

الأسود المغلق من العمليات وتفاعلات فهو أمر لا يهمننا معرفته ، ولقد لقي هذا التصور نقداً شديداً من كثير من علماء النفس ، كما عابوا عليهم إغفال قطاع عريض من السلوك غير الملاحظ ، وتجاهل الوظائف النفسية والشخصية وهي جوانب كامنة غير قابلة للملاحظة بشكل مباشر ولكنها مع ذلك هي في غاية الأهمية.(عبد الخالق، 2000، ص69).

تبعاً للانتقادات الموجهة لها والدراسات الحديثة لبعض علماء السلوك فقد حدث تطور لهذه المدرسة، وأصبحت تنحو لدراسة جوانب أخرى من سلوك الإنسان.

2-العلاج السلوكي المتعدد المحاور:

السلوكية في شكلها الأول التقليدي كانت ترى أنه يكفي دراسة أنواع السلوك السطحية التي تقبل الملاحظة ، وأن هذا هو أكثر ما نحتاج له لفهم الاختلالات النفسية وعلاجها، وانطلاقاً من هذا كان المعالج السلوكي بدءاً "بافلوف" وحتى "سكينر" يضع كل ما ليس بظاهر في موضع هامشي...إن السلوكية بهذا الشكل المبكر قد سلبت الإنسان كثيراً من العوامل التي كان يمكن أن تكون ذات قيمة في فهمه وعلاجه، مما جعل أحد المعالجين النفسيين يرى أنه من الصحيح أن العلاج السلوكي قد يكون هو العلاج المفضل بالنسبة إلى الاضطرابات المتعلقة بالخوف المرضية والاضطرابات التي لها مصدر خارجي يمكن ملاحظته والتحكم فيه، لكنه يعتبر طريقة غير مناسبة في العلاج لحالات الاكتئاب والقلق الوجودي والميول الانتحاري والاغتراب، وغير ذلك من اضطرابات تكون مصادرها غير ملحوظة في العالم الخارجي.(عبد الستار، 2011، ص62).

(إن الإنسان وحدة كلية متكاملة فحين يشعر الفرد بالخوف أو القلق مثلاً فإن هذه الانفعالات تصاحبها تغيرات في تفكير الفرد وأنماط سلوكه، فليس هناك نشاط جسمي أو عقلي أو انفعالي خالص وقائم بمفرده وبمعزل عن بقية مكونات الشخصية...أي أن السلوك نشاط كلي، وعلى هذا يكون من الخطر الفصل بين ما هو عقلي أو جسمي أو إنفعالي، فالإنسان وحدة كلية متكاملة، أي لا يمكن فهم السلوك سويًا كان أو شاذًا إلا بفهم الشخصية ككل)(طه، 2008، ص38).

إن الإنسان عندما يضطرب نفسياً فاضطرابه نتاج لعناصر متعددة خارجية في البيئة وداخلية في عالم القيم والتفكير والوجدان، لذا يجب ألا يقتصر فهم وتفسير المرض ووضع الخطط العلاجية على جانب واحد من السلوك الإنساني بحيث يجردنا من طبيعتها المعقدة والمركبة ، لذا ظهر تيار

السلوكية الحديثة الذي هو بمثابة ثورة علاجية معاصرة في علم النفس نحت فيه نحو العلاج المتعدد للمرض النفسي.

العلاج السلوكي المتعدد المحاور يتجه نحو التعامل مع السلوك بصفته ذي أبعاد متعددة، وأنه توجد إمكانيات ومداخل متعددة لتغيير السلوك ..، ولب هذا التصور أن الاضطراب عندما يحدث لا يشمل جانباً واحداً من الشخصية بل يشمل جوانب متعدد (عبد الستار، 2013، ص03)، إن الاضطراب النفسي عندما يحدث فإنه يؤثر في مختلف جوانب الشخصية، فالتفكير والانفعال والسلوك أشكال متلاحمة. ومن الخطأ القول بأن تغيير الانفعال وحده يؤدي إلى تغيير التفكير أو أن تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعال، لأن تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعالات والعكس أيضاً صحيح. إن جانباً كبيراً من الانفعالات فيما يرى واحد من المعالجين المعاصرين: (... لا تزيد عن كونها أنماطاً فكرية متحيزة أو متعصبة، أو تقوم على التعميم الشديد... إن التفكير والانفعال متلاحمان ويتبادلان التأثير والتأثر في علاقة دائرية، بل إنهما في كثير من الأحيان يصبحان شيئاً واحداً (Michelle J.N.2006)

ينبغي في العلاج النفسي عدم الاكتفاء بعلاج واستهداف جانب واحد من السلوك فقط وإغفال باقي الجوانب، لأنه قد يكون الضعف والعجز في جانب من السلوكات الأخرى وهو ما قد يزعزع باقي الجوانب ويجعلها غير ثابتة بل ومعيقة لغيرها، فجوانب السلوك كلها بمثابة ركائز للصحة النفسية إذا أختل واحدٌ منه اداعى له باقي الجوانب واضطربت الصحة. وإن مراعاة هذا الطرح تجعل منه علاجاً جذرياً يُنبأُ بشفاء ثابت طويل الأمد، بل ويجعله أكثر تحصيناً ضد الوقوع في أزماتٍ نفسية مستقبلاً.

