

العلاج النفسي السلوكي Behavioral psychotherapy

خميسة قنون*¹، المركز الجامعي بريكّة، (الجزائر)، gkhemissa@yahoo.com

سمية عليوة²، جامعة سطيف، (الجزائر)، aliouasoumia@gmail.com

تاريخ إرسال المقال: 01-12-2020 تاريخ قبول المقال: 21-03-2021

الملخص:

يعتبر العلاج النفسي السلوكي من أهم وأنجع العلاجات النفسية باختصاص علم النفس العيادي والتي تتعامل مع سلوك الفرد غير السوي أو المتعلم بطريقة غير توافقية، فهذا النوع من العلاج يهدف إلى تعديل وتصحيح السلوك الخاطئ وبالتالي حل المشكل أو علاج الاضطراب، ويندرج ضمنه العديد من التقنيات والفنيات العلاجية كالتحصين التدريجي والكف بالنقيض وكذا الكف بالغمر و العلاج بالرمز وكذا العلاج بالمنع، ولكل تقنية علاجية شروطها وخطواتها التي يجب التقيد بها.
الكلمات المفتاحية: العلاج النفسي السلوكي، السلوك، التقنيات العلاجية.

Abstract: Behavioral psychotherapy is considered one of the most important and effective psychological therapy in clinical psychology, which deals with the behavior of the individual who is abnormal or educated in a non-consensual manner. This type of therapy aims to amend and correct the wrong behavior and thus solve the problem or treat the disorder. It includes many techniques of treatment, such as gradual vaccination and cessation by contrast, as well as cessation by immersion, symbol therapy, as well as treatment with prevention, and each treatment technique has its own conditions and steps that must be adhered to.

Key words : Behavioral psychotherapy, behavior, therapeutic techniques

* خميسة قنون:

مقدمة:

يشير مصطلح العلاج النفسي إلى استخدام فنيات وتقنيات ذات أساس علمي وسيكولوجي لعلاج الاضطرابات النفسية والمساعدة على حل مختلف المشكلات التي تواجه الفرد، وبالرغم من اختلاف مناهجها وخطواتها، حيث أن منها ما يهتم بتعديل السلوك ومنها ما يركز على التعديل المعرفي، وأخرى تهتم بالانفعالات والعواطف، إلا أنها تهدف كلها إلى تقديم المساعدة للأفراد الذين تواجههم مختلف المشكلات (النفسية، الاجتماعية...) وكذا الذين يعانون من الاضطرابات النفسية بمختلف أشكالها.

وكما نعلم فإن أساليب ونظم العلاج النفسي تختلف وتتعدد بتعدد النظريات العلمية التي تقدم تفسيرات علمية عديدة لعدم السواء والاضطرابات الانفعالية أو التي تقدم المبادئ العامة لتفسير السلوك السوي أو غير السوي، وقد وصف هاربر سنة 1959 ستة وثلاثون نظاما علاجيا نفسيا كل منها مستقل عن الآخر والتي لا يحظى أي نظام منها بإجماع أو باتفاق كل المعالجين عليه، وقد قدر بوتلر سنة 1979 عدد أساليب العلاج النفسي بأكثر من مئة وثلاثون طريقة وأسلوب مختلف لكل واحد منه رواده وممارسوه، وقد صنف بوتلر هذا العدد الكبير في خمسة فئات وهي (صفوت، 2008، ص ص 264-266):

1- فئة التعديل المعرفي: تشير إلى أساليب العلاج السلوكي التي تعتمد على التدخل اللفظي كالعلاج العقلاني - الوجداني.

2- فئة أساليب الاستبصار المعرفي : والتي تؤكد على اكتساب المريض استبصارا بمرضه باعتباره ناتجا عن تأثيرات أحداث ماضية سابقة على ظهور أعراضه، ويؤدي هذا الاستبصار إلى إدراك المريض لعوامل الشفاء ومثال هذه الأساليب: العلاج بالتحليل النفسي.

3- فئة أساليب العلاج السلوكي: تقوم على نظرية الاشتراط الكلاسيكي ونظرية التعلم و التي تتضمن استخدام التخيل للإعداد لتغيير السلوك كالعلاج بالتحصين التدريجي والعلاج بالغمر.

4- فئة أساليب تعديل السلوك: تشير إلى إجراءات التدريب التي تستخدم دون التقيد بالمفاهيم الوسيطة، والتي تعتمد على حقائق الاشتراط الإجرائي وأساليب التعزيز كالتدريب على المهارات الاجتماعية وأسلوب المكافأة.

5- فئة الاستبصار الوجداني: تشمل مجموعة الأساليب العلاجية التي تؤكد على الإدراك المتنامي لتأثير المشاعر الحالية على اتجاهات المريض وأدائه ومن أمثلتها العلاج الجشطالتي.

غير أنه بعد اقل من عشرين عاما من هذا التصنيف، قفز الرقم إلى 250 طريقة علاجية وذلك سنة 1995، وهذه ظاهرة تشير إلى خصوبة شديدة في هذا المجال وتطور في توجهات علم النفس العلاجي، ومع كل هذه النظريات المختلفة يجب الإقرار بأنه توجد خلف علم النفس المرضي والعلاج النفسي حقائق

العلاج النفسي السلوكي

كثيرة، وهذا ما يؤكد تعدد الأساليب والطرق العلاجية بتعدد التوجهات النظرية وفيما يلي سنحاول التطرق لتاريخ العلاج النفسي السلوكي، تعريفه مبادئه وخصائصه وأخيرا فنياته

1- تاريخ العلاج النفسي السلوكي: يعتبر العلاج النفسي السلوكي اتجاها حديثا في العلاج النفسي، ومن جهة أخرى يمكن القول بأنه قديم قدم محاولات تعديل وتغيير السلوك، فلقد اكتشف الإنسان منذ فجر التاريخ أن هناك العديد من الطرق التي يمكنها تعديل وضبط السلوك، أو تغييره بشكل جذري، مثل تغيير بيئة الفرد، النصح، الإقناع، تحقيق الثواب، العقاب... الخ، وقد لاحظ الإنسان قديما بأن هناك بعض أنماط من السلوك تقاوم وبشدة التغيير بالطرق السابقة، ومن هذه الأنماط الخراجات العصبية، الهلوس، الوسوس، والمخاوف المرضية... وتاريخ الطب القديم مليء بالطرق والوسائل التي كانت تستهدف تعديل السلوك، ويمكننا مجازا أن نطلق عليها اسم العلاج السلوكي، ذلك لأن السلوك نفسه هو الذي كان يخضع للعلاج، وقد كان مسمر MESMER أول من استخدم المبادئ الأساسية للسلوك في العلاج، وبالرغم أن مبادئه لم تصمد أمام القياس العلمي إلا أنها قادت إلى إجراءات ناجحة في العلاج، وكانت الأساس في قيام منهج الإيحاء والتتويم المغناطيسي، وأنواع أخرى من التحكم اللفظي في السلوك، والوضع التقليدي للإيحاء هو استبدال السلوك غير المرغوب فيه بسلوك آخر مرغوب فيه، والمعروف الآن أن الإيحاء ينجح عندما تتنافس الاستجابة الجديدة مع القديمة، وتتنصر الاستجابة الجديدة لتمنع القديمة وتوقفها، كالشخص الذي اعتاد على الكتابة باليد اليسرى فيحاول توقيف هذه العادة واستبدالها بالكتابة باليد اليمنى، وعندما يتعلم الطفل نطق كلمة أجنبية نطقا خاطئا ويحاول المعلم المرة تلو الأخرى لتصحيح طريقة نطقه عن طريق إظهار عدم الارتياح للنطق الخاطئ والإيحاء للطفل بأنه يستطيع النطق بشكل سليم، وبهذا تظهر استجابة جديدة وتخفي القديمة، وقد يحدث هذا الكف للاستجابة القديمة إما مباشرة أو عن طريق التكرار لعدة مرات، وهذا ما يسمى بالكف الشرطي (الزراد، 1984، ص ص 136-137).

