



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة 2 لونيبي علي

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس



مطبوعة المحاضرات في العلاجات النفسية

- الاتجاه الانمائي -

لطلبة ماستر 2 علم النفس العادي

الإعداد:

أ.د. دواخ عليمه

السنة الدراسية : 2021 / 2022

أهداف المطبوعة:

- ✓ تعريف الطالب بماهية العلاجات النفسية وتزويده بمختلف المعارف والمفاهيم
- ✓ اكتساب الطالب المفاهيم الأساسية التي تمكنه من التعامل اللاحق مع المقاييس التي تنطبق الي الاختلالات و الاضطرابات النفسية .
- ✓ تعريف الطالب التيارات الأساسية المتاحة في العلاج النفسي
- ✓ اطلاع الطالب على ما استحدث في مجال العلاج النفسي خصوصا العلاجات الحديثة (التوجه الادماجي الموجة الثالثة للعلاجات السلوكية ...)
- ✓ وصف عام وشامل للعلاجات.
- ✓ شرح كيفية عمل التدريب على مهارات العلاجات من خلال عرض المهارات الأساسية.

المكتسبات القبلية التي يجب ان يحوزها الطالب :

- على الطالب ان يكون ملم بالمفاهيم القاعدية في علم النفس العيادي .
- الاطلاع على التيارات والنظريات الكبرى في علم النفس
- الالمام بمختلف الاضطرابات النفسية والامراض العقلية

الفهرس

1	المحاضرة الأولى: مدخل إلى العلاج النفسي
1	1- تعريف العلاج النفسي
2	2- أشكال العلاج النفسي:
3	3- خصائص العلاج النفسي:
4	المحاضرة الثانية: العلاج السلوكي المعرفي
4	1- العلاج السلوكي:
8	2- العلاج المعرفي:
10	3- نظريات العلاج السلوكي المعرفي :
17	المحاضرة الثالثة: العلاج بالتقبل والالتزام المركز
17	1- تعريف العلاج بالتقبل والالتزام المركز:
	2- أهداف علاجية لنموذج العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) Acceptance and Commitment Therapy
18	3- العمليات الست الأساسية نموذج العلاج بالتقبل والالتزام:
18	4- العلاقة العلاجية في ACT:
23	المحاضرة الرابعة: العلاج الجدلي . السلوكي
25	1- تاريخ العلاج الجدلي . السلوكي
25	2- مراحل العلاج :
26	3- نمط العلاج الجدلي . السلوكي: المستوى التطبيقي الإجرائي:
28	4- محاور التدريب على المهارات في العلاج الجدلي . السلوكي DBT SKILLS:
29	المحاضرة الخامسة: العلاج بخفض الحساسية عن طريق حركة العين EMDR
35	1- مقدمة :
35	2- مفهوم تقنية EMDR
35	3- أهداف ومبادئ تقنية EMDR :
38	

4- مراحل ممارسة تقنية EMDR : 39

المحاضرة السادسة: اليقظة العقلية 43

1- مفهوم اليقظة العقلية: 43

2- أهمية وفوائد ومزايا اليقظة الذهنية: 44

3- مكونات اليقظة العقلية: 45

4- مقومات اليقظة العقلية: 47

5- أبعاد اليقظة العقلية: 48

5- فنيات وإستراتيجيات اليقظة العقلية: 48

7- نظريات اليقظة العقلية: 49

المحاضرة السابعة: العلاج بالتنويم الإيحائي 50

1- تعريف العلاج بالتنويم الإيحائي: 50

2- التنويم الإريكسوني : 52

3- التنويم و النكوص: 55

4- الاستعارات: 56

5- الإطار التنويمي: 62

6- الرابطة المضاعفة Double contrainte : 65

7- التقنيات المستخدمة في التنويم الإيحائي: 67

المحاضرة الثامنة: العلاجات السريعة 74

1- مقدمة 74

2- العلاج الذي يركّز على الحل SFBT : 74

3- علاج الاحتمال: 80

4- أوجه التشابه والاختلاف بين العلاج الذي يركّز على الحل وعلاج الاحتمال 83

5- العلاج الشّامل: 84

6- نموذج بالو ألتو: 85

7-	العلاج السردى:	87
7-	العلاج التعاونى:	94
	المحاضرة التاسعة: العلاج بتقنية الحرية الانفعالية	106
1-	تعريف تقنية الحرية الانفعالية	106
2-	تقنية الحرية النفسية ونظام طاقة الجسم:	107
3-	كيفية عمل تقنية الحرية النفسية (EFT):	108
	المحاضرة العاشرة: العلاج بالاسترخاء	112
1-	مقدمة:	112
2-	تعريف الاسترخاء:	112
3-	مبادئ الاسترخاء العامة:	113
4-	أهداف الاسترخاء:	115
5-	التفسير الفيزيولوجي للاسترخاء:	115
6-	أنماط وأنواع الاسترخاء:	116
7-	إجراءات العلاج بالاسترخاء:	118
8-	مجالات استخدام العلاج بالاسترخاء:	119

المحاضرة الأولى: مدخل إلى العلاج النفسي

1- تعريف العلاج النفسي

هو استخدام جميع الوسائل النفسية لعلاج مرض عقلي، أو نفسي، أو سوء توافق، أو تكيف أو اضطراب نفسي المصدر.

وحسب "كاتري" F.Guattari هي تسيير واستخدام المعلومات، وتسيير معرفي، وتحسين علاقة إنسانية، يندمج فيها عناصر ثلاث:

- المريض الذي لديه أعراض وغير متوافق.
 - الفاحص والمستخدم للعلاج النفسي، والحامل لمعلومات مختلفة، وقدرات ومهارات علاجية.
 - والقدرة الخاصة والمميزة للتواصل.
- ظهر التحليل النفسي في نهاية القرن العشرين، لكنه في الواقع يظل نظرية في علم الأمراض والعلاج، مرتبطة ارتباطاً مباشراً بالأنثروبولوجيا والفلسفة، لكنه يظل المرجع الأفضل والأكثر انتشاراً لجميع أنواع العلاج النفسي المعاصر اليوم. (Bloch & chermama, 1991, p. 631)

يعرفها نوبيرت سيلامي بأنه "التفاعل بين المعالج والمريض، وهو العامل الأول الذي يغير عملية التعلم. من خلال المحادثة مع المعالج، تظهر تجارب المريض واستجاباته. دور المعالج ليس فقط الشرح، بل، إنه دور ديناميكي يستجيب له المريض. "من خلال هذا الدور، يمكن للمعالج إزالة العادات المرضية من الاستجابات العاطفية (حنفي، 1994، ص 688) واعتناق عادات صحيحة جديدة، وصياغة علمي شامل تخطيط العلاج، ومهارات التواصل. يعرفها النابلسي بأنها "وسيلة لتأسيس تواصل شفهي فريد خاص بين المعالج والشخص المصاب باضطراب تكيفي، بشرط أن تكون العلاقة وهذا التواصل مبنيين على نظريات نفسية، وتعريفها لكل من الأصحاء والمرضى. • معالجة الأمراض التي يعتقد أنها ناجمة عن عوامل نفسية - اجتماعية". (النابلسي، 1991، صفحة 5)

جادل آخرون بأنه يخفف من مخاوف الإنسان من خلال الكلمات والعلاقات الشخصية والمهنية. يتفق جميع علماء النفس على أن العلاج النفسي هو مجموع الأساليب غير الدوائية المستخدمة لمساعدة المرضى على التغلب على الأزمات النفسية.

في الختام نستنتج أن فنون الاتصال والاستماع والحوار والتفاعل مع الموضوعات هي أسس العلاج النفسي، وأنه بغض النظر عن المدارس والتقنيات المختلفة المستخدمة، فإن أسس العلاج النفسي ليست منفصلة عن إطار

تكنولوجيا اللغة والاتصال. في جميع اتجاهات العلاج النفسي. يهتم علماء النفس بتشخيص وتحديد نوع الاضطراب، ليس ذلك فحسب، بل تطبيق تقنيات علاجية لمنع استمرار الصراع ومشاعر القلق وعدم التوافق حتى يختفي الاضطراب النفسي.

إنه ينشط آليات الدفاع التي تساعد على التبصر وإعادة التنظيم وتقليل التوتر والشعور بمعنى الحياة. يحقق المعالجون أفضل النتائج مع المرضى الذين يرغبون في التعافي. خلاف ذلك، لن تعمل جميع الإجراءات التي يستخدمها المعالج.

ومن بين أهداف العلاج النفسي ما يلي:

- تفسير الأعراض، والوقوف على الأسباب التي أدت إليها.
- العمل على إزالة هذه الأعراض، أو التخفيف منها.
- تعديل سلوك الفرد، وتعليمه السلوك الصحيح.
- تعديل الدوافع الكامنة، وراء السلوك الغير سوي.
- تدريب الفرد على توجيه مشكلاته.
- العمل على تأكيد الذات (تنمية مفهوم الذات الإيجابي لدى المريض).
- تحقيق التوافق، وتحمل المسؤولية، والقيام بالواجبات، والاندماج الاجتماعي. (Arsenean, 1983, pp. 97-115)

نستنتج مما سبق، أن العلاج النفسي، يجمع جميع التقنيات، التي تستخدم لمساعدة المفحوص بعيدا عن أي علاج الطبي، من أجل حل مشكلة، أو اضطراب ما. ومهما اختلفت المصطلحات والمفاهيم. إلا أن الأهداف واحدة.

2- أشكال العلاج النفسي:

جميع العلاجات تهدف إلى تقديم المساعدة للأفراد للخروج من دائرة الاضطراب، والتوتر والصراعات، والآلام النفسية، والاجتماعية، والجسدية، المعنوية منها والمادية.

وهناك أنواع متعددة من الاختصاصات والمعالجين المعروفين، وهم Le psychiatre أو الطبيب النفسي الذي تلقى تكويننا في الطب Médecine، وتلقى تكويننا خاصا في الطب العقلي. أما الأخصائي النفسي العيادي Le psychologue clinicien، فيعتبر ملحقا طبيا، تلقى تكويننا في أساليب العلاج النفسي.

أدمج العلماء، أحسن ما توصل إليه كل اتجاه، دون التفريق بين أي منها، أو التحيز لأحدها (Thomas, 2005, p. 66)، ولاحظ كل من M. Smith, Glass and Miller 1980، "، أن الأخصائيين النفسيين العياديين، ينتمون إلى الاتجاه الإدماجي، Approache integratives .

ظهر هذه الاتجاه، من خلفية ما سبق ذكره سالفاً: الاتجاه الدينامي، السلوكي المعرفي، الإنساني والنسقي، واتجاه جامع شامل لهم.

3- خصائص العلاج النفسي:

تجتمع كل المناهج، والمقاربات والنظريات العلاجية، في نقاط مشتركة الأهداف، متكاملة الأوجه. كل علاج له مميزاته، وآثاره الإيجابية على النفس الإنسانية، آخذا بعين الاعتبار المرحلة العمرية، ونوع الاضطراب، وسيكولوجية النمو، وسيكولوجية المجتمع الذي يعيش فيه الفرد، وعليه تميز الاتجاه الإدماجي بالخصائص التالية:

- تطبيقاته المنهجية والتقنية مرنة، وإجراءاتها محددة، لاستعادة التوازن العاطفي للمفحوص.
- تمس جوانب متعددة من الاضطرابات، وذلك بفضل، تكامل تقنيات، العلاجات المختلفة، وانبثق منها عدة أشكال للعلاج النفسي.
- ميدان العلاج النفسي، أصبح جد واسع، يمس الاضطرابات المزاجية، والأعصاب الاضطرابات السيكوسوماتية، وحتى الذهانية.
- مزايا جميع التقنيات العلاجية مدمجة، لتقديم المساعدة المعنوية للمفحوص، سواء كان توجيه وإرشاد، أو إحياء وإعادة تأهيل، أو تحليل نفسي.
- تعتمد كلها على التواصل بين المعالج والمفحوص.
- قابلية استخدام العلاج النفسي بأشكاله، على مستوى فردي، أو جماعي حسب الحاجة لذلك. (Sillamy, 2003, pp. 216-217)

المحاضرة الثانية: العلاج السلوكي المعرفي

1- العلاج السلوكي:

أ) تعريف العلاج السلوكي:

يُعرّف العلاج النفسي السلوكي بأنه عقيدة تستند إلى السلوك الطبيعي وغير الطبيعي للأفراد، والتي يتم الحصول عليها من خلال تعلم واستخدام عمليات ربط بيانات بافلوفيان أو فك الارتباط المشروط. هذا متناقض للغاية ويتعارض مع التحليل النفسي، الذي يعتقد أن السلوكية تضع الفرد وشخصيته في حالة من الوحدة وتعاملهم بطريقة مباشرة (Virel, 1977, p. 39). Psychoterapies directives

لقد عرّفها "على أنها علم نفس موضوعي، وخرجت من يدي واتسون "لتعريف علم النفس على أنه" دراسة السلوك، وليس اللاوعي والاستبطان. عادة ما تكون الردود، سواء كانت لفظية أو حركية، متكيفة مع الموقف. يظل العلاج السلوكي أحد أهم العلاجات حتى يومنا هذا، والتي نشأت منها ما يسمى بالسلوكية الجديدة، والتي لا تزال تعتمد على نظرية واتسون عن "النظرية الموضوعية وأهمية الوسيط"

إلى يومنا هذا، يعد العلاج السلوكي من أهم العلاجات، إذ انبثقت منه ما يعرف بالسلوكية الجديدة-Neo behaviorisme، والتي ما زالت تعتمد على نظرية واطسون"، "النظرية الموضوعية وأهمية الوسيط". (Sillamy, 2003, p. 35)

وبالتالي، فإن العلاج السلوكي هو علاج يعالج الاضطرابات كرد فعل على البيئة المعيشية للفرد أو للمحفزات التي تنبئها البيئة. من خلال نظرية التعلم يمكننا ربط الاستجابات السلبية المشروطة بتقنيات العلاج السلوكي بحيث يخفّي الأداء دون اختراق أعماق الشخصية.

أ) مجالات استخدام العلاج السلوكي:

* مسلمات العلاج السلوكي:

➤ الاضطرابات النفسية، سلوك متعلم في تكوينه، وإزالته، يخضع لنفس القوانين والنظريات التي يخضع لها السلوك السوي.

➤ الاضطرابات النفسية، قد تنشأ، من فشل الفرد في تعلم السلوكيات التوافقية، الناجحة، وأي اضطراب نفسي ينشأ، يكون بسبب الصراع، الذي يتعرض له الفرد، عندما يجد نفسه أمام هدفين المطلوب منه، أن يختار أحدهما، وأن يتحمل مسؤولية هذا الاختيار. (جبل، 2000، الصفحات 206-216)

* إجراءات العلاج السلوكي :

- تحديد السلوك المضطرب، والمطلوب تعديله أو تغييره .يتم ذلك في المقابلة العلاجية عن طريق استخدام الاختبارات، والتقارير، لتحديد السلوك المضطرب.
- تحديد الظروف التي حدثت فيها السلوك المضطرب، وذلك بفحص خبرات المريض وظروفه المختلفة.
- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب.
- إعداد جدول إعادة التعلم.
- تعديل الظروف البيئية.
- وينتهي العلاج، عندما يتغير السلوك إلى الشكل المرغوب فيه. (العناني، 2000، صفحة 184)

ب) تقنيات العلاج السلوكي :

التقنيات المستخدمة في معالجة الأفراد، الذين يعانون من اضطراب في سلوكهم، مع العلم أنه لا يمكننا الجزم بأفضلية إحدى الطرق، على الطرائق الأخرى.

* الأسلوب السلوكي :

يعتمد هذا النهج العلاجي على المفاهيم والنظريات السلوكية المتعلقة بتكوين واكتساب السلوك، حيث يعتقدون أن السلوك البشري، الطبيعي أو غير الطبيعي، قابل للتعلم، بمعنى أنه يمكن تكوينه واكتسابه، أو يمكن إزالته أو اختفائه.، ينظرون إليه مباشرة دون النظر في أسباب حدوثه. ويتعاملون معها وفق أهم قواعد تعديل السلوك التي دعا إليها العالم العظيم "سكينر" وهي (السلوك تحكمه نتائجه). (القاسم وآخرون، 2000، ص 179). كما يعتقد أنه، كتطبيق منهجي لمبادئ التعلم، يهدف إلى تحقيق التغييرات السلوكية المرغوبة.

- الأشرط الكلاسيكي :

لاحظ العالم الروسي بافلوف إيفان الشكل الأول من التعلم المشروط، والذي كان مهتمًا في بداية حياته بدراسة فسيولوجيا الهضم. الاقتران بين المنبهات المحايدة (مثل الأجراس) والمنبهات الطبيعية (مثل الطعام (اللحوم)) تشمل المنبهات الطبيعية التي تتطلب استجابة مثل سقي لعبة، وهذا يسمى الاستجابة الشرطية، حيث يتدفق اللعاب عند الاستماع إلى الجرس بدلاً من رؤية الطعام (اللحوم). ومن هنا ظهرت طرق تهدف عند تطبيقها إلى زيادة وتيرة السلوك المرغوب، وتندرج ضمن هذه الفئة:

• أساليب زيادة السلوك:

○ **المعززات الإيجابية:** هي عبارة عن أشياء محببة للفرد، يتم تقديمها له بطريقة مبرمجة، بعد قيامه بسلوك مرغوب فيه، كالجوائز والهدايا، وكل ما يدفعه لتكرار نفس السلوك في المستقبل، شريطة تقديمه مباشرة، بعد السلوك، وعدم تأخيره، حتى لا يفقد أهميته. ويجب الانتباه، إلى الفروق الفردية، عند تقديم المعززات، فقد ينجح معزز معين مع فرد ولا ينجح مع آخر (بسبب الخجل والانطواء، أو رفض الكلام).

○ **المعززات السلبية:** وتعني إزالة شيء غير مرغوب فيه، من بيئة الطفل، مما يدفعه إلى تكرار السلوك المرغوب فيه، عن طريق العقاب، في المواقف غير المرغوبة، ما يحجم الطفل عن القيام بالسلوك غير المرغوب فيه، واستبداله بسلوك مرغوب فيه، يجلب له معززا إيجابيا.

○ **النمذجة: تقليد السلوك:** يقوم هذا الأسلوب، على تقليد كل سلوك يراه الطفل مناسبا، أو غريبا، أو مرتبطا بسلوك الكبار، سواء كان سلبيا أم إيجابيا. وعندها تقدم للطفل مجموعة من السلوكيات الجيدة، والمرغوبة ونطلب منه تقليدها، إما مباشرة، أو تمثيلا أي غير مباشرة.

• أساليب خفض السلوك:

هي أساليب تهدف عند تطبيقها، إلى خفض معدل تكرار السلوك، غير المرغوب فيه يندرج تحت هذا الأسلوب:

○ **العقاب (الخبرة المنفرة):** هو أسلوب لخفض السلوك، يتم تعريض الفرد المعالج، لنوع من العقاب العلاجي (الخبرة المنفرة)، إذا قام بالسلوك غير المرغوب فيه. وقد استخدم هذا الأسلوب، في علاج حالات اضطراب الكلام اللجلجة، والاضطرابات السلوكية، غير المرغوبة. كما أنه عبارة عن عقاب مادي، جسدي، اجتماعي، أو حرمان من الإثابة، دون أن ننسى أن هناك فروق فردية بين الأطفال. لا يكون العقاب عقابا، إلا إذا أدى إلى خفض السلوك، وحتى يكون أسلوب العقاب فعالا فلا بد من مراعاة الأمور التالية عند تطبيقه:

1- عندما يعاقب الطفل، فإنه يجب علينا أن نوضح له سبب العقاب.

2- يجب أن لا يكون أسلوب العقاب، هو النمط المميز للمربين، أي يجب أن لا يتبعه باستمرار لأن هذا سيؤدي إلى الكراهية، والنفور من المربي.

○ **تعزيز السلوك المخالف:** يهدف هذا الأسلوب، إلى جعل السلوك المرغوب في تخفيضه ليس ذو أهمية لدى الطفل، وذلك بالتوقف عن تعزيزه، وتعزيز السلوك الذي يعاكسه تماما، وذلك للفت نظر الطفل إليه.

○ **التعزيز الرمزي:**

يقصد به، قيام المربي أو الولي، بإعطاء الطفل مجموعة قطع أو نجوم، أو غيرها، عند قيامه بالسلوك المناسب . يجمعها الطفل، ثم يقوم باستبدالها بأشياء محببة، كالهديء والحلوى، وهناك شروط محددة لتلك المعززات الرمزية هي:

1- أن لا تكون قابلة للتلف.

2- أن لا تكون مؤذية للطفل كأن تكون صغيرة قابلة للابتلاع.

○ **المفعول الارتجاعي:** يقوم على تعريف الفرد بنتيجة سلوكه، قبل الانتقال إلى غيره من السلوكيات، ليقوم في النهاية بمقارنته، مع نسبة حدوث نفس السلوك مع أقرانه. ويهدف هذا السلوك إلى إحداث وعي لدى الفرد، واستبصاره، بما يحدثه هذا السلوك، من أثر في البيئة المحيطة، ويظهر ذلك في ردود أفعال الآخرين وفي تقبله الشخصي له. وعليه فإن الفرد، يستطيع تجنب العيوب والأخطاء، التي وقع فيها، أثناء ممارسته لسلوك معين. (Fontaine, 1978)

○ **العلاج عن طريق الكراهية أو النفور:** تعني استخدام الأشياء المكروهة، أو التي يخاف منها المريض خوفا شديدا، وبعبارة أخرى يعتمد هذا الأسلوب، على فرض ألوان معينة، من العقاب على المريض، كلما أتى بسلوك غير مرغوب فيه.

○ **الممارسة السالبة (التشبع):** في هذا الأسلوب، يطلب المعالج من الفرد، أن يمارس السلوك غير المرغوب بتكرار فتؤدي هذه الممارسة إلى نتائج سلبية (التعب، الملل)، حتى يصل إلى درجة التشبع، وحينها لا يستطيع ممارسته مجددا. هذا الأسلوب، تميز بنجاحه في معالجة اللزمات الحركية، ومص الإبهام والتدخين.

• التصحيح الذاتي:

في هذا الأسلوب يتم الطلّب من الطفل القيام بتصحيح الخطأ الذي وقع فيه وزيادة عليه بمعنى إجباره على أن يمارس السلوكيات الصحيحة.

التخلص من الحساسية التدريجي (التحصين التدريجي):

يتكون إجراء التحصين التدريجي من 04 مراحل هي:

أ- تدريب مريض على الاسترخاء، الذي يعرف بأنه توقف كامل لكل الانقباضات، والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر.

ب- تحديد المواقف المثيرة للقلق، مثل الخوف من الأماكن المرتفعة.

ج- تدرج المواقف المثيرة للقلق موقفا فموقف، مع الاسترخاء.

○ **العقد المشروط :** هو أن يتفق مع الطفل، على تحقيق مجموعة أهداف، تم وضعها من قبل الولي، وعندما يحققها يتم تعزيزه. ويجب الانتباه، إلى أن تكون تلك الأهداف قابلة للتحقيق، ويشترط مراعاة القواعد الأساسية التالية، والتي اقترحها "هومي وآخرون 1969"، عند كتابة العقد هي:

1- تقديم المعزز مباشرة بعد حدوث التغيير المطلوب.

2- يجب أن تكون العقود مناسبة وقابلة للتحقيق.

3- يجب أن تصاغ العقود بطريقة إيجابية.

4- يجب أن تعمل العقود على تحقق السلوك المرغوب فيه.

- الإطفاء: تقوم على ميكانيزم، كف الاستجابة الغير المرغوبة، من خلال تقديم المثير الشرطي دون تعزيز.
- تدريب الإغفال أو الإبعاد: وهي تقنية، تقوم على تقليل احتمال ظهور الاستجابة، غير المرغوبة وذلك بإغفالها، وتجاهلها، ومحاولة استبعادها، بحرمانها من التعزيز، فيحدث لها كف.
- عكس العادة: تستخدم مع الحالات العصبية حيث يطلب من المفحوص القيام باستجابة لا تتفق، ولا تنسجم مع العادة المراد التخلص، بل تتعارض معها، كعادة قضم الأظافر، ويكون هذا بتكرار وتعزيز الاستجابة، وتقوية الدافع.
- التخييل الانفعالي: وهي تقنية مضادة للقلق، يمكن استخدامها مع الأطفال، والراشدين، فالذي يخاف من موقف ما، يمكنه التدرب على تخيل قصة بطولية، أثناء الموقف، بالتدريج حتى يتخلص منه.
- الترديد: تقوم على مبدأ السلوكيات اللفظية، غير المرغوبة، كحالات اللجاجة، والتلعثم، وذلك بالقراءة الجهرية والاستماع لمسجل، لتصحيح مخارج الألفاظ، ونغمات الصوت بالتكرار تنطفئ الاستجابة غير المرغوبة. (أبو زيد، 2002، الصفحات 127-132)

ج) مزايا العلاج السلوكي:

- نسبة الشفاء باستخدام العلاج السلوكي، عالية جدا، قد تصل إلى 90% من الحالات، يسيره على المعالجين، في استخدام أساليب مختلفة، لعلاج أنواع كثيرة من الأمراض النفسية.
- أثبتت نجاحا ملحوظا، في علاج المشكلات عند الأطفال السلوكية والنفسية.
- يركز على المشكلة أو العرض، مما يسهل معرفة نتيجة العلاج.
- يعتمد العلاج السلوكي على البحوث التجريبية العلمية، المضبوطة، القائمة على نظريات علمية.
- يسعى إلى تحقيق أهداف واضحة ومحددة، حيث يلعب المريض دورا، يتم فيه اكتشاف ما يعانيه.
- يستغرق وقتا قصيرا في العلاج، مما يوفر المال والجهد.

2- العلاج المعرفي:

أ) تعريف العلاج المعرفي :

في هذا النوع من العلاج يعتمد المريض على تصحيح الأفكار الخاطئة بالطريقة التي اعتاد فيها على حل المشكلات. يسميه البعض العلاج العقلاني أو العلاج العاطفي العقلاني أو العلاج السلوكي المعرفي. (الحجار، 1998، صفحة 32)

ويعرّفه نوبار سلامي بأنه علاج يصحح فكرة غير منطقية مفادها أنه بغض النظر عن التسميات والتعاريف، غالبًا ما تكون اضطرابات الشخصية المختلفة مصحوبة بسلوكيات غامضة ومتناقضة وغير واقعية عن الذات والبيئة. في حين أن البيئات، القائمة على المقدمات الزائفة، والاعتقاد بأنها صحيحة، والإصرار عليها، والجدال ومحاولة إثبات صحتها، فهي نتيجة التعلم غير المكتمل، فهي غير منطقية.

والمعالج المعرفي هو المعالج الذي يتعامل مع العديد من الاضطرابات المختلفة من خلال الاستكشاف أو الفحص ثم محاولة تصحيح أو تصحيح التفكير الخاطئ للمريض. تساعد المعلومات والمعرفة والحقائق في تغيير اتجاهاتها وسلوكها Faulty ideas .

ب) أسس ومبادئ العلاج المعرفي :

- أن المشكلات النفسية، هي نتاج قوى حتمية، أو اكتساب خاطئ أثناء التنشئة، وكذلك وجود أخطاء في التفكير، تؤدي إلى تحريف الواقع، وعدم إدراكه إدراكا صحيحا.
- ليس هناك تنشئة، أو معتقد، أو فكر صحيح بدرجة مطلقة، إذ تشوبها عراقيل تعوق وصولنا للحقيقة.
- إن أخطاء التفكير ناتجة عن خبرات، ومقدمات خاطئة.
- تبعا للمواقف، يكون سلوك الأفراد واستجاباتهم، مع مراعاة الفروق الفردية.
- للوصول لعلاج مشكلة الفرد، المتمثلة في مضمونه الخاطئ للواقع، نتبع نفس أسلوب علاج الفرد لمشاكله في حياته اليومية.
- أن مرونة فكر الإنسان، قابلة للتشكيل وإعادة البناء من جديد، تجعله أكثر واقعية، وقادر على إلغاء تفكيره المألوف.

ج) اجراءات العلاج المعرفي:

من العلماء الذين ينتمون إلى المدرسة المعرفية، وآمنوا بها، وأقاموا لها تقنيات خاصة استخدموها مع مرضاهم "أرون بيك" "Aaron Beck" وهو من أهم مؤسسيه، إذ يرى أن المريض، يستحدث رأيا عن نفسه، وعن ما يحيط به ماضيا ومستقبلا، مع علمه أن مقدماته خاطئة وذات نزعة خيالية مشوهة، ويرى "بيك" أن الأفكار التلقائية، الناتجة عن التشوه المعرفي جلية وواضحة في :

- 1- تفسير الأحداث، من وجهة نظر ذاتية.
- 2- التفكير بصورة متطرفة، بين فكرتين متباعتين، أي تفكير مستقطب.
- 3- المبالغة وخاصة في تعميم الفكرة.

4- تضخيم الحدث، وإعطائه أهمية كبرى، أكبر بكثير مما هو عليه.

5- العجز، وعدم القدرة على إدراك الأمور، على حقيقتها وواقعيتها، وبمعنى آخر العجز المعرفي.

ومن وجهة نظره، فإن تصحيح نمط التفكير عند المريض، يكون بالتعامل مع مشاكله والمساهمة في تخفيف حدتها.

د) مزايا العلاج المعرفي :

- العلاج المعرفي، يعالج الاضطرابات السلوكية، وأنماط سوء التكيف، والعادات السيئة.
- العلاج المعرفي، واضح، في علاج بعض الاضطرابات، والأمراض السيكوسوماتية، إذ يساعد المرضى على التكيف، وبدء حياة جديدة.
- يقوم العلاج المعرفي، على الفحص الدقيق للمشكل، والتعرف على الظروف المحيطة مستندا إلى تحليل النمو، والتعرف على إمكانيات المفحوص، ومحدداته، أي مواطن القوة والضعف، دون أن يتخلى، أو يتغاضى، عن تحليل العلاقات الاجتماعية.
- يستند العلاج المعرفي السلوكي، على تحليل الحوافز، ومدى التحكم الذاتي، كما حددها "Lazarus"
- 1- السلوك 2- الانفعال 3- الإحساس 4- التصور 5- المعرفة
- 6- العلاقات الشخصية 7- لأدوية المتأولة 8- توقعات المفحوص 9- موقف المعالج
- كما لا ننسى، أن الطريقة العلاجية، في النموذج المعرفي، مستمدة من مبادئ التعلم ومبادئ الإشراف الكلاسيكي، وما في ذلك، من التعزيز الإيجابي والسلبي، المادي والاجتماعي، دون أن ننسى التغذية المرشدة.

3- نظريات العلاج السلوكي المعرفي :

أ) العلاج المعرفي عند "بيك Beck":

لخص "بيك" أسس العلاج المعرفي السلوكي في النقاط التالية:

- المشاركة العلاجية، لتوطيد المصادقية مع المريض.
- اختزال المشكلة، ومعرفة كيفية التعامل معها، والتي تواجهه من مدخل عقلائي، وآخر تجريبي سلوكي.
- رصد العمليات التفكيرية الغير سوية، بملئ الفراغات المعرفية، وإيجاد أسلوب للتفريق، والتباعد بين الأفكار الإيجابية، والسلبية التلقائية، مما يجعل المريض، أمام اختبار دقيق وواقعي. وبالتالي الوصول إلى استنتاجات منطقية، وواضحة، تغير من القواعد المخالفة، والمعتمدة في تفكيره المرضي.

ب) "فكتور رايمي" Victor Raimy :

يرى هذا العالم، أن فنيات العلاج المعرفي، تقوم على فرض المفهوم الخاطئ، وأن الاضطرابات النفسية، هي نتيجة لمعتقدات وقناعات خاطئة، في إطار قاسي وغير موضوعي، وخاصة اتجاه الذات. هذا ما يدفع لسلوك غير منطقي نتيجة انهيار، وانهزام الذات. وهدفه من العلاج المعرفي، هو تغيير التصورات، والأفكار الخاطئة لدى المريض. بمعنى آخر تصحيحها وتعديلها، وصولاً إلى زوال اللاتوافق. ويستخدم المعالجون، طريقة وفنيات "رايمي" الأربع وهي:

أولاً: محاولة العثور على مفاهيم، وتصورات خاطئة، التي تحكم السلوك الغير مرغوب، وتغييرها من خلال الفحص، عن طريق تشجيع المريض، على الحديث عن نفسه، وعن مفاهيمه الشخصية.

ثانياً: محاولة تفسير، وتوضيح المفاهيم الخاطئة التي يتبناها المريض.

ثالثاً: تشجيع المريض على إثبات أفكاره الجديدة، ببرهنة ذاتية، على زيف وتشوه أفكاره القديمة ومفاهيمه حول ذاته، وعلاقته بالآخرين.

رابعاً: إعطائه خبرة مغايرة، إزاء أفكاره، وتصورات الخاطئة، كالملاحظة، فعلى المريض مراجعة معرفية للأفكار، والإدراكات، وأخيراً الاستبصار بالأخطاء والأفكار المزيفة والمشوهة.

ج) نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لالبرت اليس (نشأة):

يعتبر اليس من رواد العلاج المعرفي السلوكي، وهناك من يرى أن نظريته "العلاج الانفعالي السلوكي" هي النظرية الأولى في العلاج المعرفي السلوكي. وأن بعض النظريات الأخرى في مجال العلاج المعرفي السلوكي بما في ذلك نظرية بيك ونظرية التعديل المعرفي السلوك لمكينيوم، ما هي إلا نظريات معدلة من نظرية اليس أو حتى امتداد لها (المحارب، 2000)، ويعد العلاج العقلاني مدخلا علاجية واسع المجال، تعود جذوره إلى الفلسفة الرواقية القديمة. (الصفهان، 2005) .

طور اليس العلاج العقلاني عدة مرات، ففي بداية نشأته أطلق عليه العلاج العقلاني، وفي عام 1963 م عدله إلى العلاج العقلاني الانفعالي RET، وهذا يعني تركيزه على الانفعالات، وفي عام 1993 م طوره مرة أخرى ليركز اهتمامه على الجانب السلوكي ليصبح العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي. (Seligman Retional Emotion Behavior Therapy "REBT" 2006)

نخلص على أن العلاج العقلاني من خلال مراحل تطوره، وما وصل إليه الآن، فإنه يركز على ثلاثة جوانب هي: التفكير، والانفعال، والسلوك. ويعتمد أساساً على نظرية العلاج المعرفي السلوكي، وعلى مبدأ أن المشاعر والسلوكيات ناتجة عن العمليات المعرفية، ويمكن للأفراد تعديل هذه العمليات المعرفية، وذلك لتحقيق أفضل النتائج

لمشاعر وسلوكيات الأفراد، كما يركز على أهمية الدور الذي تلعبه المعرفة والسلوك في تطوير المشكلات الانفعالية للأفراد. (R.Watson, 1999). ويرى اليس أن الأفكار والانفعالات والسلوك هي عمليات نفسية مترابطة ومتفاعلة ومتداخلة، قسم اليس التفكير إلى قسمين أحدهما تفكير عقلائي (منطقي) والثاني تفكير غير عقلائي (غير منطقي). (العمرى، 2002) .

• التفكير العقلائي Rational Thinking :

يُعرّف بأنه تبني وجهات نظر ومعتقدات عن النفس والحياة يقوم عليها دليل منطقي تخضع المجموعة من المبادئ والمسلمات والقوانين، التي يمكن التحقق منها خلال تقديم الحجج والبراهين التي تتفق عليها كل العقول السليمة، ويصاحبها حالات وجدانية ملائمة للموقف تنتهي بالفرد إلى مزيج من النضج الانفعالي والخبرة. (الشمسان، 1417هـ).

• التفكير غير العقلائي Irrational Thinking :

عرفه البرت اليس بأنه تلك المجموعة من الأفكار الخاطئة وغير المنطقية، التي تتميز بعدم موضوعيتها، والمبنية على توقعات وتعميمات خاطئة، وعلى مزيج من الظن والتنبؤ المبالغ والتهويل بدرجة لا تتفق والامكانات الفعلية للفرد. (كامل، 2004) .

* العلاج العقلائي الانفعالي عند اليس :

تعتبر نظرية اليس العلاج العقلائي الانفعالي أن الإنسان كائن عقلائي ولا عقلائي في نفس الوقت، فعندما يفكر ويتصرف بعقلانية يكون فعالاً وسعيداً وكفوفاً، ولكن عندما يفكر ويتصرف على نحو غير عقلائي، فإن ذلك يؤدي إلى الشعور بالقلق أو الاضطراب النفسي. (الريحاني، 1987) .

يرى اليس في نظريته أن البشر يشتركون في غايتين أساسيتين أولهما الحفاظ على الحياة، وثانيهما الإحساس بالسعادة النسبية والتخلص من الألم، وأن العقلانية تحتوي على التفكير بطريقة تسهم في تحقيق هذين الهدفين، في حين أن اللاعقلانية تحتوي على التفكير بطريقة تعيق تحقيق هذين الهدفين. (الشناوي، 1416 هـ) .

يذهب اليس إلى تأكيد دور المعرفة كعامل أولي في توليد الانفعال، وكعامل حيوي يثير ويساعد على استمرارية الاضطراب الانفعالي، أو العمل على تخفيفه، وأن توجيه النفس له فوائد واضحة ومحددة في حياة الأفراد الذين يبحثون عن تحقيق إنجازات مهمة، بالإضافة إلى ذلك فإن النظرة الإنسانية للحياة تحتاج لتوجيه نفسي لكل المستويات ولكل الناس ولمساعدتهم أفراداً أو مجموعات من أجل تحقيق ذواتهم. (Ellis A, 1982) .

يرى اليس أن البشر يتعرضون لتأثيرات وراثية وبيئية قوية على شخصياتهم واضطراباتهم الانفعالية، وأن جهازهم الحيوى يعرضهم بقوة إلى التفكير والإحساس والتصرف بطريقة دفاعية عن النفس، وأنهم كبشر لديهم نزعات فطرية نحو الحفاظ على الوجود والبقاء، وكذلك لديهم نزعات نحو التخريب فيما يتعلق بقيمهم ومثلهم مثل الحذر المبالغ، والتكيف، والغرور، والتمنى، واتخاذ المواقف الدفاعية والتعصب، والمبالغة في الخيال وعدم الواقعية. (Ellis 1976،A).

على الرغم من أن الأفراد في الغالب يتعلمون أو يكونون أفكارهم اللاعقلانية أثناء مرحلة الطفولة، إلا أن أثر هذه الأفكار لا يظهر إلا في مراحل لاحقة من العمر لأن الناس يخلدون أو يكوّنون أفكار جديدة أو كلاهما. ويقوم الناس عادة بصورة مستمرة بإعادة تكوين وتعديل أفكارهم اللاعقلانية ويحافظون أو يساهمون بذلك في تزايد اضطرابهم، وبهذا فإن مشاعر الناس وأفكارهم وسلوكياتهم التي حدثت في الماضي لا تبقى موجودة حتى اليوم فحسب وإنما تعدل ويعاد بناؤها. (Ellis A، 1982).

يؤكد اليس أن العصاب ينشأ ويستمر نتيجة بعض الأفكار والمعتقدات التي تخلق أساساً من العقلانية والمنطق السليم، وأن الناس يتبنون أهدافاً غير واقعية، بل مستحيلة وغالباً ما تتصف بالكمال، وخصوصاً تلك الأهداف التي تظهر على شكل رغبة الفرد في أن يكون محبوباً ومقبولاً من كل المحيطين به وأن يكون كاملاً فيما ينجز من أعمال وألا يتعرض للإحباط في كل ما يريد، بالرغم من كثرة الأدلة التي تثبت عدم صحة هذه المعتقدات والأهداف واستحالة تحقيقها فإن بعض الناس لا يتخلون عنها ويتمسكون بهذه الأفكار. (الريحاني، 1987).

بالرغم من أن اليس يؤكد بأن الاضطرابات العاطفية تنتج بشكل رئيسي من التفكير اللاعقلاني، فإنه يعترف بأن هذه الانفعالات العاطفية يمكن أن تكون من ردود الفعل الضعيفة والزائدة عن الحد للأحداث، مثل أنماط السلوك التي تؤدي إلى خلل وظيفي كسرب الكحول، أو عدم الذهاب إلى الطبيب في حالة المرض. وبالتالي فإن الانفعالات العاطفية تتضمن عناصر إدراكية وعاطفية وسلوكية، فمتى وجد التفكير اللاعقلاني الانفعالي الخاطئ والسلوك المختل أيضاً عند إنسان ما فإنه يعتبر مضطرباً عاطفياً أو منفجلاً. (Ellis، 1973).

* نموذج ABC للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (A.B.C Model)

قدم إيس نموذج الذي يوضح العلاقة بين الأحداث المثيرة والأفكار اللاعقلانية والاضطراب الانفعالي، وهو يفسر الاضطراب لدى الأفراد عندما يخبرون أحداثاً منشطة Activating events غير مرغوبة، يليها معتقدات Beliefs إما عقلانية أو غير عقلانية عن تلك المثيرات، ثم يصيغون بمعتقداتهم نتائج Consequences انفعالية

سلوكية، إما أن تكون مناسبة أو غير مناسبة، وذلك وفقاً للمعتقدات إن كانت عقلانية أو غير عقلانية ويعتمد النموذج على جانبيين يكمل كل منهما الآخر:

الجانب الأول: A.B.C (Activating – Beliefs – Consequences) :

هو بمثابة الجانب الشخصي، وهو يوضح العوامل الأساسية، التي تؤدي إلى نشأة الاضطراب الانفعالي.

