



فعالية التدريب المعرفي السلوكي في التخفيف من معاناة الفرد
The effectiveness of cognitive-behavioral training in
alleviating the suffering of the individual

إعداد

فهد بن احمد علي الشمrani
Fahd Ahmed Ali Al-Shamrani

Doi: 10.21608/ajahs.2023.278600

٢٠٢٢ / ١٢ / ٥ استلام البحث
٢٠٢٢ / ١٢ / ١٥ قبول البحث

الشمrani ، فهد بن احمد علي (٢٠٢٣). فعالية التدريب المعرفي السلوكي في التخفيف من معاناة الفرد. *المجلة العربية للآداب والدراسات الإنسانية*، المؤسسة العربية للتربية والعلوم والآداب، مصر، ٧(٢٥) يناير، ٣٠١ – ٣٢٠.

<http://ajahs.journals.ekb.eg>

فعالية التدريب المعرفي السلوكي في التخفيف من معاناة الفرد

المستخلص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاج السلوكي المعرفي وأثره على الفرد، والتعرف على أثر برامج التدريب على العلاج السلوكي المعرفي، وكذلك التعرف على معوقات برامج التدريب للعلاج السلوكي المعرفي، استخدام الباحث المنهج الوصفي لمناسبته للبحوث النظرية، من أهم النتائج التي توصلت إليها الباحثة أن العلاج المعرفي السلوكي من أهم التيارات، أن تعديل الجوانب المعرفية الخاطئة يعمل على أن يحل ملها طرف أكثر ملائمة للتفكير وذلك من أجل أحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى الفرد ومن أهم التوصيات: يساهم العلاج السلوكي المعرفي علاج الأمراض العقلية ومنع الانتكاسة في ظهور هذه الأعراض، كما يفيد هذا العلاج في بعض الحالات التي يكون فيها العلاج بالأدوية يساعد المرضى على تخطي إصابتهم بالأمراض الطبية الأخرى، وتعليمهم كيفية السيطرة على أعراض الأمراض المزمنة.

الكلمات المفتاحية: فعالية التدريب، التدريب المعرفي السلوكي، العلاج المعرفي السلوكي، معاناة الفرد.

Abstract:

The study aimed to identify cognitive behavioral therapy and its impact on the individual, and to identify the impact of training programs on cognitive behavioral therapy, as well as to identify the obstacles to training programs for cognitive behavioral therapy. Behavioral is one of the most important trends, that modifying the wrong cognitive aspects works to be solved by a more appropriate party for thinking in order to bring about cognitive, behavioral and emotional changes in the individual Among the most important recommendations: Cognitive behavioral therapy enacts them to treat mental illnesses and prevent relapse in the emergence of these symptoms, and this treatment is also useful in some cases where drug treatment helps patients overcome their infection with other medical diseases, and teach them how to control the symptoms of chronic diseases.

Keywords: training effectiveness, cognitive-behavioral training, cognitive-behavioral therapy, individual meaning.

المقدمة:

يشير العلاج المعرفي السلوكي إلى فئة التدخلات العلاجية التي تشترك في مسلمة مؤداها أن الاضطرابات والمشكلات النفسية تستمر لدى الأفراد بسبب عوامل معرفية؛ فالمسلمة الجوهرية لهذا المنحى العلاجي . كما قدمه أرون بيك Beck وألبرت إليس Ellis . تشير إلى أن المعارف غير التكيفية تسهم في استمرار الكدر الانفعالي واستمرار المشكلات السلوكية.

ووفقاً للنموذج المعرفي لبيك (Beck, 1979) ، فإن تلك المعارف تتضمن المعتقدات العامة أو المخططات المعرفية التي يكونها الفرد عن العالم والذات والمستقبل، والأفكار الآلية المحددة التي تظهر في موقف معين. ويقوم النموذج العلاجي على افتراض أن استراتيجيات تغيير تلك الافتراضات المعرفية غير التكيفية يؤدي إلى تغيير الحالة الانفعالية السلبية والمشكلات السلوكية. (De Rubeis, Tang, & Beck, 2001).

وقد أجريت العديد من دراسات المراجعة والتحليل البعدي للبحوث، بهدف الوقوف على مدى كفاءة العلاج المعرفي السلوكي، ومدى انتشار استخدامه في مساعدة الأفراد في التغلب على المشكلات النفسية أو تطوير مهارات مواجهة أفضل لمشكلات الحياة اليومية (٢٠٠٥، ١٩٩٧، ١٩٩٣، ١٩٩١، Beck). وحديثاً نشر موقع مؤسسة بيك للعلاج المعرفي السلوكي تلخيصاً للدراسات التي اهتمت بالمراجعة المنظمة للتراث المنشور عام ٢٠١٤ حول العلاج المعرفي السلوكي، قدمت دليلاً على الانتشار المتزايد للعلاج المعرفي السلوكي للحالات الإكلينيكية المختلفة. وهذا يثبت التماسك الواضح للعلاج المعرفي السلوكي وثباته وكفاءته في خريطة العلاج النفسي الحالية | Beck Institute (CBT: Review of Randomized Trials for Cognitive Behavior Therapy," n.d retrived on: 20 .August 2017)

واعتمدت الكثير من الدراسات على استراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي التي تضمنت كما يرى هالبرن ودونافي (٢٠٠٣، Halpern & Donaphey) تأكيداً قوياً على تأثير الحديث الذاتي self-talk أو اللغة الداخلية language inner كوسيلة ذاتية في توجيه السلوك العلني أو الظاهر (هالاها، كوفمان، ٢٠٠٥، ٤٥٢)، كما أثبتت الإجراءات السلوكية المعرفية فعاليتها في التعامل مع الاضطرابات، وخاصة والاضطرابات الانفعالية الناتجة عن تدني مفهوم الذات (Warren et al، ١٩٨٨)، والمخاوف الاجتماعية (Turner et al 1990, Heimberg et al، 1994)، والقلق الاجتماعي (Glass & Furlong، ١٩٩٠) ولدى مراجعة الباحثة للأدبيات المختصة وجدت أن الدراسات التي هدفت إلى تحسين المهارات الاجتماعية لدى فئات مختلفة باستخدام برامج تدريبية سلوكية معرفية متوفرة، مثل دراسة فاندام و كاريمات (Van Dam-Beggen & Kraaimaat، ٢٠٠٠) ودراسة سبيس وزملاءه

(Spence 2000, Donovan, & Brechman-Tousaint) التي أظهرت فاعلية فنيات العلاج السلوكي المعرفي في تحسين المهارات الاجتماعية وخفض القلق والخوف الاجتماعي، إلا أن الباحث لم يعثر على أية برامج سلوكية معرفية استهدفت تنمية المهارات الاجتماعية لدى الفرد. ومن هنا جاءت فكرة البحث للتعرف أكثر على فعالية التدريب المعرفي السلوكي في التخفيف من معاناة الفرد.

