

الفصل الثاني

الإطار النظري للدراسة

أولاً: اضطراب القلق العام.

ثانياً: العلاج النفسي المتمركز على العميل.

ثالثاً: التغذية المرتدة.

١- التغذية المرتدة بالفديو.

٢- التغذية المرتدة الحيوية.

أولاً: اضطراب القلق العام : Generalized Anxiety Disorder

لقد أصبح من الواضح أن عصرنا الحاضر يتميز بالقلق، وذلك نظراً لما يشهده من أحداث وظروف ومتغيرات متزايدة. بحيث يمكن القول بأن هذا العصر أصبح متغيراً في حد ذاته. والقلق بوجه عام أصبح نتيجة من النتائج الواضحة لهذه المتغيرات، بل تحول من مجرد نتيجة إلى سبب يؤدي إلى ظهور الكثير من المظاهر العصبائية، حتى أن البعض يعدّه جوهر العُصاب ومصدر الأعراض العصبائية.

والقلق- من إحدى الزوايا- انفعال إنساني ذو حدة وشدة، وبرغم ما هنالك من زخم في الدراسات ووفرة فيها، فلم تختلف البحوث بشأن أي انفعال كما اختلفت بشأنه. فقد تعددت الآراء بصده، وتباينت وجهات النظر إليه. حيث يرى البعض أن القلق انفعال من قبيل الوبال، إذ ينذر بسوء المنقلب والمآل، فهو أساس المرض النفسي وجوهره، يصاحب- فضلاً عن ذلك- كل الأعراض الجسمية والأسقام والعلل. بينما يرى البعض الآخر أن القلق هو الدافع وراء كل إنجاز ضخم، والباعث خلف كل أداء عظيم، فهو المحرك لطاقات الإنسان الراقية، وكوامن نفسه الخلاقه، وسامي فكره، وراقي إبداعاته. ومن ثم فإن القلق - من وجهة نظرهم - مرغوب فيه. ويدللون على قولهم هذا بالعديد من الأمثلة لعباقرة عانوا القلق، وتألّموا لما أصابهم من مشقة وضيق، وبرغم ما واجهوه من ظلم فلم يفقدوا الأمل والرجاء. (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٤، ١١)

وفي لغتنا العربية نجد أن كلمة القلق حديثة نسيباً، ونجد عدداً من التعبيرات التي تصف هذا الشعور بشكل تقريبي... مثل: الخوف، والوجل، وعدم الاطمئنان والترقب، والحذر، وغير ذلك من التعبيرات الشائعة مثل: العصبية، وقلة الصبر، والتوتر، وانشغال البال.

ويمكن القول : إن درجة من القلق هي صحية وإيجابية؛ لأنها تدفع بالإنسان نحو العمل لدراء الأخطار الممكنة أو المحتملة التي يتعرض لها الإنسان في صراعه مع الحياة. فالقلق عند هذه النقطة هو باعث إيجابي يساعد في الحفاظ على الذات، والنجاح في مسيرة الحياة.... ولكن المشكلة تكمن في ازدياد شدة درجة القلق، وفي استمراره دون سبب واضح أو معقول، لذلك يسمى القلق في هذه الحالة "قلق مرضي" Morbid Anxiety، أو "قلق عُصابي" Neurotic Anxiety لأنه خوف مزمن دون مبرر موضوعي، مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى، دائمة إلى حد كبير.

هذا، ويسمى "ولبي" Wolpe بديلاً عن مصطلح "القلق العُصابي"- الذي يرى أنه خاطئ- مصطلح "القلق الشامل" Pervasive Anxiety، ويرى أنه الأفضل. ويذكر "ليف" Lief أن الرابطة الأمريكية للطب النفسي استخدمت مصطلح "استجابة القلق Anxiety Response إذ حل هذا

المصطلح محل "حالة القلق" State Anxiety والأخير بدوره قد حل محل المصطلح النفسي القديم "عصاب القلق"، ولكن لا يزال هذا المصطلح يستخدم في بعض مراجع الطب النفسي وعلم النفس في أوروبا. ويستخدم الآن بدلاً من كل ذلك مصطلح "اضطرابات القلق" Anxiety Disorders وذلك كما جاء في الدليل التشخيصي الثالث والرابع للجمعية الأمريكية للطب النفسي. (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٤، ١٦)

هذا، وتشمل اضطرابات القلق الفئات التالية:

- ١ - اضطراب الهلع (الذعر) Panic disorder ويتضمن هذا الاضطراب :
 - أ - اضطراب الهلع المصحوب بالخوف من الأماكن الواسعة Agoraphobia.
 - ب - اضطراب الهلع غير المصحوب بالخوف من الأماكن الواسعة.
 - ٢ - الخوف من الأماكن الواسعة دون تاريخ لاضطراب الهلع.
 - ٣ - الفوبيا النوعية Specific phobia.
 - ٤ - الفوبيا الاجتماعية Social phobia.
 - ٥ - اضطراب الوسواس والأفعال القهرية Obsessive-Compulsive Disorder.
 - ٦ - اضطراب التوتر التابع لحادثة Post-Traumatic Stress disorder.
 - ٧ - اضطراب القلق العام Generalized Anxiety disorder.
 - ٨ - اضطراب القلق غير المصنف في مكان Anxiety Disorder not otherwise specified (Kaplan & Sadock, 1994, pp. 573-615) (DSM-IV, 1994, pp. 199-218) وتتميز هذه المجموعة من الاضطرابات بأعراض القلق والسلوك التجنبي؛ ففي اضطراب الهلع والقلق العام يكون هو العرض الشائع، وسلوك التجنب يوجد غالباً في اضطراب الهلع المصاحب بالخوف من الأماكن المتسعة.
- ويعدُّ القلق العام شكلاً من أشكال اضطرابات القلق، ويتميز بوجود الاستعداد له عند الفرد. وكذلك يتميز بالشدة وعدم الواقعية، وقد يؤدي إلى تشاؤم الفرد، ومما يعزز وجوده وتأثيره على الفرد حدوث تغير في مجريات الأحداث أو ظهور ظروف جديدة في حياة الفرد.
- هذا، وتشمل الصورة الإكلينيكية لاضطراب القلق العام :-

- ١ - أعراض التوتر العضلي مثل: الارتجاف أو الرعشة، ورفة العضلات، والشعور بالاهتزاز، وتوتر العضلات وآلامها، وعدم الاستقرار، وسرعة الاجهاد.
- ٢ - أعراض زيادة نشاط الجهاز العصبي المستقل وتشمل: الشعور بالاختناق، والشعور بضربات القلب وسرعتها، وزيادة التعرق، وبرودة الأطراف، وجفاف الحلق، والدوخة، وخفة في

- الرأس، والغثيان، والإسهال، وكثرة التبول، واضطراب البلع أو الشعور بسدة في الحلق (الزور).
- ٣ - أعراض الخوف والحذر وتشمل: الشعور بأن الشخص الذي يعاني من القلق على حافة الهاوية، وصعوبة التركيز، والأرق في بداية النوم أو خلاله.
- ٤ - الأعراض المصاحبة: وعادة تكون أعراض اكتئابية خفيفة، وقد تكون أعراض هلع، ولكن ليست لها علاقة باضطراب القلق العام.

(محمود حمودة، ١٩٩٠، ٣٣٩) (Kaplan, & sadock, 1994. P. 613)

ففي دراسة قام بها "مينتزر وكناب" (١٩٩٤) Mintzer & Knapp حول مقارنة الأعراض الجسدية المصاحبة لاضطراب القلق العام لدى (٢٨) مريضاً، مع (٧٧) مريضاً يعانون من اضطراب القلق العام مصحوباً باضطرابات أخرى. حيث وجد الباحثان أن الأعراض الأساسية لاضطراب القلق العام هي أعراض نوعية خاصة بهذا الاضطراب نفسه.

(Mintzer & Knapp, 1994, PP. 930-932)

- تشخيص القلق العام والتشخيص التفريقي :

يشخص اضطراب القلق العام في غياب أعراض اضطراب الوجدان Mood Disorder في حالة توفر الشروط الآتية:

- ١ - وجود قلق شديد وانقباض حول اثنين أو أكثر من ظروف الحياة لمدة ست شهور أو أكثر، وكانت أعراض القلق واضحة في أغلب الأيام.
- ٢ - إذا وجد اضطراب آخر، فإن القلق لا يكون مترتباً عليه، فليس القلق خوفاً من حدوث نوبات هلع (كما في اضطراب الهلع)، وليس القلق من التواجد في جمع من الناس (كما هو في الرهاب الاجتماعي)، وليس القلق كخوف من التلوث (كما في اضطراب الوسواس القهري)، وليس الخوف من اكتساب الوزن (كما في حالات القهم العصابي) Neurotic Anorexia.
- ٣ - ليس هذا الاضطراب عرض من أعراض الاضطراب الوجداني أو الاضطراب الذهاني.
- ومن الأهمية بمكان أن نفرق بين اضطراب القلق العام وغيره من الاضطرابات، وذلك على الرغم من أن القلق عرض شائع في معظم الاضطرابات النفسية والعقلية والجسمية، ولا يوجد نقياً إلا نادراً؛ فقد يصاحب القلق درجة من الاكتئاب. ويضيف "لادر وونج" Lader & wing أن بعض الأعراض الاكتئابية شائعة في القلق، ولدى بعض المرضى يوجد الاكتئاب والقلق بالدرجة ذاتها، وقد يتغلب القلق أحياناً، ويتغلب الاكتئاب أحياناً أخرى. ولقد بذلت محاولات كثيرة لدراسة العلاقة بين القلق والاكتئاب مثل: دراسة نادية الفنجري (١٩٩٤)، ودراسة دافيزوكورتز Davies & Cortese (١٩٩٥) حيث أكدت نتائج تلك الدراسات على وجود علاقة قوية وإيجابية بين

القلق والاكتئاب. كما أظهرت النتائج أن نسبة حدوث الاكتئاب التابع للقلق أكثر شيوعاً من القلق التابع للاكتئاب. (EL Fangary, N. 1994) (Davies, & Cortese, 1995, PP. 31-35)

وقد يصاحب القلق الوسواس كأن يركز مريض القلق انتباهه على أحد الأعراض كخفقان القلب، ويكون اعتقاداً بأنه مصاب بمرض عضوي خطير. وقد يصاحب اضطراب القلق أمراض عضوية "سيكوسوماتية" Psychosomatic أو عصبية، حيث يعتقد كثير من المرضى أن مشكلتهم عضوية في الأصل، فهناك الكثير من الأمراض الشائعة مثل: التسمم الدرقي Thyrotoxicosis، وأورام الغدة فوق الكلية Pheochromocytoma، والصرع، وبعض الأمراض المعدية كمرض "البروسيلة" brucellasis، والاضطرابات العصبية "كالتصلب المنتشر" Multiple Sclerosis. وقد تسبب أعراضاً مثل تلك الأعراض التي نجدها في اضطراب القلق. لذلك، لا بد من الفحص الطبي الشامل، بهدف استبعاد أي أمراض عضوية يمكن أن تسبب هذه الأعراض.

(دافيد شيهان، ١٩٨٨، ١٣٥-١٣٦)

كذلك ينبغي أثناء تشخيص اضطراب القلق العام استبعاد الحالات السيكاوتريية التي قد تظهر بصورة مشابهة لأعراض القلق. على أن الاضطرابات الذهانية Psychotic disorders تمثل الاضطرابات السيكاوتريية الهامة، وأهم هذه الاضطرابات "مرض الفصام" Schizophrenia، "مرض الهوس الاكتئابي" Manic depressive disease في صورته الحادة. كذلك قد يؤدي "التسمم الحاد" Acute Intoxication أو الامتناع عن تعاطي العقاقير أو الخمر أحياناً إلى مستوى مرتفع من القلق (Kaplan & sadock, 1994, P. 514). لذلك تؤكد الدراسات التجريبية جانباً من هذه الملاحظات، فمن دراستين لـ كاتل وزملائه، اتضح أن معظم الذهانيين (مع احتمال استثناء الفصامين في مراحلهم المبكرة) لا يختلفون في مستوى القلق عن الأسوياء. أما الأحداث الجانحون والسيكوباتيون فمستوى القلق لديهم أقل من العادي، بينما من يتعاطون المشروبات الكحولية أو المدمنون عليها، فمستوى القلق لديهم مرتفع بالمقارنة مع الأسوياء.

(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٤، ٤٧-٤٨)

لذلك ينبغي تشخيص اضطراب القلق العام في ضوء أعراضه الأساسية فقط، مع استبعاد الاضطرابات العصبية، والذهانية، والعضوية والتي يوجد القلق فيها كعرض ثانوي.

- النظريات المفسرة للقلق :

١- نظرية التحليل النفسي :

يرجع "فرويد" Freud, S. "القلق العصبي" إلى مصادر غريزية؛ فإذا زاد التوتر الغريزي زيادة كبيرة، زاد ضغط "الأنا الأعلى" Super ego، واعتبر ذلك مصدراً للضغط على الأنا

(The Ego). وبعبارة أخرى، إن القلق عند فرويد ينتج عن الصراع بين قوتين في النفس: قوة الغرائز التي عبر عنها بـ "الهو" (Id)، والقوة المقابلة لها وهي قوة "الأنا الأعلى أو الضمير"، والتي تعدُّ قوة رادعة معاقبة. وفي هذه الحالة يكون "الأنا" هو موضوع الخطر. وينتج عن صراع تلك القوتين حالات القلق.

(مصطفى فهمي، ١٩٥٧، ٦٦)

ويحدث القلق في رأي "فرويد" إذا تعرض الفرد لخطر بالفعل، ولكن إذا شعر الفرد بخطر في موقف معين فإنه يأخذ بعد ذلك يتوقع الخطر في المستقبل في المواقف المشابهة، وإذا توقع الفرد وقوع الخطر شعر أيضاً بالقلق كأن الخطر قد وقع بالفعل. وعلى ذلك؛ فالقلق هو من جهة توقع وقوع خطر أو صدمة في المستقبل، وهو من جهة أخرى تكرار لحالة خطر أو حالة صدمة سالبة في صورة مخففة.

(سيجmond فرويد ١٩٨٩، ٣٠)

كما يرى فرويد أن القلق هو الذي يحدث "الكبت" وهو العامل المسبب في نشوء الأعراض، وهو في الحقيقة شرط ضروري له، أو كما يقول "بيرج" Berg المادة الخام التي تُصنع منها جميع الأعراض العصابية.

هذا، ويصنف فرويد القلق إلى ثلاث أنواع : ١- القلق الهائم الطليق. ٢- قلق المخاوف المرضية. ٣- قلق الهستيريا.

٢- القلق في النظرية السلوكية :

تنظر السلوكية إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش فيها الفرد تحت شروط التدعيم أو التعزيز الإيجابي والسلبي. ويفسر أصحاب هذا الاتجاه القلق في ضوء "الاشتراط الكلاسيكي"، وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي، ويصبح المثير الجديد قادراً على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي. وهذا يعني أن مثيراً محايداً يمكن أن يرتبط بمثير آخر من طبيعته أن يثير الخوف. وبذلك يكتسب المثير المحايد صفة المثير المخيف، ويصبح قادراً على استدعاء استجابة الخوف، مع أن طبيعته لا تثير هذا الشعور. وعندما ينسى الفرد هذه العلاقة، نجده يشعر بالخوف عندما يُعرض له الموضوع الذي يقوم بدور "المثير الشرطي". ولما كان هذا الموضوع لا يثير بطبيعته الخوف، فإن الفرد يستشعر هذا الخوف المبهم الذي هو القلق.

(علاء الدين كفاي، ١٩٩٠، ٣٤٩)

٣- القلق في النظرية الفسيولوجية :

تنشأ أعراض القلق النفسي من زيادة في نشاط "الجهاز العصبي المستقل" Autonomic Nervous System بنوعيه "السيمبتاوي" Sympathetic و"البارسمبتاوي" Para-sympathetic ومن ثم

تزيد نسبة الأدرينالين والنورأدرينالين في الدم.

ومن علامات تنبيه الجهاز السمبتاوي، ارتفاع ضغط الدم، وتزايد ضربات القلب، وجحوظ العينين، وزيادة نسبة السكر في الدم، مع شحوب الجلد، وزيادة العرق، وجفاف الحلق، وأحياناً يحدث ارتجاف في الأطراف وصعوبة في التنفس. أما ظواهر نشاط الجهاز الباراسمبتاوي فأهمها: كثرة التبول، والإسهال، ووقوف الشعر، وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم، والشهية، والنوم.

ويتميز القلق فسيولوجياً بدرجة عالية من الانتباه المرضي في وقت الراحة، مع بطء التوافق للشدائد. ومن هذه النقطة استمد "روبرت مالمو" Malmo, R، نظريته عن القلق بوصفه تنبيهاً زائداً Overarousal على أساس من هذا الفرض: إن القلق المرضي يعد مرضاً خاصاً بزيادة التنبيه أو الإثارة، فالتعرض الزائد الذي يستمر زمناً طويلاً للتنبيه المنشط، يمكن أن يؤدي إلى تغيرات جوهرية في قدرة الشخص على كف التنشيط. والارتفاع البسيط في مستوى التنشيط يتلوّه عادة كف مستوى التنشيط، مع عودة إلى حالة السكون. ويفترض "مالمو": أن التنشيط المستمر والممتد يؤدي إلى استخدام زائد للآليات الكفية حتى تضعف في النهاية. ويفترض أن الكف يحدث بواسطة مادة كيميائية ناقلة، تفقد فعاليتها في القلق المستمر. (أحمد عبد الخالق، ١٩٩٤، ٢٣-٢٤)

ويرى "هانز سيلي" H, Selye أن مفتاح العملية كلها يمكن أن تكون في منطقة "الهيپوتلاموس" Hypothalamus، وهو مركز التعبير عن الانفعالات، وعلى اتصال دائم بالمخ الحشوي، كذلك فالهيپوتلاموس على اتصال بقشرة المخ لتلقي التعليمات منها للتكيف بالنسبة للمنبهات الخارجية، ومن ثم توجد دائرة عصبية مستمرة بين قشرة المخ، والهيپوتلاموس، والمخ الحشوي. ومن خلال هذه الدائرة العصبية نعبر ونحس بانفعالاتنا.

(أحمد عكاشه، ١٩٩٢، ١٠٨-١٠٩)

وإذا أخذنا في الاعتبار أن هذه الدائرة العصبية تعمل من خلال سيالات وشحنات كهربائية وكيميائية، وأن الهرمونات العصبية المسؤولة عن ذلك هي هرمونات "السيروتونين" Serotonin و"النور أدرينالين"، و"الدوبامين"، والتي تزيد نسبتها في هذه المراكز عن أي جزء في المخ، مع وجود "الأسيتيل كولين" في قشرة المخ.

بينما يرى "جودمان وتشارني" (Goodman & Chorney ١٩٨٧)، و"أنجل" Anyel (١٩٨٤) و"ترابر" Traber, J (١٩٨٤) اشتراك الجهاز العصبي السيروتونوني في منشأ اضطرابات القلق، وفي آليات عمل العقاقير المضادة للقلق. وأن بعض أنماط القلق عند الحيوان تحدد الدرجة التي يقمع بها العقاب بعض سلوكيات الحيوان؛ وتزداد هذه السلوكيات على وجه العموم بعد

استعمال عقاقير مضادة للقلق مثل "البنزوديازيبين" Benzodiazepine. كما تزداد هذه السلوكيات أيضاً عند الاستهلاك الكيميائي للسيروتونين أو عند انسداد مستقبلات السيروتونين.

(دافيد شيهان، ١٩٨٨، ١٠٥)

أما البعض الآخر فيرى أن القلق يتعلق بنهايات الأعصاب (Nerve Endings) والمستقبلات Receptors في الجهاز العصبي المركزي التي تصنع وتستقبل الرسائل الكيماوية التي تنبه وتستثير المخ. ونهايات الأعصاب من شأنها أنها تنتج منبهات توجد بصفة طبيعية وتسمى "كاتي كولامينات" caticholamines، والمعتقد أن نهايات الأعصاب لدى مرضى القلق تفرط في نشاطها الكهربائي، أي أنها تعمل بجد بالغ، وتسرف في إنتاج هذه المنبهات.

(دافيد شيهان، ١٩٨٨، ١٠٤)

فقد رأت أبحاث كثيرة أن حقن "اللاكتات الصوديوم" أو "لبنات الصوديوم" Sodium Lactate عن طريق الوريد يؤدي إلى القلق لدى الفرد. ويدلل أصحاب هذا الاتجاه على ذلك بالقول، أن التغيرات التي يحدثها اللاكتات في المحيط البيوكيميائي مثل: نسبة الحموضة، وتركيز ثاني أكسيد الكربون تحدث القلق النفسي ونوبات الهلع بصورة مباشرة؛ لأنها تؤدي إلى إثارة بعض المراكز الدماغية.

كما وجد "فريس بتس وآخرون" Ferris Pitts, et al أن حقن المصابين بهذا المرض بمحلول لبنات الصوديوم في الوريد يؤدي إلى ظهور نوبات هلع تشبه أعراضهم الأصلية، بينما يؤدي إيقاف الحقن عند ضحايا مرضى القلق إلى زوال الأعراض. (دافيد شيهان، ١٩٨٨، ١٠٥)

بينما يرى "ليندسلي" Lindsley أن التكوين الشبكي هو المصدر الأساسي للنشاط والتوتر ومن خلال هذا النشاط يعمل الهيبتوتلاموس على التعبير عن مظاهر السلوك الانفعالي، وهو يؤكد على دور الهيبتوتلاموس في تنظيم السلوك الانفعالي تحت التأثير النشط والمتواصل للجهاز الشبكي في جذع المخ.

يمكن القول: أن هناك عوامل بيولوجية كثيرة تلعب دوراً في نشأة اضطراب القلق العام وهي اختلال في نسبة النورأدرينالين والدوبامين والسيروتونين والجاما. كما لوحظ أيضاً وجود شذوذات في تخطيط الدماغ وخاصة في إيقاع ألفا.

٤- القلق في نظرية العلاج النفسي المتمركز على العميل لـ كارل روجرز :

تحدث "كارل روجرز" عن القلق في مواقع مختلفة في بنيان نظريته؛ فتحدث عنه أثناء شرحه لقابلية التعرض للتهديد أو الحساسية، وأثناء حديثه عن كيفية تحريف أو إنكار الخبرات المؤلمة، وأثناء حديثه عن تشكل الاضطراب النفسي، بالإضافة إلى أماكن كثيرة متفرقة في كتابيه

(العلاج المتمركز على العميل ١٩٥١، وكيف تصبح شخصا ١٩٦١).

وقبل الحديث عن تفسير "كارل روجرز" للقلق، لا بد لنا من الحديث عن هذا المفهوم في نظره.

فالقلق من الناحية الظاهرية حالة من عدم الراحة أو التوتر لا يعرف سببها. ومن الإطار المرجعي الخارجي حالة من التناقض بين مفهوم الذات والخبرة الكلية للفرد التي تكون قريبة من الترميز في الوعي.

في البداية يمكن القول: أن القلق في نظر "روجرز" يمثل أحد الأبعاد الأساسية - التي تشكل في مجموعها رؤيته للتوتر Tension إذ يرى أن التوتر الذي ينتاب الكائن الحي يتضمن ثلاثة أنواع من التوتر هي : ١ - التوتر الفسيولوجي Physiological Tension، ٢ - عدم الارتياح النفسي Psychological discomfort و ٣ - القلق Anxiety. (Rogers, C., 1961, P. 65)

وفي مكان آخر، يتحدث روجرز عن ثلاثة أنواع من التوتر هي: مستوى القلق، التوترات الفسولوجية والتوترات النفسية. مما يوحي بأن كلا من التوترات الفسيولوجية، والتوترات النفسية يكونان - حسب رأي روجرز - دون مستوى القلق... بمعنى أن الفرد يمكن أن يكون في حالة من التوتر الفسيولوجي أو النفسي أو كلاهما، دون أن يبلغ معاناة القلق.

١ - فبالنسبة للتوتر الفسيولوجي: يرى "روجرز" أن السلوك محاولة من الكائن الحي، تهدف إلى إشباع الحاجات، كما يشعر بها الفرد في المجال الذي يدركه. وتحدث هذه الحاجات نتيجة للتوتر الفسيولوجي فتصبح الحاجات أساسا للسلوك، لأن السلوك يهدف إلى تقليل التوتر والاحتفاظ بالذات، وتحقيق النمو. ولا بد أن نتذكر دائماً أن العناصر المؤثرة على السلوك ما هي إلا محاولة الكائن الحي لانقاص التوتر الحالي، أو إشباع الحاجة الحاضرة. (Rogers, C, 1951, P. 491) ويشير روجرز إلى أن هذا التوتر كنتيجة للعلاج، يُظهر العميل قدرة متزايدة على تحمل الإحباط Frustration، وذلك كما تم قياسه بالمقاييس الفسيولوجية. ويبين روجرز ذلك من خلال دراسة "تيتفورد" Thetford، حيث افترض تيفورد الافتراض التالي: "إذا كان العلاج يُمكن العميل لأن يعيد تكييف نموذج أو أسلوب حياته أو على الأقل يقلل التوتر والقلق الذي يشعر بهما والمتعلقين بمشكلاته الشخصية، فإن الأسلوب الذي يستجيب فيه لمواقف الضغط ينبغي أن يعدل بواسطة هذا العلاج".

ويشير روجرز أن دراسة "تيتفورد" تعدُّ المحاولة الأولى للإجابة على السؤال التالي: "هل

يؤثر العلاج المتمركز على العميل، في العميل بشكل كاف لدرجة يعدّل من خلاله أدائه الوظيفي الفسيولوجي ؟ وبشكل أكثر تحديداً، هل ينتج هذا اللون من العلاج تغييرات في الأداء الخاص للجهاز العصبي الذاتي أو المستقل، عندما يواجه العميل أو الفرد بمواقف ترتبط بالإحباط؟

فقد أخضع "تيتفورد" في دراسته (٩٠) فرداً لمواقف إحباط قاسية، وبعد ذلك بوقت قصير بدأ هؤلاء العملاء مقابلاتهم العلاجية، وفي نهاية سلسلة الجلسات العلاجية، اخضعوا ثانية للإحباط التجريبي، وبنفس نوع القياس (استجابة الجلد الجلفانية). واستنتج تيتفورد Thetford من هذه الدراسة، أن نتائجها كانت متألّفة مع نظرية العلاج المتمركز على العميل، من حيث قدرتها على تحرير العميل من تأثيرات الإحباط.

ويبين "روجرز" الدلالة من هذه الدراسة إلى "أن هذه المواجهة الأكثر فعالية للإحباط ليست مجرد ظاهرة سطحية، ولكن دليل لردود الفعل الذاتية التي لا يستطيع الفرد التحكم فيها، والتي لم تكن مدركة بشكل كاف لدى العميل. (Rogers, C., 1951, PP. 183-184)

٢- وبالنسبة للتوتر النفسي: يشير "روجرز" (١٩٥١) إلى أنه عند الحديث عن الشخصية بلغة العضوية، فإنه يبدو كما لو كان يتحتم على السلوك أن يعمل على توكيد وتعزيز العضوية، ولكن عند الحديث عن الشخصية بلغة نمو الذات، فإن ذلك قد يقتضي تعديلاً ما؛ فعندئذ غالباً ما يتم وصف السلوك كإشباع لحاجات الذات، والتي تكون أحياناً ضد حاجات العضوية، وعندئذ يغدو التوتر الانفعالي مقاساً بدرجة الاستغراق في الذات، بأكثر مما يكون مقاساً بدرجة الاستغراق في العضوية. (Rogers, C., 1951, PP. 493-494)

ولتحديد مركز الانفعال من السلوك، يقسم روجرز الانفعالات إلى قسمين أساسيين:

١ - المشاعر المؤلمة أو المقلقة. ٢ - المشاعر الهادئة أو السارة. وتميل المجموعة الأولى من المشاعر إلى مصاحبة الجهود لإشباع الحاجة، وأما المجموعة الثانية فتصاحب إشباع الحاجة أو الخبرة السارة. لذلك نرى، أن للمجموعة الأولى من المشاعر تأثير على تركيز السلوك نحو الهدف؛ فالخوف مثلاً، يثير الكائن الحي باتجاه الهروب من الخطر، في حين تركز الغيرة والمنافسة الجهود للتفوق على الآخرين. وتختلف حدة هذه الانفعالات وفقاً لمدى ارتباطها بالمحافظة على الذات، وتحقيق النمو كما يدركها الفرد، فنجد أن الانفعال يكون شديداً في حالة الهرب، وذلك للابتعاد عن وقوع حادث سيارة مثلاً، والذي يرتبط بالحياة أو الموت، ولكن قراءة فصل من كتاب، قد لا يصاحبه انفعال؛ لأن السلوك في هذه الحالة، يبدو قليل الارتباط بالاحتفاظ

بالذات، والنمو الذاتي. (Roger, C., 1951, PP. 491-492)

وعندما تحدث خبرة ما في حياة الفرد، فإن هذه الخبرة، إما أن تمثل تمثيلاً رمزياً في الوعي، وتصبح عندئذ جزءاً من الذات، وإما أن تهمل أو تشوه؛ لأنها لا تتماشى مع تصور الفرد لذاته. وهذا التنافر بين الذات والخبرة، يجعل الفرد متوتراً وسريع التأثر بالقلق والتهديد، ولهذا يغدو الفرد دفاعياً. وعند هذه النقطة يمكن القول: أن التوتر النفسي ينتج حينما يتصور الشخص خبرة ما على أنها متعارضة أو متنافرة مع بنية الذات أو مفهوم الذات لديه، وعند ذلك الحد ينشأ القلق.

