

**فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي فى تعديل المعتقدات
اللاعقلانية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد**

د. هبة جابر عبد الحميد
مدرس الصحة النفسية
كلية التربية - جامعة سوهاج

د. أحمد محمد جاد الرب أبو زيد
أستاذ مشارك - قسم التربية الخاصة
كلية الشرق العربي للدراسات العليا

ملخص البحث:

استهدف البحث التعرف على فعالية العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي في تعديل المعتقدات اللاعقلانية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، وتكونت العينة من (٢٠) أمًا من أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في المدى العمري من ٢٥ - ٣٥ سنة، ولديهن أطفال في المرحلة العمرية من ٥ - ١٥ سنة بمدينة الرياض، وتم استخدام مقياس المعتقدات اللاعقلانية من إعداد الباحثان، والبرنامج الإرشاد العقلائي الانفعالي السلوكي والذي تكون من (١٢) جلسة، مدة كل جلسة (٧٥) دقيقة، واعتمد الباحثان على فنيات المحاضرة، والحوار والمناقشة، والتقبل غير المشروط، وفنية ABC، وفنية ABCDEF، وفنية الدحض والمجادلة، ولعب الدور، والواجب المنزلي. وتوصل الباحثان إلى فعالية العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي في تعديل المعتقدات اللاعقلانية الوالدية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، واستمرت فعالية البرنامج بعد توقف تطبيق البرنامج بشهرين.

The effectiveness of Rational Emotive Behavioral counseling to modify Irrational Beliefs for Mothers of Autism Children

Dr. Ahmed Abouzaid

Associative professor - special
education department

Arab East College

Dr. Heba Abdelhamid

Lecture - Mental hygiene
department

Faculty of Education - Sohag
University

Abstract:

The two researcher samied incurrent research to identify the effectiveness of rationale motive behavioral therapy to modify irrational beliefs among others of autism children, The sample consisted of 20 mothers have autism children, mothers ages were 25 – 35 years, children ages were 5 – 15 years, in Riyadh, There searchers used a scale of irrational belief sprepared by researchers, and the program of rational emotive behavior therapy, which consisted of 12 sessions, The duration of each session 75 seconds, Techniques were used to Lecture, Dialogue and Discussion, and Unconditional Acceptance, technical ABC, technical ABCDEF, Disputation, Role Playing and Homework. The two researchers found the effectiveness of rationale motive behavioral therapy to modify parental irrational beliefs among others of autism children, and continued effectiveness of the program after a stop the application of the program two months ago.

مقدمة

أنعم الله على الإنسان بنعمة العقل، وهذا العقل يفكر ويتدبر وينظر ويدرك ويتذكر ويتفقه، ويختلف الناس في تفكيرهم؛ فمنهم من يفكر تفكير مناسب وعقلاني، ومنهم من يفكر تفكير غير مناسب ولا عقلاني، وهناك فرق كبير بين من يفكر تفكير عقلاني ومن يفكر تفكير لا عقلاني. وهذا ما يجعل الناس يختلفون في تقديرهم للأشياء والمواقف والخبرات.

ويعد التفكير سليماً إذا قام على الدليل والبرهان والحجة وهذا هو التفكير العقلاني، ويعد التفكير غير سليم إذا اعتمد على الجهل وغياب الدليل، ويسلك الإنسان ويتصرف في حياته بناء على ما لديه من تفكير ومعرفة، فإذا كان التفكير والمعرفة في المنحنى الموجب كان التصرف والسلوك في هذا المنحنى، وإذا كان التفكير في المنحنى السلبي كان التصرف والسلوك في ذلك المنحنى.

فيعد التفكير عاملاً حاسماً في إحداث الاضطرابات النفسية؛ فالإنسان هو كائن عقلاني ولا عقلاني في آن واحد؛ فهو عندما يفكر ويتصرف على نحو عقلاني يكون فعالاً وكفئاً وسعيداً، أما عندما يفكر ويتصرف على نحو غير عقلاني فإن النتيجة تكون الشعور بالقلق والاضطراب النفسي والسلوك العصابي (حسب الله، والعقاد، ٢٠٠٠، ص. ٨١).

والتفكير والانفعال والسلوك جميعها أشكال متلاحمة؛ ف وراء كل انفعال سواء إيجابي، أو سلبي بناء معرفي، وطريقة تفكير سابقة لظهوره، فإذا كانت طريقة التفكير عقلانية ومنطقية، فإن كلاً من الانفعال والسلوك سيكونان إيجابياً والعكس صحيح، وإذا كانت طريقة التفكير غير مقبولة وغير منطقية، فإن كلاً من السلوك والانفعال سيكونان على درجة مرتفعة من الاضطراب (إبراهيم، ١٩٩٩؛ عبد الغفار، ٢٠٠٧).

ويرجع الفضل إلى «أرون بيك» Aron Beck رائد النموذج المعرفي في توضيح دور التفكير في سلوك الإنسان، وكذلك «ألبرت إليس» Albert Ellis في الصياغة العلمية المنهجية للتفكير وأثره على سلوك الفرد وتصرفه من خلال نظريته السلوكية المعرفية.

وميز أصحاب النموذج المعرفي بين نمطين من الأفكار: أفكار عقلانية واقعية وإيجابية يصحبها مواقف وأنماط سلوكية ملائمة ومرغوبة وتحقق للإنسان مزيد

من التوافق والصحة النفسية، وأفكار لاعقلانية خيالية وسلبية يصحبها عواقب انفعالية وسلوكية مضطربة وغير مرغوبة؛ مثل: الاكتئاب، والقلق، والعدوانية (العقاد، وقاعد، ٢٠٠١، ص. ١٠٧).

وقرر "إليس" أن سلوك الضرد في أي موقف هو خليط من العقلانية والملاعقلانية في آن واحد؛ وذلك لأن الأفراد يسلكون في مواقف الحياة المختلفة وفقاً لما يدركون ويعتقدون نحو موقف معين (زهرا، ٢٠٠٤، ص. ٧١).

وتعرف المعتقدات الملاعقلانية Irrational Beliefs بأنها: "تلك المجموعة من الأفكار الخاطئة وغير المنطقية، والتي تتميز بعدم الموضوعية كابتغاء الحلول الكاملة الجديدة والمثالية المطلقة للمشكلات، والاعتمادية مقابل الاستقلالية، وابتغاء الكمالية المطلقة للذات والتهويل من الأمور، والتشويه في إدراك، أو فهم ما تحمله الناس عن الشخص، والتعميمات السلبية، كالتأويل الشخصي للأمر" (صابر، ٢٠٠٥).

يؤكد "إليس" على أن المعتقدات اللاعقلانية هي المسبب الأساسي لأي اضطرابات نفسية وانحرافات سلوكية عند الإنسان (عمر، ٢٠٠٣، ص. ٣١). فالمشكلات النفسية التي يعاني منها الإنسان إنما هي نتاج للتفكير غير العقلاني الذي يتبناه، فالمشكلات النفسية لا تنجم عن الأحداث والظروف في حياة الإنسان ولكنها تنجم عن تفسيره لها، ومعتقداته وقناعاته (الخطيب، ١٩٩٢، ص. ١٨٣).

ويعني هذا أن الكثير من الأفكار الخاطئة قد تكون مسؤولة بشكل كبير عن إحداث وتطوير المرض النفسي، وهذا ما توصلت إليه بعض الدراسات والبحوث. حيث كشفت دراسة عبد الغفار (٢٠٠٧) عن وجود علاقة بين التفكير اللاعقلاني ومؤشرات الاكتئاب. وتوصلت دراسة مؤمن (٢٠٠٤) إلى أن المعتقدات اللاعقلانية تؤدي إلى عدم شعور الضرد بالسعادة.

وتؤثر المعتقدات اللاعقلانية الوالدية على الأنماط الوالدية والسلوك الوالدي والذي يؤثر بدوره على تعبير الطفل عن عدوانه ومشكلاته السلوكية، المرتبطة بالعدوان والعناد (Garbarino, 2006).

وتوصل مؤلفاني وآخرون (Mulvaney, Mebert, and Flint (2007) إلى أن الآباء الذين يتصفون بالجمود وعدم المرونة أطفالهم أكثر مشكلات سلوكية.

فالآباء الذين ينظرون لسلوك أطفالهم بطريقة سلبية، والذين لديهم معرفة سلبية في الحياة بصفة عامة يوفرون بيئات أقل جودة لأطفالهم (Daggett, O'Brien, Zanolli & Peyton, 2000).

ونظراً لما تتركه المعتقدات اللاعقلانية من آثار سلبية على الشخصية، فقد أجرى العديد من الباحثين دراسات حول إمكانية تغيير الأفكار اللاعقلانية، وبالتالي التخلص من الآثار السلبية المترتبة عليها. فيشير عمر (٢٠٠٣، ص. ٣٧) إلى إمكانية تغيير المعتقدات اللاعقلانية وتحويلها إلى أفكار واعتقادات عقلانية تسبب للإنسان الأمن والأمان.

مشكلة البحث:

تؤدي المعرفة دور مهم في الممارسة الوالدية، وفي إصابة الآباء بأعراض الاكتئاب والقلق. وهي من المجالات المهمة في البحث والتدخل، ومن المفترض أن تغيير المعرفة، أو المعتقدات الخاطئة يؤدي إلى خفض أعراض القلق والاكتئاب الوالدي، ويزيد من السلوك الوالدي الفعال، فيرى «إليس» أن المعتقدات اللاعقلانية قد تسبب القلق والاكتئاب والاضطرابات الانفعالية الأخرى، ونموذجه يفسر تلك العلاقة (Salhany, 2010).

وتأكيداً لفروض نظرية «إليس» توصلت بعض البحوث والدراسات إلى وجود علاقة بين المعتقدات اللاعقلانية الوالدية وبعض المتغيرات مثل: العزلة الاجتماعية والكفاءة والعلاقة مع الشريك (Langford, 1988)، والضغط الوالدية (McDonald, 1993)، ومتغيرات الكفاءة والاكتئاب، والعلاقة مع الشريك، والقيود الوالدية (Ackerman, 1991)، والتوافق الزوجي (حافظ، ٢٠٠٧)، وأعراض القلق والاكتئاب لدى الآباء، وقلق واكتئاب أطفالهم (Salhany, 2010)، والسلوك الوالدي منبئ بالسلوك العدواني لدى أبنائهم (O'Toole, 2010).

فتشير هذه البحوث إلى الأثر السلبي للمعتقدات اللاعقلانية الوالدية على الآباء، وعلى أبنائهم، وهذا يعني أن المعتقدات اللاعقلانية موضوع رئيس في الصحة النفسية، وفي توافق الأفراد، كما يتعدى متغير المعتقدات اللاعقلانية ليؤثر على توافق الآخرين. ونظراً لأهمية هذا المتغير يهتم البحث الحالي بالتعرف على فعالية برنامج لتعديل المعتقدات اللاعقلانية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

حيث راجع الباحثان البحوث والدراسات التي تناولت المعتقدات اللاعقلانية لدى آباء ذوي الإعاقة في التراث، وقد لاحظنا أن هناك قلة في البحوث التي تناولت المعتقدات اللاعقلانية لدى آباء وأمهات ذوي الإعاقة؛ فتوصلت دراسة حافظ (٢٠٠٧) إلى وجود علاقة بين المعتقدات اللاعقلانية والتوافق الزوجي لدى أمهات ذوي الإعاقة الفكرية. ودراسة Witt (2005) التي هدفت إلى فحص العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية الوالدية وأعراض اضطراب التوحد للطفل ومستوى الضغط، وتوصلت الدراسة إلى أن الآباء ذوي المعدل المرتفع من المعتقدات اللاعقلانية يرون أن أعراض أطفالهم اضطراب التوحد تمثل ضغطاً كبيراً عليهم، وتوصل إلى أن المعتقدات اللاعقلانية تمثل ٤٩٪ من مستوى الضغط الوالدي، وهذا يعني أن الآباء ذوي المستوى العال من المعتقدات اللاعقلانية لديهم مستوى عال من الضغوط. وأن المعتقدات اللاعقلانية الوالدية المرتفعة لدى الآباء كانت مرتبطة بأعراض أطفالهم.

ويتضح مما سبق أن البحوث والدراسات توصلت إلى أن الآباء يعانون من بعض المعتقدات اللاعقلانية التي تؤثر على توافقهم، وتؤثر على أبنائهم لذلك تتضح مشكلة البحث الحالي في التعرف على فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تعديل المعتقدات اللاعقلانية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ويتضح ذلك من خلال التساؤل التالي: ما فعالية برنامج عقلائي انفعالي سلوكي في تعديل المعتقدات اللاعقلانية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد؟

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى ما يلي:

- (١) التعرف على فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تعديل المعتقدات اللاعقلانية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- (٢) التعرف على فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في دحض المعتقدات اللاعقلانية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بعد توقف تطبيق البرنامج بشهرين.

أهمية البحث:

تتلخص أهمية البحث الحالي فيما يلي:

- (١) يعمل البحث الحالي على دحض المعتقدات اللاعقلانية لدى الأمهات، ويمثل ذلك وقاية لأبنائهن من تعلم المعتقدات اللاعقلانية، فهذا البرنامج علاجي يعمل على دحض المعتقدات اللاعقلانية لدى الأمهات، وكذلك وقائي يعمل على وقاية أبنائهن من تعلم المعتقدات اللاعقلانية، حيث يرى «إليس» أن الأبناء يتعلمون المعتقدات اللاعقلانية من آبائهم اللاعقلانيين (Ellis, 1994)، وهذا ما أكدته البحوث والدراسات السابقة حيث توصلت دراسة كل من (Garber and Flynn 2001) إلى أن الأفراد يتعلمون المعتقدات اللاعقلانية من والديهم.
- (٢) يهتم البحث الحالي بمتغير المعتقدات اللاعقلانية، وهذا متغير مهم لارتباطه بالكثير من المتغيرات المهمة ذات الصلة بالتوافق؛ مثل: الضغوط، والقلق، والاكتئاب.
- (٣) يهتم البحث الحالي بشريحة مهمة من المجتمع – أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد – تؤدي المعتقدات اللاعقلانية دوراً مهماً في بنائهن النفسي وفي تفاعلهن الاجتماعي سواء مع أطفالهن، أو مع أزواجهن، أو مع المجتمع، وتعديل معتقداتهن اللاعقلانية قد يؤثر إيجابياً على بنائهن النفسي والاجتماعي تبعاً لنظرية “إليس” والبحوث والدراسات التي أكدتها.
- (٤) يعد البحث الحالي من البحوث المهمة سواء على المستوى النظري، أو على المستوى التطبيقي؛ فعلى المستوى النظري يوفر البحث الحالي معرفة عن المعتقدات اللاعقلانية لدى الآباء، وخاصة آباء الأطفال ذوي اضطراب التوحد. وعلى المستوى التطبيقي قد يوفر البحث الحالي مقياس المعتقدات اللاعقلانية لدى آباء الأطفال ذوي اضطراب التوحد يمكن للباحثين الاستفادة منه في بحوثهم، كما يوفر البحث الحالي برنامجاً لتعديل المعتقدات اللاعقلانية لدى آباء الأطفال ذوي اضطراب التوحد يمكن الاستفادة منه في تعديل معتقدات أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال التوسع في تطبيق البرنامج.

مصطلحات البحث الإجرائية:

اعتمد البحث الحالي على المصطلحات التالية:

المعتقدات اللاعقلانية Irrational Beliefs: «هي الأفكار والتصورات الخاطئة التي يعتنقها الأفراد من خلال التفاعل بين المتغيرات البيئية والنفسية والثقافية المحيطة بالفرد، وهي أفكار جامدة، لا منطقية، لا تستند إلى أدلة تجريبية، أو تشريعية، يستدمجها الفرد في أبنيته المعرفية، فيتصرف وينفعل ويقيم حياته وحياة الآخرين بناءً عليها».

المعتقدات اللاعقلانية الوالدية Parental Irrational Beliefs: «هي

الأفكار والتصورات الخاطئة التي ترتبط بولادة طفل ذو اضطراب توحّد وتعلّق بأسباب اضطراب التوحّد، وتربية وتعليم هؤلاء الأطفال ومستقبلهم، وتوافق أسرهم».

الإرشاد العقلائي الانفعالي السلوكي Rational Emotive Behaviour Therapy: «هو مدخل إرشادي يعتمد على نظرية «إليس» العقلانية الانفعالية

السلوكية في الإرشاد، وهو مدخل يفترض أن المعتقدات اللاعقلانية هي التي تسبب الاضطراب وليس الحدث المنفر، وتتضمن فنيات الإرشاد على دمج الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية معاً».

الإطار النظري :**المعتقدات اللاعقلانية Irrational Beliefs**

وضع «ألبرت إليس» النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية في الخمسينيات والتي تعتمد على النموذج المعرفي في تحديد المعتقدات اللاعقلانية باعتبارها محددات جوهرية في حدوث الاضطراب الانفعالي العام؛ مثل: القلق، والاكتئاب، والغضب، وتقييم المعتقدات اللاعقلانية على أنها أفكار جامدة، لا منطقية، ولا تجريبية. ورأى أن المعتقدات اللاعقلانية تنتج من التفاعل بين العوامل الاجتماعية والبيولوجية، وحديناً تم النظر إلى العامل الثقافى كبعد ثالث في مكونات المعتقدات اللاعقلانية (David & DiGiuseppe, 2010).