مشكلة البحث:

يلقى العلاج المعرفي السلوكي تقبلاً واضحاً في الثقافة العربية كعلاج للاضطرابات النفسية (إبراهيم، ٢٠٠٤). حيث شغل إعداد وتأهيل الأخصائي النفسي الإكلينيكي ليوأكب المعايير العالمية المعيارية وإعداده ليؤدي دوره المهني بكفاءة باحثي ورواد علم النفس في مصر والعالم العربي، وخاصة عقب استقلال أقسام علم النفس في الجامعات المصرية عن أقسام الفلسفة (درويش، ١٩٨٥). فكان هناك اهتمام بوضع تخطيط ملائم لإعداد الاختصاصي النفسي في مجال علاج الاضطرابات النفسية (عبد الخالق، ١٩٩٠؛ يوسف، ٢٠٠٩) وتقييم وعلاج الاضطرابات النفسية في بيئة العم

أهمية البحث:

اهتمت الدراسات منذ وقت مبكر بتدريب المعالجين النفسيين. وهناك اتفاق عام على أن عملية العلاج النفسي بما فيها من تعقيد لا يمكن تعلمها فقط من خلال المحاضرات أو الدراسة المعتمدة على الذات فقط، وأن عملية الممارسة تحت الإشراف جزء أساسي من عملية التدريب على العلاج، وأن جميع برامج التدريب الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي تتضمن إشرافاً أو تتطلب العمل تحت الإشراف (Pretorius، ٢٠٠٦). فهذه القضية كانت موضع اهتمام الباحثين منذ ما يزيد على عقد من الزمان (إبراهيم، ٢٠٠٥؛ جمعة يوسف، ٢٠٠٩؛ الصبوة، ٢٠١٥)، فأكدوا أهمية التدريب الذي يحصل عليه المعالج، وأهمية وضع معايير علمية وعملية، للتأكد من أن الاختصاصيين الإكلينيكين-خاصة المعالجين الذين يحصلون على التدريب والإشراف الملائم، وتقييم مهاراتهم للتأكد من كفاءتهم المهنية، بناء على طرائق ثابتة الكفاءة. حيث تعرف الكفاءة بأنها درجة تطبيق المعالج للمعرفة العلاجية العامة والخاصة، والمهارات المطلوبة لتقديم تدخلات العلاج المعرفي السلوكي بطريقة منظمة لتتناسب مشكلات الفرد النفسية.

أهداف الدراسة:

- التعرف على العلاج السلوكي المعرفي وأثره على الفرد.
- التعرف على أثر برامج التدريب على العلاج السلوكي المعرفي.
- التعرف على موقوفات برامج التدريب للعلاج السلوكي المعرفي.

مصطلحات الدراسة:

العلاج السلوكي المعرفي:

هو: أحد المناهج العلاجية يعتمد دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك مع الفنيات المعرفية بهدف إحداث التغييرات المطلوبة في سلوك الفرد (Kendall, 1993)

البرامج التدريبية:

هو عبارة عن عملية تتضمن جهوداً منظمة وهادفة ترمي إلى تمكين الفرد من الاستفادة من قدراته الجسمية والعقلية والاجتماعية والاقتصادية والمهنية إلى أقصى درجة ممكنة ويقوم على تخطيطها وتنفيذها فريق متعدد التخصصات . (الخطيب، ١٩٩٨).

الإطار النظري:

التدريب على المهارات الانفعالية والاجتماعية:

يعتبر التدريب على المهارات الانفعالية والاجتماعية أسلوبًا علاجيًا متعدد العناصر حيث تم استخدامه بكثرة في معالجة الانطواء الاجتماعي، والسلوك العدوانى، ووجد أنه فعال جدًا وخصوصًا عندما يتم التدريب ضمن جماعات في المواقف الطبيعية المستمرة، ويمكن تحديد الإطار المفاهيمي الأساسي للمهارات الاجتماعية بما يلي:

١- إن المهارات الاجتماعية تكتسب بواسطة النمذجة، والملاحظة ولعب الدور، والتغذية الراجعة.

٢- تتكون المهارات الاجتماعية من سلوكيات لفظية وغير لفظية محددة.

٣- تزيد المهارات الاجتماعية من التعزيز الاجتماعي إلى الحد الأقصى.

٤- تستلزم المهارات الاجتماعية المبادأة والاستجابات الملائمة.

٥- يمكن معالجة الضعف في الأداء الاجتماعي وتحسينه من خلال التدريب على المهارات الاجتماعية.

إن برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية مختلفة الفعالية، وذلك اعتمادًا على عدة عوامل منها الفروق في العمر والجنس ومواقف التدريب والمعالجين أنفسهم، إضافةً إلى عدد ونوع المهارات المستهدفة، وتبعًا لمدة وتكرار جلسات التدريب وطبيعة الإجراءات المستخدمة.

ولا تتوفر استراتيجية موحدة للتدريب على المهارات الاجتماعية والانفعالية، إلا أن المعالجة الأفضل هي التي تركز على الظروف التي تحافظ على استمرارية حل المشكلة.

التدريب على المهارات الانفعالية والاجتماعية للطلبة ذوي صعوبات التعلم يساعد على تطور الكفاية الاجتماعية لديهم، حتى يصبحوا قادرين على الاتصال مع الآخرين كما أن الطالب يصبح أكثر قدرة على إقامة علاقات مع الغير، ويستطيع أن يتفاهم معهم، كما يفهم ما لديهم من مشاعر وأحاسيس، وبالمثل فهو يصبح قادرًا على

المشاركة الاجتماعية والمبادرة في الحديث والمشاركة فيه، ولديه في الوقت نفسه أسلوب يستميل به الآخرين، كما تساهم هذه البرامج في زيادة الفعالية الاجتماعية للفرد في تطوير مفهوم ذات إيجابي عن نفسه وتزويد من فرص قبول الآخرين وتفاعلهم الإيجابي سواء في المجال التعليمي أو المهني أو المجتمعي بشكل عام. كما يشير جريشام وإليوت إلى أن المهارات الاجتماعية سلوكيات متعلمة، وأن البرامج التدريبية تمكن الفرد من التفاعل بكفاية مع الآخرين وتجنبه السلوكيات غير المقبولة اجتماعياً وتشجعه على المشاركة والمساعدة وطلب العون وتقديم النصائح الاجتماعية.

ويشير منسكوف إلى الحاجة لتطوير مهارات اجتماعية للطلبة ذوي صعوبات التعلم مثل: تعديل وتكييف اللغة لتناسب أفراداً ومواقف اجتماعية، ودرجة الالتزام بالشكليات والرسميات في مواقف مختلفة، ومعرفة متى يسمع ومتى يتكلم، وفهم تلميحات الوجه والجسم، وعدم الوقوف بدرجة قريبة من الآخرين والحملقة بهم وتلمسهم بشكل زائد، وفهم دلالة طبيعة الصوت من حيث شدته أو انخفاضه أو سرعته، ومعرفة أعراض عدم الصبر والغضب، والقدرة على التحمل وغير ذلك من الانفعالات. ويشير فون إلى أن ضعف المهارات الانفعالية والاجتماعية للطلبة ذوي صعوبات التعلم في غرفة الصف يؤدي إلى تعرضهم لتجاهل ورفض زملائهم العاديين لهم، كما يظهرون بشكل واضح مهارات اجتماعية غير ملائمة في المواقف التي يتفاعلون فيها مع الآخرين.

ثالثاً: جوانب العجز في المهارات الاجتماعية:

يرى جريشام أنه يمكن تقسيم المهارات الاجتماعية إلى أربعة أقسام هي:
أ. عجز في أداء المهمة الاجتماعية: فقد يوجد لدى بعض الأفراد مخزون جيد من المهارات الاجتماعية، لكنهم لا يستطيعون ممارستها بالمستوى المطلوب، وقد يعود السبب في ذلك إلى نقص الحافز لدى الفرد المعاق، أو لعدم وجود الفرصة الكافية لأداء السلوك بالمستوى المطلوب.