كما أن التوتر النفسي يتم انبعائه لدى الفرد نتيجة لضغوط حاجات الذات مثل: الحب، الدفء، العطف، الرعاية والاحترام، والتقبل من الأفراد الذين ينظر إليهم على أنهم ذو أهمية في حياته، تماماً مثلما يكون التوتر الفسيولوجي ناجماً عن ضغوط حاجات العضوية للطعام، وللراحة وللجنس... الخ.

وبالنسبة لهذا اللون من التوتر النفسي، فقد أشار "روجرز" (١٩٥١) إلى أن العلاج المتمركز على العميل، يؤدي إلى انخفاض في التوتر النفسي، كما يستدل عليه من النتائج اللفظي للعميل. وقد بيّن روجرز هذا التحسن من خلال الدراسات التي قام بها "دولار ومورير" Dollard & Mowrer حيث وجدوا أن مؤشر السلوك اللفظي للتوتر النفسي قد انخفض طول مدة العلاج. كذلك وجدت "نتالي روجرز" Natalie, R في دراستها انخفاض واضح في التوتر النفسي؛ كما يستدل عليه من المؤشرات اللفظية للتوتر الخاصة بالعميل. (Rogers, C., 1951, P. 181)

٣- أما بالنسبة إلى القلق الذي يعده "روجرز" أعلى مراتب أو مستويات التوتر، فإن البداية الممهدة لنشأته وظهوره هو "التناقض" Incogruence. وهذا التناقض يشير إلى عدم الانسجام والتناغم بين الذات والخبرة، أو التناقض بين الذات كما يدركها الفرد وبين الخبرة الواقعية له. ذلك التناقض المصحوب بالقلق والارتباك الداخلي أو الحزن والضيق، الناتج عن الصراع بين الواقع وبين دوافع أو رغبات تحقيق الذات. (س.هـ. باترسون، ١٩٩٠، ج٢، ٣٨٨)

ويرى "روجرز" أن التنافر يحدث حينما يتوقف الأفراد عن استخدام عملياتهم التقييمية الخاصة أو عملية التقويم العضوي Organismic valuing process كوسيلة لتحديد اتفاق خبراتهم أو عدم اتفاقها مع الميل إلى تحقيق الذات Self- Actualization فإذا كان الناس لا يستخدمون عملياتهم التقييمية الخاصة في تقييم خبراتهم، فلا بد أنهم يستخدمون في ذلك غيرها. مثال ذلك: تعليمات الوالدين، والأشخاص ذوي الأهمية الخاصة بالنسبة لهم. أي أن شروط التقدير

Conditions of Regard حلت مكان عملياتهم التقويمية الخاصة بهم. وينجم عن هذا، اغتراب بين الخبرة والذات، حيث إنه تحت تلك الشروط، قد ينكر الفرد شعورياً ما يرضيه حقاً؛ لأنه لا يتفق مع شروط التقدير التي استدمجت في داخله.

وبيّن "روجرز" أن نشوء القلق لا يشترط بالضرورة حتمية الوعي الكامل بالتناقض ما بين الذات والخبرة، وإنما يتم ابتعائه ولو بأدنى درجة من الوعي، حيث يلاحظ أن روجرز قد استخدم مصطلح "يستشعر" Subceive بدلاً من مصطلح "يدرك" Rerceive، والاستشعار هو اكتشاف خبرة ما قبل دخولها إلى الوعي الكامل. وبهذه الطريقة، فإن الحادث الذي يحمل في طياته تهديداً (غير ظاهر) يمكن أن يستبعد أو يحرف عن طريق الوسائل الدفاعية (عبارة عن استجابة الكائن السلوكية للخبرات التي تدرك كتهديد لبنية الذات) والتي تعمل على التحريف الإدراكي للخبرة في الوعي، بطريقة تقلل من عدم الاتساق بين الخبرة وبنية الذات، أو عن طريق الإنكار في الوعي خبرة من الخبرات، ومن ثم إنكار أي تهديد للذات. (Rogers, C., 1961, P. 187)

ويفسر "روجرز" انخفاض شدة القلق كنتيجة للعلاج، إذ يشير إلى أن العميل يكتشف أن بعض الأمور التي يناقشها، وأن بعض الخبرات التي تم إنكارها من قبل ويجري تقبلها الآن، لم تعدّ تسبب له الألم أو القلق؛ مما يشجع العميل في المضي قدماً في العلاج.

(Rogers, C, 1951, P. 83)

وأخيراً يمكن القول بأن رؤية روجرز للتوتر بمكوناته الثلاث، قد ظهرت أصلاً من رؤيته للشخصية ومكوناتها... فالشخصية الإنسانية وفقاً لروجرز تتألف من مكونين هما: الكيان العضوي، ومفهوم الذات... ولكل مكون حاجاته التي تتطلب الإشباع من أجل تحقيق نزع الفريد للنمو وتحقيق الذات... ومن ثم فإن التوتر الفسيولوجي الذي ينتاب الفرد ينتج عن ضغوط الحاجات الخاصة بالعضوية كالطعام، والشراب... الخ. أما التوتر النفسي، فإنه يظهر لدى الفرد كنتيجة لضغوط الحاجات الخاصة ببنيان الذات كالحاجة إلى الأمن، والحب... فإذا حدث تعارض بين العضوية وبنيان الذات، وإدراك الفرد ولو تحتياً هذا التعارض، ظهر القلق الذي يعدّ برأيه أعلى مستويات التوتر.

وتأتي نتائج الدراسات لتؤكد ما ذهب إليه روجرز في أن العلاج المتمركز على العميل يعدّ أسلوباً فعالاً في تقليل شدة التوتر بأنواعه الثلاث: الفسيولوجي، والتوتر النفسي، والقلق، ومن هذه الدراسات : دراسة آدمز" (1980)، Adams، ودراسة "ستور وماير" (1987)، Stuhr & Meyer، ودراسة "بروزينسكي" (1987)، Pruzinsky، ودراسة "بوركوفك وآخرين" (1988)، Borkovec, et al. ودراسة حمدان فضة (1995).

ويبدو من خلال العرض السابق أن هناك اتفاقاً بشكل أو بآخر بين المدارس المختلفة التي تم عرضها، على أن القلق هو رد فعل الكائن الحي للتعبير عن الشعور بالخطر والتهديد، ومن ثم فهو ظاهرة قد تكون مرضية وغير سوية، وذلك عندما يزداد مستوى القلق عن المعدل المطلوب؛ فيشكل بذلك اضطراباً مرضياً يعوق صاحبه عن النمو السوي... وهذا الأمر يدفعنا إلى استخدام أساليب علاجية مختلفة لمحاولة التخفيف من حدته والعودة به إلى المستوى الطبيعي.

ثانياً: العلاج النفسي المتمركز على العميل: Client-Centered Therapy

يُعدُّ "كارل رانسيم روجرز" * Carl, R. Rogers من أوائل المعالجين الأمريكيين الذين حاولوا الإستناد على معطيات علم النفس الحديث في وضع نظرية رئيسية في العلاج النفسي -بتمايزها عن نظريات الطب العقلي من ناحية، والمصادر الأوروبية من ناحية أخرى- تقوم على الاستبصار الذاتي، وفهم الذات والممارسة الشخصية لتغيير السلوك المضطرب. كما تعدُّ نظريته أيضاً من أوائل النظريات التي قلبت العلاقة التقليدية بين العميل والمعالج أو المرشد، بجعلها تنصب على العميل، بحيث يكون العميل هو صاحب الدور الأساسي والفعال في عملية العلاج وتغيير الشخصية. ودور المعالج لايزيد عن خلق شروط علاجية غير مباشرة من شأنها أن تيسر فهم الذات، والنضج النفسي السليم.

ولهذا، أطلق على نظريته أو منهجه اسم "العلاج النفسي غير الموجه" أو "غير المباشر" Non-directive Psychotherapy، أو "العلاج النفسي المتمركز على العميل" Client-Centered Therapy، أو "العلاج المتمركز على الشخص" Person-Centered Therapy.

كما تعدُّ نظريته في العلاج النفسي في مقدمة صفوف ما يطلق عليه اليوم "القوة الثالثة في علم النفس" والتي تضم المدارس المختلفة المدرجة تحت اسم "الحركة الإنسانية أو الاتجاه الإنساني في علم النفس Humanistic Psychology. وقد ظهر هذا الاتجاه كرد فعل للمدرستين الأساسيتين في علم النفس آنذاك وهما: مدرسة التحليل النفسي، والمدرسة السلوكية، حيث يقوم - هذا الاتجاه - على رفض المسلمات التي يقوم عليها اتجاه: المدرسة التحليلية، والمدرسة السلوكية.

* كارل رانسيم روجرز: ولد عام (١٩٠٢) في شيكاغو في ولاية ألينوي في الولايات المتحدة الأمريكية وكان الابن الأوسط في عائلة كبيرة الحجم. وصفها روجرز بالمحافظة والتدين والجدية، وحب العمل. وكانت الروابط وثيقة بين أعضائها فيما كانت محدودة في علاقاتها الاجتماعية. ولقد بدا اهتمام روجرز بالعلم في سن مبكرة، فقرأ كتباً في الزراعة وطرقها العلمية نتيجة لجهود أبيه في رعاية مزرعتهم على أسس علمية. وقد درس أولاً علم الزراعة، ولكن اهتمامه تحول بعد سنتين إلى التاريخ حيث حصل على الليسانس (١٩٢٤) من جامعة ويسكنس Wisconsin. وبعد ذلك التحق بكلية المعلمين في جامعة كولومبيا سنة (١٩٢٦) حيث حصل على الماجستير ثم الدكتوراه في علم النفس التربوي الإكلينيكي (١٩٣١). وقد عمل أثناء دراسته في معهد توجيه الأطفال الذي كان العلاج فيه متأثراً إلى حد كبير بالتفكير الفرويدي، ثم عمل في مركز التوجيه في روشستر. أصدر عام (١٩٣٩) أول كتبه بعنوان "العلاج الإكلينيكي للطفل المشكل" ثم انتقل بعد ذلك إلى جامعة أوهايو ليشغل منصباً أكاديمياً في العلاج النفسي، وهناك بدأ في صياغة واختبار منهجه. وقد أصدر في عام (١٩٤٢) كتابه "الإرشاد والعلاج النفسي" والذي عده الكثيرون البديل الرئيسي للتحليل النفسي. وفي عام (١٩٥١) نشر كتابه "العلاج المتمركز على العميل" الذي يعد عمله الرئيسي، وفي عام (١٩٦٨) أنشأ روجرز وزملاؤه من أصحاب الاتجاه الإنساني مركز دراسات الشخص في كاليفورنيا. وقد توفي روجرز في ٤ شباط (فبراير) (١٩٨٧) مخلفاً وراءه كماً غزيراً من العلم والخبرة.

ويستند انتماء "روجرز" إلى الاتجاه الإنساني من حيث إصراره على إنسانية الإنسان، وقدرته على التحكم في مصيره، وإصراره على كرامة وقيمة الفرد في سعيه إلى النمو، وأن لديه القدرة على توجيه وتنظيم وضبط ذاته، وذلك في حالة توافر للفرد الظروف المعقولة التي تساعد على تحقيق النمو، فإنه سوف ينمي إمكاناته بصورة بناءة، بهدف الوصول إلى "تحقيق الذات" Self-Actualization. (س.هـ. باترسون، ١٩٩٠، ٣٨٦)

هذا، وتمثل نظرية "روجرز" في الشخصية توليفة من علم الظاهرات "الفينومولوجيا" Phenomenology كما قدمها "سنيج وكمز" Snygg & Combs والتي ترى أن الأشخاص كثيراً ما يختلفون في إدراك الأشياء حولهم، وأن من جملة العوامل المؤثرة في ذلك -تفاوت في حواسهم، واختلاف في درجات انتباههم ووجهته، وتنوع وتباين خبراتهم السابقة، ومن النظرية الكلية العضوية لـ "جولدشتين" Goldstein، و"ماسلو" Maslow، و"أنجيال" Angyal. ومن نظرية "سوليفان" Sullivan في العلاقات الشخصية، ومن نظرية الذات التي ترجع أساساً لـ "روجرز" ولو أنه يعترف بدينه فيها لـ "ريمي وليكي" Raimy & Lecky. (نعيم الرفاعي، ١٩٨٢، ج٢، ٨٠) (هول ولندزي، ١٩٦٩، ٦١٢)

وقد أمدته خبرته العلاجية كمعالج نفسي في معهد بحوث الطفل بمقاطعة "روشيستر" Rochester في نيويورك بمصدر غني من المادة الملاحظة ذات القيمة بالنسبة لدراسة الشخصية، كما أن صياغة نظريته في الشخصية قد ساعدته أيضاً في إلقاء الضوء على أساليبه العلاجية وتوضيحها. فقد تعلم من ذلك المعهد: - أن طريقة التحليل النفسي التي سيطرت على أعضاء القسم الذي كان يعمل فيه غير فعالة في كثير من الحالات، وأن الطرائق المتبعة في العلاج مختلفة اختلافاً كبيراً. كما أنه تعلم أيضاً أن النقاة في العلاج النفسي لا يستطيعون الاتفاق على أفضل طريقة لعلاج الشخص المضطرب في كثير من الحالات، وأن البحث والسعي لفهم المشكلة والاستبصار بها كثيراً ما يقبل بالإحباط. (جابر عبد الحميد جابر، ١٩٨٦، ٥٣٨-٥٣٩)

هذا، وقد استمد "روجرز" ملامح نظريته من تعاليم الشرق، التي تقوم على تحرير الإنسان دون فرض أو تدخل، ومن تعاليم "الزن" Zen التي تصر على أن الفرد يجد إجاباته عن تساؤلاته في داخله. كذلك تأثر روجرز بفلسفة "جون ديوي"، وأفكار "أتورانك" في الفلسفة الوجودية، وأفكار النظرية المجالية لـ "كيرت ليفين"، ومن الفروض التي افترضها كثير من علماء النفس، خاصة "جولد شتين" Goldstein، و"سنيج وكومبز" Snygg & Combs وغيرهم من العلماء. (لويس مليكه، ١٩٩٠، ١٥٩)

- نظرية الشخصية عند كارل روجرز:

لم يكن بين ما عني به روجرز الوصول إلى نظرية متكاملة حول الشخصية، بل كان معظم اهتمامه في هذا المجال متجهاً إلى التغير الذي يمكن أن يحدث لدى الشخص من خلال عملية المعالجة. لقد وقف طويلاً عند تحقيق الفرد لذاته، وعند تكوّن مفهوم الذات من حيث هو البؤرة أو المركز من الشخصية، وعند تقدير الذات وقيمتها، ولكنه لم يعمل على الخلوّص من ذلك إلى نظرية شاملة (نعيم الرفاعي، ١٩٨٢، ج٢، ٨٦). ومع ذلك، ظهرت نظريته عن الشخصية، بعد عدة سنوات من التطورات الأولى لتكنيكات العلاج المتمركز على العميل، إذ تم تقديم أول صياغات مكتوبة من هذا العلاج في سنة (١٩٤٢)، ولم يتم تقديم كامل لنظرية الشخصية إلا في عام (١٩٥١) في كتابه "العلاج المتمركز على العميل".

(روبرت هاربر، ١٩٧٤، ١٣٠)

ولعل أهم المفاهيم الأساسية في نظرية الشخصية لروجرز هي:

١- الكائن العضوي: Organsim

أي الفرد بكيّيته، فالكائن العضوي هو في كل لحظة من لحظات حياته نسق كلي منظم، وأي تغيير في جزء من أجزائه يحدث تغيرات في الأجزاء الأخرى. فالكائن العضوي هو كيان الفرد: أفكاره، سلوكه، وجوده الجسمي. كما أنه يستجيب ككل منظم للمجال الظاهري لإشباع حاجاته المختلفة. كما أن تحقيق الذات Self- Actualization وترقيتها هي دافع هذا الكائن العضوي الأساسي.

(هول ولندزي، ١٩٦٩، ٦١٢)

٢- المجال الظاهري: Phenomenal Field

والمجال الظاهري هو عبارة عن معرفة الفرد بالأحداث أو الظواهر Phenomena كما تبدو له. وسلوكه تبعاً لذلك يتقرر كلية بمجاله، ويتطلب التنبؤ بسلوكه معرفة هذا المجال. ويتميز هذا المجال بكونه شعورياً أو لاشعورياً وذلك حسب تمثيل الخبرة تمثيلاً رمزياً، وتعبير الفرد عنها أو عدم إمكانية ذلك. إذن فالمجال الظاهري يتكون عند أي نقطة من الخبرات الواعية (المرمزة) والخبرات غير الواعية (غير مرمزة). ويمكن للكائن العضوي أن يميز ويستجيب لخبرة لم ترمز. ويطلق روجرز على هذه الحالة مصطلح "الإدراك الناقص" Subception

(Rogers, C., 1951, P. 142)

٣- الذات: The Self

ونتيجة لميل الفرد نحو تحقيق ذاته، يصبح جانب من خبرة الفرد مرزاً في الوعي، ومن

خلال تفاعله مع بيئته ومع الأشخاص المهمين في حياته، فإن الخبرة الذاتية للفرد تؤدي إلى تكوين مفهومه عن ذاته كشيء مدرك في مجال خبرته. (محمد الشناوي، ١٩٩٦، ٢٧٥)

ومفهوم الذات عبارة عن تصور جشثالتي كلي ومنظم، يتكون من إدراكات الفرد عن ذاته، كما يعبر عنها ضمير المتكلم أنا أو ذاته في علاقتها بالأشخاص الآخرين، كما يعبر عنها ضمير المفعول "أني Me"، بالإضافة إلى القيم المتصلة بهذه الإدراكات. ومفهوم الذات لا يكون دائماً في الوعي، ولكنه يكون دائماً متاحاً للوعي، بمعنى أنه يمكن استحضاره للوعي. كما ينظر إلى مفهوم الذات على أنه شيء مرن وغير جامد، ويمثل عملية أكثر من كونه سمة، ولكنه عند أي نقطة زمنية يمكن أن نراه كوجود نوعي محدد. (Rogers, C. & Raskin, N., 1989, p.169)

- المسلمات الأساسية في نظرية روجرز:

استطاع "روجرز" بعد محاولات متعددة في مجال الخبرة العلاجية أن يضع الأسس النفسية للعلاج المتمركز على العميل. وهذه الأسس تتناول كذلك بنية الشخصية وسلوك الفرد. وقد أثر روجرز أن يصوغها في سلسلة من القضايا بلغت تسع عشرة قضية، نردها باختصار:

- ١- إن لكل فرد عالمه الخاص من الخبرات، وهذا العالم دائم التغير، ويحتل الفرد منه المركز". (Rogers, C. 1951, pp.483, 484)
- ٢- "يستجيب الكائن الحي للمجال كما يخبره ويدركه، والمجال الإدراكي هذا، هو الواقع بالنسبة للفرد".
- ٣- "يستجيب الكائن الحي للمجال الظاهري باعتباره كلاً منظماً.
- ٤- "لكائن الحي نزعة واحدة أساسية هي تحقيق وإبقاء وتقوية الكائن الحي الذي يحيا الخبرة".
- ٥- إن السلوك في أساسه محاولة موجهة نحو هدف هو إشباع الحاجات التي يخبرها الكائن الحي في مجاله كما يدركه.
- ٦- "إن الانفعال الذي يصاحب السلوك الموجه نحو هدف مايسهل له مهمته بوجه عام، فيرتبط نوع الانفعال بتلك النواحي من السلوك التي تجد في الطلب، وذلك في مقابل النواحي الاستهلاكية للسلوك. كما ترتبط شدته بمدى الأهمية المدركة للسلوك في الحفاظ على الكائن الحي وتدعيمه".
- ٧- "إن أفضل الطرق لفهم السلوك هو من خلال الإطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه".
- ٨- "يتميز جزء من المجال الإدراكي الكلي بالتدرج ليكون الذات".

- ٩- نتيجة للتفاعل مع البيئة، ومع الأحكام التقويمية بشكل خاص يتكون بناء الذات الذي هو نمط تصوري منظم ومرن، ولكنه متنسق من إدراكات وعلاقات الـ أنا وضمير المتكلم مع القيم التي ترتبط بهذه المفاهيم.
- ١٠- "القيم المرتبطة بالخبرات والقيم التي تشكل جزءاً من بناء الذات هي في بعض الحالات قيم يخبرها الكائن الحي بصورة مباشرة، وفي بعض الحالات قيم يستدمجها أو يأخذها عن الآخرين، ولكن تدرك بطريقة مشوهة كما لو كانت قد خبرت بطريقة مباشرة".
- ١١- "تتحول خبرات الفرد التي تحدث في حياته إلى: أ- صورة رمزية تدرك وتنظم في علاقة ما مع الذات. ب- يتجاهلها الفرد حيث لا تدرك لها علاقة ببناء الذات. ج- يحال بينها وبين الوصول إلى صورة رمزية أو تعطى لها صورة رمزية مشوهة لأنها لا تتسق مع بناء الذات".
- ١٢- "تتسق معظم الطرق التي يختارها الفرد لسلوكه مع مفهومه عن ذاته".
- ١٣- "قد يصدر السلوك في بعض الحالات نتيجة للخبرات والحاجات العضوية التي لم تصل إلى مستوى التعبير الرمزي، ومثل هذا السلوك قد لا يتسق وبناء الذات، ولكن في مثل هذه الحالات لا يكون السلوك منتبهاً للفرد".
- ١٤- ينشأ سوء التوافق النفسي حين يمنع الكائن الحي عدداً من خبراته الحسية والحشوية ذات الدلالة من بلوغ مرتبة الوعي، ويؤدي هذا بدوره إلى الحيلولة دون تحول هذه الخبرات إلى صورة رمزية وإلى عدم انتظامها في جشطالت بناء الذات. ويسبب مثل هذا الموقف قدراً كبيراً من التوتر النفسي.
- ١٥- "يحدث التوافق النفسي عندما تكون جميع الخبرات الحسية والحشوية للفرد ممثلة تمثيلاً رمزياً في الشعور ومرتبطة أو متنسقة مع مفهوم الذات".
- ١٦- "تدرك أي خبرة لا تتسق مع تنظيم أو بناء الذات كتهديد، وكلما زاد هذا النوع من المدركات ازداد الجمود في تنظيم بناء الذات حتى يتسنى له المحافظة على بقاءه".
- ١٧- "في ظروف معينة تتضمن أساساً انقضاء أي تهديد للذات، يصبح إدراك الخبرات التي لا تتسق مع مفهوم الذات أمراً ممكناً، كما يصبح من الممكن مراجعة بناء الذات بشكل يسمح بتمثل هذه الخبرات وجعلها متضمنة في الذات".
- ١٨- عندما يدرك الفرد ويتقبل في جهاز متنسق ومتكامل كل خبراته الحسية والحشوية، فإنه يصبح بالضرورة أكثر تفهماً للآخرين، وأكثر تقبلاً لهم كأشخاص منفصلين".
- وهذه القضية هي إحدى نتائج العلاج، فقد وجد روجرز أن الشخص الذي تم علاجه

أصبح يشعر بارتياح أكثر، وأكثر واقعية في علاقته بالآخرين.
(Rogers, C., 1951, p. 520)
١٩- "ومع ادراك الفرد لمزيد من خبراته العضوية وتقبله لها في بنية الذات يجد أنه يستبدل نظامه القيمي الحالي - الذي يقوم على ما يستدمجه من الآخرين والذي تعرض لتشويه رمزي - بعملية تقييم عضوية مستمرة".

(Rogers, C., 1951, pp. 522-523)

وفي عرض جديد لنظريته في الشخصية أدخل روجرز ثلاثة مفاهيم جديدة هي:

١- الحاجة إلى الاعتبار الإيجابي من الآخرين: The Need For Positive Regard

مع الوعي بالذات تنمو الحاجة إلى الاعتبار الإيجابي من الآخرين. ويعتمد هذا الإشباع على الاستنتاجات المستمدة من المجالات الخبرية للآخرين. بمعنى أن الاعتبار الإيجابي للفرد يتم إشباعه، حينما يدرك ذلك الفرد نفسه على أنه مشبع لحاجة شخص آخر. والنظرة الإيجابية من جانب شخص آخر له أهمية اجتماعية يمكن أن تكون أقوى في عملها وتأثيرها من عملية التقويم المنبعثة من داخل الفرد ذاته. إن الاعتبار الإيجابي يعني الحصول على أشياء مثل: الدفء، الحب، العطف، الرعاية، الاحترام، والتقبل من الأشخاص المهمين في حياة الفرد.

٢- الحاجة إلى تقدير الذات: The Need For Self-Esteem

نتيجة للحاجة للاعتراف من الآخرين، تتكون الحاجة إلى الاعتبار الذاتي، حيث ينمي الأطفال حاجة النظر لأنفسهم بشكل إيجابي. وبمعنى آخر، فإن الأطفال يرغبون أولاً في أن يشعر الآخرون شعوراً طيباً نحوهم، ثم إنهم بعد ذلك يرغبون في الشعور بطريقة طيبة نحو أنفسهم، وتعمل هذه الحاجة مستقلة عن العلاقات مع الآخرين، بحيث يمارس اعتبار الذات في العلاقة بأي نوع من أنواع خبرات الذات.

٣- شروط الاستحقاق: Conditions Of Worth

ونتيجة لقوى ورغبات ومطالب التقدير الاجتماعي وتقدير الذات، ينمو لدى الفرد اتجاه قوامه اعتبار الذات وجدارتها يساعده على مواجهة مواقف الحياة اليومية الصعبة. وهكذا، فإن شعور الفرد بأنه جدير بشيء يساعده على تقوية رغبته في تقدير الذات، وقدرته على الحصول على الشعور بالتقدير الاجتماعي.
(جابر عبد الحميد جابر، ١٩٨٦، ٥٥٠-٥٥١)

ففي دراسة تحليلية لأربعة من المشاركين في جماعة مواجهة متمركزة على العميل بهدف معرفة التغيرات العلاجية التي تطرأ على أفراد العينة. وجد "موروياما ونوجيما" (Murayama &

(Nojima, 1976) أن أعضاء العينة قد خبروا: تزايداً في التعبير المباشر عن المشاعر، وتناقصاً في التوتر العصبي، وتزايداً في تقبل الذات، وتزايداً في الثقة بالنفس عند مقابلة الآخرين. (Murayama & Nojima, 1976, p. 481)

- نشأة الاضطراب النفسي في نظرية الذات:

يظهر موقف "روجرز" من طبيعة الاضطراب النفسي من حيث:

١- **رؤيته للشخص الذي يعاني من الاضطراب النفسي:** فالشخص الذي يعاني من اضطراب نفسي ليس شخصاً مريضاً patient كما هو الحال عند شخص مصاب في جسمه بمرض معين ويأتي إلى الطبيب للمعالجة، ويجب ألا ينظر إليه على أنه مريض؛ إنه في الواقع إنسان يشكو من أمور تضايقه في موقفه من نفسه، وفي شعوره بموقف الآخرين منه، وهو بالتالي عميل Client أو شخص person يحتاج إلى مساعدة ليصل إلى موقف مناسب من نفسه وشعوره بأن موقف الآخرين غداً يتناسب مع تقديره لذاته، وبذلك يتخلص من الشعور بالضيق والتوتر والقلق.

(Rogers, C., 1951, p. 7)

٢- **رؤيته في تشكل الاضطراب النفسي:** تركز نظرية روجرز على أن الاضطراب النفسي ينشأ من وجود شروط استحقاق التي تقف حائلاً بين الفرد وإشباع حاجته إلى الاعتبار الإيجابي من جانب الآخرين، بما يضطره إلى إنكار جانب من خبراته، ومحاولة إعادها أو تشويهها، وبذلك لاتضاف الخبرة إلى الذات؛ ونتيجة لذلك يحدث عدم التطابق بين الخبرة والذات، والتي يعتبرها روجرز مرادفاً للاضطراب النفسي أو العصاب.

وبلخص "روجرز" تطور عدم التطابق Incongruence بين الذات والخبرة بما يلي:

١- بمجرد أن تنمو شروط الاستحقاق، فإن الفرد يستجيب لخبرته الذاتية بطريقة انتقائية؛ فالخبرات التي تكون متسقة مع شروط الاستحقاق تدرك وترمز بصورة دقيقة في الوعي. أما الخبرات التي لاتتنسق مع تلك الشروط فإنها تشوه أو تستبعد من الوعي.