والثقافة هي مجموع القيم والأعراف الاجتماعية والمعتقدات والأنماط والتصورات السلوكية التي تنتقل اجتماعياً من جيل إلى جيل (Buss, 2001). وبناء على ذلك فالمعتقدات اللاعقلانية تنتج من التفاعل المعقد بين العوامل البيولوجية والثقافية والاجتماعية التي تشكل بيئة الفرد.

والمعتقدات اللاعقلانية هي أبنية نفسية مهمة تتنبأ بكيفية تفاعل الأفراد انفعالياً مع الأحداث الضاغطة (David & Szentagotai, 2006).

وتؤدي المعتقدات اللاعقلانية إلى ردود فعل انفعالية غير تكييفية بينما المعتقدات العقلانية هي المعتقدات الأكثر تكييفاً حيث توفر بدائل مواجهة صحية عند مواجهة الأحداث الضاغطة (David, Lynn & Ellis, 2010).

وترتبط المعتقدات اللاعقلانية بالأفكار الأوتوماتيكية وردود الفعل الانفعالية مثل قلق السمة Trait Anxiety وغضب السمة Trait Anger والاكتئاب السمة Trait Depression، واضطراب الهوية Dysphoria، والشعور بالذنب Guilt والاكتئاب الرئيس، Major Depressive Disorder (Bernard, 1998; Macavei, 2005).

وينظر "ألبرت إيس" إلى المعتقدات اللاعقلانية على أنها معارف غير منطقية Illogical، زائفة، أو كاذبة False، جامدة Rigid، غير واقعية Non-Pragmatic تؤدي إلى الكرب النفسي Emotional Distress

واتفاقاً مع (DiGiuseppe, Doyle, Dryden and Backx, 2014) المعتقدات اللاعقلانية هي المعتقدات المتعارضة داخلياً، وغير مؤيدة بدليل تجريبي، مطلقة في الطبيعة Absolutistic In Nature، تؤدي إلى انفعالات مضطربة، وتغوق تحقيق الأهداف. وبناءً على ذلك المعتقدات العقلانية معتقدات مرنة وواقعية ومنطقية، تؤدي إلى نتائج أكثر وظيفية.

وعرفت المعتقدات اللاعقلانية بأنها: "معتقدات وقيم واتجاهات راسخة بشكل أساسي تعزز عمليات التفكير اللفظية غير الواقعية، والتي يتم تفسيرها من خلال الأحداث الخارجية" (Koopmans, Sanderman, Timmerman, & Emmelkamp, 1994).

والعلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية والاضطراب الانفعالي قد تكون منعكسة في نموذج ABCDE الذي اقترحه "إليس" عام ١٩٦٢، فيعني الحرف A وجود الحدث غير المرغوب (السوابق antecedent)، ويعني الحرف B (المعتقدات اللاعقلانية irrational beliefs)؛ أي مخططات المعتقدات اللاعقلانية حول الحدث غير المرغوب، والحرف C (النتيجة consequence) يعني النتيجة السلوكية والانفعالية أي الحالة الانفعالية التي يصل إليها الفرد نتيجة للمعتقدات اللاعقلانية للحدث غير المرغوب، وتعني المرحلة D (المجادلة، أو الاحتجاج disputation)، المجادلة، أو الاحتجاج على المعتقدات اللاعقلانية، وتعني المرحلة E (الفعالية efficient) أن يعمل المعالج والمسترشد بشكل تعاوني على إعادة البناء المعرفي للمخططات اللاعقلانية والوصول إلى اندماج أكثر كفاءة. وبناءً على ذلك النموذج المعتقدات العقلانية والتكيفية تؤدي إلى استجابات سلوكية معرفية انفعالية إيجابية، وبناءً على ذلك النموذج أيضاً توجد علاقة موجبة بين الأبنية المنفصلة للمعتقدات اللاعقلانية والاضطراب الانفعالي. وهناك العديد من الدراسات التي قدمت أدلة تجريبية لهذا النموذج (Chang & D'Zurilla, 1996).

و اتفاقاً مع نظرية "إليس" تنقسم المعتقدات اللاعقلانية إلى أربعة أنواع هي: المتطلبات Demandingness، والمبالغة Awfulizing، تحمل الإحباط Frustration Intolerance، التقييم الذاتي Self-Rating، أو التقييم الشامل Global Evaluation. وكل عملية اعتقاد لاعقلاني تتضمن محتوى ثلاثة مجالات هي: الراحة Comfort، الإنجاز Achievement، الاستحسان (Dryden, 2003).

ويرى "إليس" أن المتطلبات تعد معتقد لاعقلاني جوهرية يشير إلى المتطلبات غير المنطقية التي يعبر عنها في مصطلحات مثل ينبغي أن should، ويجب أن must، ويجب ought، مثل عبارة "يجب أن أحصل على نتائج جيدة I must have good results"، والبديل العقلاني لتلك المتطلبات هي التفضيلات الأكثر مرونة ومنطقية وبالتالي أكثر صحة، مثل: أفضل أن أحصل على نتائج جيدة I prefer to have good results (Dryden, 2013, pp.39-40).

ويرى "إليس" إلى أن معتقد المبالغة يشير إلى تقييم الحدث السلبي على أنه الأسوأ أكثر مما يكون على الإطلاق؛ مثل: قد يكون من المرعب أن لا أجد وظيفة، والمعتقد البديل العقلاني غير المبالغة فيه يشير إلى التقييم الأكثر اعتدالاً للسوء "قد يكون سيء بدلاً من مرعب"، ومن خلال العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني قد يتعلم الفرد أن تقييم الأحداث السلبية لتكون سيئة بدلاً من أن تكون مرعبة، أو فظيعة، ومثال ذلك: قد يكون سيء جداً أن لا أجد وظيفة، ولكن هذا ليس نهاية العالم (Dryden, 2003).

ويرى "إليس" أن تحمل الإحباط هو اعتقاد أن الفرد لا يتحمل ظروف معينة تجعل الموقف لا يطاق، ومن خلال العلاج يتعلم الفرد أن يتحمل مشقة الحدث غير المرغوب. ومثال ذلك الاضطرار للعمل في عطلات نهاية الأسبوع غير مريح ولكن يمكنني تحمل الإحباط (Dryden, 2013, pp.39-40).

ويرى "إليس" أن التقدير الذاتي Self-Rating يشير إلى ميل الأفراد لتقدير ذواتهم سلبياً، وهذه المعتقدات يتم التعبير عنها في عبارات مقيمة عامة. ومثال ذلك: "إذا لم أنجح في الأشياء المهمة، إذن أنا شخص لا قيمة له" والمعتقد البديل العقلاني هنا هو: "القبول الذاتي غير المشروط" لكل من العناصر الجيدة والسيئة، ومن خلال العلاج يتعلم الأفراد أن الناس لا يمكن تقييمهم على أساس تقدير عام واحد، وظروف الحياة تتكون من عناصر جيدة وسيئة ومحايدة (DiLorenzo, David, & Montgomery, 2007).

ويرى "إليس" أن معتقد المتطلبات demandingness كمعتقد لا عقلاني عام أساسي قد يكون مستمد من المعتقدات الأخرى. وبناءً على تحليل للدراسات السابقة والبحوث واسعة النطاق تبين أن معتقد المتطلبات ليس بالضرورة أن يكون معتقد رئيس كامن في الاضطرابات النفسية، حيث توجد بينه وبين المقاييس المعيارية للوظيفية السلوكية علاقة عالية، ومن المثير للدهشة أن المقاييس الفرعية لمعتقدات للمبالغة، وتحمل الإحباط، والتقدير الذاتي مرتبطة بشكل كبير بمقاييس الأمراض النفسية أكثر من ارتباطها بمعتقد المتطلبات (DiGiuseppe, Leaf, Gorman, Robin, & Exner, 2014).

وتتفق هذه النتيجة مع البحوث السابقة التي تتحدى نظرية "إليس" التي تفترض أن معتقد المتطلبات سمة مميزة للأمراض النفسية تؤدي إلى المرض النفسي، ولكن الدراسات الأخرى رأَت أن معتقد التقدير الذاتي هو السمة المميزة للاضطرابات النفسية (DiGiuseppe et al., 2014; Fulop, 2007).

وتمثل المعتقدات العقلانية محور أساسي في الصحة النفسية، وفي العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وترى النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية أن المعتقدات اللاعقلانية هي عكس المعتقدات اللاعقلانية، فإذا كانت المعتقدات اللاعقلانية جامدة ومتطرفة في طبيعتها فإن المعتقدات العقلانية مرنة وغير متطرفة. وإذا كانت المعتقدات اللاعقلانية تتصف بأنها غير متفقة مع الواقع، وغير منطقية، وغير صحية بالنسبة للفرد وعلاقاته؛ بالإضافة إلى أنها تعوق سعي الفرد نحو تحقيق أهدافه الشخصية المهمة، وبصفة عامة هي معتقدات غير تجريبية وغير منطقية ومختلفة وظيفياً. وفي المقابل فالمعتقدات العقلانية متسقة مع الواقع، ومنطقية، وتؤدي في الغالب إلى نتائج صحية بالنسبة للفرد وعلاقاته؛ بالإضافة إلى أنها تسهل سعي الفرد نحو تحقيق أهدافه الشخصية المهمة، فهي معتقدات منطقية تجريبية وظيفية. ووضع المعتقدات العقلانية واللاعقلانية بهذه الطريقة لا يجعل بينهما متصل مفترض، فقد تختلف المعتقدات اللاعقلانية عن المعتقدات العقلانية نوعياً ولكن لا يختلفوا كمياً (Dryden, 2013, pp.39-40).

المعتقدات اللاعقلانية الوالدية Parental Irrational Beliefs

دور المعرفة في توجيه الممارسات الوالدية والقلق الوالدي وأعراض الاكتئاب وآثارهم على الطفل مهماً في مجال الفحص والتدخل. فمن المفترض أن تغير، أو خفض المعارف والمعتقدات الخاطئة يؤدي إلى خفض القلق الوالدي وأعراض الاكتئاب، وزيادة السلوك الوالدي الفعال. وتعد النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية هي النموذج الذي فسّر العلاقة بين المعرفة والانفعال والسلوك.

فتفسر النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية المعتقدات اللاعقلانية من حيث صلتها بالغضب، والعداؤون، والضغط (Dryden & Ellis, 2001). فعندما يمر الآباء بخبرات انفعالية سلبية؛ مثل: الغضب، والشعور بالذنب، والقلق فيما يتعلق بمشكلات الممارسة يؤثر ذلك على أطفالهم، فالضغط الوالدي يمكن أن يتفاقم، وبالتالي يصعب على الآباء حل مشكلات الممارسة (Joyce, 1990).

وقد وصاغ كل من (Azar and Weinzierl, 2005) نموذج المخططات الوالدية parental schemas، ويفترض هذا النموذج أن الآباء الأصحاء يطورون مخططات حول ما يمكن توقعه من الناحية الواقعية من أبنائهم، وعندما يمتلك الآباء مخططات غير واقعية فإنهم يصدرون أخطاء في أحكامهم والتي تؤثر بدورها على الحالة الانفعالية للآباء التي تتضمن التأثير السلبي والضغط، وهذه النظرية تم فحصها فيما يتعلق بإساءة الطفل وسوء معاملته.

وتفسير آخر للمعرفة الوالدية من حيث علاقته بالسلوك الوالدي والذي يشمل تسامح الآباء لسلوك الطفل المزعج (Breston, 1998)؛ فمعرفة الوالدين هي معيار السلوك المقبول وغير المقبول للطفل، وتمت دراسة ذلك فيما يتعلق بالسلوك الخارجي والضبط للطفل (Salhany, 2010).

وتوصل (Joyce, 1995) إلى وجود علاقة بين المعتقدات اللاعقلانية الوالدية وأعراض كل من: القلق، والاكتئاب الوالدي. وكان هناك ارتباط بين كل من معتقدات المتطلبات اللاعقلانية ومعتقد تحمل الإحباط المنخفض والقلق الوالدي. والآباء الذين حصلوا على درجات عالية على معتقد المبالغة لديهم مستويات عالية من القلق الوالدي، وظهر القلق بشكل كبير لدى أطفالهم. ومعتقد الجدارة الذاتية كان مرتبط بشكل كبير بالاكتئاب الوالدي؛ فالآباء الذين يعتقدون أنهم آباء فظيعين لو أنهم ارتكبوا أخطاء هم أكثر احتمالاً أن يكون لديهم مستويات عالية من الاكتئاب.

فالمعتقدات الوالدية اللاعقلانية من المفترض أن تؤثر على القلق والاكتئاب الوالدي، وبالتالي فإن تدريب الآباء في برامج الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي تقليدياً تركز على تغيير، أو دحض المعتقدات اللاعقلانية وزيادة الأفكار العقلانية، وإدراك المعارف المرتبطة بأعراض كل من القلق والاكتئاب الوالدي. وعند استهداف المعتقدات اللاعقلانية في برامج الإرشاد السلوكي العقلاني الانفعالي فإن القلق والاكتئاب الوالدي ينخفض (Perez- Nieves, 2001).

ويرى كل من (Hare and Neuman, 2000) أن معرفة الأمهات تؤثر على تفاعلاتهن مع أطفالهن؛ فالأمهات المكتئبات لديهن معرفة سلبية فيما يتعلق بسلوك أطفالهن مقارنة بالأمهات غير المكتئبات، وهن أكثر عدائية وعصبية تجاه أطفالهن.

وتلخيصاً لما سبق المعتقدات الوالدية قد يطلق عليها عدة مسميات، فيطلق عليها معتقدات تربية الطفل *child rearing beliefs*، والمعارف الوالدية *parenting cognitions*، والمخططات الوالدية (Azar, Nix, & parenting schemas (Makin-Bryd, 2005; Bornstein & Cote, 2004). والمعتقدات اللاعقلانية الوالدية *Parenting Irrational Beliefs*.

المعتقدات اللاعقلانية لدى أمعات اضطراب التوحد

توجد المعتقدات في عقول الأفراد في كل المستويات الثقافية في الأنظمة الكلية والفرعية في المجتمع، فأعضاء الأسرة يؤثرون بشكل كبير على حياة الطفل من خلال معتقداتهم فيما يتعلق بأسباب الإعاقة، وأفكارهم حول جدارة الشخص ذي الإعاقة، وقبولهم للشخص ذي الإعاقة (Danesco, 1997).

وقد وضعت الأسر الأمريكية الطفل المعاق في بيئات مؤسسية، وهذا يجعل الطفل يعيش في بيئة معزولة؛ مما يجعل الطفل والأسرة يشعرون بالحسرة، ولكن يعتقدون أن هذا أفضل لهم؛ فمعتقدات الأسرة تؤثر على مشاركة الطفل ذي الإعاقة في الأنشطة الاجتماعية، ومعتقدات الأسر حول الإعاقة ليست غريبة وبالأحرى هي جزء من معتقدات وقيم المجتمع الشاملة (Ravindran & Myers, 2011).

فمعتقدات الآباء حول سبب عجز طفلهم تلعب دوراً فيما يفعله الطفل (Danesco, 1997). فتعتقد الأسر الباكستانية أن إعاقة طفلهم الفكرية هي من إرادة الله، ومن المرجح أن يعدون أن حالة طفلهم كحالة غير قابلة للتغير، ويعتقدون أنه ينبغي عليهم تقديم الرعاية الأساسية فقط لأبنائهم، وأن الله سيكافئهم، فقد وصف أحد المشاركين طفله بقوله: لا نملك ما يجعلها لأفضل، فنحن فقط نغذيه، ونغسل ملابسه، وننظفه (Mirza, Tareen, Davidson, & Rahman, 2009).

ويعتقد الأمريكيان المكسيك أن الأسباب البيولوجية والروحية هي المسؤولة عن الإعاقة، ويعتقدون أن الطبيب يمكنه معالجة المشكلات البيولوجية، وأن المعالجين *Healers* أو *Curanderos* فقط يمكنهم معالجة المشكلات الروحية (Gurung, 2006).

فالأسر التي تعتقد أن حالة طفلهم ترجع لأسباب بيولوجية محددة يبحثون عن علاج طبي عكس المشكلات البدنية Physical Problem، في حين أن الذين يعتقدون أن السبب قد جاء من البيئة، أو من الخبرات الخاصة يسعون للبحث عن المداخل السلوكية لعلاج طفلهم (Ravindran & Myers, 2011).

وآباء الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذين يعتقدون أن اللقاحات هي سبب إصابة الطفل باضطراب التوحد فإنهم يبحثون عن العلاجات التي تركز على النظم الغذائية مثل النظام الغذائي المقيد restricted diet أو المتممات الغذائية probiotics وفقاً لنظرية نفاذية الأمعاء leaky gut theory، والذين يعتقدون أن القضايا الحسية هي صميم المشكلة بالنسبة لأطفالهم فإنهم يستخدمون العلاجات التكميلية البديلة مثل تدريب التكامل السمعي auditory integration training (Levy & Hyman, 2003).