في عام 1932 استخدم دانلوب DANLOP منهجا أطلق عليه التدريب السلبي ومفاده إيقاف العادات الحركية غير المرغوب فيها عن طريق ضبط ظهورها، وفي عام 1935 أشار غيثري GUTHRIE صاحب النظرية الاشرطية الاقترانية في التعلم إلى إمكانية تطبيق فكرة الإشرط المضاد في العلاج، وقد أشار غيثري إلى أن أسهل طريقة لوقف عادة ما، هي معرفة الأسباب التي أثارت هذا السلوك، وأن يمارس الفرد استجابة أخرى تشبع هذه الأسباب، وأشار إلى ضرورة ضبط الظروف المحيطة بالفرد والتحكم فيها، وقد حاول غيثري معالجة العصاب الذي يصيب الحيوانات التي كان بافلوف يجري عليها تجاربه في معمله في أوائل القرن العشرين، ولكن لوحظ أن العصاب الذي أصاب تلك الحيوانات مختلف عن عصاب الإنسان، فقد كان عصابا يمتاز بشد القدرة على المقاومة كما أنه ناتج في الغالب عن عوامل

العلاج النفسي السلوكي

فسيولوجية وليست نفسية، فالحيوان يتخلص من عصابه بعد إعطائه عقار مهدئ أو مهيج، وفي عام 1943 ظهرت أدلة علمية تناقض الرأس السابق فقد أجرى مسرمان MESSERMAN سلسلة من التجارب على القطط التي كانت قد أصيبت بالعصاب من جراء تعريضها لصدمات كهربائية وهي موضوعة في قفص صغير وقد لاحظ أن الحيوان يتخلص من العصاب إذ قدم له الطعام - تعزيز موجب- في القفص الذي أجريت فيه التجربة، لكن مسرمان لم يفسر هذه النتائج بالرجوع إلى نظريات التعلم بل اعتمد في ذلك على التحليل النفسي، هذا وقد تقدمت التجارب والبحوث فيما بعد وأمكن لأول مرة معرفة أن الاستجابات العصابية التي أمكن تحديدها مصدرها يمكن إحداثها في حالة تعرض الفرد لمثيرات شبيهة بالمثير الأول الذي سبب العصاب، كما أن مثيرات أخرى تصبح فيما بعد قادرة على إحداث مثل هذه الاستجابات وذلك عن طريق ما سماه العلماء الإشراف من الدرجة الثانية، وبعد ذلك تبين أيضا أن أشياء مختلفة ليس لها علاقة طبيعية يمكنها إحداث نفس الاستجابة (كما في تجارب بافلوف حول افراز اللعاب عند الكلب وصوت الجرس)، أي عملية تعميم المثير، أما عن دور التعلم في شفاء المريض من العصاب النفسي فيرجع الفضل للسيدة ماري كوفر جون MARY COVER JONES التي حاولت علاج حالات الفوبيا لدى الأطفال عن طريق إطعامهم في حضور المثيرات التي كانوا يخافون منها، حيث كانوا على بعد مسافة من المثيرات التي كانوا يخافون منها، وكان هذا البعد يأخذ بالنقصان التدريجي حتى يتلاشى نهائيا إلى أن يتصل الطفل مباشرة بالمثير المخيف دون أن يثير لديه انفعال الخوف، وهكذا ازدادت الأدلة التي تدعم فرص العلاج عن طريق التعلم (الزراد، 1984، ص ص 139-140).

يختلف العلاج السلوكي عن المقاربات الأخرى فيما يتعلق بتطبيقاته لمبادئ الإشراف الكلاسيكي والإجرائي في علاج مشاكل السلوك على اختلافها، وقد نشأ العلاج السلوكي التقليدي في كل من الولايات المتحدة، إفريقيا الجنوبية وبريطانيا في الخمسينات من القرن الماضي، وبالرغم من النقد اللاذع ومن مقاومة مدرسة التحليل النفسي، إلا أن المقاربة السلوكية استمرت وثبتت واستطاعت تقنياتها المعتمدة على الإشراف الكلاسيكي أن تكون بديلا فعالا للعلاج التحليلي.

في الستينات من القرن الماضي طور ألبرت باندورا النظرية التعليمية الاجتماعية التي جمعت الإشراف الإجرائي والكلاسيكي مع التعليم القائم على الملاحظة، وقد جعل المعرفة بؤرة التركيز الشرعية للعلاج السلوكي، وقد ظهر العديد من المقاربات السلوكية المعرفية والتي مازالت لها تأثير مهم في ممارسة العلاج، وقد ظهر العلاج السلوكي المعاصر كقوة أساسية في علم النفس خلال السبعينات من القرن الماضي، وترك بصمة هامة في ميدان التربية، علم النفس، علم النفس العلاجي، الخدمة الاجتماعية، وقد

العلاج النفسي السلوكي

توسعت التقنيات السلوكية لتقدم حلولاً لعالم الصناعة، عالم الأعمال، مشاكل تربية الأطفال، وقد عرف الحقل السلوكي بالموجة الأولى بما قدمت تقنياته للكثير من المشاكل النفسية (جرالد، 2011، ص ص 306-307).

في إطار علم النفس الحديث فقد تطور العلاج السلوكي تأسيساً على تطور المدرسة السلوكية التي اشتملت على كثير من الآراء النظرية القائمة على أساس من المنهج التجريبي والتي يمكن أن نتعرف فيها على المراحل التالية:

1-1- واطسون وراينر WATSON - RAYNER: في المرحلة المبكرة يمكن أن نتعرف على بعض التجارب التي أسهمت في ظهور العلاج السلوكي، فقد أجرى واطسون وراينر 1920 تجربة لإحداث الخوف لدى طفل صغير يبلغ من العمر 11 شهراً، فقاما بتقريب أرنب أبيض من الطفل ألف قريبه مع إصدار صوت عال يخاف منه الطفل، وبعد فترة من الاقتران بين الصوت العالي والأرنب أصبح الطفل يخاف من الأرنب وحده دون إصدار الصوت بل عمم الخوف إلى مثيرات أخرى قريبة الشبه من المثير المشروط (الأرنب الأبيض) مثل فراء أبيض على معطف، رجل ذو لحية بيضاء..، وفي نفس السياق قامت الباحثة الأمريكية ماري كوفر جونز من علاج الطفل بيتر ذو الثلاث سنوات والذي كان يخاف من الأرانب وقد قامت بهذه التجربة التي نشرتها عام 1924 باستخدام قواعد التعلم لإزالة الخوف، حيث يوضع الطفل في غرفة اللعب الخاصة به والتي تعطيه حالة من الاسترخاء مع وجود أطفال آخرين لا يخافون من الأرانب يلعبون معه بينما تقدم له الحلوى والطعام الذي يحبه، وكانت الفكرة وراء هذه التجربة أن تناول الطعام في موقف مريح سوف يجمع الخوف المشروط، ثم كانت الباحثة بعد ذلك تقرب الأرنب في الغرفة بالتدريج نحو بيتر حتى أصبح الطفل يلامس الأرنب دون ظهر علامات الخوف عليه (الشناوي، السيد، 1997، ص ص 16-17).

