

العلاج النفسي

(مفهومه، أهدافه، أساليب علاجه)

د. خيرية عبد الله البكوش

قسم التربية وعلم النفس

كلية الآداب والتربية، جامعة صبراتة

الملخص:

هَدَفَ البَحْثُ الحَالِي إلى التَعَرُّفِ على مَفْهُومِ العِلاجِ النَفْسيِّ، وأَهْدَافِهِ، وأَسْاليبِ عِلاجِهِ، فَالْهَدَفُ الأَسْمَى لِلعِلاجِ النَفْسيِّ تَحْقِيقَ الصِّحَّةِ النَفْسيَّةِ، وَالتَوافُقِ النَفْسيِّ، أَيْ مِسانِدَةَ الفِردِ على تَعْدِيلِ السُّلوكِياتِ المِضْطَرِبَةِ الَّتِي تُؤَثِّرُ على أَدائِهِ في شَتَّى مِجالِاتِ الحِياةِ، وَهناكَ مِجموعَةٌ مِنَ الأَسْاليبِ المِستَخدَمَةِ في العِلاجِ النَفْسيِّ كالعِلاجِ بِالتَحْلِيلِ النَفْسيِّ، وَالعِلاجِ السُّلوكِِيِّ، وَالعِلاجِ المِتمَرِكِزِ حِولَ العِميلِ، وَالعِلاجِ السُّلوكِِيِّ العِقلانيِّ الانْفِعالِيِّ، وَالعِلاجِ المِعرِفِيِّ السُّلوكِِيِّ، إِضافَةً إلى الطُرُقِ العِلاجِيةِ المِسانِدَةِ لِهَذِهِ الأَسْاليبِ كالعِلاجِ النَفْسيِّ الجِماعِيِّ، وَالعِلاجِ الأَسْرِيِّ، وَالعِلاجِ النَفْسيِّ الدِينيِّ، وَالعِلاجِ بِالعَمَلِ، وَالمِعالِجِ النَفْسيِّ يَخْتارُ مِنَ بَينِ أَسْاليبِ العِلاجِ النَفْسيِّ ما يَنْتَاسبُ مَعَ حَالةِ المِريضِ الَّذِي يَقومُ بِعِلاجِهِ.

Psychotherapy (concept, objectives, methods of treatment)

Dr. Kairia Abdullah Al-Bakoush

Associate Professor

Department of Education and Psychology

College of Arts and Education Sabratha

University of Sabratha

Abstract:

The current research aimed to identify the concept of psychotherapy, its objectives, and methods of treatment. The ultimate goal of psychotherapy is to achieve mental health and psychological compatibility, i. In psychotherapy such as psychoanalytic therapy, behavioral therapy, client - centered therapy, rational - emotional behavioral therapy, cognitive-behavioral therapy, in addition to auxiliary therapeutic methods for psychological treatment methods such as group psychotherapy, family therapy, religious psychotherapy, work therapy, and the psychotherapist chooses from Among the methods of psychological treatment that are appropriate to the condition of the patient who is being treated

المقدمة:

تعود ممارسة العلاج النفسي إلى العصور القديمة، وكان أول من مارسه المعالجون السحرة، حيث استخدموا الطقوس والرقصات والاحتفالات في مساعدة المرضى، وقد كانت الأمراض التي تعامل معها السحرة انفعالية في طبيعتها أكثر منها جسمية، وكان هدفهم تحقيق الراحة للمرضى وإعادتهم إلى العمل بكفاءة، وقد استمر مفهوم السحر والاعتقاد بتأثير التعاويذ حتى عصرنا الحالي، فمن الناس من لا يزال مؤمناً بتأثير الأعمال السحرية في علاج الأمراض.

أما في العصور الوسطى فقد ساد الاعتقاد بأن الشيطان أو الجن يمتلك الفرد المريض، وأصبح هدف العلاج إخراجه من جسده بوساطة أعمال تنسم بالعنف والتعذيب. ومع نهاية القرن التاسع عشر بدأ الشكل الرسمي للعلاج النفسي بناءً على الاعتقاد بوجود اضطرابات انفعالية لدى المريض، فاهتم فرويد وهو طبيب متخصص في علم الأعصاب بالعوامل الانفعالية لدى المرضى، وعمل فترة باستخدام التنويم المغناطيسي ثم

ركّز على عملية أطلق عليها اسم التحليل النفسي، وهي النظرية التي أرسيت أساس التحليل النفسي بوصفه علاجاً، والتحليل النفسي يعتبر من أبكر الأساليب العلاجية وأكثرها تأثيراً في العالم الغربي، ومنذ بداية القرن العشرين تطوّرت مدارس عديدة في العلاج النفسي ونمت فنيّات مختلفة على يد ممارسيه، وكانت تلك الفنيّات قائمةً على نظريّات تلك المدارس، وتستخدم العلاج النفسي باعتباره اصطلاحاً عاماً يتضمّن جميع المدارس العلاجية.

مشكلة البحث:

إنّ العلاج النفسي بمختلف أساليبه من شأنه أن يحافظ على ارتياع نفسيّة الأفراد ويحسّن من معنويّاتهم، وبالرغم من تقدّمه في الدول العربيّة والأجنبيّة فإنّ النظرة الاجتماعيّة إلى العلاج النفسي في البيئة المحليّة مازالت ترتبط بالنظرة السلبية لمجرد لجوء الفرد للعلاج النفسي خوفاً من كلام الناس، ويعتقد بعض آخر أنّ المرض النفسي مرتبطٌ بمسّ شيطانيّ أو سحرٍ وليس له علاقة بالعلاج النفسي، وبعض المرضى يعالج نفسه في عيادة نفسيّة بشكلٍ سرّي دون أن يعلم الأقارب بالأمر، وحتى إن علم الأقارب بأمر علاجه فإنّه يظلّ غير مطمئنٍّ لردّة فعل المجتمع المحيط به تجاهه؛ إذ يخاف سخريتهم وابتعادهم عنه، وقد لاحظت الباحثة من خلال ترددها على بعض المصحات العلاجية أنّ هناك عدة أفراد يعانون من أمراضٍ نفسيّة، وعند الحوار معهم حول ضرورة التوجّه إلى العلاج النفسي تجدهم يرفضون الفكرة من أساسها تجنّباً لنظرة المجتمع السلبية، وهذه النظرة السلبية تؤثر على مسار نجاح العلاج النفسي، وتحدّ من تقدّمه في المجتمع، الأمر الذي تكمن فيه مشكلة البحث الحالي وهي التعرف على مفهوم العلاج النفسي، وأهدافه، وأساليبه العلاجية.

أهميّة البحث:

تأتي أهميّة البحث من أهميّة تناول العلاج النفسي، فالدراسة تسعى لبيان مفهومه، وأهدافه، وأساليبه العلاجية، وذلك لتوضيح الرؤية لبعض فئات المجتمع الذين تنقصهم المعرفة بالعلاج النفسي.

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على مفهوم العلاج النفسي، وأهدافه، وأساليبه العلاجية.

منهج البحث:

اعتمد هذا البحث على المنهج الوصفي لمناسبته لموضوعه.

الإطار النظري لموضوع البحث

أولاً - تعريف العلاج النفسي:

تناول العديد من الباحثين تعريف العلاج النفسي كل حسب وجهة نظره، ومن هذه

التعريفات:

1. عرفه زهران بأنه نوع من العلاج تُستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه، وفيه يقوم المعالج بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال إمكانياته على أكمل وجه، ومساعدته على تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي الصحي بحيث يصبح المريض أكثر نضجاً وقدرةً على التوافق النفسي في المستقبل⁽¹⁾.
2. عرفه انطوني ستور بأنه تخفيف هموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية المهنية⁽²⁾.
3. يُعرّف العلاج النفسي بأنه مداواة النفس المضطربة، وذلك باستخدام أساليب وفنيات العلاج النفسي، وللکلمة دور رئيس في سواء أكانت صادرة من المريض يصف بها معاناته ويخرج بها انفعالاته، أو كانت صادرة من المعالج لغرض تهدئة المريض وطمأنته أو توجيهه⁽³⁾.
4. تعرّفه سري بأنه نوع من العلاج المتخصص تُستخدم فيه طرق وأساليب نفسية لعلاج المشكلات أو الاضطرابات أو الأمراض النفسية المنشأة، بهدف حل المشكلات، وإزالة الأعراض والشفاء من المرض، ونمو الشخصية، وتحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق النفسي، والتمتع بالصحة النفسية⁽⁴⁾.
5. يعرفه سامي ملحم بأنه "نوع من العلاج تُستخدم فيه طريقة نفسية أو أكثر لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات طبيعة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه، بحيث يقوم المعالج وهو شخص مؤهل علمياً وعملياً وفنياً بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها"⁽⁵⁾.

6. عرفته الجمعية الطبية النفسية الكندية "بأنه الوسيلة الطبية التي يقوم بها المعالج النفسي عن طريق جلسات من الحديث أو وسائل اتصال أخرى للكشف عن سلوك الفرد المضطرب بهدف إصلاحه والتقليل من المعاناة"⁽⁶⁾.
7. يعرفه طه عبد العظيم بأنه "علاقة بين معالجٍ وعميلٍ يعاني من اضطرابات انفعالية شديدة، يسعى من خلالها المعالج إلى تقديم مجموعة من الخدمات للعميل تؤدي به إلى تعديل المشاعر والمعارف والاتجاهات والسلوك التي تجلب له التّعاسة والشقاء"⁽⁷⁾.
- وبالنظر إلى التعريفات السابقة نجد أنها تتفق في أنّ العلاج النفسي مجموعة من التقنيات غير الدوائية مستخدمة لمساعدة المريض لتجاوز أزمة نفسية، وأنه لا يستخدم أسلوباً علاجياً واحداً بل عدة طرق وأساليب لتشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية، وأن لكلّ علاج أسلوبه ومنهجه ووسائله الخاصة وأسس النظرية التي قام عليها حسب طبيعة المرض.