وبصفة عامة معتقدات الآباء حول أسباب الإعاقة تحدد توقعاتهم حول ما يمكن استخدامه من علاج لطفلهم (Ravindran & Myers, 2011).

فبعض آباء الأطفال ذوي اضطراب التوحد مقتنعون أنهم إذا وجدوا التدخلات المناسبة وتم استخدامها بأمان فقد يستعيد أطفالهم حالتهم أو يشفون من حالتهم (Christon, Mackintosh & Myers, 2010).

وبعض الآباء أكثر احتمالاً لقبول حالة طفلهم كحالة قدرية أو مصيرية وبالتالي لديهم توقعات منخفضة لتحسن أو علاج طفلهم بالعلاجات المستخدمة نظراً لتبنيهم وجهة النظر القدرية لإعاقة طفلهم. والآخرين ذوي التقاليد الدينية ربما يعتمدون على الممارسات الروحية في حياتهم الخاصة مثل الصيام والصلاة إيماناً بأن ذلك سوف يساعد أطفالهم على التحسن.

وهكذا فالخلفية الثقافية والروحية للأسرة وللمجتمع الأكبر تؤدي دوراً مهماً في معتقدات الآباء فيما يتعلق بأسباب إعاقة طفلهم وتوقعاتهم حول مستقبل الطفل (Ravindran & Myers, 2011).

وفحصت بعض الدراسات المعتقدات اللاعقلانية الوالدية لدى آباء الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ففي دراسة جرافز (Greaves 1997) حصل آباء الأطفال

ذوي اضطراب التوحد على درجات عالية على مقياس المعتقد اللاعقلاني المعدل Revised Belief Scale الذي أعده جويس (1995) Joyce على أبعاد تحمل الإحباط frustration tolerance، والمتطلبات demandingness، والتقدير الذاتي self-worth. وتوصلت دراسة Witt (2005) إلى وجود علاقة بين المعتقدات اللاعقلانية والضغوط الوالدية المرتبطة بسلوك طفلهم اضطراب التوحد.

قياس المعتقدات اللاعقلانية Irrational Beliefs Measurement

هناك العديد من الأدوات التي وضعت لتحديد المعتقدات اللاعقلانية بناءً على نظرية «إليس» منذ أن صاغ نظريته. وبداية تم بناء عدد من الاستفتاءات حول فروض «إليس»، وقد وضعت المعتقدات اللاعقلانية التي تؤدي إلى المرض النفسي في إحدى عشر نمطًا مختلفًا من المعتقدات اللاعقلانية (David, et al., 2009). وبصفة عامة لا توجد مساندة نظرية لإفتراضات «إليس» أكثر من ملاحظاته الإكلينيكية، والأدوات الأولية التي هدفت إلى قياس اللاعقلانية تضمنت مجموعة متنوعة من المقاييس الفرعية لكل المعتقدات اللاعقلانية الإحدى عشر (Tejjesen, Salhany & Scuitto, 2009).

وقام الباحثون - فيما بعد، ونتيجة لظهور أدلة تجريبية جديدة - بمحاولات لخفض عدد المعتقدات اللاعقلانية في أربعة فئات هي: المتطلبات، والمبالغة، وتحمل الإحباط، والتقدير الذاتي. واستمرار «إليس» في الاحتفاظ بفرض أولي، والذي ينص على أن معتقد المتطلبات يعد عملية مركزية كامنة في الأمراض النفسية جعل الأدوات التي وضعت تعكس هذه الفكرة تمامًا (Bernard & DiGiuseppe, 1990).

وراجع Tejjesen, Salhany and Scuitto (2009) أربعة عشر استفتاء لقياس المعتقدات اللاعقلانية، ورأى أن هذه الأدوات معيبة لعدة أسباب هي:

- (١) الأدوات الأولي ركزت على الإحدى عشر نوعًا للمعتقدات اللاعقلانية التي افترضها «إليس»، وركزت على معتقد المتطلبات بإعتباره معتقد لا عقلاني رئيس.
- (٢) فشلت هذه الأدوات في تقويم المعتقدات اللاعقلانية فقط، كما فشلت في تحديد الاستنتاجات، أو الأفكار الأتوماتيكية automatic thoughts التي

- تم تحديدها في نظرية ” بيك ” Beck’s theory، وهذا ما يشكك في صدق هذه الأدوات من حيث صلتها بنظرية ” إليس “.
- (٣) بعض هذه الأدوات تضمنت عناصر لا تمثل التفكير اللاعقلاني في حد ذاته، وبالأحرى هي نتائج انفعالية مرتبطة بالأفكار اللاعقلانية.
- (٤) بعض هذه الأدوات ثباتها منخفض، وتفتقر إلى صدق البناء.

فهناك بطارية السلوك العقلاني Rational Behavior Inventory التي وضعها كل من (Shorkey & Whiteman, 1977)، واختبار المعتقدات اللاعقلانية Irrational Beliefs Test الذي وضعه (Jones, 1968) تضمنت ٥٠% من عناصرها لقياس المعتقدات اللاعقلانية. وعلى الناحية الأخرى يعد Belief Scale الذي وضعه كل من (Malouff and Schutte, 1986)، ومقياس المعتقد والاتجاه العام General Attitude and Belief Scale الذي وضعه (DiGiuseppe, et al., 1989)، ومقياس المعتقدات والاتجاه العام المختصر من أكثر المقاييس دقة في قياس المعتقدات اللاعقلانية فقط، وأفضلها من حيث صدق بنائها، كما تضمن مقياس المعتقدات والاتجاه العام المعتقدات اللاعقلانية الأربعة (Teijesen et al., 2009).

وتتكون المعتقدات الوالدية من معتقدات الوالدين حول تربية طفلهم، وتوقعات الآباء حول الأنماط السلوكية التي يؤديها أطفالهم، والإدراك الوالدي لسلوك أطفالهم وأدوارهم الوالدية لرعاية أطفالهم، وعزو الوالدين لسلوك أطفالهم والكفاءة الذاتية الوالدية (Azar, Nix, & Makin-Bryd, 2005; Bornstein & Cote, 2004)

وحدد (Joyce, 2006) المعتقدات اللاعقلانية الوالدية في أربعة أبعادهم: المتطلبات Demandingness وتعني المعتقدات المطلقة والجامدة والتي تتضمن عبارات يجب، وينبغي أن، ويلزم أن. والمبالغة Awfulizing وتعني أن الحدث يقيم على أنه الأسوأ أكثر مما ينبغي. وبعد تحمل الإحباط المنخفض Low frustration tolerance وهذه المعتقدات تؤكد على أن المرء لا يمكن أن يتسامح، أو يتحمل الحدث، أو مجموعة الظروف، وبالتالي يبدو أن الموقف لا يطاق. وبعد التقييم العام لقيمة الإنسان Global evaluation of human worth وتعني أن الوجود البشري يقدر اعتماداً على النجاح والمهارات.

واعتمد تقييم (Ackerman 1991) للمعتقدات الوالدية اللاعقلانية على التوقعات الوالدية بين أطفالهم وأنفسهم. وحدد كل من Roehling and Robin (1986) المعتقدات اللاعقلانية الوالدية في ضوء العلاقة بين المراهقين وآبائهم لتحديد المعتقدات اللاعقلانية الوالدية. وحدد كل من Kaya and Hamamci (2011) المعتقدات اللاعقلانية الوالدية في بعدين هما التوقعات Expectations والكمالية perfectionism.

مصادر المعتقدات اللاعقلانية :

يولد البشر ولديهم استعداد أن يكونوا منطقيين، ممثلين لذواتهم، محققين لها على النحو الذي يقرره «إليس وماسلو وروجرز» Ellis, Maslow and Rogers في كتاباتهم، ولكن البشر لديهم أيضًا استعدادات قوية أيضًا أن يكونوا غير منطقيين في سلوكهم وأن يكونوا قاهرين لأنفسهم. ويميل البشر فطرياً أن يخضعوا للتأثير وبصفة خاصة أثناء مرحلة الطفولة، ويكون هذا التأثير من أفراد أسرهم ومن أقرانهم المباشرين، وكذلك من جانب البيئة الحضارية التي يعيشون فيها بوجه عام "المجتمع" (الشناوى، ب.ت، ص ص. ١٠٥-١٠٦).

وأشارت دراسة الشرييني (٢٠٠٥) أن الولدين من أهم مصادر المعتقدات اللاعقلانية للأبناء، حيث يحتل الأب مصدر متقدم في إكساب وتعليم ثلاثة عشرة فكرة لعقلانية لأبنائهم من بين ١٨ فكرة، أي أنه يسهم في تدعيم ما نسبته ٧٢,٢٢ % من هذه الأفكار. وتحتل الأم مرتبة ثانية حيث تسهم في تعليم ثمان أفكار من ثمانية عشرة فكرة، أي تسهم في تدعيم ما نسبته ٤٤,٤٤ % من هذه الأفكار. ويسهم الأخوة والأقارب والأصدقاء والمدرسة والجامعة في إكساب المعتقدات اللاعقلانية ولكن لا تحتل مركز متقدم في إكساب الأفكار اللاعقلانية.

الإرشاد العقلاي الانفعالي السلوكي :

بدأ «ألبرت إليس» عام ١٩٥٠ بممارسة نوعاً جديداً من الإرشاد والعلاج النفسي أطلق عليه العلاج العقلاي الانفعالي، ويختلف هذا المدخل الجديد عن أنماط العلاج المعرفية الأخرى. ثم عدل «إليس» مسمى العلاج الذي مارسه إلى العلاج العقلاي الانفعالي السلوكي، ويجمع هذا المدخل العلاجي الجديد بين الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية. ويهدف هذا النوع من العلاج إلى تغيير نظام معتقدات المسترشد نحو الحدث.

وبالرغم من أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي مجال حديث نسبياً في عالم العلاج إلا أن مبادئه الأساسية قد تعود إلى الفيلسوف اليوناني القديم Era، وذكر "إليس" في أول مقاله له عن العلاج المعرفي السلوكي عام ١٩٥٨ أن أفكاره فيما يتعلق بالمفاهيم البشرية للمعتقدات العقلانية واللاعقلانية قد ترجع إلى غوتاما بودا 'Guatama Buddha جنباً إلى جنب الفلاسفة الإغريق والرومان، أمثال أرسطو وأفلاطون وسقراط وأبيقور، وشيشرون، وسينيكا، وماركوس أوريليوس، فقرون قبل ما ينشر "إليس" مقاله المعنون "العلاج النفسي العقلاني Rational Psychotherapy" ناقش الفلاسفة الأفكار الإيجابية والمدمرة positive and destructive كما هي موجودة في المراكز الإنفعالية البشرية. ويعد "بودا" رائد فكرة إعادة البناء المعرفي حيث يمكن تغيير الرغبات الشديدة والمتطلبات المطلقة من خلال نهج أكثر مرونة وتفصيلاً يؤدي إلى السعادة، وإلى حالة مثالية من السلام. وفيما بعد ناقش الفيلسوف أبكتيتوس الأحداث غير المرغوبة بقوله أنها لا يمكن أن تنتج إلا الألم إذا لم تواجه بطريقة مناسبة حيث ذكر "أن المصائب لا تحدث الكرب، أو الضيق ولكن وجهة نظرهم (David et al., 2010)

فقدم "إليس" نظرية في الاضطراب الانفعالي، وضع من خلالها حد لعزو المشكلات إلى الآباء، أو الأزواج، أو الرؤساء في العمل. وذلك خلال فترة كان فيها التحليل النفسي في ذروته، حيث كسر "إليس" قالب العلاج النفسي في ذلك الوقت بابتكاره العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Rational Emotive Behavior Therapy، والذي تمت الإشارة إليه في هذا الوقت باسم العلاج العقلاني Rational Therapy. (Doyle, 2011, pp. 208-209)

وكرر "إليس" عام ١٩٥٠ نظريته في العلاج بشكل عام ووصل إلى إستنتاج مفاده أن الجمع بين الاستراتيجيات المعرفية والإنفعالية والسلوكية هي الخيار الأفضل في علاج الاضطراب النفسي، ويتداخل العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي مع الصيغ الأخرى من العلاجات المعرفية السلوكية، وعلى أية حال الهدف الرئيس للعلاج

١ - هو مؤسس الديانة البوذية أو الفلسفة البوذية، وقد يقال أنه ولد في بلدة على حدود الهند ونيبيال عام ٥٦٨ قبل الميلاد، ويقال أنه ولد عام ٥٦٣ قبل الميلاد، وكلمة "بودا" ليست اسم علم لشخص معين، ولكن هي لقب ديني كبير معناه العظيم، أو الفطين، أو ذو الفكر المستنير.

العقلاني الانفعالي السلوكي هو تعليم المسترشد أن يغير معتقداته اللاعقلانية إلى معتقدات أكثر عقلانية عن طريق غرس ثلاثة فلسفات عقلانية هم القبول الذاتي غير المشروط، وقبول الآخرين، وقبول الحياة (David et al., 2010) Unconditional self-acceptance ويعبد القبول الذاتي غير المشروط هو جوهر النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية، حيث يتقبل الشخص ذاته دون شرط، أو قيد، ويتم ذلك من خلال قبول ذواتهم ككيان بشري غير معصوم، فمعرفة الناس المحدودة تجعلهم يتخذون قرارات ضعيفة ويرتكبون أخطاء لأنهم ليسوا مثاليين perfect، وهذا المدخل إعادة بناء يتم فيه استبدال الإدانة الذاتية self-damnation بالقبول الذاتي (David et al, 2010).

ويؤدي قبول الآخرين others acceptance دون قيد، أو شرط إلى رد فعل أكثر صحة تجاه تصرفات الناس، فبدلاً من إلقاء اللوم على الآخرين الذين ارتكبوا خطأ ما قد نلوم التصرف، وبهذه الطريقة نحن نفصل الشخص عن سلوكه. والفلسفة الثالثة التي تعتمد عليها نظرية "إليس" هي قبول الحياة life acceptance دون قيد، أو شرط، ويشير إلى قبول الحياة بكل لحظاتها الجيدة والسيئة، ومن خلال تبني هذه الفلسفة يعترف الناس أن الحياة أبداً ما تكون سعيدة بقدر ما نريدها أن تكون، ولكن ما زال في وسع الناس أن يسعوا للوجود الجيد المعقول (David et al., 2010, p. 10).

تعريف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

يعرف العلاج العقلاني الانفعالي Rational emotive therapy بأنه نموذج علاجي فلسفي تفسيري وضعه "إليس" ليعكس مستوى الأبعاد الثلاثة لطريقته وهي المعرفة والانفعال والسلوك، وتعتمد هذه الطريقة على افتراض أن نمط أفكار الفرد ومعتقداته منبئ بصحة الفرد، وهذا يعني أن الحدث ليس مهم بقدر وجهة نظر الفرد فيما يحدث، فتصور الفرد فيما يتعلق بالحدث هو الذي يؤثر على الفرد أكثر من الحدث نفسه. وبناء على ذلك فهذا التدخل علاج نفسي مصمم بشكل فريد لتمكين الناس من ملاحظة وفهم المعتقدات اللاعقلانية المتضمنة في الكمال وأفعال الجوب والإلزام ودحضها باستمرار. والمبدأ الأساسي في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هو أن نفهم شكوى المسترشد التي يعرضها

ومصدرها اللاعقلاني سواء المرتبط بالذات، أو بالآخرين، أو بالعالم، والمبدأ الثاني هو الدحض، وفي هذه الطريقة يهاجم المسترشد معتقداته وأفكاره اللاعقلانية. والمبدأ الثالث هو الاستبصار ويعني تعليم المسترشد طريقة جديدة للنظر إلى العالم، بمعنى آخر يتعلم مسارات بديلة من المعتقدات والانفعالات والسلوك، بطريقة تجعله يدرك كيف أنه يتمسك بأفكار غير مرنة، وأن هذه الأفكار هي التي تسبب له الاضطراب (Ezenwa & Ofojebe, 2013)

ويهدف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي إلى مساعد المسترشد على تغيير معتقداته اللاعقلانية إلى معتقدات عقلانية (Dryden, 2013, p. 39).

طبيعة الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي :

يرتكز الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي على العلاج المعرفي والذي يحدد المعتقدات اللاعقلانية باعتبارها عوامل رئيسة في حدوث الاضطراب الانفعالي (Ellis, 1977).

ويرى الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي أن الكائنات البشرية كمتعة مسؤولة responsibly hedonistic بمعنى أنها تسعى جاهدة لتبقى على قيد الحياة ولتحقق درجة من السعادة، ومع ذلك الكائنات البشرية عرضة لتبني معتقدات وسلوكيات لاعقلانية التي تقف في طريقهم لتحقيق أهدافهم وأغراضهم، وفي كثير من الأحيان الإتجاهات، أو الفلسفات اللاعقلانية تأخذ صيغ متطرفة، أو عقائدية مثل صيغ ” يجب، وينبغي أن، وكان يجب ”، فهي تتناقض مع الرغبات والأمنيات والأفضليات والمتطلبات العقلانية والمرنة. كما أن وجود الفلسفات المتطرفة قد يجعل هناك فرق بين الانفعالات السلبية الصحية مثل الحزن، أو الندم، أو الاهتمام والانفعالات السلبية غير الصحية مثل الاكتئاب، أو الشعور بالذنب، أو القلق (Mulhauser, 2011).

