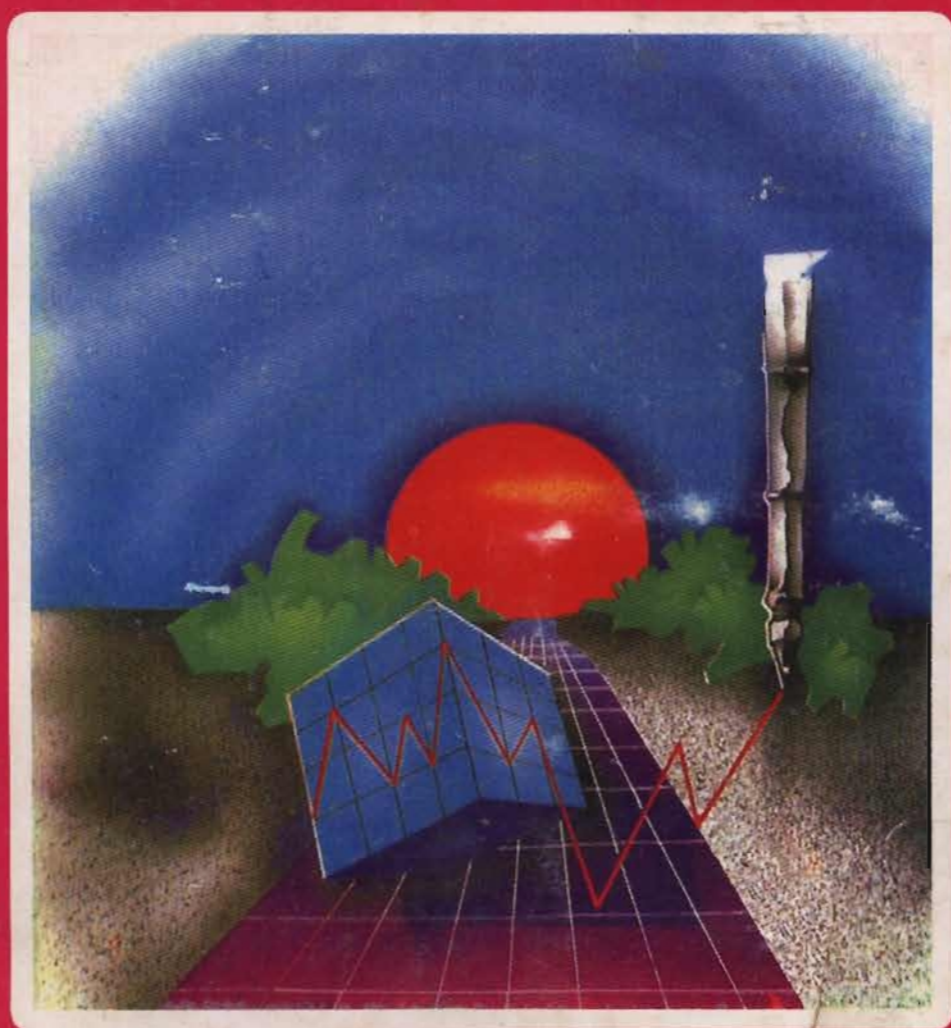


العلاج النفسي السلوكي

المعرفي الحديث

أساليبه ومبادئ تطبيقه



د. عبدالستار إبراهيم

العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث

أساليبه ومبادئ تطبيقه

د. عبد الستار إبراهيم

أستاذ علم النفس الطبي ورئيس قسم الطب النفسي
كلية الطب - جامعة الملك فيصل

« في يقيني أن موقع علماء النفس في عالم اليوم من أهم
المواقع وأهمها على الإطلاق . أؤكد هذا لأن كل المعضلات التي
تواجه البشرية اليوم من حرب وسلام ، ونظام وفوضى ، واستغلال
وتآخ ، وفهم وسوء فهم ، وسعادة وشقاء ، وحب وكراهية - جميعها
يكن حلها في ضوء فهم الطبيعة البشرية فهما جيدا . وإلى هذا
الهدف تتجه وظيفة علم النفس بكامله وبذاته » .

« ماسلو »

بسم الله الرحمن الرحيم

تمهيد

أتيح لكاتب هذه السطور السفر للولايات المتحدة في زيارة علمية لجامعة ميتشيغان للإطلاع على جوانب التقدم في دراسة الإضطرابات النفسية والعقلية ، وفنون التطور في علاجها أو تعديلها . وهناك أمكن لنا بالفعل أن نلاحظ عن كثب ما يجري في العيادات النفسية الجامعية والمؤسسات العلاجية الخاصة والعامة . وقد إرتبطت ملاحظاتي تلك - لحسن الحظ - بالتدريب المنظم على ممارسة العلاج النفسى والمساهمة في عدد لا بأس به من الندوات والمؤتمرات العلاجية المختلفة . ونعترف بأن ذلك غير كثيرا من مفاهيمنا عن تعديل السلوك البشرى وإضطراباته ، وزاد من إبرائنا لنور العلم والمعرفة التجريبية في إخضاع موضوع كان ولا يزال موطنًا للخرافة والجهل والتدجيل .

وإذ كان الكاتب يلاحظ التغير الحديث ، والتطور في تصوراته عن عملية العلاج النفسى خلال تلك الأعوام الأربعة ، كانت تطفى على ذهنه في كثير من الأحيان رغبة قوية في مشاركة القارئ العربى بعض الخبرات والإطلاعات المنظمة في هذا الميدان . ولم تكن تلك الرغبة صادرة عن هذا فحسب ، بل كان هناك أيضا إحساس قوى بالمسئولية الإجتماعية تجاه أبناء الوطن العربى سواء أكانوا من المتخصصين الذين يرغبون بقوة في العثور على نظرية علمية متماسكة ترشد خطاهم في التعامل مع ما يثيره السلوك البشرى من مشكلات ملحة ، أو كانوا من المواطنين العاديين الذين

يخطئون الطريق لأساليب ومناهج فعالة تساعدهم على مواجهة المرض النفسي لديهم ولدى من حولهم ، وتكفيهم شر أفكارية عقيمة .

الحق أن حس المسؤولية الاجتماعية قد إزداد أكثر فكثر عندما أتبع العودة سنة ١٩٧٨ إلى أرض الوطن العربي من جديد للتدريس ، راف على التدريب الإكلينيكي لطلاب وطالبات علم النفس بجامعة . وبالرغم من أننا لاحظنا حماسا شديدا للتفكير العلمي .. وقوة في الأقلام التي تحاول أن تدعو في شجاعة أدبية واضحة لمزيد من غير الطمى والعقلانية في تناولنا لما تطرحه علينا الحياة بجوانبها لفة من تحديات ومشكلات ، فلم يستطع هذا الحماس فيما يبدو أن على كثير من الأفكار الدارجة حول كثير من القضايا الاجتماعية مكات ناهيك عن المرض النفسي والعلاج . إذا لم تزل نظرة كثير من طنين تعشش فيها كثير من الخرافات القديمة والمزاعم الخاطئة في سير المرض النفسي وعلاجه . وحتى بين كثير من المختصين - ناهيك عن مة - لاتزال نظرتهم للعلاج النفسي أشبه - في أحسن الأحوال - بما سائدا تاريخ العلاج النفسي منذ ١٥ أو ٢٠ سنة أو يزيد .

ويقيني أن كثيرا من هؤلاء لا يزالون يتصورون بأن العلاج النفسي لمستقبل التطور في الطب ، والعقاقير ، وجوانب العلاج البيولوجي لسات الكهرياء وعمليات المخ الجراحية . وإذا كان هناك إعتراف بعود دج النفسى على الإطلاق فإن هو التحليل النفسى كما بلوره "فرويد" له القديم القائم على التداعى الحر وتحليل العمليات اللاشعورية ، وطفولة سان الميكرة وعقده وغرائزه .

ولا أزعم بالطبع أنه لا يوجد من المتخصصين وأصحاب الثقافه الجادة ممن لا يعرفون مثلا بأن هناك تطورات فى العلاج النفسى ومن لا يعرفون بأن هذه التطورات تأخذ سبيلا مختلفا تماما عن الطب وعن التحليل النفسى الفرويدى . كل ما أزعمه أن هذه المعرفة لم تتحول بعد إلى نظرة علمية متماسكة تستطيع أن تواجه كثيرا من المزاعم الخاطئة فى حركة العلاج النفسى وتعديل السلوك البشرى . وهو أمر بالطبع يرجع فى كثير من أجزائه لإتعدام الكتابات العلمية فى هذه الموضوعات تقريبا ، كما يرجع - جزئيا إلى أن الألام بالأساليب الحديثة فى العلاج والتدريب عليها يعتبر شبه منعدم فى مؤسسات الصحة العقلية والجامعات العربية .

هذا الكتاب إذن للمتخصص وغير - المتخصص . للمتخصص من حيث أنني حاولت أن أعرض فيه بعض جوانب التقدم فى النظريات السيكلوجية الحديثة (نظرية التعلم بشكل خاص) فى ميدان علاج إضطرابات السلوك البشرى . ولهذا فقد حاولنا عند التعرض لى منهج من العلاج أن نبين أولا: أساسه العلمى وما وراعه من بحوث وتجارب ، وأن نصف ، ثانيا: ويتفصيل نسبى - طريقة تطبيق هذا المنهج ، وأن نوضح ثالثا أهم الدراسات والتجارب التى تثبت فاعلية هذا المنهج أو ذاك . وهى جوانب أعتقد من الضرورى الإلمام بها لمن يفكر فى إتخاذ العلاج النفسى مهنة أو لمن يمارسه من الأطباء والمتخصصين فى علم النفس والخدمة الاجتماعية . وكتبته أيضا بطريقة أمل فى أن لا تكون عسيرة على غير المتخصصين حتى تتحقق الفائدة المزبوجة . فحاولت بقدر الإمكان الإبتعاد عن المصطلحات الفنية وعن أساليب البحث ، والتجارب والإحصاءات إلا ما كان ضروريا منها ، وفى أضيق الحدود ، مع إستخدام كثير من الأمثلة والحالات الشارحة .

لقد مر الآن أكثر من ١٠ أعوام على صدور كتابي الذي نشر من قبل في سلسلة عالم المعرفة تحت عنوان العلاج النفسي الحديث : قوة للإنسان . وفي خلال هذه الأعوام التي مرت منذ صدوره شهد مسرح العلاج السلوكي تطورات هائلة .. وأثبتت حركة العلاج السلوكي أنها بالفعل ثورة في ميدان علاج إضطرابات السلوك الإنساني ومشكلاته ...

صحيح أن الخطوط العريضة لهذه الحركة والمسميات النظرية لها والأهداف النهائية للعلاج النفسي كما تخطط لها إحتفظت بطابعها العام.. إلا أنها أستطاعت أن تغزو كثيرا من الميادين .. وتخضع كثيرا من المشكلات للضبط والتعديل. وقد صاحب ذلك تطور في إتساع أساليبها الفنية .. وفي مستوى التطبيقات.

ومن ثم بدأت أعيد التفكير في الامتداد بكتابي السابق مستفيداً بهذه التطورات فأجريت عليه كثيرا من التنقيح والتعديل لتتلائم مادته مع الصورة التي وصل إليها التطور في حركة العلاج السلوكي . وعدلت العنوان قليلا فأضفت كلمة العلاج النفسي السلوكي المعرفي إذ أصبح هذا المفهوم الآن شائعا في الوطن العربي . ومن ثم فإن القارئ أصبح أكثر قابلية له مما كان الحال عليه عند صدور العلاج النفسي الحديث : قوة للإنسان.

د . عبد الستار إبراهيم

١٩٩٤م

الباب الأول

نظرة عامة في الإضطرابات النفسية وعلاجها

الفصل الأول : نحن والإضطرابات النفسية
والعقلية

الفصل الثاني : شيء عن العلاج النفسي عبر
العصور

الفصل الثالث : لمحة على الأساليب الحديثة ..
من العلاج النفسي

الفصل الأول

نحن والإضطرابات النفسية والعقلية

سأحاول في هذا الفصل أن أقدم للقارئ عرضاً لبعض المفاهيم الرئيسية التي سيصادفها في ثنايا الفصول القادمة. فهذا الكتاب - فيما أوضحنا يهدف إلى إعطاء وجهة نظر علمية متماسكة عن عدد من الأساليب الحديثة في العلاج النفسى ، فموضوعه أساساً هو السلوك الإنسانى الشاذ أو المضطرب. ومن المفيد - لهذا السبب - أن نتفق على فهم جوانب معينة في هذا الموضوع. فما هو السلوك الشاذ، أو المضطرب؟ وكيف يتحول الناس إلى مضطربين عقلياً؟ وما هى العوامل النفسية المتدخلة فى ذلك؟ وهل تزداد النسبة المئوية لحالات الإضطراب العقلى والنفسى؟ وكيف يمكن العلاج؟.

هناك فى الحقيقة خلاف كبير حول طبيعة السلوك الشاذ. يعترف واحد من أئمة علم النفس الحديث، بأن البدء فى تعريف السلوك الشاذ ربما يكون بداية خاطئة " فالعلم لا ينجح دائماً فى إعطاء تعريفات معقولة عن الظواهر الطبيعية حتى يصل إلى درجة معقولة من الفهم المتقدم لأسبابها. فالأسهل هو أن نصف وأن نتعرف على قليل مثلاً من أن نعرفه".^(١) ولهذا

*الارقام بين الأقواس تشير إلى أرقام المراجع فى نهاية الفصل

سنقدمه هنا يعتبر وصفا للسلوك الشاذ . وليس تعريفا بالمعنى الدقيق .

هناك مدخلان أو طريقتان يمكن من خلالهما التعرف على أشياء بشكل عام : الطريق الأول هو الذى يصف الأشياء من خلال أوصافها .. فنحن نعرف الأبيض لأنه غير الأسود (٢) . ونصف الرجل ليس طفلا .. وبهذا المعنى يكون السلوك الشاذ .. ما هو ليس بسليم أو سوى .. ونحتاج هنا أيضا لأن نتفق على أوصاف محددة لما نعتبره سليما صحيحا فى الحياة .

أما الطريق الآخر فهو تعريف الأشياء بالنظر إليها من الداخل .. من خلال وصف متعلقاتها الأساسية فنحن لانكتفى بأن نصف الرجل بأنه ليس فلا (كما فى المدخل الأول) ، بل علينا أن نصف ما يتعلق بسلوك الرجل من سوج إنفعالى وقدرة على إستخدام اللغة، والإستقلال والقدرة على الضبط حركى والمشى .. إلى غير ذلك . وفى هذه الحالة يجب التعرف على السلوك شاذ من خلال وصف أنواع معينة من السلوك " تكون غالبية الناس مستعدة للمواقفة على أنها سلوك مضطرب أو شاذ. " والآن إلى مزيد من تفصيل عن كل طريقة من طرق التعرف على الإضطراب النفسى .

ونعتبر البدء بوصف السلوك السليم أو العادى مدخلا طيبا بفهم سلوك الشاذ .. وبالرغم من صعوبته . فما من مفهوم يُحير علماء النفس علاجى فى تعريفه كمثل مفهوم السواء . ربما لأن كثيرا من علماء هذا النوع يتعاملون أساسا مع إضطرابات ومشكلات . لهذا فهم يعتقدون بأن واجبهم أولا تقسيم إجابة شافية " وبالتالي علاجا " للمشكلات الرئيسية

والإضطرابات التى تواجه مرضاهم . والناس لا يذهبون للمعالجين النفسيين لأنهم أسوياء أو عاديين .. بل لأنهم يحتاجون أساسا لخدمة الخبير النفسى وإرشاداته فى مشكلات كالقلق ، والأرق، والعجز عن الفاعلية الإجتماعية، والشقاء .. وغيرها . ومع ذلك فبدون وجود تصور للسلوك الناجح أو السوى أو الصحى قد لا ينجح المعالج أن يهدى من يستشرونه للطريق الصواب .. فما هو السلوك العادى أو السليم ؟ . ليس ثمة إتفاق فى الحقيقة بين الدراسين والمعالجين المختلفين حول قائمة الصفات التى تستتبعها عملية الصحة النفسية ، ولكننا يمكن مع ذلك أن نستخلص عدداً من الأوصاف لا يثور حولها جدل كثير فى أن من يتصف بها يعتبر على الأقل على قدر لا بأس به من الصحة النفسية والنضوج :

فئة أربع فئات من السلوك تظهر لدى الأشخاص بعد نجاحهم فى العلاج النفسى كما يمكن أن نلاحظها لدى من نطلق عليهم أسوياء ، أو متكاملين ، أو غير ذلك من ألقاب الصحة النفسية .

*** فهناك النضوج ، والمهارة فى تكوين شخصية - إجتماعية فعالة ، والدخول فى علاقات إجتماعية دافئة وإيجابية على أن تكون مقبولة من الشخص نفسه وغير مرفوضة أو مستهجنة من الآخرين .

*** وهناك التوافق للعمل والمهنة ، أو بتعبير آخر الفاعلية فى أداء الدور ، أو الأوار الإجتماعية المتوقعة بالشخص ، مع البحث النشط عن دور أو أوار ذات معنى فى الحياة ، إذا ما ظهر - لأى سبب من

الأسباب - أن المهنة التي يقوم بها الشخص لا تقدم له الإشباع الذي يسمى إليه .

**** وهناك التوافق مع الذات ، وما يتبع ذلك من قدرة أو قنرات على تعلم خبرات جديدة ، والإستبصار بالذات بما فيها من ضعف وقوة ، وبقرة على تحقيق النفس والاهداف ، وتوظيف الإمكانيات الفردية لتحقيق الإشباع المعنوي ، والجسمي ، والجنسي ، وما يرتبط بذلك من نمو في القنرات الإبتكارية ، وإتخاذ القنرات ، وضبط الإنفعالات السلبية الهدامة كالقلق ، والعوان والإكتئاب والخاوف التي لامعنى لها .**

**** وهناك أخيرا قدرة الشخص على أن يتبني لنفسه فلسفة عامة في الحياة تسمح له بأن يتصرف بكفاءة ونجاح يتناسبان مع إمكانياته ، وأن يوظف تفكيره لتحقيق التوافق بجوانبه الثلاثة السابقة : الإجتماعية ، والسلوكية ، والنفسية .. وعندما نقول فلسفة عامة لا نعنى بالطبع بأن الشخص السوي يجب أن يكون "برتراندراسل" أو "سارتر" ، وإنما بأن يكون للفرد مجموعة من التصورات والقيم والإتجاهات ، والمعتقدات الشخصية التي تساعد على حب الحياة والناس والذات ، وتحقيق السعادة ، والحياة الإجتماعية الفعالة .**

واسنا نقصد من وضع هذه الصفات أن نستعرض قائمة مفهومة لما نعتبره سلوكا ناضجا أو سليما . ونحن لا نذهب إلى أن هذه الصفات تمثل كل ما يعتبر سليما ، وإنما ركزنا على أهمها ، وعلى العناصر البارزة في

السلوك السوي كما قد يتفق عليها المعالجون النفسيون بمدارسهم المذ ونحن نؤمن عن يقين بأن أى معالج نفسى مهما اختلفت النظرية التي يتبناها سيجد في هذه القائمة صفة أو أكثر يطمح أن يراها تتطور في مريضه ، ويعتبرها مقياسا لنجاحه في العلاج .

إلى هنا ولم نتعرض لهذه الحالات التي نعطيها بلا تردد صفة الشنوذ ، أو المرض . لكن ربما كان من أهم ما يمنحنا إياه هذا العرض السابق .. هو أن يوضح لنا بصورة غير مباشرة ، مانعنيه بالسلوك الشاذ أو المرض .

فالمعجز عن التوافق في أى جانب من الجوانب الأربعة التي ذكرناها قد يعتبر علامة على الشنوذ والمرض . والواقع أن كلمة شنوذ ككلمة سواء من حيث أنها مفهوم ، أو كلمة ، مجازية نطلقها على بعض التصرفات ، والأفعال التي تصدر عن الشخص في مواقف متعددة . والمطلع على مراجع الطب النفسى وعلم النفس المرضى المتعددة - كلها ، لا يجد تعريفا لأمراض شاذة .. إنما يجد قائمة طويلة تتضمن أسماء ومفاهيم لإضطرابات نفسية كالفصام .. والقلق ، والإكتئاب لكل منها أعراض محددة تختلف عن مجموعة الأعراض والتصرفات التي تظهر عند شخص ينتمى لفئة أو لأخرى - وهكذا فمجموعة الإضطرابات والتصرفات التي تشير إلى الخلل في تحقيق التوافق الإجتماعى والإندماج في أفعال إجتماعية غير مناسبة ومرفوضة ؛ يسهل وصف صاحبها بالجنون والسيكوباتية أكثر من وصفه بالإكتئاب أو السلبية - الخ .

بعبارة أخرى ، فإنك لن تجد في كتب العلم ما يريح إن كنت تتصور بأن المرض النفسى على غرار المرض الجسمى يرتبط بنوعية شاذة فى تركيب وظائف العقل أو الأعصاب. فلقد توقف رجال العلم اليوم عن هذا .. كما توقفوا منذ فترة غير قصيرة عن تصور السلوك الغريب (سواء سلوك عباقرة أو مجانين) بأنه مدفوع بقوة شيطانية ، أو أرواح غريبة تحكم الجسم على نحو ما .. وتحرك الإنسان فلا يملك لها رؤا .

وربما تسهم كلمة مرض نفسى فى بعض الأحيان فى إثارة غموض لا يقل عن الغموض الذى تركته لنا التفسيرات الشيطانية القديمة للأمراض النفسية .. فكما أن تلك التفسيرات القديمة نقلت لنا بأن السلوك الشاذ عمل من أعمال الشيطان، ولم تمنحنا بذلك أى معرفة ذات قيمة فيما يتعلق بهم هذا السلوك أو ضبطه أو علاجه ، كذلك تثير كلمة المرض النفسى التى تستخدم بكثرة تلك الأيام " . فالعنى التقليدى لكلمة المرض هو أنه حالة تمتلك شخصا فتحوله إلى شخص مختلف جذريا عن حالته السوية. فهو قد يعانى من الملاريا ، أو من الحمى أو الجلطة .. الخ . ونجد فى كل حالة انفصالا بين السوى والمرضى . والأكثر من ذلك هناك سبب معين لكل مرض ، كأن نصاب بجرثومة أو تلحق بنا أضرار ماديا ما " (١). ولاشئ من هذا يصح مع الإضطرابات النفسية . والأحرى أن تصور الشخص المضطرب بأنه لا يختلف فى طبيعته عن الشخص العادى .. فليس هناك فرق بين المضطربين والأسوياء إلا فى مقدار ظهور السلوك الذى نعتبره شاذًا . والفصامى .. والعصابى والجانح - بهذا المعنى - ليسوا من طبيعة بشرية مختلفة ..

ولكنهم بشر يختلفون فى بعض أوجه السلوك فقط : وفى أن التصرفات التى لا تحقق لهم ولا لمن حولهم السعادة والرضاء أكثر بكثير مما هى عليه بين من تطلق عليهم أصحابنا . وينقلنا هذا إلى الحديث عما نسميه بالتصرفات أو السلوك الشاذ ، وهو الجانب الثانى من تعريف السلوك الشاذ .

الحقيقة أن جوانب السلوك الشاذ ، أو المضطرب متسعة فى غاية الاتساع ، وتشمل طائفة كبيرة من الإضطرابات النفسية والعقلية . على أن بعض هذه الإضطرابات نادر (كحالات المرض العقلى أو الجنون) ، على حين أن بعضها يشيع شيوعا كبيرا فى المجتمع مما يجعلها موضوعا جديرا بالإهتمام كالقلق والكآبة والجريمة .

ونحن فى مجال الممارسة العملية نجد أن الإضطرابات النفسية تتفاوت فتشمل تلك الحالات التى تتراوح من مشاعر الكدر والضيق ، والتعاسة ، والملل، وتمتد لتشمل الحالات العقلية الخطرة التى تتطلب عادة اللجوء للطبيب النفسى أو إلى المصححات للعلاج النفسى والعقلى . والشخص المضطرب نفسيا بشكل عام ضعيف الفاعلية فى عمله وفى علاقاته الإجتماعية ولو أن هذا لا يمنعه فى كثير من الأحيان من ابتكار كثير من الأفكار الجديدة الهامة ، ومن أن يكشف عن بعض الجوانب من التصرفات لا تختلف عن العاديين .

وهناك طريق تقليدى يتبناه طائفة من الأطباء النفسيين فى تقسيم الإضطرابات النفسية - فينظرون إليها على أنها تنقسم إلى مرض نفسى

عصاب) أو عقلي (ذهان) . والعصابيون أشخاص يتميزون بسهولة للإنفعال ، وتغساء ، تسيطر عليهم بعض الأعراض المحددة ، كالخوف من بعض الموضوعات ، أو الخوف الشديد من المرض الجسمي ، مما يصيب حياتهم دائما بعدما بعدم الاستقرار والتهديد ، وتوقع الشر عندما لا يكون هناك شر . لكنهم في العادة قادرين على مواصلة النشاط بالرغم من القيود الداخلية التي يفرضونها على أنفسهم . ويقال أننا جميعا نتعرض لبعض اللحظات العصابية في حياتنا أثار أزمة أو خبرة من الخبرات المؤثرة في الحياة .

أما الذهانون فهم من طائفة أخرى . نطلق عليهم أحيانا إسم المرضى العقليين أو المجانين وهم باختصار طائفة من الناس التغساء ، ولكنهم خطرون ، وعديمو الفاعلية . وعادة ما يعجزون عن العمل والتكيف للحياة لكون عون من الآخرين . إضطراباتهم حاسمة ، وخطرة وتمس التفكير ، أو السلوك الإجتماعي ، أو المزاج ، أو هذه الأشياء كلها مجتمعة .

والعصاب والذهان شيئان مختلفان ، نوعان منفصلان من الإضطرابات . فالإضطرابات الإنفعالية التي تصيب المريض النفسي (العصابي) لا يفترض فيها بالضرورة أن تحرم المريض من الإستبصار بحالته ، فهو يعرف أنه "غير سعيد" وأن "حساسيته مبالغ فيها" ، وأن "مخاوفه من الناس والأشياء لا مبرر لها" . الخ ، ولكنه لا يستطيع أن يحمي نفسه من هذا . أما المريض العقلي (الذهاني) فقضيته مختلفة

فالإضطراب يصيب حياته الإنفعالية والماطفية والعقلية ، ويصل هذا الإضطراب إلى درجة كبيرة من الاختلال في بعض الحالات مما يجعله غير مسؤول من الناحية القانونية عما يصدر منه من أفعال خطيرة بالذات أو بالآخرين . إن الذهانين بشر فقدوا صلتهم بالواقع وتحولوا إلى مجانين بالمعنى القانوني . ويفترض بالطبع أن الإختلال الذي يصيب الذهاني يحرمه من الإستبصار بحالته (٣) .

ويعد الفصام أو الشيزوفرينيا من أهم الفئات التي تنتمي لهذا النوع من الإضطراب العقلي . ويكون الفصاميون ٨٠٪ تقريبا من النهان . والفصامي - كأي مضطرب ذهاني آخر - يفقد صلته المعقولة بالواقع ، وكثيرا ما يعزف عن الإتصالات الإجتماعية ، ويستخدم أساليب شاذة في تواصله الفكري مع الآخرين - فكلماته غير مترابطة ، ومبهمة وغامضة . ويسلم من الناحية الوجدانية وكأته عاجز عن إختبار أي من الإنفعالات الوجدانية ، بسبب ما يملكه من تبلد وجداني ومعتقداته الزائفة (هواجس) كثيرة وقوية ، وتتخذ عدة صور كالشك والغيرة ، والتوجس ، وفي الحالات الشديدة يملكه هواجس قوية من العظمة أو الإضطهاد .

وفي بعض حالات الفصام تكون المعتقدات الزائفة سواء بالعظمة أو الإضطهاد هي الغالبة ، وفي هذه الحالة يسمى هذا النوع من الفصام البارانويا . ويتلوه من لتناقض بين العظمة والإضطهاد غفاليا ما يستزعمان لدى الفصاميين . مما يحير الطبيب النفسي في فهم السلوك الفصامي مثل ما تحيره لدى الآخرين في سلوك الفصاميين .

صواب) أو عقلي (ذهان) . والعصابيون أشخاص يتميزون بسهولة تفاعل ، وتعباء ، تسيطر عليهم بعض الأعراض المحددة ، كالخوف من بعض الموضوعات ، أو الخوف الشديد من المرض الجسمي ، مما يصيب حياتهم دائما بعدم الاستقرار والتهديد ، وتوقع الشر عندما لا يكون هناك سر . لكنهم في العادة قادرين على مواصلة النشاط بالرغم من القيود لداخلية التي يفرضونها على أنفسهم . ويقال أننا جميعا نتعرض لبعض لحظات العصائية في حياتنا أثر أزمة أو خبرة من الخبرات المؤلمة في الحياة .

أما الذهانون فهم من طائفة أخرى . نطلق عليهم أحيانا إسم لمرضى العقليين أو المجانين وهم باختصار طائفة من الناس التعباء ، لكنهم خطرون ، وعديمو الفاعلية . وعادة ما يعجزون عن العمل والتكيف لحياة نون عوز من الآخرين . إضطراباتهم حاسمة ، وخطرة وتمس التفكير ، أو السلوك الإجتماعي ، أو المزاج ، أو هذه الأشياء كلها مجتمعة .

والعصاب والذهان شيئان مختلفان ، نوعان متفصلان من إضطرابات . فالإضطرابات الإنفعالية التي تصيب المريض النفسي (العصابي) لا يفترض فيها بالضرورة أن تحرم المريض من الإستبصار بحالته ، فهو يعرف أنه "غير سعيد" وأن "حساسيته مبالغ فيها" ، وأن "مخاوفه من الناس والأشياء لا حبر لها.. " الخ ، ولكنه لا يستطيع أن يحمي نفسه من هذا . أما المريض العقلي (الذهاني) فقضيته مختلفة

فالإضطراب يصيب حياته الإنفعالية وال عاطفية والعقلية ، ويصل هذا الإضطراب إلى درجة كبيرة من الاختلال في بعض الحالات مما يجعله غير مسؤول من الناحية القانونية عما يصدر منه من أفعال خطيرة بالذات أو بالآخرين . إن الذهانين بشر فقدوا صلتهم بالواقع وتحولوا إلى مجانين بالمعنى القانوني . ويفترض بالطبع أن الإختلال الذي يصيب الذهاني يحرمه من الإستبصار بحالته (٣) .

ويعد الفصام أو الشيزوفرينيا من أهم الفئات التي تنتمي لهذا النوع من الإضطراب العقلي . ويكون الفصاميون ٨٠٪ تقريبا من الذهان . والفصامي - كأي مضطرب ذهاني آخر - يفقد صلته العقلية بالواقع ، وكثيرا ما يعزف عن الإتصالات الإجتماعية ، ويستخدم أساليب شاذة في تواصله الفكري مع الآخرين . فكلماته غير مترابطة ، ومبهمة وغامضة . ويسلو من الناحية الوجدانية وكأته عاجز عن إختبار أى من الإنفعالات الوجدانية ، بسبب ما يمتلكه من تبرد وجداني ومعتقداته الزائفة (هواجس) كثيرة وقوية ، وتتخذ عدة صور كالشك والغيرة ، والتوجس ، وفي الحالات الشديدة تتملكه هواجس قوية من العظمة أو الإضطهاد .

وفي بعض حالات الفصام تكون المعتقدات الزائفة سواء بالعظمة أو الإضطهاد هي الغالبة ، وفي هذه الحالة يسمى هذا النوع من الفصام - لبارانويا . وبالرغم من التناقض بين العظمة والإضطهاد عقليا ما يسترعيان لدى الفصاميين . مما يحير الطبيب النفسي في فهم أسلوبك الفصامي متى ما تحببه . من تك الشيزوفرينيا في سنوك الفصاميين .

وتتملك بعض الفصامين إدراكات حسية زائفة يطلق عليها الأطباء قليون هلاوس ذهانية. وأكثر أنواع تلك الهلاوس شيوعا الهلاوس البصرية التي يصر من خلالها الشخص على أنه يسمع أصواتا حقيقية (لا عنها من حوله)، قد تكون واضحة أو مبهمه ، وقد تكون لأناس ميتين أو باء.. أو مشاهير .. الخ . وهناك الهلاوس البصرية ، التي تختلف عن ادعاءات البصرية التي تتعرض لها ، في أنها تأخذ شكل يقين لدى خص بأنه يرى أخيلة أمامه يتحدث معها بصوت مسموع دون أن يراها يحيطون به من الآخرين.

ومن أنواع السلوك المرتبطة بالذهان ما يسمى بالهوس ، والشخص هوس تجده في حالة إستثارة تامة .. لا يكف عن الكلام ، والانتقال من موضوع إلى موضوع آخر .. وهو يشابه الفصامي في أن سلوكه مضطرب كبيره تسيطر عليه الهواجس ، إلا أن هواجسه تتركز حول القوة عظيمة ، مما تجعله يعتقد بأنه قادر على كل شيء بدما من النزوات نسبية إلى الانقلابات السياسية (٢) .

وقد يضفي البعض صورة ودية على المرض العقلي والجنون بأن سورهما مهريا من وقائع الحياة الصارمة ومنقصاتها ، ويشجع على ذلك التصورات التي يحيكها الخيال الشعبي عن سعادة المجانين وهنائهم . الحقيقة أن المريض العقلي أبعد ما يكون عن السعادة والنعيم . لقد نت لنا الخبرة أن نعرف منهم الناث . منهم من كان يأخذ المظهر السعيد فشرح يطلق النكات هنا وهناك (كما في حالات الهوس) - ومنهم من

كان يجلس وحيدا ويبدوراضيا (كالإكتئاب) ... ولكن ما أن يبدأ الحديث معهم حتى كان يتكشف بئن هذا الفطاء يخفى من التوتر والشقاء الكثير . يقول واحد من المشتغلين بالدراسات الإجتماعية من المهتمين بدراسة الفصام : "إن الذهان أبعد ما يمكن عن أن يكون حالة من النعيم والسعادة كما يصوره البعض ، بل قد يكون في بعض الأحيان وسيلة وأسلوبا من أساليب التعامل مع الحياة ، وأن الذهانيين لديهم أسباب وجيهة تحملهم على الهرب من مصاحبة البشر ، لكنهم يتوقون في نفس الوقت إلى ذلك أشد التوق" (٤) .

أما أنواع العصاب فهي تتضمن القلق ، والمخاوف المرضية ، والهستيريا ، والإكتئاب . وهناك أيضا الوسواس الفكرية ، والافعال القهرية (القهار) - وهي عبارة عن أفعال أو طقوس لا يملك الشخص إلا أن يفعلها . منها غسل اليد مئات المرات ، وعد الأشياء التافهة كمصابيح الإضاءة ، والسيارات . ورغم أن بعض الوسواس في صورها الحقيقية أحداث عادية قد تكون مفيدة (كالتأكد مثلا من غلق صنوبر المياه) .. إلا أنها في الحالات الشديدة غالبا ما قد تشل المريض عن القيام بوظائفه اليومية بنجاح (٥) .

أما القلق فيعتبر من الأمراض العصابية الشائعة ، إلا أنه يعتبر سمة رئيسية في معظم الإضطرابات ، تجده بين الأسوياء في مواقف الأزمات ، كما تجده مصاحبا لكل الاعراض العصابية والذهانية على السواء . ويرى كثير من المفكرين أن القلق هو سمة العصر الحديث بأزماته

يركز على التعديل من هذا الجانب السلوكي الظاهر ، وينجح في تعديله -
 ويؤدي هذا التعديل في هذا الجانب إلى تعديل في الجانبين الآخرين من
 القلق وهما جانباً الشعور والتفكير . وطرق التفاعل الإجتماعي للشخص في
 حالة القلق تتأثر أيضا فيميل إلى التناقض والحمق والتطرف في علاقاته
 بالآخرين . والمثال الآتى يوضح صورة الإضطراب التي تتملك الشخص في
 الحالات الشديدة من القلق :

" أقبلت زوجة محام ناجح في السادسة والعشرين من العمر إلى
 عيادة نفسية في حالة من الفزع والإرهاك . كانت تعاني من الصداع
 المستمر والإرهاك والتوتر ومن نوبات تقلصات في البطن والإسهال ،
 تعرضت لنوبات من التشنج ، يصيبها فيها النوار والعرق البارد ، فقلبها
 يأخذ في اللق العنيف ، والألم يستبد برأسها (إضطراب في الشعور) . وقد
 انتابها إحدى هذه النوبات في منتصف الليل عندما كان زوجها في خارج
 المدينة (موقف خارجي لا يستثير بالضرورة الفزع) . واستيقظت
 وهي تبكي وترتعد بعنف (إضطراب في السلوك الظاهر) . وتذكرت أنها
 فكرت (جانب فكري لا منطقي) : هاأنذا مريضة وحيدة ، بينما زوجي
 بعيد عني ولا أحد يعلم من أنا . وكانت تردد وهي تسرد أعراضها أن
 سلوكها أحمق ، وتقول أنتى أثير ضجة لا مبرر لها ولكن الأمر خارج عن
 إرادتى * (جانب إجتماعي) " التعليقات بين الأقواس والخطوط من
 وضعنا "

* شلون كاشدان ، علم نفس الشواذ ، ص ٦٥ (مرجع رقم ٥ في قائمة المراجع في
 آخر الفصل)

لموحاته ومناقساته الحادة .. وقد يكون هذا صحيحا . لكن مع هذا نجد
 الحالات الشديدة من القلق توجد في كافة المجتمعات - ولم يخل منها
 عصر من العصور .

والقلق هو إنفعال شديد بمواقف أو أشياء ، أو أشخاص لا تستدعي
 لضرورة هذا الإنفعال . وهو يبعث في الحالات الشديدة على التمزق
 لخوف ، ويحول حياة صاحبه إلى حياة عاجزة ، ويشل قدرته على التفاعل
 إجتماعي والتكيف البناء . ويشمل الإضطرابات في حالات القلق - مثله في
 ذلك مثل أى إضطراب إنفعالي آخر - الكائن بجوانبه الوجدانية
 السلوكية ، والتفكير فضلا عن تفاعلاته الإجتماعية . فمن حيث
 نواحي الشعورية (أو الوجدانية) تسيطر على الشخص في حالات القلق
 مشاعر بالخوف ، والإكتئاب ، والشعور بالعجز عن إتخاذ قرارات حاسمة ،
 وسرعة إتخاذ قرارات لا تنفذ . والشخص في حالات القلق غالبا ما تظهر
 اضطرابات الفكرية في شكل تبني إتجاهات وأفكار لا منطقية . وقد تبين
 القلقى والعصابيين غالبا ما يتبنون أفكارا مطلقة ، متطرفة وغير واقعية
 ميلون إلى نقد الذات الشديد ، ويضعون متطلبات صارمة على ما يجب أن
 يعطوه وما لا يفعلوه . أما الجانب السلوكي من القلق فيتعلق بالتورط
 لإنغماس في سلوك ظاهر من الخوف والتوتر عند إختبار موضوعات القلق .
 في الحالات الشديدة من القلق يبدأ الشخص في معاناة تغيرات
 سيولوجية ، كسرعة نقات القلب ، والتشنج وتقلصات البطن والإسهال ،
 للنوار والعرق البارد - الخ . ولأسباب عملية يعتبر هذا الجانب من أكثر
 جانب القلق أهمية ، لأن جزءا من العلاج النفسى السلوكي المعيش

وقريب من حالات القلق ما يسمى بالخوف المرضية (فوبيا) .
حقيقة أن كثيرا من الأطباء النفسيين يعتبرون الخوف المرضي جزءا من
لق ، ولو أن الخوف في حالة الخوف ينشأ مرتبطا ببعض الموضوعات ،
الأشخاص ، أو المواقف المحددة. والإنفعال الشديد ، والفزع والإرتياح
الذي يمتلكه الطفل أو البالغ في حالات المخاوف المرضية ، يشبه القلق وكل
اضطرابات العصابية من حيث أن الخوف الشديد ليس له ما يبرره ، وأن
شخص يعرف ذلك ، ولكنه يعجز عن التحكم في مخاوفه أو ضبط إنفعالاته
مسورة بناءة بما ينتهي به أيضا إلى العجز عن ممارسة حياته العملية
الإجتماعية.

والخوف المرضي يمكن أن ينشأ كاستجابة لطائفة واسعة من
لموضوعات التي لا تكون مفزعة في حد ذاتها في العادة. وقد تكون هذه
لموضوعات حيوانات ، أو أماكن ، أو أشخاص أو مواقف اجتماعية. وتعتبر
لقطط، والكلاب ، والأماكن المرتفعة ، والفلقة ، والظلام ، والدم ، والموت،
مواجهة الناس أو الحديث أمامهم ، والرفض والنقد ، والجنس الآخر ،
الوحدة، والجنس .. إلخ ضمن الأشياء التي كثيرا ما تكون موضوعات
مخاوف المرضية.

أما الإكتئاب فهو مرض عصابي آخر نصابه كثيرا هذه الأيام . وما
من شخص منا الا وانتابه لحظات في عمره - أثر أزمة خارجية ، أو فقدان
تريب أو صديق شعر فيها بالحزن والضياح . مثل هذا الشعور نجده يسيطر
على البعض بصورة أقوى وأطول مما هو معتاد ، لهذا تسمى مثل هؤلاء

مصابين بالإكتئاب ويكون الإكتئاب مصحوبا في كثير من الأحيان بالقلق
والنأس ، والأرق ، ومشاعر الغضب المبالغ فيها ، وفقدان الشهية ،
والبكاء المتكرر - وانعدام الثقة بالنفس ، والتائب المستمر للذات ، وعند
نشأة الإكتئاب نجد أن نشاط الشخص يضعف ويبدل ، وعلاقاته
الإجتماعية تنقلص ، ويتوقع الشخص على ذاته في خيبة أمل ، وعجز.
ويتجنب المكتئبون ، التعبير عن العدوان والكراهية أما بسبب شعورهم
الشديد بالذنب في التعامل مع الناس ، أو لخشيتهم من أن ذلك قد يؤدي
إلى رفضهم من قبل الآخرين . فهم أيضا يخافون من الرفض الإجتماعي
ويهلون منه هلما شديدا .. ويتصيدون رضاء الناس .. ويتهون بالرغم من
هذا ، أو بسبب هذا إلى ادانة الآخرين ، وادانة أنفسهم لأنهم يدينون
الآخرين .. وهكذا. وتسيطر على المكتئبين أفكار بأن حياتهم عديمة الجدوى،
وليس نادرا أن تنتهي حياتهم في الحالات الشديدة بالانتحار : ذلك التصرف
اليأس الذي يبدو في نظر المكتئب وكئنه البديل الوحيد لأحزانه وتعاسته .

وعلكم تلاحظون أن الإكتئاب كالقلق يمثل استجابة انفعالية مبالغ
فيها، لكنه بعكس القلق الذي يتجه إلى الأمام ويتعلق بمخاوف وأخطار
المستقبل ، نجد أن المكتئب يتجه إلى الماضي وأحزان ما فات . لكنهما
عادة ما يكونان متلازمين.

وبعض أشكال الإكتئاب بسبب ما فيها من عزلة وحزن ، وعدم فاعلية
وقلق تؤدي أيضا إلى تخريب وظائف الشخصية الأخرى كالتفكير، وعندئذ
قد يتحول الإكتئاب العصابي إلى ذهاني . وهذه هي الحالات التي تنتهي

بطرة الهواجس: تلك الأفكار الثابتة التي تسيطر على بعض المكتئبين
سنة لهم بأنهم عديمي النفع والجدوى. وفي هذه الحالات الشديدة من
تتاب يقيم الشخص إعتقاده بأن الحياة عديمة الجدوى بالرغم من كل
جج التي يحاول الآخرون بها إقناعه بأن ما يفكر فيه غير صحيح.

والقلق الوجودي شكل آخر من الإضطرابات الإنتفاعلية التي نخلت
روح علم النفس حديثا. وهو مثل الإكتئاب من حيث أن الشخص يمتلكه
أعر بأن الحياة عبث ولا قيمة لها ، ويفقد إحساسه بقيمة كل ما يفعله.
أيضا كغيره من أنواع العصاب الأخرى له إضطرابات الوجدانية ،
كريمة والسلوكية. فمن الناحية الوجدانية ، يكون الشعور القالب هو
مساس بالملل والفراغ ومشاعر بالإكتئاب المتقطع. ومن الناحية الفكرية
يطر على الشخص أفكار بأن الحياة لا معنى ولا ضرورة لها. أما من
حية السلوكية ، فإن الشخص يصبح غير مكترث للقيام بأي نشاط ، أو
بعضى في حياته. ولكن أهم من هذا هو التبريرات الفلسفية التي
كها الشخص بمهارة مبررا بها احساسه ومشاعره وتقايسه عن أداء
طاته المعتادة. والقلق الوجودي كالإكتئاب من حيث أن كليهما يحكما
راق في الحزن ، ومشاعر الإغتراب ، واللاجدى. لكن ما يقلب في
ات القلق الوجودى هو اللاإكتراث وغياب المشاعر القوية،
دان الاحساس بوجود أى معنى للحياة ، أما ما يقلب على
تب العادى فهو الحزن والإنتقاض ، وكما فى القلق العصابى
تتاب ، فإن القلق الوجودى دائما ما يكون مصحوبا بأعراض
تتاب ، ومن المحتمل أن تكون الاختلافات بينهما أقل من أوجه

ويسمى القلق الوجودى كذلك ، لأن ابرازه تم بفضل كتابات الأبناء
والفلاسفة الوجوديين من أمثال "البرت كامو" و "جان
بول سارتر" و "أوثرميلر... الخ . ولعل القارئ الذى يود أن يتأمل
فى حالات نموذجية من القلق الوجودى أن يقرأ روايتى "الغريب" لألبير
كامى، ومسرحية "بعد السقوط" لأوثرميلر . فكلتا البطلين "ميرسول" فى
رواية الغريب ، و "كوينتين" فى مسرحية بعد السقوط، يعتبرا تجسيدا طيبا
لهذا العرض .

وفى الألب العبرى ، ولجت حالات القلق الوجودى فى روايات مثل
"اللعن والكلاب" و "السمان والخريف" لنجيب محفوظ ، "وموسم الهجرة
للشمال" للطيب صالح . ويبدو أن من العسير علينا أن نقدم للقارئ حالة
من القلق الوجودى، لأن العيادات النفسية لا تشاهد كثيرا من هؤلاء
الأشخاص ، ربما بسبب مشاعر اللاإكتراث الحادة التي تجعل من هؤلاء
الأشخاص ينظرون شئرا لأى خدمة مهنية^(٧) ، أو ربما لأن كثيرا من هذه
العالات يتم تشخيصها خطأ على أنها اكتئاب نفسى .

وإذا كانت الأنماط السابقة من العصاب ، يسيطر فيها القلق والخوف
والإكتئاب ، فإن هناك نوعا آخر من العصابيين يظهر وكأنه قد خلى من كل
هذه الهموم ، ولو أن مشاكلهم النفسية تبدو لهم ولغيرهم حقيقية وواضحة
ولا تقبل الجدل. وفى هذه الطائفة يوجد الهيستيريون .

والهستيريا شكل آخر من العصاب تتبلور أعراضها فى شكايات
جسمية ليس لها أساس فعلى يمكن للطبيب علاجه. ولا شك أن الهروب من
الأشياء بالتظاهر بالمرض من أحد الأعراض الشائعة لدى الأطفال . لهذا
توجد الأعراض الهستيرية بين الأشخاص غير الناضجين والمنخفضين فى
النكاء. ومع ذلك فإن الهستيريا تختلف عن التظاهر بالمرض ، لأن

٢- البطة فى بعض أنواع التعلم .. خاصة التعلم الذى يحتاج للوعى
بمعايير وقيم المجتمع .

٣ - مواجهة الأحباط بالاندفاع والعنوان بون حساب للنتائج .

٤ - ضعف المشاركة الوجدانية ، والعجز عن تقدير مشاعر الآخرين .

ولأن السلوك الجانح دائما يظهر فى شكل معاد للمجتمع ، فانهم
يدعون أحيانا بالمرضى الاجتماعيين (سوسيوپاثيين) وورغم من أن الجريمة
هى السلوك الذى تلجأ اليه هذه الفئة لحل صراعاتها عادة ، فان هناك
أنواعا أخرى من الانحرافات التى تشيع فى هذه الفئة كالسرقة والكنب .
ويظن خطأ بأن المدمنين على القمور والعقاقير من هذه الفئة . غير
أن للمدمنين مشكلات خاصة ، وبواعث مختلفة . ولو أن الجانحين
والسيكويپاثيين غالبا ما يتشيعون لهذه الإضطرابات . ونسبة الجانح بين
الذكور ترتفع عن نسبة الإناث الجانحات ثمانى مرات على الأقل . وتثبت
البحوث على عصابات الجانح التى تضم الذكور والإناث ، أن الذكور
يتجهون إلى الخشونة والاقترام وإختراق القانون ، بينما تقوم الإناث بعملية
التشجيع والتحرير .

وسلوك الجانحين متنوع من حيث الإضطراب النفسى ، ففيهم من
العصاب : القلق ، والتوتر ، والصراعات الداخلية ، وفيهم من الذهان :
العوانية ، وعدم الاستبصار بنتائج السلوك . لكن هناك ما يسمى بالجانح
الإجتماعى الكاذب ويسمى هكذا لأن الشخص يسلك نحو أعضاء
الجماعة التى ينتمى إليها سلوكا لائقا ، لكنه لا يسلك نفس السلوك نحو من
هم خارجها . وقد تبين فى دراسة لـ ٥٠٠ طفل جانح ، أن بينهم من هم

الاستجابة الهيستيرية تحدث بون تحكم المريض ويرغم إرادته . فالفرد
المصاب بالعمى الهيستيرى ، مثلا يكون بالفعل عاجزا عن الرؤية ، ولو أن
السبب يضرب بجنوره فى أسباب نفسية بون أن يكون هناك اختلال عضوى
فى مراكز الإبصار . والفتيات أكثر استهداقا للإصابة بالهستيريا من
الذكور خاصة عندما تكون الأم من النوع المسيطر ، المسرف فى الرعاية ،
ومن ثم تهتم اهتماما بالغاً بالشكاوى الجسمية والأمراض . ومن أشكال
الهستيريا العمى الهيستيرى ، والصمم الهيستيرى ، والتشنج ، وفقدان
الذاكرة . ولعل هذه الأنواع وغيرها قليل من كثير من الأعراض التى تتألف
منها الهستيريا . والهستيريا غالبا ما تخدم هدفا ثانويا ، فهى تساعد
الشخص على تجنب المشكلات ، وتجعله مركزا للإهتمام والرعاية ، ويؤدى
التركيز على الشكاوى الجسمية فى نفس الوقت إلى إبعاد الشخص عن
التفكير فى المصادر الحقيقية للقلق والإحباط فى العالم الخارجى . لذلك
تؤدى إزالة الأعراض الهيستيرية إلى ظهور القلق فى بعض الحالات .

وهناك أيضا السيكويپاثيون أو من يسمون أحيانا بالجانحين .
وهؤلاء لا تبسو عليهم أعراض نفسية أو جسمية بالمعنى
السابق ، لكن سلوكهم لا يمكن أن يكون من وجهة نظر المجتمع سلوكا
متزنا أو عاقلا على الإطلاق . وهم أناس مندفعون ، ضعاف فى إحساسهم
بالام البشر ، وعنوانيون ، وضعاف الضمير ، ويعجزون عن حساب نتائج
أفعالهم . وقد أمكن بإستقصاء عدد كبير من البحوث التى قارنت بين
شخصيات الجانحين وغير الجانحين ، التوصل إلى أربعة فروق رئيسية
يختلف فيها الجانحون عن العاديين هى :

١- ضعف الضمير ، واختفاء مشاعر الذنب ، والفشل فى اكتشاف
الصوابط الداخلية .

أسوياء من الناحية النفسية ، لكنهم يحملون قدرا مرتفعا من الكراهية نحو السلطة ، ويرفضون قيم المجتمع الخارجى الذى لا تنتمى له جماعة الجانح . ولا شك أن من قرأ رواية "الجريمة والعقاب" لديستوفسكى سيشده التشابه الشديد لبطل الرواية بهذا النوع من الجانح الكاتب (٨) .

نحن نكتفى إلى هنا بأهم الشكاوى والأعراض البارزة فى ميدان الإضطرابات النفسية والعقلية . ولكننا نبادر فنقول أن ما عرضناه لا يشمل فى الحقيقة كل الإضطرابات والشكاوى التى نقرأ عنها أو نسمع بها من الآخرين . فهناك أيضا الشكاوى التى بدأت تغزو ميدان علم النفس حديثا ، وتلك التى تتحول فيها صراعات الحياة والقلق إلى اصابة وظائف الجسم باخلل كارتفاع ضغط الدم ، والربو ، والقرحة . وغيرها من طائفة الإضطرابات التى تسمى بالأمراض السيكوسوماتية . ولعل القارئ يفقر لنا قصور هذا العرض ، ولعله أيضا يقدر بأننا لم نقصد من هذا العرض البسيط كتابة مؤلف عن الطب العقلى والسلوك الشاذ ، بقدر ما نهدف إلى الاستبصار ببعض المفاهيم الرئيسية المعهدة للفصول الرئيسية من كتاب عن تعديل السلوك البشرى . ولعل القارئ الذى يود مزيدا من الإستبصار عن هذه الموضوعات أن يرجع إلى المراجع رقم ٨ ، ٥ (ب) المسجلة فى قائمة المراجع العربية .

ويبقى الآن سؤال نشعر بأن اثرته تخدم أيضا مبرراتنا فى تخصيص كتاب من هذا النوع للمكتبة العربية ، ويتعلق بعدى انتشار هذه الإضطرابات . قالى أى مدى تنتشر الإضطرابات النفسية والعقلية ؟ .

يعتقد كثير من الأطباء النفسيين أن عدد العصابين يتراوح ما بين ٣٠:٣٥٪ من عدد سكان أى دولة . والحقيقة أن نسبة التعساء بسبب الإضطرابات النفسية والعقلية أو الإجتماعية قد تكون أكبر من هذا اذا ما لاحظنا بأن فى حياة كل شخص تقريبا لحظات محددة طويلة أو قصيرة يشعر فيها بالإضطراب ، وأن الأمور أفلتت من يده ، أو يعانى من حالات يوشك فيها على الانهيار العصبى وأن أسلوبه فى الحياة لم يعد يجدى معه .

ويقرر مركز الخدمات الصحية فى إحدى الجامعات الانجليزية أن ٤٪ من الرجال و ٥٪ من النساء يعانون من أعراض نفسية (أو ذهانية لفترة قصيرة) أثناء حياتهم الدراسية . وإذا أخذنا من ٤:٥ النسبة محكا ، فإن نسبة العصاب ستزيد عن هذا بون شك . وفى دراسة مسحية على خمسة آلاف أمريكي ، وجد أن ٤٪ منهم كانوا يعانون من الإضطراب المزمن ، و ١١٪ يشعرون بالإكتئاب النفسى والتعاسة ، و ١٩٪ تتملكهم مخاوف من الانهيار العصبى بين لحظة وأخرى ، و ٢٣٪ صادفتهم مشكلات احتاجت لتدخل أخصائين نفسيين أو اجتماعيين . أما نسبة الذهان فهى تصل إلى أكثر من ١٪ فى المجتمع . والنساء أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية من الرجال ، وكبار السن يرتفعون أيضا بمقارنتهم بالصغار فى جوانب معينة من الإضطرابات النفسية كالاكتئاب (٩) .

وقد يتبادر لذهن القارئ أن هذه النسب تنطبق على المجتمعات الغربية وهى ليست مقياسا لمجتمعنا العربية . وقد نتوهم بأن المجتمعات

النامية ، التي تقل فيها ضغوط الحياة تخلو من الإضطرابات النفسية . لكن هذا غير صحيح، فعلماء النفس الانثروبولوجي* يؤكدون أن الأمراض النفسية توجد في كل المجتمعات التي درست. بالرغم من أن هناك بعض الإضطرابات التي قد يقل ظهورها في المجتمعات البدائية ، كالأمراض السيكوسوماتية (إرتفاع الضغط، والقرحة .. إلخ) التي ترجع إلى إضطرابات العمل وضغوطه ، إلا أن هناك إضطرابات أخرى تسود في المجتمعات الأفريقية ، ولا تسود في المجتمعات الغربية كجنون السعار في بعض المجتمعات الأفريقية . لكن الذي لاشك فيه أن الإضطرابات النفسية والعقلية ليست حكرا على المجتمعات الغربية - وأنها تشكل في الحقيقة مشكلة لكل المجتمعات الإنسانية - ففي مسح اجتماعي لحالات الفصام المزمع في مناطق "غانا" الأفريقية ، وجد أن نسبة الفصامين (والفصام يشكل ٨٠٪ من حالات الذهان) تصل إلى ٩٪ من عدد السكان - في مقابل ٨٪ من عدد السكان في أوروبا وأمريكا . وفي دراسة حديثة أجريت في ثلاث قرى هندية تتكون من تسعة آلاف نسمة تبين أن ٢٧٪ من السكان صرحوا بأنهم يعانون من أحد الإضطرابات النفسية بشكل أو بآخر. وزادت هذه الأعراض بين النساء أكثر من الرجال ، وبين الفقراء أكثر من الأغنياء . صحيح أن نسبة من هذه الإضطرابات لم تكن خطيرة ولم تستدع الإيداع في المصحات العقلية إلا أن من الشيق أن نلاحظ مع هذا أن نسبة الـ ٢٧٪ تقترب من الإحصاءات الواردة من الغرب .

أما في العالم العربي فإثنا نعتقد بأن الأمر لا يختلف كثيرا . صحيح أنه لا توجد مثل هذه الدراسات المسحية الشاملة ولكن بعض الدراسات المحدودة . قد تفي بالفرض . ففي دراسة مقارنة أجراها الكاتب على ثلاث مجموعات من الطلاب في أمريكا وبريطانيا ومصر (١٠) تبين أن نسبة العصابية والقلق تزداد بين الطلاب المصريين ، يتلوهم الأمريكيون ، ثم الإنجليز . كذلك أجرى غالي (١١) دراسة على ١٨٨٢ فردا من المقيمين في الكويت من بينهم ٤٥٠ من الكويتيين الذكور، ٥٥٧ من الكويتيات ، ٥٧٥ من غير الكويتيين من الذكور ، ٢٩٦ من غير الكويتيات . أمكن سؤالهم جميعا أسئلة وإستفتاءات مماثلة تماما لإستفتاءات أستخدمت في إنجلترا ، وكان هدفها أن تبين مدى شيوع القلق وعدم الأستقرار الإنفعالي في داخل المجتمع الكويتي (١١) . وقد سمحت لنفسى أن أقارن النتائج المستخلصة من هذا البحث بنتائج بحوث مماثلة في المجتمعات الغربية (الإنجليزية والأمريكية) لكي تتضح لنا بعض الفروق . وكما في بحثنا السابق تبين هنا أيضا أن حظ الكويتيين لا يقل عن حظ المصريين من حيث إرتفاع مستويات القلق والإضطرابات العصابية . فلقد إزداد شيوع العصاب بينهم أكثر من المجتمع الإنجليزى . وفي داخل المجتمع الكويتي ترتفع (ولأسباب غير معطومة) الميل العصابية بين المواطنين الكويتيين عن الوافدين من الدول العربية الأخرى ، كما أن الإناث عامة سواء كن كويتيات أو واهدات كن أكثر عصابية ، وقد أبرزت الدراسة أن أكثر المجموعات عصابية هي فئات تلاميذ المرحلة الثانوية وأصحاب المهن ، أما المشتغلون بالتدريس فهم أميل لعدم الإستقرار والعصابية من غيرهم من أفراد المهن الأخرى . وتتبع أهمية هذه النتائج في أنها تساعد على تخطيط أى برامج وقائية لمواجهة الإضطرابات النفسية قبل إستفحالها .

* يهتم علماء النفس الانثروبولوجي بدراسة السلوك البشري في المجتمعات والعضارات المختلفة دراسة مقارنة .

٢٤

وفي دراسة أخرى حديثة (لم تنشر) ، قمت بإعطاء الترجمة العربية من مقياس تأكيد الذات (الفصل السادس) لثلاثمائة طالب وطالبة في المرحلة الجامعية بمدينة البيضاء بليبيا . ومن المعروف أن هذا المقياس يساعد على إكتشاف جوانب العجز عن تأكيد الذات والثقة في مواجهة الآخرين ، ويساعد على تشخيص جوانب الفشل في التعبير عن الإنفعالات والحاجات النفسية بشكل ملائم . وهي جوانب من المعروف أن زيادتها تدل على القلق الإجتماعي وميول الإنسحاب والآنزواء والعصاب . وتبين النتائج في مجملها أن ما يقرب من ٥١,٦٪ من العينة عبرت عن العجز عن تأكيد الذات وانخفاض الثقة بالنفس في مواقف التفاعل الإجتماعي . وقد إزدادت النسبة في العبارات الآتية :

- هل تتجنب الشكوى من خدمة سينة في مطعم أو مكان عام ؟
(نعم ٥٧٪) .

- هل تتجنب الأشخاص المحبين للتسلط والسيطرة ؟ (نعم ٧٣٪) .

وفي دراسة مماثلة على نفس العينة السابقة قمنا بإعطاء مقياس للخجل الإجتماعي ونظرا للنتائج المثلثة بكثير من الدلالات عن إنتشار هذه الظواهر في مجتمعاتنا العربية نوضح فيما يلي بنود هذا المقياس وإجابات الطلاب على كل بند منها .

جدول (١)

الخجل الإجتماعي في مجتمع عربي

(العدد = ٢٠٠ من عينة جامعية مختلطة)

النسبة المئوية لمن أجابوا « لا » %	النسبة المئوية لمن أجابوا « بنعم » %	فقرات الخجل الإجتماعي
٤٩,٥٠	٥٠,٥٠	١- أشعر بالهدوء حتى في المواقف الإجتماعية الجديدة وغير المألوفة .
٥٥,١٥	٤٤,٨٥	٢- أتجنب المواقف التي أجد فيها نفسي مرغما على الإختلاط وتبادل الأحاديث الإجتماعية مع الآخرين
٤٠,٤٥	٥٩,٥٥	٣- من السهل علي أن أكون هادئا وعلى راحتي مع الغرباء .

- هل أنت من النوع الذي يعتبر بكثرة ؟ (٩٦٪ أجابوا بنعم) .

- هل تحافظ أحيانا على هدوءك بحثا عن السلام ؟ (نعم ٨٥٪) .

- إذا ضايقك قريب تحترمه هل تخبىء مشاعرك بدلا من الكشف عن ضيقك الحقيقي؟ (نعم ٧٥٪) .

- هل تجد صعوبة في بدء مناقشة أو حديث مع شخص غريب عنك ؟
(نعم ٦٥٪) .

- هل تجد صعوبة في تأنيب مساعد أو شخص أقل منك منزلة ؟
(نعم ٦٥٪) .

النسبة المئوية لمن أجابوا «لا» %	النسبة المئوية لمن أجابوا « بنعم » %	فقرات الخجل الإجتماعي
٢٧,٢٥	٦٢,٧٥	١٢- أقوم أحيانا بتعريف الناس بعضهم البعض الآخر.
٥٧,٥٥	٤٢,٢٥	١٢- أتجنب المناسبات الرسمية والاجتماعات.
٥٢,١٥	٤٧,٨٥	١٤- عادة لا أفوت أى إجتماع
٢٥,٢٥	٦٤,٧٥	١٥- من السهل على أن أشعر بالهدوء والإستمتاع بلقاء الآخرين

المتوسط العام للخجل الإجتماعي ٤٥,١٢ %

ومن الواضح من الجدول أن الخجل والإلتسحاب من التفاعل في المواقف الإجتماعية تنتشر بين ما يقرب من ٤٥% من أفراد العينة وهي نسبة عالية لكون شك. وإذا لاحظنا أن الخجل الإجتماعي يمثل أحد المظاهر العصبائية (١٢) - فإن هذا الجدول يدل بشكل عام على أننا عرضة كغيرنا من الدول للإصابة بالأمراض النفسية بنسبة مقاربة أو أعلى قليلا.

والآن هل تتجه الإضطرابات العقلية والنفسية إلى الزيادة بسبب ضغوط الحياة الحديثة؟ .. أجل .. ! فتزايد المعرفة بموضوعات علم النفس والإضطرابات النفسية تؤدي إلى زيادة في إكتشاف الإضطرابات، والتوصية بعلاجها. لكن الزيادة بالطبع تلمس بعض جوانب الإضطرابات أكثر من الجوانب الأخرى.

النسبة المئوية لمن أجابوا « بنعم » %	النسبة المئوية لمن أجابوا « لا » %	فقرات الخجل الإجتماعي
٥٤,٠٠	٤٦,٠٠	٤- أشعر برغبة خاصة لتجنب الإلتقاء بالآخرين .
٧٦,٨٠	٢٣,٢٠	٥- عندما أتحدث مع رؤسائي "أو أساتقتي" أبادلهم الأحاديث برغبة صادقة .
٥٤,٠٠	٤٦,٠٠	٦- أتجنب الإنضمام لجماعة كبيرة من الناس تتحدث فيما بينها .
٤٢,٨٥	٥٧,١٥	٧- أشعر بالحرج عندما أكون وسط مجموعة من الناس .
٢٧,٠٠	٧٣,٠٠	٨- أميل للإلتسحاب والبعد عن الآخرين .
٦٥,٥٥	٣٤,٤٥	٩- لا أشعر بأى حرج من الحديث مع الناس في الحفلات أو اللقاءات العامة .
٦٠,٠٠	٤٠,٠٠	١٠- لا أشعر بالمرارة بهدوئى وراحتى عندما أكون فى وسط مجموعة كبيرة من الناس .
٤٠,٢٠	٥٩,٨٠	١١- أخلق دائما الأعذار عندما تتاح الفرصة للإجتماع بالآخرين أو الإلتقاء بهم فى حفل أو رحلة .

قضى حالة الازهان لاتحدث الزيادة بشكل مضطرب - بل أن هناك هبوطا في معدلات الإلتحاق بالمستشفيات العقلية الأمريكية بعد سنة ١٩٥٥م . وجاء هذا مواكبا للنجاح في إكتشاف بعض العقاقير والمهدئات . لكن بينما نقص عدد الغزلاء الذهانيين في المستشفيات زاد عدد زياراتهم للعيادات الخارجية . ويدل هذا على أن العقاقير تهدىء من شدة الأعراض ، ولكن آثارها العلاجية غير حاسمة . ومن ناحية أخرى ، فهناك زيادة في عدد الذهانيين بعد سن ٥٥ في الدول الغربية ، غير أن هذه الزيادة ترتبط فيما يبدو بظروف الرعاية التي بدأت تقدم بكرم وسخاء نحو المسنين مما يؤدي إلى تطور الأساليب التشخيصية التي ساعدت على إكتشاف الإضطرابات الذهانية بين المسنين . ولهذا فإن الزيادة التي يلاحظها قد تكون نتيجة لتطور وسائل إكتشاف الإضطراب ، ولايعبر عن زيادة فعلية في الإضطرابات الذهانية لدى المسنين .

أما بالنسبة للأمراض النفسية : القلق والإكتئاب ، فيبدو أنها في تزايد مستمر بالرغم من إزدياد تعاطى العقاقير المهدئة . وهناك دلائل واقعية على أن القلق أو النزعات العصابية تتزايد في دول العالم النامي . ويبدو أن ضغوط الحياة وميل المواطنين في هذه الدول لتبنى قيم المجتمعات الغربية المادية ، يخلق ضغوطا على الأفراد مما يسم حياتهم بالصراع والقلق . ويؤكد هذه النظرية أن هناك أيضا زيادة في الجريمة والجناح بصفتها نتيجة للفرص غير المتكافئة من النجاح في مجتمع رأسمالي . ويقرر عزت حجازي (١٢) أن الإلتجاه نحو الألمان وشرب الخمر وتعاطى العقاقير أصبح الآن مشكلة تواجه بعض القطاعات في المجتمعات العربية . صحيح فيما يلاحظ حجازي أن التعاطى والأدمان ما زال محدودا ، إلا أنه بدأ يشهد موجة من الإزدياد منذ أوائل السبعينات شاملا الذكور ،

بعض فئات من الإناث ، وطلبة الجامعة ، وأبناء الطبقات الدنيا والوسطى والعلية على السواء . وبالرغم من أن حجازي يريد أن يوحى بأن تلك الإضطرابات وغيرها من مشكلات إجتماعية ترتبط بالإغتراب والتغير الإجتماعي وغيرها من العوامل الإجتماعية ، فإن الملاحظة تشير إلى أن الجنوح والإدمان تظهر عند البعض ولا تظهر عند البعض الآخر . فتحت نفس الظروف الإجتماعية السيئة قد يتحول البعض إلى جانح وبعضهم قد يختار القلق ، ويبقى لبعضهم الثالث الإلتجاه إلى بعض السبل البناة . مما يدل على أن هناك عوامل أخرى نفسية ، تحكم حتى الإضطرابات في السلوك الإجتماعي كالجناح والجريمة والإدمان . ويشير هذا إلى ضرورة أن تساير الخطط الإجتماعية في الوقاية والعلاج ، خطط نفسية تولى إهتمامها للفرد الإضطراباته . ويقودنا هذا الحديث عن مصادر الإضطرابات النفسية إلى السلوك الشاذ .

آن الآن وأن الحديث عن مصادر الإضطرابات النفسية .
وسنعرض لثلاثة مصادر هي الوراثة ، والتعلم الإجتماعي ، والضغوط أو الأزمات البيئية .

وبالرغم من أن كل مصدر من هذه المصادر كفيلا وحده بأحداث الإضطرابات النفسية ، إلا أن الإضطراب النفسي يحدث عادة بسبب إلتقاء هذه العناصر الثلاثة مجتمعة ، أو اثنين منها على الأقل . لهذا فالحديث عن أن الوراثة هي السبب ، أو أن التعلم من البيئة هو السبب أشبه بالحديث عن أيهما يؤدي إلى زيادة نسبة حوادث السيارات في بلادنا : ضعف التدريب على القيادة ، أم تزاخم السيارات في الطرق والميادين ؟ !

جدول (٢)

نسبة الإضطرابات العقلية بين التوائم

نسبة التشابه بين التوائم غير المتطابقة %	نسبة التشابه بين التوائم المتطابقة %	نوع الإضطرابات
١٥ : ١٠	٦٧ : ٨٦	الفصام
٢٩ : ١٥	٧٠ : ١٠٠	الهوس والإكتئاب
١٤	٢٥	الانحرافات السيكوباتية
٢٥	٥٢	العصاب (القلق والهستيريا)

ملحوظة :

هذا الجدول مأخوذ عن أرجايل: علم النفس ومشكلات الحياة الإجتماعية، مرجع رقم ٥ / (ب) والجدول يعبر عن متوسط النتائج عديد من الدراسات .

والذي نستنتجه بوضوح من الجدول أن كل الإضطرابات النفسية تخضع للوراثة جزئيا ، نون أن يلغى هذا دور العوامل البيئية والابلفت نسبة التشابه بين التوائم المتطابقة مائة في المائة . غير أن هناك بعض الإضطرابات تمنح الوراثة فيها إستعدادا قويا للإضطراب ، ويزداد تدخل الوراثة في الأمراض العقلية (الفصام والهوس والإكتئاب) يتلوها العصاب ثم الإنحرافات السيكوباتية والجنوح .

١ - والحقيقة أن الشخص يولد واديه استعداد وراثي ضعيف لتحمل الضغوط ، والتداعى أمام الكوارث ، وتساعد البيئة (خاصة خبرات الطفولة السيئة) على تعميق هذا الاستعداد فيحدث الانهيار بسبب صعوبات الحياة الحية .

ومن المعروف أن بعض الأسر يشيع فيها نمط معين من الإضطراب : الفصام أو القلق أو الميل للجنوح - لكن هذا لا يعنى أن تلك الإضطرابات موروثه ، فقد تكون بسبب أن الأبوين يخلقان مناخا مضطربا مؤثرين بذلك تأثيرا مباشرا على الطفل فى إختيار هذا الأسلوب المضطرب من الحياة .

ومن أفضل الطرق للحسم فى تأثير الوراثة دراسة التوائم الأخوية (غير المتطابقة) والتوائم المتطابقة . فالتوائم المتطابقة هى التى تحدث بسبب انقسام بويضة واحدة ، لهذا فالخصائص الوراثية تتساوى - بحيث أن الاختلاف الذى يحدث فى سلوك توأمين يمكن أن يكون راجعا لعوامل التعلم الإجتماعى . أما التوائم الأخوية فهى تنشأ نتيجة لتخصيب مستقل لبويضتين ، لهذا فالتشابه بينهما لايزيد عن التشابه بين الأخوة فى الرضاعة . وعلى هذا فإذا قارنا سلوك التوائم المتطابقة بسلوك التوائم الأخوية فى ظروف إجتماعية مختلفة لوجدنا أن التوائم المتطابقة أكثر تماثلا من التوائم الأخوية فى جانب معين ، فان هذا يعنى أن هذا الجانب موروث إلى حدما . وبين الجدول الآتى النسبة المئوية لانتشار الإضطرابات النفسية بين التوائم وهى مثيرة للتأمل بحق .

ب - يقر الجدول على أية حال ، أن الوراثة وحدها لا تحدث الإضطراب السلوكي وأن الخبرات البيئية التالية يجب حسابها بقوة. ويزداد تأثير الخبرات البيئية في مراحل الطفولة - هناك ما يؤكد عن يقين بأن ظهور الإضطراب النفسى - السلوكى يرتبط بأساليب محددة من تنشئة الاطفال ، وأن كل إضطراب يرتبط بخاصية مستقلة من خصائص التنشئة لتظهر فى الإضطرابات الأخرى(١٤).

فدراسة الأشخاص المصابين بالقلق بينت أنهم ولدوا لآباء يتميزون بالضبط الشديد ، وأن علاقتهم بأبنائهم تميزت بالتوتر والتخويف فى المواقف الإجتماعية . وتنتهى هذه الخبرات بالشخص فيما بعد إلى سهولة تعلمه وإكتسابه للمخاوف المرضية . تلك المخاوف التى تعتبر السمة الأساسية لكل جوانب القلق والعصاب.

أما حالات الجناح فترتبط بالرفض والعقاب البدنى ، مما يدل على أنه ينشأ من نوعية مختلفة من التنشئة.

وقد أشرنا إلى أن طفولة الهيستيريين ذات طبيعة مختلفة . فوالدة الهيستيرى (أو الهيستيرية) تكون من النوع الذى يسرف فى الرعاية ، والسيطرة، وتولى اهتمامها للشكاوى الجسمية ، والأمراض البدنية . ويؤدى هذا إلى اللجوء إلى الحيل والأمراض الجسمية فى مواجهة الأحباطات والصراعات: وهذا هو جوهر مانسميه بالهستيريا .

والفصام يظهر غالباً لدى الأشخاص الذين يتعرضون فى طفولتهم للكف، والعزلة عن الأطفال الآخرين. ولم يتمكن العلماء حتى الآن من

إكتشاف ما إذا كانت هذه العزلة ترجع إلى فشل الشخص فى إكتساب وتعلم المهارات الإجتماعية التى تساعد على التكيف الفعال ، أم تعكس سمات موروثية من الشخصية . وهناك دراسات شديدة تبين أن الفصامين يتأثرون من أمهات كثيرات الغضب ، ولكنهن مسرفات فى الرعاية فى نفس الوقت . كما توضح هذه الدراسات أن تخلف الفصامى فى فهم العلاقات الإجتماعية وعجزه عن التواصل بالناس ، إنما يتسبب عن إضطراب التوصل بينه وبين الأبوين فى الفترات المبكرة . أى أن الفصامى لم يجد نماذج من اتصال الجيد فى داخل الأسرة يمكن أن يحاكيها فى تفاعله مع المواقف الإجتماعية المختلفة . وهناك نظرية تثبت أن الإتصال بين الأم والفصامى منذ ما يسمى بشكل الرسائل المزوجة (١٣) فالأم تتصرف بطريقة معينة عليها تتوقع إستجابة مختلفة . بحيث أن الطفل يتلقى رسائل (أو منبهات) يجب أن يسلك على نحو معين ولكنها رسائل تتضمن فى الوقت عينه بعض المعلومات التى تتناقض مع ذلك تناقضاً ملحوظاً . لذلك يصبح الطفل النفسية المحكوم عليها بالفعل مهما كان قرارها أو إختيارها . ولعل نظرية الرسائل المزوجة وما تسببه من حيرة نلاحظه فى الحادثة الآتية التى حدثت على مشهد من الكاتب نفسه فى إحدى مستشفيات الطب العقلى بالولايات المتحدة.

مرضى فصامى فى السابعة عشر من عمره كان فى أسبوعه الخامس فى المستشفى عندما حدث ذلك . فبعد أن أجمعت ملاحظاتنا الإجتماعية النفسية أنه قد بدأ يتحسن ويسلك سلوكاً إجتماعياً إيجابياً جاءت أمه فى نهاية الأسبوع لزيارته .. فلما رأها وذهب لتحييتها صاحت " : ألا تخجل من

تفسك بعد هذه الفترة أن لتسرع بتقبيلي" ولما قام بذلك أحمر وجه الأم ، وأبعدت جسمها عنه بحذر، أحمر وجه الشاب ، ويدت عليه علامات الحرج والعجز عن التصرف. وقد لاحظنا بعد ذهاب الأم أنه أنتكس وأتجه من جديد للإغراق في ذاته .. والبعد عن حوله .

هاهنا مثال واضح للفموض في الإتصال المحير فالرسائل التي ترسلها الأم متناقضة فهي في الظاهر تعنى المحبة والمودة - ولكنها في مضمونها تحمل معنى مضادا* . فتكون إستجابات الشخص فاشلة إذا لم يظهر المودة ، وفاشلة إذا أظهرها . ومثل هذه الأنماط من السلوك الإجتماعى تعد الطفل لكى يسلك على نحو فصامى فى مرحلة الرشد . وتحدث الانهيارات الفصامية غالبا فى المراهقة المتأخرة ، بعد إستعداد للفشل (من مصدر وراثى وإجتماعى) فى علاج المشكلات المتعلقة بالدرسة أو العمل . وبهذا البناء الضعيف الهش يتكون الأسلوب الفصامى لمواجهة إحباطات الحياة فى شكل الإنسحاب من مصادر القلق إلى عالم ضيق تسوده الخيالات والأشباع الفصامية البديلة عن الأساليب الجيدة والواضحة .

أما الإكتئاب فيحدث عندما يكون الوالدان من نوى الضمير القوى الصارم، يتجهون للوم النفسى الشديد عند حدوث أشياء خاطئة . وتتضمن

* يجنح بعض الآباء والأمهات إلى إظهار التفرد والعقاب للابن يلسم المحبة أحيانا وهذا نموذج آخر للوسائل المزبوجة .

أسر المصابين بالبارانويا (هواجس العظمة والإضطهاد) هذا النوع الأصم من الآباء والأمهات الذين يفتقرون للغة التواصل الإجتماعى والحساسية للآخرين ، والذين لا يشجعون أباهم على مواجهة الواقع بطريقة إنسانية سليمة بسبب افتقارهم لذلك أو بسبب التدليل الشديد لهؤلاء الأبناء . ويبدو أن المعتقدات الثابتة التى يتبناها المصاب بهواجس البارانويا فيما بعد تكون فى الأصل تبرير للتضخم فى إدراك الذات ، ويزداد رسوخ هذه المعتقدات والهواجس عندما يتعرض هؤلاء المرضى لأزمات فشل فتبدو تلك الأزمات عيمة الأذى وضعيفة التأثير إزاء الهواجس وأفكار العظمة القوية .

ج- تعجل . الأزمات البيئية بظهور الإضطرابات . ولو أن بعض الأزمات البيئية القوية تكفى وحدها لظهور الإضطرابات السلوكية كما يحدث فى معسكرات الإعتقال . ولكن الإضطرابات التى تستثيرها تلك الأزمات لتكون دائمة فى الشخصية .

ويتحدد شكل الإضطراب السلوكى بطبيعة الأزمات البيئية . فأنواع الإنهيارات التى تحدث أثناء الخدمة العسكرية ، تختلف عن أزمات الامتحانات الدراسية . وتعتبر حالات الوفاة أو الطلاق أو الهجرة أو الحروب مصدرا من مصادر الإضطراب النفسى . ففي الحرب العالمية الثانية تحول ثلاثة أرباع مليون جندي أمريكي إلى مرضى لأسباب نفسية . أما معسكرات الاعتقال فهى أيضا مصدر خصيب للإضطرابات السلوكية . ففي معسكرات الاعتقال النازية يسجل لنا " بتلهاييم " أن كل المعتقلين تقريبا تعرضوا لإضطرابات نفسية بشكل أو بآخر بدما من حالات النفاق

والكذب وإنهاء بالانهيارات الشبيهة بالذهان كالإكتئاب والسلوك الفصامى . وتكون العزلة الإجتماعية ، وضعف حجم الاتصالات الإجتماعية والهجرة تكون سببا للإضطراب السلوكى ، ونتيجة له فى نفس الوقت . فنسبة الفصام بين العزاب تبلغ أربعة أضعاف نسبتها بين المتزوجين ، وتصل بين الأراامل إلى النصف . وبينما نجد أن كل الإضطرابات السلوكية تصاحبها عزلة إجتماعية ، فإن نسبة العزلة تزداد لدى الفصاميين والحالات الإنتحارية . وغالبا ما يعتبر ظهور العزلة الإجتماعية علامة على تزايد الإضطراب لدى الشخص . لهذا فإن تقوية الروابط الإجتماعية ، وتشجيع الانتماء يعتبران من وسائل علاج كثير من الإضطرابات النفسية فى الوقت الراهن .

وتحدد الشخصية شكل الاستجابة بالإضطراب السلوكى الشديد للأزمات البيئية . فقد يتعرض شخصان لخطر (كالإعتقال) لكن أحدهما يستجيب لها بالإضطراب والانهيار بينما تكون استجابة الشخص الآخر مختلفة عن ذلك . وقد يترجم النجاح المتوسط أو العادى إلى فشل ذريع عند بعض الأشخاص نتيجة لانهم يضعون مستوى مرتفعا من الطموح ، أو الخوف من الفشل . وتساعد الخبرات الفعلية المبكرة للشخص فى رسم إستجاباته فى مواقف الأزمات ، فقد يستجيب بالقلق الشديد لنقد من رئيسه فى العمل بسبب خبرات طفولية سيئة بالعلاقة بالأبوين أو بالمدرسين أو بمن يمثلهم من نماذج السلطة . فالأشخاص عندما يتعرضون لموقف واحد أو أزمة يستجيبون بدرجات مختلفة من الإضطراب أو بأنواع مختلفة منه . وكل هذا يدل على أن جزءا من الإضطراب لاسببه الأزمات البيئية -

الإجتماعية بقدر ما تسببه طريقة إدراكنا وإحساسنا النفسى بها . ومن المشكلات المتطقة بتأثير البيئة الإجتماعية أن نوى الاستعداد النفسى السريع للإنهيار ، غالبا ما يستجيبون أكثر من غيرهم بالإضطراب لأزمات الحياة كالعزلة ، أو الطلاق . فهل يكون الانهيار نتيجة لهذه الأزمات ؟ أم أن الفرد بسبب إستعداداته للإنهيار وبنائه الهش يدرك هذه المواقف ، ويرأها على أنها مثيرة للإضطراب بينما هى ليست كذلك ؟ وتتطلب إجابة هذه الأسئلة أن نوضح ما يسمى بمفهوم الحلقة المفرغة فى تفسير الإضطرابات النفسية . فخذ مثلا حالة الزوجة (أو الزوج) السلبي الذى يشكو من عدوانية وتهجم القرين .. فهل سلبية الأول تشجع على إثارة عدوان الثانى ؟ أم أن عدوان الثانى هو الذى يشكل سلبية الطرف الأول وإنسحابه ؟ وبالرغم من أن إجابة هذا السؤال لم تتحدد بعد فى مجال البحث العلمى ، فإن هناك ما يشبه الاتفاق على وجود حلقة مفرغة فى تفسير أى إضطراب نفسى ، وممارس العلاج النفسى غالبا ما يبدأ بتشجيع كسر هذه الحلقة المفرغة من أى زاوية ممكنة ، فهو قد يشجع المريض على إتخاذ مواقف إيجابية وواثق بون النظر إلى عدوانية الطرف الآخر ، على أمل أن هذا سيخلق حلقة أخرى من التغيير البناء : (ظهور السلوك الأيجابى سيوقف عدوانية الطرف الآخر . وتوقف العدوانية يؤدي إلى مزيد من تدعيم السلوك الأيجابى والبعد عن السلبية إلخ) * . وتأثير العزلة الإجتماعية (كالهجرة ،

* قد يبدأ العلاج أيضا من الشخص العدوانى نفسه بل أن نطلب منه التقليل من عدائه .

والعزوبية والطلاق) على ظهور المرض العقلي يثير حلقة مفرغة من هذا النوع .
فهذه العزلة هي التي أدت إلى ذلك أم أن المضطربين نفسيا غالبا ما ينتهون
إلى العزلة بسبب إثارتهم للإشمئزاز والنفور في الآخرين ، وإتخاذهم
لقرارات خرقاء؟ المرجح فيما أوضحنا من قبل أن العزلة الإجتماعية تكون
سببا للإضطراب العقلي ونتيجة له في نفس الوقت .

الخلاصة

يعبر الإضطراب النفسي والعقلي عن مفهوم لجانب من السلوك
يتعارض مع ما نطلق عليه سلوكا سليما ، أو عاديا أو ناضجا . والإضطراب
أو المرض النفسي لا يحق الرضا والتقبل للشخص أو لمن حوله أو لكليهما
معاً . ويؤدي المرض النفسي إلى إثارة إضطرابات شاملة في سلوك
الإنسان قد تشمل حالته الإنفعالية، أو تفكيره أو سلوكه الإجتماعي ، أو
وظائفه العضوية والجسمية ، أو كل هذه الأشياء مجتمعة في وقت واحد .
وإذا غلب الإضطراب على الناحية الإنفعالية والوجدانية كان هناك ما يسمى
بالإضطرابات العصائية كالقلق والهستيريا والخاوف المرضية والإكتئاب ،
وإذا كان مصدر الشلوة إضطرابا في التفكير تكون ما يسمى بالمرض
العقلي (الذهاني) بأشكاله المختلفة من فصام ، وهوس ، وبارانويا . وتنشأ
الجريمة والجناح (الانحرافات السيكيوباتية) بسبب إضطراب السلوك
الإجتماعي . وتعتبر الأمراض السيكوسوماتية كالارتفاع في ضغط الدم ،
والريو والقرحة علامة على أن الإضطراب النفسي يؤثر في الوظائف
العضوية والبدنية للإنسان . وفي كل نوع من أنواع هذه الإضطرابات ،
يشمل الإضطراب الوظائف الأخرى . فالإضطراب في حالة القلق مثلا
يصيب الجوانب الوجدانية ، والجسمية ، والسلوكية ، والعقلية . ولو أن
مصدر الإضطراب هو الوجدان أساسا .

وتشكل الأمراض النفسية بؤرة لمشكلات إجتماعية وعقلية أخرى
تعانى منها المجتمعات المتقدمة الغربية والأشترابية وبول العالم الثالث على

مراجع وتعليقات

١ - هانز ايزنك ، الحقيقة والوهم فى علم النفس ، ترجمة قدرى حفى و
رؤف نظامى ، القاهرة : دار المعارف ، ١٩٦٩ .

٢- عبد الستار ابراهيم ، السلوك الإنسانى بين النظرة العلمية والنظرة
الدارجة ، فى كتاب: السلوك الإنسانى: نظرة علمية ، تأليف عبد الستار
ابراهيم ، ومحمد فرغلى فراج وسلوى الملا ، القاهرة: دار الكتب
الجامعية ، ١٩٧٧ ويوضح الفصلان الأولان من هذا الكتاب بعض
النقاط المتعلقة بالتعريف السيكلوجى العلمى للظواهر .

٢ - للمزيد عن الفروق بين العصاب والذهان أنظر :

*Hans Eysenck (1978). You and Neurosis Britain.
Glasgow:William, Collins Sons.*

أنظر بشكل خاص الفصل الأول من هذا الكتاب الذى يخصه المؤلف
لأنواع المرض النفسى العصابى .. وما يميز الذهانى (المريض
العقلى) عن العصابى .. ويتبنى المؤلف وجهة نظر الطب النفسى
التقليدية التى ترى أن الذهان درجة أقسى من العصاب .. أى أن
الفرق بينهما فرق فى الدرجة.

غير أن المؤلف يعرض لوجهة نظر ترى بأنهما نوعان مختلفان من
الأمراض .

السواء . وقد بينا بالأعتماد على نتائج البحوث المسحية والدراسات التجريبية
مدى إنتشار الإضطرابات العقلية فى العالم العربى والغربى . وتحدث
الإضطرابات النفسية بسبب إلتقاء الوراثة ، والأساليب الخاطئة فى
التنشئة فضلا عن الضغوط والأزمات البيئية . وقد أوضحنا كيف يتم الإلتقاء
بين هذه العناصر الثلاثة . وإلتقاء هذه العناصر يرسم بون شك خطط
العلاج الفعال لتلك المشكلات .. كما يمنحنا البصيرة بالسبل والأشكال التى
يجب أن تتطور نحوها أساليب العلاج وهذا هو موضوع الفصل القادم .

(د) المخاوف ذات الشكل الأخلاقي ، كالخوف من الانتحار والعادة السرية والعذاب في الآخرة والجنس .

(هـ) الخوف من النقد الإجتماعي ، كالخوف من التجاهل والتبذ ، والنقد. الخ

(و) الخوف من الظلام وما يرتبط به من مخاوف أخرى كالخوف من الوحدة ، أو النحول إلى الأماكن المظلمة .

(ز) الخوف من الأماكن الخطيرة مثل الخوف من المرتفعات ومن الأماكن المغلقة ، والأماكن المزخمة والأماكن المسيحية الخ للمزيد من التفاصيل أنظر :

Eysenck. You and neurosis Op. Cit P.73

٦ - للمزيد من القلق الوجودي أنظر بالانجليزية.

Salvaor Maddi(1969).The Extential Neurosis, In David Rosenhahn und Perry London (eds) Theory And Research in Abnormal Behavior New York : Holt Rinehart and Winston,(pp.222-329).

١ - هناك أيضا إنحرافات يطلق عليها إنحرافات " نوى الياقات البيضاء." وهي تشيع في أفراد من الطبقات المتوسطة والعلية وتتمثل في الهروب من دفع الضرائب ، ومتطلبات الأنفاق الزائف ، والانحرافات في مجال العمل كالإختلاسات وغيرها،

Milton Rokeach (1964). The Three Christs of Ypslant li.NewYork Alfred Knopf 1964 .

٥ - للمزيد من الأمراض المصاحبة للعصاب والذهان وأشكال الإضطرابات النفسية الأخرى أنظر :

(أ) ايزنك ، الحقيقة والوهم في علم النفس ، مرجع سبق ذكره في "١"

(ب) شيلون كاشدان ، علم نفس الشواذ ، ترجمة احمد عبد العزيز سلامة ومراجعة محمد عثمان نجاتي ، الكويت : دار القلم ، ١٩٧٧
أنظر بشكل خاص الفصل الثاني من هذا الكتاب الخاص بمجموعات أمراض السلوك الشاذ .

٦ - تبين دراسة حديثة أن المخاوف المرضية يمكن إرجاعها إلى سبعة موضوعات أو فئات رئيسية :

(أ) مخاوف من الحيوانات كالعناكب ، والقطط .. الخ .

(ب) مخاوف من مشاهدة العداوة لدى الآخرين وذلك كالخوف من الأصوات المرتفعة ، أو الخوف من الناس الغاضبين ، أو الخوف من المشادات .. الخ .

(ج) الخوف من الموت والأذى كالخوف من الدم ، والجروح والموتى ورائحة العقاقير ، وحوادث السيارات ..

الفصل الثاني

شئ عن العلاج النفسي عبر العصور

يمكن أن نطلق على الأسلوب العلاجي المتضمن في هذا الكتاب إسم "العلاج السلوكي" أو "تعديل السلوك" وهو منهج يعتمد في تناوله للسلوك المضطرب على أساس نظرية التعلم. والمسلمة الرئيسية التي نعتنقها ولق هذا التصور هي أن الإنسان يتعلم من خلال تفاعلاته وخبراته بالعالم وتفاعلات العالم والآخرين به وإستجاباتهم له ، كما يتعلم شتى جوانب السلوك بما فيها أمراضه وطريقته الشاذة في إستجابته للبيئة. ويتم ذلك تدريجيا ومبكرا في حياة الإنسان إلى أن يتحول شذوذه وأمراضه السلوكية إلى عادة وأسلوب حياة. ونطلق على هذا الشذوذ فيما بعد ، وبعد أن يتحول إلى عادة راسخة - المصطلحات المختلفة للإضطرابات النفسية والعقلية بتجسيد أعراض هذا الشذوذ واتجاهاته. فإذا كانت عادة الإنسان أن يواجه مواقف الحياة بطريقة شاذة ومبالغ فيها إنفعاليا ، قلنا أنه يعاني من الخوف أو القلق. أما إذا كانت عادته أن يواجه مواقف الحياه بصورة غير المكثرت أو الحزين المتشائم الذي يتوقع دائما الضرر.. وصفنا شذوذه هذا بالإكتئاب. ونصف سلوكا شاذا آخر بالفصام ، إذا تميز صاحبه بالإستجابة الغريبة التي تشوه من الواقع وتدركه على نحو غير مألوف وغير واقعي ... وهكذا.

ونحن نسلم أيضا بأن ما تتعلمه يمكن أن لا تتعلمه ، أو أن تتعلم

أنظر: الفصل الخامس عن الجريمة والجناح من كتاب ميشيل أرجايل ١٩٧٨ علم النفس والمشكلات الاجتماعية، ترجمة عبد السر ابراهيم ، الكويت : دار القلم ، ١٩٧٨ (الطبقة الثانية).

٩ - أنظر ميشيل أرجايل ، المرجع السابق الفصل السادس. الصحة النفسية والإضطراب العقلي .

١٠- أنظر :

Abdul Sanar Ibrahim (1979) Extroversion and neuroticism across cultures. Psychological Reports, 44, 709-803.

١١- أنظر:

محمد أحمد غالي (١٩٧٥) دراسة مقارنة لبعض أبعاد الشخصية بأستعمال مقياس أيزنك في البيئة الكويتية، الكويت.

١٢- عزت حجازي (١٩٧٨) الأسباب العرربية والمشكلات التي يواجهها الكويت، عالم المعرفة.

١٣- كاشدان ، علم نفس الشواذ ، مرجع سبق ذكره.

١٤- لمن يود أن يستبصر بتأثير أساليب تنشئة الأطفال على سلوكهم عندما يتحولون إلى بالغين أنظر :

مصطفى أحمد ابراهيم تركي (١٩٧٤) الرعاية الوالدية وعلاقتها بشخصية الأبناء : دراسة تجريبية على طلبة جامعة الكويت ،

القاهرة : دار النهضة العربية .

أساليب أفضل منه. صحيح أن الوراثة والعوامل البيولوجية قد تتدخل أحيانا في سلوك البشر وتوجهه لغايات غير مرغوبة. لكننا نعتقد أن وجود الوراثة أو العوامل البيولوجية لا يعنى بأن العلاج أو تعديل السلوك شيء مستحيل.. تحت نفس الاستعدادات الوراثية يمكن لشخص أن ينمى جوانب من السلوك المرغوبة، ويمكن لشخص آخر أن يتجه لغايات سيئة. وهدف العلاج السلوكي هو أن يوجه السلوك - بغض النظر عن مسببات وراثية، أو إجتماعية - إلى وجهات مقبولة ومرغوبة وتحقق للفرد ولن حوله بعض السعادة في ظروف أصبح من العسير على الناس أن يسمدوا أنفسهم أو أن يتسامحوا مع سعادة الآخرين.

وسنجد أن كل الأساليب التي ستعرض لها تقريبا نتجه نحو إزالة الأعراض المرضية* والقضاء عليها.. تلك الأعراض التي ننظر إليها بصفة عامة - كما أشرنا توا - على أنها نوع من السلوك غير المتوافق الذي يمكن ملاحظته وبالتالي يمكن ضبطه.. أو إستبداله.. أو توجيهه وجهات بناءة. بعبارة أخرى فإن مناهج العلاج السلوكي الحديث تؤمن بأن العرض المرضي الذي يشكو منه المريض هو الجدير بالعلاج وليس ما وراء اضطرابات، إن كانت وراءه اضطرابات أخرى.

* إذا ما إعتاد الإنسان على مواجهة مواقف مختلفة بطريقة مبالغ فيها إفعاليا قلنا بأنه يعانى من مخاوف وقلق. أما إذا إعتاد الإنسان على مواجهة نفس المواقف بصورة غير المكتوب، أو الحزين دائما وصفناه بالإكتئاب. ونقول عنه بأنه "فصامي" إذا ما كانت إستجاباته لتلك المواقف مشوهة وغير واقعية.

ونجد من الواجب علينا - لكي نتضح - قيعة هذا التطور في حركة العلاج النفسي الحديث - أن نكشف عن النظرة التي إعتاد الناس أن ينظروا بها إلى معاناة البشرية من الأمراض النفسية والعقلية على مر التاريخ.

فلم تكن مشكلة معاناة البشرية من تلك الإضطرابات مسألة هيثة.. لقد شغلت الناس منذ القدم، كما لاتزال تشغلنا الآن.. وحاولوا أن يفسروها كما نحاول الآن. وجاهدوا لعلاجها كما نجاهد الآن.. وضعوا تصنيفات وأنواعاً لها، تماما كما يحاول الأطباء النفسيون الآن.. ولكن الفرق الوحيد بيننا وبينهم يبدو في الكيفية التي تناولوا بها هذه الإضطرابات، والكيفية التي حاولوا بها إخضاعها للعلاج والضبط.. ولا شك أن سياحة بسيطة في تاريخ العلاج النفسي ستمنحنا بصيرة محمودة بما نحن عليه الآن، وبما يجب أن نتجه له خطواتنا التالية.. وفي المستقبل.

نظرة الإنسان القديمة للأمراض النفسية :

لقد كان الأعتقاد الشائع في العصور القديمة أن المرض النفسي أو السلوك المضطرب والشاذ نتاج لعوامل غامضة قادرة على أن تؤثر في الإنسان تأثيرا ملحوظا. وقد تفاوتت أسماء هذه العوامل من فترة إلى أخرى بحسب بعض الارتباطات الخاصة بالتطور البيئي.. ولكن مهما اختلفت المسميات فإنها اتفقت بشكل عام على وجود أرواح أو شياطين لها القدرة على أن تلج الجسم البشري وتسيطر عليه على نحو ما. فإذا كانت

المرضى العقلين كان فيما يبدو موحيا بالانتقال إلى دراسة تلك الإضطرابات بربطها بالمخ تحت إنتشار الطب العضوى.

ومهما يكن من أمر ، فإن فكرة الشياطين والجن الذى يلج الجسم الإنسانى ويتخلله لينفث فيه الشر والإضطراب لم تعد ترضى ما توصل إليه التفكير البشرى من تطور خلال القرن التاسع عشر. فلقد شهد ذلك القرن نموا فى التفكير الطبيعى أمتد أثره ليشمل ما يشبه الثورة فى تطور الطب العضوى وعلاج الأمراض الجسمية. ولأن الأمراض العقلية آنذاك كانت أيضا من تخصص الأطباء فقد أمتد التطور أيضا ليشمل دراسة الأمراض النفسية والعقلية.

وطبيعى أن يؤدى ذلك التطور إلى تشكل إتجاه علمى قوى فى النظر إلى الإضطرابات النفسية والعقلية. فقد أصبحت هذه الموضوعات وريما لأول مرة فى تاريخ الفكر البشرى موضوعات قابلة للبحث العلمى وليس لإجتهد المشعوذين ورجال السحر والمنجمين. فانهك الأطباء فى بحوث عن مسببات تلك الأمراض - وساد الإتجاه بأن لكل مرض عقلى سببا منه فى ذلك مثل أى مرض جسمى ، وأنه إذا عرفنا العلة بطريق التجربة والإستقصاء ، فإننا سنصل فى الغالب إلى إستنباط العلاج المناسب بطريقة العقاقير الطبية. وهذا التطور مازلنا نشهد آثاره فيما يسمى بالطب النفسى (السيكياترى) الحديث.

ولكن النظر للمرض النفسى بقوانين المرض الجسمى ، لم يكن ليثير لأحماس بالرضا لدى جميع المختصين. ونعترف بأن كثيرا من الحماس الذى يميز علماء العلاج النفسى والسلوكى الحديث فى إبتكار تصورات نظرات ذات طابع سيكولوجى لمواجهة التحديات التى لم تكن التطورات الطبية قد إستطاعت أن تواجهها فى خلال قرن من الزمان ، إنما جاء نتيجة لتزايد عدم الرضا على المنهج الطبى التقليدى الذى ينظر للمرض النفسى نظرتة للمرض الجسمى. ففى الأمراض الجسمية دائما ما يكون المرض الجسمى (كإرتفاع الحرارة ، والصداع وإرتفاع ضغط الدم .. الخ) ، نتيجة لإختلالات عضوية أو كيميائية فى الجسم هى الجديرة بالعلاج. لأن الأطباء أحتكروا عمليات العلاج الجسمى والنفسى معا .. فقد أنتقل المفهوم الطبى والجسمى إنتقالا أليا إلى تفسير الإضطرابات النفسية .. فأصبحت الأعراض النفسية من إكتئاب ، وقلق ، وهلاوس ، وعنوان ، ومخاوف ، وهواجس ينظر إليها نظرة عضوية على أنها أعراض سطحية تخفى وراءها إضطرابات جسمية تتمثل فى وجود إختلالات كيميائية فى المخ ، أو تلف فى الأنسجة نتيجة لعيوب وراثية أو إختلال فى وظائف الجهاز العصبى أو الغدد وغيرها من عوامل عضوية لايسمح المقام هنا أن نخوض فيها بالتفصيل .

