

# العلاج السلوكي – المعرفي

د / محمود عطية محمود إسماعيل  
أستاذ علم النفس العيادي المساعد  
جامعة المنوفية / تبوك

يعد العلاج السلوكي – المعرفي حديثاً نسبياً ؛ فقد بدأ في السبعينات ، بل لم تبدأ البحوث فيه قبل عام 1970 ( لويس مليكة ، 1994 : 174 ) أما الآن فهو أحد أكثر أشكال العلاج النفسي المنتشرة ، و يتم دراسته على نطاق واسع لمختلف الاضطرابات ( عادل عبدالله ، 2000:153 ؛ Sanacora , et al . , 2006 ) ، وبدرجة مهمة في علاج المرضى المكتئبين غير المقيمين في المستشفيات (1) ( Parker , Roy & Eysers , 2003 ) .

## - أسس العلاج السلوكي – المعرفي :-

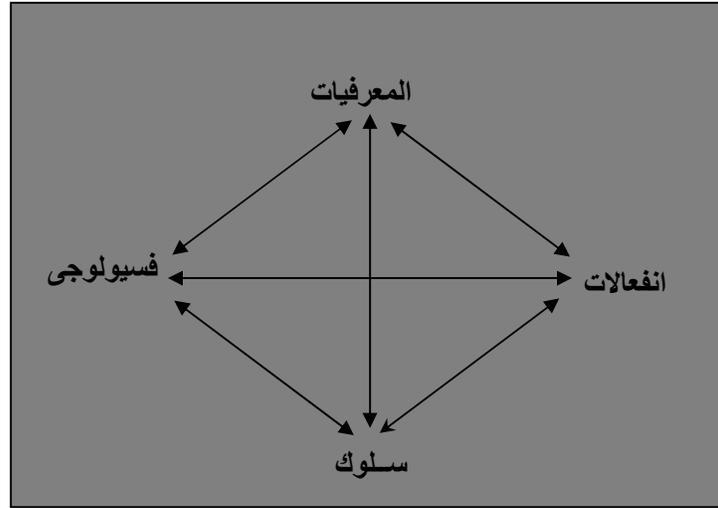
- تمتد جذور العلاج السلوكي – المعرفي في العلاج السلوكي بالإضافة إلى الصياغات المعرفية للاكتئاب (لطفى فطيم ، 1993 : 145 ) ، حيث يتضح الآتى :-
- يحدث الاكتئاب من وجهة نظر النظرية السلوكية عندما يكون الأفراد قليلي الشعور باللذة في حياتهم ؛ لذلك فالعلاج السلوكي للاكتئاب هدفه الأساسى زيادة الارتباطات في السلوك ، سواء من خلال تقديم المدعم الإيجابي أو تجنب المدعم السلبي من البيئة ، كما يركز أيضا على تعريف الفرد بالأنشطة الممتعة ، التي تضيف إلى حياته اليومية المتعة والإفادة ( Kaas, 1999 ) ، وقد أُستخدمت النظرية السلوكية لإمداد مرضى الكبد المتدهن بمجموعة من المبادئ والفنيات التي يستطيعون من خلالها تعديل عاداتهم الغذائية وأنشطتهم ، معتمدة على مبدأ كون سلوكيات مريض الكبد مسئولة عن السمنة ( زيادة تناول الطعام وقلة النشاط الحركى ) ؛ لذلك نستطيع إعادة تعلم هذه السلوكيات أو تعديلها ( Bellentani , et al . , 2008 ) .
  - تفترض النظرية المعرفية أن التفكير السلبي يستطيع أن يسبب الإكتئاب ، والتغيرات السلوكية والجسمية والوجدانية نتائج للاختلال الوظيفي المعرفي (2) ؛ لذلك يركز العلاج المعرفي على جعل المريض نشيطا ، يحل المشاكل التي تواجهه ، ويعي ويعدل الأفكار الخاطئة أو المتشائمة والمعتقدات ذات المحتوى الاكتئابى ( Rohde , 2005 ) .

(1) Outpatient Depressive Disorders  
(2) Cognitive Dysfunctions

- تركز النظرية السلوكية - المعرفية على أن المعرفيات عامل وسيط بين الحدث والإستجابة لذلك الحدث ، وأن نمط السلوك سلسلة من المثير - المعرفيات - الإستجابة (8: 2003 , Sharp) . كما يؤكد ، الفصل الثاني:الإطار النظرى- العلاج السلوكى- المعرفى

المعرفى ينظر إلى خبرة الإنسان من منظور أن هذه الخبرة تتشكل من خلال تفاعل أربعة أبعاد كما هي موضحة فى الشكل الآتى :-

شكل (1)



يوضح الأبعاد الأربع المتفاعلة التى تشكل خبرة الإنسان من وجهة نظر المنحى السلوكى  
- المعرفى (156 : 1996 , Scott & Dryden)

- أنواع العلاج السلوكى - المعرفى :-

ظهرت أنواع مختلفة من العلاج السلوكى-المعرفى يلخصها ماهونى وآرنهوف

1978 Mahoney & Arnhoff فيما يلي :-

- 1- العلاج العقلاني .
- 2- العلاج الذي يتناول تحسين مهارات التعامل والمواجهة .
- 3- العلاج من خلال حل المشكلة (1) ، ويتبنى النوعان الأخيران الطرق الدقيقة المفصلة لتعلم مهارات المواءمة والتأكيد ، وتوسيع القدرة على حل المشكلة ( نقل عن : لويس مليكة ، 1994 : 175 ) .

## - العلاج الانفعالي العقلاني (1) :-

(لا يوجد  
ما هو  
خير أو  
شر إنما  
طريقة  
التفكير  
هى التى  
تصنع  
ذلك)  
شكسبير  
فى رواية  
هاملت

تعد مدرسة ألبرت إليس Albert Ellis - صاحب نظرية العلاج الانفعالي العقلاني - من إحدى المدارس الكبيرة والمشهورة على مستوى العالم ، وتختلف هذه النظرية عن غيرها من المدارس العلاجية فى أنها تركز على الدور الكبير الذى يؤديه المعتقد أو التفكير فى نشأة الاضطراب الانفعالي والسلوكى واستمراره ، وبدون تبديل هذه المكونات المعرفية يستحيل علاج الاضطراب الانفعالي السلوكى ، فالاضطراب النفسى تسببه تأويلاتنا للمنبهات الداخلية الصادرة عن نفوسنا أو عن المحيط الخارجى ، وأن هذا الاضطراب يعبر عنه بطرق مختلفة ، فبعض الأفراد يصابون بالاكتئاب وبعضهم الآخر يصابون بالقلق ، ويصغى ألبرت إليس معادلته الشهيرة A-B-C وتوضيحها كالتالى :-

A - المنبه الخارجى الذى ينشط العمليات الإدراكية والفكرية .