1-2- جوزيف ولبى JOSEPH WOLPE: نشر جوزيف ولبى في عام 1957 كتابه الشهير العلاج بالكف بالنقيض والذي شمل التفاصيل الخاصة بالإجراءات والنتائج التي حصل عليها من تطبيقه لقواعد التعلم في علاج الاضطرابات العصابية لدى الراشدين، وقد أورد ولبى عدداً من الأساليب العلاجية التي بناها على أساس نظرية بافلوف 1927 ونظرية هيل للتعلم 1934، وما قام به هو نفسه من بحوث تجريبية وأوضح أن إزالة الخوف يعتمد على قاعدة الكف بالنقيض، حيث افترض أنه يمكن تحييد الخوف أو القلق إذا استطعنا إيجاد استجابة مضادة للقلق، وبناء على هذه القاعدة طور الطريقة الشهيرة الآن في علاج الخوف والتي تعرف بالتخلص التدريجي من الحساسية (الشناوي، السيد، 1997، ص 17).

1-3- هانز أيزنك HANS EYSENCK: تمثل بحوث وكتابات هانز أيزنك وتلاميذه في معهد الطب النفسي بجامعة لندن علامة بارزة في تطور العلاج السلوكي كبديل عن العلاج النفسي التقليدي (التحليل النفسي)، وقد ركز أيزنك في أعماله بصفة خاصة على القواعد والأساليب التي طورها كل من بافلوف وهيل وكذلك بعض المنظرين في مجال التعلم مثل مورر 1947 وميلر 1948 ونادى بأن العلاج السلوكي إنما هو طريقة علمية قائمة على أساس من طرق تجريبية ثبتت فعاليتها عن العلاج النفسي التقليدي، وفي رأي أيزنك فإن العلاج السلوكي يعتبر علما تطبيقيا سمته الأساسية أنه يمكن تمحيصه كما يمكن تخطيطه، والنظرية التي يمكن تمحيصها (اختبارها) هي التي يمكن تحديدها بدقة كافية بحيث يمكن تعريضها للبحث التجريبي، أما النظرية التي يمكن تخطيطها فهي التي تحدد الظروف التجريبية التي يمكن أن تنتج في النظرية التي ترفض، وقد أوضح أيزنك أنه على عكس العلاج السلوكي نجد أن التحليل النفسي شابه الغموض الشديد في الصياغة بحيث لا يمكن اختبار نظريته كما أنه من المستحيل تحديد الظروف التي يمكن في ظلها اكتشاف خطئه (الشناوي، السيد، 1997، ص ص 17-18).

1-4- سكينر SKINNER: تعتبر اسهامات سكينر في مجال التعلم من الإسهامات الأساسية التي ساعدت على تطور العلاج السلوكي وتتمثل هذه الإسهامات في قواعد الإشراف الإجرائي ثم وسيع هذه القواعد وتطبيقها على المشكلات البشرية، ومن أهم كتابات سكينر في هذا المجال كتابه الشهير عن العلم والسلوك البشري والذي انتقد فيه طريقة التحليل النفسي وعرض تصورا للعلاج النفسي في صورة مصطلحات سلوكية.

ويركز سكينر في كتاباته على أن السلوك المشاهد هو الموضوع الأساسي في التغيير العلاجي، ويعتبر هذا الرأي من المحاور الأساسية التي يقوم عليها العلاج السلوكي، ومن الناحية الفلسفية فإن الإشراف الإجرائي ينتمي إلى السلوكية الراديكالية والتي ترى أن السلوك الظاهر هو الشيء الوحيد المقبول في البحث العلمي، كما اعتمد سكينر في بحوثه على تكرار القياسات على نفس الفرد الذي تجرى عليه التجربة وتحت ظروف تجريبية عالية الضبط، ورفض الأخذ بطريقة المقارنات الإحصائية بين مجموعات أفراد البحث مبررا ذلك بأن المتوسطات لا تعكس السلوك الحقيقي للحالات الفردية، وقد سميت طريقته بالتحليل التجريبي للسلوك تمييزا لها عن الطريقة العلمية التقليدية في التحليل الإحصائي لبيانات مجموعة من المجموعات، وانطلاقا من هذه التسمية عرفت التعديلات التي أجريت على طريقة سكينر لاستخدامها في المشكلات الإنسانية بالتحليل السلوكي التطبيقي (الشناوي، السيد، 1997، ص ص 18-20).

2- تعريف العلاج النفسي السلوكي:

يشير العلاج السلوكي إلى أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في عملية العلاج النفسي، ويعتبر من المحاولات الرائدة في العلاج النفسي للاضطرابات السلوكية بأسرع ما يمكن وذلك بضبط السلوك المرضي وتعديله وتنمية السلوك السوي لدى الفرد (سامي، 2001، ص 436). حيث يركز العلاج السلوكي على تحليل سلوك الفرد الظاهري لتحديد عوامله ومكوناته الأساسية الايجابية والسلبية على السواء، ثم حصر مثيرات السلوك السلبي ومعالجتها تدريجيا حتى يصل المعالج النفسي إلى مرحلة يضبط فيها لدرجة ملحوظة السلوك ومكونا في نفس الوقت لدى المريض بديلا ايجابيا.

3- مبادئ العلاج السلوكي: من أهم المبادئ المستخدمة في العلاج السلوكي:

2-1 الإشراف الكلاسيكي: ويتمثل في استبدال المنبه غير الشرطي بمنبه شرطي لأغراض علاجية سلوكية عن طريق إقران المنبهين لعدة مرات.

2-2- الإشراف الفعال: يتلخص في ميل الفرد إلى إحداث السلوك وتكراره عند خبرته لنتائج ايجابية أو تجنبه للسلوك عند خبرته لنتائج سلبية وغير مستحبة، بمعنى نوع النتائج التي يخلص إليها السلوك قد تعززه وتزيد من حدوثه أو تعمل على تقليله وحذفه.

ويرى أنصار العلاج السلوكي أن المرض النفسي عبارة عن تجمعات لعادات سلوكية خاطئة مكتسبة وأن هذه العادات السلوكية يمكن علاجها إذا خضعت لمبادئ العلاج السلوكي وإجراءاته وقوانينه مركزين بذلك على المشكلة الحالية للسلوك المرضي للمريض وأعراض مرضه النفسي.

3- قوانين اكتساب السلوك: هناك مجموعة من القوانين الهامة التي تساعد في تفسير عملية اكتساب السلوك منها:

3-1- قانون الاستعداد: وهو خاص بالفرد ومدى رغبته في عملية التغيير أو اكتساب سلوك جديد.

3-2- قانون التدريب: تزداد قوة السلوك بالتكرار والممارسة وتضعف بالإهمال.

3-3- قانون الأثر: الأثر الناتج عن قيام الفرد بسلوك ما سواء كان هذا الأثر ايجابيا أو سلبيا يلعب دورا هاما في إمكانية تكرار هذا السلوك أو عدم القيام به فيما بعد.