إن العلاج القاصر على جانب واحد من السلوك الإنساني هو علاج جزئي غير تام لا يُتوقع استمراره ولا يكون علاجاً كاملاً بمعنى ما نطلق عليه علاجاً .

الممارسة العلاجية الحديثة تتطلب إذن من المعالج النفسي أن يعرض نفسه لخبرات متنوعة ونماذج متعددة من الأساليب التي تمكنه من تعديل السلوك والانفعال وطرق التفكير على السواء. فللممارس السلوكي المعاصر يجب ألا يغفل عن تلك الطبيعة المركبة للاضطراب النفسي، وتكون محاولاته متجهة إلى إحداث التغيير في الشخصية بأي طريقة ملائمة وبأي مدخل مناسب، وقد يستخدم في ذلك بعض الأساليب التي تمده بها نظريات علاجية لا تتفق ظاهرياً مع نظريته، لذا يرى

إبراهيم عبد الستار 2011 أن تصنيف مدارس العلاج النفسي إلى مدرسة سلوكية أو فرويدية قد لا يكون ملائماً ويكون الملائم هو تصنيف الأساليب العلاجية بحسب فاعليتها في إحداث آثار علاجية في هذا الجانب أو ذلك من الشخصية المضطربة. ويمكن بسط محاور السلوك الإنساني وبعض الأساليب الأساسية التي يعول عليها في كل محور كالتالي:

1- المحور الانفعالي: في الاضطراب النفسي يتأثر الوجدان بحيث يصبح الفرد عرضةً لانفعالات سلبية متعددة كالخوف والقلق والاكتئاب، وفي نفس الوقت أسيراً يبرز تحت أثارها الفسيولوجية السلبية التي تصاحبها من مثل: تسارع دقات القلب، الغثيان، انقباض المعدة، صعوبات في التنفس توتر العضلات، اللزيمات الحركية... وغيرها. وبالتالي تكون تقنيات الاسترخاء العلاجية بأنواعها التصاعديّة والتخيلية أسلوب علاجي أساسي في هذا المحور.

2- المحور المعرفي: حيث نجد في الاضطراب النفسي ترسخاً لأساليب التفكير غير العقلانية وتسلا للأفكار السلبية الخاطئة سواء حول نفسه أو عن المجتمع أو عن المستقبل، وما تنطوي عليه تلك الأفكار من سلبيات ومبالغات وحتى تطرف. عندها يكون أسلوب العلاج المعرفي وتصحيح المعتقدات وتحويل الأفكار السلبية إلى الايجابية هي مدار الرحي في علاج هذا المحور.

3- المحور الاجتماعي: حيث الخجل والانطواء وعدم التفاعل الاجتماعي وضعف التواصل البصري وفقر المهارات الاجتماعية كلها وغيرها هي أشكال من اضطراب السلوك الاجتماعي تتفاعل مع الاضطراب النفسي في شكل سببٍ أو نتيجة أو كعامل مساعد لظهوره. عندها تكون تقنيات تنمية المهارات الاجتماعية و التوكيدية سبيل علاجي منطقي في هذا المحور.

4- محور السلوك الظاهر: حيث يكتسب الفرد عادات سلوكية سلبية في التعامل مع المواقف ومجابتها، أو فقدان مهارات سلوكية تكيفية ايجابية لمواجهة الضغوط اليومية المختلفة. وحيث إن سلوك المكتئب يتسم بالرتابة والملل وفقدان سلوكيات المرح والدعابة وبالتالي تكون خطة إدخال أنشطة سارة ومبهجة هي الخطة العلاجية الناجحة مع هذا المحور .

5- المحور الجسماني: إن الجسم والنفس وجهان لحياة الإنسان وسلوكه وهما في تفاعل وتبادل تأثير، حيث انه إذا اختل احدهما ظهر التحول والتداعي في الآخر. لذا من اجل صحة نفسية ايجابية ومستقرة يجب الاهتمام بالجانب الجسمي العضوي ووقايته من أي اعتلالات وتدعيم السلوك

الصحي، وبالتالي تكون أساليب "تعزيز" سلوكيات الصحة الجسمية " خطة علاجية معتمدة في هذا المحور .

6- المحور الروحي: إن فطرة الإنسان هي تعلقه بالله المعبود، وهو في حاجة إليه أبدية في دينه ودينه لا يستغني عنه، مجبولاً على عبادته والتطلع إليه، وأي اختلال في هذه العلاقة يؤثر سلباً في حياته الروحية والسلوكية المختلفة، لذا فإن الاهتمام بالجانب الروحي في الإنسان يجب أن يأخذ نصيبه من الخطط العلاجية، ليكون بذلك تعزيز ممارسة الشعائر الدينية ومعتقداتها محتويات ضمن الخطط العلاجية لمحاور السلوك الإنساني السابقة، وذلك تبعاً لشكل كل شعيرة وتصنيفها في كل محور، حيث أن تعاليم الدين الإسلامي شاملة لكل جوانب السلوك الإنساني.

