

تحديد الإطار المفاهيمي للعلاج (المعرفي- السلوكي).

Defining the conceptual framework(cognitive-behavioral).

laid.oualid@univ.tiaret.dz	جامعة بن خلدون، تيارت، (الجزائر)	وليد العيد
----------------------------	----------------------------------	------------

ملخص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على الجذور التاريخية للعلاج (المعرفي - السلوكي) من خلال إطره النظري والمفاهيمي والمنهجي، واستنتج الباحث من خلال الدراسات السابقة وأعمال الباحثين إن العلاج (المعرفي- السلوكي) يستمد جذوره من أعمال "A. Beck" في الستينات على مرض الاكتئاب (1963، 1964، 1967) وأعمال "Ellis" (1962)، ويركز على أفكار واعتقادات المريض، وعلى الرغم من اختلاف أسلوبيهما حيث يركز "بيك" على الأفكار التلقائية في حين يركز "ليس" على الأفكار اللاعقلانية، وقد شارك معا في وضع أسس العلاج (المعرفي- السلوكي) الذي تأثر أيضا بنظرية التعلم الاجتماعي "لبندورا" "Bandura" وكان هذا واضحا في استخدام أسلوب النمذجة ولعب الدور. كما يشير مفهوم العلاج (المعرفي- السلوكي) إلى كل الطرائق التي من شأنها تخفيف الضغط النفسي وتصحيح الاعتقادات الخاطئة أو تعديلها وهذا ما أشار إليه "Beck" (1976)، ويؤكد كل من "Beck" وآخرون" (1979) إن العلاج (المعرفي- السلوكي) يعتمد في تنفيذ الإستراتيجية المعرفية العلاجية على مزيج خاص بين التقنيات السلوكية المعرفية والتشوهات المعرفية، ويؤكد أيضا "Beck" (1993) أن العلاج (المعرفي- السلوكي) يعتمد على التفاعل النشط بين المعالج والمتعالج.

الكلمات المفتاحية: العلاج المعرفي السلوكي، الأفكار التلقائية، الأفكار اللاعقلانية، الإستراتيجية المعرفية، التقنيات المعرفية السلوكية، التشوهات المعرفية، التفاعل النشط.

Abstract:

The study aimed to identify the historical roots of (cognitive - behavioral) therapy through its theoretical, conceptual and methodological framework, and the researcher concluded through previous studies and researchers' work that (cognitive-behavioral) therapy derives its roots from the work of "A. Beck" in the sixties on depression (1963, 1964, 1967) and the works of "Ellis" (1962), They focus on the thoughts and beliefs of the patient, and despite their different methods, where "Beck" focuses on automatic thoughts, while "Alice" focuses on irrational thoughts, and together they participated in laying the foundations of (cognitive-behavioral) therapy, which was also influenced by the social learning theory "Pendor". "Bandura" and this was evident in the use of modeling and role-playing. The concept of (cognitive-behavioral) therapy refers to all the methods that can relieve psychological stress and correct or modify false beliefs and this is what Beck (1976) pointed out. "Beck and others" (1979) that (cognitive-behavioral) therapy depends in the implementation of the therapeutic cognitive strategy on a special mixture between cognitive-behavioral techniques and cognitive distortions, and also confirms "Beck" (1993) that the treatment (cognitive-behavioral) It is based on the active interaction between the therapist and the patient.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Spontaneous Thoughts, Irrational Thoughts, Cognitive Strategy, Cognitive Behavioral Techniques, Cognitive Distortions, Active Interaction.

مقدمة:

يعتبر العلاج (المعرفي- السلوكي) اتجاها حديثا علاجيا نسبيا، يعتمد على دمج (المعرفي- السلوكي) بالعلاج المعرفي موظفا فنياتها المختلفة، ويلجأ الى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها انفعاليا وسلوكيا ومعرفيا، كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمتعالج أو المريض تتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض على كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة واعتقادات لاعقلانية مختلة وظيفيا، تعد هي المسؤولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض وما يترتب عليها من ضيق وكرب (عادل، عبد الله محمد (1999)، ص17).

هنا يتضح أن الغرض من التدخل المعرفي السلوكي هو التقليل من السلوكيات السيئة، وزيادة السلوكيات التي يتم التناغم معها وذلك بتعديل سوابقها وعواقبها، وعن طريق الممارسة السلوكية ينجم تعلم جديد، بالإضافة إن التدخلات

السلوكية تتضمن تنشيطا سلوكيا للضعف، وحل المشكلة للتعامل مع الكآبة وتدريبات سلوكية على المهارات الاجتماعية، النقائص، التدريب على الاسترخاء، والعرض النظامي للأوضاع التي تولد نوبات القلق.