الجانب الثاني: D.E.F (Disputing – Enactment – Feed Back) :

هو الجانب العلاجي، ومن خلاله يتم توضيح ومناقشة العلاقات بين الأحداث المثيرة، والأفكار اللاعقلانية، ومهاجمة تلك الأفكار الهدامة التي يتبناها العميل، واستبدالها بأخرى أكثر منطقية، ومحاولة اكساب العميل طرق التفكير السليمة التي من خلالها يستطيع دحض Disput وتقييم أفكاره سواء السابقة تجاه الأحداث التي سببت له الاضطراب الانفعالي، أو طريقة تفكيره تجاه الأحداث المثيرة التي ستواجهه.

وفيما يلي عرضاً للنقاط التفصيلية التي يعتمد عليها النموذج :

1) أحداث نشطة (A) : Activating events :

هي الخبرة أو الأحداث النشطة المثيرة للفرد، والتي تسبب له الاضطراب الانفعالي.

2) المعتقدات (B) : Beliefs :

هي الاعتقادات أو الأفكار عن الحدث (A)، وقد تظهر في صورة أفكار، أو حديث داخلي يردده الفرد كتقييم خاطئ للحدث، أو تفسير محرف ومشوه وخاطئ للحدث المثير للضغط.

3) النتائج (C) : Consequences :

هي بمثابة النتيجة أو العواقب، والتي يظن العميل أنها ناتجة عن الحدث (A)، ولكنها في الحقيقة ناتجة عن (B)، وقد تكون هذه النتيجة انفعالية أو سلوكية، وقد تظهر في صورة شعور بالتعاسة والبؤس، أو اضطراب انفعالي. هذا هو الجانب الشخصي، والتي يخص العميل وحده، ويأتي الجانب الثاني، ليوضح العلاقات السليمة بين الأحداث المثيرة والأفكار اللاعقلانية، والنتائج أو العواقب المترتبة عليها.

الجانب الثاني من النموذج D.E.F والذي يظهر فيه دور المعالج من خلال مناقشته وإبرازه العلاقات الخفية التي يجهلها العميل بين A و B، وأن C نتجت عن B، وليس عن A كما يظن العميل. وتفصيل ذلك الجانب كالتالي:

4) المناقشة أو الدحض (D) : Disputing :

هي خطوة المناقشة، حيث يقوم المعالج بتنفيذ ومناقشة أفكار العميل، لمساعدته على أدراك العلاقة بين B و C، وتغلبه على معتقداته غير العقلانية، واستبدالها بأخرى بمثابة الخطوة التالية.

(5) التنفيذ (E) Enactment :

هي خطوة التنفيذ، وبعد أن ناقش المعالج العميل في الخطوة السابقة، تأتي مرحلة إكساب العميل الفلسفة الجديدة، ليفكر بها بطريقة عقلانية وبناءة، لا تؤدي به إلى الاضطراب الانفعالي .

(6) التغذية الراجعة (F) Feed Back :

هي العائد أو التغذية الراجعة للحدث النشاط المثير للضغط، وهنا يساعد المعالج العميل أن يكون موضوعية في أفكاره ونتائجه التي يتوصل إليها (Corey،4)

أشار علا الدين كفاي 1999 إلى العلاقة بين A.B.C.D.E.F والتي أطلق عليها: ت.م.ن.م.ت.ع وهي اختصار لـ (التنشيط - المعتقد - النتيجة - المناقشة - التنفيذ - العائد)، وتعني: تحديد الأحداث النشطة، إقامة الصلة بين (A و C)، والتحرك نحو (B)، المناقشة العائد (التغذية المرتدة). (كفاي، 1999) .

* سمات الأفكار العقلانية واللاعقلانية :

لتمييز الأفكار العقلانية عن الأفكار اللاعقلانية، لا بد من الوقوف على السمات التي تتسم بها كل منها فأشار ويندي دريدن Deyden W 202 إلى السمات التي تتسم بها كل من الأفكار العقلانية واللاعقلانية (Dryden، 2002) .

أولاً: سمات الأفكار العقلانية

أ- مرنة.

ب- تؤدي إلى الصحة النفسية.

ج- تساعد على تحقيق وإنجاز الأهداف.

د- صحيحة.

هـ- منطقية.

هذه السمات بمثابة قواعد أساسية يمكن من خلالها الحكم على الفكرة لتصنيفها إلى عقلانية أو لا عقلانية، فإذا كانت الفكرة مرنة، وتساعد على تحقيق الهدف، ومنطقية، وتؤدي إلى الصحة النفسية؛ فهي فكرة عقلانية، وإن كانت غير ذلك فهي بالطبع فكرة غير عقلانية. (كفاي، 1999) .

ثانياً: سمات الأفكار اللاعقلانية

أ- متطرفة.

ب- تؤدي إلى الاضطراب النفسي.

ج- لا تساعد على تحقيق وإنجاز الأهداف.

د- خطأ.

هـ- غير منطقية. (كفافي، 1999) .

*** نموذج العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب Cognitive Behviore Therapy of Depression :**

يتضمن الاكتئاب الآتي:

أ- تمارضاً أو سلوكاً مرضياً يمكن ملاحظته مثل قابلية وسهولة الشعور بالتعب والبكاء وسفح الدموع بغزارة والتهديد بالانتحار.

ب- خلفية الدافعية تتضمن تجميعين من الأفكار السالبة، وأنه لن يتحقق أمل في المستقبل، وأنه محكوم عليه بالفشل، وأنه محروم وعاجز. (الفقي، 1989) .

المحاضرة الثالثة: العلاج بالتقبل والالتزام المركز

1- تعريف العلاج بالتقبل والالتزام المركز:

يعد العلاج بالتقبل والالتزام المركز (FACT) Focus Acceptance and Commitment Therapy نموذجاً جديداً من العلاج القصير المدى الذي هو نسخة مختصرة ومكثفة من الموجة الثالثة في العلاج المعرفي السلوكي CBT therapy، وأكدت البحوث والدراسات النفسية نجاح هذا النموذج في مساعدة الناس على تغيير علاقتهم مع تجاربهم المؤلمة غير المرغوب فيها، وأفكارهم المزعجة، ومشاعرهم وذكرياتهم غير السارة، وأعراضهم الجسدية غير المريحة. والواقع أن هذا النموذج الإرشادي لا يهدف فقط إلى مساعدة العملاء على التخلص من المحتويات الشعورية، بل إن الجهد الكبير المبذول من طرف الناس لمحاولة التحكم في تلك الأفكار السلبية وفي الرغبة في تعويضها بأخرى إيجابية هو الذي يشكل جوهر المشكلة. عندما يصبح العملاء منشغلين بتدبير انفعالاتهم، ومحاولة تجنب الذكريات المؤلمة أو استبدال الأفكار غير العقلانية والسلبية بأفكار عقلانية إيجابية، فإنهم يصبحون غير قادرين على تلبية حاجياتهم المباشرة الحياتية. وبفعل ذلك، يصبح هؤلاء متصلبين ذهنياً، غير فعالين في حل المشكلات. إن العلاج بالتقبل والالتزام المركز (FACT) يدرّب العملاء على التعامل مع الانفعالات والأفكار والذكريات المؤلمة كما هي كونها مجرد مشاعر نفسية داخلية.

والخاصية الثانية للعلاج بالتقبل والالتزام المركز (FACT) فتتمثل في التشديد على مساعدة العملاء على التعرف على قيمهم الشخصية والانخراط في أفعال وتصرفات ملتزمة ومتوافقة مع هذه القيم. وبذل التركيز على الانفعالات، يساعدهم العلاج بالتقبل والالتزام المركز (FACT) على الحصول على الحياة التي يرغبون فيها حقيقة. (Abadi, 2018, B, R ,A ,Kalentari ,M).

وبما أننا لا نملك القدرة على التحكم في انفعالاتنا، وفي أفكارنا، وفي ذكريات المؤلمة، أو الأعراض الجسدية التي قد تصاحبها، فإنه كان لزاماً علينا تركيز طاقتنا وتوجيهها نحو الأشياء والأمور التي نستطيع بالفعل التحكم فيها أي سلوكنا المباشر.

أما الالتزام فيعني في العلاج بالتقبل والالتزام المركز (FACT) أخذ بعين الاعتبار قيمنا فيما نخرط فيه من أفعال وتصرفات هادفة، وقبل التفصيل في مكونات العلاج بالتقبل والالتزام المركز (FACT) لا بأس من التذكير بنموذج العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) Acceptance and Commitment Therapy الذي يتأسس عليه هذا الأخير.

2- أهداف علاجية لنموذج العلاج بالتقبل والالتزام Acceptance and Commitment

Therapy (ACT)

يهدف ACT إلى مساعدة الفرد على إدراك الصراع الذي يعاني منه مع محتوياته الداخلية والذي يعد عاملاً في استمرار المعاناة. للقيام بذلك، يدعو ACT لإفساح المجال داخل نفسه لتجاريه في الوقت الحاضر. يفتح هذا الموقف إمكانية الانخراط في مواقف أخرى، مثل الأفعال لصالح حياة أكثر ثراءً وأقرب إلى ما يهمنا. إنها تعتقد أنه ليس عليك أن تشعر بتحسين لجعل الحياة أفضل هذا ليس شرطاً ضرورياً. يتعلم الفرد تعديل علاقته بخبرته الداخلية ويدربه للتمييز واختيار ما هو مهم بالنسبة له، من خلال عمل عمليات ACT المركزية الست، تتيح المرونة النفسية المشاركة في اتجاهات الحياة القيمة.

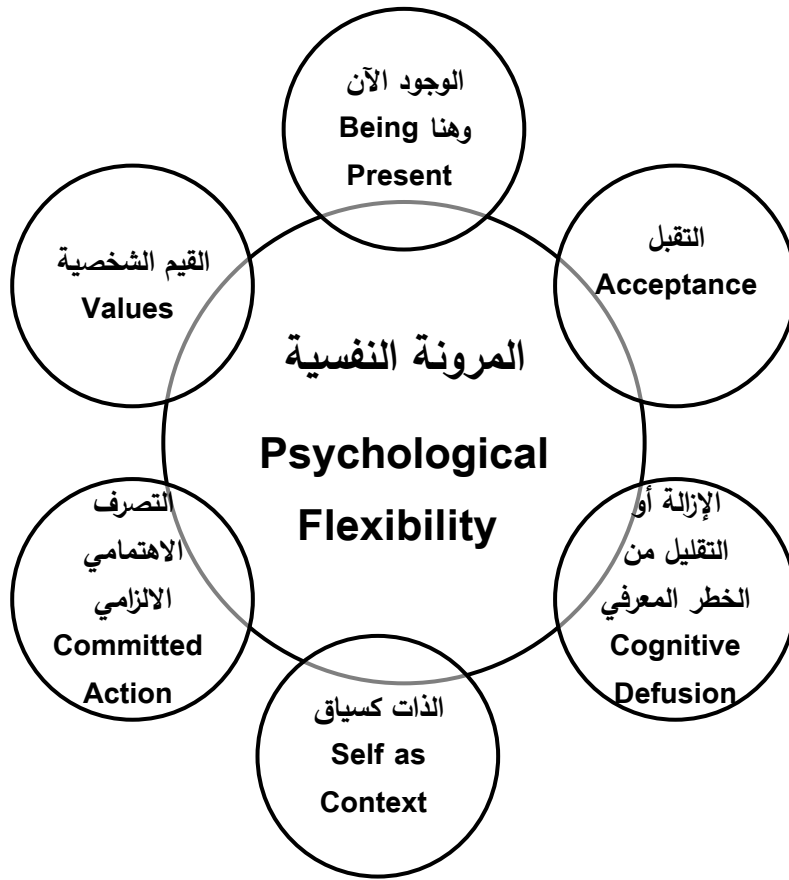
في علاج ACT يتم مساعدة العملاء على إعطاء معنى لوجودهم، من خلال العمل على القيم. نحاول مساعدة المرضى على التواصل مرة أخرى مع ما يجعلهم يهتزون، وما يدفعهم، لإيجاد التناسق في حياتهم (S , Batten). (2011).

3- العمليات الست الأساسية لنموذج العلاج بالتقبل والالتزام:

يقوم العلاج بالتقبل والالتزام (Acceptance and Commitment Therapy (ACT) على ست عمليات أساسية تساعد معاً الفرد على اكتساب كفاية عقلية تسمى "بالمرونة النفسية" Psychological Flexibility "الذي بإمكانه تغيير حياة الفرد نحو الأحسن. فكلما كانت المرونة السيكلولوجية كبيرة، كلما تصالح الفرد مع أفكاره ومع انفعالاته المؤلمة. (Sinclair & Beadman, 2016) (Harris, 2009) (Hayes & Smith, 2005)

وسنعرض في الفقرات التالية وصفاً للعمليات الست الأساسية في نموذج العلاج بالتقبل والالتزام Acceptance and Commitment Therapy (ACT) كما يوضحها الشكل رقم (01)

الشكل رقم (01): نموذج الهيكتافليكس (ACT) Hexaflex



ويرتكز دور المرشد النفسي وفق تقنية العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) Commitment Acceptance and Therapy على مساعدة الأفراد كي يغيروا علاقتهم بأفكارهم وانفعالاتهم المؤلمة بأن ينفصلوا عنها ويتقبلوها كما هي، وأن يعوا بمشاعرهم تلك ويصبحوا أكثر انفتاحاً على عالمهم الداخلي النفسي وعلى عالمهم الخارجي أو محيطهم، ويكتشفوا قيمهم ويوجهوا أفعالهم وتصرفاتهم وفقاً بصورة هادفة وملتزمة. (عطية، 2011، صفحة 457)

وفي المقابل يفترض نموذج العلاج بالتقبل وبالالتزام أن سبب المشكلات النفسية (كالقلق والاكتئاب والوسواس القهري والرهاب الاجتماعي...) والمشكلات السلوكية (كالغضب، والتعاطي المخدرات والكحول...)، (Eifert, Trugeon & Parent, 2012) (Mckay, & Forsyth, 2006) إنما ترجع إلى سببين رئيسيين: الانسهار المعرفي Cognitive Defusion والتجنب الخبراتي Experiential Avoidance .

• الانسهار المعرفي Cognitive Defusion :

يؤدي الانسهار المعرفي إلى هيمنة الأفكار المزعجة على حياة الفرد، وبذلك تشوش على تفكيره وانفعاله وسلوكه وتؤثر على إنجازاته المهنية والأكاديمية.

• التجنب الخبراتي Experiential Avoidance:

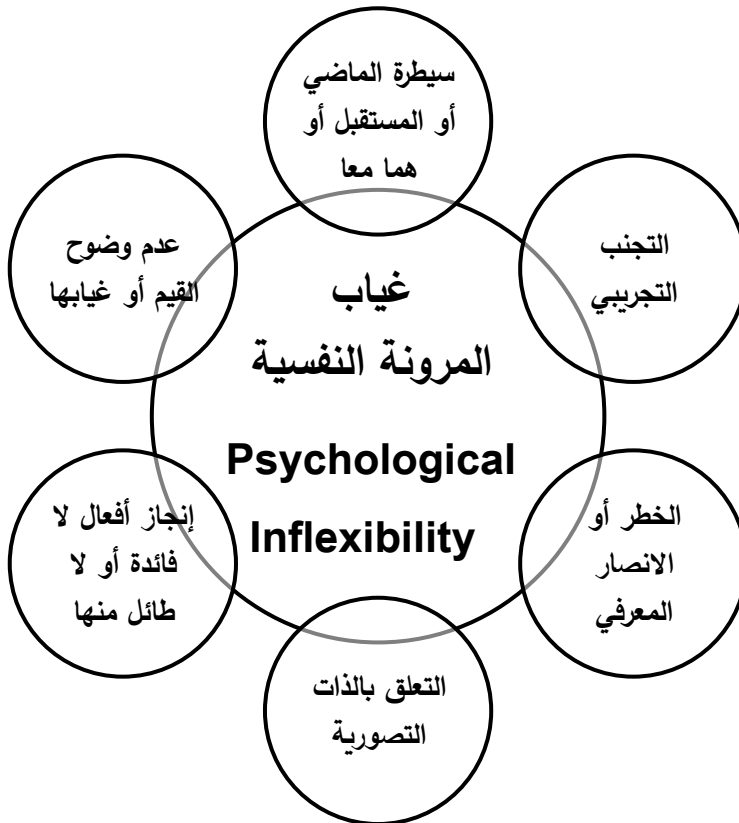
يقوم على استراتيجية الهروب وتحاشي كل الخبرات الشخصية غير المرغوب فيها كالأفكار، والانفعالات والذكريات المؤلمة في الماضي، ويؤدي هذان العنصران المركزيان في النموذج الباثولوجي لمقاربة العلاج بالتقبل وبالالتزام إلى:

- هيمنة الماضي أو المستقبل: أي أن حياة الفرد ومعرفته بذاته تصبح محدودة وينقطع اتصاله باللحظة الراهنة.
- نقص الوضوح والاتصال بالقيم أي غياب الهدف أو مشروع الحياة: فالقيم هي بمثابة البوصلة التي توجه أفعال وسلوك المراهق بصورة إيجابية، كربط العلاقات الاجتماعية، والاستمتاع بالحياة، والتحصيل المدرسي.
- الأفعال غير المفيدة: هي أشكال السلوك التي تبعد المراهق عن تحقيق الوعي الكامل Mindfulness وعن قيمته في الحياة، وهي في الغالب تؤدي به إلى الإتيان بتصرفات بها خطورة كالتدخين، والتعاطي المخدرات والكحول، والغضب، وتدمير الممتلكات، والتغيب، والإدمان على الانترنت، ومشاهدة الأفلام الإباحية، والانسحاب الاجتماعي، وممارسة الطقوس الشيطانية، والتطرف الديني، والاكتئاب، والميول الانتحارية ... الخ. ويوضح الشكل رقم (02) النموذج الباثولوجي وفق نظرية العلاج بالتقبل والالتزام (ACT) Commitment Therapy (ACT)

Acceptance and

الشكل رقم (02): النموذج الباثولوجي للعلاج بالتقبل والالتزام

Acceptance and Commitment Therapy (ACT)



ثالثاً: تصميم البرنامج الإرشاد النفسي المختصر للوقاية من المشكلات النفسية والسلوكية

قام فريق البحث باعتماد نظرية العلاج بالتقبل والالتزام كنموذج لهذا البرنامج الإرشادي النفسي، وبالضبط على النموذج المختصر له المعروف تحت اسم: العلاج بالتقبل والالتزام المركز Focus Acceptance and Commitment Therapy (FACT) وهو يهدف إلى زيادة المرونة النفسية من خلال تحسين وتدريب المشاركين على عملياتها أو كفاياتها الستة : الإزالة أو التقليل من الخطر المعرفي Cognitive Defusion والتقبل Acceptance والوجود الآن وهنا Being Present والذات كسياق Self as Context واكتشاف القيم Values والتصرف الاهتمامي الالتزامي (Strosahl, Robinson, & Gustavsson, 2012). Committed Action.

ووفق هذا النموذج المختصر في العلاج والإرشاد النفسي، كما يوضح ذلك الشكل رقم (03)، فإنه بالإمكان اختزال هذه العمليات الستة الأساسية في ثلاث فئات فقط هي: الانفتاح Openness والوعي Awareness والانخراط Engagement. (Broten, 2013).

الشكل رقم (03): نموذج الأعمدة الثلاث للعلاج المركز بالتقبل وبالالتزام

Focus Acceptance and Commitment Therapy (FACT)

الانفتاح Openness	الوعي Awareness	الإنخراط Engagement
- الإزالة أو التقليل من الخطر - المعرفي Cognitive Defusion - التقبل Acceptance	- كون الفرد موجوداً حاضراً - Being Present - الذات كسياق Self as Context	- القيم Values - فعل الالتزام Committed Action
- القدرة على الانفصال من الخبرات الشخصية المؤلمة. - القدرة على تم إصدار الأحكام اتجاه الأفكار والانفعالات المؤلمة.	- القدرة على العيش في اللحظة الراهنة. - قادر على الكتاب منظور للذات أو بناء قصة للحياة.	- القدرة على الاتصال بقوة القيم. - القدرة على المحافظة على الانسجام بين القيم والأفعال.

أ- الانفتاح Openness:

تشير هذه العملية إلى قدرة الفرد على تجربة الأحداث الخاصة المؤلمة بشكل مباشر، دون تقييم أو كفاح تجاهها، ويميل الأفراد المنفتحون إلى النظر إلى هذه التجارب باعتبارها جزءاً لا يتجزأ من قدرته على العيش.

تتحكم في سلوك الفرد المنفتح المعتقدات الشخصية والقيم بدل الألم الذي قد يعاني منه، والأفراد الذين يفتقرون إلى القوة في هذا المجال يرفضون اختبار المشاعر غير المرغوب فيها، والأفكار والذكريات السلبية، إنهم يميلون إلى اتباع القواعد التي تشجع على القوة وعلى السيطرة، أو على تجنب هذه التجارب الخاصة. وبسبب هذا، فإن سلوكهم يميل إلى التأثر بالقواعد بدلاً من النتائج الواقعية لسلوكهم. (Berens ,N, M ,Hayes , S, C, 2007).

ب- الوعي Awareness:

تشير هذه العملية الأساسية إلى القدرة على البقاء هنا والآن وأخذ مسافة من المشكلات والنظر إليها في سياق أكبر، وتجربة الحياة في اللحظة الراهنة، وبالتالي القدرة على التكيف بسرعة وبكفاءة مع الأحداث الجارية، والأفراد الذين يفتقرون للمهارة في هذا المجال يميلون إلى اجترار الماضي أو القلق من المستقبل أو هما معاً. إنهم يميلون إلى الانخراط في أنشطة كثيرة تشتت انتباههم للألم وبشعورهم بالقلق، فهم لا يتقبلون ما يحدث في الوقت الراهن، وكثيراً ما يتيهون في سرد واجترار قصص الماضي، كيف صاروا على ما هم عليه الآن، وكيف فقدوا الأمل في تغيير حياتهم نحو الأفضل. فهم بذلك يجدون صعوبة على تعلم سلوك وتصرفات جديدة بالاستناد على نتائج ملموسة.

ج- الالتزام Engagement :

تعني هذه العملية القدرة على الانخراط بفعالية في أفعال مستندة على المعتقدات وعلى القيم الشخصية، إن الأشخاص المتصلون بقيمتهم يفتحون على مجالات مهمة في حياتهم، وفي العمل، وفي العلاقات الإنسانية، وفي الهوايات، وفي تحسين الذات، وفي النمو الروحي؛ وحتى عندما تواجههم تحديات في الحياة فإنهم يؤسسون حلولهم للمشكلات استناداً إلى قيمهم الشخصية. هكذا فإن أحداث الحياة الصعبة تصبح بالنسبة لهم فرصة لتنمية شخصيتهم في مجال القيم.

إن الأشخاص الذين يفتقرون إلى مهارة الالتزام يشكون على الدوام بأنهم يحسون بالضياع وبالتالي وبعدم امتلاكهم أي مغزى للحياة، فرويتهم اليومي يقوم على الخضوع للواجبات وللأوامر بدل الإرادة الحرة، وحين يواجهون تحديات في الحياة، يصبحون أكثر ميلاً للسلبية والانخراط في تصرفات اندفاعية أو إلحاق الأذى بالذات أو التعاطي المخدرات أو للعنف أو التجنب. بالمقابل، هم غير فعالين عادة في حل المشكلات. (محمد رافت عبد الرحمن, 2010)

4- العلاقة العلاجية في ACT:

في الوضع العلاجي ACT، لا يكون المريض بخير بشكل أساسي كما هو. موقف المعالج هو الترحيب وعدم إصدار الأحكام. كونها علاقة إنسانية متساوية تتكون من التعاون والمشاركة والتبادل وفشا لما هو مهم لكل واحد.

أ) علاج مرن:

يتم إثراء موقف ACT من خلال، الحفاظ على المرونة حتى حول عملية التقبل نفسها، مع الأخذ في الاعتبار أنه لا يتم قبول جميع الأفكار أو العواطف. إذا كانت السيطرة ممكنة وعملية وغير مكلفة، فسيكون من العار عدم القيام بذلك.

ب) لسياق العلاجي:

العلاقة العلاجية هي سياق يمكن أن يحدث فيه التغيير. يسمح بتجربة مهارات جديدة بحيث يخرج المريض من الاندماج مع محتواه العقلي. سيعمل جزء كبير من العلاج على مراقبة ما يجري في اللحظة الحالية في سياق الاستشارة. يمكن نقل السلوكيات الجديدة بشكل ثانوي وتدرجي إلى سياق حياة العميل. جوهر العمل هو اتخاذ منظور بعد فوات الأوان من أجل أن تصبح مراقبا وتكون قادا على الشهادة على ما تم رؤيته.

ج) الرحمة والتعاطف والمساواة:

العلاقة العلاجية في ACT تتطلب تعاطف المعالج مع موكله مع نفسه. من المستحسن أن يمارس المعالج التدريبات العلاجية بنفسه ليكون أكثر قدرة على تحديد معاناته الخاصة التي من المحتمل أن تدفعه إلى الانخراط في سلوكيات صراع مع مشاعره والتي قد يكون لها انعكاسات على جودة العلاج.

د) زمانية:

من المستحسن أن تأخذ وقتك في الاستشارات لتجربة حسن الضيافة والبقاء اللحظة الحالية، مما يسمح بمزيد من الانفتاح وتقليل الاندماج المعرفي.

يمكن تقييم صفات معالج ACT ونقلًا عن ACTCCRFT (نموذج تقييم الكفاءات الأساسية).

المجالات السبعة المطلوبة لمعالج ACT هي:

- الموقف العلاجي
- ACT
- تطوير التقبل والانفتاح التلميح إلى التنشوء المعرفي

- لاتصال باللحظة الحالية.
- التمييز بين مفهوم الذات الملاحظة ومفهوم الذات الاصطلاحية.
- الاتجاه نحو قيم واضحة.
- بناء خطط عمل ملتزمة (Harris ,R, 2008)

وكخلاصة، إن الأفراد المتصلين ذهنيا بقيمهم يشعرون بالمعاناة والألم، لكونهم يحاولون تجنب أو التخلص من خبراتهم الخاصة غير المرغوب فيها بسبب خلل في الانفتاح؛ إنهم يعلقون في الماضي أو يقلقون من المستقبل، وهم بذلك غير قادرين على عيش اللحظة الراهنة، أو أنهم يفتقرون للقدرة على الاتصال بقيمهم العميقة ويفضلون عيش حياة نمطية وروتينية ورتيبة بسبب افتقارهم لمعنى الحياة. وعلى العكس من ذلك يميل الأشخاص الذين لديهم مستويات عالية من المرونة السيكولوجية إلى الانفتاح على التجارب الخاصة غير المرغوب فيها والوعي باللحظة الراهنة.

هكذا فإن الهدف من العلاج المختصر بتقنية التقبل والالتزام هو مساعدة الناس على تحقيق المرونة السيكولوجية وتحقيق النمو.

المحاضرة الرابعة: العلاج الجدلي . السلوكي

1- تاريخ العلاج الجدلي . السلوكي

ظهر العلاج بالمناظرة. السلوكية هي محاولة لتطبيق العلاج السلوكي التقليدي أو القياسي للأفراد ذوي الميول والأفكار والمحاولات الانتحارية العالية. إنها صيغة تنشأ بشكل عام من التجارب السريرية وجهود الخطأ فيما يتعلق بتطبيق مبادئ السلوك (Bandura, 1969) ونظرية التعلم الاجتماعي (social learning theory) في علاج الأفراد ذوي الميول والأفكار والمحاولات الانتحارية. (Staats, 1975) (Staats & Staats, 1963)

تركيز العلاج الديالكتيكي هو. تم تخصيص لتمكين العملاء من بناء حياة تستحق العيش منذ بدايتها، وربما كان أول برنامج علاج أولي في هذا المجال مصممًا لتقليل السلوك الانتحاري والقضاء عليه، وقد تلقت مارشا لينهان وزملاؤها تمويلًا في هذا المجال. يبدأ البرنامج البحثي الدليل الذي يمتد لتشكيل المفاهيم العلاجية باكتشاف وتشخيص الاضطرابات النفسية التي يمكن علاجها بالعلاج الديالكتيكي. سلوك.

ونتيجة لذلك، فإن أول تجارب كLINيكية فعلية ركزت على علاج الأفراد ذوي الميول والأفكار والمحاولات الانتحارية المزمنة، والذين ينطبق عليها أيضا محكات تشخيص اضطراب الشخصية الحدية (BPD) borderline personality disorder بوصفهم أكثر الأفراد عرضة لمخاطر الانتحار. (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011)

وعادة ما يركز في العلاج الجدلي . السلوكي على تعليم العملاء استراتيجيات حل المشكلة الفعالة effective problem-solving strategies، إلا أن طبيعة المشكلات النفسية المعقدة المرتبطة بارتفاع معامل الخطورة لارتكاب سلوكيات انتحارية وسلوكيات إيذاء الذات دفعت المعالجين النفسيين التحرك نحو تطبيق استراتيجيات علاجية تتطلب من العملاء إحداث تغييرات جوهرية صعبة جدا في حياتهم.

يرحب العملاء بهذا التحول للتركيز على حل المشكلات، لا سيما في عملية العلاج النفسي التقليدية حيث يكون العملاء معادين للمعالج، وغالبًا ما يتركون المدرسة ولا يكملون العلاج، وهنا لا مفر من التحول إلى تغيير أساسي في العلاج في العلاقات، والتركيز على "الدفع" و "القبول".

من ناحية أخرى، في اضطراب الشخصية الحدية، أعرب غالبية العملاء الذين لديهم ميول وأفكار ومحاولات انتحارية عن إحباطهم من العلاج النفسي التقليدي، مشيرين إلى أنهم غير كافيين لمعالجة مشاكلهم، مما يؤكد الحاجة إلى استراتيجيات علاجات جديدة، بما في ذلك التوليفات المنتظمة :

أ) تقنية "التغير" × تقنية "التقبل".

ب) اتساع ورجاحة عقل المعالج ورشاقة حركة وسرعته وتدفعه.

ج) التقبل الراديكالي التام من قبل المعالج للعميل كما هو، مع توجه المعالج إبطاء مع معدل تفكير العميل في الانتحار أو إيذاء الذات.

د) تحلي المعالج بالتواضع ليرى طبيعة ونوعية التعامل المطلوب مع العميل وفقاً لظروفه ووضعته الحياتي.

وقد أدى ذلك إلى إنشاء صيغة جديدة في العلاج النفسي تجمع بين "القبول" و "التغيير" في هيكلها بينما تدفعهم نحو استراتيجيات التغيير والأفكار الانتحارية ومحاولات حل المشكلات، من خلال الاستثمار. رؤية العميل لأنفسهم. اعترف بمشاكله وعيش معها أولاً.

إلا أن تركيبة "التقبل"، و "التغير" هذه ربما تكون صعبة بالنسبة للعملاء، وبالتالي ومع الأخذ في الاعتبار ارتفاع مستوى تعقد مشكلات العملاء يطلب منهم في إطار العلاج الجدلي . السلوكي تحمل خبرات الكرب والمشقة والمعاناة tolerate distressing مؤقتاً، ليكون أحد أهداف العملية العلاجية بالرغم من صعوبته.

ويجدر الإشارة إلى أن "ألم الماضي قد يكون أمراً غير محتمل من قبل عديد من العملاء، ويترتب على عدم الاحتمال هذا عديد من مظاهر السلوكيات المختلة وظيفياً، الأمر الذي يتطلب مجموعة جديدة من المهارات التي ينبغي أن يركز العلاج الجدلي . السلوكي تعليمها والتي تتمثل في:

- التقبل الراديكالي radical acceptance: أي تقبلنا جميعاً لماضي، وحاضرنا، ومظاهر القصور في تكويننا، ومحدودية أو ندرة الفرص في المستقبل.
- مهارات تحمل المشقة دون اندفاعية أو التخفيف منها بصور غير مقبولة، فقد يلجأ العميل إلى طرائق مختلة لتخفيف كرب ومعاناته. (الشافعي, نهلة 2018)

2- مراحل العلاج :

عادة ما يلاحظ على العملاء الذي يسعون إلى العلاج وتطبيق عليهم محكات اضطراب الشخصية الحدية وتتبدى عليهم ميولاً وأفكاراً ومحاولات انتحارية عالية الخطورة، وللأسف وفي الغالب ما يقترن بذلك وجود ملامح الاضطرابات نفسية أخرى مقترنة مثل: الاكتئاب، اضطرابات القلق المتعدد، اضطرابات الأكل، اضطرابات سوء تعاطي العقاقير المخدرة،... الخ.

يعاني الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية الحدية أيضًا من صعوبة كبيرة في إدارة المشاعر والعواطف السلبية، وغالبًا ما ينخرطون في سلوكيات غير أخلاقية قد تهدف إلى تجنب خيبة الأمل والإحباط، ويظهرون نقصًا أو نقصًا في مهارات إدارة الوقت، وهذه الخصائص تتحد لجعل مهام العلاج النفسي معقد.

في الوقت الحالي، لا توجد إرشادات لهؤلاء العملاء الذين يعانون من حالات طبية متعددة وسلوكيات عالية الخطورة، لذلك يجب تطوير مثل هذه الإرشادات لتحديد المشكلات التي يجب تحديد أولوياتها وكيفية تحديد أولوياتها أثناء العلاج.

من أجل تنظيم عملية العلاج، يجب إعطاء الأولوية للتدخلات وفقًا لمدى انتشار المرض، مع التركيز على البدء الفوري في التعامل مع المخاطر الوشيكة ذات عامل التهديد العالي، مما قد يؤدي إلى تعقيد المرض ويؤدي إلى الإعاقة، وبالتالي فإن المراحل من عملية العلاج على النحو التالي:

المرحلة الأولى: تركيز العلاج على تهدئة العميل وضمان استقراره النفسي أولاً، ومن ثم تحقيق الضبط أو السيطرة السلوكية.

المرحلة الثانية: تجزئة أهداف التدخل التصوبي للسلوك لتحقيق ما يلي:

أ- خفض فوري ومباشر في السلوكيات الوشيكة المهددة للحياة مثل: المحاولات الانتحارية، وسلوك إيذاء الذات غير الانتحاري.

ب- خفض السلوكيات التي تتداخل بالتأثير السلبي على العلاج، مثل: التغيب عن الجلسات العلاجية، السلوكيات التي يمكن أن تستنزف الطاقة النفسية للمعالج "الاحتراق"، رفض المشاركة في الخطوات الضرورية للتغيير المرغوب.

ج- تقليل السلوكيات التي تؤثر بالسلب على توجيه العميل وعلى جودة حياته مثل: تعاطي المخدرات، البطالة، والتشرد أو التسكع.

د- زيادة السلوكيات الماهرة لتحل محل السلوكيات المختلة وظيفياً.

ويطلق على المرحلة الثانية في العلاج مرحلة "تهدة اليأس" "quiet desperation"، وفيها يتم السيطرة على الفعل وليس على الانفعال، ويكون الهدف العلاجي في المرحلة الثانية أن يشجع العميل على الخبرة أو الشعور بكامل نطاق الانفعالات، وعادة ما يستفيد العملاء ذوو كرب ما بعد الصدمة من فنيات وإجراءات المرحلة الثانية.

المرحلة الثالثة: مرحلة تقليل مشكلات الحياة اليومية العادية

المرحلة الرابعة: وتصمم لزيادة شعور العملاء بالاكتمال، وإيجاد البهجة والاستماع، و/أو تحقيق التسامي.
(Chaudhary ,N ,Hasan, S, 2017).

3- نمط العلاج الجدلي . السلوكي: المستوى التطبيقي الإجرائي :

صيغ العلاج الجدلي . السلوكي كما أشير سابقا للتمكن من التعامل العلاجي مع العملاء ذوي المشكلات السلوكية المعقدة ومتعددي التشخيصات الكلينيكية وذوي الاضطرابات عالية الخطورة.

ويتضمن العلاج الجدلي . السلوكي وفقا لما سبق الطرز أو أنماط التدخل التالية:

أ) فريق التدخل كجزء من العلاج TEAM AS A PART OF TREATMENT :

شكل جدلي من العلاج. الأسس السلوكية هي الأسس للتطبيق الأولي في برامج تدريب الخريجين في بيئة بحثية، وليس في بيئة سريرية، وبعد الانتهاء من التدريب الرسمي في العلاج الديالكتيكي.

يشارك معالجو أبحاث السلوك والإشراف في جلسات إرشادية أسبوعية مع فريق الاستشارة لضمان الاستمرارية. هذا هو النموذج المستخدم في جميع أبحاث العلاج الديالكتيكي المبكر. من الناحية السلوكية، عندما يتم تحديد خصائص العلاج، يكون فريق الاستشارة نفسه جزءًا من عملية العلاج، والوظيفة الأساسية لفريق الاستشارة هي التركيز على التزام المعالج بعملية العلاج وفقًا للسيناريوهات المتفق عليها، مما يتيح المعالج لإدارة مشاكله والاحتراف المظاهر الروحية وتقديم المساعدة للعملاء في العلاج، خاصة في المواقف الحرجة حيث يوجد خطر متزايد للانتحار أو الانخراط في سلوكيات مختلفة.

المجموعة الاستشارية قائمة على العلاج الديالكتيكي. التعزيز السلوكي للمعالج وتكوينه السلوكي بهدف زيادة التزامه واستمراريته في ممارسة الأنشطة العلاجية.

ب) التدريب ما بين الجلسات BETWEEN-SESSION COACHING

يرتكز المنطق الأساسي لتقديم ما يعرف بالتدريب ما بين الجلسات باستخدام الاتصالات الهاتفية فيما يلي:

- يحتاج الأفراد ذوو الميول والأفكار والمحاولات الانتحارية إلى مزيد من الاتصال أكثر من مجرد الجلسات الفردية الأسبوعية خاصة أثناء الأزمة.
- السماح بالاتصالات الهاتفية فقط عندما يكون التفكير الانتحاري أو الميل الانتحاري أكثر قابلية للإقدام الفعلي على المحاولة الانتحارية.

- من الأسباب الأخرى للتدريب ما بين الجلسات عبر استخدام الاتصالات الهاتفية أن غالبية عملاء العلاج الجدلي . السلوكي يحتاجون على نحو دائم تعلم كيفية التفاعل مع الآخرين بطرائق تجعل الآخرين أكثر رغبة في مساعدتهم بدلا من الغضب والإحباط منهم.

4- محاور التدريب على المهارات في العلاج الجدلي . السلوكي DBT SKILLS :

عند وضع خطة علاج، من الواضح عدد الصعوبات غير العادية التي يمكن مواجهتها، ومن المستحيل التركيز في نفس الوقت على معالجة مشكلات الأزمات المختلفة، والسلوكيات المختلة، وتحمل الإجهاد والخلل الجوهري في غضون (60) دقيقة التحكم في الجوانب العاطفية والحسية وتنظيمها أثناء تدريس مجموعة من المهارات السلوكية اللازمة للممارسة. لذلك، ينقسم العلاج إلى قسمين رئيسيين مختلفين بتأثيرات مختلفة. يركز الجزء الأول على التدريب على المهارات، ويركز الجزء الثاني على القضايا الحالية والقضايا المتعلقة بالتحفيز، مثل حماية حياة العميل وحمايته من الأذى. تأثير الأدوية في تقليل الاكتئاب والحفاظ على استمراريته أثناء العلاج. (Dijk, S, 2013)

ينصب التركيز الأساسي لتعليم المهارات على مساعدة العملاء على تعلم السلوكيات التي يمكن استخدامها كبداية للسلوكيات غير القادرة على التكيف والخلل وظيفيًا، مع إيلاء اهتمام خاص لتطوير الدافع لتطبيق هذه السلوكيات في الحياة اليومية من خلال الواجبات المنزلية والواجبات المنزلية. يعتمد نهج التدريب على المهارات على فلسفة الحجة، والتأكيد على إجراءات التدريب، بما في ذلك: النمذجة، والتوجيه المباشر أو التوجيه المباشر، والقصص، والبروفات السلوكية والسلوكية المتكررة، والتغذية الراجعة، والتدريب والتدريب، والواجب المنزلي. يتم وصف مهارات كل وحدة تدريبية، مع ملاحق توضيحية وأوراق عمل لكل مهارة، ودليل التدريب يدور حول العلاج الديالكتيكي. السلوك حول المحاور الأربعة التالية:

أ) اليقظة العقلية mindfulness

ب) الفاعلية بين الشخصية interpersonal effectiveness

ج) تنظيم الانفعالات والمشاعر emotional regulation

د) تحمل المشقة distress tolerance

وعادة ما يتم تقسيم المهارات محل التدريب في العلاج الجدلي . السلوكي على مسارين أساسيين يستوعبان محاور التدريب الأربعة:

المسار الأول - مهارات التغير change skills: ويشمل هذا المسار مهارات الفاعلية بين الشخصية، ومهارات تنظيم الانفعالات والمشاعر.

المسار الثاني - مهارات التقبل: ويشمل مهارات اليقظة العقلية ومهارات تحمل المشقة.

محتوى التدريب المتضمن في إرشادات العلاج الديالكتيكي مسموح به. قد تشمل السلوكيات أو تعدل أو تحذف مهارات أخرى، اعتمادًا على طبيعة الموقف وظروفه، بالإضافة إلى الأحداث الناشئة والأزمات الطارئة. وتجدر الإشارة إلى العديد من تقنيات التدريب في العلاج الديالكتيكي. تتم صياغة العلوم السلوكية وتطويرها في إطار علم النفس الاجتماعي، والتعليم الروحي، أو من خلال تعديل التعليمات المقدمة للعملاء في مختلف العلاجات القائمة على الأدلة لمشاكل محددة.