إن فأساس العلاج السلوكي المتعدد المحاور هو استهداف كل جوانب السلوك الإنساني بما يتلاءم معها ومع المفحوص من تقنيات وأساليب علاجية. فالمعالج السلوكي المعاصر لا ينظر فيما يخص التقنيات والأساليب العلاجية إلى أي نظرية تنتمي بل هو ينظر إلى (تصنيف الأساليب العلاجية حسب فعاليتها في إحداث آثار علاجية في هذا الجانب أو ذاك من الشخصية المضطربة، ولما كنا نعتقد بان الاضطراب النفسي عندما يثور يكن متعدد الجوانب من حيث آثاره على الشخصية فيصيب بالاختلال: الوظائف الوجدانية والسلوكية الظاهرة، و أساليب التفكير، وأساليب التفاعل الاجتماعي..، لذا فإن تصنيف المناهج العلاجية بحسب فاعليتها وتركيزها على تعديل كل جانب من هذه الجوانب قد يكون أفضل. وعلى هذا فمن الممكن تصنيف الأساليب العلاجية إلى أساليب لتعديل الوجدان، وأساليب لتعديل السلوك، وأساليب لتعديل التفاعل الاجتماعي..)(عبد الستار، 2011ص53).

يحرص المعالج على تضمين كل جوانب السلوك في الخطة العلاجية بمرونة تأخذ بعين الاعتبار الفروق الفردية وثقل جانب معين من الاضطراب كما هو في الواقع، ولا يكون البدء بكل المحاور جملةً واحدة، بل يأخذ ويبدأ المعالج بكثرها تدهوراً ووجوداً أو قوة لدى العينة من مثل أن يجد في محور الاضطرابات الوجدانية أن لدى العينة الشعور بالذنب قوي وبالتالي يعمل عليه، ويعتبر التخفيض في درجته مؤشر على التقدم في المحور الوجداني، ويرى الباحث أنه يمكن الابتداء بمحور أو اثنين وفق المعايير التالية:

- ملمح الشخصية الناتجة عن سير الفاحص لشخصية المفحوص من خلال الاختبارات النفسية العامة والجزئية والمقابلة العيادية و مخرجات دراسة الحالة.
- المحور الأكثر إشكالاً وتعقيداً وتأثيراً في حياة المفحوص وفي توليد الاضطراب، بحيث أن القضاء عليه أو التخفيف منه يُخفف تلقائياً من ثقل المحاور الأخرى، وبالتالي يحفز المفحوص للتقدم أكثر في باقي مراحل العلاج.
- الحاجة العلاجية المستعجلة التي يراها المعالج، من مثل حاجة المفحوص إلى حصص استرخاء، بعض ملاحظة التغيرات الفسيولوجية السلبية القوية التي يزرح تحتها المفحوص وتُعوق بشدة حياته اليومية بمختلف أشكالها.
- اختيار المفحوص للبدء ببعض التقنيات العلاجية وفق عقد علاجي سلوكي، الأمر الذي يفتح الباب لتجاوبٍ وتقدم سريع نحو تطبيق الخطط العلاجية.

في حالة عدم فرض أي معيار من المعايير السابقة نفسها في البدء بمحور علاجي معين فإننا ننصح المعالج بان يركز ويهتم بـ(المشكلات المتعلقة بالجوانب الوجدانية أو الانفعالية من قلق أو مخاوف أو اكتئاب حتى وإن كانت شكوى الشخص من عادات سلوكية وتفاعلات سلبية بالعالم الخارجي، فللمشاعر أهمية أساسية للممارس النفسي، فوق كل الاعتبارات الأخرى يُقِيمُ المريضُ مُعالجه النفسي بمقدار ما يشعر به من تغيير في حالاته الانفعالية، بما في ذلك انتقاله من حالات القلق إلى الاسترخاء، ومن الاكتئاب إلى التخفيف منه والشعور بالطمأنينة والانتقال من المشاعر السلبية من غضب أو حزن إلى تنمية مشاعر وأحاسيس إيجابية من الطمأنينة والاسترخاء، بعبارة أخرى لا يأتي الناس لطلب العلاج لأنهم لا يفكرون منطقياً أو لأنهم يعانون أخطاء في التفكير، بل يأتون في الأساس طلباً للتخلص من آلام المرض النفسي) (عبد

الستار 2011ص 117)

3- المبادئ النظرية للعلاج السلوكي المتعدد المحاور

زاد الانتباه مؤخراً بين جموع المعالجين السلوكيين إلى كلية السلوك الإنساني، وبدأت زاوية النظر تتسع في التعامل مع مشكلات الصحة النفسية، حيث أن الإنسان له جوانب سلوك مختلفة تتفاعل فيما بينها تأثراً وتأثيراً، لذا كان الطرح العلاجي الذي ينادي بالجمع بين الطرق العلاجية المختلفة حسب نوع المشكلات وطبيعتها يلقي قبولاً ومتابعة، حيث ظهرت (الطرق التوفيقية (التخييرية أو