3-4- قانون التدعيم: للتدعيم الذي يحصل عليه الفرد من المحيطين به - سواء كان هذا التدعيم ايجابيا أو سلبيا - دورا هاما في تعزيز السلوك أو إطفائه.

ويمكن تفسير عملية اكتساب السلوك وفقا للقوانين السابقة كما يلي:

" السلوك هو رد فعل يصدر عن الفرد لسبب ما، هذا السبب هو ما نطلق عليه في علم النفس كلمة (المثير) سواء كان هذا المثير واضحا وظاهرا للفرد أو غير واضح، أما ما يصدر عن الفرد من ردود

العلاج النفسي السلوكي

أفعال اتجاه ذلك المثير فهو ما نطلق عليه كلمة (الاستجابة) فالإنسان تحكمه في ردود أفعاله الكثير من المتغيرات منها على سبيل المثال: أفكاره وخبراته السابقة - أسلوبه في التفكير - طريقته في الحكم على الأمور - كيفية إدراكه للموقف أو المثير وتفسيره له - أهمية الموقف بالنسبة له - علاقاته بالمحيطين به أثناء حدوث المثير - حالته المزاجية ودرجة استعداده - حالته الصحية (الجسمية) الخ.

4- خصائص العلاج السلوكي: لقد حدد المعالجون السلوكيون مجموعة من الخصائص المميزة لطريقتهم في العلاج أهمها ما يلي (سامي، 2001، ص ص 436-437):

- معظم السلوك الإنساني مكتسب ومتعلم وعليه فالسلوك المرضي هو سلوك مكتسب ومتعلم
- السلوك المضطرب لا يختلف عن السلوك العادي المتعلم والفرق بينهما هو أن السلوك المرضي هو سلوك غير ملائم أو غير متوافق بينما السلوك العادي هو سلوك متوافق للفرد.
- يكتسب الفرد سلوكياته نتيجة التعرض المتكرر للخبرات التي تؤدي إليه، ومن ثم يحدث ارتباط شرطي بين هذه المثيرات والسلوك.
- تمثل العناصر السلوكية المضطربة نسبة معينة من السلوك الكلي للفرد وتزداد وتنقص بين الأفراد.
- زملة الأعراض النفسية ينظر إليها كتجميع لعادات خاطئة متعلمة
- السلوك المضطرب يمكن تعديله
- الأساس والأصل في السلوك الإنساني يكمن في وجود دوافع فسيولوجية أولية لدى الفرد وعن طريق التعلم يكتسب الفرد دوافع جديدة قد ترتبط بأساليب تعلم غير توافقية وحينئذ لابد من تعديل هذه الأساليب لإحداث التوافق في سلوك الفرد.

5- إجراءات العلاج السلوكي:

عند القيام بعملية التعديل السلوكي لابد من مراعاة ما يلي:

- 1- التأكد من رغبة الفرد في التغيير والتعديل (مستوى الدافعية) والعمل على تنميتها.
- 2- تحديد السلوك المراد تعديله تحديدا دقيقا (يجب ألا يكون هذا التحديد بشكل عام " سلوك إدماني مثلا" ولكن يجب أن يحدد من خلال مظاهره وأعراضه).
- 3- تحديد مدى خطورة هذا السلوك بالنسبة للفرد وتأثيره على توافقه الشخصي والاجتماعي.
- 4- تحديد طبيعة العلاقة بين هذا السلوك وبعض السلوكيات الأخرى
- 5- تحديد معدل تكرار السلوك الذي يعاني منه الفرد حتى يمكن الحكم على أهمية التعامل معه أو اعتباره سلوكا طبيعيا، كذلك لا يمكن الحكم من خلاله على مدى التحسن فيما بعد.

العلاج النفسي السلوكي

6- الاتفاق مع الفرد على الأساليب التي سوف يتم استخدامها في عملية التعديل مع التأكيد على أهمية التزامه بالقيام بالمهام التي سوف يكلف بها.

7- تحديد أسلوب واضح لكل من التعزيز الايجابي والسلبي الذي سوف يستخدم خلال عملية التعديل

8- يجب على كل من المعالج والفرد عدم تعجل النتائج لان عملية التعديل ليست بالعملية البسيطة.

9- يجب أن يتوقع المعالج مقاومة من الفرد الذي يطلب المساعدة وعليه أن يحدد كيف يمكنه أن يتعامل معها

10- يجب أن يتوقع المعالج إمكانية حدوث انتكاسة خلال عملية التغيير (العودة إلى السلوك القديم) وعليه أن يخطط لكيفية التعامل معها.

11- تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب.

12- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك المضطرب من خلال الإجابة عن الأسئلة التالية:

* هل السلوك يظهر نتيجة خوف شرطي بسيط؟

* هل السلوك يعكس خوفا أساسيا معمما يحدث في مواقف مشابهة لكنها مختلفة؟

* هل يستمر السلوك باستمرار النتائج المؤدية إليه؟

13- اختيار ظروف تعديل وتغيير السلوك.

14- إعداد جدول لإعادة التدريب

15- تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب.

16- تعديل الظروف البيئية.

6- فنيات العلاج السلوكي: من فنيات العلاج السلوكي الشائع استخدامها مايلي:

1- التحصين التدريجي (المنظم): ويعرف أيضا بالتحصين المنهجي، التحسس، التخلص من الحساسية والتنظيم التدريجي ومعناه بلغة بسيطة بث الطمأنينة في نفسية المريض بطريقة تدريجية وتشجيعه لمواجهة مواقف القلق والتوتر والخوف ومساعدته على التقليل من الحساسية الانفعالية أو إلغائها تماما، بحيث يتم تحييد مشاعر المريض نحوها وذلك عن طريق استخدام الاسترخاء العضلي والفكري (يوسف، 2006، ص 185).

ويعتبر التحصين التدريجي أسلوب علاجي سلوكي يتم من خلاله تعريض المريض لسلسلة من المثيرات المسببة للقلق أو الخوف وذلك وفقا لمدرج القلق الذي يتم بناءه من قبل المعالج والتمثل في ترتيب وتصنيف المثيرات حسب شدتها بشكل تنازلي، أين يتم تعريض المريض إلى مثيرات مشابهة للمثير الأصلي تدريجيا إلى غاية الوصول إلى المثير الأصلي، حيث يعرض للمثير المسبب للقلق مدة (5-15)

العلاج النفسي السلوكي

ثانية ثم نوقف تعرضه للمثير ونجعله في حالة استرخاء مدة 15 ثانية بعدها نعيد تقديم المثير أو الانتقال إلى مثير أكثر شدة من المثير السابق وتكرر هذه العملية مدة 6-7 أيام، ولكن أثناء العلاج يجب أن تكون دائما حالة الاسترخاء أقوى بكثير من المثير في حد ذاته.

هناك نوعان من التحصين المنظم أو التدريجي:

1-1- **التحصين المنظم الواقعي:** يتم من خلاله تعريف المريض للمثيرات التي لها ارتباط بحياته اليومية واقعيًا، فتكون التمارين التي يجريها المعالج على المريض منظمة وتدور حول مشاهد وأمر واقعية.

1-2- **التحصين المنظم التصوري أو الخيالي:** أسلوب يحاول من خلاله المعالج جعل المريض يتخيل المواقف والمشاهد التي تثير خوفه وتوتره وذلك بطريقة منظمة أي أنه وفق مدرج القلق.