وبالرغم من أن العلاج السلوكى الحديث يتضمن طرقا بيولوجية كالعلاج بالصدمات الكهربائية فى حالات الإكتئاب ، أو جراحات المخ ، أو العقاقير المهدئة فإن كثيرا من الدراسات تبين أن فاعلية هذه الأساليب تكون محدودة ، مالم تصحبها أساليب من التوجيه والتربية. فالمرضى الذى

فضلا عن هذا فإن كثير من جوانب العلاج العضوى كالعلاج بطريق
الصدمة الكهربائية قد تؤدي إلى نتائج سيئة تفوق نتائج الأعراض التي
نوم بعلاجها . وسأنتهز هنا هذه الفرصة لأقدم عرضا لبعض نتائج هذا
نوع من العلاج لأنه يستخدم بكثرة في كثير من المجتمعات العربية .

إن العلاج بالصدمة الكهربائية أو انتشجات الكهربائية طريقة دخلت
سرح العلاج في الثلاثينيات من هذا القرن . وهي تقوم كما سنرى في
معمل الثاني على لصق قطبين كهربيين في فؤدى المريض ثم يمرر تيار
من ٧٠ إلى ١٥٠ فولت خلال المخ . ويستغرق تعريض هذا
قطب إلى أجزاء من الثانية أو ثانية على أكثر تقدير . ويحتاج المكتئبون في
الجلسة الأولى إلى حوالي ١٢٦ : جلسة بينما يحتاج الفصاميون إلى ما يقرب
من ٢٥٠ جلسة . ومن المعتقد أن الانتشجات التي تصيب المريض نتيجة لتعريض
التيار تؤدي إلى تغير في سلوكه . لكن هناك ما يشبه الإجماع على أن
النتائج التي يؤثر من خلالها التشنج على السلوك أمر غير معروف . كل ما
نراه الأخصائيون أن هذا الأسلوب يؤدي إلى التغير من حالات الإكتئاب
والفصامين والمكتئبين على السواء . أما كيف يتم ذلك فهذا غير
معلوم .

وإستخدام الصدمات الكهربائية في العلاج النفسى يتم تبريره في
مستشفياتنا العقلية على أنها سريعة وسهلة الإستخدام وتوفر وقت الأطباء
النفسيين . ولكن هذه الحجج تخفى حقائق كريمة ، ومساوية من حيث الآثار
الضارة على السلوك والشخصية الإنسانية بعد هذا . علما بأن نسبة الوفاة

يشكو من التوتر النفسى بطريقة تعوق تلقائيته في الحديث أمام الناس على
سبيل المثال ، قد يساعده تعاطى بعض العقاقير المهدئة على ضبط هذا
التوتر .. لكن ماذا عن قدرته على التعبير عن نفسه؟ أو طرقه في التفاعل مع
الآخرين بطريقة ايجابية؟. هنا لابد من أساليب جديدة تمكنه من أن يتعلم
طرقا جديدة من التعبير عن النفس والتفاعل الإجتماعى وان يتخلى عن
أساليبه القديمة ويدون هذا التعلم .. فقد يظل تأثير العقار محدودا أو
منعدما .

أضف لهذا أن الإحصاءات الأمريكية تبين أن بلايين الدولارات تصرف
كل عام في العقاقير المهدئة أو المنومة ، وتتفق الإحصاءات الإنجليزية معها
في إحصاء أرقام ضخمة تصل إلى أكثر من ١٠٠ مليون جنيه استرليني في
العام . ولا توجد لدينا - للأسف - إحصاءات عربية عن مقدار ما يصرف
في إستهلاك الأدوية والعقاقير المهدئة في الدول العربية .. ولكن لاشك في أن
أموالا طائلة مماثلة تستهلك في ذلك . وما يمكن إستنتاجه بشكل عام .. هو
أن الإضطرابات النفسية بالرغم من هذه المبالغ الطائلة التي تصرف في
العقاقير لم تتضاقل كثيرا فيما يبدو . قد يقال بأن ازدياد إعتقاد الناس على
هذه العقاقير يكون بسبب ازدياد إنتشار الإضطرابات النفسية ذاتها في
عصرنا الحديث . وسنرى خطأ هذا الأراء فيما بعد (أنظر الفصل الأول
خاصة فيما يتعلق بانتشار الأمراض النفسية والعقلية) .

كما سنرى أن رحلة الشخص مع ما يملكه من إضطرابات لم تنته -
بإنتهاء إكتشاف العقاقير والمهدئات .

من الصدمات الكهربائية تصل إلى واحد في كل ألف مريض منهم ٥٪ ينتج سبب موتهم مباشرة نتيجة لتلف أنسجة المخ وصدماته (٣) Brain damage وتدل دراسات علماء الأعصاب التي تجرى منذ الأربعينات على أن تأثير الجلسات الكهربائية على أنسجة المخ أمر مؤكد .

ففي لقاء حديث سنة ١٩٧٨ مع الطبيب النفسي "كارل بريبرام" رئيس معهد النفسى العصبى neuropsychology بجامعة ستانفورد بكاليفورنيا يقول " إننى أفضل إجراء جراحة فى المخ عن تطبيق سلسلة من الجلسات الكهربائية .. فإنا أعرف ما تتحول إليه خلايا المخ الرقيقة بعد سلسلة من الجلسات الكهربائية. إنها تبدو بمنظر لا يبعث الرضا على الإطلاق "

أضف إلى هذا ، التأثيرات الأخرى التي تتركها الجلسات الكهربائية على المريض كالحصد الحاد ، وفقدان الشهية ، والخوف ومن أكثر هذه التأثيرات سوءاً ، التأثير على الذاكرة الإنسانية . فقد كشف جاتيس Janis (٣) فى دراسة عن آثار الجلسات الكهربائية بأن " جميع المرضى الذين عولجوا بطريق الصدمة ظهرت عليهم عوارض تدهور الذاكرة تلا يقرب من أربعة أسابيع بعد توقف الجلسات . " ويضاف إلى هذا أن عدداً من الأشخاص يتحول إلى نفس الحالة بعد فترة من الزمن ، كما سنرى فيما بعد . غير أننا لا نلتفت مع هذا . أن النظرة العضوية للأمراض النفسية والعقلية لم تخف تماماً عن الانتظار . فما يزال كثير من الأطباء النفسيين ، وما تزال جمعية الطب النفسى الأمريكية تصرف ملايين الدولارات كل عام

تؤكد بأن الإختلالات العقلية فى عضوية فى طبيعتها إلى حد كبير وأن سأتا يجب أن تتجه للبحث عما يرتبط بالأمراض النفسية من عوامل بيوكيميائية . ومع هذا فإن الكثيرين تحولوا للبحث عن طريق آخر الطريق العضوى لتفسير السلوك الشاذ وهو الطريق النفسى أو البحث عوامل نفسية داخلية .

العلاج العضوى إلى التحليل النفسى :

والحقيقة أن التراجع عن التفسير الطبى والبحث عن تفسير نفسى بدأ مستهل القرن العشرين على يد طبيب أصبح اليوم اسمه على كل لسان هو سيجمند فرويد ، الذى افترض بأن الإضطرابات النفسية يمكن نود إلى وجود صراعات داخلية لاشعورية ، وقوة تعمل بداخل الشخصية سلبية قوى يتصارع بعضها مع البعض الآخر . ويؤدى تصارعها إلى من الأعراض المرضية . وبهذا المعنى أمكن لفرويد أن ينقل محور الاهتمام من اضطراب النفسى من وجود خلل عضوى إلى وجود صراع قائم فى النفس . ومن العلاج العضوى إلى التحليل النفسى كما سترى فى الفصل

وبالرغم من أن فرويد يعد فى تاريخ للعلاج النفسى من أوائل من دعوا وجهة النظر العضوية فى تفسير المرض العقلى ، فإن آثار تخصصه أصلى قد جعلته ينقل للمرض النفسى تصوراً يختلف فى المضمون ولكنه

يتفق في المنهج . فكما أن الأطباء النفسيين عالجوا المرضى العقلين بطريق علاج انواع الخلل العضوى فى المخ أو الجهاز العصبى ، كان فرويد يعالج الامراض النفسية بطريق علاج ما يكمن خلفها من انواع الخلل الصادر عن وجود غرائز متصلة فينا بيولوجيا .؟ وقد أثار فرويد - فيما يبدو- النعر لدى الكثيرين عندما قال بأن الغرائز الجنسية هي المصدر الأساسى للوابع المسببة لعظم السلوك الإنسانى. وبهذا فإن الاعراض المرضية ما هي إلا علاقات سطحية لإضطرابات وصراعات أعمق فى داخل الشخصية. ولاشك أن هذا التصور ينكر القارئ بشكل ما بنظرة الأطباء للاعراض الجسمية على أنها دلائل على إضطرابات وأمراض كامنة .

ولقد وجهت إنتقادات حادة للتحليل النفسى الفرويدى ، ولكل النظريات الحديثة المشتقة منه^(٤)، ويستحيل علينا فى هذا الحيز أن نستعرض كل الإنتقادات التى وجهت للتحليل النفسى طوال ما يقرب من نصف قرن . إذ لاشك أن مثل هذا العمل لو كان يجب القيام به بأمانة وبدقة لتطلب مجلدا يزيد فى ضخامته عن كتابنا هذا . لكن يهنا هنا عرض ما يناسب من هذه الإنتقادات لموضوعنا عن العلاج النفسى .

فمن ناحية يأخذ الناقلون على فرويد أن كثيرا من مفاهيمه التى أبتكرها لوصف وتفسير الامراض النفسية كانت عامة وفضفاضة ، ويصعب تحديدها تحديدا دقيقا . ولهذا يصبح من الصعب جدا إختيار كثير من الفروض التحليلية إختبارا موضوعيا وتجريبيا ، لأنها بنيت على أدلة قصصية وبطريقة أدبية يصعب على العلماء تقبلها .

ومن ناحية أخرى تلائم موضوعنا فيما يتعلق بفكرة الغرائز هذه التى

كان يعتبرها فرويد مصدر الطاقة للسلوك المرضى . فلقد أتت هذه الفكرة إلى تعقيد مشكلة التشخيص تعقيدا ضخما ، فقد تضائل معنى الاعراض ، وأصبح على الإنسان أن يتجاوزها سعيا وراء الصراعات الداخلية . مما يجرد المشكلة النفسية أيضا من أساسها النفسى ويجعلها رهينة بوجود قوى من العسير التحكم فيها أو ضبطها كما نصبوا . لقد أصبح لدينا - فيما يرى أينزك - " بدلا من الشياطين والعمفارت ، مركبات أوديب واليكترا . "

وقد أستطاعت نظرية التعليم الحديثة أن تقدم تفسيرات بديلة للأمراض النفسية كما أصبح بالإمكان أن نقوم بشيء حيالها من حيث العلاج لاعن طريق سنين طويلة من التحليل النفسى والتداعى الحر ولكن عن طريق إعادة تعلم جوانب من السلوك التكيفى بوسائل بسيطة من العلاج السلوكى .

هن الفرويدية إلى السلوكية :

من الميسور أن ترد بدايات التصور السلوكى للعقد الأول من هذا القرن . ففى نفس الفترة التى شهدت " سيجمند فرويد " برز " ايفان بافلوف " فى روسيا بدراساته عن الفعل المنعكس تلك التى اكسبته تقديرا واسعا لقاء نظرياته فيه ، فمتح جائزة نوبل بجدارة : وعلى الرغم من أن ناثير " بافلوف " على علم النفس لم يتجلى بصورة مبكرة كفرويد ، فإن الظروف شاعت أن تجعل منه مؤسس الوجة السلوكية فى علم النفس عندما

أستطاع " واطسون " أن يطبق بمهارة نظريات بافلوف فى الفعل المنعكس لوصف إكتساب الأمراض النفسية وإزالتها . وفى فترة قريبة برز أيضا " سكينز " الذى أستطاع أيضا أن يرسخ مناهج سلوكية متطورة عن تعديل السلوك سنفردها لها لأهميتها أحد فصول هذا الكتاب .

إستطاع بافلوف - على أية حال - أن يثبت أنه من الممكن أن يعلم حيوانا ما أن يسيل لعابه بمجرد سماعه لصوت جرس أو رؤيته لضوء معين . وتجاربه فى هذا الميدان مبتكرة .. ولو أنه لم يكتب لها فيما أشرنا أن تؤثر فى النظرة للأمراض النفسية إلا فى فترة قريبة عندما أبدى " واطسون " اهتمامه بتجاربه بافلوف بأن أستطاع أن يخلق مرضا نفسيا (وهو الخوف المرضى) لدى أحد الأطفال (ألبرت) بطريقة تجريبية فى داخل المختبر .

لقد كان " ألبرت " فى عامه الأول عندما قام واطسون * بتعرضه لفأر أبيض عدداً من المرات وفى كل مرة يقرع صوتاً عالياً مفزعاً عندما يظهر الفأر . لقد كان هدف " واطسون " أن يبين أن المخاوف يمكن أن نتعلمها نتيجة للربط بين ظهور المنبه الأصيل (الفأر الأبيض) والمنبه الشرطى (الصوت المفزع) ، تماما كما كان " بافلوف " يعلم حيواناته أن تستجيب بالفأران للعابنة تجريبية للربط بين المنبه الأصيل

* أجرى واطسون برأسته تلك مع تلميذه Rayner التى أصبحت زوجته فيما بعد . ومن الغريب أن واطسون قد فصل من الجامعة بعد أن نشر برأسته بقليل .. وأستطاع توظيف قدراته الخلاقة فى ميدان الدعاية والإعلام ليصبح مليونيرا ويخسر طم النفس وتكسبه الدعاية .

(الطعام) والمنبه الشرطى (صوت الجرس) . وقد نجح واطسون فى إثبات ذلك بالفعل إذ تحول مشهد الفأر المحايد إلى مصدر لفزع " ألبرت " الصغير بعد سبع مرات من تعرضه للفأر مقروناً بهذا الصوت المفزع . لقد كان ألبرت يصرخ طالبا النجدة عندما كان يشهد الفأر ، وأخذت مخاوفه تتعمم نحو كل الأشكال الفرائية والمشابهة للفئران كالأرانب ، وانكلاب .. إلخ .

وهكذا أمكن بظهور هذا التصور النظرى إلى كافة الأمراض النفسية على أنها إستجابات وعادات شاذة تكتسب بفعل خبرات خاطئة . ولم يعد المعالجون السلوكيون ينظرون للإضطراب النفسى على أنه نتاج لقراثر أو صراعات داخلية، بل إنه سلوك نكتسبه من البيئة بفعل سلسلة من الارتباطات التعسفة بين منبهاتها المختلفة . أو كما يوضح ايزنك (٥) :

" ترى نظرية العلاج السلوكى بأنه لا توجد أمراض وراء الأعراض الظاهرة .. فالأعراض هى المرض . فجوانب القلق التى تتملك الناس ، وحالات الإكتئاب والوساوس القهرية وكل الإنفعالات والمسالك العصابية لاتزيد - وفق هذه النظرية عن كونها إستجابة شرطية إنفعالية ، أو ردد فعل لتلك الاستجابات المشروطة " ... فإذا كان كذلك فإن الأعراض هى المرض ، وليست أعراضا " تخفى وراءها أى شئ .. ويكون العلاج فعلا إن إستطعنا التخلص من تلك الأعراض ، فإن أنت تخلصت من العرض تخلصت من المرض (٥) .

وقد قام كثير من المعالجين النفسيين السلوكيين بتشكيل نظرياتهم

٤- من الأساسى بالنسبة للمعالجين السلوكيين البدء فى التحديد الدقيق والنوعى للسلوك الذى نرغب فى تعديله أو علاجه . والإجراءات التى يستخدمها المعالج السلوكى لذلك تختلف فى أهدافها عما يقوم به المحلل النفسى بطريقة فرويد مثلا . لأن المعالج يبدى إهتماما مباشرا بالظروف المحيطة بتكوين السلوك المريض (الذى أدى لطلب العلاج) ، بينما يتجه اهتمام المحلل النفسى إلى تاريخ المريض .. هكذا مجردا ودون إهتمام بأنماط التفاعل بين الفرد والبيئة التى أحاطت ببداية تولد الأعراض المرضية كما يفعل المعالج السلوكى .

٥- لايقف دور المعالجين السلوكيين عند مجرد إكتشاف الإضطراب وتحديده ، ومقداره (أى التشخيص) ، بل يساعدون المريض على التحديد الدقيق لأنماط السلوك السوى والجيد الذى يجب أن يتجه له الأهتمام بدلا من السلوك المريض ، كما يساعده فى وضع الخطة العلاجية وتنفيذها فى إتجاه التخلص من الإضطراب بأساليب متعددة ، ومثل هذا التفكير يختلف عن المنهج الفرويدى الذى يرى بأن دور المعالج هو تشجيع المريض على الاستبصار بمشكلاته وصراعاته . وأن الاستبصار يؤدي إلى التغير التلقائى والعلاج .

وبالرغم من أننا نعتبر فصول هذا الكتاب نماذج للتفكير السلوكى بأساليبه فى العلاج ، فإننا حاولنا أن نعكس بعض التطورات النظرية

على نسق نظرية واطسون .. هكذا على الأمل فعل " وايس " و "سكينر" و "لازاروس" و "أليس" فى تحليل السلوك الشاذ وعلاجه . صحيح أنهم جميعا تقريبا ينظرون الآن إلى تجربة واطسون المبكرة على أنها تعتبر نظرية شديدة التبسيط والاكلية .. إلا أن منهاجهم الفكرى يتشابه فى أنهم جميعا تقريبا :

١- ينظرون للمرض النفسى بصفته سلوكا شادا ، ومكتسبا ويكتسب بفعل عمليات خاطئة من التعليم . ويستخدمون لذلك البحوث التجريبية للكشف عن فاعلية متغيرات معينة فى أحداث الإضطراب تماما كما فعل " واطسون ."

٢- ينظرون للأعراض المرضية على أنها هى الهدف الذى يجب أن يتجه إليه العلاج وأن إزالة الأعراض تؤدي إلى التخلص من المرض النفسى والاضطراب . وليس كما يعتقد المحللون النفسيون أن الأعراض ماهى الا مظاهر سطحية تخفى اضطرابات أعمق فى الشخصية هى التى يجب أن يتجه لها العلاج .

٣- لا يبذلون مجهودا كبيرا فى البحث عن تفسيرات للسلوك فى إطار صراعات الطفولة أو الفريضة أو الوراثة . فمن رأيهم أن التفسير أمر يختلف عن العلاج .. وأن وجود وراثة أو غريزة أو أى شئ من هذا القبيل لا يجب أن يؤثر بأى حال فى مجهوداتنا للتعديل من أنماط السلوك الشاذ .

أماط فرويد اللثام عن حقيقة بسيطة وهي أن قوانين "النفس" تختلف عن قوانين ماهو "عضوى"، ونجح فرويد أن يستبدل التصور الطبي بتصويراته الجديدة، مما كان له بعض الفائدة في توجيه الأنظار إلى أن ما يحدد تصرفات الإنسان عوامل معقدة متشابكة يمكن التثبت منها في عالم آخر غير الأعضاء ووظائفها. لكننا رأينا بعد ذلك أن فرويد ترك الباب مفتوحا لكثير من الشكوك حول المكانة العلمية لنظريته بسبب عزوفه عن التقاليد العلمية من ناحية، وتجاهله لنور التعلم والخبرة في تحديد سلوك الإنسان. لقد جعل الإنسان مغفولا في صراعاته ومتورطا في غوائزه بطريقة جعلت من قدرتنا على التنبؤ "هدف العلم المقدس" بالسلوك البشري ومساره في موقف لا يتلائم مع جوانب التقدم العلمى في الفروع الأخرى. ولم تنجح النظرية السلوكية - للأسف - بالرغم من أنها ظهرت تقريبا في الفترة التي ظهر فيها فرويد *، لم تنجح في أن تشد إليها الأهتمام كتنظريه التحليل النفسى

لقد قدمت السلوكية البدائل الملائمة للتطور بالتفكير العلمى : قدمت البحث التجريبي بديلا عن أساطير فرويد ، وقدمت أيضا التعلم والخبرة بديلا عن القوى الداخلية العمياء التي تعمل بداخل الإنسان وتسيره فلا يملك لها ردا . قدمت ما كان يكفى بالانتقال والتطور إلى مرحلة أخرى من العلاج النفسى . ولكن من المؤسف أن هذا لم يحدث بالسرعة التي نتمناها .

لقد شهد العقد الأول من القرن العشرين سيجمند فرويد وإيفان بافلوف معا وكان كلامهما على لرجة ملحوظة من الشهرة .

المختلفة في هذا الموضوع التي قد تختلف عن المنهج التقليدي في العلاج السلوكى كما يستمد نظرياته من " بافلوف " و "سكينز" ، ولو أننا نتفق بالطبع مع الفلسفة العامة لهذا المنهج القائم على ضرورة إحترام المنهج العلمى والبحث التجريبي، والذي يرى أن العلاج الناجح الفعال يجب أن ينمو نحوا مباشرا بالتركيز المباشر على تعديل السلوك المرضى دون سعى وراء صراعات أو عقد داخلية.

من العلاج السلوكى الأحادى البعد إلى العلاج المتعدد الأوجه :

بالرغم مما هو مسلم به بين علماء النفس والعلاج من أن نظرية التحليل النفسى ، لم تعد بعد نظرية جيدة يعتقد بها^(١) فإن ، من الغريب أن نلاحظ أن بعض الناس وبعض العلماء الذين يشهد لهم فى علم النفس بالجدارة والاعتبار لازالوا يأخونونها مأخذ الجد . وقد يطرح علينا هذا سؤالنا علينا أن نواجهه هنا وهو لماذا لاتزال نظرية التحليل النفسى ذات مكانة مرموقة بين كثير من المعالجين ؟ قد تتعدد إجابات هذا السؤال - لكن هناك حقيقة توحى لنا بها دراسة تاريخ التفكير العلمى - وهي أن من الضرورى لى يتم التطور من نسق قديم أو خاطيء من التفكير أن يتواجد على مسرح الحياة نسق بديل يثبت فائدة أكثر . فقد ظل التفسير الشيطانى للعرض العقلى مسيطرا على الأذهان إلى أن أستطاع الأطباء أن يقدموا إجابة بالرغم من قصورها فقد كانت مقنعة وبداية لتفسير هذه الأمراض وعلاجها، وظل النمط الطبى بعد ذلك مسيطرا على تفسير السلوك الإنسانى إلى أن

فلا يزال للفرويدية مؤيدوها ولا يزال لها شيعتها المتزمتون.

أما لماذا لا تزال الفرويدية تشيع بهذه القوة بالرغم من وجود البدائل:

فإن الأجابة تكمن فى النظرية السلوكية ذاتها فيما نتصوره فالسلوكية فى شكلها الأول التقليدى كانت ترى أنه يكفى دراسة أنواع السلوك السطحية التى تقبل الملاحظة . وأن هذا هو أكثر ما نحتاج له لفهم الاختلالات النفسية وعلاجها . وانطلاقاً من هذا كان المعالج السلوكى بدأ "بيافلوف" وحتى "سكينر" يضع كل ما ليس بظاهر فى موضع هامش . حتى أن سكينر يحذر مراراً وتكراراً علماء النفس السلوكى من الوقوع فى فخ مفاهيم حاربتها فى نظره المدرسة السلوكية منذ نشأتها " : عندما أقول بأن السلوك نتاج للبيئة .. فإننى أعنى بالبيئة أى حادثة أو منبه فى العالم له القدرة على التأثير فى الكائن . صحيح أن جزءاً من العالم موجود فى داخل الكائن .. لكن هذا جزء ضئيل الأهمية .. ويستدل عليه من خلال الاستنتاج العقلى والتقارير اللفظية . لذا يجب أن تكون فى منتهى الحذر والدقة فى معالجته .. لأن الباحث فى تلك الحوادث الداخلية يبعد نفسه - ولو خطوة صغيرة - عن السلوك الظاهر والوقائع الفعلية" (٧) .

وفى إعتقادنا أن السلوكية بهذا الشكل قد سلبت الإنسان كثيراً من العوامل التى كان يمكن أن تكون ذات قيمة فى فهمه وعلاجه . مما جعل أحد المعالجين النفسيين يرى أنه من الصحيح أن العلاج السلوكى قد يكون هو العلاج المفضل بالنسبة للإضطرابات المتعلقة بالخوف المرضية . والإضطرابات التى لها مصدر خارجى يمكن ملاحظته والتحكم فيه، لكنه

غير طريقة غير مناسبة فى العلاج لحالات الإكتئاب والقلق الوجودى والميول التنحارية والأغتراب وغير ذلك من إضطرابات تكون مصارها غير ملحوظة فى العالم الخارجى .

والحقيقة أن هذا ما يرفضه العلاج السلوكى الحديث فى ظل التطورات الراهنة التى يتوجه نشاط المعالجون فيها نحو الأبعاد المتعددة لمرض العقلى .

ومن ثم جاء الكتاب الحالى يؤكد من خلال فصوله بأنه توجد إمكانيات متعددة لتغيير السلوك . بعبارة أخرى نرى أن الإضطراب النفسى نتاج تآزر بعضها فى البيئة الخارجية وبعضها فى عالم القيم والتفكير الوجدان .. أى العوامل الذاتية .

وبالتالى فإن علاج فرد يشكو من مشكلة معينة كالإكتئاب أو العجز عن ضبط النزعات العدوانية .. أو القلق .. الخ يمكن أن يتم بأن نعلمه أساليب جديدة من السلوك ، كما يمكن أن نعلمه طرق جديدة من التفكير ونحل المشكلات ، ويمكن أن نساعد على تغيير توقعاته القديمة أو القيم التى يتبناها نحو بعض الأهداف .

بعبارة أخرى فنحن نحاول أن نعكس فى هذا الكتاب نوعاً من التفكير يهتم إهتماماً خاصاً بالإضطرابات النفسية بحيث لا يجردها من طبيعتها المعقدة . ومحور هذا التصور هو أن الإضطراب النفسى عندما يحدث لا يشمل جانباً واحداً من الشخصية إنما يشمل أربعة عناصر هى : السلوك الظاهر (الأفعال الخارجية)، والإنفعال (التغيرات الفسيولوجية)،

والتفكير (طرق التفكير والقيم) ، والتفاعل الإجتماعى (العلاقات بالآخرين).

تتاول على سبيل المثال شخصا يعانى من القلق الشديد عندما يتقدم لحديث ودى مع رئيسه أو شخصا من الجنس الآخر أو أى شخص على درجة معينة من الأهمية أو الجاذبية له . إن قلقه فى الحقيقة يترجم عن نفسه فى اشكال متعددة ومتصاحبة ، وتحديث جميعا فى وقت واحد : إذ تشتد ضريات قلبه وتزداد سرعة تنفسه (كدلالة على الإنفعال) ويتلجج فى الكلام ويحمر وجهه (سلوك ظاهرى)

وربما يتكلم مع نفسه بصوت غير مسموع بلته إنسان فاشل وعاجز ومهمل (قيمة سلبية نحو الذات أو تفكير غير عقلانى) ، كما يجد نفسه عاجزا عن أن يجد موضوعات مناسبة للحديث لتخرجه من ووطته (كدلالة على ضعف المهارة فى التفاعل الإجتماعى).

ولأن الإضطراب يشمل كل هذه الوظائف ، فإن العلاج الناجح يجب أيضا أن يتجه إلى التغيير ، ويشتى الوسائل من مصاحبات الإضطراب فى كل تلك الوظائف والجوانب. فمن الممكن أن نعلم المريض فى المثال السابق أساليب جديدة لضبط إنفعاله (من خلال الأسترخاء العضلى مثلا) ، كما يمكن أن نعلمه أساليب جديدة من السلوك، أو أن نزيد من إمكانيات أساليبه السلوكية القديمة فى هذا الموقف (تعديل السلوك)، كما يمكن أن نعلمه بأن لايفكر فى نفسه تفكيراً سلبياً وأن لا يرضى على هذا الشخص - الرئيس أو الفتاة - قيمة إيجابية أكثر مما يجب (تعديل فى طرق التفكير

ويمكن أيضا أن نعلمه طرقاً جديدة فى تبادل الأحاديث مع رين ، واختلاق موضوعات ملائمة بمهارة (تعديل طرق التفاعل التامى).

وبالرغم أن من الصعب على معالج واحد أن يتقن مهارات تعديل السلوك البشرى فى الجوانب الأربعة السابقة معا ، فإن المستقبل قد يشهد صلات أبقى بين المعالين النفسيين . فتجد فريقا يولى إهتمامه ونشاطه فى السلوك ، وفريقا آخر لتعديل التفكير ، وطائفة ثالثة لتعديل المهارات الساعية ، وطائفة رابعة لتعديل الإضطرابات الإنفعالية . ويبدو أن هذا ما يكون فى الوقت الراهن فى الولايات المتحدة ، وفى غيرها من البلدان تشهد تقدما فى نمو أساليب العلاج السلوكى.

وبعد ، فسنفصل فى الفصول القادمة فى بعض أبعاد هذا المنهج .. إننا نود هنا أن نشير إلى أن فصول الجزء الثانى من هذا الكتاب فى أساليب ومناهج العلاج جاءت لتغطى جوانب التقم باعطاء نماذج أساليب علاج الجوانب الأربعة السابقة .

لمحة على أساليب العلاج النفسي الحديثة

أ - قررت أخيراً ، وبعد تردد طويل ، أن تذهب للطبيب النفسي وهي في حالة حادة من القلق والخوف ، والإكتئاب المتزايد يوماً بعد يوم .

وتلورت شكواها عند الطبيب في وجود حالة خوف مرضي (فوبيا) من الأماكن المغلقة والضيقة. إذ يصيبها في مثل هذه الأماكن رعب وجزع وتوشك على الأغماء ، وتهن أعصابها هونا شديداً . وقد أدت خوفها من الأماكن الضيقة إلى الامتناع نهائياً عن أداء أشياء ضرورية وترفيهية كركوب المواصلات ، والذهاب للأسواق ، أو الدخول إلى محلات البيع والشراء .. وامتنعت حتي عن القيام بالواجبات الحيوية التي تتطلب منها الدخول إلى حمام المنزل .

ب - نعتته زوجته ذات صباح ببعض الألفاظ النابية . وبالرغم من أن مشاعره قد جرحت بشدة إلا أنه خرج إلي عمله دون أن يتلطف ببنت شفة . وفي العمل فوجيء برئيسه ينتقده بحدة على خطأ ارتكبه واحد من زملائه . ومرة أخرى وقف صامتاً دون أن يدافع عن نفسه ومبطلعا الأمانة بحق مكتوم . وفي نفس اليوم طلب من أحد مرفسيه الصغار أعداد مذكرة مطلوبة من مدير المصلحة ، فرفض الموظف أداء العمل بطريقة لم تخل من عدم النوق الاستهانة . والمرة الثانية لم يقم مريضنا بأي إجراء ملائم نحو هذا التصرف . وعندما عاد للمنزل في نهاية اليوم فوجيء بأن طفله الصغير قد أحدث عطبا في جهاز تسجيله للعب به . هذا أنفجر بالفضب على إبنته ، وعاقبه عقاباً لا يتلائم مع تقامة الحادث ، غير أنه لم يشعر بالراحة بعد ذلك ، بل تملكته مشاعر بالثوب . وإصطبغ ذلك باحساس بأنه إنسان تافه وعديم الفاعلية ، وعاجز عن أن يحكم حياته بايجابية ملائمة . ولهذا السبب أنتهز

١- للمزيد من التفسيرات القيمة للمرض النفسي أنظر:

أ- شلبيون كاشدان (١٩٧٧): علم نفس الشوان ، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة ومراجعة محمد عثمان نجاتي ، الكويت : دار القلم . خاصة الفصل الثاني وموضوعه نماذج للسلوك الشاذ :

B- Roubbins, R.H.(1959) *The encyclopedia of Witchcraft and demonology*. New York: Crown publishers.

C- Millon, T. & Millon, R.(1974) *Abnormal behavior and personality*. Philadelphia: Saunders Company.

٢- أنظر : عبد المحسن صالح ، الإنسان الحائر بين العلم والخرافة ، الكويت عالم المعرفة ، مارس ، ١٩٧٩ .

في هذا الكتاب الشيق يركز المؤلف على نماذج من الموضوعات التي تقسر بطريقة خرافية بالرغم من أنه يمكن تناولها تناوفاً علمياً . أنظر بشكل خاص الفصل الثالث الذي يفرده المؤلف للعلاج الخرافي في بعض الشعوب العربية .

٣- للمزيد عن العلاج بالصدمات الكهربائية وتأثيراتها النفسية أنظر :
Friedberg J.(August, 1978). *Electroshock therapy: Let us stop blasting the brain psychology today*.

٤- للمزيد عن نظرية فرويد والانتقادات الحادة التي تواجهها مدرسة التحليل النفسي أنظر :

أ - هول ليندزي ، نظريات الشخصية (١٩٧٨) ، ترجمة فرج أحمد فرج وآخرين القاهرة ، الكويت ، دار الشايع ، ١٩٧٨ .
ب- ايزنك (١٩٦٩) ، الحقيقة والوهم في علم النفس ، الترجمة العربية القاهرة : دار المعارف ، ١٩٦٩ .

5- Eysenck, H.J *you and neurosis*. Glasgow: William collins,

٦- المرجع السابق .

7-Skinner, B.F (1953): *Science and human behavior*. New York: Macmillan.

أول فرصة ملائمة لزيارة معالج نفسي بيته شكواه ، وطالبا منه النصيحة والشفاء .

ج - أصابه أثر اتصال جنسي غير مشروع خوف مرضي حاد من بوله . وقد تبلور ذلك في الخوف من تلويث الآخرين ، وراث العدوى بينهم من خلال ما يتبوله . وتحول هذا الخوف إلى أداء وساوس وطقوس قهرية * إذ أخذ يقضي ما يقرب من خمس وأربعين دقيقة في تنظيف أعضائه بعد كل مرة يتبول فيها ببلوها ما يقرب من ساعتين يقضيها بعد ذلك في غسل يده وتنظيفها . فضلا عن هذا فقد تطورت لديه طقوس حوازية أخرى ارتبطت بهذه الأعراض . ففي كل صباح يأخذ حمام يستغرق منه أربع ساعات تقريبا . وقد بث لمعالجه أنه قرر بعد ذلك أن يقضي أغلب وقته في مخدعه إذ أن " السقطة لاتساوي المتاعب التي يتعرض لها أثناءها بسبب تلك الطقوس . "

د - إصطحبت إبنتها الذي يبلغ الثامنة للمعالج موضحة أنه كان يبدي نموا لغويا عاديا إلى أن بدأ يذهب للمدرسة في السادسة من عمره . وعندئذ تدهورت قدرته على الكلام ، وأصبح الآن كالأخرس تقريبا . وبسبب هذا تأخر نقله من مرحلة دراسية إلى أخرى .. وقد سبب له هذا ولوالديه كثيرا من التعاسة والالام .

تمثل الحالات الأربع السابقة نماذج لاضطرابات تواجه الناس وتتطلب منهم الاستعانة بالخبراء النفسيين لكي يساعدهم على تحريرهم من العجز والشفاء الذي تسببه لهم هذه الأعراض ، وتطورها .

أي الإنفعال والطقوس والأفكار التي يجد الفرد نفسه مجبرا على تكرارها (انظر الفصل الأول الذي يعرض لهذه المفاهيم الرئيسية) .

فماذا لو أن كل حالة من هذه الحالات جاءت للطبيب النفسي منذ عشرين عاما أو يزيد؟ .

ربما كان الطبيب النفسي (تحت تأثير شيوع أفكار مدرسة فرويد في التحليل النفسي آنذاك) سيطلب من مريضه أو مريضته الاستلقاء على أريكة التحليل النفسي ثلاث أو أربع مرات كل اسبوع لمدة تتراوح بين ثلاثة أو خمسة اعوام . وينتهي العلاج في النهاية ، وبعد تتبع ، أو استقصاء شامل لكل ظروف الحياة المحيطة بالحالة منذ الطفولة المبكرة .

ربما يكتشف المعالج في النهاية أن هذه الأعراض التي دفعت بالريض إلى الذهاب للمعالج ليست هي المشكلة الحقيقية بل ترجع أساسا إلى عقدة تمتد بجنورها إلى فترة الطفولة نتيجة علاقة مريضة بأم مستبدة ، أو أب غير مكثرث ، أو قد يكتشف أن مشكلة المريض في الحقيقة تعود إلى شعور بالنقص بسبب مشكلة أوديبية أي بسبب كراهية لاشعورية قديمة لاب مسيطر ، كان يقمع تعبيره عن مشاعره (أي المريض) محولا اياه إلى انسان جبان وعاجز عن التعبير عن مشاعره عندما يتطلب منه الامر ذلك . ولن يعجز عن أن يكتشف أشياء من هذا القبيل في حالة الشاب الحوازي أو الطفل الاخرس (١) .

أما الآن فإن هناك أساليب جديدة للعلاج السلوكي يمكن أن تساعد على شفاء كل حالة من الحالات السابقة في فترة أقل ، وبقليل من النفقات ، بدون الاستلقاء على أريكة أو الدخول في نكريات الطفولة ، واستقصاء اللاشعور .

والحقيقة أن الانتقال من أساليب فرويد الكلاسيكية إلى الأساليب الحديثة في العلاج النفسي يعتبر في نظر الكثيرين من ممارسي العلاج النفسي بمثابة ثورة، عملت على تحرير طاقاته (أي العلاج) من عقم قاتل. يقول معالج نفسي من كاليفورنيا: " أن التحليل النفسي قد مات فعلا ، لم تعد تلك هي المشكلة ، إنما المشكلة أن نواجه حياتنا بفاهيم متحررة وجديدة ومستقلة تماما عن علم قد حوطته الاكفان " . وفي أحسن الاحوال نجد أن المعالجين النفسيين المعتدلين ينظرون إلى التحليل كأداة من أدوات عدة يمكن للمعالج النفسي أن يتسلح بها في مواجهته للمرض.

وتسمى الاساليب الجديدة في العلاج النفسي بأسماء مختلفة منها: العلاج السلوكي ، وعلاج الواقع ، والعلاج المنطقي ، والعلاج التشرطي، وتحقيق الإنسان لذاته ، وتدريب الحساسية الخ . وبالرغم من أن بعض هذه الاساليب تستخدم بعض طرق التحليل النفسي خاصة لاكتشاف بداية تكون المرض أو الاضطراب الأنها تختلف جذريا في نقاط أساسية سنتعرض لها بعد أن نعرض للقارئ الاسس التي تقوم عليها النظرية الفرويدية في العلاج ، حتى يزداد استبصارنا بالاساليب الحديثة.

التحليل النفسي باختصار هو المدرسة التي تدعى لمنشئها فرويد بكثير من الافكار والنظريات التي طبقت بمهارة في مجالات الحياة المختلفة كالفن والسياسة، والأمراض النفسية وغيرها . ويهمننا من هذه النظرية في هذه المجالات أن نشير باختصار إلى وجهة نظرها فيما يتعلق بالمرض النفسي. ينظر فرويد باختصار إلى المرض النفسي على أنه حصيلة لعدد من العقد النفسية التي تكونت في الفترات المبكرة من حياة الإنسان. بعبارة أخرى فإن الأعراض النفسية المضطربة ترتبط بذكريات لخبرات جنسية

وصدمية مبكرة - نكريات وان كانت قد صارت لاشعورية الأنها لاتزال مع ذلك ذات تأثير فعال في حياة المريض. وتصيح الخبرات الاليمة المبكرة لاشعورية بعد ما يحدث لها من كبت بسبب طابعها الجنسي . ولذلك فالعلاج ينحصر إلى حد كبير في الكشف عن الذكريات اللاشعورية المبكرة ليتمكن المريض من أن يعبر عن الإنفعال الشديد المرتبط بالصدمة. ويتم الكشف عن الذكريات اللاشعورية . من خلال الاستلقاء على أريكة التحليل في عملية تداع حر ، وهو أسلوب يتطلب من المريض أن يتحدث عن كل شيء بذنه مهما بدا هذا الشيء تافها أو لا منطقياً .

ومن خلاله يتم الكشف عن العمليات اللاشعورية المبكرة الكامنة وراء المرض وبالتالي يتم التوصل للاستبصار بالمرض ثم علاج الأعراض تلقائياً .
أي ان المحلل النفسي :

١- لا يهتم بالأعراض المريضة التي يذهب بها المريض بل يعتقد أن هذه الأعراض تعبر عن مشكلات أخرى أعمق هي التي يجب أن يتجه إليها العلاج .

٢- يعتقد أن المرض النفسي - احياء من خلال الأعراض - لذكريات لاشعورية حقيقية في أعماق الذهن .

٣- يؤمن بأن جنود المشكلة لاتمتد للآن ولكن للماضي .. لخبرات الطفولة والعلاقة المبكرة بالوالدين في السنوات الخمس الأولى من العمر .

٤- أما ماذا يحدث في أثناء الطفولة فالامر - في ضوء نظرية التحليل النفسي - أكثر تعقيدا من أن نلخصه في هذا الفصل. ذلك لان المحللين أنفسهم لم يتفقوا على طبيعة الاحباطات التي يواجهها الشخص في حياته مبكرا ، ولا على طبيعة التفاعلات الشديدة بين الشخص ووالديه . وفي

أحوال كثيرة كان المحللون النفسيون يجنحون نحو تأملات نظرية تختلف من محلل إلى آخر. غير أن المحللين النفسيين استعملوا كثيرا مفاهيم مثل عقدة أوديب، واختلافاتهم بالنسبة لهذا المفهوم أقل بكثير من اختلافاتهم عن غيرها. وقليل جدا من القراء هم الذين لم يسمعوا أو يقرأوا عن مفهوم عقدة أوديب، والتي تعود في جنورها للأسطورة يونانية استخدمها فرويد لبسط آرائه المختلفة في التحليل النفسي. ويمؤدى هذه العقدة يعتقد فرويد أن كل صغير يمر بفترة يقع خلالها في حب أمه، والرغبة فيها جنسيا، غير أنه يقمع ويكبت هذه الرغبة لخوفه من أبيه الذي يصبح منذ الآن مصدرا لكراهية الابن وغيرته. وتكون الأعراض العصائية التي يواجهها الشخص فيما بعد مثل المخاوف المرضية، أو الخوف من مصادر السلطة، أو التعلق بمن هن كبيرات في السن الخ تعبيرا لاشعوريا عن تلك العقدة التي حدثت من قبل.

ربما تكون هذه العناصر الرئيسية التي تمثل هيكل نظرية فرويد في الأمراض وعلاجها. وربما قيل دفاعا عن نظرية التحليل النفسي بأن هذا العرض لا يوضح كل جوانب النظرية. وهذا صحيح، لان هناك تفاصيل أخرى شائعة في نظرية التحليل النفسي غير أنها لا تعتبر من الافكار الجوهرية كتلك التي ذكرناها ملخصة. ومن ناحية أخرى فاننا سنحاول تجنب كثير من الافكار النظرية في عرضنا هذا، الا ما كان منها مستخدما بالفعل في الممارسة العملية المفيدة للعلاج.

وأيا كان الامر، فان فاعلية نظرية التحليل النفسي قد بدأت تضعف فيما أشرنا. وهناك أسباب كثيرة لذلك: منها ان التحليل النفسي يتحرك

كثيرا من الارواح معلقة في لحظة توازن طويل المدى. لكن الحياة تتحرك بشكل أسرع بكثير من هذا التوازن التحليلي. لنفرض أن شخصا جاء يشكو من الضعف الجنسي الذي حوله لشخص مكتئب نتابه كثير من المخاوف في صورته عن ذاته، وطلبنا منه - بدلا من أن يقدم علاجا - الا لضعفه الجنسي - أن يستلقى على أريكة يقص تاريخه، ويحكى مشكلاته القديمة والحديثة. فما الذي يجنيه هذا الشخص من هذا؟. اننا لا يمكن أن نتصور أن نكون بهذا الاسلوب دعاه الشفاء الحقيقي له من ضعفه.

وما الذي سيحدث لعلاقته بزوجته طوال هذه الفترة؟ وماذا عن صديقات الزوجة والآخرات اللاتي تقابلهن بسبب تعاستها الزوجية؟. وأكثر من هذا فما الذي يحدث بعد جلسات مقدارها ألف ساعة على الاقل من التحليل والاستلقاء على أريكة التداعي الحر؟ انه قد يستمرني ضعفه الجنسي لنفس الاسباب القديمة. وماذا لو اكتشف المعالج أنه يعاني من عقدة أوديبية هي التي تكف رغبته الجنسية في الزوجة (فيراها على أنها رمز للام). اننا بعد هذه السنوات الطويلة لانستطيع تغيير بناء علاقته بالأم بعد مرور ٢٠ أو ٤٠ عاما. فلم المحاولة؟. ان حركة الحياة إذن أسرع من أن يكون مصير الإنسان مرتبطا بمجموعة من الافكار النظرية التي تخالفها في أحيان كثيرة شواهد الواقع.

ويرى آخرون أن التطور والانتقال من آراء فرويد الي الاساليب الحديثة في العلاج يرجع جزئيا إلى اشتعال الحرب العالمية الثانية. فقد وجد المعالجون أنفسهم مرغمين على ابتكار وسائل سريعة، وبسيطة تساعد على اقتصاد الجهد والوقت لحل مشكلات المجندين والمواطنين الذين كانت تلقى

المشكلات الإنسانية ، كان مفيدا عند أول ظهوره . وكان موضوعا له إغراقه وله قيمته في شد الانتباه خاصة اذا قدم ذلك بطريقة فرويد الادبية المثيرة . فقد كان المجتمع البرجوازي الذي عاش فيه فرويد يعمل على قمع كل ما يختص بالثقافة الجنسية أو النقاش العلني فيها . لقد كان الجنس سرا غامضا من أسرار المجتمع . وكان لغزا وزائنه ألقانا عمليات القمع الاخلاقية والاجتماعية . وعلى هذا فاذا كانت تظهر مشكلة في حياة فرد ما ، فقد كان يسهل إرجاعها إلى عملية أخرى ذات استسرار غامض وهي الجنس . فالفرد يشعر بالوحدة ، أو الغضب ، أو الانفراج ، أو الإكتئاب والسبب غامض - وائن فالسبب مشكلة جنسية عميقة الجنور . وقد جاء " فرويد " في هذا المناخ الإجتماعي يناقش الجنس ومشكلاته بطريقة مباشرة ومثيرة للتحدي . وبهذا أصبح من الطبيعي أن يكون الانجذاب لكتابات فرويد وأفكاره مظهرا من مظاهر التغيير والثورية على قيم بالية .

أما الآن فلم تعد أسرار الجنس خافية . ولم تعد نظرة الناس إليه نفس النظرية التي يحوطها الغموض . ولم يعد أثيرا لدى الناس - سواء كانوا معالجين أو طالبين للعلاج - أن يفسروا مشكلات البشر ذات الجنور الغامضة في ضوء لم يعد بعد غامضا .

ما تتميز به الاساليب الحديثة من العلاج

وتختلف الاساليب الحديثة عن التحليل النفسي في أنها تهتم بشكل الاعراض ويصورتها الراهنة وكما يعاني منها الشخص . فالمعالج لا يبحث عن الخوف المرضي في نكريات الطفولة وعالم اللاشعور ، ولا يعالج الخوف من خلال تصور أن الخوف نتيجة

بهم الحرب ومخاوفها في حالات انهيار عصبي بأعداد متزايدة . فمنذ الحرب العالمية الثانية أصبحت التيارات الحديثة في العلاج النفسي والسلوكي تمثل قوة حقيقية في مواجهة الاساليب الفرويدية التقليدية . وأمكنها بالفعل أن تقدم مساهمات فعالة في علاج الكثير من المشكلات والأمراض التي تقطن مجالات مختلفة من الاضطرابات كحالات القلق ، والإكتئاب والشعور بالوحدة ، والبرود الجنسي ، والعجز الجنسي ، والمخاوف المرضية ، وغيرها من اضطرابات يلاحظها القارئ كلما تقدم في قراءة فصول هذا الكتاب . وباختصار فقد أصبحت لدينا الآن وسائل علاجية متعددة لمواجهة كثير من الاضطرابات النفسية التي كان يزعم أن الاسلوب الوحيد الذي ينجح فيها هو أسلوب التحليل النفسي ، أو إعطاء مجموعة من العقاقير المهدئة .

وربما يوجد أيضا عامل اخر ساعد على تطور حركة العلاج النفسي ، إنتقالها إلى قنوات جديدة ، هو التطور الثقافي والعلمي للمعالجين النفسيين أنفسهم ، وتطور نظريات علم النفس الحديث . إذ يبدو أن تطور نظرية التعلم بتأثيرها على التفكير العلمي واستخدام المنهج العلمي والدارسة التجريبية قد أدى إلى تراكم بعض الحقائق التي تلائم الواقع . وبهذا وجد المعالجون منطلقا أكثر أمانا يساعدهم على مواجهة المشكلات المرضية وحلها في قليل من الوقت ، وبقلة في النفقات ، وقلة في الجهد المبذول في عملية العلاج مع الفاعلية في ذلك .

وربما يكون التغيير في الثورة الحديثة على تقاليد التعبير الجنسي التي أخذت تجتاح المجتمعات الغربية هو المسؤول عن انحصار تأثير أفكار فرويد . فالتركيز الفرويدي على اللاشعور الجنسي كحجر الزاوية في الكثير من

لمشكلة أعمق. انه يعالج الخوف نفسه كما يشكو منه مريضه . فهو يعتقد أن علاج الخوف سيؤدي بعد ذلك إلى تغيير الشخصية وليس العكس * فالشخص بعد أن يتغلب على مخاوفه سيتسع نطاق الصحة النفسية أمامه، سيكتسب ثقته بنفسه ، وستتغير أفكاره اللامنطقية عن طبيعة أعراضه .

والاساليب التي يستخدمونها لذلك مباشرة ، وتركز على الشكوى ، أو العرض في اللحظة الراهنة . هذا - وهنا - والان : ذلك هو المنطلق الاساسي لنظريات العلاج الحديثة . فهي اذن تركز على هذا العرض ، أو الشكوى المباشرة (خوف - اكتئاب - قلق) .

كما يحدث (هنا) في هذا الموقف أو ذاك بشكل خاص (خوف من أماكن مغلقة، خوف من أماكن متسعة ، قلق من الجنس الآخر ، قلق امتحانات ، قلق مع الرؤساء .. الخ) وكما تحدده النتائج المباشرة للعرض في البيئة (الآن) وليس بالرجوع للشهور والسنوات المبكرة من العمر ** .

* هناك دراسات تربو على المثبات وتبين أن التخفف من الأعراض المرضية يؤدي إلى مزيد من الثقة بالنفس، واليجابية الاجتماعية، وتقليل من القلق والسلبية . أي أن علاج الأعراض يغير من نمط الشخصية ومن سمات لم تكن موضوعا للعلاج .

* يرى الفرويديون أن هذه الاساليب قد تمثل تهديدا لتطور العلاج النفسي - فتجاهل المشكلة وعلاج الشكوى المباشرة (العرض) شبيهة - في تصورهم باعطاء نقاط للتخفيف فقط من التهاب حاد في اللوزتين مثلا . ويتفق المعالج الحديث في بعض الجوانب مع هذا ولا يعارضه . ومنزى فيما بعد أن المعالج يميز بين الشكوى الثانوية والمشكلة الرئيسية ولكن بمفاهيم وتصورات مختلفة عن التحليل النفسي . كما أن المعالج الحديث يهتم بخلفية المشكلة عندما يكون السبب عضويا . فعلاج " التهمة " أو نقص افران غدة من الغدد قد يكون ضروريا ' خفيف حدة القلق . أما في الحالات الاخرى كالإكتئاب فإن علاج العرض كعرض أمر ضروري .

لنتناول على سبيل المثال حالة السيدة التي تخاف من الاماكن المغلقة التي بدأنا بها هذا الفصل . فقد يستخدم المعالج الحديث بعض أساليب تحليل النفسي لا ليعرف ما وراء العرض، ولكن لكي يكتشف بداية تكون المرض (الفوبيا)

ثم قد يقوم بتشجيع المريضة على مغالبة نواحي ضعفها . ولكنه بجانب هذا قد يعرض المريضة تدريجيا ، لاماكن مغلقة تبدأ أولا بالاماكن التي لا تستثير الاقدرا قليلا من الخوف (كمنازل الاقارب والاصدقاء) ثم الانتقال بها بنفس التدرج الي الاماكن التي تستثير القدر الاكبر من الخوف والجزع . وبالطبع لا يتم ذلك ما بين يوم أو ليلة ، وانما على مدار فترة العلاج حتى يرسخ الاطمئنان في المواقف الاقل استثارة للقلق حتى الوصول لكثرها استثارة له .

ففي حالة هذه السيدة اذن يكون الاهتمام هو الخوف المرضي ذاته وليس ما وراءه من صراعات لاشعورية محبوسة منذ الفترات المبكرة من العمر . ويتجه العلاج مباشرة نحو هذا الخوف وليس علاجه بطريقة غير مباشرة بتغيير الشخصية ككل كما يصر الفرويديون على ذلك .

وتختلف الاسس النظرية التي ينطلق منها المعالجون المعاصرون .. فهي عند البعض تكون نابعة من أفكار نظرية التعلم كما أثرتها عبقرية العالم الروسي الفذ " بافلوف " ، ثم واطسون فيما بعد ، وعند البعض الاخر يكون المنطلق النظري نابعاً من نظريات العالم الامريكى المعاصر

* تكون فترة العلاج أقل بكثير من فترات العلاج التي يتطلبها التحليل النفسي .. ففي العلاج السلوكي قد يستغرق العلاج ستة أشهر أما عن طريق التحليل النفسي فيستغرق ما بين ثلاثة أو خمسة أعوام .

تنوع الأساليب العلاجية بحسب آثار الإضطراب على الشخصية

وبالرغم من تركيز المعالج الحديث على شفاء الأعراض المباشرة فإن هذا لايعنى أنهم ينظرون للمرض النفسي نظرة تجرده من طبيعته المعقدة والمركبة. ولاتبالغ ان قلنا بأن كل المعالجين الآن ، بما فيهم المعالجون السلوكيون ، يعلمون أن الإضطراب النفسي عندما يحدث يؤثر في مختلف جوانب الشخصية وهذا مايجعله لوطبيعته مركبة. وحتى لو لم يصرح المعالج أحيانا بهذا في كتاباته (بسبب منطلقاته النظرية) ، فإنه في الممارسة العملية لايفغل عن تلك الطبيعة المركبة للإضطراب النفسي ، وتكون محاولاته متجهة لهذا نحو أحداث التغيير في الشخصية بأية طريقة ملائمة ، ويأتي مدخل مناسب وقد يستخدم في ذلك بعض الأساليب التي تمده بها نظريات علاجية لاتتفق ظاهريا مع نظريته. ومن ناحيتنا نعتقد أن تصنيف مدارس العلاج النفسي إلى مدرسة سلوكية أو فرويدية قد لا يكون ملائما دائما. قد يكون الملائم هو تصنيف الأساليب العلاجية بحسب فاعليتها في أحداث آثار علاجية في هذا الجانب أو ذاك من الشخصية المضطربة. ولما كنا نعتقد بأن الإضطراب النفسي عندما يثور يكون متعدد الجوانب من حيث آثاره على الشخصية فيصيب بالاختلال : الوظائف الوجدانية، والسلوكية الظاهرة، وأساليب التفكير ، وأساليب التفاعل الإجتماعي ، فإن تصنيف المناهج العلاجية بحسب فاعليتها وتركيزها على تعديل كل جانب من هذه الجوانب قد يكون أفضل. وعلى هذا فمن الممكن تصنيف الأساليب العلاجية إلى أساليب لتعديل الوجدان ، وأساليب لتعديل السلوك ،

"سكينر". وقد يكون المنطلق من نظريات الشخصية ، أو نظريات التفكير .. الخ. ومع أن الاسس النظرية فيما يبدو تشكل موضوعا مثيرا للجدل بين المعالجين النفسيين هذه الايام ، فإن اهتمامنا في هذا الكتاب غير موجه الا في القليل نحو الاسس النظرية - قد نتعرض لهذه النظرية أو تلك ولكن لكي نضع اصبع القارئ على العوامل التي تجعل من أسلوب معين صاحب فاعلية أكبر من أسلوب آخر

فضلا عن هذا فإن هناك ما يدل على ان الفرق بين معالج ناجح وآخر أقل نجاحا لاتكمن في المنطلق النظري لكل منهم بقدرما يتوقف النجاح على عوامل أخرى كثقة المعالج بنفسه، وانخفاض مستوى قلقه وقدرته على ابتكار طرق تدفع مرضاه للتصن والعلاج ، وتكوين علاقات دافئة بهم (٢).

وأساليب تعديل التفكير فضلا عن أساليب تعديل أساليب التفاعل الاجتماعي.. وفيما يلي بعض التفاصيل:

١- يتعلق الجانب الوجداني أو الإنفعالي من الإضطراب بدرجة تعرض الشخص لرحمة عدد من الإنفعالات السلبية بالنسبة لموضوع الإضطراب كالخوف من الاماكن المغلقة، أو القلق الاجتماعي.. أو الخوف من نماذج السلطة.. الخ. ويعتبر أسلوب العلاج التدريجي التي ستأتي الإشارة إليه في الفصل الثالث نموذجا للأساليب المستخدمة في تعديل الإنفعالات والمشاعر السلبية. ويقوم العلاج التدريجي على أساس تعويد المريض على مواقف تتشابه مع الموقف الأصلي المثير للقلق. ويستخدم هذا الأسلوب لإزالة الحساسية المبالغ فيها نحو عدد من المخاوف المرضية النوعية. وتتماه إزالة الحساسية المبالغ فيها (الجانب الوجداني- من الإضطراب) باستبدال استجابات الخوف والقلق نحو هذه المواقف باستجابات تناقض تلك المشاعر السلبية وتعارضها. وتيسير نجاح العلاج يستخدم الاسترخاء العضلي العميق (الفصل الخامس) للتغلب على الإضطرابات الفسيولوجية (التوتر العضلي) المصاحبة للاحاساسات والمشاعر المرضية.

ومن الأساليب التي تنتمي لتعديل الوجدان أساليب تأكيد الذات ، ويقوم على تشجيع الفرد وتيسير الظروف له لكي يعبر عن انفعالاته بحرية ويتلقائية ما عدا التعبير عن القلق والجوانب الوجدانية السلبية (الخوف والانسحاب الخ).

٢- أما الجانب السلوكي للإضطراب فيتعلق بالتورط في سلوك ظاهر كالادمان، والعنوان، وتدمير الممتلكات ، ويتفاوت السلوك الظاهري في

التعبير عن الإضطراب من سلوك لفظي (كضعف معدل الكلام ، أو البكم في حالة الطفل التي أشرونا إليها) إلى الاندماج في جوانب فعلية من السلوك المضطرب كإيقاع العدوان بالآخرين ، أو الادمان على المخدرات.. الخ. ويعتبر العلاج بالتغيير نموذجا لأنواع العلاج المستخدمة حاليا . ويقوم على أساس تقديم خبرات غير سارة عند ظهور السلوك الذي ترغب في التخلص منه أو علاجه ، فمثلا يعالج الامان على الخمر باعطاء المتعاطي عقاقير مسببة للفتيان بعد التعاطي مباشرة وذلك كالأبومورفين Apomor- phine ويعالج التبول اللاارادي باستخدام مايسمي " سرير ماورد" (٢) الذي صممه العالم النفسي الأمريكي Mowerer . وهو سرير عادي يرقد عليه الطفل لكنه مصمم بحيث أن أى بلل فيه يؤدي إلى اغلاق دائرة كهربائية ، تتصل بجرس كهربائي يدق بعنف فيوقظ الطفل قبل أن ينتهي من تبوله . وقد وجد أن كثيرا من الحالات قد عولجت بهذا الأسلوب وبلغت نسبة الشفاء ما يقرب من ٩٠٪ من حالات التبول. وبالرغم من أن كثيرا من المعالجين يعارضون هذا النوع من العلاج ويصفونه بأنه علاج آلي وأعمى إلا أن فاعليته في بعض الحالات لا شك فيها. وهناك شكل آخر من العلاج الموجه نحو تعديل الجوانب السلوكية من الإضطراب، ويسمى بتعديل السلوك أو استخدام التدعيم. في هذا النوع من العلاج يتعلم الفرد الاستجابة التوافقية الجيدة عن طريق تدعيمها. وكذلك يمكن إيقاف الإضطرابات وتعديل الجوانب الشناذة من سلوكه (عدوان أو انسحاب الخ) عن طريق التسوقف عن التدعيمات التي تقدمها البيئة (بشكل مقصود أو غير مقصود) لهذا النوع من السلوك. وينجح الشخص في إيقاف السلوك السيء إذا ما الفيت الرابطة بين السلوك المضطرب ونتائجه في البيئة. وتعتمد هذه المجموعة من

أساليب العلاج على بحوث سكينر (Skinner) وستعرض في الفصل السابع لأسس التدعيم وكيفية اجرائه.

٣- اما الجانب الفكري من الإضطراب فيشير ببساطة إلى مجموعة الافكار والمعتقدات والحجج (وربما القيم التي يتبناها الشخص) نحو ذاته ونحو بيئته بحيث تؤدي في النهاية إلى إثارة الإضطراب ، أو تأكيده فقد يتبنى الشخص الانسحابي فلسفة تقوم على أن البعد عن الناس غنيمة، وقد يتبنى الشخص الاعتمادي فلسفة تقوم على أن الإنسان محكوم بالحظ والبيئة والسلطة ، فلم المحاولة ؟ وهو في ذلك يساعد علي ابقاء أساليبه الشاذة في التوافق، ويبعد نفسه عن اختبار جوانب جيدة من السلوك الفعال والايجابي. ويلعب الجانب المعرفي دورا كبيرا في الإضطرابات ذات المصدر الإجتماعي كالتعصب العنصري. فقد أظهرت البحوث ان المتعصبين يتبنون حججا نحو موضوعات تعصبهم لا تتناسب مع الواقع. من هذا ان البيض في امريكا يتبنون اعتقادات عن السود بانهم اشبه بالحيوانات ، وانهم كسالي وعدوانيون- ويتقوى هذا من تعصبهم نحو الزنوج. وكذلك يتبنى السود المرتفعون في التعصب آراء سلبية عن البيض بتصوير ان البيض ضعاف جنسيا ومتعصبون مما يوقعهم (أي السود) في ضروب من الاحراج والسلوك غير اللائم نحو النساء البيض - الخ. وهناك بحث ايضا يدل علي ان "الروس" يعتقدون صورة سلبية عن الامريكيين ، قريبة من نفس الصورة التي يعتقدونها الامريكيون عن الروس (٤). ويقوم العلاج من هذا النوع على التعديل من طريقة ادراك المواقف وافكارنا عنها مع تحليلها وتفسيرها. ومن أكثر النماذج المعاصرة لهذا النوع من العلاج ما يسمى بأسلوب العلاج عن طريق الدفع المتعقل Rational- emotive therapy أو العلاج المنطقي الذي يدعو له العالم الامريكي البرت اليس Ellis صاحب معهد العلاج المنطقي في

نيويورك. وفي هذا النوع من العلاج يقوم المعالج باستبدال أفكار المريض غير المنطقية عن نفسه، وعن الآخرين بأفكار منطقية تتناسب مع الصحة النفسية. وقد توصل " اليس " إلى عدد من الافكار التي تشيع بين العصبيين والذهائين بينما لا تشيع بين الاسوياء. وستعرض لها في الفصل الثامن كما سنعرض لاهم الطرق المستخدمة في التعديل من طرق التفكير اللامنطقية. وهناك أيضا أساليب تقوم على تبصير المريض عقليا بنتائج أفعاله وصراعاته. ولكن الأدلة على فاعلية الاستبصار في تفسير السلوك ضعيفة للأسف فالاستبصار قد يزداد نتيجة للعلاج ، ولكن وجوده قبل العلاج لا يؤدي لتغييره كثيرا. فكثيرا ما يشكو الشخص بأنه يفهم تماما الاسباب الاساسية لصعوباته ، لكنه يعجز عن التخلص من الاعراض وقد خصصنا الفصل السابع لهذا النوع من أساليب التعديل المعرفي

ومن الأساليب التي تنتمي لهذه الفئة، هذا النوع من العلاج الذي تهني بأن يعيد الشخص النظر لنفسه بطريقة ايجابية ومختلفة. فيتغير ادراكه لذاته، وعندما يتغير ادراك الذات يتغير السلوك ، ويتم هذا بعدة طرق لها : تغير طريقة اللبس والوضع الإجتماعي، أو التدعيم الايجابي للجوانب ايجابية في الشخصية. ومن الحالات التي استخدم فيها هذا الاسلوب نجاح : حالة فتاة غير جذابة، مكتئبة وباهتة الشخصية، أخذ مجموعة من الطلاب يعاملونها - وفق خطة من العلاج - على أساس أنها شخصية مدبرة بالاعتبار ، وشديدة الحيوية والجاذبية والنكاء. وقبل نهاية العام استطاعت أن تكون أسلوبا سهلا في التعامل مع الآخرين ، كما استطاعت ان تكون أكثر جاذبية وثقة في امكانياتها (٥). وعندما ينجح الشخص في تكوين أسلوب معين في ادراك الذات فان هذا يؤثر في شخصيته ككل. ويتصرف بطريقة تتسق مع الصورة التي يحملها عن نفسه. وقد يعنف ،

- ويكتئب إذا لم يتبين الآخرون السلوك المناسب نحوه. وتزداد فاعلية علاج التفكير إذا ما حدثت معه شروط أخرى منها : احترام المريض للمعالج والثقة في امكانياته، ووجود دافع التغيير لدى الشخص نفسه ، وان يكون الشخص نفسه مرناً وذكياً ، ويؤمن بالنتائج التي سينتهي إليها هذا التغيير .

٤- أما الجانب الإجتماعي من الإضطراب فيشير إلى الإضطرابات التي تصيب تفاعلات واستجابات الفرد الإجتماعية. ويعتبر الجنوح والجنسية المثلية نموذجين للإضطرابات الإجتماعية ومن المعتقد^(٥) أن السلوك المضطرب ينشأ نتيجة لعملية اضطراب في تعلم السلوك الإجتماعي الجيد وهناك نظرية ترى أن التوحد بالآخرين واتخاذهم قدوة يعتبر من المصادر الهامة في اكتساب أشكال السلوك التي يتبناها الفرد. فإذا كانت القدوة نفسها أو النموذج الذي يحتنيه الشخص كالأب ناجحاً وقويًا، كان من السهل أن يكتسب الفرد خصائص سلوكية، والعكس صحيح. ومن المعروف أن بعض أشكال الجريمة ، والجنوح يحدثان بسبب أنواع خاطئة من التعلم الإجتماعي مصدرها توحد الطفل بنماذج جانحة

وتتوقف نتائج التعلم الإجتماعي بطريق التوحد بالنماذج على السلوك الذي تتوحد به. فقد يتوحد الطفل الذكر بالأم - بون الأب - لكثرة غياب الأب ، أو موته ويعدده عن الأسرة، وعندئذ يصعب عليه تعلم الآوار الإجتماعية الذكرية فتسهل فرصته فيما بعد لاقتناص الانحرافات الاستجابية (اللواط) * .

* نسبة كبيرة من حالات الاستجناس تأتي من أسر مهتمة .. أي تتصلب الأم عن الزوج بينما يبقى الابن مع الأم .

وعندما يحدث التوحد بأحد الوالدين من نفس الجنس - كما هو شائع في المجتمعات - فإن الطفل يتجه ليتبنى النور المناسب بما فيه النزعة إلى العدوان كما في حالة الاطفال الذكور وتزداد نسبة الجنوح والعدوان بين هؤلاء الذين يتوحدون بنماذج عدوانية جانحة .

وبالرغم من أهمية عمليات العلاج القائمة على التعلم الإجتماعي فإن فاعليتها فيما يبدو تتوقف على أنواع معينة من الإضطراب. فعندما يكون الإضطراب النفسي من النوع الذي يسلك الشخص بمقتضاه ضد الآخرين (كالجريمة ، والانحراف) فقد يسهل تعلم الاستجابات الملائمة من خلال عرض نماذج لجوانب خلقية وجيدة من السلوك. غير ان الإضطراب عندما يكون متحولاً ضد الذات (كالقلق والاكتئاب والانتحار) ، فإن من الصعب وضعه تحت ضبط هذا النوع من العلاج. فانواع الاضطراب الموجه نحو الذات تنشأ بسبب عمليات تعلم لا تصلح لها الطرق العلاجية السابقة .

استخدام العقاقير والاساليب الفيزيقية في العلاج :

بدا استخدام العقاقير في علاج الإضطرابات النفسية منذ فترة مبكرة ، إلا أن استخدام العقاقير أصبح منذ الخمسينيات من أكثر الاساليب إنتشاراً في داخل المصحات العقلية. والحقيقة أن المرضى العقليين أصبحوا أكثر تعاوناً بعد إكتشاف العقاقير وتزداد أهمية العقاقير بالنسبة لحالات المرض العقلي ربما بسبب أن العوامل العضوية تلعب دوراً هاماً في نشأة الاستعداد للانهايار العقلي. وقد أدى أنتشار العقاقير إلى زيادة في نسبة الخروج من مستشفيات ونقص في عدد النزلاء بالمستشفيات المخصصة للطب

العقلي . لكن نسبة العودة الي المستشفيات والمصحات النفسية قد ازدادت .

وفي حالة القلق والإضطرابات الوجدانية الأخرى كالإكتئاب غالبا ما يصف الأطباء كثيرا من المهدئات كالفاليوم والباربيتوراتس ، والابوية التي تبعث على النوم .. الخ . وفي احصائية انجليزية تبين أن تكاليف المهدئات والعقاقير الطبية تصل الي مالا يقل عن ١٠٠ مليون جنيه استرليني في العام (٦) . ولاشك في أن العقاقير تؤدي الي تغيرات سلوكية واضحة . فالمهدئات التي تستخدم مع المرضى العقليين تحول المهتاجيين والعنوانيين إلى أشخاص هادئين . وتخفف العقاقير المضادة للقلق من التوترات العضلية ، وتساعد على النوم ، والقابلية للتغير الإيجابي . لكن العقاقير لا تؤدي إلى تغيرات علاجية شاملة ، لهذا فلا بد أن تصحبها أساليب علاجية أخرى برامح وقائية . كما أن من أخطر ما يمكن ان تؤدي اليه هو الأمان عليها . وتعتبر المهدئات هي وحدها - بين فئات العقاقير الأخرى - القادرة على خلق أمان واعتماد جسمي عليها . وهناك أيضا عقاقير المنبهة كالامفيتامين ، وهي تستخدم للارتقاع بالحالة المزاجية ولزيادة التيقظ ، ويستخدمها كثير من الطلاب لعانتهم على سهر بالليل كما يستخدمها الرياضيون لتعينهم على حسن الاداء (٧) وبالرغم من أن "الامفيتامينات " لا تؤدي إلى الأمان الجسمي إلا أنها تخلق اعتيادا نفسيا . وتؤدي استمرار استخدام العقاقير علي المدى الطويل إلى التوتر والارق ، والارتعاشات وغيرها من الإضطرابات النفسية (٨) .

ومن المتفق عليه - بشكل عام - أن العقاقير في عمومها لاتعالج المشكلات ولكن تحقق هروبا مؤقتا منها - ومن ناحية أخرى ، فإن العقار الواحد " الفاليوم " مثلا ، يؤدي إلى استجابات مختلفة في الأشخاص المختلفين فقد يثير شعورا بالبهجة والانتشاء عند البعض ، وعند البعض الآخر يؤدي إلى عكس ذلك الاحساس - تماما - لذلك فإن اعطاء عقار معين يجب أن يكون مصحوبا بفهم عميق لطبيعة الشخصية وخصائص المريض وتركيبه النفسي .

وترتبط بالإدمان مشكلة أخرى يثيرها استخدام العقاقير في العلاج وهي مشكلة الافراط في تعاطي كميات أكبر من نفس العقار للوصول إلى نفس الحالة التي كانت تكفي للوصول إليها كميات أقل في بداية التعاطي . فالشخص قد يكتفي في البداية بثلاثة ميلجرامات من الفاليوم " للوصول به إلى حالة من الاسترخاء والهدوء النفسي ؛ ولكن يحتاج تدريجا إلى كميات أكبر حتى يصل إلى نفس الحالة التي كانت تكفي للوصول إليها كميات أقل .

وفي اعتقادنا أن الامر إذا تطلب استخدام عقاقير على الإطلاق ، فإنه لا بد من اللجوء للموافقة على المصادر الرئيسية لاصار الإضطراب .. والخطأ ، مع استخدام أساليب جديدة من التعلم لمواجهة المشكلات النفسية والاجتماعية ، والتدريب على فنون العلاقات الإجتماعية ، والتفاعلات البناءة بالآخرين .. كل ذلك يجب أن يتم جنبا إلى جنب مع أشكال العلاج بالعقاقير . وهناك العلاج بالتشنجات الكهربائية التي تقوم على وضع قطبين

الخلاصة

إن اكتشاف الاساليب الحديثة في العلاج ، يعتبر ثورة شهدتها
الاعوام الاخيرة ، فلم يعد من الضروري ان يتحول الاف المضطربين إلى
مرضى مزمنين . وقد عرضنا لعدد من اساليب العلاج محاولين أن نبين أن
هناك مناهج تستخدم بنجاح في علاج بعض الإضطرابات دون البعض
الأخر الذي تصلح له مناهج من نوع آخر . وهكذا فعندما يكون الإضطراب
مصحوبا بمخاوف مرضية او قلق من مواقف محددة ، فإن استخدام اساليب
التدرج وتأكيد الذات وغيرها من اساليب تعديل الإضطراب الوجداني تنجح
نجاحا بالغا في التخلص من مصادر الإضطراب وتكون اساليب التعديل
السلوكية من احسن الوسائل في علاج الإضطرابات التي تكون متجهة
ضد الآخرين كالعدوان وتدمير الملكية الخ كذلك ينجح في حالات
تعديل سلوك الاطفال عندما تكون الأعراض واضحة ويسهل تحديدها .
على حين ان الاساليب التي تنجح إلى تعديل قيمنا واساليبنا
الفكرية والمعرفية الخاطئة تفيد اكبر فائدة في تناول الإضطرابات التي
تكون الأعراض فيها . متجهة ضد الذات كالاعتراب * ، والإكتئاب ،

* خاصة ذلك النوع من الاعتراب المصحوب بالعزلة الإجتماعية وعدم الحماس للقضايا الإجتماعية
فالعزوف عن المشاركة في حلها .. الخ . والاعتراب هنا بالطبع يختلف عن المفهوم الفلسفي الذي يرى
أن الاعتراب يعبر عن موقف فكري يتبناه الشخص تجاه تناقضات الحياة والظلم الإجتماعي .

كهربيين على فودي المريض مع تعريد تيار كهربائي خلال المخ . وعلى الرغم
من أن العلاج بالصدمات الكهربائية يبدو مفيدا في علاج بعض الحالات
كالإكتئاب الحاد .. فان تأثيره مؤقت ، ويتحول نسبة كبيرة من الاشخاص
إلى نفس الحالة بعد فترة من الزمن . كذلك من الثابت أن الاستمرار في
العلاج بطريق الصدمات الكهربائية يؤدي على المدى الطويل إلى آثار جانبية
تكون أخطر من الإضطراب الاصلى . من هذه الآثار الجانبية : الاصابات
المخية وضعف الذاكرة ، وفقدان القدرة على الاتجاه . وقد ناقشنا هذه
القضايا في الفصل الثالث .

مراجع وتعليقات

لا بد من الاشارة إلى أن هناك اختلافات شاسعة بين المطلقين النفسيين .
بينهم من يعترف بأن " فرويد " صاحب تفكير تقليدي وبينهم من يرى انه
بط نظريته بشكل متعسف بالجنس والعوامل البيولوجية . ولهذا
سبق عليه عدد من تلاميذه مثل " يونج " و " أدلر " وحاول كل منهم أن
يقدم نظرية مختلفة .

لكن بالرغم من اعترافنا بالاختلافات الشديدة بين علماء التحليل
نفسى ، الا أن هناك خاصية تجمعهم جميعا وهى أن الاعراض فى رأيهم
بر تعبيراً غير مباشر عن " مشكلة الخفية " . أما ما هى هذه المشكلة
خفية فهذا ما يختلف فيه أنصار التحليل النفسى . فهى عند فرويد مشكلة
خلقة بالتطور الجنسى والكبت فى الطفولة ، وعند " أدلر " هى عقدة النقص
الخ . كذلك يشترك المطلقون النفسيون فيما بينهم فى أن نظرياتهم لم تبين
فى نتائج تجريبية . بل أن فرويد تجنب العالجة التجريبية لافكاره ، مما
جعل من المستحيل وزن الدلالة العلمية لثبات ملاحظاته ودقتها . ومثله فعل
يونيغ " و " أدلر . " وبالرغم من أن المطلقين النفسيين المعاصرين قد
تمجور بين الحين والآخر فى دراسات علمية لاثبات آرائهم فإنهم عموما
ينون أسلوبا يستخف بالاحصاء والتجارب العلمية .

للمزيد من الشرح عن نظرية التحليل النفسى والانتقادات

فى وجهتها

والشعور بالنقص .. الخ . كذلك تصلح هذه الاساليب فى علاج
بعض الاضطراب الإجتماعية التى تلعب الافكار الخاطئة دورا كبيرا
فى تعميمها مثل التعصب والتحامل . على حين أن الاساليب المتجهة نحو
تعليم أساليب جيدة من التفاعل الإجتماعى تكون فعالة فى علاج الحالات
التي يكون منشأ الاضطراب فيها راجعا لخطاء فى التوحد بنماذج شاذة
وغير ملائمة لاكتساب السلوك الجيد وذلك كما فى حالات الاضطرابات
الاستجناسية والجناح .. الخ .

أما عن الوقاية فإن الجهد الذى يتم فى هذا الميدان قليل ، ولو أن
من الممكن استخدام الاساليب المتقدمة بتحسين الوراثة خاصة فى حالة
الوقاية من الاضطرابات العقلية كالفصام . وهناك جهد أكبر يمكن أن يتم
بالنسبة لتعليم الوالدين أساليب مناسبة من التنشئة . كما يمكن التخلص
من تأثير الازمات البيئية بخلق مناخ وقائى يؤدي إلى التخفف من الضغوط
المرتبطة بجو العمل عن طريق الارشاد والتوجيه . ومن طرق الوقاية انتشار
الثقافة ، والمعرفة بالظروف المؤدية للاضطراب ، بحيث يعامل المضطربون
بقدر كبير من المشاركة الوجدانية والمودة . بدلا من العزلة . لكن خلق مناخ
وقائى لا يفتنى عن ضرورة وجود أساليب فعالة من العلاج المباشر
للاضطرابات الفردية عندما تشور - ويعرض كل فصل من الفصول الآتية
منها فى هذا الاتجاه .

الفرد ، والخلو من القلق ، والثقة بالنفس ، والقدرة على تكوين علاقة فعالة
بنيته . انظر :

Frank d (1961) *Persuasion and healing* . Baltimore : J
Fopkins Press.

Hans E. Ysenck (1078) : *You and neurosis* . Britaion, Glas
ow: Willion Collins.

- للمزيد عن العوامل الفكرية في تأكيد التعصب أنظر :

Bronfenbrenner, U. (1961) : The Mirror image in soviet - Ame
can relations - A social psychoolgist approach. *J. of Social
sues.*,17 No. 3pp. 45. 56.

تجني " ميشيل أرجايل" من اكسفورد - بريطانيا نظرية بينت له أن
الأطفال يتوحدون بوالديهم بدرجة معينة، بمعنى أنهم يتخفون من الآباء
الذين يحاكونها ويقتدون بها عند مواجهتهم لمشكلات الحياة المختلفة. فإذا
الآباء أنفسهم من بين المتسمين بالطموح والجدية فإن أطفالهم
تسبون نمط مشابهها من الشخصية. ويمكن الاستدلال على توحد الطفل
والديه من خلال التشابه بين الصفات التي يصف بها الأطفال والديهم
والصفات التي يضعونها للشخص الذي يرغبون في ان يكونوا مثله. فإذا
وصف نطق الاب بالجدية والنجاح والذكاء، ثم بين ان ما يتمتع لنفسه هو
الجدية والنجاح والذكاء فان هذا التشابه يعتبر علامة جيدة على التوحد
الاب . وتبين دراساته على الأطفال الانجليز بأن تأثير الأب على الابن الفكر

(أ) هول ليندزي (١٩٧٨) ، *نظريات الشخصية* . ترجمة فرج أحمد ،
قدري حنفي ، لطفى فطيم . الكويت : دار الشايع للنشر (خاصة . الفصل
الثاني والثالث والرابع)

(ب) أيزنك (١٩٦٩) ، *المثلية والوهم في علم النفس* ، ترجمة
قدري حنفي ودؤوف نظمي ، القاهرة : دار المعارف ، ١٩٦٩ .

كذلك انظر لعدد من مؤلفات فرويد التي ترجم بعضها للغة العربية
منها :

(ج) سيجمند فرويد ، *معالم التحليل النفسي* ، ترجمة محمد
عثمان نجاتي ، القاهرة : دار النهضة العربية .

٢- هناك عدة دراسات تبين أن شخصية المعالج بغض النظر عن
انتمائه النظري لهذه النظرية أو تلك تساعد على اعطاء دفعات قوية للعلاج ،
مما يدفع بعض المعالجين إلى تركيز جهودهم في البحث عن أساليب فعالة
لن النظر إلى ارتباطات بنظرية نفسية معينة . وهناك أيضا ما يدل على أن
المعالجين الناجحين يتشابهون في خصائص معينة مهما اختلف إنتماؤهم
النظري بينما تشابه الناجحين بالاقل نجاحا في داخل النظرية الواحدة
يعتبر اقل من ذلك . وعلى هذا فان المعالج الناجح الذي ينتمي لنظرية
التحليل النفسي أقل تشابها بزميله الاقل نجاحا في نفس (النظرية) وأكثر
تشابها في خصائصه من معالج ناجح ينتمي لنظرية العلاج الوجودي مثلا .
وقد تبين أيضا أن الناجحين في العلاج النفسي يتميزون بخصائص منها :

التوحد انظر:

ميشيل أرجايل، علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية.

ترجمة عبد الستار إبراهيم، الكويت: دار القلم، ١٩٧٨ خاصة الفصل

الثاني، والثامن. كذلك.

Argyle, M.&Robinson, P two origins of achievement motivation

Social Psychology 1962,1 107-120.

انظر ميشيل أرجايل، علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية،

الرجوع السابق.

شيلدون كاشدان، علم النفس الشوان، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة

مراجعة محمد عثمان نجاتي، الكويت، دار القلم، ١٩٧٧.

٨- يقسم علماء العقاقير والأطباء العقاقير المختلفة إلى عقاقير مهدئة،

وعقاقير منبهة أو منشطة، وعقاقير الهلوسة. أما العقاقير المهدئة فهي

كالكحول والمورفين، والهيروين والمسكنات الطبية المختلفة، وتتضمن

العقاقير المنبهة الكافيين (مادة القهوة) والنيكوتين والكوكايين والامفيتامين

- الخ وتتضمن عقاقير الهلوسة مجموعة من العقاقير تؤدي إلى غياب الوعي

والهلوس ومن أهمها الحشيش أو الماريوانا وال L. S. D. والمسكالين.

ويمكن خطر العقاقير المهدئة في أنها تؤدي إلى الاضرار الجسمي.

والاضرار الجسمي يختلف عن مجرد الاعتياد أو التعود النفسي وهو ما

يحدث في حالة الامتناع عن العقاقير المنشطة. أما عقاقير الهلوسة فأنها

كبير من تأثير الأم. فإذا أراد الوالدان لابنائهم أن يكونوا قادرين على العمل
الجاد والنجاح فان عليهما أن يكونا من القادرين بالفعل على العمل الجاد
ومن الناجحين. وكذلك يجب عليهم أن ينقلوا هذه الخصائص لأطفالهم من
خلال تشجيعهم لهم على التوحد بهم. ولكي يحدث التوحد الناجح هناك
شروط يجب أن تتوفر منها:

١- أن يمضي الأب جزءاً من وقته في داخل منزله ومع أطفاله.

٢- أن تكون العلاقة بين الوالدين والأطفال دافئة ومشبعة لكلا الطرفين.

٣- وأن يكون الأب للطفل على قدر مرتفع من الجاذبية والفعالية. وأن يكون

مقبولاً وفق معايير التقبل الاجتماعية المحلية. وقد وجد على سبيل المثال أن

أطفال الأسر المهاجرة يميلون إلى رفض التوحد بأبنائهم كنماذج خاصة إذا

كان المجتمع يعاملهم كغرباء أو طفيلين. ومن رأي "أرجايل" أن الصحة

العقلية تتحسن إذا ما كانت علاقة الطفل بوالديه علاقة طيبة وإذا ما توحد

الطفل بأحد الوالدين من نفس الجنس (يتوحد الطفل الذكر بالأب، وتتوحد

الطفلة بالأم). ذلك لأن الأولاد الذين تتوثق علاقاتهم بالأم يميلون

إلى كثير من الأحيان إلى السلبيّة والأنتوتتورما الجنسية المنثية

(الاستجناس). وهناك من الدلائل ما يشير إلى صحة هذه النظرية من أن

المستجنسين قادرين بصفة واضحة على أن يحتفظوا بتوحدات منكرة أو

مزوجة (نكرية وأنثوية معاً) انظر شيلدون كاشدان، علم نفس الشوان،

الترجمة العربية، الكويت: (دار القلم-١٩٧٧). للاطلاع على تطبيقات نظرية

لاتؤدي إلى أمان جسمي أو إعتياد ولكنها تؤدي إذا أسيء استخدامها إلى
اعراض نفسية مختلفة منها القهوية ، والهلاوس البصرية والسمعية المفزعة
فضلا من اضطراب السلوك الإجتماعي كالاتكالية الشديدة ، والسلبية .
أنظر أيضاً :

Richard Frances & John Franklin (1990). *A Concise Guide
to treatment of alcoholism & addiction* .Washington, D,C
:American Psychiatric Press.

Vernon Johnson (1986). *Intervention: How to help someone
who doesn't want help*.

Minneapolis Johnson Institute Books.

الباب الثاني
نماذج من أساليب
العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث

الفصل الرابع : علاج الإضطرابات الإنفعالية بطريقة
متدرجة

الفصل الخامس : أسلوب الاسترخاء وتدريبه .

الفصل السادس : تأكيد الذات والحرية والإنفعالية وتدريب
المهارات الإجتماعية .

الفصل السابع : قوة التصميم .

الفصل الثامن : العقلانية وتعديل أخطاء التفكير .

الفصل التاسع : علاج نون معالج: الاساليب الحديثة في
العلاج الذاتي.

الفصل الرابع علاج الإضطرابات الإنفعالية بطريقة متدرجة

حالتا ألبرت وبيتر وما بعدهما :

كان " ألبرت " في شهره الحادي عشر عندما قام العالمان السلوكيان " واطسون " و " راينر " بتعريضه لفأر أبيض . لم تشر رؤية الفأر - في البداية - أي مشاعر بالقلق أو الخوف لدى " ألبرت " ، إلى أن قام العالمان بتقريب الفأر حتى يصبح في متناول " ألبرت " الذي مد يده اليسرى يلمس الفأر ببراعة ، وفي هذه اللحظة أطلق المجريان صوتا عاليا حادا من خلف رأس " ألبرت . " عندما قفز الطفل فرعا مشيحا برأسه وجسمه كله عن الفأر . تكرر هذا الاجراء إلى أن تاكدت تلك الاستجابة الإنفعالية الحادة من " ألبرت . " ويمرود الوقت تحول مشهد الفأر - المحايد - إلى مصدر للخوف الشديد عند الطفل . فبعد سبع مرات من تعريض الفأر مقرونا بهذا القرع الحاد ، بدأ ألبرت يصرخ طالبا النجدة عندما كان يشهد الفأر (حتى ولو كان بعيدا ويون أن يكون مصحوبا بهذا الصوت الحاد) . فضلا عن هذا فان مخاوفه لم تقتصر على مشاهدة الفأر بل بدأت تعمم نحو كل الاشكال ذات الفراء والمشابهة للفئران كالارانب والكلاب، ومعاطف الفرو. الخ (١) .

ومن المؤسف أن الطفل قد أخرج من المستشفى في الوقت الذي كان يفكر فيه المجريان في ابتكار بعض الطرق للعودة به إلى نفس حالته السابقة . لهذا فافتنا لانعرف ماذا حدث له بعد ذلك هل استمرت مخاوفه أم استطاع أن يتغلب عليها وأن يعود إلى طمأنينته المعتادة عند مشاهدة الفرنان والارانب أو الاشكال الفرانية؟ وإذا شئنا التخمين فان من المرجح إلى حد بعيد أن الخوف قد بدأ يصاحب ألبرت ويعايشه حتى بعد تجاوزه لسن الطفولة مالم تكن هناك بعض الجهود التي قدمت له للتغلب على مخاوفه * .

وما يستنتج من حالة " ألبرت " هو أن كثيرا من جوانب الخوف والقلق والرهبه وعدم الثقة بالنفس وغيرها من أشكال العصاب ما هي الاعادات سببة اكتسبناها في مواقف مختلفة أو مؤلة ، أو مهينة للنفس . أننا نتعلم أن نكون مرضى أساساً بسبب خبرات مؤلة تعرضنا لها البيئـة .

وينفس المنطق يمكن القول بأن ما نتعلمه يمكن أن نتوقف عن تعلمه ، أو نتعلم عكسه . فإذا كنا نتعلم أن نكون مرضى فافتنا يمكن أن نتعلم أن نكون اصحاء . والعلاج النفسي هو فن تعليم الناس أن يكونوا اصحاء

* هناك بعض الاعتبارات الخلقية التي يجب الاشارة اليها في هذه الحالة . ذلك لان التجريب على السلوك الإنساني بهذه الطريقة يستتبر عبيدا من الاعتبارات الخلقية والإنسانية ومن المؤكد أن قيام كثير من الباحثين بالتجريب على السلوك الإنساني بهذا الشكل يعتبر من العوامل الهامة وراء الهجوم الشديد على العلاج السلوكي خاصة في مراحل تطوره الأولى .

أي خلو من المخاوف التي لا معنى لها ومن المعطلات الإنفعالية التي تعوق القدرة على التفكير السليم ، وتحقيق الذات والطمأنينة . صحيح أن صغيرنا لم تتح له هذه الفرصة فيما نعلم . لكن ما البأس في أن نستنتج أيضا بأن الخوف الذي تعلمه " ألبرت " كان يمكن أن يتخلص منه لو افنا عرضناه

لتلك الاشكال - التي أصبحت الان موضوعا لمخاوفه - تدريجيا ، وعلى أن تكون مصحوبة هذه المرة بخبرات سارة أو جذابة . والحقيقة أن هذا ما اقترحه المعالجان عند عرضهما لهذه الحالة ، لقد اقترحا بأن الطريقة - المثلى لعلاج " ألبرت " وتخليصه من مشاعر القلق والخوف أن نقدم له منبها مرغوبا (قطعة من البكولاته ، أو عناقة مثلا) في الوقت الذي يظهر فيه القلق عن بعد أولا ثم تقرب القلق تدريجيا في المرات التالية مع تقديم منبهات أخرى مرغوية .

وعلى الرغم مما في هذا التصور من منطق وبيديه فان توظيفه للعلاج النفسي تاخر حتى عام ١٩٢٤ ، ففي هذا العام نشرت أول دراسة أكلينيكية لهالة طفل اسمه " بيتر : أمكن - بنجاح - إزالة مخاوفه المرضية من موضوعات مماثلة بتعريضه تدريجيا لتلك الموضوعات في الوقت الذي كان فيه الطفل يلتهم طعامه باسترخاء لنيد وفق الطريقة الآتية " في الفترة التي كان فيها الطفل جائعا تم وضعه على كرسي مرتفع وأعطي بعض الطعام ، وفي هذه اللحظة أظهر الموضوع المخيف (الفأر) بهدف احداث استجابة

أنكركم بمثال "بيتر" الذي عرضنا له تواء، فقد انتهى خوفه من
الفران بعد تقريبها منه تدريجياً وهو منهمك في طعامه. لقد أمكن ببساطة
كف الخوف بتشجيع ظهور استجابة أو استجابات تتعارض معه : الطعام ،
والتقنين التدريجي للفران ، وعناقه مع بث الطمانينة.

ولعل السؤال الذي يفرض نفسه هنا هو ما هي الاستجابات المعارضة
للقلق، والتي إذا أمكن أحداثها في حضور الموضوعات أو المواقف
المخيفة أمكن بالتالي إيقاف القلق وكفه؟ وكيف يمكن أحداثها.
وتطويرها لدى الناس في اضطراباتهم؟ الحقيقة أنه لا يوجد اتفاق
محدد عن هذه الاستجابات أو نوعها. فأي سلوك ينميه الشخص من خلال
خبراته الخاصة بحيث يكون من شأنه أن يوقف ويكف جوانب الاضطراب
بمظاهره الفسيولوجية أو الوجدانية، أو السلوكية، ينجح أن يكون سلوكاً
كافاً ومناقضاً للاضطراب والقلق.

التعرض التدريجي لمصادر الاضطراب :

وبالرغم من تعدد الأساليب التي يبتكرها المعالجون لإيقاف القلق،
وكفه، فإن قليلاً منها قد حظى بالاهتمام العلمي اللائق، والتطمين التدريجي،
من بين تلك الأساليب القليلة التي حظيت باهتمام علمي كبير.

والتأمل في طريقة التطمين التدريجي يبين أنها تقوم على بديهية
اجتماعية شائعة. فمن المعروف لدى الكثيرين بأن التعرض المستمر
والمتوالي للمواقف - لاي موقف من مواقف الحياة - يغير من اتجاهاتنا نحو
هذه المواقف. وينطبق هذا على كل المواقف التي تستثير الاضطرابات

سلبية (الخوف). وعندئذ بدىء في ابعاده تدريجياً عن الطفل حتى أصبح
على مسافة بعيدة لاتهدد إتمام الطفل. لقد قدرت القوة النسبية التي عندها
لايتدخل حافظ الخوف مع حافظ الجوع، بالمسافة التي يجب أن يكون عليها
الموضوع المخيف. ثم والطفل منهمك في طعامه ، أمكن تقريب الموضوع
المخيف تدريجياً نحو المائدة ، إلى أن تم وضعه على المائدة نفسها، حتى
أمكن له في النهاية ملامسة الطفل " (٢)

وهذا المنهج هو نفس ما أقترح قبل ذلك بخمسة أعوام تقريباً ، عندما
أمكن إثارة مشاعر الخوف عند طفلنا " ألبرت " *

وبالنظر إلى أن إزالة الخوف والقلق النفسي في الحالة السابقة تم
بتعريض الشخص لإنفعالات ايجابية معارضة لهذا القلق والخوف (ابعاد
الموضوع المهدد وظهره تدريجياً)، أطلق على هذا الأسلوب من العلاج
مصطلح " الكف المتبادل"، وهو موضوع كتاب شهير ظهر عام ١٩٥٨ ،
يلخص جهوداً علاجية لما يقرب من مائتي حالة من الخوف والقلق أمكن علاج
ما يزيد على ٨٩٪ منها. وهي نسبة تدعو إلى الاطمئنان بون شك.

والفكرة الرئيسية من مبدأ الكف المتبادل هي أنه إذا ما نجحنا في
استثارة استجابة معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة للقلق فإن
هذه الاستجابات المعارضة تؤدي إلى توقف وكف كامل أو جزئي للقلق ولهذا
بدأ الخوف في التناقص أو الاختفاء بعد ذلك .

نسبة النجاح في الطرق التقليدية من العلاج النفسي تصل إلى ٦٥٪ وهي أفضل قليلاً من نسبة
مقاء التلقائي بون علاج على الإطلاق .

العصابية. كالمواقف المثيرة للقلق ، أو الخوف والرهبة ، والتحرج ، والضيق الخ .

وتشهد البديهة العامة أيضا بأن هناك طريقتين ينصح بهما الناس عند مواجهه هذه المواقف وهما : اما التعرض الكلي للموقف أو التعرض التدريجي . فالبعض قد ينصح شخصا خائفا من السباحة بأن يلقي نفسه في الماء وأن يحاول . وبالمثل فقد ينصح البعض شخصا ما أن حدث له حادثه في سيارة أو من مركبة عامة أن يعود من جديد لمكان الحادث أو للموضع المؤلم مواجهها اياه مباشرة حتى تتحيد مشاعره نحوه .

لكننا نجد في كثير من الاحيان أن الحكمة تتطلب التدرج . والواقع أن التخلص من الخوف مثلا بتعرض الشخص تدريجيا للاشياء أو الموضوعات التي تثيره (كالظلام والاماكن الواسعة ، أو الاماكن العالية ، أو الضيقة الخ) كان - ولا يزال - من الفنون الرئيسية التي تتجه لها بديهة الإنسان المتعرس بالحياة .

لاحظوا مثلا مشهد الطفل الذي يصرخ بفزع لانه شاهد خبيفا أو زائرا غريبا يلتحي بلحية سوداء .. أو يلبس نظارة أو يرتدي زيا غريبا لم يشاهده الطفل من قبل . أن كثيرا من الآباء يدرك أن هذا القلق والفزع لا يمكن التخلص منه يدفع هذا الطفل نحو هذا الضيف وتأنيبه على ذلك . كن حكمة الاب قد تدفعه - مثلا - إلى أن يحمل الطفل مهددا آياه ، بينما يبادل الضيف بعض الاحاديث الودية . وهكذا سنجد تدريجا أن الطفل قد خذ يختلس النظرات إلى مشهد الضيف الغريب وهو في موقعه الآمن مع

لها هي ذى الان نظرات الطفل المختلطة تستمر للحظات أكثر متحولة نظرات ود صداقة . فس على ذلك ما يقوم به الآباء المجرمون عند جميع الطفل على السباحة ، أن الاب لن يدفع بالطفل دفعا مفاجئا إلى الماء لكنه سيبدأ بدلا من ذلك مقربا آياه من الماء تدريجيا دون اثاره أي أضر بالخوف أو القلق . بل على العكس قد يخاطب الطفل بكلمات تشجيعية . وقد يرفعه قليلا من على أرض الشاطئء عندما تقترب موجة عنيفة . بالتدرج يقرب قدمي الطفل ثم ساقيه إلى الماء ثم جسمه كله . ان الطفل كلما لا يزيد عن عشرة دقائق قد يصبح بكامله في البحر يضرب المياه بجوله بسرور ونشوة .

والحكمة مماثلة جرت شريعة بعض المجتمعات البدائية على وضع آياها في طقوس قاسية متدرجة قبل أن يسمح لهم بأداء الادوار الرشيدة نفس الحكمة تتجه المجتمعات الحديثة إلى استخدام أسلوب التدرج في تهيئة الاطفال وتدريبهم على المشى والحركة والكلام . كذلك يتجه كثير من الممسات الضعف العقلي إلى استخدام نفس هذا الاسلوب مع ضعاف العقول لتدريبهم على رعاية النفس ، وإرضاء متطلباتهم الرئيسية ، والتطويعهم إلى مستويات أرقى من النمو الحسي والحركي والفكري .

وتقوم طرق العلاج النفسي السلوكي بطريقة التطمين التدريجي على نفس المبدأ : ابتكار وسائل لتشجيع العصابي على مواجهة مواقف القلق والخوف تدريجيا . والهدف الرئيسي من ذلك تحييد مشاعر المريض العصابية بالغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف . ويكون من

خلال التمرض التدريجي للمواقف أو المواقف المثيرة للقلق مع احداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تماما خاصيته المهددة ويتحول إلى موقف محايد، أي إلى أن تُلغى العلاقة بين المنبه والاستجابة (القلق أو الخوف .. الخ) . البحوث المتراكمة عن هذه الطريقة في علاج الأمراض النفسية والسلوكية تثبت أنها ذات فاعلية لاشك فيها . وعلى سبيل المثال أمكن استخدام طريقة التقريب التدريجي للمواقف المؤلمة في علاج المرضى في مستشفيات الصحة العقلية . فلقد أمكن لمجموعة من المرضى الخائفين من الاماكن المفلقة والواسعة أن يتخلصوا من هذا القلق وفق خطة قام بها عالم نفسي ، ويقوم على تعريضهم تدريجيا ويبطء لهذه الاماكن . كذلك أمكن علاج مجموعة من المخاوف المرضية المتعلقة بالخوف من المستشفيات أو المدارس لدى مجموعة من الاطفال الصغار باستخدام نفس هذا الاسلوب . أضف إلى ذلك حالة الطفل " بيتر " التي سبقت الإشارة إليها وغيرها مما سيأتي الحديث عنه بعد قليل (٤) .