٢- بعد نمو شروط الأهمية فإن الفرد يحذف من وعيه تلك الخبرات التي تعتبر معاكسة لهذه الشروط، وبالتالي فإنه يستبعد من الذات جزءاً من الخبرات التي قد تكون مفيدة.

٣- إن الإدراك الانتقائي للخبرات الذاتية ينتج عنه عدم تطابق بين الذات والخبرة، لأن بعض الخبرات التي قد تكون مساعدة على النمو الإيجابي قد تستبعد من الوعي. ومتى حدث عدم التطابق بين الذات والخبرة فإن الفرد يصبح مستهدفاً للاضطراب النفسي، وينشأ لديه سوء التوافق نتيجة لذلك. (Rogers, C., 1951, p. 226)

ويرى "روجرز" أن عدم التطابق هو الاغتراب الأساسي لدى الفرد، لأنه لم يكن صادقاً

مع نفسه ولا مع طبيعته الخاصة في الحكم على الخبرة، وإنما كان يناضل من أجل المحافظة على الاعتبار الإيجابي من الآخرين، وبالتالي فهو يخطئ في بعض القيم التي يخبرها ويدركها فقط في صورة قائمة على أساس من قيمتها للآخرين. ولم يكن هذا اختياراً واعياً وإنما كان نتيجة لنمو مأسوي في مرحلة الطفولة. فالقلق كما قلنا سابقاً هو حالة من عدم الاتساق بين الذات والخبرة الكلية للفرد القريبة من الترميز في الوعي.

- العلاج النفسي المتمركز على العميل في نظرية الذات:

العلاج النفسي المتمركز على العميل عبارة عن المعالجة النفسية التي تعتمد على العميل نفسه، وماعنده من قدرة على النمو الذاتي، ورغبة في تحقيق ذاته. إنها معالجة يكون فيها العميل المركز أو البؤرة Focusing. ومن هنا جاء اسم هذا الاتجاه بالمعالجة المتمركزة على العميل Client-Centered Therapy أو العلاج غير الموجه Non-directive.

أو هو عملية تغير تزال فيها العوائق الانفعالية مما يسمح للعميل بالنضج والنمو وتمثل الخبرات الجديدة، ومع اطلاق قوى النمو، فإن العميل يصبح قادراً على شفاء نفسه بنفسه، بحيث يتمثل الخبرات الجديدة، ويقتلع الخبرات الانفعالية السالبة، ويطلق لنفسه عنان التعبير، ويكتسب الاستبصار، ويفتح أمامه أوسع طريق للنمو والصحة النفسية.

(يوسف القاضي وآخرون، ١٩٨١، ٢٣٠)

وعملية العلاج في نظر روجرز هي إعادة تنظيم إدراكات العميل لنفسه ولعالمه الذي يعيش فيه، وللطريقة التي يدرك بها الأشياء في مجاله الظاهري: خبراته، مشاعره، ذاته، الأشخاص الآخرين، بيئته الاجتماعية، وهو يعاني التغير في اتجاه التمايز المتزايد في تقبل ذاته. (Rogers, C., 1951, 142)

بمعنى آخر، تدخل في الاتساق الذي تكون لدى الفرد بين خبراته الكيانية، ومفهومه عن ذاته، وفي علاقة يتلقى فيها الفرد اعتباراً إيجابياً غير مشروط، فإنه قد يغامر بأن يسمح بتقبل الخبرات التي سبق أن حرقها أو أنكرها، ويبدأ بترميزها ترميزاً دقيقاً في وعيه، وذلك في ظل علاقة قائمة على التقبل والفهم، والدفع... الخ. (لويس مليكه، ١٩٩٠، ١٥٤)

كما أن هذه المعالجة موجهة بنفسها، وأنها تأخذ طريقها بين المعالج والعميل، وأنها تضم فرضيات حول حالة العميل يتم تأليفها باستمرار من خلال سير المعالجة، وهي فرضيات ينتهي إليها العميل معتمداً على المادة الخام للخبرة العلاجية التي يعيشها، ووضع كل فرضية من فرضياته للتحقق التجريبي.

وفي هذا المقام، نود أن نشير إلى أن أسلوب روجرز في العلاج قد مر بتحول كبير عبر خبرته العلاجية، يقول روجرز في هذا: "في السنوات الأولى من عملي في الإرشاد النفسي كنت أسأل السؤال التالي: كيف أستطيع أن أعالج أو أغير هذا الشخص؟ والآن فلقد افترضت إعادة صياغة السؤال على الشكل التالي: "كيف أستطيع أن أكون علاقة مع العميل تمكنه من استخدامها في تحقيق النمو النفسي السوي؟ (Rogers, C., 1961, p31)

- فلسفة العلاج المتمركز على العميل:

يبلور روجرز فلسفة العلاج المتمركز على العميل من خلال النظر إلى الطبيعة الإنسانية فيقول: إن العميل إنسان متميز، وهو في الأصل من طبيعة طيبة وخيرة، وهو يحمل طاقة على النمو تحركه من الداخل من أجل تحقيق ذاته بكل إمكانياتها. وإمكانياته واستعداداته، تحتاج في حالة وجود اضطراب إلى أن تُحرر وتطلق من خلال علاقة عميقة تجمع العميل المحتاج، إلى المساعدة، والمعالج القادر على تقديمها، وهي علاقة يستطيع المعالج أن يعيش مع العميل مشكلته وخبراته، وأن يكون صادقاً، وأن يكون متعاطفاً وجدانياً، وأن يكون معزراً للعميل في إطار البعد عن إصدار أحكام أو تفسيرات لسلوك العميل، وإنما توفير مناخ نفسي آمن يتوافر فيه التقبل، والفهم الدقيق المتعاطف، والاحترام الإيجابي غير المشروط. وعندما تتوفر هذه الشروط في العملية العلاجية، فإنها تقضي بالعميل إلى عملية اكتشاف الذات، وإلى الكشف عن الذات؛ وفي النهاية تقضي إلى تغييرات بناءه في شخصية وسلوك العميل.

(نعيم الرفاعي، ١٩٨٢، ٧٧) (Rogers, C., 1951, pp.20-21)

كما أن هذه الفلسفة في العلاج لا تعطي للمعالج أي دور توجيهي، وإنما هو متمركز على العميل نفسه. اتجاه لا سلطة فيه ولا تسلط، وإنما يقوم بدور المساعد في معاونته العميل على تحقيق النضج من خلال استبصاره بنفسه، وفحصه لذاته، وإطلاق قدراته وإمكانياته، ووضعها موضع التطبيق والممارسة في الحياة اليومية.

(س.هـ. باترسون، ١٩٩٠، ٣٨٦)

ويفسر روجرز في مكان آخر ماتعنيه حركته وماتهدف إليه فيقول: "إنها تمثل تأكيداً فلسفياً جديداً وصوتاً إنسانياً ذاتياً ينطق به الفرد نفسه عالياً.... فالإنسان طالما شعر بأنه ألعبوبة في الحياة، وصيغ بفعل قوى اقتصادية وقوى محيطية وبقوى أخرى غير واعية، وبأنه مستعبد من الغير، غير أن الإنسان قد بدأ بقوة يضع صيغة إعلان استقلاله، وهو ينبذ أعداء "اللاحرية" ويختار نفسه وهو يحاول في عالمه المأسوي الصارم المراس أن يكون نفسه، ولكن ليس كألعبوبة، وإنما نفسه الذاتية الفريدة. والحركة في نظر روجرز تدعو إلى ضرورة توفير الملاحظة الحساسة

والمتعاطفة مع عالم المعاني الداخلية التي تتواجد في نفس الفرد. وهذه المعاني القيمة والاختيارات، وإدراك الذات، وإدراك الغير، وغيرها من اللبانات الشخصية الخاصة التي تبني بها عالمنا. ولهذا فإن الاتجاه الجديد الذي تدعو الحركة إلى تبنيه يؤدي إلى مواجهة جميع الوقائع القائمة في المجال النفسي، وسيفتح باب التجربة على مصرعيه وسينقب عن العوالم الخاصة من المعاني الشخصية الداخلية في محاولة لإيجاد العلاقات المنتظمة والمشروعة بينها. ومن شأن هذا الاتجاه أن يؤدي إلى التقليل من التجزئة بين الذات والموضوع. وهي لذلك حركة تحمل في طياتها بذور فلسفة جديدة للعلم، وهي تحمل في طياتها أيضاً صورة الإنسان الحر في ذاته، وفي اختياراته والمسؤول عن تصميم نفسه.

(علي كمال، ١٩٩٤، ٣٢٦) (كارل روجرز، ١٩٧٨، ٢٣٣)

- هدف العلاج المتمركز على العميل:

هدف العلاج عند "روجرز" هو مساعدة العميل على النمو النفسي السوي من خلال إحداث التطابق بين الذات الواقعية له، وبين مفهومه عن ذاته المدركة ومفهوم الذات لدى الآخرين عنه وكذلك مساعدته إلى الوصول إلى درجة من الكفاءة في أداء وظائفه النفسية والاجتماعية والمهنية، ومساعدته على التحرك قدماً بطريقة ايجابية ومثمرة، يعيد من خلالها العميل استثمار مصادره وكفاءاته، وهذا معناه تحقيق التوازن النفسي.

(Rogers, c., 1951, p.137)

وبما أن العميل في حالة تغير مستمر، فإن العلاج يحرره من كل ماتعلمه بشكل سيء، لكن ليس معنى هذا، أن هذا اللون من العلاج سيحقق التوازن النفسي الكامل للعميل، لكن هدفه وضع العميل على الطريق الصحيح والسليم من خلال وضع أشكال التغير في المستقبل، وإزالة العقبات في طريق النمو، وإنماء أساليب جديدة لإدراك الخبرة بشكل جيد، بحيث يستطيع العميل السير في طريق تحقيق الذات.

لذلك، فإن الهدف الرئيسي للعلاج المتمركز على العميل هو تحقيق التوافق النفسي للفرد.

كما يرى "روجرز" أن المعالج لن يتمكن من مساعدة العميل أن يتعلم الاعتماد على النفس، إذا وضع له الأهداف. وعلى هذا، فإن العميل ينبغي أن يعطي الفرصة لوضع الأهداف، ودور المعالج ينحصر في توفير الظروف المناسبة التي يمكن من خلالها تحريك عملية النمو الطبيعية لدى العميل.

(يوسف القاضي، وآخرون، ١٩٨١، ٢٣٢)

- الفروض الأساسية للعلاج المتمركز على العميل:

إن العلاج النفسي المتمركز على العميل يقوم على أساس من علم النفس، يمكن أن نلخصه

فيما يلي: "إن للسلوك أسباباً، وأن هذه الأسباب تتحدد بالطريقة التي يدرك بها الفرد نفسه والعالم المحيط به، كما أن الفرد هو الوحيد الذي يستطيع أن يدرك إدراكاً تاماً العوامل الدينامية التي تؤثر في طريقة إدراكه لنفسه وللعالم المحيط به، وأن سلوك الفرد لا يتغير مالم يغير الفرد من نظريته لنفسه ولغيره، بمعنى أن يكون هذا التغير انفعالياً وعقلياً في آن واحد. يضاف إلى ذلك أن للفرد إمكانيات تسمح له بأن يغير من إدراكاته، وأن يعيد تنظيم ذاته، وأن يغير بالتالي من أساليب سلوكه، ولايحتتمل أن يحدث هذا التغير من الخارج. (عطية هنا، ١٩٨٥، ١٠٤)

وعلى هذا الأساس، فإن الفرضية الأساسية في العلاج المتمركز على العميل هي: إن لدى الفرد قوة فطرية دافعة هي النزعة إلى تحقيق الذات، وهذه الطاقة تنمو إلى أقصى قدرتها في إطار علاقة عميقة بين المعالج والعميل تتوافر فيها شروط معينة في اتجاهات المرشد أو المعالج مثل: الصدق، الفهم المتعاطف، الاحترام الإيجابي غير المشروط، وتوفير جو نفسي ملائم يتسم بالدفء، والحرية والتلقائية. وإدراك العميل لهذه الاتجاهات، فإن تغيرات إيجابية في شخصية العميل سوف تحدث. (لويس مليكة، ١٩٩٠، ١٤٧) (Barker, 1987, p. 26)

- سير عملية العلاج المتمركز على العميل:

ذكر الباحث في الفقرة السابقة الشروط الأساسية لعملية العلاج النفسي. فما هي هذه الشروط التي يجب أن تتحقق في الموقف العلاجي وتؤدي بالتالي إلى تغيير بناء في شخصية العميل؟

يلخص "روجرز" هذه الشروط بما يلي:

- ١- الاتصال النفسي بين شخصين (المعالج-العميل)، حيث يرغب المعالج في التواصل مع العميل، وأن يستجيب العميل لهذا التواصل.
- ٢- أن يكون العميل في مرحلة عدم تطابق Incongruence أو يكون قد وصل إلى الحد الأدنى من القلق.
- ٣- أن يكون المعالج متطابقاً أو متكاملأ في العلاقة. وهذا يعني ببساطة - كما يقرر روجرز - أنه يجب أن يكون المعالج أصيلاً وحرأ وعلى سجيته أثناء الموقف العلاجي.
- ٤- أن يحس المعالج في أعماقه بالاحترام الإيجابي غير المشروط نحو العميل.
- ٥- ينبغي أن يصل المعالج عن طريق الفهم المتعاطف Empathy إلى فهم الإطار المرجعي الداخلي للعميل.
- ٦- ينبغي أن يدرك العميل على الأقل، هذا الفهم المتعاطف، والتقدير الإيجابي غير المشروط

من جانب المعالج. (س.هـ. باترسون، ١٩٩٠، ٣٩٧)
وبيّن "روجرز" بوضوح أنه إذا توفرت الشروط الست السابقة، فإنه يمكن تحقيق العلاج النفسي الفعال. وهو يشعر أن هذه حقيقة بصرف النظر عن الاضطراب الانفعالي الذي يعاني منه العميل. (روبرت هاربر، ١٩٧٤، ١٤٣)

- العلاقة العلاجية:

يولي العلاج المتمركز على العميل موضوع العلاقة عناية خاصة، ويجعلها في مكان عالٍ من الأهمية. إنها علاقة بين اثنين فيها تفهم وتعاطف وثقة متبادلة، ولكن فيها كذلك من العناصر ما هو أوسع من ذلك مدى وأشد عمقاً، إنها موجودة في الموقف العلاجي، ولكن هذا الموقف موقف تعايش خبرات في أعماقه، خبرات قديمة، وخبرات تحدث في الوقت الحاضر. (Rogers, C., 1951, p. 208)

وهذه العلاقة بين الإثنين (المعالج-العميل) تفترض الحد الأدنى من الرغبة المشتركة في التواصل. وكلما ازداد التطابق في خبرة التواصل، وفي السلوك والإدراك لدى العميل، كلما ازدادت العلاقة الناشئة ميلاً إلى التواصل المتبادل بنفس الخصائص. وبالفهم الدقيق المتبادل لألوان التواصل، وازدادت الوظيفية والتوافق النفسي لدى الطرفين، وازداد الرضى المتبادل عن العلاقة. (س.هـ. باترسون، ١٩٩٠، ٣٩٦)

فقد قام "هيل وآخرون" (١٩٨١) Hill, C.E. & et al بدراسة تهدف إلى معرفة السلوك اللفظي وغير اللفظي لكل من المعالج والعميل وأثر ذلك على نتائج العلاج. حيث تكونت العينة من (٤٠) طالباً وطالبة من طلبة جامعة إيسترن Eastern University. و(٢٠) طالباً في مرحلة الدكتوراه. وقد أستخدم في هذه الدراسة مقياس العلاقة لـ "باريت لينارد" Barrett, Lennard. وبروفيل الحساسية غير اللفظي، وقائمة تقدير المرشد، واستخدام برنامج علاجي قائم على أسلوب العلاج المتمركز على العميل، حيث بلغ مجموع الجلسات جلسيتين تم تسجيلها بالفيديو؛ بواقع (٣٠) دقيقة لكل جلسة.

أظهرت نتائج هذه الدراسة عن وجود تطابق بين استجابات العملاء والمعالج. كما بينت النتائج أن التطابق اللفظي وغير اللفظي بين العميل والمعالج كان مرتبطاً بشكل دال بالتحسن الحاصل لدى العميل. (Hill, E.C. & et al., 1981, pp.203-212)

ويقول "روجرز" من خلال تطور خبرته في المجال العلاجي، وخصوصاً العلاقة العلاجية:

أحس أنني إذا ما استبعدت من عملي ما تعلمته من العلاقات العميقة مع عملائي، ومع الجماعات التي اشتركت فيها، فلن يبقى لدي شيء.

(يوسف القاضي، وآخرون، ١٩٨١، ٢٢٩)

إن العلاقة العلاجية التي يقدمها المعالج للعميل ليست علاقة عقلية؛ فالمعالج لا يستطيع أن يكون قادراً على المساعدة الكاملة عن طريق عملياته المعرفية، لكنها علاقة تستدعي كل ما تستطيع أن تصل إليه الدينامية المتفاعلة بين المعالج والعميل والناجمة عن وعي استجاباتهما، وما تنطوي عليه هو المحرك الرئيسي في العلاقة بين الطرفين. وإن النقطة المركزية التي يعتمد عليها هذا التفاعل هي خبرات تنبع من العلاقة. إضافة إلى ذلك، فإن عملية العلاج هذه، هي مرادفة لعملية العلاقة بين المعالج والعميل في الموقف العلاجي، وما تنطوي عليه من كلمات بين الإثنين، إلا أن أهمية الكلمات تبدو بسيطة حينما تقارن بالعلاقة الوجدانية الحميمة بين المعالج والعميل. (Rogers, C., 1951, p. 171)

هذا وينبغي أن يتصف المعالج أو المرشد في الموقف العلاجي ببعض الخصائص والتي يتطلع دائماً إلى تحقيقها وهي:

١- التقبل: Acceptance

ومعنى هذا، أن يكون المعالج أو المرشد متقبلاً للعميل كفرد على ما هو عليه، وبكل صراعاته وتناقضاته، وإيجابياته وسلبياته. وهذا الاتجاه أكثر من مجرد تقبل محايد؛ إنه اعتبار إيجابي للعميل كشخص له قيمة. كما يتضمن هذا اللون من التقبل أيضاً مودة تجاه العميل وتثميناً أو تقديرًا له. وهذا التقبل لا يتضمن تقييماً ولا حكماً عليه أو له، لا بالسلب ولا بالإيجاب، فهو تقبل غير مشروط.

ويرى "روجرز" أن التقبل والود والاحترام تجاه العميل سوف يخلق علاقة معه، تمكنه بالتالي أن يتقبل هذه العلاقة... وهذا التقبل يساعد المعالج على فهم المشاعر والأفكار التي تبدو كريبة أو غريبة إلى حد ما للعميل. (Rogers, C., 1961, p. 34)

وكلما زاد اعتماد المعالج بصدق على العميل لاستكشاف ذاته، فإن ذلك يؤدي بالعميل إلى الثقة في ذاته، وفي قدرته على إحداث التغيير. وهذا القبول والاعتبار الإيجابي غير المشروط يعملان معاً لتهيئة مناخ في العلاقة العلاجية، يستطيع العميل تدريجياً أن يسمح في وعيه، وفي سلوكه لتلك الأجزاء من خبراته الداخلية التي لا تنسجم مع مفهومه لذاته. وفي ظل هذا الموقف، يدرك العميل أنه ينتقل من معاملة ذاته كشخص غير كفاء، غير مقبول، وغير محبوب إلى شخص مقبول ومحبوب في تلك العلاقة مع المعالج. (Rogers, C., 1951, p. 159)

٢- التتابق أو الصدق: Congruence

يرى روجرز "أنه حينما يمارس المعالج الاتجاه الخاص بالقبول والذي يضعه المعالج نصب عينيه، فإنه قد يكون قادراً على ممارسة وتولي نفس هذا الاتجاه نحو نفسه. وعندما يدرك أنه مقبول ومحترم في نظر نفسه، فإنه يكون قادراً على ممارسة هذا الاتجاه نحو الآخرين. (Rogers, C., 1951, p. 160)

ويقول روجرز في مكان آخر: "لقد وجدت أن أكثر شيء يمكن أن أقدمه للعميل هو أن أكون صادقاً في العلاقة معه، وهذا الصدق يعد أكبر مساعدة يمكن أن أقدمها له. ويعني هذا، أن أكون صادقاً، وأن أعبر عن سلوكي، وكلماتي ومشاعري، واتجاهاتي المتنوعة بحرية تامة، وأن أعنيها. وفي ظل هذا التتابق يمكن لتلك العلاقة أن تأخذ شكلاً واقعياً.

(Rogers, C., 1961, pp.33-34)

ويعتد التتابق في ذات المعالج أهم الاتجاهات التي تسود العلاقة العلاجية، والتي تسهم بشكل كبير في نموها. ويتعين على المعالج أن يكون على ما هو عليه دون تزييف. أي أن ما يحسه المعالج على المستوى الخبري والحشوي ينبغي أن يكون متاحاً للاتصال المباشر مع العميل.

٣- الفهم المتعاطف Empathy

حتى يتسنى للمعالج فهم العميل، ينبغي عليه أن يركز على العالم الظاهري للعميل، أي فهم عالم العميل كما يراه العميل نفسه. ويعتد هذا الفهم شرطاً أساسياً في تحقيق التغيير العلاجي، بل إن ذلك التركيز هو جوهر ما يعنيه العلاج المتمركز على العميل.

ويرى روجرز أن التعاطف الوجداني هو أن تدرك الإطار المرجعي الداخلي للآخر بدقة مع مكوناتها الانفعالية الخاصة بها، والمعاني التي تتعلق بها على أقل تقدير، كما لو كان هو الشخص الآخر، من غير أن يفقد الشرط "كما لو كان". (Rogers, C., 1951, p.210)

ويقول "آدلر" Adler، في هذا السياق "إذا كنا صريحين مع الآخرين، ينبغي أن نكون قادرين على رؤية العميل بعينه التي ترى، وسمعه الذي يسمع به. (Brrett, 1981, pp. 91-100)

ويرى "روجرز" أن الفهم المتعاطف العميق هو أن أرى عالم العميل الخاص من خلال عيونه، وعندما تتحقق الشروط السابقة، يصبح العميل صديقاً لي، وبصحبتة لي يستطيع أن يكشف مخاوفه، لأنه حر في التعبير عن مشاعره الجديدة... أنا لا أعني أن لدي دائماً القدرة على انجاز هذا اللون من العلاقة مع الآخرين، حتى عندما أشعر بأنني أحققها مع نفسي. ولكن يمكن القول: عندما أسلك هذا الاتجاه، ويستطيع العميل أن يدرك هذا الاتجاه؛ فإن هناك تغييراً إيجابياً

يحدث في البناء الشخصي له. (Rogers, C., 1961, p.35)

وليس هذه القدرة على التعاطف مهمة فقط لفهم العميل، ولكن لتوصيل أن المعالج يفهم فعلاً العميل فهماً كبيراً، ومهتماً بمساعدته أيضاً... فيجب على المعالج أن يكون حساساً ليس فقط بالتواصل اللفظي مع العميل، ولكن أيضاً لكل أوجه التواصل البينشخصي.

(Garfield, S., 1983, p. 236)

فإذا كرر المعالج نفس مقالته العميل - على سبيل المثال - أو استعمل كلمات مختلفة عن كلمات العميل، فإن الشيء الذي يجب أن يفعله المعالج هنا، ليس إضافة، وإنما هو السعي لوضع المعنى الذي عبر عنه العميل بكلمات تكون واضحة دون إضافة أو إحياء للعميل بأفكار جديدة. وقد يفعل المعالج ذلك مستخدماً صيغة السؤال أو معدلاً لسؤال طرحه العميل. ويكون في جملة ما يستهدفه من ذلك: إيضاح المعنى، والإشارة الضمنية أنه يتابع فكر العميل، أو فهمه للمشاعر التي يشعر بها العميل، فإن ذلك يؤدي إلى اتساع فهم العميل لذاته، وإلى أن يسمح لوعيه بخبرات كيانية أكثر، فتزيد من اتساع قوة فهم الذات لدى العميل. (نعيم الرفاعي، ١٩٨٢، ٨٢)

وفي هذا المقام، علينا أن نسأل السؤال التالي: متى نستطيع القول أن المعالج متعاطف مع العميل؟ وللإجابة على ذلك: تبين أن هناك علاقة قوية بين نجاح العلاج وتعاطف المعالج لا يمكن وصفها بالحدثة، حيث خلصت دراسة "ألين بيرجين" Allen, E. Bergin إلى أن التقدم العلاجي يختلف باختلاف دفء المعالج وتعاطفه الوجداني مع العميل. (Bergin, A., 1966, pp. 235-246) ويرى كورتز وجرومان (Kurtz, R. & Gruman (1972)، أن أحسن التقديرات النظرية المعروفة عن العلاقة بين التعاطف الوجداني ونتائج العلاج، هي تلك التي أقرها روجرز. لقد عامل - روجرز - التفهم والتعاطف الوجداني كمتغير شرطي خاص بالمعالج له تأثير مباشر على العملية العلاجية وعلى نتائج العلاج... فكلما كان التعاطف الوجداني أكبر، كلما أنجزت العملية العلاجية بصورة أفضل. (Kurtz, R., & Gruman, 1972, pp. 110-115)

وقد أكدت أبحاث كثيرة على أهمية العلاقة بين تعاطف المعالج والعلاج الناجح، مثل أبحاث "كارتز" Kartz (١٩٦٢)، و"ليزر" Lesser (١٩٦١) و"تروكس" Truax (١٩٦٧) و"كاركوف" Carkhuff (١٩٦٧). فقد طور هذا الأخير عدداً من المقاييس لقياس العلاقة العلاجية. (Hill, C., 1981, pp. 203-212)

كما قام "جورج تومبسون" (Tompson, E.G. (١٩٩١) بدراسة حول المشاركة الوجدانية للمعالج وإدراك العملاء للمعالج على أنه يتسم بهذه الخاصية، حيث أظهرت النتائج أن العملاء حكموا على العلاج المتمركز على العميل بأنه أكثر إيجابية في متغير المشاركة الوجدانية للمعالج. (Thompson, E. George, 1991, pp.137-139)

وعن مستوى وعمق التعاطف الوجداني قام "ادوارز وباوليت" Edwards & Boulet بتحليل مقابلتين قام بهما "روجرز" مع كاثي ومايك (١٩٧٧) Mike, Kathy، وذلك باستخدام مقياس كاركوف، حيث وجدوا أن روجرز استخدم مع كل من الحالتين مستويات ثابتة ومتوسطة من المشاركة الوجدانية، والاحترام، والصدق. (Edwards et al., 1982, pp. 14-18)

وفي ضوء هذه الاتجاهات التي يتسم بها المعالج في الموقف العلاجي، وفي ضوء إدراك العميل ومعايشته لهذه الاتجاهات، فإن العميل سوف يكتشف في داخله القدرة على استخدام هذه العلاقة من أجل نموه. ويوضح روجرز هذا الأمر قائلاً: "إن لدى الفرد نزعة كامنة أو ميل للمضي قدماً نحو النضج، وتكون هذه النزعة متحررة في ظل مناخ نفسي ملائم. عندئذ تصبح هذه النزعة أكثر من كونها نزعة أو ميل كامن... وتسمى هذه النزعة التي تسعى إلى النمو، نزعة تحقيق الذات، والتي هي بمثابة (النبيذ الرئيسي) في حياة الفرد. وهذه النزعة يمكن أن نعتمد عليها ونهتم بها أثناء العملية العلاجية من خلال إبرازها ومساعدتها على النمو. كما أن هذه النزعة موجودة لدى كل منا، لكنها تنتظر الظروف المناسبة لكي تعبر عن نفسها... (Rogers, C., 1961, p. 35)

- الفنيات العلاجية المستخدمة في العلاج المتمركز على العميل:

مرت نظرية العلاج المتمركز على العميل بمرحلة كان التركيز فيها على التقنيات والطرق التي يستخدمها المعالج في الموقف العلاجي، أما في الوقت الحالي فإن التركيز والاهتمام ينصبان على فلسفة المعالج واتجاهاته أكثر من الأساليب والطرق. كما أكدت على أهمية العلاقة العلاجية أكثر من تأكيدها على مايقوله المعالج في الموقف العلاجي.

ويعبر "روجرز" عن هذا التحول بالقول: "لقد تغير اهتمامنا من طريقة المرشد إلى اتجاه المرشد وفلسفته مع اعتراف جديد بأهمية الطريقة من زاوية أكثر قوة؛ فالطرق والأساليب تعدّ التطبيق العملي للفلسفة والاتجاهات، وبهذا يجب أن تكون متسقة معها. ومع تطور هذا الاتجاه، تناقصت مرات استخدام الأساليب المختلفة كالتساؤل، وإعادة التأكيد، والتشجيع والتفسير، والإيحاء، بالرغم من أنها لم تستخدم من قبل على نطاق واسع. (Rogers, C., 1951, p. 14)

ومن الجدير بالذكر أن فنيات العلاج المتمركز على العميل ماهي إلا أوجه النشاط التي يقوم بها المعالج المتبني طريقة العلاج الوجودي، كما أنها لا تكون بأية حال شرطاً جوهرياً للعلاج، وإنما هي تعمل فقط كقناة يتم من خلالها تحقيق الشروط الأساسية للعلاج وإيصالها إلى العميل، متمثلاً ذلك في: التعاطف الوجداني، والتقبل، والاعتبار الإيجابي غير المشروط.