يعد هذا الأسلوب من العلاج فعالاً في حالة المخاوف النوعية وقد أثبتت فعاليته في علاج مخاوف الامتحان، بينما يعد أقل ملاءمة لمعالجة الاضطرابات المركبة لدى المرضى الذين لديهم مستوى عال ومرتفع من المخاوف أو ميولات اكتئابية شديدة وذلك إذا ما استخدم كطريقة وحيدة في العلاج (كلاوس، 1999، ص 175).

خطوات العلاج: يشتمل أسلوب التحصين التدريجي على الخطوات التالية:

1- **التدريب على الاسترخاء:** يتم في غرفة هادئة ذات إضاءة خافتة وتكون بعيدة عن الضوضاء الخارجية وبها أثاث بسيط، ومن المفضل أن تشمل الغرفة على أريكة للتمكن من إجراء الاسترخاء باستلقاء العميل عليها، ومن المفضل أن يتم توجيه تعليمات الاسترخاء بصوت هادئ ومريح وتستغرق كل خطوة حوالي 10 ثواني يتخللها راحة بين 10 إلى 15 ثانية بينها وبين الخطوة التي تليها ويستغرق التمرين كله حوالي نصف ساعة، ويمكن تشجيع العميل على ممارسة الاسترخاء بنفسه بالمنزل بعد تدريبه على ذلك (الشناوي، السيد، 1997، ص ص 99-100).

2- **إعداد مدرج القلق:** من الضروري أن يحدد المعالج مصدر القلق لدى العميل، سواء كان هذا المصدر مواقف أو أفكارا ويمكن لأن يتم ذلك باستخدام أساليب تقدير وتحليل السلوك أو باستخدام المقابلة أو أسلوب التسجيل الذاتي والملاحظة أو المذكرات الشخصية أو باستخدام بعض استبيانات الخوف أو القياسات الفسيولوجية، وبعد تحديد المثيرات المولدة لقلق فإنها تقسم إلى مجموعات تبعا للعناصر المشتركة بينها، فمثلا قد يشعر شخص ما بالقلق من نقد الآخرين ومن حساسيته الذاتية العالية ومن سوء فهم الآخرين له، فمثل هذا الشخص تكون مخاوفه مركزة حول موضوع عام للخوف وهو الخوف من الأحكام الاجتماعية المضادة (التقويمات السلبية عنه)، والمشكلة التي نقابها في هذا الصدد هي أن المعالج قد يقسم المثيرات بناء على موضوع أو حادث غير مناسب، فعلى سبيل المثال

العلاج النفسي السلوكي

فإن الخوف من التواجد في المركبات العامة (الحافلات) المزدحمة أو المصاعد قد تصنف تبعاً لموضوع واحد هو الازدحام البشري على حين أن الموضوع الحقيقي الذي يجمع بينها ربما يكون الخوف من منطقة محددة، ولهذا فإن عملية اختيار موضوعات أو عناصر مشتركة يعتبر من المهارات التي ينبغي على المعالج أن يدرّب نفسه عليها (الشناوي، السيد، 1997، ص101).

بعدها يتم إعداد مدرج القلق بترتيب المشكلات ضمن تدرج قائم على ترتيب المثيرات تبع لشدة القلق التي تثيرها لدى العميل بحيث يكون المثير الذي يسبب أعلى شدة في قمة الهرم والعكس بالنسبة للأقل شدة ويمكن الاعتماد على التقدير الشخصي للعميل في ترتيب هذه المثيرات، كما يمكن استخدام مقياس ولبى بحيث يكون هناك تدرج في الدرجات حسب قوة تأثير المثيرات من صفر إلى مائة (وحدة) بحيث لا تزيد الفروق بين درجات ترتيب المثيرات عن 5 إلى 10 وحدات (الشناوي، السيد، 1997، ص ص 102-103).

3- مرحلة العمل (إجراءات التخلص المنظم من الحساسية): تبدأ المعالجة بتقليل الحساسية بعد عدة جلسات من المقابلة الابتدائية، حيث يعطى للعميل وقتاً كافياً لتعلم الاسترخاء أثناء جلسات العلاج، حتى يتمكن عليها في البيت، ثم تبدأ عملية تقليل الحساسية بعد أن يصل العميل إلى الاسترخاء الكامل وعيونه مغمضة، يقدم له أولاً مشاهد محايدة، يسأل تصورها في ذهنه، إذا لوحظ استرخاؤه يطلب منه تخيل أقل موقف يثير القلق من الذي تم بناؤه ويبدأ المعالج التقدم في سلم الهرم حتى يعطي العميل إشارة أنه قلق وبهذا ينهي المعالج الموقف ويخضعه للاسترخاء، ويكرر تعريضه للموقف المسبب للقلق حتى يزول التوتر العميل وتزول مخاوفه اتجاه المثير المقدم (جرالد، 2011، ص321).

وتجدر الإشارة دائماً إلى أن تعريض العميل للمثيرات المسببة للقلق قد يكون واقعياً أو على مستوى الخيال.

تعرض المشاهد التي يتخيلها العميل في شكل تصاعدي تبعاً للمدرج الذي تم إعداده، وفي المعاد يعرض يعرض في الجلسة الواحدة بين 3 إلى 4 مشاهد (يشتمل مدرج القلق في المعتاد على حوالي 20-25 مشهداً) ويمكن تخصيص باقي الجلسة لبعض الجوانب المتصلة بمخاوف العميل أو تخصص للقيام بجانب من عملية التخلص المنظم من الحساسية باستخدام مدرج لنوع آخر من المخاوف أو للعمل مع مشكلة أخرى للعميل، ويستحسن أن يحتفظ المعالج ببطاقات يسجل عليها المشاهد التي عرضها على العميل وتاريخ العرض ومدة العرض، كما أنه من الأفضل عدم الانتقال إلى مشهد جديد إلا بعد أن يعايشه العميل لثلاث مرات متتالية بنجاح (دون أن يشعر بعدم الارتياح)، كما يجب على المعالج

العلاج النفسي السلوكي

أن يراقب العميل خلال جلسات العلاج ليلاحظ علامات التعب عليه وأن يستفسر منه عن ما إذا كانت المثيرات المعروضة عليه في جلسة واحدة كثيرة (الشناوي، السيد، 1997، ص ص 106-107).

2- **الكف بالنقيض (المتبادل):** يعتمد هذا الأسلوب العلاجي على وجود استجابة مضادة للاستجابة المراد إطفائها والتي تظهر مع الأحداث المثيرة لها، وكلا الاستجابتين لا يمكن أن تحدثا في زمن واحد لأنهما متضادتان، حيث تعوض الاستجابة الأولى والمقترنة بالأحداث المثيرة باستجابة جديدة ومضادة وذلك عن طريق التكرار.

يرى جوزيف ولبي أن هذه الطريقة فعالة بشكل واضح في مجال العلاج النفسي، فتحسن الأعراض العصابية هو المعيار الثابت والوحيد لفعالية العلاج، ويوضع بذلك خمسة معايير عامة لتقدير فعالية العلاج وهذه المعايير هي:

- تحسن الأعراض وزوالها والعودة إلى الحياة الطبيعية التامة.
 - زيادة الإنتاج والفعالية والقدرة على التركيز والتوجه والفهم.
 - تحسن مستوى التحكم والمتعة في العلاقات الجنسية والإحساس بالراحة في ذلك.
 - تحسن الوضع الشخصي للعميل وتحريره من صراعاته وتوتراته.
 - زيادة قدرة المريض على الفهم الواقعي، وزيادة استبصاره بمشكلاته ودوافعه وقدراته.
- لا يشترط توافر جميع هذه المعايير لتحسن الحالة، كما أن هذه المعايير يجب أن تكون واضحة ومميزة لدى العميل.

