

الفصل الثاني

"الإطار النظري"

- العلاج النفسي العقلاني الانفعالي.
- العلاج النفسي المتمركز على العميل.
- الإدمان.

مقدمة :

تتناول الباحثة في هذا الفصل كلا من المفاهيم المستخدمة في الدراسة ، وتتضمن هذه المفاهيم العلاج العقلاني الانفعالي ، والعلاج المتمركز على العميل ، والإدمان ، وسوف تتعرض الباحثة لكل من هذه المفاهيم من حيث المنشأ والأصول العلمية .. إلخ ، وتعرض الباحثة فيما يلي لكل من هذه المفاهيم بشيء من التفصيل :

أولاً: العلاج العقلاني الانفعالي :

للعلاج العقلاني الانفعالي جانبان أساسيان هما : مساعدة الأفراد على التغلب على اضطراباتهم المعرفية السلوكية العاطفية ، ومساعدتهم على السعي بفاعلية للتوصل إلى حياة أكثر سعادة ، وإلى الوجود الذي يتسم بقدر أكبر من تحقيق الذات ، كما أنه يشجع المرضى على الاختيار الجيد والفعال للطرق المؤدية إلى تحقيق الذات ، والتمكن من حل مشكلات هذا التحقيق ، والقبول غير المشروط للذات والآخرين ، واللجوء إلى تصميم الحلول وإعادة تصميمها عند الضرورة .

كما يسعى العلاج العقلاني الانفعالي إلى تحقيق العلاج الفعال؛ ولذلك فإنه يتجنب فنيات العلاج غير الفعالة مثل التداعي الحر ، وتحليل الأحلام المكثف ، والعلاقة الحميمة بين المعالج والعميل والسرود اللانهائي لمشكلات العميل ، وخبراته في المراحل المبكرة ، كما أنه يتجنب الانغماس الزائد في المعتقدات اللاعقلانية ، واستبدال التفكير والرؤية الإيجابية بها. (ويندي دريدن ولاري هيل Windy Dryden & Lary Hill ، 1993 ، P25).

ويشير إليس Ellis إلى أن جوهر العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يتلخص في أن الأشخاص يميلون إلى أن يكونوا مضطربين عصابياً عندما يصرون على التمسك بالمعتقدات اللاعقلانية، وأن الأشخاص يعرضون أنفسهم للاضطراب العصابي ، ليس بسبب عدم تقبل الآخرين لهم ولكن لاعتقادهم بأن عدم تقبل الآخرين لهم شيء فظيع، وإن المعالجات النفسية البارعة ، يلجأ -في معظم الأحوال- إلى تشجيع مرضاه وإقناعهم بأن يسلكوا على نحو مخالف لما يثير مخاوفهم اللاعقلانية ؛ وذلك حتى يعمل هذا السلوك كمقابل فعال للأفكار المغروسة في نفوسهم ، والتي تحول بينهم وبين عمل شيء ما. كما يجب ألا يكتفي المعالج الكفاء بمقاومة هذه المعتقدات فحسب ، وإنما عليه أن يبحث عن الفلسفات الخاصة بهذه المعتقدات أو التي تكمن وراءها.

ولا يتجاهل العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي مشاعر الأشخاص ، وإنما يقوم بتعريف الأشخاص كيفية تقليل مشاعرهم الهدامة وغير الصحية ، مثل : الفزع ، والاكتئاب ، والغضب الجامح ، وتشجيع المشاعر السلبية ذات الآثار القوية ، مثل : الحزن والتعاسة ، وكلها أمور يعتبرها العلاج العقلاني الانفعالي بناءة وصحية متى كان بمقدورها إيقاظ الخبرات والذكريات غير المرغوبة وتنشيطها لإحداث المواجهة المطلوبة. (إليس Ellis ، 1994 ، 157-158).

تعريف العلاج العقلاني الانفعالي :

هو طريقة حديثة من طرق العلاج النفسي ، وتقتزن نظرية العلاج العقلاني الانفعالي باسم ألبرت إليس Ellis - عالم النفس التحليلي الأمريكي - الذي صاغ أسس تلك النظرية في واحد من أهم مؤلفاته ، وهو كتاب "العقل والانفعال في العلاج النفسي" Reason & Emotion in Psychotherapy ، وفيه يقرر إليس Ellis أن سلوك الفرد - أي فرد - في موقف معين هو خليط من العقلانية واللاعقلانية في آن واحد؛ وذلك لأن الأفراد يسلكون في مواقف الحياة المختلفة وفقاً لما يدركون ويعتقدون نحو موقف معين ، لذلك فالاضطراب في الانفعالات ينتج عادة عن الاضطراب في الإدراك وعدم منطقية التفكير ، ولأن التفكير والانفعال عمليتان غير منفصلتين بل متداخلتين ، فما يسمى "تفكير" يتكون من عناصر غير ذاتية ، وهو موقف يتميز باللاتحيزية ، أما ما يسمى "انفعال" فهو موقف تحيزي تغلب عليه الذاتية في إدراك الأمور ، ويرى إليس Ellis أن ما هو "عقلاني" يمكن أن يصبح "انفعالياً" ، كما أن "انفعالات" الفرد يمكن - وتحت ظروف عمليات معينة - أن تصبح "فكراً" .

والعنصر الجوهرى في نظرية "العلاج العقلاني الانفعالي" هو أن السلوك الانفعالي للفرد ينتج عن حوار داخلي ، فما يتولد من أفكار في وجدان الفرد حول موضوع معين ، هو الذي يكون مادة انفعالاته نحو هذا الموضوع ، فالفرد يفكر بكلمات وجمل ذاتية ، وما يوحى الفرد لنفسه - أثناء هذا الحوار الذاتي - من مدركات وتصورات هو الذي يلون انفعالاته الخاصة ، ويشكل سلوكه في الموقف . (فرج عبد القادر طه وآخرون ، د.ت ، ص ٢٩٩ - ٣٠٠). فالمشكلات والاضطرابات العاطفية تنشأ نتيجة المواقف الخطأ والمشوّهة ، والمعتقدات التي تؤدي إلى انهزامية الذات. وهذه الأفكار والمعتقدات الخطأ يتم التعبير عنها - دائماً - على هيئة "عبارات داخلية" ، ومثال ذلك : أن يحدث الفرد ذاتيه ب "أنه من الأفضل أن أتجنب المصاعب بدلاً من مواجهتها".

وفي عملية العلاج يتم الكشف عن هذه المعتقدات اللاعقلانية عن طريق المواجهة المباشرة ومن ثم تغييرها ؛ حيث يوضح المعالج للفرد أن المشكلات التي يعانيها هي نتاج لهذه المعتقدات التي يتم تغييرها باستخدام الفنيات السلوكية. (روبرت جولدنسون Robert Goldenson ، 1984 ، P 620) .

والأسلوب العقلاني الانفعالي نوع من التعليم النشط المباشر ، إذ إنه المرحلة المبدئية من العلاج يتقلد المرشد دوراً تعليمياً إيجابياً ، يعيد من خلاله تعليم العميل ، ويوضح له الأساس غير المنطقي لما يعانيه من اضطرابات ، وكيف أن هذه الاضطرابات سوف تستمر طالما استمرت أحاديث الذات الداخلية تعمل عملها .

وينبغي على المعالج الكفاء أن يكشف للعميل بصفة مستمرة هذه الأفكار والأحاديث النفسية الداخلية غير المنطقية ، وذلك من خلال إبرازها بصورة واضحة لتصبح في مستوى الانتباه والوعي لدى العميل ، وبيان كيف تسبب الاضطراب وتثبته ، وتوضيح العلاقة غير المنطقية وغير الدقيقة بين هذه الأحاديث الذاتية لديه ، وتعليم العميل كيف يعيد النظر في تفكيره ، وكيف يتحدى ويناقض هذه الأحاديث ويعيدها ويكررها في صورة أكثر منطقية حتى يتم إدخال الأفكار المنطقية الجديدة . (س.هـ. باترسون ، ترجمة حامد الفقي ، ١٩٨١ ، ص ١٨٧-١٨٨)

أهداف العلاج العقلاني الانفعالي :

وضح إليس Ellis الهدف الرئيسي للعلاج العقلاني الانفعالي بالشكل المفضل Preferential RET ، وهو تشجيع العميل على إحداث تغيير فلسفي عميق في مجالين رئيسيين هما: اضطراب الذات ، واضطراب القلق . ويتضمن ذلك مساعدة العميل -قدر الإمكان من الناحية الإنسانية - على التخلي عن هذه المجموعات اللاعقلانية لأفكاره واستبدال التفكير العقلاني بها ، وأيضاً مساعدته على السعي لتحقيق أهدافه الرئيسية طويلة الأمد ، وتقبل ذاته قدر الإمكان ، واكتساب المهارات التي يستطيع استخدامها كعميل في مرحلة لاحقة ، لتجنب حدوث مزيد من الاضطرابات في المستقبل. (إليس Ellis ، 1987 ، P 44) .

نظرية إليس في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

لقد أوضح إليس Ellis نظريته في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في اثنتي عشرة نقطة (١٢) مهمة ، تتلخص فيما يلي :

١- استخلص إيليس Ellis بعض المبادئ الأساسية التي يقوم عليها العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي من بعض مبادئ العديد من المفكرين اليونان والفلاسفة الرومان من العصر القديم ، إلى جانب بعض تعاليم بعض فلاسفة العصر الحديث أمثال إيمانويل كانت Immanuel Kant و جون ديوي John Dewey وبيير تراند راسل Bertrand Russell ، ومن ثم قام بتطويع هذه الخلاصات الفكرية وتطويرها كي تستخدم في مجال العلاج النفسي الفردي والجماعي .

٢- قام إيليس Ellis بتجريب أساليب العلاج النفسي على عملائه ، وتمثلت تلك الأساليب في التحليل النفسي ، والعلاج المتمركز على العميل ، والعلاج الكهربائي .. إلى غير ذلك من أساليب علاجية . ومن خلال ذلك قام بتطوير عدد من الأساليب الإرشادية والعلاجية الموجهة والإيجابية والتي أثبتت فعاليتها .

٣- أوضح إيليس Ellis أن الكائنات الإنسانية تتسم "بالعقلانية " و "اللاعقلانية" ، كما أنها تتعلم وتتبنى أفكاراً دفاعية للحفاظ على الذات ، وأفكاراً مدمرة في الوقت ذاته ، بالإضافة إلى مشاعر وسلوكيات متناقضة .

٤ - إن المعالجين الذين يتصفون بالنزاهة والاستقامة والإيجابية هم الذين يقومون باستخدام وسائل مختلفة في محاولة لتعليم عملائهم كيفية التفكير بفاعلية وعقلانية ، وبذلك يتمكن المعالجون من التوصل إلى تحقيق نتائج أفضل معهم .

٥ - يرى العلاج العقلاني الانفعالي أن الأساليب غير المباشرة في العلاج النفسي تتسم بالقصور وعدم الكفاءة مع أغلبية العملاء ، ومثال لهذه الأساليب : التداعي الحر ، وتحليل الأحلام ، ودراسة ماضي العميل بصورة مفصلة ، وبناء علاقة عميقة بين العميل والمعالج وتحليلها .

٦ - يرى إيليس Ellis أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يركز على استخدام الأساليب المعرفية المختلفة والوسائل الإقناعية ؛ مثل التعليم والمناقشة ومقاومة المعتقدات اللاعقلانية ، وجميعها أساليب شديدة الفاعلية .

٧ - يقوم الأساس النظري للعلاج العقلاني الانفعالي (RET) Rational Emotive Therapy والذي يطلق عليه حالياً العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) Rational Emotive Behavior Therapy على فرضية مؤداها : أن التفكير الإنساني والمشاعر ليستا عمليتين منفصلتين أو مختلفتين ، ولكنهما عمليتان تتماثلان بشكل كبير في بعض الجوانب ، وذلك

بالنسبة لجميع الأهداف العملية. فالتفكير والشعور شأنهما شأن العمليتين الأخريين وهما الإحساس والحركة، فهما متداخلتان بصورة متكاملة ، ولا يصح النظر إلى إحداهما دون الأخرى.

وبعبارة أخرى ، فإن ما تم الإشارة إليه من العمليات الأربع الحيوية اللازمة للحياة وهي: الإحساس ، والسلوك ، والتفكير ، والشعور ، تتم في تكامل وتوحد.

٨ - لكي يحيا البشر ويظلوا سعداء ، فلا سبيل أمامهم سوى الاحتفاظ بشعور دائم متواصل ، بما يتيح لهم تقييم المواقف التي يواجهونها ، والتحرك نحو الأشياء الأكثر إشراقاً ، والابتعاد عن الأشياء القاتمة والسيئة. وحتى عند تقييم حالة هؤلاء الأفراد التي تتسم بالسلبية والمشاعر القاتمة مثل " أن يتصور الفرد فقدانه لوظيفته" ، والشعور بخيبة الأمل والإحساس العميق بالحزن المصاحب لذلك ، فهذه كلها أمور صحية ؛ لأنها تحميهم وتدفعهم إلى تجنب ما يكرهونه ، والتخطيط لتلافي الخبرات المريرة في المستقبل.

٩ - استطاع إيليس Ellis - في نظريته العلاج العقلاني الانفعالي - أن يميز بوضوح بين المشاعر السلبية "الملائمة" و "الصحية" و "الوظيفية" ، وبين المشاعر "غير الملائمة" أو المضطربة .

وهنا يركز إيليس Ellis على أن الخبرات المثيرة (A's) - Activating events - والتي تسبب الإحباط - هي مسألة حتمية في حياة الفرد "بل الأفراد جميعاً" ، ومن الأفضل ألا يقع الفرد ضحية للأحزان والإحباط ، وألا يكون بليداً في مواجهة هذه الخبرات أو الأحداث المريرة ، وألا يفزع ويخاف بشكل غير صحي أو يكتئب ؛ لأنه في كلتا الحالتين لن يستطيع أن يتعامل بصورة كاملة مع هذه الخبرات المثيرة (A's) ، ولن يستطيع تغييرها أو النجاح في العيش متوافقاً معها ، وهذا الشعور السلبي الذي يجتاح الفرد ، شعور "صحي" ولا يحتاج إلى علاج ، فالأسلوب العقلاني الانفعالي لن يساعده على أن يكون عقلياً ، أو متبلداً عند تعرضه لهذه النوعية من الأحداث (A's) ، أو تعرض البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها لذلك.

١٠ - بعد قيام العميل بطرح مشاعر الذعر والاكتئاب وكرهية الذات ، على المعالج أن يقوم بتحديد أي من هذه المشاعر السلبية صحي وأيها غير صحي ؟ (وكذلك السلوكيات) ؟ وما المعتقدات العقلانية التي تصاحب السلوكيات الأولى ؟ وما المعتقدات اللاعقلانية التي تصاحب المشاعر والسلوكيات الثانية ؟ وفي ذلك تكمن مشكلة المعالج.

١١ - انتقد إيليس Ellis أساليب علاج التحليل النفسي والديناميكي ، فجميعها تفترض أن الاختلال الوظيفي لمعتقدات الفرد ينشأ أساساً في مرحلة الطفولة وبخاصة علاقته مع أفراد أسرته ، وإذا استطاع أن يفهم ويدرك هذا المصدر لاضطراباته، فبإمكانه التغلب على هذه الاضطرابات التي أدت إليها تلك العلاقات المضطربة في الصغر.

غير أن إيليس Ellis يشكك في صحة هذه النظريات ، ويرى أنه قد يتاح للفرد أن يتبنى أو يخلق معتقداته اللاعقلانية بنفسه خلال مرحلة المراهقة أو خلال مرحلة البلوغ. وحتى إذا ظهرت تلك المعتقدات نتيجة للخبرات المبكرة التي تعرض لها الفرد في حياته ، فإن معرفة الفرد واستبصاره بمصدر هذه الاضطرابات ، قد لا يساعد على تغيير معتقدات الفرد اللاعقلانية.

١٢ - يوضح إيليس Ellis أن استخدام المعالجين النفسيين لنظريته (ABC) في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ، تساعد العملاء على تحقيق الأمور التالية :

- أ- تعرف معتقداتهم التي تؤدي إلى شعورهم بالانهزامية.
- ب- رؤية تأثير هذه المعتقدات المحبطة ، وما تسببه من اضطرابات عاطفية.
- ج- تعلم كيفية مقاومة (D) Dispute هذه المعتقدات اللاعقلانية ؛ وذلك بالإصرار على إعادة التفكير فيها وتحديدها.
- د- استخدام أساليب أخرى من أساليب العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ؛ المعرفية والعاطفية والسلوكية ، وذلك لتغيير المعتقدات اللاعقلانية ، ووضع مجموعة بديلة من المعتقدات العقلانية الصحية والمفيدة محلها. (إيليس Ellis ، 1994 ، 69-53 P)

نظرية (ABC) في العلاج العقلاني الانفعالي:

يعتمد العلاج العقلاني الانفعالي على ما يعرف بنظرية (ABC) في دراسة الشخصية واضطراباتها. ويبدأ المعالج عادة بالخطوة (C) Emotional Disturbance ، والتي تمثل الاضطراب الانفعالي الذي يعاني منه العميل حالياً. فقد يتعرض العميل للرفض ، ويطلق على هذه الحالة (A) والتي تمثل الخبرة المثيرة ، حيث يعتقد العميل بصورة خطأ- أنها السبب في حدوث (C) أي اضطرابه الانفعالي وإحساسه بالقلق وعدم القيمة والاكئاب. (إيليس Ellis ، 1973 ، 56 P).

وبوضح RET أن نظام المعتقدات لدى الأفراد يتكون من جزأين : العقلاني واللاعقلاني ، حيث تنشأ في الجزء اللاعقلاني تلك المطالب والمعتقدات اللاعقلانية مما ينتج عنها تدمير الذات والكراهية، وهي جميعاً تمثل محور اهتمام المعالج. وعندما يسعى هؤلاء الأفراد إلى العلاج ، فمن المحتمل أن السبب في ذلك يرجع إلى أنهم يعانون بدرجة كبيرة من التعاسة. ولذلك فإن الهدف الرئيسي للمعالج في هذه الحالة هو أن يعلمهم أن مشكلتهم لا تنشأ من (A) وحدها أي (الأحداث المثيرة) ، ولكن بسبب سوء فهمهم لها.

فالعواطف والانفعالات تنشأ أساساً نتيجة لأشياء قمنا بفعلها بفاعلية ، كما تنشأ بالدرجة الأولى نتيجة لما نخبر به أنفسنا بأننا مسئولون مسئولية تامة عن عواطفنا ؛ ولذلك فالأفراد (العملاء) الذين يترددون على المعالج يعتقدون بقوة أن (A) هي التي تسبب (C) ، ولكن هذا الاعتقاد خطأ ؛ حيث إن (Ib) أي (المعتقدات اللاعقلانية) هي التي تسبب (C) أي (الاضطراب الانفعالي). (ليروي وتشارلز Leroy & Charles ، 1985 ، P 98).

وفي حالة تمسك الفرد بمعتقداته العقلانية حول الرفض ، فإنه سيمر بخبرة في مشاعره العميقة بحيث يعيش الحالة (C) ، وتختلف هذه الحالة عن تلك التي تنشأ نتيجة المعتقدات غير العقلانية وهي (القلق ، والإحساس بعدم القيمة ، والاكتئاب).

ونتيجة للمعتقدات العقلانية فقد يشعر (بخيبة الأمل ، والإحباط ، والضيق) ، وفي هذه الحالة فإن مشاعره سوف تكون ملائمة تماماً للخبرات والأحداث المثيرة حيث إنها ستقوم بدفعه إلى محاولة تغيير حياته؛ وبذلك يمكنه أن يحظى بقبول الآخرين في المستقبل ، مما يمكن أن يؤدي إلى إحساسه بالسعادة. (إليس Ellis ، 1973 ، p 56-57).

وفي هذا الصدد ، يوضح النموذج ABC للعميل مصدر إدراكه ومعرفته في اضطرابه العاطفي وسوء تكيفه ، وأن العميل سوف يتعلم كيف يقلل من اضطرابه وسوء تكيفه ، وذلك عن طريق توسيع نطاق النموذج بحيث يصبح ABCDE .

الفروض الكلينيكية والشخصية للعلاج العقلاني الانفعالي :

قدم إليس Ellis في دراسته (١٩٧٧) كل الفروض التي تقوم عليها نظريته في الإرشاد والعلاج النفسي ، حيث يبلغ عددها ٣٢ فرضاً، بالإضافة إلى عرضه قائمة طويلة من الدراسات والأبحاث التي تؤيد هذه الفروض.