إضافة إلى ذلك، فإن هذه الفنيات تؤكد على الجوانب الانفعالية، وعلى جوانب الشعور المتعلقة بالموقف العلاجي أكثر من تأكيدها على الجوانب العقلية، Rational، ولذلك فإنه ليس بغريب أن تكون الفنيات التي صاغها "روجرز" موجهة في الجانب الأعظم منها نحو مشاعر العميل. (Rogers, C., 1942, p. 29)

- ١- أما الفنيات العلاجية التي ينبغي على المعالج اتباعها في الموقف العلاجي فهي كالآتي:
العمل على إقامة علاقة مخلصية بينه وبين العميل تتطوي على جو من الثقة والتعاطف، تسمح بتحرير العميل من كل أنواع التهديد الداخلي والخارجي، ويكون الموقف العلاجي محاطاً بما يسمح للعميل بالإطمئنان إلى وجود سرية كامله تشمل مايقوله، ومايظهر عنده.
- ٢- أن يصغي المعالج إلى العميل بشكل ودي؛ بهدف إشعار العميل أنه مهتم به اهتماماً أصيلاً، وبأنه يقبله ويكن له المحبة، ويدعم اصغاءه بالمشاركة الوجدانية والاحترام الإيجابي غير المشروط. وتسمى هذه الفنية فنية تقبل مشاعر العميل Feelings Acceptance، حيث تعني إتاحة الفرصة للشخص للتعبير عن مشاعره، وتقبل هذه المشاعر كما هي، سواء كانت إيجابية أو سلبية، كما لايتضمن هذا التقبل تقويماً له (أي للعميل) ولاحكماً عليه أو له لبالسلب ولابالإيجاب، وإنما تقبله كشخص مستقل عن المعالج، يعبر عن مشاعره بطريقته الخاصة.

- ٣- أن يركز المعالج على المحتوى الانفعالي لاستجابات العميل أثناء الموقف العلاجي أكثر من تركيزه على العناصر المعرفية؛ ولذلك فالمعالج يحاول أن يساعد العميل بالتركيز على مشاعره نحو نفسه، ونحو الآخرين، وأن يقوم المعالج بين الفينة والفينة أثناء الجلسة العلاجية بعكس مشاعر العميل وإعادتها إليه (أي للعميل) بكل دقة وأمانة. وهذه الفنية يسميها روجرز إعادة الألفاظ أو انعكاس المشاعر

.Reflection of Feelings

ويشير روجرز إلى هذه الخاصية التي يقوم بها المعالج في الموقف العلاجي، أن المعالج يحاول أن يعرض للعميل مرآة لفظية Verbal Mirror تمكن العميل من أن يرى ذاته بدرجة أكثر وضوحاً، وتبين في نفس الوقت أن العميل يتم فهمه بعمق من جانب المعالج الذي لايبدي أي تقييم لمشاعر واتجاهات العميل. كما تساعد هذه الفنية العميل في إعطائه صورة مطابقة لمشاعره، بحيث يتمكن بعدها الابتعاد تدريجياً عن الصراعات التي تعوق تحقيقه لذاته. (Borkovec, T.D., 1996, pp.114-124)

- ٤- مساعدة العميل على اكتشاف مشاعره وخبراته اللفظية وغير اللفظية كأشياء غير متطابقة

مع مفهومه لذاته. وتسمى هذه الفنية "فنية استكشاف الذات" Exploration of self ويقول روجرز في هذا الصدد: "من خبرتي مع العملاء، يصبح العميل أكثر حرية، وأكثر إدراكاً لذاته؛ حيث يبدأ بإسقاط المقدمات الخاطئة أو الأقنعة أو الأدوار التي يواجهها في حياته، فالعميل يحاول أن يكشف شيئاً ما أكثر ثباتاً، شيئاً أكثر صدقاً مع ذاته. (Rogers, C., 1961, p. 134)

٥- مساعدة العميل على مواجهة ذاته Self-Confrontation وخبراته التي تم إنكارها أو تشويهها وإدراكها وترميزها في وعيه بشكل دقيق. ويشير "روجرز" إلى هذه الفنية بأنها محاولة رفع النظارات الملونة عن عيون العميل والتي سبق له أن أدرك بها العالم المحيط به... وعندما يتم إطلاق مشاعره ومواجهته لها، فإنه يتعلم أن يدرك نفسه والبيئة المحيطة به من منظور موضوعي أكثر صدقاً. (الفن حقي، ١٩٩٥، ١٤٢)

٦- مساعدة العميل على معايشة خبراته. ومعنى ذلك، احضار العميل الخبرات المنكرة أو المشوهة إلى دائرة وعيه، وإعادة تنظيمها ضمن إطار مفهومه عن ذاته. ففي ظل العلاقة الآمنة مع المعالج يستطيع العميل فحص المظاهر المتنوعة لخبراته ومشاعره كما يحس بها بالفعل في هذه اللحظة، وتقبلها بكل تنوعاتها وتناقضاتها. (Rogers, C., 1951, p. 76)

٧- مساعدة العميل على التعبير عن مشاعره وانفعالاته وخبراته، بحيث يؤدي هذا إلى خفض المشاعر والانفعالات السلبية المرتبطة بالخبرة. وتسمى هذه الفنية الفنية التفريغ الانفعالي. Catharsis فعندما يتحقق المعالج من المشاعر التي يعبر عنها العميل، ثم يقوم بإيضاحها للعميل، شريطة ألا يقدم المعالج تأويلات، أو امتداحاً، أو انتقاداً، أو نصيحة، وإنما يكون تركيزه قاصراً على مساعدة العميل على أن يرى بوضوح وأن يتقبل تلك المشاعر التي يكون قادراً على التعبير عنها، فإن عملية التنفيس تصبح عندئذ أكثر عمقاً؛ فيعبر العميل لفظياً عن الاتجاهات الأساسية لديه، ونتيجة ذلك تحدث عملية الاستبصار Insight بشكل تلقائي. (Rogers, C., 1942, p.173)

٨- أن يترك المعالج كل المسؤولية في سير عملية العلاج للعميل. فاختيار موضوع المناقشة، والبحث عن المعاني، والسرعة أو عدم السرعة التي يواجه بها العميل بعض خبراته، ودرجة الاستطراد ومداه، ومتابعة المجال الذي يبدو أن له دلالة للاستكشاف - كل ذلك وغيره من القرارات المماثلة يقوم بها العميل.

٩- أن يركز المعالج في الموقف العلاجي على المشاعر الحالية للعميل، وليس على مشكلته. هذا بالنسبة لأوجه النشاط الذي يقوم به المعالج.

- أما بالنسبة للأمور التي لايقوم بها في الموقف العلاجي فهي:
- ١- ألا يقدم نصائح، أو انتقادات للعميل. والأساس أن هذا اللون من العلاج لايقوم على تقليد الآخرين، بل يقوم على ممارسة العميل نفسه عملية الفهم الداخلي التي تقوده إلى مزيد من التبصر بذاته.
 - ٢- ألا يعرض المعالج على العميل أي شكل من أشكال التقويم، أو أي نوع من أنواع التسلط والهيمنة، وألا يفسر، ولايشخص، ولايطمنن العميل، ولايعده بأي نتائج معينة من جراء هذا الموقف العلاجي؛ وإنما يتقبله كلية بدون قيد أو شرط.
 - ٣- ألا يسأل أو يطرح أسئلة إلا في شروط معينة فقط، مثل: أن يساعد العميل على مواصلة الحديث، أن يسكن أو يهدئ مخاوف وقلق العميل التي من الممكن أن تؤثر على علاقته بالمعالج، أن يثني على العميل كي يصف مشاعره وخبراته بدقة، أن يغير اتجاه الحديث لبعض الأمور التي قد تكون مهمة والتي من الممكن أن تكون لها دلالة اكلينيكية هامة في حياة العميل.
- (Rogers, C., 1942, pp.125-126)

- العملية العلاجية: The therapy Process

بعد أن تحدث الباحث عن العلاقة العلاجية وماتسم به، لابد من الحديث عن عملية العلاج كما يدركها أو يخبرها العميل في الموقف العلاجي، وعملية العلاج وتقدمها كما يلاحظها المعالج.

أولاً: عملية العلاج كما يدركها العميل: The process as Experienced by client

- خبرة العميل بالمعالج وبالموقف العلاجي:

تتأثر إدراكات العميل بشكل أساسي بما ينتظره ويتوقعه من المعالج ومن موقف العلاج، وهذه التوقعات تتباين وتشتمل على أحاسيس مختلفة من الخوف، والترقب، والرجاء، ولكن يغلب عليها مشاعر الخوف. ويحدث التقدم في العلاج عندما يدرك العميل والمعالج العلاقة بينهما بنفس الشكل وبطريقة واحدة. وعندما يدرك العميل المرشد على أنه شخص يساعده، فإنه يدركه على أنه يتسم بالدفء، والاهتمام، والتفهم. وفي بداية العلاج، تبدو الطرق المتمركزة على العميل محبطة له، ولكنها تُدرك فيما بعد على أنها تؤدي إلى استكشاف الذات وتفهمها.

تتضمن خبرة العميل بالعلاج الجوانب التالية:

١- معاناة خبرة المسؤولية: The Experiencing of Responsibility

من الأسس التي تظهر بشكل واضح في ردود فعل العميل الأولى في الموقف العلاجي هي: اكتشاف العميل أنه مسؤول عن نفسه في ظل هذه العلاقة، وقد يؤدي هذا الإدراك بالنسبة له

إلى الشعور بمشاعر مختلفة تشمل: الشعور بالوحدة، والخوف، والضجر مع وجود احساس متزايد بالمسؤولية وتقبلها. (Rogers, C., 1951, p. 71)

٢- معاناة خبرة الاستكشاف: The Experience of Exploration

ومع تقدم العلاج يكتشف العميل اتجاهاته ومشاعره، وينفعل العميل مع الأمرين، الخوف، والاهتمام الإيجابي كأشياء غير متطابقة اكتشفت في داخل الذات. حيث يبدأ العميل أولاً في الشعور بأن هذه العملية التي هو منغمس فيها (العلاقة العلاجية) سوف تتضمن التغيير في ذاته من نوع ما، بالرغم من ذلك فقد لا يكون متصوراً حدوث هذا التغيير بدون مخاوف. والعنصر الذي يدخل بشكل متكرر إلى هذه المرحلة هو خبرة غير مستقرة في الذات، ولكن بعد أن يتحدث العميل عن اتجاهاته ومشاعره بطلاقة وحرية في الموقف العلاجي الخالي من أي تهديد، يستطيع أن يكتشف التناقضات بين الذات والخبرة التي لم تكن معروفة من قبل.

(Rogers, C., 1951, p. 72)

٣- اكتشاف الاتجاهات المنكرة: The discovery of Denied Attitudes

نتيجة الاستكشاف اللفظي للاتجاهات والمشاعر، يتم اكتشاف الاتجاهات التي خبرها العميل وأنكرها في وعيه من قبل، فقد يتحدث العميل عن أشياء لم يفكر فيها من قبل أو قد يستخدم عبارات لوصف هذه المظهر من خبرته. وهذه الخبرات السلبية والغير متناسقة مع مفهوم الذات والتي تم انكارها أو تشويهها في السابق - سواء كانت خبرات فسيولوجية داخلية أو خبرات خارجية - تصبح مرمزة في وعي العميل.

(Rogers, C., 1951, pp. 75-76)

٤- معاناة خبرة إعادة تنظيم الذات: The Experience of Reorganizing the self

يقتضي إحضار الخبرات المنكرة أو المشوهة إلى الوعي إعادة تنظيم الذات. وإعادة تنظيم الذات تبدأ مع التغيير في إدراك الفرد لذاته واتجاهاته نحوها، فالعميل يبدأ في النظر إلى ذاته نظرة إيجابية كشخص أكثر توافقاً وتطابقاً، وبذلك يزداد تقبله لذاته. وهذا الإدراك المختلف للذات يجب أن يحدث لكي يتمكن العميل من أن يصبح واعياً بخبراته المنكرة وتقبلها. إن السماح بوجود مزيد من المعلومات المتصلة بالخبرة واستحضارها إلى الوعي يؤدي إلى تقدير أكثر واقعية للذات وللعلاقات مع الآخرين، ويؤدي إلى إرساء أساس للمعايير في ذاته. وعندما تكون الخبرات المنكرة أو المحرّفة غير متناسقة بشكل قليل مع الذات، فإن التغيير يكون قليلاً، وحينما تكون الخبرات المنكرة غير متناسقة بشكل كبير مع الذات، فإن هذا يتطلب تغيير عنيف وقاسي في عملية تنظيم الذات، ويصاحبه كثيراً من الألم والخوف والارتباك. وعملية إعادة تنظيم الذات تُراجع صعوداً أو هبوطاً أثناء الموقف العلاجي، إلا أن العميل يخبر تبصراً عميقاً في ذاته، يتجلى في

مظاهر كثيرة منها:-

• يبدأ العميل بخلع الأقنعة والواجهات والأدوار المزيفة، ويحاول أن يكتشف شيئاً يعبر عن حقيقة ذاته.

• والعميل يصبح قادراً على استكشاف ذاته وخبراته، ومواجهة التناقضات التي يكتشفها والواجهات التي كان يختبئ وراءها، وقد يكتشف العميل أنه لا يملك ذاتاً فردية، وإنما توجد فقط في علاقته بالقيم والمتطلبات الخاصة بالآخرين. ولديه أيضاً حاجة تدفعه إلى أن يبحث عنها كي يصبح هو ذاته لشيء آخر، فعليه أن يخبر المشاعر إلى نهايتها لدرجة أن يكون هو خوفه وحبّه وغضبه....الخ. فهناك حرية في أن يخبر ردود الفعل الحسية المنبعثة من الكائن العضوي بداخله بدون محاولة كبيرة لربط هذه الخبرات مع ذاته.

• يكتشف العميل أنه هو خبرته بكل تنوعها وبكل تضادها، وأنه يستطيع تشكيل ذاته من هذه الخبرة بدلاً من محاولة فرض صياغة الذات على الخبرة، منكرًا على وعيه أن يدرك تلك العناصر التي لاتناسبها.

ولانتوقف نتائج إعادة تنظيم الذات على تقبل الذات، وإنما تتجاوز ذلك إلى الرضا عنها وحبها. لذلك فإن عملية العلاج ليست عملية حل المشكلات، وإنما هي عملية معيشة المشاعر مما يؤدي بالفرد أن يكون هو ذاته. ويقول "روجرز" في هذا الصدد: "إنها عملية يصبح فيها الشخص هو ما بداخله من كائن عضوي بدون خداع أو تحريف أو إنكار للخبرات" (Rogers, C. 1961, p104) وبدلاً من أن يتصرف العميل على هدى من توقعات الآخرين، فإنه يتصرف على هدى من خبراته الكيانية. إنه الوعي الكامل بتلك الخبرات التي تتحقق في العلاج هو الذي يجعل من الممكن للفرد أن يكون فعلاً ذاته.

٥ - خبرة التقدم أو التحسن: The Experiencing of Precess

عندما يكون التعارض بين الخبرة والذات موجوداً لدى العميل، فإن تقدماً ملموساً يحدث أثناء سير العلاج، وهذا يتجلى في التطابق بين الذات والخبرة. وغالباً ما يكون هذا التقدم واضحاً منذ بداية العلاج بالرغم من إحساس العميل بالحزن والقلق والخوف. والحقيقة التي اكتشفها العميل في الموقف العلاجي هي أن بعض المسائل التي ناقشها، وبعض الخبرات المشوهة أو المنكرة التي اكتشفها، وعالجها، أصبحت مقبولة بالنسبة له (أي مرزمة في وعيه)، وأن جزءاً من تنظيم الشخصية قد تم إعادة بناءه، وأن الأشكال الجديدة للسلوك ناتج عنها، وهذا يعطي العميل مزيداً من الثقة في استمرار استكشاف الذات. (Rogers, C., 1951 p.83)

The Experience of Ending

٦ - خبرة إنهاء العلاج:

تسبق عملية الانتهاء من الجلسات العلاجية أحياناً فترة يقل فيها عدد المقابلات وتطول المدة بين كل مقابلة وأخرى، وغالباً ما يصاحب ذلك شعور بالخوف والضياع والتردد في إنهاء العلاج. (Rogers, C. 1951, p.85)

ثانياً: العملية العلاجية كما يدركها المعالج:

يُعدّ التقدم في العملية العلاجية نوعاً من المضمون اللفظي من جانب العميل. وأول خصائص هذه العملية التي تمت دراستها بواسطة التسجيلات الصوتية لعدد من الحالات، هي أن الفرد أو العميل يميل في البداية للحديث عن مشكلاته وأعراضه لمدة طويلة من الوقت، وفي مرحلة متقدمة من العلاج تظهر بعض الإدراكات عن العلاقات بين سلوكه الماضي والحاضر والمستقبل، وزيادة في قدرته على تمييز وتحديد موضوع الانفعالات والإدراكات، كما تزداد مناقشة العميل للأفعال الجديدة التي تتطابق مع إدراكه الجديد أو المتميز للموقف. كما أن العميل في بداية العلاج يظهر مشاعر سلبية، لكنه مع التقدم بالعلاج يظهر لديه تغير إيجابي نحو ذاته والآخرين. وعندما يركز على المشاعر الحالية، فإن الاتجاه الإيجابي يبدو أكثر وضوحاً. وتشير الدراسات أنه خلال الخمس الأول من العلاج، فإن المشاعر الحالية تمثل (١/٣) إيجابي، و(٢/٣) سلبي، وفي الخمس الأخير يكون العكس، حيث تمثل المشاعر الإيجابية (٢/٣) والسلبيّة (١/٣). كما تشير نتائج دراسة علي سليمان (١٩٨٩). والتي تمت على (٢٥) طالباً وطالبة. بهدف إثبات مدى فاعلية العلاج النفسي الجمعي غير الموجه في علاج الوحدة النفسية - إن الجلسات الأولى اتسمت بالتعليقات السلبية فيما يتعلق بقيمة العلاج، ولكنها في النصف الثاني من الجلسات اتسمت بدرجة كبيرة من الإيجابية. (علي سليمان، ١٩٨٩، ١٥ - ٣٥)

كما يوجد تقدم من الأعراض إلى الذات، ومن المشكلة إلى الذات، بحيث يركز الحديث بصورة واضحة حول موضوعات مثل: أي نوع من الأشخاص أنا؟ ماهي مشاعري الحقيقية؟ ماهي ذاتي الحقيقية.

وهذا راجع إلى حقيقة أن العميل يركز مشاعره، وإدراكه، وتقييماته على ذاته، وأنه راجع أيضاً إلى أن العميل يحس بأن مكونات ذاته تعد السمات الخاصة بالموقف الذي يقع تحت سيطرته. كما أن العميل يبدأ ببعض الأحداث أو الخبرات الماضية، لكنه بالتدريج يواجه خبراته الأكثر حزمًا وأحياناً غير السارة، كما توجد في الوقت الحالي. وهكذا فإن العلاج ينتهي بالشخص الذي يتعامل مع نفسه، اتجاهاته، قيمه، مشاعره، أهدافه، في إطار من التركيز إلى اكتشاف (أنا، هنا، الآن...).

(Rogers, C., 1951, pp.135-136)

وقد حرص "روجرز" وتلاميذه على دراسة المادة الخام للعلاج النفسي بقصد فهم عملية التغير الحاصلة لدى العميل جراء الموقف العلاجي، واستخدموا لهذا الغرض ولأول مرة التسجيلات السمعية البصرية (أشرطة الفيديو Video Tapes) لخمس وعشرين حالة.

(Rogers, C. & Dymond, 1954)

أما التغيرات التي تنال من شخصية العميل أثناء الموقف العلاجي، فيصفها روجرز في سبع مراحل، وهذه المراحل هي:

- المرحلة الأولى: First Stage

في هذه المرحلة يكون العميل أميل إلى الحديث عن أمور خارجية، لا تظهر لديه رغبة في الحديث عن ذاته، لا تظهر عنده مشاعر نحو ذاته، بمعنى أنه لا يعترف بمشاعره الشخصية كما هي. ينظر إلى علاقات التخاطب والاتصال مع المعالج على إنها تمثل خطراً وريبة وخوفاً. وفي هذه المرحلة لا يهتم بالمشكلات الخاصة به وغير مدرك لها، كما أن مركباته الفكرية جامدة ومتصلبة إلى حد كبير، ولا توجد لديه رغبة في التغير. كما يلاحظ في هذه المرحلة أن العملاء لا يأتون إلى العلاج أو الإرشاد طوعية.

(Rogers, C., 1961, pp 132-133)

- المرحلة الثانية: Second Stage

في هذه المرحلة تظهر بعض المشاعر باعتبارها موضوعات تنتمي إلى الماضي، ولا تنتمي إلى الذات، والعمل في هذه المرحلة بعيداً عن خبراته الذاتية وتناولها، كما يوجد تمييز قليل بين الأغراض الشخصية، وقليل من الاهتمام بالتناقضات. يظهر العميل قدراً من الاعتراف بأنه يواجه مشكلات، ولكنها تدرك على أنها خارجة عن الذات، كما يحدث تقدم قليل نحو تقبل بعض المسؤوليات الشخصية، إلا أنه لا يحقق أي تقدم في هذه المرحلة.

- المرحلة الثالثة: Third Stage

في هذه المرحلة يكثر وصف المشاعر والمعاني الشخصية "غيراً" لموجودة حالياً وينظر إليها على أنها غير مقبولة أو سيئة. كما تزداد التعزيزات حول الخبرات كموضوعات ذات الصلة بالذات، ولكنها موضوعات حصلت في الماضي، والتي هي انعكاس لوجود الآخرين، أو كما لو كانت موجودة لدى الآخرين. وفي هذه المرحلة أيضاً، يبدأ العميل بتمييز وجود مشكلات وتناقضات داخلية تكوّن جزءاً من خبرته بدلاً من أن تكون خارجة عنه. لا تزال مركباته الفكرية جامدة، ولكن قد يفكر أحياناً بوصفها مركبات، مع التساؤل أحياناً عن صدقها. يحقق العميل بعض التقدم في هذه المرحلة، والتي تعد الخطوة الأولى في التغير.

(Rogers, C., 1961, p. 136)

- المرحلة الرابعة: Fourth Stage

في هذه المرحلة يكثر وصف المشاعر والمعاني الشخصية بحرية على أنها موضوعات في الحاضر تمتلكها الذات ولكن مع تردد وخوف، إلا أن المشاعر الحادة لاتزال توصف بأنها ليست موجودة في الحاضر. يبدو بعض التقبل للمشاعر وبعض السهولة في طريقة تناول الخبرة وترجمتها. ويزداد الاهتمام بالتناقضات ويخبر اهتماماً محدداً نحوها، كما تصبح مركباته الفكرية أقل جموداً وأقرب إلى المرونة. ويتكون الإحساس بالمسؤولية الذاتية في حدوث المشكلة، وتبدأ الخطوات الأولى في تكوين العلاقة مع المعالج على أساس من المشاعر.

- المرحلة الخامسة: Fifth Stage

في هذه المرحلة يعبر العميل بحرية أكثر عن المشاعر والاحساسات الحالية، بالرغم من الخوف والشك وعدم الوضوح الكامل للخبرات لايزال قائماً. كما يزداد تمايز المشاعر الذاتية، ويزداد الاعتراف بها وتقبلها، وتنزع المشاعر التي انكرت في السابق إلى الظهور في الوعي. تصبح معاناة الخبرة أكثر خصوصية وأكثر حضوراً، كما يتم التمييز بين المشاعر والأهداف بدقة أكبر. وتصبح مواجهة التناقضات أكثر وضوحاً بوصفها توجد في الجوانب المختلفة للشخصية. كما تكثر تساؤلات العميل حول مدى صلاح البنى الفكرية لديه، وتزداد مسؤولية العميل عن المشكلات الشخصية الخاصة به، والتي تصبح مقبولة بشكل أكبر. وفي هذه المرحلة يقترب العميل من كيانه كتنظيم تتدفق فيه مشاعره وتتمايز خبراته. (Rogers, C., 1961, pp.139-144)

- المرحلة السادسة: Sixth Stage

في هذه المرحلة يعترف العميل بالمشاعر التي كانت منكورة في الماضي على أنها مقبولة وعلى أنها مشكلات الحاضر، كما أن الشعور يعاش بعمق وتدفق أكثر بدون خوف، ويحدث تقبل تام للخبرة بوصفها مؤشراً واضحاً يمكن استخدامها للتوصل إلى المعاني المتضمنة في مجابهة الفرد لذاته. الاعتراف بأن الذات أصبحت الآن هي عملية الخبرة وليست بوصفها موضوعاً. ويتحول عدم التطابق بين الذات والخبرة إلى تطابق كامل، ويصبح تمايز الخبرة أساسياً. وفي هذه المرحلة تكون المشكلات الداخلية أو الخارجية قد انتهت. وتتكون بعض ردود الفعل الفسيولوجية ذات طبيعة تفككية واسترهابية مثل: الدموع والتنفس العميق والاسترخاء العضلي. كما يصبح العميل أكثر ثقة بالآخر عندما يطلب من الشخص الآخر أن يقبله كما هو، مع القدرة على إقامة علاقة بناءة مع الآخرين. (Rogers, C., 1961, p. 151)

- المرحلة السابعة: Seventh Stage

قد تحدث هذه المرحلة خارج جلسة العلاج، ثم يقدم العميل تقريراً عنها إلى المعالج.

فالعميل يعيش في ارتياح مع عملية الخبرة الجارية، حيث يخبر مشاعر جديدة، ثرية وحالية. كما يستخدم مشاعره كأطار مرجعي في معرفة: من هو؟ وماذا يريد؟ وما اتجاهه؟ ويكون عدم التطابق في حده الأدنى، وهناك ثقة في عملية التنظيم الخاصة بالعميل؛ فممارسة الخبرة تصبح تلقائياً. كما تصبح الذات هي موضوع الإدراك المنعكس من الخبرة، ويزداد الوعي بها كشيء يتم الشعور به بثقة أثناء الخبرة. ويلاحظ زيادة في تقبل العميل لذاته باعتبارها مركز التقويم ومصدر عملية إضفاء القيمة.

(Rogers, C., 1961, pp. 151-154)

ويمكن تلخيص ماتشملة العملية العلاجية بمايلي:

- تسهيل المشاعر، وتغيير أسلوب الخبرة، والانتقال من عدم التطابق إلى التطابق، وتغيير الأسلوب الذي به والمدى الذي إليه يكون الفرد راغباً وقادراً على أن يتواصل ذاتياً في جو تقبلي، وتسهيل رسم الخرائط المعرفية للخبرة، وتغيير علاقة العميل مع مشكلاته، وتغيير أسلوب العميل في إقامة العلاقات الموضوعية مع الآخرين. (س.هـ. باترسون، ١٩٩٠، ٤١٠)

نتائج العلاج المتمركز على العميل على السلوك والشخصية:

- ماهي التغيرات الشخصية التي تحدث للعميل خلال سلسلة الجلسات العلاجية؟
- هل تلك العملية العلاجية التي تحدث تغيرات في الشخصية والسلوك تحدث تغيراً في بعد واحد من أبعاد الشخصية أو أكثر؟
- هل يحسن العلاج من أداء العميل؟
- ماذا يريد الشخص العادي أن يعرف عن أي عميل خضع للعلاج النفسي المتمركز - على - العميل؟
- هل توقف عن المشاجرة مع زوجته؟ هل حصل على درجات أفضل في دراسته؟ هل هو الآن يشعر بالرضا والسعادة عن ذاته وعن عمله... الخ؟
- تلك الأسئلة تعتبر منطقية جداً، وللأسف، فأى محاولة للإجابة عن هذه الأسئلة سوف يربطنا بتعقيدات كثيرة كما يقول روجرز.

إلا أن هناك دليلاً اكلينيكيّاً غني، هو أن السلوك يتغير باستمرار خلال أو بعد العلاج، فإنه من الصعب أن يبرهن على هذا التغير قد نبع من العلاج، أو يوضح أنه يمثل تحسناً، فعلى سبيل المثال، فإن التحسن بالنسبة لعميل قد يعني رغبة جديدة في التعامل المختلف مع زوجته، بينما بالنسبة للآخر فقد يعني ذلك خلافات جديدة مع زوجته.

ومن الناحية الإكلينيكية، فإن كلاً من تلك السلوكيات قد تبدو مؤثرات للتوافق الجيد، ولكن بدون شك، فإن تلك المؤثرات تعدّ ذاتية، وأنها مفتوحة للحوار والمناقشة. ويقول "روجرز" في هذا:

"لقد فشلت الدراسات التي تم إعدادها في العلاج المتمركز على العميل في الإجابة عن تلك التساؤلات، إلا أن هذه الدراسات - على الأقل - تمثل بدايه نحو إجابة موضوعية. لذلك فإن التغيرات الخاصة بالسلوك والشخصية نتيجة للتدخل العلاجي هي:

١- يُظهر العميل خلال الجزء الأخير من العلاج مناقشة زائدة عن الخطط والخطوات السلوكية التي يجب أن يتخذها، ومناقشة نتائج تلك الخطوات.