وتركز نظرية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي بشكل أساسي على كيفية أن المعتقدات اللاعقلانية تؤثر على الناس لدرجة أنها تسبب لهم تأثيرات ضارة، وكيف يمكن لهذه المعتقدات أن تكون بمثابة حاجز أمام الحياة المليئة بالسعادة (Dryden, 2003).

وعادة المعتقدات اللاعقلانية التي يعتنقها شخص ما غالباً ما تكون منسجمة مع سلوكه، كما يمكن أن تنعكس في موقف الشخص الذي لديه عناصر معرفية انفعالية سلوكية قد تكون متماثلة مع تلك تكون نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي. ومثال ذلك قد يكون الجانب المعرفي لدى شخص هو "أنا غير قادر على الأداء في الحساب"، وقد يكون الجانب الانفعالي لهذا الشخص "أشعر أنني سيئ بمجرد التفكير في الحساب"، وقد يكون الجانب السلوكي في هذا المثال "قد يقوم هذا الشخص بجهد أقل في الحساب ينتج عنه أنه يفشل في الحساب"، وهذا يعني أن الموقف السلبي تجاه الحساب قد يجعل الطلاب يفشلون في الحساب حتى يأتي يوماً يقرروا فيه أن يغيروا هذه الاتجاهات. لذلك فالهدف العلاجي من العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هو مساعد المسترشد على تطوير نظرة أكثر إيجابية، والاحتفاظ بالمعارف الإيجابية عن طريق إعادة البناء المعرفي للأفكار والمعتقدات اللاعقلانية لديهم (Corey، ٢٠٠٥)

دراسات سابقة:

تم تقسيم الدراسات السابقة إلى ثلاثة محاور هي:

المحور الأول: دراسات تناولت المعتقدات اللاعقلانية لدى الآباء

استهدفت دراسة (Langford 1988) التعرف على العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية الوالدية وبعض المحددات الوالدية "العزلة الاجتماعية، والكفاءة، والعلاقة مع الشريك"، وتكونت العينة من (٨٠) أما لديهن أطفال دون عمر ١٥ سنة، وتم استخدام مقياس المعتقدات اللاعقلانية الوالدية، ومقياس المحددات الوالدية، وتوصل الباحث إلى وجود علاقة سالبة بين المعتقدات الوالدية اللاعقلانية والمحددات الوالدية. وأشار الباحث إلى أن الأمهات أكثر عزلة اجتماعية، وأكثر معتقدات لاعقلانية.

فيما استهدفت دراسة (Starko 1991) دراسة الضغوط الوالدية والمعتقدات اللاعقلانية الوالدية لدى الآباء والأمهات، وتكونت العينة من (٢٣) زوجاً لديهم أطفال دون الثالثة من العمر، واستخدم الباحث قائمة الضغوط الوالدية، ومقياس المعتقدات اللاعقلانية للآباء من إعداد (Ackerman 1991)، وتوصل الباحث إلى وجود علاقة بين الضغوط الوالدية والمعتقدات اللاعقلانية الوالدية، ولا

توجد فروق بين الآباء والأمهات في المعتقدات اللاعقلانية الوالدية، وتضمنت المعتقدات اللاعقلانية القلق المحيط، وطلب الكمال.

بينما استهدفت دراسة Ackerman (1991) التعرف على العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية الوالدية ومتغيرات الكفاءة والاكثئاب، والعلاقة مع الشريك، والقيود الوالدية، وتكونت العينة من (١٢٩) أمًا، وتم استخدام مقياس المعتقدات اللاعقلانية، ومقياس المحددات الوالدية، وتوصل الباحث إلى وجود علاقة بين المعتقدات اللاعقلانية والمحددات الوالدية.

أما دراسة McDonald (1993) فقد استهدفت التعرف على العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية والضغط الوالدية والتوافق الزوجي، وتكونت العينة من ٦٢ زوجًا من صغار الأزواج، لديهم أطفال دون الثالثة، وتم استخدام قائمة الضغوط الوالدية، ومقياس المعتقد الوالدي Parent Irrational Belief Scale من إعداد Ackerman (1991)، ومقياس التوافق الدينامي، وتوصل الباحث إلى عدم وجود فروق بين الآباء والأمهات في الضغوط الوالدية وفي المعتقدات اللاعقلانية والتوافق الزوجي، كما توصل إلى أن الضغوط الوالدية كانت مرتبطة بكل من المعتقدات اللاعقلانية والتوافق الزوجي.

في حين استهدفت دراسة Joyce (1995) التعرف على فعالية برنامج تربوي والدي عقلائي انفعالي في دحض المعتقدات اللاعقلانية لدى الآباء، وتكونت العينة من ٤٨ أبًا، وتم استخدام مقياس الضغوط الانفعالية، ومقياس المعتقدات اللاعقلانية الانفعالية وبرنامج تربوي والدي عقلائي انفعالي تكون من أربعة عناصر هي: خفض الضغط الانفعالي من خلال انتزاع المعتقدات اللاعقلانية، تنفيذ طرق الضبط العقلانية، مهارات حل المشكلة العقلانية، تعزيز سمات التفكير العقلاني لدى أطفالهم، وتوصل الباحث إلى فعالية البرنامج في دحض المعتقدات اللاعقلانية والضغط الانفعالية.

واستهدفت دراسة Kovalski and Horan (1999) التعرف على فنية إعادة البناء المعرفي المستند على الكمبيوتر في دحض المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالوظيفة لدى البنات المراهقات، وتكونت العينة من (٤٣) فتاة في المدارس العليا تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، وتم استخدام بطارية المعتقدات

اللاعقلانية المرتبطة بالوظيفة، والبرنامج المعرفي المستند على الكمبيوتر، وتوصل الباحثان إلى فعالية البرنامج في تعديل المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالوظيفة.

بينما استهدفت دراسة (Salhany (2010) التعرف على العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية وقلق الآباء وأعراض الاكتئاب، والسلوك الوالدي في التنبؤ بأعراض كل من القلق والاكتئاب لدى أطفالهم، وتكونت العينة من (١٥٠) طفلاً وطفلة في المدى العمري من ٨ - ١١ سنة وآبائهم، وتم استخدام مقياس المعتقد المنقح Revised Belief Scale، وبطارية الأعراض المختصرة، وقائمة سلوك الآباء، ونظام تقييم الطفل، وتوصل الباحث إلى أن المعتقدات اللاعقلانية وقلق الآباء وأعراض الاكتئاب، والسلوك الوالدي منبئ بأعراض كل من القلق والاكتئاب لدى أطفالهم.

فيما استهدفت دراسة (O>Toole (2010) فحص دور السلوك الوالدي والمعتقدات اللاعقلانية الوالدية والمياريية على السلوك العدواني البدني لدى البنات المراهقات، وتكونت العينة من (٥٣) طفلة في المدى العمري من ٧-٨ سنوات بالصف الثالث، (٣٤) طفلة في المدى العمري من ١٠-١١ سنة بالصف الرابع، وأسرههم، وتم استخدام مقياس السلوك العدواني، ومقياس المعتقد المختصر Revised Belief Scale by Joyce (1995)، واستمارة بيانات ديموغرافية، وقائمة الأعراض المختصرة، وتوصل الباحث إلى وجود علاقة بين كل من السلوك الوالدي والمعتقدات اللاعقلانية والسلوك العدواني لدى بناتهم.

المحور الثاني: دراسات تناولت المعتقدات اللاعقلانية لدى آباء الأطفال

ذوي الإعاقة

استهدفت دراسة (Witt (2005) فحص العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية الوالدية وأعراض اضطراب التوحد للطفل ومستوى الضغط، وتوصل الباحث إلى أن الآباء ذوي المعدل المرتفع من المعتقدات اللاعقلانية يرون أن أعراض أطفالهم اضطراب التوحد تمثل ضغطاً كبيراً عليهم، وتوصل إلى أن المعتقدات اللاعقلانية تمثل ٤٩٪ من مستوى الضغط الوالدي، وهذا يعني أن الآباء ذوي المستوى العال من المعتقدات اللاعقلانية لديهم مستوى عال من الضغوط. وأن المعتقدات اللاعقلانية الوالدية المرتفعة لدى الآباء كانت مرتبطة بأعراض أطفالهم.

بينما استهدفت دراسة دانيال (٢٠٠٧) الكشف عن التفكير اللاعقلاني وعلاقته بسوء التوافق الزوجي لدى آباء وأمهات ذوي الإعاقة الفكرية، وتكونت العينة من ٧٢ مفعوصاً من آباء وأمهات ذوي الإعاقة الفكرية بدرجة متوسطة، ٩٠ مفعوصاً من آباء وأمهات العاديين، وتراوح العمر الزمني بين ٤٤ - ٤٩ سنة، وتم استخدام مقياس المعتقدات اللاعقلانية من إعداد الباحثة، واستبيان التوافق الزوجي، وتوصلت الباحثة إلى أن آباء وأمهات ذوي الإعاقة الفكرية لديهم أفكار لاعقلانية أكثر من آباء وأمهات العاديين، ووجود علاقة سالبة بين التوافق الزوجي والمعتقدات اللاعقلانية لدى آباء وأمهات ذوي الإعاقة الفكرية.

أما دراسة (Greaves 1997) استهدفت التعرف على فعالية برنامج تربوي عقلاني انفعالي سلوكي في خفض الضغوط النفسية والمعتقدات اللاعقلانية لدى أمهات الأطفال ذوي متلازمة داون، وتكونت العينة من ثلاثة مجموعات، مجموعة تجريبية تم تطبيق برنامج عقلاني انفعالي سلوكي عليها وعددها ٢١ أمًا، ومجموعة تجريبية ثانية طُبِقَ عليها برنامج تحليل السلوك التطبيقي وعددها ١٧ أمًا، ومجموعة ضابطة عددها ١٦ أمًا، وتم استخدام قائمة الضغوط الوالدية، ومقياس المعتقد، وركز البرنامج على المعتقدات اللاعقلانية وتوصل الباحث إلى فعالية البرنامج في خفض مستوى الضغوط الوالدية والمعتقدات اللاعقلانية التي تتعلق بعدم الرضا الوالدي. فقد انخفض المستوى المدرك للضغوط اليومية وزادت الحالة العامة لطيب الحياة Well-Being.

فيما استهدفت دراسة (Cohen 1998) التعرف على الفروق بين آباء الأطفال العاديين وآباء الأطفال ذوي الإعاقة في المعتقدات اللاعقلانية، وتكونت العينة من ٢٥ أمًا لأطفال في المرحلة العمرية من ٣ - ٥ سنوات من ذوي الإعاقة، ٢٢ أمًا لأطفال عاديين في المدى العمري من ٣ - ٥ سنوات، وتم استخدام مقياس السلوك التكيفي ومقياس المعتقد المختصر، وتوصل الباحث إلى وجود فروق بين أمهات الأطفال العاديين وأمهات الأطفال ذوي الإعاقة على مقياس المعتقد المختصر لصالح أمهات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث كانت لديهم معتقدات لاعقلانية تتعلق بالقلق والاكتئاب أكثر من أقرانهن أمهات العاديين.

بينما استهدفت دراسة (Pochtar 2010) التعرف على دور المعرفة الوالدية في الضغوط الوالدية والسلوك الوالدي، والوظيفة السلوكية لأطفالهم، والعلاقة بين المعتقدات الوالدية اللاعقلانية، والوجدان السلبي، والممارسات الوالدية السلبية حيث ترتبط بالوظيفة الانفعالية الاجتماعية التكيفية للأطفال، وتكونت العينة من ٧٩ أمًا لأطفال ما قبل المدرسة من ذوي الاضطرابات النمائية، وتم استخدام مقياس المعتقد الوالدي المعدل من إعداد (Joyce, 1995)، وقائمة الضغوط الوالدية، ومقياس كورنرز لتقدير سلوك الطفل، ومقياس الوظيفة الاجتماعية التكيفية، وتوصل الباحث إلى أن الآباء ذوي المستوى المرتفع من المعتقدات اللاعقلانية لديهم مستوى مرتفع من الضغوط، وكذلك المستوى المرتفع من المعتقدات اللاعقلانية لديهم والمعتقدات اللاعقلانية كان مرتبط بالمارسات الوالدية غير المناسبة، والتي كانت مرتبطة بوظيفة انفعالية اجتماعية منخفضة لأطفالهم وكانت المعتقدات اللاعقلانية الوالدية مرتبطة بقدرات الأطفال المعرفية والسلوكية والتكيفية.

واستهدفت دراسة (Ravindran 2012) التعرف على معرفة الآباء والمختصين باضطراب اضطراب التوحد، فيما يتعلق بالممارسات والمعتقدات، وعلاقة الآباء بالمختصين، وتكونت العينة من ١٩ أمًا لديهم أطفال في المرحلة العمرية من ١٦ سنة فأقل، ١٢ مختصًا يعملون مع الأطفال، واستخدمت الدراسة استفتاء الآباء والمختصين، والمقابلات، وتوصل الباحث إلى أن معتقدات الآباء حول الأسباب تؤثر على مشاركة الطفل في الأنشطة، وعلى تحديد نوع العلاج المستخدم.

المحور الثالث: دراسات تناولت الإرشاد العقلاي الانفعالي السلوكي في

تعديل المعتقدات اللاعقلانية.

استهدفت دراسة بسيوني (١٩٩٧) التعرف على فعالية برنامج عقلاي انفعالي لخفض القلق وتعديل المعتقدات اللاعقلانية لدى عينة من طالبات الجامعة، وتكونت العينة من (١٢٠) طالبة في المدى العمري من ١٨ - ٢٠ سنة، وتم استخدام مقياس الأفكار اللاعقلانية، مقياس القلق العام للراشدين، والبرنامج الإرشادي، وتكون البرنامج من ١٤ جلسة، مدة الجلسة الواحدة ساعة ونصف، وتوصل الباحث إلى فعالية البرنامج الإرشادي في خفض القلق وتعديل الأفكار اللاعقلانية.

بينما استهدفت دراسة محمد (٢٠٠٠) التعرف على فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي في تعديل المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالزواج العريفي، وأثره في تعديل الاتجاه نحو الزواج العريفي لدى عينة من الشباب الجامعي، وتكونت عينة الدراسة من ١١ فرداً من الذكور، وتم استخدام قائمة المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالزواج العريفي، ومقياس الاتجاه نحو الزواج العريفي، وبرنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي تكون من ١٤ جلسة إرشادية، مدة كل جلسة ساعتين، بواقع جلستين أسبوعياً، وطبق البرنامج بطريقة (جماعية - فردية) على أفراد المجموعة الإرشادية حيث تخللت الجلسات الجماعية جلسات فردية لإعطاء فرصة لكل فرد للتحدث بحرية عن مشاعره ومعتقداته وأفكاره المتعلقة بالزواج العريفي، وتوصل الباحث إلى فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي في تعديل الاتجاه نحو الزواج العريفي.

فيما استهدفت دراسة زهران (٢٠٠٣) هدف الباحث إلى التعرف على فعالية برنامج عقلاني انفعالي سلوكي في تصحيح مشاعر ومعتقدات الاغتراب وتنمية مشاعر الانتماء لدى طلاب الجامعة، وتكونت العينة من ٧٠ طالباً وطالبة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين، تجريبية وضابطة، وتم استخدام مقياس مشاعر الاغتراب، ومقياس معتقدات الاغتراب، والبرنامج الإرشادي، وتكون البرنامج من ١٦ جلسة بواقع جلستين أسبوعياً، ومدة كل جلسة ٦٠ دقيقة، وتوصلت الباحثة إلى فعالية البرنامج الإرشادي في خفض مشاعر الاغتراب، وفاعليته أيضاً في تصحيح معتقدات الاغتراب.

أما دراسة أحمد (٢٠٠٤) استهدفت التعرف على فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى طلاب الجامعة، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) طالبة تم تقسيمهن إلى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، وتراوحت أعمارهن ما بين ١٧-٢٢ سنة، وتم استخدام مقياس الشعور بالوحدة النفسية، ومقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية، واستمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي، والبرنامج الإرشادي، وتكون البرنامج من (١٥) جلسة إرشادية، وتوصل الباحث إلى فعالية البرنامج العقلاني الانفعالي والسلوكي في خفض درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

في حين استهدفت دراسة (Oppen 2004) التعرف على العلاج المعرفي في دحض المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة باضطراب الوسواس القهري، وتم استخدام منهج دراسة الحالة لسيدة عمرها ٣١ سنة، متزوجة، تعاني من الوسواس القهري، ومقياس الوسواس القهري، وبرنامج علاجي معرفي اعتمد على فنية الحوار السقراطي لبرنامج تكون من ٢٥ جلسة، وتوصل الباحث إلى فعالية الحوار السقراطي في دحض المعتقدات اللاعقلانية المصاحبة للوسواس القهري.

