذات والعالم ولوم الذات بعد حدث صادم.

بهذه الطريقة ، يستخدم المعالج أمثلة من الاستبيان كنقطة انطلاق لمناقشة أفكار معينة غير قابلة للتكيف.

6- مراقبة الأفكار

تعتبر تقنية مراقبة التفكير جزء مهم من التدخل المعرفي. بعد تحديد التفسيرات في الجلسة، يقوم المعالج بتعيين مراقبة التفكير كواجب منزلي. يُطلب من العميل تحديد تفسيراته غير القادرة على التكيف كما هي تأتي في البيئة الطبيعية وتسجيلها عند حدوثها. تخدم مراقبة الفكر عدة أغراض:

- مراقبة الفكر يساعد على تحديد التفسيرات. تميل الذاكرة لأي شيء، لا سيما الأشياء العابرة مثل أفكار المرء، إلى أن تكون غير محددة بشكل كبير (ناهيك عن الاعتماد على الحالة المزاجية). لذلك، من المحتمل جدًا أن يواجه المفحوص بعض الصعوبات، في مكتب المعالج المريح، في تحديد الأفكار التي حدثت قبل عدة أيام في ظل ظروف عصيبة. ستكون المعلومات أوضح وأكثر فائدة إذا تم التقاطها "في الوقت الفعلي".
- تساعد مراقبة الفكر في توضيح العلاقات بين الأحداث والأفكار والعواطف. من خلال مطالبة المفحوص بمراقبة ليس فقط الأفكار ولكن أيضًا الأحداث التي خلقت الفكرة مسبقًا، يكون المعالج قادرًا على فهم كيف تتناسب أفكار المفحوص مع العملية المرضية الأساسية.
- مراقبة الفكر تتوقف المفحوص حول نموذج العلاج المعرفي السلوكي. التجربة المباشرة هي معلم أفضل بكثير من أي مناقشة. على الرغم من أننا نقضي وقتًا لا بأس به في الجلسات المبكرة (وفي الواقع، طوال فترة العلاج) في تعليم المفحوص نموذجًا سلوكيًا معرفيًا لأعراضه، إلا أنه من المفيد جدًا أن نجربه كوسيلة لزيادة إدراكه للمفهوم.

• • مراقبة الفكر تحفز تفاعل القياس فبمجرد قياس شيء ما يميل إلى التأثير على الشيء الذي تقيسه. نحن نوجه انتباه المفحوص، بشكل مستمر، إلى أفكاره. من خلال القيام بذلك، من المحتمل أن نبدأ عملية يبدأ من خلالها المفحوص في تحدي تلك الأفكار بنفسه، حتى قبل أن نبدأ العملية الرسمية لتحدي الفكر.

من أهم الطرق المباشرة الطريقة لمراقبة الأفكار هي استخدام نموذج تسجيل الأفكار الورقية كما هو موضح في الشكل () حيث نطلب من المفحوص تسجيل ثلاثة أشياء: يمكن أن يكون الموقف محفزات خارجية أو داخلية تسبق التفسير ؛ التفسير نفسه ؛ الاستجابة العاطفية أو الجسدية للتفسير. كما نطلب من المفحوص تقييم شدة رد الفعل العاطفي أو الجسدي على مقياس عددي. بالإضافة إلى طرق الورق والقلم التقليدية، قد تكون بعض الاستراتيجيات الأخرى لمراقبة الأفكار مفيدة أيضًا:

• استخدام أجهزة التسجيل الصوتي لتسجيل أفكارهم أثناء المواقف العصيبة هذه الأجهزة متوفرة الآن على معظم الهواتف الذكية.

• تم تطوير تطبيقات الهواتف الذكية التي تسمح للعملاء بكتابة أفكارهم مثل: **MoodKit** و **iCBT**

(Tolin.D, 2016)

الجدول رقم (10) نموذج مراقبة الأفكار

الوضعية	التفسير	الانفعال (من 0 إلى 100)
متأخر عن العمل	لن أنجح أبدًا في هذه الوظيفة	الحزن 65

المحاضرة الثامنة: التدخلات العلاجية على المستوى المعرفي عن طريق إعادة البناء المعرفي

تمهيد:

في المحاضرة السابقة، ناقشنا كيفية إخراج تفسيرات المفحوص على الطاولة. يمكن للمعالج استخدام عدد من الاستراتيجيات، بما في ذلك الأسئلة السقراطية، ولعب الأدوار، وقوائم المراجعة لمساعدة المفحوص على تحديد "أفكاره الساخنة" غير القابلة للتكيف وقد يختار إرشاد المفحوص إلى المراقبة الذاتية لهذه الأفكار في بيئته الطبيعية بين الجلسات. عندما يتم تحديد تفسير ما، يكرره المعالج للمفحوص وغالبًا ما يكتبه.

تسمى عملية جعل المفحوص يعيد التفكير ومراجعة التفسيرات غير القادرة على التكيف بإعادة البناء المعرفية. كما يوحي الاسم، تتمثل الإستراتيجية الأساسية في إعادة هيكلة نظام أفكار العميل وتقييماته ومعتقداته. التكتيكات التي نستخدمها تنقسم إلى فئتين:

1. مساعدة المفحوص على فهم الخطأ في الطريقة التي يفكر بها حاليًا.

2. مساعدة المفحوص على الوصول إلى طريقة تفكير أكثر تكيفًا وقبولها والتدرب عليها

1- تحديد أخطاء التفكير:

قبل أن نتمكن من التدخل أكثر، يجب على المفحوص والمعالج الوصول إلى فهم مشترك ليس فقط لماهية التفسيرات (انظر المحاضرة السابقة) ولكن أيضًا لما هو الخطأ في هذه الأفكار - كيف يتم تشويهها أو عدم عقلانيتها أو عدم قدرتها على التكيف. تتمثل إحدى طرق تحقيق ذلك في الرجوع إلى قائمة التشوهات المعرفية، الجدول رقم () لمفحوص يعاني من مزيج من اضطراب المزاج و الشخصية التابعة ، و الألم

يمكننا أيضًا مساعدة المفحوص على تحديد التشوهات المعرفية في سياق المحادثة دون استخدام أوراق العمل أو النماذج. ونقدم مثالًا حول مفحوص يعاني من الاعتماد على المواد.

المفحوص: لقد استخدمت المخدرات الأسبوع الماضي. أشعر بالفزع حيال ذلك.

المعالج : ما الذي يدفعك للشعور بالسوء حيال الاستخدام؟

المفحوص : كنت أبلّى بلاءً حسنًا وكنت فخورًا حقًا بنفسي لأنني سيطرت على نفسي ، والآن أفسد الأمر

المعالج : إذن أنت تقول لنفسك أن استخدامك الأسبوع الماضي يعني أنك أفسدت الأمر.

المفحوص: نعم ، كما لو أنني ألغيت كل تقدمي.

المعالج: وأنت تشعر بالسوء حيال ذلك.

المفحوص: أشعر بهذا الفشل.

المعالج: أفهم. هل يمكننا التحدث عن " النفخ في بوق؟" كيف تعرف ذلك؟

المفحوص: حسنًا، هذا يعني أنني أخفقت.

المعالج: حسنًا، أعتقد أن ما أتساءل عنه هو مقدار المخدر الذي يجب أن تستخدمه لتحديد أنك أفسدت ذلك؟

المفحوص: لقد استخدمت مرة واحدة فقط هذا الأسبوع.

المعالج: وهذا يكفي لوصف أنك أفسدت الأمر، وعلى الجانب الآخر من ذلك، إلى أي مدى يجب أن تبقى نظيفًا لكي تحدد أنك لم تفسد الأمر؟

المفحوص: حسنًا، إذا كنت أستخدمه، فقد فشلت، لذا فإن عدم الفشل يعني أنني لم أستخدمه على الإطلاق.