أسلوب التطمين التدريجي في منظور تاريخي :

بالرغم من أن الصياغة النظرية لاسلوب التطمين التدريجي ، وتوظيفه للعلاج بدأت في فترة حديثة ، فإن المتتبع لتاريخ العلاج النفسي قد يتعرف على بعض الاساليب العلاجية القريبة مما يدل على أن هذا الاسلوب لم يخف على خبرة المعالجين النفسيين السابقين . ففي سنة ١٩٢٢ يشرح الطبيب النفسي الالماني المشهور كريتشمر Kretschmer طريقة في

علاج النفسي سماها التعويد المنظم . ويسوق كريتشمر ماهد على فاعلية أسلوبه حالة شاب في الثلاثين من عمره كان انى من الخوف الشديد عندما يجد نفسه في أماكن فسيحة أو شارع مما دفعه إلى الامتناع عن الخروج من منزله لشهور عدة ، وتطور مر به إلى أن أصبح يخشى الخروج من حجرته . وقد بدأت خطة العلاج في أمكن تشجيع المريض أن يسير - مصحوبا بالمعالج - لمسافات قصيرة ثم تزايد تدريجيا . ثم تم أستبدال الطبيب تدريجيا بشخص اخر .. إلى أن كان للمريض السير وحده خطوات قليلة خارج المنزل كانت تزايد تدريجيا ن يوم إلى اخر .. حتى أصبح بإمكانه السير والرحيل إلى أماكن يده وغريبة .

وقريب من هذا أسلوب استخدامه أحد المعالجين سنة ١٩٦٢ لشفاء إحدى مصابات بمرض الخوف من الأماكن المفضية وفق خطة مماثلة بالشكل الآتي :

" تضمنت الخطوة الأولى في علاجها أن نصحها إلى ميدان فسيح مجاور للميدان طلب منها أن تعود إلى المنزل بمفردها . وبالرغم من أن البرودة شملت وجهها ، واعتري الشحوب وجهها ، وازدادت نبضاتها ، وجف ريقها ، فأنها اعترفت أن هذه الطريقة قد أفادتتها عن أي طريقة حاولتها من قبل . وفي اليوم التالي تكرر الذهاب إلى الميدان والعودة إلى المنزل بمفردها عددا من المرات (٥) .

وفي ميدان التحليل النفسي يعتبر التطمين المتدرج عملية علاجية من شأنها تمكين المريض تدريجيا من مواجهة المواقف المؤلمة وتقبلها . ويعترف بعض الممارسين من أن قيمة الاعتراف والتداعي أمام المعالج تتبع من أن احساسات الشخص نحو هذه المواقف تبرد وتقل . ان المرضى يجب أن يعرضوا أنفسهم لهذه المواقف التي تأتيهم بانفعالات مؤلمة . فإذا كان المريض مثلاً خائفا من أماكن المغلقة فإنه يمكن أن يطلب منه في اليوم الأول من العلاج أن يفتح باب حافته لحظات قصيرة ، وفي اليوم الثاني قد تزداد هذه اللحظات إلى عشر دقائق ثم إلى نصف ساعة يوميا إلى أن يكشف من خبرته العملية أن باستطاعته تحمل مواقف الخوف " .

حالة الطبيب الجزع :

وفي عام ١٩٤٩ عولجت بنجاح حالة طبيب مصاب بعصاب الخوف من

أمكن المغلقة باستخدام أسلوب التطمين مع استخدام الاسترخاء عند تخيل مواقف الخوف ، وذلك بأنه كان يطلب من المريض أن يتخيل مشاعره وهو في مكان مغلق ، وأن يسترخى مطمئنا وهو يفعل ذلك . كذلك طلب منه أن لا يجعل من خوفه شيئا أقوى من هوائه واحساسه بالامان ، وذلك بأن يبعد تفكيره عمدا عن التهديد إذا ما شعر بأن الخوف يشتد . وربما تعتبر حالة الطبيب الجزع حالة يستخدم معها أسلوب التطمين المتدرج اعتمادا رئيسيا على إثارة خيال المريض والاسترخاء وإثارة احساسه معارضة للخوف . وهي من الخصائص التي تميز الأساليب الحديثة من التدرج كما سنرى .

حالة الطفلة مرجريت

وفي سنة ١٩٦٢ عرض " بنتلر " لحالة الطفلة " مرجريت " التي كانت في الحادية عشر عندما أرادت أن تقف مستعدة على حمام السباحة المنزلي ، وسقطت بعنف ، وأخذت تصرخ بشكل حاد . وبعدئذ قاومت بشدة ويصرخ في أي محاولة من قبل الابوين لاعادتها للاستحمام أو لتظيفها . ومن الغريب أن الابوين لاحظا بأن مارجریت بدأت تخاف أيضا من أي مصادر للماء بما في ذلك صنابير الماء في المنزل والماء نفسه . وقد أمكن للمعالج أن ينجح مرجريت بنجاح في برنامج من أربعة أجزاء في خلال شهر (أيزنك ، حقيقية والوهم في علم النفس، ص ١٤٨) . في الجزء الأول وضعت لها حوض من الدمى في حوض الحمام الفارغ . وتركت حرة تماما في الذهاب إلى حوض الحمام وتناول الدمى، فكانت تدخل غرفة الحمام وتخرج نمية من الحوض لتأقبق بالقرب منه . وفي الجزء الثاني من العلاج وضعت الطفلة مرتين

على مائدة المطبخ بجوار حوض القسيل بينما أمتلأ الحوض بالماء ، والدمى تطفو فيه . وقد صرخت في البداية حينما اقتربت من الماء ، وعندئذ وضعت الدمى أمامها على الجانب الآخر من الحوض وعلى رف فوقه بحيث تضطر إلى السير في الحوض لكي تصل إليها . وأخيرا دخلت الماء مترددة وخافت قليلا حينما ابتلت . أما في الجزء الثالث فقد تم اعطاؤها " الحمام في أثناء تبديل ملابسها في حوض غرفة الحمام ، وقد أعطيت دمية محببة لتلعب بها ، ولكن المرأة المعلقة فوق الحوض أثارت اهتمامها أكثر وسرعان ما تحول بكأؤها في البداية إلى صرخات سعيدة ثم بدأت أيضا تلعب بالماء وفي ذات الوقت تلعب بالرشاشة في الفناء وكانت الخطوة الرابعة والأخيرة هي اعطاء مرجريت الحمام أثناء تبديل ملابسها في حوض الحمام وبماء جار . وقد عارضت ذلك في البداية بالصراخ ولكن الاحضان الأبوية والحزم أوقفها عن البكاء بعد يومين . وقد شفيت "مرجريت" بعد شهر واحد من العلاج وأصبحت تلعب بشكل طبيعي واختفى خوفها من الصنابير والاحواض ، بل أنها أيضا أبدت سلوكا مرحا باللعب في الماء فكانت تجري بحماس إلى البركة الضحلة في الفناء الخلفي وتطرح الماء من حولها في سعادة بالغة .. ولم يعد هناك شك في أن مخاوفها الأصلية قد اندثرت تماما . ويعلق بعض الكتاب فيما بعد على حالة مرجريت بأنه : " لو أن تلك الحادثة التي تعرضت لها هذه الطفلة حدثت قبل ذلك التاريخ بخمسة أو عشرة أعوام فإنها من المؤكد لم تكن لتلقى رعاية مهنية تساعد على الخروج من أزمته " (٦)

وبالرغم من أن هذه الحالات التي عرضنا لها يدعو عليها جميعا طابع البساطة .. فمصادر الخوف معروفة .. والاستجابة كانت سريعة .. فأننا سنبين في

شأيا هذا الكتاب بأنه من الممكن تعميم نفس هذه المبادئ النظرية على حالات أكثر تعقيدا .. حالات لا تكون فيها مصادر القلق والخوف ذات مصدر واحد كما في حالة الصغير البرت أو الطفلة مرجريت .. بل يتكون القلق فيها من عدد من العناصر ، وقد لا تكون هذه العناصر متشابهة دائما .

إن معطيات هذا الأسلوب الإيجابية في الحالات البسيطة والمعقدة على السواء يوحي بون شك بأن هذا الأسلوب يؤدي إلى فوائد علاجية وتغييرات ملموسة وثابتة لدى عملاء العيادات النفسية ممن يعبت القلق بحياتهم عبثا ملحوظا

خطوات عملية - علاجية

لاجراء التطمين المنظم

تتكون طريقة اجراء التطمين عادة من أربع مراحل هي :

١ - تكريب المريض على الاسترخاء العضلي .

٢ - تحديد المواقف المثيرة للقلق .

٣ - تدريج المنبهات المثيرة للقلق .

٤ - التعرض لآقل المنبهات المثيرة للقلق (أما بطريق التخيل أو في مواقف حية) مع الاسترخاء ، ثم التدريج لمواقف أكثر إثارة لقلق فأكثر ..

وقبما يلي بعض التفاصيل عن كل مرحلة :

١ - تكريب المريض على الاسترخاء (بالشكل الوارد في الفصل الخامس) وعادة ما يستغرق عشرين دقيقة في كل جلسة من الجلسات العلاجية الست الأولى .

ثانياً: تحديد المنبه الرئيسي المثير للقلق: (هل هو خوف من الاماكن المغلقة؟ أم ، خوف من الحديث أمام الناس؟ ، خوف من التعبير عن العدوان؟ ، خوف من تأكيد الذات؟ الخ).

التنبه لذلك ضروري ويوفر على المعالج وعلى المريض على السواء جهداً ضخماً. ذلك فإن الخطوة الأولى التي يجب التنبه لها عندما نشور حساسيتنا المرضية نحو بعض الأشياء أن نحدد ما إذا كان ذلك القلق أساسياً أم ثانوياً (أي راجعاً لسبب أخرى أساسية).

وبالرغم من أن تحديد المواقف التي تستثير القلق قد يبدو يسيراً ، إلا أن هناك نقاطاً حيوية يجب التنبيه لها . ذلك لأن طالب العلاج في كثير من الأحيان قد يفصح عن شكوى أو مشكلة دون أن تكون هي المشكلة الرئيسية في حياته . فالكثير من الشكاوى الظاهرة قد تغطي اضطرابات أنفعالية لم نعبر عنها صراحة^(٧) . وكمثال لذلك حالة (ب) مهاجر مصري للولايات المتحدة الأمريكية في الأربعين من عمره ، يقيم في الولايات المتحدة منذ سبعة أعوام . متزوج وله خمسة أطفال . يعمل في شركة مشهورة منذ تاريخ وصوله للولايات المتحدة . وقد دل تاريخه في العمل على نجاحه وتفوقه طوال هذه المدة . جاء يطلب مشورة الكاتب لأنه في الفترة الأخيرة قد بدأ يكره عمله ، وأنه يفكر في تركه . بالرغم من أنه لم يجد عملاً آخر بعد وأنه فيما يعبر يشعر بأن " كابوساً يكبس عليه " عندما يخرج من منزله كل صباح إلى مكان العمل .

ولتأمل هذه المحادثة التالية بين معالج نفسي وشاب في الثانية والثلاثين من العمر . يعمل مهندساً كهربائياً . وقد جاء يطلب النصيحة بصدد قلق عنيف بدأ يملكه عندما يجد نفسه في مكان ضيق . ويبين سير المحادثة الآتية أن خوفه من الماسيرات إنما هو خوف ثانوي يداري به قلقاً أساسياً متعلقاً بحياته الجنسية الزوجية الشابة .

س : لدي خوف من الاماكن الضيقة .
ج : أوضح أكثر؟

س : أشعر بقلق ، وبالعجز عن التنفس . وأحياناً تسوء حالتي واضطر للخروج جرياً لاستعيد قدرتي على التنفس واستنشاق هواء نقي شيء فطيع .

س : أريد أن أعرف شيئاً أساسياً . متى بالضبط ، وأين تشعر بهذه الحالات . لتبدأ بمتى بدأت هذه الحالة تظهر لديك ؟ .

س : (يفكر) . أنا سني الان ٢٢ سنة (يحاول أن يحسب) بدأت أشعر بهذه الأشياء في التاسعة والعشرين .

س : يعني بدأت منذ حوالي ثلاث سنين .

وبالرغم من أن هذا القلق قد يعبر عن قلق شائع لدى الكثيرين وهو قلق العمل . إلا أنه بسؤال (ب) تبين أن قلقه يقوم على قلق آخر وهو عجزه عن تأكيد نفسه في العمل ، خاصة مع رئيسه وزملائه الأمريكيين في العمل الذين - كانوا يصفهم - أقل منه بكثير من حيث الكفاءة في أداء العمل .

من المهم أن نتبين أن الأسباب الرئيسية وراء القلق المباشر الذي يبته طالب العلاج لمعالجه قد يكون كثير من الأحيان أهم من حيث دلالاته العلاجية ،

المريض : نعم تقريبا .

المعالج : كيف كان حالك في تلك الفترة ؟: يعني هل كانت هناك مشكلات مختلفة منذ ثلاث أو أربع سنوات ؟ .

المريض : لأظن . كنت عاديا وأنا أستقل الاتوبيس من المنزل للعمل كل يوم . لم تكن هناك مشكلات .

المعالج : طيب ما الذي حدث منذ ثلاث سنين في تصورك ؟

المريض : مجرد شعور بأنني خائف ومشود الاعصاب . بدأ ذلك لأول مرة عندما كنت أستقل الاسانسير وكان مزحما والجوفيه حار وخائق . لذلك تركته وأخذت الدرج . لكنني بدأت بعد ذلك اتجنب حجرة الإجتماعات لانه لم تكن بها نوافذ . وعندما كنت اضطر لحضور اجتماع فيها كنت أشعر بالضيق والاختناق . وحاولت أن أتعاطي بعض المهينات ، ولكن دون فائدة . وحتى الآن لازلت أبقى كرسي مجاورا للباب حتى إذا أحسست بشيء ما أستطيع أن أهرب سريعا ، لأرى لم؟ ذهبت للدكتور فقال إنه عداوة مكبوتة .

المعالج : وهل أفادك هذا التفسير شيئا ؟ أعني ما الذي فعلت به ؟

المريض : لأأرى .. لم أعرف ماذا أفعل به .

المعالج : حتى أنا لأأرى! ..علي أية حال دعنا الآن نرجع بالذاكرة قليلا إلى ماكان يحدث في حياتك منذ ثلاثة أعوام . لا أعني خوفك من الاماكن الضيقة ، لكن أي حوادث عامة أو خاصة حدثت آنذاك ؟

المريض : تعني أي شيء ..

المعالج : نعم أي شيء تذكره .

المريض : هم دعني افكر لحظه (مهمه .. تنهد) منذ ثلاث سنين ؟ لقد تزوجت منذ ثلاث سنين . غير اني لا أرى هناك أي علاقة بين ما حدث آنذاك وبين ما أنا فيه الآن .

المعالج : هل تعتقد أن هناك علامة ما ؟

المريض : لأأرى ذلك ، مجرد اتفاق زمني .. أليس كذلك ؟

المعالج : من الجائز .. غير أنني أشعر أنك تدافع أكثر من اللازم في هذه النقطة .

المريض : لا .. أنني لأأرى أية صلة .

المعالج : أنن هل تعتقد أننا يجب أن نبحث عن الصلة ؟

المريض : أتريد اللف .

المعالج : لأعني .

المريض : أنظر ، أنني لأأريد أن اطلق زوجتي - حتى وان كانت هناك صلة أنا لأأريد الطلاق .

المعالج : ومن يتحدث عن الطلاق

المريض : أه .. يعني

المعالج : اسمعني .. انظر حتى لو وجدنا بعض المشاعر السلبية نحو زواجك لم
لأحاول أن تفكر في علاج هذه المشكلات وأن نخلق لديك شعورا بحرية
الحركة من خلال الزواج بدلا من الانفصال والهدم؟ - أعني أننا لم
نكتشف بعد وجود صلة ما بين زواجك ومخاوفك من الأماكن الضيقة.
قد نجد تلك الصلة أو لانجدها. لكن إذا كنت تشعر أن هناك مشكلات
ما في حياتك الزوجية فلماذا لا تحاول مواجهتها وحلها حتى وإن لم تكن
لها صلة بمخاوفك من الأماكن الضيقة؟ قد يكونا مشكلتين منفصلتين
أو مترابطتين لكن واضح أنك تقفز لاستنتاجات وتتصور أنني ساهم
حياتك الزوجية. أخبرني - علي أية حال - كيف تستجيب زوجتك
لمشاعرك بالخوف؟.

المريض : متفهمة للغاية.

المعالج : جائز أنها متفهمة أكثر من اللازم؟

المريض : ماذا تعني؟

المعالج : جائز أنها بتفهمها تشجعها فيك.

المريض : لا أظن.

المعالج : على أية حال يعني أسأل سؤالاً ثانياً : حدثني عن علاقتك الجنسية
بزوجتك؟

المريض : سؤال غريب حقاً (لحظة صمت) الحقيقة أنني الآن لا أحتمل الاتصال
الجنسي بها .. وأشعر بأنني على وشك السقوط .

المعالج : بماذا تشعر بالضبط؟.

المريض : دعني أتذكر. اشعر كأنني في مصيدة وكأني مضغوط عليه .. عاجز عن
التنفس ومختنق .

المعالج : لدي احساس أن زوجتك رغم حبك لها من النوع المسيطر كانت ولا تزال
مسيطرة. لهذا أرى أننا نستطيع علاج خوفك من الأماكن المغلقة لو
نجحنا في علاج مشكلاتك معها أنني أرى بوضوح بعض الجوانب
السلبية بينك وبين زوجتك . لهذا أريد أن أراكما في المرة القادمة معا
حتى نصل شويها إلى وسيلة أفضل لتحسين علاقتكما (أ)

هنا نلاحظ أننا أن الشكوى المباشرة جزء من مشكلة أعمق تتعلق بحياة
المريض وعلاقاته الإجتماعية الزوجية الخاصة لهذا يجب أيضا أن تتضمن خطة
العلاج التركيز على تلك المشكلات ولهذا فلا بد في كثير من الأحيان من معالج
المشاكل التي ماهر يساعد عميله من خلال الاسئلة الذكية والصريحة إلى التوصل للـ
مشكلة الحقيقية.

ويمكن بالطبع التوصل بذلك من خلال عدد من الوسائل منها : الاسئلة
الاستكشافية التي يسألها المعالج ، ومنها الاطلاع على تاريخ حياة الشخص
وسؤاله عن الملابس التي صاحبت ظهور اضطراباته ... فقد تكون هذه الملابس
هي السبب الرئيسي للقلق (كما في حالة الشاب السابق الذي ظهرت مخاوفه من
الأماكن الضيقة مصاحبة لزواجه) - ويمكن أخيرا استخدام استخبارات
الشخصية.

بعد أن تتمكن من حصر جوانب القلق الرئيسية التي سنعالجها وبعد أن يتم لنا الحكم بأن تلك المواقف رئيسية وليست هامشية تبدأ مرحلة أخرى من العلاج . يضع المعالج المواقف المثيرة للقلق في قائمة مدرجة ، أي قائمة من المواقف التي تستثير القلق في حياة المريض بدرجات متفاوتة ، بحيث يوضع الموقف الذي يستثير أعلى درجة من القلق أو الخوف في أعلى تلك القائمة ، ويوضع أقلها استثارة في أسفل القائمة . أما الحكم بهذا التدريج فهو يتوقف على الشخص نفسه بالطبع ، إذ يطلب منه المعالج أن يرتب فقرات كل موقف من مواقف جانب معين من القلق بطريقة هرمية من القاع إلى القمة بحيث يبدأ بأقل المنبهات إثارة للخوف ويصعد إلى أشدها إثارة . ولتأمل كمثل من أمثلة الترتيب التدريجي نوعين من المخاوف هما الخوف من الامتحانات - والخوف من الرفض الاجتماعي .

أ - ففي حالة الخوف من الامتحان يمكن أن ندرج المنبهات المثيرة

للقلق وفق هذا الترتيب :

١- شهر قبل الامتحان

٢- أسبوعان

٣- أسبوع قبل الامتحان

٤- خمسة أيام قبل الامتحان

٥- أربعة أيام

٦- ثلاثة أيام

٧- يومان

٨- يوم واحد قبل الامتحان

٩- في الطريق إلى الجامعة يوم الامتحان

١٠- انتظار فتح صالة الامتحان

١١- في انتظار توزيع ورق الأسئلة

١٢- ورقة الأسئلة مقلوبة

١٣- قراءة ورقة الأسئلة .

الخوف من كراهية الناس (الرفض) :

التقدم لطلب عمل يحتاج لاجراء مقابلة شخصية .

الحضور في تجمع أو حفل من أربعة أشخاص .

الابتعاد عن النشاط الاجتماعي لمجموعته .

مخاطبة مجموعة من الأشخاص .

شخص آخر يحاول أن يتلمس له العيوب .

حكم من الزوج (أو الزوجة) والاصدقاء .

استهزاء من الاصدقاء .

٨- تعليقات من الزوجة (أو الزوج) تدل على التقليل من شأن الشخص (أي إستهزاء).

والذي يجب تكديده على أية حال أن وضع هذه التدرجات يتوقف على الشخص نفسه ، بمعنى أنه لايجوز تطبيق التدرجات السابقة ألبا على أي شخص حتى ولو كانت مخاوفه من نفس النوع . فعلى سبيل المثال قد يجي شخص للعلاج النفسي - وكلاهما يعبر عن قلقه واضطرابه عند الحديث أمام الناس .. الا أن سؤال كل منهما عن الشروط المحيطة بهذا القلق قد تبين أن أحدهما يتوقف ظهور قلقه في هذه المواقف على نوع الاشخاص الحاضرين (الرؤساء أو الآباء أو نماذج السلطة) . أما الآخر فقد يتوقف قلقة على حجم المجموعة الحاضرة . وعلى هذا فان تدرج قلق الشخص الاول يجب أن يراعى تدرج نماذج السلطة :

١- الحديث أمام أشخاص غريباء

٢- الحديث أمام الجيران

٣- الحديث أمام زملاء

٤- الحديث أمام الآباء

٥- الحديث أمام المدرس (أو الرئيس)

٦- الحديث أمام هيئة التدريس بكاملها

أما في حالة الشخص الآخر فان التدرج يجب أن يشمل حجم الجماعة التي يتحدث أمامها الشخص :

١- الحديث مع شخص من نفس الجنس

٢- الحديث مع شخص من جنس آخر

٣- الحديث مع شخصين

٤- الحديث مع ثلاثة أشخاص أو أربعة

٥- الحديث أمام مجموعة من الناس

كذلك قد يتفاوت تدرج منبه معين من شخص إلى آخر فالحديث أمام الآباء على درجة أكبر من القلق بالمقارنة بالحديث أمام المدرسين عند البعض . بينما العكس عند البعض الآخر . وبالمثل قد تشكل العلاقة بالزوج أو الزوجة عند من بالمقارنة بالبعض الآخر مشكلة أشد من العلاقة بزملاء العمل أو

أمام (٩).

أضف إلى هذا أن ترتيب تدرج معين بالنسبة لشخص واحد قد يختلف من إلى أخرى . فما كان في الشهر الماضي يحتل وزنا أكبر قد يتضائل وزنه في الراهن .

لهذا من الأفضل أن تكتب مدرجات القلق لكل شخص على حده وبعد تساؤل تفسار عن كل الشروط المحيطة . ومن الأفضل كتابة هذه التدرجات بالقلم الخاص حتى يسهل تعديلها أو التغيير في ترتيبها .

وأبعا : الآن وبعد أن أمكن تدرج الموقف (أو المواقف) المثيرة للقلق ، أن يكون المريض قد تروى على الاسترخاء يصبح الطريق ممهدا للدخول في إجراءات العلاج . وتتحضر إجراءات هذه المرحلة في أن نطلب من المريض وهو

في حالة من الاسترخاء العميق والهدوء أن يتصور نفسه ، مستخدما قدرته على التخيل إلى أقصى حد ، وهو في الموقف الذي يثير أقل درجة من القلق في البداية والمثال الآتي يوضح الاجراءات التي يستخدمها المعالجون عادة - لعلها تفيد القارئ . بعض البصيرة في التطبيقات العملية للعلاج النفسي . وهذا المثال يصف لإجراءات هذا الأسلوب مع فتاة مصابة بعمى الخوف الشديد من الامتحانات بصورة أدت لرسوبها مرات متكررة بالرغم من استعدادها الجيد ، وارتفاع متوسط نكاتها : " سأطلب الآن أن تتخيلي بعض المواقف والصور . حاولي أن تجعلي خيالاتك حية كأنها حقيقية . ركزي نفسك فيها . من الجائز بالطبع أن تتدخل في حالة الاسترخاء التي تتملك الآن . لكن إذا أحسست في أي لحظة بأنك مشدودة فما عليك الا أن تشير بيديك اليسرى - جميل "

" والآن تخيلي نفسك وأنت تقفين في شارع مالوف . اليوم جميل وساطع ، ويمتد أمامك مشهد الشارع كله . العربات والموتوسيكلات ، والنراجات ، والناس وعلامات المرور والاصوات (انتظار ١٥ ثانية) . جميل ! والآن توقفي عن هذا التخيل وعودي ثانية لحالة الاسترخاء . إذا كنت قد شعرت بأي نوع من التوتر بسبب التخيل الذي قمت به الآن فارفعي اصبعك (لاترفع أصبعها) والآن تخيلي أنك تجلسين في منزلك تذاكرين في المساء . اليوم هو ٢٠ في الشهر وبقى حوالي شهر للامتحان (انتظار ٥ ثوان) . والآن توقفي عن التخيل وعودي لاسترخائك .. استرخاء أعمق (انتظار ١٠ ثوان) . مرة أخرى تخيلي نفسك من جديد في منزلك تذاكرين ولم يبق على الامتحان الا شهر (انتظار ٥ ثوان) . توقفي الآن عن هذا التخيل وعودي لاسترخائك . أرخ عضلاتك جميعها وبعي نفسك وحاولي أن تتوقفي الراحة التي تتملكك (١٥ ثانية) . والآن تخيلي من جديد نفسك تذاكرين

الامتحان بشهر (انتظار ٥ ثوان) . توقفي الآن عن التخيل ولا تفكري في أي شيء آخر غير جسمك (٥ ثوان) . إذا كنت قد أحسست بأي قلق فاشيري باليمينك (ترفع المريضة الآن اصبعها) . إذا كان قلقك في المرة الثالثة أقل من المرة الثانية والأولى فاستمري كما أنت . أما إذا لم يكن هناك أي تغير فاشيري باليمينك (لاترفع اصبعها) . جميل أنت ابق في إسترخاء (١٥ ثانية) . الآن تخيلي نفسك على كرسي في داخل اتوبيس ويجوارك شخصان يثرثران مع بعضهما (١٠ ثوان) . الآن توقفي عن هذا التخيل وعودي إلى ما أنت فيه من إسترخاء (١٠ ثوان) . الآن تخيلي نفسك في الشارع يسير شخصان يتجادلان في احتداد (١٠ ثوان) * توقفي الآن عن هذا . سأعد من واحد حتى خمسة وستفتح عينيك وتشعرين بالراحة والهدوء "

ويطلق " ولبى ولازاروس " على هذه الحالة بالعبارة الآتية :

وتتسم وكأنها استيقظت من النوم . وفي إجابتها على الاستئلة التي سألها بعد ذلك ، بينت أنها تشعر بمنتهي الهدوء ، وأن المشاهد المتخيلة كانت في منتهي الوضوح . كذلك قررت أنها شعرت بقليل من القلق عند تخيل مشهدي

لأن أفضل هذه الصورة بدلا من الصورة التي وضعها المؤلفان في المثال الاصلي وهي " تخيلي نفسك تجلسين على كرسي في محطة اتوبيس .. وأثنان من العمال يتكلمان ويتناقشان " . وعلى أية حال من الممكن التوصل من محتوى التخيل بحيث ينقل للشخص مشاعر هادئة تتناسب مع الإطار الحضاري . وفي كل الأحوال يجب أن يكون التخيل من النوع المحايد الذي لا يثير انفعالات قد تعوق الاسترخاء .

المذاكرة والمشادة ، وبالرغم من أن القلق تضامل في حالة التكرار ،
فانه لم يصل في كل الاحوال لدرجة الصفر .

بعض المشكلات التي تحيط باستخدام هذا الاجراء :

من المشكلات الرئيسية التي تواجه استخدام التطمين المتدرج هذا
اعتماده الرئيسي على اثار الصور الذهنية والخيال لدى المريض . وتوضح
البحوث - لسوء الحظ - أن هناك فروقا فردية ضخمة في مقدار اليسر
والسهولة التي يستطيع بها البشر أن يتحكموا في اثار هذه الصور الذهنية
. البعض يستطيع ذلك بسهولة كما في الحالة السابقة ، والبعض يعجز عن
ذلك خاصة المرضى العقليين . وبالرغم من أن الحلول التي تقدم لهذه المشكلة
ضئيلة ، الا أنني وجدت أن التدريب المستمر في الجلسات الاولى على اثار
صور ذهنية محايدة ، وقصيرة تؤدي لبعض الفوائد . كذلك أجد أن سؤال
المريض بأن يفتح عينيه وأن يوجهها لبعض المنبهات التي اكشفها له مثل
القلم الرصاص ، والسيجارة . الخ ثم ان يحاول ان يفلق عينيه وأن يتخيل
نفس هذه الاشياء بعد اختفائها مع تكرار ذلك على منبهات أخرى وبصورة
متلاحقة يؤدي أيضا إلى قدر مماثل من النجاح في تدريب المريض على
التخيل .

وهناك طريقة أخرى تقوم على تشجيع المريض للانتباه لاحساساته
الحالية . أو لحوادث مباشرة من الذاكرة . ويؤدي ذلك أن يطلب من المريض
أن يعيش ذهنيا في الموقف المتخيل ، وأن يراه كما لو كان يحياها بالفعل
الآن ليس كمجرد متفرج من الخارج .

ومع ذلك فانه يبدو أن هذه المشكلة قد بولغ فيها . فبالرغم من صحة
أثنين الفروق الفردية . بهذا الصدد الا أنني لم أجد حالة تعجز عن التخيل .
في الحالات القليلة النادرة التي حدث فيها هذا ، كان ذلك بسبب عوامل
بعضها كاستهانة المريض بالاسلوب ، وتشتت انتباهه ، وعدم تركيزه واتجاهه
المعالج . كذلك أجد أن الطريقة التي يقدم بها المعالج هذا الاسلوب تلعب
دورا أساسيا في اقتناع المريض به ، وبالتالي سهولة اندماجه في التخيل .

مشكلة أخرى تثيرها هذه الطريقة فقد لاحظنا أن المعالج يطلب من
المريض أن يتخيل الموقف تدريجيا .. فهو لا يأخذه كما في حالة المرأة - الميدان ،
الطبيب - الجزع إلى المواقع الحية التي تستثير القلق . والاعتماد على
التخيل يثير لهذا السبب بعض التحفظات . فهل تؤدي اثاره الواقف
بصفة بطرق الصور الذهنية والخيال إلى نفس الفاعلية التي يمكن أن يؤدي
إليها العلاج في المواقع الفعلية ؟ وهل من الافضل أن نسطح من يجزع
بلا من الاماكن العالية إلى قمة برج ، أم من الافضل أن نجعله يتخيل قمة
البرج ؟

اتجه عدد من الباحثين في الحقيقة إلى المقارنة بين الآثار العلاجية
للسلوب التدريج في عرض مواقف القلق بطريق الخيال ، والتدرج من خلال
تصاحبه المريض للمواقف الفعلية من القلق . والحقيقة أن نتائج هذه البحوث
تتعارض . فعلى سبيل المثال لم يوجد فرق جوهري بين مجموعتين من
المرضى بالخوف من الثعابين عولجت احدهما باستخدام شرائح التصوير
اللونية ، وعولجت الاخرى بالتعرض لثعابين حقيقية .

مادة امراكه وصياغته لمشكلته من جديد ، مما يؤدي إلى احتمالات علاجية
تسمى . ومن ناحية ثانية فإن المعالج قد يستطيع أيضا أن يلاحظ بعض
أساليب المريض في التفاعل الإجتماعى التى تؤكد كثيرا من الانماط غير
المرغوبة فى سلوكه وبالتالي يستطيع المعالج مباشرة أن يغير من هذه
الأساليب .

الخطمين المتدرج و محدود تطبيقه :

منذ أن أبتكر هذا الأسلوب وهو يستخلم بنجاح فى علاج المخاوف
التي . وحتى فى هذه الحالات لابد من وجود شروط أخرى لكى يمكن
استخدام هذا الأسلوب بنجاح منها :

١- أن لاتعود المخاوف المرضية على الشخص بنى مكاسب أساسية
التي ، وعلى هذا فمن الصعب علاج طفل أو شاب أو بالغ من بعض
المخاوف (كالظلام أو المرض ، أو الامتحان) طالما أن ذلك يؤدي إلى
استجابات مرغوبة لديه من قبل والديه (زيادة الحب ، العطف الشديد ،
التي لم تكن ملباة من قبل .. الخ) ؟

٢- أن تكون مخاوف الشخص محصورة فى المواقف التى تثيرها
التي بسبب عوامل اجتماعية أخرى . وقد رأينا أن من العبث علاج
المريض بالمخاوف من الاماكن الضيقة بوضع تدريج الاماكن ، بالرغم من

لكن هناك نتائج وملاحظات تشير إلى بعض الفروق فى مجال
التعرض للمواقف الحية ، خاصة عندما يفشل الشخص فى الانتقال من
المواقف التخيلية إلى المواقف الحية . ولكن العلاج فى المواقف الحية لا يخطأ
من إثارة بعض المشكلات لأنه يتطلب من المعالج الخروج بعمليه من
المستشفى أو العيادة ، وبالتالي قد يفقد قدرته على ضبط كثير من المواقف
والمنبهات العلاجية الأخرى . وماذا لو أن الجزع والخوف ألم بمريضه فى تلك
المواقف التى كان يتجنبها خشية منها طوال عمره؟ هل نستطيع أن نتحكم
فى عملية الاسترخاء وبعث الطمئينة ؟

لكن تعريضه لمواقف حية ومع كل هذه التحفظات يكون ضروريا أحيانا
خاصة بين المرضى الذين يعانون بعض المشكلات فى تخيل المواقف المثيرة
للتهديد بوضوح كاف . كذلك فى حالات المرضى الذين يعجزون عن التحديد
النوعى والواضح للمشكلات والمنبهات المثيرة لمخاوفهم ما لم يتعرضوا مع
المعالج لمواقف حية مختلفة تساعد كليهما على صياغة المشكلة للعلاج . وفى
حالات الإكتئاب نجد من المعالجين من ينصح بالعلاج فى المواقف الحية لأن
تعويد المريض على مواجهة هذه المواقف يعتبر فى حد ذاته ذا تأثير علاجى
واضح بغض النظر عن علاج مشكلات القلق من خلال التدرج الحى .

ونضيف أن هناك ميزتين علاجيتين أخريين لاسلوب التدرج فى مواقف
حية . فمن ناحية نجد أن ممارسة المريض لانواع من النشاط فى الحياة
اليومية (التى كانت متعطلة قبل ذلك) قد تثير بواقعه وبالتالي تساعد على

أن مخاوفه ناتجة أساسا من قلق الانحصار في علاقات اجتماعية ضيقة وغير مرغوبة .

٢- أن يكون الشخص ممن يتناقص قلقهم أثناء الاسترخاء .

٤- أن يكونوا من المقتنعين بفائدة الأسلوب .

أما من حيث الأشكال الأخرى من الإضطرابات الإنفعالية فإن أسلوب التطمين التدريجي لا يؤدي إلى نتائج ايجابية الا اذا استخدم مع أساليب أخرى . وكمثال لنجاح أسلوب التطمين التدريجي في هذا الإطار استخداما في التقليل من الآثار الإنفعالية للذكريات القيمة غير السارة كما تظهر لدى حالات المكتئبين الذين قد يجنون فيها أحزانا تضاف إلى احزانهم . ويكون ذلك ، بأن نطلب من الشخص وهو في حالة من الاسترخاء العميق أن يتذكر بعض الحوادث الحزينة ، أو المخجلة في حياته ، والتي تكون لها آثار إنفعالية قائمة حتى الآن إلى تحيد مشاعره نحوها (١٠) .

وهذا الاجراء الأخير فضلا عن لورده في كلف الاستجابات الإنفعالية القديمة كالخوف ، والخجل ، والقلق من خلال الاسترخاء يساعد على اعطاء المريض منظورا ادراكيا ، وأسلوبيا شخصيا جديدا لاعادة ادراك تلك الاشياء القديمة ، بالتالي التخفف من آثارها الإنفعالية المستمرة . فقد ينتهي تذكر ذلك بالمريض إلى أن يدرك أن هذه الحوادث كانت تافهة . أو أنها غير مهمة .. أو " أنتى لأهم ولا أكتروث لذلك " لكن الوصول بالمريض لهذه

الاستجابات الصحية قد يتطلب وضع تدريج للذكريات المؤلمة وطلب تخيلها أثناء الاسترخاء مع الدحض العقلي والمنطقي أثناء آثارها * .

ولعل ما نستنتجه من كل ذلك بشكل عام هو أن نحذر من الاستخدام الألى لهذا الأسلوب أو أى أسلوب علاجي على الاطلاق فلكل حدوده ومجالات تطبيقه . والمعالج النفسي الناجح هو الذى يعرف نفسه بكثير من الأساليب ويكتسب من المرضى حتى يختار الأسلوب الملائم في الوقت الملائم ومع الشخص الملائم ونوع الإضطراب الملائم (١٠) .

يستخدم هذا الأسلوب كذلك لتقليل من الآثار الإنفعالية التي تصيب الأشخاص عند الانتقال من مجتمع إلى مجتمع آخر بسبب الهجرة أو الدراسة أو البحث عن العمل .. وذلك بحث الشخص ومعرفة حالته استرخاء عميق على تخيل الحوادث أو الأشخاص الموجودة في المجتمع الأصلي والتي تستثير الحزن والإكتئاب إلى أن تصبح نظرتنا نحوها أكثر والحمية - مع ترويج المواقف التي تستثير الإكتئاب والقلق في المجتمع الجديد . بحث الشخص على تخيلها من خلال الاسترخاء مع الدحض العقلي لتجاهنا السلبى نحوها .

التخلص من الإضطراب والقلق بالترتيب التدرجى للأشياء أو
 الموضوعات التى تثيرهما كان ولا يزال من
 يهية الإنسان العادى وحكمته. وطريقة
 للعلاج الحديث تقوم على نفس المبدأ، أى
 للقلق والخوف تدرجياً، إلى أن تتحدد
 (العصابية) نحو تلك المواقف. وقد عرف
 كما عرفه المعالجون المحدثون. ويعتبر مبدأ
 لعلمى الذى قدمه علم النفس الحديث لتف
 جحنا فى استشارة استجابة معارضة للقلق
 وجود الموضوعات المثيرة له، يمكن أن
 بالتالى يختفى ويتناقص بعد ذلك. ويتطلب
 منها تحديد المواقف التى تثير المخاوف
 موقف منها على حده فى قائمة تبدأ بأقل
 مع الصعود إلى أشدها أثارة، ثم يصبح
 ذلك بأن نطلب من الشخص وهو فى حالة
 فى الموقف الذى يثير أقل درجة من القلق
 مشاعره نحو الدرجات المنخفضة ثم يبدأ
 حتى تنتهى القائمة. وهناك طريقه أخد
 للمواقف الخوف الحية بدلا من تخيلها. ولكل

الجمع بين الطريقتين ممكن ومرغوب. وبالرغم من أن هذا الأسلوب يقتصر
 على علاج المخاوف المرضية الا أنه يصلح أيضا فى علاج بعض حالات
 الإكتئاب خاصة عندما يكون الإكتئاب استجابة شديدة لحادثة خارجية
 محددة كفقدان قريب أو عمل، أو متعلقا بأحزان محددة فى الماضى.
 ونسبة نجاح هذا الأسلوب فى علاج المخاوف المرضية تصل إلى ما يقرب من
 ٨٩٪. غير أن نجاح استخدام هذا الأسلوب يتوقف على تدريب الشخص
 على الاسترخاء العميق عند عرضنا له فى الفصل الخامس.

٤- للمزيد عن إستخدام أسلوب التطمين التدريجي فى علاج المخاوف

المرضية التى توجد لدى المرضى العقليين أنظر:

Hagen R. (1975) : Behavioral therapies and the treatment of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, No. 13. pp. 70 - 96 .

٥- هناك وصف كامل لحالة المرأة - الميدان فى:

Lazarus, A. (1971) : *Behavior therapy and beyond*. New York Mc. Graw-Hill.

٦- تفاصيل جالة الطفلة "مارجريت" وردت فى الترجمة العربية لكتاب :

أيزنك، الحليقة والوهم فى علم النفس، ترجمة قبرى حفى ودؤوف نظمى

القاهرة : دار المعارف، ١٩٦٩، ص١٤٨-١٤٩،

٧- بالرغم من أن المعالين السلوكيين كانوا لايهتمون الا بالشكاوى الظاهرة وذلك منذ عشرين أو خمسة وعشرين عاما. الا أنهم بدأوا حاليا يتجهون إلى أن الشكاوى الظاهرة تغطى فى بعض الاحيان اضطرابات انفعالية أساسية. وان هذه الاضطرابات الإنفعالية قد تكون أكثر خطورا من الشكاوى الظاهرة..

للمزيد عن ذلك أنظر :

مراجع وتعليقات

١- للمزيد من تفاصيل حالة " البرت " أنظر :

Watson, & Rayner, R (1920) : Conditioned emotional reactions *Journal of Experimental psychology*, Vol. 3 pp. 1-14.

٢- يعود الفضل فى علاج " بيتر " لجهود المعالجة السلوكية مارى كوفر جونز Cover Jones التى كانت تنتمى لتفكير " واطسون " ويلاحظ أن، المنهج الذى استخدمته كان أول منهج يستخدم أسلوب التدرج فى التعرض لموضوعات مبكرة بأساليب التطمين التدريجي الحديثة. أنظر :

A. Jones, Mary Cover (1924) : The elimination of children fears. *J. of Experimental Psychology*, Vol. 31, pp. 308-315.

B. Jones, M. C. (1925): A laboratory study of fear : The case of Peter. *Pedagogical Seminar*, Vol. 31, pp.308-315.

٢- للمزيد عن مبدأ الكف المتبادل وتطبيقاته فى العلاج النفسى أنظر:

Wolpe, J. (1958) : *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press.

مراجع عامة عن أسلوب التطمين التدريج

فضلا عما ورد في النقاط السابقة من مراجع وكتابات .. فاننا نقترح على القارئ الذي يبقى التعمق في هذا الموضوع الرجوع لعدد من الكتب والمقالات التي تضاف له بالتفصيل الاجراءات التي يجب إستخدامها أثناء التطمين التدريجى . ونعتقد في فائدة هذه المراجع خاصة لمن يمارسون أو سيمارسون العلاج النفسى من الأطباء والاختصاصيين:

- a. Lazarus, A. (1971) : *Behavior therapy and beyond*, New York : McGraw. Hill .
- b. Lazarus, A. (1972) : *Clinical behavior therapy*. New York : Brunner Mazel
- c. Masserman, J. H. (1975) : *Behavior and neurosis*. Chicago: University Chicago Press.
- d. Meyer, V. & Chesser, E. (1971) : *Behavior therapy in Clinical psychiatry*. London : Penguin Books.
- e. Paul, G.L. (1969) : Outcome of Systematic desensitization 1 : Background, Procedures and Uncontrolled Reports of Individual treatment. In Cyril Franks (ed.) *Behavior therapy : Appraisal at status*. New York : Mc-Graw-Hill, pp. 63 - 104.

Lazarus, A (1971) : *Behavior therapy and beyond*. New York Mc Graw-Hill.

٨- ورد هذا الحوار في المرجع السابق . وقد تمت الترجمة مع بعض التصرف

٩- للمزيد عن تدريجات عدد كبير من الإضطرابات الإنفعالية يمكن للقارئ النظر إلى :

Wolpe, J, & Lazarus, A, (1966) *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neurosis* Oxford : Pergamon Press.

١٠- يأخذ كثير من المحللين النفسيين على منهج التطمين التدريجى التركيز على الأعراض الظاهرة فقط دون الإضطرابات الكامنة . ومن رأيهم أن الخوف يعكس اضطرابا أعمق فى الشخصية - فاذا ما عالجتنا الخوف المرضى من مكان أو شخص أو شئ معين نون أن نعالج الإضطراب الإنفعالى فان المريض قد ينتكس أو يستبدل أعراضا مرضية ، بأعراض مرضية أخرى .

لكن هذا لم يحدث فى حياة المرضى الذين عولجوا .. أى أنه لم يحدث أنهم استبدلوا أعراضاً بأعراض أخرى - مما يدل على خطأ الفرض التحليلى النفسى فى هذه النقطة . للمزيد عن هذه النقطة أنظر :

Eysenck, J, J, (1978) : *You and neurosis*. Glasgow : William Collins, p. 100 - 111.

ومن رأى ايزنك أن علاج الأعراض الظاهرة يؤدي إلى شفاء كامل ودائم .

الفصل الخامس أسلوب الاسترخاء

يستخدم الاسترخاء في الطب والعلاج النفسي وعلم النفس الاكينيكي بأساليب متعددة منذ فترة طويلة. ففي سنة ١٩٢٩ أبدى طبيب نفسى اسمه جيكبسون Jacobson اهتمامه باكتشاف طرق للاسترخاء العضلى بطريقة منظمة وفى كتاب مشهور له بعنوان

"الاسترخاء التصاعدي rogressive Relaxation" (٢٠٢٠١)

قرر أن استخدام هذه الطرق يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة بين المرضى بالقلق. ويجمع علماء العلاج النفسى والسلوكى اليوم على فائدة التدريب على الاسترخاء فى تخفيض القلق وتطوير الصحة النفسية. وفى الولايات المتحدة نجد أن كثيرا من المعالجين النفسى بين يستخدمون هذه الاساليب ويطورون أساليب أخرى للتدريب على الاسترخاء. وعلى سبيل المثال يقيم الطبيب النفسى جوزيف ولبي Joseph wolpe نظرية كاملة فى العلاج النفسى تقوم على ارخاء العضلات أرخاء عميقا (٥٤).

ويعتبر أسلوبه بحق من أشهر أساليب الاسترخاء على الاطلاق ، بالرغم من أنه يذكر أن منهجه فى الاسترخاء العضلى يقوم على نفس الاسس التى وضعها جيكبسون ، الا أنه يستخدمه كجزء من منهجه العام فى التخفف من الأمراض العصابية بطريقة التطمين التدرجى التى سبق الحديث عنها. ولكى نبين كيف يمكن اجراء الاسترخاء العضلى علينا أن نبين الان السر فى فاعليته ونجاحه فى التخفف من الإضطرابات الإنفعالية والقلق .

تبين بحوث علماء النفس الفزيولوجى منذ القرن التاسع عشر أن جميع الناس تقريباً تستجيب للاضطرابات الإنفعالية بتغيرات وزيادة فى الانشطة العضلية. وتتركز بعض هذه التغيرات فى الجبهة. وفى سنة ١٩٥٨ تبين أيضاً أن أثاراً الإنتفـسالات تؤدي أيضاً إلى توترات فى الرقبة، ومفاصل لفراعين، والركبتين والعضلات الباسط (*) . كذلك تتوتر حتى عضلات الأعضاء الداخلية كالمعدة، والقفص الصدرى، وعندما يتعرض الشخص لتنبهات انفعالية شديدة تزداد الحركات اللاإرادية فى اليدين والذراع.

ومن الثابت أيضاً أن الزيادة الشديدة فى التوتر العضلى تتوقف أساساً على شدة الإضطرابات الإنفعالية، خاصة عندما يواجه الفرد بمشكلات تتعلق بتوافقه. ومن المؤسف أن التوتر العضلى الشديد لايساعد بل يضعف قدرة الكائن على التوافق، والنشاط البناء، والانتاج، والكفاءة العقلية. فالاشخاص فى حالات الشد والتوتر والقلق تنهار مقاومتهم وقدرتهم على الاستمرار فى النشاط العقلى والجسمى بسبب عجزهم عن وظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفاً بناماً.

لهذا نجد أن الاسترخاء يعرف - بالمعنى العلمى - بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. والاسترخاء بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهرى أو حتى النوم، لانه ليس من التائر أن نجد شخصاً ما يرقد على أريكته أو سريره لساعات معنودة لكنه لايكف مع ذلك عن إبداء كافة العلامات الدالة على الاضطراب العضوى والحركى مثل عدم

الاستقرار الحركى والتقلب المستمر والنمى المشحون بالأفكار والصراعات . إذا كان الإضطراب الإنفعالى يؤدي إلى أثاراً التوتر العضلى فإن من الثابت أيضاً أن أثاراً التوتر العضلى تجعل الشخص مستوفزاً للانفعال السريع فى الاتجاه الملائم لهذه التوترات. فرسم علامات الغضب على الوجه يجعل الشخص سريع الاستجابة للمواقف الإجتماعية بالغضب مثلاً. فسى على ذلك أى انفعال اخر سلبى، (كالخوف، والضيق) أو ايجابى (كالحب، والسرور، والتقبل...) والعكس أيضاً صحيح، بمعنى أن ارخاء التوترات العضلية، وإيقاف انقباضاتها يؤدي إلى التقليل من الإنفعالات المصاحبة لهذه التوترات. وسنرى بعد قليل كيف يمكن القيام بهذا الاسترخاء.

التوتر العضلى والأمراض النفسية :

فى الظروف العادية، تشيع حالات التوتر الخفيفة، والمؤقتة، استجابة للمشكلات العقلية والإجتماعية التى تحتاج لدرجة معينة من التركيز والاهتمام وتعبئة الطاقة. غير أن التوتر فى تلك الحالات يعتبر ضرورياً لبقاء على الفرد فى حالة من اليقظة، ولا ينتهى بمضاعفات مرضية مبالغ فيها.

لكن هناك من ناحية أخرى بعض الافراد ممن يعيشون طول الوقت تقريباً فى حالة من التوتر الشديد، ويصطب هذا باستثارة فى الجهاز العصبى، من مظاهرها جمود عضلات بعض الاعضاء، وارتفاع الضغط، زيادة نبضات القلب، واضطراب انتظام التنفس.

على سبيل المثال تبين أن كثيراً من الجنود فى الحرب يفتقون السيطرة على ضبط التبول والتبرز.

ويثبت عدد من الباحثين أن استمرار ارتفاع مستوى التوتر العضلي يظهر بين الأشخاص العصبيين الذين يعانون من حالات الصرع المستمر والقلق.

ويمتلى التراث السيكولوجي ببحوث عدة تؤكد أن الاستثارة العضوية والعضلية العنيفة تشيع بشكل أكثر في حالات الأمراض النفسية والعقلية. ففي مقارنة بين مجموعة من الأفراد العاديين والمرضى النفسيين تبين أن هذه المجموعة الأخيرة تعاني من الإضطراب والتوتر العضلي تحت كل الشروط. وفي حالات الإضطراب الوجداني تبين في مجموعة من الأفراد وجود زيادة مبالغ فيها في بعض الاستجابات التي تنتمي لأطار التوتر العضلي مثل ضعف قدرة الجلد على المقاومة، وارتفاع النبض، وضغط الدم، واضطراب التنفس.

وفي مقارنة أخرى بين فئات من الفصاميين، والمصابين بالجنون اللوى (أى الانتقال في فترات منتظمة من الإكتئاب إلى الهوس والتهيج)، والعصابيين والاسوياء تبين أن الفصاميين من بين كل هؤلاء يكشفون عن أعلى درجات التوتر العضلي.

وقد يوحى هذا بأن أساليب الاسترخاء يمكن أن تؤدي إلى بعض النجاح في علاج الإضطرابات الفصامية.

وفي حالات الإكتئاب النفسي تبين الدراسات القليلة بعض النتائج الطريفة. فبالرغم مما يتصف به هؤلاء المرضى من مظاهر التخلف في النشاط الحسي والحركي (البطء في الحركة، والكلام، والاستجابة) الذي

يد يوحى بأنهم على درجة أقل من التوتر والاستثارة العضلية، فإن مقارنتهم بمجموعة من الأفراد العاديين على مقاييس التوتر في الجبهة، والفكين، والذراعين والقدمين بينت أنهم أكثر توتراً من الاسوياء. وتبين بحوث مماثلة أن هذا التوتر يختفى أو يتضاءل بعد العلاج النفسي.

أما في حالات القلق والصراعات النفسية، فإن هناك ما يشبه الاتفاق على أن أعراض القلق تختلط بالتوتر العضلي. فعدم الاستقرار، الشد، والاستثارة الزائدة، والحركة المستمرة كقضم الاظافر، واللوازم الحركية، وفرك اليدين - الخ، ما هي الا مظاهر قليلة من الإضطرابات عضوية والشائعة في حالات القلق. وليس من النادر أن يشكو الشخص حالة القلق من التوتر في جسمه، والصداع، وآلام الظهر، وخفقان القلب، وربما الام في القدم والساقين، والذراعين - الخ.

لهذا يمكن القول أن التوتر لازمة من لوازم القلق وليس مجرد نتيجة له. فخلا عن هذا فإن هناك ما يثبت أن الاسترخاء العضلي واستخدام تقاير المطننة التي تهدي من توترات العضلات - ويان إلى انخفاض هوس في حالات القلق.

ومن المعتقد أن الاستجابات الحركية، واللوازم القهوية التي تشيع بين مرضى العصبيين كالوسوسة، وطققة الاصابع، وقضم الاظافر، والحركات القهرية في الفم، والعين، والابتسامات غير الملائمة، ما هي أشكال حركية هدفها التخفف من القلق عندما يثور.

هل هناك توترات عضلية نوعية بحسب اتجاه الإضطراب الانفعالي؟

بينما نجد أن غالبية البحوث النفسية تميل إلى أن تتحدث عن اضطرابات عقلية عامة في الجسم كله مصاحبة للاستثارة الانفعالية ، هناك بعض الدراسات الشيقة التي تحاول أن تتابع الاستثارة الانفعالية على أنواع معينة من التوتر العضلي . ويمكن أن نطلق على هذا النوع من بحوث التوتر اسم (نوعية التوترات) فهناك بعض الأفراد ممن تتركز استجاباتهم للقلق والإنفعال في شكل توترات عضلية خاصة ونوعية وليس في الجسم كله .

وعلى سبيل الامثلة ، هناك ما يدل على أن الصداع ، وآلام الظهر (كاشكال من التوتر العضلي) تشيع لدى الاشخاص الذين يتميزون بالكسل ، والعجز عن الفعل والنشاط .

كذلك نجد من النتائج ما يشير إلى أن المرضى الذين يعانون من توتر عضلات الرقبة ، أو الرأس ، أو الذراع غالبا ما تكون هذه الاعضاء ذات قدر مرتفع من النشاط والفعل قبل ظهور التوترات فيها .

وفي دراسة على ٤٠٠ مريض تبين أن الصداع النفسى (أى الصداع الراجع للتوتر النفسى) يحدث بشكل خاص في حالات القلق .

أما المواقف التي تستثير الاحساس بالصراع ، أو الذنب فأنها غالبا ما تؤدي إلى آلام في الظهر .

وفي دراسة على مجموعة من المرضى من نوى الاستعداد للاستجابة للصداع ، وآلام الرأس ، تبين أن مناقشة المواقف الصدمية معهم في الجلسات العلاجية قد أدى إلى توترات عضلية في الجبهة .

وهناك أيضا ما يشير إلى أن التوترات العضلية في الجسم تحدث في حالة الإضطرابات الانفعالية الدائمة فقط ، بل وعند آثارة أنواع من الصراع أيضا . فمثلا تبين أن آثارة العدوان تؤدي إلى زيادة في توتر عضلات الجبهة ، بينما تؤدي آثارة الرغبة الجنسية والصراع الجنسي إلى آلام توترات في الساق .

ويغض النظر عن التأثير النوعي للمنبهات الانفعالية تبين بشكل عام أن تطوير استجابات توترية في عضل معين أمر تلعب فيه الفروق الفردية دورا كبيرا أيضا . فالفرد الذي اعتاد أن يواجه اضطراباته الانفعالية الراجعة للقلق بحالة من الصداع سيظهر الصداع لديه في كل اضطرابات الانفعالية الاخرى (العداوة ، الجنس ، الصداع - الخ) بغض النظر عن طبيعة المصدر . أما لماذا يستجيب بعض الافراد للاستثارة الانفعالية بتوترات عضلية عامة (في الجسم كله) ، بينما يستجيب البعض الاخر بالصداع ، أو بالآلام الظهر ، أو بنمط عضوى اخر ، فان الاجابة تزال غير محسومة بعد . ولكن من المرجح أن يرجع جزء من هذا إلى عوامل عضوية تتعلق بالتركيب العضوى نفسه (من حيث القوة أو الضعف) ، وإلى عوامل اجتماعية ، فبعض الجماعات تنعم بالاستجابة بتوتر عضوى معين ، بينما لاتدعم (أو تستهجن) الاستجابة بأعضاء

على استرخاء العضلات وحيوث تغيرات انفعالية ملطفة (أو مضادة
لها) .

ولا يوجد ترتيب محدد للاعضاء التي يجب البداية باسترخائها
من الضروري بالطبع أن يبدأ التدريب على الاسترخاء ببعض
الاعضاء الجسم حتى يتمكن الشخص بالتدريج وينجح من ضبط قدرته
على استرخاء عضلات الجسم كله .

ويفضل المعالجون السلوكيون عادة ، البداية بالتدريب على استرخاء
عضلات الرعاين لسهولة ذلك من ناحية ، ولتعلم المريض بشكل واضح
عنى الاسترخاء العضلى وتناججه من ناحية اخرى ، ثم يتم الانتقال بعد ذلك
إلى العنق الرأس لان كثيرا من العوامل المهينة للتوتر تتركز في العنق على
السيطرة على عضلات الوجه ، منطقة الرأس بشكل عام . وهكذا . وعلى
المعوم نجد أن أعداد المريض وتنهيته لممارسة التدريب على الاسترخاء
عضلى تتكون من النقاط الآتية :

١- يبين المعالج للمريض أنه مقبل على تعلم خبرة جديدة أو مهارة لاختلف
عن أى مهارة يكون قد تعلمها فى حياته قبل ذلك كقيادة سيارة ، أو
تعلم سباحة ، أو لعبة رياضية جديدة وبعبارة أخرى يبين له أنه - أى
المريض - مثله مثل كثير من الناس تعلم أن يكون مشددا ومتوترا ،
وأنه بنفس المنطق يمكنه أن يتعلم أن يكون مرن ومعتبرا ،
قادرا على الاسترخاء والهدوء وأن يود المعالج هو أن يعلمه كيف
يصل إلى تلك .

اخرى ، وربما يكون أيضا بسبب عوامل شخصية ، ، وانماط خاصة من
التكيف الفردى .. فالشخص المستثار انفعاليا وهو يمارس الكتابة أو القراءة
قد تتوتر لديه عضلات العينين ، أو الرعاين ، أو الظهر - أو كلها جميعا .

والخلاصة من هذا أن بحوث "نوعية التوتيرات" قد تصيف نتائج
عميقة لفاعلية العلاج النفسى . وعلى سبيل المثال فنن تتبعه الشخص لذلك
يجعله على براية بأنواع التوتر العضلى المستثار . وسيساهم ذلك فى أن تعد
خطة الاسترخاء بطريقة خاصة وربما مختصرة .

التدريب على الاسترخاء :

يستغرق تدريب المرضى على الاسترخاء العضلى المنظم فى العيادات
النفسية عادة ست جلسات علاجية ، فى كل منها يجب أن تخصص عشرين
دقيقة على الأقل لتدريبات الاسترخاء . وفى نفس الوقت يطلب من المريض
أن يمارس التدريبات على الاسترخاء لمدة خمس عشرة دقيقة يوميا بنفسه
بحسب الارشادات العلاجية .

ويجب قبل البداية فى التدريب على الاسترخاء أن نعطى الشخص
تصورا عاما لطبيعة اضطرابه النفسى (أى القلق) ، وأن نبين له أن
الاسترخاء العضلى ما هو الا طريقة من طرق التخفف من التوتيرات النفسية
والقلق . لهذا نجد أن مجرد الاسترخاء العادى بالرقاد على أريكة (أو سرير)
يؤدى إلى آثار مهدنة ملحوظة . والسبب فى هذا أن هناك علاقة واضحة بين

٧ - يبين المعالج أيضا بأنه نتيجة لهذا قد يشعر المريض ببعض المشاعر القريبة كالتميل في أصابع اليد ، أو احساس اقرب للسقوط ، وأنه يجب أن لا يخشى ذلك لان هذا « شئ عادي ودليل على أن عضلات الجسم بدأت تتراخي » . وهذه النقطة مهمة بشكل خاص لان كثيرا من المرضى - خاصة الهيستيريين - قد يستجيبون للاسترخاء بخوف مبالغ فيه أو يشعرون بأن شيئا غريبا يسيطر على أجسامهم . بينما من المفروض أن يكون ذلك دليل على أن الاسترخاء قد بدأ يحدث في عضلات الجسم .

٢ - ينصح المعالج الشخص بأن تكون أفكاره كلها مركزة في اللحظة ، أى في عملية الاسترخاء وذلك للمساعدة على تعميق الاحساس به . ولكي يساعد المعالج على تحقيق أكبر قدر ممكن من النجاح في هذه المرحلة قد يطلب من المريض أن يتخيل بعض اللحظات في حياته التي كان يعيش فيها بمشاعر هائلة وفياضة (يحسن أن يكون هذا التخيل بشكل نوعي أى أن يكون المعالج قد عرف من المريض قبل ذلك بعض المواقف التي كانت تهدئ مشاعره ، كالضوء الخافت ، أو التخمين ، أو الاسترخاء في الظهيرة بعد وجبة شهية ... الخ)

٤ - من المخاوف التي تتتاب بعض المرضى شعورهم بأنهم سيفقدون القدرة على ضبط الذات *

* خاصة في المواقف التي يتم فيها التنريد على الاسترخاء بحضور المعالج ، ولا ينطبق هذا بالطبع على المواقف التي يمارس فيها الشخص الاسترخاء بمفرده .

في مثل هذه الحالات من الافضل أن يتدخل المعالج ما بين الحين والآخر بتعليق أو بتكثير حتى يبعث الطمأنينة في نفس المريض . وهذا الاجراء ضروري بشكل خاص عندما يكون المعالج من جنس غير جنس المريض أو عندما يكون المريض (اذا كان من نفس الجنس) من النوع الذي تتقابه مخاوف من الجنسية المثلية . وتبين لنا خبرتنا الخاصة أن النور الامثل الذي يجب على المعالج أن يمارسه في مثل هذه اللحظات هو نور المرشد أو المعلم الذي لا يهدف للسيطرة على الجسم بمقدار ما يهدف إلى تعليم مريضه خبرة جديدة .

كقاعدة يجب التوصية بالمحافظة على كل عضلات الجسم في حالة تراخي تام أثناء الاسترخاء خاصة تغميض العينين لمنع المشتتات البصرية التي قد تعوق الاسترخاء التام . لكن في كثير من الحالات خاصة في الجلسات الأولى من العلاج قد يكون من الضروري بين الحين والآخر السماح للمريض بأن يفتح عينيه . وهذا ضروري بشكل خاص في حالات الاشخاص الذين تملكهم الريبة أو الشك ، أو عندما يكون المريض من الجنس الاخر الذي قد يتصور في هذا الموقف نوعا من الاغراء أو التهديد الجنسي .

من العوامل الهامة التي قد تعوق الاسترخاء الناجح تجول العقل في تخيلات بعيدة وبالرغم من أنه لاخطر في ذلك ، فمن الافضل الرجوع بهذه الافكار إلى الموقف بقلر الاستطاعة .

٧ - وأخيرا فان على المعالج أن يكون قادرا على فهم مريضه ، وحساسا لكل شكوكه ومخاوفه ، وقادرا على كسب ثقته وتعاونته في نجاح الاسترخاء. وفي كل الاحوال اذا ظهر لاي سبب من الاسباب أن المريض غير مقبل أو متحمس للجراء ، فان حساسية المعالج تجعله قادراً على الانتقال إلى محاولة أشكال علاجية أخرى ملائمة .

نموذج للتدريب على الاسترخاء :

من الضروري أن نبين أن استرخاء اى عضو معناه اختفاء كامل لاي تقلصات أو انقباضات في هذا العضو. ويمكن أن نستدل على نجاح استرخاء عضو معين (كعضلات الذراع مثلا) بتحريكه في الاتجاهات المختلفة أو الضغط عليه ، ويكون الاسترخاء ناجحا اذا لم نجد اى مقاومة من هذا العضو. بتعبير اخر تكون أعصاب هذا العضو متوقفة تماما عن اى نشاط. ويتوقف جزء كبير من نجاح العلاج السلوكي في قدرة الشخص على ذلك ، وبالتالي التمكن بعد ذلك من الاسترخاء الناجع الارادى لكل عضلات الجسم عضوا فعضوا . لهذا نجد أن هناك اهتماما كبيرا - في الوقت الحالى - بابتكار تدريبات من شأنها أن تساعد على الاسترخاء العضوى الكامل تدريجيا . وقد اخترنا للقارئ نمونجا لذلك في نهاية هذا الفصل تتوافق فيه مزايا عدد من الطرق . وبالطبع يمكن تطبيق ذلك التمرين ذاتيا في المواقف المختلفة التى قد تعرض الشخص للقلق والتوتر (انظر التذييل في نهاية الفصل) ولتيسير استخدام تدريبات الاسترخاء يمكن

من أن يقوم بتسجيل احداها بصوت عميق وهادئ ، وان يعيد التسجيل كل مرة يحاول فيها الاسترخاء ، منفذا التعليمات المتضمنة . وتبعب اهدم العلاج النفسى فى الولايات المتحدة تسجيلات لتدريبات من هذا النوع ، يمكنها أن تقوم مقام المعالج النفسى بعد انتهاء جلسات العلاج .

تطبيقات العالمة للاسترخاء :

تعلم الاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة يمكن للمعالج وللشخص معها استثمارها في اغراض عدة :

من اول الاهداف الرئيسية لتعلم الاسترخاء هو امكانية استخدامه مع اسلوب التطمين التدريجى ، أو التعويد التدريجى على المواقف المثيرة للقلق . صحيح ان من الممكن استخدام أسلوب الاسترخاء وحده ، الا أن الفالبية تستخدمه جنبا إلى جنب مع أسلوب التطمين التدريجى (الذى سبقت الاشارة إليه) .

٢ - وينفس المنطق يمكن أن يستخدم الاسترخاء كأسلوب من أساليب العلاج الذاتى والضبط الذاتى فى حالات القلق الفعلى . ولهذا ليس من النادر أن نجد أن كثيرا من المعالجين يوصون بمحاولة الاسترخاء لدقائق معدودة يوميا وقبل الدخول فى مواقف (حياتيه) مثيرة للقلق كالظهور أو الحديث أمام الناس أو المقابلات التى تجرى عند الترشيح لعمل ما الخ .

٣- في حالات كثيرة يطلب المعالج من مريضه أن يقوم بتمثيل دور شخص آخر (الأب ، الرئيس .. الخ) بهدف اكتساب القدرة على فهم تلك الشخصيات ، والتكيف معها - ونظرا لان هذه الشخصيات قد تكون مصدرا لقلق الشخص ، بحيث قد يعجز عن القيام بتمثيلها .. فان تذكره بأنه قد تعلم خبرة جديدة وان عليه ان يمارسها الان (الاسترخاء) سيؤدي إلى نجاح أسلوب تمثيل الاوار وبالتالي تحييد المشاعر والقلق نحو النماذج المهددة أو الداعية للقلق كالآباء أو نماذج السلطة بشكل عام .

٤- ويستخدم أسلوب الاسترخاء في كثير من الاحيان للتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة التي قد تكون احيانا من الاسباب الرئيسية في اثاره الاضطرابات الانفعالية وبالتالي يمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلية منطقية . ومن المعروف أن استخدام الاسترخاء في علاج حالات القلق والخاوف ، وتوهم الأمراض ، من شأنه وحده أن يمنح الشخص بصيرة عقلية واقعية بطبيعة قلقه . فالقلق الذي كان يعتقد المريض أنه لاسباب فسيولوجية عضوية فيه . وبالتالي يشكل سلوكه وفق هذا الاعتقاد ، يصبح الان شيئا يمكننا ضبطه والتحكم فيه ذاتيا . وعلى سبيل المثال أمكن أن يستخدم أسلوب الاسترخاء مع حالة من فصام البارانونيا* بطريقة أدت إلى تغيير

ه فصام البارانونيا : حالة من حالات الاضطراب العقلي التي تملك فيها الشخص معتقدات وانكار خاطئة قد تكون مصدرا للخطر على الشخص نفسه أو على البيئة . كسيطرة مشاعر وانكار اضطهادية ، أو عظمة بطريقة تقسد من ادراك الواقع وتشوهه منه (انظر الفصل الاول)

معتقدات الرزخ الذميمة عن وجود تغيرات واحساسات في جسده لا يستطيع فهمها ، إلى معتقدات معقولة عن طبيعة تلك التغيرات .

كذلك يمكن استخدام وحدة في علاج كثير من الاشكال المرضية . ويمكن ، على سبيل المثال ، أن يستخدم أسلوب الاسترخاء في علاج حالات الضعف الجنسي . ففي حالة ماشاب كان يشكو من القلق والاكتئاب ، شكى أيضا أنه عند الاتصال الجنسي بزوجه كان يعاني من القذف السريع عند الاتصال الجنسي بعد نصف دقيقة أو دقيقتين على الأكثر من الايلاج . وقد أدى هذا إلى آثارة كثير من التوترات لديه ولدى زوجته . ويتوجه من المعالج أمكن للمريض أن يتعلم الاسترخاء العضلي في الدقائق الخمسة عشر السابقة على الاتصال الجنسي خاصة فيما يتعلق باسترخاء الاجزاء السفلى من الجسم والساقين . وقد استطاع المريض بعد أسابيع قليلة ان يتغلب على مشكلة القذف السريع وبالتالي كل جوانب القلق التي كانت تحيط بها . كذلك هناك بعض التقارير التي تبين نجاح استخدام هذا الاسلوب في حالات الصداع النصفي والارق .

وتبين دراسات أخرى أن التدريب على الاسترخاء يؤدي إلى تغيير في هييم المرضى عن نواتهم (مفهوم الذات) فيصبحون بعد تعلم الاسترخاء وثقة بالنفس ، ربما بسبب القوة التي يمنحها الاسترخاء لهم وما يعلمه من قدرة على ضبط الذات ، والتحكم في التغيرات الجسمية .

تتفاوت اجراءات الاسترخاء العضلى من حيث الطول - فبعض التدريبات قد تستغرق نصف ساعة خاصة فى البداية ، والبعض الاخر قد يستغرق عشر أو خمس دقائق بحسب خبرة الشخص ونجاحه فى ممارسة التدريبات . والتدريب الذى ستأتى الاشارة له فى تنبيل هذا الفصل يستغرق نصف ساعة - وهو تدريب من شأنه أن يطلع الشخص ويمكنه من كثير من الفوائد التى يجنيها من الاسترخاء وسواء بدأ الراغب فى ممارسة التدريب ممارسته للاسترخاء بتوجيه من المعالج وبحضوره أو بتوجيه ذاتى فان الخطوات التالية ذات فائدة جمة :

١ - استلق فى وضع مريح عند بداية التدريب - وتأكد من هدوء المكان وظوه من المشتتات .

٢ - المكان الذى سترقد عليه يجب أن يكون مريحاً - ولا توجد به أجزاء نافرة أو ضاغطة على بعض أجزاء الجسم .

٣ - ليس بالضرورة أن تكون راقداً أو تائملاً بل يمكن البدء فى التدريبات وأنت جالس فى وضع مريح - (وربما وأنت واقف فى بعض الحالات) .

٤ - أبداً بتدريب عضو واحد فى البداية على الاسترخاء ويفضل أن يكون الفراخ كما فى الخطوات الآتية .

٥ - اغلق راحة يدك اليسرى باحكام وقوة -

- لاحظ أن عضلات اليد ومقدمة الفراخ اليسرى تتقبض وتتوتر وتشد .

- افتح راحة يدك اليسرى بعد ثوان معدودة ، وارخها وضعها فى مكان مريح على مسند الاريكة . لاحظ أن العضلات أخذت تسترخى وتنتقل .

- كرر هذا التمرين عددا من المرات حتى تترك الفرق بين التوتر والشد العضلى فى الحالة الاولى - والاسترخاء الذى ينجم بعد ذلك عندما تفرد راحة يدك اليسرى ، والى ان تتأكد من أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلى . وانه بإمكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى .

- كرر هذا التمرين (الشد والارخاء) مع بقية العضلات الاخرى بحسب ما هو موضح فى التذييل .

- بعد اكتساب القدرة على التحكم فى التوتر العضلى والاسترخاء فى جميع أعضاء الجسم عضوا فعضوا بالطريقة السابقة - سيمتلك فى المرات التالية استغراق وقت أقل فى ذلك .

١ - اكتساب القدرة على الاسترخاء بهذا النظام سيمتلك فى مواقف تالية من التحكم فى الاسترخاء العضلى فى مناطق معينة من الجسم فقط .

فعندما تحتاج بعض المواقف إلى الابقاء على بعض العضلات الاخرى غير المستخدمة لهذا الغرض فى حالة استرخاء كقيادة سيارة مثلا تحتاج لعينيك وئذمك ويدك فى حالة من التأهب - لكن بالطبع يمكنك الابقاء (حتى وأنت تقود سيارتك) على بعض العضلات الاخرى فى

حالة استرخاء مثل عضلات الكتفين والظهر ، والبطن والساقين - لاحظ أنه يمكنك أن تكون مسترخيا وأنت في قمة النشاط.

من المهم أن تستخدم قوة الإيحاء والتركيز الفكرى لساعتك على الوصول إلى إحساس عميق بالاسترخاء العضلى فى لحظات قصيرة. لهذا من المفيد أن تكرب التفكير على التركيز فى عمليات الشد والاسترخاء العضلى بالطريقة السابقة - إذا وجدت أن تفكيرك يهيم فى موضوعات أخرى أرجعه أرابيا إلى الإحساس بالجسم.

لا تياس إذا عجزت عن الوصول إلى حالة عميقة من الاسترخاء - فإن التكرار من شأنه ان يمكنك من ضبط الجسم بإبقائه فى حالة استرخاء. أن عاجلا أو آجلا.

تدبير

تدريب على الاسترخاء العضلى بطريقة منظمة

فيما يلي نموذج للتدريب العضلى أأخذناه من مصادر متعددة لأنه جمع مزايا كثير من الطرق من ناحية ، ولأن خبرتنا تدل على فاعليته من جهة أخرى* :

1- استلق الان على أريكة مريحة أو كرسي أو سرير وفى وضع مريح جسمك كله بقدر استطاعتك ، أغمض عينيك ، وأصغ إلى . سائبك الان بعض الاحساسات أو التوترات فى جسمك وسأبين لك بعدها أنه استطاعتك أن تقلل منها وان تتحكم فيها - جميل !! أن جسمك الان لا يزال وضعه المريح ولا تزال عينك مغمضتين فى استرخاء لطيف (لحظة صمت) . وجه انتباهك إلى ذراعك اليسرى أولا .. كل انتباهك الان وتركيزك فى ذراعك اليسرى الذراع اليسرى بشكل خاص ، أغلق راحة يدك اليسرى أغلقها باحكام ويقوة (لحظة صمت) لاحظ أن عضلات يدك الان عضلات مقدمة الذراع اليسرى تتقبض وتتوتر ، وتشد انتبه لهذا توتر والشد . لاحظه . والان دع هذا. افتح يدك اليسرى وارخها ضعها على مكان مريح على مسند الأريكة أو وسادة ولاحظ

لشسرتنا إلى انه يمكن القيام بتسجيل تلك بصوت هادئ وعميق ، بالرغم من أن الرجوع لتدبير فى العلاج النفسى من هذا النوع أكثر فائدة .

الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وما هي عليه الان
من استرخاء (عشر ثواني صمت). والان مرة أخرى كرر ذلك :
اغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة ولاحظ التوتر والشد
من جديد . لاحظته ثم من جديد دع هذا كله . افتح يدك
ليسرى ودعها في وضعها المريح ولاحظ ما كانت عليه من توتر وما هي
عليه الان من استرخاء. (١٠ ثواني صمت) .

لنتجه الان ليديك اليمنى . اغلق باحكام راحة اليد اليمنى ولاحظ التوتر
في اليد اليمنى والذراع (٥ ثواني صمت) . والان استرخ ، أستمر في
وضعك المريح وارخ يدك اليمنى . لاحظ الفرق فيما كانت عليه من توتر
وما هي عليه الان في وضعها المريح . استمتع بهذا الانتقال وحاول أن تتنوقه
(١٠ ثوان) . كرر هذا من جديد أغلق راحة يدك اليمنى باحكام وقوة . لاحظ
ما هي عليه من شد وتوتر . ارخها ودعها في وضع مريح فاردا أصابعك
باسترخاء . لاحظ أيضا أن هناك تميلنا ولينا قد بدأ ينتشر في نواحيك
اليمنى واليسرى . كلا نواحيك الان قد بدأ يسترخيان ... ويسترخيان .

والان دعنا نتجه إلى راحة اليد . اثن راحتيك كليهما إلى الخلف
إلى أن تشعر بالشد والتوتر في المعصم وظهر اليد . ادرس هذا التوتر ،
ولاحظه . والان أسترخ وعد بمعصميك إلى وضعهما المريح ، ولاحظ
الفرق بين التوتر الاسترخاء (عشر ثوان) . كرر هذا مرة أخرى .
اثن معصمك إلى الخلف وأشعر بالشد في مقدمة الذراع وخلف راحة
اليدين . ثم استرخ وارخ معصميك .. عد بهما إلى وضعهما المريح ..
دع نفسك على سجيتها . وأشعر باسترخاء أكثر وأكثر

والان أطبق باحكام كفيك ، واثنهما في المقدمة في اتجاه النواحيين إلى
أمامك بتوتر عضلات أعلى النواحيين في ذلك الجزء . لمعتد من الرفع حتى
الحد . حاول أن تدرس التوتر وأن تحسه . والان استرخ . اسقط نواحيك
اليمنى ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما هي عليه
من الاسترخاء النسبي الذي تحسه الان (عشر ثوان صمت) كرر هذا
مع الأخرى . اقبط كفيك باحكام واثنهما في اتجاه الكتفين محاولاً أن
تسهما بقبضتك . توقف واسقط نواحيك واسترخ . أشعر بالتناقض بين
توتر والاسترخاء . دع تلك العضلات على سجيتها أكثر فلكثر (عشر ثوان)
لان دعنا نتحول إلى منطقة أخرى أي الكتفين . ارفع كتفك كما لو كنت
تلمس أذنك بكتفك . لاحظ التوتر الذي يظهر في الكتفين وفي عضلات
الرقبة . ادرس هذا التوتر ولاحظه . توقف استرخ عائداً بكتفك إلى وضع
المريح . دع عضلاتك على سجيتها أكثر فأكثر . لاحظ من جديد الفرق
التعارض بين التوتر والإسترخاء كرر ذلك مرة أخرى . ارفع كلا الكتفين
مثلك تريد أن تلمس بهما الأذنين . لاحظ التوتر في الكتفين والرقبة . ادرس
هذا التوتر في تلك العضلات . والان استرخ أرخ عضلات كتفك ، وعد بهما
إلى وضع مريح . ادرس التعارض بين التوتر والاسترخاء من جديد
(عشر ثوان) .

تستطيع أيضا أن تتعلم كيف ترخي مختلف عضلات وجهك الان عليك
أن تغمض أو تجعد جبهتك وحاجبيك إلى ان تشعر بأن عضلات الجبهة قد
اشتدت وأن جلدك قد (تكرمش) . والان استرخ ، وعد بعضلات الجبهة إلى
وضعها المسترخى . أرخها أكثر فأكثر (عشر ثوان) . كرر هذا من جديد .

غضن جبهتك . ولاحظ التوتر في منطقة الجبهة ، وأعلى العينين . والان ارخ
الجبهة ، واسترخ بعضلاتها . ولاحظ من جديد التعارض بين التوتر
والاسترخاء في الجبهة (عشر ثوان).

والان أغلق عينيك باحكام . أغلقهما بقوة حتى تشعر بالتوتر
قد أخذ يشمل كل المنطقة المحيطة والعضلات التي تحكم حركات العينين
(خمس ثوان) . والان ارخ تلك العضلات ولاحظ التعارض بين التوتر
السابق والاسترخاء (عشر ثوان) . كرر هذا من جديد . أغلق عينيك باحكام
وقوة . والتوتر يشملهما . استمر (هـ ثوان) . والان استرخ .. ودع عضلات
عينيك على سجيتها في وضعها المريح المفض (١٠ ثوان).

والان أطبق فكيك وأسنانك باحكام كما لو كنت تعض على شيء .
لاحظ التوتر في الفكين . (هـ ثوان) . والان دع فكيك واسترخ ودع شفثيك
منفرجتين قليلا ، لاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء في منطقة الفكين
(١٠ ثوان) . مرة أخرى أطبق الفكين . لاحظ ما فيها من توتر (هـ ثوان) .
والان دع ذلك واترك نفسك على سجيتها ، مسترخيا أكثر فلكثر (١٠ ثوان)
والان اتجه إلى شفثيك ، ضمها ، واضغط بكل منهما على الآخر
باحكام . جميل . اضغط كل منهما على الآخر بكل ثقلك ، ولاحظ التوتر
الذي بدأ ينتشر حول القم والان استرخ وارخ عضلات شفثيك ودع نقتك في
وضع مريح . مرة أخرى اضغط شفثيك وادرس التوتر المحيط بالقم . استمر
(هـ ثوان) . لاحظ كيف أن مختلف تلك العضلات قد بدأت تتراخي بعد هذا
الشد والاسترخاء المتوالي . الان كل يديك ، وجهك ، وذراعيك ، وكتفك ،
ومختلف عضلاتك جميعها مسترخية في وضع هادئ .

والان اتجه إلى رقبتي . أضغط برأسك إلى الخلف على السطح الخلفي
المتد عليها . اضغطها إلى أن تشعر بتوتر في خلف الرقبة والجزء الاعلى
من الظهر بالذات . استمر . ادرس ذلك والان دع ذلك ، وعد برأسك إلى
موضع مريح ، وحاول أن تتمتع بالفرق بين التوتر والاسترخاء العميق الذي
تجربه الان . استمر الان فيما أنت فيه ، أكثر فلكثر ، وأعمق فاعمق بقدر
الاستطیع . كرر هذا من جديد : شد برأسك إلى الخلف . ولاحظ التوتر
المستثار . استمر في ذلك لحظة (هـ ثوان) والان دع تلك وانتقل إلى
تورخاء عميق - عميق (١٠ ثوان).

والان مد رأسك إلى الامام ، كما لو كنت ستلمع بنقتك في صدرك .
لاحظ التوتر الذي يحدث الان في الرقبة . والان استرخ . دع كل هذا
استرخ على سجيتك (١٠ ثوان) : كرر ذلك . افن نقتك في صدرك .
كرر في ذلك قليلا (هـ ثوان) . والان استرخ أكثر فلكثر (١٠ ثوان) .

والان إلى عضلات الجزء الاعلى من الظهر . قوس ظهرك . قوسه كما
كان صدرك سيلتصق بالبطن . لاحظ التوتر في الظهر ، خاصة في الجزء
الاعلى . والان استرخ ، وعد بجسمك إلى وضعه الطبيعي فاردا ظهرك في
موضع مريح سواء أكنت على كرسي أم أريكة . ولاحظ الفرق بين التوتر
السابق في الظهر والاسترخاء الحالي . (١٠ ثوان) مرة أخرى قوس الظهر .
لاحظ التوتر المستثار . استمر قليلا (هـ ثوان) والان عد بعضلات ظهرك إلى
وضعها المسترخي ، تاركا كل شيء على سجيته (١٠ ثوان) .

جيتها وتخلص من كل الشد الذي حدث في الفخذين (١٠ ثوان).

والآن إلى بطن الساق. حاول ان تشد عضلاتها بان تثنى قدميك إلى
في اتجاه الوجه إنتبه إنك عندما تثنى قدميك في اتجاه الوجه ستشعر
والتوتر، والانقباضات في بطن الساق وفي القصبة على السواء.
استرخ بالقدمين وأعداها إلى وضعهما السابق، ولاحظ من جديد
بين الشد والاسترخاء (١٠ ثوان). والآن هذه المرة : اثن قدميك للخلف
جاء رسغ القدم ، محاولا ان تجعل اصابع القدمين ممتدة في اتجاه
ولاحظ الشد في قسبة الساقين ويطنهما استمر قليلا. والآن عد إلى
ك مسترخيا بكل عضلاتك إلى وضعهما السابق. ساعد نفسك على
خاء اعمق واعمق من قبل (١٠ ثوان) .

والآن ان كل المناطق الرئيسية في جسمك مسترخية تقريبا وانت
الفرق بين التوتر والاسترخاء . ونلاحظ انك ان تشد عضلات اعضاءك
وترها وينفس القدر تستطيع أن تسترخى بجسمك كله. انك تسترخي ،
م تكن بعض أعضائك مسترخية فحاول ان ترخيها. راجع معي من
إلى أعلى كل عضلات اعضاءك اذا لم تكن مسترخية فارخها حالا .
عضلات القدم وبطن الساق والرسغ جميعها مسترخية (٥ ثوان) ارخ
عضلات الفخذين ، والركبة وبطن الساق ، القصبة (٥ ثوان) . العجز
اليمين (٥ ثوان) البطن واسفل والوسط (٥ ثوان) أعلى الظهر ، والصدر ،
اليمين (٥ ثوان) راحة اليد والاصابع والذراعين (٥ ثوان) الرقبة والزرور
اليسار (٥ ثوان) . جبهتك مسترخية (٥ ثوان) . كل عضلاتك مسترخية ومستلقية

والآن خذ نفسا عميقا . شهيقا عميقا ، لاحظ الان أن التوتر قد
ينتشر في الصدر وفي أسفل البطن . والآن استرخ وكن على السجود
وتنفس الهواء . واستمر في تنفسك العادي . ولاحظ من جديد التعارض بين
ما عليه الان صدرك وبتنك من استرخاء وما كانا عليه من توتر (١٠ ثوان).
أعد ذلك من جديد . خذ شهيقا عميقا ، واكتمه ، ولاحظ التوتر ، والعضلات
التي تشد . والآن أزر وتنفس بطريقة عادية ومريحة ، تاركا عضلات الصدر
والبطن في استرخاء أكثر فأكثر كلما تنفست (١٠ ثوان) .

والآن اقبط عضلات البطن . شدتها إلى الداخل . حافظ على هذا
الوضع قليلا . والآن استرخ ، ودع تلك العضلات تتراخي . استرخ و
نفسك على سجيتها (١٠ ثوان) . أعد هذا من جديد شد عضلات بطنك
بإحكام إلى ان تشعر بتوترها . لاحظ هذا التوتر وانرسه (٥ ثوان) . والآن
استرخ ودع كل شيء يتراخي في عمق أكثر فأكثر . توقف عن أي شد
وتخلص من أي توتر في أي عضل ولاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء
العالي (١٠ ثوان) .

والآن أفرد ساقيك وأبعدهما بقدر ما تستطيع . أفردهما حتى تلاصق
التوتر المستثار في منطقة الفخذ (٥ ثوان) . والآن استرخ ودع ساقيك
يسترخيان ولاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق للفخذين وما هما عليه
الآن من وضع مريح ، واسترخاء محسوس (١٠ ثوان) . أعد هذا من جديد
أصق ركبتيك ، وأبعد رجليك بقدر ما تستطيع حتى تحص بتوتر شديد في
الفخذين (٥ ثوان) . والآن استرخ . ارخ عضلات جسديك دع كل الاعضاء

الخلاصة

جميع الناس تقريبا تستجيب للاضطرابات الانفعالية كالقلق بتغيرات في توترات عضلات الجسم. ومن شأن هذا التوتر أن يضعف من كائن على المقاومة او الاستمرار الكفء في نشاطه الجسمي والعقلي جعله اكثر استهدافا لمزيد من الإنفعال والاضطراب والخوف - وتشيع حالات التوتر العضلي بين المرضى النفسيين والعقليين من شيوعتها بين الاسوياء والناجحين اجتماعيا والقادرين على ممارسة الحياة بكفاءة. ويصطحب كل اضطراب انفعالي بتوتر نوعي في عضلات الجسم - فالقلق يصطحب بتوتر في عضلات الرأس (الغ)، والاحساس بالثقب بتوتر في عضلات الظهر (كالام الظهر) - تستجيب المرضى النفسيون والعقليون بتوترات عضلية عامة قد تشمل كله. ويقدم هذا الفصل بعض الاساليب للمساعدة في السيطرة على العضلية وتحقيق الاسترخاء العضلي. ويوضح انه بإمكان الإنسان تعلم وسائل من شأنها أن تساعد على تحقيق هذا الاسترخاء. ويؤدي الشخص في تعلم الاسترخاء العضلي إلى تغيرات شاملة في شخصية والى مزيد من الكفاءة والنضج في مواجهة مشكلات الحياة كلها الاجتماعية والنفسية والجنسية. وعرضنا لتلازمات التي يمكن اتمامها لتحقيق اكبر قدر ممكن من الاسترخاء العضلي العميق وأحد أهم المهمات لذلك .

في وضع مريح والآن استمر في الوضع المريح وساعد من واحد إلى عشرة. وفي كل مرتبة حاولت سبب ترخي اعماق اعماق -
١٠، ٩، ٨، ٧، ٦، ٥، ٤، ٣، ٢، ١ . جميل انك قد اخذت قسطا وافيا من الاسترخاء الان. وساعد تنازليا من خمسة إلى واحد وعندما اصل إلى واحد ستفتح عينيك ، وتجلس ، وتستيقظ في نشاط هاديء ١، ٢، ٣، ٤، ٥ عيناك مفتوحتان، وانت الان في كل لحظة وفي كامل نشاطك بون قيود.

- 10 - Ornstein, R. & Sobel, D. (1990). *Healthy Pleasures*.
Mass. : Addison - Wesley Publishing Company, Inc.
- 11 - Charlesworth, E. & Nathan, R. G. (1991) . *Stress management*. New York : Ballentine Books
- 12 - Lomont, J. F. & Edwards, J. E. (1967) : The role of relaxation systematic desensitization, *Behavior Research and Therapy* 5, 11 : 25.
- 13 - Rachman, S. (1967) : Systematic desensitization. *Psychological Bulletin*, 67, 93-103.
- 14 - Tasto, D. L. (1974) : Muscle relaxation treatment for primary anxiety, *Behavior Therapy*, 5, 668-672.
- 15 - Weiss, R. M. (1974) : *The relative efficacy at deep muscle relaxation in the modification of headaches*. Paper presented at the 82nd Annual Convention of the American Psychological Association, New Orleans.
- 16 - Wolp, J., Salter, A. & Reyna, A. (1964) : (eds.) *Conditioned reflex therapies*. New York : Holt, Rinehart & Winston
- Recordings (Audio Cassettes)* : Charlesworth, E. (1981) *Stress management training Program*. Houston : Stress Management Research.

مراجع وتعليقات

- 1 - Jacobson, E. (1929) : *Progressive relaxation*: U. of Chicago Press.
- 2 - Jacobson, E (1939) : *Variation of Blood Pressure with Skeletal Muscle and relaxation*. *Annual Internal Medicine*. 12, 1194
- 3 - Jackson, E. (1964) : *Anxiety and tension control*. Philadelphia : Lippincott.
- 4 - Wolpe, J. & Lazarus, A. (1966) : *Behavior therapy techniques*. London: Pergamon.
- 5 - Beech, H. R. (1972): *Changing Man's behavior*. London : Pelican Books.
- 6 - Clark, D. F. (1963) : The Treatment of Phobia by systematic desensitization, *Behavioral Research and Therapy*,
- 7 - Davison, G. (1966) : The influence of systematic desensitization, and graded exposure to imaginal stimuli in the modification of phobic behavior, *J. of Abnormal Psychology*.
- 8 - Eysenck, H. (1966) : *Behavior Therapy and the neurosis*. London : Pergamon Press.
- 9 - Eysenck, H. J. & Rachman, S. (1965) : *The causes and cures of neurosis*. London : Routledge & Kegan Paul.

الفصل السادس

أسلوب تأكيد الذات والحرية والانتعالية والتدريب على اكتساب المهارات والاجتماعية

اشتكى شباب في الثامنة والثلاثين من العمر من شعور حاد بالاكنتاب والإنقباض ، ووصف نفسه بأنه لا يصلح لتولى مسؤوليات عمله . وبالرغم من تفوقه الشديد في المحاسبة والاقتصاد ، الأنة لم يخلق أي ترقيات تنكر في عمله . وقد أوضح أنه يشعر بالاحباط وانخفاض في روحه المعنوية . وقد لقي ترقية تافهة في مؤسسة ضخمة في الوقت الذي ذهب فيه طالبا العلاج . لقد كانت تلك الترقية صدمة بالنسبة لرجل بهذه المؤهلات الممتازة ، ذلك ما دفعه مباشرة لطلب العلاج السلوكي كملجا أخير لمعاناته .

وقد اتضح منذ بداية الجلسة العلاجية الأولى ان هذا الشاب يفتقر افتقارا شديدا لتأكيد الذات والثقة بالنفس . ولهذا اعطاه المعالج كتابا مشهورا في هذا الموضوع * ، ونصح به بان يقرأ بعض فصول الكتاب ، وأن يعد نقدا لها في الجلسة التالية . وقد عاد المريض للجلسة التالية بعد ان نفذ ما طلبه منه المعالج وأوضح بأنه يشعر بان لا أمل له بالمرة في المستقبل .

* كتاب مساتر عن العلاج من خلال الفعل المنعكس الشرطي ويوضح هذا بلن المعالج النفسي يقوم بدور تربيوي توجيهي لمرضاه وليس مجرد نور سلبى يقوم على وصف العقائير والتشجيع على الثروة (١) .

حاول المعالج أن يعمده بكل التشجيع والثقة ، لكن حذره في نفس الوقت من التداعى والانهييار السريع.

وفي الجلسة التالية بين شابنا أن ترقيته في العمل هي السبب الرئيسي وراء كل المتاعب التي يتعرض لها ، وأن الترقية الملائمة ستجعله قادرا علي اكتساب الثقة بالنفس وتأكيد الذات. «اثنى أشعر بلننى ما لم احصل على حقي في العمل ، فإن أي محاولة منك أو مني للعلاج لن تنتهي الا بضياغ وقتينا معا .

اوضح المعالج بأن افتقاره لتأكيد ذاته في العمل هو السبب وليس النتيجة لكل المتاعب والفشل الذي يواجهه في العمل، وأن تقدمه المهني يتلو قدرته علي تأكيد ذاته ولا يسبقها. لقد كان واضحا ان المريض يحاول أن يستخدم موقف العمل كمحك وحيد مسؤول عن تقدمه وتحسنه بشكل عام .

وقد بين التحليل الدقيق ان ظروف الترقية والتقدم في المؤسسة التي يعمل فيها الشاب محدودة للغاية. وكان من الواضح أن الحل الامثل هو أن يترك المكان الذي يعمل فيه حاليا إلى مكان اخر به ظروف أفضل للترقية. لكن المريض رفض ذلك مبررا بأنه يشعر بالتهديد وعدم الامان عندما يعمل في بيئة غير مألوفة اليه. وقد كشفت الاستفسارات التالية بأن الشاب يخشى فكرة المقابلة الشخصية التي تعقد مع المشرفين على العمل قبل تعيينه. وهنا جعل المعالج هذه النقطة بؤرة اهتمام للتدريب علي تأكيد الذات مستخدما اساليب لعب الانوار بالشكل الآتي :

لعب المعالج منه ان يتصور أن المعالج نفسه هو مدير عمل في
... وأن المريض الان في موقف مقابلة مع المدير لترشيح لهذا العمل.
... هذا طلب من المريض أن يترك حجرة العلاج وأن يتجه إلى الباب
الآن بالدخول لعقد المقابلة.

... أن المعالج للمريض بالدخول ، فتح المريض الباب واقترب من
... وعند قطع المعالج هذا الاجراء لكي يعكس للمريض
... التي تدخل بها ، والتعبيرات المستكينة. ونظرات العينين
... وغير ذلك من مظاهر التوتر. لهذا طلب منه ان يجلس على المكتب
... وأن يمثل نور المدير وأن يمثل المعالج نور المتقدم للعمل طالبا منه
... أن يتقده بعد انتهاء الدور. وعند قيام المعالج بهذا الدور
... شكل دخوله للمكتب بطريقة الإنسان المتأكد والواثق ، طالبا
... أن يلاحظ كل جوانب السلوك التي تصدر عنه سواء من حيث
... أو نظرات العينين ومتى يجب ان تلتقي بعين
... يجب ان لا تلتقى.

... وقد تكرر هذا الاجراء عددا كبيرا من المرات حتى استطاع ان يقترب
... (المعالج) ، وقد خلت تعبيراته وملامحه من كل
... كذلك دربه المعالج على اساليب مختلفة من المقابلات
... المديرين : المدير الذي يقف من مكتبه لكي يلتقى به عند باب
... وهو يقرأ بعض الوثائق الهامة ، والمدير
... ان يخفف من توتره ... وهكذا .

في بئنه لا زالت هناك بعض الجوانب في سلوكه تحتاج لتدريب آخر على
تقنية بالنفس* .

ومع ذلك فقد تلقى المعالج مكالمة تليفونية بعد عامين من نفس المريض
تبره فيها بأنه قد أصبح مستشارا اقتصاديا في إحدى الشركات (١).

* * *

لا يجب أن نفهم من المثال أن أوضاع الموظف في المجتمع تحكمها عناصر ذاتية كالثقة بالنفس
فقط لو أننا نقل من شأن الظروف المحيطة والاجتماعية في مثل هذه الأمور. لكن عدم الثقة
بالنفس والعجز عن تكليد الفات كاتا من المشكلات الرئيسية في حالة هذا المريض . وهي كثير من
المواقف يجد المعالج النفسي أن من واجبه أن يبين مريضه على التفسير من نفسه حتى وإن كان
يعترف بقسوة الظروف الاجتماعية نظريا.

- هذه الحالة مأخوذة عن ولبى ولازاروس (المرجع رقم ٢) .

وبعد تطبيق هذا الأسلوب بدأ المعالج يركز على محتوى المقابلة
اللب من المريض أن يجيب على أسئلة تتعلق بمؤهلاته وخبراته، وتاريخ
ياته مسجلا هذه الاجابات على جهاز تسجيل. وقد طلب منه بعد ذلك أن
يع نفسه في موقع مدير العمل ، وأن يقرر ما اذا كان سيقبل المتقدم لهذا
عمل بناء على هذه المقابلة المسجلة أم لا. لقد كان واضحاً من التسجيل أن
قوة المريض على التفسير من تعبيراته وملامحه وطريقة دخوله للمكتب لم
تعمل بعد طريقة كلامه المترددة عن امكانياته وخبراته. لقد كان ببساطة
تلك من قدرة نفسه، فبدلاً من أن يؤكد على خبراته الممتازة كان يفهم
كلمات غير مفهومة وغير مؤثرة، وفيها من المعلومات اكثر مما فيها من
ركيز على الاشياء التي يتقنها لهذا قام المعالج بعرض نفس هذه
المعلومات بطريقة لفظية ناجحة، وطلب من المريض أن يعيد ذلك. ونتيجة
هذا أمكن للمريض ان يقدم اجابات ملائمة للأسئلة الخاصة التي كان يسأله
بها المعالج، في مواقف تلقائية.

استمرت هذه الاجراءات العلاجية مع المريض فترة قطع بعدها اتصاله
بالمعالج لمدة شهرين . طلب بعدها جلسة أخرى . وقد دهش المعالج عندما
خبر المريض حجرة العلاج هذه المرة وهو يقول للمعالج «أنتك تتظر الان
رئيس وحدة المحاسبين في شركة (كذا) » . وأخذ يصف بعد ذلك كيف أنه
قدم لاكثر من اعلان، وعقد أكثر من مقابلة شخصية ، وكيف أنه نجح أخيراً
في الحصول على عمل بأجر أعلى مما عليه الاعلان.

لقد قرر المريض بأنه قد شفى الان من مشكلته ، ولوأن المعالج كان

مرضاه على العنوان * والفضب والرفض - (ولو أن هذا يشيع
بين غيره من المعالجين) .

ان أسلوب تأكيد الذات أعم من هذا ويعنى بشكل عام حرية التعبير
على وحرية الفعل على السواء ، سواء كان ذلك فى الاتجاه الإيجابى
فى اتجاه التعبير عن الأفعال والتعبيرات الإنفعالية الإيجابية الدالة
الاستحسان والتقبل ، وحب الاستطلاع ، والاهتمام ، والحب والود ،
المشاركة ، والصدقة ، والاعجاب) ، أو فى الاتجاه السلبى (أى فى
تجاه التعبير عن الأفعال والتعبير الدال على الرفض وعدم التقبل ،
الحب ، والألم ، والحزن ، والشك والخوف والاسى) . لهذا فأننا نتفق مع
من فى أن مفهوم الحرية الإنفعالية يبدو قانرا أكثر من مفهوم تأكيد
على استيهاب هذه العناصر المتعددة من التعبير . بالرغم من هذا ،
قد نستخدم مفهوم تأكيد الذات فى هذا الفصل ، لتحقيق التناسق مع
أبحاث النفسية عن هذا الموضوع ، لكن يجب أن يكون واضحا فى ذهن
فى نفس الوقت بلنا نشير إلى المعنى الإيجابى والسلبى الذى قد
أكثر مفهوم الحرية الإنفعالية .

والعلاج النفسى السلوكى بطريقة تأكيد الذات لا يجب أن يقتصر إن
تدريب الناس على التعبير عن احتياجاتهم ، وحقوقهم ، وعنوانهم

يطلب على العنوان فى العلاج النفسى يختلف عن العداوة والكرامية ؟ العنوان لو طبيعة تكيفية .
الكرامية والعنوان فهى سمات شخصية لاتضم التوافق .

تمثل الاساليب العلاجية التى استخدمت مع الحالة السابقة نمطا
رئيسيا من انماط العلاج السلوكى الحديث ، وهو ما يسمى بالعلاج عن
طريق تأكيد الذات .