فيما يلي لمحة موجزة عن المهارات الأساسية التي يمكن أن يعلمها العلاج الديالكتيكي. يتم تنفيذ السلوكيات وفقًا للمحاور الأربعة المركزية للتدخل في هذا الهيكل العلاجي:

– اليقظة العقلية Mindfulness:

اليقظة هي عنصر أساسي في العلاج الديالكتيكي. السلوك، وما يقابلها من "مهارات اليقظة الذهنية"، هي مهارات أساسية في هذا المجال، وتتعلق هذه المهارات بما هو معروف: التنقل في الواقع الحالي هنا والآن بعقل حكيم، موجه بالتركيز والملاحظة، ووصف ما يجري على، والاندماج في الواقع الحالي دون تحيز بعقل فعال ومنفتح. وبهذا المعنى، يُنظر إلى اليقظة على أنها ترجمة سلوكية للإرشادات والدروس المتعلقة بممارسات التأمل الشرقية والغربية، ويتضمن كل دليل تدريبي مهارة ذهنية واحدة على الأقل، مثل: الوعي والانفتاح في بناء العلاقات مع الآخرين ووفقًا لتنظيم المشاعر المهارات واليقظة العقلية فيما يتعلق بالتيارات الفكرية حول الصعوبات. وفقًا لصيغة "الملاحظة، الوصف والمشاركة"، تعد سلامة مهارات اليقظة والوعي اللحظي الواعي جزءًا مهمًا من كل ورشة عمل وورقة عمل تدريبية.

– تنظيم الانفعالات والمشاعر Emotion regulation:

- تم تصميم التدريب على التحكم في العواطف والمشاعر وإدارتها وتنظيمها لتعليم الأفراد مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية لتقليل الاستجابات العاطفية غير المرغوب فيها وزيادة المشاعر المرغوبة.
 - يركز على مهارات التعلم التي تعلم الأفراد كيفية اكتشاف وتحديد ووصف المشاعر، وكيفية تغيير الاستجابات العاطفية، وكيفية تقليل التعرض للمشاعر السلبية، وكيفية إدارة المشاعر الصعبة والمعقدة.
 - عادةً ما يبدأ التدريب على مهارات تنظيم العواطف بتعليم موجز لكل ما يتعلق بالعواطف والمشاعر ووصف أنماط الاستجابات العاطفية للمحفزات الداخلية والخارجية. (Ekman & Davidson, 1994)
- كما يؤكد في العلاج الجدلي . السلوكي أثناء التدريب على تنظيم الانفعالات والمشاعر على أهمية القيمة التكيفية للانفعالات والمشاعر، وعلى ضرورة فهم الأفراد أن الانفعالات ضرورة حياتية بدونها تستحيل حياة الإنسان وتصبح جحيم لا يطاق. (Tooby & Cosmides, 1990)

وتتمثل المهمة الأولى في تدريب مهارات تنظيم الانفعالات والمشاعر في تقديم نماذج تدريبية تجسد ما يلي :

- الحساسية الانفعالية للهاديات والعلامات وهشاشة التكوين الانفعالي للفرد.
 - الأحداث الداخلية و/أو الخارجية التي تعمل كهاديات أو مثيرات انفعالية عند الانتباه إليها (الأحداث المنشطة).
 - تقدير وتفسيرات الهاديات والمثيرات المنشطة للانفعالات والمشاعر.
 - ميل الاستجابة بما تتضمنه من استجابات عصبية كيميائية وفسولوجية، واستجابات خبرية مباشرة وحفزات نحو الفعل.
 - الاستجابات والأفعال التعبيرية اللفظية وغير اللفظية.
 - تأثيرات التوهج أو الاستثارة الانفعالية قبل وبعد تأثيرات الأحداث والتي قد تمثل انفعالات ثانوية.
- توجد عدة كتيبات تدريبية حول العلاج الديالكتيكي. السلوك هو جزء نوعي من النظام العاطفي لأننا نعتقد أنه إذا أراد الشخص تغيير عواطفه من خلال السلوك العاطفي الذي يترتب على ذلك، فيمكن القيام بذلك عن طريق تدريب أجزاء معينة من النظام العاطفي.
- بمجرد تشكيل النموذج المجسد للمهارة، تحدث عملية التغيير العاطفي بسلاسة وبشكل طبيعي بعد التعرض للنموذج وتقليده في المواقف التمثيلية بناءً على التدريب السلوكي المتكرر.
- تقنية "التعرض" هي إجراء آخر يمكن استثماره في تعليم ما يسمى بمهارات "الفعل المعاكس" عندما يعرض العميل سلوكيات تتعارض مع عواطفه و / أو المحفزات المطلوبة للعمل، على سبيل المثال: الاقتراب من التحفيز المخيف.
- ثم هناك استخدام تقنيات "المراجعة المعرفية"، ربما وفقًا لرؤية Meichenbaum Meichenbaum، 1977 لفحص الحقائق والحقائق، والقدرة على تحدي ودحض المشاعر المستهجنة وغير المنطقية، أثناء تدريب الأفراد على إعادة تفسير الأحداث لتتوافق مع حقائق وحقائق.
- التالي هو إمكانية استخدام تقنية "بروفة التخيل"، والتي تعتمد على التدريب السلوكي المتكرر باستخدام المواقف التخيلية، والتي ترتبط بفكرة "التأقلم المسبق"، حيث يتخيل الأفراد أنهم يواجهون بشكل فعال الخوف والقلق، الألم والاستياء أو المواقف المؤلمة.
- كما تمت إضافة تقنية "Imagined Behavior Rehearsal" إلى التطبيق في بروتوكول Nightmare Coping Protocol. (كراكوف وآخرون 2001) بالإضافة إلى تغيير الاستجابات العاطفية، وفقًا لنهج العلاج الديالكتيكي، يتم تعليم الأفراد مهارات تنظيم عواطفهم ومشاعرهم لتقليل احتمالية تعرضهم للمشاعر السلبية.
- يصف علماء السلوك أنفسهم على أنهم علاج يساعد العملاء على بناء حياة تستحق العيش. لتحقيق ذلك، يوصى بزيادة تعليم المهارات الذي يمكن الأفراد من البحث عن كل الأشياء الإيجابية والبهجة والمبهجة والمثمرة في الحياة

واستكشافها على مستوى قصير المدى، مثل زيادة الأحداث السارة والممتعة، وعلى المدى الطويل. المستوى، مثل مثابرة الرجل على تحديد وتحقيق أهداف تتفق مع قيمه ومعنى الحياة.

– الفاعلية بين الشخصية interpersonal effectiveness:

من جانب آخر يعاني الأفراد ذوو القصور في تنظيم انفعالاتهم ومشاعرهم غالباً من صعوبات جوهرية دالة في علاقاتهم بين الشخصية المتبادلة مع الآخرين، على سبيل المثال تدمر الغيرة والغضب علاقاتهم الودية مع المقربين منهم، ويفضي الخوف والخزي أو الخجل والعار إلى تجنب التواصل بين الشخصي مع الآخرين، وحتى الاكتئاب يمكن أن يعوق جهود التفاعل مع الآخرين، ومن هنا فإن التدريب على الفاعلية بين الشخصية أمراً وجوبياً في العلاج الجدلي . السلوكي وهي عبارة عن مجموعة من المهارات التي تمكن الأفراد من إدارة صراعاتهم بين الشخصية مع الآخرين، وتكوين صداقات جديدة، و/أو إنها العلاقات المزعجة المؤذية أو الضارة، وتعزيز البيئات المشجعة على التفاعل الإيجابي مع الآخرين.

وتأتي غالبية مهارات التدريب على الفاعلية بين الشخصية من نتائج البحوث التي تناولت موضوع التدريب على "التوكيدية assertiveness"، و" السلوك التوكيدي assertive behavior". (Linehan & Egan, 1979)

على سبيل المثال المهارات المجسدة في تركيبة "دير مان DEARMAN" والتي يوضحها الشكل الآتي:

الشكل رقم (04): صيغة تدريب مهارات الفاعلية بين الشخصية وفقاً لتركيبه ديرمان.

Describe

Express

Assert

(Stay) Mindful

Reinforce

Appear Confident

DEARMAN ACRONYM FROM INTERPERSONAL EFFECTIVENESS MODULE

إذ وفقاً لهذه الصيغة يتم تعليم الأفراد كيفية تقديم الطلبات الشخصية بصورة إيجابية فعالة، وتحدث هذه المهارات نوعاً من التوازن بين كيف ومتى تقول "لا" بصورة فعالة، ويجدر الإشارة إلى أنه تم توسيع نطاق التدريب على مهارات الفاعلية بين الشخصية لتشمل مهارات الجدال، والتصديق والاعتراف وإجراءات إدارة العواقب.

- تحمل المشقة distress tolerance:

ويجدر التنويه إلى أنه عندما صيغ العلاج الجدلي . السلوكي في نسخته الأولى لم يكن يتضمن أجلة علاجية تستهدف تقوية مهارات العملاء في تحمل المشاق والمتاعب والكروب ومظاهر الضيق الانفعالي المرتبطة بالأحداث أو الظروف المزعجة والعصبية.

وكانت التدخلات السلوكية المتاحة في هذا الوقت تركز على تغيير السلوك، إلا أن تحمل المشقة في العلاج الجدلي . السلوكي يتركز على تعليم العملاء: التقبل للذات والأحداث والظروف، إيجاد دلالاتها ومعانيها، وتحمل المشقة والمعاناة المرتبطة به أو الناتجة عنها والمصاحبة لها.

وعادة ما يركز في التدريب على تحمل المشقة على تعليم عدد من فنيات "إرجاء الإشباع delay of gratification"، و"تهدة الذات Self-soothing" بهدف التعايش الأولي مع الأزمات بدون تضخيم تأثيراتها السلبية مثل: تجنب تعاطي المخدرات ومحاولات الانتحار، وتجنب الاندماج في سلوك مختل وظيفيا وضار أو مؤذي للذات. وقد يتم اللجوء في القيام بمثل هذا التدريب إلى ما يعرف اختصار بصيغة تب (TIP) كما يوضحها الشكل رقم (05)، والتي تم تطويرها في إطار بحوث كيفية تنشيط نظام الجسد الفسيولوجي العصبي لتقليل الاستثارة عبر إما درجة الحرارة (Foster & Sheel, 2005) (Jay, Christensen, & White, 2007)، أو تنظيم التنفس بصورة فعالة، والاسترخاء العضلي. (Linehan, 2005)

الشكل رقم (05): تركيبة TIP في التدريب على تحمل المشقة

T Tip your face into cold water

I Intense Exercise

Paced Breathing

P

Paired Muscle Relaxation

TIP ACRONYM FROM DISTRESS TOLERANCE MODULE

ويتضمن التدريب على تحمل المشاق أيضا مجموعة من المهارات التي تركز على "القبول الواقع reality acceptance" والتي تستهدف تقليل المعاناة وزيادة الحرية عندما تكون الوقائع والأحداث المؤلمة لا يمكن تغييرها فوزا أو يستحيل تغييرها.

ومن بين مهارات قبول الواقع المهارات التي ترتبط بقبول صورة الذات الجسمية للشخص عن طريق الفرح بالذات والابتسام لها وقبولها كما هي فيما يعرف باستراتيجية "نصف الابتسامة" و"الأيدي والمرحبة Willing hands". واشتقت استراتيجية "نصف الابتسامة Half smiling" من الأعمال البحثية التي أظهرت أن الانفعالات تتأثر بتعبيرات الوجه. (Ekman P. , 2003) (Ekman, et al., 1987)

المحاضرة الخامسة: العلاج بخفض الحساسية عن طريق حركة العين EMDR

1- مقدمة :

يعتبر عصرنا الحالي عصرا مليئا بالأحداث المتسارعة و الضاغطة و المسببة للكثير من مشاعر القلق و التوتر و ذلك في مختلف مجالات الحياة سواءا كانت شخصية أو مهنية أو إجتماعية، كل هذا ساعد على تشكيل بيئة ملائمة للإصابة بمختلف الأمراض والإضطرابات النفسية و السلوكية والتي تؤدي بالفرد إلى عدم القدرة على تحقيق توافقه النفسي و الإجتماعي إن تعرض الفرد المستمر لنمط حياة مليئ بالتوترات و الإحباطات و الأحداث الصادمة ك وفاة شخص عزيز مثلا أو التعرض لحادث عمل خطير أو إندلاع الحروب والعنف و غيرها قد تدخل الشخص في دوامة من الصدمات النفسية الحادة و التي قد يجد صعوبة في تجاوزها أو التكيف معها . و يسعى المعالجون النفسيون في خضم الأحداث الراهنة إلى تطبيق تقنيات علاجية نفسية فعالة لمعالجة الفرد أو على الأقل تخفيف من حدة الصدمة النفسية و من بين أحدث التقنيات المكتشفة حديثا هي تقنية EMDR أو ما يسمى تقنية إزالة الحساسية و إعادة المعالجة بحركة العين بحيث تعتبر هذه التقنية علاجا نفسيا جيدا لتحكم في أعراض ما بعد الصدمة و بعض إضطرابات النفسية الأخرى . و قد أكدت فرانسيس شابيرو Francine Shapiro مكتشفة تقنية EMDR أن الذكريات والأحداث المزعجة هي السبب الرئيسي في الإصابة بالإضطراب النفسي و بالتالي تهدف تقنية المعالجة بحركة العين السريعة (emdr) إلى تخفيف من أعراض إضطرابات النفسية خاصة في ما يتعلق بإضطراب ما بعد الصدمة أو PTSD ، وقد إستندت فرانسيس شابيرو في تأسيسها لهذه التقنية إلى عدة نظريات نفسية سابقة كنظرية التحليل النفسي و العلاج السلوكي و العلاج المعرفي.

2- مفهوم تقنية EMDR

أ) تاريخ ظهور تقنية EMDR

في سنة 1979 أثناء إنهائها لمشروع الدكتوراة في الأدب الإنجليزي بجامعة نيويورك اكتشفت فرنسيس شابيرو بأنها تعاني من سرطان . الشيء الذي جعلها تحول أنظارها عن هذا المشروع وركزت انشغالها حول ما يثير الحصر لدى الناس، تقول شابيرو " لأنه فقط الحقل المناعي النفسي العصبي بدأ في التوسع . الأعمال التي قام بها Norman Cousins و Pelletier وآخرون اهتمت بالتفاعل بين العقل والجسد . الشيء الذي سحرني و دفعني للتساؤل لماذا كمجتمع لدينا الكثير من التقدم التكنولوجي ولكن لم نكن قادرين على إدارة هذه الأسئلة عقل-جسم فقررت البحث في أشكال أقوم بها وجعلها في متناول الجمهور الكبير .

أوقفت شابيرو أعمالها في نيويورك وتنقلت إلى كاليفورنيا ونظمت العديد من الملتقيات والورشات التي تركزت حول العلاقة بين الجسم والعقل فبدأت دراسة علم النفس ونالت شهادة الدكتوراة. في سنة 1987 بينما كانت تمشي في حديقة مملوءة بالزوار (سانتر بارلاك)، وكانت تستذكر في ذكريات مؤلمة (سوداء) وفجأة القت وهي واعية وبعبسية نظرها يمينا ويسارا فكتشفت في نفس الوقت أن ثقل الذكريات السلبية بدا يقل.

أدى هذا إلى افتراضها بأن هناك علاقة بين حركات العين ونقص الإحساس بالذكريات السلبية . حيث تقول شابيرو " لما كنت أعود إلى التفكير في ذكريات مقلقة ولما أحرك عيناى بشكل معين فهذا التفكير يتلاشى ويتبدد والسؤال كان على أي نوع من التفكير يمكن توظيفها".

ثم أعادت تجربتها على نفسها وعلى أقاربها ثم على مرضاها في العلاج النفسي الذين قاربوا السبعين ولمدة شهور .

بعدها فكرت شابيرو في النوم المتناقض ومن هنا جاءت فكرت حركات العين فابنسبة لشابيرو عندما ننام ونحن نحس بالقلق من شئ معين فإننا عند استيقاظنا نحس بتحسن أحسن عن ما كنا قبل النوم وهذا ما جعلها تحس بوجود علاقة بين حركات العين و المسار الذي يحدث أثناء النوم وهو الشئ المشترك بين كل البشر.(النميسي, مرسيلينا 2016).

في سنة 1989 تم اعتماد هذه التقنية و كانت تقوم على تقييم أثر العلاج من الصدمات في خلال حصة واحدة وكانت في البداية تسمى (EMD (Eye Movement Desensitization أو التحسيس بحركة العين لأن العلاج كان مركزا حول توجه سلوكي وكان الاعتقاد السائد هو أن حركة العين لها ميزة وحيدة من أجل التسبب في حساسية فعالة. فمن وجهة النظر هذه فإن العلاج يتمحور في التخفيف من أثر الخوف والحصر الناجم عن الصدمة النفسية.

خلال السنوات اللاحقة تم إضافة أشكال أخرى من التحفيزات وهي الأصوات والطرق على الأشياء.

خلال فترة العلاج، يتم استبدال المشاعر السلبية بالمشاعر الإيجابية، تغيير الأحاسيس الجسدية مصحوبة بشعور جديد من الذات. باختصار، تحويل الصدمة الى خبرات تعليمية التي تحول الشخص من شخصية مرضية إلى شخصية ناجحة ونافعة.

ب) تعريف تقنية EMDR :

ال EMDR هي اختصار باللغة انجليزية وتعنى Reprocessing Eye Movement Desensitization and اما باللغة العربية تعني : علاج إبطال التحسس وإعادة المعالجة بحركات العينين .

هو علاج ادماجي (تحليلي، معرفي، سلوكي، جشطلطي) نفسي قصير يهدف الى ازالة التحسس العاطفي والجسدي، ويتم ذلك عن طريق مراحل لدى فرد مصاب بصدمة نفسية.(Migneaut, S, 2018) .

عرفتها جمعية EMDR- FRANCE بأنها علاج بالإدماج العصبي الإنفعالي عن طريق إثارة ثنائية الجانب (حركات العينين أو غيرها) و هي تقنية علاجية تسمح بإستئاف المعالجة التكيفية الطبيعية للمعلومات المؤلمة المكبوحة، كما تسمح بتحريك الإمكانات النفسية، و ترميم تقدير الذات المنخفض .

تقوم تقنية EMDR على إعادة المواجهة التخيلية مع الصدمة ويقوم أساس خفض حساسية العين والإعادة على الافتراضات حول تخزين ذكريات الصدمة في الدماغ حيث تتم ازالة الانفعال المستثار المخزن في الدماغ مع ذكرى المؤلمة من خلال اللوزتين التي تقوم بإرسال رسائل الخضر إلى الدماغ.

تعمل EMDR على التنبيه الثنائي المتناوب Stimulation bilateral alterne لنصفي الدماغ من خلال حركات العين ومع التأثير المزدوج للانتباه، وهذا يعني أن تتم استثارة نصفي الكرة الدماغية كليهما بالتبادل من خلال المتابعة البصرية الأصعب المعالج .

كما توجد تقنية أخرى مشابهة لـ EMDR تسمى EMT وهي اختصار لكلمة Eye Mouvement Techiniques التي تعني تقنية حركة العين، وهي طريقة جديدة تماما للتحويل الذاتي تستخدم حركات العين الإيقاعية أو التريبت على اليدين أو الركبتين، تساهم في تقليل من التوتر والصراع وتحكم في الانفعالات السلبية، بالإضافة إلى ذلك حل المشاكل المستمرة.

هذه تقنية طورها العالم النفس الأمريكي Fred friedberg تتضمن استخدام ثنائية مماثلة لتلك المستخدمة في إزالة الحساسية وإعادة المعالجة لحركة العين EMDR، لكن EMT لا يكمن استخدامها في علاج اضطراب مابعد الصدمة وإنما يمكن استخدامها في حالات الرهاب، التحكم في الغضب، الإجهاد المتعلق بالعمل، القلق قبل الامتحان، المخاوف المرتبطة بالحمل أو الولادة، التحكم في النفس.

ومن كل هذا نستنتج أن تقنية EMDR تقنية حديثة، حيث تعتمد على الطلب من المريض أن يتذكر و يسترجع أي حدث تعرض إليه و الذي سبب له الصدمة، وتركيزه على الأفكار والانفعالات الوجدانية وفي نفس الوقت يتابع حركات أصابع المعالج السريعة من اليمين إلى اليسار وذلك بسرعة تصاعدية حتى يتم معالجته تماما وتخلصه من انفعالات والمشاعر السلبية المصاحبة لتلك الصدمة..... (Roqus ,2012) .

ج) الأساس النظري لتقنية الـ EMDR

نموذج المعالجة التكييفية للمعلومات (AIP modal) Adaptive information Processing model

تعريف : AIP إن المهم الجيد لتقنية EMDR يتطلب منا استيعاب نموذج AIP فهذا الأخير يمثل الأساس النظري الذي تقوم عليه مقاربة EMDR ، وهو افتراض حول الطرق التي يمكن أن يستعملها الدماغ لمعالجة الخبرات (المعلومات) والوصول إلى حل تكييفي، مما ساهم في ترسيخ معنى الراحة والفعالية للفرد، ونموذج AIP هو نموذج عصبي فيزيولوجي في طبيعته، ولذلك نجد أن شابيرو استعانت بمصطلحات المعلومات العصبية الفيزيولوجية التي رأت أن استعمال هذه المصطلحات ليس لديها أي مرجعية أو دلالة عصبية فيزيولوجية محددة ودقيقة وهو أمر هام جدا في التأكيد على فكرة أن فعالية EMDR لا تقوم على صدق وصحة النموذج الفيزيولوجي المقدم، لأن فيزيولوجية الدماغ لازالت غير مفهومة وغير واضحة بعد، وبكلمات أبسط تؤكد شابيرو على أن النموذج المفسر لفعالية تقنياتها لا يتمتع بالصدق التام، وهذا راجع لكونه يقوم على معلومات فيزيولوجية عصبية مرتبطة بالدماغ غير كافية وغير دقيقة، إلا أن هذا النموذج لا يتناقض مع ما توصل إليه العلم إلى حد الآن حول فيزيولوجية الدماغ، إذ أن البحث في مجال فيزيولوجية الدماغ مازال ضعيفا والنتائج المتوصل إليها غير أكيدة وغير كافية، وعليه فإن فعالية EMDR لا تتوقف على صحة النموذج المفسر، وقد كررت شابيرو هذه الفكرة وأكدت عليها في قولها " : قدمت نموذجا نظريا (تقصد نموذج AIP) لتفسير التأثيرات العيادية لـ EMDR وليس لإثبات وجود آليات خاصة، وصرحت أن النموذج يبقى مجرد فرضية، وهو قابل للتغيير القائم على الملاحظات المخبرية والعيادية، وقد استوحت شابيرو نموذج AIP من عالمين :

- **العالم بافلوف Pavlov** : الذي يسلم في أعماله بأنه يوجد في الدماغ توازن بين الكف والإثارة، وهذا التوازن هو المسئول على العمل العادي للدماغ، فإن تسبب شيء ما في اختلال هذا التوازن نتج عن ذلك باثولوجيا عصبية، وهذا ما يشبه " العقدة في الحبل " وهذا ما يتماشى كذلك مع أفكار فيتوز .
- **العالم هورويتز HOROWITZ** : حيث يرى حسب نموده أن الأعراض الصدمية تمثل رد فعل إزاء عدد ضخم من المعطيات التي تكونها الخبرة الصدمية.

3- أهداف ومبادئ تقنية EMDR :

(أ) الأهداف:

- تفكيك الذكرى عن الإنفعال عن طريق حركات العينين بإتباع حركات أصابع المعالج
- وضع شعور إيجابي بدلا من سلبي

- تعديل المعتقدات والسلوكيات
- يساعد في تخفيف الأعراض السريرية بنجاح بمعالجة مكونات الذكريات المخزنة أو الصدمة المساهمة سواء كانت صغيرة أو كبيرة. (سعدوني غدية مسعود، 2012، ص141)

ب) المبادئ:

- تستند EMDR على الملاحظة أن مجرد ذكرى الصدمة ليست كافية بل على الشخص المصدوم أن يتذكر قلب المشهد.
- بروتوكول EMDR مطمئن ولذلك يمكن أن يرافق الشخص المصدوم إلى نواة الصدمة
- تذكير الشخص المصدوم لا يركز على اللفظ فقط بل التصورات والإدراكات والعواصف والأحاسيس الجسدية بالإضافة إلى الحواس حركة العينين.

4- مراحل ممارسة تقنية EMDR :

مهما تكن الاتجاهات النظرية مختلفة التي تحكم مختلف الممارسات العيادية تقود إلى أن هناك اتفاق حول فكرة نشوء علامات المعاناة الصدمية، والتي تكون غالباً نتاج خبرات مؤلمة حدثت في الماضي وتعتبر علامات الصدمة النفسية نموذج يرتكز عليه لمعرفة والاطلاع على الظواهر المرضية الكامنة في ذاكرة المريض.

المرحلة الأولى: مرحلة تاريخ الحالة وتخطيط العلاج

هي المرحلة الأولى من العلاج يضمن من خلالها بأن العميل قادر على تحريك عينيه، وأن هذا العلاج مناسب له على أساس قدرته على التعامل مع الحدث الصادم الذي ستم إثارته بالعلاج، وهذه المرحلة لا تشمل فقط الإجراءات المعتادة لتناول العلاج النفسي بحيث يلم المعالج فيها المعلومات الخاصة بالعمل من التاريخ النفسي والاجتماعي والطبي، وذلك للتأكد من طبيعة المرض الذي يعانيه، وإقامة علاقة معه، وتحديد أهدافه، وامتحان الحالة العقلية، وتقييم دفاعات العميل وأنماط العلاقات، فالمعالج يعد خطة علاجية يحدد من خلالها جملة من الأهداف التي ستم معالجتها ثم تحديد المثيرات الحالية التي تسبب ارتباكاً انفعالياً ثم تحدد الوضعيات المستقبلية التي من المتوقع أن تخلق ارتباكاً لدى المريض. (عتيق نبيلة، 2013، ص ص 69-70)

ويتم فيها التطرق إلى التاريخ المرضي للشخص المتألم بالتفصيل، بحيث تهتم هذه المرحلة بالطاقات الداخلية للفرد المعالج من صلابة الأنا والجلد.

ولكن أيضا تقيم جاهزية العميل للعلاج بطريقة EMDR وتحديد محدد لأحداث ماضي العميل والحاضر والمستقبل المرتقبة سوف يكون التركيز في العلاج على ما يلي:

يطلب المعالج من العميل سرد ما حدث قبل الحدث الصنمي بقليل وصولاً إلى الحالة الحالية، وفي حالة ما إذا كان العميل في حالة حرجة (بكاء مثلاً ولا يستطيع التكلم) أو معاناة جسدية (غثيان، صداع، ..) لا يصر على سرد الوقائع وإنما يقول له قللي ببساطة ما حدث فالمعالج لا يستجوب ولا يلح على التعرف على الأحداث الأكثر تشويشاً، وهذا لتجنب إثارة القلق لدى المريض في هذه المرحلة في هذه المرحلة لا يقدم المعالج المحفزات الثنائية حتى يتجنب بدء العلاج قبل أوانه.

وإذا كان من الممكن تطبيق مقياس لقياس الإجهاد ما بعد الصدمة حتى يمكن للمعالج من تقييم الفعالية .

المرحلة الثانية: الإعداد أو التحضير

تركز هذه المرحلة على بناء علاقة علاجية مع المريض لكي يصبح له دور فعال في شفاء نفسه، كما يتم تعليمه أيضاً تقنيات الاسترخاء وتقنيات التصرف بالإجهاد النفسي لكي يتمكن المعالج من التطرق إلى الحادث الصنمي، ولهذه المرحلة أهمية حاسمة في معالجة عملاء ذوي الأنا المفكك، لأن في حالة معالجة الصدمة مع العملاء الذين ليس لديهم الموارد الداخلية أو قوة الأنا أو الذين لا يمكنهم تحديد المشاعر و أحاسيس الجسم، فإن استخدام EMDR كبروتوكول الصدمة دون إعداد قد يؤدي إلى إثارة الذكريات المؤلمة، زعزعة • اعتقاد إيجابي: يتحول أنا في خطر إلى أنها آمن الآن. (عتيق نبيلة، 2013، ص ص 71-72)

وتكون هذه الأشياء خاصة بالذكرى الصنمي، ويقيم مدى ضيقه على سلم وحدات الارتباك الذاتي SUD (من 0 انعدام الانزعاج إلى 10 شدة الضيق)، ثم يقيم مدى صحة الاعتقاد الإيجابي على سلم مصداقية التغيير VOC (من مصداقية ضعيفة 1 إلى كامل الصدق 7) (وليد خالد عبد الحميد، 2011، ص4)، VOC، وأخيراً تستخرج الإحساسات الجسدية المرتبطة بالصدمة، مثلاً ضيق الصدر، انقباض الحلق، الشعور بالنقل في المعدة، ومن خلال مرحلة التقييم تم الإلمام بمختلف عناصر الهدف الصدمي وهي العنصر المعرفي (مصداقية التغيير) والذي تم قياسه على سلم VOC والعنصر الانفعالي يقاس على سلم SUD (درجة الانزعاج)، والعنصر الجسدي Body scan تم التعرف عليه وتحديد مكانه، فالتقييمات تساعد على معرفة مدى العلاج وتطوره. (عتيق نبيلة، 2013، ص ص 72-73)

المرحلة الثالثة: مرحلة إزالة الحساسية

بعد أن تكون جميع عناصر الخلل الموجودة في الذاكرة الصدمية قابلة للوصول إليها وعن طريق عملية التحفيز الثنائي (تحريك العين يمينا ويسارا، أصوات أو شيء آخر) يسمح يتحول الذاكرة الصدمية إلى ذاكرة سردية عادية،

بحيث تهدف إلى معالجة الذكريات المخزنة بطريقة غير تكيفية والوصول بالحدث الصنمي إلى حل تكفي، ومن خلال معالجة تل ك المعلومات يحدث اتحاد ما بين شبكة الكروية غير التكيفية الخاصة بالذكريات الصدمية والشبكات الكروية التكيفية الأخرى ففي جلسة الEMDR يطلب المعالج من المريض أن يركز انتباهه على المواد المستهدفة وعلى معاناة الذكرى الأليمة وما تسببه له من انزعاج، والتي تم تحديدها في المرحلة السابقة وكذلك على رغبته في التغيير ومن خلال الاحتفاظ بكل ذلك في الذهن يطلب من المريض القيام بسلسلة من الحركات (التنبيه الثنائي اللعين)، وذلك بمتابعة أصبعي يد المعالج التي تتحرك بصور إيقاعية وبشكل سريع ذهابا وإيابا ضمن مجال رؤية المريض وعلى بعد 30 سم، ويظل الرأس في حالة سكون خلال تحريك العينين، حيث تقوم كل مرحلة تنبيه ثنائي من 30 إلى 60 ثانية، ويقوم المريض في النهاية يتنفس عميق في عدة ثواني، بعد ذلك يتكلم عن ما أحس به خلال فترة التنبيه الثنائي، ثم يعيد المعالج قياس الانزعاج على سلم SUD وقياس رغبة التغيير على سلم VOC ، ثم يعاد التنبيه الثنائي مرة أخرى حتى ينخفض الإحساس المزعج إلى أدنى درجة ممكنة وهكذا تبدأ عملية المعالجة ، (عتيق نبيلة، 2013، ص73)، وتتواصل العملية إلى أن تتوقف المواد الصدمية المستهدفة من التسبب في أي ارتباك، وهذا ما يترجم الحصول على درجة 0 على سلم SUD ، وعلى المعالج أن يسمح بحدوث انفعالات من قبل العميل خلال العملية مع ترك المبادرة والقيادة للمريض، وهذا أهم أسلوب للعمل خلال هذه المرحلة، كما يجب التذكير إلى أن حصة الEMDR قد تدوم من 60 إلى 90 دقيقة كأقصى حد.

المرحلة الرابعة: مرحلة التثبيت

في هذه المرحلة تكون مصداقية الرغبة في التغيير قد ارتفعت مشكلة دافع ايجابي يتم ربطه مع ما تبقى من إحساس مزعج، فتتم إزالته بقرات تنبيه أخرى، في هذه المرحلة يستمر العلاج حتى تكون درجة مصداقية الرغبة في التغيير 6 أو 7، حيث يسأل المعالج المريض: عندما تفكر في الحدث الأصلي، بما تشعر إزاء هذه الكلمات: لقد فعلت أفضل ما لدي (أو أي اعتقاد ايجابي حدد سابقا)، وهكذا يتم التعزيز وتقوية الاعتقاد الايجابي عبر سلسلة من الإثارة ثنائية الجانب وقيم المعالج صحة الاعتقاد، وتستمر هذه العملية ومعالجة كل ما يعيق شعور المريض بأن ذلك الاعتقاد صادق. (عتيق نبيلة، 2013، ص ص 73-76)

- والخطوات السابقة تقام من جديد في كل لقاء مع المريض باستخدام صورة مؤلمة مختلفة.

(<http://www.emdr.france.org/>)

المرحلة الخامسة: مرحلة المسح الجسدي

إن إحدى نقاط قوة EMDR هي اهتمامها بالمعلومات غير اللفظية، والتي تتضمن الروائح والمذاقات والأصوات، كما تتضمن إحساسات جسدية أخرى مثل التوتر أو التضايق، حتى نضمن أن كل مظاهر الذكرى الصدمية تمت

معالجتها، ويقوم المريض بمسح ذهني لكل جسده للتعرف على أي إحساسات جسدية مربكة ثم يعالجها عبر سلسلة من الإثارة ثنائية الجانب، وتستمر هذه العملية إلى غاية التخلص من تلك الإحساسات الجسدية المربكة. (عتيق نبيلة، 2013، ص ص 76-77)، والهدف من هذه المرحلة هو تحديد التوتر أو المشاعر السلبية التي لا تزال متبقية والعمل على إزالتها باستخدام سلسلة من حركات العين، حيث يركز المريض مغمضة العينين على ما تبقى من انزعاج يحس به في بدنه على شكل تقلصات عضلية، قلق، إحساس بالارتعاش، درجة حرارة الجسم.. إذا أحس المريض بشيء من هذا القبيل فيجب معاودة التنبيه الثنائي للعين حتى يزول الانزعاج .

المرحلة السادسة: مرحلة الاختتام

هذه المرحلة تتكرر في نهاية كل جلسة بغض النظر عن المهام التي يقوم بها المريض مع المعالج، حيث يجب التأكد من أن المريض وصل إلى حالة من التوازن العاطفي والذهني قبل أن تسمح له بمغادرة قاعة الفحص، حتى وإن لم تنته المعالجة، وذلك بممارسة استراتيجيات التهدئة الذاتية، ويحاول أن يعيد تصرفه بشكل صحيح عن طريق الاسترخاء (<http://www.end.org/r.france.org>)، ويخبره بأن المعالجة ستستمر إلى جلسات أخرى، ويطلب من المريض استعمال مذكرات لتدوين المواد الجديدة التي ظهرت، وتقنيات التهدئة التي استعملها المريض لاحتواء ذلك الهيجان، ليتم التركيز عنها في الحصص الآتية.

المرحلة السابعة: مرحلة إعادة التقييم

في بداية الجلسة الموالية يتأكد المعالج من أن النتائج الإيجابية المتحصل عليها في الجلسة السابقة لم تتعطل، حيث يطلب من المريض إعادة النظر والتفكير ثانية في الهدف المحدد خلال الجلسة السابقة، وبناء على ردود فعل المريض يقوم بتقييم تأثير العلاج وتكييفه تبعا لذلك، ومن ثم يكيف السيورة العلاجية، فيعمل على تحديد ومعالجة الأهداف القديمة التي مازالت تحتاج إلى معالجة، أو تحديد أهداف جديدة لمعالجتها، وفي هذه المرحلة كسابقتها، وليس بالضرورة أن يكون ترتيبها الأخير، لكنها مرحلة مهمة جدا لأن المعالج يضمن من خلالها أن المريض أن ينتقل إلى معالجة مادة جديدة إلا بعد معالجة مواد سابقة، وبلوغ المستوى المرغوب والذي يتمظهر مثلا من الدرجة 0 على SUD والدرجة 6 أو 7 على سلم VOC، وفي نهاية العلاج يطلب من المريض ملء استمارة تحتوي الذكريات التي تم التعامل معها خلال الجلسات والأحاسيس المرافقة التي تتبادر إلى ذهنه خارج الجلسات.

المحاضرة السادسة: اليقظة العقلية

1- مفهوم اليقظة العقلية:

أ) التطور التاريخي لمفهوم اليقظة الذهنية: يعود أصل اليقظة الذهنية (Organizational Mindfulness) إلى حقل علم النفس كنتاج لتطوير افتراضات اليقظة الذهنية للأفراد أو على مستوى الفرد ذاته من قبل الكثير من الباحثين، إذ بين الباحثين أمثال (Langer . Sternberg . Ryle) في مجال علم النفس أن اليقظة الذهنية تعني اهتمام الفرد بالمستجدات من الأحداث مع إمكانية التمييز بينها والتي تمكنه من البقاء منتبها للحظة الحالية.

كما بينت Langer وزملاءها في المجال النفسي المنافع الصحية لليقظة الذهنية للفرد وتخفيض مستوى ضغط العمل والإحباط النفسي. (العابدي و آخرون، 2018، صفحة 110)

أما ظهور مصطلح (اليقظة الذهنية التنظيمية) تحديدا في مجال العلوم التنظيمية فكان الجهود الكثير من الباحثين في دراسات تتعلق بعمليات معالجة المعلومات منهم (Sandelands & Stablein & Levinthal) ودراسات تتعلق بالمنظمات ذات الموثوقية العالية للباحثين (Weick & Roberts) إذ تساهم اليقظة في استخلاص معلومات هامة وحاسمة من مختلف الإشارات الصادرة عن مختلف ظروف وأوضاع التطورات التقنية التكنولوجية التي يشهدها المحيط لتمكين المنظمة من توليد معارف جديدة تساعد على سبق منافسيها وتعزيز قدرتها على الاستجابة السريعة لمختلف التغيرات وبهذه الكيفية تتكامل هذه النظم مع نظم الإدارة لخلق الانسجام الضروري بين المنظور الداخلي والخارجي المعارف المنظمة.

ب) تعريف اليقظة الذهنية: "هي طريقة لأن يكون الفرد على درجة عالية من الوعي بما يدور داخله وخارجه في البيئة مع التركيز على لحظة حاضرة واقعة".

نلاحظ أن " البسطامي وعبد الهادي" ركزا على أن اليقظة العقلية تركز على اللحظة الحالية وهذا ما يتوافق مع براون وريان في التعريف التالي:

- تعريف براون وريان 2003: "هي حالة من الوعي بالأحداث والتجارب الآنية، هو الاهتمام والوعي بالتجربة الحالية. (Brown & Ryan, 2003)

ج) خصائص الأشخاص المتيقظين عقليا: بين كابات - زين (1990) عددا من الخصائص من بينها:

- الانفتاح: يرى الشخص المتيقظ عقليا الأشياء كما لو أنه رآها لأول مرة، ويركز انتباهه على جميع الاحتمالات في اللحظة الحاضرة.

- اللاحكم: وتعني الملاحظة المستندة على اللحظة الحاضرة دون تقويم أو تصنيف.

- الثقة: وتعني ثقة الفرد بنفسه وجماعته وحده وانفعالاته.

- **القبول** : وتعني فهم الحاضر وتقبله وهي لا تعني السلبية بل أن يكون الشخص أكثر فاعلية في الاستجابة.
 - **التعاطف** : يتصف بالمشاعر، وتقمع مواقف الآخرين في اللحظة الحاضرة.
 - **اللطف**: يتصف الشخص المتيقظ عقليا بكونه محبا وحنونا ومتسامحا. (مطلق، 2019، صفحة 652)
- كما عرفها (Neale & Griffin) بأنها الاستمرار حاضرا ذهنيا بشكل مقصود وتشمل جانبيين هما الوعي والانتباه، ويزيد الوعي من خلال الرصد الدائم المستمر للخبرة بينما يزيد الانتباه عن طق درجة الإحساس بالخبرة والتركيز عليها، ويشير (Mace) إلى أن اليقظة العقلية تسهم في تخفيض أعراض الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة وتعديل الحالة المزاجية وخفض الضغط والقلق وتغيير الاتجاهات والتعاطف وحل مشكلات الذات.