ثانياً- الحاجة إلى العلاج النفسي:

تزداد حاجة الفرد إلى العلاج النفسي كلما كان سلوكه مضطرباً بدرجة تخرج عن المعيار العادي للسلوك، ممّا يعوق حياته العادية وتوافقه الشخصي والاجتماعي ويعكّر صفو سعادته، وقد تكفي استشارة نفسية من معالج نفسي لتعديل السلوك المضطرب، وقد تستدعي الحالة علاجاً طويلاً أو تتطلب إيداع المريض في أحد مستشفيات الأمراض النفسية، فتصبح الحاجة إلى العلاج النفسي ضرورة ملحة؛ وذلك لما يتعرض له المجتمع من عوامل هدامة تؤثر على الصحة النفسية للأفراد مثل الفساد، وعدم الاستقرار، والاضطراب، وآثار الحرب، والأزمات الاقتصادية، ولا يجوز اللجوء إلى غير المختصين لطلب العلاج⁽⁸⁾.

ولاشكّ أننا نعيش في عصرٍ اتّسم بالقلق والصراع والإحباط واهتزاز القيم التي كانت تحفظ للإنسان حياته وتبني طريقه، بل إنّ وجود مريض نفسي أو عقلي في محيط الأسرة يسبب المتاعب لكلّ أعضائها؛ ولذلك فإنّ للعلاج النفسي قيمة إنسانية، ورسالة نبيلة تستهدف تحرير الإنسان ممّا يعانيه من الألم والمرض، وكلّ ذلك يؤكّد الحاجة لممارسته⁽⁹⁾.

ثالثاً- أهداف العلاج النفسي:

يظلّ الهدف الأسمى للعلاج النفسي مهما تعدّدت المدارس التي ينتمي إليها المعالجون النفسيون واختلفت هو تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي، أي مساعدة الفرد على تحقيق السعادة مع نفسه وبيئته، واستغلال قدراته حتى يستطيع مواجهة مطالب الحياة

والواقع، وعلى المعالج النفسي أن يضع نصب عينيه الهدف من العلاج؛ فذلك يساعده على تحديد نوع العمل الذي يجب القيام به، وعملية تحديد الأهداف مسؤولية مشتركة بين المعالج و المَعَالَج، وكلّما تمّت هذه الخطوة باتفاقٍ بينهما ساهم ذلك في الوصول السريع للعلاج الفعّال، ومن أهم أهداف العلاج النفسي:

1. تهيئة مناخ علاجي وعلاقة علاجية مناسبة بين المعالج والمريض.
 2. معرفة الأسباب التي أدت إلى المرض ثمّ تقديم العلاج المناسب، وذلك بتعديل السلوك غير السوي وتعلّم السلوك السوي الناضج والوصول به إلى التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني.
 3. مساعدة الأفراد في تحسين قدرتهم على الحياة في المجتمع، ومساعدتهم على وضع أهداف قابلة للتحقيق والاستمتاع بها، ومعرفة متى تكون الأهداف غير قابلة للتحقيق، وأن يتقبلوا حقيقة أن بعض الأهداف تكون أعلى من قدرتهم، أو أن تحقيقها يمنع واقع الموقف أو المجتمع المحيط، ومهما كانت المشكلات التي يعاني منها الفرد فإنّ العلاج النفسي يحاول مساعدة الفرد بشكلٍ فرديٍّ أو من خلال جماعة⁽¹⁰⁾.
- كما تشترك الاتجاهات العلاجية كافةً في تحقيق الأهداف التالية:
- أ. زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه.
 - ب. حلّ الصراعات التي تسبب عجزه.
 - ج. زيادة قبول الفرد لذاته.
 - د. تعديل البناء المعرفي وأساليب التفكير الخاطئة.
 - هـ. تغيير العادات المرضية ومساعدة الشخص على تكوين عادات ومهارات أكثر كفاءة للتعامل مع الذات والآخرين.
 - و. زيادة تقبّل المسؤولية الشخصية وتحملها.
 - ز. العمل على إتمام الشفاء دون حدوث أية انتكاسة⁽¹¹⁾.
 - ح. هناك بعض النظريات العلاجية التي تجعل هدفها الرئيس التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاقات بين الناس، كما يتّجه اهتمامها إلى ابتكار كثيرٍ من الوسائل لتحسين أساليب الاتصال الفكري والوجداني بين الناس على أساس أنها حاسمة في تحديد اتجاهات الصحة أو المرض في الشخصية⁽¹²⁾.

يُتضح ممّا سبق أنّ هدف العلاج النفسي مساعدة الأفراد المضطربين على تغيير تفكيرهم وسلوكهم السلبيّ بأساليب تساعد على شفائهم، فإذا نجح المعالج النفسيّ في تحقيق هذه الأهداف فإنّه يقدّم خدمةً جليلاً لمرضاه إذ يساهم بذلك في تقوية شخصية المريض، وزيادة مهاراته الاجتماعية، وتقوية قدرته على التفاعل مع ظروف الحياة الصعبة، وتحقيق الطمأنينة.

■ عوامل تساعد على تحقيق أهداف العلاج النفسي:

من العوامل التي تُساعد على نجاح العلاج النفسيّ ما يلي:

- وجود دافع داخليّ لدى المريض نحو التّكامل ونحو التمتع بالصحة النفسية والجسمية.
- العلاقة الفريدة بين المعالج النفسيّ والمريض التي تتّصف بالودّ والتسامح، حيث تساعد المريض على الكشف على صراعاته العميقة ومشاكله الصّعبة دون أن يخاف من الحكم القاسي عليه أو من النّقد أو العقاب⁽¹³⁾.

رابعاً- أساليب العلاج النفسيّ:

تتعدّد أساليب العلاج النفسيّ وأبعاده حسب تعدّد مدارسه ونظريّاته، لكنّها مع اختلافها تتكامل جميعاً وتسعى إلى تحقيق أهداف العلاج النفسيّ، والمعالج النفسيّ يختار من بين أساليب العلاج ما يتناسب مع حالة المريض الذي يقوم بعلاجه، ونستعرض فيما يلي بعض هذه الأساليب:

1. العلاج بالتحليل النفسيّ:

يعتبر من أشهر الطرق العلاجية التي يتمّ فيها استكشاف المواد المكبوتة في اللاشعور من أحداثٍ وخبراتٍ وذكرياتٍ مؤلمةٍ ودوافعٍ متصارعةٍ وانفعالاتٍ عنيفةٍ وصراعاتٍ شديدةٍ سببت المرض النفسيّ، ويكون استدراج هذه الخبرات إلى حيز الشّعور عن طريق التداعي الحرّ، ومن ثم مساعدة المريض في حلّها في ضوء الواقع، والاستبصار، وإحداث التغيير الصحيّ في بناء الشخصية.

أ. أهداف العلاج بالتحليل النفسيّ: إنّ الهدف الأساس للعلاج بالتحليل النفسيّ هو استحضار مكونات اللاشعور المكبوتة إلى ساحة الشّعور لإزالة تأثيرها على حياة الفرد النفسية، كما تهدف طريقة (فرويد) في العلاج بالتحليل النفسيّ إلى فهم هذه الصّراعات اللاشعورية وكيف تؤثر على المريض⁽¹⁴⁾.

ب. فنيات العلاج بالتحليل النفسي:

- **الإعداد:** يجب أن يكون المعالج مؤهلاً وخبيراً بالتحليل النفسي، ومن المستحسن أن يكون هو نفسه قد سبق تحليله نفسياً، كما يجب أن يتسم بالذكاء وسرعة البديهة، وأن يتأكد المعالج من أن المريض ومرضه يصلحان للتحليل النفسي، ويبدأ التحليل النفسي بإعطاء المريض معلومات أساسية عن عملية التحليل وإجراءاتها مثل: الجلسات، والوقت، ووسائل التحليل وأهدافه، وأن مدة العلاج بالتحليل قد تستغرق عاماً أو عامين، وأن مدة الجلسة الواحدة تستغرق 45 دقيقة أو ساعة، وأن عدد الجلسات يتراوح من جلسة الى ثلاث جلسات في الأسبوع، وأن الطريقة الكلاسيكية للتحليل أن يستلقي المريض على سرير التحليل ويسترخي، ويركز انتباهه ومشاعره الداخلية ويسترسل في الكلام، بينما يجلس المعالج خلف المريض يُنصت ويلاحظ ويفسر، وإن كان بعض التحليليين يبيحون التحليل وجهاً لوجه بين المعالج والمريض⁽¹⁵⁾.
- **العلاقة العلاجية الدينامية:** تتمثل العلاقة العلاجية الدينامية بين المعالج والمريض في أن يتقبل المعالج المريض حتى يتقبل نفسه، ولا يوجه أي نقد إلى المريض ولا يقوم بدور الرقيب، وأن يكون مستقبلاً للخبرات التي تندرج من لاشعور المريض إلى شعوره، وأن يجيد الإصغاء والانتباه والملاحظة والفهم والمشاركة الانفعالية، وبذلك يتمكن المريض من تحقيق ذاته ويتحمل المسؤولية تجاه نفسه ويصبح أكثر قوة وقدرة على أن تكون مشاعره صادقة مع غيره⁽¹⁶⁾.
- **التفريغ أو التنفيس الانفعالي:** أشار بيماك ويونج (Bemak&Young 1998م) إلى أن التنفيس الانفعالي وسيلة فعالة في إحداث تغيير علاجي لدى المريض سواء أكان ذلك في العلاج المختصر أو طويل المدى، وتتلخص هذه العملية كما حددها فرويد في حث المريض على تذكر الحوادث والخبرات الشخصية الماضية، واسترجاع الدوافع والذكريات والصراعات اللاشعورية بمصاحباتها الانفعالية التي لم يعبر عنها المريض أثناء الصدمة تعبيراً كافياً، مما أدى إلى الكبت وتكوين العصاب، وقد وجد فرويد أن أعراض العصاب تختفي تلقائياً نتيجة عملية التفريغ الانفعالي التي يحدث خلالها استدراج محتويات اللاشعور إلى حيز الشعور، والتعبير عنها لفظياً وانفعالياً⁽¹⁷⁾.