المعالج: إذن لديك هذه الطريقة في النظر إلى الأشياء هنا، وهي "إذا لم أكن ناجحًا بنسبة 100% في شفائي، فشلت". أسمع الناس يقولون أشياء من هذا القبيل كثيرًا. في الواقع، يأتي في كثير من الأحيان لدينا اسم لها. نسميها تفكير الكل أو لا شيء. هل تستطيع تخيل ماذا تعني هذه التسمية؟

المفحوص: هل يجب أن يكون كل شيء في اتجاه واحد أو بطريقة أخرى؟

المعالج: نوع ما، نعم. عندما يفكر الناس في كل شيء أو لا شيء، فإنهم يميلون إلى إنشاء عمليات قطع صارمة، مثل هذا أو ذاك، إما أن يكون هذا أو ذاك، إما أن يكون مثاليًا أو سيئًا، فأنا إما سليم أو قد أفسدت الأمر.

المفحوص: أعتقد أن هذا ما أفعله. لكن أليس هدفي أن أبقى سليماً؟

المعالج: بالتأكيد. لهذا السبب نحن هنا، بعد كل شيء. لكن دعنا نفكر في الآثار المترتبة لتفكير الكل أو لا شيء. عندما تخبر نفسك أن أي شيء أقل من الرصانة يعني أنك قد أفسدت الأمر، إلى أين قد يقودك هذا التفكير؟

المفحوص: أعتقد أنه سيقودني إلى الحصول على مستوى عالٍ من التقدم لنفسى.

المعالج: مستوى عالٍ يمكن أن تقي به بشكل موثوق؟

المفحوص: أعتقد أنه سيكون صعباً. قد أفشل

المعالج: وإذا انزلت وقررت "أنا فشلت"، إلى أين سيأخذك ذلك؟

المفحوص: أعتقد أنني سأصاب بالإحباط واليأس

المعالج: أظن أنك على حق. وهل ستساعدك مشاعر الإحباط واليأس هذه على تحقيق أهدافك، أو تعترض طريقك؟

المفحوص: من المحتمل أن يعرقلوا طريق

من خلال هذا الحوار نلاحظ أن:

• اختار المعالج استهداف تفكير المفحوص "كل شيء أو لا شيء" في هذا المثال. كشفت أيضاً عن تشوه معرفي آخر في تعليقاته. عندما قال "أشعر وكأنني أفشل"، ربما يكون المعالج قد التقط التعميم المفرط ومعالجته بطريقة مماثلة.

• أوضح المعالج نقطة ليس فقط في تحديد التشوه المعرفي ولكن أيضاً لتحديد التشوه المعرفي ساعد المفحوص في فهم سبب كون هذا التشويه ضاراً. ووجه المعالج صلة بين التفكير والعاطفة والسلوك باستخدام الأسئلة السقراطية لمساعدة المفحوص على التعرف أن تفكيره بكل شيء أو لا شيء من المرجح أن يؤدي إلى تقاوم مزاجه السلبي والاستعداد للمزيد من تعاطي المخدرات.

2- مساعدة المفحوص في الوصول والقبول والتدريب طريقة تفكير أكثر تكيّفاً

حسب (Tolin.D, 2016) بعد تحديد وجود التشوهات المعرفية، فإن الخطوة التالية هي مساعدة المفحوص على تحديد طريقة بديلة للتفكير. في بعض الأحيان، يعتقد الناس خطأً أن الهدف من إعادة الهيكلة المعرفية هو جعل العملاء "يفكرون بإيجابية". ومع ذلك، هذا ليس كذلك. من المرجح أن يكون ذلك مفيدة. ولكن الهدف ليس استبدال الأفكار السلبية غير الواقعية بأفكار إيجابية غير منطقية. على سبيل المثال، إذا حاولنا إقناع المفحوص بأن كل شيء على ما يرام وأنه لا يمكن أن يحدث أي شيء

سيئ، فمن المحتمل أن نفشل. لأن الأشياء السيئة تحدث و المواقف الغير مريحة موجودة و هدفنا هو مساعدة العملاء على التفكير في هذه الأشياء بشكل واقعي وليس إيجابيًا. من المرجح أن يؤدي التفكير الواقعي في موقف سيء إلى بعض المشاعر الطبيعية بعدم الراحة ولكن من غير المرجح أن يؤدي إلى اضطراب خطير في الحالة المزاجية أو السلوك.

- فحص الدلائل والبراهين Examining the Evidence

تتمثل إحدى طرق المساعدة في تحديد الأفكار الأكثر تكييفًا في فحص الأدلة المؤيدة للفكر غير التكيفي والمعارض له. يقوم المعالج والعميل بمراجعة الأدلة التي من شأنها أن تدعم التفسير المشوه ثم مراجعة الأدلة التي لا تدعم التفسير، يمكن القيام بذلك على قطعة من الورق بخط مرسوم في المنتصف، كما هو موضح في الشكل () وفي الملحق ب. بعد مناقشة الأدلة المؤيدة والمعارضة للتفسير، يتوصل المعالج والمفحوص إلى تفسير جديد أكثر واقعية وأكثر قدرة على التكيف

تتمثل إحدى نقاط الخلاف المحتملة في هذا التمرين في أن المفحوص سيأتي بأدلة للتفسير أكثر من ضده. هذا ليس بالأمر المفاجئ. استنادًا إلى ما نعرفه عن الذاكرة المتوافقة مع الحالة المزاجية، يمكننا أن نتنبأ بأن المعلومات التي تتوافق مع الحالة المزاجية الحالية للمفحوص ستكون أسهل في الاسترداد. جزء من عمل المعالج هو مساعدة المفحوص على تحديد دليل ضد الفكر. (Tolin.D, 2016)

هناك نقطة خلاف محتملة أخرى وهي معاملة فحص الأدلة مثل "عدد الأصوات"، حيث يفوز الجانب الذي يحصل على أكبر عدد من النقاط. ويقول (Tolin.D, 2016) نحن بالتأكيد مهتمون بكمية الأدلة على كلا الجانبين، لكننا مهتمون بنفس القدر بجودة هذا الدليل. غالبًا ما نجد أن "الدليل" للتفسير ليس دليلًا قويًا على الفكر على الإطلاق. يمكن للمعالج أن يساعد المفحوص على تقييم الأدلة بشكل نقدي من أجل تحديد ما إذا كان ينبغي تصديقها.

مثال: التفسير: استدعاني مديري إلى مكتبه لأنني في ورطة

الجدول رقم (11) نموذج ورقة عمل لفحص الأدلة من أجل التفسيرات.

البراهين الموافقة لتفسير	البراهين المضادة لتفسير
لديه نظرة صارمة في وجهه	لم أفعل أي شيء من شأنه أن يوقعني في مشكلة حصلت على مراجعة أداء جيدة الشهر الماضي ، أحيانًا يكون لديه تعبير صارم ولكن لا أحد يقع في مشكلة.

ليس لدي أي سبب لأتوقع أنني في ورطة. يمكن أن يتصل بي إلى مكتبه لأي عدد من الأسباب ، ولا يبدو أن الوقوع في مشكلة هو السبب الأكثر ترجيحًا

تكيف سياق إعادة البناء المعرفي:

- مع العملاء ذوي الأداء العالي. العملاء ذوو الأداء العالي والأكثر تفكيرًا نفسيًا عادة ما يأخذون بشكل جيد لإعادة البناء المعرفي. عادة ما يكونون قادرين بالفعل على تحديد ما يفكرون فيه ويشعرون به ويمكنهم مناقشة أفكارهم بشكل تحليلي.