فقد وجد كل من "سنايدر وسيمان وستروم" Snyder, Seeman and Strom أنه في (٢/٥) الآخرين من عملية العلاج يوجد زيادة في مناقشة العميل للخطط السلوكية التي ينبغي عليه أن يتخذها. (Rogers, C. 1951, p. 180)

٢- يوجد تغير في سلوك العميل غير الناضج نسبياً إلى السلوك الناضج نسبياً أثناء المقابلات حيث وجد "هوفمان" Hoffman من خلال مقابلة عشر حالات، أن الحالات الأقل نجاحاً أظهرت ارتفاعاً دالاً إحصائياً في السلوك الناضج، إلا أن الحالات الأقل نجاحاً أظهرت تغيراً طفيفاً. وقد دعم "هوفمان" هذا الاستنتاج، أنه كلما كانت المقابلات أكثر نجاحاً، كلما كان التغير أكبر في اتجاه نضوج السلوك. (Rogers, C., 1951, p. 181)

٣- يوجد انخفاض في التوتر النفسي كما هو مبين في النتائج اللفظية للعميل.

٤- في العلاج الناجح يوجد انخفاض في السلوك الدفاعي، ووعي أكبر من قبل العميل بهذه السلوكيات التي تكون حاضرة. فقد وجد "هيغ" Hiagh في دراسته انخفاض في السلوك الدفاعي لدى العملاء. (Rogers, C., 1951, 184)

٥- يظهر العميل كنتيجة للعلاج زيادة في القدرة على تحمل الاحباط، كما هو مقاس بشكل موضوعي في المصطلحات الفسيولوجية.

٦- هناك تحسن في المهارات اليومية، وتحسن في التوافق النفسي والاجتماعي.

بعض الأسئلة حول عملية الإرشاد والعلاج المتمركز حول العميل:

السؤال الأول: ما طول جلسة العلاج النفسي المتمركز على العميل؟

يقول روجرز: "إننا نملك معرفة تجريبية للإجابة على هذا السؤال، ولكن يبدو بشكل ثابت أن التحديد المتعارف عليه فيما إذا كان طول الجلسة (١٥-٣٠-٤٥-٦٠) دقيقة هو في الغالب أكثر أهمية من الطول الحقيقي للمقابلة. لذلك فقد أحس العلماء أن طول الجلسة لأكثر من ساعة واحدة هو أمر غير مقبول، وربما يكون مقبولاً فقط في بداية جلسة العلاج". كما يرى روجرز "أنه من المقبول به أن التقدم الحاصل لدى العميل يمكن أن يتم في جلسة قصيرة في حدود (٣٠-٤٥) دقيقة

- بالمقارنة مع الجلسة الطويلة، لكن يبقى هذا التساؤل موضع بحث.

(Rogers, C., 1942, p. 239)

السؤال الثاني: ما طول الفترة الزمنية بين الجلسة والأخرى؟

يرى روجرز في هذا: أن المواعيد يجب ألا تكون متقاربة جداً، ولا يوجد مسوغ للقاءات اليومية كما هو عليه الحال في العلاج التحليلي. ولقاءات كهذه هي للضرورة فقط عندما تكون العملية مركزة على درجة اهتمام المعالج أكثر من العميل. كما يبدو أن الجلسات التي تفصل بين الواحدة والأخرى مدة قدرها عدة أيام (جلستان في الأسبوع على سبيل المثال) هي في الغالب ذات قيمة كبيرة بالنسبة للعميل، حيث تعطيه فرصة مناسبة لاستيعاب وفهم نتيجة هذه الجلسات. (Rogers, C., 1942, p. 241)

السؤال الثالث: ما طول مدة العلاج النفسي؟

يقول روجرز "توجد صعوبة في الإجابة على مثل هذا السؤال؛ لأن طول العملية العلاجية يعتمد على: درجة سوء التوافق النفسي للعميل، ومهارة المعالج، والقدرة العقلية للعميل. وهناك سبب وجيه للاعتقاد أن طول العملية العلاجية يظهر العلاقة المباشرة بين المعالج والعميل، وقدرة المعالج على معالجة الأمر؛ فإذا كان لدى العميل استبصاراً وقدرة على معالجة أموره الخاصة، فإن (٦-١٥) جلسة تكون كافية لعميل يعاني من اضطرابات عصابية شديدة، وعندما لا يكون العميل عصابياً بشكل عميق، فإن جلسيتين أو أربع أو ست جلسات تكون كافية لإيجاد المساعدة التي يحتاجها. (Rogers, C., 1942, p. 232)

السؤال الرابع: ماذا يفعل المعالج إذا كانت التقارير المقدمة من العميل غير صحيحة؟

يقول روجرز: "في العلاج الإرشادي، العوامل الموضوعية غير هامة كلياً، بينما العوامل التي لها أهمية في العلاج هي المشاعر التي يحضرها العميل في الموقف العلاجي. وبناء على ذلك، فنحن لانتحتاج فيما إذا كانت تقارير العميل صحيحة أم خاطئة، ولكن اتجاه العميل الانفعالي هو العنصر الذي له أهمية كبيرة في العلاج المتمركز على العميل، والدليل في ذلك، أن التقارير التي يقدمها العميل هي نماذج لاتجاهات متناقضة داخله، والتي لا تملك بعد أي تنظيم، وإذا تحدى المعالج أو المرشد هذا التناقض على أساس عقلي، فمن غير المحتمل أن يساعد العميل على إنجاز التنظيم الذي سيوحد اتجاهاته...". (Rogers, C., 1942, pp. 243-244)

- **السؤال الخامس:** هل هناك علاقة اهتمام بكل من معرفيات العميل ومشاعره في العلاج المتمركز -على- العميل؟

وللإجابة عن هذا التساؤل يمكن القول: يهتم المعالج النفسي المتبني العلاج المتمركز على العميل بالعالم الداخلي الخاص بالعميل، الذي يسعى لفهمه، ويبيدي تفهمه دون تقييمات. كما يتصف

نشاط المعالج في الغالب بقدرته على إدراك خبرات ومشاعر العميل وأهميتها الشخصية بدقة وحساسية. إنه إحساس مباشر بالعالم الداخلي للعميل بكل أهميته الشخصية الخاصة. إذا فوجئ يهتم بالمشاعر وأهميتها بالنسبة للشخص.

فالفهم العاطفي أو المشاركة الوجدانية Empathy للمعالج مع العميل على سبيل المثال يشمل: مشاعره المعبر عنها وأهميتها الشخصية. ففي دراسة قام بها "تاوش" Tuesch لتقييم مقاطع محدثة لمعالجين نفسيين مختلفين، ومن ضمنها الفيلم المصور "كارل روجرز" مع "غلوريا" أن هناك تطابق فعلي للمعرفيات والانفعالات لدى كل من المعالج والعميل، فقد وجد أن هناك (٣٣٪) لمعالجة المفاهيم، و(٢٣٪) لمعالجة المشاعر. وتطرق روجرز في (٦٧٪) من تعبيراته للمعرفيات و (٣٣٪) للانفعالات. أما من جانب العميل. فقد عبر العميل في حدود (٥٦٪) عن المعرفيات مقابل (٤٤٪) للانفعالات. (تاوش، ١٩٩٥، ٦٠-٦٤)

واستناداً إلى ذلك، يبدو أن المعرفيات تكون مخزنة في الذاكرة مع الانفعالات أو مع الظلال الانفعالية؛ فالانفعالات يمكن أن تكون شيفرة مساعدة لاكتشاف المعرفيات المرتبطة بها، وعليه فإنه يمكن أن يتوصل العميل من خلال مخاطبة المشاعر إلى مدخل لمعرفياته المرتبطة بها. وهناك أمثلة كثيرة حول رؤية الحدث الانفعالي - المعرفي في العلاج النفسي مثل: السبر الذاتي، التأملات، واليوجا، الأساليب المساعدة الأخرى الداعمة لعملية العلاج النفسي المتمركز على العميل كأسلوب المواجهة الذاتية عن طريق الأجهزة - السمعيه البصرية (الفيديو) والتي يمكن أن تحدث تغير في انفعالات ومعرفيات العميل.

- المجالات التطبيقية لنظرية كارل روجرز:

يتسأل روجرز: ماجدوى هذا اللون من العلاج في علاج حالات العُصاب القهري، وحالات الذهان؟ هل من المناسب استخدام العلاج المتمركز على العميل في علاج المشكلات الزوجية؟ وهل يمكن استخدامه في علاج اضطرابات الكلام (التهتهة Stutterers)، أو علاج السلوك الجنسي المثلي؟ (Rogers, C., 1961, p. 73)

فقد وجدت الدراسات العلمية في هذا المجال أن أفضل استخدام للعلاج المتمركز على العميل يكون في معالجة المشكلات الانفعالية للأشخاص الأسوياء، والحالات العصائية غير الشديدة، لكن جدوى هذا الأسلوب ضعيف جداً في حالات الذهان ومشكلات التقدم في العمر، وحالات الذكاء المنخفض، وحالات الصعوبة في الكلام، وحالات الاكتئاب الشديد، وحالات الاعتمادية المفرطة. (نعيم الرفاعي، ١٩٨٢، ج٢، ١٨٥)

ويعدُّ الإرشاد والعلاج النفسي أوسع الميادين التطبيقية لهذا الاتجاه من المعالجة. فقد استخدم هذا الاتجاه في علاج الأفراد في كل الفئات التشخيصية مثل: العاديون، العصائيون، كما يستخدم في الإرشاد التربوي والمهني، والعلاج عن طريق اللعب مع الأطفال الصغار، وفي الإرشاد الزواجي والأسري... الخ.

ففي مجال العصابات نذكر الدراسة التي قام بها "تاش" Tuesch وآخرون عام (١٩٩١) على (٣١) مريضاً يعانون من الخوف من الأماكن الواسعة، وذلك وفق التشخيص الطبي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-III.R)، وقد تم معالجة هؤلاء المرضى عن طريق برنامج علاجي قائم على أسس العلاج المتمركز على العميل، وقد استخدم الباحثون مجموعة من الأدوات هي قائمة مسح المخاوف، مقياس القلق، قائمة فراي جورج للشخصية. وقد أظهرت النتائج أن (٢/٣) من أفراد العينة الكلية قد تحسّنوا تحسناً ملحوظاً وواضحاً خلال (٨) جلسات من العلاج المتمركز على العميل بمعدل (٤٥) دقيقة للجلسة الواحدة؛ وبواقع جلستين أسبوعياً. كما أظهرت النتائج أن هناك تبصراً واضحاً لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع الضابطة قد ساعد في خفض أعراض القلق، كما حافظت النتائج على وضعها الطبيعي بعد مضي سنة واحدة من انتهاء البرنامج العلاجي. (Tuesch, L., Hidegard Bohme, 1991, pp. 68-76)

كما قام "توماس" Tomas, S. (١٩٩٤) بدراسة لمتابعة (١٠٨) من المرضى المقيمين في المستشفى والذين يعانون من الاكتئاب العصبي، اضطرابات القلق، واضطرابات عصابية أخرى بعد سنة من انتهاء البرنامج العلاجي المتمركز على العميل الذي استمر لمدة ثلاثة شهور بمعدل جلستين أسبوعياً. فقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية بين التطبيق البعدي والتتبعي لأفراد العينة. (Thomas, Staudinger, 1994, pp. 432-439)

كما يمكن استخدامه في مجال العلاقات الإنسانية مثل: العاملين في المدارس، وفي مجال الخدمة الاجتماعية، وخدمة الفرد، وفي مجال التمريض.

- الانتقادات الموجهة لنظرية كارل روجرز:

يوجه "نوردبيرج" Nordberg (١٩٧٠) بعض الانتقادات لنظرية الذات عند روجرز ومن هذه الانتقادات:- إن نظرية كارل روجرز لم تبلور تصوراً كاملاً لطبيعة الإنسان، وذلك لتركيزها الكامل على الذات ومفهوم الذات-يرى "روجرز" أن الفرد له وحده الحق في تحقيق أهدافه وتقدير مصيره، ولكنه نسي أن الفرد ليس له الحق في السلوك الخاطئ. (حامد زهران، ١٩٧٦، ١٠٤-١٠٥) ويتفق "لونارد جيلر" Leonard Geller (١٩٨٢) مع وجهة النظر هذه فيقول: "بأن نظرية

كارل روجرز "تؤدي دوراً رئيسياً ليس في ظروف وسلوكيات غير مقبولة فقط في المجتمع الأمريكي، بل في التأكيد على تجريد الحياة من طابعها الإنساني وصولاً إلى تحقيق الذات، وذلك باعتبارهما مكوناً رئيسياً لتصورات العقلية الغربية له أثره في الحياة الثقافية والعملية في المجتمع. (عزيزه السيد، ١٩٨٧، ٤٨-٥٣)

ويرى "هول ولندزي" أن روجرز يعتمد اعتماداً مكثفاً على التقارير الذاتية، ومعروف أن ثباتها منخفض ولا يمكن الوثوق بها. ولا يرجع هذا إلى تعمد العميل إلى خداع المعالج، وإنما يرجع إلى أنه لا يعرف بعض جوانب نفسه، كما يتجاهل روجرز حقيقة أن في الإمكان أن يتغير الشخص لفظياً ولا يتغير سلوكياً. كما ركز على الجوانب الشعورية على حساب الجوانب اللاشعورية، ونسي أهمية الجوانب اللاشعورية في تشكيل سلوك الفرد.

(هول ولندزي، ١٩٧١، ٧٣٥-٦٣٦)

كذلك يضع روجرز أهمية قليلة للاختبارات والمقاييس النفسية كوسيلة لجمع المعلومات للإرشاد النفسي، واكتفى بأن أشار "روجرز" (١٩٦٤) إلى أن الاختبارات والمقاييس يمكن أن تستخدم حين يطلبها العميل، وأن المعلومات التي يحصل عليها المعالج، يمكن الحصول على أفضل منها عن طريق المقابلة، ونسي أن على المعالج استخدام جميع الوسائل الممكنة للحصول على أكبر قدر من المعلومات لتحقيق أكبر قدر من النجاح للعملية العلاجية.

(حامد زهران، ١٩٧٦، ١٠٤-١٠٥)

وينتقد "ثورن" (١٩٦١) Thorne هذا الاتجاه من المعالجة بالقول: "إنه شديد الضيق، وحيد الطرف، ومن الممكن أن يؤدي هذا إلى نوع من النمطية في التفكير والمعالجة.

(نعيم الرفاعي، ١٩٨٢، ج٢، ١٠٤)

كما أن نظرية كارل روجرز ترتبط بشخصيته، ودوافعه، وخبراته الخاصة، بمعنى آخر. وجود الأبعاد الذاتية لكارل روجرز في صياغته النظرية. (عزيزه السيد، ١٩٨٧، ٤٨ - ٥٣) ويشير باترسون إلى أن نظرية روجرز تتضمن بعض المفاهيم الذاتية مثل: الاعتبار الإيجابي غير المشروط، الخبرة العضوية باعتبارها مفاهيم عامة وفضفاضة.

(س. ه. باترسون، ١٩٩٠، ٤٣٥)

ويرى الشناوي (١٩٩٦) أن روجرز قد أرجع القيم والأخلاق إلى الفرد ذاته، وأنه مصدر هذه القيم، وهذا أيضاً بعد عن الواقع؛ لأن القيم والأخلاقيات تكوينات اجتماعية أصلاً، كما أنها تعود في مصادرها الأساسية إلى الأديان السماوية، ولا يمكن الاعتماد على الفرد كمصادر للقيم والأخلاقيات. (محمد الشناوي، ١٩٩٦، ٣٠٤)

- بعض ما قيل في صالح نظرية الذات:

لم تدرس مدرسة في العلاج النفسي دراسة تجريبية بقدر ما درست مدرسة العلاج المتمركز على العميل، وقد حرص روجرز واتباعه على دراسة المادة الخام للعلاج النفسي بقصد فهم عملية التغير في ذات العميل، وذلك عن طريق التسجيلات السمعية - البصرية. (لويس مليكة، ١٩٩٠، ١٧٧)

ويقول جابر عبد الحميد جابر (١٩٨٦) لم يكن لأحد بعد فرويد تأثير في العلاج النفسي يفوق تأثير روجرز، ولقد كان لمدخله الإنساني الإيجابي في الإرشاد والعلاج النفسي أثر كبير في مجالات واسعة - سواء في التربية، أو في الإدارة أو في جماعات المواجهة أو في الإرشاد الأسري... الخ - ويبدو أن ثمة ثلاثة أسباب لهذا الانتشار وهي: إنه مدخل فعال لفهم الإنسان، وقد حقق نتائج ملموسة، وأنه لا يتطلب تدريباً طويلاً ومرهقاً، وأنه ينظر إلى الطبيعة الإنسانية نظرة إيجابية متقائلة.

ويحسب لروجرز أنه قدم إضافة مهمة في فهم الاضطراب النفسي، وكيفية التغلب عليه من خلال جهد العميل المدعوم بالمشاركة الوجدانية الصادرة من المعالج. كما تعد نظرية روجرز ذات قيمة عالمية في مداخل العلاج الإنساني نظراً للفلسفة التي تقوم عليها نظريته في العلاج والتي تدعو إلى الكرامة والاعتراف بقيمة البشر وقدرتهم على تحقيق ذاتهم.

(Zastrow, 1985, pp. 327-328)

ويقول "هول ولندزي" لقد أصابت هذه النظرية حين جعلت من الذات موضوعاً للبحث التجريبي، وأن هذه النظرية لقيت قبولاً من عامة الناس فاق قبول المشتغلين بعلم النفس لها. وبالرغم من أن عدداً كبيراً من علماء النفس أفرد مكانة لنظرية الذات، ولكن يعود لروجرز الفضل في أن صياغاته المتعلقة بالذات الظاهرية قد فتحت طريقاً إلى وضع التنبؤ وإلى مناشط من البحث. ومن هذه الزاوية، كانت نظريته نافعة إلى أبعد حد. (هول ولندزي، ١٩٧١، ٦٣٦-٦٣٧)

ويرى سميث (١٩٨٢) Smith "مما لاشك فيه، أن الذاتية التي عاينت روجرز في الاتيان بنظريته على هذا النحو، لم تكن ذاتية "الميثوس" Mythos أو ذاتية "الديماجوس" Dimagos، بل هي ذاتية "اللوجوس" Logos التي أدت به إلى إعادة صياغة واقعه وعالمه الخبري الذي عايشه طفلاً وصيباً وراشداً ودارساً لعلم النفس، في صورة النظرية التي لاتفسر الوقائع فقط، بل بتجاوزها إلى توليد فروض جديدة تؤدي إلى أبحاث واقعية منظمة. (عزيزة السيد، ١٩٨٧، ٥٢)

ويقول "زهران" (١٩٧٦): "يتميز العلاج المتمركز على العميل بوضوح النظرية التي

(حامد زهران، ١٩٧٦، ٣٧)

يستند إليها وبالزمن القصير الذي يستغرقه".

وبينما يرى "ابشتاين" (١٩٧٣) Epstein "تعتبر نظرية الذات لروجرز أن الذات من أهم مظاهر الفرد، ومع أنه يوجد خلاف حول قيمة مفهوم الذات كمفهوم تفسيري، إلا أنه لا توجد مجادلة في أن الحالة الموضوعية الشعورية بالذات تعتبر ظاهرة تجريبية تستحق الدراسة في حد ذاتها. (دافيد مارتن، ١٩٧٣، ١١٨)

تعقيب:

وبناء عليه، يمكن القول: أن نظرية الذات وطريقة العلاج التي يتبناها روجرز تعدّ من النظريات العملاقة التي صادفت تطبيقاً واسعاً في مجالات الحياة المختلفة؛ وبخاصة في مجال الإرشاد والعلاج النفسي، والتوجيه التربوي والمهني... ألخ إضافة إلى ذلك وجدت هذه النظرية طريقها إلى الاستخدام الواسع من قبل علماء النفس والاجتماع، لما تتمتع به من إضافات تتعلق بنوع العلاقة بين المعالج والعميل والتي تؤدي إلى حدوث تغير إيجابي في شخصية العميل.

ثالثاً : التغذية المرتدة Feedback

قبل البدء بالحديث عن التغذية المرتدة ينبغي الإشارة إلى أنها ليست مصطلحاً من مصطلحات علم النفس أصلاً، وإنما هي مفهوم أساسي من مفاهيم علم السيبرنطيقا* Cybernetics ومبادئه الذي نشأ وتطور في إطاره، ومنه انتقل إلى فروع العلم المختلفة. وقد اقتبس علم النفس واستخدمه في نطاق واسع، ولا سيما عند دراسته لعمليات التعلم والتعليم، وطرائق معالجة المعلومات، وعمليات الاتصال، والتنشئة الاجتماعية... الخ.

ويعود الفضل في تطوير هذا المفهوم وتطبيقه على ظواهر السلوك الإنساني إلى العالم "نوربرت فينر Norbert Wiener ومن عاصروه أو أتوا من بعده أمثال: "شينسون" و"أنوخين" و"بيرتالانفي" و"ماكسويل" وغيرهم. (علي منصور، ١٩٩٢، ٥٤)

وكان من أهم المسوغات التي دفعت العلماء في ميدان علم النفس إلى استخدام التغذية المرتدة هو التشابه الذي لاحظوه بين عملية تعلم الإنسان أو اكتسابه للمعرفة أو معالجته للمعلومات التي تتطوي جميعها على التنظيم والتوجيه والضبط والتحكم الذاتي، وعمل الآلات والأجهزة التي تعمل وتوجه وتضبط، ويتم التحكم بها وفق برامج صارمة معدة سلفاً.

ويقول "ماكسويل مالتز" Maxwell Maltz "إن ما أقصده بمبدأ "السيبرنطيقا النفسية" هو تطبيق المبادئ السيبرنطيقية على العقل البشري، وهي لا تعني إطلاقاً أن الإنسان مجرد آلة. إن ما تعنيه هو أن الإنسان يملك آلة يستخدمها. (ماكسويل مالتز، ١٩٨٠، ٤٤)

وأهم ما يميز جهاز التوجيه والتحكم لدى الإنسان هو القدرة على الاستثارة الذاتية والاستجابة لهذه الاستثارة وضبطها وتوجيهها، والقدرة على إجراء مقارنة بين الأهداف المقررة والمرغوب فيها والأداءات الفعلية، وكذلك القدرة على تعديل الأداءات، وإعادة تنظيمها وتوجيهها إلى أن يتم التوصل إلى الأهداف المحددة، وأن عمليات توجيه السلوك وإعادة توجيهه وضبطه، والتحكم به تتم استناداً إلى مبدأ التغذية المرتدة. (علي منصور، ١٩٩٢، ٥٥)

ويرى "سينجر" (Singer ١٩٧٥) أن التغذية المرتدة هي مجموعة المعلومات التي يحصل عليها الفرد خلال أدائه، والتي تسمح له بالاستفادة من الخبرة، وهي عنصر ضروري للنظام السلوكي للفرد". (Singer, 1975, P.495)

هذا، وإن ظاهرة التغذية المرتدة الحسية تختلف من حيث طبيعتها عن التغذية المرتدة ومعرفة النتائج. ذلك لأن التغذية المرتدة الحسية تنبع من التكوين الإنساني وتؤدي إلى أن يوجه

* السيبرنطيقا: مصطلح مشتق من كلمة يونانية تعني المحرك أو المسير لدفة الأمور. (الباحث)

الفرد نفسه ويضبط اتجاهاته في العمل، فيدرك أو يحس بالخطأ ويحاول أن يقومه عن طريق هذا الاحساس الداخلي المستمد من أجهزته العصبية الحسية والحركية. أما التغذية المرتدة بالمعلومات ومعرفة النتائج فإن المتعلم يعتمد على توجيهه خارجي. أي على معلومات خارجية تنبؤه بمدى نجاحه في الأداء. (رمزية الغريب، ١٩٧٢، ٤٥٤)

وينظر علماء النفس مثل "إيزنك" Eysenck و"سميث" Smith إلى معرفة النتائج بأنها تعزيز دقة أو عدم دقة الاستجابة. كما أن كثيراً من هؤلاء العلماء يستخدم مصطلحي التغذية المرتدة ومعرفة النتائج بالتبادل، لذلك فقد اعتبروا التغذية المرتدة شكلاً من أشكال التعزيز. (مصطفى كامل، ١٩٨٩، ٣٧٩ - ٤٠٠)

ويرى "هيلجارد" Hilgard أن التغذية المرتدة تؤدي وظائف عديدة منها: إمداد المتعلم بالمعلومات وجعل الموقف أكثر جذباً لاهتمام المتعلم بالإضافة إلى دورها التعزيزي. ويشير "بيلودو" Bilodeau إلى أن للتغذية المرتدة وظيفة توجيهية Directive وأخرى دافعية Motivation وثالثة تعزيزية Reinforcing. (أحمد مصطفى، ١٩٩١، ٣٨٠ - ٤٠٠)

كما يشير "كنفر" Kanfer (١٩٧٠) إلى التحكم الذاتي في السلوك هو تلك العمليات التي يمكن للفرد من خلالها أن يغير أو يعدل من احتمال ظهور الاستجابة سواء في وجود أو غياب التدعيم الخارجي للاستجابات، حيث يتم ذلك من خلال ثلاث عمليات يفترض حدوثها بصورة أساسية كمسلمات في حلقة التغذية المرتدة Feedback وهذه العمليات هي : مراقبة الذات، وتقييم الذات، وتدعيم الذات. (عبد الوهاب كامل، ١٩٩٣، ٢٢٩)

ويتبين من خلال العرض السابق أن للتغذية المرتدة أهمية كبيرة، مما دفع العديد من علماء النفس والتربية إلى إجراء الكثير من الدراسات والبحوث حول طبيعة هذا المفهوم، ومعرفة أثر الأنماط المختلفة منه في كثير من المجالات التربوية والإرشادية والعلاجية.. وليس غريباً أن نجد اختلافات كبيرة في نتائج الدراسات المختلفة التي تناولت الأنماط المختلفة للتغذية المرتدة التي وردت في التراث السلوكي وهي: تغذية مرتدة لفظية Verbal Feedback في مقابل تغذية مرتدة رمزية Symbolic Feedback وتغذية مرتدة فردية Individual Feedback في مقابل تغذية مرتدة جماعية Group Feed back وتغذية مرتدة كلية Total Feed back في مقابل تغذية مرتدة جزئية Particld وتغذية مرتدة فورية Immediate في مقابل تغذية مرتدة مؤجلة Delayed، وتغذية مرتدة مكتوبة Writen في مقابل تغذية مرتدة شفوية Oral، وتغذية مرتدة داخلية Internal. وتغذية مرتدة خارجية، External وتغذية مرتدة حسية Sensory وتغذية مرتدة معلوماتية Informational (أنور الشرقاوي، ١٩٨٧، ٢٧٧)

من هذه الرؤى، يبدو منطقياً ومرغوباً فيه، تزويد العميل بفرصة لدراسة ردود أفعاله اللفظية وغير اللفظية، الداخلية والخارجية وذلك عن طريق بعض أساليب التغذية المرتدة المصاحبة لعملية العلاج النفسي، وذلك بهدف مساعدة العميل على زيادة قدرته على التحكم الذاتي بسلوكه المضطرب.

ومن هذا المنظور، سيتناول الباحث في هذا القسم من دراسته نوعان من التغذية المرتدة المصاحبة للعلاج النفسي المتمركز على العميل هما: التغذية المرتدة بواسطة جهاز الفيديو VideoTape-Feedback، والتغذية المرتدة الحيوية (البيولوجية) Biofeedback.

١ - التغذية المرتدة بواسطة الفيديو : Videotape- Feedback

حدثت خلال العقود الأربعة الماضية تغيرات ملحوظة في كل من نظريات وأساليب العلاج النفسي، في النظر إلى السلوك الإنساني؛ فالنظريات الأولى (نظرية التحليل النفسي على سبيل المثال) ركزت على الديناميات النفسية الداخلية، وفسرت السلوك المضطرب على أنه ينشأ من صراع داخل الفرد؛ صراع بين الأنا، والأنا الأعلى، أو بين الأنا والهو، أو بين الهو والأنا الأعلى. بينما بدأت النظريات الحديثة تدحض هذه الممارسات. ومن أهم هذه النظريات: نظرية "السلوك المجالي" Theory of Field Behavior التي تفسر التفاعلات بين الأشخاص، ونظريات "تحليل القرائن" و"وسائل الاتصال"... الخ.

ويعتقد كثير من الباحثين أن الفرد لا يمكن فهمه بمعزل عن الآخرين، كما أنه لا يمكن فهم سلوك الفرد إلا بمقارنته بمعايير السلوك والتفاعلات السائدة في ذلك الموقف، وهذا يتضمن الاتصالات المعقدة اللفظية وغير اللفظية على مختلف المستويات.