الانتقائية (ECLITIC APPROACH) والتي تقوم على أساس التمييز والانتقاء، والتوفيق بين نظريات وطرق وأساليب وإجراءات العلاج النفسي المختلفة بما يناسب ظروف المعالج والمريض والمشكلة والعملية العلاجية بصفة عامة ، ومن الطرق التوفيقية طريقة العلاج الجشتالتية التي بلورها "فيتيز بريليز" أما الطرق التركيبية والتي يركب فيها المعالج طريقة مبتكرة مستخدما ما تيسر من تراث وحكمة الماضي وخير مثال هنا طريقة العلاج النفسي بتحقيق الذات التي ركبها وابتكرها "إيفريت شوستروم" وآخرون، والتركيبية تستفيد من الجهود العملية المتراكمة (شادلي، 2011 ص 60)

في عام 1960 وجد كللي kelly استجابة لمسح قام به بين أعضاء قسم علم النفس الإكلينيكي بالجمعية النفسية الأمريكية أن حوالي 40 % من 1024 معالجا نفسيا استجابوا لاستبيان المسح، قرروا أنهم يعتبرون أنفسهم من أنصار المذهب التوفيقية وبعد سنة 1986 تراوحت النسبة بين 29% إلى 68% في مسوح مختلفة ، كما ظهرت حركة إلى محاولة التكامل بين مدرستين أو أكثر من مدارس العلاج النفسي من ناحية أخرى ويعني تقرير المعالج أنه "توفيقية" أنه لا يتقيد بمدرسة علاجية بذاتها، ولكنه ينتقي من المدارس المختلفة الأساليب التي يراها أكثر ملائمة مع العميل دون الحاجة إلى التفكير في ضرورة توفر أساس نظري أو فهم أو اهتمام بسبب استخدام الأسلوب المعني أكثر من كفاءته (مليكة ، 2010 ص 133).

ظهرت الكثير من الكتابات العلمية في المجالات النفسية بمقالات معنونة "المنهج التوفيقية في العلاج النفسي" وكتب بعنوان "المنهج التكاملية في العلاج النفسي" وفي عام 1987 ظهرت "الأكاديمية الدولية لعلاج النفسي التوفيقية" وقد سبق ذلك تأسيس جمعية باسم "استكشاف التكامل في العلاج النفسي التوفيقية اسم مجلتها إلى "مجلة العلاج النفسي التكاملية والتوفيقية" وقد سبق ذلك تأسيس جمعية باسم "استكشاف التكامل في العلاج النفسي" society for exploration of psyceitohérapie intégration عام 1985. ومع الوقت أصبح هناك تزايد في استخدام مصطلح "التكامل" بوصفه أفضل من "التوفيقية"، ويظهر ذلك جليا في بزوغ مجلة "تكامل العلاج النفسي" عام 1991، وحسب (لويس مليكة 2010) فإن الجاذبية المتزايدة للتكامل في العلاج النفسي قد تراجع إلى عدم الرضا عن المناهج المعاصرة، والتي رغم أن فعاليتها قد تثبت، إلا أن هذه الفعالية لا يبدو أنها خارقيه من منهج آخر، فضلا عن شعبية المنهج التوفيقية اللانظري.

يعد العلاج التكاملي أو الانتقائي نوعاً من العلاج القائم على الانتقاء من مختلف النظريات بحيث يتضمن التعامل مع الشخص كل جسمه وعقله وانفعالاته، وقد بدء هذا الاتجاه في عام 1950 على يد فريديك ثورن ثم محاولات دولارد وميلر (dollard et miller ، وفي عام 1965 قدم لازاروس lazarus محاولة انتقائية لعلاج الإدمان، ويؤكد هذا الاتجاه على عدم الاهتمام بنظرية واحدة وعلى مرونة العلاج النفسي ومرونة المعالج الفعال، والعلاج النفسي التكاملي اتجاه يسعى إلى التكامل بين النظريات العلاجية المختلفة سواء على مستوى التنظير أو مستوى انتقاء الفنيات العلاجية أو مستوى العوامل المشتركة بين النظريات المختلفة، وهو بصورة عامة يعتبر محني علاجي لا يتقيد بنظرية علاجية محددة أثناء العملية العلاجية، بل يتجاوز حدود النظرية الواحدة، مستفيداً من إسهامات النظرية العلاجية المختلفة من خلال دمجها في نموذج علاجي تكاملي، شرط أن يكون هناك انسجام وتناسق، وعدم تناقض بين ما يختاره هذا النموذج التكاملي من نظريات أو فنيات مختلفة (أيمن، 2009 ص 02).

