

الأكاديمية العربية الدولية



الأكاديمية العربية الدولية
Arab International Academy

الأكاديمية العربية الدولية المقررات الجامعية



العلاج النفسي الحديث

قوة للإنسان ●

تأليف
د. عبد الستار ابراهيم

كتاب يتناول مفهوم العلاج النفسي الحديث



سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت

صدرت السلسلة في يناير 1978 بإشراف أحمد مشاري العدواني 1923 - 1990

27

العلاج النفسي الحديث

قوة للإنسان

تأليف

د. عبد المستار ابراهيم



١٩٨٠

المواد المنشورة في هذه السلسلة تعبر عن رأي كاتبها
ولا تعبر بالضرورة عن رأي المجلس

الفصل الأول:
نحو والا ضربات النفعية والعقلية

الفصل الثاني:
لمحة على أساليب العلاج الحديثة

الفصل الثالث:
علاج الا ضربات الانفعالية بطريقة متدرجة

الفصل الرابع:
أسلوب الاسترخاء

الفصل الخامس:
أسلوب تأكيد الذات

الفصل السادس:
قدرة التدعييم

الفصل السابع:
العقلانية أو تعديل أخطاء التفكير

الفصل الثامن:
علاج دون معالج

المؤلف في سطور

المحتوى
المحتوى
المحتوى
المحتوى

تمهيد

أتيح لكاتب هذه السطور السفر للولايات المتحدة في سنة 1974 في زيارة علمية لجامعة ميشيغان للاطلاع على جوانب التقدم في دراسة الاضطرابات النفسية والعقلية، وفتون التطور في علاجها أو تعديلها. وهناك أمكن لنا بالفعل أن نلاحظ عن كثب ما يجري في العيادات النفسية الجامعية والمؤسسات العلاجية الخاصة وال العامة. وقد ارتبطت ملاحظاتنا تلك - لحسن الحظ - بالتدريب المنظم على ممارسة العلاج النفسي والمساهمة في عدد لا بأس به من الندوات والمؤتمرات العلاجية المختلفة. ونعرف بأن ذلك غير كثيراً من مفاهيمنا عن تعديل السلوك البشري واضطراباته، وزاد من إدراكتنا لدور العلم والمعرفة التجريبية في إخضاع موضوع كان ولا يزال موطننا للخرافة والجهل والتديجي.

وإذ كان الكاتب يلاحظ التغير الحثيث، والتطور في تصوراته عن عملية العلاج النفسي خلال تلك الأعوام الأربع، كانت تطغى على ذهنه في كثير من الأحيان رغبة قوية في مشاركة القارئ العربي بعض الخبرات والاطلاعات المنظمة في هذا الميدان. ولم تكن تلك الرغبة صادرة عن هذا فحسب، بل كان هناك أيضاً إحساس قوي بالمسؤولية الاجتماعية تجاه أبناء هذا الوطن العربي سواء أكانوا من المتخصصين الذين يرغبون بقوة في العثور على نظرية علمية متماسكة ترشد خطأهم في

(في يقيني أن موقع علماء النفس في عالم اليوم من أهم الواقع وأحسنهما على الإطلاق. أؤكد هنا لأن كل المعضلات (التي تواجه البشرية اليوم من حرب وسلام ونظام وفوضى، واستغلال وتآخ وفهم وسوء فهم، وسعادة وشقاء، وحب وكراهية-جميعها يمكن حلها في ضوء فهم الطبيعة البشرية فهما جيداً. والى هذا الهدف تتجه وظيفة علم النفس بكلمه وبناته).

«ماسلو»

التعامل مع ما يثيره السلوك البشري من مشكلات ملحة، أو كانوا من المواطنين العاديين الذين تملكتهم بين الحين والآخر ضروب وألوان من التعاسة والشقاء النفسي.. ولكنهم يخطئون الطريق لأساليب ومناهج فعالة تساعدهم على مواجهة تحديات المرض النفسي لديهم ولدى من حولهم، وتكتفيهم شر أفكار أسطورية عقيمية.

والحق أن حس المسئولية الاجتماعية قد ازداد أكثر فأكثر - عندما أتيح لل كتاب المجيء سنة 1978 إلى أرض الوطن العربي من جديد للتدرис والإشراف على التدريب الإكلينيكي لطلاب وطالبات علم النفس بجامعة الكويت. وبالرغم من أننا لاحظنا حماساً شديداً للتفكير العلمي.. وقوة في بعض الأقلام التي تحاول أن تدعوا في شجاعة أدبية واضحة لمزيد من التفكير العلمي والعقلانية في تناولنا لما تطرحه علينا الحياة بجوانبها المختلفة من تحديات مشكلات، فلم يستطع هذا الحماس فيما يبدو أن يقضي على كثير من الأفكار الدارجة حول كثير من القضايا الاجتماعية والمشكلات ناهيك عن المرض النفسي والعلاج. إذ لم تزل نظرة كثير من المواطنين تعشش فيها كثير من الخرافات القديمة والمزاعم الخاطئة في تفسير المرض النفسي وعلاجه. وحتى بين كثير من المختصين - ناهيك عن العامة- لا تزال نظرتهم للعلاج النفسي أشبه - في أحسن الأحوال- بما كان سائداً تاريخ العلاج النفسي منذ 15 أو 20 سنة أو يزيد.

ويقيني أن كثيراً من هؤلاء لا يزالون يتصورون بأن العلاج النفسيتابع لمستقبل التطور في الطب، والعقاقير، وجوانب العلاج البيولوجي كجلسات الكهرباء وعمليات المخ الجراحية. وإذا كان هناك اعتراف بدور العلاج النفسي على الإطلاق فإنـذ هو التحليل النفسي كما بلوره فرويد بشكله القديم القائم على التداعي الحر وتحليل العمليات اللاشعورية، وطفولة الإنسان المبكرة وعقده وغرائزه.

ولا أزعم بالطبع أنه لا يوجد من المختصين وأصحاب الثقافة الجادة من لا يعرفون مثلاً بأن هناك تطورات في العلاج النفسي ومن لا يعرفون بأن هذه التطورات تأخذ سبيلاً مختلفاً تماماً عن الطب وعن التحليل النفسي الفرويدي. كل ما أزعمه أن هذه المعرفة لم تتحول بعد إلى نظرة علمية متماسكة تستطيع أن تواجه كثيراً من المزاعم الخاطئة في حركة

العلاج النفسي وتعديل السلوك البشري. وهو أمر بالطبع يرجع في كثير من أجزائه لانعدام الكتابات العلمية في هذه الموضوعات تقريباً، كما يرجع جزئياً إلى أن الإمام بالأساليب الحديثة في العلاج والتدريب عليها يعتبر شبه منعدم في مؤسسات الصحة العقلية والجامعات العربية.

هذا الكتاب إذن كتب للمتخصص وغيره - المتخصص. للمتخصص من حيث أنتي حاولت أن أعرض فيه بعض جوانب التقدم في النظريات السيكولوجية الحديثة (نظريات التعلم بشكل خاص) في ميدان علاج اضطرابات السلوك البشري. ولهذا فقد حاولنا عند التعريف لأي منهاج من العلاج أن نبين أولاً: أساسه العلمي وما وراءه من بحوث وتجارب، وأن نصف، ثانياً: وبتفصيل نسبي - طريقة تطبيق هذا المنهج، وأن نوضح ثالثاً أهم الدراسات والتجارب التي تثبت فاعلية هذا المنهج أو ذاك. وهي جوانب أعتقد من الضروري الإمام بها لمن يفكر في اتخاذ العلاج النفسي مهنة أو لمن يمارسه من الأطباء والمختصين في علم النفس والخدمة الاجتماعية. وكتبه أيضاً بطريقة أمل في أن لا تكون عبرة على غير المختصين حتى تتحقق فائدته المزدوجة. فحاولت بقدر الإمكان الابتعاد عن المصطلحات الفنية وعن أساليب البحث، والتجارب والإحصاءات إلا ما كان ضرورياً منها، وفي أضيق الحدود، مع استخدام كثير من الأمثلة والحالات الشارحة. ونمبل إلى أن نطلق على الأسلوب العلاجي المتضمن في هذا الكتاب مصطلح «العلاج السلوكي»، أو «تعديل السلوك». وهو المنهج الذي يعتمد في تناوله للسلوك المضطرب على أساس من نظرية التعلم. والمسلمة الرئيسية التي نسلم بها هي أن الإنسان يتعلم أن يستجيب بطريقة شاذة لبيئته.. إلى أن يتحول هذا الشذوذ إلى عادة، وأسلوب حياة، نطلق عليه فيما بعد بحسب اتجاه هذا الشذوذ وأعراضه المصطلحات المختلفة للاضطرابات النفسية والعقلية^(*). ونؤمن بأن ما نتعلم يمكن أن لا نتعلم، أو أن نتعلم أساليب أفضل منه. صحيح أن الوراثة والعوامل البيولوجية قد تتدخل أحياناً في سلوك البشر وتوجهه لغايات غير مرغوبة. لكننا نعتقد أن وجود الوراثة أو العوامل البيولوجية لا يعني بأن العلاج أو تعديل السلوك شيء مستحيل.. فتحت نفس الاستعدادات الوراثية يمكن لشخص أن ينمي جوانب من السلوك المرغوبة، ويمكن لشخص آخر أن يتوجه لغايات سيئة. وهدف

العلاج السلوكي هو أن يوجه السلوك بغض النظر عن مسبباته وراثية، أو اجتماعية - إلى وجهات مقبولة ومرغوبة وتحقق للفرد ولمن حوله بعض السعادة في ظروف أصبح من العسير على الناس أن يسعدها أنفسهم أو أن يتسامحوا مع سعادة الآخرين.

ونسجد أن كل الأساليب التي سنعرض لها تتجه نحو إزالة الأعراض المرضية والقضاء عليها.. تلك الأعراض التي نظر إليها بصفة عامة. كما أشرنا توا-على أنها نوع من السلوك غير المتافق الذي يمكن ملاحظته وبالتالي يمكن ضبطه.. أو استبداله.. أو توجيهه وجهات بناءة. بعبارة أخرى، فإن مناهج العلاج السلوكي الحديث تؤمن بأن العرض المرضي الذي يشكو منه المريض هو الجدير بالعلاج وليس ما وراءه من اضطرابات، إن كانت وراءه اضطرابات أخرى.

ونجد من الواجب علينا - لكي تتضح - قيمة هذا التطور في حركة العلاج النفسي الحديث - أن نكشف عن النظرة التي اعتاد الناس أن ينظروا بها إلى معاناة البشرية من الأمراض النفسية والعقلية على مر التاريخ. فلم تكن مشكلة معاناة البشرية من تلك الاضطرابات مسألة هينة.. فلقد شغلت الناس منذ القدم، كما لا تزال تشغelnَا الآن.. وحاولوا أن يفسروها كما حاول الآن. وجاهدوا لعلاجها كما نجاهد الآن.. ووضعوا تصنيفات وأنواعاً لها، تماماً كما يحاول الأطباء النفسيون الآن.. ولكن الفرق الوحيد بيننا وبينهم يبدو في الكيفية التي تناولوا بها هذه الاضطرابات، و الكيفية التي حاولوا بها إخضاعها للعلاج والضبط.. ولاشك أن سياحة بسيطة في تاريخ العلاج النفسي ستمنحك بصيرة محمودة بما نحن عليه الآن، وبما يجب أن تتجه له خطواتنا التالية.. وفي المستقبل.

نظرة الإنسان القديم للأمراض النفسية:

لقد كان الاعتقاد الشائع في العصور القديمة أن المرض النفسي أو السلوك المضطرب والشاذ نتاج لعوامل غامضة قادرة على أن تؤثر في الإنسان تأثيراً ملحوظاً. وقد تفاوتت أسماء هذه العوامل من فترة إلى فترة بحسب بعض الارتباطات الخاصة بالتطور البيئي.. ولكن مهما اختلفت المسميات فإنها اتفقت بشكل عام على وجود أرواح أو شياطين لها القدرة

على أن تلجم الجسم البشري وتسيطر عليه على نحو ما. فإذا كانت تلك الأرواح خيرة فإنها توجه تصرفات الإنسان وجهات إيجابية، أما إن كانت خبيثة فهي توجهه نفسياً وجسمياً وجهات سلبية ففيكون المرض الجسمي والنفسي^{(1)(*)}.

وهناك ما يثبت أن الإنسان القديم لم يكتف بالإيمان بالأرواح الخبيثة.. بل حاول أن يفعل شيئاً لاستعبادها والسيطرة عليها. أما ظهور الحضارة المصرية الفرعونية القديمة فلا يبدو أنه أتى بتغير جوهري في الربط ما بين المرض النفسي والأرواح خبيثة. فإذا عدنا إلى التعاوين التي بقيت منذ أيام الفراعنة وجدنا إحداها، فيما يلاحظ الدكتور عبد المحسن صالح⁽²⁾، للب من الآلهة صراحة التدخل لطرد الأرواح الشريرة، وتبدأ إحداها هكذا «السلام عليك يا حورس.. يا أيها الموجود في بلاد مئات، يا حاد القرنيين، يا بالغ الهدف، إني قد صدتك لأمدح جمالك، إلا فلتقبض على الشيطان الذي يتلبس جسدي».

ولم يكن الإغريق القدامى أحسن حظاً في تصورهم للأمراض النفسية وعلاجها.. فقد تبنوا أفكاراً مماثلة عن السحر.. ولو أنها كانت أكثر عطفاً.. إذ كان الموت جزءاً من تحل به تلك الأرواح. ولا شك أن ما يحمله لنا التاريخ من معاملات شاذة كان قد ألقاها المرضى النفسيون كالسجن والحرق، والعذاب الوحشي كان من بين المأساة التي تركتها لنا هذه الآراء الخاطئة، والتفكيرات الخرافية القديمة.

قد يقال أن هذه مرحلة ولت وانتهت. وهذا صحيح جزئياً.. فلم يعد المريض النفسي منذ حركات الإصلاح الاجتماعي يلقى بالسلالسل بمعرض عن الآخرين.. ولم يعد يحرق أو يقتل كما كان، بل أن الدول أصبحت ترصد الآن البلايين من الدولارات كل عام للبحث عن قوانين الصحة العقلية وضبط اضطرابات للسلوك البشري، ومحاولات البحث عن وسائل تعيد ارتباطهم بالواقع ارتباطاً إيجابياً وفعالاً. ويتم ذلك بتطور حديثاً من حركات الإصلاح الاجتماعي في أواخر القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر، وما صحب ذلك من تغيير عميق في اتجاه الناس نحو الأمراض النفسية والعقلية. لكننا نستطيع الحكم - عن يقين - بأن بعض آثار هذا التفكير لا تزال تسود أفكار العامة وكثيراً من أفكار المثقفين في مجتمعاتنا

العربية بشكل خاص وتحت أفكار مثل الطالع ومس الجن وعين الحسود، والعمل السحري وغيرها. كما لا يزال العامة في كثير من القرى العربية يواجهون تلك الاضطرابات بوسائل لا يبدو أنها تختلف عما كان يشيع منذ ألف وثمانمائة عام أو يزيد. فالتمائم أو الشعائر، والمزار، وبعض خرافات الطب الشعبي.. كلها وغيرها نماذج تبدو من يمعن النظر فيها بعين فاحصة نتاج لأسلوب قديم موغل في القدم ولم يعد له مكان إلا في الأساطير.

من العلاج بالشعوذة إلى العلاج العضوي:

يبدو - مع ذلك - بان تفكير القدامى وما انطوى عليه من خرافات قد ساعد بشكل ما على تبلور مرحلة من التطور في علاج الأمراض النفسية. فانتباه القدامى للجمجمة والرأس على أنها موطن الشياطين والجن في حالة المرضى العقليين كان فيما يبدو موحيا بالانتقال إلى دراسة تلك الاضطرابات بربطها بالمخ تحت انتشار الطب العضوي. ومهما يكن من أمر، فإن فكرة الشياطين والجن الذي يلح الجسم الإنساني ويتخalleه لينفتح فيه الشر والاضطراب لم تعد ترضي ما توصل إليه التفكير البشري من تطور خلال القرن التاسع عشر. فقد شهد ذلك القرن نموا في التفكير الطبيعي امتد أثره ليشمل ما يشبه الثورة في تطور الطب العضوي وعلاج الأمراض الجسمية. ولأن الأمراض العقلية آنذاك كانت أيضا من تخصص الأطباء فقد امتد التطور أيضا ليشمل دراسة الأمراض النفسية والعقلية.

وطبيعي أن يؤدي ذلك التطور إلى تشكيل اتجاه علمي قوي في النظر إلى الاضطرابات النفسية والعقلية. فقد أصبحت هذه الموضوعات وربما لأول مرة في تاريخ الفكر البشري موضوعات قابلة للبحث العلمي وليس لاجتهاد المشعوذين ورجال السحر والمنجمين. فانهمك الأطباء في بحوث عن مسببات تلك الأمراض.. وساد الاتجاه بان لكل مرض عقلي سببا مثله في ذلك مثل أي مرض جسمى، وأنه إذا عرفنا العلة بطريق التجربة والاستقصاء، فإننا سنصل في الغالب إلى استبطاط العلاج المناسب بطريقة العاقاقير الطبية. وهذا التطور ما زلتا نشهد آثاره فيما يسمى بالطب النفسي (السيكياتري) الحديث.

ولكن النظر للمرض النفسي بقوانين المرض الجسمى، لم يكن ليثير

الاحساس بالرضا لدى جميع المختصين. ونعرف بأن كثيرا من الحماس الذي يميز علماء العلاج النفسي والسلوكي الحديث في ابتكار تصورات ونظارات ذات طابع سيكولوجي لمواجهة التحديات التي لم تكن التطبيقات الطبية قد استطاعت أن تواجهها في خلال قرن من الزمان، إنما جاءت كنتيجة لتزايد عدم الرضا على المنهج الطبي التقليدي الذي ينظر للمرض النفسي نظرته للمرض الجسمي. ففي الأمراض الجسمية دائماً ما يكون العرض الجسمي (كارتفاع الحرارة، والصداع وارتفاع ضغط الدم.. الخ)، نتيجة لاختلالات عضوية أو كيميائية في الجسم هي الجديرة بالعلاج. ولأن الأطباء احتكروا عمليات العلاج الجسمي والنفسي معاً.. فقد انتقل المفهوم الطبي والجسمي انطلاقاً آلياً إلى تفسير الاضطرابات النفسية.. فأصبحت الأعراض النفسية من اكتئاب، وقلق، وهلاوس، وعدوان، ومخاوف، وهواجس ينظر إليها نظرة عضوية على أنها أعراض سطحية تخفي وراءها اضطرابات جسمية تمثل في وجود اختلالات كيميائية في المخ، أو تلف في الأنسجة نتيجة لعيوب وراثية أو اختلال في وظائف الجهاز العصبي أو الغدد وغيرها من عوامل عضوية لا يسمح المقام هنا أن نخوض فيها بالتفصيل.

وبالرغم من أن العلاج السلوكي الحديث يتضمن طرقاً بيولوجية كالعلاج بالصدمات الكهربائية في حالات الاكتئاب، أو جراحات المخ، أو العقاقير المهدئة فإن كثيرا من الدراسات تبين أن فاعلية هذه الأساليب تكون محدودة، ما لم تصبحها أساليب من التوجيه والتربية. فالمريض الذي يشكو من التوتر النفسي بطريقة تعوق تلقائيته في الحديث أمام الناس على سبيل المثال، قد يساعده تعاطي بعض العقاقير المهدئة على ضبط هذا التوتر.. لكن ماذا عن قدرته على التعبير عن نفسه ؟ أو طرقه في التفاعل مع الآخرين بطريقة - إيجابية ؟ هنا لا بد من أساليب جديدة تمكنه من أن يتعلم طرقاً جديدة من التعبير عن النفس والتفاعل الاجتماعي وأن يتخلى عن أساليبه القديمة.. وبدون هذا التعلم.. فقد يظل تأثير العقار محدوداً أو منعدماً.

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 100 مليون جنيه إسترليني في العام، ولا توجد لدينا - للأسف - إحصاءات عربية عن مقدار ما يصرف في استهلاك الأدوية والعقاقير المهدئه في الدول العربية.. ولكن لا شك في أن أموالا طائلة مماثلة تستهلك في ذلك، وما يمكن استنتاجه بشكل عام.. هو أن الاضطرابات النفسية بالرغم من هذه المبالغ الطائلة التي تصرف في العقاقير لم تتضاءل كثيرا فيما يبدو. قد يقال بأن ازدياد اعتماد الناس على هذه العقاقير يكون بسبب ازدياد انتشار الاضطرابات النفسية ذاتها في عصرنا الحديث. وسنرى خطأ هذا الادعاء فيما بعد (أنظر الفصل الأول خاصة فيما يتعلق بانتشار الأمراض النفسية والعقلية). كما سنرى أن رحلة الشخص مع ما يمتلكه من اضطرابات لم تنته.. بانتهاء اكتشاف العقاقير والمهدئات.

فضلا عن هذا فإن كثيرا من جوانب العلاج العضوي كالعلاج بطريق الصدمات الكهربائية قد تؤدي إلى نتائج سيئة تفوق نتائج الأعراض التي تقوم بعلاجها. وسأنتهز هنا هذه الفرصة لأقدم عرضا لبعض نتائج هذا النوع من العلاج لأنه يستخدم بكثرة في كثير من المجتمعات العربية. أن العلاج بالصدمات الكهربائية أو التشنجات الكهربائية طريقة دخلت مسرح العلاج في الثلثينيات من هذا القرن. وهي تقوم كما سنرى في الفصل الثاني على لصق قطبين كهربائيين في فودي المريض ثم يمرر تيار كهربائي يتراوح من 70 إلى 150 فولت خلال المخ. ويستغرق تمرير هذا التيار أجزاء من الثانية أو ثانية على أكثر تقدير. ويحتاج المكتتبون في الغالب إلى حوالي من 6: 12 جلسة بينما يحتاج الفصاميون إلى ما يقرب من 25 جلسة. ومن المعتقد أن التشنجات التي تصيب المريض نتيجة لتمرير هذا التيار تؤدي إلى تغيير في سلوكه.. لكن هناك ما يشبه الإجماع على أن العمليات التي يؤثر من خلالها التشنج على السلوك أمر غير معروف. كل ما يعرفه الأخصائيون أن هذا الأسلوب يؤدي إلى التغيير من حالات الاكتئاب لدى الفصاميين والمكتتبين على السواء. أما كيف يتم كذلك فهذا غير معروف. واستخدام الصدمات الكهربائية في العلاج النفسي يتم تبريره في مستشفياتنا العقلية على أنها طرق سريعة وسهلة الاستخدام وتتوفر وقت الأطباء النفسيين. ولكن هذه الحجج تخفي حقائق كريهة، ومأساوية من

حيث الآثار الدائمة على السلوك والشخصية الإنسانية بعد هذا. علماً بأن نسبة الوفاة من الصدمات الكهربائية تصل إلى واحد في كل ألف مريض منهم 5% ينبع سبب موتهم مباشرة نتيجة لتلف أنسجة المخ وخدماته brain damage⁽³⁾ وتدل دراسات علماء الأعصاب التي تجري منذ الأربعينات على أن تأثير الجلسات الكهربائية على أنسجة المخ أمر مؤكّد.

ففي لقاء حديث سنة 1978 مع الطبيب النفسي «كارل بريبرام» رئيس معهد علم النفس العصبي neuropsychological بجامعة ستانفورد بكاليفورنيا يقول: «أنتي أفضل إجراء جراحة في المخ عن تطبيق سلسلة من الجلسات الكهربائية.. فأنا أعرف ما تحول إليه خلايا المخ الرقيقة بعد سلسلة من الجلسات الكهربائية. أنها تبدو بمنظر لا يبعث الرضا على الإطلاق».

أضف إلى هذا، التأثيرات الأخرى التي تركها الجلسات الكهربائية على المريض كالصداع الحاد، وفقدان الشهية، والمخاوف.. ومن أكثر هذه التأثيرات سوءاً التأثير على الذاكرة الإنسانية. فقد كشف جانيس Jains سنة 1950 في دراسة عن آثار الجلسات الكهربائية بأن «جميع المرضى الذين عولجوا بطريق الصدمة ظهرت عليهم عوارض تدهور الذاكرة لما يقرب من أربعة أسابيع بعد توقف الجلسات». ويضاف إلى هذا أن عدداً من الأشخاص يتخلّى إلى نفس الحالة بعد فترة من الزمن، كما سنرى فيما بعد. غير أننا لا زلنا نلاحظ مع هذا أن النظرة العضوية للأمراض النفسية والعقلية لم تختف تماماً عن الانظار. فما يزال كثير من الأطباء النفسيين، وما تزال جمعية الطب النفسي الأمريكية تصرف ملايين الدولارات كل عام لكي تؤكد بأن الاختلالات العقلية هي عضوية في طبيعتها إلى حد كبير وأن دراستها يجب أن تتجه للبحث عما يرتبط بالأمراض النفسية من عوامل وراثية وبيوكيميائية. ومع هذا فإن الكثيرين تحولوا للبحث عن طريق آخر غير الطريق العضوي لتفسير السلوك الشاذ وهو الطريق النفس أو البحث عن عوامل نفسية داخلية.

من العلاج العضوي إلى التحليل النفسي:

والحقيقة أن التراجع عن التفسير الطبي والبحث عن تفسير نفسي بدأ في مستهل القرن العشرين على يد طبيب أصبح اليوم اسمه على كل لسان

ألا وهو سigmund Freud، الذي افترض بأن الاضطرابات النفسية يمكن أن ترد إلى وجود صراعات داخلية لأشعورية، وقوة تعلم بداخل الشخصية الإنسانية قوى يتصارع بعضها مع البعض الآخر. ويؤدي تصارعها إلى تكون الأعراض المرضية. وبهذا المعنى أمكن Freud أن ينقل محور الاهتمام بالاضطراب النفسي من وجود خلل عضوي إلى وجود صراع قائم في النفس.. ومن العلاج العضوي إلى التحليل النفسي كما سترى في الفصل الثاني.

وبالرغم من أن Freud يعد في تاريخ العلاج النفسي من أوائل في تحدوا وجهة النظر العضوية في تفسير المرض العقلي، فإن آثار تخصصه الأصلي كطبيب قد جعلته ينقل للمريض النفسي تصورا - يختلف في المضمون ولكنه يتطرق في المنهج. فكما أن الأطباء النفسيين يعالجون المرضى العقليين بطريق علاج أنواع الخلل العضوي في المخ أو الجهاز العصبي، كان Freud يعالج الأمراض النفسية بطريق علاج ما يمكن خلفها من أنواع الخلل الصادر عن وجود غرائز متأصلة فينا بيولوجيا. وقد أثار Freud فيما يبدو-الذعر لدى الكثيرين عندما قال بأن الغرائز الجنسية هي المصدر الأساسي للدوارع المسببة ل معظم السلوك الإنساني. وبهذا فإن الأعراض المرضية ما هي إلا علاقات سطحية لاضطرابات وصراعات أعمق في داخل الشخصية. ولا شك أن هذا التصور يذكر القارئ بشكل ما بنظرية الأطباء للأعراض الجسمية على أنها دلائل على اضطرابات وأمراض كامنة.

ولقد وجهت انتقادات حادة للتحليل النفسي الفرويدي، ولكل النظريات الحديثة المشتقة منه⁽⁴⁾ ويستحيل علينا في هذا الحيز أن نستعرض كل الانتقادات التي وجهت للتحليل النفسي طوال ما يقرب من نصف قرن. إذ لا شك أن مثل هذا العمل لو كان يجب القيام به بأمانة وبدقة لطلب مجلدا يزيد في ضخامته عن كتابنا هذا. لكن يهمنا هنا عرض ما يناسب من هذه الانتقادات لموضوعنا عن العلاج النفسي.

فمن ناحية يأخذ الناقدون على Freud أن كثيرا من مفاهيمه التي ابتكرها لوصف وتفسير الأمراض النفسية كانت عامة وفضفاضة، وصعب تحديدها تحديدا دقيقا. ولهذا يصبح من الصعب جدا اختبار كثير من الفروض التحليلية اختبارا موضوعيا وتجريبيا، لأنها بنيت على أدلة قصصية

وبطريقة أدبية يصعب على العلماء تقبلاها.

ومن ناحية أخرى ثلاثة موضوعنا فيما يتعلق بفكرة الغرائز هذه التي كان يعتبرها فرويد مصدر الطاقة للسلوك المرضي. فلقد أدت هذه الفكرة إلى تعقيد مشكلة التشخيص تعقيداً ضخماً، فقد تضاءل معنى الأعراض، وأصبح على الإنسان أن يتراوّزها سعياً وراء الصراعات الداخلية. مما يجرد المشكلة النفسية أيضاً من أساسها النفسي ويجعلها رهينة بوجود قوى من العسير التحكم فيها أو ضبطها كما نصبو. لقد أصبح لدينا -فيما يرى إيزنك- «بدلاً من الشياطين والعفاريت، مركبات أوديب واليكترا».

وقد استطاعت نظرية التعلم الحديثة أن تقدم تفسيرات بديلة للأمراض النفسية كما أصبح بالإمكان أن نقوم بشيء حيالها من حيث العلاج لا عن طريق سنين طويلة من التحليل النفسي والتداعي الحر، ولكن عن طريق إعادة تعلم جوانب من السلوك التكيفي بوسائل بسيطة من العلاج السلوكي.

من الفرويدية إلى السلوكية:

من الميسور أن ترد بدايات التصور السلوكي للعقد الأول من هذا القرن. ففي نفس الفترة التي شهدت «سيجموند فرويد»، بُرِزَ «إيفان بافلوف» في روسيا بدراساته عن الفعل المنعكس تلك التي أكسبته تقديرًا واسعًا لقاء نظرياته فيه، فمنح جائزة نوبل بجدارة. وعلى الرغم من أن تأثير «بافلوف» على علم النفس لم يتبلور بصورة مبكرة كفرويد، فإن الظروف شاءت أن تجعل منه مؤسس الوجهة السلوكية في علم النفس عندما استطاع «واطسون» أن يطبق بمهارة نظريات بافلوف في الفعل المنعكس لوصف اكتساب الأمراض النفسية وإزالتها. وفي فترة قريبة بُرِزَ أيضًا «سكيتر» الذي استطاع أيضاً أن يرسخ مناهج سلوكية متطرفة عن تعديل السلوك، سنفرد لها لأهميتها أحد فصول هذا الكتاب.

استطاع بافلوف -على أية حال- أن يثبت أنه من الممكن أن يعلم حيواناً ما أن يسيئ لعابه بمجرد سماعه لصوت جرس أو رؤيته لضوء معين؟ وتجاريه في هذا الميدان مبكرة.. ولو أنه لم يكتب لها فيما أشرنا أن تؤثر في النظرة للأمراض النفسية إلا في فترة قريبة عندما أبدى «واطسون» اهتمامه بتجارب بافلوف بان استطاع أن يخلق مرضًا نفسياً (وهو الخوف

المريضي) لدى أحد الأطفال (أليبرت) بطريقة تجريبية في داخل المختبر. لقد كان «أليبرت» في عامه الأول عندما قام واطسون⁽²⁾ بتعريفه لفأر أبيض عدداً من المرات.. وفي كل مرة يقرع صوتاً عالياً مفزواً عندهما يظهر الفأر. لقد كان هدف «واطسون» أن يبين أن المخاوف يمكن أن نتعلمها نتيجة للربط بين ظهور المنبه الأصلي (الفأر الأبيض) والمنبه الشرطي (الصوت المزعز)، تماماً كما كان «بافلوف» يعلم حيواناته أن تستجيب بإفراز اللعاب نتيجة للربط بين المنبه الأصلي (الطعام) والمنبه الشرطي (صوت الجرس). وقد نجح واطسون في إثبات ذلك بالفعل إذ تحول مشهد الفأر المحايد إلى مصدر لفزع «أليبرت» الصغير بعد سبع مرات من تعريفه للفأر مقروناً بهذا الصوت المزعز. لقد كان أليبرت يصرخ طالباً النجدة عندما كان يشاهد الفأر، وأخذت مخاوفه تتعمّم نحو كل الأشكال الفرائية والمشابهة لل فأر كالأرانب، والكلاب... الخ. وهكذا أمكن بظهور هذا التصور النظري إلى كافة الأمراض النفسية على أنها استجابات وعادات شاذة تكتسب بفعل خبرات خاطئة. ولم يعد المعالجون السلوكيون ينظرون للاضطراب النفسي على أنه نتاج لفرائز أو صراعات داخلية، بل على أنه سلوك نكتسبه من البيئة بفعل سلسلة من الارتباطات التعسة بين منبهاتها المختلفة. أو كما يوضح أيرننك⁽⁵⁾:

«ترى نظرية العلاج السلوكي بأنه لا توجد أمراض وراء الأعراض الظاهرة. فالأعراض هي المرض. فجوانب القلق التي تمتلك الناس، وحالات الاكتئاب، والوسوس القهري وكل الانفعالات والمسالك العصبية لا تزيد - وفق هذه النظرية عن كونها استجابة شرطية^(3*) انجعالية، أو ردود فعل لتلك الاستجابات المشروطة...» فإذا كان ذلك كذلك فإن الأعراض هي المرض، وليس أعراضاً «تحفي وراءها أي شيء.. ويكون العلاج فعالاً إن استطعنا التخلص من تلك الأعراض، فإن أنت تخلصت من العرض تخلصت من المرض»⁽⁵⁾.

وقد قام كثير من المعالجين النفسيين السلوكيين بتشكيل نظرياتهم على نسق نظرية واطسون.. هكذا على الأقل فعل «لبي» و «سكينر» و «ولازاروس» و «أليس» في تحليل السلوك الشاذ وعلاجه. صحيح أنهم جميعاً تقرّبوا ينظرون الآن إلى تجربة واطسون المبكرة على أنها تعتبر نظرية شديدة

التبسيط والآلية.. إلا أن منحاجهم الفكري يتشابه في أنهم جمیعاً تقريباً:

1- ينظرون للمرض النفسي بصفته سلوكاً شاذًا، ومكتسباً، ويكتسب بفعل عمليات خاطئة من التعلم. ويستخدمون لذلك البحوث التجريبية للكشف عن فاعلية متغيرات معينة في أحداث الاضطراب تماماً كما فعلواطسون».

2- ينظرون للأعراض المرضية على أنها هي الهدف الذي يجب أن يتوجه إليه العلاج وان إزالة الأعراض تؤدي إلى التخلص من المرض النفسي والاضطراب. وليس كما يعتقد المحللون النفسيون - أن الأعراض ما هي إلا مظاهر سطحية تخفي من ورائها اضطرابات أعمق في الشخصية هي التي يجب أن يتوجه لها العلاج.

3- لا يبذلون مجھوداً كبيراً في البحث في تفسيرات السلوك في إطار صراعات الطفولة أو الغريرة، أو الوراثة. فمن رأيهم أن التفسير أمر يختلف عن العلاج.. وان وجود وراثة أو غريرة أو أي شيء من هذا القبيل لا يجب أن يؤثر بأي حال في مجھوداتنا للتعديل من أنماط السلوك الشاذ.

4- من الأساسي بالنسبة للمعالجين السلوكيين البدء في التحديد الدقيق والنوعي للسلوك الذي نرغب في تعديله أو علاجه. والإجراءات التي يستخدمها المعالج السلوكي لذلك تختلف في أهدافها مما يقوم به المحل النفسي بطريقة فرويد مثلاً. لأن المعالج يبدي اهتماماً مباشرًا بالظروف المحيطة بتكون السلوك المريض (الذي أدى لطلب العلاج)، بينما يتوجه الاهتمام المحل النفسي إلى تاريخ المريض.. هكذا مجرداً دون اهتمام بأنماط التفاعل بين الفرد والبيئة التي أحاطت ببداية تولد الأعراض المرضية كما يفعل المعالج السلوكي.

5- لا يقف دور المعالجين السلوكيين عند مجرد اكتشاف الاضطراب وتحديده، ومقداره (أي التشخيص)، بل يساعدون المريض على التحديد الدقيق لأنماط السلوك السوي والجيد الذي يجب أن يتوجه له الاهتمام بدلاً من السلوك المريض، كما يساعدوه في وضع الخطة العلاجية وتنفيذها في اتجاه التخلص من الاضطراب بأساليب متعددة، ومثل هذا التفكير الفرويدي الذي يرى بأن دور المعالج هو تشجيع المريض على الاستبصار بمشكلاته وصراعاته، وأن الاستبصار يؤدي إلى التغيير التلقائي والعلاج.

وبالرغم من أننا نعتبر فصول هذا الكتاب نماذج للتفكير السلوكي وأساليبه في العلاج، فإننا حاولنا أن نعكس بعض التطورات النظرية المختلفة في هذا الموضوع التي قد تختلف عن المنهج التقليدي في العلاج السلوكي كما يستمد نظرياته من «بافلوف» و«سكينر»، ولو أننا نتفق بالطبع مع الفلسفة العامة لهذا المنهج القائم على ضرورة احترام المنهج العلمي والبحث التجريبى، والذي يرى أن العلاج الناجح الفعال يجب أن ينحو نحوه مباشرة بالتركيز المباشر على تعديل السلوك المرضي دون سعي وراء صراعات أو عقد داخلية.

من العلاج السلوكي الأحادي البعد إلى العلاج المتعدد الأوجه:

بالرغم مما هو مسلم به بين علماء النفس والعلاج من أن نظرية التحليل النفسي، لم تعد بعد نظرية جيدة يعتد بها⁽⁶⁾، فإن من الغريب أن نلاحظ أن بعض الناس وبعض العلماء الذين يشهد لهم في علم النفس بالجدارة والاعتبار لا زالوا يأخذونها مأخذ الجد. وقد يطرح علينا هذا سؤالاً علينا أن نواجهه هنا وهو لماذا لا تزال نظرية التحليل النفسي ذات مكانة مرموقة بين كثير من المعالجين؟

قد تتعدد إجابات هذا السؤال.. لكن هناك حقيقة توحى لنا بها دراسة تاريخ التفكير العلمي.. وهي أن من الضروري لكي يتم التطور من نسق قديم أو خاطئ من التفكير أن يتواجد على مسرح الحياة نسق بديل يثبت فائدة أكثر. فقد ظل التفسير الشيطاني للمرض العقلي مسيطرًا على الأذهان إلى أن استطاع الأطباء أن يقدموا إجابة بالرغم من قصورها فقد كانت مقتنة وبداية لتقسيير هذه الأمراض وعلاجها، وظل النمط الطبي بعد هذا مسيطرًا على تقسيير السلوك الإنساني إلى أن أطأط فرويد اللثام عن حقيقة بسيطة وهي أن قوانين «النفس» تختلف عن قوانين ما هو «عصبي»، ونجح فرويد أن يستبدل التصور الطبي بتصوراته 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 مفتوحاً لكثير من الشكوك حول المكانة العلمية لنظريته بسبب عزوفه عن التقاليد العلمية

من ناحية، وتجاهله لدور التعلم والخبرة في تحديد سلوك الإنسان. لقد جعل الإنسان مغلولاً في صراعاته وتورطاً في غرائزه بطريقة جعلت من قدرتنا على التنبؤ - هدف العلم المقدس - بالسلوك البشري ومساره في موقف لا يتلاءم مع جوانب التقدم العلمي في الفروع الأخرى.

ولم تتجز النظرية السلوكية - للأسف - بالرغم من أنها ظهرت تقريباً في الفترة التي ظهر فيها فرويد⁽⁴⁾، لم تتجز في أن تشد إليها الاهتمام كنظرية التحليل النفسي. لقد قدمت السلوكية البديلة الملائمة للتطور بالتفكير العلمي: قدمت البحث التجاري بديلاً عن أساطير فرويد، وقدمت أيضاً التعلم والخبرة بديلاً عن القوى الداخلية العميماء التي تعمل بداخل الإنسان وتسيطره فلا يملك لها رداً. قدمت ما كان يكفي بالانتقال والتطور إلى مرحلة أخرى من العلاج النفسي. ولكن من المؤسف أن هذا لم يحدث بالسرعة التي نتمناها. فلا يزال للفرويدية مؤيدوها ولا يزال لها شيعتها المتزمتون.

أما لماذا لا تزال الفرويدية تشيع بهذه القوة بالرغم من وجود البديل؟..
فإن الإجابة تكمن في النظرية السلوكية ذاتها فيما نتصور.. فالسلوكية في شكلها الأول التقليدي كانت ترى أنه يكفي دراسة أنواع السلوك السطحية التي تقبل الملاحظة.. وأن هذا هو أكثر ما نحتاج له لفهم الاختلالات النفسية وعلاجها. وانطلاقاً من هذا كان المعالج السلوكي بدءاً من «بافلوف» وحتى «سكينر» يضع كل ما ليس بظاهر في موضع هامشي. حتى أن سيكر يحذر مراراً وتكراراً علماء النفس السلوكي من الوقوع في فخ مفاهيم حاربتها في نظره المدرسة السلوكية منذ نشأتها: «عندما أقول بأن السلوك نتاج للبيئة.. فإني أعني بالبيئة أي حادثة أو منه في العالم له القدرة على التأثير في الكائن. صحيح أن جزءاً من العالم موجود في داخل الكائن.. لكن هذا جزء ضئيل الأهمية.. ويستدل عليه من خلال الاستنتاج العقلي والقارير اللغوية.. لذا يجب أن تكون في منتهى الحذر والدقة في معالجته.. لأن الباحث في تلك الحوادث الداخلية يبعد نفسه - ولو خطوة صغيرة - عن السلوك الظاهر والواقع الفعليه»⁽⁷⁾.

وفي اعتقادنا أن السلوكية بهذا الشكل قد سلبت الإنسان كثيراً من العوامل التي كان يمكن أن تكون ذات قيمة في فهمه وعلاجه.. مما جعل

أحد المعالجين النفسيين يرى انه من الصحيح أن العلاج السلوكي قد يكون هو العلاج المفضل بالنسبة للاضطرابات المتعلقة بالمخاوف المرضية.. والاضطرابات التي لها مصدر خارجي يمكن ملاحظته والتحكم فيه، لكنه يعتبر طريقة غير مناسبة في علاج حالات الاكتئاب والقلق الوجودي والميول الانتحارية والاغتراب وغير ذلك من اضطرابات تكون مصادرها غير ملحوظة في العالم الخارجي.

والحقيقة أن هذا ما يرفضه العلاج السلوكي الحديث في ظل التطورات الراهنة التي يتوجه نشاط المعالجون فيها نحو الأبعاد المتعددة للمرض العقلي.

ومن ثم جاء الكتاب الحالي يؤكد من خلال فصوله بأنه توجد إمكانيات متعددة لتغيير السلوك. بعبارة أخرى.. نرى أن الاضطراب النفسي نتاج لعناصر بعضها في البيئة الخارجية وبعضها في عالم القيم والتفكير والوجودان.. أي العوامل الذاتية.

وبالتالي فإن علاج فرد يشكو من مشكلة معينة كالاكتئاب أو العجز عن ضبط النزعات العدوانية.. أو القلق.. الخ يمكن أن يتم بان نعلمه أساليب جديدة من السلوك، كما يمكن أن نعلمه طرق جديدة من التفكير وحل المشكلات، ويمكن أن نساعده على تغيير توقعاته القديمة أو القيم التي يتبنّاها نحو بعض الأهداف.

بعبرة أخرى فتحن نحو أن نعكس في هذا الكتاب نوعاً من التفكير بهتم اهتماماً خاصاً بالاضطرابات النفسية بحيث لا يجردها من طبيعتها المعقّدة. ومحور هذا التصور هو أن الاضطراب النفسي عندما يحدث لا يشمل جانباً واحداً من الشخصية إنما يشمل أربعة عناصر هي: السلوك الظاهر (الأفعال الخارجية)، والانفعال (التغيرات الفسيولوجية)، والتفكير (طرق التفكير والقيم)، والتفاعل الاجتماعي (العلاقات بالآخرين).

تناول على سبيل المثال شخصاً يعني من القلق الشديد عندما يتقدم لحديث ودي مع رئيسه أو شخصاً من الجنس الآخر أو أي شخص على درجة معينة من الأهمية أو الجاذبية له. أن قلقه في الحقيقة يترجم عن نفسه في أشكال متعددة ومتصاحبة وتحدث جميعاً في وقت واحد: إذ تستد ضربات قلبه وتزداد سرعة تفسه (كدلالة على الانفعال) ويتجلى في

الكلام ويحمر وجهه (سلوك ظاهري) وربما يتكلم مع نفسه بصوت غير مسموع بأنه إنسان فاشل وعاجز ومهمل (قيمة سلبية نحو الذات أو تفكير)، كما يجد نفسه عاجزاً عن أن يجد موضوعات مناسبة للحديث لترخرجه من ورطته (كدلالة على ضعف المهارة في التفاعل الاجتماعي).

ولأن الاضطراب يشمل كل هذه الوظائف، فإن العلاج الناجح يجب أيضاً وأن يتجه إلى التغيير، وبشتى الوسائل من مصاحبات الاضطراب في كل تلك الوظائف والجوانب. فمن الممكن أن نعلمه أساليب جديدة لضبط انفعاليه (من خلال الاسترخاء العضلي مثلاً)، كما يمكن أن نعلمه أساليب جديدة من السلوك، أو أن نزيد من إمكانيات أساليب السلوك القديمة في هذا الموقف (تعديل السلوك)، كما يمكن أن نعلمه بأن لا يفكر في نفسه تفكيراً سلبياً وإن لا يضفي على هذا الشخص-الرئيس أو الفتاة قيمة إيجابية أكثر مما يجب (تعديل في طرق التفكير والقيم). ويمكن أيضاً أن نعلمه طرقاً جديدة في تبادل الأحاديث مع الآخرين، واختلاف موضوعات ملائمة بمهارة (تعديل طرق التفاعل الاجتماعي). وبالرغم أن من الصعب على معالج واحد أن يتقن مهارات تعديل السلوك البشري في الجوانب الأربع السابقة معاً، فإن المستقبل قد يشهد تخصصات أدق بين المعالجين النفسيين. فنجد فريقاً يولي اهتماماً ونشاطه لتعديل السلوك، وفريقاً آخر لتعديل التفكير، وطائفة ثالثة لتعديل المهارات الاجتماعية، وطائفة رابعة لتعديل الاضطرابات الانفعالية. وبينما أن هذا ما بدأ يتبلور في الوقت الراهن في الولايات المتحدة، وفي غيرها من البلدان التي تشهد تقدماً في نمو أساليب العلاج السلوكي.

وبعد، فسنفصل في الفصول القادمة في بعض أبعاد هذا المنهج.. غير أننا نود هنا أن نشير إلى أن فصول الجزء الثاني من هذا الكتاب الخاص بأساليب ومناهج العلاج جاءت لتغطي جوانب التقدم بإعطاء نماذج من أساليب علاج الجوانب الأربع السابقة فخصصنا الفصلين الثالث (العلاج بطريقة متدرجة) والرابع (الاسترخاء) لعلاج وتعديل الجوانب الوجدانية بإزالة الحساسية المبالغ فيها . وخصصنا الفصل السادس (قوة التدعيم) لإعطاء نماذج من تعديل السلوك، أما الفصل السابع (تعديل أخطاء التفكير) فقد أفردناه لتعديل أساليب التفكير والقيم ويعتبر الفصل الخامس (تأكيد

الذات) نموذجاً من نماذج تعديل أساليب العلاقات الاجتماعية. وبالرغم من أنني لا أزعم بأن ما سأقدمه في هذه الفصول القادمة يعكس بكل دقة المجهودات الرائدة في هذا الميدان فأنا حاولت أن أبين أنه في مشكلات على درجة كبيرة من التعقيد كأمراض النفس البشرية، لا بديل عن بعض الفهم المنهجي إذ ما كنا نرغب بصدق في مواجهة تعاسات البشر وألامهم بطرق أخرى بعيدة عن فلسفات انهزامية يائسة. ولا يسعني في هذا المقام إلا أن أتقدم بالشكر لسلسلة عالم المعرفة ومستشارها الأستاذ الدكتور فؤاد زكريا لإتاحة هذا اللقاء مع القارئ العربي.. في كل الوطن العربي.

عبدالستار إبراهيم

السالمية - الكويت

أبريل 1979

قراءات مفتوحة

(1) للمزيد من التفسيرات القديمة للمرض النفسي انظر:

أ- شلدون كاشدان: علم نفس الشواد، ترجمة احمد عبد العزيز سلامه ومراجعة محمد عثمان نجاتي، الكويت: دار القلم، 1977 . خاصة الفصل الثاني وموضوعه نماذج للسلوك الشاذ .

B-Robbins, R.H. The encyclopedia of Witchcraft and de monology. New York: Crown: Publishers,1959.

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

(2) انظر:

عبد المحسن صالح، الإنسان الحائز بين العلم والخرافة، الكويت عالم المعرفة، مارس، 1979 .
في هذا الكتاب الشيق يركز المؤلف على نماذج من الموضوعات التي تفسر بطريقة خرافية بالرغم من انه يمكن تناولها تناولا علميا .. انظر بشكل خاص الفصل الثالث الذي يفرده المؤلف للعلاج الخرافي في بعض الشعوب العربية.

(3) للمزيد عن العلاج بالصدمات الكهربائية وتأثيراتها النفسية انظر. Fried berg, J-Electroshock therapy: Let us stop blasting the brain. Psychology today. August, 1978.

(4) للمزيد عن نظرية فرويد والانتقادات الحادة التي تواجهها مدرسة التحليل النفسي انظر:
أ- هول ليندزي، نظريات الشخصية، ترجمة فرج أحمد فرج وآخرين القاهرة، الكويت، دار الشائع 1978 .

ب- أيزنك، الحقيقة والوهم في علم النفس، الترجمة العربية القاهرة: دار المعارف 1969 .

(5) Eysenck, H.J. You and neurosis. Glasgow: William Collins

(6) المرجع السابق.

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

الحواشي

(*) إذا اعتاد الإنسان على مواجهة مواقف مختلفة بطريقة مبالغ فيها انفعالياً قلنا بأنه يعاني من مخاوف وقلق، أما إذا اعتاد الإنسان على مواجهة نفس المواقف بصورة غير المكتثر، أو الحزين دائماً وصفناه بالاكتئاب. ونقول عنه بأنه «فصامي» إذا ما كانت استجاباته لتلك المواقف مشوهة وغير واقعية.

(*) الأرقام بين الأقواس تشير إلى أرقام المراجع في نهاية كل فصل.

(2*) أجرى واطسون دراسته تلك مع تلميذته Rayner التي أصبحت زوجته فيما بعد. ومن الغريب أن واطسون قد قفصل من الجامعة بعد أن نشر دراسته بقليل.. واستطاع توظيف قدراته، الخلاقة في ميدان الدعاية والإعلام ليصبح مليونيراً وليخسره علم النفس وتكتبه الدعاية.

(3*) اتفق مع دكتور فؤاد زكريا في أن الكلمة العربية تشرط تحرير بعض التعديل.. لأنها لا تنقل المعنى الذي يتضمنه التعلم البافلوفي وهو التعلم القائم على التحكم في السلوك الإنساني من خلال التحكم بالنبهات وال العلاقات بينها. غير أنها للأسف سينبقي هذا المصطلح لشيوعه.

(4*) لقد شهد العقد الأول من القرن العشرين سيجموند فرويد وايفان بافلوف معاً وكان كلاهما على درجة ملحوظة من الشهرة.

الباب الأول
نظرة عامة في
الاضطرابات النفسية وعلاجها

نحو والاضطرابات النفسية والعقلية

سأحاول في هذا الفصل أن أقدم للقارئ عرضاً بعض المفاهيم الرئيسية التي سيصادفها في شايا الفصول القادمة. فهذا الكتاب - فيما أوضحتنا يهدف أساساً إلى إعطاء وجهة نظر علمية متمسكة عن عدد من الأساليب الحديثة في العلاج النفسي، فموضوعه أساساً هو السلوك الإنساني 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 مرضيدين عقلياً؟ وما هي العوامل النفسية المتدخلة في ذلك؟ وهل تزداد النسبة المئوية لحالات الاضطراب العقلي والنفسي؟ وكيف يمكن العلاج؟.

هناك في الحقيقة خلاف كبير حول طبيعة السلوك الشاذ. يعترف واحد من أئمة علم النفس الحديث، بان البدء في تعريف السلوك الشاذ ربما يكون بداية خطأ «فالعلم لا ينجح دائماً في إعطاء تعريفات معقولة عن الظواهر الطبيعية حتى يصل إلى درجة معقولة من الفهم المتقدم لأسبابها.

فالأسهل هو أن نصف وأن نتعرّف على فيل مثلاً

من أن نعرفه»⁽¹⁾ ولهذا فما سنقدمه هنا يعتبر وصفاً للسلوك الشاذ. وليس تعريفاً بالمعنى الدقيق.

هناك مدخلان أو طريقان يمكن من خلالهما التعرف على الأشياء بشكل عام: الطريق الأول هو الذي يصف الأشياء من خلال أضدادها.. فنحن نعرف الأبيض لأنه غير الأسود⁽²⁾. ونصف الرجل بأنه ليس طفلاً.. وبهذا المعنى يكون السلوك الشاذ.. ما هو ليس بسليم أو بسوبي.. ونحتاج هنا أيضاً لأن نتفق على أوصاف محددة لما نعتبره سليماً وصحيحاً في الحياة.

أما الطريق الآخر فهو تعريف الأشياء بالنظر إليها من الداخل.. من خلال وصف متعلقاتها الأساسية فنحن لا نكتفي بأن نصف الرجل بأنه ليس طفلاً (كما في المدخل الأول)، بل علينا أن نصف ما يتعلق بسلوك الرجل من نضوج انفعالي وقدرة على استخدام اللغة، والاستقلال والقدرة على الضبط الحركي والمشي.. إلى غير ذلك. وفي هذه الحالة يجب التعرف على السلوك الشاذ من خلال وصف أنواع معينة من السلوك «تكون غالبية الناس مستعدة للموافقة على أنها سلوك مضطرب أو شاذ». والآن إلى مزيد من التفصيل عن كل طرق التعرف على الاضطراب النفسي. ونعتبر البدء بوصف السلوك السليم أو العادي مدخلاً طيباً لفهم السلوك الشاذ.. بالرغم من صعوبته. فما من مفهوم يتحير علماء النفس العلاجي في تعريفه كمثل مفهوم السواء. ربما لأن كثيراً من علماء هذا الفرع يتعاملون أساساً مع اضطرابات ومشكلات. لهذا فهم يعتقدون بأن من واجبهم أولاً تقديم إجابة شافية «وبالتالي علاجاً» للمشكلات الرئيسية والاضطرابات التي تواجه عملائهم. والناس لا يذهبون للمعالجين النفسيين لأنهم أسواء أو عاديين.. بل لأنهم يحتاجون أساساً لخدمة الخبرير النفسي وإرشاده في مشكلات كالقلق، والأرق، والعجز عن الفاعلية الاجتماعية، والشقاء.. وغيرها. ومع ذلك قبدون وجود تصور للسلوك الناجح أو السوي أو الصحي قد لا ينجح المعالج أن يهدي من يستشيرونه للطريق الصواب.. فما هو السلوك العادي أو السليم؟. ليس ثمة اتفاق في الحقيقة بين الدارسين والمعالجين المختلفين حول قائمة الصفات التي تستتبعها عملية الصحة النفسية، ولكننا يمكن مع ذلك أن نستخلص عدداً من الأوصاف لا يثور

نحن والاضطرابات النفسيه والعقلية

حولها جدل كثير في أن من يتصف بها يعتبر على قدر لا بأس به من الصحة النفسية والنضوج:

فثمة أربع فئات من السلوك تظهر لدى الأشخاص بعد نجاحهم في العلاج النفسي كما يمكن أن نلاحظها لدى من نطلق عليهم أسواء، أو متكملين، أو غير ذلك من ألفاظ الصحة النفسية.

فهناك النضوج، والمهارة في تكوين علاقات شخصية - اجتماعية فعالة، والدخول في علاقات اجتماعية دائفة وإيجابية على أن تكون مقبولة من الشخص نفسه وغير مرفوضة أو مستهجنة من الآخرين.

وهناك التوافق للعمل والمهنة، أو بتعبير آخر الفاعلية في أداء الدور، أو الأدوار الاجتماعية المنوطه بالشخص، مع البحث النشط عن دور أو أدوار ذات معنى في الحياة، إذا ما ظهر - لأي سبب من الأسباب - أن المهنة التي يقوم بها الشخص لا تقدم له الإشباع الذي يسعى إليه.

وهناك التوافق مع الذات، وما يتبع ذلك من قدرة أو قدرات على تعلم خبرات جديدة، والاستبصار بالذات بما فيها من ضعف وقوة، وبقدرة على تحقيق النفس والأهداف، وتوظيف الإمكانيات الفردية لتحقيق الإشباع المعنوي، والجسمى، والجنسى، وما يرتبط بذلك من نمو في القدرات الابتكارية، واتخاذ القرارات، وضبط الانفعالات السلبية الهدامة كالقلق، والعدوان والاكتئاب والمخاوف التي لا معنى لها.

وهناك أخيراً قدرة الشخص على أن يتبنى لنفسه فلسفة عامة في الحياة تسمح له بان يتصرف بكافأة ونجاح يتتسابان مع إمكانياته، وأن يوظف تفكيره لتحقيق التوافق بجوانبه الثلاثة السابقة: الاجتماعية، والسلوكية، والنفسيه... وعندما نقول فلسفة عامة لا يعني بالطبع بان الشخص السوى يجب أن يكون «كريتراند راسل» أو «سارترا»، وإنما يعني بان يكون للفرد مجموعة من التصورات والقيم والاتجاهات، والمعتقدات الشخصية التي تساعده على حب الحياة والناس والذات، وتحقيق السعادة، والحياة الاجتماعية الفعالة.

ولسنا نقصد من وضع هذه الصفات أن نستعرض قائمة مفصلة لما نعتبره سلوكاً ناضجاً أو سليماً. ونحن لا نذهب إلى أن هذه الصفات تمثل كل ما يعتبر سليماً، وإنما ركزنا على أهمها، وعلى العناصر البارزة في

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

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

فالعجز عن التوافق في أي جانب من الجوانب الأربع التي ذكرناها قد يعتبر علامة على الشذوذ والمرض. الواقع أن كلمة شذوذ كلكلمة سواء من حيث أنها مفهوم، أو كلمة، مجازية نطلقها على بعض التصرفات، والأفعال التي تصدر عن الشخص في مواقف متعددة. والمطلع على مراجع الطب النفسي وعلم النفس المرضي المتعددة.. كلها، لا يجد تعريفاً لأمراض شاذة.. إنما يجد قائمة طويلة تتضمن أسماء ومفاهيم لأضطرابات نفسية كالفصام.. والقلق، والاكتئاب لكل منها أعراض محددة تختلف عن مجموعة الأعراض والتصرفات التي تظهر عند الشخص الذي ينتمي لفئة أو لأخرى.. وهكذا فمجموعه الأضطرابات والتصرفات التي تشير إلى الخلل في تحقيق التوافق الاجتماعي والاندماج في أفعال اجتماعية غير مناسبة ومروفة به سهل وصف أصحابها بالجنوح والسيكوباتية أكثر من وصفه بالاكتئاب أو السلبية.. الخ.

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

وربما تسهم كلمة مرض نفسي في بعض الأحيان في إثارة غموض لا يقل عن الغموض الذي تركته لنا التفسيرات الشيطانية القديمة للأمراض النفسية.. فكما أن تلك التفسيرات القديمة نقلت لنا بأن السلوك الشاذ عمل من أعمال الشيطان، ولم تمنحنا بذلك أي معرفة ذات قيمة فيما

نحو والاضطرابات النفسيه والعقلية

يتعلق بهم هذا السلوك أو ضبطه أو علاجه، كذلك تثير كلمة المرض النفسي التي تستخدم بكثرة في تلك الأيام. «فالمعنى التقليدي لكلمة المرض هو أنه حالة تتملك شخصا فتحوله إلى شخص مختلف جذريا عن حالته السوية. فهو قد يعاني من الملاريا، أو من الحمى أو الجلطة.. الخ. ونجد في كل حالة انفصalam بين السوي والمريض. والأكثر من ذلك هناك سبب معين لكل مرض، كأن نصاب بجرثومة أو تلحق بنا أضرار مادية ما⁽³⁾. ولا شيء من هذا يصح مع الاضطرابات النفسية. والأحرى أن نصور الشخص المضطرب بأنه لا يختلف في طبيعته عن الشخص العادي.. فليس هناك فرق بين المضطربين والأسوياء إلا في مقدار ظهور السلوك الذي نعتبره شاددا. والفصامي.. والعصابي والجانح - بهذا المعنى - ليسوا من طبيعة بشريمة مختلفة.. ولكنهم بشر يختلفون في بعض أوجه السلوك فقط؛ وفي أن التصرفات التي لا تتحقق لهم ولا لم حولهم السعادة والرضا أكثر بكثير مما هي عليه بين من نطلق عليهم أصحابه. وينقلنا هذا إلى الحديث عمما نسميه بالتصرفات أو السلوك الشاذ، وهو الجانب الثاني من تعريف السلوك الشاذ.

الحقيقة أن جوانب السلوك الشاذ، أو المضطرب متعددة في غاية الاتساع، وتشمل طائفة كبيرة من الاضطرابات النفسية والعقلية. على أن بعض هذه الاضطرابات نادر (حالات المرض العقلي أو الجنون)، على حين أن بعضها يشيع شيوعاً كبيراً في المجتمع مما يجعلها موضوعاً جديراً بالاهتمام كالقلق والكآبة والجريمة.

ونحن في مجال الممارسة العملية نجد أن الأضطرابات النفسية تتفاوت فتشمل تلك الحالات التي تتراوح من مشاعر الكدر والضيق، والتعاسة، والملل، وتمتد لتشمل الحالات العقلية الخطرة التي تتطلب عادة اللجوء للطبيب النفسي أو إلى المصحات للعلاج النفسي والعقلي. والشخص المضطرب نفسياً بشكل عام ضعيف الفاعلية في عمله وفي علاقاته الاجتماعية ولو أن هذا لا يمنعه في كثير من الأحيان من ابتكار كثير من الأفكار الجديدة الهامة، ومن أن يكشف عن بعض الجوانب من التصرفات لا تختلف عن العاديين.

وهناك طريق تقليدي يتبعه طائفة من الأطباء النفسيين في تقسيم

الاضطرابات النفسية.. فينظرون إليها على أنها تنقسم إلى مرض نفسي (عصاب) أو عقلي (ذهان). والعصابيون أشخاص يتميزون بسهولة الانفعال، وتعسّاء، تسيطر عليهم بعض الأعراض المحددة، كالخوف من بعض الموضوعات، أو الخوف الشديد من المرض الجسمي، مما يصبح حياتهم دائمًا بعدم الاستقرار والتهديد، وتوقع الشر عندما لا يكون هناك شر. لكنهم في العادة قادرون علىمواصلة النشاط بالرغم من القيود الداخلية التي يفرضونها على أنفسهم. ويقال أننا جميعاً نتعرض لبعض اللحظات العصبية في حياتنا أثر أزمة أو خبرة من الخبرات المؤلمة في الحياة.

أما الذهانيون فهم من طائفة أخرى. نطلق عليهم أحياناً اسم المرضى العقليين أو المجناني وهم باختصار طائفة من الناس التعسّاء، ولكنهم خطرون، وعديمو الفاعلية. وعادة ما يعجزون عن العمل والتكيف للحياة دون عنون من الآخرين. اضطراباتهم حاسمة، وخطيرة، وتمس التفكير، أو السلوك الاجتماعي، أو المزاج، أو هذه الأشياء كلها مجتمعة.

والعصاب والذهان شيئاً مختلفان، نوعان منفصلان من الاضطرابات. فالاضطرابات الانفعالية التي تصيب المريض النفسي (العصابي) لا يفترض فيها بالضرورة أن تحرم المريض من الاستبصر 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 (الذهани) فقضيته مختلفة فالاضطراب يصيب حياته الانفعالية والعاطفية والعقلية، ويصل هذا الاضطراب إلى درجة كبيرة من الاختلال في بعض الحالات مما يجعله غير مسؤول من الناحية القانونية مما يصدر منه من أفعال خطيرة بالذات أو بالآخرين. أن الذهانيين بشر فقدوا صلتهم بالواقع وتحولوا إلى مجانيين بالمعنى القانوني. ويفترض بالطبع أن الاختلال الذي يصيب الذهани يحرمه من الاستبصر بحالته⁽⁴⁾.

ويعد الفصام أو الشيزوفرنبياً من أهم الفئات التي تتسمى لهذا النوع من الاضطراب العقلي. ويكون الفصاميون 80٪ تقريباً من الذهان. والفصامي - كأي مضطرب ذهани آخر - يفقد صلته المعقولية بالواقع، وكثيراً ما يعزف عن الاتصالات الاجتماعية، ويستخدم أساليب شاذة في تواصله الفكري مع الآخرين.. فكلماته غير مترابطة، وبمهمة وغامضة. ويبدو من الناحية

نحن والاضطرابات النفسيه والعقليه

الوجودانيه وكأنه عاجز عن اختبار أي من الانفعالات الوجودانيه، بسبب ما يمتلكه من تبلد وجوداني ومعتقداته الزائفة (هواجس) كثيرة وقوية، وتتعدد عدة صور كالشك والغيره، والتوجس، وفي الحالات الشديدة تمتلكه هواجس قوية من العظمة أو الاضطهاد.

وفي بعض حالات الفصام تكون المعتقدات الزائفة سواء بالعظمة-أو الاضطهاد هي الغالبة، وفي هذه الحالة يسمى هذا النوع من الفصام بالبارانويا . وبالرغم من التناقض بين العظمة والاضطهاد فغالبا ما يتلازمان لدى الفصاميين .. مما يحير الطبيب النفسي في فهم السلوك الفصامي مثل ما تحيره غرائب أخرى في سلوك الفصاميين.

وتتمثل بعض الفصاميين إدراكات حسيه زائفة يطلق عليها الأطباء العقليون هلاوس ذهانية . وأكثر أنواع تلك الهلاوس شيوعا الهلاوس السمعية التي يصر من خلالها الشخص على أنه يسمع أصواتا حقيقية (لا يسمعها من حوله)، قد تكون واضحة أو مبهمة، وقد تكون لأناس ميتين أو أحيا .. أو مشاهير.. الخ. وهناك الهلاوس البصرية، التي تختلف عن الخداعات البصرية التي تتعرض لها، في أنها تأخذ شكل يقين لدى الشخص بأنه يرى أخيلة أمامه يتحدث معها بصوت مسموع دون أن يراها من يحيطون به من الآخرين.

ومن أنواع السلوك المرتبطة بالذهان ما يسمى بالهوس، والشخص المهووس تجده في حالة استثنارة تامة .. لا يكف عن الكلام، والانتقال من موضوع إلى موضوع آخر .. وهو يشابه الفصامي في أن سلوكه مضطرب وتفكيكه تسسيطر عليه الهواجس، إلا أن هواجسه تتركز حول القوة والعظمة، مما يجعله يعتقد بأنه قادر على كل شيء بدءا من الغزوات الجنسية إلى الانقلابات السياسية⁽⁵⁾.

وقد يضفي البعض صورة وردية على المرض العقلي والجنون بان يتصورهما مهربا من وقائع الحياة الصارمة ومنغصاتها، ويشجع على ذلك بعض التصورات التي يحيكها الخيال الشعبي عن سعادة المجانين وهنائهم. لكن الحقيقة أن المرض العقلي أبعد ما يكون عن السعادة والنعيم. لقد أثارت لنا الخبرة أن نعرف منهم المئات. منهم من كان يأخذ المظهر السعيد المنشرح يطلق النكات هنا وهناك (كما في حالات الهوس) .. ومنهم من كان

أما أنواع العصاب فهي تتضمن القلق، والمخاوف المرضية، والهستيريا، والاكتئاب. وهناك أيضا الوساوس الفكرية، والأفعال القهرية (القهار).. وهي عبارة عن أفعال أو طقوس لا يملك الشخص إلا أن يفعلها. منها غسل اليدين مئات المرات، وعد الأشياء التافهة كمسابح الإضاءة، والسيارات. ورغم أن بعض الوساوس في صورها الحقيقة أحداث عادية قد تكون مفيدة (كالتتأكد مثلا من غلق صنبور المياه).. إلا أنها في الحالات الشديدة غالبا ما قد تتشل المريض عن القيام بوظائفه اليومية بنجاح⁽⁷⁾.

أما القلق فيعتبر من الأمراض العصبية الشائعة، إلا أنه يعتبر سمة رئيسية في معظم الأضطرابات، نجده بين الأسواء في مواقف الأزمات، كما نجده مصاحباً لكل الأعراض العصبية والذهانية على السواء. ويرى كثير من المفكرين أن القلق هو سمة العصر الحديث بأزماته وطموحاته ومنافساته الحادة.. وقد يكون هذا صحيحاً. لكن مع هذا نجد أن الحالات الشديدة من القلق توجد في كافة المجتمعات.. ولم يخل منها عصر من العصور.

والقلق هو انفعال شديد بمواصف أو أشياء، أو أشخاص لا تستدعي بالضرورة هذا الانفعال. وهو يبعث في الحالات الشديدة على التمزق والخوف، ويتحول حياة صاحبه إلى حياة عاجزة، ويقتل قدرته على التفاعل الاجتماعي والتكيف البناء. ويشمل الاضطرابات في حالات القلق - مثله في ذلك مثل أي اضطراب انفعالي آخر - الكائن بجوانبه الوجودانية والسلوكية، والتفكير فضلا عن تفاعلاته الاجتماعية. فمن حيث النواحي الشعورية (أو الوجودانية) تسيطر على الشخص في حالات القلق مشاعر بالخوف، والاكتئاب، والشعور بالعجز عن اتخاذ قرارات حاسمة، أو سرعة

نحن والاضطرابات النفسيه والعقليه

اتخاذ قرارات لا تتفذ. والشخص في حالات القلق غالباً ما تظهر اضطراباته الفكرية في شكل تبني اتجاهات وأفكار لا منطقية. وقد تبين أن القلقين والعصبيين غالباً ما يتبنون أفكاراً مطلقة، متطرفة، وغير واقعية ويميلون إلى نقد الذات الشديد، ويضعون متطلبات صارمة على ما يجب أن يفعلوه وما لا يفعلوه. أما الجانب السلوكـي من القلق فيتعلق بالتورط والانغماس في سلوك ظاهر من الخوف والتوتر عند اختبار موضوعات القلق. ففي الحالات الشديدة من القلق يبدأ الشخص في معاناة تغيرات فسيولوجية، كسرعة دقات القلب، والتشنج وتقلصات البطن والإسهال، والدوار والعرق البارد.. الخ. ولأسباب عملية يعتبر هذا الجانب من أكثر جوانب القلق أهمية، لأن جزءاً من العلاج النفسي السلوكـي الحديث يركز على التعديل من هذا الجانب السلوكـي الظاهر، وينجح في تعديله.. ويؤدي هذا التعديل في هذا الجانب إلى تعديل في الجانبين الآخرين من القلق وهما جانب الشعور والتفكير. وطرق التفاعل الاجتماعي للشخص في حالة القلق تتأثر أيضاً فيميل إلى التناقض والحمق والتطرف في علاقاته بالآخرين. والمثال الآتي يوضح صورة الاضطراب التي تتملك الشخص في الحالات الشديدة من القلق:

«أقبلت زوجة محام ناجح في السادسة والعشرين من العمر إلى عيادة نفسية في حالة من الفزع والإنهاك. كانت تعاني من الصداع المستمر والإنهاك والتوتر ومن نوبات تقلصات في البطن والإسهال، تعرضت لنوبات من التشنج، يصيبها فيها الدوار والعرق البارد، وقلبهما يأخذ في الدق العنيف، والألم يستبد برأسها (اضطراب في الشعور).. وقد انتابتها إحدى هذه النوبات في منتصف الليل عندما كان زوجها في خارج المدينة (موقف خارجي لا يستثير بالضرورة الفزع). واستيقظت وهي تبكي وترتعد بعنف (اضطراب في السلوك الظاهر). وتذكرت أنها فكرت (جانب فكري لا منطقى): هاأنذا مريضة وحيدة، بينما زوجي بعيد عنـي ولا أحد يعلم من أنا. وكانت تردد وهي تسرد أعراضها أن سلوكها أحمق، وتقول إنـني أثير ضجة لا مبرر لها ولكن الأمر خارج عن إرادتي^(*) (جانب اجتماعي). (التعليقات بين الأقواس والخطوط من وضعنا)».

و قريب من حالات القلق ما يسمى بالمخاوف المرضية (فوبيا). والحقيقة

أن كثيرا من الأطباء النفسيين يعتبرون الخوف المرضي جزءا من القلق، ولو أن الخوف في حالة الخوف ينشأ مرتبطا ببعض الموضوعات، أو الأشخاص، أو المواقف المحددة. والانفعال الشديد، والفزع والارتياح الذي يمتلك الطفل أو البالغ في حالات المخاوف المرضية، يشبه القلق وكل الاضطرابات العصبية من حيث أن الخوف الشديد ليس له ما يبرره، وأن الشخص يعرف ذلك، ولكنه يعجز عن التحكم في مخاوفه أو ضبط افعالاته بصورة بناة بما ينتهي به أيضا إلى العجز عن ممارسة حياته العملية والاجتماعية.