- مع العملاء ذوي الأداء المنخفض، مثل أولئك الذين يعانون من تحديات فكرية، سيكون لديهم قدرة متفاوتة على تحديد وتحدي الأفكار غير القادرة على التكيف (Sturme y, 2004) ، فالتفكير البطيء ، وضعف الانتباه والذاكرة ، والمفردات المحدودة ، ومشاكل التفكير المجرد قد تعيق جهود إعادة الهيكلة المعرفية. قد تكون العناصر السلوكية في العلاج المعرفي السلوكي، أكثر أهمية من العناصر المعرفية لهؤلاء العملاء. هذا لا يعني أنه غير ممكن. فيمكن لمعظم العملاء الذين لديهم تحديات فكرية تحديد وربط الأفكار والعواطف والسلوكيات، على الرغم من أن قدرتهم على التفكير افتراضيًا في الأفكار والمعتقدات محدودة على الأرجح، ستحتاج عملية إعادة الهيكلة المعرفية إلى التقدم ببطء وعلى المستوى الأساسي، كما هو موضح أدناه للأطفال (على الرغم من أننا نريد الحرص على عدم استخدام لغة تشبه الأطفال بشكل غير لائق مع البالغين).

ومع ذلك، يمكن للعملاء الآخرين ذوي الأداء المنخفض الاستجابة بشكل جيد لإعادة البناء المعرفي. وهذا يشمل العملاء الذين يعانون من اضطرابات ذهانية، و في هذا المجال يستخدم كل من (Kingdon & Turkington, 2006, p.49) أساسًا منطقيًا غير ضار، حيث تتم مناقشة التجارب الذهانية مثل الأوهام والهلوسة في سلسلة متصلة مع التجارب العادية، مما يساعد المفحوص على الشعور بقدر أقل من الاغتراب والوصم. يستخدم المعالج تحقيقات منطقية لطيفة مثل "إذا كانت أصواتك تأتي من المبرد، فلماذا لا يستطيع أي شخص آخر سماعها .يتم تشجيع العميل على تطوير تفسيراته البديلة الخاصة به، بدلاً من فرض تفسيرات المعالج على المفحوص.

- **مع الأطفال:** على الرغم من أن المراهقين الأكبر سنًا يمكنهم في كثير من الأحيان الاستجابة لإعادة البناء المعرفي بنفس الطريقة التي يستجيب بها الكبار، إلا أن الأطفال الأصغر سنًا قد يحتاجون إلى تعديلات بناءً على مرحلة النمو على سبيل المثال، قد يجدون صعوبة في إدراك أن هناك وجهات نظر أخرى إلى جانب وجهات نظرهم وفي دمج المعلومات التي تتعارض مع معتقداتهم .قد يكون أداء الأطفال أفضل عندما يتم تأطير الأفكار غير القادرة على التكيف على أنها "أوامر" يعطيها الدماغ للجسم أو عندما يتم تخريج الأفكار غير القادرة على التكيف كشخصيات، مثل "وحش الفكر السيئ" (Grave & Blissett, 2004).

يمكن رؤية مثال جيد على التعديل التطوري لإعادة الهيكلة المعرفية في برنامج " Coping Cat" Kendall and Hedtke's (2006) للشباب القلقين الذين تتراوح أعمارهم بين 7-13 عامًا. لمساعدة الأطفال على التعرف على تفسيراتهم المزعجة والتصرف بناءً عليها، يستخدمون "الخوف" ذاكري (الشعور بالخوف؟ توقع حدوث أشياء سيئة؟ المواقف، الإجراءات التي يمكن أن تساعد، والنتائج، والمكافآت). أثناء مناقشة "توقع حدوث أشياء سيئة"، يسأل المعالجون ويلاحظون التفسيرات غير القادرة على التكيف ويشجعون الأطفال على تصنيفها باستخدام مصطلحات مثل "صوتي القلق" أو "صوتي اليأس"

يجب أن يكون لإعادة البناء المعرفي مع الأطفال عنصرًا ممتعًا بشكل واضح، مع تقديم المفاهيم على مستوى مناسب من الناحية التنموية واستخدام الأمثلة التي يكون الطفل مألوفًا بها في بعض الأحيان، يمكن أن نطرح أسئلة على الأطفال الصغار مثل "ماذا تعتقد أن (شخصية معروفة على ساحة كرة القدم سيقوله عن هذا؟" أو "كيف سيفكر (شخصية كرتونية) في ذلك؟" هذه طريقة لإدخال إستراتيجية التفكير في البدائل بطريقة صديقة للطفل. في معظم الحالات، سيتضمن علاج الأطفال تدخلات سلوكية، وربما تلقي تركيزًا أكبر من تلك المعرفية. (Stallard, 2002)

- في مجموعات. يمكن مناقشة التشوهات المعرفية في مجموعة، كما هو الحال في مناقشات "القفز إلى الاستنتاجات" الموضحة أعلاه في العلاج المعرفي السلوكي لمرض انفصام الشخصية. في مجموعة الرهاب الاجتماعي، يطلب المعالج في البداية من أحد أعضاء المجموعة أن يروي قصة عن حدث مؤلم من حياته أو حياتها الخاصة وسرد أفكاره أو أفكارها غير القادرة على التكيف. يقوم العملاء بعد ذلك بطرح أسئلة صعبة على المعالج، مثل البحث عن البدائل أو فحص الأدلة. ثم يعطي المعالج عينة من المواقف التي تثير القلق، مثل مطالبتك بالحضور إلى مكتب الرئيس، ومطالبة المجموعة بتحديد التفسيرات المحتملة وإجراء مناقشة جماعية حول كيفية تحدي التفسيرات غير القابلة للتكيف واستبدالها.

- في وحدة المرضى الداخليين. يشكل إعادة البناء المعرفي مع المرضى الداخليين تحديًا خاصًا ، نظرًا لطول مدة الإقامة (عادةً) القصيرة ، والطبيعة الحادة للأعراض ، والمخاوف المتعلقة بالاستشفاء نفسها ، وإزالة المحفزات المعتادة في البيئة الطبيعية لكل طفل. يقترح Ludgate, Wright, Powers, and Camp (1993) عدة تعديلات على العلاج المعتاد:

1- التركيز على تخفيف الأعراض: يجب تأجيل الأهداف طويلة المدى إلى العلاج في العيادات الخارجية.

2- ضبط طول الجلسات وتواترها: نحاول أن يكون الاجتماع مع المفحوص يوميًا لمدة 30 دقيقة أو أقل.

3- إشراك المعالجين المساعدين: كل شخص يتفاعل مع المفحوص (على سبيل المثال ، الممرضات والمعالجون المهنيون والأخصائيون الاجتماعيون) لديه الفرصة لتكرار وتعزيز ما يعمل عليه المفحوص.

4- تكامل الجهود العلاجية: يقوم معالج العلاج المعرفي السلوكي بتطوير صياغة الحالة ويعمل مع المعالج الصيدلاني ومعالج الأسرة والأطباء الداخليين والمعالجين الجماعيين وغيرهم من الأطباء للتأكد من أن الجميع يعملون في نفس الاتجاه.

5- تعيين واجبات منزلية في الوسط: يجب تجنيد موظفي الوحدة لمساعدة العميل على أداء واجباته المنزلية على الوحدة.

6- استخدم إعدادات المستشفى لتحديد الأفكار "الساخنة": تحديد الضغوطات التي تحدث في الوحدة وتوجيه المفحوص من خلال خطوات إعادة البناء المعرفي حول تلك الضغوطات.

7- الاستفادة من البعد عن الضغوطات البيئية: قد يؤدي الإزالة المؤقتة للمفحوص من البيئة الطبيعية إلى توفير قدر ضئيل من "غرفة التنفس" التي تسمح للمفحوص بتحليل والعمل على كيفية استجابته لهذه العوامل الضغوطات.