أما التدخلات المعرفية فتتضمن تعديل المعارف التي يتم التناغم معها بشكل سيء، وأقوال الذات والمعتقدات، والتعرف على التقييم الخاطئ للمواقف، وإبراز المعتقدات المشوهة والنزاع في العلاقات، وتظهر فعاليتها لعدد من الاضطرابات والتدخلات النفسية المختلفة.

– مشكلة الدراسة:

نتيجة التقدم في نظريات الاشرط الكلاسيكية (الشرطية النموذجية) التي أدت بدورها بالاعتراف بالمعرفة على انها وسيط للتعلم، وهكذا أصبح العلاج السلوكي علاجا (معرفيا - سلوكيا)، حيث يتبع طوال تنفيذ وقت العلاج نهجا قائما على العلم، وانتقل من السلوكيات إلى الأحكام والمعتقدات باعتبارها أهداف للتدخل، أما المعرفة وعلاج المعلومات فقد ظهر بمعزل عن العلاج المعرفي، وأثار أسئلة مهمة بما يتعلق بفحوى آليات العلاج المعرفي، ونتيجة لتطور النظريات الإنسانية والتي تتمثل في نظرية التمرکز حول الشخص **Person centered** والجشطلت **Gestalt** والوجودي **Existential** الذين أكدوا على المبادئ السلوكية والتقليل من تدخلات محتوى المعرفة.

من الناحية العلمية يختلف الإكلينيكيون كأفراد في تبنيهم النواحي السلوكية بالمقارنة بمبادئ تدخل المعرفة، وبعض هؤلاء المعالجين يركزون على العلاجات السلوكية ويتعاملون مع المعرفة من خلال الإطار السلوكي، والبعض الاخر يدمجون بين المبادئ السلوكية والمعرفية، وآخرون يركزون أكثر على المعرفة وينظرون إلى محتواها على أنها العامل القوي وراء كافة السلوكيات والعواطف، وانه موضع التركيز الأساسي لكل جهد علاجي.

على الرغم من ذلك فإن المعالجين المعرفيين يعتمدون على علم المناهج السلوكية للحصول على دليل لتعديل المعارف السيئة والخاطئة، وهذا يبين التداخلات بين الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية، وعلى الرغم من هذه الاختلافات المتعلقة بالتركيز على المبادئ السلوكية والمعرفية في العلاج والأساليب المنهجية المتبعة، إلا أن أسلوب العلاج (المعرفي- السلوكي) تم توحيدته بسبب قاعدته التجريبية وتوجيهه نحو حل المشكلة، لذا نجد المعالج الذي يتبع العلاج (المعرفي- السلوكي) يرمي إلى استبدال السلوكيات والعواطف والمعرفة التي تم التناغم معها بشكل خاطئ بأخرى أكثر تناغما في إطار تقييم مستمر ومتواصل لاستراتيجيات التدخل وتعديلها عند الضرورة لتحقيق أفضل النتائج المنتظرة (ميشل. ج، جراكسي (2012)، ص19).

يبين كل من "Roth" and "Fonagy" (1996) أن العلاج (المعرفي- السلوكي) ينظر إليه من خلال الواقع انه يشكل أكبر قاعدة واضحة تركز عليها كافة العلاجات النفسية، وسمات العلاج (المعرفي- السلوكي) قصيرة (CBT) الأجل، لأنها مرتبطة باستراتيجيات التدخل (المعرفي- السلوكي) على المشكلة، وانها مستمدة من نظرية التعلم والمعرفة وتمثل في نهج العلاج (المعرفي- السلوكي) بالنسبة للمعاملة والتنفيذ والتقييم والذي يتم في إطار المبادئ التجريبية، لأن الاعتبار المنطقي كدليل لدحض التقييم الخاطئ وجوهر المعتقدات والممارسات السلوكية التي ترمي الى جمع المزيد من البيانات لزعزعة التقييمات الخاطئة وتقديم البديل.

يوضح كل من العالمان الباحثان النفسانيان "Stewartd" و"chambless" أن العلاج (المعرفي- السلوكي) يستخدم على نطاق واسع، فمن بين (591) تم فحصهم بشكل عشوائي بنظرية العلاج بالتحليل النفسي، نجد (45.4%) علاج (المعرفي- السلوكي)، وقد فاق هذا المعدل كل التوجهات النظرية الأخرى، بما فيها النفسية الدينامية (21.9%)، الانتقائية (19.8%)، الإنسانية التجريبية (4.4%)، نظم الأسرة (3.9%)، ونوعيات أخرى (4.6%). (Stewartd & chambless, (2007)).