والخوف المرضي يمكن أن ينشأ كاستجابة لطائفة واسعة من الموضوعات التي لا تكون مفرزة في العادة. وقد تكون هذه الموضوعات حيوانات، أو أماكن، أو أشخاص أو مواقف اجتماعية. وتعتبر القطط، والكلاب، والأماكن المرتفعة، والمغلقة، والظلمام، والدم، والموت، ومواجهة الناس أو الحديث أمامهم، والرفض والنقد، والجنس الآخر، والوحدة، والجنس.. الخ ضمن الأشياء التي كثيرا ما تكون موضوعات للمخاوف المرضية.

أما الاكتئاب فهو مرض عصبي آخر نصادفه كثيرا هذه الأيام. وما من شخص منا إلا وانتابته لحظات في عمره - اثر أزمة خارجية، أو فقدان قريب أو صديق شعر فيها بالحزن والضياع. مثل هذا الشعور نجده يسيطر على البعض بصورة أقوى وأطول مما هو معتاد، لهذا نسميه مثل هؤلاء مصابين بالاكتئاب. ويكون الاكتئاب مصحوبا في كثير من الأحيان بالقلق واليأس، والأرق، ومشاعر الذنب المبالغ فيها، وفقدان الشهية، والبكاء المتكرر.. وانعدام الثقة بالنفس، والتأنيب المستمر للذات، وعند نشأة الاكتئاب (وهو عادة ما ينشأ في سن متأخرة) نجد أن نشاط الشخص يضعف ويبلي، وعلاقاته الاجتماعية تتقلص، ويتحقق الشخص على ذاته في خيبة أمل، وعجز. ويتجنب المكتئبون، التعبير عن العدوان والكراهية إما 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 الاجتماعي وبهلوون منه هلعا شديدا .. ويتصيدون رضاء الناس.. وينتهون بالرغم من هذا، أو بسبب هذا إلى إدانة الآخرين، وإدانة أنفسهم لأنهم يدينون الآخرين.. وهكذا. وتسيطر على المكتئبين أفكار بأن حياتهم عديمة الجدوى، وليس

نحو والاضطرابات النفسيه والعقلية

نادراً أن تنتهي حياتهم في الحالات الشديدة بالانتحار. ذلك التصرف اليائس الذي يبدو في نظر المكتئب وكأنه البديل الوحيد لأحزانه وتعاسته. ولعلكم تلاحظون أن الاكتئاب كالقلق يمثل استجابة انفعالية مبالغ فيها، لكنه يعكس القلق الذي يتجه إلى الأمام ويتعلق بمخاوف وأخطار المستقبل، نجد أن المكتئب يتوجه إلى الماضي وأحزان ما فات. لكتهما عادة ما يكونان متلازمين.

وي بعض أشكال الاكتئاب بسبب ما فيها من عزلة وحزن، وعدم فاعلية وقلق أيضاً تؤدي إلى تخريب وظائف الشخصية الأخرى كالتفكير، وعندئذ قد يتحول الاكتئاب العصبي إلى ذهاني. وهذه هي الحالات التي تنتهي بسيطرة الهواجس: تلك الأفكار الثابتة التي تسسيطر على بعض المكتئبين مبنية لهم بأنهم عديمي النفع والجدوى. وفي هذه الحالات الشديدة من الاكتئاب يقيم الشخص اعتقاده بأن الحياة عديمة الجدوى بالرغم من كل الحجج التي يحاول الآخرون بها إقناعه بأن ما يفكر فيه غير صحيح.

والقلق الوجودي شكل آخر من الاضطرابات الانفعالية التي دخلت مسرح علم النفس حديثاً. وهو مثل الاكتئاب من حيث أن الشخص تتملكه مشاعر بـان الحياة عبـث ولا قيمة لها، ويـفقد إحساسـه بـقيمة كل ما يـفعلـه. وهو أيضاً كـفـيرـه من أنـوـاع العـصـابـ الـأـخـرى لـه اـضـطـرـابـاتـ الـوـجـدـانـيـة، وـالـفـكـرـيـة وـالـسـلـوكـيـة. فـمـنـ النـاحـيـة الـوـجـدـانـيـة، يـكـونـ الشـعـورـ الغـالـبـ هوـ الإـحـسـاسـ بـالـمـللـ وـالـفـرـاغـ وـمـشـاعـرـ بـالـاـكـتـئـابـ المـقـطـعـ. وـمـنـ النـاحـيـةـ الـفـكـرـيـةـ تـسيـطـرـ عـلـىـ الشـخـصـ أـفـكـارـ بـانـ الـحـيـاةـ لـاـ مـعـنىـ وـلـاـ ضـرـورـةـ لـهـ. أـمـاـ مـنـ النـاحـيـةـ الـسـلـوكـيـةـ، فـانـ الشـخـصـ يـصـبـغـ غـيرـ مـكـثـرـ لـلـقـيـامـ بـأـيـ نـشـاطـ، أـوـ يـمـضـيـ فـيـ حـيـاتـهـ. وـلـكـنـ أـهـمـ مـنـ هـذـاـ هوـ التـبـرـيرـاتـ الـفـلـسـفـيـةـ الـتـيـ يـحـيـكـهاـ الشـخـصـ بـمـهـارـةـ مـبـرـراـ بـهـاـ إـحـسـاسـهـ وـمـشـاعـرـهـ وـتـقـاعـسـهـ عـنـ أـدـاءـ نـشـاطـهـ الـمـعـادـةـ. وـالـقـلـقـ الـوـجـدـانـيـ كـالـاـكـتـئـابـ مـنـ حيثـ أنـ كـلـيـهـمـاـ يـحـكـمـهـمـاـ الإـغـرـاقـ فـيـ الحـزـنـ، وـمـشـاعـرـ الـاـغـرـابـ، وـالـلـاجـدـوـيـ. لـكـنـ ماـ يـغـلـبـ فـيـ حالـاتـ الـقـلـقـ الـوـجـدـانـيـ هوـ الـلـاكـتـرـاثـ وـغـيـابـ الـمـشـاعـرـ الـقـوـيـةـ، وـفـقـدـانـ الـإـحـسـاسـ بـوـجـودـ أيـ مـعـنىـ لـلـحـيـاتـ، أـمـاـ مـاـ يـغـلـبـ عـلـىـ الـمـكـتـئـابـ الـعـادـيـ فـهـوـ الـحـزـنـ وـالـانـقـبـاضـ وـهـمـاـ شـعـورـانـ عـلـىـ أـيـةـ حـالـ. وـكـمـاـ فـيـ الـقـلـقـ الـعـصـابـيـ وـالـاـكـتـئـابـ، فـانـ الـقـلـقـ الـوـجـدـانـيـ دـائـماـ مـاـ يـكـونـ مـصـحـوبـاـ بـأـعـراضـ الـاـكـتـئـابـ، وـمـنـ الـاـكـتـئـابـ، وـمـنـ الـمحـتمـلـ أـنـ تـكـونـ

الاختلافات بينهما أقل من التشابه.

ويسمى القلق الوجودي كذلك، لأن إبرازه تم بفضل كتابات الأدباء وال فلاسفة الوجوديين من أمثال «ألبرت كامو» و «جان بول سارتر» و «أرثر ميلر»... الخ. ولعل القارئ الذي يود أن يتأمل في حالات نموذجية من القلق الوجودي أن يقرأ روايتي «الغريب» لابير كامي، ومسرحية «بعد السقوط» لارثر ميلر. فكلا البطلين: «ميررسول» في رواية الغريب، و «كونتين» في مسرحية بعد السقوط، يعتبرا تجسيدا طيبا لهذا العرض.

وفي الأدب العربي، ولجت حالات القلق الوجودي في روايات مثل «اللص والكلاب» لنجيب محفوظ، «وموسم الهجرة للشمال» للطيب صالح. ويبدو أن من العسير علينا أن نقدم للقارئ حالة من القلق الوجودي، لأن العيادات النفسية لا تشاهد كثيرا من هؤلاء الأشخاص، ربما بسبب مشاعر اللاكترات الحادة التي تجعل من هؤلاء الأشخاص ينظرون شدرا لأي خدمة مهنية⁽⁷⁾. وإذا كانت الأنماط السابقة من العصاب، يسيطر فيها القلق والخوف والاكتئاب، فإن هناك نوعا آخر من العصابيين يظهر وكأنه قد خلى من كل هذه المهموم، ولو أن مشاكلهم النفسية تبدو لهم ولغيرهم حقيقة واضحة ولا تقبل الجدل. وفي هذه الطائفة يوجد الهستيريون.

والهستيريا شكل آخر من العصاب تبلور أعراضها في شكايات جسمية ليس لها أساس فعلي يمكن للطبيب علاجه. ولا شك أن الهروب من الأشياء بالظهور بالمرض من أحد الأعراض الشائعة لدى الأطفال. لهذا توجد الأعراض الهستيرية بين الأشخاص غير الناضجين والمنخفضين في الذكاء. ومع ذلك فإن الهستيريا تختلف عن التظاهر بالمرض، لأن الاستجابة الهستيرية تحدث دون تحكم المريض وبرغم إرادته. فالفرد المصاب بالعمى الهستيري، مثلا يكون بالفعل عاجزا عن الرؤية، ولو أن السبب يضرب بجذوره في أسباب نفسية دون أن يكون هناك اختلال عضوي في مراكز الألياف. والفتيات أكثر استهدافا للإصابة بالهستيريا من الذكور خاصة عندما تكون الأم من النوع المسيطر، المسرف في الرعاية، ومن ثم تهتم اهتماما بالغا بالشكواوى الجسمية والأمراض. ومن أشكال الهستيريا العمي الهستيري، والصمم الهستيري، والتشنج، وفقدان الذاكرة. ولعل هذه الأنواع وغيرها قليل من كثير من الأعراض التي تتالف منها الهستيريا. والهستيريا

نحن والاضطرابات النفسيه والعقليه

غالباً ما تخدم هدفاً ثانوياً، فهي تساعد الشخص على تجنب المشكلات، وتحمله مركزاً للاهتمام والرعاية، ويؤدي التركيز على الشكاوى الجسمية في نفس الوقت إلى أبعاد الشخص عن التفكير في المصادر الحقيقية للقلق والإحباط في العالم الخارجي. لذلك تؤدي إزالة الأعراض الهمسية إلى ظهور القلق في بعض الحالات.

وهناك أيضاً السيكوباثيون أو من يسمون أحياناً بالجانحين. وهؤلاء لا تبدو عليهم أعراض نفسية أو جسمية بالمعنى السابق، لكن سلوكهم لا يمكن أن يكون من وجهة نظر المجتمع سلوكاً متزناً أو عاقلاً على الإطلاق. وهم أناس مندفعون، ضعاف في إحساسهم بآلام البشر، وعدوانيون، وضعاف الضمير، ويعجزون عن حساب نتائج أفعالهم. وقد أمكن باستقصاء عدد كبير من البحوث التي قارنت بين شخصيات الجانحين وغير الجانحين، التوصل إلى أربعة فروق رئيسية هي أن الجانحين يختلفون عن العاديين في:

1- ضعف الضمير، واختفاء مشاعر الذنب، والفشل في اكتساب الضوابط الداخلية.

2- البطء في بعض أنواع التعلم.. خاصة التعلم الذي يحتاج لوعي بمعايير وقيم المجتمع.

3- مواجهة الإحباط بالاندفاع والعدوان دون حساب للنتائج.

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

ولأن السلوك الجانح دائماً يظهر في شكل معاد للمجتمع، فإنهم يدعون أحياناً بالمرضى الاجتماعيين (سوسيوباثيين) وبرغم من أن الجريمة هي السلوك الذي تلجأ إليه هذه الفئة لحل صراعاتها عادة، فإن هناك أنواعاً أخرى من الانحرافات التي تشيع في هذه الفئة كالسرقة والكذب. ويظن خطأ بأن المدمنين على المخمر والعقاقير من هذه الفئة. غير أن للمدمنين مشكلات خاصة، وبواطن مختلفة. ولو أن الجانحين والسيكوباثيين غالباً ما يتشعرون لهذه الاضطرابات. ونسبة الجناح بين الذكور ترتفع عن نسبة الإناث الجانحات ثمانية مرات على الأقل. وثبتت البحوث على عصابات الجناح التي تضم الذكور والإإناث، أن الذكور يتوجهون إلى الخشونة والاقتحام واختراق القانون، بينما يقوم الإناث بعملية التشجيع.

وسولك الجانحين متوج من حيث الاضطراب النفسي، ففيهم من العصاب: القلق، والتوتر، والصراعات الداخلية، وفيهم من الذهان العدوانية، وعدم الاستبصار بنتائج السلوك. لكن هناك ما يسمى بالجناح الاجتماعي الكاذب ويسمى هكذا لن الشخص يسلك نحو أعضاء الجماعة التي ينتمي إليها سلوكاً لائقاً، لكنه لا يسلك نفس السلوك نحو من هم خارجها. وقد تبين في دراسة لـ 500 طفل جانح، أن بينهم من هم أسواء من الناحية النفسية لكنهم يحملون قدراً مرتفعاً من الكراهية نحو السلطة، ويرفضون قيم المجتمع الخارجي التي لا تنتمي له جماعة الجانح. ولا شك أن من قرأ رواية «الجريمة والعقارب» لديستوفسكي فسيشده التشابه الشديد لبطل الرواية بهذا النوع من الجناح الكاذب⁽⁸⁾.

نحن نكتفي إلى هنا بأهم الشكاوى والأعراض البارزة في ميدان الاضطرابات النفسية والعقلية. ولكننا نبادر فنقول أن ما عرضناه لا يشمل في الحقيقة كل الاضطرابات والشكوى التي نقرأ عنها أو نسمع بها من الآخرين. فهناك أيضاً الشكاوى التي، بدأت تغزو ميدان علم النفس حديثاً، وتلك التي تتحول فيها صراعات الحياة والقلق إلى إصابة وظائف الجسم بالخلل كارتفاع ضغط الدم، والريبو، والقرحة.. وغيرها من طائفة الاضطرابات التي تسمى بالأمراض السيكوسوماتية. ولعل القارئ يغفر لنا قصور هذا العرض، ولعله أيضاً يقدر بأننا لم نقصد من هذا العرض البسيط كتابة مؤلف عن الطب العقلي والسلوك الشاذ، بقدر ما نهدف إلى الاستبصار ببعض المفاهيم الرئيسية المهددة للفصول الرئيسية من كتاب عن تعديل السلوك البشري. ولعل القارئ الذي يود، مزيداً من الاستبصار عن هذه الموضوعات أن يرجع إلى المراجع رقم 1، 5 (ب) المسجلة في قائمة المراجع العربية.

ويبقى الآن سؤال نشعر بأن إثارته تخدم أيضاً مبرراتنا في تخصيص كتاب من هذا النوع للمكتبة العربية، ويعتزل بمدى انتشار هذه الاضطرابات.

فإلى أي مدى تنتشر الاضطرابات النفسية والعقلية؟

يعتقد كثير من الأطباء النفسيين أن عدد العصابيين يتراوح ما بين 30-35% من عدد سكان أي دولة. والحقيقة أن نسبة التعساء بسبب الاضطرابات النفسية والعقلية أو الاجتماعية قد تكون أكبر من هذا إذا ما

لاحظنا بان في حياة كل شخص تقريبا لحظات محددة طويلة أو قصيرة يشعر فيها بالاضطراب، وأن الأمور أفلتت من يده، أو يعاني من حالات يوشك فيها على الانهيار العصبي وان أسلوبه في الحياة لم يعد يجدي معه. ويقرر مركز الخدمات الصحية في إحدى الجامعات الإنجليزية أن ٤٪ من الرجال و٥٪ من النساء يعانون من أعراض نفسية (أو ذهانية لفترة قصيرة) أثناء حياتهم الدراسية. وإذا اخذنا من هذه النسبة محكا، فان نسبة العصاب ستزيد عن هذا دون شك. وفي دراسة مسحية على خمسة آلاف أمريكي، وجد أن ٤٪ منهم كانوا يعانون من الاضطراب المزمن، و ١١٪ يشعرون بالاكتئاب النفسي والتعاسة، و ١٩٪ تملّكتهم مخاوف من الانهيار العصبي بين لحظة وأخرى، و ٢٣٪ صادفthem مشكلات احتاجت لتدخل أخصائيين نفسيين أو اجتماعيين. أما نسبة الذهان فهي تصل إلى أكثر من ١٪ في المجتمع. والنساء أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية من الرجال، وكبار السن يرتفعون أيضاً بمقارنتهم بالصغرى في جوانب معينة من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب^(٩).

وقد يتبدّل لذهن القارئ أن هذه النسب تطبق على المجتمعات الغربية وهي ليست مقاييس لمجتمعاتنا العربية. وقد نتوهم بأن المجتمعات النامية، التي تقل فيها ضغوط الحياة تخلو من الاضطرابات النفسية. لكن هذا غير صحيح، فعلماء النفس الأنثروبولوجي^(٢*) يؤكدون أن الأمراض النفسية توجد في كل المجتمعات التي درست. بالرغم من أن هناك بعض الاضطرابات التي قد يقل ظهورها في المجتمعات البدائية، كالأمراض السيكوسوماتية (ارتفاع الضغط، والقرحة.. الخ) التي ترجع إلى اضطرابات العمل وضغوطه، إلا أن هناك اضطرابات أخرى تسود في المجتمعات الإفريقية، ولا تسود في المجتمعات الغربية كجنون السعار في بعض المجتمعات الإفريقية. لكن الذي لا شك فيه أن الاضطرابات النفسية والعقليّة ليست حكراً على المجتمعات الغربية.. وأنها تشكّل في الحقيقة مشكلة لكل المجتمعات الإنسانية.. ففي مسح اجتماعي لحالات الفصام المزمن في مناطق «غانَا» الإفريقية، وجد أن نسبة الفصاميين (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 تكون من تسعه

آلاف نسمة تبين أن 37% من السكان صرحو بأنهم يعانون من أحد الاضطرابات النفسية بشكل أو بآخر. وزادت هذه الأعراض بين النساء أكثر من الرجال، وبين الفقراء أكثر من الأغنياء. صحيح أن نسبة من هذه الاضطرابات لم تكن خطيرة ولم تستدعي الإبداع في المصحات العقلية إلا أن من الشيق أن نلاحظ مع هذا أن نسبة أقل 37% تقترب من الإحصاءات الواردة من الغرب.

أما في العالم العربي فإننا نعتقد بأن الأمر لا يختلف كثيراً. صحيح أنه لا توجد مثل هذه الدراسات المسحية الشاملة. ولكن بعض الدراسات المحدودة قد تفي بالغرض. ففي دراسة مقارنة أجراها الكاتب على ثلاث مجموعات من الطلاب في أمريكا وبريطانيا ومصر⁽¹⁰⁾ تبين أن نسبة العصبية والقلق تزداد بين الطلاب المصريين، يتلوهم الأميركيون، ثم الإنجليز. كذلك أجرى غالبي دراسة على 1883 فرداً من المقيمين في الكويت من بينهم 450 من الكويتيين الذكور، و 557 من الكويتيات، و 575 من غير الكويتيين من الذكور، و 296 من غير الكويتيات. أمكن سؤالهم جمِيعاً أسئلة أو استفتاءات مماثلة تماماً لاستفتاءات استخدمت في إنجلترا، وكان هدفها أن تبين مدى شيوع القلق وعدم الاستقرار الانفعالي في داخل المجتمع الكويتي⁽¹¹⁾. وقد سمحَت لنفسِي 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 أيضاً أن حظ الكويتيين لا يقل عن حظ المصريين من حيث ارتفاع مستويات القلق والاضطرابات العصبية. فلقد ازداد شيوع العصاب بينهم أكثر من المجتمع الإنجليزي. وفي داخل المجتمع الكويتي ترتفع (ولأسباب غير معلومة) الميل العصبي بين المواطنين الكويتيين عن الوافدين من الدول العربية الأخرى، كما أن الإناث عامة سواءً كان كويتياً أو وافداً من أكثر عصبية، وقد أبرزت الدراسة أن أكثر المجموعات عصبية هي فئات تلاميذ المرحلة الثانوية وأصحاب المهن، أما المشغلون بالتدريس فهم أميل لعدم الاستقرار والعصبية من غيرهم من أفراد المهن الأخرى. وتتبَع أهمية هذه النتائج في أنها تساعده على تحطيم أي برامج وقائية لمواجهة الاضطرابات النفسية قبل استفحالها.

نحن والاضطرابات النفسية والعقلية

والآن هل تتجه الاضطرابات العقلية والنفسية إلى الزيادة بسبب تزايد ضغوط الحياة الحديثة؟ أجل !.. فتزايد المعرفة بالموضوع والتيسيرات التي تقدمها الدول للبحث العلمي والعلاج تؤدي إلى زيادة في اكتشاف الاضطرابات، والتوصية بها للعلاج. لكن الزيادة بالطبع تلمس بعض جوانب الاضطراب النفسي أكثر من الجوانب الأخرى.

ففي حالة الذهان لا تحدث الزيادة بشكل مضطرب .. بل أن هناك هبوطاً في معدلات الالتحاق بالمستشفيات العقلية الأمريكية بعد سنة 1955 .. وقد جاء هذا مواكباً للنجاح في اكتشاف بعض العقاقير والمهدئات. لكن بينما نقص عدد النزلاء الذهانيين في المستشفيات زاد عدد زيارتهم للعيادات الخارجية، ويدل هذا على أن العقاقير تهدئ من شدة الأعراض.. ولكن آثارها غير حاسمة. ومن ناحية أخرى فهناك زيادة في عدد الذهانيين بعد سن الخامسة والخمسين في الدول الغربية غير أن هذه الزيادة ترتبط فيما يبدو بظروف الرعاية التي بدأت تقدم بكرم نحو المسنين.

أما بالنسبة للأمراض النفسية: القلق والاكتئاب، فيبدو فعلاً أنها في تزايد مستمر بالرغم من ازدياد تعاطي العقاقير المهدئة. وهناك دلائل واقعية على أن القلق أو النزعات العصبية تتزايد في دول العالم النامي. ويبدو أن ضغوط الحياة وميل المواطنين في هذه الدول لتبني قيم المجتمعات الغربية المادية، يخلق ضغوطاً على الأفراد مما يسم حياتهم بالصراع والقلق. ويفؤكد هذه النظرية أن هناك أيضاً زيادة في الجريمة والجناح بصفتها نتيجة للفروض غير المتكافئة من النجاح في مجتمع رأسمالي. ويقرر عزت حجازي⁽¹²⁾ أن الاتجاه نحو الإدمان وشرب الخمور وتعاطي العقاقير أصبح الآن مشكلة تواجه بعض القطاعات في المجتمعات العربية. صحيح فيما يلاحظ حجازي أن التعاطي والإدمان ما زال محدوداً، إلا أنه بدأ ينتشر في الأزيد من أواخر السبعينيات شاملاً الذكور، وبعض فئات من الإناث، وطلبة الجامعة، وأبناء الطبقات الدنيا والوسطى والعليا على السواء. وبالرغم من أن حجازي يريد أن يوحى بأن تلك الاضطرابات وغيرها من مشكلات الاجتماعية ترتبط بالاغتراب والتغير الاجتماعي وغيرها من العوامل الاجتماعية، فإن الملاحظة تشير إلى أن الجنوح والإدمان تظهر عند البعض ولا تظهر عند البعض الآخر. فتحت نفس الظروف الاجتماعية السيئة قد

يتحول البعض إلى جانح وبعدهم قد يختار القلق، ويبقى لبعضهم الثالث الاتجاه إلى بعض السبل البناءة.

ما يدل على أن هناك عوامل أخرى نفسية، تحكم حتى الاضطرابات في السلوك الاجتماعي كالجناح والجريمة والإدمان. ويشير هذا إلى ضرورة أن تساير الخطط الاجتماعية في الوقاية والعلاج، خطط نفسية توقيع اهتمامها للفرد واضطراباته. ويقودنا هذا إلى الحديث عن مصادر الاضطرابات النفسية والسلوك الشاذ.

آن الآن أوان الحديث عن مصادر الاضطرابات النفسية. وسنعرض لثلاثة مصادر هي الوراثة، والتعلم الاجتماعي، والضغوط أو الأزمات البيئية. وبالرغم من أن كل مصدر من هذه المصادر كفيل وحده بإحداث الاضطرابات النفسية، إلا أن الاضطراب النفسي يحدث عادة بسبب التقاء 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 بالكويت: ضعف التدريب على القيادة، أم تزاحم السيارات في الطرق والميادين؟!

أ- والحقيقة أن الشخص يولد ولديه استعداد وراثي ضعيف لتحمل الضغوط، والتداعي أمام الكوارث، وتساعد البيئة (خاصة بحرات الطفولة السيئة) على تعميق هذا الاستعداد فيحدث الانهيار بسبب صعوبات الحياة.

ومن المعروف أن بعض الأسر يشيع فيها نمط معين من الاضطراب: الفضام أو القلق أو الميل للجنوح.. لكن هذا لا يعني أن تلك الاضطرابات موروثة، فقد تكون بسبب أن الآباء يخلقان مناخاً مضطرباً مؤثرين بذلك تأثيراً مباشراً على الطفل في اختيار هذا الأسلوب المضطرب من الحياة. ومن أفضل الطرق للجسم في تأثير الوراثة دراسة التوائم الأخوية (غير المتطابقة) والتوائم المتطابقة. والتوائم المتطابقة هي التي تحدث بسبب انقسام بويضة واحدة، لهذا فالخصائص الوراثية تتساوى.. بحيث أن الاختلاف الذي يحدث في سلوك توأم يمكن أن يكون راجعاً لعوامل التعلم الاجتماعي. أما التوائم الأخوية فهي تنشأ نتيجة لتصنيف مستقل لبويضتين، لهذا فالتشابه بينهما لا يزيد عن التشابه بين الأخوة في الرضاعة.

نحن والاضطرابات النفسيه والعقلية

وعلى هذا فإذا قارنا سلوك التوائم المتطابقة بسلوك التوائم الأخوية في ظروف اجتماعية مختلفة فوجدنا أن التوائم المتطابقة أكثر تماثلاً من التوائم الأخوية في جانب معين، فإن هذا يعني أن هذا الجانب موروث إلى حد ما. وبين الجدول الآتي النسبة المئوية لانتشار الاضطرابات النفسية بين التوائم وهي مثيرة للتأمل بحق:

جدول يبين نسبة الاضطرابات العقلية بين التوائم

| نسبة التشابه بين التوائم المتطابقة (%) | نسبة التشابه بين التوائم غير المتطابقة (%) | نوع الاضطراب |
|--|--|---------------------------|
| 15:10 | 86:67 | الفصام |
| 15:29 | 100:70 | الهوس والاكتئاب |
| 14 | 25 | الانحرافات السيكوباشية |
| 25 | 53 | العصاب (القلق والهستيريا) |

ملحوظة:

هذا الجدول مأخوذ عن أرجايل: علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية، مرجع رقم 5 (ب) والجدول يعبر عن متوسط النتائج في عديد من الدراسات.

والذي نستنتجه بوضوح من الجدول أن كل الاضطرابات النفسية تخضع للوراثة جزئياً، دون أن يلغى هذا دور العوامل البيئية وإلا بلغت نسبة التشابه بين التوائم المتطابقة مائة في المائة. غير أن هناك بعض الاضطرابات تمنع الوراثة فيها استعداداً قوياً للاضطراب، ويزداد تدخل الوراثة في الأمراض العقلية (الفصام والهوس والاكتئاب) يتلوها العصاب، ثم الانحرافات السيكوباشية والجنوح.

بـ- يقرر الجدول على أية حال، أن الوراثة وحدها لا تحدث الاضطراب السلوكى وأن الخبرات البيئية التالية يجب حسابها بقوة. ويزداد تأثير الخبرات البيئية في مراحل الطفولة.. هناك ما يؤكد عن يقين بان ظهور الاضطراب النفسي - السلوكى يرتبط بأساليب محددة من تنشئة الأطفال،

وأن كل اضطراب يرتبط بخاصية مستقلة من خصائص التتشئة لا تظهر في الأضطرابات الأخرى⁽¹⁴⁾.

دراسة الأشخاص المصابين بالقلق بينت أنهم ولدوا لآباء يتميزون بالضبط الشديد، وأن علاقتهم بأبنائهم تميزت بالتوتر والتخييف في المواقف الاجتماعية. وتنتهي هذه الخبرات بالشخص فيما بعد إلى سهولة تعلمه واكتسابه للمخاوف المرضية. تلك المخاوف التي تعتبر السمة الأساسية لكل جوانب القلق والعصاب.

أما حالات الجنح فترتبط بالرفض والعقاب البدن، مما يدل على أنه ينشأ من نوعية مختلفة من التتشئة.

وقد أشرنا إلى أن طفولة الهستيريين ذات طبيعة مختلفة. فوالدة الهستيري (أو الهستيرية) تكون من النوع الذي يسرف في الرعاية، والسيطرة، وتولي اهتمامها للشكواوى الجسمية، والأمراض البدنية. ويؤدي هذا إلى اللجوء إلى الحيل والأمراض الجسمية في مواجهة الإحباطات والصراعات: وهذا هو جوهر ما نسميه بالهستيريا.

والفصام يظهر غالبا لدى الأشخاص، الذين يتعرضون في طفولتهم للكف، والعزلة عن الأطفال الآخرين. ولم يتمكن العلماء حتى الآن من اكتشاف ما إذا كانت هذه العزلة ترجع إلى فشل الشخص في اكتساب وتعلم المهارات الاجتماعية التي تساعد الشخص على التكيف الفعال، أم تعكس سمات موروثة من الشخصية. وهناك دراسات شديدة تبين أن الفصاميين يأتون منamilies كثیرات الغضب، ولكنهن مسرفات في الرعاية في نفس الوقت. كما توضح هذه الدراسات أن تخلف الفصامي في فهم العلاقات الاجتماعية وعجزه عن التواصل بالناس، إنما يتسبب عن اضطراب التواصل بينه وبين الآبوين في الفترات المبكرة. أي أن الفصامي لم يجد نماذج من الاتصال الاجتماعي الجيد في داخل الأسرة يمكن أن يحاكيها في تفاعله مع المواقف الاجتماعية المختلفة. وهناك نظرية تثبت أن الاتصال بين الأم والفصامي يأخذ ما يسمى بشكل الرسائل المزدوجة⁽¹³⁾ فالأم تتصرف بطريقة معينة ولكنها تتوقع استجابة مختلفة. بحيث أن الطفل يتلقى رسائل (أو منبهات) بأنه يجب أن يسلك على نحو معين، ولكنها رسائل تتضمن في الوقت عينه بعض المعلومات التي تتناقض مع ذلك تناقضا ملحوظا. لذلك

نحن والاضطرابات النفسيه والعقليه

يصبح الطفل كالضحية المحكوم عليها بالفشل مهما كان قرارها أو اختيارها . ولعل نظرية الرسائل المزدوجة وما تسببه من حيرة نلاحظه في الحادثة الآتية التي حدثت على مشهد من الكاتب نفسه في إحدى مستشفيات الطب العقلي بالولايات المتحدة :

مريض فصامي في السابعة عشر من عمره كان في أسبوعه الخامس في المستشفى عندما حدث ذلك . فبعد أن أجمعت ملاحظاتنا الاجتماعية والنفسية انه قد بدأ يتحسن ويسلك سلوكا اجتماعيا إيجابيا جاءت أمه في نهاية الأسبوع لزيارته .. فلما رآها وذهب لتحيتها صاحت : «ألا تخجل من نفسك بعد هذه الفترة أن لا تسرع بقبيلي ...» وما قام بذلك احمر وجه آلام الأم وأبعدت جسمها عنه بحذر . احمر وجه الشاب ، وبدت عليه علامات الارجع والعجز عن التصرف . وقد لاحظنا بعد ذهاب الأم أنه انتكس واتجه من جديد للغرق في ذاته .. والبعد عن حوله .

هاهنا مثال واضح للغموض في الاتصال المثير فالرسائل التي ترسلها الأم متاقضة فهي في الظاهر تعني المحبة والودة .. ولكنها في مضمونها تحمل معنى مضادا^(*) . فتكون استجابات الشخص فاشلة إذا لم يظهر المودة ، وفاشلة إذا أظهرها . ومثل هذه الأنماط من السلوك الاجتماعي تعد الطفل لكي يسلك على نحو فصامي في مرحلة الرشد . وتحدث الانهيارات الفصامية غالبا في المراهقة المتأخرة ، بعد استعداد للفشل (من مصدر وراثي واجتماعي) ، في علاج المشكلات المتعلقة بالمدرسة أو العمل . وبهذا البناء الضعيف الهش يتكون الأسلوب الفصامي لمواجهة إحباطات الحياة في شكل الانسحاب من مصادر القلق إلى عالم ضيق تسوده الخيالات والإشباعات الفصامية البديلة عن الأساليب الجيدة والواضحة .

أما الكتاب فيحدث عندما يكون الوالدان من ذوي الضمير القوي الصارم ، يتوجهون لللوم النفس الشديد عند حدوث أشياء خاطئة . وتتضمن أسر المصابين بالبارانويا (هواجس العظامه والاضطهاد) هذا النوع الأصم من الآباء والأمهات الذين يفتقرن للغة التواصل الاجتماعي والحساسية للأخرين ، والذين لا يشعرون أبناءهم على مواجهة الواقع بطريقة إنسانية سليمة بسبب افتقارهم لذلك أو بسبب التدليل الشديد لهؤلاء الأبناء . ويبعد أن المعتقدات الثابتة التي يتبناها المصاب بهواجس البارانويا فيما

بعد تكون في الأصل تبريرا للتضخم في إدراك الذات، ويزداد رسوخ هذه المعتقدات والهواجس عندما يتعرض هؤلاء المرضى لأزمات فشل بحيث تبدو تلك الأزمات عديمة الأذى وضعيفة التأثير إزاء الهواجس وأفكار الع神性 القوية.

جـ- وتعجل الأزمات البيئية بظهور الاضطرابات. ولو أن بعض الأزمات البيئية القوية تكفي وحدها لظهور الاضطرابات السلوكية كما يحدث في معسكرات الاعتقال. ولكن الاضطرابات التي تستثيرها تلك الأزمات لا تكون دائمة في الشخصية.

ويتحدد شكل الاضطراب السلوكي بطبيعة الأزمات البيئية. فأنواع الانهيارات التي تحدث أثناء الخدمة العسكرية، تختلف عن أزمات الامتحانات الدراسية. وتعتبر حالات الوفاة أو الطلاق أو الهجرة أو الحروب مصدرا من مصادر الاضطراب النفسي. ففي الحرب العالمية الثانية تحول ثلاثة أربع مليون جندي أمريكي إلى مرضى لأسباب نفسية. أما معسكرات الاعتقال فهي أيضا مصدر خصب للاضطرابات السلوكية. ففي معسكرات الاعتقال النازية يسجل لنا «بتلهائم» أن كل المعتقلين تقريبا تعرضوا لاضطرابات نفسية بشكل أو باخر بدءا من حالات النفاق والكذب وانتهاء بالانهيارات الشبيهة بالذهان كالاكتتاب والسلوك الفضامي. وتكون العزلة الاجتماعية، وضعف حجم الاتصالات الاجتماعية والهجرة تكون سببا للاضطراب السلوكي، ونتيجة له في نفس الوقت. فنسبة الفحش بين العزاب تبلغ أربعة أضعاف نسبتها بين المتزوجين، وتصل بين الأرامل إلى النصف. وبينما نجد أن كل الاضطرابات السلوكية تصاحبها عزلة اجتماعية، فإن نسبة العزلة تزداد لدى الفضاميين والحالات الانتحارية. وغالبا ما يعتبر ظهور العزلة الاجتماعية علامة على أن الاضطراب يزداد لدى الشخص. لهذا فإن تقوية الروابط الاجتماعية، وتشجيع الانتماء يعتبران من وسائل علاج كثير من الاضطرابات النفسية في الوقت الراهن.

وتحدد الشخصية شكل الاستجابة بالاضطراب السلوكي الشديد للأزمات البيئية. فقد يتعرض شخصان لخطر (الاعتقال) لكن أحدهما يستجيب لها بالاضطراب والانهيار بينما تكون استجابة الشخص الآخر مختلفة عن ذلك. وقد يترجم النجاح المتوسط أو العادي إلى فشل ذريع عند

نحن والاضطرابات النفسيه والعقليه

بعض الأشخاص نتيجة لأنهم يضعون مستوى مرتفعا من الطموح، أو الخوف من الفشل. وتساعد الخبرات الطفولية المبكرة للشخص في رسم استجاباته في مواقف الأزمة، فقد يستجيب الشخص بالقلق الشديد لنقد من رئيسه في العمل بسبب خبرات طفولية سيئة بالعلاقة بالأبوين أو بالمدرسين أو بمن يمثلهم من نماذج السلطة. فالأشخاص عندما يتعرضون ل موقف واحد أو أزمة يستجيبون بدرجات مختلفة من الاضطراب، أو بأنواع مختلفة منه. وكل هذا يدل على أن جزءا من الاضطراب لا تسببه الأزمات البئية- الاجتماعية بقدر ما تسببه طريقة إدراكتنا وإحساسنا النفسي بها.

ومن المشكلات المتعلقة بتأثير البيئة الاجتماعية أن ذوي الاستعداد النفسي السريع للانهيار، غالبا ما يستجيبون أكثر من غيرهم بالاضطراب لأزمات الحياة كالعزلة، أو الطلاق. فهل يكون الانهيار نتيجة لهذه الأزمات ؟ أم أن الفرد بسبب استعداداته للانهيار وبنائه الهش يدرك هذه المواقف، ويراهما على أنها مثيرة للاضطراب بينما هي ليست كذلك ؟ وتحتاج إجابة هذه الأسئلة توضيح ما يسمى بمفهوم الحلقة المفرغة في تفسير الاضطرابات النفسية. خذ مثلا حالة الزوجة (أو الزوج) السلبي الذي يشكو من عدوانية وتهجم القرین.. فهل سلبية الأول تشجع على إثارة عدوان الثاني ؟ أم أن عدوان الثاني هو الذي يشكل سلبية الطرف الأول وانسحابه ؟ وبالرغم من أن إجابة هذا السؤال لم تتحدد بعد في مجال البحث العلمي، فإن هناك ما يشبه الاتفاق على وجود حلقة مفرغة في تفسير أي اضطراب نفسي، وممارس العلاج النفسي غالبا ما يبدأ بتشجيع كسر هذه الحلقة المفرغة من أي زاوية ممكنة، فهو قد يشجع المريض على اتخاذ موقف إيجابي وواثق دون النظر إلى عدوانية الطرف الآخر، على أمل أن هذا سيخلق حلقة أخرى من التغيير البناء: (ظهور السلوك الإيجابي سيفوق عدوانية الطرف الآخر.. وتوقف العدوانية يؤدي إلى مزيد من تدعيم السلوك الإيجابي والبعد عن السلبية.. الخ)^(*). وتأثير العزلة الاجتماعية (كالهجرة، والعزوبيه، والطلاق) على ظهور المرض العقلي يثير حلقة مفرغة من هذا النوع. فهل العزلة هي التي تؤدي إلى ذلك أم أن المضطربين نفسيا غالبا ما ينتهيون إلى العزلة بسبب إثارتهم للاشمئاز والنفور في الآخرين، واتخاذهم لقرارات خرقاء المرجح فيما أوضحتنا من

قبل أن العزلة الاجتماعية تكون سبباً للاضطراب العقلي ونتيجة له في نفس الوقت.

الخلاصة

يعبر الاضطراب النفسي والعقلي عن مفهوم لجانب من السلوك يتعارض مع ما نطلق عليه سلوكاً سليماً، أو عادياً أو ناضجاً. والاضطراب أو المرض النفسي لا يحقق الرضا والتقبل للشخص أو لمن حوله أو لكيلهما معاً. ويؤدي المرض النفسي إلى إثارة اضطرابات شاملة في سلوك الإنسان قد تشمل حالته الانفعالية، أو تفكيره، أو سلوكه الاجتماعي، أو وظائفه العضوية والجسمية، أو كل هذه الأشياء مجتمعة في وقت واحد. وإذا غلب الاضطراب على الناحية الانفعالية والوجودانية كان هناك ما يسمى بالاضطراب العصبية كالقلق والهستيريا والمخاوف المرضية والاكتئاب، وإذا كان مصدر الشذوذ اضطراباً في التفكير تكون ما يسمى بالمرض العقلي (الذهاني) بأشكاله المختلفة من فضام، وهوس، وبارانويا. وتنشأ الجريمة والجناح (الانحرافات السيكوباثية) بسبب اضطراب السلوك الاجتماعي. وتعتبر الأمراض السيكوسوماتية كارتفاع في ضغط الدم، والربو، والقرحة عالمة على أن الاضطراب النفسي يؤثر في الوظائف العضوية والبدنية للإنسان. وفي كل نوع من أنواع هذه الاضطرابات، يشمل الاضطراب الوظائف الأخرى. فالاضطراب في حالة القلق مثلاً يصيب الجوانب الوجودانية، والجسمية، والسلوكية، والعقلية.. ولو أن مصدر الاضطراب هو الوجود أساساً.

وتشكل الأمراض النفسية بؤرة لمشكلات اجتماعية وعقلية أخرى تعاني منها المجتمعات المتقدمة الغربية والاشتراكية ودول العالم الثالث على السواء. وقد بينا بالاعتماد على نتائج البحوث المسحية والدراسات التجريبية مدى انتشار الاضطرابات العقلية في العالم العربي والغربي. وتحدث الاضطرابات النفسية بسبب التقاء الوراثة، والأساليب الحاطئة في التنشئة فضلاً عن الضغوط والأزمات البيئية. وقد أوضحنا كيف يتم الالتقاء بين هذه العناصر الثلاثة. والتقاء هذه العناصر يرسم دون شك خطط العلاج الفعال لتلك المشكلات.. كما يمنحك البصيرة بالسبل والأسكلال التي يجب أن تتتطور نحوها أساليب العلاج وهذا هو موضوع الفصل القادم.

مراجعة وتعليقات

- (1) هانز أيزنك، الحقيقة والوهم في علم النفس، ترجمة قدرى حفني ورؤوف نظمي، القاهرة: دار المعارف، 1969.
- (2) عبد الستار إبراهيم، السلوك الإنساني بين النظرة العلمية والناظرة الدارجة، في كتاب: السلوك الإنساني: نظرة علمية، تأليف عبد الستار إبراهيم، ومحمد فرغلي فراج سلوى الملا، القاهرة: دار الكتب الجامعية، 1977.
- ويوضح الفصلان الأولان من هذا الكتاب بعض النقاط المتعلقة بالتعريف السيكولوجي العلمي للظواهر.
- (3) للمزيد من الفروق بين العصاب والذهان انظر:

Hans Eysenck.' You and neurosis. Britain, Glasgow: William, Collins Sons, 1978.

أنظر بشكل خاص الفصل الأول من هذا الكتاب الذي يخصصه المؤلف لأنواع المرض النفسي العصابي.. وما يميز الذهانى (الريض العقلى) عن العصابي.. ويتبين المؤلف وجهة نظر مخالفة لوجهة نظر الطب النفسي التقليدية التي ترى أن الذهان درجة أقلى من العصاب.. أي أن الفرق بينهما فرق في الدرجة. غير أن المؤلف يعرض لوجهة نظر ترى بأنهما نوعان مختلفان من الأمراض.

(4) انظر:

Milton Rokeach. The three Christs of Ypsilanti New York: Alfred Knopf, 1964.

- (5) للمزيد من الأعراض المصاحبة للعصاب والذهان وأشكال الأضطرابات النفسية الأخرى انظر:

أ- أيزنك، الحقيقة والوهم في علم النفس، مرجع سبق ذكره في «ا».

ب- شيلون كاشدان، علم نفس الشوائب، ترجمة احمد عبد العزيز سلامه ومراجعة محمد عثمان نجاتي، الكويت: دار القلم، 1977. انظر بشكل خاص الفصل الثاني من هذا الكتاب الخاص بمجموعات أعراض السلوك الشاذ.

- (6) تبين دراسة حديثة أن المخاوف المرضية يمكن إرجاعها إلى سبعة موضوعات أو فئات رئيسية:
1- مخاوف من الحيوانات كالعنكبوت، والقطط.. الخ. 2- مخاوف من مشاهدة العداوة لدى الآخرين وذلك كالخوف من الأصوات المرتفعة، أو الخوف من الناس الغاضبين، أو الخوف من المشادات..
الخ. 3- الخوف من الموت والأدى كالخوف من الدم، والجرح والموت ورائحة العقاقيير، وحوادث السيارات.. وهناك أيضاً 4- المخاوف ذات الشكل الأخلاقي، كالخوف من الانتحار، والعادة السرية والعقاب في الآخرة والجنس.. وهنالك 5- الخوف من النقد الاجتماعي، كالخوف من التجاهل والنبذ، والنقد.. الخ 6- الخوف من الظلم وما يرتبط به من مخاوف أخرى كالخوف من الوحدة الوحيدة أو الدخول إلى الأماكن المظلمة.. ثم هناك أخيراً 7- الخوف من الأماكن الخطرة مثل الخوف من المرتفعات ومن الأماكن المغلقة، والأماكن المزدحمة.. والأماكن الفسيحة.. الخ للمزيد من التفاصيل انظر:

Eysenck. You And neurosis. Op. Cit. P. 73

العلاج النفسي الحديث

(7) للمزيد من القلق الوجودي انظر بالإنجليزية:

Salvator Maddi. The existential neurosis, In David Rosen -Hahn and Perry London) Eds. (. Theory and Research in ab, normal behavior. New York: Holt, Rinehart and Winston. 1969 (pp, 222-239)

(8) هناك أيضا انحرافات يطلق عليها انحرافات «ذوي العلاقات البيضاء»... وهي تشيع في أفراد من الطبقات المتوسطة والعليا وتمثل في الهروب من دفع الضرائب، ومتطلبات الإنفاق الزائد، والمخاوف في مجال العمل كالاختلاسات وغيرها، انظر: الفصل الخامس عن الجريمة والجناح من كتاب ميشيل ارجايل، علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية، ترجمة عبد الستار إبراهيم، الكويت: دار القلم، 1978 (الطبعة الثانية).

(9) انظر ميشيل ارجايل، المرجع السابق، الفصل السادس. الصحة النفسية والاضطراب العقلي، ص 117- 118 .
(10) انظر:

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

(11) انظر:
محمد احمد غالى، دراسة مقارنة لبعض أبعاد الشخصية باستعمال مقياس أيزنك في البيئة الكويتية، الكويت مطبعة حكومة الكويت، 1975 .

(12) عزت حجازى، الشباب العربى والمشكلات التى يواجهها، الكويت عالم المعرفة، 1978 .
(13) كاشدان، علم نفس الشواد، مرجع سبق ذكره.

(14) لن يود أن يستبصر بتأثير أساليب تنشئة للأطفال على سلوكهم عندما يتتحولون إلى بالغين
انظر:

مصطفى أحمد تركى، الرعاية الوالدية وعلاقتها بشخصية الأبناء: دراسة تجريبية على طلبة
جامعة الكويت، القاهرة: دار النهضة العربية 1974 .

الحواشي

- (*) الأرقام بين الأقواس تشير إلى أرقام المراجع في نهاية الفصل.
- (1*) شلدون كاشدان، علم نفس الشواد، ص 65 (مراجع رقم 5 في قائمة المراجع في آخر الفصل).
- (2*) يهتم علماء النفس الأنثروبولوجي بدراسة السلوك البشري في المجتمعات والحضارات المختلفة دراسة مقارنة.
- (3*) يجذب بعض الآباء والأمهات إلى إظهار التفور والعقاب للابن باسم المحبة أحياناً وهذا نموذج آخر للوسائل المزدوجة.
- (4*) قد يبدأ العلاج أيضاً من الشخص العدواني نفسه بان نطلب منه التقليل من عدائه.

الحديثة

أ- قررت أخيرا، وبعد تردد طويل، أن تذهب للطبيب النفسي وهي في حالة حادة من القلق والخوف، والاكتئاب المتزايد يوما بعد يوم.

وتبلورت شكوكها عند الطبيب في وجود حالة خوف مرضي (فوبيا) من الأماكن المغلقة والضيقة. إذ يصيبها في مثل هذه الأماكن رعب وجزع وتوشك على الإغماء، وتهن أعصابها هونا شديدا. وقد أدى خوفها من الأماكن الضيقة إلى الامتناع نهائيا عن أشياء ضرورية وترفيهية كركوب المواصلات، والذهاب للسينما، أو الدخول إلى الأكشاك لعمل التليفونات الضرورية. وامتنعت حتى 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 إلى عمله دون أن يتلفظ بيبرت شفة. وفي العمل فوجئ برئيسه ينتقده بحدة على خطأ ارتكبه واحد من زملائه. ومرة أخرى وقف صامتا دون أن يدافع عن نفسه ومبينا الإهانة بحق مكتوم.

وفي نفس اليوم طلب من أحد مرؤوسيه الصغار إعداد مذكرة مطلوبة من مدير المصلحة، فرفض الموظف أداء العمل بطريقه لم تخل من عدم الذوق والاستهانة. وللمرة الثالثة لم يقم مريضنا بأي إجراء ملائم نحو هذا التصرف. وعندما عاد للمنزل في نهاية اليوم فوجئ بأن طفله الصغير قد أحدث عطبا في جهاز تسجيله نتيجة للعب به. هنا انفجر بالغضب على ابنته، وعاقبه عقابا لا يتلاءم مع تفاهة الحادث. غير أنه لم يشعر بالراحة بعد ذلك، بل تملكته مشاعر بالذنب.. واصطبغ ذلك بإحساس بأنه إنسان تافه وعديم الفاعلية، وعجز عن أن يحكم حياته بإيجابية ملائمة. ولهذا السبب انتهز أول فرصة ملائمة لزيارة معالج نفسي بيته شكواه، وطالبا منه النصيحة والشفاء.

ج- أصابه اثر اتصال جنسي غير مشروع خوف مرضي حاد من بوله. وقد تبلور ذلك في الخوف من تلوث الآخرين، وبث العدوى بينهم من خلال ما يتبوله. وتحول هذا الخوف إلى أداء وساوس وطقوس قهرية^(*). إذأخذ يقضي ما يقرب من خمس وأربعين دقيقة في تنظيف أعضائه بعد كل مرة يتبول فيها يتلوها 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 حماما يستغرق منه أربع ساعات تقريبا. وقد بث لمعالجه انه قرر بعد ذلك أن يقضي أغلب وقته في مخدعه إذ أن «اليقظة لا تساوي المتابعة التي يتعرض لها أثناءها بسبب تلك الطقوس».

د- اصطحبت ابنتها الذي يبلغ الثامنة لمعالج موضحة انه كان يبدي نموا لغويًا عاديا إلى أن بدأ يذهب للمدرسة في السادسة من عمره. وعندئذ تدهورت قدرته على الكلام، وأصبح الآن كالآخر تقيريا. وبسبب هذا تأخر نقله من مرحلة دراسية إلى أخرى.. وقد سبب له هذا ولوالديه كثيرا من التعب والإلام.

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

فماذا لو أن كل حالة من هذه الحالات جاءت للطبيب النفسي منذ

عشرين عاماً أو يزيد^٦.

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

وربما يكتشف المعالج في النهاية أن هذه الأعراض التي دفعت بالمريض إلى الذهاب للمعالج ليست هي المشكلة الحقيقية بل ترجع أساساً إلى عقدة تمتد بجذورها إلى فترة الطفولة نتيجة علاقة مرضية بأم مستبدة، أو أب غير مكترث، أو قد يكتشف أن مشكلة المريض بالحقيقة تعود إلى شعور بالنقص بسبب مشكلة أوديبية أي بسبب كراهية لا شعورية قديمة لأب مسيطر، كان يقمع تعبيره عن مشاعره (ي المريض) محولاً إياه إلى إنسان جبان وعجز عن التعبير عن مشاعره عندما يتطلب منه الأمر ذلك. ولن يعجز عن أن يكتشف أشياء من هذا القبيل في حالة الشاب الحوازي أو الطفل الآخرين^(١).

أما الآن فان هناك أساليب جديدة للعلاج السلوكي يمكن أن تساعد على شفاء كل حالة من الحالات السابقة في فترة اقل، وبقليل من النفقات، ودون الاستلقاء على أريكة أو دخول في ذكريات الطفولة، واستقصاء اللاشعور.

والحقيقة أن الانتقال من أساليب فرويد الكلاسيكية إلى الأساليب الحديثة في العلاج النفسي يعتبر في نظر الكثيرين من العلماء نقطة تحول خطيرة. بل أن بعضهم يعتبره ثورة حقيقة في أساليب العلاج النفسي، عملت على تحرير طفاته (أي العلاج) من عقم قاتل. يقول معالج نفسي من كاليفورنيا: «أن التحليل النفسي قد مات فعلاً، ولم تعد تلك هي المشكلة، إنما المشكلة أن - نواجه حياتنا بمفاهيم متحركة وجديدة ومستقلة تماماً عن علم قد حوطته الأكفان». وفي أحسن الأحوال نجد أن المعالجين النفسيين العتدلين ينظرون إلى التحليل كأدلة من أدوات عدة يمكن للمعالج النفسي أن يتسلح بها في مواجهته للمرض.

وتسمى الأساليب 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 الأساليب تستخدم بعض طرق التحليل النفسي خاصة لاكتشاف بداية تكون المرض أو الاضطراب إلا أنها تختلف جذريا في نقاط أساسية سنتعرض لها بعد قليل، وبعد أن نعرض للقارئ الأسس التي تقوم عليها النظرية الفرويدية في العلاج، حتى يزداد استبصارنا بقيمة الأساليب الحديثة.

التحليل النفسي باختصار هو المدرسة التي تدين لمشئها فرويد بكثير من الأفكار والنظريات التي طبقت بمهارة في مجالات الحياة المختلفة كالفن والسياسة، والأمراض النفسية وغيرها. ويهمنا 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 - ذكريات وان كانت قد صارت لا شعورية إلا أنها لا تزال مع ذلك ذات تأثير فعال في حياة المريض. وتصبح الخبرات الأليمة 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 الانفعال 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 بذهنه مهما بدا هذا الشيء تافهاً أو لامنطقياً.

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

1- لا يهم بالأعراض المرضية التي يذهب بها المريض بل يعتقد أن هذه الأعراض تعبر عن مشكلات أخرى أعمق هي التي يجب أن يتجه إليها العلاج.

2- يعتقد أن المرض النفسي أحياه من خلال الأعراض لذكريات لاشعورية حقيقة في أعماق الذهن.

3- يؤمن بان جذور المشكلة لا تمتد للان ولكن للماضي.. لخبرات الطفولة والعلاقة المبكرة بالوالدين في السنوات الخمس الأولى من العمر.

4- أما مادا يحدث في أثناء الطفولة فالامر - في ضوء نظرية التحليل النفسي - أكثر تعقيداً من أن تلخصه في هذا الفصل. ذلك لأن المحللين أنفسهم لم يتلقوا على طبيعة الإحباطات التي يواجهها الشخص في حياته مبكراً، 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 كثيراً مفاهيم مثل عقدة أوديب، واختلافاتهم بالنسبة لهذا المفهوم أقل بكثير من اختلافاتهم عن غيرها. وقليل جداً من القراء هم الذين لم يسمعوا أو يقرؤوا عن مفهوم عقدة أوديب، والتي تعود في جذورها لأسطورة يونانية استخدمها فرويد لبسط آرائه المختلفة في التحليل النفسي. وبمُؤْدِي هذه العقدة يعتقد فرويد أن كل صغير يمر بفترة يقع خلالها في حب أمه، والرغبة فيها جنسياً، غير أنه يقمع ويكتب هذه الرغبة لخوفه من أبيه الذي يصبح منذ الآن مصدراً لكرابهية الابن وغيره. وتكون الأعراض العصابية التي يواجهها الشخص فيما بعد مثل المخاوف المرضية، أو الخوف من مصادر السلطة، أو التعلق بمن هن كبيرات في السن.. الخ. تعبيراً لاعسوريَا عن تلك العقدة التي حدثت من قبل.

ربما تكون هذه العناصر الرئيسية التي تمثل هيكل نظرية فرويد في الأمراض وعلاجها. وربما قيل دافعاً عن نظرية التحليل النفسي بأن هذا العرض لا يوضح كل جوانب النظرية. وهذا صحيح، لأن هناك تفاصيل أخرى شديدة في نظرية التحليل النفسي غير أنها لا تعتبر من الأفكار الجوهرية كذلك التي ذكرناها ملخصة. ومن ناحية أخرى فإننا سنحاول تحنب كثير من الأفكار النظرية في عرضنا هذا، إلا ما كان منها مستخدماً بالفعل في الممارسة العملية المفيدة للعلاج.

وأيا كان الأمر، فإن فاعلية نظرية التحليل النفسي قد بدأت تضعف فيما أشرنا. وهناك أسباب كثيرة لذلك: منها أن التحليل النفسي يترك كثيراً من الأرواح معلقة في لحظة توازن طويل المدى. لكن الحياة تتحرك بشكل أسرع بكثير من هذا التوازن التحليلي. لنفرض أن شخصاً جاء يشكو

من الضعف الجنسي الذي حوله لشخص مكتتب تنتابه كثير من المخاوف في فاعليته وفي صورته عن ذاته، وطلبنا منه - بدلاً من أن نقدم علاجاً فعالاً لضعفه الجنسي - أن يستلقي على أريكة يقص تاريخه، ويحكى مشكلاته القديمة والحديثة. فما الذي يجنيه هذا الشخص من هذا؟ أنت لا يمكن أن تتصور أن تكون بهذا الأسلوب دعاء الشفاء الحقيقي له من ضعفه.

وما الذي سيحدث لعلاقته بزوجته طوال هذه الفترة؟ وماذا عن صديقات الزوجة والأخريات اللواتي تقابلهن بسبب تعاستها الزوجية؟ . وأكثر من هذا فما الذي يحدث بعد جلسات مقدارها ألف ساعة على الأقل من التحليل والاستلقاء على أريكة التداعي الحر؟ انه قد يستمر في ضعفه الجنسي لنفس الأسباب القديمة. وماذا لو اكتشف المعالج أنه يعاني من عقدة أوديبية هي التي تكشف رغبته الجنسية في الزوجة (فيراهما على أنها رمز لللام). أنتا بعد هذه السنوات الطويلة لا تستطيع تغيير بناء علاقته بالأم بعد مرور 30 أو 40 عاماً. فلم المحاولة؟ . أن حركة الحياة إذن أسرع من أن يكون مصير الإنسان مرتبطاً بمجموعة من الأفكار النظرية التي تخالفها في أحياناً كثيرة شوahd الواقع.

ويرى آخرون أن التطور والانتقال من آراء فرويد إلى الأساليب الحديثة في العلاج يرجع جزئياً 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 بهم الحرب ومخاوفها في حالات انهيار عصبي بأعداد متزايدة. فمنذ الحرب العالمية الثانية أصبحت التيارات الحديثة في العلاج النفسي والسلوكي تمثل قوة حقيقة في مواجهة الأساليب الفرويدية التقليدية. وأمكنها بالفعل أن تقدم مساهمات فعالة في علاج الكثير من المشكلات والأمراض التي تغطي مجالات مختلفة من الاضطرابات كحالات القلق، والاكتئاب 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 يبدو أن الأسلوب الوحيد الذي ينجح فيها هو أسلوب التحليل النفسي، أو إعطاء مجموعة

من العقاقير المهدئة.

وربما يوجد أيضاً عامل آخر ساعد على تطور حركة العلاج النفسي، وانتقالها إلى قنوات جديدة، هو التطور الثقافي والعلمي للمعالجين النفسيين أنفسهم، وتطور نظريات علم النفس الحديث.

إذ يبدو أن تطور نظرية التعلم بتركيزها على التفكير العلمي واستخدام المنهج العلمي والدراسة التجريبية قد أدى إلى تراكم بعض الحقائق التي تلائم الواقع. وبهذا وجد المعالجون منطلقاً أكثر أماناً 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 التغير في الثورة الحديثة على تقاليد التعبير الجنسي التي أخذت تحتاج المجتمعات الغربية هو المسؤول عن انحسار تأثير أفكار فرويد. فالتأكيد الفرويدي على اللاشعور الجنسي كحجر الزاوية في الكثير من المشكلات الإنسانية، كان مفيداً عند أول ظهوره. وكان موضوعاً له إغراءً وله قيمة في شد الانتباه خاصةً إذا قدم ذلك بطريقة فرويد الأدبية المثيرة. فقد كان المجتمع البرجوازي الذي عاش فيه فرويد يعمل على قمع كل ما يختص بالثقافة الجنسية أو النقاش العلني فيها. لقد كان الجنس سراً غامضاً من أسرار المجتمع. وكان لغزاً وزادته لغازاً عمليات القمع الأخلاقية والاجتماعية. وعلى هذا فإذا كانت تظهر مشكلة في حياة فرد ما، فقد كان يسهل دمجها في عملية أخرى ذات استمرار غامض وهي الجنس. فالفرد يشعر بالوحدة، أو الغضب، أو الاندفاع، أو الاكتئاب والسبب غامض - وإن فالسبب مشكلة جنسية عميقة الجذور. وقد جاء «فرويد» في هذا المناخ الاجتماعي ينافش الجنس ومشكلاته بطريقة مباشرة ومثيرة للتحدي. وبهذا أصبح من الطبيعي أن يكون الانجداب لكتابات فرويد وأفكاره مظهراً من مظاهر التغيير والثورية على قيم بالية.

أما الآن فلم تعد أسرار الجنس خافية. ولم تعد نظرة الناس إليه نفس النظرة التي يحوطها الغموض

ولم يعد أسيراً لدى الناس - سواء كانوا معالجين أو طالبين للعلاج - أن يفسروا مشكلات البشر ذات الجذور الغامضة في ضوء شيء لم يعد بعد غامضاً.

ما تتميز به الأساليب الحديثة من العلاج :

وتختلف الأساليب الحديثة عن التحليل النفسي في أنها تهتم بشكل الأعراض بصورتها الراهنة وكما يعاني منها الشخص . فالمعالج لا يبحث عن الخوف المرضي في ذكريات الطفولة وعالم اللاشعور ، ولا يعالج الخوف من خلال تصور أن الخوف نتيجة 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 .

والأساليب التي يستخدمونها لذلك مباشرة ، وتركز على الشكوى ، أو العرض في اللحظة الراهنة . هذا - وهنا - والآن : ذلك هو المنطلق الأساسي لنظريات العلاج الحديثة . فهي إذن تركز على هذا العرض ، أو الشكوى المباشرة (خوف - اكتئاب - قلق) ، كما يحدث (هنا) في هذا الموقف أو ذلك بشكل خاص (خوف من أماكن مغلقة ، خوف من منازل ، خوف من أماكن ممتدة ، 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^(2*) .

لنتناول على سبيل المثال حالة السيدة التي تخاف من الأماكن المغلقة التي بدأنا بها هذا الفصل . فقد يستخدم المعالج الحديث بعض أساليب التحليل النفسي لا ليعرف ما وراء العرض ، ولكن لكي يكتشف بداية تكون المرض (الفوبيا) ثم قد يقوم بتشجيع المريضة على نواحي ضعفها . ولكنه بجانب هذا قد يعرض المريضة تدريجيا ، لاماكن مغلقة تبدأ أولا بالأماكن التي لا تستثير إلا قليلا من الخوف (منازل الأقارب والأصدقاء) ثم الانتقال بها بنفس التدريج إلى الأماكن التي تستثير القدر الأكبر من الخوف والجزع . وبالطبع لا يتم ذلك ما بين يوم أو ليلة ، وإنما على مدار فترة العلاج^(3*) . حتى يرسخ الاطمئنان في المواقف الأقل استثارة للقلق حتى الوصول لأكثرها استثارة له .

ففي حالة هذه السيدة إذن 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 بطريقه غير مباشرة بتغيير الشخصية ككل كما يصر الفرويديون على ذلك.

وتختلف الأسس النظرية التي ينطلق منها المعالجون المعاصرون.. فهي عند البعض تكون نابعة من أفكار نظرية التعلم كما أثرتها عقريه العالم الروسي الفذ «بافلوف»، ثم واطسون فيما المعالج يميز بين الشكوى الثانوية والمشكلة الرئيسية ولكن بمفاهيم وتصورات مختلفة عن التحليل النفسي.

كما أن بعد، وعند البعض يكون المنطلق النظري نابعاً من نظريات العالم الأمريكي المعاصر سكينر. وقد يكون المنطلق من نظريات الشخصية، أو نظريات التفكير.. الخ. ومع أن الأسس النظرية فيما يبدو تشكل موضوعاً مثيراً للجدل بين المعالجين النفسيين هذه الأيام، فإن اهتماماً في هذا الكتاب غير موجه إلا في القليل نحو الأسس النظرية.. قد نتعرض لهذه النظرية أو تلك ولكن لكي نضع إصبع القارئ على العوامل التي تجعل من أسلوب معين صاحب فاعلية أكبر من أسلوب آخر.

فضلاً عن هذا فإن هناك ما يدل على أن الفرق بين معالج ناجح وأخر أقل نجاحاً لا تكمن في المنطلق النظري لكل منهم بقدر ما يتوقف النجاح على عوامل أخرى كثافة المعالج بنفسه، وانخفاض مستوى قلقه وقدرته على ابتكار طرق تدفع مرضاه للتحسن والعلاج، وتكون علاقات دافئة بهم⁽²⁾.

تنوع آثار الاضطراب على الشخصية

وبالرغم من تركيز المعالج الحديث على شفاء الأعراض المباشرة فإن هذا لا يعني أنهم ينظرون للمرض النفسي نظرة تجرده من طبيعته المعقّدة والمركبة. ولا يبالغ إن قلنا بأن كل المعالجين الآن، بما فيهم المعالجون السلوكيون، يعلمون أن الاضطراب النفسي عندما يحدث يؤثر في مختلف جوانب الشخصية وهذا ما يجعله ذا طبيعة مركبة. وحتى لو لم يصرح المعالج أحياناً بهذا في كتاباته (بسبب منطلقاته النظرية)، فإنه في الممارسة العملية لا يغفل عن تلك الطبيعة المركبة للاضطراب النفسي، وتكون محاولاته متوجهة لهذا نحو إحداث التغيير في الشخصية بأية طريقة ملائمة، وبأي مدخل مناسب.. وقد يستخدم في ذلك بعض الأساليب التي تمده بها

نظريات علاجية لا تتفق ظاهرياً مع نظريته. ومن ناحيتها نعتقد أن تصنيف مدارس العلاج النفسي إلى مدرسة سلوكية أو فرويدية قد لا يكون ملائماً دائماً. قد يكون الملائم هو تصنيف الأساليب العلاجية بحسب فاعليتها في إحداث آثار علاجية في هذا الجانب أو ذاك من الشخصية المضطربة. ولما كاننا نعتقد بأن الاضطراب النفسي عندما يثور يكون متعدد الجوانب من حيث آثاره على الشخصية فيصيب بالاختلال: الوظائف الوجدانية، والسلوكية الظاهرة، وأساليب التفكير، وأساليب التفاعل الاجتماعي، فإن تصنيف المناهج العلاجية بحسب فاعليتها وتركيزها على تعديل كل جانب من هذه الجوانب قد يكون أفضل. وعلى هذا فهنّا نحن نصنّف الأساليب العلاجية إلى أساليب لتعديل الوجدان، وأساليب لتعديل السلوك، وأساليب تعديل التفكير فضلاً عن أساليب تعديل أساليب التفاعل الاجتماعي.. وفيما يلي بعض التفاصيل.

1- يتعلّق الجانب الوجداني أو الانفعالي من الاضطراب بدرجة تعرض الشخص لرحمة عدد من الانفعالات السلبية بالنسبة لموضع الاضطراب كالخوف من الأماكن المغلقة، أو القلق مع الجنس الآخر.. أو الخوف من نماذج السلطة.. الخ. ويعتبر أسلوب العلاج التدريجي الذي ستأتي الإشارة إليه في الفصل الثالث.. نموذجاً للأساليب المستخدمة في تعديل الانفعالات والمشاعر السلبية. ويقوم العلاج التدريجي على أساس تعويم المريض على مواقف تتشابه مع الموقف الأصلي المثير للقلق. ويستخدم هذا الأسلوب لإزالة الحساسية المبالغ فيها نحو عدد من المخاوف المرضية النوعية. وتتم إزالة الحساسية المبالغ فيها (الجانب الوجداني - من الاضطراب) باستبدال استجابات الخوف والقلق نحو هذه المواقف باستجابات تتفق تلك المشاعر السلبية وتعارضها. ولتسهيل نجاح العلاج يستخدم الاسترخاء العضلي العميق (الفصل الرابع) للتغلب على الاضطرابات الفسيولوجية (التوتر العضلي) المصاحبة للأحساسات والمشاعر المرضية. ومن الأساليب التي تتنمي لتعديل الوجدان أساليب تأكيد الذات، وتقوم على تشجيع الفرد وتسهيل الظروف له لكي يعبر عن انفعالاته بحرية ويتلقائية ما عدا التعبير عن القلق والجوانب الوجدانية السلبية (الخوف والانسحاب.. الخ).

2- أما الجانب السلوكي للاضطراب فيتعلق بالتورط في سلوك ظاهر

كالإدمان، والعدوان، وتدمير الممتلكات، ويتفاوت السلوك الظاهري في التعبير عن الإضطراب من سلوك لفظي (ضعف معدل الكلام، أو البكم في حالة الطفل التي أشرنا إليها) إلى الاندماج في جوانب فعلية من السلوك المضطرب كإيقاع العدوان بالآخرين، أو الإدمان على المخدرات.. الخ. ويعتبر العلاج بالتغيير نموذجاً لأنواع العلاج المستخدمة حالياً. ويقوم على أساس تقديم خبرات غير سارة بجوار السلوك الذي ترغب في التخلص منه أو علاجه، فمثلاً يعالج الإدمان على الخمور بإعطاء المتعاطي عقاقير مسببة لغثيان بعد الشرب مباشرةً وذلك كالابومورفين Apomorphine. ويعالج البوال اللاإرادي باستخدام ما يسمى بـ «سرير ماورر»⁽³⁾ الذي صممه العالم النفسي الأمريكي Mourer. وهو سرير عادي يرقد عليه الطفل لكنه مصمم بحيث أن أي بلل فيه يؤدي إلى إغلاق دائرة كهربائية، تتصل بجرس كهربائي يرن بعنف فيوقظ الطفل قبل أن ينتهي من تboleه. وقد وجّد أن كثيراً من الحالات قد عولجت بهذا الأسلوب وببلغت نسبة الشفاء ما يقرب من 90% من الحالات. وبالرغم من أن كثيراً 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 الشاذة من سلوكه (عدوان أو انسحاب.. الخ). عن طريق التوقف عن التدعيمات التي تقدمها البيئة (بشكل مقصود أو غير مقصود) لهذا النوع من السلوك. وينجح الشخص في إيقاف السلوك السيئ إذا ما الغيت الرابطة بين السلوك المضطرب ونتائجها في البيئة. وتعتمد هذه المجموعة من أساليب العلاج على بحوث Skinner. وسنعرض في الفصل السادس أساس التدعيم وكيفية إجرائه.

3- أما الجانب الفكري من الإضطراب فيشير ببساطة إلى مجموعة الأفكار والمعتقدات والحجج (وريما القيم التي يتبنّاها الشخص) نحو ذاته ونحو بيئته بحيث تؤدي في النهاية إلى إثارة الإضطراب، أو تأكيده. فقد يتبنّى الشخص الانسحابي فلسفة تقوم على أن البعد عن الناس غنيمة،

وقد يتبنى الشخص الاعتمادي فلسفه تقوم على أن الإنسان محكم بالحظ والبيئة والسلطة، فلم المحاولة؟ وهو في ذلك يساعد على إبقاء أساليبه الشاذة في التوافق، ويبعد نفسه عن اختبار جوانب جيدة من السلوك الفعال والإيجابي. ويلعب الجانب المعرفي دوراً كبيراً في الاضطرابات ذات المصدر الاجتماعي كالتعصب العنصري. فقد بينت البحوث أن المتعصبين يتبنون حججاً نحو موضوعات تعصبهم لا تتناسب مع الواقع. من هذا أن البيض في أمريكا يتبنون اعتقادات عن السود بأنهم أشبه بالحيوانات، وأنهم كسالي وعدوانيون.. ويقوى هذا من تعصبهم نحو الزنوج. وكذلك يتبني السود المرتفعون في التعصب آراء سلبية عن البيض بتصور أن البيض ضعاف جنسياً ومتتعصبون مما يوقدونه (أي السود) في ضرب من الإحراج والسلوك غير الملائم نحو النساء البيض.. الخ. وهناك بحث أيضاً يدل على أن (الروس) يعتقدون صورة سلبية عن الأميركيين، قريبة من نفس الصورة التي يعتقدوا الأميركيون عن الروس⁽⁴⁾. ويقوم العلاج من هذا النوع على التعديل من طريقة إدراك المواقف وأفكارنا عنها مع تحليلها وتفسيرها.