B- التأويل والتفكير والمعتقد .

C- رد الفعل ( السلوك) (محمد حجار ، 1992 : 13- 18) .

وقد استنتج إليس عدة اعتقادات مسؤولة وبقدر كبير عن حدوث القلق والاكتئاب

والعلاقات الشخصية غير الناجحة مثل :-

- ينبغي أن أحصل على حب واستحسان طوال الوقت من الأشخاص الذين يمثلون أهمية لى .

- يجب أن أبرهن بصورة مستمرة على أنني شخص كفاء ملائم منجز .

- لا بد أن تسير الأمور كما أريد والحياة ستبدو سيئة عندما لا أحصل على ما أريد .

- يتعين أن يعاملنى الآخرون بطريقة طيبة ( نقلا عن :أحمد الحسينى هلال ، 1998 ) .

- يجب أن يكون الفرد فعالا ومنجزا بدرجة عالية ، تصل إلى مستوى الكمال 0

- يوجد في كل المجتمعات بعض الأفراد ذوى النفوس الدنيئة والشريرة ، وهؤلاء يجب

أن نوقع عليهم أشد العقوبة 0

- إذا لم تحدث الأمور بالطريقة التي يتوقعها الفرد ويتمناها ، فليس هناك أمل قط في

أى شيء .

- أسباب تعاسة الإنسان خارجة عن إرادته ولا يوجد أى إنسان بإمكانه التحكم في قدره

و مصيره 0

- إذا تعرض الإنسان لخطر ما , فإنه من الطبيعي أن يشعر بالخوف وعدم الارتياح ، بل بالذعر الشديد ؛ لأنه لا محالة من وقوع المحذور 0
- إن تجنب بعض مصاعب الحياة أو عدم تحمل المسؤولية أسهل بكثير من مواجهة الصعوبات وتحمل المسؤوليات 0
- يجب على المرء أن يعتمد على الآخرين في تحقيق بعض أهدافه وأنه بحاجة إلى شخص ما أقوى منه لكي يشعر بالثقة والأمن 0
- لن يستطيع الإنسان أن يتخلص من ماضيه ، فالماضي هو الذى يحدد الحاضر, فإذا حدث شيء ما في حياة أى إنسان فإن أثر هذا الشيء سيظل يؤثر بلا حدود في حياته 0
- ينبغي أن ينزعج الفرد ويحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات 0
- لا يوجد سوى حل واحد لجميع المشكلات الإنسانية ، وأن البشرية قد تصاب بكارثة إذا لم تعثر على هذا الحل 0

إن الأفكار والمعتقدات الخاطئة عندما يتم تقبلها وتعزيزها عن طريق التلفيظ الذاتى الذى يستمر الفرد في تكراره لنفسه , فإن ذلك يقوده إلى العصاب والاضطرابات الانفعالية ؛ بسبب عدم قدرته على تحقيق تلك الأفكار والمعتقدات , وهكذا فإن الفرد المضطرب يصبح غير سعيد ؛ لأنه غير قادر على التخلص من أفكاره ومعتقداته غير المعقولة والمستحيلة أحياناً ، والتي تبدو في ترديده لعبارات أو كلمات مثل : يجب , ينبغي, يتحتم 0 وحين يقبل الفرد تلك الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية فإنه يصبح مقهوراً وعدوانياً دفاعياً شاعراً بالذنب وعدم الكفاءة والقصور وعدم القدرة على الضبط ، كما يشعر بالتعاسة والشقاء ( محمد الطيب ومحمد الشيخ, 1990: 250 – 251 )

و تقوم دعائم نظرية إليس Ellis في العلاج العقلاني على إقناع العميل بأن معتقداته غير منطقية , وأن توقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية إنما تؤدي لسوء التكيف الذي يعيشه العميل, ويهدف العلاج إلى تعديل الإدراك المشوه لدى العميل, وإبدال طرق أخرى للتفكير أكثر ملاءمة ؛ مما يؤدي إلى إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى العميل ( محمود إبراهيم, 1992: 6 ) 0

ويؤكد جوش جيرو Gerow 1991 أن أرون بيك Aron Beck أعتمد فى وضع الملامح الرئيسية للعلاج المعرفى – السلوكى على الأسس السابقة نفسها من حيث تأثير الأفكار على الانفعالات والسلوكيات ، ويهدف إلى إقناع العميل إلى أن

معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف ويهدف إلى تعديل إدراكات العميل المشوهة ، ويعمل على أن يحل محلها طرق أكثر ملاءمة للتفكير ؛ وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى العميل (نقلا عن : أحمد الحسينى هلال ، 1998 )

### - كفاءة العلاج السلوكي- المعرفي :-

- إن هدف العلاج السلوكي – المعرفي قطع دائرة السلوكيات والانفعالات والأفكار السلبية ، من خلال تعليم الفرد إكتشاف الأفكار السلبية ومواجهتها واستبدال هذه الأفكار المختلفة وظيفيا بطرق جديدة من التفكير ، وأن يتمرن على استجابات سلوكية ومعرفية جديدة للأحداث ( Kaas , 1999 ).

- يكسب العلاج السلوكي – المعرفي استراتيجيات مواءمة و تقلل الضغط النفسي ومستويات الاكتئاب ، وتغير الأفكار والمعتقدات التي تدعم الاكتئاب .

- يوفر الدعم الاجتماعي<sup>(1)</sup> الذي ربما يساعد بدرجة مهمة المرضى الذين يعانون من أمراض معديه ومميتة ؛ فيعزلون من قبل أعضاء أسرهم ، فعدم الحصول على الإشباع الأسرى يرتبط بالاكتئاب .

- يركز العلاج السلوكي- المعرفي بفنياته المختلفة على المشكلات الحالية التي تواجه المريض (2 : Lee , et al . , 1999 ) .

- يتمثل دوره الفعال للمرضى المصابين بمرض عضوى فى تقديم معلومات عن الاضطرابات ، ومناقشة آراء المرضى بشأن الاختبارات والعلاج والمتابعة ، والتعاون الوثيق مع أعضاء فريق المعالجين ( جان سكوت ، مارك وليامز وأرون بيك ، 2002 : 176؛ 16: 2004 , Schmall ) .