لذا تجد العلاج (المعرفي- السلوكي) يشكل أسلوب بالغ الفعالية، إلى جانب شهرته بأنه أفضل دليل من بين كافة العلاجات النفسية (Roth and Fonagy, 1996). ونجد أيضا أن العلاج (المعرفي- السلوكي) كان يتناغم تماما مع الدليل القائم على أساس أن حركة التدريب كانت تلقى تشجيعا كبيرا من طرف الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA, 2005).

من خلال ما سبق يمكننا طرح التساؤل التالي: - فيما تتمثل الجذور التاريخية للعلاج (المعرفي- السلوكي)؟ وكيف يمكننا تحديد الإطار المفاهيمي النظري للعلاج (المعرفي- السلوكي)؟

أولا: الجذور التاريخية للعلاج (المعرفي - السلوكي):

1- التسلسل التاريخي للعلاج (المعرفي السلوكي):

يعود تاريخ العلاج المعرفي الى زمن الفلاسفة الرواقيين في القرن الرابع عشر على يد كثير من العلماء نذكر منهم ما يلي: (Zeno - Crizibus - Cisneros - Epictetus - Senica...)، وتتلخص في جوهرها حسب ماجاء على لسان "ابيقور" الذي يبين أن البشر لا يضطربون من الأشياء، بل من الآراء التي يعتقدونها عنها (Ellis, (1987), p3).

يرجع أيضا تاريخه إلى الفلسفة الشرقية الطاوية والبوذية، الذين أكدوا على أن الانفعالات الإنسانية تتركز على الأفكار والتحكم بالمشاعر أو التحكم بهذه الأفكار (Beck and All, (1979), pp.8-9)، وكذلك الفلاسفة المعاصرين أمثال: "Kant" و"Gaspar" وأيضاً العلاج الكلامي (Frankl, 1985)، والبنائية التي صوغت نماذج من العلاج المعرفي (Mahoney, (1985) و (Guidano & liottio, (1955).

أما العلاج (المعرفي- السلوكي) يستمد جذوره من أعمال "A. Beck" في الستينات على مرض الاكتئاب (1963، 1964، 1967) وأعمال "Ellis" (1962)، ويركز على أفكار واعتقادات المريض، حيث يقوم العلاج على مبدأ هام يتمثل في أن المعارف الخاطئة والمشوهة هي التي تسبب الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، ويعتقد أن الأفراد على المستوى الشعوري يمكن أن يستخدمان المنطق ويصوران ان الافتراضات الأساسية للمريض على أنها أهداف للتدخل العلاجي، كما إنهما يستخدمان الحوار النشط مع المرضى بدل من أن يكونوا مستمعين سلبيين، وعلى الرغم من اختلاف أسلوبيهما حيث يركز "بيك" على الأفكار التلقائية في حين يركز "اليس" على الأفكار اللاحقالية، فقد شارك معا في وضع أسس العلاج المعرفي السلوكي الذي تأثر أيضا بنظرية التعلم الاجتماعي "البندورا" Bandura" وكان هذا واضحا في استخدام أسلوب النمذجة ولعب الدور.

يعتبر "اليس" "Ellis" أن "سيجموند فريد" "S. Freud" هو المروج الرئيسي للعلاج العقلاني الانفعالي حيث ذكر أن كثير من الظواهر المستيرية يحتل أن تكون فكرية، ويؤكد (Adler) (1936) أن سلوك الشخص ينبع من أفكاره، وقال أيضا أن الخبرة ليست سبب النجاح أو الفشل، ونحن لا نعاني من صدمات خبراتنا ولكننا نستخدم ما يلاءم أغراضنا، ونحن محددون ذاتيا بواسطة المعاني التي نسقطها على خبراتنا، وكان له بصمات واضحة في تطوير العلاج المعرفي (مليكة لويس، كمال (1990)، ص190).

يرى كل من "Ellis and Dryden" (1987) أن العلاج (المعرفي- السلوكي) تأثر بأعمال (1990) "Horniy" خاصة الأفكار القاهرة التي يفرضها الفرد على ذاته، وتسبب له المعاناة النفسية مثل: التفكير التقييمي الدوغماتي وتعني توكيد الرأي أو القطع به دون مبرر (Ellis & Dryden (1987), p.80).