3- **الكف بالنفي:** يتمثل في تعريض الفرد لمثير مؤذ (معاقب)، بحيث أن هذا المثير من شأنه أن يجمع أو يوقف السلوك غير المرغوب فيه، فهو أحد استراتيجيات خفض السلوك غير التكيفي وتشمل اقران هذا الأخير بمثيرات تنفيرية مثل العقاقير المسببة للغثيان (أحمد ، 2014، ص ص 263-264).

و تقوم هذه الطريقة على تكوين فعل منعكس شرطي جديد أين يستجيب المريض للمثير بشعور مؤلم أو شعور غير سار. وهناك خطوات عامة متبعة في تطبيق إجراءات المعالجة بالتنفير تتمثل فيما يلي:

- 1- خلال جلسات المعالجة يتبع المثير المنفر المعزز غير المقبول والذي يراد التخلص منه مباشرة ويستمر اقترانهما لمدة زمنية قصيرة وبعد ذلك يختفي كل من المثير والمعزز في الوقت نفسه.
- 2- يقترن زوال المثير عادة بظهور مثير يريد المعالج أن يحصل عليه كمعزز بديل للمعزز غير المقبول.

3- يقوم المعدل بتنظيم الظروف البيئية وبالتالي يحصل المعالج على التعزيز في حال اختباره للمعزز البديل وعزوفه عن المعزز غير المقبول.

العلاج النفسي السلوكي

توضح نظرية التعلم أن الاستجابة التي يتلوها عقاب أو ألم سوف تضعف وتتلاشى، ومن ثم يمكن إحداث تغييرات سلوكية مرغوبة، وهذا الأسلوب من العلاج يستخدم لعلاج المشكلات السلوكية والانحرافات كالتدخين، الإدمان، الانحراف الجنسي، التبول اللاإرادي... الخ (أديب، 2015، ص 347).

وإجراء التنفير يمكن أن يتم من خلال توجيه صدمات كهربائية إثر ظهور السلوك غير المرغوب به، وقد قام المعالجون السلوكيون بتطوير أساليب التنفيرية، بحيث يمكن للفرد القيام بها بنفسه من خلال حرمان نفسه من شيء مرغوب إثر تورطه بسلوك مرفوض كالبدن الذي يعاقب نفسه عن أكل شيء يحبه إثر تناوله لأي طعام خارج الوجبات المعتادة، إلا أن هذه الإجراءات الذاتية التي يستخدمها الفرد ترتبط بقوة إرادته وقدرته على التحكم (أديب، 2015، ص 348).

3-1- أساليب العلاج بالتنفير: هناك مجموعة من الأساليب المستخدمة في العلاج بالتنفير نذكر منها (أحمد، 2014، ص 264):

الصدمة الكهربائية: حيث يتبع كل حدوث للسلوك غير المرغوب تعريض الفرد للصدمة الكهربائية كمثير منفر وتستخدم هذه الطريقة عادة للأفراد الذين يعانون من الانحرافات الجنسية. العقاقير المسببة للغثيان والتقيؤ: يتبع إعطاء الفرد عقاقير الغثيان بعد إصداره للسلوك غير المرغوب ويستخدم هذا النوع في حالات الإدمان (الكحول، التجين...).

3-2- مجالات العلاج التنفيري: اتفق العديد من الباحثين على استخدام العلاج بالتنفير في المجالات التالية:

- الانحرافات الجنسية (الجنسية المثلية العادة السرية، الأعراض السادية الجنسية).
- مختلف أنواع الإدمان: الكحول المخدرات والتدخين
- التبول اللاإرادي الليلي.
- حالات اجترار القيء والمشكلات الجسمية الاجتماعية كالبدانة.

3-3- سلبيات العلاج بالتنفير: هناك العديد من السلبيات التي ترافق أسلوب العلاج بالتنفير على اعتبار أنه أسلوب لا يتعامل مع الإنسان من منطلق الإنسانية بل يعتبر كأى كائن حي لا يستطيع تحكيم العقل في تصرفاته وبالتالي تستخدم مع أساليب الاشرط الكلاسيكي التي طبقت في بدايتها على الحيوانات. وفيما يلي بعض السلبيات (أحمد، 2014، ص 266):

- قد لا يراعي هذا الأسلوب الجوانب الأخلاقية والقانونية لممارسة العلاج

العلاج النفسي السلوكي

- إن المثيرات المنفرة قد لا تكون متوفرة في بيئة الفرد بالإضافة إلى وجود صعوبة في التخيل لدى الفرد.

- إن استخدام العلاج بالتنفير قد لا يهتم بدافعية الفرد للتخلص من سلوكه غي المقبول، حيث أن التغيير يتم رغما عن رغبة الفرد من خلال المثيرات المنفرة.

4- العلاج بالإفازة (الغمر): ويعرف أيضا العلاج بالتعريض وهو تقنية علاجية سلوكية تشمل مجموعة من الإجراءات المعروفة بالتفجير الانفعالي أو الإفازة ، ويمكن رد جذور هذه التقنية إلى ماسرمان 1943 MASSERMAN الذي درس ردود فعل القلق والسلوك التجنبي لدى القطط، وقد تضمنت دراسته إحداث سلوكات عصابية من خلال توجيه الصدمة تحت ظروف بيئية معينة، وقد اكتشف لاحقا أن السلوك التجنبي يمكن إطفائه لدى القطط إذا أُجبرت على البقاء في الموقف الذي تلقت فيه الصدمة سابقا (أي عندما لم يكن الهروب أو التجنب ممكنا)، وهذه النتائج كانت أساسا لتطوير معالجات القلق عند الإنسان، وهناك من الأدلة التجريبية ما يدعم فعالية المعالجات بالتعريض في علاج المخاوف ذات المثيرات المحددة، واضطرابات الهلع أو الفزع، والرهاب من الأماكن الفسيحة، والرهاب الاجتماعي، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب الوسواس والسلوك القهري (تيموثي، 2007، ص ص 632-633).

وتشتمل طريقة المعالجة بالإفازة إرغام المريض على مواجهة المثيرات أو المواقف التي تخيفه، أو التي تسبب له القلق، كما يشتمل العلاج على رفع مستوى القلق لدى المريض إلى أقصى حد ممكن في ظروف تجريبية منظمة بهدف مساعدته على تجاوز الخوف، ويتمثل الإطار النظري في التعامل مع الخوف بوصفه سلوكا متعلما يكتسبه الإنسان وفق قوانين التعلم التجنبي.

فالافتراض الذي تقوم عليه الأساليب العلاجية هو تجنب الشخص للمثيرات والاستجابات التي تسبب له القلق أو الخوف، وهذا ما يسمى "بالسلوكات التجنبية" وهي سلوكيات متعلمة لأنها تخلصه من معاناة القلق أو الشعور بالخوف فالشخص يتجنب الموقف الذي يقلقه، وفي ذلك تعزيز سلبي.