وفي هذا الصدد نبه إليس Ellis إلى حقيقة مهمة ، مؤداها أنه لا يمكن أن يتم فهم أي نظرية من نظريات العلاج النفسي دون توفر قدر كاف من الأدلة التجريبية التي تدعمها ،

وبما أن العلاج العقلاني الانفعالي - مثل أي نظرية من نظريات تغير الشخصية -- يتسم بقدر كبير من الاتساق المنطقي وتحقيقه نتائج جيدة ، فإنه لا يمكن اعتباره علاجاً ناجحاً إلا بعد إجراء الدراسات التجريبية .

ولحسن الحظ فإنه يمكن اعتباره كذلك بالفعل ؛ حيث أشار إليس Ellis إلى أن أكثر من ٩٠% من نتائج الدراسات المنشورة تؤيد صحة نظرية العلاج العقلاني الانفعالي ، في حين أشارت النسبة الباقية (١٠%) إلى نتائج سلبية أو متناقضة. وقد أرجع إليس ذلك إلى وجود عيوب منهجية في هذه الأبحاث. (إليس Ellis ، 1977 ، P 2-3).

وتعرض الباحثة هذه الفروض باختصار وبالترتيب نفسه الذي عرضه إليس Ellis في دراسته (1977: P 3-20) ، وهي كما يلي:

أولاً : الفروض الخاصة بنظرية ABC :

الفرض (١) : التفكير و الانفعال : إن التفكير الإنساني والانفعال ليسا عمليتين مختلفتين أو منفصلتين ، ولكنهما متداخلتان بصورة تكاملية. وتوجد عمليات معرفية وسيطة بين المثير والاستجابة. وما نطلق عليه انفعالاً وسلوكاً لا ينشأ نتيجة لردود أفعال الأفراد تجاه البيئة فقط ، ولكن ينشأ أيضاً نتيجة لأفكار الفرد ومعتقداته واتجاهاته نحو البيئة ومفهومه عن ذاته .

الفرض (٢) : العمليات الخاصة بالدلالة اللفظية والأحاديث الذاتية: يتحدث الناس إلى أنفسهم وللآخرين بدون موضوعية ، وهم ينظرون للأشياء من منظورهم ، وحسبما يحدثون أنفسهم بها يؤثرون بوضوح على انفعالاتهم وسلوكهم ، وأحياناً يقودهم ذلك إلى الاضطراب الانفعالي.

الفرض (٣) : الحالات المزاجية والمعرفية : تعتمد الحالات المزاجية للأفراد - أساساً - على ما يعتقدونه أو ما يحدثون أنفسهم به. فهم عندما يتحدثون إلى أنفسهم ، ويعتقدون في الأفكار التي تبعث على التفاؤل والأمل والبهجة، فإنهم يميلون إلى الشعور بالسعادة والبهجة والمتعة. ولكنهم عندما يتحدثون إلى أنفسهم ويعتقدون في الأفكار التي تبعث على التشاؤم والسخرية والتنبؤ بمستقبل غير ممتع ، فإنهم يميلون إلى الشعور بالحزن والتعاسة والاكتئاب.

الفرض (٤) : الوعي والاستبصار وتنبيه الذات : بالإضافة إلى قدرة الأفراد على التفكير (والتعميم) فإن لديهم القدرة على التفكير في طريقة تفكيرهم ، وكذلك

التفكير في أفكارهم عن تفكيرهم. وهم - غالبًا - يلاحظون سلوكهم ويعرفونه ، وعن طريق الملاحظة والمعرفة يؤثرون سلوكًا بعينه أو يغيرونه.

الفرض (٥) : التصور والتخيل : لا يكفي الأفراد في التفكير فيما يحدث لهم ، بالكلمات والجمل ، وإنما يفكرون أيضًا بطرق غير لفظية مثل استخدام التصور والتخيل والأحلام ، بالإضافة إلى أنواع أخرى من التمثيل التصوري ، ويتضمن هذا التصور رسائل وسطية معرفية ، كما هو الحال في التقارير الذاتية اللفظية.

الفرض (٦) : وجود علاقة متبادلة بين المعرفة والانفعال والسلوك : إن معرفة الإنسان وانفعاله وسلوكه جميعًا أمور ليست مستقلة أو منفصلة عن بعضها، وإنما تتسم بوجود علاقة متبادلة فيما بينها ، كما أن كلاً منها يؤثر في الآخر بحيث لو حاول الفرد تغيير أحد هذه الأمور فإن ذلك يستتبعه تغير في الأمرين الآخرين.

الفرض (٧) : التغذية الرجعية والتحكم في العمليات الفسيولوجية: عندما يدرك الأفراد تفكيرهم وانفعالهم والعمليات الفسيولوجية ، فإنهم يفكرون - غالبًا - في هذه العمليات باهتمام ، مما يؤثر في سلوكهم اللاحق ؛ إما بطريقة صحية (مساعدة الذات)، أو بطريقة غير صحية (انهزامية الذات) .

الفرض (٨) : تأثير الميول الفطرية على الانفعال والسلوك : توجد لدى الأفراد ميول فطرية ، وميول أخرى مكتسبة ، تؤثر في تفكيرهم وانفعالهم وسلوكهم بطرق معينة . وبالرغم من أن السلوك لا يحدث نتيجة للغريزة أو الفطرة وحدها ، وإنما بتأثير عوامل البيئة القوية ، وكذلك عوامل التعلم التي تسهم في "السببية" وفي مجال الاضطراب الانفعالي بصفة خاصة - فإن الميول البيولوجية الفطرية والمكتسبة المتعلمة كلاهما تساعد على خلق الاضطراب الانفعالي.

الفرض (٩) : تأثير توقع الفرد على انفعاله وسلوكه: عندما يتوقع الأفراد أن شيئاً ما سيحدث ، أو يتوقعون أن الآخرين سوف يفعلون شيئاً ما أو يستجيبون بطريقة معينة ، فإنهم سوف يتصرفون بطريقة مختلفة تماماً إذا كانت لديهم توقعات أخرى. وبإمكان المعالج استخدام توقعات العملاء لمساعدتهم في التغلب على اضطراباتهم .

الفرض (١٠) : تأثير مركز تحكم الفرد على انفعاله وسلوكه : عندما ينظر الأفراد لمواقف معينة وردود أفعال الآخرين وإلى سلوكهم الشخصي طبقاً لتحكمهم الذاتي ،

فإنهم يتصرفون بأسلوب مختلف عندما ينظرون إلى هذه المواقف وردود الأفعال والتصرفات، كما لو أنها مفروضة عليهم من مصدر خارجي أو خارج نطاق تحكمهم الذاتي.

الفرض (١١) : أخطاء خصائص الفرد : من خصائص الإنسان الدافعية والغرضية والسببية ، وهو يستخدمها تجاه الناس وتجاه الأحداث الخارجية ، وكذلك الحالات الفسيولوجية الداخلية. ويؤثر ذلك بشكل واضح على انفعاله وسلوكه عندما تركز هذه الخصائص على مفاهيم ومدرجات مضللة ولا عقلانية، مما يؤدي إلى زيادة اضطرابه الانفعالي.

ثانياً : الفروض الخاصة بالمعرفة الوسطية للاضطراب الانفعالي :

الفرض (١٢) : التفكير اللاعقلاني : يتصف البشر بوجود ميول فطرية ومكتسبة قوية، وذلك لتحديد قيمهم الأساسية (وبخاصة التي تتعلق بالبقاء والسعادة) ، كما أنهم يفكرون ويتصرفون بطريقة عقلانية (وذلك بدافع من هذه القيم)، أو بطريقة لا عقلانية (وذلك مخالفة لهذه القيم الأساسية). ويتداخل تفكيرهم اللاعقلاني مع أفكارهم وانفعالهم وسلوكهم الصحي والعقلاني ، وحين يغيرون من هذه الأفكار الخطأ فإن سلوكهم المختل وظيفياً يتغير تبعاً لذلك.

الفرض (١٣) : سوء تقدير الذات : توجد لدى الأفراد ميول فطرية ومكتسبة ليس فقط لتقييم أفعالهم وسلوكهم وأدائهم وسماتهم (سواء كانت حسنة أو سيئة) ، ولكن أيضاً لتقييم أنفسهم وما بداخلهم بالكيفية نفسها.

الفرض (١٤) : الأساليب الدفاعية اللاشعورية : عندما يدرك الأفراد أن سلوكهم سيئ أو خطأ أو غير كفء أو مخجل ، فإنهم يرفضون أن يعترفوا لأنفسهم أو للآخرين بأنهم يفكرون أو يتصرفون على نحو سيئ ، ومن ثم يلجأون إلى استخدام العديد من الأساليب الدفاعية ؛ وذلك لإخفاء أفعالهم الخطأ أو إنكارها ، والدافع الرئيسي لاستخدام هذه الأساليب الدفاعية ينشأ نتيجة لحفظ تقديراتهم لذواتهم.

الفرض (١٥) : درجة تحمل الفرد للإحباط : يوجد لدى الأفراد ميول فطرية ومكتسبة لتحمل القليل من الإحباط ، ولذلك فهم يقومون بالأعمال البسيطة السهلة التي تحقق لهم الإشباع الفوري والمباشر على المدى القصير ، حتى ولو كانت نتائجها بسيطة وغير مجدية في المستقبل.

الفرض (١٦) : توقع الفرد للتهديد : بالإضافة إلى ردود فعل الأفراد للتهديد الحقيقي وظهور الخوف والقلق عند وجود خطر حقيقي ، فإنهم أيضاً يترقبون ويتخيلون

الظروف المرتبطة بالتهديد ، وغالبًا ما ينشأ عندهم رد فعل يؤدي إلى حدوث درجة كبيرة من الاضطراب نتيجة لهذا الترقب أو التخيل ، الذي يُعد عملية معرفية وسطية مهمة تؤدي إلى الاضطراب الانفعالي.

ثالثًا : الفروض الخاصة بفنيات العلاج العقلاني الانفعالي :

وهي فروض توضح الفنيات الإرشادية التي يستخدمها المرشد العقلاني في تحقيق أهداف عملية الإرشاد العقلاني الانفعالي ... وفيما يلي هذه الفروض :

الفرض (١٧) : العلاج النشط الموجه : بما أن الأفراد لديهم ميول فطرية ومكتسبة قوية لأن يتسببوا في حدوث اضطرابهم انفعاليًا ، وجعل سلوكهم مختلاً وظيفيًا ، ولأنهم يشعرون ويسلكون ويفكرون بطريقة انهزامية فإنهم يميلون إلى تلقي العلاج النشط الموجه.

الفرض (١٨) : الدحض والإقناع : نظرًا لتمسك الأفراد بالأفكار اللاعقلانية وغير المنطقية وغير التجريبية والمطلقة، مما يؤدي إلى الانهزامية الذاتية ، ونظرًا لأن الأفراد لا يتلاءمون مع الواقع فعلى المعالج أن يوضح لهم هذه المعتقدات اللاعقلانية ، وينبهم إليهم أنهم لا يمكنهم التمسك بها كحقيقة مسلم بها ، وأن استمرارهم في الاعتقاد بها سوف يقودهم إلى الألم والسلوك المختل وظيفيًا.

الفرض (١٩) : الواجبات المنزلية : يتضمن العلاج النفسي الفعال قدرًا كبيرًا من الواجبات المنزلية النشطة الموجهة ؛ لمساعدة الأفراد على الممارسة الفعالة للتخلص من العادات الهازمة للذات ومنعها من التكرار.

الفرض (٢٠) : تبسيط الإهانة وحسن الظن بالآخرين : حينما يشعر الأفراد أن الآخرين يفكرون في إهانتهم واحتقارهم فإنهم يشعرون باضطراب أكثر مما لو قام هؤلاء بتصرفات سيئة ولكن ليست مهينة. كما أن إدراك الأفراد أن الآخرين يريدون إلحاق الضرر بهم والتقليل من شأنهم فإن مثل هذا الإدراك يسبب لهم ضررًا أكبر من التصرف الضار الذي يسببه هؤلاء الأفراد.

الفرض (٢١) : تنفيس الانفعالات المختلفة وظيفيًا : إن تنفيس الانفعالات المختلفة وظيفيًا - وبخاصة أشكال الغضب المختلفة مثل (العدائية والاستياء أو السخط والغيط والعدوان البدني) - قد يكون لها تأثيرات ملطفة على تصريف هذه الانفعالات ، إلا أنه غالبًا ما توجد فلسفة يُعزى إليها الغضب تتضمن وجود معتقد عقلائي وهو : "أنا لا أحب سلوكك وأتمنى لو

أنك توقفه". أما المعتقدات اللاعقلانية والاحتميات فقد يعبر عنها الشخص كالتالي : "أنا لا أحب سلوكك ، أعتبرك شخصاً سيئاً إذا لم تتوقف عن هذا السلوك".

الفرض (٢٢) : تبصير الفرد باختيار الطرق الفعالة للتغيير السلوكي : بالرغم من أنه لا توجد إرادة حرة نقية - كما يبدو - وبالرغم من أن السلوك الإنساني يتحدد جزئياً بالعوامل البيولوجية والبيئية التي قليلاً ما يتحكم فيها الإنسان ، فإن هناك احتمالاً كبيراً بأن الأفراد يقومون بعمل شيء ويرفضون ما لا يريدون، كما أن لديهم درجة كبيرة من الاختيار بناء على رغبتهم واستطاعتهم .

الفرض (٢٣) : ضبط النفس : عندما يدرك الأفراد أن سلوكهم مرغوب فيه بدرجة أقل ، وعندما يشعرون بالاضطراب الانفعالي ، تتكون لديهم القدرة على التغيير واتباع أساليب متنوعة لضبط النفس أو ترويضها لتحقيق هذا التغيير. والعلاج النفسي الفعال غالباً ما يتضمن مساعدة العميل على استخدام قدر مناسب من المعرفة التي تتصل بترويض النفس.

الفرض (٢٤) : تعلم مهارات الكفاح رغم الشدة والتهديد : إن قدرة الأفراد على الكفاح -رغم الشدة والتهديد- تتأثر بوضوح بمفاهيمهم عن كيفية التفكير في مواقف الشدة ؛ بحيث إنهم إذا فكروا جيداً فإنهم يستطيعون الكفاح. وعندما يتعلمون مهارات أو استراتيجيات الكفاح فإن ذلك قد يساعدهم على أن يكافحوا ، وذلك بسبب مناقشتهم وحثهم على أنهم يمكن أن يزدوا ثقتهم بأنفسهم وبقدرتهم على فعل ذلك.

الفرض (٢٥) : التحويل أو الإلهاء : يميل الأفراد إلى التركيز على عمل شيء واحد في وقت واحد ، ولذلك فإنهم إذا أرادوا أن يوقفوا تركيزهم على الأفكار المسببة للاضطراب مثل (الخوف من الفشل والرفض والإحباط) ، فإنهم يستطيعون تغيير انفعالهم وسلوكهم على الأقل - بصورة مؤقتة - وذلك بالتركيز على أشياء أخرى غير مسببة للاضطراب المعرفي أو الحادث ؛ مثل (التأمل ، والتخيل ، والاسترخاء ، والأحاسيس الفيزيائية).

الفرض (٢٦) : استخدام الأساليب التربوية وإعطاء المعلومات : يوجد لدى الأفراد قدرة على التعلم ذاتياً ، كما أنهم يتقبلون أن يتعلموا من الآخرين ؛ لكي يكون لديهم أساليب مختلفة للسلوك والانفعال .

الفرض (٢٧) : تقليل قابلية الفرد للتأثر بإيحاءات الآخرين : يوجد لدى الناس ميول قوية لأن يفكروا وينفعلوا ويسلكوا سلوكاً خاصاً وفقاً لإيحاءات الآخرين القوية، حتى لو

كانت هذه الإيحاءات والمقترحات ضعيفة ونتائجها غير مرغوبة للفرد أو المجتمع. ومن ثم فهم يأخذون هذه الإيحاءات ويجعلونها إيحاءات ذاتية قوية ، ويتصرفون على أساسها مما يؤثر في سلوكهم الشخصي.

الفرض (٢٨) القدوة والتقليد : توجد لدى الأفراد ميول فطرية ومكتسبة لتقليد الآخرين والتشبه بهم وتغيير أفكارهم وانفعالاتهم وسلوكهم وفقاً لهذه النماذج ، وبالتالي فهم يكتسبون أو يعدلون اضطرابهم الانفعالي عن طريق تقليدهم للغير شعورياً أو لا شعورياً.

الفرض (٢٩) : مهارات أسلوب حل المشكلة : يميل الأفراد إلى استخدام أسلوب حل المشكلة والأساليب المعرفية المرتبطة بها ؛ في تعاملهم مع اضطرابهم الانفعالي أو التغلب عليه ، وكذلك بالنسبة لسلوكهم المختل وظيفياً. ولذلك فإن الأفراد الذين يفتقدون هذه المهارات أو لديهم نقص فيها فإنهم يميلون إلى إنهاء الاضطراب أو سوء الأداء بدرجة أسرع من الأفراد الذين لديهم مهارات أكثر في هذا المجال .

الفرض (٣٠) : القيام بالدور والتدريب السلوكي: عند اختيار الأفراد أداء دور معين مهم ، سواء كان حقيقياً أو مفترضاً ، فإنه يتكون لديهم خبرة مختلفة بالنسبة للأفكار والمشاعر والسلوك ، وذلك بشكل ملموس عن تلك التي مروا بها من قبل. وغالباً ما يتسبب الأفراد في حدوث اضطراباتهم ، وفي الوقت نفسه مساعدة أنفسهم على إصلاح هذه الاضطرابات عن طريق خبرات القيام بالدور.

الفرض (٣١) : التدريب على المهارات : عندما يتلقى الأفراد تدريبات ذات فاعلية في مهارات معينة مثل : (السيطرة والتطبيع الاجتماعي وتوضيح القيم) ، فإنهم - غالباً - ما يغيرون تفكيرهم وانفعالاتهم وسلوكهم ويجعلون أنفسهم - أحياناً - أقل اضطراباً انفعالياً. ولا تكون هذه التغييرات نتيجة زيادة المهارات فقط ، ولكنها بالإضافة إلى ذلك تكون نتيجة إدراك الأفراد لقدراتهم وتقديرهم لذواتهم حول مهارات مكتسبة حديثاً.

الفرض (٣٢) : وجود علاقة بين العلاج العقلاني الانفعالي وغيره من الأساليب العلاجية: بالرغم من استخدام العقلاني الانفعالي لفنيات عديدة قد تتداخل مع الفنيات المستخدمة في الأساليب العلاجية الأخرى ، فهناك فروق واضحة عند استخدام وممارسة العلاج العقلاني الانفعالي والأساليب العلاجية الأخرى.

وفي هذا الصدد ، يشير إليس Ellis إلى أن العلاج العقلاني الانفعالي يتداخل - بصفة خاصة - مع العلاج المعرفي السلوكي وكأنه أحد الفنيات الرئيسية له ، في حين يرى باحثون آخرون أنه جزء مكمل للعلاج المعرفي السلوكي.

وترى الباحثة أن هذه الفروض الخاصة بنظرية إليس Ellis في الشخصية والعلاج النفسي تُعد إطاراً كاملاً ذا أهمية للمعالج والعميل في الوقت نفسه ؛ بحيث إنها تساعد المعالج على فهم مشكلات العميل والوقوف على أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية ، ومن ثم مساعدته على فهم هذه الأمور وتعديل أفكاره ومعتقداته التي تتسبب في اضطرابه الانفعالي ، وتغيير انفعاله وسلوكه وتفكيره للأفضل ، على نحو يحقق له قدراً مناسباً من الصحة النفسية.

كما أن إمام العميل بهذه الفروض وفهمها فهماً دقيقاً - وذلك بمساعدة المعالج العقلاني - سوف يساعده على التفكير بطريقة عقلانية ، وتعلم أنواع جديدة من المعرفة ، والتحكم في ذاته ، وتقييم نفسه بطريقة صحيحة ، والاعتراف بخطئهِ ، وعدم استخدام الأساليب الدفاعية التي تسبب له القلق والاضطراب ، بالإضافة إلى تحمل الإحباط ، وتكوين فلسفة واضحة بعيدة المدى للحياة تحقق له قدراً أكبر من السواء ، ويصبح قادراً على تقبل نفسه وتقبل الآخرين والتسامح معهم وحسن الظن بهم.

نظرية الاضطراب :

يستند المدخل العقلاني الانفعالي في تفسيره لنشأة الاضطراب النفسي على أسس بيولوجية وأخرى اجتماعية وثالثة سيكولوجية وذلك كالآتي :

فالأسس البيولوجية ليست واضحة تماماً ، ولكن إليس Ellis يرى أن النزعة إلى الكمال ورغبة الفرد في أن ينجز الأعمال عند أعلى مستوى من الإتقان - وهي نزعة عامة تكاد تكون عند الجميع - يوحى بأن لهذه النزعة أساساً بيولوجياً فطرياً . وفي الوقت الذي يحرص فيه كل الناس في البداية على إنجاز الأعمال عند المستوى المثالي فإن أغلب الناس تهجر هذا المدخل لعدم قدرتها على الالتزام به وللعوامل الكثيرة التي تقف حائلاً دون ذلك . على أن بعض الناس يظلوا في مجاهدة مستمرة لكي يلتزموا بهذا المستوى ، ويدفعون لذلك ثمناً باهظاً ، وهم الذين يكونون أكثر عرضة من غيرهم للاضطراب بسبب عدم الرضا عن أدائهم وتقييمهم السلبي لذواتهم .