- **التداعي الحر:** يُعتبر التداعي الحرّ أو الطليق الإجراء الرئيس في عملية التحليل النفسي، فبعد أن يستلقي المريض على أريكة التحليل (سرير التحليل)، ويصبح في حالة من الاسترخاء، يطلب منه المعالج أن يفصح عما يدور بخاطره من أفكارٍ وذكرياتٍ مهما كان نوعها دون أن يحاول المعالج توجيه تسلسل أفكار المريض إلى وجهةٍ معيّنة، ويجب على المعالج أن يكون يقظاً منتبهاً لما يبدو على وجه المريض وسِماته من انفعالٍ، أو ما يصدر عنه من زلات اللسان، أو الحركات غير العادية مثل التلعثم، والتردد، والتأخر في الكلام، أو التوقف المفاجئ في تسلسل الأفكار، وقد يتدخل المحلل ليوجه أو ليستفسر، أو ليشجع المريض من أجل الاسترسال في تسلسل أفكاره، ولا بدّ للمعالج فيما بعد من تفسير كلِّ ما يُكشف من خلال التداعي الحرّ من خبراتٍ مكبوتةٍ وبحثٍ علاقتها بخبرات الطّفولة لدى المريض ومشكلاته في الوقت الحاضر، ممّا يساعده على الاستبصار بهذه الخبرات التي لم يكن يعيها⁽¹⁸⁾.
- **التحويل (الطرح):** وهو تحويل المشاعر والانفعالات التي يكتنّها المريض في واقع الحياة لشخصٍ أو لأشخاصٍ آخرين ويسقطها على المحلّ، والتحويل يعكس عناصر من المرض النفسي، ويوجد ثلاثة أنواع من التحويل وهي كالآتي:
 - التحويل الإيجابي: وهو استبدال العلاقة العلاجية بعلاقة عاطفية موجبة نحو المعالج مثل حبه للمعالج.
 - التحويل السلبي: وهو عبارة عن علاقة عدوانية أو كراهية يحولها المريض تجاه المعالج.
 - التحويل المختلط: وهو يجمع بين التحويل الموجب والتحويل السالب مثل حالة النقيض بين الحب والكراهة للمعالج، حسب حالة المريض الانفعالية، ومن الضروري تحليل التحويل أي تحرير المريض من التحويل بأن يفسره المعالج له ويبين له سببه وأن يسيطر عليه⁽¹⁹⁾.
- **المقاومة:** لاحظ فرويد أنّ المريض في أثناء التداعي الحرّ قد يبدي مقاومة لاشعوريةٍ للحيلولة دون ظهور الخبرات المكبوتة إلى حيز الشعور، ويكون هذا بمثابة قوّة مضادةٍ لتقدّم عملية التحليل واستمرار العلاج، وتأخذ المقاومة أشكالاً متعدّدة منها: الامتناع عن الكلام، أو الصمت، أو الكلام بصوت غير مسموع، والحديث في موضوعٍ واحدٍ دون

غيره، والانصراف عن المحلل وعدم الإصغاء إليه، واللجاجة وقلبات اللسان، والملل والضيق، والحضور متأخراً أو تناسي مواعيد الجلسات، ويلاحظ أن المريض قد يبذل جهوداً لاشعورية في صدّ تحليل المقاومة، ويعتبر جهود المعالج في تحليل المقاومة بمثابة هجومٍ شخصيٍّ عليه يزيد القلق ويدعو إلى مزيدٍ منها، ودور المعالج هو تحليلها والقضاء عليها وتحويلها إلى تعاون⁽²⁰⁾.

■ **تحليل الأحلام:** يرى فرويد أن الأحلام هي الطريق للوصول إلى الخبرات المكبوتة في أعماق اللاشعور، وتعبّر الأحلام عن دوافع أو رغبات مكبوتة تحوّل الأوضاع الاجتماعية دون تحقيقها، ولكنها تظهر في الأحلام في صورة رمزية، فمن الضروري أن يطلب المعالج من المريض أن يروي له آخر حلم رآه وتعليقه عليه، وأن يلاحظ انفعالاته في أثناء الرواية، ويسأله عما تثيره مواقف الحلم وشخصياته من ذكريات لدى المريض، ويستعين في تفسير الحلم بالمريض نفسه، وإذا انتقل المريض من حلم إلى آخر يتركه المعالج ويلاحظ العناصر المشتركة بين الأحلام، فتحليل الأحلام له أهمية في التعرف على المحتوى الكامن لصراعات المريض⁽²¹⁾.

■ **التفسير التحليلي:** بعد عملية التداعي والتنفيس وتحليل التحويل والمقاومة وتفسير الأحلام يقوم المعالج بعملية التفسير التحليلي لما ينكشف خلال العمليات السابقة، ويجب أن يكون التفسير منطقياً حتى يقبله المريض ويحقق هدف التحليل النفسي في كشف وفهم الذكريات المكبوتة، ويلجأ المعالج إلى التفسير بهدف إحداث تغيير في معرفة المريض لمشاعره تجاه نفسه، وكشف صراعاته، والمساعدة في حلها، وإحداث تغيير في سلوكه وتنمية بصيرته⁽²²⁾. ولا بد للمعالج أن ينهي الجلسات تدريجياً وليس فجائياً، وقد أثبتت التطبيقات العملية للتحليل النفسي أنه يفيد في علاج حالات الهستيريا، والمخاوف المرضية، والقلق، والوساوس القهرية، والاكتئاب، والإدمان، والانحرافات الجنسية، بينما لا يفيد هذا النوع من العلاج في علاج الأمراض العقلية الحادة، والسيكوباتية، وحالات الضعف العقلي، وحالات الأطفال تحت سن المراهقة أو المسنين⁽²³⁾.

يتضح مما سبق أن أسلوب العلاج النفسي التحليلي من الأساليب العلاجية التي تهدف إلى نقل مكونات اللاشعور المكبوتة لعدة سنوات إلى حيز الشعور والوعي، فغالباً ما

تكون ذات علاقة بالأعراض المرضية التي يعاني منها المريض، وعلى المعالج النفسي تكييف العلاج حسب متطلبات واحتياجات المرضى.

2. العلاج السلوكي:

أ. تعريف العلاج السلوكي: هو أسلوب من أساليب العلاج النفسي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في العلاج النفسي، كما يعتبر محاولة لحل المشكلات وعلاج الاضطرابات السلوكية بأسرع ما يمكن وذلك بضبط وتعديل السلوك المرضي المتمثل في الأعراض، وتنمية السلوك الإرادي السوي لدى الفرد، ويركز العلاج السلوكي على المشكلة الحالية للمريض وأعراض المرض النفسي المتمثل في السلوك المضطرب أو الشاذ، وعلى ذلك فإن العلاج السلوكي يقوم على أساس نظريات التعلم فهو يستند إلى النظرية السلوكية في الشخصية التي تقول إن الفرد في نموه يكتسب السلوك السوي أو المرضي عن طريق التعلم⁽²⁴⁾، ويقوم العلاج السلوكي على عدة افتراضات هي:

- أن معظم السلوك الإنساني متعلم مكتسب.
- لا يختلف السلوك المتعلم المضطرب عن السلوك المتعلم السوي إلا في كونه سلوكاً غير متوافق.
- يحدث السلوك المضطرب نتيجة للتعرض المتكرر لخبرات معينة، مما يؤدي إلى حدوث ارتباط شرطي بين هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب.
- مجموعة الأعراض النفسية غير السوية هي تجميع لعادات سلوكية خاطئة متعلمة.
- العادات السلوكية المرضية يمكن تعديلها إلى عادات سوية إذا وضعت في بؤرة العلاج وغيّرت واحدة تلو أخرى⁽²⁵⁾.

ب. إجراءات العلاج السلوكي:

- تسير عملية العلاج السلوكي على النحو التالي:
- تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره وذلك من خلال المقابلة العلاجية، والاختبارات والمقاييس النفسية والتقارير الذاتية التي يمكن بواسطتها التعرف على الأعراض السلوكية المضطربة (المخاوف المرضية مثلاً).
 - تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك المضطرب وكل ما يرتبط به من خبرات وما يسبقه من أحداث وما يتلوها من عواقب (ففي حالة الخوف يجب الانتباه إلى المناسبات

- التي تسبق الشعور بالخوف، والظروف التي يشعر فيها المريض بالخوف، والأحداث التي تتبع حدوث الخوف).
- اختيار الظروف التي يمكن تعديلها أو تغييرها بواسطة المعالج والمريض.
 - إعداد جدول لإعادة التدريب وذلك بتخطيط خبرات لإعادة التدريب يتم خلالها وضع المريض في ممارسة معدلة بحيث تغير السلوك وتعده إلى السلوك المطلوب.
 - تعديل العلاقات بين الاستجابات وبين المواقف التي يحدث فيها السلوك المضطرب (مثل عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين للخوف منهم).
 - تعديل الظروف البيئية وذلك لتقليل حدوث السلوك المضطرب وزيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب.
 - ينتهي العلاج عند النقطة التي يتم فيها الوصول إلى السلوك المعدل السوي المرغوب⁽²⁶⁾.