- النظر في البدائل

هناك طريقة أخرى للاعتراض على الأفكار غير القادرة على التكيف وتقديم أفكار أكثر تكيّفًا وهي تشجيع العميل على التفكير في البدائل. مثل فحص الأدلة، فإن التفكير في البدائل لا يقتصر على أي نوع معين من التشويه المعرفي، لذلك فهو أيضًا قابل للتطبيق على نطاق واسع. الفكرة الأساسية في التفكير في البدائل هي دعوة المفحوص إلى الخروج من إطاره المرجعي والنظر في طرق أخرى في التفكير، وهنا يستمر المعالج في العمل مع المفحوص حول انقضاء فترة تعاظم المخدرات.

المعالج: لقد حددنا بضع الأفكار المهمة هنا. التفكير في عبارة "أنا فاشل". أود أن نفكر في هذه المعتقد هل هم حقيقي؟

المفحوص: حسنًا، إنها أفكار صادقة.

المعالج: هل هي صحيحة؟ هل هذا حقًا أنت كذلك؟

المفحوص: نوع ما، لقد قمت بإفساد الأمر، وهذا فشل، أليس كذلك؟

المعالج: أتساءل، هل هناك طريقة أخرى للنظر إليها؟

المفحوص: لا أعرف، أعتقد أنه يمكن أن يكون هناك.

المعالج: ماذا يمكن أن تكون هذه الطريقة الأخرى؟ أنا لا أطلب منك بالضرورة أن تصدق ذلك، لكنني أتساءل فقط ما الذي يمكن أن تأتي به؟

المفحوص: حسنًا، أعتقد أن هناك طريقة أخرى للنظر إلى الأمر وهي أن الأخطاء تحدث وذلك لا يعني بالضرورة أنني قد أفسدت الأمر.

المعالج: ستكون هذه طريقة أخرى، نعم. لكن في الوقت الحالي ليس هذا ما تفكر فيه

المفحوص: ليس حقًا، لا. أدري، أعتقد أنه يمكن أن يكون صحيحًا.

المعالج: حسنًا، لنتخيل أن شخصًا آخر كان هناك ورأى ما حدث. من هو شخص تثق حقًا برأيه؟

المفحوص: أمي. انها ذكية جدا.

المعالج: حسنًا، لنتخيل أن والدتك رأت ذلك؟

المفحوص: ستصاب بخيبة أمل حقًا.

المعالج: ربما. إذا تحدثت إلى والدتك بعد ذلك وسألت، "هل قام ابنك قام بإفسادها ماذا تعتقد أنها ستقول؟

المفحوص: لا أعتقد أنها ستقول إنني كنت فاشلاً.

المعالج: لم تفعل؟ ماذا ستقول على الأرجح؟

المفحوص: ربما كانت ستقول إنني ارتكبت خطأ.

المعالج: لكن لن تقول إنك فاشلاً.

المفحوص: لا، ربما كانت ستقول شيئاً مثل "إنها نكسة، لكن عليك فقط الاستمرار في العمل على حلها."

المعالج: ربما تكون هذه هي طريقتنا البديلة في التفكير في الأمر - إنها نكسة وشيء ما عليك مواصلة العمل عليه، لكنه لا يجعلك فاشلاً.

-التدخلات من أجل التشوهات المعرفية المحددة

معالجة المبالغة في التقدير والتقليل عن طريق ممارسة الرياضيات

عندما ينخرط الناس في المبالغة في تقدير الاحتمالية، فإنهم يخطئون في فهم حدث منخفض الاحتمال لحدث عالي الاحتمال. في عملية التصغير، يقوم الشخص بالعكس: الخلط بين حدث ذي احتمالية عالية لحدث منخفض الاحتمال.

إن الهدف من إعادة البناء المعرفي من أجل المبالغة في تقدير الاحتمالات ليس إقناع المفحوص المبالغ في تقديره بأن هذا الحدث لن يحدث - في كثير من الحالات، هناك بعض الاحتمالية التي ستحدث - ولا إقناع المفحوص المنخفض أن هذا الحدث سيحدث - في كثير من الحالات، هناك بعض الاحتمال ألا يحدث ذلك. بدلاً من ذلك، نحاول مساعدة المفحوص في الحصول على رؤية أكثر واقعية للاحتمال الفعلي.

إن القيام بالحسابات يعني أنه في حالة تشويه تفكير المفحوص بسبب التقديرات السيئة للاحتمالية، وفي هذه التقنية العلاجية المعرفية السلوكية نريد مساعدة المفحوص على إجراء تقديرات أفضل للاحتمالية. إحدى الطرق المباشرة للقيام بذلك هي تقديم درس أساسي في الرياضيات. هنا، يعمل المعالج مع المفحوصة (س) المصابة باعتماد **benzodiazepine**. تخشى (س) الطيران على متن طائرة وتعتمد عادة على استخدام **benzodiazepine** الثقيل في السفر الجوي. لهذا قام المعالج بمناقشة رحلة س القادمة لزيارة ابنتها.

المفحوصة: لا يمكنني التخلص من هذا القلق من تحطم الطائرة.

المعالج: إذا فإن أفكارك حول الطيران هي، "الطائرة ستتحطم"، وأنت قلق من الرد على هذا الفكر. لذا دعينا نلقي نظرة على هذا الفكر. ما مدى دقتها بالنسبة لك؟

المفحوصة: حسنًا، إذا كنت سأركب طائرة، يبدو الأمر دقيقًا حقًا. والطائرة تصدر كل تلك الضوضاء أيضًا، وهذا يجعلني حقًا أكثر خوفًا من أنها ستتحطم.

المعالج: نعم، يمكن أن تكون الضوضاء على متن الطائرة مخيفة إذا كنت لا تعرف ما تعنيه. لكن لنبدأ بالنظر إلى المستوى الأساسي للمخاطر هنا. في رأيك، ما هو الاحتمال الفعلي لتحطم طائرة؟ إذا كانت هناك فرصة بنسبة 0% تعني أن الطائرة لن تتحطم على الإطلاق، وهناك فرصة بنسبة 100% تعني أن الطائرة ستتحطم دائمًا، عندما تصعد على متن طائرة، ما هو برأيك احتمال تحطم الطائرة؟

المفحوصة: لست متأكدًا. ربما 20%؟

المعالج: إذن عندما تصعد على متن طائرة، هناك احتمال بنسبة 20% أنها ستتحطم؟

المفحوصة: نعم، ربما.

المعالج: دعينا نفكر في ذلك أكثر من ذلك بقليل. إن احتمال وقوع حادث تحطم طائرة بنسبة 20% يعني أنه في المتوسط ، تتحطم طائرة واحدة من كل خمس طائرات. هل هذا يبدو دقيقًا؟

المفحوص: حسنًا، لا، أعتقد أن هذا ليس صحيحًا.

المعالج: يبدو الأمر حاسمًا. حتى نتمكن من معرفة الاحتمال الحقيقي من خلال معرفة عدد الطائرات التي تحطمت، وقسمة ذلك على عدد الطائرات العاملة ، أليس كذلك؟

S: صحيح.

المعالج: (البحث في صفحة الويب على هاتف ذكي.) ينشر المجلس الوطني لسلامة النقل إحصاءاته على مدار السنوات العشر الماضية على الإنترنت. على مدى السنوات العشر الماضية، كان هناك 42 حادث تحطم طائرة تجارية. كما يظهر ذلك أكثر من ذلك في نفس الإطار الزمني، كان هناك 191355969 رحلة تجارية. لذلك إذا قسمنا 42 على 191355969، فسنحصل على مائتي ألف من 1%، أو حوالي واحد من كل 4.5 مليون رحلة.