(Alger, I., 1969, PP. 130-135)

ويرى طلعت منصور (١٩٨١) أن التواصل الإنساني، ليس عملية أحادية مفردة، ولكنه مركب من عدة عمليات، أي مجموعة من القوى المعقدة التي تتفاعل في مجال موقعي دينامي، بل أن أي نشاط يؤثر في التواصل الإنساني هو في حد ذاته مركب من عناصر متفاعله فيما بينهما. (طلعت منصور، ١٩٨١، ١٧)

كما أن الأفراد - في الحياة اليومية - لا يتفاهمون بالكلمات فحسب، إنما يمتلكون العديد من الآليات الحسية التي تلعب دوراً حيوياً في التواصل بين الأشخاص. إننا نتكلم ونسمع ونرى، كما إننا نتحرك، ونلمس ونشعر... وعملية التواصل الإنساني الحقيقية تتطلب فحصاً مباشراً ودقيقاً للقناتين اللفظية وغير اللفظية؛ فالرسائل تتكون من التفاعل بين القناتين اللفظية وغير اللفظية.

(Michael, 1981, P. 98)

وتزداد أهمية التواصل غير اللفظي خاصة في سياق المقابلة العلاجية وذلك باستخدام الأجهزة السمعية- البصرية، وذلك لأن الإشارات غير اللفظية يمكنها أن تزود المعالج بالمعلومات التي يبحث عنها. وقد اعترف "ستيوارت وكاش" (1982) Stewart & Cash بأهمية الوظيفة للتواصل غير اللفظي في المقابلة، حيث ذهبوا إلى القول بأن الجوهر والطبيعة الشخصية في المقابلة يكونان أكثر أهمية عند استخدام التواصل غير اللفظي.

(Stewart & Cash, 1982, P. 33)

كما أكد "كناب وآخرون" (1964) Knapp, et al. إلى أنه لا يمكن فصل التعبيرات غير اللفظية عن التعبيرات اللفظية، حيث يعبر الفرد عادة بالإشارات والإيماءات بدلاً من الكلام. كما أنه من المعروف أن حركات الجسم، وتعابير الوجه، وحركة العينين تعدُّ أساليب اتصال وتواصل هامة بين الناس. لذلك، فإن ارتباط السلوك اللفظي بالسلوك غير اللفظي يجعل الفرد يعبر بسهولة ووضوح عما يريده، كما يجعل الآخرين أكثر استيعاباً وفهماً له.

(Ikman, P., & Friesen, W., 1964, P. 301)

وفي الوقت الذي كانت تنشأ فيه الاتجاهات الحديثة في المعالجة، ظهرت ضرورة إيجاد طرق أفضل لتنفيذ عملية العلاج نفسها. ومن هذه الطرق: الوسائل السمعية- البصرية (الفيديو)، الكاسيت والتي أفرزتها الثورة العلمية والتكنولوجية في القرن العشرين. وتعد هذه الوسائل حديثة الانتشار في مجال الإرشاد والعلاج النفسي، والطب النفسي، والتدريس، والتدريب على حدٍ سواء، وذلك لما لها من أهمية كبيرة في زيادة وعي العميل بذاته وبسلوكه المضطرب سواء كان سلوكاً لفظياً أو غير لفظي.

ويعبر "ألجر وهاجان" (1966) Alger & Hagan عن هذا الأمر بالقول: "إن الوسائل التي تملك الصورة والصوت، يمكن أن تكون مفيدة وغير مبالغ فيها، وأن شريط الفيديو المسجل يعد أول كسب تكنولوجي خاص في مجال العلاج النفسي - كالفائدة العظيمة التي قدمها "التليسكوب" لعلم الأحياء".

(Kent G. Bailey, 1970, PP. 127-137)

كما يرى "ألجر" (1969) Alger أن إحدى النتائج الهامة لاستخدام طريقة التغذية المرتدة

بالفيديو في العلاج النفسي هي: التشجيع على إقامة علاقة علاجية أكثر ديمقراطية بين المعالج والعميل، فعندما تتساوى طريقة كل منهما في الوصول إلى المعطيات الموضوعية أثناء الجلسة العلاجية، فإن القواعد التقليدية-التي تعدّ نوعاً من العوائق من الناحية العلاجية- تتلاشى.

(Alger, I., 1969, PP. 130-136)

وقد اقترح عدد من العلماء ممن استخدموا تقنية الفيديو في العلاج النفسي أمثال: "سكمدت وبيبنسكي" (Schmidt & Pepinsky ١٩٦٥)، و"كاجان" (Kagan ١٩٦٣)، و"باندي" (Bandy ١٩٦٧)، و"هايس" (Haase ١٩٦٨) أن شريط الفيديو يملك ميزة فريدة لتسجيل وسماع الصوت أثناء الجلسات العلاجية، مما يساعد على تقييم التفاعلات الدائرة بين المعالج والعميل، ودراسة أوجه الاتصال اللفظي وغير اللفظي بينهما، كذلك معرفة مدى التقدم الحاصل لدى العميل.

(Dugald, S., & Gardner, Y., 1971, PP. 1-6)

كما أشار "كاجان و ريزنيكوف" (Kagan & Resnikoff ١٩٧٠) إلى أن التغذية المرتدة المتلفزة تثير: رؤية الذات، استرجاع الأفكار والمشاعر، والحالات الداخلية الخاصة بالعميل.

(Katz, D., & Resnikoff, A., 1977, PP.150-152)

- البداية والتطور :

يعد "تشارلز داروين" (Charles, D. ١٨٧٢) أول من وضع فيلماً كأداة لدراسة التعبيرات الانفعالية لدى الأطفال والشباب. كما يعتبر "رينيه سبيتز" (Rene Spitz ١٩٤٧) من أوائل الأطباء النفسانيين الذين استخدموا الرسوم المتحركة كأداة بحثية لدراسة الحرمان عند الأطفال.

(David, W. Cline, 1972, PP. 40-47)

بينما قام "كورنيلسون وارسنين" (Carnelson & Arsenian ١٩٦٠) بدراسة حول ردود أفعال المرضى الذهانيين نحو خبرات صورة الذات الفوتوغرافية الخاصة بهم، حيث أكدوا على أهمية التأثير الإيجابي للصور الفوتوغرافية في تسهيل عملية العلاج.

وقد ذكر في أدبيات البحث أيضاً استخدام التغذية المرتدة السمعية (الكاسيت) في العلاج الفردي من قبل "أولسن" (Olsen ١٩٤٨) و"ولبرج" (Wolberg ١٩٩٤) حيث أشاروا إلى أن التغذية المرتدة السمعية تساعد العميل في التغلب على مقاومة دفاعاته الخاصة، وفي تنشيط التداعيات الحرة لديه، وفي اختصار زمن العلاج.

(Kent, G. Bailey, 1970, PP. 127-137)

وتعد تقنية التغذية المرتدة بواسطة الفيديو وسيلة مناسبة جداً للشئ الشائع والمألوف من تقنيات "مواجهة الذات" Self-confrontation، ووسيلة مثالية في العلاج النفسي، من حيث قدرتها

على عكس تغذية مرتدة صورة حقيقية للفرد عن ذاته، سواء كانت هذه الصورة موجبة أو سالبة، مما يتيح له فرصة أكثر ثراءً لاستكشاف ذاته والوصول إلى الاستبصارات التي تمهد السبيل إلى التغير البنائي في شخصيته.

ويعدُّ "جيروم، كاجان وجينز كير" من أوائل العلماء الذين اشتغلوا بهذا الأسلوب كطريقة مساندة لعملية العلاج النفسي منذ عام (١٩٥٤)، حيث استخدموا هذا الأسلوب مع المدمنين على الكحول.

هذا، ويعتبر "دانيت" (١٩٦٨) Danet علامة بارزة في مجال استخدام هذا الأسلوب في العلاج النفسي، حيث قام بدراسات كثيرة في هذا المجال. وقد أظهرت نتائج إحدى دراساته وجود فروق دالة بين أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا هذا الأسلوب عبر جلسات العلاج النفسي، وبين أفراد المجموعة الضابطة في انخفاض مستوى القلق، وزيادة في تقدير الذات، وذلك لصالح المجموعة التجريبية. (Danet, B., 1969, PP. 632-636)

وخلص "بويداند" (١٩٦٧) Boydand بعد إجراء دراسة باستخدام هذا الأسلوب إلى الاستنتاج التالي: "إنه بعد عرض واحد لشريط الفيديو المسجل لأفراد المجموعة التجريبية انخفض مستوى اضطرابهم، وأصبحوا أكثر مرونة بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة.

وقد توصل مجموعة من الباحثين أمثال "ألجر و هاجان" Alger & Hagan باستخدام هذه التقنية مع عدد كبير من المرضى وبمصاحبة العلاج الفردي، والجماعي، والأسري إلى أن (٩٠٪) على الأقل من المرضى قد استفادوا من هذا الأسلوب. وخلصوا إلى أن هذا الأسلوب المصاحب للعلاج النفسي يساعد في خفض الاضطرابات الانفعالية، وزيادة في التبصر الذاتي لدى العملاء، كما أنه قصر طول مدة العلاج. (Alger & Hagan, 1969, pp. 86-98)

بينما نهج "ستولر وكورنيلسون" Stoller & Cornelson نفس الأسلوب مع المرضى المترددين على العيادة النفسية، حيث وجدوا أن هذا الأسلوب أعطى نتائج طيبة مع المرضى الذين يعانون من اضطرابات عصبية. (Stoller, F., 1969, pp. 457-460)

توضح الرؤى السابقة لتطور تقنيات التغذية المرتدة بالفيديو أنها ذات قيمة عالية في العلاج النفسي، وذلك من حيث قدرتها على التغلب على مقاومة العميل، وزيادة استبصاره بذاته، ومواجهته الموضوعية لتناقضات ذاته. كما أنها تساعد في تسريع عملية العلاج.

— آراء نظرية في استخدام التغذية المرتدة بالفيديو في العلاج النفسي :

تم عرض عدد من الاتجاهات النظرية حول إحداث تغيرات سلوكية للعملاء باستخدام

تقنية التغذية المرتدة بالفيديو. وتعتمد هذه الاتجاهات على مفاهيم مشتقة من نظريات التحليل النفسي، التعلم، التفاعل الرمزي، نظريات التغذية المرتدة ذات التنظيم الذاتي، ومن النظرية الانتقائية. إلا أنه في الواقع، لا يوجد اتجاه نظري مقنع تم عرضه لتفسير تغيرات السلوك التي تحدث نتيجة لعرض الصورة الذاتية عن طريق الفيديو بشكل فردي أو ضمن مجموعة علاجية. (Miller, 1970, pp. 19-49).

ومع ذلك، فقد صاغ "مورينو" J. Moreno مؤسس "السيكودراما" نظريته في العلاج الجماعي والتي تعتبر الذات نتاجاً للتفاعل مع المجتمع ودينامياته، وخلفيته التاريخية التي تطبع هذه التفاعلات الجماعية في الموقف العلاجي بطابع خاص يلقي الضوء على جذور المشكلة، وهذا الوعي حين يتضح للعمل، يبدأ في تعديل سلوكه مع ازدياد بصيرته بنفسه في سياق الجماعة.

ويشير "هولاند و مور" Holland & Moore إلى وجود صلة وارتباط كبير بين التأثير الخاص بالسيكودراما والتغذية المرتدة بالفيديو، حيث يتكرر كل مرة الموقف الماضي (المسجل بالفيديو) والذي يتيح لأعضاء الجماعة ملاحظة سلوكهم اللفظي وغير اللفظي، مع تذكيرهم في الوقت نفسه بحالتهم الانفعالية أثناء أدائهم لدورهم التمثيلي (تغذية مرتدة). كما تساعد هذه التقنية في مقارنة سلوك الفرد بسلوك الآخرين. (Stephan, P., 1978, pp. 183-196)

والتغذية المرتدة في هذا المقام هي عبارة عن استجابة من (ب) لمثير تم إرساله بواسطة (أ) وقد تمت ملاحظة تلك الاستجابة بواسطة (أ) كدالة لسلوكياته وكنتيجة تساعد على تشكيل سلوكياته المتتالية فيما يتعلق بـ (ب) في أي موقف تفاعلي، ومن ثم فإن سلوكيات الشخص (أ) ينتزع استجابات معينة من الشخص (ب) الذي يوفر المثير اللازم لسلوك (أ). وبالعكس، فإن (أ و ب) يوفران تغذية مرتدة لكل منهما تساعد في تنمية صورة واقعية للشخص الذي يطورها كأسلوب فريد لأدائه المبني على أساس: كيفية ملاحظته للشخص الآخر في حياته، وكيف يتوقع أن يسلك هذا السلوك أو ذاك. ويمكن أن يمتد هذان البعدان إلى : أ - الصورة الذاتية المثالية أو الصورة التي يرغب الشخص أن تتحقق في الواقع . ب - الصورة الذاتية المدركة. ج - الصورة الحقيقية للذات أو كيف يبدو في الواقع. د - كيف يراه الآخرون. هـ - كيف يرى مشاعر الآخرين نحوه. وكلما زاد التطابق بين تلك المستويات الخاصة بإدراك الصورة الذاتية، كلما قل عدم اتزانها. (Stephan, p., 1978, pp. 183-196)

إذن، فكل فرد من الأفراد له بعدان يبني على أساسهما صورته الذاتية وهما : كيف يدرك ذاته، وكيف يراه الآخرون. ومن هذين البعدين، فإن الشخص يستطيع أن يعدل من صورته البدنية والاجتماعية، بحيث يصبح أكثر انسجاماً مع صورته الحقيقية. ويمكن أن يخدم تأثير التغذية

المرتدة بالفيديو الفرد في معرفة أشكال السلوك غير المرغوب فيها.

(Nazneen, S., et al., 1973, pp. 107-119)

وقد أشار "كارل روجرز" في سياق كلامه عن العلاج الجماعي على أهمية التغذية المرتدة في العلاج النفسي، مشيراً إلى أنه في ظل هذا التفاعل التعبيري الطليق لأفراد الجماعة، سرعان ما يصل الفرد إلى الاستبصار بالكيفية الحقيقية التي يبدو بها للآخرين.

(Rogers, C., 1942, pp. 429-434)

وأثناء الحديث عن التغذية المرتدة بالفيديو ودورها في العملية العلاجية، غالباً ما تُطرح بعض التساؤلات، وأهم هذه التساؤلات ما يلي :

- هل تسهل التغذية المرتدة بالفيديو العملية العلاجية؟ وما تأثير آلية العلاج النفسي وتقنيات التغذية المرتدة بالفيديو على دور المعالج نحو صورته تجاه ذاته، وتجاه عملائه؟ ما هو الدليل النظري الذي يفسر كيف، ولماذا مواجهة الذات بالفيديو تنتج تغييراً إيجابياً لدى العميل؟

وللإجابة على هذه التساؤلات يمكن القول : إن نتائج الدراسات التي استخدمت تقنية الفيديو كأداة مساعدة للعلاج النفسي أظهرت تأثيرات إيجابية لدى العملاء، وذلك فيما يتعلق بالتقارب بين مفهوم الذات الواقعي والمثالي (Spray, 1975)، وزيادة إدراك العميل لسلوكه اللفظي وغير اللفظي الذي يمكنه بالتالي من رؤية ذاته بصورة أفضل (Wilmer, 1968)، وفي تعديل السلوك غير المرغوب فيه، مع رؤية موضوعية للمشكلات التي تواجه العميل (Cornelson, 1964)، وزيادة في دافعية العملاء لتلقي العلاج. (Kent, G. & Thomas, S. 1970, pp. 127-137)

- أما القضية الثانية التي يطرحها أنصار الاتجاه الرافض لاستخدام التغذية المرتدة بالفيديو في العلاج فهي: هل التغيير الإيجابي الحاصل لدى العميل من جراء عملية العلاج المصاحبة للتغذية المرتدة بالفيديو هو فقط زيادة في الطلاقة اللفظية للعميل، وزيادة دافعيته لتقبل العلاج؟ ويرد أنصار الاتجاه المؤيد لاستخدام هذه التقنية في العلاج على هذا القول : "هناك بعض المتغيرات الهامة - بالإضافة إلى هذين المتغيرين - ذات الدلالة لفعالية المواجهة بالفيديو على التغيير الحاصل للعميل منها: متغير المعالج أو القائم بعملية العلاج، أسلوب العلاج المستخدم، شكل وطبيعة مواجهة الذات، والحالة النفسية للعميل. (Kent, G. & Thomas, S. 1970, pp. 127-137)

وعلق "كانتر" (Canter, A (1969) على ذلك بالقول : إن المواجهة الذاتية بواسطة الفيديو تملك دليلاً مقنعاً ومؤثر في تسهيل ومساعدة العميل في التحسن والنمو الإيجابي، إلا أن هذا الاتجاه يحتاج إلى دراسات كثيرة لإثبات دور هذه التقنية في تقدم أو تأخر العملية العلاجية. ويضيف

"كانتر" أن هناك مجموعة من المتغيرات التي يجب أن تضبط قبل الحكم على فائدة أو نجاعة هذا الأسلوب في العلاج مثل : الظروف التي يتم بها التسجيل، سلوك المعالج ودوره في العملية العلاجية، تأثير أسلوب مواجهة الذات على سلوك العميل، والأسلوب العلاجي المستخدم مع هذه التقنية. كما يرى أنه ليس كل أشكال العلاج النفسي يمكن أن تكون ناجحة مع هذه التقنية، فبعضها قد يكون ضاراً، والبعض الآخر قد يكون نافعا، إلا أن هناك نموذجاَ واحداً يمكن أن يدعم إمكانيات التغذية المرتدة بالفيديو ألا وهو أسلوب "لعب الدور" Role Play سواء بين المعالج والعميل أو بين العملاء أنفسهم (Canter, A., 1969, pp. 97-98)

ويوضح "ستيفان" (Stephan, p. ١٩٧٨) الدور الأساسي للتغذية المرتدة بالفيديو في العلاج النفسي بالقول: "إن درجة الصحة النفسية للعملاء يمكن أن تلاحظ من خلال مدى ثبات سلوكهم اللفظي وغير اللفظي، ومدى تقديرهم لأنفسهم ولأعضاء الجماعة، ومن حيث تجانس خبراتهم الانفعالية. كما أن الأمر لا يتعلق بالسؤال عن تتبع السلوك الصحيح موضوعياً، وإنما يتعلق بالإيضاح للعميل نوعية وتأثير سلوكه التي يمكن معالجته ووضعه تحت الضبط والسيطرة، وذلك بهدف تحويله إلى سلوك هادف وناضج". (Stephan, P., 1978, pp. 183-196)

ويرى "كينت و توماس" (Kent, G.& Thomas, S. ١٩٧١) أن إمكانية اختبار الثبات الخاص للارتكاسات اللفظية والخبرة الانفعالية للعميل هي الفاعلية الأساسية لاستخدام هذا النوع من التغذية المرتدة في العلاج النفسي. (Kent, G.& Thomas, S., 1970, pp. 127-137)

ولهذا الأمر، تظهر تأثيرات التغذية المرتدة بالفيديو عميقة، بالإضافة إلى كونها واسعة الانتشار؛ لأن هذه التقنية حتى عندما تستخدم مع المرضى الذين يعانون من صعوبات شديدة أثناء مواجهتهم للاستجابة المرتدة يحصلون على بعض التقدم. (Stoller, 1969, pp. 457-469)

ويمكن القول، إن العميل في جلسات العلاج النفسي المتمركز على العميل بمصاحبة التغذية المرتدة بالفيديو غالباً ما يتاح له فك الكثير من الرموز المبهمة والشفرات غير المفهومة ليدركها بنفسه، وذلك بعد سقوط الأقنعة والأدوار المزيفة ووسائل الدفاع. ومع محاولات استكشاف الخبرات المنكرة أو المشوهة التي تعيق الذات نحو النمو والنضج خلال جلساته العلاجية، تصبح الخبرات المشوهة أو المنكرة إيجابية وأكثر تناسقاً وتطابقاً مع مفهوم الذات لدى الفرد؛ ونتيجة لذلك يكون هناك زيادة في الإدراكات الإيجابية بأنواعها المختلفة وذلك عن طريق التغذية المرتدة بالفيديو، والتي تصبح ذات معنى بالنسبة له.

ويبدو قول "بيرلز" Perles صاحب العلاج "الجشثالتي" مناسباً لهذا المقام من الحديث، وذلك حين نبه المعالجين إلى استخدام الأساليب الحديثة أثناء التعامل مع العملاء فقال: "لا تستمعوا

إلى الألفاظ دائماً، استمعوا إلى ما يقوله الصوت، إلى ما تقوله الحركات، وما تقوله الطريقة التي يقف أو يجلس عليها الشخص، وما تقوله صورته إجمالاً. إن هناك مادة من الغزارة بحيث تغنينا عن أي شيء آخر سوى دراسة ماهو واضح، ألا وهي التغذية المرتدة التي نطعم بها وعي العميل.

(محمد عبد الظاهر الطيب، ١٩٨٩، ٦٣-٦٤)

— أساليب استخدام شرائط الفيديو في العلاج النفسي :

يوجد عدد من الأساليب الفنية لاستخدام تقنية الفيديو في العلاج النفسي أهمها:

الأسلوب الأول : ويعني أن يسجل المعالج جزءاً قصيراً من الجلسة بحدود (١٠-١٥)

دقيقة، ثم يذاع مباشرة، وأثناء الإعادة يطلب المعالج من العميل أو العملاء أن يعلقوا بحرية على محتويات الشريط، مع التركيز على جوانب معينة من سلوكهم أو سلوك الآخرين، أو التركيز على المشاعر التي لم يكونوا على وعي تام بها أثناء الجلسة. وقد يطلب المعالج منهم أيضاً أن يُبدوا ملاحظاتهم حول أي تناقضات بين السلوك الذي يشاهدونه أثناء الإعادة ومشاعرهم الحقيقية التي كانوا يحسون بها في الجلسة. ويسمى هذا الأسلوب "بالاسترجاع اللحظي" Instant Replay.

ويعدُّ هذا الأسلوب مفيداً جداً وخصوصاً في تشجيع المشاركة لدى جماعة مبتدئة في العلاج، أو في توضيح مدى خطورة أي مشكلة تواجه الجماعة العلاجية؛ فعندما ترى المجموعة نواحي القصور، يبدأ كل عضو من أعضائها بالتعليق على الاختلاف بين ما كان يشعر به فعلاً، وما ظهر عنده أثناء الإعادة.

ويلق كل من "ستولر ودانيت" (١٩٧٠) Stoller and Danet على العامل المدمر الذي قد يكون نتيجة للتغذية المرتدة الاعتبارية لشريط الفيديو على الفرد وعلى الجماعة، مما جعلهم يتحدثون عن أسلوب آخر أكثر فاعلية هو التغذية المرتدة المركزة Focused Feedback الذي يسمح باستخدام انتقائي للمادة العلمية الموجودة على الشريط، بحيث يكون الانتباه مركزاً على حدث أو سلوك واحد، يرغب المعالج في إلقاء الضوء عليه. ويضيفا كذلك، أنه ينبغي للمعالج قبل إعادة الشريط للعرض أن يشرح للعميل ما يريد أن يركز الانتباه عليه، ومن الأفضل إعداد العميل مسبقاً لكي يستفيد من الإعادة. ويمكن أن يستفيد العميل من هذا الأسلوب كما يراه "ستولر ودانيت" من خلال:

— التركيز على السلوكيات غير المرغوب فيها والتي لا يكون العميل واعياً بها أثناء الجلسة.

— إلقاء الضوء على سلوكيات العميل المرغوب فيها وتدعيمها.

ويشير "هاري" (Harry, A. ١٩٦٩) لأهمية هذا الأسلوب (الإعادة الفورية) في كون تأثيره يشبه تأثير الجرائد اليومية على العميل، بينما الإعادة المتأخرة فهي مشابهة لتأثير جرائد الأمس. (Harry, A.W., 1969, pp. 43-49)

الأسلوب الثاني : ويعني هذا الأسلوب أن تسجل جلسة العلاج بكاملها، ثم تعاد في جلسة أخرى أو في بداية الجلسة الثانية، ويسمى هذا الأسلوب "الاسترجاع المؤجل" Delayed Replay. وقد استخدم هذا الأسلوب "بيرجر وزملاؤه" (Berger, et al. ١٩٧٠) في العلاج الجماعي، حيث وجدوا أن هذا الأسلوب يحدث نوعاً من التعاون بين أفراد الجماعة، ونوعاً من التآزر بين المعالج والعملاء.

الأسلوب الثالث : يقوم على تسجيل الشريط أثناء الجلسة على أن يتوقف التسجيل في حالة طلب العميل أو أي عضو من أعضاء الجماعة بما فيهم المعالج، إعادة عرض جزء معين من الجلسة. ومن ميزات هذا الأسلوب أنه يسمح بإعادة النقطة المناسبة في الموقف الذي يناسبها. ويسمى هذا الأسلوب "بالإسترجاع الحر" Free-Replay.

الأسلوب الرابع : وهو الأسلوب الذي تحدث عنه "مور وزملاؤه" Moore, et al., ويعني أن يتم تسجيل الجلسة، ويستبقى أجزاء من كل جلسة على الشريط، وبعد عمل عدد من الجلسات، يمكن إعادة تلك الأجزاء القصيرة من الجلسات التي لم تعرض في السابق. ويمكن أن يخدم هذا الأسلوب كمؤشر لمعرفة مدى التغير الحاصل لدى الفرد أو الجماعة خلال فترة زمنية. كما يجعل الفرد أو أعضاء الجماعة (العلاج الجماعي) أكثر إدراكاً للتغيرات التي حدثت في سلوكهم عبر جلسات العلاج النفسي. ويسمى هذا الأسلوب "بالرؤية المتسلسلة" Serial viewing.

الأسلوب الخامس : وفيه يجلس العميل أمام "المونيتور" حيث تظهر له صورة وجهه على شاشة دائرة تليفزيونية مغلقة، ثم بعد ذلك يعاد الشريط المسجل من قبل المعالج الذي يكون في الغرفة المجاورة أثناء التسجيل. ويسمى هذا الأسلوب "بالمواجهة المباشرة" Directive-confrontation.

وفائدة هذا الأسلوب هو إعطاء العميل تغذية مرتدة فورية تساعد على اكتشاف حالته النفسية والانفعالية التي لم تكن واضحة من قبل. وباستخدام هذا الأسلوب وجد أن كثير من المرضى يتوصلون بسرعة إلى اكتشاف بعض المشاعر التي كانت غامضة من قبل.

الأسلوب السادس : وبما أن العلماء في مجال الصوتيات والمرئيات استطاعوا في الوقت

الحاضر التحكم بالصوت والصورة، لذلك ظهر هناك أسلوب من أساليب التغذية المرتدة بالفيديو في مجال العلاج النفسي، حيث يتضمن إذاعة إحداهما فقط في المرة الواحدة من الإعادة، وهذا مما يساعد على تركيز الانتباه على مستويات من الاتصال اللفظي وغير اللفظي لم تكن مدركة من قبل.

هذا، ويمكن تغيير سرعة الحدث، ففي بعض الأجهزة يمكن تسريع الشريط أثناء الإعادة أو إبطاءه أو إيقافه عند صورة معينة. وهذا التغيير يتيح للمعالج وللعميل تسليط الضوء على بعض جوانب السلوك أو التعبيرات الوجهية أو الحركات الجسمية... الخ.

(Nazneen, S., et al., 1973, pp. 107-119).

ففي دراسة قام بها "براكس ولينارد" (Prax, I., & Linard ١٩٧٥) حول العلاقة بين صورة الذات Self-image والشخصية من خلال استخدام تسجيلات الفيديو لـ (٥٠) مفحوصا تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٢٢-٤٠) سنة. استخدم الباحثان مع أفراد العينة اختبار مينيسوتا المتعدد الأوجه، وبعد ذلك عملوا جلسات علاجية فردية مسجلة على الفيديو لكل فرد من أفراد العينة، حيث بلغت (٦) جلسات، بمتوسط (٣٠) دقيقة لكل جلسة. أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق دالة بين التطبيق القبلي والبعدي لاختبار مينيسوتا لصالح التطبيق البعدي، بمعنى حدوث انخفاض في درجة كل بُعد من أبعاد المقياس باتجاه السواء. وهذه النتيجة تؤكد دور التغذية المرتدة بالفيديو في تحسين صورة الذات لدى أفراد العينة.

(Prax, I. & Linard, M., 1975, pp. 704-715).

الأسلوب السابع : ويوجد أسلوب آخر اقترحه "فارسون" (Farson ١٩٧٢) وهو عرض شرائط الفيديو لجلسات مجموعات علاجية على أعضاء مجموعة علاجية أخرى أو لفرد واحد. وهذه الطريقة تدعو لاستخدام الشرائط "كنماذج"، والتي بواسطتها تستطيع المجموعات الجديدة المشاركة في التفاعلات القادمة أثناء الجلسات العلاجية.