وإهتم كثير من العلماء والباحثين بهذا الأنموذج العلاجي منهم بيير 1966 beier ، ماركس وجيلدر 1966 markes et gelder، واتزمان 1967 weitzman، مارمور 1971 marmor، فيروز وروادس 1972 featherz et rhoader، بيرك وبيرنكلي بيرك 1974 birk et birkley brik، وجولد فريد وديفسون 1976 gold fried et darvson. (2 : 1996. stricker et gold).

يلخص عقل (2000 ص 143) المبادئ الرئيسية التي تنطق منها الانتقائية متعددة الوسائل فيما يلي:

- 1- أن السلوك الإنساني يتأثر بعوامل وراثية وبيولوجية وجينية تتمثل في العلاقات الشخصية مع الآخرين وفي ظروف البيئية والاجتماعية المحيطة به، وفي عملية التعلم من خلال الآخرين.
- 2- أن الاضطراب النفسي أو الشخصية غير المتكيفة ترجع إلى تعلم غير مناسب وإدراك لنماذج سلوكية غير سوية، وإلى نقص في المعلومات أو الخبرات أو خطأ فيها، أو تصارع بينها تجعل ذاكرة الفرد عاجزة عن إمداده بطرق التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة ويظهر الاضطراب في استجابات انهزامية غير توافقية.

3 يفترض أنصار هذه النظرية أن المضطربين نفسيا يعانون من مشكلات متعددة ومحددة، وأنه يتطلب التعامل مع كل مشكلة أو عرض بأساليب علاجية ثبتت فاعليتها بغض النظر عن انتماءات هذه الأساليب إلى النظريات المختلفة .

4 كل مريض هو فريد من نوعه، فقد تصلح طريقة علاجية لشخص ما ولا تصلح لشخص آخر يعاني من نفس المشكلة ، وذلك لتفرده وتميزه في خصائصه وأسباب اضطرابه، لذلك يتبع هذا الأسلوب العلاجي عند التشخيص والعلاج أسلوب تقييم الشخصية باستخدام المقابلة ووسائل القياس الأخرى تبعا لجوانب السلوك .

إن المدرسة الانتقائية في العلاج تفرعت عنها عدة أساليب علاجية محددة تتادي على المستوى التطبيقي إلى ضرورة انتقاء التقنيات العلاجية من مختلف هذه المدارس من أجل تقديم علاجات شاملة للمرض وبالتالي علاج جميع أبعاد شخصية المريض (نفسية، اجتماعية، بيولوجية... الخ) ، ولهذا سميت بالأساليب الإنتقالية متعددة الأبعاد في العلاج النفسي، من مثل الأسلوب الذي أسسه "أرنولد لازاروس " المعروف بـ " BASIC – ID ، حيث أنه في عام 1997 نشر لازاروس كتابا " عن علاج النفسي المتعددة الأساليب بعنوان "العلاج النفسي الشامل لحديث: الأسلوب المتعدد الأشكال والمختصر " والعنوان الأصلي : The practice of multimodal therapy

في أواخر الخمسينيات اشتهر لازاروس بنشأة العلاج السلوكي في مدرسة "ولي" بجنوب إفريقيا، وقد رأى أن هذه المقاربة لا تركز إلا على السلوك الأحادي الأنموذج من دون النظر إلى الجوانب الإنسان الأخرى، وخلال الستينيات حاول التوسيع في هذا النوع من العلاج والدمج في تطبيقاته العيادية بعلاج مدمن على الكحول من منظور سماه "متعدد الأبعاد 1965 ومع مصاب برهان الساح بالعلاج "السلوكي وما بعده" والتي تتجاوز الإطار الكلاسيكي للعلاج السلوكي ، وبعد خمس سنوات طور علاجه ودونه بالمشاركة مع متعاونين في كتاب معنون بـ . "العلاج السلوكي متعدد الوسائط " وهذه الوسائل أو الأبعاد تتخلص في الصيغة BASIC – ID والتي تعني : (B: السلوك /Behavior /A: العاطفة Affect / S: الإحساس sensation / I: الصور والتخيلات /Imagé / البنية المعرفية /cognition /a: العلاقات البنيشخصية /Interpersonnel /D: الأدوية والجانب البيولوجي /Drugs). (شادلي، 2011 ص 65 بتصرف).

طور عبد الستار إبراهيم 2008 استشاري الصحة النفسية والأستاذ بالجامعة الأمريكية وعضو جمعية علم النفس الأمريكية هذا الأنموذج الحديث من العلاج السلوكي وبرز ذلك جليا من خلال ممارساته وكتبه خاصة كتاب "الاكتئاب" وكتاب "العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث" ودعا في ضوء العلاج السلوكي المتعدد المحاور إلى مزيد من الاحترافية والفعالية لهذا العلاج على أن يتولاه فريق من المعالجين حيث يقول: (ولما كان من الصعب أن يتقن المعالج مهارات تعديل السلوك البشري في جوانبه فقد تتبأنا سنة 1980 بأن المستقبل قد يشهد تخصصات أدق بين المعالجين السلوكيين، فنجد فريقا يولي اهتمامه ونشاطه لتعديل السلوك، وفريق آخر لتعديل التفكير وطائفة ثالثة لتعديل المهارات الاجتماعية ، وطائفة رابعة لتعديل الاضطرابات الانفعالية، وقد حدث هذا التطور بالفعل في الولايات المتحدة خاصة وبريطانيا، فتجد تحت عباءة العلاج السلوكي تخصصات في مختلف هذه المحاور). (عبد الستار ، 2008 ص181).