صاغ "Ellis" نظريته في العلاج النفسي على طريقة العلاج العقلاني الانفعالي، مشددا على العلاقة بين السلوك والانفعال والتفكير، فإذا كانت طريقة التفكير عقلية ومنطقية فان السلوك يكون جيدا والانفعال يكون ايجابيا

ودافعا لمزيد من النشاط والبناء، إما إذا كانت طريقة التفكير غير منطقية وغير معقولة فان السلوك والانفعال على درجة عالية من الاضطراب (Ellis, (1987), p6).

شكلت طريقته الرافد الأساسي للعلاج المعرفي الذي انطلقت منه فيما بعد علاجات معرفية أخرى، منها العلاج المعرفي وفق منهج "Beck" ويعتبر من الذين وضعوا البنية الأساسية لهذا الأسلوب العلاجي الجديد المستحدث (كمال، علي (1994)، ص 287).

والجدير بالذكر أن هناك مجموعة من المبادئ تمثل أساس الاتجاه (المعرفي- السلوكي) في العلاج، إذ تتضمن المعالج والمريض والخبرة العلاجية وما يربط كل منهما من جوانب وتمثل في:

- العميل والمعالج يعملان معا في تقييم المشكلات والتوصل إلى حلول؛
- المعرفة لها الدور الأساسي في معظم التعلم الإنساني؛
- المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سبيبي؛
- الاتجاهات والتوقعات والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور أساسيا في إنتاج وفهم السلوك والتأثيرات العلاجية والتنبؤ بهما؛
- العمليات المعرفية تندمج معا في نماذج سلوكية.

يمثل العلاج (المعرفي- السلوكي) عند "A. Beck" والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عند "اليس" اثتلافا بين المناهج السلوكية والمناهج المعرفية، إذ أن العلاج المعرفي لدهما هو تعديل سلوك المريض من خلال التأثير في عمليات التفكير، حيث يؤدي تغيير المعارف الى تغيير السلوك، وفي الوقت نفسه ينتج تغيير السلوك تغيير في المعارف، وهذا تأكيد على الدور السبيبي للتفكير في حدوث الانفعالات والسلوك والدور السبيبي للسلوك في حدوث الانفعالات والتفكير، لان النظرية المعرفية تستند إلى أساليب تعديل السلوك.

صدر " Beck " كتابا عنوانه: العلاج المعرفي ، طبيعته وعلاقته بالعلاج السلوكي **Cognitive therapy** وأوضح الدور التوسطي **Mediating** للمعارف للخبرات الإنسانية (Beck.A (1980).

خلال عقد السبعينات تزايد الاهتمام بهذا الاتجاه العلاجي وتزايد ذلك مع أعمال " A.Ellis " و " M. "

"Mahoney" و "M. Goldfried" و "A. Lazarus" و "D. Meichenbaum"، وأصبح اتجاه بيك في العلاج المعرفي السلوكي H أحد ثلاث نماذج أساسية لها الريادة في هذا المجال، حيث يتمثل الاتجاهان الآخران في اتجاه A. Ellis الاتجاه العقلاني الانفعالي السلوكي واتجاه "D. Meichenbaum" (1977) الذي يعرف بالتعديل المعرفي للسلوك، والذي أضاف طريقة التدريب على التعليمات الذاتية، و "Lazarus" (1985) الذي دمج العلاج السلوكي بالعلاج المعرفي تزامنا مع تطور علم النفس المعرفي ضمن منظومة علاج متكامل اسماه علاج متعدد المحاور (Freeman & Lurie, 1994), p3).

إلا أن "Patterson" الذي قدم نقدا لنظرية "D. Meichenbaum"، يرى أنها بداية ناجحة لم تكتمل بعد في المستوى النظري والمستوى التطبيقي، حيث انتقل خطوة للأمام من الموقف الذي تتبناه مدرسة العلاج السلوكي في تفسير وعلاج السلوك، أما بالنسبة للعمليات التي تفسر التعديل المعرفي للسلوك لم يلجأ إلى أي تصور لعمليات أخرى غير أحداث الذات.

عمل "A. Beck" وزملاؤه خلال السبعينات على توسيع مجال اهتمامهم بدراسة الاضطرابات المختلفة، فبدأوا بدراسة القلق واستمر ذلك خلال الثمانينات، وفي عام (1979) عرض "A. Beck" في كتابه العلاج المعرفي للاكتئاب التداخل والتفاعل بين فنيات العلاجية المعرفية والسلوكية بغرض تحقيق مايلي:

- ملاحظة وتحديد الأفكار التلقائية السلبية؛
- التعرف على العلاقة بين المعرفة والانفعال والسلوك؛
- التحقق من مدى صحة الأدلة المتاحة حول الأفكار التلقائية المشوهة؛
- وضع تفسيرات للمعارف المنحازة والمتوجهة نحو الواقع؛
- تعليم المريض كيفية تحديد المعتقدات المختلة وظيفيا التي تشوه الخبرة.