ومن أكثر النماذج المعاصرة لهذا النوع من العلاج ما يسمى بأسلوب العلاج عن طريق الدفع المتعلق Rational-emotive therapy أو العلاج المنطقي الذي يدعو له العالم الأميركي ألبرت إلليس 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 «ألليس» إلى عدد من الأفكار التي تشيع بين العصبيين والذهانين بينما لا تشيع بين الأسواء.. وسنعرض لها في الفصل السابع كما سنعرض لأهم الطرق المستخدمة في التعديل من طرق التفكير اللامنطقية. وهناك أيضاً أساليب تقوم على تبصير المريض عقلياً بنتائج أفعاله وصراعاته. ولكن الأدلة على فاعلية الاستبصار في تغيير السلوك ضعيفة للأسف. فالاستبصار قد يزداد نتيجة للعلاج، ولكن وجوده قبل العلاج لا تؤدي لتغييره كثيراً. فكثيراً ما يشكو الشخص بأنه يفهم تماماً الأسباب الأساسية لصعوباته، لكنه يعجز عن التخلص من الأعراض. وقد خصصنا الفصل السابع لهذا النوع من أساليب التعديل المعرفي.

ومن الأساليب التي تنتهي لهذه الفئة هذا النوع من العلاج الذي ينتهي

بأن يعيid الشخص النظر لنفسه بطريقة إيجابية و مختلفة . فيتغير إدراكه لذاته، وعندما يتغير إدراك الذات يتغير السلوك، ويتم هذا بعدة طرق منها: تغيير طريقة اللبس والوضع الاجتماعي، أو التدعيم الإيجابي للجوانب الإيجابية في الشخصية. ومن الحالات التي استخدم فيها هذا الأسلوب بنجاح: حالة فتاة غير جذابة، مكتوبة وباهتة الشخصية، أخذ مجموعة من الطلاب يعاملونها - وفق خطة من العلاج - على أساس أنها شخصية جديدة بالاعتبار، وشديدة الحيوية والجاذبية والذكاء. وقبل نهاية العام استطاعت أن تكون أسلوبا سهلا في التعامل مع الآخرين، كما استطاعت أن تكون أكثر جاذبية وثقة في إمكانياتها⁽⁵⁾. وعندما ينجح الشخص في تكوين أسلوب معين في إدراك الذات فإن هذا يؤثر في شخصيته ككل. فيتصرف بطريقة تتافق مع الصورة التي يحملها عن نفسه. وقد يعنف، ويغضب، ويكتئب إذا لم يتبين الآخرون السلوك المناسب نحوه. وتزداد فاعلية علاج التفكير إذا ما حدثت معه شروط أخرى منها:

احترام المريض للمعالج والثقة في إمكانياته، ووجود دافع للتغيير لدى الشخص نفسه، وان يكون الشخص نفسه مرتنا ودكيا، ويعؤمن بالنتائج التي سينتهي لها هذا التغيير.

4- أما الجانب الاجتماعي من الاضطراب فيشير إلى الاضطرابات التي تصيب تفاعلات واستجابات الفرد الاجتماعية. ويعتبر الجنوح والجنسية المثلية نموذجين للاضطرابات الاجتماعية. ومن المعتقد⁽⁵⁾ أن السلوك المضطرب ينشأ نتيجة لعملية اضطراب في تعلم السلوك الاجتماعي الجيد. وهناك نظرية ترى أن التوحد بالآخرين واتخاذهم قدوة يعتبر من المصادر الهامة في اكتساب أشكال السلوك التي يتبعها الفرد. فإذا كانت القدوة نفسها أو النموذج الذي يحتذيه الشخص كالآب ناجحا وقويا، كان من السهل أن يكتسب الفرد خصائص سلوكية جيدة، والعكس صحيح. ومن المعروف أن بعض أشكال الجريمة، والجناح تحدث بسبب أنواع خاطئة من التعلم الاجتماعي مصدرها توحد الطفل بنماذج جانحة.

وتتوقف نتائج التعلم الاجتماعي بطريق التوحد بنماذج على السلوك الذي تتوحد به. فقد يتوحد الطفل الذكر بالأم - دون الآب - لكثره غياب الآب، أو موته وبعده عن الأسرة، وعندئذ يصعب عليه تعلم الأدوار الاجتماعية

الذكرية فتسهل فرصته فيما بعد لاقتناص الانحرافات الاستجناسية (اللواط)^(4*). وعندما يحدث التوحد بأحد الوالدين من نفس الجنس-كما هو شائع في المجتمعات-فإن الطفل يتوجه ليتبني الدور المناسب بما فيه النزعة إلى العدوان كما في حالة الأطفال الذكور. وتزداد نسبة الجنوح والعدوان بين الأولاد الذين يتوحدون بنماذج عدوانية جانحة.

وبالرغم من أهمية عمليات العلاج القائمة على التعلم الاجتماعي فإن فاعليتها فيما يبدو تتوقف على أنواع معينة من الاضطراب. فعندما يكون الاضطراب النفسي من النوع الذي يسلك الشخص بمقتضاه ضد الآخرين (الجريمة، والانحراف) قد يسهل تعلم الاستجابات الملائمة من خلال عرض نماذج لجوانب جيدة من السلوك. غير أن الاضطراب عندما يكون متحولاً ضد الذات (القلق والاكتئاب والانتحار)، فإن من الصعب وضعه تحت ضبط العلاج من هذا النوع. فأنواع الاضطراب الموجه نحو الذات تنشأ من خلال عمليات تعلم أخرى تصلح لها الطرق العلاجية السابقة.

استخدام العقاقير والأساليب الفيزيقية في العلاج :

بدأ استخدام العقاقير في علاج الاضطرابات النفسية منذ فترة مبكرة، إلا أن استخدام العقاقير أصبح منذ الخمسينيات من أكثر الأساليب انتشاراً في داخل المصحات العقلية. والحقيقة أن المرضى العقليين أصبحوا أكثر تعاؤناً بعد اكتشاف العقاقير. وتزداد أهمية العقاقير بالنسبة لحالات المرض العقلي ربما بسبب أن العوامل العضوية تلعب دوراً هاماً في نشأة الاستعداد للانهيار العقلي. وقد أدى انتشار العقاقير إلى زيادة في نسبة الخروج من المستشفيات ونقص في عدد النزلاء بالمستشفيات الأمريكية للطب العقلي. لكن نسبة العودة إلى المستشفيات والمصحات النفسية قد ازدادت.

وفي حالة القلق والاضطرابات الوجدانية الأخرى كالاكتئاب غالباً ما يصف الأطباء كثيراً من المهدئات كالفالبيوم والباربيتورات، والأدوية التي تبعث على النوم.. الخ. وفي إحصائية إنجليزية تبين أن تكاليف المهدئات والعقاقير الطبية تصل إلى ما لا يقل عن 100 مليون جنيه إسترليني في العام⁽⁶⁾. ولا شك في أن العقاقير تؤدي إلى تغييرات سلوكية واضحة. فالمهدئات التي تستخدم مع المرضى العقليين تحول المهاجمين والعدوانيين

إلى أشخاص هادئين. وتحفف العقاقير المضادة للقلق من التوترات العضلية، وتساعد على النوم، والقابلية للتغيير الإيجابي. لكن العقاقير لا تؤدي إلى تغيرات شاملة، لهذا فلا بد أن تصحبها أساليب علاجية أخرى وبرامج وقائية. كما أن من أخطر ما يمكن أن تؤدي إليه الإدمان عليها. وتعتبر المهدئات هي وحدها- بين فئات العقاقير الأخرى- القادرة على خلق إدمانى واعتماد جسمى عليها. وهناك أيضاً العقاقير المنبهة كالمفيتامين، وهي تستخدم لارتفاع بالحالة المزاجية ولزيادة القيظ، ويستخدمها كثير من الطلاب لإعانتهم على السهر بالليل كما يستخدمها الرياضيون لتعينهم على حسن الأداء⁽⁷⁾. وبالرغم من أن «المفيتامينات» لا تؤدي إلى الإدمان الجسمى إلا أنها تخلق اعتياداً نفسياً. وبؤدي استمرار استخدام العقاقير على المدى الطويل إلى التوتر والأرق، والارتعاشات وغيرها من الاضطرابات النفسية⁽⁸⁾.

وهناك العلاج بالتشنجات الكهربائية التي تقوم على وضع قطبين كهربئيين على فودي المريض مع تمرير تيار كهربائي خلال المخ. وعلى الرغم من أن العلاج بالصدمات الكهربائية يبدو مفيداً في علاج بعض الحالات كالاكتئاب الحاد.. فإن تأثيره مؤقت، وتحول نسبة كبيرة من الأشخاص 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 الاضطراب الأصلي. من هذه الآثار الجانبية الإصابات المخية وضعف الذاكرة، وقد ان القدرة على الاتجاه.. وقد ناقشنا هذه القضايا في مقدمة الكتاب.

والخلاصة:

إن اكتشاف الأساليب الحديثة في العلاج، يعتبر ثورة شهدتها الأعوام الأخيرة، فلم يعد من الضروري أن يتحولآلاف المرضى إلى مرضى مزمنين. وقد عرضنا لعدد من أساليب العلاج محاولين أن نبين أن هناك مناهج تستخدم بنجاح في علاج بعض الاضطرابات دون البعض الآخر الذي تصلح له مناهج من نوع آخر. وهكذا فعندما يكون الاضطراب مصحوباً بمخاوف مرضية أو قلق من مواقف محددة، فإن استخدام أساليب التدريج

وتؤكد الذات وغيرها من أساليب تعديل الاضطراب الوجداني تنجح نجاحاً بالغاً في التخلص من مصادر الاضطراب وتكون أساليب التعديل السلوكية من أحسن الوسائل في علاج الاضطرابات التي تكون متوجهة ضد الآخرين كالعدوان وتدمير الملكية.. الخ. كذلك ينجح في حالات تعديل سلوك الأطفال عندما تكون الأعراض واضحة ويسهل تحديدها. على حين أن الأساليب التي تتجه إلى تعديل قيمنا وأساليبنا الفكرية والمعرفية الخاطئة تقيد أكبر إفادة في تناول الاضطرابات التي تكون الأعراض فيها متوجهة ضد الذات كالاغتراب^(5*)، والاكتئاب، والشعور بالنقص.. الخ. كذلك تصلح هذه الأساليب في علاج بعض الاضطرابات الاجتماعية التي تلعب الأفكار الخاطئة دوراً كبيراً في تدعيمها مثل التعصب والتحامل. على حين أن الأساليب المتوجهة نحو تعليم أساليب جيدة من التفاعل الاجتماعي تكون فعالة في علاج الحالات التي يكون منشأ الاضطراب فيها راجعاً لأخطاء في التوحد بنماذج شاذة وغير ملائمة لإكساب السلوك الجيد وذلك كما في حالات الاضطرابات الاستجنسية والجناح.. الخ.

أما عن الوقاية فإن الجهد الذي يتم في هذا الميدان قليل، ولو أن من الممكن استخدام الأساليب المتعلقة بتحسين الوراثة خاصة في حالة الوقاية من الاضطرابات العقلية كالفصام. وهناك جهد أكبر يمكن أن يتم بالنسبة لتعليم الوالدين أساليب مناسبة من التنشئة. كما يمكن التخلص من تأثير الأزمات البيئية بخلق مناخ وقائي يؤدي إلى التخفيف من الضغوط المرتبطة بجو العمل عن طريق الإرشاد والتوجيه. ومن طرق الوقاية انتشار الثقافة، والمعرفة بالظروف المؤدية للاضطراب، بحيث يعامل المضطربون بقدر كبير من المشاركة الوجدانية والمودة. بدلاً من العزلة.. لكن خلق مناخ وقائي.. لا يعني عن ضرورة خلق أساليب فعالة من العلاج المباشر للاضطرابات الفردية عندما تثور.. ويعرض كل فصل من الفصول الآتية منهجاً في هذا الاتجاه.

مراجع وتعليقات

(1) لا بد من الإشارة إلى أن هناك خلافات شاسعة بين المحللين النفسيين. فبينهم من يعترف بأن «فرويد» صاحب تفكير تقليدي وأنه يربط نظريته بشكل متغرس بالجنس والعوامل البيولوجية.. لهذا انشق عليه عدد من تلامذته مثل «يونج» و«ادرل» وحاول كل منهم أن يكون نظرية مختلفة. لكن بالرغم من اعتراضنا بالاختلافات الشديدة بين علماء التحليل النفسي، إلا أن هناك خاصية تجمعهم جميعاً وهي أن الأعراض في رأيهم تعبر عن «المشكلة الحقيقية». أما ما هي هذه المشكلة الحقيقية فهذا ما يختلف فيه أنصار التحليل النفسي. فهي عند فرويد مشكلة متعلقة بالتطور الجنسي والكتب في الطفولة، وعند «ادرل» هي عقدة النقص.. الخ. كذلك يشتراك المحللون النفسيون فيما بينهم في أن نظرياتهم لم تبن على نتائج تجريبية. بل أن فرويد تجنب المعالجة التجريبية لأفكاره، مما يجعل من المستحيل وزن الدلالات العلمية لبيانات ملاحظاته ودقتها.. ومثله فعل «يونج» و«ادرل». وبالرغم من أن المحللين النفسيين المعاصرین قد يندمجون بين الحين والآخر في دراسات علمية لإثبات آراءهم، فإنهم يتبنون عموماً أسلوباً يستخف بالإحصاء، والتجارب العلمية.

للمزيد من الشرح عن نظرية التحليل النفسي والانتقادات التي وجهت لها انظر:

أ- هول ليندزي، نظريات الشخصية. ترجمة فرج احمد فرج، قدرى حفني، لطفي قطيم. الكويت: دار الشابع للنشر، 1978. خاصة الفصل الثاني والثالث والرابع.

ب- أيزنك، الحقيقة والوهم في علم النفس، ترجمة قدرى حفني ورؤوف نظمي، القاهرة: دار المعارف، 1969.

كذلك انظر لعدد من مؤلفات فرويد التي ترجم بعضها للغة العربية منها:
ج- سيموند فرويد، معالم التحليل النفسي، ترجمة محمد عثمان نجاتي القاهرة: دار النهضة العربية.

(2) هناك عدة دراسات تبين أن شخصية المعالج بغض النظر عن انتتمائه النظري لهذه النظرية أو تلك تساعده على إعطاء دفعات قوية للعلاج، مما يدفع بعض المعالجين إلى تركيز جهودهم في البحث عن أساليب فعالة دون النظر إلى ارتباطات بنظرية نفسية معينة. وهناك أيضاً ما يدل على أن المعالجين الناجحين يتشابهون في خصائص معينة مهما اختلف انتتماؤهم النظري بينما تشابه الناجحين بالأقل نجاحاً في داخل النظرية الواحدة يعتبر أقل من ذلك. وعلى هذا فإن المعالج الناجح الذي ينتمي لنظرية التحليل النفسي أقل تشابهاً بزميله الأقل نجاحاً في نفس (النظرية) وأكثر تشابهاً في خصائصه من معالج ناجح ينتمي لنظرية العلاج الوجودي مثلاً. وقد تبين أيضاً أن الناجحين في العلاج النفسي يتميزون بخصائص منها: الدفء، والخلو من القلق، والثقة بالنفس، والقدرة على علاقة فعالة بمريضه. انظر:

Frank. D. Persuasion and healing. Baltimore: John Hopkins press, 1961.

(3) Hans Eysenck You and neurosis. Britain, Glasgow: William Collins, 1978.

(4) للمزيد عن العوامل الفكرية في تأكيد التعصب انظر:

Bronfenbrenner, U. The mirror image in Soviet-American relations—a Social Psychologist approach. J. Of Social Issues, 1961, 17, No. 3 pp. 56-56.

(5) تبني «ميشيل أرجايل» من اكسفورد-بريطانيا نظرية بينت له أن الأطفال يتوحدون بوالديهم بدرجة معينة، بمعنى انهم يتخذون من الآباء نماذج يحاكونها ويقتدون بها عند مواجهتهم لمشكلات الحياة المختلفة. فإذا كان الآباء أنفسهم من بين المتسمين بالطموح والجدية. فإن أطفالهم يكتسبون نمطاً مشابهاً من الشخصية. ويمكن الاستدلال على توحد الطفل بأحد والديه من خلال التشابه بين الصفات التي، يتصف بها الأطفال والديهم، والصفات التي يصفونها للشخص الذي يرغبون في أن يكونوا مثله. فإذا وصف الطفل الأب بالجدية والنجاح والذكاء، ثم بين أن ما يتماهى لنفسه هو الجدية والنجاح والذكاء.. فإن هذا التتشابه يعتبر علامة جيدة على التوحد بالأب. وتبيّن دراسته على الأطفال الإنجليز بان تأثير الأب على الابن الذكر أكتر من تأثير الأم. فإذا أراد الوالدان لأنبنائهم أن يكونوا قادرين على العمل الجاد والنجاح فان عليهما فيما يرى هذا العالم أن يكونوا هم أنفسهم من القادرين بالفعل على العمل الجاد ومن الناجحين. كذلك يجب عليهم أن ينقلوا هذه الخصائص لأطفالهم من خلال تشجيعهم لهم على التوحد بهم. ولكي يحدث التوحد الناجح هناك شروط يجب أن تتوافر منها:

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

2- أن تكون العلاقة بين الوالدين والأطفال دائمة ومشبعة لكلا الطرفين.

3- وان يكون الأب للطفل على قدر مرتفع من الجاذبية والفعالية، وان يكون مقبولاً وفق معايير التقبل الاجتماعية المحلية. وقد وجد على سبيل المثال أن أطفال المهاجرين يميلون إلى رفض آباءهم كنماذج إذا كان المجتمع يعاملهم كفرياء أو طفليين. ومن رأي «أرجايل» أن الصحة العقلية تتحسن إذا ما كانت علاقة الطفل بوالديه طيبة وإذا ما توحد الطفل بأحد الوالدين من نفس الجنس (يتوحد الطفل الذكر بالأب، وتتوحد الطفولة بالأم). ذلك لأن الأولاد الذين تتوقف علاقاتهم بالأم دون الأب يتحولون في كثير من الأحيان إلى السلبية والأثونة وربما الجنسية المثلية (الاستجناس). وهناك من الدلائل ما يشير إلى صحة هذه النظرية من أن المستجنسين قادرون بصفة واضحة على أن يحتفظوا بتوحدات مذكرة أو مزدوجة (ذكورية وأنوثوية معاً) انظر شلدون كاشدان، علم نفس الشواد، الترجمة العربية، الكويت: (دار القلم - 1977). للاطلاع على تطبيقات نظرية التوحد انظر:

أ- ميشيل أرجايل، علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية، ترجمة عبد الستار إبراهيم، الكويت: دار القلم، 1978 خاصية الفصل الثاني، والثامن، كذلك.

Argyle, M. & Robinson, P. Two origins of achievement motivation. British J. of Social and Clinical Psychology, 1962, 1, 107-120.

6- انظر ميشيل أرجايل، علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية المرجع السابق.

7- شيلدون كاشدان، علم نفس الشواد، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامه ومراجعة محمد عثمان نجاتي، الكويت، دار القلم، 1977.

8- 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 والهلاوس ومن أهمها

لمحة عن أساليب العلاج الحديثة

الحشيش أو الماريجوانا وال L.S.D. والمسكالين. ويكمّن خطر العقاقير المهدّئة في أنها تؤدي إلى الإدمان الجسمي. والإدمان الجسمي يختلف عن مجرد الاعتياد أو التعود النفسي وهو ما يحدث في حالة الامتناع عن العقاقير المنشطة. أما عقاقير الهلوسة فإنها لا تؤدي إلى إدمان جسمي أو اعتياد ولكنها تؤدي إذا أُسيء استخدامها إلى أعراض نفسية مختلفة منها الغيبوبة، والهلاوس البصرية والسمعية المفزعية فضلاً عن اضطراب السلوك الاجتماعي كالاتكالية الشديدة، والسلبية.

الحواشي

- (*) أي الأفعال والطقوس والأفكار التي يجد الفرد نفسه مجبراً على تكرارها (انظر الفصل الأول الذي يعرض لهذه المفاهيم الرئيسية).
- (*) هناك دراسات تربو على المثاث وتبين أن التخفيف من الأعراض المرضية يؤدي إلى مزيد من الثقة بالنفس، والإيجابية الاجتماعية، وقليل من القلق والسلبية. أي أن علاج الأعراض يغير من نمط الشخصية ومن سمات لم تكن موضوعاً للعلاج.
- (2) يرى الفرويديون أن هذه الأساليب قد تمثل تهديداً لتطور العلاج النفسي - فتجاهل المشكلة وعلاج الشكوى المباشرة (العرض) شبيه - في تصورهم بإعطاء نقاط للتخفيف فقط من التهاب حاد في اللوزتين مثلاً. ويتحقق المعالج الحديث في بعض الجوانب مع هذا ولا يعارضه. وسنرى فيما بعد أن المعالج الحديث يهتم بخلفية المشكلة عندما يكون السبب عضويًا. فعلاج «التهاب» أو نقص إفراز غدة من الغدد قد يكون ضروريًا للتخفيف حدة القلق. أما في الحالات الأخرى كالأكتاب فإن علاج العرض كعرض أمر ضروري.
- (3) تكون فترة العلاج أقل بكثير من فترات العلاج التي يتطلبها التحايل النفسي.. ففي العلاج السلوكي قد يستغرق العلاج ستة أشهر أما عن طريق التحليل النفسي فيستغرق ما بين ثلاثة أو خمسة أعوام.
- (4) نسبة كبيرة من حالات الاستجناس تأتي من أسر مهدمة.. أي تنفصل الأم عن الزوج بينما يبقى الابن مع الأم.
- (5) خاصة ذلك النوع من الاغتراب المصحوب بالعزلة الاجتماعية وعدم الحماس للقضايا الاجتماعية والعزوف عن المشاركة في حلها.. الخ. والاغتراب هنا بالطبع يختلف عن المفهوم الفلسفي الذي يرى أن الاغتراب يعبر عن موقف فكري يبنيه الشخص تجاه تناقضات الحياة والظلم الاجتماعي.

الباب الثاني
نماذج من أساليب العلاج النفسي
السلوكي الحديث

علاج الاضطرابات الانفعالية

بطريقة متدرجة

حالات البرت وبعتر وما بعدهما:

كان «ألبرت» في شهره الحادي عشر عندما قام العالمان السلوكييان «واطسون» و«راينر» بتعريفه 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 ببراءة، وفي هذه اللحظة أطلق المجربيون صوتاً عالياً حاداً من خلف رأس «البرت». عندها قفز الطفل فزعاً مشيحاً برأسه وجسمه كله عن الفأر. تكرر هذا الأجراء إلى أن تأكّدت تلك الاستجابة الانفعالية الحادة من «ألبرت». وبمرور الوقت تحول مشهد الفأر - المحايد - إلى مصدر للخوف الشديد عند الطفل. وبعد سبع مرات من تعريف الفأر مقرّونا بهذا القرع الحاد، بدأ ألبرت يصرخ طالباً النجدة عندما كان يشاهد الفأر (حتى ولو بعيداً) دون أن يكون مصحوباً بهذا الصوت الحاد. فضلاً عن هذا فإن مخاوفه لم تقتصر على مشاهدة الفأر بل بدأت تعمم نحو كل الأشكال ذات الفراء والمشابهة للفئران كالأرانب

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 فإننا لا نعرف ماذا حدث له بعد ذلك هل استمرت مخاوفه أم استطاع أن يتغلب عليها وان يعود. إلى طمأنينته المعتادة عند مشاهدة الفئران والأرانب أو الأشكال الفرائس؟. وإذا شئنا التخمين فان من المرجح إلى حد بعيد أن الخوف قد بدأ يصاحب ألبرت ويعاشه حتى بعد تجاوزه لسن الطفولة ما لم تكن هناك بعض المجهودات التي قدمت له للتغلب على مخاوفه^(*).

وما يستنتج من حالة «ألبرت» هو أن كثيراً من جوانب الخوف والقلق والرهبة وعدم الثقة بالنفس وغيرها من أشكال العصاب ما هي إلا عادات سيئة اكتسبناها في مواقف مخيفة أو مؤلمة، أو مهينة للنفس. أنها تعلم أن تكون مرضى. ونتعلم أن نكون مرضى أساساً بسبب خبرات مؤلمة تعرضنا لها البيئة.

وبنفس المنطق يمكن القول بأن ما نتعلم يمكن أن نتوقف عن تعلمه، أو أن نتعلم عكسه. فإذا كنا نتعلم أن نكون مرضى فإننا يمكن أن نتعلم أن نكون أصحابه. والعلاج النفسي هو فن تعليم الناس أن يكونوا أصحابه أي خلوا من المخاوف التي لا معنى لها ومن المعطلات الانفعالية التي تعوق القدرة على التفكير السليم، وتحقيق الذات والطمأنينة. صحيح أن صغيرنا لم تتح له هذه الفرصة فيما نعلم. لكن ما البأس في أن نستنتاج أيضاً بأن الخوف الذي تعلم «ألبرت» كان يمكن أن يتخلص منه لو أننا عرضناه لتلك الأشكال-التي أصبحت الآن موضوعاً مخاوفه- تدريجياً، وعلى أن تكون مصحوبة هذه المرة بخبرات سارة أو جذابة. والحقيقة أن هذا ما اقتربه المعالجان عند عرضهما لهذه الحالة، لقد اقتربا بآن الطريقة المثلث لعلاج «ألبرت» وتخليصه من مشاعر القلق والخوف أن نقدم له منها مرغوباً (قطعة من الشوكولاتة، أو عناق مثلاً) في الوقت الذي يظهر فيه الفار عن بعد أولاً ثم نقرب الفار تدريجياً في المرات التالية مع تقديم منبهات أخرى مرغوبة.

وعلى الرغم مما في هذا التصور من منطق وبديهية فإن توظيفه للعلاج

علاج الاختيارات الانفعالية بطريقه تدرج

النفسي تأخر حتى عام 1924 . ففي هذا العام نشرت أول دراسة إكلينيكية لحالة طفل اسمه «بيتر» أمكن - بنجاح - إزالة مخاوفه المرضية من موضوعات مماثلة بتعريضه تدريجياً لتلك الموضوعات في الوقت الذي كان فيه الطفل يلتهم طعامه باسترخاء لذيد وفق الطريقة الآتية: «في الفترة التي كان فيها الطفل جائعاً تم وضعه على كرسي مرتفع وأعطي بعض الطعام وفي هذه اللحظة أظهر الموضوع المخيف (الفأر) بهدف إحداث استجابة سلبية (الخوف). وعندئذ بدء في إبعاده تدريجياً عن الطفل حتى أصبح على مسافة بعيدة لا تهدد إطعام الطفل. لقد قدرت القوة النسبية التي عندها لا يتدخل حافز الخوف مع حافز 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 في النهاية يلمس الطفل»⁽²⁾.

وهذا المنهج هو نفس ما اقترح قبل ذلك بخمسة أعوام تقريباً، عندما أمكن إثارة مشاعر الخوف عند طفلنا «ألبرت»^{(1)*}.

وبالنظر إلى أن إزالة الخوف. والقلق النفسي في الحالة السابقة تم بتعریض الشخص لانفعالات إيجابية معارضة لهذا القلق والخوف (إبعاد الموضوع المهدد وإظهاره تدريجياً)، أطلق على هذا الأسلوب من العلاج مصطلح «الكاف المتبدال»، وهو موضوع كتاب شهير ظهر 1958 ، يلخص جهوداً علاجية لما يقرب من مائتي حالة من الخوف والقلق أمكن علاج ما يزيد على 89٪ منها .. وهي نسبة تدعوا إلى الاطمئنان دون شك.

وال فكرة الرئيسية من مبدأ الكاف المتبدال هي أنه إذا ما نجحنا في استثناء استجابة معارضه للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة للقلق، فإن هذه الاستجابات المعارضه تؤدي إلى توقف وكف كامل أو جزئي للقلق ولهذا يبدأ الخوف في التناقص أو الاختفاء بعد ذلك.

اذكركم بمثال «بيتر» الذي عرضنا له توا، فقد انتهى خوفه من الفئران بعد تكريبيها منه تدريجياً وهو منهمك في طعامه. لقد أمكن ببساطة كف الخوف بتشجيع ظهور استجابة أو استجابات تتعارض معه: الطعام، والتقطيم التدريجي للفأر، وعنقه مع بث الطمأنينة.

ولعل السؤال الذي يفرض نفسه هنا هو ما هي الاستجابات المعارضه

القلق، والتي إذا أمكن إحداثها في حضور الموضوعات أو المواقف المخيفة أمكن وبالتالي إيقاف القلق وكفه ؟ . وكيف يمكن إحداثها وتطويرها لدى الناس في اضطراباتهم. الحقيقة انه لا يوجد اتفاق محدد على عدد هذه الاستجابات أو نوعها . فـأي سلوك ينميه الشخص من خلال خبراته الخاصة بحيث يكون من شأنه أن يوقف ويكتف جوانب الاضطراب بمظاهره الفسيولوجية، أو الوجدانية، أو السلوكية، ينجح أن يكون سلوكا كافيا للاضطراب.

التعرض التدريجي لمصادر الاضطراب :

وبالرغم من تعدد الأساليب التي يبتكرها المعالجون لإيقاف القلق، وكفه، فإن قليلا منها قد حظى بالاهتمام العلمي الملائم، والتطمين التدريجي من بين تلك الأساليب القليلة التي حظيت باهتمام علمي كبير . والتأمل في طريقة التطمين التدريجي بين أنها تقوم على بديهة اجتماعية شائعة. فمن المعروف لدى الكثيرين بأن التعرض المستمر والمتواتي للمواقف - لأي موقف من مواقف الحياة يغير من اتجاهاتنا نحو هذه المواقف. وينطبق هذا على كل المواقف التي تستثير الاضطرابات العصبية. كالمواقف المثيرة للقلق، أو الخوف والرهبة، والتحرج، والضيق .. الخ.

وتشهد البديهة العامة أيضاً بأن هناك طريقتين ينصح بهما الناس عند مواجهة هذه المواقف وهما: أما التعرض الكلي للموقف أو التعرض التدريجي. فالبعض قد ينصح شخصا خائفاً من السباحة بأن يلقي نفسه في الماء وأن يحاول. وبالمثل فقد ينصح البعض شخصاً ما بعد أن حدثت له حادثة في سيارة أو من مرتبة عامة أن يعود من جديد لمكان الحادث أو للموضع المؤلم مواجهاً إياه مباشرة حتى تتحيد مشاعره نحوه.

لكننا نجد في كثير من الأحيان أن الحكمة تتطلب التدرج. والواقع أن التخلص من الخوف مثلاً بتعریض الشخص تدريجياً للأشياء أو الموضوعات التي تشيره (كالظللام والأماكن الواسعة، أو الأماكن العالية، أو الضيق .. الخ) كان - ولا يزال - من الفنون الرئيسية التي تتجه لها بديهة الإنسان المتمرس بالحياة.

لاحظوا مثلاً مشهد الطفل الذي يصرخ بفزع لأنه شاهد ضيفاً أو زائراً

علاج الاختيارات الانفعالية بطريقه تدرجية

غريبًا يلتاحى بلحية سوداء.. أو يلبس نظارة أو يرتدي زياً غريباً لم يشاهده الطفل من قبل. أن كثيراً من الآباء يدرك أن هذا القلق والفزع لا يمكن التخلص منه بدفع هذا الطفل نحو هذا الضيف وتأنيبه على ذلك. لكن حكمة الأب قد تدفعه - مثلاً - إلى أن يحمل الطفل مهدداً إياه، بينما يبادل الضيف بعض الأحاديث الودية. وهكذا سنجد تدريجياً أن الطفل قد أخذ يختلس النظرات إلى مشهد الضيف الغريب وهو في موقعه الآمن مع الأب. وهذا هي ذي الآن نظرات الطفل المختلسة تستمر للحظات أكثر وأكثر متتحولة إلى نظرات ود وصداقة. قس على ذلك ما يقوم به الآباء المجربيون عند تشجيع الطفل على السباحة، أن الأب لن يدفع بالطفل دفعاً مفاجئاً إلى الماء. لكنه سيبدأ بدلاً من ذلك مقررياً إيهام الماء تدريجياً دون إثارة أي مشاعر بالخوف أو القلق. بل على العكس قد يخاطب الطفل بكلمات تشجيع لطيفة. وقد يرفعه قليلاً من على أرض الشاطئ عندما تقترب موجة عنيفة.. لكنه بالتدريج يقرب قدمي الطفل ثم ساقيه إلى الماء ثم جسمه كله. أن الطفل وربما فيما لا يزيد عن عشرة دقائق قد يصبح بكامله في البحر. يضرب الماء من حوله بسرور ونشوة.

ولحكمة ما جرت شريعة بعض المجتمعات البدائية على وضع أفرادها في طقوس قاسية متدرجة قبل أن يسمح لهم بأداء الأدوار الرشيدة. ولنفس الحكمة تتجه المجتمعات الحديثة إلى استخدام أسلوب التدريج في تشنئة الأطفال وتدربيهم على المشي والحركة والكلام. كذلك تتجه كثير من مؤسسات الضعف العقلي إلى استخدام نفس هذا الأسلوب مع ضعاف العقول لتدريبهم على رعاية النفس، وإرضاء متطلباتهم الرئيسية، والتطور بهم إلى مستويات أرقى من النمو الحسي والحركي والفكري. وتقوم طرق العلاج النفسي-السلوكي بطريقة التعلم التدريجي على نفس المبدأ: ابتكار وسائل لتشجيع العصابي على مواجهة مواقف القلق والخوف تدريجياً. والهدف الرئيسي من ذلك تحديد مشاعر المريض العصابية بإلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف. ويكون من خلال التعرض التدريجي للموقف أو الموقف المثير للقلق مع إحداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تماماً خاصيته المهددة ويتتحول إلى موقف محايد، أي إلى أن تلغى العلاقة بين المنبه والاستجابة العصابية.

(القلق أو الخوف.. الخ)؟. وتدل البحوث المترافقية أن هذه الطريقة في علاج الأمراض النفسية والسلوكية ذات فاعلية لا شك فيها. وعلى سبيل المثال أمكن استخدام طريقة التقرير التدريجي للمواقف المؤلمة في علاج المرضى في مستشفيات الصحة العقلية. فلقد أمكن لمجموعة من المرضى الخائفين من الأماكن المغلقة والواسعة أن يتخلصوا من هذا القلق وفق خطة قام بها عالم نفسي، وتقوم على تعريضهم تدريجياً وببطء لهذه الأماكن. كذلك أمكن علاج مجموعة من المخاوف المرتبطة المتعلقة بالخوف من المستشفيات أو المدارس لدى مجموعة من الأطفال الصغار باستخدام نفس هذا الأسلوب. أضاف إلى ذلك حالة الطفل «بيتر» التي سبقت الإشارة إليها وغيرها مما سيأتي في الحديث عنه بعد قليل⁽³⁾.

أسلوب التطمين التدريجي في منظور تاريخي:

بالرغم من أن الصياغة النظرية لأسلوب التطمين التدريجي، وتوظيفه للعلاج بدأت في فترة حديثة، فإن المتبع لتاريخ العلاج النفسي قد يتعرف على بعض الأساليب العلاجية القريبة مما يدل على أن هذا الأسلوب لم يخف على خبرة المعالجين النفسيين السابقين. ففي سنة 1922 يشرح الطبيب النفسي الألماني المشهور كريتشمر Kretchmer طريقة في العلاج النفسي سماها التعويم المنظم. ويسوق كريتشمر كشاهد على فاعلية أسلوبه حالة شاب في الثلاثين من عمره كان يعاني من الخوف الشديد عندما يجد نفسه في أماكن فسيحة أو في شارع مما دفعه إلى الامتناع عن الخروج من منزله لشهر عدة، وتطور الأمر به إلى أن أصبح يخشى الخروج من حجرته. وقد بدأت خطة العلاج بان أمكن تشجيع المريض أن يسير-مصحوباً بالمعالج-لمسافات قصيرة كانت تزداد تدريجياً. ثم تم استبدال الطبيب تدريجياً بشخص آخر.. إلى أن أمكن للمريض السير وحده خطوات قليلة خارج المنزل كانت تزداد تدريجياً من يوم إلى آخر.. حتى أصبح بإمكانه السير والرحيل إلى أماكن بعيدة وغريبة.

حالة المرأة-الميدان:

وأقرب من هذا أسلوب استخدمه أحد المعالجين سنة 1923 لشفاء إحدى

علاج الاضطرابات الانفعالية بطريقه تدرج

المصابات بمرض الخوف من الأماكن الفسيحة وفق خطة مماثلة بالشكل الآتي:

«تضمنت الخطوة الأولى في علاجها أن نصحبها إلى ميدان فسيح المجاور. وفي الميدان طلبت منها أن تعود إلى المنزل بمفردها. وبالرغم من أن البرودة شملت يديها، واعتري الشحوب وجهها، وازدادت نبضاتها، وجف ريقها، فإنها اعترفت بأن هذه الطريقة قد أفادتها عن أي طريقة حاولتها من قبل. وفي اليوم التالي طلبت منها أن تكرر الذهاب إلى الميدان والعودة إلى المنزل بمفردها عدداً من المرات»⁽⁴⁾.

«وفي ميدان التحليل النفسي يعتبر التطمين المدرج عملية علاجية من شأنها أن تمكن المريض تدريجياً من مواجهة المواقف المؤلمة وتنبلها. ويعترف بعض المحللين النفسيين من أن قيمة الاعتراف والتداعي أمام المعالج تتبع من أن احساسات الشخص نحو هذه المواقف تبرد وتقل... أن المرضى يجب أن يعرضوا أنفسهم لهذه المواقف التي تأتيهم بانفعالات مؤلمة. فإذا كان المريض مثلاً خائفاً من الأماكن المغلقة فإنه يمكن أن نطلب منه في اليوم الأول للعلاج أن يغلق باب حجرته للحظات قصيرة، وفي اليوم التالي قد تزداد هذه اللحظات إلى عشر دقائق.. ثم إلى نصف ساعة يومياً إلى أن يكتشف من خبرته العملية أن باستطاعته تحمل مواقف الخوف».

حالة الطبيب الجزء:

وفي عام 1949 عولجت بنجاح حالة طبيب مصاب بعصاب الخوف من الأماكن المغلقة باستخدام أسلوب التطمين مع استخدام الاسترخاء عند تخيل موقف الخوف، وذلك بأنه كان يطلب من المريض أن يتخيّل مشاعره وهو في مكان مغلق، وأن يسترخي مطمئناً وهو يفعل ذلك. كذلك طلب منه أن لا يجعل من خوفه التخيّل أقوى من هدوئه وإحساسه بالأمان، وذلك بان يبعد تفكيره عن موقف التهديد إذا ما شعر بـ الخوف يشتد. ربما تعتبر حالة الطبيب الجزء أول حالة يستخدم معها أسلوب التطمين المدرج بالاعتماد اعتماداً رئيسياً على إثارة خيال المريض والاسترخاء وإثارة أحاسيس معارضة للخوف. وهي من الخصائص التي تميز الأساليب الحديثة من التدريج كما سنرى.

وفي سنة 1962 عرض «بنتر» لحالة الطفلة «مارجريت» التي كانت في شهرها الحادي عشر عندما أرادت أن تقف مستندة على حمام السباحة المنزلي، فزلت وسقطت بعنف، وأخذت تصرخ بشكل حاد. وبعدئذ قاومت بشدة وبصرخ شديد أي محاولة من قبل الأبوين لإعادتها للاستحمام أو لتشطيفها. ومن الغريب أن الأبوين لاحظاً بأن مارجريت بدأت تخاف أيضاً من أي مصادر للماء بما في ذلك صنابير الماء في المنزل والماء نفسه. وقد أمكن للمعالج أن يعالج مارجريت بنجاح في برنامج من أربعة أجزاء في خلال شهر (أيزنج، الحقيقة والوهم في علم النفس، ص 148). في الجزء الأول وضعت لها مجموعة من الدمى في حوض الحمام الفارغ. وتركت حرفة تماماً في الذهاب إلى غرفة الحمام وتناول الدمى، فكانت تدخل غرفة الحمام وتخرج دمية من الحوض ولكنها لا تبقى بالقرب منه. وفي الجزء الثاني من العلاج وضعت الطفلة مرتين على مائدة المطبخ بجوار حوض الغسيل بينما امتلأ الحوض بالماء، والدمى تطفو فيه. وقد صرخت في البداية حينما اقتربت من الماء، وعندها وضعت الدمى أمامها على الجانب الآخر من الحوض وعلى رف فوقه بحيث تضطر إلى السير في الحوض لكي تصل إليها. وأخيراً دخلت الماء متربدة وبكت قليلاً حينما ابتلت. أما في الجزء الثالث فقد تم إعطاؤها «الحمام في أثناء تبديل ملابسها في حوض غرفة الحمام، وقد أعطيت دمية محبة لتلعب بها، ولكن المرأة المعلقة فوق الحوض أثارت اهتمامها أكثر وسرعان ما تحول بكارها في البداية إلى صرخات سعيدة ثم بدأت أيضاً تلعب بالماء وهي ذات الوقت تلعب بالشاشة في الفناء. وكانت الخطوة الرابعة والأخيرة هي إعطاء مارجريت الحمام أثناء تبديل ملابسها في حوض الحمام وبماء حار. وقد عارضت ذلك في البداية بالصرخ ولن الأحضان الأبوية والحرزم أو قفاتها عن البكاء بعد يومين. وقد شفيت «مارجريت» بعد شهر واحد من العلاج وأصبحت تلعب بشكل طبيعي واحتقى خوفها من الصنابير والأحواض، بل أنها أيضاً أبدت سلوكاً مرحًا باللعب في الماء فكانت تجري بحماس إلى البركة الضحلة في الفناء الخلفي وتطرطش الماء من حولها في سعادة بالغة.. ولم يعد هناك شك في أن مخاوفها الأصلية قد اندثرت تماماً. ويعلق بعض الكتاب فيما بعد على حالة مارجريت بأنه: «لو أن تلك الحادثة

علاج الاضطرابات الانفعالية بطريقه تدرجيه

التي تعرضت لها هذه الطفلة حدثت قبل ذلك التاريخ بخمسة أو عشرة أعوام فإنها من المؤكد لم تكن لتلقى رعاية مهنية تساعدها على الخروج من أزمتها⁽⁵⁾.

وبالرغم من أن هذه الحالات التي عرضنا لها يبدو عليها جميعا طابع البساطة.. فمصادر الخوف معروفة.. والاستجابة كانت سريعة.. فإننا سنبين في شايا هذا الكتاب بأنه من الممكن تعليم نفس هذه المبادئ النظرية على حالات أكثر تقييدا... حالات لا تكون فيها مصادر القلق والخوف ذات مصدر واحد كما في حالة الصغير ألبرت أو الطفلة مارجريت... بل يتكون القلق فيها من عدد من العناصر، وقد لا تكون هذه العناصر متشابهة دائما.

أن معطيات هذا الأسلوب الإيجابية في علاج الحالات البسيطة والمعقدة على السواء يوحى دون شك بان هذا الأسلوب يؤدي إلى فوائد علاجية وتغييرات ملموسة وثابتة لدى عمالء العيادات النفسية ومن يعبث بالقلق بحياته عبثا ملحوظا.

خطوات علمية- علاجية لإجراء التطمين المنظم

ت تكون طريقة إجراء التطمين المدرج عادة من أربع مراحل هي: 1- تدريب المريض على الاسترخاء العضلي، 2- تحديد المواقف المثيرة للقلق، 3- تدريج المنبهات المثيرة للقلق، و 4- التعرض لأقل المنبهات المثيرة للقلق (أما بطريق التخييل أو في مواقف حية) مع الاسترخاء، ثم التدرج لمواقف أكثر فأكثر.. وفيما يلي بعض التفاصيل عن كل مرحلة:

أولا: تدريب المريض على الاسترخاء (بالشكل الوارد في الفصل الرابع) وعادة ما يستغرق عشرين دقيقة في كل جلسة من الجلسات العلاجية الست الأولى.

ثانيا: تحديد المنبه الرئيسي المثير للقلق (خوف من الأماكن المغلقة، خوف من الحديث أمام الناس، خوف من التعبير عن العداون، خوف من تأكيد الذات.. الخ).

وبالرغم من أن تحديد المواقف التي تستثير القلق قد يبدو يسيرا، إلا

أن هناك نقطة حيوية يجب التبيه 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 انفعالية لم نعبر عنها صراحة⁽⁶⁾.

وكمثال لذلك حالة (ت) مهاجر مصرى 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 وتقوته طوال هذه المدة. جاء يطلب مشورة الكاتب لأنّه في الفترة الأخيرة قد بدأ يكره عمله، وأنّه يفكر في تركه.. بالرغم من أنه لم يجد عملاً آخر بعد وأنه فيما يعبر يشعر بـ «كابوساً يكبس عليه» عندما يخرج من منزله كل صباح إلى مكان العمل.

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 - كما يصفهم - أقل منه بكثير من حيث الكفاءة في أداء العمل.

من المهم إذن أن نتبين أن الأسباب الرئيسية وراء القلق المباشر الذي يشه طالب العلاج لمعالجه قد يكون في كثير من الأحيان أهم من حيث دلالاته العلاجية، والتتبه لذلك ضروري ويوفر على المعالج وعلى المريض على السواء جهداً ضخماً. لذلك فإن الخطوة الأولى التي يجب التتبه لها عندما تثور حساسيتنا المرضية نحو بعض الأشياء أن نحدد ما إذا كان ذلك القلق أساسياً أم ثانوياً (أي راجعاً لأسباب أخرى أساسية).

ولنتأمل هذه المحادثة التالية بين معالج نفسي وشاب في الثانية والثلاثين من العمر. يعمل مهندساً كهربائياً. وقد جاء يطلب النصيحة بصدق قلق عنيف بدأ يتملكه عندما يجد نفسه في مكان ضيق. وبين سير المحادثة الآتية أن خوفه من الأسانسيرات إنما هو خوف ثانوي يداري به قلقاً أساسياً متعلقاً بحياته الجنسية مع زوجته الشابة.

المريض: لدى خوف من الأماكن الضيقة.

المعالج: أوضح أكثر؟

المريض:أشعر بقلق، وبالعجز عن التنفس. وأحياناً تسوء حالي واضطر

علاج الاضطرابات الانفعالية بطريقه نتدرجه

فظيع . شيء نقي هواء واستنشاق التنفس على قدرتي لاستعيد جريا للخروج.

المعالج: أريد أن اعرف شيئاً أساسياً، متى بالضبط، وأين تشعر بهذه الحالات. لنبدأ بمتى بدأت هذه الحالة تظهر لديك؟

المريض: (يفكر). أنا سني الآن 32 سنة (يحاول أن يحسب) بدأت أشعر بهذه الأشياء في التاسعة والعشرين.

المعالج: يعني بدأت منذ حوالي ثلاثة سنوات.
المريض: آه تقريريا.

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

المريض: لا أتظن. كنت عادياً وأنا استقل الأتوبيس من المنزل للعمل كل يوم. لم تكن هناك مشكلات.

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

المريض: مجرد شعور بآني خائف ومشدود للأعصاب. بدأ ذلك لأول مرة عندما كنت أستقل الأسنانسير وكان مزدحما والجو فيه حار وحانق. لذلك تركته وأخذت الدرج. لكنني بدأت بعد ذلك أتجنب حجرة الاجتماعات لأنه لم تكن بها نوافذ. وعندما كنت أضطر لحضور اجتماع فيها كنت أشعر بالضيق والاختناق. وحاولت أن أتعاطى بعض المهدئات، ولكن دون فائدة. وحتى الآن لا زلت أبقي كرسي مجاورا للباب حتى إذا أحسيت بشيء ما أستطيع أن اهرب سريعا. لا أدرى لم؟ ذهبت للدكتور فقال إنها عداوة مكبوتة.

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

المريض: لا أدرى.. لم اعرف ماذَا أفعل به.

المعالج: حتى أنا لا أدرى .. على أية حال دعنا الآن نرجع بالذاكرة قليلاً إلى ما كان يحدث في حياتك منذ ثلاثة أعوام. لا اعني خوفك من الأماكن الضيقة، لكن أي حوادث عامة أو خاصة حدثت آنذاك؟

المريض: تعنى أي شيء.

المعالج: نعم أى شئ تذكره.

المريض: هه.. دعني أفكّر لحظة (هممّة.. تهد) منذ ثلاث سنين ؟ لقد

تزوجت منذ ثلاث سنين. غير أنني لا أرى هناك أي علاقة بين ما حدث آنذاك وبين ما أنا فيه الآن.

المعالج: هل تعتقد أن هناك علاقة ما؟

المريض: لا أرى ذلك، مجرد اتفاق زمني.. . أليس كذلك؟

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

المريض: لا.. أنت لا أرى أية صلة.

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

المريض: أتريد اللف.

المعالج: لا أعني.

المريض: أنظر، إبني لا أريد أن أطلق زوجتي.. حتى وان كانت هناك صلة أنا لا أريد الطلاق.

المعالج: ومن يتحدث عن الطلاق؟

المريض: آه.. يعني

المعالج: اسمعني.. انظر حتى لو وجدنا بعض المشاعر السلبية نحو زواجك لما لا نحاول أن نفك في علاج المشكلات وان 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 لا نجدها. لكن إذا كنت تشعر أن هناك مشكلات ما في حياتك الزوجية فلماذا لا نحاول مواجهتها وحلها حتى وان لم تكن لها صلة بمخاوفك من الأماكن الضيقة؟ قد يكونا مشكلتين منفصلتين أو متراقبتين لكن واضح أنك تقفز لاستنتاجات وتصور أنت سأهدم حياتك الزوجية.

المريض: فهمت.. جميل.. نعم هذا معقول. لقد تزوجنا لأنه كان يجب علينا أن نتزوج. هل يعني هذا شيء لديك؟ أعني كنا ننوي الزواج ولكن ليس بسرعة. لقد عجلنا بالزواج بسبب حمل مفاجئ.

المعالج: هه... تعني أن مخاوفك من الأماكن الضيقة من المحتمل أنها بدأت بعد حمل صديقتك، يعني زوجتك حاليا؟ كيف استجابت لذلك؟

المريض: حاولنا أن نفك في حلول. فكرت مثلا انه لو حدث اتصال جنسي عنيف بيننا قد يساعد ذلك على استئناف العادة الشهرية. لكن ذلك

علاج الاضطرابات الانفعالية بطريقه تدرج

لم يفدي بالطبع. بل أدت إلى استجابات غريبة شعرت بأنني ارتكب جريمة قتل. يبدو أنني كنت أريد البحث عن صلة بين خوفي وبين موت الطفل كفسير فرويد مثلاً؟ فقد أصابني في إحدى المرات بعد اتصال جنسي معها خوف بأن الجنين يختنق. ربما كنت أريد للجنين أن يموت وبالتالي بدأت أشعر بالذنب. إنما لا أفهم لماذا يبقى هذا الشعور حتى الآن وقد بلغ ابني سنتين وأحبه ولا أتمني موته. قال دكتوري السابق أن هذا بسبب رغبات لأشعورية مستمرة في موت زوجتي وطفلها.

المعالج: وهذا لا يقودنا إلا إلى طريق مغلق. دعنا نرى الآن ونتأمل في لماذا يستمر خوفك من الأماكن الضيقة. أخبرني أولاً 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 دعني أسأل سؤالاً ثانياً: حدثني عن علاقتك الجنسية بزوجتك؟

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

المعالج: بماذا تشعر بالضبط؟

المريض: دعني أتذكر. أشعر كأنني في مصيدة وكأنني مضغوط عليه.. عاجز عن التنفس ومختنق.

المعالج: لدى إحساس أن زوجتك رغم حبك لها من النوع المسيطر. كانت ولا تزال مسيطرة. لهذا أرى أننا نستطيع علاج خوفك من الأماكن المغلقة لو ننجحنا في علاج مشكلاتك معها. أنتي أرى بوضوح بعض الجوانب السلبية بينك وبين زوجتك. لهذا أريد أن أراكم في المرة القادمة معاً حتى نصل سوياً إلى وسيلة أفضل لتحسين علاقتكم⁽⁷⁾.

هنا نلاحظ إذن أن الشكوى المباشرة جزء من مشكلة أعمق تتعلق بحياة المريض وعلاقاته الاجتماعية الزوجية الخاصة.. لهذا يجب أيضاً أن تتضمن

خطة العلاج التركيز على تلك المشكلات. ولهذا فلا بد في كثير من الأحيان من معالج نفسي ماهر يساعد عميله من خلال الأسئلة الذكية والصريحة إلى التوصل للب المشكلة الحقيقي.

ثالثاً: تدريج المنبهات المثيرة للقلق.. موقفاً موقفاً:

بعد أن نتمكن من حصر جوانب القلق الرئيسية التي سنعالجها وبعد أن يتم لنا الحكم بأن تلك المواقف رئيسية وليس لها مشكلة تبدأ مرحلة أخرى من العلاج. بعض 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 أفالها استشارة في أسفل القائمة. أما الحكم بهذا التدريج فهو يتوقف على الشخص نفسه بالطبع، إذ يتطلب 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 أشدتها إثارة.. ولنتأمل كمثل أمثلة الترتيب التدريجي نوعين من المخاوف هما الخوف من الامتحانات... والخوف من الرفض الاجتماعي.

أ- ففي حالة الخوف من الامتحان يمكن أن تدرج المنبهات المثيرة للقلق

وفق هذا الترتيب:

- 1- شهر قبل الامتحان.
- 2- أسبوعان.
- 3- أسبوع قبل الامتحان.
- 4- خمسة أيام قبل الامتحان.
- 5- أربعة أيام.
- 6- ثلاثة أيام.
- 7- يومان.
- 8- يوم واحد قبل الامتحان.
- 9- في الطريق إلى الجامعة يوم الامتحان.
- 10- انتظار فتح صالة الامتحان.
- 11- في انتظار توزيع ورق الأسئلة.
- 12- ورقة الأسئلة مقلوبة.

علاج الاضطرابات الانفعالية بطريقه تدرجيه

- 13- قراءة ورقة الأسئلة.
- بـ- الخوف من كراهية الناس (الرفض):
 - 1- التقدم لطلب عمل يحتاج لإجراء مقابلة شخصية.
 - 2- الوجود في تجمع أو حفل من أربعة أشخاص.
 - 3- الابتعاد عن النشاط الاجتماعي لمجموعته.
 - 4- مخاطبة مجموعة من الأشخاص.
 - 5- شخص آخر يحاول أن يتلمس له العيوب.
 - 6- تهكم من الزوج (أو الزوجة) والأصدقاء.
 - 7- تعليقات استهزاء من الأصدقاء.
- 8- تعليقات من الزوجة (أو الزوج) تدل على التقليل من شأن الشخص (أي استهزاء).

والذي يجب تأكيده على أية حال أن وضع هذه التدرجات يتوقف على الشخص نفسه، بمعنى انه لا يجوز تطبيق التدرجات السابقة آلياً على أي شخص حتى ولو كانت مخاوفه من نفس النوع. فعلى سبيل المثال قد يجيء شخصان للعلاج النفسي.. وكلاهما يعبر عن قلقه واضطراره عند الحديث أمام الناس.. إلا أن سؤال كل منهما عن الشروط المحيطة بهذا القلق قد تبين أن أحدهما يتوقف ظهور قلقه في هذه المواقف على نوع الأشخاص الحاضرين (الرؤساء أو الآباء أو نماذج السلطة). أما الآخر فقد يتوقف قلقه على حجم المجموعة الحاضرة. وعلى هذا فان تدريج قلق الشخص الأول يجب أن يراعي تدريج نماذج السلطة:

- 1- الحديث أمام أشخاص غرباء.
 - 2- الحديث أمام الجيران.
 - 3- الحديث أمام الزملاء.
 - 4- الحديث أمام الآباء.
 - 5- الحديث أمام المدرس (أو الرئيس).
 - 6- الحديث أمام هيئة التدريس بكاملها.
- اما في حالة الشخص الآخر فان التدريج يجب أن يشمل حجم الجماعة التي يتحدث أمامها الشخص:
- 1- الحديث مع شخص من نفس الجنس.

- 2- الحديث مع شخص من جنس آخر.
- 3- الحديث مع شخصين.
- 4- الحديث مع ثلاثة أشخاص أو أربعة.
- 5- الحديث أمام مجموعة من الناس.

كذلك قد يتفاوت تدريج معين من شخص إلى آخر فالحديث أمام الآباء قد يمثل درجة أكبر من القلق بالمقارنة بالحديث أمام المدرسين عند البعض. بينما يحدث العكس عند البعض الآخر. وبالمثل قد تتشكل العلاقة بالزوج أو الزوجة عند البعض بالمقارنة بالبعض الآخر مشكلة أشد من العلاقة بزملاء العمل أو الرؤساء⁽⁸⁾.

أضف إلى هذا أن ترتيب تدريج معين بالنسبة لشخص واحد قد يختلف من فترة إلى أخرى. فما كان في الشهر الماضي يحتل وزناً أكبر قد يتضاءل وزنه في الوقت الراهن.

لهذا من الأفضل أن تكتب مدرجات القلق لكل شخص على حدة وبعد تسؤال واستفسار عن كل الشروط المحيطة. ومن الأفضل كتابة هذه التدرجات بالقلم الرصاص حتى يسهل تعديلها أو التغيير في ترتيبها.

رابعاً:

الآن وبعد أن أمكن تدريج الموقف (أو المواقف) المثيرة للقلق، وبعد أن يكون المريض قد تدرب على الاسترخاء يصبح الطريق ممهداً للدخول في إجراءات العلاج. وتحصر إجراءات هذه المرحلة في أن نطلب من المريض وهو في حالة من الاسترخاء العميق والهدوء أن يتصور نفسه، مستخدماً قدرته على التخييل إلى أقصى حد، وهو في الموقف الذي يثير أقل درجة من القلق في البداية. والمثال الآتي يوضح الإجراءات التي يستخدمها المعالجون عادة.. لعلها تمنح القارئ بعض البصيرة في التطبيقات العملية للعلاج النفسي. وهذا المثال هو وصف لإجراءات هذا الأسلوب مع فتاة مصابة بعصاب الخوف الشديد من الامتحانات بصورة أدت لرسوبها مرات متكررة بالرغم من استعدادها الجيد، وارتفاع متوسط ذكائها:

«سأطلب الآن أن تتخيلي بعض المواقف والصور. حاولي أن تجعلني خيالاتك حية كأنها حقيقة. ركزي ذهنك فيها. من الجائز بالطبع أن تتدخل في حالة الاسترخاء التي تتملكك الآن. لكن إذا أحسست في أي

علاج الاضطرابات الانفعالية بطريقه تدرج

لحظة بأنك مشدودة فما عليك إلا أن تشيري بيديك اليسرى... جميل». «والآن تخيلي نفسك وأنت تقفين في شارع مأهول. اليوم جميل وساطع، ويمتد أمامك مشهد الشارع كله. العربات والموتوسيكلات، والدراجات، والناس وعلامات المرور والأصوات (انتظار 15 ثانية). جميل والآن توقيفي عن هذا التخيل وعودي ثانية لحالة الاسترخاء. إذا كنت قد شعرت بأي نوع من التوتر بسبب التخيل الذي قمت به الآن فارفعي إصبعك (لا ترفع إصبعها). والآن تخيلي أنك تجلسين في منزلك تذاكرين في المساء. اليوم هو 20 في الشهر وباق حوالى شهر للامتحان (انتظار 5 ثوان). والآن توقيفي عن التخيل وعودي لاسترخائك.. استرخاء أعمق (انتظار 10 ثوان). مرة أخرى تخيلي نفسك من جديد في منزلك تذاكرين ولم يبق على الامتحان إلا شهر (انتظار 5 ثوان). توقيفي الآن عن هذا التخيل وعودي لاسترخائك. إرخ عضلاتك جميعها ودعني نفسك وحاولي أن تتدوقي الراحة التي تملكك (15 ثانية). والآن تخيلي من جديد نفسك تذاكرين قبل الامتحان بشهر (انتظار 5 ثوان). توقيفي الآن عن التخيل ولا تفكري في أي شيء آخر غير جسمك (5 ثوان). إذا كنت قد أحستت بأي قلق فأشاري بإصبعك (ترفع المريضة الآن إصبعها). إذا كان قلقك في المرة الثالثة أقل من المرة الثانية والأولى فاستمري كما أنت. أما إذا لم يكن هناك أي تغيير فأشاري بإصبعك (لا ترفع إصبعها). جميل إذن ابق في استرخائك (15 ثانية). الآن تخيلي نفسك على كرسي في داخل أتوبيس وبجوارك شخصان يشرثان مع بعضهما (10 ثوان). الآن توقيفي عن هذا التخيل وعودي إلى ما أنت فيه من استرخاء (10 ثوان). الآن تخيلي نفسك من جديد وأنت تجلسين في شرفة المنزل ومن أسفلك في الشارع يسير شخصان يتجادلان في احتدام (10 ثوان)^(2*). توقيفي الآن عن هذا. سأعد من واحد حتى خمسة وستفتحين عينيك وتشعررين بمنتهى الراحة والهدوء».

ويعلق «ولبي ولازاروس» على هذه الحالة بالعبارة الآتية:

«وفتحت المريضة بعد ذلك عينيها، وهي تنظر من حولها وتبتسم وكأنها استيقظت من النوم. وفي إجابتها على الأسئلة التي سألناها بعد ذلك، بيّنت أنها تشعر بمنتهى الهدوء، وأن المشاهد المتخيّلة كانت في منتهى الوضوح. كذلك قررت أنها شعرت بقليل من القلق عند تخيل مشهدى

المذاكرة والمشادة، وبالرغم من أن القلق تضاءل في حالة التكرار، فإنه لم يصل في كل الأحوال لدرجة الصفر».

بعض المشكلات التي تحيط باستخدام هذا الأجزاء:

من المشكلات الرئيسية التي تواجهه استخدام التطمين المتدرج هذا اعتماده الرئيسي على إثارة الصور الذهنية والخيال لدى المريض. وتوضح البحوث - لسوء الحظ - أن هناك فروقاً فردية ضخمة في مقدار السير والسهولة التي يستطيع بها البشر أن يتحكموا في إثارة هذه الصور الذهنية. البعض يستطيع ذلك بسهولة كما في الحالة السابقة، والبعض يعجز عن ذلك خاصة المرضى العقليون. وبالرغم من أن الحلول التي تقدم لهذه المشكلة ضئيلة، إلا أنني وجدت أن التدريب المستمر في الجلسات الأولى على إثارة صور ذهنية محابية، وقصيرة يؤدي لبعض الفوائد. كذلك أجد أن سؤال المريض بـان يفتح عينيه وان يوجهها لبعض المنبهات التي اكتشفها له مثل قلم الرصاص، والسيجارة.. الخ ثم أن يحاول أن يغلق عينيه وأن يتخيل نفس هذه الأشياء بعد اختفائها مع تكرار ذلك على منبهات أخرى وبصورة متلاحقة يؤدي أيضاً 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. ومؤدي ذلك أن يطلب من المريض أن يعيش ذهنياً في الموقف المتخيل، وأن يراه كما لو كان يحياه بالفعل الآن وليس مجرد متفرق من الخارج.

ومع ذلك فإنه يبدو أن هذه المشكلة قد بولغ فيها. فبالرغم من صحة قوانين الفروق الفردية، بهذا الصدد إلا أنني لم أجد حالة تعجز عن التخييل. وفي الحالات القليلة النادرة التي حدث فيها هذا كان ذلك بسبب عوامل أخرى كاستهانة المريض بالأسلوب، وتشتت انتباذه، وعدم تركيزه واتجاهه نحو المعالج. كذلك أجدر أن الطريقة التي يقدم بها المعالج هذا الأسلوب تلعب دوراً أساسياً في اقتناع المريض به، وبالتالي سهولة اندماجه في التخييل.

مشكلة أخرى تشيرها هذه الطريقة فقد لاحظنا أن المعالج يطلب من

علاج الاختيارات الانفعالية بطريقه تدرج

عميله أن يتخيّل الموقف تدريجياً.. فهو لا يأخذه كما في الحالة المرأة - الميدان، أو الطبيب - الجزء إلى الواقع الحية التي تستثير القلق. والاعتماد على التخيّل يشير لهذا السبب بعض التحفظات. وربما نتساءل هل يؤدي إثارة المواقف المخيفة بطريق الصور الذهنية والخيال إلى نفس الفاعلية التي يمكن أن يؤدي إليها العلاج في المواقف الفعلية؟ وهل من الأفضل أن نصطحب من يجزع مثلاً من الأماكن العالية إلى قمة برج، أم من الأفضل أن يجعله يتخيّل قمة البرج؟. اتجه عدد من الباحثين في الحقيقة إلى المقارنة بين الآثار العلاجية لأسلوب التدريب في عرض مواقف القلق بطريق الخيال، والتدرّيج من خلال مصاحبة المريض للمواقف الفعلية من القلق. والحقيقة أن نتائج هذه البحوث متعارضة. فعلى سبيل المثال لم يوجد فرق جوهري بين مجموعتين من المرض بالخوف من الثعابين عولجت إحداهما باستخدام شرائج التصوير الملونة، وعولجت الأخرى بالتعرض لثعابين حقيقة.

لكن هناك نتائج وملاحظات تشير إلى بعض الفروق في صالح التعرض للمواقف الحية، خاصة عندما يفشل الشخص في الانتقال من المواقف المتخيلة إلى المواقف الحية. لكن العلاج في المواقف الحية لا يخلو من إثارة بعض المشكلات لأنّه يتطلّب من العلاج الخروج بعميله من المستشفى أو العيادة، وبالتالي قد يفقد قدرته على ضبط كثير من المواقف والمنبهات العلاجية الأخرى. وماذا لو أنّ الجزء والخوف ألم بمريضه في تلك المواقف التي كان يتّجنبها خشية منها طوال عمره؟ هل يستطيع فيها أن يتحكم في عملية الاسترخاء وبعث الطمأنينة؟.

لكن تعريضه لموقف حية ومع كل هذه التحفظات يكون ضروريًا أحياناً خاصة بين المرضى الذين يعانون بعض المشكلات في تخيل المواقف المثيرة للتهديد بوضوح كاف. كذلك في حالات المرضى الذين يعجزون عن التحديد النوعي والواضح للمشكلات والمنبهات المشيرة لمخاوفهم ما لم يتعرضاً مع المعالج لموقف حية مختلفة تساعدهما على صياغة المشكلة للعلاج. وفي حالات الاكتئاب نجد من المعالجين من ينصح بالعلاج في المواقف الحية لأنّ تعويذ المريض على مواجهة هذه المواقف يعتبر في حد ذاته ذا تأثير علاجي واضح بغض النظر عن علاج مشكلات القلق من خلال التدريب

الحي.

ونضيف أن هناك ميزيتين علاجيتين آخرتين لأسلوب التدريج في مواقف حية. فمن ناحية نجد أن ممارسة المريض لأنواع من النشاط في الحياة اليومية (التي كانت متعطلة قبل ذلك) قد تثير دوافعه وبالتالي تساعده على إعادة إدراكه وصياغته لمشكلته من جديد، مما يؤدي إلى احتمالات علاجية أقوى. ومن ناحية ثانية فإن المعالج قد يستطيع أيضاً أن يلاحظ بعض أساليب المريض في التفاعل الاجتماعي التي تؤكد كثيراً من الأنماط غير المرغوبة في سلوكه وبالتالي يستطيع المعالج مباشرةً أن يغير من هذه الأساليب.

3- التطمين المتدرج وحدود تطبيقه:

منذ أن ابتكر هذا الأسلوب وهو يستخدم بنجاح في علاج المخاوف المرضية بالذات. لهذا فامكانية تطبيقه في العلاج النفسي محسورة في علاج الحالات المصابة بالمخاوف المرضية. وحتى في هذه الحالات لا بد من وجود شروط أخرى لكي يمكن استخدام هذا الأسلوب بنجاح منها:

1- أن لا تعود المخاوف المرضية على الشخص بأي مكاسب أساسية أو ثانوية، وعلى هذا فمن الصعب علاج طفل أو شاب أو بالغ من بعض المخاوف كالظلم أو المرض، أو الامتحان) طالما أن ذلك يؤدي إلى استجابات مرغوبة لديه من قبل والديه (زيادة الحب، العطف الشديد، تلبية رغبات لم تكن ملباً من قبل .. الخ).

2- أن تكون مخاوف الشخص محسورة في المواقف التي تشيرها وليس بسبب عوامل اجتماعية أخرى. وقد رأينا أن من العبر علاج المريض بالمخاوف من الأماكن الضيقة بوضع تدريب الأماكن، بالرغم من أن مخاوفه ناتجة أساساً من قلق الانحصار في علاقات اجتماعية ضيقة وغير مرغوبة.

3- أن يكون الشخص ممن يتناقص قلقهم أثناء الاسترخاء.

4- أن يكونوا من المقتعين بفائدة الأسلوب. أما من حيث الأشكال الأخرى من الانضرارات الانفعالية فإن أسلوب التطمين التدريجي لا يؤدي إلى نتائج إيجابية إلا إذا استخدم مع أساليب أخرى. وكمثال لنجاح أسلوب التطمين التدريجي في هذا الإطار استخدامه في التقليل من الآثار الانفعالية للذكريات القديمة غير السارة كما تظهر لدى حالات المكتتبين الذين قد

علاج الاضطرابات الانفعالية بطريقه تدرج

يجدون فيها أحزاناً تصاف إلى أحزانهم. ويكون ذلك بان نطلب من الشخص وهو في حالة من الاسترخاء العميق أن يتذكر بعض الحوادث الحزينة، أو المخلجة في حياته، والتي تكون لها آثار انفعالية قائمة حتى الآن إلى أن تتحيد مشاعره نحوها⁽⁹⁾.

وهذا الأجراء الأخير فضلاً عن دوره في كف الاستجابات الانفعالية القديمة كالخوف، والخجل، والقلق من خلال الاسترخاء يساعد على إعطاء المريض منظرواً إدراكيًا، وأسلوباً شخصياً جديداً لإعادة إدراك تلك الأشياء القديمة، وبالتالي آثارها الانفعالية المستمرة. فقد ينتهي تذكر ذلك بالمريض إلى أن يدرك أن هذه الحوادث كانت تافهة.. أو أنها غير مهمة.. أو «أنتي لا أهتم ولا أكتثر لذلوك» لكن الوصول بالمريض لهذه الاستجابات الصحية قد يتطلب وضع تدريج للذكريات المؤلمة وطلب تخيلها أثناء الاسترخاء مع الدحض العقلي والمنطقي أثناء إثارتها^(3*).

ولعل ما نستتتجه من كل ذلك بشكل عام هو أن نحذر من الاستخدام الآلي لهذا الأسلوب أو أي أسلوب علاجي على الإطلاق فلكل حدوده و مجالات تطبيقه. والمعالج النفسي الناجح هو الذي يعرف نفسه بكثير من الأساليب وبكثير من المرضى حتى يختار الأسلوب من الأساليب الملائمة في الوقت الملائم ومع الشخص الملائم ونوع الاضطراب الملائم⁽¹⁰⁾.

خلاصة

التخلص من الاضطراب والقلق بالتعرف التدريجي للأشياء أو الموضوعات التي تشيرهما كان ولا يزال من الفنون الرئيسية التي تتجه لها بدبيه الإنسان العادي وحكمته. وطريقة التعلم التدريجي التي يلحد لها المعالج الحديث تقوم على نفس المبدأ أي التشجيع على مواجهة مواقف القلق والخوف تدريجياً، إلى أن تتحيد مشاعرنا الانفعالية الحادة (العصبية) نحو تلك المواقف. وقد عرف المعالجون السابقون هذا الأسلوب كما عرفه المعالجون المحدثون. ويعتبر مبدأ الكف المتبادل بمثابة الأساس العلمي الذي قدمه علم النفس الحديث لتفسير نجاح هذا الأسلوب. فإذا نجحنا في استشارة استجابة معارضة للقلق (كالتعلم التدريجي) في حالة وجود الموضوعات المثيرة له، يمكن أن يؤدي ذلك إلى كف كامل للقلق وبالتالي

يختفي ويتناقص بعد ذلك. ويطلب إجراء التعلم المترافق مراحل منها تحديد المواقف التي تثير المخاوف الرئيسية للشخص، ثم تدريج كل موقف منها على حدة في قائمة تبدأ بأقل المنبهات وإثارة للخوف في الموقف مع الصعود إلى أشدتها إثارة، ثم يصبح الموقف معداً لإجراء العلاج بعد ذلك بان نطلب من الشخص وهو في حالة استرخاء وهدوء أن يتخيّل نفسه في الموقف الذي يثير أقل درجة من القلق في البداية مع تهدئته إلى أن تتحيد مشاعره نحو الدرجات المنخفضة ثم يبدأ الانتقال للمواقف الأشد وهكذا حتى تنتهي القائمة. وهناك طريقة أخرى تقوم على اصطحاب المريض لمواقف الخوف الحيد بدلاً من تخيلها. وكل طريقة عيوبها ومزاياها، ولو أن الجمع بين الطريقتين ممكن ومرغوب. وبالرغم من أن هذا الأسلوب يقتصر على علاج المخاوف المرضية إلا أنه يصلح أيضاً في علاج بعض حالات الاكتئاب خاصة عندما يكون الاكتئاب استجابة شديدة لحادثة خارجية محددة كفقدان قريب، أو عمل، أو متعلقاً بأحزان محددة في الماضي. ونسبة نجاح هذا الأسلوب في علاج المخاوف المرضية تصل إلى ما يقرب من 89%. غير أن نجاح استخدام هذا الأسلوب يتوقف على تدريب الشخص على الاسترخاء العميق عند تعريضه (واقعياً أو بطريق الخيال) إلى مواقف القلق، بالشكل الذي عرضنا له في الفصل السابق.