2- أهمية وفوائد ومزايا اليقظة الذهنية:

- (أ) **أهمية اليقظة الذهنية**: أشار ميس (Mace) إلى أن التدخلات القائمة على اليقظة الذهنية يتم اعتمادها وتوظيفها في تطبيقات عديدة منها القلق والضغط والاتجاهات والتعاطف ومشكلات الذات مثل الوعي بالذات، وكراهية الذات (إذ تسهم اليقظة الذهنية في تخفيض أعراض الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة وتعديل الحالة المزاجية في سياق علاجي مختلف لدى عينات مختارة من ذوي الأمراض المزمنة وذوي الاضطرابات النفسية مثلا اضطراب القلق، وأن لليقظة الذهنية العديد من الفوائد التي يمكن تحديدها بما يأتي:
- تمنح اليقظة الذهنية مزيدا من التركيز، فعند تركيز الانتباه يكتسب الفرد كثيرا من القوة والثقة السيطرة في جميع جوانب الحياة، ومجالاتها فالتركيز الذي يأتي من اليقظة الذهنية مستويات الأداء في العمل.
 - تعزز اليقظة الذهنية من شعور الفرد بالمقدرة على إدارة البيئة المحيطة من خلال تعزيز الاستجابات الكيفية لمواجهة الضغوط. (الهاشم، 2017، صفحة 15)
 - أوضح دوير (Deurr 2008) أنه يمكن استخدام اليقظة الذهنية لتنمية الوعي في مها من خلال أدراك الأفكار أو المشاعر مثل التفكير والعاطفة، ما وراء المعرفة التي يتم تعل وتشجيع الفرد على تطوير منظور عدم التمرکز، كما أن لليقظة الذهنية فوائد نفسية وفسيولوجية وتتمثل الفوائد النفسية في خفض الضغوط والقلق والمخاوف المرضية وتعمل على تحسين الذاكرة العامة وعمليات الانتباه والتسامح، أما الفوائد الفسيولوجية فتتمثل في التغيرات الفسيولوجية التي تصيب الفرد مثل خفض الألم المزمن. (الهاشم، 2017، صفحة 16)
- كما شهدت العقود الثلاثة الماضية اهتماما شعبيا وأكاديميا بالفوائد المتعددة لليقظة العقلية وأثر تطبيقاتها في المجالات المختلفة وذلك نظرا لأهمية التي تتميز بها. (الخاتنة، 2019)، منها:
- اليقظة العقلية عملية حيوية تكمن أهميتها في كونها إحدى المتطلبات الرئيسية للعديد من العمليات العقلية كالتذكر والإدراك، التفكير والتعلم، فمن دونها قد لا تحدث كل العمليات السابقة الذكر، مما قد يتعرض الفرد للوقوع في

العديد من الأخطاء سواء على صعيد عملية التفكير أم على صعيد السلوك وتفسيره، كما أنها تعمل على زيادة الإدراك من خلال تعزيز الوعي وملاحظة الذات، وزيادة تدفق الأفكار. (مطلبك، 2019، صفحة 648)

- تتيح اليقظة الذهنية للأفراد القدرة على النظر في الأشياء بطريقة جديدة ومدرسة. (مخامرة، 2018، صفحة 19)

ب) فوائد اليقظة العقلية:

- تكسب الجدية في التعامل مع المحيط الخارجي.
- اكتساب جديد وأفضل للمعلومات والخبرات والمهارات المتعلمة.
- زيادة الوعي بآراء متنوعة لها الأثر في إيجاد الحلول ثم المساهمة في معالجة المشكلة. (الزاملي، 2018، صفحة 7)
- تعزز اليقظة الذهنية من شعور الفرد بمعنى الحياة واستكشاف معناها .
- اليقظة العقلية تعمل على خفض الضغوط والقلق والمخاوف المرضية وتعمل على تحسين الذاكرة العامة وعمليات الانتباه. (الهاشم، 2017، صفحة 16)
- الانفتاح على المعلومات الجديدة. (يونس، 2015)

ج) مزايا اليقظة العقلية: من بين مزايا اليقظة العقلية أنها تساعد الفرد على:

- التعامل بحساسية أكثر مع البيئة والانفتاح على المعلومات الجديدة.
- استحداث فئات جديدة.
- زيادة الوعي بوجهات النظر المتعددة ثم المساهمة في حل المشكلات. (عزيز، قاسم، و كريم، 2017، صفحة 13)

3- مكونات اليقظة العقلية:

يمكن تلخيصها فيما يلي:

أ- **الوعي والقبول:** البشر بحاجة للقبول ليكونوا قادرين على العمل مع ما يحدث من مواقف مختلفة في حياتهم، فاليقظة تساعدنا على تنمية التحمل للأحداث والمواقف في الحياة المعاشة، اليقظة تمثل في الواقع أرضية صلبة يمكن من خلالها تقبل تجارب الحياة دون فقد التوازن، والوعي هو تسجيل للمحفزات ويتضمن الحواس الجسمية المادية وأنشطة العقل والاتصال المباشر مع الواقع .

ب- **المرونة في الوعي والانتباه:** المرونة هي سمة ضرورية من سمات اليقظة العقلية، والتي تعني القدرة على تغيير الحالات الذهنية بتغيير المواقف، وهذا يعني بدوره القدرة على تقديم أفكار حول استجابات لا تنتمي إلى فئة معينة أو مظهر معين. (المري، صفحة 4)

ج- الاستمرارية في الوعي والانتباه: تعد اليقظة العقلية هي القدرة الكامنة للفرد وفي بدايات حالات اليقظة العقلية قد تكون سريعة أو غير نظامية أو مستمرة، فاستقرار الوعي والانتباه يساعد في التخلص من المفاهيم الخاطئة والأفكار والانفعالات السلبية. (السندي، 2010)

د- الحساسية تجاه العمليات **Sensitivity to Operations** : إن الإدارة العليا للمنظمات اليقظة تركز على تطوير قابلياتها الشخصية كما توجه اهتمام خاص بذلك لكل المستويات الإدارية والحساسية تجاه العمليات تستوجب الاهتمام بتفاصيل العمل لوضع برامج استراتيجية هادفة على أساس استثمار القاعدة المعرفية لتحقيق نتائج عملية. إن الحساسية تجاه العمليات تساعد الأفراد العاملين على تكوين صورة واضحة ومتكاملة عن العمليات التي تجري داخل المنظمات وبالتالي تمكنهم من الالتزام بتنفيذ الخطط والسياسات الموضوعة بدقة، كما أن تبني الحساسية تجاه تفاصيل العمليات تدفع الإدارة العليا إلى الاستماع باهتمام إلى آراء الأفراد العاملين عن واقع العمل الفعلي.

هـ- الالتزام بالمرونة **Commitment to Resilience**: تعد المرونة أحد الأبعاد الأساسية لبناء الثقة في المنظمات فالقادة الإداريون في المنظمات اليقظة تظهر التزاما لتحقيق البرامج التنظيمية وهم يؤكدون ويعملون ويشجعون على مشاركة الالتزام من قبل الأفراد العاملين لضمان تحقيق نجاح البرامج الإستراتيجية للمنظمة طورت المنظمات المرونة القدرة على الارتجال والابتعاد عن النكسات التنظيمية يمكن تمييز المرونة في الكليات اليقظة على أنها الاستعداد للتصرف بسرعة ودراسة المواقف بسرعة والاشتراك في تعلم الوقت الحقيقي ثم التنفيذ. (العابدي و آخرون، 2018، صفحة 113)

و- احترام الخبرات **Deference to Expertise**: إن متخذي القرار في المنظمة يعتمدون على الخبرات المتميزة للخروج بقرارات تعمل على رفع أداء المنظمة، إذ تدرك المنظمات اليقظة أن الخبرة لا تنطبق فقط مع المستوى الهرمي وهكذا تصل بالقرارات إلى أدنى مستوى ممكن في الكليات اليقظة لتنتقل القرارات إلى من هم ذوي الخبرة بدلا من ربط عملية صنع القرار بالهرم الإداري أو اللقب العلمي في الكليات.

اليقظة تحدد الأقسام مستقبليها بناء على معرفة محددة بالاختصاص وتبحث الكليات اليقظة عن إدخال الأفراد ذوي المعرفة في الكلية القادرين على توفير تغذية عكسية وإرشاد القيم بغض النظر عن مستواهم الهرمي أو مراتبهم إن كليات إدارة الأعمال كالمنظمات الأخرى التي تعمل في بيئات متقلبة لا يمكنها أن تعتمد على سمه الغفلة المتمثلة بالاعتماد على الاستجابات المتكررة وعمليات التفكير الأوتوماتيكي. (Ray, Baker, & Plowman, 2011, p. 193)

ومن جهة أخرى تعددت وجهات النظر لدى بعض العلماء كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (01) : وجهات النظر التي تناولت مكونات اليقظة الذهنية التنظيمية

العلماء	مكونات اليقظة الذهنية
Langer (1989)	البحث عن الجديد والارتباط: بمعنى توجهات الفرد نحو البيئة التي يعيش فيها بما تتضمنه من البحث عن الجديد والانفتاح واستطلاع البيئة. تقديم الجديد والمرونة: يشير إلى عمليتي التفاعل والتعاون اللتين يمارسهما الفرد أثناء احتكاكه مع البيئة.
Kabat-Zinn (1990)	القصد: تظهر أهميتها من خلال تحويل عملية القصد لدى الفرد إلى من سلسلة متصلة من التنظيم الذاتي إلى استكشاف الذات الانتباه: يعني الاحتفاظ بالانتباه من خلال ملاحظة العمليات التي تحدث لدى الفرد بين لحظة وأخرى ومن خلال الخبرات الداخلية والخارجية. الاتجاه: ويشير إلى نوعية اليقظة العقلية التي تعكس توجيه الخبرة التي تتشكل من التقبل والفضول.
Baer (2003)	التنظيم الذاتي للانتباه: ويتضمن الاهتمام المستمر، والقدرة على الاحتفاظ بالانتباه لفترة طويلة، والمرونة العقلية التي تسمح للفرد بتوجيه التركيز من موضوع لآخر، والوعي، والمراقبة. التوجه نحو التجربة (الخبرة): ويتضمن الالتزام بالفضول نحو الأنشطة العقلية، والقبول بحرية اللحظة.

4- مقومات اليقظة العقلية: من أهمها:

(أ) **وضوح الوعي:** وهو تسجيل للمحفزات الجسمية المادية، وحركة الحواس، وأنشطة العقل والاتصال المباشر مع الواقع.

(ب) **المرونة في الوعي والانتباه:** وهي القدرة على تغيير الحالات الذهنية بتغيير المواقف، وعدم الجمود على المؤلف، وتقديم أفكار حول استجابات لا تنتمي لفئة واحدة.

(ج) **الاستمرارية في الوعي للانتباه والاستقرار:** وهي صفات للوعي والانتباه، وهي غير معهودة عند معظم الناس.
(الطوطو، 2018، صفحة 18)

وتعد اليقظة العقلية هي القدرة الكامنة للكائن البشري. إلا أنها على الرغم من ذلك تتفاوت في قوتها بشكل مبدئي، إذ تضع في اعتبارها أنها قد تكون نادرة أو عابرة أو متكررة أو مستمرة. (رحيم و كاظم، 2016، صفحة 6)

5- أبعاد اليقظة العقلية:

تشير لانجر (1989) إلى أن اليقظة العقلية تتألف من أربعة أبعاد وهي:

(أ) **التمييز اليقظ:** يشير هذا البعد إلى كيفية رؤية الفرد للأشياء وابتكاره للأفكار الجديدة، فالتمييز اليقظ يجعل الفرد ينتج أفكارا جديدة وإبداعا متواصلًا للأفكار.

(ب) **الانفتاح على الجديد:** هو إحساس الفرد ومعرفته بالمشيرات الجديدة والتفاعل معها، فهو لا يعني المخاطرة ففي الوقت الذي يكون فيه الفرد منفتحًا على الطرق الجديدة يكون في ذات الوقت على وعي بعواقب السلوك فلا يخاطر لأن سلوكه اليقظ يجعله يقيم الأفكار بشكل جيد وفي الوقت المناسب. (المعموري و سلام، 2018، صفحة 3)

(ج) **الوعي بوجهات النظر المتعددة:** ويعني القدرة على النظر للموقف برؤى مختلفة دون توقف عند رأي، مما يمكنه من الوعي التام للموقف، مع اتخاذ الرأي المناسب. (الشلوي، 2018، صفحة 6)

كما أشار germer، 2005 إلى أن اليقظة الذهنية تتكون بشكل عام من ثلاثة أبعاد: (الوعي، التجربة الحالية، القبول، فيما ذهب (بيير وآخرون، 2006) ليحدد خمسة أبعاد لليقظة الذهنية تفسرها بوضوح وهي:

- عدم التأثر بالتجارب الداخلية.
- مراقبة وملاحظة، والإصغاء للإحساس والتصور والمشاعر والتفكير.
- التصرف بوعي. - الوصف مع الكلمات.
- الحكم من خلال التجربة. (النوري، صفحة 216)

5- فنيات وإستراتيجيات اليقظة العقلية:

أ- **التركيز:** "مشاهدة" التنفيس عن طريق التركيز على فتحتي الأنف أو حركة البطن، كما يمكن التركيز كذلك على كلمات معينة أو عبارات بسيطة.

ب- **إعادة التركيز:** يعد الجزء الأكثر أهمية في هذه الفنية هو أن تختار أسلوب إعادة التركيز والعودة إلى التركيز مع التحلي بالصبر.

ج- **وضعية الجسم:** عموما يعتبر الاسترخاء أفضل من الجلوس في وضع مستقيم.

د- **العيون:** وهذا معناه إغلاق العينين أو فتحهما قليلا مع نظرة بسيطة للأمام.

هـ-التوقيت: هو تحديد الوقت المناسب لممارسة اليقظة العقلية الايجابية. (إسماعيل، 2017، صفحة 301)

7- نظريات اليقظة العقلية:

أ- لانجر: ترى لانجر أن اليقظة العقلية تعني القدرة على خلق فئات جديدة واستقبال المعلومات الجديدة والانفتاح على وجهات نظر مختلفة من السيطرة على السياق، والتأكيد على النتيجة تفترض نظرية اليقظة العقلية. كما تفترض هذه النظرية أن جميع القابليات محدودة تكون نتيجة لتقبل غير واع للإبداعات المعرفية السابقة لأوانها، فقد أظهرت نتائج لانجر وبيك (Lager & Beck 1979)، أنه بإمكاننا تحسين الذاكرة بعيدة المدى وقصيرة المدى من خلال المتغيرات السياقية وذلك يكون مقدارا من المعلومات للمعالجة بصورة شعورية. (عبد الله، 2013، صفحة 347)

بحيث طورت لانجر نظرية اليقظة العقلية استنادا إلى البحوث المتعلقة بالسلوك البشري؛ إذ وضعت في اعتبارها أن السلوك لا يقتصر على حالة اليقظة فحسب لكنه أكثر من ذلك بل هو طريقة لمواجهة الحياة مواجهة كاملة. (عيسى، 2018، صفحة 272)

ب- نظرية التصميم الذاتي (المعاملة الخاصة والتفضيلية): ترى نظرية التصميم الذاتي أن اليقظة الذهنية تقوم بتسيير الذاكرة من خلال النشاط الذاتي وإشباع الاحتياجات النفسية الأساسية للمصادقة الذاتية، فالأشخاص المتيقظين عقليا للخبرة الحسية يكونون أكثر ذاكرة من الأشخاص المنخرطين في عمل مشتت الذهن. كما أن الوعي يسهل التيقظ إلى علامات الرموز التي تنشأ عن الحاجات الأساسية، وهذا ما يجعل الفرد أكثر ترجيحاً في تنظيم سلوكه بطريقة تساعد على إشباع حاجياته.

وتعد نظرية التصميم الذاتي نظرية واسعة الانتشار إذ تعمل على تطوير الوظائف الشخصية في السياقات الاجتماعية، كما تصب جل اهتمامها على درجة اختيار الفرد لسلوكياته التي يقررها بنفسه، وهذه الاختلافات بين الأفراد تقودهم إلى القيام بمجموعة من الأفعال والتصرفات التي تكون عالية المستوى من الانتباه والوعي للاختيار الذاتي دون تدخل الآخرين. (عبد و بديوي، 2018، صفحة 423)

المحاضرة السابعة: العلاج بالتنويم الايحائي

1- تعريف العلاج بالتنويم الإيحائي:

(أ) تعريف التنويم المغناطيسي (التنويم الايحائي):

هو حالة استرخاء ذهني وسكون تقوم على فكرة التواصل الواعي مع العقل الباطن (العقل اللا واعي) بعد تشتيت العقل الواعي وفي هذه الحالة يكون العقل الباطن منفتحاً على الأفكار المقترحة والإيحاءات التي تطرح عليه ويباشر بتنفيذها، ولذلك سمي بالتنويم الايحائي وهو لا يعتبر نوعاً وإنما حالة تفصل بين الوعي واللاوعي وأقرب إلى الوعي منها إلى النوم.

وهذا هو المنطلق الأساسي للتنويم المغناطيسي ألا وهو زرع أفكار و صور عن شخصية الشخص والإيحاء للعقل الباطن بقبولها بعد تشتيت العقل الواعي وإجهاده عن طريق التركيز بفكرة أو تخيل معين. (سليمان، المدني 1996،

أنه "حالة يقظة من الإدراك، (أو الوعي)، حيث ينفصل انتباه الشخص عن بيئته المباشرة ويتم امتصاصه من خلال التجارب الداخلية مثل المشاعر والإدراك والتصور".

يتضمن الاستقراء التنويمي تركيز الانتباه والمشاركة الخيالية إلى النقطة التي يشعر فيها ما يتم تخيله بأنه حقيقي . من خلال استخدام وقبول الاقتراحات، يقوم الطبيب والمريض ببناء واقع منوم. تُعتبر حالات "الغيوبة" اليومية جزءاً من تجربتنا الإنسانية المشتركة، مثل التيهان في كتاب جيد، أو القيادة على امتداد طريق مألوف دون تدكّر واعي، أو أثناء الصلاة أو التأمل، أو عند القيام بنشاط رتيب أو إبداعي . إنّ وعينا الواعي بمحيطنا مقابل الإدراك الداخلي يكون في سلسلة متصلة، لذلك عندما يكون تركيز المرء في هذه الحالات داخلياً في الغالب، لكن لا يفقد المرء بالضرورة كل وعيه الخارجي.

يمكن اعتبار التنويم حالة تأملية يمكن للمرء أن يتعلم الوصول إليها بوعي وعمد لغرض علاجي أو تنموي . ثمّ يتم تقديم الاقتراحات إما شفهيّاً أو باستخدام الصور الموجهة نحو النتيجة المرجوة. و مع ذلك، فإنّ الفائدة الرئيسية للحالة المنومة هي زيادة فعالية الاقتراح والوصول إلى روابط العقل / الجسم أو المعالجة اللاواعية. (كيلستورم ج، ف ؛ 2001).

"النموذج" البسيط الذي يمكن استخدامه لمساعدة المرضى على فهم أنّ هذا ردّ فعل معتاد هو استجابة الدماغ الأيمن / الأيسر، والذي يمكن أن يرتبط أيضاً بالمعالجة الواعية / اللاواعية .. والفكرية / العاطفية.

يمتلك الدِّماغُ نصفَي الكرة المخيَّة، وأثناء حالة اليقظة الطبيعية، يميل الدِّماغُ الأيسر إلى أن يكون أكثر هيمنة ويمكن تشبيهه بـ "عقلنا الواعي". هذا يتواصل لفظيًا وهو الجزء الأكثر فكريَّة ووعيًا وعقلانيَّة من أنفسنا .
عندما نسترخي أو ننخرط بعمق في بعض الأنشطة، يصبح دماغنا الأيمن أكثر هيمنة. يمكن أن يُنظر إلى الدِّماغ الأيمن على أنَّه الجزء الأكثر طبيعيَّة وإبداعًا من أنفسنا والذي يتواصل مع الرموز والصور، ويمكن اعتباره "عقلنا اللاواعي".

هناك دائمًا صعوبة في إخبار أنفسنا بعدم الانزعاج أو القلق لأنَّ الكلمات ليست لغة الدِّماغ الأيمن .
لكن يمكن للمرء أن يرسم صورة كلمة باستخدام الصور الموجَّهة أو الاستعارة.
في حين أنَّ هذا الوصف قد يُبالغ في تبسيط المعالجة العصبية لنصفي الكرة الأيمن والأيسر، إلا أنَّه طريقة مفيدة لشرح التَّوْثِيم للمرضى .

أظهرت أبحاث التَّصوِير العَصْبِي أنَّ التَّغْيِيرَات الدَّائِيَّة في الاستجابة للاقتراح مرتبطة بالتَّغْيِيرَات المُقَابِلَة في مناطق الدِّماغ المتعلِّقة بالوظيفة النَّفسِيَّة المحدَّدة في السُّؤال .

تُظهر لنا النَّتَائِج أنَّ مناطق مماثلة من الدِّماغ يتمُّ تنشيطها عندما يكون لدى الشَّخص تلك التَّجربة في الواقع .
أظهر ديربيشاير وزملاؤه أنَّ كُلاً من الألم النَّاجم عن التَّحْفِيز الجسدي والألم النَّاتج عن التَّوْثِيم، مصحوب بعمليات تنشيط في المناطق المرتبطة بـ "مصفوفة الألم" الكلاسيكية. تمَّ عرض نتائج مماثلة مع الاقتراحات البصريَّة والسَّمْعِيَّة.

للدخول في التَّوْثِيم، يحتاج المرء إلى تركيز الانتباه (يتمُّ ذلك أثناء التَّوْثِيم)، وهناك العديد من الطرق لتحقيق ذلك.
يمكن أن تكون لهب السَّمْعَة أو شاشة الكمبيوتر نقطة تركيز بصري. يمكن أن يكون التَّركِيز السَّمْعِي هو الموسيقى أو التَّرانِيم . يمكن أن يكون الحثُّ حركيًّا بشكل أساسي، كما هو الحال في الاسترخاء العضلي التدريجي (PMR) أو يمكن أن يستخدم الحركة "الارادية" (أو الحركة الستريوتيبية المتكررة) .

تتمثَّل إحدى أبسط الطرق في جذب خيال الزبون باستخدام إحياء (أو إعادة تجربة) تجربة أو حلم يقظة أو خيال). كريش إ، 1996؛ 64: 517-519).

ب) الوعي واللاوعي:

الوعي هو وعيي هنا والآن، وهذا يعني بعض الأشياء التي تفعلها، والأشياء القليلة التي تنتبه لها.
وعند إريكسون فمفهوم اللاوعي واسع جدًا حيث يعتبره هو كل شيء آخر، "ما هو غير واعي".
وبالتالي، بوعي، يمكننا أن نفعل 4 أو 5 أشياء في نفس الوقت، على الأكثر. بينما اللاوعي يدير نشاط الحواس، وعلم وظائف الأعضاء، والمعرفة،... والتَّوْثِيم يؤسِّس جسرًا نحو هذا الثَّراء الداخلي.

ويمكن تعريف اللاوعي على أنه:

1. خزان من المعرفة والتعلم والذكريات والمهارات ... التي اختبرناها ودمجناها بوعي أم لا. لذلك هناك ثروة غير متوقعة وبالتالي غير مستخدمة جزئياً في كل واحد منا.
 2. المنظم لجميع وظائفنا البيولوجية. هنا مرة أخرى، يجعل أجسامنا تعمل، بوعي أم لا (توازنات طبيعية، أنظمة فسيولوجية لجميع الأنواع مستقلة، نظام المناعة، إلخ).
 3. الحماية والحكمة: مقر غريزة البقاء وكذلك الحدس، على سبيل المثال، يعرف كيف يدرك ما هو ضروري للموضوع (الوعي)، ويتجاهل ما هو إشكالي أو عديم الفائدة (القمع، النسيان).
- لذلك فإن إمكانيات اللاوعي قوية جداً، بل غير محدودة.
- في التنويم المغناطيسي، نتعامل مع اللاوعي، ونطلب منه ببساطة مساعدتنا في مشكلة أو صعوبة أو هدف معين.
- ولأنه خير يستجيب للطلب. (1841 James Braid)

ج) فوائد التنويم

يعتبر التنويم من أعظم اكتشافات العلم الحديث حيث أحدث ثورة علمية ووجه الأنظار نحو القدرات العقلية الغير محدودة مما أدى لظهور علوم التنمية البشرية بكافة أشكالها وذلك اعتماداً على القدرات الهائلة التي يظهرها الشخص المنوم مغناطيسياً، مما أكد وجود بؤرة في العقل الباطن قادرة على الهيمنة و التحكم بالعقل والجسد والظواهر والأمراض وأعراضها تدعى النقطة الحاكمة. مثال عندما يوحى لشخص منوم مغناطيسياً بأنه خلال التنويم سيتعرض لجسم ساخن ويؤدي إلى حرق جلدي فستجد أن عقله الباطن استجاب لهذا لإيحاء وظهرت أعراض حرق كاملة على المنطقة الجلدية التي أوحى للمنوم (الوسيط) بأنها تعرضت للحرق وكأنه تعرض فعلاً للإصابة مع أن الجسم الذي يلامس المنطقة سيكون يد المنوم (الشخص الذي يمارس التنويم) مثلاً.

2- التنويم الإريكسوني :

استند التنويم الإريكسوني في البداية على العمل والتأثير الكبير لميلتون إريكسون، وهو طبيب نفسي في أوائل القرن العشرين وأب موهوب للعلاج الموجز الحديث.

هذا النهج لا علاقة له على الإطلاق بالتنويم المغناطيسي الذي شاهده الجميع. فالهدف من التنويم الإريكسوني هو السماح للمريض بالوصول إلى العقل الباطن وموارده من أجل حل مشكلة ما. لذلك فإن احتمالات هذا النهج غير محدودة من الناحية النظرية.

الفضائل العلاجية مهمة جداً أيضاً، فالموضوع يأتي لمساعدته، ويقرر تغييراته، ويتخذ القرارات التي تناسبه.

التنويم الإيحائي الإريكسوني غير توجيهي (لا شيء مفروض)، وبالطبع يتم احترام الذات وتطلعاتها.

أ) التنويم والغرض منه:

يعد تحديد الهدف عنصرًا أساسيًا في عملية التغيير وهو "نعم لتغيير"، لأن هدف التنويم هو التغيير في حياتنا والذي ينطلق من التغيير في البنية المعرفية

ويتحقق ذلك في حالة التقريب، يمكن أن ينشأ العديد من سوء الفهم : و في ذلك عدة حالات

- الهدف في الحقيقة هو هدف المعالج و ليس المسترشد.

- تحقق الهدف ولا يدركه أحد لعدم تحديده بوضوح.

- الهدف غير معروف، والعلاقة العلاجية تصبح نوعًا من الغموض الفني الخادع الذي لا معنى له.

- إلخ.

لذلك فإن وضع عملية التغيير يعني أولاً وقبل كل شيء تحديد هدف واحد أو أكثر.

مثال على هيكل تحديد الهدف:

1 (الهدف نفسه :

بيان واضح ودقيق، واقعي، بدون تشويه، إغفال ... مثال: "أود أن أكون بخير" هو مثال على هدف غامض لا يمكن فهمه.

يمكن أن تعني عبارة "على ما يرام" الكثير من الأشياء. لذلك من الضروري تحديد، تجسيد، وضع "حدود" هذه الرغبة ...

2 (لماذا هو مهم للموضوع.

لتحقيق هدف ما، من الضروري أن تكون متحمسًا والموضوع نفسه يحتاج إلى تحديد هذه الدوافع، حتى لو كان على دراية بها.

في هذا السؤال، هناك قيم ومشاعر مهمة و راجحة. عندما يتم تحديثها، فإنها "تعزز" الدافع للتغيير.

3 (متى سيعرف الموضوع أنه حقق الهدف؟

هنا أيضًا، من المهم وضع إطار عمل للإنجاز، والذي يمكن أن يتقلب، ويكون غامضًا و يوجد حالة من عدم الرضا والإحباط المزمين ... عندما نشعر بالقلق، على سبيل المثال، نركز على مجال واحد، لكن سرعان ما ننسى أننا ركزنا.

المثبتة في "دائمًا المزيد"، ونحن لا ندرك التقدم، والمستويات مع ذلك ضرورية لأن محركات التطور.

4 (سياق الإدراك: متى وأين وكيف ؟

إن وصف ادراك هذا السياق جيدًا هو بالفعل زرع بذرة التغيير، وإبراز الذات، ورؤية الذات وقد حققت الهدف.

ربما يكون عليه أيضًا أن يكتشف المرء نفسه مختلفًا عما قد يتخيله هو.

5 (البيئة :

هل هناك مشكلة يجب تغييرها؟

سؤال مفاجئ إلى حد ما، لكنه غالبًا ما يكون غالبا : عندما يتغير الفرد، فإن النظام بأكمله الذي ينتمي إليه يتطور معه.

توقع هذا يكشف عن عقبات أمام التغيير.

على سبيل المثال: شخص يعاني من APD (رهاب الخلاء) معتاد على مرافقته.

بمجرد حل المشكلة، ماذا سيفعل الشخص الذي رافق من قبل والذي فقد حالة الرهاب المضاد؟

كيف سيغير هذا العلاقات داخل النظام. وهل سيوجد هذا حواجز أمام التغيير؟

6 (ما الذي منع تحقيق الهدف حتى الآن؟

بوعي، قد يكون للموضوع بالفعل فكرة عن العقبات، حقيقية أو متخيلة. هناك، التعبير عن هذه العقبات مهم، يمكن أن يعطي بالفعل بداية إجابة لحل المشكلة.

7 (ما الذي ينقصنا حتى الآن لتحقيق الهدف، أية موارد؟

هنا أيضًا، الصياغة مهمة، بنية ما يقال، الصور، الموضوع يشرح ما يحتاجه، يعطي التعليمات، بوعي أو بغير وعي.

(ب) التنويم الايحائي الإريكسوني

يتكون التنويم الإريكسوني من مجموعة من التقنيات (مع أو بدون نشوة) والتي تهدف إلى السماح للموضوع باستخدام جميع موارده، واعية وغير واعية في إطار مشكلة معينة أو تطور مرغوب فيه.

* النشوة:

لغويا كلمة ترونس تشبه كلمة ترونزيت أو تعني العبور (المرور، الذهاب بعيدًا ...) يمثل حالة الوعي المعدلة (بين الاستيقاظ والنوم) التي يجد فيها الشخص نفسه أثناء جلسة التنويم.

لا يتعلق الأمر بالصعود إلى السقف أو الرقص بشكل محموم (كما في الجذب و بعض الطرائق الصوفية) ولكن ببساطة الدخول في حالة من الاهتمام المتوسط، وهي حالة من الامتصاص الطبيعي التي نمر بها كل يوم (على سبيل المثال في السينما حيث نركز على الفيلم وننسى الغرفة والناس من حولها).

في التنويم الاريكسوني، هذا الامتصاص للموضوع سوف يتجه نحو نفسه، وهو ما يسمى التركيز الداخلي. ينشأ هذا التركيز الداخلي من خطوة إلى الوراء، تلك للوعي. الموضوع أقل اهتمامًا بالخارج، وبالتالي يتحول إلى الداخل.

* المحفزات الخارجية تفقد أهميتها.

خارج هذا الإطار الواعي، يغير الذات توجهه إلى الواقع، ويفتح أمام موارد جديدة، وإمكانيات التطور التي كانت حتى ذلك الحين غير واعية.

تنمية المهارات الشخصية: الإبداع، والخيال، وموارد التغيير، والوصول إلى المعرفة، والمعرفة ... كلها مرتبطة بالتوجه نحو الداخل

* مواقف التغيير:

سوف نتحدث، تأثير منهجي، تخطيطي، من المكانة المنخفضة والمكانة العالية.

المكانة المنخفضة في العلاج هي من نسي نفسه (طلب المساعدة، وضع جانباً معرفته، موارده)، والمكانة العالية هي العكس (الشخص الذي يساعد، يعرف، لديه الموارد).

تم تضمين سوء الفهم المذكور في بداية هذه الفقرة هنا. لديك مركز علوي يعتقد أن لديه قوة العمليات، بينما الموضع السفلي هو المسؤول.

في الواقع، إذا لم يكن منخفضاً، فلن تكون هناك علاقة علاجية و / أو لا يوجد علاج على الإطلاق.

لكي يترك الموضوع في مركز منخفض مكانه في العلاقة، من الضروري أن يكون لديه الوسائل والموارد اللازمة للارتقاء وأن يوافق الآخر على النزول.

خلافًا لذلك، يستمر الوضع (مبدأ اشتراك المرضى دائماً في الطبيب أو العلاجات التي تتعثر عندما لا يوجد شيء آخر يمكن قوله ويتم حل المشكلة في الواقع في بعض الأحيان).

- عادة ما يكون مدرجاً لهذه الآليات، فإن مسؤولية المعالج موجودة :

قبول النزول والسماح للمريض بالصعود، وتتطور العلاقة.

هناك، ستصبح المعرفة والتقنية والخبرة عملية وفعالة لأنها سيتم تثبيتها في خريطة الموضوع وتوجيهها نحو الاستقلالية.

(Erickson, M.H. Rossi, H.L. 1979)

3- التنويم و النكوص:

تقنية النكوص التنويمي هو أسلوب متقدم في التنويم، يتم ممارسته مع معالج عالي الجودة. وإعادة اكتشاف الماضي وإعادة إحيائه لا فائدة منه في حد ذاته.

من ناحية أخرى، قد يكون من المفيد إعادة النظر في حدث من الماضي (معظم الوقت أثناء الطفولة أو قبل ذلك بقليل). لإنشاء مسافة، نوجد التفكك : الموضوع ليس في الحدث، لكنه يلاحظه (يرى ويسمع لكنه يشعر بالقليل).

في هذا الموقف، يمكن للكبار هنا والآن أن يرى الماضي في ضوء جديد، وأن يفهم، ويعيد تأطير تصويره، وهو أمر غير ممكن بالنسبة للطفل، ويستدرك ويدرك الواقع كما يسمح له عمره. النكوص ليس أداة من الماضي، ولكنه أداة قوية وفعالة لإعادة هيكلة الحاضر والمستقبل.

* وصف المهام:

يصف إريكسون المهام بترتيب مختلف:

- المهام المجازية :

وهي التعبير عن التغيير في شكل مجازي. بالنسبة لشخص يحلم بقطع العلاقات مع أم مفرطة في التملك، يمكننا أن نطلب تمامًا شراء حبل ونقطع قطعة منه كل يوم.

يفهم اللاوعي هذا النوع من الرسائل جيدًا (تدمير، دفن، قطع أو حتى حرق، هي مهام رمزية بامتياز) (Erickson, M.H. Rossi, H.L. 1979)

- المهام اليومية :

وهي مسألة وصف مهمة أكثر إيلامًا من العَرَض عند ظهور العَرَض المذكور. على سبيل المثال، وصف إريكسون المهام الطائشة لمن يعانون من الأرق عند الاستيقاظ في الليل، لذلك فضلوا دون وعي... عدم الاستيقاظ.

- المهام المتناقضة :

الهدف هو وصف الأعراض للموضوع. الهدف هو إعادة تقديم فكرة التحكم في الأعراض، لمطالبة الموضوع بإنتاجها عند الطلب.

- مهام التعلم :

قريبة من السلوكية، وهي المهام التي تسمح بتنمية المهارات اللازمة لحل المشكلة.

4- الاستعارات:

تم تطوير الاستعارة كجزء من البحث التطوري عن التغيير بواسطة ميلتون إريكسون. لعمل استعارة هو إخراج كلمة أو مجموعة من الكلمات من سياقها لجعلها تنتقل من المعنى الحرفي إلى المعنى المجازي .

بعبارة أخرى، فإن الاستعارة هي مقارنة خفية، يتم التعبير عنها بدون كلمة "أعجبي".

المعنى الحرفي موجه للعقل، المعنى المجازي للتخيل.

يمكن أن تتخذ الاستعارة شكل صورة، أو قصة، أو مثل، أو حكاية، أو اقتباس، أو أسطورة، أو حكاية... (سليمان، المدني، 1996)

* معايير الاستعارة:

- يجب أن تستوفي الاستعارة بعض المعايير حتى تكون فعالة:
- استعارة، فكل قصة يجب أن يكون لها بداية ووسط ونهاية.
- يجب أن تكون الاستعارة متشابهة، أي إعادة إنتاج الأشخاص أو الأحداث أو العمليات أو المشكلات بطريقة مكافئة لمعايير الموقف الحقيقي.
- يجب أن تحترم الاستعارة خريطة واقع الذات : الهيمنة الحسية، والطرائق الفرعية، والميتابروغرام، وأنظمة الاعتقاد...

- يجب أن يقال المجاز بشكل متزامن ومعايير و ضبط وفقاً لردود الفعل اللفظية وغير اللفظية.
- يجب أن تثير الاستعارة الانفعالات أو الاهتمام الآتي لبلورة المعاني والحلول دون وعي.
- الاستخدام المجازي له مزايا عديدة:

- الاستعارة موحية :

فهي تخاطب اللاوعي لدى الفاعل من خلال إحباط آليات الدفاع التي كان من الممكن أن تنطلق برسالة مباشرة.

- الحل مستتر :

فهو يعطي الإمكانية للمستفيد أن يتبنى أو لا يتبنى ما هو مقترح له.

- الحل إذا اختار المستفيد حله:

حكاية، حكاية، تجربة شخصية للمعالج... كلها طرق تقدم نحو التغيير. الهدف دائماً هو تنشيط عمليات (التطور، التغيير) في الموضوع.

سوف تستحضر الاستعارة الموارد اللازمة للموضوع لحل مشكلته.

يمكن استخدام الاستعارة لدمج أي عنصر من عناصر عملية التدريب:

- الموضوع فيه موارد تطوره

- الفشل معلومة

- يمكن التغلب على الصعوبات

- نصل للهدف ...

أولاً: التوجه نحو الحلول

مستوحى من العمل على التواصل من قبل Bateson أو Weakland ، من خلال نهج العلاج النفسي لميلتون إريكسون، فإن النهج الموجه نحو الحلول هو نهج استقرائي موجه نحو ما هو مفيد ويولد الحلول. بعبارة أخرى، بينما يركز نهج التغيير تقليدياً على المشكلات التي يجب حلها، يركز هذا النهج على الحلول التي سيتم وضعها :

بدلاً من "لماذا تسير الأمور بشكل سيء؟"، سيكون السؤال: "كيف تتحسن؟"

ثانياً: المبادئ والخطوات

يكشف Saleebey بشكل مناسب عن القوة الممنوحة للعميل فيما يسميه منظور القوة:

- بالرغم من صعوبات الحياة، يتمتع كل فرد بنقاط قوة يمكن حشدها لتحسين حياته.
- يجب على الممارسين احترام نقاط القوة هذه و التوجيهات التي يرغب العملاء في تطبيقها.
- يزداد دافع العميل إذا تم التركيز باستمرار على نقاط القوة التي كشف عنها.
- اكتشاف نقاط القوة هذه يتطلب عملية استكشاف مشتركة بين العملاء والمهنيين.
- حتى الممارس الخبير لا يعرف، في نهاية المطاف، ما يحتاجه العملاء لتحسين حياتهم.
- التركيز على نقاط القوة يصرف الممارسين عن الحكم على العملاء أو إلقاء اللوم عليهم بسبب الصعوبات التي يواجهونها، ويحثهم على اكتشاف كيف تمكن العملاء من البقاء على قيد الحياة، حتى في أصعب الأوقات.

- كل البيئات، حتى المظلمة منها، تحتوي على موارد. (لاندولت أ س، ميلين ل س، 2011؛ 31-1022-1031).

ثالثاً. عناصر T.O.S = Thérapie orientée solution (TOS)

مستوحى من إريكسون، يستجيب العلاج الموجه للحل ("T.O.S.") لنهج دقيق وتوجه مثير للاهتمام. إنها فلسفة خاصة ومبتكرة للمرافقة، غارقة في الأفكار الجيدة بحيث يمكن لكل مدرب أو معالج أن يستخرج الجوهر المفيد. العمود الفقري لـ T.O.S يظهر هنا:

1 . الاتصال :

كيف يمكنني مساعدتك؟

كما هو الحال في أي عملية تغيير، تتمثل الخطوة الأولى أولاً وقبل كل شيء في كشف المشكلة. السؤال الأول تقليدي في T.O.S.

لديه دائماً نفس الشكل بشكل أو بآخر: "كيف يمكنني أن أكون مفيداً لك؟"

سوف تتوافق إجابة الموضوع مع عرض تقديمي للمشكلة (المشكلات).

في T.O.S. ، نستمع إلى هذه الشكوى باحترام، ونتعمق أكثر إذا لزم الأمر لمزيد من الدقة: "كيف هذه مشكلة بالنسبة لك؟ ولكن بالفعل فكرة تحويل المشكلة إلى حل موضوعي يتمحور حول فكرة موجودة.

2 . تحديد الهدف:

" ما الذي سيكون مختلفاً في حياتك (ممارستك، نتائجك ...) عندما يتم حل المشكلة؟ "

تم بالفعل تغطية تحديد الهدف في صفحات هذا الموقع المخصصة للتتويج T.O.S. .
ستجلب مع ذلك ابتكارات أو تقنيات معينة: ينصب التركيز على ما سيكون مختلفاً عند حل المشكلة. يتم استخدام تقنية السؤال المعجزة على نطاق واسع.

سؤال معجزة..

هنا، حرفياً، سؤال معجزة من دي شازر:

" الآن أود أن أسألك سؤالاً غريباً. تخيل أنه أثناء نومك في الليلة التالية والبيت كله هادئ، تحدث معجزة. المعجزة هي أن المشكلة التي أتت بك إلى هنا قد تم حلها. ومع ذلك، وأنت نائم، فأنت لا تعلم أن المعجزة قد حدثت. لذلك عندما تستيقظ صباح الغد، ما الذي سيخبرك أن معجزة حدثت وأن المشكلة التي أتت بك إلى هنا قد تم حلها؟ "

الفائدة من سؤال المعجزة:

ندخل في الأمر، في حل المشكلة. الموضوع يعطي المكونات، ويصف عملية التغيير.
- السؤال يفتح مجال الاحتمالات. والخيال هو بذرة المستقبل.

حول سؤال المعجزة:

سيؤدي الإسقاط في المعجزة إلى تضخيم جوانب معينة من تحديد الهدف:

" - ما مدى أهمية ذلك بالنسبة لك؟ "

بغض النظر عن مدى أهمية الهدف للمعالج، يجب أن يكون مهماً للعميل. ستدفع هذه الأهمية الرغبة في التغيير والتطور وتنفيذ حلول جديدة.

" - كيف ستكون الأمور مختلفة من حولك؟ "

يتم تعريف الفرد من بين أشياء أخرى من خلال علاقاته. الجانب النظامي هو أيضاً أساس التغيير أو التطور. تعتمد إمكانات الفرد ورغباته ونقاط قوته ... على الأفكار المتعلقة به التي يمكنه إقراضها للأشخاص الذين يهتمونه. (لاندولت أ س، ميلين ل س، 2011؛ 31 - 1022-1031).

" - في أي حالة محددة سيكون الأمر مختلفاً؟ "

قد يجد العميل صعوبة في تصور تغيير كامل، ولكن بالأحرى تحسين في مواقف معينة أكثر تحديداً.

" - ما الإيجابي سيحدث؟"

يجب على المعالج أن يحضر العميل ليقدم وصفًا إيجابيًا، وإذا كان ذلك ممكنًا، في الوقت الحاضر: لا يتعلق الأمر بوصف عدم وجود مشكلة بل بمراقبة وجود الحلول وحتى اختبارها.