المفحوصة: واو، هذا أصغر بكثير مما كنت أعتقد.

المعالج: بالتأكيد أقل من 1 من كل 5، أليس كذلك؟

المفحوص: ولكن حتى لو كانت الفرصة واحدة من كل 4 ملايين، فإنها لا تزال تبدو مخيفة.

المعالج: حسنًا، دعونا نحاول وضع ذلك في منظور. كيف تصل إلى المطار؟

المفحوصة: أنا أقود السيارة.

المعالج: ما الذي تعتقد أنه من المرجح أن يقتلك ، القيادة إلى المطار ، أو الرحلة؟

المفحوصة: أعتقد محرك الأقراص.

المعالج: هل تخافي من القيادة؟

المفحوصة: لا.

المعالج: إذن خوفك منحرف قليلاً هنا. عندما تصعد على متن الطائرة، كيف تتعامل مع قلقك؟

المفحوصة: آخذ benzodiazepine.

المعالج: ما الذي تعتقد أنه من المرجح أن يقتلك ، benzodiazepine. أو الطيران؟

المفحوصة: benzodiazepine.

المعالج: صحيح. الآن، أنا لا أحاول زرع مخاوف جديدة فيك، لكنني أريد أن أرى نقطة أساسية. هناك مخاطر في كل مكان حولنا، وبعضها محتمل أكثر من الأخطار الأخرى. جزء من الحياة الصحية يعني تعديل استجابة مخاوفك للمخاطر الفعلية بدلاً من المخاطر المصطنعة.

- إزالة الكارثية:

تحدث الكارثية عندما يتورط العميل في واحد (أو كليهما) من هذين النوعين من الأخطاء:

. الاعتقاد بأن عواقب حدث ما ستكون مدمرة تمامًا، في حين أنها على الأرجح ستكون أقل خطورة.

. الاعتقاد بأنه لن يكون قادرًا تمامًا على التعامل مع حدث ما، في حين أنه على الأرجح سيكون قادرًا على التعامل معه.

وبالتالي، فإن الهدف من إزالة الكارثية هو تقليل التأثير السلبي الملحوظ لحدث متوقع و / أو زيادة إحساس المفحوص بالتعامل مع الكفاءة الذاتية في حالة وقوع الحدث.

يعتبر السهم النازل هو إحدى الطرق لإخراج حدث مخيف. الفكرة الأساسية للسهم النازل هي أن المعالج يستخدم سلسلة من أسئلة "إذا - إذن" التي تقود المفحوص نحو استنتاج تأثير الحدث المنخفض و / أو القدرة الكافية على التكيف. (Greenberger & Padesky, 2016) في هذا المجال نقدم مثالا يعمل المعالج فيه مع مفحوص مصاب باضطراب الهلع ومن قبل تجنب فوبيا :

المعالج: لذلك حددنا فكرة "إذا شعرت بالغثيان في معدتي، فسوف أتقيأ." في الوقت الحالي، لنفترض أن هذا يحدث بالفعل - أنت تتقيأ. ما الذي يزعجك في ذلك؟

المفحوص: حسناً، لا أريد أن أتقيأ.

المعالج: لا، لا أتخيل أنك ستفعل. لن أفعل ذلك أيضاً. لكن ما الذي تجده سيئاً للغاية بشأن القيء؟

المفحوص: إذا كنت في مكان عام، فسيكون ذلك محرّجاً.

المعالج: أستطيع أن أتخيل. لذلك دعونا ننقل إلى ذلك لمدة دقيقة. إذا تقيأت في مكان عام، فماذا ستكون نتيجة ذلك؟

المفحوص: لا أعرف. لم أفكر في ذلك من قبل. أنا فقط أعلم أنه سيكون مروّعاً.

المعالج: من المثير للاهتمام أنك كنت تعلم أنه سيكون أمراً فظيئاً، لكنك لم تفكر في الأمر، قد يكون هذا جزءاً من المشكلة - لقد افترضت أنه سيكون أمراً فظيئاً، لكننا نعلم حقاً أن هذه حقيقة فعلاً؟

المفحوص: حسناً، أعتقد أنني لا أعرف ذلك بالتأكيد.

المعالج: حسناً، دعنا نفكر في الأمر أكثر قليلاً. تخيل هذا معي: ها أنت هنا، في مكان عام، وقد تقيأت للتلو أمام مجموعة من الناس. ماذا قد يحدث؟

المفحوص: سأشعر بالإهانة.

المعالج: إلى متى ستشعر بالإهانة؟ هل ستشعر بهذه الطريقة لبقية حياتك؟

المفحوص: لا، لا أعتقد ذلك. ربما سأشعر بالإهانة لبقية اليوم، رغم ذلك.

المعالج : حسناً، ستشعر بالسوء ولكن ليس إلى الأبد. هل ستكون مشاعرك بالإهانة سيئة للغاية لدرجة أنك لن تكون قادراً على التعامل معها؟

المفحوص: أشعر أنني لن أفعل ذلك.

المعالج: دعنا نستمر في التفكير في الأمر. كيف سيكون رد فعلك حقاً؟

المفحوص: أعتقد أنني سأعود للمنزل وأقوم بالتنظيف ثم أكمل الأمور في النهاية؟

المعالج: يبدو هذا مرجحاً جداً. أنا لا أحاول أن أقول إنك لن تشعر بالسوء حيال ذلك، ولكن عندما نفكر في الأمر حقاً، يبدو أنك ستتعامل مع الأمر ولن تشعر بالسوء إلى الأبد.

المفحوص: نعم، كنت سأتعامل معها.

المعالج: وماذا عن الأشخاص الذين رأوك تتقيأ؟ كيف تتخيل أنهم سيستجيبون؟ على سبيل المثال، هل سيشيرون إليك ويضحكون عليك؟

المفحوص: قد يكون البعض.

المعالج: هذا صحيح، قد يكون البعض. هل سيكون هذا هو كيف استجاب معظم الناس؟

المفحوص: ربما لا. ربما يتجاهلها بعض الناس.

المعالج: ربما. هل من الممكن أن يعبر أي شخص عن قلقه تجاهك؟

المفحوص: نعم، ربما شخص ما سيساعد.

المفحوص: إذن سؤالي لك هو، إذا تقيأت في مكان عام، هل ستكون نهاية العالم؟ أم أنها ستكون مجرد تجربة غير سارة؟

ج: سيكون مجرد أمر غير سار.

لاحظنا أنه كان بإمكان المعالج أيضاً معالجة الاحتمالية المبالغ فيها في تفكير المفحوص من خلال مطالبهم بتذكر عدد المرات التي شعر فيها بالغثيان في معدته ، وفي تلك الأوقات ، كم مرة كانت تتقيأ وما لم تتقيأ.

يمكن استخدام إزالة الكارثية للعديد من النتائج السلبية المخيفة. من الواضح أن بعض النتائج المخيفة، مثل القتل، هي بطبيعتها كارثية جداً، ومن المحتمل ألا تساعد تقنية **Decatastrophizing** كثيراً (على الرغم من أن ألبرت إيليس قال ساخراً، "إذا مت، تموت"). عندما تكون النتيجة المخيفة كارثية حقاً، فمن المحتمل أن أستهدف المبالغة في تقدير القدرة المحتملة (على سبيل المثال، "نعم، سيكون ذلك فظيلاً، لكنه بعيد الاحتمال إلى حد كبير"). ومع ذلك، في معظم الحالات الأخرى، تكون النتيجة المخيفة

سيئة ولكنها ليست كارثية، وتفسح المجال لنهج **decatastrophizing**. إن الفشل في الاختبار، وارتكاب خطأ في العمل، والانفصال عن شريك كلها أمثلة على النتائج المخيفة التي يمكن القضاء عليها.