- أثبتت دراسة ساناكورا وآخرين ( Sanacora , et al . , 2006 ) حديثا أن العلاج السلوكي- المعرفي أقل تأثيرا على المرضى المكتئبين (تركيز حمض أمنوبوتيريك y اللحائي<sup>(2)</sup> (GABA) فى البلازما والسائل الشوكى<sup>(3)</sup> ) ، ولحاء المفحوصين

(1) Social Support  
(2) Cortical y-Amino butyric Acid Concentration  
(3) Cerebrospinal Fluid

- المكتئبين<sup>(1)</sup> مقارنة بالعلاج بالصدمات الكهربائية<sup>(2)</sup> ومضادات الاكتئاب ( مثبتات إعادة تمثل السيروتونين انتقائيا (SSRI)<sup>(3)</sup> .
- أكدت العديد من الدراسات جدوى الدعم المقدم لمرضى السرطان ، من خلال الفنيات السلوكية المعرفية كذلك ، إلى جانب خفض الأعراض الاكتئابية يخفض التكاليف العلاجية الصحية للمرضى الذين يعانون من أعراض كثيرة ومتنوعة (Mumford , 2004: 108)
- أثبتت دراسة بيوشنان وجاردينسوارتز وسيلجمان 1999 التي استخدمت برنامجا سلوكيا - معرفيا بأن تعلم المهارات المضادة للاكتئاب يمنع من حدوث اكتئاب في المستقبل ، ويؤدي إلى صحة جسمية أفضل<sup>(4)</sup> ، ويصبح المريض أقل ترددا على الأطباء ؛ لانخفاض الأعراض الجسمية للمرض (Buchanan , & Gardenswartz & Seligman , 1999).
- أكدت دراسة مار هولد 2002 جدوى العلاج السلوكي - المعرفي وفعاليتها في تقليل الأجازات المرضية ، ويشجع العودة للعمل للمرضى الذين يعانون من زملة الألم المزمن (Marhold , 2002).
- خطوات العلاج السلوكي - المعرفي ومراحله للمعالج والعميل: -
- هناك بعض الخطوات العامة في تطبيق العلاج السلوكي - المعرفي وهي :-
  - توعية العميل بعملية التقدير والعلاج .
  - تبصير العميل مستقبلا بالمشكلات التي سوف تواجهه في أثناء العلاج .
  - تصميم خطة للعلاج .
  - تطبيق البرنامج .
  - إنهاء<sup>(5)</sup> العلاج في الوقت المناسب ( Ledley , Marx & Heimberg , 2005
- 2) .:

(1) Cortex of Depressed Subjects  
(2) Electroconvulsive Therapy  
(3) Selective Serotonin Reuptake Inhibitors  
(4) Better physical Health  
(5) Terminating

## - مراحل العلاج السلوكي – المعرفي للعميل :-

- 1- المرحلة الأولى :- تعليمية تهدف إلى تطوير الوعي بالأفكار والمشاعر والإحساسات والسلوك ، ويعى الفرد حديثه مع الذات .
- 2- المرحلة الثانية :- يقوم الفرد بإعادة بناء حديثه مع الذات بغرض تحويل استجاباته من الإيجابية إلى السلبية ، وقد يستخدم مهارات نفسية لتحقيق ذلك منها : الاسترخاء خصوصا الاسترخاء العقلي .
- 3- المرحلة الثالثة :- عبارة عن استجابات جديدة تطبق فى الواقع ، من خلال التصور العقلي ، وهذه الطريقة تستخدم لمواجهة الضغوط ، وقد ثبتت فاعليتها فى نطاق واسع بالنسبة لحالات التوتر الزائد والقلق ( أسامة راتب ، 2004 : 132 ) .

## - العلاج السلوكي- المعرفي المتزامن للعلاجات الطبية:-

دائما ما تستخدم تدخلات العلاج السلوكي – المعرفي كعلاجات ملحقة بالعلاجات الطبية الجيدة ؛ لمساعدة المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة فى مواجهة الآمهم وضغوطهم أو تحسين أدائهم (Bradley,Mckendree- Smith&Cianfrini,2003) . ولقد أظهر تأثيرا فاعلا لمدى واسع من الأمراض الطبية المزمنة ، منها زملة التعب المزمن ومرض تهيج الأمعاء (Guarino ,et al . ,2001) . كما أظهرت العديد من الدراسات مدى كفاءته لمرضى السرطان وفوائده العظيمة فى تقليل الاكتئاب والقلق والتعب والضغط النفسى العام ( Levesque , et al . , 2004 ) ، وخفض الإحساس بالألم والعجز المرتبط بالسلوك ( Marhold , 2002 :25 )، خصوصا لدى المرضى الذين يعانون من مرض متطور ( يتطور من الحاد إلى المزمن) .

ولقد أسس المنحى السلوكي – المعرفي فى مواجهة الألم على فهم العلاقة بين الأعراض والشعور بالمعاناة ، وبناء على هذا الفهم فالأعراض والمعاناة ليسا مرادفين (1) وأن وجود الألم لا يعنى بالضرورة وجود معاناة ؛ لأن المعاناة ناجمة عن الادراكات والتفسيرات التى تؤدى إلى الإحساس بالتفكك الذاتى ، لذلك يستطيع تعديل هذه العمليات العقلية يستطيع أن يقلل من هذه المعاناة (Evans , et al . , 2003) . وهذا ما جعل إمكانية استخدام العلاج السلوكي – المعرفي بكفاءة لمرضى السرطان ؛ فجلسة الإرشاد المصغرة والمؤسسة على مبادئ العلاج السلوكي – المعرفي من الممكن أن تؤدى أيضا

إلى تحسين الوجود الأفضل وجودة الحياة لدى هؤلاء المرضى ( Cella, Yount , Miller, 2001).

ويستخدم العلاج السلوكي - المعرفي في علاج الاكتئاب المصاحب لكثير من الأمراض الطبية مثل :-

- مرض باركينسون<sup>(1)</sup> - من دواعي استخدام العلاج السلوكي - المعرفي لمرضى باركينسون المكتئبين الآتي :

- يؤثر الاكتئاب على نسبة كبيرة من المصابين بمرض باركينسون .  
- نسبة الاكتئاب مساوية أو تزيد على أى مرض عضوي آخر .  
- غالبا لا يستجيب الاكتئاب المصاحب لمرض باركينسون للعلاج ، كما أن العلاج بالطب النفسى لا يملك أى تأثير (Cole & Vaughan , 2005).