أما دراسة كامل (٢٠٠٥) استهدفت التعرف على فعالية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي في خفض أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من طلبة الجامعة، وتكونت العينة (٤٠) طالباً وطالبة بكلية التربية النوعية، تم تقسيمهم إلى أربع مجموعات على النحو التالي: مجموعة الذكور الضابطة وعددها ١٠ طلاب، مجموعة الذكور التجريبية وعددها ١٠ طلاب، مجموعة الإناث الضابطة وعددها ١٠ طالبات، ومجموعة الإناث التجريبية وعددها ١٠ طالبات، وتم استخدام مقياس الأفكار اللاعقلانية، ومقياس الحياة الضاغطة والبرنامج الإرشادي العقلائي الانفعالي، وتكون البرنامج من ١٠ جلسات، بمعدل جلستين أسبوعياً، وتستغرق الجلسة نحو ساعتين، واستغرق تطبيق البرنامج ٥ أسابيع، وتوصل الباحث إلى فعالية البرنامج المستخدم في خفض أحداث الحياة الضاغطة لدى أفراد العينة التجريبية.

بينما استهدفت دراسة محمد (٢٠١٠) التعرف على فعالية الإرشاد العقلائي الانفعالي في تعديل بعض المعتقدات اللاعقلانية التي الصدمة العاطفية لدى طلاب الجامعة، وتم استخدام مقياس المعتقدات اللاعقلانية التي تلي الصدمة العاطفية، والبرنامج العقلائي الانفعالي، وتكون من ١٣ جلسة، واعتمد البرنامج على فنيات التعليم والتوجيه، وإعادة البناء المعرفي، والتحليل المنطقي للأفكار اللاعقلانية، والنمذجة والوعظ العاطفي، والحوار الذاتي، ولعب الدور، ومواجهة الخجل، ووقف الأفكار، وتوصل الباحث إلى فعالية الإرشاد العقلائي الانفعالي في تعديل بعض المعتقدات اللاعقلانية التي الصدمة العاطفية لدى طلاب الجامعة.

بينما استهدفت دراسة (Dahlen 2007) التعرف على العلاج المعرفي في دحض المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالغضب وأثره على الغضب المختل وظيفياً،

وتكونت العينة من سيدة عمرها ٣٠ سنة متزوجة، وتم استخدام مقياس الغضب، وبرنامج علاجي قائم على فنيات العلاج المعرفي، وكان العلاج فعال باستخدام فنيات الحوار السقراطي، وإعادة البناء المعرفي في دحض المعتقدات اللاعقلانية والغضب.

واستهدفت دراسة Yanes, Tiffany, and Roberts (2010) التعرف على فعالية العلاج المعرفي باستخدام فنية إعادة البناء المعرفي والمراقبة الذاتية في دحض المعتقدات اللاعقلانية المصاحبة للاكتئاب في الشخصية العدوانية السلبية، وتكونت العينة من شخص واحد يعاني من الاكتئاب والشخصية العدوانية السلبية، وتم استخدام مقياس الاكتئاب ومقياس الشخصية العدوانية السلبية، وتم التوصل إلى فعالية فنية إعادة البناء المعرفي والمراقبة الذاتية في دحض المعتقدات اللاعقلانية المصاحبة للشخصية العدوانية السلبية.

بينما استهدفت دراسة شرشير (٢٠١١) التعرف على فعالية برنامج تربوي في خفض الأفكار الخاطئة المرتبطة بالإساءة الوالدية للأطفال، وتكونت العينة من ٢٨ طالباً في المرحلة العمرية من ١٣ - ١٥ عام، وتم استخدام مقياس العنف الوالدي، واستمارة بيانات، والبرنامج الإرشادي، واعتمد الباحث على فنيات إعادة البناء المعرفي، وتغيير الاتجاه، والاستعراض المعرفي، وتوصل إلى فعالية الفنيات العلاجية في تعديل الأفكار الخاطئة المرتبطة بالإساءة الوالدية.

أما دراسة محمد (٢٠١٣) استهدفت التعرف على فعالية العلاج المعرفي على الشعور المدرك بالخوف من العدائية، وتكونت العينة من ٨ طالبات بالمرحلة الثانوية، وتم استخدام مقياس العدائية والبرنامج المعرفي، وتكون البرنامج من ١٠ جلسات، وتراوح زمن الجلسة بين ٤٥ - ٦٠ دقيقة، وتضمن البرنامج استخدام فنيات إعادة البناء المعرفي، ولعب الدور، والواجب المنزلي، والاسترخاء، والتدريب التوكيدي، توصل الباحث إلى فعالية التدخل في خفض مشاعر الشعور المدرك بالخوف من العدائية.

فيما استهدفت دراسة Xavier and Marie (2014) التعرف على فعالية فنية إعادة البناء المعرفي المرتكز على نظرية العقل في تعديل فكرة الانتحار لدى عينة من المراهقين، وتكونت العينة من ٣٦ مراهقة من المدارس العامة بولاية كيرالا، تم تقسيمهم إلى عينة تجريبية وضابطة، وتم استخدام مقياس بيك لليأس

Hopelessness Scale ويستخدم هذا المقياس لتقدير التوقعات السلبية عن المستقبل، ومقياس Psychache Scale ومقياس فكرة الانتحار لبيك Suicide Ideation، وتم التوصل إلى فعالية برنامج إعادة البناء المعرفي المرتكز على نظرية العقل في خفض فكرة الانتحار لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، حيث انخفضت فكرة الانتحار من خلال الممارسة المعرفية والعقلية.

أما دراسة (Bethany, Martin, Janice, and Stephanie, 2014) استهدفت التعرف على أثر فنية إعادة البناء المعرفي واستراتيجيات العقل على عمليات الأحداث السابقة Postevent processing وأثره على اضطراب القلق الاجتماعي، وتكونت العينة من (٥٦) فرداً ممن يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي، تم تقسيمهم إلى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، وتم استخدام فنيات التدخل لضبط أفكارهم السلبية، وتم التوصل إلى فعالية التدخل في خفض القلق الاجتماعي من خلال ضبط أفكارهم السلبية، ولا توجد فروق بين إعادة البناء المعرفي واستراتيجيات العقل، وكان التحسن مرتبط بتعديل المعتقدات اللاكيفية.

وأخيراً استهدفت دراسة (Guddimath and Basavarajappa 2014) التعرف على فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض الاكتئاب وتحسين الصحة العامة لدى المثقفين العاطلين، وتكونت العينة (٣٠) شخصاً تم تقسيمهم عشوائياً إلى مجموعة تجريبية تكونت من (١٥) شخصاً، ومجموعة ضابطة تكونت من (١٥) شخصاً، وتم استخدام قائمة بيك للاكتئاب واستفتاء الصحة العامة وبرنامج عقلائي انفعالي سلوكي تكون من (٢٤) جلسة، واعتمد البرنامج على فنيات إعادة البناء المعرفي والتدريب التوكيدي وضبط الغضب، وتم التوصل إلى فعالية البرنامج في خفض الاكتئاب وتحسين الصحة العامة لدى المجموعة التجريبية من خلال التطبيق القبلي والبعدي، ولم يظهر أي تغير على أفراد المجموعة الضابطة خلال فترة تطبيق البرنامج.

تعليق على الدراسات السابقة

تم عرض مجموعة كبيرة من البحوث والدراسات، ولذلك لحاجة البحث الحالي، فهدفت المجموعة الأولى من الدراسات إلى دراسة المعتقدات اللاعقلانية الوالدية لدى الآباء بصفة عامة مثل دراسة (Langford 1988)، ودراسة Starko

(1991)، ودراسة (Ackerman 1991)، ودراسة (McDonald 1993)، ودراسة (Joyce 1995)، ودراسة (Kovalski & Horan 1999)، ودراسة (Salhany 2010)، ودراسة (O>Toole 2010). وذلك للتعرف على المعتقدات الوالدية وأنماطها، كما أن البحوث والدراسات التي تمت على آباء الأطفال ذوي اضطراب التوحد قد تكون نادرة في حدود إطلاع الباحث في محركات البحث العالمية.

وهدفنا المجموعة الثانية من البحوث والدراسات إلى التعرف على المعتقدات اللاعقلانية الوالدية لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة. مثل دراسة Witt (2005) التي تناولت المعتقدات الوالدية لدى آباء الأطفال ذوي اضطراب التوحد، ودراسة دانيال (2007) التي تناولت المعتقدات اللاعقلانية لدى آباء أطفال ذوي الإعاقة الفكرية، ودراسة (Greaves 1997) التي تناولت المعتقدات اللاعقلانية لدى أمهات متلازمة داون، ودراسة (Cohen 1998) التي تناولت المعتقدات اللاعقلانية لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة، ودراسة (Pochtar 2010) والتي هدفت إلى دراسة المعتقدات اللاعقلانية لدى أمهات الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية، ودراسة (Ravindran 2012) التي تناولت المعتقدات اللاعقلانية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

وهدفنا المجموعة الثالثة من الدراسات إلى التعرف على فعالية العلاج العقلاى الانفعالى السلوكى في تعديل المعتقدات اللاعقلانية. مثل دراسة محمد (2010)، ودراسة (Dahlen 2007)، ودراسة (Yanes, et al. 2010)، ودراسة شرشير (2011)، ودراسة محمد (2013)، ودراسة (Xavier & Marie 2014)، ودراسة (Bethany et al. 2014)، ودراسة (Guddimath & Basavarajappa 2014). واستفادة الباحثان من هذه الدراسات في بناء البرنامج العلاجي، من حيث الفنيات المستخدمة، والموضوعات المستهدفة، وعدد جلسات البرنامج المناسبة، وزمن كل جلسة.

واختلضنا الفئات المستهدفة باختلاف طبيعة كل دراسة فكانت العينات من الآباء والأمهات في البحوث والدراسات التي تناولت المعتقدات اللاعقلانية الوالدية، وكانت العينات من الراشدين في البحوث والدراسات الأخرى.

وتوصلت المجموعة الأولى من البحوث والدراسات التي تناولت المعتقدات اللاعقلانية الوالدية إلى وجود معتقدات لاعقلانية والدية تتعلق بالممارسات الوالدية مع الأبناء، وتوصلت المجموعة الثانية من البحوث التي تناولت المعتقدات اللاعقلانية الوالدية لدى آباء الأطفال ذوي الإعاقة إلى أن أهم المعتقدات اللاعقلانية الوالدية كانت معتقدات مرتبطة بالأسباب، وبتربية وتعليم ذوي الإعاقة، ومستقبلهم، ومعتقدات لاعقلانية خاصة بتوافق أسر آباء الأطفال ذوي الإعاقة.

وتوصلت المجموعة الثالثة من البحوث والدراسات إلى فعالية العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي في تعديل المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بالقلق والاكتئاب والعدوان والزواج العريفي والقلق الاجتماعي والانتحار والممارسات الوالدية.

فروض البحث:

- (١) يوجد فرق دال إحصائياً بين رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس المعتقدات اللاعقلانية الوالدية بعد تطبيق برنامج الإرشاد العقلائي الانفعالي السلوكي لصالح القياس البعدي.
- (٢) يوجد فرق دال إحصائياً بين رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس المعتقدات اللاعقلانية الوالدية بعد تطبيق برنامج الإرشاد العقلائي الانفعالي السلوكي لصالح المجموعة التجريبية.
- (٣) لا يوجد فرق دال إحصائياً بين رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس المعتقدات اللاعقلانية بعد توقف تطبيق البرنامج بشهرين.

إجراءات البحث

منهج البحث:

تم الاعتماد على المنهج التجريبي للتعرف على أثر المتغير المستقل «الإرشاد العقلائي الانفعالي السلوكي» على المتغير التابع «المعتقدات اللاعقلانية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد» وذلك من خلال التصميم التجريبي المكونة من مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة.

عينة البحث الاستطلاعية

تكونت عينة البحث الاستطلاعية من (٣٠) أما من أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بمدينة الرياض. وكان لديهم أطفال ذوي اضطراب التوحد في المرحلة العمرية من ٥ - ١٤ سنة.

عينة البحث: تكونت العينة الأساسية من (٢٠) أما من أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد تم تحديدهن من عينة أكبر تكونت من (٥٠) أما من أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد بمدينة الرياض، وتراوح العمر الزمني لهن من ٢٨ - ٣٨ سنة. وتم استخدام التصميم التجريبي المكون من مجموعة تجريبية عددهن (١٠) أمهات، ومجموعة ضابطة عددها (١٠) أمهات، وتحقق الباحثان من التكافؤ بين المجموعتين في العمر، والمعتقدات اللاعقلانية باستخدام اختبار مان - وتيني، والجدول التالي يوضح الفروق بين المجموعتين:

جدول (١)

الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة في العمر والمعتقدات اللاعقلانية

نوع المجموعة	المتغير	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z
تجريبية ضابطة	العمر	١٠	٧,١	٥٧,١٠	٢٣,٥٠	٠,٥٦٦
		١٠	٨,٢٣	٥٨,١٠		
تجريبية ضابطة	المعتقدات اللاعقلانية	١٠	٦,١٨	٥٧,٠٠	٢٣,٠٠	٠,٦١٥
		١٠	٧,٤١	٥٩,٠٠		

ويتضح من الجدول (١) السابق عدم وجود فروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في العمر، والمعتقدات اللاعقلانية، وهذا يشير إلى التكافؤ بين المجموعتين في العمر والمعتقدات اللاعقلانية وكانت الأمهات من الحاصلات على درجة البكالوريوس.

أدوات البحث

مقياس المعتقدات اللاعقلانية لآباء الأطفال ذوي اضطراب التوحد إعداد / الباحثان
قاما الباحثان بإعداد المقياس الحالي «المعتقدات اللاعقلانية لآباء الأطفال ذوي اضطراب التوحد» لحاجة البحث الحالي لهذا المقياس، حيث لم يجد الباحثان المقياس المناسب لتحقيق هدف البحث. واتبع الباحثان في إعداد المقياس الخطوات التالية:

راجعاً الباحثان الأدوات المتاحة في مجال تحديد المعتقدات اللاعقلانية، وخاصة المعتقدات اللاعقلانية لدى الآباء. وهي:

أ- مقياس المعتقدات الوالدية اللاعقلانية المعدل (Joyce (1995)، وهو مقياس معدل من مقياس (Berger (1983)، وهو مقياس ذاتي يتكون من ٦٠ عبارة، تقيس ست محددات للمعتقدات اللاعقلانية، وفي النسخة المعدلة تكون من (٢٤) عبارة تقيس ثلاثة أبعاد هي تحمل الإحباط، والمتطلبات، وتقدير الذات، ويتم تصحيح المقياس بطريقة "ليكرت"، وهو ثلاثي الاستجابة.

ب- مقياس المعتقد اللاعقلاني الوالدي Parenting Irrational Belief Scale أعده (Ackerman (1991، ويعتمد هذا المقياس على نظرية "إليس"، ويتكون من (٢٢) عبارة، والدرجة المنخفضة على المقياس تمثل مستوى معتقدات لاعقلانية مرتفع، ويتم تصحيح المقياس بطريقة "ليكرت"، وهو مقياس خماسي الإجابة، ويتكون المقياس من ست مقاييس فرعية.

ج- مقياس المعتقد اللاعقلاني Irrational Belief Scale، أعده كل من Kaya (2011) & Hamamci و صنف المعتقدات الوالدية اللاعقلانية في بعدين هما: التوقعات Expectations والكمالية perfectionism، وهو مقياس خماسي الإجابة يعتمد على طريقة "ليكرت" في التصحيح.

راجعاً الباحثان الأطر النظرية ونتائج البحوث المرتبطة بالمعتقدات الوالدية (Witt 2005; Greaves, 1997; Cohen, 1998; Pochtar, 2010; Ravindran, 2012).

أعدا الباحثان النسخة المبدئية من المقياس متضمنة أبعاد المقياس والتي تكونت من أربعة أبعاد وعباراته التي تكونت من (٤٠) عبارة، وتم عرضها على المحكمين، وقاما الباحثان بتعديل ما يلزم.

الخصائص السيكومترية لمقياس المعتقدات اللاعقلانية لآباء الأطفال ذوي اضطراب التوحد

قام الباحثان بتطبيق المقياس على عينة البحث الاستطلاعية والتي تكونت من ٣٠ أمّاً للأطفال ذوي اضطراب التوحد. واتبع الباحثان الطرق التالية للتحقق من صدق وثبات المقياس.

الصدق: اتبعا الباحثان الطرق التالية للتحقق من صدق المقياس

الصدق الظاهري: يقوم هذا النوع من الصدق على فكرة مدى مناسبة المقياس لما يقيس، ولما يطبق عليهم، ويبدو مثل هذا الصدق في وضوح البنود ومدى علاقتها بالقدرة، أو السمة، أو البعد الذي يقيسه المقياس وغالباً ما يقرر ذلك مجموعة من المتخصصين في المجال الذي يفترض أن ينتمي إليه المقياس (عبد الرحمن، ١٩٩٧) فقد قام الباحثان في المراحل الأولى لبناء المقياس بعرض عباراته على مجموعة من المحكمين في مجال الصحة النفسية والتربية الخاصة وتم تعديل صياغة بعض العبارات، وكذلك حذف العبارات التي لم تحظ بنسبة اتفاق ١٠٠ %.