يشير مفهوم «تأكيد الذات» إلى معنى أكثر اتساعا مما نلاحظه فى
حالة الشاب السابق ، فهو لا يشير إلى أن يؤكد الشخص نفسه ، أو أن
يدرب نفسه على الاستجابة السلبية ، والسيطرة واعطاء الأوامر والتحكم فى
الآخرين فقط ، بل وأن يكون قانرا على التعبير عن عواطفه الإيجابية بشكل
عام ، كالتعبير عن الصداقة والود ، والاعجاب ، والشكر وغير ذلك . ولعل
المنطق الذى يكمن وراء هذا المعنى واضح للمقارئ . ذلك لان المريض
النفسى الذى يعانى من العجز عن تأكيد ذاته (وما أكثر شيوع ذلك بين
العصابيين) يعجز حقيقة عن التعبير عن ذاته سواء فى المواقف التى تحتاج
منه لظهور العنوان والفضب ، أو المواقف التى تحتاج لظهور التأييد ،
والود ، أى فى مواقف التعبير السلبى والإيجابى على السواء ، مما يحوله
إلى شخصية تافهة وباهتة . ومن المؤسف مع هذا أن نجد أن كثيرا من
الكتاب ، والمعالجين النفسيين يفهمون طريقة «تأكيد الذات» من وجهة
واحدة ، أى من حيث هى مظهر من مظاهر النقص فى التعبير عن العنوان
والفضب ، أو الضيق والرفض إلى غير ذلك . بالرغم من أن «لازاروس»
أستاذ العلاج السلوكى بجامعة راتجرز وهو من أشهر المعالجين استخدما
لهذا الأسلوب لايفقل عن الطبيعة الثنائية فى مفهوم تأكيد الذات ، فإن
الكاتب يلاحظ أن كثيرا من أساليب هذا المعالج تتجه للأسف نحو تدريب

(ولو أن هذا ضروري في كثير من حالات الفصام الخفيفة ، وعدم الثقة بالنفس ، والانسحاب ، والشعور بعدم كفاءة الشخصية) . لكن التوازن في التعبير عن تأكيد الذات يجب أن يتضمن أكثر من هذا ، أي أن يتضمن تدريب الشخص على الجانب الآخر أي التعبير الإيجابي . وعلى سبيل المثال فقد لاحظت في تعاملتي مع المرضى العقلين (وبعض المرضى النفسيين أيضا) ، أنهم يستطيعون أثناء جلسات العلاج الجمعي التي كنت أديرها ، التعبير عن المعارضة ، والرفض ، والمعاندة ، كذلك يميلون للنقد اللاذع ، والسخرية ، ويعتقدون بشكل عام اتجاهها عنوانيا نحو الناس والمعالج على السواء . لكنني كنت ألاحظ عجزهم الشديد وتخلفهم النفسي العميق عندما كان يتطلب الأمر منهم خلال هذه الجلسات التعبير عن المودة أو الإعجاب بفكرة معينة ، أو مدح سلوك طيب ، أو تأييد رأي جيد . في مثل تلك الحالات من الضروري التدريب على حرية التعبير الإيجابي باستخدام عبارات مثل «أنتى معجب بالكلمة التي قلتها في ذلك الاجتماع» ، أو « لقد قمت بعمل ممتاز حقيقة » أو «أنتى فخور بصدقتى لك» ، «وأحب طريقتك في الحديث ... الخ» .

ومع ذلك فإن كثيرا من الأشخاص يجدون صعوبة في التعبير الإيجابي مهما حاولنا أن ندرّبهم على ذلك ، وقد يصبح بعضهم دفاعيا ومتحكما . وقد يبرر عجزه بأن أفعاله تدل على الحب ، وأنه لا يحتاج إلى التعبير عن ذلك . لكن الخبرة تبين لنا أن التطابق بين الفعل والكلمة أمر ضروري للصحة النفسية . فقد تستمتع بالاصدقاء والجلوس والحديث معهم وزيارتهم في منازلهم ، لكن تعبيرك عن ذلك صراحة في كلماتك لهم قد يكون

من أكثر العوامل اشباعا لك ولهم ، باطلاق حرية التعبير الإيجابي بجانبه الإيجابي والسلبي .

وقد يتصور البعض أن التعبير الإيجابي عن الإفعال قد يعنى النفاق الخداع والتلاعب بمن هم حولنا . لكن الفرق بين التصورين فرق كبير حقيقة على حالات النفاق والتلاعب ، وخداع الناس باعطائهم صورة مضللة غالبا ليكون الهدف تحقيق منفعة شخصية ، قد يكون تحقيقها على حساب صحة النفسية للشخص ، لكن تكوين عادات الحرية الإفعالية يعنى القدرة على إعطاء عائد صادق وأمين ، أي أن يكشف الشخص عن مشاعره الحقيقية وأن يفعل ذلك في صراحة وانفتاح . ونتائجها بهذا المعنى غالبا ما بانخفاض في مستوى القلق ، ومقدرة على تكوين علاقات وثيقة دائمة ، واحترام للذات ، ومقدرة على التكيف الإجتماعي الفعال .

أسس العلمي والتطور التاريخي لمفهوم تأكيد الذات :

لكي نتم بالأساس النظرى العلمي للتدريب على تأكيد الذات علينا أن نعلم قليلا لنظرية «بافلوف» في التعلم .

لقد برهن بافلوف على أن افراز اللعاب لدى كلاب معمله والذي يحدث عند تعرض هذا الحيوان لمنبه معين من شأنه ارضاء هذا السلوك (الطعام) ، يمكن أن يحدث بنقص القدر نتيجة لمنبه آخر (صوت جرس) وإذا ما ظهر هذا المنبه الآخر مصاحبا للمنبه الاصلى (وهو الطعام

والذى يطلق عليه بافلوف اسم المنبه الاصلى). وفي النهاية نجد أن المنبه الشرطى (صوت الجرس او الضوء من شأنه وحده أن يثير نفس الاستجابة (افراز اللعاب). يطلق بافلوف على عملية التعلم هذه مفهوم التعلم الشرطى.

وبالرغم من العبقرية والكفاءة التى صاغ بها بافلوف نظرياته عن التعلم الشرطى الا أن كثيرين اخنوا عليه بعد ذلك هذا التصور الاكى الميكانيكى للسلوك، ومع ذلك فإن التجرية السابقة قد تساهم فى إعطاء صورة مضللة لانجازات «بافلوف» ذلك لان هناك جوانب أخرى من هذه النظرية تجعل منها ذات دور هام فى التطور بالسلوك الإنسانى بمفاهيم أكثر اتساعا وانفتاحا.

منها ما اكتشفه " بافلوف " من أن هناك خصائص موروثية من شأنها أن تساعد الناس والحيوانات على سرعة تكوين عادات التعلم الشرطى ، وان هناك خصائص أخرى تعوق ذلك. وبناء على هذا التصور نجده يميز بين خاصيتين رئيسيتين للجهاز العصبى هما :

١ - الاستشارة Excitation وهى عملية تتعلق باستثارة المخ ، ومن شأنها توليد نشاطه ، وتيسير تكوين استجابات شرطية جديدة .

٢- عملية معارضة للاستثارة ومن شأنها التقليل من النشاط والتعلم الجديدين ويطلق عليها عملية "الكف" Inhibition (٢).

ومن المتفق عليه أن المخ (مركز هذه العمليات) يجب أن يبقى فى حالة من التوازن والتعادل بين الكفو والاستثارة حتى تتحقق الشروط الفسيولوجية المتعلقة بالصحة النفسية. فالاستمرار فى الاستثارة يهدد

الانسان وينتهى بمضاعفات خطيرة فى المخ. أما الوقوف على حالة فانها أيضا تؤدي إلى اضطرابات سيكولوجية كالخمول النفسى ، قفاز الطاقة ، ومشاعر عدم الكفاءة .

ومنذ أن صاغ « بافلوف » هذا التصور قام عدد من علماء العلاج نفسى السلوكى بتوظيف هذه المبادئ للخدمة النفسية والعلاج. ولعل من الاسماء التى ينكرها تاريخ العلاج النفسى « سالترة » الذى كان أستاذا مسعة نيويورك حتى وفاته سنة ١٩٤٩ ، لقد استطاع « سالترة » أن يقدم نظرية بافلوف بنجاح فى منهج من مناهج العلاج النفسى أثر على المناهج الحديثة فى العلاج السلوكى.

تمر من الكف والقيود الانفعالية :

ويطلق سالترة على منهجه فى العلاج أسم «العلاج بطريق الفعل نفس الشرطى» منطلقا تماما من مفاهيم نظرية « بافلوف » يقول « :

« فكما ان كلب «بافلوف» تعلم أن يفرز اللعاب عندما يذق الجرس ، فالطفل الإنسانى يتعلم أنواعا من السلوك بطريقة شرطية من بيئته ، غير ارادته. فاذا ما كانت جميع أفعال الطفل تقابل من الام بأوامر «لا» لاتفعل هذا ، فان الطفل سيكف انفعالاته وينسحب إلى نفسه لها عندما كان المجرب فى تجارب «بافلوف» يعاقب الكلب بسبب افراز اللعاب ويتعبير « بافلوف » فان افراز اللعاب عندما يذق الجرس مؤذنا بظهور علم يعتبر مثلا للاستثارة الشرطية. أما اذا أخذ الجرس يذق مرة تلو

الأخرى ، نون أن يصحبه طعام ، أو اذا عاقبنا الحيوان عندما يرن الجرس بدلا من تقديم اللحم ، فان أفراس اللعاب سيتوقف وهذا يعتبر مثلا للكف الشرطى .

وبناء على هذا التصور نجد ، يميز بين نمطين من الشخصية الإنسانية : الشخصية الكهولة أو المقيدة ، وهي شخصية منسوبة ، وحبسية لانفعالاتها ، وعاداتها ، وتقاليده المجتمع وعاداته ، والشخصية المنطلقة أو المستثارة ، وهي شخصية تلقائية ، وإيجابية ، ومباشرة ، وخالية من القلق :

« الاستثارة قانون أساسى من قوانين الحياة ، والعصاب نتاج لكف الدفعات الطبيعية التى تحكمها هذه القوانين »

أما لماذا تزداد عمليات الكف عند البعض وتزداد عمليات الاستثارة عند البعض الآخر ، فان هذا يتعلق فى الحقيقة بالخبرات الإجتماعية والتنظم فى الطفولة وذلك لأن :

« سلوك الطفل الصغير يتجه للاستثارة . فهو يتصرف من غير قيود . واذا ما تركناه كذلك نون تنخل فى مجرى سلوكه فيما عدا ارضاء حاجاته البيولوجية ، فان نمطه الاستثنائى سيتطور فى هذا الاتجاه . أما اذا بدأنا عمليات الكف مبكرا فى حياة الطفل ، فانه هنا تحدث المتاعب » .

ولايعنى ذلك أن نرفض الكف تماما فى السلوك ، لان حياة الإنسان فى مجتمع تتطلب ضرورة كفه لبعض التصرفات ، لكن افراط الحياة الصديثة بناء على مفاهيم تربوية خاطئة تفرط فى هذا الكف وتتطرف فى ممارسته ، فعلى الطفل أن يكون «مؤببا» فى كل الاوقات ، وان لايعارض

عقوبتهم ، أو يقاطعهم ، وأن يكون غيريا دائما ، أى لا يكون بشكل عام انسانا على بمقدار ما يصيب ، بل ان عليه أن يكون مصيبا دائما . « أننا بهذا الشكل نرفض أنماطا من الكف الضرورية التى تسمح له بالحياة فى مجتمع ، لكن ماذا يتبقى له بعد ذلك من أجل سعادته الخاصة ؟ » :

وتهدف عملية العلاج النفسى وفق هذا التصور السابق إلى وضع اليب للتغيير من نمط الكف إلى الاستثارة والانطلاق . ومن الطرق التى نضمها «سالترة» التويم المغنطيسى ، وأساليب تأكيد الذات بهدف تمكن الشخص من التعبير عن إنفعالاته بحرية . كذلك كان يعين لمرضاه أعمالا علاجية ، يطلب منهم تنفيذها عند تفاعلهم بالبيئة وتكيفهم معها ، تلقائية ، والاسترخاء والتعبير المباشر عن المشاعر ، وتقلب الفعل على العز ، والامانة ، والصدق فى السلوك .

وهو قد يختلط مفهوم الشخصية المنطلقة أو المستثارة بمفهوم الانبساط ، بل الإجتماعية ، وحب الاختلاف . لكن « سالترة » يرى أن مفهومه يختلف إلى كثيرا ، فكثير من الاشخاص الذين يبدون للناظرين على أنهم متفاعليون ونوصداقات متعددة ، وقدرة على التأثير فى الآخرين والتفاعل الجماعى ، هم فى الحقيقة أبعد ما يكونوا عن الصحة النفسية أى من التعبير عن الامانة ، والصدق والحرية فى التعبير الإنفعالى : « ان هناك من يستطيع أن يكون مقيدا وهو فى قمة النشاط الإجتماعى ، وانه من النادر أن تجد كثيرا من الاشخاص يثيرون حولهم الضجيج كبعض المهندسين ، والمهندسين ، لكنهم من الناحية الانفعالية أبعد ما يكونوا عن العمل »

« لقد خرج الشاب وهو منزوع ، لكن حبه لاستطلاع ما قد أحمل له كان واضحاً وهذا ما كنت أهدف إليه في الحقيقة » .

« وفي الجلسة التالية : كررت مبيناً له أنه يجب ببساطة أن ينصت إلى وأن ينفذ ما أقول . اننى اسمح له بأن يضيع وقته ، ولكننى لا أسمح له بأن يضيع وقتى ، وأنه مالم يتعاون معى تماماً فإن عليه أن يتفضل بالخروج والان » .

المريض : لماذا ، ما هو خطئى حتى ألقى هذه المعاملة ؟

المعالج : انك مخطئٌ لانك تتصرف بما أنت . هذا كل ما هناك . ان شركائك تنكرة دخول للمسرح ليعطيك الحق فى ان تختار الحوار للممثلين .

المريض : (يبتسم) .

المعالج : جميل ... والان أريدك أن تنظر إلى هذه البقعة المنعكسة من هذا الضوء (أشرت إلى وعاء لامع موضوع فوق مكتبى) . هل ترى هذه البقعة الضوئية .

المريض : نعم .

المعالج : والان فى كل مرة أضرب لك فيها بأصابعى أريدك أن تنظر إلى هذه البقعة ، وأن تغمض عينيك باسترخاء وبالتدرج . أريدك أن تغمضها بالتدرج وبقوة لصالحك . ستجد ذلك جميلاً ومشوقاً

استرخى المريض على كرسيه المريح وهو يحملق فى البقعة . نقرت بأصابعى ، فأغلق عينيه . أنتظرت لثلاث ثوانى وعندئذ قلت بهدوء « افتح عينيك » . فتح عينيه واستمر ينظر للبقعة . انتظرت ثلاث ثوان أخرى ثم « افتح عينيك » فعل ذلك .

جميل من الان فصاعداً أريدك أن لاتفكر فى شئ ، وأن تسترخى ، تهدأ كأنك تعيش فى حلم من أحلام اليقظة . وفى نفس الوقت أريدك أن يهينك بون تفكير حالما أضرب لك بأصابعى ، وأن تبقى عليهما حين حتى أطلب منك أن تفتحهما . حاول أن تسترخى ، وان لاتفكر فى شئ ، فكر فى جسمك فقط .

« لقد كان المريض الان منتبها لى تماماً ، وكان واضحاً أن عناده بالمخالفة قد أنتهيا »

« طقطقت أصابعى . أغلق عينيه ، انتظرت ثلاث ثوان وطلبت منه أن يفتحها . نقرت بأصابعى مرة أخرى . أغلق عينيه .. مرت ثلاث مرات أخرى . وطلبت منه أن يفتح عينيه . كررت ذلك أربعين مرة وبعدها : « : »

المعالج : هاه بماذا تشعر الان .

المريض : (مندهشاً) أشعر باسترخاء كامل .

المعالج : جميل ... سأقول لك لماذا .

« ويدون توقع منه طقطقت بأصابعي ، وبالرغم من أنه لم يكن مركزا على البقعة فقد رمشت عيناه »

المعالج : ما الذي حدث الان ؟

المريض : رمشت بعيني عندما طقطقت بأصابعك .

المعالج : هذا جميل .

« ان هذا يعنى الان أنه أمكن التحكم فى اغماض جفنى المريض بطريقة الارتباط الشرطى » .

« ثم أخذنا فى استئناف تمارين الضرب بالأصابع واغماض العينين لمدة أربعين مرة إضافية وتوقفت بعد ذلك » .

المعالج : والان هل يمكنك أن تتخيل صوت الضرب بأصابعي بينما أنا لاناقر بها بالفعل.

المريض : نعم بالطبع .

« المنبه الشرطى هو انطلقتة بالأصابع واغماض الجفنين والاسترخاء يمثلا الاستجابة الشرطية : أما المنبه الاصلى فهو الروعاء اللامع . وتعلم الاسترخاء أثر الضرب بالأصابع يشير إلى عملية التعلم الشرطى .

المعالج : هل تستطيع أن تسمعها بوضوح فى ذهنك ؟

المريض : (يومئ علامة الموافقة) .

المعالج : والان سأقول لك ما أريد أن تفعله ، أريدك أن تستمر فى ممارسة هذه التدريبات عشر دقائق يوميا ، مرة فى الصباح عندما تستيقظ من النوم، ومرة فى المساء عندما تذهب للسريير . فى كل مرة تخيل نفسك أنك تنظر إلى بقعة مضيئة ، وتخيل الحالة الهادئة التى أنت عليها الان وأوهم نفسك بأنك تسمع صوت اصابعي . حاول أن تفكر فى ذلك بمشاعر الاسترخاء ثم أغلق عينيك . قد يبدو الامر معقدا وصعبا ، لكنه فى الحقيقة غير ذلك .

المريض : أظن أفهم الان ما تريد : ولكن ماذا لو أننى لم أستطيع النوم .

المعالج : حاول أن تقوم بهذه التمارين . وإذا وجدت أنها لاتشدد تركيزك : توقف عنها . لكن أيضا لأريدك أن تحمل عنها منذ البداية رأيا خاطئا .

« أنها ستجعلك تسقط فى النوم فى الحال . كل ما أريده منك هو أن تفعل هذه التمارين فحسب . إذا قمت بذلك ، فالباقي لا يهم . افعل كما أقول . اكل ما هناك .

« وفى الجلسة التالية قرر المريض بأن التمارين تزيد من استرخائه . فلاحظ هذا فان قدرته على التركيز قد ازدادت . كما نذكر للمعالج أن هذا الذى كان يلقيه فى علاقاته الإجتماعية يختفى تماما عندما يمارس استرخاء قبل الدخول فى مثل هذه المواقف » .

« والحقيقة أنه أصبح يمارس هذه التمارين أكثر من ثمان مرات يوميا . أصبح قادرا على ضبط نفسه والاسترخاء العميق والسريع مرة » .

أصبح قادرا على النجاح الإجتماعى ، واكتساب مشاعر جديدة بحب الناس له .

وربما تثير الخطة الحازمة القاسية التى بدأ بها المعالج بعض الجدل ، لكن يجب أن نلاحظ فى الحقيقة أن المعالج وهو يربى المريض على الاسترخاء كان يرسم أمامه نموذجا لشخصية ناجحة وقادرة على تأكيد ذاتها واحترامها لنفسها . وفى هذا الصدد ينكر بعض الكتاب أن على المعالج أن يستخدم بعض الاساليب اللفظية لتدريب عملائه على تأكيد الذات كالتعبير اللفظى التلقائى عن المشاعر ، وأن يعودهم على اعتماد استخدام كلمات يكثر فيها ضمير المتكلم ، مثل « أنا أرى » أو « أنا أعتقد » إلخ أو الإرتجال والتلقائية بدلا من التخطيط البعيد للمستقبل .

المعنى الحديث لتأكيد الذات

يعرف مفهوم تأكيد الذات بأنه قدرة على التعبير الملائم عن أى انفعال فى المواقف والأشخاص فيما عدا التعبير عن انفعال القلق. اننا بسبب ظروفنا ، وعجزنا عن التعبير عن مشاعرنا فى مواقف الاتصال بالناس مع رغبتنا فى الشكوى من تصرف سخيف ، أو نكتم معارضتنا عند اختلاف مع الناس والاصدقاء ، أو نرغم أنفسنا على البقاء فى جماعة مملة حتى لا نعتبر عن حبنا ، واستمتاعنا بالأشخاص أو بأشياء جميلة .

أن مفهوم تأكيد الذات بهذا المعنى يماثل تماما مفهوم الشخصية الاستثنائية الفعالة عند سالتر ، لكن المفهوم الحديث أكثر تخصصا . فحتى الآن - وهو جوهر العصاب - لا يخلو من الاستثارة بالشكل الذى يشير إليه سالتر ، بينما يهدف أسلوب تأكيد الذات إلى قمع القلق وكفه أساسا .

« لقد كان هدفى من كل هذا أن أجعل حياته أكثر يسرا وارضاء له . طفل فى ثياب شاب ، أفسدته التربية بحيث أن أى احباط يمكن أن واجهه فى الحياة يبعث فيها التوتر والانعصار . لقد كتبت بهذا الأسلوب ، بهذه التمرينات التى علمتها له أهداف إلى أن أحوله لإنسان أهدأ ، مما يجعله أكثر قدرة على التحمل والمسئولية ، وبالتالي أكثر قدرة على تنسيق مشاعر هذه الاشياء . ان الإنسان القادر على ممارسة الحرية الإنفعالية - كما أوضحت لهذا المريض - لا يجد صعوبة فى النوم ، ولا يصيبه الارق . يشعر بالتحسن يوما بعد يوم . »

« وقد جاء المريض بعد ذلك بفترة يقول لى : »

« صحيح .. فكر معنى فى كل هذا . ان بى كل جوانب النقص الموجودة فى أى كائن بشوى . فما أنا إلا مجرد شاب من أسرة ثرية . إنك تقول أنى ذكى ، لكن هذا هو كل ما يمكن أن يقال عنى . إننى فى الحقيقة لم أفعل شيئا واحدا فى حياتى يشعرنى بالاهمية . »

« كان ذلك قبل أن ينقطع المريض عن العلاج بنجاح ، وقبل أن أسمع منه بعد ذلك أنه قام بقضاء احدى اجازاته الصيفية فى زراعة أشجار المطاط فى احدى غابات افريقيا ، وفى خلال اجازة صيفية أخرى كمارس لرياضة صيد النمر فى الهند »

ومن الواضح أن منهج «سالتر» فى الحالة السابقة قام على أساس تدريب المريض فى البداية على الاسترخاء (كشكل من أشكال قوة التحكم فى الذات) ومن هذا التدريب بدأ الشاب يتمكز تدريجيا وبسرعة من التلقائية ، والمبادأة فى المواقف الإجتماعية . وقد تلت هذه الخطة ، محاولة تدريبيه على تأكيد ذاته ، وربما يفسر هذا ما قرره الشاب بعد ذلك عن أنه

ومن الواضح أن التصور الحديث لتأكيد الذات قائم على نظرية مختلفة
في العصاب مؤداها - كما أشرنا قبلا - أن القلق استجابة متعلمة غير
تكيفية لمواقف أو منبهات محايدة (أى ليس فيها ما يؤدي إلى مشاعر
الخوف أو الصراع) ، وأنه بهذا المعنى يشكل عنصرا رئيسيا من عناصر
السلوك العصائبي . ويقوم التخلص من القلق على أساس تعريض الكائن
وتعليمه عددا من الاستجابات المعارضة للقلق أثناء تعريضه لمواقف الخوف
والصراع ، بحيث يختفى القلق والخوف تماما نتيجة لتأثير الاستجابات
المتعلمة الجديدة ، وتأكيد الذات وحرية التعبير الإنفعالي هو أسلوب من
الاساليب التي تتعارض مع القلق وتنفيه .

لماذا تعتبر استجابات تأكيد الذات معارضة للقلق ؟

خذ على سبيل المثال هذا الموقف : (أ) شخص رقيق ولطيف المعشر ،
يصفه زملاؤه بأنه انسان طيب وودود . لكن (أ) يصف نفسه بأنه دائم القلق
عندما يكون بين زملائه . فهو يشعر بأنه اذا أبدى رأيه في مشكلة داخلية أو
عبر عن مشاعره في مشادة واضحة فسيخسر احد زميليه . انه يجد ان
رغبته في ان يكون محبوبا من جميع اصنقائه تمنعه وبالتدرج من الافصح
عن اى مشاعر حقيقية ، وتمنعه كذلك من الدفاع عن نفسه في مواقف
صراع مع « ب » ، « ج » من الزملاء . انهم يذمرون نحوه بعدم اكتراث
واهمال ... مما يقلل من احترامه لذاته ، ويتهمونونه بأنه انسان بارد ، ضعيف
الشخصية . لا يدري «أ» ماذا يقول ، ويعود إلى منزله ، فلا يستطيع النوم

من ذهنه بالتوتر . تتكرر هذه التصرفات مع "أ" إلى أن يصبح منعزلا ،
لا يمتلك مشاعر قوية بالإكتئاب والخاوف ، خاصة عندما يتطلب الموقف
تلامع الآخرين .

يذهب «أ» للمعالج النفسى ، فيرى المعالج أن خوف «أ» من التعبير
بمشاعره مع الآخرين خوف ، لا مبرر له على الاطلاق ، لكن من المؤسف
بأن الخوف هو ما يمتلكه ، ويجعله تحت رحمة الآخرين ، عاجزاً عن
التحرر عن شعوره بالاحتقار أو الغضب في المواقف التي تتطلب هذا . وقد
كان أيضا أن خوفه من التعبير عن غضبه ، يدفعه للانسحاب من
الاجتماعية التي تتطلب منه الصمود . لكن هذا الانسحاب لا يخفف
ظهور القلق والإكتئاب التي يمتلكه نتيجة لتلك الاحباطات المختلفة ، بل
عكس ان قمع هذا التعبير يزيد من حدة هذا القلق والخوف . ويوضح
المعلم قد يبدو صعبا في البداية ، لان استجاباته الانسحابية السابقة
تفعل عملية تعلم طويلة المدى ربما ترجع إلى طفولة "أ" ، لكن مع
تدريبه عليه أن يعود نفسه تدريجيا على ذلك ، وأنه من خلال الممارسة
مع الامر أكثر سهولة ويسرا .

التدريب يستطيع «أ» ان يتصرف بحرية مؤكدا ذاته ، ومعبرا عن
الحقيقية : غضبه أو احتقاره ، أوعدوانه . انه لا يستطيع ان يوقف
الذين يهددون طمأنينته وحرية في المواقف المختلفة بايقاف عدوانهم
بشمائل ، لكنه أيضا يجد لدهشته أن كثيرا من مشاعر القلق السابقة
«أ» وأن اكتنابه أيضا يتناقص إلى حد بعيد . ان ثقته بنفسه الان
تأثروا لا على التعبير عن عدوانه فحسب ، بل وأيضا عن تأييده
الإيجابية التي تصدر منهم . لقد تقرر زملاؤه أنه انسان محبوب
أيضا ..

من هذا المثال التصريى السابق كان «أ» يعيش تحت نظام شديد من المحظورات جعلته يفتقد تماما حرية التعبير بما يناسب المواقف المختلفة. والإنسان العادى يستطيع أيضا أن يشكل سلوكه على حسب المواقف المختلفة. ، وبالتالي يشكل قدراته على التعبير والحرية. وفى كل مرة ينبج فيها تزداد ثقته بنفسه وقدرته على الضبط الذاتى وبالتالي يخف قلقه فى المواقف المختلفة. وهذا ما حدث بالنسبة لـ «أ» أن تدريبه على الاستجابة الانفعالية الملائمة ، وتأكيد الذات قضييا على عاداته العصابية فى المواقف الإجتماعية المختلفة. أن تأكيد الذات هنا يلعب نفس الدور الذى يلعبه الاسترخاء والتطمين من حيث أنها جميعا ، كاستجابات تؤدي إلى كف القلق المستثار تؤدي إلى تكوين عادات معارضة لعادات الخوف والقلق.

ان المريض النفسى الذى اعتاد على تقييد مشاعره بالرفض أو الاحتقار فى المواقف التى تتطلب ذلك ، يعمل بهذا التقييد على زيادة نزعاته العصابية واستجاباته غير التكيفية (القلق) ، ولا يخفف منها. وعلمنا بوضع المعالج بطريقة بسيطة الحاجة لتأكيد الذات ، وبالتالي خلق عملية معارضة من شأنها إيقاف استجابات القلق ، فانه يصطاد فى الحقيقة عصفورين بحجر واحد : يخلق أنماطا جديدة من السلوك البناء ، ويوقف نمطا قديما من المحظورات والعادات غير التكيفية.

قياس القدرة على تأكيد الذات :

من حسن الحظ أن المعالج النفسى السلوكى لا يجد مشكلة تذكر فى تقدير مستوى مريضه من حيث قدرته على تأكيد الذات أو على أقل تقدير فى المشكلات التى يواجهها هنا أقل مما يواجهه فى الانماط

شخصية الأخرى. فمن ناحية نجد أن المريض نفسه على رواية واضحة لعنفه فى جانب معين ، وربما يكون دافعه الأساسى لطلب العلاج وهو كإعجازه عن المطالبة بحقوقه ، أو التعبير عن نفسه فى المواقف التى تطلب علاقة بالسلطة أو الجنس الآخر ، أو عجزه عن الحديث فى موقف تطلب ذلك ، ويشعر بالأسى والاسف بعد ذلك لانه ترك الفرصة تمر بون تائها .. الخ.

لكن لب المشكلة لا يكمن فى اكتشاف العجز أو عدم العجز فى التعبير الذاتى والثقة ، بمقدار ما يمكن فى تحديد أنماط وأنواع المواقف الاجتماعية المختلفة التى يعجز فيها المريض عن هذا التعبير وهنا أيضا نجد من الحظ أن هناك عددا من اختبارات الشخصية التى تساعد من ناحية تقدير مستوى الشخص من حيث القدرة على تأكيد الذات ، كما تساعد فى تحديد المجالات التوسية المرتبطة بالعجز من تأكيد الذات مستببان التالى أعد خصيصا للكشف عن مجالات العجز عن الثقة بتأكيد الذات. سنلاحظ أن بعض الأشخاص قد لا يجد مشكلة مثلا من كونه من خدمة سيئة فى مكان حكومى أو عام ، أو الشكوى من صديق ، الزوجة (أو الزوج) لكنه يجد مشكلة حقيقية فى تأكيد ذاته فى المواقف الشخصية الحميمة كالاحتجاج على الوالدين ، أو أخطاء شخص فى موقع سلطة .. الخ. وهذا الاستخبار فى جزء من أجزاءه يهدف إلى التحديد نوعى لهذه المجالات ، حاول أن تجيب على عباراته (نعم) أو (لا) ، ثم عرض بينك وبين نفسك كل سؤال بالتفصيل محاولا أن تحدد مواطن الضعف

فى التعبير عن مشاعرك فى جوانب الحياة الإجتماعية المختلفة :

- ١ - هل تحتج بصوت عال اذا دفعك شخص معين لكى يتقدمك فى صف أو طاوور ؟
- ٢ - هل تجد صعوبة فى تأنيب مساعد أو شخص أقل منك منزلة ؟
- ٣ - هل تتجنب الشكوى من خدمة سيئة فى مطعم أو مكان عام ؟
- ٤ - أنت من النوع الذى يعتذر بكثرة ؟
- ٥ - هل تتريد فى ارجاع شئ اشتريته (قميص أو توب) لنفس المحل بعد أيام من شرائه بسبب عيب معين ؟
- ٦ - عندما ينتقدك صديق لونه وجهه حق هل تعبر عن ضيقك ومشاعرك بين الحين والآخر ؟
- ٧ - هل تتجنب الاشخاص المحيين للتسلط والسيطرة ؟
- ٨ - اذا وصلت إلى اجتماع متأخرا هل تفضل الوقوف عن الجلوس فى كرسى من الصفوف الامامية ؟
- ٩ - هل تستطيع أن تعارض شخصا مسيطرا ؟
- ١٠ - اذا وجدت سيارة فى المكان المقروض أو توضع فيها سيارتك فهل تبحث عن مكان آخر بدلا من أن تستفسر أو تحتج ؟
- ١١ - هل تجد صعوبة فى رفض سلعة أو بضاعة يعرضها عليك بائع لحوح ؟
- ١٢ - هل تعبر عما تشعر به ؟

١٣ - اذا سمعت بلن أحد الاصغاء يشيع عنك أخباراً دعائية مسيئة هل تتوعد فى ايقافه عن ذلك ؟

١٤ - هل من الصعب عليك أن تتقدم بالتماس لطلب معونة مادية لشئ مهم ؟

١٥ - هل تحتفظ فى الغالب بمراتك لنفسك ؟

١٦ - هل تجد صعوبة فى بدء مناقشة أو حديث مع شخص غريب عنك ؟

١٧ - هل تستطيع أن تعبر عن حيك واستلطاطك لبعض الاشياء بصور متفتحة ؟

١٨ - اذا شعرت بأن الطعام يقدم لك فى المطعم لم يقدم بطريقة ترضيك هل تشكر من « الجرسون » ؟

١٩ - هل تتجنب ايداء مشاعر الآخرين ؟

٢٠ - اذا حضرت محاضرة عامة هل ترد على المحاضر اذا شعرت ببعض التناقض فى كلامه ؟

٢١ - هل تحافظ أحيانا على هدوتك بحثا « عن السلام »

٢٢ - اذا طلب منك صديق طلبا غير معقول هل ترفض ذلك ببساطة ؟

٢٣ - اذا حدث أنك اكتشفت بأن باقى النقود التى أعطيت لك فى مكان تجارى ناقصة هل تعود من جديد لتوضيح ذلك ؟

٢٤ - اذا منعك البوليس من النحول لمكان هو فى الحقيقة من حقه هل تحتج ؟

١ - أساليب لفظية :

هذه الأساليب من شأنها أن تعلم المريض أن يزيد من حرقته الإنفعاليه وقدرته على تأكيد الذات. ومن أهم الأساليب فعالية في هذا الصدد تعويد المريض وتشجيعه على التعبير المتعمد عن انفعالاته بطريقة تلقائية. ويطلق على هذا الأسلوب اسم « تطبيق المشاعر » feeling talk ، أى تحويل المشاعر والإنفعالات الداخلية إلى كلمات صريحة منطوقة وبطريقة تلقائية. وبالطبع يجب أن يكون ذلك في حالات الإنفعالات المختلفة سواء كانت تتعلق بإبداء الحب أو الرغبة (اننى - احب هذا الشئ ، انه يوم جميل) ، أو عدم الرغبة (اننى لا أحب هذا الرجل وكل ما يدعو اليه) ، و المدح (انك تبدو أنيقا اليوم ، ان الكلمة التى قلتها ذكية بحق) ، أو التوقع (اننى أتطلع للقائك والحديث معك فيما بعد) ، أو الدهشة (انه يوم الخميس ستكون الاجازة غدا لا أصدق) ، أو النقد الذاتى (ما أحقنى اذا أفعل هذا) او الاسف (اننى أشعر بالاسى ، لأننى سأتترك هذا المكان) ، أو التصميم (سأظل هكذا مستمرا الى أن أكسب فى النهاية) ، أو التشكك (هل تعتقد اننى اصدق ما تقوله ؟) أو حسب الاستطلاع (اننى سأحلم بما سيحدث فى المرة القادمة) ، أو الشعور بالخلاص (حمدا لله انه يوم الخميس لم أصدق أنه سيأتى؟) . أو الشعور بعدم الراحة (ان قدمى تتعبانى) .. الخ .

٢٦ - اذا ضايقتك قريب (أب أو أخ) تحترمه هل تخفى مشاعرك بدلا من الكشف عن ضيقك الحقيقى ؟

٢٧ - هل يظهر غضبك أكثر مع افراد من نفس جنسك أكثر مما يظهر مع أفراد من الجنس الاخر ؟

٢٨ - هل تجد صعوبة فى مدح أو ترميز الآخرين ؟

٢٩ - هل لديك أشخاص موثوق فيهم تستطيع أن تتناقش معهم مشاعرك الحقيقة ؟

٣٠ - هل تعجب بالاشخاص الذين يحتفظون بقدرتهم على المقاومة مهما حاول الآخرين تخطيئهم ؟ *

الأساليب السلوكية :

والآن بعد أن عرفنا معنى تأكيد الذات ، والمجالات المختلفة التى تشعر فيها بالافتقار لذلك ، تبدأ مرحلة تعديل السلوك باستخدام عدد من الأساليب تثبت البحوث والخبرة فاعليتها إلى حد بعيد ، وفيما يلي شرح لبعضها :

* التعبير عن الثقة وتأكيد الذات يظهر فى الاجابة ب" نعم " على العبارات ١ ، ٦ ، ٩ ، ١٢ ، ١٧ ، ١٨ ، ٢٠ ، ٢١ ، ٢٣ ، ٢٤ ، ٢٥ ، ٢٩ ، ٣٠ ، والاجابة ب" لا " على ما عدا ذلك من عبارات . بالرغم من أن نرجنتك الكليه تكشف عن تأكيد الذات ، فان من المهم أكثر هو تحديد المجالات التى تشعر فيها بعدم الثقة أو العجز (فهى معناة للاهتمام مهما قلت (٤) .

بعبارة أخرى فإن تنطيق المشاعر والحديث عنها بصوت عال يجب أن
كل التنوعات الإنفعالية المختلفة ، والقاعدة الذهبية في ذلك هي الصنق
بأنه مع الشكل الإنفعالي السائد والشعور المسيطر على الشخص .

التعبير الحر عن الرأي وتأكيده الأنا :

عندما تختلف في الرأي مع أحد الأشخاص . أظهر مشاعرك الحقيقية
من الموافقة وأبد معارضتك في شكل واضح . قد تكون معارضتك في
ية انفعالية ولا تقوم على أساس منطقي ، لا بأس . ان ههك هو الحرية
عالية وليس كتابة بحث لجلة علمية محترمة . كذلك الاستخدام المتعمد
ة " أنا . " استخدام أنا في بداية التبرير على تأكيد الذات بكبر قدر
ن أو " اننى أرى (فى اعتقادى .. سمعت .. الخ " كل هذه العبارات
رية . قد يتهمك البعض بأنك واثق من نفسك أو مقروء . مرة أخرى لا
أنك ستستطيع فى النهاية أن تضبط كل ذلك . تذكر أيضا أن من
وتك بهذا قد يتهمونك بأنك شخص ضعيف ولا رأى لك اذا كنت عكس
ومن الأساليب الملائمة (أيضا التعبير عن الموافقة عندما تمتدح ،
رج عندما يمتدح بعض الأشخاص أراءك أو زيك أو شخصيتك بل على
من أظهر موافقتك على ذلك . انك ستدعم لديهم البحث عن الايجابيات
وبالتالى ستلقى عائدا ايجابيا من المجتمع انك تحول كل من حواك
مجتمع علاجى لك يدعم عادتك الصحية الجديدة ، ويدعم الاستجابات
ة التى لا تزال فى بداياتها .

٣ - التبرير على أحداث استجابات ببنية ملائمة :

فى تبرير القدرة على تأكيد الذات والحرية الإنفعالية من الضرورى أن
تكون الاستجابات البنئية ملائمة . ويوجه المعالجون النفسيون فى الوقت
الراهن جزءا من اهتماماتهم إلى تبرير التعبيرات الوجهية ، وأساليب
الحركة والكلام والمشى كجزء من العلاج النفسى . ومن المهم على اية حال
التنبه إلى عدد من هذه الاستجابات مثل : نبرة الصوت ، اذ يجب على
الصوت أن يكون قاطعا ، مسموعاً ، واثقا ، كذلك التقاء العيون مباشرة
بالشخص أو الأشخاص الذين نتحدث معهم ، كذلك تشكيل الجسم وحركا
ته . فإستخدام عدد كبير من الشارات باليد والذراع تساعد الشخص على
التحرر من قيود التعبير . ومن المهم أن تكون تعبيرات الوجه ملائمة للمشاعر
ولحتوى الكلام . لا يتبسم وأنت توجه نقدا لشخص ما ، أو وأنت تريد أن تعبر
عن الغضب . كذلك لاتصلب وجهك ، ولا تجعل له تعبيرات العداوة ، وأنت تحاول
أن تعبر عن حبك وإعزازك لشخص معين . اكشف بإختصار مشاعرك
الداخلية مع إزالة القناع الظاهرى . إجعلها متطابقين (٦) .

٤ - التأكيد السلبي :

ويستخدم هذا الأسلوب عندما ترى أنك بالفعل قد قمت بخطأ ما
يستحق اللوم والنقد من زميل أو رئيس أو قريب . عندها أعترف بوضوح أنك
أخطأت لكن على أن تبين بوضوح أيضا أن خطاك لايعنى أنك سيء ، أو
أنك فعلت ذلك بسوء قصد أو نية ، مثلا .

٧ - أسلوب الاسطوانة المشروخة :

في الحالات التي يقاطعك شخص ويعترض على ما تقول، قبل أن تنهى كلامك أو توضح فكرتك.. إنتظر إلى أن ينتهي الشخص الذي يقاطعك من الحديث. وعندئذ تجاهل تماما ما قاله واستأنف توضيح فكرتك الأصلية بـ استخدام عبارات مثل :

- هذا صحيح .. ولكن الموضوع الذي أريد مناقشته هو ...

- إن القضية الرئيسية هي ...

ويمتلك هذا الأسلوب من الإحساس الهادئ عند مواجهة المناقشات غير الملائمة، وتجاهل الدخول في "مناهات" جانبية تبعدك عن الموضوع الأصلي الذي تريد إبرازه (٧) .

٨ - التساؤل السلبي :

ويستخدم هذا الأسلوب مع الأصدقاء والأشخاص الأعزاء لديك عندما تريد أن تنهى الخلافات المنفرة في العلاقة بهم. وذلك بأن تستجيب للنقد الذي يوجه لك من شخص معين، بأن تسأله بأن يعطيك مزيدا من الإنتقادات المماثلة التي سببت ضيقه .. إلى أن ينتهي من سرد كل الجوانب التي يأخذها عليك، وعندئذ يبدأ في تلخيصها من جديد، وأشكره على إهتمامه، وأنت ستكون سعيدا أكثر في المستقبل إذا ما صارحك بأي مأخذ قد يحدث منك عفوا (٧) . ويجعل منك هذا الأسلوب شخصا هادئا في مواجهة الضغوط الإجتماعية وما يظهر من أخطاء في سلوكك وتصرفاتك مع

- نعم للأسف فعلت ذلك الخطأ على غير عاداتي ولكن لم يكن هذا مقصودا أو بنية سيئة (٧) أو مستنكرا :

- أه - ما الذي فعلته !! إنني عادة لا أقفل هذا .

٥ - جريد إنفعالات الآخرين الغاضبة من قوتها:

ويتضمن هذا الأسلوب أن تتجاهل الحديث (أو الرسالة) التي تأتيك من شخص آخر بشكل إنفعالي غاضب أو ناثر، بأن تجعل تركيزك لا على موضوع الحديث، أو محتوى الرسالة الغاضبة، ولكن على حقيقة أن الشخص هنا غاضب، وأنت كذلك غير مستعد للدخول معه في مناقشة ما لم يهدأ الآن، أو فيما بعد. كل ذلك بهدوء وبإصوار وبصوت معتدل النبرات متوسط الشدة، إن من شأن هذا الأسلوب أن يجنبك من الدخول في معركة لم تبدأها (.) وغير مستعد لخوضها (٧) .

٦ - النعمية والإرباك :

يستخدم هذا الأسلوب مع الأشخاص الذين يتطوعون للجدال والمعارضة ، والنقد لأشياء هي من شأنك أنت. ويكون بأن تقول له أنك على حق فيما تقول .. ولكن بطريقة توضح له أن موافقتك لا تعني موافقة حقيقية على محتوى ما يقوله ، بقدر ما تعني أنك غير مستعد لتبادل الحوار أو الحكم على موضوع هو من شأنك أنت فحسب (٧) .

ويستخدم هذا الأسلوب للإعانة على تلقي نقد الآخرين أو هجومهم بطريقة هادئة (وبدون أن تتحول للقلق أو الانسحاب أو العدوان. وبالتالي لا تدعم للناقد سلوكا قد يستخدمه كلما أراد إثارتك إنفعاليا (٧) .

الأخرين. ويظهر في نفس الوقت بمظهر الحريص والراغب في تحسين الاتصال بالأشخاص المهمين في حياتك، بإنهاء مصادر الخلاف معهم .

٩ - أسلوب لعب الأدوار :

قد تكون العقبة في تأكيد الذات ناتجة عن عدم فهم الشخص لمتطلبات الدور الذي يقوم به. فالشخص الذي يتقدم لإجراء مقابلة شخصية للحصول على عمل معين، قد لا يكون مدركا لمتطلبات الوظيفة « أو » « الدور » المطلوب القيام به. ويستخدم المعالجون السلوكيون لهذا أسلوب تمثيل الدور قبل حدوثه مع المريض بفرض زيادة قنراته على مواجهة الإحباط والعجز في المواقف الاجتماعية الحاسمة، وقد رأينا نمونجا لذلك في حالة السيد « أ » في صدر هذا الفصل. إذ رأينا المعالج يطلب من المريض القيام بدور المتقدم لإجراء مقابلة شخصية مع رئيسه في العمل - بينما قام المعالج بدور المدير. ثم رأيناه يعكس الأداء فيقوم هو نفسه بدور المتقدم للعمل - ويقوم المريض بدور المدير. لكي يطلع المعالج على أنماط السلوك والاستجابات الملائمة للموقف - خلال الإهداء له ومحاكاته .

والحقيقة أن كل فرد منا يقوم في اللحظة الواحدة بعدد كبير من الأنوار الاجتماعية التي قد لا تكون محددة بشكل دقيق أو رسمي كما هو الحال في حالة الموظف المطلوب للاء وظيفه شاغرة .

فبعض الأنوار الاجتماعية كدور الزوج أو الزوجة - أو الصديق أو الرؤوس أو الرئيس لا تكون محددة بلوائح - ولكنها تكون مطلبا من مطالب العلاقات الاجتماعية بالآخرين .

ويقوم جزء كبير من نجاح الشخص إجتماعيا وفعاليتها وصحته على قدرته على القيام بالنور المطلوب منه قياما ناجحا واثقا. ويقوم الفرد الواحد - عادة بأكثر من نور . فالطبيب طبيب بين مرضاه ، وهو صديق ، وزوج ، وأب ، وموظف بحسب العلاقة المرسومة له مع الآخرين . ولهذا يصعب أحيانا على الشخص أن يقوم بهذه الأنوار مجتمعة بإتقان ، خاصة إذا تعارضت مطالب أداء نور معين بنجاح - كدور الطبيب مثلاً - بأداء نور آخر « كالزوج » في المنزل أو « الأب » بين أبنائه . وليس نادرا لهذا أن نجد مشكلات نفسية وانفعالية تنتج بسبب تعارض أو تصارع الأنوار .

لهذا يستخدم المعالجون السلوكيون أساليب متعددة لتدريب المرضى على إتقان أنوارهم في الحياة ... وتعلم مهارات إجتماعية تتطلبها العلاقات الأخرين وبالتالي توقعاتهم عنها .

ويستخدم أسلوب لعب الأنوار أيضا في الحالات التي يكون من المطلوب فيها أن يدرّب المريض نفسه على تحمل الإهباط والتحكم في الغضب - وتجنب الإنفعالات الحمقاء ويتم ذلك من خلال إثارة مواقف في جلسات العلاج بطريق التخيل ويكون من شأنها إثارة الغيظ أو الغضب أو الإهباط ومن خلال ذلك يقوم المعالج على تدريب المريض على إظهار استجابة ملائمة تدل على ضبط النفس والثقة - وذلك بتوجيه اهتمامه لتطوير جوانب من السلوك والاستجابات منها :

- تأكيد الالتقاء البصري المباشر بالشخص المثير للإحباط .
- إتخاذ موضع جسدي واثق ولكن بطريقة لا تثير الإنفعال .

كأنيات الشخص أو قيمته. هنا في واقع الأمر لا يبقى إلا الشخص نفسه الذي ينبغي أن يقدر أي الطريقتين يختار. ويوضح الجدول في نهاية الفصل مرحبا لهذه الأساليب وترشيدها لاستخداماتها .

جدول (٣)

أساليب اكتساب المهارات الإجتماعية

متى يستخدم	مفاهيم	الأسلوب
التعود على التقاطعية . والتعود من القائل الاجتماعي . وتكسب الآخرين على تكسب مطلقه مرحبة مطلقه	التعبير المتعمد والتفاني من الامتلاء بكلمه صريحة ومطلقة	تأنيق المشاعر Feelings Table
عندما تدرك أنك لن تستطيع حل المشكلة وحدها . وتحتاج إلى المساعدة بالرجوع إلى المساعدة من الأصدقاء أو الأهل . عندما تريد أن تكون مخططا مخططا وتحتاج مخططا مخططا	الامتثال بالخطأ عندما تقوم بعمل يستحق العيب على أن تجد أن هذا الخطأ يهين أنك بكلمه صريحة	التعبير السلبي Negative Assesment
تجنب الضحك في محادثة لست مستعدا لها . والتعامل مع الانطوائيين والمتعصبين . تجنب الناس . ليطلب سلوكا حيا في خلعهم .	تجاهل مصطلح الرسالة أو السلوك الخاص والتركيز بدلا من ذلك على طريقة التفسير الانطوائية في الحديث أو التواصل	تجاهل قلب الآخرين Disarming Anger
يستخدم هذا الأسلوب عندما يكون الطرف الآخر من النوع القوي الذي يكثر من الأذى والهم والقلق . عندما يكون الشخص الآخر غير مستعد للتقدم والتراجع بالرجوع من محاولاته . ليطلب سلوكا حيا في خلعهم .	الظهار المبالغة على مظهره لك من التامل مع إبقاء الاستعداد لتدهور سلوكه عندما يظهر من الطرف الآخر ميسرته ذلك	التجاهل والبريق Fogging
يستخدم هذا الأسلوب في حالات التقليل من الأهمية بحيث السهولة في مشاعرك بحيثية تجعلك من موضوعه الأصلي . التمرير على ضبط النفس والاصرار على تطبيق الهدف الرئيسي لك .	تجاهل الاستجابة الممارسة مع الاستمرار في التعبير من السلوك أو الفكرة التي بدأتها . واستنكف التعبير عنها بالرجوع من الممارسة والعلامة .	السلوك المربوطة Broken Record
مع الاستعداد والاختصاص الأمثل والمقرب والمقرب . عندما تريد أن تنفي بعض العلاقات المتصلة معهم التخلي من الخسوف أو الصراخ السريعة على الصراخ الاجتماعية .	الاستجابة لاستفاد الآخرين بالسؤال عن المزيد من التفاصيل أو الأسئلة التي ترتكيبها مع إبقاء الاستعداد للتخلي .	السؤال السلبي Negative Inquiry

ج - التدريب على بعض الإستجابات اللفظية أو العملية بحيث ينتهي الموقف نهاية ايجابية مفيدة .

د - التدريب على المعارضة والهجوم .. وذلك بإبداء رأيك في التصرف المثير لضيقك بوضوح ويصدق .

وأخيرا قد يتساءل القارئ ماذا لو أن حرية التعبير الإنفعالي .. وتأكيد الذات جرت بعض المتاعب الجانبية - مثل خسارة العمل .. أو خسارة شخص .. أو خسارة مادية ؟ .

لا ينبغي في الحقيقة أن تقلل من النتائج السلبية التي قد يحدثها هذا الشكل من السلوك . ولكنني أعتقد فيما توحى لي خبرتي في هذا الميدان أن المشكلات التي يثيرها التدريب على تأكيد الذات - تتم في واقع الأمر في بداية الجلسات الأولى للعلاج النفسي وهي بذلك تحمل المسحة الأولى للزعة العصابية السابقة للمريض ، ولا تعبر عن تأكيد الذات بمقدار ما تعبر عن الحساسية المبالغ فيها لتصرفات الآخرين نحونا ، وهذا عين ما تهدف تدريبات تأكيد الذات على التخلص منه ، ولهذا فإن علاج المشكلات التي قد يثيرها تأكيد الذات .. لا تتم بالتخلي عن هذا الأسلوب ولكن بمزيد من التدريب عليه ... حتى يتمكن الشخص من إتقان اللغة الإجتماعية والمهارات الملائمة في معالجة سلوك الآخرين بشكل يؤدي إلى الإحترام والحب معا . إن الهدف من تدريب القدرة على تأكيد الذات هو في صميمه تدريب للمهارات الإجتماعية الناضجة التي تتطلبها حياة الفرد في الجماعة .. لئلا تضحية بالفرد - أو تدمير للآخرين وتحويلهم لأعداء .

لكن يجب أن نعي أيضا أننا نضطر أحيانا لاختيارات بديلة وحاسمة : كالاختيار بين بعض المكاسب المادية ، أو عمل يدر دخلا معتدلا ، وبين طريق الصحة النفسية خاصة إذا كان هذا العمل مملا ولا يتلائم مع

الخلاصة

تقرط الحياة الحديثة - بناء على مفاهيم تربوية وأخلاقية خاطئة- في تأكيد على ضرورة أن يقمع الإنسان التعبير عن انفعالاته ، ومشاعره نحو الأشخاص أو المواقف التي يواجهها، وصحيح أن حياة الإنسان في المجتمع تطلب ضرورة كفه لبعض التصرفات ، لكن الافراط في ذلك يؤدي إلى كف إرائتنا الإيجابية في التعبير الملائم عن مشاعرنا، مما يحول الإنسان إلى شخصية مكفوفة، ومنسحبة ومقيدة وحبسية لانفعالات وعادات لا تترك الألقا ضيقا للصحة النفسية والسعادة الخاصة. ويشير مفهوم تأكيد الذات بحرية التعبير الإنفعالي إلى ضرورة أن يعبر الإنسان عن مشاعره بصنق مهانة في المواقف المختلفة ومع الأشخاص المختلفين، فيما عدا التعبير عن قلق والإضطراب . ويبين البحث النفسى أن الخوف من تأكيد الذات والعجز عن التعبير الإنفعالي الملائم يعتبران سببين رئيسيين من أسباب القلق، الصراع ، والإضطرابات النفسية، ونتيجة لها في نفس الوقت. وتشمل حرية التعبير عن المشاعر ضرورة التعبير عن كل المشاعر الإيجابية (الحب المودة) والسلبية (الغضب) بما يلائم الموقف ! والنبهات وقمع التعبير عن المشاعر يعمل على زيادة النزعات العصبية ، ولا يخفف منها. ويؤدي النجاح في تنمية القدرة على حرية التعبير الإنفعالي وتأكيد الذات إلى تخفيض القلق والإكتئاب، وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة. وفي كل مرة ينجح فيها الإنسان في ذلك تزداد ثقته بنفسه وقدرته على الضبط الذاتي . ويطور المعالجون نفسيون عددا من الأساليب والطرق التي تساعد الأشخاص على ذلك، منها التشجيع على التعبير المتعمد عن الإنفعالات والمشاعر بكلمات صريحة مسموعة ، وبطريقة تلقائية ، وتقبل المدح ، والثقة في أداء الأنوار، وتدريب المهارات الإجتماعية ، واحداث استجابات بديلة ملائمة للحالة الشعورية . الخ

تابع جدول (٣)

أساليب اكتساب المهارات الاجتماعية

الأسلوب	مفناه	متى يستخدم
٧- لعب الأدوار Role Playmg	التدريب بالتدريب على أداء دور أو سلوك جديد قبل حركه الخطى.	اللقن الاجتماعي، المفاضلة العامة اعطاء لراسر ، خطبات عامة ، استبهاثات وقائيات العمل أو التبول، المواقف الجيدة التي لم يحدث عروب جيد عليها، مواجهة الاحباط والخوف من الفشل منجنب الانطام.
٨- التدريب على الاستجابة الهيئة الملائمة Appropriate Body Language	التدريب على الاستجابة البنية اللامعة للمواقف الانفعالية والمواقف الاجتماعي بما في ذلك خبرات المرحه والتقاء العيون، ونصيرات الوجه، والحركة.	الافتاح الاجتماعي الاجتماعي، خلق انطباع جيد ومتحمس، الثقة بالنفس، اعطاء لراسر أو خبرات التدريب على انفعالات قرارات.
٩- التلوين الانعاشي Emotional Coloring	التدريب على الانفعالات المختلفة والتعامل بها فيها العفوية والبهيم، وتقبل المدح، والظهار الفرح، وتكبد الآثا... الخ.	تكوين عواطف اجتماعية ملائمة وبثقة لنهاء المواقف الاجتماعية من انفعالات عليها في كل من التكمس من القلق الاجتماعي، تحاقق مكاسب متبادلة لكل الأطراف المتعلقة في عملية التطلع ضبط النفس.

من المرضى النفسيين يعتقدون خطأ أن عليهم نتيجة لتأديبهم النفسية ومشكلاتهم أن يبألفوا في حماية أنفسهم، وتحويطها بالرعاية وأن يعرفوا عن العمل أو أى نشاط اجتماعى أو رياضى بحجة هذا التعب. وكل هذه التحويطات فى رأى "هرزبيرج" تعتبر خاطئة من وجهة نظر الصحة النفسية، ولا تساعد على التخفف من المرض النفسى، بل أنها على العكس تزيد من حدة الأعراض المرضية وتزيد من قوتها. ومن الطريف أنه يقترح عددا من الطرق لعلاج المرضى تعتبر بون شك بمثابة ارماس نكى بالتطورات الحديثة فى العلاج النفسى - السلوكى المعاصر. فهو مثلا يقترح أن يكون هدف المعالج هو ازالة مخاوف مرضاه من النشاط والجهد بمضاعفة النشاط والجهد. ومن رأيه أن نجاح المرضى فى تبني هذه السياسة سيساعد على ذلك. وكان يكلف مرضاه بواجبات منزلية تتلائم مع قدراتهم الذهنية والبدنية والخلفية ولكنها تختلف اختلافا جنزيا مع بناء الشخصية والتعود المرضى. فعلى سبيل المثال كان يكلف المرضى الذين يلمس فيهم تقاعسا بدنيا - بون اسباب عضوية - بممارسة الالعاب الرياضية. أما المرضى الذين يتميزون بالخجل ، فقد كان يكلفهم بمقابلة الناس ومبادرتهم بالحديث. والمرضى الذين يفتقنون الثقة بالنفس ، كان يكلفهم بأداء أعمال مثل رفع الصوت فى الحديث، أو رفض نوع من الطعام فى مطعم، أو المساومة على ثمن شىء مع الباعة .. الخ وبالطبع لم يكن يعطى هذه الأوامر بشكل تسلطى أو ضاغظ بقدر ما كان يعرضها على المريض على أنها هدف من أهداف العلاج والتخلص من المشكلة ، أنظر:

Schwizgebel, R. & Kolb (1974). D. Changing human's behavior.

٧ - تجدر الاشارة إلى أن أساليب تأكيد الذات تستخدم فى علاج حالات الوسوسة أيضا .. فقد أمكن لواينر " Weiner أن يقوم بعلاج حالة شاب فى

مراجع وتعليقات

١ - الحالة التى يبدأ بها هذا الفصل وردت فى :

Wolpe, J. & Lazarus. (1966) *Behavior therapy techniques*. Lon-son : Pergamon Press. pp.48-50.

Pavlov, I.P. (1927) *Conditioned reflexes*. Translated by G.V. Anrep, New York Liverighth.

٣ - للاطلاع على نظرية "سالتر" Salter فى العلاج وقدرته على توظيف نظريات بافلوف فى العلاج النفسى. أنظر كتابه الشيق :

Satler, A. (1949) *Conditioned reflex therapy*. New York : Creative Age Press, New York . Capricorn Books . Putnams Sons, 1961.

وأنظر نموذجا لمنهجه فى العلاج حالة الشاب الممل - والمعالج الحازم الواردة فى هذا الفصل.

٤ - مقياس تأكيد الذات الوارد فى هذا الفصل من اعداد "ويلوى" ويستخدم بكثرة فى العلاج السلوكى .. ولو أن هناك مقياس متعددة لهذا الجانب. أنظر:

Willoughby, R.R. (1934). Norms for the Clark-Thurstone Inventory , *Journal of Social Psychology*, 5; 91.

٥ - ايزتك، الحقيقة والوهم فى علم النفس، مرجع سبق ذكره.

٦ - بالرغم من جوانب التقصم فى تدريب المهارات الإجتماعية وتأكيد الذات فإن هناك محاولات مماثلة تمت فى الأربعينات. فقد اهتم "هرزبيرج" وهو طبيب ألمانى بمنهج فى العلاج النفسى أطلق عليه اسم العلاج الايجابى . وجعله عنوانا لكتابه الرئيسى فى هذا الموضوع سنة ١٩٤٥ ومن بين ما لاحظته هرزبيرج ان كثيراً

تأملات كانت تضع سلوكه قبل ذلك تحت سلطان وساوسه . ومثل هذا تفسير قريب فيما هو واضح من التدريبات الحديثة على أساليب تأكيد ات. لتفاصيل هذه الحالة أنظر :

Schwitzgebel & Kolb, op. cit., 1974

للاطلاع على الأساليب السلوكية في علاج حالات عصاب الوسواس هري .. أنظر :

Baer, L. (1991) *Getting Control* Boston: Little Brown & Compan

Jenike, M. & Baer, L. (1991) *Obsessive Compulsive disorder* New York

Medical publishers.

Foa, E. & Wilson, R. (1991) *Stop obsessing*. New York : Bant Books.

الخامسة عشرة من العمر، خجول، ويعانى من اضطرابات حوازية تمتعت في
الفعال قهرية متعددة عند الاغتسال ، أو القراءة ، وارتداء الملابس ، فضلا
عن الوسوسة في تنظيم الأشياء وترتيبها. وقد تطلبت العملية العلاجية لهذا
الشاب خطة لاستبدال هذه الطقوس بطقوس جديدة مماثلة ذات زمن محدد
ومن شلتها التدخل في النشاط اليومي، ولكن بدرجة أقل من الطقوس
والوساوس الأصلية. فطى سبيل المثال، كان من بين الطقوس القهرية التي
عانى منها هذا الشاب التاكيد الوسواسي المستمر من أن دولا ب هجرت في
المدينة الجامعية مفلق باحكام لهذا كان يعود بعد أن يخرج من هجرت
ويمشى لمسافات طويلة يعود للتأكد من ذلك .. وكان أحيانا بعد أن يصل
لهجرة الدراسة يتنكر بأنه يجب عليه التكد من أن هجرت ودولاب مفلقان.
طلب المعالج من الشاب بأن يضع حجة منطقية لهذا الاجراء الوسواسي «
الخوف » من سرقة ملابس وحاجياته الخاصة مثلا" ، ثم طلب منه بعد ذلك
أن يحدد الاجراءات الضرورية لتحقيق هذا الهدف. وبناء على هذا طلب منه
المعالج أن يقفل الدولاب وأن يعود للتأكد من ذلك بعد غلقه مباشرة لرة
واحدة، ثم يعود خطوة للوراء، ويقول لنفسه وقد وضع يديه في جيبه ويصوت
عالي « الآن لقد تأكدت من أن الدولاب مفلق وأنتى متأكد وواثق من ذلك،
ومتأكد من أن كل شيء بداخله سليم، أنه لا يوجد بالرة أى سبب منطقي
يدعونى للتأكد من ذلك مرة أخرى، وما على الآن الا أن أخرج لكى الحق
بمحاضراتى » . ومن الغريب أن سلوك الشاب قد تحسن تحسنا ملحوظا
في هذا الاتجاه، بسبب أنه استبدل طقوسه القهرية بطقوس قهرية أخرى ،
ولكن تقل عنها جهدا ومضيعة للوقت. وفي تعليق « واينر » على أسباب
النجاح رأى أن سبب النجاح هنا هو القيام بالأفعال وأدائها بدلا من التفكير
فيها. فالقيام بالعمل والفعل أوقفا نهن المريض عن التجول في

الفصل السابع

قوة التدعيم

من الأشياء التي تؤيدها المشاهدة العادية، فضلا عن العلم، حقيقة بسيطة تحكم حياتنا إلى حد بعيد ، وتلك هي أن ما يعود علينا من نتائج بعد أن نتصرف أو نسلك بطريقة معينة يؤثر بطريقة مباشرة في هذا التصرف أو هذه الطريقة من السلوك . فإذا كان النتائج أو العائد جميلا فأغلب الظن أننا سنكرر هذا التصرف بعد ذلك كثيرا، أما إذا كان رد الفعل سلبيا فأغلب الظن أننا سنفكر مرات ومرات قبل أن نكرر هذا السلوك من جديد. ماذا لو أنك طرحت فكرة معينة، فوجدت أنها تلقى هوى من زملائك أو رفاقك ، أغلب الظن أن حماسك سيزداد بعد ذلك لطرحة كثير من الأفكار الجيدة. وماذا لو أن شخصا أخذ يتابع امرأة غريبة عنه في الشارع محاولا مضايقتها، فإذا برجل بوليس يتصدى له مهددا إياه بالحبس أو الغرامة ان تكرر منه هذا السلوك .. على الأرجح ان هذا الشخص - ان كان عاقلا - لن يعود إلى هذا الفعل من جديد. بعبارة أخرى ، فإن العائد أو الآثار التي تحدثها استجاباتنا في البيئة تعدل من سلوكنا بعد ذلك . ان الكائن الحي ببساطة لا يتوقف في وقت من الأوقات عن ابداء استجابة أو سلوك معين فهو يضحك أو يبكي، يبتسم أو يكشر، يبتعد، ويفض، ويبكي ، ويبتعد أو يقترب من الآخرين ، يتحدث ، أو يصمت يخاف ، أو يهدأ ، يشور أو يجمع نفسه .. الخ . وهو في كل ذلك يرغب في تغيير البيئة المحيطة به لتحقيق هدف أو رغبة معينة . وبعض جوانب من سلوكه هذا يؤدي إلى التغييرات المرغوبة . وبعضها لا يؤدي .

ان التعلم الفعال عملية يستطيع الشخص من خلالها أن يتعامل بنجاح
بيئة جديدة. ان كثيرا من الأشياء التي تتضمنها البيئة كالطعام، والماء،
جنس، والهروب من الخطر ضرورية وأساسية لبقاء الشخص والنوع
بشرى. وكل سلوك يؤدي إلى التوصل لهذه الأشياء يعتبر نو قيمة أساسية
تحقيق البقاء .

والسلوك الذى له مثل هذه الخاصية يزداد شيوعه من خلال عملية
تدعيم الفعال. ولهذا يقال بأن السلوك حصيلة لما يتركه من نتائج أو آثار.
هذا أيضا تسمى الآثار التي يحدثها السلوك فى البيئة مدعومات. وعلى هذا
المكانن الذى يشعر بالجوع، تدعم لديه وتقوى أنماط السلوك التي تؤدي
التوصل للطعام. وبالمثل فان السلوك الذى يقلل من خطر واقع كتجنب
درجة مرتفعة من الحرارة - يتدعم نتيجة لهذه الوظيفة ويزداد شيوعه فى
أقف التالية" (١) .

وما نستنتجه من هذا هو أن مبدأ التدعيم يقرر أنه اذا كانت نتائج
سلوك ايجابية فالمرجح ان يتكرر هذا السلوك . أما اذا كانت نتائجه
سلبية ، فالغالب انه لن يتكرر ولن تحدث بالتالى عملية التعلم. ومن المتفق
عليه بين علماء النفس السلوكى فى الوقت الراهن أن كثيرا من أبعاد السلوك
فى حياتنا الإجتماعية، واتجاهاتنا، وفلسفتنا فى الحياة يحكمها مبدأ
التدعيم. أضف إلى هذا السلوك المرضى أو الشاذ الذى يصدر عن تسميهم
بالتخلفين عقليا، أو الفصامين أو حتى كما يصدر عن الأطفال العاديين.
فلاستجابة للطفل كلما يبكى بحمله وعناقه ستؤدي فى غالب الظن إلى أن
يصبح البكاء أسلوب حياة مفضلا لدى هذا الطفل كلما احتاج إلى تحقيق
رغبة معينة. والمشكلات المختلفة التي تصدر عن المضطربين كالعنوان

وإذا حدثت الآثار المرغوبة نقول بأن السلوك الذى أدى إليها قد أثيب
وكوفئ، وبالتالي نجد أنه يزداد شيوعا فى تصرفات هذا
الشخص بعد ذلك . أما اذا لم يؤد سلوك معين إلى آثار
مرغوبة

أو أدى إلى عكس ذلك أى إلى استهجان (كما فى حالة جريمة قتل أو
زنا أو سلوك انفعالي أو جنسى طائش) ، فاننا نقول بأن هذا السلوك قد
عوقب وبالتالي من المتوقع أن يتضاؤل أو يتوقف ظهوره بعد ذلك .

فالإنسان اذن يعيش فى عائد اجتماعى مستمر: يتصرف بطريقة
معينة، فترد عليه البيئة بشكل من أشكال الاثابة أو العقاب كعائد لتصرفات
المكانن الأصلية. وهذا العائد (أو المرود) يسهم بدوره فى تشكيل
الاستجابات التالية للمكانن (أى بالتشجيع على زيادة الطيب منها، والتقليل
من السيء).

ويجعل « سكينر » من هذه الحقيقة موضوعا لنظريته فى السلوك ،
فيطلق على جوانب السلوك التي تتدعم من البيئة مفهوم السلوك الفعال
Operant Behavior ، قاصدا الاشارة إلى نمط من الاستجابات يترك آثارا
فعالة على البيئة لتوليد نتائج أو آثار معينة، وبالتالي يتدعم أو ينطفىء بمقدار
استجابات البيئة (أى العائد البيئى). ويطلق "سكينر" على العملية التي
بمقتضاها يتدعم نمط من الاستجابات بهذه الطريقة اسم التشريط
الفعال * .

* وهو يختلف عن التعلم التقليدي كما صاغه بافلوف ، والذى يحدث بصورة الية بسبب
الارتباط بين المنبهات الاملية (ظهور الطعام) والشرطية (صوت الجرس). فالاستجابة لصوت الجرس
بافراز اللعاب عند الكلب فى تجارب بافلوف يحدث بطريقة آلية انعكاسية .

والانسحاب، والتهجم والعزوف عن الاتصال، والسياب وغير ذلك من اضطرابات سلوكية تدعم على الأرجح نتيجة تدعيم خاطئ (*). فكما يدعم المجتمع أشكالاً جيدة من السلوك، قد يدعم أشكالاً شاذة. ولهذا فعندما يستخدم مبدأ التدعيم بطريقة منظمة يمكن أن يصبح وسيلة علاجية تساعد على مواجهة كثير من المشكلات الإنسانية وتعديلها.

والآن ما هو التدعيم؟

يشير مفهوم التدعيم إلى أى فعل يؤدي إلى زيادة في حدوث استجابة معينة أو تكرارها، وذلك مثل كلمات المدح والتشجيع أو الاثابة المادية أو المعنوية لنمط معين أو أنماط من الاستجابات الصادرة عن الشخص. وقد يكون التدعيم ايجابيا أو سلبيا.

أما التدعيم الايجابى فيشير إلى أى فعل أو حادثة يرتبط تقديمها للفرد بزيادة في شيع السلوك المرغوب. فتقديم الطعام، أو قطعة الحلوى للطفل عندما يقوم بعمل محبوب يعتبر مدعماً ايجابياً لأنه سيؤدي إلى زيادة في شيع السلوك "المحبوب" لدى الطفل بعد ذلك. أما التدعيم السلبى فيتمثل في التوقف عن اظهار مدع كره أو منفر عند ظهور السلوك المرغوب وهو يؤدي بالمثل إلى زيادة في تكرار السلوك المرغوب. وذلك مثل توقف الطفل عن البكاء (تدعيم سلبى) عندما يجمله والداه (سلوك مرغوب)، أو توقف المجرى عن توجيه صدمة كهربائية للحيوان (تدعيم سلبى) عندما تظهر منه الاستجابة الملائمة (سلوك مرغوب). أو التوقف عن اعتقال سجين

* في كثير من القوي العربية تعامل الهلوس الصادرة عن الرضى العقليين (المجازيب) وضعاف العقول على أنها علامة من علامات الودع، ويعامل ضعاف العقول أحياناً على أنهم من أولياء الله.

أساسى (تدعيم سلبى) عندما يعلن عن ولائه للنظام الحاكم (سلوك مرغوب من السلطة). في كل هذه المواقف نجد أن المدع (البكاء - الصدمة الكهربائية ... الخ) يتوقف ظهوره بحيث يؤدي هذا التوقف إلى زيادة في السلوك المرغوب فيه (حمل الطفل، السلوك المؤدى للهدف).

والتدعيم السلبى يشبه أنتدعيم الايجابى من حيث أن كليهما يؤدي إلى زيادة في السلوك المرغوب، لكنهما يختلفان من حيث أن أحدهما (التدعيم ايجابى) يتضمن اعطاء أو تقديم شيء (مكافأة، أو تحبيذ) - عند ظهور استجابة المرغوبة، أما التدعيم السلبى فيتضمن حجب وتوقف ظهور مدع كره وكره عند ظهور السلوك المرغوب.

والتدعيم السلبى بهذا المعنى يختلف عن العقاب Punishment لان العقاب يتضمن اظهار منبه مؤلم ومنفر، أو التوقف عن التدعيم الايجابى عندما يظهر سلوك غير مرغوب. بعبارة أخرى، فان التدعيم السلبى يهدف إلى زيادة شيع السلوك المرغوب بالتوقف عن التدعيم، أما العقاب فيهدف إلى التقليل من شيع السلوك غير المرغوب. وكمثال، على العقاب عقاب الطفل بالضرب، أو طرد تلميذ من الفصل أثر استجابات اجتماعية غير مرغوبة (اثارة الضجيج مثلاً). وهناك ثلاثة أساليب من العقاب من شأنها التقليل من نمط السلوك غير المرغوب هي:

١- تقديم منبه منفر (الضرب، أو التجاهل) عند ظهور السلوك غير المرغوب.

٢- ابعاد الشخص عن موقف قد يعود اليه بالفائدة أو مدع سابق مثل طرد التلميذ من الفصل أثر اثارته للضجيج.

ج - تغريم الاستجابة غير المرغوبة بالانقاص من المدعمات السابفة (ويسمى هذا الأسلوب بتكاليف الاستجابة). وتعتبر الجزاءات المادية التي تفرض على السائقين عند خرق علامات المرور مثالا طيبا على هذا النوع. وكمثال على هذا أيضا عندما نستعيد مدعما كنا قد أعطيناه للطفل (العبة، أو قطعة من الحلوى) عند ظهور سلوك غير مرغوب .

الاستخدامات العلاجية للتدعيم

المثال الآتي يوضح استخدام الأساليب السابقة في تغيير سلوك مريض فصامى مزمن ومحجوز آنذاك في إحدى مستشفيات الأمراض العقلية ولنطلق عليه السيد (س) .

حالة مريض عقلى

تم تشخيص السيد (س) على أنه مصاب بفصام مصحوب باصابة عضوية في المخ. وتدل كل التقارير التي جمعت عنه على أنه أخذ يتحول إلى حالة متعذرة، تفسد نظام العمل بالعنبر العلاجى، سواء باثارة المرضى الآخرين، أو ازعاج هيئة العمل بالمستشفى بطلبات غير واقعية لا تنتهى. وبسبب افتقاد المريض لآى نوافع مباشرة للعلاج تعثرت معه كل محاولات الاصلاح وعزف العاملون عن التعامل معه. وعلى هذا تبلور الهدف العلاجى للمريض فى ايجاد طريقة أفضل فى تعامل بيئة المستشفى معه، بحيث يمكن بعد ذلك اغراؤه بتكريس أطول فترة ممكنة من وقته وجهده فى الاجراءات

كجبة التي كات تبذل له، وبحيث يتضا ط قلق العاملين عند التعامل معه، تالى يزداد اقبالهم على مساعدته."

"ولتحقيق ذلك تبلورت الخطوة الأولى فى التوصل إلى فهم دقيق ووعى لماط السلوك التي كانت تصدر عن المريض، ولتحديد كيفية استجابة عاملين لها. وعلى هذا أمكن حصر أهم جوانب السلوك الكريهة فى حالة يعضنا كما يلى: التبول والتبرز على أرض العنبر، الصياح، السب، ازعاج يضى الآخرين والعاملين، نداء الأسماء بطريقة غير لائقة، الالاح فى ب السجائر من المرضى الآخرين، الالاح فى طلب أشياء منفرة بما فى ي مثلا أن يوثق العاملون رباط حذائة .. وهكذا. أما الخطوة الثانية فقد وردت فى تحديد كيفية استجابة العاملين لهذه الأنماط السلوكية البغيضة. فظهر واضحا أن سلوك السيد (س) غير اللائق كان يستثير اهتمام عاملين والتفاهم."

"وللتخلص من هذه الأنماط السلوكية الكريهة تم التفكير فى طريقتين

علاجيتين، نوقشتا مع بقية العاملين بالعنبر وهما:

١ - عدم اظهار أى اهتمام اجتماعى أى التجاهل التام، عندما تصدر منه هذه الجوانب السلوكية غير المقبولة.

٢ - اظهار الاهتمام مع اعطائه بعض المدعمات (سجائر مثلا) عندما يصدر منه سلوك يعتبر مقبولا من الناحية الاجتماعية. ولتحقيق ذلك تقرر تقديم ائابة مادية ملموسة فى كل مرة يمكن فيها للسيد (س) أن يحتفظ بسلوك ملائم لمدة خمس عشرة دقيقة. وكانت هذه الائابة عبارة عن بطاقة توضع فى سجله الخاص، بحيث يجب أن يقدم له فوراً سجارتان لكل بطاقتين. وقد أمكن أيضا استخدام هذه البطاقات

لارشاد العاملين بمقدار التقدم فى سلوك (س) وبالتالي لكى يمكنهم تدعيم أى سلوك ملائم يصدر عنه.

أما من حيث التغيير فى سلوك (س) فقد كان ملحوظا للغاية. فبعد يومين فقط قرر العاملون بأنه قد تحسن (إلى حد ما) ويعد ستة أيام من تنفيذ البرنامج قرروا بأنه تحسن (بطريقة حاسمة).

ومن الطريف أنه فى نهاية الأسبوع الثانى عزف المريض عن موضوع البطاقات، وقرر أن النقود التى يتلقاها بمناسبة الكريسماس ستمكته من شراء حاجته من السجائر. وفى نفس هذا الوقت بدأ العاملون أنفسهم يستجيبون بطريقة « تلقائية » وإيجابية لجوانب السلوك الملائمة، كما استمروا أيضا فى تجاهل جوانب السلوك غير المقبولة. فضلا عن هذا فقد بدأ السيد (س) بالاندماج فى جوانب أخرى متنوعة من السلوك المقبول من البيئة المحيطة به ولم تكن فى الحسبان عند تصميم خطته العلاجية الأولى وذلك مثل التقرب من العاملين والمرضى، والدخول فى مناقشات معقولة مع الزائرين. وهكذا لم يعد من الضرورى تقديم السجائر عند ظهور السلوك المقبول للحفاظ على المتجزات التى أحرزها مريضنا .

لقد تحول السيد (س) فى هذه الفترة من شخص أشعث، سباب ومتهجم إلى شخص قادر على ارضاء حاجاته الإجتماعية بطريقة ملائمة، وقادر أيضا على المساهمة مع العاملين فى تدعيم برنامج علاجه الصحى والنفسى .

يعتبر هذا مثالا طيباً لاستخدام مبدأ التدعيم وتطبيقه فى مجال السلوك المرضى. ان بؤرة سياسة علاج المريض هنا تكمن فى المبدأ البسيط لنظرية سكينر: غير البيئة وسيتغير السلوك من خلالها.

دعنا نفترض مثالا آخر: أم تصحب ابنها ذا العام الثامن للمعالج السلوكى موضحة أنه كان يبدي نموا لغويا عاديا إلى أن بدأ يذهب للمدرسة. أن بلغ عامه السادس، ومنذ ذلك الحين تدهورت قدرته على الكلام، أصبح الآن أخرس بالتقريب. ويسبب هذا تأخر نقله من مرحلة دراسية إلى أخرى. لقد أخذته لعدد من الأطباء، لكن الفحص الطبى لم يكشف عن أية باب عضوية وراء هذا العجز عن الكلام.

ان المعالج السلوكى بطريقة التدعيم هنا سيقضى فى الغالب عددا من جلسات مع الأم ومع الطفل محاولا تبيين الظروف التى أحاطت بظهور هذا المرض، وبناء على هذا الفحص الدقيق يضع برنامجا من التدعيم الفعال يبرر من هذا السلوك غير المرغوب.

فهي أولا قد يطلب من الوالدين أن لا يدفعوا الطفل بأى شكل من أشكال للكلام ، لأن أى ضغط على الطفل فى هذا الاتجاه معناه خلق سمات منفرة مصاحبة للكلام. ثم يطلب ثانيا: أن يرى الطفل فى جلسات أسبوعية لمدة نصف ساعة أو ساعة كل مرة. ويكون قبل ذلك قد عرف من والديه أنواع الحلوى أو اللعب التى يحبها الطفل، حتى يجعلها متاحة للطفل فى العيادة وفق خطة معينة. وهنا يبدأ العلاج.

فى الجلسة الأولى قد يكشف المعالج للطفل ما يريد منه القيام به أو تحقيقه. وسيصحبه فى الغالب إلى حجرة مملوءة باللعب الجذابة، تاركا له حرية اختيار اللعبة التى تشد انتباهه أكثر من غيرها، محاولا الاشتراك معه فى اللعبة إذا سمح له الطفل بذلك. لكن فى كل الأحوال سينتبه المعالج إلى أى نشاط صوتى أو أى نشاط يرتبط بالكلام عند الطفل كبعض الأصوات الحلقية، أو حتى مجرد همهمة غير واضحة بالشفاه، وعند ظهور أى شكل

من أشكال هذا النشاط يقدم له فوراً قطعة من الحلوى التي يهواها طفلنا الابكم. ويستمر في ذلك عند أى محاولة اقتراب من الكلام باعطاء قطعة اضافية من الحلوى. وبالطبع قد يزيد المعالج من التدعيم فبدلاً من قطعة قد يعطيه قطعتين من الحلوى عند ظهور السلوك المرغوب (النشاط اللفظي). وسيلاحظ المعالج أنه بعد عدد قليل من الجلسات عن هذا النوع، سيبدأ الطفل في نطق بعض الكلمات لمعالجه.

ولأن المعالج يعرف أن السلوك نتاج لما يحدثه من آثار في البيئة، فقد يغير من مدعّماته. فقد يمتدح الطفل مثلاً لتقدمه في الكلام، ويقترح اعطاء لعبة صغيرة في كل مرة ينطق فيها كلمة أو جملة. لقد وضع المعالج سياسته على أساس تدعيم السلوك المرغوب، وسيبدأ بعد ذلك في التوسيع من نطاق التدعيم الإجتماعي. وبناء عليه فقد يطلب من الوالدين بعد هذا أن يستمرا في نفس سياسة التدعيم الفعال. انه يبين لهما أنهما حتى الآن يقومان خطأً بتدعيم السلوك غير المرغوب بطريقة غير مقصودة. فدفعهما وضغطهما على الطفل للكلام لا يشجعانه على الكلام بمقدار ما يشجعانه على الصمت والانسحاب. ان عليهما منذ الآن أن يتجاهلا تماما الطفل اذا ما صمت، وان يبديا كل مظاهر الاهتمام عندما يتحدث أو يبدي أى نشاط قريب من الكلام. وفي هذه المرحلة بالطبع ينتقل المعالج بالعلاج من العيادة إلى البيئة الحقيقية.

أما المرحلة النهائية فهي تبدأ أيضا في توسيع مجالات التدعيم الإجتماعي. لهذا يطلب المعالج من الوالدين أن يقوما بدعوة الأصدقاء الذين خلقون جوا من الطمأنينة والأمان للطفل، وأن يبعدها في هذه المرحلة عن زملاء الذين يكثرون من النقد، كذلك يطلب منهما أن ييلغا الأصدقاء بنفس

سنة أى تجاهل الخرس والصمت، وابداء الاهتمام والتشجيع عند أى متصل بالكلام. ولكي تتسع بالتدريج دائرة التدعيم الإجتماعي، قد يعالج بالمدرسين والمشرفين على تعليم الطفل، موجها لهم نفس مبادئ القائمة بشكل عام على اطفاء السلوك غير المرغوب (الخرس) من التجاهل، والتدعيم الفعال للسلوك المرغوب (الكلام) أو النشاط اللفظي كإبداء الاهتمام. أننا قد نلاحظ لفرط دهشتنا أن الطفل الآن قد أسانه من عقاله، وأصبح فيما لا يزيد عن أربعة أو خمسة شهور على التعبير الطلق الملائم لعمره الزمني.

في هذا المثال التصوري تتركز اجراءات العلاج بطريق التدعيم، وفي الصفحات التالية سنكشف بالتفصيل عن اجراءات العلاج، ثم استخداماته في المجالات المختلفة لتعديل السلوك البشري.

مبادئ العلاج السلوكي بطريق التدعيم وأساليبه

من المهم بادئ ذي بدء أن نبدأ أولا : في التحديد الدقيق لأنواع السلوك التي نريد أن نقوم بتغييرها عن طريق التدعيم الفعال. ويطلق سكينر في هذه المرحلة اسم التشخيص وفيها نقوم كما رأينا في الحالة السابقة بتحديد الابكم بجمع بعض المعلومات عن تاريخ الشخص، وعن الظروف التي سادت بتوليد السلوك الذي يحتاج للتعديل، كذلك يجب أن نولى اهتمامنا لظروف البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها المريض.

والاجراءات التي يقوم بها المعالج السلوكي في هذه المرحلة تختلف في اهدافها عما يقوم بها المحلل النفسي مثلا . ان المعالج السلوكي يولي اهتمامه هنا لهدفين رئيسيين :

١- التحدد النوعي : للسلوك المرضى .. أى ما هو السلوك الذى يتطلب العلاج والتغيير ، ويسمى هذا بالسلوك المحورى (عجز عن الكلام ، اضطراب فكرى ، تهنئة ، هلاوس ، اندفاع انفعالى ، انسحاب ، عدوان ، خوف .. الخ) بعبارة أخرى فان المعالج فى بحثه عن نمط الاستجابات المرضيه يهتدى بالتعريف الشائع للسلوك المرضى على انه السلوك الذى لا يستريح له الفرد أو يؤدي الى نتائج سيئه ومؤله ، اما للفرد نفسه أو للآخرين أو لكليهما. وكل سلوك من هذا النوع يستدعى بالطبع التعديل والاهتمام والعلاج . اما المعالج بطريق التحليل النفسى فهو لا يهتم غالبا بالتحديد الدقيق الواضح لانماط السلوك التى تحتاج لعلاج ، ويهتم بدلا من هذا بصياغة مفاهيم مجردة عن طبيعة الاعراض المرضيه.

فهو قد يرى مثلا ان المريض "يتلجلج" بسبب خوف قديم من الاب (عقده اوديب)، أو يتجه للتعامل مع جوانب السلوك التى تعود بالخطر على الآخرين على أنها دلالة على ضعف فى بناء الضمير بسبب اساليب خاطئه فى التنشئة ، بينما يكون افتقاد المريض لتأكيد ذاته مع الآخرين راجعا لخواف طفلية قديمة لم تحل فى طفوله المريض .. وغير ذلك من المفاهيم التحليلية الشائعة .

لهذا فان الخطه العلاجيه للمحلل النفسى غالبا ما تهتم بمحاولة التغيير من نمط الشخصيه كلها على أمل أن ذلك سيؤدي آليا الى علاج

شكله أو الاعراض التى أدت للعلاج . اما المعالج السلوكي الحديث فيولى اهتمامه للاستجابات المرضيه أو للاعرض ذاتها راسما خطته على الاساس . ويكون هدفه هنا هو تدعيم السلوك الايجابى وايقاف السلوك الضئى بشتى أنواع التعلم .

٢- الاهتمام المباشر بالظروف المحيطه بتكوين السلوك المريض (ذى أدى للعلاج) وهنا ايضا يختلف المعالج السلوكي عن المحلل النفسى أنه لا يهتم بتاريخ المريض هكذا مجرد ، بل انه يولى اهتمامه لانماط تفاعل بين الفرد والبيئه التى احاطت ببدايه تولد العرض . اذا اكتشفت ، أن عيبا مرضيا معينا قد بدأ فى بدايه الالتحاق بالمدرسه ، فانه قد ان يتكشف الاسباب فى اطار مفهوم الاستجابة والتدعيم ، أى فى بحث عن الاخطاء التربويه التى ارتكبت فى حق هذا الشخص (بسوء نية بوسن نية) مما ادى الى الاضطراب . وقد يكتشف أن البيئه المدرسيه تدعم بطريقه غير مقصوده هذا السلوك بسبب الضغط ، والدفع الشديد لمصير وغير ذلك من العوامل التى تؤدي الى اثاره تعطل نمو السلوك سليم .

وعند تعرض المعالج السلوكي لدراسة الاثار المباشره للبيئه التى احدثت بتولد العرض المرضي يهتم باطاره النظرى العام وهو ان السلوك المحورى (القلق مثلا) نتاج رئيسى لاستجابات البيئه للسلوك الانفعالى العام للشخص .. أن البيئه المحيطه تستجيب للفرد بطريقه تؤدي لتدعيم السلوك والتوتر بدلا من تدعيم الاتزان الوجدانى . أما المحلل النفسى فهو العكس من ذلك تماما قد يهتم بتاريخ حياة الشخص ، وتشجيعه على الطليق للطفولة وتكون هذه الاشياء هى المحور الاساسى للعلاج .

ان هدف المحلل النفسى فى هذا الاتجاه يتجه باختصار لجمع المعلومات عن تاريخ حياة المريض بون اهتمام مباشر بأنماط الخنأ فى تدعيم السلوك المرضى وبنون تحليل سلوكى للشروط المحيطة بتكوينه .

ثانيا : العلاج ..

يعترف الكثيرون بنور العلم فى التشخيص ، وجمع المعلومات عن المريض ، والظروف المحيطة بتكوين الاعراض ، وكيفية عقد المقابلة الشخصية ، وتصميم ووضع الاختبارات التى تساعد على التحديد الدقيق لسلوك المريض . لكن الكثيرين قد يرون أن نور العلم يتوقف عند هذه النقطة ، لى يبدأ العلاج النفسى بعد ذلك متروكا لذكاء المعالج الشخصى ، وخبراته وبعيرته ، وقدرته على التأثير والحكم الجيد . وتتفق مع د سكينر ، فى ان هذا نموذج لسوء الفهم لنور العلم وتطبيقاته فى السلوك الانسانى ، ان نور العلم لا يقف عند مجرد وضع اختبار جيد للذكاء ، يساعدنا على تحديد نسبة التخلف العقلى ، أو وضع اختبار للشخصية يساعدنا على تحديد طبيعة الاضطراب السلوكى ومقداره . أن جمع المعلومات هى الخطوة الاولى فى التحليل العلمى من أى نوع . اما الخطوة الثانية فهى

• قد يزعم بعض المحللين القسمن أن جمع معلومات عن تاريخ الحياة ايضا مرحلة سابقة للعلاج . لكن من المؤكد مع هذا أن العلاج التالى القائم على جمع تاريخ حياة المريض غير قائم على تحليل سلوكى دقيق للشروط المحيطة بتكوين العرض . ومع هذا فان بعض المحللين النفسين ينجحون فى علاج مرضاهم ، لكن يبدو مع هذا أن كثيرا من جوانب هذا النجاح تعود لاستخدام هؤلاء المحللين أساليب من التعيم لكن انشغالهم بمفاهيم فرويد النظرية يعدم عن التنبه لتدخل هذه المتغيرات .

مع علاقات وظيفية بين المنبهات والاستجابات أى تحديد المتغيرات التى على التغيير من سلوك أو نمط سلوكى معين . بعبارة اخرى تتركز ثانيه فى ضبط تلك المتغيرات السابقة والتحكم فيها على أمل التغيير فى السلوك الناتج (الاضطراب السلوكى) والتحكم فى السلوك بالفاه أو التخفف منه هو ببساطة العلاج النفسى . وبناء على هذا فان بعيد الملائم سيساهم مساهمه اكبر فى العلاج لان منطق العلم اساسا التجريه وضبط المتغيرات.

فى مرحلة العلاج يكون هدف المعالج السلوكى اساسا هو المساعدة على الدقيق لانماط السلوك السوى التى يتجه اليها اهتمام المريض (تأكيد التخلى عن العدوان ، القدرة على رعايه النفس والتوقف عن تعاطى رات أو مشروبات كحولية الخ) . كذلك مقدار شيوع هذه الانماط كية الجديدة ، أى تكرارها وظهورها اكثر من انماط السلوك المحورى ب تغييره والتخلص منه .

ويستعين المعالجون السلوكيون بأساليب متعددة لعلاج وتعديل السلوك . وفيما يلى أمثلة لاهم الاساليب المستخدمة وتطبيقاتها :

تتضمن تطبيقات العلاج النفسى بالتدعيم الاساليب الخاصة بالتعلم الانسانى والحيوانى . بعبارة أخرى، فان مفاهيم نظرية التعلم التى صاغها سكينر وتلامذته تستخدم فى مجال تعديل الاضطرابات النفسية والعقلية . وعلى سبيل المثال هناك تقارير منشورة متعددة تبين أن بعض هذه المفاهيم قد أمكن توظيفها فى المجال العلاجى ويؤدى بعضها الى نتائج ايجابية واضحة . صحيح أن كثيراً من المفاهيم النظرية لم يمكن بعد توظيفها بنفس النجاح ، الا ان ما امكن توظيفه يوحى بالامل فى مستقبل طيب فى التعامل مع السلوك الانسانى المرضى . ولعلنا لا ننسى أن الدخول بنظرية التعلم الى التطبيق العلاجى حدث فى فترة متأخرة نسبياً عن تطبيقات هذه النظرية فى المجالات الاخرى ، لكن النتائج حتى الان توحى بأن تنفيذ هذه الاساليب يؤدى الى تعديلات واضحة ملموسة فى انماط الاضطرابات والامراض النفسية . وفى الاجزاء التالية سنناقش استخدامات بعض هذه المفاهيم فى مجالات العلاج الجمعى ، أو الضبط الجمعى للسلوك المرضى فى مؤسسات الصحة العقلية .

يتجه بعض المعالجين الى تدعيم الاستجابات المرغوبة بتقديم مدعمات مباشرة مثل الطعام والشراب . بعبارة أخرى فى هذا النوع من العلاج اهتمام المعالج الى تدعيم الاستجابة المرغوبة بارضاء حاجة او رغبة وظيفية أو جوهرية فى بقاء الانسان وتكامله . وبالطبع نتيجة لان تقديم هذا النوع من التدعيم وحجبه (فى شكل تدعيم سلبى) محوط باعتبارات سلبية ، لهذا تتوقع عدم استخدامه فى الحالات المرضية المعقدة .. ومع ذلك هناك معينة ذكية يمكن للمعالج ان يستخدم التدعيم الاولى المباشر حتى علاج الحالات المستعصية . فعلى سبيل المثال يمكن استخدام تدعيمات لذة ذات طابع ترفيهى مثل الطوى والسجانر والفاكهة فى تدعيم السلوك جيد . ولقد امكن لبعض المعالجين أن يقدموا بعض هذه المدعمات (الطوى ومشروبات غازية- سجائر) مع بعض المرضى البكم (أو الاشبه بالبكم) فعية القدرة على الكلام لديهم. وبالرغم من أنه تبين نجاح هذا الاسلوب فى زيادة معدل الكلمات المنطوقة واستمرارها من المؤسسة ، فان نسبة الكلام التى تتكون بهذه الطريقة غالباً ما تكون للاسف ذات طبيعة آلية ، او خالية من التلقائية .

وتتفق مع المعالجين المعاصرين في ان استخدام المدعمات الاولى
باشرة من أكثر المجالات العلاجية التي يثور حولها الجدل ، خاصة فيما
علق بحقوق المرضى المحجوزين في المستشفيات . ان الامتناع عن تقديم
طعام أمر تحوطه اعتبارات خلقية وقانونية بطبيعة الحال . ولهذا يقدم
بعض الباحثين أنواع من الاطعمة الترفيحية أو المغلفة بشكل جذاب ،
بعضهم يرى أن من حق المريض أن يتناول وجبة غذائية ملائمة من حيث
مروط العامة للصحة ، لكن اذا تعلق الامر بحصول المريض على طعام
يهي فان عليه أن يتصرف بطريقة ملائمة حتى يحصل عليه ، ثم ليس
ما يتطلبه المجتمع الخارجى ويعامل أفراده على أساسه ؟ .

دعيم الاجتماعى :

من أكثر اساليب التدعيم العلاجى شيوعا فى الوقت الراهن ما يسمى
دعيم الاجتماعى ، أى تلك الاساليب التى تتضمن التقديم المنظم للتدعيم
اجتماعى مثل : المدح والتعزيز والتشجيع وابداء الاهتمام عند ظهور
استجابة المرغوبة . ومن المؤكد ان التدعيم الاجتماعى الايجابى من
نوع الذى تقوم بدور هام فى الحياة الاجتماعية بشكل عام . وعلى سبيل
المثال ، فان ارتفاع مستوى الاهتمام باللعب الرياضيه بين افراد مجتمعنا
يبدو من حماس نحو ألعاب كره القدم مثلا يقوم بدور فعال فى زيادة
مشاركة اللاعبين انفسهم ، ويشد كثيرا من افراد المجتمع نحو هذا المجال .

س القفز تولى المجتمعات المتقدمة اهتمامها للانجاز العلمى والنجاح
الادبى ، فقيم الجوائز التشجيعية ، والمنح الدراسية ، وتسترشد بأراء
العلماء ، وتوجه نحوهم الاضواء ، وهى بالتالى تشجع الروح العلمية
فتذب اهتمام كثير من الشباب الصغار نحو هذا المجال . ترى كيف يمكن
أن يكون حالنا لو أننا قدمنا من التدعيم الاجتماعى لمجالات الفكر والثقافة
علم نصف ما نقدمه للمجالات الأخرى ؟ .

وفى المجال العلاجى رأينا نموذجا لاستخدام الاهتمام والتشجيع فى
علاج الطفل الابكم عندما كانت تصدر منه مظاهر من النشاط اللفظى أو
صوتى . ويلعب المعالج (كمدعم اجتماعى) فى جلسات العلاج النفسى
دورا هاما فى تأكيد وإبراز جوانب السلوك التكيفى ، مثال هذا أن يقوم
بتشجيع شيوخ الافكار المنطقية المعقولة فى المرضى العقليين بشتى أنواع
التشجيع والتعزيز وابداء الاهتمام كما فى المثال الآتى :

المريض : (هو مريض عقلى فصامى ، مضطرب التفكير) : اننى لا
أعرف فى الحقيقه مشاعرى نحو والدائى .. نعم أنا أعرف أنهما
حياننى ويهتمان بى .. ويبديان اهتمامهما بى فى كثير من المواقف ،
لقد تلقيت منهما هدية لطيفة فى الاسبوع الماضى .

المعالج : (يشعر بان المريض هنا يقدم تعليقا اجتماعيا
سحيا وملاسا ، يلف ويوجه كل اهتمامه للمريض ، ويتسم
رقة وتشجيع) : جميل معنى هذا انك تريد ان تقول بان « والدائ
هيانى بدليل انهما يبديان اهتمامهما بى وبرعايتى » .

المريض : هذا صحيح . لكن هناك شيئا يحيرنى يا دكتور ، لماذا يأمر
لدى العمال بان يضعوا أدوات الترفيه فى وسط الطريق .

المعالج : (يشعر بان المريض قد عاد لاضطرابه الفكرى
و المنطقى ، يعمل ببنون اهتمام ، يضحى بنظره بعيد نحو
الغده ويغير موضوع الحديث) : كيف قضيت اجازتك فى الاسبوع
تسى ؟ .

ولان المعتقد ان التدعيم الاجتماعى بالانتباه والمدح والتحييد يلعب
هاما فى شيوع انماط السلوك المحورى أو المرغوب فان هناك بعض
عشئين ممن يرون بان التدعيم الاجتماعى عندما يكون مصحوبا بمدعمات
مسية (مكافأة مادية مثلا) بطريقة منظمة تزداد آثاره التدعيمية اكثر مما
تقدم وحده . ومع ذلك فان هناك من يرى أن التدعيم الاجتماعى القائم
لمدح والتحييد يعتبر فى حد ذاته نو أثر فعال بالنسبة لكثير من المرضى
فدون أن يكون مصحوبا بمدعمات مادية أخرى ، وانه عندما يستخدم
تة يمكن ان يؤدي وحده الى تغييرات محسوسة فى السلوك المرضى .
مثال على ذلك حالة المريض الفصامى (السيد س) التى عرضنا لها
صفحات السابقة ، والتى تصور لنا الامكانيات المختلفة التى يمكن ان

الى اليها السلوك عندما نولى اهتمامنا للسلوك المرغوب ونتجاهل السلوك
المرغوب .

كذلك تبين أن تجاهل السلوك المرضى بين الفصاميين قد أدى الى
بيانات ملحوظة فى جوانب الاضطراب التى تظهر منهم . فقد ثبت فى
هى الدراسات (٢) وجود تغيرات ملموسة ، وتناقص ملحوظ فى نسبة
اللاس (السمعية والبصرية) والتفكير غير المنطقى والمفكك فى مريض
سامى نتيجة لمجرد الابتعاد عن المريض عندما تحدث مثل هذه الانماط
الوكية (الهواجس والتفكك فى التفكير) والاقتراب منه مع الاهتمام
فماس عندما يتحدث بطريقة مرغوبة (خلو من الهلاوس ويقدر مرتفع من
اللاسك) .