ب. عجز في المهارات الاجتماعية: حيث إن بعض الأطفال يعانون من عجز في المهارات الاجتماعية، فظروفهم الخاصة وقدراتهم لم تمكنهم من اكتساب تلك المهارات، إذ إن تلك المهارات يتم اكتسابها من خلال أنواع التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي مع الآخرين.

ت. عجز في الضبط الذاتي المرتبط بالمهارة الاجتماعية: إن بعض الأطفال لا توجد لديهم مهارات اجتماعية معينة تتناسب مع مواقف معينة، إذ إن الاستجابة الانفعالية تمنعهم من اكتساب المهارات الملائمة لموقف معين، كالقلق، والخوف. فقد يواجه الطفل صعوبة في التفاعل الاجتماعي مع أقرانه نتيجة مروره في حالة القلق، والتي تؤدي إلى القصور في ضبط الذات، مما يقوده إلى قصور آخر في أدائه للمهارات الاجتماعية، وليس بالضرورة أن يؤديها بطرق مناسبة، نتيجة للاستجابة الانفعالية

الصادرة عن الفرد، ومشكلات الضبط الذاتي، وهذا يشير إلى أنّ الطفل يتعلّم المهارة الاجتماعية لكنه لا يظهرها بطريقة ملائمة، وقد يعود السبب أيضًا في ذلك إلى الخوف والقلق، أو في توقعات الطفل حول ردّة فعل الآخرين السلبية تجاه ما يصدر عنه من سلوكيات.

ثالثًا: العلاج السلوكي المعرفي:

مفهوم العلاج السلوكي المعرفي:

تعتبر نظرية العلاج السلوكي المعرفي نتاج تداخل ثلاث مدارس هي العلاج السلوكي، والعلاج المعرفي، وعلم النفس الاجتماعي المعرفي، وترتكز على إطار نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا Bandura حيث يرى أن عملية التعلم تتم من خلال إدراك الناس لمواقف حياتهم ومن خلال تصرفاتهم التي تنتج عن الأحوال البيئية التي تؤثر على سلوكهم بطريقة تبادلية، والسلوكيات التي يتم التركيز عليها تعرف بالسلوكيات المستهدفة وتبدأ بوقائع السلوك التي تسبق المشكلة والأحداث التي تليها تسمى النتائج، ويكون استخدام النتائج الإيجابية لتغيير السلوكيات المرضية من خلال أهمية نظرية التعلم الاجتماعي والخبرات التي تنتج عن السلوك يمكن أن تعمل على تحديد ما يفكر فيه الفرد وما يمكن أن يفعله والذي بدوره يؤثر على السلوك التالي وفي نظرية التعلم الاجتماعي يمكن من خلال الأفكار والمشاعر توضيح السلوك.

(Cooper & Lesser, 2005. 151)

فمعظم عمليات التعلم البشري كما أشار كيندال Kendall تتم عم طريق المعرفة، وأن المعرفة والسلوك متداخلان، والاتجاهات والتوقعات نشاطات معرفية أخرى هي الأساس الذي يقوم عليه السلوك من خلالها يتم فهمه والتنبؤ به. (Kuper & Kuper, 1996, 67) ويرى أن العلاج السلوكي المعرفي هو محاولة لدمج فنيات العلاج السلوكي التي ثبت أنها ناجحة في تعديل السلوك مع الجوانب المعرفية لدى الفرد وذلك بهدف إحداث تغيير في سلوكه، وهو يهتم بالجانب الوجداني والسياق الاجتماعي للفرد، وذلك من خلال استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية وانفعالية واجتماعية وبيئية لإحداث التغيير المطلوب. (المحارب، ٢٠٠٠، ٢٩)

ويرى بيك (Beck, 1976) أن العلاج السلوكي المعرفي يشمل في صورته الواسعة كل الطرائق التي من شأنها أن تخفف الضيق النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة، ولا يعني التركيز على التفكير إهمال أهمية الاستجابات الانفعالية التي تعد المصدر المباشر للضيق بصفة عامة، إنما يعني ببساطة أننا نقارب انفعالات الشخص من خلال معرفته أو عن طريق تفكيره، وبتصحيح الاعتقادات الخاطئة يمكن إخماد الاستجابات الانفعالية الزائدة وغير المناسبة أو تغييرها. (السقا، ٢٠٠٥، ٦٣)

أما آلان وكازدين (Alane & Kazedin) فيرى أن العلاج السلوكي المعرفي مدخل علاجي يتم من خلاله تعديل العديد من المشكلات الإكلينيكية، مثل القلق

والاكتئاب والعدوان وغيرها من الاضطرابات، ويستخدم في تعديل سلوك كل الأشخاص سواء الأطفال أو المراهقين أو الكبار، وفي أماكن مختلفة في المنزل وفي المدرسة والعمل، ويعمل العلاج السلوكي المعرفي بعدة طرق واضحة هي (التدخل المعرفي، لعب الدور، التعزيز الإيجابي) (هندية، ٢٠٠٥، ٣٨).

ويمكن تعريف العلاج السلوكي المعرفي بأنه منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثيرات في عمليات التفكير لدى العميل. (مليكه، ١٩٩٠، ١٦) ويعرفه ريتشارد (Richard, 1997; as cited in Edwards et al., 1997, p. 54) بأنه: مجموعة من الإجراءات العلاجية التي تجسد تصورات عن التغيير وتضع أهمية أساسية على العملية المعرفية، وتهدف بصورة إجرائية إلى بعض الممارسات العلاجية لتبديل المظاهر المعرفية.

كما ويمكن تعرف العلاج السلوكي المعرفي بأنه مدرسة للعلاج هدفها تصحيح الأخطاء المعرفية للعملاء بالنسبة لعالمهم ولأنفسهم، بالإضافة إلى محاولة تعديل السلوك، ويسعى المعالج السلوكي المعرفي إلى تغيير التعلم للفرد في التفكير (Grosser & Spaffor, 1995, 30).

أهداف العلاج السلوكي المعرفي:

يلخص (بيك، ١٩٧٩؛ فريمان، ١٩٩٤؛ بيلاك، ١٩٨٥؛ ميكانيوم، ١٩٧٧؛ باترسون، ١٩٩٠؛ نقلاً عن السقا، ٢٠٠٥، ص ٦٨) أهداف العلاج السلوكي المعرفي بالنقاط التالية:

١. تعليم المتعالج كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه.
 ٢. مساعدة المتعالج على أن يكون واعياً بما يفكر فيه.
 ٣. مساعدة المتعالج على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.
 ٤. تعديل الأفكار التلقائية والمعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب.
 ٥. تعليم المتعالجين كيفية تقييم أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة.
 ٦. تعليم المتعالجين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة وتشويهات معرفية.
 ٧. تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات.
 ٨. تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات، ومن ثم تعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة في التفكير باستخدام الحوار الداخلي.
 ٩. تدريب المتعالجين على استراتيجيات وفتيات سلوكية ومعرفية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية أو عند مواجهة ضغوط طارئة.
- مبادئ ومسلمات العلاج السلوكي المعرفي:**
يقوم العلاج السلوكي المعرفي على مجموعة من المبادئ والمسلمات منها:

١. المصادر الأساسية للأداء هي الأبنية المعرفية التي تقوم بتشكيل المعاني، والتي تسمى المخطوطات المعرفية، ويقصد بالمعاني تقدير الشخص لسياق معين وعلاقة هذا السياق بالذات.
٢. هناك تأثير متبادل بين المنظومات المعرفية والمنظومات الأخرى.
٣. لدى الناس استعداد لتكوين أخطاء معرفية محددة (التشويه المعرفي) وتسمى هذه الاستعدادات لهذه الأخطاء الهشاشة المعرفية.
٤. يتطلب العلاج السلوكي المعرفي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمتعالج تجعل المتعالج يثق بالمعالج، ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف مع المتعالج والاهتمام به وكذلك الاحترام الصادق له وحسن الاستماع.
٥. يشدد العلاج السلوكي المعرفي على أهمية التعاون والمشاركة النشطة والعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل الجلسات وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المتعالج بين الجلسات.
٦. يركز العلاج على الحاضر، وفي بعض الحالات يتم الرجوع إلى الماضي في حالة رغبة المتعالج الشديدة، وخاصة عندما يشعر المعالج أن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المتعالج.
٧. العلاج السلوكي المعرفي علاج تعليمي يهدف إلى جعل المريض معالجاً لنفسه، كما يهتم كثيراً بتزويد المريض بالمهام اللازمة لمنع عودة المشاكل والاضطرابات بعد التحسن. (المحارب، ٢٠٠٠، ٣٤)
٨. العلاج السلوكي المعرفي علاج قصير المدى ولا يستغرق فترة علاجية طويلة، فهو يتطلب ما بين خمسة عشرة وعشرون جلسة في الحالات المتوسطة الاضطراب إلى الشديدة منها على جلستين أسبوعياً على الأقل لمدة أربعة إلى خمسة أسابيع ثم مرة أسبوعياً لمدة عشرة إلى خمسة عشر أسبوعاً، للمحافظة على النتائج التي تحققت والاستمرار في دعم وتقوية (Dattilio & Freeman, 2000, 8).
٩. المشاركة العلاجية: يرى بيك ١٩٧٦ أنه من المفيد اعتبار العلاقة بين المعالج والمتعالج جهداً مشتركاً، فليست مهمة المعالج أن يحاول إصلاح المتعالج، بل أن يتحالف معه ضد مشكلته. كما أن تركيز الاهتمام على مشكلات المتعالج لا على عيوبه الشخصية المفترضة أو عاداته السيئة يساعده على أن يتقنص مصاعبه بموضوعية أكثر، ويذهب عنه مشاعر الخجل والدونية (Beck, 1976, 221).
- ويساعد مفهوم التشارك المعالج على أن يحصل على تغذية راجعة قيمة عن كفاءة التقنيات العلاجية وعلى مزيد من المعلومات المفضلة عن تفكير المتعالج ومشاعره وسلوكه (Freeman & Lurie, 1994, 13).
١٠. بناء الثقة: إن تنفيذ التعاون بين المعالج والمتعالج يستدعي أن يتصف المعالج بخصائص كالقبول والدفء والتفهم، وأن يتجنب الطرق التسلطية أو إصدار

الأحكام على المتعالج، وأن يتأخذ المعالج موقفًا محايدًا ليشجع المتعالج على أن يعبر عن أفكاره المشوهة ليبدأ بفحصها ومحاولة تعديلها (Beck, 1976, 222).

١١. تعلم كيف تتعلم: ليس من الضروري أن يساعد المعالج المتعالج على أن يحل كل مشكلة تزعجه، ولا من الضروري أن يتوقع المعالج كل المشكلات التي يمكن أن تحدث بعد انتهاء العلاج ويحاول أن يحلها مقدمًا، لأنه بالمشاركة العلاجية يساعد المتعالج على استنباط طرائق جديدة ليتعلم من خبراته وسائل جديدة لحل مشكلاته، بمعنى أن المتعالج يتعلم كيف يتعلم (Beck, 1976, 299).

مراحل العلاج السلوكي المعرفي:

المرحلة الأولى: مساعدة المتعالج على أن يحدد مشاكله وأن يصبح واعياً ليكتشف تفكيره ومشاكله الحاضرة، ولكي يغير السلوك اللاواقفي يجب على العميل أولاً ملاحظة حدوثه، وبعد ذلك يقطعه، وأن يصبح العميل واعياً بالبيانات وثيقة الصلة بالموضوع والتي كانت قبل مهملّة أو متجاهلة، وأنواع التفكير والمشاعر التي تسبق وت صاحب المشكلة.

المرحلة الثانية: مساعدة المتعالج أن يطور أنماط السلوك والتفكير التكيفي المتعارض، ويتعلم أن ينجز أنماط سلوكية جديدة مركبة.

المرحلة الثالثة: المساعدة على استمرار التغيير السلوكي والتعميم وتجنب الانتكاس. وهذه المراحل متداخلة (صلاح العراقي، ١٩٩١، ٩٠-٩٢).

فالنموذج السلوكي المعرفي يهتم بالمعاملة بين السلوك والمعرفة، حيث يؤثر الرصيد المعرفي في مشاعر الأفراد وتفكيرهم والحالة المزاجية واستجاباتهم السلوكية للمواقف والأحداث.

والاضطراب النفسي من وجهة نظر المعالج السلوكي المعرفي هو اضطراب التفكير، وفي تفسير الواقع، وفي نظرة المتعالج نحو نفسه، ونحو العالم ينتج عنه انفعالات مختلفة وظيفياً، وصعوبات سلوكية، ويكون دور المعالج مساعدة المريض على تحديد أنماط التفكير والمفاهيم والتوقعات الخاطئة أو غير الواقعية، ثم اختبارها، ثم تحديد البدائل التي تحقق السلوك الإيجابي، فلا بد من مساعدته وأخذه بعيداً عن استنتاجاته غير الملائمة، وجعله يدرك أن مصدر مشكلته هو معرفة خاطئة وهذه المعرفة الخاطئة تقيد دافعيته وسلوكه، ومساعدته على تغيير السلوك غير الملائم، ويثبت للمريض أن استنتاجاته كانت غير صحيحة، وأن يوجهه إلى موارده وإمكانياته واستثمارها لإحداث تغيير في المواقف السلبية ليصبح أكثر تفاعلاً بإيجابية.

إن بيك Beck في علاجه السلوكي المعرفي يفترض أن الاستجابة الوجدانية تكون محددة بطريقة بناء الفرد لخبرته، وعلى الرغم من أن المعالجين السلوكيين عادةً ما يرفضون وسائل العلاج الفيزيولوجي، إلا أنّ مزجاً وخطاً قد تم بين العلاج السلوكي والعلاج المعرفي بما يعنيه العلاج المعرفي من الاهتمام بالأفكار والتوقعات والإدراك. والأعراض المتنوعة تكون مأخوذة بعين الاعتبار كشيء ملازم عند تغيير

الانتظام المعرفي لدى المريض، وأن مساعدة المريض للتخلص من مشكلته يتطلب التخلص من الأفكار والاتجاهات المحبطة التي تؤدي إلى أن ينظر الفرد إلى نفسه وإلى عالمه، وخبراته وإلى مستقبله بطريقة سلبية والتأقلم على اتجاهات وأفكار بناءة (أبو السعود، ٢٠٠٢، ٤٤).