أما **الأسس الاجتماعية** للاضطراب في المدخل العقلاني الانفعالي فتتمثل في التوازنية التي ينبغي أن يقيمها الفرد في علاقاته بالآخرين ، فهو لا يستطيع أن يعتمد عليهم

كثيرا ، كما أنه لا ينبغي أن يبتعد عنهم وينفر منهم . والفرد المضطرب أو المرشح للاضطراب هو الذي يهتم بالآخرين وبآرائهم أكثر مما ينبغي ، بحيث يفقد استقلاليته وشخصيته في سبيل إرضاء الآخرين ، ومثله الشخص الذي يقف في الطرف الآخر ويقنع نفسه بأن الآخرين أشرار وينبغي الابتعاد عنهم أو عدم الاهتمام بهم .

أما الأسس السيكلولوجية فتتمثل في نظرية إليس Ellis المعروفة (A.B.C) والتي أكملها بعد ذلك بالأحرف D.E.F لتصبح الحروف الرامزة على النظرية A.B.C.D.E.F ، وقد أشارت إليها الباحثة سابقا) . حيث يرى إليس Ellis أن معظم النظريات السيكلولوجية ، وكذلك المناهج العلاجية قد اهتمت كثيرا بالمتغيرين (A) و (C) (المثير والنتيجة) ؛ بينما أهملت المتغير الوسيط أو المعتقد (B) رغم أهميته البالغة . فالمتغير (A) في نظرية إليس Ellis ليس له - في حد ذاته - قيمة كبيرة ، ولكن المهم هو القناعات أو المعتقدات التي تدرك على أساسها المتغير (A) ، فقد تدركه كعامل مهدد أو خطر وهو ليس كذلك ، علما بأننا سنتصرف بناء على ما أدركناه ، والعكس صحيح فقد ندرك العامل (A) الذي يمثل خطورة وأهمية فعلية وحقيقة على أنه عامل تافه وغير مهم ، بناء على قناعاتنا ومعتقداتنا (B) ونتصرف على هذا الأساس ، وبذا نتصرف تصرفا خاطئا ونتحمل نتائج سيئة ، ويكون العامل (C) من النوع المكدر .

وهكذا يبدأ الاضطراب النفسي عندما يسيء الفرد تفسير (وهو المتغير B) الأحداث من تصرفات الآخرين (وهي المتغير A) فيترتب على سوء التفسير نتائج سيئة (وهي المتغير C) والتي تتمثل في الأعراض. (علاء الدين كفاي ، ١٩٩٩ ، ص ٣٢٤-٣٢٥) .

الفنيات المستخدمة في العلاج العقلاني الانفعالي :

يُعد العلاج العقلاني الانفعالي شكلاً متعدد النماذج للعلاج ، حيث إنه يحبذ استخدام الفنيات المعرفية والعاطفية والسلوكية ، وهي فنيات تم استعارتها من أنساق علاجية أخرى ، ولكن تم توظيفها لأهداف غالباً ما تتفق ونظرية العلاج العقلاني الانفعالي .

والمعالج العقلاني الانفعالي يكون دائماً على دراية بالآثار الطويلة الأمد والقصيرة الأمد لبعض الأساليب العلاجية ، ونادراً ما يميل المعالج لاستخدام أسلوب قد يؤدي إلى نتائج مفيدة فورية ولكنها قد تؤدي إلى آثار ضارة على الأمد الطويل .

ويلاحظ أن جميع الفنيات تستند على عناصر معرفية وعاطفية وسلوكية ، ولا توجد فنيات خالصة تماماً ، وإنما تتأثر جميعها ببعضها البعض . وقد حدد إليس Ellis فنيات العلاج فيما يلي :

أولاً : فنيات معرفية Cognitive Techniques :

يستخدم المعالجون بالأسلوب العقلاني الانفعالي عدة فنيات معرفية ؛ بهدف التنبيه إلى ضرورة مقاومة المعتقدات اللاعقلانية ، ومساعدة العميل على اتباع فلسفة عقلانية جديدة. وفيما يتعلق بالتنبيه إلى ضرورة مقاومة المعتقدات اللاعقلانية ، يستخدم المعالج العقلاني الانفعالي عدة فنيات تتضمن :

أ- الكشف Detecting ؛ ويتكون من البحث عن المعتقدات اللاعقلانية ، وما يرتبط بها من مفاهيم مثل "لا بد" ، "مفروض" ، "حتمًا" ، والتي تؤدي إلى انهزامية الذات.

ب- الحوار Debating ؛ حيث يقوم المعالج بتوجيه بضعة أسئلة للعميل ، الغرض منها توضيح عدم صحة هذه المعتقدات اللاعقلانية له ، مما يؤدي إلى تخلي العميل عن هذه المعتقدات.

مثال على هذه الأسئلة : "أين دليلك على ما نقول ؟ " ، "ما الذي يجعل هذا المعتقد يضمن الصحة أو الخطأ ؟ " ، "ما الذي يجعل الأمور على هذا النحو؟ " ويستمر المعالج في توجيه مثل هذه الأسئلة حتى يقر العميل بعدم صحة هذه المعتقدات اللاعقلانية ، بل يعترف في النهاية بصحة البديل العقلاني المطروح.

ج- التمييز Discriminating ؛ ويتضمن معاونة المعالج للعميل على التمييز بوضوح بين القيم غير المطلقة (ما الذي يريده ؟ وماذا يفضل ؟ وما هي رغباته ؟ وماذا يحب ؟) ، وبين القيم المطلقة (احتياجاته ، متطلباته ، والأوامر الحتمية).

وفيما يتعلق بمساعدة العميل على اتباع فلسفة عقلانية جديدة ؛ يستخدم المعالج العقلاني الانفعالي عدة وسائل معرفية تتضمن :

- ١- العلاج بالقراءة: وفيه يتم إعطاء العميل كتيبات ومواد أخرى موجهة لقراءتها.
- ٢- العلاج بالاستماع : حيث يتم الاستعانة بشرائط كاسيت تتعلق بمحاضرات تتضمن العلاج بالأسلوب العقلاني الانفعالي ، وموضوعات أخرى توظف في خدمة العلاج .
- ٣- استخدام العلاج العقلاني الانفعالي بين العملاء : حيث يقوم بعض العملاء في RET بمساعدة أصدقائهم وأقربائهم على حل مشكلاتهم ، وبذلك يكتسب هؤلاء العملاء الخبرة في ممارسة استخدام المناقشات العقلانية.

ثانيًا : فنيات عاطفية Emotive Techniques :

يستخدم المعالج العقلاني الانفعالي عدداً من الفنيات العاطفية ؛ بهدف مساعدة العميل على تحدي مشاعره اللاعقلانية.. وتتضمن هذه الفنيات :

أ - أساليب مرحلة : يتم استخدامها لتشجيع العميل على التفكير المنطقي العقلاني، دون النظر إلى الأمور بشكل جاد مما يؤدي إلى حدوث نتائج سلبية.

ب- طرح نموذج فلسفي عقلاني يكتشفه العميل بنفسه ، وقد يعترف المعالج للعميل صراحة أنه هو نفسه صادفته مشكلات مشابهة ، وأنه نجح في التغلب على هذه المشاعر السيئة بالاستخدام السليم للعلاج العقلاني الانفعالي.

ج- استخدام عدد من القصص والشعارات والدعابات والأشعار كعناصر مساعدة لتجسيد الأساليب المعرفية لمقاومة المعتقدات اللاعقلانية.

د- كتابة عدد من الأغاني المرحلة العقلانية على نحو يقدم فلسفة عقلانية بصياغة يسهل تذكرها.

وهكذا ؛ يبدو العلاج العقلاني الانفعالي ذا طابع فريد من العلاج السلوكي المعرفي ؛ لأنه يؤكد على استخدام التدخلات التي تتضمن مشاركة وجدانية كاملة من جانب العميل ، وعلى هذا الأساس فإن المعالج العقلاني الانفعالي يقترح مساعدة العميل لنفسه بالاستبصار العقلي ، ثم الانتقال إلى الاستبصار العاطفي ، وذلك لإحداث المقاومة الفعالة لمواجهة المعتقدات اللاعقلانية. (إليس Ellis ، 1987 ، 54-55 P).

ثالثًا : فنيات سلوكية Behavioral Techniques :

يشجع العلاج العقلاني الانفعالي على استخدام الفنيات السلوكية (وبخاصة الواجبات المنزلية Homework Assignments) ، حيث بدأ في العمل بهذه الفنية عام ١٩٥٥ ، عندما أدرك أنصار هذا النوع من العلاج أن التغيير المعرفي يسهم في عملية التغيير السلوكي. وحيث إن المعالج العقلاني الانفعالي يركز على مساعدة عميله بزيادة قدراته على تحمل مشاعر الإحباط ، فإنه يشجع العميل على أداء الواجبات المنزلية ، وذلك عن طريق فنية الإغراق والتقليل من الحساسية المفرطة ، بدلاً من التدريبات التدريجية للتخلص من الحساسية المفرطة. (إليس Ellis ، 1987 ، 55-56 P).

استراتيجيات العلاج المتبعة في العلاج العقلاني الانفعالي :

يقوم المعالج في العلاج العقلاني الانفعالي بتنفيذ استراتيجيات العلاج ، وذلك بمساعدة العملاء وتدريبهم على ملاحظة اضطراباتهم النفسية ، ومحاولة رد هذه الاضطرابات إلى جذورها الأيدلوجية وتفسيرها. كما يوضح المعالج للعميل أنه يجب ألا يظل تحت سيطرة عمليات التفكير اللاعقلاني ذات الأساس البيولوجي، والاستعانة بالأساليب السلوكية والمعرفية والعاطفية في تغيير معتقداتهم اللاعقلانية، وغالبًا ما يتم ذلك بطريقة نشطة وفعالة للغاية. (إليس Ellis ، 1987 ، 44-45 P).

يتمثل المعدل الأكثر شيوعًا في العلاج العقلاني الانفعالي في جلسة واحدة أسبوعيًا. وقد يتراوح عدد جلسات هذا النوع من العلاج من ٥ إلى ٥٠ جلسة ، ويبدأ العميل عادة الجلسة الأولى بذكر أكثر ما يضايقه من مشاعر وتوضيح عواقب هذه المشاعر (C) خلال الأسبوع. فيكتشف المعالج حينئذ الأحداث النشطة (A) التي وقعت قبل أن تؤدي به إلى مشاعر سيئة ، ويساعد العميل في تعرف المعتقدات العقلانية (rB) Rational Beliefs واللاعقلانية (iB) المرتبطة بالأحداث المنشطة . ثم يعطى العميل غالبًا واجبات منزلية محددة لمساعدته في التعرف على أوجه هذه المناقضة.

وفي الجلسة الثانية ، يحاول المعالج -غالبًا- مستعينًا بالتقرير عن الواجب المنزلي، أن يعرف : هل العميل حاول تطبيق المنهج العقلاني الانفعالي خلال الأسبوع أم لا ؟

ويواصل تعليمه كيف يناقض معتقداته اللاعقلانية ، ويعطيه واجبات منزلية جديدة إلى أن يتحرر من أعراضه الحاضرة ، ويكتسب اتجاهًا أكثر سواء وسماحة نحو الحياة.

ويحاول المعالج بوجه خاص أن يوضح للعميل كيف :

١- يحرر نفسه من القلق والشعور بالذنب والاكنتاب عن طريق التقبل التام ، بوصفه كائنًا إنسانيًا ، وبصرف النظر عما إذا كان قد نجح في الأعمال والأدوات المهمة أم لا ، وبصرف النظر عما إذا كان الأشخاص المهمون في حياته يحبونه أو يؤيدونه أم لا .

٢- يحد من الغضب والعداوة والعنف عن طريق التسامح مع وجود الآخرين حتى إذا وجد سمات سلوك هؤلاء الآخرين غير عادلة أو غير مشجعة .

٣- يمكنه التحمل القليل للإجباط وللقصور الذاتي عن طريق العمل الشاق لتغيير الواقع غير السار ، ولكن مع تعلم الصمود أمام هذا الواقع وتقبله بكرامة حين يكون تجنّب ذلك غير ممكن فعلاً. (لويس مليكة ، ١٩٩٠ ، ص ٢٠٢ - ٢٠٣).

العلاج الفردي :

يعد العلاج الفردي سمة مميزة للعلاج العقلاني الانفعالي ، حيث يسعى فيه المعالج إلى ممارسة العلاج العقلاني الانفعالي وفقاً لاحتياجات العميل دون أن يشعر بالقلق ، كما أن المعالج يقوم بتعديل أسلوبه في العلاج طبقاً لتكوين شخصية العميل ؛ وذلك بهدف التوصل إلى أقصى قدر من قدرات تعلم العميل ، وتقليل احتمالات تعزيز مشكلاته.

فقد يسأل المعالج عميله ، إما على أساس البيانات الموجودة في نموذج تاريخ الحياة أو أن يسأله شخصياً ، وذلك ليعرف ما يمكن أن يوجه السلوك العلاجي المفيد أو غير المفيد وفقاً لرأي العميل.

وقد يسأل المعالج العميل عن خياراته السابقة التي حصل بسببها على مساعدة، وذلك بأسلوب رسمي أو غير رسمي ، بحيث يتم التركيز على جوانب سلوك الأفراد الآخرين التي يراها العميل مفيدة والجوانب التي يرى أنها أقل فائدة. ولكن من المهم أن تتم دراسة هذه المعلومات بشكل نقدي ؛ لأن ما يراه العميل مفيداً في المدى القصير قد لا يكون مفيداً على المدى الطويل.

ويمكننا القول إن أهم الإرشادات التي تتعلق بالفنيات التي قد يستفيد منها العميل بصورة أكبر من سواها ، هي تلك التي تركز على إجراء التجارب بصرف النظر عن الواجبات التي ينفذها العميل ، مع ضرورة معاونة العميل على فهم كيفية تنفيذ هذه الواجبات وعلاقتها بتحقيق أهداف العميل ، والتغلب على أي عقبات تعترض إنجاز هذه الواجبات ، وتحديد الوقت المناسب والظروف المناسبة لتنفيذ الواجبات.

ويمكن إجراء "بروفات" للأساليب التي يمكن استخدامها داخل الجلسات العلاجية ، وذلك في الحالات التي يتطلب الأمر فيها أن يقدم المعالج مساعدات معينة بهذا الصدد.

وعندما يواجه المعالج برفض العميل ، فإن ذلك قد يرجع في كثير من الأحيان إلى مشكلات تتعلق بمجال الواجبات ، حيث تظهر مقاومة العميل نتيجة لعدة ظروف أو أسباب يمكن إيجازها في :

- ١- عدم فهم العميل لواجباته ، ومن ثم فمن المتوقع ألا ينفذها .
- ٢- فهم العميل لواجباته ولكن دون أن يفهم أن تنفيذ واجباته بشكل جيد سيؤدي إلى تحقيق أهدافه .
- ٣- فهم العميل لواجباته والغرض منها ولكنه لا يعتقد أنه قادر على تنفيذها .
- ٤- فهم العميل لواجباته واعتقاده بأنه قادر على تنفيذها ، ولكنه يعتقد أنه لا جدوى من العمل في سبيل تحقيق التغيير .
- ٥- عدم فهم العميل لواجبات المعالج ، وعدم فهم الصلة أو العلاقة القائمة بين واجبات المعالج وواجباته وأهدافه (أي العميل) .
- ٦- قد لا يتمكن المعالج من أداء واجباته (حيث إنه قد لا يتصف بالذكاء الكافي الذي يمكنه من إجراء حوارات سقراطية) .
- ٧- عدم إعداد المعالج لعميله بدرجة كافية لفهم واجباته وتنفيذها .
- ٨- تنفيذ المعالج لواجباته بشكل سيئ ، وذلك لانخفاض مستوى مهارته وكفاءته في استخدام فنيات العلاج العقلاني الانفعالي .
- ٩- تنفيذ المعالج لعدد محدود من الواجبات بصورة إجبارية (مثل استخدام الأساليب المعرفية ، ومن النادر استخدامه للأساليب السلوكية) .
- ١٠- بعض الواجبات لا تتصف بالقوة الكافية لتحقيق الأهداف (مثل ذلك: مناقشة معتقدات العميل اللاعقلانية دون الكشف عن هذه المعتقدات). (إليس Ellis، 1987، P96-99)

مراحل عملية العلاج الفردي:

لقد حدد إليس Ellis ثلاث مراحل للعلاج الفردي ، ونبه إلى أن هذه المراحل تتضمن المرحلة التمهيدية أو الاستهلالية ، والمرحلة المتوسطة ، ثم المرحلة النهائية أو الختامية. وستعرض الباحثة فيما يلي لكل من هذه المراحل بالتفصيل :

١- المرحلة التمهيدية / الاستهلالية The Initial Phase :

عندما يقبل العميل على العلاج الفردي ، فإنه من المحتمل ألا تتوفر لديه معلومات كافية عن هذا المدخل العلاجي ؛ ولذلك فإن المهمة الرئيسية للمعالج هنا تكون في مساعدة

العميل على فهم طبيعة هذا المدخل ، والتأكد من فهم العميل للعلاج العقلاني الانفعالي ، وذلك بتشجيعه وحثه على المشاركة في العلاج عن طريق الاستعانة بأنشطة معينة تؤدي إلى تحفيزه في المرحلة السابقة للعلاج ، وإلا فإن المعالج سيقع عليه عبء كبير في شرح وتوضيح مختلف جوانب العلاج العقلاني الانفعالي الفردي للعميل ، كما أنه من واجب المعالج تصحيح أي مفاهيم خطأ لدى العميل.

وقد يرغب بعض المعالجين بأسلوب العلاج العقلاني الانفعالي في قيام عملائهم بملء بعض النماذج الخاصة التي تحتوي على معلومات تتعلق بتاريخ حياتهم والمشكلات الحالية التي يعانون منها ، بالإضافة إلى ملء نماذج تحتوي على معلومات شخصية خاصة بالعميل ، وتتضمن هذه النماذج معلومات تتعلق بالمعتقدات غير العقلانية ، والتي من المحتمل أن تكون السبب في حدوث المشكلات التي يعاني منها العميل.

ومن الملاحظ أن معظم المعالجين بالأسلوب العقلاني الانفعالي يميلون إلى بناء العملية العلاجية في البداية ، بهدف التأكيد على تناول مشكلات العميل والتركيز عليها - حيث يتم على سبيل المثال طرح بعض الأسئلة مثل : "ما الذي يضايقك بدرجة أكبر ؟" - ما المشكلات الأساسية الراهنة التي تعاني منها ؟" ، وتستخدم هذه الأمثلة لتشجيع العميل على اتباع الأسلوب القائم على حل المشكلات ، وأن يتحدث عن الجوانب التي تضايقه بدرجة أكبر من سواها في قائمة مشكلاته.

وقبل الانتقال إلى عملية تقييم العلاج العقلاني الانفعالي ، يحصل المعالج في البداية على موافقة العميل بالنسبة للمشكلة الأولى التي سيتم تناولها. وعندما يتم ذلك ينتقل المعالج إلى طلب مساعدة العميل لكي يفهم مشكلاته طبقاً للإطار العام ABC ، وكذلك إرشاده حول النموذج ABC للاضطرابات العاطفية ، وخلال هذه العملية يهتم المعالج أيضاً بتصحيح أي مفاهيم خطأ لدى العميل حول الأسلوب العلاجي. وعلى هذا الأساس يوضح المعالج للعميل أن العلاج العقلاني الانفعالي هو أحد أشكال العلاج التي تركز على المشكلات ، وهو تعليمي بطبيعته بحيث سيقوم المعالج غالباً بدور حيوي وتوجيهي في العملية العلاجية ، وتشجيع العميل على معرفة أن المهمة الأساسية التي تواجهه هي أن يتعلم كيف يركز اهتمامه على المحددات الإدراكية أو المعرفية لمشكلاته.

ويسعى العلاج العقلاني الانفعالي إلى تحقيق بعض الوظائف في المرحلة الأولى من العلاج الفردي ، وهي تتضمن ما يلي : (إليس ، 1987 ، 80-81 P).

١- تعريف العميل أن المعالج بالأسلوب العقلاني الانفعالي يهتم بشكل أساسي بمساعدة العملاء على التوصل إلى حلول لمشكلاتهم العاطفية والسلوكية ، وذلك قبل تشجيعهم على حل مشكلات العمل والمشكلات الخاصة ببيئتهم.