- مرض السكر - من دواعي استخدام العلاج السلوكي - المعرفي لمرضى السكر المكتئبين:

- يؤثر الاكتئاب على نسبة كبيرة من المصابين بمرض السكر تقدر بحوالى 15% - 20% من مرضى السكر وهى أكبر من إصابة الجمهور العام بالاكتئاب 5%.  
- يؤدي عدم علاج الاكتئاب إلى عدم القدرة على ضبط مستويات السكر فى الدم ، ويؤدى ذلك إلى تفاقم الأعراض .

- عدم جدوى علاج الاكتئاب بالمضادات فى جميع الأحوال ؛ لذلك هناك حاجة لوجود علاج ملائم .

- العلاج السلوكي - المعرفي فعال جدا فى علاج الاكتئاب لدى مرضى السكر ، كما أنه يحسن القدرات العقلية ، ويضبط مستويات السكر فى الدم (Dryden, 1998).

- مرضى فشل القلب<sup>(2)</sup> ينتشر الاكتئاب لدى مرضى فشل القلب ، ويفيد العلاج السلوكي - المعرفي فى هذا الصدد فى حالة أن :-

- الاكتئاب ليس شديدا أو مزمن .  
- غياب الأعراض الذهانية .

- ظهور آثار جانبية بسبب العلاج بمضادات الاكتئاب وعدم استطاعتها الشفاء بمفردها.

كما أمد الباحثين بمحددات تجعل العلاج السلوكي – المعرفي فعالا فى علاج الاكتئاب لدى مرضى فشل القلب وهى :-

- العقلانية والخطط ذات البنية الواضحة وبالتغذية الرجعية والدعم فى أثناء العلاج
- تعليم المهارات التى تزيد فاعلية المريض واستقلاله . (Konstam , Moser , & De Jong , 2005 )

- **مرضى الصدر** : يعد العلاج السلوكي – المعرفي علاجاً فعالاً للاكتئاب لدى المرضى الذين يعانون من آلام الصدر (Walling , 2005) .

#### - العلاج السلوكي- المعرفي والاكتئاب :-

يعد العلاج السلوكي – المعرفي من الأساليب العلاجية شائعة الاستخدام بين مرضى الاكتئاب ؛ حيث أشارت الدراسات التتبعية إلى أن له فاعليته على المدى الطويل ؛ حيث يقلل - بدرجة كبيرة- من حدوث الانتكاس ، مقارنة بغيره من العلاجات النفسية والطبية (العقاقير) ، فالعلاج السلوكي – المعرفي يركز على المتغيرات المعرفية ، ويتناولها كأهداف للتغيير العلاجي ، ومع ذلك فإن التغيير المعرفي يمكن أن يتم من خلال تلك التدخلات العلاجية التى تستهدف المكونات السلوكية للأداء الوظيفي الاكتئابى . وقد تؤدي التدخلات السلوكية الدور الأكبر فى حدوث التغيير المعرفي ، حيث يعمل التغيير السلوكي فى حد ذاته على اعتراض وإعاقة تلك الحلقة المفرغة التى تتضمن المعرفة والوجدان والسلوك ( عادل عبدالله ، 2000: 170 )

#### - العلاج السلوكي- المعرفي ومضادات الاكتئاب :-

”يظهر الغالبية العظمى من المرضى المكتئبين استجابة عدم الارتياح للعلاج بالعقاقير ( Fava ,et al . , 1998).فقد أجرى لاسمان وزملاؤه Lusman, et al 1996 دراسة تناولت علاج الاكتئاب لدى مرضى السكر ، وخلص من خلالها إلى أن العلاج السلوكي – المعرفي مفيد فى علاج الاكتئاب لدى مرضى السكر ، ويوازي فى تأثيره مضادات الاكتئاب (C.F. :Jacobson & Welger,1998) ’ فى حين تؤكد دراسة بيتلر وآخرين (Butler, et al . , 2006) أن العلاج السلوكي – المعرفي

يفوق إلى حد ما (1) مضادات الاكتئاب فى علاج الاكتئاب لدى الراشدين ؛ فقد قاموا بتحليل نتائج 8 دراسات تناولت معدل الانتكاسة (1) بين العلاج السلوكي – المعرفي ومضادات الاكتئاب ، بعد عام من انقطاع العلاج ؛ فوجد أن العلاج السلوكي – المعرفي له تأثير فعال فى تقليل حدوث الانتكاس فى خمس دراسات ، أى أن 29 % من المرضى حدث انتكاس لهم فى العلاج السلوكي – المعرفي فى مقابل 60% من المرضى المعالجين بمضادات الاكتئاب ، كما أظهرت الدراسات مدى فاعلية العلاج المعرفي والسلوكي – المعرفي فى علاج الاكتئاب مقارنة بالعلاج بمضادات الاكتئاب الثلاثية بمفردها ، أو مع علاج آخر (Kaas , 1999). إلا أن الجمع بين العلاج السلوكي – المعرفي ومضادات الاكتئاب يمنع من تكرار حدوث انتكاسة (C.F.: Jacobson & Welger, 1998) ، ويوضح الجدول الآتى مكونات عملية المعالجة السلوكية المعرفية

### جدول (1)

#### يوضح مكونات المعالجة فى العلاجات السلوكية – المعرفية

- 1- تعليم المراقبة الذاتية للأنشطة (4،2،3).
  - 2- تعليم المراقبه الذاتيه للمزاج (2،3،4) .
  - 3- تعليم المراقبة الذاتيه للأفكار (3،4) .
  - 4- التدرج فى تنفيذ مهام (4،2،3)- وتعليم كيف يضع مجموعة من الأهداف المناسبة .
  - 5- تعليم التقييم الذاتى لما يصدر من سلوك ؛ فنيات الاختيار والمفاضلة (2 ، 3 ، 4).
  - 6- تعليم التدعيم الذاتى للسلوك الصادر(2،3،4).
  - 7- إصدار توجيهات فى أثناء سيطرة الأفكار السلبية (4،2،3) .
  - 8- تعليم وقف الأفكار وكيف تحدد هوية الافتراضات الخاطئة فى محتوى التفكير(4) .
  - 9- تعليم (الإبعاد) للأفكار والافتراضات من خلال تصنيفها كفروض (4) .
  - 10- تعليم كيفية تقييم الفروض ( اختبار حقيقى ) ، (4)
  - 11- تعليم كيفية التعامل مع نتائج التفكير (3 ، 4 )
  - 12- تعليم كيف إيجاد الاستجابات العقلانية البديلة للافتراضات والأفكار السلبية (4) .
- 14- الانصياع إلى الأحاديث الذاتية الإيجابية (4،3)
  - 15- استخدام مبدأ بريماك لزيادة لخفض تكرار الأفكار والأنشطة (الاشتراط) ، (1 ، 4) .
  - 16 – التحكم المتوافق (1) .
  - 17- واجبات التدريب التوكيدى / المهارات الاجتماعية ( النمذجة ، التمرين . الخ (1 ، 2 ، 3 ، 4) .
  - 18 - التدريب على التوقع (3 ، 4) .
  - 19- التدريب على إعادة العزو (3 ، 4) .
  - 20 – التحصين التدريجى (1 ، 2) .
  - 21- التحصين والاسترخاء (2) .
  - 22- العلاج التبادلى (3 ، 4) تحليل القرار .
  - 23- لعب الدور (2 ، 3 ، 4) .
  - 24 – إعادة التدريب المعرفى (3 ، 4) .
  - 25- تحصين لمواجهة الضغط (2 ، 3 ، 4) .
  - 26- تعليم كيف يبدأ نظام العقود المتبادلة فى العلاقات (1 ، 2 ، 3) .
  - 27 – وقف التفكير أو صرف الانتباه (4) .
  - 28- الانصياع إلى زيادة الأنشطة السارة المحتملة (2 ، 3 ، 4) .
- \* تشير الأرقام التى بين القوسين فى الجدول إلى المكونات المسلسلة التى يمكن استخدامها معاً.