" - ما هي أول علامة على أن شيئًا ما قد تغير؟ "

غالبًا ما يبحث العميل عن نتيجة نهائية، بل مطلقة. يحتاج إلى إدراك المراحل المختلفة لتطوره. يتيح طرح الأسئلة في المرحلة الأولى إمكانية إنشاء توقعات ملموسة وواقعية وتثبيت الموضوع في عملية التغيير.

" - كيف سيتغير هذا بالنسبة لك؟"

هذا السؤال يجعل من الممكن تركيز الموضوع على نفسه، لتثبيته في ديناميات التغيير.

" - بشكل ملموس، ما الذي سيتغير؟ "

يجب أن تتوافق شروط التغيير الموصوفة مع هدف محدد بشكل صحيح: ملموس وواقعي وقابل للقياس.

" - كيف هذا التحدي بالنسبة لك؟ "

فكرة مهمة يتعين إنجازها، من المهم أن تولد. هذه الجوانب تطور الدافع للموضوع والاستثمار الشخصي. يمكننا أيضًا الصعود أثناء المقابلة إلى أعلى المستويات المنطقية (الانتماء والمهمة وما إلى ذلك)، ومواءمة الشخص بأكمله مع الهدف (يتم عرض المستويات المنطقية في الصفحات التي تتعامل مع البرمجة اللغوية العصبية)

3. استكشف الاستثناءات :

الأوقات التي تسير فيها الأمور على ما يرام.

عندما يتخذ الشخص نهجًا علاجيًا أو تدريبيًا، يكون "موجهًا للمشكلة".

يمكنه أيضًا التحدث عن الصعوبات التي يواجهها بإسهاب، وبأدق التفاصيل: في T.O.S. ، كلما تحدثنا عن مشكلة أكثر، ازدادت المشكلة.

ولكن على العكس من ذلك، كلما تحدثنا أكثر عن الحلول، كلما أخذت الحلول مكانها في واقع الموضوع.

يمكننا بالطبع تلقي المظاهر السلبية للمشكلة لأغراض المعلومات، لكن الأداة الأساسية ستتشكل من اللحظات التي لا تحدث فيها المشكلة: الاستثناءات.

وفقًا لـ De Shazer ، فإن الاستثناءات هي "تلك التجارب السابقة في حياة العميل حيث لم تظهر المشكلة عندما يتوقع المرء ظهورها بشكل معقول".

وتجدر الإشارة إلى أن استكشاف الاستثناءات يمكن أن يتم بطريقة مرتبطة (تصورات عن الموضوع)، ولكن أيضًا منفصلة (التصورات التي يمكن أن يمتلكها مراقب خارجي). (De Shazer S 1984)

-احذر من الاستثناءات:

لتبسيط الضوء على الاستثناءات وتطويرها، من الضروري أولاً أن يدرك العميل هذه اللحظات الاستثنائية. يهدف الاستجواب إلى توليد هذا الوعي.

- كشریک: "هل كانت هناك أوقات لم تحدث فيها المشكلة أو كانت أقل حدة؟"
- مفترق :

لو سألت زوجتك إذا كانت هناك أيام أفضل فماذا تجيب؟

الاستثناءات المتعمدة أو العشوائية: المصطلحان "متعمد" و "عشوائي" يأتيان من تنظير دي شازر.
- استثناء متعمد :

يمكن للموضوع أن يعطي نشأة الاستثناء. يمكننا المتابعة بنمذجة أو وصفة مهمة ("افعل المزيد من نفس الشيء").
- استثناء عشوائي :

لا يمكن للموضوع أن يعطي نشأة الاستثناء. قد يُطلب منه بعد ذلك ملاحظة الاستثناءات التالية وملاحظة ما يحدث.
-اسأل عن التفاصيل:

إنها مسألة رفع معايير الاختلاف في اللحظات الاستثنائية : "ما الذي يختلف عندما لا يحدث؟" يمكن أن تحدث الاختلافات على مستويات مختلفة: المكان، والأشياء، والأشخاص، والزمانية، وما إلى ذلك.
في أي وقت من هذه العملية، من المهم الاشتراك في خريطة الموضوع الذي تظهر عناصره في صفحات هذا الموقع التي تتعامل مع معالجة اللغات الطبيعية والتتويم الإريكسون: القناة السائدة، الرسم البياني، القيم، المعتقدات ... المزيد من التزامن بين المعالج وسيتم تطوير العميل، وكلما كانت العلاقة وثيقة الصلة والحلول فردية وفعالة.
4. ردود الفعل والمهام..

يدافع De Shazer عن هيكل ثلاثي الأطراف: الإطار و الجسر و المهام. (De Shazer S 1984)
- الإطار :

المجاملة تقوي وتحفز العميل .

يصادق على ما يدركه وما هو مهم بالنسبة له.

هناك أيضًا، مع الإطار، هناك توجه نحو الحل. إنها تنشيط الفرد وتنشيطه في عملية التغيير الخاصة به: من خلال نقاط قوته واستثناءاته، لديه وسائل تطوره. في هذا، نجد مبدأ Ericksonian أو ممارسي NLP الذي يثبت أن كل شخص لديه موارد تطوره بداخله.

- الجسر :

الجسر بين الإطار (الملاحظة) والمهام (اتخاذ الإجراءات).

لذلك، سوف يقوم الجسر بالانتقال بين القوى والإمكانات والعمل من خلال استحضار الهدف.

- المهام :

في T.O.S. يتم تحديد المهام. هذه هي مهام المراقبة والمهام السلوكية حصريًا. لذلك سيكون الأمر يتعلق بجمع المعلومات المتعلقة بلحظات الاستثناءات أو تطوير العوامل التي تخلق هذه الاستثناءات.

5- الإطار التنويمي:

دخل هذا المفهوم إلى العلاج النفسي عن طريق إرفنج غوفمان في كتابه (أطر التجربة 1974) Frame analysis الذي ينتمي إلى مدرسة شيكاغو الجديدة .. طبق المنهجية الإثنوغرافية (الإنسان البدائي) على (الإنسان المتحضر) عاش في جزيرة Shetland للدراسة / وفي مستشفى الأمراض العقلية لدراسة مجتمع الفصامين و درس مجتمع المقهى. (لين س. و ناش م، ر . 1994 ؛ 36-194-208).

حيث وضح ما يلي:

-هناك تشفير للسلوك الاجتماعي

-حيث للسلوك مستويين la syntax , la sémantique والمعنى و المبنى

-كل سلوك هو اتصال كامل

-المفهوم البينفاعلي للسلوك تختلف عن الاتصال داخل-شخصي و خارج-شخصي.

و وضح فيه :

* الإطار الابتدائي:

لا يمكن تفسير الأحداث إلا بوضعها في إطار

الأفعال تستدعي الكثير من الأطر النفسية

- الإطار الطبيعي : القوانين الفيزيائية

- الإطار الاجتماعي : القوانين الاجتماعية (الأسرية مثلا)

* التحويل .. و هو ظاهرة لها وجهان: التنميط او الصناعة

- التنميط : مفهوم انتقل من التعامل بين الحيوانات (في أعمال باتيسون)

مثال : فردين في العائلة ويلعبان الأوراق

"ممكن لفردين يتسابان في لعبة الأوراق ولكن في النهاية تبقى مجرد لعبة مسلية" حسب جوفمان

تخيل معي والد وابنته يلعبان الأوراق (ماذا سيحدث بينهما ؟)

هنا تنميط لعلاقة لعلاقة أب/بنت (إطار أولي) تحولت لعلاقة رفاق لعب (إطار ثانوي)
مثال آخر : رجل و زوجته في مكان العمل حيث زوجته هي المديرة و هو موظف لديها
ما هو الإطار الأولي ؟

و ما هو الإطار الثانوي ؟

في ماذا ينفعنا هذا ؟

القدرة على وجود إطارين معياريين في نفس الموقف هو ما يصنع الانفصال التنويمي.

***الصناعة : (صناعة الإطار)**

مثال : شرطيين في حالة اختبار مع الضابط المسؤول!!!!

تخيل معي شرطيين مع معلم يختبرهما هنا سيحاولان إخافته انه يستحسن منه الا يراقبهما .. فاذا كان المراقب أصلا
مسؤول شرطة .. هنا أعوان الشرطة سيحترمان الإطار لان صناعته تحقق ذلك.

هنا يمكن أن يقدم التنويم كصناعة إطار.

*** استخدام التأطير في التنويم:**

"الإطار التنويمي هو عملية تنميط او صناعة إطار من الإطار الابتدائي، الإحداث (احداث التنويم) يقترح فعل هذا
التحويل"

>----هنا المنومون اقترحوا مجموعة من الطرق فيها:

1- Les baquets de Mesmer

2- L'arbre de Puységur

3- Les points hypnogènes de Charcot

4- La fixation visuelle de Braid

5- Les suggestions de sommeil de Bernheim

-هناك طريقتين لتحويل الإطار :

>-----هدم الإطار الأولي

>-----بناء الإطار التنويمي

-اساليب هدم الإطار الأولي :

و هي اساليب تعمل على تشويش الوعي او إلهائه او اتعابه او ... الخ

1 التركيزات البصرية La focalisation visuelle

2 التخيلات الذهنية Les techniques d'imagerie mentale

3 التمرکزات الحسية Le centrage التركيز على الذات، الأحاسيس، التنفس...الخ

4 الانتظارات الإيجابية L'attente positive وعود لانتظار شيء مجهول؟. تشويق

مثلا : " سوف تحدث لك اشياء وتحس بأحاسيس لم تعرفها من قبل "

5 الازعاجات المملة.. L'ennui - صوت غريب ...كلام مشوش...كلمات متسلسلة .. تسبب الملل

6 الارباقات المشتتة .. La confusion -احداث الشك...الارتباب (الهذيان)

مثلا : تشير يدك الى مكان و تجلس في مكان اخر

النطق بجمل معقدة غير منتظرة النطق في حالة الطبيب

(القفز من الديك الى الحمار) <---- ادخال الشخص في عالم غريب

7 المفاجئات الغريبة.. La surprise - احداث التنويم عن طريق فعل شيء غير منطقي وغير منتظر

مثلا : رفع ذراع المريض

افعال لا تتلاءم مع الإطار الابتدائي (مريض / طبيب)

* بناء إطار التنويم:

1 المتطلبات " Les pré-requis كأنك في حلم وانت تعلم أنه حلم " شرتوك

كلمة " كلي " (تصنع الإطار التنويمي)

استعمال مصطلح : النوم - رحلة الى الذاكرة - في الذات - اللاوعي - الداخل

2 الاتفاقات.. Les conventions de phasage -..

مثلا: رفع الستار بالنسبة للممثل

وضع شروط للدخول في الإطار التنويمي =مفاتيح

مثلا: عندما أعد إلى 5 فأنت تدخل في نوم عميق (أو استرخاء عميق)

مفهوم الجملة الاعتراضية---- بين مزدوجتين

3 التماثلات.. Le mimétisme - استعمال النموذج التنويمي

مثلا: تنويم صديق بالنسبة لشخص مقاوم للتنويم

4 المصادقات.. La ratification - عملية وصف لسلوكات المنوم

عملية الوصف تصبح معالم لحالة التنويم ثم الطلب في الغشية

"أجفانك تغلق..تنفسك يتباطئ..تحس بالنعاس..وتستسلم للراحة..وتدخل في نوم جميل " .. اريكسون

6- الرابطة المضاعفة Double contrainte:

الرابطة المزدوجة هي معضلة في الاتصال حيث يتلقى الفرد (أو المجموعة) رسالتين متعارضتين أو أكثر. في بعض السيناريوهات (على سبيل المثال داخل العائلات أو العلاقات الرومانسية) يمكن أن يكون هذا محبطاً عاطفياً، مما يوجد موقفاً تؤدي فيه الاستجابة الناجحة لرسالة واحدة إلى استجابة فاشلة للآخر (والعكس صحيح)، بحيث يكون الشخص المستجيب تلقائياً يُنظر إليه على أنه خطأ، بغض النظر عن كيفية استجابته.

يمنع هذا الرابط المزدوج الشخص من حل المعضلة الأساسية أو الانسحاب من الموقف. وصف جريجوري باتسون وزملاؤه نظرية الرابطة المزدوجة لأول مرة في الخمسينيات من القرن الماضي، في نظرية حول أصول القسام واضطراب ما بعد الصدمة.

غالباً ما يتم استخدام الروابط المزدوجة كشكل من أشكال التحكم دون إكراه مفتوح - استخدام الارتباك يجعل من الصعب عليها الاستجابة والمقاومة على حدٍ سواء .

يتضمن الرابط المزدوج عموماً مستويات مختلفة من التجريد في ترتيب الرسائل ويمكن أن يتم ذكر هذه الرسائل صراحةً أو ضمناً في سياق الموقف، أو يمكن نقلها بنبرة الصوت أو لغة الجسد. تنشأ المزيد من التعقيدات عندما تكون الروابط المزدوجة المتكررة جزءاً من علاقة مستمرة يلتزم بها الشخص أو المجموعة (Kurt, T, epperwein, 1981)

حسب جريجوري باتسون أب مدرسة بالو ألتو .. و صاحب نظرية الرابطة المضاعفة

للاتصال 03 مستويات:

مستوى 1 اللغة اللفظية (الكلمات)

مستوى 2 اللغة دون اللفظية (لغة الجسد)

مستوى 3 الموافقة بينهما أي بين 1 و 2

حيث يكون الكلام تجويد و الإيماء تأكيد

و لهما نفس الرسالة

فإن تناقضا تكون قد تشكلت رابطة مضاعفة

حيث يرسل اللاوعي (الإيماءات) رسالة تناقض رسالة الوعي (الكلمات)

مثال 1:

تذهب ضيفا عند أحدهم

فيقول لك تفضل مرحبا بك

و في وجهه عبوس او ضحكة صفراء

=رابطه مضاعفة

انت في دهشة و في حرج

الدهشة هي لحظة تنويم

مثال 2:

حارس مرمى حسب خبرته الكرة ستتجه نحو الجهة اليمنى من المرمى و يستعد للارتقاء لكن الكرة تدور و يراها

بعينه تتجه نحو الجهة المعاكسة، يقف باهتا مندهشا لانه في تلك اللحظة تصله رسالتين متناقضتين

إنها رابطه مضاعفة

إنها لحظة تنويم

مثال 3:

ترى رجلا ضخما و عندما يتكلم

صوته حاد و انثوي

انت تتدهش و تضحك

لان الضحك ناتج عن توقع كاذب

هذه رابطه مضاعفة

الضحك احيانا هو لحظة تنويم

إن الرابطه المضاعفة من اسباب الفصام:

الام التي ربت أطفالها تعطيهم رسائل متناقضة

تقول لهم " لا تكذبوا " و هم يسمعونها تكذب

تقول لهم " لا تسرقوا " و هم يرونها تسرق

في فترة المراهقة احتمال كبير يصابون بالفصام (الشيزوفرينيا)

خاصة في وجود استعداد وراثي و اب ديكتاتوري و عدم القدرة على التوافق مع المجتمع

يمكنكم التوسع في هذا الموضوع

مع جريجوي باتسون من خلال قراءة كتابه الشهير (إيكولوجيا الفكر) بجزئيه الاول و الثاني

أضعهما لكم باللغة الفرنسية

7- التقنيات المستخدمة في التنويم الإيحائي:

* الاسترخاء ..

لماذا يطلب المعالجون "أن تجعل نفسك مرتاحًا و أكثر استرخاء" وأن يوفرُوا أريكة ناعمة للاستلقاء عليها؟ إنه أكثر من مجاملة عامة .

الاسترخاء هو طريقة شائعة يستخدمها المعالجون وتقنية التنويم. إذا كان العميل مرتاحًا، فقد يقع في نشوة ويكون العقل منفتحًا على الاقتراح. هم أكثر عرضة للتحدث معك والانفتاح على الاقتراحات غير المباشرة. فيما يلي بعض الإيحاء الشائعة و التي تبعث على الاسترخاء:

"خذ راحتك"

"ارقد"

* التحكم في التنفس

شد العضلات ثم إرخاءها (استرخاء فارقي)

التحدث بنبرة عميقة.

" يمكنك استخدام استرخاء جاكوبسون بصيغته السريعة كمدخل للأحداث التنويمية " ...

* تثبيت العين

هل وجدت نفسك يومًا ما مندهشًا وتحقق في عنصر مثير للاهتمام في الغرفة بينما يتحدث شخص ما؟ هل فاتك ما قالوه تمامًا؟ ربما كنت في نشوة.

يمكن استخدام أي شيء لتثبيت العينين للحث على نشوة.

أشهر الأمثلة هي "بندول القوة" أو "ساعة الجيب المتأرجحة" - على الرغم من أن هذين الشبئين مرتبطان الآن بالتنويم في المرحلة القديمة. (Aroz, D.L (1981) 12. 45-52.)

من المرجح أن تفشل وتواجه مقاومة باستخدام هذه الأشياء، بسبب سمعتها السيئة.

ومع ذلك، هناك سران وراء تثبيت العين. أولاً، يبقى الشيء العقل الواعي مشغولاً، ويفتح العقل الباطن على الإيحاء. ثانياً، تتعب عينك جسدياً عند ثباتها أو تحركها ذهاباً وإياباً.

يمكن ان تضع نقطة ما في الحائط

او تطلب من العميل تركيز النظر على القلم المعلق في جيب قميصك.

* تقنية المصافحة :

اشتهر ميلتون إريكسون - مبدع العلاج بالتنويم - باستخدام تقنية المصافحة كوسيلة لحدث على التنويم .
المصافحة هي أكثر أشكال التحية شيوعاً في مجتمعنا.

تصدم تقنية المصافحة العقل الباطن من خلال تعطيل هذه القاعدة الاجتماعية الشائعة.

بدلاً من مصافحة اليد بشكل طبيعي، يقوم المنوم بمقاطعة النمط الذي أنشأته أذهاننا عن طريق الإمساك بالمعصم أو سحب الموضوع للأمام وإيقاف توازنه.

مع مقاطعة النمط، يفتح العقل الباطن فجأة على الإيحاء.

اطلب من المدرب ان يشرح لك هذه التقنية اكثر و كيف استخدم ملتون اريكسون ظاهرة الرابطة المضاعفة هنا
* التصور:

يمكن استخدام التخيل للبحث على النشوة وتقديم الاقتراحات.

على سبيل المثال، اطلب من موضوعك أن يتذكر غرفة مألوفة لديهم جيداً .

تخيل كل التفاصيل في تلك الغرفة: الأرضية، شكل النوافذ، اللوحة على الحائط، الرائحة، الضوء.

ثم انتقل إلى غرفة ليسوا على دراية بها.

بينما يكافحون لتذكر التفاصيل الدقيقة، يفتحون العقل على الاقتراح.

نصيحة متقدمة :

استخدم التخيل لاستدعاء الذكريات الإيجابية وربطها بسلوك مجزي، أو لتغيير تصور المرء للصورة السلبية.

صور وتجارب إيجابية (زفاف، طفل، عيد ميلاد، تخرج)

تجاهل الصور السيئة (ربما قم برميها في سلة المهملات)

إشارات الوصول العينية :

هناك مجالان للدماغ - الأيمن يدير الجانب الأكثر "إبداعاً" والجانب الواعي واليسار "العملي" والعقل الباطن.

في أي محادثة، نبحث عن ردود الفعل من المستمع لنرى كيف يتفاعلون مع تصريحاتنا.(Aroz, D.L 1982)

مشاهدة عيون الموضوع:

هل ينظرون إلى اليمين، ويصلون إلى العقل الواعي أم اليسار إلى العقل الباطن؟

هل يركزون على شيء واحد في الغرفة؟

إذا كانوا يصلون إلى العقل الباطن، فيمكنك تقديم اقتراح بأنهم ليسوا على دراية بوعي به.

نصيحة متقدمة: اتصال العين الإدراج

قراءة حركات عين المستمع هي حالة شائعة الاستخدام.

لكن هل تعلم أنه بصفتك المتحدث، يمكنك أيضًا إجراء تحريض منوم على المستمع بحركات عينك؟

تم تطوير هذه التقنية الجديدة واختبارها بواسطة ستيفن بروكس.

"تقنية ليست صحيحة و فعالة مع الجميع لسبب مهم .. هو ان إشارات الوصول العينية ليست صادقة إلا في 50% من الحالات و لذلك لا يمكن الاعتماد عليها " ...

صدمة مفاجئة / سقوط إلى الورا :

التقدم بحذر .. على غرار تقنية المصافحة، يمكن للشخص الذي يجد نفسه مصدومًا أن يدخل في نشوة. لن أَدافع أبدًا عن التسبب في أي ألم جسدي لموضوع ما، لكن إريكسون أظهر هذا مرة واحدة من خلال الدوس على قدم امرأة واتباعها باقتراح.

الإصدار الأكثر اعتدالًا هو "سقوط الثقة" الذي ربما سمعت عنه أو شاركت فيه في حدث بناء الفريق. إن الإحساس بالسقوط إلى الورا يصدّم النظام ويفتح العقل على الإيحاء، ومع ذلك، يجب أن يكون المرء على يقين من أنهم لن يتخلوا عن الموضوع.

"لا أنصح بهذه التقنية لكونها غير ملائمة للممارسة خاصة مع الجنس الآخر " ...

مسح شامل للجسم (طريقة شائعة للتتويم الذاتي)

ابدأ من الجزء العلوي من الجسم وعينيك مغلقة، وابدأ بالمسح ببطء من الرأس إلى القدمين. لاحظ كل الإحساس - أنفاسك تتوسع في القفص الصدري، والكرسي على ظهرك، والألم في كوعك، وكل إصبع ممتد، والقدم على الأرض. كرر العملية من الأسفل إلى الأعلى.

استمر في المسح لأعلى ولأسفل حتى تدخل نشوة.

المسح هنا هو استشعار ذهني بوجود ذلك الجزء و الاحساس بذلك.

يمكن تقوية فحص الجسم بتقنيات تحريض التتويم الأخرى مثل التنفس بالعد التنازلي والاسترخاء لزيادة الفعالية

"يمكنك استخدام تمرين الارحاء الذهني لشولتز في هذا السياق و هي أكثر فعالية " (Aroz, D.L 1982).

تقنية رفع الذراع

باستخدام تقنية إريكسونية كلاسيكية، يبدأ العميل بإغلاق عينيه.

يطلب منهم ملاحظة الفرق في الشعور بين ذراعيهم.

يقدم المعالج بالتتويم الإيحائي اقتراحات فيما يتعلق بالأحاسيس الموجودة في كل ذراع.

على سبيل المثال، قد يقولون إن الذراع ثقيلة أو خفيفة، ساخنة أو باردة. يدخل العميل في نشوة وقد يرفع ذراعه جسديًا أو يعتقد ببساطة أنه قد رفع ذراعه.

في كلتا الحالتين، كان الاستقراء ناجحًا.

واحدة من أكثر وسائل التتويم الكلاسيكية هي تحريض رفع الذراع.

تم استخدام هذه الفئة من الحث من قبل معظم المعالجين بالتنويم بمرور الوقت، والفكرة هي أنه مع ارتفاع ذراع العميل في الهواء (على ما يبدو من تلقاء نفسه) يتعمق العميل في التنويم.

قام الطبيب النفسي الأمريكي ميلتون إريكسون بتحسين التقنية من خلال تطبيق مهاراته "غير المباشرة" في التنويم وطورها إلى أسلوب استخدام، وهذا هو نهج إريكسون.

في السابق، كان المعالج يقترح التحليق بطريقة مباشرة وسلطوية. لسوء الحظ، أعطى هذا انطباعًا بأن رفع الذراع كان بسبب "قوة" المنوم.

سمح نهج إريكسون للعميل بتجربة رفع الذراع من داخله / نفسها كما لو كانت الاستجابة ناتجة عن عمليات لاشعورية ناتجة عن ترابط الأفكار.

غالبًا ما كان إريكسون "يبدّر" الأفكار والاقتراحات لظواهر التنويم قبل وقت طويل من طلب حدوثها رسميًا. من خلال تقديم الحكايات العرضية والتشبيهات والاستعارات حول الرفع والخفة والارتفاع، كان يبدّر فكرة رفع الذراع بحيث يلتقط العقل اللاواعي للعميل الاقتراح غير المباشر لحدوث رفع الذراع.

التوقع والتوقع يركبان نجاح رفع الذراع. يجب أن تتوقع رفع الذراع مع ترك مساحة صغيرة للهروب في حالة عدم حدوث ذلك لأن العميل عادة ما يلتقط المخاوف والشكوك التي يتواصل معها المعالج الذي يفتقر إلى الثقة.

عندما تحاول رفع ذراعك يجب أن تسرع نفسك حتى تكون متقدمًا على العميل بخطوة.

يمكنك القيام بذلك من خلال الاهتمام بتجربة العميل ووظائفه. (Rossi E L 2002)

إذا كانت الذراع سترفع، فسوف يخبرك العميل بطريقته الخاصة إما لفظيًا أو غير لفظي.

لذلك، الآن إلى رفع الذراع الفعلي نفسه - يجب أولاً لفت انتباه العميل إلى أي اختلافات بين ذراعه الأيمن وذراعه الأيسر.

يجب أن تفعل هذا بطريقة استفسار وتوقع أن يكون هناك فرق.

سيتم تحديد توقعك للفرق من قبل العميل على مستوى اللاوعي وهذا سيوجد توقعات نيابة عن العميل، وهذا هو المكان الذي ستثبت فيه مهاراتك اللغوية غير المباشرة فائدتها.

ستؤدي الطلبات الإضافية للاهتمام بالفرق إلى مضاعفة الأحاسيس في أي من الذراعين.

يمكنك استخدام أي اختلاف تقريبًا في الإحساس كنقطة انطلاق - الدفع، والبرودة، والخفة، والثقل، والخدر، والدبابيس والإبر وما إلى ذلك .

بمجرد أن يتعرف العميل على إحساس واحد في ذراع واحدة، يمكنك الإشارة إلى أنه سيختبر الإحساس المعاكس في الذراع الأخرى، يمكنك القيام بذلك عن طريق الاستفسار عن أسئلة مثل "وكيف يقارن ذلك بمشاعر ذراعك الأخرى؟".

يمكنك أيضًا أن تقترح أنه كلما شعرت ذراع واحدة بإحساس واحد كلما شعرت الذراع الأخرى بالإحساس المعاكس.

لذلك أنت تعمل إحساسًا واحدًا ضد الآخر. الدفء والبرودة، الثقل والخفة، الحساسية والخدر، إلخ . وهذا ما يسمى بقانون التأثير المعكوس. من الواضح أنه إذا شعرت إحدى اليدين بأنها أثقل من الأخرى، فستشعر الأخرى بأنها أخف.

إنك تستفيد فقط من الظواهر التي تحدث بشكل طبيعي.

الخطوة التالية هي قيادة العميل لتوقع رفع الذراع.

يمكنك القيام بذلك عن طريق تداخل اقتراحاتك حول الأحاسيس مع اقتراحات الرفع في ذراع واحدة أكثر من الأخرى، حتى أنك قد تقترح أن إحدى الذراعين يمكن أن تصبح أخف والأخرى أثقل.

غالبًا ما يضاعف التخييل من نجاح رفع الذراع، لذا قد ترغب في بعض الأحيان في مطالبة العميل بتخييل رفع ذراعه أثناء إغلاق عينيه.

هذا نوع من أسلوب البروفة. ومع ذلك، في حين أن هذا غالبًا ما يعمل بشكل جيد للغاية، في بعض الأحيان يعتقد العميل أن رفع الذراع المتخيل حقيقي ولا يرفع الذراع في الواقع كجزء من ظاهرة التنويم. (W ,H O Hanlon M) (Martin 1992)

طالما أن العميل "يعتقد" أن ذراعه قد رفعت فلا يهم.

يمكن تعميق النشوة المنومة من خلال رفع ذراع حقيقي أو وهمي، بنفس الطريقة التي قد تبدأ في إفراز اللعاب إذا فكرت في تقطيع الليمون.

رفع الذراع عبارة عن تحريض منوم، ونشوة عميقة، ومُصدق غيبوبة مجتمعة. يمكن استخدامه أيضًا كاستعارة جسدية للتحكم في العضلات من أجل العلاج.

يمكن تحقيق المزيد من تعميق النشوة المنومة عن طريق إبطاء خفض ذراع العميل إلى حضنه.

كما ترى التفاصيل أو كل خطوة معقدة للغاية، خاصة أنها تتداخل مع بعضها البعض. لذلك يجب تعلم التقنية مباشرة من خلال ملاحظة العرض التوضيحي وتوجيهه في الممارسة .

تحقيق السماحية "La permissivité"

للحصول على نتيجة وجب تحويل مجرى مقاومة المسترشد لصالح التنويم عن طريق الإيحاء .. وهنا طور ملتون اريكسون مجموعة من التقنيات للحصول على فعل غير مباشر .. ونذكر منها:

أسلوب التضمين Implication

الإيحاء غير المباشر أهم وأكثر قبولاً

مثال : " وعندما تفكر وتحس بأجفانك تثقل حتى تنغمض "

بدلاً من : " أغمض عينيك "

ملتون إريكسون يقول :

"ربما ترغبون في الحفاظ على أعينكم

متفتحة وأحب أنا أيضا لو تستطيعون فعل ذلك طويلا طبيعيا سوف ننزل أجفاننا الآن أو بعد وقت قصير".

متاليات الموافقة: La séquence d'acceptation –

المنوم يردد مجموعة من الإيعازات التي سوف يجيب عليها المسترشد ب "نعم" بالضرورة ثم يطلب منه طلبا ليتبرمج بقول "نعم"

مثال : "جالس انت فوق الاريكة " .."تنفس تنفسا عميقا.." "شهيق... زفير...الخ"

* الروابط Le lien

ربط ظاهرتين...صناعة ثنائية (مثير/استجابة)

مثال : "عندما تتنفس اجفانك تزداد ثقلا وستستسلم للنعاس"

الروابط المضاعفة : Le double-lien *

تناقض في الاتصال يضع المسترشد في حيرة الاختيار .

مثال : - ماذا تفضل ..أن تدخل في حالة التنويم الآن أو بعد قليل.

-هو : لا أدري.

-وأنت لا تعلم إن كانت يدك اليمنى أو اليسرى ترتفع في وقت ما ؟

-هو :؟؟

-كل ذلك لا يهم .. إنها تستطيع أن تبقى في راحة ساكنة وليدك أن تفعل ما تريد.

-في حالة المسترشد يرفض اغماض عينيه ؟

يمكن الاستفادة من المقاومة أيضا لصالح التنويم.

مثال : " كلما ازدادت مقاومتك للتنويم...كلما ازدادت اقترابا من النعاس" ..

-في حالة إذا ما قال لك المسترشد : "كل ما تقوله تافه"

من الخطأ الجواب هكذا : "لا...بل كل ما أقوله له معنى".

الصواب : "لك الحق...وكلما قلت كلاما تافها ..تغوص أكثر فأكثر الى أعماق ذاتك لتكتشف الراحة الكاملة".

- Le saupoudrage :

"أتمنى أن تصغي إلي براحة عندما أحدث إليك عن زراعة الطماطم . ربما هو موضوع تافه للمحادثة ..ننشوق

اليه..لماذا نتحدث عن الطماطم ؟

نقوم بذر البذور على الأرض ونحن نحس الأمل كونها ستتمو لتعطي حقلا من الطماطم مما يجعلنا نحس بالفرحة وتشبع الرغبات بنتائجها.

البذور تمتص الماء بسهولة تامة بفضل المطر الذي يبعث على الراحة والسلام " عن ملتون إريكسون
>-- حل المشكلات أمر سهل

-الإحياءات المفتوحة: Les suggestions ouvertes

لتقادي المقاومة يسعى المنوم إلى استعمال مجموعة كاملة من الإحياءات لعل المسترشد يتأثر بإحداها و " أنت تحس بالنعاس" ب "الهدوء" ب "الخشوع" ب "الأمن" ب "الدفع" و لكي تكون مجموعة الكلمات الإيحائية مفتوحة يضيف "وأحاسيس أخرى."

* أدوات فعالة: Des outils efficaces

تطوير ملتون إريكسون لبعض التقنيات التي عرفت عند مدرسة نانسي...الفوق في (السماحية)

Erickson : Le processus idéodynamique

"Double lien" + "Position basse

"المنوم يستعمل الموقع الأدنى

مثال : "افعل ما تشاء...فكأنني عندها فعلت ما أريد أنا". (W ,H O Hanlon M Martin 1992)

المحاضرة الثامنة: العلاجات السريعة

1- مقدمة

المعالجون الرئيسيون للعلاج الذي يركّز على الحلول هم "ستيف دي شازر" وزملاؤه من مركز العلاج الأسري الموجز (BFTC)؛ بينما كان "بيل أوهانلون" في العلاج الموجّه للحلول، وهو أيضًا مؤلف كتاب "إمكانية العلاج والعلاج الشامل". إذا أخذنا في الاعتبار الكتب الأولى (de Shazer، 1985؛ O'Hanlon and Weiner- Davis، 1989)، يمكن أن تبدو أعمال "دي شازر" و"أوهانلون" أكثر تشابهاً؛ ومع ذلك، أشار كلا المؤلفين إلى وجود بعض الاختلافات (Beyebach and Rodríguez-Arias، 1991؛ Rodríguez and Wainstein، 1993). ومع ذلك، فإنّ الاختلافات بين عملهم ليست سهلة للقراء المُدرّبين وغير المُدرّبين. على سبيل المثال، تضمّنت Gingerich و Eisengart (2000) في مراجعتهم لدراسات النتائج الخاضعة للرّقابة للعلاج الذي يركّز على حل الأوراق التي حدّدها المؤلف، على أنّها تُركّز على الحل أو موجّهة نحو الحل. وبالتالي، من المهمّ النّظر إلى الاختلافات والتّشابهات بين هاذين النّموذجين. بصفتنا مُعالجين، نشعر بالحاجة إلى الكشف عن أنّنا لا نختلف مع أي من هذين النّموذجين. على سبيل المثال، المؤلّف الأوّل لهذه الورقة هو عالم سلوك معرفي يميل إلى استخدام نهج O'Hanlon أكثر من SFBT (علاج موجز يركّز على الحل)؛ بينما استخدم المؤلّف الثاني SFBT (علاج موجز يركّز على الحل)؛ بشكل متكرّر أكثر من أسلوب O'Hanlon.

2- العلاج الذي يركّز على الحل SFBT :

بدأ نموذج هذا العلاج ببعض التّأثيرات من العلاج الموجز الذي يركّز على المشكلات والذي تمّ ممارسته في عيادة العلاج الموجز (MRI) التّابعة لمعهد البحوث العقلية وتطوّر نحو فلسفة الحلول (إسترادا، 2006). في عام 1978، أسّس "دي شازر" وزوجته "إنسو كيم بيرغ" وزملائهم (إيلام نونالي، وإيف ليبشيك، وأليكس مولنار) مركز العلاج الأسري الموجز BFTC ، كمركز تدريب للبحوث والمُعالجين.

هناك ثلاثة مبادئ أساسية عادة ما توجّه العلاج الذي يركّز على الحل :

- إذا لم يتم كسره، فلا تقم بإصلاحه.
- إذا نجحت، فافعلها أكثر.
- إذا لم ينجح الأمر، فتوقّف عن فعل ذلك وافعل شيئاً مختلفاً (Berg and Dolan, 2001)

ويعتبر SFBT علاج موجز يركّز على الحل، وهو نهج يركّز على المستقبل وموجّه نحو الهدف للعلاج الموجز، وهو يعتمد على المرونة والحلول والاستثناءات السابقة الخاصة بالعمل لمشاكلهم الخاصة؛ يمكن دمج العديد من التّقنيات في SFBT طالما أنّها لا تنتهك مبادئها الأساسية (McCollum and Nelson ،Dolan ،Trepper، 2006).

لا ينبغي أبداً تنفيذ هذا العلاج بطريقة صارمة. كما ذكر "دي شازر"، يمكن أن تكون SFBT مُغرية لأنّ الأساسيات سهلة التعلّم، لكن فنّ القيام بذلك بشكل جيّد يمكن أن يتطلّب سنوات عديدة من الخبرة تحت الإشراف (Trepper et al.، 2006).

توجد العديد من المنشورات الكلاسيكية والحديثة لفهم شامل لهذا النّمودج، حيث كتب المؤلّفون التّاليون على نطاق واسع حول (العلاج الموجز المركّز على الحل) SFBT: Berg and Miller، 1992؛ بيرج، 1994؛ دي شازر، 1985؛ 1988؛ 1994؛ جورج، إيفسون وراتنر، 1990؛ سيليكمان، 1997، وآخرها بيرج ودولان، 2001؛ بيباخ، 2007؛ كارلسون وسبيري، 2000؛ دي شازر، دولان وكورمان، 2007؛ دي شازر وإيسبيرت، 2003؛ جاكسون وماكيرغو، 2007؛ لي، جرين، منتزر، بينيل، ونايلز، 2001؛ لي، سيبولد وأوكين، 2003؛ ليبشيك، 2002؛ ماكدونالد، 2007؛ نيلسون، 2005؛ شاري، 2001؛ شاري، مادن ودارمودي، 2003.

* استخدام SFBT:

يعمل على مساعدة الأشخاص الذين يواجهون صعوبة في العثور على الأدوات التي يمكنهم استخدامها على الفور لإدارة الأعراض والتعامل مع التحديات، إلى الاعتقاد بأنه على الرغم من أن الأفراد قد يكون لديهم بالفعل المهارات اللازمة لإحداث تغيير في حياتهم، إلا أنهم غالباً ما يحتاجون إلى المساعدة في تحديد وتطوير تلك المهارات.

وبالمثل، تدرك SFBT أن الناس يعرفون بالفعل، على مستوى ما، ما هو التغيير المطلوب في حياتهم، ويعمل ممارسو SFBT على مساعدة الأشخاص في رعايتهم على توضيح أهدافهم.

يشجع ممارسو SFBT الأفراد على تخيل المستقبل الذي يرغبون فيه ثم العمل بشكل تعاوني على تطوير سلسلة من الخطوات التي ستساعدهم على تحقيق هذه الأهداف.

على وجه الخصوص، يمكن للمعالجين مساعدة أولئك الذين يخضعون للعلاج في تحديد وقت في الحياة كانت فيه المشكلة الحالية إما أقل ضرراً أو أكثر قابلية للإدارة وتقييم العوامل المختلفة أو الحلول التي ربما كانت موجودة في الماضي.

يتضمن هذا النوع من العلاج أولاً تطوير رؤية لمستقبل المرء ثم تحديد كيفية تعزيز القدرات الداخلية من أجل تحقيق النتيجة المرجوة.

يحاول المعالجون الذين يمارسون SFBT توجيه الأشخاص في العلاج من خلال عملية التعرف على ما يصلح لهم، ومساعدتهم على استكشاف أفضل السبل لمواصلة ممارسة هذه الاستراتيجيات، وتشجيعهم على الاعتراف بالنجاح والاحتفال به. بالإضافة إلى ذلك، يدعم ممارسو SFBT الأشخاص في العلاج أثناء تجربتهم لأساليب حل المشكلات الجديدة.

* التقنيات المستخدمة في: SFBT

الأهداف (مفاتيح النجاح) :

(أ) بناء علاقة علاجية تعاونية ومحترمة.

(ب) تعريف الشكوى (تحديد الطلب على العلاج) .

(ج) إنشاء الأهداف.

(د) البحث البنّاء عن الاستثناءات.

العلاقة العلاجية :

تتميز العلاقة العلاجية بأنها تعاونية. الهدف هو خلق بيئة واثقة حيث يشعر العملاء أنهم يُستمع إليهم ويشعرون بالراحة. للقيام بذلك، من المهم التفكير في الوقت الذي يكون فيه العميل متحمساً أو غير متحمس لمتابعة العلاج: هل العميل زبون أم زائر؟ (دي شازر، 1988).

تحديد طلب العلاج :

الخطوة التالية هي تحديد طلب العلاج. يجب على المُعالج أن يجعل العميل يقدم المعلومات الأكثر دقة وتفصيلاً وملموسية حول مشكلته (دي شازر وآخرون، 1986). السؤال المعتاد هو: ما الذي أتى بك هنا اليوم؟

تحديد أهداف العلاج

بعد تحديد تعريف المشكلة. المُعالج يُترجمه إلى تعريف للحل. الخطوة التالية هي تحديد أهداف العلاج. بعبارة أخرى: ما هو مصدر القلق الذي يدفع العميل إلى العلاج، وما الذي يريده العميل للخروج من العلاج، وما هي بعض الطرق للوصول إليه؟ يجب أن تكون الأهداف مُهمّة للعميل؛ أن توصف بطريقة تفاعلية داخل سياق اجتماعي؛ يجب أن تكون موجزة وبسيطة ويمكن الوصول إليها؛ يتم بناؤها من حيث "امتلاك شيء" بدلاً من "إنهاء شيء ما"؛ يجب

وصفها على أنها بداية سلوك جديد بدلاً من نهاية سلوك غير مرغوب فيه؛ وأخيراً، يجب أن يُدرك العميل أنّ هذا قد يتطلب عملاً شاقاً وجهذاً كبيراً (بيرج، 1994).

البحث عن الاستثناءات :

الاستثناءات هي تلك المواقف الفريدة في حياة العميل عندما لا تحدث الشكوى أو، عندما تحدث، يحدث ذلك بدرجة أكثر احتمالاً. (de Shazer et al 1986)

الاستثناءات هي عنصر أساسي في SFBT (العلاج الموجز المركّز على الحل)؛ تتمثّل مهمّة المُعالج في تحديد الأشياء الفعّالة التي يقوم بها العميل؛ التأكيد عليها وتضخيمها ونسب النّجاح للعميل. أخيراً، سيبحث المُعالج عن طرق يمكن للعميل من خلالها الاستمرار في إجراء استثناءات، بالإضافة إلى البحث عن المزيد من الاستثناءات. أي استثناء مُرحّب به لأنّ تغييراً صغيراً يمكن أن يؤدّي إلى تغيير أكبر.