مناهج العلاج السلوكي المعرفي:

هناك العديد من الأساليب والمناهج والطرائق العلاجية التي تم تطويرها من قبل باحثين أو معالجين مختلفين وقد أسهمت هذه الإجراءات في التقريب بين المنهجين السلوكي والمعرفي وتستخدم كوسيلة للتغيير السلوكي المعرفي فهي تتعامل مع السلوك المنظور الخاص بالمتعالم والمتعلق بنفسه وعالمه المحيط، بالإضافة إلى أن المعالجين المستخدمين لتلك التقنيات عادة ما يضمنوا مكونات تعديل السلوك في علاجهم، وفيما يلي عرض لتلك المناهج والإجراءات المشار إليها:

* **منهج جولدفريد (Goldfreid):** في إعادة البناء المعرفي وهو مثال واضح للتكامل بين العلاج المعرفي والاستراتيجيات والسلوكية المساندة في إعادة البناء المعرفي، ويهدف إلى مساعدة المتعالم على تعديل الجمل الداخلية (لويس مليكه، ١٩٩٤، ٢٤٤).

* **العلاج العقلاني الانفعالي لإليس (Albert Ellis):** وهو مبني على أن معظم المشاكل اليومية العاطفية (الانفعالية) تنتج من العبارات غير المنطقية التي يصنعها الناس لأنفسهم حينما تقع بعض الأحداث بطريقة مغايرة لما يرغبون فيه، وقد أضاف إليس المدخل السلوكي واستخدام الواجبات المنزلية.

* **العلاج المعرفي لبك (Beck Aaron):** وهو إجراء علاجي مشابه لذلك الذي أنشأه إليس ولكنه مستقل عنه، وقد أنشئ لعلاج الاكتئاب ثم طبق في علاج مشكلات متنوعة مثل القلق والهستيريا، وطبقاً لبك فإن الاضطرابات الانفعالية للأفراد ترتبط بشدة بالتفكير الخاطي أو الشاذ، والاستنتاج القائم على أدلة غير كافية، والمبالغة في التعميم، المبالغة في التقدير، والذي يؤدي إلى تلك المشاكل والاضطرابات، وقد استخدم بيك الواجبات المنزلية التي تحتوي على جرعات حرة من إجراءات تعديل السلوك (Joseph Pear, 1999, 351-353).

* **منهج مكينباوم وزملائه (Donald Meichenbaum):** ويتميز هذا المنهج بالجمع بين مكونات سلوكية مثل النمذجة والمهام المتدرجة، والتمرينات المعينة، والتدعيم الذاتي، وقد استطاع من خلال منهجه في التعديل التغييرات الذاتية أن يحدث تغييرات مرغوبة في الأطفال زائدي النشاط والاندفاعية، والخوف، والقلق من الثعابين أو من الاختبارات (لويس مليكه، ١٩٩٤، ٢٤٥).

* **التعليم الذاتي والتأقلم لميكانيوم:** يركز على مساعدة المتعالم في تنمية مهارات التأقلم للتعامل مع المواقف ذات الضغط العصبي والتي هي خارج نطاق التحكم، كما ركز على دور التوجيه الذاتي، ويحاول أن يؤقلم الفرد على الأفكار السلبية أكثر من

منافستها بأفكار أخرى، وتعليمه توجيه نفسه إلى الخطوات التي تؤدي إلى الاستجابة الملائمة، ثم تعليمه توجيه نفسه إلى الخطوات التي تؤدي إلى الاستجابة الملائمة، ثم يتم تعليمه لكي يصنع العبارات المعززة فور النجاح في التأقلم مع المواقف العصبية.

* **طريقة حل المشكلات: لزيبرلا وجولدفريد (D. Zurilla & Goldfreid)** تركز تلك الطريقة على تصحيح التعليل الخاطئ عن طريق تعليم الأفراد كيف يجرون التعليل المنطقي للحلول المرضية للمشاكل الشخصية، وذلك بملاحظة المشكلة، وتعريفها بدقة، ثم إيجاد البدائل الممكنة، واتخاذ القرار وكتابة الإيجابيات والسلبيات لكل البدائل وتحديد خطة يتم اتباعها وأخيراً التأكد من أن المشكلة على وشك الحل (Joseph Pear, 1999, 354-355).

* **وقف الأفكار Stopping Thoughts:** وهو إجراء افترضه (باين) Bain وروج له (فولبي) Foulby بتدريب المتعالج حتى يصبح قادرًا على وقف الأفكار غير المرغوبة.

* **التحكم الإجرائي غير الظاهر Coverant Control:** فمن المفيد غالبًا اعتبار الأفكار استجابات غير ظاهرة يمكن تغييرها عن طريق الإشراف الإجرائي.

* **الإشراف الاستجابي Response Conditioning:** ويستخدم لتغيير الوجدانات المرتبطة بالأفكار، وتشير الدراسات إلى أن تغيير الوجدانات الذي تستثيره كلمات معينة ينتج تغييرات في السلوك المرتبط بها.

* **التسبب Attribution:** إدراك وشرح أسباب الأحداث، وهذه السببية المدركة قد تؤثر في سلوك الناس، ويمكن تحقيق تعديل أكبر في الاتجاه وفي السلوك إذا كان المتعالج ينسب التغيرات إلى نفسه بدلاً من أن ينسبها إلى عوامل خارجية (لويس مليكة، ١٩٩٤، ٢٤٦-٢٤٩).

هذه هي الطرق والمناهج التي اعتمدت على العلاج المعرفي بتغيير المعتقدات والأفكار والتخيلات غير المنطقية، مقروناً بمكونات وإجراءات سلوكية مثل تدريبات الاسترخاء، والبروفيات السلوكية للسلوكيات المنشودة، ومراقبة الذات، والواجبات المنزلية، وممارسة التعزيز.

فنيات وتقنيات العلاج السلوكي المعرفي:

إن العلاج السلوكي المعرفي يتميز بمحاولة المزج بين الأساليب المعرفية من ناحية وأساليب العلاج السلوكي من ناحية أخرى، كما أنه يتضمن العديد من الأساليب الانتقائية التي يصعب حصرها نظراً لتعدد وتنوعها كي تلائم كل عملية تدخل علاجي طبقاً لما تمليه الظروف الخاصة بالموقف وسنحاول عرض هذه الأساليب كما يلي:

١. تدريبات الاسترخاء:

تأتي أهمية الاسترخاء من العلاقة بين الاضطرابات الانفعالية والتوتر العضلي، إذ رأى علماء النفس الفيزيولوجي منذ القرن التاسع عشر بأن جميع الناس يستجيبون

للاضطرابات الانفعالية بتغيرات وزيادة في الأنشطة العضلية، يساعد ذلك على إضعاف قدرة الفرد على التوافق والنشاط البناء، لأنه في حالات التوتر تنهار المقدرة على الاستمرار في النشاط العقلي والجسمي، بسبب عدم توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفاً بناءً. ويعني الاسترخاء توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر (إبراهيم، ١٩٩٤، ١٥٤).