## - استراتيجيات العلاج السلوكي- المعرفي :-

### - إعادة البنية المعرفية (1) :-

أول من اصطك هذا المفهوم ميتشباوم 1975 Meichenbaum ودخل حيز التنفيذ على يد إليس في نظريته العلاج العقلاني الانفعالي (RET) ويهدف هذا الإسلوب إلى تعديل الحديث الذاتى الداخلى والاستماع إلى صوت العقل ، وتغيير التفسيرات السلبية إلى إيجابية وتستخدم مصطلحات عديدة لوصف هذه العملية مثل إعادة النظر<sup>(2)</sup> وإعادة التصنيف<sup>(3)</sup> وإعادة التشكيل<sup>(4)</sup> وتعديل الإتجاه<sup>(5)</sup> (Seaward, 2002:186) ، وركزت كل النظريات المعرفية على أهمية إعادة البناء المعرفى فى منحاهم العلاجى على أساس أن النظام المعرفى للفرد من الممكن تغييره مباشرة ، وأن هذا التغيير سوف يؤدي إلى أن تصبح السلوكيات أكثر عقلانية (Sue,Sue& Sue,1994: 83)

وتوجد مجموعة من الطرق العلاجية توضع تحت مسميات العلاج بإعادة البناء المعرفى أو العلاج بالدلالات اللفظية<sup>(6)</sup> ، وتركز هذه الطرق على تعديل تفكير المريض واستدلالاته وافتراضاته والاتجاهات التى تقف وراء الجوانب المعرفية لديه ، وهناك بعض التصورات حول الجوانب المعرفية ودورها فى المرض مثل :-

1- العمليات المعرفية باعتبارها أنظمة تفكير غير عقلانى (يدخل فى هذا التصور النموذج الذى وصفه ألبرت إليس الذى يرى أن الأفكار اللاعقلانية هى التى تؤدى إلى الاضطراب السلوكى أو الانفعالى ؛ لذلك ركز على تنفيذ هذه المعتقدات غير العقلانية ،<sup>(7)</sup> وتعليم العميل كيف يعيد التفكير فيها بصورة أكثر منطقية .

2- العمليات المعرفية باعتبارها أنماط تفكير خاطيء ، يدخل فى هذا التصور النموذج الذى قدمه بيك Beck ، والذى يركز على طريقة المريض فى التفكير ويشمل ذلك :  
- استنتاجات خاطئة لا يقوم عليها دليل .

- تصنف كل الأفكار من جانب العميل داخل فئتين فقط أبيض أو أسود .

---

Cognitive – Restructuring Techniques (1)  
Reappraisal (2)  
Relabeling (3)  
Reframing (4)  
Attitude Adjustment (5)  
Semantic Therapy (6)  
Deputing Irrational Belief (7)

- تضخيم الأحداث وتهويلها أو تهميشها .
- التعميم الزائد وغير المناسب .
- خلل معرفي أو عدم الاهتمام بعناصر الموقف المهمة.
- إصباغ الذاتية في النظر والحكم على المواقف .

3- الجوانب المعرفية ودورها في حل المشكلات ومهارات التعامل (يركز هذا التصور على تبصير العميل بغياب مهارات تكيفية ومعرفية معينة وعليه تعلم مهارات حل المشكلات ، ويركز معالجون آخرون ومن بينهم ميكينيوم على مهارات المواجهة .

محمد محروس الشناوى ، 1991 ، (137 -138) . ؛ (Brammer, Shostrom & Abrego , 1989 : 188

وتستخدم هذه الفنية مع مرضى الكبد المتدهن ؛ حيث يتم تبصير المرضى بكيفية تأثير أفكارهم على انفعالهم وسلوكياتهم ، وزيادة العقلانية والطرق الجيدة في التفكير من الممكن أن يسهم في تشجيع التزامهم بالبرامج المعنية بتعديل أساليبهم في الحياة ، كما يستخدم إعادة البناء المعرفي في تعديل الخط المعرفي . (Bellentani , et al ., 2008)

### - ممارسة الأنشطة البدنية :-

يؤكد الباحثون في المجال الفسيولوجي أن المؤشر الصحي الرئيس بالنسبة للإنسان يتحقق من خلال الأنشطة البدنية ( على عسكر ، 2000: 189 ) ؛ حيث إن تدريب العضلات يزيل السموم من الجسم (هارون الرشيد ، 1999: 139) كما ثبت أن ممارسة الرياضة المعتدلة وبانتظام تؤدي إلى تحفيز الجهاز المناعي ، وذلك لأن التمرينات الرياضية تساعد الجسم على امتصاص الفيتامينات والمعادن المختلفة التي نتناولها مما يحسن بدوره من وظيفة الجهاز المناعي ( عبدالستار ابراهيم ، 1998 : 213 ) برفع قدرة الخلايا الليمفاوية على الانقسام ، وبزيادة كفاءة خلايا T القاتلة على التهام الخلايا السرطانية والأجسام الغريبة وتكسيرها ويزيد أيضا عدد كرات خلايا الدم البيضاء وكفاءتها( فرحة الشناوى ، 2003 : 133) .