خلال الثمانينات تزايدت البحوث والدراسات التي تناولت هذا الاتجاه بدرجة كبيرة، وتناولت مدى أكبر من الاضطرابات ومن بين النتائج التي توصلت إليها أن العلاج (المعرفي- السلوكي) لديه فعالياته في علاج الاكتئاب سواء البسيط أو المتوسط، وهي نفس النتيجة التي توصل إليها "Haaga and All" (1993).

وجد "ايفنس وآخرون" إن العلاج (المعرفي- السلوكي) له آثار طويلة المدى بشكل يفوق العلاج بالعقاقير المختلفة (Evans and All 1992)، كما وجد "شيا وآخرون" أن مرضى الاكتئاب الحاد الذين كانوا يخضعون للعلاج (المعرفي- السلوكي) قياسا بأقرانهم الذين كانوا يتلقون العلاج بالعقاقير كانوا اقل عرضة للانتكاسة، إلا أن

العلاج بالعقاقير في هذه الحالة يعمل على تعزيز فعالية العلاج (المعرفي- السلوكي) (Shea and All (1994), pp.876-881)

يرى ماهوني يرى أن العديد من منظري العلاج (المعرفي- السلوكي) في نهاية العقد الأخير من الثمانينيات أن هذا المنحى العلاجي أصبح يضم اتجاهين أساسيين وهما الاتجاه العقلاني ويمثله والاتجاه الاستدلالي البنائي "Beck"، وقد شهد الاتجاهين العديد من التطورات خلال عقد التسعينات وفي مجملها اتجاها حديثة (Mahoney (1988).

يرى أيضا اليس "A. Ellis" مع بداية عقد التسعينات أن الأسس والقواعد للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي تتفق مع ما سبق رغم وجود اختلافات لا تمثل قدرا كبيرا وأضاف مصطلح العلاج السلوكي سنة (1993)، ويرى أن سلوكيات الأفراد تتأثر بالفاعل بين الاستعدادات الفطرية والوسط الاجتماعي المعيش.

في أواخر التسعينات وبداية القرن العشرين بذل مؤيدو الدمج جهودا كبيرة لدمج العلاج المعرفي مع العلاج السلوكي، وقد أولى المعالجون المزيد من الاهتمام لتوقعات المتعالج ومفاهيمه على أنها بيانات صحيحة وعلى ذلك فهي تمدنا بالعلاج السلوكي (Rachman (1997), p18).

قد أنجز التركيز على المحتوى المعرفي في إطار سياق معالجة المتعالجين على أن يصبحوا على دراية بالمعرفة والقيود السلوكية الفعالة، وليبتكروا خبرات تعلم جديدة ويحصلوا على مهارات لإيقاف النتائج التي أسببها التناغم معها، وإنتاج استجابات جديدة تم التناغم معها.

لذا نجد العلاج (المعرفي- السلوكي) المعاصر بدأ على وجه الخصوص بتحليل وظيفي فردي لمشكلة السلوكيات والمعارف والعواطف والتفاعلات المتبادلة فينا بينها، فهو يأخذ وجهة نظر أوسع لأنه يأخذ في الاعتبار السوابق والنتائج الخاصة بالسلوك، والتعرف على أي محفزات تحدث استجابات مشروطة والمعرفة التي تؤثر في العواطف والسلوك في سياقات معينة بيئية وثقافية، وبعد ذلك تنفذ العديد من الاستراتيجيات التي تهدف التغيير.

أصبح العلاج (المعرفي- السلوكي) يستخدم على نطاق واسع، وهو أكثر الاتجاهات العلاجية التي أقرتها الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA)، من خلال استطلاع الرأي العشوائي للعديد من المعالجين المنضوين كأعضاء بها (Steward & Chambless (2007)، ويرجع جزء من شعبيتها إلى المنهج التجريبي الذي أنجزه العلاج (المعرفي- السلوكي)، حيث اظهر نتائج إيجابية لعدد كبير من المشاكل النفسية.

مع التطور التكنولوجي الهائل في مجال المعرفة فقد تطورت الأساليب العلاجية المعرفية السلوكية وبدأت تعطي مفاهيم خاصة شأنها في ذلك شأن عمليات الحاسب الآلي، وفي هذا النموذج تتكون المعرفة من عدد من العمليات كالتشفير والاستعادة، والتقييم، وقد أولى الاهتمام بطرق علم النفس المعرفي لتغذية العلاج (المعرفي- السلوكي).