مراجعة وتعليقات

(1) للمزيد عن تفاصيل حالة «أليبرت» انظر:

Watson, J. & Rayner, R. Conditioned emotional reactions. Journal of Experimental Psychology. 1920, Vol. 3, pp. 1-14.

(2) يعود الفضل في علاج «بيتر» لجهود المعالجة السلوكية ماري كوفر جونز Cover Jones التي كانت تتسمى لتفكير «واطسون». ويلاحظ أن المنهج الذي استخدمه كان أول منهجه يستخدم أسلوب التدريج في التعرض لموضوعات الخوف.. وبهذا المعنى تكون دراساتها عن «بيتر» بمثابة إرهاص مبكر بأساليب التقطيع التدريجي الحديثة. انظر:

a. Jones Mary Cover. The elimination of children fears. J. of experimental Psychology. 1924, Vol. 31, pp. 308-315.
b. Jones, M.C. A laboratory study of fear: The case of peter, pedagogical Seminar, Vol. 31, pp. 308-315.

(3) للمزيد عن مبدأ الكف المتبادل وتطبيقاته في العلاج النفسي انظر:

Wolpe, J. Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford University Press, 1958.

(4) للمزيد من استخدام أسلوب التقطيع التدريجي في علاج المخاوف المرضية التي توجد لدى المرضى العقليين انظر:

Hagen R. Behavioral therapies and the treatment of Schiz.Phrenics. Schizophrenia Bulletin, No.13 1975. pp. 70-96.

(5) هناك صفات كامل لحالة المرأة - الميدان في:

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

(6) تفاصيل حالة الطفلة «مارجريت» وردت في الترجمة العربية لكتاب أيزنك: أيزنك، الحقيقة والوهم في علم النفس، ترجمة قدرى حفني ورؤوف نظمي القاهرة: دار المعارف، 1969. ص 148-149.

(7) بالرغم من أن المعالجين السلوكيين كانوا لا يهتمون إلا بالشكوى الظاهرة وذلك منذ عشرين أو خمسة وعشرين عاما.. إلا أنهم بدأوا حالياً يتبعون إلى أن الشكوى الظاهرة تعطي في بعض الأحيان اضطرابات انتقالية أساسية. وإن هذه الاضطرابات الانتقالية قد تكون أكثر خطراً من الشكوى الظاهرة.. للمزيد من ذلك انظر:

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

(8) ورد هذا الحوار في المرجع السابق.. وقد تمت الترجمة مع بعض التصرف.

(9) للمزيد من تدريبات عدد كبير من الاضطرابات الانتقالية يمكن للقارئ النظر إلى:

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

(10) يأخذ كثير من المحللين النفسيين على منهجه التقطيع التدريجي التركيز على الأعراض

العلاج النفسي الحديث

الظاهرة فقط دون الاضطرابات الكامنة. ومن رأيهم أن الخوف يعكس اضطراباً أعمق في الشخصية .. فإذا ما عالجنا الخوف المرضي من مكان أو شخص أو شيء معين دون أن نعالج الاضطراب الانفعالي فإن المريض قد ينتكس أو يستبدل أعراضه مرضية، بأعراض مرضية أخرى. لكن هذا لم يحدث في حياة المرضى الذين عولجوا .. أي أنه لم يحدث انهم استبدلوا أعراضه بأعراض أخرى.. مما يدل على خطأ الفرض التحليلي النفسي في هذه النقطة. للمزيد من هذه النقطة انظر:

Eysenck, J.J. You and neurosis. Glasgow: William Collins. 1978, P. 110-111.

ومن رأي أيزنك أن علاج الأعراض الظاهرة يؤدي إلى شفاء كامل ودائم.

مراجع عامة عن أسلوب التطمين التاريخي

فضلاً عما ورد في النقاط السابقة من مراجع وكتابات.. فإننا نقتصر على القارئ الذي يبغى التعمق في هذا الموضوع الرجوع لعدد من الكتب والمقالات التي تصف له بالتفصيل الإجراءات التي يجب استخدامها أثناء التطمين التدريجي. ونعتقد في قاعدة هذه المراجع خاصة من يمارسون أو سيمارسون العلاج النفسي من الأطباء والأخصائيين:

- a. Lazarus, A. Behavior therapy and beyond, New York. McGraw-Hill: 1971.
- b. Lazarus, A. Clinical behavior therapy. New York. Brunner Mazel:1972.
- c. Wassermann, J. H. Behavior and neurosis. Chicago. University Chicago Press 1975.
- d. Meyer, V. & Chesser, E. Behavior therapy in Clinical.Psychiatry. London: Penguin Books, 1971.
- e. Paul, G.L. Outcome of Systematic desensitization I Background, Procedures and Uncontrolled Reports of individual treatment. In Cyril Franks(ed). Behavior-therapy: Appraisal and status. New York: Mc- Graw. Hill, 1969, pp. 63-104.
- f. Paul, G. L. Outcome of systematic desensitization II-Controlled investigations of individual treatment, teach nique variations, and current status. In Cyril Franks (ed.), Behavior therapy, appraisal and status. New York: McGraw-Hill, 1969, pp. 105-159.
- g. Paul, G. L. & Bernstein, D. A. Anxiety and behavior Treatment by systematic desensitization and related. techniques. New York: General Learning Press, 1973.

كذلك انظر المراجع 3 التي سبق ذكرها أعلاه.

الحواشي

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

هناك دراسات تربو على المثاث وتبين أن التخفيف من الأعراض المرضية يؤدي إلى مزيد من الثقة بالنفس، والإيجابية الاجتماعية. وقليل من القلق والسلبية. أي أن علاج الأعراض يغير من نمط الشخصية ومن سمات لم تكن موضوعاً للعلاج.

(1) يرى الفرويديون أن هذه الأساليب قد تمثل تهديداً لنتطور العلاج النفسي- فتجاهل المشكلة وعلاج الشكوى المباشرة (العرض) شبيه في تصورهم بإعطاء نقاط للتخفيف فقط من التهاب حاد في اللوزتين مثلاً. ويتفق المعالج الحديث في بعض الجوانب مع هذا ولا يعارضه. وسنرى فيما بعد أن المعالج الحديث يهتم بخلفية المشكلة عندما يكون السبب عضوياً. فعلاج «التهاب» أو نقص إفراز غدة من الغدد قد يكون ضرورياً للتخفيف حدة القلق. أما في الحالات الأخرى كالأكتاب فإن علاج العرض كعرض أمر ضروري.

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

(3) نسبة كبيرة من حالات الاستجناس تأتي من أسر مهدمة.. أي تنفصل الأم عن الزوج بينما يبقى الابن مع الأم.

خاصة ذلك النوع من الاغتراب المصحوب بالعزلة الاجتماعية وعدم الحماس للقضايا الاجتماعية والعزوف عن المشاركة في حلها.. الخ. والاغتراب هنا بالطبع يختلف عن المفهوم الفلسفى الذى يرى أن الاغتراب يعبر عن موقف فكري يتبناه الشخص تجاه تناقضات الحياة والظلم الاجتماعى.

٤

أسلوب الاسترخاء

يستخدم الاسترخاء في الطب والعلاج النفسي وعلم النفس الإكلينيكي بأساليب متعددة منذ فترة طويلة. ففي سنة 1929 أبدى طبيب نفسي اسمه جيكبسون Jacobson اهتمامه باكتشاف طرق للاسترخاء العضلي بطريقة منتظمة. وفي كتاب مشهور له بعنوان «الاسترخاء التصاعدي» مشهور له بعنوان «الاسترخاء التصاعدي» (Progressive Relaxation) (١، ٢، ٣) قرر أن استخدام هذه الطرق يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة بين المرضى بالقلق. ويجمع علماء العلاج النفسي والسلوكى اليوم على قائد التدريب على الاسترخاء في تخفيف القلق وتطویر الصحة النفسية. وفي الولايات المتحدة نجد أن كثيراً من المعالجين النفسيين يستخدمون هذه الأساليب ويطورون أساليب أخرى للتدريب على الاسترخاء. وعلى سبيل المثال يقيم الطبيب النفسي جوزيف ولبي Joseph Wolpe نظرية كاملة في العلاج النفسي تقوم على إرخاء العضلات إرخاء عميقاً (٥٤).

ويعتبر أسلوبه بحق من أشهر أساليب الاسترخاء على الإطلاق، بالرغم من أنه يذكر أن منهجه في الاسترخاء العضلي يقوم على نفس الأسس التي وضعها جيكبسون، إلا أنه يستخدمه كجزء من

منهجه العام في التخفف من الأمراض العصبية بطريقة التطمين التدريجي التي سبق الحديث عنها . ولكي نبين كيف يمكن إجراء الاسترخاء العضلي علينا أن نبين الآن السر في فاعليته ونجاحه في التخفف من الأضطرابات الانفعالية والقلق.

لماذا يستخدم الاسترخاء؟

تبين بحوث علماء النفس الفيزيولوجي منذ القرن التاسع عشر ان جميع الناس تقريباً يستجيبون للأضطرابات الانفعالية بتغييرات وزيادة في الأنشطة العضلية . وتتركز بعض هذه التغييرات في الجبهة . وفي سنة 1958 تبين ايضاً ان اثارة الانفعالات تؤدي ايضاً الى توترات في الرقبة، ومفاصل الذراعين، والركبيتين والعضلات الباسطة^(*) . كذلك تتوتر حتى عضلات الاعضاء الداخلية كامعده، والقصص الصدري، وعندما يتعرض الشخص لنبهات انفعالية شديدة تزداد الحركات اللإرادية في اليدين والذراع .

ومن الثابت ايضاً ان الزيادة الشديدة في التوتر العضلي تتوقف اساساً على شدة الأضطرابات الانفعالية . خاصة عندما يواجه الفرد بمشكلات تتعلق بتوافقه . ومن المؤسف ان التوتر العضلي الشديد لا يساعد بل يضعف قدرة الكائن على التوافق، والنشاط البناء، والانتاج، والكفاءة العقلية . فالأشخاص في حالات الشد والتوتر والقلق تهار مقاومتهم وقدرتهم على الاستمرار في النشاط العقلي والجسمي بسبب عجزهم عن توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفاً بناء .

لهذا نجد أن الاسترخاء يعرف - بالمعنى العلمي - بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر . والاسترخاء بهذه المعنى يختلف عن الهدوء الظاهري أو حتى النوم، لأنه ليس من النادر أن تجد شخصاً ما يرقد على أريكته أو سريره لساعات معدودة لكنه لا يكفي مع ذلك عن إبداء كافة العلامات الدالة على الأضطراب العضلي والحركي مثل عدم الاستقرار الحركي والتقلب المستمر والذهن المشحون بالأفكار والصراعات .

وإذا كان الأضطراب الانفعالي يؤدي إلى إثارة التوتر العضلي، فإن من الثابت أيضاً أن إثارة التوتر العضلي يجعل الشخص مستفزًا للانفعال

السريع في الاتجاه الملائم لهذه التوترات. فرسم علامات الغضب على الوجه يجعل الشخص سريع الاستجابة للمواقف الاجتماعية بالغضب مثلاً. قسن على ذلك أي انفعال آخر سلبي، (الخوف، والضيق) أو إيجابي (الحب، والسرور، والتقبل...) والعكس أيضاً صحيحاً، بمعنى أن إرخاء التوترات العضلية، وإيقاف انقباضاتها تؤدي إلى التقليل من الانفعالات المصاحبة لهذه التوترات. وسنرى بعد قليل كيف يمكن القيام بهذا الاسترخاء.

التوتر العضلي والأمراض النفسية (القلق بشكل خاص):

في الظروف العادلة، تشيع حالات التوتر الخفيفة، والموقتة، استجابة للمشكلات العقلية والاجتماعية التي تحتاج لدرجة معينة من التركيز والاهتمام وتعبئة الطاقة. غير أن التوتر في تلك الحالات يعتبر ضرورياً للبقاء على الفرد في حالة من اليقظة، ولا ينتهي بمضاعفات مرضية مبالغ فيها.

لكن هناك من ناحية أخرى بعض الأفراد ممن يعيشون طول الوقت تقريباً في حالة من التوتر الشديد، ويصطحب هذا استشارة في الجهاز العصبي من مظاهرها جمود عضلات بعض الأعضاء وارتفاع الضغط، وزيادة نبضات القلب، واضطراب انتظام التنفس.

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

ويمثل التراث السيكولوجي ببحوث عدة تؤكد أن الاستشارة 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 الاضطراب والتوتر العضلي تحت كل الشروط. وفي حالات الاضطراب الوجداني تبين في مجموعة من الأفراد زيادة مبالغ فيها في بعض الاستجابات التي تتسمi لإطار التوتر العضلي مثل ضعف قدرة الجلد على المقاومة، وارتفاع النبض، وضغط الدم، واضطراب التنفس.

وفي مقارنة أخرى بين فئات من الفصاميين، والمصابين بالجنون الدوري

(أي الانتقال في فترات منتظمة من الاكتئاب إلى الهوس والتهيج)، والعصابيين والأسواء تبين أن الفصاميين من بين كل هؤلاء يكشفون عن أعلى درجات التوتر العضلي. وقد يوحي هذا بان أساليب الاسترخاء يمكن أن تؤدي إلى بعض النجاح في علاج اضطرابات الفصامية.

وفي حالات الاكتئاب 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 قد يوحي بأنهم على درجة أقل من التوتر والاستثارة العضلية، فإن مقارنتهم بمجموعة من الأفراد العاديين على مقاييس التوتر في الجبهة، والفكين، والذراعين والقدمين بيّنت انهم أكثر توتراً من الأسواء. وتبين بحوث مماثلة أن هذا التوتر يختفي 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، والشد، والاستثارة الزائدة، والحركة المستمرة كقضم الأظافر، واللوازم الحركية، وفرك اليدين.. الخ ما هي إلا مظاهر قليلة من اضطرابات العضوية الشائعة في حالات القلق. وليس من النادر أن يشكو الشخص في حالة القلق من التوتر في جسمه، والصداع، وألم الظهر، وخفقان القلب، وربما آلام في القدم والساقين، والذراعين.. الخ.

لهذا يمكن القول أن التوتر لازمة من لوازم القلق وليس مجرد نتيجة له. فضلاً عن هذا فإن هناك ما يثبت أن الاسترخاء العضلي واستخدام العقاقير المطمئنة التي تهدئ من توترات العضلات يؤديان إلى انخفاض ملموس في حالات القلق.

ومن المعتقد أن الاستجابات الحركية، واللوازم القهرية التي تشيع بين المرضى العصابيين كالوسوسة، وطققة الأصابع، وقضم الأظافر، والحركات القهرية في الفم، والعين، والابتسامات غير الملائمة، ما هي إلا أشكال حركية هدفها التخفيف من القلق عندما يثور.

هل هناك توترات عضلية نوعية بحسب اتجاه اضطراب الانفعالي؟
 بينما نجد أن غالبية البحوث النفسية تميل إلى أن تتحدث عن اضطرابات

عقلية عامة في الجسم كله مصاحبة للاستثارة الانفعالية، هناك بعض الأعمال الطريفة 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 من تتركز استجاباتهم للقلق والانفعال في شكل توترات عضلية خاصة وليس في الجسم كله.

وعلى سبيل الأمثلة، هناك ما يدل على أن الصداع، وألام الظهر (كاشکال من التوتر العضلي) تشيع بين الأشخاص الذين يتميزون بالشد، والعجز عن الفعل والنشاط.

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

وفي دراسة على 400 مريض تبين أن الصداع النفسي (أي الصداع المرتبط للتوتر النفسي) يحدث بشكل خاص في حالات القلق.

أما المواقف التي تستثير الإحساس بالصراع، أو الذنب فإنها غالباً ما تؤدي إلى آلام في الظهر. وفي دراسة على مجموعة من المرضى من ذوي الاستعداد للاستجابة بالصداع، وألام الرأس، تبين أن مناقشة المواقف الصدمية معهم في الجلسات العلاجية قد أدى إلى توترات عضلية في الجبهة.

وهناك أيضاً ما يشير إلى أن التوترات العضلية في الجسم تحدث في حالة اضطرابات الانفعالية الدائمة فقط، بل وعند إثارة أنواع من الصراع أيضاً. فمثلاً تبين أن إثارة العدوان تؤدي إلى زيادة في توتر عضلات الجبهة، بينما تؤدي إثارة الرغبة الجنسية والصراع الجنسي إلى آلام وتوترات في الساق.

وبغض النظر عن التأثير النوعي للمنبهات الانفعالية تبين بشكل عام أن تطوير استجابات توتيرية في عضل معين أمر تلعب فيه الفروق الفردية دوراً كبيراً أيضاً. فالفرد الذي اعتاد أن يواجه اضطراباته الانفعالية الراجعة للقلق بحالة من الصداع سيظهر الصداع لديه في كل اضطرابات الانفعالية الأخرى (العدواة، الجنس، الصراع.. الخ) بغض النظر عن طبيعة المصدر. أما لماذا يستجيب بعض الأفراد للاستثارة الانفعالية بتوترات عضلية عامة

(في الجسم كله)، بينما يستجيب البعض الآخر بالصداع، أو بآلام الظهر، أو بأي نمط عضوي آخر، فان الإجابة لا تزال غير محسومة بعد. ولكن من المرجح أن يرجع جزء من هذا إلى عوامل عضوية تتعلق بالتركيب العضوي نفسه (من حيث القوة أو الضعف)، أو إلى عوامل اجتماعية، في بعض الجماعات تدعم الاستجابة بتوتر في عضو معين، بينما لا تدعم (أو تستهجن) الاستجابة بأعضاء أخرى، وربما يكون أيضاً بسبب عوامل شخصية، وأنماط خاصة من التكيف الفردي.. فالشخص المستثار انفعاليًا وهو يمارس الكتابة أو القراءة قد تتواتر لديه عضلات العينين، أو الذراعين، أو الظهر... أو كلها جميماً.

والخلاصة من هذا أن بحوث «نوعية التوترات» قد تضيف نتائج عميقة لفاعلية العلاج النفسي. وعلى سبيل المثال فإن تتبه الشخص لذلك يجعله على دراية بأنواع التوتر العضلي المستثار. وسيساهم ذلك في أن تعد خطة الاسترخاء بطريقة خاصة وربما مختصرة.

التدريب على الاسترخاء:

يستغرق تدريب المرضى على الاسترخاء العضلي المنظم في العيادات النفسية عادة ست جلسات علاجية، في كل منها يجب أن شخص عشرين دقيقة على الأقل لتدريبات الاسترخاء. وفي نفس الوقت يطلب من المريض أن يمارس التدريبات على الاسترخاء لمدة خمس عشرة دقيقة يومياً بنفسه بحسب الإرشادات العلاجية.

ويجب قبل البداية في التدريب على الاسترخاء أن نعطي الشخص تصوراً عاماً لطبيعة اضطرابه النفسي (أي القلق)، وأن نبين له أن الاسترخاء العضلي ما هو إلا طريقة من طرق التخفيف من التوترات النفسية والقلق. لهذا نجد أن مجرد الاسترخاء العادي بالرقداد على أريكة (أو سرير) يؤدي إلى آثار مهدئة ملحوظة. والسبب في هذا أن هناك علاقة واضحة بين مدى استرخاء العضلات وحدوث تغيرات انفعالية ملطفة (أو مضادة للقلق). ولا يوجد ترتيب محدد للأعضاء التي يجب البداية باسترخائهما ولكن من الضروري بالطبع أن يبدأ التدريب على الاسترخاء ببعض أعضاء الجسم حتى يتمكن الشخص بالتدرج وبنجاح من ضبط قدرته على استرخاء

عضلات الجسم كله.

ويفضل المعالجون السلوكيون عادة، البداية بالتدريب على استرخاء عضلات الذراعين لسهولة ذلك من ناحية، وليتعلم المريض بشكل واضح معنى الاسترخاء العضلي ونتائجها من ناحية أخرى، ثم يتم الانتقال بعد ذلك لمنطقة الرأس لأن كثيراً من العوامل المهدئة للتوتر تتركز في القدرة على السيطرة على عضلات الوجه، ومنطقة الرأس بشكل عام... وهكذا. وعلى العموم نجد أن أعداد المريض وتهيئته لممارسة التدريب على الاسترخاء العضلي تتكون من النقاط الآتية:

1- يبين المعالج للمريض أنه مقبل على تعلم خبرة جديدة أو مهارة لا تختلف عن أي مهارة يكون قد تعلمتها في حياته قبل ذلك كقيادة سيارة، أو تعلم سباحة، أو لعبة رياضية جديدة. وبعبارة أخرى يبين له أنه - أي المريض - مثله مثل كثير من الناس تعلم أن يكون مشدوداً ومتوتراً، وأنه بنفس المنطق يمكنه أن يتعلم أن يكون عكس ذلك أي قادراً على الاسترخاء والهدوء وان دور المعالج هو أن يعلمه كيف يصل إلى ذلك.

2- يبين المعالج أيضاً بأنه نتيجة لهذا قد يشعر المريض ببعض المشاعر الغريبة كالتميل في أصابع اليدين، أو إحساس أقرب للسقوط، وأنه يجب أن لا يخشى ذلك لأن هذا «شيء عادي ودليل على أن عضلات الجسم بدأت تتراخي». وهذه النقطة مهمة بشكل خاص لأن كثيراً من المرضى - خاصة الهمستيريين - قد يستجيبون للاسترخاء بخوف مبالغ فيه أو بشعور بان شيئاً غريباً يسيطر على أجسامهم. بينما من المفروض أن يكون ذلك دليلاً على أن الاسترخاء قد بدأ يحدث في عضلات الجسم.

3- ينصح المعالج الشخص بأن تكون أفكاره كلها مركزة في اللحظة، أي في عملية الاسترخاء وذلك للمساعدة على تعميق الإحساس به. ولكي يساعد المعالج على تحقيق أكبر قدر ممكן من النجاح في هذه المرحلة قد يطلب من المريض أن يتخيّل بعض اللحظات في حياته التي كان يعيش فيها بمشاعر هادئة وفياضة (يحسن أن يكون هذا التخيّل بشكل نوعي أي أن يكون المعالج قد عرف من المريض قبل ذلك بعض المواقف التي كانت تهدئ مشاعره، كالصورة الخافت، أو التدخين، أو الاسترخاء في الظهيرة بعد وجبة شهية... الخ).

4- من المخاوف التي تتاب بعض المرضى شعورهم بأنهم سيفقدون القدرة على ضبط الذات^(*). في مثل هذه الحالات من الأفضل أن يتدخل المعالج ما بين الحين والآخر بتعليق أو بأكثر حتى يبعث الطمأنينة في نفس المريض. وهذا الإجراء ضروري بشكل خاص عندما يكون المعالج من جنس غير جنس المريض، أو عندما يكون المريض (إذا كان من نفس الجنس) من النوع الذي تتباين مخاوفه من الجنسية المثلية. وتبين لنا خبرتنا الخاصة أن الدور الأمثل الذي يجب على المعالج أن يبرزه في مثل هذه اللحظات هو دور المرشد أو المعلم الذي لا يهدف للسيطرة على الجسم بمقدار ما يهدف إلى تعليم مريضه خبرة جديدة.

5- كقاعدة يجب التوصية بالمحافظة على كل عضلات الجسم في حالة تراخي تام أثناء الاسترخاء خاصة تغميض العينين لمنع المشتتات البصرية التي قد تعيق الاسترخاء التام. لكن في كثير من الحالات خاصة في الجلسات الأولى من العلاج قد يكون من الضروري بين الحين والآخر السماح للمريض بان يفتح عينيه. وهذا ضروري بشكل خاص في حالات الأشخاص الذين تتملكهم الريبة أو الشك، أو عندما يكون المريض من الجنس الآخر الذي قد يتصور في هذا الموقف نوعاً من الإغراء الجنسي.

6- من العوامل الهامة التي قد تعيق الاسترخاء الناجح تجول العقل في تخيلات بعيدة وبالرغم من أنه لا خطر في ذلك، فمن الأفضل الرجوع بهذه الأفكار إلى الموقف بقدر الاستطاعة.

7- وأخيراً فإن على المعالج أن يكون قادراً على فهم مريضه وحساساً لكل شكوكه ومخاوفه، وقدراً على كسب ثقته وتعاونه في نجاح الاسترخاء. وفي كل الأحوال إذا ظهر لأي سبب من الأسباب أن المريض غير مقبل أو متৎمس للإجراء. فإن حساسية المعالج وخبرته بالأساليب العلاجية الأخرى ستجعله قادراً على الانتقال إلى محاولة أشكال علاجية أخرى ملائمة.

نحوذ للتدريب على الاسترخاء:

من الضروري أن نبين أن استرخاء أي عضو معناه اختفاء كامل لأي تقلصات أو انقباضات في هذا العضو. ويمكن أن نستدل على نجاح استرخاء عضو معين (كعضلات الذراع مثلاً) بتحريكه في الاتجاهات المختلفة أو

أسلوب الاسترخاء

الضغط عليه، ويكون الاسترخاء ناجحاً إذا لم نجد أي مقاومة من هذا العضو. بتعبير آخر تكون أعصاب هذا العضو متوقفة تماماً عن أي نشاط. ويتوقف جزء كبير من نجاح العلاج السلوكي، في قدرة الشخص على ذلك، وبالتالي التمكن بعد ذلك من الاسترخاء الناجح الإرادي لكل عضلات الجسم عضواً ف支柱وا. لهذا نجد أن هناك اهتماماً كبيراً - في الوقت الحالي - بابتكار تدريبات من شأنها أن تساعد على الاسترخاء العضوي الكامل تدريجياً. وقد اخترنا للقارئ نموذجاً لذلك في نهاية هذا الفصل توافر فيه مزايا عد من الطرق. وبالطبع يمكن تطبيق ذلك التمرين ذاتياً في المواقف المختلفة التي قد تعرض الشخص للقلق والتوتر (أنظر التذليل في نهاية الفصل) ولتسهيل استخدام تدريبات الاسترخاء يمكن للقارئ أن يقوم بتسجيل إحداها بصوت عميق وهادئ، وأن يعيد التسجيل في كل مرة يحاول فيها الاسترخاء، منفذًا التعليمات المتضمنة. وتبيع معاهد العلاج النفسي في الولايات المتحدة تسجيلات لتدريبات من هذا النوع، يمكنها أن تقوم مقام المعالج النفسي بعد انتهاء جلسات العلاج.

التطبيقات العامة للاسترخاء:

تعلم الاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة يمكن للمعالج وللشخص كليهما استثمارها في أغراض عده:

1- من أول الأهداف الرئيسية لتعلم الاسترخاء هو إمكانية استخدامه مع أسلوب التعلم التدريجي، أو التعويذ التدريجي على المواقف المثيرة للقلق. صحيح أن من الممكن استخدام أسلوب الاسترخاء وحده، إلا أن الغالبية تستخدمه جنباً إلى جنب مع أسلوب التعلم التدريجي (الذي سبقت الإشارة إليه).

2- وبينما المنطق يمكن أن يستخدم الاسترخاء كأسلوب من أساليب العلاج الذاتي والضبط الذاتي في حالات القلق الفعلي. ولهذا ليس من النادر أن نجد أن كثيراً من المعالجين يوصون بمحاولة الاسترخاء لدقائق معدودة يومياً وقبل الدخول في موقف (حياتي) مثير للقلق كالظهور أو الحديث أمام الناس أو المقابلات التي تجري عند الترشيح لعمل ما ... الخ.

3- 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 ... ونظرًا لأن هذه الشخصيات قد تكون مصدراً للقلق الشخص، بحيث قد يعجز عن القيام بتمثيلها ... فإن تذكيره بأنه قد تعلم خبرة جديدة وأن عليه أن يمارسها الآن (الاسترخاء) سيؤدي إلى نجاح أسلوب تمثيل الأدوار وبالتالي تحفييد المشاعر والقلق نحو النماذج المهددة أو الداعية للقلق كالأباء أو نماذج السلطة بشكل عام.

4- ويستخدم أسلوب الاسترخاء في كثير من الأحيان للتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة التي قد تكون أحياناً من الأسباب الرئيسية في إثارة الأضطرابات الانفعالية وبالتالي يمكن للشخص أن يدرك الموقف المهددة بصورة عقلية منطقية. ومن المعروف أن استخدام الاسترخاء في علاج حالات القلق والمخاوف، وتوهم الأمراض، من شأنه وحده أن يمنّع الشخص بصيرة عقلية واقعية بطبيعة قلقه. فالقلق الذي كان يعتقد المريض أنه يعود لأسباب فسيولوجية عضوية فيه وبالتالي يشكل سلوكه وفق هذا الاعتقاد، يصبح الآن شيئاً يمكننا ضبطه والتحكم فيه ذاتياً. وعلى سبيل المثال أمكن أن يستخدم أسلوب الاسترخاء مع حالة من فصام البارانويا⁽²⁾ بطريقة أدت إلى تغيير معتقدات المريض الخاطئة عن وجود تغيرات واحساسات في جسده لا يستطيع فهمها، إلى معتقدات معقولة عن طبيعة تلك التغيرات.

5- كذلك يمكن استخدام وحدة في علاج كثير من الأشكال المرضية. أمكن، على سبيل المثال، أن يستخدم أسلوب الاسترخاء في علاج حالات الضعف الجنسي. ففي حالة مريض شاب كان يشكو من القلق والاكتئاب، شكاً أيضاً أنه عند الاتصال الجنسي بزوجته كان يعاني من القذف السريع عند الاتصال الجنسي بعد نصف دقيقة أو دقيقتين على الأكثر من الإيلاج. وقد أدى هذا إلى إثارة كثير من التوترات لديه ولدي زوجته. وبتوجيهه من المعالج أمكن للمريض أن يتعلم الاسترخاء العضلي في الدقائق الخمس عشر السابقة على الاتصال الجنسي خاصة فيما يتعلق باسترخاء الأجزاء السفلية من الجسم والساقيين. وقد استطاع المريض بعد أسابيع قليلة من أن يتغلب على مشكلة القذف السريع وبالتالي كل جوانب القلق التي كانت تحيط بها. كذلك هناك بعض التقارير التي تبين نجاح استخدام هذا الأسلوب

في حالات الصداع النصفي والأرق.

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

الإجراءات:

تفاوت إجراءات الاسترخاء العضلي من حيث الطول.. فبعض التدريبات قد تستغرق نصف ساعة خاصة في البداية. والبعض الآخر قد يستغرق عشر أو خمس دقائق بحسب خبرة الشخص ونجاحه في ممارسة التدريبات.. والتدريب الذي ستأتي الإشارة له في تذليل هذا الفصل يستغرق نصف ساعة.. وهو تدريب من شأنه أن يطلع الشخص ويمكنه من كثير من الفوائد التي يجنيها من الاسترخاء. سواء بدأ الراغب في ممارسة التدريب ممارسته بتوجيهه من المعالج وبحضوره أو بتوجيهه ذاتي فان الخطوات التالية ذات قائد جمة:

- 1- استلق في وضع مريح عند بداية التدريب.. وتتأكد من هدوء المكان وخلوه من المشتتات.
- 2- المكان الذي سترقد عليه يجب أن يكون مريحا.. ولا توجد به أجزاء نافرة أو ضاغطة على بعض أجزاء الجسم.
- 3- ليس بالضرورة أن تكون رacula أو نائما.. بل يمكن البدء في التدريب وأنت جالس في وضع مريح.. (وربما وأنت واقف في بعض الحالات).
- 4- ابدأ بتدريب عضو واحد في البداية على الاسترخاء ويفضل أن يكون الذراع كما في الخطوات الآتية.
- 5- اغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وقومة.
- 6- لاحظ أن عضلات اليد ومقدمة الذراع اليسرى تتقبض وتتوتر وتشتد.
- 7- افتح راحة يدك اليسرى بعد ثوان معدودة، أرخها وضعها في مكان مريح على مسند الأريكة. لاحظ أن العضلات أخذت تسترخي وتتقل.
- 8- كرر هذا التمرين عددا من المرات حتى تدرك الفرق بين التوتر والشد العضلي في الحالة الأولى.. والاسترخاء الذي ينجم بعد ذلك عندما

تفرد راحة يدك اليسرى، والى أن تتأكد من أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلي.. وانه بإمكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى.

9- كرر هذا التمرين (الشد والإرخاء) مع بقية العضلات الأخرى بحسب ما هو موضح في التذيل.

10- بعد اكتساب القدرة على التحكم في التوتر العضلي والاسترخاء في جميع أعضاء الجسم عضواً فرعياً بالطريقة السابقة.. سيمكنك في المرات التالية استغرق وقت أقل في ذلك.

11- اكتساب القدرة على الاسترخاء بهذا النظام سيمكنك في مواقف تالية من التحكم في الاسترخاء العضلي.. في مناطق معينة من الجسم فقط. فعندما تحتاج بعض المواقف إلى الإبقاء على بعض العضلات في حالة انتباه وتوتر ويقظة.. من الممكن الإبقاء على العضلات الأخرى غير المستخدمة لهذا الغرض في حالة استرخاء. في مواقف قيادة سيارة مثلاً تحتاج لعينيك وقدميك ويديك في حالة من التأهب.. لكن بالطبع يمكنك الإبقاء (وأنت تقود سيارتك) على بعض العضلات الأخرى في حالة استرخاء مثل عضلات الكتفين، والظهر، والبطن، والساقيين.. لاحظ أنه يمكنك أن تكون مسترخياً وأنت في قمة النشاط.

12- من المهم أن تستخدم قوة الإيحاء والتركيز الفكري لمساعدتك على الوصول إلى إحساس عميق بالاسترخاء العضلي في لحظات قصيرة. لهذا من المفيد أن تدرب التفكير على التركيز في عمليات الشد والاسترخاء العضليتين بالطريقة السابقة.. إذا وجدت أن تفكيرك يهيم في موضوعات أخرى أرجعه إرادياً إلى الإحساس بالجسم.

13- لا تيأس إذا عجزت عن الوصول إلى حالة عميقة من الاسترخاء.. فإن التكرار من شأنه أن يمكنك من ضبط الجسم بإيقائه في حالة استرخاء أن عاجلاً أو آجلاً.

تدريب على الاسترخاء العضلي بطريقة منظمة

فيما يلي نموذج للتدريب العضلي أخذناه من مصادر متعددة لأنه يجمع مزايا كثيرة من الطرق من ناحية، ولأن خبرتنا تدل على فاعليته من ناحية أخرى^(3*):

«استلق الآن على مكان مريح أريكة أو سرير وفي وضع مريح لجسمك كله بقدر استطاعتك، أغمض عينيك، أصبح إلى. سأنبهك الآن بعض الاحساسات أو التوترات في جسمك وسأبين لك بعدها انه باستطاعتك أن تقلل منها وان تحكم فيها .. جميل!. أن جسمك الآن لا يزال في وضعه المريح ولا تزال عيناك مغمضتين في استرخاء لطيف (لحظة صمت). وجه انتباحك إلى ذراعك اليسرى أولا.. كل انتباحك الآن وتركيزك على ذراعك اليسرى الذراع اليسرى بشكل خاص، اغلق راحة يدك اليسرى..أغلقها بإحكام وبقوه (لحظة صمت) لاحظ أن عضلات يدك الآن وعضلات مقدمة الذراع اليسرى تتقبض وتتوتر، وتشتد. انتبه لهذا التوتر والشد. لاحظه. والآن دع هذا. افتح يدك اليسرى وأرخها وضعها على مكان مريح على مسنن الأريكة أو وسادة ولاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وما هي عليه الآن من استرخاء (عشر ثواني صمت). والآن مرة أخرى كرر هذا. اغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وبقوه، ولاحظ التوتر والشد من جديد. لاحظه. ثم من جديد دع هذا كله. افتح يدك اليسرى ودعها في وضعها المريح ولاحظ ما كانت عليه من توتر وما هي عليه الآن من استرخاء. (10 ثواني صمت).».

لننجز الآن ليديك اليمنى. اغلق بإحكام راحة يدك اليمنى. ولاحظ التوتر في اليد اليمنى والذراع (5 ثواني صمت). والآن استرخ، استمر في وضعك

المريح وأرخ يدك اليمنى. لاحظ الفرق فيما كانت عليه من توتر وما هي عليه الآن في وضعها المريح. استمتع بهذا الانتقال وحاول أن تتدوّقه (10 ثوان). كرر هذا من جديد أغلق راحة يدك اليمنى بإحكام وقوّة. لاحظ هي عليه من شد وتوتر. أرخها ودعها في وضع مريح فارداً أصابعك باسترخاء. لاحظ أيضاً أن هناك تميلاً وليناً قد بدأ ينتشر في ذراعيك اليمنى واليسرى. كلا ذراعيك الآن قد بدأ يسترخيان.. ويسترخيان.

والآن دعنا نتجه إلى راحة اليد. اثن راحتيك كليهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر في المعصم وظهر اليد. ادرس هذا التوتر، ولاحظه. والآن استرخ وعد بمعصميك إلى وضعهما المريح، ولاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء (عشر ثوان). كرر هذا مرة أخرى. معصمك إلى الخلف والشد في مقدمة الذراع وخلف راحة اليد. ثم استرخ وأرخ معصميك.. عد بهما إلى وضعهما المريح.. دع نفسك على سجيتها. واشعر باسترخاء أكثر وأكثر. والآن أطبق بإحكام كفيك، وأثنّهما في المقدمة في اتجاه الذراعين إلى أن تشعر بتوتر عضلات أعلى الذراعين في ذلك الجزء الممتد من الرسغ حتى الكوع. حاول أن تدرس التوتر وأن تحسه. والآن استرخ. اسقط ذراعيك بجانبيك ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما هي عليه الآن من الاسترخاء النسبي الذي تحسه الآن. (عشر ثوان صمت) كرر هذا مرة أخرى. أقبض كفيك بإحكام وأثنّهما في اتجاه الكتفين، محاولاً أن تلمسهما بقبضتك. توقف واسقط ذراعيك واسترخ. اشعر بالتناقص بين التوتر والاسترخاء. دع تلك العضلات على سجيتها أكثر فأكثر (عشر ثوان).

والآن دعنا نتحول إلى منطقه أخرى أي الكتفين، ارفع كتفيك كما لو كنت تريد لمس أذنيك بكتفيك. لاحظ التوتر الذي يظهر في الكتفين وفي عضلات الرقبة ادرس هذا التوتر ولاحظه. توقف استرخ عائداً بكتفيك إلى وضع مريح. دع عضلاتك على سجيتها أكثر فأكثر. لاحظ من جديد الفرق والتعارض بين التوتر السابق والاسترخاء الذي بدأ ينتشر في الكتفين (عشر ثوان). كرر ذلك مرة أخرى. ارفع كلا الكتفين كأنك تريد أن تلمس بهما الأذنين. لاحظ التوتر في الكتفين والرقبة. ادرس هذا التوتر في تلك العضلات. والآن استرخ. إرخ عضلات كتفيك، وعد بهما إلى وضع مريح. ادرس التعارض بين التوتر والاسترخاء من جديد (عشر ثوان).

تستطيع أيضاً أن تتعلم كيف ترخي مختلف عضلات وجهك. الآن عليك أن تغمض أو تجعد جبهاً و حاجبيك إلى أن تشعر بأن عضلات الجبهة قد اشتدت وان جلدها قد (تكرمش). والآن استرخ، وعد بعضلات الجبهة إلى وضعهما المسترخي. أرخها أكثر فأكثر (عشر ثوان). كرر هذا من جديد غضن جبهاً. ولاحظ التوتر في منطقة الجبهة، وأعلى العينين. والآن أرخ الجبهة، واسترخ بعضاً منها. ولاحظ من جديد التعارض بين التوتر والاسترخاء في الجبهة (عشر ثوان).

والآنأغلق عينيك بإحكام. أغلقهما بإحكام وقوه حتى، تشعر بالتوتر قد اخذ يشمل كل المنطقة المحيطة والعضلات التي تحكم حركات العينين (خمس ثوان). والآن دع تلك العضلات ولاحظ التعارض بين التوتر السابق والاسترخاء (عشر ثوان). كرر هذا من جديد. أغلق عينيك بإحكام وقوه. التوتر يشملهما. استمر (5 ثوان). والآن استرخ.. ودع عضلات عينيك على سجيتها في وضعها المريح المغمض (10 ثوان).

والآن أطبق فكيك وأسنانك بإحكام كما لو كنت تعص على شيء. لاحظ التوتر في الفكين. (5 ثوان). والآن دع فكيك واسترخ ودع شفتتك منفرجتين قليلاً، لالاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء في منطقة الفكين (10 ثوان). مرة أخرى أطبق الفكين. لاحظ ما فيها من توتر (5 ثوان). والآن دع ذلك واترك نفسك على سجيتها، مسترخياً أكثر فأكثر (10 ثوان).

والآن اتجه إلى شفتتك، زمهما، واضغط بكل منها على الأخرى بإحكام. جميل. اضغط كل منها على الأخرى بكل ثقلٍ ولاحظ التوتر الذي بدأ ينتشر حول الفم والآن استرخ وأرخ عضلات شفتتك ودع ذقنك في وضع مريح. مرة أخرى اضغط شفتتك وادرس التوتر المحيط بالفم. استمر (5 ثوان). لاحظ كيف أن مختلف تلك العضلات قد بدأت تتراخى بعد هذا الشد والاسترخاء المتواهي. الآن كل يديك، وجهك، وزراعيتك، وكتفيك، ومختلف عضلاتك جميعها مسترخية في وضع هادئ.

والآن لنتجه إلى الرقبة. اضغط برأسك إلى الخلف على المساحة التي تستند عليها. اضغطها إلى أن تشعر بتوتر في خلف الرقبة والجزء الأعلى من الظهر بالذات. استمر. ادرس ذلك. والآن دع ذلك، وعد برأسك إلى وضع مريح، وحاول أن تتمتع بالفرق بين التوتر والاسترخاء العميق الذي

أنت عليه الآن. استمر الآن فيما أنت فيه، أكثر فأكثر، وأعمق فأعمق بقدر ما تستطيع. كرر هذا من جديد شد برأسك إلى الخلف. لاحظ التوتر المستشار. استمر في ذلك لحظة (5 ثوان) والآن دع تلك وانقل إلى استرخاء عميق.. عميق (10 ثوان).

والآن مد رأسك إلى الأمام، كما لو كنت ستدفن بذقنك في صدرك. لاحظ التوتر الذي يحدث الآن في الرقبة. والآن استرخ. دع كل هذا واسترخ على سجيتك (10 ثوان). كرر ذلك. ادفع ذقنك في صدرك. استمر في ذلك قليلا (5 ثوان). والآن استرخ أكثر فأكثر (10 ثواني).

والآن إلى عضلات الجزء الأعلى من الظهر. قوس ظهرك. قوسه كما لو كان صدرك سيلتصق بالبطن. لاحظ التوتر في الظهر، خاصة في الجزء الأعلى. والآن استرخ، وعد بجسمك إلى وضعه الطبيعي، فاردا ظهرك في وضع مريح سواء أكنت على كرسي أم أريكة. ولاحظ الفرق بين التوتر السابق في الظهر والاسترخاء الحالي. (10 ثوان) مرة أخرى قوس الظهر. لاحظ التوتر المستشار. استمر قليلا (5 ثوان) والآن عد بعضلات ظهرك إلى وضعها المسترخي، تاركا كل شيء على سجيته (10 ثواني).

والآن خذ نفسا عميقا. شهيقا عميقا. لاحظ الآن أن التوتر قد بدأ ينتشر في الصدر وفي أسفل البطن. والآن استرخ وكن على السجية. وانفث الهواء. واستمر في تنفسك العادي. ولاحظ من جديد التعارض بين ما عليه الآن صدرك وبطنك من استرخاء وما كانا عليه من توتر (10 ثوان). أعد ذلك من جديد. خذ شهيقا عميقا، وأكممه، ولاحظ التوتر، والعضلات التي تشتت. والآن ازفر وتتنفس بطريقة عادية ومرحة، تاركا عضلات الصدر والبطن في استرخاء أكثر فأكثر كلما تفست (10 ثوان).

والآن اقبض عضلات البطن. شدها إلى الداخل. حافظ على هذا الوضع قليلا. والآن استرخ، وعد تلك العضلات تتراخي. استرخ ودع نفسك على سجيتها (10 ثوان). أعد هذا من جديد شد عضلات بطنك بإحكام إلى أن تشعر بتوترها. لاحظ هذا التوتر وادرسه (5 ثوان). والآن استرخ، دع كل شيء يتراخي في عمق أكثر وأكثر. توقف عن أي شد، وتخلص من أي توتر في أي عضل ولاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء الحالي (10 ثوان). والآن أفرد ساقيك وأبعدهما بقدر ما تستطيع. أفردهما حتى تلاحظ

التوتر المستثار في منطقة الفخذ (5 ثوان). والآن استرخ ودع ساقيك يسْتَرْخِيَان ولاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق للفخذين وما هما عليه الآن من وضع مريح، واسترخاء محسوس (10 ثوان). أعد هذا من جديد. ألسق ركبتيك، وابعد رجليك بقدر ما تستطيع حتى تحس بتوتر شديد في الفخذين (5 ثوان). والآن استرخ. أرخ عضلات جسدك.. دع كل الأعضاء على سجيتها تخلص من كل الشد الذي حدث في الفخذين (10 ثوان).

والآن إلى بطن الساق. حاول أن تشد عضلاتها بأن تشفي قدميك إلى الأمام في اتجاه الوجه. انتبه إنك عندما تشفي قدميك في اتجاه الوجه تششعر بالشد والتوتر، والانقباضات العضلية في بطن الساق وفي القصبة على السواء. والآن استرخ. عد بالقدمين إلى وضعهما السابق، ولاحظ من جديد الفرق بين الشد والاسترخاء (10 ثوان). والآن هذه المرة: اثن قدミك إلى الخلف في اتجاه رسخ القدم، محاولاً أن تجعل أصابع القدمين ممتدة في اتجاه الرأس ولاحظ الشد في قصبة الساقين وبطنهما. استمر قليلاً. والآن عد إلى سجيتك مسترخيا بكل عضلاتك إلى وضعهما السابق. ساعد نفسك على الاسترخاء أعمق وأعمق من قبل (10 ثوان).

والآن إن كل المناطق الرئيسية في جسمك مسترخية تقريباً. وأنت تلاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء. ونلاحظ أنك تستطيع أن تشد عضلات أعضائك وان توترها وبينفس القدر تستطيع أن تسترخي بجسمك كله. إنك تسترخي، وإذا لم تكن بعض عضلاتك مسترخية فحاول أن ترخها. راجع معي من أسفل إلى أعلى كل عضلات أعضائك إذا لم تكن مسترخية فأرخها حالاً.. لنبدأ بعضلات القدم وبطن الساق والرسخ جميعها مسترخية (5 ثوان). أرخ عضلات الفخذين، والركبة وبطن الساق، القصبة... (5 ثوان). العجز والرديفين (5 ثوان) البطن وأسفل الظهر والوسط (5 ثوان) أعلى الظهر، والصدر، والكتفين (5 ثوان)، راحة اليدين والأصابع والذراعين (5 ثوان) الرقبة والذور (5 ثوان).. جبهتك مسترخية (5 ثوان).. كل عضلات الجسم مسترخية ومستقلقة في وضع مريح.. والآن استمر في هذا الوضع المريح وساعد من واحد إلى عشرة.. وفي كل مرة حاول أن تسترخي أعمق فأعمق.. 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. جميل إنك قد أخذت قسطاً وافياً

من الاسترخاء الآن.. وساعدت تنازليا من خمسة إلى واحد وعندما أصل إلى واحد ستفتح عينيك، وتجلس، وتستيقظ في نشاط هادئ ١, ٢, ٣, ٤, ٥، عيناك مفتوحتان، وأنت الآن في كل يقظتك وفي كامل نشاطك دون قيود.

الخلاصة

جميع الناس تقريبا تستجيب للأضطرابات الانفعالية والقلق بتغيرات وزيادة في توترات عضلات الجسم. ومن شأن هذا التوتر أن يضعف من قدرة الكائن على المقاومة أو الاستمرار الكفاءة في نشاطه الجسمي والعقلي، بل يجعله أكثر استهداها لمزيد من الانفعال والأضطراب والخوف والسلبية.. وتشيع حالات التوتر العضلي بين المرضى النفسيين والعقلين أكثر من شيوخها بين الأسوية والناجحين اجتماعيا والقادرين على ممارسة أنشطة الحياة بكفاءة. ويصطحب كل اضطراب انفعالي بتوتر نوعي في بعض عضلات الجسم.. فالقلق يصطحب بتوتر في عضلات الرأس (الصداع)، والإحساس بالذنب بتوتر في عضلات الظهر (كآلام الظهر) ... الخ. ويستجيب المرضى النفسيون والعقليون بتوترات عضلية عامة قد تشمل الجسم كله. ويقدم هذا الفصل بعض الأساليب لمساعدة في السيطرة على التوترات العضلية وتحقيق الاسترخاء العضلي. ويوضح أنه بإمكان الإنسان أن يتعلم وسائل من شأنها أن تساعد على تحقيق هذا الاسترخاء. ويؤدي نجاح الشخص في تعلم الاسترخاء العضلي إلى تغيرات شاملة في الشخصية والى مزيد من الكفاءة والنجاح في مواجهة مشكلات الحياة وتأزماتها الاجتماعية والنفسية والجنسيّة. وعرضنا للإجراءات التي يمكن استخدامها لتحقيق أكبر قدر ممكن من الاسترخاء العضلي العميق وأحد التدريبات المهمة لذلك.

مراجع وتعليقات

- (1) Jacobson, E. Progressive relaxation. Chicago: U. of Chicago Press, 1929.
- (2) Jacobson, E. Variation of Blood-Pressure with Skele-tal Muscle tension and relaxation. Annual Internal Medicine, 1939, 12, 1194.
- (3) Jacobson, E. Anxiety and tension 3. control. Philadelphia: Lippincott, 1964.
- (4) Wolpe, J. & Lazarus, A. Behavior therapy thecniques. London: Pergamon. 1966.
- (5) Beech, H. R. Changing Man's behavior. London: Pelican Books, 1972.
- (6) Clark, D. F. The Treatment of Phobia by systematic desensitization, Behavioral research and therapy. 1963, 1,63.
- (7) Davison, G. The influence of systematic desensitization relaxation, and graded exposure to imaginal stimuli in the modification of phobic behavior, J. of Abnormal. Psychology 1966,
- (8) Eysenck, H.: Behavior Therapy 8.and the neurosis. Lon don: Pergamon Press, 1966.
- (9) Eysenck, H. J. & Rachman, S. The causes and cures of neurosis. London: Routledge & Kegan Paul, 1965.
- (10) Lomont, J. F. & Edwards, J. E. The role of relaxation in systematic desensitization, Behavior Research and Therapy, 1967, 5, 11-25.
- (11) Rachman, S. systematic desensitization. Psychological Bulletin, 1967, 67, 93-103.
- (12) Tasto, D.L. Muscle relaxation treatment for primary therapy. Behavior Therapy, 1974, 5, 668-672.
- (13) Weiss, R. M. The relative efficacy at deep muscle relaxa tion in the modification of headaches. Paper presented-at the 82nd Annual Convention of the American Psychological Association New Orleans, 1974.
- (14) Wolpe, J., Salter, A. & Reyna, A. (Eds.), Conditioning therapies. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1964.

الحواشي

- (*) على سبيل المثال تبين أن كثيراً من الجنود في الحروب يفقدون السيطرة على ضبط التبول والتبز.
- (*) حاصلة في المواقف التي يتم فيها التدريب على الاسترخاء بحضور المعالج، ولا ينطبق هذا بالطبع على الموقف التي يمارس فيها الشخص الإيترخاء بمفرده.
- (*) فضام البارانويا: حالة من حالات الاضطراب العقلي التي تتملك فيها الشخص معتقدات وأفكار خاطئة قد تكون مصدر للخطر على الشخص نفسه أو على البيئة. كسيطرة مشاعر وأفكار اضطهادية، أو عظمة بطريقة تفسد من إدراك الواقع وتشوه منه(انظر الفصل الأول).
- (*) أشرنا إلى أنه يمكن القيام بتسجيل ذلك بصوت هادئ وعميق، بالرغم من أن الرجوع لخبر في العلاج النفسي من هذا النوع أكثر فائدة.

5

أسلوب تأكيد الذات الحرية

الانفعالية

اشتكى شاب في الثامنة والثلاثين من العمر من مشاعر حادة بالاكتئاب والانقباض، ووصف نفسه بأنه لا يصلح لتولي مسؤوليات عمله. وبالرغم من تفوقه الشديد في المحاسبة والاقتصاد، إلا أنه لم يتلق أي ترقيات تذكر في عمله. وقد أوضح أنه يشعر بالإحباط 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، وكان ذلك ما دفعه مباشرة لطلب العلاج السلوكي كملجاً أخيراً لمعاناته.

وقد اتضح منذ بداية الجلسة العلاجية الأولى أن هذا الشاب يفتقر افتقاراً شديداً لتأكيد الذات والثقة بالنفس. ولهذا أعطاه المعالج كتاباً مشهوراً في هذا الموضوع^(*)، ونصحه بـأن يقرأ بعض فصول الكتاب، وأن يعد نقداً لها في الجلسة التالية. وقد عاد المريض للجلسة التالية بعد أن نفذ ما طلبه منه المعالج وأوضح بأنه يشعر بأن لا أمل له بالمرة في المستقبل.

حاول المعالج أن يمده بكل التشجيع والثقة، لكن حذره في نفس الوقت من التداعي والانهيار السريع. وفي الجلسة التالية بين شابنا أن ترقيته في العمل هي السبب الرئيسي وراء كل المتاعب التي يتعرض لها، وأن الترقية الملائمة ستجعله قادرًا على اكتساب الثقة بالنفس وتأكيد الذات. «أنا أشعر بأنني ما لم أحصل على حقي في العمل، فإن أي محاولة منك أو مني للعلاج لن تنتهي إلا بضياع وقتينا معاً».

أوضح المعالج له بأن افتقاره لتأكيد ذاته في العمل هو السبب وليس النتيجة لكل المتاعب والفشل الذي يواجهه في العمل، وإن تقدمه المهني يتلو قدرته على تأكيد ذاته ولا يسبقها. لقد كان واضحًا أن المريض يحاول أن يستخدم موقف العمل كمحك وحيد مسؤول عن تقدمه وتحسناته بشكل عام.

وقد بين التحليل الدقيق أن ظروف الترقية والتقدم في المؤسسة التي يعمل فيها الشاب محدودة للغاية. وكان من الواضح أن الحل الأمثل هو أن يترك المكان الذي يعمل فيه حالياً إلى مكان آخر به ظروف أفضل للترقية. لكن المريض رفض ذلك مبرراً بأنه يشعر بالتهديد وعدم الأمان عندما يعمل في بيئة غير مألوفة إليه. وقد كشفت الاستفسارات التالية بأن الشاب يخشى فكرة المقابلة الشخصية التي تعقد مع مديرى العمل قبل تعيينه. وهنا جعل المعالج هذه النقطة بؤرة اهتمام للتدريب على تأكيد الذات مستخدماً أساليب لعب الأدوار بالشكل الآتي:

طلب المعالج منه أن يتصور أن المعالج نفسه هو مدير عمل في مؤسسة وأن المريض الآن في موقف مقابلة مع هذا المدير للترشيح لهذا العمل. وبناء على هذا طلب من المريض أن يترك حجرة العلاج وأن يتجه إلى الباب طالباً الإذن بالدخول لعقد المقابلة.

وعندما أذن المعالج للمريض بالدخول، فتح المريض الباب واقترب من المكتب بتردد وبحذر. وعندئذ قطع المعالج هذا الإجراء لكي يعكس للمريض الطريقة الخنوعية التي دخل بها، والتعبيرات المستكينة، ونظرات العينين المنكسرة، وغير ذلك من مظاهر التوتر. لهذا طلب منه أن يجلس على المكتب بدلاً منه وأن يمثل دور المدير وأن يمثل المعالج دور المتقدم للعمل طالباً منه في نفس الوقت أن ينتقه بعد انتهاء الدور. وعنده قيام المعالج

أسلوب تأكيد الذات والحرير الانفعالي

بهذا الدور حاول أن يرسم شكل دخوله للمكتب بطريقة الإنسان المتأكد والواثق، طالبا من المريض أن يلاحظ كل جوانب السلوك التي تصدر عنه سواء من حيث وضع الجسم أو طريقة السير، أو نظرات العينين ومدى يجب أن تلتقي بعين المدير ومدى يجب أن لا تلتقي.

وقد تكرر هذا الإجراء عددا كبيرا من المرات حتى استطاع أن يقرب من المدير القابع خلف مكتبه (المعالج)، وقد خلت تعبيراته ولامامحه من كل مظاهر المسكينة والقلق. كذلك دربه المعالج على أساليب مختلفة من المقابلات لأنماط مختلفة من المديرين: المدير الذي يقف من مكتبه لكي يتلقى به عند باب الدخول والمدير الذي يتركه بإهمال وهو يقرأ بعض الوثائق الهامة، والمدير الذي يحاول قاصدا أن يخفف من مظهره توته... وهكذا.

وبعد تطبيق هذا الأسلوب بدأ المعالج يركز على محتوى المقابلة فطلب من المريض أن يجيب على أسئلة تتعلق بمؤهلاته، وخبراته، وتاريخ حياته مسجلأ هذه الإجابات على جهاز تسجيل. وقد طلب منه بعد ذلك أن يضع نفسه في موقع مدير العمل، وأن يقرر ما إذا كان سيقبل المتقدم لهذا العمل بناء على هذه المقابلة المسجلة أم لا. لقد كان واضحا من التسجيل أن قدرة المريض على التغيير من تعبيراته ولامامحه وطريقة دخوله للمكتب لم تشمل بعد طريقة كلامه المتربدة عن إمكانياته وخبراته. لقد كان ببساطة يقلل من قدرة نفسه، فبدلا من أن يؤكّد على خبراته الممتازة كان يغمغم بكلمات غير مفهومة وغير مؤثرة، وفيها من العموميات أكثر مما فيها من تركيز على الأشياء التي يتلقّها. لهذا قام المعالج بعرض نفس هذه المعلومات بطريقة لفظية ناجحة، وطلب من المريض أن يعيد ذلك. ونتيجة لهذا أمكن للمريض أن يقدم إجابات ملائمة للأسئلة الخاصة التي كان يسألها إياها المعالج، في مواقف تلقائية.

استمرت هذه الإجراءات العلاجية مع المريض فترة قطع بعدها اتصاله بالمعالج لمدة شهرين. طلب بعدها جلسة أخرى. وقد دهش المعالج عندما دخل المريض حجرة العلاج هذه المرة وهو يقول للمعالج «انك تنظر الآن لرئيس وحدة المحاسبين في شركة (كذا)». وأخذ يصف بعد ذلك كيف أنه تقدم لأكثر من إعلان، وعقد أكثر من مقابلة شخصية، وكيف أنه نجح أخيرا في الحصول على عمل بأجر أعلى مما نص عليه الإعلان.

لقد قرر المريض بأنه قد شفي الآن من مشكلته، ولو أن المعالج كان يرى بأنه لا زالت هناك بعض الجوانب في سلوكه تحتاج لتدريب آخر على الثقة بالنفس^(1*).

ومع ذلك فقد تلقى المعالج مكالمة تليفونية بعد عامين من نفس المريض يخبره فيها بأنه قد أصبح مستشاراً اقتصادياً في إحدى الشركات⁽¹⁾.

تمثل الأساليب العلاجية التي استخدمت مع الحالة السابقة نمطاً رئيسياً من أنماط العلاج السلوكي الحديث، وهو ما يسمى بالعلاج عن طريق تأكيد الذات.

ويشير مفهوم «تأكيد الذات» إلى معنى أكثر اتساعاً مما نلاحظه في حالة الشاب السابق، فهو لا يشير إلى أن يؤكّد الشخص نفسه أو أن يدرّب نفسه على الاستجابات السلبية، والسيطرة وإعطاء الأوامر والتحكم في الآخرين فقط، بل وأن يكون قادرًا على التعبير عن عواطفه الإيجابية بشكل عام، كالتعبير عن الصداقه، والود، والإعجاب، والشكر وغير ذلك. ولعل المنطق الذي يكمن وراء هذا المعنى واضح للقارئ. ذلك لأن المريض النفسي الذي يعنيه من العجز عن تأكيد ذاته (وما أكثر شيوع ذلك بين العصابيين) يعجز حقيقة عن التعبير عن ذاته سواء في المواقف التي تحتاج منه لإظهار العداوة والغضب، أو المواقف التي تحتاج لإظهار التأييد، والود، أي في مواقف التعبير السلبي والإيجابي على السواء، مما يحوله إلى شخصية تافهة وباهتة. ومن المؤسف مع هذا أن نجد أن كثيراً من الكتاب، والمعالجين النفسيين يفهمون طريقة «تأكيد الذات» من وجهة واحدة، أي من حيث هي مظاهر من مظاهر التعبير عن العداوة والغضب، والضيق والرفض، إلى غير ذلك. وبالرغم من أن «لازاروس» أستاذ العلاج السلوكي بجامعة راتجرز وهو من أشهر المعالجين استخداماً لهذا الأسلوب، لا يغفل عن الطبيعة الثانية في مفهوم تأكيد الذات، فان الكاتب يلاحظ إن كثيراً من أساليب هذا المعالج العلاجية تتوجه للأسف نحو تدريب مرضاه على العداوة⁽²⁾ والغضب والرفض.. (ولو أن هذا يشيع كثيراً بين غيره من المعالجين). إن أسلوب تأكيد الذات أهم من هذا ويعني بشكل عام حرية التعبير الانفعالي وحرية الفعل على السواء، سواء كان ذلك في الاتجاه الإيجابي (أي في اتجاه التعبير عن الأفعال والعبارات الانفعالية الإيجابية الدالة على

أسلوب تأكيد الذات والحرير الانفعالية

الاستحسان والتقبل، وحب الاستطلاع، والاهتمام، والحب، والود، والمشاركة، والصدقة، والإعجاب)، أو في الاتجاه السلبي (أي في اتجاه التعبير عن الأفعال والتعبيرات الدالة على الرفض وعدم التقبل، والغضب، والألم، والحزن، والشك، والخوف والأسى). لهذا فإننا نتفق مع لازروس في أن مفهوم الحرية الانفعالية يبدو قادراً أكثر من مفهوم تأكيد الذات على استيعاب هذه العناصر المتعددة من التعبير. بالرغم من هذا فإننا قد نستخدم مفهوم تأكيد الذات في هذا الفصل لتحقيق التماقش مع الكتابات النفسية عن هذا الموضوع، لكن يجب أن يكون واضحاً في ذهن القارئ في نفس الوقت بأننا نشير إلى المعنى الإيجابي والسلبي الذي قد يلائمك أكثر مفهوم الحرية الانفعالية.

والعلاج النفسي السلوكي طريقة تأكيد الذات لا يجب أن يقتصر إذن على تعلم الناس التعبير عن احتياجاتهم، وحقوقهم، وعدوانهم (ولو أن هذا ضروري في كثير من حالات الفحص الخفيفة، وعدم الثقة بالنفس، والانسحاب، والشعور بعدم كفاءة الشخصية). لكن التوازن في التعبير عن الحرية الانفعالية يجب أن يتضمن أكثر من هذا، أي أن يتضمن تدريب الشخص على الجانب الآخر أي التعبير الإيجابي. وعلى سبيل المثال فقد لاحظنا في تعاملنا مع المرضى العقليين (وبعض المرضى النفسيين أيضاً)، أنهم يستطيعون التغيير عن المعارض، والرفض، والمعاندة، كذلك يميلون للنقد اللاذع، والساخرية، ويعتقون بشكل عام اتجاهها عدوانياً نحو الناس والمعالج على السواء. لكنني كنت ألاحظ عجزهم الشديد وتخلفهم النفسي العميق عندما كان يتطلب الأمر منهم التعبير عن المودة أو الإعجاب بفكرة معينة، أو مدح سلوك طيب، أو تأييد رأي جيد. في مثل تلك الحالات من الضروري التدرب على حرية التعبير الإيجابي باستخدام عبارات مثل (أنتي معجب بالكلمة التي قلتها في ذلك الاجتماع)، أو «لقد قمت بعمل ممتاز حقيقة»، أو «أنتي فخور بصادقتي لك»، و«أحب طريقتك في الحديث...الخ». ومع ذلك فإن كثيراً من الأشخاص يجدون صعوبة في التعبير الإيجابي مهما حاولنا أن ندرّبهم على ذلك، وقد يصبح بعضهم دفاعياً ومتهكمًا. 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 بالأصدقاء والجلوس والحديث معهم وزيارتهم في منازلهم، لكن تعبيرك عن ذلك صراحة في كلماتك لهم قد يكون من أكثر العوامل إشباعاً لك ولهم، بإطلاق حرية التعبير الانفعالي بجانبيه الإيجابي والسلبي.

وقد يتصور البعض أن التعبير الإيجابي عن الانفعال قد يعني النفاق والخداع والتلاعب بممن هم حولنا. لكن الفرق بين التصورين فرق كبير حقيقة. ففي حالات النفاق والتلاعب، وخداع الناس بإعطائهم صورة مضللة غالباً ما يكون الهدف تحقيق منفعة شخصية، قد يكون تحقيقها على حساب الصحة النفسية للشخص لكن تكوين عادات الحرية الانفعالية يعني القدرة على إعطاء عائد صادق وأمين، أي أن يكشف الشخص عن مشاعره الحقيقية وأن يفعل ذلك في صراحة وانفتاح. ونتائجها بهذا المعنى غالباً ما تعود بانخفاض في مستوى القلق، ومقدرة على تكوين علاقات وثيقة وإنسانية، واحترام للذات، ومقدرة على التكيف الاجتماعي الفعال.

الأسس العلمي، والتطور التاريخي لمفهوم تأكيد الذات:

لكي نلم بالأسس النظري العلمي للتدريب على تأكيد الذات، علينا أن نرجع قليلاً لنظرية «بافلوف» في التعلم.

لقد برهن بافلوف على أن إفراز اللعاب لدى كلاب معمله والذي يحدث آلياً عند تعرض هذا الحيوان لمنبه معين من شأنه إرضاء هذا السلوك (الطالع) يمكن أن يحدث بنفس القدر نتيجة لمنبه آخر (صوت جرس أو ضوء) وإذا ما ظهر هذا المنبه الآخر مصاحباً لمنبه الأصلي (وهو الطعام والذى يطلق عليه بافلوف اسم المنبه الأصلي). وفي النهاية نجد أن المنبه الشرطي (صوت الجرس أو الضوء) من شأنه وحده أن يثير نفس الاستجابة (إفراز اللعاب). ليطلق بافلوف على عملية التعلم هذه مفهوم التعلم الشرطي. وبالرغم من العبرية والكتفاعة التي صاغ بها بافلوف نظرياته عن التعلم الشرطي إلا أن كثيرين أخذوا عليه بعد ذلك هذا التصور الآلي الميكانيكي للسلوك، ومع ذلك فإن التجربة السابقة قد تساهم في إعطاء صورة مضللة لإنجازات «بافلوف»، ذلك لأن هناك جوانب أخرى من هذه النظرية تجعل منها ذات دور هام في التطور بالسلوك الإنساني بمفاهيم أكثر اتساعاً

وانفتاحا.

منها ما اكتشفه «بافلوف» من أن هناك خصائص موروثة من شأنها أن تساعد الناس والحيوانات على سرعة تكوين عادات التعلم الشرطي، وان هناك خصائص أخرى تعوق ذلك. وبناء على هذا التصور نجده يميز بين خاصتين رئيسيتين للجهاز العصبي هما:

- 1- الاستثارة Excitation وهي عملية تتعلق باستثارة المخ، ومن شأنها توليد نشاطه، وتسهيل تكوين استجابات شرطية جديدة.
- 2- عملية معارضة للاستثارة ومن شأنها التقليل من النشاط والتعلم الجديدين ويطلق عليها عملية الكف Inhibition⁽³⁾.

ومن المتافق عليه أن المخ (مركز هذه العمليات) يجب أن يبقى في حالة من التوازن والتعادل بين الكف والاستثارة حتى تتحقق الشروط الفسيولوجية المتعلقة بالصحة النفسية. فالاستمرار في استثارة مستمرة يهدد بقاء الإنسان، وينتهي بمضاعفات خطيرة في المخ. أما الوقوف على حالة الكف فإنها أيضاً تؤدي إلى اضطرابات سيكولوجية كالحモول النفسي، وانخفاض الطاقة، ومشاعر عدم الكفاءة.

ومنذ أن صاغ «بافلوف» هذا التصور قام عدد من علماء العلاج النفسي السلوكي بتوظيف هذه المبادئ للخدمة النفسية والعلاج. ولعل من أبرز الأسماء التي يذكرها تاريخ العلاج النفسي - «ساتر» الذي كان أستاذًا بجامعة نيويورك حتى وفاته سنة 1949. لقد استطاع «ساتر» أن يستخدم نظرية بافلوف بنجاح في منهج مناهج العلاج النفسي أثر على كل المناهج الحديثة في العلاج السلوكي.

التحرر من الكف والتقيود الانفعالية:

ويطلق ساتر على منهجه في العلاج اسم «العلاج بطريق الفعل المنعكس الشرطي» منطلقاً تماماً من مقاهيم نظرية «بافلوف» يقول «ساتر»: «فكما أن كلب «بافلوف» تعلم أن يفرز اللعاب عندما يدق الجرس، كذلك الطفل الإنساني يتعلم أنواعاً كثيرة من السلوك بطريقة شرطية من بيئته، ومن غير إرادته. فإذا ما كانت جميع أفعال الطفل تقابل من الأم بأوامر رافضة «لا.. لا تفعل هذا»، فإن الطفل سيكتف انفعالاته وينسحب إلى

نفسه، تماماً عندما كان المجرب في تجارب «بافلوف» يعاقب الكلب بسبب إفراز اللعاب. وبتعبير «بافلوف» فإن إفراز اللعاب عندما يدق الجرس مؤذياً بظهور الطعام يعتبر مثلاً للاستثارة الشرطية. أما إذا أخذ الجرس يدق مرة تلو الأخرى، دون أن يصحبه طعام، أو إذا عاقبنا الحيوان عندما يرن الجرس بدلاً من تقديم اللحم، فإن إفراز اللعاب سيتوقف وهذا يعتبر مثلاً للكف الشرطي».

وبناء على هذا التصور نجد أنه يميز بين نمطين من الشخصية الإنسانية: الشخصية المكوففة أو المقيدة وهي شخصية منسوبة، وحبسية لانفعالاتها، وعاداتها، وتقاليد المجتمع وعاداته، والشخصية المنطلقة أو المستثارة، وهي شخصية تلقائية، وإيجابية، و مباشرة، وخلو من القلق: «الاستثارة قانون أساسي من قوانين الحياة، والعصابات نتاج لكت الدفعات الطبيعية التي تحكمها هذه القوانين».

أما لماذا تزداد عمليات الكف عند البعض وتزداد عمليات الاستثارة عند البعض الآخر، فإن هذا يتعلق في الحقيقة بالخبرات الاجتماعية والتعلم في الطفولة وذلك لأن:

«سلوك الطفل الصغير يتجه للاستثارة. فهو يتصرف من غير قيود. وإذا ما تركتاه كذلك دون تدخل في مجرب سلوكه فيما عدا إرضاء حاجاته البيولوجية، فإن نمطه الاستثاري سيتطور في هذا الاتجاه. أما إذا بدأنا عمليات الكف مبكراً في حياة الطفل، فإنه هنا تحدث المتاعب».

ولا يعني ذلك أن نرفض الكف تماماً في السلوك لأن حياة الإنسان في مجتمع تتطلب ضرورة كفه لبعض التصرفات، لكن إفراط الحياة الحديثة بناء على مفاهيم تربية خاطئة تقرط في هذا الكف وتطرف في ممارسته، فعلى الطفل أن يكون «مؤدباً» في كل الأوقات، وإن لا يعارض الآخرين، أو يقاطعهم، وأن يكون غيباً دائمًا، أي أن لا يكون بشكل عام إنساناً يخطئ بمقدار ما يصيب، بل أن عليه أن يكون مصيبة دائمًا. «أننا بهذا الشكل نفرض أنماطاً من الكف الضرورية التي تسمح له بالحياة في المجتمع، لكن ماذا يتبقى له بعد ذلك من أجل سعادته الخاصة؟».