فالقيام بواجبات أنشطة بدنية يحدث توازنا فسيولوجيا وعقليا ، فالأفراد الذين اشتركوا في القيام بواجبات بدنية منتظمة ، وصلوا إلى مستويات أعلى في الثقة بالنفس وانخفاض في حدوث الاكتئاب والقلق ( Seaward , 2002 : 484 ) ، وهذا ما أثبتته دراسة جامعة ويسكونسين (Wisconsin) التي أجريت على مرضى الاكتئاب النفسى

(18-30 عام) ؛ فبعد أن مارس المرضى رياضة الجرى لمدة ثلاثة أسابيع على الأقل ،  
تحسنت حالتهم ( نقلا عن :محمد الحماحمي ، 1996 : 77 ) ؛ لذلك يجب تقديم برنامج  
الانشطة البدنية إلى كل مريض يعاني من أمراض طبية ( Sarafino , 1990 : 452 )  
؛ لما تتميز به من فوائد كما فى الجدول التالى :-

## جدول (2)

يوضح بعض فوائد النشاط البدنى على الصحة وتحسين جودة الحياة



(أسامة راتب ، 2004 : 103-104)

ويؤكد عبدالرحمن الزياى أنه لا مانع من ممارسة مريض الكبد الرياضة الخفيفة (عبدالرحمن الزياى ، 2006: 58) ، حيث تعد ممارسة الرياضة أحد أهم مكونات الحفاظ على الصحة لمرضى الفيروس C ، ويتحقق ذلك فى أثناء العلاج ، فالنشاط الجسمي يحسن من الوجود الأفضل العام<sup>(1)</sup> (Franciscus & Porter , 2005) كما أن التدريبات الرياضية مفيدة جداً وخصوصاً للأفراد الذين يعانون من الاكتئاب الرئيس ، وربما يحسن الأعراض الناجمة من تناول الإنترفيرون (Dieperink, Willenbring & Samuel, 2000) كما أكد بيلنتانى وآخرون (Bellentani , et al . , 2008) ( أن هناك نتائج بحثية أثبتت أن استخدام الإرشادات السلوكية لخفض التغذية الزائدة عن احتياج الجسم وزيادة ممارسة التمرينات الرياضية ؛ له تأثير كبير على تقليل الوزن وتحسن أنسجة الكبد<sup>(2)</sup>).

### - تنمية المهارات الاجتماعية :-

تطور هذا الاتجاه نتيجة جهود العالمين أرجيلى وكيندون Argyle & Kendon 1967 ، حيث نظرا إلى الوظيفة الاجتماعية على أنها مجموعة من المهارات يجب أن يتعلمها ويمارسها الفرد ، و يحاول هذا المنحى تحديد نواحي القصور فى المهارة الاجتماعية لدى المريض وتعليمه أو تدريبه على هذه المهارات (Haddock & Slade , 1996:34) ، حيث إن تعلم هذه المهارات تفيد الإنسان فى مواجهة ما يقابله من ضغوط نفسية ، وبالتالي زيادة مقاومة الجسم للأمراض ، وتحفز الجهاز المناعى لأداء عمله ( فرحة الشناوى ، 2003 : 133) ، وتقلل الشعور بالتعب ، وهذا ما أكدته دراسة (Hilsabeck, Perry & Hassanein , 2005) ، التى تعد أول دراسة أثبتت أن هناك علاقة ارتباطية قوية بين الأداء الاجتماعى والشعور بالتعب لدى مرضى الكبد المزمن C ، وتوصلت إلى أنه يمكن ضبط الشعور بالتعب بنجاح لدى بعض المرضى من خلال تشجيع الجانب الاجتماعى وتنميته.

ومن أوجه القصور فى السلوك الاجتماعى لدى مرضى الاكتئاب : العجز

الواضح فى : -

- التعامل مع المشاعر الخاصة والشخصية .

- المواقف الاجتماعية .

- الطريقة غير الملائمة فى التعبير عن تلك المشاعر (عبدالستار إبراهيم ، 1998 :

(317

لذلك طور التدريب على المهارات الاجتماعية كتقنية لتعليم مهارات اجتماعية سلوكية للأشخاص الذين يعانون من نقص فى مثل هذه الاستجابات ، ومعظم التفاعلات الحديثة للتدريب على المهارات الاجتماعية تجمع التدريب على المهارات المصغرة ، مثل الاتصال بالعين و درجة الصوت وضع الجسم بالإضافة إلى المهارات الشاملة الأكثر تعقيدا مثل الإطار أو رفض طلب عقلانى ( فوقية رضوان ، 2003 : 68 )

- الاسترخاء العضلى (1) :-

يعرف الاسترخاء علمياً بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر(عبدالستار إبراهيم ، عبدالله عسكر ، 1999 : 293 ) ، ويعد جاكوبسون Jacobson 1938 أول من قرر أهمية الاسترخاء كإجراء مقابل أو مضاد للقلق ، وكان يرى أن خبرة الشخص الانفعالية تنتج من تقلص أو انقباض العضلات التى تصاحب الحالة الانفعالية ، واقترح أن الاسترخاء هو الحالة المضادة والمعاكسة لحالة الانفعال (عبدالرحمن العيسوى ، 2002 : 452 ) ويتفق هذا مع سوينى Sweeny 1987 الذى عرفه بأنه " حالة أو استجابة مدركة إيجابية ، يشعر فيها الشخص بالتخلص من التوتر أو الإجهاد " ( نقلا عن : أسامة راتب ، 2004 : 123 ) وهذا الأسلوب يعتمد على النظرية القائلة بأنك إذا تمكنت من إرخاء العضلات ؛ فإن الذهن سيصل إلى حالة من الهدوء والراحة من خلال خفض نشاط الجهاز العصبى الذاتى ( على عسكر ، 2000 : 179 ) ؛ لهذا تتركز فى تعليم الأفراد الإحساس والوعى بتوتر المجموعات العضلية الرئيسية<sup>(2)</sup> فى الجسم وإرخائها ( Brammer ، Shostrom & Abrego ، 1989 : 190 ) ومن الأسس العلمية التى يعتمد عليها الاسترخاء :-

(1) Muscle Relaxation  
(2) Major Muscle Groups

1- يقلل الاسترخاء من الاستثارة السيكوفسيولوجية : حيث يؤدي الاسترخاء إلى استجابة ذات نمط مرتفع فى التغيرات الكيميائية التى تؤمن الطاقة الضرورية للعمليات والأنشطة الحيوية .