(Alger, I., 1969, pp. 130-135)

ففي دراسة قام بها "جالاسي" (Galassi ١٩٧٤) حول أثر التدريب على السلوك التوكيدي باستخدام الفيديو على (٣٢) طالباً وطالبة جامعية، تم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين : مجموعة تجريبية :تلقى أفرادها برنامج العلاج التوكيدي مع نموذج معروض بالفيديو. المجموعة الثانية: تلقى أفرادها برنامج العلاج التوكيدي فقط. واستخدم الباحث مع عينة الدراسة، مقياساً للقلق ، ومقياساً للتعبير الذاتي. أظهرت النتائج وجود فروق دالة بين درجات أفراد المجموعة الأولى والثانية في انخفاض مستوى القلق، وزيادة التعبير الذاتي لصالح المجموعة الأولى.

(Galassi, J. P., 1974, pp. 390-394)

الأسلوب الثامن : كما أن هناك أسلوباً آخر استخدمه "بيرجر" (1973) Berger أسماء "التأثير الفوري للصور المتعددة في مواجهة الذات بالفيديو" Multi-image immediate impact video self-confrontation، حيث يحضر المعالج لإدراك العميل (٢-٦) صور جزئية لذاته (أي للعميل)، وهذه الصور تصبح أكثر تحريفاً أو تشويهاً أثناء حركة الكاميرا أو أثناء التكبير أو التصغير، بينما يرى العميل شريط الفيديو مباشرة أو بعد فترة متأخرة من التسجيل.

ويرى "بيرجر" أن لهذه الرؤية آثاراً إيجابية في توليد خبرة متكاملة وعميقة، وتداعي عظيم لدى العميل. كما أنها تقوم بإظهار تداعيات حرة حول مفهوم الذات، وحول الإسقاطات الداخلية الماضية والحاضرة، والتي من المحتمل أن تقود إلى توضيح أهمية الاستبصار بالذات في الـ هنا والآن. كما يعلق "بيرجر" على هذا الأسلوب بأنه ليس شكلاً من أشكال العلاج أو بديلاً عن العلاج النفسي التحليلي، وإنما أسلوب مساعد للعلاج يستخدم في سياقات مناسبة أثناء جلسات العلاج. (Berger, 1973, pp. 304-306)

- اهتمامات عملية لاستخدام أشرطة الفيديو في العلاج :

وكأي مجال من مجالات التكنولوجيا، فقد تغيرت وتحسنت المعدات المستخدمة في تسجيل أشرطة الفيديو تحسناً كبيراً. وإذا أراد أي شخص يعمل في مجال العلاج النفسي أن يستخدم أشرطة الفيديو في عمله، فعليه أن يقوم باستشارة مهندس فيديو حتى يتسنى له اختيار النوع المناسب من الأجهزة، والشروط المناسبة للموقف العلاجي الذي يريده المعالج بغية الوصول إلى الأهداف المرجوة بأنسب وسيلة متاحة. (Alger, 1969, pp. 130-135)

في العادة، يوجد عدد من الأسئلة عند استخدام شرائط الفيديو في العلاج النفسي الفردي والجماعي. من هذه الأسئلة :

- ما هو أفضل وقت لإعادة الشريط المسجل للعملاء؟

وللإجابة عن هذا التساؤل يمكن القول : أنه ظهر اتجاهان متضاربان في هذه المسألة، **فالاتجاه الأول :** يرى أن الإعادة السريعة والفورية هي أكثر فاعلية في إحداث التغير الإيجابي المطلوب لدى العملاء. ويعد "ميللر" Miller D. من مؤيدي هذا الاتجاه؛ بينما **الاتجاه الثاني** يرى أنه إذا تم تأخير الإعادة (التغذية المرتدة) لعدة أيام؛ فالعميل عندئذ يصبح أكثر تفاعلاً واندماجاً مع المعالج ومع أعضاء الجماعة العلاجية. ويعتبر "بيردز وزملاؤه" Paerdes, et al. من أنصار هذا الاتجاه.

- هل كفاءة أسلوب استخدام تقنية الفيديو يرتبط بالمهارات العلاجية للمعالج؟

فقد رأى "نازين ودونالد" (١٩٧٣) Nazneen & Donald في هذا، أن استخدام شريط الفيديو يعدّ عاملاً إضافياً للعلاج. لذلك، فإذا كان المستخدم (المعالج) غير كفء، فإن استخدامه لهذه التقنية لن يجعل منه معالجاً جيداً. فعلى المعالج الذي يرغب استخدام هذه التقنية في عمله أن يعرف ماهو السلوك الواجب التركيز عليه، وصفات أعضاء الجماعة. وهذا الأمر يؤدي بنا إلى نقطة أخرى وهي: عندما تحدث مناقشة استخدام شرائط الفيديو في العلاج، فإن هذا يرتبط بالحاجة إلى تعليم أعضاء الجماعة أو العميل الفرد الاستخدام الأمثل للمعلومات المتاحة لهم أو له أثناء جلسة الإعادة. ويُعدّ "مورينو وفيسكل" (١٩٤٢) Moreno and Fischel أول من أكدوا على تلك النقطة التي تتناول التركيبات المتعددة للتفاعلات بين التليفزيون والمعرفة المكتسبة. فقد أوضحا القيمة الخاصة بتعليم الجماهير تقدير المادة والخسارة الممكنة لها، عندما لا يتم شحن الجماهير جيداً. (Nazneen, et al., 1973, pp. 107-119)

- كما اختلف العلماء حول مسألة إخفاء المعدات وخصوصاً كاميرا التصوير. فهناك رأي يقول : يجب إبقاء كاميرا التصوير مرئية في حجرة العلاج، بينما يوضع جهاز الفيديو في حجرة أخرى، وذلك لتقليل نسبة الضوضاء. وهذا الترتيب يتمشى مع الاتجاه القائل "بأن كل شيء يتصل بالعلاج، يمكن إظهاره للعميل. (Alger, I., 1969, pp. 130-135)

هذا، وتشير خبرة كل من "نازين ودونالد" (١٩٧٣) Nazneen & Donald، إلى أن الكاميرات يمكن استخدامها علانية أمام العميل أو الجماعة العلاجية، دون أن تسبب أي إعاقة للعلاج. (Nazneen, S. & Donald, E., 1973, pp. 107-119)

- أما فيما يتعلق بوجود المصوّر أثناء جلسة العلاج، وما إذا كان ذلك يعوق عملية العلاج. فيرى "دونالد ونازين" أن وجود المصوّر لا يمثل ضرورة حتمية، فإن وجوده في الموقف العلاجي يُعدّ ميزة عند محاولة تصوير الجماعات العلاجية، خاصة عندما يوجد نقص في الامكانيات التكنولوجية، مثل "الريموت كنترول"، ومع ذلك فهما يميلان إلى تدعيم الرأي القائل: إن وجود المصوّر لا يسبب عائقاً للعملية العلاجية في حال تقديمه لأعضاء الجماعة.

(Nazneen, S., et al., 1973, pp. 107-119)

بينما يرى "ألجر" (١٩٦٩) Alger أنه عندما يستخدم المصوّر، فمن الواضح لكل من يهيمه أمر العلاج - أن هذا المصوّر جزء من الموقف العلاجي، وأي ردود أفعال تتعلق بالمصوّر لا بد من إبرازها مباشرة في الجلسة نفسها؛ ففي العلاج الجماعي على سبيل المثال، يقوم العملاء أنفسهم بدور المصوّر. وهذه التجربة لا تفيد في كونها نوعاً من الخبرة العملية فقط، بل تفيد في تقوية ملاحظات العميل الذي يقوم بالتصوير لأشكال السلوك غير المرغوب فيها لدى أعضاء

الجماعة، فيبدأ هو بتعديلها تلقائياً. (Alger, I., 1969, pp. 130-135)

يمكن القول في هذا المقام، أن هناك مجموعة من العوامل يمكن أن تؤثر على درجة قبول العميل أو أعضاء الجماعة للموقف التسجيلي بالفيديو أثناء جلسات العلاج النفسي منها: الحالة النفسية للعميل، نوع الاضطراب النفسي الذي يعاني منه، عدم وجود علاقة وثيقة بين المعالج والعميل، أو بين المعالج وأعضاء المجموعة العلاجية (Hill, C.E., et al., 1994, pp. 236-247)، ودرجة الراحة التي يشعر بها المعالج نفسه أثناء تسجيل الجلسة؛ فإذا كان المعالج مرتاحاً تماماً لتسجيل الجلسة مع العميل أو العملاء؛ فإنه بالتالي سوف ينتقل هذا الارتياح إلى أعضاء الجماعة، أما إذا كان يوجد أي احتمال بأن الشريط سيراه آخرون، فإنه ينبغي توضيح ذلك للعميل أو للجماعة العلاجية، وأخذ موافقتهم على ذلك عن طريق استمارات رسمية موقعه من العملاء. وهذا الإجراء سيساعد في خفض درجة المعارضة لدى العملاء لاستخدام الفيديو أثناء الجلسات، كما أنه يزيد من انفتاح أعضاء الجماعة على بعضهم البعض. كذلك يزيد من ثقة العملاء بالمعالج، الذي يعمل بدوره على تحسين العلاقة معهم. (Nazneens, S., et al., 1973, pp. 107-119)

— المجالات التطبيقية للتغذية المرتدة بالفيديو :

تملك تقنية الفيديو في العلاج النفسي إجابة لمشكلات كثيرة ومتنوعة تشمل : تقييم الذات، تغيير الاتجاهات، تحسين علاقات الاتصال، تعديل العلاقات الاجتماعية.

وفي دراسة أخرى قام بها "سميث ولويس" (1974) Smith & Lewis حول معرفة فيما إذا كان عدم التواصل لدى الطلبة يقل عند رؤيتهم لنموذج مسجل بالفيديو. وقد طبقت الدراسة على (١١٥) طالباً؛ تم تقسيمهم إلى خمس مجموعات. بينت النتائج أن ملاحظة النموذج المعروض بالفيديو أثناء جلسة الإرشاد كان له أثر طيب في خفض تجنب الاتصال، والوصول إلى تواصل فعال. (Smith, A. & Lewis, W., 1974, pp. 78-85)

أما المجالات التطبيقية لأسلوب التغذية بالفيديو فهي :

- علاج بعض الاضطرابات العصابية: كالخوف، والقلق، والوساوس والأفعال القهرية.
- علاج بعض حالات الاضطرابات الذهانية وخاصة الفصام. (Sally, I., 1989).
- علاج بعض الحالات التي تعاني من السمعة المفرطة، واللزمات الحركية، وحالات الادمان على الكحول. (Canter, A., 1969, pp.9-14)
- علاج الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال.
- مجال الإرشاد الأسري والزواجي.

- كما يستخدم في مجال التدريس والتعليم، وفي تدريب المرشدين والمعالجين على استخدام الفنيات العلاجية المختلفة.
- دراسة أشكال التفاعل غير اللفظي (الحركي، لغة الجسد).
- دراسة السلوك التلقائي المتضمن: الحركة، الإيماءات، الرموز.
- تأثير التغذية المرتدة بالفيديو على معدل استجابة الجلد الجلفانية.
- كما يستخدم لزيادة التحكم ومسؤولية مهارات الاتصال عبر الحضارية.
- مواجهة الذات بعد محاولة الانتحار.
- وبشكل عام، تستخدم تقنيات مواجهة الذات بواسطة الفيديو على نطاق واسع في مجال الاضطرابات النفسية المختلفة، سواء أكانت عصابية أو ذهانية، وأشكال الاضطرابات السيكوباتية، وصعوبات التواصل، كذلك اضطرابات صورة الجسد.... الخ.

- عيوب التغذية المرتدة بالفيديو:

- من الطبيعي أن توجد دلائل على وجود ثغرات في استخدام التغذية المرتدة بالفيديو في العلاج والإرشاد النفسي منها:-
- يتمثل الخطر الرئيسي بالتوقيات الخاطئ وبالأساليب الخاطئة لعرض تسجيلات الفيديو على العملاء.
- يرى البعض أن التغذية المرتدة بالفيديو غير مفيدة، خاصة مع الحالات الذهانية الحادة، ومع أشكال محدودة من الاكتئاب مثل Manic-Depressive Psychosis، ومع العملاء الذين يعانون من صورة الجسد السلبية Negative body Image، ومع حالات الضعف البدني. كما ينظر إلى استخدام هذا الأسلوب نظرة نقدية في معالجة حالات السمنة المفرطة. (Stephan, P., 1978, pp. 183-196)
- وهناك خطر آخر، هو أن العميل الذي يتأمل صورته على الشاشة، قد يحصل له بعض ردود الفعل السيئة مثل: الخوف، والخجل، والذي يؤثر على عملية تواصله مع المعالج. (Morvit, R., et al., 1974, pp. 996-999)

- ميزات التغذية المرتدة بالفيديو:

- يمكن اجمال ميزات التغذية المرتدة بالفيديو في العلاج النفسي بمايلي:
- إن رؤية العميل لصورته وسلوكه على شاشة العرض لها من الفوائد ما لا يمكن حدوثه بأي وسيلة أخرى. ولاتزال هذه الفوائد قابلة للزيادة عن طريق البحث.

يقول "جيرتسما" (Geertsma, R. 1969) في هذا، إن بعض العملاء زودتهم بملاحظاتهم لذاتهم عن طريق الفيديو بتغذية مرتدة تتعلق بسلوكهم لم يكونوا قادرين على الحصول على هذه المعلومات من أي مصدر آخر. (Geertsma, R. & Reivich, R, 1969, pp. 310-327)

- إضافة إلى ذلك، فعندما يظهر المعالج في الصورة المعروضة مع العميل، تكون هناك فرصة كبيرة لتقييم التفاعلات والعلاقة القائمة بينهما؛ لأن العميل في هذه المرحلة يكون لديه الرغبة في الوصول إلى هذه المعلومات الموضوعية، شأنه في ذلك شأن المعالج، وهذا يؤكد المساواة بينهما.

- يحدث هذا النوع من التغذية اتصال على مستوى كبير، عبر قنوات بين المعالج والعميل تشمل: الكلمة، النبذة، والحركة، وطريقة السلوك.

- وإذاعة شريط الفيديو، يمكن أن تكون مفيدة في كشف التناقضات الموجودة في السلوك اللفظي وغير اللفظي. ففي جلسة مع زوجين، أفتتح الزوج الكلام بقوله لزوجته "بدئي أنت، ثم التزم الصمت، واتكأ على كرسيه، بينما بدا عليه الغضب. ولم تبدأ الزوجة، فحثها الزوج على البدء بأسلوب فيه نوع من الغضب. وعندما رأى الزوج الشريط، لاحظ التناقض بين طلبه منها لفظياً أن تبدأ، وبين إشارة كان قد أعطاها لها بأن لا تبدأ.....

- وتساعد إذاعة الشريط أيضاً في توضيح محتوى الموقف العلاجي بطريقة مفيدة، من حيث إن المعالج لا يكون أقدر من الجهاز في تقديم ذلك الموقف بدقة. كما أن من ميزات كاميرا الفيديو أنه لا توجد فترة تأخير في الوقت بين الحديث المسجل والإعادة. كما أنها لا تملك صورة نفسية، لا تقدم تحيزات، لا تقدم مضامين انفعالية ولا مضامين لاشعورية. (Harry, A., 1968, pp. 43-49)

- وفائدة أخرى لشريط الفيديو أنه يجعل المادة العلمية أكثر وضوحاً؛ فالصوت والصورة يجعلان التفاعلات المعقدة أكثر وضوحاً، والمفاهيم غير اللفظية يمكن فهمها أكثر، وتذكرها لفترة أطول. والصورة التي تسترعي الانتباه تظل فعاليتها نشطة لعدة أسابيع.

- وربما تكون أعظم فائدة لاستخدام الفيديو في العلاج أن العميل الذي يتعرض للتغذية المرتدة بالفيديو تكون لديه فرصة للاهتمام بنفسه أكثر، وتحمل مسؤولية نفسه. كما يستطيع أن يطور قدرته على ضبط نفسه، وتصرفاته خلال مراقبته لنفسه، وعلى الكيفية التي يدركه بها الآخرون. (Herbert, H., 1987, p. 201)

- كما لهذا الأسلوب ميزة عظيمة وهي القدرة على الظهور كأداة تدريب ممتازة، وهذه القدرة تنبأ بها منذ البداية "مورينو وفايكل" (1962) Moreno & Fischel قبل وجود شرائط الفيديو وأساليب التكنولوجيا المعقدة. كما أن هذه التقنية تقدم مادة قوية للنقد الذاتي فيما يتعلق بمصادر

القوة والضعف.

- وهناك فائدة أخرى، وهي استخدامها لأغراض الاستشارة؛ فإذا كان شخص ما يجد متاعب مع جماعة معينة. ويرغب في رأي من الخارج عن أسلوبه الشخصي؛ فإن عرض جلسة مع خبير أو مرشد يعد أسلوب ممتاز للحصول على رأي جيد أسلوبه مع الجماعة.
- كما أن هذه التقنية توفر معلومات دقيقة وكاملة عن الجلسات، حيث تسمح بتعليق أو تفسير للملاحظ عن نقاط قد لا يكون لفت انتباهه إليها أثناء الجلسة، كما تسمح له هذه التقنية بحرية أكثر فيما يتعلق بمتى، وأين يرغب أن يرى الجلسة. (Carter, A., 1969, pp. 96-98)
- وأخيراً، يمكن القول أن شرائط الفيديو في العلاج النفسي تعد أداة ثمينة في تدعيم المعرفة النظرية بالسلوك الإنساني، واكتساب مهارات عملية جديدة مقارنة بالصور الثابتة (الفوتوغرافية) لما لها من ميزة التغذية المرتدة، إضافة إلى وجود مكاسب تفيد في مراجعة المعلومات السمعية - البصرية لأكثر من مرة. كما تعطي الصورة المعادة موضوعية أكثر للموقف العلاجي، واقتضاء التأثيرات المتحيزة من جانب المعالج. فهل يمكن أن تحقق الفائدة المرجوة منها - كما هو مبين في الأبحاث السابقة - مع العملاء الذين يعانون من اضطرابات نفسية متنوعة في أرضنا العربية.

٢ - التغذية المرتدة الحيوية: Biofeedback

تحتل التغذية المرتدة في العصر الحالي، مكانة خاصة في الدراسات النفسية، لما لها من أثر فعال في تعديل، وتنظيم السلوك. (عبد الوهاب كامل، ١٩٨٣، ٨٩)

ولقد انتشر هذا المفهوم، حتى أصبح في حد ذاته، منهجاً منظماً للبحث العلمي، فهي (أي التغذية المرتدة) في أبسط معانيها الاستفادة من نتائج سلوك الفرد، كما تمثل العروة الحلقية (Loop) التي تؤكد على العلاقة المتبادلة بين الفرد ونظم المثيرات التي تمده بالمعلومات الأساسية لتجعله قادراً على التحكم البيولوجي في السلوك. ونظراً لأن التغذية المرتدة لا يمكن أن تتم بدون استقبال الفرد للمعلومات، سواء كانت من البيئة الداخلية أو الخارجية، ومن ثم أصبحت المعلومات البيولوجية والفسيولوجية مصدراً أساسياً للتحكم في سلوك الفرد، مما أدى إلى انتشار مفهوم "التغذية المرتدة الحيوية" أو "البيولوجية أو العائد الحيوي" Biofeedback.

(عبد الوهاب كامل، ١٩٩٠، ٥١١-٥٢٤)

وبالتحديد في أواخر عام (١٩٦٠) أدخلت كلمة جديدة للقاموس العلمي، ألا وهي التغذية المرتدة الحيوية. وهذا المصطلح Biofeedback هو مختصر للكلمة Feedback التي تعني التغذية المرتدة، والكلمة Biology التي تعني الحيوي أو البيولوجي. (Douglas, C., 1984, p. 1)

كما أن هذا المصطلح يشير إلى ذلك الأسلوب الذي يتعلم من خلاله الفرد التحكم الإرادي في عمليات الجسم الداخلية مثل: معدل ضربات القلب، التوتر العضلي، التنفس، والموجات الدماغية، وذلك عن طريق عرض المعلومات البيولوجية على شاشة عرض بصرية أو سمعية، بعد أن تكون قد ترجمت إلى اشارات ضوئية. وهذه المعلومات تصل إلى الفرد في نفس وقت حدوث التغير في الوظيفة البيولوجية أو في وقت قريب جداً من حدوثه.

(Masserman, J.H., 1979, p. 15) (Romano, L.J., 1978, pp.8-13)

وهذه الإشارات أو المعلومات البيولوجية التي تلتقطها الأجهزة الخاصة بقياس خاصية بيولوجية محددة... تعود ثانية للفرد في شكل تمكنه من فهمها بصورة أوضح. والتحكم الإرادي في هذه الوظيفة البيولوجية اللاإرادية بفعل قوة الإرادة Volition، والتي كان يعتقد في السابق أن الوظائف البيولوجية اللاإرادية تقع خارج الضبط والتحكم. (Douglas, C., 1984, p. 2)

فالهدف الرئيسي من التدريب على التغذية المرتدة الحيوية إذن، هو أن يتعلم الفرد كيف يتحكم بسلوكه، ويعدل من استجاباته الخاطئة وذلك بفعل قوة الإرادة. كما تعدّ التغذية المرتدة الحيوية أسلوباً لتعديل السلوك أو السيطرة الإرادية على العمليات اللاإرادية وذلك لمنع التأثير الضار للضغوط النفسية بأنواعها المختلفة على الجسم. (عبد الوهاب كامل، ١٩٩٣، ٢٤٥)

وفي الماضي كانت "اليوجا الهندية" Indian Yogis صادقة بقدرتها العملية الملقطة للنظر في هذا المجال، فقد استطاعت أن تجعل حرارة باطن الكف تختلف عن حرارة ظاهر الكف، كما أنها استطاعت التحكم في معدل ضربات القلب أو إيقاف دقاته كلياً لفترات قصيرة من الزمن. (Douglas, C., 1984, p. 2)

ويرجع بداية ظهور التغذية المرتدة الحيوية كأسلوب علاجي في أبحاث كل من "نيل ميلر" (١٩٧٢) Miller, N. في مجال المشكلات الطبية، وأبحاث "راخمان وفيليبس" (١٩٧٨) Rachman, S. & Philips التي دعمت فكرة علاج المشكلات السيكوسوماتية بهذا الأسلوب، وذلك من خلال التقريب بين النفس والجسد (عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٠، ١٤-١٥)، وفي أبحاث "بازاماجين" (١٩٦٣) Basamajian في مجال النشاط العضلي. (Romano, J., 1978, pp.8-13)

ومن الواضح أن اتحاد وارتباط الحقائق السيكلوجية والفسيولوجية قد أثبتت تأثيراً أفضل في علاج العديد من الأمراض عن أي نظام آخر، وهذا يكون بواسطة (أجهزة التغذية المرتدة الحيوية) التي تقيس التغيرات الفسيولوجية للعضو المراد التحكم به. وعن طريق تدريبات التغذية المرتدة الحيوية لذلك العضو يمكن التوصل إلى تعليم الفرد التحكم في وظائفه الفسيولوجية مثل أوجاع الرأس (الصداع)، سرعة ضربات القلب... وذلك من خلال إدراكه للفروق الفسيولوجية بين حالته في وضع التوتر والاسترخاء. (Kaplan & Sadock, 1994, pp.850)

هذا، ويندرج أسلوب التغذية المرتدة تحت ما يسمى "بمنهج العلاج الذاتي". حيث إن الفرد يمارس تدريبات التغذية المرتدة الحيوية دون الاعتماد كلية على المعالج النفسي، لأن هذا الأسلوب عبارة عن برنامج متكامل متميز عن العلاج النفسي التقليدي وأساليبه المتعددة مثل: تدريبات الاسترخاء Relaxation، التحكم أو الضبط الذاتي Self-control. وهو في ذلك يكون معتمداً على قواعد علم النفس والصحة النفسية، ويقوم على أساليب علاجية حديثة خاصة تلك التي تنتمي إلى ما يعرف "بالعلاج السلوكي الحديث" والذي يعتمد على قدرات المفحوص، ويسلم بأن الإنسان غير مكبل بعقد الماضي أو غارق في ظلمات اللاشعور، وبأنه قادر على تعديل سلوكه والتخلص من اضطراباته النفسية.

(عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٠، ١١٧)

والحق يقال، إننا جميعاً نكون عميان البصر في قدرتنا على إبصار النواحي الهامة في فسيولوجيتنا والسيطرة عليها مثل: ضغط الدم، موجات الدماغ.... الخ. هذا، وإن الأدوات تكون وسائط في هدينا وإرشادنا إلى ما يجري في فسيولوجيتنا من تبدلات، ومن ثم العمل على تصحيحها. وبعد أن تتم السيطرة على هذه التغيرات، فإننا لانعود بحاجة إلى هذه الأدوات الإرشادية الموجهة.

(محمد الحجار، ١٩٨٧، ١٤٥)

وختاماً نردد عبارة "وليم جيمس" Willim James المناسبة في هذا المجال. "إن أعظم عمل يمكن تحقيقه على مستوى كافة أنواع التعلم، هو جعل جهازنا العصبي طوعاً لنا. بدلاً من كونه عدواً لنا، لانستطيع التحكم فيه".

(Blanchard, E.B. and Abel, G. 1976, pp.113-119)

- آراء نظرية في التغذية المرتدة الحيوية:

منذ سبعين عاماً مضت، اهتم علماء الغرب بما يختص بقدرة الفرد الكامنة على أن ينظم ذاتياً عملياته الفسيولوجية. ذلك الاهتمام قد بدأ على يد "جوهانز شولتز" Johannes Schultz حيث أطلق عليه التدريب الذاتي المنشأ Autogenic Training أو التدريب على أن يكون ذاتياً في حالة من اندفاعية المطلوبة لتحقيق هدف محدد. وفكرة "شولتز" تقوم على أساس التعلم الذاتي Self-Learning من خلال تغذية الفرد بالمعلومات الأساسية عن نظامه الفسيولوجي أثناء الاسترخاء، وعلى الأخص أثناء ما يكون النظام البيولوجي للفرد في حالة استقبال كحالة وظيفية للجهاز العصبي، تعبر عن استبصار وضاء ذي أهمية في مجال تعديل السلوك.