وفى حالة اخرى لمريض فصامى ، عزف عن تناول الطعام فى
مشفى (نون سبب واضح) حتى أصيب بهزال شديد ، وتناقص وزنه
ان اصبح فى وقت ممارسة العلاج لا يزيد عن ثمانية وخمسين رطلا
ما يقرب من ستة وعشرين كيلو جرام) ، استطاع المعالج باستخدام
تلوب الاهتمام عندما يتجه المريض للطعام ، والتجاهل عندما يعزف عنه
يساعد المريض على تكوين عادات غذائية سليمة فيما لا يزيد عن خمسة
يام (٣) .

كما استخدم اسلوب المدح فى محاولة ناجحة لزيادة تدعيم الوعى
بالعلاقات الشخصية والاجتماعية وتربيتها بين مجموعة من المرضى العقلين
بمجرد تعليم المرضى بأسماء المرضى الاخرين والاشخاص الاخرين فى
البيئة (٤) .

ويستخدم التدعيم الاجتماعي واللفظي في علاج عيوب الكلام التي تنتج بسبب عوامل اجتماعية سيئة، وذلك بالتقليل من تلك العوامل الاجتماعية أو التخلص منه مع تكوين أنماط صحية جديدة من العلاقات الاجتماعية تساعد على اختفاء عيوب الكلام.

ويستخدم أسلوب التجاهل بنفس النجاح في تعديل المشكلات التي يبيها الأطفال كالبكاء والعناد والتربيب على الإخراج والعوان وغير ذلك. لقد أمكن، على سبيل المثال إيقاف طفل في الرابعة من عمره في مدرسة للحضانة من نوبات بكاء مستمرة وصراخ نون سبب واضح بمجرد تجاهله عندما يبكي وابداء الاهتمام والرعاية به عندما يتوقف عن ذلك، وذلك في فترة لا تزيد عن خمسة عشرة يوما. ويعلق المعالج السلوكي الذي قام بعلاج هذا الطفل على ذلك في العبارة الآتية:

« لقد لاحظنا الطفل لايام متعددة عندما طلب منا مساعدة المشرفين على دار للحضانة في إيقاف بكائه وعويله المستمر نون سبب واضح. وفي أثناء الفترات التي لاحظنا فيها الطفل قمنا بتسجيل عدد نوبات البكاء في كل يوم فتبين أن ثمانية نوبات من البكاء في المتوسط تحدث في كل صباح في الفترة الممتدة من الثامنة حتى الثانية عشر ظهرا. واكتشفنا أثناء ملاحظتنا أيضا أن نوبات البكاء والصراخ التي كانت تتملك الطفل كانت تشد اهتمام المدرسين مباشرة فيهرعون له محاولين اسكاته وملاطفته حتى يتوقف عن البكاء »

« وقد أمكن باستخدام التدعيم الإيجابي عندما يندمج الطفل في نشاطه العائلي والتجاهل عندما يبكي أن تتوقف نوبات بكاء الطفل تماما في خمسة عشر يوما. لقد توقف الطفل عن ابداء أي مشكلات نتيجة لهذا الأسلوب البسيط » (٥).

والحقيقة أن استخدام أسلوب التدعيم مع مشكلات الأطفال يتم بنجاح فيما تثبت غالبية البحوث المنشورة عن هذا الموضوع. ويبدو أن السبب الأساسي في هذا يرجع إلى سهولة ضبط البيئة المحيطة بالطفل أثناء العلاج. لكن المشكلة التي تواجه المعالج السلوكي تتركز أساسا في المنزل. لأنه، يجب أن تكون البيئة المنزلية متفقة لاساليب العلاج السلوكي أساسيات النظرية حتى يتم في المنزل تعميم التغييرات الملحوظة في العيادة، التالي في العالم الخارجي.

لهذا يولي المعالجون اهتماما ملحوظا لتدريب الآباء أو المشرفين في أساسيات على المبادئ الأساسية لتعديل السلوك. وهنا من المهم أن يور إلى أن كثير من الآباء يعتبرون مسئولين مسئولية رئيسية عن ظهور مشكلات السلوكية لدى أطفالهم لعجزهم عن ضبط هذه المشكلات بأساليب بسيطة كالتدعيم. ولهذا يلجأ المعالجون إلى تعليم الآباء والمشرفين مبادئ الرئيسية العلمية لتعديل السلوك في لقه بسيطة، ويضمنون توجيهاتهم شرحا بسيطا لبعض تجارب التعلم بالمكافأة والاثابة، التماثل بين الانسان والحيوان في كثير من المحددات البيئية للاستجابة، كذلك يوضحون لهم أنهم، (أي الآباء) مسئولون عن تكوين هذه المشكلات من خلال انماط التدعيم الخاطئة التي يكشفونها للطفل عندما يظهر منه سلوك غير مرغوب.

ولتدريب الآباء والموجهين تدريبا فعلا على استخدام التدعيم تستخدم بعض المراكز للعلاج النفسي في الولايات المتحدة الأمريكية حجرات ملاحظة تسمح للمعالج بمشاهدة كيفية التعامل بين الآباء والأبناء. وتصنع هذه الحجرات بحيث أنها تسمح لمن هو خارجها (المعالج) أن يشاهد ما يدور

التي المثبتة بأننيها بحيث لا يراها الطفل) .

الج (متدخلاً) : لاستجيبى لبيكاته ، استمرى فى قراءاتك .

س (يرتفع بكاه وعويله) : أنت لماذا لا تجيبى ؟

(تبعد الجريدة . توشك أن تستجيب لبيكاته) .

الج : (من خلال الميكروفون) لا تهتمى . استمرى فى التجاهل والقراء

بأنى أن تتجاهلى الآن هذا البكاء مهما بدا لك هذا صعباً . دعينا نرى

يحدث بعد ذلك .

س : هل يعود لمكعباته يستأنف اللعب بها بهوء . بعد لحظات قليلة يقوم :

س هل يمكنك أن تساعدنى فى بناء هذا الجزء من المكعبات .

الج (للام من خلال السماعة اللاسلكية) : الان يمكنك ان تساعدني وأن

س له اهتمامك لانه لا يبكى .

س (تتجه نحو الطفل) ، بكل سرور يا حبيبى طالما انك تطلب معونتى دون

س . ويطريقه لطيفه .

الج (للام) : هذه استجابة جيدة .

س فى هذا المثال السابق يتضح لنا أن مجرد مخاطبة الأم مباشرة

ساعد على توضيح معنى التدعيم ، ويبين لها بصورة محسوسة كيف أن

س طرق تفاعلها السابقة لا تصلح لمعالجة السلوك غير المرغوب . كذلك يبين لنا

س ان المعالج يدعم بنوره الاستجابات الملائمة كما تصدر عن الام ، ويصحح

س لها الاستجابة الخاطئة . وفى حالات كثيرة عندما يعجز الأباء أو المشرفون

س على الاطفال عن التقاط السلوك الملائم ، قد يتجه المعالج بنفسه لداخل

س الحجره الزجاجية وتنتقل الام لخارجها حتى تشاهد كيف يتعامل المعالج مع

بداخلها ، بينما لا يستطيع من بالداخل أن يرى المعالج الذى يلاحظ ما يدور

(بين الام والطفل مثلا) . والهدف من هذه الحجرات فيما هو واضح ملاحظة

السلوك فى جو طبيعى غير مصطنع ويحيث لا يعرف الطفل أو الاطفال أن

هناك ما يلاحظ تصرفاتهم فى الخارج . وغالبا ما تكون هذه الحجرات

مزودة بسماعات لا سلكية ، يمكن من خلالها أن يوجه المعالج تعليماته للأب

أو الأم بشكل مباشر عندما تصدر منهم أنماط خاطئة من السلوك مقترحا

عليهم استخدام انماط جديدة من الاستجابات . والمثال التالى يوضح لنا

كيف يتم ذلك فى حالة أم تشكو من كثرة بكاء طفلها ، ونشاطه العشوائى .

« الأم فى داخل الحجره الزجاجية تقرأ فى الجريدة الصباحية ، بينما

ابنها نو الربيع الخامس يلعب على بعد متر منها ببعض المكعبات . جاءت

الأم بالطفل لمركز العلاج النفسى لمعجزها عن تعديل بعض المشكلات التى

أخذ يثيرها الطفل منذ عامين : فهو كثير البكاء ، ولا يكف عن النشاط

العشوائى والحركات الزائدة مما سبب للأسرة كثيراً من التعاسة . المعالج

السلوكى خارج الحجره يشاهد ما يدور بداخلها . ويحدث عندئذ الحوار

الآتى :

الأم (داخل الحجره) : انتى أحب هذا البناء الذى اقمته بهذه المكعبات .

الطفل (يهد البناء بغضب) : لكنه لا يعجبني اطلاقاً .

الأم : جائز .

الطفل (ينخرط فى نوبة بكاء ونهنية) : لماذا قلت انه يعجبك ؟ لماذا ؟

الأم (توشك على الاستجابة عندما يتحدث لها المعالج من خلال السماعات

الشخص صاحب المشكلة ، ويسمى هذا تعديل السلوك من خلال الاقتداء ومحاكاة الطرق السليمة في التصرفات .

وعلى العموم ، فإن التدعيم الاجتماعى يعتبر عنصراً قوياً من عناصر التغيير فى سلوك المرضى النفسيين والعقليين ، فضلا عن المتخلفين عقليا . لكن هذا لا يمنع من التحذير من نقاط معينة ستحدث عنها عند الحديث عن المشكلات العملية والخلقية التى يثيرها استخدام التدعيم فى الوقت الحالى . متى يكون التدعيم فعالا ؟

والآن وبالرغم من ضرورة التدعيم لاجداث التعلم والتغير ، فقد لا يكون أحيانا فعالا . فقد ينشط أحد الاطفال فى الظهور بمظهر جيد اذا ما وعدته بقطعة نقدية ، بينما لا يؤثر ذلك فى سلوك طفل آخر . ونفس الطفل قد تختلف استجابته لنفس المدعم من وقت الى آخر . فقد يتوقف عن البكاء اذا قدمت له قطعة من الحلوى ، لكنه لا يفعل ذلك فى موقف آخر لا يكون فيه جائعا أو محتاجا لهذه القطعة . ويدل هذا على أن التدعيم لى يكون فعالا يجب ان تتوافر فيه بعض الخصائص .

فالشئ المستخدم كتدعيم يجب ان يكون محبوبا ومرغوبا من الشخص ، أى يجب ان تكون له قيمة ما عند الشخص . وهذه القيمة هى التى ستحدد ما اذا كان الشخص سيبدل جهده للحصول على الشئ . فبعض الناس (خاصة الاطفال وضعاف العقول) يبذلون أعظم الجهد فى مقابل المأكولات والحلوى ، وبعضهم يفضل تقدير الآخرين . وبعضهم يفضل كلمات مديح بسيطة ، وبعضهم يفضل المركز الاجتماعى والبعض يفضل الاندماج فى نشاط اجتماعى بناء . وفى حالات متعددة يصل التدعيم لدرجة مجردة كما فى حالة الفنان المبدع الذى يسعده ان يجد تقديرا لفنه او ان

ان عمله قد احدث بعض التغيير فى بيئته . يتطلب هذا إن ان يكون تصميم موجها ومرتبطا بالفروق الفردية .

وتشير النقطة السابقة سؤالا اكثر عمقا ويتعلق بالسبب الذى تختلف المدعمات من شخص الى آخر . لماذا يفضل بعض الاطفال الحلوى ، لماذا يفضل البعض الاخر قطعة نقدية ، أو لعبة ؟ وبين البالغين ، لماذا يكون المال هو المدعم الرئيسى بينما يكون المركز الاجتماعى أو الشهرة هو المدعم فى البعض الاخر ؟ يمكن القول بشكل عام ان الخصائص التدعيمية تختلف من شخص الى آخر بسبب احتياجات هذا الشخص ، حسب ظروفه الاجتماعية السابقة . ومن الشيق أن نشير الى بعض تجارب التى بينت أن نتائج التدعيم تتفاوت بتفاوت الطبقة الاجتماعية شخص من هذا دراسته أجراها بريماك Premack (٦) أطفال من الطبقات المتوسطة بينت ان اعطاء قطعة من الحلوى لا يؤدي الى تدعيم السلوك المرغوب كالاستمرار فى اداء لعبة معينة ، بل على العكس تبين له ان اللعب بلعبة معينة هو الذى يقوم بدور المدعم لتناول قطعة من الحلوى . ويختلف هذا الاتجاه فى اطفال الطبقات الفقيرة ، حيث تبين له ان قطعة الحلوى تقوم بدور تدعيمى للاستمرار فى اللعب (الارجحة) بعبارة أخرى فان تعديل سلوك الاطفال فى الطبقات المتوسطة يجب ان يتخذ سياسة تدعيمية تختلف عن تدعيم الاطفال فى الطبقات الفقيرة .

ومن العوامل التى تساهم فى فاعلية التدعيم سرعة تقديم التدعيم أو ما يسمى بالتدعيم الفورى أثر الاستجابة أو السلوك المرغوب . ذلك لان الشخص يتعلم السلوك فى وقت اعطائه التدعيم فاذا تأخر التدعيم عن ذلك فقد يفقد دلالتة ، لأنه قد يأتى فور الانغماس فى شكل سلوكى آخر غير

استمر الحيوان في اظهار الاستجابة لسته آلاف مرة قبل أن يتوقف ، وهو عدد أطول بكثير من عدد المرات في حالة الحيوان الذي تدعمت لديه الاستجابة بفعل التدعيم المستمر. وكذلك الامر بالنسبة للسلوك البشرى الذي نرغب في اكتسابه الاخرين أو اكتسابه بالنسبه لنا نحن. فتعليم الطفل مثلا لبس ملابسه بفعل التدعيم المتقطع ، المدح بين الحين والاخر كلما نجح في لبس حذائه مثلا ، يؤدي الى اكتساب المهمة الجديدة بطريقة أسرع وأفضل مما لو كنا نسرف في اعطاء التدعيم بصورة مستمرة.

ولا يتعارض التدعيم المتقطع مع فكرة التدعيم الفوري التي اشرنا لها. فقد يكون التدعيم متقطع وفوريا في نفس الوقت ، بل ان من الواجب كذلك اذا ما كنا نصبو الى جعل التدعيم قوى الفاعليه.

مشكلات يثيرها استخدام التدعيم

في تعديل السلوك البشرى

الان وقد عرفنا معنى التدعيم وأساليبه ، والعوامل التي تؤدي الى فاعليته ، أصبح الطريق ممهدا للحديث عن بعض المشكلات التي يثيرها استخدام هذا الاسلوب بالنسبة لاختصاصى العلاج بالتدعيم وبالنسبة للرأى العام أيضا.

فمن ناحية نجد أن المعالجين السلوكيين في الفترات المبكرة من اكتشاف نظرية "سكينر" كانوا يبدون اهتمامهم بتدعيم السلوك المرغوب ، وتجاهل السلوك غير المرغوب بشتى الوسائل التي عرضنا لها في الصفحات السابقة من هذا الفصل ، وذلك دون النظر لطبيعة السلوك الذي يقومون بتدعيمه. وقد أدى ذلك الى الاهمال التام لامكانية أن يكون السلوك نتيجة

شروط سابقة ، أو ربما يكون المريض قد قام بهذا السلوك بطريقة متعددة. على مثل هاتين الحائتين يصعب أن يؤدي التجاهل الى ازالة هذا السلوك ، وعلى العكس قد يؤدي الى مزيد من الاستجابات السلبية. افترض أن أيضا فصاميا قد أعطى عقارا تهدئته فأصيب بعد هذا ونتيجة للدواء بظواهر سلوكية منها التبول والنوم والتعاس. ان تعديل هذه الانماط السلوكية دون التوقف عن اعطاء الدواء قد يؤدي الى نتائج سيئة تماما. بل فان الاهتمام بأشكال السلوك الشاذة التي تظهر لدى شخص يحاول دوى المرض للحصول على مكاسب ثانوية لن يؤدي الى تناقص في تلك السلوك الشاذة بل قد يؤدي الى زيادتها وتصميم السلبى منها أكثر. لهذا فيجب على من يقوم بالتدعيم سواء كان معالجا أو شخصا آخر أن يهتم بخلفية الاضطراب السلوكى والاهتمام بالشروط السابقة على ذلك.

اضف الى هذا مسألة الفروق الفردية في القابلية للتغيير في هذا اتجاه أو ذاك نتيجة للتدعيم الاجتماعى. فالتدعيم الاجتماعى بالمدح مثلا يؤدي الى نتائج سلبية مع بعض المرضى خاصة المسايين بالبارانويا فى حالات الهستيريا ، لان لفت الانتباه هو ما يصبو اليه هؤلاء المرضى وهو عينه ما تقلمه لهم فى أى خطه علاجيه تقوم على التدعيم. يتحسن أداء بعض المرضى ويزداد اذا ما استخدمنا معهم التدعيم السلبى (التجاهل) أو النقد. لهذا فيجب أن نكون حساسين لمسألة الفروق الفردية هذه عند التفكير فى التخطيط لاي برنامج من التدعيم.

قضية أخرى يواجهها المعالجون بالتدعيم ، وتتمثل في مدى تعميم ظهور الاستجابة المرغوبة في مواقف الحياة الأخرى بعد تفحصها في العيادة ، أو في مركز العلاج النفسى . خذ مثلاً حالة طفل مصاب بالجلجة وعسر الكلام ، فاستطاع المعالج الملم بقواعد التدعيم والعلاج السلوكى أن يساعد الطفل بالتدرج على التخلص من السلوك غير المرغوب (اللججة) وتدعيم أنماط جديدة من الطلاقة ويسر التعبير . الواضح أن المعالج حتى هذه اللحظة قد نجح في أحداث سلسلة من الاستجابات المرغوبة ، وهى الطلاقة في التعبير والتخلص من التهتة ، لكن كل ذلك تم أما في عيادة المعالج ، أو في مركز العلاج النفسى . والسؤال الآن : ماذا يحدث لهذا السلوك وللأصدقاء القدامى ، والمدرسة وهم كما هم بنفس أنماطهم القديمة في التعامل معه . هل ستستمر استجابته السوية وتتطور كما كان متوقفاً لها؟ أم ان الظروف الاجتماعية الاصلية التى ساعدت على ظهور اللججة ستكف السلوك السوى ، وتخلق « اللججة » من جديد؟ بعبارة أخرى ، فان نجاح العلاج يجب أن يتبعه اهتمام بما يأتى :

١- تعميم انماط السلوك السوى واستمراره فى النمو والتطور فى مواقف خارجية ، لان هذا هو محك العلاج : الفاعلية لا فى حجرة العلاج النفسى ، بل الاستمرار فى الفاعلية خارجها ، ومع أشخاص آخرين ، وفى مواقف اجتماعية أشمل وأكثر تركيباً .

٢- تأكيد السلوك السوى الجديد وذلك بأن نضمن استمراره فى وجه الخبرات الجديدة التى قد يكون من شأنها كف المريض وارغامه على العودة للحالة السابقة .

وتنتيجة لهذا يقترح البعض (أ) شروطاً تساعد على استمرار النتائج هامة للتدعيم منها: أن يكون الموقف العلاجى مشابهاً الى حد بعيد للبيئة الطبيعية الاجتماعية التى تحيط بالمضطرب . وبهذا سيسهل على الشخص تعميم استجاباته السوية للبيئة ويسر وسهولة . ولهذا فمن الأفضل أن اجراءات تعديل السلوك فى البيئة نفسها . ويبدو أن هذا الاقتراح يكمن بحركة العلاج الاسرى التى أخذت تجتاح الولايات المتحدة وأوروبا فى السنتين الاخيرتين . حيث ينتقل المعالج (أو المعالجة) لاسرة المريض وتتراوح من ٢٤ ساعة الى أسبوع لكى يلاحظ - أو تلاحظ - أنماط العمل فى داخل الاسرة نفسها وموجها نصائحه على هذا الاساس . وبهذا فم المعالج بتعديل سلوك المريض وحدة بل بتعديل سلوك كل من يحيطون به ، أو بالأحرى فانه لا يقوم وحده بعملية العلاج بل يحول البيئة سيطرة كلها الى بيئة علاجية صالحة لتقبل الجيد وتطويره .

كذلك من الافضل تدعيم الاستجابات الجيدة الجديدة بأكثر قدر ممكن من تصبغ متماسكة وقوية ، وقادرة على مواجهة الصعوبات ، والخبرات الاجتماعية السيئة . فالشخص الذى أمكن له أن يتعلم أساليب الثقة بالنفس وتأكيد الذات ، قد يواجه فى البداية بعض الشراسة من زملاء أو رؤساء العمل ، اما لان تعلمه للسلوك الجديد لم يصبح جيد بعد ، أو لان زملاء العمل ورؤساء قد اعتادوا منه على شكل مختلف من التصرف أو لكلا سببين . ولتجنب الكف والعودة الى النمط المرضى السابق ، فان استمرار فى تدعيم الاستجابات الجديدة سيمنحها قدراً من القوة لتماسك ما يجعلها قادرة على مواجهة رياح التحدى . وعلينا هنا الا ننسى

مبدأً رئيسياً وهو النجاح يخلق نجاحاً كبيراً ، فالشخص الذى ينجح فى اكتساب شكل سلوكى جديد (تأكيد الذات ، أو الطلاقة فى التعبير عن النفس) .

سينجح فى اكتساب أشكال أخرى من السلوك لم تكن فى الأصل موضوعاً للعلاج . وهذه حقيقة تثبتتها عشرات البحوث فى هذا الميدان البكر . فنحن الآن نعرف - على وجه اليقين - أن النجاح فى التخلص من سلوك سئى (كاللجاجة) يصحبه نجاح مماثل فى سمات شخصية مثل انخفاض القلق العام ، وزيادة الثقة بالنفس ، والإيجابية . الخ (٩) ومن شأن هذه النجاحات الثانوية أن تلعب دور المدعّمات الإضافية الجديدة التى تزيد من قوة السلوك الجيد . وقد أمكن فى إحدى التجارب دراسة آثار التعميم فى أنماط سلوكية جديدة . فقد تبين أن النجاح فى تدعيم الاتجاهات الإيجابية نحو الطب والأطباء لدى مجموعة من الطالبات صحبه مزيد من الرغبة لديهن فى المساهمة فى التجارب الطبية ، وفى أداء المقاييس الطبية (١٠) لأغراض البحث العلمى فى ميدان الطب . ونعلم من دراسات التفكير الإبداعى أن تدريب الأفراد على التخيل ونجاحهم فيه يصحبه ازدياد فى الثقة بالنفس ، وبالسيطرة فى المواقف الاجتماعية . وهناك ما يؤيد أن هذه التغيرات تقوم بتشجيع وتدعيم الاستجابات التكيفية الجديدة التى أثارها (١١) .

وفى حالات كثيرة قد يتعذر الوصول الى مدعم مناسب لبعض الأشخاص أما لصعوبات عملية ، أو لأن مدعّمات هذا الشخص تصل لدرجة

التركيب بحيث يتعذر خلقها له . وتمثل تلك النقطة مشكلة يواجهها عالم علاج النفسى الحديث . ومن رأى أحد العلماء أنه يمكن تحويل كثير من نشاطات والاستجابات التى تصدر عن الشخص الى مدعّمات مناسبة اذا ما ربطناها بواقعه العامة . بعبارة أخرى فإن المدعم نُسبى ، ولا توجد مدعّمات مطلقة . لهذا يلجأ المختصون فى ادارة المرضى العقليين فى مستشفيات النفسية بأمريكا الى ضبط الجوانب المدمرة من سلوك مرضاهم على مآثل . وعلى سبيل المثال أمكن استخدام التوقف عن العدوان ، لتهاج سلوك عاقل فى التعامل مع زملاء من المرضى الآخرين والأطباء مدعم نتيجة لربطها ببعض النوافع العامة لدى المرضى مثل الخروج من مستشفى فى نزهة أو المساهمة فى نشاط دينى أو اجتماعى فى داخل مستشفى ، مشاهدة فيلم سينمائى .. الخ ومرة أخرى يقوم رجال السياسة برفع الرغبة فى ضبط سلوك الناس) بأشياء من هذا القبيل بأن يدعموا استجابات الخضوع والطاعة والحصول على تأييد المواطنين بربط هذه استجابات ببعض الاحتياجات والنوافع العامة السائدة لدى البشر ، تولى منصب جيد ، أو خلق وظائف وكارات وظيفية جديدة يشغلها من يكون الطاعة لحكومتهم .

إعتبرات أخلاقية

ويقودنا هذا الكلام الى مشكلة أخلاقية تتعلق باستخدام التدعيم .. التدعيم فيما يرى القارئ قانون من قوانين الحياة ساعد العلم على اكتشافه ويلورته . والقانون - كأي قانون - قد يستخدم بحكمة ، كما قد

يستخدم بطيش . اننا نعرف مثلا أن قوانين انشطار النرة يمكن أن تستخدم بحكمة فائقة اليوم في أغراض سلمية وطبية ، ولكن نفس هذه القوانين استخدمت في ابادة عشرات الالوف من البشر في " هيروشيما " و " نجازاكي " بطيش . لم يسبق له مثيل في تاريخ البشر .

كذلك الامر فيما يتعلق بالتدعيم . فما عرضنا له حتى الان فيما يتعلق باستخدام التدعيم إنما يشير الى صورة مشرقة وايجابية في ضبط جوانب الهدم والتدمير الذاتى والاجتماعى فى سلوك البشر (العصابى والذهانى) . وقد رأينا أن كل البحوث التى عرضنا لها تعطى - كليا أو جزئيا - نتائج ايجابية .. ولا شك فى أن هذا يدل على أن الامام بقواعد التدعيم يعطينا سلاحا قويا لمواجهة المشكلات السلوكية والاجتماعية . لكن السلاح فيما أشرنا نتوقف فاعليته دائما على من يحمله : فهو فى يد رجل البوليس حماية ودفاع وتحقيق للأمان أو هكذا على الاقل يجب ان يكون) ، لكنه فى يد قاطع طريق أو لص قوة للعدوان والتدمير . والحكومات تواجه هذا بسن قوانين حيازة الاسلحة وتضع عقوبات قاسية لاستعمالاتها السيئة . وهذا نفسه ينطبق بصورة ما على العلاج السلوكى بالتدعيم (أو بغيره) ، لكن ما تسميه الحكومات بقوانين حيازة الاسلحة واحرازها نسمية نحن بالاعتبارات الخلقية .

ولعل أول مبدأ خلقى للعلاج - السلوكى أو الفرويدى أو أى شكل آخر - ضرورة أن تكون قوانين تعديل السلوك والعلاج موجهة أساسا لخدمة المريض وبالتالي خدمة الآخرين . ويثير هذا الالتزام - الذى يجب أن يفوق

أى التزام آخر للمعالج - مشكلة أخرى يواجهها اخصائيو العلاج : المؤسسات الاجتماعية بشكل عام بما فيها المستشفيات ، ومراكز العلاج ، والسجون ، ومؤسسات التخلف العقلى .. الخ .. خاصة عندما تختلف .. كثيرا ما تختلف - أهداف المؤسسة مع الاهداف الانسانية التى يجب أن تحقق للمرضى . افترض على سبيل المثال أن المؤسسة تقدم طعاما قذرا ، يسئ العاملون فيها استخدام المرضى .. فيثور مريض معين . فهل يوجه المعالج سلاحه نحو المريض فيعمل بشتى الوسائل على تهدئته وأغرائه لتقبل وضع الكائن؟ أم يشجع لديه الاحتجاجات حتى يعود الاصلاح ؟ بالرغم من الاجابة واضحة على الاقل من الناحية النظرية فر ، أن الالتزام الاول هو صحة المريض ورفاهيته . فان التطبيق العملى . دائما ما تحيطه مشكلات .

لزالت مؤسسات العلاج النفسى هنا وفى الخارج نجح ما بين الحين والآخر لاستخدام قوانين ضبط السلوك بطريقة تتعارض مع حقوق البشر فيهم فى الشكوى والتعبير باخضاعهم لاسوأ أنواع التشريط . وقد شهدنا عام ١٩٧٤ جزء من ثورة الرأى العام والصحافة فى أمريكا أثر ما كتشف فى احد سجون ولاية « أيو » Iowa من ممارسة أساليب العقاب بحقن المساجين « بالابومورفين » عندما تصدر منهم أى استجابات غير مرغوبة من وجهة نظر المؤسسة . وأسوأ ما فى هذه القصة أن بعض من كانوا يساعدون على ذلك الاطباء النفسيون المشرفون .

وما يحدث فى مستشفيات التخلف العقلى لا يقل عن هذا سوءاً . فقد سمعت أخصائيا نفسيا اكلينيكيًا عربيا يبدي تشجيعه وتقبله لصفع أحد المرضى بقوة وفور صدور بعض استجابات العدوان الذاتى التى كانت تصدر عن هذا المريض بين الحين والآخر ، كطريقة لتعديل هذا السلوك

التميزى . وتعتمد كثير من المصحات على العقاقير المهدنة ، والجلسات الكهربائية وفي حبس المريض والاستخدام الاجبارى لانواع معينة من العلاج . ومن المؤسف أن كثيرا من هذه الوسائل تعوّه وتبرز بصورة كما لو كانت علاجا ، ، بما لا تعدو فى الحقيقة أكثر من كونها سبيلا للسيطرة وفرض الانضباط على النزلاء « الوقحين » ، والمتمردين ، والعنوانين من وجهة نظر العاملين .

فما هو المخرج من هذا المأزق الاخلاقى؟ ليس بالطبع فى التخلّى عن قوانين من العلاج تثبت فاعليتها فى توجيه السلوك البشرى يوما بعد يوم .. وليس بالتخلّى عن البحث العلمى فى هذه الموضوعات واثراء العلم وقوانينه . وإنما يكمن الحل فيمن يستخدم هذه القوانين ، وفى عالم القيم الذاتية والاجتماعية لهؤلاء الذين يقومون بتطبيق هذه القوانين .

ولا شك فى أن مزيدا من حركات الاصلاح الاجتماعى التى يجب أن تشمل نظام المستشفيات والمصحات العقلية ستتكفل فى حل كثير من أجزاء الأزمة . فلقد وصف واحد من علماء الاجتماع المتعمقين المستشفيات العقلية بأنها « مؤسسات كاملة » ، وهو يعنى بذلك الاشارة الى حقيقة مؤسفة تتعلق باماكن يخضع فيها النشاط للتنظيم الشديد والرقابة والملاحظة الدائبة من قبل الاجهزة الادارية المختلفة . وفى مثل هذه الظروف :

« تصبح حاجات الفرد ورغباته فى منزلة ثانوية ، بينما تكون الاهمية الاولى لادارة المستشفى ادارة تتميز بالسلاسة والخلو من المشكلات . أى أن شئون الفرد فى المستشفيات العقلية الكبيرة توضع فى منزلة ثانوية ، بينما تأتى ادارة المرضى وضبط أمورهم فى المنزلة الاولى » (١٢) .

ولاشك أيضا أنه لا بديل للمعالج السيكوى إلا بالتسلح بمزيت من الاخلاقيات المهنية . لكن مفهوم كلمة أخلاق يثير عددا من المشكلات النظرية . والتفسيرات الاخلاقية غالبا ما تعالج على أنها تفسيرات ذاتية دائما .. ولهذا الأخرى أن نتكلم عن ضرورة وجود مجموعة من الالتزامات الرئيسية التى فرضها الممارسة المهنية ، منها أولا : عدم استخدام أى أسلوب علاجي الا توافقا الشخص ومرضائه ، ومنها ثانيا : أن يكون الهدف هو صالح المريض وتكامله . ومنها ما قاله الفيلسوف « كانت » فى عبارات بسيطة :

« لاتعامل كائنا بشريا أخر على أنه وسيلة لغاية من الغايات ، بل نظر اليه دائما على أنه غاية فى ذاته وذاته » .

وتطبيق هذه الالتزامات ستحوطه بون شك مصاعب ومشكلات ، ولكن ليست هذه مشكلة عامة نواجهها دائما عند التطبيق ؟ ثم متى كانت المشكلات البشرية يسيرة الحل ، وسهلة الصياغة ؟ .

إن المعالج النفسى فيما أرى يعتبر بمعنى حارساً للقيم الانسانية اصلية ولحقوق الافراد الانسانية وداعية لاصلاح اجتماعى اذا ما هدت « القيم » ، أو أخضعت الكرامة الانسانية للتشريعات المهنية .. وعائد عالم نفس من هذا لا يختلف فى كثير من الاحيان عن عائد أى حارس أخلاقى مجتمع وعلى مر التاريخ : أن يواجه بالمشكك وربما بأشكال من الصراع المرير ..

الخلاصة

تستجيب البيئة الاجتماعية لتصرفات الناس بأشكال مختلفة من التقبل أو الرفض . و إذا كانت استجابة البيئة بالتقبل فإن هذا يؤدي الى تدعيم التصرف أو السلوك موضوع هذا التقبل . ويطلق على الاستجابات التي تستجيب بها البيئة للتصرفات والانفعال الانسانية مفهوم التدعيم . ويكون التدعيم البيئي ايجابيا اذا أدى الى زيادة فى شيوع السلوك السليم والسوى . ويكون سلبيا اذا أدى الى زيادة السلوك المضطرب والشاذ . فكما يدعم المجتمع أشكالا جيدة من السلوك ، قد يدعم أشكالا شاذة ومضطربة .

وتقرر نظرية التدعيم أن الاضطراب بأنواعه المختلفة يحدث بسبب عمليات تدعيم سلبية للسلوك الشاذ . فالتدعيم الخاطى باظهار الانتباه وتلبية رغبات الاشخاص عند انقماشهم فى أشكال شاذة من السلوك أو مدمرة للذات أو المجتمع سيؤدي فى الغالب الى زيادة فى تلك الجوانب الشاذة وبالتالي سيزداد حظ الشخص من الاضطرابات والشذوذ وتدعيمها البيئية الاضطرابات المصاحبة للأمراض النفسية والعقلية ومشكلات الاطفال بهذا الشكل . فعناق الطفل عندما يبكى ، والاستجابة لهلوس الفصامين على أنها علامة من علامات الورع ، والسكوت على عدوان الجانحين وتدميرهم للأخرين ، واظهار الاعجاب بسلوك الجانحين و التسلط العدوانى والمدمر بالآخرين ، والانصات للمكتئبين عندما يثرثرون عن أمراضهم الجسمية ومتاعبيهم فى العمل والحياة ، والنظر لتوتر القلقين على أنه علامة من علامات العبقرية والابداع . كل هذا وغيره يعتبر مظهر من مظاهر التدعيم الاجتماعى السلبى (المقصود أو غير المقصود) للإضطرابات النفسية والاجتماعية المختلفة .

التدعيم الايجابى لا يقل خطرا عن التدعيم السلبى الخاطى ، بل انه سببا رئيسيا فى ظهور بعض الاضطرابات النفسية والعقلية .
ب ، مثلا يحدث أساسا بسبب عدم وجود بيئة اجتماعية تمنع التدعيم وتثير الدوافع والفعل والنشاط . لذلك تبين الدراسات أن الاكتئاب من كبار السن ، أو المحالين على المعاش ، والمساجين السياسيين ، فيوت ، وأثر الازمات الاجتماعية كفقدان شخص عزيز ، أو مرض أو الفصل من عمل أو مهنة .. الخ . مما يدل عن أن الافتقار للتدعيم فى يرتبط ارتباطا وثيقا بظهور الاكتئاب النفسى وربما الانتحار .

كما يستخدم مبدأ التدعيم بطريقة منظمة يمكن أن يصبح وسيلة فعيل السلوك ومواجهة كثير من المشكلات الانسانية بطول ايجابية . هذا الفصل بتقييم صورة موجزة ومبلورة لاستخدام التدعيم فى النفسى . ويتطلب استخدام التدعيم فى العلاج أن نبدأ أولا بالتحديد اضطراب الذى نريد علاجه ، والاهداف التى نرغب فى الوصول اليها . فحصر الظروف الاجتماعية المحيطة بظهور الاضطرابات ، فئات الاجتماعية التالية لظهوره . ثم يبدأ تعديل السلوك بعد هذا من تأهل عندما تظهر الجوانب المضطربة غير المرغوبة عن السلوك . وقد سائج عدد من الدراسات التى تبين الامكانيات الواسعة والمختلفة أن يتطور لها البشر عندما نولى اهتمامنا لجوانب ايجابية من متجاهلين الجوانب السلبية منهم . وينطق ذلك على حالات مختلفة ميين ، وعيوب الكلام ، والقلق ، والانسحاب الاجتماعى . وقد أمكن (١٤) استخدام أساليب التدعيم فى علاج حالات الاكتئاب . وكمثال على امكن علاج سيدة فى الخامسة والاربعين كانت تشكو من مليد ، وذلك بتدريب أفراد أسرتها (نذجها وابنائها) على تجاهل

أحاديثها عندما كانت تنصب على الشكاوى البدنية، وتوهم الأمراض ،
والتهب ، واليأس ، والتهديد بالانتحار ، (وهى الاعراض التى تصاحب
عادة ظهور الاكتئاب) ، مع ابداء الاهتمام والتشجيع عندما كانت السيدة
تبدى أى مظهر من السلوك ، أو النشاط ، أو الحديث عن موضوعات ايجابية
متفائلة ، أو عندما كانت تقوم بأداء أعمالها المنزلية ، والخروج لصديقاتها ..
الخ . وعندما توقف أفراد الاسرة عن ذلك عادت السيدة الى نفس حالتها
الاكتئابية ، ولكن سرعان ما تحسنت عندما عادت الخطة العلاجية واستمر
تحسنها مطردا بعد ذلك نون انتكاسات .

ولكى يكون التدعيم فعالا يجب ان تصحبه شروط منها : أن يكون فوريا ،
وأن يكون موضوع التدعيم مرغويا من الشخص . والتدعيم المتقطع أفضل
من التدعيم المستمر من حيث تأثيره على السلوك الجديد المكتسب . كما
يجب الاهتمام بالشبكات المحيطة بالسلوك ، والفاء الوظيفة (المكاسب
الثانوية) التى يؤدى اليها السلوك السئ . ولكى نضمن استمرار الاستجابات
الجيدة بعد ظهورها بفعل التدعيم ، من الافضل أن نتخذ خطة العلاج فى
البيئة الطبيعية للشخص أو على الاقل فى بيئة مشابهة ، كما أن اشراك
المحيطين بالشخص (الاسرة أو الزملاء) واعلامهم بخطة العلاج وأهدافها
تؤدى الى استمرار تطور السلوك السوى والصحة وتدعيم سلوك جيد
يصحبه تغيير ايجابى فى خصائص سلوكية اخرى . وتعتبر هذه التغييرات
الجديدة من العوامل التى تساعد بدورها على استمرار ظهور الانماط
السلوكية الجديدة وثبوتها .

ولما كان التدعيم سلاحا نو حدين ، يستخدم فى أغراض علاجية انسانية
كما قد يستخدم فى أغراض لا انسانية كالتلاعب بالبشر والتحكم

علاقى فى سلوكهم ، فان من الواجب الالتزام ببعض القواعد الخلقية .
هرة الحصول على موافقة الشخص ورضائه فضلا عن أن يكون الهدف
هو دفع الشخص لمزيد من التكامل والارتقاء والفاعلية .

البحوث الحديثة مع هذا أن التدعيم لا يصلح وحده فى تفسير السبب
لشخصا معينيا يستجيب للاكتئاب-مثلا-عند الافتقار للتدعيم، بينما
يستجيب شخص اخر بالعنوان أو باللامبالاة. ان لايد من دراسة
سبب الناس فى التفكير واتجاهاتهم نحو التدعيم .حتى يكون المامنا
بتعديل السلوك متكاملًا .

مراجع وتعليقات

الاطلاع على النتائج الايجابية التي يؤدي لها النجاح من التخفف من
الامراض المرضية في الشخصية انظر ما يكتبه "ايزنك" سواء في
بعض كتبه المترجمة للفه العربية ، أو الكتب التي لم تترجم . وقد سبق
ان أشيرنا في الفصول السابقة الى عدد منها . كذلك أنظر :

10-Kasner,L.(1962) The therapist as a social reinforcement
machine . In HP H. Strupp and L. Luborsky(eds.) ,
Research in Psychotherapy. Vol.2 Washington, D.C.
APA, 1962.

الاستزادة عن آثار تدعيم القدرات الابتكارية والابداعية على الشخصية
انظر: عبد الستار ابراهيم التوجيه التربوي للمبدعين، مجلة
العلوم الاجتماعية (الكويتية) ، عدد ابريل، ١٩٧٩ .

عبد الستار ابراهيم، ثلاثة جوانب من التقسيم في دراسة
الابداع ، (تحت النشر).

شانون كاشدان ، علم نفس السؤال ، ص ١٨٠ (مرجع سبق
تكرره).

1- Skinner. B.F (1953). *Science and human behavior* . New York :
Macmillan.

٢- للمزيد من استخدامات مبدأ التدعيم في تعديل سلوك المرضى العقليين
والفصامين بشكل خاص انظر :

3- Hagen, R. (1975) Behavioral therapies and the treatment of Schizo-
phrenic. *Schizophrenia Bulletin*. Issue No . 13 pp . 70.96.

4- Kazdin, A.E.(1968) *Behavior modification in applied setti-
ngs* . Homewood, Illinois : Dorsey Press.

- Hagen, Op. cit, 1975

- Hagen, Op. cit, 1975

٥- للمزيد من تطبيقات مبدأ التدعيم في علاج المشكلات السلوكية للاطفال
انظر: لوك واطسون ، تعديل سلوك الاطفال ، ترجمة محمد
فرغلي فراج - وسلوى الملا ، القاهرة : دار المعارف ، ١٩٦٧ .

6- Mack, D. (1962) Reversibility of the reinforcement relation.
Science. 163,255-257.

٧- هول ليندزي ، نظريات الشخصية ، ترجمه فرج أحمد فرج واخرين
القاهرة : الهيئة العامة للكتاب، ١٩٧١ ..

٨- للمزيد عن التدعيم وشروطه وتطبيقاته انظر :

Goldfried. M.R & Davlison, G.C *Clinical behavior therapy* New
York: John Wiley , 1976.

الفصل الثامن

العقلانية أو تعديل اخطاء التفكير

تمهيد :

تنبه الفلاسفة اليونانيون منذ القدم الى أن الطريقة التي ندرك بها الأشياء وليس الأشياء نفسها هي التي تسم سلوكنا وتصفه بالاضطراب أو المسواء. وفي هذا الصدد يقول « أبيقورس » « لا يضطرب الناس من الأشياء ، ولكن من الآراء التي يحملونها عنها » .

أما العلاج النفسي - السلوكي المعاصر فيسلم أيضا بأن كثيرا من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات تعتمد الى حد بعيد على وجود معتقدات فكرية خاطئة يبنها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به. ومن هنا أبتكر المعالجون النفسيون مفاهيم وآراء مختلفة عن قيمة العوامل الذهنية والفكرية في الاضطراب النفسي. وتتفاوت هذه المفاهيم : فهي عند ألدلر Adler تشير الى « أسلوب الحياة » الذي يتبناه العصبي أو الذهانى(١). وعند البعض الاخر تشير الى أساليب الاعتقاد(٢) ، ويستخدم البعض الثالث مفهوم « الفلسفة الشخصية »(٣). أما ألبرت اليس Ellis فيستخدم مفهوم « النفع المتعلل » . وبالرغم من الاختلافات الظاهرة في هذه المفاهيم فان هذه الطائفة من الباحثين والمعالجين تتفق على أن الاضطرابات النفسية أو العقلية لا يمكن عزلها عن الطريقة التي

يفكر بها المريض عن نفسه وعن العالم أو اتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين . وأن العلاج النفسى بالتالى يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات الذهنية قبل أن نتوقع أى تغيير حاسم فى شخصية المريض ، أو فى الاعراض التى دفعته لطلب العلاج .

لهذا يلاحظ أحد الباحثين فى العلاج النفسى أن « كل أشكال العلاج النفسى - بما فيها السلوكى - تعلم الناس أن يفكروا وأن يشعروا ، وبالتالى أن يسلكوا بطريقة ملائمة مختلفة (٤) » . ومن ثم فإن نجاح العلاج النفسى ، أو نجاح الشخص فى التغيير الإيجابى يجب أن يكون مصحوباً بتحسن فى طريقة تفكيره والتغير فيها .

كذلك فإن الدراسات الحديثة لعلماء النفس تبين أن تأثير كل أساليب العلاج تقريباً بما فيها استخدام العقاقير* والأساليب الفسيولوجية تعتمد اعتماداً حاسماً فى تحقيق نجاحها - على عوامل معرفية مثل : توقع مكاسب علاجية ، والمعلومات التى يحصلها المريض عن مواقف الخوف ، والقلق ، الاكتئاب ، والتدريب على ضبط الانتباه ، واتجاه الشخص نحو المعالج ، ونحو العلاج النفسى بشكل عام (٥) . وهى كلها فيما يلاحظ القارئ عوامل تنتمى الى أسلوب تفكير المريض ، واتجاهاته العقلية .

* نلاحظ أنه بالرغم من أن تأثير العقاقير الطبية نوطابع فسيولوجى ، فإن المريض يمكن أن كان غير راغب فى العلاج ولا يرى ضرورة أن يقوم بوسائل تقلل من تأثير هذه العقاقير أو تأثيرها . وأبسط مثال على هذا ما نلاحظه فى مستشفيات الطب العلقى من أن المريض قد يبقى الاقراض العلاجية فى لمة دون أن يبذلها ، ويصنعها خفية ما دام اتجاهه نحو الطبيب المعالج أو المعالج صليبا . ويكشف الفيلم السينمائى الحاصل على جائزة الأوسكار " طائر فوق عش نجارين " جوانب من هذه الاتجاهات دون مبالغة .

غير أن من الضرورى أن نشير الى أنه بالرغم من الاعتراف المتزايد فى الوقت الحاضر بدور العوامل المعرفية وأهمية تغيير أساليب التفكير فى العلاج النفسى - السلوكى فإن هذا الاعتراف جاء مؤخراً ، ولفترة قريبة لم يكن المعالج السلوكى يولى اهتماماً يذكر بدور هذه العوامل معتبراً أياها عوامل داخلية لا يمكن إخضاعها للملاحظة أو التعديل المنظم ، وكان الاهتمام فيما رأينا فى الفصل السابق متجها الى السلوك الظاهرى أو الافعال الظاهرية المضطربة . فعلاج القلق - على سبيل المثال - كان مركزاً على تغيير الافعال الظاهرة التى تبدو لدى الشخص القلق ، كالرعشة ، والاضغاء ، وخفقات القلب .. الخ دون اهتمام بالافكار التى يقولها المريض لنفسه ، أو اتجاهاته نحو مواقف لا تستثير بطبيعتها هذا التوتر .

ولفترة قريبة لم يكن « ولبى » - مثلاً - يرى أهمية ما للتأثير فى أساليب التفكير . فمن رأيه أن البدء فى تعديل السلوك أهم من التعديل فى طرق التفكير ، لان تعديل السلوك (سلوك الخائف ، او المتوتر مثلاً) يلاذى بعد ذلك الى تعديل فى الظواهر الفكرية كالاستبصار ، والتفسير فى الاتجاهات والمعتقدات وليس العكس . ويدعى بلثه لم يعثر على تجربة واحدة تبين أن تغيير المسالك الذهنية والاستبصار يصحبهما تغيير فى السلوك الظاهرى . ونتيجة لهذا يرى بأن كل ما نحتاج اليه هو ابتكار طرق فعالة وحاسمة للتعديل من السلوك الظاهرى « غير السلوك ، وستتغير معه أساليب التفكير » . على أن الامر لم يقبل من المعالجين والباحثين بهذه البساطة . فمنذ عام ١٩٦٥ عكف الباحثون فى العلاج النفسى على دراسات

كثيفة لم تدع نتائجها مجالاً للشك في أن المرض النفسى تصحبه اضطرابات في طرق التفكير . وأن التغيير من هذه الطرق يصحبه تغيير في لتوافق والسلوك .

أما لماذا لم يجد « ولبى » حالة أدى فيها تغيير التفكير الى تغيير فى سلوك ؟ فإلته كان - مثله فى ذلك مثل المعالجن السلوكيين فى الفترات المبكرة من تاريخ هذا المنهج - ينتقى الحالات المرضية التى يشكل فيها لاضطراب السلوكى محور لكل الاعراض الرئيسية .

وحدثا نجح « لازاروس » فى علاج حالة ضعف جنسى لدى شاب فى السابعة والعشرين من عمره بعد أن فشل معالج سلوكى تقليدى مشهور معه . لان « لازاروس » لم يجعل همه التعديل من الاضطراب السلوكى ذاته (وهو الضعف الجنسى) ، بل ركز على طريقة تفكير المريض واتجاهه نحو الجنس عموماً عندما كان يضاجع زوجته . فلقد كان المريض يتصور بأن لعلاقة الجنسية الزوجية نوع من العبودية ، وأن الايمان الجنسى كالايمان على المخدرات . أن من العبث اغراء المريض باستخدام طرق العلاج السلوكى التقليدية لعلاج الضعف الجسمى مباشرة (كالاسترخاء عند لاتصال الجنسى مثلاً) وهو يعتقد مثل هذه التصورات . أن من الضرورى أن نعدل منذ البداية اتجاهه نحو « الجنس » ونحو معتقداته الخاطئة عن لعلاقات الزوجية . ولهذا أمكن بنجاح علاج هذا الشخص فى أسابيع قليلة من المناقشة والاقناع وبحض أفكاره الخاطئة عن هذه الموضوعات .

وكعادتنا فى تناولنا لموضوعات هذا الكتاب - خاصة ما يتعلق منها بمناهج العلاج . سنحاول فى الصفحات الآتية أن نبين بمختلف الأدلة أن

عيل المسالك الذهنية ضرورى لنجاح العملية العلاجية ولتغيير الشخصية ، أنه يؤثر تأثيراً مباشراً فى اثاره الاضطراب وفى آثاره الشفاء ، كما نعرض لجوانب التفكير التى تصاحب الامراض النفسية وتلك التى تصاحب الصحة النفسية . وفى الجزء الاخير من هذا الفصل من هذا الكتاب نكشف عن بعض الاساليب الفعالة فى تغيير السلوك الذهنى .

أدلة على فاعلية أساليب التفكير فى أحداث

الاضطراب النفسى وفى العلاج منه

أما الأدلة التى سأسوقها هنا للكشف عن أهمية أساليب تفكيرنا - يفتتا فى الاعتقاد عن الاشياء وعن النفس - فى اثاره الاضطرابات النفسية والاجتماعية والعقلية فيعتمد بعضها على استقصاء للكراء النظرية لسفية ، ويعتمد بعضها الاخر على النظريات العلمية ، والبعض الثالث يمد على الادلة التجريبية الحديثة .

أولاً : من الناحية الفلسفية أشرنا الى الآراء الفلسفية للمدرسةبيقورية التى ترى بأننا نضطرب لا من الاشياء ولكن من آرائنا عنها . هذه المدرسة آراء أخرى تسهم فى الكشف عن قيمة تعديل المسالك الذهنية فى تحقيق السعادة والتواءم مع النفس والبيئة . فالفلسفة الرواقية ترى مثلاً أن ما لا يمكن تعديله يجب أن تقبله ، أو تطرحه جانباً فلقد لا يقبل الفرد شيئاً من وقائع الحياة التى لا أمل فى تغييرها أو اصلاحها (كوفاة قريب ،

أو وجود جوانب نقص فينا ، عجزنا عن الكمال ، اختلاف الناس عنا ..
 اختلاف الناس عنا .. الخ) لكن الفرد بعدم تقبله لهذه الحقائق الحتمية
 يجعل نفسه مستهدفا لكثير من ألوان التعاسة والاضطراب ، بمعنى أنه إذا
 واجه مشكلة س أو موقفا حتميا لا يملك تعديله ، فإن تبديده لطاقته في
 التفكير في هذه المشكلة لن يعمد عليه بفائدة ، بل سيؤدي في النهاية إلى
 تضخيم توتره النفسى والانفعالى ، منتهيا به إلى مضاعفات من الشقاء
 أكبر بكثير من المشكلة أو الموقف ذاته . والحقيقة أن كثيرا من مشكلات
 العصائين ونميرهم تنتج بسبب الإجماع والمحن التى تمتلكهم فى التعامل
 دائما مع الأشياء المستحيلة . فالعصائى يبحث دائما عن المستحيل أو
 المتعذر متجاهلا التعامل مع الممكن وتميمته . ويؤدي به هذا فى النهاية إلى
 الاجهاد النفسى ، والشك فى امكانياته وبالتالي التفكير فى البيئه على أنها
 مصدر للمتاعب والتهديد وأثارة المصاعب والتوترات .

وينظر بعض المعالجين لمبادئ الفلاسفة الرواقية على أنها فلسفة
 للصحة النفسية والسعادة الخاصة . ولهذا بدأ طبيب نفسى سنة ١٩٥٠
 محاوله لتوظيفها للعلاج النفسى (٦) . وذلك بأن كان يسأل طالب العلاج
 أولا أن يعرف أن اضطرابه يرجع إلى مبالغته الانفعالية فى الاستجابة
 للمواقف أو المواقف المثيرة للاضطراب . ثم يطلب من المريض بعد هذا أن
 يدحض هذا الميل المبالغ فيه بالاستجابة للبيئة من خلال الاقتناع الذاتى بأن
 الخطر - لو كان هناك خطر - لن يؤدي إلى نهايتنا . وفى رأى الطبيب هذا
 أن مبالغتنا فى الاستجابة للبيئة تكون أما ناتجة عن تصور أن موقفا
 خارجيا أو شخصا قد أخطأ فينا وأساء إلينا ، وأما عن تصور باننا
 أخطأنا فى حق شخص آخر ... وكلا الصورتين خاطئ من الوجهة المنطقية
 طالما أنه لا يوجد دليل على صحة أى منها .

ويكتب بتراند راسل فى سنة ١٩٣٠ كتابا عن الطريق إلى السعادة
 (٧) . يعرض فيه بعض الافكار التى أسهمت فى حركة تعديل التفكير
 لصديقه . وكمثال على هذا يذكر « راسل » أن الانسان قد يشعر بالراحة
 الخلاص والهدوء إذا ما حاول - عند الشعور بالخوف من شئ معين - أن
 تخيل أسوأ النتائج وأن يركز الذهن فيها وأن يقنع نفسه بأن ليس فى هذا
 هائبة . كذلك يرى أن : « ... من أسلم الطريق لمواجهة أى نوع من الخوف
 أن تفكر فيه بهدوء وبطريقة متعلقة ، ولكن بتركيز شديد إلى أن يتحول إلى
 من مألوف لديك . وفى النهاية فإن الالفه بالموضوع المخيف ستستأصل
 الشعور بالخوف » .

فى موقع آخر يقول راسل :

« دائما ما يتحول رأى العام بكل طغيانه نحو من يظهر خشية منه ،
 ما هؤلاء الذين لا يكثرثون به فنأدرا ما يتحول الرأى الهام ضدهم » .

ومن الواضح أن « راسل » فى هذا يتبنى فلسفة للسعادة
 انسانية تستخلص أساسياتها من أن العقيدة تحكم السلوك ، وأن التفكير
 فى أمور الحياة بطريقة منطقية ومتعلقة تصحبه أيضا حياة وجدانية هادئة
 خالية من الاضطراب - وسنرى فيما بعد أن بعضا من مبادئ تعديل
 السلوك الذهنى تستخدم عملية تحليل نظرية مماثلة .

ثانيا : ومن ناحية أخرى هناك من التحليلات النظرية للنتائج الحدية
 علاج النفسى ما يضيف تأييدا على التأييدات الفلسفية السابقة بأن تعديل
 سلوك فى حالات الاضطرابات النفسية والعقلية يتم بسبب التغيير فى
 العوامل الفكرية وفى الاساليب الذهنية للشخص . ويلاحظ أحد المعالجين

المحدثين (٨) بأن كثيراً من المعالجين السلوكيين يستخدمون - بوعى أو بدون وعى - أساليب لعلاج مرضاهم وتعديل معتقداتهم واتجاهاتهم جنباً إلى جنب مع مناهجهم السلوكية القائمة على عمليات التدعيم والتشريط. ويلاحظ منذ « كانفر Kanfer » من الينوى Illinois بأن من بين الأنماط الثلاثة الرئيسية الحديثة في العلاج يوجد نمطان على الأقل يكتسبان فاعليتهما في التأثير على الشخصية بسبب عوامل ذات طابع ذهنى وفكرى. أما الأنماط الثلاثة التى يستخدمها المعالجون للسلوكيون فى الوقت الراهن وفى ضوء تحليلات « كانفر » فهى :

- ١- نمط العلاج من خلال تحريض المريض على أحداث التغيير فى نفسه وفى بيئته ، وذلك كأساليب تأكيد الذات التى سبق الإشارة إليها . والمعالم بهذا المعنى ما هو الا محرض على التغيير وداعية لاتخاذ مواقف جديدة أكثر كفاءة فى مواجهة الحياة الاجتماعية .
- ٢- نمط التشجيع فى القيام بالسلوك الملائم من خلال الاقتداء والمحاكاة والتكرار .
- ٣- تدعيم وتعديل السلوك بالطريقة التى سبق الإشارة إليها فى الفصل السابق . وفى هذه الأنماط الثلاثة لا يوجد فى الحقيقة الا النمط الثالث الذى يمكن أن ينتسب إلى نظرية « سكينر » ونظرية التعلم بالمعنى التقليدى . أما النمط الاول فيتضمن العمل على تدعيم التغيير فى اتجاهات المريض مع اقتناعه واغرائه بتغيير أنماطه الفكرية ، ومن ثم أساليبه فى التفاعل . ويتضمن النمط الثانى عوامل فكرية معاملة أذ نعطى الشخص فرصة ملائمة لتقييم اضطراباته السلوكية ، مع

إعطائه بدائل سلوكية ملائمة وجديدة وبنون تخوف من النتائج . وفى كلا النمطين الاول والثانى يوجد شكل من أشكال تعديل التفكير .

أضف إلى هذا أن النجاح فى بعض مناهج العلاج السلوكى - كما نشرنا فى فصول الكتاب السابقة - قد يؤدي إلى تغيرات ذهنية وفكرية . نأول على سبيل المثال أسلوب تأكيد الذات والتشجيع على الحرية الانفعالية ماذا تجد فى هذا الأسلوب ؟ تجد فى الحقيقة معالجا نفسيا يوجه مرضاه لشفاع عن حقوقهم الرئيسية من خلال التشجيع على تنمية الثقة بالنفس ، بعد معالجا يعلم مرضاه ما الذى يجب أن يقولوه ، وكيف يقولونه فى مواقف الإحباط والتأزم . بل أن « ولبى » وهو المتشدد فى الاتجاه السلوكى لاحظ أن بعض التغيرات تحدث فى سلوك مرضاه بعد نجاحهم فى تأكيد الذات ، وتشمل هذه التغيرات طريقة تفكير المريض واتجاهاته العقلية . من هذه التغيرات التى لاحظها أن المريض يبدأ فى ابراك مبالغاته الانفعالية فى تقدير الاشياء ، كما يدرك أن مخاوفه كانت تشوئها للواقع ، وبالتالي يبدأ المريض فى اعتناق أفكار وتصورات واتجاهات جديدة تتفق من حيث واقعيتها مع واقع الموقف .

- تأول أسلوبا سلوكيا آخر كأسلوب التطمين التدريجى ، ستلاحظ أيضا أن العلاج يمر بمراحل ثلاث هى :
- ١- التدريب على الاسترخاء العميق .
 - ٢- تدرج الخوف والقلق .
 - ٣- تخيل مواقف الخوف موقف موقفا مع الاسترخاء .

وتبين، حوث الحقيقة أن التخيل وحده (وهو عامل ذهني) يون كل المراحل . سوى هو العامل الضروري في ازالة الخوف ، أما الاسترخاء ، ووضع التدريج ، فهي تمثل أهمية أقل في التعديل السلوكي .

ثم لاحظنا أننا عملية العلاج نفسها - هل يتم التغيير دون ارادة المريض؟ وهلى يمكن أن يشفى المريض ويخطط لنفسه أساليب جديدة في التفاعل والتوافق دون وجود قدر من التوقع الذهني للشفاء ، والامل الايجابي في نجاح أسلوب العلاج المستخدم ؟ بالطبع لا . بل أن هناك نظرية تحتل في الوقت الحاضر اهتمام عدد لا بأس به من علماء الشخصية والعلاج النفسى ومؤداها أن سلوك الفرد وعملياته النفسية الاخرى تتوقف على توقعه للطرق التى ستحدث بها أشياء معينة (أنظر المرجع رقم (٨) . بعبارة أخرى ، فإن سلوك الفرد تحكمه الى حد بعيد عوامل معرفية وفكرية كالتوقع وطريقة التنبؤ بحدوث أشياء معينة .

فالشخص الذى يتعرض لتجربة فشل فى عمل ، أو صداقه ، أو حب قد يصيبه الاكتئاب والحزن اذا ما كان يتوقع بأنه لن يجد بديلا لخسارته للعمل ، أو للشخص . واستجاباته المكتئبة الحزينة ستختلف لهذا عن شخص يتبنى توقعات مختلفة تقوم على الامل فى وجود بديل ناجح لخسارته . ولهذا السبب قد ينجح العلاج مع شخص بينما لا ينجح مع شخص آخر .

ثم اذا نظرت الى سلوك العصائى أو الدهانى فستجد دون شك أن سلوكهما الدفاعى وغير الواقعى إنما قد يكون ناتجا عن نقص فى المعلومات عن أساليب السلوك الملائمة . فطالب الكلية الذى يأتى من قرية صغيرة والذى يرغب بشدة فى الحصول على التقبيل الاجتماعى قد لا يكون خجولا ،

لكنه لا يعرف ببساطة أساليب التقرب وأساليب التفاعل الاجتماعى (٩) .
لكننا لا نعرف ما هو الصحيح قد نعرف فى ممارسة ما هو
عاطفى .

ثالثا : سانتقل الان الى مجموعة ثالثة من الأدلة على فاعلية العوامل
الذهنية فى اثاره الاضطرابات الوجدانية والسلوكية . وسأطلق على هذه
المجموعة من الأدلة :

الأدلة التجريبية ، لان بعضها يأتينا من معامل علماء النفس
سلوكى نواتهم ، والبعض الاخر يأتينا من تجارب باحثين معاصرين
يتضمنون لفرعين رئيسيين من فروع علم النفس وهما الشخصية وعلم
النفس الاجتماعى .

لنتأمل بعض النتائج التجريبية التى جا حقا من دراسات بافلوف -
مؤسس المدرسة السلوكية - لنرى ما اذا كان فى نظريته أثر لما يسمى
بالعوامل العقلية أو الذهنية . أن الكثيرين قد فهموا « بافلوف » خطأ على أنه
صاحب نظرية ضيقة لوصف السلوك بمقتضاها لا تزيد الظواهر السلوكية
(من تعلم وخوف وحب وصداقة ، واكتئاب وتفاؤل وتشاؤم - الخ) عن كونها
استجابات شرطية .

ليس هذا هو كل « بافلوف » فى الحقيقة ، فهناك جوانب مجهولة فى
نظريته تجعل منه عبقرى بحق من حيث تنبئه لتعقد السلوك الانسانى
وبالتالى تعدد الشروط الموجهه لهذا السلوك . وفى عدد من التجارب أمكنه
أن يحدث فى حيواناته حالة من الاضطراب النفسى الشبيهة بالاضطرابات
العصائبية لدى البشر ، وأطلق عليها أسم العصاب التجريبي . وفى تحليله
لهذا العصاب التجريبي لدى الحيوانات لاحظ أن السلوك اللاتوقعى أو

المرضى يحدث بسبب عوامل منها :

١- استخدام منبهات حادة وشديدة (كان يصحب تقويم الطعام بضوء مبهر ، أو صوت عنيف حاد) .

٢- تأخير ظهور الطعام تدريجيا بعد ظهور المنبه الشرطى (الضوء المبهر أو الجرس يصحبه الطعام أحيانا فوراً وأحيانا يتأخر لفترات طويلة) .

٣- صعوبة التمييز بين المنبهات الشرطية لتقاربها واختلاطها (مثلا ظهور درجات من الضوء الأخضر ، تدل إحدى الدرجات منها على ظهور الطعام . لكن الحيوان يصعب عليه تمييز هذه الدرجة وتحديد ما لان الفرق بين الدرجات اللونية السابقة أو اللاحقة طفيفة أو ليست واضحة) .

٤- التغيير المستمر وابدال المنبهات الشرطية الايجابية بمنبهات شرطية سلبية والعكس (ظهور الضوء الاحمر في بعض المرات يصحبه الطعام وفي بعض المرات تصحبه صدمة كهربية) .

٥- التوتر البدنى الشديد أثناء عملية التشريط .

وبالرغم من أن العوامل الخمسة السابقة عوامل سلوكية أساسا إلا أن « بافلوف » لاحظ شيئين :

أ - أن حيواناته لاتستجيب بطريقة متشابهة تماما للمنبهات المتشابهة . وقد أدى به هذا الى وضع نظريته عن الانماط المزاجية والتي بمقتضاها

حاول أن يفهم المرض النفسى عند الانسان . فلقد قسم الامزجة البشرية من حيث الاستجابة للبيئة الى أربعة أنماط معاملة للانماط التي وضعها أبقراط وهي النمط البلغمى ، والنمط الدموى والنمط السواداوى والنمط الصفراوى * وغنى عن الذكر أن فى هذا التصور تكمن بذور الفروق الفردية وبالتالي الفروق فى العمليات المعرفية وأساليب التفكير .

كذلك أصبح بافلوف وبالتدرج واعيا للفروق بين الانسان والحيوان . فما دامت الحيوانات تختلف فيما بينها من حيث أنمطتها المزاجية ، فان من المنطقى أيضا أن يختلف الانسان عن الحيوان . واستطاع بنجاح أن يحدد أن الفرق الرئيسى بين الانسان والحيوان يكمن فى قدرة الانسان على استخدام اللفظة والرموز ، أو ما يسميه بمفهوم الجهاز الاشارى الثانوى الذى يمكن الانسان من استخدام الكلمات واللفظ كبديل للاصوات والمرئيات الفعلية التى هى من خصائص الجهاز الاشارى الاولى . وفى هذا الصدد يتقنه " بافلوف " من جديد الى وجود فروق فردية بين افراد بنى البشر من حيث تنوع عمليات الجهاز الاشخاص ينشط لديهم الجهاز الاشارى الاولى ويسمى بهم بافلوف بالنمط الفنى ، أى الذين يهتمون بالرؤى المباشرة ، والاصوات ، والبعض الآخر ينشط

الفنص البلغمى هو الشخص الذى يتصرف طبقا للكسول ولمزاج سميد ، ومزاجه السعيد قد يعرض قصور فطنته وحكمته . وهو متمثل فى تعامله مع الآخرين .. وقد يظهر الاستسلام لهم ولكنه غالبا ما يحقق أهدافه . أما الشخص الدموى فهو عديم المبالاة ، اجتماعى محب للهو ، ويضلى أهمية عظيمة على أى شئ يمارسه فى لحظة ممارسته له . أما السواداوى .. فهو عكس الدموى قلق . يجيد فى كل شئ مصدر لهم والاضطراب .. ويميل للشكوى والهموم ولهذا السبب لا يكون سعيدا . أما الصفراوى فهو انسان عدوانى وسريع الانتقام ، ومحب للشاء والمظاهر والابيه .

لديهم الجهاز الاشارى الثانوى ويسمىهم باقلوف بأصحاب النمط الفكرى .. وهؤلاء تزداد مهاراتهم فى استخدام اللغة والرموز . واذن توازن نشاط هذين الجهازين تحدث الدرجات المتوسطة من الاشخاص الذين يوازنون بين استخدامهم للرموز والتعبير ، واستخدامهم للرؤى والاصوات المباشرة (١٠) .

ويعود الفضل لقلة أخرى من علماء النفس الفيزيولوجى الروسى من لحقوا بـ (بافلوف) لاثبات أن الكلمات وحدها قد تثير استجابات انفعالية حادة . فعلى سبيل المثال لاحظوا احد منهم (١١) أن الاستجابات الفسيولوجية لدى مجموعة من الاشخاص عند استماعهم لكلمات مرتبطة بالالم (مثل كلمة ألم ، أو أنين ، أو أذى) تختلف عن الاستجابات المصاحبة للمواقف الفعلية التى تعبر عنها هذه الكلمات .

وقد اتخذ عالمان امريكيان (١٢) من النظرية الروسية منطلقا لتكوين نظرية فى العلاج النفسى تقوم على استخدام العمليات العقلية العليا . فمن رأى « بولارد » ، « ميلر » - صاحبها هذه النظرية - أن قدرة الانسان الخاصة على استخدام اللغة والاستدلال الرمضى تجعل استجاباته لكثير من المواقف المحيطة به متوقفة على تفسيره اياها أو على الرموز التى تحملها له . ولهذا فهما يريان أن استجاباتنا الانفعالية يمكن ابرائها على أنها استجابة للطريقة التى يدرك بها الشخص موقفا معينا وليس بالضرورة لخصائص موجودة فى الموقف ذاته .

وساكفى بذكر عدد قليل من التجارب التى تبين أن الشخص يمكن أن يستثير نفسه انفعاليا فى اتجاهات مختلفة كالحزن أو السرور ، أو القلق ، على حسب ما يقوله لنفسه أثناء أدائه لعمل ما ، أو مواجهته لموقف معين ،

أو عند تفاعله مع أشخاص معينين . فلقد أمكن لاحد المجريين (١٣) أن يتجح فى التأثير فى الحالات المزاجية للشخص بتغيير محتوى العبارات التى طلب من الفرد أن يرددها أثناء اندماجه فى نشاط معين . فعندما تكون العبارات ذات محتوى سار أو منشط مثل : (اننى سعيد وفخور بنفسى) ، تظهر آثار انفعالية تختلف عما لو كان محتوى العبارة ذا شكل اكتابى أو حزين (ان حياتى مليئة بما يكفينا من متاع) .

ومن الطريف أنه تبين أن الاستثارة فى الجهاز العصبى تزداد وترتفع عندما يطلب من الشخص أن يفكر فى موضوعات ذات طابع مثير جنسيا ، بينما ينخفض النشاط وينقل الاستثارة عندما يطلب من الشخص أن يتخيل أنواع هادئة من النشاط والتخيلات . وقد ثبت فى دراسة تجريبية (١٤) أنه يمكن استثارة الخوف بتخيل مواقف كريمة ، أو ضارة فى موقف معين .

وهناك ملاحظات تأتينا من مجال التمثيل المسرحى تبين أن الممثل يتتاه مشاعر مختلفة بحسب العبارات التى يرددها لنفسه فوق خشبة المسرح .. فهو يفضب غاضبا حقيقا ، ويحرق ، ويفرح بحسب اتجاه الحوار ، أو المونولوج الداخلى الذى يردده على خشبة المسرح .

ونعرف من بحوث التعصب أن التعصب ضد الزوج وغيرهم من الإهليات يتضاؤل إذا ما عرف الشخص معلومات دقيقة عن موضوع التعصب . ففي دراسة عن التعصب ضد الزوج تبين أن مرتبة الزوج وقيمتهم ترتفع ويزداد تقبلهم إذا ما اطلع المتعصبون على معلومات عن نود الزوج فى بناء الحضارة الانسانية . وتاريخهم ومساهماتهم فى التطور الاجتماعى (١٥) .

وتحمل بحوث الشخصية الحديثة أدلة ماثلة قوية على تأثير الاتجاهات العقلية وعمليات التفكير والابداع على توافق الشخصية. فقد تبين مثلا أن الشعور بالقلق في المواقف الاجتماعية والخاوف الشديدة غير الواقعية من الامتحانات يرتبطان ارتباطا قويا بوجود اتجاهات وافكار لا منطقية نحو هذه النشاطات - فالشخص يرى المواقف الاجتماعية والامتحانات مهددتين له ، ويبالغ في ادراكهما في أنهما مقياسان لقيمته وقوته.

وكذلك تبين أن بعض الافراد يتبنون معتقدات خاطئة تدفعهم للبحث عن تأييد الاخرين ، وتوقع اتفاقهم معه فيما يقول أو يفعل ومثل هذا النوع من الاشخاص غالبا ما يعاني من الاضطرابات الانفعالية عندما يتخيل نفسه في موقف يرفضه الاخرون فيه ، أو عندما يتعرض لرفض حقيقي.

وقد تبين في عدد من الدراسات لكاتب هذه السطور (١٦) أن القلق والتوتر النفسي يرتبطان بعدد من الخصائص ذات الطابع العرفي منها :

١- التطرف في الاحكام : فالاشياء أما بيضاء او سوداء . أي أن الشخص القلق والتوتر يفسر المواقف باتجاه واحد - وهذا فيما يبدو ما يسبب له التعاسة والقلق ، لانه يوجه اهتمامه لجزء محدد من تفسير الوقائع بون استخدام تفسيرات أخرى تنتشله من أسر الاستجابات العصائية .

٢- كذلك يميل العصائيون الى التصلب ، أي مواجهه المواقف المختلفة المتنوعة بطريقة واحدة من التفكير.

وهم يتبنون أيضا اتجاهات ومعتقدات عن النفس والحياة لا يقوم عليها دليل منطقي كالتصلبية ، والجمود العقائدي ، مما يحول بينهم وبين الحكم المستقل، واستخدام المنطق بدلا من الانفعالات.

وهم يميلون للاعتماد على الاقوياء ، ونماذج السلطة ، وأحكام التقاليد ، مما يحولهم الى أشخاص مكفوفين وعاجزين عن التصرف بحرية انفعالية عندما تتطلب لغة الصحة النفسية ذلك.

فاضطرابات الشخصية بأشكالها المختلفة عادة ما تصحبها انزوت غامضة متناقضة من التفكير عن الذات وعن البيئة. ولهذا فيجب تعتمد سياسة العلاج النفسي على تغيير مفاهيم المريض ، حتى يتيسر التغيير في سلوكه المضطرب .

ومن البحوث التي نشرت في هذا الميدان مجموعة دراسات كان بعضها تقييم أساليب مختلفة من العلاج مع مقارنتها بعضها ببعض. انتهى عدد من هذه البحوث الى اثبات أنه يمكن تخفيض القلق العام ، والقلق من مواقف محددة كالامتحانات ، والدخول في علاقات اجتماعية ، إذا ما علمنا المرضى أن يعدلوا من طرقهم الخاطئة في التفكير.

أضف الى ذلك النتائج المتعلقة بدراسة تأثير القيم والمعتقدات على الشخصية الانسانية. فمن المسلمات الرئيسية في هذا الاتجاه أن المعتقدات والقيم المنطقية (التي تتكون بالاعتماد على وجود حقائق واقعية

جميع هذه الجوانب تتفاعل فيعما بينها ويكمل بعضها البعض .
 بعبارة أخرى قانتي لا أستطيع القول بأن الانسان منفعل فحسب ، لان
 الانسان وهو في قمة الانفعال يفكر بطريقة معينة ، كما أنه يترجم
 انفعالاته إلى نشاطات خارجية . وبالمثل فالقيام بعملية تفكير في حل
 مشكلة معينة - مثلا - تصحب جوانب انفعالية متعلقة بالموضوع الذي
 افكر فيه .. فمثلا عن ظهور جوانب حركية وسلوكية تصاحب عملية
 التفكير والانفعال بالموضوع . وعندما يسلك انسان معين نتيجة لمنبه
 خارجي ، فان التفكير يتوسط بين ظهور هذا المنبه والاستجابة له .
 التفكير ان يكون بمثابة همزة الوصل بين الاستجابة (انفعالية أو
 حركية) ، والموقف الذي يسببها .

والاضطراب الانفعالي بهذا المعنى ليس حالة وجدانية منعزلة ، بل
 هي عبارة عن جوانب متكاملة ومتفاعلة من النشاط السلوكي الداخلي
 (فكري) والخارجي (حركي) الذي وان بدت مظاهره متنوعة ، فانها
 هي الحقيقة مترابطة ومتلاحمة .

لهذا فمن الممكن - نظريا - ضبط الانفعال بأكثر من طريقة . اذا
 كنت أشعر مثلا باستثارة انفعالية (قلق أو خوف ، أو اكتئاب) نتيجة
 لموقف معين ، فان من الممكن تهدئة انفعالنا وضبطه بطرق مختلفة . يمكن
 مثلا ضبط المظهر السلوكي للانفعال .. كضبط الخوف واستبداله
 باستجابات ملائمة عن طريق الاسترخاء أو التطمين أو تأكيد الذات ،

ومصادقة) غالبا ما تبرز ظهور التكامل ، والتوافق والابداع ، والدافع
 لمواصلة الجهد في العمليات العقلية . أما القيم أو المعتقدات
 اللامنطقية (أي التي لا تقوم على الحقائق أو لا تعتمد على وجود أدلة
 واقعية) فغالبا ما تؤدي إلى المبالغات الانفعالية كما تقلل من
 دوافعنا أو تشوه من وجهتها .

لهذا فعندما يتغير البناء الاساسي لقيم الفرد يتغير أيضا وجدانه
 وأسلوبه في التوافق الفعال * .

نكتفي بهذا القدر من البراهين وننتقل الآن إلى مناهج العلاج التي
 تعتمد على التعديل من طرق التفكير ، ثم أساليب ذلك .

علاقة أساليب التفكير والاعتقاد

باضطرابات الشخصية والسلوك

بالرغم من تعدد مناهج العلاج السلوكي المعرفي ، فاننا سنحاول
 هنا أن نعرض ونقدم منهجا في التعديل المعرفي يقوم على التكامل
 والتوفيق بين وجهات النظر المختلفة .

والفكرة الرئيسية التي تعتمد عليها أساليب تعديل التفكير ترى -
 فيما ذكرنا - أنه لا يمكن الفصل بالنسبة للسلوك الانساني بين جوانب
 التفكير والانفعال والسلوك أو الفعل .

* من أمثلة القيم اللامنطقية التي يكون محورها الاعتماد على قوة خلرجية ثروه أو سلطة .. أو تقاليد
 تمنح السعادة والنجاح ومن أمثلة القيم المنطقية تلك التي تقوم على إدراك واقعي لقيمة الذات
 وقوتها مثل قيم الانجاز والابداع والقيم الجمالية .

أو العقاقير المهدئة. وما ذكرناه في الفصول السابقة حتى الآن يعتبر نمونجا - أو نماذج - لضبط الجوانب السلوكية للأنشطة والاضطرابات .

لكن من الممكن أيضا ضبط الانفعال من خلال المناقشة المنطقية مع النفس أو مع شخص له في النفس مكانة خاصة بحكم الخبرة والمعرفة (كعلاج ، أو أخصائي نفسي ، أو صديق - الخ) وبهذه الطريقة نحاول أن نغير من اتجاهنا الذهني على أمل أن يؤدي هذا التغيير إلى تغيير في حالتنا الانفعالية.

بعبارة أخرى ، فإن التفكير والانفعال والسلوك أشكال متلاحمة . ومن الخطأ القول بأن تغيير الانفعال وحده يؤدي إلى تغيير التفكير ، أو أن تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعال ، لأن تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعالات والعكس أيضا صحيح . أن جانبا كبيرا من الانفعالات فيما يرى واحد من المعالجين المعاصرين :

« ... لا تزيد عن كونها أنماطاً فكرية متحيزه ، أو متعصبة ، أو تقوم على التعميم الشديد - ان التفكير والانفعال متلاحمان ويتبادلان التأثير والتأثر في علاقة دائرية ، بل أنهما في كثير من الأحيان يصبحان شيئا واحدا بحيث يحكم ما يقوله الفرد لنفسه عند حدوث شيء معين الصبغ الانفعالية التي ستبرز . »

وفي الممارسة العلاجية الحديثة من الضروري على المعالج السلوكي

أن يعرض نفسه لخبرات متنوعة ونماذج متعددة من الأساليب التي تمكنه من تعديل السلوك ، والانفعال ، وطرق التفكير على السواء . والمعالج المعرفي السلوكي يحتاج أكثر من غيره من زملاء العلاج السلوكي التقليدي أو التحليل النفسي إلى الاطلاع والابتكار في ميادين بحث تغيير الاتجاهات والأنماط الفكرية والمعتقدات ، ما أمكنه ذلك .

الأساس المعرفي للسلوك في معادلة مبسطة :

إذا افترضنا - فيما يرى البرت اليس Ellis - من نيويورك (٢١) أن مادة معينة ونرمز لها بـ : أ (وفاة قريب ، طلاق ، فشل في امتحان ، هانة من شخص غريب ، الفصل من العمل) قد أثارت استجابة فعالية نرمز لها بالحرف (ت) (حزن - قلق - أو سرور - الخ) فإن حدوث الحادثة (أ) ولو أنه يعتبر مثيرا للحالة الانفعالية الناتجة (ت) ، لا يعتبر في الحقيقة هو السبب الرئيسي لهذه الاستجابة . ذلك لأن الاستجابة الانفعالية قد تختلف نتيجة لطريقة الراكب وتفكيره في هذه الحادثة ، وأساليب اعتقاداته عنها .

أي ما يمكن أن نرمز له بالحرف (ب) أنها ان لم ليست أ (الحادثة) التي أدت إلى ت (الاستجابة الانفعالية) ، بل هي ب (طريقة الراكب تفكيره في الحادثة) هي التي تعتبر مسئولة عن إبراز هذه الاستجابة .

لهذا فإن شعورنا بالاحتئاب أو الحزن المرضي إثر الفشل الشديد لتحقيق هدف معين ، أو خسارة شخص عزيز (أ) ، لم ينشأ الا نتيجة لما

أنسجه من تصورات سوداء حول هذه الخسارة (ب) تصويرى مثلًا يبرز
الفشل شئ فظيع وغير محتمل ويثبت بأننى انسان ضئيل الاهمية أو غيرى
أو وحيد.. الخ)

لكن استجاباتنا الانفعالية لا تكون مريضة أو مضطربة على النوم
. فإزاء الفشل أو الخسارة فى المثال السابق قد تكون الاستجابة
الانفعالية ذات طابع ايجابى ، بحيث أن الشخص قد يأخذ من هذا
الفشل أو هذه الخسارة عبرة ويحاول أن يطرح من شخصيته أشياء أنت
به الى هذا الفشل ، وان يتبنى خطة جديدة تحاول أن تحقق له مزيداً من
النجاح. هنا أيضاً تحكم الاستجابة الانفعالية الايجابية - مثلها مثل
انفعال الاكتئاب السابق - بما سيقوله الشخص لنفسه وبما وجد فكره
عليه - فقد يكون تفكيره إزاء الفشل بأنه : « شئ سئ حقيقة أن تكون
الاشياء كما لانتهى لها أن تكون ، ولكن على أن احاول بكل جهدى
تغيير الظروف التى أدت اليها بحيث تكون الاشياء مستقبلاً مقبولة
ومحتملة الى حد ما » .

ان فورا كل انفعال - ايجابى أو سلبى - بناء معرفى ومعتقدات
سابقة لظهوره .

ولما كان السلوك أو الانفعال يتفاوتان من حيث السواء والمرض
بعض السلوك جيد وبعضه سئ ، ويحضر الانفعالات ايجابى وبعضها
سلبى) ، فان التفكير المصاحب أو السابق لهما يتفاوت أيضاً من حيث
لمعقولية اللامعقولية . بعبارة أخرى إذا كانت طريقة التفكير عقلية
منطقية فإن السلوك سيكون جيداً ، والانفعال أيضاً سيكون إيجابياً

عالمزید من النشاط والبناء ، والعكس صحيح : إذا كانت طريقة
تفكير لاحقبولة ولا منطقية فان السلوك والانفعال كليهما سيكونان على
مرتفعة من الاضطراب .

لهذا يميز المعايير السلوكيون المعرفيون المعاصرون بين نوعين من
معتقدات :

اعتقادات منطقية ومتعلقة ، ويصحبها فى الغالب حالات وجدانية
ملائمة للمواقف ، وتنتهى بالانسان الى مزيد من النضوج الانفعالى
والخبرة والعمل البناء .

اعتقادات لامنطقية وغير متعلقة تصحبها الاضطرابات الانفعالية
المرضية (كالعصاب والذهان وغيرها) .

أما متى تكون الاعتقادات وأساليب التفكير منطقية ومتعلقة ، فان
يتوقف على انسجامها مع أهدافنا العامة ، وقيمتها الاساسية فى
الحياة ، وتحقيق السعادة والفاعلية والاجتماعية ، والابداع ، والايجابية .
غير المعتقدات وأساليب التفكير منطقية عندما لاتخدم توافقنا مع واقع
يحكم علينا بالسلبية والهزيمة والانسحاب وبالتالى الشعور بالضالة
بعدم الفعالية .

ويقودنا هذا الى ضرورة الالمام بأنواع الاساليب الفكرية والمعتقدات
خاطئة التى تؤدى الى الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق .

معتقدات فكرية خاطئة *

من رأينا أنه يمكن تصنيف العوامل الفكرية المسببة للاضطراب النفسي والعقلي الى فئتين من العوامل هما :

١- عوامل متعلقة بمحتوى الافكار والمعتقدات.

ب- عوامل متعلقة بأساليب التفكير والمعتقدات.

أما محتوى الافكار أو المعتقدات فأقصد به مجموع وجهات النظر والافكار التي يتبناها الفرد عن نفسه وعن الآخرين ، ومن المؤكد أنه يمكن الرجوع بالمرض النفسي والاضطراب الى عناصر من التفكير، والتصورات الخاطئة، والاتجاهات والقيم التي تسبب فيما يبدو الهزيمة ازاء أحداث الحياة.

ينكر أحد المنظرين للعلاج النفسي - في هذا المعنى - ان الانسان أى انسان يعتبر بشكل ما عالما (١٧) وهو لا يعنى بالطبع أن كل انسان يلبس معطفا أبيض ، أو يحمل شهادة ماجيستير أو دكتوراه ، لكنه يرى بأن كل فرد ، مثله في ذلك مثل العلماء ، يتبنى ويعتقد عددا من التصورات عن نفسه ومفاهيم عن الاشياء والآخرين. ويطلق كيلي - صاحب هذا الرأي - في مواقع أخرى أسما مختلفة على هذه التصورات : فيسميها أحيانا المعتقدات ، ويسميها أحيانا أخرى الفلسفة العامة للشخص.

* عند الصبغ عن معتقدات فكرية خاطئة لان قصد الاشارة الى الاخطاء بالمعنى المنطقي الذي يرد في دراسات المنطق والفلسفة . بل تقصد الجوانب الفكرية التي تسود لدى المضطربين والمرضى .

كأن ما يفرق الفلسفة العامة أو مفاهيم الشخص حول نفسه وحياته الفيلسوف أو العالم ، هو أن فلسفة الشخص العادي قد تكون متمسكة تحقق لصاحبها التوافق مع نفسه ومع الآخرين ، وقد كذلك .

عندما يواجه الفرد أى موقف أو شخص فانه ينظر اليه ويتعامل مع فلسفته العامة . فيشعر بالتهديد أو الطمأنينة ، بالسلام أو الخوف في مناصبته العدا ، بالحب أو الكراهية ، بالقلق أو الهدوء ، أو الاحجام حسب ما تمليه عليه فلسفته العامة ومجموع وجهات توقعاته عن الحياة والآخرين .

عندما كان العصاب يعبر عن اضطراب في المشاعر والانفعالات ، فانه يكون اثن مرتبطا أو ناتجا عن أخطاء في محتوى الافكار ذات الشخصية للعصابي ، أى ما نسميه بالافكار ووجهات النظر الخاطئة .

إذا كان الشخص العصابي أساسا انسانا يتصرف بطريقة أقل انسجاما به امكانياته ، أو شخصا يهزم نفسه عند تحقيق أهدافه من قدرته - نظريا - على تحقيقها تحقيقا سليما ، فانه يترتب ذلك أن نقول بأنه يتصرف بطريقة غير متعقطة ، ولا منطقية ، وغير (١٨) .

الآن ما هو مجموع التصورات أو الفلسفات اللاواقعية ، التي من اذا ظهرت لدى شخص معين أمكن القول بأنه شخص مضطرب

نفسيا أو على وشك أن يكون كذلك أو أن نتوقع على الأقل بأنه سيتصرف بكفاءة أقل ، وسيواجه الأمور باستجابات سلبية كالغضب ، أو الاكتئاب ، وسيهزم نفسه من جراء هذا ٢ .

فيما يلي بعض الافكار التي تبين أن الشخص اذا ما قالها لنفسه عند مواجهة موقف معين فأنها تؤدي به مباشرة الى إثارة الاضطراب والهزيمة * .

الفكرة الأولى

أفضل في كل هذه الحالات الفكرة القائلة ان من الضروري أن يكون الانسان محبوبا من الجميع ومؤيدا من الجميع فيما يقول وما يفعل ، بدلا من التأكد على احترام الذات ، أو الحصول على التأييد لاهداف محددة (كالترقية في العمل مثلا) ، أو تقديم الحب بدلا من توقع الحب .

الفكرة الثانية

الفكرة القائلة أن بعض تصرفات الناس خاطئة او شريرة ، أو مجرمة ، وأنه يجب عقاب الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات عقابا شديدا ، بدلا من الفكرة أن بعض التصرفات الانسانية غير ملائمة أو لاجتماعية وأن الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات أغبياء ، أو جهلة ، أو مضطربون انفعاليا .

* تجدر الإشارة هنا إلى أن البرت إليس (١٨) يعتبر صاحب العبارة الرئيسية في حصر وجهات النظر والافكار اللامنتقبة .

الفكرة الثالثة

الفكرة القائلة أنها كارثة أو مأساة عندما لا تفسر الاشياء كما لا نأشتهى لها أن تكون ، أو عندما لا تصح الأشياء كما نتوقع لها ، بدلا من الفكرة أن من السبب أن تكون الاشياء كما لا نأشتهى لها أن تكون ، وأن علينا أن نحاول بكل جهدنا لتغيير الظروف أو ضبطها بحيث تكون الاشياء مقبولة الى حد ما . لكن اذا كان تغيير المواقف السيئة غير ممكن أو مستحيلا ، فإن من الافضل للشخص أن يمهد نفسه لقبول الاشياء وأن يتوقف عن تصويرها بأنها فظيعة وقاتلة .

الفكرة الرابعة

الفكرة القائلة ان شقاونا وتعاستنا وعدم احساسنا بالسعادة نتاج لاشياء خارجية عنا : ظروف أو حظ أو أشخاص اخرين أو مكان معين ، بدلا من الفكرة ان جزءا كبيرا من مصيرنا نحكمه نحن بأرائنا وتصرفاتنا .

الفكرة الخامسة

الفكرة القائلة انه شئ طبيعي أن يشعر الانسان بالقلق والتوتر عندما تحدث أشياء خطيرة أو سيئة ، بدلا من الفكرة أننا يجب أن نواجه مصادر الخوف والقلق بصراحة ونحاول أن نقلل من الآثار السيئة التي تترتب عليها . فإذا كان ذلك مستحيلا فانه يمكن للانسان أن يهتم بأشياء اخرى ، ويتوقف عن تصور أن هذا الشئ خطير أو مخيف .

الفكرة السادسة

الفكرة القائلة ان من السهل والاحسن أن نواجه مصاعب الحياة ومؤولاتها بالتجنب والانسحاب ، بدلا من الفكرة أن الحل السهل السريع هو حل قد يؤدي على المدى الطويل الى آثار سيئة ، وأنه يجب لهذا ، مواجهة المصاعب عندما تنور وليس البعد عنها وتجنبها .

الفكرة السابعة

الفكرة القائلة ان الانسان يحتاج لشيء ، أو لشخص اخر اقوى وأعظم خبرة لكي يساعده على تحقيق أهدافه في النجاح ، بدلا من الفكرة أن من الاحسن كثيرا أن نعتد على أنفسنا وان نقف على قدمنا وأن نستمد ايماننا من أنفسنا ومن قدراتنا ومن قيمنا الخاصة عند مواجهة مصاعب الحياة ومشكلاتها .

الفكرة الثامنة

الفكرة القائلة ان الشخص يجب أن يكون قادرا دائما على التحدي والمنافسة والتفوق والنكاء في كل الجوانب الممكنة ، بدلا من الفكرة أن من الممتع للنفس أن يكون الانسان متمكنا من شيء ما يتقنه ويستمد منه الاشباع وتحقيق الذات .

الفكرة التاسعة

الفكرة القائلة اننا نتصرف ونسلك بطريقة معينة بسبب آثار سيئة على تربيتنا في الماضي وان الماضي قدر لا يمكن تجنبه ، بدلا من الفكرة اننا اصحاب مسئولية أساسية عما يصدر منا من تصرفات وان الماضي يمكن تجنب آثاره السيئة اذا ما عد لنا وجهات نظرنا وتصرفاتنا الحالية .

الفكرة العاشرة

الفكرة القائلة أن من الواجب أن يشعر الانسان بالتعاسة والحزن عندما يشعر الآخرون بذلك أو عندما تحقق بهم مشكلة أو كارثة ، بدلا من الفكرة أن الانسان يجب أن يتمالك نفسه إزاء مصائب الآخرين ، لانه سيكون أكثر فائدة لهم مما لو كان كئيبا أو مهزوما مثلهم .

الفكرة الحادية عشر

الفكرة القائلة ان السعادة البشرية والنجاح أشياء يمكن الوصول اليها بون جهد ، بدلا من الفكرة أن على الإنسان أن يفعل شيئا وأن يجاهد نفسه لخلق مصادر خاصة لسعادته وأنه بمقدار الجهد المبذول بمقدار ما تتحدد غاياته .

الفكرة الثانية عشر

الفكرة القائلة ان هناك مصدرا واحدا للسعادة وانها لكارثة اذا ما أغلق هذا المصدر أو فقد بدلا من الفكرة أن الانسان يستطيع أن يحقق

سعادته من مصادر مختلفة ، وان يبدل أهدافه بأهداف أخرى اذا ما
تطلب الأمر ذلك .

ولعل القارئ يحتاج لمثال يصور كيف تقوم هذه الأناك
بإثارة اضطراباتنا وكيف يمكن تحييدها من خلال المحلورة ،
والمثال الآتى يوضح جزاء من جلسة علاجية بين شخص مصاب
باكتئاب ومعالجه :

المريض : أحس اليوم بضيق شديد وأن الزملاء لم يعوبوا يحبوننى كما
كانوا من قبل .

المعالج : تشعر بالضيق لأن زملائك لا يحبونك ؟

المريض : نعم هذا صحيح . أليس شيئاً طبيعياً أن نشعر بالنعاسة عندما
نفقد حب الناس يوماً بعد يوم ؟

المعالج : لا .. انك لم تكن متضايقا لهذا السبب .

المريض : لم أكن ؟ ماذا تعنى ؟ ولكن هذا ما حدث .

المعالج : لا ، اننى أصبر . انك تظن بلئك كنت تعيسا لهذا السبب ..
ليس أكثر من ظن . بينما الامر ليس كذلك .

المريض : فلماذا كنت قرفانا وضيقا آذن ان لم يكن لهذا السبب ؟

المعالج : ان الامر بسيط - بساطة الحروف الهجائية - ف (ا) - فيم أرى
فى حالتك - هى الحادثة التى أدت الى عدم حب زملائك لك ا

نفورهم منك ، دعنا نفترض أنك حاولت أن تلاحظ سلوكهم جيدا ،
وأنتك ربما تكون قد توهمت أنهم لا يحبونك كالسابق .

المريض : أؤكد لك أنهم يكرهوننى . ان الامر واضح بالنسبة لى وضوح
الشمس .

المعالج : معنى أفترض أنهم يكرهونك ولا يحبونك ، وان عدم حبهم لك هو
« أ » . وإلآن فان « ت » هى استجابتك بالنعاسة والضيق هو ما
حدث نتيجة لهذا .

المريض : هذا صحيح .. انى أتفق معك على هذا تماما .

المعالج : جميل انن ف « أ » هو موقف عدم حب الاخرين لك ، و« ت » هى
شعورك بالنعاسة . انك ترى « أ » ثم تشعر « ت » ولهذا نفترض أن
« أ » عدم حبهم لك هو السبب فى « ت » وهو أكتئابك وشعورك
بالنعاسة . لكن « أ » ليست السبب فى الحقيقة .

المريض : ليست السبب ؟ فما هو السبب انن ؟ .

المعالج : انها « ب » وليست « أ » .

المريض : وما هى « ب » ؟ .

المعالج : « ب » هو ما كنت تقوله لنفسك عندما كنت فى الاجتماع مع هؤلاء
الزملاء .

المريض : ما كنت اقوله لنفسى ؟ لم أكن أقول لنفسى شيئاً آنذاك .

المعالج : لا لقد فعلت . لقد كنت تقول لنفسك شيئا ما بكل تأكيد .. والآن
كنت شعرت بما شعرت به . ولو أن الامر كان سقوط حجر ثقيل
على رأسك أو شيئا من هذا القبيل فشعورك له ما يبرره . لكن لم
يسقط عليك حجر ، ولم يحدث شيء بسبب الاذى الفعلى . أذن فمن
الواضح ان، هناك شيئا كنت تقوله لنفسك وهو الذى أدى الى
آثاره شعورك بالاكتئاب .

المريض : ولكنى أقول لك صادقا وبكل أمانة بلئننى لم أقل شيئا .

المعالج : لقد قلت . دعنا نعود الى اللحظة التى حدث فيها هذا الموقف ، تذكر
ما كنت تقوله لنفسك . وقل ماذا كان ذلك ؟ .

المريض : لقد ..

المعالج : هـ .

المريض : (بعد لحظة تفكير وتامل) أعتقد أننى فعلا كنت أقول لنفسى
شيئا ربما كنت أقول لنفسى شيئا من هذا القبيل : أنهمك لا
يحبوننى . وان الكراهية تظهر فى عيونهم .. انه لشيء بشع لماذا
يفعلون ذلك . وكيف يجرون على ذلك معى أنا الذى أفنح قلبى
وأمنح وقتى لهم .

المعالج : بالضبط .. وهذا الذى كنت تقوله لنفسك هو «ب» . هى «ب» دائما
أو ما تقوله لنفسك هو الذى يثير مشاعرك بالشكل الذى وصفته من
قبل . الا بالطبع فى بعض الحالات المادية عندما يقع مثلا شيء

مادى أو محسوس حجر أو قطعة صلبة أو شيء من هذا القبيل
يؤدى الى اذى حقيقى . ولكن عدا ذلك من حوادث : كلمة من
شخص ، ايماءة ، أو اتجاه ، أو شعور ضدك فان ما يحكم النتيجة
دائما هو أنت . فاذا تركت هذه الكلمة أو الايماء أو شعور الاخرين
نحوك بسبب الاذى أو التعاسة فانك تكتب لانك سمحت بذلك ، أى
لانك تقول لنفسك مثلا أن هذا شيء فظيع وبشع ومأساوى ، وهذا
هو ما أعنيه ب : « ب » .

وماذا أفعل أنتن ؟ .

سأبين لك بالضبط ماذا تفعل . اريد أن تحضر مع زملائك كل
الاجتماعات سواء كانت رسمية أو غير رسمية . ان لم تكن توجد
اجتماعات : اخلق لقاءات بيتك وبينهم . ولكن حاول فى هذه المرة
بدلا من ان تجعلهم يحبونك أو يتصورون بأن كل كلمة تقولها تدل
على أنك انسان خطير الشئ - بدلا من هذا اريدك أن تقوم بشئ
بسيط .

المريض : وما هو ؟ .

المعالج : اريدك أن تلاحظ مجرد ملاحظة وأنت معهم ما تقوله لنفسك عندما
يظهر عدم حبهم أو اهمالهم لك . لاحظ حديثك الصامت
والعبارات الداخلية التى تفسر بها استجاباتهم لك أو اهمالهم . هل
تستطيع أن تفعل ذلك ؟

أساليب أخرى من التفكير

الخاطى غير النعال

عند التفكير فى حل مشكلة معينة أو فهمها ، تحدث أخطاء فى الفهم
تفسر مما يشوه صورة الواقع وبالتالي يثير الاضطرابات السلوكية ، من

الغفة :

وتمثل فى الميل للمبالغة فى ادراك الاشياء ، أو الخبرات الواقعية ،
سواء دلالات مبالغ فيها كتصور الخطر والدمار فيها . ومن الثابت أن
المبالغة فى ادراك نتائج الاشياء يميز الاشخاص المصابين بالذات بالقلق .
كثير الشخص فى حالات القلق يتميز بالمبالغة فى تفسير الموقف مما يؤدي
الى إثارة مشاعر الخوف والتوتر . فهو دائما يتوقع الشر لنفسه ، ولاسرتة ،
امتلاكاته ، أو يتوقع الخوف من فقدان مركزه أو وظيفته والاشخاص
المهمين فى حياته وربما لا توجد أسباب لذلك . والشخص القلق يبالغ فى
تصور خبرات (قد تكون محايدة) فى علاقاته بأصدقائه ، أو أقاربه ، أو
زملائه فيدركها على أنها مهينة أو محبطة .

وإذا كانت المبالغة والتضخيم من الاشياء الخاطئة لانها تثير القلق
والجزع ، فالعكس غير صحيح ، أى أن التقليل من المخاطر الواقعية قد
تكون له أيضا نتائج الانفعالية سلوكية مماثلة . فالتقليل من المخاطر الفعلية

المريض : لا أعتقد أن هذا شئ عسير . ملاحظة ما أقوله لنفسى وحوارى
الصامت معها عندما الاحظ كراهية الاخرين .

المعالج : نعم ، هذا هو كل ما نريده فى الوقت الحالى . فى الجلسة التالية
دار هذا الحوار :

المعالج : هل فعلت ما أتفقنا عليه ؟

المريض : نعم . لقد كان شئ يدعو للهزيمة .. كل ما كتبت أقوله لنفسى هو
عبارات من الرثاء الذاتى . لا شئ أكثر من الرثاء لحالى .