وتهدف عملية العلاج النفسي وفق هذا التصور السابق إلى وضع أساليب للتغيير من نمط الكف إلى الاستثارة والانطلاق. ومن الطرق التي استخدمناها

أسلوب تأكيد الذات والحرير الانفعالي

«ساتر»: التويم المفهطي، وأساليب تأكيد الذات بهدف تمكين الشخص من التعبير عن انفعالاته بحرية. كذلك كان يعين لمرضاه أعمالا خاصة علاجية، يطلب منهم تنفيذها عند تعاملهم بالبيئة وتكيفهم معها، كالالتقائية، والاسترخاء والتعبير المباشر عن المشاعر، وتقليل الفعل على التفكير، والأمانة، والصدق في السلوك.

وقد يختلط مفهوم الشخصية المنطلقة أو المستثارة بمفهوم الانبساط، والمليول الاجتماعية، وحب الاختلاط. لكن «ساتر» يرى أن مفهومه يختلف عن ذلك كثيرا، فكثير من الأشخاص الذين يبدون للناظررين على أنهم اجتماعيون ذوو صداقات متعددة، وقدرة على التأثير في الآخرين والتفاعل الاجتماعي، هم في الحقيقة أبعد ما يكونون عن الصحة النفسية أي من حيث الأمانة، والصدق والحرية في التعبير الانفعالي:

«أن الإنسان يستطيع أن يكون مقيدا وهو في قمة النشاط الاجتماعي، وأنه ليس من النادر أن تجد كثيرا من الأشخاص يتبررون حولهم الضجيج كبعض المحامين، والمهندسين، لكنهم من الناحية الانفعالية أبعد ما يكونون عن التكامل».

وعندما يكون المعالج النفسي ذاته قادرا على تأكيد ذاته وعلى التعبير الانفعالي الحر تكون فائدته لمريضه كبيرة، فهو يمنح مريضه نموذجا صحيا فعالا. فلنر كنموذج لذلك هذه الحالة:

حالة الشاب المعلم والمعالج الحازم:

«المريض، ولنطلق عليه السيد (آ)، شاب طويل، ووسيم، وابن ثري. كان يبلغ من العمر في وقت العلاج خمسة وعشرين عاما، وبعد للحصول على الدكتوراه في علم الاجتماع. يتحدث بطريقة غامضة عن آماله، وأهدافه في إصلاح الإنسانية والنهوض بها. لكنه يشعر بأنه معلم، وأنه يفتقر إلى جاذبية الحديث. ومع ذلك فقد أبدى كل مظاهر اليقظة والنشاط، والتشويق أثناء الجلسات العلاجية، وإن كان يتصرف بطريقة عنيدة خاصة عندما كان المعالج يختلف معه. وبالرغم من أنه قرر بأنه لا يشعر بصعوبة المواد الدراسية التي يدرسها، إلا أنه يجد صعوبة في التركيز، لأن ذهنه «يتجلو دائمًا هنا وهناك». يتقلب لساعات قبل أن يغرق في نوم متقطع. يريد من

المعالج أن يعلمه كيف ينوم نفسه مغناطيسيا حتى يتخلص من الأرق. وقد حاولت (أي المعالج) أن أعلمه بالفعل التويم لكنني فشلت معه، لأن ذهنه كان يتجلو في أشياء أخرى، ويقارن أساليب في التويم بقراءاته في هذا الموضوع، وبالتالي بما يجب علي أن أفعله حتى أنجح في تنويمه. وعلى العموم فلم يحدث أي تقدم في هذه الوجهة».

«بدأت بعد ذلك أغير من طريقي معه إلى طريقة حازمة، فبينت له أنني غير مسؤول تماما عن كل الأفكار التي تحول بذهنه ولا يهمني في قليل أو كثير. وبحزم أوضحت له، بأنني أنا السلطة العلاجية هنا، وأنه جاء ليستشيرني في مشكلاته لا لكي يقدم لي النصيحة فيما يجب أن أفعله أو لا أفعله. وأنه يجب أن ينفذ ما أمره به تماما إذا أراد أن ينجح في تعليم التويم الذاتي. والحقيقة أنني أجد هذا المنهج الحازم فعالا خاصة مع هذا النمط من المرضى المدللين الذين أفسدتهم التربية بحيث يتذرع التواصل معهم إلا من خلال موقف افعالي جديد».

«ويهوى المريض الموسيقى، وهو في الحقيقة صاحب أذن موسيقية مدربة. لهذا قررت أن أعدل من طريقي في العلاج، وطلبت منه أن ينصت إلى طقطقة أصابعي ثم توقفت وسألت: هل لا زلت تسمع هذا الصوت في رأسك؟ (بعد أن توقفت عن طقطقة أصابعي). فأجاب بالإيجاب».

«عندئذ قمت بقرعة خفيفة على مكتبي بقلمي. قائلا «هل تسمع هذا الصوت؟». فأجاب بالإيجاب».

«قلت: «هذا جميل. والآن أنتي أرى أن هذا الإجراء ضروري وسننطلق من خلاله في خطتنا العلاجية عندما أراك في المرة القادمة».

المريض: ألن تقوم بتتويمي اليوم؟

ابتسمت ابتسامة خفيفة وقلت: «إذا أردت أن أساعدك، فيجب أن يكون ذلك بطريقتي الخاصة. أنتي لا أنظر أوامر منك توضح لي ما يجب أن أفعله الآن أو المرة القادمة».

«وربما يرى البعض أن هذا الأسلوب قد يخيف المريض وبالتالي ينفره من العلاج تماما، ولكن الخبرة علمتني بأن هذه أفضل طريقة للتعامل مع المرضى الذين يحاولون أن يوجهوا الناس والعلاج بطريقتهم الخاصة. أن اختلافي هنا في الأسلوب وليس في المبادئ الرئيسية التي يجب أن ينتهي

إليها العلاج النفسي».

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

«وفي الجلسة التالية: كررت مبينا له انه يجب ببساطة أن ينصت إلى وأن ينفذ ما أقول. أنتي أسمح له بأن يضيع وقته، ولكنني لا اسمح له بأن يضيع وقتى، وانه ما لم يتعاون معى تماماً فان عليه أن يتفضل بالخروج الآن».

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

المعالج: انك مخطئ لأنك تتصرف بما أنت عليه. هذا كل ما هناك. أن شراءك تذكرة دخول للمسرح لا تعطيك الحق في أن تختار الحوار للممثلين.

المريض: (يبتسم)..

المعالج: جميل... والآن أريدك أن تنظر إلى هذه البقعة المنشكسة من هذا الضوء (أشرت إلى وعاء لامع موضوع فوق مكتبي). هل ترى هذه البقعة الضوئية.

المريض: نعم.

المعالج: والآن في كل مرة اضرب لك فيها بأصابعى أريدك أن تنظر إلى هذه البقعة، وأن تغمض عينيك باسترخاء وبالتدريج. أريدك أن تغمضها بالتدريج وبرقة لصالحك. ستتجدد ذلك جميلاً ومشوقاً للغاية.

استرخي المريض على كرسيه المريح وهو يحملق في البقعة. نقرت بأصابعى، فأغلق عينيه. انتظرت لثلاث ثوانٍ وعندئذ قلت بهدوء «افتتح الآن عينيك». ففتح عينيه واستمر ينظر للبقعة. انتظرت لثلاث ثوانٍ أخرى ثم قلت «افتح عينيك». فعل ذلك.

جميل من الآن فصاعداً أريدك أن لا تفكّر في شيء، وأن تسترخي، وأن تهدأ لأنك تعيش في حلم من أحلام اليقظة. وفي نفس الوقت أن تغلق عينيك دون تقكريـر حـلماً أـضرـبـ لكـ بـأـصـابـعـيـ،ـ وأنـ تـبـقـىـ عـلـيـهـمـاـ مـغـلـقـتـينـ حتـىـ أـطـلـبـ مـنـكـ أـنـ تـفـتـحـهـمـاـ.ـ حـاـوـلـ أـنـ تـسـتـرـخـيـ،ـ وـاـنـ لـاـ تـفـكـرـ فـيـ أـيـ شـيـءـ،ـ فـكـرـ فـيـ جـسـمـكـ فـقـطـ.

«لقد كان المريض الآن منتبهاً لي تماماً، وكان واضحاً أن عناده وميله للمخالفـةـ قدـ اـنـتـهـيـاـ».

«طققطت أصابعي. أغلق عينيه، انتظرت ثلاث ثوان وطلبت منه بعدها أن يفتحها. نقرت بأصابعي مرة أخرى. أغلق عينيه.. مرت ثلاث ثوان أخرى. وطلبت منه أن يفتح عينيه. كررت ذلك أربعين مرة وبعدها قلت له:
المعالج: هاه بماذا تشعر الآن.

المريض: (مندهشاً) أشعر باسترخاء كامل.

المعالج: جميل... سأقول لك لماذا.

«وبدون توقع منه ضربت بأصابعي، وبالرغم من أنه لم يكن مرکزاً على البقعة فقد رمشت عيناه».

المعالج: ما الذي حدث الآن؟

المريض: رمشت عيني عندما طقطقت بأصابعك.

المعالج: «هذا جميل».

«أن هذا يعني الآن أنه أمكن التحكم في إغماظ جفني: المريض بطريقه الارتباط الشرطي»^(2*).

ثم أخذنا في استئناف تمارين الضرب بالأصابع وإغماظ العينين لمدة أربعين مرة إضافية. وتوقفت بعد ذلك».

المعالج: والآن هل يمكنك أن تخيل صوت الضرب بأصابعي بينما أنا لا انقر بها بالفعل.

المريض: نعم بالطبع.

المعالج: هل تستطيع أن تسمعها بوضوح في ذهنك؟

المريض: (يومئ علامة الموافقة).

المعالج: والآن سأقول لك ما أريد أن تفعله، أريدك أن تستمر في ممارسة هذه التدريبات عشر دقائق يومياً، مرة في الصباح عندما تستيقظ من النوم، ومرة في المساء عندما تذهب للسرير. في كل مرة تخيل نفسك أنك تتظر إلى بقعة مضيئة، وتخيل الحالة الهدئة التي أنت عليها الآن، وأوهم نفسك بأنك تسمع صوت أصابعي. حاول أن تفك في ذلك بمشاعر الاسترخاء ثمأغلق عينيك. قد يبدو الأمر معقداً وأصعب، لكنه في الحقيقة غير ذلك.

المريض: أظن أنني أفهم الآن ما تريد: ولكن ماذا لو أنني لم استطع النوم.

أسلوب تأكيد الذات والحرير الانفعالي

المعالج: حاول أن تقوم بهذه التمارين. وإذا وجدت أنها لا تشد تركيزك: توقف عنها. لكن أيضا لا أريدهك أن تحمل عنها منذ البداية رأيا خطأها. أنها ستجعلك تسقط في النوم في الحال. كل ما أريده منك هو أن تفعل هذه التمارين فحسب. إذا قمت بذلك، فالباقي لا يهم. افعل كما أقول لك هذا كل ما هناك.

وفي الجلسة التالية قرر المريض بان التمارين تزيد من استرخائه. فضلا عن هذا فان قدرته على التركيز قد ازدادت. كما ذكر للمعالج أن التوتر الذي كان يلقاه في علاقاته الاجتماعية يختفي تماما عندما يمارس الاسترخاء قبل الدخول في مثل هذه المواقف».

والحقيقة أنه أصبح يمارس هذه التمارين أكثر من ثمان مرات يوميا.. وأصبح قادرا على ضبط نفسه والاسترخاء العميق والسريري في كل مرة». لقد كان هدفي من كل هذا أن أجعل حياته أكثر يسرا وإرضا له. انه طفل في ثياب شاب، أفسدته التربية بحيث إن أي إحباط يمكن أن يواجهه في الحياة يبعث فيها التوتر والانحصار. لقد كنت بهذا الأسلوب، وبهذه التمارين التي علمتها له أهداف إلى أن أحوله لإنسان أهدا، مما يجعله أكثر قدرة على التحمل والمسؤولية، وبالتالي أكثر قدرة على تذوق مشاعر هذه الأشياء. إن الإنسان القادر على ممارسة الحرية الانفعالية - كما أوضحت لهذا المريض - لا يجد صعوبة في النوم، ولا يصبه الأرق. ويشعر بالتحسن يوما بعد يوم».

وقد جاء المريض بعد ذلك بفترة يقول لي:

«صحيح.. فكر معي في كل هذا. أن بي كل جوانب النقص الموجودة في أي كائن بشري. فما أنا إلا مجرد شاب من أسرة ثانية. انك تقول أنتي ذكي، لكن هذا هو كل ما يمكن أن يقال عنني. أنتي في الحقيقة لم أفعل شيئا واحدا في حياتي يشعرني بالأهمية».

«كان ذلك قبل أن ينقطع المريض عن العلاج، وقبل أن أسمع منه بعد ذلك أنه قام بقضاء إحدى إجازاته الصيفية على زراعة أشجار المطاط في إحدى غابات أفريقيا، وفي خلال إجازة صيفية أخرى كممارس لرياضة صيد النمور في الهند».

ومن الواضح أن منهج «ساتر» في الحالة السابقة قام على أساس تدريب

المريض في البداية على الاسترخاء (كشكل من أشكال قوة التحكم في الذات) ومن هذا التدريب بدأ الشاب يتمكن تدريجيا وبسرعة من التلقائية، والمبادرات في المواقف الاجتماعية. وقد تلت هذه الخطة، محاولة لتدريبه على تأكيد ذاته، وربما يفسر هذا ما قرره الشاب بعد ذلك من أنه أصبح قادرا على النجاح الاجتماعي، واكتساب مشاعر جديدة بحب الناس له.

المعنى الحديث لتأكيد الذات

يعرف مفهوم تأكيد الذات بأنه قدرة على التعبير الملائم عن أي انفعال نحو المواقف والأشخاص فيما عدا التعبير عن انفعال القلق. أننا بسبب مخاوفنا، وعجزنا عن التعبير عن مشاعرنا في موقف الاتصال بالناس نcum رغبتنا في الشكوى من تصرف سخيف، أو نكتم معارضتنا عند الاختلاف مع الناس والأصدقاء، أو نرغم أنفسنا على البقاء في جماعة مملة، أو حتى لا نعبر عن حبنا، واستمتعنا بالأشخاص أو بأشياء جميلة. أن مفهوم تأكيد الذات بهذا المعنى يماطل تماما مفهوم الشخصية الاستثنائية الفعالة عند ساتر، لكن المفهوم الحديث أكثر تخصصا. فحتى القلق وهو جوهر العصاب-لا يخلو من الاستشارة بالشكل الذي يشير إليه ساتر، بينما يهدف أسلوب تأكيد الذات إلى قمع القلق وكفه أساسا.

ومن الواضح أن التصور الحديث لتأكيد الذات قائمه على نظرية مختلفة في العصاب مؤداتها - كما أشرنا قبلًا - أن القلق استجابة متعلمة غير تكيفية لموقف أو منبهات محايده (أي ليس فيها ما يؤدي إلى مشاعر الخوف أو الصراع)، وأنه بهذا المعنى يشكل عنصرا رئيسيا من عناصر السلوك العصبي. ويقوم التخلص من القلق على أساس تعريض الكائن وتعليمه عددا من الاستجابات المعارضة للقلق أثناء تعرضه لموقف الخوف والصراع، بحيث يختفي القلق والخوف تماما نتيجة لتأثير الاستجابات المتعلمة الجديدة، وتأكيد الذات وحرية التعبير الانفعالي هو أسلوب من الأساليب التي تتعارض مع القلق وتنفيه.

لماذا تعتبر استجابات تأكيد الذات معارضة للقلق؟

خذ على سبيل المثال هذا الموقف: (أ) شخص رقيق، ولطيف العشر،

أسلوب تأكيد الذات والحرير الانفعالي

يصفه زملاؤه بأنه إنسان طيب وودود . لكن (أ) يصف نفسه بأنه دائم القلق عندما يكون بين زملائه . فهو يشعر بأنه إذا أبدى رأيه في مشكلة داخلية أو عبر عن مشاعره في مشادة واضحة فسيخسر أحد زميليه . أنه يجد أن رغبته في أن يكون محبوبا من جميع أصدقائه تمنعه وبالتالي التدريج من الإفصاح عن أي مشاعر حقيقية ، وتنعنه كذلك من الدفاع عن نفسه في موقف صراع مع «ب»، «ج» من الزملاء . إنهم يتصرفون نحوه بعدم اكتراث وإهمال .. مما يقلل من احترامه لذاته ، ويتهمنوه بأنه إنسان بارد ، ضعيف الشخصية . لا يدرى «أ» ماذا يقول ، ويعود إلى منزله ، فلا يستطيع النوم ويمتلئ ذهنه بالتوتر . تتكرر هذه التصرفات مع «أ» إلى أن يصبح منعزلا ، عاجزا تملكه مشاعر قوية بالاكتئاب والمخاوف ، خاصة عندما يتطلب الموقف تعاملًا مع الآخرين .

يذهب «أ» للمعالج النفسي ، فيرى المعالج أن خوف «أ» من التعبير عن مشاعره مع الآخرين خوف أجوف . ولا مبرر له على الإطلاق ، لكن من المؤسف أن هذا الخوف هو ما يمتلكه ، و يجعله تحت رحمة الآخرين ، عاجزا عن التعبير عن شعوره بالاحتقار أو الغضب في المواقف التي تتطلب هذا . وقد يوضح له أيضا أن خوفه من التعبير عن غضبه ، يدفعه للانسحاب من المواقف الاجتماعية التي تتطلب منه الصمود . لكن هذا الانسحاب لا يخفف من مشاعر القلق والاكتئاب التي تتملكه نتيجة لتلك الإحباطات المختلفة ، بل على العكس إن قمع هذا التعبير يزيد من حدة هذا القلق والمخاوف . ويوضح له أن الأمر قد يبدو صعبا في البداية ، لأن استجاباته الانسحابية السابقة تكونت بفعل عملية تعلم طويلة المدى ربما ترجع إلى طفولة «أ» ، لكن مع هذا فإن عليه أن يعود نفسه تدريجيا على ذلك ، وأنه من خلال الممارسة سيصبح الأمر أكثر سهولة ويسرا .

وبالتدرج يستطيع «أ» أن يتصرف بحرية أكثر مؤكدا ذاته ، ومعبرا عن انفعالاته الحقيقية : غضبه أو احتقاره ، أو عدوانيه .

أنه لا يستطيع أن يوقف هؤلاء الذين يهددون طمأنينته وحريرته في المواقف المختلفة باتفاق عدوائهم بمثال ، لكنه أيضا يجد لدهشته أن كثيرا من مشاعر القلق السابقة تختفي ، وأن اكتئابه أيضا يتلاقص إلى حد بعيد . أن ثقته بنفسه الآن جعلته قادرا لا على التعبير عن عدوانيه

فحسب، بل وأيضاً عن تأييده للأشياء الإيجابية التي تصدر منهم. لقد قرر زملاؤه أنه إنسان محبوب ومحترم أيضاً.

من هذا المثال التصوري السابق كان «أ» يعيش تحت نظام شديد من المحظورات جعلته يفتقد تماماً حرية التعبير بما يناسب المواقف المختلفة. والإنسان العادي يستطيع أيضاً أن يشكل سلوكه على حسب المواقف المختلفة، وبالتالي يشكل قدراته على التعبير والحرية. وفي كل مرة ينجح فيها تزداد ثقته بنفسه وقدرته على الضبط الذاتي وبالتالي يخفف قلقه في المواقف المختلفة. وهذا ما حدث بالنسبة لـ«أ» أن تدريسه على الاستجابة الانفعالية الملائمة، وتأكيد الذات قضياً على عاداته العصابية في المواقف الاجتماعية المختلفة. أن تأكيد الذات هنا يلعب نفس الدور الذي يلعبه الاسترخاء والتطمئن من حيث أنها جميراً (كاستجابات تؤدي إلى كف القلق المستشار تؤدي إلى تكوين عادات معارضة لعادات الخوف والقلق).

أن المريض النفسي الذي اعتاد على تقييد مشاعره بالرفض أو الاحتقار في المواقف التي تتطلب ذلك، يعمل بهذا التقييد على زيادة نزعاته العصابية واستجاباته غير التكيفية (القلق)، ولا يخفف منها. وعندما يوضح المعالج بطريقة بسيطة الحاجة لتأكيد الذات، وبالتالي خلق عملية معارضة من شأنها إيقاف استجابات القلق، فإنه يصطاد في الحقيقة عصفورين بحجر واحد: يخلق أنماطاً جديدة من السلوك البناء، ويوقف نمطاً قدماً من المحظورات والعادات غير التكيفية.

قياس القدرة على تأكيد الذات:

من حسن الحظ أن المعالج النفسي السلوكي لا يجد مشكلة تذكر في تقدير مستوى مريضه من حيث قدرته على تأكيد الذات، أو على أقل تقدير فإن المشكلات التي يواجهها هنا أقل مما يواجهه في الأنماط المرضية الأخرى. فمن ناحية نجد أن المريض نفسه على دراية واضحة بضعفه في جانب معين، وربما يكون دافعه الأساسي لطلب العلاج هو مثلاً عجزه عن المطالبة بحقوقه، أو التعبير عن نفسه في المواقف التي تتطلب علاقة بالسلطة أو الجنس الآخر، أو عجزه عن الحديث في موقف يتطلب ذلك، وبشعر بالأسى والأسف بعد ذلك لأنه ترك الفرصة تمر دون اقتtasها.. الخ.

أسلوب تأكيد الذات والحرير الانفعاليه

لكن لب المشكلة لا يكمن في اكتشاف العجز أو عدم العجز في التعبير عن الذات والثقة، بقدر ما يكمن في تحديد أنماط وأنواع المواقف الاجتماعية المختلفة التي يعجز فيها المريض عن هذا التعبير. وهنا أيضاً نجد لحسن الحظ أن هناك عدداً من اختبارات الشخصية التي تساعد من ناحية على تقدير مستوى الشخص من حيث القدرة على تأكيد الذات، كما تساعده من ناحية أخرى على تحديد المجالات المختلفة التي يظهر فيها عجز عن ذلك دون المجالات الأخرى. والاستبيان التالي أعد خصيصاً للكشف عن مجالات العجز عن الثقة وتأكيد الذات. سنلاحظ أن بعض الأشخاص قد لا يجد مشكلة مثلاً من الشكوى من خدمة سيئة في مكان حكومي أو عام، أو الشكوى من صديق، أو الزوجة (أو الزوج) لكنه يجد مشكلة حقيقة في تأكيد ذاته في الموقف الشخصية الحميمة كالاحتجاج على الوالدين، أو أخطاء شخص في موقع سلطة.. الخ. وهذا الاستخبار في جزء من أجزاءه يهدف إلى التحديد النوعي لهذه المجالات، حاول أن تجيب على عباراته بـ (نعم) أو بـ (لا)، ثم نقاش بينك وبين نفسك كل سؤال بالتفصيل محاولاً أن تحدد مواطن الضعف في التعبير عن مشاعرك في جوانب الحياة الاجتماعية المختلفة:

- 1- هل تحتاج بصوت عال إذا دفعك شخص معين لكي يتقدمك في صف أو طابور؟
- 2- هل تجد صعوبة في تأنيب مساعد أو شخص أقل منك منزلة؟
- 3- هل تتجنب الشكوى من خدمة سيئة في مطعم أو مكان عام؟
- 4- أنت من النوع الذي يعتذر بكثرة؟
- 5- هل تتردد في إرجاع شيء اشتريته (قميص أو ثوب) لنفس المحل بعد أيام من شرائه بسبب عيب معين؟
- 6- عندما ينتقدك صديق دون وجه حق هل تعبر عن ضيقك ومشاعرك بين الحين والآخر؟
- 7- هل تتجنب الأشخاص المحبين للسلط والسيطرة؟
- 8- إذا وصلت إلى اجتماع متأخراً هل تفضل الوقوف عن الجلوس في كرسي من الصفوف الأمامية؟
- 9- هل تستطيع أن تعارض شخصاً مسيطراً؟

- 10- إذا وجدت سيارة في المكان المفروض أن توضع فيها سيارتكم فهل تبحث عن مكان آخر بدلاً من أن تستفسر أو تحتاج ؟
- 11- هل تجد صعوبة في رفض سلعة أو بضاعة يعرضها عليك باائع لجوج ؟
- 12- هل تعبر عما تشعر به ؟
- 13- إذا سمعت بأن أحد الأصدقاء يشيع عنك أخباراً دعائية مسيئة هل تتردد في إيقافه عن ذلك ؟
- 14- هل من الصعب عليك أن تقدم بالتماس لطلب معونة مادية لشيء مهم ؟
- 15- هل تحفظ في الغالب بأرأتك لنفسك ؟
- 16- هل تجد صعوبة في بدء مناقشة أو حديث مع شخص غريب عنك ؟
- 17- هل تستطيع أن تعبر عن حبك واستلطافك لبعض الأشياء بصورة مفتوحة ؟
- 18- إذا شعرت بأن الطعام يقدم لك في المطعم لم يقدم بطريقة ترضيك هل تشكو من «الجرسون» ؟
- 19- هل تتجنب إيذاء مشاعر الآخرين ؟
- 20- إذا حضرت محاضرة عامة هل ترد على المحاضر إذا شعرت ببعض التناقض في كلامه ؟
- 21- أبعض إذا عبر شخص محترم أو كبير السن عن رأي ما، هل تعبر عن وجهة نظرك حتى ولو كانت معارضة ؟
- 22- هل تحافظ أحياناً على هدوئك بحثاً «عن السلام» ؟
- 23- بمفتوحة إذا طلب منك صديق طلباً غير معقول هل ترفض ذلك ببساطة ؟
- 24- إذا حدث أنك اكتشفت بأن باقي النقود التي أعطيت لك في مكان تجاري ناقصة هل تعود من جديد لتوضيح ذلك ؟
- 25- إذا منعك البوليس من الدخول لمكان هو في الحقيقة من حقك هل تحتاج ؟
- 26- البوليس إذا ضايقك قريب (أب أو أخ) تحرمه هل تخبي مشاعرك بدلاً من الكشف عن ضيقك الحقيقي ؟

أسلوب تأكيد الذات والحرير الانفعالية

- 27- هل يظهر غضبك أكثر مع أفراد من نفس جنسك أكثر مما يظهر مع أفراد من الجنس الآخر ؟
- 28- هل تجد صعوبة في مدح أو تقرير الآخرين ؟
- 29- هل لديك أشخاص موثوق فيهم تستطيع أن تناوش معهم مشاعرك الحقيقية ؟

30- هل تعجب بالأشخاص الذين يحتفظون بقدرتهم على المقاومة مهما حاول الآخرون تحطيمهم ؟^(3*).

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

أ- أساليب لفظية:

هذه الأساليب من شأنها أن تعلم المريض أن يزيد من حريرته الانفعالية وقدرته على تأكيد الذات. ومن أهم الأساليب فعالية في هذا الصدد تعويذ المريض وتشجيعه على التعبير المتمدد عن انفعالاته بطريقة تلقائية. ويطلق على هذا الأسلوب اسم «تطبيق المشاعر» Feelings talk، أي تحويل المشاعر والانفعالات الداخلية إلى كلمات صريحة منطقية وبطريقة تلقائية. وبالطبع يجب أن يكون ذلك في حالات الانفعالات المختلفة سواء كانت تتعلق بإبداء الحب أو الرغبة (أنتي أحاب هذا الشيء انه يوم جميل)، أو عدم الرغبة (أنتي لا أحب هذا الرجل وكل ما يدعو إليه)، أو المدح (أنك تبدو أنيقا اليوم، أن الكلمة التي قلتها ذكية بحق)، أو التوقع (أنتي أتطلع للقاءك والحديث معك فيما بعد)، أو الدهشة (أنه يوم الخميس ستكون الإجازة جدا لا أصدق)، أو النقد الذاتي (ما أحمقني إذ أفعل هذا) أو الأسف (أنتيأشعر بالأسى، لأنني سأترك هذا المكان)، أو التصميم (سأظل هكذا مستمرا إلى أن اكتسب في النهاية)، أو التشكيك (هل تعتقد أنتي أصدق ما تقوله؟) أو حب الاستطلاع (أنتي سأحلم بما سيحدث في المرة القادمة)، أو الشعور بالخلاص (حمد الله انه يوم الخميس لم أصدق أنه سيبأتي)، أو الشعور بعدم الراحة (أن قدمي تتعباني).. الخ.

عبارة أخرى فإن تطبيق المشاعر والحديث عنها بصوت عال يجب أن يشمل كل التوعيات الانفعالية المختلفة، والقواعد الذهبية في ذلك هي

الصدق والأمانة مع الشكل الانفعالي السائد والشعور المسيطر على الشخص. أما الأسلوب الثاني فهو المعارضه والهجوم. فعندما تختلف في الرأي مع أحد الأشخاص لا تبد عكس ما تبطن أي لا تبد الموافقة. أظهر مشاعرك بدلاً من هذا، وابد معارضتك في شكل واضح. قد تكون معارضتك في البداية انفعالية ولا تقوم على أساس منطقي لا بأس. أن هدفك هو الحرية الانفعالية وليس كتابة بحث لمجلة علمية محترمة.

كذلك الاستخدام المتعمد لكلمة «أنا». استخدم أنا في بداية التدريب على تأكيد الذات بأكبر قدر ممكن أو «أنتي أرى... في اعتقادي.. سمعت.. الخ» كل هذه العبارات ضرورية. قد يتهمك البعض بأنك واثق من نفسك أو مغرور. مرة أخرى لا بأس انك تستطيع في النهاية أن تضبط كل ذلك. تذكر أيضاً أن من يتهمونك بهذا قد يتهمونك بأنك شخص ضعيف ولا رأي لك إذا كنت عكس ذلك.

انك تحول كل من حولك إلى مجتمع علاجي لك يدعم عاداتك الصحية الجديدة، ويدعم الاستجابات الفعالة التي لا تزال في بداياتها.

ب- تدريبات المهارات الاجتماعية:

ويستخدم المعالجون النفسيون السلوكيون عدداً من الأساليب التي من شأنها أن تزيد من قدرات الشخص على التحكم في المواقف الاجتماعية، ومن أهم هذه الأساليب لعب الأدوار Role-Playing. فكما عرضنا لحالة السيد (آ) في صدر هذا الفصل يطلب المعالج من المريض أن يعيد تمثيل المشكلة التي حدثت له (لقاء شخصي مع رئيس أو مدير العمل)، بينما يمثل المعالج دور الشخص أو الأشخاص الآخرين فالمطلوب تكوين عادات تكيفية جديدة نحوهم. وبالطبع قد يعكس المعالج تمثيل الأدوار بحيث يستطيع من خلال ذلك أن يبين للمريض نمطاً جديداً من الاستجابات الملائمة التي يمكن تعلمها بطريق الاقتداء أو المحاكاة ويلقى بعض المرضى صعوبة في تمثيل تلك الأدوار، لكن على المعالج أن يقوم بكل جهده بإقناع المريض بذلك. ولأن المعالج يمثل أحياناً قدوة في حياة المريض، فإنه يمكن أن يقوم هو نفسه بأداء الأدوار بطريقة ملائمة تيسّر على مرضاه محاكاتها وإعادتها بطريقة ملائمة.

ج- التدريب على أحدي استجابات بدنية ملائمة:

أسلوب تأكيد الذات والحرية الانفعالية

في تدريب القدرة على تأكيد الذات والحرية الانفعالية من الضروري أن تكون الاستجابات البدنية ملائمة. ويوجه المعالجون النفسيون في الوقت الراهن جزءاً من اهتماماتهم إلى تدريب التعبيرات الوجهية، وأساليب الحركة والكلام والمشي كجزء من العلاج النفسي.

ومن المهم على أية حال التنبه إلى عدد من هذه الاستجابات مثل: نبرة الصوت، إذ يجب على الصوت أن يكون قاطعاً، عالياً، واثقاً، كذلك التقاء العيون مباشرة بالشخص أو الأشخاص الذين تتحدث معهم، كذلك تشكيل الجسم وحركاته فاستخدام عدد كبير من الإشارات باليد والذراع تساعد الشخص على التحرر من قيود التعبير. ومن المهم أن تكون تعبيرات الوجه ملائمة للمشاوير ولمحتوى الكلام. لا تبتسم وأنت توجه نقداً لشخص ما، أو وأنت تريد أن تعبر عن الغضب. كذلك لا تصلب وجهك، ولا تجعل له تعبيرات العداوة، وأنت تحاول أن تعبر عن حبك واعتزازك لشخص معين. اكشف باختصار مشاعرك الداخلية مع إزالة القناع الظاهري. أجعلهما متطابقين⁽⁴⁾.

بقيت كلمة أخرى: قد يتساءل البعض لماذا لو أن حرية التعبير الانفعالي تؤدي إلى خسارة عمل أو خسارة شخص أو خسارة مادية.. أو ماذا لو عبرنا عن مشاعرنا مع رئيس قد لا يقبل هذا فيحول حياتنا إلى خيبة ونكد.

لا ينبغي في الحقيقة أن نقلل من بعض النتائج السلبية التي قد يحدثها هذا الشكل من السلوك

لكن بالرغم من ضرورة الوعي بهذا الجانب السلبي. فإننا يجب أن نعي بأن الحياة تتضمن أحياناً في اختيار محرج ودقيق هو: الاختيار بين طريق الصحة النفسية أو حب الآخرين. هنا لا يبقى إلا الشخص نفسه يقرر كيف يكون الاختيار.. ومع ذلك، فإن أولئك الذين يرفضون المضي في طريق الصحة قلماً يصلون إليها.. فعليهم إذن يقع الاختيار، وعليهم تقع مسؤوليات هذا الاختيار !.

خلاصة

تقرط الحياة الحديثة - بناء على مفاهيم تربوية وأخلاقية خاطئة - في

ضرورة أن يقمع الإنسان التعبير عن انفعالاته، ومشاعره نحو الأشخاص أو المواقف التي يواجهها، وصحيح أن حياة الإنسان في المجتمع تتطلب ضرورة كفه لبعض التصرفات، لكن الإفراط في ذلك يؤدي إلى كف قدراتنا الإيجابية عن التعبير الملائم عن مشاعرنا، مما يحول الشخصية إلى شخصية مكوففة، ومنسحبة ومقيدة وحبسية لأنفعالات وعادات لا تترك إلا نطاقا ضيقا للصحة النفسية والسعادة الخاصة. ويشير مفهوما تأكيد الذات وحرية التعبير الانفعالي إلى ضرورة أن يعبر الإنسان عن مشاعره بصدق وأمانة في الموقف المختلف ومع الأشخاص المختلفين، فيما عدا التعبير عن القلق والاضطراب. وبين البحث النفسي أن الخوف من تأكيد الذات والعجز عن التعبير الانفعالي الملائم يعتبران سببين رئيسيين من أسباب القلق، والصراع، والاضطرابات النفسية، ونتيجة لها في نفس الوقت. وتشمل حرية التعبير عن المشاعر ضرورة التعبير عن كل المشاعر الإيجابية (الحب والمودة) والسلبية (الغضب) بما يلائم الموقف أو المنبهات. وقمع التعبير عن المشاعر يعمل على زيادة النزعات العصبية، ولا يخفف منها. ويؤدي النجاح في تنمية القدرة على حرية التعبير الانفعالي وتأكيد الذات إلى تحفيض القلق والاكتئاب، وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة. وفي كل مرة ينجح فيها الإنسان في ذلك تزداد ثقته بنفسه وقدرته على الضبط الذاتي. وتطور المعالجون النفسيون عددا من الأساليب والطرق التي تساعد الأشخاص على ذلك، منها التشجيع على التعبير المتمدد عن الانفعالات والمشاعر بكلمات مريحة مسموعة، وبطريقة تلقائية، وتقبل المدح، والثقة في أداء الأدوار، وتدريب المهارات الاجتماعية، وإحداث استجابات بديلة ملائمة للتعبير الشعوري... الخ.

مراجعة وتعليقات

١- الحالة التي يبدأ بها هذا الفصل وردت في:

Wolpe, J. & Lazarus. Behavior therapy techniques. London Pergamon Press, 1966, pp. 48-50.

٢- Pavlov, I. P. Conditioned reflexes. Translated by G. V. Anrep, New York: Liveright. 1927.

٣- للاطلاع على نظرية «ساتر» Salter في العلاج وقدرته على توظيف نظريات بافلوف في العلاج النفسي. انظر كتابه الشيق:

Salter, A. Conditioned reflex therapy. New York: Creative 'Age Press, 1949. New York: Capricorn Books-Putnams. Sons 1961.

وأنظر نموذجاً لهنجه في العلاج حالة الشباب المعلم-المعالج الحازم الواردة في هذا الفصل.

٤- مقاييس تأكيد الذات الوارد في هذا الفصل من إعداد «ويلوبوي» ويستخدم بكثرة في العلاج السلوكي.. ولو أن هناك مقاييس متعددة لهذا الجانب. انظر:

Willoughby, R. R. Norms for the Clark-Thurstone Inventory, Journal of Social Psychology, 1934, S; 91.

٥- أيزنک، الحقيقة والوهم في علم النفس، مرجع سبق ذكره.

٦- بالرغم من جوانب التقدم في تدريب المهارات الاجتماعية وتأكيد الذات فإن هناك محاولات مماثلة تمت في الأربعينات. فقد اهتم «هرزبرج» وهو طبيب ألماني بمنهج في العلاج النفسي أطلق اسم العلاج الإيجابي. وجعله عنواناً لكتابه الرئيسي في هذا الموضوع سنة 1945. ومن بين ما لاحظه هرزبرج أن كثيراً من المرضى النفسيين يعتقدون خطأً أن عليهم نتيجة لمعاناتهم النفسية ومشكلاتهم أن يبالغوا في حماية أنفسهم، وتحوطيها بالرعاية وإن يعزفوا عن العمل أو أي نشاط اجتماعي أو رياضي بحجة هذا التعب. وكل هذه التحوطات في رأي «هرزبرج» تعتبر خاطئة من وجهة نظر الصحة النفسية. ولا تساعد على التخفف من المرض النفسي، بل إنها على العكس تزيد من حدة الأعراض المرضية وتزيد من قوتها. ومن الطريف أنه يقترح عدداً من الطرق لعلاج المرض تعتمد دون شك بمثابة إرهاص ذكي بالتطورات الحديثة في العلاج النفسي - السلوكي المعاصر. فهو مثلاً يقترح أن يكون هدف المعالج هو إزالة مخاوف مريضه من النشاط والجهد بمحاضعة النشاط والجهد. ومن رأيه أن نجاح المرض في تبني هذه السياسة سيساعد على كذلك كان يكلف مريضه بواجبات منزلية تتلاءم مع قدراته الذهنية والبدنية والخلقية ولكنها تختلف اختلافاً جذرياً مع بناء الشخصية والتعمود المرضي. فعلى سبيل المثال كان يكلف المرضى الذين يلمسون فيهم تقاعساً بدنياً - دون أسباب عضوية - بممارسة الألعاب الرياضية. أما المرضى الذين يتميزون بالخجل فقد كان يكلفونهم بمقابلة الناس ومبادرتهم بالحديث. والمرضى الذين يفقدون الثقة بالنفس كان يكلفونهم بأداء أعمال مثل رفع الصوت في الحديث، أو رفض نوع من الطعام في مطعم، أو المساومة على ثمن شيء مع الباعة.. الخ وبالطبع لم يكن يعطي هذه الأوامر بشكل تسلطي أو ضاغط يقدر ما كان يعرضها على المريض على أنها هدف من أهداف العلاج والتخلص من المشكلة. انظر:

Schwartzgebel, R. & Kolb, D. Changing Human's Behavior, 1974.

7- تجدر الاشارة إلى أن أساليب تأكيد الذات تستخدم في علاج حالات الوسوسة أيضا.. فقد أمكن «لواينر» Weiner سنة (1976) أن يقوم بعلاج حالة شاب في الخامسة عشرة من العمر، خجل، ويعاني من اضطرابات حوازية تمثلت في أفعال قهقرية متعددة عند الاغتسال، أو القراءة، وارتداء الملابس، فضلا عن الوسوسة في تنظيم الأشياء وترتيبها. وقد تطلب العلاجية لهذا الشاب خطة لاستبدال هذه الطقوس بطقوس جديدة مماثلة ذات زمن محدد ومن شأنها التدخل في النشاط اليومي، ولكن بدرجة أقل من الطقوس والوسوسة الأصلية. فعلى سبيل المثال، كان من بين الطقوس القهقرية التي عانى منها هذا الشاب التأكيد الوسوسي المستمر من أن دولاب حجرته في المدينة الجامعية مغلق بإحكام لهذا كان يعود بعد أن يخرج من حجرته ويمشي لمسافات طويلة يعود للتأكد من ذلك.. وكان أحياناً بعد أن يصل لحجرة الدراسة يتذكر بأنه يجب عليه التأكيد من أن حجرته ودولابه مغلقان. طلب المعالج من الشاب بان يضع حجة منطقية لهذا الإجراء الوسوسي «الخوف من سرقة ملابسه وحاجياته الخاصة مثلاً». ثم طلب منه بعد ذلك أن يحدد الإجراءات الضرورية لتحقيق هذا الهدف. وبناء على هذا طلب منه المعالج أن يقلل الدولاب وأن يعود للتأكد من ذلك بعد غلقه مباشرة لمرة واحدة. ثم يعود خطوة للوراء، ويقول لنفسه وقد وضع يديه في جيده وبصوت عال: «الآن لقد تأكدت من أن الدولاب مغلق وأنتي متأكد وواثق من ذلك، ومتتأكد من أن كل شيء بداخله سليم، انه لا يوجد بالمرة أي سبب منطقي يدعوني للتأكد من ذلك مرة أخرى، وما علي الآن إلا أن اخرج لك الحق بمحاضراتي». ومن الغريب أن سلوك الشاب قد تحسن تحسنا ملحوظا في هذا الاتجاه، بسبب انه استبدل طقوسه القهقرية بطقوس قهقرية أخرى ولكن نقل عنها جهدا ومضيعة للوقت. وفي تعليق «واينر» على أسباب النجاح رأى أن سبب النجاح هو القيام بالأفعال وأدائها بدلا من التفكير فيها . فالقيام بالعمل والفعل منعا ذهن المريض من التجول في احتمالات كانت تضع سلوكه قبل ذلك تحت سلطان وساوسه. ومثل هذا التقسيير قريب فيما هو واضح من التدريبات الحديثة على أساليب تأكيد الذات. لتفاصيل هذه الحالة انظر:

Schwitzgebel & Kolb. Op. cit., 1974.

الحواشي

- (*) كتاب سالتر عن العلاج من خلال الفعل المنعكس ويوضح هذا بأن المعالج النفسي يقوم بدور تربوي توجيهي لمرضاه وليس مجرد دور سبلي يقوم على وصف العقاقير والتشجيع على الشرارة(1).
- (*) لا يجب أن نفهم من هذا المثال أن أوضاع الموظف في المجتمع تحكمها عناصر ذاتية كالثقة بالنفس فقط، أو أنها نقل من شأن الظروف الحضارية والاجتماعية في مثل هذه الأمور، لكن عدم الثقة بالنفس والعجز عن تأكيد الذات كانتا من المشكلات الرئيسية في حالة هذا المريض. وفي كثير من المواقف يجد المعالج النفسي إن من واجبه أن يعين مريضه على التغيير من نفسه حتى وأن كان يعترف بقوسفة الظروف الاجتماعية نظريا.
- (1) هذه الحالة مأخوذة عن ولبي ولازاروس (المراجع رقم 2).
- (2) التدريب على العداون في العلاج النفسي يختلف عن العداوة والكراء لأن العداون ذو طبيعة تكيفية، أما الكراءية والعداوة فهي سمات شخصية لا تخدم التوافق.
- (*) المنبه الشرطي هو الطقطقة بالأصابع وإغماض الجفنين والاسترخاء بمثلا الاستجابة الشرطية: أما المنبه الأصلي فهو الوعاء اللامع. وتعلم الاسترخاء أثر الضرب بالأصابع يشير إلى عملية التعلم الشرطي.
- (3) التعبير عن الثقة وتأكيد الذات يظهر في الإجابة بـ «نعم» على العبارات: ١, ٢, ٤, ٩, ١٢, ١٧, ٢٠, ٢٣, ٢٤, ٢٥, ٢٦, ٢٧، والإجابة بـ «لا» على ما عدا ذلك من عبارات. بالرغم من أن درجتك الكلية تكشف عن تأكيد الذات، فإن من المهم أكثر هو تحديد المجالات التي تشعر فيها بعدم الثقة أو العجز... فهي مدعوة للاهتمام مهما قلت (4).

٦

قوة المدعيم

من الأشياء التي تؤيدها المشاهدة العادية، فضلاً 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 النتاج أو العائد جميلاً فأغلب الظن أنها سنكرر هذا التصرف بعد ذلك كثيراً، أما إذا كان رد الفعل سلبياً فأغلب الظن أنها سنفقر مرات ومرات قبل أن نكرر هذا السلوك من جديد. ماذا لو أنك طرحت فكرة معينة، فوُجدت أنها تلقى هوى من زملائك أو رفاقك، أغلب الظن أن حماسك سيزداد بعد ذلك لطرح كثير من الأفكار الجيدة. وماذا لو أن شخصاً أخذ يتبع امرأة غريبة عنه في الشارع محاولاً مضايقتها، فإذا برجل بوليس يتصدى له مهدداً إياه بالحبس أو الغرامة إن تكرر منه هذا السلوك.. على الأرجح أن هذا الشخص - إن كان عاقلاً - لن يعود إلى هذا الفعل من جديد. بعبارة أخرى، فإن العائد أو الآثار التي تحدثها استجاباتنا في البيئة تغير وتعديل في سلوكنا بعد ذلك. إن الكائن الحي ببساطة لا يتوقف في وقت من الأوقات عن إبداء استجابة أو سلوك معين فهو

يضحك أو يبكي، يبتسم أو يكشر، يحتد، ويغضب، ويبكي، ويبعد أو يقترب من الآخرين، يتحدث، أو يصمت يخاف، أو يهدا، يثور أو يقمع نفسه.. الخ وهو في كل ذلك يرغب في تغيير البيئة المحيطة به لتحقيق هدف أو رغبة معينة. وبعض جوانب من سلوكه هذا يؤدي إلى التغيرات المرغوبة وبعضاها لا يؤدي. وإذا حدثت الآثار المرغوبة نقول بان السلوك الذي أدى إليها قد أثبت وكوفئ، وبالتالي نجد أنه يزداد شيئاً في تصرفات هذا الشخص بعد ذلك. أما إذا لم يؤدي سلوك معين إلى آثار مرغوبة أو أدى إلى عكس ذلك أي إلى استهجان (كما في حالة جريمة قتل أو زنا أو سلوك انفعالي أو جنس طائش)، فإننا نقول بأن هذا السلوك قد عوقب وبالتالي من المتوقع أن يتضاءل أو يتوقف ظهوره بعد ذلك.

فالإنسان إذن يعيش في عائد اجتماعي مستمر: يتصرف بطريقة معينة، فترد عليه البيئة بشكل من أشكال الإثابة أو العقاب كعائد لتصرفات الكائن الأصلية. وهذا العائد (أو المردود) يسهم بدوره في تشكيل الاستجابات التالية للكائن (أي بالتشجيع على زيادة الطيب منها، والتقليل من السيئ). ويجعل «سكينر» من هذه الحقيقة موضوعاً لنظريته في السلوك، فيطلق على جوانب السلوك التي تندفع من البيئة مفهوم السلوك الفعال Operant Behavior، فاذا الإشارة إلى نمط من الاستجابات يترك آثاراً فعالة على البيئة لتوليد نتائج أو آثار معينة، وبالتالي يتدفع أو ينطفئ بمقدار استجابات البيئة (أي العائد البيئي). ويطلق «سكينر» على العملية التي بمقتضاهما يتدفع نمط من الاستجابات بهذه الطريقة اسم التشريط الفعال^(*).

«أن التعلم الفعال عملية يستطيع الشخص من خلالها أن يتعامل بنجاح مع بيئه جديدة. إن كثيراً من الأشياء التي تتضمنها البيئة كالطعام، والماء، والجنس، والهروب من الخطر ضرورية وأساسية لبقاء الشخص والنوع البشري. وكل سلوك يؤدي إلى التوصل لهذه الأشياء يعتبر ذات قيمة أساسية لتحقيق البقاء. والسلوك الذي له مثل هذه الخاصية يزداد شيئاً فشيئاً من خلال عملية التدعيم الفعال. ولهذا يقال بان السلوك حصيلة لما يتركه من نتائج أو آثار. ولهذا أيضاً تسمى الآثار التي يحدثها السلوك في البيئة مدعمات. وعلى هذا فإن الكائن الذي يشعر بالجوع، تندفع لديه وتقوى أنماط السلوك التي تؤدي إلى التوصل للطعام. وبالمثل فإن السلوك العري

يقلل من خطر واقع لتجنب درجة مرتفعة من الحرارة-يتدعم نتائجه لهذا الدور ويزداد شيوخه في المواقف التالية^(١).

وما نستتجه من هذا هو أن مبدأ التدعيم يقرر أنه إذا كانت نتائج السلوك إيجابية فالمرجع أن يتكرر هذا السلوك. أما إذا كانت نتائجه سلبية فالغالب أنه لن يتكرر ولن تحدث وبالتالي عملية التعلم. ومن المنافق عليه بين علماء النفس السلوكي في الوقت الراهن أن كثيراً من أبعاد حياتنا الاجتماعية، واتجاهاتنا، وفلسفتنا في الحياة يحكمها مبدأ التدعيم. أضف إلى هذا السلوك المرضي أو الشاذ الذي يصدر عن نسمتهم بالمتخلفين عقلياً، أو الفحاصيين، أو حتى كما يصدر عن الأطفال العاديين. فالاستجابة للطفل كلما بيكي بحمله وعنقه ستؤدي في غالب الظن إلى أن يصبح البكاء أسلوب حياة مفضلاً لدى هذا الطفل كلما احتاج إلى تحقيق رغبة معينة. والمشكلات المختلفة التي تصدر عن المضطربين كالعدوان والانسحاب، والتهمج والعزوف عن الاتصال، والسباب وغير ذلك من اضطرابات سلوکية تتدعم على الأرجح نتيجة تدعيم خاطئ^(٢). 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.

وألاّن ما هو التدعيم؟

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

أما التدعيم الإيجابي فيشير إلى أي فعل أو حادثة يرتبط تقديمها للفرد بزيادة في شيوخ السلوك المرغوب. فتقديم الطعام، أو قطعة من الحلوي للطفل عندما يقوم بعمل محبوب يعتبر مدعماً إيجابياً لأنه سيؤدي إلى زيادة في شيوخ السلوك «المحبوب» لدى الطفل بعد ذلك. أما التدعيم السلبي فيتمثل في التوقف عن إظهار مدعم كريه أو منفر عند ظهور السلوك المرغوب وهو يؤدي بالمثل إلى زيادة في تكرار السلوك المرغوب.

وذلك مثل توقف الطفل عن البكاء (تدعيم سلبي) عندما يحمله والداته (سلوك مرغوب)، أو توقف المجرب عن توجيهه صدمة كهربائية للحيوان (تدعيم سلبي) عندما تظهر منه الاستجابة الملائمة (سلوك مرغوب). أو التوقف عن اعتقال سجين سياسي (تدعيم سلبي) عندما يعلن عن ولائه للنظام الحاكم (سلوك مرغوب من السلطة). في كل هذه المواقف نجد أن المدعاً (البكاء - الصدمة الكهربائية.. الخ) يتوقف ظهوره بحيث يؤدي هذا التوقف إلى زيادة في السلوك المرغوب فيه (حمل الطفل، السلوك المؤدي للهدف).

والتدعيم السلبي يشبه التدعيم الإيجابي من حيث أن كليهما يؤدي إلى زيادة في السلوك المرغوب، لكنهما يختلفان من حيث أن أحدهما (التدعيم الإيجابي) يتضمن إعطاء أو تقديم شيء (مكافأة، أو تحبيب) - عند ظهور الاستجابة المرغوبة، أما التدعيم السلبي فيتضمن حجب وتوقف ظهور مدعم منفر وكريه عند ظهور السلوك المرغوب.

والتدعيم السلبي بهذا المعنى يختلف عن العقاب Punishment لأن العقاب يتضمن إظهار منه مؤلم ومنفر، أو التوقف عن التدعيم الإيجابي عندما يظهر سلوك غير مرغوب. بعبارة أخرى، فإن التدعيم السلبي يهدف إلى زيادة شيوخ السلوك المرغوب بالتوقف عن التدعيم، أما العقاب فيهدف إلى التقليل من شيوخ السلوك غير المرغوب. وكمثال على العقاب عقاب الطفل بالضرب، أو طرد تلميذ من الفصل اثر استجابات اجتماعية غير ملائمة (إثارة الضجيج مثلاً). وهناك ثلاثة أساليب من العقاب من شأنها التقليل من نمط السلوك غير المرغوب هي:

أ- تقديم منه منفر (الضرب، أو التجاهل) عند ظهور السلوك غير المرغوب.

ب- إبعاد الشخص عن موقف قد يعود إليه بالفائدة أو مدعم سابق مثل طرد التلميذ من الفصل اثر إثارته للضجيج.

ج- تغريم الاستجابة غير المرغوبة بالإنقاص من المدعمات السابقة (ويسمى هذا الأسلوب بتکاليف الاستجابة). وتعتبر الجزاءات المادية التي تفرض على السائقين عند خرق علامات المرور مثلاً طيبة على هذا النوع. وكمثال على هذا أيضاً عندما نأخذ مدعماً كنا قد أعطيناه للطفل (لعبة، أو

قطعة من الحلوي) عند ظهور سلوك غير مرغوب.

الاستخدامات العلاجية للتدريم

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

«تم تشخيص السيد (س) على أنه مصاب بفصام مصحوب بإصابة عضوية في المخ، وتدل كل التقارير التي جمعت عنه إذ ذاك على أنه أخذ يتحول إلى حالة متعدزة، تفسد نظام العمل بالعنبر العلاجي، سواء بإثارة المرضى الآخرين، أو إزعاج هيئة العمل بالمستشفى بطلبات غير واقعية لا تنتهي. وبسبب افتقاد المريض لأي دافع مباشر للعلاج تعثرت معه كل محاولات الإصلاح وعزف العاملون عن التعامل معه. وعلى هذا تبلور الهدف العلاجي للمريض في إيجاد طريقة أفضل في تعامل بيئته المستشفى معه، بحيث يمكن بعد ذلك إغراوه بتكريس أطول فترة ممكنة من وقته وجهده في الإجراءات العلاجية التي كانت تبذل له، وبحيث يتضاءل قلق العاملين عند التعامل معه، وبالتالي يزداد إقبالهم على مساعدته».

ولتحقيق ذلك تبلورت الخطوة الأولى في التوصل إلى فهم دقيق ونوعي لأنماط السلوك التي كانت تصدر عن المريض، ولتحديد كيفية استجابة العاملين لها، وعلى هذا أمكن حصر أهم جوانب السلوك الكريهة في حالة مريضنا كما يلي: التبول والتبرز على أرض العنبر، الصياح، السب، إزعاج المرضى الآخرين والعاملين، نداء الأسماء بطريقة غير لائقة، الإلحاح في طلب السجائر من المرضى الآخرين، الإلحاح في طلب أشياء منفردة بما في ذلك مثلاً أن يوثق العاملون رباط حذائه.. وهكذا. أما الخطوة الثانية فقد تبلورت في تحديد كيفية استجابة العاملين لهذه الأنماط السلوكية البغيضة. وقد ظهر واضحًا أن سلوك السيد (س) غير اللائق كان يستثير اهتمام العاملين والتفاتهم».

«وللتخلص من هذه الأنماط السلوكية الكريهة تم التفكير في طريقتين علاجيتين، نوقشتا مع بقية العاملين بالعنبر وهما:

1- عدم إظهار أي اهتمام اجتماعي أي التجاهل التام، عندما تصدر منه

هذه الجوانب السلوكية غير المقبولة.

2- إظهار الاهتمام مع إعطائه بعض المدعمات (سجائر مثلاً) عندما يصدر منه سلوك يعتبر مقبولاً من الناحية الاجتماعية. ولتحقيق ذلك تقرر تقديم إثابة مادية ملموسة في كل مرة يمكن فيها للسيد (س) أن يحتفظ بسلوك ملائم لمدة خمس عشرة دقيقة. وكانت هذه الإثابة عبارة عن بطاقة توضع في سجله الخاص، بحيث يجب أن يقدم له فوراً سيجارتان لكل بطاقتين. وقد أمكن أيضاً استخدام هذه البطاقات لإرشاد العاملين بمقدار التقدم في سلوك (س)، وبالتالي لكي يمكنهم تدعيم أي سلوك ملائم يصدر عنه.

أما من حيث التغير في سلوك (س) فقد كان ملحوظاً للغاية. وبعد يومين فقط قرر العاملون بأنه قد تحسن (إلى حد ما) وبعد ستة أيام من تنفيذ البرنامج قرروا بأنه تحسن (بطريقة حاسمة). ومن الطريق أنه في نهاية الأسبوع الثاني عزف المريض عن موضوع البطاقات. وقرر أن النقود التي يتلقاها بمناسبة الكريسماس ستمكنه من شراء حاجته من السجائر. وفي نفس هذا الوقت بدأ العاملون أنفسهم يستجيبون بطريقة «تلقائية» وإيجابية لجوانب السلوك الملائمة، كما استمروا أيضاً في تجاهل جوانب السلوك غير المقبولة. فضلاً عن هذا فقد بدأ السيد (س) يندمج في جوانب أخرى متعددة من السلوك المقبول من البيئة المحيطة به ولم تكن في الحسبان عند تصميم خطته العلاجية الأولى، وذلك مثل التقرب من العاملين والمرضى، والدخول في مناقشات معقولة مع الزائرين. وهكذا لم يعد من الضروري تقديم السجائر عند ظهور السلوك المقبول للحفاظ على المنجزات التي أحرزها مريضنا».

«لقد تحول السيد (س) في هذه الفترة من شخص أشعث، سباب ومتهمج إلى شخص قادر على إرضاء حاجاته الاجتماعية بطريقة ملائمة، وقدر أيضاً على المساهمة مع العاملين في تفويذ برنامج علاجه الصحي وال النفسي». يعتبر هذا مثالاً طيباً لاستخدام مبدأ التدريم وتطبيقه في مجال السلوك المرضي. أن بؤرة سياسة علاج المريض هنا تكمن في المبدأ البسيط لنظرية سكينر: غير البيئة وسيتغير السلوك من خالله.

دعنا نفترض مثلاً آخر: أم تصحب ابنها ذا العام الثامن للمعالج السلوكي

موضحة أنه كان يبدي نمواً لغويًا عادياً إلى أن بدأ يذهب للمدرسة بعد أن بلغ عامه السادس، ومنذ ذلك الحين تدهورت قدرته على الكلام، وأصبح الآن أخسر بالتقريب. وبسبب هذا تأخر نقله من مرحلة دراسية إلى أخرى. لقد أخذته لعدد من الأطباء، لكن الفحص الطبي لم يكشف عن أية أسباب عضوية وراء هذا العجز عن الكلام.

أن المعالج السلوكي بطريقة التدريم هنا سيقضي في الغالب عدداً من الجلسات مع الأم ومع الطفل محاولاً تبيان الظروف التي أحاطت بظهوره هذا العرض، وبناءً على هذا الفحص الدقيق يضع برنامجاً من التدريم الفعال للتغيير من هذا السلوك غير المرغوب. فهو أولاً قد يطلب من الوالدين أن لا يدفعوا الطفل بأي شكل من الأشكال، لأن أي ضغط على الطفل في هذا الاتجاه معناه خلق منبهات منفرة مصاحبة للكلام. ثم يطلب ثانياً: أن يرى الطفل في جلسات أسبوعية لمدة نصف ساعة كل مرة. ويكون قبل ذلك قد عرف من الوالدين أنواع الحلوى أو اللعب التي يحبها الطفل، حتى يجعلها متاحة للطفل في العيادة وفق خطة معينة. وهنا يبدأ العلاج.

في الجلسة الأولى قد يكشف المعالج (أو لا يكشف) للطفل ما يريد منه القيام به أو تحقيقه. وسيصبحه في الغالب إلى حجرة مملوءة باللعب الجاذبة، تاركاً له حرية اختيار اللعبة التي تشده انتباهه أكثر من غيرها، محاولاً الاشتراك معه في اللعبة إذا سمح له الطفل بذلك. لكن في كل الأحوال سينتبه المعالج إلى أي نشاط صوتي أو أي نشاط يرتبط بالكلام عند الطفل كبعض الأصوات الحلقية، أو حتى مجرد هممته غير واضحة بالشفاه، وعند ظهور أي شكل من أشكال هذا النشاط يقدم له فوراً قطعة من الحلوى التي يهواها طفلنا الأبكم. ويستمر في ذلك عند أي محاولة اقتراب من الكلام بإعطاء قطعة إضافية من الحلوى. وبالطبع قد يزيد المعالج من التدريم 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 معالجه.

ولأن المعالج يعرف أن السلوك نتاج لما يحدثه من آثار في البيئة، فقد يغير من مدعماته. فقد يمتحن الطفل مثلاً لتقديمه في الكلام ويقترح إعطاءه

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 الاجتماعي. وبناء عليه فقد يطلب من الوالدين بعد هذا أن يستمرا في نفس سياسة التدعيم الفعال. انه يبين لهم أنهم حتى الآن يقومان خطأ بتدعم السلوك غير المرغوب بطريقة غير مقصودة. فدفعهما وضغطهما على الطفل للكلام لا يشجعانه على الكلام بمقدار ما يشجعنه على الصمت والانسحاب. إن عليهم منذ الآن أن يتاجهلا تماما الطفل إذا ما صمت، وان يبديا كل مظاهر الاهتمام عندما يتحدث أو يبدي أي نشاط قريب من الكلام. وفي هذه المرحلة بالطبع ينتقل المعالج بالطبع من العيادة إلى البيئة الحقيقية.

أما المرحلة النهائية فهي تبدأ أيضا في توسيع مجالات التدعيم الاجتماعي. لهذا يطلب المعالج من الوالدين أن يقوموا بدعة الأصدقاء الذين يخلقون جوا من الطمأنينة والأمان للطفل، وأن يبعدها في هذه المرحلة عن الزملاء الذين يكثرون من النقد، كذلك يطلب منهم أن يبلغوا الأصدقاء بنفس السياسة أي تجاهل الخرس والصمت، وإبداء الاهتمام والتشجيع عند أي نشاط متصل بالكلام. ولكي تتسع بالتدرج دائرة التدعيم الاجتماعي قد يتلقى المعالج بالمدرسين والمشرفين على تعليم الطفل موجها لهم نفس التعليمات القائمة بشكل عام على إطفاء السلوك غير المرغوب (الخرس) من خلال التجاهل، والتدعيم الفعال للسلوك المرغوب (الكلام) أو النشاط اللفظي من خلال إبداء الاهتمام. أثنا قد نلاحظ لفرط دهشتنا أن الطفل الآن قد انطلق لسانه من عقاله وأصبح فيما لا يزيد عن أربعة أو خمسة شهور قادرا على التعبيرطلق الملائم لعمره الزمني.

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

إجراءات العلاج السلوكي بطريق التدعيم وأساليبه

من المهم بدء ذي بدء أن نبدأ أولاً: في التحديد الدقيق لأنواع السلوك التي نريد أن نقوم بتغييرها عن طريق التدعيم الفعال. وبطريق سكينر على

قوة التدريم

هذه المرحلة اسم التشخيص وفيها نقوم كما رأينا في الحالة السابقة للطفل الأياكم بجمع بعض المعلومات عن تاريخ الشخص، وعن الظروف التي أحاطت بتوليد السلوك الذي يحتاج للتعديل، كذلك يجب أن نولي اهتماماً للظروف البيئية الاجتماعية التي يعيش فيها المريض.

أولاً : مرحلة التشخيص

والإجراءات التي يقوم بها المعالج السلوكي في هذه المرحلة تختلف في أهدافها عما يقوم بها المحلل النفسي مثلاً. أن المعالج السلوكي يولي اهتمامه هنا لهذفين رئيسيين:

١- التحديد النوعي للسلوك المرضي .. أي ما هو السلوك الذي يتطلب العلاج والتغيير، ويسمى هذا السلوك المحوري (عجز عن الكلام، اضطراب فكري، تهتهة، هلاوس، اندفاع اففعالي، انسحاب، عدوان، خوف.. الخ) بعبارة أخرى فان المعالج في بحثه عن نمط الاستجابات المرضية يهتدى بالتعريف الشائع للسلوك المرضي على انه السلوك الذي لا يستريح له الفرد أو يؤدي إلى نتائج سيئة ومؤلمة أما لفرد نفسه أو لآخرين أو لكتلهم. وكل سلوك من هذا النوع يستدعي بالطبع التعديل والاهتمام والعلاج. أما المعالج بطريق التحليل النفسي فهو لا يهتم غالباً بالتحديد الدقيق الواضح لأنماط السلوك التي تحتاج للعلاج، ويهتم بدلاً من هذا بصياغة مفاهيم مجردة عن طبيعة الأعراض المرضية. فهو قد يرى مثلاً أن المريض «يتجلج» بسبب خوف قديم من الأب (عقدة أوديب)، أو يتوجه للتعامل مع جوانب السلوك التي تعود بالخطر على الآخرين على أنها دلالة على ضعف في بناء الضمير بسبب أساليب خاطئة في التنشئة، بينما يكون افتقاد المريض لتأكيد ذاته مع الآخرين راجعاً لما حاوله طفلية قديمة لم تحل في طفولة المريض .. وغير ذلك من المفاهيم التحليلية الشائعة.

لهذا فإن الخطة العلاجية للمحلل النفسي غالباً ما تهتمي بمحاولة التغيير من نمط الشخصية كلها على أمل أن ذلك يؤدي آلياً إلى علاج المشكلة أو الأعراض التي أدت للعلاج. أما المعالج السلوكي الحديث فسيولي اهتمامه للاستجابات المرضية أو للأعراض ذاتها راسماً خطته على هذا الأساس. ويكون هدفه هنا هو تدعيم السلوك الإيجابي وإيقاف السلوك المرضي بشتى أنواع التعلم.

2- الاهتمام المباشر بالظروف المحيطة بتكوين السلوك المريض (الذي أدى للعلاج) وهنا أيضا يختلف المعالج السلوكي عن المحلول النفسي في أنه لا يهتم بتاريخ المريض هكذا مجردا، بل أنه يولي اهتمامه لأنماط التفاعل بين الفرد والبيئة التي أحاطت بيدياهة تولد العرض. إذا اكتشف مثلا، أن عيوبا مرضيا معينا قد بدأ في بداية الالتحاق بالمدرسة، فإنه يحاول أن يتكشف الأسباب في إطار مفهوم الاستجابة والتدعيم، أي في البحث عن الأخطاء التربوية التي ارتكبت في حق هذا الشخص (بسوء نية أو بحسن نية) مما أدى إلى الاضطراب. وقد يكتشف أن البيئة المدرسية مثلا تدعم بطريقة غير مقصودة هذا السلوك بسبب الضغط، والدفع الشديد للتحصيل

وغير ذلك من العوامل التي تؤدي إلى آثار تعطل نمو السلوك السليم. وعند تعرض المعالج السلوكي لدراسة الآثار المباشرة للبيئة التي أحاطت بتولد العرض المرضي يهتم بإطاره النظري العام وهو أن السلوك المحوري (القلق مثلا) نتاج رئيسي لاستجابات البيئة للسلوك الانفعالي العام لدى الشخص.. أن البيئة المحيطة تستجيب للفرد بطريقة تؤدي لتدعم القلق والتوتر بدلا من تدعيم الاتزان الوجداني. أما المحلول النفسي فهو على العكس من ذلك تماما قد يهتم بتاريخ حياة الشخص، وتشجيع التداعي الطليق للطفولة وتكون هذه الأشياء هي المحور الأساسي للعلاج. أن هدف المحلول النفسي في هذا الاتجاه يتوجه باختصار لجمع المعلومات عن تاريخ حياة المريض دون اهتمام مباشر بأنماط الخطأ في تدعيم السلوك المرضي دون تحليل سلوكي للشروط المحيطة لتكوينه^(2*).

ثانياً: العلاج

يعترف الكثيرون بدور العلم في التشخيص، وجمع المعلومات عن المريض، والظروف المحيطة بتكوين الأعراض، وبكيفية عقد المقابلة الشخصية، ولضميم وضع الاختبارات التي تساعد على التحديد الدقيق للسلوك المريض. لكن الكثيرين قد يرون لسوء الحظ أن دور العلم يتوقف عند هذه النقطة، لكي يبدأ العلاج النفسي بعد ذلك متروكا لذكاء المعالج الشخصي، وخبراته وبصيرته، وقدرته على التأثير والحكم الجيد. ونتفق مع «سكيير» في أن هذا نموذج لسوء الفهم لدور العلم وتطبيقاته في السلوك الإنساني، أن دور العلم لا يقف عند مجرد وضع اختبار جيد للذكاء يساعدنا على

قوة التدعيم

تحديد نسبة التخلف العقلي، أو وضع اختبار للشخصية يساعدنا على تحديد طبيعة الاضطراب السلوكي ومقداره. أن جمع المعلومات هي الخطوة الأولى في التحليل العلمي من أي نوع. أما الخطوة الثانية فهي تتضمن وضع علاقات وظيفية بين المنبهات والاستجابات أي تحديد المتغيرات التي ستساعد على التغيير من سلوك أو نمط سلوكي معين. بعبارة أخرى تتركز المرحلة الثانية في ضبط تلك المتغيرات السابقة والتحكم فيها على أمل التغيير والتحكم في السلوك الناتج (الاضطراب السلوكي). والتحكم في السلوك المضطرب بإلغائه أو التخفف منه هو ببساطة العلاج النفسي. وبناء على هذا فإن العلم الجيد الملائم سيساهم مساهمة أكبر في العلاج لأن منطق العلم أساساً يقوم على التجربة وضبط المتغيرات.

وفي مرحلة العلاج يكون هدف المعالج السلوكي أساساً هو المساعدة على التحديد الدقيق لأنماط السلوك السوي التي يتوجه إليها اهتمام المريض (تأكيد الذات، التخلص عن العدوان، القدرة على رعاية تعاطي مخدرات أو مشروبات كحولية... الخ). كذلك مقدار شيوخ هذه الأنماط السلوكية الجديدة، أي تكرارها وظهورها أكثر من أنماط السلوك المحوري المرغوب تغييره والتخلص منه.

ويستعين المعالجون السلوكيون بأساليب متعددة لعلاج وتعديل السلوك المرضي.. وفيما يلي أمثلة لأهم الأساليب المستخدمة وتطبيقاتها:

أساليب التدعيم

تتضمن تطبيقات العلاج النفسي بالتدعم نفس الأساليب الخاصة بالتعلم الإنساني والحيواني. بعبارة أخرى فإن مفاهيم نظرية التعلم التي صاغها سكينر وتلامذته تستخدم في مجال تعديل الاضطرابات النفسية والعقلية. وعلى سبيل المثال هناك تقارير منشورة متعددة تبين أن بعض هذه المفاهيم قد أمكن توظيفها في المجال العلاجي ويؤدي بعضها إلى نتائج إيجابية واضحة. صحيح أن كثير من المفاهيم النظرية لم يمكن بعد توظيفها بنفس النجاح، إلا أن ما أمكن توظيفه يوحى بالأمل في مستقبل طيب في التعامل مع السلوك الإنساني المرضي. ولعلنا لا ننسى أن الدخول بنظرية التعلم إلى التطبيق العلاجي حدث في فترة متأخرة نسبياً عن

تطبيقات هذه النظرية في المجالات الأخرى، لكن النتائج حتى الآن توحى بأن تفيف هذه الأساليب يؤدي إلى تعديلات واضحة وملموسة في أنماط الاضطرابات والأمراض النفسية. وفي الأجزاء التالية سنناقش استخدامات بعض هذه المفاهيم في مجالات العلاج الفردي. ثم سنولي اهتماماً بعده ذلك لتوظيف تلك المفاهيم في مجالات العلاج الجماعي، أو الضبط الجماعي للسلوك المرضي في مؤسسات الصحة العقلية.