صدق المحتوى: ويتمثل في مدى تمثيل المقياس للميادين، أو الفروع المختلفة للظاهرة التي يقيسها (عبد الرحمن، ١٩٩٧، ص. ٢٢٦) وفي هذا المجال اشتق الباحث عبارات المقياس الحالي من خلال مراجعته للعديد من المقاييس المرتبطة، وكذلك الدراسات السابقة والأطر النظرية، وهذا يدل أن محتوى المقياس اشتق من مصادر ذات صلة وثيقة بالظاهرة.

صدق المحك: تم تطبيق المقياس الحالي ومقاييس المعتقدات اللاعقلانية الذي أعده الريحاني على عينة تكونت ٢٥ أما من العينة الاستطلاعية، وكان الارتباط بينها ٠,٩٢.

الثبات: تم التحقق من الثبات عن طريق التجزئة النصفية وإعادة التطبيق ومعامل ثبات ألفا كرونباخ والجدول التالي يوضح قيم الثبات:

جدول (٢)

قيم الثبات لمقياس المعتقدات اللاعقلانية باستخدام التجزئة النصفية

وإعادة التطبيق ومعامل الفا كرونباخ

الدرجة الكلية	معتقدات مستقبل الطفل	معتقدات توافق الأسرة	معتقدات تربية وتعليم الطفل	معتقدات الأسباب	المقياس وأبعاده
٠,٩١٤	٠,٨٩٤	٠,٧٧٣	٠,٨٥٢	٠,٨٩١	إعادة التطبيق
٠,٨٥٥	٠,٨٥٥	٠,٧٢٢	٠,٨٣٣	٠,٨٢٢	ألفا كرونباخ
٠,٨٢٠	٠,٨٦٥	٠,٨٦١	٠,٧٧٢	٠,٨٩٢	سبيرمان براون
٠,٨٨٥	٠,٧٧٢	٠,٨٦٦	٠,٨٥٥	٠,٧٧١	جتمان

ويتضح مما سبق أن المقياس يتمتع بصدق وثبات مرتفع مما يجعلنا نطمئن لاستخدامه في البحث الحالي.

وصف المقياس: يتكون مقياس المعتقدات اللاعقلانية لآباء الأطفال ذوي

اضطراب التوحد من (٣١) عبارة، موزعة على أربعة أبعاد هي:

- أفكار خاصة بأسباب اضطراب التوحد: وتشير إلى المعتقدات اللاعقلانية الخاصة بأسباب اضطراب التوحد والتي يؤمن بها الأمهات ويتصرفون بناء عليها. ويتكون هذا البعد من (٩) عبارات، وتشمل العبارات من ١ - ٩ على المقياس.
- معتقدات خاصة بتربية وتعليم الطفل اضطراب التوحد: وهي المعتقدات اللاعقلانية الخاصة بتنشئة الطفل ورعايته وتعليمه ودمجه سواء في المنزل، أو المدرسة، أو مؤسسات المجتمع الأخرى. ويتكون هذا البعد من (٥) عبارات، وتشمل العبارات من ١٠ - ١٤ على المقياس.
- معتقدات خاصة بتوافق الأسرة: وتشير إلى المعتقدات اللاعقلانية التي ترتبط بانسجام وتفاعل أسرة الطفل اضطراب التوحد سواء في المنزل، أو العمل، أو غيرها مما تتفاعل معه الأسرة في البيئة المحيطة. ويتكون هذا البعد من (١١) عبارة، وتشمل العبارات من ١٥ - ٢٥ على المقياس.

- معتقدات خاصة بمستقبل الطفل: وهي التصورات والأفكار الخاطئة والجامدة التي يؤمن بها أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد والتي تتعلق بمستقبل الطفل. ويتكون هذا البعد من (٦) عبارات، وتشمل العبارات من ٢٦ - ٣١ على المقياس.

ويتم تصحيح المقياس بطريقة ليكرت، وهو مقياس خماسي الإستجابة ”غير صحيح تماماً، غير صحيح، صحيح إلى حد ما، صحيح، صحيح تماماً. وهو مقياس ذاتي التقدير، وتمثل الدرجة المرتفع عليه مستوى عال من المعتقدات اللاعقلانية والدرجة المنخفضة تشير إلى المستوى المنخفض من المعتقدات اللاعقلانية.

البرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي إعداد / الباحثان

اتبعا الباحثان الخطوات التالية لإعداد البرنامج:

- اطلعوا الباحثان على بعض المؤلفات والبحوث والأطر النظرية التي تناولت المعتقدات اللاعقلانية وخاصة ما يتعلق بالمعتقدات اللاعقلانية للآباء (Joyce, 1990; O'Hare & Neuman, 2000; Azar & Weinzierl, 2005; Salhany, 2010)

- أطلعوا الباحثان على بعض المؤلفات والبحوث والأطر النظرية التي تناولت العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (عمر، ٢٠٠٣؛ Dryden, 2013, p. 39).

- اطلعوا الباحثان على بعض البحوث والدراسات التي استخدمت العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تعديل المعتقدات اللاعقلانية، وخاصة المعتقدات اللاعقلانية لدى الآباء؛ (Yanes, et al., 2010) شرشير، محمد، ٢٠١٣؛ Xavier & Marie, 2014; Bethany et al., 2014; Guddimath & Basavarajappa, 2014).

وصف البرنامج

الهدف العام للبرنامج: يهدف البرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي إلى تعديل المعتقدات اللاعقلانية لدى أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد، عينة البحث الحالي.

الأهداف الإجرائية: تم وضع الأهداف الإجرائية للبرنامج وعنوان كل جلسة، وفنيات كل جلسة في الجدول (٣).

فنيات البرنامج : اعتمد البرنامج على الفنيات التالية :

- (١) الحوار والمناقشة: فنية تهدف إلى التحوار التفاعلي بين الباحث وأفراد العينة بما يتفق مع معطيات الجلسة (المعلومات والسلوكيات) بهدف التوصل إلى معلومات ومعارف جديدة.
- (٢) التقبل غير المشروط: وتعني تقبل المعالج لعميله كما هو، بلا لوم، أو توبيخ، أو تأنيب.
- (٣) المحاضرة: فنية تستهدف تقديم معلومات ومعارف متعلقة بموضوع الجلسة بطريقة منظمة ومبسطة.
- (٤) فنية ABC: فقد يستخدم الرمز A للدلالة على الحدث المنشط، وقد يكون الحدث المنشط موقف، أو تصرف، أو فعل سواء كان معرفي، أو سلوكي، أو انفعالي، فعندما يكون الأمر بالغ الأهمية، أو الحدث بالغ الأهمية فإن الحدث ينشط معتقدات الشخص - والتي يرمز لها بالرمز B- والتي تكون عقلانية، أو لا عقلانية، والتي تحدد إستجابة الفرد سواء المعرفية، أو الانفعالية، أو السلوكية - والتي يرمز لها بالرمز C - تجاه ذلك الحدث. ويتم تعليم المسترشد أن الحدث a لا يتسبب في الحالة الانفعالية C ولكن المعتقد B هو المسؤول عن الحالة الانفعالية C. وبعبارة أخرى يتعلم المسترشد من خلال هذا النموذج كيفية حدوث الاضطراب الانفعالي.
- (٥) نموذج ABCDEF: ويتضمن هذا النموذج شقين، الشق الأول ABC وسبق التعرف عليه وهو كيفية حدوث الاضطراب لدى المسترشد. والشق الثاني DEF يمثل مرحلة العلاج فيتعلم المسترشد في الشق الثاني كيفية علاج اضطرابه الانفعالي من خلال عملية المجادلة والتي يرمز لها بالرمز D (اختصار disputing) والتي تعني تحدي المسترشد وتفنيده لمعتقداته اللاعقلانية، والتي قد يترتب عليها التغيير، أو التأثير الذي أحدثته عملية المجادلة والتي يرمز لها بالرمز E (اختصار effect)، ويرمز بالرمز F (اختصار feeling) إلى المشاعر الجديدة التي حدثت.
- (٦) الدحض، أو المجادلة: تمثل هذه الفنية محور رئيس في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، وتعني تحدي المعتقدات اللاعقلانية للعميل حتى يصل إلى مرحلة الاستبصار الداخلي، التي يحول فيها المسترشد معتقداته

اللاعقلانية وما يعتنقه من أفكار وتصورات خاطئة إلى معتقدات عقلانية وأفكار وتصورات معقولة.

(٧) الواجب المنزلي: المقصود بهذه الفنية أن يكلف المعالج عميله بعمل شيء ما خارج المقابلة العلاجية لها صلة بحالته التي يعاني منها بهدف تعليمه وتدريبه على طرق تفكير منطقية، وأساليب اعتقاد عقلانية، ومهارات سلوكية إيجابية بشكل عام أثناء ممارساته العادية في حياته اليومية في البيئة التي يعيش فيها (عمر، ٢٠٠٣، ١٩١). وتعد هذه الفنية من الفنيات المهمة في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، حيث تُحمل هذه الفنية المسترشد مسؤولية تقدمه، وتتضمن هذه الفنية قيام المسترشد بأداء التكاليفات والواجبات التي يُكلف بها المعالج عميله. وممارسة هذه الفنية تأخذ صور متعددة فقد يُطلب من المسترشد قراءة بعض المواد المكتوبة، أو تلخيصها، كتابة بعض المذكرات، أو بعض الملاحظات.

جلسات البرنامج:

يوضح الجدول التالي وصفاً لجلسات البرنامج يتضمن عنوان الجلسة، والأهداف الإجرائية لكل جلسة، وفنيات كل جلسة:

جدول (٣)

وصف جلسات البرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة الإجرائية	فنيات الجلسة
١	بناء العلاقة الإرشادية	التعارف بين الباحثان والأمهات، والتعارف بين الأمهات، بناء الألفة بين الباحث والأمهات، التعريف بماهية البرنامج وما يمكن أن يكتسبه الأمهات من معارف ومهارات وعلاقة ذلك بطفلهن اضطراب التوحد.	الحوار والمناقشة، القبول غير المشروط
٢	المعتقدات العقلانية واللاعقلانية	يتعرف الأمهات للمعتقدات العقلانية واللاعقلانية	المحاضرة، الحوار والمناقشة
٣	أمثلة للمعتقدات اللاعقلانية	يتعرف الأمهات أمثلة للمعتقدات اللاعقلانية، ثم يقترح الأمهات أمثلة للمعتقدات اللاعقلانية.	المحاضرة، الحوار والمناقشة

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	أهداف الجلسة الإجرائية	فنيات الجلسة
٤	العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك	يتعرف الأمهات العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك	المحاضرة، الحوار والمناقشة، فنية ABC
٥	المعتقدات اللاعقلانية مولدة للاضطرابات والمشكلات.	يتعرف الأمهات على ما يترتب على المعتقدات اللاعقلانية من اضطرابات ومشكلات	المحاضرة، الحوار والمناقشة
٦	المعتقدات اللاعقلانية الوالدية	يتعرف الأمهات على المعتقدات اللاعقلانية الوالدية	المحاضرة - الحوار والمناقشة
٧	المعتقدات الوالدية اللاعقلانية الخاصة بطفل اضطراب التوحد « التوحد	يتعرف الأمهات على أمثلة المعتقدات اللاعقلانية الوالدية الخاصة بطفل اضطراب التوحد « التوحد	المحاضرة - الحوار والمناقشة، نموذج ABA
٨	نتائج المعتقدات اللاعقلانية الوالدية المرتبطة بالأطفال ذوي اضطراب التوحد	يتعرف الأمهات على التأثيرات السلبية التي قد تترتب على بعض معتقداتهم اللاعقلانية بأبنائهم اضطراب التوحد.	الحوار والمناقشة
٩	مواجهة المعتقدات اللاعقلانية باستخدام نموذج ABCDEF	يتعلم الأمهات مواجهة المعتقدات اللاعقلانية باستخدام نموذج ABCDEF	الحوار والمناقشة، لعب الدور، نموذج ABCDEF
١٠	مواجهة المعتقدات اللاعقلانية باستخدام نموذج ABCDEF	يتعلم الأمهات مواجهة المعتقدات اللاعقلانية حول الطفل اضطراب التوحد باستخدام نموذج ABCDEF	الحوار والمناقشة، نموذج ABCDEF
١١	مواجهة المعتقدات اللاعقلانية باستخدام فنية الدحض والمجادلة Disputation	يتعلم الأمهات مواجهة المعتقدات اللاعقلانية باستخدام فنية الدحض، أو المجادلة disputation	الدحض والمجادلة.
١٢	نهاية البرنامج	مراجعة ما تم اكتسابه في جلسات البرنامج من مهارات ومعارف، تقويم البرنامج	الحوار والمناقشة

تطبيق البرنامج: تم تطبيق البرنامج بمدينة الرياض على عينة من أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد في بداية الفصل الدراسي الأول للعام الدراسي ٢٠١٥ / ٢٠١٦ م. واستغرق تطبيق البرنامج مدة ستة أسابيع، بواقع جلستين في الأسبوع.

تقويم البرنامج:

- تم تقويم البرنامج بالطرق الآتية:
 - تم عرض البرنامج على مجموعة من المختصين في الصحة النفسية والتربية الخاصة، وتم تعديل ما أقرحه المختصون.
 - التقويم القبلي والبعدي: حيث تم استخدام التقويم القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج.
 - المقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج.
 - تم التحقق من فعالية البرنامج بعد شهرين من توقف تطبيق البرنامج.
- الأساليب الإحصائية:** تم استخدام الأساليب الإحصائية الآتية: اختبار مان - وتيني، واختبار ويلكوكسون.

نتائج البحث وتفسيرها

نتيجة الفرض الأول:

نص هذا الفرض على: «يوجد فرق دال إحصائياً بين رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس المعتقدات اللاعقلانية الوالدية بعد تطبيق برنامج الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي لصالح القياس البعدي.» وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار «ويلكوكسون»، والجدول التالي يوضح الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس المعتقدات اللاعقلانية الوالدية بعد تطبيق برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

جدول (٤)

الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس المعتقدات اللاعقلانية الوالدية

الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٣,٥٣٩	٠,٠٢١
الرتب الموجبة	١٠	٤,٥٠	٣٦,٠٠		
الرتب المتساوية	٠				

وتشير نتائج الجدول (٤) إلى وجود فرق دال إحصائياً بين رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي، وهذا يشير إلى صحة الفرض الأول.

نتيجة الفرض الثاني:

نص هذا الفرض على: «يوجد فرق دال إحصائياً بين رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس المعتقدات اللاعقلانية الوالدية بعد تطبيق برنامج الإرشاد العقلائي الانفعالي السلوكي لصالح المجموعة التجريبية» وللتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار «مان - وتني» والجدول التالي يوضح الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس المعتقدات اللاعقلانية الوالدية بعد تطبيق برنامج العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي.

جدول (٥)

الفرق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس المعتقدات اللاعقلانية الوالدية

نوع المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	Z	الدلالة
تجريبية	١٠	٩,٥٠	٩٠,٠٠	٠,٠٠٠	٢,٢٨٢	٠,٠١
ضابطة	١٠	٢,٠٠	٢٦,٠٠			

ويتضح من الجدول (٥) وجود فرق دال إحصائياً بين رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس المعتقدات اللاعقلانية الوالدية بعد تطبيق برنامج الإرشاد العقلائي الانفعالي السلوكي لصالح المجموعة التجريبية، وهذا يعني صحة الفرض الثاني.

تفسير نتائج الفرض الأول والثاني:

تتفق نتائج هذا البحث مع نتائج البحوث والدراسات التي توصلت إلى فعالية التدخل العقلائي الانفعالي السلوكي في تعديل المعتقدات اللاعقلانية الوالدية لدى آباء الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية (Cohen, 1998; Greaves, 1997).

وتتفق أيضاً بصفة عامة مع نتائج البحوث والدراسات التي توصلت إلى فعالية العلاج العقلائي الانفعالي السلوكي في تعديل المعتقدات

اللاعقلانية لدى الراشدين (بسيوني، ١٩٩٧ ؛ محمد، ٢٠٠٠ ؛ أحمد، ٢٠٠٤ ؛ Oppen, 2004Xavier & Marie,2014; Bethany et al., 2014; Guddimath & Basavarajappa, 2014).

وترجع فعالية البرنامج إلى أن الباحثان اتقنا اختيار موضوعات الجلسات بما يتفق مع قواعد وأسس وتوصيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

فتم البدء ببناء العلاقة العلاجية الجيدة، والتي أسهمت في توفير الثقة والتعاون بين الباحثان والأمهات. وتحديد الموضوعات والمهام التي يقوم بها الطرفين كان لها دور مهم في نجاح العلاج واستمرار الأمهات في جلسات العلاج.