(عبد الوهاب كامل، ١٩٩٤، ٢٩٠ - ٢٩١)

وقد كان "نوربيرت فينر" Norbert Viener من أوائل من لاحظوا هذا الشبه بين الضبط

- الآلي والضبط الإنساني، واستخدم كلمة "سيبرنيتي" Sybernetic لوصف هذه العلاقة.
- ولقد بنى أنصار نظرية الضبط الذاتي للسلوك الإنساني نظريتهم على الأسس التالية:
- ١- إن الإنسان يختلف عن الحيوانات في تنظيماته السلوكية؛ فلكل فرد طريقته في الأداء، وأن التصميم السلوكي للمتعلم ينمو مستقلاً تماماً عن مواقف التعلم النوعية، فالتعلم ليس وظيفة لمثيرات خارجية ترتبط باستجابات معينة في ظل عملية التدعيم. كما يرى كثير من أصحاب نظريات التعلم، وإنما هو أيضاً وظيفة لعملية تنظيم داخلي للمثير والاستجابة يقوم بها المتعلم نفسه. عملية تتضمن تنظيمًا وتحكمًا داخلياً تلعب فيه الأجهزة العصبية الحسية والحركية دوراً كبيراً.
 - ٢- المفهوم السيبرنيتي للسلوك: إن الفروض الأساسية لأصحاب هذه النظرية هي أن الإنسان يملك جهازاً عصبياً في الوقت نفسه جهاز للضبط الذاتي للسلوك، وهذا الجهاز مرن وقادر على تغيير أنماط الضبط الذاتي.
 - ٣- إن الجهاز الذاتي ينظم الاستجابة عن طريق تعيين الفروق بين النشاط الصادر عنه وبين الهدف المراد الوصول إليه.
 - ٤- إن الإنسان كجهاز سلوكي لديه القدرة ليس فقط على الحركة في أي اتجاه، وإنما هو قادر أيضاً على تحريك أجزاء جسمه المختلفة في نفس الوقت في حركات متكاملة لحدود لها. وتفسر النظرية السيبرنيتية هذا التكامل في الحركات، بأن تفترض أن هناك مستويات مختلفة من التغذية المرتدة الحسية تشترك في عملية التعلم والأداء، فهي تفترض وجود ميكانيزم للتغذية المرتدة خاص بالتوازن وآخر بالانتقال، وثالث بمعالجة الأشياء. كما تفترض وجود أجهزة أخرى تساعد على تكامل العناصر المستقلة في نمط سلوكي موحد.
- ويمكننا القول بصفة عامة أن المخ ما هو إلا جهاز لتبيين العلاقات المكانية التي تعتمد عليها التغذية المرتدة الحسية في توجيه حركات الفرد، وتنظيم وتحقيق التكامل بين عناصر الحركة مع تباينها.
- (رمزية الغريب، ١٩٧٢، ٤٤٦-٤٥٢)
- بينما يشير "سكينر" F.B. Skinner في نظريته إلى زيادة احتمال الاستجابة عن طريق التعلم فيما يسمى "بالإشتراط الإجرائي" Operational condition، وأن معدل حدوث السلوكيات الإجرائية عادة ما يتأثر بالأحداث التي تتبع السلوك ذاته، وتلك الأحداث أطلق عليها ملابسات السلوك.
- (عبد الوهاب كامل، ١٩٨٣، ٩٣-٩٤)
- كما يرى أيضاً أن الإنسان عندما يضبط نفسه أو يختار شيئاً معيناً ليفعله أو يفكر بحل

مشكلة معينة، أو يحاول تفهم ذاته بشكل أفضل، فهو يسلك ويحاول ضبط سلوكه بالطرق نفسها التي يستخدمها لضبط سلوك الآخرين. (جمال الخطيب، ١٩٨٧، ٢٠٦)

والتدعيم الذاتي قد يكون داخلي المنشأ Autogenic Reinforcement عندما يكون الفرد على وعي كافي بأهمية الاستجابة التي تصدر منه في موقف من المواقف. وتعتبر من أهم وسائل التغذية المرتدة الحيوية ذاتية المنشأ والذي يستخدم في تعديل السلوك. وقد يكون التدعيم خارجي المنشأ، وهو أكثر صور أثر المكافأة على تعديل السلوك. (عبد الوهاب كامل، ١٩٨٣، ٧٨)

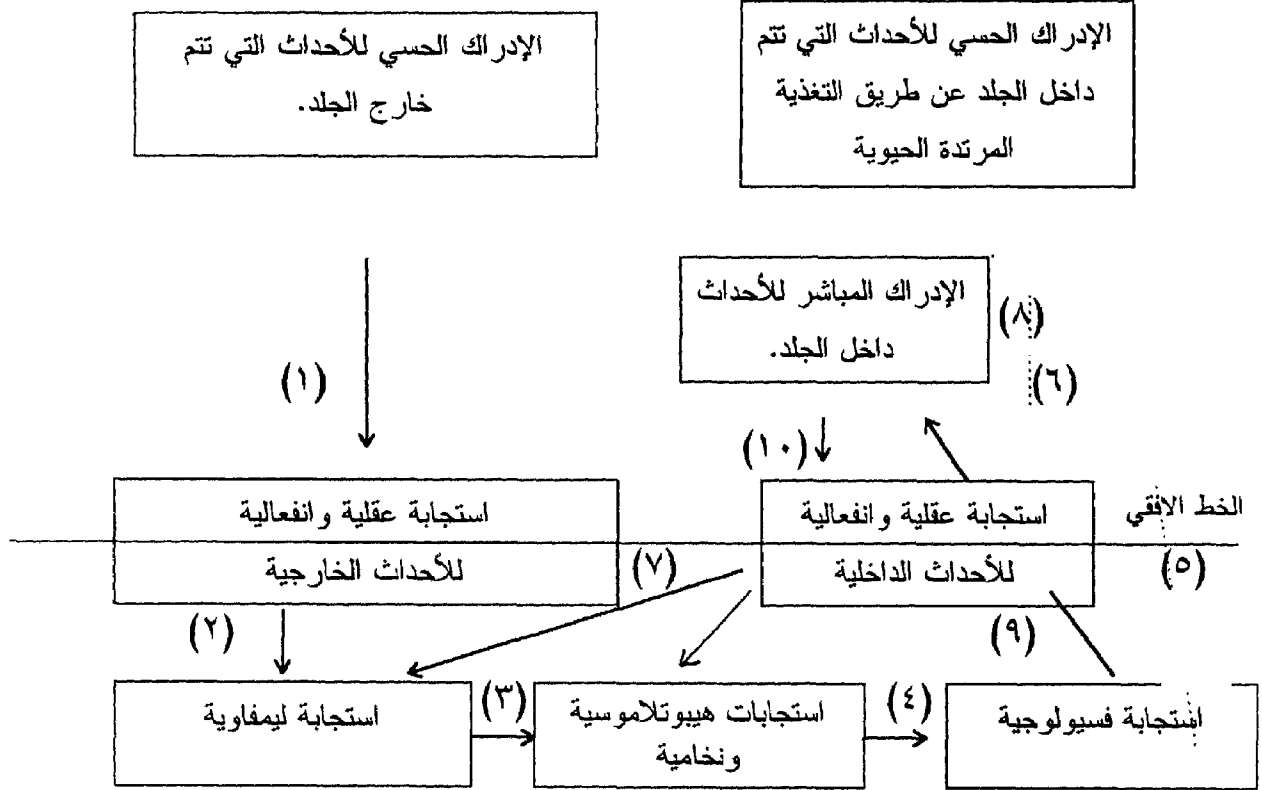
كذلك ظهرت في الآونة الأخيرة نظرية تدعى "بنظرية المعلومات" Theory of information والتي تهتم بعملية استقبال وتخزين وتشغيل وتوصيل المعلومات. وتمثل هذه النظرية إحدى الدعامات الرئيسية لنظم التحكم الذاتي. (عبد الوهاب كامل، ١٩٩٤، ٢٩٥)

- آلية عمل التغذية المرتدة الحيوية:

هل من ضمن أجهزة الجسم البشري جهاز يعرف بجهاز الضبط الذاتي؟ وإذا كان يوجد هناك جهاز، فكيف ينظم عمل التغذية المرتدة الحيوية؟
إن المدخل لمعالجة هذه الأمور يبدأ بالتسليم بمبدأ التحكم في السلوك، محتواه أن تكوين عقيدة أو فكرة مدعمة من المعلومات الخاصة بالعمليات الداخلية في الجهاز العصبي من جانب، وما يحدث داخل الجلد من خلال التغذية المرتدة الحيوية من جانب آخر، تؤدي إلى إمكانية التنظيم الذاتي Self-Regulation أو التحكم في العمليات الفسيولوجية التي تحدث إما في النفوذ العصبي الإرادي أو في النفوذ العصبي اللاإرادي في نفس الوقت، وإما في النفوذ السيكولوجي الإرادي أو اللاإرادي.

ويصف المخطط التالي تمثيل مبسط للعمليات التي تحدث في الجهاز العصبي الإرادي واللاإرادي. وهذا المخطط قائم على مبدأ التغذية المرتدة الحيوية، حيث يتم إخبار الفرد عن العمليات الفسيولوجية التي تحدث داخل البناء الجسمي Body Structure، ومن ثم فإن تلك المعلومات تعكس الخصائص السيكوفسيولوجية للفرد. (عبد الوهاب كامل، ١٩٩٤، ٢٩٦-٢٩٧)

المدى الشعوري الإرادي: قشري وشوكي مخي



المدى اللاشعوري واللاإرادي - تحت القشرة والذاتي

يلاحظ من النموذج أنه ينقسم إلى جزئين: علوي يمثل النفوذ الطبيعي للعمليات الواعية الشعورية بالقشرة الدماغية. أما الجزء الثاني سفلي فيمثل النفوذ الطبيعي للعمليات اللاشعورية بأجزاء ماتحت القشرة المخية، والجهاز العصبي الذاتي Autonomic Nervous system.

وكل إدراك للأحداث الخارجية - أي ما يحدث خارج الجلد - يمثله المستطيل الذي يخرج منه السهم (١) يرتبط به إدراك الأحداث والنشاط الكهربائي في كل من البناء الشعوري واللاشعوري، وتلك الآليات العصبية متضمنة في الاستجابات العقلية والانفعالية والتي تظهر في الشكل في المستطيلات التي يمر بمنتصفها الخط الأفقي، الذي يقسم الشكل إلى جزئين علوي/سفلي، وقد تم تمثيلها في المنتصف لتوضيح طبيعتها الثنائية النفوذ؛ فالاستجابات العقلية والانفعالية تظهر أحياناً في النظام الشعوري ويكون الفرد على وعي بها تماماً، كما أنها تبدو واضحة في الاستجابات اللاشعورية كالقلق على سبيل المثال.

والسهم (٢) يتوجه إلى المستطيل الذي يمثل استجابات المخ الطرفية Limbic Responses والذي يقع كلية في قطاع اللاشعور، ولأن بعض المسارات العصبية نتجه من النظام الطرفي في

المخ مباشرة إلى المناطق القشرية، لذا فإن المعلومات التي تنتج عن تلك العمليات الطرفية يمكن أن تصل إلى قطاع الشعور. ومن تلك العلاقات العصبية المتبادلة بين القشرة المخية وتكوينات ماتحت القشرة المخية يمكن أن نتحكم في العمليات اللاشعورية (اللاإرادية) من خلال التغذية المرتدة الحيوية بفعل قوة الإرادة كأداة محتواه في الجهاز العصبي.

ومن الشكل السابق قسمت الاستجابات كمايلي:

• من (١-٤) إدراك حسي لمثيرات الأحداث والضغط الخارجية التي تؤدي إلى استجابات نفسية.

• (٥) إذا التقطت معلومات تشير إلى التغيرات الداخلية أثناء حدوث الاستجابات النفسية فيتكون بهذا التغذية المرتدة الحيوية للشخص عند هذه الاستجابة.

• (٦-٧) هي استجابات الشخص الذي يحاول تحقيق تحكم إرادي في سلوكه من خلال معلومات التغذية المرتدة.

• (٨-١٠) وهنا تتطور وتزداد حساسية الفرد للأحداث الداخلية إلى أن يستطيع الاستغناء عن التغذية المرتدة الحيوية، ويحل محلها حاسة الفرد للإدراك المباشر للأحداث الداخلية، وتصبح هذه الحاسة الجديدة التي نمت وتطورت بفعل تدريبات التغذية المرتدة الحيوية هي وحدها القادرة على الاحتفاظ بمهارة التنظيم والتحكم الذاتي. (هبة بهي الدين ربيع، ١٩٩٢، ٢٣)

وبلغة النموذج، فإن الفرد في جلسات التدريب الأولى للتغذية المرتدة الحيوية يحتاج إلى معلومات تخبره عن حالته الفسيولوجية الداخلية، أي يستخدم فقط الأسهم من (٥-٦)، وبالتدريج ينمو ويتكون السهم (٨) المصحوب بالمعلومات الخاصة من السهم (٩-١٠)، وبمجرد أن يتم تكوين (٩-١٠) فالفرد لا يحتاج إلى السهم (٥، ٦، ٨)، أي لا يحتاج إلى وجود الأجهزة القياسية التي تخبره عن طبيعة الأحداث الفسيولوجية الداخلية، لأن حلقة التحكم قد تم تكوينها والممثلة في الأسهم (٩، ١٠، ٧، ٤، ٩) أي من السهم (٩) ثم العودة إليه ثانية، مما يؤكد حدوث التحكم البيوسينرطقي في السلوك نتيجة إمداد القشرة المخية بمعلومات وظيفية عن العمليات الداخلية اللاشعورية، واتمام العروة الحلقية يعمل على عبور الفجوة بين العمليات الشعورية الإرادية واللاإرادية.

وبذلك يمكن من خلال التعلم والتدريب تكوين تلك الوصلة ذات الطبيعة الثنائية التوجيهية لتعمل على تنظيم العلاقات الوظيفية بين النظم الشعورية الإرادية والنظم اللاشعورية اللاإرادية. ومن هذا، فإن التغذية المرتدة الحيوية تعمل على زيادة حساسية النظم الداخلية على أن تمارس التحكم والتنظيم.

ويرى عبد الوهاب كامل (١٩٩٤) أن ما يحدث لا يعتبر لون من ألوان العلاج بقدر ما هو تعلم يحدث من خلاله تمكين الفرد من أن يحدث تغيرات في نوعية الاتصالات العصبية بين عناصر ذلك البناء، والنتيجة هي تغير أو تعديل للخصائص الوظيفية الناتجة عن البناء بأسلوب ذاتي المنشأ. (عبد الوهاب كامل، ١٩٩٤، ٢٩٧)

- أجهزة التغذية المرتدة الحيوية واستخداماتها:

يعتمد نوع تقديم المعلومات الفورية عن الحالة الفسيولوجية الداخلية للفرد على الهدف من التدريب، ونوع النشاط الفسيولوجي الذي يمكن تقديره كمياً.

وهناك عدة أجهزة تستخدم استخداماً شائعاً في التغذية المرتدة الحيوية، نذكر منها مايلي:

١- التغذية المرتدة بواسطة جهاز تخطيط العضلة الكهربائي: Electromyography ويرمز له اختصاراً بـ (EMG) حيث يعطي معلومات عن درجة تقلص العضلة أو انبساطها.

٢- التغذية المرتدة بواسطة جهاز قياس الحرارة: (Thermal Feedback)

٣- التغذية المرتدة بواسطة الجهاز الجلدي الكهربائي: حيث يوجد أنواع مختلفة من المقاييس التي تقيس النشاط الكهربائي للجلد مثل: مقياس استجابة الجلد الجلفانية Skin Galvanic Response، ومقياس استجابة القوة الجلدية Skin Power Response، ومقياس مستوى التوصيل الجلدي Skin Conductance Level.

٤- التغذية المرتدة الحيوية بجهاز تخطيط الدماغ الكهربائي: Electro-Encephalography

٥- التغذية المرتدة الحيوية بواسطة جهاز معدل ضربات القلب: Heart Rate

إن التحكم في معدل ضربات القلب سواء بالخفض أو بالرفع بصورة إرادية مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالتحكم في وظائف فسيولوجية عديدة مثل: حركة عضلات جدران المعدة، معدل التنفس.... الخ. والتغير في الحالة الفسيولوجية يؤثر على الحالة الانفعالية والعقلية الشعورية واللاشعورية؛ فمعدل ضربات القلب تزداد في حالة الانفعال. ونتيجة لذلك، تتغير قوة وسرعة ضربات القلب حسب الانفعال، حيث إن معظم الأحشاء مزودة بألياف عصبية "سمبتاوية" و"باراسمبتاوية" Sympathetic and Parasympathetic فعندما ينبه القلب عن طريق العصب الحائر Vagus nerve (العصب العاشر) هو جزء من الجهاز الباراسمبتاوي - يقل نشاط القلب، وعندما تصل إلى القلب ومضات من الجهاز "العصبي السمبتاوي" أي أثناء الحالة الانفعالية يزداد نشاطه، وتسرع دقاته نتيجة للعصب "السمبتاوي" المغذي للقلب، والذي يتأثر بالهيپوثلاموس Hypothalamus والجهاز الطرفي Limbic system.

ويعدُّ "وشراميسكرا" (Wickramasekera ١٩٧٤) واحداً من أوائل الباحثين الذين استخدموا تقنية التغذية المرتدة الحيوية في التحكم بمعدل ضربات القلب لحالة تعاني من العصاب القلبي Ardiuc Neurosis حيث أظهرت نتائجه فاعلية هذا الأسلوب في خفض ضربات القلب، وكذلك انخفاض القلق بعد سنة من المتابعة. (Douglas, C., 1984, p.98)

هذا، ويمكن اعتبار معدل ضربات القلب مؤشر لحالة القلق، فقد وُجِدَ أن للحالة الانفعالية أثراً كبيراً على معدل ضربات القلب، كما أن معدل ضربات القلب يزداد في حالة القلق والخوف. (كارول ويفانز (١٩٨١) Carroll and Evans، جون مكنيل (١٩٨٠) Mcneil, J، وأن معدل ضربات القلب للأفراد ذوي القلق العالي أكبر من معدل ضربات القلب لذوي القلق المنخفض في المواقف الضاغطة (مارتين ١٩٦١) Martin)، بالإضافة إلى ذلك، فقد وجد "فيلفريد (١٩٨٤) Vilfred, D. إن إدراك الحالات التي تعاني من القلق المنخفض لمعدل ضربات القلب الخاصة بهم كانت أفضل وأكثر تمييزاً من الحالات التي تعاني من القلق المرتفع. (Vilfred, D., 1984, pp. 203-211)

ويلاحظ من هذا، أن معدل ضربات القلب يرتبط ارتباطاً واضحاً بمستوى القلق لدى المفحوص؛ حيث يزداد هذا المعدل بازدياد حدة وشدة القلق.

- التغذية المرتدة الحيوية لضغط الدم:

غالباً يتم قياس ضغط الدم Blood Pressure بجهاز "الفيزوجراف" أو عن طريق الرابط الضاغط حول الذراع مع السماعة الطبية، حيث يسجل ضغط الدم وكل تغير يطرأ عليه. ويعني بارتفاع ضغط الدم، أن هناك شبكة من الأوعية الدموية تغطي جميع أجزاء الجسم، حيث يقوم القلب بضخ الدم عبر هذه الأوعية ليمد جميع أجزاء الجسم بالغذاء اللازم، وذلك من خلال قوة وضغط معين يمكن قياسه. وللدم ضغطان هما: ١- ضغط الدم الانقباضي Systolic blood ويتراوح ما بين ١٢٠-١٣٠ مم/ز في الشخص البالغ السليم. ٢- ضغط الدم الانبساطي Diastolic blood ويتراوح ما بين ٨٠-٩٠ مم/ز.

وضغط الدم الانقباضي هو الضغط الحادث داخل الأوعية الدموية أثناء انقباض عضلة القلب ودفعها للدم. أما ضغط الدم الانبساطي فهو ضغط الدم داخل الأوعية الدموية أثناء ارتخاء عضلة القلب. (William, G., 1995, pp. 390-397)

هذا، ويفسر ارتفاع ضغط الدم بأن التحكم الزائد في الانفعالات وكبت الغضب والعدوان، وعدم التعبير اللفظي والحركي عن الصراعات الداخلية يؤدي إلى جهد على الجهاز العصبي مما

«الفصل الثاني: التغذية المرتدة بالفيديو، الحيوية» —

يؤثر على إفراز بعض الهرمونات مثل "الادرينالين" و"الرينين" والتي تؤدي بدورها إلى ازدياد ضغط الدم.
(أحمد عكاشة، ١٩٧٥، ٤٨)

وقد أكدت نتائج دراسة "إيفازيان" (١٩٨٨) Aivazy, T.A. على وجود ارتباط بين ضغط الدم والقلق، حيث وجد أيضاً أن مرضى ضغط الدم لديهم استعداد شديد للإصابة بحالات انفعالية يتصدرها القلق والاكتئاب.
(Aivazy, T.A. 1988, pp. 139-144)

- دور الاسترخاء في تدريبات التغذية المرتدة الحيوية لخفض القلق:

يعدُّ الاسترخاء Relaxation من العمليات الهامة التي يعتمد عليها أسلوب تعديل السلوك وخاصة في تعديل كثير من الاستجابات الانفعالية غير المرغوبة كالقلق.

(أنور الشراقوي، ١٩٨٧، ٣٩١)

ويعدُّ "جاكبسون" (١٩٢٩) Jacobson أول من استخدم هذا الأسلوب بطريقة منظمة في مجال الطب النفسي، حيث وضع أول كتاب في هذا المجال تحت عنوان "الاسترخاء التصاعدي" Progressive Relaxation، أكد فيه على أهمية هذا الأسلوب في خفض الاضطرابات النفسية وخاصة القلق منها.
(عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٣، ٨٨)

والاسترخاء: "عبارة عن توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر".

وإذا كان الاضطراب الانفعالي يؤدي إلى إثارة التوتر العضلي، فإنه من الثابت أن إثارة التوتر العضلي تجعل الشخص متهيئاً للانفعال السريع في الاتجاه الملائم لهذه التوترات. ويصحب هذا التوتر استثارة في الجهاز العصبي الذي من مظاهره جمود العضلات، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة نبضات القلب، واضطراب انتظام التنفس.
(عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٣-٨٩-٩٠)

وهذا مايشبه الاتفاق على أن أعراض القلق تختلط بالتوتر العضلي، فعدم الاستقرار، والشد، والاستثارة الزائدة والحركة المستمرة... الخ ماهي إلا مظاهر قليلة من الاضطرابات العضوية الشائعة في حالات القلق. لهذا يمكن القول أن التوتر العضلي لازمة من لوازم القلق وليس مجرد نتيجة له. فضلاً عن هذا، إن هناك مايبثب أن الاسترخاء العضلي واستخدام العقاقير المطمئنة التي تهدئ من توترات العضلات يؤديان إلى انخفاض واضح في حالات القلق.

ويلاحظ مما تقدم، أن التغذية المرتدة الحيوية بمساعدة أسلوب الاسترخاء لهما أثر كبير في خفض القلق والأعراض الفسيولوجية المصاحبة له، مثل ضغط الدم ومعدل ضربات القلب، وهذا ماسوف يقوم به الباحث في بحثه الحالي بتدريب العملاء على الاسترخاء العضلي، وذلك

بالاستعانة بأجهزة التغذية المرتدة لضغط الدم والنبض بهدف خفض الاضطرابات الفسيولوجية المصاحبة للقلق قبل البدء بجلسة العلاج المتمركز على العميل.

- المجالات التطبيقية للتغذية المرتدة الحيوية:

في عام (١٩٦٠) كان أسلوب التغذية المرتدة الحيوية كأسلوب علاجي في بداياته، ولكنه الآن يستخدم في معالجة مجال واسع من الحالات التي تتضمن المجالات السيكوفسيولوجية. ويساعد هذا الأسلوب الأفراد على الاسترخاء، خفض ضغط الدم، انخفاض مستوى التعرق، وهو ناجح أيضاً في مساعدة الأفراد على علاج الصداع النصفي، نوبات الهلع، المخاوف المرضية، اضطراب القلق، اضطرابات النوم، مرض باركنسون... الخ.

(Miller, Laurence, 1989, pp. 22-24)

كما أكدت التقارير التي قدمها شوارتز (١٩٧٣) Schwartz أن المفحوصين الذين تدربوا على رفع أو خفض ضغط الدم الانقباضي كانوا قادرين على خفض معدل ضغط الدم بشكل ملحوظ. إلا أن التطبيقات الكلينيكية للتغذية، المرتدة تجريبية إلى حد كبير، لكن متوقع لها كما يقول "بينسون" (١٩٧١) Benson, H. بعض النجاح من خلال تدريب المرضى الذين يعانون من ضغط الدم المنخفض، بهدف رفع مستوى ضغط الدم لديهم.

(Benson, H., et al., 1971, pp. 740-742)

كما أن هناك بعض الدلائل تؤكد على أن التغذية المرتدة الحيوية تساعد في خفض تكرار وشدة نوبات الأزمات والصداع النصفي.

(Robert, E.S., 1978, pp.469-470)

إضافة إلى ذلك، فإن هناك مجالات متعددة يمكن فيها استخدام التغذية المرتدة الحيوية كأسلوب علاجي، نذكر منها على سبيل المثال: الآلام المفصلية، (Weisz, 1991)، اضطرابات الذعر والقلق، (Mnncy, 1991)، اضطرابات الكلام، (Veazey, 1991)، سرطان الثدي، (1991) Krenz, Vickie، الاضطرابات المعوية والمعدية المزمنة، (1989) Singles، آلام الحمل والولادة، (1984) LeBowitz، الفصام الحاد، (1989) Harr، الإدمان على الكحول، (1984) Eglen، الانحرافات الجنسية (Blanchard 1976)، قلق الامتحان (Romano 1978).

(Romano, J, 1978, pp. 8-33)

وبالرغم من تعدد المجالات التي نجح فيها استخدام التغذية المرتدة، إلا أنها لم تحدد النسب المئوية لمدى نجاحها في مجال ما. وربما يرجع هذا الأمر إلى أن معظم البحوث التي استخدمت هذه التقنية اعتمدت على قليل من الحالات، إضافة لاستخدام هذه التقنية ضمن الأساليب العلاجية الأخرى.

— الانتقادات الموجهة للتغذية المرتدة الحيوية:

عند الحديث عن التغذية المرتدة الحيوية Biofeedback يتبادر إلى الأذهان مجموعة من التساؤلات حول مدى نجاعة هذا الأسلوب في مجال الاضطرابات النفسية. من هذه التساؤلات مايلي: إلى أي حد تفيد هذه التقنية في ضبط الاضطرابات السلوكية؟ بمعنى آخر، إلى أي حد يمكننا الاعتماد على مبدأ التغذية المرتدة بالنسبة إلى تحسس المثانة أو سماع ضربات القلب، أو توجيه أو تعديل كلامنا؟

— هل يمكن في بعض الأحيان أن تكون التغذية المرتدة عائقاً لنا؟

— هل يمكن لهذه الإرشادات أو المعلومات المستمدة منها أن تساعدنا في بناء نوع من الضبط والسيطرة على فعالياتنا؟

لقد تبين من خلال الدراسات المبكرة، أن جميع أشكال التغذية المرتدة الحيوية ليست مفيدة، كما أن هذه العملية ليست عملية مدهشة بالنسبة إلى الفعاليات اللاإرادية التي تكون تقريباً بعيدة عن العمليات الشعورية. كما أن فكرة إمكانية الحصول على درجة من التحكم أو السيطرة بالنسبة للعمليات اللاإرادية، وذلك عن طريق تدريب مناسب من عملية التغذية المرتدة، يمكن التطرق إليها من خلال الدراسات حول معدل ضربات القلب، علماً أن هذه الدراسات مازالت غير حاسمة بشكل تام؛ لأن بعض الدارسين يفترضون أن معدل ضربات القلب يتأثر لحد ما بالعوامل الناتجة عن عملية الإدراك والمعرفة. (هارولد ريجنالريتش، ١٩٩٢، ٢٠٣-٢٠٨)

ويرى "روبيرنس" Ropernes أن البحث في التغذية المرتدة تتصف بالضعف، وبالنتائج

المحددة. كما إن نتائجها الإكلينيكية مشكوك فيها من الناحية التطبيقية.

(Budzinski, T.H. et al., 1973, pp. 484-496)

بينما يرى "دوجلاس" (١٩٨٤) Douglas أنه غير كافٍ للإجابة عما إذا كانت حالة

المفحوص الذي استخدم أسلوب التغذية المرتدة قد تحسن نتيجة لذلك - وإن كان كافياً في بداية العلاج - إلا أنه غير كافٍ لتقييم قدرة التغذية المرتدة الحيوية في عملية التحكم والعلاج.

كما أن أسلوب التغذية المرتدة الحيوية يمكن أن يكون ذا فائدة لبعض الأفراد فقط، وليس ذا فائدة لكل الأفراد. بالإضافة إلى ذلك، ربما يكون التحسن عند بعض الأفراد راجعاً ببساطة إلى الوقت (الزمن) والإعادات التلقائية التي يقوم بها المفحوص أثناء عملية السيطرة أو التحكم. (Douglas, C., 1984, pp. 4- 5)

ويضيف "دوجلاس" قائلاً: "ينبغي أن يقارن التحسن لدى بعض المرضى مع مرضى

يعانون من نفس الاضطراب ولايتلقون أي علاج. كما ينبغي على المعالج أن يضبط كل

المتغيرات المتصلة (الدخيلة) الكثيرة أثناء عملية العلاج، وهذا أمر صعب جداً، كما ينبغي عليه أن يقيم عملية العلاج قبل وبعد، ومتابعة الحالة بشكل موضوعي. (Douglas, C., 1984, p. 5)

- ميزات التغذية المرتدة الحيوية:

تساعد تقنية التغذية المرتدة الحيوية الأفراد على الضبط والتحكم في وظائفهم الفسيولوجية اللاإرادية.

- إنه علاج غير مؤذ وغير مؤلم، وذو فعالية في علاج كثير من الاضطرابات السيكوفسيولوجية.
- فسح المجال للفرد كي يتعلم السيطرة الذاتية على سلوكه المضطرب سيطرة فعالة بدون اللجوء إلى الأدوية، وما يترتب عنها من تأثيرات جانبية ضارة للعضوية.
- إن ممارسة جلسات التغذية المرتدة الحيوية لا تؤدي إلى حالة الإدمان بها، لأن الفرد يعتمد فيها على التحكم الإرادي النابع من داخله، كما أن التدريبات على هذا الأسلوب لا تتطلب مدة طويلة من الزمن.
- إن هذا الأسلوب يتسم بفكرة امتزاج العلوم كمنهج وكأسلوب موضوعي في الدراسات النفسية. كما أنه يحقق الالتقاء الفكري - الموضوعي بين المدارس السلوكية والمدارس الإنسانية الخاصة بتعديل السلوك.

(Knox, J.W., 1986, p.88)

- ومن ميزة هذا الأسلوب، أن الحاجة إلى الأجهزة الخاصة بالتغذية المرتدة تنعدم وتقل، وذلك بعد تعلم الفرد تكوين حلقة الضبط الذاتي.
- كما أن هذا الأسلوب يمدنا بظروف جديدة وطرق متنوعة تساعدنا في حياتنا اليومية.

تعقيب:

يلاحظ مما تقدم، أن التغذية المرتدة تحتل مكانة خاصة في الكثير من الدراسات النفسية التي استخدمت هذا الأسلوب، لما لها من أثر كبير في خفض حدة كثير من الاضطرابات النفسية وعلى رأسها اضطرابات القلق وذلك بمساعدة أسلوب الاسترخاء، وأساليب العلاج النفسي المختلفة. وهناك تطبيقات كثيرة في مجال التغذية المرتدة الحيوية، لكن المأمول هو توسيع نطاق هذه الدراسات لتشمل كثير من الاضطرابات النفسية.