يفيد هذا التكنيك مع المتعالجين الذين يعانون من اضطرابات انفعالية فمن خلاله يتعلم المتعالج كيف يقلل الشعور بالخوف والقلق والضيق وكيف يسترخي ويمارس التنفس العميق ثم إثارة الدافع لديه للتعامل مع الموقف. وتتعدد فنيات ومهارات الاسترخاء فمنها:

● الاسترخاء العضلي: حيث قام جاكوبسون 1929 Jacobson بوضع طريقة منظمة للاسترخاء العضلي وأشار إلى الفوائد العلاجية العامة له في علاج التوتر والقلق.

● الاسترخاء عن طريق التنفس العميق: وقد وضح بيفرا هذه المهارة من خلال التدريب على التنفس البطني العميق والذي يمكن من خلاله ردع استجابة التوتر والقلق واستئثاره هرمون الأندرفين المهدئ لكي يصبح الفرد أكثر وعياً لأفكاره التي تنطوي على الضغوط.

● الاسترخاء بالتخيل: وهو من مهارات التكيف الجسدية الذهنية، وهو يقوم على خلق صورة ذهنية من خلال الحواس والاستخدام الإيجابي لهذه القدرة التي تساعد على التحكم في المزاج والمشاعر والسيطرة على الضغوط والتوتر وتعديل السلوك المرضي.

٢. إعادة البناء المعرفي:

إن جوهر عملية العلاج السلوكي المعرفي هو مساعدة العميل على أن يتمكن من إعادة البناء المعرفي بشكل سليم، والهدف من هذا الأسلوب هو أن يقوم المعالج بمساعدة المتعالج على اكتساب جوانب معرفية جديدة ترتبط بمشكلته لتحل محل الأفكار والمعارف الخاطئة حتى يستطيع أن يوظف هذه الأفكار الجديدة في ممارسته اليومية.

وقد ميز بيك بين مستويين من المعرفيات المختلفة وظيفياً:

(أ) الأفكار التلقائية (Automatic Thoughts):

وهي المعرفيات التي تخطر في البال عندما يكون الشخص في حالة ما (أو يتذكر حدثاً ما)، ولا تكون هذه الأفكار التلقائية عادة عرضة للتحليل العقلاني وغالباً ما ترتكز على منطق خاطئ. وقد أطلقت تسمية الأخطاء المعرفية على الأنماط المختلفة من المنطق الخاطئ في التفكير التلقائي. ويمكن ذكر بعض التشوهات المعرفية:

- (١) التفكير بالكل أو باللاشيء: وهو نوع من التفكير يجعل الفرد يرى العالم إما أبيض أو أسود.
 - (٢) عبارات الينبغيات: يحاول الفرد تحرض نفسه بعبارات الينبغيات أو النهي مثل يجب، ينبغي، لابد.
 - (٣) التصفية الذهنية: ينتقي الشخص الموقف الذي ينطوي على السلبية متجاهلاً الأوجه الإيجابية للموقف.
 - (٤) التضخيم والتقليل: يتم التضخيم في أهمية الأشياء سواء أكانت للفرد أم للآخرين، وكذلك التقليل من شأن الأشياء إلى درجة متناهية في الضآلة سواء أكانت للفرد أم للآخرين.
 - (٥) العزو الشخصي: وفيه يعتبر الفرد نفسه السبب أو المسؤول عن بعض الأحداث الخارجية السلبية التي لا يكون في الواقع مسؤولاً عنها.
 - (٦) الاستنتاج الانفعالي: وهو استنتاج يفترض الفرد به أن انفعالاته السلبية تعكس بالضرورة حقيقة الأشياء.
 - (٧) فرط في التعميم: حيث يرى الفرد حدثاً سلبياً واحداً على أنه نموذج لهزيمة لا تنتهي.
 - (٨) التلقب وسوء التلقب: ويعتبر ذلك أقصى شكل من أشكال التعميم، إذ يلقب الفرد نفسه بألقاب سلبية مثل "إنني خاسر" تكون مشحونة بالانفعالات.
 - (٩) القفز إلى النتائج: يقدم الفرد نتائج وتفسيرات سلبية وإن لم يكن هناك حقائق محددة تدعم استنتاجاته.
 - (١٠) الانتقاص من المزايا الإيجابية: وهو تفكير يحاول الفرد به رفض التجارب الإيجابية أو اعتبارها مجرد صدفة، وبذلك يستطيع أن المحافظة على معتقداته السلبية. (Burns, 1991, 42؛ نقلاً عن السقا، ٢٠٠٥).
- ب) المخططات/ المعتقدات: Schemata/ Beliefs وهي بناءات معرفية افتراضية عميقة تقود وتنظم عملية معالجة المعلومات من المحيط، وفهم التجارب الحياتية، ويعتقد أنها تسبب مختلف التشوهات المعرفية. فالشخص يحتفظ بالمواقف المسببة للألم أو الفشل رغم الدليل الموضوعي على وجود عوامل إيجابية في حياته، كما يميل بشكل انتقائي إلى مثيرات محددة فيجمعها في نموذج مكوناً بعداً مفهوماً حول الحادثة. (السقا، ٢٠٠٥، ٧٤).
- ٣. مهارة الحديث الإيجابي مع الذات:**
- إن نوعية العبارات التي يحدث بها الفرد ذاته لها تأثيرات إما سلبية أو إيجابية، فإذا كانت تلك العبارات سلبية فإنها تؤثر سلبياً على انفعالاته وسلوكه، أما إذا كانت إيجابية فإن تأثيرها يكون إيجابياً على انفعالاته وسلوكه، وهنا تكمن أهمية تدريب الفرد على تغيير العبارات السلبية التي يحدث بها ذاته واستبداله بأخرى إيجابية.

ويعتبر ميكنباوم Meichenbaum أول من بدأ باستخدام الحديث الذاتي وذلك من خلال عمله مع مرضى الفصام، وقد نجح في تعديل سلوكيات الأطفال الذين يعانون من الاندفاعية والنشاط الزائد والعدوانية من خلال استخدام هذه الفنية العلاجية ويرى ميكنباوم أن الحديث الذاتي يؤثر في البنى المعرفية ويعمل على تغييرها، وهي تتم عن طريق تحديد العبارات السلبية التي يقولها الطفل لذاته، ثم يتم تعليمه استبدالها بعبارات إيجابية.

وتتم عملية العلاج بالحديث الذاتي عند ميكنباوم من خلال ثلاثة مراحل هي:
- زيادة وعي الفرد وتركيزه على أفكاره ومشاعره وردود فعله الفيزيولوجية وسلوكياته غير التوافقية.
- العمل على توليد حديث ذاتي يتعارض مع السلوكيات والأعراض غير التوافقية لدى الفرد، ويجب أن يكون الحديث الذاتي الجديد مؤثراً في انتباه الفرد وعلى استجاباته الفيزيولوجية وأن يعمل على استثارة سلوكيات جديدة أكثر توافقاً.
- العمل على تطوير جوانب معرفية تعمل على إكساب الفرد سلوكيات تساعده في مواجهة سلوكياته غير التوافقية بشكل مستمر وتعميم ذلك على المواقف الأخرى التي تواجهه في حياته اليومية (عبد العزيز، ٢٠٠١، ٤٣) (الشيخ، ٦٧، ٢٠١٠).