2- لا يؤدي الاسترخاء إلى حالة شبيهة بتلك التى تحدثها العقاقير : فيسود اعتقاد بأن الاسترخاء ينشئ حالة شبيهة بتلك التى تحدثها العقاقير المهدئة ، إلا أن هذا الاعتقاد خاطئ ؛ حيث تضعف العقاقير الجهاز العصبى والإحساس والوعى ، أما الاسترخاء فخلاف ذلك يحفز الجهاز العصبى ، وبخاصة الجهاز الباراسمبثاوى ، ويزيد الاسترخاء من الوعى والإحساس .

3- لا يؤدي الاسترخاء إلى سلبية المخ ؛ فالاسترخاء النظامى يشمل التركيز والنشاط العقلى المتعمد ، ولكى تحقق مستوى ثابتا أقل من الاستثارة فإن الاسترخاء يتطلب بعض المجهود المعرفى .

4- الاسترخاء ليس هو النوم: فقد يقوم الفرد من نومه وهو أكثر إرهاقا مما كان عليه وقت اليقظة ، أو يكون أكثر توترا بتأثير حلم معين ، فهناك فرق بين الاسترخاء والنوم ؛ فالنوم له فترات معينة وهو حالة سيكوفسيولوجية دينامية ، تنتقل فيها عدة انتقالات فى الاستثارة الجسدية والعقلية أما الاسترخاء فهو حالة ثابتة (هارون الرشيد ، 1999: 164-165)

#### - أهمية الاسترخاء :-

- 1- يعد الاسترخاء مؤشرا وقائيا لحماية أعضاء الجسم من الإجهاد الزائد .
- 2- يعد مدخلا علاجيا ، يفيد فى التخلص أو التخفيف من حدة التوتر فى حالات مثل الصداع النصفى و المشكلات الجنسية و التشنج القولونى ..... الخ .
- 3- يعد مهارة مفيدة لمواجهة الضغوط والتغلب عليها ، بما يسمح بتحقيق صفاء الذهن والتفكير الفاعل ، وإعادة بناء حديثه مع الذات ؛ بغرض تحويل استجاباته من الإيجابية إلى السلبية ( أسامة راتب ، 2004 : 124 ، 132).
- 4- تقليل العصبية والشعور بالتعب وتحسن النوم وخفض معدلات الحوادث ( عبداللطيف عثمان ، 1993 : 37)

5- تفيد فنيات الاسترخاء فى التهدئة الجسدية ، و تعمل على العودة إلى طبيعة العمليات العقلية ، وخلق توازن عقلى، وهذا يسمح بوعى ذاتى أكبر : ( Seaward , 2002 : 316) .

و ينتشر التدريب على الاسترخاء الآن بصورة كبيرة ، ويعد أحد التدخلات الواعدة<sup>(1)</sup> للمرضى بمرض مزمن ؛ حيث يقلل الآثار الجانبية الناجمة من العلاج الكيميائى ، ويقلل الألم لدى المرضى المصابين بالسرطان ( Taylor , 1995 : 446 ) . ومفيد جدا لمرضى التهاب الكبد الفيروسي ( Franciscus & Porter , C , 2005 ) .

### - إستراتيجيات المواجهة السلوكية – المعرفية (2) :-

يرى دونالد ميشنباوم Donald , H , Meichenbaum 1976 أن المعالج لا يجب أن يتعامل مع مشاكل المريض الخاصة فقط ، ولكن يعلمه مهارات سلوكية ومعرفية (إستراتيجيات المواءمة) قابلة للتطبيق، وتستخدم على مدى كبير من المواقف الضاغطة ، ولقد نمى ميتشنيوم برنامجا تدريبيا يمكن أن يستخدمه المرضى للتعامل مع المشكلات المستقبلية ، ويسهل ويطور الضبط الذاتى ، ( Sue, Sue & Sue , C.F. : 1994: 84)

والهدف العام لهذه الفنية تشجيع المريض على استخدام واحدة أو اثنتين من الإستراتيجيات بثبات أكثر من استخدامه بشكل متصلب ، ومسئولية الفشل فى استخدام الإستراتيجية ترجع إلى عدم قدرة الإستراتيجية على العمل ، ولا ترجع إلى المريض ، لذلك من المفيد الإقلاع عن الإستراتيجية إذا لم يكن من السهل استخدامها ( Haddock & Slade , 1996) .

### - حل المشكلة :-

المشكلة هى موقف صعب يواجه الإنسان ، وتتطلب إجراءات للتغلب عليها ( هارون الرشيدى ، 1999 : 114) أما حل المشكلة فيشير D'Zurilla & Nezu 1999 بأنه "العملية السلوكية - المعرفية الموجهة ذاتيا ، التي يحاول من خلالها الفرد تمييز الحلول أو اكتشافها لمشاكل معينة تواجهه فى الحياة اليومية" ( C.F. : Nezu ,

(1) promising Intervention  
(2) Cognitive –Behavioral Coping Strategies

(Nezu & Lombardo, 2001:17) ، ويقترح المعالجون الذين يستخدمون أسلوب حل المشكلة أن قصور المرضى فى حل المشكلة يؤدي إلى نمو اضطراباتهم واستمرارها (Scott & Dryden , 1996 : 156).

وظهرت فنية حل المشكلة عام 1980 لمساعدة المرضى وتشجيعهم على مساعدة أنفسهم ، وطبقت على مرضى الفصام (Haddock & Slade ,1996) . كما تعد من الفنيات الفعالة التى أجريت على مرضى السرطان ، ويستخدم العلاج بحل المشكلة ضمن المكونات النشطة السلوكية للعلاج السلوكى – المعرفى ، ولكن بتركيز أقل على المعرفيات ، وتركيز أكبر على تقييم المرضى للمشاكل الشخصية ، وبناء مهارة تحسن من مهارات التقدير الذاتى (Ell , et al . , 2007).

اقترح دى زوريللا وجولدفريند وغيرهما Dizurilla&Goldfriend 1971 التركيز على تعليم المرضى مهارات حل المشكلات (نقلا عن : محمد محروس الشناوى ، 1991 : 138 ) ، عن طريق التعرف على الخطوات العامة الخمس لحل المشكلة الشخصية والبيئشخصية وهى :

- 1- الوعى العام – يشجع العميل على التعرف على المشكلات ، ومن المهم أن يدرك أنه من الممكن التعامل مع المشكلات بطريقة منظمة بدلا من الاندفاع .
- 2- تحديد المشكلة – عندما يطلب تحديد المشكلة يجيب معظم المرضى بألفاظ مبهمه وفضفاضة ؛ لذلك يتم تعليمهم أن يكونوا أكثر تحديدا .
- 3- اختيار الحلول ، تعليم المريض التفكير، وإيجاد الحلول والحلول البديلة .
- 4- اتخاذ القرار والتنفيذ .