٢- تهدئة مشاعر العميل ومساعدته للتوصل إلى تنظيم مشكلاته وترتيبها والتبصر بها عن طريق الأسئلة والعبارات البنائية.

٣- تحديد ما إذا كانت المشاركة الفعالة مع الآخرين في المراحل الأخيرة من العلاج مطلوبة أم لا ، وإذا كانت مطلوبة ففي هذه الحالة يتم تحويل العميل إلى نموذج علاجي مناسب بدرجة أكبر . (اليس Ellis ، مرجع سابق ، P 90).

تقييم العلاج الفردي :

قد يبدأ المعالج بالأسلوب العقلاني الانفعالي بمناقشة مشكلات العميل الأكثر إلحاحاً ، كما يوجد مدخل بديل وهو أن يبدأ بمناقشة مشكلات العميل الأسهل حلاً ، وذلك بهدف دعم مصداقية المعالج وبت الأمل في نفس العميل ، وسواء تبنى المعالج أسلوب "المشكلات الأكثر إلحاحاً" أو "المشكلة الأسهل حلاً" ، فإن ذلك يتوقف أساساً على التكنيك الأفضل والمناسب لظروف العميل خلال عملية العلاج.

وأثناء عملية التقييم يحرص المعالج على مساعدة العميل لفهم العلاقة أو الصلة القائمة بين ABC ، والاهتمام بشكل خاص لفهم دور متغيرات B. وفي حالة تعرف المشكلات الثانوية فعلى المعالج أن يساعد العميل على أن يفهم سبب تقييم المشكلات والتوجه نحو أهم المشكلات الرئيسية بالنسبة له. (اليس Ellis ، مرجع سابق ، P 90).

التدخل العلاجي في العلاج الفردي :

بعد أن يتمكن المعالج من وضع مشكلات العميل في الإطار ABC ، وبعد أن يفهم العميل هذه المعادلة ويتقبلها ، ينتقل المعالج بعد ذلك إلى مناقشة مرحلة العلاج واستخدام بعض الفنيات التي تمت مناقشتها بالفعل. والهدف الرئيسي من المناقشة في هذه المرحلة هو مساعدة العميل على فهم المنطق غير الصحيح لتقييمه اللاعقلاني ، وكذلك المنطق الذي يستند إليه البديل العقلاني. بعد ذلك يكون العميل في وضع يمكنه من التفكير في الواجبات المنزلية التي يتم اختيارها ؛ بهدف تقوية المعتقدات العقلانية ، وإضعاف المعتقدات اللاعقلانية.

وغالبًا ما تكون الواجبات المنزلية معرفية أو عاطفية أو سلوكية بطبيعتها. وكبدائل للواجبات المنزلية (أو كواجب منفصل) فقد يقترح معظم المعالجين بالأسلوب العقلاني الانفعالي أن يقرأ العملاء بعض الدراسات المتعلقة بالعلاج العقلاني الانفعالي ، التي تم تصميمها لمساعدتهم في التوصل إلى قدر أكبر من الاستبصار في دور التقييم اللاعقلاني لمشكلاتهم ، وأهمية اعتناق المعتقدات العقلانية بدلاً من اللاعقلانية.

وفي نهاية المرحلة الأولى أو التمهيدية للعلاج العقلاني الانفعالي ، يجب على المعالج أن يسعى للتوصل إلى فهم أكبر للمشكلات العاطفية والسلوكية التي يواجهها العميل ، ويحاول بالتالي وضع الأولويات لها بالتعاون مع العميل ، وبحيث يتوصل إلى بناء تصور معين لبعض الأساليب الخاصة بالعلاج الفردي.

وبصفة عامة ؛ فإنه أثناء هذه المرحلة سوف يتعرف المعالج والعميل مشكلات العميل، ويتفقان معا على الترتيب العام لمناقشة هذه المشكلات ومعالجتها. (إليس Ellis، مرجع سابق ، 90-91 P).

٢- المرحلة المتوسطة : The Middle Phase

تتصف هذه المرحلة بتقوية معتقدات العميل العقلانية وإضعاف المعتقدات اللاعقلانية، وذلك من خلال تعاون المعالج والعميل معًا ، بالإضافة إلى تحديد العقبات التي تعترض تقدم العميل ومساعدته للتغلب على مثل هذه العقبات ، وكذلك توجيه اهتمام خاص إلى ما سبق أن تعلمه العميل من الواجبات المنزلية ، والتي قد يستخدمها في المستقبل. كما أنه من الضروري توجيه الاهتمام إلى الأشياء التي لم يتعلمها العميل من هذه الواجبات ، وإلى العقبات التي تعترض عملية التعلم والكشف عنها والتغلب عليها.

وبالرغم من إمكانية التركيز على ممارسة العلاج العقلاني الانفعالي عن طريق التركيز في بداية كل جلسة على الجوانب التي تسبب القلق للعميل بدرجة أكبر في الأسبوع السابق ، فإن إليس Ellis لا يعتقد أن ذلك أسلوب كافٍ لممارسة العلاج العقلاني الانفعالي ، ولذلك فإنه على المعالج أن يحاول تنظيم عملية العلاج بقدر الإمكان ، عن طريق مساعدة العميل للعمل أثناء تناول مشكلة معينة قبل الانتقال إلى مشكلة أخرى. وطبقًا لذلك فإنه من الضروري توفر الاستمرارية من جلسة إلى أخرى بالنسبة للمشكلات التي يتم التعامل معها.

وفي هذه المرحلة يسعى المعالج إلى مساعدة العميل أن يتعرف على طبيعة وماهية السلوك والعواطف أو الانفعالات المسببة للمشكلات وربطها بالأحداث المنشطة، يلبي ذلك

تعرفه على أهم معتقداته اللاعقلانية ومناقشتها ، واستخدام المعتقدات العقلانية البديلة بشكل عملي عن طريق تنفيذ الواجبات المطلوبة وإنجازها .

وبالتالي ؛ فإن المرحلة المتوسطة من العلاج العقلاني الانفعالي ، لا يهتم المعالج فيها بمساعدة العميل على حل مشكلاته العاطفية والسلوكية فقط ، وإنما يساعده على استخدام الأساليب العلمية للعلاج العقلاني الانفعالي في التعرف على المشكلات وإيجاد الحلول المناسبة لها ، وكذلك تشجيع العميل على استخدام المهارات التي أظهرت نجاحاً في استخدامها أثناء حل المشكلة رقم (١) ، التي يمكن استخدامها بعد ذلك لحل المشكلة رقم (٢).

وفي الوقت الذي يتحمل فيه المعالج مسئولية تقديم المقترحات التي تتعلق بالواجبات المنزلية وذلك خلال المرحلة الأولى ، فإن المعالج في المرحلة المتوسطة يشجع العميل على أن يحدد بنفسه واجباته المنزلية ، وتعرف المكونات الخاصة باختيار الواجبات المنزلية الفعالة.

٣- المرحلة النهائية / الختامية The End Phase :

الهدف الرئيسي للمرحلة النهائية من العلاج الفردي ، هو إعداد العميل لأن يصبح معالجا لنفسه في المستقبل ، وأن يسعى المعالج لأن يكون وجوده في العلاج أمراً غير أساسي. ولا يتم التوقف عن العلاج بمجرد تمكن العميل من حل مشكلاته ، ولكن لابد من أن يشعر بالثقة في أنه بوسعه أن يحل مشكلاته الأخرى بمفرده ، وأن يشعر بالثقة في التعامل مع المشكلات في المستقبل.

وقد يقوم المعالج بإنهاء جلسات العلاج تماماً لكن بشكل تدريجي ، حيث يقلل عددها مع مرور الوقت أو يحدد موعداً لإنهاء الجلسات مسبقاً ، كما يضع المعالج جدولاً لجلسات المتابعة ؛ لمراقبة التقدم الذي يحققه العميل. وقبل إنهاء الجلسات يستطيع المعالج الاستفادة من وقت الجلسات لمساعدة العميل على توقع المشكلات في المستقبل ، وتخييل كيفية التعامل معها بأسلوب مفيد ومثمر ، وذلك عن طريق استخدام مهارات العلاج العقلاني الانفعالي التي يمكن استخدامها -الآن- بنجاح في معالجة المشكلات الداخلية بدرجة كبيرة.

ومن الملاحظ أن بعض العملاء الذين يتمكنون من تحقيق تقدم ملموس يعتقدون أنهم بحاجة إلى الحصول على مساعدة المعالج المستمرة ، وذلك بهدف المحافظة على هذا التقدم. وتظهر هذه المشكلة بوضوح عندما يفضل العملاء -الذين حققوا تقدراً كبيراً من التقدم- تحديد موعد لإنهاء العلاج أو خفض معدل تكرار الجلسات.

وعلى أي حال فإن هناك عددًا محدودًا من العملاء المضطربين الذين يشعرون أنه من الصعب أن يتكيفوا أو يتوافقوا مع الظروف المحيطة بهم بمفردهم ، وفي هذه الحالة يقوم المعالج بإعداد جدول جلسات متباعدة لمساعدتهم. (إليس Ellis ، 1987 ، P 95-96).

ثانيًا : العلاج المتمركز على العميل Client – Centered Therapy :

قام روجرز ، بدور رئيسي في تطوير العلاج المتمركز على الشخص ، وهو منحنى مرتبط جدًا بالمنظور الوجودي ، حيث إنه يشاركه في الكثير من الأفكار الأساسية حول طبيعة الإنسان. ولقد كانت اهتمامات روجرز المبكرة تتركز أساسًا على الإرشاد الفردي والعلاج النفسي ، كما أنه وضع نظرية خاصة عن الشخصية ، وطبقها على الأفراد خلال ممارساته الإرشادية ، وقد أطلق عليها اسم "العلاج المتمركز على العميل".

وقام روجرز ومعاونوه خلال الخمسينيات بأبحاث مكثفة لاختبار مدى صحة الفروض التي يقوم عليها هذا النوع من العلاج ؛ سواء في عملية الإرشاد والعلاج النفسي أو في نتائجها ، وعلى هذا الأساس فقد أجرى روجرز المزيد من التنقيح لنظريته.

وقد انتشر العلاج المتمركز على العميل في العديد من المجالات ، حيث تم تطبيقه في التربية (روجرز Rogers، 1969) ، والنمو الشخصي داخل المجموعة ، (روجرز Rogers ، 1970) ، والعائلات والأزواج (روجرز Rogers ، 1972) ، والإدارة والأقليات ، وجماعات المجتمعات المشتركة والعلاقات الدولية (روجرز Rogers ، 1977).

ونظرًا لاتساع نطاق تأثيره -خاصة في سياسة السلطة التي توضح كيف يتمكن الأفراد من السيطرة على الآخرين وعلى أنفسهم - فقد غير روجرز هذا المنحنى وأطلق عليه "المنحنى المتمركز على الشخص" نظرًا لعلاقته العلاجية بالفرد. ويؤكد روجرز على أن الشخص الذي يسعى للحصول على العلاج يجب أن لا يعامل على أنه مريض يعتمد على غيره ، ولكن يجب أن يُعامل على أساس أنه عميل ومسئول.

وقد امتد هذا المفهوم إلى التربية وأصبح يُطلق عليه التعليم المتمركز حول الطالب ، وبالإضافة إلى ذلك فقد امتد إلى مجالات واسعة بعيدة عن منشئه ومصدره ، وعلى هذا الأساس رأى روجرز أنه من الأفضل أن يتم تبني مصطلح أكثر اتساعاً قدر الإمكان وهو "العلاج المتمركز على الشخص". كما أن روجرز لم يقدم منحاه هذا باعتباره ثابتاً وكاملاً ، حيث إنه لم يكن مقتنعاً بالوضع الراهن ، ولكنه سعى بشكل مستمر إلى إعادة تشكيله وتطوير

أفكاره كلما توافرت لديه معلومات جديدة . (ليروي وتشلرلز Leroy & Charles ، 1985 ،
(P 32-33

وتقوم نظرية روجرز على نظرية التحليل النفسي عند فرويد ، فعن طريق العلاقة الشخصية الوثيقة التي يعقدها المعالج مع المريض - واسمه عنده العميل - يشعر هذا العميل أنه مهم ، وأن ما يقوله أو يحسه يجد من ينصت له ويناقشه معه ، ومن ثم يعيش الخبرات التي كانت له من جديد ، بطريقة مختلفة يجد نفسه فيها ، ويتعرف على ما كان يهدده من هذه الخبرات ، وأسباب إنكاره لها ، ولا يعود يخشى أن تعاوده الخبرة ، أو أن يدخل خبرة مشابهة ، وينفتح له العالم من حوله .

ويقول روجرز بمفهوم للذات يشبه مفهوم فرويد عن الأنا ، والذات عنده هي وعي الفرد بوجوده ونشاطه ، أو مجموع الخبرات التي تنسب لضمير المتكلم أنا ، وهي تتمايز من المجال الإدراكي الكلي بالتدرج بدءاً من الطفولة ، فمن بين أنواع التمييز التي يتعلمها الطفل تمييزه لذاته عن البيئة ، فيدرك أن هناك أشياء فيها تخصه وأشياء تخص البيئة ، ويضيف عليها قيماً في ضوء ما يحبه منها وما لا يحبه ، ويصبح عنده بناء للذات ، هو صورة منظمة قائمة من الوعي كأرضية للذات ولعلاقتها بالبيئة والقيم ، وقد ينشأ لديه صراع يجعله يراجع مجموع القيم عنده أو صورته عن ذاته .

ويقول روجرز : إن بكل منا جهازين ؛ الذات ، والكائن الحي الذي تلح عليه حاجاته العضوية . والذات بمثابة الأنا ، والكائن الحي بمثابة الهو ، ومالم يعمل الجهازان في انسجام فإننا نعاني التوتر وسوء التوافق . وينشأ سوء التوافق نتيجة وجود حاجات عضوية لم يكن الفرد على مستوى الوعي بها ، ومن ثم لم تدخل في بناء الذات ولم تنتظم فيه .

والذات عند روجرز هي الأنا تماماً ، وهي التي تختار الخبرات التي تناسب بناءها وتستبعد تلك التي لا تناسبه ، وأي خبرة لا تتسق مع بناء الذات قد ندركها كتهديد . وتدافع الذات عن نفسها بمختلف الحيل الدفاعية التي قال بها فرويد .

ويصف روجرز طريقته بأنها ظواهرية ؛ لأنها تشترط لتكامل وصحة بناء الذات أن تكون التصورات عنها متفقة مع مكونات المجال الظاهري ، وذلك منتهى ما يمكن أن يبلغه ارتقاء الشخصية ، وإذا تحقق فإنه يمثل تحرراً من التوتر الداخلي والقلق ، وهذا هو حد الكمال في التوافق مع الواقع . (عبد المنعم الحفني ، ١٩٩٥ ، ص ٢٦٥-٢٦٦)

تعريف العلاج المتمركز على العميل :

هو نوع من العلاج النفسي طوره كارل روجرز ، والمعالج بهذه الطريقة لا يوجه ويتأمل ، ولا يفسر أو ينصح إلا للتشجيع على توضيح النقاط ، وينبني هذا الأسلوب على أساس أن العميل أفضل من يقدر على معالجة مشكلاته الشخصية ، وأن أفضل مسار للمعالج هو أن يوفر مناخاً مستقبلاً لا يتسم بإصدار الأحكام ، يرتاد من خلاله العميل ويعمل على حل مشكلاته ، وأحياناً يطلق على هذا النوع من العلاج ، العلاج غير الموجه . (جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاي ، ١٩٨٩ ، ص: ٦٢٥)

وتتبع نظرية روجرز للعلاج المتمركز على العميل للمدرسة الظواهرية والمدرسة الإنسانية في علم النفس ، وهي تركز على استبصار الفرد بذاته ، وبالخبرات التي شوهها أو حرقها أو أنكرها في محاولة لإدماجها أو التقريب بينهما (أي بين ذات الفرد وخبراته) ، مما يعطي الفرصة لنمو الشخصية ، أو كما يقول روجرز للصيرورة إلى ذات جديدة . (محمد الشناوي ، ١٩٩٦ ، ص ٣٠١)

أهداف العلاج المتمركز على الشخص :

يهدف هذا النوع من العلاج إلى مساعدة العملاء لكي يصبحوا أشخاصاً يتصفون بالأداء الكامل ، لا أن يقتصر الأمر على مساعدتهم على حل مشكلاتهم. وقبل أن يبدأ العملاء في العمل على تحقيق هذا الهدف فإنه من الضروري أن يتمكنوا من الكشف عن ذواتهم الحقيقية وعناصر خبرتهم الشخصية المخفية ، وعندئذ يتوصل الأفراد إلى شخصياتهم الحقيقية وذواتهم بحيث لا يقتنعون بالانصياع الآلي لتوقعات الآخرين، ويظهر الشخص عندما يرتفع تحقيقه لذاته .

وقد وصف روجرز الشخص الذي يحقق ذاته بأنه يتمثل فيه أربع صفات هي :

١- الانفتاح على الخبرات.

٢- الثقة في كيانه العضوي.

٣- توافر مركز تقييم داخلي.

٤- الاستعداد للتحويل إلى عملية (أي : ممارسة العقل والفكر) .

ويعني الانفتاح على الخبرات تصور الواقع كما هو دون تشويه ، والاستجابة للموقف الجديد كما هو ، وليس كما يريده المرء لي مطابق نموذجاً متصوراً من قبل . ومن خلال الانفتاح على الخبرات ، يتم التوصل إلى معلومات متوفرة حول الموقف ، ومن خلال الإدراك المباشر لكل من النتائج المرضية وغير المرضية فإن الفرد يتمكن من تصحيح اختياراته الخطأ ، وبذلك يتولد الإحساس بالثقة والضبط الذاتي Self - Governance .

وهناك جانب مرتبط بالثقة الذاتية باعتباره مركز تقييم داخلي ، يتضمن النظر إلى الذات عند القيام باتخاذ بعض الخيارات أو القرارات أو الأحكام التقييمية ، مما يترتب عليه انخفاض معدل الاستعانة بالآخرين حول أسلوب حياة الفرد والمواقف التي يمر بها ، وعندئذ يدرك الفرد أنه هو الذي يختار ويحدد قيمة الخبرة المحتاج إليها .

وأثناء عملية تحول الفرد إلى كائن يحقق ذاته فإنه يتبين الفرق بين العملية والنتيجة ، حيث إن معظم الأفراد الذين يسعون للعلاج ، يرغبون في التوصل إلى بعض الحالات الثابتة (النتيجة) ، حيث يتم تقديم الحلول للمشكلة فيصبح الفرد أكثر رضا عن حياته ، غير أنه سرعان ما يدرك العملاء أن النمو عملية مستمرة . (البيروني وتشارلز Leroy & Charles ، 1985 ، P 34-35).

نظرية الذات لروجرز :

يُعد كارل روجرز من المعالجين الذين حاولوا الاستناد إلى معطيات علم النفس الحديث في وضع نظرية رئيسية في العلاج النفسي تقوم على الاستبصار الذاتي وتفهم الذات Insight والممارسة الشخصية لتغيير السلوك . وتلك النظرية تُعد من أوائل النظريات التي قلبت العلاقة التقليدية بين المريض والمعالج ، فجعلتها تنصب على المريض أو العميل ، بحيث يكون العميل هو صاحب الدور الأساسي والفعال في عملية العلاج وتغيير الشخصية ، ونمو هذا التغيير . ودور المعالج لا يزيد عن خلق شروط علاجية غير مباشرة ، وغير موجهة ، من شأنها أن تيسر فهم الذات ، والنضوج النفسي السليم .

ولقد راجت طريقة روجرز في "العلاج النفسي المتمركز حول الذات" أو طريقة "العلاج غير المباشر" ؛ بسبب وضوحها ، والزمن القصير الذي تستغرقه عملية العلاج من خلال استخدامها .

فالمعالج النفسي - حسب هذه الطريقة - لا يرسم وسيلة العلاج ، ولا يقترح على العميل ما يجب عليه عمله ، لأن ذلك الأسلوب يحول العلاج إلى نوع من فرض السلطة التي

تزيد العميل رغبة في الاعتماد على غيره ، وتبعده عما يرجوه العلاج له من إعادة بناء شخصيته وتنمية القدرة لديه على حل مشاكله.

وتفترض هذه الطريقة أن الفرد لديه القدرة على اتخاذ قراراته بنفسه بعد إزالة التوتر الذي يعاني منه نتيجة المشكلة التي يواجهها ، والوصول إلى التكيف السليم في حياته.

وعلى ذلك ، فإن مسئولية تعرف المشكلة ودراستها والوصول إلى حل ممكن لها وما يترتب عليه من تغيرات في اتجاهات العميل ونواحي سلوكه ، إنما تقع على عاتق العميل نفسه. ولا يعدو دور المرشد أن يكون مستمعًا يعمل على تكوين علاقة مهنية بينه وبين العميل ، وتهيئة الجو النفسي الآمن الذي يسمح للفرد بالتعبير عن انفعالاته ومشاعره وإحساساته بالنسبة للمشكلة التي يعانيها ، والتخلص من حدة توتره ، مما يحول بين الفرد وبين الاستبصار بمشكلاته ووسائل التغلب عليها. (فيصل عباس ، ١٩٨٣ ، ص ٢١٧ - ٢١٨).