كذلك أولى الاهتمام بالعوامل الاجتماعية والخصوصيات الثقافية وواكب به حركية علم النفس الإيجابي، وهو ما بدا جليا في كتابه "إنه من حقك يا أخي: دليل في العلاج السلوكي المعرفي لتنمية التوكيد ومهارات الحياة الاجتماعية" (2011). وما وقف عليه الباحث من خلال دورة تدريبية خاصة به في مارس 2013 من تنظيم مركز إيجاب الدولية للاستشارات النفسية ونقابة المهن النفسية التخصصية بمصر تحت إشراف عبد الستار إبراهيم بعنوان: (العلاج السلوكي المعرفي منظور إيجابي متعدد المحاور في إطار عربي).

لقد دعم الباحث أنموذج عبد الستار إبراهيم العلاجي مع الاهتمام بالجانب الذي كان غائب في الخطط العلاجية السابقة ، ولم يأخذ حقه من العناية وهو الجانب الروحي.

4- خصائص العلاج السلوكي المتعدد المحاور:

إن أسلوب العلاج السلوكي المتعدد أثبت فعاليته في علاج الاضطرابات النفسية حيث أن الإحصائيات الخاصة بالعلاج المتعدد الأوجه والتي شملت المؤسسات العلاجية في مدينتي كينغستون ونيوجرسي حيث أن المدربين المقتررون على هذا النوع من العلاج عالجوا أكثر من 700 حالة خلال خمس سنوات، اتضح من هذه الإحصائيات أن نسبة النجاح بحدود 70 - 80 % للحالات التي لم تتفع فيها المعالجات النفسية الكلاسيكية السابقة، إن هذه الإحصائيات هي التي تبرز نجاعة

هذا النوع من العلاج وتفوقه على سائر المعالجات أو طرق العلاج الأخرى (لازاروس، 2002، ص44).

كذلك (مراعاته لخصائص الإطار الاجتماعي - النفسي الذي ينشأ فيه السلوك المرضي و يتدعم، بما في ذلك القيم والاتجاهات الاجتماعية السائدة في حياة الشخص والتي تمارس تأثيراتها على سلوكه وتدعم اتجاهاته المرضية على نحو مباشر أو غير مباشر، إن الانتباه لدور العوامل الاجتماعية والقيم الحضارية الشائعة في عملية العلاج المتعدد المحاور يؤدي إلى فوائد متعددة في مختلف جوانب وعمليات العلاج بما في ذلك تحديد المشكلة المحورية موضوع العلاج واختيار الفنيات العلاجية الملائمة وأهداف العلاج ومساره)(عبد الستار، 2011، ص151).

يتميز العلاج المتعدد المحاور في تناوله للسلوك المضطرب على عدد من المسلمات والاستراتيجيات العلاجية التي يمكن حصرها في أربع مسلمات هي:

- التكامل بين التعلم والتطور في السلوك والاستناد على التعلم كمدخل لفهم اضطرابات السلوك والمزاج

- استخدام اساليب علاجية متنوعة بحسب تنوع محاور الاضطراب

- التحالف بين العقلانية والايجابية في التوجهات العلاجية

- التكامل بين أساليب التشخيص وأساليب العلاج

5-الايجابية والعلاج السلوكي المتعدد المحاور:

لقد سابر وضمن الباحث برنامجه للعلاج السلوكي المتعدد المحاور لفلسفة حديثة في علم النفس وهي فلسفة علم النفس الايجابي التي كانت بدايتها على يد مارتن سيلجمان M.Selgman عام 1998 التي ترى (أن علم النفس ليس علماً لدراسة المرض والاستسلام والانهيال والانهمال النفسي فقط، لكنه علم لدراسة قوى وفضائل النفس الإنسانية وقيمها، وأنه طريق ينبغي ألا ينحصر في إصلاح ما تم إفساده في هذه النفس، بل يجب أن يسبق الإصلاح والعلاج النفسي، الوقاية والتنمية والتطوير. كما يجب أن نتذكر دائماً أن علم النفس ليس علماً طبيياً ينصب اهتمامه على الصحة والمرض فقط، لكنه علم يجب أن يهتم بتطوير قوى الإنسان وفضائله، ليصير متفوقاً وكفاً في معظم

سياقات الحياة، كالعمل والتربية، ومراحل النمو والارتقاء، والإبداع، والاكتشاف)(الصبوة، 2008ص
19).