السؤال المعجزة :

يُعدّ الإسقاط المستقبلي أحد الخصائص الرئيسية للعلاج الذي يركّز على الحل. للوصول إلى هذا الهدف، فإنّ سؤال المعجزة مثالي، (1991، 1994 de Shazer). والغرض منه هو تحويل المحادثة بسرعة وسهولة إلى المستقبل عندما يتمّ حل المشاكل. في موقع الويب لـ BFTC، قدّم "دي شازر" بعض الإرشادات حول كيفية استخدام هذا السؤال بطريقة صحيحة.

قد يبدو السؤال المعجزة أحياناً وكأنّه أسلوب جامد. قد لا يشعر بعض العملاء بالراحة تجاه هذه الأسئلة لأنّها قد تبدو وكأنّها لعبة خيالية. من الناحية المثالية، قد يطلب المرء الإذن من العميل لتجربة شيء جديد. المفتاح ليس السؤال عن المعجزة، ولكن بدلاً من ذلك اسأل عن الأشياء التي قد تحدث بعد المعجزة. على سبيل المثال، "كيف ستلاحظ حدوث نوع من المعجزات وأنّ المشكلة التي دفعتك إلى العلاج قد تمّ حلّها؟" بعد وصف مفصّل لـ "الحل"، يعود المُعالج إلى الوقت الحاضر ويبحث عن استثناءات. قد يسأل / تسأل شيئاً مثل، متى كانت آخر مرة (ربّما أيام، ساعات، أسابيع) كانت الأمور على هذا النّحو قليلاً (عندما حدثت المعجزة وتمّ حل المشكلة)؟ هذه الأسئلة تُعطينا سلوكاً سرياً حول كيف ستبدو الأشياء عند حل المشكلة والاختلافات في حياة العميل عند حدوث ذلك.

كما هو الحال مع أي تدخّل علاجي آخر، من المهمّ ملاحظة أنّه لا ينبغي استخدام هذه التّقنية مع جميع العملاء.

أسئلة القياس :

صُمِّمت هذه الأداة (دي شازر، 1988، 1991، 1994) لتقييم بعض الجوانب الذاتية أو المجردة (بيرج، 1994)، حيث 10 تساوي تحقيق جميع الأهداف والصِّفر هو أسوأ سيناريو ممكن. هذه واحدة من أكثر الأدوات المفيدة للمقابلة التي تُركِّز على الحل. يُساعد على تقييم تصوُّر النِّقْدُ العلاجي والتَّأسيس مع العملاء الذين يضعون أهدافاً غير محدَّدة. على سبيل المثال، عند استخدام أسئلة المقياس، من الممكن تقييم مستوى احترام الذات، وثقة العميل في تحقيق التَّغيير أو الحفاظ عليه، وتقدُّم العلاج، وميل العميل للعمل في العلاج، ومخاطر الانتحار، من بين أمور أخرى (بيرج، 1994).

تسليم الرسالة النَّهائية :

بعد مرور خمس وأربعين دقيقة من الجلسة، يتوقَّف المُعالجون عادة. الغرض هو تصميم الرسالة النَّهائية. يتضمَّن مجاملات ومهام الواجبات المنزلية. بشكل عام، هذه الرسائل قصيرة، في صلب الموضوع، وتتجنَّب بدء نقاشات أو حوارات جديدة.

الجلسات الثانية واللاحقة :

في الجلسات اللاحقة، من الشَّائع أن نبدأ بالسؤال: ما الأشياء التي تمَّ تحسينها؟ أو ما هو الأفضل، وما هو الشيء نفسه، وما هو الأسوأ؟ تفترض هذه الأسئلة أن التَّغيير قد حدث بالفعل وتُعتبر مفيدة للغاية. الأهداف الرئيسية في جميع الجلسات اللاحقة هي :

1. إنشاء الفاصل الزمني بين الجلسات على أنَّها فترات تحدث فيها التَّحسينات.
2. لإثبات ما إذا كانت الأشياء التي تمَّ إنجازها في الجلسة الأخيرة فعَّالة.
3. لمساعدة العميل في تحديد الأشياء التي تساعده في تحقيق الإنجازات ومعرفة أي منها يجب أن يستمر في القيام به.
4. لتحليل ما إذا كان قد حدث تغيير كافٍ وما إذا كان لا يزال من الضروري مواصلة العلاج.
5. لتجنُّب الحديث عن المشاكل عندما لا يصف العملاء التَّحسينات. (دي شازر، 1989)

* القضايا التي تم التعامل معها مع: SFBT

تم استخدام SFBT بنجاح في العلاج الفردي ومع كل من العائلات والأزواج.

تم تطويره بهدف أساسي هو مساعدة أولئك الذين يخضعون للعلاج على إيجاد حلول للتحديات، وقد توسع النهج لمعالجة القضايا في مجالات الحياة الأخرى، مثل المدارس وأماكن العمل.

لقد ثبت أن الأفراد من مختلف الثقافات والخلفيات والفئات العمرية يستفيدون من هذا النوع من العلاج.

يمكن استخدام SFBT لمعالجة مجموعة واسعة من القضايا. غالبًا ما يتم استخدامه لمواجهة التحديات التي يكون لدى الشخص المعالج بالفعل فكرة عن الحلول الممكنة لها.

في SFTB، يُعتبر الشخص الذي يسعى للعلاج "خبيرًا" في مخاوفه، ويشجع المعالج الفرد على تصور حله، أو ما سيبدو عليه التغيير، ثم تحديد الخطوات اللازمة لحل المشكلات وتحقيق الأهداف.

نظرًا لأن هذه الطريقة تركز على حلول المشكلات، بدلاً من الأسباب الكامنة وراءها، فقد تكون أكثر فاعلية في معالجة بعض المخاوف من غيرها.

أظهرت الأبحاث أن SFBT قد يكون تدخلًا مفيدًا للشباب الذين يعانون من مخاوف سلوكية أو مخاوف تتعلق بال مدرسة / الأكاديمية.

كما أثبتت فعاليتها كنهج للعلاج الأسري واستشارات الأزواج.

غالبًا ما تستخدم هذه الطريقة جنبًا إلى جنب مع الأساليب الأخرى.

قد لا يوصى بـ SFBT لأولئك الذين يعانون من مشاكل صحية عقلية شديدة،

العلاج الذي يركز على الحل هو نوع من العلاج يسلط الضوء على قدرة العميل على حل المشكلات، بدلاً من سبب أو كيفية إنشاء المشكلة. تم تطويره على مدار بعض الوقت بعد ملاحظات المعالجين في منشأة للصحة العقلية في ولاية ويسكونسن بواسطة ستيف دي شازر وإنسو كيم بيرج وزملائهم.

مثل علم النفس الإيجابي، يركز ممارسو العلاج المركز على الحل (SFT) على الأسئلة الموجهة نحو الهدف لمساعدة العميل في الانتقال إلى اتجاه مستقبلي.

تم تطبيق العلاج الذي يركز على الحل بنجاح على مجموعة واسعة من مخاوف العملاء بسبب تطبيقه الواسع. لقد تم استخدامه في مجموعة متنوعة من مجموعات العملاء أيضًا. يفترض النهج أن يكون لدى العملاء بعض المعرفة بما سيحسن حياتهم. (De Shazer S ,Dolan ,Y et al , 2007)

استخدمت المجالات التالية SFT بنجاح متفاوت:

- الاكتئاب
- صعوبات في العلاقات
- تعاطي المخدرات والكحول
- اضطرابات الأكل
- السيطرة على الغضب
- صعوبات التواصل
- التدخل في الأزمات
- الحد من العودة إلى السجن

3- علاج الاحتمال:

هو إمكانية العلاج بدلاً من العلاج الموجّه للحل لأنّ O'Hanlon فضّل التوقّف عن استخدام اسم العلاج الموجّه للحل لتجنّب الالتباس مع العلاج الذي يركّز على الحل (O'Hanlon and Bertolino,2001)

يُعتبر وصف عملية العلاج بالاحتمال أكثر تعقيداً من وصف العلاج الذي يركّز على الحل. لا يعمل O'Hanlon مع مخطّط لكل جلسة لأنّه بالنسبة له جميع الأساليب، كلّ التّقنيات هي الاحتمالات التي يمكن استخدامها. يمكننا سماع "أوهانلون" يقول في العديد من ورش العمل: "هذه التّقنية فعّالة، إلّا عندما لا تكون كذلك." بعبارة أخرى، يمكن للمعالج أن يُجرّب تدخّلات مختلفة ولن تعمل جميعها مع جميع العملاء وجميع مشكلات العملاء. مرونة المُعالج "ضرورية". المرونة من حيث البحث عن طرق مختلفة لفتح الاحتمالات للتغيير والتقدّم للعملاء.

* بناء العلاقة العلاجية:

في العلاج الاحتمالي، يتمّ بناء العلاقة العلاجية في بيئة محترمة، ومراقبة كل من الرسائل اللفظية وغير اللفظية للتأكّد من أنّ العملاء يشعرون بأنّهم مسموعون، ويتمّ التّحقّق من صحتّهم، وتقديرهم، وفهمهم. يدور هذا العلاج بشكل أساسي حول الاعتراف بتجربة العملاء وأفكارهم حول حياتهم والتّحقّق من صحتّها، مع ضمان اكتشاف إمكانيات

التغيير وتضخيمها. فقط بعد أن يشعر العميل بالتحقق من صحته والاعتراف به، يمكنه الخوض في المشاكل والحلول. (أو هانلون وبيتدل، 1999).

* تحديد أهداف العلاج:

إذا كنت لا تعرف إلى أين أنت ذاهب، فمن المحتمل ألا تصل إلى هناك أبدًا. لمنع مثل هذه النتيجة المحيرة، يجب أن يكون المٌعالج والعميل واضحين بشأن أهداف العلاج (أو هانلون وBeadle، 1999). يجب أن تكون الأهداف متبادلة؛ أي، يجب أن تتفق جميع الأطراف على أن الهدف وثيق الصلة وقابل للتحقيق. غالبًا ما تتضمن الأهداف عناصر الوقت: عدد المرات (التكرار)، متى (البيانات / الوقت / الموعد النهائي)، كم تستغرق (المدة). يجب تحديدها من حيث حل المشكلة التي جلبت العميل إلى العلاج وكذلك القدرة على تقييم التقدم. في الآونة الأخيرة، غيّر O'Hanlon لغته حول الأهداف ويفضّل تسميتها "الاتجاهات"، حيث توفّر هذه الكلمة إحساسًا بالانفتاح والمرونة وتشعر بأنها أقل صرامة. (O'Hanlon and Beadle, 1999)

* مكونات العلاج الاحتمالي:

في المقابلة، وصف أو هانلون ستة مكونات رئيسية لعلاج الاحتمال:

1. الإقرار، والتحقق من الصحة، والتقييم: من المهم الاهتمام بعناية بالعملاء، والاعتراف بأرائهم ومشاعرهم. من المهم أيضًا توصيل ارتباط أساسي وتقدير الشخص. يمكن للمرء أيضًا أن يدرك أن وجهات نظر ومشاعر الشخص صحيحة أو ضمن مجال التجربة الإنسانية العادية.

2. توضيح الشواغل والشكاوى والأهداف أو التوجيهات: بالعمل بشكل تعاوني يمكننا استكشاف مخاوف العميل وشكاواه، أي ما يعتقد أنه مقلق بدرجة كافية لطلب المساعدة منك. قد تكون فكرة طلب المساعدة فكرة شخص آخر ومن المهم أيضًا استكشاف هذا الأمر. ثم اكتشف وجهة نظر العملاء (و / أو الأشخاص الذين يعتقدون أن العميل بحاجة إلى المساعدة) لما يمكن أن يشكّل نتيجة ناجحة. حصل على مثل هذه الأهداف والنتائج والوجهات من حيث العمل (بحيث يمكن للمرء أن يرى ويسمع ما سيحدث في ذلك الوقت). إذا كان العميل لا يريد أهدافًا محدّدة جدًا، فيمكن للمرء دائمًا الاستفسار عن الاتجاهات التي قد تكون مفضّلة بدلاً من النتائج المحدّدة.

3. تغيير العرض والممارسة والسّياق: ساعد الأشخاص على تحدي أنماط صنع المعنى (القصص)، وما يحضّرونه، وأنماط العمل والتفاعل، وأي جوانب من السّياق حول المشكلة (ثقافي، جنساني، الخلفية العائلية والجوانب العصبية / الفسيولوجية والروحية لحياة العملاء).

4. **تقييم التّقدّم والنتائج والمُحصّلات:** تحقّق مع الأشخاص خلال العملية لمعرفة ما إذا كان ما تعمل معهم مفيدًا ومناسبًا. استخدم أسئلة القياس والنّسبة المئوية، بالإضافة إلى أسئلة الشعور لتقييم كيف تسير الأمور وفقًا للعملاء

5. **التّخطيط للخطوات التّالية:** تخطيط المهام للتّجارب خارج الجلسة. اسأل عن موعد الاجتماع القادم وفقًا لهم. اسأل النّاس عمّا إذا كانوا يريدون العودة، وما إذا كانوا قد أحرزوا تقدّمًا كافيًا في الاتجاه الذي يريدون إيقاف عملية الاستشارة أو العلاج أو أخذ قسط من الراحة. خطّة اتّصالات المتابعة والوقاية من الانتكاس أو الشّفاء. 6. **إنهاء العلاج:** أوقف العلاج بالاتّفاق المتبادل، تاركًا إمكانية العودة مفتوحة لأي مشاكل مستقبلية أو تكرار مشاكل سابقة.

أضاف "أوهانلون" الخطوات السّبع التّالية في العلاج القائمة على الاحتمال / الحل:

1. **خلق جوّ من التّغيير والإمكانية (من خلال اللّغة وأساليب التّقييم والكلمات غير اللفظية).**
(أ) استخدم لغة الاحتمال.

(ب) افترض أنّ التّغيير يمكن أن يحدث . (ج) لا تتحمّل ضررًا أو أمراضًا غير قابلة للإصلاح.
(د) اسأل عن التّفضيلات المستقبلية لنتائج العلاج وكذلك لمدى الحياة.

2. **الاعتراف بالألم والمعاناة والمشاكل والتّفسيرات والمشاعر ووجهات النّظر مع إبقاء إمكانيات التّغيير مفتوحة.**
(أ) تحقّق من صحّة الواقع الحالي دون افتراض أنّ الأشياء ستبقى كما هي.

(ب) استمع دون محاولة جعل الأشياء أكثر بهجة أو أفضل ممّا تبدو عليه للشّخص الذي يتحدّث عن الموقف.

3. **التّوجّه نحو المستقبل والأهداف المفضّلة.**

(أ) اكتشف ما يريده النّاس من العلاج أو ما هو الحدّ الأدنى من التّغيير الذي يتوقّعون.

(ب) اكتشف ما إذا كان لدى النّاس أي آمال وأحلام غير محقّقة قد تكون ذات صلة بحل المشكلة.

4. **تتبع أنماط المشكلة (عرض / فعل / سياق)**

(أ) اطلب من النّاس أن يعلّموك كيفية "القيام" بالمشكلة.

(ب) ابحث عن وجهات نظر نموذجية للأشخاص المتورّطين في حالة المشكلة.

(ج) ابحث عن مكان تركيز الانتباه في حالة المشكلة.

د) اكتشف ما يحدث حول حالة المشكلة اجتماعيا.

هـ) ابحث عن أي وقت أو أنماط مكانية أو انتظام في حالة المشكلة.

5. استنباط أنماط الحل (المشاهدة / الفعل / السياق).

أ) اكتشف الاستثناءات من المشكلة.

ب) اكتشف طرق المواجهة الإيجابية وأوقاتها.

ج) ابحث عن أي سياق لا تحدث فيه المشكلة.

د) اكتشف أين يتركز الانتباه في اللحظات أو الأوقات الخالية من المشاكل.

هـ) حدّد أي قصص أو أفكار بديلة تختلف عن القصص أو الأفكار النموذجية أو الإشكالية.

6. تواصل مع أو/ استحضّر الدافع

أ) ما هو الدافع وراء الأشخاص المنخرطين في حالة المشكلة وما الذي يدفعهم بعيداً عنه أو ما الذي يجب تجنبه؟

ب) ربط الناس بشكل تجريبي بدوافعهم من أجل إحداث تغيير في حالة المشكلة.

7. إدخال أو ملاحظة التغيرات الصغيرة

أ) تحديد أي شيء يرغب أو يستطيع أي شخص مشارك في حالة المشكلة القيام به من أجل إجراء تغيير بسيط في العرض أو الفعل أو السياق.

ب) عادة ما ينطوي هذا على بعض الجوانب المتكررة بشكل صارم لحالة المشكلة.

ج) قد ينطوي على اتخاذ بعض الإجراءات عن عمد كجزء من أنماط الحل التي تم استحضارها أو تحديدها.

4- أوجه التشابه والاختلاف بين العلاج الذي يركّز على الحل وعلاج الاحتمال

لذا، لتلخيص وإضافة بضع نقاط أخرى حول الاختلاف الذي يحدث الفرق:

أ. الاختلاف الأول هو أنّ العلاج الموجّه للحلول (الآن علاج الاحتمالية) لا يحتوي على صيغ أو تقنيات ثابتة أو محدّدة، على عكس النهج المعتمد للغاية للعلاج الذي يركّز على الحلول.

ب. لقد غيّرت اسم مقاربتني لـ "العلاج الاحتمالي" منذ بضع سنوات لتجنّب الخلط بين الطريقتين.

ج. الفرق الآخر هو أنّ "العلاج الاحتمالي" يركّز على الاستماع إلى معاناة النّاس ووجهات نظر المشكلة أكثر من العلاج الذي يركّز على الحلول. أعتقد أنّ الاعتراف بالمعاناة يُعطى تحوُّلاً قصيراً في النّهج الذي يركّز على الحل، ممّا يؤدّي إلى استياء بعض العملاء وإحباط المُعالج.

د. الاختلاف الأخير هو أنّ ستيف دي شارز، في اتّباع منهجه البسيط للغاية، والذي أُعجبت به، ربّما جعل نموذجهِ بسيطاً للغاية، حيث يتجاهل القضايا السياسية والاجتماعية التي يمكن أن تؤثر على تشكيل المشكلة وحلّها.

في حين أنّ العلاج الذي يُركّز على الحل له خطّة أو مخطّط يمكن فرضه على كل جلسة، فإنّ العلاج المحتمل هو الرّقص حيث يكون المُعالج متناغماً مع خطوات وحركة واتّجاه العميل. في كل مرّة، تكون الرقصة مختلفة، لكن المرونة والتّعاون بين الشّركاء الرّاقصين لا يزالان. هناك العديد من التّقنيات في العلاج النّفسي من مختلف المناهج أو النّظريات العلاجية التي تشترك في الأشياء. قد يكون من الممكن التحدّث عنها كمرادفات تقريباً؛ على سبيل المثال، قد يكون تغيير المشاهدة قريباً جدّاً من إعادة الهيكلة المعرفية من قبل المُعالج السلوكي المعرفي، كما علّقنا من قبل؛ أو توقّف عن الفعل كمرادف للتّعزيز السّلبّي أو الانقراض في تعديل السلوك. بعد ذلك، الحديث عن أوجه التّشابه بين العلاج الذي يركّز على الحل والعلاج المحتمل هو أمر شائع مثل الحديث عن أوجه التّشابه بين العلاج الجهازي والمُعالج السلوكي المعرفي؛ لكن أهمية ورقتنا البحثية تكمن في صعوبة فهم المُعالج في التّدريب أنّ العلاج بالخارج والشفافية والتّدرّب يمكن أن يشترك في الفرضيات والتّقنيات النّظرية، لكنّ هؤلاء وُلدوا ونشأوا بطرق مختلفة. نعتقد أنّ المُعالج يمكنه استخدام العديد من التّقنيات، ولكن من الأفضل أن يكون لديه نظرية مرجعية سائدة، ثمّ دمج التّقنيات من الأساليب العلاجية الأخرى.

5- العلاج الشّامل:

في كتابه، يشرح "أوهانلون" ثلاث طرق أساسية وستة وعشرين طريقة تطبيقية منها الطرق الأساسية هي: (2003 O'Hanlon).

أولاً: امنح الشّخص الإذن بالقيام أو بعدم القيام بالتّجربة أو أن يكون شيئاً ما. على سبيل المثال، يمكنك أن تقول "يمكنني أن أشعر بالغضب وليس عليّ أن أشعر بالغضب".

ثانياً: اقترح إمكانية ظهور أصداد أو تناقضات تتعايش دون صراع. على سبيل المثال، "يمكنك أن تسامح ولا تسامح في نفس الوقت".

ثالثاً: اسمح بالاحتمال المعاكس عند الحديث عن الطريقة التي كانت أو ستكون. يمكنك أن تقول، "إما ستتحسّن أو ستفوز".

أخيرًا، نتفق مع O'Hanlon and Beadle (1999) حول كيفية تعلّم أساليبهم، حيث أوضحوا أنّ المُعالج يمكنه اختيار بعض الأساليب المحددة وتجربتها، وعندما تصبح تلقائية، ارجع واختر طرقًا أخرى.

6- نموذج بالو ألتو:

" العلاج الموجز " هو مفهوم وُلد في معهد الأبحاث العقلية (إم آر آي) في بالو ألتو (في خليج سان فرانسيسكو) في كاليفورنيا (و م أ)، في النصف الثاني من هذا القرن. م. هي شبكة من التبادلات الفكرية التي جمعت بين العديد من الباحثين من خلفيات مختلفة في العلوم الإنسانية وما يسمى بالعلوم الدقيقة، وعلم التحكم الآلي (سيبرنيطيقا) على وجه الخصوص.

كان عملهم البحثي يتعلق بالتواصل - الإنسان والحيوان - قلبت المقدمات المنطقية لما كان سائدًا بالإجماع في هذا المجال، مما أدى إلى ولادة نهج منهجي للتواصل تحت زخم العلامة جريجوري باتيسون Grégory Bateson. ستلهم بول واتسلافيك وجون ويكلاند، من بين أمور أخرى، عمل المعالج الاستثنائي ميلتون إريكسون وأنشؤوا مركز العلاج الموجز للتصوير. MRI

لقد طور نموذجًا علاجيًا فعالًا بشكل خاص : إنه أداة ملموسة لتنظيم الفكر ومنطق للعمل يسعد أولئك الذين يعتبر الحصول على تغيير كلمة رئيسية عندما يتعين عليهم حل مشكلة ما.

إنه مختلف جذريًا - ولا نقول هرطقة - مقارنة بالنماذج العلاجية القديمة، والتحليل النفسي على وجه الخصوص.

○ وصف طريقة العلاج:

في مدرسة بالو ألتو، يهدف التدخل إلى التغيير : سيحاول تحديد المشكلة بشكل ملموس - هنا والآن.

لوضعها في الطريقة التي يعيش بها هذا الشخص اتصالاته في "النظام العلائقي" الذي هو له. لتقليل ألمه، الجسدي أو المعنوي، ستهدف بأسرع ما يمكن وبأقل طريقة ممكنة إلى جعله يتعلم الدروس الضرورية ليعيش غدًا بشكل أفضل ما يسبب له مشاكل اليوم.

تحاول أن تفهم في أي سياق يمكن أن يكون لهذا السلوك المؤلم معنى بدلاً من تسميته، والحكم عليه.

خياراته المحتملة من خلال تجارب جديدة في حياته، وليس من خلال التفسيرات أو التفاهات أو النظريات. بعيدًا عن محاولة تعليم العميل العقيدة العلاجية وتفسيرات المعالج، والتي تثير مقاومة مفهومة تمامًا، وبالتالي تبطئ التغيير،

فإن التدخل سيعتمد على قدرات وموارد وقيم المريض، الذين هم جميعًا محركات في الاتجاه المطلوب. (Guillaume P , Virgile, S, M ;2012)

وبالمثل، ستعمل مع الشخص (الأشخاص) الذين يريدون تغيير الموقف والمستعدون للاستثمار فيه، وليس بالضرورة مع الشخص الذي يظهر الأعراض.

يتطلب هذا مريضًا نشطًا، واتخاذ خطوات صغيرة (يمكن تنفيذها وفعلها!) والتي - بالسرعة الكافية - يمكن أن تتضاعف بمجرد أن تبدأ - ومعالجًا مبدعًا.

كما يوحي الاسم، سيكون التدخل موجزًا : يهدف نشاط المريض إلى جعل المعالج عديم الفائدة في أسرع وقت ممكن! ربما تكون مساهمة بالو ألتو الأكثر تحديدًا هي مفهومه لدور التناقض في مشاكلنا المتكررة : في حين أن الفطرة السليمة تحل 9 من أصل 10 مشاكل، فإن الحلول المنطقية في بعض الأحيان، المطبقة بطرق تبدو متنوعة، غير فعالة بشكل متناقض : نرى بعد ذلك أن هذه الحلول كانت مجرد أشكال مختلفة من نفس الطريقة في القيام بالأشياء وأن المشكلة التي اعتقدنا أنها مزمدة قد تم الحفاظ عليها في الواقع.

ثم من الضروري أولاً إيقاف الحلول غير الفعالة، ثم تخيل حل 180 'من الحلول السابقة، والذي قد يبدو متناقضًا ومدهشًا ... ويثبت فعاليته بشكل مثير للفضول!

يفاجئ هذا أولئك الذين اعتادوا على التدخلات الكلاسيكية، ويتعاملون مع التجريدات والتفسيرات، معتقدين أن التغيير لا يمكن إلا أن يكون بطيئًا ومؤلمًا ويتطلب بحثًا " عميقًا " وبالتالي جائزًا عن سبب الماضي بدلاً من اكتساب مهارة جديدة.

من بينهم، هناك الكثير ممن يعتقدون أن معرفة الأسباب المفترضة لاضطرابهم الحالي كافٍ لتحسينه : على العكس من ذلك، نعتقد أن معرفة السبب ليس ضروريًا ولا يكفي للتغيير.

نحن نسعى بدلاً من ذلك إلى كيفية إنشاء مشكلتنا و المحافظة عليها، من أجل معرفة كيفية الخروج منها.

الدور النشط والإبداعي الواضح للمعالج قد يفاجئ أيضًا...

يمكن تطبيق طريقة حل المشكلات هذه في المجال العلاجي، و لكن أيضًا في أي بحث عن حل في "نظام"، مجموعة بشرية : وهكذا تجد مكانها في إدارة الموارد البشرية، الاجتماعية، الطبية، النفسية،... إلخ (Insoo Kim Berg ,Yvonne DOLAN 2001)

7- العلاج السردى:

العلاج السردى هو أحدث العلاجات الحالية المعروفة باسم الموجة الثالثة من العلاجات الموجزة، والتي تشمل أيضاً العلاج الموجه نحو الحلول.

تم إنشاؤه بواسطة مايكل وايت وديفيد إيبستون، وهما عالمان نفسيان أستراليان.

على الرغم من ممارسته منذ أوائل الثمانينيات، فقد عُرف علناً بشكل أساسي من كتابهما "السرد يعني إلى نهايات العلاج" المنشور في عام 1990 .

الجزء الرئيسى من هذا النص مأخوذ من كتاب "العلاج السردى" لفريدمان وكومبس، وهما أمريكيان ساعد في تعميم هذا النهج في أمريكا الشمالية

في ما يلي .. ذكر للموجات 3 للعلاجات السريعة:

الموجة الاولى :

تم تحديد الموجة الأولى على أنها "علم التحكم الآلى من الدرجة الأولى". يجمع هذا التيار ما يسمى بالمناهج الإستراتيجية مع مؤلفين مثل Haley و Madanes و Watzlawick

على الرغم من أن هذه الأساليب الاستراتيجية قد ابتكرت في العديد من مجالات التدخل لتقليل مدة العلاج، إلا أن مؤيدي الموجة الثالثة أبعادوا أنفسهم عن هذا الاتجاه الذي يدعو إلى رؤية الأسرة على أنها آلة معينة يمكن للمعالج إصلاحها مثل الفني.

فيما يلي بعض الانتقادات الموجهة لهذا التيار : الكثير من التحكم في العملاء، وعدم منح الائتمان الكافي للعميل للنتائج المحققة، و المعالج الذي يُنظر إليه على أنه خارج النظام، والتركيز كثيراً على الخلل الوظيفي.

الموجة الثانية :

تقترح الموجة الثانية المسماة "علم التحكم الآلى من الدرجة الثانية" إعطاء المعالج قوة أقل وعدم وضعه خارج النظام.

نشأ هذا التيار مع مجموعة ميلان (Cecchin Boscolo) أو مؤلفين آخرين متأثرين بهم (Hoffman) ، (Tomm) ، اللغة الموصى بها أقرب إلى بيئة الأنظمة منها إلى الآلة.

يهتم المعالج بمعنى التفاعلات، ويفضل طرح الأسئلة بدلاً من تقديم الاقتراحات، وتتعاون فرق المعالجين أكثر مع العميل لبناء الحلول بدلاً من اقتراحها.

حتى أن العملاء مدعوون لإرسال مهامهم عبر الجلسات. حتى لو كان من الصعب تصنيف ميلتون إريكسون، فإنه يقترب من هذه المجموعة الأخيرة بعدة مواقف تتفق مع العلاج السردى. وهو يعتقد أن "كل مقابلة فريدة من نوعها وتتطلب قدرًا كبيرًا من الإبداع من جانب المعالج والعميل لتحقيق النتائج". (إريكسون وروسي، 1979).

يؤكد إريكسون أن المهمة الرئيسية للمعالج هي فهم معتقدات العميل وخبراته ولكن تجنب فرضها عليهم.

علاوة على ذلك، أظهر تقديرًا حقيقيًا ومهتمًا للناس واعتبرهم واسعى الحيلة. علاوة على ذلك، كان يعتقد أن بإمكان الناس إعادة كتابة حياتهم بشكل مستمر وفعال. أخيرًا، شعر أن التجربة الشخصية تُبنى من خلال اللغة، والتي تصبح بعد ذلك رافعة رئيسية للتدخل. من ناحية أخرى، يختلف العلاج السردى عن المقاربات الإريكسونية أو السبيرنيطيقية من الدرجة الثانية من خلال حقيقة أنه يأخذ في الاعتبار الواقع الثقافى والتاريخى والاجتماعى لكل شخص.

هذا الأخير يفترض خطأً أن الرجال والنساء يتمتعون بسلطة متساوية.

لقد نسوا أن المعالج له تاريخه وقيمه وآرائه التي تؤثر على العلاج.

علاوة على ذلك، لا تزال هذه الأساليب تفتقر إلى الشفافية والتعاون ؛ لا تزال الإستراتيجية والتسلسل الهرمى للعميل-المعالج موجودة وتسلب الكثير من القوة من العميل على عملية التغيير.

الموجة الثالثة :

نبت العلاج السردى من البناء الاجتماعى الذى يؤمن بأن القيم والمعتقدات والمؤسسات والعادات والتسميات والقوانين وما إلى ذلك. يتم إنشاؤها من قبل أعضاء ثقافة من خلال تفاعلهم مع بعضهم البعض من جيل إلى جيل ومن يوم لآخر.

وهكذا، فإن هذا النهج ينظم عالم الخبرة ليس من حيث النظام أو النمط بل من حيث التاريخ.

لم تعد مهمة المعالج إيجاد حل أو فهم الأنظمة، بل طرح أسئلة لمساعدة العملاء على ملاحظة تأثير بعض التواريخ الثقافية التقييدية وإثراء قصة حياتهم .

الشيء المهم ليس حل المشكلة ولكن تحديد أو تغيير القصص التي تحافظ على المشكلة و بناء قصص جديدة تصنع إمكانيات جديدة للحياة.

يدرك المعالج أنه يأتي من خلفية ثقافية أخرى وأنه يجب عليه تجنب إعادة إنتاج نماذج المجتمع (مثل الرجال الذين يتمتعون بسلطة أكبر من النساء في مجتمعنا) مع عملائه. (Miller, W, R, Rollnick, S, 2006)

فيما يلي بعض الفرضيات عن الناس وعن العلاج (فريدمان وكومبس):

العملاء والمعالج يتشاركون في أوجه التشابه أكثر من الاختلافات كبشر.

العملاء هم أشخاص عاديون يعيشون حياة عادية والذين يواجهون للأسف تجارب حياة صعبة وغير عادية.

عندما يسعى الأفراد أو العائلات إلى العلاج النفسي، فذلك لأنهم يواجهون معضلة لا يتوفر لهم فيها نوع الدعم المطلوب لحلها.

يتمتع الأفراد والعائلات دائماً بخبرة حقيقية في حل المشكلة أكثر من أي شخص آخر.

في أعماقهم، لا يرغب الأفراد والعائلات في إيذاء أنفسهم أو الآخرين.

لا يستطيع المعالج فهم لغة الشخص حتى يمكنه مناقشتها معه.

التغيير ممكن دائماً.

يريد العميل دائماً تحرير نفسه من المشكلة.

المعالج لا يعرف حقاً ما يجب على العميل فعله لحل مشكلته.

ينظر إلى المشاكل على أنها منفصلة عن الناس.

هذا يساعد العملاء على الانخراط بشكل أكبر في قضاياهم

يحتوي العلاج السردى على أفكار محددة للغاية حول كيفية مشاهدة الواقع:

- الفكرة الأولى:

كانت الفكرة الأولى التي تعتبرها أن الحقائق مبنية اجتماعياً.

تم تحديد كل شيء من خلال كيفية استخدام البشر له : الطعام، واللغة، والأعمال المنزلية، وتربية الأطفال، والزراعة، والإسكان، والمواصلات، إلخ.

على مر الأجيال، أصبح الانسان ينسى أن هناك احتمالات أخرى لأداء نفس الأنشطة لأنهم تعلموا كيف يتم ذلك!

-الفكرة الثانية

هي أن الحقائق تتشكل من خلال اللغة.

لذا فإن المعنى الدقيق لكل كلمة دائماً ما يكون غير محدد إلى حد ما و من المحتمل أن يكون مختلفاً.

يجب دائماً التفاوض على هذا المعنى بين شخصين أو أكثر.

يتضمن أي تغيير علاجي بالضرورة لغة جديدة ومعاني جديدة للمعتقدات أو السلوكيات أو المشاعر التي تنطوي على مشاكل.

-الفكرة الثالثة

هي أن الحقائق يتم تنظيمها والحفاظ عليها من خلال القصص.

كل شخص لديه قصته عن حياته وعن الموقف.

عندما يحكي الشخص قصة، فإنه يختار بعض العناصر على البعض الآخر، وينظم ويصيغ الحقائق المختلفة.

في العلاج السردي، نسعى لفهم تأثير بعض القصص المهيمنة على العميل.

نحاول إنشاء قصص جديدة معها تعزز إمكانيات أكبر في حياتها.

-الفكرة الرابعة:

هي أنه لا توجد حقائق أساسية. توجد طرق عديدة لتفسير تجربة ما ولكن لا يمكن القول بأن تفسيراً واحداً هو "التفسير الحقيقي".

ما هو صحيح هو العرض التقديمي الخاص لتجربة يفضلها أشخاص معينون في ثقافة معينة.

التفسير المفضل يختلف عن التفسير الحقيقي.

يسعى المعالج السردي إلى تقديم تفسيرات مختلفة للموقف وبالتالي يقود الشخص إلى تفضيل التفسيرات التي تدعم نموه.

تتبع المواقف العلاجية المختلفة من افتراضاته وكذلك من هذا التيار حيث يُعتبر العميل خبيراً في حلوله وحيث يُنظر إلى المشكلات على أنها منبثقة من الواقع الاجتماعي والثقافي.

من أجل جعل هذه المواقف أقل توجيهية.

تم تأطيرها على أنها أسئلة: (Freedman and Combs)

-هل أطلب وصف أكثر من حقيقة؟

- هل أستمع بما يكفي لفهم كيف تم بناء الواقع التجريبي لهذا الشخص اجتماعياً؟
- ما اللغة التي أفضّلها حالياً؟
- هل أحاول قبول وفهم الأوصاف اللغوية لهذا الشخص؟
- إذا كنت أقترح تمييزاً أو تحديداً في لغتي، فلماذا أفعل ذلك؟
- ما هي آثار الفروق اللغوية المختلفة التي تنشأ في المحادثة العلاجية؟
- ما هي القصص التي تدعم مشاكل الشخص؟
- هل هناك قصص سائدة تضطهد أو تحد من حياة الشخص؟
- ما هي القصص المهمشة التي أسمعها؟
- هل هناك أي تلميحات للقصص المهمشة التي لم تتم معالجتها بعد؟
- كيف يمكنني دعوة هذا الشخص للانخراط في "ثورة" معرفية حول هذه القصص المهمشة؟
- هل أركز على المعنى بدلاً من الحقائق؟
- هل أقوم بتقييم هذا الشخص أو أدعوه لتقييم مجموعة واسعة من الأشياء (كيف يسير العلاج، والاتجاهات المفضلة في الحياة، ...)؟
- هل أبني آرائي على تجربتي الشخصية؟
- هل أنا شفاف بشأن خلفيتي وقيمي ونواياي حتى يتمكن هذا الشخص من تقييم آثار تحيزاتي؟
- هل أنا مريض أم طبيعي التفكير؟
- هل نحدد بشكل تعاوني القضايا بناءً على ما يمثل مشكلة في تجربة ذلك الشخص؟ هل أبتعد عن تخمينات أو نظرية الخبراء؟
- العلاج بالسرود هو طريقة علاج تفصل الشخص عن مشكلته. يشجع الناس على الاعتماد على مهاراتهم الخاصة لتقليل المشاكل الموجودة في حياتهم.
- طوال الحياة، تصبح التجارب الشخصية قصصاً شخصية. يعطي الناس معنى لهذه القصص، وتساعد القصص في تشكيل هوية الشخص.

يستخدم العلاج السردي قوة هذه القصص لمساعدة الناس على اكتشاف الغرض من حياتهم.

يتم ذلك غالبًا عن طريق تخصيص دور "الراوي" لهذا الشخص في قصته الخاصة. (Yves D Olivier C Julien B Luc I Dominique M 2016)

* أساسيات العلاج السردي:

طور مايكل وايت وديفيد إيبستون العلاج السردي. لقد ابتكروه كنهج غير مرضي، وتمكين، وتعاوني.

حيث تدرك أن الناس لديهم مهارات وخبرات يمكن أن تساعد في توجيه التغيير في حياتهم.

يفصل العلاج السردي الناس عن مشاكلهم. هذا يسمح للمعالجين بمساعدة الناس على إخراج القضايا الحساسة.

قد يؤدي تحديد القضايا إلى تقليل مقاومة الشخص ودفاعاته. يسمح للناس بمعالجة القضايا بطريقة أكثر إنتاجية.

* تقنيات العلاج السردي:

يعتقد ممارسو العلاج السردي أن سرد قصة المرء هو شكل من أشكال العمل نحو التغيير.

قد تتضمن عملية المعالج السردي ما يلي:

مساعدة الناس على تجسيد مشاكلهم

تأطير المشاكل ضمن سياق اجتماعي ثقافي أكبر

تعليم الشخص كيفية إفراح المجال لقصص أخرى

يحدد المعالج والشخص الخاضع للعلاج الوقائع المنظورة "البديلة" أو "المفضلة" والبناء عليها.

هذه الوقائع المنظورة موجودة خارج قصة المشكلة. إنها تقدم تباينًا مع المشكلة، وتعكس طبيعة الشخص الحقيقية، وتسمح لشخص ما بإعادة كتابة قصته. يمكن للناس بعد ذلك الانتقال من ما هو معروف (قصة المشكلة) إلى المجهول.

يساعد المعالج أيضًا الأشخاص على رؤية ما هو "غائب ولكنه ضمني" في عرض المشكلة.

أنها تساعد الناس على استكشاف تأثير المشكلة. هذا يسمح لهم بتحديد ما هو ذو قيمة لشخص ما في سياق أوسع، يتجاوز المشكلة.

قد يجد الناس بعد ذلك صلة بين أفعالهم وخياراتهم. جميع تجارب وقيم الحياة "الأخرى" "غائبة ولكنها ضمنية" عندما ينتقل الناس في مواضيع جديدة.

يمكن أن تساعد هذه العملية الناس على فهم كيفية تجربة الحياة بشكل أفضل. قد يسمح لهم بالحصول على وكالة لمعالجة سيناريوهات المشكلة في المستقبل. (Yves G L 2017)

* أهداف وفوائد العلاج السردي:

لا يسعى العلاج السردي إلى تحويل الشخص إلى العلاج. بدلاً من ذلك، تهدف إلى تحويل آثار المشكلة. هدفها هو إفراح المجال بين الشخص وقضيته .

هذا يجعل من الممكن رؤية كيف يخدم مصدر قلق معين شخصًا، بدلاً من إيذائه.

على سبيل المثال، يمكن أن يكون إجهاد ما بعد الصدمة آلية دفاع.

قد يساعد في حماية شخص ما من المشاعر الصعبة المرتبطة بالحدث.

لكنه يجلب أيضًا أعراضًا جديدة، مثل القلق. يساعد العلاج السردي الأشخاص على إخراج المشكلة.

يمكن أن تساعد هذه العملية الناس على تنمية قدر أكبر من التعاطف مع الذات.

قد يساعد التعاطف مع الذات الناس على الشعور بأنهم أكثر قدرة على التغيير.

حدد بعض علماء النفس عملية تسمى النمو التالي للشدة . يفسر هذا المصطلح التغيير الإيجابي الذي يمكن أن يحدث بعد المرور بحدث صادم.

يساعد المعالجون السرديون الأشخاص أيضًا على رؤية مشاكلهم في سياقات مختلفة.

قد تكون هذه السياقات اجتماعية وسياسية وثقافية.

يمكن أن يؤثر هذا على كيفية رؤيتنا لأنفسنا و قصصنا الشخصية.