المعالج : بالضبط رثاؤك لذاتك ، ولاشئ أكثر من هذا ، لاخريب انن أن تكون
تعييسا ومكتئبا بهذا القدر . بعنا الان نرى ما اذا كان يمكن أن
تغير من ذلك ، وأن نبدل من سلوكك الذهنى الذى يسبب هزيمتك .
لنرى كيف أنك يمكن أن تتشغل نفسك من هوة هذا الاضطراب
والهزيمة (١٩) .

وسنرى فيما بعد الاساليب التى يمكن استخدامها للاستعاضة عن
الافكار اللامنطقية بأفكار اخرى منطقية وأساليب تعديل السلوك الذهنى
بشكل عام . أما الان فيبقى أن نشير الى الاساليب الاعتقادية والذهنية
العامة التى تساهم بدورها فى أحداث الاضطراب .

غالباً ما يؤدي الى الانفعال وتكرار التجارب الفاشلة. كما قد يؤدي الى تخفيض الدافع الى مواصلة الجهد والانجاز.

ومن المؤكد أن مجاهدة النفس على الادراك الموضوعى للواقع (توطين صياغة أو تقليل) يعتبر بمثابة الوسط الذهبي الذي يمنح الانسان القدرة والبصيرة على التوجيه الفعال لمشاعره وسلوكه.

التعميم :

يلاحظ برتراند راسل أن اليقين المطلق من أعداء التفكير البشري المنطقي ويكتب :

« ان البعد عن المطلقات يعتبر - في نظري - من الاشياء الجوهرية للتعقل والتفكير المنطقي » .

وكذلك يلاحظ فؤاد زكريا أن :

« اليقين كثيراً ما يكون مضللاً - واننا لنلاحظ في تجربتنا العادية ان أكثر الناس يقينا هم عادة أكثرهم جهلاً » (٢٠) .

وفي مجال علم النفس من الثابت أن الميل للتعميم من الجزء الى الكل يعتبر من العوامل الحاسمة في كثير من الامراض الاجتماعية كالتعصب القومي ، والتعصب العرقي والعنوان . فكثير من الخصائص السلبية التي ننسبها لجماعة معينة لكي نبرد تعصبنا نحوها قد يكون في الحقيقة تعصب خاطئاً لخبرة سيئة مع فرد ينتسب لهذه الجماعة . ولهذا ليس من النادر أ

جد كثيراً من الفكور الذين مروا بخبرة سيئة مع واحدة من الجنس الآخر غالباً ما يريدون : لاثق في المرأة . والعكس صحيح ، فكثير من النساء يريدن « الرجال جميعاً سواء » . ومثل هذه التعميمات تكون بداية لظهور طود سوء التوافق أو علامة له .

والتعميم أسلوب من التفكير يرتبط بكثير من الانماط المرضية ، خاصة في كتاب والفصام .

فالكتب غالباً ما يعمم الخبرات الجزئية على ذاته تعميماً سلبياً .

فوجهه نقد غير مقصود له قد يعنى عنده : « أنتى انسان فاشل لا يحسن التفكير » وفشله في تحقيق هدف ولو جزئى قد يعنى لديه « أنتى انسان مهين عن تحقيق آمالى فى الحياة » . وبعد صديق أو رفيق عنه قد يعنى « أنتى بدأت أخسر كل أصديقاتى » . واذا حدث وان رئيسه او زميلاً من زملائه قد نسى ان يبادله التحية فاذن « أنتى انسان مكروه وغير مرغوب فيه » وكثير من الاشخاص الفصامين خاصة الذين تتملكهم هواجس عظيمة أو الاضطهاد يستخدمون هذا الاسلوب المشوه من التفكير فقد يفتك الشخص في هذه الحالات بأن مخابرات اندولة تعمل ضده بدليل أنه يفتك في الصباح الباكر شخصاً يسير بجوار منزله وهو يختلس النظر الى شخص جرت .

ويعتبر التعميم الخاطئ أيضاً من العوامل الحاسمة في اكتساب المخاوف المرضية . وقد لاحظنا من قبل في حالة الطفل « ألبرت » أن خوفه من الفأر قد تعمم على كل الحيوانات ذات الفراء ، فأصبح يخاف من الارانب والفئران والقطط وغيرها .

ولما كان المعالج النفسى المعرفى يقدر دور هذا العامل فى المساهمة فى اضطرابات البشر ، فان عليه ان يؤكد باستمرار لريضه بانّه لا يوجد شئ أكيد تماما ، وانما قد يكون مرجحا بدرجة قليلة أو كبيرة .

الثنائية والتطرف :

يميل بعض الاشخاص لادراك الاشياء اما بيضاء أو سوداء ، حسنة أو سيئة خبيثة أو طيبة ، صادقة أو خاطئة ، نون ان يدركوا أن الشئ الواحد الذى قد يبدو فى ظاهر الامر سيئا ، قد تكون فيه اشياء ايجابية ، أو يؤدي الى نتائج ايجابية . ويطلق الباحثون فى علم النفس على هذه الخاصية من الشخصية مفاهيم مثل النفور من الغموض أو تصلب الشخصية . وقد اشرونا من قبل الى عدد من الدراسات التى قمنا بها فى البيئة العربية . والتى بينت أن هذه الخاصية من التفكير ترتبط بسمات لاتوافقية كالتعصب والتسلط والتوتر ، والقلق . وتتفق هذه النتائج مع بحوث الغرب ، وبحوث عربية أخرى .

وفى ميدان العلاج النفسى يمكن أن نكتشف هذه الخاصية بسهولة فى تفكير المضطربين . ولهذه الخاصية تأثير سئى فى العلاقات الاجتماعية ، كسوء التوافق بين الأزواج . فاذا كان الزوج والزوجة يميلان بنفس القدر الى هذا النوع من التصلب ، فان الصراخ وسوء التوافق بينهما يعتبران نتيجتين مرجحتين .

وتتملى عبارات المضطربين وكلامهم بكلمات مثل « مطلقا » ، و « من المستحيل » ، و « دائما » ، و « بالمرّة » . وقد نجد عبارات منتشرة فى

حالات سوء التوافق مثل :

- هذه المرّة لا تطاق بالمرّة .

- زدجى لا يفكر الا فى نفسه .

- لا أرى على الاطلاق فائدة فيما اقوم به .

- حياتى لا يقبلها أحد .

- أحب أعمالى أن تكون كاملة وتامة .

- حياتى تفتقد بالمرّة عنصر الحب .

- العالم الذى أعيشه عالم ظالم وغير منصف على الاطلاق .

- لم أحاول اطلاقا أن أفعل أشياء لست متأكدا من نتائجها .

ولا شك ان حالات كثيرة من الضيق والاكتئاب قد تتمك المرء اذا ما

كان يعتقد ازاء الاشياء التى تواجهه آراء يقينية عن سوء نتائجها بالنسبة له

وذلك كالتالى الذى يحزن لأنه حصل على جيد جدا عندما يرى أن

الحصول على أقل من ممتاز يعتبر بالنسبة له مقياسا مطلقا لقيمته ونكاته .

لذلك نجد أن كثيرا من النجاح فى العلاج النفسى يتبعه اختفاء للطموحات

المطلقة ، أو نزعات الكمال المتطرفة .. الخ .

وفى تحليل الاضطرابات الوجدانية كالفصم ، والاكتئاب والعصاب

نجد أن عامل التطرف من العوامل الهامة فى آثاره هذه الاضطرابات .

فعندما يقول الفرد لنفسه « اننى انسان فاشل بالمرّة ولا تفعل فى » ، قد

أساليب فعالة في تعديل طرق التفكير الاعتلانية

سوف نعروض باختصار في الفقرات التالية بعض الاساليب الحديثة في تعديل الطرق الخاطئة من التفكير كما عرضنا لها في الصفحات السابقة . وينبغي أن نعترف في الحقيقة بأن التركيز على الحالات الداخلية (طرق التفكير والمعتقدات) قد أضاف امكانيات متعددة لتغيير السلوك ، وأدى الى استبصارات متعددة في استخدام الاسلوب العلمي في علاج الشخصية . فلقد أوضحنا في الصفحات السابقة أن الناس يحاولون أنفسهم الى مضطربين ومرضى بسبب وجود عادات سيئة من التفكير الخاطى ، وسلسلة من المعتقدات التي تقود الى هزيمة الذات . لهذا فمن الضروري أن يتبنى المعالج نورا ايجابيا قويا مع مريضه . وقد رأينا في المثال الذى تعرضنا له من قبل أن المعالج يساهم بايجابية في تقديم التفسير لمريضه ، وفي القيام بطريقة مباشرة بمساعدته على استنتاج الانكار الداخلى (اللامنتطقية) التي كانت تسيطر عليه عندما كان يلتقى بزملائه أو يتفاعل مع الآخرين .

ومن المصلمات في نظريات العلاج المعرفى أن جزءاً كبيراً من اضطراب سلوكنا يتم بفعل تفكيرنا الخاطى لكننا ايضا تفكر بطريقة خاطئة لاننا لانعرف الطريقة الصحيحة من التفكير .

فجزء كبير اذن من وجهات نظرنا ، ومعتقداتنا الخاطئة ونقص التفكير السليم ينتج عن أننا لم نتعلم - أو لم نعلمنا أحد - كيف يكون التفكير السليم . لهذا نجد أن أساليب علاج المسالك الذمنية هنا ينحون نحو عقليا

وتربويا . ويؤكد « ألبرت اليسر » كما أكد من قبله « أدلر » - أن العلاج يجب أن يتضمن عملية اعادة تربية ، وضرورة التحاور مع المريض بكل الضروب المنطقية من الحوار لكى نبين له الجانب الخاطى في تفكيره ، مع دفعه مباشرة الى استنتاج الطرق الصحيحة وتطبيقها .

والدحض المستمر للأفكار الخاطئة مع الاقناع يساعد على كشف أن طرق تفكيرنا السابقة لم تعد تجدى . ولهذا فاننا باستمرارنا في تبنيها لانكر اضطراباتنا وأخطاينا بهذا فيبرها فحسب بل أننا سنعمل على زيادتها وقوة تأثيرها . وتبنى بحوث علماء النفس الاجتماعى أن الاقناع من خلال الاساليب التربوية والمحاضرات والمناقشات يؤدي الى تعديل واضح في الاتجاهات العنصرية ويقلل من التعصب . ولهذا تقوم في الولايات المتحدة جهودات شاملة في كثير من المدارس على اعطاء معلومات عن الاقلية ذلك أن من المعروف أن من يعرفون أشياء أكثر عن جماعة أو اقلية ما يقل كراهيتهم ونقل كراهيتهم لتلك الاقلية ومن ثم فان التقدير في المعرفة غالبا ما يعكس آثاره في مجال الفعل والشعور . وشئ من هذا القبيل يحدث في حالة الاضطرابات الفكرية ، فكلما ازداد وعينا وتبصرنا بأن هناك بدائل فكرية صحيحة ، ازدادت جاذبية تلك الافكار الصحيحة واحتمال تبنيها كاسلوب دائم وجديد في الشخصية .

ومن المهم هنا أن نشير الى النتائج التي تثبت فاعلية الاقناع والدحض في تغيير الاتجاهات دلائل قوية ويستخدمها الناس في مجالات

اجتماعية مختلفة. بل ان قيمة بعض أساليب التأثير في الرأي العام كالدعاية ، والاعلام والاحاديث الاذاعية تكتسب أهميتها بسبب تأثيرها على عمليات التفكير السابقة. وعندما يحاول المعالج ، أو الاستاذ ، أو الموجه أو اى شخص اخر اقناع شخص معين بأن يتخلى عن أفكاره الخاطئة ومعتقداته المشوهة عن النفس وعن الاشياء ، وأن يتبنى أفكار اكثر فائدة وأقل مدعاة للهزيمة الذاتية فان من السهل لا أن تتبنى افكارا جديدة وناغمة فحسب ، بل ان فاعلية الانسان الاجتماعية تزداد ، وتتحسن قدراته على التوافق .

وشمة خاصة أخرى من خصائص الاتجاهات الجديدة في علاج طرق التفكير والمعتقدات ، وهى تعليم الأشخاص طرقا جديدة لحل مشكلاتهم العاطفية والسلوكية . فمن الممكن تصور أن الاضطراب يحدث عندما نفشل فى مقابلة تحديات التوافق فى المجتمع ، وفى استخدام امكانياتنا ، أو نقاط قوتنا بفاعلية . ولهذا فتمتية القدرة على حل المشاكل ومعرفة أن هناك طرقا بديلة للوصول للاهداف ، مع فهم نوافع الاخرين ، ومحاولة أن نبين للشخص أن كل موقف يختلف عن غيره من المواقف ، قد تساهم أيضا فى عملية الاستبصار وزيادة الفاعلية الشخصية .

لكن الاستبصار - كما لاحظنا أنفا - قد لا يؤدي الى تغيير مباشر فى السلوك . فالقول بأن اكتساب الاستبصار يؤدي تلقائيا الى التغيير فى السلوك ، ما هو الا افتراض يصح فى بعض الحالات ويخطئ فى البعض

بر ، لهذا فمن الضروري أن تساعد الشخص على توظيف أفكاره الجديدة المنطقية حالما تحدث وذلك بنقعه وبتكليفه بواجبات منزلية Home Work يسعى الشخص من خلالها الى ممارسة أفكاره المنطقية بما وفى مواقف حية . لهذا فقد يوصى المعالج مريضه - كما رأينا فى الشاب التى أشرنا لها أنفا - أن يقوم بتأمل ما يقوله لنفسه فى موقف معين . وتبين الممارسة العلاجية أن محاولة خلق مواقف حية .. وأرغام سنا على الدخول فيها باتجاهات عقلية مختلفة يساعد على التغيير فى جانب الفكرية ، والسلوكية ، والوجدانية على السواء - فالشخص الذى ينف عن الاتصال الاجتماعى ، بسبب الخجل مثلا يمكن أن يشجع على الدخول فى مواقف حية كانت تسبب له الارتباك من قبل : مثل مبادرة قد المتعمد لرأى زميل أو رئيس ، أو تعمد رفع الصوت فى المناقشات ، أو دخول الى الاماكن العامة ، كمحلات البيع ، مع المجادلة مع الباعة عن من ونوع البضاعة ... الخ .

ومن الأساليب الممكنة للزيادة من الافكار المنطقية الملائمة للصحة النفسية أن نغير من أهمية الاهداف نفسها بالنسبة للشخص . فالشخص الذى يعتقد أن من الضرورى أن يظهر دائما بمظهر قوة الشخصية السيطرة والتحكم فى الامور قد يدخل نتيجة لهذا فى صراعات اجتماعية مع حاجات الاخرين من الزملاء أو الرؤسين أو شركاء الحياة الزوجية ، أو

الابناء في التعبير عن نواتهم، مما يوقعه ويوقع من يتصلون به في ضروب من الاضطراب في مثل هذه الحالات فان تنبه الشخص الى أن أهدافه في اثبات رجواته وقوته غير واقعية وغير معقولة سيساعده على أن يعدل سلوكه الاجتماعي التالي تعديلا ملحوظا . وفي مثل هذه العملية من التصحيح المستمر للاخطاء في القيم والافكار ينبغى النظر الى ربط أهدافنا بالنتائج المستقبلية القائمة على فهم نوافع الآخرين . فقد يؤدي الظهور بمظهر القوة والسلطة - مثلا - الى نتائج وارضاعات مباشرة من الناس ، الا أن النتائج البعيدة لمثل هذا السلوك قد تكون وخيمة العواقب .

والمعالج الذي يأخذ باتجاه تعديل المسالك الذهنية لايجهل ولا يقلل من شأن استخدام التغير في البيئة الاجتماعية لاحداث التغير في الشخصية . فهو يعرف أن بعض اخطائنا الفكرية قد يكون مكتسبا نتيجة لاحباطات خارجية أو فشل سابق (التقدم لعدد من الاعمال دون الحصول عليها قد يؤدي الى تشكل أفكار خاطئة عن الذات مثل « اننى انسان فاشل » أو « ضئيل الهمية » ، والفشل السابق مع أفراد الجنس الاخر قد يؤدي الى أفكار خاطئة باننا نفتقد الجاذبية .. الخ) . لهذا من المهم أن نستخدم التغير في البيئة الاجتماعية استخداما كبيرا لاحداث التغير في الشخصية ، وتعتبر الواجبات المنزلية التي أشرنا لها أنفا طريقة لذلك . اصف الى هذا أن المعالجين قد ينصحوا بتغيير اتجاهات الآخرين

من يعيشون مع الشخص أو يحتكوا بهم . ولهذا فعلمية العلاج قد تشمل شركاء في الحياة الزوجية أو الآباء أو الآخرين أو الجماعة التي يعيش معها . وقد أشرنا سابقا الى أن تغيير طريقة اللبس ، وتغيير الوضع الاجتماعي ، تؤدي الى تغيير في توقعات الافراد عنا وبالتالي تغير سلوكنا . الحالات التي أشرنا اليها حالة الفتاة التي كانت تظن أنها باهتة شخصية ، فلما أخذ مجموعة من الطلاب يعاملونها على أنها شديدة البنية والحيوية استطاعت ان تكون أسلوا سهلا في التعامل ، كما طاعت أن تغير افكارها عن نفسها وأن تتبنى افكارا أكثر ايجابية (٢٤) .

ومن الاساليب الاخرى التي يلجأ اليها المعالجون لتغيير أفكارنا المنطقية عن أنفسنا وعن الآخرين استخدام الكف المتبادل بالشكل الذي أشرنا اليه في الفصل الثالث . فنحن نعرف من خلال هذا المفهوم أن انسان لا يمكن أن يكون قلقا ومطمئنا في وقت واحد أو مبتهجا ومكتئبا لنفس الان . لذلك نستعيز عن استجاباته بالقلق باستجابات من المثبتة (الاسترخاء مثلا) عند التعامل مع مصادر التهديد . ويصح هذا هنا بالنسبة للافكار . فالانسان لا يكون منطقيًا ولا منطقيًا في نفس الوقت ، ولا يتبنى فكرة سلبية وايجابية عن نفسه أو عن الآخرين في نفس الوقت . لهذا من الممكن أن يغير الشخص أفكاره الداخلية السلبية عند حدوث موقف معين بأفكار ايجابية : من الممكن مثلا أن يربط أداءه لعمل ما بتصور العمل على أنه مصدر للمتعة بدلا من تصوره على واجب ثقيل ، وتعتبر هذه الطريقة فعالة في احداث التعديل السلوكي

المطلوب ، فضلا عن أنها تحسن من استخدام البيئة بأدراكها - في مواقف التهديد - على أنها أقل مدعاة للاضطراب والتخوف.

وثمة أسلوب آخر يساعد على أحداث تغييرات فكرية وسلوكية ايجابية ، يتمثل في لعب الانوار. فاذا تلتى لاحد الاشخاص المضطربين أن يعبر أمام مجموعة من الآخرين عن اتجاه أو سلوك مختلف ، فإن هذا السلوك سيتحول الى خاصية دائمة في شخصيته . فالشخص المتسلط ، الذي يدفعه تسلطه الى التصادم مع الآخرين ينجح في أن يبذل تسلطه بأسلوب قائم على التفهم إذا ما طلب منه أداء دور قائد بيمقراطي ، ان يشاهد نتائج ايجابية بيمقراطية في شكل حب الآخرين ، أو تودهم له مثلا . ومن رأينا أن التغيير الناتج من لعب الانوار يرجع الى التغيير في معرفة الموقف الذي أدى اليه القيام بالنور . وقد تأتى لكتاب هذه الصطور عند قيادة احدى جلسات العلاج الجماعي لمجموعة من المرضى الفصاميين أن يلاحظ أن تغيرات حدثت في اتجاه تقبل المرضى لاطيائهم عندما كان يطلب منهم تمثيل دور الطبيب وتخيل استجاباته في مواقف مختلفة : كالتعامل مع مريض متهيج يحاول ايقاع الاذى بزميل اخر، أو مريض منسحب يعزف عن الطعام ، أو استجاباته ازاء مشادة بين مريض وأحد العاملين . كما لاحظنا أن التغيير الذي يحدث بعد أداء الانوار أفضل من التغيير الذي يحدث اثر مناقشة عادية عن ابراز أهمية الطبيب واتجاهاته نحو مرضاه ، مما يدل على أن الشخص عند قيامه بدور معين يطلع على جوانب جديدة من المعرفة يسهل عليه تبنيها بعد ذلك .

ولهذا الاسلوب أهمية أيضا في جوانب لا تتعلق بالعلاج ، بل تتعلق بالحياة الاجتماعية بشكل عام . اذ كثيرا ما يبدأ الناس في النظر الى حياتهم بشكل مختلف اثر الدخول في دور مهني جديد . فخبرة القيام بدور مهني تعطي الشخص رؤية جديدة للنور وتدفعه الى تبني مجموعة من الاتجاهات والتوقعات المطابقة للنور . وقد تبين في إحدى الدراسات (٢٤) على فريقين من العمال المعينين في مؤسسات البيع التجارية أن الفريق الذي عين في وظائف اشرافية تبني اتجاهات مطابقة لاتجاهات هيئة الادارة أما الاشخاص الذين عينوا كعمال عاديين فقد تبينوا اتجاهات معارضة لاتجاهات هيئة الادارة . فالعمل طول اليوم في وظائف العمال العاديين ، مثله في ذلك مثل العمل الاداري ، يدفع بالضرورة الى تبني اتجاهات تطابق توقعاتنا عن النور . وهذا صحيح أيضا في حالات السلوك المرضى . فالتشجيع على مواجهة مشكلة بطريقة لعب نور انسان عادى أو ناجح ، سيؤدي الى النظر الى أساليبنا اللاتوافقية بشكل مختلف .

وتنشأ في حالات كثيرة أنواع من الاضطرابات النفسية بسبب ما يسمى بالتنافر المعرفي أى عندما نعتنق فكرتين متناقضتين عن شئ واحد بحيث أن كل فكرة منهما تولد أو تؤدي الى تصرفات متعارضة مع ما تولده الفكرة الاخرى . فالشخص الذي تشده فكرة السفر للخارج لتحسين وضعه الاقتصادي أو للحصول على درجة من التدريب والتعليم في مجاله ، قد تشده أيضا فكرة الاستقرار في وطنه والابقاء على وظيفته التي قد يفقدها بسبب هذا السفر . هنا تنشأ حالة من القلق غير السار والاكنتاب الذي ينطوي على أخطار للصحة النفسية . ومن الاشخاص أيضا من يعرف عن نفسه شيئا

(بأنه جذاب أو ليق مثلًا) ، ولكنه يعلم أن فكرة الآخرين عنه (بأنه انتهازى أو متسلق) لا تتفق مع فكرته عن نفسه . هنا أيضا يجد الشخص في هذا التنافر عقبة قد تشله عن الحركة عندما يرغب في التفاعل بالآخرين . وقد تبين للكاتب أن كثيرا من البدعين يعانون من تنافرات من هذا النوع هي التي تسبب فيما يبدو جزءا كبيرا مما يعترضهم من حالات القلق والاكتئاب . فقد يعرف المبدع أو المفكر أن عمله يحتاج منه للانتواء والبعد عن الناس والاختلاف ، لكن متطلبات عمله هذه تتنافر مع ما يتطلبه منه المجتمع من ضرورة الخضوع لمعاييره ، والاختلاط والتوافق والاعتراف في عادات اجتماعية تافهة (٢٥) .

ومن الممكن في مثل هذه الحالات البحث عن طرق متعددة للتقليل من هذا التنافر أو آثاره . من هذه الطرق مثلا العمل على تدعيم إحدى الفكرتين تدعينا ايجابيا بحيث يزداد وزنها عن الفكرة الاخرى ، كأن يعترف الشخص مثلا بأن عمله قد يؤدي الى بعده عن الناس مؤقتا ولكنه هو مصدره الرئيسي للشعور باحترامه لنفسه والحصول على احترام الآخرين في النهاية ، وكأن يغير اتجاهه نحو أحد الموضوعين بحيث يضيف عليه قيمة أقل مما هو عليه . ففي حالة تعارض تصوري مع ذاتي عن تصور الآخرين ربما يكون من الأفضل للصحة النفسية في هذه الحالة أن يضع الشخص قيمة أقل لتصورات الآخرين السلبية له فيدركها على انها أقل أهمية وأضعف وزنا ، وبالتالي قد يزداد وزن الفكرة الاخرى وقيمتها وهي في هذه الحالة فكرة الشخص عن نفسه بأنه على قدر مرتفع من اللباقة .. الخ ومن المهم أن نشير من جديد الى أن كثيرا من جوانب هذا التنافر ينبع أحيانا بسبب

اجتماعية خارجة عنا . فالجتمتع الذي لا يركز على الابداع الإنسانية مثلا يؤدي مباشرة الى اثاره الضارة والقلق لدى الشباب من ترويضهم بالعمل الفكري والابداعي بعض الصلات . في هذه الحالات الضرورى أن نشير الى أن التخفيف من آثار التوترات المعرفية يحتاج جهود العلماء الاجتماعيين بقدر مساهمة المعالج السلوكي - حيث الحل الواضح لمثل هذه الانواع من التنافر في ضرورة تغيير التصورات الاجتماعية العامة عن مشكلات نعتبرها من وجهة النظر النفسية شديدة

خطوات ومراحل التعديل المعرفي

والقيام بعملية تعديل سلوكي للأساليب الفكرية الخاطئة، انصح استخدام الإستمارة المرفقة (شكل ١) والموضحة أيضا في ملحق الفصل ١٠ من كتابي "تعديل السلوك" وتساعد على تشخيص .. وتحليل الأفكار اللاعقلانية وتتبعها . ولكي نعمل علينا استخدام هذه الاستمارة .. يمكن اتباع المراحل الآتية :

حدد أولا في المربع الأول « أ » الخيرة أو الموقف المباشر - الذي يرتبط حدوثه بالحالة الإنفعالية السيئة التي تشعر بهل مثلا :

غير مثال على هذا يلاحظه عزت حجازي في كتابه « الشباب العربي » من أن جزءا كبيرا من مشاعر القلق يمكن العودة به الى تعارض القيم الاجتماعية مع الحاجات الشخصية . فمن مصادر قلق الشباب فيما يرى الاعتقاد الذي تنفعهم اليه القيم والممارسة الاجتماعية بأن الحب يتعارض مع القيم العائلية مجرد " عيب " ولكنه من " الجرائم " والنظر الى الامحاح الشديد والحاجة الى الحب يعيش الشباب العربي أزمة طاحنة بسبب تعارض القيم الاجتماعية مع حاجاتهم الشخصية (٢٦) .

- رئيسى فى العمل لم يبادلنى تحية الصباح ربما متعمدا

- والدائى يرفضان زواجى من شخص أحببه

- رسوب فى الامتحان .. أو فشل فى علاقة عاطفية

٢- سجل الاعتقادات العقلانية لهذا الموقف مثلا: (قد يكون رئيسى مشغولا عن تحييتى .. أو أنه يفعل ذلك كعادته مع الكثيرين .. أو أن سلوكه هذا لا يعجبني - الخ) .

٣- ضع تفسيراتك الخاطئة .. واعتقاداتك اللاعقلانية نحو هذا الموقف .. حاول أن تتعقب الفكرة الخاطئة لتحديد ما .. ربما من خلال عملية استبطان أو ملاحظة الذات عند مواجهة مثل هذه المواقف .. قد تكون بالنسبة للمثال السابق .

- انه لم يبادلنى التحية .. انه يكرهنى أو أنه غاضب منى .

- ان عدم مباداتة التحية لى يدل على أن شيئا خطيرا يتم ضدى .

- اننى انسان مرقوض ومنبوذ « أو ثقيل » .

- هذا الإنسان الحقير المنحط كيف تسول له نفسه أن يفعل هذا؟

- انسان ما وشى بشىء خطير... ومن ثم فهو يتجنبنى .

٤- حدد النتائج المترتبة على تلك المعتقدات بشقيها العقلى واللاعقلانى .

فقد تتكون نتيجة لتفكيرك العقلانى انفعالات ملائمة سجلها فى

المستطيل الأول من المربع (ج) اننى أشعر بالأسف لهذا التصرف

..... أو المحاولة الصادقة لتحسين صورتي وعملى أمام رئيسى

ان كنت أعتقد أن تجاهله يتم عن قصد .

أما فى المستطيل الثانى من هذا الجزء، فسجل النتائج السلوكية التى

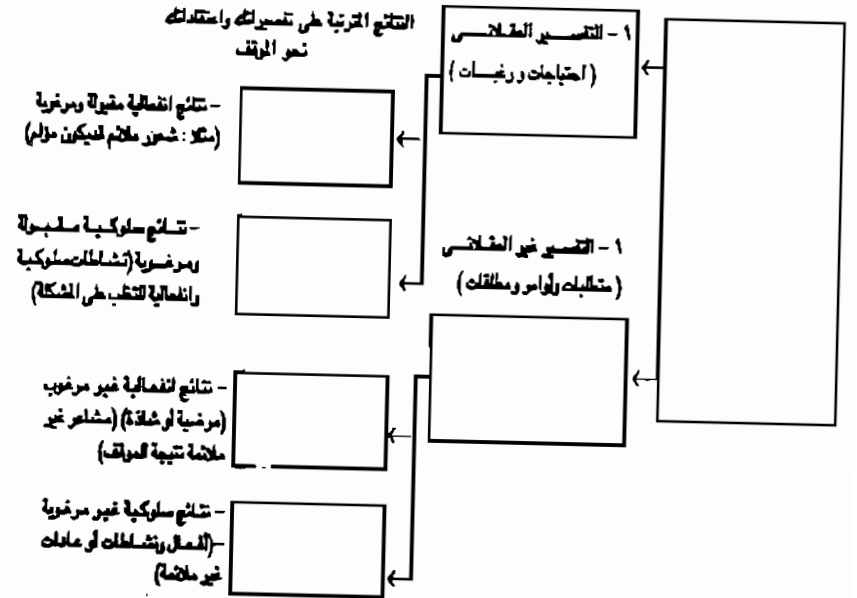
تنتج عن تفسيرك العقلانى .. قد تكون مثلا: تجاهل الموقف إلى أن تستبين

بعض الحقائق .. العمل على تحسين عملى وأدائى ... تحسين سبل الاتصال

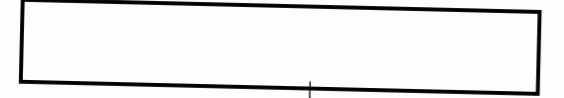
الإجتماعى بالآخرين .. الاسترخاء .

شكل ١
استمارة للعلاج السلوكي المعرفي

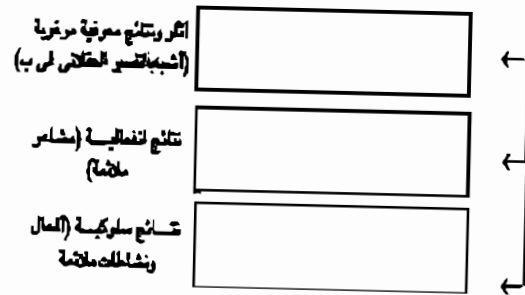
(أ) الموقف أو خبرة حدث (ب) تفسيرك لهذا الموقف واعتدالك به



د. أنواع الدحض والتبديد التصوري والاعتدال غير العقلانية (ضعها في شكل كسكس)



هـ. الأفكار ونتائج بعد صلبة الدحض



أما في المستطيلين الآخرين من هذا المربع ... فضع النتائج السلوكية
الإنفعالية غير المرغوبة التي يمكن أن تحدث نتيجة لتفسيراتك الخاطئة. فقد
تكون النتائج الإنفعالية لتفسيرك الخاطيء لسلوك رئيسك هذا الصباح:
غضب بالإكتئاب ، والمشغولية طوال اليوم (اننى انسان من السهل تجاهله) ،
والغضب الشديد على الرئيس (هذا الأحمق المفرود - كيف يجروء على
التصرف؟)

أما النتائج السلوكية غير المرغوبة فقد تكون : العدوان أو اظهار
الغضب للرئيس، أو مخاوف، أو أرق بالليل وتوتر شديد، وتفكير في
استقالة من العمل .

الآن ... وبعد تحديد الأفكار والمتغيرات الخاطئة وأثارها العصبية عنى
سلوك والافعال ... يصبح الطريق ممهدا للقيام بعملية دحض وتقنيد للآراء
الخاطئة والتفسيرات غير العقلانية بأن نضعها في شكل أسئلة في
المستطيل (د). ويهدف الدحض إلى الاطلاع على الجوانب السلبية أو المبالغ
فيها في التفكير. وبالتالي يكون الطريق ممهدا لاستبداله بأفكار واقعية
معقولة تلائم الموقف .

وسنلاحظ أن فحص الأفكار الخاطئة قد ينتهى بنا إلى اعتقادات
واقعية عاقلة (المستطيل الأول من هـ) ، فضلا عن نتائج انفعالية وسلوكية
معدلة ومعقولة (المربعين الآخرين من الشكل).

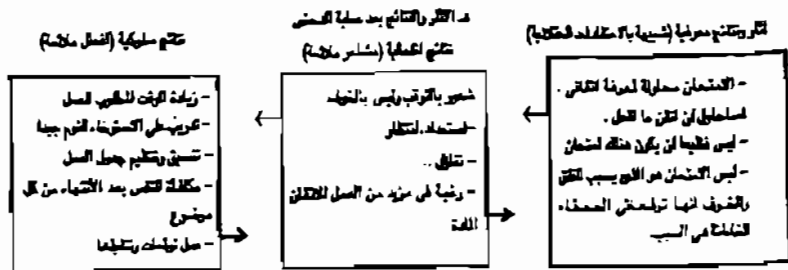
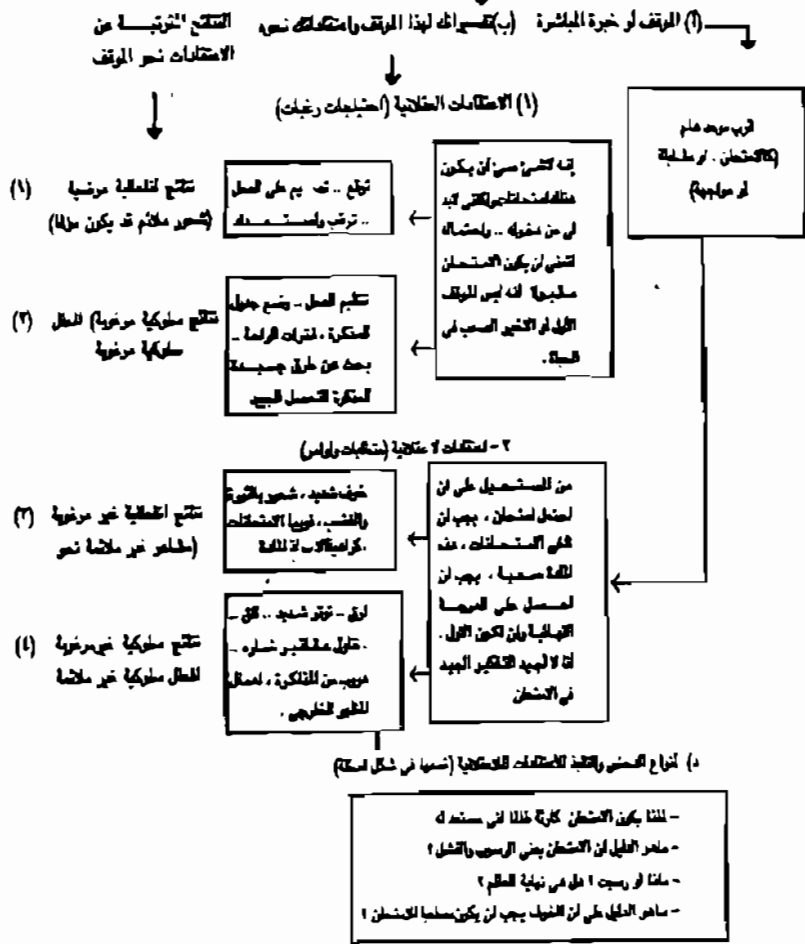
ولكى يزداد القارئ ثقة في استخدام هذا المنهج ... وهذا الشكل تقدم له ثلاثة نماذج لمواقف شائعة ترتبط بمخاوف ومشكلات عصابية متعددة نتيجة للتفسيرات الخاطئة لها وهي :

الشكل ٢: ويمثل الموقف فيه والدان يعارضان الزواج من شخص يفضله المريض .
 الاستمارة الثالثة شكل ٣: والموقف فيها يمثل خيرة سيئة وهي الرسوب والفتل .

هناك أشكالاً متعددة من الأساليب الجديدة التي تجرب في الوقت الحاضر بمعهدى العلاج المنطقي في نيويورك وكاليفورنيا، وكلا المعهدين يقومان على أساس التعديل من أساليب التفكير (فضلاً عن السلوك) في حالات متعددة من الإضطرابات كالإكتئاب، والجنسية المثلية، والضعف الجنسي، والقلق، فضلاً عن تقديم النصيح والإرشاد لنمو "العاديين" في مواقف مختلفة من الحياة كالقيادة والتريس والإبداع .

وعلى العموم فإننا نرى أن أساليب تعديل طرق التفكير تتطوى على إمكانيات جيدة، خاصة إذا ما عرفنا أن المبادئ والقوانين التي تحكم السلوك والشخصية، والإنسان في تفاعله الإجتماعي تستخدم بأفق متسع ومتكامل في هذا النوع من العلاج .

شكل ٢ استمارة للعلاج السلوكي المعرفي



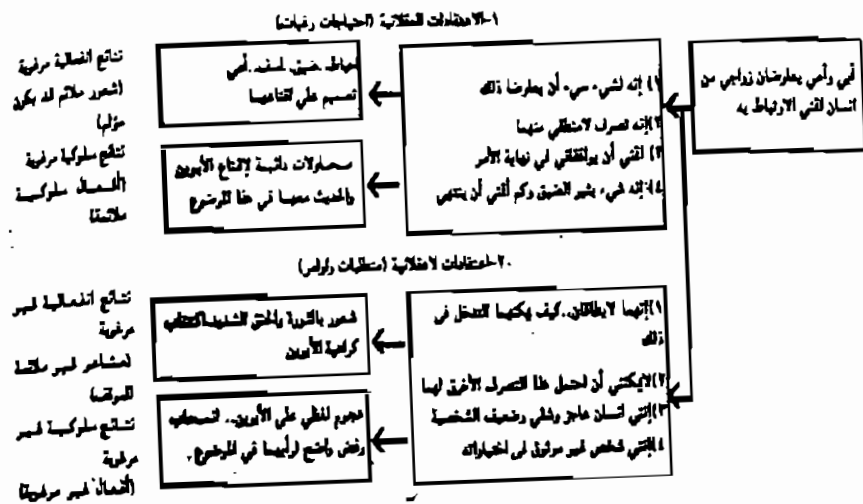
الخلاصة

يعكف الباحثون في العلاج النفسي وتعديل السلوك البشري منذ سنة
أعلى دراسات وتجارب مكثفة لبحث آثار المعتقدات الفكرية الخاطئة -
بينها الفرد عن نفسه وعن الآخرين- على إثارة الإضطراب النفسي
والتوافق. وتشير هذه البحوث إلى وجود أدلة قوية على أن وراء كل
تصرف انفعالي بالغضب أو العدوان ، بالانسحاب أو الاندفاع ... الخ -
نمطا من التصورات والمعتقدات يتبناها الفرد عن الحياة ومشكلاتها،
تصرفات الإنفعالية تتغير بتغير هذه التصورات والمعتقدات .

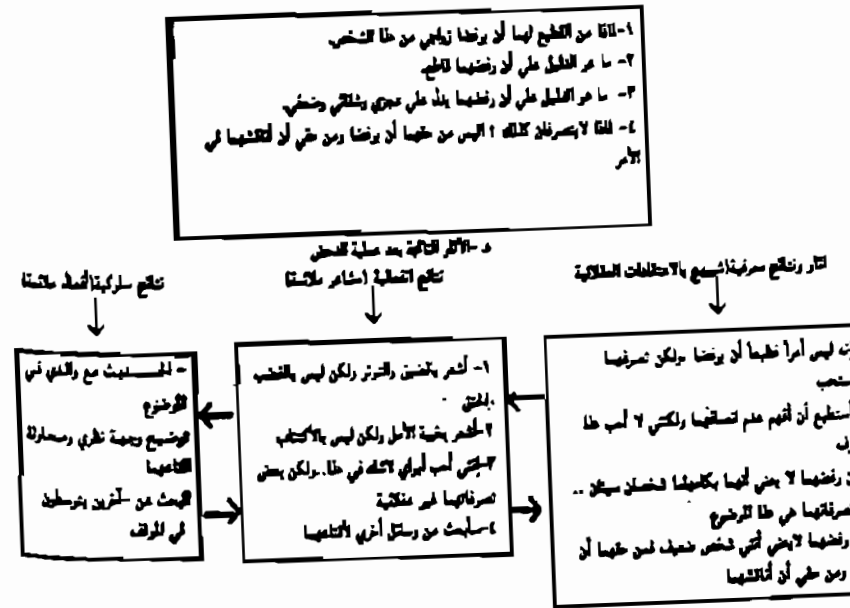
أن أي شكل من أشكال الإضطراب يسبقه تفكير خاطيء في الموقف،
فاعلية الذات. وقد بينا أن العوامل الفكرية المسببة للإضطراب النفسي
رأيا على : (١) شكل معتقدات ووجهات نظر خاطئة يتبناها
فرد عن نفسه وعن الآخرين فتسبب له التعاسة والهزيمة الذاتية
كأل الإضطراب الأخرى. وقد عرضنا لعدد من الأفكار التي إذا ما تبني
فرد أحداها أو بعضها، فإن سوء توافقه واضطراباته ستكون أشياء
تؤدي إلى حد بعيد أو تكون على شكل : (٢) أساليب خاطئة من التفكير
في الأمور كالمبالغة، والتعميم، وجمود التفكير وتصلبه. ويوضح هذا الفصل
بعض الطرق المستخدمة لتعديل أنماط التفكير المضطرب، كالحض المستمر
لتفكار الخاطئة، والاستبصار، والدخول في مواقف حية بتصورات مختلفة
وتوقعات معدلة. فضلا عن هذا، فإن العمل على أحداث تغيرات ايجابية في
البيئة الإجتماعية يساعد على التغير الإيجابي في أفكارنا عن أنفسنا. وهناك
أيضا، لعب الأوار الذي يؤدي إلى تفسير معرفتنا بالتصرفات السوية

شكلا ٢ استمارة للعلاج السلوكي المعرفي

بالنظر له فيما لو توفرت واستفاد منه نحو
بالتطلع للفرصة من المعتقدات نحو الموقف



د- لبرنامج الحضر للتعديل للمعتقدات العقلية (اشتمال في شكل استمارة)



وتمكيننا من أدائها ... الخ ... ويطلق على هذا النوع من العلاج فى الوقت الحالى العلاج المعرفى - السلوكى .

ومن المهم هنا أن نشير إلى أنه بالرغم من النجاح الذى تحرز به أساليب العلاج المعرفى فى الوقت الراهن، فإن طلاب العلاج والتغيير غالباً ما يأتون بنوافع متباينة ولأسباب مختلفة، لهذا قد تصلح أساليب التعديل ذهنى مع بعضهم بينما تصلح مع البعض الأخر أساليب من التدعيم السلوكى المباشر، أو التدريب على تأكيد الذات - الخ .

لهذا فثمة هدف رئيسى ينبغى بلورته كهدف عام من أهداف العلاج، وهو أن يختار المريض بنفسه قيمة الخاصة وأن ينمى طرقه الفكرية الملائمة بمجهوداته الذاتية، أو أن يختار المجالات التى تحتاج منه احتياجاً ملحا للتفسير. أما كيف يتم ذلك وما هو دور المعالج النفسى فى هذا المجال .. فذلك ما سيوضحه الفصل القادم .

استمارة تحليل ومتابعة علاجية

أ - سجل هنا حادثة أو موقف أو خبرة حصلت لك حديثاً وكان من نتيجتها الشعور بالإضطراب والضييق الشديد (مثل الذهاب لمقابلة شخصية للعمل، زيارة ناس، امتحان ، تأنيب لك، شكوى ضدك، مشادة ... الخ) .

ب - فكرتك أو تصورك المنطقى أو العقلانى لهذا الموقف السابق (مثلأ : سأكون ساء الحظ لو رفضت للعمل، من المؤسف أن يشكونى أحد، الامتحانات شر لا بد منه ...) .

ج - فكرتك أو تصورك غير العقلانى الذى استخدمته لتفسير هذا الموقف (مثلاً : مركزى الأبنى سيتحطم لو سمحت لأحد أن يناقشنى فى عملى، كارثة كبرى أن أرفض، سأكون كمأ مهملاً لو فشلت فى شىء ، من واجبى أن أعرف كل شخص بحقيقته ، أريد أن أضمن أن لا يتحدث الناس عنى فى غيبتى، لا أسمع لأحد أن يعلو صوته على) .

تابع (استمارة تحليل ومتابعة علاجية)

د- النتيجة التي حدثت إثر تصورك غير العقلاني للموقف .. ركز على الإفعال والشعور الذي غلب عليك ساعتها ... (مثلا : شعرت أنني ممثلة غضبياً ، شعرت بالخوف والقلق ، شعرت أنني مهتم ومكتئب ، شعرت أنني مهمل ومنبوذ) ...

هـ- اللحظ الذي قمت به للفكرة غير العقلانية لكي تقلل من تأثيرها عليك (مثلاً : أئين الدليل على أن تجاهل شخص لى يعنى أنني تافه ما الدليل أنه لا توجد وسائل أخرى غير الحق والغضب لحل السخافات الإجتماعية، ما هو الدليل على أن غيبة الناس لنا تعكس عينا فينا وليست نتيجة عيوب فيهم)

و- التعديل الذي حدث في الفكرة غير العقلانية نتيجة للتحض (مثلاً : ليست كارثة ولكنها سوء حظ، لا رجد وسياة واحدة لمواجهة المشاكل، فشلى فى الامتحان لا يعنى أنني ساقط فى كل شىء، المشادات لا تعنى دائما أن كل الناس أشراؤ.. الخ ...) .

تابع (استمارة تحليل ومتابعة علاجية)

تعديل الذى حدث فى السلوك نتيجة للتحض (مثلا : شعرت باختفاء الخوف ، شعرت بالتعاطف مع الآخرين حاولت أن أعمل مزيداً من الاتصالات لحل المشكلة ، غضبى بدأ يختفى تدريجياً ... الخ)

إذا لم تكن قد حاولت دحض أفكارك غير العقلانية .. فلماذا لا ؟

إذا لم تكن قد عدلت من فكرتك اللامنتطقية ... فلماذا لا ؟

الأشياء التي استخدمتها لعقاب نفسك نتيجة لاستمرار السلوك والأفكار غير المرغوبة :

الأشياء التي استخدمتها لمكافأة نفسك نتيجة للإنجازات التي حققتها في العلاج ؟

المعتقدات والإنفعالات والتصرفات التي لازالت تحتاج للعلاج .

ملاحظات :

حالات :

تصرفات :

- الواجبات المنزلية والنشاطات الخارجية التي ستستخدمها في الفترة القادمة ؟

- اضافات أخرى وملاحظات ؟

مراجع وتعليقات

- ترجمة عطية هنا. الكويت : دار القلم ، ١٩٧٦ .
- 9- Pavlov, I. (1906) : The scientific investigation of the psychical faculties or processes in the higher animals.
Science. 6 , 24, 613-61.
- كذلك أنظر كتاب "بافلوف" الرئيسى الذى يشير بين الحين والآخر إلى الفروق فى عمليات التعلم وما تؤدي له من فروق فردية فى الشخصيات الإنسانية :
- Pavlov, I. (1927): *Conditioned reflexs*. (Trans. by G. V. rep.) London: Oxford Univ. Press,
- يعود الفضل العالم الروسى "بلاتونوف" فى اثبات أن الاستجابات سيولوجية عند الاستماع لكلمات مرتبطة بالألم أشبه بالاستجابات عالية المصاحبة للألم الحقيقى. أنظر تلخيص تجاربه فى :
- Mahoney, M.J.(1974): *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Mass. : Ballinger, .
- 12- Dollard J. & Miller, (1950): N.E. *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw, .
- للمزيد من التجارب التى تبين أن الإنفعال يستثار فى اتجاهات مختلفة حسب ما يقوله أو ما يريده الفرد لنفسه أو ما يفكر فيه أنظر :
- Meichenbaum D.(1973): Cognitive factors in behavior modification : Modifying what clients say to themselves. In Cyril Franks and Gerald Wilson (eds.) *Annual Review of Behavior Therapy*. New York : Bruner/Mazel.

- 1- Adler, A. (1927) *The practice and theory of individual psychology*. New York : Harcourt.
- 2- Rokeach, M. (1960) *The open and closed mind*. New York : Basic Books.
- 3- Kelly, G.A. (1955) *The Psychology of Personal constructs*. New York : Norton.
- 4- Ellis, A.A. (1969) Cognitive approach to behavior therapy. *International Journal of Psychiatry*. 8, 896-899.
- 5- Kanfer, F.H. (1975) Self-management techniques. In F.H. Kanfer and A.D. Goldiamond (eds.) *Helping people change*. New York : Pergamon.
- ٦- يعود الفضل للطبيب النفسى "أو" LOW فى استخدامه لمبادئ الفلسفة الرواقية فى العلاج وذلك من خلال منهجه فى العلاج الذى أطلق عليه منهج تدريب الإرادة .
 أنظر فى ذلك كتابه :
- Low, A. A.(1952). *Mental health through will-training*. Boston : Christopher Publishing House.
- ٧- أنظر فى ذلك كتاب برتراند راسل :
- Russell, B.(1930) *The Conquest of happiness*. New York : The American Library.
- ٨- أنظر : Kanfer, op. cit., 1975 عن جوليان روتر، علم النفس الاكلينيكي،

النفسي. وهو صاحب طاقة ونشاط هائلين سواء فيما يتعلق بممارسة العلاج في هذا الاتجاه أو البحث، أو المؤتمرات. ومن العسير وضع ثبوت بمؤلفاته لأنها تزيد عن المائة - غير أن من يود أن يرجع لبعض أفكاره العامة يمكن أن يطلع على المراجع الآتية كعينة :

- Ellis, A.(1962): *Reason and emotion in Psychotherapy*. New York : Lyle Stuart,

- Ellis, A. & Harper, R.A. (1975): *A new guide to rational living*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

- Ellis, A. (1977): *Rational - emotive therapy. The Counselor Psychologist*, 7, 1, 2, 27.

- أنظر مراجع « أليس » السابقة.

- أنظر Ellis, op. cit., 1977

- فؤاد زكريا، التفكير العلمي ، الكويت : عالم المعرفة ١٩٧٨ .

21- Beck, A. T.(1967): *Depression : Causes and treatment*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.

- المرجع السابق .

23 - Beck, A. T. (1974): *Coping with depression*. Institute for Rational Living,

٢٤- ميشيل أرجايل، علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية، ترجمة عبد الستار ابراهيم ، الكويت : دار القلم - الطبعة الثانية ، ١٩٨٧ .

14 - Bandura, A. (1969): *Principles of behavior modification*. New York : Holt

١٥- للمزيد عن استخدام تغيير التفكير نحو الاقليات وأثره على تخفيض درجة التعصب أنظر :

- Allport, G. W. (1954): *The nature of prejudice*. Cambridge, Mass : Addison-Wesley .

١٦- عن دور وارتباط العوامل المعرفية بالقلق والتوتر أنظر لنا :

- عبد الستار ابراهيم، بعض متعلقات الجمود العقائدي . مجلة الصحة النفسية ، كلية الطب - جامعة القاهرة، مجلد ١٢ - عدد ٧ العدد السنوي ، ١٩٧٣

- عبد الستار ابراهيم، أصالة التفكير : دراسات وبحوث نفسية - القاهرة : مكتبة الأنجلو ١٩٧٨ .

- Ibrahim, Abdul-Sattar,(1976): Sex differences, originality and personality response styles. *Psychological Reports*. 39, 859-868.

- Ibrahim, Abdul-Sattar, (1977): Dogmatism and related personality factors among Egyptian University students. *J. of Psychology* , 95, 213-215.

- عبد الستار ابراهيم ، المحافظة التسلطية : تقرير عن واقع البحوث التي أنجزت من ١٩٦٨ ، ١٩٧٣ : حوليات كلية الآداب - جامعة القاهرة، مجلد ٢١ ، ١٩٧٧ .

١٧- اعتمدنا في وضع هذه الصياغة على كتابات « ألبرت أليس » ويلاحظ أن "أليس" يعتبر من أقوى الممثلين لهذا الاتجاه العقلاني في العلاج

النفسي. وهو صاحب طاقة ونشاط هائلين سواء فيما يتعلق بممارسة العلاج في هذا الاتجاه أو البحث، أو المؤتمرات. ومن العسير وضع ثبت بمؤلفاته لأنها تزيد عن المائة.. غير أن من يود أن يرجع لبعض أفكاره العامة يمكن أن يطلع على المراجع الآتية كعينة :

- Ellis, A.(1962): *Reason and emotion in Psychotherapy*. New York : Lyle Stuart,

- Ellis, A. & Harper, R.A. (1975): *A new guide to rational living*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

- Ellis, A. (1977): *Rational - emotive therapy*. *The Counselling Psychologist*, 7, 1, 2, 27.

انظر مراجع « أليس » السابقة.

انظر
Ellis, op. cit., 1977

فؤاد زكريا، التفكير العلمي ، الكويت : عالم المعرفة ١٩٧٨ .

21- Beck, A. T.(1967): *Depression : Causes and treatment*. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.

المراجع السابق .

23 - Beck, A. T. (1974): *Coping with depression*. Institute for Rational Living,

- ميشيل أرجايل، علم النفس ومشكلات الحياة الإجتماعية، ترجمة عيد الستار ابراهيم ، الكويت : دار القلم - الطبعة الثانية ، ١٩٨٧ .

14 - Bandura, A. (1969): *Principles of behavior modification*. New York : Holt

١٥- للمزيد عن استخدام تغيير التفكير نحو الاقليات وأثره على تخفيض درجة التعصب أنظر :

- Allport, G. W. (1954): *The nature of prejudice*. Cambridge, Mass : Addison-Wesley .

١٦- عن دور وارتباط العوامل المعرفية بالقلق والتوتر أنظر لنا :

- عبد الستار ابراهيم، بعض مميزات الجمود العقائدي . مجلة الصحة النفسية ، كلية الطب - جامعة القاهرة، مجلد ١٢ - عدد ٧ العدد السنوي ، ١٩٧٢

- عبد الستار ابراهيم، أصالة التفكير : دراسات وبحوث نفسية - القاهرة : مكتبة الأنجلو ١٩٧٨ .

- Ibrahim, Abdul-Sattar,(1976) : Sex differences, originality and personality response styles. *Psychological Reports*. 39, 859-868.

- Ibrahim, Abdul-Sattar, (1977): Dogmatism and related personality factors among Egyptian University students. *J. of Psychology* , 95, 213-215.

- عبد الستار ابراهيم ، المحافظة التسلطية : تقرير عن واقع البحوث التي أنجزت من ١٩٦٨ ، ١٩٧٢ : حوليات كلية الآداب - جامعة القاهرة، مجلد ٣١ ، ١٩٧٧ .

١٧- اعتمدنا في وضع هذه الصياغة على كتابات « ألبرت أليس » ويلاحظ أن "أليس" يعتبر من أقوى الممثلين لهذا الاتجاه العقلاني في العلاج

personality disorder . New York : The Guilford Press.

- 32 - Dimattia, D. (1993) .RET in the workplace . *Journal of Rational - Emotive & Cognitive - Behavior Therapy* . 11 (1), 3 - 7
- 33 - Lang, A., & Grieger, R. (1993). Integrating RET into management consulting and training . *Journal of Rational - Emotive Cognitive Therapy*, 11 (1) 51 - 57
- 34 - Kirby, P. (1993). RET Counseling : Applications in Management and Executive Development . *Journal Of Rational - Emotive & Cognitive - Behavior Therapy* .11 (1), 7 -19

- ٢٥- أنظر شرحاً لنظرية التناهر بين معرفتين وما يثيره هذا من اضطراب على الشخصية في المرجعين الآتين :
- طلعت منصور، *التعلم الذاتي - القاهرة الأنجلو* ، ١٩٧٧ .
- عبد الستار إبراهيم، *أصالة التفكير : دراسات وبحوث نفسية - القاهرة : الأنجلو المصرية* ، ١٩٧٨ .
- ٢٦- عزت حجازي ، *الشباب العريس والمشكلات التي يواجهها ، الكويت :عالم المعرفة ، يونيو ، ١٩٧٨ .*
- 27 - Ellis, A. (1991) . *The Revised ABC's Rational emotive Therapy*. *J. Of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, q, (3) 139 -172
- 28 - Zarb, J.M. (1992). *Cognitive - behavioral assessment and Therapy*. New York : Bruner / Mazel .
- 29 - Baucom, D. & Epstein, N. (1990) *Cognitive - behavioral marital therapy*. New York : Bruner / Mazel .
- 30 - Maser, J.D. & Cloninger, C.R. (1989) . *Co- morbidity in anxiety amd mood disorders* . Washington, D.C. : American Psychiatric Press .
- 31 - Beck, A.T.& Freeman, A .(1990) .*Cognitive - Therapy Of*

الفصل التاسع

علاج نون معالج

الاساليب الحديثة فى العلاج الذاتى

مهيد :

أشرنا فى فصل سابق الى أن احساس المعالجين السلوكيين بحاجة الناس لطرق سريعة وفعالة لمساعدتهم على تنمية قواهم الذاتية ، وتعديل أنماط وأساليب التكيف السيئة لديهم التى تعلموها من خلال عمليات تشريط اجتماعى سئ ، جعلتهم (أى المعالجين) يفكرون فى ابتكار طرق سريعة وفعالة يمكن للمريض أن يمارسها بنفسه دون حاجة للالتجاء المستمر للمعالج الا فى حالات وأوقات قليلة .

وتناقش هذه الاساليب أحيانا على أنها طرق للعلاج الذاتى ، وأحيانا أخرى توجيه ذاتى ، وأحيانا ثالثة على انها أساليب للضبط الذاتى . غير انها تنفق جميعا - بالرغم من اختلاف المسميات - فى انها تستهدى بقوانين علم النفس ونظرياته والمعرفة النفسية بشكل عام فى تطبيق مبادئ العلاج ذاتها . بعبارة أخرى فما قاله سقراط من قبل « اعرف نفسك » يتحول هنا ليصبح « عالج نفسك » . مستهديا بقوانين المعرفة العلمية .

ولفترة قريبة ، لم تكن اساليب الضبط الذاتى موضوعا لتفكير المعالجين النفسيين على الاطلاق . ويبدو أن تأخر ظهور هذا المنهج الى مسرح العلاج النفسى السلوكى ، انما يعود الى حد كبير الى سيطرة

قدرة الانسان على توجيه نفسه ذاتها من خلال قدرته على التعلم الذاتى
 لتيه قدراته وامكاناته (١) . ويعتبر كارل روجرز Carl Rogers من طائفة
 الجين الانسانيين ، ومن حاولوا الاستناد الى معطيات علم النفس
 حيث بوضع نظرية رئيسية فى العلاج النفسى تقوم على التوجيه
 لى ، والممارسة الشخصية لتغيير السلوك . وتعتبر نظريته أيضا من أوائل
 لريات التى قلبت العلاقة التقليدية بين المريض والمعالج ، فجعلتها
 قلب على المريض (أو العميل) * ، بحيث يكون المريض هو صاحب
 الأساسى والفعال فى عملية العلاج وتغيير الشخصية ، ونمو هذا
 لغير . بل ان « روجرز » يرى أن نور المعالج النفسى لا يزيد عن خلق
 علاجية غير مباشرة ، وغير موجهة ، من شأنها أن تسير فهم الذات .
 سوج النفسى السليم . وأكد « روجرز » أن نمو قدرات الانسان
 حية ، وقدرته على تنمية ذاته وتوجيهها فضلا عن قدراته على الاختيار
 المشكلات ، أمور ليست ممكنة نظريا وعمليا فحسب ، بل أنها جزء من
 الطبيعة ، وهدف يجب أن يعلو كل الاهداف فى العلاج النفسى
 (٢) .

وقد أعطت حركة علماء النفس الانسانى وتصورها للانسان - أعطت
 دوية للعلاج السلوكى الحديث فى اتجاه فهم عمليات الضبط أو التوجيه
 من خلال مفاهيم نظرية التعلم ذاتها ، التى كانت فى شكلها التقليدى
 مثل هذه المفاهيم من قبل لعدم اتساقها مع منطق النظرية السلوكية
 على تصور السلوك كمحصلة للشروط البيئية الخارجية

مع نظرة الانسانية لا يستخدم " كارل روجرز " كلمة مريض بل يفضل بدلا منها كلمة عميل

ج الطبى العضوى على حركة العلاج النفسى . فالعلاج النفسى ، فيما
 نا فى مواقع متفرقة كان من حيث الممارسة مقتصرًا على الاطباء ،
 زال الامر كذلك فى كثير من الدول . والطبيب فيما نعلم يتبنى وجهة نظر
 سوية فى علاقته بمريضه : فالطبيب هو صاحب السلطة الرئيسية فى
 خييص المريض ، ووصفة الدواء والعلاج ، وما على المريض الا أن ينفذ
 ليعامت ويتعاطى الدواء ان كان يريد العلاج .

هذا الفهم لطبيعة العلاقة بين المريض والطبيب انعكست آثاره على
 لاج النفسى كما مثله فرويد . فالتحليل النفسى أيضا يقوم على نفس
 سوزج ، المريض والمعالج : المريض السلبي والمعالج الايجابى ، الذى
 سر ويوجه . وفى هذا السياق قام البورت Allport - من هارفارد اذ ذاك
 فى سنة ١٩٦٠ بتحليل للبحوث الرئيسية فى علم النفس وأساليب العلاج
 نفسى فوجد أن نسبة كبيرة من تصورات العلماء للانسان كانت تراه - أى
 انسان على أنه يخضع بشكل سلبي لقوى خارجية عن ارادته ، تماما كما
 ط القطط والارانب فى تجارب المختبرات .

وقد شهدت الحقبة الاخيرة من النمو فى علم النفس وأساليب
 لاج النفسى ، ما يشبه مراجعة النفس فيما يتعلق بحقيقة مواقفهم من
 مفاهيم تعوق خطى نموهم . فبدأنا نشهد رفضا للتصورات السلبية
 انسان ، وبدأ التاكيد على أن هناك حاجات فى داخل كل شخص تنفعه
 فى الارتقاء وتحقيق الذات والتغيير من خصال شخصيته بأفعال مقصودة .

والحقيقة أن ذلك الاتجاه قد بدأ بجهد طائفة من المعالجين النفسيين
 ثين يعرفون فى الوقت الحالى بأسم طائفة علماء النفس الانسانى Human
 psychologists عندما أخذوا يعيدون تفسير نظريات العلاج النفسى بالتاكيد

بالشكل الذي وجدناه بها عند « بافلوف » و« سكينر » ولعل هذا ما يعبر عنه « بانديرا » Bandura رئيس جمعية علم النفس الامريكية السابق - بوضوح في هذه العبارة :

« تمر النظرية السلوكية في الوقت الحالي بتغيرات حاسمة. فمنذ سنوات اقتصر تصور علماء النفس السلوكي للانسان على أنه كائن يستجيب أساسا للتغيرات البيئية التي تشكل أليا افعاله وتحكمها. لكن نظرة متفحصة للانسان تبين أنه أكثر فاعلية وان تأثير البيئة لن يتم بشكل ألي. فالتغيرات التي كان من المعتقد أنها تؤثر في السلوك بشكل ألي ، يكون تأثيرها في الحقيقة محدودا ما لم يدعمها وعي الانسان بها :

ان السلوك يخلق - جزئيا - البيئة* بمقدار ما تؤثر البيئة في ظهور وابعاز السلوك. ولهذا فمن المهم أن نحلل كيفية تشكيل الانسان للشروط البيئية التي تحكمه ، بنفس القدر من الاهتمام الذي نوليها لظهور البيئة والشروط المختلفة التي تحكم ظهور سلوك معين .

ان من أهم الخصائص التي تميز الانسان انه يستطيع خلق تأثيرات في ذاته تابعة من ذاته ومن توجيهه الذاتي لسلوكه. ومن خلال دوره كمؤثر وموضوع للتأثير في نفس الوقت يمتلك الانسان قوة رئيسية في توجيه ذاته (٣) .

* يشير بهذا الى أن تأثير البيئة الواحدة على شخصين يختلف باختلاف الطريقة التي يدرك كل منهما بها بيئته وعالمه بالطريقة التي أشرنا لها في الفصل السابق عن تمثيل اساليب التفكير .

لعل مغزى عبارة "بانديرا" واضح للقاريء : ان حياة الانسان تتوجه بها وبأغراض ، دون أن ينفي ذلك وجود قوانين سببية تضعها البيئة بروطها الخاصة ودون تعارض بينهما .

وعلى هذا فهدف هذا الفصل اذن هو تبسيط لبعض الاساليب أو التقنيات التي ابتكرها المهاجون لمساعدة مرضاهم على تطوير نواتهم ، وراجعتهم لما يثور من مشكلات. ولكن علينا أولا ان نعرض للأساس الذي لهذه الاساليب كما تتبناه مدارس العلاج السلوكي الحديثة .

السلوكي الحديث في مفهوم العلاج الذاتي :

لنفرض أن شخصا حاول جاهدا الاقلاع عن تدخين السجائر فانتهت ليلته للفشل - فكيف نفسر ذلك ؟

من التفسيرات المبكرة لذلك القول بأن هذا الشخص ليست لديه قدرة الكافية للاقلاع عن التدخين. هذا ما يمكن أن يثور لأول وهلة . لكن فرض أننا تساءلنا : وما هو الدليل على ضعف ارادته ؟ . حصنا ! الم هل أن يتبع خطة معينة لإيقاف التدخين ففشل ؟ من الواضح ان أننا في التفسير لم نفعل شيئا الا التحرك في دائرة لا تنتهي بنا الى حقائق جديدة . فنحن نفسر فشله بوجود ارادة ضعيفة ونستدل على ضعف ارادته في الإنقطاع عن التدخين .

والحقيقة أن هذا ما يؤخذ على التفسيرات القديمة المختلفة كالغريزة ، والارادة ، وقوى التطور النفسى - الخ . أنها لاتضيف شيئا لمعرفتنا ، بلوى على خطأ منطقي كبير في الاستنتاج فنحن نفسر الشيء بشئ آخر عبر نفس الشيء الاول : « الفشل في التدخين السجائر راجع لضعف

الارادة وضعف الارادة راجع للفشل في التدخين السجائر .. الخ .

وهناك خطر ان يمكن أن تؤدي اليهما مثل هذه التفسيرات الدائرية . فمن ناحية لا تنتهي بنا لاسباب واضحة تساعد على تقدم المعرفة العلمية ، ومن ناحية أخرى قد يؤدي التفسير بقوة الارادة أو ضعفها على المستوى العلاجي الى فقدان حماس المريض وبالتالي فشل العلاج . فنحن عندما نبين له أن فشله راجع الى ضعف الارادة ، فقد يقتنع بأن فشله يرجع لامر ليس بإمكانه أن يغيره . فلم المحاولة ؟

ولعل لابالغ ان قلت بأن كثيرا من فشل الناس - الذين ألتقى بهم بين الحين والآخر- في تعديل سلوكهم وتوجيهه في مسار سليم انما يرجع الى أنهم يضعون أنفسهم في اسر تفسيرات من هذا القبيل ، ويفسرون أخطأهم مرة بطريقة قدرية ، ومرة بقوى لا تخضع لضبطهم ، ومرة بوجود غريزة من هذا النوع أو ذاك ، الى غير ذلك من التفسيرات التي تنفع دفعا قويا للتعاس واليأس وتقبل الأخطاء والعجز .

هل هناك تفسير آخر اذن يمكن أن يكون أكثر ايجابية ؟ أجل وهو التفسير الذي تتبناه البحوث الحديثة . فمن وجهة نظر علماء السلوك المحدثين نجد أن عجز الشخص عن الاقلاع عن التدخين في المثال السابق انما يرجع الى عدم معرفته بالشروط الملائمة للاقلاع عن التدخين ، وبالتالي فإنه لم يضع نفسه في الشروط أو في المواقف الاجتماعية أو النفسية الملائمة التي يمكن أن تحول قراره الى التنفيذ العملي . بعبارة أخرى ، فإن قدرة الشخص على التعديل الذاتي لأفعاله وأنماطه السلوكية تعتبر نتاجا لمعرفته بالشروط المحيطة به وقدرته على تغييرها . وبهذا تزداد مهارة

في تعديل سلوكه ، وتوجيه ذاته الوجهات التي يرغبها كلما ازدادت على معرفة الشروط الملائمة والحوادث السابقة لظهور السلوكيات التي يؤدي لها هذا السلوك . وبهذا المعنى لا تزيد قدرة الشخص على تعديل من سلوكه ذاتيا عن كونها ببساطة : « اهرف المتغيرات التي تحكم أفعالك ، وضع نفسك فيها » .

فإن النجاح في تقوية جانب مرغوب من الشخصية أو تعديلها منها يجب أن يتم فهمها فهما واضحا للعوامل المؤثرة في وضع التحكم فيها بطريقة تؤدي الى التمييز المطلوب . ولعل هذا ما يكثر ، الى استنتاج أن محددات الضبط الذاتي ونجاحه جزء من الضبط السلوكي بشكل عام :

إنسان قد يضبط سلوك إنسان آخر بأعداد شروط ملائمة لهذا الهدف يمكنه أن يضبط سلوكه الذاتي بأن يضع نفسه في شروط تساعد على هذا الضبط . وعلى هذا فإن الضبط الذاتي يتحدد من شروط تعليمية مماثلة للشروط التعليمية التي تطور بها أي سلوك .

من ناحية ثانية ، يتفق المعالجون السلوكيون على أن أساليب الضبط المناسب من خلال عمليات تعلم اجتماعي ومهارة الشخص في أن يخلق في شروط بيئية وبيولوجية قادرة على أحداث التغييرات المطلوبة

يضعط سلوك إنسان آخر من خلال خلق شروط ملائمة تساعد على احكام قبضته مثل والترويج ، وخلق احتياجات في الشخص الذي نرغب في التحكم فيه ، أو تدعيم استجابات

أو التحكم في البيئة الاجتماعية والبيولوجية بحيث تتحول الى الصورة المطلوبة من حيث احداث التغير الإيجابي المرغوب .

نماذج من أساليب الضبط الذاتي

هدفنا الاساسى هنا - اذن - هو أن نبين أن عملية التغير العلاجى من خلال التوجه الذاتى أمر لا يمكن فصله عن الظروف البيولوجية والاجتماعية والمعرفية التى سبق وأن أفصنا فيها فى الفصول السابقة. كل ما هنالك أن خلق أو تغيير الظروف أو الشروط الضرورية لاحداث العلاج يتم من خلال قدرة الفرد على ممارسة التغير بنفسه ، ويتوجبه من معالجه .

ولهذا نجد أن كثيرا من الاساليب العلاجية الى عرضنا لها فى الفصول السابقة يمكن ان تستخدم مع بعض التحوير بحيث يمكن للفرد أن يمارسها بجهد الشخصى ، موجها عمليات العلاج بنفسه .

وينصب جزء كبير من نشاط المعالجين السلوكيين على تحويل تلك الاساليب بحيث تصبح قابلة للممارسة الذاتية . وهكذا نجد أن التطورات المعاصرة فى العلاج الذاتى تنطلق تقريبا من نفس مفاهيم تعديل الجوانب الوجدانية ، والمعرفية ، والسلوك ، والاجتماعية بالشكل الذى استوعبته الفصول السابقة . وسنعرض فى الأجزاء الباقية من هذا الفصل نماذج من التحويرات التى تمت أو يمكن أن تتم فى هذه الاساليب بحيث يمكن استخدامها ذاتيا .

١- التعديل الذاتى للجوانب الانفعالية من الاضطراب :

تعرضنا لاساليب العلاج السلوكى القائمة على مبدأ الكف المتبادل كالاسترخاء ، والتطمين المتدرج وتأكيد الثقة بالنفس . ويمدنا المعالجون

بمزيد من الاقتراحات عن كيفية تحسين هذه الطرق بحيث يصلح استخدامها ذاتيا .

فبالاسترخاء ، مثلاً يمكن استخدامه خارج عيادة المعالج وفى البيت لتستثير التوتر . ويتوقف على المعالج بعد أن يرب مريضه على رخاء المنظم أن يوضح له أن هذا الاسلوب يستمد نفعه الاساسى اذا استخدمه المريض فى المستقبل عندما تواجهه مشكلات مماثلة لتلك التى نفعته لطلب العلاج ، خاصة اذا ما كا طالب العلاج من الذى يشمله الاضطراب والانفعال والقلق فى مواقف متعددة ليلا أو

قد رأينا نمونجا لذلك حالة الشاب الذى عالجه " سالتز" فى الفصل ١٠ . وتبين ملاحظات المعالجين السلوكيين فى هذا الصدد أن قدرة على ممارسة الاسترخاء فى المواقف التى تعتبر بالنسبة له موضوعا للقلق والتوتر (كالحديث مثلاً أمام مجموعة من الاشخاص) ، تعد على مواجهة جوانب الاحباط التى قد تحدث بطريقة أكثر ايجابية . فى أخرى ، فإن السلوك (الاسترخاء) سيغير من طريقة ادراك البيئة لها الى عنصر أقل تهديدا .

ويقترح كاوتلا Cautea وهو من مشاهير العلاج السلوكى الحديث فى جمعية العلاج السلوكى سابقا - طريقة تساعد على حل التوترات تنشأ فى جو العمل لدى مرضاه ، فقد كان يقترح على طلاب العلاج - خاصة اذا كان مصدر الاضطراب لديهم هو التوتر والصراع الذى يستثيره العمل - أن يجلس الشخص مسترخيا على مكتبه فى العمل وأن يهتف صوت عال أثناء ذلك بكلمة " استرخ " لمدة ١٠ مرات . وكان يؤكد على

مرضاة اتباع هذا الاسلوب مهما بدا له بسيطاً أو مستهجناً . فإذا اتبع المريض التعليمات كان يطلب منه بعد ذلك أن يسترخى فى وضع واقف ، وأن يمارس الاسترخاء فى المنزل مرة يومياً على الأقل فى كلا الوضعين (الجالس والواقف) .

وفى كل مرة يطلب منه أن يقول لنفسه « استرخ » بصوت عالٍ لعشر مرات فى هذين الوضعين ، الى أن تحدث رابطة بين كلمة التبييه (استرخ) والاستجابة (اختفاء التوتر والاسترخاء) . ويعد أن يتبين للمعالج أن المريض يستطيع الاسترخاء بنجاح فى كلا الوضعين ، يؤكد له بعد ذلك ضرورة استخدام هذا الاسلوب فى كل مواقف القلق بعد ذلك (هـ) .

ومن الطريف أن « كاوتلا » قد أجرى عدداً من الدراسات التتبعية على الأشخاص الذين يستخدمون هذا الاسلوب بناءً على توجيهه لهم ، فتبين أنهم يتحمسون لهذا الاجراء ويحسون بفاعليته . كذلك تبين أن تعميم الرابطة بين كلمة « استرخ » ووضع الاسترخاء يساعد على ممارسة الاسترخاء والتمكن منه بطريقة سريعة حالما يهتف الشخص لنفسه فى موقف التوتر بكلمة « استرخ » .

كذلك يستخدم أسلوب التطمين المتدرج كأسلوب من أساليب العلاج الذاتى فى مواجهة المخاوف المرضية ، ويكون ذلك بأن يقوم الفرد بتخيل المنبهات المثيرة للقلق بعد تدرجها وهو فى حالة من الاسترخاء .

وفى الولايات المتحدة تخرج المنبهات المثيرة للقلق كالخوف من الثعابين أو الظلام ، أو الامتحانات أو الحديث أمام الناس وتسجل على اشربة تسجيل « كاسيت » وتباع للمرضى أو للأشخاص الذين يرغبون فى التخلص من أعراض الخوف والقلق فى تلك المواقف وغيرها . ويمكن أن

يقوم بتشغيلها وهو فى وضع الاسترخاء الى أن يتم له تحييد تلك المصادر من شحناتها الانفعالية الشديدة . وتبين بعض التجارب أن النجاح فى التخلص من الخوف من الثعابين مثلاً بهذه الطريقة (الاستماع لاشربة التسجيل فى المنزل بوضع الاسترخاء) ، يتساوى فى تأثيره مع العلاج بطريقة التعرض للمنبهات الدافعة للخوف مباشرة أو مع المعالج ، مما يدل على الامكانات الجيدة التى يمكن أن تتطور لها أساليب العلاج الذاتى .

غير أن هناك بعض المشكلات التى نشور نتيجة لاستخدام اشربة تسجيل فى عملية التطمين المتدرج . فمن ناحية لايزال هذا الاسلوب فى آياته الاولى . ومن ناحية أخرى يثير التسجيل مسألة تتعلق بالتفاوت فى سير المدرجات المثيرة للقلق . فقد يثير مدرج معين كتحليل شعبان مرسوم على لفة بيضاء درجة أكبر من القلق لدى شخص دون شخص آخر . فضلاً عن لا يوجد اتفاق مطلق بين المرضى على المنبهات التى تستثير لديهم تلك المخاوف . فالخوف من مجابهة الآخرين بحديث أو خطبة - على سبيل المثال - قد يكون مصدره عند أحد الأشخاص هو حجم الجماعة ، بينما يكون مصدره عند شخص آخر هو سلطة الافراد الذين تتكون منهم هذه الجماعة . ناقشنا هذه القضايا من قبل .

ولهذا فمن رأينا أن يتم تدرج المواقف المثيرة للقلق لكل شخص على ، ومن خلال اقتراحات الفرد نفسه ويتوجيه المعالج ، ثم يمكن أن تسجل وتمارس ذاتياً بعد ذلك . فهذا أفضل من الحصول على « كاسيتات » فى ظروف مختلفة ولأناس مختلفين .

أما أسلوب تأكيد الذات فهو بطبيعته أسلوب من أساليب الضبط الذاتى . أى أنه لا يكتسب فاعليته الا من خلال ممارسة الفرد نفسه لهذا

لأن إدراكا دقيقا للشروط السابقة لظهور المشكلة والنتائج أو الاستجابات
بيئية التي يثيرها ظهور هذه المشكلة. لهذا يجب على المريض وعلى المعالج
تتبعهما أن يقيما بجمع المعلومات الدقيقة السابقة لظهور المرض ، وذلك قبل
التدخل فى أى برنامج للتعديل أو العلاج السلوكى . وعندما يشترك المريض
ومعالجه المعالج فى حصر المعلومات التى أنت لظهور اضطرابات ، وأنواع
التصميم التى أدى لها ذلك، فإنه يقوم بعملية ملاحظة للذات ، وهى مرحلة
أساسية من مراحل العلاج السلوكى بشكل عام .

لكن ملاحظة الذات أو الكشف عن الذات لا تعتبر طريقة لجمع
حصر المعلومات الضرورية عن تكون الاعراض ، بل قد تؤدي -بمفردها-
بعض التغييرات السلوكية العلاجية . بمعنى أن الفرد عندما يلاحظ
مشكلة أو يحاول أن يجمع المعلومات التى أدت لظهور افعاله غير المرغوبة ،
هذه المعرفة - مجرد المعرفة - قد تؤدي الى تأثيرات مباشرة فى
تعالج أو السلوك الذى يلاحظه الفرد (٧) .

والمزيد من التفاصيل والايضاح لنرى ما يحدث أثناء ملاحظة الذات :
الفرد عندما يحاول القيام بجمع المعلومات التى أدت الى أنماطه السلوكية
التي يرغب فى تعديلها ، إنما يقوم فى الحقيقة بعملية انتقاء أو « غربلة »
للشروط أو الاسباب الهامة - فى نظره - التى أدت الى تكون
اضطراب المريض فهو يبعد بعض الشروط الهامشية على بعض الشروط
التي يرى أنها أساسية من حيث تأثيرها على ظهور المرض أو استمراره .
هذه الموازنة « بين الشروط المختلفة تعتبر فى حد ذاتها ذات وظيفة
مهامية لأنها ستضع اصبع الشخص مباشرة على الشروط المطلوب
تعديلها أو ضبطها لتحقيق التغيير . وستمنحه - فضلا عن ذلك وعيا

الاسلوب ووضعه موضع التنفيذ العملى . صحيح أن المعالج قد يعلم مريضه
بعض أساليب تأكيد الذات فى داخل العيادة أو مختبر العلاج السلوكى
بطريق تمثيل الانوار مثلا ، الا أن نجاح أسلوب تأكيد الذات لا يتم الا اذا
حاول الفرد نفسه تعميم الاستجابات التى طورها مع معالجه الى مواقف
اجتماعية جديدة (كالاسرة أو العمل) ومع أناس اخرين (كالرؤساء
والزملاء .. الخ) ، أى ان يمارس تأكيد الذات متعمدا كلما شعر بأن غيبا أو
ظلما قد وقع عليه من الاخرين . بل ان كثيرا من المعالجين مثل « كاوتلا ،
(٦) ، يرون أن التدريب المعلى من خلال توجيهات المعالج بطريقة تمثيل
الادوار يجب أن يكون لاحقا وليس سابقا لاستخدام أساليب التأكيد الذاتى
ذاتيا ، خاصة عندما يفشل الفرد فى الممارسة الذاتية لتأكيد الذات .

٢- العلاج الذاتى من خلال ملاحظة الذات :

منذ أن ابتكر فرويد نظرية التحليل النفسى أصبحت مفاهيم
الاستبصار والوعى والشعور من أهم الاسس التى تتضمنها أى نظرية
للعلاج النفسى . ولعل « فرويد » هو أول من أكد أن وعى الفرد بالحوادث
التاريخية الانفعالية التى يمر بها يؤد الى تغييرات مباشرة فى سلوكه . كذلك
أكد « كارل روجرز » دور الوعى فى فهم الفرد لذاته وتقبله لها . ولكننا رأينا
أن معالجة « فرويد » لهذا المفهوم لم تؤدى الى نتائج علاجية ناجحة ذات
شأن بسبب ربطه لعملية الاستبصار بخبرات طفولية قديمة . فالاستبصار عند
« فرويد » يشير الى قدرة الشخص - من خلال المحلل النفسى - على الوعى
بتشكيل شخصيته فى السنوات المبكرة من العمر .

ويستخدم المعالجون المعاصرون الوعى والاستبصار فى العلاج لكن
بطريقة اخرى . فنقول بأن الشخص على استبصار بمشكلاته عندما يكون

يسجل مباشرة عدد المرات التي قال فيها « نعم » أو « أوافق » على أمر أو حكم معين صادر له من زميل اورتيس ، وعدد المرات التي قال فيها « لا » أو « أرفض » هذه الاوامر أو الاحكام غير المقبولة . ان مجرد قيامه بتسجيل ذلك في المواقف الحيه يخلق - فى تصورنا - نوعا من التعديل فى استجابات البيئة المحيطة به (الاهتمام والتساؤل عما يفعل - الخ) ومثل هذا التعديل فى الاهتمام الذى يظهر على الاخرين قد يتحول الى قوة أخرى تساعد الشخص على التغير الايجابى .

ويكتشف الشخص من خلال ملاحظاته الذاتية أنه استطاع أن يتوصل لشروط الرئيسية التى تساهم فى تشكيل جوانب سلوكيه وشخصيه . عندما يحاول مستقبلا أن يتجنب الشروط السيئة ، أو يخلق شروطا جيدة ، عندما يكشف أنه نجح فى تحقيق بعض الاهداف : أى أن هناك اهدافا أخرى تبلورت وشروطا أمكن التغلب عليها ، وشروطا أخرى يجب التغلب عليها .. الخ فان مثل هذا التغير سيكون بمثابة التدعيم الذاتى لممارسة عمليات اضافية أخرى .. فالنجاح فيما أشنونا يخلق نجاحا آخر ، والثقة بفاعلية الذات تخلق ثقة أخرى بفاعليتها .

وقبل أن ننتقل الى وصف احدى الحالات التى تم علاجها بنجاح باستخدام أسلوب الملاحظة الذاتية نجمل القول بأن هذه الطريقة تعتبر من الطرق ذات النتائج القوية فى تعديل السلوك . أما أسباب قوتها فمتعددة الى حد كبير ، وتأثيراتها على السلوك تختلط بعوامل أخرى . ولا زال الباحثون يجاهدون فى تحديد المتغيرات النوعية التى تساعد على كفاءة هذه الطريقة . غير أن جهد الباحثين فى هذا المجال ، وزيادة علامات الاستفهام لا يجب أن تقلل من آثارها واستخداماتها فى ميدان

واستبصارا جديدين بمواقف الحياة المؤثرة . فمن الطبيعى أنه سيحاول بعد أن عرف الشروط الرئيسية أن يتجنبها ، أو أن يخلق شروطا أخرى معارضة للشروط السيئة الاصلية ، الى غير ذلك من تصرفات مستقبلية . وتتطلب ملاحظة الذات بالشكل العلمى أن يسجل الفرد فى كراسة خاصة الاستجابات أو أنماط السلوك المرضى عندما يلاحظه مباشرة . فهو يسجل مثلا عدد المرات التى يشعر فيها بالرغبة فى تدخين سيجارة ، أو تعاطى بعض الخمر ، أو الرغبة فى السب والعداوة أو عدد المرات التى تتملكه فيها الافكار الحوازية أو عند الهلوس السمعية التى يسمعها .. الخ . ومثل هذا التسجيل يعوق ظهور السلوك غير المرغوب . وعلى سبيل المثال تبين فى احدى الدراسات أن مجرد قيام الشخص بتسجيل عدد المرات التى يشعر فيها برغبة قوية فى تدخين سيجارة ، يؤدى مباشرة الى اعاقه التدخين . ولهذا نلاحظ فى مستشفيات الطب النفسى وعيادات العلاج النفسى فى الولايات المتحدة أنهم يستخدمون هذا الاسلوب فى العلاج من الادمان على الخمر ، والكحوليات ، وغيرها من الافعال القهرية . بأن يكون لكل مريض كراسة يسجل فيها ما يفعله أزاء هذه المشكلة يوميا .

ولان ملاحظة الذات تتطلب قدرة على التحكم فى التغيرات السلوكية التى تطرأ على الشخص ، فان هذا التحكم - فى اعتقادنا - يؤدى الى خلق تغيرات آلية فى البيئة المحيطة بطريقة تجعلها تخلق تدعيمات اضافية فى الاتجاه المرغوب .

تصور - على سبيل المثال - أننا طلبنا من شخص يفتقر الى تأكيد الذات فى المواقف التى تتطلب منه المعارضة أو الدفاع عن النفس ، أو الاحتجاج على ظلم معين . فطلبنا منه كخطوة اولى من خطوات العلاج أن

العلاج الذاتى ، حتى فى أكثر الحالات العقلية والنفسية اضطرابا .. ولنتأمل معا فيما يلى حالة توضيحية أمكن معها باستخدام أسلوب ملاحظة الذات والتسجيل تحقيق قدر رائع من النجاح .

حالة المرأة ذات الهلوس السمعية :

المریضة فى السابعة والأربعين من العمر تقيم فى مستشفى للطب العقلى فى الوقت الذى بدأ فيه المعالج السلوكى محاولاته العلاجية معها . شخصها الأطباء على أنها فصامية . ظلت محجوزة فى المستشفى لعلاج عشر عاما ، وذلك بسبب هلوس سمعية تحدث بصورة يومية متكررة ومطردة . وقد أدت هذه الهلوس الى حالة من الاكتئاب الشديد والقلق - ومن القريب ان هذه الهلوس تدخلت فى حياة هذه المرأة البائسة بطريقة لاتطاق . لقد أصبح سلوكها كله محكوما " بالوامر " و " النواهي " التى تعطى لها الاصوات . وبلغ ذلك الى حد أنها لم تكن لتستطيع الذهاب للحمام لقضاء حاجاتها الحيوية ما لم تسمع تلك الاصوات تأمرها بذلك .

وعندما عرضت هذه المرأة مشكلتها للمعالج أظهرت كراهية شديدة لسيطرة هذه الاصوات عليها وأبدت رغبة قوية فى العلاج منها . وعبرت بصراحة بانها لو استطاعت أن توقف تلك الاصوات ، فإن مشكلتها الأساسية قد تحل ، وانها ستصبح قادرة على التوافق الجيد بعد ذلك . كذلك أيدت الهيئة العاملة بالمستشفى هذا الحكم .

ولان هذه المرأة أبدت دافعا قويا للعلاج ، فلقد رأى المعالج أن يستخدم معها أسلوب ملاحظة الذات ، ، وذلك لبساطة هذا الأسلوب فى التطبيق ، ولان المرأة أبدت رغبة فى التعاون مع المعالج فى تنفيذ التعليمات

الخاصة بتسجيل التغيرات التى تسيطر عليها وملاحظة الذات .

طلب المعالج منها أولا أن تسجل بطريقتها الخاصة عدد المرات التى تحدث فيها تلك الاصوات لثلاثة أيام متتالية : ثم طلب منه بعد ذلك أن تسجل أمام المريضات الاخريات فى العنبر على جدول عدد المرات التى تسمع بها هذه الهلوس يوميا . وقد وضع الجدول فى مكان ظاهر بحيث يمكن لمريضات الاخريات أن يلاحظنه . وكتيجة لهذا المكان الظاهر الذى وضع فيه الجدول كان يسهل على كل شخص فى العنبر أن يلاحظ مدى التقدم فى سلوك المريضة . فم الواضح انن أن الهدف من الجدول هو يعطى المرأة نتيجة فورية لتطورها . كما أنه كان يحرك عوامل التعديم اجتماعى من قبل المرضات والمجربين والعاملات بالمستشفى .. الخ .

وقد تضمنت تعليمات المعالج للعاملين بأن يظهروا تشجيعهم بالمدح اهتمام ، والتشجيع كلما لاحظوا تناقصا فى الهلوس اليومية (تناقص اصوات) وعندما كانت تفشل المرأة فى انقاص هلاوسها ، كان التعديم اجتماعى يتوقف .

ومن الطريف أن هذا الأسلوب قد ادى الى تناقص ملحوظ فى الهلوس السمعية لدى المرأة فى فترة قصيرة من الزمن . لقد قلت الاصوات الهلوس من ١٨١ مرة فى اليوم الاول (الذى بدأت فيه المرأة بوضع علامة فى الجدول فى كل مرة تسمع فيها الاصوات) الى ١١ مرة فى اليوم الثالث . ولم تظهر أى هلاوس فى اليوم الرابع . ثم زادت بعد ذلك الى ١٦ مرة ثم قلت تدريجيا الى أن وصلت الصفر . واختفت الاصوات بعد ذلك تماما من حياة المريضة طوال فترة متابعتها لمدة ستة شهور وحين نشر تلك الدراسة .

ومن الطريف أيضا أنه بتناقص ملابس المرأة حدثت تغيرات ايجابية أخرى في سلوكها . لقد أصبحت اقل قلقا ، وقادرة على التفاعل الاجتماعي مع المريضات الأخريات . وتحسن مظهرها الخارجي . ويدات تطالب بالبحث عن عمل . كذلك أصبحت تعبر بصراحة عن سعادتها وغبطتها الى حد بعيد (كدليل على أن التغيير في الاعراض يشمل تغيرات ايجابية أخرى في الشخصية ككل) .

وغنى عن القول ، أن هذه الدراسة تقدم برهانا قويا على أن ملاحظة الذات وتسجيل السلوك يؤديان الى تعديل كثير من الاضطرابات حتى ما ينتمى منها الى عالم الامراض العقلية .

وينفس القدر من المهارة يمكن بالطبع استخدام أساليب الملاحظة الذاتية بالشكل السابق في حالة المرأة ذات الهلوس السمعية في علاج وتعديل كثير من الجوانب السلوكية المرضية ويتم بالفعل استخدام هذا الاسلوب من أجل زيادة الوقت الذي نكرسه للعمل (والذاكرة) وضبط السمنة بملاحظة التناقص اليومي للوزن وتسجيله ، وعلاج مشكلات الاطفال في المدارس كالبيكاء الذي ليس له سبب وذلك بوضع علامة على جدول أمام الطفل في كل مرة يبكي فيها دون سبب . وحديثاً أمكن تطويع أسلوب الملاحظة الذاتية في علاج المخاوف المرضية من الاماكن المغلقة لدى مريضة وذلك بسؤالها أن تحصى الزمن الذي تقضيه في مكان مفلق (حجرتها) باستخدام ساعة ايقاف ، مما أدى الى تزايد تدريجي في الزمن الذي تقضيه في الاماكن المغلقة بشكل عام . كما أمكن للكاتب أن يمارس هذا الاسلوب لزيادة الوقت المخصص لكتابة بحث مطلوب في فترة زمنية محدودة . فأمكن

تخصيص ٦ ساعات يوميا قرينا للكتابة (بعد أن كان الوقت المستخدم لذلك لايزيد عن ساعة ونصف يوميا وبطريقة متقطعة) .

والجميل في أسلوب الملاحظة الذاتية هو بساطته ونتائجه ايجابية في زيادة السلوك المرغوب ومحو السلوك غير المرغوب في فترات محدودة لا تتجاوز السنة في الحالات المعقدة ، وتصل الى أسابيع قليلة في حالات أخرى ، فضلا عن امكانية استخداماته في تعديل قطاعات متنوعة ومتعددة من الاضطرابات بما في ذلك الاضطرابات التي تصيب الناس العصبيين كاسمنة ، أو الهروب من النشاطات الابداعية كالكتابة) والعصابيين (كالمخاوف المرضية) والمرضى العقليين (كالهلوس والافكار المسيطرة) .
كما يستخدم كطريقة لتخفيض ارتفاع ضغط الدم ، وذلك بتشجيع الفرد على اس ضغطه بنفسه ثلاث أو أربع مرات يوميا في مواقف مختلفة وتسجيله على بطاقة أو جدول يمكن أن يعده الفرد بنفسه ولهذا تباع اجهزة لضغط الدم في الوقت الحالى بلسعار زهيدة للجمهور الامريكى لتشجيع عمليات العلاج الذاتى .

ملاحظة النماذج واستخدام التعلم بالقدوة :

في إحدى التجارب المبكرة « ليمانورا ، Bandura و « روس » (2) كان يسمح لمجموعة من الأطفال بمشاهدة التلفزيون الذي يعرض مجموعة من الأفلام القصيرة المعدة بطريقة خاصة تصور شخصيا صرف بعنف وغلظة مع نمية من المطاط فكان يركلها بقدميه ، ويصفعها في الوجه ويشكها بديوس ، ويمزقها من الخارج . ويرميها قطعاً قطعاً . وبعد هذه المشاهدة كان الأطفال يعرضون لخبرة إحباطية بأن تعطى

لهم مجموعة جذابة من اللعب ، ثم تجمع منهم قبل أن ينتهي لعبهم بها. وعندئذ ينقلون إلى حجرة أخرى بها دمي وعرائس من المطاط تشبه نفس الدمي التي كانت موضوعا للعنوان في المشاهدة التليفزيونية السابقة. وسجلت الملاحظات لسلوك الأطفال .

لقد تبين أن الأطفال أخذوا يتصرفون نحو هذه الدمي بنفس العدوان والغلظة التي شاهدوا الشخص يقوم بها. ولقد تعلموا من المشهد التليفزيوني أن يتصرفوا بعد الاحباط بالعدوان، والضرب، واللكم، والصفع، والتمزيق .

ويطلق العلماء على هذا النوع من التعلم: التعلم بالقنوة أو المحاكاة. لأن الشخص هنا اكتسب شيئا من خلال ملاحظته لشخص آخر يقوم به، دون أن يقوم به هو بالضرورة .

ولقد أمكن توظيف هذا المبدأ في إكتساب كثير من أشكال السلوك. فإذا كان الشخص يحاكي النماذج السيئة من السلوك خلال ملاحظة الآخرين يقومون بفعلها كما في مثال « العدوان » السابق. فإنه قادر أن يحاكي على أن يحاكي النماذج الصحية والفعالة من السلوك. فالإنسان من خلال ملاحظته للآخرين يستطيع أن يتعلم كثيرا من المهارات الإجتماعية، والطلاقة اللغوية، والتعاون، والفنون الادارية .

ويمكن الإهتمام بهذا المبدأ بوحى من الذات من خلال ملاحظتك للنماذج الناجحة التي تقوم بجوانب من السلوك تشعر بينك وبين نفسك أنك تحتاج فيها للتدريب. لكن حاول أن تحدد أولا المشكلة التي تعاني منها ثم أنظر لبيئتك لكي تختار منها النماذج التي تعتقد أن أدائها لنفس السلوك

المكلمة يعتبر من وجهة نظرك ومن وجهة نظر الآخرين ناجحا. ثم لاحظ وحاول أن تمارسه عمدا .

وهناك كثير من الأشياء التي تساعد على التعلم الإجتماعي السريع مثل القدوة ، منها : أن تكون القدوة ناجحة وقوية بحسب المعايير الاجتماعية لسائده. ومنها الإنتباه والإهتمام لسلوك القدوة خاصة الضيل . والكيفية التي يؤدي بها السلوك .. ومنها التنوع من الملاحظة والإطلاع على نماذج متنوعة كملاحظة النماذج ، والممثلين والأساتذة الناجحين، والقادة، فضلا عن الدراسة والقراءة فذج السلوك البشري الذي نريد الوصول إليه .

وتساعد الأداء الفعلي للسلوك على إتقان تعلمه . خاصة إن كان هذا مركبا من عدد كبير من الإستجابات المتشابهة. فتأكيد الذات في الممارسات الإجتماعية بالآخرين لا يتم بين يوم وليلة من خلال ملاحظتك لذ ناجح يحاضر تلاميذه أو من خلال ملاحظتك لممثل سينمائي يؤدي مع شخص من الجنس الآخر. إنما لابد فضلا عن ذلك أن تتعلم هذا بالممارسة العملية ... حتى وإن كانت صعبة في البداية .

ويجب بعد ذلك أن تحاول القيام بعملية تخطيط للسلوك الجديد لأن ذلك على إتقان تعلمه. ويتم ذلك بأن تكافئ نفسك إذا ما نجحت في أداء التصرفات الجزئية المؤدية للهدف ... وهو ما يقودنا للحديث عن مجموعة الأخرى من أساليب العلاج أو التوجيه الذاتي .

٤- إثابة الذات والتدعيم كطريقة للعلاج الذاتى :

إذا كانت مجرد الملاحظة الذاتية تعتبر مصدرا خصباً لتعديل السلوك بطريقة ذاتية، فالأمر صحيح كذلك بالنسبة لتدعيم الذات عند ظهور السلوك الجديد البديل للسلوك المرضى. والخلاف بين الملاحظة الذاتية والتدعيم الذاتى أن الشخص فى الملاحظة الذاتية يقوم بمراقبة تصرفاته - التى يعتقد بخطئها أو بانثارها المرضية السيئة على شخصيته - إلى أن يتوقف ظهور هذه الأمراض أو يحل محلها سلوك آخر. أما التدعيم الذاتى فيمكن للشخص أن يستخدمه بعد أن يتكون السلوك المرغوب . ويتم تدعيم الذات بأن يقوم الشخص بإثابة نفسه فوراً عندما ينجح لديه ظهور السلوك المرغوب . وخير مثال على هذا الطالب الذى يكافىء نفسه بكوب من الشاي أو فنجان من القهوة أو الذهاب إلى النادى أو الالتقاء بالأصدقاء بعد أن يكون قد نفذ خطة مكنته من قضاء وقت ملائم لإنهاء بحوثه أو دروسه .

وفى ميدان العلاج النفسى الذاتى أصبحت طرق الإثابة أو التدعيم الذاتى جزءاً رئيسياً من العلاج يوصى به المعالج فى مشكلات سلوكية متعددة كالتدخين، والقلق الجنسى (أى القلق فى حضور الجنس الأخر) ، والإكتئاب ، والوساوس ، وتسلط الأفكار غير المنطقية على تفكير الشخص ... الخ .

ولكى يزداد إستبصارنا بتطبيق هذا الأسلوب فى هذه المجالات الأنفة الذكر قد يحسن أن نستشهد ببعض الدراسات الملائمة لهذا الغرض. ومن أوائل الدراسات التى أجريت للكشف عن أهمية هذا الأسلوب دراسة تمت

١٩٦٧ فى الولايات المتحدة على يدى « جاتمان » Gutmann و

ستون « Marston » وقد إستعاننا بالطلبة الذين يعانون من مشكلة

ين . وقالوا أنهما إختارا هذه المشكلة بالذات لأن هؤلاء الطلاب كانوا

ين فى الاقلاع عن التدخين، وحاولوا ذلك من قبل ولكنهم فشلوا . وقد

بإحاثان الطلاب الى مجموعتين : الأولى وقد أطلقا عليها المجموعة

مبية وتتكون من ١٥ شخصاً طلب الباحثان من أفرادها أن يخزن كل

بيجارتين إذا ما نجح فى التوقف عن التدخين لمدة اربع ساعات

ية (إثابة ذاتية أو مكافأة للذات). وقد طلب الباحثان من افراد هذه

ة أيضاً أن يسجل كل من أيام التجربة . أما المجموعة الثانية وتسمى

وعة الضابطة فلم يطلب من أفرادها القيام بالإثابة الذاتية (التدخين

النجاح فى التوقف عن التدخين)، ولكن طلب منهم أيضاً تسجيل

من اليومى فى التدخين. وقد بينت هذه الدراسة أنه بالرغم من أن

ة قد إستغرقت فترة قصيرة، فإن أفراد المجموعة الأولى نجحت فى

السجائر بشكل مطرد، بينما لم يحدث تغيير يذكر فى المجموعة

ة (٩).

يوزعم باحثان آخران ان أسلوب المكافأة الذاتية نجح فى إيقاف القلق

فى لدى مجموعة من الطلاب ممن وصفوا علاقاتهم الاجتماعية بأنها

بر «عنيف» للقلق والتوتر، لدرجة أنهم كانوا يضطرون عندما يتبادلون

ث مع الزميلات بطريقة تضعهم فى كثير من جوانب الحرج والإكتئاب.