ج. أساليب العلاج السلوكي:

- **التحصين التدريجي:** ويقصد بالتحصين التدريجي التخلص التدريجي من ارتباط السلوك المضطرب بشيء معين، ويتم ذلك بتحديد مثيرات السلوك المضطرب، ويتضمن هذا الأسلوب التعويد التدريجي المنتظم، وفيه يتم التعرف على المثيرات التي تستثير استجابات شاذة، ثم يُعرض المريض تدريجياً مع التكرار لهذه المثيرات وهو في حالة استرخاء بحيث لا تنتج الاستجابة الشاذة، ومن أمثلة حالات استخدامه: حالات الخوف المرضي الذي يكون اكتسابه مرتبطاً بشيء معين أو حادثة معينة، وقد قام (لانج) بابتكار جهاز للتحصين التدريجي الآلي ضد الخوف باستخدام الكمبيوتر، حيث يحدد المعالج مثير الخوف، ثم خبرات مبرمجة تتضمن المثير في حالات متدرجة بالنسبة إلى إثارة الخوف، ثم يتعرض المريض تكراراً وبالتدريج لهذه المثيرات المحدثة للخوف وفي ظروف يشعر فيها بأقل درجة من الخوف وهو في حالة استرخاء بحيث لا تنتج استجابة الخوف، ثم يستمر التعرض على مستوى متدرج من الشدة، حتى يتم الوصول إلى أن المستويات العالية من شدة المثير لا تستثير الاستجابة الشاذة السابقة، فإذا حدث أن أدى المثير إلى حالة الخوف يتم الضغط على زر أخضر موقف للمثير، وهكذا حتى يتم الوصول تدريجياً إلى أكثر مثيرات الخوف شدة، وتحقيق الاسترخاء،

وزوال استجابات الخوف، وفي جميع الحالات يتم تسجيل البيانات الفسيولوجية عن النبض والتنفس (27).

- **العلاج بالغمر:** ويقصد به وضع المريض في الموقف المقلق دفعة واحدة، وفي هذه الطريقة لا يمر المريض بمرحلة جلسات الاسترخاء، إنما تتم معاينة الموقف المقلق مباشرة، فمثلاً الخائف من الظلام يوضع في مكانٍ مظلمٍ، والخائف من الأماكن المرتفعة يؤمر بأن يصعد إلى أعلى العمارة وهكذا، وفي معظم الحالات يكون الغمر في حضور المعالج الخبير وذلك للمساعدة الانفعالية؛ (لأن الغمر مثير للتوتر ويرفع مستوى القلق)، ومهما ارتفع مستوى القلق فإن المريض يستمر في الموقف المقصود حتى يزول التوتر وينخفض القلق (28).

- **الكف المتبادل:** يقوم أسلوب الكف المتبادل على أساس وجود أنماط السلوك المتنافر غير المتوافق بعضها مع بعض، والهدف منه كف كل نمطين سلوكيين مترابطين بسبب تداخلهما، وإحلال استجابة متوافقة محل الاستجابة غير المتوافقة، ومن أهم الأمثلة: استخدام أسلوب الكف المتبادل في علاج البوال الليلي - فالمطلوب كف النوم (حيث يحدث الاستيقاظ والتبول)، وكف البوال (باكتساب عادة الاستيقاظ) - أي أن كف النوم يكف البوال، وكف البوال يكف النوم بالتبادل، ويتكرر عملية الكف المتبادل لمدة حوالي شهر إلى ثلاثة أشهر ثمحي عادتان قديمتان (الاستغراق في النوم والبوال)، وتتكون عادتان جديدتان (الاستيقاظ والتوجه إلى دورة المياه للتبول)، ولقد تم اختراع مرتبة كهربائية يؤدي نزول أول قطرة ماء عليها إلى إغلاق الدائرة الكهربائية الموصلة بجرس، فيدق الجرس فيستيقظ الطفل، فيذهب إلى الحمام ثم تغير المرتبة المبتلة ويشغل الجهاز مرة أخرى، وتستمر العملية لمدة تتراوح من شهر إلى ثلاثة أشهر، وهكذا تحدث عملية كف النوم، وكف البوال بالتبادل، وتتكون عادة سلوكية جديدة وهي الاستيقاظ (29).

الإشراط التجنبي: ويتم في هذا الأسلوب تعديل سلوك المريض من الإقدام إلى الإحجام والتجنب، ويستخدم الإشراط التجنبي في علاج كثير من الانحرافات السلوكية ومنها الإدمان، ففي علاج إدمان الخمر تستخدم مثيرات منفرة ومنها العقاقير المقيئة مثل أميتين (كمثير غير شرطي) حيث ترتبط بانتظام وتكرار مع تعاطي الخمر كمثير شرطي فتستثير استجابة غير مرغوبة (التقيؤ)، وعندما يكتسب الخمر (المثير الشرطي) خصائص

التنفير ينتج عنه القيء كاستجابة شرطية، ويتكرر استخدام العقاقير مع الخمر يتجنب المريض شربها، وقد أدخلت تعديلات على هذا الأسلوب باستخدام شريط مسجل عليه تكرار عبارات مثل (الخمر يجعله يتقيأ) ويلى ذلك أصوات تقيؤ (30).



- التعزيز الموجب (الثواب): ويقصد به إثابة الفرد على السلوك السوي مما يعزز ويدعمه ويدفعه إلى تكرار نفس السلوك إذا تكرر الموقف، ومن أشكاله التعزيز المادي أو المعنوي، ويؤدي إلى رضا الفرد عندما يقوم بالسلوك المرغوب (كالتعام والحلوى والنقود والمدح والاحترام والدرجات... إلخ)، وكلما كان التعزيز قوياً ومرغوباً أدى إلى سرعة تعديل وثبات السلوك من أجل الحصول عليه، وقد استخدم هذا الأسلوب بنجاح في حالات فقد الشهية العصبي، أو فقد الصوت، أو الخجل والانطواء، أو حالات السلوك المضاد للمجتمع (31).

- الخبرة المنفرة (العقاب): يُعرض المريض لعقاب (علاجي) كخبرة منفرة إذا قام بالسلوك غير المرغوب، وذلك لكفه ووقفه كلياً، ومن أشكال العقاب العلاجي ما يكون مادياً وجسماً (كالضرب الخفيف، أو الصدمة الكهربائية)، وقد استخدم هذا الأسلوب في علاج اضطرابات الكلام خاصة اللججة بأن يتبع كل كلمة ملججة ضوضاء عالية أو صدمة كهربائية، كما استخدمت الطريقة نفسها في علاج اللزمات الحركية كهز الكتفين أو حركات الوجه والعينين (32).

- **تدريب الإغفال (الانطفاء):** يعني تجاهل السلوك المرضي، ويحاول المعالج في تدريب الإغفال تقليل احتمال ظهور الاستجابة غير المرغوبة، وذلك بإغفالها وعدم تعريض المريض لأيّة نتائج على الإطلاق، وهذا يشبه الانطفاء، أي أنّ حدوث الاستجابة المرغوبة يؤدي إلى غياب الثواب والتعزيز وحدث الانطفاء نتيجة لعدم استمرار التعزيز، وقد استخدم ذلك في علاج الاضطرابات السيكوسوماتية ومنها: التهاب الجلد العصبي، كما استخدم في علاج نوبات الغضب، وفي تسهيل التعلّم، ومن تطبيقات هذا الأسلوب استخدامه بنجاح في علاج التهاب جلد عصبي (نفسى جسمي) تعاني منه فتاة كان يحق لها فائدة (إثابة) وهي اهتمام الأسرة بها، وتمّ علاجها بإعطاء تعليمات بإغفال الموضوع وإهماله وذلك لإزالة التعزيز، وهكذا حدث انطفاء للاستجابة وبعد شهرين تحسّنت الحالة⁽³³⁾.

- **التعزيز السالب:** تبذل الجهود لزيادة احتمال ظهور الاستجابة المرغوبة بتعريض المريض لمثير غير سار مقدّمًا، ثم إزالته مباشرة بعد ظهور الاستجابة المرغوبة، وهذا نوع من التعزيز السالب، وقد استخدم التعزيز السالب في علاج حالات مثل مصّ الإبهام باستمرار، فكان أن عرض المعالج على طفل عمره 5 سنوات مجموعة أفلام رسوم متحركة محببة لنفسه، وكان يمصّ إبهامه أثناء مشاهدته هذه الأفلام، وقام المعالج بإيقاف عرض الفيلم صورةً وصوتاً كلّما مصّ الطفل إبهامه، فإذا ما أخرج أصبعه من فمه عاد الفيلم إلى الظهور على الشاشة، وهكذا تغيّر سلوك الطفل إلى السلوك المرغوب، ولا يستخدم هذا الأسلوب كثيراً لأنّه على المعالج أن يعرض المريض لخبرات مؤلمة إلى أن تظهر الاستجابة المرغوبة⁽³⁴⁾.