فتحدث فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عندما كل من المعالج والمسترشد يعرفان مهام كل منهما، ويستطيعان تنفيذ تلك المهام في خدمة أهداف المسترشد، ويعملان معاً لإقامة شراكة partnership راشد لراشد. وهذه العلاقة ينبغي أن تكون على مستوى متوازن من الإنسانية، ولكن المعالج كمعالج لديه خبرة أكبر من المسترشد في تسهيل عملية التغيير النفسي (Dryden & Neenan,2006).

وكان اختيار الموضوع الثاني والثالث في جلسات العلاج مناسب تماماً للجلسة التي تسبقه (بناء العلاقة الإرشادية)، حيث كان الموضوع مناقشة الأمهات في الأفكار العقلانية واللاعقلانية وخصائص كل منهما، فكيف يمكن للأمهات الدخول المباشر في تقنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي دون التعرف على ماهية المعتقدات وأنواعها وخصائصها وأمثلة عليها دون الهجوم المباشر على ما يعتقد الأمهات. وهذا من شأنه اكتساب ثقة الأمهات في بداية الجلسات، فوصف المسترشد بأنه يعتقدن معتقدات لاعقلانية، وخاطئة، وغير منطقية في بداية العلاج ربما يعوق استمرار المسترشد في جلسات العلاج. وهذا لا يعني أن المعالج تجاهل ما يعتقدن الأمهات من معتقدات لاعقلانية، ولكن كان التعرض لها من خلال الواجب المنزلي، فأعطى الباحثان الأمهات الفرصة من خلال الواجب المنزلي ليسجل الأمهات ما يرون أنه معتقدات خاطئة تتعلق بأسباب إصابة الطفل باضطراب التوحد، وما يتعلق بتربية وتعليم ومستقبل الطفل ذي اضطراب التوحد، وكذلك توافق الأسرة.

وكانت موضوعات الجلسة الرابعة والخامسة مناسبة للسيناريو المناسب للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، حيث اعتمد البحث على شرح ومناقشة العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك، وكيف يكون التفكير مولد للمرض والاضطراب، وذلك من خلال تحليل العلاقة بين مكونات النموذج ABC. وما يزيد من فعالية هذه الجلسات أن الواجب المنزلي كان تطبيق لنموذج ABC على ما قد يعتقد بعض أمهات الأطفال ذوي اضطراب التوحد من معتقدات.

فتكشف ممارسة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي أن البداية في العلاج هي تعليم كل المسترشدين نموذج ABC، ومساعدتهم على فهم دور الضرورات Musts، والمبالغة Awfulizing، وقبول الذات والأخرين والحياة في اضطرابهم. فعندما يعرض المسترشد مشكلة جديدة يشجعه المعالج لتوجيه ذاته إلى المعتقدات اللاعقلانية الأربعة الرئيسية ليتعرف على الصلة بينهم وبين مشكلته الجديدة (Dryden & Neenan, 2006).

وكانت الجلسة السادسة هي محاولة لتعريف الأمهات ببعض المعتقدات الوالدية الخاصة، وكيف أن ما يعتقد الآباء من معتقدات لاعقلانية قد يؤثر سلبية على حياة الآباء أنفسهم، ويؤثر سلبياً في نظرتهم نحو أبنائهم وتربيتهم وتعليمهم وقبولهم ومستقبلهم. وكيف أنهم من خلال استمرارهن في جلسات العلاج قد يتعرفن على الكثير من تلك المعتقدات، فضلاً عن طرق تغيير تلك المعتقدات الخاطئة إلى معتقدات صحيحة ومعقولة تحقق لهن ولغيرهن من الأمهات السعادة والارتياح من خلال استمرارهن في جلسات البرنامج.

فالمعتقدات الوالدية اللاعقلانية من المفترض أن تؤثر على القلق والاكتئاب الوالدي، وبالتالي فإن تدريب الآباء في برامج الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي تقليدياً يركز على تغيير، أو دحض المعتقدات اللاعقلانية وزيادة الأفكار اللاعقلانية، وإدراك المعارف المرتبطة بأعراض كل من القلق والاكتئاب الوالدي. وعند استهداف المعتقدات اللاعقلانية في برامج الإرشاد السلوكي العقلاني الانفعالي فإن القلق والاكتئاب الوالدي ينخفض (Perez- Nieves, 2001).

وكانت الجلسة السابعة والثامنة بمثابة التعرض المباشر لبعض لمعتقدات الوالدية المرتبطة بوجود طفل ذي اضطراب توحد داخل الأسرة وما يمكن أن

يترتب عليها، مثل المعتقدات اللاعقلانية الوالدية المرتبطة بأسباب اضطراب التوحد وتربية وتعليم الطفل اضطراب التوحد ومستقبله، وتوافق الأسرة. وفي هذه الجلسة كان هناك نشاطاً فعالاً حيث طلب الباحث من الأمهات تسجيل ما يرون أنه معتقد لاعقلاني يتعلق بطفلهن ذي اضطراب التوحد، أو الذي يرون أنه معتقد لاعقلاني من وجهات نظر أمهات أخريات لديهن أطفال ذوي اضطراب التوحد حتى لا تتعرض الأمهات للحرج المباشر. وكان النشاط فعالاً أيضاً لأنه أتاح للأمهات فرصاً مناسبة لاستماع بعضهن إلى بعض، ومناقشة تلك المعتقدات، حيث لوحظ أن الأمهات بدأت في عرض الكثير من المعتقدات اللاعقلانية الوالدية بمجرد أن بدأت أحدهن بعرض ما سجلت.

وكانت الجلسة التاسعة والعاشره مخصصة للتدريب المباشر والمكثف على نموذج ABCDEF من خلال بعض المعتقدات اللاعقلانية الوالدية التي عرضهن الأمهات، والتي تم عرضها عليهن، فنجاح البرنامج قد يعود بشكل كبير على مدى إتقان الأمهات لمهارة تحدي ومجادلة معتقداتهن اللاعقلانية، واستبدالها بمعتقدات عقلانية. حيث كان التدريب كافي، فكان التدريب على مدار جلستين، وكان التدريب أيضاً من خلال الواجب المنزلي، وكان التدريب من خلال المراجعة الدقيقة للواجبات المنزلية.

فيرى كل من (Dryden and Neenan 2006) أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي قد يفقد فاعليته عندما يكون التدريب على مواجهة وتحدي المعتقدات اللاعقلانية غير كافي.

وكانت الجلسة الحادية عشر هي تتمة لجلسات تحدي المعتقدات اللاعقلانية، حيث اعتمد الباحثان على التدريب المكثف للأمهات على فنية الدحض والمجادلة لمعتقداتهن اللاعقلانية.

وترجع فعالية البرنامج إلى أن الباحثان اتقنا تدريب الأمهات على فنية الدحض، والتي جعلتهن قادرات على تفنيد، أو اكتشاف أن طرق تفكيرهم ومعتقداتهم غير منطقية ولا تستند إلى دليل، ولا بديل من استبدال هذه الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية إلى أخرى عقلانية ومنطقية وتستند إلى الدليل.

فيرى كل من شند والدسوقي (٢٠٠٣، ص ص. ٢٤ - ٢٥) أن استخدام الدحض المستمر للأفكار الخاطئة يساعد على اكتشاف الفرد أن طرق التفكير السابقة التي كان يستخدمها لم تعد تجدي، وأن استمرار تبنيها لا يعني تكرار الأخطاء وتدعيم الاضطراب فحسب بل يعمل على زيادة وقوة تأثيرها، وعندما يحاول المعالج إقناع المسترشد بأن يتخلى عن أفكاره الخاطئة ومعتقداته المشوهة، وأن يبني أفكاراً أكثر فائدة وأقل مدعاة للهزيمة الذاتية، فهذا لا يساعده على تبني أفكاراً جديدة ونافعة فحسب بل ويسهم في زيادة فاعليته الاجتماعية، وتحسين قدرته على التوافق.

فيساعد العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي المسترشد على تفنيد أفكاره ومساعدته على تكوين أفكار منطقية أفضل، وهنا يكون المعالج قد حقق الأثر المعرفي cognitive effect وساعد المسترشد على إعادة بناء الجوانب المعرفية لديه (نظام التفكير) ليواجه سلوكياته في المستقبل عن طريق استبدال الأفكار غير المنطقية بأفكار منطقية (الشناوي، ١٩٩٤، ص. ١١٥).

وترجع فعالية البرنامج أيضاً إلى أن الباحثان اعتمدا على أسلوب العلاج الجماعي، حيث تم الالتقاء بالأهمات في جلسات جماعية، حيث أتاح الباحثان الفرص المناسبة للأهمات للتفاعل والمشاركة والاستفادة من خبرات بعضهم البعض، والمشاركة في الأنشطة الجماعية في إطار العلاج العقلاني الانفعالي.

فيرى "إليس" أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يصلح في المواقف الجماعية إذ تتوفر فرصة أكبر للتدريب على تأكيد الذات، والتعلم من خبرات الآخرين، والتفاعل علاجياً واجتماعياً من خلال الجلسات وبعدها (ماهر عمر، ٢٠٠٣).

ويتفق هذا الاستنتاج مع ما ذكره (Gazda 1989) من أن أسلوب العلاج الجماعي يوفر جو من القبول والتشجيع بين أعضاء الجماعة، كما أنه يوفر بيئة آمنة لتجريب السلوكيات الجديدة، وهذا يعزز احتمال ممارسة السلوكيات الجديدة.

كما تم توظيف فنية الواجبات المنزلية توظيفاً مناسباً، حيث كان هناك تنوع في استخدام تلك الفنية، ما بين مراجعة الجلسات، وتسجيل بعض الأفكار والمعلومات، والقيام ببعض المهام التي تم تدريبهم عليها في الجلسة. فكان توظيف تلك الفنية متوافق مع توصيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لاستخدام هذه الفنية في ذلك المدخل. فكان التنوع في المهام المكلفين بها، وإمكانية القيام بهذه

التكليفات، محددة بدقة، ودقة المتابعة في تنفيذ ومراجعة تلك الواجبات، فضلاً
التغذية الراجعة الفورية التي يتم تقديمها للأمهات.

حيث أشار عمر (٢٠٠٣) أن الوظيفة المنزلية من أساسيات العمل الإرشادي في
العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، حيث تتنوع أشكالها وأنماطها لتحقيق أهداف
معينة، وتتصف الوظيفة المنزلية في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بالكثير
من الخصائص منها إمكانية القيام بها، وتنفيذها، وواقعية تنفيذها، ودقة تحديد
إطارها، وجدية متابعة تنفيذها. وهذا ما تم الحرص عليه في جلسات العلاج.

وما كان ليكون البرنامج فعالاً إذا لم يتقن الباحثان دورهما كمعالج
انومرييان في جلسات العلاج، حيث حرصا الباحثان على إتقان وظيفة المربي في
الحوار والمناقشة والمحاضرة والتدريب.

حيث يعد هذه المدخل تربوي تعليمي في منهجه حيث يتعلم المسترشد في هذا
المدخل وجهة نظر النظرية العقلانية الانفعالية السلوكية في المشكلات النفسية،
ويتعلم المسترشد إطار لتحديد المشكلات النفسية وخاصة المعتقدات اللاعقلانية
التي تدعم مشكلات المسترشد، ويوضح للعميل كيفية السؤال عن المعتقدات
اللاعقلانية وبدائلها العقلانية بحيث يرى بشكل واضح أن معتقداته اللاعقلانية
غير متسقة مع الواقع، وغير منطقية وتضر بالصحة النفسية، والعلاقات
الشخصية، وعلى النقيض المعتقدات العقلانية متسقة مع الواقع ومنطقية وتؤدي
إلى الصحة النفسية وتدعم العلاقات الشخصية مع الآخرين. ويتعلم المسترشد
مجموعة من الطرق التي تعزز إيمان المسترشد بمعتقداته العقلانية وتضعف
إيمانه بالمعتقدات اللاعقلانية. ويساعد هذا المدخل المسترشد على تحديد شكوكه
وتحفظاته واعتراضاته على ما يقدم له ومن ثم يقيمهم بطرق واقعية. ويساعد
المسترشد على فهم عملية تغيير المعتقدات، بحيث يمكنه التنبؤ بما يمكن أن يحدث
عند التبني الدائم للمعتقدات اللاعقلانية. ويساعد المسترشد على تحديد
والتعامل مع العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى الانتكاسة. ويساعد المسترشد على
تحديد وتذليل الصعوبات التي تحول دون تغيير الشخصية (Dryden, 2009).

فيمكن النظر إلى المهام التي يقوم بها المعالج كمربي، والتكليفات التي يقوم بها
المسترشد تجعله طالب، أو متعلم، وهذا يؤكد أن هذا المدخل تربوي في العلاج، وبالتالي
ينبغي أن نضع في الاعتبار كل مبادئ العملية التربوية عند استخدام هذا المدخل.

نتيجة الفرض الثالث :

نص هذا الفرض على: « لا يوجد فرق دال إحصائياً بين رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس المعتقدات اللاعقلانية بعد توقف تطبيق البرنامج بشهرين. » ولتحقق من هذا الفرض تم استخدام اختبار " ويلكوكسون "، والجدول التالي يوضح الفرق بين القياس البعدي والقياس التتبعي على مقياس المعتقدات اللاعقلانية الوالدية بعد توقف تطبيق برنامج الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي بشهرين.

جدول (٦)

الفرق بين القياس البعدي والقياس التتبعي
على مقياس المعتقدات اللاعقلانية الوالدية

الرتب	ن	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدلالة
الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٣,٥٣٩	٠,٠٢١
الرتب الموجبة	١٠	٤,٥٠	٣٦,٠٠		
الرتب المتساوية	٠				

وتشير نتائج الجدول (٦) إلى عدم وجود فرق دالة إحصائياً بين رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي والقياس التتبعي، وهذا يشير إلى صحة الفرض الثالث.

تفسير نتيجة الفرض الثالث :

يرجع استمرار فعالية البرنامج بعد توقف تطبيق البرنامج إلى أن الأمهات تعلمن جيداً تطبيق نموذج ABC، والذي يترتب عليه تطبيق هذا النموذج مع المشكلات والأزمات النفسية التي تواجههن في الحياة بعد توقف تطبيق البرنامج. فيرى (Dryden 2009) أن الممارس للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يسعى إلى تعليم المسترشد نموذج ABC ليفهم ويتعامل مع مشكلاته النفسية.

كما أن استخدام فنية الواجب المنزلي ساعدت المسترشد على تعميم ما تعلمه في جلسات البرنامج في مواقف الحياة. وهذا ما كان مقصود طووال جلسات البرنامج، حيث كان يطلب الباحث من الأمهات القيام بالواجبات المنزلية لتدريبهن على مواجهة ما يعترض حياتهن من مشكلات في المستقبل بأنفسهن.

ويتفق هذا مع ما ذكره إبراهيم وآخرون (١٩٩٣، ص. ١١٤) حيث يرى أن الواجب المنزلي يستخدم في تعميم التغييرات الإيجابية التي أنجزها الفرد، فهي تساعد على نقل التغييرات الجديدة إلى المواقف الحية، كما تعمل على تقوية وتدعيم الأفكار والمعتقدات الصحيحة الجديدة.

فكان عمل الباحثان طوال جلسات البرنامج ليس التدريب، أو اكتساب المهارات والمعارف كمهمة تبدأ في الجلسة وتنتهي في الجلسة فحسب، ولكن كان أيضاً التدريب من أجل تعليم وتدريب المسترشد على مواجهة ما يواجهه من مشكلات وضغوط في حياته مستقبلاً.

ويتفق هذا مع ما ذكره Dryden (2009) حيث يرى أن المعالج ينبغي عليه مساعدة المسترشد على تعميم تعلمه من موقف لآخر، ويكون هذا مبني بوضوح خلال العملية الإرشادية لمساعد المسترشد في تحديد وتحدي وتغيير معتقداته اللاعقلانية الرئيسية والتي ينظر إليها عبر مجموعة كبيرة من المواقف ذات الصلة.

توصيات البحث

- (١) الاهتمام بموضوع المعتقدات اللاعقلانية التي تسيطر على آباء وأمهات الأفراد ذوي الإعاقة، والذي يترتب عليها الكثير من المشكلات سواء مشكلات تتعلق بالآباء، أو مشكلات تتعلق بأبنائهم، وذلك من خلال البحث والدراسة.
- (٢) إجراء المزيد من البحوث والدراسات للكشف عن محتوى وطبيعة وأنواع المعتقدات اللاعقلانية لدى آباء الأفراد ذوي الإعاقة.
- (٣) تضمين برامج التدريب والإرشاد الوالدي لآباء الأفراد ذوي الإعاقة موضوع المعتقدات اللاعقلانية والوقاية منها وكيفية معالجتها بحيث تكون من أولويات قوائم تدريب وإرشاد آباء ذوي الإعاقة.
- (٤) إجراء المزيد من البحوث والدراسة للمقارنة بين المعتقدات اللاعقلانية لدى آباء الأفراد ذوي الإعاقة تبعاً لكل فئة على حدة.
- (٥) الاستفادة من البرنامج الحالي في مراكز الإرشاد النفسي والجهات المختصة فيما يتعلق بتعديل معتقدات أمهات الأفراد اضطراب التوحد؛ أي يمكن تعميم البرنامج على مجتمع أكبر.