التدريم الأولي المباشر:

يتجه بعض المعالجين إلى تدريم الاستجابات المرغوبة بتقديم مدعمات أولية مباشرة مثل الطعام والشراب. بعبارة أخرى في هذا النوع من العلاج يتجه اهتمام المعالج إلى تدريم الاستجابة المرغوبة بإرضاء حاجة أو رغبة بيولوجية أو جوهرية فيبقاء الإنسان وتكامله. وبالطبع نتيجة لأن مثل هذا النوع من التدريم وحجبه (في شكل تدريم سلبي) محاط باعتبارات خلقية لهذا نتوقع عدم استخدامه في الحالات المرضية المعقدة.. ومع ذلك وبخطط معينة ذكية يمكن للمعالج أن يستخدم التدريم الأولي المباشر حتى في علاج الحالات المستعصية. فعلى سبيل المثال يمكن استخدام تدعيمات أولية ذات طابع ترفيهي مثل الحلوى والسجائر، والفاكهه في تدريم السلوك الجيد. ولقد أمكن لبعض المعالجين أن يقدموا بعض هذه المدعمات (حلوى - مشروبات غازية - سجائر) مع بعض المرضى البكم (أو الاشبه بالبكم) لتنمية القدرة على الكلام لديهم. وبالرغم من انه تبين نجاح هذا الأسلوب في زيادة معدل الكلمات المنطقية واستمرار ظهورها حتى بعد اختفاء التدعيمات وخروج هؤلاء المرضى من المؤسسة، فإن نسبة الكلام التي تتكون بهذه الطريقة غالباً ما تكون للأسف ذات طبيعة آلية، أو خلو من التلقائية. وتفق مع المعالجين المعاصرين في أن استخدام المدعمات الأولية المباشرة من أكثر المجالات العلاجية التي يثور حولها الجدل، خاصة فيما يتعلق بحقوق المرضى المحجوزين في المستشفيات. أن الامتناع عن تقديم الطعام أمر تحوطه اعتبارات خلقية وقانونية بطبيعة الحال. ولهذا يقدم بعض الباحثين حلاً وسطاً لهذه المشكلة باستخدام أنواع من الأطعمة الترفيعية أو المغلفة بشكل جذاب، وبعضهم يرى أن من حق المريض أن يتناول وجبة

غذائية ملائمة من حيث الشروط العامة للصحة، لكن إذا تعلق الأمر بحصول المريض على طعام ترفيهي فان عليه أن يتصرف بطريقة ملائمة حتى يحصل عليه، ثم أليس هذا ما يتطلبه المجتمع الخارجي ويعامل أفراده على أساسه؟.

التدريم الاجتماعي:

من أكثر أساليب التدريم العلاجي شيوعا في الوقت الراهن ما يسمى بالتدريم الاجتماعي، أي تلك الاساليب التي تتضمن التقديم المنظم للتدريم الاجتماعي مثل: المدح والتقرير والتوجيه وإبداء الاهتمام عند ظهور الاستجابة المرغوبة. ومن المؤكد ان التدريم الاجتماعي الإيجابي من العوامل التي تقوم بدور هام في الحياة الاجتماعية بشكل عام. وعلى سبيل المثال، فإن ارتفاع مستوى الاهتمام بالألعاب الرياضية بين أفراد مجتمعنا، وما يبعده من حماس نحو ألعاب كرة القدم مثلاً يقوم بدور فعال في زيادة حماس اللاعبين أنفسهم، ويسعد كثيراً من أفراد المجتمع نحو هذا المجال. وبنفس القدر تولي المجتمعات المتقدمة اهتماماً للإنجاز العلمي والنجاح الأكاديمي، فتقيم الجوائز التشجيعية، والمنح الدراسية، وتسترشد بآراء متقيها، وتوجه نحوهم الأضواء، وهي بالتالي تشجع الروح العلمية وتجذب اهتمام كثير من الشباب الصغار نحو هذا المجال. ترى كيف يمكن أن يكون حالنا لو أتنا قدماناً من التدريم الاجتماعي لمجالات الفكر والثقافة والعلم نصف ما نقدمه للمجالات الأخرى؟.

وفي المجال العلاجي رأينا نموذجاً لاستخدام الاهتمام والتوجيه في حالة الطفل الأبكم عندما كانت تصدر منه مظاهر جوانب من النشاط اللفظي أو اللغوي. ويلعب المعالج (كمدعم اجتماعي) في جلسات العلاج النفسي دوراً هاماً في تأكيد وإبراز جانب السلوك التكيفي، مثال هذا أن يقوم بتشجيع شيوخ الأفكار المنطقية المعقولة في المرضى العقليين بشتى أنواع التشجيع والتحبيب وإبداء الاهتمام كما في المثال الآتي:

المريض (وهو مريض عقلي فصامي، مضطرب التفكير): أنتي لا أعرف في الحقيقة مشاعري نحو والدي.. نعم أنا اعرف انهما يحبانني ويهتمان بي.. ويبدين اهتماماً بي في كثير من المواقف، لقد تلقيت منهم هدية

لطيفة في الأسبوع الماضي.

المعالج: (يشعر بان المريض هنا يقدم تعليقا اجتماعيا صحيا، يقف، ويوجه كل اهتمامه للمريض، يبتسם برقه وتشجيع): جميل معنى هذا انك ت يريد أن تقول بان «والدي يحباني بدليل انهما يبديان اهتماما بي وبرعايتي».

المريض: هذا صحيح. لكن هناك شيئا يحيرني يا دكتور، لماذا يأمر والدي العمال بان يضعوا أدوات الترفيه في وسط الطريق.

المعالج: (يشعر بان المريض قد عاد لاضطرابه الفكري غير المنطقي، يسعل بدون اهتمام، يلقي بنظره بعيدا نحو النافذة، ويفير موضوع الحديث):
كيف قضيت إجازتك في الأسبوع الماضي؟^٦

ولأن من المعتقد أن التدريم الاجتماعي بالانتباه والمدح والتحبيذ يلعب دورا هاما في شيوع أنماط السلوك المحوري أو المرغوب فان هناك بعض الباحثين ممن يرون بان التدريم الاجتماعي عندما يكون مصحوبا بمدعمات ملموسة (مكافأة مادية مثلا) بطريقة منتظمة تزداد آثاره التدريمية اكثر مما لو قدم وحده. ومع ذلك فان هناك من يرى أن التدريم الاجتماعي القائم على المدح والتحبيذ يعتبر في حد ذاته ذا اثر فعال بالنسبة لكثير من المرضى حتى دون أن يكون مصحوبا بمدعمات مادية أخرى، وانه عندما يستخدم بعنایة يمكن أن يؤدي وحده إلى تغيرات محسوسة في السلوك المرضي. وخير مثال على ذلك حالة المريض الفصامي (السيد س) التي عرضنا لها في الصفحات السابقة، والتي تصور لنا الإمكانيات المختلفة التي يمكن أن يتطور إليها السلوك عندما نولي اهتماما للسلوك المرغوب وتجاهله السلوك غير المرغوب.

كذلك تبين أن تجاهل السلوك المرضي بين الفصاميين قد أدى إلى تعديلات ملحوظة في جوانب الاضطراب التي تظهر منهم. فقد ثبت في إحدى الدراسات⁽²⁾ وجود تغيرات ملموسة، وتناقص ملحوظ في نسبة الهلاوس (السمعية والبصرية) والتفكير غير المنطقي والمفكك في مريض فصامي نتيجة لمجرد الابتعاد عن المريض عندما تحدث مثل هذه الأنماط السلوكية (الهواجس والتفكك في التفكير) والاقتراب منه مع الاهتمام والحماس عندما يتحدث بطريقة مرغوبة (خلو من الهلاوس وبقدر مرتفع

من التماسك).

وفي حالة أخرى لمريض فصامي، عزف عن تناول الطعام في المستشفى (دون سبب واضح) حتى أصبح بهزال شديد، وتناقص وزنه إلى أن أصبح في وقت ممارسة العلاج لا يزيد عن ثمانية وخمسين رطلا (ما يقرب من ستة وعشرين كيلو جرام)، استطاع المعالج باستخدام أسلوب الاهتمام عندما يتوجه المريض للطعام، والتجاهل عندما يعزف عنه أن يساعد المريض على تكوين عادات غذائية سليمة فيما لا يزيد عن خمسة أيام⁽³⁾.

كما استخدم أسلوب المدح في محاولة ناجحة لزيادة الوعي بالعلاقات الشخصية والاجتماعية وتدريبها بين مجموعة من المرضى العقليين بمفرد تعليم المرضى بأسماء المرضى الآخرين والأشخاص الآخرين في البيئة⁽⁴⁾. ويستخدم التدريم الاجتماعي واللفظي في علاج عيوب الكلام التي تنتج بسبب عوامل اجتماعية سيئة، وذلك بالتقليل من تلك العوامل الاجتماعية أو التخلص منها مع تكوين أنماط صحية جديدة من العلاقات الاجتماعية تساعده على اختفاء عيوب الكلام.

ويستخدم أسلوب التجاهل بنفس النجاح في تعديل المشكلات التي يبديها الأطفال كالبكاء والعناد والتدريب على الإخراج والعدوان وغير ذلك. لقد أمكن، على سبيل المثال إيقاف طفل في الرابعة من عمره في مدرسة للحضانة من نوبات بكاء مستمرة وصرارخ دون سبب بمجرد تجاهله عندما يبكي وإبداء الاهتمام والرعاية به عندما يتوقف عن ذلك، وذلك في فترة لا تزيد عن خمسة عشرة يوما. ويعمل المعالج السلوكي الذي قام بعلاج هذا الطفل على ذلك في العبارة الآتية:

«لقد لاحظنا الطفل لأيام متعددة عندما طلب منا مساعدة المشرفين على دار للحضانة لمساعدتهم في إيقاف بكائه وعوبله المستمر دون سبب واضح. وفي طوال الفترات التي لاحظنا فيها الطفل قمنا بتسلسجيل 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. وأكتشفنا أثناء ملاحظاتنا أيضاً أن نوبات البكاء والصرارخ التي كانت تتملك الطفل كانت تشد اهتمام المدرسين مباشرة فيهرعون له محاولين إسكاته وملاحظته حتى يتوقف عن البكاء».

«لقد أمكن باستخدام التدعيم الإيجابي عندما يندمج الطفل في نشاطه العادي والتجاهل عندما يبكي أن توقف نوبات بكاء الطفل تماماً في خمسة عشر يوماً. لقد توقف الطفل عن إبداء أي مشكلات نتيجة لهذا الأسلوب البسيط»⁽⁵⁾.

والحقيقة أن استخدام أسلوب التدعيم مع مشكلات الأطفال يتم بنجاح كبير فيما تثبت غالبية البحوث المنشورة عن هذا الموضوع. ويبدو أن السبب الأساسي في هذا يرجع إلى سهولة ضبط البيئة المحيطة بالأطفال أثناء العلاج. لكن المشكلة التي تواجه المعالج السلوكي تتركز أساساً في المنزل. ذلك أنه، يجب أن تكون البيئة المنزلية متفهمة لأساليب العلاج السلوكي وأساسياته النظرية حتى يتم في المنزل تعليم التغيرات الملحوظة في العيادة، وبالتالي في العالم الخارجي.

لهذا يولي المعالجون اهتماماً ملحوظاً لتدريب الآباء أو المشرفين في المؤسسات على المبادئ الأساسية لتعديل السلوك. وهنا من المهم أن نشير إلى أن كثيراً من الآباء يعتبرون مسؤولين مسؤولية رئيسية عن ظهور المشكلات السلوكية لدى أطفالهم لعجزهم عن ضبط هذه المشكلات بأساليب آلية بسيطة كالتدعم. ولهذا يلجأ المعالجون إلى تعليم الآباء والمشرفين المبادئ الرئيسية العلمية لتعديل السلوك في لغة بسيطة. ويضمنون توجيهاتهم شرحاً بسيطاً لبعض تجارب التعلم بالكافأة والخطأ، والتماثل بين الإنسان والحيوان في كثير من المحددات البيئية للاستجابة، كذلك يوضّحون لهم أنهم، أي الآباء، مسؤولون عن تكوين هذه المشكلات من خلال أنماط التدعيم الخاطئة التي يكشفونها للطفل عندما يظهر منه سلوك غير مرغوب.

ولتدريب الآباء والمهتمين تدريباً فعالاً على استخدام التدعيم تستخدم بعض المراكز للعلاج النفسي في الولايات المتحدة حجرات ملاحظة تسمح للمعالج بمشاهدة كيفية التعامل بين الآباء والأبناء. وتصنع هذه الحجرات بحيث أنها تسمح لمن هو خارجها (المعالج) أن يشاهد ما يدور بداخلها، بينما لا يستطيع من بالداخل أن يرى المعالج الذي يلاحظ ما يدور (بين الأم والطفل مثلاً). والهدف من هذه الحجرات فيما هو واضح ملاحظة السلوك في جو طبيعي غير مصطنع وبحيث لا يعرف الطفل أو الأطفال أن هناك ما يلاحظ تصرفاتهم في الخارج. وغالباً ما تكون هذه الحجرات مزودة

بسماعات لاسلكية، يمكن من خلالها أن يوجه المعالج تعليماته للأب أو الأم بشكل مباشر عندما تصدر منهم أنماط خاطئة من السلوك مقترباً إليهم استخدام أنماط جديدة من الاستجابات. والمثال التالي يوضح لنا كيف يتم ذلك في حالة أم تشكو من كثرة بكاء طفلها، ونشاطه العشوائي:

«الأم في داخل الحجرة الزجاجية تقرأ في الجريدة الصباحية، بينما ابنتها ذو الربع الخامس يلعب على بعد متر منها ببعض المكعبات. جاءت الأم بالطفل لمراكز العلاج النفسي لعجزها عن تعديل بعض المشكلات التي أخذت يثيرها الطفل منذ عامين: فهو كثير البكاء، ولا يكتفى عن النشاط العشوائي والحركات الزائدة مما سبب للأسرة كثيراً من التعبasse. المعالج السلوكي خارج الحجرة يشاهد ما يدور بداخلها. ويحدث عندئذ الحوار الآتي:

الأم (داخل الحجرة): أني أحب هذا البناء الذي أقمته بهذه المكعبات.

الطفل (يهد البناء بغضب): لكنه لا يعجبني إطلاقاً.

الأم: جائز.

الطفل (ينخرط في نوبة بكاء ونهانه): لماذا قلت انه يعجبك ؟ لماذا ؟ الأم (توشك على الاستجابة عندما يتحدث لها المعالج من خلال السماعات اللاسلكية المثبتة بأذنيها بحيث لا يراها الطفل).

المعالج (متدخلاً): لا تستجيب لي بكائه، استمري في قراءاتك. الطفل يرتفع بكافؤه ووعيله): أنت لماذا لا تجيبي ؟

الأم (تبعد الجريدة. توشك أن تستجيب لبكائه).

المعالج: لا تهتمي. استمري في التجاهل والقراءة. رجائي أن تتجاهلي الآن هذا البكاء مهما بدا لك هذا صعباً. دعينا نرى ماذا يحدث بعد ذلك.

الطفل (يعود لمكعباته يستأنف اللعب بها بهدوء. بعد لحظات قليلة يقول: «مامي هل يمكنك أن تساعديني في بناء هذا الجزء من المكعبات».

المعالج (للام من خلال السماعة اللاسلكية): الآن يمكنك أن تساعديه وأن تبدي له اهتمامك لأنه لا يبكي.

الأم (تنجه نحو الطفل)، بكل سرور يا حبيبي طلما أنك تطلب معونتي دون بكاء. وبطريقة لطيفة.

المعالج: (لام) هذه استجابة جيدة».

في هذا المثال السابق يتضح لنا أن مجرد مخاطبة الألم مباشرة يساعدها على توضيح معنى التدعيم، ويبين لها بصورة محسوسة كيف أن طرق تعاملها السابقة لا تصلح لمعالجة السلوك غير المرغوب. كذلك يبين لنا أن المعالج يدعم بدوره الاستجابات الملائمة كما تصدر عن الألم، ويصحح لها الاستجابة الخاطئة. وفي حالات كثيرة عندما يعجز الآباء أو المشرفون على الأطفال عن التقاط السلوك الملائم، قد يتوجه المعالج بنفسه لداخل الحجرة الزجاجية وتنتقل الألم لخارجها حتى تشاهد كيف يتعامل المعالج مع الشخص صاحب المشكلة، ويسمى هذا تعديل السلوك من خلال الاقتداء ومحاكاة الطرق السليمة في التصرفات.

وعلى العموم، فإن التدعيم الاجتماعي يعتبر عنصراً قوياً من عناصر التغيير في سلوك المرضى النفسيين والعقليين، فضلاً عن المتخلفين عقلياً. لكن هذا لا يمنع من التحذير من نقاط معينة سنتحدّث عنها عند الحديث عن المشكلات العملية والأخلاقية التي يشيرها استخدام التدعيم في الوقت الحالي.

متى يكون التدعيم فعالاً؟

والآن فالرغم من ضرورة التدعيم لأحداث التعلم والتغير، فقد لا يكون أحياناً فعالاً. فقد ينشط أحد الأطفال في الظهور بمظهر جيد إذا ما وعدته بقطعة نقدية، بينما لا يؤثر ذلك في سلوك طفل آخر. ونفس الطفل قد تختلف استجاباته نفس المدمع من وقت إلى آخر. فقد يتوقف عن البكاء إذا قدمت له قطعة من الحلوي، لكنه قد لا يفعل ذلك في موقف آخر لا يكون فيه جائعاً أو محطاً لهذه القطعة. ويدل هذا على أن التدعيم لكي يكون فعالاً يجب أن تتوافر فيه بعض الخصائص.

فالشيء المستخدم كتدعم يجب أن يكون محبوباً ومرغوباً من الشخص، أي يجب أن تكون له قيمة ما عند الشخص. وهذه القيمة هي التي ستحدد ما إذا كان الشخص سيبذل جهداً للحصول على الشيء. فبعض الناس خاصة الأطفال وضعاف العقول) يبذلون أعظم الجهد في مقابل المأكولات والحلوى، وبعضهم يفضل تقدير الآخرين. وبعضهم يفضل كلمات مدحه بسيطة، وبعضهم يفضل المركز الاجتماعي والبعض يفضل الاندماج في

نشاط اجتماعي بناء. وفي حالات متعددة يصل التدريم لدرجة مجردة كما في حالة الفنان المبدع الذي يسعده أن يجد تقديرًا لفنه أو أن يجد أن عمله قد أحدث بعض التغيير في بيئته. يتطلب هذا إذن أن يكون التدريم موجهاً ومرتبطاً بالفروق الفردية.

وتثير النقطة السابقة سؤالاً أكثر عمقاً وتعلق بالسبب الذي تختلف فيه المدreas من شخص إلى آخر. لماذا يفضل بعض الأطفال الحلوي، بينما يفضل بعضهم الآخر قطعة نقدية، أو لعبة؟ وبين البالغين، لماذا يكون المال هو المدعم الرئيسي بينما يكون المركز الاجتماعي أو الشهرة هي المدعم لدى البعض الآخر؟ يمكن القول بشكل عام أن الخصائص التدريمية للأشياء تختلف من شخص إلى آخر بسبب احتياجات هذا الشخص، وبحسب ظروفه الاجتماعية السابقة. ومن الشيق أن نشير إلى بعض التجارب التي بينت أن نتائج التدريم تتفاوت بتفاوت الطبقة الاجتماعية للشخص. من هذا دراسة أجراها بريماك (Premack)⁽⁶⁾ على أطفال من الطبقات المتوسطة. بينت أن إعطاء قطعة من الحلوي لا يؤدي إلى تدريم السلوك المرغوب كالاستمرار في أداء لعبة معينة، بل على العكس تبين له أن اللعب بلعبة معينة هو الذي يقوم بدور المدعم لتناول قطعة الحلوي. ويختلف هذا الاتجاه في أطفال الطبقات الفقيرة، حيث تبين له أن قطعة الحلوي تقوم بدور تدريمي للاستمرار في اللعب (الأرجح). بعبارة أخرى فإن تعديل سلوك الأطفال في الطبقات المتوسطة يجب أن يتخذ سياسة تدريمية تختلف عن تدريم الأطفال في الطبقات الفقيرة. ومن العوامل التي تساهم في فاعلية التدريم سرعة تقديم التدريم أو ما يسمى بالتدريم الفوري أثر الاستجابة أو السلوك المرغوب. ذلك لأن الشخص يتعلم السلوك في وقت إعطائه التدريم، فإذا تأخر التدريم عن ذلك فقد يفقد دلالته، لأنه قد يأتي فور الانغماس في شكل سلوكي آخر غير السلوك الذي ترغب في حدوثه. لنفرض أننا طلبنا من طفل شديد الحركة وعنيفها أن يهدأ في مقابل مدرب معين (قطعة حلوي مثلاً) فجلس بهدوء، وتتأخرنا في إعطاء التدريم للحظة، فبدأ الطفل يعيث في قطعة أثاث مجاورة، وأعطيته التدريم أثناء هذا، فإن أثر التدريم قد ينصرف على هذا الفعل الأخير. ونظراً لأن الطفل يتعلم السلوك الحادث في وقت إعطائه التدريم فقد لا يتعلم العمل

المطلوب (وهو الهدوء) بل يتعلم السلوك الذي حدث أثناء تقديم المتأخر وهو العبث في قطعة الأثاث المجاورة.

ويصور الروائي التشيكى «فرانز كافكا» حالة طريفة مماثلة تبين ذلك بوضوح. فقد كان هناك كلب - يعيش في حظيرة محاطة بسور مرتفع - يتبول ذات يوم عندما ألقى بالصدفة عظمة من فوق السور. فاعتقد الكلب أن تبوله قد جعل العظمة تظهر، فكان بعد ذلك كلما أراد شيئاً ليأكله يرفع رجليه. مما يدل على أن السلوك قد يحدث بسبب إدراك العلاقات العلية بين الأحداث التي تقع في وقت واحد، حتى ولو كانت لا ترتبط منطقياً⁽⁷⁾. ويعزز هذا ضرورة أن يكون التدعيم فورياً حتى يرتبط بموضوعه. لكن من المستحيل أحياناً أن تقدم التدعيم الفوري دائماً، خاصة إذا ما كان من طبيعة مادية كطعام أو شراب أو لعبة. لهذا يمكن سد هذه الثغرة بإعطاء وعد بالتدعم (مع تفزيذ ذلك فيما بعد)، أو بتدعيم لفظي أو وجداني فوري، فالربت على الظهر، أو العنق، أو كلمة تشجيع قد تفي بالغرض.

كما تتوقف فاعالية التدعيم على طول المدة التي مرت على الشخص وهو لا يتلقاه، فتقديم السجائر في حالة المريض (س) كان يمكن أن لا تكون مفيدة لو انه استطاع خلسة وبوسائله الخاصة أو من خلال زيارات الأقارب أن يحصل كل يوم على ثلاثة على سجائر مثلاً، وهكذا فتمنية طفل بقطعة حلوي لا تكون مثيرة له اثر أكبر قطعة كبيرة من الجاتوه. والمرء الذي يحرم من شيء يشوق لهذا الشيء أكثر من غيره. ولهذا نستطيع أن نجعل التدعيم أكثر فاعلية أو قوة بإبعاد الشيء المدعم قبل البدء في عملية علاج أو تعديل سلوكي معين. ولأمر ما يسيء رجال السياسة المحترفون استخدام فرض الحرمان عن طريق حجب بعض الخدمات المتاحة للمواطنين، ثم يبيحونها من جديد حتى تبدو وكأنها منحة وإصلاح مقدم لمواطنيهم. لهذا سنخصص في نهاية الفصل كلمة عن الاعتبارات الخلقية في استخدام التدعيم.

وتدعيم الاستجابة أو السلوك المرغوب بين الحين والآخر - ويسمى بالتدعيم المقطعي - افضل وأكثر فاعلية من التدعيم المستمر الذي يتم بتدعيم الاستجابة في كل مرة تحدث فيها. وتبين تجارب «سكينر» في هذا الصدد أن السلوك الذي يكتسب بفعل التدعيم المقطعي يكون استمراه أكثر

من السلوك الذي يكتسب بفعل التدريم المستمر. وعلى سبيل المثال، كان «سكيبر» يقوم في إحدى تجاربه على الحيوانات بعملية تدريم مستمرة لبعض الاستجابات بتقديم الطعام فوراً (تدريم مستمر) وفي كل مرة ينبعج فيها الحيوان بالضغط على مزلاج (أو أي استجابة أخرى يحددها المجرب). ويقارن ذلك بحيوان آخر يتم تدريم نفس الاستجابة لديه (الضغط على المزلاج) ولكن بفعل التدريم المقطوع (الضغط على المزلاج يؤدي إلى ظهور الطعام بين الحين والآخر). فلاحظ تفاوتاً شديداً بين الحيوانين. ففي الحالة الأولى يستمر الحيوان في إظهار الاستجابة بعد اختفاء التدريم (الاستمرار في الضغط على المزلاج دون إعطاء الطعام) لثلاثمائة مرة يتوقف بعدها الضغط على المزلاج. أما في حالة الحيوان الآخر الذي اكتسب هذا السلوك بفعل التدريم المقطوع فقد استمر الحيوان في إظهار الاستجابة لستة آلاف مرة قبل أن يتوقف، وهو عدد أطول بكثير من عدد المرات في حالة الحيوان الذي تدربت لديه الاستجابة بفعل التدريم المستمر. وكذلك الأمر بالنسبة للسلوك البشري الذي نرغب في إكسابه للأخرين أو اكتسابه بالنسبة لنا نحن. فتعليم الطفل مثلاً لبس ملابسه بفعل التدريم المقطوع، المدح بين الحين والآخر كلما نجح في لبس حذائه مثل، يؤدي إلى اكتساب المهمة الجديدة بطريقة أسرع وأفضل مما لو كنا نسرف في إعطاء التدريم بصورة مستمرة.

ولا يتعارض التدريم المقطوع مع فكرة التدريم الفوري التي أشرنا لها. فقد يكون التدريم متقطعاً وفوريًا في نفس الآن، بل أن من الواجب كذلك إذا ما كنا نصبو إلى جعل التدريم قوي الفاعلية.

مشكلات يشير لها استخدام التدريم في تعديل السلوك البشري

الآن وقد عرّفنا معنى التدريم وأساليبه، والعوامل التي تؤدي إلى فاعليته، أصبح الطريق ممهداً للحديث عن بعض المشكلات التي يشيرها استخدام هذا الأسلوب بالنسبة لأخصائي العلاج بالتدريم وبالنسبة للرأي العام أيضاً.

فمن ناحية نجد أن المعالجين السلوكيين في الفترات المبكرة من اكتشاف

نظيرية «سكيتر» 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 بتدعمه. وقد أدى ذلك إلى الإهمال التام لإمكانية أن يكون السلوك نتيجة لشروط سابقة، أو ربما يكون المريض قد قام بهذا السلوك بطريقية متعمدة. وفي مثل هاتين الحالتين يصعب أن يؤدي التجاهل إلى إزالة هذا السلوك، بل على العكس قد يؤدي إلى مزيد من الاستجابات السلبية. افرض أن مريضا فحصانيا قد أعطي عقاراً لتهذبته فأصيب بعد هذا ونتيجة للدواء بمظاهر سلوكية منها التبلد والميل للنوم والتقاعس. إن تعديل هذه الأنماط السلوكية دون التوقف عن إعطاء الدواء قد يؤدي إلى نتائج سيئة تماماً. وبالمثل فإن الاهتمام بأشكال السلوك الشاذة التي تظهر لدى شخص يحاول أن يدعى المرض للحصول على مكافأة ثانوية لن يؤدي إلى تناقص في أنماط السلوك الشاذة بل قد يؤدي إلى زيادةها وتدعيم السلبي منها أكثر فأكثر. لهذا فيجب على من يقوم بالتدعيم سواء كان معالجاً أو شخصاً عادياً أن يهتم بخلفية الأضطراب السلوكي والاهتمام بالشروط السابقة على ظهوره.

أضف إلى هذا مسألة الفروق الفردية في القابلية للتغيير في هذا الاتجاه أو ذاك نتيجة للتدعيم الاجتماعي. فالتدعيم الاجتماعي بالدح مثلًا قد يؤدي إلى نتائج سلبية مع بعض المرضى خاصة المصابين بالبارانويا وبعض حالات الهستيريا، لأن لفت الانتباه هو ما يصبو إليه هؤلاء المرضى، وهو عينه ما نقدمه لهم في أي خطة علاجية تقوم على التدعيم. ويتحسن أداء بعض المرضى ويزداد إذا ما استخدمنا معهم التدعيم السلبي (التجاهل) أو النقد. لهذا فيجب أن تكون حساسين لمسألة الفروق الفردية هذه عند التفكير في التخطيط لأي برنامج من التدعيم.

قضية أخرى يواجهها المعالجون بالتدعيم، وتمثل في مدى تعميم ظهور الاستجابة المرغوبة في موقف الحياة الأخرى بعد تفعيلها في العيادة، أو في مركز العلاج النفسي. خذ مثلاً حالة طفل مصاب باللجلجة وعسر الكلام، فاستطاع المعالج الملم بقواعد التدعيم والعلاج السلوكي أن يساعد الطفل بالتدريج على التخلص من السلوك غير المرغوب (اللجلجة) وتعلم أنماط جديدة من الطلقة ويسر التعبير. الواضح أن المعالج حتى هذه

اللحظة قد نجح في إحداث سلسلة من الاستجابات المرغوبة، وهي الطلقافة في التعبير والتخلص من التهتهة، لكن كل ذلك تم أما في عيادة المعالج، أو في مركز العلاج النفسي. والسؤال الآن: ماذا يحدث لهذا السلوك الجديد الذي اكتسبه الطفل؟ انه سيخرج من حجرة المعالج للمنزل وللأصدقاء القدامى، والمدرسة وهم كما هم بنفس أنماطهم القديمة في التعامل معه. هل ستستمر استجاباته السوية وتتطور كما كان متوقعا لها؟ أم إن الظروف الاجتماعية الأصلية التي ساعدت على ظهور اللجلجة ستكتف بالسلوك السوى، وتخلق «اللجلجة» من جديد؟ بعبارة أخرى، فان نجاح العلاج يجب أن يتبعه اهتمام بما يأتى:

1- تعميم أنماط السلوك السوى واستمراره في النمو والتطور في مواقف خارجية، لأن هذا هو محك العلاج: الفاعلية لا في حجرة العلاج النفسي، بل الاستمرار في الفاعلية خارجها، ومع أشخاص آخرين، وفي مواقف اجتماعية أشمل وأكثر تركيبا.

2- تأكيد السلوك السوى الجديد وذلك بان نضمن استمراره في وجه الخبرات الجديدة التي قد يكون من شأنها كف المريض وإرغامه على العودة للحالة السابقة.

ونتيجة لهذا يقترح البعض⁽⁸⁾ شروطا تساعده على استمرار النتائج الإيجابية للتدعيم منها: أن يكون الموقف العلاجي مشابها إلى حد بعيد للبيئة الطبيعية الاجتماعية التي تحيط بالمضطرب. وبهذا سيسهل على الشخص أن يعمم استجاباته السوية للبيئة بيسر وسهولة. ولهذا فمن الأفضل أن تتم إجراءات تعديل السلوك في البيئة نفسها. وبيدو أن هذا الاقتراح يمكن وراء حركة العلاج الأسرى التي أخذت تجتاح الولايات المتحدة وأوروبا في الحقبتين الأخيرتين. حيث ينتقل المعالج (أو المعالجة) لأسرة المريض لفترات تتراوح من 24 ساعة إلى أسبوع لكي يلاحظ-أو تلاحظ-أنماط التفاعل في داخل الأسرة نفسها وموتها نصائحه على هذا الأساس. وبهذا لا يقوم المعالج بتعديل سلوك المريض وحده بل بتعديل سلوك كل من يحيطون بالمريض، أو بالأحرى فإنه لا يقوم وحدة عملية العلاج بل يتحول البيئة المحيطة كلها إلى بيئه علاجية صالحة لقبول الجيد وتطويره.

ذلك من الأفضل تدعيم الاستجابات الجديدة بأكبر قدر ممكن

حتى تصبح متماسكة وقوية، وقدرة على مواجهة الصعوبات، والخبرات الاجتماعية السيئة. فالشخص الذي أمكن له أن يتعلم أساليب الثقة بالنفس وتأكيد الذات، قد يواجه في البداية بعض الشراسة من زملاء أو رؤساء العمل، أما لأن تعلمه للسلوك الجديد لم يصبح جيداً بعد، أو لأن زملاء العمل ورؤسائه قد اعتادوا منه على شكل مختلف من التصرف أو لکلا السببين. ولتجنب الكف والعودة إلى النمط المرضي السابق، فإن الاستمرار في تدعيم الاستجابات الجديدة سيمنحها من القوة والتماسك ما يجعلها قادرة على مواجهة رياح التحدي. وعلينا هنا لأن ننسى مبدأ الحلقة المفرغة في العلاج الذي سبق لنا الإشارة إليه، ولكن على أن تحوله للصالح الفردي والاجتماعي. فالقوة في اكتساب العادة الجديدة، ستغير من إدراك البيئة الاجتماعية للشخص، وستضيف بالتدريج مدعماً إيجابياً جديداً لتقوية السلوك الجديد وتطويره، ربما بسبب تقبل أنماط السلوك الجديدة، والاعتياد عليها، والبدء في التعامل مع الشخص بطريقة محترمة مثلاً.

ومن جهة أخرى يوافق كثير من المعالجين السلوكيين على إضافة أساليب أخرى لزيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب الجديد، وتأكيد فاعليته واستمراره، منها: إخضاع المريض في داخل مختبر أو حجرة العلاج لضروب شتى من التوترات والإحباطات المشابهة للإحباطات التي سيواجهها في الخارج. ومن المتفق عليه الآن أن تقديم جوانب أو خبرات مشابهة لخبرات البيئة الاجتماعية ببطء وبالتدريج، سيساعد المضطرب على التحكم في البيئة ومواجهتها بقوّة بعد ذلك.

أضاف إلى هذا أن النجاح يخلق نجاحاً أكبر، فالشخص الذي ينجح في اكتساب شكل سلوكي جديد (تأكيد الذات، أو العلاقة في التعبير عن النفس) النفس سينجح في اكتساب أشكال أخرى من السلوك لم تكن في الأصل موضوعاً للعلاج. وهذه حقيقة ثبتتها عشرات البحوث في هذا الميدان البكر. فتحن الآن نعرف - على وجه اليقين - أن النجاح في التخلص من سلوك سيئ (اللجلجة) يصاحبه نجاح مماثل في سمات شخصية مثل انخفاض القلق العام، وزيادة الثقة بالنفس، والإيجابية.. الخ⁽⁹⁾ ومن شأن هذه النجاحات الثانوية أن تلعب دور المدعمات الإضافية الجديدة التي تزيد من قوة السلوك الجيد. وقد أمكن في إحدى التجارب دراسة آثار

التعريم على أنماط سلوكية جديدة. فقد تبين أن النجاح في تدعيم الاتجاهات الإيجابية نحو الطب والأطباء لدى مجموعة من الطالبات صحبه مزيد من الرغبة لديهن في المساهمة في التجارب الطبية، وفي أداء المقاييس الطبية⁽¹⁰⁾ لأغراض البحث العلمي في ميدان الطب. ونعلم من دراسات التفكير الإبداعي أن تدريب الأفراد على التخييل ونحوهم فيه يصحبه ازدياد في الثقة بالنفس، وبالسيطرة في المواقف الاجتماعية. وهناك ما يؤكد أن هذه التغيرات الجديدة تقوم بتشجيع وتدعيم الاستجابات التكيفية الجديدة التي أثارتها⁽¹¹⁾.

وفي حالات كثيرة قد يتذرع الوصول إلى مدعم مناسب لبعض الأشخاص إما لصعوبات عملية، أو لأن مدعمات هذا الشخص تصل لدرجة من التركيب بحيث يتذرع خلقها له. وتمثل تلك النقطة مشكلة يواجهها عالم العلاج النفسي الحديث. ومن رأى أحد العلماء أنه يمكن تحويل كثير من النشاطات والاستجابات التي تصور عن الشخص إلى مدعمات مناسبة إذا ما ربطناها بدوافعه العامة. بعبارة أخرى فإن المدعم نسبي، ولا توجد مدعمات مطلقة. ولهذا يلجم المختصون في إدارة المرضى العقليين في المستشفيات النفسية بأمريكا إلى ضبط الجوانب المدمرة من سلوك مرضاهم بشيء مماثل. وعلى سبيل المثال أمكن استخدام التوقف عن العدوان، وانتهاج سلوك عاقل في التعامل مع الزملاء من المرضى الآخرين والأطباء كمدعم نتيجة لربطها ببعض الدوافع العامة لدى المرضى مثل الخروج من المستشفى في نزهة أو المساهمة في نشاط ديني أو اجتماعي في داخل المستشفى، مشاهدة فيلم سينمائي.. الخ.

ومرة أخرى، يقوم رجال السياسة (بدافع الرغبة في ضبط سلوك الناس) بأشياء من هذا القبيل بان يدعموا استجابات الخضوع والطاعة والحصول على تأييد المواطنين بربط هذه الاستجابات ببعض الاحتياجات والدوافع العامة السائدة لدى البشر، كتولي منصب جديد، أو خلق وظائف وكادرات وظيفية جديدة يشغلها من يبدون الطاعة لحكومتهم.

اعتبارات أخلاقية

ويقودنا هذا الكلام إلى مشكلة أخلاقية تتعلق باستخدام التدعيم..

فالتدعيم فيما يرى القارئ قانون من قوانين الحياة ساعد العلم على اكتشافه وبلورته . والقانون - كأي قانون - قد يستخدم بحكمة، كما قد يستخدم بطيش. أنتا نعرف مثلاً أن قوانين انشطار الذرة يمكن أن تستخدم بحكمة فائقة اليوم في أغراض سلمية وطبية، ولكن نفس هذه القوانين استخدمت في إبادة عشرات الآلاف من البشر في «هiroشيمما» و «نجازاكى» بطيش لم يسبق له مثيل في تاريخ البشرية.

كذلك الأمر فيما يتعلق بالتدعيم. مما عرضنا له حتى الآن فيما يتعلق باستخدام التدعيم إنما يشير إلى صورة مشرقة وإيجابية في ضبط جوانب الهدم والتدمير الذاتي والاجتماعي في سلوك البشر (العصاب والذهان). وقد رأينا أن كل البحوث التي عرضنا لها تعطي - كلياً أو جزئياً - نتائج إيجابية.. ولا شك في أن هذا يدل على أن الإسلام بقواعد التدعيم يعطينا سلاحاً قوياً لمواجهة المشكلات السلوكية والاجتماعية. لكن السلاح فيما أشرنا تتوقف فاعليته دائمة على من يحمله: فهو في يد رجل البوليس حماية ودفاع وتحقيق للأمان (أو هكذا على الأقل يجب أن يكون)، لكنه في يد قاطع طريق أو لص قوة للعدوان والتدمير. والحكومات تواجه هذا بسن قوانين حيازة الأسلحة وإحرازها وتضع عقوبات قاسية لاستعمالاتها السيئة. وهذا نفسه ينطبق بصورة ما على العلاج السلوكي بالتدعيم (أو بغيره)، لكن ما تسميه الحكومات بقوانين حيازة الأسلحة وإحرازها نسميه نحن بالاعتبارات الأخلاقية. ولعل أول مبدأ خلقي للعلاج - السلوكي أو الفرويدي أو أي شكل آخر - ضرورة أن تكون قوانين تعديل السلوك والعلاج موجهة أساساً لخدمة المريض وبالتالي خدمة الآخرين. ويثير هذا الالتزام - الذي يجب أن يفوق أي التزام آخر للمعالج - مشكلة أخرى يواجهها أخصائيو العلاج في المؤسسات الاجتماعية بشكل عام بما فيها المستشفيات، ومراكز العلاج، والسجون، ومؤسسات التخلف العقلي.. الخ.. خاصة عندما تختلف - وكثيراً ما تختلف - أهداف المؤسسة مع الأهداف الإنسانية التي يجب أن تتحقق للمرضى. افرض على سبيل المثال أن المؤسسة تقدم طعاماً قذراً، وسيء العاملون فيها استخدام المرضى.. فيثور مريض معين. فهل يوجه المعالج سلاحه نحو المريض فيعمل بشتى الوسائل على تهديته وإغرائه لتقبل الوضع الكائن ؟ أم يشجع لديه الاحتجاجات حتى يعود الإصلاح ؟

بالرغم من أن الإجابة واضحة على الأقل من الناحية النظرية في أن الالتزام الأول هو صحة المريض ورفاهيته.. فإن التطبيق العملي، دائمًا ما تحيطه مشكلات. فلا زالت مؤسسات العلاج النفسي هنا وفي الخارج تجني ما بين الحين والآخر لاستخدام قوانين ضبط السلوك بطريقة تتعارض مع حقوق البشر وحقهم في الشكوى والتعبير بإخضاعهم لأسوأ أنواع التشريط. وقد شهدنا في 1974 جزءاً من ثورة الرأي العام والصحافة في أمريكا اثر ما اكتشف في أحد سجون ولاية «أيووا» من ممارسة أساليب العقاب بحقن المساجين «بالبومورفين» عندما تصدر منهم أي استجابات غير مرغوبة من وجهة نظر المؤسسة. وأسوأ ما في هذه القصة أن بعض من كانوا يساعدون على ذلك الأطباء النفسيون المشرفون.

وما يحدث في مستشفيات التخلف العقلي لا يقل عن هذا سوءاً. فقد سمعت أخصائيّاً نفسياً إكلينيكياً عربياً يبدي تشجيعه وتقبيله لصفع أحد المرضى بقوة وفور صدور بعض استجابات العدون الذاتي التي كانت تصدر عن هذا المريض بين الحين والآخر، كطريقة لتعديل هذا السلوك التدميري. وتعتمد كثيراً من المصحات على العقاقير المهدئة، والجلسات الكهربائية وعلى حبس المريض والاستخدام الإجباري لأنواع معينة من العلاج. ومن المؤسف أن كثيراً من هذه الوسائل تموه وتبرز بصورة كما لو كانت علاجاً، بينما لا تعود في الحقيقة أكثر من كونها سبيلاً للسيطرة وفرض الانضباط على النزلاء «الوحقين»، والتمردرين، والعدوانيين من وجهة نظر العاملين. فما هو المخرج من هذا المأزق الأخلاقي؟ ليس بالطبع في التخلّي عن قوانين من العلاج تثبت فاعليتها في توجيه السلوك البشري يوماً بعد يوم.. وليس بالتخلي عن البحث العلمي في هذه الموضوعات وإثراء العلم وقوانينه. وإنما يمكن الحل فيمن يستخدم هذه القوانين، وفي عالم القيم الذاتية والاجتماعية لهؤلاء الذين يقومون بتطبيق هذه القوانين.

ولا شك في أن مزيداً من حركات الإصلاح الاجتماعي الذي يجب أن يشمل نظام المستشفيات والمصحات العقلية سيتكلّل في حلّ كثير من أجزاء الأزمة. فلقد وصف واحد من علماء الاجتماع المتعصّبين المستشفيات العقلية بأنها «مؤسسات كاملة»، وهو يعني بذلك الإشارة إلى حقيقة مؤسفة تتعلق بأماكن يخضع فيها النشاط للتنظيم الشديد والرقابة والملاحظة الدائبة

من قبل الأجهزة الإدارية المختلفة. وفي مثل هذه الظروف: «تصبح حاجات الفرد ورغباته في منزلة ثانوية، بينما تكون الأهمية الأولى لإدارة المستشفى إدارة تمييز بالسلasse والخلو من المشكلات. أي أن شئون الفرد في المستشفيات العقلية الكبيرة توضع في منزلة ثانوية، بينما تأتي إدارة المرضى وضبط أمورهم في المنزلة الأولى»⁽¹²⁾.

ولاشك أيضاً أنه لا بديل للمعالج السلوكي إلا بالتسلح بمزيد من الأخلاقيات المهنية. لكن مفهوم كلمة أخلاق يثير عدداً من المشكلات النظرية.. فالتفسيرات الأخلاقية غالباً ما تعالج على أنها تفسيرات ذاتية دائماً.. ولهذا فالآخرى أن نتكلم عن ضرورة وجود مجموعة من الالتزامات الرئيسية التي تفرضها ممارسة المهنة، منها

أولاً: عدم استخدام أي أسلوب علاجي إلا بموافقة الشخص وبرضائه، ومنها ثانياً: أن يكون الهدف هو صالح المريض وتكامله. ومنها ما قاله الفيلسوف «كانت» في عبارات بسيطة:

«لا تعامل كائناً بشرياً آخر على أنه وسيلة لغاية من الغايات، بل انظر إليه دائماً على أنه غاية في ذاته ولذاته».

وتطبيق هذه الالتزامات ستحوطه دون شك مصاعب ومشكلات، ولكن أليست هذه مشكلة عامة نواجهها دائماً عند التطبيق؟ ثم متى كانت المشكلات البشرية يسيرة الحل، وسهلة الصياغة؟.

أن المعالج النفسي فيما أرى يعتبر بمعنى ما حارساً للقيم الإنسانية الأصلية ولحقوق الأفراد الإنسانية وداعية إصلاح اجتماعي إذا ما هددت تلك القيم، أو أخضعت الكرامة الإنسانية للتشریعات المهنية.. وعائد عالم النفس من هذا لا يختلف في كثير من الأحيان عن عائد أي حارس أخلاقي للمجتمع وعلى مر التاريخ: أن يواجه بالتشكك وربما بأشكال من الصراع المزير.

تعليق وخلاصة

تستجيب البيئة الاجتماعية لتصرفات الناس بأشكال مختلفة من التقبل أو الرفض. وإذا كانت استجابة البيئة بالقبول فان هذا يؤدي إلى تدعيم التصرف أو السلوك موضوع هذا التقبل. ويطلق على الاستجابات التي

تستجيب بها البيئة للتصرفات والأفعال الإنسانية مفهوم التدعيم. ويكون التدعيم البيئي إيجابياً إذا أدى إلى زيادة في شيوخ السلوك السليم والسوسي. ويكون سلبياً إذا أدى إلى زيادة السلوك المضطرب والشاذ. فكما يدعم المجتمع أشكالاً جيدة من السلوك، قد يدعم أشكالاً شادةً ومضرية.

وتقر نظرية التدعيم أن الاضطراب بأنواعه المختلفة يحدث بسبب عمليات تدعيم سلبية للسلوك الشاذ. فالتدعم الخاطئ بإظهار الانتباه وتلبية رغبات الأشخاص عند انغماسهم في أشكال شادة من السلوك أو مدمرة للذات أو المجتمع سيؤدي في الغالب إلى زيادة في تلك الجوانب الشادة وبالتالي سيزداد حظ الشخص من الاضطرابات والشذوذ. وتتعدم غالبية الاضطرابات المصاحبة للأمراض النفسية والعقلية ومشكلات الأطفال بهذا الشكل. فعناق الطفل عندما يبكي، والاستجابة لهلاوس الفضاميين على أنها علامة من علامات الورع، والسكوت على عدوان الجانحين ودميرهم لآخرين، وإظهار الإعجاب بسلوك الجانحين والتسلعلين العدوانى والمدمر لآخرين، والإنتصارات للمكتئبين عندما يثرون عن أمراضهم الجسمية ومتابعهم في العمل والحياة، والنظر لتوتر القلقين على أنه علامة من علامات العقبرية والإبداع.. كل هذا وغيره يعتبر ظهوراً من مظاهر التدعيم الاجتماعي السلبي (المقصود أو غير المقصود) للاضطرابات النفسية والاجتماعية المختلفة.

واختفاء التدعيم الإيجابي لا يقل خطراً عن التدعيم السلبي الخاطئ، بل أنه يعتبر سبباً رئيسياً في ظهور بعض الاضطرابات النفسية والعقلية. فالأكتئاب، مثلاً يحدث أساساً بسبب عدم وجود بيئة اجتماعية تمنح التدعيم الإيجابي وتثير الدوافع والفعل والنشاط. لذلك تبين الدراسات أن الأكتئاب يزداد بين كبار السن، أو المحالين على المعاش، والمساجين السياسيين، وربات البيوت، وأثر الأزمات الاجتماعية كفقدان شخص عزيز، أو مرض شديد، أو الفصل من عمل أو مهنة.. الخ. مما يدل عن أن الافتقاد للتدعيم الاجتماعي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بظهور الأكتئاب النفسي وربما الانتحار. وعندما يستخدم مبدأ التدعيم بطريقة منظمة يمكن أن يصبح وسيلة فعالة لتعديل السلوك ومواجهة كثير من المشكلات الإنسانية بحلول إيجابية. واحتضن هذا الفصل بتقديم صورة موجزة ومبصرة لاستخدام التدعيم في

العلاج النفسي. ويطلب استخدام التدعيم في العلاج أن نبدأ أولاً بالتحديد النوعي للاضطراب الذي نريد علاجه، والأهداف التي نرغب في الوصول إليها، ثم حصر الظروف الاجتماعية المحيطة بظهور الأضطرابات، والاستجابات الاجتماعية التالية لظهوره. ثم يبدأ تعديل السلوك بعد هذا من خلال التجاهل عندما تظهر الجوانب المضطربة غير المرغوبية عن السلوك. وقد عرضنا لنتائج عدد من الدراسات التي تبين الإمكانيات الواسعة وال المختلفة التي يمكن أن يتطور لها البشر عندما نولي اهتماماً لجوانب إيجابية من سلوكهم متباھلين الجوانب السلبية منهم. ويصدق ذلك على حالات مختلفة كالقصاميين، وعيوب الكلام، والقلق، والانسحاب الاجتماعي. وقد أمكن حديثاً⁽¹³⁾ استخدام أساليب التدعيم في علاج حالات الاكتئاب. وكمثال على ذلك أنه أمكن علاج سيدة في الخامسة والأربعين كانت تشكو من اكتئاب شديد، وذلك بتدریب أفراد أسرتها (زوجها وأبنائها) على تجاهل أحديثها عندما كانت تتصب على الشكاوى البدنية، وتوهم الأمراض، والتعب، و اليأس والتهديد بالانتحار (وهي الأعراض التي تصاحب عادة ظهور الاكتئاب)، مع إبداء الاهتمام والتشجيع عندما كانت السيدة تبدي أي مظاهر من السلوك، أو النشاط، أو الحديث عن موضوعات إيجابية متفائلة، أو عندما كانت تقوم بأداء أعمالها المنزلية، والخروج لصديقاتها... الخ. وعندما توقف أفراد الأسرة عن ذلك عادت السيدة إلى نفس حالتها الاكتئابية، ولكن سرعان ما تحسنت عندما عادت الخطة العلاجية واستمر تحسنها مطرداً بعد ذلك دون انكاسات.

ولكي يكون التدعيم فعالاً يجب أن تصحبه شروط منها: أن يكون فورياً، وأن يكون موضوع التدعيم مرغوباً من الشخص. والتدعيم المقطوع أفضل من التدعيم المستمر من حيث تأثيره على السلوك الجديد المكتسب. كما يجب الاهتمام بالشروط المحيطة بالسلوك، وإلغاء الوظيفة (أو المكافآت الثانوية) التي يؤدي لها السلوك السيئ. ولكي نضمن استمرار الاستجابات الجيدة بعد ظهورها بفعل التدعيم من الأفضل أن تتفقد خطة العلاج في البيئة الطبيعية للشخص أو على الأقل في بيئه مشابهة، كما أن إشراك المحيطين بالشخص (الأسرة أو الزملاء) وإعلامهم بخطة العلاج وأهدافه تؤدي إلى استمرار تطور السلوك السوي، والصحة. وتدعيم سلوك جيد

قوة التدعيم

يصحبه تغيير إيجابي في خصائص سلوكية أخرى. وتعتبر هذه التغيرات الجديدة من العوامل التي تساعد بدورها على استمرار ظهور الأنماط السلوكية الجديدة وثبوتها.

ولما كان التدعيم سلاحاً ذا حدين، يستخدم في أغراض علاجية إنسانية كما قد يستخدم في أغراض لا إنسانية كالتلعب بالبشر والتحكم الالاحقى في سلوكهم، فان من الواجب الالتزام ببعض القواعد الأخلاقية، كضرورة الحصول على موافقة الشخص ورضائه فضلاً عن أن يكون الهدف دائماً هو دفع الشخص لمزيد من التكامل والارتقاء والفاعلية.

وتبيّن البحوث الحديثة مع هذا أن التدعيم لا يصلح وحده في تفسير السبب في أن شخصاً معيناً يستجيب بالاكتئاب - مثلاً - عند الافتقاد للتدعيم، بينما قد يستجيب شخص آخر بالعدوان أو باللامبالاة. إذ لا بد من دراسة أساليب الناس في التفكير واتجاهاتهم نحو التدعيم.. حتى يكون إمامنا بقواعد تعديل السلوك متكملاً. وهذا هو موضوع الفصل القادم.

مراجع وتعليقات

- (1) Skinner, B. F. *Science and human behavior*. New York Macmillan, 1953.
- (2) للمزيد من استخدامات مبدأ التدعيم في تعديل سلوك المرضى العقليين والفصاميين بشكل خاص انظر:
- Hagen, R. Behavioral therapies and the treatment of-. Schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 1975. Issue No. 13, pp.70-96.
- (3) Kazdin, A.E. *Behavior modification in applied settings* Homewood, Illinois: Dorsey Press, 1975.
- (4) Hagen, Op. cit., 1975.
- Hagen, Op. cit., 1975.
- (5) للمزيد عن تطبيقات مبدأ التدعيم في علاج المشكلات السلوكية للأطفال انظر: قول واطسون،
تعديل سلوك الأطفال، ترجمة محمد فرغلي-سلوى الملا القاهرة: دار المعارف، 1976 .
- (6) Premack, D. *Reversibility of the reinforcement relation* *Science* 1962, 163, 255-257.
- (7) هول ليندزي، نظريات الشخصية، ترجمة فرج احمد فرج وأخرين القاهرة: الهيئة العامة للكتاب، 1971 .
- (8) للمزيد عن التدعيم وشروطه وتطبيقاته انظر:
- Golddfried, M. R. & Davison, G. C. *Clinical behavior therapy* New York: John Wiley, 1976.
- (9) للاطلاع على النتائج الإيجابية التي يؤدي لها النجاح من التخفف من الأعراض المرضية على الشخصية انظر ما يكتبه «أيزنك» سواء في بعض كتبه المترجمة لغة العربية، أو الكتب التي لم تترجم. وقد سبق أن أشرنا في الفحوص السابقة إلى عدد منها. كذلك انظر:
- (10) Krasner, L. *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
- (11) للاستزادة عن آثار تدعيم القدرات الابتكارية والإبداعية على الشخصية انظر: عبد الستار إبراهيم، التوجيه التربوي للمبدعين، مجلة العلوم الاجتماعية (الكونفدرالية)، عدد أبريل، 1979 .
- (12) عبد الستار إبراهيم، ثلاثة جوانب من التقدم في دراسة الإبداع، تحت النشر.
- (13) شلدون كاشدان، علم نفس الشواد، (مراجعة سبق ذكره).

الحواشي

(*) وهو يختلف عن التعلم التقليدي كما صاغه بافلوف، والتي يحدث بصورة آلية بسبب الارتباط بين المنيهات الأصلية (ظهور الطعام) والشرطية (صوت الجرس). للاستجابة لصوت الجرس بإفراز اللعاب عند الكلب في تجارب بافلوف يحدث بطريقة آلية انعكاسية.

(**) في كثير من القرى العربية تعامل الهلاوس الصادرة عن المرضى العقليين (المجازيب) وضعاف العقول على أنها علامة من علامات الورع، ويعامل ضعاف العقول أحياناً على أنهم من أولياء الله.

(***) قد يزعم بعض المحللين النفسيين أن جمع معلومات عن تاريخ الحياة أيضاً مرحلة سابقة للعلاج. لكن من المؤكد مع هذا أن العلاج التالي القائم على جمع تاريخ حياة المريض غير قائم على تحليل سلوكي دقيق للشروط المحيطة بتكوين العرض. ومع هذا فإن بعض المحللين النفسيين ينصحون في علاج مرضاهم، لكن يبدو مع هذا إن كثيراً من جوانب هذا النجاح تعود لاستخدام هؤلاء المحللين أساليب من التدعيم لكن انشغالهم بمفاهيم هرويد النظرية يبعدهم عن التنبه لتدخل هذه المتغيرات.

التفكير

تمهيد:

تبه الفلاسفة اليونانيون منذ القدم إلى أن الطريقة التي ندرك بها الأشياء وليس الأشياء نفسها هي التي تجسم سلوكنا بالاضطراب أو السوء. وفي هذا الصدد يقول «ابيقورس» «لا يضطرب الناس من الأشياء، ولكن من الآراء التي يحملونها عنها».

أما العلاج النفسي - السلوكي المعاصر فيسلم أيضاً بان كثيراً من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات تعتمد إلى حد بعيد على وجود معتقدات فكرية خاطئة بينها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به. ومن هنا ابتكر المعالجون النفسيون مفاهيم وأراء مختلفة عن قيمة العوامل الذهنية والفكرية في الاضطراب النفسي. وتفاوتت هذه المفاهيم: فهي عند Adler تشير إلى «أسلوب الحياة الذي يتبنّاه العصابي أو الذهاني»⁽¹⁾. وعنده البعض الآخر تشير إلى أساليب الاعتقاد⁽²⁾، ويستخدم البعض الثالث مفهوم «الفلاسفة الشخصية»⁽³⁾. أما ألبرت أليس Ellis فيستخدم

مفهوم «الدفع المتعقل». وبالرغم من الاختلافات الظاهرة في هذه المفاهيم فإن 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. وان العلاج النفسي وبالتالي يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات الذهنية قبل أن توقع أي تغيير حاسم في شخصية المريض، أو في الأعراض التي دفعته لطلب العلاج.

لهذا يلاحظ أحد الباحثين في العلاج النفسي أن «كل أشكال العلاج النفسي - بما فيها العلاج السلوكي - تعلم الناس أن يفكروا، وان يشعروا، وبالتالي أن يسلكوا بطريقة ملائمة و مختلفة⁽⁴⁾». ومن ثم فان نجاح العلاج النفسي، أو نجاح الشخص في التغير الإيجابي يجب أن يكون مصحوبا بتحسين في طريقة تفكيره والتغير فيها.

كذلك فان الدراسات الحديثة لعلماء النفس تبين أن تأثير كل أساليب العلاج تقريبا بما فيها استخدام العقاقير^(*) والأساليب الفسيولوجية تعتمد اعتمادا حاسما في تحقيق نجاحها-على عوامل معرفية مثل: توقع مكاسب علاجية، والمعلومات التي يحصلها المريض عن مواقف الخوف، والقلق، والاكتئاب، والتدريب على ضبط الانتباه، واتجاه الشخص نحو المعالج، ونحو العلاج النفسي بشكل عام⁽⁵⁾. وهي كلها فيما يلاحظ القارئ عوامل تتسمى إلى أسلوب تفكير المريض، واتجاهاته العقلية.

غير أن من الضروري أن نشير إلى أنه بالرغم من الاعتراف المتزايد في الوقت الحاضر بدور العوامل المعرفية وأهمية تغيير أساليب التفكير في العلاج النفسي-السلوكي فان هذا الاعتراف جاء متاخرًا وبخطوات متعددة. فلفترة قريبة لم يكن العلاج السلوكي يولي اهتماما يذكر لدور هذه العوامل معتبرا إياها عوامل داخلية لا يمكن إخضاعها لللحظة أو التعديل المنظم، وكان الاهتمام جل الاهتمام فيما رأينا في الفصل السابق متوجها إلى السلوك الظاهري أو الأفعال الظاهرية المضطربة. فعلاج القلق - على سبيل المثال - كان مركزا على تغيير الأفعال الظاهرة التي تبدو لدى الشخص القلق، كالرعشة، والإغماء، وخفقات القلب.. الخ دون اهتمام بالأفكار التي يقولها المريض لنفسه، أو اتجاهاته نحو مواقف لا تستثير بطبيعتها هذا التوتر.

ولفتره قريبة لم يكن «ولبي» - مثلا - يرى أهمية ما للتأثير في أساليب التفكير، فمن رأيه أن البدء في تعديل السلوك أهم من التعديل في طرق التفكير، لأن تعديل السلوك (سلوك الخائف، أو المتوتر مثلاً)، يؤدي بعد ذلك إلى تعديل في الظواهر الفكرية كالاستبصار، والتغير في الاتجاهات والمعتقدات وليس العكس. ويدعى بأنه لم يعثر على تجربة واحدة تبين أن تغيير المسالك الذهنية والاستبصار يصحبها تغيير في السلوك الظاهري. ونتيجة لهذا يرى بان كل ما نحتاج إليه هو ابتكار طرق فعالة وحاسمة للتعديل من السلوك الظاهري «غير السلوك، وستتغير معه أساليب التفكير». على أن الأمر لم يقبل من المعالجين والباحثين بهذه البساطة. فمنذ عام 1965 عكف الباحثون في العلاج النفسي على دراسات مكثفة لم تدع تنتائجها مجالاً للشك في أن المرض النفسي تصحبه اضطرابات في طرق التفكير، وأن التغيير من هذه الطرق يصحبه تغيير في التوافق والسلوك.

أما لماذا لم يجد «ولبي» حالة أدى فيها تغيير التفكير إلى تغيير في السلوك ؟ فلأنه كان - مثله في ذلك مثل المعالجين السلوكيين في الفترات المبكرة من تاريخ هذا المنهج - ينتمي الحالات المرضية التي يشكل فيها الاضطراب السلوكي محوراً لكل الأعراض الرئيسية.

وحيثنا نجح «لازاروس» في علاج حالة ضعف جنسي لدى شاب في السابعة والعشرين من عمره بعد أن فشل معالج سلوكي تقليدي مشهور معه. لأن «لازاروس» لم يجعل همه التعديل من الاضطراب السلوكي ذاته (وهو الضعف الجنسي)، بل ركز على طريقة تفكير المريض، واتجاهه نحو الجنس عموماً عندما كان يضاجع زوجته. فلقد كان المريض يتصور بأن العلاقة الجنسية الزوجية نوع من العبودية، وأن الإدمان الجنسي كإدمان على المخدرات. إن من العبث إغراء هذا المريض باستخدام طرق العلاج السلوكي التقليدية لعلاج الضعف الجنسي مباشرة (كالاسترخاء عند الاتصال الجنسي مثلاً) وهو يعتقد مثل هذه التصورات. إن من الضروري أن نعدل منذ البداية اتجاهه نحو «الجنس» ونحو معتقداته الخاطئة عن العلاقات الزوجية. ولهذا أمكن بنجاح علاج هذا الشخص في أسباب قليلة من المناقشة والإقناع ودحض أفكاره الخاطئة عن هذه الموضوعات.

وكعادتنا في تناولنا لموضوعات هذا الكتاب - خاصة ما يتعلق منها بمناهج

العلاج. سنحاول في الصفحات الآتية أن نبين بمختلف الأدلة أن تعديل المسالك الذهنية ضروري لنجاح العملية العلاجية وتغيير الشخصية، وأنه يؤثر تأثيراً مباشراً في إثارة الاضطراب وفي إثارة الشفاء، كما سنعرض لجوانب التفكير التي تصاحب الأمراض النفسية وتلك التي تصاحب الصحة النفسية. وفي الجزء الأخير من هذا الفصل من هذا الكتاب سنكشف عن بعض الأساليب الفعالة في تغيير السلوك الذهني.

أدلة على فاعلية أساليب التفكير في أحداث الاضطراب النفسي وفي العلاج منه

أما الأدلة التي سأسوقها هنا للكشف عن أهمية أساليب تفكيرنا - وطريقتنا في الاعتقاد عن الأشياء وعن النفس - في إثارة الاضطرابات النفسية والاجتماعية والقلالية فيعتمد بعضها على استقصاء للآراء النظرية الفلسفية، ويعتمد بعضها الآخر على النظريات العلمية، والبعض الثالث يعتمد على الأدلة التجريبية الحديثة.

أولاً: من الناحية الفلسفية أشرنا إلى الآراء الفلسفية للمدرسة الابيقرورية التي ترى بأننا نضطرب لا من الأشياء ولكن من آرائنا عنها. ولهذه المدرسة آراء أخرى تسهم في الكشف عن قيمة تعديل المسالك الذهنية في تحقيق السعادة والتواؤم مع النفس والبيئة. فالفلسفة الرواقية ترى مثلاً بأن مالاً يمكن تعديله يجب إما تقبيله، أو طرحه جانباً. فقد لا يقبل الفرد كثيراً من وقائع الحياة التي لا أمل في تغيرها أو إصلاحها (كوفاة قريب، أو وجود جوانب نقص فينا، عجزنا عن الكمال، اختلاف الناس عنا.. الخ) لكن الفرد بعدم تقبيله لهذه الحقائق الحتمية يجعل نفسه مستهدفاً لكثير من ألوان التعاسة والاضطراب، بمعنى أنه إذا واجه مشكلة ما أو موقفاً حتمياً لا يملك تعديله، فإن تبديله لطاقتة في التفكير في هذه المشكلة لن يعود عليه بفائدة، بل سيؤدي في النهاية إلى تضخيم توتره النفسي والانفعالي، منتهياً به إلى مضاعفات من الشقاء أكبر بكثير من المشكلة أو الموقف ذاته. والحقيقة أن كثيراً من مشكلات العصابيين وغيرهم تنتجه بسبب الأوجاع والمحن التي تتملّكتهم في التعامل دائمًا مع الأشياء المستحبّلة. فالعصابي يبحث دائماً عن المستحيل أو المتعذر متجاهلاً التعامل مع الممكن وتميته. ويؤدي به هذا

العقلانيه أو تعديل أخطاء التفكير

في النهاية إلى الإجهاد النفسي، والشك في إمكانياته، وبالتالي التفكير في البيئة على أنها مصدر للمتابع والتهديد وإثارة المصاعب والتواترات. وينظر بعض المعالجين لمبادئ الفلسفة الرواقية على أنها فلسفة لصحة النفسية والسعادة الخاصة. لهذا بدأ طبيب نفسي سنة 1950 محاولة لتوظيفها للعلاج النفسي⁽⁶⁾. وذلك بان كان يسأل طالب العلاج أولاً أن يعرف أن اضطرابه يرجع إلى مبالغته الانفعالية في الاستجابة للمواقف أو المواقف المثيرة للأضطراب. ثم يطلب من المريض بعد هذا أن يدحض هذا الميل المبالغ فيه بالاستجابة للبيئة من خلال الاقتضاء الذاتي بان الخطير - لو كان هناك خطير - لن يؤدي إلى نهايتها. وفي رأي هذا الطبيب أن مبالغاتنا في الإستجابة للبيئة تكون إما ناتجة عن تصور أن موقفا خارجيا أو شخصا قد أخطأنا وأساء إلينا، وإما عن تصور بأننا أخطأنا في حق شخص آخر... وكلا الصورتين خاطئ من الوجهة المنطقية طالما أنه لا يوجد دليل على صحة أي منها.

ويكتب برتراند راسل في سنة 1930 كتابا عن الطريق إلى السعادة⁽⁷⁾. ويعرض فيه بعض الأفكار التي أسهمت في حركة تعديل التفكير الحديثة. وكمثال على هذا يذكر «راسل» أن الإنسان قد يشعر بالراحة والخلاص والهدوء إذا ما حاول - عند الشعور بالخوف من شيء معين - أن يتخيّلأسوأ النتائج وان يركز الذهن فيها وان يقنع نفسه بان ليس في هذا نهايته. كذلك يرى أن:

«... من أسلم الطرق لمواجهة أي نوع من الخوف أن تفكّر فيه بهدوء وبطريقة متعلقة، ولكن بتركيز شديد إلى أن يتحول إلى شيء مألوف لديك. وفي النهاية فإن الألفة بالموضوع المخيف ستستحصل الشعور بالخوف». وفي موقع آخر يقول راسل:

«دائما ما يتحول الرأي العام بكل طغيانه نحو من يظهر خشيتهم منه، أما هؤلاء الذين لا يكترون به فنادرا ما يتحول الرأي العام ضدهم». ومن الواضح أن «راسل» في هذا يتبنى فلسفة للسعادة الإنسانية تستخلص أساسياتها من أن العقيدة تحكم السلوك، وأن التفكير في أمور الحياة بطريقه منطقية ومتعلقة تصاحبه أيضا حياة وجدانية هادئة وخالية من الاضطراب - وسنرى فيما بعد أن بعضها من مبادئ تعديل السلوك

الذهني تستخدم عملية تحليل نظرية مماثلة.

ثانياً: ومن ناحية أخرى هناك من التحليلات النظرية للنتائج الحديثة للعلاج النفسي ما يضيف تأييداً على التأييدات الفلسفية السابقة بأن تعديل السلوك في حالات الاضطرابات النفسية والعقلية يتم بسبب التغير في العوامل الفكرية وفي الأساليب الذهنية للشخص. ويلاحظ أحد المعالجين المحدثين⁽⁸⁾ بان كثيراً من المعالجين السلوكيين يستخدمون - بوعي أو دون وعي - أساليب لعلاج مرضاهم وتعديل معتقداتهم واتجاهاتهم جنباً إلى جنب مع مناهجهم السلوكية القائمة على عمليات التدعيم والتشريط.

يلاحظ مثلاً «كانفر» Kanfer من اليونى Illinois بان من بين الأنماط الثلاثة الرئيسية الحديثة في العلاج يوجد نمطان على الأقل يكتسبان فاعليتهما في التأثير على الشخصية بسبب عوامل ذات طابع ذهني وفكري. أما الأنماط الثلاثة التي يستخدمها المعالجون السلوكيون في الوقت الراهن وفي ضوء تحليلات «كانفر» فهي:

- 1- نمط العلاج من خلال تحريض المريض على إحداث التغير في نفسه وفي بيئته، وذلك كأساليب تأكيد الذات التي سبق الإشارة إليها. والمعالج بهذا المعنى ما هو إلا محرض على التغيير واتخاذ مواقف جديدة أكثر كفاءة في مواجهة الحياة الاجتماعية.
- 2- نمط التشجيع على القيام بالسلوك الملائم من خلال الاقتداء والمحاكاة والتكرار.
- 3- تدعيم وتعديل السلوك بالطريقة التي سبق الإشارة إليها في الفصل السابق. وفي هذه الأنماط الثلاثة لا يوجد في الحقيقة إلا النمط الثالث الذي يمكن أن ينتمي إلى نظرية «سكينر» ونظرية التعلم بالمعنى التقليدي. أما النمط الأول فيتضمن العمل على تدعيم التغير في اتجاهات المريض مع إقناعه وإغرائه بتغيير أنماطه الفكرية، ومن ثم أساليبه في التفاعل. ويتضمن النمط الثاني عوامل فكرية مماثلة إذ نعطي الشخص فرصة ملائمة لتقدير اضطراباته السلوكية، مع إعطائه بدائل سلوكية ملائمة وجديدة ودون تخوف من النتائج. وفي كل النمطين الأول والثاني يوجد شكل من أشكال تعديل التفكير.

أضاف إلى هذا أن النجاح في بعض مناهج العلاج السلوكي - كما أشرنا

في فصول الكتاب السابقة - قد يعزى إلى تغيرات ذهنية وفكرية. تناول على سبيل المثال أسلوب تأكيد الذات والتشجيع على الحرية الانفعالية. ماذا تجد في هذا الأسلوب؟ تجد في الحقيقة معالجاً نفسياً يوجه مرضاه للدفاع عن حقوقهم الرئيسية من خلال التشجيع على تربية الثقة بالنفس، تجد معالجاً يعلم مرضاه ما الذي يجب أن يقولوه، وكيف يقولونه في مواقف الإحباط والتآزم. بل أن «وليبي»، وهو المتشدد في الاتجاه السلوكي يلاحظ أن بعض التغيرات تحدث في سلوك مرضاه بعد نجاحهم في تأكيد الذات، وتشمل هذه التغيرات طريقة تفكير المريض واتجاهاته العقلية. من هذه التغيرات التي لاحظها أن المريض يبدأ في إدراك مبالغاته الانفعالية في تقدير الأشياء، كما يدرك أن مخاوفه كانت تشويهاً ل الواقع، وبالتالي يبدأ المريض في اعتناق أفكار وتصورات واتجاهات جديدة تتفق من حيث واقعيتها مع واقع الموقف.

تناول أسلوباً سلوكيًا آخر كأسلوب التعلم التدريجي، ستلاحظ أيضًا أن العلاج يمر بمراحل ثلاثة هي:

1- التدريب على الاسترخاء العميق.

2- تدريج الخوف والقلق.

3- تخيل مواقف الخوف موقعاً موقعاً مع الاسترخاء.

وتبين لنا البحوث الحديثة أن التخيل وحده (وهو عامل - ذهني) دون كل المراحل الأخرى هو العامل الضروري في إزالة الخوف، أما الاسترخاء، ووضع التدريجات فهي تمثل أهمية أقل في التعديل السلوكي.

ثم لاحظ أيضاً عملية العلاج نفسها .. هل يتم التغيير دون إرادة المريض؟ وهل يمكن أن يشفى المريض ويختلط لنفسه أساليب جديدة في التفاعل والتواافق دون وجود قدر من التوقع الذهني للشفاء، والأمل الإيجابي في نجاح. أسلوب العلاج المستخدم؟ بالطبع لا. بل أن هناك نظرية تحتل في الوقت الحاضر اهتمام عدد لا يأس به من علماء الشخصية والعلاج النفسي ومؤداتها أن سلوك الفرد وعملياته النفسية الأخرى تتوقف على توقعه للطرق التي ستحدث بها أشياء معينة (انظر المرجع رقم 8). بعبارة أخرى، فإن سلوك الفرد تحكمه إلى حد بعيد عوامل معرفية وفكرية كالتوقع، وطريقة التنبؤ بحدوث أشياء معينة.