وتتضمن نظرية الذات أربعة مكونات تتلخص فيما يلي :

١ - الخبرة : يمر الإنسان في حياته بسلسلة متواصلة من الخبرات ، هي كل ما يؤثر في سلوكه من محيطه أو من داخله ، وهذه الخبرات بعضها ينسجم مع مفهوم الذات عند الفرد ويؤدي إلى تحقيق السرور والتوافق النفسي لديه ، وبعضها غير سار لأنها لا تتسجم مع مفهوم الفرد لنفسه (مفهوم الذات) ، ولا مع القيم الاجتماعية ، وبالتالي تؤدي إلى عدم الرضا وعدم التوافق.

٢ - الفرد : يرى روجرز أن لدى كل فرد دافعًا قويًا لتحقيق ذاته ، وهو في تعامله مع المحيط والواقع الذي يعيش فيه يسعى لتحقيق ذاته بكسب حب الآخرين واحترامهم وتقديرهم وقبولهم له. وخصوصًا الجماعة المرجعية أو الأشخاص المهمين في حياته من أبوين ومعلمين ومسؤولين.

٣ - السلوك : السلوك هو ما يقوم به الفرد من نشاط عقلي أو جسمي أو هما معًا من أجل إشباع حاجاته كما يدركها في الواقع. ومعظم السلوك يتفق مع مفهوم الذات والمعايير الاجتماعية ، وهذا يؤدي إلى التوافق النفسي عند الفرد ، أما إذا تعارض سلوك الفرد مع فهمه لذاته ومع معايير مجتمعه فإنه لن يرضى عن هذا السلوك ويلجأ إلى إنكاره، ويشعر بعدم الراحة والسعادة وسوء التوافق.

وأفضل طريقة لفهم سلوك الفرد - حسب رأي روجرز - هي الحصول على المعلومات من التقارير الذاتية التي يكتبها الفرد عن وجهة نظره هو ومن خلال خبراته ، وبعد فهم سلوك الفرد يمكن تعديل الخاطئ منه من خلال تغيير مفهوم الفرد عن ذاته.

٤ - المجال الظاهرياتي : وهو المدركات الشعورية للفرد في بيئته ، وهو عالم الخبرة المتغير باستمرار . ويتعامل الفرد مع المجال الظاهري كما يدركه هو ، سواء كان إدراكه صحيحاً أو خاطئاً . والمجال الظاهري يرتبط بالجانب الشعوري من الذات وهو يختلف عن المجال غير الظاهري الذي يرتبط باللاشعور والذي لا تعطيه نظريات الذات أهمية في تفسير سلوك الفرد . (عزيز سمارة ، وعصام نمر ، ١٩٩٢ ، ص ٥١-٥٢).

نظرية الشخصية والسلوك لروجرز :

قدم روجرز مجموعة من الافتراضات تمثل -مجتمعة- نظرية متكاملة بالنسبة للشخص والسلوك ، حيث تحاول هذه النظرية تفسير الظواهر المعروفة السابقة ، وكذلك الحقائق الخاصة بالشخصية والسلوك ، والتي تمت ملاحظتها حديثاً في العلاج . وتتضمن هذه الافتراضات مايلي : (كارل روجرز Carl Rogers ، 1951 ، P 482-524).

١ - إن كل فرد يوجد في عالم من الخبرة دائم التغير ، ويشكل الإنسان محوراً له ، ويمكن أن يطلق على هذا العالم الخاص "المجال الظاهرياتي" أو المجال التجريبي ، وهو يشمل جميع خبرات الكائن العضوي سواء تم إدراك هذه الخبرات شعورياً أو لا شعورياً . ويوضح روجرز أنه لا يوجد إنسان يستطيع إدراك خبرة الفرد بنفس القدر من الحيوية والكمال التي يدركها الفرد نفسه ، فإن عالم الخبرة لكل فرد يعد عالماً خاصاً .

٢ - يستجيب الكائن العضوي للمجال الإدراكي بالطريقة التي يخبرها ويدركها ، ويمثل هذا المجال المدرك ما يمكن أن نطلق عليه "الواقع" بالنسبة للفرد . ويرى روجرز أن الفرد لا يستجيب للواقع المطلق ، وإنما يستجيب له بقدر إدراكه لهذا الواقع ، وهذا الإدراك هو الذي يمثل الواقع بالنسبة للفرد .

٣ - يستجيب الكائن العضوي ككل شامل منظم تجاه مجاله الظاهرياتي . ويوضح روجرز أن من أهم الصفات الرئيسية للحياة العضوية الميل للاستجابات الكليّة والمنظمة والموجهة لأهداف معينة .

٤ - وجود نزعة واحدة رئيسية لدى الكائن العضوي ، يعمل على الوصول إليها وهي النزعة إلى تحقيق الكائن العضوي Organism الذي يخبره وتوكيده وتعزيزه .

وقد تحدث روجرز في هذا الافتراض عن نزعة الكائن العضوي للمحافظة على ذاته، بأن يستفيد جسمه من الطعام ، وأن يدافع عن نفسه عند مواجهته لأي تهديد ، وأن يتوصل إلى هدف المحافظة على الذات حتى في حالة وجود عوائق تحول دون ذلك ، كما أشار روجرز إلى نزعة الكائن العضوي للتحرك إلى النضج ، ويتضمن ذلك تحقيق الذات .

٥ - السلوك - بصفة أساسية - هو المحاولة الموجهة من الكائن العضوي نحو هدف معين لإشباع حاجاته وفقاً لإدراكه لها . ويوضح روجرز أن هذه الحاجات تظهر على هيئة توترات جسدية ، وهي تشكل أساس السلوك عندما يخبرها الفرد ؛ حيث يقوم السلوك بخفض التوتر وتعزيز الكائن الحي وتقديم العون له.

كما يشير روجرز إلى أن السلوك لا ينشأ نتيجة لأحداث الماضي ، بل إن التوترات الحالية والحاجات الراهنة هي التي يسعى الكائن العضوي إلى خفضها أو تحقيقها ، ولا يوجد شيء آخر غير السلوك يستطيع تحقيق هذه الحاجات الراهنة.

٦ - إن الانفعال يلزم - بصفة عامة - السلوك الموجه نحو تحقيق هدف معين ، ويرتبط نوع الانفعال بجوانب السلوك الناقصة مقابل جوانب السلوك المكتملة ، كما ترتبط شدة الانفعال بمدى إدراك الفرد لأهمية السلوك الذي يتعلق بتوكيد الكائن العضوي وتعزيزه.

٧- إن أفضل حالة لفهم السلوك هي الرجوع إلى الإطار المرجعي الداخلي للفرد ذاته، حيث إن الفرد ذاته هو الوحيد الذي يمكنه التعرف بصورة كلية على مجال خبرته ، وسلوكه هو رد فعل لطبيعة إدراكه للمجال ؛ ولذلك فإن السلوك يمكن أن يتم فهمه بكيفية أفضل من خلال وصول الفرد لإطاره المرجعي الداخلي ، ومن خلال رؤيته لعالم خبرته الخاص.

٨ - يصبح جانباً من المجال الإدراكي متميزاً تدريجياً مثل الذات. ويوضح روجرز هذا الافتراض بإعطائه مثالا على الطفل الذي ينمو تدريجياً ، مما ينتج عن ذلك أن جانباً من عالمه الكلي الخاص يتم إدراكه على أنه "إني" و "أنا" و "ذاتي".

٩ - يتم تشكيل بنيان الذات Structure of Self ، نتيجة للتفاعل مع البيئة ، وبخاصة التفاعل التقييمي مع الآخرين ، وهو عبارة عن نموذج منظم ومرن يتكون من إدراكات الفرد

لخصائصه وعلاقاته كما يدركها هو وكما يدركها الآخرون ، هذا إلى جانب القيم المرتبطة بهذه المدركات.

١٠ - القيم المرتبطة بالخبرات ، والقيم التي تشكل جانباً من بنية الذات ، هي في بعض الحالات قيم يخبرها الكائن العضوي مباشرة ، وهي في حالات أخرى تقتبس من الآخرين ، ولكن الكائن العضوي يخبرها بشكل مشوه ويحرفها كما لو أنه قد خبرها بالفعل وبصورة مباشرة.

١١ - عند ظهور الخبرات في حياة الفرد ؛ فهي إما أن تكون (أ) فيتم ترميزها وإدراكها وتنظيمها ضمن علاقة خاصة بالذات ، أو (ب) فيتم تجاهلها وذلك لعدم وجود علاقة مدركة مع بنية الذات ، أو (ج) فيتم إنكار ترميزها أو إعطاؤها ترميزاً مخرفاً ؛ نظراً لأن الخبرة متناقضة مع بنية الذات.

١٢ - إن معظم أساليب السلوك التي يقرها الكائن العضوي ، هي التي تكون متناغمة مع مفهوم الذات . ويرى روجرز أنه في معظم الحالات التي يبذل فيها الفرد مجهوداً ، فإن ذلك يتحدد أساساً من خلال مفهومه لذاته.

١٣ - يمكن استحضار السلوك - في بعض الحالات - من خلال الحاجات والخبرات العضوية التي لم يتم ترميزها ، وقد يكون هذا السلوك متناقضاً مع بنية الذات، غير أنه لا يعترف به من جانب الفرد - في مثل هذه الحالات.

١٤ - يحدث سوء التوافق النفسي عندما يرفض الكائن العضوي دخول الخبرات الحسية والحشوية ذات الأهمية في الوعي ، وهي خبرات لا يتم ترميزها وتنظيمها ضمن جشطت بنية الذات ، وفي حالة وجود مثل هذا الموقف فإن ذلك يعني وجود توتر نفسي أساسي أو محتمل.

١٥ - يتحقق التكيف النفسي عندما يكون مفهوم الذات على النحو الذي تكون فيه جميع الخبرات الحسية والحشوية للكائن العضوي مستوعبة ، أو يمكن استيعابها على مستوى رمزي ضمن علاقة مترابطة مع مفهوم الذات.

١٦ - إن خبرة متناقضة مع الكائن العضوي أو بنية الذات ، من الممكن إدراكها على أنها تهديد وكلما كانت هذه المدركات موجودة بدرجة كبيرة فإنه يتم تنظيم بنية الذات بطريقة جامدة وصارمة حتى يمكنه المحافظة على ذاته.

١٧ - في ظل شروط معينة - التي تتضمن بصورة رئيسية الغياب الكامل لأي تهديد لبنيان الذات - فإنه يمكن إدراك الخبرات المتناقضة مع بنيان الذات وفحصها ، ثم تعديل بنيان الذات حتى يستوعب ويحتوى مثل هذه الخبرات.

ويوضح روجرز أنه في العلاج المتمركز حول العميل يتأكد العميل تدريجياً من أن المرشد سوف يتقبله كما هو ، وأن كل جانب من ذاته يتم الكشف عنه يتم قبوله أيضاً ، وذلك من خلال معالجة المرشد للموقف وعلاقته بالعميل .

١٨ - عندما يدرك الفرد ويتقبل جميع خبراته الحسية والحشوية ضمن نسق واحد متكامل ، فإنه - حتماً - سيصبح أكثر فهماً للآخرين ، وسوف يصبح بالتالي أكثر تقبلاً للآخرين باعتبارهم أفراداً مستقلين.

١٩ - عندما يدرك الفرد المزيد من خبراته العضوية ويتقبلها ضمن بنيان الذات لديه، فإنه يجد نفسه قد غير النسق القيمي الخاص به ، والذي يركز أساساً على المدخلات التي تم ترميزها بشكل مشوه ، وذلك مع استمرار عملية تقييم أورجانيزمية.

الفنيات المستخدمة في العلاج المتمركز على العميل :

في ضوء هذه الفروض ، ينبه روجرز (1942: 194-195 P) إلى أهمية الفنية الأولية في المساعدة على تحقيق أهداف العملية العلاجية ، ويمكن القول إن الفنية الأولية تعمل على إعادة توجيه الذات وإعادة تنظيمها.

ويُعد ذلك الهدف الرئيسي للإرشاد ، حيث تسعى هذه الفنية إلى زيادة استبصار العميل بذاته وفهمه لها ، وتشجيع العميل على التعبير عن مشاعره واتجاهاته لتحقيق الفهم القائم على حسن البصيرة بصورة تلقائية ، ومساعدته أيضاً للتخلي عن الأساليب الدفاعية ، وعدم التركيز على أن المرشد أو المعالج سوف يوجه له انتقادات أو اقتراحات أو أوامر ؛ وإذا أمكن تحقيق هذا الهدف فإنه يمكن القول إن العميل أصبح حرّاً في رؤيته للمواقف الواقعية كما هي بدون محاولة تبرير سلوكه أو حماية ذاته ؛ مما يؤدي إلى وضوح رؤيته للعلاقات وإدراك المحفزات الخفية في ذاته ، كما أنه بإمكان المعالج مساعدة العميل على إدراك الخيارات المتاحة واكتشافها ، بالإضافة إلى أنه يقترح على العميل إقامة بعض العلاقات أو عرض نماذج لردود أفعال. (روجرز ، مرجع سابق ، 204 P).

وقد صاغ روجرز مجموعة من الفنيات كي تستخدم كأساليب لتحقيق الشروط المسهلة للعملية العلاجية ، وتهدف إلى التأكد من تحقيق هذه الشروط ، وهي فنيات تتجه في الجانب الأكبر منها نحو مشاعر العميل ، وتتضمن هذه الفنيات:

١- فنية تقبل المشاعر : Feelings Acceptance Technique

وهي فنية تتلخص في ضرورة أن يتقبل المرشد المشاعر الموجبة التي يعبر عنها العميل بالكيفية نفسها التي يتقبل بها المشاعر السالبة ، بشرط ألا تتم مقابلة المشاعر الموجبة بالاستحسان أو المدح ؛ بل يتم تقبل المشاعر الموجبة كجانب من الشخصية لا يقل ولا يزيد قدراً عن المشاعر السالبة.

وتتضح هذه الفنية العلاجية في أن هذا التقبل الذي يحدث بالنسبة لكل من الاتجاهات العدوانية والاتجاهات الاجتماعية ، ولكل من مشاعر الإثم والتعبيرات الموجبة عن المشاعر ، هو الذي يعطي الفرد الفرصة لأول مرة في حياته لأن يفهم ذاته على نحو ما هو كائن. ففي ظل هذا التقبل الكامل ، لا تكون هناك حاجة لدى الفرد لأن يخفي مشاعره السلبية خلف دفاعاته ، فضلاً عن أنه لا يجد أية فرصة لأن يتجاهل أو يفرط في تقييم مشاعره الموجبة ، وفي ظل هذا التقبل الكامل للمشاعر ، يصل العميل إلى مرحلة الاستبصار وفهم الذات ، ويمثل هذا الاستبصار جانباً مهماً في العملية العلاجية الكلية.

٢- فنية عكس المشاعر : Feelings Reflection Technique

وتمثل هذه الفنية أهمية كبرى في العلاج غير التوجيهي. وهي تعني ببساطة شديدة تكرار المقاطع الأخيرة التي يقولها العميل أو إعادة محتوى ما يقوله العميل أو تكرار ما يقوله العميل ، أو جانب مما يقوله ، بنبرة صوت تبين للعميل فهم المعالج له ، ولكن دون استحسان أو استهجان ، أي إعادة صياغة مشاعر العميل في كلمات تعكس جوهرها. حيث يحاول المعالج أن يعرض للعميل مرآة لفظية Verbal Mirror تمكن العميل من أن يرى ذاته بدرجة أكثر وضوحاً ، وتفيده في التخلص من الصراعات الانفعالية التي تكون مدمرة لتحقيق الذات.

ومما لا شك فيه أن فنية "عكس المشاعر" هي إحدى وسائل تحقيق الشرط المستقل المعروف "بالفهم المتعاطف" Empathic understanding، إذ إن عكس المعالج لمشاعر العميل واتجاهاته وخبراته - سواء تلك التي يعيها العميل شعورياً ، أو تلك التي يدركها فقط بشكل غامض - يساعد العميل على فهم ذاته وخبراته الحقة ؛ فضلاً عن أن ذلك يؤكد للعميل أن

المعالج على درجة عميقة من "الفهم المتعاطف" لكل ما يقوله ، بل ولكل ما يجري بداخل العميل ، فيتحقق بذلك شرط "الفهم المتعاطف" من خلال تلك الفنية.

٣ - فنية توضيح المشاعر Feelings Clarification Technique :

وتعني " إعادة إقرار جوهر ما يحاول العميل قوله" ، أي أنه عندما يختلط الأمر على العميل في محاولته التعبير عن مشاعره ، فإن مهمة المعالج عندئذ تتمثل في مساعدته على استيضاح هذه المشاعر حتى يتسنى له التعبير عنها بوضوح ، ولكن بشرط ألا يتجاوز المرشد ما يعبر عنه العميل بالفعل. إذ يمكن أن يكون هناك خطر حقيقي من جراء المضي في الحديث بعيداً جداً أو سريعاً جداً ، إلى حد تعبير المعالج لفظياً عن اتجاهات لم يشعر بها العميل بعد.

وعندما يتحقق المعالج من المشاعر التي يعبر عنها العميل فإنه يقوم بإيضاحها له بشرط ألا يقدم تأويلات أو امتداحاً أو انتقاداً أو نصيحة ، وإنما يكون تركيزه مقصوراً 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 مما يؤدي إلى حدوث عملية الاستبصار بشكل تلقائي.

٤ - فنية " اللاتوجيهية " Nondirectiveness Technique :

واللاتوجيهية عند روجرز تعني عدم التوجيه ، أو النصح أو التأويل ، أو الإرشاد المباشر من جانب المعالج للعميل ؛ وإنما السماح للنزعة التحقيقية لدى الشخص بأن تنبثق. فالمرشد لا يفعل أي شيء لتوجيه (المعطيات) التي يتم التعبير عنها ، بمعنى أنه لا يطوح أي تساؤلات من شأنها توجيه المقابلة ، ولا يطلق أي تقييمات من شأنها استحثاث الدفاع أو إعاقة التعبير ، ويكون دور المعالج مقصوراً على استجابات العميل وعكسها وتوضيحها.

وتتضح أهمية فنية اللاتوجيهية في العملية العلاجية من خلال المقابلة غير التوجيهية، حيث إنها طريقة غير متحيزة تمكن من سبر أغوار الأفكار والإدراكات الخصوصية لدى الفرد. (حمدان فضة ، ١٩٩٥ ، ص ٥٣-٦٠)

في ضوء ما سبق يتضح أن العلاج غير الموجه هو الذي لا يتدخل فيه المعالج للتأثير في اختيارات العميل ، أو في تفكيره ، أو في كيفية النظر إلى الأحداث، فالمعالج لا يسأل ولا يفسر ولا يشرح ، ولا ينصح وإنما يعكس ما يقوله العميل فقط بلغته هو ؛ وذلك ليتيح للعميل إدراك مغزى ما يقول وتصحيح مساره السلوكي بنفسه إذا لزم الأمر.

ولا يعني ذلك أن عمل المعالج يكون سهلاً وسليماً وإنما هو عكس ذلك، حيث ينصت المعالج باهتمام بالغ لما يقوله العميل ، ويعرف أين وكيف ومتى يتدخل ؟ وماذا يقدم لمساعدة العميل على زيادة وعيه وإدراكه ؟ كما أنه يتحسس صورة مفهوم الذات لدى العميل ليحدد أين هو وماهية وجهته ؟ (رمضان القذافي ، ١٩٩٢ ، ص ١٨٤ - ١٨٥).

وسوف توضح الباحثة ذلك بالتفصيل من خلال عرضها للعملية العلاجية المتمركزة على العميل .. وذلك فيما يلي :

العملية العلاجية المتمركزة على العميل :

يؤدي العلاج المتمركز على العميل إلى تسهيل وجود مناخ يعرف فيه العميل ذاته بصورة أفضل ، حيث إنه يستطيع أن يتحمل المسؤولية الشخصية لوجوده ، كما يتم وضع السلطة والرقابة بوضوح في يديه .

ويلخص روجرز (Rogers 1961) جوهر العلاج المتمركز على الشخص في قول مؤداه : "إذا أمكنني تقديم نوع معين من العلاقة ، فإن الشخص الآخر سوف يكتشف داخل ذاته القدرة على استخدام هذه العلاقة في النمو والتغيير ؛ مما يؤدي إلى حدوث النمو الشخصي".