2- مفهوم العلاج (المعرفي - السلوكي):

العلاج (المعرفي- السلوكي) يقوم على إعادة تشكيل البنية المعرفية للمتعالج من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تقوم على أساس العوامل المعرفية المؤثرة في السلوك البشري، ومن ثم فإن التغييرات المعرفية يترتب عليها التغييرات السلوكية (Clark & fairburn (1999), p 89). ومن رواد هذا الاتجاه "ارون بيك" الذي يعرف العلاج (المعرفي- السلوكي) بأنه طريقة بنائية محددة الزمن وذات تأثير توجيهي فعال، يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات النفسية (Dattilio & freeman (2000), p 8).

كما يعد العلاج (المعرفي- السلوكي) واحد من الطرائق العلاجية التي تعطي للمعرفيات مركزا مهما في الحدث النفسي، وهي ادراكات لأهمية الأحداث بالنسبة لصحة الفرد أو بالنسبة لأفكاره، تصورات، أو اعتقاداته عن نفسه ومحيطه (رضوان، سامر جميل (2000)).

لذا فإن العمليات المعرفية هي التي تتضمن الطريقة التي يفسر بها الفرد الأشياء من حوله والتي تؤثر في حياته اليومية، أي ما يقوله لنفسه عن شيء ما أو شخص ما، وهي تختلف من شخص لآخر حسب السلوك والطباع (Burns (1991), p12).

يشير العلاج (المعرفي- السلوكي) إلى كل الطرائق التي من شأنها تخفيف الضغط النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة، ولا يعني هذا التركيز على التفكير وإهمال الاستجابات الانفعالية التي هي مصدر الضيق النفسي بصفة عامة، يعني ببساطة إن نقارب انفعالات الشخص من خلال معرفته أو طريقة تفكيره، وتصحيح الاعتقادات الخاطئة يمكن إخماد الاستجابات الانفعالية الزائدة أو غير المناسبة أو تعديلها (Beck (1976), p214).

لقد تميز العلاج (المعرفي- السلوكي) Cognitive - Behavior Therapy (CBT) منذ نشأته بتأكيد موضوعه (هنا والآن) وعلى ما يفعله المتعالج على إبقاء أفكاره وأفعاله وعواطفه المختلة وظيفيا، آخذا بعين الاعتبار أن المعلومات التاريخية والتجارب النمائية للمتعالج والعلاقات الاجتماعية والتاريخ المرضي، لا يركز عليها إلا في حالة كونها مرتبطة مباشرة بتطور المشكلة واستمرارها (Freeman & lurie (1994), p 3).

خلال عملية الملاحظة يكشف العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك باعتبارها علاقة تفاعلية، ويتم التعرف على التشوهات المعرفية والاعتقادات المختلفة وظيفيا للمتعالج وتشخيصها ودحضها وتجريبها وتعديلها، محدثة تغييرا في كيفية رؤيته لذاته وللعالم والمستقبل، وذلك من خلال منهج تساؤلي سقراطي، يعرف باسم الاكتشاف الموجه لجعل التوجهات المعرفية تظهر بتتبع الأفكار التلقائية أو العفوية التي ترتبط بمزاج معين، ويتم تقويم هذه الأفكار العفوية المعممة بالتعاون مع المتعالج، من أجل معرفة محتواها ودرجة اعتقاده بها وتأثيراتها على مزاجه، وذلك للتخلص من التشوهات المعرفية للمتعالج إن استطاع أو الاستجابة التي لها بمرونة أكبر (Freeman & Lurie, 1994, pp.4-9).

3- أهداف العلاج (المعرفي - السلوكي):

يلخص كل من: (1979) "Beck" و(1977) "Meichenbaum" أهداف العلاج (المعرفي- السلوكي) في النقاط التالية:

- تعليم المتعالج كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقرها لنفسه؛
- مساعدة المتعالج على أن يكون واعيا لما يفكر فيه؛
- مساعدة المتعالج على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك؛
- تعديل الأفكار التلقائية والمخططات او المعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب والتي تحدث التغيير (المعرفي - السلوكي)؛ (Dobson(1988), p14).
- تعليم المتعالجين تقييم أفكارهم وتخيلاتهم التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة والمؤلمة (Trower and All (1999), p5).
- تعليم المتعالجين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة وتشوهات معرفية غير صحيحة؛ (Feerman and Lurie (1994) p.6).
- تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات المختلفة والمتنوعة؛ (Dobson (1988), p13).
- تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات، وتعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة في التفكير باستخدام الحوار الداخلي؛ (Meichenbaum (1977), p107).