إن الاهتمام والبحث في مفاهيم علم النفس الإيجابي بات مطلباً إنسانياً ملحاً ، بحيث يبحث بين جنبات النفس وخباياها عن تلك الصفات الفاعلة والإيجابية التي تعضد من قيمة الإنسان، وتؤكد على إنسانيته وتضفي عليها عمق التسامي والتباهي بتلك المشاعر الإنسانية الإيجابية، التي ظلت مستبعدة على البحث أو الكشف .إنها تلك الخصائص الإيجابية التي تتفرد بها الشخصية الإنسانية التي بدأت تتشخصها عيون هؤلاء العلماء الذين تخصصوا في مجال علم النفس الإيجابي ، ذلك العلم الذي راح يفتش في الإنسان عن أجمل ما فيه وأنبأ ما فيه من مشاعر وأحاسيس .

(يرى علماء النفس اليوم، أن الوقت قد حان لعلم يسعى إلى فهم المشاعر الإيجابية، وبناء القوة والفضيلة، للوصول إلى ما أسماه أرسطو "الحياة الطيبة Good life" فقررروا أن يولوا اهتمامهم نحو الجوانب الإيجابية من السلوك، مثل السعادة والحب والتفاؤل والرضا والأمل والإيمان والابتهاج والثقة وتقدير الذات والموهبة والكفاءة والتوكيدية والمهارات الاجتماعية، والصلابة والشجاعة والتوافق والتسامح والحلول التفاوضية للصراعات، والمساندة الاجتماعية، وجوانب السلوك الصحي وغيرها من جوانب السلوك السوي)(معمرية 2011ص04).

إن البرنامج العلاجي المتعدد المحاور المقترح في هذه الدراسة سعى لاستغلال بعض مبادئ ومواضيع هذا العلم الحديث، ضيف إلى ذلك احتوائه لمصدر الإيجابية الشاملة ألا وهو المحتوى الديني ليدعم ويعضد تبني واستغلال هذا التيار العلاجي الحديث .

6- أهداف العلاج السلوكي المعدد المحاور:

(إن هدف العلاج المتعدد الأوجه هو إنقاص المعاناة النفسية وتحسين النمو الشخصي بالسرعة الممكنة والمتانة المطلوبة عن طريق التعددية العلاجية)(لازاروس ، 2002، ص19 بتصرف).

يحدد الشناوي (1994) الأهداف فيما يلي:

- 1- تغيير السلوك إلى سلوك إيجابي فعال.
- 2- تغيير المشاعر إلى مشاعر إيجابية .
- 3- تغيير الأحاسيس السلبية إلى إيجابية.

- 4 تغيير الصور العقلية السلبية للذات إلى صور إيجابية.
- 5 تغيير الجوانب المعرفية غير المنطقية إلى جوانب منطقية .
- 6 تصحيح الأفكار الخاطئة .
- 7 إسباب المسترشد المهارة في تكوين علاقات اجتماعية طيبة.
- 8 المساعدة على تحسين الجوانب البيولوجية.

يورد العزة عبد الهادي 1999 الأهداف: في البحث عن النمو ، كما يجب إعطاء أهمية للعناصر الايجابية في الشخصية وأن نكافح من أجل تفوقها على السلبية في الإرشاد والعلاج والتركيز على تنمية اللياقة النفسية لدى الأشخاص .

إن هذه التنمية تركز على خمس فرضيات هي:

- 1 إن تدريب النفسي للذات (الشخصية) ضروري للوصول إلى اللياقة النفسية كضرورة التدريب الجسماني للوصول إلى اللياقة الجسمية.
- 2 يجب أن تتغير الشخصية وتتمو مع حياة الفرد.
- 3 إن تغير الإيجابي في الشخصية يظهر مع التركيز على مواطن القوة في النفس بالإضافة إلى تحسين وتطوير مواطن الضعف فيها.
- 4 إن اللياقة النفسية تتطلب اتصالات واحتكاكات مع الناس الآخرين بمعنى آخر التكيف في الحياة الاجتماعية .
- 5 إن الفترات التدريبية النفسي المخططة تعمل على تعزيز الأحاسيس الإيجابية والتقليل من العواطف والأحاسيس السلبية عند الشخص.

7- التشخيص العلاجي:

يعتقد عبد الستار إبراهيم 2011 أنه عندما يقدم أي شخص لطلب العلاج النفسي عادة ما يأتي بعدد من الشكاوى تتضمن:

- 1 لها مشكلات انفعالية أو وجدانية كأن يقدم شاكياً من القلق أو الاكتئاب، أو الاندفاع، أو أي مخاوف أخرى، أو ربما وساوس، وتأنيب نفس..

2 - وقد يأتي أو تأتي شاكية من صعوبة الفكك من بعض مشكلات السلوك الاجتماعي أو الشخصي، مثل زيادة الوزن، الإفراط في التدخين، الكسل، صعوبة تنظيم الوقت، الميل للتسويف وتأجيل البت في الأمور المهمة من الحياة، أو فقدان الطاقة على العمل والتفاعل بالعالم الاجتماعي والأصدقاء.