فالشخص الذي يتعرض لتجربة فشل في عمل، أو صداقة، أو حب قد يصيّبه الاكتئاب والحزن إذا ما كان يتوقع بأنه لن يجد بديلاً لخسارته للعمل، أو للشخص. واستجاباته المكتتبة الحزينة ستختلف لهذا عن شخص يبني توقعات مختلفة تقوم على الأمل في وجود بديل ناجح لخسارته. ولهذا السبب قد ينجح العلاج مع شخص بينما لا ينجح مع شخص آخر. ثم إذا نظرت إلى سلوك العصابي أو الذهاني فستجد دون شك أن سلوكهما الدافعى وغير الواقعى إنما قد يكون ناتجاً عن نقص في المعلومات عن أساليب السلوك الملائمة. فطالب الكلية الذي يأتي من قرية صغيرة والذي يرغب بشدة في الحصول على التقبل الاجتماعي قد لا يكون خجولاً، ولكنه لا يعرف ببساطة أساليب التقرب وأساليب القاء العقل الاجتماعي⁽⁹⁾. فلأننا لا نعرف ما هو الصحيح قد نسرف في ممارسة ما هو خاطئ.

ثالثاً: سأنتقل الآن إلى مجموعة ثالثة من الأدلة على فاعلية العوامل الذهنية في إثارة الاضطرابات الوجدانية والسلوكية. وسأطلق على هذه المجموعة من الأدلة:

الأدلة التجريبية، لأن بعضها يأتي من معامل علماء النفس السلوكي ذواتهم، والبعض الآخر يأتي من تجارب باحثين معاصرین ينتهيون لفرعين رئيسيين من فروع علم النفس وهما: الشخصية وعلم النفس الاجتماعي. لنتأمل بعض النتائج التجريبية التي جاءتنا من دراسات بافلوف - مؤسس المدرسة السلوكية - لنرى ما إذا كان في نظريته أثر لما يسمى بالعوامل العقليّة أو الذهنية. أن الكثريين قد فهموا «بافلوف» خطأً على أنه صاحب نظرية ضيقة لوصف السلوك بمقتضاه لا تزيد الظواهر السلوكية (من تعلم وخوف وحب وصدقة، واكتئاب وتفاؤل وتشاؤم.. الخ) عن كونها استجابات شرطية.

ليس هذا هو كل «بافلوف» في الحقيقة، فهناك جوانب مجاهولة في نظريته تجعل منه عبرياً بحق من حيث تبنته لتعقد السلوك الإنساني وبالتالي تعدد الشروط الموجهة لهذا السلوك. ففي عدد من التجارب أمكنه أن يحدث في حيواناته حالة من الاضطراب النفسي الشبيهة بالاضطرابات العصبية لدى البشر، وأطلق عليها اسم العصاب التجاري. وفي تحليله لهذا العصاب التجاري لدى الحيوانات لاحظ أن السلوك الالاتوافي أو

المرضي يحدث بسبب عوامل منها:

- 1- استخدام منبهات حادة وشديدة (كأن يصحب تقديم الطعام بضوء مبهر، أو صوت عنيف وحاد).
 - 2- تأخير ظهور الطعام تدريجيا بعد ظهور المنبه الشرطي (الضوء أو الجرس يصحبه الطعام أحيانا فوريا وأحيانا يتأخر لفترات طويلة).
 - 3- صعوبة التمييز بين المنبهات الشرطية لتقاربها واحتلاطها (مثلا ظهور درجات من الضوء الأخضر، تدل إحدى الدرجات منها على ظهور الطعام. لكن الحيوان يصعب عليه تمييز هذه الدرجة وتحديدها لأن الفرق بين الدرجات اللونية السابقة أو اللاحقة طفيفة أو ليست واضحة).
 - 4- التغيير المستمر وإبدال المنبهات الشرطية الإيجابية بمنبهات شرطية سلبية والعكس (ظهور الضوء الأحمر في بعض المرات يصحبه الطعام وفي بعض المرات الأخرى تصحبه صدمة كهربائية).
 - 5- التوتر البدني الشديد أثناء عملية التشريح.
- وبالرغم من أن العوامل الخمسة السابقة عوامل سلوكية أساسا إلا أن «بافلوف» لاحظ شيئاً

أ- أن حيواناته لا تستجيب بطريقة متشابهة تماما للمنبهات المتشابهة. وقد أدى به هذا إلى وضع نظريته عن الأنماط المزاجية والتي يمقتضها حاول أن يفهم المرض النفسي عند الإنسان. فلقد قسم الأمزجة البشرية من حيث الاستجابة للبيئة إلى أربعة أنماط مماثلة للأنماط التي وضعها أبقراط وهي النمط الباعمي، والنمط الدموي، والنمط السوداوي، والنمط الصفراوي^(*). وغني عن الذكر أن في هذا التصور تكمّن بذور الفروق الفردية وبالتالي الفروق في العمليات المعرفية وأساليب التفكير⁽²⁾.

ب- كذلك أصبح بافلوف وبالتدريج واعياً للفروق بين الإنسان والحيوان. فما دامت الحيوانات تختلف فيما بينها من حيث أننمطها المزاجية، فإن من المنطقي أيضاً أن يختلف الإنسان عن الحيوان. واستطاع بنجاح أن يحدد أن الفرق الرئيسي بين الإنسان والحيوان يكمن في قدرة الإنسان على استخدام اللغة والرموز. أو ما يسميه بمفهوم الجهاز الإشاري الثاني الذي يمكن الإنسان من استخدام الكلمات واللغة كبدل للأصوات والمرئيات الفعلية التي هي من خصائص الجهاز الإشاري الأولى. وفي هذا الصدد يتتبّه

«بافلوف» من جديد إلى وجود فروق فردية بين أفراد بني البشر من حيث تنوع عمليات الجهاز الإشاري. فبعض الأشخاص ينشط لديهم الجهاز الإشاري الأولى ويسميهم بافلوف بالنمط الفني، أي الذين يهتمون بالرؤى المباشرة، والأصوات، والبعض الآخر ينشط لديهم الجهاز الإشاري الثاني ويسميهم بافلوف ب أصحاب النمط الفكري.. وهؤلاء تزداد مهاراتهم في استخدام اللغة والرموز. وإذا توازن نشاط هذين الجهازين تحدث الدرجات المتوسطة من الأشخاص الذين يوازنون بين استخدامهم للرموز والتعبير، واستخدامهم للرؤى والأصوات المباشرة⁽¹⁰⁾.

ويعد الفضل لقلة أخرى من علماء النفس الفيزيولوجي الروسي ممن لحقوا بـ(بافلوف) لإثبات أن الكلمات وحدها قد تثير استجابات انفعالية واحدة. فعلى سبيل المثال لاحظ واحد منهم⁽¹¹⁾ أن الاستجابات الفسيولوجية لدى مجموعة من الأشخاص عند استماعهم لكلمات مرتبطة بالألم (مثل كلمة ألم، أو أذى، أو أذى، أو أذى) لا تختلف عن الاستجابات المصاحبة للمواقف الفعلية التي تعبر عنها هذه الكلمات.

وقد اتخذ عالمان أمريكييان⁽¹²⁾ من النظرية السوفيتية منطلقاً لتكوين نظرية في العلاج النفسي تقوم على استخدام العمليات العقلية العليا. فمن رأي «دولارد» و «ميرل» - صاحباً هذه النظرية - أن قدرة الإنسان الخاصة على استخدام اللغة والاستدلال الرمزي يجعل استجاباته لكثير من المواقف المحيطة به متوقفة على تفسيره إياها أو على الرموز التي تحملها له. ولهذا فهما يريان أن استجاباتنا الانفعالية يمكن إدراكتها على أنها استجابة للطريقة التي يدرك بها الشخص موقفاً معيناً وليس بالضرورة لخصائص موجودة في الموقف ذاته.

وسأكتفي بذكر عدد قليل من التجارب التي تبين أن الشخص يمكن أن يستثير نفسه انفعالياً في اتجاهات مختلفة كالحزن أو السرور، أو القلق، على حسب ما يقوله لنفسه أثناء أدائه لعمل ما، أو مواجهته لموقف معين، أو عند تفاعله معأشخاص معينين. فلقد أمكن لأحد المجربيين⁽¹³⁾ أن ينجح في التأثير في الحالات المزاجية للشخص بتغيير محتوى العبارات التي طلب من الفرد أن يرددتها أثناء اندماجه في نشاط معين. فعندما تكون العبارات ذات محتوى سار أو منشط مثل: (أنتي سعيد وفخور بنفسي)،

تظهر آثار انفعالية تختلف عما لو كان محتوى العبارة ذا شكل اكتئابي أو حزين (إن حياتي مليئة بما يكفيها من متاعب).

ومن الطريق أنه تبين أن الاستثارة في الجهاز العصبي تزداد وترتفع عندما يطلب من الشخص أن يفكر في موضوعات ذات طابع مثير جنسيا، بينما ينخفض النشاط وتقل الاستثارة عندما يطلب من الشخص أن يتخيّل أنواعاً هادئة من النشاط والتخيلات. وقد ثبت في دراسة تجريبية⁽¹⁴⁾ أنه يمكن استثارة الخوف بتخيّل موقف كريهة، أو ضارة في موقف معين.

وهناك ملاحظات تأتينا من مجال التمثيل المسرحي تبين أن الممثل تتباه مشاعر مختلفة بحسب العبارات التي يرددتها لنفسه فوق خشبة المسرح.. فهو يغضب غضباً حقيقياً، ويحنق، ويفرج بحسب اتجاه الحوار، أو المونولوج الداخلي الذي يردد على خشبة المسرح.

ونعرف من بحوث التعصب أن التعصب ضد الزنوج وغيرهم من الأقليات يتضاءل إذا ما عرف الشخص معلومات دقيقة عن موضوع التعصب. ففي دراسة عن التعصب ضد الزنوج تبين أن مرتبة الزنوج وقيمتهم ترتفع ويزداد تقبيلهم إذا ما أطّل المتعصبون على معلومات عن دور الزنوج في بناء الحضارة الإنسانية. وتاريخهم ومساهماتهم في التطور الاجتماعي⁽¹⁵⁾.

وتحمل بحوث الشخصية الحديثة أدلة مماثلة قوية على تأثير الاتجاهات العقلية وعمليات التفكير والإبداع على توافق الشخصية. فقد تبين مثلاً أن الشعور بالقلق في المواقف الاجتماعية والمخاوف الشديدة غير الواقعية من الامتحانات يرتبطان ارتباطاً قوياً بوجود اتجاهات وأفكار لا منطقية نحو هذه النشاطات.. فالشخص يرى المواقف الاجتماعية والامتحانات مهدّدين له، ويبالغ في إدراكيهما على أنهما مقاييس لقيمه وقوته.

كذلك تبين أن بعض الأفراد يتبنون معتقدات خاطئة تدفعهم للبحث عن تأييد الآخرين، وتوقع اتفاقهم معه فيما يقول أو يفعل. ومثل هذا النوع من الأشخاص غالباً ما يعني من الاضطرابات الانفعالية عندما يتخيّل نفسه في موقف يرفضه الآخرون فيه، أو عندما يتعرض لرفض حقيقي.

وقد تبين في عدد من الدراسات لكاتب هذه السطور⁽¹⁶⁾ أن القلق والتوتر النفسي يرتبطان بعدد من الخصائص ذات الطابع المعرفي منها:

١- التطرف في الأحكام: فالأشياء أما بيضاء أو سوداء. أي أن الشخص

القلق والمتوتر يفسر المواقف باتجاه واحد.. وهذا فيما يبدو ما يسبب له التعاسة والقلق، لأنه يوجه اهتمامه لجزء محدد من تفسير الواقع دون استخدام تفسيرات أخرى تتسلله من أسر الاستجابات العصبية.

2- كذلك يميل العصابيون إلى التصلب، أي مواجهة المواقف المختلفة المتعددة بطريقة واحدة من التفكير.

3- وهم يتبنون أيضاً اتجاهات ومعتقدات عن النفس والحياة لا يقوم عليها دليل منطقي كالسلطية، والجمود العقائدي، مما يحول بينهم وبين الحكم المستقل، واستخدام المنطق بدلاً من الانفعالات.

4- وهم يميلون للاعتماد على الأقواء، ونماذج السلطة، وأحكام التقليد، مما يحولهم إلى أشخاص مكتوفين وعاجزين عن التصرف بحرية انفعالية عندها تتطلب لغة الصحة النفسية ذلك.

فاضطرابات الشخصية بأشكالها المختلفة عادة ما تصيبها إذن طرق غامضة متقاضة من التفكير عن الذات وعن البيئة. ولهذا فيجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسي على تغيير مفاهيم المريض، حتى يتيسر له التغيير في سلوكه المضطرب.

ومن البحوث التي نشرت في هذا الميدان مجموعة دراسات كان هدفها تقييم أساليب مختلفة من العلاج مع مقارنتها ببعضها البعض. وانتهى عدد من هذه البحوث إلى إثبات أنه يمكن تخفيض القلق العام، والقلق من مواقف محددة كالمتحانات، والدخول في علاقات اجتماعية، إذا ما علمنا المرضى أن يعدلوا من طرقمهم الخاطئ في التفكير.

أضاف إلى ذلك النتائج المتعلقة بدراسة تأثير القيم والمعتقدات على الشخصية الإنسانية. فمن المسلمات الرئيسية في هذا الاتجاه إن المعتقدات والقيم المنطقية (التي تكون بالاعتماد على وجود حقائق واقعية وصادقة) غالباً ما تؤازر ظهور التكامل، والتوافق والإبداع، والدافع لمواصلة الجهد في العمليات العقلية. أما القيم أو المعتقدات اللامنطقية (أي التي لا تقوم على الحقائق أو أدلة واقعية) فغالباً ما تؤدي إلى المبالغات الانفعالية كما تقلل من دوافعنا أو تشوه من وجهتها. لهذا فعندما يتغير البناء الأساسي لقيم الفرد يتغير أيضاً وجدانه وأسلوبه في التوافق الفعال^(3*).

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، فإننا سنحاول هنا أن نعرض ونقدم منهاجاً 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 الإنساني بين جوانب التفكير والانفعال والسلوك أو الفعل.

جميع هذه الجوانب تتفاعل فيما بينها ويكمel بعضها بعضاً. بعبارة أخرى فإني لا أستطيع القول بأن الإنسان منفعل فحسب، لأن الإنسان وهو في قمة الانفعال يفكر بطريقة معينة، كما أنه يترجم انفعالاته إلى أفعال ونشاطات خارجية. وبالمثل فالقيام بعملية تفكير في حل مشكلة معينة - مثلاً - تصبحه جوانب انفعالية متعلقة بالموضوع الذي أفكر فيه.. فضلاً عن ظهور جوانب حركية وسلوكية تصاحب عملية التفكير والانفعال بالموضوع. وعندما يسلك إنسان معين نتيجة لمنبه خارجي، فإن التفكير يتوسط بين ظهور هذا المنبه والاستجابة له. فالتفكير إذن يكون بمثابة همزة الوصل بين الاستجابة (انفعالية أو حركية)، والموقف الذي يسببها. والاضطراب الانفعالي بهذا المعنى ليس حالة وجودانية منعزلة، بل انه عبارة عن جوانب متكاملة ومتقابلة من النشاط السلوكي الداخلي (فكري) والخارجي (حركي) الذي وان بدلت مظاهره متعددة، فإنها في الحقيقة متراقبة ومترابطة ومتلاحمة.

لهذا فمن الممكن - نظرياً - ضبط الانفعال بأكثر من طريقة. إذا كنت أشعر مثلاً باستثناء انفعالية (قلق أو خوف، أو اكتئاب) نتيجة ل موقف معين، فان من الممكن تهدئة انفعالنا وضبطه بطرق مختلفة. يمكن مثلاً ضبط المظاهر السلوكي للانفعال... كضبط الخوف باستبداله باستجابات ملائمة عن طريق الاسترخاء أو التطمئن أو تأكيد الذات، أو العقاقير المهدئة. وما ذكرناه في الفصول السابقة حتى الآن يعتبر نموذجاً - أو نماذج - لضبط

الجوانب السلوكية للانفعالات والاضطرابات. لكن من الممكن أيضاً ضبط الانفعال من خلال المناقشة المنطقية مع النفس، أو مع شخص له في النفس مكانة خاصة بحكم الخبرة والمعرفة (المعالج، أو الأخوائي النفسي، أو صديق.. الخ). وبهذه الطريقة نحاول أن نغير من اتجاهنا الذهني على أمل أن يؤدي هذا التغيير إلى تغيير في حالي الانفعالية.

عبارة أخرى، فإن التفكير والانفعال والسلوك أشكال متلاحمه. ومن الخطأ القول بأن تغيير الانفعال وحده يؤدي إلى تغيير التفكير، أو أن تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعال، لأن تغيير التفكير يؤدي إلى التغيير في الانفعالات والعكس أيضاً صحيح. إن جانباً كبيراً من الانفعالات فيما يرى واحد من المعالجين المعاصرین:

«... لا تزيد عن كونها أنماطاً فكرية متحizza، أو متعصبة، أو تقوم على التقييم الشديد... إن التفكير والانفعال متلاحمان ويتبادلان التأثير والتأثير في علاقة دائرة، بل انهما في كثير من الأحيان يصبحان شيئاً واحداً بحيث يحكم ما يقوله الفرد لنفسه عند حدوث شيء معين الصبغة الانفعالية التي ستبرز».

وفي الممارسة العلاجية الحديثة من الضروري على المعالج السلوكي أن يعرض نفسه لخبرات متنوعة ونماذج متعددة من الأساليب التي تمكّنه 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 ببساطة:

إذا افترضنا - فيما يرى ألبرت أليس Ellis من نيويورك⁽²¹⁾ أن حادثة معينة: (أ) (وفاة قريب، طلاق، فشل في امتحان، إهانة من شخص غريب، الفصل من العمل)، قد أثارت استجابة انفعالية: (ت) (حزن - قلق - أو سرور.. الخ) فان حدوث الحادثة أو لو انه يعتبر مثيراً للحالة الانفعالية الناتجة (ت)، لا يعتبر في الحقيقة هو السبب الرئيسي لهذه الاستجابة.

العقلانيه أو تعديل أخطاء التفكير

ذلك لأن الاستجابة الانفعالية قد تختلف نتيجة لطريقة إدراكي وتفكيرى في هذه الحادثة، وأساليب اعتقاداتي عنها، أي: (ب). أنها إذن ليست أـ (الحادثة) هي التي أدت إلى (ت) (الاستجابة الانفعالية)، بل هي بـ (طريقة إدراكي وتفكيرى في الحادثة) هي التي تعتبر مسؤولة عن إبراز هذه الاستجابة.

لهذا فإن شعورنا بالاكتئاب أو الحزن المرضي الشديد (ت) اثر تحقيق هدف معين، أو خسارة شخص عزيز (أ)، لم ينشأ إلا نتيجة لما أنسجه من تصورات سوداء حول هذه الخسارة (ب) (تصوري مثلاً بأن الفشل شيء فظيع وغير محتمل ويبثـ فيـ بـأنـيـ إـنـسانـ ضـئـيلـ الـأـهـمـيـةـ أوـ غـيـرـ وـحـيدـ .. الخـ).

لكن استجاباتنا الانفعالية لا تكون مريضة أو مضطربة على الدوام. فإذاـ (الفـشـلـ أوـ الـخـسـارـةـ)ـ فيـ المـثـالـ السـابـقـ قدـ تكونـ الـاسـتـجـابـةـ الانـفـاعـالـيـةـ ذاتـ طـابـ إـيجـابـيـ،ـ بـحيـثـ أنـ الشـخـصـ قدـ يـأـخـذـ منـ هـذـاـ الفـشـلـ أوـ هـذـهـ الـخـسـارـةـ عـبـرـةـ ويـحـاـوـلـ أـنـ يـطـرـحـ منـ شـخـصـيـتـهـ أـشـيـاءـ أـدـتـ بـهـ إـلـىـ هـذـاـ الفـشـلـ،ـ وـانـ يـتـبـنـيـ خـطـةـ جـديـدةـ تـحـاـوـلـ أـنـ تـحـقـقـ لـهـ مـزـيدـاـ مـنـ النـجـاحـ.ـ هـنـاـ أـيـضـاـ تـحـكـمـ الـاسـتـجـابـةـ الانـفـاعـالـيـةـ الإـيجـابـيـةـ -ـ مـثـلـ اـنـفـعـالـ اـكـتـئـابـ السـابـقـ -ـ بـماـ سـيـقـولـهـ الشـخـصـ لـنـفـسـهـ وـبـمـاـ وـطـدـ فـكـرـهـ عـلـيـهـ..ـ فـقـدـ يـكـونـ تـفـكـيرـهـ إـزـاءـ (الفـشـلـ)ـ بـأـنـهـ:ـ «ـشـيـءـ سـيـئـ حـقـيقـةـ أـنـ تـكـوـنـ الـأـشـيـاءـ كـمـاـ لـاـ نـشـتـهـيـ لـهـ أـنـ تـكـوـنـ،ـ وـلـكـنـ عـلـيـ أـنـ أـحـاـوـلـ بـكـلـ جـهـدـيـ تـغـيـرـ الـظـرـوفـ الـتـيـ أـدـتـ إـلـىـ هـذـاـ».ـ

إـذـنـ فـوـرـاءـ كـلـ اـنـفـعـالـ -ـ إـيجـابـيـ أوـ سـلـبـيـ -ـ بـنـاءـ مـعـرـفـيـ وـمـعـقـدـاتـ سـابـقـةـ لـظـهـورـهـ.

وـلـمـ كـانـ السـلـوكـ أوـ الـانـفـعـالـ يـتـقـاوـتـانـ مـنـ حـيـثـ السـوـاءـ وـالـمـرـضـ (..ـبعـضـ السـلـوكـ جـيدـ وـبـعـضـهـ سـيـئـ،ـ وـبـعـضـ الـانـفـعـالـاتـ إـيجـابـيـ وـبـعـضـهاـ سـلـبـيـ)،ـ فـانـ التـفـكـيرـ المـصـاحـبـ أوـ السـابـقـ لـهـماـ يـتـقـاوـتـ أـيـضـاـ مـنـ حـيـثـ المـعـقـولـيـةـ وـالـلامـعـقـولـيـةـ.ـ بـعـبـارـةـ أـخـرىـ إـذـاـ كـانـ طـرـيـقـ التـفـكـيرـ عـقـلـيـةـ وـمـنـطـقـيـةـ فـانـ السـلـوكـ سـيـكـونـ جـيدـاـ،ـ وـالـانـفـعـالـ أـيـضـاـ سـيـكـونـ إـيجـابـيـاـ وـدـافـعـاـ لـمـزـيدـ مـنـ النـشـاطـ وـالـبـنـاءـ،ـ وـالـعـكـسـ صـحـيـحـ:ـ إـذـاـ كـانـ طـرـيـقـ التـفـكـيرـ لـامـعـقـولـةـ وـلـامـنـطـقـيـةـ فـانـ السـلـوكـ وـالـانـفـعـالـ كـلـيـهـماـ سـيـكـونـاـنـ عـلـىـ دـرـجـةـ مـرـتـفـعـةـ مـنـ

الاضطراب. لهذا يميز المعالجون السلوكيون المعرفيون المعاصرةون بين نوعين من المعتقدات:

1- اعتقدات منطقية و متعلقة، ويصبحها في الغالب حالات وجданية ملائمة للموقف، وتنتهي بالإنسان إلى مزيد من النضوج الانفعالي والخبرة والعمل البناء.

2- اعتقدات لامنطقية وغير متعلقة تصحبها اضطرابات الانفعالية المرضية (كالعصاب والذهان وغيرها).

أما متى تكون الاعتقدات وأساليب التفكير منطقية و متعلقة، فان هذا يتوقف على انسجامها مع أهدافنا العامة، وقيمها الأساسية في الحياة، وتحقيق السعادة والفاعلية الاجتماعية، والإبداع، والإيجابية. وتعتبر المعتقدات وأساليب التفكير منطقية عندما لا تخدم توافقنا مع الواقع، وتحكم علينا بالسلبية والهزيمة والانسحاب وبالتالي الشعور بالضائقة وعدم الفعالية. ويفقدنا هذا إلى ضرورة الإلما بأنواع الأساليب الفكرية والمعتقدات الخاطئة التي تؤدي إلى اضطرابات الانفعالية وسوء التوافق.

معتقدات فكرية خاطئة^(4*)

من رأينا أنه يمكن تصنيف العوامل الفكرية المسيبة للاضطراب النفسي والعقلي إلى فئتين من العوامل هما:

أ- عوامل متعلقة بمحتوى الأفكار والمعتقدات.

ب- عوامل متعلقة بأساليب التفكير والمعتقدات.

أما محتوى الأفكار أو المعتقدات فأقصد به مجموع وجهات النظر والأفكار التي يتبناها الفرد عن نفسه وعن الآخرين، ومن المؤكد أنه يمكن الرجوع بالمرض النفسي والاضطراب إلى عناصر من التفكير، والتصورات الخاطئة، والاتجاهات والقيم التي تسبب فيما يبدو الهزيمة إزاء أحداث الحياة.

يذكر أحد المنظرين للعلاج النفسي - في هذا المعنى - أن الإنسان أي إنسان يعتبر بشكل ما عالما⁽¹⁷⁾ وهو لا يعني بالطبع أن كل إنسان يلبس معطفاً أبيض، أو يحمل شهادة ماجستير أو دكتوراه، لكنه يرى بأن كل فرد، مثله في ذلك مثل العلماء، يتبنى ويعتقد عدداً من التصورات عن نفسه

العقلانيه أو تعديل أخطاء التفكير

ومفاهيم عن الأشياء والآخرين. ويطلق كيلي - صاحب هذا الرأي - في الواقع أخرى أسماء مختلفة على هذه التصورات: فيسميه أحياناً المعتقدات، وبسميه أحياناً أخرى الفلسفة العامة للشخص.

لكن ما يفرق الفلسفة العامة أو مفاهيم الشخص حول نفسه وحياته عن أراء الفيلسوف أو العالم، هو أن فلسفة الشخص العادي قد تكون صادقة ومتسقة تتحقق لصاحبها التوافق مع نفسه ومع الآخرين، وقد لا تكون كذلك.

وعندما يواجه الفرد أي موقف أو شخص فإنه ينظر إليه ويعامل معه وفق فلسفته العامة. فيشعر بالتهديد أو الطمأنينة، بالسلام أو الرغبة في مناصبته العداء، بالحب أو الكراهية، بالقلق أو الهدوء، بالإقبال أو الإjection حسب ما تميله عليه فلسفته العامة ومجموع وجهات نظره وتوقعاته عن الحياة والآخرين.

ولما كان العصاب يعبر عن اضطراب في المشاعر والانفعالات، فإنه يجب أن يكون إذن مرتبطاً أو ناتجاً عن أخطاء في محتوى الأفكار والمعتقدات الشخصية للعصابي، أي ما نسميه بالأفكار ووجهات النظر اللامنطقية.
«إذا كان الشخص العصابي أساساً إنساناً يتصرف بطريقة أقل مما تسمح به إمكانياته، أو شخصاً يهزم نفسه عند تحقيق أهدافه بالرغم من قدرته - نظرياً - على تحقيقها تحقيقاً سليماً، فإنه يتربّط على ذلك أن نقول بأنه يتصرف بطريقة غير متعلقة، ولا منطقية، وغير واقعية⁽¹⁸⁾».

الآن ما هو مجموع التصورات أو الفلسفات اللاواقعية، التي من شأنها إذا ظهرت لدى شخص معين أمكن القول بأنه شخص مضطرب نفسياً أو على وشك أن يكون كذلك أو أن نتوقع على الأقل بأنه سيتصرف بكافأة أقل، وسيواجه الأمور باستجابات سلبية كالغضب، أو الاكتئاب، وسيهزم نفسه من جراء هذا؟. فيما يلي بعض الأفكار التي تبين أن الشخص إذا ما قالها لنفسه عند مواجهة موقف معين فإنها تؤدي به مباشرة إلى إثارة الاضطراب والهزيمة^(5*):

الفكرة الأولى

أفضل في كل هذه الحالات الفكرة القائلة إن من الضروري أن يكون

الإنسان محبوبا من الجميع ومؤيدا من الجميع فيما يقول وما يفعل، بدلا من التأكيد على احترام الذات، أو الحصول على التأييد لأهداف محددة (كالترقية في العمل مثلاً)، أو تقديم الحب بدلا من توقع الحب.

الفكرة الثانية

الفكرة القائلة إن بعض تصرفات الناس خاطئة أو شريرة، أو مجرمة، وأنه يجب عقاب الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات عقابا شديدا، بدلا من الفكرة أن بعض التصرفات الإنسانية غير ملائمة أو لا اجتماعية وان الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات أغبياء، أو جهله، أو مضطربون انفعالي.

الفكرة الثالثة

الفكرة القائلة إنها كارثة أو مأساة عندما لا تسير الأشياء كما لا نشتتها لها أن تكون، أو عندما لا تصبح الأشياء كما نتوقع لها، بدلا من الفكرة إن من السيئ أن تكون الأشياء كما لا نشتتها لها أن تكون، وان علينا أن نحاول بكل جهودنا لتعديل الظروف أو ضبطها بحيث تكون الأشياء مقبولة إلى حد ما. لكن إذا كان تعديل المواقف السيئة غير ممكن أو مستحيلا، فان من الأفضل للشخص أن يمهد نفسه لقبول الأشياء وأن يتوقف عن تصويرها بأنها فظيعة وقاتللة.

الفكرة الرابعة

الفكرة القائلة أن شقاءنا وتعاستنا وعدم إحساسنا بالسعادة نتاج لأشياء خارجية عنا: ظروف أو حظ أو أشخاص آخرين أو مكان معين، بدلا من الفكرة أن جزءا كبيرا من مصيرنا نحكمه نحن بآرائنا وتصيرفاتنا.

الفكرة الخامسة

الفكرة القائلة انه شيء طبيعي أن يشعر الإنسان بالقلق والتوتر عندما تحدث أشياء خطيرة أو سيئة، بدلا من الفكرة إننا يجب أن نواجه مصادر الخوف والقلق بصرامة ونحاول أن نقلل من الآثار السيئة التي تترتب

العقلانيه أو تعديل أخطاء التفكير

عليها.

إذا كان ذلك مستحيلا فانه يمكن للإنسان أن يهتم بأشياء أخرى، ويتوقف عن تصور إن هذا الشيء خطير أو مخيف.

الفكرة السادسة

الفكرة القائلة إن من السهل والأحسن أن نواجه مصاعب الحياة ومسؤولياتها بالتجنب والانسحاب، بدلا من الفكرة أن الحل السهل السريع هو حل قد يؤدي على المدى الطويل إلى آثار سيئة، وأنه يجب لهذا مواجهة المصاعب عندما تثور وليس البعد عنها وتجنبها.

الفكرة السابعة

الفكرة القائلة إن الإنسان يحتاج لشيء، أو لشخص آخر أقوى وأعظم خبرة لكي يسانده ويساعده على تحقيق أهدافه في النجاح، بدلا من الفكرة أن من الأحسن كثيرا أن نعتمد على أنفسنا وان نقف على قدمينا وان نستمد إيماننا من أنفسنا ومن قدراتنا ومن قيمتنا الخاصة عند مواجهة مصاعب الحياة ومشكلاتها.

الفكرة الثامنة

الفكرة القائلة إن الشخص يجب أن يكون قادرا دائما على التحدى والمنافسة والتفوق والذكاء في كل الجوانب الممكنة، بدلا من الفكرة إن من الممتع للنفس أن يكون الإنسان متمنكا من شيء ما يتلقنه ويستمد منه الإشباع وتحقيق الذات.

الفكرة التاسعة

الفكرة القائلة إننا نتصرف ونسلك بطريقة معينة بسبب آثار سيئة في تربيتنا في الماضي وان الماضي قدر لا يمكن تجنبه، بدلا من الفكرة أننا أصحاب مسؤولية أساسية عما يصدر منا من تصرفات وان الماضي يمكن تجنب آثاره السيئة إذا ما عدلنا وجهات نظرنا وتصرفاتنا الحالية.

الفكرة العاشرة

الفكرة القائلة إن من الواجب أن يشعر الإنسان بالتعاسة والحزن عندما يشعرون الآخرون بذلك أو عندما تتحقق بهم مشكلة أو كارثة، بدلاً من الفكرة أن الإنسان يجب أن يتمالك نفسه إزاء مصائب الآخرين، لأنه سيكون أكثر فائدة لهم مما لو كان كثيراً أو مهزوّماً مثلهم.

الفكرة الحادية عشر

الفكرة القائلة إن السعادة البشرية والنجاح أشياء يمكن الوصول إليها دون جهد، بدلاً من الفكرة أن على الإنسان أن يفعل شيئاً وان يجاهد نفسه لخلق مصادر خاصة لسعادته وأنه بمقدار الجهد المبذول بمقدار ما تتحدد غياته.

الفكرة الثانية عشرة

الفكرة التي تقول إن على الإنسان أن يضع متطلبات صارمة على عمله أو أدائه أو تصرفاته.. وانه من الفطيع أن يحيد عن المتطلبات، بدلاً من الفكرة أننا يجب أن نعمل لأننا نحب ما نعمله، وان من الأحسن أن يكون ما نعمله مضبوطاً ودقيقاً في حدود إمكانياتنا.

الفكرة الثالثة عشرة

الفكرة القائلة إن هناك مصدراً واحداً للسعادة وأنها لكارثة إذا ما أغلق هذا المصدر أو فقد، بدلاً من الفكرة أن الإنسان يستطيع أن يحقق سعادته من مصادر مختلفة، وان يبدل أهدافه بأهداف أخرى إذا ما تطلب الأمر ذلك.

ولعل القارئ يحتاج لمثال يصور كيف تقوم هذه الأفكار بإثارة اضطراباتنا وكيف يمكن تحديدها من خلال المحاور، والمثال الآتي يوضح جزءاً من جلسة علاجية بين شخص مصاب باكتئاب ومعالجه: المريض: أحس اليوم بضيق شديد وأن الزملاء لم يعودوا يحبونني كما كانوا من قبل.

المعالج: تشعر بالضيق لأن زملاءك لا يحبونك؟.

العقلانيه أو تعديل أخطاء التفكير

المريض: نعم هذا صحيح. أليس شيئاً طبيعياً أن نشعر بالتعasse عندما نفقد حب الناس يوماً بعد يوم؟

المعالج: لا.. إنك لم تكن متضايقاً لهذا السبب.

المريض: لم أكن؟ ممّا تعني؟ ولكن هذا ما حدث.

المعالج: لا، أنتي أصرت. إنك تظن بأنك كنت تعيساً لهذا السبب.. ليس أكثر من ظن. بينما الأمر ليس كذلك.

المريض: فلماذا كنت قرفاناً وضيقاً إذن إن لم يكن لهذا السبب؟

المعالج: إن الأمر بسيطـ بساطة الحروف الهجائية.. فـ (أـ) - فيما أرى في حاليـ هي الحادثة التي أدت إلى عدم حب زملائيـ لك أو نفورهم منكـ. دعنا نفترض إنك حاولت أن تلاحظ سلوكهم جيداً، وأنك ربما تكون قد توهمت أنهم لا يحبونك كالسابقـ.

المريض: أؤكد لك أنهم يكرهونـيـ. إن الأمر واضحـ بالنسبةـ ليـ ووضوحـ الشمسـ.

المعالج: دعني أفترضـ أنـهمـ يـكرهـونـكـ ولاـ يـحـبـونـكـ،ـ وأنـ عـدـمـ حـبـهـمـ لـكـ هوـ (أـ).

والآنـ فـانـ «ـتـ»ـ وهيـ استـجاـبـتكـ بـالـتعـاسـةـ وـالـضـيقـ هـيـ ماـ حدـثـ نـتيـجةـ لهـذاـ.

المريض: هذا صحيحـ.. إـنـيـ اـتـفـقـ معـكـ عـلـىـ هـذـاـ تـمـاماـ.

المعالج: جميلـ إذـنـ فـ «ـأـ»ـ هوـ موقفـ عـدـمـ حـبـ الآخـرـينـ لـكـ،ـ وـ «ـتـ»ـ هيـ شـعـورـكـ بـالـتعـاسـةـ.ـ إنـكـ تـرـىـ «ـأـ»ـ ثـمـ تـشـعـرـ بـ «ـتـ»ـ وـلـهـذاـ تـفـتـرـضـ أـنـ «ـأـ»ـ عـدـمـ حـبـهـمـ لـكـ هوـ السـبـبـ فـيـ «ـتـ»ـ وـهـوـ اـكـتـئـابـكـ وـشـعـورـكـ بـالـتعـاسـةـ.ـ لـكـ «ـأـ»ـ لـيـسـ السـبـبـ فـيـ الـحـقـيـقـةـ.

المريض: لـيـسـ السـبـبـ؟ـ فـمـاـ هوـ السـبـبـ إذـنـ؟ـ.

المعالج: إنـهاـ «ـبـ»ـ وـلـيـسـ «ـأـ»ـ.

المريض:ـ وـمـاـ هـيـ «ـبـ»ـ؟ـ.

المعالج: «ـبـ»ـ هوـ مـاـ كـنـتـ تـقـولـهـ لـنـفـسـكـ عـنـدـمـاـ كـنـتـ فـيـ الـاجـتمـاعـ معـ هـؤـلـاءـ الزـمـلـاءـ.

المريض:ـ ماـ كـنـتـ أـقـولـهـ لـنـفـسـيـ؟ـ لـمـ أـكـنـ أـقـولـ لـنـفـسـيـ شـيـئـاـ إـذـ ذـاكـ.

المعالج:ـ لـاـ لـقـدـ فـعـلـتـ.ـ لـقـدـ كـنـتـ تـقـولـ لـنـفـسـكـ شـيـئـاـ مـاـ بـكـلـ تـأـكـيدـ..ـ وـآـلاـ

لما كنت شعرت بما شعرت به. لو أن الأمر كان سقوط حجر ثقيل على رأسك أو شيئاً من هذا القبيل فشعورك له ما يبرره. لكن لم يسقط عليك حجر، ولم يحدث شيء يسبب الأذى الفعلي. إذن فمن الواضح أن هناك شيئاً كنت تقوله لنفسك وهو الذي أدى إلى إثارة شعورك بالاكتئاب.

المريض: ولكنني أقول لك صادقاً وبكل أمانة بأنني لم أقل شيئاً.
المعالج: لقد قلت. دعنا نعود إلى اللحظة التي حدث فيها هذا الموقف،
تذكر ما كنت تقوله لنفسك. وقل ماذا كان ذلك؟

المريض: لقد..

المعالج: ههـ.

المريض: (بعد لحظة تفكير وتأمل) اعتقاد أتنى فعلاً كنت أقول لنفسي شيئاً ربما كنت أقول لنفسي شيئاً من هذا القبيل: انهم لا يحبونني. وإن الكراهية تظهر في عيونهم.. انه لشيء بشع لماذا يفعلون ذلك.. وكيف يجرؤون على ذلك معي أنا الذي أفتح قلبي وامنح وقتى لهم.

المعالج: بالضبط.. وهذا الذي كنت تقوله لنفسك هو «ب». هي «ب» دائماً أو ما تقوله لنفسك هو الذي يثير مشاعرك بالشكل الذي وصفته من قبل. إلا بالطبع في بعض الحالات المادية.. عندما يقع مثلاً شيء مادي أو محسوس حجر أو قطعة صلبة أو شيء من هذا القبيل يؤدي إلى أذى حقيقي. ولكن عدا ذلك من حوادث: كلمة من شخص، إيماءة، أو اتجاه، أو شعور ضنك فإن ما يحكم النتيجة دائماً هو أنت. فإذا تركت هذه الكلمة أو الإيماءة أو شعور الآخرين نحوك يسبب الأذى أو التعasse فانك تكتئب لأنك سمحت بذلك، أي لأنك تقول لنفسك مثلاً إن هذا شيء فظيع وبشع ومساوي، وهذا هو ما أعنيه بـ «ب».

المريض: وماذا أفعل إذن؟

المعالج: سأبين لك بالضبط ماذا تفعل. أريد أن تحضر مع زملائك كل الاجتماعات ما أمكن سواء كانت رسمية أو غير رسمية. إن لم تكن توجد اجتماعات: أخلق لقاءات بينك وبينهم. ولكن حاول في هذه المرة بدلاً من أن تجعلهم يحبونك أو يتذمرون بأن كل كلمة تقولها تدل على أنك إنسان خطير الشأن - بدلاً من هذا أتريدك أن تقوم بشيء بسيط.

المريض: وما هو؟

العقلانيه أو تعديل أخطاء التفكير

المعالج: أريدك أن تلاحظ مجرد ملاحظة وأنت معهم ما تقوله لنفسك عندما يظهر عدم حبهم أو إهمالهم لك. لاحظ حديثك الصامت والعبارات الداخلية التي تفسر بها استجاباتهم لك أو إهمالهم. هل تستطيع أن تفعل ذلك؟.

المريض: لا أعتقد أن هذا شيء عسير. ملاحظة ما أقوله لنفسي وحواري الصامت معها عندما لا لاحظ كراهية الآخرين.

المعالج: نعم، هذا هو كل ما نريده في الوقت الحالي. «وفي الجلسة التالية دار هذا الحوار»:

المعالج: هل فعلت ما اتفقنا عليه؟

المريض: نعم. لقد كان كل شيء يدعو للهزيمة.. كل ما كنت أقوله لنفسي هو عبارات من الرثاء لذاتي.. لا شيء أكثر من الرثاء لحالتي.

المعالج: بالضبط رثأوك لذاتك، ولا شيء أكثر من هذا لا غريب إذن أن تكون تعيساً ومكتئباً بهذا القدر. دعنا الآن نرى ما إذا كان يمكن أن نغير من ذلك، وان نبدل من سلوكك الذهني الذي يسبب هزيمتك. لنر كيف أنك يمكن أن تتنشل نفسك من هوة هذا الاضطراب والهزيمة⁽¹⁹⁾.

وسنرى فيما بعد الأساليب التي يمكن استخدامها للاستعاضة عن الأفكار اللامنطقية بأفكار أخرى منطقية وأساليب تعديل السلوك الذهني بشكل عام. أما الآن فيبقى أن نشير إلى الأساليب الاعتقاديين والذهنية العامة التي تساهم بدورها في إحداث الاضطراب.

أساليب أخرى من التفكير الخاطئ غير الفعال

عند التفكير في حل مشكلة معينة أو فهمها، تحدث أخطاء في الفهم والتفسير مما يشوّه صورة الواقع وبالتالي يثير الاضطرابات السلوكية من هذا:

المبالغة:

وتمثل في الميل للمبالغة في إدراك الأشياء، أو الخبرات الواقعية، وإضفاء دلالات مبالغ فيها كتصور الخطر والدمار فيها. ومن الثابت أن المبالغة في إدراك نتائج الأشياء يميز الأشخاص المصابين بالذات بالقلق.

فتفكير الشخص في حالات القلق يتميز بالبالغة في تفسير الموقف مما يؤدي إلى إثارة مشاعر الخوف والتوتر. فهو دائمًا يتوقع الشر لنفسه، ولأسرته، أو لمتلكاته، أو يتوقع الخوف من فقدان مركزه أو وظيفته والأشخاص المهمين في حياته وربما لا توجد أسباب لذلك. والشخص القلق يبالغ في تصور خبرات (قد تكون محايدة) في علاقاته بأصدقائه، أو أقاربه، أو رؤسائه فيدركتها على أنها مهينة أو محبطه.

إذا كانت المبالغة والتضخم من الأشياء الخطأة لأنها تثير القلق والحزع، فإن العكس غير صحيح، أي أن التقليل من المخاطر الواقعية قد تكون له أيضا نتائج انتفالية سلوكية مماثلة. فالقليل من المخاطر الفعلية غالبا ما يؤدي إلى الاندفاع وتكرار التجارب الفاشلة. كما قد يؤدي إلى تخفيض الدافع إلى مواصلة الجهد والإنجاز.

ومن المؤكد أن مجاهدة النفس على الإدراك الموضوعي للواقع (دون مبالغة أو تقليل) يعتبر بمثابة الوسط الذهني الذي يمنع الإنسان القدرة وال بصيرة على التوجيه الفعال لمشاعره وسلوكه.

التع溟 :

يلاحظ برتراند راسل أن اليقين المطلق من أعدى أعداء التفكير البشري المنطقي ويكتب:

«إن البعض عن المطلقات يعتبر - في نظري - من الأشياء الجوهرية للعقل والتفكير المنطقي».

وكذلك يلاحظ فؤاد زكريا أن:

«اليقين كثيراً ما يكون مضلاً.. وأننا نلاحظ في تجربتنا العادية أن أكثر الناس يقيناً هم عادة أكثرهم جهلاً»⁽²⁰⁾.

وفي مجال علم النفس من الثابت إن الميل للتع溟 من الجزء إلى الكل يعتبر من العوامل الحاسمة في كثير من الأمراض الاجتماعية كالتعصب القومي، والتعصب الدولي والعدوان. فكثير من الخصائص السلبية التي تنسبيها لجماعة معينة لكي نبرهن تعصباً نحوها قد يكون في الحقيقة تعيمياً خاطئاً لخبرة سيئة مع فرد ينتمي لهذه الجماعة. ولهذا ليس من النادر أن نجد كثيراً من الذكور الذين مرروا بخبرة سيئة مع واحدة من

العقلانيه أو تعديل أخطاء التفكير

الجنس الآخر غالباً ما يرددون: لا تثق في المرأة. والعكس صحيح، فكثير من النساء يرددن «الرجال جمِيعاً سواءً». ومثل هذه التعميمات تكون بداية لظهور بذور سوء التوافق أو علامة له.

والتعميم أسلوب من التفكير يرتبط بكثير من الأنماط المرضية، خاصة الافتئاب والفصام.

فالمكتتب غالباً ما يعمم الخبرات الجزئية على ذاته تعبيماً سلبياً. فتوجيهه لقد غير مقصود له قد يعني عنده: «أنتي إنسان فاشل لا يحسن التفكير». وفشلـه في تحقيق هدف ولو جزئي قد يعني لديه «أنتي إنسان عاجز عن تحقيق آمالي في الحياة». وبعد صديق أو رفيق عنه قد يعني «بأنـتي بدأت أخسر كل أصدقائي». وإذا حدث وان رئيسه أو زميلاً من زملائه قد نسي أن يبادله التحية فإذاـن «أنتي إنسان مكرهـ وغيـر مرغوب فيه».

وكثير من الأشخاص الفصاميين خاصة الذين تتملكـهم هواجـس العـظمة أو الاضطـهاد يستخدمـون هذا الأسلوب المشـوه من التـفكـير. فقد يـحدثـ الشخصـ في هذه الحالـات بأنـ مـخـابـراتـ الـدولـةـ تـعـملـ ضـدهـ بدـليلـ أنهـ رـأـيـ فيـ الصـبـاحـ الـبـاكـرـ شـخـصـاـ يـسـيرـ بـجـوارـ منـزـلـهـ وـهـوـ يـخـتـلـسـ النـظـرـ إـلـىـ مـدـخلـ حـجـرـتهـ.

ويـعتبرـ التـعمـيمـ الخـاطـئـ أـيـضاـ منـ العـوـافـلـ الحـاسـمـةـ فـيـ اـكتـسـابـ المـخـاـوفـ المـرـضـيـةـ. وقدـ لـاحـظـناـ منـ قـبـلـ فـيـ حـالـةـ الطـفـلـ «ـأـلـبرـتـ»ـ إـنـ خـوـفـهـ مـنـ الـفـأـرـ قدـ تـعـمـمـ عـلـىـ كـلـ الـحـيـوانـاتـ ذـاتـ الفـراءـ، فأـصـبـحـ يـخـافـ مـنـ الـأـرـانـبـ وـالـفـئـرانـ وـالـقـطـطـ وـغـيـرـهـاـ. وـمـاـ كـانـ الـمـعـالـجـ الـنـفـسـيـ الـمـعـرـفـيـ يـقـدـرـ دـورـ هـذـاـ العـاـمـلـ فـيـ الـمـسـاـهـمـةـ فـيـ اـضـطـرـابـاتـ الـبـشـرـ، فـاـنـ عـلـيـهـ أـنـ يـؤـكـدـ باـسـتـمرـارـ لـرـيـضـهـ بـأـنـهـ لـاـ يـوـجـدـ شـيـءـ أـكـيدـ تـامـاـ، إـنـمـاـ قـدـ يـكـونـ مـرـجـحاـ بـدـرـجـةـ قـلـيلـةـ أـوـ كـبـيرـةـ.

ال الثنائية والتطرف :

يميل بعض الأشخاص لإدراك الأشياء أما بيضاء أو سوداء، حسنة أو سيئة خبيثة أو طيبة، صادقة أو خاطئة، دون أن يدركون أن الشيء الواحد الذي قد يبيوـ في ظـاهـرـ الـأـمـرـ سـيـئـاـ، قد تكونـ فـيـ أـشـيـاءـ إـيجـابـيـةـ، أـوـ يـؤـديـ إـلـىـ نـتـائـجـ إـيجـابـيـةـ. ويـطـلـقـ الـبـاحـثـونـ فـيـ عـلـمـ النـفـسـ عـلـىـ هـذـهـ الـخـاصـيـةـ مـفـاهـيمـ مـثـلـ النـفـورـ مـنـ الـغـمـوـضـ أـوـ تـصـلـبـ الـشـخـصـيـةـ. وقد

أشرنا من قبل إلى عدد من الدراسات التي قمنا بها في البيئة العربية. والتي بيّنت أن هذه الخاصية من التفكير ترتبط بسمات لاتفاقية كالتعصب، والسلطة والتوتر، والقلق. وتفق هذه النتائج مع بحوث الغرب، وبحوث عربية أخرى.

وفي ميدان العلاج النفسي يمكن أن نكتشف هذه الخاصية بسهولة في تفكير المضطربين. ولهذه الخاصية تأثير سيئ في العلاقات الاجتماعية، كسوء التوافق بين الأزواج. فإذا كان الزوج والزوجة يميلان بنفس القدر إلى هذا النوع من التصلب، فإن الصراع وسوء التوافق بينهما يعتبران نتيجتين مرجحتين.

وتمتثل عبارات المضطربين وكلامهم بكلمات مثل «مطلقاً»، و«من المستحيل» بمثيل و«دائماً»، و«بالمرة». وقد نجد عبارات منتشرة في حالات سوء التوافق مثل:

- هذه المرأة لا تطاق بالمرة.

- زوجي لا يفكر إلا في نفسه.

- لا أرى على الإطلاق قائدة فيما أقوم به.

- حياتي لا يقبلها أحد.

- أحب أعمالني أن تكون كاملة وتمامة.

- حياتي تقضى بالمرة عنصر الحب.

- العالم الذي أعيش فيه عالم ظالم وغير منصف على الإطلاق.

- لم أحاو إطلاقاً أن أفعل أشياء لست متأكداً من نتائجها.

ولا شك أن حالات كثيرة من الضيق والاكتئاب قد تملك المرء إذا ما كان يعتقد إزاء الأشياء التي تواجهه آراء يقينية عن سوء نتائجها بالنسبة له، وذلك كالطالب الذي يحزن لأنه حصل على جيد جداً عندما يرى أن الحصول على أقل من ممتاز يعتبر بالنسبة له مقياساً مطلقاً لقيمة وذكائه. لذلك نجد أن كثيراً من النجاح في العلاج النفسي يتبعه اخفاء للطموحات المطلقة، أو نزعات الكمال المطلقة... الخ.

وفي تحليل الاضطرابات الوجودانية كالغضب، والاكتئاب، والعصاب نجد أن عامل التطرف من العوامل الهامة في إثارة هذه الاضطرابات. فعندما يقول الفرد لنفسه «أنتي إنسان فاشل بالمرة ولا نفع في»، قد تصيبه مباشرة

العقلانيه أو تعديل أخطاء التفكير

مشاعر الاكتئاب والسلبية والتقاعس، بينما عبارة يقولها الأب لابنه (أو لابنته) لأنها تأخرت نصف ساعة في العودة لمزهلها: «انك ستمدررين الأسرة»، قد تثير لديه هذه العبارة وهو يقولها مشاعر الجزع والغضب. وبالمثل قد تحرك الزوجة في نفسها مشاعر الغيظ والكراهية عندما تقول لزوجها مثلاً «ما من امرأة تقبل أن تعيش معك»، أو «انك إنسان لا تطاق ولا تفكر إلا في نفسك».. وهكذا.

ويرتبط بهذا الأسلوب، أسلوب آخر خاطئ من التفكير يمكن أن نطلق عليه مفهوم التجريد الانتقائي. لأن يعزل الشخص خاصية معينة من سياقها العام، ويؤكدها في سياق آخر. فالشخص قد يعزف عن التقدم لعمل جديد مناسب، لأنه رفض في عمل سابق لأسباب لا علاقة لها بإمكانياته ومواهبه وبما يتطلبه العمل الجديد. والطفل الذي قد تبعده معلمه عن المساهمة في نشاط حركي بسبب ضعف في ساقه، قد يعزف عن المساهمة في أي نشاط اجتماعي آخر لأنه يشعر أنه غير محظوظ لعجزه عن اللعب مثل غيره.

والتجريد الانتقائي من الأخطاء التي تشيع في أفكار المكتئبين. فقد تبين⁽²²⁾ أن المكتئب يركز على جزء من التفاصيل السلبية ويتجاهل الموقف ككل.. فهو يعود المنزل بعد حفلة أو لقاء، ولا يذكر من هذا اللقاء إلا أن فلانا تجاهله، وفلانا قاطعه في الكلام، وأنه كان يجب أن يقول كذا، وأن لا يقول كذا .. الخ.

أخطاء الحكم والاستنتاج:

في الكثير من حالات القلق والاكتئاب والعدوان يكون السلوك ناتحاً عن خطأ في تفسير الحادثة بسبب عدم توافر معلومات معينة، أو سياق مختلف. فالفصامي قد يثور على طبيبه لأنه يتصور أنه متواطئ مع بقية العاملين في محاولة السيطرة عليه وعلى تصرفاته. والشخص الذكي قد يتصور أنه ضعيف الفاعلية وأقل ذكاءً لأن حكمه على ذاته غير دقيق ربما لأنه نشأ مع أحخوة ذوي ذكاء مماثل ويكتشرون من تقدده. وقد تثور على إنسان معين بالغضب والعدوان على اعتقاد أنه يقوم بالوشاشة والتعریض لأننا نجده يتحدث مع شخص آخر اثر مشادة معه. وقد تكون إحدى الفتیات على قدر لا بأس به

من الملاحة وحسن الصورة، ولكنها تنشأ وهي تعتقد أنها غير جميلة ولا تتوقع الحب من أحد لأنها نشأت مع اخت أو قريبة أكثر جمالاً ومرحاً منها.

وتسود هذه الأخطاء بشكل خاص لدى المصابين بالاكتئاب. فمن المعروف⁽²³⁾ إن المكتئب يرتكب هذا الخطأ المنطقي عندما يرى في حيرة أو موقف مصدراً للانزعاج، أو «الإقلال من الكرامة».. أو «تقليل الشأن»، عندما لا يكون هناك من الدلائل ما يدعوه لهذا الاستنتاج والحكم.

أساليب فعالة في تعديل طرق التفكير المرضي

سوف نعرض باختصار في الفقرات التالية بعض الأساليب الحديثة في تعديل الطرق الخاطئة من التفكير كما عرضنا لها في الصفحات السابقة. وينبغي أن نعرف في الحقيقة بأن التركيز على الحالات الداخلية (طرق التفكير والمعتقدات) قد أضاف إمكانيات متعددة لتغيير السلوك، وأدى إلى استبعادات متعددة في استخدام الأسلوب العلمي في علاج الشخصية. فقد أوضحتنا في الصفحات السابقة أن الناس يحولون أنفسهم إلى مضطربين ومرضى بسبب وجود عادات سيئة من التفكير الخاطئ، وسلسلة من المعتقدات التي لا تقود إلا إلى هزيمة الذات. لهذا فمن الضروري أن يتبنى المعالج دوراً إيجابياً قوياً مع مريضه. وقد رأينا في المثال الذي تعرضنا له من قبل أن المعالج يساهم بإيجابية في تقديم التفسير لمريضه، وفي القيام بطريقة مباشرة بمساعدته على استنتاج الأفكار الداخلية (اللامنطقية) التي كانت تسيطر عليه عندما كان يتلقى بزمائه أو يتفاعل مع الآخرين.

ومن المسلمات في نظريات العلاج المعرفي أن جزءاً كبيراً من اضطراب سلوكنا يتم بفعل تفكيرنا الخاطئ. لكننا أيضاً نفكر بطريقة خاطئة لأننا لا نعرف طريقة الصحيحة من التفكير. فجزء كبير إذن من وجهات نظرنا، ومعتقداتنا الخاطئة ونقص التفكير السليم ينتج عن أننا لم نتعلم - أو لم يعلمنا أحد - كيف يكون التفكير السليم. لهذا نجد أن أساليب علاج المسالك الذهنية هنا ينحو نحو عقلياً وتربوياً. ويؤكد «أوبرت أليس» - كما أكد من قبله «أدлер» - إن العلاج يجب أن يتضمن عملية إعادة تربية، وضرورة

العقلانيه أو تعديل أخطاء التفكير

التحاور مع المريض بكل الضروب المنطقية من الحوار لكي نبني له الجانب الخاطئ في تفكيره، مع دفعه مباشرة إلى استنتاج الطرق الصحيحة وتطبيقاتها.

والدحض المستمر للأفكار الخاطئة مع الإقناع يساعد على كشف أن طرق تفكيرنا السابقة لم تعد تجدي. ولهذا فاتنا باستمراً في تبنيها لا نكرر اضطراباتنا وأخطاءنا بحذافيرها فحسب، بل إننا سنعمل على زيادة تأثيرها. وتبين بحوث علماء النفس الاجتماعي أن الإقناع أقوى من خلال الأساليب التربوية والمحاضرات والمناقشات يؤدي إلى تعديل واضح في الاتجاهات العنصرية ويقلل من التعصب. ولهذا تقوم في الولايات المتحدة مجهودات شاملة في كثير من المدارس على إعطاء معلومات عن الأقليات. ذلك لأن من المعروف إن الذين يعرفون أشياء أكثر عن جماعة أو أقلية ما يقل عداوهم وتقل كراهيتهم لتلك الأقلية، ومن ثم فإن التغيير في المعرفة غالباً ما تعكس آثاره في مجال الفعل والشعور. وشيء من هذا القبيل يحدث في حالة الاضطرابات الفكرية، فكلما ازدادوعينا وتبصرنا بأن هناك بدائل فكرية صحيحة، ازدادت جاذبية تلك الأفكار الصحيحة واحتمال تبنيها كأسلوب دائم وجديد في الشخصية.

ومن المهم هنا أن نشير إلى النتائج التي ثبتت فاعلية الإقناع والدحض في تغيير الاتجاهات دلائل قوية ويستخدمها الناس في مجالات اجتماعية مختلفة. بل إن قيمة بعض أساليب التأثير في الرأي العام كالدعائية، والإعلام والأحاديث الإذاعية تكتسب أهميتها بسبب تأثيرها على عمليات التفكير السابقة. وعندما يحاول المعالج، أو الأستاذ، أو الموجه أو أي شخص آخر إقناع شخص معين بان يتخلى عن أفكاره الخاطئة ومعتقداته المشوهة عن النفس وعن الأشياء، وأن يتبنى أفكاراً أكثر فائدة وأقل مدعاه للهزيمة الذاتية، فإن من السهل لا أن نتبني أفكاراً جديدة ونافعة فحسب، بل إن فاعلية الإنسان الاجتماعية تزداد، وتحسن قدراته على التوافق.

وثمة خاصية أخرى من خصائص الاتجاهات الجديدة في علاج طرق التفكير والمعتقدات، وهي تعليم الأشخاص طرقاً جديدة لحل مشكلاتهم العاطفية والسلوكية. فمن الممكن أن نتصور أن الاضطراب يحدث عندما نفشل في مقابلة تحديات التوافق في المجتمع، وفي استخدام إمكانياتنا، أو

نقاط قوتنا بفاعلية. لهذا فتتمية القدرة على حل المشاكل وتعليم أن هناك طرقاً بديلة للوصول للأهداف، مع فهم دوافع الآخرين، ومحاولة أن نبني الشخص أن كل موقف يختلف عن غيره من المواقف، قد تساهم أيضاً في عملية الاستبصار وزيادة الفاعلية الشخصية.

لكن الاستبصار - كما لاحظنا آنفاً - قد لا يؤدي إلى تغيير مباشر في السلوك. فالقول بأن اكتساب الاستبصار يؤدي تلقائياً إلى التغير في السلوك، ما هو إلا افتراض يصح في بعض الحالات ويخطئ في البعض الآخر، لهذا فمن الضروري أن نساعد الشخص على توظيف أفكاره الجديدة المنطقية حالما تحدث، وذلك بدفعه وبتكليفه بواجبات منزلية Home-work يسعى الشخص من خلالها إلى ممارسة أفكاره المنطقية عمداً وفي موافق حية. لهذا فقد يوصي المعالج مريضه - كما رأينا في حالة الشاب التي أشرنا لها آنفاً - أن يقوم بتأمل ما يقوله لفسه في موقف معين. وتبين الممارسة العلاجية أن محاولة خلق موافق حية.. وإرغام أنفسنا على الدخول فيها باتجاهات عقلية مختلفة يساعد على التغيير في الجوانب الفكرية، والسلوكية، والوجودانية على السواء - فالشخص الذي يعزف عن الاتصال الاجتماعي، بسبب الخجل مثلاً، يمكن أن يشجع على تعمد الدخول في موقف حية كانت تسبب له الارتباك من قبل: مثل مبادرة أحد أفراد الجنس الآخر الحديث عمداً، أو النقد المتعمد لرأي زميل أو رئيس، أو تعمد رفع الصوت في المناوشات، أو الدخول إلى الأماكن العامة، ك محلات البيع، مع المجادلة مع الباعة عن الثمن ونوع البضاعة.. الخ.

ومن الأساليب الممكنة للزيادة من الأفكار المنطقية الملائمة للصحة النفسية أن نغير من أهمية الأهداف نفسها بالنسبة للشخص. فالشخص الذي يعتقد أن من الضروري أن يظهر دائماً بمظهر قوة الشخصية والسيطرة والتحكم في الأمور، قد يدخل نتيجة لهذا في صراعات اجتماعية مع حاجات الآخرين من الزملاء أو المرؤوسين أو شركاء الحياة الزوجية، أو الأبناء إلى التعبير عن ذواتهم، مما يوقعه ويقع من يتصلون به في ضروب من الإضطراب. في مثل هذه الحالات فإن تبيه الشخص إلى أن أهدافه في إثبات رجولته وقوته غير واقعية وغير معقولة سيساعد على أن يعدل سلوكه الاجتماعي التالي تعديلاً ملحوظاً. وفي مثل هذه العملية من التصحيح

العقلانيه أو تعديل أخطاء التفكير

المستمر للأخطاء في القيم والأفكار ينبغي النظر إلى ربط أهدافنا بالنتائج المستقبلية القائمة على فهم دوافع الآخرين. فقد يؤدي الظهور بمظهر القوة والسلطة - مثلا - إلى نتائج وإضاءات مباشرة من الناس، إلا أن النتائج البعيدة مثل هذا السلوك قد تكون وخيمة العواقب.

والمعالج الذي يأخذ باتجاه تعديل المسالك الذهنية لا يجهل ولا يقلل من شأن استخدام التغير في البيئة الاجتماعية لإحداث التغيير في الشخصية. فهو يعرف أن بعض أخطائنا الفكرية قد يكون مكتسبا نتيجة لاحباطات خارجية أو فشل سابق (التقدم بعدد من الأعمال دون الحصول عليها قد يؤدي إلى تشكيل أفكار خاطئة عن الذات مثل «أنتي إنسان فاشل» أو «ضئيل الأهمية»، والفشل السابق مع أفراد الجنس الآخر قد يؤدي إلى أفكار خاطئة بأننا نفقد الجاذبية.. الخ). لهذا من المهم أن نستخدم التغيير في البيئة الاجتماعية استخداما كبرا لإحداث التغير في الشخصية. وتعتبر الواجبات المنزليه التي أشرنا لها آنفا طريقة لذلك. أضف إلى هذا أن المعالجين قد ينصحون بتغيير اتجاهات الآخرين الذين يعيشون مع الشخص أو يحتكون بهم. ولهذا فعملية العلاج قد تشمل الشركاء في الحياة الزوجية أو الآباء أو الآخرين أو الجماعة التي يعيش معها. وقد أشرنا سابقا إلى أن تغيير طريقة الملبس، وتغير الوضع الاجتماعي، تؤدي إلى تغيير في توقعات الأفراد عنا وبالتالي تغير سلوكنا. ومن الحالات التي أشرنا إليها حالة الفتاة التي كانت تظن أنها باهتة الشخصية، فلما أخذت مجموعة من الطلاب يعاملونها على أنها شديدة الجاذبية والحيوية استطاعت أن تكون أسلوبا سهلا في التعامل، كما استطاعت أن تغير أفكارها عن نفسها وأن تتبنى أفكارا أكثر إيجابية⁽²⁴⁾.

ومن الأساليب الأخرى التي يلجأ إليها المعالجون لتغيير أفكارنا اللامنطقية عن أنفسنا وعن الآخرين استخدام الكف المتبادل بالشكل الذي أشرنا إليه في الفصل الثالث. فنحن نعرف من خلال هذا المفهوم أن الإنسان لا يمكن أن يكون قلقا ومطمئنا في وقت واحد أو مبهجا ومكتئبا في نفس الآن. لذلك نستعيض عن استجاباته بالقلق باستجابات من الطمأنينة (الاسترخاء مثلا) عند التعامل مع مصادر التهديد. ويصبح هذا أيضا بالنسبة للأفكار. فالإنسان لا يكون منطقيا ولا منطقيا في نفس الوقت، ولا يتبنى

فكرة سلبية وإيجابية عن نفسه أو عن الآخرين في نفس الآن عندما يواجه مشكلة ما . لهذا من الممكن أن يغير الشخص أفكاره الداخلية السلبية عند حدوث موقف معين بأفكار إيجابية . من الممكن مثلاً أن يربط أداءه لعمل ما بتصور العمل على أنه مصدر للمتعة بدلاً من تصوره على أنه واجب ثقيل، وتعتبر هذه الطريقة فعالة في إحداث التعديل السلوكي المطلوب، فضلاً عن أنها تحسن من استخدام البيئة بإدراكتها-في مواقف التهديد-على أنها أقل مداعاة للأضطراب والتخوف.

وتحتة أسلوب آخر يساعد على إحداث تغيرات فكرية وسلوكية إيجابية، يتمثل في لعب الأدوار . فإذا تأثر أحد الأشخاص المرضى أن يعبر أمام مجموعة من الآخرين عن اتجاه أو سلوك مختلف، فإن هذا السلوك سيتحول إلى خاصية دائمة في شخصيته . فالشخص المسلط، الذي يدفعه سلطته إلى التصادم مع الآخرين ينجح في أن يبدل سلطته بأسلوب قائم على التفهم إذا ما طلب منه أداء دور قائد ديمقراطي، وأن يشاهد نتائج إيجابية ديمقراطية في شكل حب الآخرين، أو توددهم له مثلاً . ومن رأينا أن التغير الناتج من لعب الأدوار يرجع إلى التغير في معرفة الموقف الذي أدى إليه القيام بالدور . وقد تأثر الكاتب بهذه السطور عند قيادة إحدى جلسات العلاج الجماعي لمجموعة من المرضى الفصاميين أن يلاحظ أن تغيرات إيجابية تحدث في اتجاه تقبل المرضى لأطبائهم عندما كان يطلب منهم تمثيل دور الطبيب وتخيل استجاباته في مواقف مختلفة: كالتعامل مع مريض متهيج يحاول إيقاع الأذى بزميل آخر، أو مريض منسحب يعزف عن الطعام، أو استجاباته إزاء مشادة بين مريض وأحد العاملين بالعنبر العلاجي . كما لاحظنا أن التغير الذي يحدث بعد أداء الأدوار أفضل من التغير الذي يحدث اثر مناقشة عادلة عن إبراز 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 الأسلوب أهمية أيضاً في جوانب لا تتعلق بالعلاج، بل تتعلق بالحياة الاجتماعية بشكل عام . إذ كثيراً ما يبدأ الناس في النظر إلى حياتهم بشكل مختلف اثر الدخول في دور مهني جديد . فخبرة القيام بدور مهني تعطي الشخص رؤية جديدة للدور، وتدفعه إلى تبني مجموعة من

العقلانيه أو تعديل أخطاء التفكير

الاتجاهات والتوقعات المطابقة للدور. وقد تبين في إحدى الدراسات⁽²⁴⁾ على فريقين من العمال المعينين في مؤسسات البيع التجارية أن الفريق الذي عين في وظائف إشرافية تبني اتجاهات مطابقة لاتجاهات هيئة الإدارة، أما الأشخاص الذين عينوا كعمال عاديين فقد تبنتوا اتجاهات معارضة لاتجاهات هيئة الإدارة. فالعمل طول اليوم في وظائف العمال العاديين، مثله في ذلك مثل العمل الإداري، يدفع بالضرورة إلى تبني اتجاهات تطابق توقعاتنا عن الدور. وهذا صحيح أيضاً في حالات السلوك المرضي. فالتشجيع على مواجهة مشكلة بطريقة لعب دور إنسان عادي أو ناجح، سيؤدي إلى النظر إلى أساليبنا الالاتوافقية بشكل مختلف.

وتتشاءم في حالات كثيرة أنواع من الاضطرابات النفسية عندما نعتقد فكريتين متناقضتين عن شيء واحد بحيث أن كل فكرة معهما تولد أو تؤدي إلى تصرفات متعارضة مع ما تولده الفكرة الأخرى. فالشخص الذي تشهده فكرة السفر للخارج لتحسين وضعه الاقتصادي أو للحصول على قدر جيد من التدريب والتعليم في مجاله، قد تشهده أيضاً فكرة الاستقرار في وطنه والإبقاء على وظيفته التي قد يفقدها بسبب هذا السفر. هنا تتشاءم حالة من القلق غير السار والاكتئاب الذي ينطوي على أحاطار قوية للصحة النفسية. ومن الأشخاص أيضاً من يعرف عن نفسه شيئاً (بأنه جذاب أو لبق مثلاً)، ولكنه يعلم أن فكرة الآخرين عنه (بأنه انتهازي أو متسلق) لا تتسق مع فكرته عن نفسه. هنا أيضاً يجد الشخص في هذا التناقض عقبة كثيرة قد تشهده عن الحركة عندما يرغب في التفاعل بالآخرين. وقد تبين للكاتب أن كثيراً من المبدعين يعانون من تناقضات من هذا النوع هي التي تسبب فيما يbedo جزءاً كبيراً مما يعتريهم من حالات القلق والاكتئاب. فقد يعرف المبدع أو المفكر أن عمله يحتاج منه للانبطاوء والبعد عن الناس والاختلاف، لكن متطلبات عمله تتناقض مع ما يتطلبه منه المجتمع من ضرورة الخضوع لمعاييره، والاختلاط والتتوافق والإغراق في عادات اجتماعية تافهة⁽²⁵⁾.

ومن الممكن في مثل هذه الحالات البحث عن طرق متعددة للتقليل من هذا التناقض أو آثاره.

من هذه الطرق مثلاً العمل على تدعيم إحدى الفكرتين تدعيمياً إيجابياً

بحيث يزداد وزنها عن الفكرة الأخرى، كان يعترف الشخص مثلاً بان عمله قد يؤدي إلى بعده عن الناس مؤقتاً ولكنه هو مصدره الرئيسي للشعور باحترامه لنفسه والحصول على احترام الآخرين في النهاية، وكان يغير اتجاهه نحو أحد الموضوعين بحيث يضفي عليه قيمة أقل مما هو عليه. ففي حالة تعارض تصوري عن ذاتي عن تصور الآخرين ربما يكون من الأفضل للصحة النفسية في هذه الحالة أن يضع الشخص قيمة أقل لتصورات الآخرين السلبية له فيدركتها على أنها أقل أهمية وأضعف وزناً، وبالتالي قد يزداد وزن الفكرة الأخرى وقيمتها، وهي في هذه الحالة فكرة الشخص عن نفسه بأنه على قدر مرتفع من اللياقة... الخ.

ومن المهم أن نشير من جديد إلى أن كثيراً من جوانب هذا التناقض ينبع أحياناً بسبب قيم اجتماعية خارجة عنا^(6*). فالمجتمع الذي لا يركز على الإبداع كقيمة إنسانية مثلاً يؤدي مباشرةً إلى إثارة الشك والقلق لدى الشباب الذين تربطهم بالعمل الفكري والإبداعي بعض الصلات. في هذه الحالات من الضروري أن نشير إلى أن التخفيف من آثار التوترات المعرفية يحتاج إلى جهود العلماء الاجتماعيين بقدر مساواً لجهد المعالج السلوكي- حيث يمكن الحل الواضح لمثل هذه الأنواع من التناقض في ضرورة تغيير التصورات الاجتماعية العامة عن مشكلات نعتبرها من وجهة النظر النفسية شديدة الأهمية.