ويهدف العلاج بالإفازة إلى تمكين المريض من مواجهة مخاوفه وجها لوجه، إما بالواقع وإما بالخيال عن طريق تعريضه لمثيرات القلق إلى أقصى حد ممكن.

ويقترح عدد من الباحثين توفر خصائص التالية في العلاج بالإفازة لكي يحقق الفائدة القصوى للمريض (تيموثي، 2007، ص 633):

- يجب أن يكون التعريض لمدة طويلة لا قصيرة.
- يجب أن يتكرر التعريض حتى تتم إزالة الخوف/القلق.

- ينبغي أن يكون التعريض تدريجياً، يبدأ من مثيرات/مواقف متدنية القلق، تتدرج صعوداً إلى مثيرات/مواقف مرتفعة القلق.

- ينبغي أن ينتبه المريض للمثير الذي يخاف منه، وأن يتفاعل معه بأكبر قدر ممكن.

ويمكن استخدام العلاج بالتعريض بوصفه علاجاً مستقلاً، أو كجزء من علاج متعدد النماذج.

4-1- أساليب العلاج بالإفاضة:

1- الإفاضة بالتخيل: يطلب من المتعالج تخيل المواقف التي تبعث على الخوف لديه وذلك بالبداية

بالموقف الذي يبعث على الحد الأقصى للقلق لفترة زمنية طويلة وذلك بعكس أسلوب تقليد

الحساسية التدريجي

ويأتي هنا دور المعالج في تقديم المثير المخيف في المستوى التخيلي والهدف من المعالجة بالإفاضة

عن طريق التخيل عند المعالج هو إعادة الموقف المخيف بغياب أي عقاب أو حرمان أو ألم جسمي.

وهناك ست طرق للمعالجة بطريقة الإفاضة بالتخيل وهي:

1. مقابلات التشخيص: وفيها يقوم المعالج بتحديد الظروف التي تثير العصبية والقلق عند المريض.

2. التدريب على الأفكار المحايدة: وفيها يطلب من المريض بأن يغلق عينه ويتصور مناظر محايدة مثل

مشاهدة التلفاز، تناول وجبات الطعام، ومناسبات تتعلق بالبيت والمدرسة والألعاب، ويطلب المعالج من

المريض من وقت لآخر بأن يركز على تفاصيل هذه المناظر مثل مراقبة تفاصيل وجه الشخص الذي

يتحدث معه، أو مراقبة الانعكاس على سطح أملس يتخيله المريض و غيره، و يجب أن لا تكون هذه

الأفكار من النوع الذي يثير ردة فعل عاطفية لدى المريض، و إن حدث و ظهرت ردة فعل عاطفية عليه

يجب تغيير المنظر أو الفكرة، و يجب أن يأخذ المعالج دائماً بعين الاعتبار أنه يمكن تخيل أي شيء سواء

حدث أو لم يحدث أو حتى لو كان مستحيلاً.

3. جلسات معالجة الكبت: يلجأ المعالج إلى جعل المريض يعيد الأفكار المحايدة التي تم تطبيقها في

المرحلة الثانية، ثم يتحول إلى جعله يتخيل أفكاراً تثير ردة فعل لديه مثل الخوف، القلق، أو الشعور

بالذنب، وهذه الأفكار هي التي تقف وراء أعراض المرض أو مشاكله ويقوم المعالج هنا بإثارة المريض

لتفادي التفكير بمنزلة هذه الأمور، فروح المعالجة في هذه المرحلة هي أن يرغم المسترشد على التفكير

بالأشياء التي تثيره والتي تخفي وراءها مشاكل المسترشد.

4. وضع افتراضات تقريبية: بما أنه من الصعب تحديد كل الأشياء التي تثير المسترشد بدقة، بسبب أن

هناك أمور في ماضي المريض لا يرغب في الحديث عنها، فيمكن للمعالج أن يتوقع من هذه الأمور أو

أي أشياء أخرى، أن تثيره حتى يصل إلى درجة من التشابه بين ما يتوقعه و بين الحقيقة.

العلاج النفسي السلوكي

5.الواجبات البيئية: في نهاية أول جلسة معالجة، يجب على المعالج أن يطلب من المريض أن يمارس في البيت تمارين لتخيل أمور تثيره كواجب بيتي، و أن يتابع ذلك في نهاية كل جلسة لتعويده على الأمور التي تثيره، وبعد أن يتعلم هذا الأسلوب يمكنه استخدامه في أي مشكله تواجهه في حياته اليومية دون أي مساعدة من المريض.

6.مدة العلاج: يعاد التفكير في كل جلسة جديدة في المثيرات القديمة، و يطلب من المريض التفكير بمثيرات أخرى، ويعطى المزيد من الواجبات البيئية حتى يعتاد على التفكير فيها دون أن تثير فيه أية ردة فعل عصبية، وفي هذه المرحلة يوقف العلاج و لكن يجب عقد جلسات متتابعة للتأكد من الشفاء الكامل للمريض.

2-الإفاضة الواقعية : و يشتمل إرغام المتعالج على مواجهة المواقف المخيفة بشكل مباشر وحرمانه من فرص تجنبها.

5-التدريب السلوكي: تهدف هذه التقنية إلى توسيع سلوكيات التدبر لدى العميل، ويشمل التدريب السلوكي توضيح أهمية حيازة سلوكيات جديدة، واختيار المواقف المستهدفة، وإجراء التدريب وتقديم التغذية الراجعة، ومساعدة العميل على تطبيق المهارات الجديدة في مواقف الحياة الفعلية، والتدريب السلوكي ليس مصطلحا جديدا، فقد وجد بشكل أو بآخر على مدى سنوات عديدة فعلى سبيل المثال قام مورينو بتطوير السيكودراما للمساعدة على حل مشكلات المرضى، بينما استخدم كيلي العلاج بالدور المحدد، ومن المهم ملاحظة أن مثل هذه الأنواع من لعب الدور أو التدريب السلوكي لها أهداف بعيدة عن الأهداف السلوكية، فبالنسبة لمورينو يقدم لعب الدور في إطار العلاج تحريراً للانفعالات التي كانت ذات دلالة تشخيصية في التعرف على أسباب مشكلات المريض، وبالنسبة لكيلي فإن لعب الدور كان أسلوباً لتعديل البنية المعرفية لدى المريض (القرني وآخرون، 2016 ص ص302-303).

6-التدريب على توكيد الذات: أسلوب علاجي يهدف إلى زيادة مقدرة الفرد على التعبير عن المشاعر السلبية مثل الغضب والضيق وكذا المشاعر الإيجابية كالفرح والحب والامتداح، وقد صمم ليكون علاجاً للأشخاص الذين يعزى قلقهم إلى أسلوبهم المتردد والخائف من تدبر المواقف أو مواجهتها، ولقد تم تطوير عدد من البرامج المختلفة للتدريب على توكيد الذات خصوصاً للأفراد الذين يسعون إلى التغلب على سلبيتهم الهدامة، كم استخدم التدريب على التوكيد أيضاً في معالجة المشكلات الجنسية والاكنتاب والخلاقات الزوجية، ومن المهم أن نلاحظ أن الأحاديث الذاتية المعرفية (كنت أفكر أنني حر تماماً كي أقول لا) قد تعزز آثار التدريب على التوكيد، وفي الحقيقة يمكن استخدام العديد من الإجراءات لزيادة التوكيد وربما يكون التدريب السلوكي هو أكثرها وضوحاً وقد ينجم النقص في توكيد الذات عن عدة

العلاج النفسي السلوكي

أسباب، ففي بعض الحالات قد يكون السبب مجرد نقص في المعلومات، وهنا قد تتركز المعالجة بشكل كبير على تقديم المعلومات، وفي حالات أخرى ربما يكون هناك نوع من القلق المتوقع الذي قد يمنع الأشخاص من التصرف بصورة توكيدية ولتجاوز ذلك قد يحتوي العلاج على تقليل الحساسية، وهناك أشخاص قد يحملون توقعات غير واقعية (سلبية) حول العواقب التي يمكن أن تنشأ إذا ما تصرفوا بطريقة توكيدية، وقد يتعامل بعض الاكثينيكيين مع مثل هذه التوقعات من خلال التفسير أو الأساليب العقلانية- الانفعالية(القرني وآخرون، 2016، ص303).