- تدريب المتعالجين على استراتيجيات وفتيات سلوكية معرفية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية او عند مواجهة ضغوط طارئة.

- الاستنتاج العام:

من خلال ماسبق يمكننا أن نستخلص أن تطور العلاج (المعرفي- السلوكي) جاء بعد طرق مختلفة للغاية انطلاقاً من المبادئ التجريبية لنظرية التعلم، التي اختبرت أولاً في دراسات معملية على الحيوانات وتبعتها دراسات معملية على البشر، وصولاً الى نتائج الدراسات للعلاج السريري.

فالعلاج المعرفي استمد مفهومه من ملاحظات إكلينيكية دقيقة وذكية من قبل العلماء والباحثين الآتية أسماؤهم: "Ellis" و"Beck" و"Meichenbaurn"، وتمثلت هذه الملاحظات فيما يقوله المتعالجين (المرضى) عن أنفسهم ومعتقداتهم وردودهم العاطفية السلوكية، والأمر اللافت للانتباه هو أن علم النفس المعرفي كان ينمو كعلاج معرفي، وفي أواخر التسعينات من القرن العشرين بذلت جهود كبيرة من مؤيدي الدمج بين العلاج السلوكي والمعرفي وصولاً إلى مفهوم العلاج (المعرفي - السلوكي) وتطبيقاته التجريبية الميدانية التي لاقت استحساناً كبيراً.

لذا أصبح يعتمد العلاج (المعرفي- السلوكي) على التفاعل النشط بين المعالج والمتعالج أو المريض، وهو ما يوصف بتبادل الخبرات، إذ يقدم المعالج المبادئ الأساسية للعلاج، وتكون مهمته القيام بدور المعلم أو الدليل ويكون الدور موضوعي بعيد عن إصدار الأحكام (Beck (1993), p195).

كما يعتمد أيضاً العلاج (المعرفي- السلوكي) على تنفيذ الإستراتيجية المعرفية العلاجية التي تعطي مزيجاً خاصاً بين التقنيات السلوكية المعرفية المبنية على طبيعة المشكلة والتشوهات المعرفية (Beck and All (1979), p6).

لذا يعتبر "بيك" أن المعنى الخاص للحدث هو جوهر النموذج المعرفي للانفعال واضطراباته، لأنه يحدد الاستجابة الانفعالية له، هذا المعنى موجود في المفردة **Cognition**، وتعني عادة فكرة أو صورة خيالية أو حكم قيمي **Value Judgment**، ويستمد النموذج المعرفي للانفعالات مادته من ملاحظات المتعالجين لأفكارهم ومعالجاتهم (Burns(1991), p 88).

- خاتمة:

شأنها تخفيف الضغط النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة. ومنذ نشأته فقد تميز بتأكيد موضوعه (هنا والآن) وعلى ما يفعله المتعالج على إبقاء أفكاره وأفعاله وعواطفه المختلفة وظيفيا، آخذا بعين الاعتبار أن المعلومات التاريخية والتجارب النمائية للمتعالج والعلاقات الاجتماعية والتاريخ المرضي، لا يركز عليها إلا في حالة كونها مرتبطة مباشرة بتطور المشكلة واستمرارها، وخلال عملية الملاحظة يكشف العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك باعتبارها علاقة تفاعلية، ويتم التعرف على التشوهات المعرفية والاعتقادات المختلفة وظيفيا للمتعالج أو المريض وتشخيصها ودحضها وتجريبها وتعديلها.

- اقتراحات عملية:

من خلال موضوع الدراسة والنتائج المستخلصة توصل الباحث إلى تقديم الاقتراحات التالية:

1. توجيه العلاج النفسي إلى العلاج (المعرفي- السلوكي) بدل العلاج بالتحليل النفسي الذي يفتقد إلى التجريب، وتعليم المتعالج كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه؛
2. دعوة المعالج النفسي إلى مساعدة المتعالج على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك، وتعليمهم المهارات الاجتماعية من خلال حل المشكلات، وتدريبهم على توجيه التعليمات للذات، وتعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة في التفكير باستخدام الحوار الداخلي، وتدريبهم على استراتيجيات وفتيات سلوكية معرفية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية أو عند مواجهة ضغوط طارئة؛
3. التكون المستمر والدائم للمعالجين قبل وأثناء الخدمة لمواكبة التطور الحاصل في العلاج (المعرفي- السلوكي).
4. تعديل المناهج البيداغوجية بالجامعة الجزائرية بإدراج مناهج العلاج (المعرفي- السلوكي) كمقاييس أساسية في التكوين لطلبة علم النفس في التخصصات المختلفة؛
5. إلزام العيادات النفسية الخاصة ومراكز التكفل المختلفة بأساليب العلاج (المعرفي- السلوكي).