يتضح ممّا سبق أن العلاج السلوكي يفترض أنّ هناك ارتباطاً بين أنماط السلوك المرضية الحالية والمثيرات الموجودة في المحيط، حيث يهدف إلى تعديل السلوك من خلال استخدام التقنيات التي تزيد من السلوك المرغوب، والتخلّص من أنماط السلوك غير المرغوب، وتنمية أنماط سلوكية جديدة.

3. العلاج النفسي المتمركز حول العميل:

بلور هذا العلاج وطوّره (كارل روجرز) 1942 صاحب نظرية الذات، ويرى أنّ الفرد لديه داخل نفسه مصادر كثيرة وضخمة لفهم الذات وتعديل مفهوم ذاته، كما يؤكد على

العلاقة بين المعالج والعميل التي تُبنى على أساس القبول والوضوح، ويهدف العلاج المتمركز حول العميل إلى الاهتمام بالعميل باعتباره شخصاً لا بمشكلته فحسب، حيث أكد روجرز أن الناس في حاجة للمساعدة في تعلم كيفية التوافق والتأقلم مع المواقف، وعليه يجب مساعدة العميل ليصبح فرداً تامّ الوظيفة.

أ. أهداف العلاج النفسي المتمركز حول العميل:

- هدفه ليس مجرد حلّ مشكلة معيّنة، ولكن هدفه هو مساعده العميل على النمو النفسي السوي.
- إحداث تطابق بين الذات الواقعية وبين الذات المثالية والذات الاجتماعية.
- التركيز على المشاعر السلبية الصادرة من العميل التي قد تتحوّل نحو المعالج، وتشجيع العميل على مواجهتها بصراحة والاعتراف بأنها شاذة وضارة يجب التخلص منها.
- تكوين مفهوم ذات إيجابي.
- الاستبصار بالذات وتوجيه قدراته في اتجاه جديد صحيح.
- تدعيم ثقته بذاته.

ب. ملامح العلاج المتمركز حول العميل:

- العميل: هو الفرد الذي تتمركز حوله عملية العلاج، ويكون لدى العميل وعي بعدم التّطابق بين الذات والخبرة وبين الذات المثالية، وهو يدرك التّهديد ويكون على وعي بالعوامل الكامنة في سوء التوافق النفسي، وأنّ في إمكانه أن يعيد تنظيم مفهوم الذات ليحقق التّطابق بينه وبين البيئة، ويدرك العميل الحاجة للعلاج ويقبل عليه، ويكون ذا بصيرة نامية أو قابله للنمو، وتكون لديه عناصر قوّة وقدرة على تقرير مصيره بنفسه، وتحديد فلسفة حياته، وعلى استعداد لتحمل مسؤولية العلاج وتوجيه نفسه تحت إشراف المعالج.
- المعالج: يُشترط في المعالج أن يكون متوافقاً مع ذاته، لديه تطابق بين مفهومه عن ذاته وخبرته وذاته المثالية، وأن تكون لديه شفافية وحساسية، مخلصاً في مشاعره تجاه العميل، مستمعاً جيداً، قادراً على إدارة المناقشة، متفائلاً، بشوشاً، لا يتّخذ موقف الواعظ أو الناصح أو المُقوم للسلوك، يتقبّل ما يصدر من العميل من مشاعر

وسلوكيات سلبية، لديه اتجاه نفسي أخلاقي في فهم وتفسير وتعديل السلوك، لديه خبرة واسعة في مجالات الحياة كافة، وأن يخلق جواً يشعر فيه العميل بقيمته الذاتية⁽³⁵⁾.
مما تقدم يمكن القول: إن المريض في هذا النوع من العلاج شريك في العلاقة العلاجية وليس مريضاً عاجزاً، وإن تجاربه هي مفتاح النمو والتطور الشخصي.

4. العلاج السلوكي العقلاني الانفعالي:

قام بتأسيس هذا العلاج (ألبرت أليس)، ويهدف إلى مساعدة المريض في تصحيح معتقداته اللاعقلانية التي ينشأ عنها الاضطراب الانفعالي والسلوكي، واستبدالها بمعتقدات أكثر عقلانية يصحبها ضبط انفعالي وسلوكي، وقد أشار (أليس) إلى أن العلاج السلوكي العقلاني الانفعالي يركز على دور المعتقدات اللاعقلانية في نشأة السلوكيات المضطربة، ويُعدّ نموذج A-B-C حجر الزاوية في العلاج العقلاني الانفعالي حيث تمثل (A) الأحداث المنشّطة أو الخبرات السارة أو غير السارة، في حين تمثل (B) معتقدات الفرد التي تكون إما عقلانية أو غير عقلانية بينما تمثل (C) النتائج الانفعالية والسلوكية لمعتقدات العميل الإيجابية أو السلبية، وعندما يحدث التفاعل بين المكونات الثلاثة فإن المفترض أن تساعد الأحداث المنشّطة والخبرات التي تمثلها (A) في تقدير وبناء معتقدات الفرد التي تمثلها (B) إذ تؤدي بدورها إلى المشاعر والسلوكيات التي تمثلها (C)، ويؤكد (أليس) على أن النتائج الانفعالية (C) تنشأ بدرجة كبيرة من المعتقدات (B) وليس من الأحداث المنشّطة (A)، ويعتمد العلاج على مجموعة من الفنيات العلاجية الانفعالية والمعرفية والسلوكية لدحض الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية وهي كالآتي:

أ. فنيات معرفية: وتشمل الأسئلة حول المشكلة، والنموذج البديل الناجح لنفس المشكلة، والمحاضرة القصيرة عن السلوك المضطرب، وكشف الذات لدحض المعتقدات اللاعقلانية.

ب. فنيات انفعالية: وتشمل التخيل العقلاني الانفعالي (تخيل إيجابي وسلبي للموقف)، والحوار الذاتي وذلك بتسجيله ثم الاستماع إليه مع المعالج، والعلاقات بين الشخصية والآخرين.

ج. فنيات سلوكية: وتشمل العلاج بالقراءة، وذلك بالاطلاع على كتب ذات صلة بالمشكلة لتعديل المعتقدات اللاعقلانية، ومهام الواجب المنزلي، ويتم تكليف العميل بأداء بعض

المهام مثل: القراءة، والكتابة، والتخيّل، وتطبيق تمارين الاسترخاء في المنزل، والتدريب على المهارات وذلك بتدريبه على توكيد الذات والمهارات الاجتماعية، ولعب الدور حيث يتدرّب على أداء الدور الذي يكرّر فيه السلوك الجديد، ويتم مع المعالج والمجموعة العلاجية، وتمارين الاسترخاء التي تزيد من قدرة الفرد على التركيز وتحديد الأفكار اللاعقلانية⁽³⁶⁾.

مما سبق يتّضح أنّ العلاج السلوكي العقلاني الانفعالي علاج مباشر موجّه يستخدم فنيات معرفية وانفعالية وسلوكية لمساعدة المريض على تصحيح معتقداته غير العقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي وتحويلها إلى معتقدات عقلانية يصاحبها ضبط انفعالي وسلوكي.

5. العلاج المعرفي السلوكي:

يعرّف المعجم الموسوعي لعلم النفس العلاج المعرفي السلوكي بأنه "شكل من أشكال العلاج النفسي الحديث يُستخدم لتصحيح التصورات الخاطئة واستبعاد الأفكار السالبة الناتجة عن التعلّم الخاطئ، ويركّز على المحتوى الفكري للمريض". وتعني كلمة معرفي أنّ العلاج يتعامل مع معارف الفرد أو أفكاره، أمّا سلوكي فتعني أنّه يتعامل مع السلوك الصادر عن الفرد ويحاول تعديله، لذلك يُسمّى العلاج المعرفي السلوكي⁽³⁷⁾.

أهداف العلاج المعرفي السلوكي: تتحدّد أهداف العلاج المعرفي السلوكي في تدريب المريض على كيفية تصحيح أداؤه المعرفية الخاطئة والمشوّهة، وفي تغيير معتقداته المختلّة وظيفياً وهي التي تعرّضه لخبرات مشوّهة، ويتمّ التّغيير المعرفي بإثارة التّغيير السلوكي، ممّا يعمل على تكوين منظور جديد لدى الفرد يتمّ تدعيمه وتعزيزه عن طريق ممارسة الفرد لأنماط سلوكية جديدة⁽³⁸⁾. وهناك العديد من الفنيات التي تساعد المرضى على تحديد أفكارهم السلبية، ومن أشهر هذه الفنيات ما يلي:

أ. **فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها:** يقصد بالأفكار التلقائية تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أيّ انفعال غير سارّ، وهذه الأفكار تأتي بسرعة كبيرة وبصورة تلقائية، وأحياناً دون أن يلاحظها الشخص، وهي أفكار غير معقولة، تسبّب انفعالات غير صحيح لحدث معين، والأفكار التلقائية هذه تكون دائماً ذات صفة سلبية

لحدثٍ أو حالةٍ معيّنة، وبالتالي تُؤدّي إلى توقع نتيجة غير سارة، وتهدف هذه الفنيّة إلى محاولة التعرّف على تلك الأفكار، ومن ثمّ تبديلها بأفكارٍ إيجابيةٍ تُؤدّي إلى نهايةٍ حسنة، ولذلك يطلب من المريض أن يسجّل الواجبات اليوميّة على ورقة، ويُدوّن فيها كلّ الأفكار التلقائيّة التي مرّت بذهنه في كلّ يوم، وتعتبر هذه الواجبات اليوميّة جزءاً من العلاج (39).