7-العلاج بالرمز أو القيمة الاعتبارية: هو أسلوب علاجي يقوم على أساس الحوافز المستمدة من الحاجة أو الميل إلى شيء معين، حيث يعطى العميل كلما طواع بسلوك معين قرصا معدنيا صغيرا يستطيع استبداله بحاجة يرغب بها كقرص من الشكولاتة أو علبة سكاكر، أو أي شيء آخر معقول وغير ضار، وقد استعمل هذا الأسلوب بنجاح في علاج بعض حالات التمرد أو الجمود السلوكي(التخشب)، وفي علاج الاضطرابات السلوكية لدى بعض الأطفال المتخلفين ذهنيا، وكذلك في حالات الإنطواء الذاتي لدى أطفال التوحد، وأيضا بعض اضطرابات الشخصية، وفقدان الشهية، ومن الواضح أن هذا الأسلوب العلاجي بالمقايضة أو المبادلة ليس بالأمر الجديد في التعامل مع الأطفال والكبار على حد سواء (علي، 1994، 281).

وقد تشعبت عن هذا الأسلوب العلاجي الطريقة العلاجية التي قدمها الباحث ريتشارد ستيوارت والمسماة بالمكافأة واستعملت بصفة خاصة في علاج بعض حالات عدم التوافق في الحياة الزوجية وما يصاحب ذلك من ظهور اضطرابات سلوكية لدى أحد الزوجين أو كليهما، ويهدف العلاج بهذه الطريقة إلى إحداث تبادل بين الزوجين يحصل فيه الواحد على منهما على شيء مقابل تنازله عن شيء آخر يرضي به الطرف الثاني ومثل هذا العلاج التعاقدية استعمل بنجاح في علاج الكثير من حالات عدم التوافق الجنسي لدى المتزوجين، كما أن له مجالا واسعا في علاج حالات كثيرة من الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والجانحين (علي، 1994، ص281).

8-العلاج بالمنع: علاج الأفكار التسلطية والأعمال القسرية هو من أصعب الحالات المرضية النفسية علاجاً، وربما كانت معاناة المريض منها أشد من معاناة أي مريض نفسي آخر، وقد فشلت معظم الوسائل العلاجية النفسية والمادية والدوائية في شفاء المصابين بهذه الحالات التي من طبيعتها التكرار، وهذه الطريقة في العلاج تبدو الأكثر نجاحاً، حيث تتلخص في دخول المريض المستشفى لمدة أسبوعين، يوضع تحت الملاحظة المستمرة على مدار 24 ساعة/اليوم، وكلما هم المريض بالقيام بعمل قسري، يقوم الممرض بمنعه من القيام بذلك طوعاً أو قسراً، ويتكرر هذا المنع في كل مرة، وقد لوحظ بالتجربة بأن قلق

العلاج النفسي السلوكي

المريض بسبب أفكاره التسلطية وانفعاله بسبب منعه من مزاولته ما يجبر عليه من أفعال قسرية، تقل وتصبح في حدود الاحتمال، كما يصبح بإمكانه احتواء أفكاره التسلطية بدون ترجمتها إلى أفعال قسرية، وتعتبر هذه الطريقة ذات فائدة في علاج الأفعال القسرية مثل تكرار غسل الأيدي والملابس والتدقيق في الحسابات والأعمال، ولمس الأشياء، وإقفال الأبواب وإطفاء الغاز والكهرباء وغيرها من الأعمال القسرية التي تخرج عن الإرادة (علي 1994، ص ص 281-282).

الخاتمة

يعد العلاج النفسي السلوكي من أنجح العلاجات في مجال علم النفس العيادي حيث أنه يركز بالدرجة الأولى على تعديل السلوك المتمثل في ردود الأفعال الداخلية أو الخارجية التي تصدر عن الفرد، نتيجة تلقيه منبهات أو مثيرات داخلية أو خارجية في إطار تفاعله، فهو يشمل عدة تقنيات ذات فعالية كبيرة في علاج الاضطرابات النفسية، كتقنية التحصين التدريجي والتي تستخدم كثيرا في علاج القلق والتوتر وحتى الخوف، وتقنية الكف بالنفير والكف المتبادل والغمر وغيرها من التقنيات، ويعتمد نجاح العلاج السلوكي على عدد من الشروط والضوابط أهمها:

- كفاءة المعالج النفسي.
- رغبة المتعالج في التخلص من مشكلته أو اضطرابه.
- فهم المتعالج لخطوات التقنية العلاجية وتقبله لها دون أي ضغط.
- توقع المعالج النفسي لحدوث انتكاس لدى العميل وبالتالي تحضير طريقة بديلة للتعامل مع المتعالج في حالة الانتكاس.

المراجع

الكتب

1- أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، تعديل السلوك الإنساني النظرية والتطبيق، ط2، دار المسيرة، عمان الأردن ، 2014.

-أديب محمد الخالدي: علم النفس النفس الاكلينيكي في التدخل العلاجي، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2015.

-جرالد كوراي، النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي، ط1، ترجمة سامح وديع الخفش، دار الفكر، عمان، 2011.

العلاج النفسي السلوكي

- يوسف مدن: العلاج النفسي وتعديل السلوك الإنساني بطريقة الأضداد، ط1، دار الهادي للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت-لبنان، 2006.
- تيموثي ترول، علم النفس الاكلينيكي، ط1، ترجمة فوزي شاكرا طعيمة داود ، حنان لطفي زين الدين، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2007، ط1
- سامي محمد ملحم: الإرشاد والعلاج النفسي -الأسس النظرية والتطبيقية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2001.
- الشناوي محروس محمد، السيد عبد الرحمان محمد، العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة، 1997.
- صفوت فرج: علم النفس الاكلينيكي، ط1، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة-مصر، 2008.
- علي كمال، العلاج النفسي قديما وحديثا، ط1، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت، 1994.
- القرني سالم محمد وآخرون، التشخيص الاكلينيكي والممارسة العلاجية، مطابع جامعة الملك عبد العزيز، 2016.
- كلاوس غراوة، روث دوناتي، فريديريكه بيرناور، مستقبل العلاج النفسي - معالم علاج نفسي عام، ترجمة سامر جميل رضوان، منشورات وزارة الثقافة، دمشق-سوريا، 1999.
- الزاد فيصل محمد خير، علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، ط1، دار العلم للملايين، بيروت، 1984.