كما أوضح روجرز (1967) الشروط الضرورية التي يجب توافرها في العلاقة بين المعالج والعميل لكي تساعد العميل على التغيير والنمو. ونبه إلى وجود هذه الشروط بأي معدل سيؤدي إلى إقامة العلاقة التي يشعر العميل من خلالها بالاطمئنان والأمان والمساندة. فالعميل يشعر أنه يستطيع الاعتماد على المعالج والثقة به ، وهذه هي العلاقة التي تؤدي إلى دعم التغيير والنمو. (ليروي وتشارلز Leroy & Charles ، 1985 ، p 37-38).

وتتلخص الشروط الأساسية التي يتعين توافرها لإمكانية إحداث تغيير جوهري في الشخصية من وجهة نظر روجرز فيما يلي :

- ١- يجب أن يكون العميل على اتصال نفسي بالمعالج النفسي.
- ٢- لا بد أن يكون العميل في حالة من عدم الاتساق ، وأن يتم تعريضه لمواقف تظهر ضعفه وتثير قلقه ؛ حتى يتمكن من إحراز نجاح فعلي في عملية العلاج النفسي.
- ٣- لا بد أن يكون المعالج النفسي شخصاً متكاملأ بصورة سليمة ، قادراً على الاندماج في علاقة حميمة مع العميل ؛ ليتمكن من التوصل إلى أسباب اضطرابه.

٤- يُصرّ روجرز على أن العلاج النفسي الفعال الذي يقوم به المعالج النفسي انبارع يجب أن يتضمن اهتمامًا غير محدود بالعمل. بمعنى آخر أن الرعاية التامة للعميل كفيلة بإرضاء الحاجات الشخصية للمعالج نفسه.

٥- لابد من أن يكشف المعالج النفسي - بشكل دقيق وبدون أي تأثير عاطفي - عن وعي العميل وإدراكه لخبراته وتجاربه.

٦- يجب على العميل أن يكون قادراً على استيعاب - ولو بدرجة محدودة - التقبل والمشاركة الوجدانية من قبل المعالج النفسي. (إليس Ellis ، 1994 ، P 168-169).

وهكذا ؛ تعد العلاقة بين المرشد والعمل هي محور العلاج المتمركز على العميل، وتمثل هذه العلاقة أكثر من مجرد وسيلة يمكن من خلالها تحقيق التغيير ، ويوضح استخدام مصطلح "العلاج القائم على العلاقات" Relationship Therapy مدى إدراك أهمية العلاقة ، وليس الأساليب أو الفنيات. (باترسون Patterson ، 1969 ، P 2).

وينبه روجرز أن عملية تحول العميل إلى إنسان محقق لذاته ، تتضمن ثلاث مراحل رئيسية ، وهذه المراحل هي:

١- المرحلة الأولى : تتضمن العلاج غير الموجه :

في هذه المرحلة يتقبل المعالج العميل في ظل مناخ متسامح وبعيداً عن أي تدخل. وتمثل الفنية الرئيسية التي يستخدمها المعالج في مساعدة العميل على توضيح خبراته الشخصية بهدف الوصول إلى الاستبصار بذاته وبحياته.

٢- المرحلة الثانية : التأمل :

تتركز هذه المرحلة على تأمل مشاعر العميل ، وتجنب المواقف المهددة لشخصيته من خلال علاقة العميل بالمعالج ، وتساعد هذه المرحلة على تطابق وانسجام مفاهيم الذات المثالية ومفاهيم الذات الواقعية.

٣- المرحلة الثالثة : زيادة المشاركة الشخصية :

تتميز هذه المرحلة بزيادة مستوى المشاركة الشخصية للمعالج ، حيث يتخذ المعالج دوراً أكثر فاعلية ، وينمو العميل من خلال تعلمه كيفية استخدامه لخبراته الزاهنة. (ليروي وشارلز Leroy & Charles ، 1985 ، P 36).

ويرى روجرز أن هذه المراحل الثلاث الرئيسية التي تتضمنها العملية العلاجية ، والتي يتغير خلالها الفرد وينتقل من مرحلة الثبات إلى المرحلة الإنسيابية ، ومن نقطة قريبة من الطرف المتصلب في المجال إلى نقطة أكثر قرباً من الطرف المتحرك في المجال ؛ تتوالى أو تحدث في صورة سبع مراحل ثانوية ، وتحدث على نحو متسلسل أو متتابع على النحو التالي :

المرحلة الأولى: في هذه المرحلة ، تتسم خبرات الفرد بالثبات والتباعد ، كما أنه من المحتمل أن يقبل العميل العلاج من تلقاء ذاته .

المرحلة الثانية: عندما يتأكد العميل من أنه يلقي قبولاً حسناً ، فإن ذلك يعني بداية المرحلة الثانية ، وفيها يصف الفرد مشاعره ولكن كموضوعات في الماضي لاتخصه ، بل وخارجة عن ذاته. ويكون له قدر من تمييز وإدراك وجود مشكلات ، ولكنه يدركها كمشكلات خارجة عن ذاته ، ومن ثم فلا إحساس لديه بالمسؤولية تجاه تلك المشكلات.

المرحلة الثالثة: يتزايد وصف الفرد للمشاعر والمدلولات الشخصية التي لاتزال غير حاضرة في الوعي ، ولذلك فالصورة التي يصف بها الفرد تلك المشاعر هي صورة سيئة وشاذة. ويكون لدى الفرد تدفق أكثر حرية للتعبير عن ذاته كموضوع ، كما أنه يبدأ في تمييز وإدراك أن المشكلات تكون موجودة بداخله أكثر مما تكون خارجة عنه .

المرحلة الرابعة: بعد أن يشعر العميل بأن المعالج يفهمه ويرحب به ويتقبله - كما كان في المرحلة الثالثة - يلي ذلك حدوث قدر معين من التفكك في البناء النفسي ، والتداعي الحر للمشاعر والذي يعد من السمات المميزة للانتقال داخل المجال.

وينبه روجرز أن هذه المرحلة والمراحل التالية تشكل جانباً كبيراً من جوانب العلاج النفسي ، وهذه السلوكيات شائعة للغاية في أي شكل من أشكال العلاج ، فالفرد لا يتصف بالكمال في أي مرحلة من مراحل العملية العلاجية ، إذ إن تعبيرات العميل وسلوكياته تظهر في المرحلة الثالثة ، وتتميز المرحلة الثانية بتكرار حالات التصلب ، ووجود قدر أكبر من التفكك في المرحلة الرابعة.

المرحلة الخامسة: إذا شعر العميل أن هناك تفهماً لتعبيراته وسلوكه وخبراته في المرحلة الرابعة، فإن ذلك يؤدي إلى قلة تحفظه ويؤدي مزيداً من التداعي الحر. فالعميل في المرحلة الخامسة يكون أكثر قرباً من وجوده العضوي حيث إنه يكون في عملية مستمرة ، كما يلاحظ التداعي الحر لمشاعره ، والتحرر والانطلاق في بنائه الشخصي وخبراته ، وإجراء

التفاضل والتمييز - بدرجة كبيرة - لخبراته ؛ ولذلك فإن الاتصال الداخلي يبدأ في التداعي والانسحاب ، وبالتالي يصبح أكثر دقة.

المرحلة السادسة: يخبر الفرد بشكل مباشر المشاعر التي كان ينكرها من قبل عن الوعي ، ويصبح التلقي الفوري - حيويًا وواضحًا ومثيرًا - لخبرة المشاعر التي كان الفرد ينكرها.

المرحلة السابعة: عند وصول العميل إلى المرحلة السادسة ، فإنه لا يرى ضرورة بأن يلقي التقبل التام من المعالج ، بالرغم من أن مثل هذا التقبل يبدو مفيدًا. كما أن العميل غالبًا ما يستمر في الوصول إلى المرحلة السابعة دون حاجته إلى المعالج ومساعدته. وغالبًا ما تظهر هذه المرحلة خارج العلاقة العلاجية وليس داخلها ، كما أن الفرد هنا غالبًا ما يكتب تقريرًا عن حالته ، وهو يفضل ذلك عن مجرد التعبير عن مشاعره وخبراته ، وذلك في الجلسة العلاجية. (روجرز Rogers ، 1967 ، 132-154 P).

وهكذا ؛ فعندما يصل الفرد إلى عملية التغيير - وذلك في المرحلة السابعة - يجد المعالج نفسه مشاركًا في بُعد جديد ، حيث يتسم العميل بالحركة والتداعي والتغيير في جميع جوانب حياته النفسية ، ويصبح ذلك أحد صفاته المميزة ، فهو يعيش في مشاعره الخاصة ويعرفها ويثق بها ويتقبلها.

وبهذه الطريقة يتمكن الفرد من بناء الخبرة التي تتسم بالتغيير الدائم ، وذلك بناءً على التكوين الشخصي الذي تم تعديله من خلال الأحداث الجديدة في حياته ، حيث إنه يشعر بالموافق الني يمر بها بصورة جديدة ، ويقدم تفسيرات جديدة لهذه المواقف وليس على أساس الماضي فقط ، وذلك على أساس أن ما يجري الآن متطابقًا مع الماضي ، كما أنه يقيم مشاعره ومعانيه الشخصية بدقة من خلال قيامه بالتمييز والمفاضلة بينهما.

ويبدو أيضًا أن اتصاله الداخلي يتسم بالحرية وعدم التثبيط ، حيث يتصل بالآخرين بحرية وبدون قيود ، وذلك من خلال العلاقات التي تنشأ بينه وبينهم. ويكون الفرد آنذاك مدركًا لذاته وواعيًا لها ، ولكن ليس باعتبارها "شيئًا" ما. فالفرد في هذه المرحلة يعتبر مسئولاً مسئولية كاملة عن حياته. (روجرز Rogers ، 1967 ، 154-155 P).

ثالثاً : مفهوم الإدمان Addiction :

عرفت هيئة الصحة العالمية الإدمان أو الاعتماد بأنه حالة نفسية وعضوية تنتج من تفاعل الفرد مع العقار، ومن نتائجها ظهور خصائص تتسم بأنماط سلوكية مختلفة تشمل دائماً الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة مستمرة أو دورية للشعور بآثاره النفسية والعضوية. ولتجنب الآثار المهددة والمؤلمة التي تنتج من عدم توفره قد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة .

والأنواع التي تحدث إدماناً هي الكحوليات والمخدرات مثل الأفيون ومشتقاته والكوكايين والحشيش والعقاقير المختلفة المنشطة والمطمئنة والمنومة .

وخصائص الإدمان هي الرغبة الملحة في الاستمرار على التعاطي والحصول عليه بأي وسيلة، وزيادة الجرعة بصورة متزايدة لتعود الجسم على العقار والاعتماد النفسي والعضوي عليه.

والتعود على العقار يزيد الرغبة في الاستمرار على تعاطيه لما يسببه من شعور بالراحة ولتحقيق اللذة وتجنب الشعور بالقلق والألم. ويحدث تعود للجسم بحيث تظهر على المتعاطي اضطرابات عضوية ونفسية شديدة عند امتناعه عن تناول العقار فجأة .

ومن ثم فإن علاج الإدمان يتطلب رعاية طبية مكثفة ومستمرة لفترة من الوقت داخل إحدى المستشفيات المتخصصة - حسب طبيعة العقار وشدة الإدمان - لإمكان علاج آثار انسحاب تأثير العقار من جسم المدمن وعلاج حالته النفسية التي أدت به إلى الاعتماد على أسلوب دفاعي خارجي بدلاً لفشل دفاعات الذات في وضع حلول ملائمة.(فرج عبد القادر طه وآخرون ، د.ت ، ص ٣٩).

وتصنف مواد الإدمان بعدة تقسيمات ، وأكثرها شيوعاً هي تصنيفها إلى أنواع حسب نوع التأثير الذي تحدثها على الإنسان (الشخص الذي يتعاطاها) على النحو التالي :

١- مجموعة المهدئات Sedatives:

وتشمل على الكحول والخمر والبيرة، كما تشمل أيضاً على المهدئات Barbiturates مثل الفيربيوتال والسيكونال والفاليوم والليبريم الخ .

٢- مجموعة المنشطات: Stimulants

مثل الكافين الذي يوجد في القهوة والشاي والكوكاكولا ، كما تشمل النيكوتين بأنواعه وأشهرها السجائر والأمفيتامينات مثل البنزدرين والميثروين والكوكايين .

٣- مجموعة القنب الهندي : Cannabis Sativa

وتشمل الحشيش والماريجوانا والبانجو ، وغيرها من المسميات التي تطلق على مشتقات النباتات المؤنثة لنبات القنب الهندي .

٤- مجموعة الأفيون : Opiates

وتشمل هذه المجموعة الأفيون ومشتقاته مثل الهيروين والميثادون والمورفين والكودايين وأدوية السعال .

٥- عقاقير الهلوسة : Hallucinogens

ومن هنا عقار LSD ، والسيلوسيبين ، والميسكالين ، و STP ، و MDA وغيرها .

٦- أنواع أخرى :

وتشمل المذيبات الطيارة التي تستخدم في صنع اللاصقات الصناعية ، مثل مواد اللصق الخاصة بالموكيت ، وكذلك ما يدخل في أقلام الكتابة (الفلوماستر) ، وما يدخل في صناعة ملونات الأظافر . (محمد الشناوي ومحمد عبدالرحمن ، ١٩٩٨ ، ص ٤٣٦-٤٣٧)

إدمان المخدرات : Narcotic Addiction

هو الاتكال القهري على العقاقير المخدرة كالباربيتورات والكودين والهيروين أو المورفين ، مع ميل إلي زيادة الجرعة يرجع إلى تزايد الإطاقة ، والاتكال أو الاعتماد هنا سيكولوجي وفسيولوجي مصحوب بأعراض الانسحاب إذا أوقف التعاطي .(جابر عبد الحميد وعلاء كفاقي ، ١٩٩٢ ، ص: ٢٣٣٤)

إدمان مخدر مسكن : Narcotic - Analgesic Addiction

هو اعتماد سيكولوجي وجسمي على عقار كالمورفين الذي يتعاطاه المريض للتخفيف من الألم ، ومن علاماته الحاجة لزيادة الجرعة للحصول على نفس الدرجة من الارتياح . ويتسم الانسحاب من الإدمان المخدر المسكن المعتدل بزيادة إفراز العرق ، وبلل العينين ، وسيلان الأنف ، والتثاؤب ، والنخير . ويحدث التقلص العضلي والقيء ، والإسهال عند

الانسحاب من الإدمان المخدر المسكن الشديد .(جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاي، ١٩٩٢ ، ص: ٢٣٣٤)

ويوجد كثير من المصطلحات أو المفاهيم المحورية التي يستخدمها الباحثون عند دراسة موضوع تعاطي المخدرات ؛ وهي مصطلحات ومفاهيم يوجزها مصطفى سويف فيما يلي :

١- **اللهفة** : رغبة قوية في الحصول على آثار مخدر أو مشروب كحولي ، وللهفة بعض الخصائص الوسواسية ، فهي لا تفتأ تراود فكر المدمن ، وتكون غالباً مصحوبة بمشاعر سيئة.

٢- **الاعتماد** : حالة نفسية ، وأحياناً تكون عضوية كذلك ، تنتج عن التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية. وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوي على عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاطى الكائن مادة نفسية معينة على أساس مستمر أو دوري (أي من حين لآخر) ، وذلك لكي يخبر الكائن آثارها النفسية ، وأحياناً لكي يتحاشى المتاعب المترتبة على انققادها ، وقد يصحبها تحمل أو لا يصحبها ، كما أن الشخص قد يعتمد على مادة واحدة أو أكثر .

٣- **الاعتماد النفسي** : موقف يوجد فيه شعور بالرضا مع دافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر أو الدوري لمادة نفسية بعينها لاستثارة المتعة أو لتحاشي المتاعب .

٤- **الاعتماد العضوي** : حالة تكيفية عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة في حالة انقطاع وجود مادة نفسية معينة أو في حالة معاكسة تأثيرها ، نتيجة لتناول الشخص أو الكائن عقاراً مضاداً .

٥- **المواد المحدثّة للاعتماد** : هي مواد تتوفر فيها القدرة على التفاعل مع الكائن الحي فتحدث حالة اعتماد نفسي أو عضوي أو كليهما معاً ، وقد تتناول هذه المادة النفسية في سياق طبي أو غير طبي دون أن يترتب على ذلك بالضرورة حدوث الاعتماد.

٦- **التسمم** : حالة تعقب تعاطي إحدى المواد النفسية ، وتتطوي على اضطرابات في مستوى الشعور ، والتعرف ، والإدراك ، والوجدان أو السلوك بوجه عام ، وربما شملت كذلك وظائف واستجابات سيكوفسيولوجية .

٧- التحمل : تغير عضوي (فسيولوجي) يتجه نحو زيادة جرعة مادة محدثة للإدمان، بهدف الحصول على الأثر نفسه الذي أمكن تحصيله من قبل بجرعة أقل ، ويمكن أن يحدث التحمل بفعل عوامل فسيولوجية أو عوامل نفسية اجتماعية.

٨- الانسحاب : مجموعة من الأعراض تختلف في بعض مفرداتها وفي شدتها، تحدث للفرد على أثر الانقطاع المفاجئ عن تعاطي مادة نفسية معينة ، أو تخفيف جرعتها ، بشرط أن يكون تعاطي هذه المادة قد تكرر كثيراً ، واستمر هذا التكرار لفترات طويلة و / أو بجرعات كبيرة.

٩- تعاطي المواد النفسية : بناء على ما ورد في "لسان العرب" فإن التعاطي هو تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله ، ويشار بالمصطلح إلى تناول المتكرر لمادة نفسية بحيث تؤدي آثارها إلى الإضرار بمتعاطيها ، أو ينجم الضرر عن النتائج الاجتماعية أو الاقتصادية المترتبة على التعاطي. ولا يستتبع التعاطي بالضرورة نشوء الاعتماد أو التحمل.

وتشير الدراسات الحديثة إلى ضرورة التمييز بين ثلاثة مستويات من التعاطي على أقل تقدير ، وهي : تعاط تجريبي (أو استكشافي) ، وتعاطٍ منقطع (أو بالمناسبة)، وتعاطٍ منظم.

ويقصد بالتعاطي الاستكشافي ما نلاحظه من إقبال بعض الشباب على المغامرة بتعاطي مخدر معين على سبيل التجريب أو الاستكشاف ، يشجعهم على ذلك ما يعرفونه عن بعض أقرانهم ، أو ما يزينه أمامهم هؤلاء الأقران. أما التعاطي بالمناسبة ؛ فهو يتضمن هؤلاء الذين يستمرون في تعاطي المادة المخدرة بعد تجاربهم الاستكشافية الأولى ، إلا أن تعاطيهم يتميز بأنه منقطع تبعاً لمناسبات.

هذا ؛ بينما يتضمن "المتعاطون بانتظام" أولئك الذين يواظبون على التعاطي حسب إيقاع معين بغض النظر عما إذا كانت مناسبة أم لا، وهذه الفئة الأخيرة هي أقرب الفئات إلى مفهوم "الإدمان" أو "الاعتماد" بالمعنى العلمي الدقيق.

١٠- التعاطي المتعدد للمواد النفسية : يشار بهذا المصطلح إلى تعاطي المتعاطي عدداً من المواد النفسية ، بدلاً من الاكتصار على مادة واحدة ، وقد يتعاطى هذه المواد المتعددة معاً في وقت واحد.

١١- مادة نفسية : هي أي مادة إذا تناولها الإنسان أو الحيوان أثرت في نشاط المراكز العصبية العليا أو ما يطلق عليه العمليات النفسية (في حالة الإنسان). وقد يكون تأثير

هذه المادة في اتجاه التنشيط ، وقد يكون في اتجاه التخميد ، وقد يكون في اتجاه إحداث بعض الهلوسة.

١٢- مخدر : يشار بهذا المصطلح إلى معان متعددة ومتداخلة بدرجة تدخل الغموض والإبهام أحياناً على المقصود منه في هذا النص أو ذاك ، وهو يستخدم في أضيق الحدود ، ويكون ذلك فقط عند الإشارة إلى مجموعة المواد النفسية المحرمة قانوناً ؛ مثل القنب ومشتقاته، والأفيون ومشتقاته ، و(شجرة) الكوكا ومشتقاتها.

١٣- الجرعة الزائدة : ينطوي هذا المصطلح على إقرار بوجود جرعة مقننة ، وهي الجرعة التي اعتاد المتعاطي المستمر (سواء كان الاستمرار منتظماً أو متقطعاً) أن يتعاطاها من أية مادة نفسية للحصول على النشوة الخاصة بهذه المادة. فإذا زادت الجرعة عن ذلك (لسبب ما) في إحدى مرات التعاطي فإنها تحدث أثراً معاكسة حادة، وتكون هذه الآثار عضوية أو نفسية ، وغالباً ما تكون مؤقتة ثم تزول تلقائياً ، لكنها قد تحتاج إلى قدر من الرعاية الطبية. وفي بعض الحالات قد تصل شدة هذه الآثار بالمتعاطي إلى الموت.