ب. **فنيّة المراقبة الذاتيّة:** يُقصد بالمراقبة الذاتيّة في العلاج المعرفي السلوكي قيام المريض بملاحظة ما يقوم به وتسجيله في مفكرة، أو في نماذج معدّة مسبقاً من المعالج وفقاً لطبيعة مشكلة المريض، فالمراقبة الذاتيّة تُؤدّي في الغالب إلى انخفاض معدّل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض، ويطلب المعالج من المريض تعبئة هذه الاستمارة بتسجيل وقت ومصدر المواقف التي تسبّب القلق والخوف، والأعراض الجسديّة والأفكار التي صاحبته، ومن الممكن أيضاً أن يقوم بتقييم قلقه بمقياس من (صفر - 10) ليصف كيف يواجه الموقف، ونضع هذه المعلومات أساساً لتسجيل مدى تكرار نوبات التوتّر أو أيّة أعراض جسديّة أخرى، فذلك يساعد المعالج على معرفة مصادر القلق لدى المريض ومظاهره، كما تساعد مراقبة الذات المريض على رؤية متاعبه بشكلٍ مختلفٍ فتشجّعه على المحاولة، وأن يكون موضوعياً مع نفسه ممّا يساعده على تحديد مشكلته بأسلوبٍ معرفيٍّ سلوكيٍّ متعلّم، ومن ثمّ تُستخدم المعلومات من قوائم مراقبة الذات في الجلسة التالية كأساسٍ للنقاش، وتعدّ هذه الوسيلة وسيلة مقبولة تماماً، فالسلوكيات المرغوب فيها تتزايد والسلوكيات غير المقبولة تتناقص عندما تتمّ مراقبتها (40).

ج. **فنيّة التخيل:** أشار "بيك" (Beck) إلى أنّ فنيّة التخيل تُستخدم في علاج اضطرابات القلق لتوضيح العلاقة بين التفكير والعواطف، فيطلب المعالج من العميل أن يتخيل مشهداً أو منظراً غير سارٍ ويلاحظ استجاباته، فإذا أظهر العميل استجابات انفعاليّة وعاطفيّة سالبة عندئذٍ يبحث عن محتوى أفكاره، ثم يطلب المعالج من العميل أن يتخيل مشهداً ساراً ويصف مشاعره كي يستطيع العميل أن يدرك التغيّر في محتوى الأفكار التي أنثرت في مشاعره، ومن ثمّ يمكن أن يغيّر مشاعره إذا غيّر أفكاره (41).

د. **فنية الواجبات المنزلية:** تلعب الواجبات المنزلية دوراً هاماً في كلِّ العلاجات النفسية، إذ إنَّ لها دوراً خاصاً في زيادة فعالية العلاج المعرفي السلوكي، فهي الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختم بها المعالج المعرفي السلوكي كلَّ جلسة علاجية، وهي تساهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والعميل، وتأخذ الواجبات المنزلية عدّة أشكال، منها أن يطلب المعالج من المريض تسجيل الأفكار الآلية، والاتجاهات المختلة وظيفياً، ويجب أن يلاحظ المعالج أنَّ للواجبات المنزلية دوراً هاماً في زيادة فعالية العلاج المعرفي السلوكي، وتكوين الألفة والتعاون بينه وبين المريض، إذا اهتمَّ بإعطاء واجبات بسيطة ومركزة ومتصلة بمشكلة المريض، وتوضيح الأساس المنطقي لكلِّ واجب منزلي، بالإضافة إلى توضيح كيفية إجرائها والاهتمام بمراجعتها في بداية كلِّ جلسة⁽⁴²⁾.

هـ. **فنية التدريب على الاسترخاء:** يعتبر المعالج النفسي الأمريكي "جاكوبسون (Jacobsen) من أوائل الذين بحثوا في تدريبات الاسترخاء وتطبيقاتها في مجال العلاج النفسي، وقد توصّل إلى أنَّ حالة الاسترخاء خبرة مضادة لحالة القلق والانفعالات الحادة، وتقوم الفكرة الأساسية لفنية الاسترخاء على أنَّ الجسم في حالة الانفعالات الحادة يتعرض لعمليتين هما: الشد العضلي، والتوتر النفسي، وتكون جميع عضلات الجسم مشدودة في درجة توازي التوتر النفسي الذي يكون عليه الإنسان في حالة الانفعال، وإذا تمَّ إيقاف أو تحويل حالة التوتر والشد العضلي لجسم الإنسان إلى حالة من الاسترخاء، فإنَّ التوتر النفسي لا يمكن أن يستمرَّ على نفس الوضع، إنَّما يتحوّل إلى حالة من الاسترخاء، وبذلك لا يكون الإنسان متوتراً جسدياً ومسترخياً في آنٍ واحد⁽⁴³⁾. فالإنسان المتوتر أكثر عرضةً للقيام بسلوكيات غير مرغوبة، وربما سبب له توتره مشاعر سلبية، لذا يعدُّ الاسترخاء عاملاً عضلياً نفسياً يعمل على خفض التوتر، ويساعد على تحسين قدرة الإنسان على الاستماع لما يقوله الآخرون، والتفكير بشكلٍ أفضل والتفاعل مع الحديث بطريقةٍ إيجابية.

و. **فنية التعزيز:** يقصد بالتعزيز إثابة الفرد على السلوك السوي، الأمر الذي يعززه ويدعمه ويدفع المريض إلى تكرار نفس السلوك إذا تكرّر الموقف، ومن أشكاله: التعزيز المادي أو المعنوي، كالمديح، أو الثناء، أو الهدايا، أو النقود، أو السماح للمريض بمزاولة نشاطٍ

معين، وهو يؤدي إلي رضا الفرد عندما يقوم بالسلوك المرغوب، وكلما كان التعزيز قوياً ومرغوباً أدى ذلك إلي سرعة تعديل السلوك وثباته⁽⁴⁴⁾.

ز. **تشثيت (تحويل) الانتباه:** يمكن استخدام هذه الفنية في بعض الأحيان، وذلك عندما تسيطر الأفكار غير السارة، ويستطيع المعالج المعرفي السلوكي استخدام هذه الفنية في بداية العلاج لكي يدرك المريض أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها، وقد تستخدم في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض كأن يكون المريض في وضع لا يسمح له بتحدّي الأفكار السلبية التلقائية، ويتضمن التشثيت القيام ببعض الأنشطة التي توجّه الانتباه بعيداً عن المشاعر السارة، مثال ذلك: القيام ببعض التمرينات، أو قراءة بعض الكتب، أو مشاهدة التلفاز، أو المشاركة في الهوايات، أو الاستماع إلى الموسيقى، أو استخدام التخيل، أو تذكر خبرات سارة سابقة كأن يتذكر رحلة سعيدة مثلاً⁽⁴⁵⁾.

ح. **فنية الحديث الذاتي أو الحوار الذاتي:** يفترض أصحاب العلاج المعرفي السلوكي أن الاضطرابات السلوكية قد تأتي مما يقوله الأفراد لأنفسهم من أشياء خاطئة، وفنية التعبير عن الذات بطريقة لفظية تركز بصفة مباشرة على تلك الأفكار الخاطئة التي يحدث بها الفرد نفسه، وفيها يتم تعليم المريض التوقف عند أحاديثه الذاتية غير الملائمة، وتعليمه في نفس الوقت عبارات إيجابية، وإحدى الطرق التي تستخدم لمساعدة المرضى على أن يصبحوا واعين بعباراتهم الذاتية في المواقف الاجتماعية هي تمكينهم من ملاحظة أفكارهم في المواقف الفعلية خارج جلسات العلاج، وأن يراقبوا طبيعة المواقف وأفعالهم ومستوى قلقهم وما يفكرون فيه في ذلك الوقت، ويقوم المعالج بتوجيه العملاء إلى مناقشة تلك العبارات الذاتية، ويوضح لهم كيف أن حوارهم الداخلي يسهم في قلقهم، ويمكن للمعالج أن يقدم في إطار المجموعة موقفاً شائعاً⁽⁴⁶⁾.

ط. **فنية التدريب على حل المشكلات:** ينظر المرضى إلى المرض على أنه مشكلة خطيرة مسيطرة عليهم، فيجب على المعالج المعرفي السلوكي أن يقدم حلولاً لذلك، على أساس أن المرض يرتبط ببعض المشاكل التي قد تكون صغيرة أو كبيرة تؤثر في نفسيته سواء تعلقت هذه المشكلة بمشكلة عائلية أو مهنية أو اجتماعية أو مالية أو طبية أو جسمية، ويشجع المعالج المريض على الوصول إلى تحديد المشكلة من مجموع المشكلات سألها

- الذّكر، ويقدم طرق للتّعامل معها، ويقترح مجموعةً من البدائل ويستخدمها ثم يقيم النّتائج، ولذلك يجب إعطاء المريض واجبات منزليّة تتمثّل في صياغته بعض المشاكل واقتراح حلولٍ لها⁽⁴⁷⁾. ويتطلّب حلّ المشكلة اتّباع الخطوات التالية:
- تحديد المشكلة: يجب تحديد المشكلة بدقّة.
- اقتراح الحلول الممكنة للمشكلة: يجب التّفكير في أكبر قدر ممكن من الحلول.
- اختيار الحلّ المناسب من مجموعة الحلول السّابقة وهو الحلّ الذي يحقّق نتائج أفضل.
- تنفيذ الحلّ المناسب للمشكلة.