- تحدي التعميم بإيجاد الاستثناءات

عندما يفرط الناس في التعميم، فإنهم يتوصلون إلى استنتاجات شاملة حول شيء ما بناءً على أدلة محدودة إلى حد ما. يمكننا تحدي التعميم بإيجاد استثناءات لتلك الاستنتاجات الشاملة. في هذا المجال نقدم مثالا عن عمل المعالج مع مفحوص يعاني الذي يعاني من شعوره بالتشاؤم الشديد بشأن زواجه.

المعالج: لدينا هذا الفكر الذي يخطر ببالك كثيرا: "زواجي محطم". هل يمكن أن تخبرني كيف توصلت إلى هذا الاستنتاج؟

المفحوص: حسنا، نتجادل كثيرا. ونحن فقط نشير أعصاب في كل شيء صغير.

المعالج: فهمت. لذلك هناك جدل، وتشير أعصاب بعضكما البعض، وتأخذ ذلك على أنه يعني أن زواجك تحطم.

المفحوص: أجل. أعني، الأزواج السعداء لا يتصرفون بهذه الطريقة.

المعالج: الأزواج السعداء لا يتجادلون مع بعضهم البعض أو يثيرون أعصاب بعضهم البعض؟

المفحوص: حسنا، أعتقد أنهم يفعلون ذلك. لكن ليس بقدر ما نفعل.

المعالج: هل تعرف كم مرة يجادل الأزواج السعداء؟

المفحوص: لا، أعتقد أنني أعرف ذلك.

المعالج: دعونا نلقي نظرة على الجانب الآخر منه. ما الجيد في الزواج؟

المفحوص: ما الجيد في ذلك؟ لا شيء على ما أعتقد.

المعالج: على سبيل المثال، هل حدث أي شيء جيد بينكما؟ أبداً؟ تأكد جيدا.

المفحوص: كنا نحب الذهاب للمشي لمسافات طويلة معا. لكننا لم نفعل ذلك منذ وقت طويل.

المعالج: ولكن هناك على الأقل بعض المصالح المشتركة هناك؟ هل من شيء آخر؟

المفحوص: حسنا، مؤخرا لم أكن مستعدا لفعل الكثير، لكننا نحب مشاهدة الأفلام التلفزيونية معا. وأحيانا نتحدث عن الفيلم بعد ذلك.

المعالج: يبدو أنه قد يكون لطيفًا.

المفحوص: نعم، أعتقد ذلك.

المعالج: هل تفاعلاتك دائمًا مجادلات؟

المفحوص: لا، في بعض الأحيان نتعامل بشكل لائق.

المعالج: ماذا يمكن أن يكون مثالاً على ذلك؟

المفحوص: حسنًا، عندما أصل إلى المنزل، سألتني كيف كان يومي، وسألتها كيف كان يومها.

المعالج: حسنًا، هذا يبدو واعدًا. ماذا بعد؟

المفحوص: أعتقد أحيانًا أنني سأعرض مساعدتها في أشياء مثل طهي العشاء، ويبدو أنها تقدر ذلك. وأحيانًا تستمع إلي عندما أشعر بالحزن والاكتئاب.

المعالج: لذلك أعتقد أنني سمعت أن هناك بعض الأشياء حول زواجك بالتأكيد ليس مثل - الحجب على أعصاب بعضنا البعض. وأنا أيضًا أسمع أن هناك أحيانًا يكون فيها لكليهما اهتمامات مشتركة جميلة لبعضكما البعض. أتساءل ما إذا كان من الأصح القول إن الزواج تحطم تمامًا، أم أنه من الأصح القول إن هناك بعض الأشياء التي تريد العمل عليها وإصلاحها في الزواج؟

المفحوص: يبدو الأمر كما لو أن لدينا أشياء أريد العمل عليها وإصلاحها.

لاحظ في هذه الحالة أن المعالج لا يتجاهل المشاكل الحقيقية في الغضب الزوجي. يمكن حل هذه المشاكل بشكل مثمر، ولكن كان من الضروري في البداية لمساعدة المفحوص على بناء أفكار أكثر بناءة حول الزواج.

- تحدي الشخصية من خلال تحديد العوامل الخارجية

يمكن أن يأخذ الشخصية شكلين:

1. الاعتقاد بأن المرء هو المسؤول عن الأحداث التي لا تخضع بالكامل لسيطرة المرء. كثيرًا ما ينسب الأفراد المكتئبون النتائج السلبية إلى عجزهم، ويتجاهلون المساهمات المهمة الأخرى.
2. الاعتقاد بأن الأحداث الخارجية مرتبطة بالذهن بالذات. مثال واضح على هذا الشكل من الشخصية يظهر في أوهام الإشارة بين العملاء المصابين بالذهان الاضطرابات، مثل الاعتقاد بأن الأشياء المعروضة على التلفزيون تمثل رسائل خاصة. ومع ذلك، يمكن رؤية الاختلافات الأقل تطرفًا في هذا التشويه في العديد

من أشكال علم النفس المرضي، مثل إساءة تفسير تعبيرات وجه شخص آخر أو نبرة الصوت تعني شيئاً شخصياً.

يمكننا تحدي الشخصية من خلال تحديد العوامل الخارجية التي قد توفر تفسيرات بديلة و في هذا المجال نقدم مثال يبين عمل المعالج مع مفحوصة مصابة بالفصام. لديها أوهام الاضطهاد بأنها تخضع للمراقبة من قبل وكالة حكومية:

المفحوص: رأيت تلك الشاحنة البيضاء في شارعي مرة أخرى أمس.

المعالج: وهذا جعلك تفكر في أنك تخضع للمراقبة؟

المفحوص: أجل. هم هناك طوال الوقت. أعتقد أنهم يجلسون في تلك الشاحنة يستمعون إلي ، كما هو الحال في الأفلام.

المعالج: أتخيل أن هذا مخيف.

المفحوص: إنه أمر مرعب.

المعالج: ما مدى تأكّدك من أن الشاحنة كانت هناك لرصدك؟

المفحوص: أنا متأكد. تلك الشاحنة موجودة دائماً في شارعي.

المعالج: حسناً، أنا منفتح على احتمال وجود الشاحنة هناك لمراقبتك. ولكن هل يمكننا التفكير في أي

أسباب أخرى قد تكون الشاحنة موجودة هناك؟

المفحوص: لا أستطيع التفكير في أي شيء.

المعالج: حسناً، دعونا نطرح بعض الأفكار. ما هي بعض الأسباب التي قد تجعل الشاحنة متوقفة في الشارع؟

المفحوص: أم. . . قد تنتمي إلى شخص يعيش هناك؟

المعالج: نعم، هذا ممكن. ما هي بعض الأسباب الأخرى؟

المفحوص: أعتقد أنه يمكن أن يكون مثل العمال الذين يعملون في منزل شخص ما؟

المعالج: يمكن أن يكون. هل من شيء آخر؟

المفحوص: ربما يكون مجرد شخص يزور كثيراً مثل صديق شخص ما أو شيء ما؟

المعالج: ربما. لذا فإن أحد الاحتمالات هو أن الشاحنة كانت هناك لأن شخصاً ما أراد مراقبتك. بعض الاحتمالات الأخرى هي أن الشاحنة موجودة هناك لأنها تخص شخصاً يعيش هناك، أو شخص يعمل في منزل شخص ما، أو شخص زائر. كم أنت متأكد من أن الشاحنة كانت هناك للمراقبة أنت؟

المفحوص: أعتقد أنني لست متأكدًا

حان الوقت لفحص سريع للواقع. فمن غير المحتمل أن تؤدي إعادة البناء المعرفي إلى حل كامل لمعتقد المفحوصة الوهمي. ومع ذلك، فمن الممكن تمامًا "تخفيف" أوهامها حتى تكون أكثر انفتاحًا على البدائل ومستعدة لتجربة الاستراتيجيات أخرى في علاج.