كيف يتم استخدام العلاج السردي؟

يمكن للأفراد أو الأزواج أو العائلات استخدام العلاج السردي. في إطار الزوجين أو الأسرة، تسهل تقنية إظهار المشكلات التفاعل الإيجابي.

ويمكنه أيضًا أن يجعل التواصل السلبي أكثر قبولًا وذا مغزى.

تساعد رؤية المشكلة بشكل موضوعي الأزواج والعائلات على إعادة الاتصال بقلب علاقتهم. قد يكونون قادرين على معالجة كيفية تحدي المشكلة للقوة الأساسية لرابطهم.

7-العلاج التعاوني:

في بداية الثمانينيات، انفصل ستيف دي شازر عن العلاج النفسي الموجز الحالي لمدرسة بالو ألتو التي جمعت بين مؤلفين مشهورين مثل Watzlawick و Weakland و Fisch لأنهم كانوا يركزون بشكل كبير على حل مشكلة العميل " حل المشكلة المركزة ."

تدرب معه معالجين آخرين مثل بيل أوهانلون وإينسو كيم بيرج وميشيل وينر ديفيس وسكوت ميلر .

إنه أصل النهج الذي يركز على الحل .

منذ ذلك الحين، تقدم العديد من المستشارين في مسار توجيه الحلول و "العلاج التعاوني" : بيل أوهانلون، بوب بيرتولينو، سكوت ميلر...

العميل والمستشار خبراء ..

كل من العميل والمستشار الموجه نحو الحلول خبراء .

العميل خبير في حياته وتجاربه. إنه يعرف ما مر به وكيف يشعر. كما أن العميل على دراية بما حاول حل مخاوفه. إنه يعرف الخطأ الذي حدث، وما الذي نجح (على أي مستوى) وما الذي قد ينجح في المستقبل .

المستشار خبير في إيجاد سياقات تسهل التغيير الإيجابي. يسمح لها الدفء والاعتبار الإيجابي غير المشروط والتعاطف والرعاية اليقظة بالتعرف على التجربة الداخلية للعميل والتحقق من صحتها أثناء استكشاف إمكانيات التغيير في اتجاه أهداف ذلك العميل.

في العلاج التعاوني عادة ما يكون العميل جزءًا من عمليات العلاج. يتم استشارته بشأن:

الاتجاهات والأهداف والمعنى والغرض والنتائج ؛

طرق لتحقيق هذه الأهداف والنتائج ؛

إجراءات التشخيص؛

ملاحظات حول حالتهم (مكتوبة بلغة يفهمها العملاء).

يطرح المستشار الأسئلة ويفترض الافتراضات بطريقة غير موثوقة، مما يمنح العميل مساحة واسعة والإذن بالاعتراض .

إذا كان لدى المستشار أفكار، يتم تقديمها للعميل ليس كحقائق أو اتجاهات صحيحة، ولكن باعتبارها انطباعات وإمكانات شخصية .

على الرغم من أنه قد يُعرض على العميل عدة خيارات، إلا أنه يختار الخيارات المناسبة له .

و بهذه الطريقة، يعلم العميل المستشار ما الذي يجب معرفته أيضًا بشأن مخاوفه وطرق حلها Insoo Kim .

Berg ,Yvonne DOLAN 2001

-المستشار على علم بـ "نظرية التحويل المضاد: "

يتضح هذا عندما يستمر في "اكتشاف" نفس المشكلات التي يواجهها العميل بعد العميل (على سبيل المثال، الحزن الذي لم يتم حله"، و "قلق الانفصال"، و "اضطراب التعلق"، وما إلى ذلك) .

كما يعني أيضًا عدم فرض معتقداتك وقيمك العلاجية على العملاء.

يُحترم مقدمو الرعاية الآخرون، ولا يُنسب إليهم أي نوايا سيئة ولا تعتبر مناهجهم خاطئة .

تتم دعوتهم إلى علاقة تعاونية من خلال سؤالهم عن وجهة نظرهم حول الموقف والنتائج التي يتوقعونها من علاجهم .

إذا كانوا على استعداد للتحدث عن ذلك، يمكنك أن تسألهم كيف يمكنك المساعدة أو على الأقل عدم التدخل في علاجهم. هذا لا يعني أنه عليك قبول أو دعم كل ما يفعلونه. الولاء الأول للعملاء .

سيناريوهات الاستحالة والخطأ والإبطال والحتمية سيتم استجوابها بلطف ومهارة من خلال الاعتراف بصحتها المحتملة وإدخال الاحتمالات الموازية.

يوفر المستشار فرصًا للعميل للتعليق وإبداء الرأي بشأن عملية المساعدة. علاوة على ذلك، بموافقته، يمكن مشاركة خبرته مع الآخرين، وبالتالي رفع وضعهم من متلقي سلبي في حاجة إلى حالة مساهم نشط وخبير.

"النهج المتمحور حول الحل"

* مسلمات و فرضيات ستيف دي شازر :

○ المسلمات:

- 1 . إذا لم ينكسر، فلا تصلحه. إذا لم يكن هناك شيء ما يمثل مشكلة بالنسبة للعميل، وإذا كان، بهذه الحقيقة بالذات، لا يشكو منه، فعندئذ - سواء رأى المعالج أو المجتمع أنه مشكلة واضحة - فهذه ليست مشكلة. حالة المعالج.
- 2 . بمجرد أن تعرف ما يصلح، افعل المزيد منه. هناك أوقات تسير فيها الأمور على ما يرام بشكل عام، بالنظر إلى الظروف المعيشية للعميل. ما يفعله العميل خلال هذه الأوقات الاستثنائية هو بالضبط ما يحتاج إلى القيام بالمزيد منه: بمعنى آخر، عليهم الاستمرار في فعل ما ينجح. إذا كان ما تم في الجلسة السابقة نافذاً في رأي العميل، فيجب إعادته مرة أخرى.
- 3 . إذا لم ينجح الأمر، فلا تكرر مرة أخرى: افعل شيئاً آخر. من الواضح أن المشاكل لها خصائص مكتفية ذاتياً. إذا لم يتم إحراز أي تقدم في بضع جلسات، فهذا يشير في رأينا إلى أن المعالج هو الآن أيضاً جزء من حالة المشكلة وأنه يجب عليه أيضاً القيام بشيء آخر .

أظهرت الدراسات أنه إذا لم تؤدِ 5-8 جلسات إلى أي نتائج، فمن غير المحتمل حدوث ذلك على الإطلاق.

○ الفرضيات:

الفرضية الأولى. من بين شكاوى العملاء، هناك سلوكيات ناتجة عن الصورة التي لديهم عن العالم.

تبدو نقطة البداية للشكوى متواضعة نسبياً، حتى لو كانت العواقب غير متناسبة إلى حد ما.

إنه يشبه إلى حد ما الناس الذين يقولون: إما أن أتصرف بطريقة "أ" أو بطريقة "غير أ". لسبب ما، أو لمجموعة من الأسباب، يبدو أن "أ" هو الاختيار الصحيح (الأكثر منطقية، أو الأفضل، أو الممكن فقط)، وبالتالي فإن كل شيء آخر (غير أ) يقع في نفس الفئة، وبالتالي مستبعد.

الفرضية الثانية.

ما يحافظ على استمرار شكاوى العملاء هو فكرتهم أن ما قرروا فعله بشأن الصعوبة الأولية كان منطقياً الشيء الوحيد الذي يجب فعله.

من هناك، يتصرف العملاء كما لو كانوا مجبرين على فعل المزيد من الشيء نفسه، بسبب الجزء الآخر من إما / أو الاقتراح الذي تم رفضه أو حظره.

الفرضية الثالثة:

هناك حاجة إلى الحد الأدنى من التغييرات لبدء عملية حل الشكوى، وبمجرد أن يبدأ التغيير (وهي وظيفة المعالج)، فإن التغييرات الإضافية التي ينشئها العميل سوف تتراكم في مكانها .

يمكن تقديم قاعدة بسيطة هنا :

غالبًا ما يستخدم العملاء البديل إما / أو للتعبير عن شكواهم، وعندما يكون الأمر كذلك، قد يكون من المفيد للمعالج بناء المشكلة من حيث كليهما / و.

الفرضية الرابعة:

تتشكل فكرة ما يجب تغييره من فكرة العميل عن الواقع إذا لم تكن الشكوى المعنية موجودة. إلى جانب الموقف المحدد، يجب أن يعرف المعالج المعنى (المعاني) التي يعطيها العميل للصعوبات التي يواجهها. يمكن اكتشاف ذلك غالبًا بسؤاله كيف يتخيل الموقف بمجرد حل المشكلة.

الفرضية الخامسة:

يمكننا أن نكتفي باقتراح طرق جديدة للرؤية. ويمكن أن يسمح السلوك الجديد المستند إلى أي إعادة تعريف للمشكلة للعميل بإيجاد حل.

واحدة من المهام الدنيا (على الرغم من أنها ليست بسيطة ولا سهلة) التي يجب على المعالج إنجازها خلال الجلسة الأولى، وربما أيضًا خلال الجلسات التالية، هي إثارة الشك في ذهن العميل فيما يتعلق بوجهات النظر التي يتبناها و السلوكيات التي تنتج عنها.

الفرضية السادسة:

في العلاج الموجز، يتم إيلاء اهتمام خاص للمفهوم النظامي للكلية (الكلية) : التغيير الذي يحدث على مستوى عنصر في النظام أو على مستوى إحدى العلاقات بين العناصر المختلفة لهذا النظام، سيؤثر على الآخر. العناصر والعلاقات التي تشكل معًا النظام.

"علاج الممكن" : فرضيات بيل أوهانلون la thérapie du possible

العملاء لديهم الموارد ونقاط القوة لحل المشكلات في كثير من الأحيان، يغفل العملاء، الذين تغمرهم الصعوبات في حياتهم، عن قدراتهم على حل المشكلات. قد يحتاجون ببساطة إلى تذكيرهم بالأدوات التي لديهم بالفعل لتطوير حلول مستدامة ومرضية.

التغيير دائم. إذا افترضت أن التغيير دائمًا، فسوف تتصرف كما لو كان التغيير أمرًا لا مفر منه. شفهيًا أو غير لفظي، سوف تتقلل للعملاء انطباعًا بأنه سيكون من المفاجئ أن تستمر مشكلتهم. يعتقد الفيزيائيون أن كل شيء يتقلب، علماء الأحياء أننا نوجد باستمرار خلايا جديدة في أجسامنا .

بالنسبة لنا، الكون هو عالم التغيير. تتغير مواقف الناس باستمرار، وتظل نظرتهم إلى المواقف كما هي عندما يبلغون عن عدم تغيير أي شيء.

دور المستشار هو تحديد وتضخيم التغيير .

"بصفتنا معالجين، لدينا واجب .

أولاً، أن نكون واضحين مع أنفسنا ؛ ثم البحث عن أي علامات وضوح لدى الآخرين والاعتراف بها، وتعزيزها في كل شيء. وهو متوازن معهم." (ج. بيتسون 1972)

ليس عليك معرفة الكثير عن المشكلة لحلها .

جمع معلومات كاملة عن التاريخ لا يبدو ضروريا .

يمكننا أن نشعر بالرضا عن الحد الأدنى من المعلومات. كثرة المعلومات تقتل المعلومات .

يمكن أن نكون عالقين لأن لدينا الكثير من المعلومات حول المشكلة وليس لدينا ما يكفي عن الحل.

يولي المعالجون الموجهون نحو الحلول أهمية أكبر لما يفعله العملاء بالفعل، وهو ما يثبت فعاليته أكثر من جمع معلومات مفصلة حول المشكلة .

هناك الكثير لتتعلمه من الاستثناءات، من تلك الأوقات التي لا تكون فيها المشكلة التي تجلب العملاء مزعجة .

يجب أن نحدد جميع العناصر التي تميز هذه اللحظات الاستثنائية، ونعلم العميل إعادة إنتاج، مرارًا وتكرارًا، ما هو ناجح بالفعل، للتخلص من المشكلة.

ليس من الضروري معرفة سبب أو وظيفة المشكلة لحلها . Bill O Hanlon , Sandy Beadle 1994

نحن لا نقبل الاعتقاد بأن الأعراض (ما نسميه المشاكل) تخدم وظائف، سواء للأفراد أو للعلاقات الشخصية أو للعائلات. "لم تُظهر الممارسة أبدًا أن القضاء على الأعراض يؤدي حتمًا إلى انهيار داخل الأسرة أو إلى أعراض جديدة لدى أفراد الأسرة الآخرين .

و كان رد الفعل الأكثر شيوعًا للعائلات تجاه تحسن أفرادها هو الراحة ... ومن ناحية أخرى، المعالج الذي يعتقد أن الأعراض تخدم الوظائف يمكن أن تشجع في الواقع على تفكك الأسرة ... إن أخطر مشكلة في مفهوم وظيفة الأعراض هي أنها يمكن أن تصبح نبوءة مضادة للعلاج وتحقق الذات "(جيمس كوين، 1985)

القليل من التغيير هو كل ما هو مطلوب .

يمكن أن يؤدي التغيير في جزء واحد من النظام إلى تغييرات في جزء آخر من النظام .

بمجرد تحقيق تغيير إيجابي صغير، يشعر الناس ببعض التفاؤل والثقة في التعامل مع التغييرات الأخرى يحدد العملاء الأهداف .

لا نعتقد أن هناك طريقة واحدة "صحيحة" أو "صالحة" لتعيش حياتك .

لقد توصلنا إلى قبول أن ما قد يكون سلوكًا غير محتمل لعائلة معينة أو لشخص معين، هو سلوك مقبول تمامًا في سياق آخر.

وبالتالي، فإن الأمر متروك للعميل لتحديد أهداف العلاج .

ا نعتقد أن "مشكلة حقيقية" تكمن وراء شكاوى عملائنا، ولا نعتقد أن المعالجين في وضع أفضل لتقرير كيف يجب أن يعيش العملاء حياتهم .

لذلك نطلب من الذين يأتون للتشاور معنا تحديد أهداف العلاج بأنفسهم.

يمكنك الحصول على تغييرات سريعة أو حل المشكلات بسرعة .

نعتقد أنه نتيجة لتفاعلنا خلال الجلسة الأولى، يكتسب عملاؤنا رؤية جديدة و أكثر إنتاجية وتفاؤلًا لوضعهم .

متوسط العلاج أقل من 10 جلسات، بدلاً من 4 إلى 5 جلسات.

لا توجد طريقة صحيحة للنظر إلى الأشياء .

يمكن أن تكون وجهات النظر المختلفة صحيحة وتناسب الحقائق بشكل متساوٍ .

نحن لا نعتقد أن هناك وجهة نظر أكثر صحة من الآخرين، من ناحية أخرى نعتقد أن هناك وجهات نظر مفيدة أكثر أو أقل .

أي أن رأي الناس في مشاكلهم يزيد أو يقلل من فرص رؤية الحلول .

وجهات النظر التي تمنع العمل هي ببساطة عديمة الفائدة.

يتركز الاهتمام على ما يمكن تحقيقه وما يمكن تغييره. بدلا من ما لا يمكن الوصول إليه ولا يمكن تغييره .

نحن نعمل على أهداف محددة جيدًا وقابلة للتحقيق في إطار زمني معقول W ,H O Hanlon M Martin .
1992

العلاج التعاوني القائم على الكفاءة" : إطار عمل بوب برتولينو Bob Bertolino

العملاء كوكلاء للتغيير .

العمل هو الشخص الوحيد المهم حقًا في المساهمة في النتيجة العلاجية .

يتمتع الناس بالقدرات ونقاط القوة والموارد التي يمكن أن تساعد في إيجاد حلول للمشاكل وحل النزاعات .

نحن لا نقترح أن يكون لديهم كل المهارات التي سيحتاجون إليها على الإطلاق .

لا يتعلق الأمر بـ "نظرية اللؤلؤ الخفي"، التي تعتبر العميل صاحب خزان لا ينضب من الإجابات على جميع مشاكل الحياة.

نحن نعتبر أن الأشخاص في عملية تعلم ولديهم أيضًا مهارات (موارد داخلية وخارجية كانت مفيدة في الماضي، في سياقات مماثلة أو مختلفة فيما يتعلق بمخاوف اللحظة، والتي يمكن استخدامها في الحاضر والمستقبل).

تشمل المهارات الداخلية نقاط القوة والقدرات الفردية بينما تتعلق الموارد الخارجية بالعائلة والأصدقاء والمجتمع والدين والأعمال وأي إمكانات علائقية أخرى .

إن رؤية العملاء كوكلاء للتغيير يعني الاعتراف والتحقق من التحديات التي يواجهونها مع التركيز في الوقت نفسه على فرص التغيير الموجودة.

تكریم العلاقة العلاجية والتحالف .

العلاقة العلاجية هي العلاج .

تقييمات العملاء للعلاقة هي الطريقة الأكثر اتساقًا للتنبؤ بالتحسن .

لا ترتبط قوة الرابطة العلاجية ارتباطًا وثيقًا بطول العلاج .

يمكن أن يكون هناك اتصال فوري بين العميل والممارس .

يختلف الوقت الذي يستغرقه الناس ليشعروا بالراحة في العلاقات ويعتمد بشكل كبير على تصوراتهم .

التحالف العلاجي هو مصطلح شامل يؤكد على التعاون بين العملاء والممارسين. يتم استشارة العملاء حول تفضيلاتهم وأهدافهم وطرق تحقيق تلك الأهداف .

غالبًا ما تنتج النتيجة السلبية عن ترك العملاء خارج العملية العلاجية.

التماس نظريات العملاء .

الاستشارة ليست مدفوعة بالنظريات، ولكن من قبل العملاء. إنهم مهندسو التغيير .

من المهم دعوة العملاء لمشاركة أفكارهم حول ما يعتقدون أنه يؤثر على صعوباتهم ويمكن أن يصبح موارد للتغيير في المستقبل .

على الرغم من الأسرة والعلاقات الاجتماعية وعلم الوراثة والمعرفة والثقافة والمجتمع والجنس والدين / الروحية والاقتصاد، إلخ .

ممكن أن تؤثر على "المشاكل"، والأهم هو كيفية فهم العملاء لمخاوفهم.

يجب أن يركز المعالجون على أخذ نظريات العملاء في الاعتبار واستخدام الممارسات التي تتفق مع كيفية رؤية العملاء للعالم .

ينخرطون في محادثات حول كيفية تفكير العملاء في تطور مشكلاتهم، وما الذي تم محاولة حلها، ومدى فعالية أو فشل هذه الجهود، وما الذي اعتبروه ولكن لم يجربوه، وما الذي قد يفكرون فيه في المستقبل لتحقيق التغيير هم يرغبون. بالتوجه نحو التغيير .

تشير الأبحاث إلى أن متوسط مدة العلاج من 6 إلى 10 جلسات. بالإضافة إلى ذلك، ميلر وآخرون. كتب أن "جميع الدراسات التحليلية التلوية للتغيير، التي أجريت على نطاق واسع، تشير إلى أن التحسينات الأكثر شيوعًا تحدث في وقت مبكر من العلاج".

أظهرت الدراسات أن معظم الآثار الإيجابية الرئيسية تحدث خلال الجلسات 6-8 الأولى، ثم يستمر التأثير ولكنه يتضاءل خلال الجلسات العشر التالية .

سيسعى الممارسون إلى فرص غنية بالإمكانيات والحلول والتغييرات .

ليس عدد الجلسات هو الأهم، ولكن العمل مع العملاء لتحديد المكان الذي يريدون الذهاب إليه ومتى سيتم تحقيق أهدافهم.

الأهداف والمعنى والأهداف والنتائج .

أحد أقوى العوامل التي تنبئ بالنتائج السلبية هو الافتقار إلى هيكل في الاستشارة، هذا لا يعني أن تقديم المشورة يتبع الشبكة .

يساعد الهيكل في بناء اتجاه العمل من فهم اهتمامات العملاء، والتغيير الذي يرغبون في تحقيقه وكيف سيعرفون أنهم قد حققوا ذلك .

سيرفض بعض العملاء كلمة "موضوعي" وسيتردد صداها مع البحث عن "المعنى" أو "الغرض" .

من المهم التكيف مع لغة العملاء والعمل مع رؤيتهم للعالم .

الأمر متروك للممارسين للتوضيح مع العملاء ما الذي يضعونه وراء كلماتهم حتى يتمكنوا من التحرك نحو نتائج واقعية وقابلة للتحقيق.

الوسائل والطرق المتبعة .

تعتمد فعالية الأساليب والتقنيات بشدة على مدى ملاءمتها للأفكار التي لدى العملاء عن مشاكلهم والوسائل و / أو الطرق اللازمة لحلها .

يجب أن تأتي الوسائل والأساليب والتقنيات المستخدمة من التفاعلات بين العميل والممارس .

إذا كان لدى المستشارين أفكار لطرق قد تسهل التغيير، فيجب عليهم تقديمها للعملاء، وليس فرضها .

أي أن العملاء يقررون ما هو منطقي لهم حقًا ومن المرجح أن يصبحوا ممثلين في حياتهم عندما تتطابق الوسائل والأساليب مع نظرياتهم الشخصية.

العلاج السردي "أيضا من العلاجات التعاونية

فرضيات مايكل وايت وديفيد إيبستون

- يشترك العملاء والمعالج في أوجه التشابه أكثر من الاختلافات كبشر.
- العملاء هم أشخاص عاديون يعيشون حياة عادية والذين يواجهون للأسف تجارب حياة صعبة وغير عادية.
- عندما يسعى الأفراد أو العائلات إلى العلاج النفسي، فذلك لأنهم يواجهون معضلة لا يتوفر لهم فيها نوع الدعم المطلوب لحلها.
- يتمتع الأفراد والعائلات دائماً بخبرة حقيقية في حل المشكلة أكثر من أي شخص آخر.
- في أعماقهم، لا يرغب الأفراد والعائلات في إيذاء أنفسهم أو الآخرين.
- لا يستطيع المعالج فهم لغة الشخص حتى يمكنه مناقشتها معه.
- التغيير ممكن دائماً.
- يريد العميل دائماً تحرير نفسه من المشكلة.
- المعالج لا يعرف حقاً ما يجب على العميل فعله لحل مشكلته.
- ينظر إلى المشاكل على أنها منفصلة عن الناس. هذا يساعد العملاء على الانخراط بشكل أكبر في قضاياهم.
- تسعى النظرية جاهدة للسماح للعملاء بإشراك فضولهم واهتماماتهم وقدراتهم الإبداعية لتطوير حوار يثير تعاون الفريق وتعزيزه .
- تم تطبيق هذا النموذج بنجاح عبر مجموعة واسعة من القطاعات. لقد تأثر المدراء والمؤسسات بشكل إيجابي من خلال التدريب والبصيرة التي اكتسبوها من الدكتور أندرسون .
- إنها تستخدم خبرتها الواسعة في الفهم البشري لتطوير جسر تواصل للعملاء الذين تعمل معهم .

العلاج التعاوني لدى هارلين أندرسون

تم تطوير العلاج التعاوني من قبل هارلين أندرسون على مدار عملها كمعالجة ومن خلال البحث غير الرسمي مع أولئك الذين عملت معهم في العلاج. مهتمة بفهم سبب نجاح العلاج مع بعض الأشخاص دون غيرهم، سعت أندرسون لاكتشاف ما سهل عملية التحول في العلاج وأنواع المحادثات التي يمكن للمعالجين إجراؤها مع الأشخاص في العلاج لمساعدتهم على الشعور بالأمل .

أجرت أندرسون جزءًا من بحثها غير الرسمي من خلال الانخراط في مناقشات مع شركاء محادثة، بما في ذلك الزملاء والأشخاص الذين يخضعون للعلاج والطلاب. من خلال هذه الحوارات، طورت النهج التعاوني ما بعد الحداثي الذي يركز عليه العلاج التعاوني 2003 Luc Isebaert ,Marie-Christine Cabié .

نظرية ومبادئ العلاج التعاوني:

أساس العلاج التعاوني هو ما بعد الحداثة، وهو نهج فلسفي يدعو إلى كل من الموقف المتشكك تجاه المعرفة والاعتقاد بأن المعرفة مفهوم مبني اجتماعيًا، وليست حقيقة عالمية .

هناك نوعان من المفاهيم الأساسية لما بعد الحداثة أساسيان في العلاج التعاوني. الأول هو فكرة أن المعرفة سائلة، يتم إنشاؤها مع تطور اللغة، وبالتالي تحدث عملية النمو والتعلم من خلال الحوار مع الآخرين .

المفهوم الثاني لما بعد الحداثة الذي يؤثر على العلاج التعاوني هو فكرة وجود حقائق متعددة، لذلك لا توجد طريقة واحدة صحيحة لرؤية الموقف .

في العلاج التعاوني

-تعتبر وجهة نظر الشخص في العلاج مساوية لمنظور المعالج.

- يعتبر أندرسون العلاج التعاوني فلسفة أكثر منه نظرية أو نموذج .

-المبدآن الأساسيان لهذا النهج هما تطوير علاقة تعاونية بين المعالج والفرد في العلاج والمشاركة في الحوارات التي تشجع على النمو والتغيير .

-يعتقد أندرسون أن العلاج التعاوني يسهل التحول لكل من الشخص المعالج والمعالج .

-مع حدوث محادثات هادفة واستكشاف وجهات نظر مختلفة، قد يكتسب كلا الطرفين معرفة وفهم جديدين.

ما هي جلسة العلاج التعاوني؟

- خلال جلسة العلاج التعاوني، يقوم المعالج والشخص الخاضع للعلاج بتطوير شراكة حيث يتحدثان مع بعضهما البعض، وليس على بعضهما البعض .
- يمكن للأفراد سرد قصتهم بينما يستمع المعالج بنشاط ويسعى لفهم وجهة نظرهم .
- لتسهيل الحوار، قد يطرح المعالج أسئلة، ويعلق، ويتأكد من أنهم يفهمون بدقة ما يقوله الشخص الخاضع للعلاج .

- من خلال تكوين علاقة تعاونية، يعملون معًا لايجاد فهم جديد لتجربة الفرد، مما يسمح بالتحول.
- جزء أساسي من العلاج التعاوني هو إدراك المعالج أن الشخص الخاضع للعلاج هو الخبير في تجربته الخاصة .
- لا يتصرف المعالج كشخصية مرجعية أو كما لو كان لديهم معرفة أو فهم أكبر .
- قد يقدمون اقتراحاتهم أو وجهات نظرهم الخاصة، لكنهم يتجنبون فرض أفكارهم الخاصة على الفرد في العلاج.
- تتضمن التقنيات المحددة التي قد يستخدمها المعالج التعاوني دعوة الفرد لرواية قصته بطريقته الخاصة وبوتيرته الخاصة وإظهار الاهتمام الحقيقي بتجربته .
- قد يستمع المعالج باهتمام ويستجيب، وينتبه للتواصل اللفظي وغير اللفظي، ويسأل الشخص المعالج عما إذا كان تفسيره للتجربة دقيقًا، ثم يتوقف مؤقتًا، مستخدمًا الصمت لايجاد مساحة للتفكير .

كيف يمكن أن يساعد العلاج التعاوني؟

- نظرًا لأن العلاج التعاوني يعتبر موقفًا علاجيًا وليس نموذجًا، فلا توجد مشكلة أو تشخيص محدد تم تصميمه للعلاج .
- بل هو نهج قد يساعد الناس على إجراء تحولات إيجابية ومعالجة أنواع عديدة من القضايا والاهتمامات .
- يمكن للمعالج التركيز تقريبًا على أي حاجة أو جدول أعمال يقدمه الشخص الخاضع للعلاج .
- قد يكون النهج التعاوني بين الفرد والمعالج مفيدًا بشكل خاص لأولئك الذين يعانون من مشاكل مع فروق القوة في العلاقات أو أولئك الذين يجدون صعوبة في الثقة بالآخرين، وخاصة شخصيات السلطة.
- يمكن استخدام العلاج التعاوني مع الأفراد أو المجموعات، سواء كانت تلك المجموعات أزواجًا أو عائلات أو أنواعًا أخرى من الأنظمة الاجتماعية .
- يمكن أن تحدث العلاقات التعاونية والحوارات الأساسية للعلاج التعاوني في مجموعات ذات أحجام

عديدة. Haley J 1985 ET 1967

المحاضرة التاسعة: العلاج بتقنية الحرية الانفعالية

1- تعريف تقنية الحرية الانفعالية

وضح تشرش أنه غالبًا ما يشار إليه باسم EFT، "يجمع الوخز بالإبر العاطفي بين التنصت على نقاط الوخز بالإبر الرئيسية مع تركيز انتباهك على الألم أو الذكريات غير السارة أو المشاعر غير المريحة أو الرغبة الشديدة في تناول الطعام أو أي مشكلة أخرى." العوامل العاطفية الكامنة التي تسبب المشكلة هي عادة مع كتلة الطاقة. (Look, 2010, p. 2)

ويوضح Church أنه غالبًا ما تسمى EFT : تعرف تقنية الإطلاق العاطفي (EFT) على أنها: "طريقة للمساعدة الذاتية للعقل والجسم تتضمن التنصت بالإضافة إلى الأفكار والمشاعر. بدلاً من الوخز بالإبر أو العلاج بالابر لمعالجتها." (Church, 2010, p. 16)

تعرف تقنية الحرية النفسية (EFT) بأنها: يتم تعريف التحويل الإلكتروني على النحو التالي: "عملية النقر على نقاط النهاية لسلسلة من مسارات الطاقة لتحقيق التوازن أو إطلاق الطاقة في نقاط محددة في مسارات الطاقة المرتبطة بأعضاء الجسم المختلفة، ولكل مسار طاقة نقطة نهاية. على سطح الجسم الذي يمكن من خلاله الوصول إلى قناة الطاقة." (Hafter B. , Barbee, Miller, & Shaner, 2011, p. 5)

وتعرف EFT بأنها: " يتم تعريف التحويل الإلكتروني على النحو التالي: "عملية النقر على نقاط النهاية لسلسلة من مسارات الطاقة لتحقيق التوازن أو إطلاق الطاقة في نقاط محددة في مسارات الطاقة المرتبطة بأعضاء الجسم المختلفة، ولكل مسار طاقة نقطة نهاية." (Suls, Ed, Rdn, Ldn., & Elia, 2015, p. 2)

بينما يذكر (Williams, 2015, p. 10) أن الربت هي: " طريقة بسيطة تُستخدم بأطراف أصابعنا لتركيز وعينا وأفكارنا ومشاعرنا أثناء تربيت نقاط الوخز بالإبر على أجزاء معينة من الجسم".

ويشير (صمويل، 2019، صفحة 39) ب يشير إلى أنها تقنية للتعامل مع المشكلات النفسية والبحث عن السبب الرئيسي للمرض، حيث أن العديد من الذكريات المؤلمة والمشاعر السلبية تأخذ شكل أمراض عضوية. دعها تتدفق بشكل صحيح على المسار الصحيح للمساعدة في استعادة التوازن.

2- تقنية الحرية النفسية ونظام طاقة الجسم:

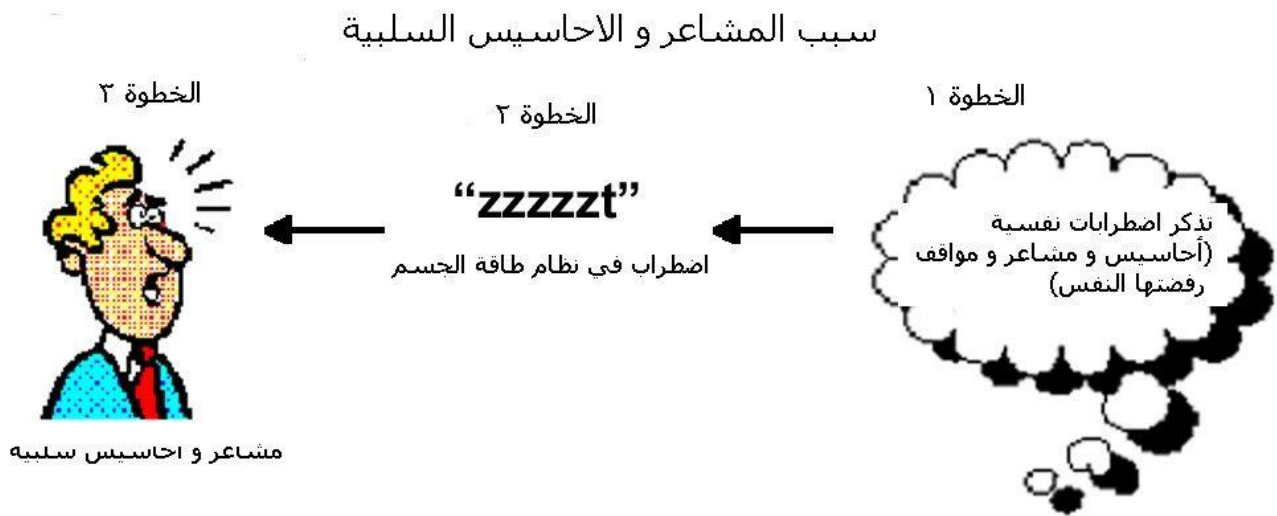
طور معالجون آخرون علاجات متوازية للعلاج بالابر، ولكن بدلاً من إدخال الإبر، يتم تحفيز النقاط بالضغط أو النقر. لذا فإن التحويل الإلكتروني ينسب سبب جميع المشاعر السلبية إلى اضطراب نظام الطاقة في الجسم، وهذا ما يسمى "بيان الاكتشاف". (ضحى بنت، 2007، صفحة 57)

عندما تتدفق طاقتنا بشكل طبيعي ودون عوائق، نشعر بالرضا في كل شيء. يمكن أن تؤدي المشاعر السلبية أو الضارة إلى ظهور أعراض جسدية مختلفة. (Edwards, 1999, p. 4)

لذلك ترجع تقنية الحرية النفسية سبب كل المشاعر السلبية إلى اضطراب نظام الطاقة في الجسم، عندما يتم حظر طاقتنا أو ركودها أو انقطاعها في واحد أو أكثر من مسارات الطاقة في الجسم. كلما زاد اضطراب نظام الطاقة، زاد شعورنا بالألم والصعوبة تجاه أنفسنا والآخرين، والعالم بشكل عام، ويزداد الأمر سوءاً مع زيادة اضطراب الطاقة، ويؤدي انخفاض تدفق الطاقة إلى الشعور بعدم الراحة والارتباك، كما يتسبب في الضعف. هيئ. (Church, 2010, p. 16)

وكما زاد اضطراب نظام الطاقة، كلما شعرنا عن أنفسنا وعن الآخرين، وعن العالم كله أن الحياة أصبحت صعبة ومؤلمة، ويزداد الأمر سوءاً مع زيادة اضطراب الطاقة، فانخفاض تدفق الطاقة يؤدي إلى الشعور بالانزعاج والتفكير المضطرب، ويجعل الجسم ضعيفة أيضاً. (Hartmann, 2013, p. 11)

ويوضح حمود العبري كيفية حدوث المشاعر السلبية في الشكل (06):



الشكل رقم (06): كيفية حدوث المشاعر السلبية

أ) **الخطوة الأولى:** حدوث صدمة أو اضطرابات نفسية وقد تحدث هذه الخطوة خلال أكبر في نظام الطاقة بالجسم.

(ب) **الخطوة الثانية:** خلل في نظام الطاقة بالجسم، وهي الخطوة الوسطي.

(ج) **الخطوة الثالثة:** حدوث المشاعر والأحاسيس السلبية، وأن سبب جميع هذه المشاعر السلبية خلل في نظام طاقة الجسم.

فإذا لم تحدث الخطوة الثانية فإن الخطوة الثالثة يستحيل حدوثها، وبمعنى آخر إن لم تسبب الذاكرة المصابة خللاً في نظام الطاقة في الجسم، فلن يحدث المشاعر السلبية، فلو تم مراعاة الخطوة (2) في الاعتبار بدلاً من الخطوة (1)، فربما كان الألم أقل نسبية ومن الممكن أن يتم تصحيح الخلل بنظام الطاقة (بالربط بأمكان معينة)، وبذلك تحل السكينة ويتم التخلص من المشاعر السلبية وربما يتم الشفاء سريعة. (حمود باتل، 2004، صفحة 9)

3- كيفية عمل تقنية الحرية النفسية (EFT) :

تعمل تقنية (EFT) مع نظام الطاقة الخفي في الجسم -شبكة من مسارات الطاقة، تسمى خطوط الطول في الطب الصيني التقليدي، فهذه المسارات يمكن الوصول إليها عبر مواقع محددة في الجسم تسمى نقاط الوخز، فالوخز بالإبر يستخدم الإبر في هذه النقاط، وذلك للإفراج عن عالقة، والطاقة الراكدة، وإعادة توازن نظام الطاقة. (Hafter B. , Barbee, Miller, & Shaner, 2017, p. 7)

ويوضح Holland (n.d,9) أن مسارات الطاقة هي عبارة عن خطوط طول تسير داخل الجسم، وهي مثل الكهرباء في الجسم، حيث يحمل الأسلاك الطاقة لكل من الجسم والعقل، وفي حالة حدوث انقطاع في مسارات الطاقة نشعر بالمشاعر السلبية، والتي يمكن أن تسبب لنا الأعراض الجسدية، فهذا الاضطراب هو مثل زيادة الطاقة أو حدوث ماس كهربائي في الكهرباء، ففي هذه الحالة يتوقف تدفق الطاقة.

ويمكننا من خلال EFT الربط على نهاية كل مسارات الطاقة، ودفع الطاقة إلى هذه المسارات لتخفيف أي اضطرابات حتى تتمكن طاقاتنا من التدفق مرة أخرى.

وبعد استخدام EFT وحدث حالة من التوازن تمكنا من السير في الطريق الصحيح، لمواجهة التحديات والقضايا بطريقة منطقية وعقلانية بدون حدوث أي ضرر من العاطفة السلبية الزائدة.

ويوضح صمويل تامر (2020) أن تقنية الحرية النفسية تعتمد على العلاج المزدوج حيث تركز على جزئين متزامنين مع بعضهما البعض وهما:

(أ) **مراكز الطاقة بالجسم:** يعكس الجانب الفسيولوجي، وذلك من خلال الطرق أو الربط.

(ب) **المشاعر السلبية:** تعكس الجانب النفسي، وذلك من خلال عبارات الإثبات والتذكير.

* الربت كأساس لتقنية الحرية النفسية:

يشير (Ortner, 2014, p. 5) أن المبدأ الأساسي لتقنية الحرية النفسية هو الربت على مسارات الطاقة في الجسم، حيث يتم الإحساس بالمشاعر السلبية بسبب خلل في طاقة الجسم، فالألم الجسدي أو المرض مرتبط بشكل معقد بالعواطف، والمشاكل الصحية أو الأعراض الجسدية يسبب الضيق العاطفي، والمشاكل العاطفية التي لم تحل بشكل واضح من خلال أنفسنا تظهر في الأعراض الجسدية أيضاً، لذلك لا نستطيع علاج الأعراض بدون معالجة الأسباب والعكس صحيح.

ويمكن التخلص من العواطف السلبية والأعراض الجسدية التي تتبع من اضطراب الطاقة، والربت يستعيد على نهاية مسارات الطاقة توازن الطاقة في الجسم، مما يتيح التخلص من المشاعر السلبية.

4- استخدامات وتطبيق تقنية الحرية النفسية:

يتم تطبيق تقنية الحرية النفسية لعدد من الحالات، وهي على سبيل المثال لا الحصر: الإدمان، الغضب، الاكتئاب، الأرق، المخاوف / الرهاب، اضطراب ما بعد الصدمة، الوسواس القهري، فقدان الوزن، متلازمة التعب المزمن، والإجهاد، واضطرابات الأكل. (Suls, Ed, Rdn, Ldn., & Elia, 2015, p. 2)

بينما تشير خدمات الصحة المجتمعية « community Health Services » لديربيشاير (Derbyshire, 2012, p. 1)، إلى أن تقنية الحرية النفسية تكون مفيدة مع مجموعة متنوعة من مشاعر غير المريحة أو المحزنة أو غير السارة، ولقد وجد الكثير من الناس أن التقنية ساعدتهم للتخفيف من مشاعرهم القوية مثل القلق والغضب والحزن أو الشعور بالذنب، لذلك يمكن أن تكون مفيدة مع المشاعر التي من المتوقع أن تخفّ بشكل طبيعي مع مرور الوقت وأيضاً مع المشاعر الراسخة (مثل الرهاب أو اضطراب ما بعد الصدمة). بالإضافة إلى ذلك وجد بعض الأشخاص أنها مفيدة للأحاسيس الجسدية المزعجة، مثل الألم والدوار أو حالات الإدمان.