المراجع:

1. عادل، عبد الله محمد (1999). العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، جامعة الزقازيق، مصر: دار الرشد، ط1.

الصفحة: 238-251	المجلد: 10 / العدد: 01 / 2022	المؤلف: وليد العيد	عنوان المقال: تحديد الإطار المفاهيمي للعلاج (المعرفي- السلوكي)
-----------------	-------------------------------	--------------------	--

2. رضوان، سامر جميل (2000) "القائمة الصورية للأعراض، دراسة ميدانية". مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 4، الكويت: جامعة الكويت.
3. كمال، علي (1994). العلاج النفسي حديثا وقديما، سلسلة أبواب العقل الموصدة، بيروت: لبنان، المؤسسة العربية للدراسات والتسيير.
4. مليكة لويس، كامل (1990). العلاج السلوكي والتعديل السلوكي، الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.
5. ميشل ج، جراكسي (2012). العلاج السلوكي المعرفي، السلسلة: نظريات العلاج بالتحليل النفسي، تر: نكلس نسيم سلامة، القاهرة: مصر، مكتبة دار الكلمة للنشر والتوزيع، ط1.
6. Bandora,A.(1969). Social learning of moral judgments of personality and therapy, 12(4).
7. Bandora,A.(1973). Agression :A social learning analysis, England: Oxford , Prentice Hall.
8. Bandora,A.(1977) Self-Efficacy: "Toward unifying theory of behavioral change", psychological,Review 84, pp.191-215.
9. Bandora,A.(1988). Self-Efficacy conception of anxiety, anxiety Research, 1, pp.77-98.
10. Beck,A.T.(1993) " Cognitive Therapy past, present and future, J Consult," , Clin Psycol ,No 61.
11. Beck,A.T.(1994). Depression, University of Pennsylvania Press, 14th Printing, Philadelphia.
12. Beck,A.T.(1976). Cognitive Therapy the Emotional Disorders, New York: International University Press.
13. Beck,A. and All. (1979). Cognitive Therapy of Depression, New York: The Guilford press.
14. Beck,A.T. (1993) " Cognitive Therapy past, present and future ", Consult Clin Psycho. No 61.
15. Burns,D.D. (1991). Feeling good, New York: William Morrow.
16. Clarck,D,M&Fairburn,C,G.(1999).Remissionin major depressive disorder:Acomparnison of Pharmaco the rapy psychotherapy and controll conditions, Am, J, Psyciatry.
17. Chambless,D,L and Ollendick, T,H.(2001) Empirically Supported psychological interventions: Controversies and evidence, Annual Review of psychology,52,68,p.716.
18. Dobson, K.S. (1988). Hand Book Behavioral Therapy, New York: The Guilford press.
19. Dattikio,F & Freeman; A.(2000). Cognitive- Behavioral strategies in crisis, New York: Intervention the Guilford Press.
20. Ellis,A. Dryden, w. (1962). Reason and emotion in Psychotherapy, New York: LyleStuart.
21. Ellis,A. Dryden, w. (1987). The The Practice of National – Emotive Therapy, New York: Springer.
22. Ellis,A. (1988). The Evolution Rational – Emotive Therapy, (RET) and Cognitive Behavior

- Therapy, In, J,K, Zeig (Ed). **The Evolution Psychotherapy**. New York : Bernard /Mezal.
23. Freeman, A. Lurie, M (1994). **Depression A Cognitive Therapy Approach**, New York: New Brigde Communication.
24. Haaga,D,A and Davison,G,C (1993). “An appraisal of Rational-emotive therapy”, **Journal of conculy and clinical psychology** 61, pp.215-220.
25. Meichenbaum, D (1977). **Cognitive Behavioral modification**, New York: Plenum Press.
26. Trower, P. and All (1999). **Cognitive - BehavioralCounelling Action, London**: Sage Publications.
27. Rachman, S and Hodgson, R,S (1980).**Obsessions and compulsions**, Englewood Cliffs,NJ: Prenlice Hall.
28. Rachman,S and Wilsson, G,T.(1980).**The effects of psychological therapy**, Oxford, England:Perganon Press.
29. Shea,M and All .(1994). **Personality disorders and treatment out come in the NIMH treatment of depression**, Collaborative Research Pronal of Psychiatry,151,6, pp.876-881.