- تحدي الكل أو لا شيء في التفكير باستخدام القياس:

يشير التفكير "الكل أو لا شيء" إلى مشاهدة الأحداث أو الأشخاص أو الذات من حيث فئات على سبيل المثال ، الأشياء إما مثالية أو فظيعة ، كما يُرى في الأفراد ذوي الكمال أو أن الناس إما جيّدون أو كلهم سيئون ، (Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002) كما يظهر في المثالية وخفض قيمة الأفراد مع اضطراب الشخصية الحدية. (Napolitano & McKay, 2007). هناك ثلاث مشاكل محتملة في تفكير الكل أو لا شيء:

1. عادة ما تكون فئة "الخير" صارمة جدًا أو بعيدة المنال لدرجة أن الأشخاص أو الأشياء ينتهي حتماً في فئة "سيئة".

2. يمكن أن يؤدي تحديد أن شيئاً ما "جيد" أو "سيئ" تمامًا إلى تحيز متعمد بحيث يحضر الشخص بشكل غير متناسب خاصية المنبه التي تتوافق مع التسمية مع التجاهل الانتقائي لخاصية المنبهات التي لا تتوافق مع وضعية الكلمة المناسبة. هذا التطرف في وهكذا تصبح التسمية ذاتية.

3. التقييمات المعرفية المتطرفة تميل إلى المساهمة في ردود الفعل العاطفية والسلوكية المتطرفة

يمكن تحدي التصنيف الشديد لتفكير الكل أو لا شيء باستخدام التدرج، حيث يساعد المعالج المفحوص رؤية ظلال من اللون الرمادي بدلاً من الأسود والأبيض فقط. وفي هذا المجال نقدم مثالاً عن المعالج يعمل مع مفحوص، الذي اعتقد أنه "كان قاشل" بسبب انتكاس تعاطي المخدرات.

المعالج: لنتحدث أكثر عن فكرة الفشل هذه. لقد تحدثنا عن هذه الفكرة أنك إما ناجح في رهانك أو أنك فاشل. أتساءل ما إذا كان يجب أن يكون إما / أو؟ هل يوجد شيء بينهما؟

المفحوص: ماذا تقصد، شيء بين النجاح والفشل؟ أليس هذا مجرد فشل؟

المعالج: حسنًا، دعنا نفكر في الأمر. لنتخيل أن لدينا مقياسًا من نوع ما - دعنا نسميه مقياس فشل. ويعطينا عددًا من 0 إلى 100، مع 100 فشل كامل وأسوأ فشل شهده العالم على الإطلاق، والصفر يعني عكس الفشل تمامًا، النجاح الكامل. ماذا سيكون رقمك؟

المفحوص: أعتقد أنه سيكون مثل 70؟

المعالج: ليس 100؟ لما لا؟

المفحوص: حسنًا، لقد كنت متيقظًا لفترة من الوقت. ذهبت ما يقرب من 3 أسابيع دون استخدام قبل أن أراجع.

المعالج: حسنًا، هذا أمر جدير بالملاحظة، هل هناك حقيقة أخرى؟

المفحوص: أعتقد أن هناك حقيقة أنه بعد الانتكاسة اتصلت بك ولم أستخدمه مرة أخرى.

المعالج: صحيح، كان يمكن أن يكون أسوأ. لذا أتساءل، ما مدى دقة وصفك "بالفشل"؟

المفحوص: أعتقد أن الأمر ليس بهذه الدقة.

المعالج: ما هي الطريقة الأكثر دقة لوصفك؟

المفحوص: العمل عليه؟

المعالج: هذا بالتأكيد يبدو أفضل بكثير. هل من الأفضل التفكير بهذه الطريقة؟

المفحوص: نعم، إنها كذلك.

- تحدي تصريحات "ينبغي" من خلال التشكيك في القاعدة

يرى **David Shapiro (1989)** أن العديد من الأفراد العصبيين يتصرفون وفقًا لما يعتقدون أنهم يجب أن يريدوه ويشعروا به، وليس ما يريدون ويشعرون به بالفعل. يعتبر مفهوم وضع القواعد غير العقلانية في نماذج العلاج المعرفي السلوكي مفهومًا محوريًا. فالعديد من العملاء لديهم معتقدات محددة، إن لم يتم التحدث بها، حول ما يجب أن يشعروا به ويفكروا ويتصرفوا؛ كيف يجب أن يتصرف الآخرون؛ وكيف يجب أن يكون العالم. وبطبيعة الحال، نادرا ما يجتمع هؤلاء "ينبغي".

و يتم تحدي عبارات "ينبغي" بالتشكيك في القاعدة. على سبيل المثال ، قد أطرح أسئلة مثل:

هل صحيح حقًا أن زملائك في العمل يجب أن يحترموك؟ هل هذه قاعدة؟ أم أنها ستكون

أكثر دقة لنقول أن هذا هو تفضيلك القوي؟"

"أنت تقول إنه لا يجب أن تشعر بالضيق حيال ذلك ، لكن من الواضح أنك تفعل ذلك. لديك

هل خرقت قاعدة من نوع ما؟ أين هو مكتوب ولا يسمح لك أن تشعر به منزعج؟"

"أين مكتوب أن تكون زوجتك أكثر حنانًا لك؟"

الهدف من التشكيك في القاعدة هو تشجيع العميل على إعادة صياغة "ينبغي"

"التفضيلات". نريد مساعدة العميل في الوصول إلى معتقدات أكثر تكييفًا مثل:

"أود أن يحترمني بشكل أفضل كثيرًا إذا احترمني زملائي في العمل ، لكن يمكنني البقاء على قيد الحياة إذا كانوا ليس كذلك".

"أفضل ألا أشعر بالضيق ، لكنني أشعر بالضيق ، ويمكنني التعايش مع ذلك".

"أفضل أن تكون زوجتي أكثر حنانًا تجاهي، لكن يمكنني التأقلم إذا لم تكن كذلك".

عندما يتم تغيير "ينبغي" إلى تفضيل أو رغبة، بدلاً من قاعدة، فإن الاعتقاد يحمل عبئاً أقل عاطفية – فمن غير المرجح أن يثير مشاعر سلبية قوية، ويساعد المفحوص على إدراك أن العالم لن ينتهي إذا لم يتم استيفاء التفضيلات، ويضع المفحوص موضعاً لاتخاذ نهج أكثر واقعية وحل المشكلات تجاه المشكلة. حتى الآن يمكن للمفحوص أن يستقبل أسئلة عملية مثل:

لأنني أرغب بشكل أفضل إذا احترمني زملائي في العمل، كيف يمكنني تغيير مواقفهم أو سلوكهم؟"

"لأنه أفضل ألا أشعر بالضيق ، ما الذي يمكنني فعله لمساعدة نفسي على الشعور بالتحسن؟"

"لأنه أفضل أن تكون زوجتي أكثر حنانًا تجاهي، كيف يمكنني تحسين العلاقة الحميمة والمودة في علاقتنا؟"

- تحدي قراءة العقل والتفكير العاطفي باستخدام التساؤل السقراطي

تتشارك قراءة العقل والتفكير العاطفي في السمة المشتركة لاستنتاج الحقيقة حول الموقف بناءً على مشاعر الفرد أو حدسه. بالطبع، المشاعر والحدس كلها مهمة وتستحق اهتمامنا. لكن العملاء يواجهون مشكلة عندما يقبلون تلقائيًا هذه الحقائق على أنها واقعية، بدلاً من فرضيات. يمكن استخدام الاستجواب للمساعدة في تقليل إيمان المفحوص بمشاعره كحقائق ومساعدته أو مساعدتها على اعتبار هذه المشاعر واحدة من عدة فرضيات محتملة.