وهناك فنيّات أخرى يمكن أن يستعين بها المعالج حسب حالة كلّ مريض. يتّضح ممّا تقدم أنّ العلاج المعرفي السلوكي يساعد المريض في تحديد وتصحيح التصورات اللاتوافقية، والمعتقدات المشوّهة تجاه أنفسهم، فضلاً عن أنّه يتعلّم كيفية التعرّف على العلاقة التي تربط المعارف، والانفعالات، والسلوك، لذلك يجب على المريض التّعاون مع المعالج في التّعرف على المعلومات الخاطئة التي يمكن أن تصاحب الأعراض المرضيّة، ليتمّ تعديلها وفقاً لخطةٍ علاجيةٍ يتّفق عليها المريض والمعالج.

خامساً: بعض الطرق العلاجية المساعدة لأساليب العلاج النفسي:

1. **العلاج النفسي الجماعي:** وهو علاج عددٍ من المرضى الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معاً في جماعاتٍ صغيرة، ويشترط عند اختيار الجماعة العلاجية أن يعاني أعضاؤها الحالة المرضية نفسها سواء أكانت أمراض نفسية عقلية أو سلوكية كإدمان المخدرات مثلاً، وأن يتراوح عددها من أربعة إلى عشرة أفراد، ويستخدم هذا العلاج مجموعة من الفنيّات هي:

أ. **السيكودراما:** ويطلق عليها التمثيل النفسي المسرحي، وتستخدم هذه الفنيّة الأساليب الدرامية التي بها يمثّل العميل الماضي والحاضر، وتعتمد السيكودراما على بعض الفنيّات الفرعية، منها: لعب الدور، وقلب الدور، ومناجاة النفس، وفنيّة المرأة، وفنيّة الكرسي المساعد.

ب. **السوسيودراما:** ويطلق عليها التمثيل الاجتماعي المسرحي، وهي تعالج مشكلة عامّة لعددٍ من الأفراد، أو المشكلات الاجتماعية بصفةٍ عامّة، وذلك بعرض بعض الأدوار

الاجتماعية المهمة كدور الزوج والزوجة بهدف اكتساب معارف والتعرف على توقعات الدور وإيضاح الدور الجديد.

ج. **النادي العلاجي:** يستخدم هذا الأسلوب مع العملاء الذين لا يحبون التردد على مستشفى الأمراض النفسية، حيث تجتمع مجموعة من الأشخاص في إطار مناخ يتسم بالدفع والتوجيه، ويبدأ العمل بنشاط رياضي أو فني بما يتناسب مع العملاء، ويتناول المعالج ما قد يظهر خلال النشاط الاجتماعي من سلوك منحرف بالتعديل والتصحيح.

د. **المحاضرات والمناقشات الجماعية:** يعتمد هذا الأسلوب على إلقاء محاضرات على المرضى، وهدفها تغيير اتجاهاتهم، وعادة ما يكون أعضاء الجماعة العلاجية متجانسين من حيث نوع المشكلات أو الاضطرابات.

هـ. **المائدة المستديرة:** وتضم الجماعة حوالي سبعة مرضى يجلسون حول مائدة مستديرة ويجلس المعالج معهم، ويكون قد أجرى مقابلة مع كل واحد قبل بدء الجلسات الجماعية، وتدور جلسة كل مريض حول مشكلاته واضطراباته، ويناقشون المشكلات بحرية، ويتم تسجيل الجلسة ثم يُعاد سماع التسجيل ومناقشة الجماعة ثانية⁽⁴⁸⁾.

يتضح من خلال العرض السابق أن تفعيل دور الفرد داخل الجماعة يزيد من تقوية العلاقات الإنسانية، ويعمل على إحداث تغييرات جذرية في نظرة الفرد نحو ذاته، وكيفية تعامله مع الآخرين، وتزيد أهمية العلاج النفسي الجماعي في علاج ما يعترض أعضاء الجماعة من مشكلات وصراعات نفسية داخلية إذ يساعد هذا العلاج الفرد على إدراك أنه ليس وحده من يعاني من المشكلة، ويكون العلاج الجماعي مكملًا وداعمًا للعلاج الفردي عن طريق اتباع برنامج علاجي حسب الاضطراب النفسي الذي يعاني منه الفرد أو مجموعة من الأفراد.

2. **العلاج الأسري:** يعمل العلاج الأسري على كشف المشكلات والاضطرابات الناتجة عن التفاعل بين أعضاء الأسرة كنسق اجتماعي، فهو يحاول التغلب على هذه المشكلات عن طريق مساعدة أعضاء الأسرة في تغيير أنماط التفاعل المرضية داخلها، ويقوم المعالج بالعلاج إما في العيادة أو في المنزل بدراسة تاريخ الأسرة بهدف التشخيص، ويلاحظ المعالج أثناء جلساته مع الأسرة مدى العلاقة بين أفرادها وأساليب تعاملهم، وقد

يلجأ المعالج إلى أسلوب المواجهة بين أفرادها، وتشجع وسائل التفاعل الفعال في جو من التفاهم والتقبل على التخفيف من حدة التوتر وتحقق التوافق الأسري⁽⁴⁹⁾.
وينبغي التأكيد على أن العلاج الأسري يمثل العامل البيئي الأكثر تأثيراً وتشكياً لمعالم شخصية المريض، فالأسرة يمكن أن تكون عاملاً مولداً للمرض والانحراف عند أبنائها بسبب التفاعلات غير السوية فيها، وبسبب الاتصالات الخاطئة بين أفرادها، والعلاج الأسري يعتبر من الأساليب المساعدة في العلاج النفسي، وكلما كانت الأسرة سوية متماسكة ساعد ذلك على نجاح العلاج.

3. العلاج النفسي الديني: يعتبر العلاج النفسي الديني من الأشكال المساعدة للعلاج النفسي، وهو يقوم على أساليب ومفاهيم دينية وأخلاقية بهدف تعديل الأفكار والمعتقدات المشوهة والمختلة وظيفياً لدى العميل، ومساعدته على صعوبات الحياة، والقناعة بالقدر مما يبعث على الشعور براحة البال والطمأنينة، ويهدف العلاج النفسي الديني إلى تحرير الشخص المضطرب من مشاعر الخطيئة والإثم التي تهدد طمأنينته وأمنه النفسي ومساعدته على تقبل ذاته، وتوجد العديد من الفنيات الخاصة بالعلاج النفسي الديني منها ما يلي:

- أ. **فنية الأدعية والأذكار:** تعتبر الأدعية والأذكار من أفضل الفنيات؛ لأنها تصقل القلوب، فيتبدل الخوف أمناً، ويتحول القلق والاضطراب إلى سكينه، فمهما أصيب الإنسان بالابتلاءات فإنه بالذكر يستريح ويقنع ويرضى، وبه يشعر أنه مع الله فلا يمتلكه اليأس.
- ب. **الاستغفار:** وذلك لأجل أن يتخلص الفرد من ذنوبه، فيستعيد من الشيطان لبيعه عن طريق توبته وتقربه إلى الله.
- ج. **الصلاة:** تعتبر الصلاة من أنجح الوسائل لشفاء النفس البشرية من الاضطرابات.
- د. **التدريب على الاسترخاء:** فالاسترخاء عامل عضلي نفسي يعمل على خفض التوتر، ويستخدم الاسترخاء كواجب منزلي يمارسه المريض، بالإضافة إلى العلاقة العلاجية، والحوار والمناقشة⁽⁵⁰⁾.

يتضح مما سبق أن العلاج النفسي الديني أصبح من الاستراتيجيات الفعالة في علاج الاضطرابات النفسية، هذا إذا تم استخدامه على أسس علمية ومن قبل مختصين، فالتربية الدينية الصحيحة تُعد وسيلةً وقائيةً لصحة الإنسان النفسية.

4. **العلاج بالعمل:** يتم العلاج بالعمل عن طريق مشاركة المريض في نشاط مهني، وهو علاج ضروري يكمل العلاج الجسمي والنفسي، والغرض من العمل هو شغل وقت المريض والمساعدة في عملية التشخيص والعلاج والتأهيل، ويتوقف نوع العمل على شخصية المريض وعمره ونوع مرضه، ويخصص للعلاج بالعمل عادة قسم خاص يقسم إلى أقسام فرعية أو ورش، ويكون قسم العلاج بالعمل الخاص بالرجال عادة منفصلاً عن القسم الخاص بالنساء، ويمكن أن يقوم بعض المرضى بالعمل في عنابر المستشفى، ومن أنماط العمل الذي يقوم به المرضى ما يلي:

أ. العمل الروتيني في العنبر مثل النظافة والغسيل.

ب. العمل في المغسل أو المطبخ.