وعلى أية حال، هناك أساليب متعددة لتغيير طرق التفكير الخاطئ ليس بالإمكان التفصيل فيها هنا. وفضلاً عن هذا فإن هناك أشكالاً متعددة من الأساليب الجديدة التي تجرب في الوقت الحاضر بمعهد العلاج المنطقي في نيويورك وكاليفورنيا، وكلاً المعهدين يقumen على أساس التعديل من أساليب التفكير (فضلاً عن السلوك) في حالات متعددة من الاضطرابات كالاكتئاب، والجنسية المثلية، والضعف الجنسي، والقلق، فضلاً عن تقديم النصائح والإرشاد لنمو «العاديين» في مواقف مختلفة من الحياة كالقيادة والتدرис والإبداع.

وعلى العموم فإننا نرى أن أساليب تعديل طرق التفكير تنطوي على إمكانيات جيدة، خاصة إذا ما عرفنا إن المبادئ والقوانين التي تحكم السلوك والشخصية والإنسان في تفاعلاته الاجتماعية تستخدم بأفق متسع ومتكملاً

في هذا النوع من العلاج.

خلاصة

يعكف الباحثون في العلاج النفسي وتعديل السلوك البشري منذ سنة 1965 على دراسات وتجارب مكثفة لبحث آثار المعتقدات الفكرية الخاطئة - التي يتبعها الفرد عن نفسه وعن الآخرين - على إثارة الاضطراب النفسي وسوء التوافق. وتشير هذه البحوث إلى وجود أدلة قوية على أن وراء كل تصرف انجعالي بالغضب أو العداوان، بالانسحاب أو الاندفاع.. الخ-بناء ونمطاً من التصورات والمعتقدات يتبعها الفرد عن الحياة ومشكلاتها، وأن التصرفات الانفعالية تتغير بتغيير هذه التصورات والمعتقدات.

إن أي شكل من أشكال الاضطراب يسبق تفكير خاطئ في الموقف، أو في فاعلية الذات. وقد بينا أن العوامل الفكرية المسيبة للاضطراب النفسي تكون إما على:(1) شكل معتقدات ووجهات نظر خاطئة يتبعها الشخص عن نفسه وعن الآخرين فتسبب له التعاسة والهزيمة الذاتية وأشكال الاضطراب الأخرى. وقد عرضنا لعدد من الأفكار التي إذا ما تبني الشخص إحداها أو بعضها، فإن سوء توافقه واضطراباته ستكون أشياء مرحلة إلى حد بعيد، أو تكون على شكل:(2) أساليب خاطئة من التفكير في الأمور كالمبالغة، والتعميم، وجمود التفكير وتصلبه. ويوضح هذا الفصل أهم الطرق المستخدمة لتعديل أنماط التفكير المضطرب، كالدحض المستمر للأفكار الخاطئة، والاستبصار، والدخول في موقف حية بتصورات مختلفة وتوقعات معدلة. فضلاً عن هذا، فإن العمل على إحداث تغيرات إيجابية في البيئة الاجتماعية يساعد على التغير الإيجابي في أفكارنا عن أنفسنا. وهناك أيضاً، لعب الأدوار الذي يؤدي إلى تغيير معرفتنا بالتصرفات السوية وتمكيناً من أدائها.. الخ.

ومن المهم هنا أن نشير إلى أنه بالرغم من النجاح الذي تحرزه أساليب العلاج المعرفي في الوقت الراهن، فإن طلاب العلاج والتغيير غالباً ما يأتون بذوافع متباعدة ولأسباب مختلفة، لهذا قد تصلح أساليب التعديل الذهني مع بعضهم بينما تصلح مع البعض الآخر أساليب من التدعيم السلوكي المباشر، أو التدريب على تأكيد الذات.. الخ.

لهذا فثمة هدف رئيسي ينبغي بلوغه كهدف عام من أهداف العلاج، وهو أن يختار المريض بنفسه قيمه الخاصة وأن ينمي طرقه الفكرية الملائمة بجهوداته الذاتية، أو أن يختار المجالات التي تحتاج منه احتياجا ملحا للتغيير. أما كيف يتم ذلك وما هو دور المعالج النفسي في هذا .. فذلك ما سيوضحه الفصل القادم.

مراجع وتعليقات

- (1) Adler, A. The Practice and theory of individual Psychology New York: Harcourt, 1927.
- (2) Rokeach, M. The open and closed mind. New York: Basic Books, 1960.
- (3) : Kelly, G. A. The Psychology of personal constructs. New York Norton, 1955.
- (4) Ellis, A. A. cognitive approach to behavior therapy. International Journal of Psychiatry, 1969, 8, 896-899.
- (5) Kanfer, F. H. Self-management techniques. In F. H. Kanfer and A. D. Goldiamond(eds.) Helping People Change. New York: Pergamon.1975.
- (6) يعود الفضل للطبيب النفسي «لو» Low في استخدامه لمبادئ الفلسفة الرواقية في العلاج وذلك من خلال منهجه في العلاج الذي أطلق عليه منهج تدريب الإرادة. انظر في ذلك كتابه: Low, A. A. Mental health through will-training Boston: T christopher Publishing House, 1952,
- (7) انظر في ذلك كتاب برتراند راسل: Russell, B. The Conquest of happiness. New York The American Library, 1930.
- (8) Kanfer, op. cit., 1975.
- (9) انظر عن جولييان روتر، علم النفس الاكلينيكي، ترجمة عطية هنا. الكويت: دار القلم، 1976 .
- Pavlov, I. The scientific investigation of the Psychical faculties or processes in the higher animals. Science, 1906, 24, 613-61
- (10) كذلك انظر كتاب «باقلوف» الرئيسي الذي يشير بين الحين والآخر إلى الفروق في عمليات التعلم وما تؤدي له من فروق فردية في الشخصيات الإنسانية: Pavlov, I. Conditioned reflexes. (Trans. by G. V. Annrep.) London: Oxford Univ. Press, 1927.
- (11) يعود الفضل للعالم الروسي «بلاتونوف» في إثبات ان الاستجابات الفسيولوجية عند الاستماع لكلمات مرتبطة بالألم أشبه بالاستجابات الانفعالية المصاحبة للألم الحقيقي. انظر تلخيص تجاربه في:
- (12) Mahoney, M. J. Cognition and behavior modification, Cambridge, Mass.: Ballinger, 1974.
- Dollard J. & Miller, N. E. Personality and Psychotherapy New York: McGraw, 1950.
- (13) للمزيد من التجارب التي تبين ان الانفعال يستثار في اتجاهات مختلفة بحسب ما يقوله أو ما يرددده. الفرد لنفسه او ما يفكر فيه انظر: - Meichenbaum D. 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, 1973.
- (14) Bandura, A. Principles of behavior modification. New York: Holt, 1969.
- (15) للمزيد عن استخدام تغيير التفكير نحو الاقليات واثره على تحفيض درجة التعصب انظر:

العلاج النفسي الحديث

- Allport, G. W. The nature of prejudice, Cambridge, Mass: Addison-Wesley, 1954.
- (16) عن دور وارتباط العوامل المعرفية بالقلق والتوتر انظر لنا: عبد الستار إبراهيم، بعض متطلقات الجمود العقائدي، مجلة الصحة النفسية، كلية الطب - جامعة القاهرة، مجلد 13 - عدد 7 العدد السنوي 1973 .
- عبد الستار إبراهيم، الأصالة وعلاقتها بأسلوب الشخصية، رسالة دكتوراه، جامعة القاهرة، 1972 (غير مشورة)
- Ibrahim, Abdul-Sattar, Sex differences, originality and Personality response styles. Psychological Reports. 1976, 39, 859-868.
- Ibrahim, Abdul-Sattar, Dogmatism and related personality factors among Egyptian University students. J. Of PsyChology, 1977, 95,213-215.
- عبد الستار إبراهيم، المحافظة التسلطية: تقرير عن واقع البحوث التي أنجزت من 1968 : 1973 . حوليات كلية الآداب - جامعة القاهرة، مجلد 31. 1977.
- (17) اعتمدنا في وضع هذه الصياغة على كتابات «البرت 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. Reason and emotion in Psychotherapy. NewYork: Lyle Stuart, 1962.
- Ellis, A. & Harper, and R.A. A new guide to rational living Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1975.
- -Ellis, A. Rational-emotion therapy. The Counseling Psychologist, 1977,7,1,2-27.
- (18) أنظر مراجع «أليس» السابقة.
- (19) أنظر Ellis, op. Cit 1997..
- (20) فؤاد ذكريا، التفكير العلمي، الكويت: عالم المعرفة 1978 (21) Beck, A. T. Depression: causes and treatment PhiladelPhia: University of Pennsylvania Press, 1967.
- (22) المرجع السابق.
- (23) Beck, A. T. Coping with depression. Institute for Rational. living, 1974.
- (24) ميشيل ارجايل، علم النفس ومشكلات الحياة الاجتماعية، ترجمة عبد الستار إبراهيم، الكويت: دار القلم - الطبعة الثانية، 1978 .
- (25) انظر شرحًا لنظرية التناقض بين معرفتين وما يشيره هذا من اضطراب على الشخصية في المراجع الآتىين:
- طلعت منصور، التعلم الذاتي - القاهرة الانجلو، 1977 .
- عبد الستار إبراهيم، الأصالة وعلاقتها بأسلوب الشخصية، مرجع سبق ذكره 1973 .
- (26) عزت حجازي، الشباب العربي والمشكلات التي يواجهها، الكويت: عالم المعرفة، يونيو، 1978 .

الحواشي

(*) نلاحظ انه بالرغم من أن تأثير العقاقير الطبية ذو طابع فسيولوجي، فإن المريض يمكن أن كان غير راغب في العلاج ولا يرى ضرورته أن يقوم بوسائل تخفف من تأثير هذه العقاقير أو تلبيتها . وببسط مثال على هذا ما نلاحظه في مستشفيات الطب العقلاني من أن المريض قد يبقى في الأقسام العلاجية في فمه دون أن يبتلعها، ويفصلها خفية ما دام اتجاهه نحو الطبيب المعالج أو العلاج سلبيا . ويكشف الفيلم السينمائي الحاصل على جائزة الأوسكار «طائر فوق عش المجانين» جوانب من هذه الاتجاهات دون مبالغة.

(*) الشخص البالغ هو الشخص الذي يتصرف طبقا للأصول وذو مزاج سعيد، ومزاجه السعيد قد يغوص قصور فنه وحكمته. وهو متعقل في تعامله مع الآخرين... وقد يظهر الإسلام لهم ولكنه غالباً ما يحقق أهدافه. أما الشخص الدموي فهو عديم المبالاة، الاجتماعي، محب للهوى، ويضفي أهمية عظيمة على أي شيء يمارسه في لحظة ممارسته له. أما السوداوي.. فهو عكس الدموي قلق، ويجد في كل شيء مصدره لهم والاضطراب.. ويميل للشكوك والهموم ولهذا السبب لا يكون سعيدا . أما الصفراوي فهو إنسان عدواني وسريع الانفعال، ومحب للثناء والمظاهر والأبهة... .

(2) لا يعني هذا بالطبع أن «باقوف» هو صاحب الفضل الرئيسي في نشأة الاهتمام بأساليب التفكير، بقدر ما يعني أنه لم يغفل الانتهاء لهذه العوامل ودورها في توجيه السلوك الإنساني بغض النظر عن تأثير المواقف والتشريعات الخارجية.

(3) من أمثلة القيم اللامنطقية تلك التي يكون محورها الاعتماد على قوة خارجية، ثروة أو سلطة.. أو تقاليد تمنع السعادة والتنجاح... ومن أمثلة القيم المنطقية تلك التي تقوم على إدراك واقعي لقيمة الذات وقوتها مثل قيم الإنجاز والإبداع والقيم الجمالية.

(4) عند الحديث عن معتقدات فكرية خطأ لا تقصد الإشارة إلى الأخطاء بالمعنى المنطقي الذي يرد في دراسات المنطق والفلسفة، بل تقصد الجوانب الفكرية التي تسود لدى المضطربين واللاتواقيفين.

(5) تجدر الإشارة إلى أنه ألبرت أليس(18) يعتبر صاحب المبادرة الرئيسية في حصر وجهات النظر والأفكار اللامنطقية.

(6) خير مثال على هذا ما يلاحظه عزت حجازي في كتابه «الشباب العربي» من أن جزءاً كبيراً من مصادر القلق يمكن العودة به إلى تعارض القيم الاجتماعية مع الحاجات الشخصية . فمن مصادر قلق الشباب فيما يرى الاعتقاد الذي تدفع إليه القيم والممارسة الاجتماعية بان الحب يتعارض مع الدين وانه ليس مجرد «عيّب» ولكن من «الجرائم». وبالنظر إلى الإلحاح الشديد وال الحاجة إلى الحب يعيش الشباب العربي أزمة طاحنة بسبب تعارض القيم الاجتماعية مع حاجاتهم الشخصية(26) .

علاج دون معالج: الأساليب الحديثة في العلاج الذاتي

تمهيد:

أشرنا في فصل سابق إلى أن إحساس المعالجين السلوكيين بحاجة الناس إلى طرق سريعة وفعالة لمساعدتهم على تمية قواهم الذاتية، وتعديل أنماط وأساليب التكيف السيئة، التي تعلموها من خلال عمليات تشريح اجتماعي سيئ، جعلتهم (أي المعالجين) يفكرون في ابتكار طرق سريعة وفعالة يمكن للمريض أن يمارسها بنفسه دون حاجة للالتجاء المستمر للمعالج إلا في حالات وأوقات قليلة.

وتقاوش هذه الأساليب أحياناً على أنها طرق للعلاج الذاتي، وأحياناً أخرى توجيه ذاتي وأحياناً ثالثة على أنها أساليب للضبط الذاتي. غير أنها تتفق جميعاً - بالرغم من اختلاف المسميات - في أنها تستهدي بقوانين علم النفس ونظرياته والمعرفة النفسية بشكل عام في تطبيق مبادئ العلاج ذاتياً. بعبارة أخرى فإن ما قاله سocrates من قبل «اعرف

نفسك» يتحول هنا ليصبح «عالج نفسك.. مستهديا بقوانين المعرفة العلمية». ول فترة قريبة، لم تكن أساليب الضبط الذاتي موضوعاً لتفكير المعالجين النفسيين على الإطلاق. ويبدو أن تأخر ظهور هذا المنهج إلى مسرح العلاج النفسي السلوكي، إنما يعود إلى حد كبير إلى سيطرة المنهج الطبي العضوي على حركة العلاج النفسي. فالعلاج النفسي فيما أشرنا في موقع متفرقة كان من حيث الممارسة مقتضاً على الأطباء، ولا زال الأمر كذلك في كثير من الدول.

والطبيب فيما نعلم يتبنى وجهة نظر عضوية تعكس في علاقته بمريضه: فالطبيب هو صاحب السلطة الرئيسية في تشخيص المرض، ووصفه للدواء والعلاج، وما على المريض إلا أن ينفذ التعليمات ويتعاطى الدواء إن كان يريد العلاج.

هذا الفهم لطبيعة العلاقة بين المريض والطبيب انعكس آثاره على العلاج النفسي كما مثله فرويد. فالتحليل النفسي أيضاً يقوم على نفس النموذج، المريض والمعالج: المريض السلبي والمعالج الإيجابي، الذي يفسر ويوجه. وفي هذا السياق قام البورت Allport - من هارفارد إذ ذاك - في سنة 1960 بتحليل للبحوث الرئيسية في علم النفس وأساليب العلاج النفسي فيوجد أن هذا التصور يسيطر على كثير من مفاهيم علماء النفس في تفسيرهم للظواهر الإنسانية. فنسبة كبيرة من تصورات العلماء للإنسان كانت تراها - أي الإنسان على أنه يخضع بشكل سلبي لقوى خارجة عن إرادته، تماماً كما تفعل القلطط والأرانب في تجارب المختبرات.

وقد شهدت الحقبة الأخيرة من النمو في علم النفس وأساليب العلاج النفسي، ما يشبه مراجعة النفس فيما يتعلق بحقيقة موقفهم من مفاهيم تعوق خطى نموهم. فبدأنا نشهد رفضاً للتصورات السلبية للإنسان، وبدأ التأكيد على أن هناك حاجات في داخل كل شخص تدفعه إلى الارتفاع وتحقيق الذات والتغيير عن خصال شخصيته مقصودة.

والحقيقة أن ذلك الاتجاه قد بدأ بجهد طائفة من المعالجين النفسيين الذين يعروفون في الوقت الحالي باسم طائفة علماء النفس الإنساني Human Psychologists عندما أخذوا يعيدون تفسير نظريات العلاج النفسي بالتأكيد على قدرة الإنسان على توجيه نفسه ذاتياً من خلال قدرته على التعلم

علاج دون معالج

الذاتي وتوظيفه لقدراته وإمكاناته⁽¹⁾. ويعتبر كارل روجرز Carl Rogers من طائفة المعالجين الإنسانيين، ومن حاولوا الاستناد إلى معطيات علم النفس الحديث بوضع نظرية رئيسية في العلاج النفسي تقوم على التوجيه الذاتي، والممارسة الشخصية لتغيير السلوك. وتعتبر نظريته أيضاً من أوائل النظريات التي قلبت العلاقة التقليدية بين المريض والمعالج، فجعلتها تنصب على المريض (أو العميل)^(*)، بحيث يكون المريض هو صاحب الدور الأساسي والفعال في عملية العلاج وتغيير الشخصية، ونمو هذا التغيير. بل إن روجرز يرى أن دور المعالج النفسي لا يزيد عن خلق شروط علاجية غير مباشرة، وغير موجهة، من شأنها أن تيسر فهم الذات، والنضوج النفسي السليم. ويؤكد «روجرز»، أن نمو قدرات الإنسان الإبداعية، وقدرته على تتميم ذاته وتوجيهها، فضلاً عن قدراته على الاختبار وحل المشكلات، أمور ليست ممكناً نظرياً وعملياً فحسب، بل إنها جزء من قوانين الطبيعة، وهدف يجب أن يعلو كل الأهداف في العلاج النفسي الناجح⁽²⁾.

وقد أعطت حركة علماء النفس الإنساني وتصورها للإنسان - أعطت دفعه قوية للعلاج السلوكي الحديث في اتجاه فهم عمليات الضبط أو التوجيه الذاتي من خلال مفاهيم نظرية التعلم ذاتها، التي كانت في شكلها التقليدي ترفض مثل هذه المفاهيم من قبل لعدم اتساقها مع منطق النظرية السلوكية القائم على تصور السلوك كمحصلة للشروط البيئية الخارجية بالشكل الذي وجدها بها عند «بافلوف» و«سكينر». ولعل هذا ما يعبر عنه «باندورا» Bandura رئيس جمعية علم النفس الأمريكية السابقة- بوضوح في هذه العبارة:

«تمر النظرية السلوكية في الوقت الحالي بتغيرات حاسمة. فمنذ سنوات اقتصر تصور علماء النفس السلوكي للإنسان على أنه كائن يستجيب أساساً للتغيرات البيئية التي تشكل آلياً أفعاله وتحكمها. لكن نظرة متخصصة للإنسان تبين أنه أكثر فاعلية وإن. تأثيرات البيئة لا تتم بشكل آلي. فالتأثيرات التي كان من المعتقد أنها تؤثر في السلوك بشكل آلي، يكون تأثيرها في الحقيقة محدوداً ما لم يدعمها وعي الإنسان بها...».

(*) تمثياً مع نظرية الإنسانية لا يستخدم «كارل روجرز» كلمة مريض بل يفضل بدلاً منها كلمة عميل client.

«إن السلوك يخلق - جزئياً - البيئة^(*) بمقدار ما تؤثر البيئة في ظهور وابراز السلوك. ولهذا فمن المهم أن نحلل كيفية تشكيل الإنسان للشروط البيئية التي تحكمه، بنفس القدر من الاهتمام الذي نوليه لدور البيئة والشروط المختلفة التي تحكم ظهور سلوك معين».

«إن من أهم الخصائص التي تميز الإنسان أنه يستطيع خلق تأثيرات في ذاته نابعة من ذاته ومن توجيهه الذاتي لسلوكه. ومن خلال دوره كمؤثر وموضع للتأثير في نفس الوقت يمتلك الإنسان قوة رئيسية في توجيه ذاته⁽³⁾».

لعل مغزى عبارة «باندورا» واضح للقارئ: أن حياة الإنسان تتوجه ذاتيا وبأغراض خاصة، دون أن ينفي ذلك وجود قوانين سببية تضعها البيئة بشرطها الخاصة ودون تعارض بينهما.

وعلى هذا فهدف هذا الفصل إذن هو تبسيط لبعض الأساليب أو التكتيكات التي ابتكرها المعالجون لمساعدة مرضاهם على تطوير ذواتهم ومواجهتهم لما يثور من مشكلات. ولكن علينا أولاً أن نعرض للأساس النظري لهذه الأساليب كما تتبناه مدارس العلاج السلوكي الحديثة.

الرأي السلوكي الحديث في مفهوم العلاج الذاتي:

لنفرض أن شخصا حاول جاهدا الإقلاع عن تدخين السجائر، فانتهت محاولاته للفشل.. فكيف نفسر ذلك؟

من التفسيرات المبكرة القول بأن هذا الشخص ليست لديه الإرادة الكافية للإقلاع عن التدخين. هذا ما يمكن أن يثور لأول وهلة. لكن لنفرض أننا تسألنا: وما هو الدليل على ضعف إرادته؟ حسناً! ألم يحاول أن يتبع خطة معينة ففشل؟ من الواضح إذن أنها بهذا التفسير لم تفعل شيئاً إلا التحرك في دائرة لا تنتهي بنا إلى حفائق نافعة. فنحن نفسر فشله بوجود إرادة ضعيفة ونستدل على ضعف إرادته بفشلها في الانقطاع عن التدخين. والحقيقة أن هذا ما يؤخذ على التفسيرات القديمة المختلفة كالغربيزة، وقوه الإرادة، وقوى التطور النفسي.. الخ. أنها لا تضيف شيئاً لمعرفتنا،

(*) يشير بهذا إلى تأثير البيئة الواحدة على شخصين مختلفين باختلاف الطريقة التي يدرك كل منهما بها بيته وعالمه بالطريقة التي أشرنا لها في الفصل السابق عن تعديل أساليب التفكير.

وتتطوّي على خطأً منطقيًّا كبيرًّا في الاستنتاج فنحو نفسي الشيء بشيء آخر يفسره نفس الشيء الأول: «الفشل في تدخين السجائر راجع لضعف الإرادة وضعف الإرادة راجع للفشل في تدخين السجائر... الخ».

وهناك خطأً آخر يمكن أن تؤدي إلىهما، مثل هذه التفسيرات الدائيرية.. فمن ناحية لا تنتهي بنا لأسباب واضحة تساعد على تقديم المعرفة العلمية، ومن ناحية أخرى قد يؤدي التفسير بقوة الإرادة أو ضعفها على المستوى العلاجي إلى فقدان حماس المريض وبالتالي فشل العلاج. فنحو عندما نبين له أن فشله راجع إلى ضعف الإرادة، فقد يقتصر بأن فشله يرجع لأمر ليس مكانه أن يغيره. فلم المحاولة؟.

ولعلي لا أبالغ إن قلت بأن كثيراً من فشل الناس - الذين ألتقي بهم بين الحين والآخر - في تعديل سلوكهم وتوجيهه في مسار سليم إنما يرجع إلى أنهم يضعون أنفسهم في أسر تفسيرات من هذا القبيل، ويفسرون أخطاءهم مرة بطريقة قدرية، ومرة بقوى لا تخضع لضبطهم، ومرة بوجود غريزة من هذا النوع أو ذاك، إلى غير ذلك من التفسيرات التي تدفع دفعاً قوياً للتقاعس واليأس وتقبل الأخطاء والعجز.

هل هناك تفسير آخر إذن يمكن أن يكون أكثر إيجابية؟ أجل، وهو التفسير الذي تتبعه البحوث الحديثة. فمن وجهة نظر علماء السلوك المحدثين نجد أن عجز الشخص عن الإقلاع عن التدخين في المثال السابق إنما يرجع إلى عدم معرفته بالشروط الملائمة للإقلاع عن التدخين، وبالتالي فإنه لم يضع نفسه في الشروط أو في المواقف الاجتماعية أو النفسية الملائمة التي يمكن أن تحول قراره إلى التنفيذ العملي. بعبارة أخرى، فإن قدرة الشخص على التعديل الذاتي لأفعاله وأنماطه السلوكية تعتبر نتاجاً لمعرفته بالشروط المحيطة به وقدرتها على تغييرها. وبهذا تزداد مهارة الشخص في تعديل سلوكه، وتوجيهه ذاته الوجهات التي يرغبه كلما ازدادت قدرته على معرفة الشروط الملائمة والحوادث السابقة لظهور السلوك والمدعمات التي يؤدي لها هذا السلوك. وبهذا المعنى لا تزيد قدرة الشخص على تعديل سلوكه ذاتياً عن كونها ببساطة: «اعرف المتغيرات والشروط التي تحكم أفعالك وضع نفسك فيها».

لهذا فإن النجاح في تقوية جانب مرغوب من الشخصية أو تعديل جانب

سيئ منها يجب أن يتضمن فهما واضحاً للعوامل المؤثرة في السلوك، مع التحكم فيها بطريقة تؤدي إلى التغيير المطلوب. ولعل هذا ما دفع «سكينر» إلى استنتاج أن محددات الضبط الذاتي ونجاحه جزء من محددات الضبط السلوكي بشكل عام: «الإنسان قد يضبط سلوكه الذاتي بأن يضع ملائمة لهذا الضبط»^(2*). وبالمثل يمكنه أن يضبط سلوكه الذاتي بأن يضع نفسه في شروط ملائمة تساعد على هذا الضبط. وعلى هذا فإن الضبط الذاتي يتحدد من خلال خلق شروط تدعيمية مماثلة للشروط التدعيمية التي تطور بها أي سلوك آخر»⁽⁴⁾.

ومن ناحية ثانية، يتفق المعالجون السلوكيون على أن أساليب الضبط الذاتي تكتسب من خلال عمليات تعلم اجتماعي ومهارة في وضع الشخص لنفسه في شروط بيئية وبيولوجية قادرة على إحداث التغيرات المطلوبة، أو التحكم في البيئة الاجتماعية والبيولوجية بحيث تحول إلى الصورة المطلوبة من حيث إحداث التغيير.

نماذج من أساليب الضبط الذاتي

هدفنا الأساسي هنا - إذن - هو أن نبين أن عملية التغيير العلاجي من خلال التوجه الذاتي أمر لا يمكن فصله عن الظروف البيولوجية والاجتماعية والمعرفية التي سبق وأن أفضنا فيها في الفصول السابقة، كل ما هنالك أن خلق أو تغيير الظروف أو الشروط الضرورية لإحداث العلاج يتم من خلال قدرة الفرد على ممارسة التغيير بنفسه، وبتوجيهه من معالجه.

ولهذا نجد أن كثيراً من الأساليب العلاجية التي عرضنا لها في الفصول السابقة يمكن أن تستخدم مع بعض التحوير بحيث يمكن للفرد أن يمارسها بجهده الشخصي، موجهاً عمليات العلاج بنفسه. وينصب جزء كبير من نشاط المعالجين السلوكيين على تحويل تلك الأساليب بحيث تصبح قابلة للممارسة الذاتية. وهكذا نجد أن التطورات المعاصرة في العلاج الذاتي تتطلب تقريراً من نفس مفاهيم تعديل الجوانب الوجودانية، والمعرفية،

(2*) الإنسان يضبط سلوك إنسان آخر من خلال خلق شروط ملائمة تساعد على إحكام قبضته مثل العقاب والترغيب، وخلق احتياجات في الشخص الذي نرغب في التحكم فيه، أو تدعيم استجابات الخصوص.. الخ.

والسلوكية، والاجتماعية بالشكل الذي استوعبه الفصول السابقة. وسنعرض في الفصول الباقية من هذا الفصل نماذج من التحويرات التي تمت أو يمكن أن تتم في هذه الأساليب بحيث يمكن استخدامها ذاتياً.

١- التعديل الذاتي للجوانب الانفعالية من الاضطراب:

عرضنا لأساليب العلاج السلوكي القائمة على مبدأ الكف المتبادل كالاسترخاء، والتطمين المتدرج، وتأكيد الثقة بالنفس. ويمدنا المعالجون المعاصرون بعديد من الاقتراحات عن كيفية تحسين هذه الطرق بحيث يصلح استخدامها ذاتياً.

فالاسترخاء، مثلاً يمكن استخدامه خارج عيادة المعالج وفي المواقف التي تستثير التوتر. ويتوقف على المعالج بعد أن يدرب مريضه على الاسترخاء المنظم أن يوضح له بعد ذلك أن هذا الأسلوب يستمد نفعه الأساسي إذا ما استخدمه المريض في المستقبل عندما تواجهه مشكلات مماثلة لتلك المشكلات التي دفعته لطلب العلاج، خاصة إذا ما كان طالب العلاج من النوع الذي يشمله الاضطراب والانفعال والقلق في مواقف متعددة ليلاً أو نهاراً.

وقد رأينا نموذجاً لذلك حالة الشاب الذي عالجه «سالتر» في الفصل الخامس. وتبين ملاحظات المعالجين السلوكيين في هذا الصدد أن قدرة الفرد على ممارسة الاسترخاء في المواقف التي تعتبر بالنسبة له موضوعاً لإثارة القلق والتوتر (كالحديث مثلاً أمام مجموعة من الأشخاص) ستساعده على مواجهة جوانب الإحباط التي قد تحدث بطريقة أكثر إيجابية. بعبارة أخرى، فإن السلوك (الاسترخاء) سيغير من طريقة إدراك البيئة في حولها إلى عنصر أقل تهديداً.

ويقترح كاوتلا Cautela - من مشاهير العلاج السلوكي الحديث ورئيس جمعية العلاج السلوكي سابقاً - طريقة تساعد على التوترات التي تنشأ في جو العمل لدى مرضاه. فقد كان يقترح على طلاب العلاج - خاصة إذا كان مصدر الاضطراب هو التوتر والصراع الذي يستثيره جو العمل - أن يجلس الشخص مسترخياً على مكتبه في العمل، وأن يهتف بصوت عال أشياء ذلك بكلمة «استرخ» لمدة 10 مرات. وكان يؤكد على مرضاه اتباع هذا الأسلوب

مهما بدا له بسيطاً أو مستهجننا. فإذا اتبع المريض التعليمات كأن يطلب منه بعد ذلك أن يسترخي في وضع واقف، وأن مارس الاسترخاء في المنزل مرة يومياً على الأقل في كلا الوضعين (الجالس والواقف).

وفي كل مرة يطلب منه أن يقول لنفسه «استرخ» بصوت عالٍ لعشر مرات في هذين الوضعين، إلى أن تحدث رابطة بين الكلمة التنبية (استرخ)، والاستجابة (اختفاء التوتر والاسترخاء). وبعد أن يتبعن للمعالج أن المريض يستطيع الاسترخاء بنجاح في كلا الوضعين، يؤكد له بعد ذلك ضرورة استخدام هذا الأسلوب في كل مواقف القلق بعد ذلك⁽⁵⁾.

ومن الطريق أن «كاوتلا» قد أجرى عدداً من الدراسات التنبية على الأشخاص الذين يستخدمون هذا الأسلوب بناءً على توجيهه لهم، فتبين أنهم يتحمّسون لهذا الإجراء ويحسّون بفعاليته. كذلك تبيّن أن تدعيم الرابطة بين الكلمة «استرخ» ووضع الاسترخاء يساعد على ممارسة الاسترخاء والتتمكن منه بطريقة سريعة حالماً يهتف الشخص لنفسه في موقف التوتر بكلمة «استرخ».

ذلك يستخدم أسلوب التطمين المدرج كأسلوب من أساليب العلاج الذاتي في مواجهة المخاوف المرضية، ويكون ذلك بان يقوم الفرد بتخيل المنبهات المثيرة للقلق بعد تدريجها وهو في حالة من الاسترخاء.

وفي الولايات المتحدة تدرج المنبهات المثيرة للقلق كالخوف من الثعابين أو الظلام، أو الامتحانات أو الحديث أمام الناس وتسجل على أشرطة تسجيل «كاسيت» وتتابع للمرضى أو للأشخاص الذين يرغبون في التخلص من أعراض الخوف والقلق في تلك المواقف وغيرها.. ويمكن أن يقوم بتشغيلها وهو في وضع الاسترخاء إلى أن يتم له تحديد تلك المصادر من شحنهات الانفعالية الشديدة. وتبين بعض التجارب أن النجاح في التخلص من الخوف من الثعابين مثلاً بهذه الطريقة (الاستماع لأشرطة التسجيل في المنزل بوضع الاسترخاء) يتساوى مع العلاج بطريقـة التعرض للمنبهات الدافعة للخوف مباشرةً أو مع المعالج. مما يدل على الإمكـانات الجيدة التي يمكن أن تتطور لها أساليب العلاج الذاتي.

غير أن هناك بعض المشكلات التي تثور نتيجةً لاستخدام أشرطة التسجيل في عملية التطمين المدرج. فمن ناحية لا يزال هذا الأسلوب في

بداياته الأولى. ومن ناحية أخرى يثير التسجيل مسألة تتعلق بالتفاوت في تقدير المدرجات المثيرة للقلق. فقد يثير مدرج معين كتخيل ثعبان مرسوم على بطاقة بيضاء درجة أكبر من القلق لدى شخص دون شخص آخر. فضلاً عن هذا لا يوجد اتفاق مطلق بين المرضى على المنبهات التي تستثير لديهم تلك المخاوف. فالخوف من مجاهدة الآخرين بحديث أو خطبة - على سبيل المثال - قد يكون مصدره عند أحد الأشخاص هو حجم الجماعة، بينما يكون مصدره عند شخص آخر هو سلطة الأفراد الذين تتكون منهم هذه الجماعة. وقد ناقشنا هذه القضايا من قبل.

ولهذا فمن رأينا أن يتم تدريج المواقف المثيرة للقلق لكل شخص على حدة، ومن خلال اقتراحات الفرد نفسه وبتوجيه المعالج، ثم يمكن أن تسجل لكي تمارس ذاتياً بعد ذلك. فهذا أفضل من الحصول على «كاسيتات» معدة في ظروف مختلفة ولأناس مختلفين.

أما أسلوب تأكيد الذات فهو بطبيعته أسلوب من أساليب الضبط الذاتي. أي أنه لا يكتسب فاعليته إلا من خلال ممارسة الفرد نفسه لهذا الأسلوب ووضعه موضع التنفيذ العملي. صحيح أن المعالج قد يعلم مريضه بعض أساليب تأكيد الذات في داخل العيادة أو مختبر العلاج السلوكي بطريق تمثيل الأدوار مثلاً، إلا أن نجاح أسلوب تأكيد الذات لا يتم إلا إذا حاول الفرد نفسه تعليم الاستجابات التي طورها مع معالجه إلى مواقف اجتماعية جديدة (كالأسرة أو العمل) ومع أناس آخرين (كالرؤساء والزملاء.. الخ)، أي أن يمارس تأكيد الذات متعمداً كلما شعر بأن غبناً أو ظلماً قد وقع عليه من الآخرين. بل أن كثيراً من المعالجين مثل كاوتلا⁽⁶⁾، يرون أن التدريب المعملي من خلال توجيهات المعالج بطريقة تمثيل الأدوار يجب أن يكون لاحقاً وليس سابقاً لاستخدام أساليب التأكيد الذاتي ذاتياً، خاصة عندما يفشل الفرد في الممارسة الذاتية لتأكيد الذات.

2 - العلاج الذاتي من خلال ملاحظة الذات:

منذ أن ابتكر فرويد نظرية التحليل النفسي أصبحت مفاهيم الاستبصار والوعي والشعور من أهم الأسس التي تتضمنها أي نظرية للعلاج النفسي. ولعل «فرويد» هو أول من أكد أن وعي الفرد بالحوادث التاريخية الانفعالية

التي يمر بها يؤدي إلى تغييرات مباشرة في سلوكه. كذلك أكد «كارل روجرز» دور الوعي في فهم الفرد لذاته وتقبله لها. لكننارأينا إن معالجة «فرويد» لهذا المفهوم لم تؤد إلى نتائج علاجية ناجحة ذات شأن بسبب ربطه لعملية الاستبصار بخبرات طفلية قديمة. فالاستبصار عند «فرويد» يشير إلى قدرة الشخص - من خلال المحلل النفسي - على الوعي بتشكيل شخصيته في السنوات المبكرة من العمر.

ويستخدم المعالجون المعاصرون الوعي والاستبصار في العلاج لكن بطريقة أخرى. فنقول بأن الشخص على استبصار بمشكلاته عندما يكون مدركاً إدراكاً دقيقاً للشروط السابقة لظهور المشكلة والنتائج أو الاستجابات البيئية التي يشيرها ظهور هذه المشكلة. لهذا يجب على المريض وعلى المعالج كليهما أن يقوما بجمع المعلومات الدقيقة السابقة لظهور المرض، وذلك قبل الدخول في أي برنامج للتعديل أو العلاج السلوكي. وعندما يشتراك المريض بتوجيه المعالج في حصر المعلومات التي أدت لظهور اضطراباته، وأنواع التدعيم التي أدى لها ذلك، فإنه يقوم بعملية ملاحظة للذات، وهي مرحلة ضرورية من مراحل العلاج السلوكي بشكل عام.

لكن ملاحظة الذات (أو الكشف عن الذات) لا تعتبر طريقة لجمع وحصر المعلومات الضرورية عن تكون الأعراض، بل قد تؤدي بمفرداتها إلى بعض التغييرات السلوكية العلاجية. بمعنى أن الفرد عندما يلاحظ سلوكه أو يحاول أن يجمع المعلومات التي أدت لظهور أفعاله غير المرغوبة، فإن هذه المعرفة - مجرد المعرفة - قد تؤدي إلى تأثيرات مباشرة في الأفعال أو السلوك الذي يلاحظه الفرد⁽⁷⁾.

وللمزيد من التفاصيل والإيضاح لنلاحظ ما يحدث أثناء ملاحظة الذات: أن الفرد عندما يحاول القيام بجمع المعلومات التي أدت إلى أنماطه السلوكية التي يرغب في تعديلها، إنما يقوم في الحقيقة بعملية انتقاء أو «غريلة» للشروط أو الأسباب الهامة - في نظره - التي أدت إلى تكون الأعراض المرضية، فهو يبعد بعض الشروط الهامشية، ويبقى على بعض الشروط التي يرى أنها أساسية من حيث تأثيرها على ظهور المرض أو استمراره. وهذه «الموازنة» بين الشروط المختلفة تعتبر في حد ذاتها ذات وظيفة إيجابية لأنها ستضع إصبع الشخص مباشرة على الشروط المطلوب تعديلها أو

ضبطها لتحقيق التغير. وستمنحه - فضلاً عن ذلك وعيها واستبصاراً جديدين بمواصفات الحياة المؤثرة. فمن الطبيعي أنه سيحاول بعد أن عرف الشروط الرئيسية أن يتتجنبها، أو أن يخلق شروطاً أخرى معارضة للشروط السيئة الأصلية، إلى غير ذلك من تصرفات مستقبلية.

وتتطلب ملاحظة الذات بالشكل العلمي أن يسجل الفرد في كراسة خاصة الاستجابات أو أنماط السلوك المرضي عندما يلاحظه مباشرة. فهو يسجل مثلاً عدد المرات التي يشعر فيها بالرغبة في تدخين سيجارة، أو تعاطي بعض الخمر، أو بالرغبة في السب والعداوة، أو عدد المرات التي تتملكه فيها الأفكار الحوازية، أو عدد الهلاوس السمعية التي يسمعها.. الخ. ومثل هذا التسجيل يعوق ظهور السلوك غير المرغوب. وعلى سبيل المثال تبين في إحدى الدراسات أن مجرد قيام الشخص بتسجيل عدد المرات التي يشعر فيها برغبة قوية في تدخين سيجارة، يؤدي مباشرة إلى إعاقة التدخين. ولهذا نلاحظ في مستشفى الطب النفسي وعيادات العلاج النفسي في الولايات المتحدة أنهم يستخدمون هذا الأسلوب في العلاج من الإدمان على الخمر، والكحوليات، وغيرها من الأفعال الفهودية.. بأأن يكون لكل مريض لديه الدوافع في التخلص من مشكلاته كراسة يسجل فيها ما يفعله إزاء هذه المشكلة يومياً.

ولأن ملاحظة الذات تتطلب قدرة على التحكم في التغيرات السلوكية التي تطرأ على الشخص، فإن هذا التحكم - في اعتقادنا - يؤدي إلى خلق تغيرات آلية في البيئة المحيطة بطريقة تجعلها تخلق تدابير إضافية في الاتجاه المرغوب. تصور - على سبيل المثال-أنا طلبنا من شخص يفتقر إلى تأكيد الذات في المواقف التي تتطلب منه المعارضه أو الدفاع عن النفس، أو الاحتجاج على ظلم معين. فطلبنا منه خطوة أولى من خطوات العلاج أن يسجل مباشرة عدد المرات التي قال فيها «نعم» أو «أوافق» على أمر أو حكم معين صادر له من زميل أو رئيس، وعدد المرات التي قال فيها «لا» أو «ارفض» هذه الأوامر أو الأحكام غير المقبولة. أن مجرد قيامه بتسجيل ذلك في الموقف الحية يخلق - في تصورنا - نوعاً من التعديل في استجابات البيئة المحيطة به (الاهتمام والتساؤل عما يفعل.. الخ) ومثل هذا التعديل أو الاهتمام الذي يظهر على الآخرين قد يتحول إلى قوة أخرى تساعد

الشخص على التغير الإيجابي.

ويكتشف الشخص من خلال ملاحظاته الذاتية انه استطاع أن يتوصل للشروط الرئيسية التي تساهم في تشكيل جوانب سلوكه وشخصيته. وعندما يحاول مستقبلاً أن يتتجنب الشروط السيئة، أو يخلق شروطاً جيدة، وعندما يكتشف أنه نجح في تحقيق بعض الأهداف: أي أن هناك أهدافاً أخرى تبلورت وشروطًا أمكن التغلب عليها، وشروطًا أخرى يجب التغلب عليها... الخ فان مثل هذا التغير سيكون بمثابة التدعيم الذاتي لممارسة تعديلات إضافية أخرى.. فالنجاح فيما أشرنا يخلق نجاحاً آخر، والثقة بفاعلية الذات تخلق ثقة أخرى.

و قبل أن ننتقل إلى وصف إحدى الحالات التي تم علاجها بنجاح باستخدام أسلوب الملاحظة الذاتية نجمل القول بأن هذه الطريقة تعتبر من الطرق ذات النتائج القوية في تعديل السلوك. أما أسباب قوتها فمتعددة ومعقدة إلى حد كبير، وتأثيراتها على السلوك تختلط بعوامل أخرى. ولا زال الباحثون يجاهدون في تحديد المتغيرات النوعية التي تساعده على كفاءة هذه الطريقة. غير أن جهد الباحثين في هذا المجال، وزيادة علامات الاستفهام لا يجب أن تقلل من آثارها واستخداماتها في ميدان العلاج الذاتي، حتى في أكثر الحالات العقلية والنفسية اضطراباً.. ولنتأمل معاً فيما يلي حالة توضيحية أمكن معها باستخدام أسلوب ملاحظة الذات والتسجيل تحقيق قدر رائع من النجاح.

حالة المرأة ذات الهلاوس السمعية:

المريضة في السابعة والأربعين من العمر تقيم في مستشفى للطب العقلي في الوقت الذي بدأ فيه المعالج السلوكي محاولاته العلاجية معها. شخصها الأطباء على أنها فصامية. ظلت محجوزة في المستشفى لثلاثة عشر عاماً، وذلك بسبب هلاوس سمعية تحدث بصورة يومية متكررة ومطردة. وقد أدت هذه الهلاوس إلى حالة من الاكتئاب الشديد والقلق - ومن الغريب أن هذه الهلاوس تدخلت في حياة هذه المرأة البائسة بطريقة لا تطاق. لقد أصبح سلوكها كلها محكوماً «بالأوامر» و«النواهي» التي تعطيها لها الأصوات. وبلغ ذلك إلى حد أنها لم تكن ل تستطيع الذهاب للحمام

لقضاء حاجاتها الحيوية ما لم تسمع تلك الأصوات تأمرها بذلك. وعندما عرضت هذه المرأة مشكلتها للمعالج أظهرت كراهية شديدة لسيطرة هذه الأصوات عليها، وأبدت رغبة قوية في العلاج منها. وعبرت بصراحة بأنها لو استطاعت أن توقف تلك الأصوات، فان مشكلتها الأساسية قد تحل، وأنها ستصبح قادرة على التوافق الجيد بعد ذلك. كذلك أبدت الهيئة العاملة بالمستشفى هذا الحكم.

ولأن هذه المرأة أبدت دافعا قويا للعلاج، فلقد رأى المعالج أن يستخدم معها أسلوب ملاحظة الذات، وذلك لبساطة هذا الأسلوب في التطبيق، ولأن المرأة أبدت رغبة في التعاون مع المعالج في تنفيذ التعليمات الخاصة بتسجيل التغيرات التي تسيطر عليها وملاحظة الذات.

طلب المعالج منها أولاً أن تسجل بطريقتها الخاصة عدد المرات التي تحدث فيها تلك الأصوات لثلاثة أيام متتالية. ثم طلب منها بعد ذلك أن تسجل جهرا أمام المريضات الآخريات في العنبر على جدول عدد المرات التي تسمع فيها هذه الهلاوس يوميا. وقد وضع الجدول في مكان ظاهر بحيث يمكن للممرضات الآخريات أن يلاحظنه. ونتيجة لهذا المكان الظاهر الذي وضع فيه الجدول كان يسهل على كل شخص في العنبر أن يلاحظ مدى التقدم في سلوك المريضة. فمن الواضح إذن أن الهدف من الجدول هو أن يعطي المرأة نتيجة فورية لتطورها. كما أنه كان يحرك عوامل التدعيم الاجتماعي من قبل الممرضات والمجربيين والعاملات بالمستشفى... الخ.

وقد تضمنت تعليمات المعالج للعاملين بأن يظهروا تشجيعهم بالمدح والاهتمام، والتشجيع كلما لاحظوا تناقصا في الهلاوس اليومية (تناقص الأصوات) وعندما كانت تفشل المرأة في إنقاص هلاوسها، كان التدعيم الاجتماعي يتوقف.

ومن الطريق أن هذا الأسلوب قد أدى إلى تناقص ملحوظ في الهلاوس السمعية لدى المرأة في فترة قصيرة من الزمن. لقد قلت الأصوات والهلاوس من 181 مرة في اليوم الأول (الذي بدأته فيه المرأة بوضع علامة على الجدول في كل مرة تسمع فيها الأصوات) إلى 11 مرة في اليوم الثالث. ولم تظهر أي هلاوس في اليوم الرابع. ثم زادت بعد ذلك إلى 16 مرة ثم قلت تدريجيا إلى أن وصلت الصفر.. واختفت الأصوات بعد ذلك تماما من حياة

المريضة طوال فترة متابعتها لمدة ستة شهور ولحين نشر تلك الدراسة. ومن الطريق أيضا أنه بتناقص هلاوس المرأة حدثت تغيرات إيجابية أخرى في سلوكها. لقد أصبحت أقل قلقا، وقدرة على التفاعل الاجتماعي مع المريضات الآخريات. وتحسن مظهرها الخارجي. وبدأت تطالب بالبحث عن عمل. كذلك أصبحت تعبر بصراحة عن سعادتها وغبطتها إلى حد بعيد (كدليل على أن التغير في الأعراض يشمل تغيرات إيجابية أخرى في الشخصية ككل).

وغمي عن القول، أن هذه الدراسة تقدم برهانا قويا على أن ملاحظة الذات وتسجيل السلوك يؤديان إلى محو كثير من الاخت Abbas حتى ما ينتمي منها إلى عالم الأمراض العقلية. وينفس القدر من المهارة يمكن بالطبع استخدام أساليب الملاحظة الذاتية بالشكل السابق في حالة المرأة ذات الهلاوس السمعية، في علاج وتعديل كثير من الجوانب السلوكية المرضية. ويتم بالفعل استخدام هذا الأسلوب من أجل زيادة الوقت الذي تكرسه للعمل (والذاكرة) وضبط السمنة بملاحظة التناقض اليومي للوزن وتسجيله، وعلاج مشكلات الأطفال في المدارس كالبكاء الذي ليس له سبب وذلك بوضع علامة في جدول أمام الطفل في كل مرة يبكي فيها دون سبب. وحيثما أمكن تطوير أسلوب الملاحظة الذاتية في علاج المخاوف المرضية من الأماكن المغلقة لدى مريضة، وذلك بسؤالها أن تحصي الزمن الذي تقضيه في مكان مغلق (حجرتها) باستخدام ساعة إيقاف، مما أدى إلى تزايد تدريجي في الزمن الذي تقضيه في الأماكن المغلقة بشكل عام. كما أمكن للكاتب أن يمارس هذا الأسلوب لزيادة الوقت المخصص لكتابه بحث مطلوب في فترة زمنية محددة. فامكن تخصيص 6 ساعات يوميا تقريبا للكتابة (بعد أن كان الوقت المستخدم لذلك لا يزيد عن ساعة ونصف يوميا وبطريقة متقطعة).

والجميل في أسلوب الملاحظة الذاتية هو بساطته ونتائجها الإيجابية في زيادة السلوك المرغوب ومحو السلوك غير المرغوب في فترات محدودة لا تتجاوز السنة في الحالات المعقدة، وتصل إلى أسبوعين قليلة في حالات أخرى، فضلا عن إمكانية استخداماته في تعديل قطاعات متعددة ومتعددة من الاخت Abbas اضطرابات بما في ذلك الاخت Abbas اضطرابات التي تصيب الناس الساديين

(كالسمنة، أو الهروب من النشاطات الإبداعية كالكتابة) والعصابيين (المخاوف المرضية) والمرضى العقليين (الالهلاوس والأفكار المسيطرة). كما يستخدم كطريقة لتخفيض ارتفاع ضغط الدم، وذلك بتشجيع الفرد على قياس ضغطه بنفسه ثلث أو أربع مرات يوميا في مواقف مختلفة وتسجيل ذلك على بطاقة أو جدول يمكن أن يعده الفرد بنفسه. ولهذا تباع أجهزة ضغط الدم في الوقت الحالي بأسعار زهيدة للجمهور الأمريكي لتشجيع عمليات العلاج الذاتي.

إثابة الذات والتدعيم كطريقة للعلاج الذاتي:

إذا كانت مجرد الملاحظة الذاتية تعتبر مصدرًا خصباً لتعديل السلوك بطريقة ذاتية، فالأمر صحيح كذلك بالنسبة للتدعيم الذات عند ظهور السلوك الجديد البديل للسلوك المرضي. والخلاف بين الملاحظة الذاتية والتدعيم الذاتي أنه في الملاحظة الذاتية يقوم الشخص بمراقبة تصرفاته التي يعتقد بخطئها أو باثارها المرضية السيئة على شخصيته- إلى أن يتوقف ظهور هذه الأمراض أو يحل محلها سلوك آخر. أما التدعيم الذاتي فيمكن للشخص أن يستخدمه بعد أن يتكون السلوك المرغوب.. ويتم تدعيم الذات بأن يقوم الشخص بإثابة نفسه فوراً عند ظهور السلوك المرغوب. وخير مثال على هذا الطالب الذي يكافئ نفسه بكتوب من الشاي أو فنجان من القهوة أو الذهاب إلى السينما أو الالتقاء بالأصدقاء بعد أن يكون قد نفذ خطوة مكنته من قضاء وقت ملائم لإنتهاء بحوثه أو دروسه.

وفي ميدان العلاج النفسي الذاتي أصبحت طرق الإثابة أو التدعيم الذاتي جزءاً رئيسياً من العلاج يوصي به المعالج في مشكلات سلوكية متعددة كالتدخين، والقلق الجنسي (أي القلق في حضور الجنس الآخر)، والاكتئاب، والوسواس، وتسلط الأفكار غير المنطقية على تفكير الشخص.. الخ.

ولكي يزداد استبعارنا بتطبيق هذا الأسلوب في هذه المجالات الآنفةذكر قد يحسن أن نستشهد ببعض الدراسات الملائمة لهذا الغرض. ومن أوائل الدراسات التي أجريت للكشف عن أهمية هذا الأسلوب دراسة تمت سنة 1967 في الولايات المتحدة على يدي «جاممان» Gutmann و «مارستون» Marston.

Marston. وقد استعانا بالطلبة الذين يعانون من مشكلة التدخين، وقادوا أنهم اختاروا هذه المشكلة بالذات لأن هؤلاء الطلاب كانوا يرغبون في الإقلاع عن التدخين، وحاولوا ذلك من قبل ولكنهم فشلوا. وقد قسم الباحثان الطلاب إلى مجموعتين الأولى وقد أطلقوا عليها المجموعة التجريبية وت تكون من 15 شخصا طلب الباحثان من أفرادها أن يدخن كل منهم سيجارتين إذا ما نجح في التوقف عن التدخين لمدة أربع ساعات متتالية (إثابة ذاتية أو مكافأة للذات). وقد طلب الباحثان من أفراد هذه المجموعة أيضا أن يسجل كل فرد منهم التناقض اليومي في عدد السجائر التي يدخنها كل منهم في كل يوم من أيام التجربة. أما المجموعة الثانية وتسمى بالمجموعة الضابطة فلم يطلب من أفرادها القيام بالإثابة الذاتية (التدخين عقب النجاح في التوقف عن التدخين)، ولكن طلب منهم أيضا تسجيل التناقض اليومي في التدخين. وقد بيّنت هذه الدراسة أنه بالرغم من أن الدراسة قد استغرقت فترة قصيرة، فإن أفراد المجموعة الأولى نجحت في إنقاذهن السجائر بشكل مطرد، وأقلع ما يقرب من 80% من أفرادها عن التدخين نهائيا، بينما لم يحدث تغيير يذكر في المجموعة الضابطة⁽⁹⁾.

ويزعم باحثان آخران أن أسلوب المكافأة الذاتية نجح في إيقاف القلق النفسي لدى مجموعة من الطلاب ممن وصفوا علاقاتهم بالجنس الآخر بأنها مصدر «عنيف» للقلق والتوتر، لدرجة انهم كانوا يضطربون عندما يتداولون الحديث مع الزميلات بطريقة تضعهم في كثير من جوانب الحرج والاكتئاب. في هذه الدراسة طلب الباحثان من الطلاب الذين تقدموا لطلب التوجيه والعلاج بأن يحصروا كل المواقف التي تتطلب علاقة بالجنس الآخر، على أن تدرج هذه المواقف وفق ما تستثيره من قلق، بحيث يأتي الموقف الذي يستثير درجة قليلة من القلق أولاً، وتتلوه بعد ذلك مواقف القلق الأخرى موقعاً موقعاً. وبناء على هذا طلب الباحثان من الطلاب أن يسجلوا مدى تقدمهم في التخلص من القلق في المواقف المتدرجة موقعاً وراء الآخر، على أن يستخدموا شتى أساليب الإثابة والتدعم الذاتيين (بما في ذلك مدح النفس) كلما نجح الواحد منهم في تخطي القلق الذي يثيره موقف التفاعل مع الجنس الآخر. ولم ينجح الطلاب في التخلص من القلق فحسب، بل تبين أيضاً أنهم استطاعوا أن يتخلصوا من القلق في مواقف أخرى لا

تتعلق بالجنس الآخر، كالخوف من الامتحانات ومن الرسوب فضلاً عن ازدياد الثقة بالنفس وغير ذلك. (المراجع 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 الممكن التخلص من كثير من المشكلات المماثلة بتدعيم الذات عندما تتجه في تحقيق الأهداف المرسومة.

وقد سجل «ألبرت أليس» الذي عرضنا لنظريته في العلاج المنطقي في الفصل السابق نجاحاً ملحوظاً في تشجيع مرضاه على استخدام المكافأة أو الإثابة الذاتية عند النجاح في التخلص من الأفكار والاتجاهات الانهزامية، ويقول في هذا الصدد:

«لقد نجحت شخصياً في مساعدة مرضى في السنوات العشر الأخيرة على التخلص من المعتقدات غير المنطقية من خلال تشجيعهم على تدعيم أنفسهم بشيء مرغوب (كالطعام أو الشراب، أو الاتصال الجنسي) بعد أن ينجح الواحد منهم في الدفع المستمر للاعتقادات الخاطئة التي تتملكه وتؤدي للمرض والهزيمة، أو بعقاب أنفسهم بالتعرض لمنبه غير سار (كالقيام بالنظافة المنزلية، أو أداء تمرين رياضي ممل، أو المساهمة في نشاط جماعة أو حزب سياسي مخالف لقيم الشخص) وذلك إذا لم يقم الشخص منهم بالعمل على دفع معتقداته المرضية يومياً»⁽¹⁰⁾.

وقد يتتسائل القارئ، هل من الأفضل أن تأتي المكافأة أو الإثابة عند النجاح في تحقيق هدف علاجي معين، من الخارج (الآباء والمعالجون، والمدرسوون) أم من الذات. هنا أيضاً تفييد بعض دراسات في تقديم إجابة جيدة عن هذا السؤال: فقد تبين أن التدعيم الذاتي لا يقل فاعلية عن التدعيم البيئي أو الخارجي من حيث التأثير على تأكيد ظهور السلوك التكيفي الجديد. أما إذا رأينا الفاعلية على المدى الطويل، فإن التدعيم الذاتي ينقوص على التدعيم من الخارج من حيث أنه يؤدي إلى آثار علاجية تستمر وقتاً أطول، مما لو كان مصدر التدعيم آتياً من البيئة. بل إن كثيراً من المعالجين يرون أن فاعلية التدعيمات البيئية تتوقف في الحقيقة على قدرة الشخص على أن يتحول بها إلى تدعيمات داخلية أو ذاتية، عندما يكون التقدم في العلاج مصدراً لسعادة الشخص وراحته الذاتية بدلاً من

إسعاد أو إرضاء المعالج.

ويرتبط بالتدعيم الذاتي ما يسمى بعقاب الذات. وقد رأينا نموذجا له في عبارة «أليس» التي سبق ذكرها توا. فقد رأينا انه كان يكلف مرضى بواجبات منزلية ثقيلة عندما يفشل الواحد منهم في تحقيق الهدف المنشود للعلاج. وقد أمكن لأحد معالجين السلوكيين في إحدى عيادات العلاج النفسي بأمريكا أن يستخدم أسلوب عقاب الذات في علاج عيوب الكلام واللجلجة، وذلك بأن ابتكر جهازا يصدر أصواتا منفرة (صفير حاد ومتقطع كالذى نسمعه على محطات الإذاعة قبل بدئها) إذا ما قام الشخص بالضغط على زرار معين مثبت بالجهاز. وقد تبين أن هذا الأسلوب قد نجح نجاحا ملحوظا في علاج اللجلجة إذا ما قام المريض بتشغيل الجهاز عندما يبدأ في التهتهة أثناء قراءته لموضوع معين بصوت عال. وقد أدى النجاح في استخدام هذا الجهاز إلى تعيميه بحيث أصبحت أمثل هذه الأجهزة تعطى للمرضى في المستشفيات لاستخدامها وتشغيلها في حالات الهاوس السمعية والبصرية. كما أمكن تطوير أجهزة مماثلة تعطي صدمات كهربائية خفيفة ويمكن للشخص أن يديرها بنفسه عندما يتعرض لسيطرة تلك الجوانب المرضية من السلوك. ولقد أمكن على سبيل المثال إعطاء مريض فضامي كان يشكو من وجود هلاوس سمعية جهازا سهل الحمل لتجويه صدمات كهربائية خفيفة. وكانت التعليمات التي طلب من المريض تفيدها هي أن يوجه لنفسه صدمة كهربائية كلما يسمع تلك الأصوات. وفي خلال بضعة أيام قرر المريض بأن تلك الهاوس قد توقفت. فضلا عن هذا، استطاع المريض الخروج من المستشفى بعد خمسة وثلاثين يوما بعد أن توقفت تلك الهاوس التي أدت به إلى الالتحاق بالمستشفى عددا من المرات⁽¹¹⁾.

وتقييمنا الخاص للدلائل المتوفرة الآن هو أن توظيف العناصر الذاتية - بما فيها الملاحظة الذاتية ومكافأة الذات أو عقابها في العلاج - قد أحرز قوة واضحة في السيطرة على كثير من الاضطرابات وبقليل من الجهد، ويتجنب كثير من المشكلات الخلقية التي قد يثيرها العلاج السلوكي بشكل عام.

والأسلوب الآخر الذي أود أن أناقشه هنا قبل أن نختتم الحديث عن

علاج دون معالج

أساليب العلاج الذاتي يتعلق بما شرحته في الفصل السابق، والمتعلق بالتعديل المعرفي. لقد حاولنا أن نعرض صورة أمينة عن تعديل أساليب التفكير والاتجاهات غير المنطقية، فتبين لنا أن هذا المجال من المجالات الواudedة في العلاج السلوكي. ولأن تعديل أساليب التفكير يعتبر بطبيعته أسلوباً من الأساليب التي تزداد فاعليتها إذا ما حاول الفرد ممارستها بوحى من إرادته الخاصة، فإن تحويل تلك الأساليب للاستخدام في ميدان العلاج الذاتي كان ميسوراً وحافظاً بكثير من الاتيكارات والطرق الخلاقة.

من الأفكار الأساسية في النظرية المعرفية أن الإنسان يسلك بحسب ما يفكـر. وهي ميدان ممارسة العلاج الذاتي ينصب جزء من دور المعالج على تدريب الأشخاص لتعديل محتوى أفكارهم (أي ما يقولونه لأنفسهم) في مواقف الحياة المختلفة، خاصة المواقف التي تستثير الاكتئاب، والقلق، والمخاوف، وعدم الثقة.. الخ. ذلك لأننا نعرف- مما عرضناه من قبل- أن كل تصرف عصبي كالقلق مثلاً من التعبير عن النفس أمام الآخرين، إنما يتتأكد من خلال الأفكار التي يرددتها الشخص بداخـله. فـما يرددـه الشخص، ومجموع حواراته الداخلية مع النفس، هي التي تستثير شـتى المشاعر في شـتى المواقـف. ولـأمر ما تـبـه الأدبـاء والروـاـئـيون منـذ الـقـدـم إـلـى ما تـلـعـبـهـ الحـوارـاتـ الدـاخـلـيةـ فيـ تـوـجـيهـ الشـخـصـيـةـ. إنـ مـسـرـحـيـاتـ «ـشـكـسـبـيرـ»ـ عـلـىـ سـبـيلـ المـثالـ، تـمـتـأـلـ بـأـنـمـاطـ وـشـخـصـيـاتـ تـمـارـسـ تـلـكـ الأـحـادـيـثـ الدـاخـلـيـةـ «ـالـمـوـنـوـلـوجـاتـ»ـ عـنـ الـتـعـرـضـ لـلـكـثـيرـ مـنـ جـوـانـبـ النـشـاطـ كـالـعـدـوـانـ (ـعـنـ عـطـيلـ)ـ وـالـوـشـاشـةـ (ـعـنـ اـيـاجـوـ)ـ وـالـاـكتـئـابـ (ـعـنـ هـامـلتـ).

وفي ميدان العلاج الذاتي يطلب من الشخص أن يتبنى محتوى من العبارات الداخلية ذات الطابع التكيفي قبل تعرضه لمصادر القلق والاكتئاب، كأن يستعيض الشخص عن العبارة «إن ما سأقوله تافه ومثير للسخرية» قبل إلقائه لخطاب أو إعلانه عن رأي أمام مجموعة عبارة ذات محتوى تكيفي مثل «لا بأس من الكلام، ولا يهم ما سأقوله، بل يجب أن أقوله». ومن الطرق المرتبطة بأسلوب تعديل المحتوى الفكري والحوار الداخلي، ما يسمى بالإيقاف المتعمد للأفكار غير المرغوبة. إذ يطلب المعالج من طالب العلاج أن يفك بطريقة متعمدة في الفكرة التي تسبب له التعasse والضيق (أنتي إنسان غير مفيد، أو أن أهلى يريدون التخلص مني، أو أنتي

فقدت جاذبيتي وقدرتني على التأثير في الآخرين.. الخ). ثم يتطلب منه بعد ذلك أن يشير بإصبعه عندما تكون الفكرة قد تبلورت. وفور ظهور الإشارة الدالة على تكون الفكرة وتبلورها يهتف المعالج «توقف الآن عن هذا». وتبين الحالات التي استخدمت معها هذه الطريقة أن الفكرة التي تتكون عندما يهتف المعالج «توقف» تخفي من الذهن.

أما لماذا تخفي الفكرة أو التصور المرضي عندما يأتي الأمر بالتوقف، فالامر ببساطة وسبق أن أشرنا إلى المبدأ الذي يفسره، ولكن في إطار آخر. لقد سبق أن تحدثنا عما يسمى بمبدأ الكف المتبادل، وبيننا أن الشخص لا يمكن أن يكون قلقاً ومطمئناً في وقت واحد، أي أنه لا يمكن أن يشعر بشعورين متناقضين في نفس الوقت. ولهذا فنحن نعلم أنه يسترخي عندما يواجهه تهديد نفسي معين. وهذا الاسترخاء يكفله أو تخوفه الذي اعتاد أن يواجه به مثل هذه التهديدات.

ونفس الأمر ينطبق هنا على مجالات التفكير. فالشخص لا يمكن أن يفكر في فكرتين في وقت واحد، أي فكرته المرضية وتركيزه على صوت المعالج وهو يهتف: توقف! وبالطبع من الممكن استخدام هذا الأسلوب ذاتياً باستبدال أوامر المعالج بأوامر من الذات. وقد سجل «ولنبي» نجاحاً عندما طبق هذا الأسلوب على نفسه، اثر تعرضه لمشكلة قانونية مع شخص آخر، وبعد أن أمكن تذليلها صباح أحد الأيام. ففي نفس اليوم تملكته بعض الأفكار، وسيطرت عليه بعض الوساوس بأنه عالج المسألة بطريقة خرقاء. لقد أخذت هذه الفكرة تشغله طوال اليوم. لهذا حاول في مساء نفس اليوم أن يقوم بعملية علاج ذاتي بأسلوب بلورة الفكرة التي تبعث على الضيق «معالجة المشكلة بطريقة خرقاء»، مع الهاتف العالي «توقف». وفي تعليق ولنبي على ذلك يقول «بالرغم من أن الأسلوب لم يتمكن من البداية ربما بسبب سيطرة انفعالي الشديد وضيقه بالموقف، فإنه أمكن لي أن أححقق نجاحاً كاملاً في اليوم التالي. لقد أزيلت وساوسي وأنمحت تماماً»⁽¹²⁾.

تلك إذن هي بعض الوسائل المستخدمة على نطاق واسع لمساعدة الناس على توجيه ذواتهم وتعديل جوانب سلوكهم، وأفكارهم واتجاهاتهم، وانفعالاتهم بحيث تتمكن السيطرة على كثير من أفعال القلق والخوف

والاكتئاب وغيرها من اضطرابات قد استنجدنا - دون شك - آثارها المدمرة على حياة الإنسان. وهناك الكثير من هذه الأساليب ولكنها أكثر تعقيداً من الناحية التكنيكية بما لا يناسب هذا المجال.

أما وقد أصبحت لدينا الآن بعض الحقائق الرئيسية عن هذا الميدان فقد بقي تعليق أو تعليقان يتطلبان الإضافة.. فمن ناحية قد تأخذ هذه الأساليب مظاهر البساطة والهزل، لكن فاعليتها لن تظهر على الإطلاق ما لم تحمل الجد الخالص، والجهد في تفديها. عندئذ ستتحول بساطتها الظاهرة إلى أمر مستساغ ومفيد.

ثم إن 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 طلباً للعلاج من المخاوف المرضية المحددة، بل أنها تستخدم بنجاح كبير في مختلف أنواع الاضطرابات وسوء التكيف طالما وجده الدافع للتغيير.

وبالنظر إلى تلك الأساليب على أنها مظهر من مظاهر التطور في حركة العلاج السلوكي، أصبح من الواضح أنه لن تكون هناك مشكلات أخلاقية تشارض ضد العلاج السلوكي بنفس الحدة التي كانت تشار بها منذ سبع أو عشر سنين. فالشخص الذي يمارس هذه الأساليب يأتي طالباً المشورة شخصياً كما أنه يتصرف وفقاً لإرادته الخاصة الحرة. إنه يأتي وهو مستعد لأن يفعل ما يستطيع لكي يتخلص من تعاسته. وهو عندما يمارس هذه الأساليب يمارسها دون ضغط من المعالج، ودون أن يزج شخص خارجي (ولو كان المعالج النفسي) بقيمه واتجاهاته بطريقة قد تكون مصدرراً للتحوطات الأخلاقية. وعلى أية حال فتحن نشعر بالرضا التام إن كنا قد نجحنا في أن نقدم في هذا الكتاب للقارئ ما يكفي أن يطلعه على صورة من الانتصار العلمي في ميدان كان من العسير - بسبب تاريخ طويل من الخرافات أحياناً، والخداعات شبه العلمية أحياناً أخرى - أن يقدم العلم فيه انتصاراً مماثلاً لانتصاراته في الميدانين الأخرى. ورغم أن النصر قد يبدو ضئيلاً إذا ما قيس بالمشكلات المثيرة للتحدي، التي تطرحها الحياة بدأب، فإننا نعتقد أن جهد المحاولة، وبعض النتائج المتجمعة، تبشر بأن خطاناً قد وضع في الطريق الصحيح، أجل الطريق الصحيح ليس أكثر!.

مراجع وتعليقات

- 1- للاطلاع على نظريات وآراء «كارل روجرز» يمكن الرجوع بين عشرات المؤلفات والكتب إلى الكتابين الآتيين اللذين احتويا على أفكاره الرئيسية:
- 2- A. Rogers, C. Counseling and Psychotherapy: Newer Concepts in Practice. Boston: Houghton, 1942.
- B.-Rogers, C. Client-Centered therapy: Its current implications, and theory-Boston: Houghton, 1951.
- 3- Bandura, A. Principles of behavior modification: New York: Holt, 1969.
- 4- : Skinner, B.F. Science and human behavior. New York Macmillan, 1953.
- 5- Cautela, J.R. Treatment of compulsive behavior by covert Sensitization. Psychological Record, 1966, 16, 33-41.
- 6- Cautela, J.R. Behavior therapy and self-control. In c—Franks and co. Wilson Eds. (Behavior therapy: Appraisal and status. New York: McGraw-Hill, 1969 (pp.323, 340).
- 7- Hagen, R. Behavioral therapies and the treatment of schizophrenics Schizophrenia Bulletin, 1975, 13, pp. 70-96.
- 8- انظر المرجع السابق للمزيد عن تفاصيل حالة المرأة ذات الهلاوس وما أثارته من نشاط في مجال العلاج النفسي.
- 9- Gutman, M. & Marston, A. Problems of subject's motivation in a behavioral program for the reduction of cigarette smoking. Psychological Reports, 1967, 20, 1107-1114.
- 10- Ellis, A. The essence of rational Psychotherapy: A Comprehensive approach to treatment. New York: Institute for Rational Living, 1970.
- 11- عن تأثير العقاب والصدمات الكهربائية-الذاتية في علاج الفصام انظر: Hagen, R. op. cit., 1975.
- 12- انظر في ذلك مرجع ولبي:
- Wolpe, J. & Lazarus, A. Behavior therapy techniques. New York: Pergamon, 1966.
- كذلك للمزيد عن أساليب الضبط الذاتي وتوظيف العلاج السلوكي في ميدان العلاج الذاتي انظر:
- Mahoney, M.J. Clinical issues in self-control training—Paper presented at the American Psychological Association, Montreal, August, 1973.
- Mahoney, M.J. Toward an analysis of covariant control Behavior Therapy, 1970, 1, 510.
- Mahoney, M.J. & Thoresen C.F. Self-control: Power to the Person. Belmont, Calif.: Brooks/Cole, 1974.

المؤلف في سطور:

د. عبد الستار ابراهيم

- * ولد في قرية الزينية بحري بالأقصر - نوفمبر 1939.
- * تخرج في قسم علم النفس بكلية الآداب جامعة عين شمس 1962.
- . ونال الدكتوراه المتقدمة في علم النفس من جامعة القاهرة 1972.
- * عمل مدرساً بجامعة القاهرة حتى 1974.
- * عين زميلاً زائراً بجامعة ميشيغان بأمريكا سنوي 1974 ، 1976.
- * عمل مستشاراً نفسياً لعدد من العيادات النفسية في مصر والولايات المتحدة الأمريكية.
- * عضو وزميل بعدد كبير من الجمعيات النفسية والاجتماعية كجمعية علم النفس الأمريكي، والجمعية الدولية لعلم النفس، وجمعية دراسات الشرق الأوسط بأمريكا، وجمعية العلاج السلوكي، وجمعية علم النفس الإنساني .. الخ.

* يعمل فضلاً عن عمله كأستاذ مساعد بجامعة الكويت أستاذًا مشاركاً بقسم علم النفس الإكلينيكي بجامعة وين الولاية- بميشيغان، ومديراً للبحث النفسي بمستشفى نورثفيل للطب النفسي بولاية ميشيغان.

* نشر له عدد كبير من البحوث في المجالات العربية والأمريكية والدولية.

* شارك في كثير من المؤتمرات عن العلاج النفسي.



إفريقيا في عصر التحول الاجتماعي

ترجمة:

شوقي جلال