وهكذا ؛ يشير الإدمان إلى حدوث فقدان جزئي أو كلي لعقل الإنسان وإرادته وشخصيته وكيانه وعلاقاته الطبيعية بالمجتمع. وبسبب تأثير المخدرات على وظائف المخ ، فإن المدمن قد يتغير من شخص نشيط إلى إنسان خامل كسلان ، ومن إنسان خير إلى إنسان شرير يقترب أبشع الجرائم وأشدّها فتكاً بالمجتمع.

ولكون المدمن يرتبط نفسياً وعضوياً بالمخدر فإن فك هذا الارتباط يؤدي إلى معاناة وآلام نفسية وعضوية لا يستطيع المدمن تحملها ، أي أنه إذا أُلْقِعَ عن تعاطي المخدر فإن حياته تنقلب إلى جحيم من العذاب النفسي ، والآلام والمعاناة العضوية نتيجة حرمانه من المخدر الذي تعايش معه عضوياً ونفسياً. (أنور العمروسي ، د.ت ، ص ٥٩).

المدمن :

هو ذلك الشخص الذي ربط حياته بعقار من العقاقير وتعود عليه ، أو أي مادة أخرى من المواد المخدرة أو المنبهة والتي لا يستطيع الامتناع عنها وعن تعاطيها بل ويبحث عنها ، وفي حالة وجودها يعجز عن ممارسة حياته وعمله العاديين ويعيش في حالة نفسية سيئة ومضطربة. (مدحت أبو النصر ، ١٩٩٩ ، ص ١٤٧)

ويرى جمال الخطيب (١٩٩٢: ٤٠) أن مفهوم الشخصية الإدمانية يشير إلى افتراضين ؛ أولهما أن ثمة سمات شخصية تعمل بمثابة مسببات للإدمان أو تقود الشخص إلى

تعاطي المخدرات. أما الافتراض الثاني فهو يتضمن أن الذين يتعاطون المخدرات يتمتعون بسمات شخصية لا يتمتع بها غير المتعاطين ، أو أنها توجد لديهم بقدر أكبر مما هي عليه لدى غير المتعاطين.

ويشير محمد هويدي (١٩٨٩ : ٨٤) في دراسته التي تناولت ديناميات شخصية المدمن أن البناء النفسي للفرد وديناميات شخصيته هو الذي يدفع بالمدمن للبحث عن شلة الأصدقاء - التي تعد عاملاً رئيسياً في دفعه نحو الإدمان - والانضمام لعضويتها ؛ ذلك أن هذه العضوية تشبع لديه الحاجة إلى التقدير وإلى الانتماء وإلى المكانة الاجتماعية التي يفتقدها في مجتمع غير المدمنين ، حيث يجد ذاته السلبية الضعيفة في هذه الجماعة ، فالمدمن عادة لم يتعلم في طفولته كبت إشباع رغباته وغرائزه أو تأجيل إشباعها ، وإنما اعتاد تحقيق اللذة الفورية ، وهو ما يجده في هذه الجماعة المنحرفة.

وتعد المشاعر العدوانية أحد الملامح المشتركة في حالات الإدمان ، سواء داخله أو خارجه ، فالمدمن يشعر بالعدوان من حوله. وبالرغم من أن هذا العدوان قد يكون صريحاً أو متخفياً ، إيجابياً أو سلبياً ، حقيقياً أو متخيلاً - فإن المشاعر العدائية داخله والرغبة في الانتقام تكون قوية إلى حد كبير ، وفي الوقت نفسه لا يستطيع التعبير عن هذه المشاعر أو ممارستها.

ليس من الصحيح أن الشباب يتعاطى المخدرات هرباً من الحياة ، ولكنه يهجر هذه الحياة إلى حياة أخرى يصنعها بنفسه ويمارسها بشكل إيجابي وفعال ، فهو يريد حياة خالية من المشاكل والصعوبات الاجتماعية ، بلا آلام أو معاناة نفسية ، حياة فارغة بلا معنى أو هدف سوى البحث عن اللذة المؤقتة الزائلة ، حياة يشعر فيها أنه سيد الكون وخير الناس أو على الأقل كباقي الناس.

ومما تجدر الإشارة إليه أن أهم الميكانيزمات النفسية للاستمرار في الإدمان يتمثل في تحويل حياة المدمن إلى نظام ذاتي مغلق يستطيع فيه أن يمد نفسه باللذة والسعادة ، وأن يعزول نفسه وراء أي حاجة إلى المساعدة الإنسانية أو الرضا ، فهو لا يعتمد على أحد إطلاقاً ، وكذلك فإن نظام حياته يبدو متوازناً لما بين التناوب المنتظم للنشوة والتعاسة ، فلهذه عقاب ذاتي يمارسه دائماً منذ لحظة محاولته الحصول على العقار إلى إحساسه بمشاعر الانسحاب. ولأنه يفضل الإشباع العاجل على الإشباع الآجل فإن العقار يحقق له ذلك باستمرار ؛ مما يجعل أسلوب حياته مضبوطاً ذاتياً.

وفي الوقت نفسه فإن الإدمان يقلل من كفاءته، سواء بإحساسه أنه مريض أو لأنه مشغول بالبحث عن عقاره المنشود. كذلك فإن المخدر يقوم بوظيفة مهمة في حياته تنقذه من مشاعر الضعف الطاغية ومن إحساسه بأنه محتقر وأنه لا يستطيع تحمل المنافسة أو النقد ، وعن ذلك تقول نيسواندر Nyswander : إن الأفيون يحقق له إشباع الاعتداء والتحدي الجنسي ، في حين أنه في حقيقة الأمر يمارس ذلك سلبياً.

ويمكن القول بأن للإدمان وظيفتين أساسيتين ؛ الأولى هي الهروب من الواقع الضاغط الذي لا يستطيع أن يواجهه المدمن ، والثانية هي أنه يعد بمثابة ميكانيزم دفاعي يمنع ظهور الأعراض النفسية التي قد تدمر الذات ولكنه من الميكانيزمات الدائرية ، إذ إن الاستخدام المزمن للعقاقير يزيد من مرضية الأنسا ، وخاصة إذا نظرنا إلى الآثار الفارماكولوجية للعقار ، وما يسببه من تغيرات بيوكيماوية في الجسم. (فاروق عبد السلام، ١٩٧٧ ، ص ٦٣ - ٦٥).

أسباب الإدمان ، ودوافعه :

توجد أسباب ودوافع متعددة للإدمان ؛ منها ما يتعلق بشخصية الفرد وحالته النفسية وسلوكه في المجتمع ، ومنها ما يتصل اتصالاً وثيقاً بالمشكلات الأسرية أو الاجتماعية أو الاقتصادية، وقد يكون الإدمان بسبب صفات وراثية ، أو بسبب الأشخاص المحيطين بالفرد والذين لهم القدرة على إغرائه والسيطرة عليه وإيقاعه في شباك الإدمان . (جابر بن سالم وآخرون ، ١٩٩١ ، ص ٢٩).

ونظراً لكون الدراسة الحالية تهدف إلى دراسة فعالية العلاج النفسي في علاج المدمنين ، فإن الباحثة سوف تلقي الضوء على الدوافع والأسباب التي تدفع المدمنين إلى دائرة الإدمان والهلاك.

وقد قسمت الباحثة هذه الدوافع إلى أربعة عوامل ؛ أولها عوامل خاصة بشخصية المتعاطي ، وثانيها عوامل بيئية ، وثالثها عوامل ثقافية ، ورابعها عوامل اقتصادية . وفيما يلي تفصيل تلك العوامل:

أولاً : عوامل خاصة بشخصية المتعاطي :

١ - العوامل الوراثية :

قد تؤدي العوامل الوراثية دوراً مهماً في حدوث الإدمان ، فقد يكون لدى الفرد استعداد وراثي للتأثر بنوعيات من الأدوية ، فقد تؤدي بعض الصفات الوراثية إلى تدني فعالية بعض الأدوية ، وفي هذه الحالة يضطر الفرد إلى مضاعفة جرعة الدواء ، والاستمرار في تناول جرعات كبيرة منه قد تؤدي إلى حدوث أضرار نفسية وعضوية أو تؤدي إلى حدوث الإدمان ، وقد تؤدي بعض الصفات الوراثية إلى زيادة فعالية الدواء أو حدوث تسمم من جرعات صغيرة منه ، وفي هذه الحالة لا يحتمل الفرد تأثير الدواء ولا يستمر في تعاطيه، وبخاصة إذا كان الدواء يسبب له متاعب نفسية أو عضوية أو كليهما.

وقد يرث المرء عن الأم أو الأب أو كليهما صفات وراثية تؤدي به إلى الإدمان ؛ مثل التوتر العصبي ، أو الاضطرابات العصبية ، أو أمراض نفسية وعضوية ، يتطلب علاجها استعمال أنواع من الأدوية قد تؤدي إلى الإدمان.

وإذا كانت الأم تستعمل الأفيون أو المورفين أو الهيروين أثناء فترة الحمل أو فترة الرضاعة ، فإن الجنين أو الرضيع يتأثر بالمخدر بحيث يرتبط به ارتباطاً نفسياً وبدنياً ، لدرجة أن أعراض الحرمان النفسية والعضوية تظهر على المولود فور خروجه إلى النور ، أو يصاب بها الطفل الرضيع إذا حرم من رضاعة لبن أمه التي أدمنت المخدر. (جابر بن سالم وآخرون ، ١٩٩١ ، ص ٣٥).

٢ - ضعف الأنا :

من الأسباب القوية التي تؤدي إلى الإدمان ضعف شخصية الفرد وسهولة التأثير عليه وفتور عزيمته ، ولذلك يستغل بعض رفقاء السوء أو تجار المخدرات هذه الصفة ، ويحللون بشتى الوسائل إغراء الفرد ضعيف الشخصية ؛ حتى يقع في شباكهم ويصبح أسيراً للإدمان .

وتؤثر شخصية أفراد الأسرة ، وبخاصة الأب والأم في تصرفات الأبناء ، فإذا كان الآباء والأمهات ذوي شخصية ضعيفة لا يستطيعون حسم الأمور مع أبنائهم ، أو تقوية اعوجاجهم فإن هذا يؤدي إلى سهولة انحرافهم ووقوعهم في هاوية الإدمان .

٣- حب التقليد والفضول :

في سن المراهقة والشباب يتأثر الأصدقاء بعضهم ببعض ، فإذا ما رأى شاب صديقاً له يدخن السجائر أو الحشيش أو يتناول الخمر ، فإن الشاب قد يتأثر بصديقه فيرغب في محاكاته فيما يقدم عليه من تصرفات ، غير مكرث بعواقب هذه المحاكاة ، ومن هنا تبدأ المأساة ، ثم يتكرر هذا الحدث مرات ومرات في لقاءات ومناسبات مختلفة .

وقد يؤدي الفضول دوراً مهماً في حدوث الإدمان ، حيث يرى الشخص صديقاً له أو رجلاً ما يدخن السجائر أو الحشيش أو يشرب الخمر ، ويرى على وجهه مظاهر الاستمتاع والنشوة والسرور ، فيكون هذا دافعاً قوياً لتجريب التدخين أو الشرب.

وقد تكون وسائل الإعلام المرئية والمسموعة مسئولة عن إثارة الفضول في نفوس الناس ، بما تقدمه لهم من تمثيلات وأفلام يظهر فيها الممثل أو الممثلة الاستمتاع والنشوة والمرح بالتدخين أو شرب الخمر.

٤- المجاملات :

قد يكون الشخص مجاملاً أو خجولاً لدرجة أنه قد يتورط في قبول بعض الأشياء التي يقدمها له أصدقاؤه في الحفلات أو المناسبات الاجتماعية أو في الزيارات ، فالفرد المدخن يرغب في أن يشاركه أصحابه من غير المدخنين في متعة التدخين ، ولذلك فإنه يلح عليهم وبإصرار لقبول التدخين معهم ، ويضطر بعضهم بسبب الإلحاح المستمر إلى مجارة المدخنين ، وقد يتكرر هذا الإلحاح في أكثر من مناسبة حتى يدمن الشخص غير المدخن التدخين .

وتحدث نفس المجاملات والمضايقات في مجال تدخين الحشيش والماريجوانا ، فالشخص المبتدئ قد لا يجد أي متعة في بادئ الأمر ، بل قد يشعر ببعض المتاعب والمضايقات ، ولكنه بسبب الضغط الواقع عليه والمجاملات من جانب أصدقائه المدمنين فإنه يعاود الكرة مرات ومرات حتى يصبح ضحية لمجاملاتهم وأسيراً بالتالي للإدمان.

٥- التداوي الذاتي :

بعض الأفراد يستعملون نوعيات من الأدوية بدون وصفة طبية ، فهناك أشخاص يتعاطون المهدئات والمنومات والمنشطات بهدف التغلب على الوحدة والقلق والتوتر والأرق والخوف والغضب ، وقد تستعمل بعض الأدوية بعد استشارة الطبيب لعلاج الحالة النفسية ،

مثل الأدوية المضادة للقلق ، ونظرًا لأن هذه الأدوية تعطى للفرد شيئًا من الارتياح والنشوة ، فإن الدواء في حد ذاته يكون دافعًا قويًا إلى الاستمرار ، ويكون الدافع هنا دافعًا إيجابيًا حيث يسبب الدواء حدوث تأثيرات يشتهيها المريض ، وقد يكون الدافع دافعًا سلبيًا حينما يقضي الدواء على متاعب يشكو منها المريض مثل القلق أو الألم.

ثانيًا : العوامل البيئية

١- الأسرة :

حظيت الأسرة بقدر كبير من اهتمام الباحثين فيما يتعلق بإسهامها في إقبال الشباب على تعاطي المواد النفسية وابتعاده عنها. ومن النتائج المهمة التي توصلت إليها بعض الدراسات في هذا الصدد أنه إذا كانت العلاقة بين الآباء والأبناء يسودها التسبب والتفكك ازداد احتمال إقبال الأبناء على التعاطي .

كما كشفت بعض الدراسات عدة جوانب تتعلق بالأسرة واحتمالات تعاطي الأبناء ، ومنها مستوى تعليم الأب والمرتبة الاجتماعية لمهنته ، وكذلك مستوى تعليم الأم ومرتبته المهنية ، بالإضافة إلى مجرد إقامة التلميذ مع الأسرة أو بعده عنها ، كما أن وجود أقارب يتعاطون هذه المواد النفسية يعد من العوامل المرتبطة ارتباطاً وثيقاً بتعاطي الشباب هذه المواد ، حيث يشير ذلك إلى فاعلية عامل التعلم (عن طريق عمليات الإقضاء أو أية عمليات أخرى من عمليات التعلم).

إضافة إلى ذلك ، فالواقع أن هناك عوامل أخرى تتدرج تصورياً تحت فئة العوامل الأسرية ، وإن لم تكن لصيقة بكيان الأسرة ، ولكن تعد الأسرة فيها مسئولة مسئولية غير مباشرة ؛ مثال على ذلك ارتباط حجم المصروف الثابت (الشهري أو الأسبوعي أو اليومي) الذي يحصل عليه التلميذ من أسرته باحتمال إقدامه على تدخين السجائر وتعاطي المخدرات. (مصطفى سويف ، ١٩٩٦ ، ص ٨٩ - ٩٠).

٢- تأثير جماعة الأنداد :

يمكن تفسير كثير من حالات الإدمان لدى المراهقين والشباب بتأثير جماعة الأنداد أو أقران السوء ، حيث غالباً ما يحدث أن يعطي أحد المراهقين المدمنين جرعة لصديقه ، أو ربما يضطر انشاب إلى الامتثال للشلة التي ينخرط فيها ويجاريهم ويتناول المخدر معهم . وقد يبدأ المدمن بتعاطي مادة مخدرة خفيفة كالكحول ثم الحشيش ثم المنومات أو المسكنات،

ينحدر بعدها إلى المواد الشديدة كالهيروين . وإذا كان الفرد يشعر عند تناول المخدر بشيء من الاسترخاء والانبساط ، فإن الدراسات التتبعية تدل على أنه ينطوي وينسحب من الجماعة بعد ذلك ، ويفقد الاهتمام بأصدقائه فيما عدا جماعة الإدمان . (عبد الرحمن العيسوي ، ١٩٩٩ ، ص ٢٧٨)

ثالثاً : العوامل الثقافية :

هي مجموعة القيم المعنوية والأخلاقية والدينية التي تسود الجماعة ، ولاشك أن اتبلاع الجماعة لتعاليم الشرائع السماوية وفهمها الصحيح يؤدي إلى تأكيد القيم السامية ، واتخاذ الجماعة موقف الاستهجان من كل سلوك ضار به.

ولذلك فإن التوعية بتحريم الشرائع السماوية للمخدرات له أثره الكبير في التقليل من حجم الظاهرة ، أما ضعف القيم فإنه سيعمل على زيادة الإقبال عليه ، وإذا لم تكن وسائل الإعلام في أيد أمينة وأرادت تحقيق الكسب والشهرة على حساب المبادئ والأخلاق ، فإنها يمكن أن تتضافر العوامل الشخصية والبيئية في دفع بعض الأفراد إلى تعاطي المخدرات وإدمانها. (محمد عباس ، ١٩٨٩ ، ص ١٢٣).

رابعاً : العوامل الاقتصادية :

بالنسبة لظاهرة تعاطي المخدرات وإدمانها نجد أن المخدرات تنتشر في الدول المتقدمة الغنية والدول النامية الفقيرة على حد سواء . فمن لا يملك المال يهرب إلى المخدرات كي ينسى آلامه ، ومن يملكه يهرب إلى المخدرات بحثاً عن ملذاته.

فالإدمان لا يعتمد على المستوى الاجتماعي بقدر اعتماده على وسيلة الحصول على المادة المخدرة مهما يكن الثمن ، ومن هنا يأتي دور الجريمة في حياة المدمن ، السرقة والنصب والاحتيال.

كما كان للصناعات الدوائية الأوروبية دور مهم وخطير في نشر المواد المخدرة التخليقية أو التصنيعية من مهدئات ومنومات ومنشطات ، وأنفقت شركات الأدوية - التي تعد أكثر الشركات ربحاً بعد شركات السلاح - ملايين الدولارات لتسويقها بحجة فائدتها في علاج بعض الأمراض مثل الصرع والقلق ، وليس لها غاية سوى الحصول على الأرباح الطائلة من وراء ترويج هذه السموم. (محمد عباس ، ١٩٨٩ ، ص ١٢١).

علاج الإدمان :

إن مشكلة الإدمان عميقة الجذور بعيدة الغور ، ولا يكفي فيها بيان أضرار المخدرات ومساوئها ؛ لأن مدمن المخدرات يعلم في الغالب هذه الأضرار ورغم هذا يقدم عليها. (محمد عباس ، ١٩٨٩ ، ص ١٣٤).

ولا توجد طريقة مثلى لعلاج إدمان المخدرات ، بل هناك طرق تعطي نتائج أفضل من بعض الطرق الأخرى ، وحتى هذه الطرق نفسها قد تصلح في مكان ما "مجتمع ما" ولا تصلح في مكان أو مجتمع آخر ؛ لأن الظروف الاجتماعية والثقافية والبيئية والفردية في الواقع هي التي تحدد الطريقة المثلى ، أو الطريقة المناسبة والناجحة لعلاج الإدمان ، ولا يمكن وصفها والحكم عليها إلا بعد تجربتها ميدانيًا وواقعيًا.

ومن ثمّ فالأجدى في هذه الحالة هو التجربة والدراسة الميدانية لكثير من الطرق ، حتى يمكن اعتماد طريقة صحيحة ومناسبة لمجتمع معين ، ولكل حالة فردية من المدمنين داخل المجتمع الواحد. (حسن طالب ، ١٩٩٤ ، ص ١٨٢).

وقد حدد خبراء منظمة الصحة العالمية مراحل علاج الإدمان كالآتي :

المرحلة الأولى :

وتسمى المرحلة المبكرة في العلاج ، وهي تتطلب رغبة صادقة من جانب المدمن في العلاج ، وبالتالي الدخول في مرحلة كفاح صعب وصراع قاس بين احتياجه الشديد للمخدر من جانب ، وعزمه الأكيد على عدم تعاطيه واستعداده التلقائي لقبول مساعدة فريق العلاج من جانب آخر.

ويجب على فريق العلاج في هذه المرحلة أن يواجه مشكلات المدمن جنبًا إلى جنب مع علاج إدمانه ، وإذا لم يستطع الفريق العلاجي أن يحل مشكلات المدمن فإن عودته إلى تعاطي المخدر أمر وارد ، وفي ذلك إهدار للطاقات والإمكانات.