٤. مهارة حل المشكلات:

فمن خلالها يتم التدريب على خطوات حل المشكلة، كيف نحددها وكيف نحدد الأهداف وكيفية توليد البدائل التي يمكن أن تستخدم وتقييمها والنتائج المرتبطة بها وأخيراً اختيار الحل المناسب وتصميم الخطة وممارستها.

٥. إيقاف التفكير المزعج:

وهي طريقة لتبديل السلوك المعرفي، وتقوم على أساس تعديل المخططات أو المعتقدات، بل على إيقاف عادات الاستجابات الفكرية المزعجة التي تقترن ساحة وعي المتعالج.

إن جوهر التدريب على إيقاف التفكير المزعج يكمن في الوصول إلى اتفاق بين المعالج والمتعالج على أن الأفكار التي تنتابه مبددة للقوى النفسية والجسدية وعلى أنها مؤذية وغير مفيدة، لذلك يجب استبعادها حالما تلج ساحة وعيه (الحجار، ١٩٩٩، ٧١).

وربما تفيد هذه التقنية لمن لديه هاجس تدني تقدير الذات، فيشعر دائماً باستهجان الآخرين لسلوكه، ولتفكيره، لدرجة تساوره بأن الآخرين يرونه غيباً.

٦. التدعيم الإيجابي:

وهو أسلوب في العلاج السلوكي المعرفي يتم في كل مرة يؤدي فيها السلوك المرغوب ويكون التأكيد ليس فقط على النجاح الكلي بل على الجزئي أيضاً، فالشخص يريد التدعيم الإيجابي (الثناء والمدح) حيث يزيد من احتمالية حدوث

السلوك مرة أخرى وهنا يعمل المعالج على خلق الفرص للعميل ليتلقى مكافأة على سلوكه الجديد.

٧. النمذجة:

يمكن أن يكتسب المتعالج السلوك أو يتخلص منه بسهولة من خلال ملاحظة النموذج وبالتالي يقدم المعالج نموذجًا تعليميًا للتدريب على مهارات معينة.

٨. التدريب على توكيد الذات:

تم تطور التدريب على توكيد الذات بهدف تحسين الذات وتقويتها فيما يختص بالعلاقات الشخصية بين الأفراد، والمقصود منها تمكين المرء من الدفاع عن حقوقه والتعبير عن شعوره ومواجهة خوفه الاجتماعي. والطريقة موجهة بشكل خاص للأفراد شديدي التهذيب لدرجة تسمح للآخرين باستغلالهم. فهم يجدون صعوبة كبيرة في الإجابة بـ لا، ويضطرون لمسايرة الآخرين على حساب رغباتهم الشخصية، وقد يجدون صعوبة في التعبير عن غضبهم وانزعاجهم، ويشعرون بأنه ليس لهم الحق في التصريح بمشاعرهم وأفكارهم الخاصة. وهذا هو نقيض السلوك العدوانى الذي يتضمن محاولة تنفيذ الرغبات الشخصية بما يتجاوز حقوق الآخرين.

٩. لعب الدور:

هو أحد أساليب التعليم وهو يتضمن تدريب العميل على أداء جوانب من السلوك الاجتماعى يمكن أن يتقنها ويكتسب المهارة فيها. ويعنى أداء الأدوار اختيار الدور من قبل المعالج، المتعالج أو كلاهما، إذ يقوم المعالج بملاحظة سلوك المتعالج وتفاعله الاجتماعى القائم على ذلك الدور ويذكر Wolfe 1975 أنه يمكن أن يستخدم أداء الدور لإظهار وجهات نظر بديلة للمتعالج، أو لتوضيح العوامل المعرفية التي تتدخل في سلوكه، وتحديد التعبير الانفعالي المناسب. كما ويمكن استخدام عكس الدور إذا يأخذ المتعالج دور المعالج.

ويذكر بيك أن تقنية التدريب على تأكيد الذات وأداء الأدوار يمكن أن تستخدم بفاعلية في حث المتعالج على استدعاء الأفكار المختلفة وظيفيًا (Trower et. al, 1999, 95)

١٠. الواجب المنزلي:

يحدد في كل مقابلة واجب منزلي مثل قراءة كتب معينة أو تطبيق سلوك محدد لمساعدة المتعالج على تغيير سلوكه، ومساعدته على تغيير أهدافه حسب موضوع وهدف المقابلة ويتم مكافأة أدائها في كل مرة.

١١. الاستعراض المعرفي:

الاستعراض المعرفي يعتبر أحد الاستراتيجيات الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي وهو يتضمن التقدير المعرفي لتحديد أسباب المشكلة أو الاضطراب ويمكن أيضًا الاعتماد على التقارير الذاتية اليومية التي توضح أسباب السلوك.

١٢. التدريب المعرفي الاستطلاعي:

التدريب المعرفي الاستطلاعي يعني قيام المتعالج بتخيل الخطوات المتتالية لتنفيذ مهمة ما ومتطلباتها، فتصور سلسلة الخطوات المقترضة ذهنياً قبل الشروع في الإقدام على العمل المطلوب يساعد على:

أ) الانتباه والإقلال من تشتت الأفكار بالتركيز على التفاصيل، فيبطل بذلك ميل عقله أن يضل ويتالي بطور معرفيات أكثر تكيفاً وملاءمة.

ب) تكرار تسلسل الخطوات يساعد المتعالج على تجاوز العقبات المعرفية والسلوكية والبيئية التي قد تعرقل تنفيذ مهامه، وذلك بتحديد معرفياته المشوهة التي يمكن أن تظهر لاحقاً.

ت) تطوير حلول للمشكلات قبل أن يصدم بخبرة فاشلة غير مرغوب فيها. (Beck et al, 1979, 135)

وعن طريق تقنية التدريب المعرفي يستطيع المتعالجون تسجيل بعض العقبات والصراعات التي ستواجههم والتي يمكن مناقشتها (باترسون، ١٩٩٠، ٤١)

١٣. المهمات المتدرجة:

باستخدام تقنية المهام المتدرجة يستطيع المتعالج كما يرى غولدفرايد Goldfried تجزئة المهمة الصعبة إلى خطوات تدرج من الأسهل إلى الأصعب ويطلب إلى المتعالج إنجازها الواحدة تلو الأخرى، بحيث لا يكلف بالخطوة التالية حتى يكون قد اعتاد على إنجاز الأولى. والغرض من ذلك نفي فكرة المتعالج عن ذاته بأنه عاجز عن إنجاز أي هدف ذا قيمة (Beck) ويراعى عند تجزئة الواجب ما يلي:

أ) تحديد المشكلة.
ب) التدرج في تنفيذ الخطوات من السهل إلى الأصعب.
ت) إجراء تغذية راجعة للمتعالج تزوده بمعلومات تصحيحية تتعلق في قدرته الوظيفية.

ث) تشجيع التقويم الواقعي من قبل المتعالج لأدائه الحقيقي.

ج) تأكيد حقيقة أن المتعالج وصل إلى الهدف المرجو كنتيجة لجهده ومهارته الخاصة.

ح) ابتكار مهام جديدة أكثر صعوبة بالتعاون مع المتعالج. (Beck, et al., 1979, 132)

١٤. التغذية الراجعة:

تهدف إلى تزويد المتدربين بمعلومات عن تأديتهم للمهارة حيث تعطى تلك الخطوة بعد تنفيذ التعليمات، لتصحيح ما قام به المتدرب، وكذلك تقدم بعد أن تنفذ المهارة (لعب الدور) من خلال ما والتعزيزات المناسبة، إلى أن يتم تطبيق المهارة بشكل متقن دون مساعدة المدرب.