ج. الأعمال اليدوية المتنوعة مثل صناعة السجاد، والسلال، والصناعات الجلدية، والنجارة، وأشغال الإبرة والتريكو، والرسم بألوان الماء والزيت، وصناعة الخزف والنحت، وفلاحة البساتين، وغير ذلك من الأعمال، فالهدف من العمل هو تغيير سلوك المرضى، والربح من ورائه هو تحقيق الشفاء، ويقوم الأخصائي النفسي بالاشتراك مع أخصائي العلاج بتحديد نوع العمل وأوقاته وعمره ونوع مرضه، ويجب أن يشمل عنصر الترويج والتسلية، ويرى بعض المعالجين أنه يجب إتاحة حرية اختيار العمل أمام المرضى بعد عرض كل الأعمال المتاحة عليهم، ويجب أن يستمر المريض بالعمل حتى بعد خروجه من المستشفى ضماناً للوقاية من شرّ النكسة، ومما يحقق الفائدة المرجوة من العلاج بالعمل القيام بالرحلات الخارجية وزيارة المصانع وإقامة الحفلات الترفيهية وتوزيع الهدايا والجوائز على المتفوقين من المرضى، ويجب على المعالج أن يلاحظ مدى استجابة المريض لهذا النوع من العلاج، ويسجل التغيرات التي تظهر على سلوكه، وأن يكون حريصاً بخصوص ما قد يحدث من طوارئ في قسم العلاج بالعمل، حيث توجد معدات قد تستخدم في العدوان أو الانتحار⁽⁵¹⁾. وفوائد العلاج بالعمل تتمثل في الآتي:

- يجنب المريض الملل والسأم ويشغل وقته بما يفيد في العلاج.
- يقلل التوتر النفسي مما يحد من احتياج المريض للمهدئات والعقاقير.
- يرفع روح المريض المعنوية وذلك عندما يشعر أنه أنتج شيئاً مفيداً.
- يساعد على اتصاله بالواقع والتوافق معه.

- يساعد في تقدّم المريض أثناء العلاج.
 - يؤهّل المريض مهنيًا بعد خروجه من المستشفى (52).
- وبناءً على ذلك يمكن القول إنّ العلاج بالعمل يفيد في تنشيط المريض، ويبعده عن الكسل، ويرفع روحه المعنوية.
- وتجدر الإشارة إلى أنّ هناك الكثير من الأساليب العلاجية الأخرى المتبعة في العلاج النفسي لا يسع الموضوع لبحثها كاملة، حيث تتعدّد مدارس العلاج النفسي ولكنها تتفق جميعاً في الهدف وهو علاج المريض نفسياً بطرق تتفق مع نظرياتها، ومن المبادئ الأساسية في العلاج أن يستخدم المعالج الطريقة التي تناسب كلّ حالة على حدة حتى يضمن النجاح، ويجب ألا يقتصر المعالج على طريقة واحدة ويعتبرها طريقة شاملة، فليس لطريقة من طرق العلاج النفسي أفضلية مطلقة على الطرق العلاجية الأخرى.

النتائج:

1. للعلاج النفسي دور مهم في المجتمع وذلك لما يتعرض له من عوامل هدامة تؤثر على الصحة النفسية للأفراد مثل الفساد، وعدم الاستقرار، والاضطراب، وآثار الحرب، والأزمات الاقتصادية، ولا يجوز اللجوء إلى غير المختصين لطلب العلاج النفسي.
2. يساعد العلاج النفسي الأفراد على حلّ المشكلات وتخفيف الأعراض المرضية النفسية، وتحقيق مستوى أفضل من التوافق النفسي.
3. يعتبر العلاج النفسي فعالاً عند الالتزام بالعلاج ومتابعة الجلسات والتمارين العلاجية المخصصة للحالة المرضية.
4. تتعدّد أساليب العلاج النفسي حسب تعدّد مدارسه ونظرياته وتهدف جميعها إلى علاج المريض نفسياً بطرق تتفق مع نظرياتها.

التوصيات:

1. ضرورة تكثيف الحملات التوعوية مثل المحاضرات وورش العمل لتوعية المرضى وأسرههم بأهمية العلاج النفسي في حياتنا النفسية والجسدية.

2. النظرة الإيجابية للعلاج النفسي كأى علاج طبي له دور في علاج معظم الاضطرابات النفسية، وعدم الاقتصار على أسلوب علاجي واحد فقط، فلكل علاج منهج خاص بالحالة النفسية التي تختلف من شخص إلى آخر.
3. إجراء المزيد من البحوث حول العلاج النفسي لما لهذا الموضوع من أهمية ودور في علاج الأمراض النفسية والعقلية.

المراجع:

1. حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب، 1997م، ص 183.
2. أنطوني ستور، فن العلاج النفسي، ترجمة لطفي فطيم، بيروت، دار الطليعة للطباعة والنشر، 1980م، ص 5.
3. علاء فرغلي، فنيات ومهارات العلاج النفسي، مجلة المستجذات النفسية العربية، 2013م، ص 2.
4. إجلال محمد سري، علم النفس العلاجي، القاهرة، عالم الكتب، 1997م، ص 82- 83.
5. سامي محمد ملحم، الإرشاد والعلاج النفسي، الأسس النظرية والتطبيقية، الأردن، دار المسيرة، 2001م، ص 38.
6. أحمد بن سعيد الحريري، العلاج النفسي الجنائي، بيروت، دار الفارابي، 2009م، ص 24.
7. طه عبد العظيم، الإرشاد النفسي: النظرية، التطبيق، التكنولوجيا، ط2، الأردن، دار الفكر، 2008م، ص 20.
8. حامد عبد السلام زهران، مرجع سابق، ص 185.
9. عبد الرحمن محمد العيسوي، الإرشاد والعلاج النفسي، جامعة الإسكندرية، الدار الجامعية، 2006م، ص 67.
10. حامد عبد السلام زهران، مرجع سابق، ص 186.
11. محمد حسن غانم، اتجاهات حديثة في العلاج النفسي، دون سنة نشر، ص 23.
12. أبو بكر مرسى محمد، أزمة الهوية في المراهقة، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، 2002م، ص 128.

13. عبد الرحمن محمد العيسوي، العلاج النفسي، الأزيطة، دار المعرفة الجامعية، 2005 م، ص 22.
14. حسين فايد، العلاج النفسي أصوله وتطبيقاته وأخلاقياته، القاهرة، مؤسسة طبية للنشر، 2005 م، ص 16.
15. حسن مصطفى عبد المعطي، علم النفس الإكلينيكي، الرياض، دار الزهراء، 2007 م، ص 336.
16. حامد عبد السلام زهران، مرجع سابق، ص 219-220.
17. سيد عبد العظيم محمد، فنيات العلاج النفسي وتطبيقاتها، القاهرة، دار الفكر العربي، 2010 م، ص 20.
18. زينب محمود شقير، علم النفس العيادي والمرضي للأطفال والراشدين، الأردن، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، 2002 م، ص 195.
19. إجلال محمد سري، مرجع سابق، ص 110.
20. حامد عبد السلام زهران، مرجع سابق، ص 224-226.
21. حسن مصطفى عبد المعطي، مرجع سابق، ص 339-340.
22. حامد عبد السلام زهران، مرجع سابق، ص 230.
23. زينب محمود شقير، مرجع سابق، ص 198.
24. فوزي محمد جبل، الصحة النفسية وبيكولوجية الشخصية، الإسكندرية، المكتبة الجامعية، 2000 م، ص 260-261.
25. حسن مصطفى عبد المعطي، مرجع سابق، ص 341-342.
26. إجلال محمد سري، مرجع سابق، ص 118-119.
27. حامد عبد السلام زهران، التوجيه والإرشاد النفسي، القاهرة، عالم الكتب، 1980 م، ص 338-339.
28. فوزي محمد جبل، مرجع سابق، ص 262.
29. حسن مصطفى عبد المعطي، مرجع سابق، ص 344.
30. فوزي محمد جبل، مرجع سابق، ص 265.
31. حامد عبد السلام زهران، مرجع سابق، ص 249.

32. حسن مصطفى عبد المعطي، مرجع سابق، ص346.
33. حامد عبدالسلام زهران، مرجع سابق، ص 252 - 253.
34. نبيلة يوبي، فعالية العلاج السلوكي للأطفال المتدربين مفرطي الحركة ومنتشنتي الانتباه ما بين 6- 12 سنة، رسالة ماجستير، جامعة وهران، الجزائر، 2015م، ص 170.
35. حامد عبد السلام زهران، مرجع سابق، ص260 - 261.
36. سيد عبد العظيم، مرجع سابق، ص 173-185.
37. محمود عيد مصطفى، العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب، القاهرة، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، 2009م، ص186.
38. عادل عبد الله محمد، العلاج المعرفي السلوكي، القاهرة، دار الرشاد، 2000 م، ص21.
39. قتيبة الجلي، وفهد اليحيى، العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي، الرياض، الشركة الإعلامية للتوزيع والنشر، 1996م، ص271.
40. ربيعة عوض، ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة التشخيص والعلاج، القاهرة، مكتبة النهضة العربية، 2001م، ص114.
41. محمد عبد التواب معوض، أثر كل من العلاج المعرفي والعلاج النفسي الديني في تخفيف قلق المستقبل لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة المنيا، 1996م، ص106.
42. حامد بن أحمد الغامدي، فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس، 2005م، ص233.
43. حسام الدين محمود عزب، العلاج السلوكي الحديث، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية 1981م، ص111.
44. هبة حسين، تنمية التفاؤل والأمل مدخل لخفض الأعراض الاكتئابية لدى عينة من ضعاف السمع، رسالة دكتوراه، كلية البنات، جامعة عين شمس، 2008 م، ص188.
45. لنيدزاي/ج.بول، ترجمة صفوت فرج، مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 2000 م، ص141.

46. أحمد متولي، مدى فعالية التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة طنطا، 1993م، ص 69-70.
47. أحمد حسانين أحمد، مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تنمية مهارات التغلب على الألم المزمن، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة المنيا، 2007م، ص 82-83.
48. سيد عبد العظيم محمد، مرجع سابق، ص 267-272.
49. فوزي محمد جبل، مرجع سابق، ص 272-273.
50. سيد عبد العظيم محمد، مرجع سابق، ص 260-262.
51. حامد عبد السلام زهران، مرجع سابق، ص 313-316.
52. فوزي محمد جبل، مرجع سابق، ص 269.