هنا ، يعمل المعالج مرة أخرى مع مفحوصة فيما يتعلق بردود أفعالها تجاه زوجها الذي يخرج من المنزل بعد جدال.

المعالج: لنتحدث أكثر عما فكرت به بشكل صحيح عندما غادر زوجك المنزل بعد الشجار؟

المفحوصة: لقد فكرت للتو، لقد انتهت.

المعالج: لقد انتهت. ماذا يعني ذلك؟

المفحوصة: لقد انتهت معي. لقد سئم أخيرًا ولم يعد يحبني وهو كذلك لن يعود.

المعالج: حسنًا، لذلك كنت تعتقدين أنه سئم ولم يعد يحبك. كيف توصلت إلى هذا الاستنتاج؟

المفحوصة: حسنًا، لقد عرفت ذلك في حدسي.

المعالج: لذلك كان حدسك يخبرك أنه سئم ولم يحبك. فعل أي شيء آخر لتقولي ذلك؟

المفحوصة: حسنًا، لقد كان غاضبًا حقًا وكان يصرخ والطريقة التي خرج بها من المنزل، علمت أنه قرر أخيرًا أن الأمر قد انتهى.

المعالج: لذلك كان يبدو غاضبًا جدًا، وكان دماغك يخبرك أنه قد اتخذ قراره. هل دماغك على حق دائمًا بشأن هذه الأشياء؟

المفحوصة: نعم، في كثير من الأحيان.

المعالج: في كل وقت؟

المفحوصة: حسنًا، ليس كل الوقت.

المعالج: بالنسبة لي، لا. أعتقد أحيانًا أنني أعرف ما يفكر فيه شخص آخر ويشعر به، لكنني لا أعرف ذلك حقًا. وقد حدث ذلك من أي وقت مضى بالنسبة لك؟

المفحوصة: بالتأكيد، مرات عديدة

المعالج: إذن إلى أي مدى يمكننا أن نكون متأكدين مما كان يفكر فيه؟

المفحوصة: أعتقد أنني لست متأكدًا تمامًا.

المعالج: لا. لديك حدس حول ما كان يفكر فيه. وقد يكون هذا الحدس هو المعدل التراكمي، أو قد يكون غير دقيق. ما الذي كان يفكر فيه أيضًا؟

المفحوصة: ربما كان غاضبًا ولكن ليس بالضرورة أن العلاقة قد انتهت.

المعالج: ربما. ماذا عن عدم حبك؟

المفحوص: ربما لم يتوقف عن محبتي. كان يمكن أن يكون مجرد مجنون.

- ماذا لو لم يكن تشويهاً؟

ماذا لو كان الدليل يدعم التفسير بالفعل؟ على سبيل المثال، ماذا لو، بعد النظر في جميع الأدلة المتاحة في مثل هذه الحالة، نحدد على الأقل النتيجة الأكثر احتمالية، وهو أمر جيد، ويمكننا الآن تحويل تركيزنا إلى معرفة كيفية مساعدة المفحوص على التعامل معها.

يمكن تقديم نفس النقطة لأي من "التشوّهات" المعرفية التي نتحدث عنها من قبل. ماذا لو اكتشفنا أن المفحوصة الأولى معرضة بشدة لخطر الإصابة بنوبة قلبية؟ أو نجد أن زواج المفحوصة الثانية حقًا غير قابل للإصلاح؟ أو نجد أن زوج المفحوصة الثالثة قد سئم حقًا ويخطط للمغادرة؟ حسنًا، إذا كان أي من هذه الأشياء صحيحًا حقًا، فيجب أن نعرفه. لذا فإن القيام بتمارين إعادة البناء المعرفي لا يزال مفيدًا. ولكن بمجرد أن نقرر أن التفسير غير مشوه، فإننا نواجه بعد ذلك التحدي المتمثل في مساعدة الشخص على التعامل بشكل فعال مع واقع الموقف.

- استخدام سجلات تغيير الفكر

تُستخدم جلسة العلاج لممارسة استراتيجيات لتحدي الأفكار غير القادرة على التكيف. ومع ذلك، كما هو الحال مع العديد من جوانب العلاج الأخرى، لا يحدث التغيير الدائم في كثير من الأحيان حتى يطبق الشخص هذه الاستراتيجيات بشكل متكرر في الحياة اليومية. من أجل تحقيق ذلك، قد يختار المعالج استخدام سجل تغيير الفكر، كما هو موضح في الشكل رقم () و تحقق سجلات تغيير الفكر عدة أهداف:

• أنها تساعد العميل على ممارسة تحديد وتحدي الأفكار غير القادرة على التكيف في البيئة الطبيعية. يعد القيام بذلك في جلسة العلاج أمرًا رائعًا، ولكن القيام به خارج جلسة العلاج يمكن أن يكون أكثر إنتاجية بشكل كبير لإحداث تغيير طويل الأمد.

• تساعد على إبقاء العميل منتبهًا لتفسيراته أو تفسيراتها على مدار اليوم ، مما يزيد من احتمالية اكتشاف هذه الأفكار والتغلب عليها.

• تساعد في توضيح العلاقة بين التغيير المعرفي والعاطفي للمفحوص.

-استخدام التجارب السلوكية لتحدي الأفكار

واحدة من أكثر الطرق فعالية لتعديل التفسيرات غير القادرة على التكيف هي من خلال استخدام التجارب السلوكية. تمشيا مع الفلسفة التجريبية للعلاج السلوكي المعرفي، حيث يوصل المعالج لمفحوصه أن تفسيراته هي مجرد فرضيات (وليست حقائق) وأن أفضل طريقة لتحديد ما هو صحيح هي البحث عن نوع من المراقبة.

تكون التجارب السلوكية مفيدة بشكل خاص عندما تحتوي أفكار العميل غير القادرة على التكيف على تنبؤ بما سيحدث (على سبيل المثال، احتمالية المبالغة في التقدير أو التقليل أو التهويل). الفكرة هي الانخراط في نوع مختلف من السلوك بهدف تحديد ما إذا كان التنبؤ يتحقق أم لا.

قد يلاحظ القراء المتمرسون أن هذه التجربة السلوكية تشبه إلى حد كبير العلاج بالتعرض (انظر الفصل 11). وسيكونون على حق. هناك نقطة تتلاقى فيها التدخلات السلوكية والمعرفية. يمكننا التفكير في الكثير من الطرق التي يمكن أن تساعد بها التجارب السلوكية عملائنا. فمثلاً:

- تعاني مفحوصة من اضطراب الهلع، من الدوار ولديها تفسير "سأفقد الوعي". إذن كيف يمكننا إنشاء تجربة سلوكية لاختبار هذا التوقع؟ يمكن أن يصابها بالدوار عمداً في مكتب المعالج أو في أي مكان آخر ونرى ما إذا كانت ستفقد الوعي أم لا.
- المفحوص الذي يعاني من اضطراب تعاطي المخدرات، ولديه تفسير "إذا لم أتمكن من استخدامه الآن، فلن أتمكن أبداً من الشعور بالتحسن". كيف يمكننا اختبار ذلك؟ في مكتب المعالج، يمكننا استخدام الحوافز - ربما من خلال جعله يفكر في موضوعه الذي يختاره، أو بتعريضه للمنبهات التي تثير الرغبة الشديدة - ثم جعله يرى ما إذا كانت ستبدأ في الشعور بالتحسن بمرور الوقت أو باستخدام استراتيجيات تنظيم العاطفة.