كلا النوعين من الشكاوى له ما يبرره، ويحتاج بالفعل لخبير أو معالج نفسي من أجل إعانة الفرد على تحقيق الصحة النفسية. على أننا ننصح بان يُركز المُعالج دائماً على المشكلات المتعلقة بالجوانب الوجدانية أو الانفعالية من قلق أو اكتئاب حي وإن كانت شكوى الشخص من عادات سلوكية وتفاعلات سلبية بالعالم الخارجي.

فلمشاعر أهمية أساسية للممارس النفسي، ففوق كل الاعتبارات الأخرى يُقِيمُ المريض مُعالجة النفسي بمقدار ما يشعر به من تغير في حالته الانفعالية ، ومن هنا تتحدد مهارة المعالج أن يصوغ مشاعر المريض وشكاواه معرفي. ومن المهم أن نعرف طبيعة المعاناة الشخصية والاضطراب، هل هو قلق؟ أم إحساس بالاكتئاب؟ أم انه شعور بالغضب والغضب؟ أم حزن ورثاء ذاتي؟. إذا تعذر عليك أن تحدد هذا الشعور بالضبط أو صعب عليك أن تضعه في خانة تشخيصية اكتف بتحديد الأعراض المرتبطة بالشكوى، مثلاً صعوبة في النوم، ملل شديد، آلام عضوية، شعور بالذنب، انفجارات انفعالية لا تستطيع التحكم فيها، خمول شديد، شعور بالاكتئاب والتقليل من قيمة الذات والفسل، الغضب الشديد..

نحدد كذلك جوانب السلوك والنشاط (أو عدم النشاط) التي تملك المفحوص، هل يُعاني مثلاً مشكلات النوم، أو زادت أحلامه المزعجة، هل يجد نفس ه عاجزاً عن التركيز... باختصار تحري بدقة كل الشكاوى بما فيها:

- المشاعر التي تسيطر عليه، والحالة المزاجية (اكتئاب، ملل، تقلب انفعالي..)
- أنواع التدهور في العلاقات الاجتماعية (صراعات، مجادلات، شكوى..)
- والنواحي السلوكية غير المرغوب فيها التي تسيطر عليه (العدوان أو مخاوف، أو أرق بالليل وتوتر شديد وتفكير في الاستقالة، أو التوقف عن إكمال العمل الإبداعي الذي

بدأته..)(2011 ص 89)

8-محاور العلاج السلوكي المتعدد:

أولاً: المحور المعرفي (تعديل الأفكار السلبية):

التفكير عبارة عن سلسلة من النشاطات العقلية التي يقوم بها الدماغ وهو بمعناه الواسع عملية بحث عن معنى في الموقف أو الخبرة ، وهو يؤثر بشكل مباشر في طريقة وكيفية تجهيز ومعالجة المعلومات والتمثلات المعرفية داخل العقل البشري.

تتبعه الفلاسفة اليونانيون منذ القدم إلى أن إدراك الإنسان للأشياء -وليس الأشياء نفسها- تلعب دوراً هاماً في تحديد نوع استجابته وهي التي تسم سلوكه وتصفه بالاضطراب أو السواء.

أشار العلماء المسلمون للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الإنسان وفي سعادته وفي شقائه، وقد سبقوا بذلك العلماء المحدثين في إبراز أهمية العوامل الذهنية المعرفية في توجيه استجابات الفرد للظروف المحيطة به، فقد أوضح ابن القيم في مؤلفاته قدرة الأفكار إذ لم يتم تغييرها على التحول إلى دوافع ثم سلوك حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلى جهد كبير.

إن تعديل الأفكار هو جهد وأساس العلاج المعرفي الذي يقوم على دعائم ليست جديدة بل موعلة في القدم، تعود بالتحديد إلى زمن الرواقيين Stoics، حيث اعتبر الفلاسفة الرواقيين أن فكرة الإنسان عن الأحداث وليست الأحداث ذاتها هي المسؤولة عن اعتلال مزاجه .

فالمشكلات النفسية ترجع بالدرجة الأساس إلى أن الفرد يقوم بتصريحه الواقعي ولي الحقائق بناءً على مقدمات مغلوبة وافتراسات خاطئة، وتنشأ هذه الأوهام عن تعلم خاطئ في إحدى مراحل نموه المعرفي (بيك ، 2000، ص06).

1- علاقة التفكير بالاضطراب النفسي:

في السلوك الإنساني لا يمكن الفصل بين جوانب التفكير والحالات الانفعالية والسلوكيات، فهي تتفاعل مع بعضها البعض ويكمل بعضها بعضاً، إن الإنسان عندما يقوم بسلوك معين نتيجة لمنبه خارجي، فإن التفكير يتوسط بين ظهور هذا المنبه والاستجابة له، فالتفكير يكون بمثابة حلقة الوصل بين الاستجابة سواء أكانت انفعالية أو حركية والموقف الذي يسببه، لذا فإن الإنسان عندما يفعل فإنه حتماً يفكر بطريقة معينة، كما أنه يترجم انفعالاته إلى نشاطات خارجية.