المرحلة المتوسطة :

إذا نجح العلاج في مرحلته الأولى فإن المدمن يتخلص من التسمم الناتج عن تعاطي المخدرات ، ويشعر المدمن أنه في حالة طيبة، وهذه الحالة قد تستمر بضع ساعات أو أيام أو أسابيع ، ثم تظهر بعض المشكلات ؛ حيث تتتاب المدمن حالة من النوم لفترات طويلة ،

ونقصان الوزن ، وارتفاع ضغط الدم ، وزيادة ضربات القلب ، وتستمر هذه الأعراض لمدة تتراوح بين ستة أشهر وسنة ، ثم تعود بعد ذلك أجهزة البدن إلى مستوياتها العادية.

وفي هذه الفترة يجب تشجيع المدمن على عدم العودة للتعاطي ، ويكون ذلك بالاستعانة بمجموعة من الأشخاص الذين تم شفاؤهم نهائياً من الإدمان ، على أن يكونوا من نفس فئته العمرية كما يمكن الاستعانة بأقاربه وأصدقائه الحائزين على ثقته ، بالإضافة إلى الأطباء الذين يتولون علاج ما يظهر عليه من أعراض جسمية أو نفسية.

المرحلة الثالثة :

ويطلق عليها مرحلة الاستقرار حيث يصبح الشخص الذي عولج في غير حاجة إلى خدمات أو مساعدة . وينصح خبراء منظمة الصحة العالمية أن يكون الأشخاص في هذه المرحلة جمعيات لتقديم العون لمدمني المخدرات ؛ وذلك بتشجيعهم على التقدم للعلاج وتذليل ما يعترضهم من صعوبات وعقبات ، والوقوف بجوارهم في المرحلة المتوسطة حتى يكتمل الشفاء ، بالإضافة إلى أن وجودهم في هذه الجمعيات يشد من أزرهم ويزيد من تصميمهم على عدم العودة إلى أسر الإدمان .

ويجب أن يسير علاج المدمنين جنباً إلى جنب مع تأهيلهم نفسياً واجتماعياً ، والتأهيل النفسي يكون بفحص قدرات ووظائف ومهارات المدمن ورفع مستواها بالتدريب وتأهيله لاستخدامها في العمل الذي يتناسب معها ، والتأهيل الاجتماعي يكون بتشجيع الاتجاهات والقيم الاجتماعية البناءة ، وتنمية الهوايات المفيدة ، والتشجيع على ممارسة الألعاب الرياضية ، واستغلال وقت الفراغ فيما يفيد . (محمد فتحي ، ١٩٩٠ ، ص ١١٥-١١٦).

ويؤكد مصطفى سويف (١٩٩٣ : ٣١٠-٣١١) أن وضع خطة لتوجيه الجهود العلاجية سوف يقتضي في أحد أجزائه التنبيه إلى أن علاج المدمنين من أمراضهم ، ومشكلاتهم يتطلب أن يحتوي العلاج على جوانب طبية ، ولكن هذا وحده لا يكفي ، ولا بد من استكمال جوانب أخرى نفسية ، ونفسية اجتماعية ، وهذه الجوانب الأخيرة على درجة من الأهمية لا تقل عن الجوانب الطبية إن لم تفقها أحياناً ، وخير شاهد على ذلك كثرة الحديث بين جمهرة الأطباء عن كثرة الانتكاسات بين حالات المدمنين بعد تلقيهم العلاج الطبي اللازم.

فالحقيقة أننا هنا لا نستطيع أن نتكلم عن انتكاسات ، ولكن يجب أن نتكلم عن حالات لم تلق سوى جزء من العلاج الواجب بدلاً من كل العلاج (إذ ينقصها العلاجات النفسية

والنفسية الاجتماعية) ، والنتيجة المنطقية لذلك أن يعود المدمن إلى ممارسته عقب فراغه من العلاج الطبي.

والعلاجات النفسية ليست مجرد الزجر والتأديب والتهذيب التي يمكن لكل منا أن يجتهد فيها كيفما شاء ، ولكنها علاجات قائمة على أصول علمية لا يمكن تجاهلها ، وهي تحتاج إلى أن يخصص لها أعضاء في فريق المعالجين ، وأن يتلقوا في سبيل ذلك من التدريب ما يلزم. وما نقوله عن العلاجات النفسية يصدق أيضاً على ما يسمى بالعلاجات النفسية الاجتماعية التي تدخل فيما يعرف بالرعاية اللاحقة.

بعض الاعتبارات لفهم سلوك الإدمان :

وبناء على ما سبق يتضح أن علاج الإدمان مشكلة صعبة معقدة ، تتطلب جهوداً من قبل المعالج والمدمن وتفاعلاً تاماً بينهما ، ورغبة قوية من قبل المدمن للتخلص من إدمانه ، ولا جدوى إطلاقاً من علاج المدمن ما لم يشعر أنه بحاجة إلى علاج. ولذلك ستعرض الباحثة بعض الحقائق والأساسيات لفهم سلوك الإدمان ومحاولة علاجه ، وهي كالتالي :

١ - إن السلوك الإدماني يختلف من فرد إلى فرد ، ويختلف لدى الفرد نفسه من وقت إلى آخر. وتختلف درجة الإدمان وسلوك المدمنين من مجتمع إلى آخر ، ومن ثقافة إلى أخرى ، بل تختلف أيضاً من جيل إلى آخر ، لذلك فكل فرد يمكن أن يتعاطى نوعاً من المخدر يختلف عن غيره من الناس ممن يمارسون التعاطي ، كما يتعاطى كمية مختلفة عن غيره.

وتدفعه إلى التعاطي عوامل لا تكون متشابهة تماماً مع تلك العوامل التي تدفع غيره إلى الإدمان ، كما تختلف أيضاً النتائج التي يؤدي إليها الإدمان ، ويرجع هذا الاختلاف إلى تباين البيئات الاجتماعية والظروف الثقافية التي توجد بها كل جماعة.

ولهذا فإن علاج الإدمان لا يتم عن طريق حل واحد مبسط. فكل مشكلة من مشكلات الإدمان تحتاج إلى تحليل خاص للظروف الدافعة إلى الإدمان والظروف المحيطة والمصاحبة للإدمان أيضاً . ويستطيع القائم بالعلاج بعد ذلك أن يحدد نوعاً من التغيرات يريد أن يحدثها ، وبالتالي الطرق الاستراتيجية التي يجب أن يتبعها.

٢ - لا توجد علاقة مباشرة بين السبب والنتيجة ، ذلك أن أنماط تعاطي المخدرات - مثلها مثل أي أنماط أخرى - تتأثر بعوامل عدة ، مثل : الأسرة والمدرسة والمجتمع المحلي وجماعة الأصدقاء أو الرفقاء ، وتتأثر بعوامل الاتصال أيضاً.

لهذا فإن محاولات الوقاية من الإدمان ، والبرامج التي تعد من أجل التغلب على حدوثه لابد أن تتعاون مع هذه الجهات أو المصادر لكي يكون تأثيرها فعالاً ، فلا يستطيع إنسان بمفرده أو جهة من هذه الجهات بمفردها أن تقدم الحل الكامل الشافي.

٣ - يحدث السلوك دائماً في إطار اجتماعي ثقافي، وعادة ما يعطي هذا الإطار الاجتماعي الثقافي للسلوك معناه ؛ ولذلك فإن تعريف المجتمع وردود فعله غالباً ما يكون أكثر أهمية في تحديد المشكلات التي ترتبط بتعاطي المخدرات أكثر مما تحددتها عملية التعاطي نفسها. ولهذا فإن التخطيط لأي برنامج سيتدخل في عملية الحد من الإدمان أو العلاج أو التأهيل يجب أن يهتم بهذا الإطار الاجتماعي والدور الذي يؤديه.

٤ - تؤدي معتقدات الإنسان وطرق إدراكه للمخدرات دوراً أساسياً في عملية الإدمان وفي الإقدام عليها ، سواء كانت هذه المعتقدات حقيقية أو خيالية ، وسواء قبلها الآخرون أو لم يقبلوها. فالشخص الذي يعتقد أن تناوله لأي عقار يمكن أن يزيد من قدرته على الإبداع يصعب منعه من ذلك بمجرد أن نثبت له أن التعاطي لا يؤدي إلى هذه النتيجة.

٥ - لابد أن يؤدي أي سلوك وظيفة ما فيما يتعلق بإشباع حاجات جسمية أو نفسية أو اجتماعية ، ألا يميل هذا السلوك إلى الاختفاء. ولهذا فعندما يستمر سلوك المدمن فلا بد أن يؤدي وظيفة ويشبع حاجة أو أكثر من الحاجات الإنسانية.

وسوف يتوقف الإدمان عندما تختفي هذه الحاجات ، ويتم إشباعها بطرق أخرى، ويتم الإشباع بطرق أخرى عن طريق عملية الإحلال ، بحيث نحاول أن نضع بدلاً من مادة التعاطي شيئاً آخر أو ممارسة أخرى تحل محل السلوك الإدماني الذي يكون الشخص قد اعتاده.

ويجب أن ندرك أن الإدمان لا يشبع حاجات جسمية وبيولوجية فقط ، بل يمكن أن يشبع حاجات نفسية وشخصية أيضاً ، مثل تحقيق الهروب من الواقع كأسلوب انسحابي لحل المشكلات لدى كثير من المتعاطين ، وفي هذه الحالة يكون حل المشكلات وإشباع الحاجات النفسية وسيلة أساسية للتغلب على عملية التعاطي.

٦ - لا تؤدي المعلومات بالضرورة إلى تغيير السلوك أو تعديله ، فلا بد أن ترتبط المعلومات التي نقدمها عن الإدمان (وهو التأثير في الإطار المعرفي للفرد أو الجماعة) بالمعتقدات والاتجاهات والقيم وأنماط الحياة والالتزامات الأساسية للفرد.

ولذلك فإن المعلومات التي نقدمها عن التعاطي أو عن سلوك التعاطي وتأثيره تعد أمراً مهماً كعنصر أساسي في اتخاذ القرار. ولكن تقديم المعرفة والمعلومات وحدها من شخص يوجه والآخر يستقبل لا تعد ذات قيمة كبيرة ؛ ذلك أن الإنسان يميل دائماً إلى التأثر والأخذ بما يرتبط بمعتقداته ويفسر ويعمل سلوكه. (نييل صبحي، ١٩٨٧ ، ص ٢٣٢ - ٢٣٤).

وعلاج الإدمان بصورة عامة يركز على ثلاثة محاور أساسية هي : العلاج الطبي ، والعلاج النفسي ، والعلاج الاجتماعي.

أولاً : العلاج الطبي للإدمان :

يهدف العلاج الطبي إلى تحرير الفرد فيزيقياً من الاعتماد على العقار "الاعتماد الكيميائي" وهو المرحلة الأولى في العلاج ، والعلاج الطبي لا يمكن أن يكون عامّاً "نفس العلاج" بل يجب أن يكون شخصياً ، وذلك يرجع لكون التعاطي أو استهلاك المخدر يختلف من فرد لآخر باختلاف نوع المخدر ودرجة قوته ، وباختلاف درجة التعاطي وعدد المرات والكمية المستعملة وغيرها. وسوف تعرض الباحثة أهم أهداف العلاج الطبي للإدمان ، وهي كما يلي :

أهداف العلاج الطبي للإدمان :

- ١- التهذئة العامة للمريض.
- ٢- القضاء على الأمراض التي أصابت المدمن نتيجة للإدمان.
- ٣- الوقاية أو المعالجة المسبقة للأمراض المحتمل أن يتعرض لها المريض (مع ملاحظة أن كل نوع من المخدر له أمراض جانبية مصاحبة).
- ٤- التقليل بدرجة تنازلية من اعتماد جسم الإنسان على المخدر ، حتى نصل إلى التطهير التام للجسم من المخدر ، وعدم الاعتماد أو الحاجة الكيميائية إليه.
- ٥- تقوية الجسم ، وتنمية المناعة الطبيعية ضد الأمراض (الوصول إلى جسم طبيعي).

فالعلاج الطبي يعتمد أساساً في تعامله مع المدمنين على العقاقير الطبية ، وبالدرجة الأولى "استعمال الأدوية". (حسن طالب ، ١٩٩٤ ، ص ١٨٢-١٨٣).

ثانيًا : العلاج النفسي للإدمان :

يُعد العلاج النفسي مرحلة مهمة في علاج المدمن ، بل إنها لا تقل أهمية عن المرحلة الحرجة التي يتم التركيز فيها على علاج المدمن بيولوجيًا بالأدوية والعقاقير ، أو بمعنى آخر تخليصه من الآثار الجسمية للإدمان والتي قد تستغرق ثلاثة أسابيع ، في حين تبقى مرحلة الحنين النفسي للمواد المخدرة .

وهنا يأتي دور العلاج النفسي (محمد غباري ، ١٩٩١ ، ص ٨٩-٩٠) والذي يهدف أساسًا -وبصورة عامة ومختصرة- إلى إعادة الثقة بالنفس لدى الفرد المدمن ، وكذلك إلى إعادة الاعتبار إلى شخصيته وذاتيته كشخص ، وكفرد مفيد ومنتج في المجتمع الذي ينتمي إليه.

ومن المفيد في العلاج النفسي أن يشعر المدمن أنه يشارك في وضع العلاج المناسب له وأنه جزء أساسي من العلاج ككل ، أي أنه طرف أساسي في العملية العلاجية ، يشارك في وضع العلاج والخطة العلاجية بصورة إرادية ، وأن العلاج يتم برغبته هو وليس مفروضًا عليه ، وإذا لم يشعر المدمن بأنه طرف في العلاج فإنه لن يستقبله ، وبذلك يكون الاحتمال الكبير هو الفشل. (حسن طالب ، ١٩٩٤ ، ص ١٨٣-١٨٤).

ونظرًا لأهمية الأهداف التي يسعى العلاج النفسي لتحقيقها في علاج المدمن ، فإن الباحثة سوف تتناول عرضها بالتفصيل ، وهي كما يلي :

أهداف العلاج النفسي للإدمان :

١- إعادة ثقة المدمن في نفسه ، وإعادة الاعتبار إلى شخصيته ، وإشعاره بقيمته الإنسانية والاجتماعية ، وبفائدته لنفسه ولأسرته ومحيطه القريب والمجتمع ككل.

٢- محاولة تغيير سلوك المدمن شيئًا فشيئًا ، وجعله ينبذ الحياة والسلوك السابق المرتبط بحياة الإدمان ، وكل ماله علاقة بالإدمان.

٣- محاولة دفع المدمن إلى تغيير نظرته للحياة والمجتمع المحيط ، ولا يعني ذلك جعل المدمن ينظر إلى الحياة والمجتمع على أساس أنها كلها "ورود" وأن السعادة تعم كل مكان فيها ، ولكن المقصود هو وصوله إلى نظرة مغايرة لتلك التي كانت لديه في "حياة الإدمان" ؛ لأن تلك النظرة السابقة كانت -بصورة أو بأخرى- سبب إدمانه.

٤- مساعدة المريض على استعادة إرادته "المسلوبة من طرف المخدر" ، وجعله يقرر مصيره بنفسه ، وذلك بإعادة المبادرة إليه ، وجعله يتخذ القرارات والمسئوليات التي تخصه هو شخصيا أو تلك التي تخص محيطه القريب.

٥- جعل المدمن يغير الاتجاه والرأي نحو المخدر ، وذلك بإعطائه المعلومات الصحيحة والدقيقة عن الآثار والنتائج المأساوية للإدمان ، وتقديم حالات واقعية للمدمنين ، وجعله يلاحظ بنفسه النتائج المترتبة على الإدمان.

٦- البحث عن شخصية "جديدة" أو إقناع المدمن بإمكانية استرجاع شخصيته الحقيقية "ما قبل الإدمان" السوية المعتدلة المنضبطة أخلاقيا واجتماعيا ، وهذا يتم عن طريق معرفة الأسباب الحقيقية التي أدت إلى الإدمان ومحاولة علاجها. (حسن طالب ، ١٩٩٤ ، ص ١٨٤).

ثالثا : العلاج الاجتماعي للإدمان :

يبدأ العلاج الاجتماعي عادة ، عندما ينتهي العلاج الطبي والنفسي ، لأن التخلص من الاعتماد الفيزيقي على المخدر ، أو التوقف عن تعاطي المخدر ، لا يعني بالضرورة الشفاء التام. فالعلاج الاجتماعي يعني بكل بساطة التكفل الاجتماعي بالفرد المدمن ، لأن المعنى الحقيقي للعلاج الاجتماعي هو هذا التكفل الاجتماعي بالفرد المدمن.

والتكفل الاجتماعي يهدف -من جملة ما يهدف إليه- إلى الاستمرار في عدم تعاطي المخدر، والاقتناع من جانب الشخص المدمن بتركه نهائيا . وهذا نتوصل إليه عادة بمساعدة المحيط القريب للفرد "العائلة ، الأصدقاء ، والأقرباء". (حسن طالب ، ١٩٩٤ ، ص ١٨٥).

حيث يقوم الآباء والأمهات بدور مهم في تنقيف الأبناء ، وإسباغ الحنان على الجو العام للأسرة ، والمحافظة على الروابط الأسرية قوية بين أفرادها ، وحل الخلافات والمشاكل التي تطرأ ، والملاحظة الدائمة لسلوك الأبناء .

فقد يكشف أهل إدمان ابنهم للمخدرات ، ويصبح دورهم هنا مضاعفاً ، فهم أمام مشكلة كبيرة ، أصبحت واقعة بالفعل ، ويجب أن تكون لديهم معرفة وعلم بأنواع المخدرات، وتأثير كل منها وصفاته العامة ، ومن حصيلة معرفتهم والمعلومات التي توصلوا إليها ، يمكنهم فهم أسرار المخدرات ، والتعامل مع ولدهم بدون آلام تحبطهم وتهزمهم، مما يؤدي إلى

تحولهم إلى السلبية بدلاً من الإيجابية ، وبذلك يهزمون في معركة إنقاذ الابن من المخدرات. (أحمد فؤاد عباس ، ١٩٩٣ ، ص ٦١).

وتتضح أهمية العلاج الاجتماعي من خلال أهدافه التي تحقق النتيجة المرجوة ، ألا وهي علاج المدمن حتى يتم شفاؤه شفاء تاماً ، وتعرض الباحثة هذه الأهداف على النحو التالي :

أهداف العلاج الاجتماعي للإدمان :

١- جعل المدمن يصل إلى حالة الاستقرار الاجتماعي ، وتوجيه مجهوداته إلى الأشياء المفيدة المنتجة ؛ أي الانتقال من إهدار طاقاته في البحث عن المخدر إلى البحث عن عوامل الاستقرار الاجتماعي ، مثل المسكن ، والعمل ، والدراسة ، أو الحياة الاجتماعية العادية كبقية الناس في المجتمع.

٢- إعادة الإدماج الاجتماعي ، وذلك ابتداء من أبسط الأشياء مثل الحصول على أوراق هوية صحيحة وسارية المفعول ، إلى "رخصة القيادة" وغيرها من الأوراق الإدارية اللازمة لأي فرد في المجتمع ، وجعله عضواً صالحاً في المجتمع الصغير (الأسرة) أو المجتمع الكبير ، وذلك ليس بالأمر السهل ، ويتطلب وقتاً ومعرفة وخبرة كبيرة، ولكن يمكن الوصول إليه وتحقيقه.

٣- الإدماج المهني ، أي إرجاع الرغبة له في العمل وتأهيله مهنيًا ، أو إعادة التأهيل لمن كان لديه مهنة سابقة ، وإدخاله في الحياة المهنية اليومية ، وذلك يمكن بصورة جزئية أولاً ، ثم بصورة كاملة ثانياً ، وهنا يظهر دور مكاتب الخدمة الاجتماعية والمكاتب والمؤسسات والمنظمات والمصالح المختصة والمخولة للقيام بذلك اجتماعياً وإصلاحياً.

٤- إعادة إدماج المدمن تعليمياً ، وخاصة المدمنون الشباب ، الذين لا يعرفون أو لا يحسنون القراءة والكتابة ، أو حتى الكبار منهم الذين يرغبون في ذلك ، لما لمعرفة الكتابة من أهمية في هذا المجال. (حسن طالب ، ١٩٩٤ ، ص ١٨٥ - ١٨٦).

وفي جميع الظروف والأحوال ؛ فإن ظروف المجتمع ، والسياس الذي يعيش فيه المدمن يقومون بدور مهم في إمكانية استمرار إدمانه .

والمدمنون يمكن تصنيفهم إلى أنواع منها : حسب نوع العقار ، وطريقة التعاطي و التاريخ الإدماني ، ومحاولة التخلص من الإدمان ، ومدة الإدمان ، ونوع الإدمان .. والباحثة تحدد المدمن في دراستها الحالية بأنه مدمن مزمن ، استقر على إدمان الأفيون ومشتقاته ، وممن يستخدمون أكثر من طريقة للتعاطي ، ومن له محاولات سابقة في العلاج من الإدمان ولكنها باءت بالفشل .