١٥. الأسئلة السقراطية والاكتشاف الموجه:

إن العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي بين المعالج والمتعالج قائمة على التعاون، حيث يشتركان في وضع الأهداف العلاجية، وجدول أعمال لكل جلسة، واستخراج الأفكار التلقائية والافتراضات ثم جمع الأدلة لصالح أو ضد هذه الافتراضات بطريقة تشبه الطريقة العلمية لاختبار الفرضيات، وتعد طريقة الحوار السقراطي إحدى هذه الطرق. ويبدأ المعالج باستخدام الأسئلة السقراطية مع بداية العلاج ويستمر في ذلك إلى نهاية العلاج. وتهدف إلى مساعدة المتعالج على تفحص الخيارات التي وضعها، ومحاولة اكتشاف خيارات وحلول لم يأخذها بعين الاعتبار من قبل، وتعيده على التروي والتفكير وطرح الأسئلة على نفسه في مقابل الاندفاع التلقائي وتمكينه من البدء على تقويم اعتقاده وأفكاره المختلفة بموضوعية.

والأسئلة السقراطية هي الأسئلة التي توجه المتعالج إلى اكتشاف واسترجاع معلومات لم تكن متوفرة له في الوقت الراهن واستخدامها في إعادة تقويم الاعتقادات الموجودة لديه قبل اكتشاف هذه المعلومات، ويكن لدى المتعالج المعلومات اللازمة للإجابة عنها، وتوجيه انتباهه إلى معلومات لها علاقة بموضوع النقاش ولكنها غائبة تركيزه في الوقت الراهن، ويتم التحويل (التنقل) فيها من التركيز على الأشياء المجردة لكي يستطيع العميل في النهاية تطبيق المعلومات الجديدة في إعادة النظر في اعتقاداته القديمة التي ساهمت في تطور مشكلته.

مراحل الاكتشاف الموجه باستخدام الأسئلة السقراطية:

- ١- طرح عدد من الأسئلة بهدف اكتشاف معلومات وثيقة الصلة بمشكلة المتعالج ولكنها خارجة عن نطاق وعيه في الوقت الراهن.
- ٢- الاستماع الجيد وعكس ما يسمعه المعالج على المتعالج.
- ٣- تقديم ملخصات متتالية للمعلومات المكتشفة.
- ٤- أسئلة رابطة بهدف حث المتعالج على النظر في اعتقاداته الأصلية في ضوء المعلومات التي تمت مناقشتها. (المحارب، ٢٠٠٠)

المراجع:

- ابراهيم، سعدة (١٩٩٤): تعديل بعض خصائص السلوك الاجتماعي لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا،
- أبو السعود، ناديا (٢٠٠٢): فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في تنمية الانفعالات والعواطف لدى الأطفال المصابين بالتوحدية وأبائهم، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس.
- أبو حسونة، نشأت (٢٠٠٤): أثر برنامج تدريبي للمهارات الاجتماعية في تحسين مفهوم الذات والكفاءة الاجتماعية، والتحصيل لدى الطلاب ذوي صعوبات التعلم، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- أبو فخر، غسان (٢٠٠٤) التربية الخاصة بالطفل، منشورات جامعة دمشق، دمشق، سوريا.
- أحمد، عرفات صلاح شعبان (٢٠٠٤): فاعلية بعض فنيات العلاج السلوكي في تعديل المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي صعوبات التعلم، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- بخش، أميرة طه (١٩٩٧): فاعلية برنامج لتنمية المهارات الاجتماعية في خفض السلوك العدوانى لدى الأطفال المتخلفين عقلياً القابلين للتعلم، مجلة العلوم التربوية، العدد ٢١ (١): ٩٧-١٣٣
- البطاينة، أسامة؛ الجراح، عبدالناصر؛ غوانمة، مأمون (٢٠٠٧) علم نفس الطفل غير العادي، دار المسيرة، عمان، الأردن.
- تركي، جهاد (٢٠٠٤). فاعلية برنامج سلوكي معرفي في تطوير مهارات تنظيم الذات لدى
- جبريل، مصطفى (١٩٩٧): بعض الخصائص النفسية والاجتماعية لذوي صعوبات التعلم من تلاميذ المرحلة الإعدادية، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، العدد ٣٤، ص ٣ - ٥٩
- جولمان، دانييل (٢٠٠٠): الذكاء العاطفي، ترجمة ليلي الجبالي، عالم المعرفة ٢٦٢، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- جيلدرد، كاترين؛ جيلدرو، دافيد (٢٠٠٢): الإرشاد النفسي للأطفال "منظور تطبيقي"، ترجمة سميرة أبو الحسن (٢٠٠٥) المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، مصر. الأطفال ذوي صعوبات التعلم وعلاقة ذلك بسلوكهم الصفي، رسالة دكتوراه، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.
- حافظ، نبيل (٢٠٠٠): صعوبات التعلم والتعليم العلاجي، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.
- الخطيب، جمال (١٩٩٤): تعديل السلوك، جمعية عمال المطابع، عمان، الأردن.

- الخطيب، جمال (٢٠٠٤): تعليم ذوي الحاجات الخاصة في المدارس العادية، ط١، دار الأوتل للنشر والطباعة، عمان، الأردن.
- الخطيب، جمال؛ الحديدي، منى (٢٠٠٥) مدخل إلى التربية الخاصة، دار حنين للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- رضوان، سامر جميل (٢٠٠٩): علم النفس الاكلينيكي، نماذج من الاضطرابات النفسية في سن الطفولة والمراهقة، دار الكتاب الجامعي، الإمارات العربية المتحدة.
- الريماوي، محمد عودة. (٢٠٠٣). علم نفس النمو والمراهقة. الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع. ١٨ الزراد، فيصل، (٢٠٠٥): العلاج النفسي السلوكي- المعرفي لحالات الوسواس القهري، والقلق، والخوف المرضي، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان
- الزيات، فتحي (١٩٨٩): دراسة لبعض الخصائص الانفعالية لدى ذوي صعوبات التعلم من تلاميذ المرحلة الابتدائية، مجلة أم القرى، العدد الثاني، ص ٤٤٨-٤٩٦.
- الزيات، فتحي (١٩٩٨): صعوبات التعلم: الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية، القاهرة، دار النشر للجامعات، الطبعة الأولى.
- السعيد، خالد (٢٠٠٥) تشخيص صعوبات القراءة الجهرية لدى تلاميذ الصف الرابع الابتدائي وفاعلية برنامج علاجي مقترح، رسالة دكتوراه، جامعة دمشق، دمشق، سوريا.
- السقا، صباح (٢٠٠٥): فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض حدة أعراض الاكتئاب، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق، سوريا.
- سليمان، عبدالرحمن (٢٠٠١): سيكولوجيا ذوي الاحتياجات الخاصة (الخصائص والسمات)، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.
- السيد ابراهيم السامدوني (١٩٩١): مقياس المهارات الاجتماعية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- السيد، عبد الحميد (٢٠٠٠): صعوبات التعلم، ط١، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
- شوقي، طريف (١٩٩٨): توكيد الذات: مدخل لتنمية الكفاءة الشخصية، دار غريب، القاهرة، مصر