5- التحقق من كفاءة الحل ( تقييم الحل ) ( C.F.:Martin & Pear , 1988: 402 ; Scott , & Dryden,1996:156)

وفى أسلوب حل المشكله فإن يتعلم المرضى كيف يواجهون ويحلون مشكلة فى مواقف مستقبلية ، بينما فى مهارات المواجهة ؛ فإنهم يتعلمون فى موقف أزمة أو موقف مشكلة حقيقية ( محمد محروس الشناوى ، مرجع سابق : 138 ) ، هذا وقد قارن Nezu 1986 بين التدريب على مهارات حل المشاكل والعلاج المتمركز حول المشكلة فى علاج الاكتئاب ؛ فوجد أن التدريب على حل المشاكل أحدث انخفاضا ملحوظا فى مستوى الاكتئاب ، وقد امتدت الفعالية لمدة ستة أشهر منذ فترة المتابعة ؛ مما يدل

على أهمية التدريب على مهارات حل المشكلات فى علاج الاكتئاب ( نقلا عن : فوقية رضوان ، 2003 : 72 ) ، كما ثبت كفاءة هذه الفنية لمرضى الكبد ( المتدهن) فى تعليمهم الخطوات النموذجية لحل المشكلة (Bellentani , et al . , 2008) .

### - التدريب التوكيدي ( تأكيد الذات )

يعرف ولبى 1959 Wolpe مفهوم تأكيد الذات ، بأنه القدرة على التعبير الملائم عن أى انفعال ، فيما عدا التعبير عن إنفعال القلق ، إلا أن المعالجين السلوكيين يعالجون هذا المفهوم بصورة أكثر اتساعا ؛ فالشخص التوكيدي ليس هو فقط من يدرّب نفسه على العدوان وإعطاء الأوامر ، والتحكم فى الآخرين ، بل هو أيضا يستطيع التعبير الإيجابى عن كثير من المشاعر الأخرى مثل الصداقة والود والإعجاب والشكر ؛ لهذا فإن العلاج السلوكى القائم على تدريب التوكيدية ، لا يقتصر على تعليم التعبير عن الاحتياجات والحقوق والهجوم ، بل يتضمن تدريب الأشخاص اتجاهات إيجابية دالة على الاستحسان والتقبل ، وحب الاستطلاع ، وأداء الواجبات ، وإظهار الحب ، والتعبير عن المودة والمشاركة الإيجابية ( نقلا عن : عبدالستار إبراهيم ، عبدالله عسكر ، 1999 : 296 – 297 ) .

ويفترض الباحثون أن زيادة التوكيد تفيد المريض من ناحيتين : الأولى هى أن السلوك التوكيدي يغرس فى العميل إحساسا أكبر بالسعادة ، والثانية أنه يجعل المريض أكثر قدرة فى الحصول على إثباتات اجتماعية ومادية ؛ وبذلك يحصل على مزيد من الرضا عن حياته ، أما التدريب التوكيدي فهو الإجراء العلاجى الذى يحاول أن يزيد من قدرة المريض على أن يندمج فى سلوك اجتماعى أو هو طريقة مصممة للتدريب على الجرأة وتحسين الذات وتقويتها ويقصد بها تمكين الفرد من الدفاع عن حقوقه والتعبير والتغلب على خوفه الاجتماعى (أحمد الحسينى هلال ، 1998 )

### - التعليم النفسى :-

يشير كل وباء خوفا ، ولكن عندما يتم التعرف على قليل من المعلومات عن المرض (عدا أنه مميت ) يميل الأفراد إلى استخدام الطرق المختلفة لحماية أنفسهم ومحبيهم ( Sarafino , 1990 : 469 ) ؛ لذلك دعت العديد من الدراسات التى أكدت الارتباط الشديد بين الأعراض النفسية وضعف جودة الحياة لدى مرضى الكبد إلى

ضرورة تطبيق برامج تعليمية (1) للمريض وخصوصا قبل بدء سيناريو العلاج ( Gallegos-Orazco , et al . , 2003 ) والتعليم النفسي (2) فنية علاجية تهدف إلى :

1- خفض الضغط النفسي الموجود لدى المرضى ، و إشراكهم في المعالجة الطبية . (Mumford , 2004: 22) .

2- تزويد المريض بإطار تصوري لفهم طبيعة ردود الفعل الصادرة عنه تجاه الضغوط ؛ حتى يستطيع أن ينظر إلى المشكلة بشكل منطقي (عقلاني) ، وأن يتعاون بشكل مناسب ( محمد محروس الشناوى ، 1991 : 135 ) .

كما أشارت نتائج دراسة كاتزيلنيك وآخرين (Katzelnick ,et al . , 2000) التى استخدمت تدخلات تعليمية نفسية إلى أن استخدام هذه التدخلات تزيد من كفاءة مضادات الاكتئاب وتقلل من حدة الاكتئاب وتحسن الحالة الصحية العامة ، كما أشار فافا وآخرون ( Fava ,et al . 1998 ) إلى أن هناك فوائد عظيمة تنتج من خلال تعليم المرضى كيف ينتبهون إلى أول أعراضهم المرضية فى أثناء الانتكاس . إلا أن الاقتصار على استخدام هذه الفنية بمفردها ، يجعل تأثيرها محدودا فى أثناء الممارسة الإكلينيكية وعلاج الاكتئاب ( Gilbody , et al . , 2003 ) .

وبالنسبة لمرضى الكبد فإن تزويد المرضى بأكبر كم من المعلومات الوثيقة الصلة بالتهابه الكبدى يعمل على تغيير سلوكهم الصحى ، و يزيد الوعي بالأخطار وتقليلها ، ويوجههم نحو الحلول ؛ فتزيد من الدافعية والمهارة اللازمة لمواجهة هذه الاخطار وتقليلها ، وتقترح استطلاعات الرأى أن المرضى يفضلون الحصول على معلومات تتعلق بالصحة من متخصصين ، ويساعد ذلك فى تقليل مخاطر أسلوب الحياة غير الصحى ويدعم الضبط الذاتى للأمراض المزمنة ( Gilbert , et al . , 2005 ) ، كما أكدت نانسى ( Nansy, 2002 ) أن إكساب المرضى فى أثناء العلاج معلومات عن الآثار الجانبية التى سوف تحدث لهم من جراء العقار يجعل هذه الآثار أقل خطورة ، ومن المحتمل أن تتحسن ومن السهل علاجها .