ويمكن تطبيق تقنية الحرية النفسية على جميع أنواع المشاكل الجسدية والعاطفية، وهذا يعني تقريباً جميع الأفكار والأفكار المزعجة وكذلك الاضطرابات النفسية الجسدية، ويمكن تخفيف العديد من حالات الأمراض العقلية والإجهاد العاطفي والخوف والألم وبالتالي تسهيل الانتعاش، وكذلك تستخدم في كثير من الأحيان للحد من الرغبة الشديدة في تناول الطعام، والتدخين أو الألم، ويصل استخدام تقنية الحرية النفسية إلى خمس مرات في اليوم، وفي حالات الطوارئ يمكنك استخدام التقنية بقدر المستطاع وبالقدر الذي تحتاج إليه، ولا تتردد في استخدام تقنية الحرية النفسية كوسيلة استرخاء عامة يومياً صباحاً ومساءً، وبدون استخدام أي عبارة خاصة في وضع الأعداد وذلك لتحقيق التوازن. (Kjell & Forsberg, 2010, pp. 13-14)

* خطوات تطبيق تقنية الحرية النفسية :

قبل تطبيق تقنية الحرية النفسية يجب علينا تحديد المشكلة التي نرغب في التعامل معها، ومن ثم تقييم مستوى الانزعاج المرتبط بالم مشكلة، وهذه العملية تسمى تقدير مستوى المشاعر السلبية (SUDS) Subjective Unit of Distress، وهذه العملية مهمة جداً للقيام بتقييم المشكلة قبل التطبيق ولملاحظة النتائج بعد تطبيق التقنية. (صمويل، 2019، صفحة 40)

ويتكون (SUDS) من إحدى عشرة نقطة ووضع لقياس القلق الحالي المقدر ذاتية بين (0) حالة مطلقة و(100) أسوأ قلق على الإطلاق، وتم استخدام مقياس أكثر إحكاماً يتراوح ما بين صفر إلى عشرة، وتم التوسع في استخدام هذا المقياس لاستخدامه مع مختلف العلاجات القائمة على التعرض، ومن الملاحظ أن هذا المقياس عنصر إجرائي مهم في العلاج السلوكي، وذلك لمراقبة أي تغيير في الحالات، ومن أجل تقييم تقدم العلاج، لذلك قام Joseph Wolpe في عام 1969 م بتطوير وتقديم وحدات ذاتية لقياس مستوى الانزعاج. (Robertson & n.d, p. 4)

ويعتبر (SUDS) أداة لقياس الانزعاج، وشدة المشاعر والتجارب الداخلية الأخرى، مثل القلق والغضب والإثارة والتوتر أو أي مشاعر مؤلمة أخرى. فغالباً ما يرتبط مستوى المشاعر السلبية بمستوى إفراز الأدرينالين في الجسم، والذي تفرزه الغدة الكظرية، فمستوى الأدرينالين في الجسم يرتبط بالخبرات والتجارب التي نمر بها. (Molin, 2015, p. 1)

فعادة ما تبدأ جلسات EFT مع التقدير الذاتي لعدم الراحة باستخدام مقياس من صفر إلى 10 أو مقياس شدة الانزعاج أو مقياس المشاعر السلبية (SUDS) Subjective Unit of Distress فيمكن أن يكون لقياس ألم جسدي مثل: الصداع أو الإدمان، أو يمكن أن يكون عاطفية مثل: الخوف، والقلق، الاكتئاب، أو الغضب. (Church, 2010, p. 19)

* أشياء يجب مراعاتها أثناء تطبيق التقنية:

يشير صمويل تامر أنه يجب عند تطبيق تقنية الحرية النفسية أن نقوم بـ:

1- تصحيح الأفكار الخاطئة.

2- معرفة جذور المشكلة من خلال الاختبارات الإسقاطية.

3- الربط على مراكز الطاقة بالجسم.

ويوضح (Craig, 2004, p. 23) بعض النصائح الهامة عن كيفية إتمام عملية الربط:

1- يمكنك الربط بأي من يديك لكنه من الأفضل إجراء ذلك باليد المعتاد استعمالها.

- 2- استعمل أطراف الأصابع السبابة والوسطى؛ فهذا يسمح بتغطية منطقة أوسع عما إذا استخدمت إصبعين واحدة كما يسمح بإحكام الربت على نقاط الطاقة بالجسم بسهولة.
 - 3- قم بالربت بصلابة ولكن بدون شدة بحيث لا تؤذي نفسك أو تتسبب في إحداث خدوش.
 - 4- عدد مرات الربت هو (7) مرات تقريبا على كل نقطة أو من 5 إلى 9 فذلك كاف.
- تقع معظم نقاط الطاقة على جانبي الجسم، فلا يهتم على أي الجانبين تربت، فلا مانع من الانتقال من جانب إلى آخر.

المحاضرة العاشرة: العلاج بالاسترخاء

1- مقدمة:

يعتبر العلاج السلوكي، الاختصاص، الذي انبثق منه العديد من أشكال العلاج النفسي، ذلك لأنه حديث نسبياً، فقد بدأ في الخمسينات، وتزايد استعماله، في الثلاثين سنة الأخيرة. كما تعددت أساليبه، وبرزت أهميته، وفعاليتها، في معالجة الاضطرابات النفسية، والسلوكية.

فقد وضع " جاكبسون " E. Jacobson "، طريقة للاسترخاء التدريجي الواعي، بإرخاء العضلات، أما " شولتز " "Schulz" فقد ابتكر طريقة للاسترخاء بالتركيز الذاتي Auto concentration، أو التويم الذاتي Autohypnose، كما كانت تقنية "أجورياغيرا" "Ajuriaguerra" تعرف بـ إعادة التأهيل النشاط النفسي Reeducation psychotonique. هناك العديد من تقنيات الاسترخاء، التي استخدمت موازنة مع تقنيات العلاج السلوكي. (Sillamy, 2003, p. 226)

2- تعريف الاسترخاء:

يسمع الكثير منا بهذا المصطلح، لكن القليلين فقط من أمعنوا النظر في معناه. ويمكننا أن نعرف الاسترخاء على أنه : "حالة هدوء وتنشأ في الفرد عقب إزالة التوتر، بعد تجربة انفعالية شديدة، أو جهد جسدي شاق، وقد يكون الاسترخاء غير إرادي عند الذهاب للنوم، بحيث تتحول كهرباء الدماغ من "غاما" إلى "دالتا" في حالة النوم. أو إرادي عندما يتخذ المرء وضعا مريحاً، ويتصور حالات، باعثة على الهدوء عادة، أو يرخي العضلات المشاركة في أنواع مختلفة من النشاط. (عثمان، 2001، صفحة 147)

إن أحد الأساليب الفعالة لتعليم الاسترخاء، اظهر إحداث تجاوب، بأجهزة تكشف عن مستوى النشاط الكهربائي الحيوي، لتجعله في متناول الشخص.

إن استرخاء أي عضلة، يعني الانعدام التام لكافة الانقباضات، فلا تبدي العضلة أي مقاومة وتكون مرتخية، وعندما تكون العضلات مسترخية تماماً، فإن الأعصاب الحسية الذاهبة إليها، والواردة منها، لا تحمل أي رسالة حسية أو حركية. أي ساكنة كلياً، وينعدم النشاط الكهربائي به. ومن الواضح، أن درجة قصوى من الاسترخاء، مطلوبة في عملية ضبط التبول والتبرز. ذلك دليل على أن التوتر، يمس حتى عضلات الأعضاء الداخلية، كالمعدة والقفص الصدري. وعندما يتعرض الشخص المنبهات، انفعالية شديدة، تزداد الحركات اللاإرادية. ونتيجة لكل هذا جاء الاسترخاء ليكون العدو الأول للتوتر والقلق. (إبراهيم، 1994، صفحة 154)

يعتبر " جاكوش " أول من قرر أهمية الاسترخاء، كإجراء مقابل، أو مضاد للقلق، وكان يري، أن خبرة الشخص الانفعالية، تنتج عن تقلص أو انقباض العضلات، واقترح الاسترخاء السكن الحالة المعاكسة، أو المضادة لحالة التوتر والانفعال. " بعبارة أخرى هناك علاقة قوية بين درجة التوتر العضلي والإثارة الانفعالية. وفي تأييده لهذه الفكرة قال " جاكوش " أن "معدل النبض وضغط الدم، يرتفعان في الحالات الانفعالية، وينخفضان بالاسترخاء العميق". (العيسوي، 1997، صفحة 152)

* مزايا العلاج بالاسترخاء :

إن الاسترخاء، يعطي فرصة للمعالج النفسي، للإيحاء والتداعي الحر، لتعلم سلوك جديد مضاد للتوتر، فالاسترخاء الذهني، أو العضلي، يعني قدرة الإنسان، على تجاوز التوتر وتجديد الطاقة الإيجابية، لمواجهة متطلبات الحياة، وهو في حد ذاته غاية، وهدف، لجميع العلاجات النفسية والجسمية والدوائية.

3- مبادئ الاسترخاء العامة:

وتعتبر مبادئ الاسترخاء، مدخلا هاما، لاكتساب مهارات التدريب، على الاسترخاء بشتى أنواعه وأهمها:

أ) الكلمات :

يجب الانتباه، إلى استخدام الكلمات، والتعابير، وتعليمها للمتعالج والتي منها:

- "أترك عضلاتك مسترخية".

- "دع عضلاتك لمساء".

ويجب لفت الانتباه، إلى استخدام كلمة "دع"، وليس "اجعل"، أو "حاول"، اللتين تتضمنان معنى الجهد، بينما تدل كلمة "دع" أو "أترك"، على استجابة إرادية، وليست قسرية أو جبرية، إذ تعتبر قاعدة هامة، لما للكلمات من أهمية إيحائية.

ب) الوقت :

هناك أفراد يتعلمون الاسترخاء بسرعة، وبعد تدريب قليل التحقيق ذلك يجب ما يلي:

- عرض تعلم الاسترخاء ببطئ، أو بإيقاع، في بداية التعليم التدريبي، مع وقفات، لجعل الخبرة الذاتية متكاملة.

- عدم السرعة في عرض الكلمات، الإيحائية الاسترخائية.

- جعل الكلمات تتابع ببطئ، وتلقائية طبيعية، فتنتقل من إيحاء إلى آخر، مع فواصل زمنية.

ج) مراعاة الفروق الفردية:

يجب مراعاة الفروق الفردية، في فهم تقنية الاسترخاء، وتفسير هذه الخبرة، وأهدافها وفوائدها، وأيضا الإحساسات،

التي قد يشعر بها المريض، عندما يتقنون الاسترخاء. (الحجار، 1990، صفحة 185)

د) الابتعاد عن السلبية:

الانتباه إلى خصوصية كل فرد، فالجمل التي يمكن أن تكون بالنسبة لنا سارة، قد تجعل المفحوص، يتفاعل ويضطرب.

فهناك من التخيلات، التي قد لا يستحبها المفحوص، ولا يشعر بالهدوء، أو السرور، إذا ما تخيلها. لذا يجب، معرفة رأي المفحوص مقدما، ما إذا كان يفضل صورا معينة يتخيلها، وأخرى تزعجه فنتفادها.

هـ) إدراك علامة التوتر:

يتعين على المعالج، ملاحظة علامات التوتر، والاسترخاء. السعال والتنفس، غير المنتظم والتشنج العضلي، غالبا ما تدل على عدم نجاعة الأسلوب، أو التقنية المستعملة.

و) الحصول على المفعول الارتجاعي:

نتحصل عليه في نهاية، كل جلسة علاجية، فنتكلم مع المفحوص عن مشاعره، وردود أفعاله، والمقاومات النفسية، التي ظهرت خلال الجلسة. ووفقا لهذا المفعول الارتجاعي، يمكن أن نستمر، أو نتوقف وتغير التقنية، أو الأسلوب المستعمل.

ز) تنبيه المفحوص إلى أهمية بقاءه يقظا، ووعيا أثناء الاسترخاء

ينبغي على الفاحص، أن يرسم صوته ليوحى بالهدوء، وإعطاء المفحوص، الوقت الكافي الفهم التوصيات، وتنفيذها. يجب البقاء في حالة وعي، لأن النوم، خلال الاسترخاء، يعتبر تجنبنا له، وهنا يجب شرح الفرق بين النوم والاسترخاء. بعض الأفراد، تتنابهم نوبات خوف من الاسترخاء، فيشعرون بأنهم يكادون يفقدون السيطرة على ذواتهم، لذلك يجب طمأنة المفحوص، إلى أن الاسترخاء المستمر، هو أسلوب لكسب السيطرة، على الذات، وعلى أعضاء الجسد، وليس فقدان هذه السيطرة. كما يساعده على التأمل، في إحساساته الجديدة أثناء الاسترخاء، بصورة إيجابية. (الحجار، 1990، صفحة 187)

ح) تطوير الذات:

يجب تذكير المفحوص، أن ما يتعلمه وينفذه، هو تقنية واحدة، وعليه ألا ينظر إليه، على أنه الوسيلة الوحيدة، التي لا يوجد غيرها. ومن خلال ممارسة التدريب الاسترخائي، يمكن للمفحوص أن يخترع المقولات الإيجابية، ويضعها بنفسه.

على المفحوص أن يعلم، أن ما يتدرب عليه، ليس من أجل المعالج، بل لذاته ولنفسه. وأن كل تدريب، من شأنه تعليم ذاته، سرعة الاسترخاء وتعميقه.

ط) تغيير أساليب الاسترخاء:

إذا اتضح أن نوع معين من الاسترخاء، لم يكن نافعا، وجب تغييره إلى الأنواع الأخرى.

ي) الوقت والمكان: يجب:

- ألا يمارس المفحوص، تمارينه البيتية الاسترخائية، بعد الاستيقاظ مباشرة، ولا قبل النوم مباشرة.
- أن تمارس في مكان، يدل على الهدوء والراحة، (مقعد مريح، وليس على السرير، إلا في حالات القلق).

ك) نقل التدريب :

يجب على المعالج، تشجيع المفحوص، على نقل تعلمه للاسترخاء، ليطبقه في حياته اليومية وفي تعامله مع المؤثرات.

4- أهداف الاسترخاء :

الاسترخاء كوسيلة وكهدف علاجي، فكل علاج نفسي، أو دوائي، في الماضي وفي الحاضر استهدف هذه النتيجة. غير أن الجديد في الاسترخاء، هو الاهتمام، الذي حظي به في السنوات الأخيرة، لما له من أثر فعال، في علاج الاضطرابات النفسية، عامة والسيكوسوماتية خاصة.

أهم الأهداف التي يسعى الاسترخاء إلى تحقيقها هي:

- التعود التدريجي، على المواقف المثيرة للقلق، إذا ما استعمل، مع أسلوب التطبيق التدريجي وهو أسلوب من أساليب العلاج الذاتي.
- يستخدم في لعب الأدوار، فعندما يطلب من المفحوص، تأدية دور معين (الأب، الرئيس) قد تسبب له مصدرا للقلق، ولكن بمعية أسلوب الاسترخاء، يستقبل المفحوص الأدوار، دون أن يعاني من مشاكل اتجاهها، وبالتالي نجاح أسلوب لعب الأدوار.
- يستخدم للتغيير، من الاعتقادات الفكرية الخاطئة، التي قد تكون أحيانا، من الأسباب الرئيسية، في إثارة الاضطرابات الانفعالية. ويمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلية ومنطقية. من المعروف أن الاسترخاء، عندما يستخدم في علاج حالات القلق والمخاوف، وتوهم المرض، من شأنه أن يمنح الشخص بصيرة، عقلية وواقعية بطبيعة قلقه. فالقلق الذي كان يعتقد المريض، أنه لأسباب فيزيولوجية عضوية، يصبح شيئا يمكن ضبطه، والتحكم فيه ذاتيا.

5- التفسير الفيزيولوجي للاسترخاء :

الواقع الفيزيولوجي للفرد، هو واقع متكامل، يشمل الوظائف الجسمية، كما يشمل الوظائف والعمليات الفكرية، والعاطفية والسلوكية. ولهذا فإنه من المتعذر علينا، الإحاطة بالواقع الكلي والكامل، لأي إنسان، بمجرد الإحاطة بجزء من تكوينه، سواء كان هذا الجزء، نفسيا أو جسميا. إن من طبيعة هذا الواقع، أن يتغير من حال إلى حال، بين

لحظة وأخرى. إذا ما استجبت العوامل المحفزة للتغيير، من محيط الفرد الداخلي أو الخارجي، وفي أي جزء من كيان الفرد، سواء كان ذلك نفسيا أو جسميا، أو فيهما في آن واحد. وللتغير الحادث في مجال أي منها، أن يحدث أثرا، ولو غير محسوس، أو واضح وبأي وسيلة قياسية، في الوقت الحاضر. ما يحدث في حالات الاسترخاء يوصف دائما بالقياس، مع الحالة الفيزيولوجية المسماة، بحالة الراحة الفيزيولوجية. يكون الفرد فيها جالسا بارتياح، أو مستلقيا ومغمض العينين، وغير معرض لإثارات حسية، من صوت أو ضوء أو لمس، وغير مشغول، بعمليات فكرية مزعجة، أو تتطلب التركيز.

أفادت الملاحظات الاختبارية، بأن الفرد في مثل هذه الحالة من الراحة، يكون في حالة معتدلة من الفعل الفيزيولوجي، سواء كان ذلك، في حركة القلب، أو التنفس، أو حركة الدماغ.

6- أنماط وأنواع الاسترخاء :

الطقوس التي مارسها الإنسان، بصورة فردية أو جماعية، عبر عصور طويلة، من تاريخه ضمنت له استجابات الاسترخاء، والتقليل من التوتر. فمعظم هذه الطقوس، تتطلب درجة من التركيز النفسي الداخلي، الذي من شأنه أن يعزل الفرد، عن المؤثرات المحيطة الخارجية. والهدف هو الدمج المتوازن بين الجسد والنفس. وفي جميع هذه الحالات من التوازن والتناسق، بين الشعور والجسم، يكمن سر الاسترخاء، وما يؤدي به من الانفراج النفسي. وهكذا فإن هذه الأنواع من الاسترخاء، تدخل الفرد في حالة، يتغير فيها وعيه، ويصبح بعد انتهائها، قادرا على أداء نشاطاته بكل حيوية، وبطاقة متجددة. وأهم هذه الأنواع:

- الاسترخاء التخيلي: يقوم على تخيل مشهد يبعث على الهدوء والسكينة.
- الاسترخاء التأملي.
- الاسترخاء بتمارين التنفس.
- الاسترخاء بالتدليك.
- الاسترخاء بسماع القرآن: لأنه فيه شفاء لما في الصدور " ألا بذكر الله تطمئن القلوب". صدق الله العظيم.
- استرخاء الجسم بتمارين " جاكوبسون": يبني أسلوبه على أساس، أن هرموني، الأدرينالين والنورأدرينالين. فقد تمت دراسة هذه الهرمونات، في حالة مقارنة، ومتضادة، كحالات الكسل والجهد العضلي، وقلة النشاط الجسمي، وحالات الإثارة الحسية. وقد أفادت هذه الدراسات، بوجود فروق، في مقادير الهرمونات، مثل إفراز هرمون الأدرينالين، يبلغ ثلاث أضعاف، في حالة التوتر ما يبلغه في حالات الاسترخاء.

كما يمكن ملاحظة، الفرق بين الاسترخاء والتوتر، من خلال جهاز لرصد حركة النبض السماعي، وجهاز لرصد حركة تخطيط الدماغ EEG.

• الاسترخاء التأملي:

معظم حالات التأمل، يصاحبها، أو ينجم عنها، حالة من الاسترخاء. ويمكن وصف هذه الحالة، بأنها أشبه ما تكون، بحالة الراحة الفيزيولوجية للجسم. وفيها يكون الجسم في حالة راحة عميقة، مع هبوط في فعالية الجهاز العاطفي، وانخفاض في مستوى الانفعالات، الحسية والعاطفية وفي التوتر العضلي، وغيرها، من التغيرات الفيزيولوجية، الظاهرة أو الداخلية في الجسم، بما في ذلك الدورة الدموية، والتنفس، والجهاز الهرموني، والحركة الدماغية.

• الاسترخاء بالتأمل التجاوبي:

تستند هذه الطريقة، إلى الطريقة اليوغية، وتتلخص فيما يلي:

أن يجلس الفرد وهو مستلق على ظهره، وعيناه مغمضتان، وأثناء ذلك، يركز على ترديد صامت الكلمة معينة.

• تمارين المفعول الإرتجاعي البيولوجي Bio feedback:

هذه الطريقة مبنية على الأساس التجريبي التاليك

يجلس الفرد في غرفة مظلمة، في الوقت الذي يجري فيه تسجيل، لحركاته الدماغية، وعندما يدق الجرس، يطلب إلى الفرد، أن يبين فيما إذا كانت حركته الدماغية " α " "الفا" (وهي الحركة الدماغية المسيطرة أثناء راحته الفيزيولوجية)، ويخبر إذا كان تقديره صحيحاً أو خاطئاً، وبصورة تدريجية يصبح الفرد قادراً على الربط بين شعوره الداخلي، وبين الحركة الكهربائية لدماغه. وفي النهاية يصبح قادراً، على أن يزيد أو يقلل، من انبعاث حركة " α " الدماغية، والاسترخاء لوحده.

إن القلق يحدث التوتر العضلي، وعملية الاسترخاء وتتم في عدة جلسات، يقوم الفرد في كل جلسة منها، بتمارين الاسترخاء، لمجموعة من العضلات، بتسلسل منتظم في جلسة واحدة. وتبدأ هذه التمارين، بإرخاء عضلات الذراعين، وفي الجلسة الثانية، إرخاء عضلات الرأس والوجه والجبين، ثم الرقبة والفم والأنف على التوالي، ومنه إلى الأطراف السفلى.

يقوم المفحوص، بتكرار هذه التمارين في البيت، وبالممارسة، ينخفض مستوى القلق لديه، كما أنها تزيد من تقبله، وتعلمه، لأساليب علاجية أخرى.

• الاسترخاء العضلي عن طريق التطبع الصوتي :

هذا الأسلوب الاسترخائي، يستخدم جهازا صوتيا، مترونوم « **Métronome** » الذي ينبض ستون نبضة صوتية، في الدقيقة، وتجري تمارين الاسترخاء، بالتوافق مع نبض الجهاز . هذا التوافق، يؤدي في النهاية، إلى إقامة حالة التطبع الشرطي، هذا الأسلوب التقني، لإحداث الاسترخاء، يمكن المفحوص من استعماله في البيت، أو العمل عند الضرورة. كما يمكن تسجيل نبض الجهاز على جهاز K7 لنفس الغرض. (العيسوي، 1997، صفحة 155)

جهاز المترونوم ————— نبضات صوتية + تمارين الاسترخاء

↓
حدوث تطبع إشرطي = نبضات صوتية فقط ————— حدوث استرخاء.

7- إجراءات العلاج بالاسترخاء :

(أ) الظروف الفيزيائية : ويجب فيها: (العيسوي، 1997، صفحة 154)

- عدم وجود مؤثرات خارجية، تعيق استرسال الاسترخاء.
- أن تكون الغرفة هادئة، ساكنة، تبعث على الراحة والهدوء، وحذا لو تتوفر فيها صور ومناظر جميلة، كشاطئ البحر، منظر الغروب، تلال، أزهار، حدائق ... الخ.
- موسيقى هادئة، تساعد على الاسترخاء والذهاب معها، في تخيل مناظر جميلة.
- توفر كرسي أو سرير مريح، يتم فيه الاسترخاء، حيث يجب ألا تكون به أجزاء نافرة أو ضاغطة للجسم.

(ب) المعالج: ومن أهم شروطه:

- تتوفر فيه شروط المعالج النفسي، من هدوء، وصوت رخيم، وأسلوب جميل، يساعد على التأثير في أفكار المسترخي.
- إعطاء فكرة مسبقة للمفحوص، حول طبيعة الاسترخاء وأهدافه.

(ج) المفحوص: ومن أهم الشروط الواجب توفرها فيه:

- الرغبة في الاسترخاء، ومحاولة مساعدة المعالج، على إنجاح تطبيق الاسترخاء، وبالتالي الوصول إلى نتائج إيجابية، في خفض التوتر.
- توفر درجة من التركيز النفسي الداخلي.
- سليم من الأمراض العقلية.
- الهدوء الجسمي والامتناع عن الحرك.

8- مجالات استخدام العلاج بالاسترخاء :

إن تدريبات الاسترخاء، قاسم مشترك، في معظم العلاجات السلوكية، بل وغير السلوكية ويستخدم مع المرضى، والأسوياء، على حد سواء. ولأنه يرتبط بالتوتر، لا يستغني عنه مريض أو سوي. بمعنى لا حصر لمجالات استخدام الاسترخاء.

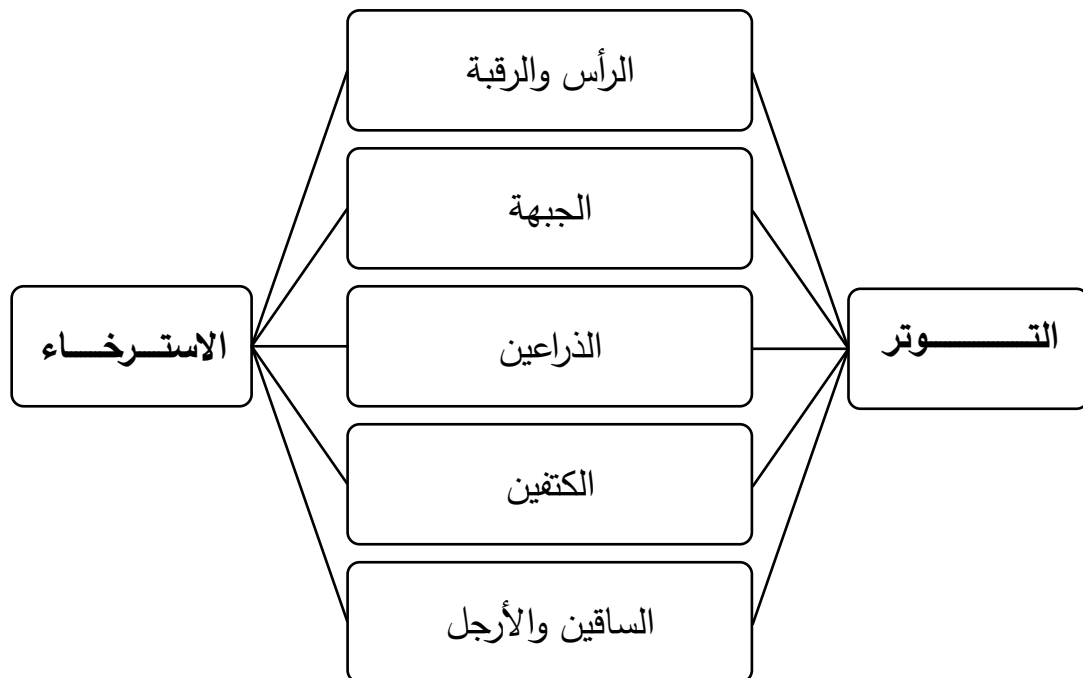
ثمة عوامل عديدة، تحدث التوتر، وبالتالي تعطل الاسترخاء الطبيعي وتؤجله. ولأنه في حد ذاته، طاقة سالبة مكتومة، لابد لها أن تخرج. فبدلاً عن الاستخدام الخاطئ، للطاقة الحيوية، الذي يحتوي على كثير من أسباب ومظاهر التوتر. ممارسة الاسترخاء، تظهر الطاقة الإيجابية، وتخفّضه.

التوتر الجسمي، ينشأ غالباً من التوتر الذهني، لأن الجسم، ما عليه إلا أن يستجيب لأوامر الدماغ، فإن كانت الأوامر سالبة، فالاستجابة الجسمية، تكون توتر، ويتطلب استرخاء ذهني.

التوتر مثل الصدأ، لابد له أن يزال بسرعة، وباستمرار، لأن المشكلة الحقيقية، التي يعاني منها أغلبية المرضى، والمضطربين نفسياً، أو جسدياً، هي عدم الصيانة النفسية، التي دائماً نؤجلها إلى حين حدوث الاضطراب، العادات السيئة في: العمل، الجلوس، النوم، التنظيم، الأفكار الحصرية، والتحميل الزائد على الأعصاب والعضلات، الأرق. . الخ. وعليه الاسترخاء مطلب يومي في الحياة المعاصرة.

يمكن التركيز، على المناطق التالية، سواء في عملية التدريب، على الاسترخاء، أو في التأكد من مدى نجاحه، باعتبار هذه المناطق بؤر التوتر.

الشكل رقم (08): مخطط يوضح المناطق المستهدفة من التوتر والتي يجب التركيز عليها أثناء الاسترخاء



قائمة المراجع:

أولاً- المراجع باللغة العربية:

1. أحلام مهدي عبد الله. (2013). اليقظة الذهنية لدى طلبة الجامعة. مجلة الأستاذ، 2(205).
2. أسماء طه النوري. (بلا تاريخ). أثر أبعاد اليقظة الذهنية في الإبداع التنظيمي. مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، 18(68).
3. إسمهان يونس. (2015). اليقظة العقلية وعلاقتها بأساليب التعلم لدى طلبة المرحلة الإعدادية. جامعة واسط.
4. أشرف محمد محمد عطية. (2011). فعالية العلاج بالقبول والالتزام في تخفيف حدة الإكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بالأوتيزم. مجلة دراسات عربية، 10(3)، 429 - 484.
5. العبري حمود باتل. (2004). مذكرة الحرية النفسية. <http://www.helford2000.co.uk/arabic>.
6. ألفت حسين كحلة. (2009). العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي لمرضى الاكتئاب. القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
7. أماني الهاشم. (2017). درجة توافر اليقظة الذهنية لدى مديري المدارس الثانوية الحكومية وعلاقتها بدرجة ممارسة سلوك المواطنة التنظيمية للمعلمين من وجهة نظرهم. الأردن: رسالة ماجستير، جامعة الشرق الأوسط.
8. تامر صمويل. (2019). تقنية الحرية النفسية بين العقلانية والتحليلية. مكتبة أنجلو المصرية.
9. حامد زهران. (2005). علم نفس النمو الطفولة والمراهقة. القاهرة: عالم الكتب، ط6.
10. حسام عماد كاظم جواد الزاملي. (2018). اليقظة العقلية لدى طلبة الجامعة. كلية التربية جامعة القادسية.
11. خلود رحيم، و سهام كاظم. (2016). علاقة اليقظة العقلية بصراع الأدوار لدى الطالبات المتزوجات في كلية التربية للبنات. مؤتمر العلمي التخصصي 21 لكلية التربية الجامعة المستنصرية.
12. رانية موفق الطوطو. (2018). اليقظة العقلية وعلاقتها بالتفكير التأملي لدى طلبة جامعة دمشق. مجلة جامعة البعث، 40(4).
13. سامي محسن الختاتنة. (2019). فاعلية برنامج للتدريب على اليقظة العقلية في خفض الضغط النفسي وتحسين نمط الحياة لدى طلبة جامعة حكومية في الأردن. دراسات العلوم التربوية، الملحق 1، 46.

14. سعد أنور بطرس السندي. (2010). اليقظة العقلية وعلاقتها بالنزعة الاستهلاكية لدى موظفي الدولة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة بغداد، كلية الآداب.
15. سلوى فؤاد المري. (بلا تاريخ). اليقظة العقلية لدى الطالبات الممارسات وغير الممارسات للأنشطة الرياضية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي. المملكة العربية السعودية: كلية التربية، جامعة حفر الباطن.
16. شادية ابراهيم عزيز، داخل سندس قاسم، و دعاء علاوي كريم. (2017). اليقظة الذهنية لدى طلبة الجامعة. كلية التربية، جامعة القادسية.
17. عبد الرحمان العيسوي. (1997). العلاج النفسي. لبنان: دار الرتب الجامعية.
18. عبد الستار ابراهيم. (1994). العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث. القاهرة: دار الفجر للطباعة والنشر والتوزيع.
19. عبد الستار إبراهيم. (1994). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
20. علي حسين مظلوم المعموري، و محمد علي هادي عبد سلام. (2018). اليقظة العقلية لدى طلبة الجامعة. مجلة العلوم الإنسانية، 25(3).
21. علي رزاق العابدي، و آخرون. (2018). تأثير اليقظة الذهنية التنظيمية في الأداء الريادي. مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والادارية، 15(01).
22. علي محمد الشلوي. (2018). اليقظة العقلية وعلاقتها بالكفاءة الذاتية لدى عينة من طلاب كلية التربية بالدوامي. مجلة البحث العلمي في التربية(19).
23. فاروق السيد عثمان. (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية. القاهرة: دار الفكر العربي، ط1.
24. فاطمة عباس مطلق. (2019). تأثير اليقظة العقلية في التفكير الايجابي لدى طلبة الجامعة. Route Social Science Journal & Educational، 6(8).
25. لويس كامل مليكة. (1990). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.
26. محمد أحمد النابلسي. (1991). مبادئ العلاج النفسي ومدارسه. بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
27. محمد حمدي الحجار. (1990). فن العلاج في الطب النفسي السلوكي. بيروت: دار العلم للملايين، ط1.
28. محمود ضحي بنت. (2007). الطب البديل. فهرست مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء.

29. مرام رسمي عودة مخامرة. (2018). اليقظة الذهنية وعلاقتها بالإبداع التنظيمي لدى موظفي مديريات التربية والتعليم العالي في محافظتي الخليل وبيت لحم. (29).
30. مها صدام عبد، و زينب حياوي بديوي. (2018). اليقظة العقلية لدى طلبة الجامعة. مجلة أبحاث البصرة للعلوم الانسانية، 43(1).
31. نجبية بكيري. (2012). أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكريين المراهقين. دكتوراه في علم النفس العيادي جامعة باتنة.
32. هالة خير سناري إسماعيل. (2017). المرونة النفسية وعلاقتها باليقظة العقلية لدى طلاب كلية التربية - دراسة تنبؤية. مجلة الإرشاد النفسية(50).
33. هبة مجيد عيسى. (2018). اليقظة العقلية وعلاقتها بالتفكير ما وراء المعرفي والحاجة إلى المعرفة لدى طلبة كلية التربية للعلوم الإنسانية والصرفة - بناء وتطبيق. مجلة أبحاث البصرة للعلوم الإنسانية، 43(3).
34. سعدوني غديرة، 2012 مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، عين مليلة، الجزائر.
35. فيصل محمد خير الزراد 2005. العلاج النفسي السلوكي، دار العمم لمالين، بيروت، لبنان.
36. التميمي، ناطق فحل الكيسي، على ناصر . (2017) . إختبار فعالية منهج ابطال التحسس و إعادة المعالجة بحركات العين، مجلة البحوث التربوية و النفسية (48)
37. شعبان، مرسلينا، (2016) . حركة العينين و المتابعة و إعادة المعالجة في الإضطرابات التالية للصدمة مجلة بصائر النفسية . سوريا (13)
38. وليد خالد عبد الحميد، إبطال التحسس وإعادة العلاج بحركات العينين، المجلة الإلكترونية لشبكة العلوم النفسية، المجلد 8، العدد 31، 2011.
39. كيلستورم ج، ف . التنويم الإيحائي واللاوعي النفسي. التقييم والعلاج: مقالات متخصصة من موسوعة الصحة العقلية.
40. سان ديبغو، كاليفورنيا: أكاديمي بريس؛ 2001.
41. ككريش إ، التنويم الإيحائي لتعزيز السلوكي المعرفي لتخفيف الوزن: إعادة تحليل أخرى. مجلة الاستشارات وعلم النفس الإكلينيكي. 1996؛ 64: 517-519.

43. لاندولت أ س، ميلين ل س، فعالية التنويم الإيحائي كمدخل لألم المخاض والولادة: مراجعة منهجية شاملة. مراجعة علم النفس الإكلينيكي. عام 2011؛ 31 (6): 1022-1031.
44. لين س. و ناش م، ر . الحقيقة في الذاكرة: تداعيات العلاج النفسي والتنويم الإيحائي. المجلة الأمريكية للتنويم الإيحائي السريري. 1994؛ 36: 194-208.

ثانياً - المراجع باللغة الفرنسية:

45. Aroz, D.L (1981) Negative self. Hypnosis. Journal of contemporary psychotherapy 12. 45-52.
46. Aroz, D.L (1982) Hypnosis and Sex Therapy. New York: Brunner/ Mazel.
47. Beck, A.T (1976) Cognitive therapy and the emotional disorders, New York, International University press.
48. Erickson, M.H. and Rossi, H.L. (1979) Hypnotherapy. New York Irving.
49. Ellis, A.L. (1962) Reason and Emotion in psychotherapy. New York Lyle Stuart
50. Golden, W, et al (1987) Hypnotherapy, a modern approach. Pergamon Press.
51. B. Luban- Plozza and W. Polinger Psychosomatic disorders in general practice (1984), Roche scientific service, Basle, Switzerland.
52. Robert J. Catchel and Edward B. Blanchard, Research and clinical application of psychophysiological disorders. American psychological association. Arseneau, J. (1983). *Psychothérapie attention*.
53. Bloch, H., & chermama, R. (1991). *grand dictionnaire de la psychologie*. Paris France: Larousse.
54. Broten, L. (2013). A Brief Acceptance and Commitment Therapy Protocol for Depression in an Inpatient Setting: An Effectiveness Study. *Dissertations*, <http://scholarworks.wmich.edu/dissertations/189>.
55. Brown, K., & Ryan, R. (2003). the benefits of being present: mindfulness and its role in psychological, well - being. *journal personality and social psychology*.
56. Church, D. (2010). The EFT Mini-Manual (Emotional Freedom Techniques). https://s3.amazonaws.com/eft-books/eft-mini-manual/EFT_Mini-Manual.pdf.
57. Craig, G. (2004). The EFT Manual. <http://www.emofree.com>.

58. Derbyshire, c. H. (2012). Emotional Freedom Technique (E.F.T).
http://www.dchs.nhs.uk/assets/public/dchs/services_we_provide/service-directory/our-services/health-psychology/Energy%20Therapies/Emotional%20Freedom%20Technique%20-%20short%20form.pdf.
59. Edwards, T. (1999). The Use of EFT and Homeopathy in Combination.
<http://www.meridian-therapy.org/images/resources/8-EFT%20&%20Hom%20Book.pdf>.
60. Eifert, G. H., Mckay, M., & Forsyth, J. (2006). *ACT on life not on anger: the new Acceptance & Commitment Therapy : Guide to Problem Anger*. New Harbinger Publications: USA.
61. Ekman, P. (2003). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48(4), 384.
62. Ekman, P. E., & Davidson, R. J. (1994). *nature of emotion: Fundamental questions*. Oxford University Press.
63. Ekman, P., Friesen, W. V., O'Sullivan, M., Chan, A., Diacoyanni-Tarlatzis, I., Heider, K., & Tzavaras, A. (1987). Universals and cultural differences in the judgments of facial expressions of emotion. *journal of personality and social psychology*, 53(4), 712.
64. Foster, G. E., & Sheel, A. W. (2005). the human diving response, its function, and its control. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 3(12), 3-12.
65. Hafter, B., Barbee, J. .., Miller, C., & Shaner, L. (2017). The Aamet Free EFT Manual. https://www.changeahead.biz/wp-content/uploads/2016/02/AAMET_Free_EFT_Manual.pdf.
66. Hafter, B., Barbee, J., Miller, C., & Shaner, L. (2011). The EFT free Manual a Comprehensive Guide to Using EFT (Emotional Freedom Techniques).
http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/pubLook,cations/eftfree_manual.pdf.
67. Harris, R. (2009). *Passez à l'ACT : Pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement*. Belgique: Boeck.
68. Hartmann, S. (2013). Positive EFT. <http://the-eye.eu/public/concen.org/Ex-Illuminati%20Jay%20Parker%20Free%20Your%20Mind%201-4%20Conference%20%282011-2016%29/ebooks%201/Positive%20EFT%20-%20Silvia%20Hartmann.pdf>.

69. Hayes, S., & Smith, S. (2005). *Penser moins pour être heureux : Ici et maintenant, accepter son passé, ses peurs et sa tristesse*. Paris-France: Eyrolles.
70. Jay, O., Christensen, J. P., & White, M. D. (2007). Human face-only immersion in cold water reduces maximal apnoeic times and stimulates ventilation. *Experimental Physiology*, 92(1), 197-206.
71. Kjell, & Forsberg, A. (2010). Introduction till Emotional Freedom Techniques. <https://www.pdfdrive.com/emotional-freedom-techniques-d61084753.html>.
72. Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*(377), 74-84.
73. Linehan, M. M. (2005). Track 7: Long progressive muscle relaxation. Putting your worries on a shelf (compact disc recording). Seattle: Behavioral Tech. LLC.
74. Linehan, M. M., & Egan, K. J. (1979). *Assertion training for women*. In A.S.Bellack & M. Hersen (Eds.), *Research and practice in social skills training*. New York: Plenum Press.
75. Look, C. (2010). Emotional Freedom Techniques (EFT). www.attractingabundance.com.
76. Molin, L. (2015). A User Guide to: Using the SUDS Scale to Measure the Intensity of Feelings. https://www.inneractions.com.au/downloads/useful_tools/SUDS_Scale-Intensity_of_Feelings_Measure.pdf.
77. Ortner, N. (2014). The Tapping Solution: A Revolutionary System for Stress-Free Living. <http://www.thetappingsolution.com/TappingSolutionEbook.pdf>.
78. Ray, J. L., Baker, L. T., & Plowman, D. A. (2011). Organizational Mindfulness in Business Schools. *Academy of Management Learning & Education*, 10(2).
79. Robertson, C., & n.d. (s.d.). Scales for measuring subjective experiences and emotional responses. https://www.havening.org/media/articles/04c490_42c325da785c49e5ba972866d7058c8a.pdf.
80. Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire psychologie*.
81. Sinclair, M., & Beadman, M. (2016). *The little ACT Workbook : An introduction to Acceptance and Commitment Therapy*. Malta: Crimson, Gutenberg Press.
82. Staats, A. W. (1975). *Social behaviorism*. IL: Dorsey Press.

83. Staats, A. W., & Staats, C. K. (1963). *Complex human behavior*. New York: Holt, Rinehart & Win.
84. Strosahl, K., Robinson, P., & Gustavsson, T. (2012). *Brief Interventions for Radical Change : Principles and Practice of Focused Acceptance & Commitment Therapy*. New Harbinger Publications, Inc.
85. Suls, A., Ed, M. .., Rdn, Ldn., & Elia, D. (2015). Mind Body Happy Hour Emotional Freedom Technique (EFT) or “Tapping. <https://integrativerd.org/wp-content/uploads/2014/08/EFT-Handout-FNCE-2015.pdf>.
86. Thomas, G. p. (2005). *Comtemporary Clinical psychology*. Second Edition.
87. Tooby, J., & Cosmides, L. (1990). The past explains the present : Emotional adaptations and the structure of ancestral environments. *Ethology and sociobiology*, 11(4), 375-424.
88. Trugeon, L., & Parent, S. (2012). *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents, Tome1 : Troubles Intériorisé*. Canada: Presses de l’Université du Québec.
89. Williams, D. (2015). Re-Parent Your Inner Child Using EFT. <https://gumroad.com/read>.