ه الدراسة طلب الباحثان من الطلاب أن يسجلوا مدى تقدمهم فى

خلص من القلق فى المواقف المتدرجة موقفاً وراء الأخر، على أن

خدموا شتى أساليب الإثابة وتدعيم الذات (بما فى ذلك مدح النفس)

كما نجح الواحد منهم في مواقف أخرى لاتتعلق بالتفاعل مع الآخرين . ولم ينجح الواحد منهم في تخطي القلق فحسب، بل تبين أيضاً أنهم استطاعوا أن يتخلصوا من القلق في مواقف أخرى لاتتعلق بالآخرين ، كالخوف من الإمتحانات ومن الرسوب فضلاً عن إزدياد الثقة بالنفس وغير ذلك. (المرجع السابق) .

وفي تعليق الباحثين على ذلك أكدوا أنه ليس ضرورياً للتقليل من آثار القلق في موضوع معين أن تقوم بتغيير الشخصية ككل كما يزعم علماء التحليل النفسي، كما أن من الممكن التخلص من كثير من المشكلات الماثلة بتدعيم الذات عندما تتجح في تحقيق الأهداف المرسومة .

وقد نجح « البرت أليس » الذي عرضنا لنظريته في العلاج المنطقي في الفصل السابق نجاحاً كبيراً في تشجيع مرضاه على إستخدام المكافاة أو الإثابة الذاتية عند النجاح في التخلص من الأفكار والإتجاهات الإنهزامية ، ويقول في هذا الصدد :

« لقد نجحت شخصياً في مساعدة مرضاي في السنوات العشر الاخيرة من المعتقدات غير المنطقية من خلال تشجيعهم على تدعيم أنفسهم بشيء مرغوب (كالطعام أو الشراب ، أو التنزه) بعد ان ينجح الواحد منهم في الدحض المستمر للإعتقادات الخاطئة التي تتملكه وتؤدي للمرض والهزيمة ، وعندما كان يفشل الواحد منهم كنت أحضه على عقاب الذات كمنبه غير سار (كالقيام بالنظافة المنزلية ، أو أداء تمرين رياضي ممل ، أو المساهمة في نشاط جماعة أو حزب سياسى مخالف لقيم الشخص) وذلك

لشغل الشخص منهم بالعمل على نحض معتقداته المرضية يومياً (١٠) . وقد يتسائل القارئ هل من الأفضل أن تتى المكافاة أو الإثابة عند نجاح في تحقيق هدف علاجي معين ، من الخارج (الآباء والمعالجون ، برسون) أم من الذات . هنا أيضاً تفيد بوضع دراسات في تقديم إجابة عن هذا السؤال : فقد تبين أن التدعيم الذاتي لايقبل فاعلية عن التدعيم مني أو الخارجى من حيث التأثير على تأكيد ظهور السلوك التكييفى بعد . اما إذا راعينا الفاعلية على المدى الطويل ، فان التدعيم الذاتي يق على التدعيم من الخارج من حيث أنه يؤدي الى آثار علاجية تستمر أطول ، مما لو كان مصدر التدعيم آتيا من البيئة . بل ان كثيرا من الجين يرون أن فاعلية التدعيم تتوقف في الحقيقة على قدرة الشخص أن يحول التدعيمات الخارجية الى تدعيمات داخلية أو ذاتية ، عندها ان التقدم في العلاج مصدرا لسعادة الشخص وراحته الذاتية بدلا من حاد أو ارضاء المعالج .

ويرتبط بالتدعيم الذاتى مايسمى بعقاب الذات . وقد رأينا نموذجا في عبارة « أليس » التي سبق نكرها توا . فقد رأينا أنه كان يكلف ضاه بواجبات منزلية ثقيلة عندما يفشل الواحد منهم في تحقيق الهدف سهود للعلاج . وقد أمكن لاحد المعالجين السلوكيين في احد عيادات علاج النفسى بأمريكا أن يستخدم أسلوب عقاب الذات في علاج عيوب كلام واللجلجة وذلك بأن ابتكر جهازاً يصدر أصواتا منفرة (صفير حاد تقطع كالذى نسمعه على محطات الاذاعة قبل بدئها) اذا ما قام الشخص

بالضغط على زرار معين مثبت بالجهاز. وقد تبين أن هذا الأسلوب قد نجح نجاحا ملحوظا في علاج النجلجة اذا ما قام المريض بتشغيل الجهاز عندما يبدأ في التهتهة أثناء قراءته لموضوع معين بصوت عال. وقد أدى النجاح في استخدام هذا الجهاز الى تعميمه بحيث أصبحت امثال هذه الاجهزة تعطى للمرضى في المستشفيات لاستخدامها وتشغيلها في حالات الهلوس السمعية والبصرية. كما أمكن تطوير أجهزة مماثلة تعطى صدمات كهربائية خفيفة ويمكن للشخص أن يديرها بنفسه عندما يتعرض لسيطرة تلك الجوانب المرضية من السلوك. ولقد أمكن على سبيل المثال اعطاء مريض فصامى كان يشكو من وجود هلوس سمعية جهازا سهل الحمل لتوجيه صدمات كهربائية خفيفة. وكانت التعليمات التى طلب من المريض تنفيذها هى أن يوجه لنفسه صدمة كهربائية حالما يسمع تلك الاصوات. وفى خلال بضعة أيام قرر المريض بأن تلك الهلوس قد توقفت. فضلا عن هذا، استطاع المريض الخروج من المستشفى بعد خمسة وثلاثين يوما بعد أن توقفت تلك الهلوس التى أدت به الى الالتحاق بالمستشفى عددا من المرات. (١١).

وتقييمنا الخاص للدلائل المتوفرة الان هو أن توظيف العناصر الذاتية - بما فيها الملاحظة الذاتية ومكافأة الذات أو عقابها - فى العلاج - قد أحرز قوة واضحة فى السيطرة على كثير من الاضطرابات ويقليل من الجهد، ويتجنب كثير من المشكلات الخلقية التى قد يدبها العلاج السلوكى بشكل عام.

والاسلوب الاخر الذى أود أن أناقشه هنا قبل ان نختتم الحديث عن سبيل العلاج الذاتى يتعلق بما شرحناه فى الفصل السابق، والمتعلق بتعديل المعرفى.

لقد حاولنا أن نعرض صورة أمينة عن تعديل أساليب التفكير فى مجالات غير المنطقية، فتبين لنا أن هذا المجال من المجالات الواعدة فى العلاج السلوكى. ولأن تعديل أساليب التفكير يعتبر بطبيعته أسلوبا من أساليب العلاج التى تزداد فاعليتها اذا ما حاول الفرد ممارستها بوحى من ارادته فان تحويل تلك الأساليب للاستخدام فى ميدان العلاج الذاتى كان واحفلا بكثير من الابتكارات والطرق الخلاقة.

من الأفكار الاساسية فى النظرية المعرفية أن الانسان يسلك سلوكا ما يفكر. وفى ميدان ممارسة العلاج الذاتى ينصب جزء من دور المعالج على تدريب الاشخاص لتعديل محتوى أفكارهم (أى ما يقولونه لهم) فى مواقف الحياة المختلفة، خاصة المواقف التى تستثير القلق، والخوف، وعدم الثقة. الخ ذلك لاننا نعرف - مما عرضناه فى الفصل السابق - أن كل تصرف عصائى كالقلق مثلا من التعبير عن النفس أمام الآخرين، انما يتأكد من خلال الافكار التى يريدها الشخص بداخله. فماذا يمكن للشخص ومجموع حواراته الداخلية مع النفس، هى التى تحدد سلوكه. المشاعر فى شتى المواقف. ولازما تتبها الابداء والروايات التى تقدم الى ما تلعبه الحوارات الداخلية فى توجيه الشخصية. ان هياكل « شكسبير » على سبيل المثال، تمتلئ بأنماط وشخصيات، تلك الاحاديث الداخلية « المونولوجات » عند التعرض للكثير من

جوانب النشاط كالعنوان (عند عطيل) والوشاية (عند اياجر) والاكنتاب (عند هاملت) .

وفي الميدان العلاج الذاتى يطلب من الشخص أن يتبنى محتوى من العبارات الداخلية ذات الطابع التكيفى قبل تعرضه لمصادر القلق والاكنتاب ، كأن يستعيض الشخص عن العبارة « ان ما سأقوله تافه ومثير للسخرية » قبل القائه لخطاب أو اعلانه عن رأى أمام مجموعة بعبارات ذات محتوى تكيفى مثل « لا بأس من الكلام ، ولا يهم ما سأقوله ، بل يجب أن أقوله » .

ومن الطرق المرتبطة بأسلوب تعديل المحتوى الفكرى والحوار الداخلى، ما يسمى بالايقاف المتعمد للأفكار غير المرغوبة. اذ يطلب المعالج من طالب العلاج أن يفكر بطريقة متعمدة فى الفكرة التى تسبب له التعاسة والضيق (اننى انسان غير مفيد ، أو أن أهلى يريدون التخلص منى ، أو اننى فقدت جاذبتي وقدرتى على التأثير فى الآخرين .. الخ) . ثم يطلب منه بعد ذلك أن يشير باصبعه عندما تكون الفكرة قد تبلورت. وفور ظهور الاشارة الدالة على تكون الفكرة وتبلورها . يهتف المعالج « توقف الان عن هذا » . وتبين الحالات التى استخدمت معها هذه الطريقة أن الفكرة التى تتكون عندما يهتف المعالج « توقف » تختفى من الذهن .

أما لماذا تختفى الفكرة أو التصور المرضى عندما يأتى الامر بالتوقف ، فالامر بسيط وسبق أن أشرنا الى المبدأ الذى يفسره ، ولكن فى اطار اخر . لقد سبق أن تحدثنا عما يسمى بمبدأ الكف المتبادل ، وبيننا أن الشخص لا يمكن أن يكون قلقا ومطمئنا فى وقت واحد أى أنه لا يمكن ان يشعر بشعورين متناقضين فى نفس الوقت . ولهذا فنحن نعلمه ان يسترخى عندما

يهدد نفسه نفسى معين . وهذا الاسترخاء يكف قلقه أو تخوفه الذى اعتاد مواجهه به مثل هذه التهديدات .

ونفس الامر ينطبق هنا على مجالات التفكير . فالشخص لا يمكن أن يفتكر فكرتين فى وقت واحد ، أى فكرته المرضية وتركيزه على صوت الج وهو يهتف : توقف ! وبالطبع من الممكن استخدام هذا الاسلوب ذاتيا لتبدال أوامر المعالج بأوامر من الذات . وقد سجل « وولبي » نجاحا عظيماً عندما طبق هذا الاسلوب على نفسه ، أثر تعرضه لمشكلة قوية مع من معين تملكته إثرها عض الافكار ، وسيطرت عليه بعض الوسواس علاج المسألة بطريقة خرقاء . لقد أخذت هذه الفكرة تشغل ذهنه ، ففرق تفكيره طوال اليوم . لهذا حاول فى مساء نفس اليوم أن يقوم بعلاج ذاتى بأسلوب بلورة الفكرة التى تبعث على الضيق « معالجة بطريقة خرقاء » ، مع الهتاف العالى « توقف » . وفى تعليق وولبي يقول : بالرغم من أن الاسلوب لم يثمر معى فى البداية ربما بسبب قوة انفعالى الشديد ، وضيقى بالموقف فإنه أمكن لى أن أحقق نجاحا عظيماً اليوم التالى . لقد أزيلت وسواسى وانمحت تماما (١٢) .

مثلك اذن هى بعض الوسائل المستخدمة على نطاق واسع لمساعدة على توجيه نواتهم وتعديل جوانب سلوكهم ، وأفكارهم واتجاهاتهم ، بحالاتهم بحيث تمكن السيطرة على كثير من أفعال القلق والخوف والقلق وغيرها من اضطرابات قد استتجتنا - نون شك - آثارها المدمرة حياة الانسان . وهناك الكثير من هذه الاساليب ولكنها أكثر تعقيدا من تقنية التكنولوجيا بما لايناسب هذا المجال .

أن النصر قد يبدو ضئيلا إذا ما قيس بالمشكلات المثيرة للتحدي التي
يواجهها الحياة بدأب ، فإننا نعتقد أن جهد المحاولة ، وبعض النتائج
التي تبشر بأن خطانا قد وضعت في الطريق الصحيح ، أجل الطريق
يسير ليس أكثر ! ..

أما وقد أصبحت لدينا الآن بعض الحقائق الرئيسية عن هذا الميدان
فقد بقي تعليق أو تعليقان يتطلبان الإضافة .. فمن ناحية قد تأخذ هذه
الأساليب مظهر البساطة والسهولة ، لكن فاعليتها لن تظهر على الإطلاق ما لم
تحمل محمل الجد الخالص ، والجهد في تنفيذها . عندئذ ستتحول بساطتها
الظاهرة إلى أمر مستساغ ومفيد .

ثم أن هناك بعض الجوانب الإيجابية التي صاحبت ظهور أساليب
العلاج الذاتي . فمن ناحية لا يقتصر استخدام هذه الطرق على حالات
المرضى أو المحجوزين في المستشفيات ، أو الذين يذهبون للأطباء النفسيين
طلبا للعلاج من المخاوف المرضية المحددة بل أنها تستخدم بنجاح كبير في
مختلف أنواع الاضطرابات وسوء التكيف طالما وجد الدافع للتغيير .

وبالنظر إلى أن تلك الأساليب على أنها مظهر من مظاهر التطور في
حركة العلاج السلوكي ، أصبح من الواضح أنه لن تكون هناك مشكلات
أخلاقية تثار ضد العلاج السلوكي بنفس الحدة التي كانت تثار بها منذ
سبع أو عشر سنين . فالشخص الذي يمارس هذه الأساليب يأتي طالبا
المشورة شخصيا كما أنه يتصرف وفقا لإرادته الخاصة الحرة . انه يأتي
وهو مستعد لان يفعل ما يستطيع لكي يتخلص من تعاسته . وهو عندما
يمارس هذه الأساليب مع المعالج النفسي (بغيره واتجاهاته قد يمارسها
بطريقة قد تكون مصدرا للتحويلات الخفية .

وعلى أية حال فنحن نشعر بالرضا التام أن كنا قد نجحنا في أن نقدم
في هذا الكتاب للقارئ ما يكفي أن يطلع على صورة من الانتصار العلمي
في ميدان كان من العسير - بسبب تاريخ طويل من الخرافة أحيانا ،
والخداعات شبه العلمية أحيانا أخرى - أن يقدم العلم فيه انتصارا معائلا
لانتصاراته في الميادين الأخرى .

مراجع وتعليقات

7 - Hagen, R. (1975): Behavioral therapies and the treatment of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 13, pp. 70-96.

- انظر المرجع السابق للمزيد عن تفاصيل حالة المرأة ذات الهلوس وما أثارته من نشاط في مجال العلاج النفسي .

9 - Cutman, M. & Marston, A. (1967): Problems of subjects motivation in a behavioral program for the reduction of cigarette smoking. *Psychological Reports*, 20, 1107-1114.

- للإطلاع على نظريات وأراء « كارل روجرز » يمكن الرجوع بين عشرات المؤلفات والكتب الى الكتابين اللذين احتويا على أفكاره الرئيسية :

2 - A- Rogers, C. (1942) : *Counseling and psychotherapy* : New er Concepis in Practice Boston : Houghton.

B.- Rogers, C. (1951) : *Client-Centered therapy*: ist current impl cations, and therapy. Boston : Houghton.

3 - Bandura A. (1969) : *Principels of behavior modification* New York: Holt

4 - Skinner, B.F. (1966): *Science and human behavior*. New York Macmilan.

5 - Cautela, J.R. Treatment of compulsive behavior by covert sensitiza tion . *Psychological Reecord*. 16,33-41

6 - Cautela, J.R. Behavior therapy and self-control. In c. Franks and co. Whilson (1969): (eds.) *Behavior therapy: Appraisal a status*. New York: McGraw-Hill (pp.323.340)

الباب الثالث

العلاج السلوكي لبعض الاضطرابات النفسية والعقلية

الفصل العاشر : العلاج السلوكي واضطرابات الطفل .

الفصل الحادي عشر : الإضطرابات العصابية والقلق

الفصل الثاني عشر : العلاجات السلوكية والإضطرابات العقلية :
الفصام خاصة .

الفصل الثالث عشر : البرامج السلوكية الشاملة والعلاج الأسري
السلوكي وإضطرابات السلوك الفصامي .

الفصل العاشر

العلاجات السلوكية لمشكلات الطفل

ما هي الاسهامات التي يتفرد بها العلاج السلوكى فى ميدان اضطرابات الطفولة ومشكلات الأطفال؟ وما هي الأساليب الفنية التي يستخدمها المعالجون السلوكيون في مواجهة مشكلات الطفل وأمراض الطفولة؟ هذه هي بعض الأسئلة التي سيجيب عنها هذا الفصل.

نماذج من اضطرابات الطفولة ومشكلات الطفل

مفهوم الطفولة كما سنستخدمه هنا يمتد ليشمل كل الفترة الزمنية التي تتراوح منذ الولادة حتى بداية المراهقة. أما عن مفهوم اضطرابات الطفل فهو يشمل كل ما يدفع الطفل أو أبائه، أو المحيطين به في المؤسسات الإجتماعية والتربوية والأسرة إلى طلب نصيحة المتخصصين وتوجيهاتهم المهنية للتخلص من جوانب السلوك م. ووضوح الشكوى. وستعرض فيما يلي لضرورة وجود علاج سلوكي للطفل، وأنواع المشكلات التي تواجه الأطفال وتحتاج للعلاج النفسى - السلوكى.

الحاجة لعلاج الطفل :

من الميسور دائما الحكم على اليالقين بالاضطراب وعدم النضوج عندما نلاحظ تقاربا بين أنواع ما يصدر منهم من سلوك وما يصدر عن

الطفل. اننا في مثل هذه الحالات نصفهم بعدم النضوج والإضطرابات بسبب صفاتهم الطفولية. لكن عندما تصدر مثل هذه التصرفات من الطفل فانها قد تكون شيئا مقبولا ومناسبا لعمره، ومتطلبات مرحلة النمو التي يمر بها، وما تتطلبه هذه المرحلة من تغيرات فكرية، وانفعالية، واجتماعية. لهذا يحذرنا علماء العلاج النفسى - السلوكى (١) من الاندفاع والعجلة في وصف طفل معين بالإضطراب.

ومن ثم وجب على المعالج النفسى أن يكون ملما بقوانين النمو وتطور الطفولة حتى يسهل عليه معرفة ما يحتاج من سلوك الأطفال إلى تدخل مهنى (طبيبى أو نفسى) بسبب شذوذه وعدم ملائمته لمتطلبات النمو، أو ما يحتاج إلى التجاهل أو الاغفال - أو حتى التشجيع - بسبب انسجامه مع تلك المتطلبات.

ان كثيرا من الإضطرابات كالعنوان، والحركة الزائدة، والتحطيم، والبكاء، والتبول اللا ارادى واضطرابات النوم - ومى المشكلات التى تسبب ازعاجا للأسرة قد تكون لدى كثير من الأطفال تعبيرا يتناسب مع الفترة الزمنية التى يمر بها الطفل. ومن ثم فانه لا يجوز وصفها بالشذوذ، أو المرض، والمشاكلة.

لكننا ممكن - اعتمادا على ما يردنا من بحوث علمية - أن نقرر أن هناك كثيرا من المشكلات التى تصدر عن الأطفال لا تكون مطلبا من مطالب النمو ولا تتسجم مع التطور الزمنى للطفل وما يصحبه من تطور انفعالى أو عقلى أو اجتماعى ومثل هذه المشكلات التى قد يتفاهم بعضها لدرجة ممكن وصفها بالإضطراب أو الشذوذ تتزايد تزايدا مخيفا. ففى دراسة أمريكية (Tuma) (2) تبين أن نسبة ١١٪ من الأطفال فى الولايات المتحدة (أى

الى ٨ مليون طفل) يعانون من اضطرابات نفسية وعقلية. وتؤكد تلك اسة أن هذه النسبة تتزايد عن ذلك بكثير اذا ما ضمنا لهذه الفئة اطفال الذين يعانون من الإضطراب الذى لم يشتد لدرجة تثير الحاجة لطلب العلاج. والأطفال الذين يعانون من مشكلات التخلف العقلى ومشكلات لم. ولا يوجد فى مجتمعاتنا العربية - فى حدود علم الكاتب - ساعات أو دراسات شاملة تمكنا من تفسير انتشار الإضطراب بين ال والمداء. الا أننا نعتقد أن التغيرات الإجتماعية والسلوكية المتخصصة بحال اضطرابات الطفولة لا تمكنا من التناول الشئيد. وبناء على تجربة الكتاب (ع. ابراهيم) فى احدى العيادات النفسية فى البلاد العربية نجد ما يقرب من ٦٥٪ من الحالات التى تقد للعيادة طلبا للخدمة النفسية هى للأطفال. وتمتد الشكاوى فى مثل هذه الحالات لتشمل مشكلات كما سنرى فيما بعد - فى صميم التخصصات النفسية - السلوكية. فإنا نعتقد أن الحاجة لوجود خدمات نفسية - سلوكية أمر ضرورى من مطالب النمو بهذا التخصص.

الاضطرابات التى يعانى منها الأطفال:

تتنوع المشكلات والإضطرابات المتعلقة بسلوك الطفل. ومن أحد الطرق بهذه المشكلات وأنواعها ومدى انتشارها التركيز على معرفة ما يرد مصيبين من الأطباء وخبراء العلاج النفسى فى المستشفيات والعيادات والمؤسسات، الإجتماعية والتربوية من حالات لمعرفة أنواع الإضطراب صدر عنها ثم تصنيفها.

وإذا ما قبلنا بالتوصيف الذى يضعه لنا المرشد الطبى النفسى يركى (3) لهذه الحالات، فإن من الممكن تحديد فئات رئيسية

١- مشكلات متعلقة بالنمو: التخلف العقلي أو الدراسي، ومشكلات النمو اللغوي، صعوبات التعلم.

٢- مشكلات متعلقة باضطراب السلوك: الافراط الحركي (الحراكية) Hypertension ، العدوان - تشتت الانتباه - التخريب - الجنوح - الكذب - الانحرافات الجنسية.

٣- مشكلات القلق: قلق الانفصال - Separation anxiety القلق الإجتماعي - تحاشي أو تجنب Avoidance Disorders الاحتكاك بالآخرين.

٤- الإضطرابات المرتبطة بسلوك الأكل والطعام: Eating Disorders : الهزال أو النحافة المرضية - Anorexia nervosa النهم - السمنة Obesity - التهام المواد الضارة Pica.

٥- اللوازم الحركية: Tics نتف الشعر - مص الاصابع - قضم الأظافر.

٦- اضطرابات الاخراج: التبول اللاارادي - Enuresis التغوط . Encopresis .

٧- اضطرابات الكلام واللغة : التتهته - البكم - الحبسة الصوتية .

٨- اضطرابات أخرى : نعان الطفولة - السلوك الاجتراري (٤)

ولا يعنى أن تقسيم هذه الفئات المرضية الذى تتبناه جمعية الطب النفسى الأمريكية أن هذه الفئات يستقل بعضها عن البعض الآخر . فهذه الفئات تتداخل فيما بينها ، مما يجعل هذا التقسيم لا يعدو عن كونه مطلب

مطالب التبسيط العلمى الذى لا يخلو - أحياناً - من بعض العيوب .
مطربات نوعية :

لكن من أحد المطالب الرئيسية للعلاج السلوكى هو عدم الإكتفاء بسع الاضطراب أو الأعراض أو الشكاوى فى فئات عريضة بالشكل سابق . إن المطلب الأول للبدء فى أى برنامج للعلاج السلوكى للطفل هى تجدد بالضبط السلوك الذى ترغب فى علاجه تحديداً نوعياً (٥) . فالمعالج الكوكى - على سبيل المثال - لا يقبل وصف إضطراب طفل معين بمران . ويفضل بدلاً من ذلك مظاهر سلوكية مثل : يستخدم ألفاظاً قبيحة ضرب أخته - يعتدى على أبويه بالضرب - يبصق - يخطف الأشياء من لم زملائه - يحطم أثاث المنزل - يشعل النيران - والى غير ذلك من أئب السلوك التى قد تصف بالسلوك العدوانى . وبالمثل فالمعالج السلوكى ليل استخدام جوانب سلوكية مثل : يخاف من الظلام - يشعر بالسخونة المدرسة .. وذلك بدلاً من وصف الطفل بأنه يعانى من عصاب القلق أو به المخاوف ..

ويحتاج المعالج السلوكى أن يدرّب نفسه جيداً على مثل هذه سياغات السلوكية، ويسترنى فيما بعد الفوائد التى يجنيها المعالج من هذه سياغات السلوكية النوعية من حيث سهولة ملاحظة المشكلة وتقييمها ومن ثم متابعة خطة العلاج ومدى فاعليتها.

وعلى العموم فإن أنواع المشكلات التى يعانى منها الأطفال وفق مفهوم السلوكى تتنوع وتتعدد بتعدد المظاهر السلوكية التى تستثير قلق البالغين وقلق المعالج على السواء . ويبذل - لهذا - المعالجون السلوكيون

جهدا كبيرا في وضع قوائم تحليل سلوكى نوعى للاضطرابات السلوكية الشائعة. فعلى سبيل المثال وضع "ولبي" Wolpe " و "لانج" Lang (٦) ما يسمى بقائمة مسح المخاوف الإجتماعية Fear Survey Schedule وهى تتكون من ٧٤ بنداً تمثل مخاوف شائعة بين الأطفال كالثعابين، والأماكن المظلمة، والأصوات العالية، والسلطة، والإجتماع بالآخرين، والتحدث مع الغرباء... الخ. ونستخدم - من ناحيتنا بالعيادة السلوكية بكلية الطب - جامعة الملك فيصل بقائمة مشكلات الطفل التى تتكون من ٧٥ مشكلة نوعية يقوم المعالج من خلالها بتقييم حدوث كل مشكلة منها على مقياس يتراوح من ١ (لا تنطبق) إلى ٢ (تنطبق أو تشيع بشدة فى سلوك الطفل). ويمكن للقارئ أن يتجول فى هذه القائمة حتى يطلع على بعض أنواع المشكلات التى يعانى منها الأطفال فى العيادات النفسية (أنظر جدول ٤).

إجراءات العلاج السلوكى للطفل

هناك تقريبا ست خطوات نحتاج للقيام بها لتنفيذ خطة العلاج السلوكى بطريقة التدعيم، وهى تشكل فى مجموعها نفس الإجراءات المتبعة فى تقدير وتقييم الاضطرابات النفسية والسلوكية للطفل وخطط علاجها لدى رواد العيادة النفسية السلوكية بقسم الطب النفسى - جامعة الملك فيصل.

لوة الأولى: تحديد السلوك المحورى :

السلوك المحورى Target Behavior هو السلوك الذى نريد علاجه وله. وقد يكون هو الشكوى المباشرة أو السلوك الذى يتفق المعالج مع فى أو الأسرة على أن التعديل منه سيؤدى إلى تغييرات رئيسية فى وكد ومن المطلوب أن تحدد السلوك المحورى تحديدا نوعيا. وقد أشرنا أن استخدام عبارات مثل مكتئب أو مندفع، أو لئيم ضعف فى الشخصية لئيم مقبولة، لأن من المطلوب وضع جوانب الشكوى فى شكل مظاهر لئيم يمكن ملاحظتها ومتابعتها وتقييم جوانب التقدم فيها. مثلا (بدلا من لئيم الشخصية يمكن أن يقال أنه يعجز عن الاحتكاك البصرى أو لا يعبر غضبه عندما تخرق حقوقه).

ويعد تحديد السلوك المحورى يجب أن تكون لدى المعالج والأهل كل جميعهم صورة واضحة - من خلال البيانات والمطومات التى أمكن لها بملاحظة الطفل - كيف يتخلل هذا السلوك فى صحة الطفل وسلامة زينه، وفاهية جميع الأطراف.

خطوة الثانية: وضع طريقة لقياس تواتر السلوك ومقدار شيوعه :

ويتطلب ذلك بالطبع جمع ملاحظات أو بيانات عن عدد المرات التى تر فيها السلوك. ويمكن لهذا الغرض أن تستخدم وسائل الملاحظة استمارات المعدة خصيصا لذلك - وذلك حتى نصل لما يسمى بحد شار Base-line .. أى أقصى قدر يظهر به السلوك .

جامعة الملك فيصل

مشفى الملك فهد الجامعي بالخبر

الطب النفسي / العيادة السلوكية

جول (5) (استمارة ملاحظة)

السوابق واللواحق السلوكية

مخصص:

يجب : فيما يلي بعض جوانب السلوك أو المشكلات التي تصدر عن البعض من المطلوب أن تقروا بالسلوك وأن تضع دائرة حول إحدى العبارات المرسومة بالخانة الأولى من الجول التالي..
الخانات بحسب ما هو محدد في كل منها :

السلوك	تاريخ حدوثه	الوقت الذي استغرق في اليوم	كم مرة في اليوم	ما الذي حدث قبل ظهور السلوك	الإستجابة اللاحقة من الشخص أو الآخرين	ما هو المكسب الذي جلبت عليه من جراء السلوك	اكتب هنا أي ملاحظات أو تبينات يظهرها المشكلة
ب أو إنداء				١- إثر رفض الطلب	١- الإبتعاد له	١- الإبتعاد له	مثلاً :-
مكتبة				٢- إثر توبيخه	٢- تهديد	٢- الإبتعاد	مولود جديد
بالنفس				٣- إثر نهيه عن شيء	٣- تظهير العرقة	٣- عدم الذهاب للمدرسة	فهره
مخروج				٤- إثر مشايه	٤- النقص	٤- الهروب من	إنفصال مرتقب من الأسرة
الإستجابة				٥- إثر اللعاب مع الأخت	٥- حرمانه من	٥- الهروب من	شكاوي جسمية
أو				٦- أحد الأقران	٦- منزل في	٦- عدم	لحبيبات بيولوجية
أو				٧- تلميح بصوت عال	٧- مكان متفرده	٧- التثقيب	كالمادة الشهوية
أو				٨- قبل الذهاب للمدرسة	٨- سؤاليه من	٨- مناقب أحد	عند الفتيات
أو				٩- الإبتعاد منه	٩- التوجهل أن	٩- عدم النوم	سعادته في الأسرة
أو				١٠- تعادله بلعبه	١٠- لا يفعل ذلك	١٠- عدم النوم	طلاق
أو				١١- معارضة	١١- توجيه	١١- مكان النوم	زواج حديث
أو				١٢- ياهد آخوته	١٢- إنتباهه لنشاط	١٢- أي مكسب	أيام المصطلات
أو				١٣- قبل النوم	١٣- التثقيب	١٣- مناقب أحد	أيام الدراسة
أو				١٤- الأمدل للإستقبال	١٤- توجيه	١٤- مناقب أحد	التعرض لزاويين
أو				١٥- زواويين	١٥- موضوع الحديث	١٥- مناقب أحد	أو تحويات
أو				١٦- الإمداد	١٦- أشياه	١٦- مناقب أحد	أوقات صغينه
أو				١٧- حوات	١٧- أخرى تذكر	١٧- مناقب أحد	بالليل أو النهار
أو				أخرى ..		١٧- مناقب أحد	أي تغييرات
						١٧- مناقب أحد	جديدة خاصة
						١٧- مناقب أحد	بالأسرة أو
						١٧- مناقب أحد	الشخص أو
						١٧- مناقب أحد	المحل تذكر :-

استمارة مستقلة لتقييم كل مشكلة سلوكية على حدة -

مثلاً: قام الأب بضربه أو شتمه عندما رآه يبصق.

وتمثل الاستمارة المرفقة (السوابق واللواحق السلوكية) نموذجاً جيداً لتقدير الاستجابات البيئية لسلوك المرضى. ويالنظر إلى هذه الاستمارة نجد أنها تغطي هذه الجوانب :

١- أنواع السلوك مصدر الشكوى (ضرب - شتم - بصق - الخ).

٢- تاريخ حدوثه.

٣- الوقت الذي استغرقه.

٤- مع من حدث (الأب - الأم - أحد الأخت - زملاء).

٥- كم مرة يحدث في اليوم (بالاستعانة بالبيانات الواردة في استمارة الملاحظات وحد الانتشار (Base Line Data)).

٦- ما الذي حدث قبل ظهور السلوك (انشفال الأم عنه، حضور الأب من الخارج - رفض طلب له - اثر مشايه - بعد توبيخه أو معارته - الخ).

٧- كيف استجاب الآخرون (كالأسرة أو المدرس أو المشرف) للسلوك (الامر بأن يسكت - تقييد الحركة - الضرب).

٨- ما هي المكاسب التي جناها الطفل من جراء سلوكه الضاغط (حصول على اللعبة التي كانت موضوعاً للشجار - عدم الذهاب للمدرسة - اثاره غيظ الأسرة).

٩- أي ملاحظات أو تخمينات ترتبط بظهور المشكلة (غيرة - صراع بين الأبوين - طلاق - عطلة - عادة شهرية - احتمالات ممارسة عادة سرية

- الخ).

الخطوة الرابعة: برنامج العلاج والخطة العلاجية:

أنت الآن فى وضع يمكنك من تصميم الخطة العلاجية. فقد اكتملت لديك صورة واضحة عن أنواع السلوك المرضى (المحورى) التى تريد أن تعالجها.. وأصبحت لديك بيانات وافرة عن شيوع هذا السلوك، المكاسب التى يجنيها منه الطفل... فضلا عن هذا توفرت لديك بيانات عن التدعيمات السابقة والتدعيمات اللاحقة والتى تساهم فى تقوية هذا السلوك. يصبح الطريق ممهدا للخطة العلاجية التى يجب أن تتضمن ما يأتى:

١- تحديد الاهداف النوعية: التى تتطلع لانجازها. ويفضل المعالجون السلوكيون أن يتم تحديد هذه الاهداف بشكل ايجابى.

مثال : بدلا من أن يكون الهدف هو :

«التقليل من الشتائم والالفاظ النابية بنسبة ٥٠٪ فى الاسبوع الأول»
يصوغ المعالج الهدف بالشكل الآتى:

«تزايد نسبة الابتسام، أو الحوار اللفظى بنسبة ٥٠٪ فى الاسبوع الأول».

مثال آخر: بدلا من التوقف عن المجادلة قل: «تزايد نسبة الاصفاء» أو «تزايد نسبة القاء الأسئلة» أو «تزايد السلوك الدال على التعاون». (حدد ذلك نوعيا)

وضع فى الخطة الشروط أو الوسط الذى سيحدث خلاله السلوك الايجابى، فضلا عن تحديد محكات أداء هذا السلوك الايجابى.

: اذا كان الهدف هو تزايد السلوك التعاونى فى الاسبوع الاول بنسبة ٥٠٪ تكون محكات هذا التزايد مثلا: (أ) الوقت الذى يقضيه الطفل مع والدته فى المطبخ، (ب) عدد المرات التى يعيد فيها بعض الأدوات المنزلية إلى أماكنها المعدة لها، (ج) كم مرة قام بترتيب سريره فى الاسبوع. (د) يساعد الأم فى تنظيف أو مداعبة الأخ أو الأخت الصغرى.

ملاحظة أخرى يمكن تقدير محكات السلوك الايجابى اما فى شكل تحديد مقدار الوقت أو الزمن الذى يقضيه فى أشياء مرتبطة بهذا السلوك، أو باحصاء عدد أو كمية النشاطات السلوكية المتنوعة التى يمكن تفسيرها بشكل ايجابى فى فترة زمنية (خلال كل ساعة مثلا).

يشرك الوالدين والطفل فى وضع البرنامج : فمن خلال التعاون معهما يمكن أن تحدد المدعمات الايجابية والسلبية التى ستعوق ظهور السلوك المرغوب أو تيسر ظهوره.

ستعنى بقائمة التدعيمات اللفظية أو المصورة (٧ ، ٨). وحاول فى اختيار هذه المدعمات أن تكون ملائمة للعمر ومتنوعة وأن تقدم حسب خطة التدعيم، وأن تكون لاحقة أو مرافقة لأى تغييرات مرتبطة بظهور السلوك الايجابى.

جه انتباه الوالدين إلى ضرورة الاكثار من التدعيم عند ظهور الجوانب المرغوبة.

يجب أن تتضمن الخطة كل الأساليب الفنية (أنظر جدول ٧) التى ستستخدم لتدعيم ظهور السلوك المرغوب، واليقاف أو تقليل السلوك غير المرغوب.

ستستخدم الأبنان طريقة الابعاد المؤقت لمدة خمس دقائق فى المطبخ

إذا بدأ في نوبات الغضب أو الاعتداء.

مثال آخر: سيقوم الطفل بتنظيف أواني المطبخ إذا لم يبدأ في عمل واجباته المدرسية فور الانتهاء من طعام الغذاء.

و- ينبغي أن تشمل الخطة أيضا على خطة زمنية لتقييم هذا البرنامج..
وكن متسقا مع الأبوين في ذلك.. وشجعهما على الاتساق مع الطفل في ذلك.

الخطوة الخامسة: بناء توقعات علاجية :

وتضمن هذه الخطوة على اقتراحات منها:

أ- تشجيع الاتجاه الإيجابي لدى الطفل والأمره بأن السلوك الإيجابي والتعبير سيحدثان حتما. شجع الأسرة على خلق شروط تساعد على ظهور أنواع السلوك الإيجابية المرغوبة أكثر من التركيز على مراقبة وعقاب السلوك غير المرغوب.

مثلا:

جلسات أسرية - ثلاث مرات أسبوعيا لمدة نصف ساعة - يحجم خلالها الأبوان عن التائب أو النقد. ويتبادلون الحوار خلالها عن الأشياء الإيجابية التي يتمتع بها الطفل وأفراد الأسرة الداخليين معه في عملية التفاعل. يتخلل هذه الجلسات بعض النكات المرحة، والقرب البدني والربت.

مثال آخر:

أي سلوك أو نشاط يصدر عن الطفل ويمكن اعتباره إيجابيا سيؤدي إلى مكافأة الطفل اما لفظيا أو بدنيا أو بتسجيل هذا السلوك في كراسة معدة خصيصا لذلك.

ب- ينبغي تقسيم السلوك - الهدف - إلى أقسام أو خطوات فرعية... مع تشجيع كل خطوة عند ظهورها:

عندما لا يظهر لدى الطفل ما يدل على أي سلوك سلبي (غضب مثلا أو الحاح ، أو حياء) لمدة ١٥ دقيقة سندهب لتحاوره أو تتبادل معه بعض الأحاديث الودية بهدف تثبيته على ذلك وزيادة هذه الفترة. سيزداد هذا الزمن تدريجيا كل أربعة أيام.
آخر: سيقوم الأبوان أو المشرف بتدعيم الطفل إيجابيا (حسب الخطة) كلما ظهر منه ما يدل على التبادل في العلاقات الإجتماعية (مثلا عندما يلعب أخته الصغرى، أو عندما يعرض القيام بعمل شيء أو أداء نشاط مفيد).

آخر : ستحدد للطفل قائمة بنشاطات أو واجبات صغرى أو بسيطة ينتهي أداؤها دائما بالنجاح.. واثابته على ذلك لاذاقته طعم النجاح في العمل. ويمكن الاستعانة بوضع هذه النشاطات من خلال الملاحظة أو من القائمة المرفقة في جدول (٦).

جدول رقم (٦)

قائمة نشاطات يمكن استخدامها

لخلق فرص النجاح أمام الطفل لأن أدائها دائما ينتهي بالنجاح

تنظيف طفل آخر	إطفاء الراديو أو التلفزيون	غسل وعاء	غسل يدي
غسل الملابس	إطفاء الأضواء	عمل شاي أو قهوة	مغفلة أو المجلة
تجفيف الملابس	إشعال الأضواء	كس حجرة	من الكتب في أساكتها
تطبيق الملابس	تنظيف السيارة	كس حجرة أخرى	إلى أغنية أو الأخبار
ترتيب أرفف	الكتابة	كس المطبخ.. الخ	مجريه أو خبر أو مجلة
طبخ	تعلم خبزة جديدة	نقل طبق أو صحن لمكانه	سمعه تورا
تذكيرنا بشيء معين	حفظ	التعاون مع أحد أفراد	من...
الخ...	تذكير	الأسرة لى..	جبات المنزلية
	شراء أشياء من الخارج	تشغيل الراديو أو	
		التلفزيون	

مقارنته بين المناهج السلوكية المختلفة

في علاج اضطرابات الأطفال

يتميز المعالج السلوكي بمرونته وتكيفه مع متطلبات كل حالة ولهذا
أكثر طرقه - كما وكيفيا - تبعاً لمتطلبات الحالة وطبيعة المشكلة. لكن تنوع
الطرق قد يثير أمام المعالج مشكلة تتعلق بأى هذه الأساليب يبدأ؟ وعلى
أساس يختار أسلوباً من أسلوب آخر؟ ومتى يجمع أكثر من أسلوب مع
التعامل مع الطفل؟

بعبارة أخرى، فقد يجد الخبير النفسى السلوكي في ميادين الممارسة
سلبية أو الإجتماعية أو التربوية قد يجد في تنوع هذه الأساليب ما يريكه
ما يريد أن يستخدم هذا الأسلوب، ومن ذلك

والصحيحة أن جميع هذه الطرق التي يعرضها الجدول الآتى
عها - إذا عاملناها بوجهة نظر علمية بحثية - قد خضعت للتجريب العلمى
نحت. ولهذا فإنه لا توجد طريقة منها أفضل من الطرق الأخرى.

لكن المعيار الملائم، الذى نرى أن يراعيه المعالج عند إختيار أسلوب
آخر هو أن يكون ملائماً لطبيعة المشكلة. فمن المؤكد أنه توجد أساليب
أو ملائمة من الأساليب الأخرى بالنظر إلى نوع المشكلة أو الإضطراب.
الجدول الآتى الذى إعتدنا فى صياغته على عدد معين من المراجع
مقدمة فى العلاج السلوكي تفصيلاً للأساليب السلوكية التى تعالج
ضطرابات الطفل وما تصلح له من مشكلات.

ج- ساعد الطفل على ابتكار أو معارضة نماذج سلوكية معارضة
للسلوك الخاطيء أو المرضى.. بحيث لا يمكن أداؤه مع السلوك
المعارض، ويستحيل حدوثه منطقياً وفعلياً للتناقض والتعارض بينهما.

مثال : لتجنب نتف شعر الرأس أو الحاجب سيطلب من الطفل تليل يديه أو
ضمهما معاً، أو استخداهما فى أداء أى نشاط أطول مدة ممكنة
(لا يمكن للطفل أن ينتف شعره بينما يده مفلولتان أو مشغولتان
بشيء آخر).

د- الاحتفاظ بسجل يومية للتقدم أو تعديل السلوك.

هـ- ادماج الآباء والاخوة والأصدقاء والزملاء والمدرسين ما أمكن فى خطة
العلاج وإطلاعهم عليها.

الخطوة السادسة : تعميم السلوك :

الآن وقد أمكن للطفل تعلم كثير من الجوانب الايجابية للسلوك يبقى
تعميم هذا السلوك الجديد على البيئة الطبيعية أو المواقف الحية.
اذ ينبغي تشجيع الطفل على تعميم خبراته الايجابية التى تعلمها فى المنزل
تحت اشراف مهتى إلى مواقف جديدة كالاصدقاء.

ويتطلب ذلك اثاره بواقع الطفل وتحفيزه بكل الوسائل الممكنة على
مبادرات ايجابية .. الاحتكاك البصرى .. التعبير عن الإنفعالات بحرية .. الخ.

كذلك يمكننا أن نشجعه على استباق الاستجابات الملائمة للمواقف
الخارجية من خلال لعب الأنوار، أو استباق التعبيرات الايجابية ، مثلاً : لقد
أصبح الآن بإمكانك أن تقوم برحلة مع أصحابك دون خوف أن تفقد
أعصابك.

بيان بأنواع مشكلات الطفل
ومايلانها من أساليب سلوكية

تابع جدول ٧
بيان بأنواع مشكلات الطفل
ومايلانها من أساليب سلوكية

أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بالاعلية	الأساليب العلاجية
المخاوف المرضية، القلق، العزلة والتجنب الإجتماعي التعامل الإجتماعي مع العداوة الخارجية ومواقف التهديد	تطمين المتدرج (التعرض التدريجي) به منفرد والتعامل معه بأقل قدر من حساسية (تدرج الحساسية)
مشكلات النطق واللغة، الحركية (الحركة المفرطة)، الصراعات الإجتماعية، العدوان، المخاوف المدرسية، اضطراب العادات الصحية (كالتبول اللاإرادي، التقوط، نظافة الفم والبنين)	تأهيل التعديل، تدريب الإيجابي، التعديل الذاتي
مشكلات الطعام (نقص الشهية الشراهة، العزوف عن الطعام اضطرابات الإنتباه، كسر المهارات الدراسية، اضطرابات السلوك (السرقه، المشاجرات، الكذب، تعاطي المخدرات)، صعوبات التعلم (مشكلات القراءة والكتابة وتنظيم عادات الدراسة).	إقتصاد الرمزي
إكتساب المهارات الحركية (الكتابة، تنظيف النفس) المهارات الإجتماعية (الحديث، اللغة البدنية) والدراسية (تنظيم جدول العمل).	تشكيل والتقريب التدريجي والدراسية
المخاوف والسلوك التجنبي أو الهروبي، جوانب القصور في السلوك الإجتماعي (الخلج، التعبيرات البدنية، مهارات الحديث، مهارات الحركة، مشكلات الجنوح) ،	دراسية (تنظيم
إضطرابات التعلم، الإلراط أو النهمة المعاندة .	اقتداء، ومحاكاة النماذج
	سيط المنبه

أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بالاعلية	الأساليب العلاجية
المشكلات السلوكية داخل الفصل الدراسي، الصياح، العدوان، النهمة، البكاء، لت الإنتباه، التفاخر، التبعج المقارحة، الإفراط في الملابس أو المظهر.	إطفاء (سحب التعديل الإجتماعي، التجامل)
إشغال التيران ببعض حالات السلوك القهري	تشجيع بالمتبه
السلوك الفوضوي	تصحيح التكرار
السلوك التخريبي- المشاجرات والعواله الشتائم- النحيب	تجاهل الموقت
نوبات الغضب Tantrums العدوان- السرقه التملص للإفراط	إيقاف الإستجابة
الصركي داخل الفصل الدراسي الجنوح- إشغال التيران- الفوضوية في السلوك	
نواحي الضعف في السلوك الإجتماعي بما فيها الخجل- عدم القدرة على رد الإهانات- التعامل مع العداوة الخارجية- العجز عن التعبير عن النفس.	تدريب المهارة بما فيها تأكيد
	تدريب المهارات الإجتماعية- (الأدوار)
نواحي القصور في السلوك الإجتماعي- المشاحنات الأسرية بما فيها المواجهات التي تحدث بين المراهق وأسرته.	تدريب الأدوار أو ممارسة أدوار معارضة

تحذيرات وتببيهاات متعلقة باضطرابات الأطفال

يجب يادىء ذى بدء أن نتحاشى التسرع والعجطة فى وصف طفل بالقلق أو الإضطراب النفسى. ويتطلب ذلك أن نميز بوضوح بين ما هو مشكلة تحتاج للعلاج، وما هو شىء أو أسلوب تفرضه متطلبات النمو. من ههف مثلا أن الفترة من سنتين إلى أربع سنوات- فيما يوضح لنا علماء النمو- تعتبر من أشق المراحل فى تربية الطفل، لما فيها من حركة الط واستكشاف للبيئة. ولهذا يكون من الطبيعى أن يتسم سلوك الطفل بصفاته بمظاهر قد يفسرها الوالدان خطأ على أنها نوع من التخريب والكية وقد تدفع المتعجل إلى أن يتصور أن هناك شيئا مرضيا لدى هذا ل. إن التدمير والتخريب والعدوان والحركة الشديدة فى هذه المراحل نفسية- نابعة من تشخيصات الآباء وأنزعاجهم ولكنها بالنسبة للطفل طبيعى، واكتشاف لقوانين الطبيعة وحب الإستطلاع.

فضلا عن هذا، فإن غالبية مشكلات الطفل لا تنتج عن الإضطراب بل من مصدر عن عدم الخبرة، والجهل، ومن ثم فإن جهودا كبيرة قد تبذل لمحاولات العلاج، واستشارة الخبراء يمكن إختصارها بإعطاء معلومات دقيقة ومنفصلة عن كيفية أداء السلوك السليم، أو كيفية أداء النشاطات تلقى بكفاءة.

ويدرك المعالج الحصيف، أيضا، أن الغالبية العظمى من مشكلات أطفال تكتسب بسبب أخطاء فى عملية التعلم أى نتيجة لأخطاء بيئية. الطفل الذى يحاكي ما يلاحظه فى أبيه أو أخوته من إنفعال أو عدوان، صوات عالية وكلمات نابية لا يدري أنه بمحاكاة تلك يتعلم سلوكا مرضيا شاذا، ولهذا تبين البحوث أن إضطرابات الأطفال تكون تعبيرا مباشرا

تابع جدول ٧

بيان بأنواع مشكلات الطفل

وما يلائمها من أساليب سلوكية

أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بفاعلية	الأساليب العلاجية
مواجهة الأزمات الطارئة- المواقف الحرجة مثل الانفصال- قلق الموت- السلوك الإنمائي- مواقف الصراع- المخاوف- العدوان- مواقف التوافق مع الضغوط	١٣- التعديل المعرفى الانفصال- وتدريب المهارة على حل المشكلات
الصراعات الإجتماعية- الإنفعال- الخوف- التعاس عن الأداء الأكاديمي- الإفراط الحركي- ضعف الدافعية للعمل والنشاط.	١٤- مناهج ضبط الذات- الحوار الداخلي مع النفس
التبول اللاإرادي- السلوك الفوضوي- زيادة السلوك الإيجابي	١٥- التدريب الإجرائي بحسب خطط تقوم على المكافأة الذاتية والعقاب الذاتى
السلوك التخريبي- السرقة- الصراخ- الصراع- رفض المدرسة، أو الهروب منها.	١٦- الإتفاقات المتبادلة والتعاقد مع المريض
زيادة الوزن أو السمنة- الهزال- مشاكل السلوك الوالدى.	١٧- مراقبة الذات عند ظهور السلوك

مراجع وتعليقات

1. kazdin, A.E. (1990). Conduct disorders. In A.S. Bellack et al. (Eds.) *International handbook of behavior modification and therapy*. New York : Plenum press (PP. 669-706).
- 2- Williams, L. et al. (1993). Pharmacotherapy of aggressive behavior in individual with Mental Retardation and Mental Illness. *Journal of Developmental & Physical Disability*. vol, 5,1, 87-94
- 3- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3 rd Ed. - Revised. Washington, D.C. : APA.
- 4- Kaslow, N.J., & Racusin, G.R. (1990). Childhood depression. In A.S. Bellack et al. (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy*. New York : Plenum press (2nd Ed. 547-565).
- 5- Levis, D.J. (1990) . The experimental and theoretical foundations of behavior modification. In A.S. Bellack et al. *International handbook of behavior modification and therapy*. New York : Plenum Press (2nd Ed., 27-52).

عن أخطاء أو اضطرابات في البالغين أنفسهم. ولحكمة ما جرت عادة أن المعالج النفسي لا يحكم على سلوك الطفل بمعزل عن سلوك المحيطين به. وربما لهذا السبب نجد أن البحوث تكشف عن تزايد في مشكلات الأطفال إذا ما كان الجو الأسرى نفسه مفعم بالمشاكل والصراعات.

وإذا كان تشخيص مشكلة الطفل لا يجب أن يتم بمعزل عن الظروف الاجتماعية والأسرية، فإن العلاج السلوكي يتطلب أيضا ذلك. ولهذا فإن المعالج النفسي السلوكي يحتاج إلى تعاون البالغين والمربين والزملاء والمشرقيين على الطفل بعبارة أخرى، فإن العلاج السلوكي عملية نشطة يساهم فيها المعالج والطفل والآباء (أو بدائلهم) جميعا. وهي عملية ممتدة أي أن تنفيذها لا يقتصر على الساعة التي يمضيها الطفل في العيادة النفسية، بل يجب أن تمتد للأسرة أو المدرسة أو كليهما معا.

ويجد المعالج السلوكي في أحيان كثيرة أن علاج مشكلات الطفل بطريقة ناجحة لا يقتصر على علاج الطفل بل قد يتطلب علاجا وتعديلا في سلوك البالغين أنفسهم. ومن ثم فقد يمنع بعض وقت وجهده للأسر محاولا إرشاد أفرادها إلى طرق أسلم من التفاعل والتصرفات.

الفصل الحادى عشر الإضطرابات العصابية والقلق

تحليل سلوكى للشخصية العصابية

العصابى ذو شخصية تسهل إستثارته، وشخصية العصابى بهذا المعنى تعبر عن إنفعال المريض بالأحداث التافهة، وتتصف بالشاعر بالأحاسيس المليئة بالتهديد والتشاؤم، والسلوك المتسم بعدم الإستقرار أو التفكير الميال للمبالغة والتطرف.

ويعتبر وجود العصاب الشرط الرئيسى للقلق المرضى. إن العالم التجارى - فيما يقول العالم النفسى المعاصر جان داير John Dyer (١) - لا يوجد به قلق، ولا يوجد به خير أو شر، القلق هو خبيرة نخلقها نحن ثم نطرحها على العالم بعد ذلك.

ويعبر الطبيب النفسى " جرينبرج " عن معنى مماثل فيقول: إن أنواع القلق مهما اختلفت تتبع من نفس المنبع الذى يتمثل فى وجود نمط عصابى فى الحياة يتميز بالإنفعال نحو أهداف متعارضة يناقض بعضها بعضا، وبالإتجاه للتعامل مع المستحيل، وبنؤية غير واقعية للعالم الذى نعيش فيه، وبإدراك مشوه لأنفسنا. وهو لهذا يرى أن العصاب هو الشرط الرئيسى للقلق (٢).

6. Wolpe, J., & Lang, P.J. (1964). A Fear survey Schedule for use in behavior therapy. *Behavior Research and Therapy*, 2, 27-30.

٧- إبراهيم (عبد الستار) ، الدخيل (عبد العزيز بن عبد الله) ، إبراهيم (رضوى) (١٩٩٣) التناول السلوكى لإضطرابات الطفولة والمسلمات الأساسية فى علاجها . مجلة علم النفس (مصر) ، ٦ ، (ص ص ٦ - ١٦) .

٨- إبراهيم (عبد الستار) ، الدخيل (عبد العزيز بن عبد الله) ، إبراهيم (رضوى) (١٩٩٣) . موجتان من التطود بحركة العلاج السلوكى . مجلة علم النفس (مصر) ، ٦ ، (ص ص ١٦ - ٢٦) .

٩- إبراهيم (عبد الستار) ، الدخيل (عبد العزيز بن عبد الله) ، إبراهيم (رضوى) (١٩٩٣) . إجراءات العلاج السلوكى للطفل وخطوات تنفيذه . مجلة علم النفس (مصر) ، ٧ ، (ص ص ٦٠ - ٧٢) .

فعالى والإضطراب النفسى. وثمة مجموعة من الصفات وجوانب من سلوك تبين خبيرة علماء النفس والمعالجين النفسيين أنها تنتشر بين أشخاص العصائيين، وتصف سلوكهم خلال تعرضهم للقلق وما يرتبط به إضطرابات أخرى توضحها فيما يلى:-

الجوانب الإنفعالية

١- الشخص العصائى من الناحية الوجدانية شخص سهل إستثارته بالياً ، شخص يميل بشدة للإستجابة الإنفعالية للبيئة ، صحيح أن حال بالناس والأشياء شىء مرغوب وجزء من الطبيعة البشرية فنحن ونسر عندما تحقق هدفاً أو رغبة، ونخاف عندما يواجهنا خطر، ونشتمنر، ونتألم ونحس بالذنب، ونغضب، ونعجب ونحب، هذه كلها مشاعر محمودة ومرغوبة طالما أنها تصدر فى الوقت الملائم. لكن إنفعالات الشخص العصائى هى غير ذلك. أن ينشط الإنسان، ويعد نفسه لإمتحان شىء تتطلبه الحياة الإيجابية، وتفرضه متطلبات التكيف الإنسانى قبل بتعقيداته وتغييراته. أما أن ننفل بصور تعطل إمكانياتنا الفعلية، نأهب أجهزتنا النفسية والعصبية بتوتر شديد لا يترك لنا طاقة لمواجهة الصعبة فهذه إستجابة عصابية تشيع لها الشخصية العصابية، تشيع له من إستجابات إنهنزامية.

أما البرت اليس (Ellis) فهو يرى أن القلق هو هزيمة ذاتية، أى خيرة أو سلوك يهزم الإنسان من خلاله نفسه بنفسه. وهو بهذا يرى ولو بصورة غير مباشرة أن القلق يشترط وجود إستعداد ذاتى للهزيمة والإنهييار (٤٠٢). حتى الأدباء والفنانون إنتبهوا إلى هذا المصدر الذاتى للقلق، نجد جبران خليل جبران يقول: وإذا كان خوف تود أن تبدده، فإنه يتربع فى قلبك أنت، وليس زمامه فى يد من تخاف (٥)

وإذا كان وجود شخصية عصابية لازمة رئيسية من لوازم إثارة القلق وتطوره، فإن القلق يعتبر أيضاً سمة رئيسية تصاحب الإضطرابات العصابية حتى التى لا تبدو متسمة بالقلق بالضرورة. فنحن نعرف مثلاً أن هناك كثيراً من العصائيين يتحايلون على القلق والهروب منه، ويتظاهرون بالإبتسام والتفاؤل إلا أن سلوكهم أبعد ما يكون عن الصحة. من هؤلاء الأشخاص تلك الفئة التى نسميها بالعصاب الباسم أو الهستريا، ويسمون كذلك لأن الشخص يبدو أمام الآخرين أبعد الناس عن القلق والهموم، إلا أن سلوكه لا يمكن أن يكون مترناً أو ناضجاً على الإطلاق بسبب تصرفاتهم الزاعقة، وشكواهم الجسمية عندما تواجههم أزمة، وتشنجاتهم العصبية عندما يطلب منهم القيام ببعض الواجبات أو المسئوليات الإجتماعية، ومحاولتهم الدائبة للإستحواز على إهتمام الآخرين، والعطف والرعاية.

وإذا أردنا أن نعرف الشخصية العصابية فمن الأيسر أن ننظر إليها على أنها مفهوم يصف أنواعاً معينة من السلوك التى نصفها بالشنوء

إن السواء يتطلب أن تستغل إمكانياتنا على الإنفعال نحو إستجابات
تكيفية تدفع للمزيد من التطور بإمكانياتنا على النجاح والتفوق لكن
الشخصية العصابية تصبح ضحية لما يحكمها من إستثارة زائدة وعدم
إستقرار. يرى بيك (Beck) (٦) أن من مأس الإضطراب النفسى هو تلك
الإستجابات العصابية الحادة. ونرى من جانبنا (٧) - أن الأوصاف المتعددة
التي يصف بها العصائيون أنفسهم مثل:

« أشعر أنني لست أنا »

« أحس أنني فى سجن »

« أشعر أنني شخصية قيدة »

« إننى معزق »

« إننى على حافة الجنون »

هذه الأوصاف التي تشيع بكثرة فى أحاديث العصائيين وأحكامهم
على أنفسهم هي نتاج واضح لما تلعبه الإنفعالات الحادة فى حياة
العصائيين.

وبالرغم من سيطرة الإنفعالات وشدتها، فإن الشخصية العصابية
تستطيع أن تواصل العمل والنشاط. والإنفعالات - وما تخلقه من قيود
داخلية شديدة وصراعات لا يفترض فيها بالضرورة أن تحرم الشخص من

تجنباً وحالته. فالشخص العصابى يحس بأنه تعيس، وأن تعلقه
بأهله لا أساس لها، وأن أحزانه على ما فات قد إنتهت وولت. العصابى
ذلك ويصف نفسه أحياناً أنه يحتاج لمن يحميه من هذه المشاعر التي
ترب به على حافة الجنون. وهو فى ذلك يختلف عن المجنون الحقيقى
الذى يعيش مع جنونه دون إدراك لخطأ فى التصرفات والسلوك
الذى.

٢- والشخص العصابى عادة ما يبنى خطة تكيفه للحياة على أساس
التجنب. فالمواقف التي تستثير إنفعالاته الشديدة غير المحتملة
تجنب إلى أشياء كأنها غير موجودة بفعل التجنب. ولما كانت مصادر القلق
تجنب فى حياة العصائيين متنوعة ومنتشرة. فإنهم يتحولون فى النهاية
إلى أزمات عاجزة إنسحابية، وتتقلص حياتهم إلى حلقات ضيقة. وقد إنتبه
بيك « إلى هذه الحقيقة منذ فترة غير قصيرة فوصف حياة العصائيين
بأنها حياة تخلو من الإثارة وتمتلىء بالكف والقيود. وتبين البحوث
تجريبية (٨) أن حياة العصائيين تتحول نتيجة للهروب والإنسحاب إلى
أزمات والإنفصال. والشخص المغترب عادة ما يتجه إلى تجنب المشاكل
من مواجهتها. ولهذا يتحول المغترب إلى شخص يكتمى بملاحظة الحياة
من أن يساهم فيها بشكل نشط. وإذا كان العصابى يعتقد أنه يتجنبه
لم قد ألقى هذا العالم فهو على خطأ، لأنه فى الحقيقة قد أبعد نفسه عن
الم وأغلق ذاته، وحرمها من إمكانيات التحدى والتطور والإعتراف
بأنه.

والشخصية العصابية قد تبو في الظاهر ومن وجهة نظر الآخرين شخصية هائلة سهلة، يعتمد عليها. وهذا صحيح، لأن كثيرا من العصبيين بإنسحابهم عن العالم ويتتوهمهم لأنفسهم كمراقبين للعالم يتجنبون الصراع من أجل المادة أو المركز أو القوة، ويتجنبون أن يطلبوا من الآخرين اسداء خدمة، وأحيانا ما يرفضون حتى الخدمة اذا قدمت لهم لأنهم قد يحتاجوا لرد الجميل، والاعتراف بالعالم والدخول في علاقات اجتماعية نشطة

٣- والعصابى لا يحب أن يأخذ ولا يحب أن يعطى. ان متطلبات النضوج الإجتماعى تحتاج إلى توازن بين الأخذ والعطاء، وأن نعطى للآخرين باقتناع، وأن نتلقى منهم بون احساس بالذنب أو النقص. وقد تبو رغبة العصابى فى العطاء على أنها شىء ايجابى ومحسود. والعطاء هو فعلا كذلك لكن رغبة العصابى فى العطاء أبعد ما تكون عن العطاء الناضج، لأن العصبيين يريدون فى أحيان كثيرة أن يثبتوا للآخرين أنهم أفضل وأكثر قوة، وتأثيرا. والعطاء الناضج بالطبع لا يقتصر على العطاء المادى ويتجاوزة إلى العطاء من وقتك، ومشاعرك، واهتمامك بنمو الآخرين. وهناك من البحوث ما يثبت أن من العصبيين من يعجز عن إقامة علاقات اجتماعيا بغيره تقوم على الثقة المتبادلة والتفهم، ولهذا تضعف قدرتهم على الأخذ والعطاء بشكل عام (٩).

٤- واذا كان الإنسان العادى يستطيع أن يشكل سلوكه على حسد المواقف الإجتماعية التى يمر بها، وبالتالي يشكل قراراته على التعبير المناسب عن المشاعر، ويطور مهاراته الإنفعالية تبعاً لذلك، فإن الشخص العصابية تجد صعوبة واضحة فى التعبير الحر عن الإنفعالات

والحرية الإنفعالية مطلب رئيسى من مطالب الصحة والفاعلية، وتتضمن التعبير الطليق عن المشاعر الايجابية والسلبية على السواء. ان كثيرا من العلاقات الإجتماعية تتطلب اتصالا ايجابيا نشطا بالآخرين، ولهذا فهى تتطلب قدرا من تبادل مشاعر الود أحيانا، والغضب أحيانا أخرى، أو الضيق، أو الاعجاب. وتقل قدرة العصبيين على تبادل المشاعر بسبب جزهم عن التعبير الحر عن الإنفعالات وتأكيد الذات. ولهذا نجد أن عصابى يقمع رغبته فى التعبير عن مشاعره الحقيقية أمام الآخرين، ويكتم موارضته واختلافه، أو يرغم نفسه على قبول أشياء لا يحبها، أو يعجز عن التعبير عن الحب والاستمتاع بالأشخاص أو الأشياء التى يحبها. ولهذا فان أشكال العلاقات الإجتماعية التى يأتى بها العصبيون تتوزع على قائمة طويلة تتراوح بين ذلك الذى يشكو من أنه يتحول إلى شخصية باهتة لا تحظى بحترام الآخرين، إلى ذلك الذى يتحول إلى العدوان الشديد والمشاكسة وهما من فقدان الهيبة والتقدير، أو ذلك الذى تتذبذب حياته بين قطبي خضوع والعدوانية.

٥- ويفتقد الشخص العصابى لغة الاتصال الإجتماعى السليم للآخرين. فى الاتصال الإجتماعى السليم يتبادل شخصان أو أكثر معلومات وأحاديث، أو مشاعر من شأنها أن تساعد على حل المشكلات وتخفيف الصراع بين الأطراف الداخلة فى عملية الاتصال. أنظر مثلا إلى أى علاقة اتصال اجتماعى كالاتصال الذى يتم بين الأب وأبنائه، أو الرئيس بمؤسسه، أو الصديق بالصديق، أو الزوجة بالزوج.. فى كل هذه العلاقات قد تحدث خلافات أو صراعات، ويكون من شأن التفاعل السليم أن يؤدى إلى التبخلص

يتصرف بطريقة معينة ولكنه يتوقع استجابة مختلفة. وبهذا يحول الأطراف الأخرى التي تتفاعل معه إلى ضحايا محكوم عليهم بالفشل مهما كان قرارهم واختيارهم. لكن الشخص العصبي قد يتحول نفسه إلى أن يكون ضحية. ففي كثير من الأحيان نجد أن الناس يتبعون وتتجنب مثل هذا الشخص بسبب محاولاته الدائبة لوضعهم في مواقف مستمرة من التائب من الذنوب مما تدفعهم لسلوك معه على نحو متناقض. وهنا تتطور وتتفجر المشاعر العصبية من قلق، واكتئاب، ومشاعر بالوحدة والعزلة، والمخاوف الاجتماعية، والتائب الذاتي وغيرها من المشاعر التي تبين أنها تشيع بكثرة بين العصبيين.

وتعتقد من جانبنا أن العصابي يعتبر بشكل ما ضحية لتصرفاته الاجتماعية الخاطئة وأن المشاعر العصبية التي تتملكه هي تجسيد قوى أنواع العقاب الخارجي التي تفرض عليه من جراء سلوكه العصابي مع الآخرين.

أخطاء في التفكير العصابي

العصاب كاضطراب نفسي، لا يمكن عزله عن الطريقة التي يفكر بها الشخص، وعما يحمله عن نفسه وعن العالم من آراء ومعتقدات واتجاهات. وقد انتبه الفلاسفة والمفكرون منذ القدم إلى أن معتقداتنا تحكم سلوكنا، وأن التفكير في أمور الحياة بطريقة مبالغ فيها يصحبه الإضطراب والاستئثار، وأن التفكير في أمور الحياة بطريقة هادئة ومتعلقة تصحبه حياة وجدانية

من هذه الصراعات، وبالتالي إلى تعميق هذه العلاقات والانتقال بها إلى مستوى ايجابي أفضل. لكن انشغال العصابي بمشكلاته الداخلية، وسوء تأويله للخلافات عندما تحدث غالبا ما يؤدي إلى انقطاع الاتصال السليم بالآخرين. وهناك نظرية تثبت أن اضطرابات الاتصال لدى العصبيين تظهر مبكرا في علاقاتهم بالآخرين، وتتخذ ما يسمى بالرسائل المزدوجة. فمثلا يتصرف الزوج مع زوجته بطريقة معينة ولكنه يتوقع استجابة أخرى: يفضب عليها ويجرح مشاعرها ويلومها بعد ذلك لأنها اشكتك لوالديها متاعب حياتها الأسرية، والصديق الذي يكلف أصدقائه بعمل أشياء مستحيلة، فاذا عجزوا عن ذلك لامهم لضعف مشاعرهم، والأستاذ التحكيمي الذي يطلب من تلاميذه أن يفكروا بشكل مستقل وناقدا، فاذا انتقدوا عملا من أعماله أو استقلوا بعمل خاص بهم غضب وشعر بالاهانة من تصرفاتهم، والرئيس الذي يطلب من مرؤسيه أن يساهموا معه في ايجاد الحلول واتخاذ القرارات الهامة لمصلحة العمل، فاذا فعلوا ذلك لامهم على تعديهم عليه وتخطيهم للأوامر المرسومة لهم. حتى بين الأطفال نجد أمثلة كثيرة تبين مدى التوترات التي يثيرها الطفل العصابي في علاقاته الاجتماعية مع أقرانه وأسرته. فالطفل الذي يتعالى على أصحابه ويعاملهم بجفوة اذا ما تودبوا إليه، ويفضب منهم ويخاصمهم اذا ما هجروه، والطفل الذي يعتدى على أخته الصغيرة بالضرب، فاذا تدخلت الام لحمايتها فلأنها تحبها أكثر منه، والطفل الذي يبكي اذا حرمته، ويبكي اذا أعطيته لأن ما تعطيه له أقل أو غير ما كان يريد... كل هؤلاء الأطفال يمثلون نماذج جيدة لما نسميه بالسلوك العصابي عند الاتصال بالآخرين.

ولعل السمة المشتركة بين كل هذه الأمثلة هو أن الاتصال الإجتماعي في الحالات العصبية دائما ما ينتهي بوجود ضحية أو أكثر. فالشخص هنا

ويرعود الفضل لعدد من علماء النفس المعاصرين للتطور بهذه الفكرة الفلسفية وبإخضاعها للمحكات التجريبية، بما أثبت أن استجاباتنا الإنفعالية بما فيها القلق العصابي تكون نتيجة للطريقة التي يفكر الشخص بها في نفسه وفي الآخرين، وليس بالضرورة لخصائص موجودة في الخارج. حتى الاستجابات العضوية يمكن أن تتغير بتغير اتجاه التفكير. فقد بينت التجارب الحديثة أن الجهاز العصبي يجنح للاستثارة الزائدة عندما كان يطلب من الأشخاص أن يفكروا في موضوعات ذات طابع مثير جنسياً، بينما يجنح للهوى والسكون إذا كانت هذه الموضوعات من النوع الساكن أو الحزين.

تثبت دراسة الشخصية العصابية أن الأشخاص الذين يميلون للقلق والإضطراب الإنفعالي عادة ما يتشيعون لاعتناق عدد من الأفكار اللامنطقية، هي التي تقود لأنواع القلق التي يعانون منها (١٠، ١١، ١٢، ١٣).

وقد أوضحنا في كتاب سابق (١٤) عدداً من المعتقدات الفكرية الخاطئة التي ترتبط باضطرابات النفسية والعقلية، وأوضحنا أن الشخصية العصابية تتصرف بطريقة أقل مما تسمح به إمكانياتها. ولأن الشخص العصابي يتصرف بطريقة غير متعقبة، وغير واقعية فانه يوقع - نتيجة لذلك - الهزيمة بنفسه عند تحقيق أهدافه بالرغم من قدراته المتعددة. وتوضح هذه الحالة نموذجاً طيباً لهذه الخاصية:

«فتاة في الثانية والعشرين من العمر في قسم اللغة الانجليزية بأحدى

الجامعات المصرية... كان سجلها الأكاديمي المتفوق وتشتنتها في أسرة ذات درجة عالية من التفوق والنجاح الإجتماعي.. كان كل ذلك يوحي أنها ستواصل براستها الطيباً بنجاح وتفوق... فتقديراتها كانت دائماً في فئة الجيد جداً.. وقد ساعدها على النجاح والتفوق سفرياتهما المتعددة إلى الخارج مع أسرتهما التي أتقنت خلالها اللغة الانجليزية حديثاً وكتابة، مما أضاف إلى سجل تفوقها في دراسة اللغة الانجليزية، وبالتالي كل التنبؤات التي نسجت حولها أنها ستكون ذات شأن في دراستها. ولكنها رفضت بعد تخرجها أن تواصل دراستها لأنها كما قالت تكره الأدب الانجليزي وتجدها سموية في دراسة موضوعاته. ورفضت أيضاً عملاً بدأت به بأحدى الهيئات الأجنبية. وكان هذا العمل بكل المقاييس عملاً مرموقاً من الناحية المادية الإجتماعية. وقالت أنها تفضل أن تبقى في المنزل لاعانة أسرتهما.. التي لم تكن في واقع الأمر محتاجة للرعاية.

وقد كشفت محاولتنا لفهم الواقع المرتبطة بسلوكها.. أنها لم تكن في واقع الأمر تكره دراسة اللغة الانجليزية أو الدراسة، ولكنها كانت تخشى من فشلها في تحقيق الطموح المتعسف للأبوين لاكمال دراستها العليا. بعبارة أخرى كانت تردد بينها وبين نفسها هذه الفكرة: ان والدي يريدان مني أن أكون قادرة دائماً على النجاح والتفوق؛ ولكنها ستكون كارثة لو أنني لم أثبت قدرتي على التحدي والمنافسة والتفوق في كل الجوانب الممكنة. ولم تكن على غير رعي بأهمية العمل الجديد.. ولكنها كانت تشعر - فيما عبرت عنها - أنها عندما تذهب إلى هناك في هذا الجو الأجنبي المصطنع تشعر أنها وحيدة ومنبوذة ولا تتوافق جيداً مع زملائها وزميلاتها. لكن اجاباتها عن

استلقتنا بينت بأن هذا الشعور ما هو الا استمرار لاعتقادها الخاطيء "أن من المحتم أن يكون الإنسان مؤيدا ومحبويا من الجميع، وأن يؤيده ويقبله الجميع، وإذا لم يكن ذلك ممكنا فإنها ستكون كارثة ومصدا للكل المتقصات" بعبارة أخرى لم يكن شعورها العصايب وسلوكها المتطرف الأحمق نتيجة لأنها بالفعل منبوذة وإنما لمبالغتها في ادراك التقبل الإجتماعى من الآخرين، وما تضعه من "حتميات" وقيود على تصرفاتها وادراكاتها للآخرين. وهو ما أدى بعد ذلك إلى محاولة تجنب القلق بالهروب تماما من المواقف التى تثيره.

لقد كانت هذه الفتاة فى حاجة إلى أن تعرف أن سلوكها الأحمق أحيانا، ما هو الا نتيجة لمعتقدات غير عقلانية فى إمكانياتها وقدراتها وكانت تحتاج إلى أن تعرف أن رفضها للدراسة والعمل ما هو الا تعبير عن مخاوف لا منطقية تسندها اعتقادات خاطئة. وكان يجب أن تتشجع على مواجهة مخاوفها ومصادر هذا الخوف بدلا من الهروب والتجنب. ولو كانت تتلقى علاجاً نفسياً لكان من الضروري أن تستبدل فكرتها أنها يجب أن تتجح دائما وأن تكون قادرة على التحدى والمنافسة فى كل الظروف، بفكرة أخرى مقبولة وصحية كأن تنظر للعمل والدراسة على أنها ليست مواقف منافسة بل هى مصادر للشباب النفسى وتحقيق الذات، والمتعة فى التمكن من أداء شىء باتقان. أما اعتقادها الآخر بأن من المحتم أن تكون محبوبة ومقبولة من جميع الزملاء والزميلات فيجب أن تستبدل باعتقاد أسلم لصحتها النفسية والعقلية كأن تؤكد على احترام الذات بالإضافة «للحب»، أو تقديم الحب بدلا من «توقع الحب»، واتخاذ رؤيا ايجابية للعلاقات الإجتماعية فى ميدان العمل تمكناها من التفاعل بالزملاء والزميلات بقدر

يقول ومرتببط بأهداف عملية محددة (إنجاز العمل، الترقية، تحسين بعض الخدمات - الخ). كانت تحتاج ببساطة لمعرفة الأفكار اللاعقلانية التى تحكم سلوكها وتصرفاتها، وأن تحددها تحديداً دقيقاً، ثم أن تعمل على مواجهتها صديها بعد ذلك وبصورة دائمة تمكناها بعد ذلك من التطور بسلوكها إلى صحة والفاعلية والمواجهة، بدلا من القلق، والهروب، وتجنب الفشل

والمبالغة خاصة أخرى تميز تفكير العصايبين، وتظهر المبالغة فى بقاء دلالات خيالى فيها عند التعامل (أو الاقبال على التعامل) مع العالم أو واقع، وذلك كتصور الخطر والدمار. ومن الثابت أن المبالغة فى ادراك العالم منور أنه مليء بالخطر يميز الأشخاص المصابين بالذات بحالات القلق. لشخص القلق يتوقع دائما الشر لنفسه ولأسرته، أو لممتلكاته، ويتوقع أن قد مركزه أو وظيفته أو الأشخاص المهمين فى حياته. والشخص القلق يبالغ فى تصور خبرات قد تكون محايدة فى علاقاته بأصدقائه، أو أقاربه، أو أصدقائه، أو أسرته. فتأخر الأطفال فى المدرسة قد يفسر على أن خطرا قد وقع بهم، ومرض أحد أفراد الأسرة قد يعنى أن هذا الشخص سيوشك على الموت، وحديث ايجابى (من قبل الزوجة أو الزوج) عن شخص آخر قد يعنى لها كراهية لنا أو تحقير، وتجاهل الآخرين لنا (ولو كان غير مقصود) وعدم تبادلنا التحية، يعنى احتقارا لنا، أو مؤامرة تحاك ضدنا، وألم فى الصدر ونوبة برد مفاجئة قد تفسر على أنها مرض خطير أو أزمة قلبية.

فضلا عن المبالغة هناك التعميم من الجزء إلى الكل. ويعتبر التعميم المتعسف من حادثة جزئية إلى حوادث أخرى من الأخطار الفكرية التى تبين أنها تلعب دورا حاسما فى حالات العصاب. فإذا فشل العصايب فى تحقيق

هدف ولو صغير فإن هذا قد يعنى ليه : "أننى انسان فاشل لا يحسن التصرف" ويعد صديق أو رفيق عنه قد يعنى " :أنه لا توجد صداقة وأن العلاقات الإنسانية مزيفة." ويعتبر التعميم الخاطيء أيضا من العوامل الحاسمة فى اكتساب المخاوف المرضية بأشكالها المختلفة. اكتساب الخوف من حيوان معين، أو حشرة يتعمم بعد ذلك على كل الحيوانات أو الحشرات المماثلة، وعلى الأماكن المختلفة التى تشابه الأماكن التى حدثت فيها هذه الخبرة المخيفة. وقد بين «واطسون» فى تجربة رائدة له (١٥) أن تعريض الطفل لتجربة مخيفة مع فأر، بدأ يتعمم على كل الأشكال ذات الفراء المشابهة له كالآرانب، والكلاب، حتى المعاطف الفرائية، واللعب الفرائية تحوالت إلى مصدر للخوف والرعب.

المبالغة والتعميم لو أنهما لازمتان من لوازم الشخصية العصابية الا أنهما لا يكفيان للوصف الكامل للتفكير العصابى. فلا بد أن يوجد معهما ما يسمى بالتوقعات السلبية السيئة. وبدون وجود توقعات سلبية يصعب وصف الشخصية بالقلق أو الإكتئاب. فأنت قد تجد شخصا يميل للتعميم والتطرف لكن توقعاته تميل للتفاؤل والايجابية. وهنا يصعب علينا أن نصفه بالقلق والعصابية. قد نصفه بالتفاؤل أو السذاجة لكن ليس بالقلق والتوجس. فالحكم على الشخصية بالقلق أو العصابية يحتاج إلى التعرف على طبيعة التوقعات التى ينسجها الشخص.

وقد بين Beck (١٦) أن التوقعات التى يتبناها العصائبيون تميل إلى السلبية والتهديد. ويصف « البرت أليس » (١٧) التفكير العصابى بأنه تفكير «كوارثى» catastrophic أى أنه يرى ويتوقع المصائب والكوارث وأسوأ الأمور حتى وإن كانت الحادثة أو الخبرة التى تثير هذه التوقعات ليست

ورة على هذا القدر السيء. وقد رأينا نموذجا لهذا فى حالة الفتاة نضت عملها ودراستها خوفا من الفشل المتوقع واحساسها بمصيبة فشل وخيبة الأمل.

بالإضافة لهذا تميزت اتجاهات العصائبيين نحو أنفسهم ونحو الآخرين من الخصائص الفكرية والتى منها:-

(١) الميل إلى اداة الآخرين ولومهم عندما لا تسيير الأمور بالشكل الذى يجب أن تسيير فيها. فالعصابى يفسر تأخره عن المواعيد الهامة ويرده إلى الزحام وسوء المواصلات، وإذا حدث وأن أصاب نفسه أو تعرض لحادثة أو جرح فإن انشغاله بالأولاد هو السبب. وقد عرفت زميلا كان يعزو كل فشل يمر به إلى عدم تعاون أصدقائه وأصحابه معه. والطفل العصابى يتهم والديه بعدم الحب كلما بدأ أنهم يلومونه أو يوجهون له النصح. وهناك من الأمهات من توجه اللوم إلى زوجها وأطفالها عندما تحبط رغبتها أو آمالها فى التقدم والارتقاء. والطالب الذى يعزو فشله لتعنت أساتذته وعدم رافتهم وتقديرهم لظروفه الخاصة.

(٢) أخطاء الحكم والاستنتاج : فى الكثير من حالات القلق يكون الإضطراب ناتجا عن خطأ فى تفسير الحادثة بسبب عدم توافر معلومات معينة، أو نتيجة لوجود سياق مختلف. فالشخص العصابى الذى قد يعزف عن التقدم لعمل جيد ومناسب لأنه قد رفض فى عمل سابق يقوم بعملية استنتاج خاطئة عندما يرى أن امكانياته ومواهبه لا تتناسب مع العمل الجديد. والطالب الذى ينوره أستاذه بسبب سوء التصرف فيعزف عن الدراسة والتكريس

عباط، والاحساس بالفشل، وخيبات الأمل ولما كان الكمال تصورا مثاليا
يحدث في الواقع، فإن الآثار التي تصيب العصائى نتيجة لرغباته
سلبية في الكمال تكون وخيمة، وتتميز بكثير من حالات الإكتئاب،
بصالح التدريجى عن الآخرين وطرح المسؤولية على الناس وعلى أفراد

يقوم بعملية استنتاج خاطئة اذا كان السبب في عزوفه عن
الدراسة نابعا من فكرته عن نفسه بأنه غير محبوب من أساتذته.
والفتاة التي تعزف عن الزواج بعد أن هجرها خطيبها تقوم
بعملية استنتاج عصابية خاطئة اذا كان عزوفها عن الزواج يرتكز
على فكرة متطرفة عن «خianات الرجال وجبنهم» .

ولا يطور الشخص العصائى امكانياته ومواهبه وينميها على نحو
منظم يمنح حياته شيئا من الاستقرار. بل يتجه بدلا من ذلك إلى التطور
بنفسه بطريقة تخلو من الاتساق وعدم الانتظام، فتتأرجح حياته بشدة بين
صورته المثالية عن نفسه وامكانياته، وواقعه الحقيقى وامكانياته الفعلية. ولا
يقبل بحل وسط أو بالاعتدال فهو ببساطة اما شخص مثالى كامل أو لا
شىء. ان الشخص العصائى فيما يرى جرينبرج (١٨) لا يستطيع ببساطة
أن يكون مجرد انسان عادى أو قاضل، بل يجب أن يكون بين الأفاضل
قديسا. ولا يستطيع أن يحتمل مراقف المناقسة الصحية مع الآخرين لتحقيق
ما يريد، لأن ما يريد في الحقيقة هو أن يتفوق على الجميع وأن يهزم
الجميع في كل الأشياء. العمل الممتاز بالنسبة له لا يكفي، لأن أى عمل يعمله
يجب أن يكون كمالا كله ونجاحا مطلقا. وهو لا يطلب الكمال من نفسه، بل
يطلبه من كل الآخرين الذين يمكنهم من أفراد الأسرة أو زملاءه
والأصدقاء.

ولهذا تبين بحوثنا أن العصائيين أميل إلى التطرف في الأحكام
والتصرفات من العاديين. فالأشياء اما بيضاء أو سوداء، حسنة أو سيئة،
خبيثة أو طيبة، صادقة أو خاطئة. ولما كان الواقع مختلفا عن التصورات
المثالية الكاملة التي يتبناها العصائيون عن العالم فإن حياتهم تمتلىء

التصور في أساليب التفاعل الإجتماعى والافتقار لمهارات الإجتماعية

تتخذ الشخصية العصابية أنماطا مختلفة من حيث أساليب التفاعل الإجتماعى مع الآخرين، فمن العصائيين من يجنح للمداوة والكرهية، ومنهم من يتجه بدلا من ذلك إلى الخضوع والانصياع، ومنهم من يتجنب كلا السبيلين باتخاذ أسلوب اللامبالاة والانفصال.. ولهذا فمن الأفضل أن نحدد هذه الأنماط وفق الأنواع الآتية:

النمط العصابى - الانصياعى conformist أشخاص هذا النمط يحتاجون دائما إلى التأييد ومعاودة الآخرين. والشخص الانصياعى عادة ما يثق فى الكثير من الناس بسرعة وبدون اختبار لنواياهم.. ولهذا فقد يتحول أحيانا إلى ضحية وموضوعا لاستغلال البعض وتحكماتهم. وقد يتوهم البعض نتيجة لهذا أن الانصياعى انسان يحب كل شخص يراه وكل شخص لم يراه، لكن حب الانصياعى لى حقيقة الأمر حب لا يتركز على مفهوم واضح لمعنى الحب لأن ما يحكم سلوكه هو حاجته الشديدة لأن يكون مقبولا من الجميع ومؤيدا من الجميع. ومن الصحيح أن العصابى- الانصياعى قد يهدأ وتسكن نفسه عندما يعبر له البعض عن الحب والتقبل، لكن حاجته العصابية للحب لا ترتوى، ومجهوداته المضنية فى البحث عن الآخرين لا تتوقف.

ولأن العصابى- الانصياعى يجعل غايته الكبرى فى ارضاء الآخرين واكتساب حبهم فانه يخاف العدوان ويهرب من المنافسة، ويصعب عليه أن يختلف أو يدافع عن أفكار متعاوضة مع ما يريده الآخرون، ولهذا فانه يتحول إلى شخصية باهتة لا يعمل لها كثير من الحساب.

الاختلاف السليم مع الآخرين مطلب من مطالب التوافق ويؤدى إلى أفضل جيد، وفهم أفضل، واحترام متبادل. لكن الشخص الانصياعى عادة ما يخشى بكل ذلك لأنه يخشى الاختلاف ويخشى المعارضة. ومن المؤكد أن كثيرا من المشكلات التى يتعرض لها العصائيون الانصياعيون فى مجالات العمل والأسرة تكون نتيجة لذلك. فلأن النجاح فى العمل يحتاج درجة من العدوانية وتأكيد الذات والمعارضة، فان العصابى الانصياعى لا يوفق فى عمله بالشكل الذى يتناسب مع مجهوداته وأدائه. ويصعب عليه أن يمثل موقعا قياتيا لأنه بدلا من أن يتجه للمبادرة ينتظر من الآخرين توجيهه، واعطائه الاذن قبل أن يبدأ عملا أو يتخذ قرارا. وأنت ان شئت فقل على هذا النوع فستجدها ان أمعنت النظر فى كثير من النماذج الشخصية المحيطة بك. ستجدها فى الموظف البيروقراطى الذى يخشى أن يحل نفسه بأداء عمله دون أن يتأكد مرارا ومرارا من أن رئيسه يتفق معه يوفق على أى عمل يعمله. وتجدها فى الشخص الذى يحاول أن يوفق ما بين الآراء المتعارضة ولا تعرف أين رأيه لأنه يخشى ان عبر عن رأيه قد يخسر أحد الطرفين. وتجدها أمثلة على هذا النوع فى الشخص الذى يوفق فى الحديث عن الحب والمودة اذا بدأ أن خلافا سينشأ بينه وبين الآخرين، أو اذا أراد أن يحل خلافا بين شخصين متعارضين. والشخص

الذي يبحث دائما عن شخص قوى يحميه، ويتحول إلى تابع له يردد آرائه وأفكاره يعتبر أيضا نموذجا طيبا للعصاب الانصياعي. ويحسن أن نميز بين الموافقة مع الآخرين كأسلوب اجتماعي ناجح وبين الانصياع العصابي. ففي كثير من الأحيان تتطلب الحكمة أن نوافق على بعض الآراء المعارضة، طالما أن هذه الموافقة عادة ما تكون مرتبطة بأهداف أبعاد (كالوصول على ترقية مثلا، أو اعتراف بقيمة عمل، وتجنب صراع غير ضروري)، وعادة ما تكون موقفية. لكن الانصياع العصابي عادة ما يكون نتيجة لعوامل وواقع شخصية، أي كتعبير عن العجز الشخصي في اتخاذ مواقف معارضة، وعادة ما يكون دائما، كسمة عامة ودائمة في الشخصية وغير مرتبطة بمواقف محددة.

العصابي - العدائي Hostile

إذا كانت المعارضة مطلبا صحيا فإن العدوان لا يعتبر مرادفا دقيقا للمعارضة. فالمعارضة والاختلاف مع الآخرين شيان تفرضهما ضروريات الاتصال الإجتماعي السليم وتحقيق الأهداف الشخصية في النمو والنجاح. أما العدوان - إذا تحول إلى سمة شخصية دائمة - فإنه عادة ما يؤدي إلى عكس ذلك تماما: أي إلى تعطيل الاتصال الإجتماعي وبالتالي عرقلة الأهداف الشخصية في النجاح والتقدم. وهذا عين ما يشيع بين أشخاص هذا النمط العصابي، العدائي. فالشخص العدائي يجد في هزيمة الآخرين وتحديهم ومعارضتهم اشباعا وتأكيدا لقوته وسلطته. ولهذا فهو يشعر بالزهو وبالراحة النفسية كلما تحول من نصر إلى آخر. ولأن شعوره بالزهو

الانتصار يتوقف على اتباع الأذى وعلى تألم الآخرين، فإن معارضة مع الناس لا تنقته. فهو شخص "عشاغب" بالمعنى الدقيق للكلمة لأن معارضة متعددة وأهدافه من هذه الممارك غير واضحة.

وبالرغم من اختلاف الظاهري بين العصابي - العدائي والعصابي - الانصياعي فإنهما يتشابهان من حيث أن كليهما يدرك الناس من خلال احتياجاتهما الشخصية. فالانصياعي يدرك الناس من خلال حاجته للتأييد والمساعدة، أما العدواني فيدرك الناس من خلال حاجته للمنافسة من أجل منافسة والتحدى من أجل التحدي.

والعدواني لا يثق في الناس ويفسر تصرفاتهم على نحو يثير شعوره بالتهديد والخوف. والنمط العدائي يتجه - نتيجة لخوفه من التهديد - إلى هجوم المبكر إذا ما أحس بأي علامات لذلك. ولأن تفسير العدواني للمواقف المختلفة دائما ما يتسم بالتهديد والصراع، فإنه يفسر كثيرا من الأشياء المحايدة كاختلاف الآخرين معه على أنه هجوم شخصي عليه، ولهذا فهو هاجم وبعادي حتى الأشخاص الذين لا تكون في نواياهم معاداته أو لهجوم عليه. وخصومه لهذا كثيرين، ويصعب حتى على المقربين منه كالزوجة أو الأولاد أن يرتبطوا به ارتباطا انفعاليا دافئا.

والحياة الإجتماعية للعصائبيين - العدائين حياة إجتماعية ضيقة، يصعب عليهم تكوين علاقات دافئة وتغلب عليهم الوحدة والانعزال، وقد يحدث أحيانا بسبب فرديتهم الشديدة وتأكيدهم الدائم لتفوقهم وتعاليمهم أن يجعلوا بعض المعجبين، لكن الغالبية العظمى من الناس تتجنب هذا النمط

وتحاشاه. ولهذا تنتهي حياتهم بالعزلة الكاملة، الا اذا استطاعوا التعديل من أنماط سلوكهم ونجحوا في التغلب على مشكلاتهم الانفعالية التي تسم تصرفاتهم بالاعتداء والمواجهة الصارخة.

ونجد أمثلة متعددة لهذا النمط في شخصية مدير العمل الذي يعترف على من حوله خشية من أن يهتز مركزه، والاستاذ الذي يتخذ من سلطته العلمية أداة للسيطرة والتحكم في تلاميذه، والجارا التي تنتقل من معركة إلى أخرى مع جاراتها، والاب الذي يتخذ من بوره الابوى أداة لقمع حرية أبنائه وسلوكهم.

ثلاثة محاور سلوكية في علاج القلق والتخلص من الأزمات

هدفنا هنا هو أن نعرض للقارئ العربي منهجنا الرئيسي في علاج النفسى للقلق. وهو منهج تطورت خطوطه العريضة من خلال سنوات من البحث والممارسة فيما يسمى بالعلاج السلوكى الذى نعتبره بمثابة الثورة المعاصرة التى قدمها علم النفس خلال السنوات العشرين الأخيرة من حياة العلاج النفسى وتطوره. وسنحاول هنا أن نعرض للجوانب الرئيسية التى يجب أن يتجه لها العلاج النفسى بصورة تمكن القارئ العام من ممارستها اذا ما استطاع أن يبذل الجهد فى مزيد من القراءات الملائمة، أو لاستشارات النفسية الموجهة (١٩، ٢٠، ٢١).

منهجنا فى العلاج النفسى للقلق يتماثل من حيث تنوع أبعاده مع نفس نظرتنا وتحليلنا للسلوك العصابى. فالقلق يرتكز - فى وجهة نظرنا على

من المحاور العصابية، فهناك، أولاً: التغيرات الإنفعالية غير السارة التى تصحبه والتي تأخذ أحيانا شكل تغيرات عضوية خارجية أو داخلية يسهل بالتغيرات التى تصيبنا فى حالات الخوف كتسارع دقات القلب، الغثيان، وانقباض المعدة، وصعوبات التنفس، وتوتر عضلات الوجه، تصلب عضلات الظهر، وازدياد "اللازمات" الحركية فى الوجه أو اليدين .. الخ. هناك ثانياً: الجوانب اللاهنية والفكرية أى مجموعة الأفكار والحجج التى يتقدها الشخص، ويتسم معتقدات الشخص فى حالات القلق بالمبالغة، وبك مخاطر لا أساس لها مما أدى إلى جمود المعالجين النفسىين فى فكر الشخص فى حالات القلق باللامنطقية واللاعقلانية. وهناك : التصور فى السلوك الإجتماعى الذى يصف الشخص القلق فى

اليومية كالخجل، والانعزالية، والتردد، وتجنب الآخرين. لأن هذه المحاور تتفق فيما بينهما فى إبراز القلق وتمميجه، وتطويره شخصية حتى يتحول إلى سمة دائمة فيها، فان المواجهة الناجحة النفسى والعلاج الفعال للقلق يجب فى تصورنا أن تجسد هذه الرؤية فى فتحة جهودنا نحو مواجهة كل جانب من هذه الجوانب الأربعة معا وحدة. وفى بعض الحالات الفردية من القلق تسيطر أحد هذه الأبعاد أكثر من الأخرى - فقد تكون مثلاً بعض المواقف الخارجية شديدة والامتهان - بصورة تؤدى تلقائياً إلى اثاره الإضطرابات فى المناطق من الشخصية : الإنفعالية واللاهنية والإجتماعية.. فى مثل حالات يجب بالطبع توجيه جهد أكبر لعلاج الجانب المضطرب قبل

أنتب الأخرى. فالعلاج الطبي بالعقاقير مثلا يكتسب أهمية خاصة عندما
في مصادر الإضطراب مرتبطة بزيادة النشاطات الاستتارية الإنفعالية في
هاز العصبى. ومن ثم يكن البدء بالعقاقير المهدئة لتتساقط الجهد
عصبى غسورة، حتى تتاح لنا فرصة الانتباه للجوانب الأخرى من
خصية بما فيها تدريب الشخص على السلوك الإجتماعى الأمن والتعامل
ويده تدريجيا على ضبط انفعالاته وقدراته على تحمل الصعاب.

خلاصة القول أن إذا كان المنطق يعبر عن نفسه بلغات ثلاث
تعدده، فإن من المنطقى أن يكون العلاج النفسى الفعال هو ذلك الذي
تطيع أن يخاطب هذه الجوانب الأربعة بالتعديل والتغيير، مما ستعرضه
وسائل تقنية لعلاج هذه الجوانب يمثل مجموعة من المناهج الحديثة التى
سم بالفاعلية والتجاح وتمثل فى مجموعها منهجا أثيرا لدينا فى علاج
تير من حالات القلق والتوتر النفسى. وهو منهج يمكن وصفه بأنه علاج
بعد الأبعاد والمحاور لأن بنيته الأساسية هى علاج الإضطرابات النفسية
جوانبها الإجتماعية، والإنفعالية، والسلوكية ومصادر التهديد الخارجية
نسعة.

وأجته مواقف التهديد :

من المعروف أن نسبة كبيرة من الناس تسيير مع القول الشائخ ما
يك منه الريح سده واستريح» وجرىاً مع هذا القول يستجيب الناس لالوق
حاولات انسحابية وهروبية وذلك يتجنب المواقف التى يدركونها على أنها
صدر للقلق والانزعاج. ويرتكب الناس بهذا السلوك «التجنبى» الهروبى

أكبيرا من حيث لغة الصحة النفسية. فهناك ما يشير إلى أن الهروب من
لكلات يبعد الشخص عن البحث النشط للطلول الايجابية والفعالة، وهناك
لها ما يشير إلى أن تجنب المواقف التى تثير القلق - يضيق تدريجيا من
ش الشخص فى النمو، ويؤدى فى النهاية إلى نتيجة معاكسة من حيث
الإضطراب الإنفعالى والتوتر. بعبارة أخرى فإن حل المشكلات
وب منها بدلا من مواجهتها لا يكون علاجا الا فى المواقف التى يصعب
تعرض الشخص لها وهى نادرة للغاية. ولهذا يعتبر ما يسمى بطريقة
«ويد» التى ولجت حديثا ميدان العلاج النفسى السلوكى من أنجح
ات والأساليب العلاجية للقلق. ويستخدم هذا الأسلوب لتشجيع
بابى على مواجهة مواقف القلق إلى أن تتحدد مشاعر المريض نحو هذه
ب وتتاقص استجاباته الإنفعالية المتطرفة نحوها.

ويتم أسلوب التمرود Habituation باستخدام المنهج التدرجى.
لعلاج التدرجى فيما شرحنا من خلال تعريض الشخص تدريجيا،
ة بخطوة للمواقف التى تتركها على أنها مثيرة للقلق والخوف. ومن
سوزيف ولبى Wolpe (٢٢) الطبيب النفسى المعروف أن التعرض
للمواقف المثيرة للقلق - إذا ما استخدم مع أساليب أخرى
مترخاء العضلى - من شأنه أن يؤدى إلى تبدد القلق واختفاء الكثير من
وننا اللامنطقية من مواقف الحياة المختلفة. وقد أثبت «لازاروس»
مساهم مع «ولبى» فى كتاباته المبكرة ثم انشق عليه فيما بعد - أن
رض التدرجى وحده كغفل بأن يؤدى إلى نتائج علاجية ناجحة. وقد
فى حديثا أن أستخدم الأسلوب بنجاح مع محاضر شاب باحدى

الجامعات العربية - اثر عودته من الخارج - للتغلب على القلق الشديد الذي كان ينتابه قبل الدخول لمحاضراته. وقد اعتمدت خطتنا في ذلك على تعريفه بقواعد هذا المنهج وبوضع قائمة متدرجة بالمواقف المثيرة لقلقه بدءاً بأقلها اثاراً للتهديد (سبوع قبل الدخول للمحاضرة) حتى أشدها ارتباطاً بالقلق (الدخول للقاعة وتحية الطلاب وبدء الحديث عن موضوع المحاضرة). لقد أمكننا بتدريسه تدريجياً على أداء كل موقف بثقة إلى التقليل من توتراته الهانئة وتحبيد انفعالاته نحو هذه المواقف خطوة خطوة. وجاء بعد ذلك تدريسه المستمر على الاستعداد للمحاضرات والمواقف الإجتماعية المماثلة بما في ذلك النقاط التي سيتعرض لها وحتى الأسئلة أو التعليقات المرحة التي سيملاها الثغرات بين النقاط العريضة للمحاضرة، وجاء بعد 4 جلسات ليعبر عن مدى سروره لأول مرة في حياته - بعد الدخول للمحاضرة والاستئناس بطلابه وتكوين علاقات إجتماعية سهلة بهم.

ويفضل ستامفل (٢٢) Stampfle أن يكون التعرض لمصادر التوتر كلياً ومرتبياً بكل الثورات الإنفعالية المصاحبة لها. ويستخدم بهذا الصدد أسلوباً معروفاً يطلق عليه الغمر الإنفعالي Flooding أو التفجير العلاجي Implosive therapy. وبالرغم من أن منهجه يبدو للوهلة الأولى مخالفاً لقواعد التعرض التدريجي، فإنه يقوم على نفس البديهة التي تحبذ المواجهة بدلاً من التجنب. ويتلخص هذه الطريقة في تشجيع المريض على تخيل الموقف المهدد في أقصى صورته الممكنة ولأطول فترة. ويثبت "ستامفل" أن التعرض المباشر لمواقف القلق لفترات طويلة بإعمال الخيال والتصوير الذهني الحى - من شأنه أن يؤدي إلى التخفيف تدريجياً من القلق المصاحب لهذه المواقف

أن يتلاشى تماماً. الا أن أيزنك (٢٤) - من بريطانيا - يثبت أن التعرض بمواقف المهددة في كليتها يؤدي بالفعل إلى التخفيف من القلق إذا استمر التعرض لفترات طويلة، لكنه قد يؤدي إلى نتائج عكسية إذا تم لفترات قصيرة ومفاجئة. ولهذا - وباتكيدا لنظرية أيزنك - نجد أن العصائين (الذين هم حياتهم بالقلق الدائم غالباً ما يتجنبون اللقاءات العارضة المفاجئة) ما تشيره لديهم من توترات عنيفة، ولكنهم يقدرون على مواجهة هذه المواقف إذا ما أتت لهم فرصة كافية من الاستعداد والتهيؤ.