المراجع

- إبراهيم، إبراهيم الشافعي (١٩٩٩). اختبار التفكير العقلاني واللاعقلاني. القاهرة: مكتبة النهضة العربية.
- أحمد، نجوى عبد اللاه (٢٠٠٤). فعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في خفض درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة. رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- بسيوني، سوزان صدقة (١٩٩٧). فعالية برنامج علاجي عقلاني انفعالي في خفض حدة القلق وتعديل المعتقدات اللاعقلانية لدى عينة من الطالبات الجامعيات. مجلة كلية الآداب، جامعة المنصورة، ٣٩ (١)، ١ - ٧٣.
- حافظ، داليا نبيل (٢٠٠٧). التفكير اللاعقلاني وعلاقته بسوء التوافق الزوجي لدى آباء وأمهات المعاقين عقلياً. المؤتمر الإقليمي لعلم النفس، رابطة الأخصائيين النفسية المصرية. ٢٨ - ٢٠ / ١١.
- حسب الله، أشرف محمد عطية، والعقاد، عصام عبد اللطيف (٢٠٠٠). المعتقدات اللاعقلانية وعلاقتها بالدوجمانية والمرونة - التصلب والرفض الوالدي. لدى شباب جامعتي الزقازيق وجنوب الوادي. دراسات نفسية، ١٠ (٢٥)، ٧٩ - ١١٩.
- الخطيب، جمال (١٩٩٢). الشلل الدماغي «دليل الآباء والمعلمين». عمان: دار إشراق للنشر والتوزيع.
- زهران، سناء حامد (٢٠٠٣). فعالية برنامج إرشاد صحة النفسية لتصحيح معتقدات الاغتراب لطلاب الجامعة. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ١٧، ١ - ٥٩.
- زهران، سناء حامد (٢٠٠٤). إرشاد الصحة النفسية لتصحيح مشاعر ومعتقدات الاغتراب. القاهرة: عالم الكتب.
- سعفان، محمد أحمد محمد إبراهيم (١٩٩٦). فعالية برنامج علاجي يتكون من إعادة البناء المعرفي والواجبات المنزلية والتغذية الراجعة في علاج الوسواس والأفعال القهرية (دراسة حالة). مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، ٢٧، ٩٥ - ١٣٥.

سغفان، محمد أحمد محمد إبراهيم (١٩٩٥). فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى الشعور بالذنب. مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، ١٩ (٢) ٢٣٧ - ٢٦٦.

الشربيني، زكريا أحمد (٢٠٠٥). المعتقدات اللاعقلانية وبعض مصادر اكتسابها دراسة على عينة من طالبات الجامعة. دراسات نفسية، ١٥ (٤) ٥٣١ - ٥٦٧١. شرشير، محمد عبد الحميد محمد (٢٠١١). العلاقة بين ممارسة العلاج المعرفي السلوكي وتعديل الأفكار الخاطئة المرتبطة بالإساءة الوالدية. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، ٣١ (١١)، ٥٠٢٧ - ٥٠٦٥. الشناوي، محمد محروس (ب.ت). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة: دار غريب للطباعة.

صابر، ممدوح (٢٠٠٥). علاقة المعتقدات اللاعقلانية بالقدرات الإبداعية لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة الخدمة النفسية، ١، ٢، ٦٧ - ١٤٤. عبد الرحمن، سعد (١٩٩٧). القياس النفسي. ط ٢. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

عبد الغفار، محمد (٢٠٠٧). المعتقدات اللاعقلانية المنبئة باضطراب الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة دراسات نفسية، ١٧ (٣) ٦٤٣ - ٦٨٨. العقاد، عصام عبد اللطيف؛ وقاعود، محمود عبد العزيز (٢٠٠١). المعتقدات اللاعقلانية وعلاقتها بالسلوك الهازم للذات لدى عينة من المرهقين والمرهقات. مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، ٣٩، ١٠٥ - ١٣٠.

عمر، ماهر محمود (٢٠٠٣). العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني. رؤية تحليلية لمدرسة ألبرت إليس الإرشادية. الإسكندرية: مركز دلتا للطباعة. كامل، وحيد مصطفى (٢٠٠٥). فعالية برنامج إرشادي عقلاي انفعالي في خفض أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من طلبة الجامعة. دراسات نفسية، ٥ (٤) ٥٦٩ - ٥٩٨.

محمد، سيد عبد العظيم (٢٠٠٠). أثر الإرشاد العقلاني والانفعالي في تعديل الاتجاه نحو الزواج العرفي لدى الشباب الجامعي. مجلة البحث في التربية وعلم النفس، جامعة المنيا، ١٣ (٣)، ١٢٠ - ١٨٠.

- محمد، محمد درويش (٢٠١٣). العلاج المعرفي للشعور المدرك بالخوف من العدائية. *مجلة كلية التربية بينها*، ٩٣ (٢) ١٦٣ - ١٧٨.
- محمد، معتز (٢٠١٠). برنامج إرشادي عقلاني انفعالي سلوكي لتعديل بعض المعتقدات اللاعقلانية التي الصدمة العاطفية لدى عينة من طلاب الجامعة. *مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس*، ٣٤ (١)، ٤٢٩ - ٤٦٨.
- مؤمن، داليا محمد عزت (٢٠٠٤). العلاقة بين السعادة وكل من المعتقدات اللاعقلانية وأحداث الحياة السارة والضاغطة. *المؤتمر السنوي الحادي عشر للإرشاد النفسي، جامعة عين شمس*، ٤٢٧-٤٦١.

- Ackerman, K.A. (1991). Irrational beliefs and parenting stress. *Unpublished doctoral dissertation*, University of Alberta, Alberta.
- Azar, S. T., Nix, R. L., & Makin-Bryd, K. N. (2005). Parenting schemas and process of change. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 45-48.
- Bernard, M. E. (1998). Validation of the general attitudes and belief scale. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 16, 183-196.
- Bernard, M., & DiGiuseppe, R. (1990). The application of rational-emotive theory and therapy to school aged children. *School Psychology Review*, 19, 268-286.
- Bethany, S.; Martin, M, A.; Janice, R, K. & Stephanie, E, C. (2014). The impact of cognitive restructuring and mindfulness strategies on postevent processing and affect in social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 28, 6, 570-579.
- Bornstein, H. M., & Cote, L. R. (2004). Mothers' parenting cognitions in cultures of origin, acculturating cultures, and cultures of destination. *Child Development*, 75, 221-235.

- Breston, E. (1998). How annoying is it? Defining parental tolerance for parental misbehavior. *Doctoral Dissertation*, University of Florida, city.
- Buss, D. M. (2001). Human nature and culture: An evolutionary psychological perspective. *Journal of Personality*, 69(6), 955-978. doi:10.1111/1467- 6494.696171.
- Chang, E. C., & D’Zurilla, T. J. (1996). Irrational beliefs as predictors of anxiety and depression in a college population. *Personality and Individual Differences*, 20(2), 215-219. doi: 10.1016/0191 -8869(95)00166-2.
- Christon, L.M., Mackintosh, B.J., & Myers, B.J. (2010). Use of complementary and alternative medicine (CAM) treatments by parents of children with Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4, 249–259.
- Cohen, M. S. (1998). Parent’s adjustment to young children with developmental disabilities: The linkage of cognition and affect in the parenting of special children. *Phd*, University of California at Berkeley.
- Corey, G. (2005). *Student manual theory and practice of counselling and psychotherapy*. California: Brooks/Cole publishers.
- Daggett, J., O’Brien, M, Zanolli, K., & Peyton, V. (2000). Parents’ attitudes about children: Associations with parental life histories and child-rearing quality. *Journal of Family Psychology*, 14(2), 187-199.
- Dahlen, E. R. (2007). Cognitive therapy for clinically dysfunctional anger: A case study. *Clinical Case Studies*, 6, 6, 493-507. Sage Publications.10.1177/1534650107298 707.
- Danescu, E. R. (1997). Parental beliefs on childhood disability: Insights on culture, child development, and intervention. *International Journal of Disability Development and Education*, 44(1), 41-52.

- David, D.& Szentagotai, A. (2006). Cognition in cognitive-behavioral psychotherapies (CBT): Toward an integrative model. *Clinical Psychology Review*, 3 ,284-298.
- David, D.; DiGiuseppe, R., (2010). Social and cultural aspects of rational and irrational beliefs: A brief reconceptualization. In D. David, S. J. Lynn & A. Ellis (Ed.), *Rational and irrational beliefs* (pp.49-72). New York, NY: Oxford.
- David, D., Lynn, S. J., & Ellis.A. (2010). *Rational and irrational beliefs. Implications for research, theory, and practice*. New York, NY: Oxford University Press.
- DiGiuseppe, R., Doyle, K. A., Dryden, W., & Backx, W. (2014). *A practitioner's guide to rational-emotive therapy* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- DiGiuseppe, R., Robin M. W., Leaf, R., & Gorman, B. (1989). *A cross-validation and factor analysis of a measure of irrational beliefs*. Present at World Congress of Cognitive Therapy; Oxford, England, June 29.
- DiLorenzo, T. A., David, D., & Montgomery, G. H. (2007). The interrelations between irrational cognitive processes and distress in stressful academic settings. *Personality and Individual Differences*, 42(4), 765-776.
- Doyle, k. a. (2011). Albert Ellis and rational emotive behavior therapy: a personal reflection. *Rat-Emo Cognitive-Behav Ther*, 29, 207–210. DOI 10.1007/s10942-011-0141-5
- Dryden, W.& Neenan, M. (2006). *Rational emotive behaviour therapy: 100 Key points and techniques*. London: Routledge.
- Dryden, w. (2003). *Rational emotive behaviour therapy, theoretical developments*. New York: Brunner-Routledge.
- Dryden, w. (2013). On rational beliefs in rational emotive behavior therapy: A theoretical perspective. *Rat-Emo Cognitive-Behav Ther*, 31, 39–48. DOI 10.1007/s10942-012-0158-4.

- Dryden, W.& Ellis, A. (2001). Rational emotive behavior therapy. In K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2nd ed. pp. 295-348). New York: The Guilford Press.
- Ellis, A. (1977). Basic clinical theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis & R. Grieger (Eds.). *Handbook of rational-emotive therapy* (pp. 3-34). New York: Springer Publishing Company
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy*. Revised and Updated. New York: Birch Lane Press.
- Ezenwa, M. O. & Ofojebe, P. (2013). Rational emotive behaviour therapy and the African culture. *Journal Home*, 21 (3), 25-31.
- Fulop, I. E. (2007). A confirmatory factor analysis of the attitude and belief scale 2. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 7, 159-170.
- Garbarino, J. (2006). *See Jane hit: Why girls are growing more violent and what we can do about it*. New York: Penguin Books.
- Garber, J. & Flynn, C. (2001). Predictors of depressive cognitions in young adolescents. *Cognitive Therapy and Research*, 25(4), 353-376.
- Greaves, D. (1997). The effect of rational-emotive parent education on the stress of mothers of young children with Down Syndrome. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 15(4), 249-267.
- Guddimath & Basavarajappa (2014). Effectiveness of rational emotive behavior therapy on depression and general health among literate unemployed. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 5(6), 698-701.
- Gurung, R. (2006). *Health Psychology: A Cultural Approach*. Wadsworth Publishing. Levy, S., & Hyman, S. (2003). Use of

- complementary and alternative treatments for children with autism spectrum disorders is increasing. *Pediatrics Annals*, 32, 685-691.
- Jones, R. G. (1968). A factored measure of Ellis' irrational belief system with personality, maladjustment correlates (Doctoral Dissertation, Texas Tech University, 1969). *Dissertations Abstracts International B*, 29,4379.
- Joyce, M. R. (1995). Emotional relief for parents: Is rational-emotive parent education effective? *Journal of Rational Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 13, 55-75.
- Joyce, M. R. (2006). A developmental, rational emotive behavioral approach for working with parents. In A. Ellis & M. E. Bernard (Eds.), *Rational-emotive treatment of childhood problems* (pp. 117-212). New York: Plenum Press.
- Joyce, M.R. (1990). Rational-Emotive Parent Consultation. *School Psychology Review*, 19(3), 304-315.
- Kaya, I & Hamamci, Z (2011). Development of the Parent Irrational Beliefs Scale. *Educational Sciences.Theory & Practice*, 11(3), 1160-1165.
- Koopmans, P. C., Sanderman, R., Timmerman, I., & Emmelkamp, P. G. (1994). The irrational beliefs inventory (ibi): development and psychometric evaluation. *European Journal of Psychological Assessment*, 70(1), 15-27.
- Kovalski, T. M.& Horan, J. J. (1999).The effects of internet-based cognitive restructuring on the irrational career beliefs of adolescent girls. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 13, 2,1, 145-152.
- Langford, S. (1988). *A relational analysis of mother -related variables. use of parent services and demographic factors. Unpublished master's thesis*, University of Alberta, Edmonton.

- Levy, S., & Hyman, S. (2003). Use of complementary and alternative treatments for children with autism spectrum disorders is increasing. *Pediatrics Annals*, 32, 685–691.
- Macavei, B. (2005). The role of irrational beliefs in the rational emotive behavior theory of depression. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 5, 73-83.
- Malouff, J. M., & Schutte, N. S. (1986). Development and validation of a measure of irrational belief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 860-862.
- McDonald, C. E. (1993). Parenting irrational beliefs and marital adjustment as correlates of parenting stress in young families. *Phd*, University of Alberta.
- Mirza, I., Tareen, A., Davidson, L. & Rahman, A. (2009). Community management of intellectual disabilities in Pakistan: A mixed methods study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(6), 559–570.
- Mulhauser, G. (2011). An introduction to rational emotive behaviour therapy: Counselling resource national mathematics advisory panel (2008). Foundations for Success: *The Final Report of the National Mathematics Advisory Panel* (U.S. Department of Education: Washington, DC).
- Mulvaney, M. K., Mebert, C. J., & Flint, J. (2007). Parental affect and childrearing beliefs uniquely predict mothers' and fathers' ratings of child behavior problems. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28, 445-457.
- Oppen, P. V. (2004). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *clinical case studies*, 3, 4, 333-349. DOI: 10.1177/1534650103259647.
- O'Toole, K. A. (2010). Parent behavior and cognition in predicting female childhood physical aggressive behavior: The role of

- irrational and normative beliefs as a function of child age. St. John's University (New York), *ProQuest, UMI Dissertations Publishing*, 3410999.
- Perez-Nieves, L. (2001). A comparative study of REBT/parent training versus parent training with Hispanic parents of exceptional preschoolers (Doctoral Dissertation, St. John's University, Jamaica), *Dissertation Abstracts International*, B, 4, 62.
- Pochtar, J. S. (2010). maternal irrationality, stress, and behavior, and disabled preschoolers' functioning. *Phd*, St. John's University.
- Ravindran, N. (2012). Parent and professional perspectives about autism spectrum disorders in south India: Beliefs, practices, and parent-professional relationships. *Master*, Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia.
- Ravindran, N. & Myers, B. J. (2011). Cultural influences on perceptions of health, illness, and disability: A review and focus on autism. *Journal of Child and Family Studies*, 21, 311-319. DOI: 10.1007/s10826-011-9477-9.
- Roehling, P. V., & Robin, A. L. (1986). Development and validation of family beliefs inventory. A measure of unrealistic beliefs among parent and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 693-697.
- Salhany, J. R. (2010). The role of parent irrational beliefs, parent anxious and depressed symptoms, and parenting behaviors in predicting child anxious and depressed symptoms. *Doctor Of Psychology*, St. John's University, (New York), ProQuest, UMI Dissertations Publishing, 2010. 3407226.
- Shorkey, T., & Whiteman, V. L. (1977). Development of the rational behavior inventory: Initial validity and reliability. *Educational and Psychological Measurement*, 37, 527-534.

- Starko, T. J.(1991). Parent stress and parent irrational beliefs: Mother-father differences. *Master of education*, University of Alberta (Canada), ProQuest, UMI Dissertations Publishing, MM70264.
- Teijesen, M. D., Salhany, J., & Sciutto, M. J. (2009). A psychometric review of measures of irrational beliefs: Implications for psychotherapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, 27(2), 83-96. doi:10.1007/sl0942-009-0093-1.
- Witt, K. (2005). The role of parent irrationality and child autism characteristics on parental stress level. *Dissertation Abstracts International*, 66(6), 3447B (UMI No.AAT 3179533). Retrieved October 16, 2009 from Dissertations and Theses database.
- Xavier, B. & Marie, A, V. (2014). Development and effectiveness of mindfulness based cognitive restructuring program on psychache and hopelessness as signals of suicidal ideation among adolescents. *Indian Journal of Positive Psychology*, 5, 2,109-115.
- Yanes, P. K.; Tiffany, S. T. & John E. Roberts, J. E. (2010). Cognitive Therapy for Co-Occurring Depression and Behaviors Associated With Passive-Aggressive Personality Disorder. *Clinical Case Studies*, 9(5), 369– 382. sagepub.com/journalsPermissions.nav. DOI: 10.1177/1534650110383307.