وكلا الطريقتان - التدريجية والكليّة - تهدفان - على أية حال إلى جلب على مصادر التوترات الخارجية بالتقليل من القلق والصراعات الحسية لها. الا أن التعرض التدريجي - فيما تبين خبرتنا الاكينيكية - يحيا ذا فاعلية أكثر عندما تكون مصادر القلق معروفة وعندما تكون حجابية لها حادة وتصل لما يسمى بالفرع. في مثل هذه المواقف تصعب المواجهة بالغمر الإنفعالي، ونجد أن المرضى أنفسهم يقارمون ذلك المنهج الا ان بالامكان استخدام بعض المهدئات الطبية كتعميد للدخول في العلاج. على أن فوائد العلاج بالغمر تكون علمية خاصة في الحالات التي فيها القلق إلى طقوس وأفعال قهرية أي ما يسمى بلغة علماء النفس في حالات عصاب الوسواس القهري (اللازم الحركية والرعشات) والاضطرابات النفسانية المتأخر فيها (الخ). ولهذا نستنضم هذا المنهج في علاج اضطرابات القلق، الوعشات اللارأية في اليدين أو مناطق الوجه، قضم الأظفار، طقطقة الأصابع - الخ. في مثل هذه الحالات وعندما تفشل العلاجات الضبط المتعمدة، يجب تشجيع الشخص على اثاره هذه الجوانب

من السلوك بدلا من محاولة تجنبها وأن يطلب منه أن يستمر في ممارستها
 اراديا لفتترات طويلة يوميا .. (مثلا عشر مرات أو أكثر في اليوم لمدة ١٥
 دقيقة). لقد تمكنا باستخدام الأسلوب من مساعدة أحد المرضى على
 التخلص من ارتعاشات غير ارادية محيطية بمنطقة العين اليمنى خاصة في
 مواقف التوتر الإجتماعي. لقد طلبنا منه أن يمارس عمدا هذه الارتعاشات
 في منزله لمدة عشر مرات يوميا تستغرق كل منها ١٥ دقيقة يقوم خلالها
 بإثارة هذه الارتعاشات بأكبر قدر ممكن. وقد كانت بهشته بالغة عندما
 لاحظ وجود تناقص ملحوظ بعد يومين فقط من العلاج، إلى أن اختفت هذه
 الحركات القهرية تماما بنهاية الأسبوع الثاني.

عندما يكون القلق تعبيرا عن حدة الانفعالات والتوتر والاستثارة :

وعندما يكون القلق هو التعبير المباشر عن الإنفعال الشديد، والتوتر
 العضلي ووراثة جهاز عصبي سريع الاستشارة (المصور الإنفعالي)، فإن
 العلاج الطبي باستخدام العقاقير المهدئة يعتبر من أكثر أشكال العلاج
 وأكثرها انتشارا على الاطلاق. فمن شأن بعض الأدوية المهدئة أن تساعد
 بالفعل على تهدئة ثورة الإنفعالات الداخلية. لكن العلاج بالعقاقير ليس علاجاً
 نفسياً، ومن المعروف أن هناك آثار جانبية سيئة له كالإدمان أو الإفراط
 يمكن أن تتطور لدى المريض خاصة إذا لم يكن تحت اشراف طبي مباشر،
 فضلا عن هذا فإن من المعروف أن حالات القلق قد تعود حالما يتوقف
 الشخص عن التعاطي، ولهذا هاننا نجد - من جانبنا أن بالامكان مواجهة

ثائب الإنفعالي من القلق بمناهج سلوكية من أبرزها ما يسمى بمنهج
 استرخاء (الفصل الخامس). لكننا نؤكد هنا أن الاسترخاء العضلي
 بصفة منظمة عضلة عضلة أصبح الآن منهجا أثيرا للتغلب على التوترات
 سلبية المصاحبة للقلق. ان هناك الكثير من الأعراض البينية المصاحبة
 أصبح الآن ممكنا علاجها بهذا المنهج بما فيها الصداع، وآلام الظهر
 قان القلق، وارتفاع ضغط الدم، وآلام الساقين والذراعين وغيرها من
 سوى الدالة على التوتر العضلي والنشاط العضوي المفرط لهذا نجد
 أن مجرد الاسترخاء العادي بالرقاد على أريكة أو الجلوس في مكان
 هادئ قليل الإضاءة والضجيج من شأنه أن يؤدي إلى تغييرات
 كلية مطلقة.

وفضلا عما للإسترخاء من آثار انفعالية مهدئة بشكل عام فإنه
 هم بمصاحبة العلاج التدرجي للتغلب على ما تسببه المواقف الخارجية
 توترات وصراع. وهناك ما يؤكد فاعلية هذا المنهج في علاج حالات القلق
 هي كالتدريج السريع، وضعف الانتصاب عند الذكور وذلك بارخاء
 زاء السفلى من الجسم والساقين في النقائق الأولى السابقة على
 ال الجنسى.

ل أخطاء التفكير وتشجيع العقلانية :

لكن التوترات النفسية والقلق لا يمكن عزلهما عن الطريقة التي يفكر
 شخص وعما يحمله عن نفسه وعن المواقف التي يتفاعل معها من
 معتقدات. ولهذا نجد أن "أليس(٢٥) Ellis" و"بيك(٣٦) Beck" "

(٢) القاعدة الثالثة هي أن تقل لنفسك بأن التخلص من كل المشاعر المكبرة والتوترات المرتبطة بالقلق تماما أمر صعب، إذ لا بد أن نقبل بعض جوانب التوتر مؤقتا.

وشمة طرق أخرى لمواجهة أخطاء التفكير وتعديل الاتجاهات الانهزامية نحو النفسى بين القلقين. فالجوار المنطقي العاقل مع النفسى، وبحض الأفكار الخاطئة التى تثير المخاوف والإكتئاب، وتحصيل معلومات دقيقة عن مواقف التى نعتقد أنها مهددة، وتجنب التفسير السلبي للمشاعر التى تحملها الآخرون عنك، وتعويد النفسى على التفكير فى نقاط القوة عند تصدى لحل المشكلات الإجتماعية والعاطفية كل ذلك ينطوى لىون شك على آليات هائلة فى تعديل الإضطراب النفسى والقلق.

يريب النفس على الحرية والتلقائية الإجتماعية :

أما من حيث الجانب الإجتماعى، فمن المعروف أن السلوك الإجتماعى يخص القلق يتسم بخصائص تذبذب بين أقطاب متعارضة كالإنصياح بعيد، والعدوان، والخجل، والانفعا، التحدى أو تجنب المشاكل والهروب بها. وقد بينا فى احدى الفصول السابقة عن العلاج السلوكى أن هذه وأنب بالرغم من التناقض الظاهر بينها يمكن فهمها فى ضوء ما يتسم سلوك العصائى من قيود انفعالية تكبل تلقائيه الشخص وحرية فى تجابة للمواقف المتعارضة.

ونجد فى الوقت الحالى - أدلة قوية تثبت أن قيام الشخص القلق يبر عن مشاعره بحرية من خلال التصرفات السلوكية والإجتماعية

الأمريكيين يشير ان بوضوح إلى أن القلق العصائى يعتبر نتيجة مباشرة للطريقة التى يفكر بها الشخص فى نفسه وفى الخارج وليس بالضرورة لخصائص خارجية مهددة، لقد أطلقنا على هذا الجانب من القلق: المحور الذهنى وهو محور يحظى باهتمامنا خاصة عندما يكون الشخص من النوع الذى يتميز تفكيره بالمبالغة، وتوقع الخطر والانهيار والكوارث. ولعلاج هذا الجانب يتجه الاهتمام إلى تشجيع الشخص على التفكير بواقعية فى الموقف وفى نفسه وفى امكانياته. ويقترح "مايكنباوم" (٢٧) Meichenbaum من كندا أن من أنجح الوسائل للتغلب على التفكير الانهزامى للشخص فى حالات القلق فى أن ننسبه إلى الأفكار والآراء التى يربدها بينه وبين نفسه (المونولوجات) عندما يواجه موقفا يتسم بالتهديد. ان من رأى هذا العالم أن القلق الذى ينتابنا من المواقف المخزاة يعتبر نتيجة مباشرة لما نقوله لأنفسنا وما نقنع به نواتنا من أخطار وكوارث. ولهذا فهو يقترح منهاجا يقوم على تعديل محتوى ما يقوله الشخص لنفسه فى المواقف التى يراها مهددة لنفسه وأمنه وفق ثلاث قواعد رئيسية:

(١) أن تقنع نفسك بأن الخوف والهلع الذى يمتلك مشاعرك عند التفكير فيما قد يحدث من أشياء سيئة أسوأ بكثير من الأشياء التى ستحدث فعلا. قل لنفسك بأنك ستحول الموقف إلى أسوأ مما هو عليه بالفعل بتفكيرك وتهويلاتك.

(٢) اقناع النفس بشتى الوسائل الممكنة ان الموقف الذى يثيب مخاوفك الآن سينتهى حتما.

الملائمة من شأنه أن يؤدي إلى تضائل القلق بشكل ملحوظ. ويحظى هذا الجانب باهتمام كثير من المعالجين، ويمثل أحد الفصول الهامة في كتب العلاج السلوكي الحديثة. ويدرس تحت عناوين مختلفة منها تأكيد الذات، أو تدريب القدرة التوكيدية، أو التدريب على الحرية الإنفعالية. ويقوم هذا النهج على بديهية علمية قوامها أن تدريب النفس على التعرض للمواقف الاجتماعية المثيرة للخوف والإنفعال والقلق وأنت تعرف مسبقا ما الذي ستقوله فيها، وكيف تتصرف خلالها، وإبرائك لحقوقك والتزاماتك ازاء هذه المواقف، فإن من الطبيعي أنك ستكون أكثر هدونا وقدره على التحكم في انفعالاتك عند مواجهتك أياها.

فضلا عن هذا، ان كثيرا من العلاقات الاجتماعية تتطلب اتصالا نشطا بالآخرين، ولهذا فان العلاقات الاجتماعية السليمة تحتوي على مزيج من الإنفعالات المتنوعة بها فيها الغضب أحيانا، تبادل مشاعر الحب والود أحيانا أخرى، اللوم، الاعجاب، الضيق. ومن المعروف أن قدرة الشخص القلق على تبادل المشاعر تقل في المواقف الاجتماعية نتيجة لما يؤدي اليه القلق من قيود وعجز. ولهذا نجد أن الشخص في مواقف القلق يقمع رغبته في التعبير عن مشاعره الحقيقية، ويكتم معارضته أو قبوله أو يرغم نفسه على قبول أشياء لا يحبها، أو يهرب من أشياء يحبها.. ومن ثم تجيء أهمية تدريب الشخص على التعبير عن الإنفعالات بجوانبها الايجابية (الحب والاعجاب مثلا) والسلبية (الغضب والعنوان والوقض). ان حرية التعبير عن الإنفعالات والقلق لا يجتمعان معا. ويتعارض التعبير بحرية عن الإنفعالات بما يتسم به من تلقائية، مع القلق والعصاب بما فيهما من قيود.

ويتم تدريب القدرة على حرية التعبير الإنفعالي بأساليب أخرى متنوعة مثلا التدريب على تطبيق المشاعر^(٢٨) والتعبير عن أي انفعال بكلمات موجزة منطوقة.. وينصح المعالجون أيضا بأن يتشجع الشخص على احداث إجابات بدنية ملائمة للإنفعال، فاستخدام الاشارات والحركة الوشيقة، كإيماءات الوجه بطريقة ملائمة، والاحتكاك البصري المناسب من أجلها جميعا أن تتضامر لاحداث الثقة بالنفس في مواقف التفاعل الاجتماعي بما يخفف من آثار القلق والإضطراب.

ويشير "بانديرا"^(٢٨) أن كثيرا من استجاباتنا المرضية والسوية سب بفعل مشاهدة الآخرين والتأثر بهم أي القدرة. لهذا فان من الممكن تدريب القدرة على التوكيدية واكتساب المهارة الاجتماعية الضرورية للنجاح من خلال ملاحظة الآخرين أو الاقتداء بهؤلاء الذين تتوافر فيهم هذه القدرات بوضوح. ولهذا فان من الثابت أن القلق يختفى في بعض المواقف الاجتماعية المهددة (مقابلة شخصية للعمل مثلا) عندما نسمح للشخص أن يهدد أشخاصا يؤيدون هذا الموقف بنجاح في أفلام أعدت خصيصا لهذا الغرض. ومن ثمة قد نستخدم ما يسمى بأسلوب تمثيل الأنوار كطريقة من العلاج. فإذا تأتى للشخص أن يقوم بتخييل المواقف المهددة، ثم أن يمثل نفسه - أو مع معالجة - الموقف كما يوده أن يحدث، مرات ومرات حتى يهدأ، فإنه سيكسب كثيرا من القدرات إلى ستمكنه من مغالبة القلق عند جهة الفعلية للموقف المهدد.

قاسم مشترك :

ان الأساليب التي عرضناها حتى الآن تتضافر جميعها في مبدأ عام وهو أن مغالبة القلق تأتي بالتعرض وليس بتجنب المواقف والأفكار المثيرة للقلق حتى نعتاد عليها. ولهذا فإن من بين كل تيارات العلاج النفسي منذ قرون نجد أن أنجحها هي تلك التي تخطط للتعرض ومواجهة القلق. ان مخاوفنا ومصائر القلق لدينا ستختفي ما أن نواجهها بتصميم. وكل هذه الطرق التي أشرنا اليها سابقا ما هي الا طرق لمواجهة القلق والتعرض له في الجوانب الثلاثة التي سبق الاشارة اليها. ولكي نضمن أكبر قدر من الفاعلية في استخدام هذه الطريقة هناك بعض التوجيهات:

- التعرض لمواقف القلق مطلب ضروري للصحة. وسواء تم هذا التعرض من خلال تخيل هذه المواقف، أو من خلال الدخول فيها بشكل فعلي، فإن النتيجة واحدة. الا أن من الأفضل أن يتم تعرضنا بطريقة تخيل هذه المواقف ثم أن ننتقل بعد ذلك للمواقف الفعلية المرتبطة باثارة القلق.

- كلما كان التعرض للمواقف الإنفعالية مبكرا ولفترات طويلة كلما كان تأثيره أنجح، فمن الأفضل مواجهة الخطر منذ البداية والاستمرار في مواجهته حتى يتلاشى دائما.

- ان القلق الذي يحدث خلال العلاج في المواقف التدريجية أو مواقف التفجير الإنفعالي لا يؤدي عادة إلى نتائج أو مضاعفات. ولا زال بعض الأطباء والمعالجون حتى الآن يترددون في السماح لمرضاهم

بالدخول في مواقف تثير القلق وذلك خشية من الاصابة بمشكلات فعالية. لكن هذا غير صحيح ولا يوجد ما يدل على حدوث هذه مضاعفات. بل يوجد ما يدل على أن نويات الفرع التي تتم في واقف الفعلية من خلال التعرض للخطر في موقف العلاج تكون ل من السابق وهناك ما يدل على أن اثاره القلق بشكل مقصود ، مواقف التدريب والعلاج النفسي لا يؤديان الا إلى تقليد باهت بات الفرع الحقيقية التي تصيبنا في هذه المواقف الفعلية.

References

1. Dyer, W. (1985). *What do you really want for your children?*. New York : Avon Press.
2. Greenberg, S. I. (1971). *Neurosis is a painful style of living*. New York: Signet.
3. Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (CBT). In J. K. Zeig (Ed.) *The evolution of psychotherapy*. New York, N.Y.: Bruner Mazel, Inc.
4. Ellis, A. (1961). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
5. جبران خليل جبران. النبي. ترجمة ثروت عكاشة
6. Beck, A. T. (1987). Cognitive therapy. In J. K. Zeig (Ed.) *The evolution of psychotherapy*. New York, N. Y.: Bruner Mazel, Inc.
7. إبراهيم (عبد الستار). القلق: قيود من الوم. القاهرة: كتاب الهلال
8. Greenberg, S. I. (1971). op. cit.
9. Beck, A., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
10. Beck, A., Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, N. Y.: Guilford Press.
11. Ellis, A. (1988). *How to stubbornly refuse to make your miserable about anything - yes, anything*. Syracuse, N.J.: Lyle Stuart.
12. Ellis, A., et al. (1989). *Rational-emotive couples therapy*. New York: Pergamon.
13. Dryden, W., & DiGiuseppe, R. M. (1990). *A primer on Rational-emotive therapy*. Champaign, Ill. Research Press.
14. إبراهيم (عبد الستار) ١٩٨٧ علم النفس الاكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي. الرياض: دار المريخ.
15. إبراهيم (عبد الستار) (١٩٨٣) المصاحف النفسية الحديث: قوة للانسان القاهرة: مديبولي

الشخصية العصابية مفهوم يصف أنواعا من السلوك الذي يتسم بالاستثارة الانفعالية وتجنب المواقف التي تستثير الانفعالات ويبدأ من العصابي صعوبة واضحة في التعبير عن الانفعالات (عدا القلق). د لغة الاتصالات الاجتماعي القائم علي الأخذ والعطاء ، ولا يمكن عزل سباب - كاضطراب نفسي - عن الطريقة التي يفكر بها الشخص ما يبي ، حيث تبين أن العصائيين عموما يميلون للمبالغة والتحويل جس واللاعقلانية والتطرف... وتساهم هذه الخصائص السلوكية فيما في التحويل الشخص العصابي إلي الاضطرابات النفسية الشائعة بما بها الخوف، والقلق، والوساس ، والانتقاد إلي تأكيد الذات والحرية عالية ويقدم هذا الفصل عرضاً للأساليب السلوكية الحديثة في علاج طرابات العصابية بالتركيز علي القلق. وقد تناولنا هذه الأساليب من التركيز علي الجوانب المختلفة التي تصف الاضطراب العصابي. ومن جد القارئ عرضاً للأساليب السلوكية الفعالة ومن أهمها: أساليب مويود والتدرج في مواجهة مواقف التهديد، والفهم الانفعالي، استرخاء العضلي، والعلاج المعرفي لتعديل أخطاء التفكير وتشجيع عقلانية، وتدريب المهارات الاجتماعية بحيث يمكن للشخص أن يتعرض واقف الاجتماعية ويمالجهها بمهارة وادراك لحقوقه والتزاماته ازانها.

الفصل الثاني عشر العلاجات السلوكية والاضطرابات العقلية الفصام خاصة

حتى موضوع العلاج السلوكي للاضطرابات العقلية بما فيها الفصام مام مبكر من المعالجين السلوكيين. ويفضل هذا الإهتمام الذي بدأ مواكبا دور الثورة السلوكية في العلاج النفسي (في الخمسينات تقريبا)، قبل ما ينشر من بحوث ودراسات للحالات الفردية، وما نفذ من برامج كية في المؤسسات العقلية في مجالات الفصام، بفضل ذلك أمكن تحقيق ذات علاجية كثيرة يمكن صياغتها على النحو الآتي:

١- أصبح من الممكن للفصاميين حتى أشدهم إزمانا وتعترا على العلاج أصبح بإمكانهم أن يكتسبوا كثيرا من السلوك الإيجابي، وأن يتخلصوا من كثير من الجوانب الشاذة أو أن يعدلوا منها، وذلك باستخدام مبادئ التعلم والقوانين السلوكية.

٢- أن هذه التأثيرات هي تأثيرات علاجية. ومن ثم فإن أحداثها يؤدي إلى تأثيرات إيجابية بارزة في السلوك العام للفصامي. فضلا عن هذا فهي تؤدي إلى الإقلال الملحوظ من الإنتكاسات التي تصيب الفصاميين بعد تسريحهم من مؤسسات العلاج.

16. Beck, A. T. (1987). Cognitive therapy. In J. K. Zeig (Ed.) *The evolution of psychotherapy*. New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

17. Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (CBT). In J. K. Zeig (Ed.) *The evolution of psychotherapy*. New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

18. Greenberg, S. A., (1971) op. cit.

١٩- إبراهيم، عبد الستار (١٩٨٩). التعرف على حالات القلق. مجلة العربي، العدد ٣٦٩ (ص ١١٦-١٢٦)

٢٠- إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٠) محاور أربعة في علاج القلق مجلة العربي، العدد ٣٧٤ (ص من ١٢٢-١٣٥)

٢١- إبراهيم، عبد الستار، النخيل، عبد العزيز، رضوي، إبراهيم (١٩٩٣) موجتان من التطور بحركة العلاج النفسي. مجلة علم النفس، العدد ٢٦ (ص من ١٦-٢٦)

22. Wolpe, J. (1987). The promotion of scientific psychotherapy. In J. K. Zeig (Ed.) *The evolution of psychotherapy*. New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

23. Stampfl, T.G., & Levis, D. J. (1976). Implosive therapy: A behavioral therapy. In J. T. Spence, R. C. Carson, & J. W. Thibaut (Eds.) *Behavioral approaches to therapy* (pp. 89-110). Morristown, NJ.: General Learning Press.

24. Eysenck, H. J. (1979). The conditioning model of neurosis. *Behavioral and Brain Sciences*. 2, 15-166.

25. Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (CBT). In J. K. Zeig (Ed.) *The evolution of psychotherapy*. New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

26. Dryden, W., & DiGiuseppe, R.M. (1990). *A primer on Rational-emotive therapy*. Champaign. 111: Research press.

٢- أن القواعد والمناهج السلوكية التي إستخدمت في هذا المجال حتى الآن يمكن بلورتها بوضوح كمبادئ مستقلة ومختلفة عن مدارس العلاج النفسي والطبي الأخرى.

لكننا نعترف مع هذا أن إهتمام مدارس العلاج السلوكي بالأمراض العقلية قد بدأ متأخرا عن إهتمامهم بالإضطرابات الإجتماعية والنفسية الأخرى كالقلق والخوف والإكتئاب.

وحتى الآن، وبالرغم من الإنجازات الضخمة التي حققها المعالجون السلوكيون في تعديل السلوك الفصامي، وفن إدارة العنابر العلاجية التي يمثل الفصاميون فيها عادة الشريحة الكبرى، حتى الآن لازال الإهتمام بهذا المجال محوطا باللغظ والجدل والتردد. وقبل أن ندخل في تحليل الأسباب التي إرتبطت بهذا الجدل من الضروري أن نوضح مفهوم الفصام أو المرض العقلي كما يراه المعالج السلوكي؟ فما هو العلاج السلوكي؟ وما هي الأساليب التي تستخدم في هذا المجال؟ وأهم النتائج التي وأكبت تطويع المبادئ السلوكية في العلاج النفسي في ميدان الفصام والأمراض العقلية؟ إجابة هذه الأسئلة تشكل الأهداف الرئيسية من هذا الفصل.

الفصام كما يراه المعالج السلوكي

إن الإتفاق بين المعالجين السلوكيين على ما يعنيه الفصام أقل بكثير مما هو عليه الحال بين زملاء الآخرين من خبراء الصحة العقلية. ويشكي الكثير من المعالجين السلوكيين من أن المحكات التي يستخدمها أخصائيو الطب العقلي والنفسي محكات غير متكاملة وتفتقد إلى الثبات. فضلا عن

هذا فهم يشاركون زملاء المهنة الآخرين شكواهم من أن مفهوم الفصام ذو طبيعة غير متماسكة أو مترابطة. صحيح أن مرشد الطب النفسي الأمريكي^(١) يرصد عددا من الأعراض المميزة للفصام، لكن هذه الأعراض تتداخل في الأشكال المختلفة عن الفصام، فضلا عن أن هناك أشكال من الفصام توجد فيها أعراض لا توجد في الأشكال الأخرى على الإطلاق.

ويفضل المعالجون السلوكيون السلامة فيما يتعلق بهذا الجدل في تعريف المرض العقلي أو النفسي، ومن ثم فإنهم يفضلون عند التعامل مع الفصام أو غيره التركيز على جوانب من السلوك الشاذ التي يمكن ملاحظتها وتقديرها وتعديلها. وذلك بدلا من الإعتماد على عملية التشخيص بالمعنى التقليدي. والمعالج السلوكي في هذا يشبه تماما زميله الطبيب النفسي عندما يستخدم العلاج بالعقاقير. فمن المعروف أن عملية العلاج بالعقاقير تعتمد على ملاحظة التغيرات السلوكية أكثر من إعتماها على عملية التشخيص^(٢).

أن المعالج السلوكي ببساطة لا يتعامل مع المرض، ولكن مع الأنماط السلوكية التي تصف المرض وتشرحه، وتساهم في تطوره، وعلاج الفصام - في ضوء هذا التصور يعني تعديل أو علاج أنواع السلوك التي أدت إلى تشخيص مريض معين بالفصام.

ولهذا نجد أن من أحد المطالب الرئيسية للعلاج السلوكي عند البدء في أي برنامج علاجي في مجال الفصام أن نحدد بالضبط السلوك الذي نرغب في التخلص منه، ويوضح الجدول رقم (٨) بعض الصياغات السلوكية

جدول رقم (أ)

الصيغات السلوكية لبعض الاضطرابات الرئيسية

الاضطراب	الصيغة السلوكية
١- عصاب	- وجهه يشحب - يقص أو ييلع ريقه كثيراً - يتوجس - يخاف - يربط شفثيه - يعانى من صعوبات تنفس - يعرق بغزارة - أطرافه باردة - يجزع بشدة - لا يستطيع رد الالهانة - يردد عبارات مثل (أنا قلق أو خائف)
٢- نهان	- يضحك بدون سبب - يتحدث مع نفسه بصوت عالى - إستجابات شاذة : (يقزع مثلاً ملبسه) - أفكاره غير مترابطة - يتفجر بالغضب دون سبب واضح - لفته مفككة - يلعب بأعضائه التماسلية علناً
٣- فصام	- يرى أو يسمع أشياء لا يحسها الآخرون - يهلوس - تتملكه هواجس ثابتة - يصعب عليه التفكير - يسب - يعتدى دون سبب - يرفض العلاج - يتكلم بلغة مفككة - شديد الانسحاب - لا يكثر لمن حوله - لا يكثر لمرضه.

تابع جدول (أ)

الاضطراب	الصيغة السلوكية
٤- إكتئاب	- بيكى - ساهم - بطيء الحركة - يردد عبارات مثل: أنا مكثب - يرفض الطعام - وزنه يتناقص بمقدار (-) - يردد عبارات دالة على اليأس - ينتقد نفسه بشدة - يلوم نفسه بشدة - يصف نفسه بلثه مريض - يعبر عن شكوى مرتبطة بالأرق أو صعوبات فى النوم

وهكذا نجد أن المعالج السلوكي عندما يتعامل مع مريض معين لا يتعامل معه بصفته التجريبية التشخيصية لأنه يعرف مدى صعوبة وضع هذه الأنماط المجردة للعلاج المباشر والضيبط. وهو يفضل بدلاً من ذلك تحليلها إلى عناصر سلوكية أكثر نوعية وتحديداً، والشائع الآن - وكما ترى من الجدول السابق - النظر إلى الفصام على أنه مفهوم يجمع بين عناصر سلوكية تشمل وجود هلاوس، هواجس، اضطرابات فى الإتياب، ضعف فى عمليات الترابط، التفكك اللفظي يعنى: اضطرابات فكرية أو معرفية، اضطراب فى السلوك الحسى - الحركى - السبب - القلق - الإنسحاب الإجتماعى الشديد - عدم الإكتراث بالمرض عدم إستبصار، ضعف إستجابات الوجدانية.

وهكذا نجد باختصار أنه بينما يركز الفصل الراهن على موضوع علاج الفصام، فإن طبيعة المنهج السلوكي تتطلب التركيز على علاج أنواع مشكلات السلوكية التي تسود وتنتشر بين من نطلق عليهم (فصاميون) عبارة أخرى، فإننا نركز - هنا - وببساطة على علاج المشكلات السلوكية فى الفصامين.

لماذا تأخر ظهور العلاج السلوكي للفصام

يبدو أن سبب تأخر المعالجة السلوكية للإضطراب الفصامي يعود لإنتشار بعض المعتقدات الخاطئة في تفسير السلوك الفصامي، وقد أدت هذه المعتقدات فيما يبدو إلى رلود فعل عاطفية ساهمت في إثارة الشكوك حول إستخدام مناهج التعلم، ومبادئ الإكتساب التي يعتمد عليها العلاج السلوكي في ميدان علاج الفصام. وفيما يلي سنوضح بعض هذه المعتقدات التي إنتشرت على نحو غير مفهوم - أو على الأقل أدت الى إستنتاجات خاطئة في علاج الفصام .

الزعم الأول : الفصام مفهوم عام ومضطرب وغير مترابط :

صحيح أن خبراء الصحة العقلية يتفقون بشكل عام على عدم وجود محكات ثابتة لتشخيص الفصام، لكن المعالج السلوكي يتجنب هذا الجدل بكامله - كما رأينا - من خلال التركيز على أنواع السلوك الفصامي ، ومن ثم فهو يركز على علاج السلوك المضطرب الذي ينتشر بين الفصاميين، ويقيس المعالج السلوكي نجاحه في العلاج من خلال التغييرات السلوكية الإيجابية في السلوك المحوري (ملاوس - هواجس - عدوان - انفجارات إنفعالية - قصور في المهارات الإجتماعية كالحديث أو الحوار- الخ). ومن ثم، فإن الإفتقاد للتماسك في مفهوم الفصام بالمعنى الطبي لا يعنى أن العلاج السلوكي أمر متعذر. فالعلاج السلوكي يتبنى مفهوما عمليا وسلوكيا ويجب تقييم فاعليته في علاج الفصام على هذا الأساس .

الزعم الثاني : الفصام ذو مصدر بيولوجي مما يجعله متعذرا على العلاج بالاساليب غير العضوية بما فيها العلاج السلوكي:

صحيح أن نسبة كبيرة من المعالجن السلوكيين ومن خبراء الصحة العقلية يتفقون أن الفصام اضطراب (بيولوجي) ، وصحيح أن البحوث المعاصرة تثبت أن الأساس البيولوجي والوراثي يلعب دورا هاما في تطور الأعراض الفصامية وظهورها، لكن من المعروف أيضا أن العوامل البيئية تلعب بالمثل دورا هاما في ظهور وتطور أعراضه، مما يجعل التناول السلوكي ممكنا على الأقل بالنسبة لبعض المشكلات الهامة فيه .

إن المفهوم الحديث للفصام يركز على النموذج الذي يتبناه (زوين) و (سبرنج) (٣) والذي يرى أن الأعراض الفصامية تنشأ نتيجة للتفاعل بين الإستعدادات البيولوجية، والضغط البيئية. ويوضح (بيلاك) و (مويسر) (٤) أن الأستعداد البيولوجي للفصام يتكون من عوامل متعددة منها وجود عوامل وراثية وعوامل نمو، أو إضطرابات بيوكيميائية (كزيادة نسبة الدوبامين Dopamine). كذلك يمكن أن نضم لهذه القائمة العوامل الخاصة بزيادة الإستجابات "الإستثارية في الجهاز العصبي المركزي" (٥) .

أما الضغوط التي تبين أنها تتفاعل مع الإستعدادات البيولوجية في تطور الأعراض الفصامية فهي تشمل على الشروط والحوادث البيئية التي تؤثر تأثيرا سلبيا في الفرد بما فيها الأزمات الإجتماعية، وأنماط إتصال الخاطئة، والوضعية الطبقية (مثلا: الفصام يشيع في

مقارير الطبية الحديثة تكشف في هذا الصدد عن بعض المشكلات والتي لها إن حوالي ٥٠٪ من الفصامين لا يستجيبون إيجابيا للأدوية الذهانية (٨ و ٩ و ١٠) ، ومن بين الذين يستجيبون إيجابيا لها تحدث بين حوالي ٥٠٪ منهم إنتكاسات في خلال عام و ٥٠٪ تحدث إنتكاساتهم في خلال بين (١١ و ١٢) وبالرغم من أن هذه العقاقير تتجح في علاج بعض مرضى كالهوسية ، والهواجس فإن أعراضا فصامية أخرى وهامة مثل الإكتراث ، والإنسحاب الإجتماعى وفقدان القدرة على النشاط والحركة أثر علاجيا بهذه العقاقير (١٣) - هذا فضلا عن أن الآثار الجانبية لعقير الذهانية - والموتقة توثيقا جيدا - تكون أحيانا ذات أثر سلبي لا من الآثار السلبية التي يتركها الإضطراب نفسه على الشخصية. صحيح هناك عقاقير أخرى تعطى للتحكم في هذه الآثار الجانبية لكن حتى هذه أيضا أثارها الجانبية (١٤). والخلاصة، ومع الإقرار بدور العقاقير في ميدان الفصام ، إلا أنها ليست البلسم الشافى لكل المرضى الفصامين، ولكل الأعراض الفصامية. ومن المؤكد أن مناهج أخرى من التاهيل، وتدريب القدرات التكيفية الإجتماعية للمرضى الفصامين مطلبها رئيسيا. ولاشك أن العلاج السلوكى يعتبر من المناهج العلاجية المطلوبة لهذا المجال .

أهداف العلاج السلوكى للفصام

كيف يمكن أن نقيم فاعلية برنامج علاجي معين؟ يمكن بالطبع تحقيق ملاحظة مدى تحقيق هذا البرنامج لبعض الأهداف المحددة. ومن ثم

الطبقات الفقيرة أكثر من الطبقات المتوسطة أو العليا). وتمتد الضغوط لتشمل التغيرات والحوادث الخاصة بالفرد كالمرضى والعقائير والمخدرات (٦).

ومن المعروف أنه كلما زادت درجة الإستعداد البيولوجى أو الاستهداف العضوى للمرضى كلما قل وزن الضغوط البيئية والشخصية فى أحداث الإضطراب. وبالعكس فإن أى ضغوط ولو كانت ضئيلة، ستؤدى إلى إثارة الأعراض الفصامية فى الشخص المستهدف بيولوجيا لذلك .

ويبدو أن ترجمة الضغوط فى حالات الاستهداف البيولوجى إلى أعراض فصامية تتوقف على القدرات التكيفية للفرد، أى على ما إكتسبه من قبل من وسائل تمكنه من حل المشكلات الإجتماعية والتعامل مع الصراعات والأزمات والمهارات الإجتماعية ورعاية النفس. ولهذا تمتد القدرات التكيفية للفرد لتشمل قدراته اللغوية، وقدراته على إستخدام وسائل المواصلات والتعامل مع النقود، والرعاية الصحية للنفس والتعامل مع الآخرين وفنون الإحتكاك بالمجتمع. ومن المؤكد أن التدريب على القدرات التكيفية وهو من عمل المعالج السلوكى - ستقلل بكثير من الآثار السلبية للضغوط أو ستقلل على الأقل من حدة الشعور بها أو من إستمرار تأثيرها السلبي .

الزعم الثالث : الفصام يمكن علاجه بنجاح بإستخدام العقاقير الطبية فقط :

لاشك أن تطور العقاقير الطبية المضادة للذهان قد أحدث ثورة هائلة فى حركة الصحة العقلية وتطور العلاج الطبى للفصام منذ ١٩٥٠، لكن بعض

يمكن تحديد ثلاثة أهداف رئيسية للعلاج السلوكي للفصام :

١- أهداف متعلقة بزيادة القدرات التكيفية والتوافق للمجتمع :
من المتفق عليه بين أقطاب العلاج السلوكي (١٥، ١٦، ١٧) أن الهدف الرئيسي من العلاج السلوكي للفصام هو: التغيير في جوانب من سلوك الفرد بحيث يستطيع أن يمارس حياة فعالة خارج المستشفى. ويمكن معالجة التوافق الإجتماعي الجيد في ضوء أربع فئات رئيسية هي :

* تخفيض حدة الأنماط السلوكية المضطربة أو إزالتها.

* تنمية القدرة على تكوين علاقات شخصية إجتماعية فعالة (مثل القدرة على رعاية الذات، والإهتمام بالتفاعل الإجتماعي والدخول في علاقات إيجابية وتطور مهارات الإتصال) .

* تنمية القدرة على التوافق المهني والقابلية للتدريب أو بتعبير بول(١٨)

ما يسمى بالفاعلية في أداء الدور.

* وهناك الفئة الرابعة من الأهداف التي بدأت تنمو في الحقبة الأخيرة

وهي تتعلق بتغيير بعض العوامل الهامة مثل صورة الذات أو إعتبار الذات (١٩) ، والقبرة على حل المشكلات المستعصية (٢٠)

ومن الجدير بالذكر أن غالبية الدراسات المنشورة عن العلاج السلوكي

تثبت وجود تغييرات أساسية في الأنماط السلوكية الخاصة بإحدى الأهداف السابقة على الأقل، ومن ثم يمكن إعتبارها متصلة بالهدف الأشمل الخاص

التوافق للمجتمع. ويتبقى هنا أن نشير إلى أنه لا يجب النظر إلى جوانب تحسين في السلوك كما تظهر لدى الفرد في داخل المستشفى على أنها مفصلة عن تلك التي ينبغي أن تظهر بعد خروجه من المستشفى، إذ أن عملية تقييم التوافق مع المجتمع الخارجي ينبغي أن تبدأ فعلا في داخل المستشفى. ذلك لأن تأثير التغييرات الحاسمة يمكن الإحساس بها في داخل المستشفى وتظهر في الجوانب المتعددة من التفاعل مع بيئة المستشفى. مثال أن نلاحظ مثلاً أن اتجاهات العاملين نحو المريض تبدأ في (٢١، ٢٢، ٢٣، ٢٤) كذلك يبدأ الآباء والزائرون في الإستجابة بطريقة إيجابية مختلفة (Ayllon 1963) والمرضى الآخرون (٢٦) يصبحون أيضاً إيجابية، كما أن المريض نفسه قد يصبح أكثر قدرة على الاستجابة مع العلاجية الأخرى (٢٧).

أهداف متعلقة بالتوافق لبيئة المستشفى :

من الملائم أن نعمل على تحسين سلوك المريض في داخل المستشفى ونحن نعرف مثلاً بأنه لأمل في خروجه منها أو أنه قد يقضى حياته بين أسوارها.

فلا جدال في أن قدرة المريض على ضبط تبوله أفضل من عجزه عن إحتفاظه بأسنان نظيفة سليمة وتنفس طيب أفضل من أن يكون ذا رائحة كريهة، وإحتفاظه بنظافة جسده ومسحة أفضل من إكتفى من الأمراض الجلدية التي قد تسببها الرعاية الصحية السيئة .

العاملين (٢٣) . وعلى سبيل المثال وجد (ونكلر) Winkler (٢٣) أن نسبة غياب العاملين تقل بنسبة ٢٤% بعد تنفيذ برنامج العلاج السلوكي القائم على الجزمات الرمزية في عنبر علاجي بالمقارنة بعنبر آخر ضابط .

وهناك أدلة قوية تثبت أن التغيير في سلوك العاملين يؤدي إلى إرات ملموسة في سلوك المرضى أنفسهم، فمن ناحية سيؤدي ذلك إلى أن عاملين سيكربسون وقتاً أطول من جهودهم للمرضى عند تنفيذ البرنامج العلاجي (٢٤) ، وإزدياد الإتجاهات الإيجابية لدى العاملين سيساهم بدوره في إزدياد غبطة المرضى وتقدمهم . ومهما كانت النتائج فإن توظيف العلاج لكي لتحقيق الاهداف المتعلقة بالعاملين امر يجب حسابه .

ومن وجهة الصحة العامة فلا جدال أيضاً في أن الإحتفاظ بدرجة من النشاط أفضل من التقاعس، حتى لو كانت فرصة خروج المريض من المستشفى ضئيلة. فضلاً عن هذا فإن هناك ما يثبت بأن مستوى نشاط مريض معين قد تكون له آثار علاجية على مريض آخر.

كما أننا لسنا في حاجة لتأكيد الاهداف التي تتضمن سلامة المريض والعاملين والمرضى الآخرين في العنبر. فبالنسبة لكثير من الأفراد الموجودين في العنبر العلاجي من الأسلم مثلاً أن لا يشعل المريض الحرائق وألا يحطم زجاج النوافذ ، وألا يتهجم على الآخرين (٢٩، ٣٠، ٣١) .

كل تلك الأحداث السابقة قد ترتبط أو لا ترتبط بالهدف الأساسي وهو توافق المريض مع المجتمع ، لكن لا جدال في أنها أهداف ملائمة وصحية في ذاتها. وإذا كان كثير من المهتمين بالصحة العقلية يركزون بقوة على هدف واحد ويتجاهلون الاهداف الأخرى فإن أهداف المعالج السلوكي متعددة وكثيرة وتتلائم مع مناهجة .

٢- أهداف متعلقة بالعاملين :

من الملائم عند قياس فاعلية المناهج العلاجية السلوكية الإهتمام بالنتائج التي يتركها تنفيذ هذه البرامج على العاملين مع المريض بما فيهم الأطباء والأخصائيون وجهاز اممرضين والمرضات. أن البرامج التي تؤدي إلى تكوين مرضى مقبولين إجتماعياً تؤدي بدورها إلى توفير جهد العاملين وطاقتهم ووقتهم، كما تؤدي إلى رفع الروح المعنوية ، والمسئولية، والرغبة في بذل الطاقة ، والأمل في إرتفاع مستوى الرضا عن العمل بين

نماذج

من الأساليب العلاجية.. السلوكية للفصام

بالرغم من أن الأساليب التي أمكن توظيفها في علاج المرضى الفصامين ضئيل نسبيا فإن هناك من النتائج ما يبين أن استخدام هذه الأساليب يؤدي إلى تغيرات واضحة وملحوسة في سلوك المرضى، وفي الجزء التالي سنناقش بعض الأساليب البسيطة، ثم الأساليب العلاجية المركبة (أي التي تتضمن التآليف بين الأساليب الأساسية البسيطة، فضلا عن الإستراتيجيات الناتجة عند تطبيقها).

أ الأساليب الفردية

١- أساليب التدعيم

١- التدعيم الإجتماعي :

من أكثر أساليب العلاج السلوكي شيوعا تلك التي تتضمن التدعيم المنظم للتدعيم الإجتماعي مثل المدح والتحفيز، أو الإمساك عنها. ولأن من المعتقد أن التدعيم الإجتماعي يقوم بدور المدعم الشرطي للسلوك، فإن بعض الآراء التي ترى أن تقديمه يجب أن يكون مصحوبا بمدعمات ملموسة بطريقة منظمة حتى يمكن زيادة خصائصه التدميمية للسلوك (٣٦، ٣٥). والحقيقة أن هناك ما يؤيد صدق هذا التصور (المراجع السابقة). فبالنسبة لكثير من

لرضى (أو الأغلبية منهم على الأقل) تكون قيمة التدعيم بالمدح والانتباه هائلة حتى قبل أن تصحبه مدعمات أخرى. وتشير بعض التقارير المنشورة في أن التدعيم الإجتماعي عندما يستخدم بعناية يمكن أن يؤدي وحده إلى تغيرات ملحوسة في سلوك المرضى. ففي تقرير مبكر (٣٧) عن استخدام التدعيم في مجال المرض العقلي، تبين أن مجرد تجاهل السلوك المرضي قد يؤدي إلى تغيرات ملحوظة في سلوك مريضين عقليين. وفي دراسة أخرى (٣٨) ثبت وجود تغيرات ملموسة في نسبة الهواجس والتفكير غير المنطقي في بعض عيالات نتيجة لمجرد الإبتعاد عن المريض عندما تحدث مثل تلك الأفكار الجسدية والقرب منه وتوجيه الإهتمام له عندما يتحدث بطريقة منطقية وأبطئة. وفي دراسة ثالثة (٣٩) تبين أن إظهار الإبتباه قام بدور مدعم لسلوك (العزوف عن تناول الطعام) عند مريض في الرابعة والثلاثين سبب بهزال شديد ، ولم يكن وزنه يزيد عن ثمانية وخمسين رطلا. لقد تطاع هذا المريض أن يكون عادات غذائية فيما لا يزيد عن خمسة أيام بد تجاهله بطريقة منتظمة عندما كان يعزف عن تناول وجباته الغذائية. كما استخدم أسلوب المدح في محاولة ناجحة لزيادة (الوعي بالعلاقات الشخصية) بمجرد تعليم المرضى أسماء المرضى والأشخاص الآخرين في عيالاتهم. أما "مور" و "كروم" (٤٠) فقد استخدمتا أسلوب التأييد والتقبل في أسلوب سبب التأييد والتفاعل مع فصامية شديدة السنه. وقد أدى الأسلوب إلى تناقص وزنها بمقدار خمسة وثلاثين رطلا. كذلك وجد أن أسلوب المناقشة مع التدعيم اللفظي الإيجابي مع مجموعة ضابطة أدى إلى تحسن دال في مستوى النظافة ورعاية الذات (٤١). وفي نفس

الإجتماعى (كالتحبيبة مثلا) قد يؤدي إذا ما إستخدمناه مع بعض المرضى إلى التدهور فى أدائهم. بينما قد يتحسن أدائهم ويزداد إذا ما إستخدمنا معهم التعديم الإجتماعى السلبى أو النقد).

وباختصار ينبغى إستخدام أساليب التعديم الإجتماعى بحكمة وتنبه لآثارها الحساسة، وللفرق بين الأفراد والمواقف.

ب- التعديم الأولى المباشر :

فى دراسة سابقة مبكرة (٤٤) تبين أن نسبة تناول الوجبات الغذائية تزداد عندما يقم الطعام ويعد فى أوقات محددة. كما أن هناك دراسات إضافية إستخدمت أسلوب تعديم مباشر (فاكهة- طوى- سجائر- مشروبات غازية الخ) مع بعض المرضى البكم (أو الأشبه بالبكم) لتنمية القدرة على الكلام لديهم (٤٥) وبالرغم من أن تتبع بعض الحالات بعد عام ثم مرور ثمانية عشر شهرا بين أن نتائج هذا الأسلوب مشجعة، إلا أن نسبة الكلام التى تتكون بهذه الطريقة غالبا ما تكون ذات طبيعة الية، أو خلو من التلقائية.

ومن ناحيتنا ننصح أن يتوقف المعالجون السلوكيون عن إستخدام أسلوب التعديم الأولى المباشر مع بعض المرضى الزمنيين، لأن الحصول على المدعمات المباشرة قد يكون عملا عسيرا للغاية بالنسبة لهؤلاء المرضى، مما قد يترك آثارا إيجابية مؤلمة لديهم، فضلا عن الإعتبارات الأخلاقية والقانونية التى قد تثار نتيجة التحكم فى تعديم هذه المدعمات الحيوية أو حجبها.

هذه الدراسة تبين أن هذه التفسيرات قد إنتشر تأثيرها الإيجابى على خصائص أخرى، فقلت العداوة الهجاسية وارتفع إعتبار الذات على مقاييس أعدت لهذا الغرض .

وفى دراسة أخرى عن تأثير التعديم الإجتماعى قام عدد من الباحثين بتقييم تأثير وضع رمز أو نجمة أمام المرضى الذين إستطاعوا أداء جوانب من النشاط السلوكى بون تذكيرهم (وذلك كتصنيف الشعر وترتيب الأسرة وتلميع أحواض الفسيل). وقد تبين للباحثين أن وضع هذه العلامات قد أدى إلى زيادة ملحوظة فى أداء جوانب النشاط السلوكى السابقة، لكن الزيادة كانت أكبر عندما لم يكن يسمح إلا لن حصولوا على هذه العلامات بتناول غذائهم فى صدالة الطعام (٤٢).

واضح إذن أن تلك الدراسات وغيرها تبرهن بقوة على أن التعديم الإجتماعى يعتبر عنصرا قويا للغاية فى تغيير سلوك المرضى. وعلى هذا فمن الواجب تدريب العاملين فى عنابر الصحة العقلية والمؤسسات وإطلاعهم على قيمة إستخدام أساليب التأييد وإبداء الإهتمام. لكن هذا لا يمنع من التحذير مما يأتى :

- أن السلوك الذى نريد تعديله (أى السلوك المحورى) قد يكون نتيجة لشروط سابقة كالقلق والتوتر، أو أنه ربما يكون إلى حد ما (أن لم يكن تماما) من إختلاق المعالج وفى مثل هذه الحالات قد لا يؤدي التوقف عن الإهتمام (أى الإنطقام) إلى إزالة هذا السلوك فضلا عن هذا تبين أن التعديم الإجتماعى قد يكون سلاحا ذا حدين، (٣٤) بمعنى: أن التعديم

التشبع بالمنبه، فلن التقارير القليلة المنشورة عنها مشجعة وليس من الغريب لهذا أن نجد أنها تثبت فاعليتها عند إستخدامها مع المرضى، بما فى ذلك الفصامين.

٢- أساليب التنفير*

يعبر أسلوب العلاج بالتنفير عن محاولة ربط ظهور نمط سلوكى معين منبهات غير سارة، أو التحكم فى منبه غير سار بحيث يصبح تقديمه نتيجة لفاء السلوك غير المرغوب.

ومن أوضح الأمثلة على ذلك أن «أجراس»^(٤٩) أستطاع أن يعالج نجاح حالة مريض إعتاد على تحطيم زجاج نوافذ العنبر وذلك بتوجيه صدمة كهربائية مؤلمة عندما كان المريض يذكر له ضمن تصورات البصرية بانه يطم لوحا من الزجاج.

لكن الآن أصبح إستخدام أساليب التنفير مع الفصامين محدودا ناية، ربما بسبب بعض المسائل الخلقية المحيطة بتطبيق هذه الأساليب مع مرضى المحجوزين. ولعل من أهم المشكلات التى تحول دون نجاح إستخدام أساليب التنفير هى صعوبة تعميم النتائج من الشروط التجريبية (فى زيادة) إلى مواقف الحياة العملية. فقد تبين أن الأفراد العاديين الذين وضعون لأساليب العلاج بالتنفير عادة ما يفرقون بين الظروف المختلفة التى حدثت تحدث معها المنبهات المنفرة، وتلك التى لاتحدث معها هذه المنبهات (وذلك كالتفرقة بين عيادة المعالج فى مقابل العالم الخارجى) ولكن

* Aversion

أن الإمتناع عن تقديم الطعام امر تحوطه إعتبرات خلقية وقانونية متمدة بطبيعة الحال (٤٦). ولهذا يقدم بعض الباحثين حلا وسطا لهذه المشكلة بإستخدام أنواع من الأطعمة الترفيحية أو المغلفة بشكل جذاب (كالفاكهة وال لوى والمشروبات الغازية)، وبعضهم يرى أن من حق المريض أن يتناول وجبة غذائية ملائمة من حيث الشروط العامة للصحة البدنية، لكن إذا تعلق بحصول المريض على طعام ترفيحي فإن عليه أن يتصرف بطريقة ملائمة حتى يحصل عليه. ثم ليس هذا ما يتطلبه المجتمع الخارجى ويعامل أفراداه على أساسه؟.

٢- أساليب التشبع بالمنبه*

تتضمن هذه الأساليب الإعتماد على (التكرار المفرط) للسلوك المرضى، أو إغراق الفرد بمنبه ذى طابع تدعى حتى يتحول هذا المنبه إلى منبه محايد أو منفرد، وقد إستخدم (١٩٥٩) Ayllon and Michal (٤٧) هذا الأسلوب بنجاح مع مريض إعتاد التقلب فى القمامة حتى أصيب بطفح جلدى. وأستخدم هذا الأسلوب مع مريضة إعتادت على إختزان (المناشف) فى حجرتها مما كان يؤدى بهينة التمريض إلى إستنفاد جهودهم فى أعمال تافهة. ويزعم (وولف) (٤٨) أنه أستطاع أن يقلل من الهواجس المريضة عند مريض فصامى من خلال حمل المريض على تكرار هواجسه بصوت مسموع لمدة ساعة يوميا.

وعلى العموم فإنه بالرغم من عدم وفرة البحوث التجريبية عن أساليب

* Stimulus Stiation.

الهلاوس وأستطاع من خلالها أن يضبط العوامل المتعلقة بتأثير سلوك التسجيل نفسه، والتدعيم الفارق، وتوقع المريض. وقد أشارت نتائجها إلى أن مقدار الهلاوس قد تناقص بمقدار 20% فقط خلال ستة أشهر أسابيع من تطبيق هذا الأسلوب.

ب- الصدمة الذاتية :

أعطى (بوتشر)، (فايركاتور) (٥٢) جهازا سهل الحمل لتوجيه صدمات كهربائية لمريض فصامى كان يشكو من بعض الهلاوس الصوتية، وطلبنا من المريض أن يوجه لنفسه صدمة كهربائية حالما يسمع تلك الأصوات. وفى خلال بضعة أيام، قرر المريض بأن الأصوات قد أختفت فضلا عن هذا، قرر هذا المريض أنه لم يسمع هذه الأصوات بعد ذلك لمدة خمس وثلاثين يوما، وبعد ما تم خروجه من المستشفى. وفى عام ١٩٧١ أستخدم (واينجرتتر) أسلوبا علاجيا مماثلا فى دراسة جماعية، وإستنتج بأن من الصحيح أن توجيه صدمات كهربائية للذات لدى مجموعة من المرضى الفصاميين قد أدى إلى تحسنهم بالمقارنة بمجموعة ضابطة، ألا أن العنصر الأساسى المسئول عن هذا التحسن يتوقف فى رأيه على التوقعات التى يبنىها المرضى عن فاعلية العلاج بهذا الأسلوب.

وإستخدام باحثان آخران (٥٣) طريقة مماثلة للأسلوب السابق مع مجموعة من المرضى لمدة أسبوعين لكنهما لاحظا أن هذا الأسلوب لا يلقى الأثر المرغوب لهذا قاما بابتكار طريقة أخرى تقوم على إستخدام أسلوب الإيجابية والتدعيم بطريقة أدت إلى ضبط الهلاوس البصرية لمريض فصامى.

لعل هذا السبب هو نفسه الذى قد يجعل من تلك الأساليب ناجحة إذا ما أستخدمت مع المرضى الفصاميين. فالقصور المعرفى لدى الفصاميين، وضعف قدراتهم على التمييز بين المواقف يجعلهم يتوقفون عن السلوك غير المرغوب فى المواقف التى تحددها طبيعة العلاج فقط ويون أن تمتد آثار العقاب السلبية إلى مواقف أخرى.

٤- أساليب الضبط - الذاتى *

صحيح أن كثير من الفصاميين لا يوجد لديهم الدافع لمواصلة إستخدام أساليب الضبط الذاتى، لكن هناك بعض التقارير التى توحي بأن هذه الأساليب تفيد فى علاج بعض حالات الفصام، وفيما يلى أهم تلك الأساليب.

١- المراقبة الذاتية Self Monitoring :

وجد (روتنر) و(باجل) (٥٠) أن مقدار الهلاوس الصوتية بالنسبة لمريضة فصامية هبط من (١٨١) يوميا إلى (صفر) بعد عشر يوما يطلب خلالها من المريضة أن تسجل عدد الهلاوس التى تسمعها. وقد إحتفظت بنفس هذا المستوى من التحسن حتى بعد خروجها من المستشفى لمدة ستة أشهر، غير أن (هتزل) (٥١) يشير إلى أن هذا التناقص قد يكون نتيجة للتدعيم الإجتماعى عندما كانت المريضة تسجل التناقص فى هلاوسها وأن مقدار الهلاوس الفعلية قد يبقى كما هو، ولكن يتحقق الباحث من هذا الافتراض أخرى لدراسة إستخدم فيها أسلوب المراقبة الذاتية فى علاج

* Self Control

يصف الجرب للمريض طريقة أدائه لهذا العمل، ثم يطلب من المريض، ثالثاً أن يؤدي العمل متتبعا التعليمات التي يلقيها عليه الجرب إذا ذلك، وأن يؤدي العمل، رابعاً وهو (أي المريض) يكرر نفس التعليمات بصوت سموع، ثم خامساً بصوت غير مسموع بعد ذلك وقد أثمر هذا البرنامج من التوجيه المعرفي للذات عن تغيرات ملحوظة في كثير من الجوانب السلوكية المعقدة كالإنتباه، واللفة كما عم تأثيره مجالات أخرى لم يشملها تلميح التريب الأصلي. لهذا فإن هذا الأسلوب يعتبر واعد للفاية

٥ - أسلوب التثجير الإفعالي

في هذا الأسلوب يطلب من المريض أن يتخيل (ويأقصى ما يمكنه من على التخيل الحى) مواقف واقعية أو رمزية تؤدي، إلى إثارة القلق لديه. ف من هذه الإجراءات هو التخلص التدريجي التام من القلق من خلال لقاء بتقديم الموقف مرة بعد الأخرى دون أن يصحبها أذى بدنى.

أما عن توظيف أسلوب العلاج بالتفجير في مجال المرض العقلى أو نام، فهناك دراسات تثبت فاعلية العلاج بالتفجير مع الفصامين. وعلى ف فإن نتائج العلاج بالتفجير الإفعالي مع المرضى الفصامين واعدة بد ما، ولو أنها غير قاطعة والذي لاشك فيه أن هذا الأسلوب يقدم أخرى تشجع على مزيد من البحث.

٦ - تريب المهارات الإجتماعية

ب على تأكيد الذات :

معتبر « ولبى » (٥٥) أول من قدم أسلوب التريب على تأكيد الذات الأساليب الرئيسية في نظريته عن الكف المتبادل وبالرغم من أنه

وكانت المشكلة الرئيسية لهذا المريض هي أنه كان يستغرق وقتاً طويلاً في تنفيذ النشاط اليومي الروتيني بسبب إنشغاله الدائم في لوازم حركية (بالوجه واليد)، كان يزعم بأنها محاولات منه لإبعاد الهلوس من مجاله البصرى. وقد تمات طريقة العلاج على وضع برنامج علاجى يتم من خلال التدعيم الإيجابى للمريض كلما قلل من الفترة التي يقضيها فى تناول إقطاره وغذائه، وعقابه بصدمة كهربائية إذا ما بدأ فى ممارسة لوازمه الحركية الطقوسية أثناء عبوره الأبواب المؤدية إلى صالة الطعام. وقد طلب الباحثان من أحد المساعدين (ممن لم يكونوا على علم بفروض البحث التجريبية) أن يسجل شدة الهلوس لدى هذا المريض. وقد اثبت تحليل هذه الملاحظات المضبوطة وجود تناقص ملحوظ فى هذا السلوك بإستخدام أسلوبى العقاب والتدعيم، كما تقدر ملاحظات المريض نفسه أن هذا التحسن قد يشمل بعض المواقف الأخرى فى حياته.

وباختصار فإن النتائج المتجمعة عن إستخدام هذا الأسلوب فى مجال الفصام غير قاطعة ولا تسمح بوضع إستنتاجات محددة لأن الفصامين الذين يمكن أغرائهم بتتبع تعليمات المعالج عند تطبيق أسلوب الصلصة الذاتية ضئيل للفاية.

ج- التوجيه المعرفى للذات :

يقدر (ماشنبوم) (٥٤) وجود نتائج واعدة للفاية فى تريب الفصامين على إستخدام بعض الأساليب المعرفية الملائمة لحل المشكلات المستعصية. وتقوم طريقته على تحديد عمل عقلى من قبل الجرب أولاً، ثم ثانياً أن

أنفسهم في مواقف تأكيدية وهم لم يكونوا من قبل إلا أشخاصا سلبيين
وإنسحابيين. فضلا عن هذا فإن كثيرا من أفراد هذه العينة قد عجزوا عن
محاكاة الأنوار التي شاهدوها من خلال الوصف أو الأداء، أما البعض
الأخر فقد عجز عن تذكر الورد الذي قام به في جلسة سابقة، كما أن بعض
المرضى وصف هذا الإجراء بأنه إجراء مصطنع وغير واقعي.

٧ - العلاج بالتطبيق المتدرج (إزالة الحساسية) والإسترخاء

بالرغم من أن ولبى (٦٠) وهو أول من قدم أسلوب العلاج بالتطمين
تدرجى يقرر بأنه لا يصلح في علاج الفصامين إلا أن هناك عددا من
باحثين استطاع أن يطوع هذا الأسلوب للتعامل مع هؤلاء المرضى. الحقيقة
النتائج تتضارب من بحث لآخر.

ولعل الدراسة الوحيدة المصنوعة عن استخدام أسلوب التطمين بين
مرضى الفصامين تلك التي نشرها (زايسنت) Zeisset (٦١) على مجموعة
٤٨ فصاميا قسمهم عشوائيا إلى أربع مجموعات فرعية علاجية :

- ١- مجموعة تلقت علاجاً بالتطمين المنظم.
- ٢- مجموعة تلقت تدريباً على الإسترخاء.
- ٢- مجموعة ضابطة تلقت اهتماماً عاماً.
- ٤- مجموعة ضابطة رابعة لم تتلقى أى علاج على الإطلاق.

لا توجد دراسات ضابطة مع الفصامين، فقد نشرت الآن دراسات إعتقدت
على منهج دراسة الحالة. فمثلا (٥٦) أمكن تعليم مريض فصامى بنجاح
القدره على تأكيد نفسه مع زوجته وأسرته. كذلك أمكن استخدام أسلوب
التدعيم الإجتماعى مع أسلوب التدريب على تأكيد الذات فى علاج الهلوس
والهواجس والإنسحاب المرضى لدى مريض فصامى بنجاح. وتشير
الدراسة التتبعيه لهذا المريض لعامين متتالين إلى خلوه من الأعراض
الفصامية بعد ذلك. وفي دراسة أخرى (٥٨) أمكن تعليم أساليب التأكيد
فى جلسات جماعية مع المرضى الفصامين وكان الإستنتاج كما يأتى:

ينجح المرضى الفصاميون المزمنون فى التوقف عن تعلم إستجابات لا
تكيفية كالعنوان ، والخضوع الشديد وأن يستبدلوا باستجابات تكيفية
قائمة على تأكيد الذات. ولتحقيق هذا الهدف نجد أنهم ينجحون تماما فى
ممارسة أساليب لعب الأنوار وإعادتها دون أى إثار سلبية.

ولعل أكبر مجموعة فصامية أمكن تدريبها على تأكيد الذات تكونت من
أربعة عشر مريضا ممن وصفوا بالإلتقار إلى تأكيد الذات فى المواقف
الاجتماعية وترواحت جلسات العلاج الفردى لهم من ١٨ : ٢٠ جلسة ، وكان
الهدف من هذه الجلسات هو تدريبهم على تأكيد الذات بإستخدام أسلوب
تمثيل الأنوار. وقد تبين للباحثين أنه لم يستفد من هذا الأسلوب إلا إثنان
فقط من المرضى ، ويعتقد الباحثان (٥٩) ، أن المشكلة الأساسية التى
تواجه تطبيق هذا الأسلوب لدى هذا النوع من المرضى هى عجزهم عن وضع

وتبين نتائج هذا البحث أن المجموعتين الأولى والثانية قد كشفتنا عن تحسن ملحوظ في مستوى القلق بالمقارنة بالمجموعتين الضابطين. لكن المجموعة الأولى والثانية لم تختلفا فيما بينهما إختلافا جوهريا. لهذا يقرر المجرى أن أسلوب التطمين المنظم يلعب دورا فعالا في تعديل سلوك بعض الانماط الفصامية" P.24.

وهناك أيضا نتائج إيجابية نشرت عن أربع حالات مرضية: حالتان عنهما قدمهما (كاوبين) و(فورد) (٦٢). وتصف الحالة الأولى مريضا فصاميا من النمط الهجاسي ، تم إختياره للعلاج بالتطمين المتدرج لأنه كان ينزعج ويضطرب للغاية عندما يتحدث مع أشخاص آخرين. ويشير التقرير إلى أن هذا المريض قد إستطاع في نهاية العلاج بالتطمين المتدرج أن يتحدث للآخرين بحرية أكثر، أما الحالة الثانية فهي أيضا لمريض هجاسي، كان ينزعج للغاية إذا ما ترك حجرته لئلا يرجع من جديد بطريقة قهريه لكي يتأكد أنه لم ينسى شيئا وراءه. وقد تضمن علاج هذا المريض عددا من الأساليب إشتملت على أسلوب التطمين والتتويم الصناعي والتدريب على التخيل الحى. ويشير النتائج إلى قدر منقول من النجاح.

وفي حالتين أخريين (٦٣) تبين أن الهلاوس يمكن التقليل منها أو إزالتها بإستخدام التطمين المنظم. وفي كلتا الحالتين كان يبدو أن القلق أو التوتر هو العامل الرئيسى لظهور هذه الهلاوس. ونتيجة لهذا فإنه أمكن علاج هؤلاء المرضى فى المواقف التى كانت تستثير لديهم القلق أو التوتر. وفى حالة منها كان التخين هو مصدر القلق. لذلك حاول المعالج تعديل

عملية التخين فضلا عن إستخدام أساليب للإقلال من التخين الفعلى. ومن ثم فإن نتائج التطمين فى هذه الدراسة كانت مختلطة إلى حد بعيد بالإقلال من التخين. والحالة الأخرى قدمت بدورها دليلا إيجابيا على مدى فاعلية هذا الأسلوب لكن هناك أيضا دراسات تثبتت عدم فاعلية أسلوب إزالة الحساسية مع المرضى الفصاميين. لكن يمكن إقامة كثير من الحجج ضد تلك الدراسات التى لم تكشف عن فاعلية أسلوب التطمين. ولعل أقوى حجة هى أن على ممارس العلاج السلوكى أن يتذكر دائما أن هذا الأسلوب قد تطور من أجل علاج المشكلات المرتبطة بالقلق اساميا، وأن غالبية المحاولات العملية يجب أن تتم فى داخل هذا النطاق.

ويبدو لى فى ضوء أوجه القصور المعرفية والدافعية لدى الفصاميين أن إجراءات التطمين المنظم مع التعرض لمواقف حية ذات نتائج أفضل. وبالرغم من أن أحد الباحثين (٦٤) يذكر على سبيل المثال- أن أسلوب التطمين المنظم لا يثمر عن فائدة تذكر بين الفصاميين، فإنه يقرر أن إستخدام هذا الأسلوب مع التخيل الحى قد أدى إلى تناقص ملحوظ فى الهلاوس الصوتية. كذلك ينجح باحثان آخران (٦٥) فى رصد بعض النجاح لأسلوب التخيل الحى فى علاج مريض لم يكن قادرا على ترك حجرته لئلا يعاودة الرجوع القهرى لها. فضلا عن هذا تبين نجاح هذا الأسلوب فى علاج مريض فصامى هجاسى كان يخشى الخروج من المستشفى خوفا من أن تقتله المخابرات المركزية. والحقيقة فإن الدلائل تشير إلى نجاح هذا الأسلوب بشكل خاص مع الفصاميين. ولا توجد بحوث تنجس حتى الآن فاعلية أسلوب التطمين المتدرج المصحوب بالتخيل الحى فى علاج اضطرابات الخوف والقلق لدى الفصاميين .

. References

1. American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Third Edition-R. Washington. D.C.: APA.
2. Hagen, R. (1975). Behavioral therapies and the treatment of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*. 13, 70-96.
3. Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. 86, 103-126.
4. Bellack, A. S., & Muesser, K. T. (1990). Schizophrenia. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) *International handbook of behavior modification and therapy* (2nd Ed., pp. 353-370). New York: Plenum Press.
5. Dawson, M.E., & Nuechterlein, K. H. (1984). Psychological dysfunctions in the developmental course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 204-232.
6. Bellack, A. S., & Muesser, K. T., (1990). op. cit.
7. Ibid.
8. Diamond, R. (1985). Drugs and quality of life: The patient point of

الخلاصة

أصبح من الممكن للمرضى العقليين والفصامين - بفضل تطور مناهج العلاج السلوكي والمعرفي - أن يكتسبوا كثيرا من السلوك الإيجابي، وأن يتخلصوا من الجوانب الفكرية والسلوكية الشاذة . وأن يتطوروا بإمكانياتهم في التوافق الاجتماعي والمهني . وقد ناقش هذا الفصل العناصر السلوكية الداخلة في تعريف الأمراض العقلية الذهانية بما فيها الفصام والاكتئاب تمهيدا لشرح خطة علاجها السلوكي . فضلا عن هذا قم هذا الفصل ببعض المعتقدات الخاطئة (المزاعم) التي انتشرت بين المختصين في الصحة العقلية والطب النفسي، والتي كان من شأنها اعاقه نمو المناهج العلمية في العلاج النفسي وتعطل ظهور حركة العلاج السلوكي للفصام والأمراض العقلية.

وقد أوضح هذا الفصل انه بالرغم من أن الأساليب السلوكية التي أمكن توظيفها في علاج المرضى الفصامين ضئيل نسبيا، فإن النتائج تشير إلى فعالية هذه الأساليب ونجاحها في علاج كثير من الجوانب السلوكية الفصامية. ومن ثم ناقشنا أهم هذه الأساليب مع نماذج من تطبيقاتها في ميدان الفصام، وأهم المشكلات التي يمكن أن يواجهها المعالج السلوكي عند التطبيق وبعض الحلول المقترحة لذلك.

16. Krasner, L. (1990). History of behavior modification. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.). *International handbook of behavior modification and therapy* (2nd Ed., pp. 3-20), New York: Plenum Press.
17. Hagen, R., (1975). *op. cit*
18. Paul, G. L. (1971). Chronically institutionalized mental patients: Research and treatment. Paper presented to the Third Annual Conference on Behavior Modification. Los Angeles, California.
19. إبراهيم عبد الستار (١٩٨٧) علم النفس الاكلينيكي: مناهج التشخيص والملاج النفس. الرياض: دار المريخ .
20. Meichenbaum, D. H. (1969). The effects of instruction & reinforcement on thinking and language behavior in schizophrenics. *Behavior Research and Therapy*. 7, 101-114.
21. Bellack, A. S. (1986). Schizophrenia: *Behavior therapy's* forgotten child. *Behavior Therapy*. 17, 199-214.
22. Bellack, A. S. (1989). A comprehensive model treatment of schizophrenia. In A. S. Bellack (Ed.), *A clinical guide for the*

9. Kazdin, A. E. (1980). *Behavior modification in applied settings*. Homewood, Ill. Dorsey.
10. Carpenter, W. T., Heinrichs, D.W., & Alphas, L.D. (1985). Treatment of negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 440-452.
11. Hogarty, G. E., Schooler, N. R., & Ulrich., R., et al. (1979). Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 45, 797-80.
12. Gardos, G., & Cole, J. O. (1976). Maintenance antipsychotic therapy: Is the cure worse than the disease? *American Journal of Psychiatry*, 133, 32-36.
13. Carpenter, W. T., Heinrichs, D. W., & Alphas, L.D., *op. cit*
14. McEvoy, J. P. (1983). The clinical use of anticholinergic drugs as treatment for extrapyramidal side effects of neuroleptic drugs. *Journal of Psychopharmacology*. 3, 288-302.
15. Atthowe, J. M., & Krasner, P. A. (1986). Preliminary report on the application of contingency reinforcement procedures (token economy) on a "chronic" psychiatric ward. *Journal of*

29. Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Mueser, K. T. (1989). *Social skills training for Psychiatric patients*. New York: Pergamon Press.
30. O'Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1975). *Behavior therapy: A application and outcome*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice Hall, Inc.
31. Ibid.
32. Agras, W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 124, 240-243.
33. Winkler, R. C. (1972). A theory of equilibrium in token economy. *Journal of Abnormal Psychology*. 79, 169-173.
34. Leventhal, H., Zimmerman, R., & Guttman, M. (1984). Compliance: A self-regulatory perspective. In *Handbook of behavioral medicine* (Ed.) W. D. Gentry. New York: Guilford Press.
35. Atthowe, J. M., & Krasner, P. A. (1968). Preliminary report on the application of contingency reinforcement procedures (token economy) on a "chronic" psychiatric ward. *Journal of Abnormal Psychology*. 73, 37-43.
- treatment of schizophrenia* (pp. 1-22). New York: Plenum.
23. Bellack, A.S., & Mueser, K. T., (1990). Schizophrenia. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) *International handbook of behavior modification and therapy*. (2nd Ed., pp. 353-370). New York: Plenum Press.
24. Bucher, B., & Fabricatore, J. (1970). Use of patient-administered shock to suppress hallucinations. *Behavior Therapy*. 1, 382-385.
25. Burish, T. G., Bradley, L. A. (Eds.) (1983). *Coping with chronic diseases: Research and applications*. New York: Academic Press.
26. Hersen, M. & Bellack, A. S. (1976) Social skills training for chronic psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*. 17, 559-580.
27. Agras, W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 124, 240-243.
28. Hersen, M., & Bellack, A. S. (1976) *op. cit.*

43. Hersen, M., Kazdin, A.E., & Bellack, A. S. (Eds.) (1986). *The clinical psychology handbook*. New York, NY: Pergamon Press.
44. Ayllon, T., & Azrin, N.H. (1968). *The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Century-Crofts.
45. Ayllon, T. & Houghton, E. (1962). control of the behavior of schizophrenic patients by food. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*. 5, 343-352.
46. Ibid
47. Ayllon, T., & Michael, J. (1959). The psychiatric nurse as a behavioral engineer. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*. 2, 323-334.
48. Ibid
49. Agras. W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 124, 240-243.
50. Rutter, I. T., & Bugle, G. (1969). An experimental procedure for modification of psychotic behavior. *Journal of Con-*
36. Kazdin, A. E. (197). *The token economy: A review and evaluation*. New York: Plenum.
37. Kazdin, A. E. (1980). *Behavior modification in applied settings*. Homewood, Ill.: Dorsey.
38. O'Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1975). *Behavior therapy: Application and outcome*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
39. Agras. W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 124, 240-243.
40. Morrison, R. L. (1990). Interpersonal dysfunctions. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) *International handbook of behavior modification and therapy*. (2nd Ed., pp. 503-522). New York: Plenum Press.
41. Craighead, W. E., Kazdin, A. E., & Mahoney, M.J. (1976). *Behavior modification: Principles, issues, and applications*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
42. Dawson, M. E., & Nuechterlein, K. H. (1984). Psychological dysfunctions in the developmental course of schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 204-232.

York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

61. Zeisset, R. M. (1988). Desensitization and relaxation in the modification of psychiatric patients' interview behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 73, 18-24.
62. Ibid
63. Ibid
64. Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Muesser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. New York: Pergamon Press.
65. Bellack, A. S. (1989). A comprehensive model treatment of schizophrenia. In A. S. Bellack (Ed.), *A clinical guide for the treatment of schizophrenia* (pp. 1-22). New York: Plenum.

ing and Clinical Psychology. 33, 651-653.

51. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.
52. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.
53. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.
54. Meichenbaum, D. H. (1969). The effects of instruction and reinforcement on thinking and language behavior in schizophrenics. *Behavior Research and Therapy*. 7, 101-114.
55. Ibid.
56. Ibid.
57. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.
58. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.
59. Morrison, R. L. (1990). Interpersonal dysfunctions. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) *International handbook of behavior modification and therapy* (2nd Ed., pp. 503-522). New York: Plenum Press.
60. Wolpe, J. (1987). The promotion of scientific psychotherapy. In J. K. Zeig (Ed.). *The evolution of psychotherapy*. New

الفصل الثالث عشر

البرامج السلوكية الشاملة والعلاج الأسرى

ودورها فى علاج اضطرابات

السلوك النضامى

أ- الإقتصاد الرمضى (١)

يتضمن أسلوب الإقتصاد الرمضى ما ياتى :

١- تحديد جوانب السلوك المرغوب تعديلها بين المرضى فى العنبر
العلاجى (محددأ نوعيا).

٢- تحديد الأشياء ذات الطابع التدعىمى لكل مريض (سجائر-
فاكهة- بطاقة خروج للزيارة - نشاطات ترفيحية - نشاطات إجتماعية -
إبداعية الخ.

٣- وسائل للتبادل تستخدم لمكافحة جوانب السلوك النوعية المرغوبة
(تراكم نقاط إيجابية معينة عند أداء السلوك المرغوب تترجم بعد ذلك لعطاء
ملسوس). ومن المنطقى أن نعتبر أى سلوك يؤدى الى الحجز فى مستشفى
عقلى، أو الى التوافق مع المجتمع والعنبر نعتبره سلوكا يرغب المريض فى
بذل الجهد والوصول إليه .

يؤكد (ايلون) و(أزوين) (١) أن استخدام مدعم شرطى يقوم مقام تدعيم المباشر، يتميز بخمس مزايا رئيسية على الأقل هي :

١- يسمح هذا الأسلوب بعبور فترة التأجيل التى تحدث بين ظهور الإستجابة المرغوبة وظهور المدعم، وبالتالي يؤدي إلى تبلور وتأكيد الإستجابة بقوة.

٢- يسمح الإقتصاد الرمزي بتدعيم الإستجابة فى أى وقت تحدث فيه فوراً بينما ينحصر تأثير التدعيم الأولى عادة فى زمان ومكان معين.

٣- يسمح أسلوب الإقتصاد الرمزي بظهور سلاسل من الإستجابات القابلة للتدعيم دون بتر أو تشتت ناتج عن ظهور المدعم.

٤- يساعد هذا الأسلوب على تقوية فاعلية المدعم الذى تتأثر قوته للتشبع بالمنبه، أو لتفضيل الفرد لمدعم دون الآخر.

٥- يكتسب هذا الأسلوب قيمة دافعية أكبر من المدعمات الأولية المباشرة لأنه يمكن تطبيقه على جماعات أكبر.

وهناك عوامل هامة يجب الإلتفات إليها عند تطبيق مثل هذه البرامج منها:

١- العوامل المتعلقة بتأيد القوة الإدارية :

لاشك أن من أهم العوامل التى تساعد على نجاح برامج "التدعيم الرمزي" تلك التى تتعلق بدور هيئة الإدارة فى المؤسسة، ومقتلار السلطة

لتى تعطىها للمعالج السلوكى لكى يضع ويقيم برنامجاً من هذا النوع (٢).
 أن هناك أيضاً قدراً كبيراً من (القوة الفعلية) يكمن فى المستويات الإدارية لأصغر. لهذا فمن أهم واجبات المعالج السلوكى أن يحصل على تأييد هؤلاء الذين يحكمون القوة فى المستويات المختلفة Krasner and Athowe, 1971. ولعل من أكثر الطرق المعقولة والمنطقية للحد من قبول على أيدى وتعاون العاملين والإدارة هو سؤالهم بشكل مباشر عن المشكلات التى واجههم والتى يمكننا أن نساعدهم على حلها مع إشراكهم فى بعض لسؤوليات المتعلقة بتنفيذ البرنامج.

١- العوامل المتعلقة بتدريب العاملين وإختيارهم :

أن العصب الرئيسى لنجاح أى برنامج علاجى يعتمد على هيئة هاملين المباشرة (أى المشرفة على العنبر). فبيدهم القدرة على ملاحظة لوك المرضى، ووضع الأحكام، وتنظيم عمليات المنح وتطبيقها. لذلك فمن ضرورى توجيه رعاية شديدة لإختيار العاملين وتدريبهم على تطبيق برنامج .

ومن المقرر أن وجود عاملين (ممرضين، أو مساعدين- الخ) غير لتنعين بتطبيق أسلوب علاجى معين، قد تكون له نتائج خطيرة فى إفساد برنامج. فضلا عن هذا فإن تطبيق برنامج العلاج السلوكى مشوب ببعض ضايا الحساسية مثل « حقوق المرضى » و« الضبط » وغير ذلك. ولهذا هما بلغ مستوى تدريب العاملين، فإن أداءهم قد يكون ضعيفا للغاية اذا أنت فلسفاتهم وتصوراتهم عن الإنسان تجعلهم ينظرون شئراً أو يعين لك إلى هذه الأساليب .

وعلى العموم، فإنه يمكن أن نجد الكثير من أساليب تدريب العاملين على الأسس السلوكية والتكنيكات المختلفة للعلاج السلوكي، ولذلك فلا بد من تركيز بعض النشاط في هذا المجال لأن هذه القضية لاتمس تدريب العاملين فقط، بل تمس أيضا بعض القضايا العامة التي قد يشير لها حتى زملاء المهنة المتعصبون. وعلى أية حال، فمن الواجب التنبيه للأطر الفلسفية العاملين قبل الدخول في عملية تدريبهم على الإطلاق.

ويجب أن تتضمن برامج تدريب العاملين إطلاعهم على المبادئ الرئيسية للتعليم كالتدعيم، وضبط المنبه، والجدولة الزمنية، والأنظمة وغير ذلك. هذا فضلا عن التدريب في داخل العنبر نفسه مع إعطائهم بعض العائد والتصحيح لأدائهم.

وينبغي تدعيم العاملين إيجابيا إذا ما أظهروا قدرا من الكفاءة على الاستفادة من التدريب. وهذا ضروري مهما بلغ مستواهم من التدريب ومن أشكال التدعيم في هذا المجال استخدام التشجيع اللفظي، والمدح ولو أن بعض الباحثين يرى أن التدعيم الملموس (كالمكافآت المادية) قد يؤدي إلى نتائج أفضل وبالرغم من أن هذه الدراسات تبتكر عددا من الاقتراحات للتغلب على هذه المشكلة فإن البحوث لاتزال قليلة في هذا الإتجاه.

ومن الإجراءات المقترحة لزيادة مشاركة المرضى في البرامج العلاجية ما يسمى (بالإستجابة التمهيدية) أو (عرض العينات) (٥). وتتضمن هذه الإجراءات أساسا عملية عرض الإستجابة المرغوبة أو الإغراء بها أو الحث على ممارستها وتدل البحوث أن هذه الإجراءات مشجع ومفيد في كثير من الحالات.

ومن الأساليب الأخرى في هذا المجال ما يسمى (بمبدأ برماك-Pre-mack's Principle وهو يتعلق بإستخدام سلوك مفضل وشائع كمدعم لظهور سلوك آخر قليل الشيوع (إبراهيم، ١٩٨٣). وعلى سبيل المثال، إستخدام هذا الأسلوب مع مجموعة من المرضى السلبيين في عنبر علاجي بنجاح وقد أمكن المباحثين أن يساعدوا على ظهور وتأكيد قدرة المرضى على العمل والنشاط بشكل متسق بإستخدام عدم النشاط (في هذه الدراسة الجلوس في العنبر) كمدعم.

ويقترح (كازدين) (٧) ثلاثة إجراءات أخرى تشجع على المشاركة وهي: التفسير من شكل القيمة التي يتضمنها التدعيم، إدماج المريض في التخطيط للبرنامج وتطوير خطته، إستخدام أسلوب مجازاة- الإستجابة عندما يعترف الشخص عن الإستجابة للبرنامج العلاجي. ويزدى الإجراء الأول فيما تبين البحوث (٨) إلى ظهور الإستجابة المرغوبة (المشاركة)، أما أسلوب إدماج المريض في التخطيط للبرنامج فلم يلقى كثيرا من البحث، ولو أنه مشجع.

أما أسلوب مجازاة- الإستجابة (والذي سيكون موضوعنا بعد قليل) فيؤدي إلى نتائج ذات شكل مركب، ولو أنه واعد بشكل عام. وهناك أساليب أخرى لتشجيع المرضى على المشاركة منها وضع المريض مع مجموعات غير متجانسة من المرضى وذلك لخلق- (نموذج) جيد أمام المريض المتعاس أو المتكاسل.

٣- مجازاة الإستجابة :

إعتمدت برامج الإقتصاد الرمزي المبكرة مع القصاصيين على قانون

تدعيم الإيجابي فقط عندما يظهر السلوك المرغوب. لكن البرامج الحديثة ضمن أيضا أسلوب مجازاة الإستجابة، أي تفريم المريض عندما يظهر سلوك غير المرغوب .

وبالرغم من أن هذا الأسلوب يستخدم في الوقت الراهن مع كل أنماط السلوك السوى تقريبا (أى أشكال السلوك التى تعوق توافق المريض مع مجتمعه الخارجى) فإنه بدأ يطبق أيضا فى علاج المشكلات السلوكية فى داخل العنبر (مثل الميل للهدم والتدمير).

وتتفق التقارير فيما بينها على أن أسلوب مجازاة الإستجابة يؤدي إلى تناقص ملحوظ فى السلوك غير المرغوب (٩) ، ولو أن هناك تعارض فيما يتعلق بكيفية إستخدام هذه الأساليب. وعلى سبيل المثال يوصى البعض (١٠) بالحد من إستخدام الغرامة أو الجزاء، أو التقليل من إستخدامها على الأقل .

وتدل البحوث المتجمعة عن إستخدام هذا الأسلوب إلى أن مخاوفنا من إستخدامه مخاوف مزعومة أو مبالغ فيها على أحسن الأحوال. فعلى سبيل المثال أثبت هذا الأسلوب كفاءته إذا ما إستخدم مع الأساليب الأخرى فى زيادة السلوك المرغوب، وتناقص السلوك غير المرغوب مع مجموعة من المرضى السيكياتريين. فضلا عن هذا ، لم يثبت وجود أعراض جانبية سيئة على متغيرات كالعُدوان، أو النزعة التدميرية والهروب من الإستجابة، وغيرها من بحوث التعلم التى بنيت على أساس بعض التوقعات المأفوزة

من بحوث التعلم الحيوانى .

ولعل من المشكلات الأساسية فى إستخدام أسلوب مجازاة الإستجابة هى أن الجزاءات على بعض المرضى تتراكم، مما يؤدي إلى إحباطهم وبالتالي التدهور فى سلوكهم وعلى سبيل المثال وجد البعض أن إستخدام هذا الأسلوب للتقليل من بعض الجوانب المرضية كالعُدوان، قد أدى إلى زيادة فى هذه الجوانب بتزايد تراكم الجزاءات التى فرضت على المرضى. ولهذا عمد الباحثون إلى إبتكار أسلوب (حق شراء هذه الجزاءات) من قبل المرضى الآخريين لزيادة التدعيم الإيجابي (١١) وقد حاول آخرون (١٢) التغلب على المشكلات التى يثيرها تطبيق أسلوب مجازاة- الإستجابة بإبتكار أسلوب يقوم على تدعيم المريض عندما لا يمارس السلوك غير المرغوب ، ويسمى هذا الأسلوب (بالتدعيم الفارق للسلوك الأخرى). وتقوم فكرته الأساسية على مكافأة المريض عندما يبدى السلوك المعاكس للسلوك غير المرغوب فبدلا من مجازاته لأنه مشاكس مثلا يمكننا مكافأته عندما يصبح هادئا وإيجابيا ..

ب- العلاج السلوكى الأسرى والنصار

من المعروف الآن أن نسبة كبيرة من المرضى العقلين تعيش فى داخل أسر عادية. فى الولايات المتحدة - مثلا- تدل الإحصائيات على أن 73% من الفصاميين تعيش خارج المستشفيات والمصحات العقلية، أى فى كتف الأسرة أو رعاية الأقارب (١٣) قد حدث هذا التغير بالطبع بعد تطور الرعاية

طبية وتطور العقاقير المضادة للذهان منذ ٤٠ عاماً، وقد كان ينظر لهذا تغير في وقته على أنه علامة إيجابية وصحية، لكن صحبته للأسف لسيارات سلبية ومشكلات تتعلق بالأسرة. لقد أصبحت أسرة الفصامي عرضة للضغوط والتوترات النفسية بسبب معاشتها لمرضى عقلي في زل. وفي أحسن الأحوال تجد الأسرة نفسها مقيدة عن الحركة، والتفاعل إيجابي بالمجتمع الخارجي أما بسبب المريض نفسه وما يحتاجه لرعاية، بسبب إحساس الأسرة بالحنج من، أو بسبب مخاوف في الأفراد أو ماعاة الخارجية نفسها من الإحتكاك بمرضى عقلي (مجنون).

.. وفي مثل هذا الجو تختل أنماط الإتصال والتفاعل الإيجابي، وتكون إاقب ذلك وخيمة حتى على المريض نفسه، مما يجعله معرضاً للإلتكاس وودة الأعراض الفصامية للظهور (١٤، ١٥). ولهذا فقد تطور ما يسمى علاج السلوكي الأسرى خلال الـ ١٠ سنوات الأخيرة. ومناهجه تهدف كل عام إلى تحقيق هدفين رئيسيين :

١- تعديل الآثار السلبية الموجهة من الأسرة للمريض.

٢- إعانة الأسرة ومساندتها على التعايش مع المرض العقلي.

ومن بين أهم التطورات في العلاج الأسرى الفصامي تلك التي ظهرت اعتماداً على ما يسمى (بنموذج فالون) (Falloon Model) ويمتضى هذا النموذج الذي إبتكره العالم السلوكي والمعالج الأسرى « فالون ». يهتم

المعالج بتدريب أفراد الأسرة الفصامية جميعهم على أنماط فعالة من الإتصال والتفاعل فيما بينهم. وينقسم العلاج - وفق هذا النموذج إلى أربعة عوامل هي:

١- التقييم: أي تحديد المشكلات وأنواعها في داخل الأسرة.

٢- إعطاء معلومات علمية دقيقة عن المرض العقلي يوضح من خلالها دور العوامل البيولوجية والإجتماعية دون تحيز.

٣- تدريب أفراد الأسرة على التفاعل والتواصل.

٤- تدريبهم على حل المشكلات.

وتتم جلسات العلاج أما في العيادة النفسية مع كل أفراد الأسرة، أو في داخل الأسرة ذاتها حتى تتاح للمعالج فرصة الإطلاع المباشر على ظروف الأسرة وتفاعلاتها على الطبيعة، ولتجنب إلغاء المواعيد. وعادة ما يقوم المعالج بلقاء كل فرد من أفراد الأسرة على حدة في البداية وقبل أن يجمعهم معاً في جلسات العلاج مع الأسرة حتى يتعرف على إحتياجات مشكلات كل منهم على إنفراد ومدى ما يعرفونه عن الفصام وتقديرهم الخاص للمشكلة.

ونظراً لأن هذا النموذج يركز على تدريب مهارات الإتصال فقد ركز فالون (وزملاؤه على إكتشاف المتغيرات المختلفة التي يتضمنها هذا النموذج حتى تدريب كل منها على حدة بوضوح المكونات الرئيسية التي تتضمنها هذا النوع من التدريب .

المكونات الرئيسية لمهارات الإتصال والتي
يتم علاجها في الأسرة القسامية

نوع الإتصال	نوع الإتصال
<ul style="list-style-type: none"> - أنظر إلى الشخص - عبر وقل شيئاً يوحى بأنك تسمعه . - إسأل أسئلة توضيحية - تحقق منه عما تسمع بين الحين والآخر . 	الإصغاء النشط والإيجابي
<ul style="list-style-type: none"> - حافظ على تعبيرات وجهية ودية. - ابتسم - عبر بالضبط عما يسعدك . تصرفاته . 	التعبيرات الناتجة عن مشاعر إيجابية
<ul style="list-style-type: none"> - حافظ على تعبيرات وجهية ودية . - قل بالضبط ما تطلب منه أن يؤديه . - أخبره عما سيؤدي إليه إنجاز ذلك من شعور لديك . 	التماسات إيجابية

نوع الإتصال	نوع الإتصال
<ul style="list-style-type: none"> - أنظر إليه بتعابير وجهية سارة : تحدث بحزم - قل بالضبط ما فعله الشخص من شيء ضايقك . - أخبره عن شعورك الذي أدى إليه تصرفه السلبي . - اقترح عليه تصرفاً بديلاً لتجنب حدوث ذلك في المستقبل . 	التعبير الجاد عن المشاعر السلبية
<ul style="list-style-type: none"> - انظر إلى الشخص - وضع وجهة نظرك - اصنع إلى وجهة نظره - كرر ما سمعته منه 	التفاوض والتصالح
<ul style="list-style-type: none"> - وضع أن الموقف أصبح الآن متزاماً . - أخبر الشخص أن الموقف لا يسمح الآن بإتصال إيجابي . - قل إنك يجب أن تبعد مؤقتاً - وضع متى سترجع وإظهار رغبتك في الحل بعد العودة . 	الإبتعاد عن الموقف المتأزم

الخلاصة

يكمل هذا الفصل سابقه من حيث التعرض لمناهج العلاج السلوكى فى تعديل اضطرابات السلوك الذهاني - الفصامى، وذلك بالتركيز على مايسمى بمناهج الاقتصاد الرمزي والعلاج الأسرى - السلوكى .

ولكى يكون هذا الفصل مرشدا جيدا للخبراء النفسيين والخصائى الصحة العقلية فى مستشفيات ومصحات الأمراض النفسية والعقلية، فقد أوضحنا عند شرح اسلوب الاقتصاد الرمزي لطرُق اجرائه، ومزاياه بالمقارنة بالأساليب الفردية (التي تعرض لها الفصل السابق)، وأهم المشكلات التي يثيرها هذا الأسلوب عند استخدامه وكيفية التعامل معها .. والحلول المقترحة بشأن الحصول على تأييد القوة الادارية فى داخل المؤسسة ، وتدريب العاملين واختيارهم ، وبعض القضايا الخلقية المرتبطة بتنفيذ هذا الأسلوب .

أما الجزء الأخير من هذا الفصل، فيتعرض للتطورات الحديثة المرتبطة بنمو العلاج السلوكى الأسرى وامكانيات تطويعها للتعامل مع المرضى العقليين. ومن ثم فقد ركزنا هنا على شرح أحد النماذج الفعالة فى العلاج السلوكى - الأسرى والمعروف بنموذج فالون، والذي يعطى تركيزا رئيسيا لتدريب مهارات الاتصال والتفاعل فى داخل الأسرة الفصامية بهدف تعديل الآثار السلبية الأسرية على نمو الاعراض الفصامية وتفاقمها، مع اعانة الأسرة ذاتها على التعايش مع المريض الفطلى بأقل قدر ممكن من التوتر والصراع .

وفى تقرير حديث عن العلاج السلوكى للفصام (١٨) تبين أن هذا النموذج من العلاج الأسرى قد أدى - فى دراسة مضبوطة على ٣٦ فصامياً - إلى نتائج إيجابية واضحة . ومن أبرز هذه النتائج أن الإبتكاسات الفصامية وصلت إلى ١٧٪ فقط من المجموعة التي خضعت للعلاج الأسرى مقابل ٨٣٪ فى المجموعة الضابطة التي لم تتلق هذا العلاج . كذلك قلت عموماً نسبة العودة للمستشفى ، وتناقصت كمية العقاقير المضادة للذهان ، وزادت فرص النجاح الإجتماعى والمهنى فى داخل المجموعة التي حظيت بهذا النوع من العلاج .

وعلى العموم ، فإن نتائج العلاج السلوكى الأسرى إيجابية للغاية ، وتوحى بإمكانيات علاجية واعدة .

7. Kazdin, A. E. (1990). Conduct disorders. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) *International handbook of behavior modification and therapy*. (2nd. Ed., pp. 669-706). New York: Plenum Press.
8. Winkler, R. C. (1972). A theory of equilibrium in token economies. *Journal of Abnormal Psychology*. 79, 169-173.
9. إبراهيم ، عبد الستار (١٩٨٧). *عل النفس الاكلينيكي : مناهج التشخيص والعلاج النفس . الرياض : دار المريخ .*
10. Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Muesser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. New York: Pergamon Press.
11. Paul, G. L. (1974). Chronically institutionalized mental patients: Research and treatment. Paper presented to the Third Annual Conference on *Behavior Modification*. Los Angeles, California.
12. Upper, D. A. (1979). A "ticket" system for reducing ward rules violations on a token economy program. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 4, 137-140.

References

1. Ayllon, T., & Azrin, N. H. (1968). *The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Century-Crofts.
2. Hagen, R. (1979). Behavioral therapies and the treatment of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*. 13, 70-96.
3. Krasner, L. (1990). History of behavior modification. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) *International handbook of behavior modification and therapy*. (2nd Ed., pp. 3-20), New York: Plenum Press.
4. Kazdin, A. e. (1977). *The token economy: A review and evaluation*. New York: Plenum.
5. Kazdin, A. E. (1980). *Behavior modification in applied settings*. Homewood, Ill.: Dorsey.
6. Kazdin, A. E. (1986). Treatment research: The investigation and evaluation of psychotherapy. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.) *The clinical psychology handbook*. New York, N.Y.: Pergamon Press.

٧	تمهيد
١١	الباب الأول : نظرة عامة في الاضطرابات النفسية وعلاجها
١٣	الفصل الأول : نحن والاضطرابات النفسية والعقلية
٥٧	الفصل الثاني : شئ عن العلاج النفسى عبر العصور
٨١	الفصل الثالث : لمحة على أساليب العلاج النفسى الحديثة
١١١	الباب الثانى: العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث
١١٢	الفصل الرابع : علاج الاضطرابات الانفعالية بطريقة متدرجة
١٥٢	الفصل الخامس : أسلوب الاسترخاء
١٨٢	الفصل السادس: أسلوب تأكيد الذات والحرية الانفعالية والتدريب على المهارات الاجتماعية
٢٢٧	الفصل السابع : قوة التدعيم
٢٧٢	الفصل الثامن : العقلانية أو تعديل اخطاء التفكير
٢٤٢	الفصل التاسع : علاج نون معالج : الأساليب الحديثة فى العلاج الذاتى

- Muesser, K. T. (1989). *Behavioral family therapy*. In A. S. Bellack (Ed.), *A clinical guide for the treatment of schizophrenia*. (pp. 207-236), New York: Plenum.
- Madanes, C. (1988). *Strategic family therapy*. California, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- McGee, J., Menolascino, F. J., Hobbs, D. C., & Menousek, P. E. (1987). *Gentle Teaching: A non aversive approach to helping persons with mental retardation*. New York: Human Sciences Press.
- Falloon, I. R. H. (1985). *Family management of schizophrenia*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., & McGill, C. W. (1984). *Family care of schizophrenia: A problem-solving approach to the treatment of mental illness*. New York: Guilford Press.
- Bellack, A. S., & Muesser, K. T., (1990). Schizophrenia. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazin (Eds.) *International handbook of behavior modification and therapy*. (2nd Ed., pp. 353-370). New York: Plenum Press.

- ٣٧٧ الباب الثالث: العلاج السلوكى لبعض
الاضطرابات النفسية والعقلية
- ٣٧٩ الفصل العاشر: العلاجات السلوكية لمشكلات الطفل
- ٤٠٢ الفصل الحادى عشر: الاضطرابات العصائبة والقلق
- ٤٤١ الفصل الثانى عشر : العلاجات السلوكية والاضطرابات
العقلية : الفصام خاصة
- ٤٧٩ الفصل الثالث عشر: البرامج السلوكية الشاملة والعلاج
الأسرى وديورها فى علاج اضطرابات
السلوك الفصامى

رقم الإيداع - ٩٣/١١١٨٠

I.S.B.N

977-5499 - 11 - 9

هذا الكتاب

يشهد مسرح العلاج السلوكي في الوقت الراهن تطورات هائلة وقد أثبتت هذه الحركة بسبب منهجيتها العلمية ومرونة مفاهيمها أنها تشكل تحدياً قوياً للمفاهيم التقليدية من العلاج النفسي ، وأنها بالفعل ثورة في ميدان علاج اضطرابات السلوك الإنساني ومشكلاته .

ومن ثم يقدم لنا مؤلف هذا الكتاب اعتماداً على خبرته الأكاديمية العملية في ممارسة العلاج السلوكي - المعرفي صورة تتميز بالعمق والشمول عن المفاهيم الرئيسية لهذه المدرسة بما في ذلك أساليبها العملية ، وتطوراتها النظرية فضلاً عن تطبيقاتها في علاج أهم ميادين الاضطرابات النفسية والعقلية لدى الأطفال ، والبالغين ، بما في ذلك حالات القلق واضطرابات الطفولة واضطرابات التفكير والفصام .

ويتميز الكتاب بلغة واضحة وبسيطة مع استخدام كثير من الأمثلة والحالات الشارحة والتركيز على طرق الممارسة وتنفيذها ، مما يجعله قادراً على مخاطبة المتخصص وغير المتخصص ، وذلك دون إخلال بمتطلبات المنهج العلمي وإمكانات تطويع مفاهيمه في فهم القضايا المعقدة من السلوك البشري وضبط اضطراباته .

الناشر

المؤلف : د. عبد الستار إبراهيم

أستاذ علم النفس الإكلينيكي والعلاجي ورئيس قسم الطب النفسي لكلية الطب ، جامعة الملك فيصل ، عضو وزميل بكثير من الهيئات العلمية الدولية بما فيها جمعية الصحة العقلية (منظمة الصحة الدولية) جمعية علم نفس الأمريكي وجمعية العلاج السلوكي الأمريكي ، يحمل فضلاً عن ذلك ، دكتوراه الفلسفة في علم النفس ، البورد الأمريكي في الرعاية الصحية - العقلية ، والبورد الأمريكي في العلاج النفسي الطبي ، وإجازة الممارسة المهنية في علم النفس من ولايتي ميتشجان وكاليفورنيا بأمريكا . نشر له الكثير من البحوث والمقالات العامة والمتخصصة ، وقدم للمكتبة العربية كثير من المؤلفات المعروفة في مجالات علم النفس والعلاج السلوكي .

المراسلات : جماعة الوسطية

٣٣ ش محمد كامل الحاروني من ش أحمد فخري المنطقة السادسة - مدينة نصر - القاهرة ت : ٢٧٤٥٨٩٢

مطبعة الموسكى ٣٢٠٣٤٠١ = ١٠١٤٤٣٣٩٥

توزيع الدار العربية للنشر والتوزيع

٣٢ عباس العقاد - مدينة نصر - القاهرة ت : ٢٧٥٣٣٧٥ فاكس : ٢٧٥٣٣٨٨